

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**İŞ KAZALARININ ÇALIŞMA KOŞULLARI BAĞLAMINDA
İNCELENMESİ: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şah İsmail ŞENSOY

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ

MAYIS 2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ

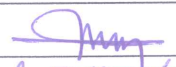
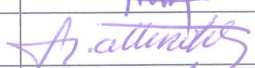
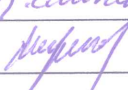
ÇALIŞMA KOŞULLARI İLE İŞ KAZALARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şah İsmail ŞENSOY

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

“Bu tez 23/5/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / ~~Oyçokluğu~~ ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. Mehmet Nurullah Kurtban	BASARILI	
Doç. Dr. Selma ALTINÖRS	BASARILI	
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa YILDIRIM	BASARILI	



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	ŞAH İSMAİL ŞENSOY
Öğrenci Numarası	:	1660Y47009
Enstitü Anabilim Dalı	:	SAĞLIK YÖNETİMİ
Enstitü Bilim Dalı	:	SAĞLIK YÖNETİMİ
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	ÇALIŞMA KOŞULLARI İLE İŞ KAZALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ
Benzerlik Oranı	:	%10

İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

Şah İsmail Şensoy

01.05/2019
İmza

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

...../...../20.....
İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Doç. Dr. Selma Altınok

Tarih: 01/05/2019

İmza:

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın yürütülmesinde benden desteklerini hiç esirgemeyen, akademik bilgi ve deneyimini benimle paylaşan kıymetli danışmanım Doç. Dr. Selma ALTINDİŞ'e,

Gerektiği zaman desteğini esirgemeyen Arş. Gör. Çiğdem UĞAN 'a en içten dileklerle teşekkür ederim.

Maddi ve manevi her türlü yanımda olduklarını bildiğim değerli Annem, Babam, Ağabey'im Mahir ŞENSOY ve kardeşlerim başta olmak üzere, arkadaşlarıma özellikle kuzenim Cabir ŞENSOY ve yakın arkadaşım Nejdet YÜCEKÖK'e teşekkürü bir borç bilirim.

Şah İsmail ŞENSOY

23.05.2019

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİL LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM: SAĞLIK ÇALIŞANLARI	4
1.1. Sağlık Çalışanları ve Özellikleri	4
1.1.1. Sağlık Çalışanları	4
1.1.2. Sağlık Çalışanlarının Özellikleri.....	6
1.2. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumları	9
1.2.1. Dünyada Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumu.....	9
1.2.2. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumu	11
İKİNCİ BÖLÜM: HASTANELERDE ÇALIŞMA ORTAMI VE KOŞULLARI ..	15
2.1. Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Koşulları.....	15
2.1.1. Hastanelerde Çalışma Koşulları.....	15
2.1.2. Hastanelerde Çalışma Ortamını ve Koşullarını Etkileyen Faktörler	15
2.1.2.1. Personel Politikası.....	17
2.1.2.2. Çalışma Saatleri	19
2.1.2.3. Ücret.....	22
2.1.2.4. Personel Korkuları	23
2.1.2.5. Kurum Kalite Yönetimi	23
2.1.2.6. Mesleki İlişkiler	23
2.1.2.7. Fiziksel Kaynaklar	23
2.1.2.8. İş Doyumu.....	24
2.2. İlgili Yönetmelikler.....	24
2.2.1. Sağlık Kurumlarında Çalışma Koşulları ile İlgili Yönetmelikler	24
2.2.2. İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Yönetmelikler.....	25
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: HASTANELERDE İŞ KAZALARI	27

3.1. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği	27
3.2. İş Kazaları Kavramı	28
3.3. İş Kazalarının Nedenleri	28
3.3.1. Bireysel Nedenler	28
3.3.2. Çevresel Nedenler	29
3.4. İş Kazalarına Yol Açan Riskler.....	30
3.4.1. Fiziksel Riskler	30
3.4.2. Kimyasal Riskler.....	32
3.4.3. Biyolojik Riskler.....	33
3.4.4. Ergonomik Riskler	34
3.4.5. Psiko-Sosyal Riskler	35
3.5. İş Kazalarına Karşı Alınması Gereken Önlemler.....	35
3.6. Hastanelerde İş Kazaları	38
3.6.1. Kesici Alet Yaralanmalarına Bağlı İş Kazaları.....	38
3.6.2. Çarpma, Düşme Ve Burkulmaya Bağlı İş Kazaları	38
3.6.3. Şiddete Maruz Kalmaya Bağlı İş Kazaları	39
3.6.4. Kan veya başka vücut sıvısı ile temasa Bağlı Gelişen İş Kazaları	39
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: YÖNTEM	41
4.1. Araştırmanın Deseni.....	41
4.2. Çalışmanın Önemi.....	41
4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
4.4. Evren ve Örneklem	42
4.5. Veri Toplama Aracı.....	42
4.6. Veri Toplama Tekniği	42
4.7. Hipotezler.....	43
4.8. Veri Analizi	45
4.8.1. Normal Dağılım Analizleri	45
4.8.2. Veri Analizinde Kullanılan Teknikler	46
4.8.3. Çalışma Ortamı Ölçeğinin Güvenilirlik ve Korelasyon Analizleri	46
BEŞİNCİ BÖLÜM: BULGULAR	48
5.1. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Kişisel Özellikleri.....	48
5.2. İş Kazalarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	49
5.3. Çalışma Ortamına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	53

5.5. Katılımcıların Çalışma Ortamına ilişkin Algılarının Demografik Özelliklere göre Karşılaştırılması	58
5.6. Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin İş Kazası Durumları ile Karşılaştırılması.....	69
5.7. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile İş Kazaları Arasındaki İlişki Analizi.....	80
SONUÇ.....	97
KAYNAKÇA	105
EKLER.....	115
Ek-1: Anket Formu	115
ÖZGEÇMİŞ.....	119
Normal Dağılım Analiz Tabloları.....	120

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHA	: Amerikan Hastane Birliği
AMA	: Amerika Tıp Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
MSGK	: Mesleki Sağlık ve Güvenlik Komiteleri
NIOSH	: Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü
OSHA	: Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayısı	4
Tablo 2: Sağlık Personellerinin Unvanlara ve Sektörlere Göre Dağılımı, 2016.....	5
Tablo 3: Dünya Sağlık Örgütü Açısından Sağlık Çalışanları	8
Tablo 4: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyut Algılarına Ait Güvenilirlik Analizleri	47
Tablo 5: Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımları.....	49
Tablo 6: Katılımcıların Mesleki Uygulama Sırasında Kesici-Delici-Batıcı Bir Aletle Yaralanma Durumlarına Göre Dağılımları.....	50
Tablo 7: Katılımcıların Mesleki Uygulama Sırasında Kan veya Başka Vücut Sıvısı İle Temas Durumuna Göre Dağılımları	50
Tablo 8: Katılımcıların İşyerinde Kayma, Düşme, Çarpma Gibi Nedenlerden Dolayı Doku Travmasına Maruz Kalma Durumuna Göre Dağılımları.....	50
Tablo 9: Katılımcıların Fiziksel veya Sözlü Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre Dağılımları.....	51
Tablo 10: Katılımcıların Yaralanma ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Zaman Dilimi Durumuna Göre Dağılımları.....	51
Tablo 11: Katılımcıların Yaralanma ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Aşama Durumuna Göre Dağılımları.....	52
Tablo 12: Katılımcıların Çalıştıkları Birimde İş Kazalarını Önleyebilecek Kişisel Koruyucu Ekipmanlar Olması Durumuna Göre Dağılımları	52
Tablo 13: Katılımcıların İş Kazasını Kuruma Bildirme Durumuna Göre Dağılımları	52
Tablo 14: Katılımcıların Çalışma Ortamı Algılarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	53
Tablo 15: Çalışma Ortamının İş Doyumu Üzerindeki Etkisine Etkisine Ait Doğrusal Regresyon Analiz Bulguları	57
Tablo 16: Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Katılımcıların Algı Düzeylerinin Cinsiyete Göre Fark Analizi Bulguları	58
Tablo 17: Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Katılımcıların Algı Düzeylerinin Yaşa Göre Fark Analizi Bulguları	59
Tablo 18: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Aylık Çalışma Saatlerine Göre Fark Analizi Bulguları.....	60
Tablo 19: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Gece Çalışma Durumuna Göre Fark Analizi Bulguları.....	61
Tablo 20: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Mesleğe Göre Fark Analizi Bulguları	61
Tablo 21: Katılımcıların Çalışma Ortamı Algı Düzeylerinin Çalışılan Bölüme Göre Fark Analizi Bulguları	63

Tablo 22: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Meslekteki Görev Süresine Göre Fark Analizi Bulguları	65
Tablo 23: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Hastanedeki Görev Süresine Göre Fark Analizi Bulguları	67
Tablo 24: Katılımcıların Özelliklerine Göre Kabul ve Reddedilen H3 Hipotezi	68
Tablo 25: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Mesleki Uygulama Sırasında Kesici-Delici-Batıcı Bir Aletle Yaralanma Durumuna Göre Fark Analiz Bulguları	69
Tablo 26: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Mesleki Uygulama Sırasında Kan veya Başka Vücut Sıvısı ile Temas Durumlarına Göre Fark Analiz Bulguları.....	70
Tablo 27: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin İşyerinde Kayma, Düşme, Çarpma Gibi Nedenlerden Dolayı Doku Travmasına Maruz Kalma Durumuna Göre Fark Analiz Bulguları	71
Tablo 28: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Fiziksel veya Sözlü Şiddete Maruz Kalma Durumlarına Göre Fark Analiz Bulguları	73
Tablo 29: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Çalıştıkları Birimde İş Kazalarını Önleyebilecek Kişisel Koruyucu Ekipmanlar Varlığına göre Fark Analiz Bulguları	74
Tablo 30: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin İş Kazasını Kuruma Bildirme Durumuna Göre Fark Analiz Bulguları.....	75
Tablo 31: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Yaralanma ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Zaman Aralığı Durumuna Göre Fark Analiz Bulguları	76
Tablo 32: Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Yaralanma ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Aşama Durumuna Göre Fark Analiz Bulguları	78
Tablo 33: Katılımcıların Özelliklerine Göre Kabul ve Reddedilen H3 Hipotezi	80
Tablo 34: Katılımcıların Çalışılan Bölüm ile Mesleki Uygulama Sırasında Kesici/Delici/Batıcı Bir Aletle Yaralanma Arasındaki İlişki	81
Tablo 35: Katılımcıların Çalışılan Bölüm ile Fiziksel veya Sözlü Şiddete Maruz Kalma Arasındaki İlişki.....	81
Tablo 36: Katılımcıların Çalışılan Bölüm ile Yaralanma ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama Arasındaki İlişki	83
Tablo 37: Katılımcıların Meslekleri ile Mesleki Uygulama Sırasında Kesici/Delici/Batıcı Bir Aletle Yaralanma Arasındaki İlişki	83
Tablo 38: Katılımcıların Meslekleri ile Fiziksel veya Sözlü Şiddete Maruz Kalma Arasındaki İlişki	84

Tablo 39: Katılımcıların Meslekleri ile Yaralanma ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama Arasındaki İlişki	86
Tablo 40: Katılımcıların Aylık Çalışma Saati ile İşyerinde Kayma, Düşme, Çarpma Gibi Nedenlerden Dolayı Doku Travmasına Maruz Kalma Arasındaki İlişki	87
Tablo 41: Katılımcıların Aylık Çalışma Saatlerine ile Yaralanma ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama Arasındaki İlişki	88
Tablo 42: Katılımcıların Gece Çalışma ile Mesleki Uygulama Sırasında Kan veya Başka Vücut Sıvısı ile Temas Etme Arasındaki İlişki.....	89
Tablo 43: Katılımcıların Mesleki Kıdemi ile Yaralanma ve Kazalar Daha Çok Gerçekleştiği Mesai Dilimi Arasındaki İlişki	90
Tablo 44: Katılımcıların Mesleki Kıdemi ile Mesleki Uygulama Sırasında Kesici/Delici/Batıcı Bir Aletle Yaralanma Arasındaki İlişki	91
Tablo 45: Katılımcıların Mesleki Kıdemi ile Mesleki Uygulama Sırasında Kan veya Başka Vücut Sıvısı İle Temas Etme Arasındaki İlişki	92
Tablo 46: Katılımcıların Mesleki Kıdemi ile Yaralanma ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama Arasındaki İlişki	93
Tablo 47: Katılımcıların Yaşları ile Yaralanma ve Kazalar Daha Çok Gerçekleştiği Mesai Dilimi Arasındaki İlişki	94
Tablo 48: Katılımcıların Yaşları ile Çalışılan Yerde Koruyucu Ekipman Bulunması Arasındaki İlişki	95
Tablo 49: Katılımcıların Cinsiyetleri ile Yaralanma ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama Arasındaki İlişki	96
Tablo 50: Katılımcıların Cinsiyetlerine ile Çalışılan Yerde Koruyucu Ekipman Bulunması Arasındaki İlişki	96

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: İş Kazasını Önlemeye Yönelik Önlem Türleri.....	36
--	----



Tezin Başlığı: İş Kazalarının Çalışma Koşulları Bağlamında İncelenmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği

Tezin Yazarı: Şah İsmail ŞENSOY **Danışman:** Doç. Dr. Selma ALTINDİŞ

Kabul Tarihi: 23.05.2019

Sayfa Sayısı: xiii (ön kısım) + 112 (tez) + 10(ek)

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Bilim Dalı:

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının çalışma ortamları ile bu ortamlarda meydana gelen iş kazalarının bir kamu hastanesi çerçevesinde incelenmesidir. Araştırmanın evrenini, Muş Devlet Hastanesinde çalışan hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Çalışmada kolayda örnekleme yöntemiyle belirlenmiş 259 hekim ve hemşireye yüz yüze anket uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak Blegen ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen ve Sezgin (2007) tarafından da geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak literatüre kazandırılan “Çalışma Ortamı Ölçeği” ile iş kazalarını değerlendirmeye ve katılımcıların sosyo- demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 16 ifadeden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden, ki- kare analizinden, bağımsız örneklerde t testinden ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının en sık maruz kaldığı iş kazaları kan veya başka bir vücut sıvısı ile temas (%81,1), fiziksel veya sözlü şiddet (%76,1) ve kesici-delici bir alet ile yaralanmadır (%59,1). Çalışma ortamı genel algısının orta düzeyde olduğu, sadece mesleki ilişkiler alt boyutu algı düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışılan bölüm ile fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasında, katılımcıların meslekleri ile kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanma, fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasında, aylık çalışma saati ile işyerinde kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma ve yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasında, gece çalışma ile kan veya başka vücut sıvısı ile temas etme arasında, mesleki kıdemi ile kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanma, kan veya başka vücut sıvısı ile temas etme, kazaların daha çok gerçekleştiği mesai dilimi ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasında ilişki vardır.

Bu bulgular sonucunda sağlık personelinin çalışma ortamlarının düzenlenmeli, gerekli hizmet içi eğitimler verilmeli ve iş kazası bildirim sistemi etkin hale getirilmeli ve tüm bunlar yönetim tarafından desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Çalışma Koşulları, İş Kazaları.

Title of Thesis: Investigation of Work Accidents in The Context of Working Conditions. a Public Hospital Example	
Author of Thesis: Şah İsmail ŞENSOY	Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Selma ALTINDIŞ
Accepted Date: 23.05.2019	Number of Pages: xiii (pretext)+112(mainbody)+10(app.)
Department: Health Management	Subfield:
<p>The aim of this study is to examine the working environment of health personnel and occupational accidents occurring in these environments in a public hospital. The population of research and study consist of doctors and nurses working in Muş State Hospital. In this study, a face-to-face questionnaire was applied to 259 doctors and nurses determined by convenience sampling method. As a data collection tool, a questionnaire consisting of 16 statements aimed at assessing occupational accidents and determining the socio-demographic characteristics of the participants with "Working Environment Scale", which was developed by Blegen et al and that was acquired in the literature by studying validity and reliability by Sezgin was used. In the analysis of the data, descriptive statistical methods, chi-square analysis, t test in independent samples and one-way analysis of variance were used. Data were analyzed at the 95% confidence interval.</p> <p>According to the results of the study, the most frequently exposed occupational accidents are contact with blood or other body fluids (81.1%), physical or verbal violence (76.1%), and injuries with a cutter-piercer instrument (59.1%). While the general perception of the working environment was at a medium level, it was determined that only the professional relations sub-dimension perception level was high. In addition, there is a correlation between the department that worked and the stage in which physical or verbal violence occurs and accidents occur more often, between the occupations of the participants and the injury of a cutting/piercing/sinking device; between the monthly working hour and the stage where exposure to tissue trauma, injury and accidents occur more often in the workplace for reasons such as slippage, falling, and impact; between nighttime work and contact with blood or other body fluid; between professional seniority, injury with a cutter/piercing/sinking tool, contact with blood or other body fluids and a period of time where accidents occur more often.</p> <p>As a result of these findings, it was concluded that the working conditions of health care personnel should be regulated. In addition, in-service training should be provided to health personnel, the work accident notification system should be activated and all of these should be supported by management.</p>	
Keywords: Health Services, Working Conditions, Work Accidents.	

GİRİŞ

Sağlıklı ve güvenli bir iş ortamı çalışanların emniyeti açısından son derece önemlidir. Bununla birlikte iş ortamı çalışan verimliliğinin, motivasyonunu ve performansının artırılması, işe devamlılığın temin edilmesi açısından önemli bir etken olarak kabul edilmektedir. Pozitif iş ortamı, hizmet kalitesinin artırılması ve çalışanın iş hayatı dışındaki hayatını ruhsal sorunlarla yüzleşmeden geçirmesi açısından son derece önemlidir. Negatif iş ortamı ise çalışanın düşük verimlilikle çalışmasına ve çalışanın kendi sosyal yaşantısında ruhsal sıkıntılar çekmesine sebep olmaktadır. Bununla birlikte negatif iş ortamı kurumun mali kayıplarının artmasına, devamsızlıkların yükselmesine, müşteri memnuniyetsizliğine ve hizmet kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır.

Sağlık kurumlarında ve hastanelerde güvenli ve verimli sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi açısından sağlık çalışanlarının memnuniyet ve kapasitelerinin en üst düzeyde olması gerekmektedir. Hastanelerdeki sağlık çalışanlarının çalışma şartlarından memnun olmaları halinde, bu çalışanların tüm enerjilerini ve eforlarını bakım ve tedavi süreçlerinde sarf etmeleri mümkün hale gelebilecektir. Hastanelerin bireysel hayatlarla direkt ilişkili kurumlar oldukları düşünüldüğünde sağlık çalışanlarının işlerini ne kadar düzgün yaptıklarının önemi artmaktadır. Sağlık çalışanlarının işlerini düzgün yapabilmesinin sağlanabilmesi açısından hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların sağlıklarını olumsuz yönde etkileyecek çalışma koşullarının ortadan kaldırılması gerekmektedir. Hastanelerde ve diğer sağlık kurumlarında pozitif çalışma ortamı sağlandığında güvenlik temin edilmekle birlikte verimli bir çalışma, yüksek performans ve daha düşük maliyet temin edilebilmektedir.

İş kazaları, önceden tahmin edilemeyen, çoğu zaman bireysel yaralanmalara, araç gereç ve makinelerin zarar görmesine, üretim sürecinin belli süre durmasına neden olan durum ve olaylar olarak açıklanabilecektir. Hastanelerde ve sağlık kurumlarında iş kazaları çalışan ve/veya hasta sağlığına zarar verebilmektedir. Hastanelerde ve sağlık kurumlarında farklı pek çok birimin ve bu birimlerde kullanılan pek çok araç ve gerecin bulunması ve buralarda farklı birçok işlemin yapılıyor olması bu alanlarda iş kazaları riskini artırmaktadır. Hastanelerdeki kesici ve delici aletler, biyolojik ve radyolojik atıklar, tıbbi atıklar gibi çalışma ortamıyla ilişki içerisinde olan faktörler sebebiyle iş kazası riski artış göstermektedir. Bununla birlikte hastanelerde yapısal açıdan farklı

birçok birimin, departmanın ve işlemin varlığı iş kazaları olasılığının artmasına neden olmaktadır.

Çalışma ortamında, sağlık personelinin işini gerektiği gibi yapmasını engelleyebilecek çeşitli durumlar, iş kazalarını beraberinde getirebilmektedir. Hastane ortamının nitelikleri, sağlık personelinin sayısı ve niteliğine ilişkin karmaşıklıklar, tıbbi süreçlerin karmaşıklığı, takım çalışmasının gerekliliği, teknolojideki gelişmeler ve iletişime bağlı olarak istenmeyen olaylar meydana gelebilmekte ve hem sağlık personeli hem de hasta bundan etkilenebilmektedir (Sezgin, 2007: 1). Bu nedenle çalışma ortamının ve bu ortamda meydana gelen iş kazalarının incelenmesi önem taşımaktadır.

Çalışmanın Önemi

Bu çalışma sağlık çalışanlarının çalışma ortamları ile bu ortamlarda meydana gelen iş kazalarının bir kamu hastanesi çerçevesinde incelenerek karşılaştırılabilmesi adına önemlidir. Sağlık sektöründe çalışma ortamından kaynaklı iş kazaları, sağlık personeli üzerinde hayati tehlikeye neden olabilmektedir. Çalışma ortamında yönelik risklerin tespit edilmesi, alınabilecek önlemlerin belirlenmesi açısından önemlidir. İş kazası sayısının en aza indirilmesinde sağlık çalışanları açısından çalışma koşullarının iyileştirilmesinin önemli olduğunun vurgulanması, bu konuda öneriler geliştirilmesi ve böylece farkındalık yaratmaya katkı sağlaması düşünülmektedir.

Çalışmanın Amacı

Bu çalışma ile sağlık çalışanlarının çalışma ortamları ile bu ortamlarda meydana gelen iş kazalarının bir kamu hastanesi çerçevesinde incelenmesi amaçlanmıştır. Literatürde konuyla ilgili yapılmış çalışma sayısının sınırlı olması nedeniyle araştırmanın özgünlüğü artmaktadır. Ayrıca katılımcıların sosyo- demografik özelliklerinin çalışma ortamına ilişkin algı düzeylerinde ve iş kazası durumlarında farklılık oluşturup oluşturmadığı belirlenmeye çalışılacaktır.

Çalışmanın amaçları doğrultusunda çalışma beş bölümde ele alınmıştır. İlk bölümde sağlık çalışanları, çalışma ortamı ve koşulları açıklanırken, ikinci bölümde ise hastanelerde iş kazaları ele alınmıştır. Üçüncü bölümde çalışmanın yöntemi, dördüncü bölümde bulgulara ve son bölümde de sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

Çalışmanın Yönetimi

Çalışmanın evrenini Muş Devlet Hastanesinde çalışan hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem belirlenmemiş evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Veri toplama aracı olarak Blegen ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen ve Sezgin tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak literatüre kazandırılan “Çalışma Ortamı Ölçeği” ile iş kazalarını değerlendirmeye ve katılımcıların sosyo- demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 16 ifadeden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, ki- kare analizi, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM: SAĞLIK ÇALIŞANLARI

1.1. Sağlık Çalışanları ve Özellikleri

1.1.1. Sağlık Çalışanları

Sağlık hizmetlerinin kaliteli ve verimli sunulabilmesi açısından yeterli sağlık çalışanın bulunması önem arz etmektedir. Bunun nedeni sağlık hizmetlerinin aşırı dikkat gerektirmesi ve iş yükünün fazla olmasının sağlık çalışanlarının dikkatini dağıtabilmesidir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinde ortaya çıkacak hatalar geriye dönülmeyecek neticelerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin yeterli sayıda yetişmiş çalışan tarafından sunulmasını gerektirmektedir. Sağlık çalışanları farklı görev tanımları ve uzmanlık alaları doğrultusunda sınıflandırılmaktadır. Tablo 1.'de sağlık çalışanlarının yıllara göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 1
Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayısı

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Uzman Hekim	45.457	70.103	73.886	75.251	77.622	78.620
Pratisyen Hekim	30.900	38.877	38.572	39.045	41.794	43.058
Asistan Hekim	15.592	20.792	21.317	21.320	21.843	23.149
Toplam Hekim	91.949	129.772	133.775	135.616	141.259	144.827
Diş Hekimi	16.371	21.404	22.295	22.996	24.834	26.674
Eczacı	22.289	26.571	27.012	27.199	27.530	27.864
Hemşire	72.393	134.906	139.544	142.432	152.803	152.952
Ebe	41.479	53.466	53.427	52.838	53.086	52.456
Diğer Sağlık Personeli	50.106	122.663	131.652	138.878	145.943	144.609
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	273.616	290.363	303.110	311.337	321.952
TOPLAM PERSONEL SAYISI	378.551	762.398	798.068	823.069	856.792	871.334

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016: 205.

Tablo 1 incelendiğinde genel olarak yıllara göre sağlık personeli sayının arttığı görülmektedir. Bununla birlikte toplam sağlık personeli içerisinde diğer personel ve hizmet alımı, hemşireler ve hekimlerden meydana geldiği açıktır. 2012 senesinde toplam 129.772 olan hekim sayısı 2016 senesinde 144.827 doktora çıkmıştır. Bu dönem içinde yaklaşık 15.000 bin hekim artışı sağlanmıştır. Bu durum ortalama olarak yıllık 3000 hekimin sağlık sistemine katıldığını göstermektedir. 2012 yılında ise 134.906 olan hemşire sayısı 2016 yılında 152.952 hemşireye çıkmıştır. Bu dönem içinde yaklaşık 18.000 hemşire sağlık sektörüne girmiştir. Bu dönem içinde yıllık ortalama olarak 3600 hemşire sağlık sektörüne giriş yapmıştır. Tablo 2’de ise sağlık çalışanlarının unvan ve sektörlere dağılımları verilmiştir.

Tablo 2

Sağlık Personellerinin Unvanlara ve Sektörlere Göre Dağılımı, 2016

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Hekim	40.544	15.905	22.171	78.620
Pratisyen Hekim	37.173	203	5.682	43.058
Asistan Hekim	8.615	14.534	-	23.149
Toplam Hekim	86.332	30.642	27.853	144.827
Diş Hekimi	9.125	2.403	15.146	26.674
Eczacı	2.318	308	25.238	27.864
Hemşire	103.507	22.650	26.795	152.952
Ebe	47.766	748	3.942	52.456
Diğer Sağlık Personeli	104.446	11.043	29.120	144.609
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	204.778	67.605	49.569	321.952
TOPLAM PERSONEL SAYISI	558.272	135.399	177.663	871.334

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016: 205.

Tablo 2’de görüldüğü gibi Türkiye’de 2016 senesinde toplam 871.334 adet sağlık personeli bulunmaktadır. Bu sağlık personellerinin yaklaşık %64’ü Sağlık Bakanlığı’nda çalışmaktayken, %15,5 üniversitede, %20,5 ise özel sektör sağlık kurumlarında

çalışmaktadır. Benzer bir biçimde 2016 senesinde toplamda 144.827 hekimin yaklaşık %60'ı Sağlık Bakanlığı kurumlarında, %21,1 üniversitelerde ve %18,9'u ise özel sektörde faaliyet göstermektedir. 2016 yılında toplam 152.952 hemşirenin yaklaşık %67,7'si Sağlık Bakanlığı kapsamında, %14,8'i üniversitede, %17,5'i ise özel sektörde hizmet vermektedir. Görüldüğü gibi ele alınan sağlık çalışanlarının büyük bölümü sağlık bakanlığına bağlı kurumlarda hizmet vermektedir.

1.1.2. Sağlık Çalışanlarının Özellikleri

Sağlık hizmetlerindeki verimliliğinin ve kalitenin artırılması, beşerî sermayenin yani sağlık çalışanlarının geliştirilmiş olmasına bağlıdır. Verimliliğin ve kalitenin artırılması açısından sağlık çalışanlarının beklentilerinin ve özelliklerinin göz önünde bulundurulması da önemli bir etken olmaktadır.

Sağlık çalışanlarının aşırı iş yükü, yetersiz cihazlar, kompleks görevler, gece mesai ve uzun süreli çalışma gibi durumlara maruz kalmaları onlarda iş stresi oluşmasına neden olmaktadır. Hasta tedavisi veya muayenesi sürecinde üst düzeyde hizmet yoğunluğu sebebiyle uykusuzluk, beslenme bozuklukları gibi sorunlarla karşı karşıya kalınmaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2017:150).

Türkiye'de ve dünyada sağlık hizmetleri, hizmetler sektörü içinde önemli bir paya sahiptir. Sağlık hizmetlerini sunan çalışan sayısı, ülke içindeki dağılımları, çalışma şartları ile hasta başına düşen sağlık çalışanı gibi öğeler, sağlık sektörünün verimliliği ve etkinliğinin değerlendirilmesi açısından önemli olacaktır. Sağlık hizmetleri ile insan hayatının direkt ilişki içerisinde olması, sağlık çalışanlarının teknik yeterliliklerinin ve mesleki bilgilerinin diğer sektörlere kıyasla daha önemli olmasına sebep olmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002: 37-38).

Yapısal açıdan sağlık hizmetlerinin bazı riskler taşıması, çalışanların ruhsal durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Diğer sektörlere kıyasla sağlık sektörünün risk içeren konularda hizmet veriyor olması, onun diğer hizmet kollarından ayrılmasını sağlamaktadır. Personellerin iş sağlığı güvenliği seviyeleriyle iş kolunun çalışma şartlarının ağırlığı arasında önemli bir etkileşim bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin 7/24 sürekli olarak verilmek durumunda olması, olağan çalışma sürelerinin dışında icapçı, nöbetçi olarak çağırılmaları neden olmaktadır. Bu durum çalışma sürelerinin ve iş yükünün artmasına neden olmaktadır. Türkiye'de hasta başına düşen sağlık çalışanının

yetersiz olması ve sağlık çalışanlarının ülke içindeki dağılımının düzensiz olması iş sağlığı güvenliğini olumsuz etkilemektedir. Kesintisiz biçimde hizmet verilmesi nedeniyle sağlık çalışanları vardiyalı olarak ve ayrıca acil durumlarda vardiyaları dışındaki zaman dilimlerinde de çalışmak zorunda kalmaktadır. Sağlık çalışanlarının dinlenmeye ayıracakları zamanlarının azalması verimliliklerinin de düşmesine sebep olmaktadır (Devebakan, 2007: 130; Mohammad, 2007: 84-85).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyadaki nüfusun %55'i şehirlerde yaşamaktadır. Bununla birlikte doktorların %75'i ve hemşirelerin %60'ı ise şehirlerde çalışmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde tüm işgücünün %4'ün hastane sağlık çalışanlarından meydana gelmektedir. Avrupa'daki ülkelerde her iki hemşire ve doktordan biri hastanede görev yapmaktayken, Türkiye'de sağlık çalışanlarının yaklaşık %70'i hastanelerde görev yapmaktadır. Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH) ve Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği (OSHA) hastanelerin amaçlarının personellerinin sağlıklarını değil, hastaların sağlıklarını korumak olması durumunun tehlike arz ettiğini ifade etmiştir (Özkan, 2006: 43-44). Ancak tam manada hastaların sağlıklarının korunması istenmekteyse, çalışanların sağlığına da dikkat edilmesi önemli olacaktır. Kendini iyi hissetmeyen bir sağlık çalışanının iyi bir sağlık hizmeti verebilmesi mümkün değildir. Tablo 3'de ise sağlık çalışanlarının sınıflandırılması verilmiştir.

Sağlık çalışanları belli eğitimlerden geçtikten sonra mesleklerini yapabilmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının ilerleyen yaşlarına rağmen emekli olmadıkları ve çalışmayı sürdürdükleri de görülmektedir. Birçok iş kolu içinde emeklilik yaşına gelmiş çalışanların emekli oldukları gözlemlenmekteyken günümüzdeki yasal emeklilik yaşı olan 65 yaşın üzerinde hala hizmet vermeye devam eden sağlık çalışanlarını görmek mümkün olmaktadır (Bilir, 2005: 306).

Sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları ve iş kazalarına yakalanma riskleri oldukça fazladır. Bunun nedeni sağlık çalışanlarının bunlara sebep olabilecek maddeler ve malzemelerle her an içe içe olmalarıdır. Ancak sağlık çalışanının mesleki risklerle karşılaşma riski sürdürdüğü faaliyet, çalıştığı birime ve yaptığı işlere göre farklılık göstermektedir (Öcal, 2010: 90).

Dünya Sağlık Örgütü açısından sağlık çalışanları Tablo 3'de yer verilmiştir.

Tablo 3

Dünya Sağlık Örgütü Açısından Sağlık Çalışanları

Doktor	Laboratuvar teknisyeni ve yardımcısı	Diğer sağlık çalışanı (diyetisyen, biyolog, psikolog)
Tıbbi yardımcı	Radyoloji teknisyeni ve yardımcısı	Diğer teknik çalışan (EEG teknisyeni, EKG teknisyeni)
Diş doktoru	Sağlık mühendisi	Geleneksel hekimlik uygulayıcıları
Hemşire	Dişçi yardımcısı	Diğer yardımcı çalışanlar (mikrobist)
Eczacı	Laboratuvar teknisyeni	Dişçi
Ebe	Çevre sağlığı teknisyeni ve yardımcısı	Yardımcı ebe-hemşire
Veteriner	Hayvan sağlığı yardımcısı	
Eczacı yardımcısı	Tıp fizikçisi	
Yardımcı Ebe		
Ebe yardımcısı ve hemşire		
Fizyoterapist		

Kaynak: Akkaya, 2007: 44.

Sağlık sektörü kapsamında kadın çalışan sayısı genel olarak yoğun olmaktadır. Bununla birlikte hemşirelikte kadın çalışanların ağırlığının fazla olduğu görülmekle beraber, doktorluk mesleğinde ise erkek çalışanların ağırlıkta oldukları görülmektedir (Hıdıroğlu, 2006: 19). Türkiye’de son dönemlerde üniversitelerde hemşirelik bölümlerine erkekler de kabul edilmektedir. Bu açıdan erkek hemşire sayısı giderek artmaya başlamıştır. Fakat hemşirelik mesleğini genel olarak kadınlar daha çok tercih etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde çalışan kadın sayısı, diğer sektörlerde çalışan kadın sayısı ile kıyaslandığında sağlık hizmetlerinde daha fazla kadının çalıştığı görülecektir. Ebelik ve hemşirelik sağlık sektörü içinde kadınlara en fazla rastlanan gruplardır. Bununla birlikte doktor ve eczacı olarak da kadınlara rastlamak mümkündür (Akkaya, 2007: 45). Sağlık hizmetleri kapsamında çalışan sayısının büyük bölümü hemşirelerden meydana gelmektedir. Bu mesleğin tercih edilmesinde manevi yön olduğu kadar kısa zamanda iş bulabilmenin de etkilerinin olduğu bilinmektedir.

1.2. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumları

Bu bölümde sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli olan sağlık çalışanlarının sağlık durumları üzerinde durulacaktır.

1.2.1. Dünyada Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumu

Yaşam sürelerinin uzaması ve artan hızlı nüfusla birlikte her geçen gün sağlık hizmetlerine olan gereksinim giderek artmaktadır. Bu durum aynı zamanda sağlık sektöründe hizmet veren kişi sayısının artırılmasını zorunlu kılmaktadır. Sağlık sektörü istihdamı açısından Norveç dünyada beşinci sırada yer almaktayken, İsveç dördüncü, ABD ise üçüncü sırada yer almaktadır. Yapılan uluslararası değerlendirmelere göre diğer hizmet sektörlerine kıyasla sağlık sektörünün daha komplike ve riskli yapıya sahip olduğu ifade edilmektedir (Uçak, 2009: 6).

Sağlık personellerinin sağlığıyla ilgili olarak yapılan ilk uygulamalar kendini işe giriş muayeneleri ve iş kazaları değerlendirmeleriyle birlikte göstermiştir. Bununla birlikte iş kazalarıyla ilgili olarak 1956 senesinde Almanya’da çeşitli önlemler alınmaya başlamış ve bu alanda işe giriş sırasında muayeneler yapılmaya başlamıştır. Sağlık çalışanlarının sağlığıyla ilgili düzenlemeler Fransa’da 1960 ile 1965 yılları arasında kendini göstermiştir (Aksan, 2005: 4). Sağlık çalışanların her an karşılaşılabilecekleri risk ve tehditlere karşı korunabilmeleri sağlamak için batı ülkelerinde “Mesleki Sağlık ve Güvenlik Komiteleri (MSGK)” kurulmuştur. Bu açıdan 1958 senesinde Amerika Tıp Birliği (AMA) ile Amerikan Hastaneler Birliği (AHA), beraber yayınlamış oldukları bildiriyle birlikte koruyucu tıp ile iş güvenliği, hastanelerde sağlık personellerinin sağlığı programları, hastanelerde sağlık eğitimi gibi programlara destek verdiklerini ifade etmişlerdir (Kutlu, 2007: 6).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tüm çalışanların sağlık hizmetinden yararlanması gerektiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte çalışanların güvenli ve sağlıklı şartlarda çalışmasının bir insanlık hakkı olduğunu belirtmiştir. Bu kapsamda ILO 1970’li yıllarda Amerikan Hastane Birliği (AHA), Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH), Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği (OSHA) ve diğer sağlık sendikalarıyla beraber tüm çalışanların güvenli ve sağlıklı hastane ortamlarında çalışma ile sağlıklı olma hakkının olduğunu ve bunun sağlanabilmesi açısından hastanelerde ilgili birimlerin kurulması gerektiğini ifade etmiştir. Sağlık hizmetleri sırasında ortaya çıkan sorunların

önlenmesi açısından NIOSH, sağlık sendikalarıyla beraber sağlık ve güvenlik programını 1974 yılında geliştirmiştir. Bu programa bağlı olarak ise bu konuyla ilgili ilk birimler 1974 yılında ABD, Almanya ve İspanya'da faaliyete girmiştir. Bunun 1975 senesinde İngiltere ve 1978 senesinde Finlandiya izlemiştir. İngiltere'de 1974 yılında faaliyete sokulan İş Sağlığı ve Güvenliği yasasıyla beraber bir milyon sağlık çalışanı özel kapsama dahil edilmiştir. Bunun dışında ILO 1985 yılında dünyada her ülkede sağlık çalışanlarının güvenliğini ve sağlığını koruyacak ve geliştirecek bazı tedbirlerin alınmasıyla ilgili olarak düzenlemeler yapılmasını kararlaştırmıştır. Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu (IOHC) ise, 1990 yılında sağlık personellerinin sağlığının temin edilmesi açısından hastanelerde ilgili birimlerin kurulması gerektiği ifade etmiş ve bununla sağlık personellerinin sağlığının temin edilmesinin işçi sağlığı yaklaşımı üzerinden ele alınması gerektiği belirtilmiştir. (Özkan ve Emiroğlu, 2006: 45).

Sağlık personelleri açısından mesleki sağlık kavramı, 1990 yılında Uluslararası İş Sağlığı Komisyonu (UISK) tarafından faaliyete sokulan Sağlık Çalışanları İçin Sağlık Bilimsel Komitesi tarafından çıkartılmış bir kavramdır. Bununla birlikte ABD'de 1990 yılların başında Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu tarafından hastanelerde sağlık ve güvenlik komitesinin bulunması bir zorunluluk haline getirilmiştir. Ayrıca NIOSH ve OSHA gibi kuruluşların tavsiye ettiği biçimde "Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesi" olarak ele alınmıştır. Bu komite, başta sağlık personellerinin sağlıklarını daha iyi hale getiren, onların hastalıklarını önleyen, onları koruya, ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini sağlayan I. basamak sağlık hizmeti olarak ifade edilmiştir. Bir diğer açıdan, çalışma etkileşimleri ve üretim süreçleri neticesinde ortaya çıkan ve sağlığa zarar veren psikolojik, fiziksel, biyolojik, ergonomik ve kimyasal zararlı unsurlar ile iş kazalarının yer almadığı hastane şartlarının sağlanması amaçlanmaktadır. Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesi hizmetleri; sağlık çalışanları, üretim süreci ile hastane ortamı ve diğer hizmetler olarak üç ana başlık altında yürütülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir rapora göre dünya genelindeki 35 milyon sağlık çalışanına yıl içerisinde 3 milyon kan kaynaklı mikrop bulaşmaktadır. Bu mikropların ise 500 sağlık çalışanında HIV enfeksiyonu, 70.000 sağlık çalışanında Hepatit B, 15.000 sağlık çalışanında ise Hepatit C'ye neden olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca raporda enfeksiyonların %90'nın gelir düzeyi düşük ülkelerde ortaya çıktığı belirtilmektedir. Genel olarak dünyada özelleştirme süreciyle birlikte sağlık sektörü tekrar oluşum aşaması içine girmiş durumdadır. Bu

durum sağlık çalışanlarıyla ilgili iş sağlığı ve güvenliği düzenlemelerinin gelişim kaydetmemesine sebep olmuştur (Aksan, 2005: 4-5).

1.2.2. Türkiye’de Sağlık alışanlarının Sağlık Durumu

Türkiye’de 2821 sayılı Sendikalar Kanunu’na göre meydana getirilmiş olan İş Kolları Tüzüğü’nde özel ve devlet hastaneleri, dinlenme evleri, sanatoryumlar, bakım evleri, ocuk bakım evleri, doğum evleri, diş sağlığı, kreşler, veterinerlik, radyolojik gibi hizmet sektörüne bağlı muayenelerle ilgili her tip sağlık işleri “sağlık iş kolu” içinde ele alınmıştır (2821 Sayılı Sendikalar Kanunu, 1983). Daha önce de ifade edildiği gibi sağlık kurumları güvenli çalışma şartları açısından en tehlikeli grup içinde bulunmaktadır. Çalışma ve Sosyal Güvenli Kurumu’nca hazırlanan “İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Grupları Listesi Tebliği”nde tehlike arz eden iş kollarıyla ilgili bilgiler ve bu bilgiler içinde sağlık hizmetleriyle ilgili bilgiler de yer almaktadır. Söz konusu tebliği içinde sağlık hizmetleri açısında hastaneler, diş hekimliği hizmet sektörü, medikal cerrahi kapsamında sağlık hizmetleri; klinikler, sanatoryumlar ve sağlık yurtları 5. Risk grubu içinde yer aldığı tespit edilmiştir. 2005 senesinde tekrar yayınlanan İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Grupları Listesi Tebliği’ne göre ise tehlike ve risk grupları sağlık kurumları açısından kapsamı daraltılmıştır. Buna göre “ayakta ve/veya yataklı teşhis ve tedavi kurum ve işletmeleri” öncekine benzer bir biçimde 5. risk grubunda ele alınmıştır. Risk grupları tebliğde en az tehlikeli olan 1, en fazla tehlikeli olan 5 olacak şekilde sıralanmıştır (İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Grupları Tebliği, 2004).

2008 senesinde Sosyal Sigortaları Kurumu bünyesinde “Emekli Sandığı Kurumu” ile “Sosyal Sigortalar Kurumu’nun” “Sosyal Güvenlik Kurumu” bünyesinde birleştirilmesinden önce sağlık çalışanları bu gruplara bağlı olarak alışmaktalardı. Bununla birlikte çok az sayıdaki sağlık çalışanı ise özel sağlık sigortasına bağlı olarak hizmet vermeyi sürdürmüştür. Geçmişte kamu hastanelerinde çalışan sağlık çalışanları devlet memur olarak çalışmaktayken, Resmî gazetede 1988 senesinde alt işveren olma şartlarının yayınlanmasıyla beraber kanuni olmasa da kamu hastanelerinde alt işverenlere bağlı olarak sağlık memurları ile aracı hemşirelerin çalışmaya başlatıldığı görülmüştür. Bu süreç günümüze kadar devam dönem içinde devam etmiştir. Bu açıdan kurumlarda farklı çalışma koşulları, özlük hakları ve maaşlara sahip sağlık çalışanlarına rastlamak mümkündür. zelleştirmeyle birlikte sağlık çalışanları daha uzun süreli olarak çalıştırılmış, öznel kişisel performans değerlendirilmeleriyle birlikte takım çalışması

bozulmuş, iş yükünde hizmet bedeline bağlı olmadan artışlar ortaya çıkarılmış ve reel ücretlerde düşüşler yaşanmıştır. İş yükünün artması, çalışan sayısının kısıtlı olması sağlık çalışanlarının iş şartlarının bozulmasına neden olmuştur. Bu bozulmalar “iş sağlığı ve güvenliği” kendini açıkça göstermeye başlamıştır (Özkan ve Emiroğlu, 2006:45).

Birçok sağlık çalışanın 657 sayılı Devlet Memur Kanunu’na tabi olduğu sağlık kuruluşlarında, 4857 sayılı İş Kanunu kapsamında yer alan iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının olması gereken düzeyde uygulanmadığı gözlemlenmektedir. İş Kanunu’nun 5. Bölümü iş sağlığı ve güvenliği üzerine kurulu olmakla birlikte bu bölümde kapsamında işçilerin ve işverenlerin bu konuyla ilgili sorumlulukları ifade edilmiştir. İş Kanunu’nun 77. Maddesine göre “işverenler çalışma koşulları içerisinde iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili tüm düzenlemeleri yapmak ve tedbirleri almak” durumundadır. Bu maddeye göre işçiler ise iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili tüm düzenlemelere uymakla yükümlüdürler. İş yerinin 50’nin üzerinde çalışanı olması halinde bu işyerlerinin İş sağlığı ve güvenliği birimi kurmaları zorunlu olmakla birlikte kurumda bir iş güvenliği uzmanı ve bir iş hekimi çalıştırmaları zorunludur (4857 Sayılı İş Kanunu).

Devlet Memurları Kanunu’na göre sağlık çalışanlarıyla ilgili olarak haftalık çalışma süresi 40 saat belirlenmiştir. Ancak bu aynı kanununun 101. Maddesinde özel kanunlara ya da bu kanunlara, yönetmeliklere ve tüzüklere dayanılarak, hizmetlerin ve sağlık kurumunun ön plan tutularak farklı çalışma sürelerinin belirlenmesi mümkün olmaktadır. Bununla birlikte 2368 sayılı Sağlık Personellerinin Çalışma Esaslarına Dair Kanun’a göre sağlık çalışanlarının ve doktorların haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirlenmiştir. Türkiye’deki sağlık çalışanlarının çalışma süresinin diğer ülkelerdeki çalışanlara göre uzun olduğu bilinmektedir (657 Sayılı Devlet Memuru Kanunu; 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun).

Radyasyon ile fizik tedavisi sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının düzenlendiği önemli düzenlemeler bulunmaktadır. Bu düzenlemelerden biri 19 Nisan 1937 tarih ve 3143 sayılı “Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Yasa”dır. Bununla birlikte 27 Nisan 1939 tarih ve 2710857 sayılı “Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Tüzük” ile birlikte bu çalışanların çalışma şartları düzenlenmiştir. Radyasyon sağlık çalışanları 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile 5434 sayılı T. C. Emekliği Sandığı Kanunu’nun 32. Maddesine göre fiili hizmet tazminatına tabi olmaktadır. Radyasyon

sağlık çalışanlarının çalışmış oldukları 12 aylık süre 15 ay olarak değerlendirilmektedir (3143 Sayılı Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun; 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu; 2710857 sayılı Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Tüzük; 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu).

1980'li yılların ortalarından sonra sağlık çalışanların sağlık durumlarıyla ilgili yapılan araştırmalar artmaya başlamış olmasına rağmen bu konu gerektiği şekilde ele alınmamıştır. Türkiye, sağlık çalışanları için 1999 ile 2001 yılları arasında Türk Tabipleri Birliği, Türk Diş Hekimleri Birliği, Türk Hemşireler Derneği gibi toplamda 15 sağlık sendikası ile meslek örgütünün destekleriyle birlikte Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongreleri düzenlenmiştir. Bununla ilgili olarak kongrede sağlık çalışanlarının sağlıklarıyla ilgili komiteler kurulması kararlaştırılmış ve bu durum bazı kamu hastanelerinde pilot uygulama olarak uygulanmıştır. Ancak bu uygulama çeşitli nedenlere bağlı olarak sürdürülememiştir (Özkan ve Emiroğlu, 2006:45). Bu düzenlemeye kadar süreç içerisinde Türkiye'de hastanelerde hiçbir sağlık ve güvenlik komitesi kurulmamıştır. Hastanelerde faaliyet göstermekte olan Enfeksiyon kontrol komiteleri ise yapısal açıdan oldukça dar kapsamlı komiteler olmuştur. Pek çok sağlık kurumunda ve hastanelerde kanuni bir zorunluluk olmasına rağmen meslek hastalıkları ve iş kazalarıyla ilgili kayıt tutulmamaktadır. Bu durum istatistik oluşturulamamasına sebep olmaktadır. Bu durum aynı zamanda sağlık çalışanlarının sağlık profillerinin oluşturulamamasına sebep olmaktadır. İş kazası ve meslek hastalığı gibi sebeplerle sağlık çalışanlarının zarar görmesi durumunda bir güvence bulunmamakla birlikte yalnızca 657 sayılı kanuna göre malulen emeklilik hakkı sağlanmaktadır. Hem kurumsal hem de ulusal düzeyde sağlık çalışanlarının sağlık durumlarını ortaya koyan kayıt sistemlerine gereksinim duyulmaktadır. Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları henüz yeni yeni uygulanmaya başlamışken, özel sağlık kurumlarında da bununla ilgili düzenlemelerin bulunmaması sağlık çalışanlarına özgü iş sağlığı ve güvenliği düzenlenmeleri var olmasının olası bir sonucu olarak değerlendirilmektedir (Devebakan, 2007:5).

Sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal sağlıklarının ne durumda olduğunu belirleyebilmek içinde bazı verilere gereksinim duyulmaktadır. Fakat Türkiye'de bu konuda veri toplanmasıyla ilgili bazı yetersizlikler bulunmaktadır. Yeni teknolojilerin bu alanlarda kullanılmasıyla birlikte bu sorunların aşılması mümkün olacaktır. Sağlık

personellerinin meslek hastalıkları ve iş kazalarıyla karşılaştıkları durumunda bunların kayıt altına alınacak bir sistemin var olması iş kazaları ile meslek hastalıkları kapsamında ortaya çıkacak mağduriyetin önlenmesi açısından önemli olacaktır.

Personelleri koruyucu ekipman ve cihazların çalışanlarca düzgün kullanılmaması durumunda hastalık bulaşma ihtimalinin en yüksek olduğu kesimi sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Bu kapsamda öncelikle kan yoluyla bulaşan rahatsızlıklar en tehlike arz eden unsur olmaktadır. Kan yoluyla bulaşan hastalıklar içerisinde hepatit B enfeksiyonuna oldukça sık rastlanmaktadır. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının en fazla karşılaştıkları mesleki risklerden bir diğeri tüberküloz enfeksiyonudur. Özellikle HIV enfeksiyonunun etkisiyle birlikte tüberküloz vakaların artmış olması sağlık çalışanları açısından bir risk oluşturmaktadır. Laboratuvar çalışanları, enfeksiyon kliniklerinde görev yapan sağlık görevlileri ile patologlar enfeksiyon riskiyle her zaman karşı karşıyadırlar. Enfeksiyon bulaşma süreci ise çoğunlukla enfekte bireyin kanı bulaşmış kesici, delici veya batıcı nesnelere temas neticesinde ortaya çıkmaktadır (Bilir, 2005: 306).

Hemşireler hastalarla sürekli olarak iletişim ve etkileşim halinde olan sağlık çalışanlarıdır. Bu sebepten dolayı hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına kıyasla sağlık riskleriyle karşılaşma ihtimalleri daha fazladır. Mevcut sahip olduğu şartlar ve bulundurduğu riskler açısından sağlık hizmet alanı, iş sağlığı ve güvenliği bakımından en fazla risk taşıyan alanlardan biridir. Bu alan içerisinde hastaneler birçok hasta bireyin ziyaret ettiği bölgeler olmaları sebebiyle de en çok riski bulunduran bölgeler olmaktadır. Bu durum bu bölgelerde çalışan sağlığı açısından zararlı pek çok etmenin bulunmasına sebep olmaktadır (Oktay, 1990: 57).

Türkiye'deki sağlık personellerinin mevcut sağlık durumları değerlendirildiğinde, ifade edilen öğelerin dışında ruhsal olarak da tükenmişlik sendromuyla baş başa kaldıkları söylenebilecektir. Bununla birlikte strese ya da faaliyet gösterilen departmanın tipine bağlı ortaya çıkabilen ruhsal hastalıkların sayısının fazla olduğunu söylemek de mümkün olmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM: HASTANELERDE ÇALIŞMA ORTAMI VE KOŞULLARI

2.1. Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Koşulları

2.1.1. Hastanelerde Çalışma Koşulları

Sağlık hizmetleri, pek çok disiplin ve birimi içinde bulunduran bir hizmet tipi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebepte sağlık hizmetleri yapısal açıdan oldukça komplekstir. Söz konusu kompleks yapının işleyişi ise Genel Tebliğler, Yönetmelikler ve Genelgeler üzerinden yürütülmektedir. Sağlık sektörü genel olarak dört farklı hizmet grubunu içinde barındırmaktadır. Bunlar (Yıldırım, 2013:354):

- Sağlık Hizmetleri Sınıfı
- Genel İdari Hizmetler Sınıfı
- Yardımcı Hizmetler Sınıfı
- Teknik Hizmetler Sınıfı

Sağlık hizmeti veren kuruluşlarda hizmet sınıflarına göre çalışma ortamı koşulları farklılık gösterebilir. Her hizmet sınıfında çalışanların rol ve sorumlulukları farklı olduğu için çalışma koşulları da farklı olacaktır.

2.1.2. Hastanelerde Çalışma Ortamını ve Koşullarını Etkileyen Faktörler

Sağlık kurumları oldukça farklı teknolojik cihaz ve alet ile farklı meslek gruplarının birlikte çalıştıkları alanlardır. Bu çalışma ortamları sağlık çalışanlarının farklı tip birçok riskle karşı karşıya olmasına neden olmaktadır. Bu açıdan sağlık çalışanlarını olumsuz yönden etkileyen faktörlerin beraber değerlendirilmesi yerinde olacaktır. Hastanelerde çalışma ortamından kaynaklanan risklerin teker teker sıralamayacak sayıda ve farklı olması durumunun telafi edilmesi açısından bu risklerin beş grup altında sıralanması söz konusudur. Bu risk grupları şunlardır (Öztürk, Babacan ve Anahar, 2012: 254):

- Fiziksel riskler
- Kimyasal riskler
- Biyolojik riskler
- Ergonomik riskler
- Psikososyal riskler

Çalışma şartlarındaki etilen oksit, anestezi ajanları, sitotoksik, kimyasal sterilizanlar, fetotoksik ve sitotoksik, lateksli ürünler, formaldehit ürünleri gibi birçok kimyasal ajana, fazla veya az ışık, toz, vibrasyon, kaygan-nemli zemin, yangın, nem, patlayıcı-yanıcı maddeler, havalandırmanın %50'nin altında olması, manyetik ve elektrik alanları, kişisel koruyucuların yetersizliği veya bulunmaması, tıbbi atıklar gibi fiziksel tehlikelere, vücut hareketi ve duruşu, pozisyonel zorlanma, sabit durma, titreşim, tekrarlayıcı hareketler, ağır kaldırma, itme-çekme hareketleri, uygun olmayan postürde çalışma ve ayakta çalışma gibi ergonomik risklere maruz kalınmaktadır (Özkan, 2005:36).

Ergonomik riskler sağlık çalışanlarının iskelet ve kas sistemi rahatsızlıkları geçirmelerine sebep olmaktadır. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının; iş koşullarının zorluğu, çalışma saatlerinin fazlalığı, ücretlerin düşüklüğü, iş yerinde şiddete maruz kalma, iş kontrolleri ve tanımlarındaki belirsizlikler, hata yapmama baskısı, durmadan değişen teknolojiye uyum, stres, ekip çalışmasındaki sorunlar gibi birçok faktör sebebiyle psikososyal riskle yüz yüze kaldıkları ifade edilmektedir. (Öztürk, Babacan ve Anahar, 2012: 254, Özkan, 2005:36).

Globalleşmenin etkisiyle birlikte dünyada özelleştirme akımının etkileri ortaya çıkmış ve bu durum sağlık sistemlerinin yeniden yapılanma sürecine girmesine neden olmuştur. Söz konusu değişimle birlikte sağlık çalışanları için iş sağlığı ve güvenliği konularında yeterince düzenlemenin olmaması bu alanda sorunların çıkmasına neden olmuştur. Bu alanda çıkan problemler genel olarak sağlık çalışanlarının sahip olduğu bireysel tecrübe ve bilgi üzerinden çözülmeye çalışılmaktadır. İş kazalarının takip edilmesi ve sebeplerinin belirlenmesi iş sağlığı ve güvenliği açısından önemli olmakla birlikte sağlık çalışanlarının özlük hakları açısından da son derece önemlidir. Bununla birlikte ILO'nun meslek hastalıkları ile iş kazalarının ne biçimde değerlendirilmesi ve kayıt altına alınması gerektiğiyle ilgili olarak uluslararası ve ülkesel düzeyde bazı standartları bulunmaktadır (ILO, 1996; ILO, 2002).

Sağlık çalışanları ayrıca sorumluluklarını yerine getirirken, fiziki ortamın yetersizlikleri, yoğun ve fazla iş yükü, düşük ücret, organizasyon atmosferi, yönetsel sorunlar, insan psikolojisi negatif etki eden rahatsızlıklar, çalışan eksikliği, hizmetler sırasında ortaya çıkan ölümler gibi sorunlar sağlık çalışanlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Tüm bu öğeler, sağlık çalışanlarının olumsuz ve stresli çalışma koşullarını daha da ağır hale getirmektedir.

Aşağıda alt başlıklar halinde hastanelerde çalışma ortamı ve koşullarını etkileyen faktörler incelenmiştir.

2.1.2.1. Personel Politikası

İnsan gücünün düzgün planlanması, sağlık sistemin düzgün işlemesi açısından son derece önemlidir. Düzgün bir personel politikasıyla faaliyetlere vasıflı ve yeterli sayıda çalışan görevlendirilmesi mümkün olacaktır. Düzgün işleyen personel politikaları neticesinde iş mekanlarında olması gerekenin üzerinde veya altında çalışan çalışmasına mâni olunarak iş gücünün verimli kullanılması temin edilir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışan sayısı, ülkedeki hasta sayısı ile ülke nüfusuna göre değerlendirildiğinde az sayıda kalmaktadır. Burada ise personel politikaları oldukça önemli hale gelmektedir. Bu açıdan her sağlık hizmetine yönelik istihdam, eğitim ve işgücü planlamasının önceden yapılmış olması son derece önemlidir (Saygılı 2008: 18).

Ülkemizde devlet hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanı sayısı ve çalışanların denetimi ile gözetimi devletin elindedir. Bununla birlikte bu kurumlarda taşeron çalışanlara rastlanmaktadır. Fakat son dönemlerde yapılan çalışmalar doğrultusunda taşeron çalışanların kadrolu çalışan olmasına yönelik düzenlemeler yapılmıştır. (Kılıkış ve Demir, 2012:25). Yapılan düzenlemeler neticesinde taşeron çalışanların büyük bir kısmı 1 Ocak 2018 tarihli Resmî gazetede yayınlanan karar ile kadroya geçirilmişlerdir.

Yönetmeliklerdeki ve kanuni düzenlemelerdeki boşluklar sebebiyle, personeller arasında karşıt koşulların oluşması söz konusu olmaktadır. Bunun sebebi ise yönetmelikler ile kanuni düzenlemelerin modern işletmecilik fonksiyonlarına bağlı olarak oluşturulmamış olmalarıdır. Aynı hizmeti veren sağlık çalışanları arasında yüksek ücret farklarının bulunması, performans, verimlilik ve motivasyon üzerinde düşüslere neden olmaktadır. Düzgün hizmet vermeyen ve çalışmayan çalışanlar ile verimliliği fazla üretim yapan çalışanlarının eşit ücrete ve haklara sahip olmaları da çalışanların isteklerini ve motivasyonlarını kötü yönde etkilemektedir.

Geçtiğimiz birkaç yıllık dönem içinde Sağlık Bakanlığı, yurt genelinde sağlık hizmetlerinde eşitliğin sağlanabilmesi için nitelikli ve yeterli sayıda sağlık çalışanının istihdam edilmesine ve sağlık kuruluşlarının dolum oranlarının yükseltilmesine oldukça önem vermektedir. Türkiye genelinde sağlık çalışanlarının doluluk oranları değerlendirildiğinde ise doktor ile diğer sağlık çalışanlarının istihdam edilmesinde

problemler olduğu gözlemlenmektedir. Özellikle küçük yerleşim bölgelerinde, nitelikli ve yeterli sayıda uzman doktor bulabilmek oldukça güçleşmektedir. Bu problemlerin ortadan kaldırılması amacıyla nakil ve atama yönetmeliğinde ortaya konan değişikliklerle birlikte hizmet grupları ve hizmet puanı kriterleri tespit edilerek çalışan nakilleri bir düzenlemeye bağlanmıştır. Mazeret durumları açısından daha katı bir denetim sistemi oluşturulmuştur (Saygılı ve Çelik, 2011:42). Sağlık hizmetleri kapsamında zorunlu hizmet uygulamalarıyla birlikte gelişim gösterememiş bölgelerdeki sağlık çalışanı sayısı artırılırken önceden pratisyen doktorların yer almadığı bölgelerde uzman doktorların görev yapmaya başlaması söz konusu olmuştur. Sağlık Bakanlığınca bu yapılan değişikliklerle birlikte öncelik verilmesi gereken bölgelerde bazı adımlar atılmıştır.

Sürdürülen çalışmalarla bile sağlık hizmetlerindeki istihdam yetersizliği hala kapatılabilmiş değildir. Bu durum sağlık çalışanlarına düşen iş yükünün fazla olmasına neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının büyük bölümünün kadınlardan oluşması da kadınların sahip olduğu doğum izni ve süt izni gibi izinler sebebiyle çalışan sayısında ortaya çıkan azalmalarının kapatılmasında oldukça zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte söz konusu haklar kapsamında kamu hastanelerinde kadroların dolu gözükmemesi Sağlık Bakanlığı tarafından atama yapılamamasına da sebep olmaktadır. Bu nedenle izne ayrılan sağlık çalışanları yerine farklı bir sağlık çalışanı alınamamaktadır (Şahin, 2014: 42-43).

Hamilelik iznine giden çalışanların sahip oldukları iş yükü aynı birimde çalışan diğer çalışanların iş yükü üzerine eklenmektedir (Yenal ve Durgun, 2013:4). Benzer durum erkek sağlık çalışanlarının askere gittiklerinde de yaşanmaktadır. Sağlık kurumlarında edinilen tecrübeler neticesinde yoğun bakım ünitelerinde çalışanlar gruplar halinde vardiya ve nöbetleri üstlenmektedirler. Söz konusu gruplar içerisinde bir sağlık çalışanının askerlik veya hamilelik gibi sebeplerden dolayı görevi bırakmak durumunda kalması halinde bu kişinin iş yükü gruptaki diğer çalışanların üzerine yüklenmek durumunda kalmaktadır. Bilindiği üzere çok yoğun çalışmak durumunda olan sağlık çalışanlarına bu ek iş yükü de eklendiğinde, sağlık çalışanlarının verimlilikleri düşmekte ve sağlık hizmet kalitesi azalmaktadır. Yönetmelikler ve mevzuata göre sağlık kurumundaki hasta sayısına göre sağlık çalışanı görevlendirmektedir. Ancak uygulamada ise sağlık çalışanları daha fazla hastayla ilgilenmek durumunda kalmaktadır. Bu durum ise sağlık hizmetleri kalitesini etkilemektedir. Bu açıdan sağlık kurumlarında çalışan

sayısının tespitinde ifade edilen unsurlara dikkat edilmesi yerinde olacaktır (Öztürk vd., 2012:254).

2.1.2.2. Çalışma Saatleri

Dinlenme ve çalışma sürelerinin düzgün belirlenip belirlenmediği direkt olarak sağlık çalışanlarının iş verimliliklerini ve sağlıklarını etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının dinlenme ve çalışma süreleri, iş yaşamı dışındaki etkinliklerini, aile yaşantılarını ve sosyal etkinliklerini doğrudan etkilemektedir. Sağlık hizmetleri yapısal açıdan her gün ve 24 saat kesintisiz olarak sürdürülmesi gereken hizmetlerdir. Özellikle devlet hastanelerinde her tür olaya yönelik olarak önlemlerin alınması zorunludur. Sağlık hizmetlerinin yetersiz çalışan sayılarına rağmen kesintisiz hizmet verilmesi gereken bir alan olması sebebiyle görev yapmakta olan çalışanlar daha fazla çalışarak bu yetersizliği ortadan kaldırmaya çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının birçoğu normal çalışma sürelerinin üzerinde çalışmak durumunda kalmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002: 38).

Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süreleri 40 saat olarak tespit edilmiştir. Gündüzleri mesai usulüne göre çalışanların çalışma zaman aralıkları 08.00 ile 16.00 arasındadır. Bunun sebebiyse sağlık hizmetinin kesintisiz bir şekilde sürdürülmesidir. Fakat bu durum sağlık çalışanların 12.00 ile 13.00 arasında dönüşümlü olarak öğle yemeği arası vermeleri ve sağlık hizmetlerinin aksatılmaması halinde mümkün olmaktadır. Bu durumların gerçekleşmemesi halinde ise 08.00 ile 17.00 saatleri arası mesai yapılmaktadır. Burada unutulmaması gereken öge “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine” göre hastanelerde 24 saat kesintisiz olarak sağlık hizmetlerinin devam etmesi zorunluluğudur. Bu yönetmeliğin çalışma düzeni ve çalışma saatleri başlığında, doktor, uzman doktor, eczacı, psikolog, diş tabibi, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi sağlık çalışanları ile genel idari hizmetler sınıfındaki çalışanlarının mesailerinin 08.00 başlayacağı, bakım hizmetlerinde görev yapan çalışanların ise mesai saatlerinin 07.00 ile 19.00 saatleri arasında olacağı ifade edilmiştir (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1982).

Türkiye’de sağlık çalışanlarının sayısı nüfusa göre değerlendirildiğinde oldukça düşük düzeydedir. Sağlık çalışanı yetersizliği yaşayan sağlık kuruluşları, var olan çalışma sürelerinin üzerine süre ekleyerek sağlık hizmeti sunmaya uğraşmaktadırlar. Kanunda ve mevzuatta yapılan değişikliklerle birlikte bu teşvik edilmeye çalışılmaktadır. Bununla ilgili olarak fazla çalışmanın sağlanabilmesi açısından nöbet ücretlerine %50 yapılması

örnek olarak gösterilebilecektir. Ancak yaşamla ilgili hizmetler veren sağlık çalışanlarının fazla çalışması, konsantrasyonlarını azaltarak dikkat bozukluğu, istem dışı hatalar veya iş kazası gibi durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Dinleme ve çalışma süreleri iş verimliliği ve sağlığı direkt olarak etkileyen faktörlerdendir. Bu açıdan bu konuyla ilgili olarak yapılacak düzenlemeler sağlık hizmetleri sisteminin en önemli sorunlarından bir tanesidir. Bu düzenlemeler sağlık hizmetlerini etkilemekle birlikte sağlık çalışanlarının sosyal ve ailevi yaşamlarını da etkilemektedir. Sağlık sektörünün diğer hizmetlere göre en büyük farkı sağlık hizmetlerinin süreklilik arz etmesidir. Bu nedenden dolayı tatil, gece, gündüz her an sağlık hizmetinin devam etmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde mesleki dalların çok çeşitli olması ile sağlık hizmeti veren kurumlar arasındaki farklar sağlık hizmetinin standart hale gelmesi oldukça zorlaştırmaktadır (Yenimahalleli, 1999: 100).

Sağlık hizmetlerinin sürekli olarak devam ettiği hastanelerde, sağlık çalışanlarına yeterli düzeyde dinlenebilme olanağının sağlanması, sağlık çalışanının kendisi kadar hastalar açısından da önem arz etmektedir. Sağlık çalışanlarını tam dinlenememesi sebebiyle yapabilecekleri kazalar, hatalar sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olabilecektir. Hastane ve diğer sağlık kurumlarında görev yapan ve radyasyona maruz kalan sağlık çalışanlarının günlük çalışma saatleri 7 saat olmakla beraber haftalık çalışma süreleri ise 35 saattir. Söz konusu çalışanlara özel haklar da sağlanmış olup, bu çalışanlara ayrı olarak 1 aylık sağlık izni kullanma olanağı verilmiştir. Bununla birlikte bu izin dolayısıyla bir maaş veya döner sermaye kesintisi yapılması söz konusu olmamaktadır. Bu çalışanlar 12 ay çalıştıklarında 15 ay çalışmış olarak değerlendirilmektedir (2710857 sayılı Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Tüzük).

Çalışan yetersizlikleri ile sürekli hizmet zorunluluğunun temin edilmesi durumu sağlık hizmetlerinde nöbet ve fazla çalışma usullerinin kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Nöbet veya fazla çalışma usullerinin genel olarak kullanılması zorunluluğu olduğu birimler ise; yenidoğan, yoğun bakım, yatan hasta servisleri, acil servis hizmetleri, acil hasta kabul işlemleri, kan bankası, laboratuvaralar, cerrahi servisi, ameliyathane, şoför ile ambulans hizmetleri, pratisyen hekimler, süpervizör, nöbetçi memur, radyoloji birimi, santral birimi, uzman hekimlerdir. Özellikle bu çalışanlar fazla çalışma yapmak veya nöbet tutmak durumunda kalmaktadır.

Sağlık çalışanları 24 saat kesintisiz olarak nöbet tutmak durumunda kalabilmektedir. Sağlık hizmetlerindeki kötü çalışma şartları mesleki tehlikeler, yıpranma göz önünde bulundurulduğunda olması gereken düzeyde dinlenme olanağı verilmemesi halinde birtakım fiziksel veya ruhsal sorunların ortaya çıkması olası bir durum olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde vardiya ve nöbet uygulamaları dünyada pek çok ülkede ve Türkiye’de sağlık çalışanına verilen ek ödemeler, ikramiyeler veya ek izinler üzerinden telafi edilmeye çalışılmaktadır. Bahsi geçen haklar da bu sebepten dolayı toplu sözleşmeler veya kanuna dayanan düzenlemelerle teminat altına alınmaktadır (Yenimahalleli, 1999: 101). Nöbet usulü ve fazla çalışma ile bir sınırsız süreyi içermemektedir. Buna göre çalışanlara ve yöneticilere her çalışma saati için belirlenen ücret veya her 8 saat fazla çalışma karşılığında 1 gün izin verilmesi gerekmektedir.

Çalışan yetersizliğine bağlı olarak bir zorunluluk olarak ücret karşılığında fazla çalışmalar söz konusu olmaktadır. Kurum içinde bir aylık süre içerisinde 120 saatten az fazla çalışma ve tutulan nöbet dolayısıyla bir ücret ödemesi yapılmamaktadır. İfade edilen sürenin aşılması halinde ise çalışana izin verilmesi zorunluluğu ortaya çıkmış olmaktadır. Nöbet ve vardiya sisteminin yaygın bir şekilde kullanıldığı ülkelerde yürütülen çalışmalar, bu çalışma sistemlerinin insan sağlığına zarar verdiğini ortaya koymaktadır. Vardiya çalışma prensibi insan sağlığını iki yönden etkilemektedir. Bunlardan ilki beden sağlığı ve uyku sebebiyle bedenin biyolojik ritminde sorunların ortaya çıkması; ikincisi ise evlilik, sosyal hayatın ve aile düzeninin bozulmasıdır. Vardiya ve fazla çalışma usulüne göre çalışanlar, çocuklarına ve eşlerine vakit ayıramamaktadır (Yenimahalleli, 1999: 101; Soykenar, 2008: 54). Fazla çalışma ve nöbet uygulamaları çalışanların aşırı yorulmalarına neden olmakta ve bu durum çalışanların sürekli olarak dinlenme ihtiyacı içinde hissetmelerine sebep olmaktadır. Bununla birlikte bu usullere bağlı olarak çalışanlar gece uyumayı isteseler bile uyuyamamak gibi bir sorunla karşılaşabilmektedir.

Sağlık çalışanlarının çalışmadığı zaman dilimlerinde bile zorunlu ya da acil sebepler sebebiyle çağırılabilmesi de mümkün olmaktadır. Bu tür durumlarda sağlık çalışanlarının her an tetikte olması gerekmektedir. Bu tür uygulamalar genel olarak nüfusu az veya kırsal kesimlerde rastlanmaktadır. Fakat kentlerde de nöbet için gerekli çalışan sayısına ulaşamaması durumunda da uygulanabilmektedir.

2.1.2.3. Ücret

Sağlık çalışanlarının ücret durumlarını almış oldukları eğitim düzeyi belirlemektedir. Türkiye’de son dönemlerde yapılan değişiklikler neticesinde sağlık sektöründe işçiler dışındaki çalışanların, kadrolu ve sözleşmeli hastane çalışanı kadrosuna bağlı olmak koşuluyla döner sermaye ve maaş olarak bir ücret almaktadırlar. Bununla birlikte işçiler döner sermayeden pay almayıp bunun yerine ikramiye ve maaş almaktadırlar. Öğrenim seviyelerine göre memurlar belli derece ve sınıflara ayrılmaktadır. Maaşı meydana getiren etmenler; kıdem, taban maaş, özel hizmet tazminatı, yabancı dil tazminatı, lojman tazminatı, aile yardımı ve yan ödemelerdir. Ayrıca 1991 senesinden itibaren sağlık kuruluşlarında döner sermaye ödemelerine geçilmiş durumdadır (Orak, 1999: 18). Ücretle ilgili olarak çalışanlar genel olarak ücretlerinden memnun olmamaktadırlar. Bunun temel nedeni ise çalışanların kendileri diğer kurumlardaki aynı işi yapan çalışanlar ile karşılaştırmaları olmaktadır. Bu bakımda dengeli ve adil bir ücretin verilmesi sağlık çalışanlarının yüksek performans gösterebilmeleri ve iş huzuru yaşayabilmeleri açısından önemli olacaktır.

Çalışanlar aldıkları ücretin düşük olmasından çok onlarla aynı işi yapan çalışanların fazla ücret almasından şikâyetçi olmaktadır. Ancak bu farkın sebebi farklı kriterlere ve farklı eğitim düzeylerine göre işe alınmanın etkisi de olabilmektedir (Galbraith ve diğ., 2004:3). Sağlık hizmetlerindeki sağlık çalışanlarının maaşlarına ek olarak verilen döner sermaye ücretleri performans sistemine dayanmaktadır. Bu açıdan performans sistemi üretimi artırmak, kuruluşun verimliliğini yükseltmek, çalışanlara motivasyon sağlamak, çalışanları isteklendirmek için oluşturulmuş bir ücretlendirme sistemidir. Türkiye’de de uygulanmakta olan performans sistemi üretimi ve verimliliği artırmak açısından oldukça etkili olmaktadır. Doktorlar muayene sayıları ve müdahale işlem puanlarına göre performans ücreti almaktadır. Doktorlar dışındaki sağlık çalışanları ise çalışılan gün sayısı, kadro, çalışan unvanı gibi kriterlere bağlı olarak ücret almaktadır. Ebe, sağlık memuru ve hemşireler tarafından yerine getirilen girişimsel işlemlerin tamamının doktorların adına kaydedilmesi ve buna bağlı olarak doktorların daha yüksek performans ücreti almaları doktorlar dışındaki sağlık çalışanlarının isteklerinin azalmasına neden olmaktadır (Etiler, 2015: 6-7).

2.1.2.4. Personel Korkuları

Sağlık örgütlerinde güvenlik atmosferi önemlidir. Örgüt içinde çalışanların güvenlik algıları hem fiziksel hem de psikolojiktir. Fiziksel olarak yeterli donanımın sağlanmaması, fiziksel yapıların güvenli olmaması veya çalışanların yöneticilerine karşı güven duygularının zayıf olması, personel korkularını beraberinde getirebilmektedir. Özellikle sağlık personelinin yöneticileri tarafından azarlanma korkuları, önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Saygılı, 2008:12).

2.1.2.5. Kurum Kalite Yönetimi

Sağlık örgütlerinde kalite uygulamalarına yönelik olarak yapılan çalışmalar kapsamında çalışma ortamının iyileştirilmesi söz konusu olabilmektedir. Bununla beraber kalite yönetimi uygulamalarında özellikle iş kazalarının önlenmesi ve sağlık personelinin meslek hastalıklarına yakalanma oranlarının azaltılmasına ilişkin önleyici stratejilerin yürütülmesi önemlidir. Kalite standartları çerçevesinde gerekli çalışmaların yürütülmemesi, sağlık personelinin iş kazaları ile karşılaşma riskini arttırmada önemli olacaktır (Devebakan ve Paşalı, 2015:124).

2.1.2.6. Mesleki İlişkiler

Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik olarak yapılacak çalışmalarda sağlık personeli arasındaki iletişim önemlidir. Ayrıca sağlık personeli ve yöneticiler arasındaki sağlıklı ve etkin iletişim, personelin ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve gerekli çalışmaların yürütülmesinde önem kazanmaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2014:148).

2.1.2.7. Fiziksel Kaynaklar

Sağlık örgütlerinde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik gerekli tedbirlerin alınabilmesi ve önleyici çalışmaların yürütülebilmesinde fiziksel kaynakların yeterli olması ve çalışma ortamının iş gerekliliklerine uygun olarak planlanması gerekmektedir. Hasta ve sağlık personeli arasındaki ilişkinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde özellikle fiziki kaynakların yeterli olması, iş kazalarının önüne geçilebilmesi adına önemlidir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002: 38).

2.1.2.8. İş Doyumu

Çalışma ortamının güvenli olması çalışanların işe karşı olan doyum algılarının arttırılmasında önemlidir. Çalışanların kendilerini güvende hissettikleri iş ortamında daha rahat hareket edebilmeleri olanaklı olurken bu durum performanslarını da olumlu yönde etkileyecektir (Çetinkaya ve Aras, 2017:126).

2.2. İlgili Yönetmelikler

2.2.1. Sağlık Kurumlarında Çalışma Koşulları ile İlgili Yönetmelikler

Türkiye’de sağlık kurumlarındaki çalışma koşullarıyla ilgili kesin hatlarıyla ilgili kesin bir yönetmelik bulunmamaktadır. Ancak çıkarılan bazı yönetmelikler içerisinde çalışma koşullarıyla ilgili düzenlemelere yer verilmektedir. Bu yönetmelikler içerisinde 13.01.1983 Tarihli Resmî Gazete yayınlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği kapsamında bazı düzenlemelere yer verilmiştir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 41. Maddesi’nde çalışanların nöbet esasları yer almıştır. Bu esaslar şu şekilde ifade edilebilir (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, m. 41):

- a) Nöbet sabah 8.00’de başlayıp ertesi gün sabah 8.00’e kadar devam etmektedir. Nöbetçi sağlık çalışanlarının sağlık kurumunu terk etmeleri yasaktır.
- b) Nöbetçi sağlık çalışanı görevi diğer sağlık çalışanına devretmeden ve nöbetinde gerçekleşen durumları diğer sağlık çalışanına aktarmadan görev yerinden ayrılamaz.
- c) Yalnızca baştabiplik nöbet günlerini değiştirebilir. Nöbetçinin kabul edilebilir bir mazeretinin olması halinde değişiklik hastane müdürünce önceden nöbet cetvellerine işlenir ve ilgililere bildirilir.
- d) Nöbet hizmetleri, sağlık çalışanı sayısı, sağlık kurumunun türü ve faaliyetler göz önünde bulundurularak hükümlere bağlanır.
- e) Gece nöbeti tutan sağlık çalışanları ertesi gün nöbet verilmemektedir. Bu çalışanların dinlenmeleri imkan verilir. Acil durumlarda bu çalışanlar nöbetçi doktorun veya baştabibin talimatlarına uymaya mecburdurlar.

- f) Nöbet cetvelleri mesleklere ve birimlere göre ayrı düzenlenir. Nöbet cetvelleri aylık oluşturulur. Nöbet listelerinin bir örneği nöbetçi tabip odasına, biri baştabibin odasına asılır. Bununla birlikte kurumda görülebilen yerlere asılmakta ve ayrıca bir örnek de Sağlık Müdürlüğüne gönderilmektedir. Nöbet listeleri hafta sonları, tatil ve bayram günleri için ayrı olarak düzenlenmektedir.
- g) Nöbetçiler için tasdikli ve sahifeleri numaralı nöbet defteri tutulmaktadır. Nöbetçiler bu defterlere nöbetleri sırasındaki önemli olayları, tıbbi, teknik ve idari öğeleri saatleriyle birlikte kaydederler. Nöbet defterleri ise her gün hastane müdürü tarafından tetkik edilir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 42. Maddesi'nde ise nöbet türleri ifade edilmiştir. Buna göre nöbet türleri şunlardır:

- İcapçı nöbet: Ev nöbeti olarak ele alınmaktadır. Bu nöbeti tutan sağlık personelleri mesai saatleri dışında sorumlulukları devam etmektedir. Bu açıdan bu nöbeti tutanlar mesai dışında buldukları yeri bildirme ve kuruma davet edilmesi durumunda kuruma gelmeye mecburdurlar.
- Normal nöbet: Mesai saatleri içerisinde tutulan nöbeti ifade etmektedir.
- Acil nöbetler: Gerekli olan branşlarda normal nöbete ilave olarak acil nöbet konulabilmesi mümkündür. Acil nöbete kimlerin katılacağını baştabib belirler. Acil nöbete dahil olanlar farklı nöbete dahil edilmemektedir. Acil nöbete uyulması zorunludur.
- Branş nöbeti: branş dallarıyla ilgili olarak nöbet tutulması söz konusu olabilmektedir. Özellikle acil ihtiyaç duyulan branşlarda bu nöbet kullanılmaktadır.

Aynı yönetmeliğin 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50. Maddelerinde sağlık personellerinin tutacakları nöbetlere yer verilmiştir. Bu ifade edilen unsurlar dışında bu yönetmelik ve diğer yönetmeliklerle sağlık hizmetlerinin işleyişiyle ilgili olarak çeşitli düzenlemelere de yer verilmektedir.

2.2.2. İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Yönetmelikler

Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili olarak kullanılan düzenlemelerden bir tanesi Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yürürlüğe sokulan "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik"tir. Bu yönetmelik sağlık kurumlarına

yönetmelikte yer alan düzenlemeler doğrultusunda faaliyetlerini sürdürmek, hasta ile çalışanların güvenliğini temin edecek şekilde gereken tedbirleri almak ve bunları yapabilmek adına iç düzenlemeleri yapma sorumluluklarını yüklemiştir.

İfade edilen yönetmeliğe göre sağlık kurumları; çalışan güvenliği programının oluşturulması, engelli sağlık çalışanlarına yönelik düzenlemelerin yapılması, çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması, çalışanlara yapılabilecek fiziksel saldırılarının önlenmesine yönelik düzenlemelerin yapılması, engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması, sürveyans çalışmalarının yapılması, radyasyon güvenliğinin sağlanması, enfeksiyon denetimi ile önlenmesiyle ilgili programın oluşturulması, çalışan ve hasta güvenliği komitelerinin kurulması, hasta ile çalışan güvenliğiyle ilgili eğitimlerin verilmesi konularında gerekli düzenlemeleri yapmakla yükümlü olmaktadır (Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik).

Türkiye’de sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili olarak yapılan düzenlemeler kapsamında “Çalışma Sağlığı ve Güvenliği Birimi”nin yapılanma sürecine girdiği görülmüştür. Bu birimle birlikte Türkiye’de pek çok merkezde “Enfeksiyon Kontrol Komitesi”nin de sağlık çalışanlarının sağlıklarıyla ilgili olarak faaliyetler gösterdikleri bilinen bir durumdur (Saygun, 2002: 376).

Yukarıda ifade edilen düzenlemelerin dışında işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin temin edilebilmesi açısından güvenlik ile sağlık imkanlarının geliştirilmesi için çalışanların ve işverenlerin yetki, sorumluluk, görev, yükümlülük ve haklarının düzenlenmesi amacıyla 2012 yılında 6331 sayılı “İş Sağlığı ve Güvenliği” Kanunu yürürlüğe sokulmuştur (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: HASTANELERDE İŞ KAZALARI

3.1. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği

İş sağlığı kavramı günümüzde, yalnızca meslek hastalıkları ile iş kazalarının birlikte anıldığı bir kavramın ötesine geçmiş durumdadır. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, yalnızca sakatlık ve hastalık olarak ifade etmemekte aynı zamanda bireylerin sosyal, fiziksel ve ruhsal açıdan iyi olması olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle çalışanların yürütmüş oldukları tüm işler ve faaliyetlerle ilgili olarak mevzuatlar ve yönetmelikler üzerinden çeşitli tedbirler alınmaktadır. İş nedeniyle ortaya çıkan her tip sağlık problemi ve bunlara yönelik koruma tedbirlerinin ortaya çıkarıldığı, yalnızca neticelerle değil, çıktı üretiminin her safhasında kaliteyi amaçlayan bir iş sağlığı anlayışı benimsenmelidir. Bu anlayış kapsamında ise hayat kalitesi ve iş doyumunu gibi kavramlar ön plana çıkmaktadır (Ovretveit, 2003: 236).

Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğinin temin edilebilmesi açısından geçmişte gelişmiş ülkelerde bazı çalışmalar yürütülmüş ve bu çalışmalar neticesinde bazı haklar elde edilmiştir. Özellikle Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) yapmış olduğu çalışmalar doğrultusunda her tür çalışanın güvenli ve sağlıklı bir ortamda çalışma hakkının olduğunu ifade etmiştir (Aiken, Clarke ve Sloane, 2002: 188). ILO tarafından yürütülen çalışmalar pek çok ülkede önemsenmeye başlamış ve bu kapsamda iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili farklı önlemlerin alınması süreci hız kazanmıştır.

Türkiye'deki hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanabilmesi açısından çalışan hakları ve güvenliği birimleri ile enfeksiyon birimleri kurulmuştur. Sağlık çalışanlarının özellikle enfeksiyon riskine maruz kalmaları nedeniyle enfeksiyon birimlerinin yürütmüş olduğu çalışmalarla gerekli tedbirlerin alınması mümkün olmuştur. Çalışan hakları ve güvenliği birimleriye hastanelerde ve diğer sağlık kurumlarında sağlıklı ve güvenli iş koşullarının sağlanmasını hedeflemektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü ile Dünya Sağlık Örgütü Ekspertleri Komitesi 1950 yılında bir araya gelerek işçi sağlığının hedeflerini şu şekilde sıralamışlardır (Kıran, 2003: 78):

- İşçinin fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik durumunu en iyi düzeye ulaştırmak ve bu düzeyde kalmasını sağlamak,
- İşçileri ruhsal ve fizyolojik durumlarına uyan en makul mesleki alanlarda çalıştırmak ve bunu devam ettirmek,

- İşçilerin çalışma şartları dolayısıyla sağlıklarının bozulmasına mani olmak,
- İşçilerin çalışma esnasında sağlıklarına zarar verecek biçimde çalışmalarına engel olmaktır

3.2. İş Kazaları Kavramı

İş kazaları kavramı ifade edilmeden önce kaza kavramının açıklanması yerinde olacaktır. Kaza kavramı, durum ve olayların planlanmış olduğu biçimde gitmemesi, bireylerin yaralanmalarına, ölmelerine veya sakat kalmalarına neden olan olaylar olarak ifade edilmektedir (Millî Eğitim Bakanlığı, 2005: 27). Kazalar pek çok sebebe dayalı olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu sebepler içerisinde panikleme, dikkatsizlik, acele etme benzeri bireysel sebepler olabileceği gibi araç ve malzemelerdeki sorunlar gibi unsurlar sebebiyle de kazalar ortaya çıkabilmektedir.

İş kazası kavramıysa çalışanların iş veya faaliyeti sürdürmesi esnasında veya işte oldukları sırada yüz yüze kaldıkları olaylar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu açıdan iş kazası, daha önceden planlanmayan, genel olarak bireysel yaralanmalara ve üretimin belli bir müddet boyunca durmasına sebep veren olaylar olarak ifade edilmektedir (Kağnıcıoğlu, 2010: 239). Bir diğer tanımda iş kazası, ne zaman, ne biçimde, nerede olacağı kesin olmayan, beklenmeyen bir anda tedbirsizlik ve dikkatsizlik ile ortaya çıkan, sonucunda ise işte maddi ve manevi kayıplarla geriye dönmesi mümkün olmayan neticelere neden olan olaylara iş kazası adı verilmektedir. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda iş kazası “İşyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenengelli hâle getiren olay” olarak ifade edilmiştir (6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, m.3/g).

3.3. İş Kazalarının Nedenleri

İş kazalarının ortaya çıkış nedenlerinin anlaşılması, bu kazaların önlenmesi açısından önemli olacaktır. İş kazaları genel hatlarıyla bireysel nedenlere ve çevresel nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bölümde bu nedenlere yer verilecektir.

3.3.1. Bireysel Nedenler

İş kazalarının büyük bir bölümü bireysel nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Beklenmeyen tutum ve davranışlarda bulunma, risk almaya eğilimli olma gibi unsurlar bireysel nedenler arasında yer aldığı ifade edilmektedir. Bu tip tutum ve davranışlar

güvensiz davranışlar olarak ele alınmaktadır. Bu davranış tiplerinin şu şekilde ifade edilmeleri mümkündür (Sabuncuoğlu, 2000: 265):

- Çalışanın iş koşulları ve çalışma şartlarıyla ilgili risk eğitimlerini almamış olması,
- Makine ve bireysel koruyucuların hangi biçimde kullanıldığının bilinmemesi,
- Çalışanın mesleki tecrübesinin yeterli olmaması,
- Çalışanın sinirli ve heyecanlı olması,
- Sakar ve beceriksiz olması,
- Bedensel bir özrünün bulunması,
- Çalışanda bazı kötü alışkanlıklarının olması,
- Çalışanda kazanın ortaya çıkmasına neden olabilecek diyabet, epilepsi gibi bir hastalığın bulunması.

Zihinsel yorgunluk, monotonluk, iş doyumsuzluğu, güvensizlik, aşırı sevinç, gerginlik, keder, sıkıntı, iş yapmada uzman olmamak, önyargı veya hatalı yargı gibi hisler de iş kazasına sebep olabilecektir. Aile ve işten kaynaklanan problemler, bireylerin bireysel kötü alışkanlıkları, iş hayatına adapte olma sorunları, iş düzenine uyma problemleri de bireylerin iş kazaları yapmalarına neden olmaktadır. Stres altındaki çalışanlar; bezgin, beceriksiz, iş isteğini yitirmiş, uyumsuz, bunalımlı, beceriksiz olabilmektedir. Bu durumlar ise iş kazalarına davetiye çıkarabilmektedir. Çalışanların çeşitli stres faktörlerine bağlı olarak ruhsal dengelerinin bozulması mümkün olmakta ve bu durum iş kazalarına neden olabilmektedir (Erkan, 1989: 28; Çopur ve diğ., 2006: 158).

Çalışanların algılama farklılıkları ve dikkatsizlikleri gibi bireysel faktörler bazı durumlarda iş koşullarına bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Çalışma koşullarının iyi olmaması, çalışanlar üzerindeki baskı ve stresin artmasına neden olabilmekte ve bu durum çalışanların iş kazası yapmalarına neden olabilmektedir. Bu açıdan iş yerlerinin çalışanlar üzerindeki stres ve baskıyı azaltacak düzenlemelerde bulunmaları son derece önemli olmaktadır (Koçel, 1998: 458; Çopur ve diğ., 2006: 158).

3.3.2. Çevresel Nedenler

Bireysel nedenlerin dışında iş kazalarının bir bölümü de çevresel nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Isı, uygun olmayan aydınlatma (az veya aşırı aydınlatma), mikroorganizmalar, radyasyon, narkotik ve anestezi maddeler, boğucu ve tahriş edici gazlar gibi çevresel nedenler iş kazalarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir

(Sabuncuoğlu, 2000: 267). Çevresel nedenler çalışanların iş yapabilme becerilerinin azalmasına buna bağlı olarak işlerini gerektiği gibi yerine getirememelerine veya işe yönelik gerekli müdahalede bulunulmaması sonucunda iş kazaları meydana gelebilmektedir.

Makinelerin bakımsız olması, yanlış depolama, yetersiz havalandırma, elektrik kaçağı, çalışanların iş kıyafetlerinin yeterli olmaması, güvenli olarak yerine getirilmeyen yükleme ve boşaltma işlemleri, ergonomik olmayan şartlar, kaygan zemin, aşırı iş yükü gibi öğeler iş kazalarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Sabuncuoğlu, 2000: 267; Camkurt, 2007:81). Bunlar dışında çalışanların tutum ve davranışlarına da etki eden çalıştıkları kurum tarafından yapılan çeşitli düzenlemeler de iş kazalarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bunlar içerisinde; işten çıkarmalar, toplu pazarlık, vardiya sistemleri, uyuşmazlık çözüm sistemleri, çalışma saatleri, işveren ve çalışanlar arasındaki sorunlar gibi öğeler yer almaktadır (Gürüz ve Yaylacı, 2004: 202).

Görüldüğü gibi çevresel nedenler, yapısal şartların düzgün olmaması sebebiyle iş kazalarının ortaya çıkmasına neden olabildiğı gibi çalışanların fiziksel ve ruhsal hallerini kötü etkileyerek de iş kazalarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu bakımdan kurumların mevcut koşullarını geliştirmeleri ve iş kazalarına neden olabilecek unsurları ortadan kaldırmaları maddi ve manevi kayıpların oluşmasının engellenmesi ile çalışanların ruhsal ve fiziksel açıdan korunmaları açısından önemlidir.

3.4. İş Kazalarına Yol Açan Riskler

Bu bölümde hastanelerdeki risk faktörleri; fiziksel riskler, kimyasal riskler, biyolojik riskler, ergonomik riskler ve psiko-sosyal riskler olarak ele alınacaktır.

3.4.1. Fiziksel Riskler

Hastanelerde sağlık çalışanlarını ve hastaları etkileyen fiziksel riskler genel olarak ışıklandırma sistemi, aydınlatma, ısıtma-soğutma, toksik faktörler, toz ve havalandırma sistemi gibi faktörlerdir. Bu tür risklerin yönetmelik ve mevzuatlar kapsamında düzenlenen kurallar ile yönetimlerin aldığı kararlar doğrultusunda en düşük seviyeye getirilebilmesi mümkün olmaktadır. Fiziksel riskler sebebiyle ortaya çıkabilecek olası sağlık problemleri içerisinde bel veya boyun fitiği, iskelet ve kas problemleri, iş kazaları,

kırıklar, yanıklar, görme bozuklukları, solunum problemleri, delici veya kesici cisim yaralanmaları gibi sorunlar yer almaktadır (Özkan, 2005: 36).

Hastanelerde ve diğer sağlık kurumlarında elektrik düzeneklerinde sorunların olduğu ve bu sorunların yangın tehlikesi ortaya çıkardığı ifade edilmektedir. Bu açıdan elektrik düzeneklerinin düzenli olarak kontrol edilmesi, priz kapak deliklerinin kapalı olması, yalnızca gerekli durumlarda uzatma kablolarının kullanılması, elektrikli araç gereçler üzerinde gerekli talimatların olması gerektiği söylenmektedir (Özkan, 2005: 36).

Hastanelerde ses seviyesi çok yüksek olmamasına rağmen sağlık çalışanlarını ve hastaları olumsuz etkileyebilecek seviyede olabilmektedir. Hastanelerde yer alan teçhizatlar ile tıbbi cihazların sesleri dışında hasta ve hasta yakınlarının sesleri, telefon sesleri gibi sesler hastanelerdeki gürültüyü ifade etmektedir. Yapısal açıdan gürültünün insanın ruh hali üzerinde pek çok negatif etkiye sahip olduğu açıktır. Hastanede gürültünün sebep olduğu negatif etkilerin azaltılması açısından sessiz veya ses seviyesi yüksek olmayan cihazların kullanılması, sağlık çalışanlarının ve hastaların sessizlik kültürüne bağlı kalması yerinde olacaktır (Dikmen ve Sancak, 2019:3).

Hastanedeki sağlık çalışanlarını negatif yönde etkileyen bir diğer fiziksel risk, radyasyon, ultraviyole ve röntgen ışınlarıdır. Sağlık çalışanlarının bu risklerden korunabilmesi koruyucu giysi ve kıyafetlerinin olması gerekmektedir. Bununla birlikte hastanede yatan hastaların taburcu olmalarından sonra hastaların odalarının dezenfekte edilmesi gerekmektedir. Bunun sebebi iste odalarda hastalardan sonra enfeksiyon ile ultraviyole ve radyasyon ışınlarının kalmış olma olasılığıdır. Sağlığın korunması için bunların ortadan kaldırılması yerinde olacaktır (Tanrıverdi, 2010: 54).

Radyasyon, röntgen ve ultraviyole ışınları katarakt, kanser, konjoktivit, dermatoz gibi sağlık problemlerine neden olabilmektedir. Radyasyonun hastaları ve sağlık çalışanlarını negatif etkilediği bilinen bir gerçektir. Bu açıdan radyasyondan korunabilmesi için, radyasyon yayan öge ile birey arasındaki mesafenin artırılması, radyasyon kaynağı ile geçirilen sürenin azaltılması gibi önlemlere başvurulabilecektir (Bozbıyık ve Özdemir, 2002: 74). Radyoloji bölümünde çalışan sağlık çalışanlarının ise kurşun önlük giymeleri, bu sağlık çalışanlarının korunabilmesi açısından önemli olacaktır. Sağlık çalışanlarının maruz kalabildikleri bir diğer fiziksel risk, delici ve kesici cisim yaralanmalarıdır. Bu tür

yaralanmalardan korunabilmek için kesici ve delici cisimlerin ayrı kutularda saklanması ve artıklarının atık kutularında toplanması gerekmektedir.

3.4.2. Kimyasal Riskler

Hastanelerde, hastalar ve sağlık çalışanları kimyasal maddelerle çok iç içe olmak durumunda kalmaktadır. Kimyasal maddeler tedavi süreçlerinde yarar sağladıkları kadar, sağlığa da zararlı olmaktadır. Sağlık çalışanları işleri gereği her an kimyasal maddelerle etkileşim içerisinde olmaktadır. Bu durum sağlık çalışanlarının kimyasal maddelerden zarar görme ihtimallerini artırmaktadır. Sağlık çalışanlarının hastaneler genel olarak karşılaştıkları kimyasal tehlikeler arasında; antiseptikler, kimyasal dezenfektanlar, etilen oksit, sterilizasyon işlemi esnasında yararlanılan sıvılar, etil alkol ve benzerleri, iyotlu bileşikler, kematerapötik ajanlar, sitostatik ilaçlar, anestezi gazları, solüsyonlar ve ilaçlar gibi öğeler bulunmaktadır (Şahin, 2014: 45). Kimyasallar farklı faktörlerle bir araya gelerek de zararlı hale gelebilmektedirler. Kimyasalın zararlı olabilme ihtimalini, maruz kalma biçimi, süresi, kimyasal maddenin miktarı ve kimyasal maddenin özellikleri belirlemektedir. Bununla birlikte kimyasallar, temas dışında tozlar ve buhar aracılığıyla da bedene tesir edebilmektedir.

Sağlık çalışanlarının kimyasal maddelere maruz kalmaları neticesinde akut ve kronik hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Kimyasal maddelere maruz kalınması neticesinde bireylerde; egzama, astım, baş ağrısı, karaciğer ve akciğer hastalıkları, kısırlık, anomali, üreme sistemi enfeksiyonları, kanser, böbrek hastalıkları, görme bozuklukları, kalp hastalıkları, ölüm doğum ve erken doğum gibi sağlık sorunlarının ortaya çıkabildiği ifade edilmektedir. Kimyasal maddelerinin sebep olduğu problemlerden korunabilmek için, sağlık çalışanlarının kimyasal maddelerle ilgili eğitilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte hastanelerde; kullanım talimatlarının asılması, kimyasal listelerinin hazırlanması, çalışma ortamına bağlı olarak uygun havalandırmanın yapılması, kimyasal maddelerin olması gerektiği biçimde toplanması ile birlikte imha edilmesi ve tedavi süreçlerinin uygun şartlarda sürdürülmesi ile diğer hastaların ve sağlık çalışanlarının zarar görmelerinin engellenmesi kimyasal maddelerin sebep olduğu risklerden korunmak için önemli olacaktır (Emiroğlu, 2015:19).

3.4.3. Biyolojik Riskler

Biyolojik riskler içerisinde, enfeksiyona neden olan mikroorganizmalar, virüsler, bakteriler, kan ürünleri gibi ögeler yer almaktadır. Teşhis ve tedavi süreçlerinde biyolojik risklerin diğer hastalara veya sağlık çalışanına bulaşmaları mümkün olmaktadır. Sterilizasyonu yapılmamış tıbbi aletler ve malzemeler biyolojik risklerin bulaşma riskini artırmaktadır. Biyolojik risklerin deri yolu, kan yolu, hava ve solunum yolu, delici veya kesici alet yararlanmalarıyla bulaşabilme olasılıkları bulunmaktadır. Bulaşma tipine bağlı olarak; tüberküloz, kızamık, difteri, kızamıkçık, influenza, hepatit, meningokok, AIDS, difteri gibi hastalıklar bulaşma ihtimali en fazla olan biyolojik risklerdir (Aslan ve Öntürk, 2011:135-136).

Biyolojik risklerin bulaşmalarına sebep olan uygulamaların şu şekilde ifade edilmeleri mümkündür (Olçay, 2017:9):

- Atık maddelerin düzenlemelere uygun bir biçimde toplanmaması ve taşınmaması,
- Sağlık çalışanlarının koruyucu önlemleri uygulamamaları,
- Atık kaplarının olması gereken büyüklükte, sayıda olmamaları,
- Atık kaplarının su geçirgenlik özelliğinin olmaması,
- Atık kaplarında mühürlü sistemin var olmaması.

Biyolojik risklerden korunabilmek için olması gereken şartlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Şahin, 2014: 46-47):

- Merdiven, atölye, koridor gibi alanlar ile döküntü ve çöplük gibi alanların temiz tutulması,
- Çöpler ve atık malzemelerin yönetmeliklere uygun bir şekilde toplanması,
- Döşeme, duvar ve tuvaletlerin kolay bir biçimde temizlenebilecek malzemeler ile kaplanmış olmaları,
- Kirlerin veya tozların suyla ya da emici süpürgelerle temizlenip, kimyasal maddelerle etkisiz hale getirilmesi,
- Çöp kutularının kolayca temizlenebilir olması ve bu kutuların sızıntı yapmaması ve temiz tutulmaları,
- Tüm sağlık çalışanlarının duş alabilme imkanının olması,

- Sağlık çalışanlarının koruyucu giysilerinin olması ve bu giysileri ayrı olarak asabilecekleri dolapların olduğu soyunma odalarının olması,
- Sağlık çalışanlarına olması gereken miktarlarda sağlıklı içme suyunun temin edilmesi ve bu suların belli aralıklarda kontrol edilmesi.

3.4.4. Ergonomik Riskler

Sağlık çalışanların çalışma şartlarının geliştirilmesi ve iş kalitesinin artırılabilmesi için mevcut iş koşullarının iş performansını ve verimliliği geliştirecek yönden dizayn edilmesi önemlidir. Ergonomik yapıyı meydana getiren tüm etmenlerle yararlanılan her tip araç ve gerecin beraber değerlendirilmesi yerinde olacaktır. Ergonominin, çalışan kişileri makine, iş gerekleri ile çalışma metotları arasındaki karmaşık ilişkiyi ortaya koymaya yönelik değerlendiren çalışma alanı olarak ifade edilmesi mümkündür. Ergonomiyle birlikte çalışanlar, iş koşullarında ortaya çıkan yeniliklerde gelişim gösterirler. Çalışanlar, piyasa şartlarında kullanılmaya başlayan en yeni cihazları kullanma fırsatı elde etmektedir. Bununla birlikte çalışanlar tarafından yeni metotlar ergonomi sayesinde öğrenilmekte ve bu yöntemlerin işte kullanma imkanı doğmaktadır (Cardoen, 2009: 924).

Ergonomi teknolojinin gelişimine ayak uydurulmasını sağlamaktadır. Teknolojik gelişmelerin hızlı yaşandığı alanlardan birinin sağlık sektörü olduğu düşünüldüğünde, her geçen gün yeni tıbbi cihazların, farklı tedavi ve operasyon yöntemlerinin ortaya çıkması olağan olmaktadır. Ergonomik sistem yapısal açıdan teknoloji-sistem-insan üçlüsüne bağlıdır. Bu sistemin sürdürülebilmesi için söz konusu faktörlerin birbirleriyle uyumlu olması gerekmektedir. Yapılan işlerin kapsamı, iş ortamı, çalışma şartları ve sürdürülmekte olan çalışma sistemi çalışanlar üzerinde büyük gerginliklere ve streslere neden olabilmektedir. Söz konusu bu stresler akılcı düzeylerde tutulduğunda, çalışma performansının doyum sağlaması mümkün olacak ve çalışan sağlığına zarar vermeyecektir. Ancak stresin çok yoğun olması halinde ise travma, hata, kaza ve fiziksel ile ruhsal sağlığın bozulması durumları ortaya çıkması kaçınılmaz olmaktadır (Güler, 2004: 17). Ergonomi sağlık çalışanlarının sağlıkları, fiziksel yapılarını, postürleri, ağırlık kaldırmaları, kas ve iskelet sistemleri, uzun zaman ayakta kalmaları, kan dolaşım sistemleri ve yaptıkları çekme ile itme hareketleriyle direkt olarak ilgilidir (Alp vd., 2012:221).

Ergonominin var olan makineler, aletler, ışık durumu, ortamdaki sıcaklık, çalışma ortamı dizaynı, soğutma-ısıtma, aydınlatma, gürültü gibi tüm fiziksel öğelerle doğrudan etkileşimi bulunmaktadır. Söz konusu öğelere bağlı olarak açığa çıkan riskler ise ergonomik riskler kapsamında ele alınmaktadır. Sağlık çalışanları, hasta bireylere yardımcı olmaları sebebiyle hastalara yatış pozisyonu verilmesi, hastaların kaldırılması, nakil edilmesi benzeri işler sebebiyle çeşitli fiziksel sorunlarla karşılaşabilmeleriyle birlikte uzun süreler ayakta kalmak durumunda kalmaktadırlar. Bu durumlar ergonomik risklerin ortaya çıkarak sağlık çalışanlarının sağlık problemleriyle yüzleşmelerine neden olmaktadır. Özellikle sağlık çalışanlarında kas ve iskelet sistemin bozuklukları, bel ile sırt ağrıları, eklem sorunları, incinme, bacaklarda uyuşma gibi sağlık sorunlarına sık sık rastlanılmaktadır (Kanber vd., 2010:115).

3.4.5. Psiko-Sosyal Riskler

Sağlık çalışanların çalışma yaşamında karşı karşıya kaldığı sorunlar, onların hayata olan bakışlarını ve sosyal ilişkilerini negatif yönde etkileyebilmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının ev hayatlarına, arkadaşlarıyla olan ilişkilerine yansıtılabilmekte ve ruhsal durumlarını kötü etkileyebilmektedir. Bunun gibi birçok faktör bir araya gelerek kaygı, stres, alkol ve sigara bağımlılığı, tükenmişlik hissi, öz güvensizlik hissi, kendini ihmal etme, depresyon, duygulanım bozuklukları, ruhsal bunalım gibi ruhsal problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Gelişmekte ülkelerde sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet eylemleri sağlık çalışanlarının ruhsal sağlıklarını bozan bir diğer etmen olmaktadır. Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemlerinin, sağlık çalışanlarının işten ayrılmaya yönelttiği bulunmuştur (Algül, 2013: 125). Sağlık çalışanların çalışma koşulları ve iş yeri ortamına bağlı olarak yaşadıkları negatiflikler yalnızca iş koşulları içerisinde kalmayıp aile ortamı, arkadaş çevresi, sosyal hayatta da kendini göstermektedir.

3.5. İş Kazalarına Karşı Alınması Gereken Önlemler

Kurumların alacakları önlemlerle iş kazalarının büyük bölümünün oluşmadan ortadan kaldırılması mümkün olabilmektedir. İş kazalarının önlenmesine yönelik tedbirleri farklı öğeler kapsamında kategorize etmek yerinde olacaktır. Bu kategorilere Şekil 1’de yer verilmiştir.



Şekil 1: İş Kazasını Önlemeye Yönelik Önlem Türleri

Kaynak: Sabuncuoğlu, 2000: 274-275.

İşyerinde güvencesiz iş şartlarıyla ilgili olarak önlem alınabilmesi açısından başta İş Sağlığı ve İş Güvenliği Kuralları'nın yazılı form haline getirilmesi gerekmektedir. Bunun dışında koruyucu giysi ve cihazların çalışanlara verilmesi, uygun aydınlatma, havalandırma ve ısı düzeyinin ayarlanması, zeminin kaygan olmaması, aşırı gürültü oluşumuna engel olunması, ergonomiyi sağlayacak teçhizatın kullanılması gibi önlemlerin alınması gerekmektedir (Sabuncuoğlu, 2000: 274-275).

İşyerinde güvencesiz davranışlarla ilgili önlemler, genel itibariyle işyeri doktorunun değerlendirerek önlem alacağı davranışları ifade etmektedir. Çalışanlara sağlık eğitiminin verilmesi, çalışanların ruhsal ve sosyal sorunlarıyla ilgilenilmesi, çalışanların iş tatmini sağlamalarına olanak verecek imkanların sağlanması güvencesiz davranışların oluşmasının engellenmesi açısından önemli olacaktır. Bunun dışında hipertansiyon, kalp hastalıkları, epilepsi ve diyabet gibi hastalıkları olan kişilerin koşullarına uygun işlerde çalıştırılmaları iş kazalarının oluşmasının engellenmesi açısından önemlidir. Hamilelerin, sürekli ilaç kullanmak durumunda olan kişilerin de iş kazaları açısından değerlendirilmeleri yerinde olacaktır (Sabuncuoğlu, 2000: 274-275).

Sağlık çalışanlarının iş kazaları geçirmelerinde çalışma ortamındaki bazı etmenler önemli bir etkiye sahiptir. Sağlık hizmetleri kesintisiz olarak devam ettiği için birden çok

vardiyası bulunmaktadır ve bu her vardiyada iş kazalarına sebep olabilecek etkenler vardır. Örneğin gece vardiyalarında sağlık çalışanlarının iş kazalarından korunabilmeleri için gerekli aydınlatılmaların yeterli düzeyde yapılması, gündüz vardiyalarında ise çok yoğun ve kalabalık olacağı bilinerek, sağlık çalışanlarına gerekli geniş ortamların sağlanması ve kurum içinde oluşan gürültüleri optimize edecek ses yalıtım sistemlerinin kullanılması iş kazalarının azaltılmasında önemli etken olmaktadır. Bunlarla birlikte sağlık çalışanlarına gerekli olan tüm koruyucu ekipmanların bulunması, iş kazalarının sonuçlarında oluşan zararı en aza düzeye indirmesinde önemli bir etkidir.

Sağlık kurumlarının idari bölümleri, kurumlarında meydana gelen iş kazalarından haberdar olmalı ve tüm tedbirlerini bu yönden almalıdır. Sağlıklı ve işleyen iş güvenliği politikalarının uygulanabilmesi için sağlık çalışanlarının iş kazalarını eksiksiz bir şekilde kuruma bildirmeleri, kurumun da daha etkili iş güvenliği politikaları oluşturmasında büyük öneme sahip bir etkidir.

3.6. Hastanelerde İş Kazaları

Hastanelerde birbirinden farklı nitelikte pek çok faktörün var olması, farklı tip iş kazalarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu bölüm kapsamında kesici alet yaralanmalarına bağlı iş kazalarına, çarpma düşme ve burkulmaya bağlı iş kazalarına ve şiddet maruz kalmaya bağlı iş kazalarına yer verilecektir.

3.6.1. Kesici Alet Yaralanmalarına Bağlı İş Kazaları

Sağlık çalışanları hastanelerde her an bisturi uçları, enjektörler, damar içi kateterler ve sütür iğneleri benzeri kesici ve delici araç ile gereçlerle iç içedirler. Bu araç ve gereçler kapsamında yaralanmalar “kesici-delici alet yaralanmaları” başlığı altında ele alınmakta ve bu başlık altında kayıtlara geçirilmektedir. Bu tip araç ve gereçlerin sağlık çalışanlarına batması veya bu tür araç gereçlerin sağlık çalışanlarını kesmesi bazı mikroorganizmaların sağlık çalışanlarına bulaşabilmesine sebep olabilmektedir Özellikle HPV, HIV gibi hastalıklar bu tür iş kazaları neticesinde sağlık çalışanlarına bulaşabilmektedir (Merih vd., 2009: 12).

Kesici aletler kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlarda temel etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapısal açıdan bu enfeksiyonlar sağlık çalışanları açısından hayati bir risk faktörüdür. HIV, Hepatit- B Hepatit- C kan yoluyla bulaşan en tehlikeli hastalıklar içerisinde yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının kesici araç ve gereçlerden korunabilmeleri korucu eşyalar kullanmaları, bu yaralanmalara yönelik olarak çalışanlara eğitimler verilmesi bu tip kazalardan korunmak açısından son derece önemlidir (Merih ve diğ., 2009: 12).

3.6.2. Çarpma, Düşme Ve Burkulmaya Bağlı İş Kazaları

Hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri kapsamında, fiziksel güç gerektiren faaliyetlerin (malzeme taşıma, hasta kaldırma-taşıma) bulunması söz konusu faaliyetleri sürdürürken iş kazalarına maruz kalabilme ihtimalini yükseltmektedir. Bu tip kazalar neticesinde kas ve iskelet sisteminde ağrı ve diğer sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir.

Sağlık çalışanların mesailerinin büyük bölümünün fiziksel faaliyetler kapsamında geçtiği düşünüldüğünde, sağlık çalışanlarının çarpma, düşme ve burkulmaya bağlı iş kazalarına bağlı olarak ortaya çıkan iş kazalarıyla yüzleşme ihtimallerinin ne kadar yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan sağlık çalışanlarının onlara destek sağlayacak araç ve

gereçlerden yararlanmaları, sağlık çalışanlarına düzgün kaldırma ve taşıma tekniklerinin gösterilmesi bu tip iş kazalarının önlenmesi açısından önemli olacaktır. Bununla birlikte yüksek basamak ve ıslak zemin gibi faktörlere de dikkat edilmesi bu tip kazaların önlenmesi açısından önemlidir (Merih ve diğ., 2009: 12).

3.6.3. Şiddete Maruz Kalmaya Bağlı İş Kazaları

Bireylerin kendilerinin veya yakınlarının, sağlıklarının bozulması halinde ruhsal durumlarında da bozulma ortaya çıkabilmektedir. Bu durum, bireylerin şiddete yönelmesine neden olabilmektedir. İş yerinde şiddet, çalışanların güvenlikleri ile üretim sürecini olumsuz yönde etkileyen veya iş çevresiyle ilgili problemler olarak ifade edilmektedir. Bu bağlamda çalışanların suiistimal edilmesi, güvenlik tehdidi, saldırıyı kapsayan kazalar şiddete maruz kalmaya bağlı iş kazaları olarak kabul edilmektedir. Diğer çalışanlara kıyasla sağlık çalışanları 16 kat fazla şiddete maruz kalmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak Finlandiya’da yapılan bir çalışmada en fazla şiddete maruz kalan çalışanların sırasıyla; hapisane gardiyanları, polis memurları, psikiyatri hemşireleri ve doktorlar olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte sağlık çalışanları kapsamında ise en fazla şiddete maruz kalan çalışanların ise acil servis çalışanları olduğu ifade edilmiştir (Yenal ve Ergör, 2013:34).

Sağlık sektöründe şiddete maruz kalma durumu psikososyal risk faktörleri arasında yer almaktadır. Sağlık çalışanları çeşitli nedenlerden kaynaklı olarak şiddete maruz kalabilmekte ve bu durum sağlık çalışanlarının fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Şiddete bağlı olarak sağlık personelinin verimliliği ve iş süreçlerindeki etkinliği olumsuz yönde etkilenmektedir (Kocabaş vd., 2018:29).

3.6.4. Kan veya başka vücut sıvısı ile temasa Bağlı Gelişen İş Kazaları

Sağlık çalışanları hizmet sunumu esnasında hastalarla doğrudan temas ve iletişim halindedirler. Sağlık hizmeti talebinde bulunan hastaların teşhisinde, tahliller en aktif rollerden birini oynamaktadır. Tahlillerin elde edilmesi için özellikle hastalardan alınması gerekli olan kan, idrar vb. maddeler işlem esnasında sağlık çalışanlarına temas edebilmekte ve bazı durumlarda bu sıvı maddelerde bulunan bazı virüs ve bakteriler sağlık çalışanlarına geçebilmekte ve sağlık çalışanlarında ciddi rahatsızlıklara sebebiyet verebilmektedir.

Sağlık alışanlarında kan veya vucut sıvıları ile temas genellikle sıyrık, kesik, yara nedeniyle sağlamlığı ve bütünlüğu bozulmuş deriden bulaşan etkenler ile gerçekleşmektedir. Bulaşan etkenler, damlacık ve damlacık çekirdeği olarak hastalar tarafından salınan solunum salgıları ve mukozaya sıçraması ve temas sonucu bulaşan etkenlerdir (Uçak A. 2009:21).

Sağlık alışanları kan veya vucut sıvıları ile temasları gerçekleştiği zaman; HIV, hepatit A (HAV), HBV, HCV, HDV, sitomegalovirus (CMV) gibi otuz civarında mikroorganizma bu yolla bulaşabilmektedir. Ayrıca sağlık hastalardan sağlık çalışanlarına birçok viral ve bakteriyel enfeksiyonların bulaşabileceğini göz önünde bulundurmak gerekir. Bunlar; influenza, şigella, tüberküloz, herpes virüs enfeksiyonları Neisseria meningitidis, salmonella, parvovirüs, SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), rubeola, mumps, rubella, herpes simpleks, , Adenovirüs, gibi viral ve bakteriyel hastalıklardır. Bu hastalıkların kan veya vucut sıvıları ile doğrudan temas veya solunum yolları ile bulaştıkları belirtilmektedir (Uçak A. 2009:21).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Deseni

Bu çalışma, sağlık kurumlarında görev yapan hizmet sunucularının hizmet sunum sürecinde içinde buldukları çalışma ortamları ile bu ortamlarda meydana gelen iş kazalarını bir kamu hastanesi çerçevesinde incelenmesine yönelik veri analizine dayanan tanımlayıcı bir araştırmadır.

4.2. Çalışmanın Önemi

Sağlık sektöründe çalışma ortamında, sağlık personelinin işini gerektiği gibi yapmasını engelleyebilecek iş ortamına ilişkin durumlar, iş kazalarını beraberinde getirebilmektedir (Sezgin, 2007: 1). Özellikle çalışanların iş yükünün artması, personel kaygıları vs gibi sağlık sektöründe çalışma ortamı durumları, iş kazalarının artmasına neden olmaktadır (ILO, 2009).

Ayrıca hastanelerdeki sağlık çalışanlarının çalışma şartlarından memnun olmaları ve kendilerini güvende hissetmeleri halinde gerek çalışanların tüm enerjilerini ve eforlarını sarf etmeleri gerekse de iş kazalarının minimize edilmesi mümkün olabilecektir. Bu ve benzeri nedenlerden dolayı sağlık çalışanlarının hizmet sunum ortamlarının mümkün olabilecek en güvenli hale getirilmesi, hem sağlık hizmeti talebinde bulunanlar hem de bu talebi karşılayanlar yani sağlık çalışanları açısından son derece önemlidir. Dolayısıyla sağlık sektöründe iş kazalarının önlenmesinde özellikle iş kazalarına yönelik kayıtların düzenli olarak tutulmasının yanı sıra ve bu alanda araştırmaların yapılması da önem kazanmaktadır (ILO, 2002). Bu bağlamda bu çalışma, sağlık çalışanlarının çalışma ortamları ile bu ortamlarda meydana gelen iş kazalarının bir kamu hastanesi çerçevesinde incelenmesinin bu konuda yapılan diğer çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışma ile iş kazası sayısının en aza indirilmesinde sağlık çalışanları açısından çalışma koşullarının iyileştirilmesinin önemli olduğunun vurgulanması, bu konuda öneriler geliştirilmesi ve böylece farkındalık yaratmaya katkı sağlaması düşünülmektedir.

4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yaz aylarında olması ve çalışanların büyük çoğunluğunun izin haklarını bu dönemde kullanmalarından dolayı toplamda 505 hekim ve hemşirenin olduğu kurumda

259 kişiye ulaşılabilmiş olması araştırmanın önemli bir kısıtıdır. Diğer bir kısıtımızda bulguların ilgili kurum için geçerli olup, elde edilen verilerin genellenememesidir.

4.4. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Muş Devlet Hastanesinde hekim ve hemşire olarak çalışan 505 kişi oluşturmaktadır. Örneklemi ise çalışmanın yukarıda belirtilen kısıtları nedeniyle ve sadece gönüllü olarak çalışmaya katılmak isteyenlerin oluşturduğu 259 hekim ve hemşiredir. Dolayısıyla örneklem hacmimiz 259 kişidir.

4.5. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplam aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anketimiz üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo- demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 8 ifade, ikinci bölümde iş kazalarıyla ilgili değerlendirmeleri içeren 8 ifade yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise Mary A. Blegen ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiş, Burcu Sezgin (2007) tarafından da geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak literatüre kazandırılan “Çalışma Ortamı Ölçeği” yer almaktadır.

4.6. Veri Toplama Tekniği

Veri toplama sürecinde pilot çalışma yapılmış, anlaşılmayan eksik ve sorunlu alanlar belirlenmeye çalışılmıştır. Pilot çalışma için 2 Temmuz 2018 ve 9 Temmuz 2018 tarihleri arasında anketler dağıtılmış ve 1 haftalık süreçte 101 adet anket toplanmıştır. Çalışma planlandığında hastanede çalışan tüm sağlık personeline uygulanması düşünülmüştür. Ancak yapılan pilot çalışmada elde edilen anketler incelendiğinde anketlerin 34 tanesi geçerli, 67 tanesi ise (eksik veri içerdiğinden) geçersiz sayılmıştır. Geçersiz anketler incelendiğinde neredeyse tamamının diğer sağlık personeline ait olduğu görülmüş ve bu geçersiz anketleri oluşturan grubun çalışmadan çıkartılması ve araştırmanın evreni olarak sadece doktor ve hemşirelerin alınması kararlaştırılmıştır.

Araştırma anketi 11 Temmuz ve 29 Ağustos tarihleri arasında (yaklaşık 7 haftalık süreçte) 505 (137 hekim, 368 hemşire) kişilik evrende kabul eden 340 kişiye dağıtılmış ve 259 geçerli anket toplanmıştır. Anketlerin geri dönüş oranı % 76'dır. Bu süreçte bireysel odaları olması gerekçesi ile bütün doktorlara tek tek gidilmiş ve anket dağıtımını sağlanmıştır. Hemşirelerde alınan veriler ise düzenli olarak hastanedeki birimlere anketler bırakılmış ve her hafta birimler gezilerek doldurulmuş olan anketler toplanmıştır. Veri

toplama süreci, toplamda 7 hafta sürmüştür. Bu süreçte toplam 272 anket toplanmış bunlar içinden 202 hemşire ve 57 doktor olmak üzere 259 adet geçerli anket elde edilmiştir.

4.7. Hipotezler

Bu araştırma kapsamında test edilmek üzere aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur

H₁: Katılımcıların sosyo- demografik özelliklerine göre çalışma ortamı alt boyutları (personel korkuları, kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve iş doyumunu) algı düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

H₁₋₁: Çalışma ortamı alt boyutları (personel korkuları, kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve iş doyumunu) algı düzeyleri cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterir.

H₁₋₂: Çalışma ortamı alt boyutları (personel korkuları, kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve iş doyumunu) algı düzeyleri yaşa göre anlamlı farklılık gösterir.

H₁₋₃: Çalışma ortamı alt boyutları (personel korkuları, kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve iş doyumunu) algı düzeyleri aylık çalışma saatlerine göre anlamlı farklılık gösterir.

H₁₋₄: Çalışma ortamı alt boyutları (personel korkuları, kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve iş doyumunu) algı düzeyleri gece çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterir.

H₁₋₅: Çalışma ortamı alt boyutları (personel korkuları, kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve iş doyumunu) algı düzeyleri mesleğe göre anlamlı farklılık gösterir.

H₁₋₆: Çalışma ortamı alt boyutları (personel korkuları, kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve iş doyumunu) algı düzeyleri çalışılan bölüme göre anlamlı farklılık gösterir.

H₁₋₇: Çalışma ortamı alt boyutları (personel korkuları, kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve iş doyumunu) algı düzeyleri meslekteki görev süresine göre anlamlı farklılık gösterir.

H1-8: Çalışma ortamı alt boyutları (personel korkuları, kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve iş doyumunu) algı düzeyleri hastanedeki görev süresine göre anlamlı farklılık gösterir.

H2: İş kazaları (kesici-delici-batıcı bir aletle yaralanma, kan veya başka vücut sıvısı ile temas, kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma, fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma, yaralanma ve kazaların gerçekleştiği mesai dilimi, yaralanma ve kazaların gerçekleştiği aşama, iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanlar mevcudiyet durumu, iş kazasını kuruma bildirme durumu) ile katılımcıların sosyo- demografik özellikleri arasında anlamlı ilişki vardır.

H3: Çalışma ortamı alt boyutlarına (personel korkuları, kurumun kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar, iş doyumuna) ilişkin algı düzeyleri, iş kazaları yaşama durumuna göre farklılık gösterir.

H3-1: Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri, iş kazalarından biri olan mesleki uygulama sırasında kesici-delici-batıcı bir aletle yaralanma durumuna göre farklılık gösterir.

H3-2: Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri, iş kazalarından biri olan mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas yaşama durumuna göre farklılık gösterir.

H3-3: Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri, iş kazalarından biri olan kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma durumuna göre farklılık gösterir.

H3-4: Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri, iş kazalarından biri olan fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma durumuna göre farklılık gösterir.

H3-5: Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri, iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanların mevcudiyet durumuna göre farklılık gösterir.

H3-6: Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri iş kazasını kuruma bildirme durumuna göre farklılık gösterir.

H₃₋₇: Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri, yaralanma ve kazaların en çok gerçekleştiği zaman aralığına göre farklılık gösterir.

H₃₋₈: Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri yaralanma ve kazaların en çok gerçekleştiği aşamaya göre farklılık gösterir.

4.8. Veri Analizi

Kullanılacak analizlerin belirlenmesinde verilerin normal dağılıp dağılmadığının belirlenmesi gerekir. “Sürekli tek bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılıp dağılmadığı betimsel, grafiksel ve istatistiksel yöntemlerle incelenebilmektedir” (Ghasemi ve Zahediasl, 2012; Abbott, 2011; Thode, 2002; Sharma, 1996 aktaran Demir vd, 2016: 133). Bu anlamda verilerin dağılımlarının, aritmetik ortalama, mod, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları gibi istatistikler üzerinden incelenmesi, betimsel yöntemler olarak belirtilmektedir (Abbott, 2011; Kirk, 2008).

Çalışmamızda bağımsız değişkenin süreksiz yani kategorik olması nedeniyle bağımsız değişkenin her bir kategorisinde ya da bağımsız değişken kategorilerinin her bir kombinasyonunda normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir (Demir vd, 2016: 133).

4.8.1. Normal Dağılım Analizleri

Verilerin dağılımlarının, aritmetik ortalama, mod, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları gibi istatistikler üzerinden incelenmesi, betimsel yöntemler olarak belirtilmektedir (Kirk, 2008). Bu kapsamda aritmetik ortalama, mod ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 1 sınırları içinde 0'a yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının kendi standart hatalarına bölünmesi ile hesaplanan çarpıklık ve basıklık indekslerinin ± 2 sınırları içinde 0'a yakın olması normal dağılımın varlığına kanıt olarak değerlendirilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013; McKillup, 2012; Wilcox, 2012b).

Verilerin (çalışılan bölüm, meslek grubu, aylık çalışma saati, meslekteki görev süreleri, kurumdaki çalışma süreleri, yaş ve cinsiyet grupları için) hangi dağılımdan geldiklerini belirlemek için; aritmetik ortalama, mod, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş olup, kapsamda aritmetik ortalama, mod ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde olduğundan verilerin dağılımının

tüm bağımsız değişken kategorileri için normallikten geldikleri belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar eklerde verilmektedir. (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Araştırma için parametrik mi yoksa parametrik olmayan analiz tekniklerinden hangisinin kullanılmasına karar verilmesinde bir diğer parametre olan Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılmaktadır. Örneklem hacmi 50'nin üzerinde olduğundan Kolmogorov-Smirnov analizi yapılmaktadır (Kirk, 2008).

Yapılan normal dağılım analizi sonucunda çalışma ortamı ölçeğinin normal dağılımı incelendiğinde katılımcı sayısı 50'nin üzerinde olduğundan kolmogorov-smirnov normallik analizi yapılmış olup, Tabachnick ve Fidell'e göre verilerin dağılımının normallikten uzaklaşıp uzaklaşmadığına karar verebilmek için, basıklık ve çarpıklığın ± 2 aralığında olması, aynı zamanda ortalama ve medyanın eşit veya yakın olması gerekliliği göz önüne alındığında verilerin dağılımının normal dağılımdan çok uzaklaşmadığı belirlenmiştir. Analiz sonuçları eklerde verilmiştir. Sonuç olarak analize parametrik testlerle devam edilmiştir.

4.8.2. Veri Analizinde Kullanılan Teknikler

Normal dağılım analizi sonucunda verilerin dağılımının normal dağılımdan geldiği belirlendiğinde parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Katılımcıların çalışma ortamı düzeylerinin 2'li gruplara göre farklılığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi, 2'den fazla gruplara göre farklılığını belirlemek için tek yönlü anova testi yapılmış olup, anova testi sonucu anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc testlerinden Scheffe testi yapılmıştır (Kalaycı vd. 2006). Değişkenler arasındaki ilişki düzeylerini belirlemek için pearson korelasyon kat sayısından yararlanılmış olup ölçek maddelerinin iç tutarlılık düzeylerini belirlemek için cronbach's alpha güvenilirlik katsayısına bakılmıştır (Özdamar 2002).

4.8.3. Çalışma Ortamı Ölçeğinin Güvenilirlik ve Korelasyon Analizleri

Çalışma ortamı ölçeği güvenilirlik ve korelasyon analizleri aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyut Algılarına Ait Güvenilirlik Analizleri

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Personel Korkuları	0,818	7
Kurum Kalite Yönetimi	0,789	8
Mesleki İlişkiler	0,783	4
Fiziksel Kaynaklar	0,649	3
İş Doyumu	0,766	6

Güvenilirlik katsayısı (Cronbach alfa) ≥ 0.9 Mükemmel, $0.7 \leq \alpha < 0.9$ İyi, $0.6 \leq \alpha < 0.7$ Kabul edilebilir, $0.5 \leq \alpha < 0.6$ Zayıf, $\alpha < 0.5$ Kabul edilemez olarak kabul edilmektedir (George D, & Mallery P. 2003: 2).

Katılımcıların; 7 maddeden oluşan personel korkularına ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, ölçeğe ait Cronbach's Alpha değerinin 0,818 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer ölçeğin güvenilirliğinin çok yüksek düzeyde olduğunu gösterir. 8 maddeden oluşan kurum kalite yöntemi algısına ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, ölçeğe ait Cronbach's Alpha değerinin 0,789 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer ölçeğin güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu gösterir. 4 maddeden oluşan mesleki ilişki algısına ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, ölçeğe ait Cronbach's Alpha değerinin 0,783 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer ölçeğin güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu gösterir. 3 maddeden oluşan fiziksel kaynaklar algısına ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, ölçeğe ait Cronbach's Alpha değerinin 0,649 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer ölçeğin güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu gösterir. 6 maddeden oluşan iş doyumu algısına ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, ölçeğe ait Cronbach's Alpha değerinin 0,766 olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer ölçeğin güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu gösterir.

Verilerin analizi için SPSS programı 24.0 sürümü kullanılmıştır. Araştırmaya katılanların dağılımlarını belirlemek için frekans ve yüzde analizleri yapılmış, Tanımlayıcı değerler olarak ortalama ve standart verilmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM: BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde geliştirilmiş olan ölçme araçlarından elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular ve yorumlar sunulmuştur.

5.1. Araştırma Kapsamındaki Katılımcıların Kişisel Özellikleri

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımlarının belirlenmesi için frekans analizi yapılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin analiz sonuçlarını tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 5

Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımları

Cinsiyet	Sayı	Yüzde(%)
Kadın	156	60,2
Erkek	103	39,8
Toplam	259	100,0
Yaş	Sayı	Yüzde(%)
30 yaşın altı	148	57,1
30 yaş veya üzeri	111	42,9
Toplam	259	100,0
Hastanedeki Görev Süresi	Sayı	Yüzde(%)
1 yıldan az	86	33,2
1-3 yıl	85	32,8
4-6 yıl	42	16,2
7-9 yıl	15	5,8
10 yıl ve üzeri	31	12,0
Toplam	259	100,0
Meslekteki Görev Süresi	Sayı	Yüzde(%)
1 yıldan az	53	20,5
1-3 yıl	58	22,4
4-6 yıl	45	17,4
7-9 yıl	43	16,6
10 yıl ve üzeri	60	23,1
Toplam	259	100,0
Gece Çalışma	Sayı	Yüzde(%)
Var	60	23,2
Yok	199	76,8
Toplam	259	100,0
Aylık Çalışma	Sayı	Yüzde(%)
160 saat	32	12,4
160 saatten fazla	227	87,6
Toplam	259	100,0
Meslek	Sayı	Yüzde(%)
Hemşire	202	78,0

Doktor	57	22,0
Toplam	259	100,0
Çalışılan Bölüm	Sayı	Yüzde(%)
Dâhili	59	22,8
Cerrahi	88	34
Temel Bilimler-Laboratuvar	112	43,2
Toplam	259	100,0

Tablo 14'teki bulgulara göre katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde, %60,2'sinin kadın, %39,8'inin erkek, yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde; %57,1'inin 30 yaş altı, %42,9'unun 30 yaş veya üzeri olduğu belirlenmiştir.

Hastanedeki görev sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; %33,2'sinin 1 yıldan az, %32,8'inin 1-3 yıl, %16,2'sinin 4-6 yıl, %5,8'inin 7-9 yıl, %23,2'sinin 10 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Meslekteki görev sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; %20,5'inin 1 yıldan az, %22,4'ünün 1-3 yıl, %17,4'ünün 4-6 yıl, %16,6'sının 7-9 yıl, %23,2'sinin 10 yıl ve üzeri, geçce çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %23,2'sinin var, %76,8'inin yok olduğu belirlenmiştir.

Aylık çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %12,4'ünün 160 saat, %87,6'sının 160 saatten fazla, mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde; %78,0'ının hemşire, %22,0'ının doktor olduğu belirlenmiştir. Bölümlerine göre dağılımları incelendiğinde; %22,8'inin dâhili, %34,0'ının cerrahi ve %43,2'sinin temel bilimler-laboratuvar olduğu belirlenmiştir.

5.2. İş Kazalarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların araştırma kapsamında mesleki uygulama sırasında iş kazalarının yaşanıp yaşanmadığını ve ne tür iş kazalarının yaşandığını belirlemek üzere yöneltilen sorulara verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Katılımcıların mesleki uygulama sırasında kesici-delici-batıcı bir aletle yaralanma olup olmadıklarını belirlemek üzere yöneltilmiş soruya verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 6

Katılımcıların Mesleki Uygulama Sırasında Kesici-Delici-Batıcı Bir Aletle Yaralanma Durumlarına Göre Dağılımları

Kesici-Delici-Batıcı Bir Aletle Yaralanma	Sayı	Yüzde(%)
Evet	153	59,1
Hayır	106	40,9
Toplam	259	100,0

Tablo 15'teki bulgulara göre katılımcıların %59,1'inin mesleki uygulama sırasında kesici-delici-batıcı bir aletle yaralandığı, %40,9'unun yaralanmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas olup olmadıklarını belirlemek üzere yöneltilmiş soruya verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 7

Katılımcıların Mesleki Uygulama Sırasında Kan veya Başka Vücut Sıvısı İle Temas Durumuna Göre Dağılımları

Kan Veya Başka Vücut Sıvısı İle Temas Etme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	210	81,1
Hayır	49	18,9
Toplam	259	100,0

Tablo 16'daki bulgulara göre katılımcıların %81,1'inin mesleki uygulama sırasında kan veya başka bir vücut sıvısı ile temas ettiği, %18,9'unun temas etmediği belirlenmiştir.

Katılımcıların işyerinde kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalıp kalmadıklarını belirlemek üzere yöneltilmiş soruya verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 8

Katılımcıların İşyerinde Kayma, Düşme, Çarpma Gibi Nedenlerden Dolayı Doku Travmasına Maruz Kalma Durumuna Göre Dağılımları

Kayma Düşme, Çarpma Gibi Nedenlerden Dolayı Doku Travmasına Maruz Kalma	Sayı	Yüzde(%)
Evet	55	21,2
Hayır	204	78,8
Toplam	259	100,0

Tablo 17'deki bulgulara göre katılımcıların %21,2'sinin iş yerinde kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kaldığı, %78,8'inin maruz kalmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların mesleki uygulama sırasında fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalıp kalmadıklarını belirlemek üzere yöneltilmiş soruya verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 9

Katılımcıların Fiziksel veya Sözlü Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre Dağılımları

Fiziksel veya Sözlü Şiddete Maruz Kalma	Sayı	Yüzde(%)
Evet	197	76,1
Hayır	62	23,9
Toplam	259	100,0

Tablo 18'deki bulgulara göre katılımcıların %76,1'inin fiziksel veya sözlü şiddete maruz kaldığı, %23,9'unun maruz kalmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların mesleki uygulama sırasında katılımcıların yaralanma ve kazaların en çok gerçekleştiği zaman dilimi belirlemek üzere yöneltilmiş soruya verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 10

Katılımcıların Yaralanma ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Zaman Dilimi Durumuna Göre Dağılımları

Yaralanma ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Süre Zarfı	Sayı	Yüzde(%)
08:00-16:00	159	61,4
16:00-00:00	70	27,0
00:00-08:00	30	11,6
Toplam	259	100,0

Tablo 19'deki bulgular sonucunda katılımcılara göre %61,4'ünün yaralanma ve kazaların en çok gerçekleştiği süre zarfı 08:00-16:00 arası, %27,0'ının 16:00-00:00 arası, %11,6'sının 00:00-08:00 arası olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların yaralanma ve kazaların en çok gerçekleştiği aşamayı belirlemek üzere yöneltilmiş soruya verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 11

Katılımcıların Yaralanma ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Aşama Durumuna Göre Dağılımları

Yaralanma ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Aşama	Sayı	Yüzde(%)
Tedavi hazırlık aşamasında	74	28,6
Hastaya müdahale sırasında	141	54,4
Tedavi sonrasında	11	4,2
Diğer	33	12,7
Toplam	259	100,0

Tablo 20'deki bulgular sonucunda katılımcılara göre %28,6'sının yaralanma ve kazaların en çok gerçekleştiği aşama tedavi hazırlama aşaması olduğu, %54,4'ünün hastaya müdahale sırasında olduğu, %4,2'sinin tedavi sonrasında, %12,7'sinin diğer olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların çalıştıkları birimde iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanların varlığını belirlemek üzere yöneltilmiş soruya verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 12

Katılımcıların Çalıştıkları Birimde İş Kazalarını Önleyebilecek Kişisel Koruyucu Ekipmanlar Olması Durumuna Göre Dağılımları

Çalıştıkları Birimde İş Kazalarını Önleyebilecek Kişisel Koruyucu Ekipmanlar Olması	Sayı	Yüzde(%)
Evet	173	66,8
Hayır	86	33,2
Toplam	259	100,0

Tablo 21'deki bulgulara göre katılımcıların %66,8'inin çalıştıkları birimde iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanlar olduğu, %33,2'sinde olmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların iş kazasını kuruma bildirip bildirmediğini belirlemek üzere yöneltilmiş soruya verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 13

Katılımcıların İş Kazasını Kuruma Bildirme Durumuna Göre Dağılımları

İş Kazasını Kuruma Bildirme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	112	43,2
Hayır	147	56,8

Toplam	259	100,0
--------	-----	-------

Tablo 22'deki bulgulara göre katılımcıların %43,2'sinin iş kazasını kuruma bildirdiği, %56,8'inin bildirmedeği belirlenmiştir.

5.3. Çalışma Ortamına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Bu başlık altında katılımcıların çalışma ortamı ölçeği genel algılarına bağlı; aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine göre analiz edilmiş, bulgular betimlenmiş ve yorumlanmıştır.

Katılımcıların çalışma ortamı algılarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerlerini belirlemek üzere yöneltilmiş soruya verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 14

Katılımcıların Çalışma Ortamı Algılarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Çalışma Ortamı		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	\bar{X}	s.s.
		f	%	f	%	f		
Sağlık personeli, ilaç uygulama hatasına bağlı olarak hastaya bir şey olursa suçlanabilirler.	f	13	15	32	121	78	3,91	1,051
	%	5,00	5,80	12,40	46,70	30,10		
Sağlık personeli ilaç uygulama hatası yaparlarsa, meslektaşlarının onların yetersiz olduklarını düşüneceklerine inanırlar.	f	15	50	54	106	34	3,36	1,110
	%	5,80	19,30	20,80	40,90	13,10		
Sağlık personeli, ilaç uygulama hatalarını rapor etmenin istenmeyen sonuçlarından çekinirler.	f	10	44	41	110	54	3,59	1,111
	%	3,90	17,00	15,80	42,50	20,80		
Hastalar olumsuz tutum geliştirebilirler.	f	6	13	27	146	67	3,98	0,880
	%	2,30	5,00	10,40	56,40	25,90		

Sağlık personeli hekimin tepkisini almaktan çekinirler.	f	14	56	36	116	37	3,41	1,135
	%	5,40	21,60	13,90	44,80	14,30		
Sağlık personeli ilaç uygulama hatası rapor edildiğinde, ceza almaktan çekinirler.	f	9	22	48	130	50	3,73	0,982
	%	3,50	8,50	18,50	50,20	19,30		
Sağlık personeli ilaç uygulama hatalarının medyaya yansımından çekinirler.	f	7	43	35	113	61	3,69	1,088
	%	2,70	16,60	13,50	43,60	23,60		
Personel Korkuları Genel Ortalama:3,66								
Sağlık personeli, üstleri en yüksek bakım kalitesini sağlamak için birlikte çalışırlar	f	15	26	51	103	64	3,68	1,125
	%	5,80	10,00	19,70	39,80	24,70		
Olay (kaza) raporu verileri çoğunlukla, hasta bakımıyla ilgili problemleri belirlemede kullanılır.	f	10	38	76	98	37	3,44	1,030
	%	3,90	14,70	29,30	37,80	14,30		
Olay (kaza) raporu verilerinin esas kullanım amacı, hemşirelerin yetersiz fonksiyonlarını belirlemektir.	f	56	89	50	44	20	2,55	1,220
	%	21,60	34,40	19,30	17,00	7,70		
Birimimizdeki hasta bakımını geliştirmek için kalite geliştirme süreçleri (TKY ve SKİ) kullanılır.	f	21	28	62	111	37	3,44	1,114
	%	8,10	10,80	23,90	42,90	14,30		
Hastane, olay (kaza) raporu verilerini, hasta güvenlik sistemlerini geliştirmek için kullanır.	f	15	32	59	123	30	3,47	1,039
	%	5,80	12,40	22,80	47,50	11,60		
İstenmeyen olaylara ilişkin bilgiler (ilaç uygulama hataları, hasta düşmeleri, yatak yaraları vb.) hemşirelerle düzenli olarak paylaşılır.	f	11	48	58	108	34	3,41	1,065
	%	4,20	18,50	22,40	41,70	13,10		
Birimimizdeki yönetici ve sorumlular hasta güvenliğini öncelikli düşünürler.	f	8	33	47	117	54	3,68	1,039
	%	3,10	12,70	18,10	45,20	20,80		
	f	11	31	60	117	40	3,56	1,027

Birimimdeki Sağlık personeli hasta olaylarının raporlandırılması için desteklenirler.	%	4,2	12,0	23,2	45,2	15,4		
Kurum Kalite Yönetimi Genel Ortalama:3,40								
Birimimdeki Sağlık personelinin rahatça yardım isterim.	f	6	19	26	136	72	3,96	0,939
	%	2,30	7,30	10,00	52,50	27,80		
Birimimizdeki Sağlık personeli, hasta bakımında birbirlerine yardım ederler.	f	7	9	34	132	77	4,02	0,902
	%	2,70	3,50	13,10	51,00	29,70		
Bu birimde hasta bakımı problemleri ile ilgili düşüncelerimi meslektaşlarımla ve sorumlularıyla açıkça tartışabilirim.	f	7	26	36	129	61	3,81	0,994
	%	2,70	10,00	13,90	49,80	23,60		
Birlikte çalıştığım insanlara büyük bir güven duyarım.	f	7	32	62	103	55	3,64	1,033
	%	2,70	12,40	23,90	39,80	21,20		
Mesleki İlişkiler Genel Ortalama:3,85								
Birimim hastalara en iyi bakımı vermek için ihtiyacım olan araç-gerçeğe sahiptir	f	15	49	69	93	33	3,31	1,095
	%	5,80	18,90	26,60	35,90	12,70		
Bu birimde güvenli hasta bakımı için yeterli alana sahibim.	f	15	44	72	96	32	3,33	1,077
	%	5,80	17,00	27,80	37,10	12,40		
Mevcut imkânlar hastalarımın en iyi bakımı vermemi engeller.	f	20	62	79	76	22	3,07	1,087
	%	7,70	23,90	30,50	29,30	8,50		
Fiziksel Kaynaklar Genel Ortalama:3,23								
Her iş günü hiç bitmeyecek gibi görünür.	f	24	48	73	66	48	3,25	1,222
	%	9,30	18,50	28,20	25,50	18,50		
İşimde çoğu çalışma arkadaşımın daha mutlu olduğumu düşünürüm.	f	17	41	91	75	35	3,27	1,087
	%	6,60	15,80	35,10	29,00	13,50		
İşimden gerçekten hoşlanıyorum.	f	18	29	76	93	43	3,44	1,106

	%	6,90	11,20	29,30	35,90	16,60		
Bu işi yapmaya başladığımdan beri hayal kırıklığına uğruyorum.	f	24	65	76	60	34	3,06	1,175
	%	9,30	25,10	29,30	23,20	13,10		
Çoğu zaman işe gitmek için kendimi zorlarım.	f	18	78	68	50	45	3,10	1,209
	%	6,90	30,10	26,30	19,30	17,40		
Şu ana kadar işimden memnunum.	f	14	27	77	100	41	3,49	1,051
	%	5,40	10,40	29,70	38,60	15,80		
İş Doyumu Genel Ortalama:3,26								
Genel Ortalama:3,48								

* 0,00-2,33 arası düşük; 2,34-3,66 arası orta ve 3,67-5,00 arası yüksek düzeyde katılım anlamına gelmektedir.

Tablo 23’ de yer çalışma ortamına ilişkin genel algıları genel ortalaması orta düzeyde olduğu belirlenmiştir ($\bar{X} = 3,48$).

Çalışma ortamının alt boyutlarından biri olan *personel korkularına* ilişkin algı düzeyinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir ($\bar{X} = 3,66$). Bu boyutta en yüksek katılım düzeyine sahip ifade ‘‘Hastalar olumsuz tutum geliştirebilirler’’ ($\bar{X} = 3,98$) ifadesi iken ‘‘Sağlık personeli ilaç uygulama hatası yaparlarsa, meslektaşlarının onların yetersiz olduklarını düşüneceklerine inanırlar’’ ($\bar{X} = 3,36$) ifadesi en düşük katılım düzeyine sahiptir.

Kurum ve kalite yönetimi algı düzeyinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir ($\bar{X} = 3,40$). Bu boyutta en yüksek katılım düzeyine sahip ifade ‘‘Sağlık personeli, üstleri en yüksek bakım kalitesini sağlamak için birlikte çalışırlar’’ ($\bar{X} = 3,68$) iken en düşük katılım düzeyine sahip ifade, ‘‘Olay (kaza) raporu verilerinin esas kullanım amacı, hemşirelerin yetersiz fonksiyonlarını belirlemektir’’ ($\bar{X} = 2,55$) ifadesidir.

Mesleki ilişkiler algı düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. ($\bar{X} = 3,85$). Bu boyutta en yüksek katılım düzeyine sahip ifade ‘‘Birimimizdeki Sağlık personeli, hasta bakımında birbirlerine yardım ederler’’ ($\bar{X} = 4,02$) ifadesi, en yüksek algıya sahipken, ‘‘Birlikte çalıştığım insanlara büyük bir güven duyarım’’ ($\bar{X} = 3,64$) ifadesi en düşük katılım düzeyine sahiptir.

Fiziksel kaynaklar alt boyutuna ilişkin algı düzeyinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir ($\bar{X} = 3,23$). Bu boyutta en yüksek katılım düzeyine sahip ifade ‘‘Bu birimde güvenli hasta bakımı için yeterli alana sahibim’’ ($\bar{X} = 3,33$) en düşük katılım düzeyine sahip ifadenin,

“Mevcut imkânlar hastalarımın en iyi bakımı vermemi engeller” ($\bar{X} = 3,07$) ifadesi olduğu belirlenmiştir.

İş doyumunu alt boyutuna ilişkin algı düzeyinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir ($\bar{X} = 3,26$). İş doyumuna ilişkin ifadelerle katılım düzeyleri incelendiğinde, “Şu ana kadar işimden memnunum” ($\bar{X} = 3,49$) ifadesinin en yüksek katılım düzeyine sahipken, “Bu işi yapmaya başladığımdan beri hayal kırıklığına uğruyorum” ($\bar{X} = 3,06$) ifadesi en düşük katılım düzeyine sahiptir.

Çalışma ortamının iş doyumunu üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla çalışma ortamı alt boyutlarından *iş doyumunu* alt boyutu ile *personel korkuları*, *kurum ve kalite yönetimi*, *mesleki ilişkiler* ve *fiziksel kaynaklar* alt boyutlar arasında korelasyon analiz yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 15
Çalışma Ortamının İş Doyumunu Üzerindeki Etkisine Ait Doğrusal Regresyon
Analiz Sonuçları

Değişkenler	β	Std. Hata	t	p	F	F anlamlılık
Sabit	1,573	0,411	3,829	0,000**	10,086	0,002**
Çalışma Ortamı	0,381	0,120	3,176	0,002**		

**p<0.01,

R²=0,034, Durbin Watson= 1,983

Bağımsız Değişken: Çalışma Ortamı

Bağımlı Değişken: İş Doyumu

Regresyon analizi varsayımları incelendiğinde yordayıcı (bağımsız değişken) değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlı ($F_{(1,257)}=10,086$ $p=0,002$ $p<0.01$) olduğu belirlenirken, durbin Watson değerinin 2'ye yakın olması oto korelasyonun olmadığına işarettir.

Çalışma ortamı ($t= 3,176$; $p=0,002$; $p<0.01$) iş doyumunu üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Çalışma ortamının iş doyumununun 0,034'ünü açıkladığı belirlenmiştir ($R^2=0,034$). Katılımcıların iş doyumunu düzeylerinin %3,4'ünün genel duygusal emek ile açıklanırken %96,6'sını modele dahil edilmeyen değişkenler tarafından açıklandığı belirlenmiştir.

Regresyon analizi sonucuna ait regresyon eşitliği aşağıda verilmiştir.

İş Doyumu= 1,573+0,381*Çalışma Ortamı

Regresyon eşitliği incelendiğinde, çalışma ortamında bir birimlik artışın iş doyumu düzeyinde 0,381’lik bir artışa neden olacağı belirlenmiştir.

5.5. Katılımcıların Çalışma Ortamına İlişkin Algılarının Demografik Özelliklere göre Karşılaştırılması

Bu başlık altında katılımcıların çalışma ortamı algılarının demografik özelliklere göre karşılaştırılması aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 16

Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Katılımcıların Algı Düzeylerinin Cinsiyete Göre Fark Analizi Bulguları

	Cinsiyet	n	\bar{X}	ss	t	p
Personel Korkuları	Kadın	156	3,68	0,71	0,303	0,763
	Erkek	103	3,65	0,77		
Kurum Kalite Yönetimi	Kadın	156	3,48	0,65	2,193	0,029*
	Erkek	103	3,29	0,73		
Mesleki İlişkiler	Kadın	156	3,86	0,72	-	0,932
	Erkek	103	3,86	0,80		
Fiziksel Kaynaklar	Kadın	156	3,19	0,82	0,934	0,954
	Erkek	103	3,19	0,85		
İş Doyumu	Kadın	156	2,85	0,78	0,704	0,679
	Erkek	103	2,89	0,77		

*P<0.05

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (t=-2,193, p<0,05). Kadınların ($\bar{X} = 3,48$) kurumsal kalite algıları, erkeklere ($\bar{X} = 3,29$) göre daha fazladır. Diğer alt boyutlardaki katılımcı algı düzeyleri cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Dolayısıyla “Çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterir” hipotezimiz kurum kalite yönetimi alt boyutu bakımından kabul

edilmiş, personel korkuları, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve iş doyumu alt boyutları açısından reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t testi bulguları aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 17

Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Katılımcıların Algı Düzeylerinin Yaşa Göre Fark Analizi Bulguları

	Yaş	n	\bar{X}	ss	t	p
Personel Korkuları	30 yaşın altında	148	3,55	0,73	-	0,002*
	30 yaş veya üzeri	111	3,83	0,69		
Kurum Kalite Yönetimi	30 yaşın altında	148	3,40	0,70	0,033	0,074
	30 yaş veya üzeri	111	3,40	0,68		
Mesleki İlişkiler	30 yaşın altında	148	3,88	0,77	0,563	0,574
	30 yaş veya üzeri	111	3,83	0,73		
Fiziksel Kaynaklar	30 yaşın altında	148	3,17	0,89	-	0,661
	30 yaş veya üzeri	111	3,22	0,76		
İş Doyumu	30 yaşın altında	148	2,92	0,76	1,252	0,212
	30 yaş veya üzeri	111	2,80	0,79		

**P<0.01

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda; sadece *personel korkuları* alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri yaşa göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (t=-3,207, p<0,01). Katılımcılardan 30 yaş veya üzeri ($\bar{X} = 3,83$) olanların personel korkularına ilişkin algı düzeyleri 30 yaşın altında ($\bar{X} = 3,55$) olanlara göre daha fazladır.

Dolayısıyla “*Çalışma ortamı alt boyutları algı düzeyleri yaşa göre anlamlı farklılık gösterir*” hipotezimiz personel korkuları alt boyutu bakımından kabul edilmiş, kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve iş doyumu alt boyutları açısından reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin aylık çalışma saatlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucu aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 18

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Aylık Çalışma Saatlerine Göre Fark Analizi Bulguları

	Aylık Çalışma Saati	n	\bar{X}	ss	t	p
Personel Korkuları	160 saat	32	3,60	0,64	-	0,514
	160 saatten fazla	227	3,68	0,74		
Kurum Kalite Yönetimi	160 saat	32	3,31	0,50	0,789	0,431
	160 saatten fazla	227	3,42	0,71		
Mesleki İlişkiler	160 saat	32	3,49	0,82	-	0,009*
	160 saatten fazla	227	3,91	0,73		
Fiziksel Kaynaklar	160 saat	32	3,11	0,89	-	0,606
	160 saatten fazla	227	3,20	0,83		
İş Doyumu	160 saat	32	2,88	0,72	0,393	0,924
	160 saatten fazla	227	2,87	0,79		

**P<0.01

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin aylık çalışma saatlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda; sadece *mesleki ilişkiler* alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri, aylık çalışma saatlerine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (t=-2,733, p<0,01). Aylık çalışma saati 160 saatten fazla ($\bar{X} = 3,91$) olanların mesleki ilişkilere ilişkin algı düzeyleri 160 saat ($\bar{X} = 3,49$) olanlara göre daha fazladır. Diğer çalışma ortamının alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri, aylık çalışma saatlerine göre, istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Dolayısıyla “*çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri aylık çalışma saatlerine göre anlamlı bir farklılık gösterir*” hipotezimiz mesleki ilişkiler alt boyutu bakımından kabul edilmiş, personel korkuları, kurum kalite yönetimi, fiziksel kaynaklar ve iş doyumu alt boyutları açısından reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin gece çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucu aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 19

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Gece Çalışma Durumuna Göre Fark Analizi Bulguları

	Gece Çalışma Durumu	n	\bar{X}	ss	t	p
Personel Korkuları	Yok	60	3,74	0,67	0,887	0,377
	Var	199	3,65	0,75		
Kurum Kalite Yönetimi	Yok	60	3,30	0,61	-1,400	0,164
	Var	199	3,43	0,71		
Mesleki İlişkiler	Yok	60	3,75	0,80	-1,226	0,223
	Var	199	3,89	0,74		
Fiziksel Kaynaklar	Yok	60	3,26	0,82	0,698	0,487
	Var	199	3,17	0,84		
İş Doyumu	Yok	60	2,77	0,72	-1,222	0,225
	Var	199	2,90	0,79		

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin gece çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda tüm boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Dolayısıyla “Çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri gece çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir” hipotezimiz tüm alt boyutlarda reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı algı düzeylerinin mesleğe göre farklılaşma durumuna ait bağımsız örneklem t-testi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 20

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Mesleğe Göre Fark Analizi Bulguları

	Meslek	n	\bar{X}	ss	t	p
Personel Korkuları	Hemşire	202	3,64	0,74	-1,084	0,281
	Doktor	57	3,76	0,71		
Kurum Kalite Yönetimi	Hemşire	202	3,44	0,68	1,479	0,143
	Doktor	57	3,28	0,71		
Mesleki İlişkiler	Hemşire	202	3,87	0,74	0,277	0,782
	Doktor	57	3,83	0,81		
Fiziksel Kaynaklar	Hemşire	202	3,21	0,83	0,819	0,415
	Doktor	57	3,11	0,83		
İş Doyumu	Hemşire	202	2,86	0,77	-0,412	0,682
	Doktor	57	2,91	0,79		

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin mesleğe göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda; çalışma ortamının alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri mesleğe göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Dolayısıyla “*çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri mesleğe göre anlamlı bir farklılık gösterir*” hipotezimiz tüm alt boyutlarda reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin çalışılan bölüme göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan anova analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 21

Katılımcıların Çalışma Ortamı Algı Düzeylerinin Çalışılan Bölüme Göre Fark Analizi Bulguları

Ölçekler	Çalışılan Bölüm	n	\bar{X}	ss	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Personel Korkuları	Dâhili	59	3,85	0,74	Gruplar arası	3,966	2	1,983	3,809	0,023*
	Cerrahi	88	3,71	0,62	Grup içi	133,300	256	0,521		
	Temel Bilimler-Laboratuvar	112	3,54	0,78	Toplam	137,266	258			
Kurum Kalite Yönetimi	Dâhili	59	3,54	0,64	Gruplar arası	3,216	2	1,608	3,452	0,033*
	Cerrahi	88	3,47	0,63	Grup içi	119,229	256	0,466		
	Temel Bilimler-Laboratuvar	112	3,28	0,74	Toplam	122,445	258			
Mesleki İlişkiler	Dâhili	59	3,84	0,67	Gruplar arası	1,482	2	0,741	1,308	0,272
	Cerrahi	88	3,96	0,75	Grup içi	144,999	256	0,566		
	Temel Bilimler-Laboratuvar	112	3,79	0,80	Toplam	146,481	258			
Fiziksel Kaynaklar	Dâhili	59	2,99	0,85	Gruplar arası	5,460	2	2,730	4,031	0,019*
	Cerrahi	88	3,38	0,71	Grup içi	173,365	256	0,677		
	Temel Bilimler-Laboratuvar	112	3,15	0,89	Toplam	178,825	258			
İş Doyumu	Dâhili	59	2,86	0,76	Gruplar arası	2,124	2	1,062	1,774	0,172
	Cerrahi	88	2,75	0,67	Grup içi	153,246	256	0,599		
	Temel Bilimler-Laboratuvar	112	2,96	0,85	Toplam	155,370	258			
	*P<0.05									
	1.Grup: Dâhili, 2.Grup: Cerrahi, 3.Grup: Temel Bilimler-Laboratuvar									

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin çalışılan bölüme göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan anova sonucunda; çalışma ortamı alt boyutlarından biri olan *personel korkularına* ilişkin algı düzeyi çalışılan bölüme göre, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [F(2-258)= 3,809, p<0.05, p=0.023].

Katılımcıların bu alt boyuttaki algı düzeylerine ilişkin farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla yapılan post hoc testlerinden Scheffe testi sonucunda, dâhili bölümlerde ($\bar{X}=3,85$) çalışanların *personel korkularına* ilişkin algıları temel bilimler (laboratuvar) bölümünde ($\bar{X}=3,54$) çalışanlara göre daha fazladır.

Kurum kalite yönetimi alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri çalışılan bölüme göre, istatistiksel olarak farklılık göstermektedir [F(2-258)= 3,452, p<0.05, p=0.033]. Katılımcıların kurum kalite yöntemi algı düzeylerine ilişkin farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla yapılan post hoc testlerinden Scheffe testi sonucunda dâhili bölümünde çalışanların ($\bar{X}=3,54$) kurum kalite yöntemi algıları, temel bilimler bölümünde çalışanlara ($\bar{X}=3,28$) göre daha fazladır.

Fiziksel kaynaklar alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri çalışılan bölüme göre, istatistiksel olarak farklılık göstermektedir [F(2-258)= 4,031, p<0.05, p=0.019]. Katılımcıların fiziksel kaynaklara yönelik algı düzeylerine ilişkin farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla yapılan post hoc testlerinden Scheffe testi sonucunda cerrahi bölümde çalışanların ($\bar{X}=3,38$) fiziksel kaynaklara yönelik algı düzeyi dâhili bölümlerde çalışanlara ($\bar{X}=2,99$) göre daha fazladır.

Dolayısıyla “*çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri çalışılan bölüme göre göre anlamlı bir farklılık gösterir*” hipotezimiz personel korkuları, kurum kalite yönetimi ve fiziksel kaynaklar alt boyutları bakımından kabul edilmiş, mesleki ilişkiler ve iş doyumunu alt boyutları açısından reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin meslekteki görev süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan anova analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 22

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Meslekteki Görev Süresine Göre Fark Analizi Bulguları

Ölçekler	Meslekteki Görev Süresi	n	\bar{X}	ss	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Personel Korkuları	1 yıldan az	53	3,44	0,67	Gruplar arası	7,292	4	1,823	3,563	0,008*
	1-3 yıl	58	3,54	0,84	Grup içi	129,974	254	0,512		
	4-6 yıl	45	3,69	0,75	Toplam	137,266	258			
	7-9 yıl	43	3,82	0,61						
	10 yıl ve üzeri	60	3,87	0,66						
Kurum Kalite Yönetimi	1 yıldan az	53	3,46	0,76	Gruplar arası	2,130	4	0,532	1,124	0,346
	1-3 yıl	58	3,44	0,74	Grup içi	120,315	254	0,474		
	4-6 yıl	45	3,36	0,60	Toplam	122,445	258			
	7-9 yıl	43	3,22	0,68						
	10 yıl ve üzeri	60	3,48	0,63						
Mesleki İlişkiler	1 yıldan az	53	4,02	0,70	Gruplar arası	2,544	4	0,636	1,122	0,346
	1-3 yıl	58	3,80	0,85	Grup içi	143,937	254	0,567		
	4-6 yıl	45	3,88	0,74	Toplam	146,481	258			
	7-9 yıl	43	3,72	0,72						
	10 yıl ve üzeri	60	3,85	0,74						
Fiziksel Kaynaklar	1 yıldan az	53	3,09	0,99	Gruplar arası	2,236	4	0,559	0,804	0,524
	1-3 yıl	58	3,11	0,75	Grup içi	176,59	254	0,695		
	4-6 yıl	45	3,31	0,80	Toplam	178,825	258			
	7-9 yıl	43	3,14	0,82						
	10 yıl ve üzeri	60	3,29	0,79						
İş Doyumu	1 yıldan az	53	2,93	0,92	Gruplar arası	4,365	4	1,091	1,836	0,122
	1-3 yıl	58	3,00	0,78	Grup içi	151,005	254	0,595		
	4-6 yıl	45	2,87	0,65	Toplam	155,370	258			
	7-9 yıl	43	2,94	0,69						
	10 yıl ve üzeri	60	2,64	0,77						
	*P<0.05									
1.Grup: 1 yıldan az, 2.Grup: 1-3 yıl, 3.Grup: 4-6 yıl, 4.Grup: 7-9 yıl, 5.Grup: 10 yıl ve üzeri										

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin meslekteki görev süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan anova analizi sonucunda; alt boyutlardan personel korkuları alt boyutuna ilişkin katılımcıların algı düzeyleri, meslekteki görev süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir [F(4-258)= 3,563, p<0.05, p=0.008].

Katılımcıların personel korkuları algı düzeylerine ilişkin farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla yapılan post hoc testlerinden Scheffe testi sonucunda meslekteki görev süresi 10 yıl ve üzeri ($\bar{X}=3,87$) olanların personel korkularına ilişkin algı düzeyleri 7-9 yıl ($\bar{X}=3,54$) ve 1 yıldan az ($\bar{X}=3,44$) olanlara göre daha fazladır. Ayrıca görev süresi 10 yıl ve üzeri ($\bar{X}=3,87$) olanlar, 1-3 yıl ($\bar{X}=3,54$) olanlara göre daha yüksek algı düzeyine sahiptir.

Dolayısıyla “*Çalışma ortamı alt boyutları algı düzeyleri meslekteki görev süresine göre anlamlı farklılık gösterir*” hipotezimiz personel korkuları alt boyutu bakımından kabul edilmiş, diğer alt boyutlar açısından reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin hastanedeki görev süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan anova analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 23

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Hastanedeki Görev Süresine Göre Fark Analizi Bulguları

Ölçekler	Hastanedeki Görev Süresi	n	\bar{X}	ss	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Personel Korkuları	1 yıldan az	86	3,61	0,66	Gruplar arası	4,326	4	1,081	2,066	0,086
	1-3 yıl	85	3,63	0,80	Grup içi	132,940	254	0,523		
	4-6 yıl	42	3,57	0,74	Toplam	137,266	258			
	7-9 yıl	15	3,80	0,82						
	10 yıl ve üzeri	31	4,00	0,59						
Kurum Kalite Yönetimi	1 yıldan az	86	3,44	0,70	Gruplar arası	3,803	4	0,951	2,036	0,090
	1-3 yıl	85	3,39	0,72	Grup içi	118,641	254	0,467		
	4-6 yıl	42	3,17	0,54	Toplam	122,445	258			
	7-9 yıl	15	3,47	0,85						
	10 yıl ve üzeri	31	3,61	0,63						
Mesleki İlişkiler	1 yıldan az	86	3,91	0,73	Gruplar arası	1,897	4	0,474	0,833	0,505
	1-3 yıl	85	3,81	0,82	Grup içi	144,585	254	0,569		
	4-6 yıl	42	3,78	0,83	Toplam	146,481	258			
	7-9 yıl	15	4,13	0,47						
	10 yıl ve üzeri	31	3,82	0,62						
Fiziksel Kaynaklar	1 yıldan az	86	3,21	0,93	Gruplar arası	3,409	4	0,852	1,234	0,297
	1-3 yıl	85	3,08	0,78	Grup içi	175,416	254	0,691		
	4-6 yıl	42	3,37	0,73	Toplam	178,825	258			
	7-9 yıl	15	3,00	0,86						
	10 yıl ve üzeri	31	3,30	0,80						
İş Doyumu	1 yıldan az	86	2,97	0,86	Gruplar arası	6,191	4	1,548	2,635	0,035*
	1-3 yıl	85	2,95	0,72	Grup içi	149,179	254	0,587		
	4-6 yıl	42	2,83	0,77	Toplam	155,370	258			
	7-9 yıl	15	2,80	0,74						
	10 yıl ve üzeri	31	2,48	0,60						
	*P<0.05									
1.Grup: 1 yıldan az, 2.Grup: 1-3 yıl, 3.Grup: 4-6 yıl, 4.Grup: 7-9 yıl, 5.Grup: 10 yıl ve üzeri										

*P<0.05

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin hastanedeki görev süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan anova sonucunda; iş doyumu alt boyut algıları hastanedeki görev süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir [F(4-258)= 2,635, p<0.05, p=0.035].

Katılımcıların iş doyumu algılarına ilişkin farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla yapılan post hoc testlerinden Scheffe testi sonucunda hastanedeki görev süresi 10 yıl ve üzeri ($\bar{X}=2,48$) olanların iş doyumu algıları 1 yıldan az ($\bar{X}=2,97$) ve 1-3 yıl ($\bar{X}=2,95$) olanlara göre daha azdır.

Dolayısıyla “Çalışma ortamı alt boyutları algı düzeyleri hastanedeki görev süresine göre anlamlı farklılık gösterir” hipotezimiz iş doyumu alt boyutu bakımından kabul edilmiş, diğer alt boyutlar açısından reddedilmiştir.

Yukarıdaki bulgulara göre H₁ “Katılımcıların sosyo- demografik özelliklerine göre çalışma ortamı alt boyutları (personel korkuları, kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve iş doyumu) algı düzeylerinde anlamlı farklılık vardır” hipotezi için kabul ve reddedilen özelliklere ilişkin bilgiler Tablo 24’te görülmektedir.

Tablo 24

Katılımcıların Özelliklerine Göre Kabul ve Reddedilen Hipotezler

	Cinsiyet		Yaş		Aylık Çalışma Saati		Gece Çalışma Durumu		Meslek grubu		Çalışılan Bölüm		Meslekteki Çalışma Süresi		Hastanedeki Görev Süresi	
	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red
Personel Korkuları		X	√			X		X		X	√		√			X
Kurum Kalite Yönetimi	√			X		X		X		X	√			X		X
Mesleki İlişkiler		X		X	√			X		X		X		X		X
Fiziksel Kaynaklar		X		X		X		X		X	√			X		X
İş Doyumu		X		X		X		X		X		X		X	√	

5.6. Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin İş Kazası Durumları ile Karşılaştırılması

Bu başlık altında katılımcıların çalışma ortamı algı düzeylerinin, kesici-delici-batıcı bir aletle yaralanma, mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas, işyerinde kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma, fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma gibi iş kazası durumlarına göre karşılaştırılması aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin mesleki uygulama sırasında kesici-delici-batıcı bir aletle yaralanma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 25

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Mesleki Uygulama Sırasında Kesici-Delici-Batıcı Bir Aletle Yaralanma Durumuna Göre Fark Analiz Bulguları

	K-D-B Aletle Yaralanma Durumları	n	\bar{x}	ss	t	p
Personel Korkuları	Evet	153	3,71	0,66	0,939	0,349
	Hayır	106	3,62	0,82		
Kurum Kalite Yönetimi	Evet	153	3,37	0,72	-	0,356
	Hayır	106	3,45	0,65		
Mesleki İlişkiler	Evet	153	3,81	0,74	-	0,201
	Hayır	106	3,93	0,77		
Fiziksel Kaynaklar	Evet	153	3,14	0,86	-	0,273
	Hayır	106	3,26	0,80		
İş Doyumu	Evet	153	2,89	0,80	0,425	0,671
	Hayır	106	2,84	0,75		

Yapılan t-testi sonucunda; katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarından her birine ilişkin algı düzeyleri, mesleki uygulama sırasında kesici-delici-batıcı bir aletle yaralanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Dolayısıyla “Çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri mesleki uygulama sırasında kesici-delici-batıcı bir aletle yaralanma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir” hipotezimiz tüm boyutlarda reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 26

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Mesleki Uygulama Sırasında Kan veya Başka Vücut Sıvısı ile Temas Durumlarına Göre Fark Analiz Bulguları

	Kan veya Başka Vücut Sıvısı İle Temas	n	\bar{x}	ss	t	p
Personel Korkuları	Evet	210	3,70	0,72	1,354	0,180
	Hayır	49	3,54	0,77		
Kurum Kalite Yönetimi	Evet	210	3,38	0,69	-	0,289
	Hayır	49	3,49	0,67	1,068	
Mesleki İlişkiler	Evet	210	3,81	0,76	-	0,034*
	Hayır	49	4,06	0,70	2,161	
Fiziksel Kaynaklar	Evet	210	3,18	0,82	-	0,760
	Hayır	49	3,22	0,87	0,306	
İş Doyumu	Evet	210	2,89	0,80	0,984	0,328
	Hayır	49	2,78	0,69		

*P<0.05

Yukarıdaki analiz sonuçlarına göre katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarından sadece mesleki ilişkiler alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri, mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($t=-2,161$, $p<0,05$). Kan veya başka vücut sıvısı ile temas etmemiş ($\bar{X} = 4,06$) olanların mesleki ilişkilere ilişkin algı düzeyleri, temas etmiş olanlara ($\bar{X} = 3,81$) göre daha fazladır.

Dolayısıyla “Çalışma ortamı alt boyutları algı düzeyleri, kan veya başka vücut sıvısı ile temas durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir” hipotezimiz mesleki ilişkiler alt boyutunda kabul edilmiş, diğer boyutlar açısından ise reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin işyerinde kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi analiz bulguları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 27

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin İşyerinde Kayma, Düşme, Çarpma Gibi Nedenlerden Dolayı Doku Travmasına Maruz Kalma Durumuna Göre Fark Analiz Bulguları

	Doku Travmasına Maruz Kalma	n	\bar{x}	ss	t	p
Personel Korkuları	Evet	55	3,74	0,61	0,954	0,342
	Hayır	204	3,65	0,76		
Kurum Kalite Yönetimi	Evet	55	3,28	0,72	-	0,159
	Hayır	204	3,44	0,68		
Mesleki İlişkiler	Evet	55	3,79	0,80	-	0,472
	Hayır	204	3,88	0,74		
Fiziksel Kaynaklar	Evet	55	3,08	1,04	-	0,376
	Hayır	204	3,22	0,77		
İş Doyumu	Evet	55	2,98	0,90	1,121	0,266
	Hayır	204	2,84	0,74		

Yukarıdaki tabloya göre katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarından her birine ilişkin algı düzeyleri, işyerinde kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Dolayısıyla “Çalışma ortamı alt boyutları algı düzeyleri, kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir” hipotezimiz tüm boyutlar açısından reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 28

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Fiziksel veya Sözlü Şiddete Maruz Kalma Durumlarına Göre Fark Analiz Bulguları

	Fiziksel veya Sözlü Şiddete Maruz Kalma	n	\bar{X}	ss	t	p
Personel Korkuları	Evet	197	3,67	0,73	0,097	0,923
	Hayır	62	3,66	0,72		
Kurum Kalite Yönetimi	Evet	197	3,32	0,70	- 3,759	0,000*
	Hayır	62	3,66	0,59		
Mesleki İlişkiler	Evet	197	3,82	0,79	- 1,814	0,072
	Hayır	62	3,99	0,62		
Fiziksel Kaynaklar	Evet	197	3,10	0,86	- 3,414	0,001*
	Hayır	62	3,46	0,67		
İş Doyumu	Evet	197	2,97	0,78	3,934	0,000*
	Hayır	62	2,56	0,68		

*P<0.01

Yukarıdaki analiz sonuçlarına göre katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarından kurum kalite yönetimi, fiziksel kaynaklar ve iş doyumu alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri, mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir (t=-3,759, p<0,01).

Kurum kalite yönetimi alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri, fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma durumlarına göre gruplar arasındaki fark %99 güvenilirlik düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (t=3,759, p<0,01). Fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalmamış ($\bar{X} = 3,66$) olanların kurum kalite yönetimi alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri maruz kalmış ($\bar{X} = 3,32$) olanlara göre daha yüksektir.

Fiziksel kaynaklar alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri, fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma durumlarına göre gruplar arasındaki fark %99 güvenilirlik düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (t=-3,414, p<0,01). Fiziksel kaynaklar alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri, fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalmamış olanların ($\bar{X} = 3,46$), maruz kalmış olanlara ($\bar{X} = 3,10$) göre daha yüksektir.

İş doyumu alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri, fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma durumlarına göre gruplar arasındaki fark %99 güvenilirlik düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (t=3,934, p<0,01). Fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalmış ($\bar{X} =$

2,97) olanların iş doyumu algı düzeyleri maruz kalmamış ($\bar{X} = 2,56$) olanlara göre daha yüksektir.

Dolayısıyla “Çalışma ortamı alt boyutları algı düzeyleri, fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir” hipotezi kurum kalite yönetimi, fiziksel kaynaklar, iş doyumu alt boyutlarında kabul edilirken, personel korkuları ve mesleki ilişkiler alt boyutlarında reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin çalışılan birimde iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanlar varlığına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi yapılmış ve analiz bulguları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 29

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Çalıştıkları Birimde İş Kazalarını Önleyebilecek Kişisel Koruyucu Ekipmanlar Varlığına göre Fark Analiz Bulguları

	Kişisel Koruyucu Ekipmanlar Olması	n	\bar{X}	ss	t	p
Personel Korkuları	Evet	173	3,73	0,69	1,725	0,087
	Hayır	86	3,55	0,80		
Kurum Kalite Yönetimi	Evet	173	3,52	0,68	4,075	0,000**
	Hayır	86	3,16	0,66		
Mesleki İlişkiler	Evet	173	3,93	0,72	2,111	0,036*
	Hayır	86	3,72	0,80		
Fiziksel Kaynaklar	Evet	173	3,28	0,82	2,387	0,018*
	Hayır	86	3,02	0,84		
İş Doymu	Evet	173	2,80	0,79	-	0,044*
	Hayır	86	3,00	0,74	2,028	

*P<0.05 **P<0.01

Yukarıdaki analiz sonuçlarına göre çalışma ortamı alt boyutlarında personel korkuları alt boyutu hariç diğer boyutlara ilişkin katılımcıların algı düzeyleri çalışılan birimde iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanlar varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir (t=4,075, p<0,01).

Kurum kalite yönetimi alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri, kişisel koruyucu ekipmanların kurumda mevcut olduğunu düşünenlerin ($\bar{X} = 3,52$), mevcut olmadığını düşünenlere ($\bar{X} = 3,16$) göre daha yüksektir.

Mesleki ilişkiler alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri, çalışılan birimde iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanlar olması durumuna göre gruplar arasındaki fark %95 güvenilirlik düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($t=2,111$, $p<0,05$). Kişisel koruyucu ekipmanların kurumda mevcut olduğunu düşünenlerin ($\bar{X} = 3,93$) mesleki ilişkiler alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri mevcut olmadığını düşünenlere ($\bar{X} = 3,72$) göre daha yüksektir.

Fiziksel kaynaklar alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri, çalışılan birimde iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanlar olması durumuna göre gruplar arasındaki fark %95 güvenilirlik düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($t=2,387$, $p<0,05$). Kişisel koruyucu ekipmanların kurumda mevcut olduğunu düşünenlerin ($\bar{X} = 3,28$) fiziksel kaynaklar alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri mevcut olmadığını düşünenlere ($\bar{X} = 3,02$) göre daha yüksektir.

İş doyumunu alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri çalışılan birimde iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanlar olması durumuna göre gruplar arasındaki fark %95 güvenilirlik düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($t=-2,028$, $p<0,05$). Kişisel koruyucu ekipmanların kurumda mevcut olduğunu düşünenlerin ($\bar{X} = 3,28$) iş doyumunu alt boyutuna ilişkin algı düzeyleri mevcut olmadığını düşünenlere ($\bar{X} = 3,02$) göre daha yüksektir.

Dolayısıyla “*Çalışma ortamı alt boyutları algı düzeyleri, iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanlar mevcudiyet durumu göre anlamlı bir farklılık gösterir*” hipotezi, kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar, iş doyumunu alt boyutlarında kabul edilirken, personel korkuları alt boyutunda reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeylerinin iş kazasını kuruma bildirme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi yapılmış ve analiz bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 30

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin İş Kazasını Kuruma Bildirme Durumuna Göre Fark Analiz Bulguları

	İş Kazasını Kuruma Bildirme	n	\bar{x}	ss	t	p
Personel Korkuları	Evet	112	3,65	0,77	-	0,762
	Hayır	147	3,68	0,70	0,304	
Kurum Kalite Yönetimi	Evet	112	3,47	0,72	1,272	0,205
	Hayır	147	3,35	0,67		
Mesleki İlişkiler	Evet	112	3,94	0,78	1,492	0,137
	Hayır	147	3,80	0,73		
Fiziksel Kaynaklar	Evet	112	3,25	0,91	0,934	0,351
	Hayır	147	3,15	0,77		
İş Doyumu	Evet	112	2,83	0,78	-	0,541
	Hayır	147	2,89	0,77	0,612	

Yukarıdaki tabloya göre katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarından her birine ilişkin algı düzeyleri, iş kazasını kuruma bildirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Dolayısıyla “Çalışma ortamı alt boyutları algı düzeyleri, iş kazasını kuruma bildirme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir” hipotezi tüm alt boyutlarda reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri yaralanma ve kazaların en çok gerçekleştiği zaman aralığı durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan anova analizi bulguları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 31

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Yaralanma ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Zaman Aralığı Durumuna Göre Fark Analiz Bulguları

Ölçekler	Yaralanma ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Zaman Aralığı	n	\bar{X}	ss	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Personel Korkuları	08:00-16:00	159	3,63	0,71	Gruplar arası	1,278	2	0,639	1,203	0,302
	16:00-00:00	70	3,69	0,71	Grup içi	135,988	256	0,531		
	00:00-08:00	30	3,85	0,86	Toplam	137,266	258			
Kurum Kalite Yönetimi	08:00-16:00	159	3,36	0,66	Gruplar arası	3,726	2	1,863	4,017	0,019*
	16:00-00:00	70	3,35	0,74	Grup içi	118,719	256	0,464		
	00:00-08:00	30	3,73	0,66	Toplam	122,445	258			
Mesleki İlişkiler	08:00-16:00	159	3,81	0,69	Gruplar arası	3,399	2	1,699	3,040	0,050
	16:00-00:00	70	3,83	0,84	Grup içi	143,083	256	0,559		
	00:00-08:00	30	4,18	0,78	Toplam	146,481	258			
Fiziksel Kaynaklar	08:00-16:00	159	3,18	0,86	Gruplar arası	1,298	2	0,649	0,934	0,394
	16:00-00:00	70	3,13	0,75	Grup içi	177,528	256	0,693		
	00:00-08:00	30	3,38	0,89	Toplam	178,825	258			
İş Doyumu	08:00-16:00	159	2,84	0,81	Gruplar arası	1,082	2	0,541	0,898	0,409
	16:00-00:00	70	2,86	0,72	Grup içi	154,288	256	0,603		
	00:00-08:00	30	3,04	0,72	Toplam	155,370	258			
	*P<0.05									
1.Grup: 08:00-16:00 2.Grup: 16:00-00:00, 3.Grup: 00:00-08:00										

Tabloda görüldüğü gibi katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarından sadece kurum kalite yönetimine ilişkin algı düzeyleri, yaralanma ve kazaların en çok gerçekleştiği zaman aralığı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. [F(3-258)= 4,017, p<0.05, p=0.019]. Katılımcıların kurum kalite yönetimi algılarına ilişkin varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunduğundan (p>0,05 p=0,404) farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden Scheffe testi kullanılmıştır. Scheffe testi sonucunda yaralanma ve kazaların en çok gerçekleştiği süre 00:00-08:00 zaman aralığında ($\bar{X}=3,73$) kurum kalite yönetimi algıları, zaman aralığı 08:00-16:00 arası ($\bar{X}=3,36$) ve 16:00-00:00 arası ($\bar{X}=3,35$) olanlara göre daha fazladır.

Dolayısıyla “*Çalışma ortamı alt boyutları algı düzeyleri, kazaların gerçekleştiği mesai dilimine göre anlamlı bir farklılık gösterir*” hipotezi, kurum kalite yönetimi alt boyutunda kabul edilirken, diğer alt boyutlarda reddedilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarına ilişkin algı düzeyleri, yaralanma ve kazaların en çok gerçekleştiği aşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla anova analizi yapılmış ve analize ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 32

Katılımcıların Çalışma Ortamı Alt Boyutlarına İlişkin Algı Düzeylerinin Yaralanma ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Aşama Durumuna Göre Fark Analiz Bulguları

Ölçekler	Yaralanma Ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Aşama Durumuna	n	\bar{X}	ss	Varyansların Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Personel Korkuları	Tedavi hazırlık aşamasında	74	3,70	0,74	Gruplar arası	1,197	3	0,399	0,748	0,524
	Hastaya müdahale sırasında	141	3,65	0,73	Grup içi	136,069	255	0,534		
	Tedavi sonrasında	11	3,94	0,43	Toplam	137,266	258			
	Diğer	33	3,57	0,77						
Kurum Kalite Yönetimi	Tedavi hazırlık aşamasında	74	3,54	0,74	Gruplar arası	2,041	3	0,68	1,441	0,231
	Hastaya müdahale sırasında	141	3,34	0,69	Grup içi	120,404	255	0,472		
	Tedavi sonrasında	11	3,39	0,82	Toplam	122,445	258			
	Diğer	33	3,34	0,50						
Mesleki İlişkiler	Tedavi hazırlık aşamasında	74	3,96	0,79	Gruplar arası	1,187	3	0,396	0,694	0,556
	Hastaya müdahale sırasında	141	3,81	0,73	Grup içi	145,294	255	0,57		
	Tedavi sonrasında	11	3,86	0,77	Toplam	146,481	258			
	Diğer	33	3,85	0,76						
Fiziksel Kaynaklar	Tedavi hazırlık aşamasında	74	3,37	0,84	Gruplar arası	6,992	3	2,331	3,459	0,017*
	Hastaya müdahale sırasında	141	3,10	0,83	Grup içi	171,834	255	0,674		
	Tedavi sonrasında	11	2,70	1,12	Toplam	178,825	258			
	Diğer	33	3,34	0,60						
İş Doyumu	Tedavi hazırlık aşamasında	74	2,76	0,90	Gruplar arası	4,674	3	1,558	2,636	0,050
	Hastaya müdahale sırasında	141	2,94	0,71	Grup içi	150,696	255	0,591		
	Tedavi sonrasında	11	3,27	0,97	Toplam	155,37	258			
	Diğer	33	2,68	0,60						
	*P<0.05									
1.Grup: Tedavi hazırlık aşamasında 2.Grup: Hastaya müdahale sırasında, 3.Grup: Tedavi sonrasında 4.Grup: Diğer										

Katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarından sadece fiziksel kaynaklara ilişkin algı düzeyleri, yaralanma ve kazaların en çok gerçekleştiği aşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir [F(3-258)= 3,459, p<0.05, p=0.017]. Bu farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden Scheffe testi kullanılmıştır. Scheffe testi sonucunda tedavi hazırlıkları aşamasında yaralanma ve kazaların en çok gerçekleştiğini düşünenlerin katılımcıların çalışma ortamı alt boyutlarından fiziksel kaynaklara ilişkin algı düzeyleri ($\bar{X}=3,37$), hastaya müdahale sırasında ($\bar{X}=3,10$), tedavi sonrasında ($\bar{X}=2,70$) olanlara göre daha yüksektir.

Dolayısıyla “*Çalışma ortamı alt boyutları algı düzeyleri, yaralanma ve kazaların gerçekleştiği aşamaya göre anlamlı bir farklılık gösterir*” hipotezi, fiziksel kaynaklar alt boyutunda kabul edilirken, diğer alt boyutlarda reddedilmiştir.

Yukarıdaki bulgulara göre H₃ “*Çalışma ortamı alt boyutları algı düzeyleri, iş kazaları (kesici-delici-batıcı bir aletle yaralanma, kan veya başka vücut sıvısı ile temas, kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma, fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma, yaralanma ve kazaların gerçekleştiği mesai dilimi, yaralanma ve kazaların gerçekleştiği aşama, iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanlar mevcudiyet durumu, iş kazasını kuruma bildirme durumu) yaşama durumuna göre farklılık gösterir.*” hipotezi için kabul ve reddedilen özelliklere ilişkin bilgiler Tablo 33’te görülmektedir.

Tablo 33

Katılımcıların Özelliklerine Göre Kabul ve Reddedilen Hipotezler

	K-D-B Aletle Yaralanma Durumları		Kan veya Başka Vücut Sıvısı ile Temas		Doku Travmasına Maruz Kalma		Fiziksel veya Sözlü Şiddete Maruz Kalma		Kişisel Koruyucu Ekipmanlar Olması		İş Kazasını Kuruma Bildirme		Yaralanma ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Zaman Aralığı		Yaralanma Ve Kazaların En Çok Gerçekleştiği Aşama Durumuna	
	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red
Personel Korkuları		X		X		X		X		X		X		X		X
Kurum Kalite Yönetimi		X		X		X	✓		✓		X	✓				X
Mesleki İlişkiler		X	✓			X		X	✓		X		X			X
Fiziksel Kaynaklar		X		X		X	✓		✓		X		X	✓		
İş Doyumu		X		X		X	✓		✓		X		X			X

5.7. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile İş Kazaları Arasındaki İlişki Analizi

Bu bölümde katılımcıların kişisel özellikleri ile iş kazaları değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan ki-kare analizi sonucunda katılımcıların çalıştığı bölüm ile iş kazaları değişkenlerinden, kan veya başka vücut sıvısı ile temas, kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma, yaralanma ve kazaların gerçekleştiği mesai dilimi, iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanlar mevcudiyet durumu, iş kazasını kuruma bildirme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışılan bölüm arasında anlamlı ilişki bulunan değişkenlere ilişkin tablolar aşağıda verilmiştir.

Katılımcıların çalışılan bölüm ile mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanma arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 34

Katılımcıların Çalışılan Bölüm ile Mesleki Uygulama Sırasında Kesici/Delici/Batıcı Bir Aletle Yaralanma Arasındaki İlişki

Çalışılan Bölüm	Mesleki Uygulama Sırasında Kesici/Delici/Batıcı Bir Aletle Yaralanma		X ²	p
	Evet	Hayır		
Dahili	n	27	6,099	0,047*
	%	45,80		
Cerrahi	n	53		
	%	60,20		
Temel Bilimler- Laboratuvar	n	73		
	%	65,20		

*p<0,05

Katılımcıların çalışılan bölüme göre mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanma arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre çalışılan bölüm ile mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlıdır (X²=6,009; p=0,047; p<0,05).

Dahili bölümlerde çalışan katılımcıların %54,20 oranında mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanmadığı, cerrahi bölümlerde çalışan katılımcıların %60,20 oranında, temel bilimler (laboratuvar) bölümlerinde çalışan katılımcıların %65,20 oranında mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralandığı belirlenmiştir.

Dolayısıyla “Çalışılan bölümle kesici-delici-batıcı bir aletle yaralanma arasında anlamlı ilişki vardır” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların çalışılan bölüm ile fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 35

Katılımcıların Çalışılan Bölüm ile Fiziksel veya Sözlü Şiddete Maruz Kalma Arasındaki İlişki

Çalışılan Bölüm		Fiziksel Veya Sözlü Şiddete Maruz Kalma		X ²	p
		Evet	Hayır		
Dahili	n	49	10	6,224	0,045*
	%	83,10	16,90		
Cerrahi	n	59	29		
	%	67,00	33,00		
Temel Bilimler- Laboratuvar	n	89	23		
	%	79,50	20,50		

*p<0,05

Katılımcıların çalışılan bölüme göre fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre çalışılan bölüm ile fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma arasındaki ilişki istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlıdır (X²=6,224; p=0,045; p<0.05).

Dahili bölümlerde çalışan katılımcıların %83,10 oranında, cerrahi bölümlerde çalışan katılımcıların %67,00 oranında, temel bilimler (laboratuvar) bölümlerinde çalışan katılımcıların %79,50 oranında fiziksel veya sözlü şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir.

Dolayısıyla “*Çalışılan bölümle fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma arasında anlamlı ilişki vardır*” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların çalışılan bölüm ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 36**Katılımcıların Çalışılan Bölüm ile Yaralanma ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama Arasındaki İlişki**

Çalışılan Bölüm	Yaralanma Ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama				X ²	p	
	Tedavi hazırlık aşamasında	Hastaya müdahale sırasında	Tedavi sonrasında	Diğer			
Dahili	n	15	37	4	3	18,795	0,005
	%	25,40	62,70	6,80	5,10		
Cerrahi	n	20	43	4	21		
	%	22,70	48,90	4,50	23,90		
Temel Bilimler-Laboratuvar	n	39	61	3	9		
	%	34,80	54,50	2,70	8,00		

**p<0,01

Katılımcıların çalışılan bölüme göre yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre çalışılan bölüm ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişki istatistiksel olarak %99 güven seviyesinde anlamlıdır ($X^2=18,795$; $p=0,005$; $p<0.01$).

Dahili bölümlerde çalışan katılımcıların %62,70 oranında hastaya müdahale aşamasında, cerrahi bölümlerde çalışan katılımcıların %48,90 oranında hastaya müdahale aşamasında, temel bilimler (laboratuvar) bölümlerinde çalışan katılımcıların %54,50 oranında hastaya müdahale aşamasında yaralanma ve kazalara maruz kaldığı belirlenmiştir.

Dolayısıyla “Çalışılan bölümle yaralanma ve kazaların gerçekleştiği aşama arasında anlamlı ilişki vardır” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların meslekleri ile iş kazaları değişkenleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda katılımcıların meslekleri ile iş kazaları değişkenlerinden, kan veya başka vücut sıvısı ile temas, kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma, yaralanma ve kazaların gerçekleştiği mesai dilimi, iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanların mevcudiyet durumu, iş kazasını kuruma bildirme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır. İş kazaları ile katılımcıların meslekleri arasında anlamlı ilişki bulunan değişkenlere ilişkin tablolar aşağıda verilmiştir.

Katılımcıların meslekleri ile mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanma arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 37

Katılımcıların Meslekleri ile Mesleki Uygulama Sırasında Kesici/Delici/Batıcı Bir Aletle Yaralanma Arasındaki İlişki

Meslek		Mesleki Uygulama Sırasında Kesici/Delici/Batıcı Bir Aletle Yaralanma		X ²	p
		Evet	Hayır		
Hemşire	n	127	75	5,476	0,019*
	%	62,90	37,10		
Doktor	n	26	31		
	%	45,60	54,40		

*p<0,05

Katılımcıların mesleklerine göre mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanma arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre katılımcıların meslekleri ile mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlıdır (X²=5,476; p=0,019; p<0.05).

Mesleği hemşire olan katılımcıların %62,90 oranında mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralandığı, doktor olan katılımcıların %54,40 oranında mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanmadığı belirlenmiştir.

Dolayısıyla “*Katılımcıların mesleği ile kesici-delici-batıcı bir aletle yaralanma arasında anlamlı ilişki vardır*” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların meslekleri ile fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 38**Katılımcıların Meslekleri ile Fiziksel veya Sözlü Şiddete Maruz Kalma Arasındaki İlişki**

Meslek		Fiziksel Veya Sözlü Şiddete Maruz Kalma		X ²	p
		Evet	Hayır		
Hemşire	n	148	54	3,937	0,047*
	%	73,30	26,70		
Doktor	n	49	8		
	%	86,00	14,00		

*p<0,05

Katılımcıların mesleklerin göre fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma ile ilgili düşüncesi arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre meslekleri ile fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma arasındaki ilişki istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlıdır (X²=6,224; p=0,045; p<0.05).

Mesleği hemşire olan katılımcıların %73,30 oranında fiziksel veya sözlü şiddete maruz kaldığı, doktor olan katılımcıların %86,00 oranında fiziksel veya sözlü şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir.

Dolayısıyla “*Katılımcıların mesleği ile fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma arasında anlamlı ilişki vardır*” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların meslekleri ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 39**Katılımcıların Meslekleri ile Yaralanma ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama Arasındaki İlişki**

Meslek		Yaralanma Ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama				X ²	p
		Tedavi hazırlık aşamasında	Hastaya müdahale sırasında	Tedavi sonrasında	Diğer		
Hemşire	n	65	101	10	26	8,584	0,035*
	%	32,20	50,00	5,00	12,90		
Doktor	n	9	40	1	7		
	%	15,80	70,20	1,80	12,30		

*p<0,05

Katılımcıların mesleklerine göre yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre meslekleri ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişki istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlıdır ($X^2=8,584$; $p=0,035$; $p<0.05$).

Mesleği hemşire olan katılımcılar %50,00 oranında, doktor olan katılımcılar %70,20 oranında yaralanma ve kazalara daha çok gerçekleştiği aşamanın hastaya müdahale aşaması olduğunu belirtmişlerdir.

Dolayısıyla “*Katılımcıların mesleği ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasında anlamlı ilişki vardır*” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların aylık çalışma saati ile iş kazaları değişkenleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda katılımcıların aylık çalışma süreleri ile iş kazaları değişkenlerinden, mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanma kan veya başka vücut sıvısı ile temas, fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma, yaralanma ve kazaların gerçekleştiği mesai dilimi, iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanların mevcudiyet durumu, iş kazasını kuruma bildirme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır. İş kazaları ile katılımcıların aylık çalışma saati arasında anlamlı ilişki bulunan değişkenlere ilişkin tablolar aşağıda verilmiştir.

Katılımcıların aylık çalışma saati ile işyerinde kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 40

Katılımcıların Aylık Çalışma Saati ile İşyerinde Kayma, Düşme, Çarpma Gibi Nedenlerden Dolayı Doku Travmasına Maruz Kalma Arasındaki İlişki

Aylık Çalışma Saati		İşyerinde Kayma, Düşme, Çarpma Gibi Nedenlerden Dolayı Doku Travmasına Maruz Kalma		X²	p
		Evet	Hayır		
160 Saat	n	5	27	8,350	0,004**
	%	15,60	84,40		
160 Saatten fazla	n	50	177		
	%	22,00	78,00		

** $p<0,01$

Katılımcıların aylık çalışma saati göre işyerinde kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre aylık çalışma saati ile işyerinde kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma arasındaki ilişki istatistiksel olarak %99 güven seviyesinde anlamlıdır ($X^2=8,350$; $p=0,004$; $p<0.01$).

Aylık çalışma saati 160 saat olan katılımcıların %84,40 oranında, 160 saatten fazla olan katılımcıların %78,00 oranında işyerinde kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalmadığı belirlenmiştir.

Dolayısıyla “katılımcıların aylık çalışma saati ile işyerinde kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma arasında anlamlı ilişki vardır” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların aylık çalışma saatlerine ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 41

Katılımcıların Aylık Çalışma Saatlerine ile Yaralanma ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama Arasındaki İlişki

Aylık Çalışma Saati	Yaralanma Ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama				X ²	p
	Tedavi hazırlık aşamasında	Hastaya müdahale sırasında	Tedavi sonrasında	Diğer		
160 Saat	n	4	18	3	7,974	0,047*
	%	12,50	56,30	9,40		
160 Saatten fazla	n	70	123	8		
	%	30,80	54,20	3,50		

*p<0,05

Katılımcıların aylık çalışma saatlerine göre yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre aylık çalışma saatleri ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişki istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlıdır ($X^2=7,974$; $p=0,047$; $p<0.05$).

Aylık çalışma saati 160 saat olan katılımcıların %56,30 oranında, hastaya müdahale sırasında, 160 saatten fazla olan katılımcıların %54,20 oranında hastaya müdahale sırasında yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama olduğu belirlenmiştir.

Dolayısıyla “katılımcıların aylık çalışma saati ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasında anlamlı ilişki vardır” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların gece çalışma durumu ile iş kazaları değişkenleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda katılımcıların gece çalışma durumu ile iş kazaları değişkenlerinden sadece mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas etme arasında ilişki bulunmuştur. Katılımcıların gece çalışma durumu ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Katılımcıların gece çalışma ile mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas etme arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 42

Katılımcıların Gece Çalışma ile Mesleki Uygulama Sırasında Kan veya Başka Vücut Sıvısı ile Temas Etme Arasındaki İlişki

Gece Çalışma		Mesleki Uygulama Sırasında Kan Veya Başka Vücut Sıvısı ile Temas Etme		X ²	p
		Evet	Hayır		
Yok	n	43	17	4,512	0,034*
	%	71,70	28,30		
Var	n	167	32		
	%	83,90	16,10		

*p<0,05

Katılımcıların gece çalışmaya göre mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas etme arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre gece çalışma ile mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas etme arasındaki ilişki istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlıdır (X²=4,512; p=0,034; p<0.05).

Gece çalışmayan katılımcıların %71,70 oranında, gece çalışan katılımcıların ise %83,90 oranında mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas ettiği belirlenmiştir.

Dolayısıyla “katılımcıların gece çalışma ile mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas etme arasında anlamlı ilişki vardır” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların mesleki kıdemleri ile iş kazaları değişkenleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda katılımcıların mesleki kıdemleri ile iş kazaları

değişkenlerinden, fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalma, kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kalma, iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanların mevcudiyet durumu, iş kazasını kuruma bildirme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır. İş kazaları ile katılımcıların mesleki kıdemleri arasında anlamlı ilişki bulunan değişkenlere ilişkin tablolar aşağıda verilmiştir.

Katılımcıların mesleki kıdemi ile yaralanma ve kazalar daha çok gerçekleştiği mesai dilimi arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 43

Katılımcıların Mesleki Kıdemi ile Yaralanma ve Kazalar Daha Çok Gerçekleştiği Mesai Dilimi Arasındaki İlişki

Mesleki Kıdem		Yaralanma Ve Kazalar Daha Çok Gerçekleştiği Mesai Dilimi			X ²	p
		08:00-16:00	16:00-00:00	00:00-08:00		
1 yıldan az	n	31	15	7	27,080	0,001**
	%	58,50	28,30	13,20		
1-3 yıl	n	26	23	9		
	%	44,80	39,70	15,50		
4-6 yıl	n	25	10	10		
	%	55,60	22,20	22,20		
7-9 yıl	n	37	4	2		
	%	86,00	9,30	4,70		
10 yıl ve üzeri	n	40	18	2		
	%	66,70	30,00	3,30		

**p<0,01

Katılımcıların gece çalışmaya göre yaralanma ve kazalar daha çok gerçekleştiği mesai dilimi arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre gece çalışma ile yaralanma ve kazalar daha çok gerçekleştiği mesai dilimi arasındaki ilişki istatistiksel olarak %99 güven seviyesinde anlamlıdır (X²=27,080; p=0,001; p<0.01).

Mesleki kıdemi 1 yıldan az olan katılımcılarda %58,50 oranında, 1-3 yıl olan katılımcılarda %44,80 oranında, 4-6 yıl olan katılımcılarda %55,60 oranında, 7-9 yıl olan katılımcılarda %86,00 oranında, 10 yıl ve üzeri olan katılımcılarda %66,70 oranında 08:00-16:00 mesai diliminde yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği belirlenmiştir.

Dolayısıyla “Katılımcıların meslekteki görev süreleri ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği mesai dilimi arasında anlamlı ilişki vardır” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların mesleki kıdemi ile mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanma arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 44

Katılımcıların Mesleki Kıdemi ile Mesleki Uygulama Sırasında Kesici/Delici/Batıcı Bir Aletle Yaralanma Arasındaki İlişki

Mesleki Kıdem	Mesleki Uygulama Sırasında Kesici/Delici/Batıcı Bir Aletle Yaralanma		X ²	p
	Evet	Hayır		
1 yıldan az	n	50	21,288	0,000**
	%	58,10		
1-3 yıl	n	36	21,288	0,000**
	%	42,40		
4-6 yıl	n	31	21,288	0,000**
	%	73,80		
7-9 yıl	n	13	21,288	0,000**
	%	86,70		
10 yıl ve üzeri	n	23	21,288	0,000**
	%	74,20		

**p<0,01

Katılımcıların mesleki kıdemlerine göre mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanma arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre mesleki kıdemi ile mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak %99 güven seviyesinde anlamlıdır (X²=21,288; p=0,000; p<0.01).

Mesleki kıdemi 1-3 yıl olan katılımcıların %57,60 oranında mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanmadığı, 1 yıldan az olan katılımcıların %58,10 oranında, 4-6 yıl olan katılımcıların %73,80 oranında, 7-9 yıl olan katılımcıların %86,70 oranında, 10 yıl ve üzeri olan katılımcıların %74,20 oranında mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralandığı belirlenmiştir.

Dolayısıyla “Katılımcıların meslekteki görev süreleri ile mesleki uygulama sırasında kesici/delici/batıcı bir aletle yaralanma arasında anlamlı ilişki vardır” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların mesleki kıdemi ile mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas etme arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 45

Katılımcıların Mesleki Kıdemi ile Mesleki Uygulama Sırasında Kan veya Başka Vücut Sıvısı İle Temas Etme Arasındaki İlişki

Mesleki Kıdem		Mesleki Uygulama Sırasında Kan Veya Başka Vücut Sıvısı İle Temas Etme		X ²	p
		Evet	Hayır		
1 yıldan az	n	70	16	10,393	0,034*
	%	81,40	18,60		
1-3 yıl	n	61	24		
	%	71,80	28,20		
4-6 yıl	n	37	5		
	%	88,10	11,90		
7-9 yıl	n	15	0		
	%	100,00	0,00		
10 yıl ve üzeri	n	27	4		
	%	87,10	12,90		

*p<0,05

Katılımcıların mesleki kıdemlerine göre mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas etme arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre mesleki kıdem ile mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas etme arasındaki ilişki istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlıdır (X²=10,393; p=0,034; p<0,05).

Mesleki kıdemi 1-3 yıl olan katılımcıların %71,80'inin, 1 yıldan az olan katılımcıların %81,40'ının, 4-6 yıl olan katılımcıların %88,10'unun mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas etmediği, 7-9 yıl olan katılımcıların tamamının, 10 yıl ve üzeri olan katılımcıların %87,10'unun mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas ettiği belirlenmiştir.

Dolayısıyla “*Katılımcıların meslekteki görev süreleri ile mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas etme arasında anlamlı ilişki vardır*” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların mesleki kıdemi ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 46**Katılımcıların Mesleki Kıdemi ile Yaralanma ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama Arasındaki İlişki**

Mesleki Kıdem	Yaralanma Ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama				X ²	p	
	Tedavi hazırlık aşamasında	Hastaya müdahale sırasında	Tedavi sonrasında	Diğer			
1 yıldan az	n	32	44	4	6	23,284	0,025*
	%	37,20	51,20	4,70	7,00		
1-3 yıl	n	13	54	4	14		
	%	15,30	63,50	4,70	16,50		
4-6 yıl	n	9	22	2	9		
	%	21,40	52,40	4,80	21,40		
7-9 yıl	n	6	9	0	0		
	%	40,00	60,00	0,00	0,00		
10 yıl ve üzeri	n	14	12	1	4		
	%	45,20	38,70	3,20	12,90		

*p<0,05

Katılımcıların mesleki kıdemlerine göre yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre mesleki kıdemi ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişki istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlıdır (X²=23,284; p=0,025; p<0.05).

Mesleki kıdemi 1 yıldan az olan katılımcıların %51,20 oranında, 1-3 yıl olan katılımcıların %63,50 oranında, 4-6 yıl olan katılımcıların %52,40 oranında, 7-9 yıl olan katılımcıların %60,0 oranında hastaya müdahale aşamasında, 10 yıl ve üzeri olan katılımcıların ise %45,20 oranında tedavi hazırlık aşamasında yaralanma ve kazalara daha çok maruz kaldığı aşama olduğu belirlenmiştir.

Dolayısıyla “*Katılımcıların meslekteki görev süreleri ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasında anlamlı ilişki vardır*” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların yaşı ile iş kazaları değişkenleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda katılımcıların yaşı ile iş kazaları değişkenlerinden sadece yaralanma ve kazalar daha çok gerçekleştiği mesai dilimi ve çalışılan yerde koruyucu ekipman bulunması arasında ilişki bulunmuştur. Katılımcıların yaşı ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Katılımcıların yaşları ile yaralanma ve kazalar daha çok gerçekleştiği mesai dilimi arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 47

Katılımcıların Yaşları ile Yaralanma ve Kazalar Daha Çok Gerçekleştiği Mesai Dilimi Arasındaki İlişki

Yaş	Yaralanma Ve Kazalar Daha Çok Gerçekleştiği Mesai Dilimi			X ²	p	
	08:00-16:00	16:00-00:00	00:00-08:00			
30 Yaş altında	n	81	47	20	6,465	0,039*
	%	54,70	31,80	13,50		
30 Yaş veya üzerinde	n	78	23	10		
	%	70,30	20,70	9,00		

*p<0,05

Katılımcıların yaşlarına göre yaralanma ve kazalar daha çok gerçekleştiği mesai dilimi arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre yaşların ile yaralanma ve kazalar daha çok gerçekleştiği mesai dilimi arasındaki ilişki istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlıdır (X²=6,465; p=0,039; p<0.05).

Yaşı 30 yaş altında olan katılımcıların %54,70 oranında, 30 yaş üstünde olan katılımcıların %70,30 oranında 08:00-16:00 mesai dilimi içerisinde yaralanma ve kazalara daha çok maruz kaldığı belirlenmiştir.

Dolayısıyla “*Katılımcıların yaşı ile yaralanma ve kazalar daha çok gerçekleştiği mesai dilimi arasında anlamlı ilişki vardır*” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların yaşları ile çalışılan yerde koruyucu ekipman bulunması arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 48

Katılımcıların Yaşları ile Çalışılan Yerde Koruyucu Ekipman Bulunması Arasındaki İlişki

Yaş	Çalışılan Yerde Koruyucu Ekipman Bulunması		X ²	p
	Evet	Hayır		
30 Yaş altında	n	107	4,713	0,030*
	%	72,30		
30 Yaş veya üzerinde	n	66		
	%	59,50		

*p<0,05

Katılımcıların yaşlarına göre çalışılan yerde koruyucu ekipman bulunması arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre yaşları ile çalışılan yerde koruyucu ekipman bulunması arasındaki ilişki istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlıdır (X²=4,713; p=0,030; p<0.05).

Yaşı 30 yaş altında olan katılımcılarda %72,30 oranında, 30 yaş üstünde olan katılımcılarda %59,50 oranında çalışılan yerde koruyucu ekipman bulunduğu belirlenmiştir.

Dolayısıyla “*Katılımcıların yaşı ile çalışılan yerde koruyucu ekipman bulunması arasında anlamlı ilişki vardır*” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların cinsiyeti ile iş kazaları değişkenleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda katılımcıların cinsiyeti ile iş kazaları değişkenlerinden sadece yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama ve çalışılan yerde koruyucu ekipman bulunması arasında ilişki bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyeti ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Katılımcıların cinsiyetleri ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 49**Katılımcıların Cinsiyetleri ile Yaralanma ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama Arasındaki İlişki**

Cinsiyet	Yaralanma Ve Kazaların Daha Çok Gerçekleştiği Aşama				X ²	p
	Tedavi hazırlık aşamasında	Hastaya müdahale sırasında	Tedavi sonrasında	Diğer		
Kadın	n	52	85	5	8,485	0,037*
	%	33,30	54,50	3,20		
Erkek	n	22	56	6		
	%	21,40	54,40	5,80		

*p<0,05

Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre cinsiyeti ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasındaki ilişki istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlıdır (X²=8,485; p=0,037; p<0.05).

Cinsiyeti kadın olan katılımcıların %54,50 oranında, erkek olan katılımcıların %54,40 oranında hastaya müdahale aşamasında yaralanma ve kazalara daha çok maruz kaldığı belirlenmiştir.

Dolayısıyla “ *Katılımcıların cinsiyetleri ile yaralanma ve kazaların daha çok gerçekleştiği aşama arasında anlamlı ilişki vardır*” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Katılımcıların cinsiyetlerine ile çalışılan yerde koruyucu ekipman bulunması arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 50**Katılımcıların Cinsiyetlerine ile Çalışılan Yerde Koruyucu Ekipman Bulunması Arasındaki İlişki**

Cinsiyet	Çalışılan Yerde Koruyucu Ekipman Bulunması		X ²	p
	Evet	Hayır		
Kadın	n	112	4,421	0,036*
	%	71,80		
Erkek	n	61		
	%	59,20		

*p<0,05

Katılımcıların cinsiyetlerine göre çalışılan yerde koruyucu ekipman bulunması arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare analizi yapılmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucuna göre cinsiyeti ile çalışılan yerde koruyucu ekipman bulunması arasındaki ilişki istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlıdır ($X^2=4,421$; $p=0,036$; $p<0.05$).

Cinsiyeti kadın olan katılımcıların %71,80 oranında, erkek olan katılımcıların %59,20 oranında çalışılan yerde koruyucu ekipman bulunduğu belirlenmiştir.

Dolayısıyla “ *Katılımcıların cinsiyetleri ile çalışılan yerde koruyucu ekipman bulunması arasında anlamlı ilişki vardır*” hipotezimiz kabul edilmiştir.



SONUÇ

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının çalışma ortamları ile bu ortamlarda meydana gelen iş kazalarının bir kamu hastanesi çerçevesinde incelenmesidir. Bu araştırmaya Muş Devlet hastanesinde görev yapan 202 hemşire ve 57 doktor olmak üzere 259 sağlık çalışanı gönüllü olarak katılmıştır.

Çalışma ortamında, sağlık personelinin işini gerektiği gibi yapmasını engelleyebilecek çeşitli durumlar, iş kazalarını beraberinde getirebilmektedir (Sezgin, 2007: 1). Özellikle çalışanların iş yükünün artması, sağlık sektöründe çalışma ortamına bağlı olarak iş kazalarının artmasına neden olmaktadır (ILO, 2009). Sağlık sektöründe iş kazalarının önlenmesinde özellikle iş kazalarına yönelik olarak sürekli kayıtların tutulması ve araştırmaların yapılması önem kazanmaktadır (ILO, 2002). Kocabaş (2018) yaptığı bir çalışmada çalışanların %18'nin iş kazalarına maruz kaldığını tespit etmiştir.

Analizler sonucunda katılımcıların %59,1'i kesici-delici bir alet ile en az bir kere yaralandığı tespit edilmiştir. Kesici ve delici bir alet ile en az bir kere yaralanma konusunda yapılan araştırmalarda; Uğraş ve ark. (2014) %63,4, Davas (2016) %23,9, Altıok ve ark. (2009) %79,1, Benli ve ark. (2016) %68, Çelikalp ve ark. (2016) %34, Çiçek ve ark. (2016) %63,4, Erkal ve ark. (2010) %65,7, Yelekçi ve ark. (2018), %52,4, Uçak (2009) %61,5, Gücük ve ark. (2019) %56, Uçak ve ark. (2011) %62,5 oranında sağlık çalışanlarının kesici ve delici aletlerle yaralanmaya maruz kaldığını belirlemişlerdir. Yapılan bu çalışmalarda elde edilen sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde yaptığımız çalışma ile benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların %81,1' kan veya başka bir vücut sıvısı ile temasta bulunduğunu belirtmiştir. Uçak ve ark. (2011) %68,8, Benli ve ark. (2016) %9, Uçak (2009) %67,5 oranında sağlık çalışanlarında kan veya başka bir vücut sıvısı ile temas maruziyeti yaşadığını saptamışlardır.

Bu çalışmada katılımcıların %21,2'sinin kayma, düşme ve çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kaldığını belirtirken, Erkal ve ark. (2010) %20, Benli ve ark. (2016) %2,3, Çiçek ve ark. (2016) %34 oranında kayma- düşme kazalarının gerçekleştiğini belirlemişlerdir. Uğraş ve ark. (2014) tarafından Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan araştırmada katılımcıların %23,7'si kayma, düşme, çarpmayı en sık

görülen iş kazaları olarak bildirmişlerdir. Kocabaş (2018) tarafından yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %44'ünün kas iskelet sistemi bozukluğu yaşadığı tespit edilmiştir. ABD'de hastanelerde son bir yılda işgünü kayıplı iş kazalarının incelendiği bir raporda ise bildirilen kazaların, kas iskelet sistemi zorlanmaları %48, düşme ve kaymalar %25, kesici objeyle temas %13, şiddet %9, kimyasal maddelere maruziyet %4 olarak saptanmıştır (OSHA, 2013).

Bu çalışmada katılımcıların %76,1'inin fiziksel veya sözlü şiddet yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde sağlık çalışanlarına yönelik Çamcı ve ark. (2011) %72,4, Gökçe ve ark. (2008) %85,9 ve Turhan (2006) %79,5 oranında sözel, %17,9 oranında da fiziksel şiddet uygulandığını belirlemiştir. Araştırma sonuçlarından farklı olarak Uçak (2009) %42,6, Ergür ve ark. (2001) %58,7, Öztunç (2001) %68,5, Uçak ve ark. (2011) %44,4 oranında sağlık çalışanlarının fiziksel ve sözlü şiddete maruz kaldıklarını ortaya çıkarmışlardır. Davas (2016)'ın araştırmasında da farklı iş kazaları arasında özellikle sözel şiddet hızının yoğun olduğu ifade edilmiştir. Karaer ve ark. (2016) ve Öztürk ve ark (2012) yaptıkları araştırmalarda sağlık çalışanlarının en çok fiziksel ve sözlü şiddete maruz kaldıklarını saptamışlardır. Kocabaş (2018) ise yaptığı çalışmada çalışanların %63,8'inin sözel şiddete, %75,7'nin fiziksel şiddete maruz kaldığını belirlemiştir.

Çalışmada katılımcıların %61,4'ünün, yaralanma ve kazaları en çok 08:00-16:00 saatleri arasında yaşandığını belirtmişlerdir. Turhan (2006) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının en fazla bu mesai diliminde çalıştığını belirlemiştir. Yaralanma ve kazaların en fazla bu mesai diliminde gerçekleşmesinin sebebinin sağlık çalışanlarının en fazla bu mesai diliminde çalışıyor olması olarak düşünülebilir. Ancak Uçak (2009) çalışmasında iş kazaları ile mesai dilimi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir.

Katılımcıların %54,4'ünün de iş kazalarının hastaya müdahale esnasında meydana geldiğini belirtmişlerdir. Çalışmamıza benzer olarak Altıok ve ark. (2009) da yaralana ve kazaların en çok, hastaya müdahale sırasında gerçekleştiğini belirlemişlerdir.

Katılımcıların %33,2'si çalıştıkları kurumda iş kazalarına karşı koruyucu ekipmanların bulunmadığını belirtmişlerdir. Benli ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının %17'si çalıştıkları yerde koruyucu ekipmanların bulunmadığını belirtmiş,

Altıok ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada ise sağlık çalışanlarının %72'sinin koruyucu ekipman kullanmadığını saptamışlardır.

Katılımcıların %56,8'i ise uğradıkları iş kazalarını kurumlarına bildirmediğini ifade etmişlerdir. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Altıok ve ark. (2009) bu oranı %87,6 olarak saptamış, Merih ve ark (2009) ise daha çok kesici ve delici alet yaralanmalarının rapor edilmediğini saptamıştır.

Çalışma ortamı genel algıları genel ortalaması orta olduğu belirlenmiştir. Çalışma ölçeği alt boyutlarından personel korkuları algısının genel ortalaması orta olduğu belirlenmiştir. Personel korkuları ifadeleri incelendiğinde, "Hastalar olumsuz tutum geliştirebilirler" ifadesi en yüksek algıya sahipken, "Sağlık personeli ilaç uygulama hatası yaparlarsa, meslektaşlarının onların yetersiz olduklarını düşüneceklerine inanırlar" ifadesi en düşük algıya sahiptir. Kurum ve kalite yönetimi algısının genel ortalaması orta olduğu belirlenmiştir. Kurum ve kalite yönetimi ifadeleri incelendiğinde, "Sağlık personeli, üstleri en yüksek bakım kalitesini sağlamak için birlikte çalışırlar" ifadesi en yüksek algıya sahipken, "Olay (kaza) raporu verilerinin esas kullanım amacı, hemşirelerin yetersiz fonksiyonlarını belirlemektir" ifadesi en düşük algıya sahiptir. Mesleki ilişkiler algısının genel ortalaması yüksek olduğu belirlenmiştir. Mesleki ilişkiler ifadeleri incelendiğinde, "Birimimizdeki Sağlık personeli, hasta bakımında birbirlerine yardım ederler" ifadesi en yüksek algıya sahipken, "Birlikte çalıştığım insanlara büyük bir güven duyarım" ifadesi düşük algıya sahiptir. Fiziksel kaynaklar algısının genel ortalaması orta olduğu belirlenmiştir. Fiziksel kaynaklar ifadeleri incelendiğinde, "Bu birimde güvenli hasta bakımı için yeterli alana sahibim" ifadesi en yüksek algıya sahipken, "Mevcut imkânlar hastalarımın en iyi bakımı vermemi engeller" ifadesi en düşük algıya sahiptir. İş doyumunu algısının genel ortalaması orta olduğu belirlenmiştir. İş doyumunu ifadeleri incelendiğinde, "Şu ana kadar işimden memnunum" ifadesi en yüksek algıya sahipken, "Bu işi yapmaya başladığımdan beri hayal kırıklığına uğruyorum" ifadesi en düşük algıya sahiptir. Bu bulgulara göre mesleki ilişkiler alt boyutu yüksek, ölçek genel ortalaması ve diğer alt boyutlar ise orta düzeyde katılıma sahiptir.

Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Tan ve Ark. (2012)'nin hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada katılımcıların çalışma ortamına ilişkin genel algılarının yüksek

ortalamaya sahip olduğu dolayısıyla da hemşirelerin olumlu bir çalışma ortamı algısına sahip olduğu belirtilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamı algı düzeyi ile demografik özelliklerin karşılaştırılmasını sonucunda; kadınların kurumsal kalite algılarının erkeklere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yaşları 30 ve üzeri olan sağlık çalışanların personel korkularına ilişkin algıları, 30 yaş altında olanlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Tan ve ark (2012)'nin yaptıkları araştırmada da benzer şekilde 30-39 yaş grubu katılımcı hemşirelerin personel korkuları, mesleki ilişkiler ve toplam puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Mollaoğlu ve ark (2010) yaptıkları çalışmada da aynı şekilde hemşire grupları arasında 30-39 yaş aralığında bulunan hemşirelerin personel korkuları açısından algılarının daha yüksek bir ortalama sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer iki çalışma olan Mollaoğlu ve ark. (2010) ve Sezgin (2007) çalışmalarının ikisinde de bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak 40-49 yaş aralığındaki katılımcıların mesleki ilişkiler bakımından puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Aylık 160 saatten fazla çalışanların mesleki ilişkiler algılarının, 160 saat olanlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca dahili birimde görev yapan sağlık çalışanlarının personel korkuları ve kurum kalite yönetimi algılarının temel bilimler ve laboratuvar birimlerinde çalışanlardan daha fazla olduğu, cerrahi birimde çalışanların fiziksel kaynaklar algılarının dahili birimde çalışanlardan daha fazla olduğu, meslekteki görev süresi 10 yıldan fazla olanların personel korkuları algılarının geri kalan tüm mesleki sürelerle göre daha fazla olduğu, çalışmanın yapıldığı hastanedeki görev süreleri ile ilgili yapılan analizde görev süresi 10 yıldan fazla olanların iş doyumunun diğer çalışma sürelerine göre daha az olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Tan ve ark (2012), hemşirelerin çalışma ortamı ölçeği puan ortalamaları ile mevcut kurumda çalışma sürelerinin karşılaştırılmasında 6-10 yıl arasında çalışan katılımcı hemşirelerin personel korkuları, mesleki ilişkiler, kurum yönetimi ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Tan ve ark., 2012: 74).

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyet ve yaş faktörleri ile iş doyumunu arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizlerde iş doyumunu ile cinsiyet ve yaş faktörleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Saygılı (2008) tarafından yapılan çalışmada ise iş doyumunu bakımından erkek

çalışanların daha yüksek ortalamaya sahip olduğunu ve çalışma ortamındaki memnuniyet bakımından 40 yaş üzeri olanların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. İş doyumunun, yaş ile doğru orantılı olduğu ve yaş ilerledikçe iş doyumunun da artış gösterdiği ifade edilmiştir. İş doyumunu ile gece çalışma durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ve çalışma sürelerinin azaldıkça iş ortamı memnuniyetlerinin de düştüğü ifade edilmiştir (Saygılı, 2008: 114-116).

Katılımcıların çalışma ortamı algı düzeyi ile iş kazaları değişkenlerinin karşılaştırılmasını sonucunda; kan veya vücut sıvıları ile temas etmeyenlerin mesleki ilişkiler algıları temas edenlere göre daha yüksek olduğu, fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalmayanların kurum kalite yönetimi ve fiziksel kaynaklar algılarının maruz kalanlara göre daha fazla olduğu, fiziksel veya sözlü şiddete uğrayanların iş doyum algılarının maruz kalmayanlara göre daha fazla olduğu, çalıştıkları birimde kişisel koruyucu ekipmanların bulunduğunu belirtenlerin kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve iş doyum algılarının koruyucu ekipmanların bulunmadığını belirtenlere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, kaza ve yaralanmaların en çok 08:00 ile 16:00 saatlerinde gerçekleştiğini belirten çalışanların kurum kalite yönetimi algılarının kaza ve yaralanmaların diğer saatlerde gerçekleştiğini belirtenlere göre daha fazla olduğu, kaza ve yaralanmaların en çok tedavi hazırlık aşamalarında olduğunu belirtenlerin fiziksel kaynaklar algılarının, kaza ve yaralanmaların diğer aşamalarda olduğunu belirtenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hastanede şiddet açısından en riskli meslekler sırasıyla hemşireler, ofis çalışanları ve asistanlardır. Keser ve Bilgin (2011), Altıok vd. (2009), Benli vd. (2016), Merih ve ark. (2009) yaptıkları araştırmalarda hemşirelerin en sık iş kazasına uğrayan sağlık çalışanları olduğunu belirlemişlerdir. Bu araştırmada hemşirelerin doktorlardan daha fazla kesici-delici ve batıcı aletlerle yaralandığı tespit edilmiştir. Altıok ve ark. (2009) yaptığı araştırmada çalışmamıza benzer olarak hemşirelerin daha fazla kesici, delici alet yaralanmasına maruz kaldığını belirlemişlerdir. Çalışmamızda doktorların hemşirelerden daha fazla fiziksel veya sözlü şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu konu ile ilgili yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde, Erkol ve ark. (2007), çalışmamıza paralel olarak doktorların daha fazla şiddete maruz kaldığını, Gökçe ve ark. (2008) ise hemşirelerin daha fazla şiddete maruz kaldığını tespit etmişlerdir. Hem doktorlar hem de

hemşireler yaralanma ve kazaların en çok hastaya müdahale sırasında gerçekleştiğini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda doktorların hemşirelerden daha fazla fiziksel veya sözlü şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu konu ile ilgili yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde tam bir fikir birliği olmadığı görülmektedir. Erkol ve ark. (2007), çalışmamıza paralel olarak doktorların daha fazla şiddete maruz kaldığını, Gökçe ve ark. (2008) ise hemşirelerin daha fazla şiddete maruz kaldığını tespit etmişlerdir. Keser ve Bilgin'in (2011) yaptıkları çalışmada hastanede şiddet açısından en riskli meslekler sırasıyla hemşireler, ofis çalışanları ve asistanlar olarak ileri sürülmektedir. Altıok ve ark. (2009), Benli ve ark. (2016) ve Merih ve ark. (2009) da yaptıkları araştırmalarda hemşirelerin en sık iş kazasına uğrayan sağlık çalışanları olduğunu belirlemişlerdir.

Hem doktorlar hem de hemşireler yaralanma ve kazaların en çok hastaya müdahale sırasında gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Hastaya müdahalenin tedavinin en önemli safhası olduğu düşünüldüğünde bu bulgu olağan bir bulgu olarak görülebilir.

Bu araştırmada hemşirelerin doktorlardan daha fazla kesici-delici ve batıcı aletlerle yaralandığı tespit edilmiştir. Altıok ve ark. (2009) yaptığı araştırmada çalışmamızla benzer şekilde hemşirelerin daha fazla kesici, delici alet yaralanmasına maruz kaldığını belirlemişlerdir. Hemşireler hastayla en fazla etkileşim halinde olan ve müdahaleleri en fazla gerçekleştiren sağlık personelinin başında gelmektedir. Bu nedenle kesici-delici ve batıcı aletlerle yaralanmalara en sık hemşirelerin maruz kaldığı söylenebilir.

Aylık çalışma saati 160 saatten fazla olanların daha fazla kayma, düşme ve çarpmalardan dolayı doku travmasına maruz kaldığı tespit edilmiştir. Aylık çalışma saati hem 160 saat hem de 160 saatten fazla olanlar kaza ve yaralanmaların en çok hastaya müdahale sırasında gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde Davas (2016) çalışmasında aylık çalışma saatinin 160 saat ve üzerinde olmasının, çalışanların iş kazalarına maruz kalma oranlarını arttırdığını belirlemiştir. Rodriguez-Jareño ve ark. (2014) araştırmalarında haftada 40 saatten fazla çalışmayla iş kazaları arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemiştir. Gholami ve ark. (2013) Moğolistan'da sağlık çalışanlarında haftada 35 saatten fazla çalışanlarda, kesici delici alet yaralanma sıklığı 2,5 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir.

Gece çalışanların, çalışmayanlara göre daha fazla kan veya vücut sıvıları ile temas ettiği, mesleki kıdemler arasında en çok 7-9 yıl arası olanların kesici-delici ve baticı bir aletle yaralandığı ve kan veya başka vücut sıvıları ile temas ettiği belirlenmiştir. Mesleki kıdemi 10 yıl üzeri olanlar kaza ve yaralanmaların en çok tedavi hazırlık aşamasında olduğunu geri kalan tüm mesleki kıdemler yaralanma ve kazaların hastaya müdahale sırasında gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Bütün yaş gruplarındaki katılımcılar için kaza ve yaralanmaların en çok 08:00-16:00 mesai diliminde gerçekleştiği saptanmıştır. Çin’de sağlık sektöründe 11 hastanenin dahil edildiği bir araştırmada; şiddet sıklığı değişen vardiyalarda çalışanlarda, gündüz çalışanlara göre daha sık bulunmuştur (Liu, 2015). Hem kadın hem de erkekler için kaza ve yaralanmaların en çok hastaya müdahale sırasında meydana geldiği tespit edilmiştir.

Çalışmada iş kazasına maruz kalma ile katılımcıların cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Literatürde bu bulguyla ilgili tam bir fikir birliği bulunmamaktadır. Uçak (2009) ve Yelekçi ve Ayberk (2018) çalışmamıza paralel olarak iş kazasına maruz kalma ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptamazken, SGK’nın (2010) yaptığı geniş çaplı bir araştırmada erkeklerin daha fazla iş kazasına maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, sağlıklı ve güvenli bir iş ortamı, çalışanların güvenliği ve sunulacak hizmetin kalitesi açısından son derece önemlidir. Çünkü çalışma ortamında, sağlık personelinin işini gerektiği gibi yapmasını engelleyebilecek personelin sahip olduğu korkular, olumsuz mesleki ilişkiler, yetersiz kaynaklar ve iş doyumsuzluğu gibi çeşitli durumlar, iş kazalarını beraberinde getirebilmektedir. Örneğin sağlık hizmetlerinin sürekli olarak verildiği hastanelerde, sağlık çalışanlarına yeterli düzeyde dinlenebilme olanağının sağlanması, sağlık çalışanının kendisi kadar hastalar açısından da önem arz etmektedir. Sağlık çalışanlarını tam dinlenememesi sebebiyle yapabilecekleri kazalar, hatalar sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olabilecektir. Ayrıca hastane ortamının nitelikleri, sağlık personelinin sayısı ve niteliğine ilişkin karmaşıklıklar, tıbbi süreçlerin karmaşıklığına bağlı olarak istenmeyen olaylar meydana gelebilmekte ve hem sağlık personeli hem de hasta bundan etkilenebilmektedir. Dolayısıyla hastanelerdeki sağlık çalışanlarının çalışma şartlarından memnun olmaları ve kendilerini güvende hissetmeleri halinde, çalışanların tüm enerjilerini ve eforlarını bakım ve tedavi süreçlerinde sarf etmeleri ve iş kazalarının minimize edilmesi mümkün olabilecektir. Bunlardan dolayı

sağlık çalışanlarının hizmet sunum ortamlarının mümkün olabilecek en güvenli hale getirilmesi hem sağlık hizmeti talebinde bulunanlar hem de bu talebi karşılayanlar yani sağlık çalışanları açısından son derece önem teşkil etmektedir.

Çalışmada tespit edilen bulgular ışığında aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Bu doğrultuda gerek hastanelerdeki çalışma ortamına ilişkin ulusal düzeyde düzenlemeler gerekse de iş kazalarına ilişkin politikalar, belirlenmelidir.
- Kurumsal düzeyde iş kazaları ile ilgili gerekli değerlendirilmeler yapılmalı ve bu doğrultuda önlemler geliştirilerek iş kazasının her aşamasında yönetim tarafından gerekli destek sağlanmalıdır.
- İş kazalarının azaltılması için sağlık personeline gerekli hizmet içi eğitim verilmesi ve bu konuda bir örgüt kültürü oluşturulması büyük önem taşımaktadır.
- Çalışma ortamı güvenli hale getirilerek iş kazaları için gerekli koruyucu ekipmanların kullanım bilinci artırılmalı ve sağlık çalışanları ekipman kullanımı konusunda teşvik edilmelidir.
- İş kazaları bildirim sistemi daha etkin hale getirilmeli ve sağlık personeli herhangi bir tereddüt yaşamadan bu konuda bildirim yapabilmelidir. Bunun içinde kurumlarda iyi işleyen bir iş kazası bildirim sistemi oluşturulmalı ve sağlık çalışanları bu konuda bilinçlendirilerek bildirim yapmaları sağlanmalıdır.

İleride yapılacak araştırmalarda çalışma ortamının iş kazalarına etkileri ayrıntılı şekilde incelenmelidir.

- Bu çalışmanın evreni tek bir devlet hastanesi olarak seçilmiş ve araştırma bu devlet hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Daha genellenebilir sonuçlar elde edebilmek için bu araştırma daha geniş bir evrende ve daha fazla örneklem ile yapılabilir.
- Bu araştırmanın evreni sağlık çalışanları gruplarından sadece doktor ve hemşireler olarak belirlenmiştir. Diğer sağlık çalışanları gruplarını da kapsayacak şekilde çalışmalar da yapılabilir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Abbott, M. L. (2011). *Understanding educational statistics using Microsoft Excel and SPSS*. United States: John Wiley & Sons, Inc.
- Carson, K. D., Carson, P. P. and Roe, C. W., (1995). “*Management of Healthcare Organizations*”, Ohio: South Western College Publishing.
- Güler, Ç. (2004). *Sağlık Boyutuyla Ergonomi*. Ankara: Palme Yayıncılık
- Gürüz, D., & Yaylacı, G. Ö. (2004). *İletişimci Gözüyle İnsan Kaynakları Yönetimi*, MediaCat Kitapları.
- Kalaycı, Şeref (Editör) (2006), *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayın Dağıtım
- Kavuncubaşı, Ş., & Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kirk, R. E. (2008). *Statistics an introduction (Fifth Edition)*. United States: Thomson Higher Education.
- Koçel, T. (1998). *İşletme Yöneticiliği*, İstanbul: Beta Basım Yayım
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. Değişim Dinamikleri Yayınları.
- McKillup, S. (2012). *Statistics explained: An introductory guide for life scientists (Second edition)*. United States: Cambridge University Press.
- Sabuncuoğlu, Z. (2000). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics (Sixth edition)*. United States: Pearson Education.

Wilcox, R. R. (2012). *Modern statistics for the social and behavioral sciences: A practical introduction*. United States: Chapman & Hall/CRC Press.

Sürekli Yayınlar

Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M. (2002). Hospital staffing, organization and quality of care: Cross-national findings: *Nursing Outlook*, 50:187–94.

Alp, E., Bozkurt, M., & Başçiftçi, İ. (2012). Hastane Malzemelerinin Sağlık Çalışanlarının Postürüne Etkileri. *Sakarya University Journal of Science*, 16(3), 221-226.

Altıok M., Kuyurtar F., Karaçorlu S., Ersöz G., Erdoğan S. (2009). Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınan Önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2, Sayı:3, 70-79

Aslan, F. E. & Öntürk, Z. K. (2011). Güvenli ameliyathane ortamı; biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikososyal riskler, etkileri ve önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 133-140.

Ayberk H. S., Yelekçi S. (2018). Sağlık Kuruluşlarında Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Karşılaştıkları Sorunlar (Health Care Facilities Within The Scope Of The Occupational Health And Safety Employees Faced Problems). *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 1(3), 110-116

Benli A. R., Özenver F., Sürmen S., Kayış S. A., Koyuncu M., Sunay D. (2016). Knowledge, Attitude and Behaviours of Hospital Staff with Regard to the Occupational Health and Safety(Hastane Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları). *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care Electronic Journal*. www.tjfmpe.gen.tr; 10 (4), 188-195 Erişim Tarihi: 20.08.2018

Bilir, N. (2005). İş Sağlığı ve Güvenliğinde Çağdaş Bir Yaklaşım: Risk Değerlendirmesi ve Risk Yönetimi, *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, S.25, Ankara.

- Bozbıyık, A., Özdemir, Ç. & Hancı, İ. H. (2002). Radyasyon yaralanmaları ve korunma yöntemleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 7(11), 274.
- Camkurt, M. Z. (2007). İşyeri Çalışma Sistemi ve İşyeri Fiziksel Faktörlerinin İş Kazaları Üzerindeki Etkisi. *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*. 20(6):80-106.
- Can A. & İbicioğlu, H. (2008). Yönetim ve yöneticilik yönünden üniversite hastanelerinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3), 253-275.
- Cardoen B., Demeulemeester E, Belien J. (2009). Operating room planning and scheduling: A literature review. *European Journal of Operational Research*, 201: 921-93
- Çamcı, O. & Kutlu, Y. (2011). Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 9-16.
- Çelikalp Ü., Saraçoğlu G. V, Keloğlu G, Bilgiç Ş. (2016). Hemşirelerin çalışma ortamlarında iş güvenliği uygulamalarını değerlendirmesi (The assessment of work places of nurses on occupational safety). *TAF Preventive Medicine Bulletin*. Cilt:15, Sayı: 5, 408-414
- Çetinkaya, G., & Aras, D. (2017). Work Stress, Perception of Job Safety, and Job Satisfaction of Rope Access Technicians and the Relationship among Them, İple Erişim Teknisyenlerinin İş Stresi, İş Güvenliği Algıları, İş Tatminleri ve Aralarındaki İlişki Üzerine bir Çalışma. *Work Stress*, 7(2), 125-132.
- Çiçek B., Erkal S. (2016). Hastanelerde iş kazası geçiren kurum ev idaresi personelinin geçirdikleri iş kazalarının bazı demografik özelliklerine göre incelenmesi (Analyzing of occupational accidents experienced by housekeeping personnel in hospitals according to some demographic characteristics). *International Journal of Social Sciences and Education Research*. 2 (4), 1275-1289.

- Çopur, Z., Varlı, B. E., Avşar, M. & Şenbaş, M. (2006). Ege Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan ev idaresi personelinin iş sağlığı ve güvenliği konusundaki görüşlerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1).
- Davas, A., Türk, M., & Yüksel, M. (2016). Çalışma koşulları ile iş kazaları arasındaki ilişkisi: bir hastane örneği. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*, 16(60-61).
- Demir E, Saatçioğlu Ö, İmrol F. (2016). Uluslararası Dergilerde Yayımlanan Eğitim Araştırmalarının Normallik Varsayımları Açısından İncelenmesi, *Curr Res Educ*, 2(3), 130-148
- Devebakan, N., & Paşalı, N. (2015). Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Standartlarının Çalışan Güvenliği Açısından Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi: İzmir İlinde Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 18(2), 123-142.
- Dikmen Uğraş, A., Medeni, V., Uslu, İ., & Aycan, S. (2014). Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Geçirdiğini İfade Ettiği İş Kazalarının Değerlendirilmesi. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 22-29.
- Emiroğlu, C. (2015). Sağlık Sektöründe Mesleki Riskler ve Hukuksal Düzenlemeler. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*, 12(43).
- Ergör, A., Kılıç, B., & Gürpınar, E. (2015). Sağlık Ocaklarında İş Riskleri Nalıdere Eğitim Araştırma Ve Sağlık Bölge Başkanlığı Sağlık Ocaklarında Durum Değerlendirmesi. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*, 4(16).
- Erkal S, Coşkuner S. (2010). Bir Hastanede Çalışan Ev İdaresi Personelinin İş Kazası Geçirme Durumunun ve Kazalardan Korunmak İçin Aldıkları Önlemlerin İncelenmesi (The Investigation of Occupational Accidents Experienced by Housekeeping Personnel Working at A University Hospital and The Measures Taking to Avoid Accidents). *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:13, Sayı:1, 45-62

- Erkol, H., Gökdoğan, M. R., Erkol, Z., & Boz, B. (2007). Aggression and violence towards health care providers—a problem in Turkey?. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 14(7), 423-428.
- Etiler, N. (2015). Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*, 11(42).
- George D, & Mallery P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). *Boston: Allyn & Bacon*, 2003.
- Gökçe T., Dündar C. (2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı düzeylerine Etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15 (1), 25-28.
- Gücük, M., Karabey, S., Yolsal, N., & Irmak Özden, Y. (2002). İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Çalışanlarında Kesici-Delici Alet Yaralanmaları. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 6(2), 72-81.
- Kağnıcıoğlu, D. (2010). Sosyal Sorumluluk Raporlarında Çalışma ve İstihdam Göstergeleri. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*; Sayı 57 (2009); 125-165.
- Kanber, N. A., Gürlek, Ö., Çiçek, H. & Gözlükaya, A. (2010). Bir Sağlık Kurumunda Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2), 114-126.
- Karaer G., Özmen D. (2016). Sağlık çalışanlarının iş güvenliği: Devlet hastanesi örneği. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*; 8(4), 306-316
- Keser Ö., Bilgin H. (2011). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme” *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences.*; 31(6):1442-56 DOI: 10.5336/medsci.2010-20795.
- Kılıkş, İ. & Demir, S. (2012). İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Verme Yükümlülüğü Üzerine Bir İnceleme. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 3(1), 23-47.

- Kocabaş, F., Aydın, U., Özgüler, V. C., İlhan, M. N., Demirkaya, S., Nihan, A. K., & Özbaş, C. (2018). Çalışma Ortamında Psikososyal Risk Etmenlerinin İş Kazası, Meslek Hastalıkları ve İşle İlgili Hastalıklarla İlişkisi. *Sosyal Güvence Dergisi*, (14), 28-62.
- Merih, Y. D., Kocabey, M. Y., Çırpı, F., Bolca, Z. & Celayir, A. C. (2009). Bir devlet hastanesinde 3 yıl içerisinde görülen kesici-delici alet yaralanmalarının epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik önlemler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(1), 11-15.
- Oktay, S. (1990). Sağlık Kuruluşlarında Risklerin Kontrol Altına Alınması ve Güvenlik Önlemleri, *Hemşirelik Bülteni*, 6(15), 57.
- Ovretveit J. (2003). Nordic privatization and private healthcare. *International Journal of Health Planning and Management*, 18:233-246.
- Özkan, Ö. & Emiroğlu, O. N. (2006). Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 43-51.
- Öztunç, G. (2001). Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 1-9.
- Öztürk, H., Babacan, E., & Anahar, E. Ö. (2012). Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 252-268.
- Saygılı, M. & Çelik, Y. (2011). Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14(1), 39-71.
- Saygun, M. (2002). İşçi Sağlığı. *İSG Dergisi*, C.10, S.2
- Solmaz, M. & Solmaz, T. (2017). Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 147-156.

- Tan, M., Polat, H., Akgün Şahin. Z., (2012), Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Sayı: 4, 67-78.
- Tanrıverdi, M. H. (2010). Birinci Basamakta Epidermal Prekanseroz Lezyonlara Yaklaşım. *Konuralp Tıp Dergisi*, (1), 53-56.
- Uçak A., Kiper S., Karabekir H. S. (2011). Sağlık Çalışanlarının Karşılaştıkları İş kazaları ve Eğitimin İş kazalarını Azaltma Durumuna Etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, Sayı:3, 7-15
- Yenal, K. & Durgun Ozan, Y. (2013). Gebe hemşireler için riskler ve güvenlik Önlemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 3-7.
- Yenal, S. & Ergör, A. (2013). Hastane Öncesi Acil Bakım Eğitiminde Mesleki Risklerin Yeri. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 13(1):33-41.
- Yıldırım, M. (2013). Kamu yönetiminin kadim paradoksu: Nepotizm ve meritokrasi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(2), 353-380.

Tezler

- Akkaya, G. (2007). *Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ayşe, Ö. (2010). *Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Davas, A. (2005). *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelere Yönelik İş Kazası Kayıt sisteminin Geliştirilmesi ve İzlenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
- Devebakan, N. (2007). *Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi SBE

- Kutlu, D. (2007). *Ameliyathane çalışanlarının cerrahi aletlerle yaralanma riski ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Mohammad, G. T. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz İle Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Olçay, B. (2017). *Sağlık sektöründe iş sağlığı ve iş güvenliği üzerine risk analizi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Orak, N. (1999). *Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hemşireler ile Denk Eğitimden Geçmiş Sağlık Personeli Ücretlerinin (Yapılan Ödemelerin) Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi SABE
- Özdamar, K. (2002). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1, SPSS-MINITAB*, 4. Kaan Kitabevi, ISBN, 975-6787.
- Özkan, Ö. (2005). *Hastanede çalışan hemşirelerin iş ve çalışma ortamı tehlike ve riskleri ile risk algılarının saptanması*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Saygılı, M. (2008). *Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Alguları İle İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, SABE
- Sezgin, B., (2007), *Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta Ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Soykenar, M. (2008). *Sağlık İşletmelerinde Personelin Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde Örnek Bir Uygulama*. Doktora Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.

Şahin, V.D. (2014). *Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları (Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Ameliyathane Çalışanlarında İş Kazaları)*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Turhan F. (2006). Başkent Üniversitesi Hastanesi Çalışanlarının Mesleki Risk Faktörleri Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Uçak, A. (2009). *Sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları ve geri bildirimlerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yenimahalleli, G. (1999). *Türkiye’de sağlık İşkolumun özellikleri ve sendikal örgütlenme*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Diğer Yayınlar

Algül, R. (2013). Tükenmişlik Sendromu ve Baş Etme Yolları. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongresi*. Ankara 16-17 Kasım 2013

Dikmen, C. V., & Sancak A. (2019). Hastane Havalandırma Kanalları İç İzolasyonunda İnovatif Antibakteriyel Nano Katkılı Ses ve Isı Yalıtımı Kullanımı. <http://blog.dkminsaat.com/tr/images/pdf/Turkce-Bildirimi.pdf> Erişim Tarihi: 10.05.2018

Erkan, N. (1984). İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Sorunlarına Yeni Bir Yaklaşım, Piact, Seminer Notları, Ankara

Galbraith James K., Deepshikha Roy Chowdhury, Sanjeev Shrivastava. (2004). “Pay Inequality in the Indian Manufacturing Sector, 1979-1998” *University of Texas Inequality Project Working Paper No. 28, 1-27*.

ILO (2009). *Health and life at work: A basic human right*. Geneva: ILO. ss.8-10

ILO (2002). *Recording and Notification of Occupational Accidents and Diseases and ILO List of Occupational Diseases*” Geneva. p. 1-26.

OSHA (2013). “Facts About Hospital Worker Safety”
https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.2_Factbook_508.pdf Erişim Tarihi: 10.09.2018

Sağlık Bakanlığı (2016), *2016 Sağlık İstatistikleri Yıllığı*,
<https://www.saglik.gov.tr/TR,30485/saglik-istatistikleri-yilligi-2016-yayinlanmistir.html> Erişim Tarihi: 20.07.2018

SGK. (2010). *İstatistik Yıllığı*. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari Erişim Tarihi: 04.08.2018

EKLER

Ek-1: Anket Formu

Sayın Katılımcı

Bu görüşme formu Sakarya Üniversitesi, Yüksek Lisans Programında Yürütülen "Çalışma Koşulları ile İş Kazaları Arasındaki İlişki: Bir Kamu Hastanesi Örneği" adlı tez çalışmasında kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Anket sonucunda elde edilen veriler sadece bilimsel bir araştırma için kullanılacaktır. Göstereceğiniz özen ve yardımlarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Şah İsmail ŞENSOY
Yüksek Lisans Öğrencisi

I. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1) Çalışılan Bölüm

- 1 Dahili
- 2 Cerrahi
- 3 Temel Bilimler-Laboratuvar

2) Meslek

- 1 Hemşire
- 2 Doktor

3) Aylık Çalışma Saati

- 1 160 saat
- 2 >160 saat

4) Gece Çalışma

- 1 Yok
- 2 Var

5) Meslekteki Görev Süreniz

- 1 1 yıldan az
- 2 1-3 yıl
- 3 4-6 yıl
- 4 7-9 yıl
- 5 10 yıl ve üzeri

6) Bu Hastanedeki Görev Süreniz

- 1 1 yıldan az
- 2 1-3 yıl
- 3 4-6 yıl
- 4 7-9 yıl
- 5 10 yıl ve üzeri

7) Yaş

- 1 <30 yaş
 2 30 yaş ve üzeri

8) Cinsiyet

- 1 Kadın
 2 Erkek

II. İŞ KAZALARI DEĞERLENDİRME ANKETİ

1) Mesleki uygulama sırasında kesici-delici-batıcı bir aletle yaralandınız mı?

- 1 Evet
 2 Hayır

2) Mesleki uygulama sırasında kan veya başka vücut sıvısı ile temas ettiniz mi?

- 1 Evet
 2 Hayır

3) İşyerinizde kayma, düşme, çarpma gibi nedenlerden dolayı doku travmasına maruz kaldınız mı?

- 1 Evet
 2 Hayır

4) Fiziksel veya sözlü şiddete maruz kaldınız mı?

- 1 Evet
 2 Hayır

5) Yaralanma ve kazalar daha çok hangi mesai diliminde gerçekleşti?

- 1 08:00-16:00
 2 16:00-00:00
 3 00:00-08:00

6) Yaralanma ve kazalar daha çok hangi aşamada gerçekleşmektedir?

- 1 Tedavi hazırlık aşamasında
 2 Hastaya müdahale sırasında
 3 Tedavi sonrasında
 4 Diğer

7) Çalıştığınız birimde iş kazalarını önleyebilecek kişisel koruyucu ekipmanlar mevcut mu?

- 1 Evet
 2 Hayır

8) İş kazasını kurumunuza bildirdiniz mi?

- 1 Evet
 2 Hayır

III: ÇALIŞMA ORTAMI ÖLÇEĞİ

	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1) Sağlık personeli, ilaç uygulama hatasına bağlı olarak hastaya bir şey olursa suçlanabilirler.					
2) Sağlık personeli ilaç uygulama hatası yaparlarsa, meslektaşlarının onların yetersiz olduklarını düşüneceklerine inanırlar.					
3) Sağlık personeli, ilaç uygulama hatalarını rapor etmenin istenmeyen sonuçlarından çekinirler.					
4) Hastalar olumsuz tutum geliştirebilirler.					
5) Sağlık personeli hekimin tepkisini almaktan çekinirler.					
6) Sağlık personeli ilaç uygulama hatası rapor edildiğinde, ceza almaktan çekinirler.					
7) Sağlık personeli ilaç uygulama hatalarının medyaya yansımından çekinirler.					
8) Sağlık personeli, üstleri en yüksek bakım kalitesini sağlamak için birlikte çalışırlar					
9) Olay (kaza) raporu verileri çoğunlukla, hasta bakımıyla ilgili problemleri belirlemede kullanılır.					
10) Olay (kaza) raporu verilerinin esas kullanım amacı, hemşirelerin yetersiz fonksiyonlarını belirlemektir.					
11) Birimimizdeki hasta bakımını geliştirmek için kalite geliştirme süreçleri (Toplam Kalite Yönetimi ve Sürekli Kalite İyileştirme) kullanılır.					
12) Hastane, olay (kaza) raporu verilerini, hasta güvenlik sistemlerini geliştirmek için kullanır.					
13) İstenmeyen olaylara ilişkin bilgiler (ilaç uygulama hataları, hasta düşmeleri, yatak yaraları vb.) hemşirelerle düzenli olarak paylaşılır.					
14) Birimimizdeki yönetici ve sorumlular hasta güvenliğini öncelikli düşünürler.					

15) Birimimdeki Sağlık personeli hasta olaylarının raporlandırılması için desteklenirler.					
16) Birimimdeki Sağlık personelinin rahatça yardım isterim.					
17) Birimimizdeki Sağlık personeli, hasta bakımında birbirlerine yardım ederler.					
18) Bu birimde hasta bakımı problemleri ile ilgili düşüncelerimi meslektaşlarımla ve sorumlularıyla açıkça tartışabilirim.					
19) Birlikte çalıştığım insanlara büyük bir güven duyarım.					
20) Birimim hastalara en iyi bakımı vermek için ihtiyacım olan araç-gerece sahiptir					
21) Bu birimde güvenli hasta bakımı için yeterli alana sahibim.					
22) Mevcut imkanlar hastalarımın en iyi bakımı vermeme engeller.					
23) Her iş günü hiç bitmeyecek gibi görünür.					
24) İşimde çoğu çalışma arkadaşımın daha mutlu olduğumu düşünürüm.					
25) İşimden gerçekten hoşlanıyorum.					
26) Bu işi yapmaya başladığımdan beri hayal kırıklığına uğruyorum.					
27) Çoğu zaman işe gitmek için kendimi zorlarım.					
28) Şu ana kadar işimden memnunum.					

ÖZGEÇMİŞ

Şah İsmail ŞENSOY, 1995 yılında Muş'un Hasköy İlçesine bağlı Eşmepınar köyünde doğdu. İlkokul ve ortaokul eğitimini Eşmepınar İlköğretim okulunda gördü. Lise eğitimini Muş İMKB Anadolu lisesinde tamamladı. 2012 yılında yerleştiği Muş Alparslan Üniversitesin Sağlık yüksekokulu Sağlık Kurumları Yöneticiliği bölümünden 2016 yılında mezun oldu. Aynı yıl Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Bilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı.



Normal Dağılım Analiz Tabloları

Çalışılan Bölüme Göre Normal Dağılım Analizi

Ölçekler	Çalışılan Bölüm	Statistic	Sd	p	Ortalama	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
Personel Korkuları	Dahili	0,164	59	0,000	3,709	3,714	1,500	-0,224
	Cerrahi	0,114	88	0,006	3,852	4,000	1,309	-1,199
	Temel Bilimler- Laboratuvar	0,076	112	0,140	3,541	3,571	0,204	-0,449
Kurum Kalite Yönetimi	Dahili	0,12	59	0,033	3,466	3,500	-0,362	0,204
	Cerrahi	0,086	88	0,111	3,542	3,625	1,932	-0,940
	Temel Bilimler- Laboratuvar	0,068	112	0,200	3,279	3,250	-0,174	-0,133
Mesleki İlişkiler	Dahili	0,203	59	0,000	3,960	4,000	-0,355	-0,380
	Cerrahi	0,126	88	0,001	3,843	4,000	0,623	-0,813
	Temel Bilimler- Laboratuvar	0,15	112	0,000	3,788	4,000	-0,123	-0,398
Fiziksel Kaynaklar	Dahili	0,112	59	0,062	3,375	3,333	0,329	-0,254
	Cerrahi	0,136	88	0,000	2,994	3,000	-0,272	-0,150
	Temel Bilimler- Laboratuvar	0,145	112	0,000	3,149	3,333	0,273	-0,585
İş Doyumu	Dahili	0,083	59	0,200	2,754	2,667	0,152	-0,081
	Cerrahi	0,108	88	0,013	2,864	2,833	-0,046	0,096
	Temel Bilimler- Laboratuvar	0,125	112	0,000	2,961	3,000	0,256	0,136

Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Normal dağılım analizi

Ölçekler	Meslek	Statistic	Sd	P	Ortalama	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
Personel Korkuları	Hemşire	0,081	202	0,002	3,644	3,714	-0,459	0,906
	Doktor	0,160	57	0,001	3,759	4,000	-1,211	1,737
Kurum Kalite Yönetimi	Hemşire	0,084	202	0,001	3,437	3,500	-0,273	0,043
	Doktor	0,097	57	0,200	3,281	3,250	-0,199	0,421
Mesleki İlişkiler	Hemşire	0,156	202	0,000	3,866	4,000	-0,525	0,126
	Doktor	0,108	57	0,096	3,833	4,000	-0,282	-0,514
Fiziksel Kaynaklar	Hemşire	0,132	202	0,000	3,213	3,333	-0,522	0,347
	Doktor	0,115	57	0,059	3,111	3,333	-0,281	0,005
İş Doyumu	Hemşire	0,127	202	0,000	2,858	2,833	0,192	0,395
	Doktor	0,086	57	0,200	2,906	3,000	-0,014	0,064

Katılımcıların Aylık Çalışma Saatlerine Göre Normal dağılım analizi

Ölçekler	Aylık Çalışma Saati	Statistic	Sd	p	Ortalama	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
Personel Korkuları	160 Saat	0,107	32	0,200	3,598	3,714	-0,411	-0,224
	160 Saatten Fazla	0,086	227	0,000	3,679	3,714	-0,634	1,033

Kurum Kalite Yönetimi	160 Saat	0,115	32	0,200	3,313	3,375	-0,111	-0,003
	160 Saatten Fazla	0,076	227	0,003	3,415	3,500	-0,293	0,031
Mesleki İlişkiler	160 Saat	0,138	32	0,126	3,492	3,625	-0,174	-0,614
	160 Saatten Fazla	0,147	227	0,000	3,911	4,000	-0,480	0,073
Fiziksel Kaynaklar	160 Saat	0,128	32	0,196	3,115	3,333	-0,329	-0,079
	160 Saatten Fazla	0,127	227	0,000	3,201	3,333	-0,486	0,313
İş Doyumu	160 Saat	0,126	32	0,200	2,880	2,833	0,832	1,030
	160 Saatten Fazla	0,096	227	0,000	2,867	2,833	0,079	0,148

Katılımcıların Gece Çalışma Durumuna Göre Normal dağılım analizi

Ölçekler	Gece Çalışma	Statistic	sd	p	Ortalama	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
Personel Korkuları	Yok	0,102	60	0,187	3,738	3,857	-0,368	-0,118
	Var	0,078	199	0,005	3,648	3,714	-0,641	1,101
Kurum Kalite Yönetimi	Yok	0,068	60	0,200	3,302	3,250	0,243	-0,025
	Var	0,085	199	0,001	3,433	3,500	-0,390	0,187
Mesleki İlişkiler	Yok	0,156	60	0,001	3,750	4,000	-0,312	-0,591
	Var	0,145	199	0,000	3,892	4,000	-0,505	0,174
Fiziksel Kaynaklar	Yok	0,154	60	0,001	3,256	3,333	0,166	-0,232
	Var	0,120	199	0,000	3,171	3,333	-0,638	0,302
İş Doyumu	Yok	0,107	60	0,087	2,767	2,833	-0,171	0,312
	Var	0,111	199	0,000	2,900	2,833	0,198	0,240

Katılımcıların Meslekteki Görev Süreleri Durumuna Göre Normal Dağılım Analizi

Ölçekler	Meslekteki Görev Süreleri	Statistic	sd	p	Ortalama	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
Personel Korkuları	1 Yıldan Az	0,068	53	0,200	3,439	3,429	0,090	-0,072
	1-3 Yıl	0,141	58	0,006	3,539	3,571	1,667	-0,937
	4-6 Yıl	0,123	45	0,083	3,689	3,714	1,054	-0,702
	7-9 Yıl	0,105	43	0,200	3,821	3,857	-0,302	-0,314
	10 Yıl Ve Üzeri	0,088	60	0,200	3,874	3,857	-0,220	-0,302
Kurum Kalite Yönetimi	1 Yıldan Az	0,127	53	0,032	3,455	3,625	-0,260	-0,583
	1-3 Yıl	0,113	58	0,061	3,440	3,500	0,298	-0,225
	4-6 Yıl	0,095	45	0,200	3,364	3,375	0,183	-0,361
	7-9 Yıl	0,123	43	0,098	3,218	3,250	1,371	-0,111
	10 Yıl Ve Üzeri	0,098	60	0,200	3,481	3,500	-0,520	-0,013
Mesleki İlişkiler	1 Yıldan Az	0,174	53	0,000	4,024	4,000	0,390	-0,485
	1-3 Yıl	0,127	58	0,021	3,802	4,000	-0,098	-0,485
	4-6 Yıl	0,149	45	0,014	3,883	4,000	-0,088	-0,368
	7-9 Yıl	0,166	43	0,004	3,715	4,000	-0,190	-0,209
	10 Yıl Ve Üzeri	0,179	60	0,000	3,854	4,000	-0,061	-0,632

Fiziksel Kaynaklar	1 Yıllan Az	0,144	53	0,008	3,094	3,000	0,230	-0,378
	1-3 Yıl	0,131	58	0,015	3,115	3,167	-0,288	-0,553
	4-6 Yıl	0,111	45	0,200	3,311	3,333	0,264	-0,410
	7-9 Yıl	0,134	43	0,050	3,140	3,333	-0,220	-0,518
	10 Yıl Ve Üzeri	0,220	60	0,000	3,294	3,333	0,611	-0,444
İş Doyumu	1 Yıllan Az	0,084	53	0,200	2,928	2,833	0,094	0,108
	1-3 Yıl	0,188	58	0,000	2,997	2,833	0,121	0,678
	4-6 Yıl	0,143	45	0,021	2,867	3,000	0,144	0,156
	7-9 Yıl	0,141	43	0,032	2,938	3,000	0,006	-0,341
	10 Yıl Ve Üzeri	0,145	60	0,003	2,644	2,750	0,068	-0,102

Katılımcıların Kurumdaki Görev Süreleri Durumuna Göre Normal Dağılım Analizi

Ölçekler	Bu Hastanedeki Görev Süreniz	Statistic	sd	p	Ortalama	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
Personel Korkuları	1 Yıllan Az	0,068	86	0,200	3,615	3,571	-0,091	-0,210
	1-3 Yıl	0,118	85	0,005	3,629	3,714	1,722	-0,968
	4-6 Yıl	0,185	42	0,001	3,575	3,571	1,113	-0,455
	7-9 Yıl	0,125	15	0,200	3,800	3,714	-0,362	-0,313
	10 Yıl Ve Üzeri	0,127	31	0,200	3,995	4,000	-0,560	-0,263
Kurum Kalite Yönetimi	1 Yıllan Az	0,115	86	0,007	3,442	3,500	0,725	-0,793
	1-3 Yıl	0,133	85	0,001	3,391	3,625	-0,073	-0,171
	4-6 Yıl	0,126	42	0,094	3,170	3,125	1,224	0,039
	7-9 Yıl	0,151	15	0,200	3,467	3,375	-0,951	0,154
	10 Yıl Ve Üzeri	0,108	31	0,200	3,609	3,750	-0,426	0,042
Mesleki İlişkiler	1 Yıllan Az	0,162	86	0,000	3,913	4,000	-0,204	-0,300
	1-3 Yıl	0,168	85	0,000	3,809	4,000	-0,192	-0,505
	4-6 Yıl	0,129	42	0,077	3,780	4,000	-0,747	-0,305
	7-9 Yıl	0,211	15	0,070	4,133	4,000	-0,921	0,420
	10 Yıl Ve Üzeri	0,226	31	0,000	3,823	4,000	2,071	-0,805
Fiziksel Kaynaklar	1 Yıllan Az	0,119	86	0,004	3,205	3,333	0,326	-0,464
	1-3 Yıl	0,137	85	0,000	3,078	3,000	-0,489	-0,113
	4-6 Yıl	0,192	42	0,000	3,373	3,500	2,746	-1,425
	7-9 Yıl	0,25	15	0,012	3,000	3,333	-0,703	-0,767
	10 Yıl Ve Üzeri	0,258	31	0,000	3,301	3,333	0,984	-0,319
İş Doyumu	1 Yıllan Az	0,117	86	0,006	2,965	3,000	0,239	0,013
	1-3 Yıl	0,141	85	0,000	2,947	2,833	0,189	0,559
	4-6 Yıl	0,161	42	0,008	2,825	3,000	-0,540	0,013
	7-9 Yıl	0,229	15	0,034	2,800	3,000	0,450	-0,924
	10 Yıl Ve Üzeri	0,204	31	0,002	2,479	2,667	0,589	-0,909

Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Normal dağılım analizi

Ölçekler	Yaş	Statistic	sd	p	Ortalama	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
Personel Korkuları	30 Yaşın Altında	0,078	148	0,027	3,833	3,857	1,393	-0,785
	30 Yaş Veya Üzeri	0,083	111	0,058	3,546	3,571	0,966	-0,503
Kurum Kalite Yönetimi	30 Yaşın Altında	0,077	148	0,032	3,401	3,500	0,314	-0,320
	30 Yaş Veya Üzeri	0,081	111	0,073	3,404	3,500	-0,004	-0,223
Mesleki İlişkiler	30 Yaşın Altında	0,135	148	0,000	3,829	4,000	-0,260	-0,413
	30 Yaş Veya Üzeri	0,169	111	0,000	3,882	4,000	0,096	-0,508
Fiziksel Kaynaklar	30 Yaşın Altında	0,118	148	0,000	3,216	3,333	0,078	-0,288
	30 Yaş Veya Üzeri	0,165	111	0,000	3,171	3,333	0,194	-0,530
İş Doyumu	30 Yaşın Altında	0,117	148	0,000	2,799	2,800	0,390	0,075
	30 Yaş Veya Üzeri	0,1	111	0,008	2,921	2,833	0,215	0,220

Katılımcıların Cinsiyet Durumuna Göre Normal dağılım analizi

Ölçekler	Cinsiyet	Statistic	sd	p	Ortalama	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
Personel Korkuları	Kadın	0,069	156	0,066	3,652	3,714	1,082	-0,793
	Erkek	0,104	103	0,008	3,680	3,714	0,831	-0,445
Kurum Kalite Yönetimi	Kadın	0,102	156	0,000	3,285	3,250	-0,068	-0,096
	Erkek	0,076	103	0,159	3,480	3,625	0,342	-0,335
Mesleki İlişkiler	Kadın	0,175	156	0,000	3,864	4,000	-0,122	-0,456
	Erkek	0,113	103	0,002	3,856	4,000	-0,011	-0,473
Fiziksel Kaynaklar	Kadın	0,14	156	0,000	3,194	3,333	0,737	-0,563
	Erkek	0,121	103	0,001	3,188	3,333	-0,092	-0,400
İş Doyumu	Kadın	0,099	156	0,001	2,893	3,000	0,547	0,088
	Erkek	0,108	103	0,005	2,853	2,833	0,184	0,186

Katılımcıların Çalışma Ortamı Ölçeği Normal Dağılım Testi Sonuçları

Çalışma Ortamı	Kolmogorov-Smirnov ^a			Mean	Median	Skewness	Kurtosis
	Statistic	n	p				
Personel Korkuları	0,083	265	0,000	3,660	3,714	-0,708	1,198
Kurum Kalite Yönetimi	0,079	265	0,000	3,400	3,500	-0,257	0,110
Mesleki İlişkiler	0,145	265	0,000	3,856	4,000	-0,466	-0,060
Fiziksel Kaynaklar	0,121	265	0,000	3,193	3,333	-0,448	0,223
İş Doyumu	0,096	265	0,000	2,887	2,883	0,110	0,210



Posta - Şah İsmail ŞENSOY - Outl x

https://outlook.live.com/mail/search/fd/AQQKADAwATY3ZmYAZS11MzgxLTRkYTMtMDACLTAwCgAAHcz1H5UhhdAhKhzov0kTM8%3D

Outlook

aytolany@gmail.com

Filtreler

Yeni ileti

Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Taşı Kategorilere Ayır

Ad closed by Google

Gelen Kutusu 24

Gereksiz E-posta 30

Taslaklar

Gönderilmiş Öğeler

Scheduled

Silinmiş Öğeler 65

Arşiv

Conversation Hist...

RSS Akışları

Şununla Office 365'e yükseltin: premium Outlook özellikleri

İzin Talebi

Prof Dr Aytolan YILDIRIM <aytolany@gmail.com>
10.05.2018 Per 13:45
Siz

Sayın Şensoy, ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Başarı dileklerimle.

10 May 2018 Per 15:57 tarihinde Şah İsmail ŞENSOY <maraz_yurek@hotmail.com> şunu yazdı:
Sn. Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM,

Sakarya Üniversitesinde Sağlık Yönetimi bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. "Çalışma Koşulları ile İş Kazaları Arasındaki İlişki: Bir Kamu Hastanesi Örneği" konulu tez yazmaktayım.

2007 yılında Sn. Burcu SEZGIN tarafından yazılan ve sizin danışmanlığını yaptığınız "Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi" konulu doktora tezinde kullanılan "Çalışma Ortamı Ölçeği Türkçe Formu" nu kullanmak için izninizi talep etmekteyim. Çalışmalarınızda başarılar ve hayatınızda mutluluklar dilerim.

Saygılarımla.

Şah İsmail ŞENSOY

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

11:59
23.05.2019



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı : 61923333/050.99/
Konu : 02/02 Şah İsmail ŞENSOY

Sayın Şah İsmail ŞENSOY

İlgi : Şah İsmail ŞENSOY 25/05/2018 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının **04.07.2018** tarihli ve **02** sayılı toplantısında alınan "**2**" nolu karar örneği ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Haluk SELVİ
Etik Kurulu Başkanı

2. Şah İsmail ŞENSOY'un "Çalışma Koşulları İle İş Kazaları Arasındaki İlişki: Bir Kamu Hastanesi Örneği" başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Şah İsmail ŞENSOY'un "Çalışma Koşulları İle İş Kazaları Arasındaki İlişki: Bir Kamu Hastanesi Örneği" başlıklı çalışmasının Etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BEL94729K>





T.C
MUŞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 61414002-806.02.02
Konu : Tez Çalışması Hk.

MUŞ DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde yüksekisans yapmakta olan Şah İsmail ŞENSOY "Çalışma Koşulları ile İş Kazaları Konulu tez çalışmasını hastanenizde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, kişiye gerekli kolaylığın sağlanması hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Serdal TÜRKOĞLU
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

1- Yazı