



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

**COVID-19 PANDEMİSİNİN BİR KAMU EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANESİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ SAĞLIĞI
VE GÜVENLİĞİ DURUMUNA ETKİSİ**

Songül AKBAL

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Deniz ACUNER

İSTANBUL-2023

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

COVID-19 PANDEMİSİNİN BİR KAMU EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANESİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ SAĞLIĞI
VE GÜVENLİĞİ DURUMUNA ETKİSİ

Songül AKBAL

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Deniz ACUNER

İSTANBUL-2023

ÖZET

COVID-19 PANDEMİSİNİN BİR KAMU EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ DURUMUNA ETKİSİ

Çalışmanın amacı; COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği durumuna etkisini incelemek ve sağlık personeline göre hastanede iş sağlığı ve güvenliği düzeyini belirlemektir. Çalışmada sağlık çalışanlarının pandemi sürecindeki iş sağlığı ve güvenliğine yönelik görüşleri bir ölçek kullanılarak tespit edilmiştir, ayrıca niteliksel bir çalışma yapılarak pandemi öncesinde iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin görüşleri de alınarak pandemi süreci ile kıyaslanmıştır. Yapılan araştırma betimleyici çıkarımsal bir çalışmadır.

Niteliksel çalışmanın örneklem grubunu kamuya bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan, COVID-19 hastalarla en çok temas eden 60 doktor, 105 hemşire ve 70 teknisyen/ tekniker; nitel araştırma örneklem grubunu ise 14 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Çalışma Eylül 2021-Temmuz 2022 tarihleri aralığında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın nicel verileri araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu ve 45 soruluk Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği (HİGÖ) ölçeği ile, nitel verileri ise 10 soruluk yarı yapılandırılmış form ile toplanmıştır. Veriler, betimleyici (ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımı)ve çıkarımsal analizler (ki-kare, tek yönlü varyans analizi) kullanılarak incelenmiştir. Derinlemesine görüşme ses kayıtları deşifre edilmiş ve bu veriler, betimsel analiz ve içerik analizi ile değerlendirilerek yorumlanmıştır. İçerik analizi kapsamında kod frekansları ve dağılım tabloları ile kodlar arasındaki ilişkileri gösteren haritalar sunulmuştur. Nitel veri analizi MAXQDA 2022 programı ile yapılmıştır.

Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Ölçeği (HİGÖ) toplam puan ortalamasının düşük düzeyde (3,09) olduğu, fiziksel ortam uygunluğu boyut puanının en yüksek ortalamaya sahip olduğu (4,01) ve en düşük puan ortalamasına sahip boyutun ise “meslek hastalıkları ve şikayetler” olduğu tespit edilmiştir. Ölçek puanları meslek gruplarına göre istatistiki anlamlı farklılık göstermiştir. Pandemi sürecinde kişisel koruyucu ekipman kullanım farkındalığının arttığı gözlenmiştir. Çalışanlar tarafından genel olarak hastanede alınan COVID-19 önlemleri yeterli bulunmuştur.

Katılımcıların ortak olarak en sık vurguladıkları konu sağlık çalışanlarının değersizleştirilmesi olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği, COVID-19 ve iş sağlığı, Pandemi ncesi ve süreci.



ABSTRACT

The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Occupational Health and Safety Status of Healthcare Workers in a Public Training and Research Hospital

Purpose of the study; to examine the impact of the COVID-19 pandemic on the occupational health and safety of healthcare workers and to determine the level of occupational health and safety in the hospital according to healthcare personnel. In the study, the views of health workers on occupational health and safety during the pandemic process were determined using a scale, and a qualitative study was conducted and their opinions on occupational health and safety before the pandemic were also compared with the pandemic process. The research is a descriptive inferential study.

The sample group of the quantitative study consisted of 60 doctors, 105 nurses and 70 technicians working in a public education and research hospital, who came into contact with COVID-19 patients the most; The qualitative research sample group consisted of 14 healthcare professionals. The study was carried out between September 2021 and July 2022. The quantitative data of the study were collected with a questionnaire prepared by the researcher and the Occupational Health and Safety in Hospitals (HIGH) scale with 45 questions, while the qualitative data were collected with a semi-structured form of 10 questions. Data were analyzed using descriptive (mean, standard deviation, frequency and percentage distribution) and inferential (chi-square, one-way analysis of variance) analyses. In-depth interview audio recordings were deciphered and these data were evaluated and interpreted with descriptive analysis and content analysis. Within the scope of content analysis, code frequencies and distribution tables and maps showing the relationships between codes were presented. Qualitative data analysis was done with the MAXQDA 2022 program.

It was determined that the Occupational Health and Safety Scale in Hospitals (HIQ) total score average was low (3.09), the physical environment suitability dimension score had the highest average (4.01), and the lowest score average was occupational diseases and complaints. . Scale scores showed statistically significant differences according to occupational groups. It has been observed that the awareness

of using personal protective equipment has increased during the pandemic process. The COVID-19 precautions taken by the employees in the hospital in general were found to be sufficient. The most common issue emphasized by the participants was the devaluation of health workers.

Keywords: Occupational health and safety in hospitals, COVID-19 and occupational health, Before and during the pandemic.



TEŞEKKÜR

Bu çalışmada, COVID-19 pandemisinin bir kamu eğitim araştırma hastanesindeki sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. 2019 COVID-19 başlangıcı, öncesi ve süreçler açısından hastane çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili görüşleri yer almaktadır.

Bu tez konusunu seçmemde katkılarını esirgemeyen ve tez süreci boyunca sabrını, bilgisini, nezaketini, sevecenliğini hiç kaybetmeyen çok başarılı, araştırmacı ve güzel şeyleri sabırla beklemeyi bilen, bana olan inancını ve güvenini hissettiğim saygıdeğer tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Deniz Acuner'e teşekkür ederim. İlgisi, katkısı, tecrübesi ile tez sürecime katkıları büyük olan saygıdeğer Prof. Dr. Haydar Sur' a, jürimde bulunan ve akademik katkı, bilgisi tez konusu seçmemdeki yardımlarıyla beni yüreklendiren saygıdeğer akademisyen Prof. Dr. Metin Ateş' e, çalışma sürecimde katkıları büyük olan Kartal Koşuyolu Eğitim Araştırma Hastanesi çalışanı hemşire, doktor ve teknisyenlere, nitel görüşmelerde görüşlerini ve katkılarını sunan değerli hastane çalışanı doktor, hemşire ve diğer değerli sağlık çalışanlarına, istatistik bilgisi ve katkılarından dolayı. Prof. Dr. Ali Karagöz'e, çalışanlara bakış açısını ve düşüncelerini paylaşan sevgili aile hekimi Dr. Hatice Küp' e, bu süreçte hep yanımda olan ve beni destekleyen eşim Dr. Özgür Yaşar Akbal'a, başarmam için bana güç veren çocuklarım Barış Şahin Akbal, Özgür Ege Akbal'a çok teşekkür ediyorum.

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığımı beyan ederim.

Songül AKBAL
İmzası

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	v
BEYAN FORMU	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Genel Kavramlar	4
2.2. İş Sağlığı ve Güvenliği Gelişimi	7
2.3. İş sağlığı ve güvenliği açısından risk	9
2.4. İş Sağlığı ve Güvenliğinde Risk Değerlendirmeleri	10
2.5. Sağlık Sektöründe İSG	11
2.6. Meslek Hastalığı ve İş Kazası	14
2.7. COVID-19 Pandemisi Sürecinin İş Sağlığı ve Güvenliğine Etkileri	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Amacı	23
3.2. Araştırma Soruları	23
3.3. Araştırmanın Modeli	26
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27
3.6. Veri Toplama Araçları	28
3.6.1. Kişisel bilgi formu (Ek:1);	28
3.6.2. Sağlık çalışanları için İş Güvenliği Ölçeği (Ek:1);	29
3.6.3 Yarı yapılandırılmış soru formu (Ek :2).....	30
3.7. Verilerin Analizi.....	30
3.8. Etik İlkeler	31

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
4. BULGULAR	32
4. 1. Nicel Çalışma Bulguları	32
4.2. Nitel Bulgular	46
4.2.1. Pandemi öncesine ilişkin görüşler	48
4.2.1.1. Pandemi öncesinde hastane iş sağlığı ve güvenliği	48
4.2.1.2 Pandemi öncesi sağlık çalışanlarının iş güvenliği durumu	50
4.2.2. Pandemi sürecine ilişkin görüşler	51
4.2.2.1. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının iş güvenliği durumu	52
4.2.2.2. Pandemi sürecinde hastanede alınan önlemlere ilişkin görüşler	54
4.2.2.3. Pandemi sürecinde koruyucu ekipmana ulaşma durumu	56
4.2.3. COVID-19'a ilişkin görüşler	57
4.2.3.1 COVID-19'un meslek hastalığı sayılma durumu	58
4.2.3.2 Hastalığa yakalanmaktan korkma durumu	60
4.2.4 İş yerinde güvende hissetme durumu	61
4.2.5. Pandemi sürecinde iş psikolojisi ve memnuniyeti	64
5. TARTIŞMA	68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	73
KAYNAKÇA	75
EKLER	80
Ek 1. Bilgi Formu ve HİGÖ anket formu.	80
Ek:2 Yarı Yapılandırılmış Soru Formu	85
Ek:3. Girişimsel Olmayan Araştırmalarda Etik Kurulu Formu	86
Ek:4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	87
Ek:5: Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Başvurusu	88
Ek:6 . Ölçek izin maili.	89
Ek 7 .Özgeçmiş	90

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Sağlık Personelinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=235)	32
Tablo 2: Araştırmada kullanılan HİGÖ güvenirlik analizi sonuçları.....	35
Tablo 3: Araştırmada kullanılan ölçeğin normallik analizi sonuçları	35
Tablo 4: HİGÖ puan ortalamaları	36
Tablo 5: Katılımcıların yaş aralıklarına göre ölçek puanları karşılaştırmaları	37
Tablo 6: Katılımcıların cinsiyetlerine göre ölçek puan karşılaştırmaları.....	38
Tablo 7: Katılımcıların eğitim durumlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo 8: Katılımcıların mesleki deneyimlerine göre ölçek puanları karşılaştırmaları:.....	40
Tablo 9: Mesleklere göre HİGÖ ölçek puanları karşılaştırmaları.....	41
Tablo 10: Katılımcıların mesleklerine göre çalışan güvenliği ile ilişkili memnuniyet durumlarının karşılaştırılması:	42
Tablo 11 Katılımcı Demografik Bilgileri:.....	45

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1: Araştırma iş akış şeması	26
Şekil 2: COVID-19 Pandemisinin Bir Kamu Eğitim Araştırma Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Durumuna Etkisi Adlı Çalışmaya Ait Temalar Gösterimi.....	46
Şekil 3: Pandemi Öncesine İlişkin Görüşler Temasına Ait Hiyerarşik Kod Alt Kod Modeli	47
Şekil 4: Pandemi Öncesine İlişkin Görüşler Teması Kod Sıklıkları.....	50
Şekil 5: Pandemi sürecine ilişkin görüşler teması:	51
Şekil 6: Covid-19' ilişkin görüşler temasına ait hiyerarşik alt kod modeli	56
Şekil 7: COVID-19'a İlişkin Görüşler Teması	60
Şekil 8: İş Yerinde Güvende Hissetme Durumu Temasına Ait Hiyerarşik Kod Alt Kod Modeli	60
Şekil 9: İş Yerinde Güvende Hissetme Durumu	62
Şekil 10: Pandemi sürecinde iş psikolojisi ve memnuniyeti Temasına Ait Hiyerarşik Kod Alt Kod Modeli	63
Şekil 11: Pandemi Sürecinde İş Psikolojisi ve Memnuniyeti Teması	66
Şekil 12: Kod bulutu;	66

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇSGB: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

DSÖ :Dünya Sağlık Örgütü

HİGÖ : Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği

ILO: International Labour Organization

İSG: İş Sağlığı ve Güvenliği

KKE: Kaliteli Koruyucu Ekipman

OSHA :Occupational Safety and Health Administration

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

UÇÖ: Uluslararası Çalışma Örgütü

1. GİRİŞ

İnsanlar yaşamlarını sürdürürken birçok gereksinim gibi sosyal hayatın bir gerekliliği ve sonucu olarak sağlık, güvenlik ve çalışma hayatına ihtiyaç duyarlar. Sağlık bir yaşam hakkıdır, güvenlik de varlığını sürdürmede olmazsa olmazlardanır. Çalışma hayatı ise ihtiyaçlarını karşılamada ve gereksinimlerini karşılayabilmek için gerekliliktir. Çalışan insanın sosyal, ekonomik, kültürel hayatının en önemli parçası çalışma hayatı olmaktadır.

Çalışma hayatında güvenlik ve sağlık önemli bir yere sahiptir. İş ve işten, çalışmadan kaynaklı riskler ve sorunlar insanın sağlığını ve güvenliğini tehdit edebilecek hatta riske sokabilecek duruma gelebilmektedir. Bu nedenle toplumsal yaşamın kurallarında, çalışma hayatına yönelik güncellemeler ve düzenlemeler yapılmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği, iş hayatının ve işin risklerine karşı korunmak ve riskleri ortadan kaldırmak, kaldırılamıyorsa en aza indirmek için yapılmış düzenlemelerdir.

İş ve işten kaynaklı riskler ve hastalıklar, tehlikeler günlük yaşantıda birçok alanda bireylerin karşısına çıkmaktadır. İş, meslek veya uğraşı alanında çalışan kişi mutlaka birtakım risk ve tehlike ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Meslek hastalığı da çalışanlar için bu riskler ve tehlikelerin sonucudur.

Önlenebilir iş kaynaklı ve mesleki hastalıklar sonucu maddi-manevi kayıplar söz konusu olabilmektedir. Ülkeler arası farklılık göstermekle birlikte Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ, 2021) verilerine göre yılda 1000 işçiden 4-12'si, iş kaynaklı kazalara veya mesleki hastalığa yakalanma riski ile karşı karşıya kalmaktadır.

Sanayi, inşaat ve ticaret-hizmet sektörleri toplamında ücretli çalışan sayısı, 2021 Ocak ayında bir önceki yılın aynı ayına göre %5,2 artmıştır. Ücretli çalışan sayısı bir önceki yılın aynı ayında 11 milyon 969 bin 591 kişi iken, 2021 yılı Ocak ayında 12 milyon 589 bin 820 kişi olmuştur(Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2021).

Mesleki riskler ve tehlikeler sektörden sektöre göre farklılık gösterebilmektedir. Amerikan İş Sağlığı ve Güvenliği İdaresi (Occupational Safety and Health Administration-OSHA) sağlık sisteminde önemli yere sahip hastanelerin mesleki risk durumu ve tehlikeler açısından en fazla risk altında olan çalışma ortamına sahip

olduğunu belirtmiştir (OSHA, 2015). İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili ulusal ve uluslararası düzeyde düzenlemeler yapılmıştır. Yapılan çalışmalar değişen şartlara göre güncellenmekte kapsamı genişletilmektedir. Türkiye’de ise hastaneler iş sağlığı ve güvenliği açısından “çok tehlikeli” işyeri sınıfına dahil edilmiştir (İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği Resmi Gazete 2012a). Bu açıdan sağlık hizmetlerinde çalışan kişilerin iş sağlığı ve güvenliği çok önemli bir yere sahip olmaktadır.

Ölümcül ve sakatlık yönünden de sağlık işletmelerinde meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıkları sonuçları açısından diğer sektörlerle göre daha yüksek olduğu yapılan araştırmalarda bulunmuştur. Genel olarak çalışma yaşamının tüm alanlarında olduğu gibi sağlık hizmeti veren tüm kurumlarda ve işletmelerde çalışanların iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında devletin, işverenin ve çalışanların birtakım yükümlülükleri bulunmaktadır.

Hastane ortamında olası tüm tehlikelerin tanınması, hastane risklerinin önceden belirlenmesi, sağlık çalışanları ve hastalar için daha güvenli ortam tesisi, kazaların önlenmesi ile kayıpların azaltılması, kalite ve verim artışı gibi konularda da iş sağlığı ve güvenliği kurullarının önemle üzerinde durduğu alanlardır. Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği seviyesinin artırılması, ulusal ve uluslararası düzeyde de etkin bir yönetsel süreç gerektirmektedir. Zamanla değişen koşullara yeniden düzenlenmeli ve güncellenmelidirler (Marşap, 2015).

2019 yılında ortaya çıkan ve küresel düzeyde tehdit unsuru olan ve olmaya devam eden pandemi süreci tüm hayatı olumsuz etkisi altına aldığı gibi çalışma hayatını da risklere karşı karşıya getirmiştir. Bu süreçte çalışma hayatı, ekonomik, psikolojik ve birçok açıdan darbe almıştır. Pandemi sürecinde hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği risklere karşı çok daha önemli ve gerekli hale gelmiştir.

Sağlık ve bakım çalışanlarının, pandemi boyunca özveri ve profesyonelce çalışmaları herkes tarafından görülmüştür. Birçoğu COVID-19 nedeniyle enfekte olmuş ve yaşamları tehdit altına girmiştir. Salgın toplumsal bir sorun olmaktadır ve sağlık çalışanları bu süreci atlattırma en önemli rolü oynamaktadır. Sağlık sektörü çalışanları çok sayıda ve çok farklı patojenler nedeniyle yüksek bir enfeksiyon kapma riski altındadırlar.

Sağlıkla ilgili risklerin pandemi sürecinde artmış olması, hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği düzeyinin tespit edilmesini kaçınılmaz kılmaktadır. Bu çalışmada bir kamu hastanesinin iş sağlığı ve güvenliği düzeyi pandemi öncesi durumu ile karşılaştırılarak ortaya konmaya çalışılmıştır. Çalışmanın iş sağlığı ve güvenliği risklerinin azaltılması ve benzer salgınlarda alınacak önlemler açısından yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı; COVID-19 andemisinin sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği durumuna etkisini incelemek ve sağlık personeline göre hastanede iş sağlığı ve güvenliği düzeyinin belirlenmesidir. Çalışmada sağlık çalışanlarının pandemi sürecindeki iş sağlığı ve güvenliğine yönelik görüşleri bir ölçek kullanılarak tespit edilmiştir. Ayrıca niteliksel bir çalışma yapılarak çalışanlardan hastaneyi iş güvenliği açısından pandemi öncesine göre kıyaslamaları istenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Genel Kavramlar

Güvenlik ve sağlık ihtiyacı, çalışma ve insan hayatının en önemli bileşenleri arasında yer almaktadır. İş sağlığı ve güvenliği birçok açıdan günlük iş yaşamının parçası olmaktadır. Bu nedenle uluslararası ve ulusal düzeyde organizasyonlar ve kurumlar çalışan sağlığına yönelik birçok düzenlemeler ve yönergeler oluşturmuştur.

Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu (Occupational Safety and Health Administration- OSHA) modern çalışma hayatında bir zorunluluk olarak iş sağlığı ve güvenliğinin gerekliliğinin önemini vurgulamıştır. İş yerinde veya işin yürütülmesi sürecinde belirli düzenlemeler ve zorunluluklar yerine getirilmeli ve bu zorunlulukların düzenli bir şekilde uygulanması sağlanmalıdır. Bu açıdan İSG yaptığı çalışmalar ve düzenlemeler ile aşağıdaki ilkeleri açıklamıştır;

- Sağlığın tanımında belirtilen bedensel ruhsal yönden tam bir iyilik hali ve sosyal refah belirli meslek guruplarına göre değil her meslek dalında çalışan tüm bireylere sosyal refah artırıcı önlemler alınmalıdır.
- Yapılan iş, eylem ve mesleğin icrası sürecine bağlı çalışma koşulları kaynaklı sorunlar ortadan kaldırılmalı ve ya önlenmesi için çalışmalar yapılmalıdır. Buna tam iyilik hali denmektedir.
- Herhangi bir iş veya mesleki icra sürecindeki riskler öngörülmesi ve öngörülebilir riskler ortadan kaldırılmalı veya önlemler alınmalıdır.
- Çalışan ve iş sürecinde mesleğini icra eden bireylerin fizyolojik ve psikolojik sağlığı mesleki sağlık açısından iş yeri ortamı ve mesleki alanı düzenlenmelidir (UÇÖ, 2021).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO-International Labour Organization), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) İş Sağlığı Ortak Komitesi'nin 1950 yılında yaptığı tanıma göre iş sağlığı: "Her türlü işte çalışan işçilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam anlamıyla iyi olma hallerinin korunması ve geliştirilmesi, çalışma şartlarından dolayı işçilerin sağlıklarının yitirilmesinin önlenmesi, çalışma sırasında sağlıklarını olumsuz etkileyebilecek faktörlerden korunmalarını sağlamak, onların fizyolojik ve psikolojik yapılarına uygun işe yerleştirilmesi ve bunun sürdürülebilirliğinin sağlanması kısaca

işin işçiye, işçinin de işe uygunluğunun sağlanması” olarak tanımlanmıştır (Stelman, 1998).

ILO ve WHO ortak komitesi 1950 yılında yapılan tanımı 1995 yılında revize ederek tekrar yayınlamıştır. Buna göre, iş sağlığı ;hangi işi yaparlarsa yapsınlar bütün çalışanların fiziksel, ruhsal, sosyal refahlarının mümkün olan en yüksek düzeye çıkarılmasını ve burada tutulmasını; çalışma koşullarından kaynaklanan sağlık sorunlarının önlenmesini; işçilerin işleriyle ilgili olup sağlığa zarar verebilecek risklerden korunmalarını; işçilerin fiziksel ve biyolojik kapasitelerine uygun mesleki ortamda çalışmalarını; kısaca işin insana, insanın da işe uygun hale getirilmesini hedeflemektedir (Baybora, 2012).

Türkiye’de uygulanmakta olan 155 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşmenin 3. Maddesinde, iş sağlığının kapsamı; “işle bağlantısı açısından, sadece hastalık veya sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda, çalışma sırasındaki hijyen ve güvenlik ile doğrudan ilişkili olarak sağlığı etkileyen fiziksel ve zihinsel unsurları da kapsar” şeklinde açıklanmıştır (UÇÖ, 1950).

Uzun zaman kullanılan işçi sağlığı kavramı güncellenerek yerini çalışan sağlığı ve güvenliği kavramına bırakmıştır. Buna göre; çalışmanı korumak, sadece iş ve işçinin sağlığının çalışma ortamında ve çalışma koşullarına karşı korunmasını amaçlamak değil, aynı zamanda işçinin tüm yaşam çerçevesinde korunmasını ifade etmektedir. Bu kavram iş ve işçi sağlığı kavramına yeni bir boyut kazanmıştır. Böylece sadece işçinin değil, tüm çalışanların ve müşteriler gibi işyeri ile bağlantılı olan herkesin sağlığının ve insanların yaşamlarını sürdürdükleri çevrenin korunması gerekliliği, işçi sağlığı yerine iş sağlığı kavramının kullanımını sağlamıştır (Şen, akt. Sümer, 2020). Kısacası, iş güvenliği kapsamı genişletilmiş; iş güvenliği, işçi ve iş yeri ile sınırlı olmaktan çıkmıştır.

Bir başka tanıma göre ise iş sağlığı, çalışmanın sağlıklı bir çalışma ortamında çalışmasına yönelik sağlık kuralları; iş güvenliği ise çalışmanın yaşam ve vücut bütünlüğüne zarar verebilecek risklerden korunmasına yönelik sistemli ve bilimsel çalışmalar biçiminde ifade edilmiştir (Sümer, 2020). İş sağlığına yönelik önlemlerin alınmaması meslek hastalıklarına, iş güvenliğine yönelik önlemlerin alınmaması ise iş kazalarına yol açabilir. Bu sebepten dolayıdır ki hem iş sağlığının hem iş güvenliğinin amacı çalışanları iş kazalarına ve meslek hastalıklarına karşı korumak ve kollamaktır (Yamakoğlu, 2016).

Tarihsel süreçte iş kazaları ve meslek hastalıklarının her geçen gün çalışanları daha fazla tehdit ettiği bir çalışma ortamında, iş kazaları ve meslek hastalıklarının sonuçlarını giderici (reaktif) düzenlemeler yerine riskin gerçekleşmesini önleyici (proaktif) tedbirlerin alınması gereği, iş sağlığı ve güvenliği kavramının temelini oluşturmaktadır (Mollamahmutoğlu ve ark, 2014).

Yeterli ve etkin önlemlerin alınması halinde iş kazalarının ve meslek hastalıklarının önemli oranda azalacağı iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yapılan birçok çalışmada ortaya konmuştur. Tehlikenin kaynağını kontrol, riskleri minimize edecek çalışmalar ve sistemlerin tasarlanması, güvenli maddeler tercihi, kişisel ve koruyucu ekipmanların kullanımı, bunun yanında iş sağlığı ve güvenliğinin üst yönetimce benimsenerek çalışma hayatında bu yönde kültür yaratması önemli noktalardan birisidir. Bunun sonucunda da taraflarca alınan önlemler ve ortak değerler benimsenerek sorumluluk bilinciyle uygulanmalıdır.

Gelişen çalışma hayatında, işverenin çalışanların sağlık ve güvenliğini korumak için riskleri değerlendirerek tedbirler almak, kaza kayıtlarını tutmak, bilgilendirme ve eğitim yoluyla farkındalık yaratarak, çalışanlarla ve tedarikçiler ile işbirliği içinde koordineli şekilde çalışmalarını bir zorunluluk olmaktadır. Bu nedenle ILO ve OSHA'nın 2001 Geneva raporunda yer alan hükümlere göre önleyici ve koruyucu tedbirler aşağıdaki öncelik sırasına göre uygulanmalıdır;

- Tehlikenin/riskin ortadan kaldırılması,
- Mühendislik kontrolleri ya da organizasyonel tedbirler aracılığıyla tehlikenin/riskin kaynağında kontrol altına alınması,
- İdari kontrol tedbirleri de içeren güvenli çalışma sistemlerinin tasarlanması yoluyla tehlikenin/riskin en aza indirgenmesi,
- Kalan tehlike/riskler toplu tedbirler yoluyla kontrol altına alınamıyorsa, işveren tarafından bedelsiz bir biçimde iş kıyafeti de dahil olmak üzere çalışanlara koruyucu ekipman temin edilerek bunların kullanımının ve bakımının sağlanması için tedbirler alınması.

UÇÖ ayrıca iş sağlığı ve güvenliği yönetim biçimlerini de açıklamış ve aşağıdaki bileşenleri içermesi gerektiğini bildirmiştir (UÇÖ);

- İş sağlığı ve güvenliği tedbirlerini belirlemede çalışanların sürekli katılımı (çalışanlar kendi çalışma alanları için birer uzmandır),

- Çalışanları var olan sağlık riskleri deneyimlerinden yararlanmak,
- Faaliyetlerdeki ve işyerindeki görevlendirme, prosedür sırası ve somut çalışma koşullarının geliştirilmesi için fikirler üretmek.

Bu bileşenlerin uygulanabilirliği açısından da doğru yönetim için aşağıdaki aşamalar gereklidir. İSG yönetim modellemeleri;

- Politika düzenlemeleri yapmak,
- Planlama,
- Uygulama ve operasyon yapmak,
- Kontrol ve düzeltici tedbirler almak,
- Yönetimin inceleme ve denetimlerini yapmak olarak önerilmektedir.

İSG yönetim sisteminin doğru yürütülüp uygulanması birçok açıdan riskleri bertaraf ederek maliyetleri de azaltacaktır.

İş kazaları ile meslek hastalıklarının direkt maliyetlerinin yanında indirekt maliyetleri de hesaplansa, iş sağlığı güvenliği politikaları ve kanunları büyük bir titizlikle hazırlanır ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili kurallar çok daha önemle uygulanabilirdi.

1970'lerde İngiltere Endüstri Konfederasyonu'nun (CBI - Britanya Endüstri Konfederasyonu), İş Sağlığı ve güvenliği konusunda yaptığı bir açıklamada; Şirket bazında, iş kazaları ve meslek hastalıklarının doğurduğu maliyetleri derhal ve basit bir şekilde ölçebilecek bir formülün geliştirilmiş olunması halinde iş kazalarının ve bunun sonucunda meydana gelen yaralanmaların, sakatlanmaların ve ölümlerin azaltılmasında çok önemli bir katkı olacağı belirtilmiştir. Ayrıca yaptırma sahip bir birim olan İngiltere İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu (HSE-Health and SafetyExecutive) yıllarca iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili gelecekte pozitif yönlü ekonomik getiri arasında bir bağlantı olduğunu savunmuştur. İş kazaları ve meslek hastalıklarından dolayı meydana gelebilecek zararın büyüklüğü, işyerindeki yöneticilerin tehlikeleri belirleyememesi ve kontrol edilebilecek riskleri önceden tespit edememesi halinde işletme için birçok riski beraberinde getirebileceği belirlenmiştir (Özkılıç, 2002).

2.2. İş Sağlığı ve Güvenliği Gelişimi

İş Sağlığı ve Güvenliği alanında uluslararası düzenlemeler ve yönergeler büyük oranda International Labour Organization (ILO), DSÖ öncülüğünde gerçekleşmektedir.

En önemli düzenlemeleri belirleyen UÇÖ (ILO), 1919'dan beri Türkiye'nin de dahil olduğu 187 üye devlet ile en büyük organizasyondur. Üye devletlerin hükümetlerini, işverenlerini ve işçilerini bir araya getirebilen tek kuruluş Birleşmiş Milletler kuruluşudur. Tüm kadınlar ve erkekler için insana yakışır işi teşvik eden çalışma standartları belirlemek, politikalar oluşturmak ve programlar tasarlamak UÇÖ'nün amaçları arasındadır. UÇÖ'nün meydana gelmesindeki itici güçler güvenlik, insani, siyasi ve ekonomik kaygılardır. UÇÖ kurucuları, o zaman sanayileşmekte olan ülkelerinde işçilerin sömürülmesinin arka planına karşı, barışı sağlamada sosyal adaletin önemini kabul etmişlerdir. Ayrıca, dünyanın ekonomik karşılıklı bağımlılığı ve pazarlar için rekabet eden ülkelerdeki çalışma koşullarının benzerliğini elde etmek için işbirliği ihtiyacı konusunda artmakta olan bir anlayış bulunmaktadır. Bu fikirler, UÇÖ tüzüğünde şöyle yansıtılmıştır;

- Evrensel ve kalıcı barış ancak sosyal adalet ile sağlanabilir.
- Çok sayıda insan için dünyanın barış ve uyumunu tehlikeye atacak kadar büyük bir huzursuzluk yaratacak kadar adaletsizlik, zorluk, yoksunluk içeren çalışma koşullarının mevcut olması ve bu koşulların acilen iyileştirilmesi gerekmektedir.
- Herhangi bir ulusun insani çalışma koşullarını benimsememesi, kendi ülkelerindeki koşulların koşulları iyileştirmek isteyen diğer ulusların önünde bir engeldir. (UÇÖ, 2021)

Çalışma sürecinin işgücü arzının düzenlenmesi, işsizliğin önlenmesi ve yeterli geçim ücretlerinin sağlanması, işçilerin, çocukların, gençlerin ve kadınların sosyal korunması dahil olmak üzere, önsözde sıralanan iyileştirme alanları bugünde güncelliğini korumaktadır. UÇÖ ayrıca, eşit değerdeki iş için eşit ücret ve örgütlenme özgürlüğü gibi bir dizi temel ilkeleri de tanıır ve diğerlerinin yanı sıra mesleki ve teknik eğitimin önemini vurgulamaktadır UÇÖ, 2021).

UÇÖ 1946'da Birleşmiş Milletlerin uzman kuruluşu oldu. UÇÖ ilk olarak Dokuz Uluslararası Çalışma Sözleşmesi 10 tavsiye kararını ilk iki yıl içinde kabul ettiler. Bu standartlar arasında aşağıdakiler de dahil olmak üzere temel konuları kapsamaktaydı:

- Çalışma saatleri
- İşsizlik
- Annelik koruması

- Kadınlar için gece çalışması
- Asgari yaş ve
- Gençler için gece çalışması.

Türkiye’de İSG gelişim süreci Cumhuriyet dönemi ile beraber hız kazanmıştır. Türkiye, Avrupa ile imzalanan anlaşmalar neticesinde İSG alanındaki tüm gelişmeleri takip etmiş, mevzuat geliştirmiş ve Avrupa Birliği normları çerçevesinde güncellemiştir.

4857 Sayılı Kanununun 10.06.2003 Yılında Resmi Gazetede Yayınlanan İş Kanuna göre “Madde 1 - Bu Kanunun amacı işverenler ile bir iş sözleşmesine dayanarak çalıştırılan işçilerin çalışma şartları ve çalışma ortamına ilişkin hak ve sorumluluklarını düzenlemektir (resmi gazete, 2003).

2.3. İş sağlığı ve güvenliği açısından risk

Risk yaşamın her alanında var olan ve tehlikelerden zarar görme ihtimalini belirten bir durumu ifade etmektedir. Tehlike ve risk bazen birbirinin yerine kullanılan kavram olsa da aslında iki kavram anlam yönünden farklıdır. Risk, Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre, “zarara uğrama tehlikesi, riziko” olarak ifade edilmiştir. İSG açısından risk ise DSÖ tarafından “sonucun olumsuz olma ihtimali veya bu olasılığı ortaya çıkaran faktör” olarak tanımlanmıştır.

İSG açısından risk, iş yerinde veya işe bağlı görev esnasında çalışanın tehlikelerin yaratacağı kayıpları, yaralanmaları ve hastalık ya da çeşitli başka kötü etkenlerin gerçekleşip gerçekleşmeme ihtimalini ifade etmektedir. Özetle, tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimaline risk denmektedir (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı- ÇSGB).

Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ), dünyada bir yılda 100 milyondan fazla iş kazası meydana gelmekte olduğunu ve üç dakikada bir iş kazası ya da meslek hastalığına bağlı olarak bir çalışanın öldüğünü veya sakat kaldığını ifade etmiştir. İş kazaları dışında dünyada meydana gelen doğal ve insan kaynaklı afetler nedeniyle de çok sayıda insan ölmekte ya da yaralanmaktadır. ILO ayrıca doğal afetler ve iş kazaları nedeniyle ölen ve yaralanan insan sayısı savaşlar nedeniyle ölen veya yaralanan insan sayısından çok daha fazla olduğunu belirtmiştir (ÇSGB).

Çağdaş iş sağlığı ve güvenliği yaklaşımında çalışma ortamında tehlike kaynaklarının belirlenerek sağlık ve güvenlik açısından bir risk değerlendirmesinin yapılması, önleme ve koruma tedbirlerinin belirlenerek uygulanması ve çalışanların bilgilendirilmesi gerekmektedir (Güven, 2007).

Risk değerlendirmesi yapmak öngörülebilecek birçok iş kazalarının ve meslek hastalıklarının azalmasına hatta ortadan kalkmasına katkıda bulunabilir. Risk değerlendirmesi işyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenerek bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacıyla yapılması gerekli çalışmaları ifade etmektedir.

2.4. İş Sağlığı ve Güvenliğinde Risk Değerlendirmeleri

İSG risk değerlendirme çalışmaları, teknolojik gelişmeler ve sanayideki gelişmelere bağlı olarak iş kazaları ve meslek hastalıklarının artması ile giderek daha çok önem kazanan konulardan olmuştur. 2017 yılında AB’de 3.3 milyonun üzerinde ölümcül olmayan kaza ve 3552 ölümlü kaza meydana gelmiştir(Eurostat-2019). Türkiye iş kazaları sıralamasında, ölümlü iş kazalarında dünya üçüncüsüdür. Türkiye’de meydana gelen ölümcül iş kazalarının sayısı, AB ülkelerine kıyasla oldukça yüksektir. 2014 yılı verilerine göre Türkiye’de meydana gelen ölümcül iş kazası oranı (100 bin işçi başına) AB’de meydana gelen ölümcül iş kazası oranının yaklaşık 6,7 katıdır (Şen ve ark, 2018).

Risk değerlendirmesi; bilgi toplama, gelebilecek tehlikeleri belirleme, bu tehlikeler ile ilişkili riskleri ölçme ve bu ölçümlerin sonucunu değerlendirmeyi içermektedir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği yedinci maddesinde risk değerlendirme; “İşyerinde 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 çalışmalar” şeklinde tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2012).

2.5. Sağlık Sektöründe İSG

Sağlık hizmetleri özelliği gereği ikamesi zor olan ve mümkün olmayan bir hizmet şeklidir. Yeterli sayıda iş ve insan gücü olması modern sağlık anlayışı ve gerekliliklerini yerine getirmede büyük önem taşımaktadır. Türkiye bu anlayışa uyma çabası içindedir. Hizmet alıcının gerektiği şekilde hizmet alabilmesi, sağlık sorunlarını kaliteli bir şekilde ulaşabilmesi hizmet sunan personeline gerekli şartlarının sağlanmasıyla mümkün olabilir. Bu nedenle otoriteler sağlık hizmeti sunan ve alan bireylere gerekli şartları sağlama gayreti içerisinde olmalıdır.

Birçok ulusal ve uluslararası düzenlemeler yoluyla çalışan ve hasta için düzenlemeler yapılmakta kararlar alınmaktadır. Globalleşen dünyada bu düzenlemeleri yapmak gereklilik olmaktadır.

İş sağlığı ve güvenliği bir yönetim görevidir. Avrupa Birliği Konsey kararına göre 89/391/EEC numaralı Konsey direktifinin 6. Maddesine göre, işverenler, çalışanlar için sağlık ve güvenlik önlemlerini almakla yükümlüdür. Gerekli iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri almak mesleki risklerin önlenmesinde, bilgi, eğitim ve gerekli organizasyon araç-gereçlerinin sağlanmasını kapsamaktadır.

Avrupa Birliği, bünyesinde bulunan çalışan nüfusun %10'unun sağlık ve sosyal yardım sektöründe ve bunların çoğunun da hastanelerde çalışmakta olduğunu bildirmiştir. Bu çalışanlar çok çeşitli risklere maruz kalabilmektedirler. Avrupa Birliği sağlık ve iş mevzuatı bu risklerin çoğunu kapsamaktadır. Ancak aynı anda birçok riski barındıran sağlık sektöründe birçok riskin meydana gelebilmesi ve bu sektörün açık bir biçimde yüksek risk içeren bir sektör olması hastane personelinin sağlığı ve güvenliğinin geliştirilmesi gereken konulardan olması gerektiği belirtilmiştir (Kıyak, 2014). Komite hastane çalışanları için sektördeki en önemli riskleri ele alan önleme ve iyi uygulamalara ilişkin topluluk düzeyinde bir rehber hazırlamıştır. Söz konusu riskler;

- Biyolojik ajanlar
- Kas İskelet bozuklukları
- Psiko-sosyal bozukluklar
- Kimyasal ajanlar
- Ergonomik riskler

Sağlık sektöründe, iş kazalarının sayısı diğer faaliyet alanlarına göre daha yüksektir.

Farklı meslek grubuna ait farklı görevlerde bulunan sağlık çalışanları, sağlık hizmetini sunarken sağlık ve güvenlik ile ilgili bazı risk ve tehlikelere maruz kalabilmektedirler. Evanoff ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada Bureau of Labor Statics-BLS (Amerikan Çalışma İstatistikleri Bürosu) kayıtlarına göre Amerika’da sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş kazası ve meslek hastalıkları oranı, ağır sanayide çalışan kişilerin iş kazası ve meslek hastalıklarına oranına eşit ve ya daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. ABD’de hastanelerde çalışan her sağlık çalışanından %8.8’i, evde bakım hizmetlerinde çalışan her hemşireden %13.5’i iş kazasına/meslek hastalığına maruz kalmakta ve işinden uzaklaşmaktadır. Bu oranların madencilik sektöründe %4, inşaat sektöründe %7.9 ve sanayi sektöründe %8.1 olduğu düşünüldüğünde, sağlık çalışanların iş kazası ve meslek hastalıkları açısından önemi daha da iyi anlaşılacaktır (Evanoff ve ark, 2022).

Sağlık sektörlerinde yalnız sağlık çalışanları değil, sağlık hizmeti almak için başvuran hastalar ve bu hastalara refakat eden yakınları da çeşitli risklerle karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu nedenle yapılan risk analizleri ve etkili risk yönetimleri sadece kuruluşta çalışan sağlık personeli açısından değil, toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir.

OSHA’ya göre sağlık işletmelerinde çalışma ortamlarında karşılaşılabilecek temel riskleri biyolojik, kimyasal, psikolojik, fiziksel, çevresel/mekanik/biyomekanik olmak üzere sınıflandırmıştır.

Biyolojik riskler; Sağlık çalışanları çalışma ortamlarında çalışma şartları nedeni ile her gün birçok risk faktörü ile karşılaşmaktadırlar. Bu risklerden en önemli risk faktörü olan kan, kan ürünleri, vücut sıvıları, hava ve diğer yöntemlerle çalışanları etkileyen biyolojik riskler olarak tanımlanmaktadır. Enfeksiyon hastalıkları (AIDS, Hepatit-B, C) gibi hastalıklar biyolojik riskler açısından önemli yer tutar. Bu nedenle enfeksiyon hastalıkları sonucu hastaların yattığı hastaneler, laboratuvarlar biyo-güvenlik açısından risklidir (Soyer, 1993:226).

Sağlık sektörü çalışanları çok sayıda ve çok farklı patojenler nedeniyle yüksek bir enfeksiyon kapma riski ile karşı karşıyadırlar.

Belli başlı enfeksiyon açısından risk alanları aşağıdaki şekilde belirtilmiştir.

- Ameliyathaneler
- Acil tıp
- Yoğun bakım üniteleri

- Acil ambulans servisleri
- Diyaliz
- Laboratuvarlar
- Geriatri, özellikle kan ve kan ürünleri ile ilgili maruziyet olan yerde, potansiyel tehlikeli cihaz ve aletler veya saldırgan hayvanlarla ilgilenme
- Patoloji, anatomi ve adli tıp (laboratuvarlar hariç)
- Kan ve plazma donör banka merkezleri (Kıyak, 2014).

Kimyasal Riskler; Sağlık hizmeti sunucularının hizmeti sunum sırasında karşılaştıkları kimyasal faktörler ilk sırada dezenfektanlar, ikinci sırada ise antiseptikler yer almaktadır. Bunlar dışında risk unsuru; anestezi maddeler, latex, civa, solvent, inorganik kurşun, farmasötik madde ve sitotoksik maddeler de bulunmaktadır. Kimyasal maddeler, sağlıklı cilt, solunum sistemini, ağız, göz, ve iğne batması gibi çeşitli yollar ile vücuda girebilmektedirler. Çalışma ortamlarında kullanılan bu kimyasal maddeler sağlık çalışanı açısından akut ve kronik etkiler oluşturabilmektedirler (Parlar, 2008).

Fiziksel Riskler; çalışanlar sağlık hizmeti sunumu sırasında çalıştıkları ortamın fiziki altyapısına bağlı olarak farklı riskler olabilir.

Ergonomik riskler; Ergonomi, bir uygulamalı bilim dallarından iş bilimsel çabaların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. İnsanlar çalışma esnasında anatomik, fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve teknik teorilerden yararlanarak çalışmanın bedene verebileceği zararı en aza indirmeyi hedefler. Günümüzde ergonomi insanla, işi yaparken kullandığı araç-gereç ve makinenin uyum içinde sunulmasını ve uyumsuzlukların çözülmesini hedeflemektedir (Dizdar, 2008; Di Martino ve Corlett, 1998; Niu 2010. Akt. Aytaç ve ark. 2019). Bunun yanında aşırı iş yükü, bozuk makineler, üretim araçlarının hatalı yerleştirilmesi, yanlış depolama, ergonomik uygun olmayan koşullar, elektrik kaçakları, uygun olmayan havalandırma, ıslak kaygan zemin gibi olumsuz unsurlar çevresel risklere bağlı iş kazaları nedenleri arasında gösterilebilir (Akkaya, 2007).

Psiko-sosyal Riskler: DSÖ sağlık tanımına göre sağlık personeli fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam olarak iyi olmanın yanı sıra kendi sağlık potansiyelini kullanma

konusunda ve iş yerlerinin yüksek taleplerini karşılamada kendilerini güçlü hissetmeleri gerekmektedir.

Günümüzde sağlık mesleği mensuplarının mesleğinin çekici olmama nedenleri arasında kötü kariyer fırsatları, zor çalışma saatleri, adil olmayan ücretlendirme ve yüksek fiziksel, ruhsal yükler ile gerginlikleri kapsamaktadır (Kıyak, 2014).

Psikososyal risk faktörü hemşireler, doktorlar, temizlik personelleri ile medikal teknik hizmette bulunanların da dahil olduğu tüm meslek gruplarında ortaya çıkabilmektedir. DSÖ tanımına uygun olarak sağlıklı iş çevresi oluşturulması hedeflenirken sağlık çalışanlarının karşılaştıkları iyi bilinen psikolojik risklerden bazıları:

- Zaman bakışı
- Katı hiyerarşik yapı
- Minnettarlık yada ödüllendirmemenin olmaması
- Uygun olmayan personel liderliği
- İlgili bilgi eksikliği
- Yönetimin destek eksikliği
- İşe bağlı yükler (vardiya işi, gece işi, düzensiz çalışma saatleri),
- Sosyal çatışmalar, taciz, zorbalık, şiddet ve ayrımcılık
- Vücut dilini de anlamakta başarısızlık gibi iletişim ve etkileşim alanındaki zorluklar,
- İdeal olmayan iş düzeni

Psikososyal riskler kapsamında işten kaynaklı stres ve son zamanlarda artan sağlık çalışanına yönelik şiddet de bu kapsamda gösterilebilir ve önemli bir sorun olmaktadır.

Çevresel Riskler: literatürlerdeki belirtilen araştırmalara göre çevresel faktörler iş kazası nedenlerinin %20'sini oluşturabilmektedir. Uydun olmayan ve yetersiz aydınlatma, ısı, ışık ve radyasyon; mikroorganizmalar; tahriş edici gazlar, anestezipler, sistemik zehirlenmeler gibi nedenler iş kazasına/meslek hastalığına yol açabilmektedir.

2.6. Meslek Hastalığı ve İş Kazası

Çalışma hayatında birçok meslek ve iş alanları vardır. Bu her iş ve mesleğin kendine özgü mesleki risklerinden kaynaklı kazalar, hastalıklar ve mesleki uğraştan kaynaklanabilecek bazı sonuçları doğurabilmektedir.

Meslek hastalığı, risk faktörlerine maruz kalmaktan kaynaklanan, yapılan iş nedeniyle ortaya çıkan hastalık veya özürülük olarak tanımlanabilir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ise meslek hastalığını “işin gerektirdiği faaliyetler dolayısı ile meydana gelen risk faktörlerine maruz kalma sonucu ortaya çıkan herhangi bir hastalık” olarak tanımlanmıştır. Meslek hastalıklarında meslek ile özel veya güçlü bir ilişkisi bulunabilmektedir. Genellikle tek bir etmenden kaynaklanmasıyla tespit edilebilir. Meslek hastalığı etkeni işyerindedir. Etkene doğrudan maruz kalan kişilerde görülmektedir.

İşle ilgili hastalıklar ise diğer risk faktörlerinin yanında çalışma ortamındaki faktörlerden kaynaklanabilecek ve karmaşık bir etmolojiye sahip olan hastalıklardır (stres, kas iskelet sistemi hastalıkları vb.) (ILO, 1993). Etkenin işyerinde olması gerekmez. İşyerindeki etkenler bu hastalıkların ortaya çıkmasını ve gelişmesini hızlandırır. İşle ilgili hastalıklar, doğrudan işe bağlı olmasa bile, işyerindeki faktörlerden etkilenir, hastalığın seyri değişebilmektedir. Meslek hastalıklarında ise iş yerinden kaynaklanan ve işin seyri esnasında meydana gelir ve meslekle özel bir ilişkisi bulunmaktadır. Genellikle nedensellik tek faktördür. Fakat işle ilgili hastalıklarda birçok faktör kaynağı ve riskleri sonucu meydana gelebilmektedir. Doğrudan iş yerinden kaynaklanmasa bile, işyerindeki faktörlerden etkilenebilir ve hastalığın seyri değişir. Bunlar; kronik kalp hastalıkları, KOAH, kronik karaciğer hastalıkları peptik ülser kronik nefropati, kronik kan hastalıkları, romatolojik hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar. İşe bağlı sağlık sorunu: İşten veya çalışma koşullarından kaynaklanan veya iş nedeniyle kötüleşen hastalık, sakatlık, fiziksel veya ruhsal sağlık sorunları kapsanmıştır. Avrupa’da işle ilgili ölümlerin dağılımı %55 dolaşım sistemi hastalıkları, %26 solunum sistemi hastalıkları, %6 kanser, %5 kazalar ve şiddet ve %8 diğer faktörlerdir (ILO-EUROSTAT, 2004).

İş kazası, işyerinde veya iş esnasında meydana gelen ve bir yaralanmayla sonuçlanan tüm kazalardır. İş kaybına yol açıp açmamasına ve olayın hukuken bir iş kazası niteliği taşıyıp taşımadığına bakılmaksızın, işyerinde veya iş esnasında geçirilen ve (şiddetine bakılmaksızın) bir yaralanmayla sonuçlanan tüm kazalar 5510 sayılı kanunda iş kazası olarak tanımlanmıştır;

- Sigortalı çalışanın işyerinde bulunduğu sırada,
- İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle,

- Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- Hizmet akdi ile çalışan emziren kadın sigortalının, iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,
- Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş gelişi sırasında,
- Kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle meydana gelen olaylar iş kazası olarak tanımlanmaktadır.

Türkiye’de yasal meslek hastalığı olgusu 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda tanımlanmaktadır. Bu kanunun 14. Maddesindeki tanıma göre meslek hastalığı; Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürllülük halleridir. Bu tanımda meslek hastalığını diğer hastalıklardan ayıran bir takım özellikler vardır. Bunlardan ilki bir işçinin meslek hastalığı tanısı alabilmesi için “sigortalı” olması gerektiğidir. Dolayısıyla meslek hastalığının tazmin edilmesi sigortalılar için söz konusudur. Meslek hastalığının diğer bir özelliği, hastalığa işin yürütüm şartlarının neden olmasıdır, yani iş ile hastalık arasında bir neden-sonuç ilişkisi olması (illiyet bağının) gerektiğidir.

Türkiye’de iş kazası oranları son 40 yıl içerisinde ciddi oranda düşüş göstermiştir. Fakat Uluslararası Çalışma Örgütü belirlemelerine göre hala gelişmiş ülkeler sıralamasında hala yüksek seviyededir.

Popülasyonların epidemiyolojik çalışmaları, hastalığın belirli bir maruziyet tipine mi yoksa düzeyine mi atfedilebileceğini belirleyebilirken, bireysel bir hasta için bu daha az açıktır. Nedensel olması muhtemel maruziyet kalıpları hakkında yargılar, adli tıp davalarında veya tazminat taleplerinde yapılabilir, ancak bu kararların, özellikle güvenilir maruziyet verilerinin olmaması nedeniyle, işten kaynaklanan hastalığın gerçek boyutunu belirlemede çok az değeri vardır. Bu tür hastalıkların insidansı ve dağılımı hakkındaki bilgiler bu nedenle tam olmaktan uzaktır. Cherry, meslek hastalıklarının kalıpları ve nedenlerini şu şekilde açıklamıştır (Cherry, 1999).

Meslek hastalığının nedenlerinin anlaşılması, hem iyi bir epidemiyoloji hem de maruz kalmanın doğası ve maruz kalanların duyarlılığı hakkında ayrıntılı bilgi gerektirir.

- Fetüs üzerinde erkek aracılı etkilerle ilgili hipotezler için kanıtların az olmasına rağmen, işyeri maruziyetlerinin erkek üreme kapasitesi üzerindeki etkileriyle ilgili endişeler büyük olmaya devam etmektedir.
- Önleyici programlarla ilgili iyi değerlendirici çalışmalara ihtiyaç vardır, ancak bunlar yetersizdir.
- Kronik habis olmayan hastalıkların önlenmesinde gelecekteki ilerlemeler, kısmen işyerinde psikososyal faktörlerin rolünün daha iyi anlaşılmasıyla gelebilir.
- En iyi çabalara rağmen, meslek hastalığı devam etmektedir ve emekliliği uzun süre geride bırakan yaşlı insanlarda engelliliğe önemli ölçüde sebep olabilecektir (Cherry, 1999).

DSÖ'nün 21.02.2021 tarihinde sağlık sektörü için yayınladığı rehberde en yaygın mesleki tehlikelerin şunlar olduğunu belirtilmiştir;

- Mesleki Enfeksiyon; sağlık sektöründe en yaygın ve endişe duyulan mesleki enfeksiyonlar tüberküloz, hepatit B ve C, HIV/AIDS ve solunum yolu enfeksiyonları (Corona, Grip vb).
- Güvenli olmaya hasta taşıma; Hastaları uygun olmayan teknikler kullanarak veya ekipman kullanmadan kaldırarak, transfer etmek, yeniden konumlandırmak kas iskelet sistemi yaralanmalarının sebebi olmaktadır.
- Tehlikeli kimyasallara maruziyet: sağlık sektöründeki en yaygın kimyasallar temizlik maddeleri, sterilantlar, civa, toksik ilaçlar, pestisitler lateks ile laboratuvar kimyasalları ve reaktifleridir.
- Radyasyona maruz kalma: iyonlaştırıcı (x-ışınları, radyonüklidler) ve iyonlaştırıcı olmayan radyasyona (UV, lazerler) maruz kalma, sağlık bakım ortamlarında meydana gelebilir ve sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği için belirli riskler oluşturabilir.
- Mesleki Stres, tükenmişlik, ve yorgunluk: sağlık çalışanları arasında zaman baskısı, iş görevleri üzerine kontrol eksikliği, uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma, destek eksikliği, ve ahlaki yaralanmalar mesleki stres, tükenmişlik ve yorgunluk için önemli risk faktörleridir.

- Şiddet ve taciz: bunlar, fiziksel, cinsel, sözlü, psikolojik taciz ve işyeri tacizi dahil olmak üzere sağlık çalışanları arasında işle ilgili istismar, tehdit, veya saldırıları içeren olaylardır.
- Ortam, çalışma ortamındaki riskler: bunlar, sağlık çalışanlarına zarar verebilecek termal rahatsızlık (sıcak veya soğuk stresi) gürültü gibi işle ilgili faktörler.
- Mesleki yaralanmalar: sağlık çalışanları arasında yaygın olarak görülen yaralanmalar, kaymalar, takılmalar ve düşmeler trafik kazaları (ambulans kazaları, motosiklet ve bisiklet yaralanmaları), elektrik çarpması, patlamalar ve yangındır.
- Çevre sağlığı tehlikeleri: içme ve yıkama için güvenli olmayan ve yetersiz su, yetersiz sanitasyon ve hijyen, tehlikeli sağlık atıkları ve iklimle ilgili riskler, sağlık çalışanları arasında işle ilgili hastalıklara ve yaralanmalara neden olabilir (DSÖ, 2021).

2.7. COVID-19 Pandemisi Sürecinin İş Sağlığı ve Güvenliğine Etkileri

Yeni coronavirüsün neden olduğu pandemi, 2019 yılında Çin'de başlayarak kısa sürede dünyanın her yerini etkisi altına almıştır. COVID-19 pandemisi; aile, eğitim ve iş alanlarındaki sonuçlarıyla insanların günlük yaşamlarını derinden etkilemiştir. İş bağlamı ile ilgili olarak, sağlık profesyonelleri başta olmak üzere birçok bu sektördeki çalışan iş yerinde COVID-19 ile enfeksiyon riskine maruz kalmıştır. Pandeminin ilk aşamasından itibaren sağlık profesyonelleri enfeksiyon kontrol ve tedavi sürecinde ön safhalarda yerini alarak birçok riski göğüslemiştir (Babore ve diğ. 2020). Sağlık çalışanları enfeksiyon riskinin yanı sıra fiziksel, ruhsal, sosyal (sosyal dışlanma) ve ekonomik risklerle de karşı karşıya kalmışlardır. (Falco ve ark., 2022).

COVID-19 pandemisi tüm ülkelerde dikkatleri sağlık hizmetleri üzerinde toplamıştır. Hükümetler virüsün yayılmasını yavaşlatmaya çabalarırken, sağlık çalışanları özellikle de kadın çalışanlar ön safhalarda salgınla mücadele etmiştir. COVID-19 ile mücadele süreci ülkelerin sosyoekonomik koşullarına göre farklılık göstermiştir. Gelişmemiş ve az gelişmiş ülkeler birçok konuda gelişmiş ülkelere göre daha büyük zorluklarla mücadele etmek zorunda kalmışlardır. Nitekim DSÖ, COVID-19'u küresel acil sağlık surumu ilan ettiğinde, en büyük kaygısının virüsün sağlık

sistemi zayıf olan ülkelere yayılması ihtimali olduğunu belirtmiştir. Örneğin; Afrika'da 10.000 kişi başına düşen sağlık sektörü çalışanı ortalama 57'dir. Bölgelerin yoksul ulusların pek çoğunda bu oran daha düşük olmaktadır.

Bu küresel kriz karşısında, sağlık çalışanlarının güven duyulan kişiler olması ve profesyonelce çabaları tüm dünyada takdir uyandırmıştır. Sağlık bakım çalışanları, sağlık sistemlerinin temeli ve evrensel sağlık politikalarına ulaşmada itici güçtür. Pandemi boyunca bağlılıkları, profesyonellikleri herkes tarafından açıkça görülmüştür. Burada COVID-19 sürecindeki öneminden dolayı dünyada sağlık insan gücü dağılımından bahsetmek faydalı olacaktır.

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma amaçlarının bir parçası olarak, tüm üye devletler 2030 yılına kadar evrensel sağlık hizmetine herkesin erişebilmesini sağlamayı kabul etmişlerdir. Sağlık sektöründeki istihdam yoğunluğunun bu amaç için gösterge olarak belirlenmesi karşısında, bunu başarmanın önündeki engellerden birinin sağlık çalışanları sayısının yetersiz olması kaynaklı olduğunu belirlemişlerdir.

ILOSTAT sağlık istihdam verilerine göre yüksek gelirli ülkeler, hem en vasıflı sağlık çalışanlarına, hem de en büyük sağlık sektörüne sahiptir. Norveç en büyük sağlık sektörüne sahip:10.000kişi başına 1.049 sağlık çalışanı istihdam etmektedir. Onun ardından 800 çalışan ile Danimarka, Japonya, Hollanda ve İsviçre gelmektedir. ABD 662, Birleşik Krallık 664 ile en yüksek gelirli ülkeler sıralamasında 10. ve 13. sıralarda yer almaktadırlar (ILOSTAT, 2021).

Yüksek gelirli ülkeler toplu olarak düşük gelirli ülkelere kıyasla sağlık sektöründe neredeyse 12 kat fazla insan çalıştırmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde 10.000 kişi başına düşen sağlık çalışanı 580 kişi iken, düşük gelirlielerde bu rakam sadece 49 kişidir. Bundan dolayı sağlık hizmetlerine erişimse eşitsizlik mevcuttur. Vasıflı sağlık mesleklerine (doktor, hemşire, ebe gibi) 10.000 kişi başına düşen sağlık çalışanı üzerinden bakınca, benzer bir durum belirlenmiştir. ILOSTAT verilerinde mevcut 97 ülkenin içinde sağlık insan gücü açısından en üst sıradaki 10 ülkenin neredeyse hepsi yüksek gelirli ülkelerdir. İlk beşte Almanya, Norveç, İsviçre, Hollanda ve ABD vardır. Rusya ise ilk 10'a girebilmiş yüksek gelirli olmayan tek ülkedir.

Dünyada dağılımı böyle eşitsizken, üstüne sağlık çalışanlarının birçoğunun COVID-19 nedeniyle enfekte olmaları, bazılarının hayatlarını kaybetme riski ile karşı karşıya kalmaları pandemi ile mücadeleyi derinden etkilemiştir. DSÖ Ocak-2020 ile Mayıs-2021 arası dönemde 80.000 ile 180.000 ölüm olabileceğini

belirtmiştir. Bu ölümler trajik bir kayıptır. 119 ülkeden elde edilen veriler Eylül-2021'e kadar sağlık bakım çalışanlarının ancak yarısının aşılandığını göstermektedir (DSÖ-2021). Aşılama da bölgeler, ekonomik gruplar arasında farklılık göstermiştir. Örneğin Afrika bölgesinde her 10 kişiden 1'i aşılanmış iken yüksek gelirli ülkelerde bu oran %90 civarındadır (DSÖ, 2021).

Uluslararası Sağlık ve Bakım Çalışanları Yılı Yönlendirme Komitesi, DSÖ Genel Direktörü Dr. Adhanom Ghebreyesus düzenlediği basın toplantısında ölüm sayısının artmasından endişelerini belirtmiş ve düşük ve orta gelirli ülkelerdeki sağlık bakım çalışanları arasındaki aşı eşitsizliği konusunda acil eylem planı üzerine çağrıda bulunmuştur.

Bu eylem planı;

- COVID-19 nedeniyle sağlık ve bakım çalışanları arasında enfeksiyonlar, sağlık sorunları ve ölümler hakkında veri toplama ve raporlamayı güçlendirmeyi,
- DSÖ ve ortakları mevcut küresel COVID-19 salgını sırasında ve sürecinde sağlık ve bakım çalışanlarını korumayı içermektedir (DSÖ, 2021).

DSÖ, UÇÖ gibi dünyada önde gelen kuruluşlar çok sayıda sağlık ve bakım çalışanlarının COVID-19'dan ölmesinden ve aynı zamanda işgücünün artan bir bölümünün tükenmişlik, stres, endişe ve yorgunluktan muzdarip olmasından endişe duyduğunu deklere etmişlerdir.

Salgının sağlık çalışanlarının yaşamı ve çalışmaları üzerindeki etkilerini incelemeye yönelik çok sayıda literatür bulunmaktadır (Mehta ve ark., 2021).alışmalarda; sağlık çalışanlarının uzun çalışma saatlerine maruz kaldıkları, değişen gereksinimlere uyum sağlamak için çaba gösterdikleri, hastalarda artan ölüm oranlarından etkilendikleri, bu sırada koruyucu ekipman eksikliği yaşadıkları, hizmet sunarken bir yandan yüksek standardı korumak için çalışırken diğer taraftan aile üyelerine bakım vermeye çalıştıkları belirtilmiştir. Bazı araştırmacılar ise özellikle COVID-19'un sağlık çalışanlarının uykusu üzerindeki etkisine odaklanarak araştırmalar yapmıştır. Anksiyete ve stres önemli ölçüde bu dönemde artmıştır. Anksiyete, depresyon semptomlarına yol açabilen veya intihar düşüncesine neden olabilen psikolojik sıkıntı ile ilişkili faktörleri araştırmak için çaba gösterilmeli ve değiştirilebilir faktörleri kontrol etmek için çaba sarf edilmelidir. Doktorlar arasında daha fazla farkındalık olmalı ve olumsuz ruh sağlığı koşulları, hastalık ilerledikçe

onları daha da etkileyeceğinden, ruh sağlığına odaklanan daha uzun vadeli çalışmalar yapılmalıdır.

Sağlık çalışanlarının karşılaştığı sorunların tam olarak anlaşılması etkili bir müdahalenin oluşturulmasını engelleyecektir. Örneğin, çalışma ortamının herhangi bir yönünü tek başına hedefleyen çözümler yetersiz olacaktır (Shreffler, 2020). Sorunların çözümüne bütüncül yaklaşmak gerekmektedir. Bu nedenle, çalışma ortamının birden çok ögesini aynı anda hedefleyen bir program olarak geliştirilen müdahaleleri önermek mantıklıdır. Böyle bir müdahale paketi, tek bir hükümet veya sivil toplum kuruluşunun ötesine geçen kaynakların seferber edilmesini gerektirecektir. Bunun yerine, bir ülke içinde ve uluslararası düzeyde, endüstriler ve yetki seviyeleri arasındaki kuruluşların katılımı gereklidir. Operasyon ve koordinasyonun optimize edilmesi, personel ve doldurma, kapasite geliştirme, tanıma ve motive etme gibi sağlık sisteminin güçlendirilmesine yönelik politikalara sağlık çalışanları için acilen ihtiyaç duyulmaktadır. Spesifik olarak, merkezi ve yerel makamlar COVID-19 faaliyetlerine katılım için acil mali yardım sağlayabilir, acil durum planlarının geliştirilmesi, eğitim ve rehberliğin güncellenmesi, çok merkezli ve iller arası işgücünün (merkezi bakanlıklar ve yerel yönetimlerle ilgili) koordinasyonu için mekanizmalar oluşturulması gibi salgına hazırlık faaliyetleri için daha uzun vadeli kaynak tahsisi yapmalıdırlar. Ruh sağlığı destek hizmetleri ile özellikle sağlık çalışanları ve ailelerine yönelik çocuk bakımı ve aile bakım hizmetleri sunulmalıdır. Uluslararası sivil toplum kuruluşları, teknik destek sağlayarak ve uzmanlık ve deneyimlerini paylaşarak her türlü girişimde yer alabilir. Bu işbirlikleri, etkili iletişim gerektirecek, olası uzun müzakereleri ve çatışan çıkarlar ve sınırlı kaynaklar olması durumunda tüm taraflardan zorlu uzlaşmalar gerektirecektir.

Her ne kadar harap ve yıkıcı olsa da, COVID-19 salgını, ölçeği ve süresi ile sağlık hizmetlerinin birçok yönünü yeniden düşünme dürtüsü yaratmıştır. Daha önce birçok salgın hastalıktan fedakarlık eden ve acı çeken sağlık çalışanları, bir kez daha ilgi odağı haline gelmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik bu ilgi azalmadan önce, program izleme, değerlendirme ve araştırmayı yönlendirmek için gerekli adımları geliştirmek ve aynı zamanda ağır yüklerini azaltabilecek çözümleri uygulamak için pandemik etkilerin iş ve yaşamları üzerindeki sistematik bir anlayış geliştirmek çok önemlidir. Bu çerçevede ayrıca, kötü sağlık davranışları, madde kullanımı, aile içi

çatışmalar, düşük kaliteli hasta bakımı, aile yükümlülüklerini ihmal etme ve bakım verme gibi bazı ikincil sonuçların temel nedenlerini belirlemeye yardımcı olur (Mehta ve ark., 2021).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği durumuna etkisini incelemek ve sağlık personeline göre hastanede iş sağlığı ve güvenliği düzeyinin belirlenmesidir. Çalışmada sağlık çalışanlarının pandemi sürecindeki iş sağlığı ve güvenliğine yönelik görüşleri bir ölçek kullanılarak tespit edilmiştir. Ayrıca niteliksel bir çalışma yapılarak pandemi öncesinde İSG ilişkin görüşleri de alınarak pandemi süreci ile kıyaslanmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

Bu çalışmada aşağıdaki araştırma soruları sınıanmıştır;

S1: Katılımcıların pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği durumu nasıldır?

S2: Katılımcıların mesleklerine göre çalışan güvenliği ile ilişkili memnuniyet durumları arasında fark var mıdır?

S3: Katılımcıların mesleklerine göre HİGÖ puanları arasında fark var mıdır?

S3.1: Katılımcıların mesleklerine göre “mesleki hastalıklar ve şikayetler” boyut puanları arasında fark var mıdır?.

S3.2: Katılımcıların mesleklerine göre “sağlık taraması ve kayıt sistemi” boyut puanları arasında fark var mıdır?

S3.3: Katılımcıların mesleklerine göre “kazalar ve kayıt sistemi” boyut puanları arasında fark var mıdır?

S3.4: Katılımcıların mesleklerine göre “yönetmel destek ve yaklaşımlar” boyut puanları arasında fark var mıdır?

S3.5: Katılımcıların mesleklerine göre “malzeme araç ve gereç denetimi” boyut puanları arasında fark var mıdır?

S3.6: Katılımcıların mesleklerine göre “koruyucu önlemler ve kurallar” boyut puanları arasında fark var mıdır?

S3.7: Katılımcıların mesleklerine göre “fiziksel ortam uygunluğu” boyut puanları arasında fark var mıdır?

S4: Katılımcıların yaşlarına göre HİGÖ puanları arasında fark var mıdır?

S4.1: Katılımcıların yaşlarına göre hastanede “mesleki hastalıklar ve şikayetler” puanları arasında fark var mıdır?

S4.2: Katılımcıların yaşlarına göre hastanede “sağlık taraması ve kayıt sistem” puanları arasında fark var mıdır?

S4.3: Katılımcıların yaşlarına göre “kazalar ve kayıt sistemi” puanları arasında fark var mıdır?

S4.4: Katılımcıların yaşlarına göre “yönetmel destek ve yaklaşımlar” puanları arasında fark var mıdır?

S4.5: Katılımcıların yaşlarına göre “malzeme araç ve gereç denetimi” puanları arasında fark var mıdır?.

S4.6: Katılımcıların yaşlarına göre “koruyucu önlemler ve kurallar” puanları arasında fark var mıdır?

S4.7: Katılımcıların yaşlarına göre “fiziksel ortam uygunluğu” puanları arasında fark var mıdır?

S5: Katılımcıların cinsiyetlerine göre HİGÖ puanları arasında fark var mıdır?

S5.1: Katılımcıların cinsiyetlerine göre hastanede “mesleki hastalıklar ve şikayetler” puanları arasında fark var mıdır?

S5.2: Katılımcıların cinsiyetlerine göre hastanede “sağlık taraması ve kayıt sistem” puanları arasında fark var mıdır?

S5.3: Katılımcıların cinsiyetlerine göre “kazalar ve kayıt sistemi” puanları arasında fark var mıdır?

S5.4: Katılımcıların cinsiyetlerine göre “yönetmel destek ve yaklaşımlar” puanları arasında fark var mıdır?

S5.5: Katılımcıların cinsiyetlerine göre “malzeme araç ve gereç denetimi” puanları arasında fark var mıdır?

S5.6: Katılımcıların cinsiyetlerine göre “koruyucu önlemler ve kurallar puanları” arasında fark var mıdır?

S5.7: Katılımcıların cinsiyetlerine göre “fiziksel ortam uygunluğu” puanları arasında fark var mıdır?

S6: Katılımcıların eğitim durumlarına göre HİGÖ puanları arasında fark var mıdır?

S6.1: Katılımcıların eğitim durumlarına göre hastanede “mesleki hastalıklar ve şikayetler” puanları arasında fark var mıdır?

S6.2: Katılımcıların eğitim durumlarına göre hastanede “sağlık taraması ve kayıt sistem” puanları arasında fark var mıdır?

S6.3: Katılımcıların eğitim durumlarına göre “kazalar ve kayıt sistemi” puanları arasında fark var mıdır?

S6.4: Katılımcıların eğitim durumlarına göre “yönetmelik ve yaklaşımlar” puanları arasında fark var mıdır?

S6.5: Katılımcıların eğitim durumlarına göre “malzeme araç ve gereç denetimi” puanları arasında fark var mıdır?

S6.6: Katılımcıların eğitim durumlarına göre “koruyucu önlemler ve kurallar” puanları arasında fark var mıdır?

S6.7: Katılımcıların eğitim durumlarına göre “fiziksel ortam uygunluğu” puanları arasında fark var mıdır?

S7: Katılımcıların mesleki deneyimlerine göre HİGÖ puanları arasında fark var mıdır?

S7.1: Katılımcıların mesleki deneyimlerine göre hastanede “mesleki hastalıklar ve şikayetler” puanları arasında fark var mıdır?

S7.2: Katılımcıların mesleki deneyimlerine göre hastanede “sağlık taraması ve kayıt sistem” puanları arasında fark var mıdır?

S7.3: Katılımcıların mesleki deneyimlerine göre “kazalar ve kayıt sistemi” puanları arasında fark var mıdır?

S7.4: Katılımcıların mesleki deneyimlerine göre “yönetmelik ve yaklaşımlar” puanları arasında fark var mıdır?

S7.5: Katılımcıların mesleki deneyimlerine göre “malzeme araç ve gereç denetimi” puanları arasında fark var mıdır?

S7.6: Katılımcıların mesleki deneyimlerine göre “koruyucu önlemler ve kurallar” puanları arasında fark var mıdır?

S7.7: Katılımcıların mesleki deneyimlerine göre “fiziksel ortam uygunluğu” puanları arasında fark var mıdır?

S8: Katılımcıların medeni durumlarına göre HİGÖ puanları arasında fark var mıdır?

S8.1: Katılımcıların medeni durumlarına göre hastanede “mesleki hastalıklar ve şikayetler” puanları arasında fark var mıdır?

S8.2: Katılımcıların medeni durumlarına göre hastanede “sağlık taraması ve kayıt sistem” puanları arasında fark var mıdır?

S8.3: Katılımcıların medeni durumlarına göre “kazalar ve kayıt sistemi” puanları arasında fark var mıdır?

S8.4: Katılımcıların medeni durumlarına göre “yönetmelik destek ve yaklaşımlar” puanları arasında fark var mıdır?

S8.5: Katılımcıların medeni durumlarına göre “malzeme araç ve gereç” denetimi puanları arasında fark var mıdır?

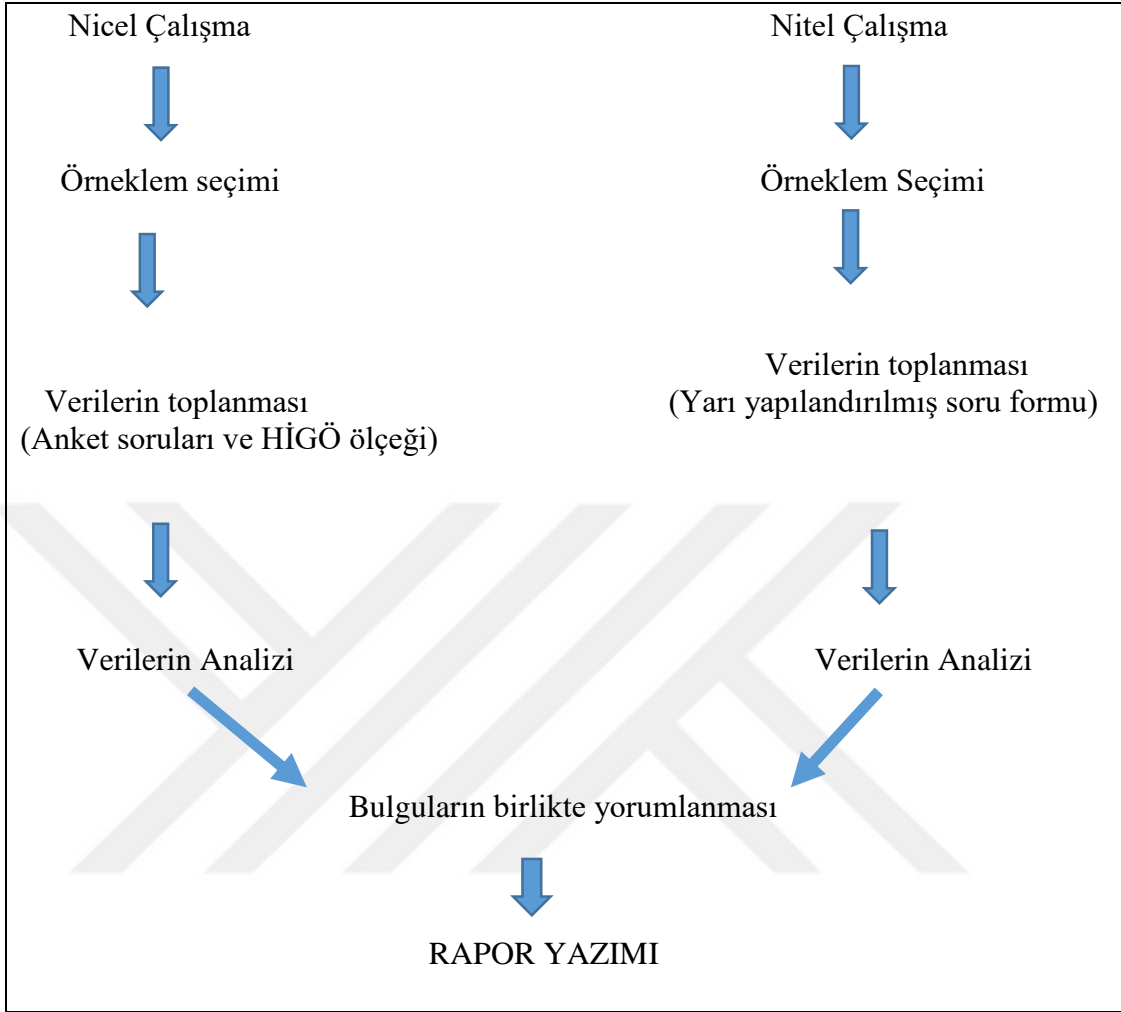
S8.6: Katılımcıların medeni durumlarına göre “koruyucu önlemler ve kurallar” puanları arasında fark var mıdır?

S8.7: Katılımcıların medeni durumlarına göre “fiziksel ortam uygunluğu” puanları arasında fark var mıdır?

3.3. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının pandemi öncesi ve sürecinde hastanede iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin görüşleri incelenmiştir. Çalışma nitel ve nicel yöntemlerin kullanıldığı karma bir araştırmadır.

Araştırma iş akış şeması Şekil 1’ de gösterilmiştir.



Şekil 1: Araştırma iş akış şeması

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kamu eğitim araştırma hastanesinde yapılmıştır. Araştırma verileri Ağustos-2021 ve Mart-2022 tarihlerinde toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; bir kamu eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan toplam 1070 (doktor, hemşire, teknisyen) sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Nicel araştırmanın örneklem grubunu 60 doktor, 70 teknisyen/tekniker ve 105 hemşire olmak üzere toplam 235 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, bilinen

evrenden örneklem büyüklüğü hesaplama formülü ile %95 güven aralığı dikkate alınarak hesaplanmıştır;

Bilinen evrenden örneklem belirlemesi için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot pq}{d^2(N - 1) + t^2 \cdot pq}$$

$$n = \frac{1070 \times 1.96^2 \times (0.8 \times 0.2)}{0.05^2(1070 - 1) + 1.96^2 \times (0.2 \times 0.8)}$$

$$n = 200,42.$$

t: t tablosundan, belirli güven düzeyinde genellikle (95) “sonsuz” serbestlik derecesinde, değer (%95 için t tablosu değeri=1.96’dır).

N :Evrendeki birey sayısı (1070)

n :Saptanacak optimum örneklem büyüklüğü

p :İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.8)

q : (1-p) incelenen olayın görülmeme sıklığı (0.2)

d : Araştırmada belirlenecek hızın olası standart sapması (0.05).

Nitel araştırma örneklem grubunu amaca yönelik örnekleme yöntemi ile seçilen 14 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Örneklem grubu, COVID-19 tanılı hastalarla teması en yoğun olan çalışanlardan seçilmiştir. Bu nedenle yoğun bakım, acil servis, laboratuvar, röntgen bölümlerinden sağlık çalışanları araştırma kapsamına alınmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın nicel bölümünde veri toplama aracı olarak soru formu ve ölçek olmak üzere iki form ve niteliksel bölümünde yarı yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır;

3.6.1. Kişisel bilgi formu (Ek:1);

Bu form; katılımcıların demografik özelliklerini tanımlayan sorular, çalışan hayatına ilişkin sorular, iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alıp almadığına ilişkin sorular ile COVID-19 bulaş ve aşı durumunu sorgulayan toplam 16 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Sağlık çalışanları için İş Güvenliği Ölçeği (Ek:1);

HİGÖ, Öztürk ve Babacan tarafından 2012 yılında geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliğini 2010 yılında Trabzon il merkezinde 5 ve ilçelerinde 11 devlet hastanesinde çalışan toplamda 1450 sağlık personeli üzerinde yapılmıştır. Hastanelerde çalışan sağlık personelinin iş güvenliği durumunun değerlendirilmesi ve sağlık personelinin iş güvenliği algılarının ölçülebilmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir.

Ölçeğin alt boyut puanları ve toplam puanlarının yüksek olması iş sağlığı ve düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınacak maksimum puan 270, minimum puan 45'dir. Ölçekten alınan puan madde sayısına bölünerek 1-6 arasında değer alınmaktadır. Madde puanının 1'e yakın olması iş güvenliğinin sağlanmadığını 6'ya yakın puan ise iş güvenliğinin sağlandığını göstermektedir. 3.50 puan nötr noktasıdır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.96 dır.

Ölçek yedi alt faktörden oluşmaktadır. Aşağıda faktörler ve içerdiği ölçek maddeleri sunulmuştur;

F1; Mesleki hastalıklar ve şikâyetler: 1.-13. Maddeler. Bu alt boyuttan alınan puanın yüksek olması meslek hastalıklarının ve sağlıkla ilgili şikâyetlerin az görüldüğünü göstermektedir.

F2; Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemi: 14. -19. Maddeler. Bu alt boyut puanının yüksek olması iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin kayıt sisteminin yeterli olduğunu ve sağlık taramalarının yapıldığını göstermektedir.

F3; Kazalar ve Zehirlenmeler: 20.-24. Maddeler. Bu alt boyut puanının yüksek olması iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin kazalar ve zehirlenmeler oranının düşük olduğunu göstermektedir.

F4 Yönetmelik Destek ve Yaklaşımları: 25.- 31. Maddeler. Bu alt boyutun puanının yüksek olması İSG açısından çalışanların yönetim ve desteğinin yeterli olduğunu göstermektedir.

F5; Malzeme, Araç, ve Gereç Denetleme: 32.-36. Maddeler. Bu alt boyutun yüksek olması kullanılan araç gereç ve ekipmanın kaliteli olduğunu göstermektedir.

F6; Koruyucu Önlemler ve Kurallar: 37.- 41. Maddeler. Bu alt boyut puanlarının yüksek olması hasta kaldırma ve taşıma kurallarının, kan ve sıvılardan korumak için önlemlerin alındığını göstermektedir.

F7; Fiziksel Ortam Uygunluğu. 42. 45. Maddeler. Bu alt boyuttaki puanın yüksek çıkması ise çalışılan alanda ısı, ışık, havalandırma, nem takibi gibi uygunlukların iyi olduğunu göstermektedir.

3.6.3 Yarı Yapılandırılmış Soru Formu (Ek :2)

Form, COVID 19 öncesi ve sürecini iş sağlığı ve güvenliği açısından karşılaştırılmasını içeren 10 sorudan oluşmaktadır. Form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

3.7. Verilerin Analizi

Nicel verilerin analizinde “Statistical Package for Social Sciencefor Windows (SPSS) 25.0” programı kullanılmıştır. Nicel veriler betimleyici (ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde) ve çıkarımsal analizler (iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki fark için ise tek yönlü varyans analizi) yapılarak değerlendirilmiştir. Betimleyici analizlerde özetlenmiş sayısal verilerin tamamıyla veya seçilmiş bir kısmıyla çalışılabilir. Devamlı tarzdaki verilerde ortalamaları ve sapmaları belirtirken, kategorik tarzdaki verilerde yüzdeleri ve frekansları inceler. Çıkarımsal analiz ise tek tek örneklemelerden ziyade, sonuçlara genel olarak bakmak, buna göre popülasyona dair çıkarımlar yapmak amacıyla kullanılır (Bektaş. 2022).

Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Q-Q Plot çizimi ile test edilmiştir. Kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Chan, 2003:280-285).

Nitel verilerin analizinde öncelikle derinlemesine görüşme ses kayıtları deşifre edilmiş ve bu veriler, betimsel analiz ve içerik analizi ile değerlendirilerek yorumlanmıştır. Bulgular, katılımcıların söylemlerinden yapılan alıntılar ve içerik analizi sonuçlarından oluşmaktadır. İçerik analizi kapsamında kod frekanları ve dağılım tabloları ile kodlar arasındaki ilişkileri gösteren haritalar sunulmuştur. Nitel veri analizi MAXQDA 2022 programı ile yapılmıştır.

3.8. Etik İlkeler

Çalışma, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (28.06. 2021 tarih, toplantı no:06 ve karar No: 01) (Ek-3) Katılımcılardan nitel araştırma için ses kaydı sırasında sözlü onam alınmış ve nicel araştırma için “bilgilendirilmiş onam” formu imzalatılmıştır (Ek-4). Çalışmanın yapılabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığında ve araştırmanın yapıldığı hastaneden izinler alınmıştır (Ek-5). Ayrıca ölçeği geliştiren Prof. Dr. Havva Öztürk’ten e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek-6).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Sağlık çalışanlarının COVID-19 nedeniyle kaygılı olmaları ve esnek çalışma modeli uygulanması, iş yoğunluğu ve iş tükenmişliği nedeniyle katılımcılara ulaşmada güçlük yaşanmıştır. Her ne kadar örneklem büyüklüğüne ulaşılmış olsa da araştırma verileri katılımcıların genel olarak yönetime tepkili oldukları bir ortamda toplanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölüm nicel ve nitel bulgular olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile HİGÖ ölçeğine ilişkin bulgular, ikinci kısımda ise derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular yer almaktadır.

4. 1. Nicel Çalışma Bulguları

Bu kısımda katılımcıların, HİGÖ ölçeğinin güvenilirlik bulguları ve bu ölçek ile elde edilen verilerin analiz sonuçları yer almaktadır.

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Sağlık Personelinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=235)

Değişkenler		Toplam		
		N	%	
Yaş	20-29	83	35.3	
	30-39	64	27.2	
	40 ve üzeri	88	37.5	
Meslek	Doktor	60	25.5	
	Hemşire	105	44.6	
	Teknisyen/tekniker	70	29.3	
Cinsiyet	Kadın	148	63.0	
	Erkek	87	37.0	
Medeni durum	Evli	132	56.2	
	Bekar	103	43.8	
Eğitim durumu	SML	9	3.9	
	Ön lisans	29	12.3	
	Lisans	105	44.7	
	Lisansüstü	92	39.1	
Mesleki deneyim	5 yıldan az	78	33.2	
	5-10 yıl	68	28.9	
	11-15 yıl	36	15.3	
	16 yıl ve üzeri	53	22.6	
Çalışılan birim	Servis	56	23.8	
	Yoğun Bakım	61	26.0	
	Acil	28	11.9	
	Ameliyathane	31	13.2	
	Yönetim/ıdare	4	1.7	
	Poliklinik	14	6.0	
	Covid-19 servisi	5	2.1	
	Laboratuvar	25	10.6	
	Radyoloji	6	2.6	
	Enfeksiyon Kontrol Komitesi	5	2.1	
	Birimde meslek hastalığı görülme olasılığı	Çok sık	23	9.8
		Sık	45	19.1
		Orta	74	31.5
Nadir		79	33.6	
Görülmez		14	6.0	
İş kazası görülme sıklığı	Çok sık	23	9.8	
	Sık	34	14.5	
	Orta	76	32.3	
	Nadir	91	38.7	
	Görülmez	11	4.7	
Mesleğe bağlı geçirilen hastalık	Hastalık geçirmedim.	95	40.4	
	Sindirim sistemi hastalıkları	29	12.3	
	Psiko-sosyal bozukluklar	36	15.3	
	Cilt hastalıkları	34	14.5	
	Kardiyo-vasküler hastalıklar	23	9.8	
	Kas-eklem hastalıkları	53	22.6	
	Solunum sistemi hastalıkları	19	8.1	
	Uyku bozuklukları	58	24.7	
	Kanser	2	0.9	
	Sinir Sistemi hastalıkları	18	7.7	
	Enfeksiyon hastalığı	5	2.1	
	Covid-19	47	20.0	
	Diğer	4	1.7	
	İş kazası/yaralanma geçirme durumu	Geçirmedi.	100	42
Yumuşak doku travması		66	28	
Bel, kas ve eklem yaralanmaları		41	17	
Elektrik çarpmaları ve yanıklar		3	1	
Kayma/düşme vb. travmalar		29	12	
Zehirlenmeler		2	1	
Fiziksel şiddete maruz kalma (hasta/yakını)		19	8	
Sözel şiddete maruz kalma (hasta yakını/personel vb.)		68	28	
Psikolojik şiddete maruz kalma (hastane personeli)		55	23	
Diğer		8	3	
Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesini okuma durumu		Evet	69	29.4
	Hayır	166	70.6	
İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi alma durumu	Evet	195	83.0	
	Hayır	40	17.0	
Çalışan güvenliğine yönelik komite varlığından haberdar olma durumu	Evet	162	68.9	
	Hayır	8	3.4	
Covid-19 aşısı olma durumu	Bilmiyorum	65	27.7	
	Hayır	22	9.4	
Toplam		235	100.0	

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %63'ü kadın, %56.2'si evli, %44.7'si lisans mezunudur. Katılımcıların yaş ortalamasının $30,50 \pm 8,57$ bulunmuştur ve %37.7 sinin 40 yaş ve üstü olduğu saptanmıştır. Mesleki deneyimleri 5 yıldan az olanların oranı %33.2 iken, yarıya yakınının lisans mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların %60'ı mesleğe bağlı bir hastalık geçirdiğini düşünmektedir. Çalışmada yer alan sağlık çalışanlarının %57.4'ü bir iş kazası/yaralanmaya maruz kaldığını ifade etmiştir. Hastanede İSG komitesi olduğunu bilenlerin oranı %68.9 iken katılımcıların sadece %29.4'ü Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Yönergesini okuduklarını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının %90'ının COVID-19 aşısı olduğu ve %20'sinin de hastalığı geçirdiği tespit edilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenirlik analizi sonuçları Tablo 2'te verilmiştir.

Tablo 2: Araştırmada kullanılan HİGÖ güvenirlik analizi sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Madde Aralığı	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler	1-13	13	0.898
Sağlık Taraması ve Kayıt Sistem	14-19	6	0.909
Kazalar ve Kayıt Sistemi	20-24	5	0.911
Yönetsel Destek ve Yaklaşımlar	25-31	7	0.862
Malzeme Araç ve Gereç Denetimi	32-36	5	0.886
Koruyucu Önlemler ve Kurallar	37-41	5	0.938
Fiziksel Ortam Uygunluğu	42-45	4	0.896
Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği	1-45	45	0.962

Ölçeğin güvenirlik analizi sonuçları incelendiğinde, iyi derecede güvenilirlik düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa değerlerinin 0.60'tan büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir (Özdamar, 2015). Bu da çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu belirtir.

Araştırmada kullanılan değişkenlerin normallik analizi sonuçları Tablo 3'te verilmiştir

Tablo 3: Araştırmada kullanılan ölçeğin normallik analizi sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Çarpıklık	Basıklık	Durum
Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler	0.774	0.058	Normal
Sağlık Taraması ve Kayıt Sistem	-0.431	-0.883	Normal
Kazalar ve Kayıt Sistemi	-0.130	-1.047	Normal
Yönetmel Destek ve Yaklaşımlar	0.436	-0.640	Normal
Malzeme Araç ve Gereç Denetimi	-0.135	-0.926	Normal
Koruyucu Önlemler ve Kurallar	-0.449	-0.694	Normal
Fiziksel Ortam Uygunluğu	-0.588	-0.562	Normal
Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği	-0.289	-0.521	Normal

Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği (HİGÖ) tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4’de belirtilmiştir.

Tablo 4: HİGÖ puan ortalamaları

Ölçek ve Boyutları	Alınabilecek Minimum Puan	Alınabilecek Maksimum Puan	Min	Maks	Ort	SS
F1. Meslek Hastalıklar ve Şikayetler	1.00	6.00	1.00	5.69	2.16	0.94
F2. Sağlık Taraması ve Kayıt Sistem	1.00	6.00	1.00	6.00	3.86	1.55
F3. Kazalar ve Kayıt Sistemi	1.00	6.00	1.00	6.00	3.33	1.50
F4. Yönetmel Destek ve Yaklaşımlar	1.00	6.00	1.00	6.00	2.53	1.19
F.5. Malzeme Araç ve Gereç Denetimi	1.00	6.00	1.00	6.00	3.61	1.46
F6. Koruyucu Önlemler ve Kurallar	1.00	6.00	1.00	6.00	3.91	1.49
F.7. Fiziksel Ortam Uygunluğu	1.00	6.00	1.00	6.00	4.01	1.53
HİGÖ	1.00	6.00	1.00	5.42	3.09	1.00

*hemşire (n)=, 105 hekim (n)=60 teknisyen (n) =70

Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği (HİGÖ) puan ortalaması 3.09 (düşük düzey) bulunurken, “meslek hastalıkları ve şikâyetler” boyutu ile “yönetsel destek ve yaklaşımlar” boyut puan ortalamalarının 3’ün altında ve diğer beş boyut puanının ise ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5’de katılımcıların yaş aralıklarına göre ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

Tablo 5: Katılımcıların yaş aralıklarına göre ölçek puanları karşılaştırmaları

Ölçek ve Boyutları		Fak tör	SS	F	p	Bonferroni
Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler	20-29 (1)	1.93	0.87	4.140	0.017*	2>1
	30-39 (2)	2.34	0.96			
	40 ve üzeri (3)	2.25	0.96			
Sağlık Taraması ve Kayıt Sistem	20-29 (1)	3.39	1.64	6.337	0.00 2	3>1
	30-39 (2)	3.99	1.44			
	40 ve üzeri (3)	4.19	1.44			
Kazalar ve Kayıt Sistemi	20-29 (1)	2.98	1.53	3.836 ^b	0.02 3	3>1
	30-39 (2)	3.41	1.50			
	40 ve üzeri (3)	3.60	1.41			
Yönetsel Destek ve Yaklaşımlar	20-29 (1)	2.30	1.22	3.447 ^b	0.03 3	3>
	30-39 (2)	2.52	1.10			
	40 ve üzeri (3)	2.77	1.19			
Malzeme Araç ve Gereç Denetimi	20-29 (1)	3.18	1.49	6.349 ^b	0.00 2	3>1
	30-39 (2)	3.69	1.28			
	40 ve üzeri (3)	3.95	1.48			
Koruyucu Önlemler ve Kurallar	20-29 (1)	3.58	1.51	3.840 ^b	0.02 3	3>1
	30-39 (2)	3.93	1.39			
	40 ve üzeri (3)	4.20	1.50			
Fiziksel Ortam Uygunluğu	20-29 (1)	3.68	1.63	4.074 ^b	0.01 8	3>1
	30-39 (2)	3.99	1.35			
	40 ve üzeri (3)	4.34	1.50			
HİGÖ	20-29 (1)	2.78	1.05	7.218 ^b	0.00 1	2>1, 3>1
	30-39 (2)	3.18	0.88			
	40 ve üzeri (3)	3.33	0.97			

*p<0.05

Katılımcıların yaşlarına göre ölçek puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi yapılmış, fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır.

Bunun sonucunda, katılımcıların yaşlarına göre mesleki hastalıklar ve şikayetler boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yaşı 30-39 arası olan katılımcıların mesleki hastalıklar ve şikayetler boyutu puanlarının, yaşı 20-29 arası olan katılımcılara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların yaşlarına göre “sağlık taraması ve kayıt sistem”, “kazalar ve kayıt sistemi”, “yönetmel destek ve yaklaşımlar”, “malzeme araç ve gereç denetimi”, “koruyucu önlemler ve kurallar “ ve “fiziksel ortam uygunluğu” boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yaşı 40 ve üzeri olan katılımcıların “sağlık taraması ve kayıt sistem”, “kazalar ve kayıt sistemi”, “yönetmel destek ve yaklaşımlar”, “malzeme araç ve gereç denetimi, koruyucu önlemler” ve “kurallar ve fiziksel ortam uygunluğu” boyutu puanlarının, yaşı 20-29 arası olan katılımcılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların yaşlarına göre HİGÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yaşı 30-39 arası ve 40 yaş ve üzeri olan katılımcıların HİGÖ puanlarının, yaşı 20-29 arası olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre ölçek puan karşılaştırmaları Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların cinsiyetlerine göre ölçek puan karşılaştırmaları

Ölçek ve Boyutları		\bar{X}	SS	t	P
Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler	Kadın	1.99	0.87	-3.786 ^b	0.000 ^a
	Erkek	2.46	0.99		
Sağlık Taraması ve Kayıt Sistem	Kadın	3.87	1.59	0.166 ^b	0.868
	Erkek	3.83	1.48		
Kazalar ve Kayıt Sistemi	Kadın	3.14	1.51	-2.542 ^b	0.012 ^a
	Erkek	3.65	1.43		
Yönetmel Destek ve Yaklaşımlar	Kadın	2.44	1.13	-1.596 ^b	0.112
	Erkek	2.69	1.27		
Malzeme Araç ve Gereç Denetimi	Kadın	3.56	1.45	-0.619 ^b	0.537
	Erkek	3.69	1.49		
Koruyucu Önlemler ve Kurallar	Kadın	3.83	1.53	-1.062 ^b	0.289
	Erkek	4.04	1.42		
Fiziksel Ortam Uygunluğu	Kadın	3.92	1.53	-1.225 ^b	0.222
	Erkek	4.17	1.51		
Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği	Kadın	2.99	0.98	-2.131 ^b	0.034 ^a
	Erkek	3.28	1.03		

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ölçek puanlarını karşılaştırmak için bağımsız t testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların cinsiyetlerine göre mesleki hastalıklar ve şikâyetler, kazalar ve kayıt sistemi boyutu ve hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Erkek katılımcıların mesleki hastalıklar ve şikâyetler, kazalar ve kayıt sistemi boyutu ve hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği puanlarının, kadın katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 7’de katılımcıların medeni durumlarına göre ölçek puanları karşılaştırmaları yer almaktadır.

Tablo 7: Katılımcıların medeni durumlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Boyutları		\bar{X}	SS	t	P
Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler	Evli	2.17	0.95	0.051 ^b	0.960
	Bekâr	2.16	0.93		
Sağlık Taraması ve Kayıt Sistem	Evli	4.03	1.49	1.914 ^b	0.057
	Bekâr	3.64	1.60		
Kazalar ve Kayıt Sistemi	Evli	3.43	1.44	1.129 ^b	0.260
	Bekâr	3.20	1.56		
Yönelimsel Destek ve Yaklaşımlar	Evli	2.63	1.17	1.391 ^b	0.166
	Bekâr	2.41	1.20		
Malzeme Araç ve Gereç Denetimi	Evli	3.74	1.43	1.555 ^b	0.121
	Bekâr	3.44	1.49		
Koruyucu Önlemler ve Kurallar	Evli	4.10	1.46	2.224 ^b	0.027 ^a
	Bekâr	3.67	1.51		
Fiziksel Ortam Uygunluğu	Evli	4.16	1.45	1.694 ^b	0.092
	Bekâr	3.82	1.60		
Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği	Evli	3.19	0.96	1.700 ^b	0.090
	Bekâr	2.97	1.04		

^t testi

Katılımcıların medeni durumlarına cinsiyetlerine göre ölçek puanlarını karşılaştırmak için bağımsız gruplar t testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların medeni durumuna göre koruyucu önlemler ve kurallar boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Evli katılımcıların koruyucu önlemler ve kurallar boyutu puanlarının, bekar katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Diğer boyutlarda bekar sağlık çalışanı ve evli sağlık çalışanları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 8'de katılımcıların eğitim durumlarına göre ölçek puanları karşılaştırmaları yer almaktadır.

Tablo 8: Katılımcıların eğitim durumlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Boyutları		\bar{X}	SS	F	P
Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler	SML	2.29	0.72	1.239	0.296
	Ön lisans	1.97	1.20		
	Lisans	2.09	0.91		
	Lisansüstü	2.29	0.89		
Sağlık Taraması ve Kayıt Sistem	SML	4.15	1.05	1.368	0.253
	Ön lisans	3.33	1.74		
	Lisans	3.94	1.58		
	Lisansüstü	3.89	1.48		
Kazalar ve Kayıt Sistemi	SML	3.27	1.26	1.186	0.316
	Ön lisans	2.89	1.52		
	Lisans	3.32	1.55		
	Lisansüstü	3.49	1.44		
Yönetmel Destek ve Yaklaşımlar	SML	2.54	1.06	0.149	0.931
	Ön lisans	2.45	1.35		
	Lisans	2.50	1.16		
	Lisansüstü	2.59	1.20		
Malzeme Araç ve Gereç Denetimi	SML	3.78	1.53	1.194	0.313
	Ön lisans	3.24	1.53		
	Lisans	3.54	1.45		
	Lisansüstü	3.79	1.44		
Koruyucu Önlemler ve Kurallar	SML	3.82	1.22	1.002	0.393
	Ön lisans	3.48	1.79		
	Lisans	3.93	1.55		
	Lisansüstü	4.03	1.34		
Fiziksel Ortam Uygunluğu	SML	4.19	1.45	2.249	0.083
	Ön lisans	3.36	1.78		
	Lisans	4.02	1.58		
	Lisansüstü	4.19	1.34		
HİGÖ	SML	3.19	0.54	1.549	0.203
	Ön lisans	2.76	1.15		
	Lisans	3.08	1.02		
	Lisansüstü	3.21	0.96		

Katılımcıların eğitim durumlarına göre ölçek puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların eğitim durumuna göre ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Çalışmada katılımcıların mesleki deneyimlerine göre ölçek puanları karşılaştırmaları Tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 9: Katılımcıların mesleki deneyimlerine göre ölçek puanları karşılaştırmaları

Ölçek ve Boyutları		\bar{X}	SS	F	p	Bonferroni
Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler	5 yıldan az	2.11	1.00	0.157**	0.925	
	5-10 yıl	2.16	0.89			
	11-15 yıl	2.17	0.90			
	16 yıl ve üzeri	2.23	0.96			
Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemi	5 yıldan az (1)	3.51	1.64	3.176**	0.025*	4>1
	5-10 yıl (2)	3.75	1.54			
	11-15 yıl (3)	4.22	1.20			
	16 yıl ve üzeri (4)	4.24	1.54			
Kazalar ve Kayıt Sistemi	5 yıldan az (1)	2.99	1.53	2.637**	0.050*	4>1
	5-10 yıl (2)	3.32	1.48			
	11-15 yıl (3)	3.57	1.38			
	16 yıl ve üzeri (4)	3.67	1.46			
Yönetmelik ve Yaklaşımlar	5 yıldan az	2.37	1.27	2.127**	0.098	
	5-10 yıl	2.41	1.10			
	11-15 yıl	2.65	1.05			
	16 yıl ve üzeri	2.85	1.22			
Malzeme Araç ve Gereç Denetimi	5 yıldan az (1)	3.34	1.49	3.623**	0.014*	4>1
	5-10 yıl (2)	3.41	1.43			
	11-15 yıl (3)	3.93	1.10			
	16 yıl ve üzeri (4)	4.05	1.57			
Koruyucu Önlemler ve Kurallar	5 yıldan az	3.79	1.55	2.368**	0.071	
	5-10 yıl	3.68	1.42			
	11-15 yıl	3.94	1.48			
	16 yıl ve üzeri	4.36	1.45			
Fiziksel Ortam Uygunluğu	5 yıldan az (1)	3.91	1.61	3.741**	0.012*	4>2
	5-10 yıl (2)	3.63	1.52			
	11-15 yıl (3)	4.20	1.25			
	16 yıl ve üzeri (4)	4.51	1.47			
HİGÖ	5 yıldan az (1)	2.92	1.12	3.041**	0.030*	4>1
	5-10 yıl (2)	2.98	0.93			
	11-15 yıl (3)	3.25	0.76			
	16 yıl ve üzeri (4)	3.40	1.00			

p<0.05, tek yönlü anova

Katılımcıların mesleki deneyimlerine göre ölçek puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır.

Bunun sonucunda, katılımcıların mesleki deneyimlerine göre “sağlık taraması ve kayıt sistem”, “kazalar ve kayıt sistemi”, “malzeme araç ve gereç denetimi” boyutu ve HİGÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Mesleki deneyimi 16 yıl ve üstü olan katılımcıların “sağlık taraması ve kayıt sistemi”, “kazalar ve kayıt sistemi”, “malzeme araç ve gereç denetimi” boyutu ve HİGÖ toplam puanlarının, mesleki deneyimi 5 yıldan az olan katılımcılara göre; mesleki deneyimi 16 yıl ve üstü olan katılımcıların “fiziksel ortam uygunluğu” boyutu puanlarının, mesleki deneyimi 5-10 yıl arası olan katılımcılara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada yer alan sağlık çalışanlarının mesleklerine göre HİGÖ ölçek

Ölçek ve Boyutları		\bar{X}	S	F	p	Bonferroni
Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler	Hemşire (1)	24.76	10.42	7.647**	0.001*	2>1, 3>1
	Doktor (2)	30.43	11.65			
	Teknisyen (3)	31.19	14.00			
Sağlık Taraması ve Kayıt Sistem	Hemşire	22.13	9.81	1.873**	0.156	
	Doktor	22.85	9.11			
	Teknisyen	24.87	8.50			
Kazalar ve Kayıt Sistemi	Hemşire	15.84	7.77	1.473**	0.231	
	Doktor	16.68	7.63			
	Teknisyen	17.81	6.81			
Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar	Hemşire	16.44	8.16	2.809**	0.062	
	Doktor	18.03	8.14			
	Teknisyen	19.43	8.48			
Malzeme Araç ve Gereç Denetimi	Hemşire (1)	16.46	7.67	5.864**	0.003*	3>1
	Doktor (2)	18.30	7.02			
	Teknisyen (3)	20.23	6.47			
Koruyucu Önlemler ve Kurallar	Hemşire	18.61	7.98	1.516**	0.222	
	Doktor	20.43	6.74			
	Teknisyen	20.19	7.17			
Fiziksel Ortam Uygunluğu	Hemşire	15.12	6.74	2.343**	0.098	
	Doktor	16.45	5.27			
	Teknisyen	17.07	5.63			
HİGÖ	Hemşire (1)	129.36	45.37	5.219**	0.006*	3>1
	Doktor (2)	143.18	44.94			
	Teknisyen (3)	150.79	42.16			

puanlarının karşılaştırılması Tablo 10’da yer almaktadır.

Tablo 10: Mesleklere göre HİGÖ ölçek puanları karşılaştırmaları

Katılımcıların mesleklerine göre ölçek puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi ve fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların mesleklerine göre “mesleki hastalıklar ve şikayetler”, “malzeme araç ve gereç denetimi” ve HİGÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Mesleği doktor ve teknisyen olan katılımcıların “mesleki hastalıklar ve şikayetler” boyutu puanlarının, mesleği hemşire olan katılımcılara göre; mesleği teknisyen olan katılımcıların “malzeme araç ve gereç denetimi” boyutu ve HİGÖ toplam puanlarının mesleği hemşire olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların mesleklerine göre çalışan güvenliği ile ilişkili memnuniyet durumlarının karşılaştırılması ile ilgili bilgiler Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Katılımcıların mesleklerine göre çalışan güvenliği ile ilişkili memnuniyet durumlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Hemşire	Doktor	Diğer	P
		n :105(%)	n :60 (%)	n :70 (%)	
Çalışma saatleri /nöbetler	Memnunum	36 (34,3)	28 (46,7)	38 (54,3)	0.027*
	Memnun değilim	69 (65,7)	32 (53,3)	32 (45,7)	
Görev dağılımı	Memnunum	39 (37,1)	30 (50)	41 (58,6)	0.018*
	Memnun değilim	66 (62,9)	60 (50)	29 (41,4)	
İş yükü	Memnunum	23 (21,9)	21 (35)	24 (34,3)	0.102
	Memnun değilim	82 (78,1)	39 (65)	46 (65,7)	
İş hızı	Memnunum	27 (25,7)	23 (38,3)	37 (52,9)	0.001*
	Memnun değilim	78 (74,3)	37 (61,7)	33 (47,1)	
Hemşire sayısı	Memnunum	22 (21)	22 (36,7)	38 (54,3)	0.000*
	Memnun değilim	83 (79)	38 (63,3)	32 (45,7)	
Hekim sayısı	Memnunum	35 (33,3)	33 (55)	43 (61,4)	0.000*
	Memnun değilim	70 (66,7)	27 (45)	27 (28,6)	
Teknisyen sayısı	Memnunum	44 (41,9)	24 (40)	34 (48,6)	0.566
	Memnun değilim	61 (58,1)	36 (60)	36 (51,4)	
Çalışma ortamının donanımı ve dizaynı	Memnunum	35 (33,3)	29 (48,3)	40 (57,1)	0.006*

	Memnun değilim	70 (66,7)	31 (51,7)	30 (42,9)	
Çalışma ortamındaki kişiler arası ilişkiler	Memnunum	46 (43,8)	41 (68,3)	46 (65,7)	0.002*
	Memnun değilim	59 (56,2)	19 (31,7)	24 (34,3)	
Kullanılan araç-gereç	Memnunum	38 (36,2)	27 (45)	41 (58,6)	0.014*
	Memnun değilim	67 (63,8)	33 (55)	29 (41,4)	
Kullanılan temizlik malzemelerinin kalitesi	Memnunum	35 (33,3)	24 (40)	46 (65,7)	0.000*
	Memnun değilim	70 (66,7)	36 (60)	24 (34,3)	
Kullanılan sarf malzemelerinin kalitesi	Memnunum	41 (39)	31 (51,7)	51 (72,9)	0.000*
	Memnun değilim	64 (61)	29 (48,3)	19 (27,1)	
Kişisel koruyucu ekipman kalitesi	Memnunum	40 (38,1)	29 (48,3)	49 (70)	0.000*
	Memnun değilim	65 (61,9)	31 (51,7)	21 (30)	
Kurumunuzda çalışıyor olmaktan	Memnunum	56 (53,3)	40 (66,7)	55 (78,6)	0.003*
	Memnun değilim	49 (46,7)	20 (33,3)	15 (21,4)	
Çalıştığınız birim/ünite/servisten	Memnunum	58 (55,2)	42 (70)	52 (74,3)	0.022*
	Memnun değilim	47 (44,8)	18 (30)	18 (25,7)	
Sağlık güvenliği önlemleri (aşı, malzeme, araç-gereç vb.)	Memnunum	53 (50,5)	40 (66,7)	56 (80)	0.000*
	Memnun değilim	52 (49,5)	20 (33,3)	14 (20)	
Çalışan sağlık ve güvenlik politikaları	Memnunum	46 (43,8)	26 (43,3)	48 (68,6)	0.002*
	Memnun değilim	59 (56,2)	34 (56,7)	22 (31,4)	
Hasta kaldırma taşıma sistemleri	Memnunum	31 (29,5)	19 (31,7)	43 (61,4)	0.000*
	Memnun değilim	74 (70,5)	41 (68,3)	27 (38,6)	
Çalışan güvenliğine yönelik eğitimler	Memnunum	51 (48,6)	24 (40)	50 (71,4)	0.001*
	Memnun değilim	54 (51,4)	36 (60)	20 (28,6)	
Güvenlik personeli davranışları	Memnunum	51 (48,6)	41 (68,3)	49 (70)	0.006*
	Memnun değilim	54 (51,4)	19 (31,7)	21 (30)	
İş kazası/meslek hastalığı durumunda kurumun sorumluluk alması/desteği	Memnunum	42 (40)	35 (58,3)	49 (70)	0.000*

	Memnun değilim	63 (60)	25 (41,7)	21 (30)	
Toplam		105 (100)	60 (100)	70 (100)	

Katılımcıların meslekleri ile çalışan güvenliği ile ilişkili memnuniyet durumları arasındaki ilişkiyi test etmek için ki-kare analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda, katılımcıların mesleklerine göre tabloda belirtilen 21 değişken açısından (çalışma saatleri /nöbetler, görev dağılımı, iş hızı, hemşire sayısı, hekim sayısı, çalışma ortamının donanımı ve dizaynı, çalışma ortamındaki kişiler arası ilişkiler, kullanılan araç-gereç, kullanılan temizlik malzemelerinin kalitesi, kullanılan sarf malzemelerinin kalitesi, kişisel koruyucu ekipman kalitesi, kurumunuzda çalışıyor olmaktan, çalıştığımız birim/ünite/servisten, sağlık güvenliği önlemleri, çalışan sağlık ve güvenlik politikaları, hasta kaldırma taşıma sistemleri, çalışan güvenliğine yönelik eğitimler, güvenlik personeli davranışları ve iş kazası/meslek hastalığı durumunda kurumun sorumluluk alması/desteği) memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu değişkenler içerisinde sadece “kişiler arası ilişkiler” açısından doktorların diğer gruplara göre memnuniyet düzeyleri daha yüksek bulunurken, diğer tüm değişkenlerde teknisyenlerin doktor ve hemşirelere göre daha memnun oldukları saptanmıştır.

Hemşirelerin memnuniyetlerinin en düşük olduğu değişken “hemşire sayısı” (%21) ve “iş yükü” (%21.9), en memnun oldukları değişkenler ise kurumda çalışmak (%53.3) ve çalıştığı birim (%55.2) olarak saptanmıştır. Doktorların memnuniyetlerinin en yüksek olduğu alan “çalıştıkları birim” olurken, en düşük memnuniyet gösterdikleri değişken ise hasta kaldırma/taşıma sistemleri (%31.7) olmuştur. Teknisyen/teknikerlerin memnuniyet durumları incelendiğinde; en memnun oldukları değişkenin “mevcut kurumda çalışmak” olduğu (%78.6), en memnun olmadıkları konunun ise iş yükü olduğu (%34.3) tespit edilmiştir.

4.2. Nitel Bulgular

Derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular bu başlık altında sunulmuştur. Çalışmaya katılan sağlık çalışanları K1'den K14'a kadar kodlanmıştır. Katılımcı demografik bilgileri Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12. Katılımcı Demografik Bilgileri

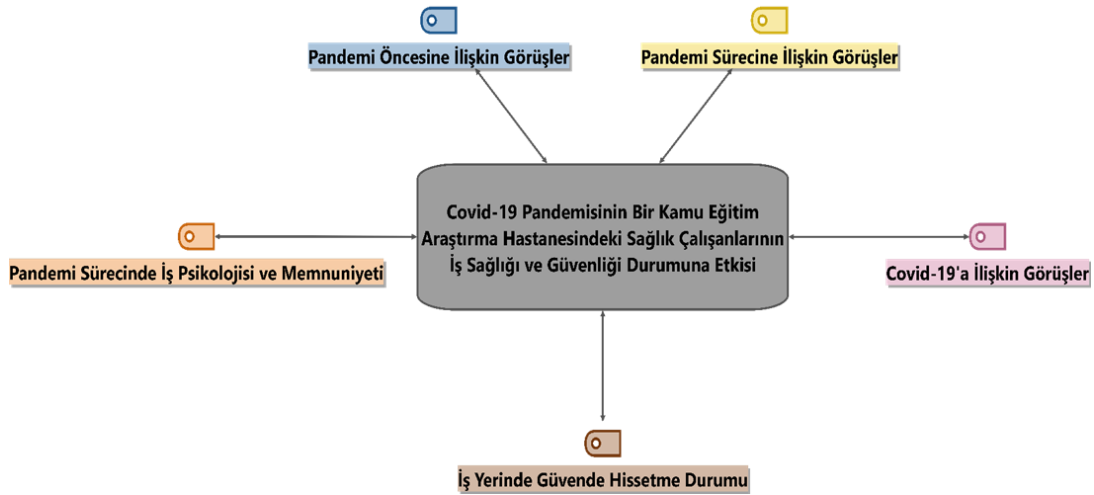
BelgeAdı	MezunOlunanOkul	Yaş	ÇalışılanBirim	Görevi	MeslekiTecrübe
K1	HacettepeÜniversitesi	28	Kardiyoloji	Doktor	2.5 Yıl
K2	Marmara üniversitesi	45	Diyaliz	Tekniker	5 Yıl
K3	KarabükÜniversitesi	29	Kalite Birimi	Direktör	2.5 Yıl
K4	HacettepeÜniversitesi	41	Kardiyoloji	Doktor	7 Yıl
K5	HacettepeÜniversitesi	28	Kardiyoloji	Doktor	2.5 Yıl
K6	Hacettepeüniversitesi	28	Kardiyoloji	Doktor	3 Yıl
K7	OkanÜniversitesi	41	İSG Birimi	İSG Uzmanı	22 Yıl
K8	OkanÜniversitesi	40	İSG Birimi	Hemşire	22 Yıl
K9	DenizliÜniversitesi	28	Kardiyoloji	Doktor	2 Yıl
K10	KocaeliÜniversitesi	29	Kardiyoloji	Doktor	10 Yıl
K11	Trakya Üniversitesi	36	Cerrahi Yoğun Bakım	Yara Bakım Hemşiresi	4 Yıl
K12	KocaeliÜniversitesi	35	Kardiyoloji	Doktor	15 Yıl
K13	Istanbul üniversitesi	42	EnfeksiyonHastalıkları	Doktor	7 Yıl
K14	Zonguldak Karaelmas Üniversitesi	36	CerrahiYoğunBakım	Doktor	7 Yıl

Araştırmaya katılan katılımcıların üçü Hacettepe Ünivesitesi'nden, biri Karabük Üniversitesi'nden, biri Okan Ünivesitesi'nden, biri Trakya Üniversitesi'nden, biri Kocaeli Üniversitesi'nden, biri Zonguldak Karaelmas Üniversitesi'nden mezun olmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 34,7'dir. Altı katılımcı kardiyolojisi biriminde,

bir katılımcı diyaliz biriminde, bir katılımcı enfeksiyon hastalıkları biriminde, bir katılımcı cerrahi yoğun bakım biriminde görev aldığını ifade etmiştir. Bir katılımcı kalite direktörü, bir katılımcı iş yeri hemşiresi, bir katılımcı iş güvenliği uzmanı, bir katılımcı yara bakım hemşiresi olarak çalışmaktadır. Katılımcıların dokuzu doktor, biri teknikerdir.

COVID-19 pandemisinin çalışanların iş sağlığı ve güvenliği durumlarına etkisini incelemek amacıyla derinlemesine görüşmeler yapılmış, katılımcıların ifadeleri tümevarım yaklaşımı ile kodlanmış ve oluşturulan kodlar beş tema altında incelenmiştir (Şekil 2);

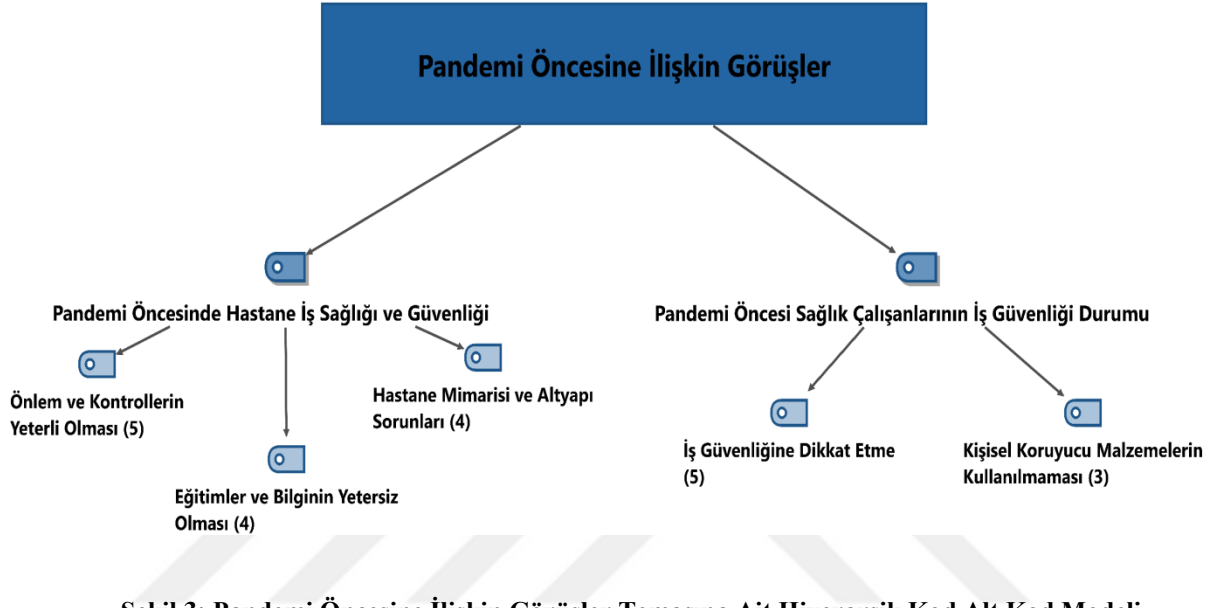
1. Pandemi öncesine ilişkin görüşler
2. Pandemi sürecine ilişkin görüşler
3. COVID-19'a ilişkin görüşler:
4. İş yerinde güvende hissetme durumu
5. Pandemi sürecinde iş psikolojisi ve memnuniyeti.



Şekil 2: COVID-19 Pandemisinin Bir Kamu Eğitim Araştırma Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Durumuna Etkisi Adlı Çalışmaya Ait Temalar Gösterimi

4.2.1. Pandemi öncesine ilişkin görüşler

“Pandemi öncesine ilişkin görüşler” teması iki kategori altında incelenmiştir (Şekil 3). Bu kategoriler “pandemi öncesinde hastane iş sağlığı ve güvenliği” ve “pandemi öncesi sağlık çalışanlarının iş güvenliği durumu”dur.



4.2.1.1. Pandemi öncesinde hastane iş sağlığı ve güvenliği

“Pandemi öncesine ilişkin görüşler” temasının ilk kategorisi olan “pandemi öncesinde hastane iş sağlığı ve güvenliği” kodu; “önlem ve kontrollerin yeterli olması”, “eğitimler ve bilginin yetersiz olması” ve “hastane mimarisi ve altyapı sorunları” olmak üzere üç alt koddan oluşmaktadır.

Katılımcılar, genel olarak çalıştıkları kamu hastanesini iş sağlığı ve güvenliği açısından pandemi öncesinde yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir. “Önlem ve kontrollerin yeterli olması” alt kodu altında toplanan ifadelerinden bazıları aşağıda gösterilmiştir;

“Bence gayet iyiydi. Zaten hani hastanemiz tarafından hekime çok değer verildiğini hisseden bir hastaneyiz. Ve iş sağlığı önlemlerine işte maskesidir, bonesidir, ayakkabı değişikliğidir, işte yoğun bakımdaki özellikle kendini

korumaya yönelik, işte eldivensiz hastaya dokunmama vesaire gibi şeylere gayet dikkat eden bir hastaneydi. Hala da öyle devam ediyor.” (K6)

“Ya şöyle COVID-19 sonuçta bir hastalık karşı zaten tüm hastaneler öncesinde önlem alıyor. Zaten işimiz hastalıklarla mücadele. Dolayısıyla hani siz personel adı altında soruyorsanız personelimizin rutinde iş sağlığı güvenliği uygulamaları kamuda ne kadar uygulanabiliyorsa hastanemizde de uygulanıyor mümkün olduğunca en yüksek seviyede. Örnek veriyorum eğitimlerimizi veriyoruz. Kişisel koruyucu donanımlarımız zaten her daim işe işin yürütüm şekline göre sağlanıyor, temin ediliyor çalışanlarımız için. İşe başlamadan önce mutlaka işe uygunluk raporuyla çalışanları başlatıyoruz. İşin şekline göre periyodik olarak yılda en az bir kez sağlık muayenesinin tekrarını sağlıyoruz.” (K8)

“Öncesinde de hastanemiz iş sağlığı ve güvenliği konusunda ben gayet başarılı buluyorum. Gerek eğitimler olsun, personellere, hemşire arkadaşlara. Gerekse yaralanmalarda iş yeri hemşiresinin hemşiresinin, hekiminin ayrıca ilgilenmesi filan. Bunlar gayet başarılı bir süreç. diye düşünüyorum.” (K14)

Katılımcılar pandemi öncesinde iş güvenliği ve sağlığı konusunda eğitim ve bilginin yetersiz olduğunu ifade etmiştir. “Eğitim ve bilginin yetersiz olması” alt koduna ilişkin katılımcıların ifadeleri şöyledir:

“Hayır düşünmüyorum iki yıl öncesine kadar iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili doğru düzgün eğitimde verilmiyordu yani verildiği zannediliyordu eğitimler yetersizdi ve hastanenin pandemiden önceki dönemde iş sağlığı ve güvenliği uzmanının da olduğunu zannetmiyorum sadece hastanenin içerisinde bir kişinin sertifikasının olan bir kişinin görevlendirildiğini hatta biraz daha geriye gidersek sertifikasının dahi olmayan bir kişinin olduğunu biliyorum sadece kağıt üzerinde iş sağlığı ve güvenliği uzmanı olarak görülüyordu bu durumun hemen hemen bütün kamu kurumlarında böyle olduğunu biliyorum ama özellikle kalite gereği kalite standartları gereği iş sağlığı ve güvenliği konularına daha yoğun bir dikkat gösterdikleri özellikle şu iki üç yıllık bir süreçte dikkatimi çekti ama hala yolun başındayız gerek yönetim gerek çalışanların yaklaşımı iş sağlığı ve güvenliği konusunda yolun başında diye düşünüyorum.” (K2).

“Hastanemiz olarak yeterli değil. İş sağlığı güvenliği olarak. Katılmıyorum buna. Geliştirilmeli yani” (K11).

Katılımcılar hastane yapısının eski olmasından dolayı sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. “Hastane mimarisi ve altyapı sorunları” alt koduna ilişkin bazı katılımcıların ifadeleri aşağıdadır:

“Bu bazda alırsak hani mimarisini de baştan düşünecek olursak hani hastanemizin biraz mimarisinin eski olması biraz sıkıntıya neden oluyor sürekli inşaat halinde bir taraflar açımızdan aslında delici kesici aletler yaralanmaları da işin içinde olmak üzere bir çok durumdan risk altındayız zaten biz ama ona yönelik gerekli tedbirler alınmıyor kontroller de yapılıyor o açıdan zaten yöneticilerde gayet titiz davranıyorlar sürekli kalite kontrolünde kontrol ediliyor en basitinden hastane içinde gerek hastalara gerekse de kendimize enfeksiyon bulaştırmamak adına her hasta başına özellikle de yoğun bakımda dezenfektan bulunuyor servisler de de bulunmakla birlikte genel olarak tedbirlerinin iyi olduğunu düşünüyorum ama hani biraz binanın eski olduğu için ona bağlı olarak bir takım çalışan yaralanmaları oldu tabi mimarisi dediğim gibi eski bir hastane sürekli halen bir kısmı halen inşaat halinde ona bağlı birkaç sıkıntı gördüm onun dışında hani gerek primer olarak kendi işimiz ile ilgili işimizi yaparken ki o delici kesici alet yaralanması olsun veyahut enfeksiyon kapma gibi herhangi bir sıkıntı o yönlerden çok bir sıkıntımız olmadı kontrollere gayet iyi yapılıyor sadece bizim sorunumuz şey ile ilgili COVID öncesinde de vardı

şuanda da var çok ileri gidilmedi olduğunu da görmedim açıkçası düşünmüyorum o konuda da ama hani COVID ile ilgili birkaç çalışan hizmetinde değişikliklerden birkaç bir şey oldu onlardan bir tanesi de şey bu dediğim gibi birkaç yine hastanemiz aslında koşullu kalp hastanesinde çalıştığımız için ekomerkezi olmuştu o dönemde birkaç cihaz eksikliği olmuştu ama genel itibari ile iyi sadece mimari ile alt yapı ile birkaç sorunumuz oldu o kadar” (K1).

“Kamu kurumlarının binalarının eski olması iş sağlığı ve güvenliğinin gerekli önlemleri alınmasında bazı şeylerde kısıtlıyor bu da bilinen bir gerçek bu konuda kurumda yönetimi de ne kadar başarılı olur bilmiyorum ama yönetim ne kadar isterse iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili başarıda o kadar artacaktır.” (K2).

4.2.1.2 Pandemi öncesi sağlık çalışanlarının iş güvenliği durumu

Pandemi öncesine ilişkin görüşler temasının ikinci kategorisi olan “pandemi öncesi sağlık çalışanlarının iş güvenlik durumu”; “iş güvenliğine dikkat etme” ve “kişisel koruyucu malzemelerin kullanılmaması” olmak üzere iki alt koddan oluşmaktadır.

Katılımcıların ifadelerinin yoğun olarak toplandığı alt kod “iş güvenliğine dikkat etme” alt kodudur. Katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Hem resmi olarak da biz 2017 yılında kamu hastaneleri birliğince iş sağlığı güvenlik birimimiz ruhsatlandırıldı. Ve oradaki hem benimle beraber çalışan diğer hekim arkadaş hem iş güvenliği uzmanımız hem iş yeri hemşiremizle biz hastanede üç, iki yılda bir yapılan risk analizini üç defa yaptık. Bununla ilgili risk analizinde gereken gürültü ölçümleri, enfeksiyon riskleri, bunların hepsini risk analizleri belirttiğimiz için bununla ilgili yönetimle de bunu paylaşarak mevcut düzenlemeleri yaptık. Diğer hastanelere göre çok daha iyi durumdayız aslında. Hem iş sağlığı anlamında hem risk analizi anlamında. Bir de hastanemiz özelinde dal hastanesi olduğu için biraz daha spesifik bir hasta grubuyla uğraşıyoruz.” (K12)

“Zaten genellikle yoğun bakım, Cerrahi yoğun bakım olduğu için hani genellikle yoğun bakımlarda tabii ki iğne batmasıdır veya bir cihaz düşmesidir. Bunlar sık rastlanan şeyler olabiliyor. Hastane kurumu olarak da zaten bunlara olur olmaz kayıt altına alıp iş yeri, hemşiresi, hekimiyle paylaşıp süreci ve hemşirelerin veya personelin sağlığını yakından takip ediyoruz. Zaten bununla ilgili gerekli eğitimleri filan da sürekli düzenleyip arkadaşlarla sürekli uygun ortamın sağlanması, hemşirelerimizin bu konuda bilgilendirilmesi konusunda sürekli çalışmalar devam ediyor.” (K14)

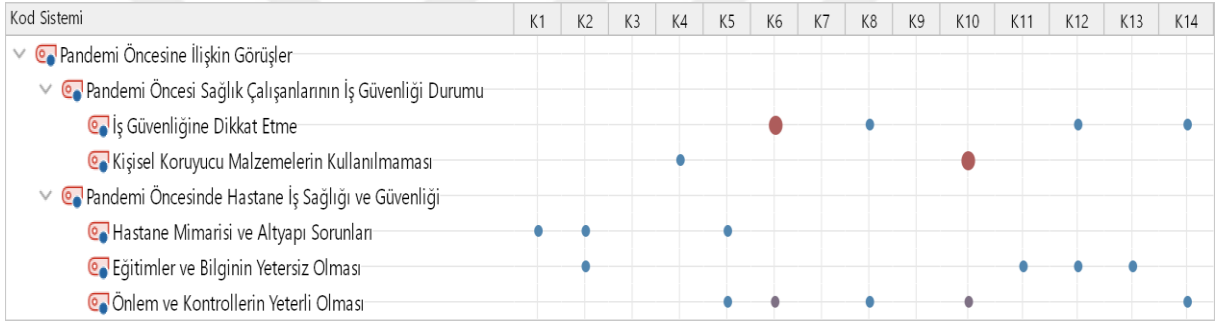
Katılımcılar bazı personelin KKE kullanma konusunda yeterli dikkati göstermediğini belirtmişlerdir. “Kişisel koruyucu malzemelerin kullanılmaması” alt kodunda toplanan ifadelerden bazıları aşağıdadır;

“Aslında yani doktorlar uzman doktorlar açısından bakıyorum da diğer sağlık çalışanları kendi fikirlerini üretirler biz çok iş sağlığı güvenliğine dikkat etmiyordum mesela biz radyasyonlu ortamlarda çalışıyoruz ama hani tamam kurşun önlüklerimiz falan var ama kurşun koruyucu önlük kullanmıyoruz bazen koruyucu kurşun şapka, boyunluk

kullanmıyoruz gözlükleri kullanmıyoruz bazen odaya gidip çıkabiliyoruz radyasyon varken ondan sonra kendimizi koruma amaçlı kirli ürünler dediğimiz tıbbi atıklar ile çalışırken eldiven takma yada kendimizi koruma gibi şeyler bazen aksaklıklar oluyordu” (K4)

“Pandeminin öncesinde aslında birçok kendimizi korumadığımızın farkına varıyoruz. Artık polikliniklerde hastalar öksürdüğünde insan ikinciye düşünmeye başlıyor. O zamanlar daha böyle kahramanca yaklaşım daha az önlem alırdık ama bunun ne kadar doğal bir gereksinim olduğu aslında bir pandeminin ortaya çıkmasıyla meydana geldi ki zaten günümüzde de pandemiler olmasa da minik epidemiler oluyor sürekli. Her yıl influenza vakaları görülüyor. Bundan etkilenen duyarlı popülasyon biz olmadığımız için belki farkına varamıyoruz ama böyle ciddi bir pandemi durumunda bizim ne kadar risk altında olduğumuz ortaya çıktı ve aslında bunu ne kadar insancıl korunmanın ne kadar önemli bir şey olduğu ortaya çıktı. Öncesinde maalesef sağlık çalışanlarında da bu düzeyde bir duyarlılık yoktu toplum gibi. Ancak bu işle daha detaylı ilgilenen enfeksiyon pandemi hemşireleri işte epidemiyolojiyle ilgilenen kişiler, bunlar biraz daha bir farkındaydı ama biz açıkçası o kadar farkında değildik. Ama şimdi biraz daha dikkat edilmeye başlandı. En azından kendi çalışma ortamızda bile dikkat etmeye başladık.” (K10)

“Pandemi öncesine ilişkin görüşler” temasına ait kod sıklıklarının katılımcılara göre dağılımı



Şekil 4: : Pandemi Öncesine İlişkin Görüşler Teması Kod Sıklıkları

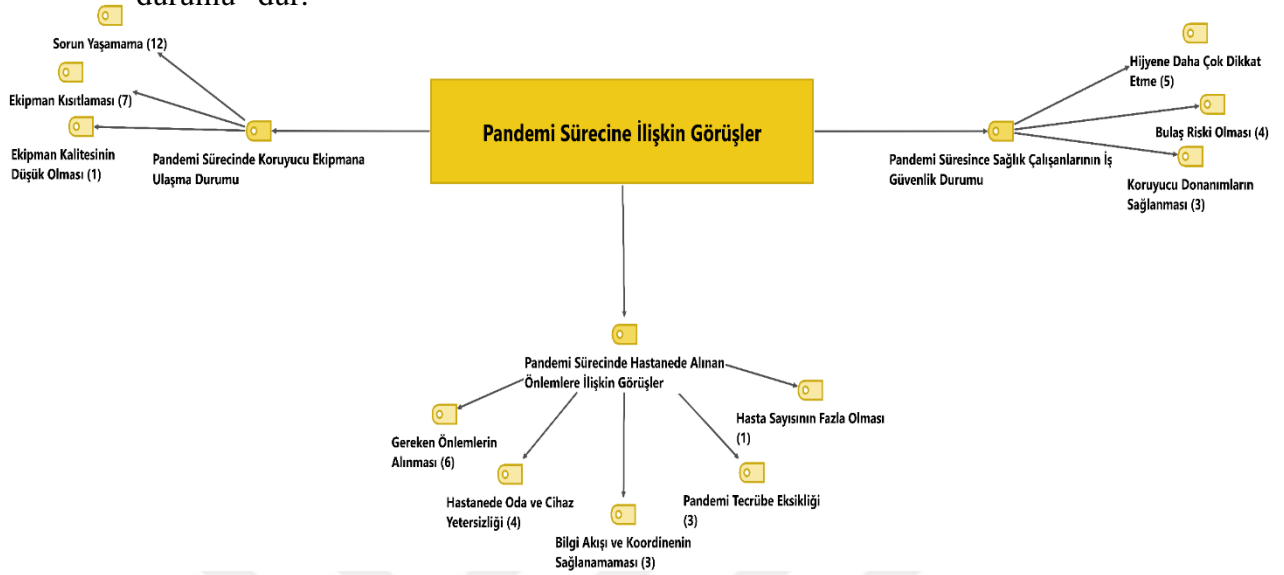
incelenmiş ve Şekil 4’te sunulmuştur;

Şekilde, kod sıklıkları; noktaların büyüklüğü ve renk değişimleri ile görülmektedir. Buna göre; “iş güvenliğine dikkat etme” ve “kişisel koruyucu malzemelerin kullanılmaması” alt kodlarına yönelik ifadelerin en sık olarak kullanıldığı görülmüştür.

4.2.2. Pandemi sürecine ilişkin görüşler

Araştırmanın ikinci teması olan “pandemi sürecine ilişkin görüşler” temasına ait hiyerarşik kod alt kod modeli Şekil 5’de görülmektedir. Pandemi sürecine ilişkin görüşler teması üç kategori altında incelenmiştir. Bu kategoriler pandemi sürecinde

“sağlık çalışanlarının iş güvenliği durumu”, “pandemi sürecinde hastanede alınan önlemlere ilişkin görüşler” ve “pandemi sürecinde koruyucu ekipmana ulaşma durumu” dur.



Şekil 5: Pandemi sürecine ilişkin görüşler teması

4.2.2.1. Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanlarının İş Güvenliği Durumu

Bu kod, “hijyene daha çok dikkat etme” ,“bulaş riski olması” ve “koruyucu donanımların sağlanması” olmak üzere üç alt koddan oluşturulmuştur.

Katılımcıların ifadeleri en sık olarak “hijyene daha çok dikkat etme” alt kodunda toplanmıştır. Katılımcılar pandemi ile birlikte hijyene daha çok önem verdiklerini ifade etmiştir. K3 ve K13 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bizim hastanemizde ben yeni geldiğimde pandemi yeni yeni oluşmaya başlamıştı pandemi oluşuktan sonra bence sağlık önlemleri bakımından ben önlemleri yeterli gördüm en azından maske mesafe hijyen kurallarına biraz daha uyumaya başladık daha öncesinde çok böyle durumlar maske mesafe sonuçta laboratuvar ortamında çok uyumazken pandemiden sonra ister istemez maskeymiş mesafeymiş hijyen kuralları el yıkama alışkanlığı süresi uzunluğu antibakteriyel solisyonları kullanımımız daha çok arttı o yüzden ben pandemi sonrasının bu konuda bizi daha çok geliştirdiğini düşünüyorum pandemi sürecini.” (K3)

“Pandemi süresince iş sağlığı güvenliği aslında personeli farkındalığı arttığı için dolayısıyla bilinç durumu da arttı. Korunma ve kişisel koruyucu önlemlere dikkat de maksimum seviyedeydi bu anlamda.” (K13)

Katılımcıların “bulaş riski” alt kodu kapsamına alınan bazı ifadeleri şöyledir:

“Aslında pandemi ile birlikte çok yaygın bulaşıcı olduğu bir hastalık olduğu için çok kolay ulaşabildiğinden dolayı bir çok yere arkadaşlarımız aslında aşı olmamasına rağmen COVID geçirdi ve 2-3 kere geçiren arkadaşlarımız da var bunların bir kısmı ağır geçirdi nadir de olsa hastaneye yatışı gerekti hani tedbir amaçlı maske kıyafet giyme gibi özen gösterildi ama ne kadar özen gösterilse de gelen hastaların kliniğini bilmemiz dışarıdan bize (anlamadım) acil olarak danışılan hastaların tomografiğine bakılmaması veyahut ta değerlendirerek her nefes darlığını ve göğüs ağrısını kardiyolojik olarak düşünülür hastada COVID düşünülmeden bize getirildiği için aslında gerek dışarıda ki arkadaşlarında yaptığı hatalardan birisiydi bu hani biz biraz daha maruz kalmak durumunda kaldık sonuçta yaptığımız işten dolayı gelen hasta kalp krizi geçiriyorsa biz bu hasta COVIDli deyip bırakamıyoruz işlemini yapmamız gerekiyor bulaş riski de olsa işlemine gidiyorduk hani dönemde özellikle ilk baştan pandemi de böyle çok ciddi bir teyakkuz vardı ölümlerin falan olduğunu düşünürsek baya da sarsıcı bir şekilde başlamış ülkede aslında ama bu tedbirler yavaş yavaş azaltıldı hani vaka sayısı azalmasa da insanlar ister istemez günümüze kadar maske kullanımı kaldırılmasına kadar geldi bu olay aslında kullanmaya devam etmekte de fayda var bu gerek hasta açısından gerek doktor açısından biraz sağlık sorunlarımızı artıran bir durum oldu zaten bu COVID ile ilgili durum bir ara iş kazası sayılsın mı sayılmasın mı diye bir tartışmalarda döndü ama sonra kabul görmedi diye hatırlıyorum iş kazası olarak kabul etmediler.” (K1)

“Pandemi sürecinde hepimiz yeni tanıştığımız için ilk başta tabii ki malzemeler kullanımın kısıtlandı. Hiçbir şekilde korunma sağlayamıyorduk. Hani ekstradan da COVID hastası olup olmadığını bilmediğimiz için hastalara girdikten iki üç gün sonra COVID olduğunu öğreniyorduk. Bazı hastalarımızda. Bu bizim için kötü bir tecrübeydi. Çünkü iki kişiyiz biz yara bakım biriminde ve aynı gün biz COVID pozitif olduk. Çünkü birbirimize hastalardan bulaştırdık ve evimize gidemedik. Yani kötü bir durumdu. Bu süreçte hepimizin tecrübelendiğini düşünüyorum. Ama iş sağlığı güvenliği açısından da soru işaretlerim var.” (K11)

Katılımcıların “koruyucu donanımların sağlanması” ile ilgili ifadelerinden bazıları aşağıda sunulmuştur;

“COVID sırasında çalışanların sağlık durumuna göre birimlerde iş değişikliği, organizasyonlar yapıldı. Biliyorsunuz mesai düzenlemeleri yapıldı. Tüm çalışanlara COVID-19 pandemisi süresince rehber yani rehberde yazan ekipmanlara göre çalışma şekillerine göre koruyucu donanımlar sağlandı. Onun dışında zaten işimiz sağlık ve hastalıklarla mücadele olduğunu söylemişim yani. Biz her türlü hani pandemiye de öncesinde eylem planıyla hazırlıklı olduğumuz için herhangi bir sıkıntı yaşadığımızı düşünmüyorum.” (K8)

“Pandemi süresince ilk başta bir tedirginlik vardı açıkçası. Ne olduğunu ve neyle karşı karşıya olduğumuzun farkına varma bilinci oluşana kadar büyük bir korku hakimdi. O yüzden bu ekipmanlar maksimum hal düzeyde kullanıldı. Hatta belki gereğinden fazla kullanırdı. Hatta bazı durumlarda vakaların hastalara yaklaşmak bile gecikti bu korkudan dolayı. Daha sonra ekipmanlar biraz daha alışılıp pandeminin türü ve tipi yayılım şekli ve hastalıkların durumu da ortaya çıkmaya başlayınca hastaların durumu. Tabii biraz daha bu yayılım rahatladı ve insanlar bu ekipmanları daha hızlı, daha efektif kullanmaya başladılar. Gün geçtikçe maskeler, siperlikler biraz daha azaldı. Yani tulumlar bir tık daha azaldı. Yani doğru ekipmanın doğru yerde kullanımı oturdu. Ama ilk başta biraz daha bilinçsizce diyeyim aşırı ekipmanlı bir eğilim vardı çünkü korkudan dolayı. Şu an geldiğimiz noktada ise artık ekipmanın nerede, ne zaman kullanacağı biraz pandeminin gidişatına ve seyrine göre yönlendirmeye başladı. Kritik bilimlerde hiç değişmiyoruz hale geldi. Ama toplum buna artık vaka sayılarına göre yanıt veriyor, cevap veriyor diyebiliriz.” (K10)

4.2.2.2. Pandemi sürecinde hastanede alınan önlemlere ilişkin görüşler

Bu kod kapsamında; “gereken önlemlerin alınması”, “hastanede oda ve cihaz yetersizliği”, “bilgi akışı ve koordinenin sağlanamaması”, “pandemi tecrübe eksikliği” ve “hasta sayısının fazla olması” olmak üzere beş alt kod yer almaktadır.

Katılımcılar tarafından en sık olarak ifade edilen konu “gereken önlemlerin alınması” olmuştur. Katılımcılar pandemi sürecinde gereken tüm önlemlerin alındığını belirtmiştir. K2, K10 ve K12 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ben bizim hastanemiz açısından cevaplayacak olursam bizim hastanemiz diğer gözlemediğim sağlık kuruluşlarına göre covid-19 a yönelik biraz daha iyi yaklaşımda bulunmakta biraz daha sıkı önlemler almakta başka kurumlar da hiç dikkat edilmediğini gördüm en azından malzeme açısından rahatlıkla istediğimiz malzemeye erişim oldu tabi pandeminin ilk dönemlerinde malzeme kısıtlaması yapıldı malzeme yetmeyecek diye düşündüler ancak daha sonrasında herhangi bir malzeme sıkıntısı olmayacak diye söylenerek istediğimiz kadar malzemeye erişimimiz sağlandı tabi bazı malzemeler örneğin n-95 maskesi herkese tahsis edilmedi bu tarz sorunlar yaşadık.” (K2)

“Maske kullanımı aslında yeterli ekipman hastane bize sağladı. Yoğun bakımlarda olsun servislerde olsun. Biz de kendi ekipmanlarımızı gayret edip daha fazla arttırma çabasına girdik başlarda.” (K10)

“Bizim hastane özelinde aslında yapılabilecek olan her şey. Daha COVID yokken de biz planlamaları ve algoritmaları hazırlamıştık. Bununla ilgili tabii ilk başta öngörmediğimiz eksiklikler, aksaklıklar olunca da yanlış görüp düzeltme yoluna gittik. Onun dışında bizim hastane üzerinde yapılacak olan şeyler yapıldı diye düşünüyorum.” (K12)

Katılımcılar “hastanede oda ve cihaz yetersizliği” ile ilgili olarak aşağıdaki ifadeleri kullanmışlardır;

“Özellikle ben kendi çalıştığım ünite açısından söyleyecek olursam covid pozitif olan bunun için ayrı bir birim tahsis edilmedi tabi covidli hastaları en son sıraya bırakmak zorunda kaldık negatif hastaları herhangi bir bulaş olmasın diye bu defa da hastanın değerleri çok kötü olduğu için zaman kısıtlaması söz konusuydu acil diyalize almamız gerekiyordu tabi bu tarz sorunlarda yer kısıtı cihaz kısıtı başlıca sorunlardı personel kısıtı bunlar başlıca sorundu artı hastaların negatif veya pozitif olduğuna dair tam bilgiler olmadan negatif diye bize söylenip daha sonrasında pozitif diye iletilen ve biz herhangi bir önlem almadan bu hastalara tedavi uyguladığımız çok vaka oldu bunlara hiç dikkate edildiğini zannetmiyorum ama en büyük sıkıntımız covidli hastalarımız için ayrı bir yer sıkıntısıydı.” (K2)

“İzole birimi olmak da zor olduğu için hep bunun çatışması oldu. Bu aslında iş yükünü arttırdı. Çalışanlar arasındaki stresi arttırdı hem de fiziki alanın kullanımı, lojistik anlamda da problemler yarattı. Hastanenin defektleri buydu aslında.” (K10)

hastaların covid negatif olan hastalarla aynı salonda diyalize almak ile bırakıldık biz almak istemedik

Katılımcıların ifadelerin oluşturulan diğer alt kod “bilgi akışı ve koordinasyonun sağlanamaması” alt kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde bilgi akışı yetersiz olduğu için hastalara dikkatli yaklaşmadıklarını, “koordine eksikliği” olduğunu ifade etmiştir. K2 ve K10 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Hastaların negatif veya pozitif olduğuna dair tam bilgiler olmadan negatif diye bize söylenip daha sonrasında pozitif diye iletilen ve biz herhangi bir önlem almadan bu hastalara tedavi uyguladığımız çok vaka oldu bunlara hiç dikkate edildiğini zannetmiyorum. (K2)

“Ama hani daha farklı ne yapılabilirdi? Evet daha modernize, daha kontrollü bir pandemi yöntemi olarak belki elektif vakalar, gereksiz işlemler toptan topyekünde bulundurulabilirdi. O süreçte çünkü hakikaten gereksiz birçok işlem de oldu. Pandemi kavramı bütün hastaneye yayılmalıydı. Bütün birimlere yayılmalıydı ve topyekun bir hareket edilmeliydi. O bizde tam olmadı çünkü biz kalp hastanesi olarak buna devam ettik. Belki pandemi hastaneleri daha avantajlı bu konuda. Topyekun pandemiye döndüler ama biz dönemedik. O yüzden bizim hastanemizin defekti oldu aslında biz. Koruyucu malzemeyle kardiyooloji hizmetini sürdürmeye çalışan bir pandemi sürecinde bir hastaneydik ama pandemide değil gibiydik. Hani biz o vakaları göndermeye çalışıyorduk ama bu da çatışmaya yol açtı kendi içimizde. Pandemi enfekte olan hastalar normal hastaların da arasında seyretmeye başladı zaman zaman. Bunu çok yaşadık. Şimdi de belki yaşamaya başlayacağız. Aslında bütün sıkıntılar bundan doğdu. Çünkü hep hastalar sonradan pozitif çıkıyordu. Hiçbir zaman pozitif bir hasta zaten işleme alınmıyordu ama her şey sonradan...” (K10)

Katılımcıların “tecrübe eksikliği” alt kodu kapsamına alınan ifadelerinden bazıları aşağıdadır;

“Şöyle aslında süreç ilk başladığı zaman bence biz de çok tecrübeli değildik. Tabii ki dünya gibi. Biz de tecrübeli değildik. Sonuçta pandemi gibi bir süreç yüzyılda belki bir kez yaşanıyor. Hani benim babam da doktor. Kendisi de bir kez gördü. Ben de genç bir hekim olarak bunu ilk defa gördüm. Yani ilk başladığımda belki organizasyonda bir takım eksik demeyeyim ama tecrübesizlikler vardı. Kurallar net çizilmemişti. Kimin ne yapacağı çok belli değildi.” (K9)

“Açıkçası toplum genelinde böyle bir pandemiyle uzun zamandır ilk defa karşılaşıldığı için bir bocalama yaşanıldı.” (K10)

Katılımcıların “hasta sayısının fazla olması” alt kodu altında yer alan bazı ifadeleri şöyledir;

“Sadece şunu hani eksik sayabilirim belki. Daha kalabalık çalışma şartlarını biraz daha rahatlatmak gerekebilirdi. Yani biz yine burada hastanemizde gelen hasta sayısı azdı ama yine de pandeminin yoğun olduğu dönemlerde yoğun çalıştık. Yani pandemi dışındaki hastalara da yoğun hizmet verdik. O noktada belki biraz daha hasta sayısı azaltılabilirdi.” (K9)

4.2.2.3. Pandemi Sürecinde Koruyucu Ekipmana Ulaşma Durumu

Bu kod; “sorun yaşamama”, “ekipman kısıtlaması” ve “ekipman kalitesinin düşük olması” olmak üzere 3 alt koddan oluşturulmuştur.

Katılımcılar tarafından en sık olarak ifade edilen konu KKE’na ulaşma konusunda sıkıntı yaşamadıkları olmuştur;

“Öyle koruyucu ekipmanlar ile ilgili bir sıkıntımız olmadı birkaç hocamız özellikle bu konuda çok aktifti gerek bakanlıktan gerek birkaç hayır sever iş adamlarından bir şekilde koruyucu ekipmanlara ulaştılar hani o yönden bir sıkıntı yaşamadık açıkçası.” (K1)

“Dediğim gibi bizim hastanemiz yaşamadı. İmzayla dağıtıldı maskeler ama ne zaman istesek ne zaman ihtiyaç duysak ulaştırıldı. Ama başka hastaneler bizim hastanemiz kadar şanslı değildi açıkçası.” (K6)

“Malzeme sıkıntısı aslında çok malzeme sıkıntısı yaşamadık. Hastane olarak söyleyeyim. Sadece bir panik vardı. Hani sıkıntıya düşer miyiz paniği? Bir de neyle karşı karşıya olduğumuzun tam bir şeyi açık net belli olmadığı için ama sadece maske, el hijyeni yani bunlarla da korunabildiğini, hani kapalı ortamda uzun süre kalmama, bu tarz korunma önlemlerini algıladıkça biz de önlemlerimizi ona göre şekillendirdik.” (K8)

“Kişisel koruyucu ekipmana ulaşamama noktasında veya kısıtlamalar. Bireysel vardiyalarda bu tür şeyler olmuş olabilir. Ama hastane yönetiminin ve bizim iş sağlığı biriminin o yönüyle herhangi bir kısıtlama şeyi yoktu personele karşı.” (K12)

“Asla olmadı öyle bir şey. Kurum olarak da zaten bütün tedbirleri aldık. Dediğim gibi hiçbir koruyucu ekipmanda şeyde hiçbir sıkıntı yaşamadık.” (K14)

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod ekipman kısıtlaması temasıdır. K2, K4 ve K11 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Pandeminin ilk döneminde sıkıntı yaşadık sadece covidli hastanın yanına gidecek olan kişilere gerekli ekipmanları vereceklerini söylediler ancak herkes her birim sadece kendi elemanlarına yönelik ekipman aldığını söyleyerek covidli hastaların bulunduğu birime girecek olan diğer sağlık çalışanlarına bu ekipmanlardan vermek istemediler malzemenin kısıtlı olduğu söylendi tabi ki bizde burada mağdur olan bir grubuz bize kimse ilk başlarda bir ekipman temin etmedi covidli hastalara diyaliz yapmak için yanlarına gittiğimizde de ekipmansız girdiğimiz oldu daha sonrasında bu problem giderildi bazı malzemeler de yine kısıtlamaya gidilmişti örneğin tulum vermiyorlardı ancak n-95 maskeyi hastanın yanına gireceğimiz zaman veriyorlardı bu tarz kısıtlamalar oldu şunda böyle bir sorun yaşamıyoruz ama ilk dönemler çok sık yaşadık bu sorunu.” (K2)

“Yaşadık tabi ki ekipmanlarda ki gereksiz stokçuluk dağıtımda ki yanlışlardan dolayı bir sürü sıkıntı yaşadık hatta ilk dönemlerde kendimiz tedbirlerimizi aldık maskelerimizi n-95 maskeleri olsun diğer malzemeleri kendimiz satın almak zorunda kaldık onları da zar zor bazen karaborsacıardan falan bulduk belli dönemlerde o dönemlerde sıkıntı yaşandı ama daha sonra ki dönemlerde malzeme açısından bir problemimiz olmadı.” (K4)

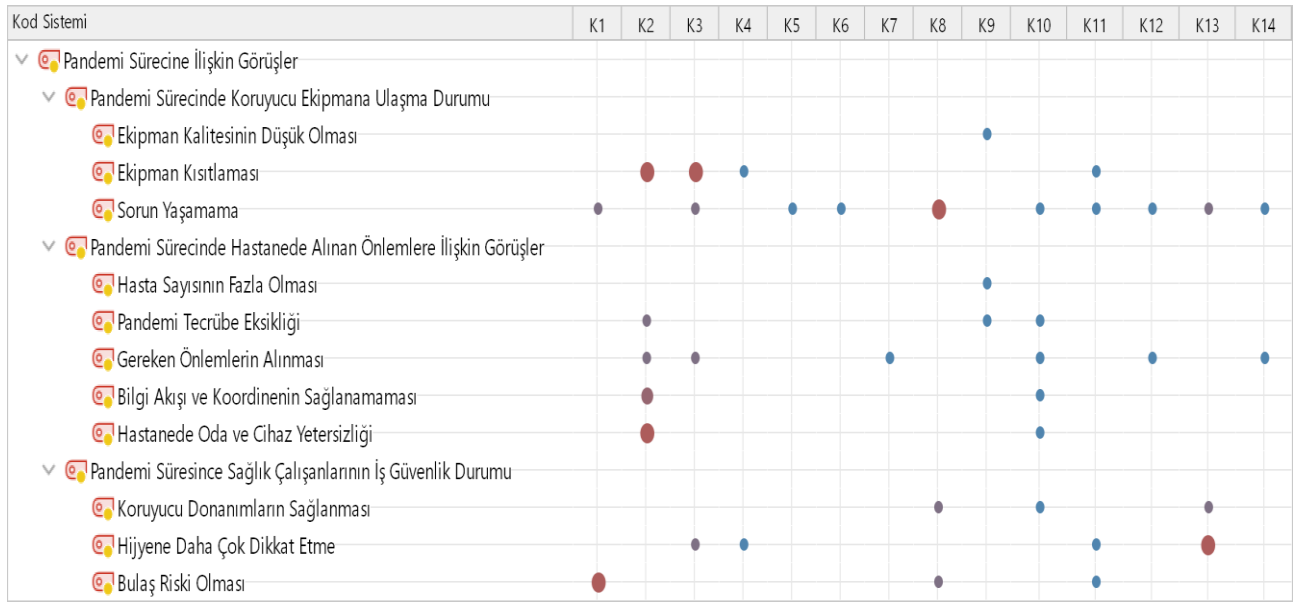
“İlk başlarda eve sıkıntı yaşadık. Çünkü malzeme kıtlığı olabilecek diye düşünülerek az az verildi.” (K11)

Katılımcılar “ekipman kalitesinin düşük olması” ile ilgili olarak aşağıdakileri ifadeleri kullanmışlardır;

“Yani şöyle bunu şöyle değerlendirmek lazım. Bu bir kere kesinlikle bence hastanemizden bağımsız bir şey. Dışarıda da çalışmış biri olarak yine kıyasladığımda koruyucu ekipmanların kalitesi yönünden sıkıntı yaşadığımızı

düşünüyorum. Yani her zaman bir maske, önlük işte tulum vesaire bunları bulabildik. Yani bu konuda kesinlikle hiçbir zaman ben sıkıntı yaşamadım. Ama yani ekipmanların kalitesinin dönem dönem çok düştüğü yani gerçekten yüksek kalite ekipman da kullanmış biri olarak söylüyorum. Hani bazı maskelerin açıkçası olmasıyla olmaması arasında çok fark yoktu ki arkadaşlarla beraber üç tane üst üste maske taktığımız bile olurdu yani. O noktada ekipman sıkıntısı yaşamadım. Ama kalite anlamında, ekipmanın seçilen ekipmanın kalitesi anlamında evet sıkıntılar olduğunu düşünüyorum açıkçası.” (K9)

“Pandemi sürecine ilişkin görüşler” temasını oluşturan kod ve alt kod sıklıklarının katılımcılara göre dağılımları Şekil 6’da görülmektedir.

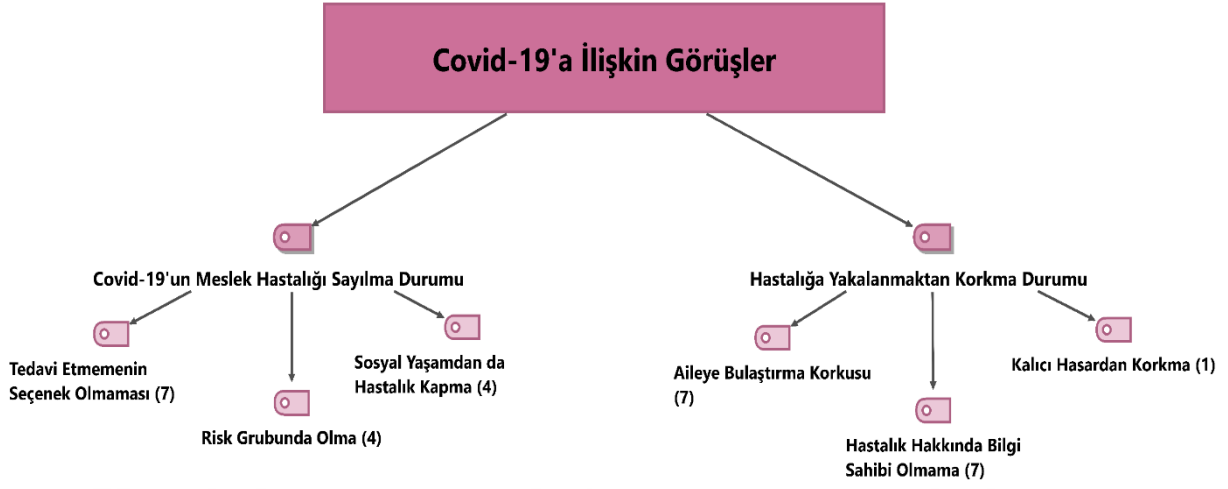


Şekil 6: Pandemi Sürecine İlişkin Görüşler Teması kod sıklıkları

K2 ve K3 “ekipman kısıtlaması” alt kodu ile ilgili, K1 “bulaş riski olması” alt kodu ile ilgili, K8 “sorun yaşamama” kodu ile ilgili, K13 ise “hijyene daha çok dikkat etme” alt kodu ile ilgili yoğun görüşlerde bulunmuşlardır.

4.2.3. COVID-19’a ilişkin görüşler

Araştırmanın üçüncü teması olan COVID-19’a ilişkin görüşler temasına ait hiyerarşik kod alt kod modeli Şekil 7’de görülmektedir. COVID-19’a ilişkin görüşler teması 2 kategori altında incelenmiştir. Bu kategoriler “COVID-19’un meslek hastalığı sayılma durumu” ve “hastalığa yakalanmaktan korkma durumu” dur.



Şekil 7: Covid-19' ilişkin görüşler temasına ait hiyerarşik alt kod modeli

4.2.3.1 COVID-19'un meslek hastalığı sayılma durumu

COVID-19'un "meslek hastalığı sayılma durumu" katılımcıların ifadeleri doğrultusunda; "tedavi etmemenin seçenek olmaması", "risk grubunda olma" ve "sosyal yaşamdan da hastalık kapma" olmak üzere 3 alt koddan oluşturulmuştur.

Katılımcılar tarafından yoğun olarak ifade edilen alt kod ;"tedavi etmemenin seçenek olmaması" kodudur. Katılımcılar hastaları tedavi etmemenin imkansız olduğunu ve bu yüzden de hastalık kapabilecekleri için de meslek hastalığı sayılması gerektiğini ifade etmiştir. K1, K5 ve K6 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

"Şöyle meslek hastalığı sayılmalı biz açıkçası seçeneğimiz söz konusu değil olamaz da zaten hani bir hasta yardım etmemiz lazım sonuçta doktoruz onlara yardımımız dokunması ve iyleşmesini sağlığından sorumluyuz toplumun hani onlarla haşır neşir olurken bizim rahatsızlanmamız bence meslek hastalığı sayılmalıydı ona bağlı olarak ta hani yürürlüğe girmeliydi sonuçta bu bilinen bir şey hastane de." (K1)

"Yani onu sonuçta hastane içinde düşme bile çalışırken başına geldiği için iş kazası kabul edilmesi gereken COVID gibi bir durumdan insanların öldüğü bir durumdan iş kazası olarak kabul edilmemesi çok şey biraz trajikomik bir durum aslında hani ülkenin." (K5)

"Yani şöyle biraz önce dediğim gibi o insanların annesine bakacağım diye ben bu hastalığa yakalanıyorum. Ve sırf mesleğim bu olduğu için ben eğer asansörlerim bile ayrılıyor. Bence meslek hastalığıdır bu. Sonuçta benim hastanede mesela benim annem COVID olmadı. İşte ablam COVID olmadı. Ama biz onları koruyabildik ama benim COVID li bir kişiyi görmeme ihtimalim yoktu. Dolayısıyla mesela normal halk işte evde COVID'li biri olduğunda rapora çıkartılırken bizim rapor sürelerimiz çok kısaltıldı. Neden? Mesleğiniz bu dedi. Hani bazı haklardan mesleğiniz bu diye maruz bırakılıyorsa meslek hastalığı sorusu mu sorulduğunda hayır demek bence çok adil değil." (K6)

Katılımcıların “risk grubunda olma” ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Öncelikle sizin okuduğunuz dünya sağlık örgütünün tanımına göre kesinlikle ve kesinlikle meslek hastalığıdır sonuçta bu benimde fikrim kesinlikle öyle kesinlikle kendi fikrim de öyledir ben kendimden örnek gösteriyim ben nöbet arkadaşımından kaptım bu şeyi sonuçta hastane de çalışıyor olmasaydım belki hastalığı hiç geçirmemiş olabilirdim tabi ki dışarıdan da kapabilirdim ama ben şahsen bulunduğum ortamda görev yaptığım süreçte aldığım için bu hastalığı sağlık çalışanlarından geçirmeyen kalmadı hemen hemen yani bu oran normal vatandaşların geçirme oranı %40 %50 iken sağlık çalışanlarında eğer %90sa üzerindeyse bu kesinlikle meslek hastalığıdır çünkü ben mesleğimi icra ederken yaptım hastane ortamı biliyorsunuz en tehlikeli ortamlardan biridir herkes pandemi sürecinde eve kapanmışken sokağa çıkmazken biz işe gelmeye devam ediyorduk.” (K3)

“Bence meslek hastalığı olarak kabul edilmeli çünkü biz mesleğimiz icra ederken normal bir insandan daha fazla bu işlere maruz kalıyoruz normal toplumda COVID li bir hastaya rastlaması bir insanın çalışırken atıyorum %1ken biz hastanede olduğumuz için sürekli COVID li hastalarla muhatap olduğumuz için karşılaşma riskimiz ve oranımız atıyorum %70 %80 lere çıkmakta dolayısıyla bizim görevimiz ile ilişkili bir maruziyet o yüzden meslek hastalığı sayılmalı bu dönemde kayıpları da oldu sağlık çalışanlarının onların bence bu konuda ele alınıp meslek hastalığı olup gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.” (K4)

“Ya bu konuda kesinlikle görüşüm, bir meslek hastalığı ve meslek hastalığı kategorisine alınmalı. Yani bunun çok basit bir şekilde aslında düşünmek gerekiyor. Bizim temasımız çok daha yüksek. Dışarıda insanlar sosyal hayatta buna temas ederken ben gün içerisinde sürekli ve tanılı olsun, tanılı olmasın ki tanılı hastayla bilgilenecek çok daha kolay. Çünkü neyle karşılaştığımı biliyorsunuz. Ona göre önleminizi alabiliyorsunuz. Ama birçok tanı almamış veya enfeksiyonu daha yeni başlayan hastalarla temasta bulunmak, yeri geldiğinde aynı odayı paylaşmak aynı havayı solumak tabii ki topluma göre çok daha yüksek risk teşkil ediyor. Bu benim mesleğimden kaynaklı oluşan bir risk. O noktada ben kesinlikle bir meslek hastalığı tanımı olması gerektiğini düşünüyorum açıkçası.” (K9)

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod sosyal yaşamdan da hastalık kapma kodudur. K4 ve K7 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Ya bu çok tartışılır bir şey. Yani gerçekten hani şimdi düşününce dediğim gibi sadece hastane içinde değil dışarıda da yakalanma. Yani nerede yakalandığını ispatlayamadığın için şimdi meslek hastalığı dediğimiz şey iş yerinde uzun süre maruziyet yaşadığımız bir olaydan dolayı oldu olan bir şey. Şimdi COVID-19 sadece iş yerinde, yani işin yürütümüyle ilgili değil. Normal sosyal hayatta da yani karşılaştığımız bir virüs olduğu için bunu meslek hastalığı olarak tanımlayabilmek çok zor. Zordan kastım bence hani meslek hastalığı kavramının biraz dışında.” (K8)

“Ama şöyle bir durum var. O zaman bu meslek hastalığı grubuna giren kitle sayısı çok artıyor. Çünkü sağlık çalışanı olmayıp yanında kimden enfekte de bir atıyorum sanayi çalışanı vesaire. Olumsuz çalışma koşulları nedeniyle. Çok meslek hastalığı grubuna sokamıyorum ben. Biraz toplumsal yaşadığımız için bir toplum hastalığı bu pandemi adı üzerinde ben açıkçası meslek hastalığı diyemiyorum.” (K10)

“Meslek hastalığı bence değil. Tüm Türkiye’yi ve kişileri ilgilendiren bir şeydi. Yani ben meslek hastalığı olarak nitelendiriyordum.” (K14)

4.2.3.2 Hastalığa Yakalanmaktan Korkma Durumu

Bu kod; “aileye bulaştırma korkusu”, “hastalık hakkında bilgi sahibi olmama” ve “kalıcı hasardan korkmak” olmak üzere 3 alt koddan oluşturulmuştur.

Katılımcılar en sık olarak “aileye bulaştırma korkusu”ndan bahsetmişlerdir. Konuya ilişkin bazı ifadeler aşağıdadır;

“Şöyle bir korku şu yönden oluyor ben ailem ile kalıyorum kronik hastalık sahibi anne ve babam ondan dolayı biraz sıkıntı hani ben alırsam bir şey olmaz ama onlara bulaştırırsam bir sıkıntı olabilir hipertansiyon diyabet gibi rahatsızlıkları var o yönden dolayı biraz ilk başta özellikle çok fazla korkuyordum halen yine bir sıkıntı var onlar memlekete gittiğinde biraz daha rahat davranabiliyorum dışarıda açıkçası evdeyken ama hani otururken muhabbet ederken bile onların süresi kısıtlı belli bir mesafeden konuşuyorum halen o şekilde devam ediyorum Allaha şükür bulaşmadı onlarda aşularını oldu aşularının olmasını da ben önerdim açıkçası sonuçta buluşsa da daha az şiddetli atlatılıyor dediğim gibi hani ilk başta daha fazla olmakta birlikte halen bir miktar korkum daha var çünkü ister istemez her insanın yakının da sizlerin de yakınınızda illa ki bir kronik hastalığı olan insanlar vardır astımı koahı olanları biraz daha fazla olmakla birlikte saydığım rahatsızlıkların çoğu onda çok kötü etkililiyor aslında.” (K1)

“Tabii ki herkes gibi bende korktum herkes gibi bende korktum ancak yaptığımız işin farkında olarak işimizi elimizden geldiği kadarıyla en iyi şekilde yapmaya gayret ettik uluslararası basında izlediğimiz kadarı ile sağlıkçıların diğer ülkelerde özellikle istifa ettiklerini görevden el çektiklerini ve başkaları ile uğraşarak kendi hayatlarını riske atmak istemediklerini gördük ancak bizim gerek inancımız gereği gerekse görev bilincimiz ile herhangi bir yaptırım olmadan zorlama olmadan her ne kadar istifa etmemiz engellemiş olmasa da böyle bir engel olmasa da kimsenin istifa edeceğini zannetmiyorum elimizden geldiği kadarı ile yapmaya gayret ettik bizim asıl korkumuz kendimizin covid olması başımıza bir şey gelmesi değil ailelerimize covid bulaştırıp onların başına bir şey gelmesinden endişe ettik yoksa kendimiz ile ilgili bu göreve o kadar düşünseydik hiç girmezdik.” (K2)

“Ya tabii ki ilk başta ilk süreç başladığında tabii ki herkes gibi biz de korktuk. Sonuçta benim de bir çocuğum var. Bir aile hayatımız, ailemize taşır mıyız? Çocuğumuza taşır mıyız? Evdekilere götürür müyüz? Veya hani burada COVID deki hastaya giriyoruz, çıkıyoruz. İçerideki hemşire arkadaşımaya taşır mıyım? Bana bulaşır mı? Tüm korkuları yaşadık yani. İki sene boyunca. Tabii ki. Bayağı korktuk.” (K14)

Katılımcıların “hastalık hakkında bilgi sahibi olmama” alt kodu kapsamına alınan bazı ifadeleri aşağıdadır;

“En başta tabii ki korkuyorduk çünkü hastalık konusunda yeterli bilgimiz yoktu hatta ilk başlarda daha korkutucu bilgiler yalan yanlış bilgilerde çok yayılıyordu bizde tabii tanımadığımız hastalık ve yeni geçirdiğimiz bir hastalık olduğu için ve önlemler bütün dünyada bu kadar fazla ileri gitmişken tabii ki birazcık korktum hastalığı ben geçirdim 2020 kasım ayında geçirdim ben hafif atlattım sadece tat ve koku kaybım gitti hani ben hiçbir sıkıntı yaşamadım o yüzden ben.” (K3)

“Baştan bir bilinmezlik dönemindeyken ben de herkes gibi çekindim açıkçası. Bir tedirgin oldum ama zaman geçtikçe vakaların seyirleri de belli oldukça hani kimler ölüyor ki, kimler de seyrediyor? Seyretmeyen örnekleri de görünce yakın çevremizde yanı başımızdaki arkadaşımız pozitif olup tabii ki birkaç gün sonra iyileşince ya da

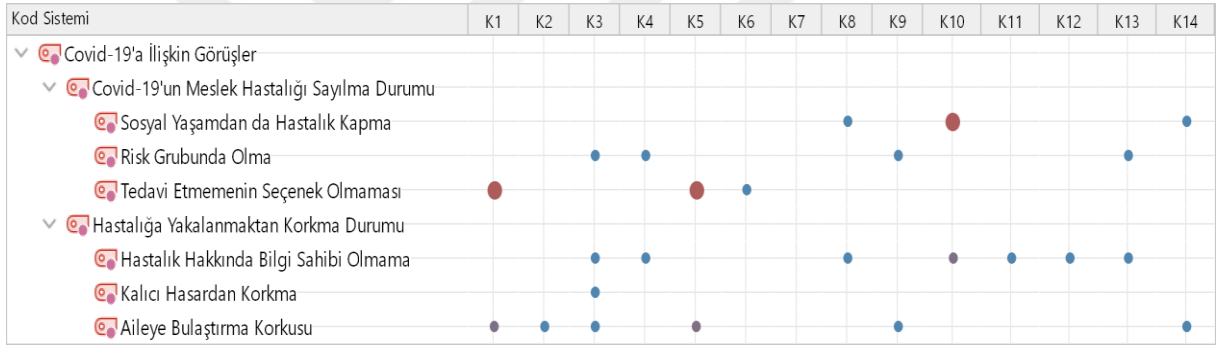
asemptomatik olup pozitif olarak seyredince artık o korku geriledi diyebilirim. Ha şu aşamada çok korkmuyorum açıkçası.” (K10)

“İlk dönemde biraz bende de o şey vardı. Çünkü hastalığın bir bilinmezliği vardı. Üstüne COVID vakaları ilk çıkmaya başladıktan sonra ben başka bir hastaneye evde sağlık birimine görevlendirildim. Ve orada COVID hastalarına baktım. O ilk bir ay hastalığın bilinmezliğinden kaynaklı bende de bir korku hali vardı. Ama hastalığı tanıdıktan sonra bu şey kalktı. Şu anda pek korkumuz kalmadı gibi. Aşılarımızı da olduk.” (K12)

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod kalıcı hasardan korkma kodudur. K3 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“En başta tabi ki kalıcı bir hasar vermektan korktum hasta olmaktan çok korkuyorum ama daha sonra ki hayatımda beni etkileyebilecek bir hastalık olabileceğinden biraz korktum hastalığı geçirdikten sonra şükür ki kalıcı bir şey olmadı hastalığı da rahat atlattım o yüzden hastalığı atlattıktan sonra şuan eskisi kadar tabi ki korkmuyoruz.” (K3)

“COVID-19’a ilişkin görüşler” temasını oluşturan kod ve alt kod sıklıklarının katılımcılara göre dağılımları Şekil 8’de görülmektedir.

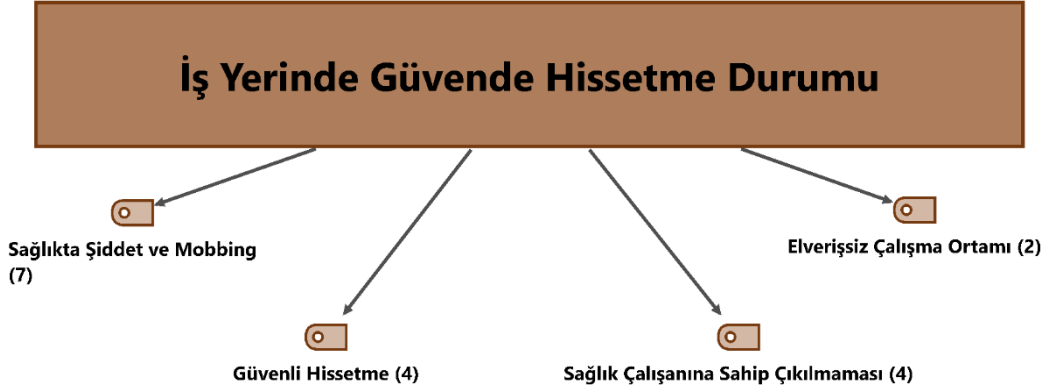


Şekil 8: COVID-19'a İlişkin Görüşler Teması Kod Sıklıkları

K1 ve K5 “tedavi etmemenin seçenek olmaması” alt kodu ile ilgili, K10 “sosyal yaşamdan da hastalık kapma” alt kodu ile ilgili yoğun görüşlerde bulunmuşlardır.

4.2.4 İş yerinde güvende hissetme durumu

Araştırmanın dördüncü teması olan “işyerinde güvende hissetme durumu” temasına ait hiyerarşik kod alt kod modeli Şekil 9’da görülmektedir. İşyerinde güvende hissetme durumu teması dört kod altında incelenmiştir. Bu kodlar “sağlıkta şiddet” ve “mobbing, “güvenli hissetme”, “sağlık çalışanına sahip çıkılmaması” ve “elverişsiz çalışma ortamı” dır.



Şekil 9: İş yerinde güvende hissetme durumu kod hiyerarşisi

Katılımcıların ifadeleri en sık olarak “sağlıkta şiddet” ve “mobbing” alt kodları altında toplanmıştır. Katılımcılar şiddet ve mobbingden dolayı iş yerinde güvende hissetmediklerini ifade etmiştir. K10, K11 ve K13 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Mobbinge ulaştığı zaman. Aslında insan en çok o zaman yaptığı işi sorguluyor. Yani işinle alakasız bir durumdan dolayı mobbinge uğradığı zaman. O zaman ben bunla neden uğraşıyorum ki diyor. Asıl şiddet o bence. Bizi negatif etkileyen de o aslında.” (K10)

“Medyada farklı yansıtılıyor. Hasta yakınları konusunda sıkıntı yaşıyorduk biz. En çok da bunu yaşayanlardık biz. Çünkü hastalarını göremedikleri için yani saldırı boyutuna kadar geçiyordu. Hani bu konuda medyadan dolayı sıkıntı yaşadığımızı düşünüyorum. Yani yoksa sistemde de sıkıntı yoktu. Yani bu sistem daha güzel.” (K11)

“Güvende hissetmiyorum diyemem, hissediyorum. Ama tabii ki zaman zaman son dönemlerde basın yayın organlarında, sağlık çalışanlarına karşı tutum, davranış ve şiddetten dolayı biz bu konuda geri adım...” (K13)

Katılımcıların “güvenli hissetme” ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Şöyle ben Koşuyolu’nda kendimi güvende hissettim bu konuda. Hiç tedirgin olmadım. Çünkü temiz alanlarımız belliydi, enfekte alanlarımız belliydi. Çizilecek yol haritası da belliydi. Yani bir hasta pozitif olduğu zaman hareket alanımız işte COVID servisimiz ayrıydı. Oranın ilgilenen doktoru ayrıydı vesaire. Gibi yani kurallar belli olduğu zaman tabii ki yine enfekte olabilirsiniz ama kurallar belli olduğunda en azından daha rahat ve daha kendinizi güvende hissederek hareket ediyorsunuz. Yani o konuda hastanemden hiç tedirgin olmadım açıkçası çalışırken.” (K9)

“İş sağlığı anlamında evet. Ben kendimi güvende hissediyorum. O yönüyle hastane ve yönetimle koordineli bir şekilde planlamayı yapıyoruz. Biz her yıl Ocak ayında bir yıllık planımızı yapıp ay ay yapılacak olan işleri belirliyoruz. Dolayısıyla herhangi bir eksiklik veya şey saptadığımızda da anlık reaksiyon alabiliyoruz. O yönüyle hızlı bir pozisyon alabiliyoruz hastane özelinde. İş sağlığı güvenlik kurulunun da daimi üyesiyim. Hastanemizde beş yıldır iş sağlığı güvenlik kurulu var. Bu kurulun da üyesiyim. Orada da aktif olarak çalışıyorum. Dolayısıyla risk analizinde saptadığımız eksiklikleri iş sağlığı kurumunda da dile getirip eksiklikleri düzeltme yoluna gidiyoruz.” (K12)

“İş yeri olarak gayet güvende hissettim. Çünkü gerçekten bize bütün önlemleri aldirdilar. Sağ olsunlar. Bütün koruyucu ekipmanlarımızda hani Hiçbir sıkıntı, malzeme eksikliği yaşamadık. O yüzden gerçekten burada kendimizi güvende hissettik.” (K14)

Katılımcılar tarafından ifade edilen diğer kod sağlık çalışanına sahip çıkılmaması kodudur. K2 ve K13 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Hayır kesinlikle güvenli hissetmiyorum başıma herhangi bir şey geldiği zamanda da kurumumun bana sahip çıkacağını zannetmiyorum.” (K2)

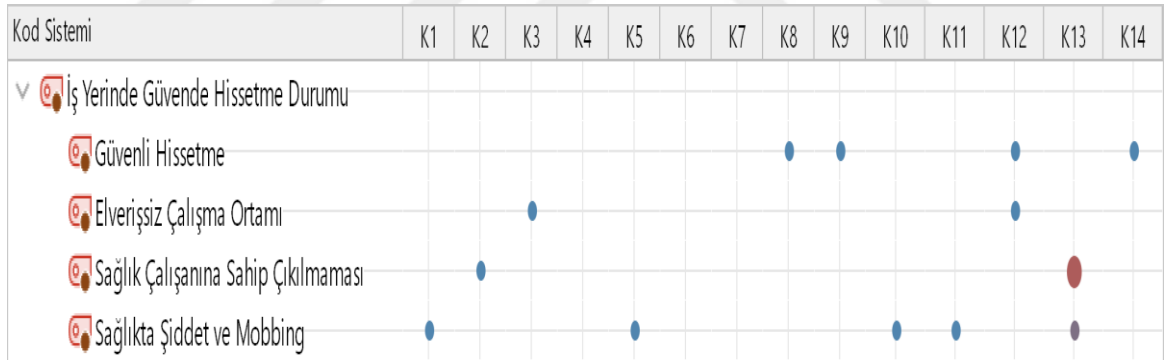
“Mesela güvenlik önlemleri birazcık daha artırılabilir. Birçok mesleğimizi katledildi, öldürüldü. Demek bence daha hafif bu anlamda. Toplumun hekimlere, sağlık çalışanlarına karşı devlet olarak da bir şeyler yapılması gerekiyor. Yasalarımızın caydırıcı olması gerekiyor.” (K13)

Katılımcılar “ elverişsiz çalışma ortamı” ile ilgili olarak şu ifadeleri kullanmışlardır;

“Evet ortam açısından çok fazla güvende hissetmiyorum neden çünkü cihazların radyasyonları çıkarttıkları sestem dolayı bizimlabortuvar çok sesli santifirüJ olsun cihazlar olsun.” (K3)

“Hastane üzerinde baktığımızda fiziki yapıdaki eksikliklerden kaynaklı bazı değiştiremediğimiz şeyler var. Fiziksel kapasitenin yetmemesinden kaynaklı.” (K12)

“İş Yerinde Güvende Hissetme” temasını oluşturan kod ve alt kod sıklıklarının katılımcılara göre dağılımları Şekil 10’da görülmektedir.

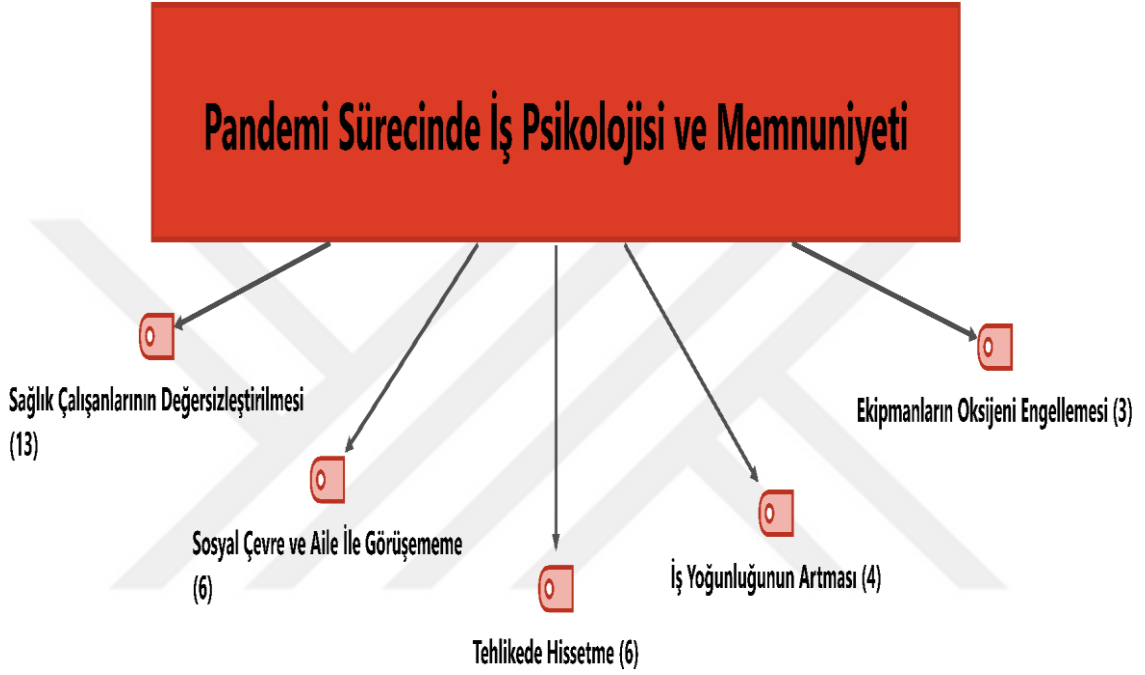


Şekil 10: Pandemi sürecinde iş psikolojisi ve memnuniyeti Temasına Ait Hiyerarşik Kod Alt Kod Modeli

Farklı katılımcıların farklı noktalarda yoğunlaştıkları noktaların büyüklüğü ve renk değişimleri ile görülmektedir. En sık olarak ifade edilen konu “sağlık çalışanına sahip çıkılmaması” olmuştur (K13).

4.2.5. Pandemi Sürecinde İş Psikolojisi ve Memnuniyeti

Araştırmanın son teması olan pandemi sürecinde “iş psikolojisi ve memnuniyeti” temasına ait hiyerarşik kod alt kod modeli Şekil 11’de görülmektedir. Bu tema beş koddan oluşturulmuştur. Bu kodlar “sağlık çalışanlarının değersizleştirilmesi”, “sosyal çevre ve aile ile görüşememe”, “tehlikede hissetme”, “iş yoğunluğunun artması” ve “ekipmanın oksijeni engellemesi” dir.



Şekil 11: Pandemi sürecinde iş psikolojisi ve memnuniyeti temasına ait hiyerarşik kod alt kod modeli

Katılımcılar tarafından en sık olarak ifade edilen konu “sağlık çalışanlarının değersizleştirilmesi” olmuştur. K2, K6, K9 ve K13 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Evet kesinlikle etkilendi bu süreçte bütün sağlık çalışanlarında olduğu gibi bende de bir ötekileştirilme hissi oluşturuldu sanki üvey evlat gibi özellikle sağlık bakanlığı tarafından bir şekilde değersizleştirildik değer verilmediğini hissettik biz fedakarlık yaparak bütün riskleri göz önüne alarak görevimizi ifa etmeye devam ettik ancak hem halk tarafından sivil halk tarafından hem de üst düzey yönetim tarafından hak ettiğimiz değeri görmedik diğer meslek gruplarından örneğin polis asker gibi meslek gruplarının riskleri her zaman halk arasında taktir görürken sağlık çalışanlarının taktir görmemesi özellikle bizi yıpratı üzdü psikolojimizi bu konuda.” (K2)

“Ben şu anda artık korkmuyorum ama çok korktuk. Herkes korktu. Yani böyle evden çıkarken savaşa çıkıyormuşuz gibi çıktık zaman zaman. Hani o kadar kimi zaman sahipsiz hissedecektik. Gerçi o zaman çok yanımızda durdu. Şey yazıları bizi çok üzdü. Mesela asansörlere binerken çok dışlanmış olmak hani mesela asansöre binmeyin. Ondan sonra işte çöpler toplanırken bizim çöplerimiz işte hastanede çalışıyoruz diye daha başka toplandı falan.

Hani onlar çok dışlanmış hissettir kendimizi. O zaman insanın morali de bozuluyor. Ne için? Kimin için çalışıyoruz diyorsun. Yani biz o insanların annesine, babasına bakmak için hastaneye gidiyoruz. O insanların bize geri dönüşü işte asansörleri ayır. Ondan sonra yüzünü görünce çevir. Bu olmamalı.” (K6)

“Evet, şöyle etkiledi. Bütün kamu kurumlarının veya çoğu özel sektörde esnek mesaiye geçmesi, okulların dahi tatil edilmesi ama sağlık çalışanlarının hiçbir şekilde esnek mesaiden yararlanamaması ve çocuklarını bırakıp işe gelmiş olması, gerçi bu bizim mesleğimizin getirdiği bir şey. Ama pandemiden önce bunun diğer kamu kurumlarından bu kadar farklı olduğunu bilmiyorduk hiçbirimiz. Bu kadar canlı örneğini görmemiştik. Ama pandemide gördük ki hakikaten sağlık camiası yani diğer kamu kurumlarından çok farklıydı.” (K7)

“Kaldı ki sonrasında devam eden süreçte de hastalığın mücadele boyutunda biz burada verdiğimiz emeğin bazen dışarıda karşılığını ya da toplumda karşılığını ya da toplumda karşılığını göremediğimiz zaman acaba biz boşa mı kürek çekiyoruz veya hani verdiğimiz emeğe değiyor mu diye sorguladığımız anlar hep olmuştur.” (K9)

“Yalnızlık fobimiz vardı. Toplumsal olarak da bir tecrit durumumuz söz konusuydu. Bunu çok net hepimiz yaşadık. Mesela işte otobüse, metroya bindiğimizde, asansöre bindiğimizde apartmanlarda bu bile hani çok sıkıntılı durumlara neden olabilecek görüntüler yayınlandı, servis edildi. Bu bence yanlıştı. Sağlık çalışanının tecrit edilmesi yanlıştı. Üzerimizde önlüğü nöbet kıyafetini gören insanlar sağlık çalışanı deyip bindiğimiz asansöre binmiyorlardı ki kişisel koruyucu önlemlerimiz tam olmasına rağmen. Hani markete gittiğimizde yine aynı şekilde bunları yaşadık. Dışlanma durumu oldu.” (K13)

Katılımcıların “sosyal çevre ve aile ile görüşememe” ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Vardiyaya geçtik mesela bazı hastaneler vardiya sistemine geçti. Hastaneye geliyorsun. Hastanede sadece hastalar var. Hiçbir iş arkadaşını göremiyorsun Hani o normalde o ettiğin sohbetler olmuyor. Sadece vardiya şeklinde nöbet devirleri devrediyor. Hastalara bakıyorsun. İş ortamı tamamen bozulmuş oluyor.” (K6)

“Şöyle aslında o dönem bu salgın ve getirdiği yük bence bütün sağlık çalışanlarını etkilemiştir. Kendi adıma da çok bitik ve yorgun hissettiğim dönemler oldu. Bu riskle sürekli karşılaşmak vaka sayılarının çok yüksek olduğu dönemde bu riskin birebir içinde olmak ve dışarıdaki sosyal hayatımda çevremdeki insanlardan istemeden de olsa izole kalmak tabii ki benim açıkçası psikolojim o dönem çok yormuştu.” (K9)

“Yani o hastalığın vermiş olduğu belirsizlik ve korku nedeniyle çok ciddi anksiyete oluştu bende de. Benim eşim de hekim. Ve o dönemde mecburi hizmete gitti Bolu'ya. İki çocuğumuz vardı evde. O COVID in bilinmezliğiyle birlikte biz her iki çocuğu da anneanneye yolladık. Ve evde ben İstanbul'da tek başıma eşim Bolu'daydı. Ayda bir hatta ilk dönemde kırk beş, elli gün sonra bir araya gelebildik. O yönde biraz psikolojikman yıprandık.” (K12)

“Yani bu iki sene boyunca gerçekten çok bu yönden kendimizi çok yalnız hissettik. Çok zor durumlar yaşadık. Ailemize gidemedik. Yani ben kendi açımdan çocuğumu iki hafta bir hafta göremedim. Sürekli telefonda görüntülü konuşmayla konuştum. Yani biz yani böyle bir şeyi bir daha yaşamak istemeyiz açıkçası. Zor bir süreçti. Biraz atlattığımızı düşünüyoruz ama bence tekrar başlayacak gibi duruyor.” (K14)

Katılımcıların “tehlikede hissetme” ile ilgili ifadeleri aşağıdadır;

“Kesinlikle psikolojim etkilendi ben kendimden örnek gösteriyim ben sonuçta yeni atanmıştım beni görevlendirmeye gönderdiler yeni açılan pandemi hastanesine bu benim başlı başına çalışma hayatımı etkiledi 4 ay kadar Marmara Üniversitesi pandemi hastanesinin de görev yaptım sadece covid hastalarına bakıyorduk o yüzden tabii ki birde hastalığı bilmediğimiz tam tanımadığımız süreçte gittiğimiz için tabii ki kendimizi biraz tehlikede hani yaşamamızı bayağı değiştirdi bu durum o yüzden beni bayağı bir etkiledi iş hayatımı psikolojik olarak da etkiledi çalışma sürecimi de etkiledi hayatımı tamamen değiştirdi diyebilirim.” (K3)

“COVID sonrası evet. Özellikle genç yaşta vefat eden kendi meslektaşlarımızı, diğer sağlık personeli çalışanlarını görünce ve özellikle kritik birimlerde, yoğun bakımda o koruyucu ekipmanlarla aralıksız kan ter içinde çalışma durumlarına girdiğimiz zaman hani insan böyle durumlarda hani ben bunu niye yapıyorum diye sorguluyor. Moralman çöküyor. Psikolojik olarak çöküyor. Çünkü bir mücadele veriyorsun hakikaten ve görmediğim bir şeye karşı mücadele etmek kötü. O dönemlerde bir hani depresif dönemler geçirdiğimizi söyleyebilirim. Hani kendi adıma da yorgun düştüğümü hani bu kaygıdan dolayı zihinden bedenen olmasa bile hem bedenen hem zihnen de olabilir bazen tabii. Yorgun düştüğümü hatırlıyorum ama o dönemlerde evet hani herkes bir kendi canının derdine düşüyor açıkçası.” (K10)

“Ve tabii ki yoğun bakımda yatan hastaların süreçleri çok zorlu ve sıkıntılıydı. Bu hastalığa yakalananların. Biz de onları gördükçe tabii ki daha çok korku ve endişe uyandırdı.” (K14)

Katılımcıların “iş yoğunluğunun artması” alt kodu kapsamına alınan bazı ifadeleri şöyledir:

“Şöyle aslında az çok herkesi etkilemiştir etkilenmedi diyen çok doğru konuşacağını düşünmüyorum yoğunluğumuz değişiyor siz kendi alanınızla uğraşırken yanınıza 1 global bir rahatsızlık ekleniyor tüm ana bilim dallarını etkileyen nerede çalışırsanız çalışın hepimizi etkileyen bir durum daha ortaya çıkıyor bu ister istemez bizi daha da zorluyor açıkçası şuan daha zorluyor ama ilk başta ki kadar değil yeni bir hastalık var sonuçta her şeyin altından çıkabiliyor değişik ilginç te bir yapısı var o yüzden açıkçası biraz zorlandık bize yeni iş yükleri falan getirdi bu durum biraz korku ve sıkıntı neden oldu açıkçası bizde.” (K1)

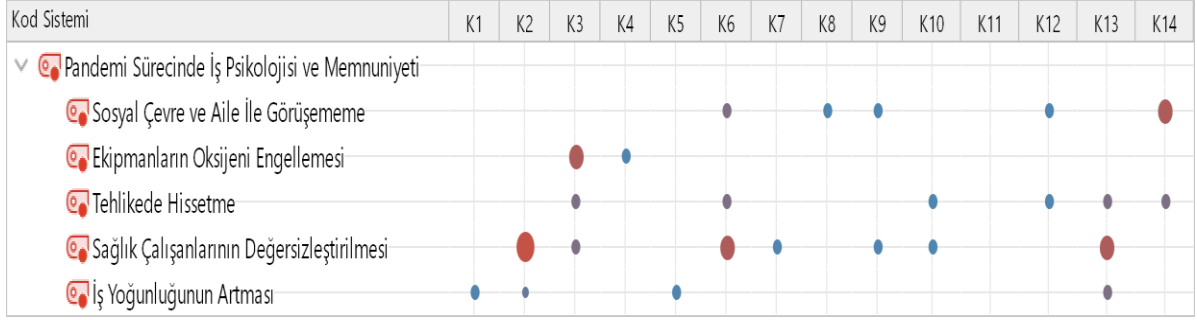
“Hem o hem de evet ulaşılabilir bu kadar kolay olmamalı. Sevk zinciri tekrar gelmeli. Avrupa’da bakın nasıl? Dört ay sonra randevu bu bu şekilde olsun demiyorum ama sevk zinciri olmalı. İsteddiği zaman profesöre ben muayene olacağım deyip gelememeli. Basit bir boğaz ağrısından. Sevk zinciri bu anlamda düzgün işleyen bir set zinciri inanın sağlık sisteminde en baş ihtiyaçlarımızdan birisi bizim. Bu anlamda bir de acillerin, yeşil alanların kaldırılması gerektiğini ve acilden katkı payı alınmadığı için bu kadar başvuru var zaten. Yani katkı payı alınmıyor hastalarda.” (K13)

Katılımcıların “ekipmanın oksijeni engellemesi” kodu ile ilgili ifadeleri aşağıda sunulmuştur.

“24 saat boyunca maske takma zorunluluğumuz olduğu için tabii ki oksijen ihtiyacımızı da tam olarak karşılamıyorduk başımız ağrıyordu yeri geldi mi.” (K3)

”Travma yine o ekipmanlar altında çalışmak maske ile sürekli kapalı ortamlarda bulunmak bunların hepsi gerçekten bir sıkıntıydı hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan stress yaratan faktörlerdi.” (K4)

“Pandemi Sürecinde İş Psikolojisi ve Memnuniyeti Teması” temasını oluşturan kod ve alt kod sıklıklarının katılımcılara göre dağılımları Şekil 12’de görülmektedir.



Şekil 12: Pandemi Sürecinde İş Psikolojisi ve Memnuniyeti Teması Kod Sıklıkları

K2, K6 ve K13 “sağlık çalışanlarının değersizleştirilmesi” alt kodu ile ilgili, K3 kodlu katılımcı “ekipmanların oksijeni engellemesi” alt kodu ile ilgili, K14 kodlu katılımcı “sosyal çevre ve aile ile görüşememe” alt kodu ile ilgili yoğun görüşlerde bulunmuşlardır.

Nitel çalışma kapsamında yapılan derinlemesine görüşmelerde katılımcıların kullandıkları ifadelerden kod bulutu oluşturulmuş ve Şekil 13’te sunulmuştur;



Şekil 13: Kod bulutu

Daha büyük puntolu olarak gösterilen kodlar daha yoğun olarak kullanılan ifadeleri gösterirken, daha küçük puntolu olan ifadeler, kodların daha az yoğunlukta kullanıldığını göstermektedir. Kod bulutunda görüldüğü gibi çalışanlar en sık olarak sağlık çalışanlarının değersizleştirildiğini ifade etmişlerdir ve yine büyük çoğunluğu pandemi sürecinde KKE temin sıkıntısı yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

DSÖ 2020 raporuna göre dünyada toplam 60 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır. Pandemi sürecinde bir çok iş sağlığı ve güvenliği riski ile karşı karşıya kalan sağlık çalışanlarının, çalıştıkları kurum hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi önemlidir. Güvenli ortam, çalışanların motivasyonlarını ve iş verimlerini artıracak, ayrıca işten ayrılma niyetlerini azaltacaktır. Bu kapsamda, çalışmada; sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi sürecinde çalıştıkları hastanenin İSG önlemleri ve İSG durumları belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarının sağlık yöneticileri için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin çoğunluğunu kadınlar oluşturmuştur (%63). DSÖ ve ILO'ya göre de dünyadaki sağlık ve bakım çalışanlarının yaklaşık %67'si kadınlardan oluşmaktadır (DSÖ, 2022). Souksu ve Cebeci'nin yaptığı çalışmalarda da benzer şekilde sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun (sırasıyla %77,7, %72,4) kadınlardan oluştuğu belirlenmiştir (Souksu, 2012; Cebeci, 2020). Bu sonuçlar örneklemin evreni yansıttığını göstermektedir.

Sağlık personelinin değerlendirmelerine göre genel olarak hastanede iş güvenliğinin düşük düzeyde olduğu istatistiki olarak tespit edilmiştir. Ancak yapılan derinlemesine görüşmelerde sağlık çalışanları hem pandemi öncesinde hem de pandemi sürecinde hastanenin aldığı önlemleri yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir. Bu fark nitel verilerin genellikle birim yöneticilerinden toplanmasından kaynaklanabilir. Birim yöneticileri, kendi yaptıkları girişimleri daha olumlu değerlendirmiş olabilirler.

Katılımcılar tarafından en yetersiz görülen alanlar; sağlık personelinin kendisini meslek hastalıkları açısından risk altında görmesi ve sağlıkla ilgili mesleklerine bağlı şikayetlerinin çok olmasıdır. Ayrıca, hastanede iş sağlığı ve güvenliği açısından yönetsel desteğin yeterli olmadığını düşündükleri saptanmıştır. Hemşireler, hekimler ve teknisyen/teknikere göre hastanedeki iş sağlığı ve güvenliği düzeyini daha düşük bulmuştur. Öztürk, Babacan'ın sağlık personelinin iş sağlığı ve güvenliği durumunun değerlendirilmesine yönelik yaptıkları çalışmalarında da yine benzer şekilde “mesleki hastalık ve şikâyetler” ve “yönetsel destek ve yaklaşımlar” boyutları ortalamalarının düşük olduğunu belirlenmiştir. Bu araştırma çalışmayı destekler niteliktedir.

Erkek sağlık çalışanlarının pandemi surecindeki iş sağlığı ve güvenliği düzeyleri kadın sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Erkek katılımcılar arasında doktorlar ve teknisyenler daha büyük bir orana sahiptir. Bu dönemde hemşirelerin iş yükü daha fazla olduğundan (Bazı branşlardaki doktorlar, pandemi sürecinde Sağlık Bakanlığının aldığı karar doğrultusunda hasta kabul edilmemesi nedeniyle daha düşük yoğunlukta çalışmışlardır.) kendilerini daha riskli bulmuş olabilirler. Hemşirelerin çoğunluğunun kadın olması bu sonuca neden olmuş olabilir. Ayrıca, kadınların ocuk bakımı sorumlulukları da bu dönemde daha kaygılı olmalarına yol açmış olabilir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre iş sağlığı ve güvenliği algılarında fark saptanmamıştır. Tüzüner ve zarslan ile ve Aldem ve ark.nın çalışmalarında ise farklı sonuçlar elde edilmiştir. Öztürk ve arkadaşlarının araştırmasında ise lisans ve lisansüstü eğitime sahip çalışanların özellikle “yönetsel destek ve yaklaşımları”, “koruyucu önlem ve kuralları” daha yetersiz değerlendirdikleri belirlenmiştir. Aradaki fark, sağlık personeline yıllar içerisinde lisans ve lisansüstü mezunlarının oranının artmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %90’ı COVID-19 aşısı olmuştur. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Aşı ve nlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı COVID-19 aşılama stratejisi geliştirmiştir. Bu stratejiye göre hastalığa maruz kalma, hastalığı ağır geçirme ve bulaştırma riskleri ile hastalığın toplumsal yaşamın işleyişi üzerindeki olumsuz etkilerini değerlendirerek COVID-19 aşısı uygulanacak gruplar belirlenmiş olup bu gruplara sırasıyla uygulanmıştır. Sağlık alışanları riskler açısından 1. grupta yer almaktadır. Bu pandemisi sürecinde aşının önemi tartışmasıdır. Almanya’da sağlık çalışanları ile ilgili Niehaus ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada Almanya Biyolojik Ajanlar yönetmeliğince işyerinde zorunlu fiziki muayene sırasında enfeksiyon riski taşıyan her sağlık çalışanına aşı zorunlu olarak uygulanmaktadır (Niehaus ve ark, 2020). Songur ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise sağlık taraması oranı arttıka, aşı programına alınan ve aşıları yapılan kişi sayısının da yükseldiği tespit edilmiştir (Songur ve ark, 2019).

Çalışmada katılımcıların %60’ı mesleğe bağlı hastalık geçirdiğini, %42.6’sı da iş kazası ve yaralanma geçirdiğini belirtmiştir. Çalışmada her ne kadar meslek hastalığına yakalanma riski sorulmuş olsa da çalışanların “işle ilgili hastalık”

kapsamında yanıt verdikleri düşünülmektedir. Meslek hastalığı ve işle ilgili hastalık arasındaki ayrımı çoğu personelin bilmediği düşünülmektedir.

TUIK'in 2007-2013 sektörlerine göre işe bağlı sağlık sorunu yaşayanlara yönelik yaptığı araştırmada; çalışanların %24,9'unun "sırt veya beli etkileyen kemik, eklem ve kas ve kas sorunları"na, %20'sinin ise "stres, depresyon veya anksiyete sorunları"na maruz kaldığı belirlenmiştir. DSÖ'nün 21.02.2021 tarihinde sağlık sektörü için yayınladığı rehberde en yaygın mesleki tehlikelerden birinin de mesleki enfeksiyonlar olduğunu belirtmiştir. Sağlık sektöründe en yaygın ve endişe duyulan mesleki enfeksiyonların tüberküloz, hepatit B ve C, HIV/AIDS ve solunum yolu enfeksiyonları (Corona, Grip vb) olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla sağlık personelinin pandemi sürecinde kendini risk altında hissetmesi beklenir bir sonuçtur. Enfeksiyon kontrol biriminin etkin çalışması bu riskleri azaltmaktadır.

Çalışanların bir çoğu COVID-19'un meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Buna gerekçe olarak tedavi etmemenin bir seçenek olmadığını, dolayısıyla zorunlu olarak risk grubunda bulduklarını belirtmişlerdir. Bunun yanında hastane ortamı dışında da bulaş olma riski, bazı sağlık çalışanlarının meslek hastalığı olması konusunda tereddüt etmelerine neden olmaktadır. Türk Tabipler Birliği yaptığı açıklamada; COVID-19'un meslek hastalığı sayılması gerektiğini belirtmiştir (Korkusuz, 2020). Burada işle ilgili hastalık ve meslek hastalığı ayrımının iyi yapılması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının iş nedeniyle maruz kaldıkları enfeksiyon ve bunun ileri dönem sonuçlarından dolayı mağdur olmamaları sağlanmalıdır.

Çalışmada, sağlık personelinin %32'sinin hastanede İSG komitesi bulunduğu haberdar olmadığı ve %76.6'sının Çalışan Güvenliği Genelgesini okumadığı saptanmıştır. Hastanede genel iş güvenliğinin düşük olması, çalışan güvenliğine ilişkin tebliğin getirdiği faaliyetlerin yürürlükte olup uygulanmasında aksaklıklar olması ve kalitede iyileştirmeler yapılmaması ile ilişkili olabilmektedir. Tebliğ ile kurum ve kuruluşlarda hasta çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması, çalışanları risk ve zararlardan korumayı amaçlamaktadır (Resmi gazete, 2009). Sağlık çalışanlarının pandemide risk altında olmalarına rağmen İSG komitesinin varlığından haberdar olmamaları ve mevzuatı okumamaları yönetsel desteğin yeterli olmadığını göstermektedir.

Yapılan çalışmada hemşirelerin ifadelerine göre iş sağlığı ve güvenliği düzeyleri diğer meslek gruplarından daha düşüktür. Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuç elde edilmiştir (Öztürk ve ark., 2012). Hemşirelerin yoğun çalışma tempoları, nöbetler ve COVID-19 sürecindeki yorgunlukları iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki düşüncelerini olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Almanya'daki bir çalışmada da hekimlerin psiko-sosyal çalışma koşullarını hemşirelik personeline göre daha olumlu değerlendirdiklerini görülmüştür. Hemşirelerin çalışma koşullarını eleştirel olarak değerlendirdikleri başka çalışmalarda da gösterilmiştir. Örneğin, RN4 Cast çalışmasında, 12 Avrupa ülkesinden dokuzunda, ankete katılan hemşirelerin yarısından fazlasının, hastanelerindeki çalışma ortamını iyi veya mükemmel değil, zayıf veya orta olarak değerlendirdiklerini bildirmiştir (Ainken ve ark.,2013). Yapılan çalışmada literatürdeki bulguları destekler biçimde bulunmuştur.

Pandemi öncesine ilişkin olarak sağlık çalışanları “önlem ve kontrollerin yeterli olması”, “eğitimler ve bilginin yetersiz olması” ve “hastane mimarisi ve altyapı sorunları” üzerinde durmuşlardır. Pandemi sürecine ilişkin olarak, “sağlık çalışanlarının iş güvenliği durumu”, “pandemi sürecinde hastanede alınan önlemlere ilişkin görüşler” ve “pandemi sürecinde koruyucu ekipmana ulaşma durumu” katılımcıların ifadelerinde öne çıkan başlıklar olmuştur. Burada kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanımının önemini vurgulamışlar ancak kullanım duyarlılığının pandemi sürecinde arttığını belirtmişlerdir. Aynı zamanda hem pandemi öncesinde hem de sürecinde KKE erişiminde sıkıntı yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Benzer şekilde MinZang ve Roho Kim adlı araştırmacılar Çin'de yaptıkları kişisel koruyucu ekipmanın COVID-19 pandemisini kontrol altına almada etkili önlemlerden en önemlisi olarak vurgulamışlardır (Zang, Roho, 2021). Yine, Kalantary ve arkadaşları sağlık çalışanları arasında COVID-19'a farklı maruz kalma yollarını belirlemek için yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının enfekte hastalarla yakın temas halinde olma olasılığının yüksek olması nedeniyle koruyucu ekipman kullanımının önemli olduğunu belirtmişlerdir (Kalantay ve ark.. 2020). Fakat KKE zaman kaybına sebep olması, araştırma yapılan hastanenin kalp bir hastanesi olması ve acil müdahalenin öneminin son derece önemli olması açısından bazı risklere sebep olduğu, derinlemesine görüşmelerde ifade edilmiştir. Katılımcılar ayrıca maske kullanımının

oksijensiz kalma hissi yarattığını ve iletişimi engellediğini belirtmişlerdir. Özdemir Köken ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (2020) KKE'nin faydaları yanı sıra kullanıma bağlı olarak gelişen basınç yaralanmaları, ağrı, solunum problemleri, uykusuzluk, yorgunluk ve terleme yoluyla sıvı kaybı gibi fizyolojik sorunlar, hareket, görme ve işitmedeki sınırlanmanın hasta bakımını zorlaştırdığını ifade etmesi çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bach ve arkadaşları 2022'de yapmış oldukları araştırmada COVID-19' un sağlık çalışanları üzerinde birçok etkisini belirtmiştir. KKE kullanımının psikolojik ve birçok olumsuz etkisinin yanı sıra dermatolojik etkisinden söz etmişlerdir. Sonuç olarak KKE kullanımının bulaş riskini azalttığı ancak personel tarafından bazı olumsuz özelliklerinin de belirtildiği görülmektedir. Daha ergonomik ve kullanım kolaylığı olan KKE geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının %20'sinin Covid-19 geçirdiği tespit edilmiştir. Çalışmanın yapıldığı dönem itibarıyla sağlık personelinin aşılandığı bilinmektedir. Nitekim çalışmaya katılan sağlık personelinin %90'ı aşıdır. Enfeksiyon oranının ileriki dönemlerde arttığı tahmin edilmektedir. Literatürde de benzer sonuçlar mevcuttur. Falco ve ark çalışmalarında sağlık profesyonelleri başta olmak üzere birçok bu sektördeki çalışanların iş yerinde COVID-19 ile enfeksiyon riskine maruz kaldığını belirtmiştir. Sağlık çalışanları enfeksiyon riskinin yanı sıra fiziksel, ruhsal, sosyal (sosyal dışlanma) ve ekonomik risklerle de karşı karşıya kalmışlardır. (Falco ve ark., 2022). Yüncü ve Yılanın sağlık çalışanlarının psikolojik etkilerini incelemek için yaptığı çalışmada; sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının değişmesi, artan iş yükü, aile hayatı üzerine olumsuz etkiler, artan tükenmişlik ve yönetici tutumları olmak üzere 6 önemli etkiden söz etmişlerdir (Yüncü., Yılan. 2020). Ayrıca COVID-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarına tükenmişlik düzeyleri daha çok arttığı belirlenmiştir. Tükenmişliğin; etkinlik, verimlilik ve katılım gibi çalışma hayatı üzerine birçok olumsuz etkileri vardır (Dick ve Wagner, 2001. Araştırma yapılan hastanede de yapılan çalışmaları destekler nitelikte bulgular tespit edilmiştir. Araştırma yapılan hastane de bu yönde çalışanlarından olumlu görüşler almıştır. Fakat ne yazık ki bu sürecin tüm vatandaşlar için olduğu gibi sağlık çalışanları açısından da önemli sonuçları olmuştur. Psikolojik etkiler bu bulgulardan en önemlileridir. Çalışmadaki en sık sözü edilen etkinin sağlık personelinin değersizleştirilmesi olması, sağlık personeline en çok ihtiyaç duyulan dönemde üzerinde durulması gereken bir konudur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği durumuna etkisini incelemek ve sağlık personeline göre hastanede iş sağlığı ve güvenliği düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Pandemi öncesinde sağlık çalışanlarının iş güvenliği konusunda duyarlı oldukları, hastanede İSG önlemlerinin uygulandığı ancak KKE kullanımına pandemi sürecinde daha çok özen gösterildiği tespit edilmiştir.
- Pandemi sürecinde; hastane çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği durumları düşük düzeyde bulunmuştur. Sağlık çalışanlarına göre hastanenin fiziksel ortam uygunluğu yeterli bulunurken, meslek hastalıkları ve sağlığa ilişkin şikayetlerin sık görüldüğünü belirtmişlerdir.
- Sağlık çalışanlarının yaşlarına göre iş sağlığı ve güvenliği durumları arasında fark görülmüş; 40 yaş ve üzerindeki grubun iş sağlığı ve güvenliği algılarının diğerlerine göre daha olumlu olduğu tespit edilmiştir.
- Erkek sağlık çalışanlarının pandemi sürecindeki iş sağlığı ve güvenliği düzeyleri kadın sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur.
- Evli sağlık çalışanlarının koruyucu önlemler ve kurallar konusundaki izlenimlerinin bekarlara göre daha olumlu olduğu tespit edilmiştir.
- Katılımcıların eğitim durumlarına göre iş sağlığı ve güvenliği algılarında fark saptanmamıştır.
- Mesleki deneyimleri uzun olan sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği algı düzeyleri kısa olanlara göre daha yüksektir.
- Hemşirelerin iş ve sağlığı ve güvenliğine ilişkin memnuniyet düzeyleri doktor ve teknisyenlere göre daha düşük bulunmakla birlikte çalışanların çalıştıkları kurumdan ve birimden memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.
- KKE temininde genel olarak sorun yaşanmadığı tespit edilmiş ancak maske kullanmanın hasta ile iletişimi engellediği belirtilmiştir.
- Pandemi öncesine göre hijyen kurallarına daha çok dikkat edildiği saptanmıştır.

- Pandemiye yönelik alınan önlemlerin sağlık çalışanları tarafından yeterli bulunduğu görülmüştür.
- En sık olarak bulaş riski kaygısı yaşadıkları saptanmıştır.
- Sağlık çalışanları ayrıca COVID-19'un meslek hastalığı sayılması gerektiğini belirtmişlerdir.
- Çalışanların pandemi sürecinde en çok vurguladıkları konu bu dönemde yaşadıkları değersizlik hissi olmuştur.

Sağlık çalışma sonuçlarına yönelik olarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Sağlık çalışanlarının kriz dönemlerinde motivasyonları artırmaya yönelik önlemler alınmalı ve kendilerinin karar mekanizmalarına katkıları alınarak değerli hissetmeleri sağlanmalıdır.
- Özellikle kadın sağlık çalışanları ve hemşirelere yönelik iş sağlığı ve güvenliği algısının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Bu çalışanların iş yükünün azaltılması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi ve konu ile ilgili eğitimlere katılmaları sağlanmalıdır.
- İş sağlığı ve güvenliği konusunda yönetim gerekli girişimleri yapmalı, personelin mevzuat hakkında ve hastanedeki iş sağlığı çalışmaları hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır.
- Özellikle yönetici olmayan çalışanları iş sağlığı ve güvenliği çalışmaları hakkında bilgilendirilmesi önemlidir. Böylece yönetici olmayan personelin de iş sağlığı ve güvenliği algıları yükseltilebilir.
- Sivil toplum kuruluşları ve Sağlık Bakanlığı tarafından COVID-19'un illiyet bağı aranmadan meslek hastalığı olarak tanımlanması için girişimde bulunulmalıdır.
- Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusundaki düzenlemelere yönelik bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla daha detaylı çalışmalar yapılmalıdır. Ayrıca ileriki çalışmalarda, iş sağlığı ve güvenliği konusunda alınan eğitimlerle, çalışanların sağlık ve güvenlik algıları arasındaki ilişki incelenebilir.

KAYNAKLAR

- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van Den Heede K, Sermeus W. (2013). Nurses' Reports Of Working Conditions And Hospital Quality Of Care İn 12 Countries In Europe. *International Journal of Nursing Studies*.;50:143–53.
- Aytaç, S., Kaya, Ö., (2019). Ergonomik Çalışma Yaşamının Önemi. *Karatahta İş Yazıları Dergisi*. 14;1-14.
- Babore, A., Lonbardi, L., Viceconti, ML., Pignatora, S., Marino, V., Crudele, M., Candolori, C., Baramanti, SM., Trumello, C.(2020). *Psychologicaleffect of the Covid-2019 pandemic: Perceived Stress And Coping Strategies Among Healthcare Professionals*. Department of Psychological, Health and Territorial Sciences, University. Chieti Italy.
- Bach X., Giang T.V, Carl A. Latkin, (2022). Multi Level And Amplified Effects Of Covid-19 Pandemic On Health Workers. *The Lancet Regional Health - Western Pacific* .Volume 23;100-478
- Baybora, D., (2012). İş Sağlığı ve Güvenliğine Genel Bakış (Ünite1) *İş Sağlığı ve Güvenliği* Editör: Dilek Baybora. Eskişehir.
- Burunkaya, B., (2017). Sağlık Çalışanlarının Çalışan Güvenliği Uygulamalarından Memnuniyetleri ve İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Hakkındaki Bilgi Düzeyleri . *Sağlıkta Perormans ve. Kalite. Dergisi*., (13): 1-17
- Cherry N., (1999). Occupational Disease. *British Medical Journal*. 318:1397–9.
- Chirico, F., Magnavita N. (2020). The Crucial Role of Occupational Health Surveillance for Health-care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Workplace Health & Safety* 69 (1): 5-6. <https://doi.org/10.1177/2165079920950161>
- Clarke, S; Schubert, M., Körner, T., (2007). Sharp-device injuriest hospital staff nurses in 4 countries, *Infection Control &Hospital Epidemiology*, (4): 473-478.
- Committee On Medical Aspects of Radiation In The Environment (COMARE), (1996). *The incidence of cancer and leukaemia in young people in the vicinity of the Sell a field site, west Cumbria: further studies and an update of the situation since the publication of there port of the Black advisory group in 1984*. 4th report. London: Department of Health.
- Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. <https://covid19.who.int/> Erişim:15.05.2021
- COVID-19 and labour statistics. <https://ilostat.ilo.org/topics/covid-19/>. Erişim, 14.06.2021.

- Çiçek, Ö, Öçal, M. (2016). Dünyada ve Türkiye’de İş Sağlığı Ve İş Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi *.HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi* 5 (11).
- Dick R.V., Wagner, U. (2001). Stress and Strain In Teaching: A Structural Equation Approach, *British Journal of Educationnal Psychology*, 71, 243-259.
- Evanoff, E. (2022). *State Health Department Occupational Safety and Health Contacts*. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). USA.
- Gardner MJ, Hall AJ, Snee MP, Downes S, Powell CA, Terrell JD. (1990). Methods and Basic Data Of Case-Control Study Of Leukaemia and Lymphoma among Young People Near Sell a Field Nuclear Plant In West Cumbria. *BMJ* 300:429-34.
- Gentles SJ, Charles C, Ploeg J, McKibbin KA. (2015). Sampling In Qualitative Research: Insights From An Overview of the Methods Literature. *The Qualitative Report*; 20(11):1772 <https://www.semanticscholar.org/paper/Sampling-in-Qualitative-Research%3A-Insights-from-an-Gentles-Charles/3bd066b5d7ea4e3a933699576689a855d09f08b6> Erişim: 10.03.2023.
- Hisar, A, Özdemir, A., Basmacı, G. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetiminin Çalışan Güvenliğine Etkisi ve Bir Uygulama. *International Journal of Academic Value Studies*; 3 (17) s:103-118.
- Isra, A. A, Ernest O., (2021). *Occupatial Health and Safety Measures in Healthcare Setting During COVID-19: Strategies for Protecting Staff, Patients and Visitors*. Cambridge University Press Public Health Emergency Collection. 2021.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği <https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16925&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim:09.06.2022
- Kalantary S, Khadem M, Golbabeı F., (2020). Personal Protective Eguipment For Protecting Healthcare Staff During Covid-19 Outbreak. A Narrative Review. <https://www.semanticscholar.org/paper/Personal-Protective-Equipment-for-Protecting-Staff-Kalantary-Khadem/47b073970b7d4bd2eb5dc4d388bf5bf7a9d24f9b> Erişim: 09.01.2023
- Karaahmetoğlu, A. (2022). Türkiye Cumhuriyetinde İş Sağlığı Ve Güvenliği Sisteminin Temel Dinamikleri Ve Uygulama Alanı . *Uluslararası Batı Karadeniz Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi* 6 (2) , 123-147 . DOI: 10.46452/baksoder.1136795
- Kıyak, M., (2014). *Sağlık Sektöründe İş Sağlığı ve Güvenliği Riskleri. Önleme ve Uygulama Rehberi*. İstanbul Okan Üniversitesi Yayınları.

- Korkusuz, A.Y., (2020). Çalışma Hayatında Covid-19 Pandemisine Maruz Kalanların Sosyal Güvenlik Açısından Değerlendirilmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 22,(2), 673-693.
- Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*. 87:123-127.
- Luis C. Betancourt-Sánchez, Edwin O. Ochoa-Gelvez, Claudia C. Velásquez-Bernal, Yenny A. Rozo-Silva and Daniel A. Quiroga-Vargas ., (2020). Occupational Health in the Framework of the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *Rev. Salud Pública*. 22(3): 381-388, 2020.
- Marşap, A. (2015). *Sağlıkta stratejik yönetim*. Beta Yayınevi 1. Basım, 2015. s:433-434
- Min Z , Rokho K, (2019). Occupational health protection for health workers during the coronavirus disease 6P-approach in China. *Global Healty*. 5 (4) :215-219.
- Mollamahmutoğlu, H., (2014). *İş Hukuku*, Ankara.
- Nienhaus A. , Kesavachandran C. ,Wendeler D , Haamann F and Dulon M. (2012). Infectious Diseases in Healthcare Workers – An Analysis Of The Standardised Data Set Of A German Compensation Board. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 7 (8).
- Owens JA. (2007). Sleep Loss and Fatigue in Healthcare Professional. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 21(2) :92-100.
- Özdemir K., Savas H, Çelik S. , Eroğlu D. (2020). Covid-19 Pandemi Süreci. *Kalp Damar Cerrahi Hemşireleri Derneği*.17 (4) 365-8.
- Özkılıç, Ö., (2002). *İş Sağlığı ve Güvenliği, Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Metodolojileri*. Ankara.
- Öztürk, H., Babacan E., Anahar, E. (2012). Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği, *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi*; 1 (4): 252-268.
- Pablo Grez H, Fiona de L, Daniella L .(2020). Parliament, the Pandemic, and Constitutional Principle in the United Kingdom: A Study of the Coronavirus. *Modern Law Review* 85 (6): 1301-18.
- Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 42(5):533-44
- Powell , R., (2019). *A Brief History of Occupational Health and Safety*. USA.

Resmi Gazete (29 nisan 2009). Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. Sayı 27214.

S. Mehta, F. Machado, A. Kwizera, (2021). COVID-19: a heavy toll on health-care workers. *Lancet Respir Med*, 9 (3):226-228.

SGK. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/emekli/is_kazasi_ve_meslek_hastaligi/meslek_hastaligi Erişim tarihi:03.01.2021.

Shreffler, J., Petrey, J., Huecker, M. (2020). The effect of the COVID-19 pandemic on health careworkers' mental health. *West J Emerg Med*, 21 (5): 1059 – 1066.

Solmaz M. , Solmaz T. (2017). Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 6(3): 147-156.

Songur, L., Doğan, F., Bucak, İ. H., (2019). Sağlık Çalışanlarında Sağlık Taramalarının Önemi ve Sağlık Tarama Oranının Yükseltilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 6 (4).

Stellman, J. (1998). The ILO Encyclopaedia of Occupational Health and Safety : a Multidisciplinary Challenge. https://labordoc.ilo.org/discovery/fulldisplay?vid=41ILO_INST:41ILO_V1&docid=alma993673373402676&context=L Erişim: 10.01.2023

Sümer, H. (2020). *İş Sağlığı ve Güvenliği Hukuku*. Seçkin Hukuk. Ankara.

Türk Dil Kurumu Büyük Sözlüğü. <https://sozluk.gov.tr/> Erişim :20.Ocak.2022.

Türkiye'nin Onayladığı ILO Sözleşmeleri. <https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/lang--tr/index.htm>. Erişim: 01.06.2022.

Tüzüner, VL., Özaslan, BÖ. (2011). Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*; 40 (2): 138-154.

Wagner, A., Rieger M.A., Manser T., Sturm T., Hardt J., Martus P., Lessing C., Hammerand A., (2019). *On behalf of the Work Safe Med Consortium Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study*. Institute of Occupational and Social Medicine and Health Services Research, University Hospital of Tübingen.

Whitney R. B., Sindhu S., Paulina C., Alexandra A., Adi H. (2020). *The Psychological Experience of Obstetric Patients and Health Care Worker safter Implementation of Universal SARS-CoV-2 Testing* . Thieme Medical Publishers, Inc., 333 SeventhAvenue, New York, US10001, USA.

Y H Chan. (2003). Biostatistics: Data Presentation. *Singapore Med J* 44(6) : 280-285

Yağar, F. & Dökme, S. (2018). Niteliksel Araştırmaların Planlanması: Araştırma Soruları, Örneklem Seçimi, Geçerlik Ve Güvenirlik . *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 3 (3) , 1-9 .
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/gsbdergi/issue/39953/474327>.

Yamakoğlu, E., (2016). *İşverenin İş yeri Hekimi ve İş Güvenliği Uzmanı Çalıştırma Yükümlülüğü*, Ankara.

Yıldız, A. (2019). *Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği*. Ekin Basım Yayın İstanbul.

Zsuzsanna, J.,(2021).WHO Regional Directorfor Europe 14th European Health Forum Gastein, Bad Hofgastein, Austria “*Designing The Road To Better Health And Well-Being in Europe*” at the 7 October 2011, BadHofgastein, Austria.

