T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTANELERDE GÖREVLİ HEMŞİRELERİN İŞ GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI İLE ÇALIŞMA ORTAMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

ELİF PEKER

DANIŞMAN
Prof. Dr.Ülkü BAYKAL

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim Programı

Ocak, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Elif PEKER tarafından, **Prof. Dr.Ülkü BAYKAL** danışmanlığında hazırlanan **" HASTANELERDE GÖREVLİ HEMŞİRELERİN İŞ GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI İLE ÇALIŞMA ORTAMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ "**başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **03/01/2023** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	**Sonuç**
DANIŞMAN	Prof. Dr.Ülkü BAYKAL İstanbul Arel Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr.Handan ALAN İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. ÜyesiSeda DEĞİRMENCİ ÖZ İstanbul Aydın Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Elif PEKER

Beni sevgiyle büyüten rahmetli babama ve her zaman yanımda olup beni hep destekleyen sevgili anneme ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

HASTANELERDE GÖREVLİ HEMŞİRELERİN İŞ GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI İLE ÇALIŞMA ORTAMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın oluşumundan tamamlanmasına kadar geçen süreçte bana yol gösteren, destek ve emeklerini esirgemeyen ve öğrencisi olmaktan her daim gurur duyacağım değerli tez danışmanım **Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'a,**

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve birikimleriyle ışık tutan, bana akademik yolda yürüme şevki kazandıran saygı değer hocalarım **Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM, Doç. Dr. Betül SÖNMEZ, Doç. Dr. Handan ALAN** ve **Doç. Dr. Feride EŞKİN BACAKSIZ'a,**

Tüm hayatım boyunca yanımda olan, bana güvenen, aldığım kararları her zaman destekleyen ve hakkını asla ödeyemeyeceğim canım annem **Hacer PEKER'e,**

İlgisi ve merhametiyle bana her zaman pozitif enerji veren ve beni hayata bağlayandeğerli ablam **Reyhan ATİK'e**

Lisans eğitimimle birlikte tez araştırma sürecimde de fikirleri ve sonsuz desteğiyle her daim yanımda olan, bana benden çok güvenen ve bana kendimi hep şanslı hissettiren canım dostum **Gayenur AKSEL'e,**

Benden kilometrelerce uzakta olsa bile hep yanımdaymış gibi hissettiren biricik ruh ikizim **Zeynep ÇAKIR'a,**

En zor zamanlarımda bana yuva olan kıymetli arkadaşlarım **Nurcan AKSEL** ve **Büşra ÖZBEK'e,**

Hayatıma birçok açıdan sağladıkları katkılardan dolayı sevgili arkadaşlarım **Hazal BAŞER, Rabia KISI, Gözde TURAN, Betül GÜNAY, Gülvan İNCİ** ve **Ceyda EŞSİZOĞLU'na**

Teşekkür ve minnetlerimi sunarım.

Ocak 2023 **Elif PEKER**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BEYAN ..... **iii**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **x**
TABLO LİSTESİ ..... **xi**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xiii**
ÖZET ..... **xv**
ABSTRACT ..... **xvii**
GİRİŞ **1**
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ 1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI 3
1.3. ARAŞTIRMA SORULARI 3
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **5**
2.1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ (İSG) 5
2.1.1. İSG'nin Amacı 6
2.1.2. İSG'nin Önemi 6
2.1.3. İSG ile İlgili Riskler 12
2.1.4. İSG'nin Tarihsel Gelişimi 28
2.1.5. İSG'ye Yönelik Önleyici Uygulamalar 31
2.1.6. İSG ile İlgili Yasal Düzenlemeler 34
2.1.7. Hastanelerde İSG 41
2.2. ÇALIŞMA ORTAMI 43
2.2.1. Çalışma Ortamının Önemi 44
2.2.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamı Olarak Hastaneler 44
2.2.3. Hastanelerde Çalışma Ortamı 44

2.2.4. Dünyada ve Türkiye'de Hemşireler İçin Sağlıklı Çalışma Ortamını Oluşturma Çalışmaları 47
2.2.5. Hastanelerde Hemşireler İçin Sağlıklı Çalışma Ortamının Sağlanması 47
2.2.6. Türkiye'de Hastanelerde Çalışma Ortamına İlişkin Mevzuat 48
3. YÖNTEM 50
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI 50
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI 50
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 50
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 51
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI 52
3.6. VERİLERİN ANALİZİ 53
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ 53
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 54
4. BULGULAR 55
4.1. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN DAĞILIMI 55
4.2. HEMŞİRELERİN HÇSPİİGÖ VE HİİHÇODÖ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI 57
4.3. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE İŞ GÜVENLİĞİ VE ÇALIŞMA ORTAMI TUTUMLARIARASINDAKİ FARKLILIKLAR 58
4.4. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE İŞ GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI ARASINDAKİ FARKLILIKLAR 80
4.5. HEMŞİRELERDE HÇSPİİGÖ İLE HİİHÇODÖ TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULARIN DAĞILIMI 85
4.6. HEMŞİRELERİN İŞ GÜVENLİĞİ TUTUMLARINI ETKİLEYEN ETMENLERE İLİŞKİN BULGULARIN DAĞILIMI 89
5. TARTIŞMA 91
5.1. ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI 91
5.2. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE HÇSPİİGÖ ARASINDAKİ FARKLILIKLARIN TARTIŞILMASI 92
5.3. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE HİİHÇODÖ ARASINDAKİ FARKLILIKLARIN TARTIŞILMASI 95
5.4. HEMŞİRELERİN İŞ GÜVENLİĞİ TUTUMLARINI ETKİLEYEN ETMENLERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 98
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 100
KAYNAKLAR 103
EKLER 112

EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 112
EK-2: "Kişisel Bilgi Formu" 113
EK-3: "Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği" 114
EK-4: "Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği" . 115
EK-5: Ölçek Kullanım İzinleri 117
EK-6: Etik Kurul İzni 118
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 119
ETİK KURUL İZİN YAZISI 120
KURUM İZNİ YAZILARI 121
ÖZGEÇMİŞ 122

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2-1: İK'nin Yaşa Göre Dağılımı, 2020 ..... **8**

Şekil 2-2: MH'nin Yaşa Göre Dağılımı, 2020 ..... **9**

Şekil 2-3: İK'nin Maliyetlerinde Buzdağı Teorisi **11**

Şekil 2-4: 2018 Yılında Türkiye ve AB'de İK'de Ölen Kişi Sayısı **14**

Şekil 2-5: 2018 Yılında Her 100 Bin Çalışan Başına Düşen İşçi Ölüm Oranı **15**

Şekil 2-6: TS 18001 İSG Yönetim Sisteminin Temel Unsurları **32**

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2-1: Türkiye'de 2010-2020 Yılları Arasında İK Geçiren ve İK Sonucu Ölen Kişi Sayısı **16**

Tablo 2-2: Hastanedeki Tehlike ve Riskler (NIOSH, 1998) **18**

Tablo 2-3: İşyerinde Şiddet Tipleri **21**

Tablo 2-4: Türkiye'de 2010-2020 Yılları Arasında MH'ye Yakalanan ve MH Sonucu Ölen Kişi Sayısı **23**

Tablo 4-1: Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı **56**

Tablo 4-2: Hemşirelerin Yaş, Mesleki Deneyim ve Şu Anda Çalışılan Kurumdaki Deneyimlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri **56**

Tablo 4-3: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı **57**

Tablo 4-4: Hemşirelerin Cinsiyetleri ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması **58**

Tablo 4-5: Hemşirelerin Cinsiyetleri ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarında Aldıkları Puanların Karşılaştırılması **59**

Tablo 4-6: Hemşirelerin Eğitim Durumları ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırması **60**

Tablo 4-7: Hemşirelerin Eğitim Durumları ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması **62**

Tablo 4-8: Hemşirelerin Çalışılan Kurumlar ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması **63**

Tablo 4-9: Hemşirelerin Çalışılan Kurumlar ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması **65**

Tablo 4-10: Hemşirelerin Pozisyon/Görevleri ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması **66**

Tablo 4-11: Hemşirelerin Pozisyon/Görevleri ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması **67**

Tablo 4-12: Hemşirelerin Günlük Çalışma Şekli ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması **68**

Tablo 4-13: Hemşirelerin Günlük Çalışma Şekli ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması **70**

Tablo 4-14: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatleri ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırması **71**

Tablo 4-15: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatleri ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması **73**

Tablo 4-16: Hemşirelerin Aylık Toplam Fazla Çalışma Saatleri ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırması **74**

Tablo 4-17: Hemşirelerin Aylık Toplam Fazla Çalışma Saatleri ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırması **76**

Tablo 4-18: Hemşirelerin Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Alma Durumları HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırması **78**

Tablo 4-19: Hemşirelerin Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Alma Durumları ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırması **79**

Tablo 4-20: Kişisel ve Mesleki Özelliklerin HÇSPİİGÖ Üzerine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi **80**

Tablo 4-21: Kişisel ve Mesleki Özelliklerin HÇSPİİGÖ Üzerine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi-2 ..... **82**

Tablo 4-22: HÇSPİİGÖ ile HİİHÇODÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki **85**

Tablo 4-23: HİİHÇODÖ'nün HÇSPİİGÖ Üzerine Etkisinin Basit Regresyon Analizi ile İncelenmesi **88**

Tablo 4-24: HİİHÇODÖ Alt Boyutlarının HÇSPİİGÖ Üzerine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi **89**

Tablo 4-25: HİİHÇODÖ Alt Boyutlarının HÇSPİİGÖ Üzerine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi-2 ..... **90**

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler **Açıklama**

Db(A) : Desibel

pH : Bir çözeltinin asitlik veya bazlık derecesini tarif eden ölçü birimi

% : Yüzde

$\overline{x}$: Ortalama

Kısaltmalar **Açıklama**

AB : Avrupa Birliği

ÇB : Çalışma Bakanlığı

ÇSGB : Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

FOU : Fiziksel Ortam Uygunluğu

HÇSPİİGÖ : "Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği"

HHMİ : Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi

HİİHÇODÖ : "Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği"

HYKTG : Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü

IEA : International Ergonomics Association (Uluslararası Ergonomi Birliği)

ILO : International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)

İGDKY : İnsan Gücü ve Diğer Kaynakların Yeterliliği

İK : İş Kazaları

İSG : İş Sağlığı ve Güvenliği

KBİGHK : Kaliteli Bakım İçin Gerekli Hemşirelik Kaynakları

KKD : Kişisel Koruyucu Donanım

KÖK : Koruyucu Önlemler ve Kurallar

KZ : Kazalar ve Zehirlenmeler

MAGD : Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi

MAX : Maksimum

MH : Meslek Hastalıkları

MHŞ : Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler

MİN : Minumum

N : Toplam

SB : Sağlık Bakanlığı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

STKS : Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri

SS : Standart Sapma

TDK : Türk Dil Kurumu

TAEK : Türkiye Atom Enerjisi Kurumu

NIOSH : National Institute for Occupational Safety and Health (Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü)

YDY : Yönetsel Destek ve Yaklaşımlar

YHTLÖ : Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTANELERDE GÖREVLİ HEMŞİRELERİN İŞ GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI İLE ÇALIŞMA ORTAMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

ELİF PEKER

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim Programı

Danışman : Prof. Dr.Ülkü BAYKAL

Amaç: Bu tez çalışmasında, yüksek riskli çalışma ortamı olarak kabul edilen hastanelerde sağlık çalışanlarına ve özellikle hemşirelere yönelik iş güvenliğine yönelik uygulamaların, bu uygulamaları etkilediği öngörülen kişisel ve mesleki özelliklerin belirlenerek, iş güvenliği ile hemşirelerin çalışma ortamına yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda yapılan bu araştırmanın örneklemini Türkiye genelinde özel, üniversite ve kamu hastanelerinde görev alan 300 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, hemşire unvanına sahip ve kurumlarda aktif olarak çalışan hemşirelere ulaşılarak veri toplanması hedeflenmiştir. Veriler Ocak-Aralık 2021 tarihinde toplanmıştır. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği" ve "Hemşirelik İş İndeksi Hemşirelik Çalışma Ortamı Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, parametrik olmayan analizler, Mann Whitney U, Varyans analizi (ANOVA), Bonferroni analizi, Pearson ve Spearman korelasyon analizi, Cronbach Alpha güvenirlik analizi ve basit ile çoklu lineer regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada, hemşirelerin %93,7'si çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi aldığı belirlenmiştir. Bağımsız değişkenlerden; eğitim durumu, çalışılan kurum, şu anda çalışılan kurumdaki deneyim, pozisyon/görev, günlük çalışma şekli, aylık toplam fazla çalışma saati ve çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumunun, bağımlı değişken "Hastanede Çalışan

Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği" puan ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile ölçekler arasında yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda, çalışılan kurum, günlük çalışma şekli, çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumu, aylık toplam fazla çalışma saati, pozisyon/görev, eğitim ve şu andaki deneyim değişkenlerinin "Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği" üzerindeki etkisi %23,1'dir. "Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği" ve alt boyutları ile "Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği" ve alt boyutları arasında yapılan ilişki analizinde tüm ölçekler ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, olumlu yönlü ve zayıf ile orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Katılımcıların "Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği"nden aldıkları puandaki bir birimlik artış, "Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği" ortalama puanında 0,974 birim artışa neden olmaktadır. "Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği" alt boyutlarının, "Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği" ile açıklanma oranı ise %48,3'tür. Ayrıca "Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği"nin, "Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği" ile açıklanma oranı ise %27,6'dır.

Sonuç: Kurumdaki iş güvenliği, iş indeksini olumlu yönde etkilemektedir. Özel hastane çalışanlarının iş güvenliği puan ortalamaları kamu ve üniversitelerden daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle kamudaki iş güvenliğine daha fazla önem verilmeli, eğitimler arttırılmalı ve sürekli denetim yapılması gerektiği belirlenmiş ve iş güvenliği ile iş indeksinin karşılaştırıldığı farklı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Ocak 2023, 140 sayfa.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, iş güvenliği, çalışma ortamı

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

DETERMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN THE ATTITUDES OF THE NURSES WORKING IN HOSPITALS ON OCCUPATIONAL SAFETY AND THE WORKING ENVIRONMENT

ELİF PEKER

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Management in Nursing

Management in Nursing Programme

Supervisor: Prof. Dr.Ülkü BAYKAL

Peker, E. (2023). Determining the relationship between the attitudes of the nurses working in hospitals on occupational safety and working environment. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Management in Nursing. Master Dissertation. Istanbul.

Purpose: In this thesis, it is aimed to determine the relationship between occupational safety and nurses' attitudes towards the working environment by determining the practices for occupational safety for health workers and especially nurses in hospitals, which are considered as high-risk work environments, and the personal and professional characteristics that are predicted to affect these practices.

Method: The sample of this descriptive and cross-sectional study consists of 300 nurses working in private, university and public hospitals throughout Turkey. In the research, it was aimed to collect data by reaching the nurses who have the title of nurse and actively working in the institutions, rather than choosing a sample. Data were collected in January-December 2021. “Personal Information Form”, “Occupational Safety Scale for Health Personnel Working in Hospital” and “Nursing Work Index-The Practice Work Environment Scale” were used to collect data. Data were evaluated using descriptive statistics, non-parametric analysis, Mann Whitney U, analysis of variance (ANOVA), Bonferroni analysis, Pearson and

Spearman correlation analysis, Cronbach Alpha reliability analysis and simple to multiple linear regression analysis.

Findings: According to the results of the study, it was determined that %93,7 of the nurses received training on employee health and safety.From the independent variables; Educational status, institution, experience in the current institution, position/task, daily working type, monthly total overtime hours and employee health and safety training, dependent variable "Occupational Safety Scale for Health Personnel Working in Hospital" mean scores were statistically significant. It has been found that there are differences ($p<0,05$). As a result of the multiple regression analysis between the personal and professional characteristics of nurses and the scales, it was determined that the variables of the institution, daily working style, employee health and safety training, monthly total overtime hours, position/task, education and current experience were determined as "Occupational Safety Scale for Health Personnel Working in Hospital". Its impact on the "Occupational Safety Scale for Health Personnel Working in Hospital" is %23.1. In the analysis of the relationship between the "Occupational Safety Scale for Health Personnel Working in Hospital" and its sub-dimensions, and the "Nursing Work Index-The Practice Work Environment Scale" and its sub-dimensions, it was determined that there was a statistically significant, positive and weak to moderate relationship between all the scales and its sub-dimensions. A one-unit increase in the score of the participants from the "Nursing Work Index-The Practice Work Environment Scale" causes an increase of 0,974 units in the average score of the "Occupational Safety Scale for Health Personnel Working in Hospital". The rate of explanation of the sub-dimensions of the "Occupational Safety Scale for Healthcare Personnel Working in the Hospital Scale" with the "Nursing Job Index-Nursing Work Environment Evaluation Scale" is %48.3. In addition, the rate of explanation of the "Occupational Safety Scale for Healthcare Personnel Working in the Hospital Scale" with the "Nursing Job Index-Nursing Work Environment Evaluation Scale" is %27,6.

Conclusion: As a result, occupational safety in the organization positively affects the work index. Occupational safety mean scores of private hospital employees were found to be higher than those of public and universities. For this reason, it has been determined that more importance should be given to occupational safety in the public, trainings should be increased, and it has been determined that continuous auditing should be carried out, and it is recommended to conduct different studies comparing occupational safety and job index.

January2023, 140pages.

Keywords: Nursing, occupational safety, working environment

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

İnsanlar, yaşamlarını devam ettirebilmek için günlerinin en aktif zamanlarını çalışma ortamında geçirdiğinden, çalışma ortamı iş görenlerin sağlığını etkileyen en büyük etmenlerden biri olmaktadır (Erdağı ve Özer, 2015; Mollaoğlu ve ark., 2010). Çalışma ortamının uygun düzeninin sağlanamaması, iş güvenliğini olumsuz yönde etkileyerek çalışan sağlığını ve güvenliğini de tehlikeye sokmaktadır (Samur, 2014). Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization-ILO) ile Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) 1950'de iş güvenliğini "bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hâllerini sürdürme ve daha üst seviyeye çıkarma çalışmaları" olarak tanımlamıştır. Çalışan sağlığı ve güvenliği genel olarak işin yapılması ve yürütülmesi sürecinde; kaza, yaralanma ve meslek hastalıkları gibi tehlikelerden çalışanları koruyarak onların bedensel, ruhsal ve sosyal sağlıklarının geliştirilmesi, korunması ve sürdürülmesi anlamına gelmektedir (Çelikkalp ve ark., 2016; Mollaoğlu ve ark., 2010; Öztürk ve ark., 2012). Günümüzde küreselleşmenin etkisiyle gelişen teknoloji ve sanayileşmeyle birlikte işyerlerindeki olumsuz çalışma koşulları iş görenlerin sağlığını büyük ölçüde tehdit etmektedir. İş yerleri, çalışma ortamının bu olumsuz koşulları sonucunda oluşabilecek insani, maddi ve diğer kaynakların kötüye kullanılmasını azaltmayı amaçlayan çalışmalar yürütmektedir (Tüzüner ve Özaslan, 2011).

Sağlık işletmeleri farklı disiplinlerdeki uzman iş gücü, karmaşık iş görevleri, değişen sağlık gereksinimleri ve gelişmiş teknoloji kullanımı nedeniyle yüksek riskli kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık sektörü, iş görenlerin bir yandan hizmet sunarken diğer bir yandan da sunulan hizmetin çeşitli riskleriyle iç içe olmasından dolayı yüksek riskli iş kollarından biri olarak değerlendirilmektedir (Cebeci, 2013). Sağlık kuruluşlarındaki bu yüksek risklerin nedeni, çok farklı hizmet bileşenlerini bir arada bulunduran kompleks yapılar olmalarından kaynaklanmaktadır. Sağlık kuruluşlarında karşılaşılan riskler; biyolojik, kimyasal, ergonomik, fiziksel, psikososyal riskler olarak sınıflandırılmakta olup bunlar da kendi içlerinde farklı iş sağlığı ve güvenliği risklerini barındırmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013; Özkan ve Emiroğlu, 2006). Sağlık kuruluşlarında öncelikle sağlık çalışanlarının sağlığı ve

güvenliği açısından ayrıca güvenli, verimli ve kaliteli hizmet sunumunun sağlanması açısından çalışma ortamı özellikleri büyük önem taşımaktadır. Sağlık kuruluşlarında yaşanan aşırı iş yükü, zor ve karmaşık görev dağılımı, iş gören yetersizliği, çalışma saatlerinin uzunluğu, yetersiz dinlenme araları, kaynakların yetersiz dağılımı (insan gücü, güvenli donanım ve malzeme yetersizliği), ergonomi yetersizliği, yöneticilerden yeterli destek alamama, şiddet olayları vb. çalışma ortamını olumsuz etkilemektedir (Samur, 2014). Yapılan pek çok araştırma; sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar, kesici-delici-yakıcı alet (bisturi, iğne ucu, koter) yaralanmaları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, gastro-intestinal sistem hastalıkları, damarsal hastalıklar (varis vb.), uykusuzluk, yorgunluk, stres, tükenmişlik ve kanser gibi birçok sağlık sorunu yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Esin ve Sezgin, 2013; Hakyemez ve Kul, 2019; Sezgin-İnce, 2008). Ayrıca sağlık çalışanlarının günümüzde yaşanan iş gören yetersizliği nedeniyle zorunlu fazla mesai yapmak zorunda kaldıkları ve iş yüklerinin artığı belirtilmektedir (Özkan ve Emiroğlu, 2006).

Son yıllarda yapılan araştırmalarda, sağlık kuruluşlarındaki çalışma ortamının tüm sağlık çalışanlarını etkileyecek riskler bulundurduğu üzerinde durulmaktadır (Mollaoğlu ve ark., 2010). Uluslararası Hemşireler Birliği de bu konuya dikkat çekmek amacıyla 2006 temasını "Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır" ve ardından 2007 temasını "Olumlu Çalışma Ortamları: Nitelikli İş Yerleri=Nitelikli Hasta Bakımı" olarak yayınlamıştır (http://www.thder.org.tr/icn, Ziyaret tarihi: 06.01.2020). Uyguladıkları hemşirelik girişimleriyle hasta bakımını sağlayan hemşireler, hasta ile uzun saatler iletişim hâlinde bulunan sağlık ekibi üyesi olarak, bu olumsuz çalışma ortamından daha çok etkilenmektedir (Altınöz ve Demir, 2017; Erdağı ve Özer, 2015). Çalışma ortamında bulunan bu risklere bağlı olarak hemşireler, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan geçici veya kalıcı zarar görebilmekte, hastalanabilmekte ve hayati riskler taşıyabilmektedir (Çelikkalp ve ark., 2016). Hemşirelere yönelik bu iş güvenliğine ilişkin risklerin, cerrahi klinikler, ameliyathaneler, acil servisler ve yoğun bakım üniteleri gibi özellikli birimlerde daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Altun ve ark, 2018).

Hastanelerde görevli sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği için Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından bazı yasal düzenlemeler yapılmış ve bu düzenlemeler doğrultusunda hastane yönetimlerine, çalışan güvenliğinden sorumlu komitelere ve çalışan personellere bazı sorumluluklar yüklenilmiştir (Cebeci, 2013). Hastanelerde öncelikle hangi bölümlerde iş güvenliğinin yetersiz olduğu veya sağlanamadığı, sık rastlanan kaza, yaralanma ve

hastalıkların belirlenerek, birimlerin risk değerlendirmelerinin yapılması ve o birimlere özgü koruyucu önlemlerin alınması öngörülmüştür (Bostan ve Köse, 2012; Öztürk ve ark., 2012). Ayrıca, esnek çalışma saatleriyle iş gücünün dengelenmesi, çalışan güvenliğine ilişkin örgüt kültürünün oluşturulması, çalışanın bireysel sorumluluk almasının desteklenmesi ve insani, maddi ve diğer kaynakların yeterli olacak ölçüde sağlanması üzerinde durulmaktadır. Bu doğrultuda, yasal düzenlemelerin yapılması, sorunların çözümü için diğer kurumlarla iş birliğine gidilmesi ve gereksinimler doğrultusunda çalışanlara düzenli eğitimlerin verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Samur, 2014). Çalışma ortamını en doğru biçimde yönetebilmek için öncelikle yöneticilerin, çalışan sağlığı ve güvenliği kültürünü öne çıkaracak bir anlayışı benimsemeleri ve kurumlarında buna uygun tutum ile davranışları sergilenmesine ortam hazırlamaları gerekmektedir (Tüzüner ve Özaslan, 2011). Konuya ilişkin alan yazın incelendiğinde, sağlık çalışanları ve özellikle hemşirelerin iş güvenliğine ilişkin sınırlı sayıda çalışmanın yapılmış olduğu ayrıca çalışma ortamının iş güvenliği üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik çalışmaların da yetersiz olduğu belirlenmiş olup çalışma bu doğrultuda planlanmıştır. Çalışma, hemşirelik yönetimi ve araştırma açık alanını oluşturan iş güvenliği ve çalışma ortamı konu alanlarına veri sağlaması açısından önemlidir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışma, hastanelerde görevli hemşirelere yönelik çalışan güvenliği uygulamaları ile kişisel ve mesleki özellikler ve çalışma ortamı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel araştırma tasarımında planlanmıştır.

Bu çalışmada yüksek riskli çalışma ortamı olarak kabul edilen hastanelerde sağlık çalışanlarına ve özellikle hemşirelere yönelik iş güvenliğine yönelik uygulamalar ortaya konarak, bu uygulamaları etkilediği öngörülen kişisel ve mesleki özellikler ve hemşirelerin çalışma ortamına yönelik tutumları arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmıştır.

1.3. ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelerin iş güvenliğini değerlendirme ölçeği puan ortalamaları nasıldır?

2. Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin tutumları nasıldır?

3. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile iş güvenliği uygulamaları arasında fark var mıdır?

4. Hemşirelerin iş güvenliğini değerlendirme ölçeği puan ortalamaları ile çalışma ortamını değerlendirme ölçeği arasında ilişki var mıdır?

5. Hemşirelerin iş güvenliğine ilişkin tutumlarını etkileyen etmenler nelerdir?

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ (İSG)

Günümüzde küreselleşmenin etkisiyle hızla gelişen teknoloji ve sanayileşmeyle birlikte toplum ve ülke ekonomisine katkı sağlanırken, çalışma hayatında yer alan tehlikeler iş görenlerin sağlığını büyük ölçüde tehdit etmektedir. Ayrıca bu tehlikeler iş veriminde performans düşüşüne neden olmakta ve beraberinde "iş kazaları" (İK) ile "meslek hastalıkları"nda (MH) artışlar olmaktadır. Bu durum son yıllarda İSG'yi güncel bir konu hâline getirmiştir. Sanayileşen toplum, üretimin sürekliliğini sağlamak amacıyla çalışanların sağlığının korunması için birtakım önlemler almaktadır. Bu önlemler kapsamında iş yerleri çalışma ortamının olumsuz koşulları sonucunda oluşabilecek insani, maddi ve diğer kaynakların kötüye kullanılmasını azaltmayı amaçlayan çalışmalar yürütmektedir (Durgut, 1999; Korkutan, 2018; Tüzüner ve Özaslan, 2011; Seymert, 2017).

İş sağlığı ve iş güvenliği birbirinden farklı kavramlardır. İş sağlığı; iş görenin çalışma koşullarının ve iş yerindeki araç, gereçlerin neden olabileceği tehlikelerin en az düzeye indirildiği, sağlıklı iş ortamını ifade eder. İş güvenliği ise, işçinin iş görülürken doğabilecek tehlikelerden zarar görmesine engel olmak için gerekli önlemlerin alınmasıdır (Öner, 2014).

Dünyada iş sağlığının ve çalışma koşullarının en üstün sağlık kuruluşları olan ILO ile WHO 1950 yılında karma komisyon kurmuşlar ve iş güvenliğini "bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hâllerini sürdürme ve daha üst seviyeye çıkarma çalışmaları" olarak tanımlamıştır. ILO ve WHO işçi sağlığını ise "çalışanların sağlıkla ilgili her türlü sorunları ile ilgilenen halk sağlığı dalı" olarak tanımlamıştır. Çalışan sağlığı ve güvenliği genel olarak işin yapılması ve yürütülmesi sürecinde; kaza, yaralanma ve MH gibi tehlikelerden çalışanları koruyarak onların bedensel, ruhsal ve sosyal sağlıklarının geliştirilmesi, korunması ve sürdürülmesi anlamına gelmektedir (Çelikkalp ve ark., 2016; Durgut, 1999; Öztürk ve ark., 2012; Samur, 2014).

Her çalışanın güvenli ve huzurlu bir çalışma ortamında çalışma hakkı vardır. MH ve İK tamamen yok edilemese de var olan risklerin azaltılmasıyla çalışma ortamı daha güvenli ve sağlıklı bir hâle gelecektir (Örtlek, 2017).

2.1.1. İSG'nin Amacı

İSG'nin üç amacı vardır. Bunlar çalışanların korunması, üretim güvenliğini sağlamak ve işletme güvenliğini sağlamaktır. İSG'nin temel amacı çalışanların sağlığını korumaktır. Bunu güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı yaratarak sağlar. Böyle bir ortamın sağlanmasıyla İK ve MH'nin neden olabileceği iş gücü kaybı azalacaktır (Çelik, 2016; Seymert, 2017).

ILO ve WHO 1950 yılında kurdukları karma komisyonla iş sağlığının amaçlarını belirlemiştir. ILO'nun 112 sayılı tavsiye kararları ile üye ülkelere duyurdukları bu amaçlar (Sarıçam, 2012; Şensoy, 2019):

- Çalışanların bedensel, sosyal ve ruhsal yönden iyilik durumunu en üst düzeye çıkarmak ve bunu sürdürmek,

- Çalışanları bedensel ve ruhsal yeteneklerine uyan mesleki alanlarda çalıştırmak,

- Çalışanların çalışma koşulları nedeni ile sağlıklarının bozulmasına engel olmak,

- Çalışanların çalışma sırasında sağlıklarına zarar verebilecek şekilde çalışmalarını önlemektir.

2.1.2. İSG'nin Önemi

Günümüzde sanayileşme ve ilerleyen teknoloji sonrasında çalışma ortamlarındaki koşulların kötüleşmeye başlamasıyla çalışan sağlığı ve güvenliği olumsuz etkilenmektedir. İş yerlerindeki eğitimsiz ve dikkatsiz çalışanlar, iş çeşitliliği, yetersiz çalışma ortamı koşulları ve işverenlerin alması gereken İSG önlemlerini almamaları nedeniyle çalışanların temel hakkı olan sağlıklı yaşama ve çalışma hakkı tehdit altındadır. Bu durum bir yandan İK ile MH'nin artmasına neden olurken diğer bir yandan ise verimliliğin azalmasına neden olmaktadır (Çelik, 2016; Örtlek ,2017).

İşe bağlı kazaların ve ölümlerin çoğunun Güneydoğu, Asya ve Batı Pasifik bölgesindeki düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşandığı bilinmektedir. Bu ülkelerdeki insanlar, dünyadaki çalışan nüfusun büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde ise önceden yapılan çalışmalar sonucu işten kaynaklı kazalar yine olsa da ölü sayısı daha azdır. Ülkelerin ulusal veri toplama sistemlerinin kısıtlamalarından dolayı İK ve MH hakkında tutarlı bir küresel ölçüm bulunmamaktadır. Gerekli veriler sosyal güvenlik ve sigorta kurumları, iş sağlığı hizmetleri, iş müfettişleri veya diğer kuruluşlardan elde edilmektedir. Bu yollarla toplanan veriler ise gerçekten çok daha az bir sayıyı göstermektedir (ILO, 2014).

ILO verilerine göre (TMMOB Makine Mühendisleri Odası, 2018):

- Her 15 saniyede 160 işçi İK geçirmektedir.

- Her gün yaklaşık 6400 kişi İK veya MH'den dolayı hayatını kaybetmektedir. Her yıl yaklaşık 350.000 kişi İK, 2 milyon kişi ise MH'den dolayı hayatını kaybetmektedir.

- Her yıl 270 milyon İK meydana gelmekte, 313 milyonu aşkın işçi ölümcül olmayan İK geçirmekte (günde ortalama 860 bin işçi İK'ye maruz kalmakta) ve 160 milyon kişi MH'ye yakalanmaktadır.

- Her yıl, çoğunlukla gelişmekte olan ülkelerde, zehirli maddelerden dolayı 651 bin işçi hayatını kaybetmekte ve dünyada meydana gelen cilt kanseri hastalıklarının yüzde 10'unun işyerlerinde zehirli maddelerle temas yüzünden oluştuğu belirtilmektedir.

- Her yıl asbest yüzünden 100 bin kişinin hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. Dünyada asbest üretiminin 1970'li yıllardan bugüne sürekli azalmasına rağmen, geçmişte temasta bulunanlar için risk hâlâ devam etmektedir.

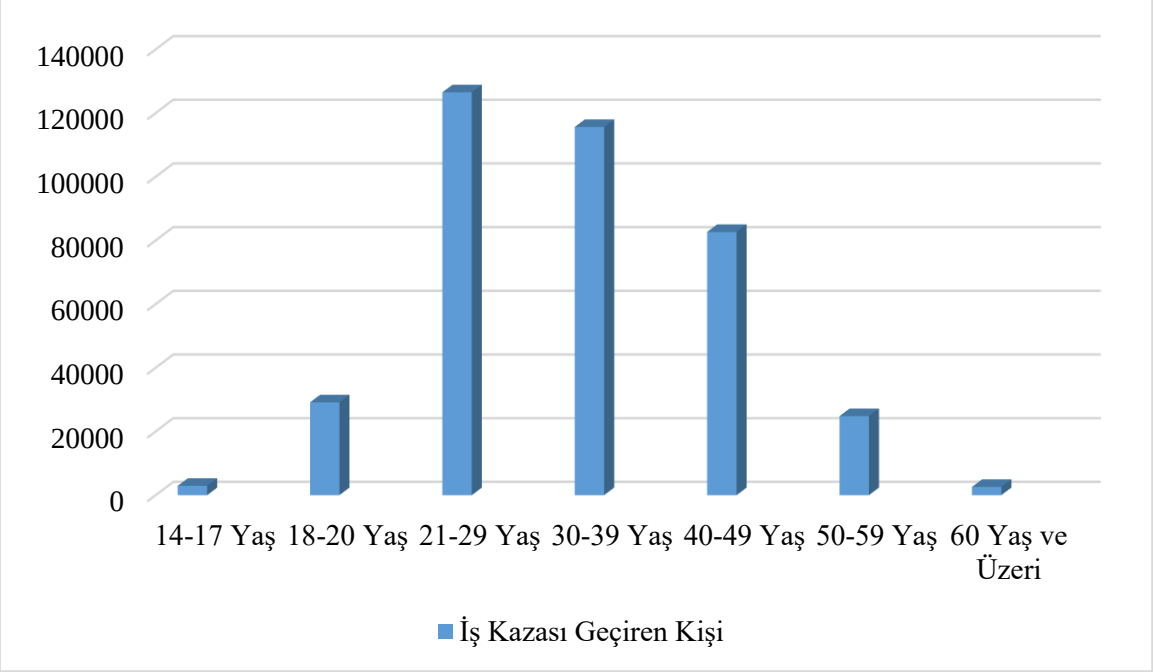
- Her yıl silis tozundan kaynaklanan ve ölümcül bir akciğer hastalığı olan silicosis, on milyonlarca kişinin hayatını etkilemektedir. Latin Amerika'da maden işçilerinin yüzde 37'si silicosise yakalanmıştır. Bu oran 50 yaşın üzerindeki işçilerde yüzde 50'ye yükselmektedir. Hindistan'da taş kırma işçilerinin yüzde 36'sı ve taş kalem işçilerinin yüzde 50'si bu hastalığa yakalanmıştır.

- Dünyada istihdam açısından büyük önemi olan inşaat sektöründe oldukça yüksek sayılarda İK yaşanmaktadır. Sektörde makineleşme artsa da el emeği hâlâ büyük bir rol oynamaktadır. Tüm dünyada inşaat sektöründe her yıl yaklaşık 60 bin ölümcül kaza yaşanmakta ve her 10 dakikada bir kişi İK sonucu hayatını kaybetmektedir.

- Bildirim ve kayıt sistemindeki eksiklikler sebebiyle çoğu ülke için gerçek rakamların daha yüksek olması kaçınılmazdır.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre ülkemizde 2020 yılında 314.897 erkek ve 69.365 kadın olmak üzere toplam 384.262 sigortalı birey İK geçirmiş, bunlardan 1231 kişi hayatını kaybetmiş ve 3.492.824 gün geçici iş göremezlik yaşanmıştır. İK geçirenlerden 2281 erkek ve 6582 kadın, İK sonucu ölenlerden 1 erkek sigortalı sağlık ile ilgili profesyonel meslek mensuplarındandır. İK geçiren sigortalı sayıları illere göre incelendiğinde 93.465 sigortalıyla İstanbul başta gelirken, İstanbul'u 30.946 sigortalı ile İzmir

ve 25.928 sigortalı ile Kocaeli takip etmektedir. İK sonucu ölen sigortalı sayıları illere göre incelendiğinde ise 188 sigortalı ile İstanbul başta gelirken, İstanbul'u 103 sigortalı ile Ankara ve 95 sigortalı ile İzmir takip etmektedir. İK geçiren sigortalı sayısı yaşlara göre incelendiğinde Şekil 2.1'de gösterildiği gibi14-17 yaş aralığında 2922 sigortalı, 18-20 yaş aralığında 29.149 sigortalı, 21-29 yaş aralığında 126.516 sigortalı, 30-39 yaş aralığında 115.631 sigortalı, 40-49 yaş aralığında 82.641 sigortalı, 50-59 yaş aralığında 24.817 sigortalı, 60 yaş ve üzeri 2586 sigortalının İK geçirdiği saptanmıştır. İK sonucu ölen sigortalı sayısı yaşlara göre incelendiğinde ise 14-17 yaş aralığında 6 sigortalı, 18-20 yaş aralığında 26 sigortalı, 21-29 yaş aralığında 181 sigortalı, 30-39 yaş aralığında 254 sigortalı, 40-49 yaş aralığında 358 sigortalı, 50-59 yaş aralığında 307 sigortalı, 60 yaş ve üzeri 99 sigortalının İK sonucu hayatını kaybettiği Şekil 2-1'de gösterilen verilerde mevcuttur (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari, Ziyaret Tarihi: 10.09.2021).

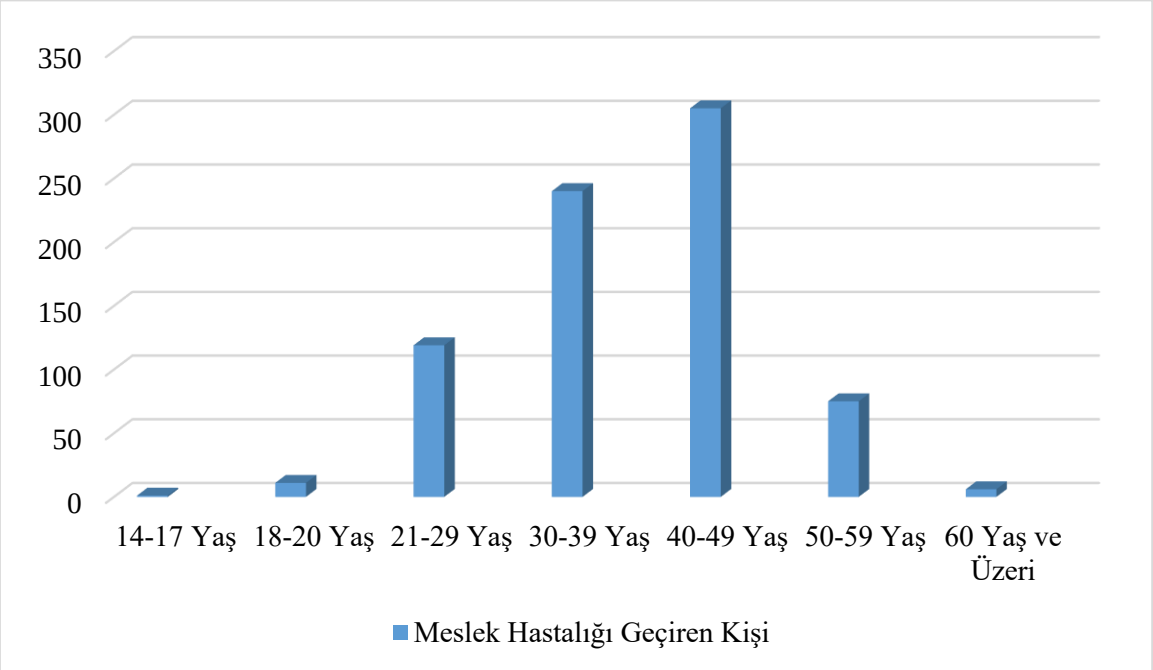


Şekil 2-1: İK'nin Yaşa Göre Dağılımı, 2020

Kaynak: SGK İstatistik Yıllıkları. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari, Ziyaret Tarihi: 10.09.2021.

Yine SGK 2020 verilerine göre ülkemizde 724 erkek ve 184 kadın olmak üzere toplam 908 sigortalı işçi MH'ye yakalanmış, bunlardan 5 erkek kişi hayatını kaybetmiştir. MH'ye

yakalananlardan 28 erkek ve 55 kadın, MH sonucu ölenlerden 1 erkek sigortalı sağlık ile ilgili profesyonel meslek mensuplarındandır. MH'ye tutulan sigortalı sayıları illere göre dağılımı incelendiğinde 256 sigortalı ile İstanbul başta gelirken, İstanbul'u 92 sigortalı ile Kocaeli ve 67 sigortalı ile Bursa takip etmektedir. MH sonucu ölen sigortalılar illere göre incelendiğinde Çankırı, İstanbul, Kastamonu, Kütahya ve Manisa illerinden 1'er erkek sigortalının hayatını kaybettiği görülmüştür. MH'ye tutulan sigortalı sayısı yaşlara göre incelendiğinde Şekil2.2'de gösterildiği gibi14-17 yaş aralığında 1 sigortalı, 18-20 yaş aralığında 11 sigortalı, 21-29 yaş aralığında 119 sigortalı, 30-39 yaş aralığında 240 sigortalı, 40-49 yaş aralığında 305 sigortalı, 50-59 yaş aralığında 75 sigortalı, 60 yaş ve üzeri 6 sigortalı ve sigortalılığı sona erdikten sonra teşhis konulan 151 sigortalının MH'ye tutulduğu saptanmıştır. MH sonucu ölen sigortalı sayısı yaşlara göre incelendiğinde ise 18-20 yaş aralığında 1 sigortalı, 30-39 yaş aralığında 1 sigortalı, 40-49 yaş aralığında 1 sigortalı, 50-59 yaş aralığında 2 sigortalının MH sonucu hayatını kaybettiği Şekil 2-2'de gösterilen verilerde mevcuttur (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari, Ziyaret Tarihi: 10.09.2021).



Şekil 2-2: MH'nin Yaşa Göre Dağılımı, 2020

Kaynak: SGK İstatistik Yıllıkları. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari, ZiyaretTarihi: 10.09.2021.

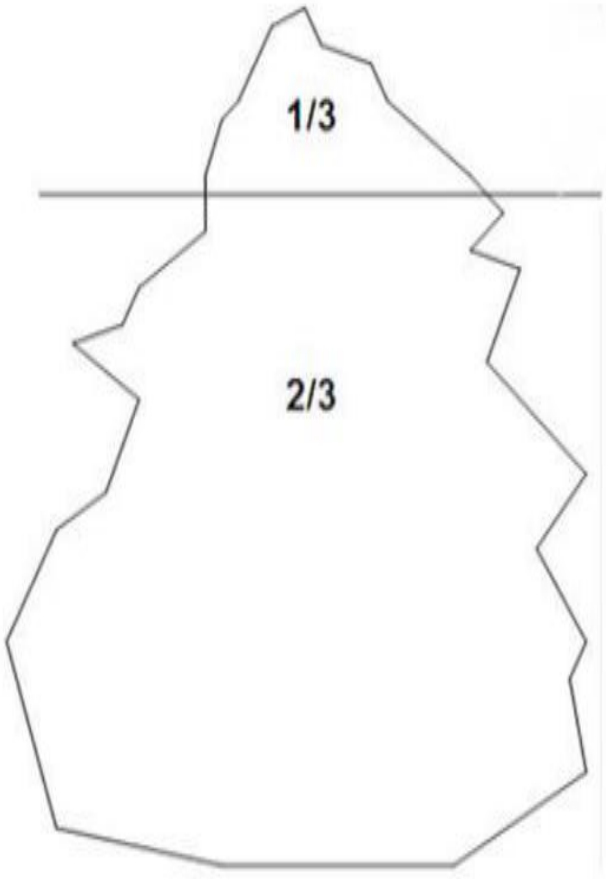
Günümüzde İSG uygulamaları meydana gelebilecek bu sorunları en aza indirmeyi veya tamamen ortadan kaldırmayı amaçladığından dolayı büyük öneme sahiptir. Bu nedenle İSG önlemlerinin alınması bir zorunluluk hâline gelmiştir (Çelik, 2016).

Çalışan Açısından Önemi: Çalışanların çalışma ortamında hayatları ve gelecekleri risk altında olduğundan dolayı, İSG kuşkusuz çalışanlar açısından daha önemlidir. İSG uygulamalarının tam olarak yerine getirilememesi çalışanların İK ve MH'ye maruz kalmalarına neden olur. Çalışan yaşadığı İK veya MH sonucunda moral bozukluğu, psikolojik sorunlar, sosyal ilişkilerde bozulmalar yaşayacak ve gelir kaybıyla kendisini ailesine bir yük gibi hissedecektir. Çalışanın İK sonucu ölmesi durumunda ise ailesi üzüntünün yanında gelir kaybı ile maddi ve manevi bir çöküntü yaşayacaktır. Buradan da anlaşılacağı üzere çalışanın iş yerinde yaşadığı bir kaza sonucu sadece çalışan etkilenmemekte; aynı zamanda ailesi, yakınları, çalışma arkadaşları, aynı sektördeki diğer işçiler, işveren, sendikalar, devlet, ülke ve toplum da etkilenmektedir. İSG uygulamaları İK ve MH gibi risklerin neden olabileceği bu ekonomik sıkıntıları önlemektedir. Ayrıca gerekli güvenlik önlemleri eksiksiz olarak uygulanan çalışma ortamında yapılan işler daha doyumlu, çalışanın morali ve performansı daha yüksek olacak, böylece üretimde ve verimlilikte artış olacak, bu durum çalışanlara psikolojik yönden olumlu katkılar sağlayarak işe bağlılığı artıracaktır (Çelik, 2016; Çoban, 2019; Karacan ve Erdoğan, 2011; Örtlek, 2017).

İşveren Açısından Önemi: İSG'nin ana amacı çalışanların sağlık ve güvenliklerinin korunmasıdır. Bunu sağlamak ise işverenlerin görevidir. Bunun sağlanması için işveren işçiyi gözetmeli ve iş yerlerinin tasarımı, kuruluşu, makinelerin yerleştirilmesi ve üretim süreçlerinin başlatılmasına kadar çoğu aşamadaki risk ve tehlikeler için önlemler alması gerekmektedir. Çalışanların yaralanması sonucu iş gücü kaybı, tedavi giderleri, üretimin aksaması, kazaya bağlı makine ve araç-gereçlerin zarar görmesi, yeni işçinin işe başlatılması ve eğitim giderleri, çalışanın motivasyonunun azalması, kalite ve verimliliğin düşmesi, müşteri memnuniyetsizliği ve işletme imajının zarar görmesi maliyeti etkilemektedir. Bundan dolayı en az maliyetle çalışma şartlarını düzenlemek işletmelerin genel amacıdır. Böylece hem çalışanlar korunur hem de üretimin kalitesi ile verimliliğinin artmasıyla birlikte zamandan tasarruf edilerek işletmelerin uluslararası piyasada rekabet üstünlüğü sağlanır ve toplumsal refah artar (Çelik, 2016; Örtlek, 2017).

İK ve MH'nin neden olduğu toplam maliyet buzdağı teorisi ile açıklanabilir. Burada suyun üzerindeki kısım görünür (doğrudan) maliyet, altındaki kısım ise görünmez (dolaylı)

maliyet olarak karşımıza çıkar. Görünür maliyetler, tahmin edilebilir, hesaplanabilir, önlemler alınan ve sigortalanabilen maliyetlerdir. Görünür maliyetlere örnek olarak, tedavi masrafları, kaza geçiren çalışana geçici veya sürekli iş göremezlik ödenekleri, çalışan ve ailesine ödenen tazminatlar verilebilir. Görünmez maliyetler ise önceden tahmin edilemeyen, hesaplanamayan ve sigortalanamayan maliyetlerdir. Görünmez maliyetlere örnek olarak, işgücü kaybı, kazalar incelenirken geçen zaman kaybı, kullanılan araç ve gereçlerin zarar görmesiyle tamir için gereken maliyet, işe yeni alınan personele verilen eğitim ve işi öğrenene kadar geçen süre verilebilir (Şekil 2-3).



GÖRÜNÜR MALİYETLER

- Tıbbi maliyetler
- Sigortalıya ödenen maliyetler
- Tazminat maliyetleri

GÖRÜNMEZ MALİYETLER

- İş günü ve iş gücü kaybı
- Mahkeme masrafları
- Fazla mesai
- Bina, makine, alet, teçhizat, üretim veya üründeki hasarın maliyeti
- İşin durması nedeniyle uğranılan maliyet
- İşyerinde yapılan denetim, araştırma ve yazışmaların maliyeti
- Verimin düşmesinin maliyeti
- Çalışanlardaki moral bozukluğunun getirdiği maliyet
- Kazalı işçinin yerine alınan geçici işçiye verilen eğitim maliyeti

Şekil 2-3: İK'nin Maliyetlerinde Buzdağı Teorisi

Kaynak:Yılmaz, F. (2020). İş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemleri.http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/isgyonsissis.pdf, Ziyaret Tarihi: 12.09.2021.

Ülke ve Ekonomi Açısından Önemi: İSG kavramı çalışanlar ve işverenler için önemli olduğu gibi ülke ekonomisi için de çok önemlidir. İSG devlete verilen bir sorumluluktur. İK ülke ekonomisine büyük zararlar verir. Sosyal güvenlik sistemleri bu zararlardan doğan maliyetleri kaldırırken büyük sıkıntılar çekmekte, ulusal kaynakların tükenmesiyle ulusal kalkınma engellenmekte, ülke ekonomisi olumsuz etkilenerek ulusal refah azalmaktadır. İş yerlerinde İK ve MH'nin artmasıyla insan, milli servet, iş gücü ve verim azalırken; uzman çalışan kaybı, maddi kayıplar, üretim ve sermaye kaybı yaşanır, çalışan personelin moralinin bozulmasıyla da verim, üretim ve gelişim azalır (Çelik, 2016; Çoban, 2019).

Ülkemizde 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na göre sigortalı çalışanların, İK veya MH'ye bağlı meslekte kazanma gücünün %10 veya daha fazlasını kaybetmesiyle çalışanlara sürekli iş göremezlik geliri bağlanır. Bu gelir sigortalı çalışanın mesleğinde kazanma gücüne göre hesaplanıp buna göre ödenir. Sigortalı çalışanların bu nedenlerden hayatlarını kaybetmesiyle ise ailelerine ölüm geliri bağlanır. Bu gelir sigortalı çalışanın aylık kazancının %70'i hak sahiplerine hisseleri oranlarına göre pay edilir (Çelik, 2016).

Teknoloji Açısından Önemi: Gelişen teknolojiyle birlikte makineler yeni risk ve tehlikeleri ortaya çıkarmaktadır. Teknolojik araç ve gereçlerin artmasıyla İSG'ye olan ihtiyaç da artmıştır. Ortaya çıkan tehlike ve riskler hakkında gerekli analizler yapılmalıdır (Canverdi, 2021).

2.1.3. İSG ile İlgili Riskler

Risk bir ihtimaldir. Bu ihtimal çalışma ortamındaki tehlikelerden dolayı çıkan zararlı sonuçlardır. Risk bir kurumda meydana gelebilecek İK ve MH'ye neden olabilecek bir tehlikeyi ifade eder (Korkutan, 2018). Çalışma ortamlarındaki sağlık ve güvenlik önlemlerinin yerine getirilmesi ile mesleki tehlike ve riskler kontrol edilir, azaltılır veya ortadan kaldırılır (Seymert, 2017).

2.1.3.1. İş Kazası Kavramı

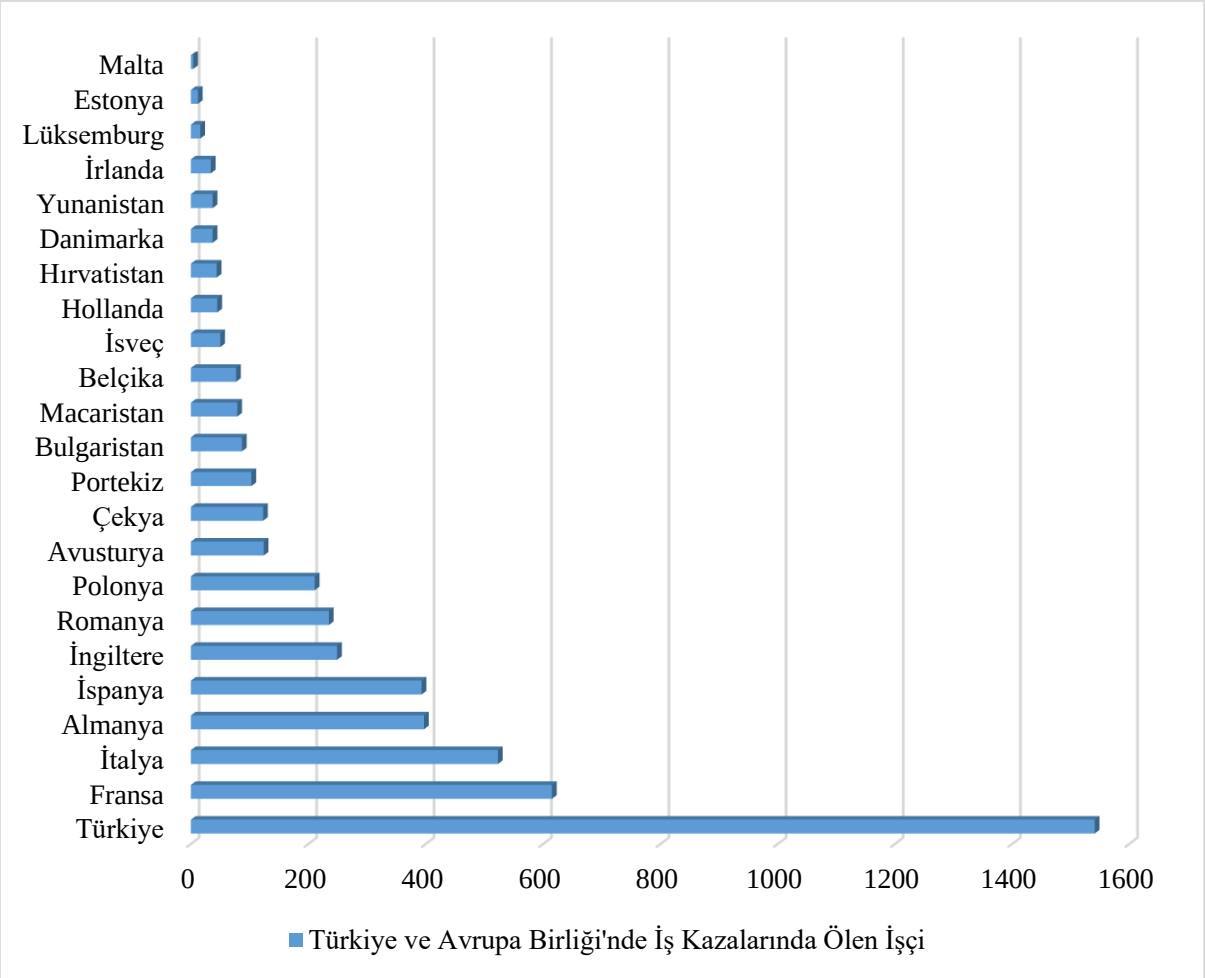
Türk Dil Kurumu (TDK) kazayı "istem dışı veya umulmayan bir olay dolayısıyla bir kimsenin, bir nesnenin veya bir aracın zarara uğraması" şeklinde tanımlamıştır. TDK İK'yi ise "iş yerinde meydana gelen ve işçiyi bedensel veya ruhsal yönden etkileyen olay" olarak tanımlamıştır (www.tdk.gov.tr, Ziyarettarihi: 22.03.2021).

İş kazası ulusal ve uluslararası mevzuatlarda tanımlanmıştır.

6331 Sayılı İSG Kanunu 3. maddesinde İK "işyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedensel engelli hâline getiren olay" olarak tanımlanmıştır (6331 Sayılı İSG Kanunu, 2012).

WHO İK'yi; "işyerinde meydana gelen öngörülemeyen durumlara, işçilerin yaralanmalarına, makine ve teçhizatların zarara uğramasına, işyerinde üretimin bir dönem durmasına yol açan olaylar" olarak tanımlamaktadır. ILO ise bir zarar ya da yaralanmaya yol açan ve beklenmeyen olayların tümünü İK olarak tanımlamıştır. Ayrıca Avrupa Birliği İstatistik Ofisi tarafından yapılan İK tanımı ise "iş sırasında fiziksel ve ruhsal zarara yol açan ani bir olay" şeklindedir (Korkutan, 2018).

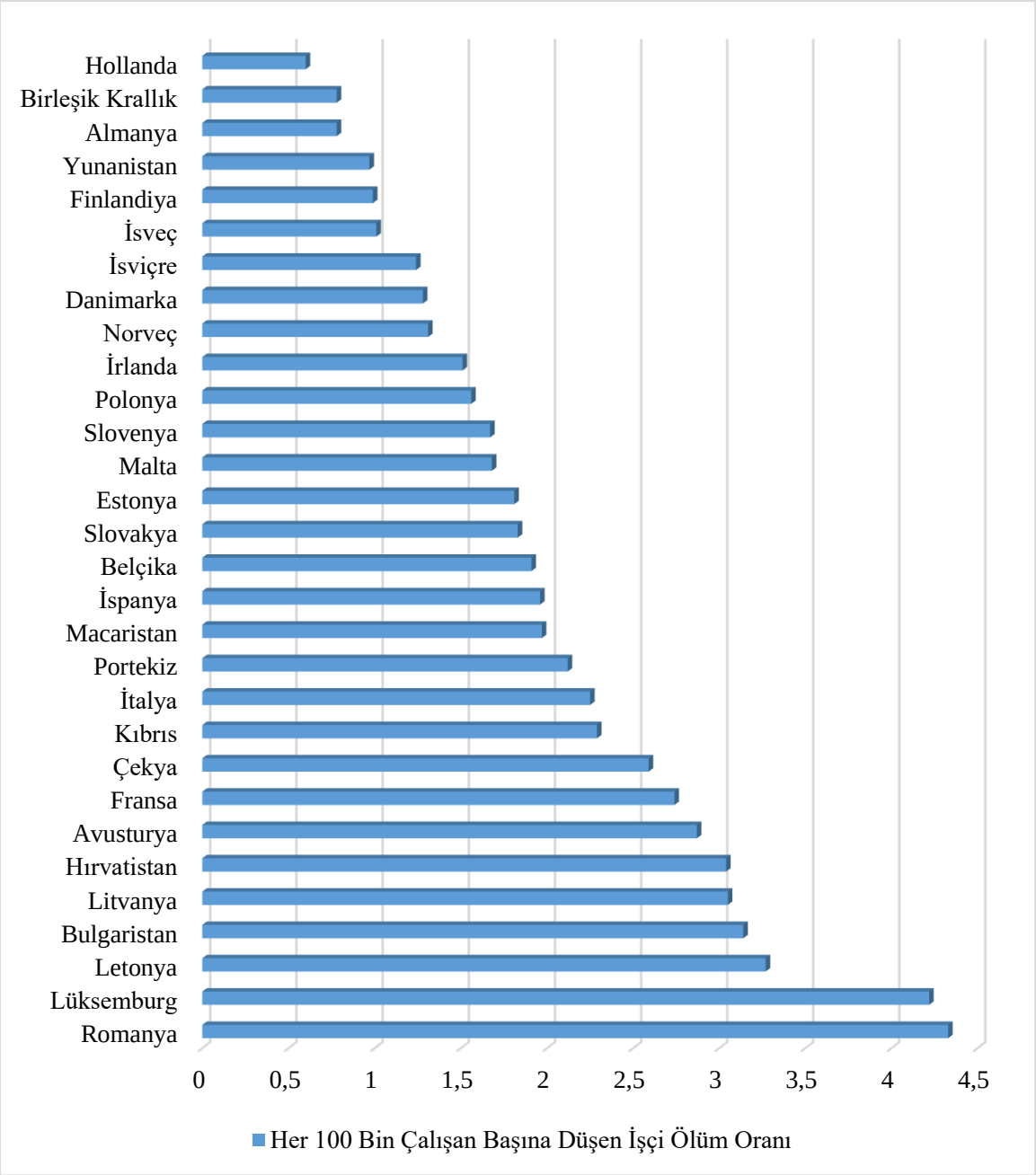
Avrupa Birliği'nin (AB) resmî istatistik ofisi Eurosat ve SGK 2018 yılı verilerine göre Türkiye İK'de en fazla insanın yaşamını yitirdiği ülkeler sıralamasında birincidir. AB ülkeleri arasında en fazla ölümcül kazanın yaşandığı ülke ise Fransa olmuştur. 2018 verileri incelendiğinde Malta'da 4, Estonya'da 12, Lüksemburg'da 16, İrlanda'da 34, Yunanistan ve Danimarka'da 37, Hırvatistan'da 44, Holllanda'da 45, İsveç'te 50, Belçika'da 77, Macaristan'da 79, Bulgaristan'da 87, Portekiz'de 103, Çekya'da 123, Avusturya'da 124, Polonya'da 211, Romanya'da 235, İngiltere'de 249, İspanya'da 323, Almanya'da 397, İtalya'da 523, Fransa'da 615 ve Türkiye'de 1541 işçi İK'den hayatını kaybetmiştir (Şekil 2-4).



Şekil 2-4: 2018 Yılında Türkiye ve AB'de İK'de Ölen Kişi Sayısı

Kaynak: Eurostat ve SGK İstatistik Yıllıkları. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Accidents_at_work_statistics, Ziyaret Tarihi: 10.09.21; http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari, Ziyaret Tarihi: 10.09.2021.

Eurosat 2018 verileri incelendiğinde her 100 bin çalışan başına Romanya'da 4,33, Lüksemburg'da 4,22, Bulgaristan'da 3,14, Litvanya'da 3,05, Hırvatistan'da 3,04, Avusturya'da 2,87, Fransa'da 2,74, Çekya'da 2,59, Kıbrıs'ta 2,29, İtalya'da 2,25, Portekiz'de 2,12, Macaristan'da 1,97, İspanya'da 1,96, Belçika'da 1,91, Slovakya'da 1,83, Estonya'da 1,81, Malta'da 1,68, Slovenya'da 1,67, Polonya'da 1,56, İrlanda'da 1,51, Norveç'te 1,31, Danimarka'da 1,28, İsviçre'de 1,24, İsveç'te 1,01, Finlandiya'da 0,99, Yunanistan'da 0,97, Almanya ve Birleşik Krallık'ta 0,78, Hollanda'da 0,6 oranında işçi İK'den dolayı yaşamını yitirmiştir (Şekil 2-5).



Şekil 2-5: 2018 Yılında Her 100 Bin Çalışan Başına Düşen İşçi Ölüm Oranı

Kaynak: Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Accidents_at_work_statistics, Ziyaret Tarihi: 10.09.21.

Ülkemizde 2010-2020 yılları arasında İK geçiren ve bu İK'ye bağlı hayatını kaybeden kişilerin sayısı Tablo 2-1'de verilmiştir.

Tablo 2-1: Türkiye'de 2010-2020 Yılları Arasında İK Geçiren ve İK Sonucu Ölen Kişi Sayısı

Yıl	İK Geçiren Kişi Sayısı	İK Sonucu Ölen Kişi Sayısı
2010	62.963	1444
2011	69.227	1700
2012	74.871	744
2013	191.389	1360
2014	221.366	1626
2015	241.547	1252
2016	286.068	1405
2017	359.650	1633
2018	431.276	1541
2019	422.837	1147
2020	384.262	1231

Kaynak: SGK İstatistik Yıllıkları. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari, Ziyaret Tarihi: 10.09.2021.

İK, kazanın meydana geliş şekline göre üç grupta sınıflandırılır:

Ramak Kala İK: Her zaman yaralanma veya ölümle sonuçlanmayan İK da vardır. Bu kazalara ramak kala kaza denir. Ramak kala kazalar, işyerlerinde meydana gelen fiziksel veya maddi açıdan zarara uğratma potansiyeli olup zarara uğratmayan, küçük kazalar olarak adlandırılan olaylardır. Aslında bu küçük kazalar daha sonra oluşabilecek daha büyük kazaların habercisidir. Bu nedenle İK'nin önlenmesi için ramak kala kaza kayıtlarının tutulması çok önemli bir yere sahiptir (Seymert, 2017).

İlk Yardım ile Sonuçlanan İK: Kesici delici alet yaralanmaları, iğne batması ve burkulma gibi genellikle ilkyardım ile sonuçlanan İK'dir. Bu İK'de kayıp iş günü sayısı üç günden azdır (Kahya ve Özkar, 2014).

Kayıp Gün ile Sonuçlanan İK: Kayıp gün ile sonuçlanan İK'de üç günden fazla iş kaybı mevcuttur. Bu kazaları kayıt altına almak yasal zorunluluktur (Kahya ve Özkar, 2014).

İK'nin nedenleri bireysel nedenler ve çevresel nedenler olarak gösterilmektedir. Yapılan araştırmalara göre İK'nin %80'inin insan faktörü, %18'inin çevresel faktörler ve %2'sinin ise önlenemez durumlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. İş kazalarının önlenmesi için çalışanlara eğitimler verilmesi, koruyucu önlemler alınması gibi tedbirlerin erken alınması ve artırılması gerekmektedir (Seymert, 2017).

Bireysel Nedenler: İş kazalarının çoğu bireysel nedenlere bağlı meydana gelmektedir. Çalışanların beklenmeyen, hatalı tutum ve davranışlarda bulunması güvensiz davranışlardır. Güvensiz davranış olarak adlandırılan durumlarda kaza olma ihtimali de artmaktadır. Bu davranış tipleri; çalışanların çalışma koşullarıyla ilgili risk eğitimlerini almamış olması, makine ve bireysel koruyucuların nasıl kullanıldığını bilmemesi, mesleki tecrübesinin yeterli olmaması, sinirli ve heyecanlı olması, sakar ve beceriksiz olması, bedensel bir engelinin bulunması, bazı bireysel kötü alışkanlıklarının olması, kazanın oluşmasına neden olabilecek diyabet, epilepsi, görme ve işitme yetersizlikleri gibi bir hastalığının bulunması olarak sayılabilir (Aygün, 2020; Sabuncuoğlu, 2000).

Çevresel Nedenler: İşyerinde yeterli sağlık ve güvenlik önlemleri alınmadığında İK meydana gelir. Çalışma ortamındaki sıcaklık, nem, gürültü, uygun olmayan aydınlatma (az veya aşırı aydınlatma), hava akımı (boğucu ve tahriş edici gazlar), elektrik kaçağı, mikroorganizmalar, radyasyon, narkotik ve anestezik maddeler, üretim araçlarının bakımsız olması, çalışanların iş kıyafetlerinin yetersizliği, ergonomik olmayan şartlar, iş düzeninin olmaması, eksik yapılan bakım ve kontroller, depolama sürecinde yapılan yanlışlıklar çevresel nedenlerden dolayı İK'ye neden olur (Göl, 2019; Şensoy, 2019).

Sağlık işletmeleri farklı disiplinlerdeki uzman iş gücü, karmaşık iş görevleri, değişen sağlık gereksinimleri ve gelişmiş teknoloji kullanımı nedeniyle yüksek riskli kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık sektörü, iş görenlerin bir yandan hizmet sunarken diğer bir yandan da sunulan hizmetin çeşitli riskleriyle iç içe olmasından dolayı yüksek riskli iş kollarından biri olarak değerlendirilmektedir (Cebeci, 2013; Tüzüner ve Özaslan, 2011). Sağlık kuruluşlarındaki bu yüksek risklerin nedeni, çok farklı hizmet bileşenlerini bir arada

bulunduran kompleks yapılar olmalarından kaynaklanmaktadır. Sağlık kuruluşlarında karşılaşılan riskler; biyolojik, kimyasal, ergonomik, fiziksel, psiko-sosyal riskler olarak sınıflandırılmakta olup bunlar da kendi içlerinde farklı İSG risklerini barındırmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013; Özkan ve Emiroğlu, 2006).

Dinç ve Aşkın'ın (2017) yaptıkları bir çalışmada sağlık çalışanlarının karşılaşabilecekleri risklerin %43,3'ünün fiziksel, %23,9'ünün kimyasal, %46,3'ünün biyolojik, %23,9'unun ergonomik ve %16,4'ünün psiko-sosyal riskler olduğu saptanmıştır. Amerikan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (National Instıtute for Occupational Safety and Health-NIOSH) Tablo 2-2'de gösterildiği üzere hastanelerde 28 fiziksel, 31 kimyasal, 24 biyolojik, 9 psiko-sosyal tehlike ve risk bulunduğunu bildirmiştir (Irmak, 2019).

Tablo 2-2: Hastanedeki Tehlike ve Riskler (NIOSH, 1998)

Fiziksel tehlike ve riskler	**Kimyasal tehlike ve riskler**	**Biyolojik tehlike ve riskler**	**Psiko-sosyal tehlike ve riskler**
1. Elektrik düzeneği	1. Anestezik gazlar	1. Tüberküloz	1. Stres
2. Yetersiz ya da fazla ışık	2. Cıva	2. Hepatit-B	2. İşi istememe
3. Yetersiz ya da fazla ısı	3. Dezenfektanlar	3. Hepatit-A	3. Yapılan işin anlamsız hissedilmesi
4. Islak-kaygan-nemli zemin	4. Formaldehit	4. Hepatit-C	4. Yabancılaşma
5. Havalandırmanın %50'nin altında olması	5. Etilen oksit	5. Hepatit-D	5. İşi isteyerek tercih etmeme
6. Gürültü	6. Antiseptikler	6. Hepatit-E	6. Yapılan işin boşa gitme hissi
7. Toz	7. Radyasyon	7. Sitomegalovirüs	7. Gelişememe
8. Nem	8. İlaçlar	8. AIDS	8. Başkalarının profesyonel gelişiminden sorumlu olma
9. İyonize, non iyonize ultraviyole radyasyon	9. Antibiyotikler	9. Parvovirüs	9. Çalışma amaçlarının belirgin olmaması
10. Kesici-delici-batıcı cisimler	10. Sitotoksik ilaçlar	10. B19	
11. Lazer	11. Sterilizanlar	11. İnfluanze	
12. Ultrasonik araçlar	12. Yakıcılar	12. Kızamık	
13. Kriyojenik sıvılar	13. Gluteraldehit	13. Kızamıkçık	
14. Patlayıcı-yanıcı maddeler	14. Pentamidin	14. Adeno virüs	
	15. İsoproanol	15. Pertussi	

Tablo 2-2 (devam):

15. Kırık cam, tüp ya da araçlar 16. Manyetik alanlar 17. Radyoaktif atıklar 18. Mikro dalgalar 19. Yüksek basınçlı hava 20. Yangın 21. Yetersiz dinlenme odaları 22. Hasta odalarının fazla sayıda olması 23. El yıkama birimlerinin yetersizliği 24. Atıkların yanlış yok edilmesi 25. Kişisel koruyucu donanımların bulunmaması 26. Kişisel koruyucuların yetersiz olması, uygun muhafaza kaplarının olmaması 27. Kemoterapi ilaçlarının hazırlanmasında uygun kabinlerin bulunmaması 28. Araç-gerecin doğru steril edilmemesi	16. Ribavirin 17. Bromin 18. Lateks 19. Solventler 20. Asit-bazlar 21. Fotokimyasal 22. Antineoplastikler 23. İodin 24. Asbest 25. Kadmiyum 26. Pestisidler 27. Herbisidler 28. Kimyasal Atıklar 29. Organometalikler 30. Gazlar 31. Karbonmonoksit	16. Polio 17. Meningok hastalıklar 18. Varicello zorter 19. Herpes simpleks 20.Tinca korporotis 21. Shigellazis 22. Helikobakteri Plori 23. Salmonellazis 24. Norwalk virüs	

Kaynak: Irmak 2019.

Yüksek riskli sağlık kuruluşları olan hastanelerde İK genel olarak, kesici ve delici alet yaralanmaları, kan veya başka vücut sıvılarına maruziyet, kimyasal madde ve ilaç maruziyeti, kas-iskelet sistemi yaralanmaları, şiddet, elektrik çarpması, yangın ve dumandan etkilenme olarak sınıflandırılmaktadır.

Kesici ve Delici Alet Yaralanmaları: Literatür araştırmalarında sağlık sektöründe çalışan kişilerin İK arasından en fazla kesici delici ve alet yaralanmalarına bağlı kazalara maruz kaldıkları görülmüştür. Sağlık çalışanları, hastalara uygulanan girişimsel işlemler sırasında kullanılan intraket iğnesi, enjektör iğnesi, sütur iğnesi, ameliyathanede kullanılan

cerrahi aletler, bisturi, laboratuvarlarda kullanılan lam/lamel ve ilaç ampulleri ile yaralanmaktadır. Bu yaralanmalar sonucu sağlık çalışanları çeşitli enfeksiyonlara maruz kalmakta ve tedavisi bulunamayan, prognozu kötü seyreden HPV, HIV, HBV, HCV ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi gibi hastalıklar sebebiyle hayatlarını kaybetmektedir (Irmak, 2019).

Kan veya Başka Vücut Sıvılarına Maruziyet: Sağlık çalışanları açısından tehlike olarak kabul edilen enfeksiyon etkenleri kan ve başka vücut sıvısına maruziyetle, sıyrık, yara, kesik nedeniyle bütünlüğü bozulmuş deriden (açık yara, mukozalar, cilt gibi) bulaşır. HIV, HAV, HBV, HCV, HDV, CMV gibi 30 civarında mikroorganizma hastaların kan ve başka vücut sıvılarına maruziyet sonucu bulaşmaktadır(Akgün, 2015). HCV ve HIV'den korunmak için aşının ve etkin bir tedavinin olmaması, prognozlarının ciddi seyretmesi konunun önemini artırmaktadır (Kişioğlu ve ark., 2002).

Kimyasal Madde ve İlaç Maruziyeti: Yapılan araştırmalar sağlık kuruluşlarında insan sağlığına zararlı toz, buhar, gaz ve sıvı şekillerinde olmak üzere 299 kimyasal bileşenin kullanıldığı saptanmıştır. Sıklıkla karşılaşılan kimyasallar, deterjan, dezenfektanlar, sterilizanlar, anestezik gazlar ve ilaçlardır (Akgün, 2015). Kimyasal madde ve ilaç maruziyetinden korunmak için alınabilecek önlemler şöyledir; zararlı kimyasallar yerine daha az zararlı kimyasallar ikame edilmeli, laboratuvarlarda çeker ocaklar ve biyogüvenlik kabinleri kullanılmalı, güvenlik rehberinin çalışan personeller tarafından okunması sağlanmalı, personeller kişisel koruyucu donanım olmadan kimyasal maddelerle çalışmamalı ve çalışan personellere kimyasalların zararlı etkileri ve acil durumlarda yapılması gerekenler hakkında sürekli hizmet içi eğitimler verilmelidir (Parlar, 2008; TTB, 2008).

Kas-İskelet Sistemi Yaralanmaları: Hastanelerin kalabalık alanlar olması, fiziki alan yetersizliği, hatalı depolama, istifleme, alçak tavanlar, kaygan zeminler, sert ve sivri köşeler, hasta kaldırma ve taşıma işlemlerini tek kişinin yapması, dikkatsizlik ve acelecilik, ekipmanların düzenli kontrollerinin yapılmaması sağlık çalışanlarında kas-iskelet sistemi yaralanmalarına neden olmaktadır. Bu yaralanmalar genellikle, kayma, düşme, sıkışma ve ezilmedir. Kas-iskelet sistemi yaralanmalarından korunmak için alınabilecek önlemler şöyledir; hasta bekleme alanlarında bulunan oturma alanları ergonomik tasarlanmalı ve gereksiz malzemeler kaldırılmalı, fiziki alan yetersizliğine bağlı dar geçitlerde gerekli düzenlemeler yapılmalı, depolama alanları ergonomik olarak düzenlenmeli ve istifleme yapılmamalı, alçak tavanlara uyarıcı şeritler çekilmeli,zeminler kaygan olmayacak malzemeden yapılmalı ve temizlik yapılırken kaygan zemin olduğunu belirten uyarıcı levhalar

kullanılmalı, sivri alanlar yuvarlatılmalı, hasta kaldırma ve taşıma işlemleri tek başına yapılmamalı, yardımcı alet ve ekipman kullanılmalı ve çalışanlara korunma yolları hakkında sürekli ve uygulamalı hizmet içi eğitimler verilmelidir (Irmak,2019).

Şiddet: Sağlık kuruluşlarında 24 saat sağlık hizmetinin verilmesi, stresli aile üyelerinin varlığı, hastaların uzun süre bekleyerek bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamamaları, işlerin yoğun personel sayısının yetersiz olması, aşırı kalabalık ortamda tek başına çalışma, yeterli sayıda güvenlik elemanının olmaması, personellerin şiddetle baş etme konusunda eğitim yetersizlikleri şiddet riskini artırmaktadır (Akca ve ark., 2014).Yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarının diğer hizmet sektörlerindeki çalışanlardan 16 kat ve hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarından 3 kat daha fazla şiddete uğrama riskinin olduğunu ortaya koymaktadır (Kaya, 2021). İşyerinde şiddet Tablo2-3'te gösterildiği gibi dört tipten oluşmaktadır. Sağlık çalışanları en çok Tip II'ye maruz kalsa da dört tip şiddet olayını da yaşadıklarını bildirmişlerdir (Yeşildal, 2005).

Tablo 2-3: İşyerinde Şiddet Tipleri

Tip I	Suça niyet ederek şiddete başvurma (kriminal şiddet).
Tip II	Müşteri/tüketicinin çalışana karşı uyguladığı şiddet.
Tip III	Çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddet.
Tip IV	Kişilerarası ilişki ile ilgili şiddet. Ev içi şiddetin işyerine yansımasıdır.

Kaynak: Yeşildal 2005.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek için SB tarafından Bakanlık Beyaz Kod Birimi kurulmuş, 7/24 hizmet verecek 113 numaralı telefon hattı ve "www.beyazkod.saglik.gov.tr" internet sayfası oluşturulmuştur. Ek olarak 14 Mayıs 2012'de Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik doğrultusunda sağlık kurumlarından sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması için beyaz kod yönetim ekibi oluşturulması istenmiştir (Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 2011).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek için alınabilecek önlemler şöyledir; özellikle acil servisler olmak üzere hastane girişlerini ve hastane içerisini 24 saat izleyen güvenlik kameraları bulundurulmalı, her birimde güvenlik görevlisi bulundurulmalı, sağlık çalışanlarının şiddete uğraması durumunda uygulanacak yasal düzenlemelerle ilgili kamu spotları yapılmalı, sağlık çalışanlarına şiddetle baş etme hakkında eğitimler verilmeli, şiddete uğrayan sağlık çalışanlarına psikolojik destek verilmelidir (Akca ve ark., 2014; Yeşildal, 2005).

Elektrik Çarpması: Diğer yapılara göre hastanelerde elektrik ihtiyacı daha fazladır ve yaşanan elektrik kesintileri özellikle elektrik gücüyle çalışan cihazlara bağlı yaşayan yoğun bakım hastaları açısından büyük problemlere neden olmaktadır. Bu yüzden özellikle yoğun bakım hasta başı ünitelerindeki elektrik uzatma kablolarının düzenli kontrolleri yapılmalıdır. Çalışanlara elektrik ekipmanlarının güvenli kullanımı hakkında sürekli hizmet içi eğitimler verilmelidir (Irmak, 2019):

Yangın ve Dumandan Etkilenme: Sağlık kuruluşlarında çıkan yangınlar hasta ve çalışan güvenliği açısında büyük bir tehlike oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Yangın Olayı Raporlama Sistemi 2003-2006 yılları arası hastane yangınlarını analiz etmiştir. Bu analiz sonucunda yangın çıkış nedenlerinin en başında pişirme işlemleri sırasında pişirme aletleri, ikinci sırada elektrik tesisatı ve elektrikli aletler, üçüncü sırada ise ısıtma işlemleri ve kazan daireleri geldiği bildirilmiştir. Ayrıca bunlara ek olarak sterilizasyon işlemleri, medikal aletlerin dikkatsiz kullanımı, çamaşır yıkama ve kurutma, sigara izmaritleri, çöplerin, tıbbi ve evsel atıkların da yangına sebep olduğu bildirilmiştir. Yangınları önlemek için yangına sebep olan etkenlere dikkat edilmeli, çalışan personellere konu hakkında eğitimler verilmeli ve hastanelerin kuruluş aşamasında yangın güvenliğine yönelik tasarım ve projelendirme yapılmalıdır (Irmak, 2019).

Tüm bu verilerden yola çıkılarak İK'ye karşı alınması gereken temel önlemler şöyledir:

- Çalışma ortamı düzenlemeli,

- Hastanelerde var olan tehlikeler saptanmalı ve giderilmeye çalışılmalı,

- Zararlı biyolojik, fiziksel, kimyasal ve psiko-sosyal stres etkenleri en az düzeye indirilmeli,

- Eğitim programları düzenlenmeli ve bunlara katılım sağlanmalı,

- Periyodik muayeneler yapılmalıdır (Akgün, 2015).

2.1.3.2. Meslek Hastalıkları Kavramı

Literatürde MH kavramı hakkında çeşitli tanımlamalara rastlamak mümkündür. WHO ve ILO gibi uluslararası literatürde MH, çalışma ortamındaki faktörlerden ortaya çıkan ve gelişen hastalıkların ortak adı olarak ifade edilmektedir. MH'yi İK'den ayıran en önemli fark aniden ortaya çıkmamasıdır. Çalışan kişi hastalık etkenine uzun yıllar maruz kalırsa hastalık ilerlemekte ve zaman içinde kendini göstermektedir (Korkutan, 2018). MH'nin oluşması ve çoğalmasında rol oynayan temel etkenler; gelişen teknolojiden yararlanmama, sağlığa ve güvenliğe uygun olmayan çalışma davranışları ve koşulları, deneyimsiz çalışan istihdamı (ucuz işçi ve personel),eğitim eksikliği ile denetim ve kontrol yetersizliğidir (İşler, 2013).

Ülkemizde 2010-2020 yılları arasında MH'ye yakalanan ve MH sonucu hayatını kaybeden kişi sayıları Tablo 2-4'te verilmiştir. SGK verilerine göre 2013, 2014, 2015 ve 2016 yıllarında MH sonucu hiç ölüm yoktur ancak İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi verilerine göre 2013'te en az 3, 2014'te en az 29, 2015'te en az 13 ve 2016 yılında en az 15 emekçi MH'den dolayı hayatını kaybetmiştir (TMMOB Makine Mühendisleri Odası, 2018).

Tablo 2-4: Türkiye'de 2010-2020 Yılları Arasında MH'ye Yakalanan ve MH Sonucu Ölen Kişi Sayısı

Yıl	MH'ye Yakalanan Kişi Sayısı	MH Sonucu Ölen Kişi Sayısı
2010	553	10
2011	697	10
2012	395	1
2013	351	0
2014	494	0
2015	510	0
2016	597	0
2017	693	0

Tablo 2-4 (devam):

2018	1047	0
2019	1091	0
2020	908	5

Kaynak: SGK İstatistik Yıllıkları. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari, Ziyaret Tarihi: 10.09.2021.

27021 Sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği 18. maddesinde MH (27021 Sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, 2008):

"A Grubu: Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları,

B Grubu: Mesleki cilt hastalıkları,

C Grubu: Pnömokonyozlar ve diğer meslekî solunum sistemi hastalıkları,

D Grubu: Meslek bulaşıcı hastalıklar,

E Grubu: Fizik etkenlerle olan meslek hastalıkları" olmak üzere beş grupta incelenir.

Sağlık çalışanları sağlık hizmetlerini sunarken tanı, tedavi ve bakım gibi işlemler sırasında hastalarla yakın temas hâlinde olmaları birçok hastalık riskiyle karşı karşıya kalmalarına sebep olur. Çalışılan birimlere göre farklı MH riski bulunmaktadır (Çelik, 2016). MH'yi bildirmek zorunludur. 6331 Sayılı İSG Kanunu 14. maddesinde "İşverenler sağlık hizmetini sunanlar veya işyeri hekimi tarafından kendisine bildirilen MH'yi öğrendikten sonraki üç iş günü içinde SGK'ye bildirir. İşyeri hekimi veya sağlık hizmeti sunucuları MH ön tanısı koydukları vakaları SGK tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına sevk eder. Yetkilendirilen sağlık hizmetleri sunucuları ise MH tanısı koydukları vakaları en geç on gün içinde SGK'ye bildirir." hükmüne yer verilmiştir (6331 Sayılı İSG Kanunu, 2012).

Hastanelerde MH enfeksiyona, fiziksel etmenlere, kimyasal maddelere, radyasyona, kas-iskelet sistemine ve strese bağlı MH olmak üzere altı grupta incelenecektir.

Enfeksiyona Bağlı MH: Günümüzde sağlık çalışanlarının mesleki olarak karşılaştığı risk ve tehlikelerin en önemlileri enfeksiyonlar ile kesici delici alet yaralanmalarındır. Bu risklerin anlaşılabilmesi için çalışanların hasta ve hastanın materyali ile temas olasılığı, temas ettiği hastanın özelliği (gebe, yenidoğan, bağışıklığı baskılanmış tedavi alan hasta, yoğun bakım hastası gibi), sağlık çalışanının bağışıklığı, duyarlılığı, taşıyıcı olup olmaması çok önemlidir (Doyuk-Kartal, 2008).

Kan yoluyla bulaş; kullanılan enjektör iğnesinin yanlışlıkla kendisine batırılması, kanla bulaşmış kesici aletlerle yaralanma, kesik veya yara nedeniyle bütünlüğü bozulmuş deriden bulaşma, enfekte olan vücut sıvıları veya kanın mukozaya sıçraması yoluyla olabilir. Kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlardan; bariyer, kullanılmış araçların, eldivenlerin ve diğer araç-gereçlerin temizlenmesi, atıkların yok edilmesi, bağışıklama ve maruziyetten sonra alınan koruyucu önlemler ile korunabilir (Kişioğlu ve ark., 2002). Damlacık ve damlacık çekirdeği yoluyla bulaşan hastalıklar (influenza, tüberküloz, kızamık, kızamıkçık, suçiçeği gibi) sağlık çalışanlarını tehdit eden enfeksiyon etkenleri içinde ikinci grupta yer alır. Damlacık ve damlacık çekirdeği yoluyla bulaşan enfeksiyonlardan maske, önlük, siperlik ve hastaların negatif basınçlı odalarda bulundurulması ile korunabilir (TTB, 2008).

Fiziksel Etmenlere Bağlı MH: Aydınlatma, gürültü, ısı ve nemlilik gibi fiziksel etmenler de MH neden olmaktadır. Işık ve elektromanyetik alanların pineal bez fonksiyonunu etkilediğini ispatlayan araştırmalar mevcuttur. Bunun sonucunda gelecekte depresyona, meme kanserine ve üreme fonksiyonlarında sorunlar olabilmektedir. Çalışma ortamındaki gürültünün yan etkileri ise artmış kan basıncı, stres, uyku bozuklukları, azalmış çalışma performansı, gürültüye bağlı işitme kaybı ve geçici eşik değişiklikleridir. En önemlisi ise kalıcı işitme kaybının nedeni olan iç kulak hasarıdır (TTB, 2008). Çok soğuk çalışma ortamında çalışan kişilerin reflekslerinde, el becerilerinde ve algılama yeteneklerinde azalma görülür. Çok sıcak çalışma ortamında çalışanlarda ise, aşırı terleme sonucu vücutta ısı krampları, kaslarda kasılma ve ağrılar görülür. Sağlık çalışanları, MH hakkında uyarılmalı ve yönetim tarafından iş yerindeki olumsuz fiziki koşullar giderilmelidir (Öner, 2014).

Kimyasal Maddelere Bağlı MH: Sağlık kurumlarında çalışan personeller için kimyasal maddeler de MH'ye neden olmaktadır. Hastaneler birçok kimyasal maddenin (anestezik maddeler, sitotoksik maddeler, sterilizasyonda kullanılan maddeler, ağır metaller, plastikler) kullanıldığı çalışma ortamlarıdır (TTB, 2008). Ameliyathane, diyaliz, gastroenteroloji ve patolojide soğuk sterilizasyonda kullanılan gluteraldehit çalışanlarda toksik etkilere neden

olabilmektedir. Antiseptik olarak kullanılan iyodin ise göz ve mukoza temasında irritasyona neden olabilmektedir (Çelik 2016). Anti-neoplastik ilaçlar kanser hücrelerini öldürmelerinin yanı sıra normal hücrelere de zarar vermektedir. Bu ilaçlar güvenli kabinlerde hazırlanmalıdır. Kabinler her gün %70'lik alkolle silinmeli, haftada bir yüksek pH'li solüsyonlarla dekontamine edilmelidir. Anti-neoplastik ilaçların hazırlanması ve uygulanmasından hemşireler çift lateks eldiven, geçirgenliği az kumaş önlük giymeli, plastik yüz siperliği veya özel gözlük takmalıdır (Öner, 2014). Kimyasalların neden olduğu zararlı etkilerden korunmak için çalışma ortamının havalandırılması, kimyasalların uygun ortamlarda muhafaza ve imha edilmesi, çalışanlara konu hakkında eğitim verilmesi, koruyucu ekipman (önlük, eldiven, maske, giysi ve gözlük) temin edilmesi, laboratuvarlarda kimyasal maddelerin güvenlik bilgi formları ve uyarı levhalarının bulunması gerekmektedir (Parlar, 2008).

Radyasyona Bağlı MH: Sağlık çalışanlarında MH için diğer bir risk faktörü de radyasyondur. Radyasyonun tipi, enerjisi, vücutta kalış süresi, biyolojik ve radyoaktif yarı ömrü, doku ve organlara etkisi oldukça önemlidir. Radyasyon kaynaklı etkiler bedensel ve kalıtımsal etkiler olarak ikiye ayrılır. Bedensel ve kalıtımsal etkiler de erken ve gecikmiş etkiler olarak iki grupta incelenir. Erken etkiler, kısa süre içinde bir seferde yüksek dozlara maruz kalınması sonucu ortaya çıkarken, gecikmiş etkiler ise uzun süreli aralıklarla düşük dozlara maruz kalınması sonucu ortaya çıkar. Gecikmiş etkiler sonucu katarakt ve kanser vakalarının yanı sıra çalışanların ömürlerinde kısalmalar da görülebilir. Ayrıca bu çalışanların kendilerinden sonraki nesillerinde birtakım kalıtsal bozukluklar görülebilir (Öner, 2014; Özgür, 2013; TTB, 2008). Radyasyonun kontrol altında tutulması için denetimli ve gözetimli alanlar sınıflandırılmalı, denetimli alanlarda radyasyon uyarı işaretleri bulunmalı, uygun havalandırma ve aspirasyon sistemi kurulmalı, radyasyon ölçüm cihazları kullanılmalı ve çalışanlar kişisel dozimetre kullanmalı, uygun yöntemlerle izolasyon (kurşunla kaplama gibi), kişisel koruyucu ekipman (koruyucu giysiler, tulumlar, önlükler, lastik eldivenler, lastik botlar gibi) kullanılmalıdır. Ayrıca bu alanlarda çalışan kişilerin düzenli olarak yılda en az bir kez genel muayeneleri, yılda iki kez kan sayımı ve yılda bir kez cilt muayeneleri yapılmalıdır (Nalbant, 2006; Solmaz ve Solmaz, 2017).

Kas-İskelet Sistemine Bağlı MH: Sağlık çalışanlarında bu MH türüne sıklıkla rastlanmaktadır. Bu hastalıklar genellikle bel ağrısı, siyatalji, varis, karpal-tünel sendromu ve ayak sorunlarıdır. Kas ve iskelet sistemi sorunlarına en çok uzun süre ve ayakta çalışma zorunluluğu neden olur ve sağlık çalışanlarının günlük yaşam aktiviteleri ile iş yaşamını

olumsuz yönde etkiler. Sağlık çalışanları arasında ayakta en çok ve uzun süre ayakta çalışan meslek grubu hemşirelerdir. Bu yüzden kas-iskelet sistemine bağlı MH en çok hemşirelerde görülmektedir (Çelik, 2016; Öner, 2014). Kas iskelet sistemi hastalıkları tedavi ve esenlendirilmesi zor olduğu için kalıcı sakatlıkla birlikte iş kaybına neden olma oranı yüksek hastalıklardandır. Bu yüzden önleyici ve işin sürdürülebilir hâle getirilmesi amaçlanmalıdır (Koltan, 2009). Sağlık çalışanları için önemli bir sağlık sorunu olan kas-iskelet sistemi hastalıkları alınacak ergonomik önlemlerle ve ergonomi eğitimiyle önlenebilmektedir (Sünter, 2017).

Strese Bağlı MH: Çalışma ortamında hemşirelik mesleği açısından birçok stres yaratan durum bulunmaktadır. Rol belirsizlikleri, kişisel özelliklerle uyumsuz çalışma birimleri, fiziki çevre, uzun çalışma süreleri, vardiyalı çalışma sistemi, aşırı iş yükü, hasta sayısının çokluğu, ölümcül hastalara bakım vermek, kişilerarası ilişki ve kariyer ile ilgili sorunlar, hasta ve yakınlarından gelen sözel taciz, korkutma ve fiziksel saldırı riski hemşireleri çalışma ortamında en çok etkileyen stres etkenleridir. Bu stres etkenleri, çalışanların sağlığını olumsuz etkileyen ve iş memnuniyetini azaltan bir durumdur. Hemşireler stresörlerle baş edebilmek amacıyla bazı baş etme yöntemleri kullanmaktadır. Bu yöntemler arasında; sigara ve alkol kullanımı, aşırı yeme ve içme, çatışma, unutmayı deneme, işten uzaklaşma gibi etkisiz baş etme yöntemleri ve dinlenme, gevşeme tekniklerini kullanma, boş zaman aktiviteleriyle uğraşma gibi etkili baş etme yöntemleri bulunmaktadır (Kanbay ve Üstün, 2009).

Çalışanların sağlık ve güvenliklerini korumak için MH'yi önlemeye yönelik birtakım çalışmalar yapılmaktadır (Tozkoparan ve Taşoğlu, 2011). Buna yönelik sağlık personelleri için aşağıdaki önlemler alınmalıdır (Özkan ve Emiroğlu, 2006):

- Çalışanlara sağlık ve güvenlik konularında (risk ve tehlikeler, maruziyeti azaltma veya önleme, kişisel koruyucuların kullanımı, kaza ve yaralanmaların bildirimi gibi) eğitimler verilmeli,

- İşe yeni başlayan çalışanların işe giriş muayenelerinin yapılmalı,

- Çalışanların periyodik muayeneleri yapılmalı,

- Bulaşıcı hastalıklara yönelik sürveyansalar yapılmalı,

- Bağışıklama (HBV aşısı gibi) hizmetlerinin sunulmalı,

- Rehabilitasyon hizmetlerinin sunulmalı,

- Çalışanların kişisel koruyucuları kullanmasının sağlanmalı,

- Çalışanların sağlıklı beslenmesinin sağlanmalı,

- Yaralanan ve hastalanan çalışanların bakım ve tedavileri yapılmalı,

- Yapılan sağlık taramalarının ve araştırmaların sonuçları hakkında çalışanlar, işverenler, yönetim ve sendikalar bilgilendirilmeli,

- MH ve İK hakkında tutulan kayıtlar çalışanların görebileceği yerlere asılmalıdır.

Yukarıda bahsedilen kişiye yönelik korunma uygulamalarının yanı sıra tehlike kaynağına ve ortama yönelik korunma uygulamaları da mevcuttur. Tehlike kaynağına yönelik korunma uygulamalarına örnek olarak; tehlike oluşturan bir kaynağın ortadan kaldırılması, tozlu ortamlarda ıslak sulu yöntemler kullanılması, yerel aspirasyon sistemlerinin uygulanması ve kullanılan zararlı maddelerin yerine daha az zararlı madde kullanmak verilebilir. Ortama yönelik korunma uygulamalarına örnek olarak ise; uygun havalandırma sistemleriyle havanın optimum sıcaklık ve neme sahip olmasının sağlanması, tehlikeli maddeler ile işlem yapılan kısımların diğer yerlerden yalıtımının sağlanması ve üretim süreçlerinin ergonomik süreç dikkate alınarak yapılması verilebilir (Korkutan, 2018).

2.1.4. İSG'nin Tarihsel Gelişimi

Gelişen teknolojiyle faaliyet alanlarının artması ve üretim sürecinin daha da karmaşıklaşmasıyla birlikte yaşanan tehlikeler artmıştır. Bu tehlikeler sonucu çeşitli sağlık ve güvenlik sorunları oluşmuştur. Tarih boyunca yaşanan bu gelişmelerle İSG konusu günümüzdeki şeklini almış ve bir bilim dalı hâline gelmiştir (Seymert, 2017).

Dünyada ve Türkiye'de sanayileşme farklı dönemlerde olduğundan dolayı İSG'nin tarihsel gelişimi, Dünyada ve Türkiye'de İSG'nin tarihsel gelişimi olarak ayrı ayrı incelenecektir.

2.1.4.1. Dünyada İSG'nin Tarihsel Gelişimi

Devebakan'ın (2007) aktardığına göre İSG uygulamaları insanlık tarihinin eski zamanlarına kadar dayanmaktadır. Bu uygulamalara yönelik ilk veriler M.Ö. 370'li yıllarda Hipokrat'ın kurşunun zararlı etkilerinden bahsettiği çalışmasında görülmektedir. Tarihte bilinen İSG uygulamalarından bazıları aşağıdaki gibidir (Devebakan, 2007):

- Mısırlıların altın ve gümüş tozlarının tehlikeli olduğunu bilmeleri,

- Mısırlıların M.Ö. 3000'li yıllarda işçiler için bir ilk yardım kılavuzlarının olması,

- Hipokrat'ın M.Ö. 400'lü yıllarda taş ustalarının solunum sorunları olduğunu ve bunun kurşun ile bağlantılı olduğunu fark etmesi,

- Romalıların gemileri denize indirirken güçlük çektikleri zaman zarar görmemeleri için köleleri serbest bırakması,

- Romalıların Salus adında sağlık ve güvenlik tanrıçası olması.

Hipokrat "On Air Waters and Place" isimli kitabında hastalıkların oluşumunda çevre faktörlerine değinmiştir. Fakat o dönemde çalışan kişilerin toplumda çok düşük sosyal sınıflardan olmasından dolayı işçilerin sağlık sorunlarının üstünde durulmamaktaydı. Platon çalışma ortamından kaynaklanan duruş bozuklukları ve hastalıklarına dikkat çekmiştir. Milattan sonraki dönemde Romalı Pliny tozlu işyerlerinde çalışan kişilerin nefes darlığı ve öksürük gibi rahatsızlıklardan korunabilmek için deri maske kullanımını önermiştir (Seymert, 2017).

Avusturya Karpat Dağlarında zamanın en büyük madeni olan Joachimstal'de hekim olan Agricola (1494-1555), "De Re Metalika" adlı kitabında madencilerin sağlıklarından söz ederken Karpat Dağlarında kocaları çok genç yaşta öldüğünden dolayı yedi kez evlenen kadınların olduğunu yazmıştır. 16 ve 17. yüzyıllarda çeşitli meslek alanlarının geliştiği İtalya'da Bernardino Ramazzini (1673-1714) "De Morbis Antificium Diatriba" ("Diseases of Woekmen"; "Çalışanların Hastalıkları") isimli ilk MH kitabını yazmıştır. Bu kitapla birlikte Ramazzini iş hekimliğinin babası unvanını almıştır (Durgut, 1999).

İşçi sağlığındaki gelişmeler 18. yüzyıl başlarında İngiltere'de başlayan endüstri devriminden sonraki sosyal gelişmeler sonucu hız kazanmıştır. 1802'de Çırakların Sağlığı ve Morali işçi sağlığı ve güvenliğinde çıkan ilk yasa olarak yürürlüğe girmiştir. Bu yasayla günlük çalışma saati 12 saat olarak sınırlandırılmış ve fabrikaların iyi bir şekilde havalandırılması öngörülmüştür. 1847 yılında çıkarılan On Saat Yasası ile çalışma saatleri sınırlandırılmıştır. 1833 yılında çıkarılan Fabrikalar Yasası ile 9 yaşından küçük çocukların çalıştırılmaması, 18 yaşının altında kişilerin 12 saatten fazla çalıştırılmaması, fabrikaların düzenli denetiminin sağlanması ve çalışanların işe alınırken hekim muayenesinden geçirilmesi kararı alınmıştır. 1842 yılında yapılan yasal düzenlemeler sonucu kadın ve çocuk işçilerin maden ocaklarında çalışmaları yasaklanmıştır (Seymert, 2017).

1919 yılında kurulan ve sonradan Birleşmiş Milletlerin uzmanlık kuruluşlarından biri olan ILO, çalışma hayatının sağlık, sosyal, ekonomik ve işletme ile ilgili konularında

çalışarak, sözleşmeler yaparak ve tavsiye kararları alarak uluslararası alanda düzenleyici konumdadır. Birleşmiş Milletlerin diğer uzmanlık kuruluşlarından biri olan WHO da işçi sağlığı konusunu ele almaktadır. İSG'deki gelişmeler ekonomideki gelişmelerle paralel bir şekilde ilerlemiştir. Gelişmiş ülkelerde alınan önlemler daha etkin olmuştur. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda ise bu hizmetler endüstri devriminin olduğu 18. yüzyıl başlarındaki gibi yetersiz kalmıştır (Durgut, 1999; Seymert, 2017).

2.1.4.2. Türkiye'de İSG'nin Tarihsel Gelişimi

11 ve 12. yüzyıldan itibaren kurulan loncalarda iş sağlığıyla ilgili çalışmalara rastlanmamaktadır. Ancak bu loncaların Orta Sandığı veya Teavün Sandığı adlı yardım teşkilatı, yaşlılıktan dükkanlarına gelemeyen veya dükkanları kapanan ustalara ve sakatlanan veya tedavisi mümkün olmayan hastalığa yakalanan esnaflara sandıktan yardım yapılırdı (Aydın-Aktekin, 2010).

1865 yılında çıkarılan Dilaverpaşa Nizamnamesi ülkemizde işçileri koruyan ilk mevzuattır. Havzai Fahmiye Teamülnamesi olarak da adlandırılan bu nizamnamede işçiye ait çalışma saatleri, barınma yerleri, dinlenme ve tatil zamanlarına yer verilmiştir. Sonrasında 1869 yılında Maadin Nizamnamesi çıkarılmıştır. Bu nizamnameye göre, maden sahiplerinin, kazalara karşı önlem alma, kaza olduğunda hükümete haber verme, madende bir hekim ve gerekli ilaçları bulundurma zorunluluğu vardı. Ayrıca iş sırasında kazaya uğrayan işçilere veya ölen işçilerin ailelerine yargı tarafından tespit edilen bir tutar ödemenin yapılması, kazanın işin kötü yönetiminden kaynaklandığı belirlenirse işverenlere para cezası verilmesi, işçinin kusurundan kaynaklanıyorsa işçinin 15-20 altın ceza ödemesi zorunluydu (Durgut, 1999; Aydın-Aktekin, 2010).

Tanzimat'ın ilanıyla Osmanlı Devleti, 1869-1876 yılları arasında Mecelle'yi hazırlayarak yürürlüğe sokmuştur. Böylece ilk kez yazılı bir hizmet sözleşmesine ve işçi kavramlarına yer verilmiştir (Örtlek, 2017). Mecelle işçinin korunmasıyla ilgili hükümler içerdiğinden dolayı modern anlamda ilk iş kanunu olduğu söylenebilir (Devebakan, 2007).

Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında yine maden kömürü işinde çalışanları ilgilendiren 114 Sayılı Zonguldak Ereğli Havzası Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amale Menafi Umumiyesine Füruhtuna Dair Kanun ile kömürden artan kömür tozlarının satılmasıyla elde edilen gelirin işçilerin ihtiyaçları için ayrılması kararlaştırılmıştır. Yine 1921 yılında çıkarılan 151 Sayılı Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun ile ülkemizde çalışma saatleri ilk kez 8 saat ile sınırlandırılmış ve 18 yaşından

küçüklerin maden ocaklarında çalışmaları yasaklanmıştır. 1923 yılında yapılan İzmir İktisat Kongresi'nde işçi temsilcileri önemli istek ve önerilerde bulunmuşlardır. 1924 yılında 394 Sayılı Hafta Tatili Kanunu yürürlüğe girmiş, çalışanlara haftada bir gün tatil hakkı yasal hâle gelmiştir (Centel 2005). Diğer meslek alanları 1926 yılında çıkarılan Borçlar Kanunu ile ele alınmıştır. Bu kanunun 322. maddesine göre işveren İK ve MH'den hukuki olarak sorumludur (Aydın-Aytekin, 2010; Centel, 2005; Durgut, 1999, Örtlek, 2017).

İSG ile ilgili ülkemizdeki en önemli kanun 1930 yılında yayınlanan 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'dur. Bu kanunda işyerlerinde iş yeri hekimlerinin bulunması, gece çalışma kuralları, gebe kadınların doğumdan önce ve sonra çalışma kurallarına dair hükümler yer almaktadır. 1935 yılında Milli Bayram ve Genel Tatil Günleriyle İlgili Kanun yürürlüğe girmiştir. 1937 yılında yürürlüğe giren 3008 Sayılı İş Kanunu ile İSG konusu ilk kez ayrıntılı ve sistemli olarak düzenlenmiştir (Centel, 2005).

1945 yılında İşçi Sigortaları Kanunu'nun yayınlanmasıyla birlikte Çalışma Bakanlığı (ÇB) ve ona bağlı İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğü kurulmuştur. 1950 yılında 5502 Sayılı Hastalık ve Analık Sigortası çıkarılmıştır. 1964 yılında 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu 114. maddesindeki elliden fazla işçi çalıştıran işyerlerine hekimlerin görevlerine ilişkin Hekimlerin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik çıkarılmıştır. 1963 yılında 174 Sayılı Kanun çıkarılmış ve ÇB'ye işyerlerini denetleyebilecek teknik kadro kurma olanağı verilmiştir. ÇB, Ankara'da eğitim ve araştırma kurumu olması amacıyla İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi'ni kurmuştur (Durgut, 1999).

2012 yılında yürürlüğe giren 6331 Sayılı İSG Kanunu ile ilk defa çalışan sayısı ve iş koluna bakılmadan tüm çalışanların İSG hizmetlerinden yararlanması sağlanmış, bütün işverenlere risk değerlendirmesi yapma, önleyici tedbirleri alma ve uygulama sorumluluğu verilmiştir (Örtlek, 2017).

2.1.5. İSG'ye Yönelik Önleyici Uygulamalar

İSG'ye yönelik önleyici uygulamalar sayesinde tehlikeler analiz edilir ve ani gelişen durumlara hızlı cevap verilir. Bu uygulamalar kaynakların etkin kullanımını ve ödenen tazminatların azalmasını sağlayarak ekonomik tasarrufa destek olur. Böylece verimlilik ve etkinlik artmış olur. Bunların yanı sıra hastalık ve sakatlık durumlarının azalmasıyla toplum daha iyi bir hâle gelir (Durdu 2019). İSG'ye yönelik önleyici uygulamalar, OHSAS 18001 Yönetim Sistemi, güvenlik kültürü ve eğitim, İSG kurulu, iş yeri hekimi ve iş yeri hemşiresi olarak incelenecektir.

2.1.5.1. OHSAS 18001 Yönetim Sistemi

İngiliz Standartları Enstitüsü tarafından geliştirilen OHSAS 18001'i Türk Standartlar Enstitüsü "TS 18001 İSG Yönetim Sistemleri-Şartlar" olarak yayınlamıştır. Standart en son Kasım 2014'te güncellenmiştir. Güncellenmiş son hâlinde sürekli iyileştirme ve risk yönetimi kavramlarının üzerinde durulmaktadır. TS 18001 İSG Yönetim Sistemleri-Şartların temel unsurları Şekil 2-6'da verilmiştir. Bu unsurlar şöyledir (Birgören ve Yılmaz, 2015):

- İSG Politikası: Sağlık ve güvenlik hedeflerinin tümünü ve performansı geliştirme karar ve iradesini içerir.

- Planlama: Tehlike tanımlaması, risk değerlendirmesi ve kontrolü süreçlerini içerir.

- Uygulama ve İşletim: Çalışanların eğitimi, görüşlerinin alınması ve dokümantasyon sisteminin kurulmasını içerir.

- Kontrol ve Düzeltici Faaliyet: Performans ölçümü, kayıtlar ve kayıtların yönetimini içerir.

- Yönetimin Gözden Geçirmesi: Üst yönetimin sistemin uygunluğu, yeterliliği ve etkinliğini kendi belirlediği aralıklarla gözden geçirme sürecini içerir.



Şekil 2-6: TS 18001 İSG Yönetim Sisteminin Temel Unsurları

Kaynak: Birgören ve Yılmaz 2015.

2.1.5.2. Güvenlik Kültürü ve Eğitim

Güvenlik kültürü; tehlikeyi meydana gelmeden sezebilmek, işin içerdiği riskleri bilmek, tehlikeli davranışlardan uzak durmak, gereksiz risk almamak ve hayatın her anında güvenliği ön planda tutarak güvenli davranışı bir yaşam biçimi hâline getirmektir. Çalışma ortamında güvenli davranışların geliştirilmesi için uyarı işaretleri, sözlü talimatlar, eğitim gibi araç ve aktiviteler kullanılmalı ve raporlama kültürü yaygınlaştırılmalıdır. Yönetimin güvenlik kültürünü oluşturmak amacıyla aldığı hedefler ve gerçekleştirdiği çabaların haricinde çalışan bireylerin de güvenlik kültürünün sağlanması ve sürekliliği için bu konuyu sahiplenmesi ve sorumluluk alması gereklidir (Akalp ve Yamankaradeniz, 2013). İSG ile ilişkili sorunlar ancak taraflarda güvenlik bilincinin ve önleme kültürünün oluşturulmasına verilen önemle çözülür. Eğitim bu bilinç ve kültürün oluşmasında ana faktördür. Eğitim, kişisel ve örgütsel bir gelişim aracı olmasının yanı sıra İSG eğitimleri yasal bir zorunluluktur (Ulutaşdemir ve ark., 2015). İSG'ye ilişkin bilgi ve duyarlılığı artırmak ve çalışan bireylere yeni bilgi, beceri, donanım kazandırmak amacıyla İSG eğitimi verilmektedir. Ortaya çıkan yeni risklerle birlikte eğitim çalışmaları tekrar gözden geçirilip düzenlenmelidir. Verilen eğitimin yararlı olabilmesi için konular iş görenlerin ihtiyaçlarına göre seçilmelidir (6331 Sayılı İSG Kanunu, 2012; İşler, 2013).

2.1.5.3. İSG Kurulu

Önleyici İSG yaklaşımındaki en önemli unsur işyeri örgütlenmesidir. Bu örgütlenmenin sağlanması için sağlık ve güvenlik işçi temsilcisinin seçilmesi, işyeri sağlık birimi ve İSG kurulu oluşturulması, işyeri hekimi ile iş güvenliği uzmanı görevlendirilmesi gereklidir. İSG kurulları, önemli bir karar alma ve denetim örgütü olmasıyla İSG örgütlenmesindeki en önemli birimdir. Bu kurullar, İK ve MH'nin önlenmesindeki sorumluluğu yönetim ile işçi temsilcileri arasındaki iş birliğine dayandırır. İSG kurullarının esas görevleri; İSG konularında yönetimi, güvenlik departmanını ve devleti bilgilendirmek, eğitim programları önermek ve farkındalığı artırmaktır (Yılmaz, 2010). İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü'nün İSG kurullarıyla ilgili hazırladıkları kılavuzlara göre kurulların görevleri; tehlike ve kontrol yöntemlerini değerlendirme, olağanüstü durumlarla mücadele etme, bakım ve onarımlarda güvenliğin sağlanması, kaza, hastalık ve aksaklıkların araştırılması, işçilere rehberlik yapma, İSG öğretimi ve eğitimi ile yıllık rapor hazırlanmasıdır (T.C. ÇSGB İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü,2016).

2.1.5.4. İş Yeri Hekimi

İşyeri hekimi, İSG alanında görev yapmak amacıyla SB tarafından yetkilendirilmiş ve işyeri hekimliği belgesine sahip hekimleri kapsar (6331 Sayılı İSG Kanunu, 2012). İşyeri hekiminin amaçları; çalışanların, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik durumunu en üst seviyeye getirmek, bu seviyede tutmak, sağlığı etkileyecek durumları tespit ederek düzeltici ve önleyici faaliyetlerde bulunmak, çalışanları yeteneklerine uygun işlere yerleştirip iş ve işçi uyumunu sağlamaktır. Görevleri ise rehberlik, sağlık gözetimi, risk değerlendirmesi ve eğitimdir (Seymert, 2017).

2.1.5.5. İş Yeri Hemşiresi

İşyeri hemşiresi, İSG alanında görev yapmak amacıyla SB tarafından yetkilendirilmiş, Hemşirelik Kanunu'na göre mesleğini uygulamaya yetkili ve işyeri hemşireliği belgesine sahip hemşireleri/sağlık memurlarını kapsar (6331 Sayılı İSG Kanunu, 2012).İşyeri hemşiresinin görevleri; sağlık değerlendirmesi ve genel sağlık tavsiyeleri, birincil korunma uygulamaları, acil hizmetler ve tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, uygun işe yerleştirme, sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme çalışmaları ile danışmanlık hizmetleridir (Seymert, 2017).

2.1.6. İSG ile İlgili Yasal Düzenlemeler

Sanayileşme sürecine giren bütün ülkelerde, teknolojik gelişmelerle birlikte İK toplumsal sorunların başında yer almıştır. 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra yapılan çalışmalar, sanayileşmenin tüm dünyada pek çok medikososyal sorunları ortaya çıkardığını, çalışanların İK ve MH gibi sorunlarının yanında psikososyal ve sosyoekonomik sorunlarının da olduğunu, bu sorunların çözümlenmesiyle çalışanlardan yüksek verim alınabileceğini ortaya koymuştur. Böylece iş yerlerinde çalışanların İK ve MH'den korunmasına yönelik hizmetlerin sayısı artmış ve konuyla ilgilenen bazı kuruluşlar faaliyete geçmiştir (Sarıçam, 2012).

İSG ile ilgili yasal düzenlemeler uluslararası ve ulusal düzenlemeler olmak üzere iki grupta incelenecektir.

2.1.6.1. Uluslararası Düzenlemeler

Devletin İSG'nin sağlanmasındaki yükümlülükleri, konu ile ilgili mevzuatı oluşturmak, mevzuatın denetimini sağlamak ve uluslararası hukuk metinlerini ülkemiz açısından kabul etmektir. Anayasamızın 90. maddesi, yöntemine uygun olarak TBMM tarafından onanan uluslararası hukuk metinlerinin kanun değerinde olduğunu ve Anayasaya

aykırılıklarının ileri sürülemeyeceğini düzenlemektedir. Onaylanan bu uluslararası belgelerdeki bazı hükümler doğrudan veya dolaylı olarak çalışma yaşamı ve İSG alanı ile ilgilidir (Devebakan, 2007).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi: 30 maddeden oluşan bildirgenin 3. maddesine göre herkesin yaşama, özgürlük ve güvenlik hakkı olduğu, 22. maddesine göre herkesin toplumun bir üyesi olarak, toplumsal güvenlik hakkı olduğu, 25. maddesine göre herkesin kendisinin ve ailesinin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşam standartlarına (beslenme, giyim, konut, tıbbi bakım, sosyal hizmetler ile işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık veya kendi iradesi dışındaki koşullardan kaynaklı geçim olanaklarından yoksun kaldığı durumlarda güvenlik hakkı) hakkı olduğu ve 26. maddesine göre ise herkesin eğitim hakkı olduğu belirtilmektedir (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 1949).

ILO Sözleşmeleri: 1952'de kabul edilen Sosyal Güvenliğin Asgari Normları ile İlgili 102 Sayılı ILO Sözleşmesi'ne göre asgari sosyal güvenlik yardımları; sağlık yardımları, hastalık ödenekleri, işsizlik, ihtiyarlık, aile, analık, mülkiyet, ölüm, İK ve MH yardımları olmak üzere 9 başlık altında toplanmıştır. Türkiye 29 Temmuz 1971 tarihinde 1451 sayılı yasa ile bu sözleşmeyi kabul etmiş, sağlık ve analık yardımlarını şartlı onaylarken diğer şartları sözleşmede olduğu gibi aynen onaylamıştır (Yavuz, 2009).

22 Haziran 1981 tarihinde Cenevre'de yapılan ILO'nun genel konferansının 67. oturumunda sonunda İSG ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşme kabul edilmiştir. Türkiye 7 Ocak 2004 tarihinde 5038 sayılı yasa ile sözleşmeyi kabul etmiştir. Bu sözleşme ile kamu kesimi dahil olmak üzere ekonomik faaliyetlerin tüm alanlarındaki işçileri kapsayacak şekilde taraf devletlerin ulusal koşul ve uygulamaları ışığında, İSG ve çalışma ortamı hakkında uyumlu bir ulusal politika oluşturulması ve bunun denetimi öngörülmüştür (Sarıçam, 2012). Bu sözleşmenin 19. maddesine göre işçilerin ve temsilcilerinin işverenle İSG hakkında iş birliği yapmaları, işçi ve temsilcilerine İSG konusunda yeterli eğitim verilmesi ve işçi temsilcilerine İSG'yi sağlamak için yeterli bilgi verilmesi ile ticari sırları açıklamamak koşuluyla kendilerini temsil eden kuruluşlarla bu bilgilerin istişare edilmesi hakkında düzenlemeler yapılmalıdır (Aydın-Aytekin, 2010).

7 Haziran 1985 tarihinde Cenevre'de yapılan ILO'nun genel konferansının 71. oturumunda Sağlık Hizmetlerine İlişkin 161 Sayılı Sözleşme kabul edilmiştir. Türkiye 7 Ocak 2004 tarihinde 5039 sayılı yasa ile sözleşmeyi kabul etmiştir. ILO bu sözleşme ile işçilerin İK ve MH'ye yönelik çalışanların korunması amacıyla iş sağlığının geliştirilmesine yönelik

çalışmalar yapılmasını öngörmektedir. Bu sözleşmenin 2. maddesine göre sözleşmeyi onaylayan ülkeler, kendi uygulamaları çerçevesinde en fazla temsil yetkisine sahip işçi ve işveren kuruluşlarına danışarak, iş sağlığı hizmetleri konusunda ulusal bir politika oluşturmayı, uygulamayı ve düzenli aralıklarla kontrol etmeyi kabul ederler. Sözleşmenin 3. maddesine göre taraf ülkeler tüm iş alanlarında iş sağlığı hizmetlerini geliştirmeyi ve risklere yönelik uygun hizmeti sağlamayı üstlenecektir (Öner, 2014). Sözleşmenin 7. maddesinde ise ulusal şartlara ve uygulamaya göre iş sağlığı hizmetleri; işletmeler veya ilgili işletme grupları, kamu otoriteleri, sosyal güvenlik kurumları, yetkili makamın görevlendirdiği diğer organlar veya ilgili tarafların birleşimi tarafından düzenlenebileceği belirtilmiştir (Devebakan, 2007).

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Çalışma Ortamı Hakkında Kabul Edilen 149 Sayılı Sözleşme ile 157 Sayılı Hemşirelik Personelinin İstihdamı ile Çalışma ve Yaşam Koşullarına İlişkin Tavsiye Kararı, 112 Sayılı İşyeri Sağlık Örgütlerinin Kuruluş, Çalışma, Örgütlenme ve Görevleriyle İlgili Görüşleri İçeren Tavsiye Kararı henüz Türkiye tarafından onaylanmamıştır (Yavuz, 2009).

Avrupa Toplumsal Anlaşması / Avrupa Sosyal Şartı: Avrupa Sosyal Şartı'nın 3. maddesi güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarına sahip olma, 11. maddesi sağlığın korunması, 12. maddesi sosyal güvenlik hakkı, 13. maddesi ise sağlık ve sosyal yardım hakkı ile ilgilidir (Devebakan, 2007).

AB'nin 89/391 Sayılı Çerçeve Direktifi: Direktifin 6. maddesinde işverenlerin genel yükümlülükleri; önüne geçilmeyen kaçınılmaz tehlikeleri değerlendirmek, riskleri kaynağında yok etmek, işi çalışanlara uygun hâle getirmek, teknik gelişmeleri dikkate almak, tehlikelerin yerine tehlikesizler veya daha az tehlikelileri ile yer değiştirmek, çalışma ortamına ilişkin politikalar geliştirmek, toplu koruma önlemlerine kişisel koruma önlemlerinden daha çok öncelik vermek ve işçilere uygun bilgileri vermektir (Oğuz, 2010).

2.1.6.2. Ulusal Düzenlemeler

Ülkemizde İSG hakkındaki düzenlemeler incelendiğinde bazı düzenlemelerin (Mecelle, Dilaver Paşa Nizamnamesi, Maadin Nizamnamesi, Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Mütealik Kanun gibi) cumhuriyetin kuruluşundan öncesine dayandığı görülmektedir. Günümüzde ise ulusal mevzuatımızda İSG hakkında birçok düzenlemenin olduğu görülmektedir (Devebakan, 2007). Ülkemizde çalışma hayatıyla ilgili mevzuatın uygulanmasını devlet izler, denetler ve teftiş eder. Devlet bu işlemleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ve ona bağlı kuruluşlar vasıtasıyla yerine getirmektedir. Bu

amaçla İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Enstitüsü, SSK ve üniversitelerin Halk Sağlığı Anabilim Dalları oluşturulmuş ve bunların çalışmaları desteklenmiştir (Yavuz, 2009).

T.C. Anayasası: 1982'de çıkarılan T.C. Anayasası'nın İSG ile ilgili plan ve maddeleri incelendiğinde, 5. maddesine göre devletin temel amaç ve görevlerinden biri kişilerin maddi ve manevi haklarının daha ileriye gitmesi için uygun koşulları hazırlamaya çalışmaktır. Kanundaki 17. madde herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olmasını güvence altına almaktadır. Kanunun 49. maddesine göre devletin, çalışanların yaşam seviyesini yükseltmek, çalışma yaşamını geliştirmek için işsizleri ve çalışanları korumak, çalışmayı desteklemek ve bunlarla ilgili önlemleri almaktan sorumlu olduğundan söz edilmektedir. Aynı kanunun 50. maddesinde ise kimsenin yaşına, cinsiyetine ve gücüne uygunsuz işlerde çalıştırılamayacağından, fiziki ve ruhsal yetersizliği olanların özel olarak korunacağından ve dinlenmenin çalışanların hakkı olduğundan bahsedilmektedir. Herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğuna kanunun 56. maddesinde değinilmiştir. Kanunun 60. maddesinde herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğundan söz edilmektedir (T.C. Anayasası, 1982).

1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu: 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 126. maddesi gıda üretim, satış ve toplu tüketim yerlerinde bizzat çalışan işyeri sahipleri ve işletenleri de dahil bulaşıcı bir hastalığı olduğu belgelenenlerin bu işyerlerinde çalışamaz ve çalıştırılamaz olduklarından bahseder. Aynı kanunun 126 ve 127. maddelerindeki hükümler ile Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2005/9 Sayılı Genelgesi hükümlerine göre portör uygulamaları yapılmaktadır. Ayrıca bu iki maddedeki hükümlere göre gıda üretim yerleri ve sıhhi müesseselerde çalışanların bulaşıcı hastalık taşıyıcılığı yönünden her üç ayda bir muayene olma ve sıhhi rapor alma mecburiyeti getirilmiş, bu sıhhi muayenenin de belediye tabipleri veya hükümet tabipleri tarafından ücretsiz yapılacağı belirtilmiştir. Kanunun 173. maddesinde 12-16 yaş arasındaki çocukların 8 saatten fazla çalıştırılamayacağına değinilmiştir. 174. maddesinde de 12-16 yaş arasındaki çocukların saat 20.00'den sonra çalıştırılmaları yasaklanmıştır. 175. maddesinde ise gece hizmeti verilen bir iş yerinde sekiz saatten fazla çalıştırılamayacağına değinilmiştir (1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930).

657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu: 1965 tarih ve 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 103. maddesine göre radyoaktif ışınlarla çalışan personele her yıl yıllık izinlerine ek olarak bir aylık sağlık izni verilir. Kanunun 105. maddesinde, İK ve MH ile ilgili, "Görevi

sırasında veya görevinden dolayı bir kazaya veya saldırıya uğrayan veya bir MH'ye tutulan memur, iyileşinceye kadar izinli sayılır." hükmüne yer verilmiştir. Yine ilgili kanunun 188. maddesinde "Devlet memurlarının hastalık, analık ve görevden doğan kaza ile MH hâllerinde, gerekli sosyal sigorta yardımları sağlanır. Bu sigorta yardımları özel kanunlarla düzenlenir. Bu sigortalardan tanınan hak ve sağlanan yardımlar, genel sosyal sigorta rejimleri ile kabul edilen hak ve yardımlardan az olamaz." hükmüne yer verilmiştir (657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, 1965).

818 Sayılı Borçlar Kanunu: Bu kanunun 332. maddesinde "İşyerinde oluşabilecek kazaları önlemek, tehlikelere karşı tedbirler almakla işveren yükümlüdür." hükmüne yer verilmiştir. Ek olarak "işçi herhangi bir zarara uğradığı zaman bu zararın işverence karşılanması" da hükümlerin içerisindedir (818 Sayılı Borçlar Kanunu, 1926).

4857 Sayılı İş Kanunu: 4857 Sayılı İş Kanunu'nun Beşinci Bölümü İSG ile ilgili olup, 77. maddeden 90. maddeye kadar İSG konularını kapsar (Aydın-Aktekin, 2010). Kanunun 69. maddesi ile sağlık kuruluşlarında 24 saat kesintisiz hizmet veren sağlık çalışanlarının gece süresi ve çalışmaları hükme bağlanmıştır ve yine bu maddeye göre gece çalışmaları 7,5 saatten fazla olmamalıdır. 77. maddesinde işyerlerinde alınması gereken her türlü önlemden işverenlerin sorumlu olduğuna değinilir. 78. maddesinde İK ve MH'nin önlenmesi, çalışma koşullarının düzenlenmesi ile ilgili tüzük ve yönetmelikler çıkarılması hakkında hükümler yer almaktadır. 80. maddesinde en az elli kişi çalışılan bir işyerinde İSG kurulunun teşkil edilmesi gerektiğinden ve 81. maddesinde ise en az elli kişi çalıştırılan bir işyerinde iş yeri hekiminin çalıştırılması ve bir sağlık biriminin oluşturulmasının işverenin yükümlülükleri olduğundan bahseder (4857 Sayılı İş Kanunu, 2003).

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu: 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 13. maddesinde İK, 14. maddesinde ise MH kavramlarının tanımları yapılmıştır. Kanunun 21. maddesi gereği İK ve MH işverenin kastı veya sigortalının sağlığını koruma ve iş güvenliği mevzuatına aykırı bir durum meydana gelmişse kurumca, işveren tarafından sigortalıya gerekli ödemeler yaptırılmaktadır. Aynı kanunun 22. maddesine göre ise, İK veya MH'den dolayı meydana gelen bir kusur kurumca sigortalıya verilecek ödenek ile veya bağlanılacak gelir ile ödenecektir (5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

6331 Sayılı İSG Kanunu: Kanunun 1. maddesine göre kanunun amacı işyerlerinde İSG'nin sağlanması ve koşulların iyileştirilmesi, çalışanların görev, yetki ve sorumluluk, hak

ve yükümlülüklerini düzenlemektir. Kanunun 2. maddesine göre kanunun kamu ve özel sektörün tüm çalışma ortamlarında uygulanacağı belirtilmiştir. 9. maddeden yola çıkarak işyerleri çok tehlikeli, tehlikeli ve az tehlikeli olarak sınıflandırılmıştır (6331 Sayılı İSG Kanunu, 2012).

İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Grupları Bildirgesi: ÇSGB tarafından hazırlanan, İSG'ye İlişkin Risk Grupları Listesi Tebliği, ayakta ve yataklı tanı ve tedavi yapan sağlık kuruluşlarının 5. risk grubunda olduğunu açıklamaktadır (Öner, 2014).

Tıbbi Atıkların Kontrol Yönetmeliği: Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'nin amacı sağlık hizmetlerinden tıbbi atıkların üretiminden yok edilmesine kadarki süreçte çalışan ve çevre sağlığına zarar vermeyecek şekilde toplanması, taşınması ve depolanmasını içerir. Madde 9'a göre sağlık kuruluşlarının yükümlülüklerinden bazıları; atıkları kaynağında en aza indirecek sistemi kurmak, tıbbi atık yönetim planını hazırlamak ve uygulamak, tıbbi atıkların yönetiminden görevli personelin düzenli olarak eğitimini sağlamak, personeli bağışıklama ve en fazla altı ayda bir sağlık kontrolünden geçirmek gibi koruyucu tedbirleri almak, personelin özel koruyucu ekipmanını temin etmek ve kullanmasını sağlamak, oluşan tıbbi atık miktarını düzenli olarak kayıt altına almaktır (Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, 2005).

Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği: Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği'nin amacı 1. maddede "yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak, konu ile ilgili sorunları tespit etmek, çözümüne yönelik faaliyetleri düzenleyip yürütmek ve yataklı tedavi kurumları düzeyinde alınması gereken kararları gerekli mercilere iletmek üzere, enfeksiyon kontrol komitesi teşkili ile bu komitenin çalışma şekline, görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir" şeklinde belirtilmiştir (Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği, 2005).

Tababet Uzmanlık Yönetmeliği: 22 Mart 1974 tarihli ve 14993 sayılı yönetmeliğin 18. maddesinde enfeksiyon komitesinin alacağı tedbirler kurum içinde enfekte hastalar, personel, ziyaretçi, yiyecek, içecek, haşere, vektör ve hava aracılığıyla asepsi ve antisepsi yetersizliği, araç-gereç ve başka sebeplerle meydana gelebilecek enfeksiyon ve yayılmalara karşı gerekli tüm tedbirler olarak belirtilmiştir (Tababet Uzmanlık Yönetmeliği, 1974).

Çalışanların İSG Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik: 4857 Sayılı İş Kanunu'nun 77. maddesine dayanılarak düzenlenen bu yönetmelikte, çalışanlara işyerlerinde

verilecek İSG eğitimlerinin ve işveren ile çalışan sorumlulukları düzenlenmiştir (Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2013).

Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği: Kanla bulaşan enfeksiyonlar açısından diyaliz bölümünde çalışan sağlık çalışanları büyük risk taşımaktadır. 1 Mart 2019 tarihli ve 30701 Sayılı Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmeliğin 27. maddesinde "Diyaliz merkezlerinde çalışanlar işe başlarken ve sonrasında yılda bir kez düzenli olarak HCV antikoru, HBV antikoru, HbsAb, HIV 1+2 antikoru tayin testleri taramasından geçirilir, koruyucu tedbirler alınır ve gerektiğinde tedavileri yaptırılır." hükmüne yer verilmiştir (370701 Sayılı Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, 2019).

Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik: Yönetmeliğin ekinde İl Sağlık Müdürlüğü'nün özel sağlık kuruluşlarını denetlemede kullandıkları bir form mevcuttur. Bu formda tıbbi atıkların kontrolü ve gerekli hijyenik koşulların sağlanıp sağlanmadığıyla ilgili sorular bulunmaktadır. Mevzuata uygun olmayan durumların düzeltilmesi için süre verilmekte ve düzeltilmezse sağlık kuruluşunun faaliyetleri belli bir süre durdurulmaktadır (26788 Sayılı Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 2008).

Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik: 1 Ağustos 2001 tarihli ve 24480 sayılı yönetmeliğin Ek-6'sında basınç kabinine girecek olan personelin uyması gereken kurallar sıralanmaktadır. Bu kurallardan bazıları; personel özel tedavi forması, başlık, patik giyilmeli ve üzerinde hiçbir sentetik giysi bulunmamalı, saçlara ve vücuda kozmetik ürünler sürülmemeli, yanıcı, patlayıcı, alev alıcı maddeler, madeni eşyalar, tanı ve tedavide kullanılacak cihazlar hariç elektronik eşyalar basınçlı kabine sokulmamalıdır (24480 Sayılı Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 2001).

Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) Kanunu: 13 Temmuz 1982 tarihli ve 17753 sayılı kanunun 4. maddesine göre TAEK'in görevleri radyoaktif maddeleri ve radyasyon cihazlarını bulunduran, kullanan, bunları ithal ve ihraç eden, taşıyan, depolayan, ticaretini yapan resmî ve özel kurum, kuruluş ve kişilere ruhsata esas olacak lisans vermek, radyasyon güvenliği bakımından bunları denetlemek; bu görevlerin yerine getirilmesi sırasında sigorta yükümlülüğü koymak; radyasyon güvenliği mevzuatına aykırı hâllerde, verilmiş olan lisansı geçici veya sürekli olarak iptal etmek; söz konusu kurum ve kuruluş hakkında, gerekirse

kapatma kararı almak ve genel hukuk esasları dahilinde kanuni kovuşturmaya geçirilmesini sağlamak şeklinde sıralanmaktadır (“17753 Sayılı TAEK Kanunu”, 1982).

Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Tüzük: Bu tüzük, 3153 Sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun’a dayanılarak çıkarılmış ve düzenlenmiştir. Tüzüğün 5. maddesinde “Röntgen ve radyomla ilgili işlerde sürekli olarak çalışanlar günde beş saatten fazla çalışamaz.” hükmüne yer verilmiştir. Yine bu kişilerin hastanenin başka işlerinde kullanılamayacağı ve gece uykularını ihlal edecek işin verilmeyeceği tüzüğün 22. maddesinde belirtilmiştir. Tüzükte “Röntgen ve radyom laboratuvarlarında çalışan bütün personeller yılda iki kez kan sayımı ve cilt muayenesi yaptırmak zorundadır ve muayene sonuçları muntazam bir deftere kaydedilmelidir. Bu muayenelerin yapılıp yapılmadığı resmî kurumlarda kurum yöneticileri tarafından, özel işletmelerde ise işletmenin sahipleri tarafından takip edilecektir. Muayeneler sonucunda ortaya çıkacak olan muhtemel sağlık sorunları kaybolana kadar sağlık çalışanlarının çalışmasına izin verilmeyecektir.” ibaresine yer verilmiştir (Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Tüzük, 1939).

2.1.7. Hastanelerde İSG

İSG’ye İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği’ne göre hastane hizmetleri 86.0 Nace Kodu ile çok tehlikeli işyeri sınıfına dahildir (Irmak, 2019).

6331 Sayılı İSG Kanunu 2. maddesinde “bu kanunun kamu ve özel sektör ayrımı yapılmaksızın tüm işyerlerinde, çırak ve stajyerler dahil olmak üzere tüm çalışanlar için geçerli olduğu” belirtilmiştir. Bu kanun, İSG konusunda tüm önlemlerin alınması ve denetimlerin yapılmasını, risk değerlendirmelerinin yapılmasını, İSG eğitimlerinin verilmesini, İSG Kurulu’nun toplanmasını, sağlık gözetimlerinin yapılmasını, İK’nin bildirilmesini ve çalışanların kişisel koruyucu donanımlarının sağlanmasını şart koşmaktadır (6331 Sayılı İSG Kanunu, 2012).

2.1.7.1. Hastanelerde İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

İSG Hizmetleri Yönetmeliği’ne göre İşyeri Sağlık Birimi’nin görevleri; çalışanların sağlık gözetimi, hastalık raporlarının değerlendirilmesi, hastalık sonrası işe dönüş muayeneleri, özel muayeneler, klinik faaliyetler, eğitim faaliyetleri, çevreye ve çalışana yönelik koruyucu faaliyetler ile kayıt ve istatistik faaliyetleridir (İSG Hizmetleri Yönetmeliği, 2012).

2.1.7.2. Hastanelerde Risk Değerlendirmesi

6331 Sayılı İSG Kanunu 3. maddesinde risk değerlendirmesini, işyerlerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacıyla yapılması gerekli çalışmalar olarak tanımlamıştır (6331 Sayılı İSG Kanunu, 2012).

Çok tehlikeli işyeri sınıfında yer alan hastanelerde risk değerlendirmelerinin 2 yılda bir yapılması zorunludur. Hastanelerde yapılan risk değerlendirmeleri hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların güvenliği açısından büyük bir öneme sahiptir. Yapılan risk değerlendirmeleri sonucu alınacak önlemlerle riskler tamamen ortadan kaldırılır veya kabul edilebilir bir seviyeye indirilir (İSG Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği, 2012).

2.1.7.3. Hastanelerde İSG Eğitimi

Çalışanların İSG Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'in 5. maddesine göre işverenler çalışanların İSG eğitimleriyle ilgili görevleri şöyledir:

- Programların hazırlanması ve uygulanmasını,
- Eğitimler için uygun yer, araç ve gereçlerin temin edilmesini,
- Çalışanların bu programlara katılmasını,
- Program sonunda katılanlar için katılım belgesi düzenlenmesini sağlar.

Aynı yönetmelikte, "Çok tehlikeli işyerleri olan hastanelerde her çalışan için en az 16 saat eğitim düzenlenir ve değişen riskler dikkate alınarak, çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde eğitimler yılda en az bir kez tekrarlanır. İK geçiren veya MH'ye yakalanan çalışanlara ise işe başlamadan önce eğitim verilir. Eğitimlerin maliyeti çalışanlara yansıtılmaz ve geçen süre çalışma süresinden sayılır." ibaresine yer verilmiştir (Çalışanların İSG Eğitimlerin Usul Esasları Hakkında Yönetmelik, 2013).

2.1.7.4. Hastanelerde İSG Kurulu

Hastanelerde İSG Kurulu ayda en az bir kez toplanır. Kurulların olağan toplantı süreleri ayda toplam yirmi dört saati geçemez. Toplantılar günlük çalışma süresinden sayılır. Her toplantıda alınan kararlar ile ilgili bir tutanak düzenlenir (İSG Kurulları Hakkında Yönetmelik, 2013).

2.1.7.5. Hastanelerde Sağlık Gözetimi

İş Sağlığı ve Hizmetleri Yönetmeliği kapsamında çalışan bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için yapılacak sağlık gözetiminden İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi ile Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi sorumludurlar (İSG Hizmetleri Yönetmeliği, 2012).

2.1.7.6. Hastanelerde İK Bildirimi

İK bildirimi 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 13. maddede şöyle ele alınmıştır: "5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi ile 5. madde kapsamında sigortalıları çalıştıran işverenler tarafından, o yer yetkili kolluk kuvvetlerine derhal ve kuruma da en geç kazadan sonraki üç iş günü içinde; (b) bendi kapsamında sigortalı çalışanlar tarafından ise bir ayı geçmeksizin rahatsızlığının bildirim yapmaya engel olmadığı günden sonra üç iş günü içinde 'İK VE MH Bildirgesi' ile doğrudan veya taahhütlü posta ile SGK'ye bildirimi zorunludur." (5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

2.1.7.7. Hastanelerde Kişisel Koruyucu Donanım (KKD)

KKD tehlikelere maruziyeti en az düzeye indirebilmek için giyilen ekipmanlardır. Bu ekipmanlar infeksiyöz vücut sıvılarıyla temas potansiyeli olan sağlık çalışanlarını ve hastaları sağlık çalışanlarının mikrobiyal florasından korumak amacıyla tasarlanmıştır. Sağlık alanında en sık eldivenler, önlükler, maskeler ve respiratörler, gözlükler, yüz siperlikleri kullanılır. KKD seçimini maruziyetin tipi, KKD'nin sağlamlığı ve yapılan işe uygunluğu ile çalışanların vücut ölçülerine uygunluğu etkilemektedir. İşverenlerin işyerinin tehlike değerlendirilmesinin yapılması, çalışanlar için uygun KKD'nin belirlenmesi ve sağlanması, çalışanların KKD'nin kullanımı ve bakımı hakkında eğitilmesi, eğitim sonrası her çalışanın eğitildiğini belgeleyen sertifikaların hazırlanması, KKD programının etkinliğinin düzenli aralıklarla gözden geçirilmesi, güncellenmesi ve değerlendirilmesi gibi sorumlulukları varken çalışanların da KKD'yi doğru ve uygun şekilde giyme, KKD hakkında düzenlenen eğitimlere katılma, KKD'nin bakımı, temizliği ve korunmasını bilmesi ve yapması, KKD'nin onarıma veya değişime ihtiyacı olduğunu sorumluya bildirme sorumluluğu vardır (Beşer ve Topçu, 2013; http://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/strive/PPE103-508.pdf, Ziyaret tarihi: 11.04.2021).

2.2. ÇALIŞMA ORTAMI

TDK çalışma kelimesini "emek, bilimsel ve sanatsal amaçlı ürün" olarak tanımlamıştır. Ortam kelimesini ise "bir kimsenin veya bir insan topluluğunun yaşayışını

etkileyen ruhsal, toplumsal ve kültürel etkilerin bütünü" olarak tanımlamıştır (www.tdk.gov.tr, Ziyaret tarihi: 26.04.2021).

Amerikan Hemşireler Birliği sağlıklı çalışma ortamını, hemşireler tarafından güvenli algılanan, çalışanı güçlendiren ve doyum veren ortamlar olarak belirtmiştir. Hemşirelik uygulamalarını ve mesleki gelişimi teşvik eden, bakımın etik ve profesyonel yönüyle gelişimini kolaylaştıran ve hemşire-hasta güvenliğini sağlayan uygulamalar kaliteli uygulama ortamını oluşturur. Mükemmelliği destekleyerek, insan onuruna yakışır işin oluşturulmasını sağlayan uygulamalar -çalışanların sağlık, güvenlik ve refahını sağlamak, çalışanların motivasyonlarını artırarak kaliteli hasta bakımına ulaşmak, bireysel, örgütsel ve sosyal performansı artırmak-olumlu/pozitif çalışma ortamını oluşturur (Samur, 2014).

2.2.1. Çalışma Ortamının Önemi

Hemşirelerin çalışma ortamları ile hasta güvenliği, memnuniyet, yatış süresi, mortalite oranı gibi hasta sonuçlarının ve kurumda tutma, devir hızı, iş doyumu gibi hemşire sonuçlarının ilişkili olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Hemşirelere bu ortamı sağlamak öncelikle hemşire liderlerin sorumluluğudur. Hemşireler için sağlıklı çalışma ortamının sağlanması; hastalar, diğer sağlık personelleri, kurum ve ülke için yararlı sonuçlar doğuracaktır (Kocaman ve ark., 2018).

2.2.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamı Olarak Hastaneler

Hemşireler içinde bulundukları çalışma ortamından ve bakım verdikleri kişilerin insan olmasından kaynaklanan çok yönlü sağlık risklerine maruz kalmaktadırlar. Hemşireler rollerini yerine getirirken yoğun iş yükü, yetersiz personel, vardiya sistemi ile çalışma, teknolojiye ayak uydurma çabaları, araç-gereç eksikliği, enfeksiyon riski, sürekli ayakta kalma, yorgunluk, kişilerarası olumsuz ilişkiler, hastalık, ölüm gibi kriz durumları ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Çalışanların sağlık ve güvenliğini olumsuz etkileyen koşulların tanımlanması sebebiyle yapılan çalışma ortamı değerlendirmelerinde, gözlemleme süreci ve çalışma ortamının analizi oldukça önemlidir (Çetin, 2008).

2.2.3. Hastanelerde Çalışma Ortamı

Sağlık hizmetleri, içinde birçok disiplin ve birimi bulundurmaktadır. Bu sebeple de yapısal açıdan oldukça karmaşıktır. Bu karmaşık yapının işleyişi Genel Tebliğler, Genelgeler ve Yönetmelikler üzerinden yürütülmektedir. Sağlık sektörü; sağlık hizmetleri, genel idari hizmetler, yardımcı hizmetler ve teknik hizmetler sınıfı olmak üzere dört farklı hizmet

grubunu içermektedir. Her hizmet sınıfında çalışanların üstlendikleri rol ve sorumlulukları farklı olduğundan dolayı çalışma ortamı koşulları da farklılık göstermektedir (Şensoy, 2019).

2.2.3.1. Hastanelerde Çalışma Ortamını Etkileyen Faktörler

Aşağıda hastanelerde çalışma ortamını etkileyen faktörlere değinilmiştir.

Personel Politikası: Sağlık sisteminin düzgün işlemesi açısından insan gücünün düzgün planlanması çok önemlidir. Düzgün planlanan insan gücü sayesinde gereken sayının altında veya üstünde çalışanın olması önlenerek iş gücünün verimli kullanılması sağlanmış olur. Ülkemizde sağlık personellerin sayısı nüfusa göre az sayıda kalmaktadır. Son yıllarda SB, sağlık hizmetlerinde eşitliğin sağlanabilmesi adına yeterli sayıda ve nitelikli çalışanın istihdam edilmesine önem vermektedir. Sürdürülen çalışmalara rağmen istihdam yetersizliği hâlâ kapatılmış değildir. Bu durum çalışanların iş yükünü artırmaktadır. Bu da sağlık çalışanlarının verimliliğini ve hizmet kalitesini azaltmaktadır (Şensoy, 2019).

Çalışma Saatleri: Yataklı tedavi kurumları 24 saat ve kesintisiz sağlık hizmeti sunan kurumlardır. Sağlık çalışanların haftalık çalışma süreleri 40 saattir. Acil vakaların muayenesi, tedavisi, ameliyatı, yatmakta olan hastaların tedavisi gibi işlemler normal mesai saatlerinin dışında devam eder. Doktor, uzman doktor, eczacı, psikolog, diş tabibi, diyetisyen sosyal hizmet uzmanı gibi çalışanlar ile genel idari hizmetlerdeki çalışanların mesai saatleri 08.00'de başlar, bakım hizmetlerinde çalışanların mesai saatleri ise 07.00 ile 19.00 arasındadır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983). Diğer sektörlerden farklı olarak gece ve tatil günleri de sağlık hizmetinin sürekli olarak devam etmesi, çalışma ve dinlenme sürelerinin düzenlenmesi gibi çalışan personelin sağlığıyla iş verimini etkileyen önemli bir sorunu meydana getirmektedir. 16637 Sayılı Sağlık Personelinin Çalışma Düzeni Hakkındaki Genelge'ye göre çalışan personellerin öğle yemeği saati 12.00 ile 13.00 arasında, hizmetin sürekliliğini sağlayacak ve birimlerde personel bulundurulacağı şekilde düzenlenmiştir. Normal çalışma süresinin yanı sıra nöbet çalışması, fazla çalışma ve icapçılık usulü çalışma çeşitleri de vardır. Nöbet ve vardiya çalışmasının uzun süre uygulandığı ülkelerde yapılan araştırmalar bu sistemin insan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri (bedenin biyolojik ritminin bozulması, sosyal yaşantıya zarar vermesi gibi) olduğunu ortaya çıkarmıştır. İcapçılık usulü çalışma, çalışan personelin normal çalışma süresi dışında, gece veya gündüz bulunduğu yerden göreve her an çağrılabilmesidir. Bu çalışma şekli yataklı tedavi kurumlarında, nüfusu az olan kırsal kesimlerde ve büyük sağlık merkezlerinden uzakta bulunan yerlerde uygulanmaktadır (Nalbant, 2006).

Ücret: Sağlık çalışanlarının aldıkları ücretleri eğitim düzeyi belirlemektedir. Maaşı meydana getirenler; kıdem, taban maaş, özel hizmet tazminatı, yabancı dil tazminatı, lojman tazminatı, aile yardımı ve yan ödemelerdir. Türkiye'de son dönemlerde sağlık sektöründeki çalışanların ücreti, döner sermaye ve maaş olarak ödenmektedir. İşçilerin döner sermayeden pay almayıp ikramiye ve maaş aldıkları durumlar da vardır. Çalışanlar genel olarak kendilerini diğer kurumlarda aynı işi yapan çalışanlarla kıyasladıkları için aldıkları ücretten memnun olmamaktadır. Ayrıca hemşire, ebe ve sağlık memurları tarafından uygulanan girişimsel işlemlerin tamamının doktorların adına kaydedilmesi ve doktorların daha yüksek performans ücreti almaları yardımcı sağlık personellerinin isteklerinin azalmasına neden olmaktadır. Bu sebeple adil bir ücretin verilmesi çalışanların iş huzuru yaşayarak yüksek performans göstermeleri açısından önemlidir (Şensoy, 2019).

Personel Korkuları: Sağlık örgütlerinde fiziksel ve psikolojik güvenlik algıları çok önemlidir. Yeterli fiziki donanımın sağlanmaması, fiziksel yapıların güvenli olmaması, çalışanların yöneticilerine duydukları güvenin zayıf olması gibi nedenler personel korkularını beraberinde getirir. Bir diğer önemli risk faktörü de sağlık personellerinin yöneticileri tarafından azarlanma korkularıdır (Şensoy, 2019).

Kurum Kalite Yönetimi: Sağlık hizmetlerinde kalite standartları hakkında yapılan çalışmalarla çalışma ortamının da iyileştirilmesi sağlanabilmektedir. Bununla birlikte yapılan kalite uygulamaları ile İK ve MH'nin önlenmesine ilişkin önleyici stratejiler de yürütülmektedir (Devebakan ve Paşalı, 2015).

Mesleki İlişkiler: Sağlık kuruluşlarında İSG'ye yönelik yapılacak çalışmalarda sağlık personelleri arasındaki iletişim de önemlidir. Çalışan personelin ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve gerekli çalışmaların yürütülmesinde personel ile yöneticiler arasındaki sağlıklı ve etkin iletişimler önemlidir (Şensoy, 2019).

Fiziksel Kaynaklar: Sağlık kuruluşlarında İSG'ye yönelik tedbirlerin alınabilmesi ve önleyici çalışmaların yürütülmesinde yeterli fiziksel kaynaklar ve çalışma ortamının uygun planlanması gerekmektedir. Ayrıca hasta ile çalışan arasındaki ilişkinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde fiziki kaynakların yeterli olması oldukça önemlidir (Şensoy, 2019).

İş Doyumu: Güvenli çalışma ortamı çalışanların işe doyum algılarını artırması açısından önemlidir. Çalışanların güvenli iş ortamında olmaları performanslarını da olumlu yönde etkilemektedir (Şensoy, 2019).

2.2.4. Dünyada ve Türkiye'de Hemşireler İçin Sağlıklı Çalışma Ortamını Oluşturma Çalışmaları

Kaliteli bakım sunmanın önkoşulu çalışanlar için sağlıklı bir çalışma ortamının oluşturulmasıdır. 2003 yılında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ana temalarından biri olan "Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon" için çalışma ortamının iyileştirilmesi gerekmektedir. Tüm sağlık çalışanlarına sağlıklı ve kaliteli bir çalışma ortamı oluşturmadan kaliteli bir hasta bakımı beklenilemez. Son yıllarda hemşire yetersizliği, işten ve meslekten ayrılmaların artmasıyla beraber hemşireler için sağlıklı çalışma ortamının oluşturulması ile ilgili konularda ilgilenilmeye başlanmıştır. Bu konu hakkındaki ilk çalışmalar Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilmiştir. Amerikan Hemşire Yöneticileri Derneği 2003 yılında yaptığı çalışma sonucu hemşire yetersizliğinin çözümü için çalışma ortamında yapılacak değişikliklerin neler olması gerektiğini incelemiştir. 2003'te Kanada Ontario Hemşireler Birliği başlattığı projeyle hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı oluşturmak için En İyi Uygulama Rehberi'ni geliştirmiştir. 2005'te Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği altı ana tema altında hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı standartlarını tanımlamıştır. 2007'de ise Uluslararası Hemşirelik Konseyi teması olarak "Olumlu Çalışma Ortamları, Nitelikli İşyerleri=Nitelikli Hasta Bakımı" seçilmiştir. Ülkemizde ise 2008'de Türk Hemşireler Derneği Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları Raporu'nu yayımlanmıştır. Konu, SB tarafından 2015'te yayımlanan Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Versiyon 5'te ve Sağlıklı Çalışma Yaşamı'nda ele alınmıştır (Kocaman ve ark., 2018).

2.2.5. Hastanelerde Hemşireler İçin Sağlıklı Çalışma Ortamının Sağlanması

Hastanelerde hemşireler için sağlıklı çalışma ortamının sağlanması için (Samur, 2014):

- Hemşirelerin meslekten ayrılmasını önleyici yenilikçi politikaların geliştirilmesi,
- Hemşirelerin uygulamalarda otonomi sahibi olması,
- Ekip içi ve disiplinler arası açık iletişim ve iş birliği kültürünün yaygınlaştırılması
- Sürekli eğitim stratejilerinin geliştirilmesi,
- Kaliteli ve etkili malzeme ile desteğin sağlanması,
- Cezalandırıcı ve ödüllendirici tutumlarda dengenin oluşturulması,
- Çalışan personele yeterli ve uygun ücretin verilmesi,
- Güvenli iş ortamının düzenlenmesi gerekmektedir.

2.2.6. Türkiye'de Hastanelerde Çalışma Ortamına İlişkin Mevzuat

Türkiye'de sağlık kurumlarında çalışma koşullarıyla ilgili kesin bir yönetmelik bulunmamaktadır. Çıkarılan bazı yönetmeliklerin içerisinde çalışma koşullarıyla ilgili düzenlemelere yer verilmektedir. Bu yönetmelikler arasında 13 Ocak 1983 tarihli Resmî Gazete'de yayınlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği kapsamında bazı düzenlemelere yer verilmiştir (Şensoy, 2019).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 41. maddesinde çalışanların nöbet esaslarına yer verilmiştir. Bu esaslar (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983):

- Nöbet sabah saat 8.00'den ertesi gün sabah saat 8.00'e kadar devam eder. Nöbetçi kişilerin bu süre içerisinde kurumdan ayrılması yasaktır.

- Nöbetçi sağlık çalışanı nöbeti diğer sağlık çalışanına devretmeden, nöbetinde geçen önemli olaylarla ilgili gerekli bilgiyi vermeden kurumdan ayrılamaz.

- Nöbet günleri ancak başhekimlik izniyle değiştirilir. Nöbetçinin bir mazereti varsa yapılan değişiklik, hastane müdürü tarafından önceden nöbet listelerine işlenir ve ilgililere duyurulur.

- Nöbet hizmetleri, yatak ve personel sayısı, yataklı tedavi kurumlarının tipi ve faaliyetlerin çokluğuna göre hükümlere bağlanır.

- Çalışanların dinlenmelerine imkân vermek amacıyla gece nöbeti tutan sağlık çalışanlarına ertesi gün nöbet verilmemektedir. Ancak acil durumlarda bu çalışanlar başhekim ve nöbetçi hekimin davetine uymak zorundadırlar.

- Nöbet listeleri mesleklere ve birimlere göre ayrı düzenlenir. Nöbet listeleri normal günler için ayrı, hafta sonları, bayramlar, tatil günleri ve yıllık izinler için ayrı düzenlenir. Listeler aylık hazırlanır, bir örnekleri nöbetçi hekim odasına, başhekimin odasına ve kurumda görülebilen yerlere asılır. Listelerin bir örneği de Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilir.

- Nöbetçiler tasdikli ve sayfaları numaralı nöbet defteri tutmaktadır. Bu defterlere nöbet sırasındaki önemli olaylar, tıbbi, teknik ve idari olayları saatleriyle kaydederler. Defterler her gün hastane müdürü tarafından kontrol edilerek gerekenler yapılır. Önemli olaylar başhekime iletilir.

Aynı yönetmeliğin 42. maddesinde ise nöbet türlerine yer verilmiştir. Bu nöbet türleri: (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983):

- *İcapçı Nöbet:* Diğer bir ismi de ev nöbetidir. Nöbetçi personel mesai saatlerinin dışında çalıştığı kurumun tıbbi ve idari sorumlulukları vardır. Ayrıca ev nöbetçisi akşam vizitlerini yapmak, mesai dışında bulunduğu yeri bildirmek ve kuruma her davette gelmek zorundadır.

- *Normal Nöbet:* Mesai saatlerinde tutulan nöbettir.

- *Acil Nöbetler:* Kimin acil nöbet tutacağını başhekim belirler. Acil nöbetçi olanlar farklı nöbete dahil edilmezler.

- *Branş Nöbeti:* Özellikle acil ihtiyaç duyulan branş dallarıyla ilgili nöbet tutulması söz konusu olduğunda bu nöbet tutulur.

Yine aynı yönetmeliğin 43 (hekim), 44 (diş hekimi), 45 (eczacı), 46 (uzmanlık eğitimi görenler), 47 (başhemşire yardımcıları), 48 (hemşire, ebe ve hemşire yardımcıları), 49 (tıbbi teknisyenler) ve 50. (yardımcı hizmetler sınıfı personel) maddelerinde sağlık personellerinin tutacakları nöbetlere yer verilmiştir. 48. maddeye göre hemşire, ebe ve yardımcılarının görevleri (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983):

- Doğum servisi bulunmayan kurumlarda, hemşire, ebe ve hemşire yardımcısı toplamı ikiden fazlaysa, bunlar arasında nöbet tutulur. Bu çalışanlar başhemşireyle beraber dörtten fazla kişi ediyorlarsa başhemşire nöbete dahil edilmez, dörtten az kişi olursa başhemşire nöbete dahil olur.

- Doğum servisi bulunan kurumlarda ebeler ve hemşireler için ayrı ayrı nöbet düzenlenir. Hemşire ve ebelerin sayısına göre başhekimlik bu nöbetleri birleştirip ayırabilir. Servis sorumlu hemşireleri nöbete dahil edilmez. Hemşirelik ve ebelik hizmeti sunanların sayıları yeterliyse gerektiği taktirde başhekimlik ayrı birimlere (genel servisler, acil servis, yoğun bakım gibi) hemşirelik nöbeti verebilir.

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI

Tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda olan bu araştırmanın amacı, hastanelerde görevli hemşirelere yönelik çalışan güvenliği uygulamaları ile kişisel ve mesleki özellikler ve çalışma ortamı arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Bu çalışmada yüksek riskli çalışma ortamı olarak kabul edilen hastanelerde sağlık çalışanlarına ve özellikle hemşirelere yönelik iş güvenliğine yönelik uygulamalar ortaya konarak, bu uygulamaları etkilediği öngörülen kişisel ve mesleki özellikleri ve hemşirelerin çalışma ortamına yönelik tutumları arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelerin iş güvenliğini değerlendirme ölçeği puan ortalamaları nasıldır?

2. Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin tutumları nasıldır?

3. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile iş güvenliği uygulamaları arasında fark var mıdır?

4. Hemşirelerin iş güvenliğini değerlendirme ölçeği puan ortalamaları ile çalışma ortamını değerlendirme ölçeği arasında ilişki var mıdır?

5. Hemşirelerin iş güvenliğine ilişkin tutumlarını etkileyen etmenler nelerdir?

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Türkiye genelinde özel, üniversite ve kamu hastanelerinde görev alan hemşirelerden oluştururken, örneklemini ise çevrim içi ortamda sosyal medya hesaplarından ulaşılabilen, hemşire unvanına sahip, yataklı tedavi kurumlarında görev yapan ve araştırmaya katılımda gönüllü olan hemşireler oluşturmuştur. Araştırma 300 hemşirenin katılımıyla tamamlanmıştır.

Öztürk, Babacan ve Anahar'ın (2012) yaptığı çalışmanın HÇSPİİGÖ puan ortalaması (4.05±1.01) temel alınarak yapılan güç analizinde, "PASS 2002" programı kullanılarak %95 güven aralığı, %80 güç ile örneklem sayısı 271 olarak hesaplanmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği" ve "Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği" kullanılmıştır.

"Kişisel Bilgi Formu": Araştırma verilerini toplarken ölçek taslağının önünde katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik 12 sorudan oluşan (yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalıştığı kurum, çalıştığı birim, pozisyonu/görevi, mesleki deneyimi, şu an çalıştığı kurumdaki deneyimi, günlük çalışma şekli, haftalık çalışma saati, aylık fazla mesai saati, çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumu) Kişisel Bilgi Formu konulmuştur (EK-2).

"Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği" (HÇSPİİGÖ): Ölçek Öztürk ve Babacan tarafından 2012 yılında geliştirilmiştir. HÇSPİİGÖ altılı Likert tipi, 7 alt boyut ve 45 maddeden oluşmaktadır (EK-3). "Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler" (MHŞ) alt boyutu 13 maddeden, "Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri" (STKS) alt boyutu 6 maddeden, "Kazalar ve Zehirlenmeler" (KZ) alt boyutu 5maddeden, "Yönetsel Destek ve Yaklaşımlar" (YDY) alt boyutu 7 maddeden, "Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi" (MAGD) alt boyutu 5 maddeden, "Koruyucu Önlemler ve Kurallar" (KÖK) alt boyutu 5 maddeden ve "Fiziksel Ortam Uygunluğu" (FOU) alt boyutu ise 4 maddeden oluşmaktadır. HÇSPİİGÖ'den alınabilecek en yüksek puan 270, en düşük puan ise 45'tir. Alınan puan HÇSPİİGÖ madde sayısına bölündüğünde puan aralığı 1 ile 6 arasında olmaktadır. Puanın 6'ya yakın olması hastanelerde iş güvenliğinin sağlandığını, 1'e yakın olması ise hastanelerde iş güvenliğinin sağlanmadığını göstermektedir. HÇSPİİGÖ'nün geneli için Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0.96; alt boyutlardan MHŞ için 0.93, STKS için 0.90, KZ için 0.90, YDY için 0.87, MAGD için 0.84, KÖK için 0.85 ve FOU için 0.82 olarak raporlanmıştır (Öztürk ve Babacan, 2012). Bu çalışmada HÇSPİİGÖ'nün Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı HÇSPİİGÖ toplamında 0,973 iken alt boyutlardan MHŞ için 0,941, STKS için 0,905, KZ için 0,960, YDY için 0,888, MAGD için 0,930, KÖK için 0,941 ve FOU için 0,914 olarak hesaplanmıştır.

"Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği" (HİİHÇODÖ): Türkmen ve arkadaşları tarafından 2011 yılında Türkçe'ye uyarlamıştır. HİİHÇODÖ dörtlü Likert tipi, 5 alt boyut ve 31 maddeden oluşmaktadır (EK-4). "Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü" (HYKTG) alt boyutu 9 maddeden, "Kaliteli Bakım İçin Gerekli Hemşirelik Kaynakları" (KBİGHK) alt boyutu 10 maddeden, "Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri" (YHTLÖ) alt boyutu 5 maddeden, "İnsan Gücü ve Diğer Kaynakların Yeterliliği" (İGDKY) alt boyutu 4 maddeden ve "Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi" (HHMİ) alt boyutu ise 3 maddeden oluşmaktadır. HİİHÇODÖ puanlanırken tüm maddelerin puanı 5'ten çıkarılarak tersine çevrilmekte ve sonra alt boyut puanları hesaplanmaktadır. Alt boyut puanları hesaplandıktan sonra elde edilen toplam sayı madde sayısına bölündüğünde puan aralığı 1 ile 4 arasında olmaktadır. Puanın yüksek olması iş ortamına yönelik tutumları olumlu yönde artırmaktadır. HİİHÇODÖ'nün geneli için Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0.94; HYKTG için 0.87, KBİGHK için 0.86, YHTLÖ için 0.80, İGDKY için 0.80 ve HHMİ için 0.84 olarak raporlanmıştır (Türkmen ve ark., 2011). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0,953 iken alt boyutlardan HYKTG için 0,855, KBİGHK için 0,902, YHTLÖ için 0,879, İGDKY için 0,923 ve HHMİ için 0,888 olarak hesaplanmıştır.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma, Türkiye genelinde Ocak-Haziran 2021 tarihleri arasında gerçekleşmesi planlanmıştır. COVID-19 küresel salgın pandemi sürecinde akademik çalışmalarda kağıt dağıtılarak veri toplanmasına izin verilmediği için veri toplama aracı çevrim içi olarak hazırlanmış ve etik kurul onayı alındıktan sonra kartopu yöntemi ile katılımcılara ulaştırılmıştır. Öncelikle araştırmacıların kendi çevresindeki hemşirelerden sosyal medya ve elektronik posta yoluyla destek istenmiş, ayrıca bu kişilerden de kendi hemşire gruplarıyla çalışmayı paylaşmaları rica edilmiştir. Bu nedenle kurum izni alınmadan katılımcılara bireysel yolla ulaşılmıştır. Yine COVID-19 pandemi sürecinden dolayı elektronik ortamda veri toplanmasında zorlanılmıştır ve verilerin toplanması Ocak-Aralık 2021 tarihleri arasında sonlanmıştır.

3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 25,0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, medyan ve maksimum) kullanılmıştır. Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılımı Shao'nun basıklık, çarpıklık kriterine göre değerlendirilmiştir (Shao, 2002). Normal dağılıma sahip olmayanlar için parametrik olmayan analizler kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki fark normal dağılıma sahip ölçümlerde bağımsız örneklem t testi ile, normal dağılıma sahip olmayan ölçümlerde Mann Whitney U, bağımsız en az üç grup karşılaştırmasında normal dağılıma sahip ölçümler için Varyans analizi (ANOVA), olmayan ölçümler için Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunması durumunda, farkın hangi iki grup arasında farklılık olduğunun tespit edilebilmesi için Bonferroni analizi yapılmıştır. Çalışmada numerik değişkenler arasında ilişki normal dağılıma sahip ölçümler için Pearson, olmayan ölçümler için Spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir. Korelasyon değerleri, 0,0-0,2 arası çok zayıf, 0,2-0,4arası zayıf, 0,4-0,7 arası orta, 0,7-0,9 güçlü, 0,9-1,0 çok güçlü korelasyon olarak değerlendirildi (Kayahan, 2008). Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenirliği Cronbach Alpha güvenirlik analizi ile saptanmıştır. Ölçeklerin birbiri üzerinde etkisi ise basit ve çoklu lineer regresyon ile test edilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; hemşirelerin kişisel özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu) ve mesleki özellikleri (çalıştığı kurum, çalıştığı birim, pozisyonu/görevi, mesleki deneyimi, şu an çalıştığı kurumdaki deneyimi, günlük çalışma şekli, haftalık çalışma saati, aylık fazla mesai saati, çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumu) oluştururken; bağımlı değişkenlerini HÇSPİİGÖ ve HİİHÇODÖ oluşturmuştur. Yapılan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (Tarih: 24.11.2020; Sayı: 74555795-050.01.04) Etik Kurul Onayı alınmıştır (EK-6).

Çalışmaya gönüllü olarak katılımda bulunmak isteyen hemşirelerden çevrimiçi yolla onam alınmıştır (EK-1). Ayrıca çalışmada veri toplama araçları olarak kullanılan ölçek sahiplerinden gerekli izinler alınmıştır (EK-5).

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma verileri, çevrim içi ortamda araştırmaya katılan hemşirelerin görüşleriyle sınırlı olup tüm hemşirelere genellenemez. Ayrıca araştırma verilerinin toplanma sürecinde COVID-19 küresel salgınının görülmesi ve kurumlardan gerekli izinlerin alınamaması nedeniyle verilerin, çevrim içi toplanması zorunluluğu oluşmuştur. Salgın koşullarında çok sayıda çalışmanın elektronik ortamda yapılması, hemşirelerin aşırı iş yoğunluğu, yaşanan yoğun gerilik ve güçlüklerin yanı sıra araştırmalara katılımda isteksizlik gibi nedenlerle veri toplama süresi uzamış ve daha büyük örneklemdeki verinin toplanamaması sorunu söz konusu olmuştur.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında incelenmiştir;

- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı

- Hemşirelerin HÇSPİİGÖ ve HİİHÇODÖ puan ortalamalarının dağılımı

- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile iş güvenliği ve çalışma ortamı tutumları arasındaki farklılıklar

- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile iş güvenliği uygulamaları arasındaki farklılıklar

- Hemşirelerde HÇSPİİGÖ ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bulguların dağılımı

- Hemşirelerin iş güvenliği tutumlarını etkileyen etmenlere ilişkin bulguların dağılımı

4.1. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN DAĞILIMI

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklere göre dağılımı Tablo 4-1'de verilmiştir. Hemşirelerin kişisel özellikleri incelendiğinde; %78,3'ünün kadın olduğu, %59,7'sinin Lisans ve %22,3'ünün Yüksek lisans eğitimi aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin mesleki özellikleri incelendiğinde; %67'sinin kamu hastanesinde ve %88,3'ünün hemşire olarak, %11,7'sinin yönetici hemşire olarak çalıştığı görülürken, %23,3'ünün nöbete kalmadığı ve sadece gündüz mesaisinde, %35,3'ünün sadece nöbet usulü ve %41,3'ünün vardiyalı çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri incelendiğinde; %45'inin 40 saat, %27'sinin 46-50 saat, %23'ünün 51 saat ve üzeri çalıştığı, aylık toplam fazla çalışma saatleri incelendiğinde %40,3'ünün fazla çalışmadığı, %23,3'ünün 21-40 saat, %13,3'ünün 61 saat ve üzeri, %12'sinin 41-60 saat fazla çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alıp almama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde ise %93,7'sinin eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

		N	%
Cinsiyet	Kadın	**235**	**78,3**
	Erkek	65	21,7
Eğitim	Lise	18	6,0
	Ön lisans	22	7,3
	Lisans	**179**	**59,7**
	Yüksek lisans	67	22,3
	Diğer	14	4,7
Çalışılan kurum	Özel hastane	48	16,0
	Üniversite hastanesi	51	17,0
	Kamu hastanesi	**201**	**67,0**
Pozisyon/Görev	Hemşire	**265**	**88,3**
	Yönetici Hemşire	35	11,7
Günlük çalışma şekli	Nöbetsiz sadece gündüz mesaisi	70	23,3
	Sadece nöbet usulü	106	35,3
	Vardiyalı	**124**	**41,3**
Haftalık çalışma saati	40 saat	**135**	**45,0**
	41-45 saat	15	5,0
	46-50 saat	81	27,0
	51 saat ve üzeri	69	23,0
Aylık toplam fazla çalışma saati	0 saat	**121**	**40,3**
	20 saat ve altı	33	11,0
	21-40 saat	70	23,3
	41-60 saat	36	12,0
	61 saat ve üzeri	40	13,3
Çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumu	Hayır	19	6,3
	Evet	**281**	**93,7**

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş, mesleki deneyim ve şu andaki deneyimlerine göre tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4-2'de verilmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması 28,86±6,493 yaş, mesleki deneyim ortalaması 79,49±82,98 ay ve şu anda çalışılan kurumdaki deneyim ortalaması 49,62±58,22 ay bulunmuştur (Tablo4-2).

Tablo 4-2: Hemşirelerin Yaş, Mesleki Deneyim ve Şu Anda Çalışılan Kurumdaki Deneyimlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

	Minimum	Medyan	Maximum	Ortalama	Standart sapma
Yaş	20	27,00	52	28,86	6,493
Mesleki deneyim (ay)	3,00	48,00	420,00	79,49	82,98
Şu anda çalışılan kurumdaki deneyim (ay)	0,50	36,00	420,00	49,62	58,22

4.2. HEMŞİRELERİN HÇSPİİGÖ VE HİİHÇODÖ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI

Araştırmada kullanılan ölçeklerin toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4-3'te verilmiştir.

Tablo 4-3: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Minimum	Medyan	Maximum	$\bar{x}$	Ss
HÇSPİİGÖ	1,00	4,02	5,69	3,78	1,04
MHŞ	1,00	2,54	5,46	2,62	1,13
STKS	1,00	5,17	6,00	4,72	1,31
KZ	1,00	5,00	6,00	4,39	1,69
YDY	1,00	2,86	6,00	2,91	1,20
MAGD	1,00	4,60	6,00	4,32	1,33
KÖK	1,00	5,20	6,00	4,89	1,20
FOU	1,00	5,25	6,00	4,80	1,38
HİİHÇODÖ	1,10	2,48	2,46	3,97	0,56
HYKTG	1,00	2,22	4,00	2,23	0,59
KBİGHK	1,00	3,00	4,00	2,86	0,64
YHTLÖ	1,00	2,40	4,00	2,27	0,70
İGDKY	1,00	2,00	4,00	1,97	0,80
HHMİ	1,00	3,00	4,00	2,83	0,78

Hemşirelerin, araştırmada kullanılan HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutlarına verdikleri puanların dağılımı incelendiğinde; toplam puan 1 ile 5,69 arasında değişmekte olup ortalama (3,78±1,04) olduğu saptanmıştır. En yüksek alt boyut puanının KÖK alt boyutundan alındığı ve bu puanın 1 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama (4,88±1,20) olduğu ve en düşük alt boyut puanının MHŞ alt boyutundan alındığı ve bu puanın 1 ile 5,46 arasında değişmekte olup ortalama (2,62±1,13) olduğu saptanmıştır (Tablo 4-3).

Hemşirelerin HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutlarına verdikleri puanların dağılımı incelendiğinde; toplam puan 1,10 ile 2,46 arasında değişmekte olup ortalama (3,97±0,56) olduğu saptanmıştır. En yüksek alt boyut puanının KBİGHK alt boyutundan alındığı ve bu

puanın 1 ile 4 arasında değişmekte olup ortalama (2,86±0,64) olduğu ve en düşük alt boyut puanının İGDKY alt boyutundan alındığı ve bu puanın 1 ile 4 arasında değişmekte olup ortalama (1,97±0,80) olduğu saptanmıştır (Tablo 4-3).

4.3. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE İŞ GÜVENLİĞİ VE ÇALIŞMA ORTAMI TUTUMLARIARASINDAKİ FARKLILIKLAR

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturan hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile ölçeğin toplam ve alt boyut puan ortalamaları aşağıda karşılaştırılmıştır.

Tablo 4-4: Hemşirelerin Cinsiyetleri ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	Test istatistiği	p
HÇSPİİGÖ Toplam	Kadın	235	1,04	3,98	5,69	3,72	1,07	t=-1,875	0,062
	Erkek	65	1,00	4,11	5,69	3,99	0,91		
MHŞ	Kadın	235	1,00	2,54	5,46	2,60	1,16	t=-0,530	0,596
	Erkek	65	1,00	2,54	5,31	2,69	1,02		
STKS	Kadın	235	1,00	5,17	6,00	4,67	1,34	t=-1,167	0,244
	Erkek	65	1,00	5,17	6,00	4,89	1,21		
KZ	Kadın	235	1,00	5,00	6,00	4,26	1,75	t=-2,585	**0,010***
	Erkek	65	1,00	5,40	6,00	4,87	1,36		
YDY	Kadın	235	1,00	2,71	6,00	2,87	1,19	t=-1,134	0,258
	Erkek	65	1,00	3,00	5,86	3,06	1,24		
MAGD	Kadın	235	1,00	4,60	6,00	4,23	1,34	t=-2,208	**0,028***
	Erkek	65	1,00	5,00	6,00	4,64	1,26		
KÖK	Kadın	235	1,00	5,20	6,00	4,82	1,25	U=6623,000	0,098
	Erkek	65	1,00	5,40	6,00	5,15	0,98		
FOU	Kadın	235	1,00	5,00	6,00	4,71	1,41	U=6142,500	**0,014***
	Erkek	65	1,00	5,50	6,00	5,15	1,20		

*t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, *p<0,05*

Hemşirelerin cinsiyetleri ile HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma

sahip ölçümler için bağımsız örneklem t testi, olmayan ölçümler için Mann Whitney U analizi kullanılmıştır (Tablo 4-4).

Analiz sonucunda hemşirelerin cinsiyetleri ile ölçek toplamından ve MHŞ, STKS, YDY, KÖK alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile KZ, MAGD ve FOU alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p<0,05) belirlenmiştir. Buna göre erkeklerin aldıkları puanların kadınlara göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 4-5: Hemşirelerin Cinsiyetleri ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarında Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	t	p
HİİHÇODÖ Toplam	Kadın	235	1,10	2,48	3,97	2,46	0,56	-0,237	0,813
	Erkek	65	1,26	2,45	3,71	2,48	0,56		
HYKTG	Kadın	235	1,00	2,22	4,00	2,23	0,59	0,220	0,826
	Erkek	65	1,00	2,22	3,44	2,21	0,59		
KBİGHK	Kadın	235	1,00	3,00	4,00	2,83	0,64	-1,703	0,090
	Erkek	65	1,20	3,00	4,00	2,98	0,62		
YHTLÖ	Kadın	235	1,00	2,40	4,00	2,30	0,70	1,271	0,205
	Erkek	65	1,00	2,00	3,40	2,17	0,68		
İGDKY	Kadın	235	1,00	2,00	4,00	1,99	0,80	0,697	0,486
	Erkek	65	1,00	1,75	4,00	1,91	0,80		
HHMİ	Kadın	235	1,00	3,00	4,00	2,82	0,79	-0,500	0,618
	Erkek	65	1,00	3,00	4,00	2,87	0,76		

*t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, *p<0,05*

Hemşirelerin cinsiyetleri ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır (Tablo 4-5). Analiz sonucuna göre toplam ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Tablo 4-6: Hemşirelerin Eğitim Durumları ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	Test istatistiği	p	Bonferroni
HÇSPİİGÖ Toplam	Lise (a)	18	2,76	4,37	5,69	4,17	0,85	F=2,307	0,058	
	Ön lisans (b)	22	1,62	3,56	4,87	3,49	0,98			
	Lisans (c)	179	1,20	4,02	5,60	3,84	0,95			
	Yüksek lisans (d)	67	1,00	4,04	5,51	3,55	1,26			
	Diğer (e)	14	2,53	4,06	5,69	4,04	1,00			
MHŞ	Lise (a)	18	1,54	2,96	5,08	3,08	0,94	F=1,357	0,249	
	Ön lisans (b)	22	1,15	2,19	4,46	2,40	1,11			
	Lisans (c)	179	1,00	2,54	5,31	2,65	1,11			
	Yüksek lisans (d)	67	1,00	2,38	5,00	2,47	1,17			
	Diğer (e)	14	1,00	2,42	5,46	2,78	1,32			
STKS	Lise (a)	18	2,17	5,75	6,00	5,20	1,18	X^2=12,368	**0,015***	b<a
	Ön lisans (b)	22	1,67	4,83	5,83	4,39	1,21			b<e
	Lisans (c)	179	1,00	5,17	6,00	4,74	1,20			
	Yüksek lisans (d)	67	1,00	5,17	6,00	4,53	1,62			
	Diğer (e)	14	1,50	5,75	6,00	5,29	1,19			
KZ	Lise (a)	18	1,20	5,50	6,00	4,49	1,80	F=0,424	0,791	
	Ön lisans (b)	22	1,20	4,50	6,00	4,21	1,53			
	Lisans (c)	179	1,00	5,00	6,00	4,43	1,62			
	Yüksek lisans (d)	67	1,00	5,40	6,00	4,25	1,92			
	Diğer (e)	14	1,00	5,80	6,00	4,80	1,71			
YDY	Lise (a)	18	1,00	3,07	6,00	3,12	1,49	F=2,139	0,076	
	Ön lisans (b)	22	1,00	2,86	5,57	2,72	1,11			
	Lisans (c)	179	1,00	2,86	6,00	2,97	1,12			
	Yüksek lisans (d)	67	1,00	2,57	6,00	2,65	1,28			
	Diğer (e)	14	1,71	3,50	5,86	3,53	1,28			
MAGD	Lise (a)	18	2,80	5,00	6,00	4,78	0,98	F=2,040	0,089	
	Ön lisans (b)	22	1,20	4,40	6,00	4,10	1,25			
	Lisans (c)	179	1,00	4,60	6,00	4,42	1,24			
	Yüksek lisans (d)	67	1,00	4,40	6,00	3,98	1,54			
	Diğer (e)	14	1,00	4,90	6,00	4,43	1,71			

Tablo 4-6 (devam):

KÖK	Lise (a)	18	4,80	5,60	6,00	5,50	0,46	F=3,036	**0,018***	a>d
	Ön lisans (b)	22	1,40	5,00	6,00	4,50	1,41			
	Lisans (c)	179	1,00	5,20	6,00	4,99	1,09			
	Yüksek lisans (d)	67	1,00	5,00	6,00	4,61	1,44			
	Diğer (e)	14	2,60	5,30	6,00	4,90	1,28			
FOU	Lise (a)	18	3,50	5,38	6,00	5,19	0,79	F=4,027	**0,003****	c>d
	Ön lisans (b)	22	1,25	4,88	6,00	4,14	1,68			
	Lisans (c)	179	1,00	5,50	6,00	5,00	1,24			
	Yüksek lisans (d)	67	1,00	5,00	6,00	4,42	1,55			
	Diğer (e)	14	1,50	5,63	6,00	4,70	1,69			

*F: Varyans analizi test istatistiği, X^2: Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0,05, **p<0,01*

Hemşirelerin eğitim durumları ile HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için Varyans analizi (ANOVA), normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır (Tablo 4-6).

Analiz sonucunda hemşirelerin eğitim durumları ile ölçek toplamından ve MHŞ, KZ, YDY, MAGD alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Hemşirelerin eğitim durumları ile STKS, KÖK ve FOU alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p<0,05 ve p<0,01) belirlenmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre STKS için farklılık eğitim durumu ön lisans-lise, ön lisans ve diğer arasında olduğu ve ön lisans olanların aldıkları puanların lise ve diğerlerine göre daha az olduğu, KÖK için farklılık eğitim durumu lise ve yüksek lisans olanlara arasında ve yüksek lisans olanların lise olanlara göre daha az puan aldığı, FOU için farklılık eğitim durumu lisans ve yüksek lisans olanlara arasında ve yüksek lisans olanların lisans olanlara göre daha az puan aldığı görülmüştür.

Tablo 4-7: Hemşirelerin Eğitim Durumları ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	Test istatistiği	p
HİİHÇODÖ Toplam	Lise (a)	18	1,52	2,68	3,52	2,64	0,59	F=1,714	0,147
	Ön lisans (b)	22	1,19	2,32	3,97	2,32	0,61		
	Lisans (c)	179	1,16	2,45	3,97	2,48	0,53		
	Yüksek lisans (d)	67	1,10	2,45	3,87	2,38	0,58		
	Diğer (e)	14	1,48	2,82	3,71	2,68	0,65		
HYKTG	Lise (a)	18	1,44	2,33	3,22	2,35	0,49	X^2=8,340	0,080
	Ön lisans (b)	22	1,22	2,11	4,00	2,10	0,59		
	Lisans (c)	179	1,00	2,22	4,00	2,25	0,59		
	Yüksek lisans (d)	67	1,00	2,11	4,00	2,13	0,59		
	Diğer (e)	14	1,22	2,67	3,33	2,49	0,69		
KBİGHK	Lise (a)	18	1,90	3,05	3,90	2,99	0,64	F=1,128	0,343
	Ön lisans (b)	22	1,00	2,90	4,00	2,70	0,73		
	Lisans (c)	179	1,20	3,00	4,00	2,90	0,58		
	Yüksek lisans (d)	67	1,00	3,00	4,00	2,77	0,71		
	Diğer (e)	14	1,70	3,20	4,00	2,94	0,77		
YHTLÖ	Lise (a)	18	1,00	2,80	3,40	2,54	0,78	F=1,381	0,241
	Ön lisans (b)	22	1,00	2,10	4,00	2,15	0,75		
	Lisans (c)	179	1,00	2,20	4,00	2,26	0,68		
	Yüksek lisans (d)	67	1,00	2,40	4,00	2,20	0,70		
	Diğer (e)	14	1,00	2,80	3,40	2,50	0,79		
İGDKY	Lise (a)	18	1,00	2,25	4,00	2,31	0,86	F=1,767	0,135
	Ön lisans (b)	22	1,00	1,75	3,75	1,83	0,69		
	Lisans (c)	179	1,00	2,00	4,00	1,95	0,80		
	Yüksek lisans (d)	67	1,00	2,00	4,00	1,91	0,78		
	Diğer (e)	14	1,00	2,50	4,00	2,32	0,95		
HHMİ	Lise (a)	18	1,00	3,00	4,00	2,94	0,95	X^2=5,073	0,280
	Ön lisans (b)	22	1,00	2,67	4,00	2,65	0,88		
	Lisans (c)	179	1,00	3,00	4,00	2,83	0,74		

Tablo 4-7 (devam):

Yüksek lisans (d)	67	1,00	3,00	4,00	2,79	0,83
Diğer (e)	14	1,00	3,00	4,00	3,14	0,72

*F: Varyans analizi test istatistiği, X^2: Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0,05*

Hemşirelerin eğitim durumları ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için Varyans analizi (ANOVA), normal dağılıma sahip olmayanlar için Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır (Tablo 4-7). Analiz sonucuna göre hemşirelerin eğitim durumları ile ölçek toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Tablo 4-8: Hemşirelerin Çalışılan Kurumlar ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	Test istatistiği	p	Bonferroni
HÇSPİİGÖ Toplam	Özel (a)	48	1,04	4,51	5,69	4,37	1,05	F=19,698	**0,000*** **	a>c>b
	Üniversite (b)	51	1,00	3,33	5,60	3,14	1,06			
	Kamu (c)	201	1,22	4,04	5,47	3,80	0,94			
MHŞ	Özel (a)	48	1,00	2,92	5,08	3,00	1,25	X^2=23,971	**0,000*** **	a>b
	Üniversite (b)	51	1,00	2,00	5,31	1,98	0,89			c>b
	Kamu (c)	201	1,00	2,69	5,46	2,70	1,09			
STKS	Özel (a)	48	1,33	5,58	6,00	5,08	1,28	F=6,635	**0,002** **	a>b
	Üniversite (b)	51	1,00	4,83	6,00	4,17	1,58			c>b
	Kamu (c)	201	1,00	5,17	6,00	4,77	1,21			
KZ	Özel (a)	48	1,00	5,80	6,00	4,84	1,62	F=11,830	**0,000*** **	a>b
	Üniversite (b)	51	1,00	3,40	6,00	3,41	1,66			c>b
	Kamu (c)	201	1,00	5,40	6,00	4,54	1,63			
YDY	Özel (a)	48	1,00	4,00	6,00	4,00	1,33	F=32,235	**0,000*** **	a>c>b
	Üniversite (b)	51	1,00	2,14	5,43	2,36	1,12			
	Kamu (c)	201	1,00	2,71	5,57	2,79	1,02			

Tablo 4-8 (devam):

MAGD	Özel (a)	48	1,00	5,60	6,00	5,18	1,31	X^2=44,171	**0,000*** **	a>c>b
	Üniversite (b)	51	1,00	4,00	6,00	3,69	1,40			
	Kamu (c)	201	1,00	4,60	6,00	4,27	1,22			
KÖK	Özel (a)	48	1,00	5,80	6,00	5,45	1,10	X^2=35,298	**0,000*** **	a>c>b
	Üniversite (b)	51	1,00	4,80	6,00	4,23	1,48			
	Kamu (c)	201	1,00	5,20	6,00	4,93	1,07			
FOU	Özel (a)	48	1,00	6,00	6,00	5,51	1,16	X^2=33,533	**0,000*** **	a>c
	Üniversite (b)	51	1,00	5,00	6,00	4,36	1,59			a>b
	Kamu (c)	201	1,00	5,00	6,00	4,75	1,31			

*F: Varyans analizi test istatistiği, X^2: Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001*

Hemşirelerin çalışılan kurum ile HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için Varyans analizi (ANOVA), normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır(Tablo 4-8).

Analiz sonucunda hemşirelerin çalıştıklarına kurumlar ile ölçek toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p<0,05, p<0,01 ve p<0,001)belirlenmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu belirlemek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Ölçek toplamında ve YDY, MAGD ve KÖK alt boyutları için farklılık tüm gruplar arasında olduğu ve alınan puanların sırasının en yüksek özel hastanede çalışanların, daha sonra kamu üniversitesi ve en az ise üniversite hastanesinde çalışanlar olduğu görülmüştür.

MHŞ, STKS, KZ alt boyutlarından alınan puanlar için farklılığın üniversite hastanesinde çalışanlardan kaynaklandığı ve üniversite hastanelerinde çalışanların özel ve kamu hastanesinde çalışanlara göre daha az puan aldığı görülmüştür.

FOU alt boyutu için ise farklılığın özel üniversitelerde çalışanların aldıkları puanlardan kaynaklandığı ve özel üniversitelerde çalışanların, kamu ve üniversite hastanesinde çalışanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Tablo 4-9: Hemşirelerin Çalışılan Kurumlar ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	F	p	Bonferroni
HİİHÇODÖ Toplam	Özel (a)	48	1,29	2,94	3,97	2,86	0,54	16,736	**0,000*** **	a>c a>b
	Üniversite (b)	51	1,23	2,35	3,32	2,30	0,48			
	Kamu (c)	201	1,10	2,39	3,97	2,41	0,54			
HYKTG	Özel (a)	48	1,33	2,67	4,00	2,61	0,53	12,972	**0,000*** **	a>c a>b
	Üniversite (b)	51	1,00	2,22	3,22	2,12	0,55			
	Kamu (c)	201	1,00	2,11	4,00	2,16	0,58			
KBİGHK	Özel (a)	48	1,60	3,40	4,00	3,26	0,57	13,444	**0,000*** **	a>c a>b
	Üniversite (b)	51	1,20	2,70	3,80	2,66	0,67			
	Kamu (c)	201	1,00	2,90	4,00	2,82	0,61			
YHTLÖ	Özel (a)	48	1,00	2,80	4,00	2,63	0,70	8,565	**0,000*** **	a>c a>b
	Üniversite (b)	51	1,00	2,20	3,20	2,09	0,59			
	Kamu (c)	201	1,00	2,20	4,00	2,23	0,70			
İGDKY	Özel (a)	48	1,00	3,00	4,00	2,52	0,84	16,362	**0,000*** **	a>c a>b
	Üniversite (b)	51	1,00	1,50	3,00	1,69	0,55			
	Kamu (c)	201	1,00	2,00	4,00	1,91	0,79			
HHMİ	Özel (a)	48	1,00	3,00	4,00	3,13	0,77	4,405	**0,000*** **	a>c
	Üniversite (b)	51	1,33	3,00	4,00	2,78	0,60			
	Kamu (c)	201	1,00	3,00	4,00	2,77	0,81			

*F: Varyans analizi test istatistiği, ***p<0,001*

Hemşirelerin çalışılan kurumlar ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için Varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır (Tablo 4-9).

Analiz sonucunda hemşirelerin çalıştıklarına kurumlar ile ölçek toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,001$) belirlenmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu belirlemek için Bonferroni analizi yapılmıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlar ile ölçek toplamından ve HYKTG, KBİGHK, YHTLÖ, İGDKY alt boyutlarında aldıkları puanlar için farklılığın özel hastanelerde

çalışanlardan kaynaklandığı ve özel hastanelerde çalışanların kamu ve üniversite hastanelerine göre daha fazla puan aldığı görülmüştür. HHMİ alt boyutu için farklılık özel ve kamu hastanesinden çalışanlar arasında olduğu ve özel hastanede çalışanların kamuda çalışanlara göre daha fazla puan aldığı görülmüştür.

Tablo 4-10: Hemşirelerin Pozisyon/Görevleri ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	Test istatistiği	p
HÇSPİİGÖ Toplam	Hemşire	265	1,00	3,93	5,69	3,70	1,03	t=-3,818	**0,000*** **
	Yönetici Hemşire	35	2,29	4,71	5,69	4,39	0,87		
MHŞ	Hemşire	265	1,00	2,46	5,31	2,54	1,10	t=-3,550	**0,000*** **
	Yönetici Hemşire	35	1,00	3,38	5,46	3,25	1,19		
STKS	Hemşire	265	1,00	5,00	6,00	4,62	1,32	U=2379,000	**0,000*** **
	Yönetici Hemşire	35	1,50	5,83	6,00	5,47	1,00		
KZ	Hemşire	265	1,00	5,00	6,00	4,32	1,71	t=-2,356	**0,023***
	Yönetici Hemşire	35	1,60	5,80	6,00	4,95	1,46		
YDY	Hemşire	265	1,00	2,71	6,00	2,82	1,19	t=-3,594	**0,000*** **
	Yönetici Hemşire	35	1,43	3,57	5,86	3,58	1,02		
MAGD	Hemşire	265	1,00	4,60	6,00	4,24	1,33	t=-2,843	**0,005****
	Yönetici Hemşire	35	1,80	5,40	6,00	4,91	1,19		
KÖK	Hemşire	265	1,00	5,20	6,00	4,82	1,23	U=3164,000	**0,002****
	Yönetici Hemşire	35	2,80	5,60	6,00	5,41	0,78		
FOU	Hemşire	265	1,00	5,25	6,00	4,73	1,41	t=-3,063	**0,003****
	Yönetici Hemşire	35	2,50	5,75	6,00	5,31	0,98		

Tablo 4-10 (devam):

*t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001*

Hemşirelerin pozisyon/görevleri ile HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için bağımsız örneklem t testi, olmayan ölçümler için Mann Whitney U analizi kullanılmıştır(Tablo 4-10). Analiz sonucunda hemşirelerin pozisyon/görevleri ile ölçek toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p<0,05, p<0,01 ve p<0,001) belirlenmiştir. Yönetici hemşire olanların hemşirelere göre ölçek toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 4-11: Hemşirelerin Pozisyon/Görevleri ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	Test istatistiği	p
HİİHÇODÖ Toplam	Hemşire	265	1,10	2,39	3,97	2,41	0,56	t=-5,588	**0,000*** **
	Yönetici Hemşire	35	1,58	2,87	3,71	2,85	0,41		
HYKTG	Hemşire	265	1,00	2,11	4,00	2,17	0,59	t=-6,716	**0,000*** **
	Yönetici Hemşire	35	1,56	2,78	3,33	2,67	0,38		
KBİGHK	Hemşire	265	1,00	3,00	4,00	2,83	0,64	t=-2,607	**0,010***
	Yönetici Hemşire	35	1,70	3,20	4,00	3,13	0,57		
YHTLÖ	Hemşire	265	1,00	2,20	4,00	2,20	0,69	U=2089,000	**0,000*** **
	Yönetici Hemşire	35	1,00	2,80	3,40	2,78	0,55		
İGDKY	Hemşire	265	1,00	1,75	4,00	1,91	0,81	t=-5,721	**0,000*** **
	Yönetici Hemşire	35	1,25	2,50	4,00	2,44	0,60		
HHMİ	Hemşire	265	1,00	3,00	4,00	2,79	0,78	t=-2,473	**0,014***
	Yönetici Hemşire	35	1,00	3,00	4,00	3,13	0,71		

Tablo 4-11 (devam):

*t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, *p<0,05, ***p<0,001*

Hemşirelerin pozisyon/görevleri ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için bağımsız örneklem t testi, olmayan ölçümler için Mann Whitney U analizi kullanılmıştır (Tablo 4-11).

Analiz sonucunda hemşirelerin pozisyon/görevleri ile ölçek toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p<0,05 ve p<0,001) belirlenmiştir. Yönetici hemşire olanların hemşirelere göre ölçek toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 4-12: Hemşirelerin Günlük Çalışma Şekli ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	Test istatistiği	p	Bonferroni
HÇSPİİGÖ Toplam	Nöbetsiz (a)	70	1,00	4,49	5,69	4,10	1,17	F=9,564	**0,000*** **	b<a b<c
	Sadece nöbet (b)	106	1,22	3,60	5,11	3,45	1,01			
	Vardiyalı (c)	124	1,20	4,08	5,69	3,87	0,90			
MHŞ	Nöbetsiz (a)	70	1,00	3,31	5,46	3,12	1,27	F=11,945	**0,000*** **	b<a c<a
	Sadece nöbet (b)	106	1,00	2,23	4,69	2,30	1,02			
	Vardiyalı (c)	124	1,00	2,54	5,31	2,61	1,04			
STKS	Nöbetsiz (a)	70	1,00	5,50	6,00	5,08	1,31	X^2=19,325	**0,000*** **	b<a c<a
	Sadece nöbet (b)	106	1,00	5,00	6,00	4,39	1,38			
	Vardiyalı (c)	124	1,00	5,00	6,00	4,79	1,20			
KZ	Nöbetsiz (a)	70	1,00	5,60	6,00	4,60	1,69	F=4,697	**0,010***	b<c
	Sadece nöbet (b)	106	1,00	4,20	6,00	3,99	1,76			
	Vardiyalı (c)	124	1,00	5,30	6,00	4,62	1,59			
YDY	Nöbetsiz (a)	70	1,00	3,29	6,00	3,29	1,32	F=6,946	**0,001****	b<a
	Sadece nöbet (b)	106	1,00	2,57	5,57	2,62	1,06			
	Vardiyalı (c)	124	1,00	2,79	6,00	2,95	1,18			

Tablo 4-12 (devam):

MAGD	Nöbetsiz (a)	70	1,00	4,70	6,00	4,48	1,45	F=2,870	0,058	
	Sadece nöbet (b)	106	1,00	4,40	6,00	4,07	1,36			
	Vardiyalı (c)	124	1,00	4,80	6,00	4,44	1,22			
KÖK	Nöbetsiz (a)	70	1,00	5,60	6,00	5,02	1,30	X^2=10,823	**0,004****	b<a b<c
	Sadece nöbet (b)	106	1,00	5,00	6,00	4,57	1,35			
	Vardiyalı (c)	124	1,00	5,20	6,00	5,09	0,94			
FOU	Nöbetsiz (a)	70	1,00	5,75	6,00	4,99	1,40	F=6,823	**0,001****	b<a b<c
	Sadece nöbet (b)	106	1,00	5,00	6,00	4,41	1,48			
	Vardiyalı (c)	124	1,00	5,25	6,00	5,03	1,19			

*F: Varyans analizi test istatistiği, X^2: Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001*

Hemşirelerin günlük çalışma şekli ile HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için Varyans analizi (ANOVA), normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır (Tablo 4-12).

Hemşirelerin günlük çalışma saatlerine göre MAGD alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Analiz sonucunda hemşirelerin günlük çalışma şekli ile ölçek toplamından ve MHŞ, STKS, KZ, YDY, KÖK, FOU alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p<0,05, p<0,01 ve p<0,001) belirlenmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Buna göre ölçek toplamında ve KÖK, FOU alt boyutları için farklılığın sadece nöbet usulü çalışanlardan kaynaklandığı, nöbetsiz sadece gündüz mesaisi ve vardiyalı çalışanlara göre aldıkları puanların daha az olduğu görülmüştür. MHŞ, STKS alt boyutları için farklılığın nöbetsiz sadece gündüz mesaisi şeklinde çalışanlardan kaynaklandığı, sadece nöbet usulü çalışanlardan kaynaklandığı ve vardiyalı çalışanlara göre daha fazla puan aldıkları görülmüştür. KZ alt boyutundan alınan puanlar için farklılık sadece nöbet usulü ile vardiyalı çalışanlar arasında olduğu ve vardiyalı çalışanların sadece nöbet usulü çalışanlara göre daha fazla puan aldığı görülmüştür. YDY alt boyutundan alınan puanlar için farklılık sadece nöbet usulü ile nöbetsiz sadece gündüz

mesaisi çalışanlar arasında olduğu ve nöbetsiz sadece gündüz mesaisi çalışanların sadece nöbet usulü çalışanlara göre daha fazla puan aldığı görülmüştür.

Tablo 4-13: Hemşirelerin Günlük Çalışma Şekli ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	F	p	Bonferroni
HİİHÇODÖ Toplam	Nöbetsiz (a)	70	1,45	2,66	3,87	2,63	0,53	4,925	**0,008****	b<a
	Sadece nöbet (b)	106	1,10	2,39	3,97	2,36	0,59			
	Vardiyalı (c)	124	1,23	2,39	3,97	2,46	0,53			
HYKTG	Nöbetsiz (a)	70	1,11	2,44	4,00	2,43	0,56	5,868	**0,003****	b<a
	Sadece nöbet (b)	106	1,00	2,11	4,00	2,17	0,61			
	Vardiyalı (c)	124	1,00	2,11	3,89	2,16	0,57			c<a
KBİGHK	Nöbetsiz (a)	70	1,60	3,00	4,00	2,95	0,62	3,782	**0,024***	b<c
	Sadece nöbet (b)	106	1,00	2,80	4,00	2,73	0,69			
	Vardiyalı (c)	124	1,60	3,00	4,00	2,93	0,58			
YHTLÖ	Nöbetsiz (a)	70	1,00	2,80	4,00	2,50	0,64	5,679	**0,004****	b<a
	Sadece nöbet (b)	106	1,00	2,00	4,00	2,15	0,73			
	Vardiyalı (c)	124	1,00	2,30	4,00	2,24	0,68			c<a
İGDKY	Nöbetsiz (a)	70	1,00	2,00	4,00	2,16	0,73	2,832	0,061	
	Sadece nöbet (b)	106	1,00	1,75	4,00	1,88	0,82			
	Vardiyalı (c)	124	1,00	2,00	4,00	1,93	0,82			
HHMİ	Nöbetsiz (a)	70	1,00	3,00	4,00	2,94	0,69	3,266	**0,040***	b<a
	Sadece nöbet (b)	106	1,00	3,00	4,00	2,68	0,88			
	Vardiyalı (c)	124	1,00	3,00	4,00	2,90	0,72			

*F: Varyans analizi test istatistiği, *p<0,05, **p<0,01*

Hemşirelerin günlük çalışma şekli ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için Varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır (Tablo 4-13).

Analiz sonucunda hemşirelerin günlük çalışma şekli ile İGDKY alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05)

belirlenmiştir. Hemşirelerin günlük çalışma şekli ile ölçek toplamından HYKTG, KBİGHK, YHTLÖ, HHMİ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$ ve $p<0,01$) belirlenmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Buna göre ölçek toplamından ve HHMİ alt boyutları için farklılık nöbetsiz sadece gündüz mesaisi ile sadece nöbet usulü çalışanlar arasında ve nöbetsiz sadece gündüz mesaisi çalışanların, sadece nöbet usulü çalışanlara göre daha fazla puan aldığı, HYKTG ve YHTLÖ alt boyutları için farklılığın nöbetsiz sadece gündüz mesaisi çalışanlardan kaynaklandığı ve sadece nöbet usulü, vardiyalı çalışanlara göre daha fazla puan aldığı, KBİGHK alt boyutu için farklılık sadece nöbet usulü ile vardiyalı çalışanlar arasında ve vardiyalı çalışanların daha fazla puan aldığı görülmüştür.

Tablo 4-14: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatleri ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	Test istatistiği	p	Bonferroni
HÇSPİİGÖ Toplam	40 saat (a)	135	1,00	3,91	5,60	3,76	1,05	F=1,583	0,193	
	41-45 saat (b)	15	2,29	3,56	4,78	3,48	0,66			
	46-50 saat (c)	81	1,04	3,87	5,69	3,69	0,96			
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,22	4,27	5,69	3,99	1,15			
MHŞ	40 saat (a)	135	1,00	2,54	5,46	2,71	1,18	X^2=6,367	0,095	
	41-45 saat (b)	15	1,23	2,15	4,31	2,17	0,72			
	46-50 saat (c)	81	1,00	2,46	5,08	2,42	1,06			
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,00	2,62	5,00	2,78	1,13			
STKS	40 saat (a)	135	1,00	5,17	6,00	4,78	1,26	F=0,234	0,867	
	41-45 saat (b)	15	2,00	4,83	6,00	4,56	1,29			
	46-50 saat (c)	81	1,33	5,00	6,00	4,69	1,26			
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,00	5,17	6,00	4,66	1,50			
KZ	40 saat (a)	135	1,00	5,00	6,00	4,27	1,69	F=2,638	0,052	
	41-45 saat (b)	15	1,40	4,20	6,00	4,05	1,35			
	46-50 saat (c)	81	1,00	5,00	6,00	4,25	1,76			
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,00	5,80	6,00	4,89	1,63			
YDY	40 saat (a)	135	1,00	2,71	6,00	2,79	1,14			b<d
	41-45 saat (b)	15	1,29	2,14	5,00	2,36	0,89			

Tablo 4-14 (devam):

	46-50 saat (c)	81	1,00	2,86	6,00	2,90	1,16			a<d
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,00	3,29	5,86	3,29	1,32	X^2=12,251	**0,007****	
MAGD	40 saat (a)	135	1,00	4,60	6,00	4,18	1,32	F=1,545	0,203	
	41-45 saat (b)	15	1,40	4,60	6,00	4,11	1,51			
	46-50 saat (c)	81	1,00	4,60	6,00	4,36	1,23			
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,00	5,00	6,00	4,58	1,42			
KÖK	40 saat (a)	135	1,00	5,20	6,00	4,85	1,24	F=0,364	0,779	
	41-45 saat (b)	15	4,00	5,00	6,00	5,05	0,62			
	46-50 saat (c)	81	1,00	5,20	6,00	4,85	1,20			
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,60	5,60	6,00	5,00	1,23			
FOU	40 saat (a)	135	1,00	5,25	6,00	4,79	1,39	F=0,657	0,579	
	41-45 saat (b)	15	1,75	5,00	6,00	4,62	1,23			
	46-50 saat (c)	81	1,00	5,00	6,00	4,70	1,29			
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,25	5,75	6,00	4,99	1,47			

*F: Varyans analizi test istatistiği, X^2: Kruskal Wallis test istatistiği, **p<0,01*

Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için Varyans analizi (ANOVA), normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır (Tablo 4-14).

Analiz sonucunda hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile ölçek toplamından ve MHŞ, STKS, KZ, MAGD, KÖK, FOU alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile YDY alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p<0,01) belirlenmiştir. Bonferroni analizi sonucunda farklılığın 40 saat ile 51 saat ve üzeri, 41-45 saat ile 51 saat ve üzeri arasında olduğu ve 51 saat ve üzeri çalışanların 40 ve 41-45 saat çalışanlara göre daha fazla puan aldığı görülmüştür.

Tablo 4-15: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatleri ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	F	p	Bonferroni
HİİHÇODÖ Toplam	40 saat (a)	135	1,19	2,52	3,97	2,45	0,55	1,829	0,142	
	41-45 saat (b)	15	1,74	2,23	3,87	2,32	0,58			
	46-50 saat (c)	81	1,16	2,35	3,97	2,41	0,56			
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,10	2,74	3,71	2,59	0,58			
HYKTG	40 saat (a)	135	1,00	2,22	4,00	2,27	0,59	0,983	0,401	
	41-45 saat (b)	15	1,22	2,11	4,00	2,08	0,71			
	46-50 saat (c)	81	1,00	2,11	3,89	2,16	0,59			
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,00	2,22	3,44	2,26	0,56			
KBİGHK	40 saat (a)	135	1,00	3,00	4,00	2,81	0,61	1,089	0,354	
	41-45 saat (b)	15	2,20	2,80	4,00	2,87	0,55			
	46-50 saat (c)	81	1,20	2,90	4,00	2,86	0,66			
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,00	3,00	4,00	2,98	0,68			
YHTLÖ	40 saat (a)	135	1,00	2,40	4,00	2,32	0,69	2,315	0,076	
	41-45 saat (b)	15	1,00	2,00	4,00	2,03	0,75			
	46-50 saat (c)	81	1,00	2,00	4,00	2,14	0,70			
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,00	2,60	3,60	2,38	0,68			
İGDKY	40 saat (a)	135	1,00	2,00	4,00	1,92	0,73	3,298	**0,021***	
	41-45 saat (b)	15	1,00	1,75	3,75	1,83	0,85			a<d
	46-50 saat (c)	81	1,00	1,75	4,00	1,86	0,80			c<d
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,00	2,25	4,00	2,23	0,90			
HHMİ	40 saat (a)	135	1,00	3,00	4,00	2,74	0,81			
	41-45 saat (b)	15	1,00	2,33	3,67	2,33	0,75	5,941	**0,001****	a<d
	46-50 saat (c)	81	1,00	3,00	4,00	2,82	0,75			b<d
	51 saat ve üzeri (d)	69	1,00	3,00	4,00	3,12	0,67			

*F: Varyans analizi test istatistiği, *p<0,05, **p<0,01*

Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için Varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır (Tablo 4-15).

Analiz sonucunda hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile ölçek toplamından ve HYKTG, KBİGHK, YHTLÖ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

İGDKY ve HHMİ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p<0,05 ve p<0,01) belirlenmiştir. Bonferroni analizi sonucunda İGDKY için farklılığın 40 saat ile 51 saat ve üzeri, 46-50 saat ile 51 saat ve üzeri arasında olduğu ve 51 saat ve üzeri çalışanların 40 ve 46-50 saat çalışanlara göre daha fazla puan aldığı, HHMİ için farklılığın 40 saat ile 51 saat ve üzeri, 41-45 saat ile 51 saat ve üzeri arasında olduğu ve 51 saat ve üzeri çalışanların 40 ve 41-45 saat çalışanlara göre daha fazla puan aldığı görülmüştür.

Tablo 4-16: Hemşirelerin Aylık Toplam Fazla Çalışma Saatleri ile HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	Test istatistiği	p	Bonferroni
HÇSPİİGÖ Toplam	0 saat (a)	121	1,04	4,00	5,49	3,84	0,99	F=3,767	**0,005****	b<a
	20 saat ve altı (b)	33	1,00	3,33	5,60	3,21	0,97			b<c
	21-40 saat (c)	70	1,22	4,27	5,69	3,95	0,95			b<d
	41-60 saat (d)	36	1,60	4,27	5,51	3,95	1,19			
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,22	4,03	5,47	3,59	1,09			
MHŞ	0 saat (a)	121	1,00	2,62	5,46	2,75	1,17	F=5,786	**0,000*****	b<a
	20 saat ve altı (b)	33	1,00	1,62	5,31	1,86	0,96			b<c
	21-40 saat (c)	70	1,00	3,00	5,08	2,85	0,99			b<d
	41-60 saat (d)	36	1,00	2,50	4,92	2,72	1,29			
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,00	2,46	4,77	2,38	0,93			
STKS	0 saat (a)	121	1,00	5,17	6,00	4,94	1,14	F=2,955	**0,020***	b<a
	20 saat ve altı (b)	33	1,00	4,83	6,00	4,21	1,50			
	21-40 saat (c)	70	2,17	5,17	6,00	4,77	1,21			
	41-60 saat (d)	36	1,00	5,25	6,00	4,75	1,46			
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,00	5,00	6,00	4,35	1,53			

Tablo 4-16 (devam):

KZ	0 saat (a)	121	1,00	5,00	6,00	4,38	1,64	F=6,146	**0,000*** **	b<a
	20 saat ve altı (b)	33	1,00	3,00	6,00	3,19	1,73			b<c
	21-40 saat (c)	70	1,20	5,60	6,00	4,87	1,46			b<d
	41-60 saat (d)	36	1,00	5,50	6,00	4,65	1,64			b<e
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,00	5,40	6,00	4,37	1,84			
YDY	0 saat (a)	121	1,00	2,86	6,00	2,85	1,15	F=1,291	0,274	
	20 saat ve altı (b)	33	1,00	2,57	6,00	2,72	1,27			
	21-40 saat (c)	70	1,00	2,86	6,00	2,93	1,10			
	41-60 saat (d)	36	1,00	3,36	5,71	3,31	1,41			
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,00	2,79	5,57	2,89	1,23			
MAGD	0 saat (a)	121	1,00	4,60	6,00	4,28	1,27	F=1,541	0,190	
	20 saat ve altı (b)	33	1,00	4,40	6,00	3,96	1,58			
	21-40 saat (c)	70	1,00	4,90	6,00	4,50	1,21			
	41-60 saat (d)	36	2,00	5,00	6,00	4,62	1,22			
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,00	4,60	6,00	4,17	1,56			
KÖK	0 saat (a)	121	1,00	5,20	6,00	4,98	1,13	X^2=6,056	0,195	
	20 saat ve altı (b)	33	1,00	4,80	6,00	4,47	1,45			
	21-40 saat (c)	70	1,00	5,60	6,00	5,02	1,04			
	41-60 saat (d)	36	1,80	5,50	6,00	5,04	1,14			
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,40	5,10	6,00	4,62	1,44			
FOU	0 saat (a)	121	1,00	5,25	6,00	4,88	1,34	F=0,726	0,575	
	20 saat ve altı (b)	33	1,00	5,25	6,00	4,48	1,51			
	21-40 saat (c)	70	1,00	5,13	6,00	4,90	1,22			
	41-60 saat (d)	36	1,25	5,38	6,00	4,79	1,51			
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,50	5,38	6,00	4,66	1,51			

*F: Varyans analizi test istatistiği, X^2: Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0,05, **p<0,01, p<0,001*

Hemşirelerin aylık toplam fazladan çalışma saatleri ile HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için Varyans analizi (ANOVA), normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır(Tablo 4-16).

Analiz sonucunda hemşirelerin aylık toplam fazladan çalışma saatleri ile YDY, MAGD, KÖK, FOU alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Analiz sonucunda hemşirelerin aylık toplam fazladan çalışma saatleri ile ölçek toplamından ve MHŞ, STKS, KZ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p<0,05, p<0,01 ve p<0,001) belirlenmiştir. Bonferroni analizi sonucunda ölçek toplamından ve MHŞ alt boyutu için farklılık 0 saat ile 20 saat ve altı, 21-40 saat ile 20 saat ve altı, 41-60 saat ile 20 saat ve altı arasında olduğu ve 20 saat ve altı olanlar daha az olduğu, STKS alt boyutu için farklılık 0 saat ile 20 saat ve altı arasında olduğu ve 20 saat ve altı olanların daha az, KZalt boyutu için farklılığın 20 saat ve altı olanlardan kaynaklandığı ve 20 saat ve altında olanların diğerlerine göre daha az puan aldığı görülmüştür.

Tablo 4-17: Hemşirelerin Aylık Toplam Fazla Çalışma Saatleri ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	F	p	Bonferroni
HİİHÇODÖ Toplam	0 saat (a)	121	1,16	2,55	3,97	2,47	0,56			
	20 saat ve altı (b)	33	1,23	2,32	3,97	2,39	0,57			
	21-40 saat (c)	70	1,26	2,39	3,71	2,43	0,54	0,917	0,454	
	41-60 saat (d)	36	1,10	2,74	3,58	2,62	0,61			
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,45	2,52	3,16	2,43	0,53			
HYKTG	0 saat (a)	121	1,00	2,22	4,00	2,27	0,63			
	20 saat ve altı (b)	33	1,11	2,11	3,89	2,26	0,69			
	21-40 saat (c)	70	1,00	2,11	3,67	2,16	0,52	0,886	0,472	
	41-60 saat (d)	36	1,00	2,33	3,11	2,30	0,54			
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,00	2,17	3,44	2,12	0,56			
KBİGHK	0 saat (a)	121	1,00	3,00	4,00	2,83	0,62			
	20 saat ve altı (b)	33	1,20	2,90	4,00	2,77	0,68			
	21-40 saat (c)	70	1,20	3,00	4,00	2,91	0,61	0,794	0,530	
	41-60 saat (d)	36	1,00	3,05	4,00	3,00	0,70			
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,70	2,90	3,90	2,83	0,63			

Tablo 4-17 (devam):

YHTLÖ	0 saat (a)	121	1,00	2,40	4,00	2,34	0,70	1,257	0,287	
	20 saat ve altı (b)	33	1,00	2,00	4,00	2,22	0,73			
	21-40 saat (c)	70	1,00	2,00	3,40	2,16	0,71			
	41-60 saat (d)	36	1,00	2,70	3,60	2,39	0,71			
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,00	2,30	3,00	2,17	0,66			
İGDKY	0 saat (a)	121	1,00	2,00	4,00	1,95	0,74	2,580	**0,038***	c<d
	20 saat ve altı (b)	33	1,00	1,75	4,00	1,89	0,77			
	21-40 saat (c)	70	1,00	1,75	4,00	1,83	0,83			
	41-60 saat (d)	36	1,00	2,25	4,00	2,33	0,85			
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,00	1,88	4,00	2,02	0,88			
HHMİ	0 saat (a)	121	1,00	3,00	4,00	2,76	0,83	3,753	**0,005****	b<d
	20 saat ve altı (b)	33	1,00	2,67	4,00	2,45	0,67			b<e
	21-40 saat (c)	70	1,00	3,00	4,00	2,90	0,77			
	41-60 saat (d)	36	1,00	3,00	4,00	3,06	0,78			
	61 saat ve üzeri (e)	40	1,00	3,00	4,00	3,01	0,64			

*F: Varyans analizi test istatistiği, X^2: Kruskal Wallis test istatistiği, *p<0,05, **p<0,01*

Hemşirelerin aylık toplam fazladan çalışma saatleri ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için Varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır (Tablo 4-17).

Analiz sonucunda hemşirelerin aylık toplam fazladan çalışma saatleri ile ölçek toplamından ve HYKTG, KBİGHK, YHTLÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir.

Analiz sonucunda hemşirelerin aylık toplam fazladan çalışma saatleri ile İGDKY, HHMİ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p<0,05 ve p<0,01) belirlenmiştir. Bonferroni analizi sonucunda İGDKY alt boyutunda alınan puanlar için farklılık 21-40 saat ile 41-60 saat arasında olduğu ve 41-60 saat olanların 21-40 saat olanlara göre daha fazla olduğu, HHMİ alt boyutundan alınan puanlar için farklılık 20 saat ve altı ile 41-60 saat, 20 saat ve altı ile 61 saat ve üzerine olanlar arasında olduğu ve 20 saat ve altı olanların daha az puan aldığı görülmüştür.

Tablo 4-18: Hemşirelerin Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Alma Durumları HÇSPİİGÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	t	p
HÇSPİİGÖ Toplam	Hayır	19	1,64	2,89	4,11	3,00	0,70	-3,439	**0,001****
	Evet	281	1,00	4,09	5,69	3,83	1,04		
MHŞ	Hayır	19	1,00	2,08	3,85	2,07	0,77	-2,205	**0,028***
	Evet	281	1,00	2,62	5,46	2,66	1,14		
STKS	Hayır	19	1,00	2,67	6,00	2,99	1,19	-6,291	**0,000***
	Evet	281	1,00	5,17	6,00	4,84	1,24		
KZ	Hayır	19	1,00	2,40	5,40	2,88	1,33		
	Evet	281	1,00	5,20	6,00	4,50	1,67	-5,040	**0,000***
YDY	Hayır	19	1,00	2,43	4,29	2,48	1,04	-1,624	0,105
	Evet	281	1,00	2,86	6,00	2,94	1,21		
MAGD	Hayır	19	1,80	4,20	6,00	4,08	1,30	-0,791	0,430
	Evet	281	1,00	4,60	6,00	4,33	1,34		
KÖK	Hayır	19	2,20	4,80	6,00	4,56	1,29	-1,253	0,211
	Evet	281	1,00	5,20	6,00	4,91	1,20		
FOU	Hayır	19	1,00	3,75	6,00	3,78	1,58	-3,417	**0,001****
	Evet	281	1,00	5,25	6,00	4,87	1,34		

*t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, *p<0,05, **p<0,01*

Hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumları ile HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır(Tablo 4-18).

Analiz sonucuna göre hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumları ile YDY, MAGD, KÖK alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05)belirlenmiştir.

Analiz sonucuna göre hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumları ile ölçek toplamından ve MHŞ, STKS, KZ, FOU alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p<0,05ve p<0,01) belirlenmiştir. Buna göre eğitim alanların almayanlara göre aldıkları puanların daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 4-19: Hemşirelerin Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Alma Durumları ile HİİHÇODÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırması

		N	Min	Medyan	Max	$\bar{x}$	Ss	t	p
HİİHÇODÖ Toplam	Hayır	19	1,19	2,26	3,23	2,20	0,51	-2,177	**0,030***
	Evet	281	1,10	2,52	3,97	2,48	0,56		
HYKTG	Hayır	19	1,00	2,22	3,22	2,10	0,56		
	Evet	281	1,00	2,22	4,00	2,23	0,59	-0,964	0,336
KBİGHK	Hayır	19	1,00	2,30	3,40	2,42	0,64		
	Evet	281	1,00	3,00	4,00	2,89	0,63	-3,220	**0,001****
YHTLÖ	Hayır	19	1,00	2,00	3,40	2,00	0,64		
	Evet	281	1,00	2,40	4,00	2,29	0,70	-1,741	0,083
İGDKY	Hayır	19	1,00	1,75	3,50	1,92	0,65		
	Evet	281	1,00	2,00	4,00	1,97	0,81	-0,270	0,788
HHMİ	Hayır	19	1,00	2,33	3,67	2,44	0,69	-2,265	**0,024***
	Evet	281	1,00	3,00	4,00	2,86	0,78		

*t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, *p<0,05, **p<0,01*

Hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumları ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için normal dağılıma sahip ölçümler için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır (Tablo 4-19).

Analiz sonucuna göre hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumları ile HYKTG, YHTLÖ, İGDKY alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05)belirlenmiştir.

Analiz sonucuna göre hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumları ile ölçek toplamından ve KBİGHK, HHMİ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p<0,05 ve p<0,01) belirlenmiştir. Buna göre eğitim alanların almayanlara göre aldıkları puanların daha fazla olduğu görülmüştür.

4.4. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE İŞ GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI ARASINDAKİ FARKLILIKLAR

Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinin HÇSPİİGÖ üzerine etkisi çoklu regresyon analizi ile incelenmiş olup Tablo 4-20 ve Tablo 4-21'de verilmiştir.

Tablo 4-20: Kişisel ve Mesleki Özelliklerin HÇSPİİGÖ Üzerine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Bağımlı Değişken HÇSPİİGÖ	Unstandardized		Standardize Beta			%95 güven aralığı							
Bağımsız Değişkenler	ß	Standart hata		T	p	Alt sınır	Üst sınır	VIF	F	Model (p)	R^2	Düzeltilmiş R^2	Durbin Watson
Sabit	2,757	0,713		3,869	**0,000******	1,354	4,160		5,547	**0,000*****	0,295	0,242	1,384
Yaş	0,049	0,031	0,308	1,584	0,114	-0,012	0,111	14,955					
Cinsiyet	0,248	0,139	0,098	1,777	0,077	-0,027	0,522	1,211					
Pozisyon/Görev	0,413	0,209	0,128	1,980	**0,049***	0,002	0,824	1,649					
Çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumu	0,612	0,223	0,144	2,748	**0,006****	0,174	1,050	1,082					
Mesleki deneyim ay	-0,004	0,003	-0,338	-1,616	0,107	-0,009	0,001	17,217					
Şu anda deneyim ay	0,003	0,002	0,188	2,099	**0,037***	0,000	0,006	3,163					
Eğitim=Lise (R)													
Eğitim=Ön lisans	-0,752	0,308	-0,189	-2,438	**0,015***	-1,359	-0,145	2,375					
Eğitim=Lisans	-0,397	0,255	-0,188	-1,558	0,120	-0,898	0,104	5,741					
Eğitim=Yüksek lisans	-0,695	0,269	-0,279	-2,586	**0,010***	-1,224	-0,166	4,604					

Tablo 4-20 (devam):

Eğitim=Diğer	-0,472	0,361	-0,096	-1,306	0,193	-1,183	0,239	2,136					
Çalışılan kurum=Özel (R)													
Çalışılan kurum=Üniversite hastanesi	-0,987	0,208	-0,358	-4,735	**0,000*** **	-1,397	-0,576	2,252					
Çalışılan kurum=Kamu hastanesi	-0,293	0,176	-0,133	-1,661	0,098	-0,639	0,054	2,524					
Günlük çalışma şekli=Nöbetiz													
Günlük çalışma şekli=Sadece nöbet usulü	-0,253	0,184	-0,117	-1,376	0,170	-0,614	0,109	2,835					
Günlük çalışma şekli=Vardiyalı	0,144	0,186	0,068	0,775	0,439	-0,222	0,509	3,074					
Haftalık çalışma saati=40 saat (R)													
Haftalık çalışma saati=41- 45 saat	-0,226	0,265	-0,048	-0,854	0,394	-0,749	0,296	1,230					
Haftalık çalışma saati=46-50 saat	-0,004	0,193	-0,002	-0,020	0,984	-0,383	0,375	2,687					
Haftalık çalışma saati=51 saat ve üzeri	0,345	0,274	0,140	1,256	0,210	-0,195	0,885	4,901					
Aylık toplam fazla çalışma saati=0 saat (R)													
Aylık toplam fazla çalışma saati=20 saat ve altı	-0,395	0,210	-0,119	-1,882	0,061	-0,808	0,018	1,584					
Aylık toplam fazla çalışma saati=21-40 saat	0,056	0,209	0,023	0,269	0,788	-0,355	0,467	2,872					
Aylık toplam fazla çalışma saati=41-60 saat	-0,197	0,267	-0,062	-0,737	0,462	-0,722	0,328	2,763					
Aylık toplam fazla çalışma saati=61 saat ve üzeri	-0,423	0,300	-0,139	-1,412	0,159	-1,013	0,167	3,817					

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Araştırma grubundaki kişisel ve mesleki özelliklerin, HÇSPİİGÖ üzerine etkisinin çoklu regresyon analizi yapılmıştır. F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=5,547, p<0,05). VIF değerlerini değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olup olmadığının kontrolü için hesaplanmaktadır. VIF değerlerine bakıldığında 10 üzerinde değerlere sahip olan bağımsız değişkenlerin olduğu ve çoklu doğrusal bağlantı sorunu olduğu tespit edilmiştir. Durbin Watson test istatistiği, bir regresyon modeli tahmin edildikten sonra artık terimlerin korelasyon halinde olup olmadığını test etmeye yarayan bir sayıdır. Analiz sonucunda Durbin Watson değeri 1,384 olarak hesaplanmış ve bu değerin 1,5 ile 2,5 arasında olmaması otokorelasyon olmadığı varsayımı sağlamadığını göstermektedir. Artıkların normal dağılıma sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-20). Çoklu doğrusal bağlantı sorunun çözülebilmesi ve modelin anlamlı değişkenler ile tekrar kurulabilmesi için Stepwise yöntemi kullanılarak ve elde edilen sonuçlar tabloda verilmiştir (Tablo 4-21).

Tablo 4-21: Kişisel ve Mesleki Özelliklerin HÇSPİİGÖ Üzerine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi-2

Bağımlı Değişken HÇSPİİGÖ	Unstandardized		Standardize Beta			%95 güven aralığı							
Bağımsız Değişkenler	ß	Standart hata		t	p	Alt sınır	Üst sınır	VIF	F	Model (p)	R^2	Düzeltilmiş R^2	Durbin Watson
Sabit	3,774	0,249		15,130	**0,000*** **	3,283	4,265		12,218	**0,000*** **	0,251	0,231	1,286
Çalışılan kurum=Üniversite hastanesi	-1,091	0,191	-0,396	-5,705	**0,000*** **	-1,468	-0,715	1,870					
Günlük çalışma şekli=Sadece nöbet usulü	-0,379	0,116	-0,175	-3,276	**0,001** **	-0,607	-0,151	1,111					
Çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alıp almama durumu	0,635	0,219	0,149	2,906	**0,004** **	0,205	1,065	1,027					
Aylık toplam fazla çalışma saati=20 saat ve altı	-0,437	0,172	-0,132	-2,535	**0,012***	-0,776	-0,098	1,055					
Çalışılan kurum=Kamu hastanesi	-0,451	0,151	-0,205	-2,979	**0,003** **	-0,749	-0,153	1,836					
Pozisyon/Görev	0,338	0,175	0,105	1,937	0,054	-0,005	0,682	1,138					
Eğitim=Yüksek lisans	-0,291	0,128	-0,117	-2,280	**0,023***	-0,542	-0,040	1,023					

Tablo 4-21 (devam):

Şu anda çalışılan kurumdaki deneyim (ay)	0,002	0,001	0,118	2,134	**0,034***	0,000	0,004	1,188					

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Araştırma grubundaki kişisel ve mesleki özelliklerin, HÇSPİİGÖ üzerine etkisinin çoklu regresyon analizi yapılmıştır. F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=12,218, p<0,05). VIF değerlerini değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olup olmadığının kontrolü için hesaplanmaktadır. VIF değerlerine bakıldığında çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmadığı tespit edilmiştir. Durbin Watson test istatistiği, bir regresyon modeli tahmin edildikten sonra artık terimlerin korelasyon halinde olup olmadığını test etmeye yarayan bir sayıdır. Analiz sonucunda Durbin Watson değeri 1,286 olarak hesaplanmış ve bu değerin 1,5 ile 2,5 arasında olmaması otokorelasyon olmadığı varsayımı sağlamadığını göstermektedir. Artıkların normal dağılıma sahip olduğu ve Varyansların homojen olduğu tespit edilmiştir.

Bağımsız değişkenlere ait Beta katsayılarına t değeri ve anlamlılık seviyelerine bakıldığında; çalışılan kurum, günlük çalışma şekli, çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumu, aylık toplam fazla çalışma saati, pozisyon, eğitim ve şu andaki deneyim değişkenlerinin hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir (p<0,05). Değişkenlerin hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği üzerindeki değişimin %23,1'inin modeldeki bağımsız değişkenleri ile açıklandığı görülmektedir (Düzenlenmiş R^2=0,231).

Analiz sonucuna göre çalıştıkları kurumun üniversite hastanesi olanların özel hastanede çalışanlara göre hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeğinden aldıkları ortalama puan -1,091 birim daha az olduğu, çalıştıkları kurumun kamu hastanesi olanların özel hastanede çalışanlara göre hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeğinden aldıkları ortalama puan –0,451 birim daha az olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin günlük çalışma durumu sadece nöbet usulü olanların nöbetsiz sadece gündüz mesaisi şeklinde çalışanlara göre hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeğinden aldıkları ortalama puan -0,379 birim daha az olduğu, çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alanların almayanlara göre hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeğinden aldıkları ortalama puan 0,635 birim daha fazla olduğu, aylık toplam fazla çalışma saati 20 saat ve altı olanların 0 saat olanlara göre hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeğinden aldıkları ortalama puan -0,437 birim daha az, pozisyonu yönetici hemşire olanların hemşire olanlara göre hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeğinden aldıkları ortalama puan 0,338 birim daha fazla, eğitim durumu yüksek lisans olanların lise olanlara göre hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeğinden

aldıkları ortalama puan -0,291 birim daha az olduğu, çalışanların şu anki deneyimlerindeki bir birimlik artışın da hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeğinden aldıkları ortalama puanında 0,002 birim artışa neden olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-21).

4.5. HEMŞİRELERDE HÇSPİİGÖ İLE HİİHÇODÖ TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYİ GÖSTEREN BULGULARIN DAĞILIMI

Hemşirelerin iş güvenliğine ilişkin tutumu ile çalışma ortamını değerlendirmede kullanılan ölçeklerin toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiş olup Tablo 4-22'de verilmiştir.

Tablo 4-22: HÇSPİİGÖ ile HİİHÇODÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

		HİİHÇODÖ	HYKTG	KBİGHK	YHTLÖ	İGDKY	HHMİ
HÇSPİİGÖ	*r*	**0,526*** **	0,311***	**0,669*** **	**0,408*** **	0,196**	**0,492*** **
MHŞ	*r*	**0,405*** **	0,216***	**0,503*** **	0,355***	0,120*	**0,451*** **
STKS	*r*	0,379***	0,203***	**0,521*** **	0,277***	0,116*	0,355***
KZ	*r*	0,251***	0,051	**0,461*** **	0,157***	-0,079	0,367***
YDY	*r*	**0,598*** **	**0,455*** **	**0,567*** **	**0,502*** **	**0,474*** **	**0,453*** **
MAGD	*r*	**0,550*** **	0,395***	**0,666*** **	0,396***	0,249***	**0,432*** **
KÖK	*r*	0,376***	0,205***	**0,526*** **	0,288***	**0,134***	0,275***
FOU	*r*	**0,462*** **	0,294***	**0,632*** **	0,313***	0,133*	0,383***

*r: Pearson korelasyon katsayısı, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001*

HÇSPİİGÖ ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığı normal dağılıma sahip ölçümler için Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir (Tablo 4-22). Analiz sonucuna göre ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde olumlu ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki (r=0,526, p=0,000), HÇSPİİGÖ ile HYKTG arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,311, p<0,05), HÇSPİİGÖ ile KBİGHK arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu

yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,669, p<0,05), HÇSPİİGÖ ile YHTLÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,408, p<0,05), HÇSPİİGÖ ile İGDKY arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,196, p<0,05), HÇSPİİGÖ ile HHMİ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,492, p<0,05) olduğu saptanmıştır.

HİİHÇODÖ ile MHŞ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,405, p<0,05), MHŞ ile HYKTG arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,216, p<0,05), MHŞ ile KBİGHK arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,503, p<0,05), MHŞ ile YHTLÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,355, p<0,05), MHŞ ile İGDKY arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,120, p<0,05), MHŞ ile HHMİ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,451, p<0,05) olduğu saptanmıştır.

HİİHÇODÖ ile STKS arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,379, p<0,05), STKS ile HYKTG arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,203, p<0,05), STKS ile KBİGHK arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,521, p<0,05), STKS ile YHTLÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=277, p<0,05), STKS ile İGDKY arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,116, p<0,05), STKS ile HHMİ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,367, p<0,05) olduğu saptanmıştır.

HİİHÇODÖ ile KZ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,251, p<0,05), KZ ile HYKTG arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı, KZ ile KBİGHK arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,461, p<0,05), KZ ile YHTLÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,157, p<0,05), KZ ile İGDKY arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı (p>0,05), KZ ile HHMİ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,367, p<0,05) olduğu saptanmıştır.

HİİHÇODÖ ile YDY arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,598, p<0,05), YDY ile HYKTG arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,455, p<0,05), YDY ile KBİGHK arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,567, p<0,05), YDY ile YHTLÖ arasında

istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,502, p<0,05), YDY ile İGDKY arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,474, p<0,05), YDY ile HHMİ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,453, p<0,05) olduğu saptanmıştır.

HİİHÇODÖ ile MAGD arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,550, p<0,05), MAGD ile HYKTG arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,395, p<0,05), MAGD ile KBİGHK arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,666, p<0,05), MAGD ile YHTLÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,396, p<0,05), MAGD ile İGDKY arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,249, p<0,05), MAGD ile HHMİ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,432, p<0,05) olduğu saptanmıştır.

HİİHÇODÖ ile KÖK arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,376, p<0,05), KÖK ile HYKTG arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,205, p<0,05), KÖK ile KBİGHK arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,526, p<0,05), KÖK ile YHTLÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,288, p<0,05), KÖK ile İGDKY arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,134, p<0,05), KÖK ile HHMİ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,275, p<0,05) olduğu saptanmıştır.

HİİHÇODÖ ile FOU arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,462, p<0,05), FOU ile HYKTG arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,294, p<0,05), FOU ile KBİGHK arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0,632, p<0,05), FOU ile YHTLÖ özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,313, p<0,05), FOU ile İGDKY arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,133, p<0,05), FOU ile HHMİ arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki (r=0,383, p<0,05) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4-23: HİİHÇODÖ'nün HÇSPİİGÖ Üzerine Etkisinin Basit Regresyon Analizi ile İncelenmesi

		Unstandardized		Standardize Beta			%95 güven aralığı						
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	ß	Standart hata		t	p	Alt sınır	Üst sınır	F	Model (p)	R^2	Düzeltilmiş R^2	Durbin Watson
HÇSPİİGÖ	Sabit	1,378	0,231		5,976	**0,000*** **	0,924	1,832	113,845	**0,000*** **	0,276	0,274	1,153
	HİİHÇODÖ	0,974	0,091	0,526	10,670	**0,000*** **	0,794	1,153					

***p<0,001

Araştırmada HİİHÇODÖ'nün HÇSPİİGÖ üzerine etkisini açıklamak üzere basit regresyon analizi yapılmıştır (Tablo 4-23). F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=113,845; p=0,000). Modelde varsayım kontrolü yapılmış, standart hataların normal dağılıma sahip olduğu (p>0,05), Varyansların homojen dağılıma sahip olduğu bulunmuştur.

Bağımsız değişkenlere ait Beta katsayılarına t değeri ve anlamlılık seviyelerine bakıldığında; HİİHÇODÖ'nün HÇSPİİGÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu (p<0,05) görülmektedir. Buna göre hemşirelerin HİİHÇODÖ'den aldıkları puandaki bir birimlik artış, HÇSPİİGÖ ortalama puanında 0,974 birim artışa neden olmaktadır. Ayrıca HÇSPİİGÖ'nün, HİİHÇODÖ ile açıklanma oranı ise %27,6'dır.

4.6. HEMŞİRELERİN İŞ GÜVENLİĞİ TUTUMLARINI ETKİLEYEN ETMENLERE İLİŞKİN BULGULARIN DAĞILIMI

Hemşirelerin iş güvenliği tutumlarını etkileyen etmenlere ilişkin bulguların dağılımı Tablo 4-24 ve Tablo 4-25'te verilmiştir.

Tablo 4-24: HİİHÇODÖ Alt Boyutlarının HÇSPİİGÖ Üzerine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi

		Unstandardized		Standardize Beta			%95 güven aralığı							
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	ß	Standart hata		T	p	Alt sınır	Üst sınır	VIF	F	Model (p)	R^2	Düzeltilmiş R^2	Durbin Watson
HÇSPİİGÖ	Sabit	0,850	0,206		4,116	**0,000*** **	0,443	1,256		57,336	**0,000*** **	0,494	0,485	1,669
	HYKTG	-0,595	0,134	-0,340	-4,447	**0,000*** **	-0,858	-0,332	3,389					
	KBİGHK	1,159	0,104	0,712	11,165	**0,000*** **	0,955	1,364	2,362					
	YHTLÖ	0,333	0,115	0,225	2,905	**0,004** **	0,107	0,559	3,483					
	İGDKY	-0,079	0,073	-0,061	-1,084	0,279	-0,223	0,065	1,858					
	HHMİ	0,117	0,078	0,088	1,508	0,133	-0,036	0,270	1,991					

**p<0,01, ***p<0,001

Araştırmada HİİHÇODÖ alt boyutlarının, HÇSPİİGÖ üzerine etkisini açıklamak üzere çoklu regresyon analizi yapılmıştır (Tablo 4-22). F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=113,845; p=0,000, p<0,05). Modelde varsayım kontrolü yapılmış, çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmadığı (VIF<10), otokorelasyonun olmadığı (1,5<1,764<2,5), ve standart hataların normal dağılıma sahip olduğu (p>0,05), Varyansların homojen olduğu bulunmuştur.

Bağımsız değişkenlere ait Beta katsayılarına t değeri ve anlamlılık seviyelerine bakıldığında; HİİHÇODÖ'nün HYKTG, KBİGHK, YHTLÖ alt boyutlarının, HÇSPİİGÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu (p<0,05), İGDKY, HHMİ alt boyutlarının, HÇSPİİGÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı (p>0,05) görülmektedir. Modelde anlamsız değişkenler Stepwise yöntemi uygulanarak çıkarılmış, anlamlı olan değişkenlerin doğru etki katsayıları ile final modeli elde edilmiştir (Tablo 4-24).

Tablo 4-25:HİİHÇODÖ Alt Boyutlarının HÇSPİİGÖ Üzerine Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi-2

		Unstandardized		Standardize Beta			%95 güven aralığı							
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	ß	Standart hata		T	p	Alt sınır	Üst sınır	VIF	F	Model (p)	R^2	Düzeltilmiş R^2	Durbin Watson
HÇSPİİGÖ	Sabit	0,883	0,205		4,309	**0,000*** **	0,480	1,286		94,010	**0,000*** **	0,488	0,483	1,654
	HYKTG	-0,629	0,130	-0,359	-4,850	**0,000*** **	-0,884	-0,374	3,172					
	KBİGHK	1,241	0,091	0,762	13,615	**0,000*** **	1,062	1,421	1,813					
	YHTLÖ	0,326	0,108	0,220	3,032	**0,003** **	0,114	0,538	3,048					

**p<0,01, ***p<0,001

Buna göre final modelde Bağımsız değişkenlere ait Beta katsayılarına t değeri ve anlamlılık seviyelerine bakıldığında; HİİHÇODÖ'nün HYKTG, KBİGHK, HÇSPİİGÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu(p<0,05)görülmektedir. Buna göre hemşirelerin HYKTG alt boyutundan aldıkları puandaki bir birimlik artış, HÇSPİİGÖ ortalama puanında -0,629 birim azalışa, hemşirelerin KBİGHK alt boyutundan aldıkları puandaki bir birimlik artış, HÇSPİİGÖ ortalama puanında 1,241 birim artışa, hemşirelerin YHTLÖ alt boyutundan aldıkları puandaki bir birimlik artış, HÇSPİİGÖ ortalama puanında 0,326 birim artışa neden olmaktadır. Ayrıca HÇSPİİGÖ alt boyutlarının, HİİHÇODÖ ile açıklanma oranı ise %48,3'tür (Tablo 4-25).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, kamu, üniversite, özel hastanelerde çalışan hemşirelere yönelik iş güvenliğine yönelik uygulamaların, bu uygulamaları etkilediği öngörülen kişisel ve mesleki özelliklerin belirlenerek, iş güvenliği ile hemşirelerin çalışma ortamına yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmada toplam 300 hemşireden veri toplanmış ve analizlerden elde edilen sonuçlar bulgular bölümünde paylaşılmıştır. Bu bölümde ise yapılan analizler sonucunda elde edilen bulguların ilgili alan yazın çerçevesinde tartışılmasına aşağıdaki sıralama ile yer verilmiştir;

- Ölçeklerden alınan puanların karşılaştırılması

- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HÇSPİİGÖ arasındaki farklılıkların tartışılması

- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HİİHÇODÖ arasındaki farklılıkların tartışılması

- Hemşirelerin iş güvenliği tutumlarını etkileyen etmenlere ilişkin bulguların tartışılması

5.1. ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Terzi ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada HÇSPİİGÖ puan ortalaması (2,23±0,72) bulunmuştur. Alt boyutlarda en yüksek puanı (3,09±1,34) KÖK alt boyutu, en düşük puanı ise (1,65±0,65) MHŞ alt boyutu almıştır. Samur (2014) "Hemşirelerin iş güvenliğini belirleyen etmenler: çalışma ortamı, sosyodemografik ve çalışma özellikleri" isimli çalışmasında HÇSPİİGÖ puan ortalamasını (3,02±0,07) olarak bulunmuştur. HÇSPİİGÖ alt boyutlarından en yüksek puanı (3,66± 0,1) KÖK alt boyutu, en düşük puanı ise (2,5±0,11) MHŞ alt boyutu almıştır. Bu çalışmada ise HÇSPİİGÖ puan ortalaması daha yüksek (3,78±1,04) bulunurken, alt boyutlarda Samur (2014)'un çalışmasına benzer şekilde en yüksek puanı (4,89±1,2) KÖK alt boyutu alırken, en düşük puanı ise (2,62±1,13) MHŞ alt boyutu almıştır.

Doğu-Kökcü ve Terzi'nin (2018) yaptıkları çalışmada HİİHÇODÖ puan ortalaması (2,43±0,38) bulunmuştur. Çalışmada alt boyutlardan en yüksek puanı (2,61±0,42) KBİGHK alt boyutu, en düşük puanı ise (1,98±0,52) İGDKY alt boyutu almıştır. Samur'un (2014) çalışmasında HİİHÇODÖ puan ortalaması (2,19±0,03) bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarından en düşük puan (1,72±0,03) ile İGDKY alt boyutunda, en yüksek puan ise (2,54±0,03) ile KBİGHK alt boyutunda bulunmuştur. Bu çalışmada ise HİİHÇODÖ puan ortalaması diğer çalışmalara göre daha yüksek (3,97±0,56) bulunurken, alt boyutlarda yapılan diğer iki çalışmaya benzer şekilde en yüksek puanı (2,86±0,64) KBİGHK alt boyutu alırken, en düşük puanı ise (1,97±0,80) İGDKY alt boyutu almıştır.

5.2. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE HÇSPİİGÖ ARASINDAKİ FARKLILIKLARIN TARTIŞILMASI

Durdu (2019) yaptığı çalışmada *cinsiyet* değişkeni ile HÇSPİİGÖ, MHŞ alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ve erkek hemşirelerin aldıkları puanların kadın hemşirelere göre yüksek olduğu görülmüştür. Dikmetaş-Yaradan ve diğerlerinin (2013) yapmış oldukları çalışmada da çalışanların İSG bilgi düzeyleri ile cinsiyete bağlı olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür. Lefkoşa'da 594 hemşirenin katılımı ile yapılan bir çalışmada da kadın hemşirelerin MHŞ alt boyutundan aldıkları puan erkeklere göre anlamlı olarak düşüktür (Çil, 2016). İzmir'de bir devlet hastanesinde 137 sağlık personelinde yapılan çalışmada da kadınların puanları erkeklere göre anlamlı düşük bulunmuştur (Karaer ve Özmen 2016). Bu çalışmada da benzer şekilde hemşirelerin cinsiyetleri ile HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, KZ, MAGD, FOU alt boyutlarından alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır ve erkeklerin aldıkları puanların kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılık, erkeklerin iş güvenliğine ilişkin uygulamalara, kaza ve zehirlenme gibi olumsuz durumlara, güvenlikle ilgili fizik yapı ve donanıma daha duyarlı olduklarını düşündürmüştür.

Durdu'nun (2019) çalışmasında *eğitim durumuna* göre HÇSPİİGÖ, KÖK, KZ alt boyutundan alınan puanlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmış, öğrenim düzeyi sağlık meslek lisesi olan hemşirelerin puanlarının lisans ve lisansüstü olan hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu ve ön lisans mezunlarının puanları da lisansüstü mezunlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Uçak'ın (2011) yapmış olduğu çalışmada, ön lisans mezunları kesici delici alet yaralanması, kan vücut sıvısı sıçraması, şiddet ve kas iskelet sistemi yaralanmalarına en sık maruz kalan grup olarak

belirlenmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin eğitim durumlarının HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutları ile karşılaştırılmasında STKS, KÖK, FOU alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Anlamlı farklılığın STKS'de eğitim durumu ön lisans-lise, ön lisans ve diğer arasında olduğu ve ön lisans olanların aldıkları puanların lise ve diğere göre daha az olduğu, KÖK için farklılık eğitim durumu lise ve yüksek lisans olanlar arasında ve yüksek lisans olanların lise olanlara göre daha az puan aldığı, FOU için farklılık eğitim durumu lisans ve yüksek lisans olanlar arasında ve yüksek lisans olanların lisans olanlara göre daha az puan aldığı görülmüştür.

Çil (2016) yaptığı çalışmasında hemşirelerin *görev yaptıkları hastaneler* ile HÇSPİİGÖ, MHŞ, STKS, KZ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Çalışmada üniversite hastanesinde görev yapan hemşirelerin devlet hastanelerinde görevli hemşirelere göre bu alt boyutlardan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Victorian Auditor (2013) çalışmasında, devlet hastanelerinin İSG açısından daha riskli bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Bu araştırmaya göre, devlet hastanelerinde İSG'ye yeterince önem verilmediği ve İSG konusunda gerekli sorumlulukların yerine getirilmediği görülmüştür. Öztürk ve diğerlerinin (2012) yapmış olduğu çalışmada, sağlık personelinin değerlendirmesine göre devlet hastanelerinde iş güvenliğinin sağlandığı, ancak MHŞ, YDY düzeyinde iş güvenliğinin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Dikmetaş-Yaradan ve diğerlerinin (2013) yaptığı çalışmada, çalışanların iş güvenliğine ilişkin algılarında birimlerine göre farklılıklar bulunmamıştır. Üniversite Hastanesinde görevli hemşirelerin diğer hastanelerdeki hemşirelere göre bu alt boyutlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almış olması kurumda hasta ve çalışan güvenliğine yönelik çalışanlara eğitim verildiğini ve yönetimin İSG'ye önem verdiğini düşündürebilir. Bu çalışmada ise hemşirelerin çalıştıkları kurum değişkeni ile HÇSPİİGÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Anlamlı farklılığın tüm gruplar arasında olduğu ve alınan puanların sırasının en yüksek özel hastanede çalışanların, daha sonra kamu hastaneleri ve en az ise üniversite hastanesinde çalışanlar olduğu görülmüştür. MHŞ, STKS, KZ alt boyutlarından alınan puanlar için farklılığın üniversite hastanesinde çalışanlardan kaynaklandığı ve üniversite hastanelerinde çalışanların özel ve kamu hastanesinde çalışanlara göre daha az puan aldığı belirlenmiştir. FOU alt boyutu için ise farklılığın özel hastanelerde çalışanların aldıkları puanlardan kaynaklandığı ve özel hastanelerde çalışanların, kamu ve üniversite hastanesinde çalışanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Elçin (2020) yaptığı çalışmada, hemşirelerin çalıştıkları *pozisyon* ile HÇSPİİGÖ'den elde ettikleri puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğunu ve farkın destek ve idari hizmetlerde çalışan personeller ile hekim ve hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunduğunu saptamıştır. Chiodi ve arkadaşlarının (2007) Brezilya'da yaptıkları çalışmada, en riskli grubun hemşireler olduğu belirlenmiştir. Kılıç'ın (2014) çalışmasında, hemşirelerin daha fazla İK ve MH geçirdiği görülmüştür. Yasobant ve Rajkumar'ın (2014) Hindistan'ın Chennai kentinde 3.basamak bir hastanede yaptığı çalışmada, en riskli grubun hemşireler olduğu belirlenmiştir. Tekin'in (2017) çalışmasında da hemşirelerin %45,32'sinin İK geçirdiği belirtilmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin pozisyonları değişkeni ile HÇSPİİGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Yönetici hemşire olanların hemşirelere göre HÇSPİİGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların daha fazla olduğu görülmüştür.

Durdu (2019) çalışmasında hemşirelerin *çalışma şekline* göre HÇSPİİGÖ MHŞ, STKS, KZ, YDY, MAGD, KÖK, FOU alt boyutlarından ve ölçek toplamından alınan puanlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptamamıştır. Tan ve diğerlerinin (2012) yapmış olduğu çalışmada, gündüz çalışan hemşirelerin HÇSPİİGÖ alt boyutlarından, HHMİ, MAGD ve toplam puan ortalamaları gece çalışan hemşirelere göre yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu çalışmada hemşirelerin günlük çalışma şekli ile HÇSPİİGÖ, MHŞ, STKS, KZ, YDY, KÖK, FOU uygunluğu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Anlamlı farklılığın HÇSPİİGÖ, KÖK ve FOU alt boyutları için farklılığın sadece nöbet usulü çalışanlardan kaynaklandığı, nöbetsiz sadece gündüz mesaisi ve vardiyalı çalışanlara göre aldıkları puanların daha az olduğu bulunmuştur. MHŞ, STKS alt boyutları için farklılığın nöbetsiz sadece gündüz mesaisi şeklinde çalışanlardan kaynaklandığı, sadece nöbet usulü ve vardiyalı çalışanlara göre daha fazla puan aldıkları görülmüştür. KZ alt boyutundan alınan puanlar için farklılık sadece nöbet usulü ile vardiyalı çalışanlar arasında olduğu ve vardiyalı çalışanların sadece nöbet usulü çalışanlara göre daha fazla puan aldığı saptanmıştır. YDY alt boyutundan alınan puanlar için farklılık sadece nöbet usulü ile nöbetsiz sadece gündüz mesaisi çalışanlar arasında olduğu ve nöbetsiz sadece gündüz mesaisi çalışanların sadece nöbet usulü çalışanlara göre daha fazla puan aldığı görülmüştür.

Haftalık çalışma saatleri ile HÇSPİİGÖ'nün karşılaştırıldığı çalışmaya alan yazında rastlanmamıştır. Bu çalışmada hemşirelerin *haftalık çalışma saatlerine* göre HÇSPİİGÖ alt

boyutlarından olan yönetsel destek ve yaklaşımlar alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Anlamlı farklılığın 40 saat ile 51 saat ve üzeri, 41-45 saat ile 51 saat ve üzeri arasında olduğu ve 51 saat ve üzeri çalışanların 40 ve 41-45 saat çalışanlara göre daha fazla puan aldığı görülmüştür.

Aylık toplam fazladan çalışma saatleri ile HÇSPİİGÖ'nün karşılaştırıldığı çalışmaya alan yazında rastlanmamıştır. Bu çalışmada hemşirelerin *aylık toplam fazladan çalışma saatleri* ile HÇSPİİGÖ, MHŞ, STKS, KZ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Anlamlı farklılığın HÇSPİİGÖ ve MHŞ alt boyutu için 0 saat ile 20 saat ve altı, 21-40 saat ile 20 saat ve altı, 41-60 saat ile 20 saat ve altı arasında olduğu ve 20 saat ve altı olanlar daha az olduğu, sağlık taraması ve kayıt sistemleri için farklılık 0 saat ile 20 saat ve altı arasında olduğu ve 20 saat ve altı olanların daha az, kazalar ve zehirlenmeler alt boyutu için farklılığın 20 saat ve altı olanlardan kaynaklandığı ve 20 saat ve altında olanların diğerlerine göre daha az puan aldığı görülmüştür.

Çelikkalp ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmalarında, *çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda eğitim alma durumları* ile HÇSPİİGÖ puan ortalaması, STKS, MAGD, KÖK alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Terzi ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmada, İSG eğitimi alan hemşirelerin STKS alt boyut puanları eğitim almayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada da hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumları ile HÇSPİİGÖ, MHŞ, STKS, KZ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Buna göre eğitim alanların almayanlara göre aldıkları puanların daha fazla olduğu görülmüştür.

5.3. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE HİİHÇODÖ ARASINDAKİ FARKLILIKLARIN TARTIŞILMASI

Erdağı ve Özer (2015), Alan ve arkadaşları (2021) yaptıkları çalışmalarında *cinsiyet* ile HİİHÇODÖ ve alt boyutları arasında anlamlı fark saptamamışlardır. Cerayan (2018) ise yaptığı çalışmasında hemşirelerin cinsiyet değişkeni ile iş ortamına yönelik algıları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Bu çalışmada ise hemşirelerin cinsiyetleri ile HİİHÇODÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$)bulunmuştur.

Alan ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışmalarında *eğitim durumu* ile HİİHÇODÖ'nün KBİGHK alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, lise ve ön lisans mezunu hemşirelerin KBİGHK alt boyutu puan ortalamasının lisans ve lisansüstü eğitim mezunlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Tan, Polat ve Şahin (2012) yapmış oldukları bir çalışmada, hemşirelerin eğitim durumu ile HİİHÇODÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ön lisans mezunu olan hemşirelerin kurum (kalite) yönetimi, mesleki ilişkiler ve personel korkuları alt boyutuna ait puan ortalaması daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada, çalışma ortamı toplam puanı ve alt boyut puanları eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında, ölçeğin tüm alt boyutlarının toplam ve ortalama puanlarının, lise veya yüksek lisans derecesine sahip hemşirelerde, lisans derecesine sahip hemşirelerden daha yüksek olarak belirtilmiştir (Asiret ve ark., 2017). Tengilimoğlu, Zekioğlu ve Topçu (2019) tarafından yapılan çalışmada, öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık olduğu, lise ve dengi okul ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören sağlık çalışanlarının sağlıklı çalışma ortamına ilişkin puan ortalamasının, ön lisans ve lisans düzeyinde öğrenim gören sağlık çalışanlarının puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Diğer bir çalışmada da özellikle lisans, yüksek lisans ve doktora derecesine sahip hemşirelerin, hemşire çalışma ortamı puan ortalamasının diğer hemşirelerden yüksek olduğu belirtilmiştir (Falguera ve ark., 2021). Bu çalışmada ise hemşirelerin eğitim durumları ile HİİHÇODÖ ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

Erdağı ve Özer (2015) yaptıkları çalışmalarında *çalıştığı kurum* ile HİİHÇODÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış ve tüm alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmada araştırma hastanelerinde İGDKY alt boyutu hariç diğer alt boyutlarda puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır. Nantsupawat ve ark. (2016) çalışmasında ölçeğin tüm alt boyutlarının en yüksek puan ortalamasına üniversite hastanelerinin sahip olduğunu saptamıştır. Lacher ve ark. (2015) çalışmasında da üniversite hastaneleri ölçeğin tüm alt boyutlarında ortalamanın üzerinde puana sahip olduğu görülmüştür. Bu çalışmada hemşirelerin çalıştıkları kurum değişkeni ile HİİHÇODÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları kurum değişkeni ile HİİHÇODÖ, HYKTG, KBİGHK, YHTLÖ, İGDKY alt boyutlarında aldıkları puanlar için farklılığın özel hastanelerde çalışanlardan kaynaklandığı ve özel hastanelerde çalışanların kamu ve üniversite hastanelerine göre daha fazla puan aldığı görülmüştür. HHMİ alt boyutu için farklılık özel ve kamu

hastanesinden çalışanlar arasında olduğu ve özel hastanede çalışanların kamuda çalışanlara göre daha fazla puan aldığı görülmüştür.

Hemşirelerin *pozisyonlarıyla* ilgili karşılaştırma incelendiğinde; Alan ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışmalarında yönetici hemşirelerin HİİHÇODÖ toplamında ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farkın, yönetici hemşirelerin çalışma koşullarını olumlu algılamalarından kaynaklandığı söylenebilir. Tan, Polat ve Şahin'in (2012) yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin ve sorumlu hemşirelerin de çalışma ortamını olumlu değerlendirdiklerini bildirmişlerdir. Bu çalışmada ise hemşirelerin pozisyonları ile HİİHÇODÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p>0,05$) belirlenmiştir. Yönetici hemşire olanların hemşirelere göre HİİHÇODÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların daha fazla olduğu bulunmuştur.

Erdağı ve Özer (2015) yaptıkları çalışmalarında *çalışma şekli* ile HİİHÇODÖ ve alt boyutları arasında anlamlı fark saptamamıştır. Bu çalışmadan farklı olarak Özbey (2019) yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma şekline göre, HİİHÇODÖ, HYKTG, İGDKY, HHMİ alt boyutlarının anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Sürekli gündüz çalışan hemşirelerin HİİHÇODÖ, HYKTG, İGDKY, HHMİ alt boyutlarının puan ortalamaları vardiyalı çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ise hemşirelerin günlük çalışma şekli ile HİİHÇODÖ, HYKTG, KBİGHK, YHTLÖ, HHMİ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$)saptanmıştır. Anlamlı farklılığın HHMİ alt boyutlarında nöbetsiz sadece gündüz mesaisi ile sadece nöbet usulü çalışanlar arasında ve nöbetsiz sadece gündüz mesaisi çalışanların, sadece nöbet usulü çalışanlara göre daha fazla puan aldığı, HYKTG, YHTLÖ alt boyutları için farklılığın nöbetsiz sadece gündüz mesaisi çalışanlardan kaynaklandığı ve sadece nöbet usulü , vardiyalı çalışanlara göre daha fazla puan aldığı, KBİGHK alt boyutu için farklılık sadece nöbet usulü ile vardiyalı çalışanlar arasında ve vardiyalı çalışanların daha fazla puan aldığı görülmüştür.

Özbey (2019) yaptığı çalışmada *haftalık çalışma saati* ile HİİHÇODÖ, İGDKY alt boyutu arasında anlamlı fark saptamıştır. Haftalık çalışma saati 45 saatten az olanların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ise hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile YDY alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Anlamlı farklılığın 40 saat ile 51 saat ve üzeri, 41-45 saat ile 51 saat ve üzeri arasında olduğu ve 51 saat ve üzeri çalışanların 40 ve 41-45 saat çalışanlara göre daha fazla puan aldığı bulunmuştur. Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile HİİHÇODÖ,

İGDKY ve HHMİ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Anlamlı farklılığın İGDKY için farklılığın 40 saat ile 51 saat ve üzeri, 46-50 saat ile 51 saat ve üzeri arasında olduğu ve 51 saat ve üzeri çalışanların 40 ve 46-50 saat çalışanlara göre daha fazla puan aldığı, HHMİ için farklılığın 40 saat ile 51 saat ve üzeri, 41-45 saat ile 51 saat ve üzeri arasında olduğu ve 51 saat ve üzeri çalışanların 40 ve 41-45 saat çalışanlara göre daha fazla puan aldığı görülmüştür.

Aylak toplam fazladan çalışma saatleri ile HÇSPİİGÖ'nün karşılaştırıldığı çalışmaya alan yazında rastlanmamıştır. Bu çalışmada hemşirelerin *aylık toplam fazladan çalışma saatleri* ile HİİHÇODÖ, İGDKY ve HHMİ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Anlamlı farklılığın İGDKY alt boyutunda alınan puanlar için farklılık 21-40 saat ile 41-60 saat arasında olduğu ve 41-60 saat olanların 21-40 saat olanlara göre daha fazla olduğu, HHİ alt boyutundan alınan puanlar için farklılık 20 saat ve altı ile 41-60 saat, 20 saat ve altı ile 61 saat ve üzerine olanlar arasında olduğu ve 20 saat ve altı olanların daha az puan aldığı bulunmuştur.

Çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma ile HÇSPİİGÖ'nün karşılaştırıldığı çalışmaya alan yazında rastlanmamıştır. Bu çalışmada hemşirelerin *çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumları* ile HİİHÇODÖ, KBİGHK, HHMİ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Buna göre eğitim alanların almayanlara göre aldıkları puanların daha fazla olduğu görülmüştür.

5.4. HEMŞİRELERİN İŞ GÜVENLİĞİ TUTUMLARINI ETKİLEYEN ETMENLERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Samur (2014) çalışmasında HÇSPİİGÖ'nün toplam puanı ile HİİHÇODÖ toplam puanları arasında anlamlı, olumlu yönde ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. HİİHÇODÖ'nün alt boyutlarından HYKTG, KBİGHK, YHTLÖ, HHMİ ile anlamlı, olumlu yönde, zayıf ilişki bulunmuştur. HÇSPİİGÖ'nün STKS, KZ, YDY, MAGD, FOU alt boyutları ile anlamlı, olumlu yönde, zayıf ilişkisi bulunmaktadır. HYKTG, YDY, MAGD alt boyutları arasında anlamlı, olumlu yönde, zayıf ilişki bulunmuştur. Ayrıca YHTLÖ alt boyutunun YDY ile anlamlı, olumlu ve zayıf ilişkili olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise HÇSPİİGÖ ve alt boyutları ile HİİHÇODÖ ve alt boyutları arasında yapılan ilişki analizinde tüm ölçekler ve alt

boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, olumlu yönlü ve zayıf/orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Samur'un (2014) yaptığı çalışmada iş güvenliği risk etmenlerinin belirlenmesi için oluşturulan lojistik regresyon modeli incelendiğinde; HHMİ, şiddete maruziyet ve çalışılan birim türünün iş güvenliği için anlamlı risk etmenleri olduğu görülmüştür. Modelde HHMİ ve şiddete maruziyet olasılıklar oranı sırasıyla 2,25 ve 0,59 olarak bulunmuştur. Dahili birimlerle diğer birimler karşılaştırıldığında cerrahi birimlerin olasılıklar oranı 0,41, yoğun bakımların olasılıklar oranının ise 0,38 olduğu bulunmuştur. Model iş güvenliğini %15,4 olarak açıklamaktadır.

Bu çalışmada yapılan regresyon analizine göre HİİHÇODÖ'nün HÇSPİİGÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Buna göre hemşirelerin HİİHÇODÖ'den aldıkları puandaki bir birimlik artış, HÇSPİİGÖ ortalama puanında 0,974 birim artışa neden olduğu görülmüştür. Ayrıca HÇSPİİGÖ'nün HİİHÇODÖ ile açıklanma oranı ise %27,6'dır. HİİHÇODÖ, HYKTG, KBİGHK, YHTLÖ alt boyutlarının, değişkenlerinin HÇSPİİGÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu ($p<0,05$), İGDKY, HHMİ alt boyutlarının, HÇSPİİGÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır.

HİİHÇODÖ'nün, HYKTG, KBİGHK, YHTLÖ alt boyutlarının, HÇSPİİGÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. Buna göre hemşirelerin HYKTG alt boyutundan aldıkları puandaki bir birimlik artış, HÇSPİİGÖ ortalama puanında -0,629 birim azalışa yol açarken, hemşirelerin KBİGHK alt boyutundan aldıkları puandaki bir birimlik artış, HÇSPİİGÖ ortalama puanında 1,241 birim artışa neden olduğu ve hemşirelerin YHTLÖ alt boyutundan aldıkları puandaki bir birimlik artış, HÇSPİİGÖ ortalama puanında 0,326 birim artışa neden olduğu saptanmıştır. Ayrıca HÇSPİİGÖ alt boyutlarının, HİİHÇODÖ ile açıklanma oranı ise %48,3'tür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanelerde görevli hemşirelerin iş güvenliğine ilişkin tutumları ile çalışma ortamı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda;

-Hemşirelerin cinsiyetleri ile HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutlarının karşılaştırmasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilirken, erkeklerin aldıkları puanların kadınlara göre daha fazla olduğu,

- Hemşirelerin eğitim durumlarının HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutları ile karşılaştırılmasında anlamlı farklılık olduğu saptanırken, alt boyutlarda farklı eğitim düzeylerinin daha yüksek puan aldıkları,

- Hemşirelerin çalıştıkları kurumlar ile HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenirken, bu farklılığın tüm gruplar arasında olduğu ve alınan puanların en yüksek özel hastanede, daha sonra kamu hastaneleri ve en az üniversite hastanesinde olduğu,

- Hemşirelerin pozisyonları ile HÇSPİİGÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanırken, yönetici hemşirelerin hemşirelere göre aldıkları puanların daha fazla olduğu,

- Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile HÇSPİİGÖ alt boyutlarından olan YDY alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenirken, 51 saat ve üzeri çalışanların 40 ve 41-45 saat çalışanlara göre daha fazla puan aldığı,

- Hemşirelerin aylık toplam fazladan çalışma saatleri ile HÇSPİİGÖ, MHŞ, STKS, KZ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülürken, 20 saat ve altında fazla çalışması olanların daha az puan aldıkları,

- Hemşirelerin günlük çalışma şekli ile HÇSPİİGÖ, MHŞ, STKS, KZ, YDY, KÖK, FOU alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenirken, farklı boyutlarda farklı çalışma şekillerinde çalışanların daha yüksek puan aldıkları,

- Hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumları ile HÇSPİİGÖ, MHŞ, STKS, KZ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık olduğu saptanırken, eğitim alanların almayanlara göre aldıkları puanların daha fazla olduğu,

- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile ölçekler arasında yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda, çalışılan kurum, günlük çalışma şekli, çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumu, aylık toplam fazla çalışma saati, pozisyon, eğitim ve şu andaki deneyim değişkenlerinin HÇSPİİGÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu saptanırken, bu değişkenlerin HÇSPİİGÖ üzerindeki etkisinin %23,1 olduğu,

- Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve tüm boyutlarda özel hastane çalışanlarının puan ortalamaları daha yüksek olduğu,

- Hemşirelerin pozisyonları ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenirken, yönetici hemşire olanların hemşirelere göre daha yüksek puan aldığı,

- Hemşirelerin günlük çalışma şekli ile HİİHÇODÖ, HYKTG, KBİGHK, YHTLÖ, HHMİ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve farklı çalışma şekillerinde çalışanların daha yüksek puan aldıkları,

- Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile YDY alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenirken, 51 saat ve üzeri çalışanların 40 ve 41-45 saat çalışanlara göre daha fazla puan aldığı,

- Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile HİİHÇODÖ'nün İGDKY ve HHMİ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanırken, 51 saat ve üzeri çalışanların 40 ve 41-45 saat çalışanlara göre daha fazla puan aldığı,

- Hemşirelerin aylık toplam fazladan çalışma saatleri ile İGDKY ve HHMİ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,

- Hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumları ile HİİHÇODÖ, KBİGHK ve HHMİ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenirken, eğitim alanların almayanlara göre aldıkları puanların daha fazla olduğu,

- HÇSPİİGÖ ve alt boyutları ile HİİHÇODÖ ve alt boyutları arasında yapılan ilişki analizinde tüm ölçekler ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, olumlu yönlü ve zayıf ile orta düzeyde ilişkilerin olduğu,

- Regresyon analizine göre HİİHÇODÖ'nün HÇSPİİGÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu ($p<0,05$) belirlenirken, hemşirelerin HİİHÇODÖ'den aldıkları puandaki bir birimlik artışın, HÇSPİİGÖ ortalama puanında 0,974 birim artışa neden olduğu ve HÇSPİİGÖ'nün, HİİHÇODÖ ile açıklanma oranı ise %27,6 olduğu,

- Hemşirelerin cinsiyetleri ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$),

- Hemşirelerin eğitim durumları ile HİİHÇODÖ toplam ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda ***getirilen öneriler:***

- Kurumdaki iş güvenliği uygulamaları ve çalışanların tutumu, çalışma koşullarını olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle iş güvenliğine önem verilmesi, iş güvenliğine yönelik alınan tedbirler arttırılması ve denetlenmesi,

- Sağlık kurumlarında çalışan sağlığı ve iş güvenliği uygulamalarına ve çalışma yaşamına yansımaları konusunda daha derinlemesine bilgiye ulaşmayı sağlayacak nitel çalışmaların yapılması,

- Sağlık kurumlarında hemşirelerin çalışma koşulları ve çalışan sağlığına yönelik etkileri konusunda daha derinlemesine bilgiye ulaşmayı sağlayacak nitel çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akalp, G. & Yamankaradeniz, N. (2013). İşletmelerde güvenlik kültürünün oluşumunda yönetimin rolü ve önemi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 3(2), 96- 109.

Akca, N., Yılmaz, A.& Işık O. (2014). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: Özel bir tıp merkezi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 1-12.

Akçapınar, M. & İnceboz, T. (2016). Doğumhanelerde çalışan güvenliği ve çalışan güvenliğini etkileyen nedenler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 110-115.

Akgün, S. (2015). Sağlık sektöründe iş kazaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(2), 67-75.

Alan, H., Polat, Ş, Tiryaki-Şen, H. & Öztürk-Yıldırım, T. (2021). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamını değerlendirmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 8(2), 203-213.

Altun-Uğraş, G., Akyolcu, C., Kanat, N., Yüksel, S., Ayoğlu, T., Sayın, Y. & Kanan, N. (2018). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin iş güvenliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 93-101.

Asiret, G. D., Kapucu, S., Kose, T. K., Kurt, B. & Ersoy, N. A. (2017). Attitudes and satisfaction of nurses with the work environment in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 771-780.

Aydın-Aktekin, F. (2010). *İş sağlığı ve güvenliğinin hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.

Aygün, G. (2020). *Bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarının yaşadığı iş kazaları ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.

Beşer, A., & Topçu, S. (2013). Sağlık alanında kişisel koruyucu ekipman kullanımı. *DEUHYO ED*, 6(1), 241-247.

Birgören, B. & Yılmaz, F. (2015). İş sağlığı ve güvenliğinde standartlar ve mevzuat ve çevresinde etkin risk yönetimi ve değerlendirmesi. *Uluslararası Mühendislik Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 7(2), 1-14.

Bostan, S. & Köse A. (2012). Hemşirelerin hasta ve çalışan güvenliği konusunda kurumsal uygulamaları değerlendirmesi bir üniversite hastanesi örneği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 20(1), 10-15.

Camkurt, M.Z. (2007). İşyeri çalışma sistemi ve işyeri fiziksel faktörlerinin iş kazaları üzerindeki etkisi. *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 20(6), 80-106.

Canverdi, Y. (2021). *Üniversitelerde iş sağlığı ve güvenliği.* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Rumeli Üniversitesi.

Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). (2018). Personal Proctective Equipment (PPE): Coaching and training frontline health care professionals. http://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/strive/PPE103-508.pdf, [Ziyaret Tarihi: 11.04.2021].

Cebeci, H. (2013). Hastanelerde iş kazaları ve çalışan güvenliği: Karabük şehir merkezi örneği. *Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi*, 1(1), 62-82.

Centel T. (2005). *İş sağlığı ve güvenliği mevzuatı*, Türkiye Metal Sanayicileri Sendikası (MESS), İstanbul.

Cereyan, M. (2018). *Hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi.

Çelik, E. (2016). *Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğine dair farkındalıklarının incelenmesine yönelik bir alan araştırması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi.

Çelikkalp, Ü., Varol-Saraçoğlu, G., Keloğlu, G. & Bilgiç, Ş. (2016). Hemşirelerin çalışma ortamında iş güvenliği uygulamalarını değerlendirmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin,* 15(5), 408-413.

Çetin, G. (2008). *Hastanelerde çalışan hemşirelerin olumlu iş ortamına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi.

Chiodi, M. B., Marziale, M. P. & Robazzi, M. (2007). Occupational accidents involving biological material among public health workers. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(4), 632-638.

Çil, G. (2016). *Hastanede çalışan hemşirelerin iş güvenliği düzeyinin saptanması*. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi.

Çoban, M. (2019). *İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının hastane çalışanları tarafından değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

Davas, A. (2014). Hastanelerde sağlık çalışanlarının sağlığı. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 29(6), 460-467.

Davas, A., Türk, M. & Yüksel, M. (2016). Çalışma koşulları ile iş kazaları arasındaki ilişkisi: Bir hastane örneği. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 16(60), 67-75.

Demir, B. (2021). Mobbing olgusu ve sağlık kuruluşlarında hemşirelere yönelik mobbing. *Meyad Akademi Dergisi*, 2(1), 84-108.

Devebakan, N. (2007). *Özel sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.

Devebakan, N. & Paşalı, N. (2015). Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi standartlarının çalışan güvenliği açısından çalışanlar tarafından değerlendirilmesi: İzmir ilinde bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 18(2), 123-142.

Dikmetaş-Yardan, E., Köksal, F. & Yardan, T. (2013). Hemşirelerin hastane iş güvenliğine ilişkin algı düzeylerinin araştırılması, *IV. Uluslararası sağlıkta performans ve kalite kongresi*, 2-4 Mayıs 2013, Ankara, Pozitif Matbaa, ISBN: 978-975-590-445-9, 25-36.

Dinç, A. & Aşkın A. (2018). Sağlık çalışanlarının iş sağlığı önlemlerine yönelik görüşlerinin incelenmesi; Çanakkale'de bir kamu hastanesi örneği. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 6(1), 422-432.

Doğu-Kökçü, Ö. & Terzi, B. (2018). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin iş indeksi-çalışma ortamı ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22(2), 66-72.

Doyuk-Kartal, E. (2008). Sağlık personelinde proflaksi. *İ.Ü. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi*, No:61, Şubat 2008, 215-222.

Durdu, İ. (2019). *Hemşirelerde iş güvenliği ve iş yaşam kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.

Durgut, Ş. (1999). *Sağlık kuruluşlarında iş güvenliği ve meslek hastalıkları ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ile S.S.K. İstanbul hastanelerinde iş güvenliği ve meslek hastalıklarına ilişkin bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.

Elçin, G. (2020). *Sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği algısının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi.

Erdağı, S. & Özer, N. (2015). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,(18)2, 94-106.

Eren, O.Ö., Bozkurt, B., Karakaya, G. & Kalyoncu, A.F. (2005). Sağlık personelinde farklı bir meslek hastalığı: Lateks alerjisi. *Astım Alerji İmmünoloji Dergisi*, 3(2), 68-72.

Esin, M.N. & Sezgin, D. (2013). Yoğun bakım ortamında çalışan güvenliği: Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamı ve mesleki riskleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 16(1), 14-20.

Eurostat Statistics Explained. (2021). İş kazaları istatistikleri,https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Accidents_at_work_statistics, [Ziyaret Tarihi: 10.09.21].

Falguera, C. C., De Los Santos, J. A. A., Galabay, J. R., Firmo, C. N., Çarı, K., Rosales, R. A., Mirafuentes, E.C. & Labrague, L. J. (2021). Relationship between nurse practice environment and work outcomes: A survey study in the Philippines. *International Journal of Nursing Practice*, 27(1):e12873.

Göl, E. (2019). *Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde iş yükü, tıbbi hata tutumları ve iş kazaları arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi.

Hakyemez, F. & Kul, M. (2019). Acil serviste çalışan sağlık personelinin çalışan güvenliği algılarının incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 11-21.

Irmak, M. (2019). *Bir üniversite hastanesinde iş kazalarının incelenmesi ve bulanık topsis yöntemi ile alınacak önlemlerin sıralandırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.

International Labour Organization (ILO). (2014). Safety and health at work: A vision for sustainable prevention, *XX. World Congress on Safety and Health at Work*, Germany.

İşler, M. C. (2013). İş sağlığı ve güvenliği eğitimleri ile güvenlik kültürünün iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesindeki etkisi. *T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Müfettişi Yardımcılığı Etüdü*, Ankara.

Kahya, E. & Özkar, D. (2014).*İş güvenliği* (2.Baskı), Osmangazi Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.

Kanbay, Y. & Üstün, B. (2009). Kars ile Artvin illerinde hemşirelerin iş ortamı ile ilgili stresörleri ve kullandıkları başetme yöntemlerinin incelenmesi. *DEUHYO ED*, 2(4), 155-161.

Karacan, E. & Erdoğan, Ö. N. (2011). İşçi sağlığı ve iş güvenliğine insan kaynakları yönetimi fonksiyonları açısından çözümsel bir yaklaşım. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(21), 102-116.

Karaer, G., Özmen, D. (2016) Sağlık çalışanlarının iş güvenliği: Devlet hastanesi örneği. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 8(4), 306-316.

Kaya, K. (2021). Mobbing: Şanlıurfa kadın sağlık çalışanları üzerine ampirik bir çalışma. *Harran Üniversitesi İİBF Dergisi*, 5(7), 101-117.

Kayahan, C. (2008). İşletmelerde bir avantaj unsuru olarak kur korelasyonlarının kullanımı. *Celal Bayar Üniversitesi İİBF Dergisi*, 15(1), 75-84.

Kılıç, T. (2014). *Bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının iş güvenliği algısının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi.

Kişioğlu, A.N., Öztürk, M., Uskun, E. & Kırbıyık, S. (2002). Bir üniversite hastanesinde sağlık personelinde kesici delici yaralanma epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik tutum ve davranışlar. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 22(1), 390-396.

Kocaman, G., Arslan-Yürümezoğlu, H., Uncu, S., Türkmen, E., Göktepe, N. &Seren-İntepeler, Ş. (2018). Türkiye'de hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı standartlarının geliştirmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(1), 30-38.

Koltan, A. (2009). Mesleki kas iskelet sistemi hastalıklarını önlemede bir ergonomik yaklaşım modeli. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 1(1), 20-32.

Konur Ö., Canbakan S., &Çapan N. (2006). Lateks alerjisi. *Solunum Hastalıkları Dergisi*, 17(1), 44-54.

Korkutan, M. (2018). *Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin iş güvenliği algılarının değerlendirilmesi: Fırat Üniversitesi örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi.

Lacher, S., De Geest, S., Denhaerynck, K., Trede, I. & Aussrhofer, D. (2015). The quality of nurses work environment and workforce outcomes from the perspective of swiss allied healthcare assistants and registered nurses: A cross-sectional survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(5), 458- 467.

Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 192-199.

Mollaoğlu, M., Kars-Fertelli, T. & Özkan-Tuncay, F. (2010). Hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(15), 17-30.

Nalbant, Ş. (2006). *Türkiye'de sağlık sektöründe çalışma koşulları ve sendikal örgütlenme hakkı*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.

Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupavat, R., Wichaikhum, O.A., Thienthong, H. & Poghosyan, L. (2016). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review*, 64(1), 91–98.

Oğuz, Ö. (2010). *AB direktifleri ve Türk iş hukukunda iş sağlığı ve güvenliğinde işverenlerin yükümlülükleri ve işçilerin hakları*. Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi.

Öner, S. (2014). *İş sağlığı, iş güvenliği ve sağlık çalışanları*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi.

Örtlek, M. (2017). *Sağlık yöneticilerinde duygusal bağlılık ve iş güvenliği algısı*. Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi.

Özbey, F. (2019). *Çalışma ortamı özellikleri ile hemşirelerin iş performansı ve hastaların bakım memnuniyeti arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.

Özgür, N. (2013). Radyolojik riskler açısından Türkiye'de durum ve korunma yolları. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi*, 65(4), 79-87.

Özkan, Ö. & Emiroğlu, O.N. (2006). Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 43-51.

Öztürk, H. & Babacan, E. (2012). Bir ölçek geliştirme çalışması: Hastanede çalışan sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1), 36-42.

Öztürk, H., Babacan, E. & Anahar, E. (2012). Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 252-268.

Parlar, S. (2008). Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: Sağlıklı çalışma ortamı, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 547-554.

Polat, O. (2016) Şiddet (Violence). *MÜHF-HAD*, 22(1), 15-34.

Resmî Gazete. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 26788. 15.02.2008.

Resmî Gazete. Borçlar Kanunu, 366. 08.05.1926.

Resmî Gazete. Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 28648. 15.05.2013.

Resmî Gazete. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, 27021. 11.10.2008.

Resmî Gazete. Devlet Memurları Kanunu, 12056. 23.07.1965

Resmî Gazete. Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, 30701. 01.03.2019.

Resmî Gazete. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 27897. 06.04.2011.

Resmî Gazete. Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 24480. 01.08.2001.

Resmî Gazete. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 7217. 27.05.1949.

Resmî Gazete. İş Kanunu, 25134. 22.05.2003.

Resmî Gazete. İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, 28512. 29.12.2012.

Resmî Gazete. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 28339. 30.06.2012.

Resmî Gazete. İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, 28532. 18.01.2013.

Resmî Gazete. İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği, 28512. 29.12.2012.

Resmî Gazete. Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Tüzük, 4201. 06.05.1939.

Resmî Gazete. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 26200. 31.05.2006.

Resmî Gazete. Tababet Uzmanlık Yönetmeliği, 14993. 22.03.1974.

Resmî Gazete. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, 25883. 22.07.2005.

Resmî Gazete. Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Kanunu, 17753. 13.07.1982.

Resmî Gazete. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982), 17844. 20.10.1982.

Resmî Gazete. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1489. 06.05.1930.

Resmî Gazete. Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği, 25903. 11.08.2005.

Resmî Gazete. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 17927. 13.01.1983.

Sabuncuoğlu, Z. (2000). *İnsan kaynakları yönetimi*, Ezgi Kitabevi, Bursa, ISBN: 975-7763-853.

Samur, M. (2014). *Hemşirelerin iş güvenliğini belirleyen etmenler: Çalışma ortamı, sosyodemografik ve çalışma özellikleri*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.

Sarıçam, H. (2012). *İş sağlığı ve güvenliği kapsamında hemşirelerin karşılaştığı risk ve tehlikelerin iş stresi düzeyleri üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.

Seymert, E. (2017). *Hastanede çalışan sağlık personeli için iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları*. Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi.

Sezgin-İnce, B. (2008). Hemşire güvenliği: Çalışma ortamı ve riskler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 24(3), 61-71.

Shao, A. T. (2002). *Marketing research: An aid to decision making.* Ohio: South-Western/Thomson Learning, Cincinnati.

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu. (2021). SGK İstatistik Yıllıkları. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari, [Ziyaret Tarihi: 10.09.2021].

Solmaz, M. & Solmaz, T. (2017). Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 147, 156.

Sünter, A.T. (2017). Sağlık çalışanlarında mesleki kas iskelet sistemi hastalıkları. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı-Özel Konular*, 3(2), 85-95.

Şensoy, Ş.İ. (2019). *İş kazalarının çalışma koşulları bağlamında incelenmesi: Bir kamu hastanesi örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi.

Tan, M., Polat, H. & Akgün-Şahin, Z. (2012). Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4(2), 67-79.

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. (2016). *Psikososyal Risk Faktörleri Bilgilendirme Rehberi*, Ankara.

Tekin, M. (2017). *Özel bir sağlık kurumunda çalışan sağlık profesyonellerinin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Üniversitesi.

Tengilimoğlu, D., Zekioğlu, A. & Topçu, H. G. (2019). Sağlık çalışanlarının sağlıklı çalışma ortamına ilişkin algılarının incelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(3), 1-9.

Terzi, B., Polat, Ş., Azizoğlu, F., Ateş, N., Güngörmüş, E. & İşsever, H. (2019). Hemşirelerde iş güvenliğinin bazı değişkenler yönünden incelenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 260-267.

TMMOB Makine Mühendisleri Odası. (2018). *Oda raporu: İşçi sağlığı ve iş güvenliği* (8.baskı). TMMOB Makine Mühendisleri Odası Yayınları, Ankara.

Tozkoparan, G. & Taşoğlu, J. (2011). İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları ile ilgili işgörenlerin tutumlarını belirlemeye yönelik bir araştırma. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(30), 181-209.

Türk Dil Kurumu. (2021). Kaza nedir ? [Ziyaret Tarihi: 22.03.2021], İş kazaları nedir? [Ziyaret Tarihi: 22.03.2021], Çalışma nedir? [Ziyaret Tarihi: 26.04.2021], Ortam nedir? https://tdk.gov.tr/, [Ziyaret Tarihi: 26.04.2021].

Türk Hemşireler Derneği. (2020). ICN. http://www.thder.org.tr/icn, [Ziyaret Tarihi: 06.01.2020].

Türkmen, E., Badır, A., Balcı, S. & Akkuş-Topçu, S. (2011). "Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği"nin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 13(2), 5-20.

Türk Tabipleri Birliği. (TTB). (2008). *Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri.* Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

Tüzüner, V.L. & Özaslan, B.Ö. (2011). Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 40(2), 138-154.

Uçak, A., Kiper, S. & Karabekir, H.S. (2011). Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları ve eğitiminin iş kazalarını azaltma durumuna etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 1(3), 7- 15.

Ulutaşdemir, N., Dokur, M., Bayraktar, N., Bostanoğlu, H., Çopur, E. Ö. & Çolakfakıoğlu, İ. (2015) Gaziantep'te özel bir fabrikada iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin değerlendirilmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 1(1), 1-14.

Ulrich B. (2007). Healthy work environment standards: is your unit up to par? *Nephrology Nursing Journal*. 34(1), 8.

Victorian Auditor-General (2013). *Occupational health and safety risk in public hospitals report*. (Report No: 283). Victorian Auditor-General, Victoria.

Yasobant, S. & Rajkumar, P. (2014). Work-related musculoskeletal disorders among health care professionals: A cross-sectional assessment of risk factors in a tertiary hospital, India. Indian journal of occupational and environmental medicine. 18(2), 75-81.

Yavuz, E. (2009). *Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş sağlığı ve iş güvenliği durumlarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi.

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

Yılmaz, F. (2010). Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği kurulları: Türkiye'de kurulların etkinliği konusunda bir araştırma. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 150- 192.

Yılmaz, F. (2020). İş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemleri. http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/isgyonsissis.pdf, [Ziyaret Tarihi: 12.09.2021].

EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

HASTANELERDE GÖREVLİ HEMŞİRELERİN İŞ GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI İLE ÇALIŞMA ORTAMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Değerli Katılımcı,

"Hastanelerde Görevli Hemşirelerin İş Güvenliğine İlişkin Tutumları İle Çalışma Ortamı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı araştırma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Elif Peker tarafından yürütülmektedir.

Bu araştırmanın amacı hastanelerde görevli hemşirelere yönelik çalışan güvenliği uygulamaları ile kişisel ve mesleki özellikler ve çalışma ortamı arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Araştırmada veri toplama araçları olan "Kişisel Bilgi Formu, Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği, Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği" size online olarak ulaştırılacaktır. Bu formları doldurmak için sizden tahminen 20 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 299 kişi katılacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

İlgi ve katkılarınız için teşekkürler...

EK-2: "Kişisel Bilgi Formu"

1. Yaşınız? …
2. Cinsiyetiniz?

   ( ) Kadın

   ( ) Erkek
3. Eğitim Durumunuz ?

   ( ) Lise

   ( ) Ön Lisans

   ( ) Lisans

   ( ) Yüksek Lisans

   ( ) Diğer …
4. Çalıştığınız Kurum? ( ) Özel Hastane ( ) Üniversite Hastanesi ( ) Kamu Hastanesi
5. Çalıştığınız Birim? …
6. Pozisyonunuz/göreviniz?

   ( ) Hemşire

   ( ) Yönetici Hemşire
7. Mesleki deneyiminiz? ("... yıl" şeklinde belirtiniz, henüz 1 yılı tamamlamadıysanız "... ay" şeklinde belirtiniz.) …
8. Şu anda çalıştığınız hastanedeki deneyiminiz: ("... yıl" şeklinde belirtiniz, henüz 1 yılı tamamlamadıysanız "... ay" şeklinde belirtiniz.) …
9. Günlük çalışma şekliniz:
   ( ) Nöbetsiz sadece gündüz mesaisi
   ( ) Sadece nöbet usulü (16 saat ve 24 saat şeklinde)
   ( ) Vardiyalı
10. Haftalık çalışma saatiniz? …
11. Aylık toplam fazla çalışma saatiniz? …
12. Çalışan sağlığı ve güvenliği eğitimi aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır

EK-3: "Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği"

1. SAĞLIK ÇALIŞANI GÜVENLİĞİ ÖLÇEĞİ KRİTERLERİ	Tamamen Katılıyorum					Kesinlikle Katılmıyorum
1. Çalışanlarda varisler yaygın değildir	6	5	4	3	2	1
2. Ruhsal sorunlar yok denecek kadar azdır (depresyon vb)						
3. Aşırı yorgunluk yok denecek kadar azdır						
4. Uykusuzluk sorunu düşüktür						
5. Bel fıtığı vb. fıtık görülmez						
6. Sindirim sistemi ile ilgili yakınmaları yoktur (kabızlık, ülser vb.)						
7. Duygusal sorunlar çok az görülür (yalnızlık, uyumsuzluk, tükenme vb)						
8. Kol ve bacak ağrılarından şikâyetler azdır						
9. Zihinsel yorgunluk/koordinasyon eksikliği azdır						
10. Alerjik sorunlar yok denecek kadar azdır (dermatit vb.)						
11. Çalışanlar arasında solunum yolu hastalıkları sık görülmez						
12. Enfeksiyon hastalığına yakalanma oranı düşüktür (hepatit, AIDS vb)						
13. Yumuşak doku travması az görülür (iğne batması, bisturi kesiği vb)						
14. İş kazası bildirim formları kullanılmaktadır						
15. Kesici delici alet yaralanma formları kullanılmaktadır						
16. Meslek hastalıkları tespit edilmekte ve formları kullanılmaktadır						
17. İş güvenliğine yönelik kayıt sistemi vardır (Kişisel sağlık formu vb)						
18. Belirli/düzenli aralıklarla kişisel sağlık taraması ve muayenesi yapılmaktadır						
19. İş güvenliği için eğitim programları düzenlenmektedir (stres yönetimi, egzersiz vb.)						
20. Yanık görülmez						
21. Zehirlenme görülmez (etilen oksit, besin, ilaç, radyasyon vb)						
22. Elektrik çarpması görülmez						
23. Kol, bacak, el vb. ezilme, sıkışması az görülür						
24. Düşme görülmez						
25. Motivasyonu ve iş doyumunu arttırıcı uygulamalar yapılmaktadır						
26. Çalışanlardaki psikolojik baskıyı azaltmak için etkinlikler düzenlenmektedir (eğlence/ eğitim toplantıları vb)						
27. İş kazası/meslek hastalığı durumunda kurum gerekli sorumluluğu üstlenir ve çalışanı destekler						
28. Hasta/hemşire oranları uygundur						
29. Yönetime güvenlikle ilgili sorunlar iletildiğinde çözüm geciktirilmez/ acil çözümlenir						
30. Hasta/hekim oranları uygundur						
31. Yönetime güvenlikle ilgili sorunlar iletildiğinde ilgili davranır						
32. Bozuk / sorunlu alet-araçlar kullanılmamaktadır						
33. Kullanılan alet-araçların düzenli kontrolleri ve bakımları yapılmaktadır						
34. Koruyucu malzemeler (eldiven/ gözlük vb.) çok rahat bulunmaktadır						
35. Satın alınan malzeme ve araç kalitelidir (sağlam/güvenilir vb).						
36. Satın alınan ve kullanılan ekipman güvenlik açısından değerlendirilmektedir						
37. Hasta taşıma kuralları vardır ve uygulanmaktadır						
38. Hasta kaldırma kuralları vardır ve uygulanmaktadır						
39. Özel ilaçlar (kemoterapi vb.) için özel talimatlar uygulanmaktadır						
40. Kan vb. sıvılarından korunmak için önlemler alınmaktadır						
41. Toksik, tıbbi atıklar vb. için önlemler alınmaktadır						
42. Işık/ aydınlık uygun ve yeterlidir						
43. Çalışma ortamında ısı ve nem takibi yapılmaktadır						
44. Isı/ ısınma uygun ve yeterlidir						
45. Havalandırma uygun ve yeterlidir						

EK-4: "Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği"

		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Hastanedeki destek hizmetlerinin yeterliliği sayesinde, hastalarıma yeterli zaman ayırabiliyorum.	1	2	3	4
2	Hastanemizde, hekim ve hemşireler arasında iş ilişkileri iyidir.	1	2	3	4
3	Yönetici hemşireler, hemşirelere destek oluyorlar.	1	2	3	4
4	Hemşireler için aktif personel geliştirme ve sürekli eğitim programları vardır.	1	2	3	4
5	Kurumumuzda, kariyer geliştirme ve klinik alanda ilerleme için olanak vardır.	1	2	3	4
6	Hemşireler, hastane politikaları belirlenirken alınan kararlara katılırlar.	1	2	3	4
7	Yönetici hemşireler, yapılan hataları, eleştiri sebebi olarak değil öğrenme fırsatı olarak değerlendirirler.	1	2	3	4
8	Hemşirelerin, hastalarının bakımı ile ilgili sorunlarını/ gereksinimlerini diğer hemşirelerle tartışmak için yeterli zamanı ve olanakları vardır.	1	2	3	4
9	Kaliteli hasta bakımı için hemşire sayısı yeterlidir.	1	2	3	4
10	Yönetici hemşirem iyi bir yönetici ve liderdir.	1	2	3	4
11	Hemşirelik hizmetleri müdürü her an göz önündedir ve gereken her durumda kendisine kolaylıkla ulaşılabilir.	1	2	3	4
12	İşlerin tamamlanması için hemşire sayısı yeterlidir.	1	2	3	4
13	Başarı ile tamamlanan işler/görevler için hemşireler takdir edilir ve ödüllendirilir.	1	2	3	4
14	Yöneticiler tarafından, hemşirelerden yüksek standartlarda ve kaliteli hemşirelik bakımı verilmesi beklenir.	1	2	3	4
15	Hemşirelik hizmetleri müdürü, hastanedeki diğer tepe yöneticileri (genel müdür, başhekim gibi) ile aynı düzeyde otorite ve güce sahiptir).	1	2	3	4
16	Hemşireler ve hekimler pekçok alanda ekip olarak çalışırlar.	1	2	3	4

		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
17	Hemşirelerin, mesleki alanda yükselme olanakları vardır.	1	2	3	4
18	Kurumumuzun, hasta bakımı ile ilgili açık ve net bir hemşirelik felsefesi vardır.	1	2	3	4
19	Kurumumuzda, nitelikli hemşirelerle çalışırız.	1	2	3	4
20	Yönetici hemşire, kurumda yaşanan anlaşmazlıklar ile ilgili karar verirken hemşirelerin arkasında yer alır (anlaşmazlık bir hekim ile olsa bile).	1	2	3	4
21	Yönetici hemşireler, çalışanların görüşlerini ve kaygılarını dinler ve dikkate alır.	1	2	3	4
22	Kurumumuzda, aktif bir kalite geliştirme programı vardır.	1	2	3	4
23	Hemşireler, hastanedeki komitelerde görev alarak yönetime katılırlar (etik komite, enfeksiyon kontrol, kalite geliştirme vb).	1	2	3	4
24	Kurumumuzda, hemşireler ve hekimler arasında ortak çalışma ve işbirliği vardır.	1	2	3	4
25	Yeni işe alınmış hemşireler için klinik rehber hemşirelik (preseptörlük) programı vardır.	1	2	3	4
26	Kurumumuzda, hemşirelik bakımı tıbbi modelden çok hemşirelik modellerine dayalıdır (bütüncül bakım, hemşirelik süreci, hemşirelik tanıları gibi).	1	2	3	4
27	Kurumumuzda, yatak başında çalışan hemşireler de hastane ve hemşirelik komitelerinde yer alır.	1	2	3	4
28	Yönetici hemşireler, hemşirelik hizmetleri ile ilgili uygulamalar ve sorunlarda hemşirelerin de fikrini alırlar.	1	2	3	4
29	Kurumumuzda, tüm hastalar için yazılı ve sürekli güncellenen hemşirelik bakım planları kullanılır.	1	2	3	4
30	Kurumumuzda, bakımın devamlılığını gözeten bir görev dağılımı vardır (Hemşirenin ard arda iki gün aynı hastaya bakım vermesi gibi).	1	2	3	4
31	Kurumumuzda, bakımın planlanmasında hemşirelik tanıları kullanılır.	1	2	3	4

EK-5: Ölçek Kullanım İzinleri

EK-6: Etik Kurul İzni

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

HASTANELERDE GÖREVLİ HEMŞİRELERİN İŞ GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI İLE ÇALIŞMA ORTAMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%19	%18	%6	%10
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%4
2	acikerisim.omu.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%2
4	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
5	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
7	yohed.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☒**Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐**Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Elif PEKER

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☐**Kurum izni gerekmektedir.**

☒ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Elif PEKER

ÖZGEÇMİŞ