



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMINDAKİ RİSKLERE KARŞI TUTUMU  
ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE UYGULANMASI

SİBEL GÜLEN

DANIŞMAN  
PROF. DR ÜLKÜ BAYKAL

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ANABİLİM DALI  
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2020

**TEZ ONAYI**

Bu çalışma 10.07.2020 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

**TEZ JÜRİSİ**

Prof. Dr. Ülkü BAYKAL  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
F.N. Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nevin şAHİN  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
F.N. Hemşirelik Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Handan ALAN  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
F.N. Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM  
Atlas Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Nilgün GÖKTEPE  
Koç Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar 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 olmadığı beyan ederim.

Sibel GÜLEN



## İTHAF

Dürüst ve adil olmayı ilke edinmemi sağlayan ve çalışmanın her kapıyı açacağını bana öğreten babam ve anneme ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini paylaşan, bana rehberlik eden ve her durumda öncelikli öğrencinin kolaylığını düşünmesine hayranlık duyduğum değerli danışman hocam Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'a

Değerli katkıları için tez izleme komitesinde yer alan hocam Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'a ve her görüşmemizde tüm içten samimiyetiyle beni karşılayan hocam Dr. Öğretim Üyesi Nilgün GÖKTEPE'ye

Uzman görüşlerini aldığım değerli hocalarıma,

Çalışma sürecinde bana destek veren tüm meslektaşlarıma,

Katılımcılara ulaşmamda verdikleri destek ve içten samimiyetlerini her zaman hissettiğim değerli arkadaşlarım Feriha AKÇAY'a, Hacer GÜLEN SAVAŞ'a, Yasemin AYDIN'a ve Gülden ŞİMŞEK'e

Uzaktan bana destek veren Uğur GÜLEN'e, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Nurşen ARSLAN'a

Her durumda yanımda hissettiğim ablam Çiler GÜLEN'e, Güler GÜLEN Çömez'e ve teknik uzmanım kardeşim Gürbüz GÜLEN'e

Varlıklarına şükrettiğim annem ve babama her şey için teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	Xİİ
ÖZET .....	Xİİİ
ABSTRACT.....	XV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. Konuya İlişkin Temel Kavramlar .....	5
2.2. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları .....	7
2.2.1. Hemşirelerin Çalışma Koşulları.....	10
2.3. Hastanedeki Tehlike ve Risklerin Özellikleri .....	14
2.3.1. Fiziksel Tehlike ve Riskler .....	14
2.3.2. Kimyasal Tehlike ve Riskler .....	18
2.3.3. Biyolojik Tehlike ve Riskler .....	21
2.3.4. Psikososyal Tehlike ve Riskler .....	22
2.3.5. Ergonomik Tehlike ve Riskler .....	23
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Tehlike ve Risklerin Algılanması .....	24
2.5. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi .....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	30
3.2. Araştırma Soruları.....	30
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	30
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	32
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları .....	32

3.5.1. Bireysel Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	32
3.5.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Taslağı ....	33
3.5.3. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği .....	33
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması .....	34
3.7. Araştırmanın Değerlendirilmesi.....	36
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	36
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri .....	37
4. BULGULAR.....	38
4.1. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeğinin (HÇORKT) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması .....	38
4.1.1. Örneklem Grubunda Yer Alan Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri ...	38
4.1.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeğinin Geçerliği .....	39
4.1.3. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeğinin Güvenirliği .....	49
4.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Risklere Yönelik Tutumları ve Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulgular.....	50
4.2.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri.....	50
4.2.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamında Karşılaştığı Riskler ve Karşılaşma Sıklığına Yönelik Bulgular.....	53
4.2.3. Hemşirelerin Çalışma Ortamında Karşılaştığı Riskli Durumlardan Etkilenme ve Karşı Davranışlarına Yönelik Bulgular.....	54
4.2.4. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu.....	55
4.2.5. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Puan Ortalamaları İle Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	55
4.2.6. Hemşirelerin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Risklere Karşı Tutum Düzeyini Etkileyen Etmenlerin Çoklu Regresyon Analizi İle Değerlendirilmesi .....	70
5. TARTIŞMA .....	77
5.1. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeğinin Geliştirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	77
5.2. Hemşirelerin Risklere Karşı Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Bulguların Tartışılması .....	85
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	94
KAYNAKLAR .....	98

FORMLAR .....	113
ETİK KURUL KARARI .....	125
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	126
ÖZGEÇMİŞ .....	127





## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Çalışma örnekleminin Tabakalı Rastgele yöntemle belirlenmesi.....	31
Tablo 3-2: Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler.....	36
Tablo 4-1: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri.....	38
Tablo 4-2: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin madde toplam puan korelasyonları.....	40
Tablo 4-3:Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin 43 maddeli ikinci aşamadaki madde-toplam ve alt boyut puan korelasyonları.....	43
Tablo 4-4: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam puanı ile alt boyut puanlarının korelasyonu.....	45
Tablo 4-5: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi sonuçları .....	46
Tablo 4-6: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi uyumluluk değerleri .....	47
Tablo 4-7: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyutlarının Test-Tekrar test puan ortalamasının karşılaştırılması ve korelasyonu .....	49
Tablo 4-8: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyutlarının Cronbach alfa güvenirlik katsayısı.....	50
Tablo 4-9: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri.....	51
Tablo 4-10: Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştığı riskler ve karşılaşma sıklığı dağılımları .....	53
Tablo 4-11: Hemşirelerin karşılaştığı riskli durumlardan etkilenme ve karşı davranışlarının dağılımı .....	54
Tablo 4-12: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı .....	55
Tablo 4-13: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin kişisel özellikleriyle karşılaştırılması .....	56
Tablo 4-14: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin mesleki özellikleriyle karşılaştırılması.....	57
Tablo 4-15: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin risk eğitimi alma durumlarıyla karşılaştırılması .....	61

Tablo 4-16: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin risklerle karşılaşma sıklığıyla karşılaştırılması.....	62
Tablo 4-17: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının risklerden etkilenme durumlarıyla karşılaştırılması.....	68
Tablo 4-18: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin karşılaştığı riskli durumlarda gösterdiği davranışlar ile karşılaştırılması .....	69
Tablo 4-19: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam puan ortalamaları üzerinde etkisi olan bağımsız değişkenler: Çoklu regresyon analizi sonuçları.....	71
Tablo 4-20: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalamaları üzerinde etkisi olan bağımsız değişkenler: Çoklu regresyon analizi sonuçları.....	73
Tablo 4-21: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalamaları üzerinde etkisi olan bağımsız değişkenler: Çoklu regresyon analizi sonuçları .....	75

## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 3-1: Araştırma verilerinin toplanması.....35
- Şekil 4-1: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları.....48



**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANA: American Nurses Association

NİOSH: The National Institute for Occupational Safety and Health

THD: Türk Hemşireler Derneği

İLO: International Labour Organization

WHO: World Health Organization

OSHA: Occupational Safety and Health Administration

İSG: İş Sağlığı ve Güvenliği

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

KMO: Kaiser-Meye-Olkin

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

Min: Minimum

Max: Maximum

Ort: Ortalama

SS: Standart Sapma

$\chi^2$ : Ki-kare

$\chi^2/df$ : Ki-kare/serbestlik derecesi

GFI: Goodness of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi)

CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Tahmin Hatalarının Ortalamasının Karekökü)

SRMR: Standardized Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü)

ICC: Intraclass Correlation Coefficient

HÇORKTÖ: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği

## ÖZET

Gülen, S. (2020). Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Uygulanması. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırma, “Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu” ölçeğinin geliştirilmesi amacıyla metodolojik ve hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere karşı tutumları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tasarımda iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın birinci aşamasının evrenini Düzce ilinde yer alan bir üniversite, bir Sağlık Bakanlığı, bir özel hastane ve Kocaeli’de yer alan bir özel hastanede görevli hemşireler (888) oluşturmuştur. Çalışmada, ölçek madde havuzunu oluşturmak amacıyla öncelikle örnekleme oluşturan hastanelerde görevli ve maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemiyle belirlenen 30 hemşire ile bireysel derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşme verileri doğrultusunda oluşturulan madde havuzu değerlendirilerek, 80 maddelik taslak ölçek oluşturulmuştur. Ölçeğin geçerlik-güvenilirlik çalışması, Sağlık Bakanlığı, özel ve üniversite olmak üzere üç hastanede görevli 504 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Ölçek taslağı madde toplam korelasyon analizi sonucunda (<,40) kalan 43 maddeye indirgenmiş ve ölçek taslağı, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi sonucunda “kurumsal yaklaşım” ve “bireysel yaklaşım” boyutları olmak üzere iki faktör yapısına ayrılmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesi 5’li Likert tipinde yapılmakta olup Cronbach alfa katsayısının ölçek toplamında 0,94 kurumsal yaklaşım alt boyutunda 0,94 ve bireysel yaklaşım alt boyutunda 0,88 olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın ikinci aşaması, hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere ilişkin tutumları ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla, Kocaeli ilinde yer alan Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanede görevli 338 hemşire örnekleminde gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada, veri toplama aracı olarak geliştirilen ölçek ve 17 sorudan oluşan kişisel ve mesleki özellikler soru formu kullanılmıştır. Araştırma verileri bilgisayar ortamında, istatistik danışman desteğinde analiz edilmiştir.

Hemşirelerin risklere karşı tutum ölçeğinden ( $3,76 \pm 0,59$ ) ve kurumsal yaklaşım ( $3,58 \pm 0,75$ ) ve bireysel yaklaşım ( $4,01 \pm 0,53$ ) alt boyutlarından aldıkları puanlara göre olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Yapılan regresyon analizi sonucu, ölçek toplam puanda sekiz bağımsız değişkenin (çalışılan kurum, cinsiyet, birimde risk eğitimi alma, kesici/delici/batıcı cisim yaralanmaları, risklere karşı yapacak bir şey olmadığını/elimden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenme ve işini yapma, sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehditle karşılaşma, biyolojik etkenlerden etkilenme, riskli durumlara karşı önlem almayı aksatma) varyansı %39 açıkladığı, kurumsal yaklaşım boyutunda sekiz bağımsız değişkenin (çalışılan kurum, cinsiyet, birimde risk eğitimi alma, kesici/delici/batıcı cisim yaralanmaları, stres, risklere karşı yapacak bir şey olmadığını/elimden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenme ve işini yapma, hasta yakınları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehditle karşılaşma, sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehditle karşılaşma) varyansı %40 açıkladığı ve bireysel yaklaşım boyutunda altı bağımsız değişkenin (çalışılan kurum, biyolojik etkenlerden etkilenme, cinsiyet, medeni durum, kesici/delici/batıcı cisim yaralanmaları, riskli durumlara karşı önlem almayı aksatma) varyansı %19 açıkladığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak araştırmada; ‘‘Hemşirelerin alışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu’’ leğinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere yönelik olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** alışma Ortamı, Hemşire, Risk, Tutum, lek Geliştirme



## ABSTRACT

Gülen, S. (2020). Development and implementation the scale of the attitude of the nurses to risks in working environment. Istanbul University-Cerrahpaşa Institute of Graduate Studies, Nursing Management Program. Doctoral Thesis. Istanbul.

The research was carried out of two phases, which, in order to improve the scale of ‘the attitude of the nurses to risks in working environment’ methodologically and to determine of the attitude of the nurses towards the risks in working environment and affecting causes descriptively.

The universe of first phase of the research was consisted of nurses (888), who work in one public and one private hospital in a university in Düzce and one private hospital in Kocaeli. In the study, primarily nurses who were employed in the hospitals that made up sample and nurses who determined by the maximum diversity sampling method were interviewed in-depth individually in order to create scale substance pool. According to the pool, that was made up by interview data, the 80-item draft scale was created. The study of validity and reliability of the scale was conducted in both public and private 3 hospitals with 504 nurses. The draft scale was reduced remaining 43 item as a result of correlation analysis ( $<.40$ ) and it was divided into two factor structures, “instiutive approach” and “individual approach”, by expository and confirmatory factor analysis. Assessment of the scale is done with 5 Likert type, the Cronbach Alpha coefficient was determined 0.94 in the institutional approach sub dimension and 0.88 in the individual approach sub dimension in the scale sum.

In the second phase of research, in order to designate the attitude of the nurses to risks in working environment and affecting causes, the study was done with 338 nurses who work in both public and private hospitals in Kocaeli. In this stage, the scale which was developed as a data collection tool and questionnaire that was consisted of personal and occupational 17 questions were used. The research data was analyzed in computer environment with the support of statistical consultants.

It was determined that the nurses had a positive attitude based on their scores on the scale of attitude to risks ( $3.76\pm 0.59$ ) and the institutional approach ( $3.58\pm 0.75$ ) and individual approach ( $4.01\pm 0.53$ ). In a consequence of regression analysis, it was determined that eight independent variables (working institution, gender, risk training in the department, sharp object injuries, to acknowledge and do their job because of thought that there is nothing to do against risks/they can’t do anything against them, being faced verbal assault / violence / threat by health workers, being affected by biological factors, neglecting to take precautions against risky situations) explained the variance 39% in total score of the scale, eight independent variables (working institution, gender, risk training in the department, sharp object injuries, stress, to acknowledge and do their job because of thought that there is nothing to do against risks/they can’t do anything against them, being faced verbal assault / violence / threat by patient's relative, being faced verbal assault / violence / threat by patient's relative) explained the variance 40% in the institutional approach, and six independent variables (working institution, being affected by biological factors, gender, marital status, sharp object injuries, neglecting to take precautions against risky situations) explained the variance 19% in the individual approach.

In summary, it was concluded that the scale of “the attitude of the nurses to risks in working environment” is valid and reliable and nurses have positive attitude towards risks that they encountered in working environment.

**Key Words:** Working environment, Nurse, Risk, Attitude, Development of Scale





## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireylerin sosyoekonomik gereksinimlerini karşılama, yaşam kalitesini yükseltebilme, topluma daha yararlı olabilme ve hayatını sürdürebilme gibi nedenlerle çalışmak zorunda olması ve günlük yaşamlarının büyük bölümünü çalışma ortamında geçirmeleri nedeniyle, güvenli bir iş ortamında çalışması en doğal hakkı olarak değerlendirilmektedir (Say 2013). Yıllardır iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çeşitli çalışmalar yürütülmekte olup bu çalışmalar doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamaların sektörlere göre farklılık gösterdiği görülmektedir (Tüzüner ve Özasan 2011).

Sürekli teknolojik olarak gelişen ve hızlı bir değişim içerisinde olan dünyamıza paralel olarak işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği konusundaki anlayışın önemli düzeyde değişiklik göstermesi, çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaları günümüzde oldukça önemli hale getirmiştir. Esnek ve yalın üretim teknolojileri ile birlikte sağlık sektöründe maliyet sınırlama yönünde çabalar, personel kısıtlamaları, geleneksel olmayan istihdam uygulamalarının benimsenmesi, uzun çalışma saatleri, zorunlu fazla mesai, sağlık hizmetinin sunum şekli ve değişen uzmanlık karması, iş yükünün artması, gece çalışma gibi çalışma koşullarının çalışanı doğrudan etkilemesi fiziksel tehlikelerde dahil olmak üzere pek çok riskli durumu ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışma koşullarındaki bu değişikliklerin hasta bakımı üzerindeki olumsuz etkilerine büyük önem verilmesine karşın sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği üzerindeki etkilerinin daha az önemsendiği belirtilmektedir (The National Institute for Occupational Safety and Health 2002).

Son yıllarda tüm dünyada sağlık hizmeti sunan kurumlarda kurumsal kültürün temelini “hasta güvenliği” oluşturmakla birlikte, bu amaca ulaşmanın özünde çalışanların güvenliğinin sağlanmasının yattığı vurgulanmaktadır (Tosun ve ark. 2012b p.17). Kurumların ve sağlık çalışanlarının sayısının giderek artması ve çeşitlenmesi, çalışma süreci ve çalışma yaşamlarındaki risklerin artması, sağlık çalışanlarının sağlığını çok daha önemli ve zorunlu bir gündem konusu haline getirmiştir (Soyer 1999).

Sağlık hizmetleri özellikle hastane ortamları “çok tehlikeli” ve riskli çalışma ortamları olarak kabul edilmektedir (T.C. Resmi Gazete, 26 Aralık 2012, Sayı: 28509).

Hastanelerde karşılaşılan riskler nedeniyle ortaya çıkan bazı çalışan sağlığıyla ilgili sorunlar iş verimini düşürmekte, ekonomik kayıplara, kazaların artmasına ve bakım alan hastaların risk altında kalmasına neden olmaktadır (OSHA 2013a; OSHA 2013b). Amerika Birleşik Devletleri “Ulusal Sağlık Konseyi” hastane çalışanlarında hastalık veya yaralanmadan dolayı izin alma gereksiniminin diğer sektörlerde çalışanlardan %41 daha fazla olduğunu belirtmektedir (OSHA 2010). Kanada Hemşirelik Politikası Ofisi (ONP) yürütmüş olduğu bir çalışmada tam zamanlı olarak çalışan kayıtlı hemşirelerin, diğer meslek gruplarından %83 daha yüksek bir hastalık ve yaralanmaya bağlı devamsızlık oranına sahip olduğunu bildirmektedir. Yüksek devamsızlık oranları hemşirelerin sağlığı, çalıştıkları ortamlar, yaptıkları iş ve nasıl organize edildiği ile ilgili soruları gündeme getirmektedir (The Office of Nursing Policy, Health Canada 2004, Kaynak: Rather ve Sawatzky 2009 p. 1).

Hastanelerde görevli hemşireler, sağlık ekibi içerisinde hasta bireyin ve ailesinin her türlü sağlık sorunuyla 24 saat boyunca öncelikle ilgilenen en yakın konumda olan ve bu nedenle olası riskli durumlardan sağlık ekibi içerisinde en önce etkilenen ve hizmet sunumu sürecinde iletişim açısından kilit rol oynayan sağlık çalışanı konumundadır (Rowland ve Rowland 1997 p. 429; Rhule 2012; OSHA 2013a; ICN 2007). Hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz etmen nedeniyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelenmektedir (ICN 2007). Dokuz ülkenin dahil edildiği hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından hastanelerin %26 ile %44 arasında kötü çalışma ortamlarına sahip olduğu belirtilmektedir (Aiken ve ark. 2011).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklerden etkilenme düzeylerini ortaya çıkarmak amacıyla ortaya koyduğu 2001 ve 2011 yıllarına ilişkin karşılaştırma bulgusunda on yıl geçmesine rağmen bazı etkilenme oranlarının değişmediğini ya da büyüdüğünü belirtmektedir (ANA 2011). ANA'nın 2017 yılında ulusal bir hareket olarak başlattığı “Sağlıklı Hemşire, Sağlıklı Ulus Büyük Mücadelesi” (HNMN) çalışmasında şu ana dek 2017-2018 ve 2018-2019 olmak üzere iki rapor yayınlanmış ve 2019 sonuçlarına göre hemşirelerin güvenliklerinin; işyerinde stres (%79), ağır nesnelere kaldırma/yeniden konumlandırma (hastalar dahil) (%39), uzun süreli ayakta kalma (%17), iğne ucu ve diğer keskin yaralanmalar (%35), yaşam kalitesini etkileyen aşırı yorgunluk (%32), kan yoluyla bulaş (örneğin, HIV veya hepatit) (%31), bulaşıcı hastalık ajanları (örneğin,

tüberküloz) (%28), güvensiz personel (%27), düşme (%26), gürültü seviyesi (%19) olmak üzere önemli oranda risk altında oldukları bildirilmiştir (ANA 2018; ANA 2019).

Çalışma ortamında bulunan riskler ve etkilenme düzeylerine yönelik yapılan birçok çalışmada hemşirelerin sağlık personeli içinde en çok etkilenen grup olduğu belirtilmektedir (Stone ve ark 2004; Vranes ve ark. 2006; Aras 2013; Dişbudak 2013; Gommaa ve ark. 2015; Solmaz ve Solmaz 2015; OSHA 2016). Hemşireler ve hemşirelik yardımcıları özellikle kas iskelet sistemi açısından en çok yaralanma riski taşıyan meslek grupları arasında yer almakta ve 10 hemşirenin 8'i sıklıkla kas-iskelet sistemi ağrısı ile çalıştığını bildirmektedir (OSHA 2013b).

ABD Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH) hastanede 29 tip fiziksel, 25 tip kimyasal, 24 tip biyolojik, 6 tip ergonomik ve 10 tip psikososyal tehlike ve risk olduğunu vurgulamaktadır (Özkan 2005). Ülkemizde hastane ortamının tehlike ve risklerini belirlemeye yönelik araştırma sayısı oldukça sınırlı olmakla birlikte, sağlık çalışanlarını etkileyen tehlike ve risklerin benzer şekilde olduğu görülmektedir (Çalışkan ve Akdur 2001; Özkan 2005; Taşçıoğlu 2007; Mete ve Peker 2011; Karadağ ve Kabasakal 2013; Erkan 2014; Souksu ve ark. 2014).

Konuya ilişkin yapılan ulusal taramalarda sağlık çalışanlarının riskleri nasıl algıladığı ile ilgili araştırmalara rastlamakla birlikte oldukça sınırlı sayıda olduğu görülmektedir (Özkan 2005; Taşçıoğlu 2007; Erkan 2014; Samur 2014). Ancak sağlık çalışanlarına yönelik çalışma ortamı ile ilgili risk algısının belirlenmesinin, onlarda tutum değişikliği yaratmada, sağlık ve güvenlik duygusu geliştirmede ve akılcı önleme planlarını uygulayabilmede temel araç olarak belirtilmektedir (Özkan 2005). Çalışan algısının araştırılması, büyük önem taşımakta ayrıca tutum oluşturmaya dönük tüm güdüleme tekniklerinin can alıcı noktasını oluşturduğundan tutum ölçmeye yönelik araştırmalar açısından da önemli bir veri kaynağı sağlamaktadır (İnceoğlu 2010 p. 85).

İnsanın her tür davranışının kaynağında tutumları yer almaktadır. Tutum kavramı genel olarak bireyin çevresindeki herhangi bir olgu veya nesneye ilişkin sahip olduğu tepki eğilimini göstermektedir (İnceoğlu 2010 pp. 13-16; Hogg ve Vaughan 2017 p.162). Risklerin tanımlanması kadar alınacak önlemlerde gösterilen tutumda büyük önem taşımaktadır. Risk önlemeye yönelik kurumun alması gereken önlemler yanında kişilerin bireysel olarak uygulaması gereken birçok önlem de bulunmaktadır. Hemşirelerin, iş güvenliği ve çalışan sağlığına ilişkin bireysel önlemleri yeterli düzeyde

yerine getirdikleri ancak kurum tarafından alınan önlemleri yetersiz bulduklarını (Çalışkan ve Akdur 2001; Karadağ ve Kabasakal 2013; Öztürk ve Kıracı 2014; Samur 2014; Souksu ve ark. 2014; Akkaya 2015) belirten araştırmaların yanı sıra hemşirelerin karşılaştıkları tehlike ve risklere karşı yeterince önlem almadığını gösteren çalışmalara da rastlanılmaktadır (Platin ve Burgaz 1999; Taşçıoğlu 2007).

Konuya ilişkin bilimsel yazınlar genel olarak değerlendirildiğinde, hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere karşı tutumlarını belirlemeye yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Hemşirelerin iş ve çalışma ortamı risklerini nasıl algıladığı ve önlemeye yönelik tutumlarının belirlenmesine yönelik sadece tanımlayıcı tipte ve az sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışan güvenliği kültürünün sağlık kurumlarında işleyişini ve çalışanların iş riskine yönelik tutumunu belirlemeye yönelik standart ölçüm araçlarının bulunması, uygulamalara işlevsellik kazandırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda çalışma, hastanelerde görevli hemşirelerin çalışma ortamındaki risklere karşı tutumlarını belirlemeye ilişkin geçerli güvenilir bir ölçme aracının geliştirilmesi ve hemşirelerin konuya ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Konuya İlişkin Temel Kavramlar

Bu başlıkta konuya ilişkin, “iş” “işyeri” “çalışma ortamı” “sağlık” “risk” “tehlike” “risk algısı” gibi temel kavramlara ilişkin tanımlar ele alınmıştır.

İş “bir sonuç elde etmek, herhangi bir şey ortaya koymak için güç harcayarak yapılan etkinlik, çalışma” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu). Toplumsal yaşamda işin birincil işlevi mal ve hizmetleri üretmek, dağıtmak olmakla birlikte sosyal ve ekonomik olarak da büyük önemi bulunmakta ve genellikle çalışmanın bireye olan etkisine ve önemine çok daha az dikkat edilmektedir (World Health Organization 2001a). “Bir görevin yapıldığı yer” olarak tanımlanan (TDK) iş yerindeki çalışma ortamı ise “birey ve davranışları üzerinde etkili olan çalışma unsurlarının bütünü” ifade etmektedir (Durgun 2014). Çalışma ortamında yer alan pek çok mesleki etken çalışanlar üzerinde olası sağlık sonuçlarına neden olabilmektedir (Kıran 2003).

Sağlık “sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu” olarak tanımlanmaktadır (WHO 1946). Genel anlamda bakıldığında tam bir iyilik halinden söz edilmektedir. Çalışma ortamında iş ile çalışanın sağlığı arasında iki yönlü bir ilişki söz konusu olmaktadır (WHO 2001a; Bilir 2016). Çalışma yaşamında bireyin üslendiği görev bir yandan çalışanın sağlığı üzerinde etkili olurken, diğer yandan çalışan kişinin sağlığı da iş üzerinde etkili olmaktadır. İşin çalışan sağlığı üzerindeki etkileri genellikle çalışanın olumsuz etkilenmesi şeklinde olmakla birlikte, bazı durumlarda da insanın sağlığını olumlu yönde etkilemesi şeklinde de görülebilmektedir (Bilir 2016 p. 29).

“Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi”, “Avrupa Sosyal Şartı” ve “Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi” gibi evrensel belgelerde bireylerin sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamında çalışma hakkı vurgulanmaktadır. Anayasanın 49. ve 56. maddelerinde; “devletin, çalışanların yaşam kalitesini yükseltmek ve çalışma yaşamını geliştirmek amacıyla, çalışanları korumak ve çalışmayı desteklemenin yanı sıra herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak üzere gerekli önlemleri alacağı” hükmü bulunmaktadır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2014).

İnsanların yaşadıkları ve çalıştıkları ortamlarda sağlık bakımından veya başka yönlerden olumsuz etki yapabilen etmenler bulunmaktadır. Bu etmenler için kimi zaman risk kimi zamanda tehlike terimi kullanılmakta ve bu iki terim eş anlamlı olarak algılanmaktadır (Bilir 2016 p. 85). Tehlike ve risk sözcüklerinin bir biri ile ilintili ancak aynı şeyi ifade etmediği vurgulanmaktadır. “Tehlike” zarar verebilecek her şey anlamına gelirken “risk” bir kimsenin bir tehlikeden küçük ya da büyük zarar görme olasılığı olarak belirtilmektedir (Devebakan 2008 p. 84). Tehlike genel ve soyut bir kavram olmasına karşılık risk bireysel ve somut bir kavram olarak değerlendirilmektedir. Tehlike herhangi bir kişi için söz konusu olurken tehlike etmeni ile karşılaşıldığında belirli bir kişi için risk söz konusu olmaktadır (Bilir 2016 pp.85-86).

İş sağlığı ve güvenliği kanununda tehlike ve risk terimlerinin tanımı şu şekilde verilmektedir. Risk, “Tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma yada başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimali” ve tehlike, “İş yerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek, çalışanı veya işyerini etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyeli” olarak belirtilmiştir (T.C. Resmi Gazete 2012, Sayı 6331).

Risk kavramının disiplinler arası kabul gören tek bir tanımı bulunmamaktadır. Risk farklı alanlarda farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Tanımlara bakıldığında riskin gelecekle ilgili ve kesin olarak öngörülemez olduğu belirtilmektedir. Riskin farklı kavramlar olan belirsizlik, olasılık ve etki ile ilişkisinden söz edilmektedir. Belirsizlik ve olasılık riskin bilinebilirliği ve tahminiyle ilgiliyken, etki riskin sonuçları hakkında olmaktadır (Kızıldağ 2011 p. 17). Yani risk olabirlik, sonucun belirsizliği ve insanların sonuca katılıp katılmamalarının bir bileşimi şeklinde ele alınmaktadır. Riskin söz konusu özellikleri ışığında, “belirsizlik” ve “zararlılığın” tanımında kullanılması gereken iki kilit sözcük olduğu belirtilmektedir (Kalkan ve Deniz 2013).

Tehlike ve risk kavramları sağlığı ve güvenliği olumsuz yönde etkilemesi bakımından önem taşımaktadır (Devebakan 2008 p. 84). Çalışanların riski algılaması doğrudan davranış biçimlerini etkilediğinden risk kavramının sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı açısından önemi üzerinde durulmaktadır (Devebakan 2008 p. 84).

Risk kavramı “insan” ile birlikte anlam kazanmakta ve riskin doğasını anlamak ise ancak insan davranışlarını anlamakla mümkün olmaktadır. Riskin nicel değerinden çok risk altındaki kişinin her türlü tehlikeye karşı tutumu önemli olmaktadır. Riskten

söz edildiğinde öncelikle nelerin kaybedileceği ve bunların sonuçlarının sorgulanması gerekmektedir. Tehlikeyi algılatmadan ve buna yönelik insan davranışlarını değiştirmeden risklerin yönetilmesinin zor olacağı belirtilmektedir (Kalkan ve Deniz 2013).

“Risk algılama” terimi “risk değerlendirme” ve “risk yönetimi” terimleri ile birlikte risk kavramı alan yazında oldukça fazla kullanılmaktadır (Kalkan ve Deniz 2013). Risk algısı, geniş anlamda “bir güvenlik bilinci ve tehlikeleri, bunların meydana gelme olasılıklarını, olayların muhtemel sonuçlarını veya zarar verebilecek olası durumların tamamını kapsayan bir bilinç durumu” olarak tanımlanmaktadır (Martin 2003, Kaynak: Erdoğan ve Ergün 2011, p.176).

## **2.2. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları**

Sağlık çalışanları nerdeyse bütün ülkelerde sektörler arasında en kalabalık gruplardan birini oluşturmaktadır. Bu sektörün en büyük işvereni de ülkelerdeki Sağlık Bakanlığı veya sağlık hizmeti sunan kuruluşlar olmaktadır. Son yıllarda pek çok ülkede yaşanan özelleştirme çalışmalarının sonucu olarak özel sektörde çalışan sağlık personeli sayısı da giderek artış göstermiştir (Bilir 2016 p. 349). Sağlık hizmetlerinin Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ekonomisinin en hızlı büyüyen sektörlerinden biri olduğu, hastanelerin 2011 yılında 6,3 milyon kişiyi istihdam ettiği ve 2000 yılından bu yana bu sayının bir milyondan fazla artış gösterdiği belirtilmektedir (Occupational Safety and Health Administration 2013b; NIOSH 2017).

Sağlık hizmetleri, çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili önemli risklere yol açabilen bir çalışma alanı olarak belirtilmektedir (Ulutasdemir ve ark. 2015). Sağlık çalışanları işyeri ile ilgili olağan etkilere ek olarak, işle ilgili işlevler ve hizmetin özelliğinden kaynaklanan nedenlerden dolayı bir takım risk ve tehlikelerle karşılaşmaktadır (Devebakan 2008; Ndejjo ve ark 2015). Sağlık çalışanları olarak mesleki risklerle karşılaşma olasılığı mesleğe, işin kendisine ve hastanenin ünitesine göre değişiklik göstermektedir (Ulutasdemir ve ark. 2015).

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında sağlık kuruluşlarında çalışanların varlığı toplumun gereksinimlerinin karşılanması açısından yaşamsal önem taşımaktadır (Devebakan 2008 p.13). Sağlık çalışanlarının tehlikelerden etkilenmesini önlemek veya azaltmak mümkün olmakla birlikte sağlık çalışanları işyerinde yaralanma ve

hastalıklarla yaşamaya devam etmektedir (NIOSH 2017). Bunun bilinmesine rağmen sağlık çalışanlarının sağlığı ihmal edilmektedir (Ndejjo ve ark. 2015).

Sağlık hizmetleri konu ile ilgili kaynaklarda en riskli iş kollarından biri olarak gösterilmektedir (Devebakan 2008 p. 13). Hastanelerde yaralanma ve hastalık oranlarının geleneksel olarak tehlikeli olduğu düşünülen inşaat ve imalat sektöründeki oranlardan daha yüksek olduğu belirtilmektedir (OSHA 2013b). İstatistiksel veriler hastanelerin çalışmak için en tehlikeli yerlerden biri olduğunu göstermektedir. 2011 yılında ABD hastaneleri, her 100 tam zamanlı çalışan için 6.8 işle ilgili yaralanma ve hastalık oranı oluşturan 253.700 işle ilgili yaralanma ve hastalık bildirmiştir (OSHA 2013b). Aynı zamanda sağlık ve sosyal yardım endüstrisinin 2017 yılında diğer tüm sektörlerden daha fazla yaralanma ve hastalık vakası bildirdiği görülmüştür (OSHA 2018). Sağlık hizmetleri biyolojik ve kimyasal tehlikelerden etkilenme, işle ilgili stres, şiddet ve taciz bakımından en yüksek oranlara sahip görünmektedir (ILO 2017).

Çalışanların diğer endüstrilerde seyrek görülen farklı zorluklarla ve risklerle karşı karşıya olmaları hastaneleri diğer alanlara göre daha tehlikeli iş yerleri haline getirmektedir (OSHA 2013b). Ergonomik kaynaklı yaralanmalar tüm sektörlerde çalışanlar için önemli bir sağlık riski oluştururken, sağlık sektöründe mesleki yaralanmaların en yaygın nedeni olarak görünmektedir (Ndejjo ve ark. 2015). Hastane çalışanları hareket yeteneği sınırlı olan hastalara bakım sağlarken özellikle kas iskelet sistemi yaralanmaları ile çok fazla karşı karşıya kalmaktadır (OSHA 2013b). Sağlık sektöründe bildirilen tüm yaralanmaların %44'ü aşırı zorlanmadan kaynaklanmakta (Wallis 2015) ve hasta ile etkileşim sonucu ortaya çıkan “kaldırma, bükme, ulaşma veya düşme” gibi hareketleri içeren aşırı güç veya bedensel tepki yaralanmaların en yaygın nedeni olmaktadır. 2011 yılında hasta kaynaklı yaralanmaların %72'sinin kas iskelet sistemi ile ilgili bir yaralanmaya neden olduğu bildirilmektedir (OSHA 2013b). Sağlık çalışanları için özellikle kaygı verici olan bir diğer risk ise bulaş riski olan hastalarla sürekli karşı karşıya olmak ve sıklıkla yaşanan kesici delici alet yaralanmalarıyla bulaş gerçekleşme olasılığı olmaktadır (OSHA 2013b; Ndejjo ve ark 2015; Devebakan 2008 pp.31-35). Hepatit B, bulaşıcı olması bakımından önemli bir hastalık olup sağlık çalışanları için etkilenme sıklığı normal toplumdan 3-8 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Eryılmaz 1999, Kaynak: Çakmak ve ark. 2002 p. 43-44). Hasta güvenliği bakımından enfeksiyon kontrol ve önleme uygulamaları iyi düşünülürken,



sağlık çalışanları için iş sağlığı ve güvenliği yönü ihmal edilme eğiliminde olmaktadır. Fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları olan hastalara hizmet vermenin etkisiyle sıklıkla yaşanan şiddet olayları da başka sektörlere göre dikkat çekici olan bir diğer risk olarak görülmektedir (OSHA 2013b). ABD’nde sağlık çalışanlarına karşı hastaların şiddet oranının diğer hizmet gruplarına göre 16 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (İLO 2017).

Sağlık çalışanları bakımından mesleki sağlık özellikleri “çalışma ortamı”, “çalışma koşulları” ve “çalışma çevresi” temelinde oldukça geniş bir alanı içermektedir. Çalışma zamanları (gece çalışma vb), süreleri (tam zamanlı-kısmi zamanlı, fazla çalışma vb), biçimleri (vardiya, icap nöbet vb), ücret, iş güvencesi, iş yükü ve denetim sistemleri çalışma koşullarını oluştururken; çalışma ilişkileri, psikolojik etkenler, hizmeti alanlar, ekip ilişkileri, örgütsel yapı çalışma çevresini oluşturmaktadır. Sağlık sonuçları bakımından çalışma yaşamına ait her ögenin içindeki olası etkenlerin göz önünde tutulması gerekmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları için mesleki etkenler ve sağlık sonuçlarının çeşitliliği, değerlendirme konusunda güçlükleri de beraberinde getirmektedir (Kıran 2003).

İş sağlığı ve güvenliği, çalışma süresi ve kadınlara yönelik bazı alanlarda çalışma koşullarının düzenlenmesi etkili işgücü korumasının merkezini oluşturmaktadır. Haftanın yedi günü yirmi dört saat hizmet sağlamak zorunda olan sağlık sektöründe, çalışma süresi düzenlemeleri çalışanların sağlığı ve güvenliği, motivasyonu ve hasta sonuçları açısından örgütsel performans üzerine etkili olmaktadır. Uzun günlük ve haftalık çalışma saatleri ile birlikte gece ve vardiya çalışması, tüm dünyada sağlık hizmetlerinde görünen yaygın uygulamaları oluşturmaktadır. Çalışan sayısındaki yetersizlikler genellikle fazla mesai ile giderildiğinden çalışma süreleri uzamakta, vardiyalar arasındaki dinlenme süreleri kısaltmakta ve bunun sonucunda da var olan çalışanların yükü artmaktadır. Aşırı iş yükü ve fazla saat çalışmanın çalışanların sağlığı, aile hayatı, bakım kalitesi ve işyeri güvenliği üzerindeki olumsuz etkileri konusunda oldukça fazla kanıt bulunmaktadır. Sağlık kurumlarının çoğunun ülkelerinde belirlenen çalışma sürelerinin yasal sınırlarını aşan düzenlemelerle çalıştığı belirtilmektedir (İLO 2017).

Sağlık hizmetlerinde iş yoğunluğu, yetersiz personel gibi nedenlerle olması gerekenden fazla sayıda hasta bakımından sorumlu olmak yorgunluk, tükenmişlik, stres

ve sonuç olarak sağlık çalışanları için kazalar, yaralanma ve sağlığın olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Hastanelerde, hastaların sağlık çalışanlarına uygun oranlarının, çalışma koşullarını ve hastalar için sağlık sonuçlarını iyileştirdiği belirtilmektedir. Bu nedenle “güvenli personel” terimi hem hasta güvenliği hem de işgücü refahı anlamına gelmektedir (İLO 2017).

Sağlık hizmetlerinde sağlık çalışanları hastalara “zarar verme” konusunda etik olarak sorumluluk hissetmekte ve genellikle hasta güvenliğini her şeyin önüne koyarak hastaya yardım etmek için kendi güvenliğini ve sağlığını tehlikeye atma eğiliminde olmaktadır. Çalışanlar bir hastanın düşmesini önlemek için kendi bedenlerini riske atmaya kendilerini yükümlü hissedebilmektedir. Ayrıca hastanelerde çalışanlar için yeterli güvenlik önlemleri olmadan, hasta güvenliğine artan bir vurgu, riskleri gizil olarak artırabilmektedir. Örneğin, basınç ülserlerinin azaltılması hastalara daha fazla pozisyon verilmesini gerektirirken, güvenlik önlemlerinin yeterli düzeyde oluşturulmaması çalışanlar yönünden bakıldığında riskleri artırabilmektedir (OSHA 2013b).

Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları tehlikeler, sadece çalışanlar için değil, aynı zamanda kurumda hizmet alan hastalar ve diğerleri için de yaralanmalara veya hastalıklara neden olabilmektedir. Güvenlik ve sağlıklarının öncelikli olarak algılanmadığı bir çalışma ortamında kendi sağlıklarıyla ilgili fiziksel veya psikolojik sorunlarla uğraşan çalışanların hastalara hatasız bakım sağlayamayacağı belirtilmektedir (OSHA 2002).

### **2.2.1. Hemşirelerin Çalışma Koşulları**

Türkiye’de 2018 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre “hekim, hemşire, diş hekimi, diğer sağlık personeli, ebe, eczacı ve diğer personel” olmak üzere 1,0164,01 sağlık personeli görev yapmaktadır. Hemşireler meslek bazında sağlık personelinin en büyük grubunu (190,499) oluşturmaktadır (TÜİK 2018).

Hemşireler genel olarak tüm ülkelerde en büyük sağlık çalışanı grubunu oluşturmakta ve sağlık hizmetlerinin çoğunluğu hemşireler tarafından verilmektedir (ICN 2007; Rhule 2012). Hemşirelerin çoğunluğunun doğrudan hastalarla ve aileleriyle çalışmakta olması, hasta ve sağlık dünyası arasında birincil bağlantı noktası

oluşturması, sağlık hizmeti sunum sisteminde büyük bir rol üstlenmesine neden olmaktadır (Rhule 2012).

Hastane yaralanmalarının yaklaşık üçte biri bir hastayla etkileşimin sonucu olarak ortaya çıkmakta ve hemşireler hastaların bakımlarını doğrudan yerine getiren kişiler olmaları nedeniyle diğer sağlık çalışanlarına göre sağlık riskleri ile karşılaşma olasılıkları artmaktadır (Parlar 2008; OSHA 2013a). ABD’nde mesleki risklere ilişkin 2012-2014 yılları arasında yapılan araştırma sonuçlarına göre hasta taşıma, hastaya yönelik uygulamalar ve işyerindeki şiddetten kaynaklanan yaralanma oranları bütün sağlık personeli ile karşılaştırıldığında hemşireler arasında daha yüksek olarak bildirilmiştir (Gomma ve ark. 2015).

Hemşirelik olası bazı kazaların felaket olarak kabul edildiği sektörlerdeki (inşaat, nükleer, imalat vb.) gibi tehlikeli olarak görülmeyen ancak içinde çalışanlar için önemli riskler taşıyan işler arasında gösterilmektedir (Mearns ve Flin 1996). Hemşirelik mesleğinde karşılaşılan sağlık riskleri çok çeşitli olmakla birlikte bu risklerin bazıları hemşirelik mesleğinin başlangıcından beri var olmuş ancak yakın zamanda kabul görmüş bazıları ise son zamanlarda sağlık alanında hızlı ilerlemenin sonucu ortaya çıkmıştır. Hemşireler çalışmalarını sırasında hastalarla karşı karşıya olmaları, günlük olarak karşılaştıkları risklerin neden olduğu sağlık sorunları, işyerlerinde bulunan araçlar, makina, donanım ve uygulamaların yarattığı tehlikelerden kaynaklı olarak pek çok ciddi durumla yüzleşmek zorunda kalmaktadır (Rhule 2012).

Hemşireler herkes için sağlık hedeflerine ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde öncülük etme olanağına sahip olmakla birlikte, bu fırsatı kullanabilmeleri için güvenli, güçlendirici ve tatmin edici bir ortamda çalışmalarını gerekmektedir. Amerikan Hemşireler Birliği’nin (ANA) 2013-2016 “Sağlık Riski Değerlendirme” çalışmasının en önemli bulguları, ülke hemşirelerinin sağlığını geliştirmek için harekete geçilmesi gerektiğini ve bazı kilit göstergelerde hemşirelerin sağlığının genellikle ortalama bir Amerikalıdan daha kötü olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin genellikle fazla kilolu, stresli ve ortalama bir Amerikalıdan daha az uyuduğu ortaya konmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun 7/24 destek gerektirmesi nedeniyle, vardiyalı çalışma durumu hemşirelerin sağlığını daha da zorlaştırmaktadır. İşyerinde şiddet ve kas-iskelet sistemi yaralanmaları gibi risklerin sağlığın bozulmasında etkili olduğu ve çalışmaya katılanlar arasında en sık tanı alan

tıbbi sorunların allerjiler (%44) ve bel ağrısı (%31) olduğu belirtilmektedir (ANA 2017).

Sitotoksik ilaçları uygulayan hemşirelerin idrarında genetik hasar oluşumu kanıtlarına dikkat çekilmekte (Falck, 1979) ve 1980'lerde İskandinav ülkelerinden yapılan epidemiyolojik çalışmalarda onkoloji hemşireleri arasında hem konjenital malformasyonlar (Hemminiki, 1985) hem de kendiliğinden düşükler olduğu vurgulanmaktadır. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) 1990'dan 2001'e kadar devam eden araştırmada, gebeliğin ilk üç ayında tehlikeli ilaçlarla karşılaştığını rapor eden hemşirelerde kendiliğinden düşük riskinde istatistiksel olarak anlamlı, iki kat artış olduğu ortaya konmuştur. ABD'de 24 eyalette gerçekleştirilen sağlık çalışanları örneklemindeki geniş çaplı kanser mortalite çalışmasında, miyeloid lösemisinin hemşireler arasında %30 fazla olduğu gösterilmiştir (Petralia, 1999) (OSHA 2016). Türkiye'de Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezinde tüberküloz sıklığını araştırmak amacıyla, retrospektif olarak tüberküloza yakalanan sağlık personeli sayısı bulunmaya çalışılmış ve 1985-1998 yılları arasında dokuz hemşire, üç doktor, dört hizmetli ve iki memur olmak üzere toplam 18 kişinin tüberküloza yakalandığı saptanmıştır (Çalışır ve ark. 1999). Gamlı ve arkadaşları tarafından uzun süre anestezi gaz atıklarının etkisinde kalan sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada, anestezi gazların normal lenfositleri düşürdüğü ve en fazla uyandırma odası hemşirelerinin bundan etkilendiği belirlenmiştir (Gamlı ve ark 1999).

Uluslar Arası Hemşireler Birliği (ICN) 2006 yılı için temasını "Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır" 2007 temasını da benzer şekilde "Olumlu Çalışma Ortamları Nitelikli İşyeri=Nitelikli Hasta Bakımı" olarak belirlemiş ve hemşirelerin çalışma ortamlarında karşılaştıkları risk ve tehlikelere dikkat çekmiştir (ICN 2006; ICN 2007). Hemşirelerin çalışma ortamlarının; "İnsanlarla etkileşim ve endüstriyel etkinlikler sonucu atık ürünlerle kontaminasyon, riskler (örn. kimyasal, biyolojik, fiziksel, gürültü, radyasyon, monoton çalışma), medikal teknoloji – bakım yokluğu, teknoloji kullanımında yetersiz eğitim, koruyucu elbise ve güvenli donanım yetersiz erişim, vardiya çalışmasıyla ilgili olarak günlük yaşam örüntülerinin bozulması, karmaşık politik, sosyal, kültürel, ekonomik ve klinik ortamlarda çalışan hemşirelerin duygusal, sosyal, psikolojik ve ruhsal kaynaklarının giderek daha çok zorlanması, cinsel taciz de dahil olmak üzere şiddet olayları, zayıf ergonomi (tıpla ilişkili donanım, malzeme ve tesislerin

mühendisliği ve tasarımı) kaynakların yetersiz dağılımı (örn. insani, mali kaynaklar), yapıtım” şeklinde sıralanan etmenlerin sonucunda güvenli olmadığı belirtilmektedir. Ayrıca hemşirelerin geçirdiği kazalar, yaralanmalar ve hastalıkların sıklığı hakkındaki verilerin toplanmasında yaşanan yetersizlik, oluşturulan politika ve kararları etkileyeceğinden bir endişe kaynağı olarak ortaya konmaktadır (ICN 2007).

ANA'nın en önemli hedefleri arasında güvenli ve etik bir çalışma ortamını özendirme, güvenli ve yüksek kaliteli hasta bakımı için en uygun hemşire personeli sağlamak ve hemşirelerin sağlık ve sağlıklı yaşamlarını iyileştirmek bulunmaktadır. Hemşirelerin %68'inin hastalarının sağlığını, güvenliğini ve iyiliğini kendilerinin önüne koyduğunu bildirmesi yönündeki gerçek, hemşirelerin ve işverenlerin hemşirenin öz bakımına yönelik çalışılması gereksinimini ortaya koymaktadır. Hemşirelerin kendi en iyi sağlık durumlarında çalıştıkları zaman hastalarına en iyi bakımı verebileceği belirtilmektedir (ANA 2017).

Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından yayınlanan, "Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları" başlıklı raporda hemşirelik çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak belirtilmektedir (THD 2008).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin politikalar ve çalışma koşulları için standartlar geliştirmek üzere 1970'li yıllarda çalışmalar başlatılmıştır. Bu çabalar sonucunda ILO 149 sayılı "Hemşirelik Personeli İstihdamı ve Çalışma Koşulları ve Yaşam Koşulları ile İlgili Sözleşme" ve 157 sayılı "İstihdam ve Çalışma Koşulları ve Hemşirelik Personeli" tavsiye kararları yayınlamıştır. Hemşirelik personelinin sağlık alanındaki diğer çalışanlarla birlikte, nüfusun sağlık ve refahının korunması ve iyileştirilmesinde oynadığı yaşamsal rolü tanıma açısından bu kararlar önem taşımaktadır (ILO 2005). "İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı" ve "İş Sağlığı Hizmetlerine İlişkin 161 sayılı" sözleşmeler 2004 yılında Türkiye tarafından onaylanmış ancak hemşirelere ilişkin sözleşme ve öneri kararlarının henüz onaylanmadığı görülmektedir (T.C. Resmi Gazete, 07.01.2004, Sayı: 5038-5039).

### 2.3. Hastanedeki Tehlike ve Risklerin Özellikleri

ILO'nun "Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması" na göre hemşirelerin işinden kaynaklı tehlikeleri "kaza, kimyasal, fiziksel, biyolojik, ergonomik, psikososyal ve örgütsel" tehlikeler şeklinde gruplandırılmaktadır (ILO 2000). Genel yaklaşımla çalışma ortamında yer alan mesleksel etkenler temel olarak biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikolojik etkenler olarak gruplandırılmaktadır.

#### 2.3.1. Fiziksel Tehlike ve Riskler

Hastanedeki fiziksel tehlike ve riskler; hastaların tanı-tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulduğu tüm alanlarda çalışanlar için önemli bir etkilenmeye neden olmaktadır (Yassi 2011; Bilir 2016 p. 353). Hastanelerde sağlık çalışanlarının en yaygın etkilendiği fiziksel tehlike ve riskler, "elektrik sistemi ve ekipmanları, gürültü, kaygan zemin, yüksek/düşük ısı, aydınlanma sistemi, havalandırma sistemi, radyasyon" vb. şeklinde belirtilmektedir (NIOSH 1988; Kıran 2003; Yassi 2011; OSHA 2010; Türk 2016).

Zararlı fiziksel etmenler özelliklerine göre ciddi iş kazalarına yol açabilecekleri gibi uzun süre etki altında kalma sonucu işitme kaybından kanserlere dek uzanan yıllar sonra ortaya çıkabilecek meslek hastalıklarına da yol açabilmektedir (Kıran 2003; Yassi 2011; Türk 2016). Sağlık çalışanlarını etkileyen fiziksel etmenlere ilişkin özellikler aşağıda kısaca ele alınmıştır.

- **Gürültü:** İç ortam gürültüsü; "yapı içindeki mekanik sistemler ve diğer gürültü kaynaklarından doğan ve mekân içinde bulunan insanları olumsuz etkileyen istenmeyen ve zararlı seslerin bütünü" olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerde iç ortam gürültü seviyesi sınır değerleri 35-45 dBA olarak belirtilmektedir (T.C. Resmi Gazete, 4 Haziran 2010, Sayı 27601). Hastanelerde hasta ziyaret saatleri, kalabalık poliklinikler, özellikle çocuk klinikleri, yemek servis alanları, laboratuvarlar, mühendislik alanları (kazan dairesi vb.), işletme ofisi, tıbbi kayıt ve bakım üniteleri, çamaşırhane, mutfak alanları verilen hizmet gereği gürültülü olabilmektedir. Ayrıca bazı işlemler sırasında kullanılan elektrikli cerrahi ve ortopedik aletler, vakum ve monitör alarmlarının kullanıldığı makineler gürültüye neden olmaktadır (Yassi 2011; Bilir 2016 p. 353). Türkiye'de yapılan bir araştırmada telefon zil sesi ve konuşmaları, koridorda konuşanların gürültüsü, tuvaletlerden sızan suyun sesi hastalar tarafından en sık yakınma

nedeni olarak belirtilmektedir (Vehid ve ark. 2011). Yapılan araştırmalarda hastanelerde 80 dBA'yı aşan gürültü düzeyi hatta 110 dBA'ya kadar artan düzeyler saptanmıştır (Yassi 2011; Bilir 2016 p. 354). ABD'nde yapılan bir çalışmada, elektrikli cerrahi aletlerin 90 ila 100 dBA'lık gürültü seviyeleri ürettiği bildirilirken aynı çalışmada 24 ortopedi hekiminden 11'inin ciddi işitme kaybı yaşadığı bildirilmektedir (Yassi 2011). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, hastane ortamında günlük gürültü düzeyinin 45 dBA ile 61 dBA arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır (Vehid ve ark. 2011). Yoğun bakımlara ilişkin yapılan bir çalışmada “en yüksek gürültü kaynağı hemşire istasyonundan gelen personel konuşmaları (84,1 dBA) ve perfüzör alarmı (83,2 dBA)” olarak belirtilmektedir. İzlenen gürültü kaynakları ise; pulse oksimetre alarmı (83,2 dBA), nebülizatör sesi (80,1 dBA), monitor alarmı (78,6 dBA), telefon zil sesi (77,4 dBA), infüzyon pompa cihaz alarmı (76 dBA) ve ventilatör alarmı (75 dBA)” olarak belirtilmektedir (Kol ve ark 2015). “Ulusal Çevre Sağlığı Bilimleri Enstitüsü” tarafından; gürültü düzeyi 70 dBA'yı aştığında “kan basıncında artma, ellerde ve ayaklarda kan dolaşımının azalması, baş ağrısı, sinirlilik artışı, iş arkadaşlarıyla iletişim kurmada zorluk, çalışma yeteneğinde azalma, konsantrasyon ve ayrıntılara dikkat gerektiren işlerde zorluk” rapor edilen bulgular arasında yer almaktadır (Yassi 2011).

- **Isı:** Yetersiz havalandırma, ısıtma ve soğutma sistemlerine sahip eski binalarda ısı bir sorun olabilmektedir. Sağlık alışanlarının ortam sıcaklığının yüksek olmasına ek olarak birde önlük, başlık, maske ve eldiven gibi koruyucu ekipman giymesi gereken durumlar ısıya karşı etkilenmeyi artırabilmekte ve bu durum koruyucu ekipman kullanımında da sorun oluşturabilmektedir (Yassi 2011). Hastane alışanları üzerinde sıcaklığın sağlık etkileri yaygın olarak “artan yorgunluk, rahatsızlık ve konsantre olamama” iken nadiren de olsa “sıcak çarpması, bitkinlik, kramplar ve bayılma” şeklinde görölmektedir. Bu etkiler kaza riskini artırabileceğinden önem taşımaktadır (Yassi 2011).

Sağlıkta Kalite Standartları gereği hastanede ameliyathane oda sıcaklığının 20-23°C, ve yoğun bakım oda sıcaklığının 22-28°C dolayında olması gerekmektedir. (SB 2016). Yassi'nin Paris bölgesindeki çalışmasında toplam 2892 hemşirenin %47'si gündüz %37'si de geceleri sıcaktan yakındıklarını

belirtmişlerdir. Aynı hemşirelerin %26'sı gündüzleri, %46'sı geceleri soğuktan yakınmışlar ve iş yapmada güçlük yaşadıklarını vurgulamışlardır (Yassi 2011).

- **Radyasyon:** Tanı ve tedavi süreçlerinde yaraları nedeniyle oldukça fazla kullanılan radyasyon kaynakları “iyonize radyasyon” ve “iyonize olmayan radyasyon” şeklinde sağlık kuruluşlarının çoğunda bulunmaktadır (Akarsu ve Güzel 2016).

İyonlaştırıcı radyasyon “röntgen, floroskopi, anjiyografi, dental radyoloji, bilgisayarlı tomografi, nükleer tıp ve terapötik radyoloji” gibi alanlarda çalışanlar için özel bir kaygı kaynağı oluşturmaktadır. Canlı dokulardaki hücrelere çarptığında hücreyi doğrudan öldüren (yanma veya saç dökülmesi) veya hücrenin genetik malzemesini değiştirebilen (kansere veya üreme hasarına) etkileri olduğu belirtilmektedir (Yassi 2011; Akarsu ve Güzel 2016). Hastanelerde “ultraviyole ışınlar, mikrodalgalar, görünür ışınlar, infrared radyasyon, lazerler ve ultrason” ise iyonize olmayan radyasyon türleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Düşük enerjili olan ve olağan koşullarda doku değişikliğine yol açmayan bu radyasyon katarakt, deri ve göz yanıklarına yol açabilmekte ve uzun süreli maruz kalma kısmi görme kaybına neden olabilmektedir. (Yassi 2011).

Bazı durumlarda acil müdahale, yoğun bakım, klinikler ve ameliyathanelerde mobil ekipman kullanılarak sahada radyolojik muayeneler yapılabilmektedir. Radyasyon alanı olarak belirlenmediğinden çalışanlar için önlemlerin yeterince alınmadığı bu alanlarda portatif cihazları kullanan kişiler ve ilgili alanda bulunan çalışanların etkilenmesi söz konusu olmaktadır. Çalışanların radyasyona uygunsuz şekilde maruz kaldıkları özellikle önlem alınması gereken bu durum hastanelerde sorun oluşturabilmektedir (Yassi 2011; Akarsu ve Güzel 2016; Bilir 2016).

- **Elektrik sistemi ve ekipmanları:** Elektrikli ekipman ve kullanımına yönelik standartların karşılanamaması tüm endüstrilerde en sık belirtilen uygunsuzluk olarak gösterilmektedir. Elektrik düzeneğinin uygunsuz olması çalışma ortamının tümünü etkileyebileceğinden önemli bir tehlike kaynağı olarak kabul edilmektedir. Hastaneler ıslak/nemli alanlar veya yanıcı maddelerin bulunduğu



tehlikeli ortamlarda çok çeşitli elektrikli ekipmanların kullanılmasını gerektirmektedir. Bu ekipmanlar uygun şekilde bakım ve topraklama yapılmazsa hastalara ve personele elektrik çarpması tehlikesi oluşturmaktadır. Hastanelerde elektrik arızaları ikinci önemli yangın nedeni olarak gösterilmektedir (Yassi 2011; Özkan 2005). Yapılan bir incelemede hastanelerdeki elektrikli cihazların yaklaşık dörtte birinin uygun topraklama işleminin olmadığı saptanmıştır (Bilir 2016 p. 354).

- **Havalandırma Sistemi:** Havalandırma sistemleri her bina için önemli olmakla birlikte hastaneler açısından ayrıca önem taşımaktadır. Hastaların ve çalışanların sağlıklarının korunması için hastanelerde bulunan havalandırma sistemlerinin enfeksiyonları önleyecek şekilde tasarlanması gerekmektedir. Termal konforun sağlanması amacıyla hasta odalarında, polikliniklerde ve ofislerde kullanılan klimaların mikroorganizmaları, tozları, anestezi gazlarını ve kötü kokuları da en alt düzeye indirecek türde seçilmesi gerekmektedir (Akarsu ve Güzel 2016). Hava dolaşımı yetersiz olduğunda çalışanlarda “boğaz ağrısı, burun akıntısı ve sulu gözler” gibi tepkiler yaşanabileceği gibi duyarlı bireylerde ciddi reaksiyonlarda görülebilmektedir (Yassi 2011). Merkezi ısıtma ve soğutma sistemlerinden önce yapılan eski hastane binalarında havalandırma sorunlarının olumsuz etkilerini en aza indirmek amacıyla lokasyon bazında çözüme kavuşturulması gerekmektedir (Yassi 2011).
- **Aydınlatma Sistemi:** Yapılan iş ve işlemlerin görsel olması ve dikkat gerektirmesi nedeniyle hastanelerde aydınlatma sistemleri önemli bir konu olarak ele alınmalıdır. Aydınlatma gereksinimleri hastanelerde farklı alanlara ve değişik kullanıcıların ihtiyaç duydukları durumlara bağlı olarak değişmektedir. Mümkün olduğunca yapay ışık yerine gün ışığından yararlanılması önerilmektedir. Yapay aydınlatma sisteminde ışık renginin mümkün olduğunca gün ışığına yakın olması ve yorgunluğa neden olmadan gerekli görsel fonksiyonların verimli olarak gerçekleşmesi sağlanması gerekmektedir. Doğru bir aydınlatma tehlikelerin görünürlüğü artırılmaktadır. Bunun yanında doğru aydınlatılmış alanlarda çalışanlar kendilerini daha az yorgun hissetmekte ve motivasyonları yüksek olmaktadır. Kötü aydınlatma ve parlamalar “gözlerde

ağrı, kaşıntı, yaşarma, görme keskinliğinde azalma ve baş ağrısı” gibi etkilere neden olabilmektedir (Aydoğan 2014; Akarsu ve Güzel 2016). Bazı çalışmalar, hastanelerin idari ve genel bölümlerinde iyi aydınlatmanın öneminin hala hafife alındığını göstermektedir (Yassi 2011).

### 2.3.2. Kimyasal Tehlike ve Riskler

Kimyasal tehlikeler, çoğu zaman gölgede kalmış olmakla birlikte sağlık çalışanlarının sağlığı açısından önemli etkilenmelere neden olmaktadır Sağlık alanında çalışanların karşılaştığı kimyasal etkenler arasında “anestezi gazları, farmasötik maddeler, antiseptik ve dezenfektan maddeler, sterilizasyon malzemeleri, labaratuvar kimyasalları, latex eldivenler, alerjen maddeler, kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar, solunum tedavisinde kullanılan aerosol haline getirilmiş ilaçlar, cerrahi duman, temizlik ürünleri” sayılmaktadır (Kıyak 2014 p. 266; İntepeler 2014; Bilir 2016 pp. 354-355; Say 2013; Türk 2016; Andrea ve ark 2014).

Tedavi, tetkik, herhangi bir girişime hazırlık ya da genel hijyen koşullarını sağlama sırasında kimyasal maddeler “sağlam cilt, solunum sistemi, ağız, göz ve iğne batması” gibi çeşitli yollar ile vücuda alınabilmektedir (Say 2013; İntepeler 2014; Türk 2016). Kimyasal maddelerin etkisi “yoğunluğuna, temas süresine, temas yoluna, maddenin fiziksel ve kimyasal özelliklerine” bağlı olarak değişmektedir (Say 2013; İntepeler 2014). Etkisi altında kalındığında hafif bir irritasyon ya da alerjiden başlayan ve kansere, mutajen ya da üreme sağlığı üzerine etki ederek düşüklere, doğacak bebekte malformasyonlara kadar giden sağlık etkileri görülebilmektedir. Uzun süre etkilenme sonucu birikici etki ile yıllar sonra ortaya çıkabilecek meslek hastalıkları ya da ciddi iş kazalarına yol açabilmektedir (Türk 2016). Sağlık çalışanlarını etkileyen kimyasal etmenlere ilişkin özellikler aşağıda kısaca ele alınmıştır.

- **Anestezi Gazları:** Ameliyathane, ayılma ünitesi ve yoğun bakımlarda anestetik solunum devresinde çeşitli nedenlerle meydana gelebilen sızıntılar, sistemin bağlantısı ve kesilmesi sırasında meydana gelen kaçaklar, hastaların maskesi, endotrakeal tüpü ya da nefeslerinden ortama yayılan atık anestezi gazları havalandırma sistemleri uygun olsa bile çalışanlar tarafından solunmaktadır (NIOSH 2007; Bilir 2016 p. 354). Çalışanlar düşük gaz konsantrasyonlarının etkisi altında kalmakta ancak bu etkilenme bütün bir iş hayatı boyunca sürebilmektedir. Düşük yoğunluktan uzun süreli etkilenmenin, sağlığa olumsuz

etkileri bildirilmemekle birlikte, çeşitli çalışmalarda ameliyathane çalışanları arasında düşükler, genetik hasar ve kanserlerin anestezi gazlarının etkisi ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Erkek ve kadında çeşitli kısırlık sorunları, gebelik sırasında etkilenme sonucu düşükler ve bazı doğumsal bozukluklara neden olduğu şeklinde yayınlar bulunmaktadır (NIOSH 2007; Yassi 2011; Kıyak 2014 p. 293; Bilir 2016 p. 354). Ayrıca, yüksek yoğunlukta atık anestetik gazların etkisinde kalmanın geçici de olsa “sinirlilik, yorgunluk, bulantı, uyuşukluk, yargı ve koordinasyonda zorluklar, karaciğer ve böbrek hastalığına” neden olabileceği belirtilmektedir (NIOSH 2007; Bilir 2016 p. 354).

- **Temizlik Maddeleri ve Dezenfeksiyon:** Temizlik ve dezenfeksiyon uygulamaları farklı meslek gruplarında farklı yoğunluklarda yapılmakla birlikte sağlık hizmetlerinde en çok karşılaşılan işlevlerden biri olmaktadır. Tedavi veya bakım girişimleri sürecinde ellerin ve cildin dezenfeksiyonu, yüzeylerin ve kullanılacak birtakım malzemelerin dezenfeksiyonu birçok sağlık çalışanının işinin bir parçası durumundadır. Sterilizasyon ve ameliyathane çalışanları başta olmak üzere tüm hastane çalışanları dezenfektanlardan etkilenmektedir (Kıyak 2014 p. 281; Akarsu ve Güzel 2016). Mukoza ya da cilde temas ettiğinde tahriş edici etkileri olabilen yüzey dezenfektanları aynı zamanda göz, burun, boğaz tahrişinden mesleki astıma kadar giden solunum sistemi hastalıklarına yol açabilmektedir. Birçok kullanıcı el ve cilt dezenfektanlarına alerjik tepkime gösterebilmektedir. Ayrıca dezenfektanlar kullanılan alkolik ajanlarının oranına göre yanıcı etkileri olduğundan oldukça tehlikeli oldukları belirtilmektedir (Kıyak 2014 p. 282; Türk 2016). Sağlık kurumlarında yaygın olarak kullanılan temizlik kimyasalları doğru kullanılmadıklarında kullanıcıların yanı sıra ortamda bulunan diğer kişiler, canlılar ve çevre için zararlı etkilere yol açabilmektedir. Temizlik kimyasalları doğrudan temas veya buharlarının solunması yoluyla “cilt, göz veya diğer hassas dokularda hasara”, yoğun kimyasal içeriğe sahip ürünler ise deriye veya göze sıçradığı durumda ciddi yanıklara yol açabilmektedir (Akarsu ve Güzel 2016). Ayrıca sabun ve pek çok ürün temizleyici etki olarak deterjan kökenli olduğundan cilt dokusunun doğal yapısının mekanik olarak yok edilmesine neden olabilmektedir. Özellikle duyarlı kişilerde “deride kuruluk, çatlama, kontakt dermatit ve egzema”

görülebilmektedir (Say 2013). Enfeksiyon etmenleriyle savaş ve yayılmasının önlenmesinde kullanılan temizlik ürünleri, dezenfektanlar ve sterilizatörler bireysel dozları düşük olsa da çalışma yaşamı boyunca biriken etkileri sağlık çalışanları açısından önemli bir risk oluşturmaktadır (Yassi 2011).

- **İlaçlar:** ABD'nde yaklaşık olarak sekiz milyon sağlık çalışanının potansiyel olarak tehlikeli ilaçlar veya atıklarından etkilendiği belirtilmektedir. Eczacılar ve hemşireler tehlikeli ilaçlarla doğrudan karşı karşıya kalan ve en çok etkilenen sağlık çalışanı grubu olarak gösterilmektedir. Tehlikeli ilaçlardan etkilenme deri teması, inhalasyon, yutma (elden ağza) veya iğne çubuğu yaralanmaları yoluyla olabilmektedir (NIOSH 2012). İlaçların özellikle de antineoplastik ilaçların “hazırlanması, depolanması, taşınması, uygulanması ve atıkların bertaraf edilmesi” sırasında sağlık çalışanları bu ilaçların zararlı etkileriyle karşı karşıya kalmaktadır (Say 2013; Yassi 2011). İlaçlardan mesleki açıdan etkilenme, penisilin ve diğer antibiyotikleri uygulayan çalışanlar arasında alerjik reaksiyonlara, antineoplastik ilaçlar gibi yüksek oranda kanserojen ajanlarda ise çok daha ciddi sorunlara neden olabilmektedir (Yassi 2011). Tehlikeli ilaçlardan etkilenen hemşireler ve eczacılarda “spontan düşükler, ölü doğumlar ve konjenital malformasyonlar” gibi istenmeyen üreme etkilerinde, maruz kalmayan sağlık çalışanlarına oranla artış bildirilmektedir. Gebeliğin ilk üç ayında günde bir saatten fazla antineoplastik ajanlarla karşılaşan hemşireler arasında kendinden düşük riski bakımından istatistiksel olarak anlamlı, yaklaşık iki kat artış gösterilmektedir (NIOSH 2012). Tehlikeli ilaçlarla karşılaşan çalışanlarda cilt bozuklukları, lösemi ve diğer kanserlerde olumsuz etkiler görülebilmektedir (NIOSH 2012).
- **Latex:** Lateks eldiven veya lateks içeren tıbbi malzemeler kullanan sağlık çalışanları lateks alerjisi gelişme riski altında bulunmaktadır (OSHA 1999). Lateks alerjisinin en yaygın nedeni atılabilir eldiven ve diğer ürünlerin yapımında kullanılan ve doğal bir madde olan latekse çalışanların doğrudan temas etmesi olarak gösterilmektedir (Akarsu ve Güzel 2016). Sağlık çalışanlarının %8-12'sinin tahriş edici kontak dermatit ve alerjik temas duyarlılığından acil, muhtemelen hayatı tehdit edici hassasiyete kadar değişen

reaksiyonlarla lateks duyarlı olduğu tahmin edilmektedir (OSHA 1999; Akarsu ve Güzel 2016). Klinik belirtiler “kontakt ürtiker, genelleşmiş ürtiker, alerjik rinit, alerjik konjonktivit, anjiyoödem (şiddetli şişme) ve astımdan (hırıltı) anafilaksiye (ciddi, hayatı tehdit eden alerjik reaksiyon)” kadar değişebilmektedir (Yassi 2011).

### 2.3.3. Biyolojik Tehlike ve Riskler

Sağlık çalışanlarının sağlığına etkisi bakımından en çok araştırılan tehlike grubunun biyolojik tehlikeler olduğu belirtilmektedir (Bilir 2016 p. 355). Değişik alanlarda etkinlik gösteren sağlık çalışanları türlü enfeksiyon kaynaklı risklerden etkilenmektedir (Kıyak 2014 p. 62). Sağlık çalışanlarına yönelik risklerin büyüklüğü, “sağlık kuruluşu türüne, toplumdaki hastalık prevalansına, hizmet verilen hasta grubuna, sağlık çalışanlarının mesleğine, sağlık çalışanlarının çalıştığı sağlık kuruluşunun alanına ve etkinliğine” göre büyük ölçüde değişiklik göstermektedir (Yassi 2011). Sağlık hizmetleri sunumu esnasında “kan yolu, hava yolu ve temas yolu” ile etkilenme söz konusu olabilmektedir (Kıyak 2014 p. 63).

Enfeksiyonların kan yoluyla bulaşması en sık “hastalarda kullanılan iğnelerin batması, kanla kontamine kesici aletlerle yaralanma veya enfekte kan ya da vücut sıvılarının mukozaya sıçraması” ile olmaktadır (Say 2013). “Hepatit B, C, ve D, HIV” kan yoluyla, “tüberküloz, meningokoksik menenjit, influenza, boğmaca, kabakulak, kızamıkçık, kızamık, SARS” hava yoluyla “Hepatit A, stafilokok, şigella, amip salmonella, tinea pedis, bit, uyuz” gibi hastalıklarda doğrudan veya dolaylı yoldan temas ile sağlık çalışanlarına bulaşma riski olan enfeksiyonlar arasında bulunmaktadır (Kıyak 2014 p. 101; Türk 2016). Dünya genelinde sağlık çalışanlarında görülen bulaşıcı hastalıklar sıklığına göre “Hepatit B”, “Tüberküloz”, “Hepatit C” ve “Hepatit A” şeklinde sıralanmaktadır (Yassi 2011).

Bilir’in aktardığına göre Almanya’da yapılan bir çalışmada sağlık personeli arasında Hepatit B sıklığının toplumdan 2,5 kat fazla olduğu saptanmıştır (Bilir 2016 p.356). Tüberküloz ise pek çok ülkede, sağlık çalışanlarında işle ilgili enfeksiyonların önemi bakımından ilk sıralarda olmaya devam etmektedir (Yassi 2011). İzmir’de gerçekleştirilen bir çalışmada tüberküloz hastalığı riskinin göğüs hastalıkları çalışanlarında diğer bölümlere göre 6,37 kat, hemşirelerde ise diğer çalışanlara göre 2,63 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Kılınç ve ark. 2000). Bulaşıcı hastalıklar,

sağlık çalışanlarında dünya çapında meslek hastalığı oluşumlarında önemli bir rol oynamaktadır (Yassi 2011).

#### **2.3.4. Psikososyal Tehlike ve Riskler**

Çalışan sağlığı ve işin yürütülmesi üzerine psikososyal tehlikelerin etkisinin genellikle küçümsendiği ve çalışma ortamlarında yeterince ilgi görmediği belirtilmektedir. Oysa bu tehlikelerin çalışan ve çalışma ortamlarına etkileri birçok araştırmada ortaya konmaktadır. Psikososyal tehlikelerin etkileri birçok farklı etmeni bir arada bulundurmakta ve bu nedenle uzun aynı zamanda karmaşık bir süreç içermektedir. Ölçülmesi zor olan bu tehlikelerin sonuçları bir anda ortaya çıkmamakla birlikte günümüzde “şiddet, mobing, iş stresi, tükenmişlik” sağlık çalışanlarının neredeyse en önemli riskleri olarak gösterilmektedir (Türk 2016).

Sağlık çalışanlarının pek çok farklı nedenin etkisiyle ağır psikososyal yük altında olduğu ve bu durumdan işleri gereği insanların sağlık ve iyiliğinden sorumlu olma ve sürekli olarak rahatsızlık hissedene, hasta kişilerle uzun süre birlikte olmanın rolünün büyük olduğu belirtilmektedir (Bilir 2016 p. 356). Diğer nedenler arasında “gece ve vardiyalı çalışma, uzun süre çalışma, düzensiz çalışma saatleri, hasta ve yakınlarının sözlü fiziksel şiddet uygulaması, birbirini taciz eden çalışanlar ya da çalışanları taciz eden amirler, amirleri taciz eden çalışanlar, zaman baskısı, katı hiyerarşik yapı, ödüllendirmenin olmaması, uygun olmayan personel liderliği, bilgi eksikliği, yönetim destek eksikliği, sosyal çatışmalar, karmaşık veya hatalı çalışma ekipmanı, otorite ve becerilerin karmaşık hiyerarşileri, zaman baskısı, aşırı bilgi yüklemesi, doktorlar hemşirelik hizmetleri yönetiminin birbiriyle çelişen iş talimatları, meslektaşlar, hasta ve hasta yakınları tarafından baskı ya da rahatsız edilme, yetersiz beceri, profesyonel deneyim eksikliği, fazla sorumluluk, destek ve yardım eksikliği, onay eksikliği, personel eksikliği, amirler ve iş arkadaşları ile çatışmalar, sürekli çevrenin, iş arkadaşlarının ve çalışma alanının değişmesi, iş yerinde yalnız kalmak (geceleeri yada hafta sonları) uzun mesafeler yada bağlantısız koridorlar, suçlama ve yaptırımlardan korkma, kendi hatalarından korkma, sosyal ve iletişim yetilerinde eksiklik, ailevi çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, meslektaşların ve süpervizörlerin desteğinin olmaması, uygun olmayan fiziki çevre, tıp teknolojisindeki gelişmeler, personelin uygun olmayan dağılımı, sağlık bakımı vermede yeni düzenlemeler,

karmaşık ilişkiler” yer almaktadır (OSHA 1999; Say 2013; Kıyak 2014 pp. 214-215; Bilir 2016 pp. 356-357).

Belirtilen bu nedenler, sağlık çalışanlarında “stres, ülser, zihinsel bozukluk, anksiyete, migren, uyku sorunları, aşırı yorgunluk, sosyal ve aile yaşamında bozulma, madde bağımlılığı, depresyon vb.” gibi pek çok sağlık sorunları ve psikolojik etkiler oluşturmaktadır. İş stresinin psikolojik ve fiziksel sonuçları anlık dikkat dağılma olasılığını artırmakta, karar vermede hatalara ya da rutin faaliyetlerde bozulmalara neden olabilmektedir (Türk 2016). İşyerinde stres, kritik durumların, tedavi hatalarının, küçük olayların ve kazaların en büyük nedeni olarak bildirilmektedir. Sağlık riski ile beraber hata yapma riskinin vardiyaya ek olarak uzun saatler çalışılması gerektiğinde daha da arttığı belirtilmektedir (Kıyak 2014 p. 225).

### **2.3.5. Ergonomik Tehlike ve Riskler**

Sağlık çalışanları işlevlerinden ya da iş çevresinden kaynaklı olarak çok sık ergonomik tehlikelerle karşılaşmaktadır (Türk 2016). Hastaların hareket ettirildiği ya da taşındığı tüm işlevlerde, eğilme, kaldırılmış kollar, bükülmüş bilekler, uzanma gibi uygunsuz hareketler, uzun süre ayakta kalma, tekrar edilen eylemler, idari işler veya dokümantasyon yaparken bilgisayarla çalışma gibi oturma pozisyonları, itme-çekme hareketleri, ağır kaldırma, malzemelerin hatalı kullanımı gibi durumlar sağlık çalışanlarını ergonomik risklerle karşı karşıya getirmektedir (Say 2013; Kıyak 2014 pp. 132-134; Türk 2016; Akarsu ve Güzel 2016; Bilir 2016 p. 356). Pek çok hasta “giyinme, banyo yapma, beslenme ve tuvalet” gibi günlük yaşam aktivitelerini sağlamada çalışanlara tamamen bağımlı olmaktadır. Hastaların taşınması veya aktarılması gibi işlevlerin her biri çoklu etkileşim gerektirmekte ve çalışanların yaralanmasına neden olabilmektedir (OSHA 1999). Tek başına “bilinci kapalı ve dengesini sağlayamayan hastaları kaldırma, düşen bir hastayı tutma çabası, kilolu hastalar, fiziksel kapasitenin üzerinde iş istemleri” sağlık çalışanları arasında yaralanmalara yol açan işlevler arasında sıralanmaktadır (Türk 2016).

Binanın ergonomik tasarımının kötü olması, eşyaların güvenli olmayan şekilde yerleştirilmesi, kazalara neden olabilecek şekilde zeminin bozuk olması, kaygan olması, çalışma için yeterli alanın bulunmaması gibi etmenler iş çevresinden kaynaklı ergonomik tehlikeleri oluşturmaktadır (Kıyak 2014 p. 132). Çalışma hayatında iş

akışları genellikle işin gerektirdiği şekilde değil var olan mekan ve donanımın elverdiği şekilde düzenlenmektedir (Türk 2016). Çalışma ortamı ergonomik ilkelere göre düzenlenmediğinde sağlık sorunları ve iş kazalarının gündeme gelmesi ve iş başarısının düşmesi kaçınılmaz olmaktadır (Say 2013).

Hastanede görevli sağlık çalışanları ve özellikle hemşirelerde “kas ve bağ gerginliği, eklem ve tendon iltihabı, fitiklaşmış diskler, bel, sırt, boyun, el-kol ve ayak-bacak ağrıları” başta olmak üzere kas-iskelet sistemi sorunları gelişebilmektedir (OSHA 1999; Emiroğlu 2012; Kıyak 2014 p. 147). Kas iskelet yaralanmaları pek çok ülkede hemşireler arasında tazminat talep edilen ve önemli iş gücü kaybına neden olan sorunlar arasında yer almaktadır (İntepeler 2014).

#### **2.4. Sağlık Hizmetlerinde Tehlike ve Risklerin Algılanması**

Sağlık çalışanlarının mesleki risklerle ilgili algıları çalışma ortamına ilişkin kişisel yargılarından şekillenmekte ve çalışanların risk algısı işleriyle ilgili işlevleri güvenli bir şekilde yerine getirmelerinde önemli bir kavram olmaktadır (HOSTA 2004).

Geleneksel olarak bankacılar, ekonomistler ve mühendisler risklerin hesaplanmasından sorumlu olmuştur. Ancak son yıllarda işyerindeki risk ve tehlikelere karşı insanların inançlarını, tutumlarını ve yargılarını inceleyerek bunun iş yerinde güvenli davranışı nasıl etkilediğinin göz önünde bulundurulmasına yönelik endüstriyel psikologların risk tahminleri yapmaları istenmektedir. Tehlikeli çalışma ortamları iki tür risk tahmini içermektedir. Niceliksel risk değerlendirmeleri kaydedilen ölümler, yaralanmalar veya olaylar hakkında istatistiksel bilgilere veya belirli bir dizi olayın teorik modellerine ve simülasyonlarına dayanmaktadır. Niteliksel risk tahminleri ise deneyim veya kişilik ile sosyal ve kültürel normlardaki ve değerlerdeki bireysel farklılıklara dayanmaktadır. Algılanan riskler tehlikeler ve sonuçları hakkındaki öznel duyguları oluşturmaktadır (Mearns ve Flin 1996).

Kazalar bir tehlikenin görülmemesi, tanınmaması, tehlikeli olarak anlaşılmaması ya da kişinin eylemden sorumlu olmaması, nasıl davranacağını bilmemesi veya harekete geçmeye karar vermemesi durumunda meydana gelebilmektedir. Birçok insan faktörü (yaş, deneyim, ilaç veya ilaç kullanımı, motivasyon, vb.) kaza riski üzerinde etkili olmaktadır. Ancak çoğu insan faaliyeti yaralanmalara veya maddi hasara neden olabilecek hatalardan kaçınmayı gerektirmektedir. Bir kazadan kaçınmak için bir kişinin



tehlikeyi gözlemlemesi ve tanınması, bir eylem seyrine karar vermesi ve tehlikeyi önlemek için yeterince güçlü bir şekilde hareket etmesi gerekmektedir (WHO 2001b).

Fischhoff ve ark. tarafından risk algısına etki eden faktörler “riskin gönüllülüğü, etkinin yakınlığı, maruz kalan insanlar ve uzmanlar tarafından risk hakkında bilgi, risk üzerinde kontrol, yenilik, felaket potansiyeli, sonucun kesinliği, korkunç sonuçlar ve sonuçların şiddeti” şeklinde dokuz boyutta tanımlanmaktadır (Fischhoff ve ark. 1978, Kaynak: Portell ve ark. 2014, p:2). Risk gönüllü olarak alınıyorsa ya da tehlikeye sıklıkla maruz kalınıyorsa ve tehlike hakkında bilinen fazla ise genellikle risk derecesi küçümsenmektedir. Tehlikenin birisine zarar vermesi durumunda ise tehlike çok daha dikkat çekici olmaktadır (HOSTA 2004). Kaldırma ve konumlandırma tüm hemşirelik meslekleri için günlük bir görev olmakta ve bu durumda tehlike (ve ilişkili riski) kültürel olarak normalleşebilmektedir (Smith 2012).

Rundmo’ya göre çalışma yaşamı ile ilgili risk algısı “fiziksel çalışma koşulları, iş doyumu, kaza önleme çalışmaları, güvenlik konusunda yönetimin taahhütleri ve yaptıkları” şeklinde dört ana faktörden etkilenmektedir (Fleming ve ark. 1998, Kaynak: Sakaoğlu ve Mandıracıoğlu 2012 p.35). Araştırmalar, işçilerin güvenlik tutumları ile güvenli davranışları arasında ilişki göstermektedir (Samael ve ark 2015). Riskin çalışanlar tarafından nasıl algılandığını anlamak etkili risk iletişimi ve risk yönetimi bakımından önem taşımaktadır (Portell ve ark. 2014). Sadece gelişmiş bir yönetim sistemine ve teknolojiye sahip olmak, işyerinde güvenli davranışları geliştirmek için yeterli olmamaktadır. Olumlu bir güvenliğe sahip olmak ve kazaları önlemek, güvenliğe karşı örgütsel tutum ile birlikte kişisel algı ve tutum gerektirmektedir. Kişisel güvenlik tutumunu ve algılarını uygun bir araç kullanılarak ölçmek organizasyonun kazaları önlemek, performansını değerlendirmek amacıyla değerli bir ölçüt olarak düşünülmektedir (Samael ve ark 2015).

İnsanların risk hakkında sahip oldukları karmaşık ve anlaşılması zor düşüncelerini değerlendirebilmek için çeşitli teknikler geliştirilmiştir. Bu tekniklerle araştırmacılar, insanların bir şeylerin “riskli” olduğunu (veya olmadığını) söylerken ne anladıklarını keşfetmeye ve bu algıların altında hangi faktörlerin olduğunu belirlemeye çalışmışlardır. Buradaki temel hedef insanların ne düşündükleri, riske cevap verdikleri yollar ve tepkilerini anlama ihtiyacı olmaktadır. Böylece karar vericiler tarafından yeni

risk yönetim stratejileri hazırlama, olayları değerlendirme ve eğitsel çabalara yol gösterici olması beklenmektedir (Slovic 1987).

Analistler tarafından tehlikeleri değerlendirmek için risk analizleri yapılırken, insanların çoğu tipik olarak “risk algısı” olarak adlandırılan risk kararlarına güvenmektedir. Kişilerin risklerle ilgili doğru tutum geliştirmelerini sağlamak için risklerin nasıl algılandığının ortaya konması gerekmektedir (Slovic 1987). Birçok önemli önleyici strateji (örneğin, bulaşıcı hastalıkların kontrolü için evrensel önlem) çalışanın davranışına bağlı olmakta ve tehlikeye özgü risk algıları birçok sağlık davranış teorisinin merkezini oluşturmaktadır (Portell ve ark. 2014).

## **2.5. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi**

Hastanelerin tıbbi tedavi sağlama yükümlülüğünün yanında çalışanlarına karşı da yükümlülükleri olduğu belirtilmektedir (Hakeri 2010). İşveren ve yöneticiler çalışanları için sağlık ve güvenlik önlemlerini almakla yükümlü bulunmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği önlemleri, bilgi ve eğitimin sağlanması, mesleki risklerin önlenmesi, gerekli araçların ve organizasyonun sağlanması kapsamaktadır (Kıyak 2014 p. 31; Rowland ve Rowland 1997 p. 435). Güvenlik uygulamaları yönetim sorumluluğunda olmakla birlikte tüm iş süreçleri ve işlevlerle bütünleşmiş olması gerekmektedir. İşveren ve yöneticiler işyerlerinde güvenlik uygulamalarını dağınık ve izole şekilde yönetmek yerine sistematik bir şekilde tehlikelerin önceden tanımlanmasını, etkili kontrollerin yerine getirilmesini, insanların yeterince eğitilmiş ve yetkilendirilmiş olmasını ve iş süreçlerinin daha tutarlı güvenlik ve sağlık performansı sağlayacak şekilde tasarlanmasını ve yürütülmesini sağlamaları gerekmektedir (OSHA 2013c). Her türlü potansiyel veya gerçek güvenlik sorununa ortak bir ekip anlayışı ile yaklaşma önem taşımaktadır (Rowland ve Rowland 1997 p. 435). Tüm çalışanlar kuruluşun güvenlik ve sağlık performansını iyileştirme amacına sahip olduğunda, hem çalışan hem de hasta güvenliği için yararlı “güvenlik kültürünü” geliştirmek olanaklı olabilmektedir (OSHA 2013c).

İşyerindeki tehlikeleri ve yaralanmaları azaltmanın en etkili yollarından biri, çalışanlar yaralanmadan veya hastalanmadan önce işyerindeki tehlikeleri bulmak ve düzeltmek amacını taşıyan kapsamlı, proaktif, işbirliğine dayalı bir güvenlik ve sağlık yönetim sistemi oluşturmak şeklinde belirtilmektedir (OSHA 2013b). Bu yönetim sistemi aynı zamanda işyerinin bütününde güvenliği sağlamaya yönelik faaliyetleri

“planlamak, uygulamak, değerlendirmek ve geliştirmek” için kapsamlı bir yapı sağlamaktadır (OSHA 2013c).

Hastanelerin giderek artan bir şekilde hasta güvenliği ve çalışan güvenliği programlarının bütünlüştirildiği bir güvenlik ve sağlık yönetim sistemi kullanarak ikisini birlikte yönettiği görülmektedir (OSHA 2013c). Hastanelerin %90'ından fazlası çalışan güvenliği ve sağlığını yönetmek için bir sistem veya programa sahip olduklarını bildirmektedir (OSHA 2013b). Ancak güçlü bir liderlik ve aktif çalışan katılımı olan sistemler yaralanma riskini azaltmakta etkili olurken dosyalarda kağıt üzerindeki planların etkisiz olduğu belirtilmektedir (Tosun ve ark 2012a p. 101; OSHA 2013b).

Başarılı güvenlik ve sağlık yönetimi sistemlerinin çoğu benzer şekilde ortak temel unsurlar içermektedir. Neredeyse tüm başarılı sistemler “yönetim liderliği, çalışan katılımı, tehlike tanımlama ve değerlendirme, tehlike önleme ve kontrol, eğitim ve öğretim, sistem değerlendirme ve geliştirme” olmak üzere altı ana unsur içermektedir (OSHA 2013c; OSHA 2013b). Genel sistemin başarısının sağlanması her bir unsur birbirleriyle ilişkili, bağlantılı ve önemli olmaktadır. Güçlü ve görünür bir liderlik sistemin belki de en önemli bileşeni olarak belirtilmektedir. Çalışanlar görevleri ya da işlevlerini yerine getirirken sadece sorunları değil, aynı zamanda bunların kaynaklarını da bilmek durumundadır. Çalışanların katılımının alınan önlemlerin kabulü ve uzun süreli verimliliğini artırdığı belirtilmektedir (Kıyak 2014 p. 32).

İş sağlığı ve güvenliği alanında “risk değerlendirmesi” kavramının özel bir yer ve önemi bulunmaktadır. Çalışma yaşamında risk değerlendirmesinin belirli yöntemler kullanılarak ve sistematik bir çerçevede yapılması gerekmektedir (Bilir 2016 p. 86). Risk yönetimi bir politika kararı iken risklerin değerlendirilmesi teknik bir işlem olmaktadır. Tehlikelerin riski teknik yöntemlerle belirlenmekte ve riskin miktarı, düzeyi hakkında bilgi sahibi olunmaktadır. Ancak daha sonra çalışanlar tarafından algılanması ve kontrolüne geçilebilmektedir (Say 2013). Bu nedenle risk değerlendirmesi işyerinde iş güvenliği ve sağlık koşullarını iyileştirmek için kullanılan önemli araçlardan biri olmaktadır. İşyerinde gerçek zarar verme potansiyeline sahip önemli risklere odaklanılmakta ve birçok durumda basit önlemler ile kolayca kontrol edilebilen riskler böylece önlenebilmektedir. İyi yapılmış bir iş yeri risk değerlendirmesi, işle ilgili tehlikeleri ve riskleri ortadan kaldırarak veya en aza indirerek çalışanların korunmasına katkıda bulunmaktadır (ILO 2014). Tehlikelerin etkilerini minimuma indirmek amacıyla

yapılan “risk analizi” çalışmaları ile riskler belirlendikten sonra riski ortadan kaldırmaya ya da çalışmada herhangi bir zararlı etki oluşturmasını engellemeye yönelik önlemler alınmalı ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır (Tosun ve ark. 2012b p. 27). Türkiye’de kamu ve özel sektöre ait bütün işyerleri için “İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği” ile “işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği yönünden yapılacak risk değerlendirmesinin usul ve esasları” düzenlenmiştir. Yöneticilerin hastanelerde yönetmelik gereği risk değerlendirme çalışmalarını yapması yasal bir zorunluluk haline getirilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 29 Aralık 2012, Sayı: 28512).

Riskten etkilenmeye yönelik kontrollerde, kaynakta en etkili olacak ve çalışmada en az zarar oluşturacak şekilde önlemlerin ele alınması geleneksel bir kavram olan “kontrollerin hiyerarşisi” şeklinde adlandırılmaktadır. Yapılması gereken, riskin oluşumunu önlemek eğer bu mümkün değilse çalışana ulaşmasını engellemek olmaktadır. Kontroller genellikle bu hiyerarşide etkinlik sırasına göre listelenmektedir. Öncelikle, kaynağında kontrol altına alma yani tehlikeyi farklı bir tasarımla ortadan kaldırmaya çalışmak gerekmektedir. Örneğin; yeniden tasarlamak, havalandırma ve mühendislik kontrolleri çalışanların tehlikelerle karşılaşmasını ortadan kaldırmanın etkili ve güvenilir yöntemlerinden birini oluşturmaktadır. Ancak sağlık kurumlarında tehlikeleri tasarlamak her zaman teknolojik, ekonomik veya etik olarak mümkün olmamaktadır. İkinci yaklaşım, odaklanan tehlikenin mühendislik kontrolleri vb. ile oluşumunun önüne geçilemedi ise risk azaltma veya risklerden kaçınma stratejilerine geçmektir. Çalışma ortamında kontrol altına alma, “karşılaşma süresinin sınırlandırılması, eğitim, iş sürecine ilişkin uygulamalarının değiştirilmesi, uygulamalar ve bakım prosedürleri gibi idari kontroller, yeterli personel” tehlikeyle karşılaşmayı azaltabilmektedir. En az istenen kontrol türü ise “solunum maskeleri, eldivenler, kıyafetler, işitme sistemi koruması ve diğer kişisel teçhizatları” içeren kişisel koruyucu ekipmanlardır. Yani alıcıda kontrolün sağlanması pek çok nedenle korunmada son çare olarak kabul edilmektedir. Koruyucu ekipmanların kullanılmasında “kişisel algılama” ve “güvenlik kültürü” önem kazanmaktadır (Gorman ve ark. 2013; Portell ve ark 2014; Say 2013).

Hastanelerde etkili ve doğru yönetilen güvenlik uygulamalarının “daha az yaralanma, hastalık ve enfeksiyon, işçilerin tazminat istekleri ve daha düşük sağlık sigortası primleri için azaltılmış maliyetler, yaralanma veya hastalığın ardından daha az

devamsızlık ve daha yüksek işe dönüş oranları, geliştirilmiş iş uygulamaları, artan verimlilik ve daha fazla hasta güvenliği ve doyumunu, yüksek iş doyumunu, moral ve çalışanı işte tutma, gelişmiş itibar” gibi çok çeşitli olumlu katkıları bulunmaktadır (OSHA 2013c).

Kıran’ın aktardığına göre “Uluslararası mesleki sağlık komisyonu” 1990 yılında sağlık çalışanlarının sağlığının işçi sağlığı yaklaşımı ile ele alınması ve bunun için hastanelerde ilgili birimin kurulması gerektiği önerisinde bulunmaktadır. ABD’deki “Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu 1990’lı yılların başında hastanelerde sağlık ve güvenlik komitesinin bulunması koşulunu” getirmiştir (Özkan ve Emiroğlu 2006). Türkiye’de son yıllarda yaşanan gelişmelerle birlikte 2012/23 Sayılı Genelge ile sağlık kurumlarında “Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri” kurulması gerektiği ve işlevlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulduğu görülmektedir. Yine “Sağlıkta Kalite Standartları” Türkiye’de bulunan tüm hastanelerde “Çalışan Güvenliği Komitesi” kurulmasını ve bu yönde çalışmalar gerçekleştirilmesini zorunlu hale getirmektedir (SB Genelge 2012/23; SB 2011; SB 2016).

2012 tarihli “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” Madde 6’da “mesleki risklerin önlenmesi ve bu risklerden korunulmasına yönelik çalışmaları da kapsayacak, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sunulması için işveren sorumlulukları” kamu ve özel sektöre ait bütün işyerleri için tanımlanmış durumdadır. Ancak “4857 sayılı İş Kanununun 81. Maddesi kapsamında çalışanlar dışında kamu kurumları ile 50’den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için 1/7/2020 tarihinde” uygulanması kararı bulunmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 20 Haziran 2012, Sayı: 6331).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere karşı nasıl bir tutum sergilediğinin belirlenmesine yönelik ölçek geliştirmek amacıyla metodolojik, hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere ilişkin tutumları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi açısından da tanımlayıcı olarak iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2. Araştırma Soruları

- 1) “Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu” ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?
- 2) Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere ilişkin tutumları nasıldır?
- 3) Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere ilişkin tutumlarını etkileyen etmenler nelerdir?

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, birinci aşama için Düzce ilinde yer alan bir Sağlık Bakanlığı Hastanesi (SBH), bir Üniversite Hastanesi (ÜH), bir Özel Hastane (ÖH) ve Kocaeli’nde yer alan bir ÖH’de görevli hemşireler oluşturmaktadır (296 SBH, 272 ÜH, 60 ÖH, 260 ÖH; N=888).

Araştırmanın birinci aşamasında öncelikle veri toplama aracının geliştirilmesinde madde havuzu oluşturmak amacıyla Düzce ve Kocaeli’nde evreni oluşturan hastanelerde görevli hemşirelerden her hastane grubundan (SBH, ÜH, ÖH) 10 hemşire olmak üzere 30 hemşire ile kalitatif derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görülecek hemşirelerin belirlenmesinde farklı birimlerde ve pozisyonlarda görevli olma, görüşmeye katılımında gönüllü olma ölçütleri dikkate alınmıştır.

Ölçek geliştirme çalışmasında; örneklem grubuna giren hemşirelerden test-tekrar test analizine katılmayı kabul eden toplam 50 hemşireye taslak ölçek 15 gün arayla iki kez uygulanmıştır (23 SBH, 17 ÜH ve 10 ÖH). Ancak analizler 44 kişilik örneklem grubuyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın birinci aşamasının örneklem sayısının belirlenmesinde, “geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında örneklem büyüklüğünün madde sayısının en az beş katı, ile on katı olması” gerektiği kuramsal bilgisi (Tavşancıl 2014 p. 50; Erkuş 2016 p. 99; Seçer 2018 p. 59) doğrultusunda taslak ölçeğin 10 katı hesabıyla 888 hemşire örnekleme alınmıştır. Hemşirelerin örnekleme alınma kriteri olarak kurumda en az üç aydır çalışıyor olmak ve aktif hemşirelik yapıyor olmak (bakım vermeyen ya da tedavi, tanı işlemlerine doğrudan katılmayan hemşireler alınmamıştır) temel ölçüt olarak alınmıştır. Araştırmanın bu aşamasında evreni oluşturan 888 hemşireden, toplam 674 kişiye veri toplama aracı dağıtılmış, 547 kişiden geri toplanmış, 37 adet veri toplama aracı uygun bulunmayarak araştırma dışında tutulmuş ve 504 hemşirenin verisi değerlendirilmiştir. Araştırmanın geri dönüş oranı %81 olup taslak ölçek madde sayısının sekiz katına ulaşılmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasında, geçerlik güvenilirliği tamamlanan ölçek Kocaeli ilindeki SBH (281), ÜH (506) ve ÖH’de (264) görevli hemşirelere uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerin hemşirelerin çalışma ortamındaki risklere karşı tutum puanı üzerine etkisinin regresyon analizi sonucunda  $f^2$ : ,10 (küçük etki) düzeyinde olabileceği öngörülerek, %5 alfa hata payı (iki yönlü) ve %95 güçle G\*Power (3.1.9.2) programında yapılan örneklem sayısı hesabında çalışmaya en az 292 kişinin alınması gerektiği belirlenmiştir. Çalışmanın bu aşamasında veri toplama sürecinde kayıpların olabileceği göz önüne alınarak, hesaplamada elde edilen örneklem sayısının %30 fazlası ile çalışmaya 380 kişinin alınmasına karar verilmiştir.

Bu örneklem sayısına ulaşmak için her hastaneden alınması gereken hemşire sayısı tabakalı örneklem yöntemi ile belirlenmiştir (Tablo 3-1).

**Tablo 3-1: Çalışma örnekleminin Tabakalı Rastgele yöntemle belirlenmesi**

Kurum Türü	Hemşire Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Alınması Gereken Hemşire Sayısı
ÖH	264	$264 / 1051 = ,25$	$,25 \times 380 = 95$ kişi
ÜH	506	$506 / 1051 = ,48$	$,48 \times 380 = 182$ kişi
SBH	281	$281 / 1051 = ,27$	$,27 \times 380 = 103$ kişi
<b>TOPLAM</b>	<b>1051</b>	<b>,33</b>	<b>380</b>

Veri toplama süreci sonucunda SBH (169 dağıtılan 101 toplanan) ÜH (209 dağıtılan 185 toplanan) ve ÖH (179 dağıtılan 79 toplanan) olmak üzere toplamda 338 hemşirenin verileri ile analizler gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın geri dönüş oranı %65'dir.

Toplam puan için regresyon analizi sonucuna göre post hoc güç analizi sonucu; çalışmanın primer sonucu olarak kabul edilen, hemşirelerin risklere karşı tutum toplam puanı üzerine sekiz bağımsız değişkenin etkili olduğu belirlenen regresyon analizinde elde edilen  $R^2$  ,39 değerine göre, G\*Power (3.1.9.2) programı ile yapılan post hoc güç analizinde etki büyüklüğü  $f^2$ : ,64 (büyük/geniş etki) ve güç 1.00 (%100) olarak bulunmuş ve çalışmanın ikinci aşamasının örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüştür.

### **3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırmanın birinci aşamasının yarı-yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme süreci Aralık 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında ve geçerlik güvenilirlik aşamasına ilişkin veriler Mart-Nisan 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilirken; çalışmanın ikinci aşamasına ilişkin veriler Ekim-Kasım 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırma; Düzce il merkezinde bulunan bir SBH, bir ÜH ve bir ÖH, Kocaeli ilinde bulunan bir SBH, bir ÜH ve uluslararası akreditasyona sahip bir ÖH'de gerçekleştirilmiştir.

### **3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırma sürecinde üç ayrı veri toplama aracı kullanılmıştır.

#### **3.5.1. Bireysel Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

Araştırmanın birinci aşamasında, ölçek madde havuzunu oluşturmak amacıyla gerçekleştirilen bireysel derinlemesine görüşmelerde bilimsel yazından destek alınarak hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (Ek 1). Görüşme formunda; çalışma ortamında karşılaşılan riskler, risklere karşı alınan önlemler, hastanelerde risk ve tehlikelere ilişkin yaşanan sorunlar, riskleri azaltmak üzere yapılması gereken düzenlemeler, yöneticilerden beklentiler, risklerden korunmak amacıyla yapılması gereken iyileştirmelere yönelik görüşler olmak üzere katılımcıların



görüş ve deneyimlerini sorgulamaya ve katılımcıların bireysel özelliklerini belirlemeye yönelik sekiz soru bulunmaktadır.

### **3.5.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Taslağı**

Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği taslağını oluşturulmak amacıyla gerçekleştirilen bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen veriler doğrultusunda 300 soruluk ölçek madde havuzu oluşturulmuştur. Danışman ve tez izlem komitesi ile yapılan çalışmalar sonucunda 80 maddeye indirilen madde havuzu uzman görüşüne sunulmuştur. Ölçek taslağı uzmanlardan gelen öneriler, danışman ve tez izlem komitesi önerileri doğrultusunda benzer ve belirsiz maddelerin (17 madde) çıkarılmasıyla 63 maddelik uygulama öncesi son haline getirilmiştir. Taslak ölçeğin geçerlik güvenirlik uygulaması öncesinde tanıtıcı bilgiler (yaş, cinsiyet, eğitim, kurum, birim) içeren anket formu oluşturulmuş ve 20 hemşire ile ön çalışması gerçekleştirilmiştir. Ön çalışma sonucunda iki madde üzerinde değişiklik yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenirlik analizleri sonrasında 63 maddeden oluşan taslak ölçek 43 madde ve faktör analizi sonucunda; “kurumsal yaklaşım” (25 madde), “bireysel yaklaşım” (18 madde) olmak üzere iki alt boyut şeklinde son haline getirilmiştir.

### **3.5.3. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği**

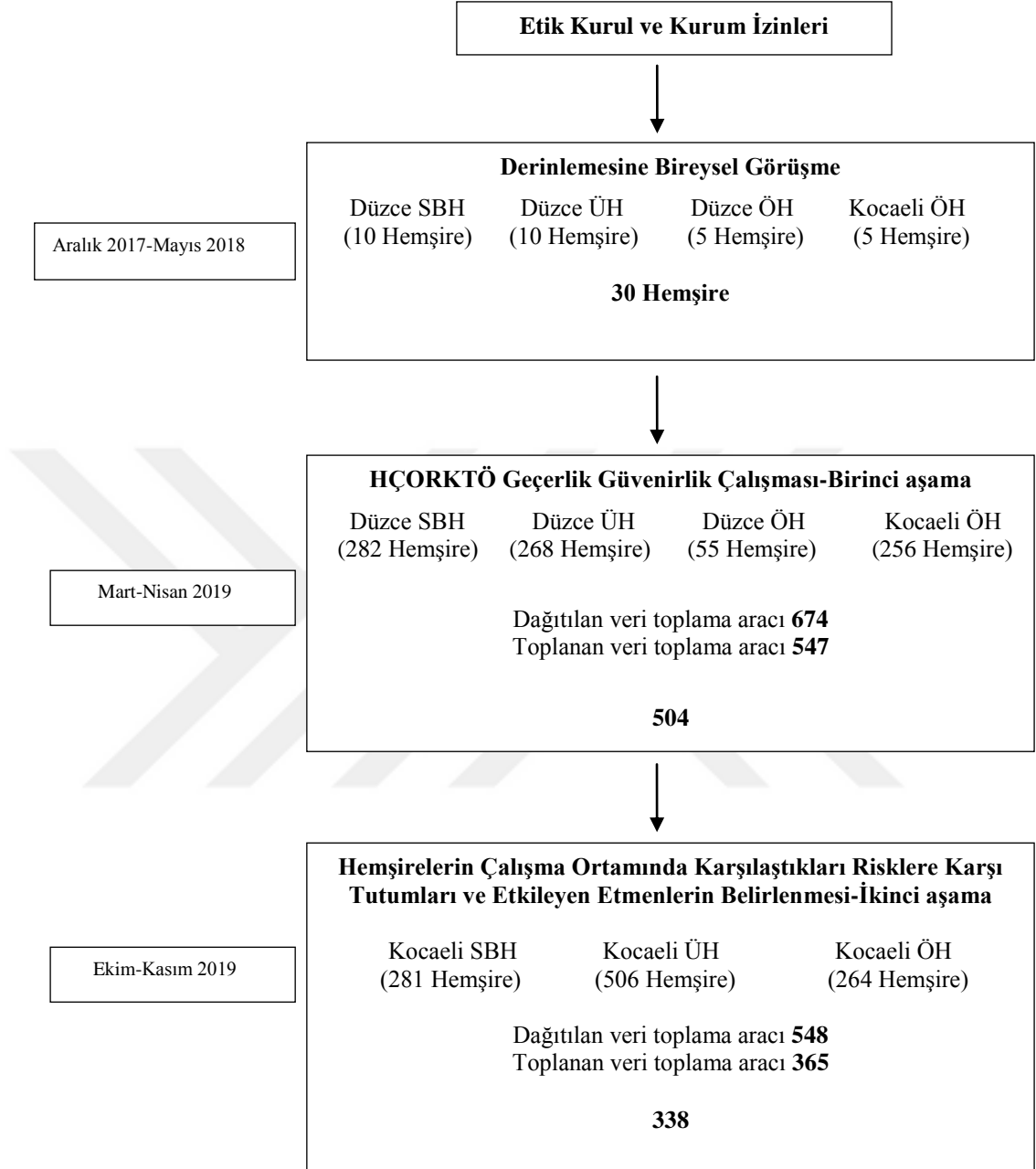
Araştırmanın ikinci aşamasında geçerlik-güvenirlik çalışması yapılan 43 madde ve iki alt boyuttan oluşan “Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçeğin derecelendirmesi 5’li Likert tipinde (kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kısmen katılıyorum, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum) olup negatif puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek puanının hesaplanmasında, 43 maddenin puanı toplanarak 43-215 arasında ham puan elde edilmekte ve elde edilen ham puan madde sayısına (43’e) bölünerek 1-5 arası puan elde edilmektedir. Alt boyutların puanlanması toplam ölçek puanlarının hesaplandığı şekilde yapılmaktadır. Her alt boyutta madde puanlarının toplanmasıyla ham puanlar elde edilmektedir. Her bir alt boyutun ham puanı boyuttaki madde sayısına bölünerek 1-5 arası puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması tutumun arttığını göstermektedir. Araştırmanın bu aşamasında ayrıca hemşirelerin bireysel özelliklerini, mesleki özelliklerini ve çalışma ortamındaki risklere ilişkin görüşlerini içeren on yedi sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır.

Çalışmada Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için ,96, kurumsal yaklaşım boyutu için ,96, bireysel yaklaşım alt boyutu için ,92 olarak bulunmuştur.

### **3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması**

Etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra araştırmanın birinci aşaması olan derinlemesine bireysel görüşmeler için yönetici hemşireler ile görüşülerek uygunluk ölçütleri doğrultusunda görüşme yapılabilecek hemşireler belirlenmiştir. Belirlenen hemşireler ile tek tek görüşülerek çalışmaya katılmayı kabul edenlerle nitel görüşmeler için yer ve zaman planlamaları yapılmıştır. Görüşmeler uygun zaman ve yerlerde yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze bireysel görüşme tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Görüşme öncesi her katılımcıya gerekli bilgilendirmeler yapılarak onamları alınmış ve alınan izinleri doğrultusunda görüşmelerin ses kaydı yapılmıştır. Ses kayıtları araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında yazılı hale dönüştürülmüştür. Tüm görüşmelerden elde edilen görüşme raporları tematik olarak incelenerek dört tema boyutunda (risk algılama, kurumsal yaklaşım, çalışanın yaklaşımı, yönetici yaklaşımı) ölçek madde havuzu oluşturulmuştur.

Araştırmanın geçerlilik güvenirlik aşamasında örnekleme giren kurumların yöneticileriyle ön görüşmeler yapılarak SBH ve ÜH için belirlenen günlerde hastaneler ziyaret edilmiş ve veri toplama aracı katılımcılara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra katılımında gönüllü olanlara elden dağıtılmış ve belli sürelerde tekrar gidilerek araştırmacı tarafından elden toplanmıştır. Kocaeli’nde bulunan ÖH’de eğitim hemşiresi eşliğinde veri toplama araçları dağıtılmış ve 15 gün sonra araştırmacı tarafından toplanmıştır. Düzce ilinde yer alan ÖH’nin hemşirelik hizmetleri yöneticiliğine veri toplama araçları bırakılmış ve 10 gün sonra gidilerek geri alınmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasında örnekleme giren SBH ve ÖH’de veri toplama araçları temel ölçütleri karşılayan hemşirelere sorumlu hemşireler aracılığıyla dağıtılmış ve 15 gün sonra tekrar gidilerek toplanmıştır. Özel hastanede yeterli sayıya ulaşamadığından araştırmacı tarafından farklı bir gün daha gidilerek sayıya ulaşınca kadar hemşirelerle birebir görüşülerek yeterli sayıya ulaşılmıştır. ÜH özellikli birimlere veri toplama araçları sorumlu hemşireler ile görüşülerek çalışan sayısı kadar bırakılmış ve 15 gün sonra tekrar gidilerek alınmıştır. Diğer birimlerde araştırmacı tarafından birebir uygulanarak yeterli sayıya ulaşılınca kadar devam edilmiştir.



**Şekil 3-1: Araştırma verilerinin toplanması**

### 3.7. Araştırmanın Değerlendirilmesi

Veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra istatistik danışman desteğinde “Statistical Package for the Social Sciences” 15 (SPSS 15) paket programı ve “Linear Structural Relations” (LISREL) kullanılarak analiz edilmiştir. Kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3-2’de gösterilmiştir.

**Tablo 3-2: Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler**

<b>İncelenen Özellik</b>	<b>İstatistiksel Yöntem</b>
Kapsam geçerliliği	Davis Tekniği, Kapsam Geçerlilik İndeksi
Yapı geçerliliği	Açımlayıcı Faktör Analizi Doğrulayıcı Faktör Analizi
Madde Analizleri Madde-Toplam Puan Analizi Madde-Alt Boyut Analizi Alt Boyut-Toplam Puan Analizi	Pearson Korelasyon Analizi
İç Tutarlılık	Cronbach Alfa
Zaman Göre Değişmezlik	Test-retest puanlarının karşılaştırılmasında Bağımlı Gruplarda t testi ICC analizi
Ölçek puan ortalamalarının normal dağılıma uygunluğu	Grafik, Skewness ve Kurtosis Testleri
Tanımlayıcı istatistikler	Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma
Normal Dağılım	Skewness ve Kurtosis Testleri
Bağımsız değişkenlere göre ölçek puan ortalaması arasındaki fark	Bağımsız gruplarda t testi Mann Whitney U testi Tek yönlü varyans analizi Tukey HSD Kruskal Wallis testi Bonferroni
Ölçek toplam ve alt boyut tutum puanı üzerine primer analizlerde etkisi bulunan bağımsız değişkenlerin analizi	Regresyon (backward yönetimi)

### 3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Abant İzzet Baysal Üniversitesi (AİBÜ) Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 08.06.2017 tarih ve 2017/80 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (Ek 9). Kocaeli ilinde bulunan özel hastane kendi kurumundan ayrıca etik

kurul onayı alınmasını istemiş ve gerekli belgeler düzenlenerek başvuru yapılarak gerekli etik kurul onayı alınmıştır. Kamu hastaneleri için ilgili dokümanlar hazırlanarak kurumların talep ettiği gerekli onaylar alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı tüm kurumlardan izin alındıktan sonra veri toplama sürecine başlanmış ve ayrıca araştırmaya katılanlardan bilgilendirilmiş onam formu doldurmaları istenmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri**

Araştırma bulguları örnekleme alınan hastaneler ile sınırlı olup genellenemez.

Araştırmanın bireysel derinlemesine görüşme verilerinin toplanmasında hastane ortamında görüşme yapılabilmesi için uygun ortamın bulunmasında ve görüşmelerin zamanında başlatılmasında zaman zaman sorunlar yaşanmıştır.

Ulusal ve uluslararası düzeyde hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere karşı tutumunu belirlemeye yönelik çalışmalara rastlanılmamış olması nedeniyle araştırma bulgularının tartışılmasında güçlükler yaşanmıştır.

Araştırma sürecinde özellikle üniversite ve özel hastanede çok sayıda araştırma yapılıyor olması nedeniyle hemşirelerin katılım düzeyinde olumsuzluklar yaşanmış istenen örneklem sayısına tam ulaşılamamıştır.

## 4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular iki başlık altında incelenmiştir.

I. Ölçek geliştirme çalışmasına ilişkin bulgular

II. Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere yönelik tutumları ve etkileyen etmenlere ilişkin bulgular

### 4.1. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeğinin (HÇORKT) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

#### 4.1.1. Örneklem Grubunda Yer Alan Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri

Ölçek geliştirme çalışmasında yer alan hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine Tablo 4-1’de yer verilmiştir.

**Tablo 4-1: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri (N: 504)**

Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
23-30 yaş	261	51,8
31-40 yaş	174	34,5
≥ 41 yaş	69	13,7
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	406	80,6
Erkek	98	19,4
<b>Eğitim durumu</b>		
SML	84	16,7
Ön Lisans	76	15,1
Lisans	303	60,1
Yüksek Lisans	41	8,1
<b>Çalışma süresi</b>		
≤ 5 yıl	202	40,1
6-10 yıl	93	18,4
11- 15 yıl	75	14,9
> 15 yıl	134	26,6
<b>Çalıştığı kurum</b>		
Üniversite Hastanesi	172	34,1
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	212	42,1
Özel Hastane	120	23,8
<b>Çalıştığı birim</b>		
Dahili Birim	100	19,8

Cerrahi Birim	72	14,3
Çocuk Hastalıkları	19	3,8
Acil Servis	79	15,7
Kadın-Doğum	25	5,0
Ameliyathane	39	7,7
Yoğun Bakım	122	24,2
Diğer	48	9,5
	<b>En az-en çok</b>	<b><math>\bar{x} \pm SS</math></b>
Yaş	18-53	31,55±7,40

Geçerlik-güvenirlik çalışması amacıyla örnekleme yer alan hemşirelerin kişisel özellikleri incelendiğinde %80,6'sının kadın, %51,8'inin 23-30 yaş aralığında, %60,1'inin Lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Mesleki özelliklerine bakıldığında ise hemşirelerin %40,1'inin çalışma süresinin 5 yıl ve altında olduğu, %42,1'inin Sağlık Bakanlığı hastanesinde görev yaptığı belirlenmiştir.

#### **4.1.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeğinin Geçerliliği**

##### **4.1.2.1. Kapsam (İçerik) Geçerliliği**

Kapsam geçerliliği açısından, taslak ölçek (80 madde) 14 uzmanın görüşüne sunulmuş maddelerin anlaşılabilirliği ve konuya uygunluğu değerlendirilmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Davis Tekniği kullanılmış ve uzmanların maddeleri "a) uygun, b) uygun ancak hafifçe gözden geçirilmeli, c) ciddi olarak gözden geçirilmeli, d) uygun değil" şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir. Davis tekniğine göre Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) ,80'den düşük olan maddelerin çıkartılması gerektiğinden taslak ölçeğin KGİ ,80'den düşük bulunan yedi maddesi (11, 12, 13, 14, 15, 16, 20) çıkarılmıştır. Aynı zamanda uzmanlardan gelen öneriler, danışman ve tez izlem komitesi önerileri doğrultusunda benzerlik gösteren 10 madde çıkarılarak 63 maddelik taslak ölçeğin son hali oluşturulmuştur.

##### **4.1.2.2. Pilot Uygulama**

Örnekleme grubuyla aynı özellikleri taşıyan 20 kişilik örneklem grubu dışındaki hemşire üzerinde, ön uygulama yapılarak ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği değerlendirilmiş ve iki maddenin anlaşılır olmadığına ilişkin geribildirim alınmıştır. Tez izlem komitesinin önerileri doğrultusunda bu iki madde üzerinde değişiklik yapılarak

taslak ölçeğe son şekli verilmiş ve 63 maddelik ölçek taslağının geçerlik güvenirlik çalışması için uygulanması aşamasına geçilmiştir.

#### 4.1.2.3. Madde Analizi

Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin taslak şekli 504 hemşireye uygulanmış ve ölçeğin madde güvenirliği için yapılan madde puanları ile ölçek toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren “Pearson korelasyon analizi” sonuçları Tablo 4-2’de verilmiştir.

**Tablo 4-2: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin madde toplam puan korelasyonları (N: 504)**

No	Taslak Ölçek Maddeleri (63 Madde)	Madde-Toplam		Madde silinirse
		r	p	$\alpha$
1	Birimde kullanılan kimyasal maddeler (dezenfektanlar, çamaşır suyu vb) sağlığıma zarar verir	,13	,003	,91
2	Parenteral uygulama yaparken risk altında olduğumu düşünürüm	,02	,598	,91
3r	Kurumun fiziki yapısı ve donanımı çalışanlara ergonomik bir ortam sağlar	-,31	,000	,91
4	Uzun süre ayakta çalışma, taşıma, kaldırma gibi faaliyetler sağlığımla olumsuz etkiler	,20	,000	,90
5	Uygulamalarımda hastane ortamının biyolojik risk taşıdığını dikkate alırım	,49	,000	,90
6	Çalıştığım birimde ısıtma, soğutma ve havalandırma sistemlerinin etkili çalışmaması sağlığımla olumsuz etkiler	,15	,001	,90
7	Çalışma ortamındaki gürültü sağlığımla olumsuz etkiler	,22	,000	,90
8	Yangın çıkışlarının kilitli olması, farklı amaçlarla kullanılması gibi durumlar risk oluşturur	,32	,000	,90
9	Kuruma/birime giriş çıkışların kontrolsüz olması güvenliğimi tehlikeye sokar	,26	,000	,90
10	Görev yerimin sık değiştirilmesi kaygı düzeyimi artırır	,23	,000	,90
11	Vardiyalı çalışma sistemi beslenme, uyku gibi fizyolojik gereksinimlerimi karşılama düzenimi bozar	,22	,000	,90
12	Vardiyalarda tek çalışıyor olmak kendimi güvensiz hissetmeme yol açar	,14	,001	,91
13	Kurumumuzda riskleri azaltmaya yönelik çalışmalar düzenli yapılır	,53	,000	,90
14	Riskli durumlara karşı çalışanlar nasıl bir yol izleyeceğini bilir	,54	,000	,90
15	Kurumumuzda risk analizi çalışmaları çalışanların katılımıyla yürütülür	,56	,000	,90
16	Kurumumuzda risklere karşı her birime özel önlemler alınır	,57	,000	,90
17	Çalışanların iş güvenliği uygulamalarına ilişkin farkındalığı yüksektir	,55	,000	,90
18	Kurumumuzda çalışanların sağlık taramaları düzenli yapılır	,48	,000	,90



19	Kurumumuzda hata yapanları cezalandırma ve suçlamaya yönelik yaklaşımdan çok sorunu çözmeye yönelinir.	,60	,000	,90
20	Kurumda yürütülen zorunlu iş güvenliği eğitimleri yararlıdır	,54	,000	,90
21	Kurumumuzda oryantasyon eğitimlerinde risk yönetimi konularına yer verilir	,49	,000	,90
22	Kurumumuzda istenen nitelikte koruyucu malzeme ve ekipman (özel gözlük, özel maske vb) sağlanır	,55	,000	,90
23	Kurumumuz çalışanların güvenliğini sağlamak için masraftan kaçınmaz	,61	,000	,90
24	Kurumumuzda tüm cihazların bakım onarımları zamanında yapılır	,57	,000	,90
25	Kurumumuzda teknik donanım ve cihazları kullanacak yetkin personel bulunur	,60	,000	,90
26	Birimde araç, gereç ve malzemelerin (monitör, dolaplar vb) uygun yerleştirilmesi/ sabitlenmesine dikkat edilir	,56	,000	,90
27	Kurumumuzda şiddeti önlemeye yönelik güvenlik önlemleri alınır	,63	,000	,90
28	Kurumumuzda atık ayrıştırmada standartlara / yönetmeliklere uygun davranılır	,57	,000	,90
29	Kurumumuzda radyasyonun çalışanlara etkisini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır	,61	,000	,90
30	Kurumumuzda izolasyon gereken hastalara yönelik önlemler alınır	,58	,000	,90
31	Salgın hastalıklara yönelik çalışanları koruyucu önlemler anında alınır	,62	,000	,90
32	Kurumumuzda malzemeler ve ilaçlar prosedüre uygun depolanır	,56	,000	,90
33	Kurumumuzda kemoterapi uygulamalarına ilişkin standartlar uygulanır	,50	,000	,90
34	Kurumumuzda 24 saatlik çalışma sistemi uygulanmaz	<b>,29</b>	<b>,000</b>	,90
35r	İşimi bitirmeyi önemseydiğimden kişisel koruyucu önlemleri ihmal ederim	<b>,24</b>	<b>,000</b>	,90
36r	Eldiven, maske gibi basit koruyucu önlemlerin riskleri azaltmadığını düşünürüm	<b>,18</b>	<b>,000</b>	,91
37	Koruyucu önlem almak zaman alsa da prosedüre uygun davranırım	,44	,000	,90
38	Sağlık taramalarımı aksatmam	,47	,000	,90
39	Yeterli bilgim olmayan risklere ilişkin araştırma yaparım	,51	,000	,90
40r	Çalışan güvenliğine yönelik alınan önlemlerin çalışanlar tarafından ihmal edildiğini düşünürüm	<b>,09</b>	<b>,045</b>	,91
41	Koruyucu ekipmanın kalite ve güvenliğinin yeterli olup olmadığını önemserim	,45	,000	,90
42	Olay / iş kazası bildirimini yapmaktan çekinmem	,49	,000	,90
43	Uygulamalarımda küçük kesici delici alet kutusunun olduğu tedavi tepsisi kullanırım	,41	,000	,90
44	Kesici delici alet yaralanmasına maruz kaldığımda prosedüre uygun davranırım	,53	,000	,90
45	Hastadan hastaya geçerken el hijyenine dikkat ederim	,48	,000	,90
46	Bulaşıcı hastalığı olanlarda tüm koruyucu önlemleri alırım	,48	,000	,90
47	Hastayla ilk karşılaşmada bulaşıcılık riskinin belirsizliği tedirginlik yaşamama yol açar	<b>,19</b>	<b>,000</b>	,90
48	Standartlara uyduğumuz sürece enfeksiyonlardan korunduğumuzu düşünürüm	,45	,000	,90

49	Kimyasal ürünlerin kurallarına uygun kullanılmasına dikkat ederim	,55	,000	,90
50	İlaç hazırlarken prosedürlere uygun davranırım	,47	,000	,90
51	İşimi yaparken vücut mekaniğine uygun davranmaya özen gösteririm	,43	,000	,90
52	Stresimle başa çıkmak için sosyal / fiziksel etkinliklerde bulunurum	,40	,000	,90
53	Gerektiğinde psikolojik destek almayı düşünürüm	,42	,000	,90
54	Hasta / hasta yakınları ile ilişkimde özel alanımı korumaya özen gösteririm	,44	,000	,90
55	Görev tanımım dışındaki işleri yapmaktan kaçınırım	<b>,28</b>	<b>,000</b>	,90
56	Gece nöbetine dinlenmiş gelmeye özen gösteririm	,43	,000	,90
57r	Yorucu olsa da uzun saatler çalışıp kendime boş zaman yaratmayı tercih ederim	<b>-,18</b>	<b>,000</b>	,91
58	Yöneticim yaşanan risklere ilişkin sorunlara çözüm üretmeye çalışır	,53	,000	,90
59	Yöneticim çalışanların risklere ilişkin önerilerini dikkate alır	,55	,000	,90
60	Yöneticimin birimdeki risklerin farkında olmadığını düşünürüm	<b>-,09</b>	<b>,042</b>	,91
61r	Yöneticim riskli durumlarda günü kurtaracak önlemler almayı tercih eder	<b>,14</b>	<b>,001</b>	,91
62	Çalışanların karşılaştıkları riskler yöneticiler için öncelikli konudur	,56	,000	,90
63	Bireysel güvenlik önlemlerinin etkin olması için yöneticim gereken desteği sağlar	,54	,000	,90

\*r: Ters kodlanan maddeleri göstermektedir

Taslak ölçeğin güvenilirlik çalışması için ölçekte bulunan 63 maddenin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde toplam 20 maddenin (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 34, 35, 36, 47, 55, 57, 40, 60, 61) korelasyon katsayılarının  $r = -,31$  ile  $,32$  arasında bulunduğu ve düşük düzeyde ( $<,40$ ) olduğu saptanmıştır. Ölçekteki diğer 43 maddenin madde-toplam puan güvenilirlik katsayılarının  $r: ,40$  ile  $,63$  arasında ve çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p <,001$ ; Tablo 4-2). Güvenirlik katsayısı olarak korelasyon değeri  $,40$  ve üzerinin alınmasına karar verildiğinden düşük olan ( $r: <,40$ ) 20 madde ölçekten çıkarılarak analizlere 43 ölçek maddesi ile devam edilmiştir.

Ölçek yapısından bir madde çıkarıldığında elde edilen toplam ölçeğin alfa güvenilirlik katsayıları tüm maddeler için  $,90$  ve  $,91$  olarak bulunmuştur. Herhangi bir maddenin çıkarılması ile ölçek iç tutarlılık güvenilirliğinde önemli bir değişiklik olmadığı görülmüştür (Tablo 4-2).

Taslak ölçeğin açıklayıcı faktör analizi sonrası ölçekte kalan ve uyumu doğrulayıcı faktör analizi ile test edilen 43 maddeli iki faktörlü yapısının güvenilirliği için madde analizleri tekrar yapılmış ve bulgular Tablo 4-3'de verilmiştir.

**Tablo 4-3: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin 43 maddeli ikinci aşamadaki madde-toplam ve alt boyut puan korelasyonları (N: 504)**

Yeni No	İlk No	Ölçek Maddeleri (43 madde)	Madde Toplam Puan		Madde Alt Boyut	
			r	p	r	p
<b>Faktör 1: Kurumsal yaklaşım</b>						
1	13	Kurumumuzda riskleri azaltmaya yönelik çalışmalar düzenli yapılır	,60	,000	,69	,000
2	14	Riskli durumlarla karşılaşan çalışanlar nasıl bir yol izleyeceğini bilir	,59	,000	,63	,000
3	15	Kurumumuzda risk analizi çalışmaları çalışanların katılımıyla yürütülür	,63	,000	,68	,000
4	16	Kurumumuzda risklere karşı her birime özel önlemler alınır	,65	,000	,73	,000
5	17	Çalışanların iş güvenliği uygulamalarına ilişkin farkındalığı yüksektir	,61	,000	,66	,000
6	18	Kurumumuzda çalışanların sağlık taramaları düzenli yapılır	,53	,000	,60	,000
7	19	Kurumumuzda hata yapanları cezalandırma ve suçlamaya yönelik yaklaşımdan çok sorunu çözmeye yönelinir.	,65	,000	,70	,000
8	20	Kurumda yürütülen zorunlu iş güvenliği eğitimleri yararlıdır	,56	,000	,58	,000
9	21	Kurumumuzda oryantasyon eğitimlerinde risk yönetimi konularınayer verilir	,53	,000	,61	,000
10	22	Kurumumuzda istenen nitelikte koruyucu malzeme ve ekipman (özel gözlük, özel maske vb) sağlanır	,58	,000	,59	,000
11	23	Kurumumuz çalışanların güvenliğini sağlamak için masraftan kaçınmaz	,68	,000	,77	,000
12	24	Kurumumuzda tüm cihazların bakım onarımları zamanında yapılır	,65	,000	,72	,000
13	25	Kurumumuzda teknik donanım ve cihazları kullanacak yetkin personel bulunur	,66	,000	,70	,000
14	26	Birimde araç, gereç ve malzemelerin (monitör, dolaplar vb) uygun yerleştirilmesi/ sabitlenmesine dikkat edilir	,60	,000	,61	,000
15	27	Kurumumuzda şiddeti önlemeye yönelik güvenlik önlemleri alınır	,70	,000	,74	,000
16	28	Kurumumuzda atık ayrıştırmada standartlara / yönetmeliklere uygun davranılır	,62	,000	,66	,000
17	29	Kurumumuzda radyasyonun çalışanlara etkisini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır	,67	,000	,70	,000
18	30	Kurumumuzda izolasyon gereken hastalara yönelik önlemler alınır	,60	,000	,62	,000
19	31	Salgın hastalıklara yönelik çalışanları koruyucu önlemler anında alınır	,67	,000	,66	,000
20	32	Kurumumuzda malzemeler ve ilaçlar prosedüre uygun depolanır	,60	,000	,59	,000
21	33	Kurumumuzda kemoterapi uygulamalarına ilişkin standartlar uygulanır	,54	,000	,54	,000
22	58	Yöneticim yaşanan risklere ilişkin sorunlara çözüm üretmeye çalışır	,58	,000	,62	,000
23	59	Yöneticim çalışanların risklere ilişkin önerilerini dikkate alır	,60	,000	,63	,000

24	62	Çalışanların karşılaştıkları riskler yöneticiler için öncelikli konudur	,63	,000	,65	,000
25	63	Bireysel güvenlik önlemlerinin etkin olması için yöneticim gereken desteği sağlar	,59	,000	,60	,000
<b>Faktör 2: Bireysel yaklaşım</b>						
26	5	Uygulamalarımnda hastane ortamının biyolojik risk taşıdığını dikkate alırım	,40	,000	,52	,000
27	37	Koruyucu önlem almak zaman alsa da prosedüre uygun davranırım	,41	,000	,59	,000
28	38	Sağlık taramalarımı aksatmam	,46	,000	,56	,000
29	39	Yeterli bilğim olmayan risklere ilişkin araştırma yaparım	,50	,000	,61	,000
30	41	Koruyucu ekipmanın kalite ve güvenliğinin yeterli olup olmadığını önemserim	,44	,000	,55	,000
31	42	Olay / iş kazası bildirimini yapmaktan çekinmem	,46	,000	,62	,000
32	43	Uygulamalarımnda küçük kesici delici alet kutusunun olduğu tedavi tepsisi kullanırım	,41	,000	,53	,000
33	44	Kesici delici alet yaralanmasına maruz kaldığımda prosedüre uygun davranırım	,50	,000	,69	,000
34	45	Hastadan hastaya geçerken el hijyenine dikkat ederim	,43	,000	,62	,000
35	46	Bulaşıcı hastalığı olanlarda tüm koruyucu önlemleri alırım	,43	,000	,63	,000
36	48	Standartlara uyduğumuz sürece enfeksiyonlardan korunduğumuzu düşünürüm	,45	,000	,53	,000
37	49	Kimyasal ürünlerin kurallarına uygun kullanılmasına dikkat ederim	,51	,000	,72	,000
38	50	İlaç hazırlarken prosedürlere uygun davranırım	,42	,000	,67	,000
39	51	İşimi yaparken vücut mekaniğine uygun davranmaya özen gösteririm	,45	,000	,59	,000
40	52	Stresimle başa çıkmak için sosyal / fiziksel etkinliklerde bulunurum	,41	,000	,57	,000
41	53	Gerektiğinde psikolojik destek almayı düşünürüm	,41	,000	,56	,000
42	54	Hasta / hasta yakınları ile ilişkimde özel alanımı korumaya özen gösteririm	,40	,000	,62	,000
43	56	Gece nöbetine dinlenmiş gelmeye özen gösteririm	,40	,000	,51	,000

\* Madde silinirse elde edilen alfa değerlerinin tümü ,94 olarak bulunmuştur.

Tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde güvenilirlik katsayılarının  $r=,40$  ile  $,70$  arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<,001$ ; Tablo 4-3). Maddelerin ait olduğu alt boyut puanları ile ilişkisi incelendiğinde, güvenilirlik katsayıları risklere karşı kurumsal yaklaşım boyutunda  $r: ,54$  ile  $,77$  bireysel yaklaşım boyutunda  $r: ,51$  ile  $,72$  arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<,001$ , Tablo 4-3).

Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin iki alt boyutunun puanları ile toplam ölçek puanları arasındaki ilişki “Pearson korelasyon analizi” ile değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 4-4’de verilmiştir.

**Tablo 4-4: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam puanı ile alt boyut puanlarının korelasyonu (N: 504)**

Ölçek Boyutları	r	p
<b>F1. Kurumsal yaklaşım</b>	,94*	,000
<b>F2. Bireysel yaklaşım</b>	,74*	,000

Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeğinin alt boyutlarının toplam ölçek puanı ile korelasyonları incelendiğinde, güvenilirlik katsayısının kurumsal yaklaşım alt boyutunda r: ,94, bireysel yaklaşım alt boyutunda r: ,74 olarak pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (p<,001; Tablo 4-4).

#### 4.1.2.4. Yapı Geçerliliği : Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin madde analizleri sonrası kalan 43 madde ile faktör yapısını belirlemek üzere verilerin yarısı (tek numaralı veriler) ile yapılan açıklayıcı faktör analizinde temel bileşenler analizi (Principal Components Analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Farklı faktör sayısı ile yapılan analizlerde, en iyi yapının iki faktörlü olduğu görülmüştür. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin 43 maddelik açıklayıcı faktör analizinde Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı ,93 ve Barlett testi sonucu çok ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2= 5980,73$ , df: 903, p: ,000; Tablo 4-5).

Açıklayıcı faktör analizinde iki faktörlü yapıda faktör özdeğerleri 13,69 ve 4,50’dir. Faktörler tarafından açıklanan varyans %25,11 ve %17,19 olup, iki faktör toplam varyansın %42,30’unu açıklamaktadır. Ölçek maddelerinin içeriğine göre birinci faktör “Kurumsal yaklaşım”, ikinci faktör ise “Bireysel yaklaşım” olarak isimlendirilmiştir. Açıklayıcı faktör analizinde ölçeğin yetersiz yük değerine sahip olan

madde ya da binişik maddesi bulunmamıştır. Ölçekte bulunan 43 maddenin faktör yükleri ,40 ile ,80 arasında belirlenmiştir (Tablo 4-5).

**Tablo 4-5: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları (n: 252)**

Yeni No	İlk No	Taslak Ölçek Maddeleri	Faktör 1	Faktör 2
1	13	Kurumumuzda riskleri azaltmaya yönelik çalışmalar düzenli yapılır	,72	
2	14	Riskli durumlarla karşılaşan çalışanlar nasıl bir yol izleyeceğini bilir	,59	
3	15	Kurumumuzda risk analizi çalışmaları çalışanların katılımıyla yürütülür	,71	
4	16	Kurumumuzda risklere karşı her birime özel önlemler alınır	,76	
5	17	Çalışanların iş güvenliği uygulamalarına ilişkin farkındalığı yüksektir	,62	
6	18	Kurumumuzda çalışanların sağlık taramaları düzenli yapılır	,61	
7	19	Kurumumuzda hata yapanları cezalandırma ve suçlamaya yönelik yaklaşımdan çok sorunu çözmeye yönelinir.	,70	
8	20	Kurumda yürütülen zorunlu iş güvenliği eğitimleri yararlıdır	,57	
9	21	Kurumumuzda oryantasyon eğitimlerinde risk yönetimi konularına yer verilir	,59	
10	22	Kurumumuzda istenen nitelikte koruyucu malzeme ve ekipman (özel gözlük, özel maske vb) sağlanır	,55	
11	23	Kurumumuz çalışanların güvenliğini sağlamak için masraftan kaçınmaz	,80	
12	24	Kurumumuzda tüm cihazların bakım onarımları zamanında yapılır	,72	
13	25	Kurumumuzda teknik donanım ve cihazları kullanacak yetkin personel bulunur	,69	
14	26	Birimde araç, gereç ve malzemelerin (monitör, dolaplar vb) uygun yerleştirilmesi/ sabitlenmesine dikkat edilir	,55	
15	27	Kurumumuzda şiddeti önlemeye yönelik güvenlik önlemleri alınır	,77	
16	28	Kurumumuzda atık ayrıştırmada standartlara / yönetmeliklere uygun davranılır	,66	
17	29	Kurumumuzda radyasyonun çalışanlara etkisini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır	,70	
18	30	Kurumumuzda izolasyon gereken hastalara yönelik önlemler alınır	,54	
19	31	Salgın hastalıklara yönelik çalışanları koruyucu önlemler anında alınır	,63	
20	32	Kurumumuzda malzemeler ve ilaçlar prosedüre uygun depolanır	,48	
21	33	Kurumumuzda kemoterapi uygulamalarına ilişkin standartlar uygulanır	,49	
22	58	Yöneticim yaşanan risklere ilişkin sorunlara çözüm üretmeye çalışır	,62	
23	59	Yöneticim çalışanların risklere ilişkin önerilerini dikkate alır	,64	
24	62	Çalışanların karşılaştıkları riskler yöneticiler için öncelikli konudur	,63	
25	63	Bireysel güvenlik önlemlerinin etkin olması için yöneticim gereken desteği sağlar	,61	
26	5	Uygulamalarımda hastane ortamının biyolojik risk taşıdığını dikkate alırım		,49
27	37	Koruyucu önlem almak zaman alsa da prosedüre uygun davranırım		,55
28	38	Sağlık taramalarımı aksatmam		,47
29	39	Yeterli bilgim olmayan risklere ilişkin araştırma yaparım		,59
30	41	Koruyucu ekipmanın kalite ve güvenliğinin yeterli olup olmadığını önemserim		,52

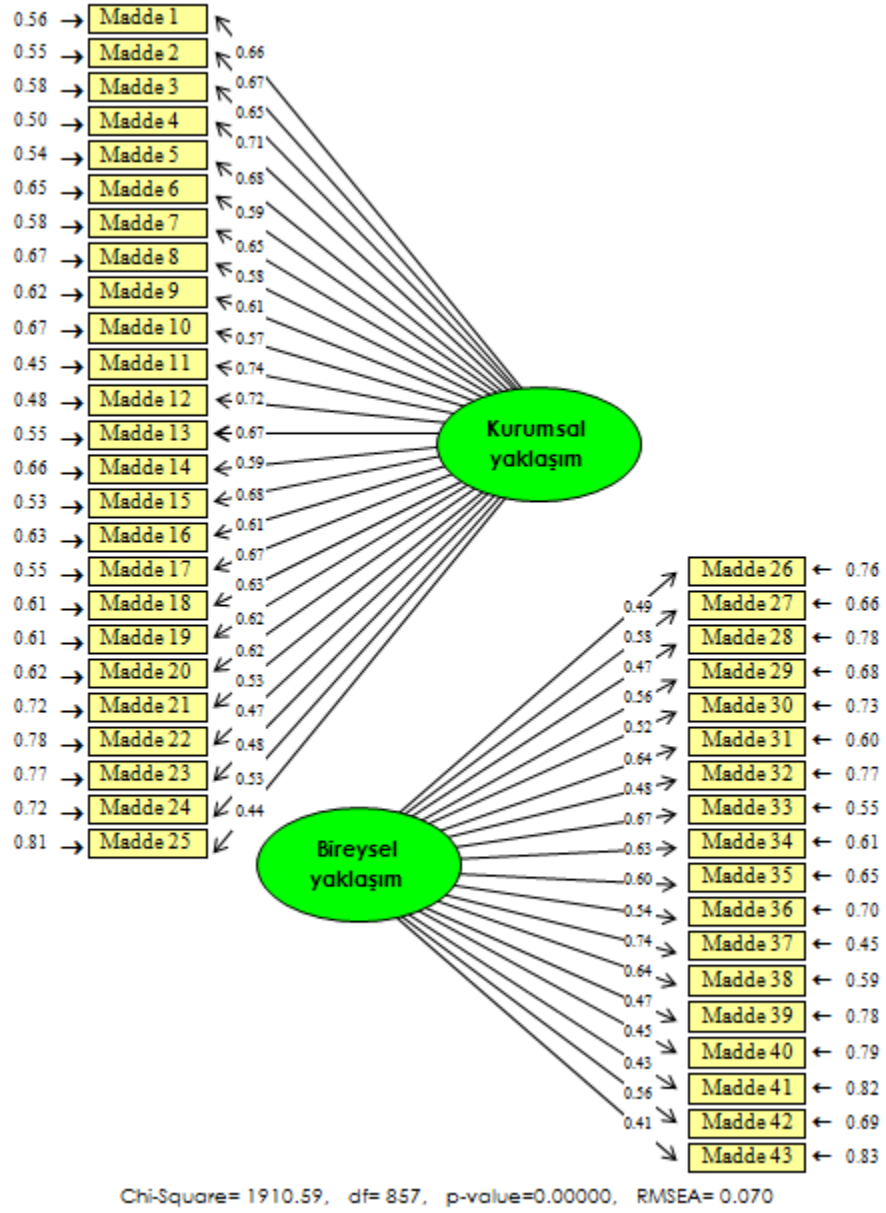
31	42	Olay / iş kazası bildirimini yapmaktan çekinmem	,57
32	43	Uygulamalarımnda küçük kesici delici alet kutusunun olduğu tedavi tepsisi kullanırım	,47
33	44	Kesici delici alet yaralanmasına maruz kaldığımda prosedüre uygun davranırım	,72
34	45	Hastadan hastaya geçerken el hijyenine dikkat ederim	,68
35	46	Bulaşıcı hastalığı olanlarda tüm koruyucu önlemleri alırım	,72
36	48	Standartlara uyduğumuz sürece enfeksiyonlardan korunduğumuzu düşünürüm	,40
37	49	Kimyasal ürünlerin kurallarına uygun kullanılmasına dikkat ederim	,74
38	50	İlaç hazırlarken prosedürlere uygun davranırım	,76
39	51	İşimi yaparken vücut mekaniğine uygun davranmaya özen gösteririm	,59
40	52	Stresimle başa çıkmak için sosyal / fiziksel etkinliklerde bulunurum	,53
41	53	Gerektiğinde psikolojik destek almayı düşünürüm	,52
42	54	Hasta / hasta yakınları ile ilişkimde özel alanımı korumaya özen gösteririm	,70
43	56	Gece nöbetine dinlenmiş gelmeye özen gösteririm	,50
<b>Özdeğer</b>			13,69 4,50
<b>Faktörlerin Açıkladığı Varyans (%)</b>			25,11 17,19
<b>Açıklanan Toplam Varyans (%)</b>			42,30
<b>KMO</b>			,93
<b>Bartlett's testi. sd: 903 (<math>\chi^2 / p</math>)</b>			5980,73 / ,000

#### 4.1.2.5. Yapı Geçerliliği : Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin açıklayıcı faktör analizinde belirlenen iki faktörlü yapısının geçerliğini sınamak için verilerin diğer yarısı (çift numaralı denekler) ile de doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmış, uyum değerleri Tablo 4-6'da verilmiştir. Ölçek maddelerinin kendi boyutu ile olan yol katsayıları (faktör yükleri) ,41 ile ,74 arasında bulunmuştur (Şekil 1).

**Tablo 4-6: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi uyumluluk değerleri (N: 252)**

DFA Uyumluluk İstatistiği	Uyum Değerleri
Ki-kare / p değeri	1910,59 / ,000 (p<,05)
Serbestlik Derecesi	857
Ki-kare değeri: serbestlik derecesi	1910,59 / 857 = 2,23
RMSEA / p	,070 (p<,05)
SRMR	,075
CFI	,94
NNFI	,94
GFI	,74
AGFI	,71



Şekil 4-1: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları



### 4.1.3. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeğinin Güvenirliği

#### 4.1.3.1. Ölçeğin Test-Tekrar Test Analizi

Çalışmanın örneklem grubundaki hemşirelerden yaklaşık 50 kişiye iki hafta ara ile uygulanan ölçek taslağının birinci ve ikinci uygulamalarından elde edilen puan ortalaması arasındaki fark bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır (Tablo 4-7). Ayrıca tekrarlayan iki ölçümdeki ölçek puanları arasındaki uyum sınıf içi korelasyon katsayısı (SKK=ICC) ile değerlendirilmiştir (Tablo 4-7).

**Tablo 4-7: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyutlarının Test-Tekrar test puan ortalamasının karşılaştırılması ve korelasyonu (N: 44)**

Ölçek ve Alt boyutları	Birinci Uygulama	İkinci Uygulama	t*	p	ICC	p
<b>Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği (Toplam)</b>	68,10±10,90	69,30±10,83	1,225	,227	,90	<b>,000</b>
<i>Alt boyutlar</i>						
<b>Kurumsal yaklaşım</b>	61,91±14,40	63,61±13,29	1,422	,162	,91	<b>,000</b>
<b>Bireysel yaklaşım</b>	76,70±9,44	77,21±10,43	,452	,654	,84	<b>,000</b>

\* Bağımlı gruplarda t testi, serbestlik derecesi: 43

Ölçek taslağının zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için güvenilirlik analizi olarak gerçekleştirilen test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında, iki hafta ara ile yapılan iki ölçümün puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ( $p>,05$ ; Tablo 4-7).

Ölçek taslağının toplam ve iki alt boyutunun ilk ve tekrarlayan test puanları arasındaki uyumu test etmek için sınıf içi korelasyon kat sayısı (iki yollu random etki, tutarlılık modeli) incelendiğinde, güvenilirlik katsayısı toplam ölçek puanında ,90 ve çok anlamlı düzeyde bulunmuştur ( $p<,001$ ). Ölçeğin alt boyutlarında güvenilirlik katsayısı olarak Intraclass Correlation Coefficient (ICC) değeri kurumsal yaklaşım boyutunda ,91 ve bireysel yaklaşım boyutunda ,84 olarak çok ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<,001$ ; Tablo 4-7).

#### 4.1.3.2. İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları

Taslak ölçeğin toplam ve alt boyutlarının iç tutarlılık güvenirlik katsayısına yönelik bulgular Tablo 4-8’de verilmiştir.

**Tablo 4-8: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyutlarının Cronbach alfa güvenirlik katsayısı**

<b>Ölçek ve Alt Boyutları</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Toplam	<b>,94</b>
<b>Alt Boyutlar</b>	
Kurumsal yaklaşım	<b>,94</b>
Bireysel yaklaşım	<b>,88</b>

Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyutlarının güvenirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçek toplamında ,94 bulunurken; kurumsal yaklaşım alt boyutunda ,94, bireysel yaklaşım alt boyutunda ,88 olarak bulunmuştur (Tablo 4-8).

## 4.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Risklere Yönelik Tutumları ve Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulgular

### 4.2.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri

Çalışmaya katılan hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımı Tablo 4-9’da verilmiştir.

Tablo 4-9: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri (N: 338)

Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	34	10,1
Kadın	304	89,9
<b>Yaş Grupları</b>		
20-30 yaş	168	49,7
31-40 yaş	130	38,5
≥ 41 yaş	40	11,8
<b>Yaş (min.-max// <math>\bar{x} \pm SS</math>)</b>	20-55	31,51±7,61
<b>Medeni durum</b>		
Evli	188	55,6
Bekar	150	44,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
SML	40	11,8
Önlisans	26	7,7
Lisans	232	68,7
≥ Yüksek lisans	40	11,8
<b>Çalıştığı Kurum</b>		
Üniversite Hastanesi	172	50,9
Sağlık Bakanlığı Hastanesi	87	25,7
Özel Hastane	79	23,4
<b>Çalıştığı Birim</b>		
Dahili birim	103	30,5
Cerrahi birim	106	31,3
Karma birim	129	38,2
<b>Görev</b>		
Sorumlu Hemşire	28	8,3
Servis Hemşiresi	310	91,7
<b>Meslekte deneyim süresi</b>		
≤ 5 yıl	140	41,4
6-10 yıl	63	18,7
≥ 11 yıl	135	39,9
<b>Kurumda deneyim süresi</b>		
≤ 5 yıl	195	57,7
6-10 yıl	67	19,8

$\geq 11$ yıl	76	22,5
<b>Birimde deneyim süresi</b>		
$\leq 5$ yıl	237	70,1
6-10 yıl	60	17,8
$\geq 11$ yıl	41	12,1
<b>Meslek süresi (min.-max// <math>\bar{x} \pm SS</math>)</b>	1-38	9,85 $\pm$ 7,99
<b>Kurum süresi (min.-max// <math>\bar{x} \pm SS</math>)</b>	1-28	6,57 $\pm$ 6,10
<b>Birim süresi (min.-max// <math>\bar{x} \pm SS</math>)</b>	1-26	4,96 $\pm$ 5,35
<b>Haftalık çalışma süresi</b>		
$\leq 40$ Saat	160	47,3
41-50 Saat	151	44,7
$\geq 50$ Saat	27	8,0
<b>Çalışma düzeni</b>		
Sürekli gündüz	82	24,3
Vardiyalı + sürekli gece	256	75,7
<b>Kurumda risk eğitimi alma</b>		
Almadı	60	17,8
Aldı	278	82,2
<b>Birimde risk eğitimi alma</b>		
Almadı	69	20,4
Aldı	269	79,6

Hemşirelerin yaşlarının 20 ile 55 arasında değiştiği ve yaş ortalamalarının 31,51 $\pm$ 7,61 olduğu, çoğunluğunun kadın (89,9) olduğu, yarısından fazlasının evli (55,6) olduğu ve büyük oranda lisans düzeyinde eğitime sahip (68,7) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-9).

Hemşirelerin mesleki deneyim süreleri 1 ile 38 yıl arasında değişmekte ve ortalama deneyim yılı 9,85 $\pm$ 7,99 olarak saptanmıştır. Çalıştıkları kurumda deneyim süresi ise 1 ile 28 yıl ve ortalama yıl 6,57 $\pm$ 6,10 olarak bulunurken; çalışılan birimde deneyim süresi 1 ile 26 yıl ve ortalama 4,96 $\pm$ 5,35 yıl olarak saptanmıştır. Hemşirelerin %41,4'ü 5 yıl ve altı mesleki deneyime, %57,7'si 5 yıl ve altı kurum deneyimine, %70,1'i 5 yıl ve altı birim deneyimine sahip olduğu, %50,9'unun ÜH'nde çalıştığı, %38,2'sinin yoğun bakım, acil, ameliyathane gibi özellikli birimler ile dahili ve cerrahi birimlerin birlikte olduğu kliniklerde görev yaptığı ve %91,7'sinin hemşire olarak görev yaptığı saptanmıştır. Hemşirelerin %47,3'ünün çalışma süresi 40 saat ve altında, çalışma düzeni ise %75,7 oranında vardiyalı ve sürekli gece olarak belirlenmiştir.

Ayrıca hemşirelerin %82,2'sinin kurum genelinde risk eğitimi aldığı, %79,6'sının ise çalıştıkları birime özel risk eğitimi aldığı saptanmıştır.

#### 4.2.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamında Karşılaştığı Riskler ve Karşılaşma Sıklığına Yönelik Bulgular

Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştığı riskler ve bunlarla karşılaşma sıklığına yönelik bulgular Tablo 4-10'da verilmiştir.

**Tablo 4-10: Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştığı riskler ve karşılaşma sıklığı dağılımları (N: 338)**

Karşılaşılan Risk	Hiç		Bazen		Sık sık		Sürekli	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kesici/delici/batıcı cisim yaralanmaları	45	13,3	190	56,2	77	22,8	26	7,7
Hasta yakınları tarafından sözlü saldırı, şiddet, tehdit	53	15,7	179	53,0	90	26,6	16	4,7
Sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı, şiddet, tehdit	171	50,6	134	39,6	23	6,8	10	3,0
Sürekli ayakta kalma	3	.9	42	12,4	176	52,1	117	34,6
Kimyasal ürünlerden etkilenme (Dezenfektan vb.)	30	8,9	96	28,4	108	32,0	104	30,8
İlaçlardan etkilenme	29	8,6	105	31,1	99	29,3	105	31,1
Enfeksiyon	30	8,9	118	34,9	103	30,5	87	25,7
Biyolojik etkenlerden etkilenme	87	25,7	125	37,0	76	22,5	50	14,8
Radyasyon	61	18,0	160	47,3	80	23,7	37	10,9
Ağır kaldırma	33	9,8	125	37,0	111	32,8	69	20,4
Gürültü	12	3,6	98	29,0	128	37,9	100	29,6
Latex alerjisi	131	38,8	93	27,5	56	16,6	58	17,2
Stres	1	.3	38	11,2	117	34,6	182	53,8

Hemşirelerin çalıştıkları ortamlarda %56,2 oranında bazen kesici/delici/batıcı cisim yaralanmaları, %53 oranında bazen hasta yakınları tarafından sözlü saldırı, şiddet, tehdit, %32 oranında sık sık kimyasal ürünlerden etkilenme, %31,1 oranında bazen ilaçlardan etkilenme, %34,9 oranında bazen enfeksiyon, %37 oranında bazen biyolojik etkenlerden etkilenme, %47,3 oranında bazen radyasyon, %37 oranında bazen ağır kaldırma, %37,9 oranında sık sık gürültü ve %53,8 oranında sürekli stres ile karşılaştıkları ayrıca %52,1'inin sık sık ayakta kaldığı ve %50,6'sının sağlık çalışanları

tarafından sözlü saldırı, şiddet, tehdit, %38,8'inin latex alerjisi ile hiç karşılaşmadığı saptanmıştır.

#### 4.2.3. Hemşirelerin Çalışma Ortamında Karşılaştığı Riskli Durumlardan Etkilenme ve Karşı Davranışlarına Yönelik Bulgular

Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştığı riskli durumların etkisi ve bu risklere karşı davranış durumuna yönelik bulgular Tablo 4-11'de verilmiştir.

**Tablo 4-11: Hemşirelerin karşılaştığı riskli durumlardan etkilenme ve karşı davranışlarının dağılımı (N: 338)**

Riskli Durumlardan Etkilenme ve Davranışlar	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
<b>Etkilenme</b>				
Hastalandım tedavi gördüm (yaralanma, kimyasal etkilenme vb)	74	21,9	264	78,1
Hiç bir şey yapmadım kendi kendine geçti	178	52,7	160	47,3
İşe devam edemedim-rapor almak zorunda kaldım	37	10,9	301	89,1
Kalıcı-kronik rahatsızlık oluştu (HIV, Hepatit B, Herni vb)	15	4,4	323	95,6
<b>Davranışlar</b>				
Bireysel olarak kendimi korumaya çalışırım	267	79,0	71	21,0
Kurumda önerilen tüm koruyucu önlemleri almaya özen gösteririm	273	80,8	65	19,2
Risklerden korunmaya ilişkin gelişmeleri izler ve uygulamam	185	54,7	153	45,3
Riskli durumlara karşı önlem almayı aksatırım	13	3,8	325	96,2
Riskli durumları yöneticilere ileterek / raporlandırarak önlem alınmasını sağlarım	163	48,2	175	51,8
Yapacak bir şey olmadığını /elimden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenir ve işimi yaparım	27	8,0	311	92,0

Hemşirelerin dörtte birinin hastalanarak tedavi gördüğü (%21,9), çoğunun etkilenme sonucu hiçbir şey yapmadığı (%52,7), işe devam durumunun etkilenmediği (%89,1) ve kalıcı-kronik bir rahatsızlık oluşmadığı (%95,6) saptanmıştır.

Hemşirelerin çoğunun bireysel olarak kendini korumaya çalıştığı (%79,0), kurumda önerilen tüm koruyucu önlemleri almaya özen gösterdiği (%80,8), riskli durumlara karşı önlem almayı aksatmadığı (%96,2) ve yapılacak bir şey olmadığını/elinden bir şey gelmeyeceğini düşünmediği (%92,0) saptanmıştır.

#### 4.2.4. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu

Çalışma grubundaki hemşirelerin “Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu” ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldığı en düşük ve en yüksek puan ortalamaları Tablo 4-12’de verilmiştir.

**Tablo 4-12: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (N: 338)**

Ölçek ve Alt boyutları	En az-en çok*	$\bar{x} \pm SS$
HÇORKTÖ - Toplam	1,95-5	3,76±,59
<i>Alt Boyutlar</i>		
Kurumsal Yaklaşım	1,72-5	3,58±,75
Bireysel Yaklaşım	2,17-5	4,01±,53

\*Olası puan aralığı 1-5 puandır.

Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği genel puan ortalamasının ortalamanın üzerinde olduğu (3,76±,59) saptanmıştır. Ölçek alt boyut puanlarından bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalamasının (4,01±,53) kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalamasına (3,58±,75) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

#### 4.2.5. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Puan Ortalamaları İle Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

##### 4.2.5.1. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Puan Ortalamaları İle Hemşirelerin Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılması

Hemşirelerin kişisel özelliklerine göre Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutum ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4-13’de verilmiştir.

**Tablo 4-13: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin kişisel özellikleriyle karşılaştırılması (N: 338)**

Özellikler	n	Alt Boyutlar		
		HÇORKTÖ Toplam $\bar{x} \pm SS$	Kurumsal Yaklaşım $\bar{x} \pm SS$	Bireysel Yaklaşım $\bar{x} \pm SS$
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	34	3,41±,61	3,15±,77	3,78±,55
Kadın	304	3,80±,58	3,63±,73	4,04±,53
	<i>t</i>	3,729	3,675	2,738
	<i>p</i>	,000	,000	,007
<b>Yaş Grupları</b>				
20-30 yaş	168	3,82±,58	3,64±,74	4,08±,49
31-40 yaş	130	3,70±,60	3,51±,77	3,97±,53
≥ 41 yaş	40	3,71±,61	3,59±,68	3,89±,69
	<i>F</i>	1,669	1,047	2,920
	<i>p</i>	,190	,352	,055
<b>Medeni durum</b>				
Evli	188	3,69±,60	3,51±,74	3,94±,56
Bekar	150	3,86±,57	3,68±,74	4,11±,49
	<i>t</i>	2,583	2,059	2,853
	<i>p</i>	,010	,040	,005
<b>Eğitim Durumu</b>				
SML	40	3,60±,55	3,41±,67	3,85±,59
Önlisans	26	3,87±,55	3,74±,69	4,06±,50
Lisans	232	3,78±,60	3,61±,75	4,02±,53
≥ Yüksek lisans	40	3,78±,61	3,52±,84	4,14±,46
	<i>KW</i>	4,997	4,751	5,179
	<i>p</i>	,172	,191	,159

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 336

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi, gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/335/337 (One Way ANOVA)

KW: Kruskal Wallis testi, sd: 3

Hemşirelerin cinsiyeti ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; kadın hemşirelerin ölçek toplam (3,80±,58), kurumsal yaklaşım (3,63±,73) ve bireysel yaklaşım (4,04±,53) alt boyut puan ortalamasının erkeklere (toplam: 3,41±,61, kurumsal yaklaşım: 3,15±,77 ve bireysel yaklaşım: 3,78±,55) göre yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyutunda çok ileri düzeyde ( $p < ,001$ ), bireysel yaklaşım alt boyutunda çok anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $p < ,01$ ; Tablo 4-13).



Hemşirelerin yaş grubu ile ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; toplam ve iki alt boyut puan ortalamalarında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p>,05$ ; Tablo 4-13).

Hemşirelerin medeni durumu ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; bekar olan hemşirelerin ölçek toplam puanı ( $3,86\pm,57$ ), kurumsal yaklaşım ( $3,68\pm,74$ ) ve bireysel yaklaşım ( $4,11\pm,49$ ) alt boyut puan ortalamasının evli olanlara (toplam:  $3,69\pm,60$ , kurumsal yaklaşım:  $3,51\pm,74$  ve bireysel yaklaşım:  $3,94\pm,56$ ) göre yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyutunda anlamlı düzeyde ( $p<,05$ ), bireysel yaklaşım alt boyutunda çok anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $p<,01$ ; Tablo 4-13).

Hemşirelerin eğitim düzeyi ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; grupların toplam ve iki alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p>,05$ ; Tablo 4-13).

#### 4.2.5.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Puan Ortalamaları İle Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Karşılaştırılması

Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4-14'da verilmiştir.

**Tablo 4-14: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin mesleki özellikleriyle karşılaştırılması (N: 338)**

Özellikler	n	HÇORKTÖ Toplam $\bar{x}\pm SS$	Alt Boyutlar	
			Kurumsal Yaklaşım $\bar{x}\pm SS$	Bireysel Yaklaşım $\bar{x}\pm SS$
<b>Çalışılan Kurum</b>				
Üniversite Hastanesi <sup>a</sup>	172	3,58±,49	3,31±,64	3,94±,47
Sağlık Bakanlığı H. <sup>b</sup>	87	3,64±,56	3,49±,68	3,87±,58
Özel Hastane <sup>c</sup>	79	4,30±,52	4,28±,60	4,33±,49
	<i>F</i>	56,480	63,409	20,820
	<i>p (fark)</i>	,000 ( <i>a, b &lt; c</i> )	,000 ( <i>a, b &lt; c</i> )	,000 ( <i>a, b &lt; c</i> )
<b>Çalışılan Birim</b>				
Dahili birim	103	3,76±,61	3,59±,76	4,00±,58

Cerrahi birim	106	3,83±,60	3,68±,76	4,04±,51
Karma (Psikiyatri/KTM/ Anjiyo/KİTK)	129	3,71±,57	3,50±,72	4,01±,51
	<i>F</i>	1,186	1,809	,154
	<i>p</i>	,307	,165	,858
<b>Görev</b>				
Sorumlu hemşire	28	3,92±,51	3,78±,62	4,10±,42
Hemşire	310	3,75±,60	3,57±,76	4,01±,54
	<i>U</i>	3698,0	3592,5	4157,5
	<i>p</i>	,195	,131	,712
<b>Mesleki deneyim</b>				
≤ 5 yıl	140	3,85±,58	3,66±,76	4,11±,47
≥ 6 yıl	198	3,70±,59	3,53±,73	3,94±,57
	<i>t</i>	2,324	1,676	2,921
	<i>p</i>	,021	,095	,004
<b>Kurum deneyimi</b>				
≤ 5 yıl	195	3,81±,56	3,62±,73	4,07±,47
≥ 6 yıl	143	3,71±,63	3,54±,77	3,94±,60
	<i>t</i>	1,517	,898	2,293
	<i>p</i>	,130	,370	,022
<b>Birim deneyimi</b>				
≤ 5 yıl	237	3,77±,56	3,58±,72	4,04±,49
≥ 6 yıl	101	3,75±,68	3,60±,80	3,95±,62
	<i>t</i>	,305	,324	1,446
	<i>p</i>	,761	,746	,149
<b>Haftalık çalışma süresi</b>				
≤ 40 Saat	160	3,65±,52	3,43±,65	3,97±,50
> 40 Saat	178	3,86±,64	3,73±,80	4,05±,56
	<i>t</i>	3,317	3,799	1,444
	<i>p</i>	,001	,000	,150
<b>Çalışma düzeni</b>				
Sürekli Gündüz	82	3,78±,51	3,58±,66	4,07±,49
Vardiyalı+Sürekli Gece	256	3,76±,62	3,59±,77	4,00±,55
	<i>t</i>	,391	,070	1,063
	<i>p</i>	,696	,944	,288

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, sd: gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/335/337

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 336 U: Mann Whitney U testi

Hemşirelerin çalıştığı kurum ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p < ,001$ ; Tablo 4-14). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde;

- Ölçek toplam puanında, ÖH'de çalışan hemşirelerin puan ortalamasının ( $4,30 \pm ,52$ ) ÜH ( $3,58 \pm ,49$ ) ve SBH'de ( $3,64 \pm ,56$ ) çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p < ,05$ ), diğer ikili gruplar (ÜH ile SBH) arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ( $p < ,05$ ),
- Kurumsal yaklaşım alt boyutunda, ÖH'de çalışan hemşirelerin puan ortalamasının ( $4,28 \pm ,60$ ) ÜH ( $3,31 \pm ,64$ ) ve SBH'nde ( $3,49 \pm ,68$ ) çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p < ,05$ ), diğer ikili gruplar (ÜH ile SBH) arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ( $p < ,05$ ),
- Bireysel yaklaşım alt boyutunda, ÖH'de çalışan hemşirelerin puan ortalamasının ( $4,33 \pm ,49$ ) ÜH ( $3,94 \pm ,47$ ) ve SBH'nde ( $3,87 \pm ,58$ ) çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p < ,05$ ), diğer ikili gruplar (ÜH ile SBH) arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ( $p < ,05$ ) belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştığı birim ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; aralarında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p > ,05$ ; Tablo 4-14).

Hemşirelerin üslendiği görev ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; sorumlu hemşire olarak çalışanların toplam, kurumsal yaklaşım ve bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalamasının hemşirelere (bakım veren hemşirelere) göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p > ,05$ ; Tablo 4-14).

Hemşirelerin mesleki deneyimi ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; meslek deneyim süresi beş yıl ve daha az olan hemşirelerin ölçek toplam ( $3,85 \pm ,58$ ) ve iki alt boyut puan ortalamasının (kurumsal y.:  $3,66 \pm ,76$ , bireysel y.:  $4,11 \pm ,47$ ) deneyim süresi beş yıldan fazla olanlara (toplam:  $3,70 \pm ,59$ , kurumsal y.:  $3,53 \pm ,73$ , bireysel y.:  $3,94 \pm ,57$ ) göre yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın toplam puanda anlamlı düzeyde ( $p < ,05$ ), bireysel yaklaşım alt boyutunda çok anlamlı düzeyde olduğu ( $p < ,01$ ), kurumsal

yaklaşım alt boyutunda ise anlamlı düzeyde olmadığı ( $p>,05$ ) belirlenmiştir (Tablo 4-14).

Hemşirelerin kurumda deneyim süresi ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; kurumda deneyim süresi beş yıl ve daha az olan hemşirelerin ölçek toplam ( $3,81\pm,56$ ) ve iki alt boyut puan ortalamasının (kurumsal y.:  $3,62\pm,73$ , bireysel y.:  $4,07\pm,47$ ) deneyim süresi beş yıldan fazla olanlara (toplam:  $3,71\pm,63$ , kurumsal y.:  $3,54\pm,77$ , bireysel y.:  $3,94\pm,60$ ) göre yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın bireysel yaklaşım alt boyutunda anlamlı düzeyde olduğu ( $p<,05$ ), toplam puan ve kurumsal yaklaşım alt boyutunda ise anlamlı düzeyde olmadığı ( $p>,05$ ) belirlenmiştir (Tablo 4-14).

Hemşirelerin birimdeki deneyimi ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; toplam ve iki alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>,05$ ; Tablo 4-14).

Hemşirelerin haftalık çalışma süresi ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; haftada 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin ölçek toplam ( $3,86\pm,64$ ) ve iki alt boyut puan ortalamasının (kurumsal y.:  $3,73\pm,80$ , bireysel y.:  $4,05\pm,56$ ) haftada 40 saat ve daha az çalışanlara (toplam:  $3,65\pm,52$ , kurumsal y.:  $3,43\pm,65$ , bireysel y.:  $3,97\pm,50$ ) göre yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın toplam puanda çok anlamlı ( $p<,01$ ), kurumsal yaklaşım alt boyutunda çok ileri düzeyde anlamlı ( $p<,001$ ) olduğu ancak bireysel yaklaşım alt boyutunun anlamlı olmadığı ( $p>,05$ ) belirlenmiştir (Tablo 4-14).

Hemşirelerin çalışma şekli ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; sürekli gündüz ile vardiyalı ve sürekli gece çalışan grupların toplam ve iki alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p>,05$ ; Tablo 4-14).

#### **4.2.5.3. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Hemşirelerin Risk Eğitimi Alma Durumlarının Karşılaştırılması**

Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile hemşirelerin risk eğitimi alma durumlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4-15’de verilmiştir.

**Tablo 4-15: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin risk eğitimi alma durumlarıyla karşılaştırılması (N: 338)**

Eğitim Alma Durumu	n	Alt Boyutlar		
		HÇORKTÖ Toplam $\bar{x} \pm SS$	Kurumsal Yaklaşım $\bar{x} \pm SS$	Bireysel Yaklaşım $\bar{x} \pm SS$
<b>Kurumda risk eğitimi alma</b>				
Evet	278	3,83±,60	3,67±,74	4,05±,54
Hayır	60	3,46±,46	3,18±,61	3,86±,50
	<i>t</i>	4,436	4,803	2,447
	<i>p</i>	,000	,000	,015
<b>Birimde risk eğitimi alma</b>				
Evet	269	3,85±,60	3,71±,73	4,05±,55
Hayır	69	3,41±,43	3,09±,61	3,86±,44
	<i>t</i>	6,934	6,465	2,771
	<i>p</i>	,000	,000	,006

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 336

Hemşirelerin kurumda risk eğitimi alma durumu ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kurumda risk eğitimi alan hemşirelerin ölçek toplam ve iki alt boyut puan ortalamasının eğitim almayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında, toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyutunda çok ileri düzeyde ( $p < ,001$ ), bireysel yaklaşım alt boyutunda anlamlı düzeyde ( $p < ,05$ ) fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-15).

Hemşirelerin çalıştığı birimde risk eğitimi alma durumu ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; birimde risk eğitimi alan hemşirelerin ölçek toplam puan ve iki alt boyut puan ortalamasının birimde risk eğitimi almayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında, toplam puan ve kurumsal yaklaşım alt boyutunda çok ileri düzeyde ( $p < ,001$ ), bireysel yaklaşım alt boyutunda çok anlamlı düzeyde ( $p < ,01$ ) fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-15).

#### 4.2.5.4. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Hemşirelerin Risklerle Karşılaşma Sıklığının Karşılaştırılması

Hemşirelerin çalışma ortamında çeşitli risklerle karşılaşma sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4-16'de verilmiştir.

**Tablo 4-16: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin risklerle karşılaşma sıklığıyla karşılaştırılması (N: 338)**

Karşılaşılan Riskler	n	HÇORKTÖ Toplam $\bar{x} \pm SS$	Alt Boyutlar	
			Kurumsal Yaklaşım $\bar{x} \pm SS$	Bireysel Yaklaşım $\bar{x} \pm SS$
<b>Kesici/ batıcı cisim yaralanması</b>				
Hiç <sup>a</sup>	45	4,12±,59	4,01±,73	4,27±,50
Bazen <sup>b</sup>	190	3,74±,57	3,57±,71	3,98±,54
Sık sık/sürekli <sup>c</sup>	103	3,65±,58	3,43±,76	3,96±,52
	<i>F</i>	10,414	9,821	6,226
	<i>p (fark)</i>	,000 (a > b, c)	,000 (a > b, c)	,002 (a > b, c)
<b>Hasta yakınları tarafından sözlü saldırı, şiddet, tehdit</b>				
Hiç <sup>a</sup>	53	3,80±,66	3,58±,84	4,10±,56
Bazen <sup>b</sup>	179	3,83±,60	3,68±,74	4,04±,55
Sık sık/sürekli <sup>c</sup>	106	3,63±,52	3,41±,68	3,93±,49
	<i>F</i>	4,011	4,446	2,159
	<i>p (fark)</i>	,019 (b > c)	,012 (b > c)	,117
<b>Sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı, şiddet, tehdit</b>				
Hiç <sup>a</sup>	171	3,86±,62	3,69±,77	4,09±,53
Bazen <sup>b</sup>	134	3,70±,55	3,51±,72	3,97±,51
Sık sık/sürekli <sup>c</sup>	33	3,54±,54	3,37±,65	3,78±,58
	<i>F</i>	5,294	3,728	5,652
	<i>p (fark)</i>	,005 (a > c)	,025 (a > c)	,004 (a > c)
<b>Sürekli ayakta kalma</b>				

Bazen	45	3,93±,56	3,79±,68	4,12±,51
Sık sık/sürekli	293	3,74±,60	3,55±,75	4,00±,54
	<i>t</i>	2,052	2,110	1,459
	<i>p</i>	,044	,039	,150
<b>Kimyasal ürünlerden etkilenme</b>				
Hiç <sup>a</sup>	30	3,99±,65	3,85±,75	4,19±,55
Bazen <sup>b</sup>	96	3,80±,62	3,64±,78	4,03±,55
Sık sık/sürekli <sup>c</sup>	212	3,71±,57	3,52±,72	3,98±,52
	<i>F</i>	3,178	2,905	2,069
	<i>p (fark)</i>	,043 (a > c)	,056	,128
<b>İlaçlardan etkilenme</b>				
Hiç	30	3,88±,60	3,73±,71	4,09±,55
Bazen	104	3,83±,65	3,68±,80	4,05±,61
Sık sık/sürekli	204	3,71±,56	3,51±,72	3,98±,49
	<i>F</i>	2,178	2,288	,967
	<i>p</i>	,115	,103	,381
<b>Enfeksiyon</b>				
Hiç	30	3,85±,66	3,67±,83	4,09±,58
Bazen	118	3,83±,60	3,67±,76	4,07±,53
Sık sık/sürekli	190	3,71±,57	3,52±,73	3,97±,53
	<i>F</i>	2,010	1,693	1,536
	<i>p</i>	,136	,185	,217
<b>Biyolojik etkenlerden etkilenme</b>				
Hiç <sup>a</sup>	87	3,90±,65	3,71±,81	4,15±,56
Bazen <sup>b</sup>	125	3,80±,51	3,64±,66	4,03±,49
Sık sık/sürekli <sup>c</sup>	126	3,63±,61	3,44±,76	3,91±,54
	<i>F</i>	5,562	4,073	5,643
	<i>p (fark)</i>	,004 (a > c)	,018 (a > c)	,004 (a > c)
<b>Radyasyona</b>				
Hiç <sup>a</sup>	61	3,94±,66	3,76±,81	4,18±,57
Bazen <sup>b</sup>	160	3,78±,57	3,60±,72	4,02±,52
Sık sık/sürekli <sup>c</sup>	117	3,66±,58	3,47±,74	3,92±,52
	<i>F</i>	4,544	3,191	4,811

	<i>p (fark)</i>	<b>,011 (a &gt; c)</b>	<b>,042 (a &gt; c)</b>	<b>,009 (a &gt; c)</b>
<b>Ağır kaldırma</b>				
Hiç	33	3,92±.52	3,77±.61	4,13±.50
Bazen	125	3,81±.56	3,65±.70	4,02±.51
Sık sık/sürekli	180	3,71±.62	3,51±.79	3,99±.55
	<i>F</i>	2,283	2,482	1,042
	<i>p</i>	,104	,085	,354
<b>Gürültü</b>				
Hiç <sup>a</sup>	12	3,96±.46	3,89±.55	4,05±.45
Bazen <sup>b</sup>	98	3,87±.66	3,72±.79	4,07±.61
Sık sık/sürekli <sup>c</sup>	228	3,71±.56	3,51±.73	3,99±.50
	<i>KW</i>	6,495	8,063	3,443
	<i>p (fark)</i>	<b>,039 b &gt; c (bc:.075)</b>	<b>,018 (b &gt; c)</b>	,179
<b>Latex alerjisi</b>				
Hiç <sup>a</sup>	131	3,83±.64	3,68±.79	4,05±.55
Bazen <sup>b</sup>	93	3,80±.53	3,65±.66	4,01±.49
Sık sık/sürekli <sup>c</sup>	114	3,66±.58	3,43±.75	3,98±.55
	<i>F</i>	2,973	3,952	,579
	<i>p (fark)</i>	,052	<b>,020 (a, b&gt;c)</b>	,561
<b>Stres</b>				
Bazen	39	4,09±.63	4,02±.69	4,18±.61
Sık sık/sürekli	299	3,72±.58	3,53±.74	3,99±.52
	<i>t</i>	3,656	3,925	2,081
	<i>p</i>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,038</b>

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi, gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/335/337, post hoc: Tukey HSD testi.

KW: Kruskal Wallis testi, sd: 2, post hoc: Bonferroni düzeltilmiş Mann Whitney U testi.

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 336

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/335/337

Çalışma ortamında kesici/delici/batıcı cisim yaralanmaları ile karşılaşma sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; ölçek toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalaması arasında çok ileri düzeyde ( $p<,001$ ), bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalaması arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p<,01$ ; Tablo 4-16). İleri analizde, kesici/delici/batıcı cisim yaralanmaları ile hiç karşılaşmayan hemşirelerin toplam ve iki alt boyut puan ortalamasının bazen ve sık sık/sürekli karşılaşanlara göre anlamlı düzeyde yüksek



olduğu ( $p < ,05$ ), diğer ikili (bazen ve sık sık/sürekli karşılaşan) gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p > ,05$ ) belirlenmiştir (Tablo 4-16).

Çalışma ortamında hasta yakınları tarafından sözlü saldırı, şiddet ve tehdit ile karşılaşma sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; ölçek bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p > ,05$ ), toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalaması arasında ise anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p < ,05$ ; Tablo 4-16). İleri analizde, hasta yakınları tarafından sözlü saldırı, şiddet ve tehdit ile bazen karşılaştığını belirten hemşirelerin toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalamasının sık sık/sürekli karşılaşanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p < ,05$ ), diğer ikili gruplar (hiç karşılaşmayanlar ile bazen ve sıklık/sürekli karşılaşanlar) arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p > ,05$ ) görülmüştür (Tablo 4-16).

Çalışma ortamında sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı, şiddet ve tehdit ile karşılaşma sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; ölçek toplam ve bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalaması arasında çok anlamlı düzeyde ( $p < ,01$ ), kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p < ,05$ ; Tablo 4-16). İleri analizde, sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı, şiddet ve tehdit ile karşılaşmadığını belirten hemşirelerin toplam ve iki alt boyut puan ortalamasının sık sık/sürekli karşılaşanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p < ,05$ ), diğer ikili gruplar (hiç karşılaşmayanlar ile bazen karşılaşanlar, bazen karşılaşanlar ile sıklık/sürekli karşılaşanlar) arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ( $p > ,05$ ) görülmüştür (Tablo 4-16).

Sürekli ayakta kalma sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; bazen ayakta kalan hemşirelerin ölçek toplam ve iki alt boyut puan ortalamasının sık sık/sürekli ayakta kalanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın toplam puan ve kurumsal yaklaşım alt boyutunda anlamlı düzeyde olduğu ( $p < ,05$ ), bireysel yaklaşım alt boyutunda ise anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p > ,05$ ; Tablo 4-16).

Kimyasal ürünlerden (dezenfektan vb.) etkilenme sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ( $p < ,05$ ). İleri analizde, çalışma ortamında kimyasal ürünlerden hiç etkilenmeyen hemşirelerin ölçek toplam

puan ortalamasının sık sık/sürekli etkilenenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p<,05$ ), diğer ikili gruplar (hiç etkilenmeyenler ile bazen etkilenenler, bazen etkilenenler ile sık sık/sürekli etkilenenler) arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ( $p>,05$ ) belirlenmiştir. Hemşirelerin kimyasal ürünlerden etkilenme sıklığı arttıkça ölçek kurumsal yaklaşım ve bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalamasının düştüğü belirlenmiş, ancak gruplar arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır ( $p>,05$ ; Tablo 4-16).

İlaçlardan etkilenme sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; ölçek toplam ve iki alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p>,05$ ; Tablo 4-16).

Enfeksiyondan etkilenme sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; ölçek toplam ve iki alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p>,05$ ; Tablo 4-16).

Çalışma ortamındaki biyolojik etkenlerden etkilenme sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; ölçek toplam ve bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalaması arasında çok anlamlı düzeyde ( $p<,01$ ), kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ( $p<,05$ ; Tablo 4-16). İleri analizde, biyolojik etkenlerden hiç etkilenmeyen hemşirelerin toplam ve iki alt boyut puan ortalamasının sık sık/sürekli etkilenenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p<,05$ ), diğer ikili gruplar (hiç etkilenmeyenler ile bazen etkilenenler, bazen etkilenenler ile sık sık/sürekli etkilenenler) arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ( $p>,05$ ) belirlenmiştir.

Çalışma ortamında radyasyondan etkilenme sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; ölçek toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde ( $p<,05$ ), bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalaması arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ( $p<,01$ ; Tablo 4-16). İleri analizde, radyasyondan hiç etkilenmeyen hemşirelerin toplam ve iki alt boyut puan ortalamasının radyasyondan sık sık/sürekli etkilenenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p<,05$ ), diğer ikili gruplar (hiç etkilenmeyenler ile bazen etkilenenler, bazen etkilenenler ile sık sık/sürekli etkilenenler) arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ( $p>,05$ ) belirlenmiştir.

Çalışma sırasında ağır kaldırma sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; toplam ve iki alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p>,05$ ; Tablo 4-16).

Çalışma ortamında gürültüden etkilenme sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; ölçek toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ( $p<,05$ ; Tablo 4-16). İleri analizde, gürültüden bazen etkilenen hemşirelerin risklere karşı toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalamasının gürültüden sık sık/sürekli etkilenenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p<,05$ ), diğer ikili gruplar (hiç etkilenmeyenler ile bazen ve sıklık/sürekli etkilenenler) arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p>,05$ ) belirlenmiştir.

Lateks allerjisi görülme sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; ölçek kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p<,05$ ; Tablo 4-16). İleri analizde, lateks allerjisi olmayan ve bazen olan hemşirelerin kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalamasının sık sık/sürekli olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ( $p<,05$ ), diğer ikili grup (hiç ve bazen) arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p>,05$ ) bulunmuştur. Lateks allerjisi görülme sıklığı ile ölçek toplam ve bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p>,05$ ; Tablo 4-16).

Çalışma ortamında stresle karşılaşma sıklığı ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; stresle bazen karşılaşan hemşirelerin toplam ve iki alt boyut puan ortalamasının stresle sık sık/sürekli karşılaşanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark, toplam puan ve kurumsal yaklaşım alt boyutunda çok ileri düzeyde ( $p<,001$ ), bireysel yaklaşım alt boyutunda anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ( $p<,05$ ; Tablo 4-16).

#### **4.2.5.5. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Hemşirelerin Karşılaştığı Risklerden Etkilenme Durumlarının Karşılaştırılması**

Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştığı risklerden etkilenme durumu ile Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4-17'de verilmiştir.

**Tablo 4-17: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının risklerden etkilenme durumlarıyla karşılaştırılması (N: 338)**

Etkilenme Durumu	n	Alt Boyutlar		
		HÇORKTÖ Toplam $\bar{x} \pm SS$	Kurumsal Yaklaşım $\bar{x} \pm SS$	Bireysel Yaklaşım $\bar{x} \pm SS$
<b>Hastalandım, tedavi gördüm (yaralanma, kimyasal etkilenme vb)</b>				
Evet	74	3,75±,53	3,55±,70	4,03±,53
Hayır	264	3,77±,61	3,59±,76	4,01±,53
	<i>t</i>	,248	,490	,294
	<i>p</i>	,804	,624	,769
<b>İşe devam edemedim, rapor almak zorunda kaldım</b>				
Evet	37	3,73±,66	3,54±,82	3,98±,62
Hayır	301	3,77±,59	3,59±,74	4,02±,52
	<i>t</i>	,396	,339	,394
	<i>p</i>	,692	,735	,694
<b>Kalıcı-kronik rahatsızlık oluştu (HIV, Hepatit B, Herni vb)</b>				
Evet	15	3,71±,37	3,43±,58	4,09±,43
Hayır	323	3,77±,60	3,59±,75	4,01±,54
	<i>U</i>	2175,5	1967,5	2131,0
	<i>p</i>	,504	,218	,430
<b>Hiç bir şey yapmadım, kendi kendine geçti</b>				
Evet	178	3,75±,60	3,57±,76	4,01±,52
Hayır	160	3,78±,59	3,60±,73	4,02±,55
	<i>t</i>	,368	,358	,282
	<i>p</i>	,713	,721	,778

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 336

U: Mann Whitney U testi

Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştığı risklerden etkilenme durumları ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; hastalanıp tedavi görme, işe devam edemeyip rapor alma, kalıcı kronik rahatsızlık olması ve hiç bir şey yapmadan kendi kendine geçmesi şeklinde olan dört etkilenme durumu ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmadığı saptanmıştır ( $p > ,05$ ; Tablo 4-17).

#### 4.2.5.6. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Hemşirelerin Karşılaştığı Risklerde Gösterdiği Davranışlarının Karşılaştırılması

Hemşirelerin karşılaştığı riskli durumlarda gösterdiği davranışlar ile Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4-18’de verilmiştir.

**Tablo 4-18: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin karşılaştığı riskli durumlarda gösterdiği davranışlar ile karşılaştırılması (N: 338)**

Risklere Karşı Gösterilen Davranışlar	n	HÇORKTÖ Toplam $\bar{x} \pm SS$	Alt Boyutlar	
			Kurumsal Yaklaşım $\bar{x} \pm SS$	Bireysel Yaklaşım $\bar{x} \pm SS$
<b>Riskli duruma karşı önlem almayı aksatırım</b>				
Evet	13	3,27±,57	3,00±,66	3,65±,55
Hayır	325	3,78±,59	3,61±,74	4,03±,53
	<i>U</i>	1101,0	1117,0	1350,0
	<i>p</i>	,003	,004	,027
<b>Riskli durumları yöneticilere ileterek / raporlandırarak önlem alınmasını sağlarım</b>				
Evet	163	3,87±,55	3,71±,69	4,11±,50
Hayır	175	3,66±,62	3,47±,78	3,93±,55
	<i>t</i>	3,323	2,971	3,054
	<i>p</i>	,001	,003	,002
<b>Yapacak bir şey olmadığını/elimden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenme</b>				
Evet	27	3,32±,44	3,02±,57	3,72±,61
Hayır	311	3,80±,59	3,63±,74	4,04±,52
	<i>U</i>	2068,0	2117,5	3029,5
	<i>p</i>	,000	,000	,016

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 336

U: Mann Whitney U testi

Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştığı riskli durumlarda “bireysel olarak kendimi korumaya çalışırım” seçeneğini evet ve hayır olarak yanıtlayanlar ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; toplam ve iki

alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmadığı saptanmıştır ( $p>,05$ ; Tablo 4-18).

Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştığı riskli durumlarda kurumda önerilen tüm koruyucu önlemleri almaya özen gösterme durumu ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; tüm koruyucu önlemleri almaya özen gösteren hemşirelerin toplam ve iki alt boyut puan ortalamasının koruyucu önlemleri almaya özen göstermeyenlere göre yüksek olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farkın toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyutunda çok ileri düzeyde ( $p<,001$ ), bireysel yaklaşım alt boyutunda çok anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $p<,01$ ; Tablo 4-18).

Çalışma ortamında karşılaştığı risklerden korunmaya ilişkin gelişmeleri izleyen ve uygulayan hemşirelerin ölçek toplam ve iki alt boyut puan ortalamasının gelişmeleri izlemeyen ve uygulamayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyutunda çok ileri düzeyde anlamlı ( $p<,001$ ), bireysel yaklaşım alt boyutunda çok anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $p<,01$ ; Tablo 4-18).

Çalışma ortamında karşılaştığı riskli durumlara karşı önlem almayı aksatmayan hemşirelerin ölçek toplam ve iki alt boyut puan ortalamasının önlem almayı aksatanlara göre yüksek olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farkın toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyutunda çok anlamlı düzeyde ( $p<,01$ ), bireysel yaklaşım alt boyutunda anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $p<,05$ ; Tablo 4-18).

Çalışma ortamında karşılaştığı riskli durumlara karşı yapacak bir şey olmadığını/elinden bir şey gelmeyeceğini düşünmeyen ve kabullenmeyen hemşirelerin ölçek toplam ve iki alt boyut puan ortalamasının yapacak bir şey olmadığını/elinden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenenlere göre yüksek olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farkın toplam puan ve kurumsal yaklaşım alt boyutunda çok ileri düzeyde ( $p<,001$ ), bireysel yaklaşım alt boyutunda anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $p<,05$ ; Tablo 4-18).

#### **4.2.6. Hemşirelerin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Risklere Karşı Tutum Düzeyini Etkileyen Etmenlerin Çoklu Regresyon Analizi İle Değerlendirilmesi**

Hemşirelerin risklere karşı tutum toplam ve iki alt boyut puanlarının üzerine etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenleri çoklu regresyon analizi (backward

yöntemi) ile değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 4-19, Tablo 4-20 ve Tablo 4-21’de verilmiştir.

#### 4.2.6.1. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Toplam Puanını Etkileyen Bağımsız Değişkenler

Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen 21 bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler arasında korelasyon analizi ve multicollinearity istatistiklerine göre yüksek düzeyde otokorelasyon bulunmamıştır.

**Tablo 4-19: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği toplam puan ortalamaları üzerinde etkisi olan bağımsız değişkenler: Çoklu regresyon analizi sonuçları (N: 338)**

Bağımsız Değişkenler	B	S.Hata	b	t	p	B için 95% Güven Aralığı		Collinearity istatistikleri	
								Tolerance	VIF
Sabit	1,60	,39		4,153	,000	,84	2,36		
Çalışılan kurum türü	,58	,06	,42	9,318	,000	,46	,71	,908	1,101
Cinsiyet	,37	,09	,19	4,379	,000	,21	,54	,972	1,028
Birimde risk eğitimi alma	,21	,07	,14	3,181	,002	,08	,34	,903	1,107
Kesici/delici/batıcı cisim yaralanmalarından etkilenme	-,24	,08	-,14	3,101	,002	-,39	-,09	,925	1,081
Yapacak bir şey olmadığını/elinden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenme ve işini yapma	,29	,10	,13	3,032	,003	,10	,48	,945	1,058
Sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehdit ed.	-,09	-,04	-,10	2,138	,033	-,16	-,01	,910	1,098
Biyolojik etkenlerden etkilenme	-,07	,03	-,09	2,071	,039	-,14	,00	,875	1,142
Riskli durumlara karşı önlem almayı aksatma	,27	,13	,09	2,016	,045	,01	,53	,961	1,041
R: ,63    Adjusted R <sup>2</sup> : ,39    F: 27,35    p: ,000    Durbin Watson: ,82									

Regresyon modeline alınan değişkenlerden medeni durum, mesleki deneyim, haftalık çalışma süresi, kurumda risk eğitimi alma, sürekli ayakta kalma, gürültüden etkilenme, radyasyondan etkilenme, kimyasal ürünlerden etkilenme, hasta yakınları tarafından sözlü saldırı/şiddet/ tehditle karşılaşma, stres, riskli durumları yöneticilere ileterek/raporlandırarak önlem alınmasını sağlama, risklerden korunmaya ilişkin gelişmeleri izleme ve uygulama ve kurumda önerilen tüm koruyucu önlemleri almaya özen gösterme olmak üzere 13 bağımsız değişken toplam puan üzerine yeterli etkiye sahip olmadığı için sırayla regresyon modelinden çıkarılmıştır ( $p>,05$ ).

Modelde kalan ve ölçek toplam puanı üzerine anlamlı düzeyde etkisi olan sekiz değişkenin  $\beta$  katsayısına göre önem sırası (en önemliden en az önemliye doğru) çalışılan kurum, cinsiyet ( $p<,001$ ), birimde risk eğitimi alma, kesici/delici/batıcı cisim yaralanmaları, risklere karşı yapacak bir şey olmadığını/elimden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenme ve işini yapma durumu ( $p<,01$ ), sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehditle karşılaşma, biyolojik etkenlerden etkilenme ve riskli durumlara karşı önlem almayı aksatma ( $p<,05$ ) olarak sıralanmaktadır. Söz konusu sekiz bağımsız değişken, hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin toplam puanına ait değişimi (varyansı) %39 olarak açıklamaktadır. Başka bir deyişle hemşirelerin ölçekten aldıkları toplam puan %39 oranında söz konusu sekiz değişkenden etkilenmekte, %61 oranında ise başka değişkenlerden etkilenmektedir.

Veriler ayrıntılı incelendiğinde; ÖH’de çalışan hemşirelerin risklere karşı tutum toplam puanı ÜH ve SBH’nde çalışanlara göre ,58 puan fazladır. Kadın hemşirelerin risklere karşı tutum toplam puanı erkeklere göre ,37 puan artmaktadır. Birimde risk eğitimi alan hemşirelerin risklere karşı tutum toplam puanı risk eğitimi almayanlara göre ,21 puan artmaktadır. Kesici/delici/batıcı cisim yaralanmalarından bazen/sık sık/sürekli etkilenen hemşirelerin risklere karşı tutum toplam puanı kesici/delici/batıcı cisim yaralanmalarına karşılaşmayanlara göre ,24 puan azalmaktadır. Risklere karşı yapacak bir şey olmadığını/elimden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenir ve işimi yaparım seçeneğine hayır diyen hemşirelerin risklere karşı tutum toplam puanı evet diyenlere göre ,29 puan artmakta, riskli durumlara karşı önlem almayı aksatırım seçeneğine hayır diyen hemşirelerin risklere karşı tutum toplam puanı evet diyenlere göre ,27 puan artmaktadır. Sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehditle karşılaşma sıklığı “hiç (1) – bazen (2) ve sık sık/sürekli (3) olarak sıralandığında grupların risklere karşı tutum toplam puanı



giderek -,09 puan azalmakta, biyolojik etkenlere maruz kalma sıklığı da “hiç (1) – bazen (2) ve sık sık/sürekli (3)” olarak sıralandığında grupların risklere karşı tutum toplam puanı giderek -,07 puan azalmaktadır (Tablo 4-19).

#### 4.2.6.2. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Kurumsal Yaklaşım Alt Boyut Puanını Etkileyen Bağımsız Değişkenler

Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin kurumsal yaklaşım alt boyut puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen 20 bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapılmış, regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler arasında korelasyon analizi ve multicollinearity istatistiklerine göre yüksek düzeyde otokorelasyon bulunmamıştır.

**Tablo 4-20: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalamaları üzerinde etkisi olan bağımsız değişkenler: Çoklu regresyon analizi sonuçları (N: 338)**

Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	b	t	p	B için 95% Güven Aralığı		Collinearity istatistikleri	
						Tolerance	VIF		
Sabit	1,48	,43		3,456	,001	,64	2,32		
Çalışılan kurum türü	,77	,08	,44	9,780	,000	,61	,92	,895	1,117
Cinsiyet	,45	,11	,18	4,286	,000	,24	,66	,989	1,011
Birimde risk eğitimi alma	,34	,08	,18	4,100	,000	,17	,50	,903	1,107
Yapacak bir şey olmadığını/elinden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenme ve işini yapma	,40	,12	,15	3,443	,001	,17	,64	,972	1,029
Kesici/delici/batıcı cisim yaralanmalarından etkilenme	-,31	,10	-,14	3,262	,001	-,50	-,12	,921	1,085
Stresten etkilenme	-,29	,10	-,13	2,794	,006	-,50	-,09	,883	1,132
Hasta yakınları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehdit	,11	,05	,10	2,048	,041	,00	,21	,816	1,226
Sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehdit	-,11	,05	-,09	2,109	,036	-,21	-,01	,881	1,135

R: ,64 Adjusted R<sup>2</sup>: ,40 F: 29,20 p: ,000 Durbin Watson: ,95

Regresyon modeline alınan değişkenlerden medeni durum, haftalık çalışma süresi, kurumda risk eğitimi alma, radyasyondan etkilenme, sürekli ayakta kalma, lateks

alerjisi, biyolojik etkenlerden etkilenme, gürültü, riskli durumları yöneticilere ileterek/raporlandırarak önlem alınmasını sağlama, risklerden korunmaya ilişkin gelişmeleri izleme ve uygulama, kurumda önerilen tüm koruyucu önlemleri almaya özen gösterme ve riskli durumlara karşı önlem almayı aksatma olmak üzere 12 bağımsız değişken kurumsal yaklaşım alt boyut puanı üzerine yeterli etkiye sahip olmadığı için sırayla regresyon modelinden çıkarılmıştır ( $p>,05$ ).

Modelde kalan ve ölçeğin kurumsal yaklaşım alt boyut puanı üzerine anlamlı düzeyde etkisi bulunan sekiz değişkenin  $\beta$  katsayısına göre önem sırası (en önemliden en az önemliye doğru) çalışılan kurum türü, cinsiyet, birimde risk eğitimi alma ( $p<,001$ ), risklere karşı yapacak bir şey olmadığını/elimden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenme ve işini yapma, kesici/delici/batıcı cisim yaralanmaları, streten etkilenme ( $p<,01$ ), hasta yakınları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehdit görme ve sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı/şiddet/ tehditle karşılaşma ( $p<,05$ ) olarak sıralanmaktadır. Söz konusu sekiz bağımsız değişken hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin kurumsal yaklaşım alt boyut puanına ait değişimi (varyansı) %40 olarak açıklamaktadır. Başka bir deyişle hemşirelerin ölçekten aldıkları kurumsal yaklaşım alt boyut puanı %40 oranında söz konusu sekiz değişkenden etkilenmekte, %60 oranında ise başka değişkenlerden etkilenmektedir.

Regresyon verileri ayrıntılı incelendiğinde; ÖH’de çalışan hemşirelerin risklere karşı kurumsal yaklaşım alt boyut puanı ÜH ve SBH’nde çalışanlara göre ,77 puan fazladır. Kadın hemşirelerin kurumsal yaklaşım puanı erkeklere göre ,45 puan artmaktadır. Birimde risk eğitimi alan hemşirelerin kurumsal yaklaşım puanı risk eğitimi almayanlara göre ,34 puan artmaktadır. Risklere karşı yapacak bir şey olmadığını/elimden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenir ve işimi yaparım seçeneğine hayır diyen hemşirelerin kurumsal yaklaşım puanı evet diyenlere göre ,40 puan artmaktadır. Kesici/delici/batıcı cisim yaralanmalarından etkilenen (bazen/sık sık/sürekli) hemşirelerin kurumsal yaklaşım puanı etkilenmeyenlere göre -,31 puan azalmaktadır. Çalışma ortamında stresle sık sık/sürekli olarak karşılaşan hemşirelerin kurumsal yaklaşım puanı stresle bazen karşılaşanlara göre -,29 puan azalmaktadır. Etkilenme sıklığı “hiç (1) – bazen (2) ve sık sık/sürekli (3) olarak sıralandığında, grupların kurumsal yaklaşım puanı hasta yakınları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehditle karşılaşma durumuna göre giderek ,11 puan

artmakta, sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehditle karşılaşma durumuna göre giderek -,11 puan azalmaktadır (Tablo 4-20).

#### 4.2.6.3. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Bireysel Yaklaşım Alt Boyut Puanını Etkileyen Bağımsız Değişkenler

Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin bireysel yaklaşım alt boyut puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen 17 bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Hemşirelerin meslekte ve kurumda çalışma süresi değişkenleri arasında multicollinearity istatistiklerine göre yüksek düzeyde ilişki (otokorelasyon) bulunmuştur ( $r=,72$ ,  $p<,001$ , meslek süresi tolerans değeri: ,355, VİF: 2,817, kurum süresi tolerans değeri: ,460, VİF: 2,175). Meslekte çalışma süresine göre bireysel yaklaşım alt boyut puanları arasındaki fark daha fazla olduğu için modele alınıp, kurumda çalışma süresi değişkeni regresyon modelinden çıkarılmıştır. Regresyon modeline alınan diğer bağımsız değişkenler arasında korelasyon analizi ve multicollinearity istatistiklerine göre yüksek düzeyde otokorelasyon bulunmamıştır.

**Tablo 4-21: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalamaları üzerinde etkisi olan bağımsız değişkenler: Çoklu regresyon analizi sonuçları (N: 338)**

Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	b	t	p	B için 95% Güven Aralığı		Collinearity istatistikleri	
								Tolerance	VIF
(Sabit)	2,92	,36		8,123	,000	2,22	3,63		
Çalışılan kurum türü	,35	,06	,28	5,509	,000	,23	,48	,939	1,065
Biyolojik etkenlerden etkilenme	-,12	,03	-,18	3,448	,001	-,19	-,05	,929	1,076
Cinsiyet	,27	,09	,15	3,019	,003	,09	,44	,971	1,030
Medeni durum	,13	,05	,12	2,420	,016	,02	,24	,918	1,090
Kesici/delici/batıcı cisim yaralanmaları	-,18	,08	-,12	2,301	,022	-,34	-,03	,936	1,069
Riskli durumlara karşı önlem almayı aksatma	,28	,14	,10	2,035	,043	,01	,55	,968	1,033
R: ,45 Adjusted R <sup>2</sup> : ,19 F: 13,84 p: ,000 Durbin Watson: 1,15									

Regresyon modeline alınan değişkenlerden meslekte çalışma süresi, kurumda risk eğitimi alma, birimde risk eğitimi alma, stres, sağlık çalışanları tarafından sözlü

saldırı/şiddet/tehdit, radyasyon, risklerden korunmaya ilişkin gelişmeleri izleme ve uygulama, risklere karşı kurumda önerilen tüm koruyucu önlemleri almaya özen gösterme, riskli durumları yöneticilere ileterek/raporlandırarak önlem alınmasını sağlama ve risklere karşı yapacak bir şey olmadığını/elimden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenme-işini yapma olmak üzere 10 bağımsız değişken risklere karşı bireysel yaklaşım alt boyut puanı üzerine yeterli etkiye sahip olmadığı için sırayla regresyon modelinden çıkarılmıştır ( $p>,05$ ). Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin bireysel yaklaşım alt boyut puanı üzerine anlamlı düzeyde etkisi olduğu bulunarak modelde kalan altı değişkenin  $\beta$  katsayısına göre önem sırası (en önemliden en az önemliye doğru) çalışılan kurum türü ( $p<,001$ ), biyolojik etkenlerden etkilenme, cinsiyet ( $p<,01$ ), medeni durum, kesici/delici/batıcı cisim yaralanmaları ve riskli durumlara karşı önlem almayı aksatma ( $p<,05$ ) olarak sıralanmaktadır. Söz konusu altı bağımsız değişken hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin bireysel yaklaşım alt boyut puanına ait değişimi (varyansı) %19 olarak açıklamaktadır. Başka bir deyişle hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeği bireysel yaklaşım alt boyut puanı %19 oranında söz konusu altı değişkenden etkilenmekte, %81 oranında ise başka değişkenlerden etkilenmektedir.

ÖH’de çalışan hemşirelerin risklere karşı bireysel yaklaşım alt boyut puanı ÜH ve SBH’nde çalışanlara göre ,35 puan artmaktadır. Çalışma ortamında biyolojik etkenlerden etkilenme sıklığı “hiç (1) – bazen (2) ve sık sık/sürekli (3) olarak sıralandığında, grupların karşılaşma sıklığı arttıkça bireysel yaklaşım puanı -,12 puan azalmaktadır. Kadın hemşirelerin bireysel yaklaşım puanı erkeklere göre ,27 puan, bekar hemşirelerin bireysel yaklaşım puanı da evli olanlara göre ,13 puan artmaktadır. Kesici/delici/batıcı cisim yaralanması yaşayan (bazen/sık sık/sürekli) hemşirelerin bireysel yaklaşım puanı yaşamayanlara göre -,18 puan azalmaktadır. Riskli durumlara karşı önlem almayı aksatırım ifadesine hayır diyen hemşirelerin risklere karşı bireysel yaklaşım puanı evet diyenlere göre ,28 puan artmaktadır (Tablo 4-21).

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma; hemşirelerin çalışma ortamındaki risklere karşı tutumlarının belirlenmesine yönelik ölçeğin geliştirilmesi amacıyla metodolojik ve hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere karşı tutumları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tasarımda iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde, ölçek geliştirme ve hemşirelerin çalışma ortamındaki risklere yönelik tutumları ve etkileyen etmenlere ilişkin bulgular ayrı başlıklar altında tartışılmıştır.

### 5.1. Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeğinin Geliştirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçek, “sayısal değerler elde etmek için kullanılan belirli bir birimde derecelenmiş araç ya da gereçler” olarak tanımlanmaktadır (Alpar 2018 p. 40). Ölçek geliştirme ise “bireyin ölçülmesi amaçlanan sadece ilgili özelliğini uyaracak uyarıcılar takımını ve bu uyarıcılara uygun tepki başlıklarını oluşturma süreci ve işlemi” olarak ele alınmaktadır (Erkuş 2016 p. 15).

Ölçek geliştirme çalışmalarında ilk aşama, ölçme amacı göz önünde bulundurularak seçilen ve ölçeğe alınmaya aday geniş bir madde havuzunun oluşturulmasıdır (DeVellis 2017 p. 76). Ölçek geliştirme sürecinin en can noktalarından biri olan madde havuzu oluşturulmasında ilgili literatür ve teorik yapının incelenmesinin yanında (Seçer 2018 p.52) ölçme aracının geliştirileceği hedef kitleyi yansıtan uygun özelliklerdeki bir örneklemden bilgide toplanabilmektedir (Tezbaşaran 2008 p. 11). Nitel araştırma yöntemiyle gerçekleştirilen görüşmeler farklı biçimlerde kullanılabilen ve daha sonra yapılacak nicel veri toplama süreçleri için temel oluşturabilmektedir. Araştırmacılar seçilmiş bir grupta görüşmeler yaparak elde ettikleri bilgileri, anket ve ölçek maddeleri geliştirmede kullanabilmektedir (Glesne 2015 p. 141). Nitel veriler bir araştırmanın nicel kısmının tasarımı sürecinde, kavramsal yapısı ve veri toplama araçlarının geliştirilmesine yardım edebilmektedir (Miles 2015 p. 41). Son yıllarda hemşirelik araştırmalarında nicel ve nitel verilerin birlikte kullanımına artan bir eğilim görülmektedir (Polit 2010 p. 285). Bu çalışmada SBH, ÜH ve ÖH’de görev yapan 30 hemşireyle derinlemesine bireysel görüşmeler yapılarak alan yazınla uyumlu şekilde ölçek madde havuzu oluşturulmuştur.

Görüşme raporlarının incelenmesi sonrasında, risk algılama, kurumsal yaklaşım, çalışanın yaklaşımı ve yönetici yaklaşımı şeklindeki dört başlıkta yaklaşık 300 maddeyi içeren ölçek madde havuzu oluşturulmuştur. Danışman ve tez izlem jürisi ile birlikte yapılan çalışma sonunda, maddeler azaltılarak 80 maddenin kalmasına karar verilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışmasına geçilmiştir.

Başlangıçta madde havuzuna alınması gereken madde sayısını belirlemek olanaklı olmadığından taslak ölçeğe alınması planlanan madde sayısından daha fazla madde olması ve ne kadar çok maddeye sahip olunursa istenen amaca uygun maddelerin seçilmesinde o kadar titiz davranılabileceği belirtilmektedir. Genellikle ölçek taslağında istenen madde sayısının üç ya da dört katını içeren bir madde havuzuyla başlanması önerilmektedir. Genel olarak madde havuzu ne kadar büyükse o kadar iyidir anlayışının benimsenmesi üzerinde durulmaktadır (Tezbaşaran 2008 pp. 14-15; DeVellis 2017 p. 80). Bu çalışmada da benzer bir yaklaşım benimsenerek 300 maddeyle başlanmış ve 80 maddeye indirgenmiştir.

“Testi oluşturan maddelerin, ölçülmek istenen davranışı (özellği) ölçmede nicelik ve nitelik olarak yeterli olup olmadığına göstergesi” kapsam geçerliliğidir (Büyüköztük 2019 p. 180). Kapsam geçerliliğinin belirlenmesinde “uzman görüşüne başvurma” sık kullanılan ve en etkili yaklaşımlardan biri olmaktadır (Gliner ve ark. 2015 p. 167; Alpar 2018 p. 499; Büyüköztürk 2019 p. 180). Uzman değerlendirmeleri, taslak ölçek maddelerinin ölçülecek özelliği yansıtmadığını, maddelerin açık ve anlaşılır bir dile sahip olup olmadığını vb. belirlemede kullanılmaktadır. Uzman görüşleri istatistiksel olarak yorumlanabilir hale getirilerek geçerlik test edilebilmektedir (Gliner ve ark. 2015 p. 167; Alpar 2018 p. 499). Bu araştırmada kapsam geçerliği açısından taslak ölçek 14 uzman görüşüne sunulmuş maddelerin anlaşılabilirliği ve konuya uygunluğu değerlendirilmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Davis Tekniği kullanılmış ve buna göre Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) ,80’den düşük olan maddelerin çıkartılması gerektiğinden (Yurdakul 2005; Alpar 2018 p. 499) taslak ölçeğin KGİ ,80’den küçük bulunan 7 maddesi (11, 12, 13, 14, 15, 16, 20) çıkarılmıştır. Aynı zamanda uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda benzer anlamdaki maddelerden 10 madde daha çıkarılmış ve ölçek 63 maddeye indirgenmiştir.

Uygulamaya hazır hale getirilen ölçeğin örnekleme aynı özelliklere sahip bir hedef kitle üzerinde ön denemesinin yapılmasının yararlı olduğu belirtilmektedir.

”Maddelerin okunabilirliği, anlaşılabilirliği, katılımcılar tarafından anlaşılmayan yerlerin belirlenmesi, yanlış yazılmış yerlerin saptanması, ortalama yanıtlama süresinin belirlenmesi vb. açısından ön deneme uygulaması önemli bir geri bildirim sağlamaktadır (Erkuş 2016 p. 55). Bu araştırmada uygulamaya geçilmeden önce örneklemele aynı özellikler taşıyan ve örneklem dışında kalan 20 hemşire ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonucunda iki madde üzerinde düzeltme yapılarak taslak ölçek son şekline getirilmiştir.

Geçerlik-güvenirlilik çalışmasında ölçekte bulunan maddelerin sayısı örneklem büyüklüğünün belirlenmesi konusunda önemli bir etkiye sahiptir (DeVellis 2017 p. 102). Testin güvenirliğini saptarken kullanılan örneklem büyüklüğü güvenirlik katsayısını etkilemekte ve örneklem büyüdükçe güvenirlik katsayısı da artmaktadır (Erkuş 2003 p. 46). Örneklem büyüklüğünün korelasyonun güvenirliğini sağlayacak kadar büyük olması önemli olup küçük örneklemelerden hesaplanan korelasyon katsayılarının daha az güvenilir olduğu belirtilmektedir. Genellikle ölçekteki madde sayısının 5 ya da 10 ile çarpılmasıyla elde edilen değer örneklem ölçütü olarak alınması gerektiği ileri sürülmektedir (Tavşancıl 2014 p. 50; Erkuş 2016 p. 99; Seçer 2018 p. 59). Bu araştırmada da taslak ölçek madde sayısının sekiz katına ulaşılabilmiş ve bu değer analiz çalışmaları için yeterli kabul edilmiştir.

Veri toplamak için kullanılan test ya da diğer ölçme araçlarının kullanıldığında bu araçların güvenilir veri elde ettiğinden emin olunması gerekmektedir. “Cronbach’a (1990) göre güvenirlik, bir dizi ölçümün birbiriyle tutarlı olmasıdır. Thomsan’a (2003) göre ise güvenirlik, elde edilen değerlerle ilgili bir özellik olup bu değerlerin farklı ölçümlerde değişmemesi anlamına gelmektedir” (Glöner ve ark. 2015 p. 153). Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik düzeyi temelde onu oluşturan maddelerin kalitesine ve niteliğine bağlı olmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliği madde analizi yapıp iyi sorular seçilerek daha başlangıçta büyük ölçüde güvence altına alınabilmektedir. Madde analizi sonuçlarına göre maddeler seçilmekte, gözden geçirilerek veya değiştirilerek geliştirilebilmektedir (Özgüven 2015 p. 111). Ölçekteki maddeler tek tek veya bir bütün olarak ölçülmesi amaçlanan davranış evrenini en iyi şekilde örneklemelidir (Erkuş 2016 p. 138).

“Ölçekteki maddelerin ölçeğe katkısını incelemek için yapılan işlemlere” madde analizi adı verilmektedir (Alpar 2018 p. 579). Madde analizi yaparak katılımcıların

almış olduğu toplam puanla her bir maddeden almış oldukları puanların korelasyonu ortaya konmaktadır. Birbiriyle ilişki düzeyi yüksek bir madde grubu ya da istenen özelliklere sahip maddelerden oluşan bir ölçek elde etmek isteniyorsa her bir maddenin kalan diğer madde grubuyla büyük ölçüde ilişkili olması gerekmektedir. Sonuç olarak madde seçiminde ya da uygunluğunu değerlendirmede “madde-toplam puan korelasyonlarının” düzeyi önemli bir ölçüt olmaktadır (Tavşancıl 2014 p. 34; Erkuş 2016 p. 138; DeVellis 2017 p. 106). Likert tipi derecelendirme ölçeklerinin kullanıldığı durumlarda, madde toplam korelasyonu “Pearson korelasyon katsayısı” ile hesaplanmakta (Büyüköztürk 2019 p. 183) ve korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değer almaktadır (Pallant 2011 p. 128). Herhangi bir madde puanının “toplam puan korelasyonu” negatif ise veya ,20 den küçükse bu maddenin ölçme aracından çıkarılması gerektiği belirtilmektedir. En az ,25 olması gerektiğini belirten kaynaklarda olmakla birlikte ,30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt ettiği ,40 üstü ise çok iyi ayırt edici olduğu belirtilmektedir (Erkuş 2016 p. 144; Bursal 2017 p. 194; Alpar 2018 p. 579; Büyüköztürk 2019 p. 183). Bu ölçeğin madde analizlerinde 20 maddenin güvenilirlik katsayısı düşük ( $r: <,40$ ) bulunduğu için ölçekten çıkarılmış, kalan 43 maddenin güvenilirlik sayıları ise yeterli düzeyde ( $,40$  ve üzerinde) bulunmuştur.

Ölçekten bir madde çıkarıldığında geriye kalan maddeler için güvenilirlik katsayısının hesaplanmasının güvenilirlik açısından değişimleri incelemek adına yararlı olduğu belirtilmektedir. Bir madde çıkarıldığında alfa değerinin düşmesi, çıkarılan maddenin ölçek için uygun bir madde olduğunu, toplam puana katkısının çok olduğunu göstermekte ve ölçekten çıkarılmaması önerilmektedir. Madde çıkarıldığında alfa değeri yükseliyor ise toplam puanla ilişkisinin zayıf olduğu ve maddenin ölçülen konuya hizmet etmediğini gösterdiğinden maddenin ölçekten çıkarılması gerektiği belirtilmektedir (Alpar 2018 p. 580; Seçer 2018 p. 60). Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinden herhangi bir madde çıkarıldığında elde edilen ölçek toplam Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları tüm maddeler için ,90 ve ,91 olarak bulunmuştur. Ölçek iç tutarlılık güvenilirliğinde önemli bir değişiklik olmadığı görülmüştür (Tablo 4-2).

Bir ölçekte maddelerin birbiriyle tutarlı olup olmadıklarının bilinmesi ve aynı zamanda tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünün kanıtlanması gerekmektedir



(Esin 2014; Gliner ve ark. 2015 p. 158). Ölçek ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri iç tutarlılığı belirlemektir. İç tutarlılık “ölçeğin bütün yönlerinin ölçme yeteneğine sahip olup olmadığını belirleyen güvenilirliği” olarak değerlendirilmektedir (Esin 2014). Likert tipi ölçeklerde en uygun yol “Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının” hesaplanmasıdır (Tavşancıl 2014 p. 28; Gliner ve ark. 2015 p. 158). İç tutarlılık katsayısı için genel kabul edilen değer en az ,70 olurken; “,40’dan küçük değer ise ölçme aracının güvenilir olmadığını, ,40-,60 arası düşük güvenilirliği, ,60-,80 arası oldukça güvenilir ve ,80-1,00 arası ise yüksek derecede güvenilir “olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Tavşancıl 2014 p. 29; Seçer 2018 p. 60). Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin toplam ve alt boyut iç tutarlılık değerleri (,94, ,94, ,88) yüksek derecede güvenilir olarak bulunmuştur (Tablo 4-8).

Güvenirliğin belirlenmesinde kullanılan bir diğer yöntemde “test-tekrar test” güvenilirlik düzeyinin saptanmasıdır. Bu yöntem bir ölçme aracının “aynı bireylere, aynı koşullarda ve belli bir zaman aralığı ile tekrar verilmesine” dayanmaktadır (Alpar 2018 p. 543). Bu yöntem ölçme aracının zamana karşı tutarlı olup olmadığı yani kararlılık gösterip göstermediğinin belirlenmesine olanak sağlamaktadır (Gliner ve ark. 2015 p. 157; Seçer 2018 p. 23). İki ölçüm arasındaki sürenin kişinin hatırlama etkisini en aza indirerek ve gerçek puanında değişikliğe neden olmayacak (ölçülen özellik yönünden değişme olmayacak) şekilde verilmesi önerilmektedir (Alpar 2018 p. 544). Bu sürenin iki haftadan (15 gün) bir aya kadar değişebileceği belirtilmektedir (Tavşancıl 2014 p. 20; Alpar 2018 p. 544; Seçer 2018 p. 23; Büyüköztürk 2019 p. 182). Bu araştırmada 44 katılımcıya yaklaşık iki hafta ara ile taslak ölçek iki kez uygulanmış olup birinci ve ikinci ölçümden elde edilen puan ortalaması arasındaki fark bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ( $p>,05$ ; Tablo 4-7). Tekrarlanan iki ölçümde ölçeğin toplam ve alt boyutlarından alınan puanların benzer olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Ayrıca tekrarlayan iki ölçümdeki ölçek puanları arasındaki uyum sınıf içi korelasyon katsayısı (SKK=ICC) ile değerlendirilmiştir. Aynı değişkenin tekrarlı ölçümlerini analiz etmek için kullanılan sınıf içi korelasyon katsayısı, tekrarlı ölçümlerin hem sistematik hem de ortalamalara ilişkin değişikliklerine duyarlı olmaktadır (Alpar 2018 p. 544). Birinci ve ikinci uygulama sonuçları arasındaki tutarlılık katsayısının ICC için en az ,70 (%70) olması istenmektedir. “ICC değerleri; ,70-,84 arası orta, ,85-,94 arası yüksek, ,95-1,00 arası ise mükemmel uyumu”

göstermektedir (Alpar 2018 p. 546). Bu ölçekte zamana göre değişmezlik güvenilirliğinin toplam puan ve kurumsal yaklaşım alt boyutunda %90 ve %91 ile mükemmel düzeyde uyumun olduğu, bireysel yaklaşım alt boyutunda ise %84 ile orta düzeyde uyumun olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-7).

Geçerlik “bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellik ile karıştırmadan doğru olarak ölçebilme derecesi” olarak tanımlanmaktadır (Alpar 2018 p. 586). Ölçme araçlarının geçerliğine ilişkin güçlü kanıtların varlığı bilimsel araştırmalar için hayati öneme sahiptir. Bulgulara ilişkin mantıklı ve inandırıcı yorumların yapılabilmesi geçerliğin yüksek olmasına bağlı olmaktadır (Gliner ve ark. 2015 pp. 166-173).

Özellikle psikolojik özellikler doğrudan ölçülemeyen örtük özellikler olup ilgili yapıyı (doğrudan ölçülemeyen örtük özelliği) ölçeceği düşünülen değişkenlerin oluşturduğu bütünün, öngörülen yapıyı belirleyip belirlemediğinin incelenmesi gerekmektedir (Alpar 2018 p. 515). Yapı “birbirleriyle ilişkili olduğu düşünülen öğelerin oluşturduğu bütün ya da örüntü” şeklinde tanımlanırken; yapı geçerliği ise “doğrudan ölçülemeyen bir özelliği ölçen bir testin ölçme derecesi “olarak ele alınmaktadır (Alpar 2018 p. 515). Doğrudan gözlenemeyen ancak kuramsal olarak açıklanan bir yapının ölçümünde ne derece başarılı olduğu yapıya dayalı geçerlikle ilgili olmaktadır (Gliner ve ark. 2015 p. 168).

Çok boyutlu bir ölçeğin geliştirilmesi aşamasında, önceden boyutlara ilişkin maddeler hazırlanırken daha sonrada faktör analizinden yararlanılarak boyutlamaların varlığı belirlenmeye çalışılmaktadır (Alpar 2018 p. 588). Faktör analizi yapılarak boyutların varlığı, birbirleriyle olan ilişkisi, boyutların açıkladıkları varyans gibi konulara ilişkin kanıtlar elde edilmektedir (Gliner ve ark. 2015 p. 168). Faktör analizi “birbirleri ile ilişkili veri yapılarını birbirinden bağımsız daha az sayıda yeni veri yapılarına dönüştürmek, bir diğer deyişle bir oluşumun nedenini açıkladıkları varsayılan değişkenleri ortaya çıkarmak ve gerektiğinde adlandırmak amacıyla başvurulan bir yöntem” olmaktadır. (Alpar 2018 p. 587). Açımlayıcı Faktör Analizinde (AFA) gözlenen değişkenler yardımıyla verideki faktör yapısı belirlenmeye çalışılırken, Doğrulayıcı Faktör Analizinde (DFA) araştırmacı tarafından belirlenen kuramsal yapının veride var olup olmadığı test edilmektedir. AFA varolan psikolojik yapıyı

“anlamaya”, DFA ise bu yapıyı “test etmeye” yönelik bir değerlendirmedir (Gliner ve ark. 2015 p. 168; Erkuş 2016 p. 94; Alpar 2018 p. 587).

Bu çalışmada faktör yapısını belirlemek üzere verilerin yarısı (tek numaralı veriler) ile AFA yapılmış ve yapılan analizler sonucunda en iyi yapının iki faktörlü olduğu görülmüştür. AFA belirlenen iki faktörlü yapının geçerliğini sınamak için verilerin diğer yarısı (çift numaralı denekler) ile de DFA yapılmıştır.

AFA araştırmacılara sağlıklı sonuç verebilmesi için öncelikle yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşılması gerekmektedir (Seçer 2018 p. 79). AFA’nde örneklemin yeterliliği konusunda istatistiksel teknikler fikir verebilmekte ve sıklıkla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerine bakılarak karar verilmektedir (Tavşancıl 2014 p. 50; Bursal 2017 p.158; Seçer 2018 p. 79; Alpar 2018 p. 591). KMO değeri 0 ile 1,00 arasında bir değer ortaya koymaktadır ve Kaiser bulunan değer 1,00’e yaklaştıkça mükemmel, ,50’nin altında ise, kabul edilemez olduğunu belirtmektedir (Field 2009 p. 651; Tavşancıl 2014 p. 50;). KMO değeri; “,90-1,00 olduğunda mükemmel, ,80-,89 arasında olduğunda çok iyi, ,70-,79 arasında olduğunda iyi, ,60-,69 arasında olduğunda orta, ,50-,59 arasında zayıf, ,50’nin altında olduğunda kabul edilemez” olarak değerlendirilmektedir (Alpar 2018 p. 591). Bu çalışmada ölçeğin AFA’nde KMO değerinin ,93 olması, örneklem sayısının faktör analizi için mükemmel düzeyde yeterli olduğunu, Barlett’s testinin anlamlı olması (,000) ise ölçekte bulunan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4-5).

Her bir faktör tarafından açıklanan varyansın oranının hesaplanmasında ve önemli faktör sayısına karar vermede öz değer (eigen value) katsayısı kullanılmaktadır. Öz değer katsayısı her bir faktörün, faktör yüklerinin kareleri toplamıdır. Özdeğer yükseldikçe, faktörün açıkladığı varyans yükselmekte ve genel olarak özdeğeri 1’den büyük olan faktörler “önemli faktörler” olarak dikkate alınırken 1’den küçük olan faktörler “önemsiz faktörler” olarak belirtilmektedir (Tavşancıl 2014 p. 48; Gliner ve ark. 2015 p.222; Alpar 2017 p. 269; Alpar 2018 p. 592; Seçer 2018 p. 85). Bu çalışmada tüm faktörlerin öz değeri 1’in üzerinde bulunmuştur.

Korelasyon matrisindeki korelasyonların faktörleşmeyi sağlayacak bir yapıda; genellikle 0,30-0,90 arasında olması ve 0,30’un altındaki korelasyonların olmaması istenmektedir. Bunun nedeni değişkenler arasında düşük ilişki olduğunda bir

faktörleşme ortaya çıkmayacak olmasıdır (Alpar 2018 p. 591). Faktör örüntüsünün oluşturulmasında 0,30 ile 0,40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası olarak alınabileceği belirtilmektedir (Field 2009 p. 671; Tavşancıl 2014 p. 48; Bursal 2017 p. 158). Bu çalışmada tüm maddelerin faktör yükleri ,40 değeri ve üzerinde olup, yük değerleri yeterli düzeyde bulunmuştur.

Çok faktörlü bir yapıda bir maddenin yüksek yük değeri ile birden fazla faktörde yer alması durumunda, maddenin yük değerleri arasındaki farkın en az ,10 olmasına dikkat edilmelidir. Birden çok faktörde yüksek yük değeri veren madde binişik bir madde olarak tanımlanır ve ölçekten çıkarılır (Tavşancıl 2014 p. 50; Bursal 2017 p. 172) Bu ölçekte herhangi bir maddenin faktör yükü ,10'dan az bir fark ile birden fazla boyutta yer aldığı görülmemiştir.

Maddelerin alt boyutu ile ilişkisini gösteren yol katsayıları faktör yüküne eşdeğer yükler olup ve en az ,30 ve üzerinde olması önerilmektedir (Seçer 2018 p. 98). Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğindeki tüm maddelerin DFA yükleri ,30'un üzerinde olup (,41 ile ,74 arası) yeterli yüke sahip olduğu bulunmuştur (Şekil 1).

DFA'nde uyum iyiliği istatistiklerinin istenilen düzeyde olması gerekmektedir. Sık kullanılan uyum iyiliği testleri “Ki-kare uyum istatistiği, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root-mean-Square Residual (SRMR), Comparative Fit Index (CFI), Non-Normed Fit Index (NNFI), Goodness of Fit Index, (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)”dır. (Esin 2014; Seçer 2018 p. 98; Erkuş ve Selvi 2019 p. 44).

Bir modelin kabul edilebilir olması için “ki-kare” değerinin anlamlı çıkmaması beklenmektedir. Ancak bu değer örneklem büyüklüğüne duyarlı olduğundan uygulamada genelde anlamlı çıktığı görülmektedir. Bu nedenle “serbestlik derecesine” bölünen “ki-kare” değerinin iki ya da altında olması modelin iyi bir model olduğunu, beş ya da daha altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir (Esin 2014; Seçer 2018 p. 98; Erkuş ve Selvi 2019 p. 44). Bu çalışmada, Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin DFA sonuçlarına göre bu değer 2,23 olarak bulunmuş ve iki faktörlü ölçek yapısının kabul edilebilir bir model olduğu görülmüştür (Tablo 4.6).

RMSEA'nın 0,08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin ,05'den küçük olması uyumun iyi olduğunu (Esin 2014; Seçer 2018 p. 98; Erkuş ve Selvi 2019 p.44) göstermektedir. Bu çalışmada ( $p<,05$ ) ve RMSEA değerinin ,070 bulunması ( $<,080$ ), model uyumunun iyi olduğunu göstermiştir (Tablo 4-6).

SRMR'nin ,10'dan küçük olması (Esin 2014) CFI, NNFI değerlerinin 0,90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir. CFI ve NNFI değerlerinin ,90 ve üstü kabul edilebilir uyumun, ,95 ve üzeri iyi/mükemmel bir uyumun göstergesidir (Esin 2014; Seçer 2018 p. 98; Erkuş ve Selvi 2019 p. 44). Bu ölçek geliştirme çalışmasında elde edilen SRMR (,075), CFI (,94), NNFI (,94) değerlerine göre Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu ölçeğinin faktör uyumunun olduğu görülmüştür (Tablo 4-6).

AGFI'nin 0,85'e eşit ya da üstünde olması (Seçer 2018 p. 98; Erkuş ve Selvi 2019 p.44) ile GFI değerinin 0,85'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu göstermektedir (Seçer 2018 p. 98). Bu ölçeğin AGFI ve GFI değerleri sınıra yakın bulunmuştur (Tablo 4.6).

## **5.2. Hemşirelerin Risklere Karşı Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Bulguların Tartışılması**

Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin kişisel durum değişkenleri incelendiğinde (Tablo 4.9); çoğunun kadın (%89,9), 20-30 yaş arasında (%49,7), evli (%55,6) ve lisans mezunu (%68,7) olduğunun belirlenmesi hemşirelerle yapılan diğer araştırmalarla (Sarıçam 2012; Aras 2013; Samur 2014; Çil 2016; Shinde ve ark 2016; Demir 2016; Samur ve İntepeler 2017; Awan ve ark. 2017; Yesilgul ve ark. 2018) uyum göstermektedir. Çalışma grubunun yaş ortalaması  $31,51\pm 7,61$  olup diğer hemşire örnekleminde yapılan araştırmalarla benzerdir (Bingöl 2015; İncesu ve Atasoy 2015; Çil 2016; Demir 2016; Shinde ve ark 2016; Samur ve İntepeler 2017; Awan ve ark. 2017; Azizoglu ve ark. 2019). Çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin mesleki durum değişkenleri incelendiğinde (Tablo-4.9); çoğunun üniversite hastanesinde (%50,9), yoğun bakım, acil, ameliyathane gibi özellikli birimler ile dahili ve cerrahi birimlerin birlikte olduğu kliniklerde (%38,2), servis hemşiresi (%91,7) olarak çalıştığı belirlenmiştir. Çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin 5 yıl ve altı mesleki deneyime (%41,4), 5 yıl ve altı kurum deneyimine (%57,7), 5 yıl ve altı (%70,1) birim deneyimine sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubunun deneyim süreleri diğer araştırmalarla

benzerdir (Azizoğlu ve ark. 2019; Çil 2016; Demir 2016; Bingöl 2015; Samur 2014; Aldem 2014). Bu araştırmada çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin haftalık 40 saat ve altında (%47,3) vardiyalı ve sürekli gece (%75,7) çalıştığı belirlenmiştir. ILO “149 sayılı” hemşirelik personelinin çalışma koşullarının düzenlenmesi ile ilgili tavsiye kararında ve “157 sayılı” önerisinde “günlük çalışma saatinin 8 saat olması gerektiği, çalışma saatinin haftada 40 saati, bir çalışma gününün fazla mesai dahil 12 saati aşmaması gerektiği” belirtilmektedir (ILO 2005). Türkiye bu kararları kabul eden ülkeler arasında değildir. Bu araştırmada hemşirelerin çoğunluğunun (%47,3) 40 saat ve altında, çalışıyor olması ILO’nun önerilerine uygun görünmekle birlikte, çalışma saatinin 16 ve 24 saat şeklinde daha uzun olması açısından (THD 2008) olumsuz bir durum olarak değerlendirilebilir. Ayrıca Özvurmaz ve Öncü’nün çalışmasında, “vardiyalı ve nöbetli şeklinde çalışmanın hemşirelerin uyku düzenini, iş performansını ve dikkat eksikliği/konsantrasyon bozukluğu düzeyini etkilediği” saptanmıştır (Özvurmaz ve Öncü 2018). Hemşirelere yönelik yapılan araştırmalarda benzer çalışma süresi bulguları (Aldem 2014; Çil 2016; Yesilgul ve ark. 2018) yanında çalışma süresinin daha uzun olduğu bulgular da bulunmaktadır (Samur 2014; Bingöl 2015; Demir 2016; Çil 2016; Samur ve İntepeler 2017).

Hemşirelerin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Risklere Karşı Tutumu ölçeği genel puan ortalaması ortalamanın üzerinde bulunmuştur ( $3,76 \pm 0,59$ ). Ölçek alt boyut puanlarından bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalamasının ( $4,01 \pm 0,53$ ) kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalamasına ( $3,58 \pm 0,75$ ) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamalarına göre araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere karşı olumlu tutum sergiledikleri söylenebilir.

Bu araştırmada hemşirelerin çalışma ortamındaki risklere karşı tutumları incelenmiş ancak hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere karşı tutumunu belirlemeye yönelik çalışmalara rastlanılmamış olması nedeniyle, bulgular iş güvenliği ve çalışan güvenliği uygulamalarına yönelik araştırma bulgularıyla tartışılmıştır.

Sağlık personeli örneğinde yapılan çalışmada, çalışma ortamında iş güvenliğinin sağlandığı ancak yönetimin yeterince destek vermediği belirtilmiştir (Öztürk ve ark. 2012). Hemşireler çalıştıkları kurumlardaki iş güvenliği düzeyinin düşük olduğunu ve “yönetimsel destek ve yaklaşım” boyutunda iş güvenliğinin

sağlanmadığını bildirmiştir (Samur 2014; Çil 2016; Samur ve İntepeler 2017). Buna karşın çalışma ortamında iş güvenliğinin sağlandığına (Duran 2017) ilişkin çalışma sonuçları da bulunmaktadır.

Fang ve Facn'in araştırmasında, hemşirelerin %65,80'i güvenli ekipmanla çalıştıklarını ve işyerinde desteklendiğini düşünürken, %39,10'u hasta güvenliğinin kendilerinden daha önemli olduğunu düşünmekte ve sadece %17'si işyerinde kendilerini güvende hissederken %41,40'ı işyerinde güvensiz hissetmektedir. Ayrıca hemşirelerin %68,30'u sağlık ve güvenliğinin yönetim önceliği olduğuna inanmaktadır (Fang ve Facn 2017).

İş sağlığı güvenliği (İSG) uygulamalarında sağlık personelinin çalışan sorumluluğunu algılama düzeyinin yüksek olduğu (%86) ortaya konmuştur (Yılmaz ve Çalışkan 2018). "İşverenin ve çalışanın iş sağlığı ve güvenliği konusundaki sorumluluğunun hemşireler açısından değerlendirilmesi" amacıyla yapılan bir çalışmada, çalışanlar "bizzat kendilerinin konu ile ilgili yükümlülüklerini değerlendirmede olumlu bir yaklaşım içinde bulunurken işverenin konu ile ilgili yükümlülüklerini daha olumsuz değerlendirmekte" ve İSG'nin sağlanmasına yönelik çalışanlar kendi yükümlülüklerini %55 ile %75 arasında değişen oranlarda yerine getirdiklerini düşünmektedir (Öztürk ve Kırac 2014). Diğer bir çalışmada çalışma ortamındaki risklere yönelik hemşirelerin bireysel (%62,6) ve kurum tarafından (%98) önlem alındığını bildirdikleri ancak alınan önlemleri yetersiz buldukları görülmektedir (Taşcıoğlu 2007). Karadağ ve Kabasakal tarafından hemşirelerin mesleki riskleri ve hastalıkları konusunda koruyucu önlem alma durumlarının incelendiği çalışmada, katılımcılar kurumun "kısmen yeterli düzeyde" (%50) koruyucu önlem aldığını, bireysel olarak ise "yeterli düzeyde" (%56) koruyucu önlem aldıklarını bildirmiştir (Karadağ ve Kabasakal 2013). Belirtilen araştırma bulguları da bu çalışmada olduğu gibi hemşirelerin risklere karşı bireysel önlem aldıkları yönündeki bulguları desteklemektedir.

Akkaya'nın yaptığı çalışmada; "hastane çalışanlarının hastanede çalışan güvenliğine gereken önem verildiği görüşüne katılmama eğiliminde oldukları" ancak bu çalışma sonuçlarını destekler nitelikte kendileriyle ilgili güvenlik önlemlerine dikkat ettikleri saptanmıştır (Akkaya 2015).

Aluko ve arkadaşları işyerinde mesleki etkilere ilişkin güvenlik önlemi konusunda hemşirelerin olumlu tutum gösterdiğini (%88,2) bildirmiştir. Aynı çalışmada tüm sağlık çalışanları genelinde %20'sinin negatif tutum sergilediği %80'inin ise pozitif tutum sergilediği bildirilmiştir. Ayrıca çalışanlar %98,3 oranında mesleki tehlikenin önlenmesini hastane yönetiminin ve personelin ortak sorumluluğu olarak görmektedir (Aluko ve ark. 2016). Benzer bir çalışmada yine hemşirelerin olumlu tutuma (%56,9) sahip olduğu saptanmıştır (Awan ve ark. 2016). Hemşirelerin olumlu tutumuna dair sonuçlar araştırma bulgularını desteklemektedir.

Bu çalışmada toplam, kurumsal yaklaşım ve bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalamaları ortanın üzerinde olmakla birlikte, en düşük ortalamanın kurumsal yaklaşım boyutundan alınmış olması diğer araştırma bulgularını desteklenmektedir.

Regresyon analizi sonucu çalışılan kurum türünün hemşirelerin toplam ve iki alt boyut ölçek puanlarını etkilediği saptanmıştır. Özel hastanede çalışan hemşirelerin tutum toplam ve iki alt boyut puanlarının üniversite ve Sağlık Bakanlığı hastanesinde çalışanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer bir çalışmada, üniversite ve özel hastaneler karşılaştırıldığında özel hastanede daha fazla güvenlik önleminin ( $p < 0,001$ ) olduğu belirtilmiştir (Bahcecik ve Öztürk 2009). Üniversite hastanelerinde önlemlerin yetersiz kaldığı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde özel hastanelere göre sorunların anlamlı oranda yüksek olduğu ve Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki risklerin daha fazla olduğu yönündeki araştırma bulguları (Beşer 2015; Karayemişoğlu 2010) bu çalışmada özel hastanede çalışan hemşirelerin daha olumlu tutuma sahip olmaları yönündeki bulguyu destekler niteliktedir. Türkiye'de tüm hastanelerde SKS (Sağlıkta Kalite Standartları) uygulamalarının zorunluluğu ile birlikte aynı zamanda hızla ilerleyen SAS (Sağlıkta Akreditasyon Standartları) çalışmaları ve özellikle özel hastanelerde uluslararası akreditasyon çalışmalarının bulunması son yıllarda çalışan güvenliğine ilişkin uygulamaları artırmıştır. Bu çalışmada yer alan tüm hastanelerde Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı SKS çalışmaları yürütülmekte olup çalışma örneğindeki özel hastanenin aynı zamanda uluslararası akreditasyon belgesine sahip olması nedeniyle tutumlarının daha olumlu olduğu söylenebilir.

Regresyon analizi sonucu ölçek toplam ve iki alt boyut puanını etkileyen değişkenlerden bir diğerinin de cinsiyet olduğu saptanmıştır. Kadın hemşirelerin risklere karşı tutum toplam ve iki alt boyut puanı erkeklere göre artmaktadır. Risk



algısını belirlemeye yönelik çalışmalarda risk algısı ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanmayan çalışmaların (Erkan 2014; Tzifaferi ve ark. 2011) yanı sıra bazı araştırmalarda kadınların çalışan güvenliği ve risk algısı puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Aras 2013; Aldem ve Taş 2018; Bayır 2018). Algı ve tutum arasındaki ilişki bağlamında düşünüldüğünde kadınların algılarının yüksek olduğuna yönelik bulgular bu çalışmayı desteklemektedir. Yılmaz ve Çalışkan'ın çalışmasında sağlık personelinin iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarını algılama durumu ile cinsiyet değişkeni arasında farklılık gösterilmezken, erkeklerin kadınlara göre, İSG uygulamalarında “çalışan farkındalığı” algılama oranlarının daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) bildirilmiştir (Yılmaz ve Çalışkan 2018). Bu araştırma bulgusu kadın çalışanların olumlu tutum göstermeleri ile çelişmektedir. Çil'in araştırmasında “mesleki hastalıklar ve şikayetler” boyutundan kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan almış olmaları (Çil 2016) ise karşılaştıkları risklere yönelik olumlu tutumlarını desteklemektedir.

Tüzüner ve Özaslan'ın güvenlik iklimine ilişkin çalışmasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterilmezken (Tüzüner ve Özaslan 2011) benzer şekilde cinsiyetin iş güvenliği ile ilişkili olmadığına ilişkin çalışma sonuçları da bulunmaktadır (Yardan ve ark. 2013; Samur 2014). Aynı zamanda cinsiyetin çalışma ortamındaki risklere karşı gösterilen tutumla ilişki olduğunu gösteren bu araştırmaya uyumlu çalışma bulguları da bulunmaktadır (Samaei ve ark. 2015; Aluko ve ark. 2016). Çalışma ortamındaki risklere karşı kadınların erkeklere göre olumlu tutumları sorumluluk sahibi, özverili ve ayrıntıcı olma gibi geleneksel cinsiyet rolleri ile ilişkilendirilebilir. Risk yönetimi konusunda hem bireysel hem de kurumsal uygulamalar bakımından araştırmanın yapıldığı örneklem grubu için kadın hemşirelerin erkek hemşirelerden duyarlı ve bilinçli olduğu düşünülebilir.

Birimde risk eğitimi alma toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyut puanı üzerinde etkili bir değişken olarak saptanmış ve birimde risk eğitimi alan hemşirelerin toplam ve kurumsal yaklaşım puanı almayanlara göre yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda birimde risk eğitimi almanın tutuma ya da risk yönetimine etkisine yönelik herhangi bir bulguya rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamıştır. Hastanelerde uyum/oryantasyon eğitimi kapsamında birimlere yönelik eğitimler verilmekle birlikte birimin risklerine ilişkin konulara değinmekten çok kurum geneline ve özellikli

birimlere yönelik bilgilendirmeler yapılmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların risk eğitimlerini iş sağlığı güvenliği kapsamında verilen zorunlu eğitimler olarak yanıtladığı belirtilebilir.

Medeni durumun bireysel yaklaşım alt boyut puanı üzerinde etkili olduğu ve bekar hemşirelerin evli hemşirelere göre tutum puanlarının arttığı saptanmıştır. İş güvenliği düzeyinin belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışmada (Çil 2016) evli hemşirelerin düşük puan alması bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Aluko ve arkadaşları tarafından bu araştırmaya benzer şekilde medeni durum ile katılımcıların algısı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Aluko ve ark. 2016). Medeni durumun bireyin risk algısını etkilemediğine ilişkin araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Yardan ve ark. 2013; Aras 2013; Aldem ve Taş 2018). Bekar hemşirelerin evli hemşirelere göre yaşlarının daha küçük ve çalışma deneyimlerinin daha az olmasının ve mesleğe yeni başlamış olmalarının getirdiği idealist bakışın bireysel yaklaşımlarındaki tutumlarını etkilediği söylenebilir.

Araştırma sonucunda ölçek toplam ve iki alt boyut puanları üzerinde etkili olan değişkenlerden biride kesici/delici/batıcı cisim yaralanmaları olarak saptanmıştır. Kesici/delici/batıcı cisim yaralanmalarından bazen/sık sık/sürekli etkilenen hemşirelerin risklere karşı tutum toplam ve iki alt boyut puanı etkilenmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur. Hemşirelerin %86,6'sının kesici/delici//batıcı cisim yaralanması yaşadığı görülmektedir (Tablo 4-10). Yapılan diğer araştırmalarda da (İncesli 2005; Karayemişoğlu 2010; Rhule 2012; Smith 2012; Dişbudak 2013; Yardan ve ark. 2013; Samaei ve ark 2015; Keorekile 2015; Aluko ve ark. 2016; Akkaya ve Karadağ 2017; Aldem ve Arslan 2018) benzer bulgulara rastlanılmıştır. Dünya'da ve Türkiye'de hemşirelerin karşılaştıkları riskler ve etkilerini belirlemek amacıyla Beşer tarafından incelenen 41 yabancı ve 18 yerli makale sonuçlarına göre ise %29'lardan %92'ye değişen oranlar bildirilmiştir (Beşer 2015). Son yıllarda hastanelerde uygulanan kalite standartları ve enfeksiyon kontrol çalışmalarının yaygınlaşmasına karşın hemşirelerin karşılaşma durumlarının hala önemli düzeyde olduğu söylenebilir.

Ölçek kurumsal yaklaşım alt boyut puanı hasta yakınları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehditle sırasıyla hiç, bazen ve sık sık/sürekli karşılaşma durumuna göre giderek artmaktadır. Bu çalışmada, katılımcıların neredeyse tamamına yakınının bir şekilde şiddetle karşılaştığı görülmektedir (Tablo 4-10). Yapılan pek çok çalışmada,

sağlık çalışanlarının ve hemşirelerin yüksek oranlarda şiddet durumuyla karşılaştığı ve bu bulguların desteklendiği görülmektedir (Alçelik ve ark. 2005; İncesli 2005; Taşcıoğlu 2007; Ceylan 2009; Cabrera ve ark. 2009; Rhule 2012; Sarıçam 2012; Karayemişoğlu 2012; Aras 2013; Yavuz 2014; Samur 2014; Çil 2016; Demir 2016; Aluko ve ark. 2016; Shinde ve ark. 2016; Samur ve İntepeler 2017; Erkan ve ark. 2017; Duran 2017; Aldem ve Arslan 2018; Dressner ve Kissinger 2018; Leineweber ve ark. 2019). Türkiye’de katılımcıların %47,3’ünü hemşirelerin oluşturduğu 1300 sağlık çalışanıyla yapılan şiddet araştırması sonuçlarına göre; çalışanların büyük çoğunluğunun (%86,8) şiddet gördüğü ve şiddet görme endişesiyle görevini sürdürdüğü (%81,9) saptanmıştır. Ayrıca, şiddet karşısında sağlık çalışanlarının çoğunlukla (%37,9) karşılık vermeden işine devam ettiği ve fiziksel şiddete uğrayanların %18,4’ünü hemşirelerin oluşturduğu belirtilmiştir (Sağlık-Sen 2016). Tüm bu araştırma bulguları bu araştırma bulgularıyla uyum göstermekte olup günümüzde sağlıkta şiddetin hala önemli bir sorun oluşturduğu belirtilebilir.

Ölçek toplamı ve kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalamaları sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı, şiddet, tehditle sırasıyla hiç, bazen ve sık sık/sürekli karşılaşma durumuna göre giderek azalmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların yarısının hiçbir şekilde sağlık çalışanları tarafından şiddetle karşılaşmadığı belirlenmiştir. Yapılan diğer araştırma bulguları da (Özkan 2005; Karayemişoğlu 2012; Yavuz 2014) bu araştırma bulgusunu desteklemektedir.

Hemşirelerin biyolojik etkenlerle karşılaşma durumuna göre (hiç, bazen ve sık sık/sürekli) ölçek toplam ve bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalamaları giderek azalmaktadır. Hiç karşılaşmadığını bildiren hemşirelerin tutumlarının olumlu olması koruyucu önlemleri uyguladıklarından dolayı etkilenmedikleri şeklinde yorumlanabilir. Yapılan diğer araştırma bulgularında da bu çalışmada olduğu gibi hemşirelerin biyolojik etmenlerle karşılaşmasının (%74,2) önemli bir risk etmeni olduğu belirtilmiştir (İncesli 2005; Smith 2012; Rhule 2012; Karadağ ve Kabasakal 2013; Samaei ve ark. 2017; Yeşilgül ve ark. 2018)

Stresle karşılaşmanın kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalaması üzerinde etkili olduğu ve sık/sık/sürekli karşılaşan hemşirelerin bazen karşılaşanlara göre tutum puanlarının düştüğü saptanmıştır. Bu çalışmada stres hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştığı riskler arasında ilk sırada yer almaktadır. Hemşirelere yönelik yapılan diğer

araştırmalarda da (Taşcıoğlu 2007; Smith 2012; Aras 2013; Öztürk ve ark. 2015) benzer şekilde karşılaşılan riskler arasında stres ilk üç sırada bildirilmiştir. Ayrıca stresle farklı oranlarda karşılaşıldığını bildirilen çalışmalar da (Çalışkan ve Akdur 2001; Önder ve ark. 2011; Keorekile 2015; Shinde ve ark. 2016; Akkaya ve Karadağ 2017) bulunmaktadır. Yapılan tüm araştırmalar, stresin hemşirelerin karşılaştığı en önemli riskler arasında yer aldığını göstermektedir.

Bu çalışma sonucunda, hemşirelerin neredeyse tamamının stres yaşaması geçmiş yıllara oranla stres oranlarının daha da arttığını düşündürmektedir. ANA'nın "Sağlıklı Hemşire, Sağlıklı Ulus Mücadelesi" 2019 yılı raporuna göre stres hemşirelerin karşılaştığı riskler arasında ilk sırada yer almaktadır (ANA 2019). Geleneksel yaklaşımlar daha çok "biyolojik, fiziksel, ergonomik ve kimyasal" risklere yönelirken, günümüzde çalışma ortamında pek çok sağlık sorununa neden olabilecek stres etmeni de önemli bir etkiye sahip bulunmaktadır. Bu konuda yapılan bir çalışmada, "hemşirelerin ölüm ve ölümle uğraşmaları, hekimlerle çatışma, hastaların ve ailelerinin duygusal gereksinmeleriyle başa çıkmak için yetersiz hazırlık, personel desteği eksikliği, diğer hemşireler ve denetçiler ile çatışma, iş yükü ve tedavi ile ilgili belirsizlik" olmak üzere yedi ana stres kaynağı üzerinde durulmaktadır (Gray-Toft ve Anderson 1981, Kaynak: Cox ve ark. 1996 p. 7). Stresin en geniş anlamda sadece bir ruh sağlığı sorunu olmadığını aynı zamanda bir iş sağlığı sorunu olduğu unutulmaması gereken önemli bir noktadır. Daha görünür iş risklerinden etkilenme endişesine ek olarak, kanıtlar işin belirli psiko-sosyal özelliklerinin stres deneyimi ve buna bağlı olarak iş memnuniyetsizliği ve sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Cox ve ark. 1996). Bu araştırmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin stresi çalışma ortamındaki riskler açasından ilk sırada bildirmeleri konuyla ilgili diğer araştırma bulgularıyla uyum göstermektedir.

Bu çalışmada, hemşirelerin riskli durumlarla karşılaştığında göstermiş olduğu davranışlardan, yapacak bir şey olmadığını kabullenmeyen hemşirelerin ölçek toplam ve kurumsal yaklaşım alt boyut puan ortalamalarının kabullenenlere göre daha fazla, önlem almayı aksatmayan hemşirelerin toplam ve bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalamalarının aksatanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin tamamına yakınının (%96,2) önlem almayı aksatmadığını ve elinden bir şey gelmeyeceğini düşünmediğini (%92) bildirmiş olması (Tablo 4-11) yapılan diğer

araştırmalarla (Çalışkan ve Akdur 2001; Taşcıoğlu 2007; Aluko ve ark. 2016; Yeşilgöl ve ark. 2018) benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin bireysel yaklaşım alt boyut puan ortalamasının yüksek olması ve diğer araştırma bulguları çalışma ortamındaki risklere karşı kendilerini korumayı önemsediklerini düşündürmektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, ‘Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu-HÇORKT’ ölçeğinin geliştirilmesi amacıyla metodolojik ve hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere ilişkin tutumları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın metodolojik birinci aşamasında geliştirilen HÇORKT ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda;

- Uzman görüşleri doğrultusunda KGİ ,80’den küçük bulunan ifadelerin (7 madde) çıkarıldığı ve tüm ifadelerin KGİ ,80’den büyük olduğu,
- Ölçek taslağının, korelasyon değeri düşük olan 20 maddesinin atılması sonucu 43 maddeli halinin madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,40 - 0,63 arasında ve çok ileri düzeyde anlamlı olduğu,
- Açımlayıcı faktör analizi sonucunda maddelerin faktör yüklerinin 0,40 – 0,70 arasında değiştiği ve açıklanan toplam varyans oranının %42,30 olduğu,
- Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise uyum iyiliği değerlerinin ki-kare=1910,59 ki-kare/sd=2,23 GFI=,74 CFI=,94 RMSEA=,070 SRMR=,075 olduğu ve maddelere ait faktör yüklerinin 0,41–0,74 arasında değiştiği,
- Her iki faktör analizi sonucunda HÇORKT ölçeğinin kurumsal yaklaşım (25 madde) ve bireysel yaklaşım (18 madde) olmak üzere iki alt boyuta ayrıldığı,
- Ölçeğin test-tekrar test uygulamasından elde edilen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p>,05$ ) olmadığı ve yapılan sınıf içi korelasyon güvenilirlik kat sayısının toplam ölçek puanında ,90 ve ölçek alt boyutlarında ICC değeri kurumsal yaklaşım boyutunda ,91 ve bireysel yaklaşım boyutunda ,84 olduğu ve ölçeğin zamana karşı güvenilir olduğu,

- Ölçeğin iç tutarlılık analizinde, ölçek toplamında Cronbach alfa değerinin ,94 olduğu ve kurumsal yaklaşım alt boyutunda ,94, bireysel yaklaşım alt boyutunda ,88 olduğu,
- Ölçeğin 5'li Likert tipinde (1:Kesinlikle Katılmıyorum, 2:Katılmıyorum, 3:Kararsızım, 4:Katılıyorum, 5:Kesinlikle Katılıyorum) değerlendirildiği ve ölçeğin toplam ve alt boyutlarından elde edilen ortalama puanın yükselmesinin hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere karşı olumlu tutum gösterdiğini, puanın düşmesi ise olumsuz tutumu yansıttığı,
- Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere karşı tutumunu belirlemek amacıyla geliştirilen HÇORKT ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risklere karşı tutumları ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla SB, ÜH ve ÖH'de görev yapan ve örneklem hacmi hesabıyla belirlenen 338 hemşire örnekleminde gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçlar;

- HÇORKT ölçeği toplamından (3,76±0,59), kurumsal yaklaşım alt boyutundan (3,58±0,75) ve bireysel yaklaşım alt boyutundan (4,01±0,53) ortanın üzerinde olumlu tutum puanı aldıkları,
- Hemşirelerin çalışma ortamında sık sık/sürekli karşılaştığı ilk üç riskin sırasıyla; stres (%88,46), sürekli ayakta kalma (%86,6) ve gürültü (%67,4) olduğu,
- Hemşirelerin risklere karşı çoğunlukla bireysel olarak kendini korumaya çalıştığı (%79), kurumda önerilen tüm koruyucu önlemleri almaya özen gösterdiği (%80,8), riskli durumlara karşı önlem almayı aksatmadığı (%96,2) ve yapacak bir şey olmadığını/elinden bir şey gelmeyeceğini düşünmediği (%92,0) belirlenirken,
- Karşılaşılan riskli durumlar sonucunda, hemşirelerin dörtte birinin hastalanarak tedavi gördüğü (%21,9), çoğunun etkilenme sonucu hiçbir şey yapmadığı (%52,7), işe devam durumunun etkilenmediği (%89,1) ve kalıcı-kronik bir rahatsızlık oluşmadığı (%95,6) saptanmıştır.

- Hemşirelerin çalışma ortamındaki risklere karşı tutumunu etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda; ölçek toplamında 13 bağımsız değişkenin toplam puan üzerine yeterli etkiye sahip olmadığı ve %39 oranında çalışılan kurum, cinsiyet ( $p<,001$ ), birimde risk eğitimi alma, kesici/delici/batıcı cisim yaralanması, risklere karşı yapacak bir şey olmadığını/elimden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenme ve işini yapma ( $p<,01$ ), sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehdit edilme, biyolojik etkenlerden etkilenme ve riskli durumlara karşı önlem almayı aksatma ( $p<,05$ ) olmak üzere toplam sekiz bağımsız değişkenin etkili olduğu,
- Kurumsal yaklaşım alt boyut puanında 12 bağımsız değişkenin yeterli etkiye sahip olmadığı ve %40 oranında çalışılan kurum türü, cinsiyet, birimde risk eğitimi alma ( $p<,001$ ), risklere karşı yapacak bir şey olmadığını/elimden bir şey gelmeyeceğini düşünerek kabullenme ve işini yapma, kesici/delici/batıcı cisim yaralanması, stres yaşama ( $p<,01$ ), hasta yakınları tarafından sözlü saldırı/şiddet/tehdit edilme ve sağlık çalışanları tarafından sözlü saldırı/şiddet/ tehdit edilme ( $p<,05$ ) olmak üzere sekiz değişkenin etkili olduğu,
- Bireysel yaklaşım alt boyutunda 10 bağımsız değişkenin yeterli etkiye sahip olmadığı ve %19 oranında çalışılan kurum türü ( $p<,001$ ), biyolojik etkenlerden etkilenme, cinsiyet ( $p<,01$ ), medeni durum, kesici/delici/batıcı cisim yaralanması, ve riskli durumlara karşı önlem almayı aksatma ( $p<,05$ ) olmak üzere altı değişkenden etkilediği belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hastane ve hemşirelik hizmetleri yöneticileri tarafından, hemşirelerin çalışma ortamlarına özel risklerin belirlenerek, bu birimlere özgü risklere yönelik eğitimlerin verilmesi,
- Kurumlarda iş sağlığı güvenliği kanunu, kalite standartları vb. nedeniyle çalışan güvenliği kapsamında zorunlu olarak verilen çalışan güvenliği eğitim içeriklerinin risk analizleri ve çalışanların tutumlarına ilişkin bulgular doğrultusunda oluşturulması,



- Çalışma ortamındaki riskler iş kazası, meslek hastalığı vb. olumsuz etkilerinin yanı sıra hemşirelerin iş performansının ve verimliliğinin azalmasına ve hataların artmasına neden olabilmektedir. Bu açıdan, hemşirelerin çalışma ortamındaki risklere karşı tutumlarının ölçek aracılığıyla düzenli ölçülerek, sorunların giderilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi,
- Hemşirelerin ve tüm sağlık çalışanlarının iş risklerini önleme ve sağlıklarını korumaya yönelik davranışlarının desteklenmesi,
- Sağlık hizmetlerinde hemşireler dışındaki meslek grupları ile benzeri çalışmaların yapılarak, kıyaslamaların yapılması,
- Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki risklere karşı tutumlarının daha ayrıntılı incelenebilmesi amacıyla, nitel araştırma yöntemi kullanılarak derinlemesine araştırmalar yapılması,
- Hemşireler ve tüm sağlık personelinin iş risklerine yönelik tutumları üzerinde etkili olan etmenlere yönelik olarak daha geniş kapsamlı ve çok merkezli araştırmaların yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke,S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L. ve ark. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, **23**, 357-364.

Akarsu, H. ve Güzel, M. (2016). *Sağlık Sektöründe Tehlike ve Riskler*. Ankara : Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi.

Akkaya, Ö. (2015). *Hastane Personelinin Çalışan Güvenliğine Dair Algularının İncelenmesi : Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.

Akkaya, A. ve Karadağ, M. (2017). *Ameliyathanede çalışan hemşirelerin kendi bildirimleriyle mesleki risklerinin ve sağlık sorunlarının belirlenmesi*. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 6. Ulusal Kongresi, 196.

Alçelik, A., Deniz, F., Yeşildal, N., Mayda, A.S. ve Şerifi, B. (2005). AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **4(2)**, 55-65.

Aluko, O. O., Adebayo, A. E., Adebisi, T. F., Ewegbemi, M. K., Abidoye, A. T. ve Popoola, B.F. (2016). Knowledge, attitudes and perceptions of occupational hazards and safety practices in Nigerian healthcare workers. *BMC Research Notes*, **9(1)**, 3-14.

Aldem, M. ve Taş Arslan, F. (2018). Pediatri hemşirelerinin çalışan güvenliğine ilişkin görüşleri. *Journal of Health and Nursing Management*. **5(2)**, 75-85.

Aldem, M. (2014). *Pediatri Hemşirelerinin Çalışan Güvenliğine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Alpar, R. (2017). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler*. (5. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

Alpar, R. (2018). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlik*. (5. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

Andrea L., James M. ve Maria H. (2014). NIOSH health and safety practices survey of healthcare workers: Training and awareness of employer safety procedures. *American Journal of Industrial Medicine*, **57(6)**, 640-652.

ANA (2012). *2011 ANA Health and Safety Survey*. Erişim 21.10.2019, <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/health-safety-survey/>

ANA (2017). *Executive Summary : American Nurses Association Health Risk Appraisal Findings October 2013-October 2016*. Erişim 21.10.2019, <https://www.nursingworld.org> .

ANA (2018). *Healthy Nurse, Healthy Nation Year Two Highlights 2017-2018*. Erişim 16.08.2019 <https://www.americannursetoday.com>.

ANA (2019). *Healthy Nurse, Healthy Nation Year Two Highlights 2018-2019*. Erişim 21.10.2019 <https://www.americannursetoday.com>.

Aras, D. (2013). *Isparta İl Merkezinde Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamı Riskleri, Risk Alguları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Aydoğan, E. (2014). *Sağlık Yapıları İç Mekanları, Aydınlatma Tasarımları ve İklimlendirmesinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Azizoğlu, F., Köse, A. ve Gül H. (2019). Self-reported environmental health risks of nurses working in hospital surgical units. *International Nursing Review*, **66**, 87–93.

Awan, A., Afzal M., Majeed, I., Waqas A. ve Gilani, S.A. (2017). Assessment of knowledge, attitude and practices regarding occupational hazards among nurses at Nawaz Sharif Social Security Hospital Lahore Pakistan. *Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*, **Vol-3**, 622-630.

Bayır, Ö. (2018). *Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetiminin Çalışan Güvenliğine Etkisi ve Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı.

Bahcecik, N. ve Öztürk, H. (2009). The occupational safety and health in hospitals from the point of nurses. *Collegium Antropol*, **33(4)**, 1205–1214.

Beşer, A. (2015). *Dünya 'da ve Türkiye 'de hemşirelerin karşılaştıkları riskler ve maruziyetleri*. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 5. Ulusal Kongresi, Syf : 100-108.

Bingöl, Ü. (2015). *Hemşirelerin çalışma ortamlarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bilir, N. (2016). *İş Sağlığı ve Güvenliği*. Ankara : Güneş Tıp Kitabevleri Ltd.Şti.

Bursal, M. (2017). *SPSS ile Temel Veri Analizleri*. Ankara: Anı yayıncılık.

Büyüköztük, Ş. (2019). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum*. (26. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.

Cabrera, S.L., Gilbert C., Gee G., Fujishiro, K. ve Tagalog, E.A. (2009). Occupational Health and Safety Issues Among Nurses in the Philippines. *American Association Of Occupational Health Nurses Journal*, **57(4)**, 149-157.

Çakmak, A., Öztürk, M., Kişioğlu, A. ve Doğan M. (2002). Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde sağlık çalışanlarının Hepatit B enfeksiyonuna karşı bağışıklanma durumları. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ekim Kasım Aralık, 43-46.

Çalışan Güvenliğinin Sağlanması 2012/23 Genelge (2012). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (6665, 14 Mayıs 2012)

Çalışır, H., Saka, D., Uçar, N. ve Öğretensoy, M. (1999). *Bir Göğüs Hastalıkları Eğitim Hastanesi Çalışanlarında Tüberküloz Sıklığı*. 1.Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongresi, Syf : 132.

Çalışkan, D. ve Akdur, R. (2001). Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Hastanesinde çalışan hemşirelerin kendi bildirimleri ile karşılaştıkları mesleki riskler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **54 (2)**, 135-142.

Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönetmeliği (2010). T.C. Resmi Gazete (27601 4 Haziran 2010)

Ceylan, C. (2009). *Hastanede çalışan hemşirelerin bildirimlerine dayalı iş kazalarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çil, G. (2016). *Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş Güvenliği Düzeyinin Saptanması*. Yüksek Lisans Tezi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Cox, T., Griffiths, A. ve Cox, S. (1996). *Work-related stress in nursing: Controlling the risk to health*. International Labour Office Geneva.

DeVellis, R.F. (2017). *Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık.

Demir, S. (2016). *Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Çalışan Güvenliği Konusundaki Farkındalıkları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*. Yüksek Lisans Tezi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Devebakan, N. (2008). *Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği*. Ankara: Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası.

Dişbudak, Z. (2013). *Hemşirelerin Kesici-Delici Alet Yaralanması İle Karşılaşma Durumları ve Karşılaşma Sonrası İzledikleri Yöntemler*. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Dressner, M. A. ve Kissinger, S.P. (2018). *Occupational injuries and illnesses among registered nurses*. Monthly Labor Review, November, 1-12.

Duran, M. (2017). *Devlet Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Personeli Güvenliğinin İş Stresine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Durgun, Ş. (2014). *Çalışma Ortamı Algısı-İş Doyumu ve Sağlık Çalışanları*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Emiroğlu, C. (2012). Sağlık sektöründe mesleki riskler ve hukuksal düzenlemeler. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ocak-Şubat-Mart, 16-25.

Erdoğan, Ö.ve Ergün, M. (2011). İki farklı meslek grubunda çalışan personelin denetim odağı ve risk eğilimi düzeylerinin karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **40**, 176-185.

Erkan, S., Can, Y., Özdemir, C. ve Uğurlu, E. (2017). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: bir üniversite hastanesindeki şiddet olaylarının incelenmesi. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 6. Ulusal Kongresi, 212-213.

Erkan, S. (2014). *Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Teknisyenlerin Mesleki Risk Algısının Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Erkuş, A. ve Selvi, H. (2019). *Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme III Ölçek Uyarlama ve "Norm" Geliştirme*. Ankara: Pegem Akademi.

Erkuş, A. (2003). *Psikometri Üzerine Yazılar*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Erkuş, A. (2016). *Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-I Temel Kavramlar ve İşlemler*. (3. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.

Esin, M.N. (2014) Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik Geçerliliği. İçinde Erdoğan S., Nahcivan, N.ve Esin, N. (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 193-233.

Fang, Y. ve Facn T.M. (2017). Management capacity to promote nurse workplace health and safety. *Journal of Nursing Management*, **26**, 288–294.

Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. (Third ed.). London: Sage Publication.

Gamlı, M., Baltacı, G., Çetinbaş R., Sardaş, S. ve Ünal, N. (1999). Ameliyathane Çalışanlarında Comet Assay Tekniği İle Kromozom Kırıklarının Tespiti. 1. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongresi, 180.

Gliner J.A., Morgan G.A. ve Leech, N.L. (2015). *Uygulamada Araştırma Yöntemleri Desen ve Analizi Bütünleştiren Yaklaşım*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık.

Glesne, C. (2015). *Nitel Araştırmaya Giriş*. (5. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.

Gorman, T., Dropkin, J., Kame, J., Nimbalkar, S., Zuckerman, J., Lowe, T. ve ark. (2013). Controlling health hazards to hospital workers. *New Solutions*, **23**, 1-167.

Gommaa, A.E., Tapp, L.C., Luckhaupt, S.E., Vanoli, K., Sarmiento, R.F., Raudabaugh, W.M. ve ark. (2015). Occupational traumatic injuries among workers in health care facilities — United States 2012–2014. *Weekly*, **64**, 405-427.

Hakeri, H. (2010). Sağlık çalışanı güvenliği ve hukuksal sorumluluk. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 53-59.

Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik (2011). T.C. Resmi Gazete (27897 6 Nisan 2011).

Hazardous Occupations Safety Training in Agriculture (2004). *Risk Perception*. Erişim 23.10.2019 <https://www.bookstore.ksre.ksu.edu/pubs/MF2671.pdf>.

Hogg, M. ve Vaughan, G. (2017). *Sosyal Psikoloji*. (3. Baskı). Ankara: Bizim Büro Matbaa.

ICN (2006). *Safe Staffing Saves Lives Information and Action Tool Kit*. Erişim 16.08.2019, <http://www.old.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf>

ICN (2007). *Positive Practice Environments: Quality WorkPlaces=Quality Patient Care Information and Action Tool Kit*. Erişim 16.08.2019, <https://www.old.icn.ch/publications/2007-positive-practice-environments-quality-workplaces-quality-patient-care>.

İLO (2000). *International Hazard Datasheets on Occupation Nurse General-Institutional*. Erişim 23.08.2019, [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_192438.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_192438.pdf).

ILO (2005). *ILO Nursing Personnel Convention No.149*. Erişim 16 Ağustos 2019, [https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTUMENT\\_ID:312495](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTUMENT_ID:312495)

İLO (2014). *A 5 step guide for employers, workers and their representatives on conducting workplace risk assessments*. Erişim 18.08.2019, [https://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS\\_232886/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_232886/lang--en/index.htm).

İLO (2017). *Improving Employment and Working Conditions in Health Services*. Erişim 16 Ağustos 2019, [https://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS\\_548288/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS_548288/lang--en/index.htm)

İntepeler, Ş.S. (2014). Risk Yönetimi. İçinde Ü.T. Baykal ve E.E. Türkmen (Ed.), *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*. İstanbul: Akademi Basın Yayıncılık; 334-357.

İnceoğlu, M. (2010). *Tutum Algı İletişim*. İstanbul : Beykent Üniversitesi Yayınevi.

İncesu, E. ve Atasoy, A. (2015). Hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği kültürü algılarının çalışan sağlığı ve güvenliği kültürü ölçeği kullanılarak incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, **2(3)**, 119-126.

İncesli, A. (2005). *Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

İş sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğu Hakkında Kanun (2004). Resmi Gazete (5038 7 Ocak 2004)

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (2012). T.C. Resmi Gazete (6331, 20 Haziran 2012).

İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği (2012). T.C. Resmi Gazete (28512, 29 Aralık 2012)

İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği (2012). T.C. Resmi Gazete (28509 26 Aralık 2012).

Kalkan, M.E. ve Deniz, V. (2013). Risk kavramı üzerine. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Nisan-Mayıs-Haziran, 43-48.

Karadağ, M. ve Kabasakal, E. (2013). Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Karşılaştıkları Risklerin ve Maruziyet Sıklıklarının Belirlenmesi. 4. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongresi, Syf: 58-61

Kazanç Karayemişoğlu, A. (2010). *Çalışan Güvenliği Açısından Hemşirelerin Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.



Keorekile, O. (2015). *Occupational Health Hazards Encountered By Nurses At Letsholathebe II Memorial Hospital In Maun, Botswana*. Master of public health. University of Limpopo, South Africa.

Kıran, S. (2003). *Sağlık Çalışanlarında Mesleksel Etkenlerle Karşılaşma Düzeyleri ve Hastalık/Yakınma İlişkisinin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Kıyak, M. (Ed.). (2014). *Sağlık Sektöründe İş Sağlığı ve Güvenliği Riskleri Önleme ve Doğru Uygulama Rehberi*. İstanbul: Okan Üniversitesi Yayınları.

Kılınç, O., Uçan, E.S., Çakan, A., Ellidokuz, H., Özol, D., Saymer, A. ve ark. (2000). İzmir’de sağlık çalışanları arasında tüberküloz hastalığı riski: Tüberküloz meslek hastalığı olarak kabul edilebilir mi ?. *Toraks Dergisi*, **1**, 19-24.

Kızıldağ, D. (2011). *Yönetmelik Açısından Risk Yönetimine Bir Bakış: ISO 31000 Risk Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Kol, E., İlaslan, E. ve İnce, S. (2015). Yoğun bakım ünitelerinde gürültü kaynakları ve gürültü düzeyleri. *Türk Yoğun Bakım Dergisi*, **13**, 122-128.

Leineweber, C., Marklund, S., Aronsson, G. ve Gustafsson K. (2019). Work-related psychosocial risk factors and risk of disability pension among employees in health and personal care: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, **93**, 12–20.

Mete, Ö.F. ve Peker, A. (2011). Bursa Devlet Hastanesi Hasta ve Çalışan Riskleri Analiz Sonuçları. 3. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongresi, Syf: 132-133.

Mearns, K.ve Flin, R. (1996). Risk perception in hazardous industries. *The Psychologist*, **9**, 401-404.

Miles, M.B. ve Huberman, A.M. (2015). *Nitel Veri Analizi*. Ankara: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Ltd.Şti.

Ndejjo, R., Musinguzi, G., Yu, X., Buregyeya, E., Musoke D., Wang J. ve ark. (2015). Occupation health hazard among healthcare workers in Kampala, Uganda. *Journal of Environmental and Public Health*, **2015**, 1-9.

NIOSH (1988). *Guidelines For Protecting The Safety and Health of Health Care Workers*. Erişim 06.06.2019, <https://www.cdc.gov/niosh/docs/88-119/default.html>

NIOSH (2002). *The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People*. Erişim 08.09.2019, <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-116/default.html>

NIOSH (2007). *Waste Anesthetic Gases Occupational Hazards In Hospital*. Erişim 06.06.2019, <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2007-151/pdfs/2007-151.pdf>

NIOSH (2012). *Medical Surveillance for Healthcare Workers Exposed to Hazardous Drugs*. Erişim 06.06.2019, <https://www.cdc.gov/niosh/docs/wp-solutions/2013-103/pdfs/2013-103.pdf>.

NIOSH (2017). *Healthcare Workers*. Erişim 6 Haziran 2019, <https://www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare>

OSHA (2002). *Occupational Safety&Health Administration*. Erişim 03.03.2019 <https://www.osha.gov › SLTC › etools › hospital>

OSHA (2010). *Hospital Investigations: Health Hazards*. Erişim 15.06.2019 [https://www.osha.gov/dts/osta/otm/otm\\_vi/otm\\_vi\\_1.html](https://www.osha.gov/dts/osta/otm/otm_vi/otm_vi_1.html).

OSHA (2013a). *Worker Safety in Your Hospital*. Erişim 21.10.2019, <https://www.osha.gov › 1.2 Factbook 508.pdf>.

OSHA (2013b). *Facts About Hospital Worker Safety*. Erişim 21.10.2019, <https://www.osha.gov › dsg › hospitals>.

OSHA (2013c). *Safety and Health Management Systems: A Road Map for Hospitals*. Erişim 16.08.2019, [https://www.ors.od.nih.gov/sr/dohs/Documents/DLib\\_2.4\\_SHMS\\_roadmap\\_508.pdf](https://www.ors.od.nih.gov/sr/dohs/Documents/DLib_2.4_SHMS_roadmap_508.pdf)

OSHA (2016, Şubat). *Controlling Occupational Exposure to Hazardous Drugs*. Erişim 30.07.2019, [https://www.osha.gov/SLTC/hazardousdrugs/controlling\\_occex\\_hazardousdrugs.html](https://www.osha.gov/SLTC/hazardousdrugs/controlling_occex_hazardousdrugs.html)

OSHA (2018). *2017 Survey Of Occupational Injuries&Illnesses Charts Package*. Erişim 17.11.2019, <https://www.bls.gov/iif/osch0062.pdf>

Önder, Ö.R., Ağırbaş, İ., Yenimahalleli Yaşar, G. ve Aksoy, A. (2011). Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin geçirdikleri iş kazaları ve meslek hastalıkları yönünden değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, **10(1)**, 31-44.

Özkan, Ö. (2005). *Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri İle Risk Algularının Saptanması*. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Öztürk, Y.E. ve Kırac, R. (2014). İşverenin Ve Çalışanın İş Sağlığı ve Güvenliği Konusundaki Sorumluluğunun Hemşireler Açısından Değerlendirilmesi. 5. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Syf : 493-508

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

Öztürk, Y.E., Kırac, R. ve Kırılıoğlu, M. (2015). Hemşire ve Teknisyenlerin İş Güvenliği Tutumlarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, **18(1)**, 167-180.

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

Özguven, İ.E. (2015). *Psikolojik Testler*. (13. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık.

Özurmaz, S. ve Öncü, A.Z. (2018). Vardiyalı ve nöbet sistemi şeklinde çalışma düzeninin hemşireler üzerine etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. **2(1)**, 39-46.

Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manuel A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS*. (4th Ed.) Australia: Allen&Unwin.

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

Platin, N. ve Burgaz, S. (1999). Antineoplastikleri Uygulayan Onkoloji Hemşirelerinde Mesleki Sağlık Riskinin Değerlendirilmesi 1.Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongresi, Syf : 122-127.

Polit, D.F. ve Beck C.T.(2010). *Essentials of Nursing Research Appraising Evidence for Nursing Practice*. (Seventh Ed.).China: Lippincott Williams & Wilkins.

Portell, M., Gil, R.M., Losilla, J.M. ve Vives J. (2014). Characterizing occupational risk perception: the case of biological, ergonomic and organizational hazards in spanish healthcare workers. *Spanish Journal of Psychology*, **17**, 1-12.

Ratner, P.A. ve Sawatzky, R. (2009). Health status, preventive behaviour and risk factors among Female nurses. *Health Reports*. **20:3**, 53-61.

Rhule H.K.A. (2012). *Health Related Risks Of Nursing Practice At Effia-Nkwanta Regioanal Hospital, Sekondi*. Master Of Science Faculty of Biosciences. Kwame Nkrumah University of Science And Technology, Gana.

Rowland, H.S, Rowland, B.L. (1997). *Nursing Administration Handbook*. 4. Edition, Maryland: Aspen Publication.

Sağlık Bakanlığı (2016). *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon-5 Revizyon-1*. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı.

Sağlık-Sen (2016). *Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması*. (2. Baskı). Sağlık-Sen Yayınları, Başak Matbaacılık ve Tan. Hiz. Ltd. Şti.

Samur, M. (2014). *Hemşirelerin İş Güvenliğini Belirleyen Etmenler: Çalışma Ortamı, Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri*. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Samur, M. ve İntepeler S.S. (2017). Factors influencing nurses' perceptions of occupational safety. *Journal Archives of environmental & occupational health*, **72(1)**, 45-52.

Samaei, S.E., Vosooghi, S., Taban, E., Abadi, M.B., Zia, G., Beheshti, M.H ve ark. (2017). The effect of mental workload on occupational accidents among nurses in hospitals of Kerman, Iran. *International Journal of Hospital Research*, **6(4)**, 1-8.

Samael, S.E., Raadabadi, M., Khanjani, N., Heravizadeh, O., Hosseinabadi, M.B. ve Pıran, S. (2015). Safety attitudes among nurses and its relation with occupational accidents: a questionnaire based survey. *International Journal Of Occupational Hygiene*, **7(4)**, 177-186.

Sakaoğlu Manavgat, S. ve Mandıracıoğlu, A. (2012). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde kişisel dozimetre taşıyan çalışanların mesleki iyonlaştırıcı radyasyon risk algısı. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ocak-Şubat-Mart, 34-43.

Sarıçam, H. (2012). *İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Hemşirelerin Karşılaştığı Risk ve Tehlikelerin İş Stresi Düzeyleri Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Say B. (2013). Çalışan Güvenliği. İçinde H. Sur ve T. Palteki (Ed.) *Hastane Yönetimi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 521-551.

Seçer, İ. (2018). *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS ve Lisrel Uygulamaları*. (2. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.

Shinde, M., Sadare, S. ve Potdar, N. (2016). Awareness of occupational health hazards among staff nurses. *International Journal of Science and Research*, **5(12)**, 505-509.

Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, **236**, 280-285.

Smith, E.M. (2012). How are nurses at risk ?. *Work*, **41**, 1911-1919.

Souksu, S., Souksu, S.,Gül, G. ve Bol, P. (2014). Bir Devlet Hastanesinde Ameliyathane, Yoğun Bakım Ve Acil Serviste Çalışanların Güvenliği Açısından Risklerin Belirlenmesi. 5. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Syf : 171-.192

Solmaz, M. ve Solmaz, T. (2015). Sağlık Çalışanlarında Kesici –Delici Alet Yaralanmaları ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. 5. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongresi, Syf : 260-262.

Stone, W. S., Cimiotti, J., Clarke, S.P. ve Correa-de-Araujo R. (2004). Nurses' working conditions: Implications for infectious disease. *Emerging Infectious Diseases*, **10(11)**, 1984-1989.

Soyer, A. (1999). Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri ve sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği birimleri: neden, nasıl?. *Toplum ve Hekim*, **14 (6)**, 458-460.

Taşçioğlu, İ. (2007). *Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması*. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tavşancıl, E. (2014). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi*. (5.Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık.

Tezbaşaran, A.A. (2008). *Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu e-Kitap*. (3. Sürüm). Erişim 29.06.2019, [https://www.academia.edu/1288035/Likert\\_Tipi\\_%C3%96l%C3%A7ek\\_Haz%4B1r\\_lama\\_K%C4%B1lavuzu](https://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_%C3%96l%C3%A7ek_Haz%4B1r_lama_K%C4%B1lavuzu)

THD (2008). *Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları*. Erişim 15.07.2019, <http://turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yayinlar/thd-yayinlari/brosurler-ve-raporlar/turkiyede-hemsirelerin-calisma-kosullari.aspx>

Tosun, N., Demirtaş, İ., Şencan, İ., Güler, H., Öztürk A. ve Tarhan, D. (Ed.). (2012a). *SKS Işığında Sağlıkta Kalite 1. Cilt*. Ankara: Pozitif Matbaa.

Tosun, N., Demirtaş, İ., Şencan, İ., Güler, H., Öztürk A. ve Tarhan, D. (Ed.). (2012b). *SKS Işığında Sağlıkta Kalite 3. Cilt*. Ankara: Pozitif Matbaa.

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2014). *Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Politika Belgesi-III ve Eylem Planı 2014-2018*. Erişim 13.08.2019, [https://www.aybu.edu.tr/isg/contents/files/ulusal\\_isgPolitikaBelgesi.pdf](https://www.aybu.edu.tr/isg/contents/files/ulusal_isgPolitikaBelgesi.pdf)

Türkiye İstatistik Kurumu (2018). *Sağlık Personeli Sayısı*. Erişim 01.05.2020, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095)

Türk Dil Kurumu. Sözlükler. Erişim 18.08.2019, <http://tdk.gov.tr/>

Türk, M. (Ed.). (2016). *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Eğitim Notları*. Ankara: Sağlık Emekçileri Sendikası Yayınları.

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

Tziaferi, S.G., Sourtz, P., Kalokairinou, A., Sgourou, E., Koumoulas, E. and Velonakis, E. (2011). Risk assessment of physical hazards in greek hospitals combining staff's perception, experts' evaluation and objective measurements. *Safety and Health at Work*, **2**, 260-72.

Ulutasdemir, N., Cirpan, E., Copur O.E. ve Tanir F. (2015). Occupational risks of health professional in Turkey as an emerging economy. *Annals of Global Health*, **4**, 522-529.

Vehid, S., Erginöz, E., Yurtseven E., Çetin, E., Köksal. ve Kaypmaz A. (2011). Hastane ortamı gürültü düzeyi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **10(4)**, 409-414.

Vranes, A., Jankovic, S., Vukovic, D., Vranes, B. ve Miljus, D. (2006). Risk perception and attitudes towards HIV in Serbian health care workers. *Occupational Medicine*, **56**, 275–278.

Yardan, E.D., Köksal, F. ve Yardan, T. (2013). İşverenin Ve Çalışanın İş Sağlığı Ve Güvenliği Konusundaki Sorumluluğunun Hemşireler Açısından Değerlendirilmesi. 4. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Syf : 25-36

Yassi, A. (Ed.). (2011). *Encyclopaedia of Occupational health& Safety*. Erişim 24.08.2019, <http://www.iloencyclopaedia.org/part-xvii-65263/health-care-facilities-and-services>

Yavuz, A.İ. (2014). *Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yesilgul, G., Cicek, H.S., Avcı, M.Z. ve Huseyniklioglu, B. (2018). Nurses' knowledge levels and perceptions regarding occupational risks and hazards. *International Journal of Caring Sciences*, **11(2)**, 1117-1123.

Yılmaz, S. ve Çalışkan, H. (2018). Sağlık Personelinin İş Sağlığı ve Güvenliği Faaliyetlerine Yönelik Algı Durumlarının İncelenmesi. VII. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi. Syf : 42-51.

Yurdakul, H. (2005). *Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması*. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. Denizli.

WHO (1946). *Constitution of World Health Organization 1946*. New York: World Health Organization.

WHO (2001a). *Occupational Health : A Manual For Primary Health Care Workers*. World Health Organization.

WHO (2001b). *Occupational Health A Manual For Primary Health Care Workers*. World Health Organization. Erişim [https://www.who.int/occupational\\_health/publications/emhealthcarework/en/](https://www.who.int/occupational_health/publications/emhealthcarework/en/)





**FORMLAR**

Ek 1: Görüşme Formu

Ek 2: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu Ölçeği Taslağı

Ek 3: Kurum İzni (Sağlık Bakanlığı Hastanesi 1)

Ek 4: Kurum İzni (Üniveriste Hastanesi 1)

Ek 5: Kurum İzni (Özel Hastane)

Ek 6: Kurum İzni (Sağlık Bakanlığı Hastanesi 2)

Ek 7: Kurum İzni (Üniversite Hastanesi 2)

Ek 8: Kapsam Geçerliliği İçin Görüşleri Alınan Uzmanların Listesi

Ek 9: Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutumu (HÇORKT)  
Ölçeği

Ek 10: Etik Kurul Kararı

**EK 1:****BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Hastanenin Adı:

Görüşme tarih ve saat (Başlangıç-Bitiş):

Açıklama:

Merhaba, benim adım Sibel GÜLEN, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nihgingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelikte Yönetim Anabilim dalında doktora öğrencisiyim. Hemşirelerin çalışma ortamındaki risklere karşı tutumları ile ilgili bir çalışma yapmaktayım ve sizinle çalışma ortamınızda karşılaştığınız riskler konusunda konuşmak istiyorum. Bu görüşmede amacım, sağlık hizmetinin sunumunda çok önemli bir yere sahip olan çalışma ortamında karşılaşılan risklere karşı nasıl bir tutum sergilendiğini ortaya çıkarmaktır. Bu açıdan bu programı yürüten kişiler olduğunuz için risk yönetimine yönelik en sağlıklı bilgileri sizlerden alacağıma inanıyorum. Bu nedenle, sizinle bu kapsamda yaklaşık 1-1,5 saat süren bir görüşme yapmayı planlıyorum.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmamızın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

Görüşmeye başlamadan önce, söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sorunuz varsa lütfen iletiniz. İzin vererseniz görüşmemizi kaydetmek istiyorum.

**Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı Soyadı :

Adres :

Telefon :

Görüşmeyi kabul ediyorum

İmza

Açıklamayı yapan araştırmacının

Adı Soyadı : Sibel GÜLEN

Adres : Koçyazı Mah. Goldcity 2 Konutları A Blok Daire : 14

Telefon : 03805239272

e-mail : sibelgulen4@hotmail.com

İmza :

**EK 1 Devamı****Sibel GÜLEN****Konu:** Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Uygulanması**DERİNLEMESİNE BİREYSEL GÖRÜŞME SORULARI**

1. Kendinizi biraz tanıtır mısınız? (Hangi okuldan ne zaman mezun oldunuz? Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz? Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz? Şu an severek mi yapıyorsunuz? gibi)
2. Çalıştığınız ortamınızda ne tür risklerle karşılaşmaktasınız? (Kimyasal, biyolojik, fiziksel/ergonomik, psiko sosyal olarak)
3. Bu risklerden korunmak ve riskleri önlemek amacıyla neler yapıyorsunuz?
4. Korunmaya/önlemeye yönelik eylemlerinizi gerçekleştirirken ne tür sorunlar yaşıyorsunuz?/Bu konudaki engelleriniz nelerdir?
5. Risklerden korunma ve önlem alma noktasında çalışma koşullarınızda nasıl bir düzenleme yapılmalıdır?
6. Karşılaştığınız risklere ilişkin koruma önlemlerini sağlamada kurumdan/yöneticilerinizden beklentileriniz nelerdir?
7. Çalıştığınız birim dışında hastane genelinde risklerden korunmak için nelerin iyileştirilmesi gerekir?
8. Çalışma ortamındaki risklere ilişkin söylemeyi unuttuğunuz veya atlandığını düşündüğünüz ilave görüş ve önerinizi var mı? Kısaca belirtiniz lütfen.

## EK 2:

	<b>HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMINDAKİ RİSKLERE KARŞI TUTUMU ÖLÇEĞİ TASLAĞI</b>	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Birimde kullanılan kimyasal maddeler (dezenfektanlar, çamaşır suyu vb) sağlığıma zarar verir					
2	Parenteral uygulama yaparken risk altında olduğumu düşünürüm					
3	Kurumun fiziki yapısı ve donanımı çalışanlara ergonomik bir ortam sağlar					
4	Uzun süre ayakta çalışma, taşıma, kaldırma gibi faaliyetler sağlığıma olumsuz etkiler					
5	Uygulamalarımda hastane ortamının biyolojik risk taşıdığını dikkate alırım					
6	Çalıştığım birimde ısıtma, soğutma ve havalandırma sistemlerinin etkili çalışmaması sağlığıma olumsuz etkiler					
7	Çalışma ortamındaki gürültü sağlığıma olumsuz etkiler					
8	Yangın çıkışlarının kilitli olması, farklı amaçlarla kullanılması gibi durumlar risk oluşturur					
9	Kuruma/birime giriş çıkışların kontrolsüz olması güvenliğimi tehlikeye sokar					
10	Görev yerimin sık değiştirilmesi kaygı düzeyimi artırır					
11	Vardiyalı çalışma sistemi beslenme, uyku gibi fizyolojik gereksinimlerimi karşılama düzenimi bozar					
12	Vardiyalarda tek çalışıyor olmak kendimi güvensiz hissetmeme yol açar					
13	Kurumumuzda riskleri azaltmaya yönelik çalışmalar düzenli yapılır					
14	Riskli durumlarla karşılaşan çalışanlar nasıl bir yol izleyeceğini bilir					
15	Kurumumuzda risk analizi çalışmaları çalışanların katılımıyla yürütülür					
16	Kurumumuzda risklere karşı her birime özel önlemler alınır					
17	Çalışanların iş güvenliği uygulamalarına ilişkin farkındalığı yüksektir					
18	Kurumumuzda çalışanların sağlık taramaları düzenli yapılır					
19	Kurumumuzda hata yapanları cezalandırma ve suçlamaya yönelik yaklaşımdan çok sorunu çözmeye yönelinir					
20	Kurumda yürütülen zorunlu iş güvenliği eğitimleri yararlıdır					
21	Kurumumuzda oryantasyon eğitimlerinde risk yönetimi konularına yer verilir					
22	Kurumumuzda istenen nitelikte koruyucu malzeme ve ekipman (özel gözlük, özel maske vb) sağlanır					
23	Kurumumuz çalışanların güvenliğini sağlamak için masraftan kaçınmaz					
24	Kurumumuzda tüm cihazların bakım-onarımları zamanında yapılır					
25	Kurumumuzda teknik donanım ve cihazları kullanacak yetkin personel bulunur					
26	Birimde araç, gereç ve malzemelerin (monitor, dolaplar vb) uygun yerleştirilmesi/ sabitlenmesine dikkat edilir					
27	Kurumumuzda şiddeti önlemeye yönelik güvenlik önlemleri alınır					
28	Kurumumuzda atık ayrıştırmada standartlara / yönetmeliklere uygun davranılır					
29	Kurumumuzda radyasyonun çalışanlara etkisini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır					
30	Kurumumuzda izolasyon gereken hastalara yönelik önlemler alınır					



## EK 2 Devamı

	HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMINDAKİ RİSKLERE KARŞI TUTUMU ÖLÇEĞİ TASLAĞI DEVAMI	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
31	Salgın hastalıklara yönelik çalışanları koruyucu önlemler anında alınır					
32	Kurumumuzda malzemeler ve ilaçlar prosedüre uygun depolanır					
33	Kurumumuzda kemoterapi uygulamalarına ilişkin standartlar uygulanır					
34	Kurumumuzda 24 saatlik çalışma sistemi uygulanmaz					
35	İşimi bitirmeyi önemsemediğimden kişisel koruyucu önlemleri ihmal ederim					
36	Eldiven, maske gibi basit koruyucu önlemlerin riskleri azaltmadığımı düşünürüm					
37	Koruyucu önlem almak zaman alsa da prosedüre uygun davranırım					
38	Sağlık taramalarımı aksatmam					
39	Yeterli bilgim olmayan risklere ilişkin araştırma yaparım					
40	Çalışan güvenliğine yönelik alınan önlemlerin çalışanlar tarafından ihmal edildiğini düşünürüm					
41	Koruyucu ekipmanın kalite ve güvenliğinin yeterli olup olmadığını önemserim					
42	Olay / iş kazası bildirimini yapmaktan çekinmem					
43	Uygulamalarımnda küçük kesici-delici alet kutusunun olduğu tedavi tepsi kullanırım					
44	Kesici-delici alet yaralanmasına maruz kaldığımda prosedüre uygun davranırım					
45	Hastadan hastaya geçerken el hijyenine dikkat ederim					
46	Bulaşıcı hastalığı olanlarda tüm koruyucu önlemleri alırım					
47	Hastayla ilk karşılaşmada bulaşıcılık riskinin belirsizliği tedirginlik yaşamama yol açar					
48	Standartlara uyduğumuz sürece enfeksiyonlardan korunduğumuzu düşünürüm					
49	Kimyasal ürünlerin kurallarına uygun kullanılmasına dikkat ederim					
50	İlaç hazırlarken prosedürlere uygun davranırım					
51	İşimi yaparken vücut mekaniğine uygun davranmaya özen gösteririm					
52	Stresimle başa çıkmak için sosyal / fiziksel etkinliklerde bulunurum					
53	Gerektiğinde psikolojik destek almayı düşünürüm					
54	Hasta / hasta yakınları ile ilişkimde özel alanımı korumaya özen gösteririm					
55	Görev tanımım dışındaki işleri yapmaktan kaçınırım					
56	Gece nöbetine dinlenmiş gelmeye özen gösteririm					
57	Yorucu olsa da uzun saatler çalışıp kendime boş zaman yaratmayı tercih ederim					
58	Yöneticim yaşanan risklere ilişkin sorunlara çözüm üretmeye çalışır					
59	Yöneticim çalışanların risklere ilişkin önerilerini dikkate alır					
60	Yöneticimin birimdeki risklerin farkında olmadığını düşünürüm					
61	Yöneticim riskli durumlarda günü kurtaracak önlemler almayı tercih eder					
62	Çalışanların karşılaştıkları riskler yöneticiler için öncelikli konudur					
63	Bireysel güvenlik önlemlerinin etkin olması için yöneticim gereken desteği sağlar					

EK 3:



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Düzce İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Tarih ve Sayı: 07/09/2017-104200



Sayı : 82697381-604.02  
Konu : Tez Çalışma Talebi

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi :31.07.2017 tarihli ve 154479 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Öğrencisi Sibel GÜLEN'in Genel Sekreterliğimize bağlı Düzce Atatürk Devlet Hastanesinde "Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Uygulaması" konulu tez çalışması talebi ilgili hastanenin görüşleri doğrultusunda, Genel Sekreterliğimiz Başvuru İnceleme Komisyonunda değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Salim YILDIRIM  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:  
Başvuru İnceleme Komisyon Tutanağı (1 Sayfa)

24 08 17

Düzce İli Kamu Hastaneleri Birliği  
Genel Sekreterliği  
S. Bedri ÇOBAN  
Genel Sekreter

## İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ

07-İİ-2017  
...../...../20

Yazı İşleri ve  
Genel Evrak Md.  
Gelen Evrak  
Sayı:

Kiremitoğlu Mahallesi Eski Tekavül Sk. No:1 DÜZCE

Bilgi için: MİHRİBAN DEMİRCİ GENÇTÜRK

Faks No: 0380 514 80 06

Unvan: EBE

e-Posta: m.demircigeneturk@saglik.gov.tr İnt. Adresi: .

Telefon No: 0380 525 04 50/51/52/53/54/55/56

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b067d1b5-8256-4c39-88d1-b72ea0f0fe4 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 4:

Evrak Tarihi ve Sayısı: 03/10/2017-E.20285

Tarih ve Sayı: 16/10/2017-121917



T.C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı :57909333/100/  
Konu :Sibel GÜLEN

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi :01/08/2017 tarihli, 156610 sayılı ve SİBEL GÜLEN konulu yazı

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisi olan Sibel GÜLEN'in tez çalışmasına ilişkin izin talebi hakkındaki ilgi yazınız incelenmiştir. Söz konusu tez çalışmasının Üniversitemiz Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılabilmesi uygun görülmüş olup konu hakkındaki yazı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

E - imzalıdır.

Prof.Dr.İlhan GENÇ  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

EKLER :  
1- Yazı

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ

Yazı İşleri ve  
Genel Evrak Md.  
Gelen Evrak  
Sayı:

16 -10- 2017  
120

Neşat EKİNCİ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanı  
Güvenli Elektronik İmza  
Aşılıdır.  
03.10.2017

<http://cbys.duzce.edu.tr/envision-Dogrula/BegeDogrulama.aspx>

BARKOD NO: \*BD8688642912\*

Konularp Yerleşkesi Konularp/DÜZCE 81600

Tel: : 0(380) 542 1118

E-Posta: :  
ogrencisleri@duzce.edu.tr

Faks: 0(380) 542 1119

Elektronik ağı:www.ogrencisleri.duzce.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Ayteke ÖZCAN



u belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK 5:

**ÖZEL**  
**HAYRİ**  
**SİVRİKAYA**  
 HASTANESİ



20 EKİM 2017

SAYI: 869

KONU: Sibel GÜLEN hk.

T.C.  
 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
 Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi: 01.08.2017 tarih ve 156612 sayılı yazınız

İlgi yazınızla Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda başladığı Doktora eğitimine Prof. Dr. Ülkü BAYKAL' ın danışmanlığı altında devam eden Sibel GÜLEN 'in (15589727644) "Hemşirelikte Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Uygulanması" başlıklı tez çalışmasını gerekli şartları yerine getirmek kaydıyla hastanemizde yapmasında kurumumuz açısından sakınca yoktur.

Op. Dr. İsmail SANLI  
 Mesul Müdür

**DOĞSAN ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ A. Ş.**  
 Cumhuriyet Mah. D-100 Karayolu Ankara Asfaltı Üzeri No: 152/A - DÜZCE - Tel: 0 380 524 16 66 - Faks: 0 380 524 77 41  
**www.hsh.com.tr • info@hsh.com.tr**





EK 6:



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

KOCAELİ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - KOCAELİ İLİ KHGBS EĞİTİM,  
ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME BİRİMİ  
21.09.2017 08:38 - 21920196 - 799 - E.824  
00033046707



Sayı : 21920196-799  
Konu : Doktora Tezi (Sibel GÜLEN)

## İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 01/08/2017 tarihli ve 13742654-156611 sayılı yazı

İlgi tarih sayılı yazınıza istinaden Üniveriteniz Hemşirelikte Yönetim bölümünde Doktora Öğrencisi olan Sibel GÜLEN'in "Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Uygulanması" konulu Doktora Tez çalışmasını birliğimize bağlı Kocaeli Devlet Hastanesinde yapması komisyonumuzca değerlendirilerek uygun görülmüş olup, ilgili hastaneye ve kişiye bilgi verilmiştir.

Gereğini rica/arz ederim.

e-imzalıdır.  
Op.Dr.M. Coşkun GÜLER  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:  
SİBEL GÜLEN

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ

02 -10- 2017

...../20

Yan İşleri ve  
Genel Evrak Md.  
Gelen Evrak  
Sayı: 115756

Karadenizliler Mah. Elmatepe Cad. No:57 İzmit/KOCAELİ

Faks No:

e-Posta:kader.bozkus@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.kocaelikhb.gov.tr

Bilgi için:Kader BOZKUŞ

Unvan:MEMUR

Telefon No:02623192014

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 17c15b35-c7e9-43af-8b6d-f28a2f4ce6f4 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Sofinax

EK 7:

Tarih ve Sayı: 22/11/2017 137206



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 36817975 -302.08.01/21737  
Konu : [194246] / 13.09.2017 / Sibel  
GÜLEN-tez çalışması

09/11/2017

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi : 14/09/2017 tarihli, Bila sayılı ve "[194246] / 13.09.2017 / Sibel GÜLEN-tez çalışması" konulu yazı

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı doktora öğrenciniz Sibel GÜLEN' in "Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Uygulanması" başlıklı tez çalışmasını hastanemizde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Ercüment ÇİFTÇİ  
Rektör Yardımcısı

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ

Yazı İşleri ve  
Genel Evrak Md.  
Gelen Evrak  
Sayı:

07/11/2017 B.İşl. M.AKARSU  
07/11/2017 Hast. Md. H.BEKAR  
07/11/2017 Başmüd. Vekili Doç.Dr. Y.TAŞ  
09/11/2017 Bşhk. Prof.Dr. N.Z.CANTÜRK

Evrakı Doğrulamak İçin : [https://ebys.kocaeli.edu.tr/enVision/Validate\\_Doc.aspx?V=BELCBYJZD](https://ebys.kocaeli.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BELCBYJZD)

Hastane İşletme ve Ofis Hizmetleri Şube Müdürlüğü Kocaeli Üniversitesi Umuttepe Yerleşkesi 41380, Kocaeli  
Tel:+90 (262) 303 80 01 Faks:+90 (262) 303 80 03  
E-Posta :rekiletisim@kocaeli.edu.tr Elektronik Ağ :http://hastane.kocaeli.edu.tr/



**EK 8:**

Dr. Öğr. Üyesi Begüm YALÇIN

Dr. Öğr. Üyesi Bilgen ÖZLÜK

Dr. Devrim EREN TEKİN

Dr. Öğr. Üyesi Emine TÜRKMEN

Dr. Öğr. Üyesi Feride EŞKİN BACAKSIZ

Doç. Dr. Filiz KANTEK

Dr. Öğr. Üyesi Handan ALAN

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

Dr. Öğr. Üyesi Nukhet BAYER

Dr. Öğr. Üyesi Rujnan TUNA

Dr. Öğr. Üyesi Seda DEĞİRMENCİ

Dr. Öğr. Üyesi Serap SÖKMEN

Dr. Öğr. Üyesi Sevim ŞEN

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

\*Unvan ve isimler alfabetik olarak dizilmiştir.

**EK 9:**

<b>HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMINDAKİ RİSKLERE KARŞI TUTUMU ÖLÇEĞİ (HÇORKTÖ)</b>		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
<b>Kurumsal Yaklaşım</b>						
1	Kurumumuzda riskleri azaltmaya yönelik çalışmalar düzenli yapılır					
2	Riskli durumlara karşı çalışanlar nasıl bir yol izleyeceğini bilir					
3	Kurumumuzda risk analizi çalışmaları çalışanların katılımıyla yürütülür					
4	Kurumumuzda risklere karşı her birime özel önlemler alınır					
5	Çalışanların iş güvenliği uygulamalarına ilişkin farkındalığı yüksektir					
6	Kurumumuzda çalışanların sağlık taramaları düzenli yapılır					
7	Kurumumuzda hata yapanları cezalandırma ve suçlamaya yönelik yaklaşımdan çok sorunu çözmeye yönelinir					
8	Kurumda yürütülen zorunlu iş güvenliği eğitimleri yararlıdır					
9	Kurumumuzda oryantasyon eğitimlerinde risk yönetimi konularına yer verilir					
10	Kurumumuzda istenen nitelikte koruyucu malzeme ve ekipman (özel gözlük, özel maske vb) sağlanır					
11	Kurumumuz çalışanların güvenliğini sağlamak için masraftan kaçınmaz					
12	Kurumumuzda tüm cihazların bakım-onarımları zamanında yapılır					
13	Kurumumuzda teknik donanım ve cihazları kullanacak yetkin personel bulunur					
14	Birimde araç, gereç ve malzemelerin (monitor, dolaplar vb) uygun yerleştirilmesi/ sabitlenmesine dikkat edilir					
15	Kurumumuzda şiddeti önlemeye yönelik güvenlik önlemleri alınır					
16	Kurumumuzda atık ayrıştırmada standartlara / yönetmeliklere uygun davranılır					
17	Kurumumuzda radyasyonun çalışanlara etkisini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır					
18	Kurumumuzda izolasyon gereken hastalara yönelik önlemler alınır					
19	Salgın hastalıklara yönelik çalışanları koruyucu önlemler anında alınır					
20	Kurumumuzda malzemeler ve ilaçlar prosedüre uygun depolanır					
21	Kurumumuzda kemoterapi uygulamalarına ilişkin standartlar uygulanır					
22	Yöneticim yaşanan risklere ilişkin sorunlara çözüm üretmeye çalışır					
23	Yöneticim çalışanların risklere ilişkin önerilerini dikkate alır					
24	Çalışanların karşılaştıkları riskler yöneticiler için öncelikli konudur					
25	Bireysel güvenlik önlemlerinin etkin olması için yöneticim gereken desteği sağlar					
<b>Bireysel Yaklaşım</b>						
26	Uygulamalarımda hastane ortamının biyolojik risk taşıdığını dikkate alırım					
27	Koruyucu önlem almak zaman alsa da prosedüre uygun davranırım					
28	Sağlık taramalarımı aksatmam					
29	Yeterli bilgim olmayan risklere ilişkin araştırma yaparım					
30	Koruyucu ekipmanın kalite ve güvenliğinin yeterli olup olmadığını önemserim					
31	Olay / iş kazası bildirimini yapmaktan çekinmem					
32	Uygulamalarımda küçük kesici-delici alet kutusunun olduğu tedavi tepsiyi kullanırım					
33	Kesici-delici alet yaralanmasına maruz kaldığımda prosedüre uygun davranırım					
34	Hastadan hastaya geçerken el hijyenine dikkat ederim					
35	Bulaşıcı hastalığı olanlarda tüm koruyucu önlemleri alırım					
36	Standartlara uydüğümüz sürece enfeksiyonlardan korunduğumuzu düşünürüm					
37	Kimyasal ürünlerin kurallarına uygun kullanılmasına dikkat ederim					
38	İlaç hazırlarken prosedürlere uygun davranırım					
39	İşimi yaparken vücut mekaniğine uygun davranmaya özen gösteririm					
40	Stresimle başa çıkmak için sosyal / fiziksel etkinliklerde bulunurum					
41	Gerektiğinde psikolojik destek almaya düşünürüm					
42	Hasta / hasta yakınları ile ilişkimde özel alanımı korumaya özen gösteririm					
43	Gece nöbetine dinlenmiş gelmeye özen gösteririm					



## ETİK KURUL KARARI

**ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI**  
**ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL**


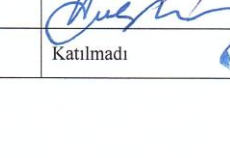

Sayı : 167

22.6./2017

Konu: Kararlar

BASVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Hemşirelerin Çalışma Ortamındaki Risklere Karşı Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Uygulanması
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Prof.Dr.Ülkü BAYKAL
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Uzman Hemşire Sibel GÜLEN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Doktora tezi kapsamında; Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Düzce Özel Hayri Sivrikaya Hastanesi, Kocaeli Devlet Hastanesi, Kocaeli Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Kocaeli Gebze Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi.

KARAR (DECISION)	<b>Karar no (Decision No): 2017/80</b>	<b>Tarih (Date):08.06.2017</b>
	Prof.Dr.Ülkü BAYKAL'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmza
Prof. Dr. Nimet KABAKUŞ (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	Tıp Fakültesi	Katılmadı
Prof. Dr. Safiye GÜREL (Başkan Yrd.)	Radyoloji AD	Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Özge UZUN (Üye)	Farmakoloji AD	Tıp Fakültesi-	
Doç. Dr. Hüsamettin ÇAKICI (Üye)	Ortopedi ve Travmatoloji AD	Tıp Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. Mervan BEKDAŞ (Üye)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	Tıp Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. Erkan KILINÇ (Üye)	Fizyoloji AD	Tıp Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. İsa YILDIZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	Tıp Fakültesi	
Yrd.Doç.Dr.Oya KALAYCIOĞLU (Üye)	Bioistatistik	AİBÜ	
Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Eczacı	Özel	
Av.Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Hukukçu	Özel Hukuk Bürosu	
Abdurrahman ÇANKALOĞLU (Üye)	Öğretmen	İ.B Halk Eğitim Merkezi	Katılmadı

## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMINDAKİ RİSKLERE KARŞI TUTUMU ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE UYGULANMASI

#### ORIJINALLIK RAPORU

% <b>17</b> BENZERLİK ENDEKSİ	% <b>11</b> INTERNET KAYNAKLARI	% <b>7</b> YAYINLAR	% <b>13</b> ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	---------------------------------------	------------------------	---------------------------------

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>Submitted to Trakya University</b> Öğrenci Ödevi	% <b>3</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Istanbul University</b> Öğrenci Ödevi	% <b>2</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to Okan Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	% <b>2</b>
<b>4</b>	<b>toad.halileksi.net</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to TechKnowledge Turkey</b> Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>dergipark.org.tr</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>acikerisim.deu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to Eastern Mediterranean University</b> Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Sibel	<b>Soyadı</b>	Gülen
<b>Doğ.Yeri</b>	Kıbrısçık	<b>Doğ.Tar.</b>	01.03.1979
<b>Uyruğu</b>	T:C:	<b>TC Kim No</b>	
<b>Email</b>	sibulgulen4@hotmail.com	<b>Tel</b>	

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>	İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2020
<b>Yük.Lis.</b>	Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2006
<b>Lisans</b>	Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü	2001
<b>Lise</b>	Bolu Sağlık Melek Lisesi	1996

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	İl Kalite Koordinatörü /Uzman	Düzce İl Sağlık Müdürlüğü	2017-Halen
2.	Uzman	Düzce Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	2013-2017
3.	Başhemşire Yardımcısı	Düzce Atatürk Devlet Hastanesi	2011-2013
4.	Hasta Hakları Birim Sorumlusu	Düzce Atatürk Devlet Hastanesi	2009-2011
5.	Eğitim Hemşiresi	Düzce Atatürk Devlet Hastanesi	2007-2009
6.	Hemşire	Düzce Atatürk Devlet Hastanesi-Acil Servis	1997-2007
7.	Hemşire	Diyarbakır-Bismil Tepe Sağlık Ocağı	(1997 Ocak-1997 Ağustos)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	Orta	Orta	52,5	

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>LES Puanı</b>			
<b>(Diğer) Puanı</b>			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları (Word,Excel)	İyi

SPSS	İyi
------	-----

### **Yayımları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri**

**Gülen S.**, Gökdoğan F., (2006). "Working Conditions of Nurses in the Neurology Unit and Nursing Care" 3rd International Nursing Management Conference, Aydın, Türkiye

**Gülen S.**, Gökdoğan F., (2006). "İnmeli Hastalara Bakım Veren Hemşire ve Hasta Yakınlarının İdeal Hemşirelik Bakımı Tanımları" 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye

**Gülen S.**, (2003). "Hemşirelerin Görev, Yetki Sorumlulukları ve Görevleri Dışında Zorunlu Olarak Yaptıkları İşlevlerin İncelenmesi" 2.Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya, Türkiye

### **Sertifikaları**

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendirici Sertifikası

Hastane Afet ve Acil Durum Planlaması (HAP) Eğitici Eğitimi

Temel Fotoğrafçılık Eğitim Sertifikası

Bilgisayar Programcılığı Sertifikası

Pedagojik Formasyon Sertifikası

Hasta Hakları Eğitici Sertifikası

Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Sertifikası

Acil Bakım Hemşireliği Sertifikası

Hemşirelikte Yönetim ve Liderlik Eğitici Eğitimi

### **Projeler**

Sağlık Hizmetlerinde Türk İşaret Dili - Doğu Marmara Kalkınma Ajansı-MARKA, Proje Koordinatörü (2014)

Acil Serviste İş Analizi – Doğu Marmara Kalkınma Ajansı-MARKA, Proje Yürütücüsü (2018)

### **Başarı Belgeleri**

Başarı Belgesi, (02-06/04/2012 3. HKS Okulu) Sağlık Bakanlığı SHGM Sağlıkta Kalite Akreditasyon Daire Başkanlığı

Başarı Belgesi, ( 2012 e-SKS Akademi kapsamında Sağlıkta Kalite Yönetimi) Sağlık Bakanlığı SHGM Sağlıkta Kalite Akreditasyon Daire Başkanlığı

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Fotoğraf çekmek, yüzmek, seyahat etmek