



T. C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ FARKINDALIKLARI İLE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Hazırlayan
Sema DEMİR

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans tezi

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Rıza ÇİTİL

TOKAT - 2016



T. C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ FARKINDALIKLARI İLE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Hazırlayan
Sema DEMİR

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans tezi

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Rıza ÇİTİL

TOKAT - 2016

**GAZIOSMANPAŞA ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ FARKINDALIKLARI İLE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

Tezin kabul edilmiş tarihi:/...../.....

Jüri Üyeleri (Ünvanı, Adı Soyadı)

İmzası

Prof. Dr. Mücahit EĞRİ

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Başkan)

Prof. Dr. Haldun SÜMER

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Rıza ÇITIL

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
(Üye, Danışman Öğretim Üyesi)

Bu tez, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun
...../...../..... tarih ve sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul
edilmiştir.

Doç. Dr. Hacı Ömer ATEŞ

Enstitü Müdürü

Mühür

İmza

T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlara atıf yaptığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

...../...../.....

Sema DEMİR

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve desteğini her zaman yakından hissettiğim tez danışmanım saygıdeğer hocam Yrd. Doç. Dr. Rıza ÇITIL'a, yine deneyim ve tecrübeleriyle bana her zaman yol gösteren, desteğini esirgemeyen kıymetli hocalarım Prof. Dr. Mücahit EğRİ ve Yrd. Doç. Dr. Yalçın ÖNDER'e;

Tez çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi yöneticilerine ve çalışmaya katılan Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi hemşirelerine;

Her an yanımda olan ve sonsuz özveride bulunan sevgili eşim Emre DEMİR'e ve tüm aile bireylerime teşekkür ederim.

Sema DEMİR

ÖZET**GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ FARKINDALIKLARI İLE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

DEMİR, Sema

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Rıza ÇİTİL

Ocak 2016, 128 Sayfa

Hemşireler sağlık hizmeti sunarken, hizmetin özelliğinden kaynaklanan nedenlerden dolayı sağlıklarını etkileyen birçok risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır. Ülkemizde farklı kurumlarda yapılan çalışmalarda, hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamalarının beklenen düzeyin altında olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ağır çalışma şartları göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerde çalışan güvenliği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenerek önleyici tedbirlerin alınması oldukça önemlidir. Bu araştırma, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çalışan güvenliği konusundaki farkındalıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel nitelikteki bu çalışma, Nisan–Mayıs 2013 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hemşirelerde yürütülmüştür. Veriler onamı alınarak çalışmaya katılan hemşirelere standart anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin yüz yüze uygulanmasıyla elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı veriler sayı, yüzde ve ortalama±standart sapmaları ile gösterilmiş, gruplar arası karşılaştırmalarda ise Ki-kare, ANOVA, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U ve Student t testleri kullanılmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için Etik kurul onayı (13-KAEK-089) alınmıştır.

Araştırmaya katılan toplam 158 hemşirenin %86,1'i kadın, %13,9'u erkektir. Yaş ortalaması $28,1 \pm 5,7$ 'dir (18-43 yaş). %17,1'i lise mezunu, %8,2'si ön lisans, %72,2'si lisans ve %2,5'i yüksek lisans ve doktora mezunudur. %39,9'u yoğun bakımlarda, %35,4'ü servislerde, %19,6'sı polikliniklerde, %3,2'si acil servis ünitesinde ve %1,9'u ise yönetici olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %73,4'ü çalışan güvenliğini "çalışma ortamındaki çeşitli etkenler nedeniyle çalışanların sağlık sorunları ve mesleki tehlikelerin kaldırılmasına yönelik çalışmalar" olarak tanımlamıştır. %67,1'inin kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadığı, %34,2'sinin kesici-delici alet yaralanması yaşadığı, %54,4'ünün sözlü-fiziki şiddete maruz kaldığı, %35,4'ünün iş kazası yaşadığı, %49,4'ünün sağlık ve güvenliklerini tehlikeye düşürecek mesleki bir etkene maruz kaldıkları, %39,9'unun kurumdan istifa etmeyi düşündüğü saptanmıştır. Çalışan güvenliği konusunda öncelikli sorunlar sırasıyla hemşire sayısının az olması (%52,8), iş yükünün fazla olması (%52,8), nöbet sayısının fazla olması (%44,4), güvenliğin yeterli olmaması (%33,3) ve hemşirelere yönelik olası şiddete karşı yeterli önlem alınmaması (%27,8) şeklinde belirtilmiştir.

Hemşirelerin SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması $121,61 \pm 16,00$ olup, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. En yüksek puanlar manevi gelişim ($25,46 \pm 4,03$) ve kişilerarası ilişkiler ($24,45 \pm 3,62$) alt boyutlarından; en düşük puan ise egzersiz ($14,46 \pm 4,44$) alt boyutundan alınmıştır. Öğrenim durumu, ekonomik durumu, görev yaptıkları birim, çalışma şekli, haftalık çalışma süresi, sigara içme durumu, kendi sağlıklarını nasıl hissettikleri, kesici-delici aletle yaralanma durumu ve istifa etmeyi düşünme durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını anlamlı şekilde etkilediği saptanmış olup ($p < 0,05$), hemşirelere uygulanacak sağlığı geliştirme programlarında bu faktörlerin dikkate alınması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşireler, Çalışan Güvenliği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

ABSTRACT**HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIORS AND AWARENESS OF EMPLOYEE SAFETY
AMONG NURSES WORKING IN GAZİOSMANPAŞA UNIVERSITY HOSPITAL**

DEMİR, Sema

Master Thesis, Department of Public Health

Supervisor of the Master's Thesis: Asst. Prof. Dr. Rıza ÇİTİL

January 2016, 128 pages

During the process of treatment, nurses are exposed to considerably risks and dangers caused by the work environment which affect their health significantly. In researches made in our country at different institutions, healthy life style behaviours of nurses were determined to be lower than the expected level. Considering heavy work conditions and the fact that nurses are obliged to discharge their duties selflessly, it is quite an important subject to take precautions by determining occupational health, safety and healthy life style behaviours of nurses. This study has been made to specify the awareness of employee safety as well as to specify the factors which affect their healthy life style habits among nurses.

This cross sectional study was conducted with the nurses in Gaziosmanpaşa University Hospital between the dates April – May 2013. Receiving the approval of the university, the data has been obtained by applying a standard survey form and Healthy Life Style Behaviour Scale Survey face to face with nurses. On the evaluation of the data, descriptive data was shown with number (n), percentage (%), mean standard deviation, Chi-square, ANOVA, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U and Student's t tests were used to comparisons between groups. Ethics Committee Approval (13- KAEK-089) was received to conduct the research.

It is determined that 86,1% of the nurses participating study was male and 13,9% was female. The mean age was $28,1 \pm 5,7$ (18-43 years). 17,1% of them were high school graduates, 8,2% had associate's degree, 72,2% were graduate degree and 2,5% were masters or had doctoral degrees. 39,9% of the participants were working at the intensive care, 35,4% at service department, 19,6% at polyclinics, 3,2% at emergency service and 1,9% as managers. 73,4% of the nurses defined employee safety as 'studies for the removal of the occupational dangers and health problems of the workers due to a variety of factors in the work place. It was also determined that 67,1% of these nurses had problems in interpersonal relations, 34,2% had sharp object injuries, 54,4% were exposed to physical violence or verbal abuse, 35,4% had working accidents, 49,4% were exposed to a danger which would risk their health and safety, 39,9% were thinking about resigning. Top priority problems about the safety and health of employees were stated relatively as; not having enough nurses (52,8%), having a greater workload of nurses (52,8%), having a greater number keep guard (44,4%), not having enough safety (33,3%) and finally not taking enough precautions for possible violence against nurses (27,8%).

Mean total score of 121.61 ± 16.00 taken from the scale of nurses. The healthy life style habits of the nurses involved in the study was found to be on average level. The highest scores taken from spiritual development dimension ($25,46 \pm 4,03$) and interpersonal relationships dimension ($24,45 \pm 3,62$); the lowest scores taken from exercise dimension ($14,46 \pm 4,44$). It was also stated that factors like education, economic status, working unit, manner of work, weekly working time, smoking, how do they feel their health, with stabbing instrument injury status and thinking to resign status affect healthy life style behaviours significantly ($p < 0,05$), and it is advised to take these factor into consideration in health development programmes which will be applied to nurses.

Key Words: Nurses, Employee Safety, Healthy Life-Style Behaviours

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ETİK SÖZLEŞME.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Sağlık Kavramı	8
2.2. Çalışan Sağlığı Kavramı.....	10
2.3. Güvenlik Kavramı.....	11
2.4. Çalışan Güvenliği Kavramı.....	12
2.5. Çalışan Güvenliği Kapsamı.....	13
2.5.1. Bakanlığın Sorumluluğu.....	14
2.5.2. Yönetimin Sorumluluğu.....	14
2.5.3. Çalışan Güvenliği Komitesinin Sorumluluğu.....	14
2.5.4. Çalışanların Sorumluluğu.....	15
2.6. İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG).....	16
2.6.1. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi.....	16
2.6.2. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi.....	21
2.6.2.1. Çalışanlar Açısından Önemi.....	22
2.6.2.2. İşverenler Açısından Önemi.....	23

2.6.3. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Amacı.....	25
2.6.4. Sağlık Kuruluşlarında 6331 Sayılı İSG Kanunu Uygulamaları.....	27
2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD).....	28
2.7.1. Sağlığı Koruma.....	29
2.7.2. Sağlığı Geliştirme.....	30
2.7.2.1. Kendini Gerçekleştirme.....	31
2.7.2.2. Sağlık Sorumluluğu.....	32
2.7.2.3. Fiziksel Aktivite	32
2.7.2.4. Beslenme.....	33
2.7.2.5. Kişilerarası Destek	34
2.7.2.6. Stres Yönetimi.....	35
2.7.3. SYBD'nin Geliştirilmesinde Hemşirenin Sorumlulukları.....	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
4. BULGULAR.....	41
4.1. Sosyo-Demografik Bulgular	41
4.2. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Bulgular.....	44
4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlgili Bulgular	63
5. TARTIŞMA.....	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	105
7. KAYNAKLAR.....	114
EKLER.....	123
Ek 1. Etik Kurul Onayı	123
Ek 2. Anket Formu	124
ÖZGEÇMİŞ.....	128

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 4.1.1.	Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	42
Tablo 4.1.2.	Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı.....	43
Tablo 4.2.1.	Hemşirelerin Çalışan Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Tanımlara Katılma Durumlarına Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4.2.2.	Hemşirelerin Görev Yaptıkları Hastanede Çalışan Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Bazı Özelliklere Göre Dağılımı.....	46
Tablo 4.2.3.	Hemşirelerin Bazı Değişkenlere Göre Kişilerarası İlişkilerde Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı.....	48
Tablo 4.2.4.	Hemşirelerin Bazı Değişkenlere Göre Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Dağılımı.....	49
Tablo 4.2.5.	Hemşirelerin Bazı Değişkenlere Göre İş Kazası Yaşama Durumlarının Dağılımı.....	54
Tablo 4.2.6.	Hemşirelerin Çalışma Koşullarına Göre İstifa Etmeyi Düşünme Durumlarının Dağılımı.....	57
Tablo 4.2.7.	Hemşirelerin Görev Birimi ve Çalışma Şekline Göre Gündüz Güvenlik Durumlarının Dağılımı.....	58
Tablo 4.2.8.	Hemşirelerin Görev Birimi ve Çalışma Şekline Göre Gece Güvenlik Durumlarının Dağılımı.....	58
Tablo 4.2.9.	Hemşirelere Göre Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Konusundaki Sorunların Öncelik Sırasına Göre Dağılımı.....	62
Tablo 4.3.1.	Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)'nden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	63
Tablo 4.3.2.	Hemşirelerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SYBDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı-1.....	65
Tablo 4.3.3.	Hemşirelerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SYBDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı-2.....	66
Tablo 4.3.4.	Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre SYBDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	68
Tablo 4.3.5.	Hemşirelerin Çalışan Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre SYBDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	70

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GKK	: Genel Kolluk Kuvvetleri
HKS	: Hizmet Kalite Standartları
ICN	: Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nursing)
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization)
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
MİT	: Milli İstihbarat Teşkilatı
NIOSH	: Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Kurumu (National Institute for Occupational Safety and Health)
OSGB	: Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi
OSHA	: Amerika Birleşik Devletleri İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetimi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
SML	: Sağlık Meslek Lisesi
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
THD	: Türk Hemşireler Derneği
TSE	: Türk Standartları Enstitüsü
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

İnsan için iş kaçınılmaz bir zorunluluktur. Çünkü insan, yaşamı için gerekli olan her şeyi üretebilmek ve elde edebilmek için çalışmak zorundadır. Ancak çalışma hayatında birçok faktör çalışanın bedensel ve ruhsal sağlığını tehdit etmektedir. Bir çalışanın hastalanması veya bir iş kazasına uğraması durumunda, çalışan öncelikle kendisinden beklenen sosyal rolü gerçekleştiremeyecektir. Diğer taraftan kişinin iş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle işinden uzak kalması öncelikle kendisini, varsa bakmakla yükümlü olduğu ailesini, çalıştığı işletmeyi ve bunun sonucu olarak ülke ekonomisini olumsuz etkileyecektir.

Günümüzün İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) yaklaşımında da benzer mantık ile risk değerlendirmesi, çalışanların katılımı, uzman katkısı sağlanması, çalışanların bilgilendirilmesi, çalışanların eğitimi ile koruma ve önleme gibi ilkeler önem kazanmıştır (Öcal, 2010). İnsan emeği ve çalışma koşullarına ilişkin büyük değişimler çağın ekonomik ve toplumsal düzenini etkileyen teknik olaylarla başlamıştır. Sanayi devriminin başlattığı çalışma koşullarında iş kazalarının olağanüstü artışı, teknik yetersizliklerden ve çalışanın dikkatini kaçınılmaz bir biçimde azaltan çok uzun süreli çalışma koşullarından kaynaklanmaktadır. Olumsuz çalışma koşulları nedeniyle iş kazası sonucu ölümler ve sakatlanmalar çok fazla artmış ve hiç bilinmeyen meslek hastalıkları ortaya çıkmış, tüm bunların sonucu olarak da İSG kavramı ortaya çıkmıştır (Eken, 2011).

Dünyada İSG alanı ile ilgili gelişmelere ülkemiz de duyarsız kalmamış ve başta İSG ile ilgili ulusal mevzuat olmak üzere 4857 sayılı Kanunda İSG hakkında ciddi düzenlemelere gidilmiştir. Bu değişiklikler kapsamında Avrupa Birliği (AB) mevzuatı ile ulusal mevzuatımızın uyumlu hale getirilmesi açısından da bir dönüm noktası olan yasal düzenlemeler hızla hayata geçirilmiştir (Öcal, 2010).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 06.04.2011 tarihli ve 27897 sayılı Resmi Gazete’de hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yayımlanan yönetmelikte hastanın kimliğinin doğrulanması, sağlık personelinin kesici alet yaralanmalarından korunması ve çalışanların güvenliğinin artırılması gibi pek çok önemli konuya yer verilmiştir (Canbolat, 2011). İSG yapılanması, iş yerlerinde işin yürütülmesi sırasında çeşitli nedenlerden kaynaklanan sağlığa ve güvenliğe zarar verebilecek koşulları belirlemek ve çalışanları korumak amacıyla yapılan sistemli ve bilimsel çalışmalardır. Yapılan çalışmalar doğrultusunda, iş kazalarının çalışanların güvensiz ve eğitimsiz davranışlarından meydana geldiği; disiplinsiz, eğitimsiz, bilinçsiz ve kurallara aykırı davranışlara bağlandığı söylenebilir. İSG konusunun temeli eğitimidir. Yapılan araştırmalara göre, iş kazalarının çoğunun sebebi bilgisizlik, eğitimsizlik ve dikkatsizlik olarak belirlenmiştir. Bu konuda ilgili herkesin ve tüm çevrelerin sürekli eğitilmesi gerekmektedir. İşverenlerin ve çalışanların çoğu İSG konusunda eğitimi gereksiz ve zaman kaybettirici olarak görmekte ve yadırgamaktadırlar (Yaman, 2011).

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre ise, 2012 yılında toplam 74,871 sigortalı iş kazası geçirmiştir. İş kazası geçirenlerin 69,09’u (%93) erkek, 5,781’i (%7) kadın olup, aynı yıl meydana gelen iş kazalarında 744 kişi hayatını kaybetmiştir. Hayatını kaybedenlerin 735’i erkek, 9’u kadındır. 2012 yılında meslek hastalıkları sonucu 1 kişi hayatını kaybetmiştir, 2012 yılında iş kazaları sonucu 2,036, meslek hastalıkları sonucu 173 kişi olmak üzere toplam 2,209 kişi sürekli iş göremez hale gelmiştir. Bu verilerin yanı sıra SGK istatistiklerine yansımayan ve kayıt dışında yaşanan kayıplar da göz önüne alındığında mevcut tablonun korkunçluğu ortadadır (<http://www.isgdosya.com/sgk-2012>; [Son Erişim Tarihi: 01.12.2014](#)). Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (ILO-International Labour

Organization) tespitlerine göre kazaların %98'i genel olarak korunulabilir kazalardır (Mesleki Gelişim, 2011).

Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde sağlık kurumlarında çalışanların varlığı yaşamsal önem arz etmektedir. Sağlık çalışanları özellikle de sağlık hizmetlerinin çoğunluğunu sağlayan 24 saat sürekli hasta bakımından sorumlu olan hemşireler bir taraftan sağlık hizmeti sunarken, diğer taraftan hizmetin özelliğinden kaynaklanan nedenlerden dolayı bir takım risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır. Sağlık kurumları iş kazaları ve mesleki risk açısından çok önemli bir sektör olup bu alanda meydana gelen iş kazası ve meslek hastalıklarının doğurduğu sonuçlar hemşirelerin sağlığı ve güvenliğinin yanında genel olarak kurum güvenliğini de tehdit etmektedir. Verdikleri sağlık bakım hizmetleri nedeniyle hasta ile daha fazla zaman harcama durumunda kalan hemşirelerin enfeksiyona yakalanma riskleri daha fazladır. Ülkemizde sağlık personelinde enfeksiyon dağılımını gösteren bir araştırmaya göre hekimler %50, hemşireler %70 oranında mikroorganizma taşımaktadır. Ayrıca sağlık personeli çalışma hayatının içinde kesici-delici alet yaralanmaları ile karşı karşıya kalmaktadır. Kan ve vücut sıvıları ile teması olan bu yaralanmalara en fazla hemşireler (%44), hekimler (%28) ve teknisyenler (%15) maruz kalmaktadır (Devebakan, 2007; Turhan, 2006).

Hemşireler uzun süreli çalışma, özellikle gece çalışmaları ve aşırı iş yükü gibi iş stresi ile ilgili risk faktörlerini taşımaktadırlar. Uygulamalar sırasında, hizmet yoğunluğundan dolayı uzun süre ayakta kalma, nöbetlerde uykusuzluk ve beslenme düzensizlikleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Ayrıca fiziksel olarak hemşirelerde bel, sırt ve mide ağrısı gibi bozukluklarla, çabuk sinirlenme, moral bozukluğu, tükenmişlik sendromu yaşandığı görülmektedir. Şiddet, kişiye karşı fiziksel veya psikolojik olarak zarar veren eylemdir. Hemşireler de özellikle hastalar ve çalışanlar

tarafından daha fazla şiddete maruz kalmaktadırlar. Bu risklerin ve alınacak önlemlerin belirlenmesi hem temel bir hak olan sağlıklı ve güvenli koşullarda çalışma hakkının kullanılabilmesi, hem de hizmetlerin sürdürülebilmesi açısından önemlidir. Sağlık kurumlarında başarılı bir İSG hizmetlerinin gerçekleşmesi için öncelikle ilgili yöneticinin ve çalışanların görev, yetki ve yükümlülükleri analiz edilmelidir. Sağlık kurumlarında İSG ile ilgili yapılacak iyileştirme faaliyetlerinde risklerin değerlendirilmesi, çalışanların eğitimi, korunma önlemlerinin geliştirilmesi, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması açısından hem çalışanlara hem de kuruma önemli katkılar sağlayacaktır (Yavuz, 2009).

Bir işyeri olan ve birçok sağlık personelinin yanında otelcilik, restaurant gibi hizmetleri sunan diğer destek hizmet personellerini, hastaları, hasta yakınlarını, ziyaretçileri ve öğrencileri bünyesinde bulunduran hastanelerde güvenli ve sağlıklı bir ortam oluşturma eğilimi günümüzde hızla ivme kazanmaya başlamıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Kurumu (National Institute for Occupational Safety and Health: NIOSH), sağlıklı ve güvenli bir hastane ortamını “işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, mekanik tehlikelerin, tehlike ve risklere bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu” olarak tanımlamıştır (Öztürk ve ark, 2012). Hastanelerde çalışma ortamlarının düzeltilmesi, çalışanların sağlığının korunması, çalışan sağlığını etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal, psikososyal tehlike ve risklerin ortadan kaldırılması için yapılan tüm çalışmalar İSG'nin konusunu oluşturmaktadır. Her çalışanın sağlıklı ve güvenli bir iş ortamında çalışması “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi” nin 23 ve 25'nci maddelerinde de güvence altına alınmış bir insanlık hakkıdır (Aytekin, 2010).

Günümüzde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en fazla ölüme yol açan

hastalıkların çoğunlukla önlenebilir nedenlerden kaynaklandığı ve birçoğunun temelinde yaşam biçimi ile ilgili faktörlerin yer aldığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı ortaya çıkan hastalıklardır (Dickey ve Janick 2001; www.tkd-online.org.). Örneğin, dünya genelinde her yıl milyonlarca kişi sigara kullanımı, kolesterol ve kan basıncı yüksekliği, obezite ve kalp krizi nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Akgül, 2008).

DSÖ'ye göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu anlayış, 1978 yılında yayınlanan ve DSÖ'ye üye ülkelerce onaylanan bir uluslar arası sağlık sözleşmesi olan “Alma-Ata Bildirgesi” ile “Temel Sağlık Hizmetleri” kavramı olarak tanımlanmıştır (Özvarış, 2006; http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf, Son erişim tarihi: 03.03.2008; http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, Son erişim tarihi: 03.03.2008). Alma-Ata Bildirgesinde; “Temel Sağlık Hizmetlerinin kapsamı içerisinde, vazgeçilmez hizmetlerden birisi olarak, bir toplumda yaygın olarak görülen sağlık sorunları, bunların önlenmesi ve denetimi ile ilgili konularda halkın eğitilmesi” yer almıştır (Tosun, 2008). “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” hedefleri sağlık kavramına yeni bir bakış açısı getirmiştir. Bu hedeflere göre sağlık hizmetleri öncelikli olarak sağlığı geliştirme ve bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmelerine odaklanmalıdır. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdüreceği ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamayı içermektedir (Cihangiroğlu, 2010).

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmede istedik davranışları kazanmalarını ve sürdürmelerini amaçlamaktadır. Bu bağlamda, bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin oluşturulması ve geliştirilmesi,

yaşam tarzında olumlu değişikliklerin kazandırılması, bu gelişimi gerçekleştirmede de bireysel sorumluluk ve kendi bedenlerine sahip çıkma bilincinin yerleştirilmesi beklenmektedir. Toplumların sağlık düzeyleri gelişmişliğin göstergesi olarak kabul edilmektedir (Ayaz 2005; Kocaakman, 2009). Pender tarafından tasarlanan sağlığı geliştirme modeli, sosyal bilişsel modellerden köken almakta olup, çok boyutlu sağlığı geliştirici yaşam biçimi örüntüsünü açıklamaktadır. Bu modele göre, bilişsel-algisal faktörler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli güdüsel mekanizmalardır. Bu bilişsel-algisal faktörler, özellikle algılanan kontrol ve algılanan öz yeterlik, sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının güçlü belirleyicileridir (Çepni, 2010).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği (SYBDÖ) daha önce pek çok toplumda uygulanmış olup, Pettaway ve ark. (1999) tarafından Afrikalı - Amerikalı kadınlarda, Al Ma'aitah ve ark. (1999) tarafından Ürdünlü kadınlarda, Pasinlioğlu ve ark. (1998) tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinde, Ünalın ve ark. (2007) tarafından meslek yüksekokulu öğrencilerinde, Geçkil ve ark. (2006) tarafından adölesanlarda, Zaybak ve Fadiloğlu (2004) tarafından üniversite öğrencilerinde uygulanmıştır (Tosun, 2008). Toplumda arzu edilen, yaşayan tüm bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olmasıdır. Ancak gerek bireysel gerekse eğitim eksikliğinden kaynaklanan nedenlerle toplumda sağlıklı yaşam biçimi davranışları arzu edilen şekilde gelişmemiştir. Özellikle sağlık çalışanlarının topluma örnek olması ve sağlıkla ilgili eğitim almalarından dolayı sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemeleri beklenmektedir (Öztürk, 2010).

Günümüzde DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir. Sağlık hizmetleri gelişmiş toplumlarda, sağlığı geliştirme programlarının planlama,

uygulama ve değerlendirme aşamaları profesyonel hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir (Koçoğlu, 2006). Bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hemşirelerin temel sorumluluklarının başında yer alır. Hemşirelerin temel işlevlerinden biri, sağlıklı ya da hasta bireye sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasıdır. Hemşireler, sağlıklı bireylerin sağlığını en üst düzeye çıkarması, hasta bireyin ise yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik bakım, eğitim, danışmanlık gibi etkinlikleri gerçekleştirirler (Yalçınkaya, 2007).

Hemşirelerin toplumun her kesimindeki bireylere kolaylıkla ulaşabilme imkanı olduğu için sağlığı geliştirme programlarında, toplumu etkileme ve topluma rol model olma yönünden hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Hemşirelerin rol modeli olarak bireyleri, sağlığını geliştirme, stresle baş etme, beslenme ve kişilerarası etkin iletişim kurma gibi konularda desteklemesi beklenir. Hemşireler bu sorumlulukları yerine getirebilmek için sağlığı koruma, geliştirme ve yaşam kalitesini yükseltme konularında öncelikle kendi inanç, tutum ve yaklaşımlarını geliştirmelidirler. Ancak lkemizde farklı kurumlarda çalışan hemşireler ile yapılan araştırmalarda, hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalamalarının beklenen düzeyin altında olduğu saptanmıştır (Aksoy, 2010).

Hemşirelerin ağır çalışma şartları ve işlerini en özverili biçimde yerine getirme zorunlulukları göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerde çalışan sağlığı ve güvenliği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenerek bu konularda önleyici tedbirlerin alınması önemli bir konudur. Bu araştırma, niversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çalışan güvenliği konusundaki farkındalıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK KAVRAMI

İnsanların mutlu, başarılı ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerinde sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Bu tanım hastalık kavramını öne çıkarmış, kişilerin sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (Tuğut, 2008).

DSÖ'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (Yalçinkaya, 2007).

Sağlık, bireyin fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal açıdan ve çevresiyle uyum içinde işlev görebilme yeteneğidir. Bu tanımlamada sağlığın bireyin yalnızca kendisi için değil, içinde bulunduğu toplumsal çevreyi de kapsadığı dikkate alınmaktadır (Çilengiroğlu, 2006). Sağlık, bireysel beklentilerin günlük yaşam ve fonksiyonlarına optimal düzeyde yansıma biçimidir. Sağlık bireysel, toplumsal ve çevresel farklılıklarla algılanan bir durum olması nedeniyle biyolojik, psikolojik/mental ve sosyolojik bilimlerin her birinde o bilime özgü bakış ve yöntemlerle farklı şekilde tanımlanabilir (Yavuz, 2009). Sağlık kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için öznel ve nesnel sağlık olarak daha detaylı ele alınması gerekmektedir.

Öznel sağlık, bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kendi durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilir. Bu nedenle bireyin öznel sağlık algılayışının bilinmesi önemlidir. Öznel sağlık algısını ortaya koyan farklı modeller olup bunlar kişinin sağlık algısının detaylı olarak anlaşılmasına olanak verir. Bu modeller klinik model (bireylerin herhangi bir hastalık belirti ve bulguları görülünceye kadar kendilerini sağlıklı algılaması), fonksiyonel model (bireylerin rollerini yerine getirebildikleri sürece kendilerini sağlıklı algılaması), uyum sağlama modeli (bireylerin beklenmedik olaylar ve hastalıklara adapte oldukları sürece kendilerini sağlıklı algılaması) ve iyilik modeli (bireylerin kendilerini iyi hissettikleri sürece sağlıklı algılaması) olarak sınıflandırılır (Akdemir, 2005; Potter, 2009).

Nesnel sağlık algılayışı ise; yapılan tanı testleri ve muayeneler sonucunda bireyde hastalık olup olmadığının belirlenmesidir (Güler, 2009). Bu tanımlamalara göre bir bireye sağlıklı diyebilmek için, bireyin kendini hem öznel olarak sağlıklı algılaması, hem de nesnel olarak sağlıklı olması gereklidir (Harkreader, 2007).

Günümüzde, DSÖ'nün son tanımı da göz önünde bulundurularak, bütüncül sağlık kavramı kapsamında, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal boyutlarının birbiriyle etkileşim içinde olduğu, her bireyin birbirinden farklı olarak ailesi, çevresi ve toplumla bir bütün olduğu, sağlık ve hastalığın birbirinden ayrı olarak düşünülemeyeceği vurgulanmaktadır.

Bütüncül sağlık anlayışına göre sağlık kavramının bazı bileşenleri vardır (Akça Ay ve arkadaşları, 2008; Güler, 2009). Fiziksel sağlık, fizik muayene ve tanı işlemleri ile saptanabilen, hastalık ya da bozukluğun olmamasıdır. Fiziksel sağlıkta kişi temel insan gereksinimlerini tam olarak yerine getirebilmelidir. Spiritüel sağlık, bir kişinin yaşamının anlamını, ölümünün kabulünü ve daha yüksek bir güçle kişisel

ilişkiyi vurgulamasıdır. Ruhsal sağlık, bireyin duygu, düşünce ve davranışları ile kendisi ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır. Sosyal sağlık, bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, dernekler, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve gelişimini etkileyen sosyal uğraşlarının olmasıdır (Aksoy, 2010). Günümüzde ise sağlık kavramı, sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmıştır. Sağlığı koruma bir davranışı yapmama ve sakınmayı ifade eden dengeli ve durağan bir süreç iken, sağlığı geliştirme sağlığı olumlu yönde geliştirmeyi hedefleyen dinamik bir süreç olarak açıklanmıştır (Dalak, 2010).

DSÖ Avrupa Bölge Temsilciliğinin belirlediği, “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” temel hedeflerinin hemen tümünde, “Bireylerin yaşamları boyunca sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları konusunda eğitilmesi” yer almaktadır. Bu hedefler arasında yer alan 11. hedefte; “2015 yılına kadar, toplumun sağlıklı yaşam biçimini benimsemesi” ifade edilmiştir (WHO Press; 1999). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli yaşamalarını sağlayan bir kaynak olarak düşünülmektedir. Sağlık, günlük yaşam için bir kaynak olup, sosyal ve kişisel kaynakları ve fiziksel kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavramdır (Ottawa Sözleşmesi, 1986).

2.2. ÇALIŞAN SAĞLIĞI KAVRAMI

DSÖ ve ILO çalışan sağlığını; çalışanların sosyal, ruhsal ve mesleki iyilik durumlarını en yüksek seviyeye ulaştırmayı, bu durumu sürdürmeyi, sağlığa zararlı olabilecek çalışma şartlarını önlemeyi, çalışanları çalışmaya bağlı olarak ortaya çıkan zararlı etmenlerden koruyup onları fizyolojik ve psikolojik kabiliyetlerine uygun bir

iş yerleştirmeyi, yani işin insana ve insanın işe uyumunu sağlamayı hedef alan bir bilim dalı olarak tanımlamaktadırlar (Alkış, 2012). Başka bir ifadeyle çalışan sağlığı kavramı, çalışan sağlığı ve çalışan güvenliği kavramının sağlık ile ilgili yönünü ifade eden bir kavramdır. Çalışanın sağlığının korunmasını konu alan bütün çalışmalar bu kavram kapsamında ifade edilebilir. Kısaca çalışan sağlığı, iş ortamında mevcut ve muhtemel sağlığı etkileyen risk faktörleri karşısında çalışanın sağlığının korunmasıyla sınırlı bir anlam ifade etmektedir (Arıcı, 1999).

İş sağlığı ve güvenliği (İSG) kavram olarak, bir çalışanın çalışma şartları ile kullanılan araç ve gereçlerden doğabilecek tehlikelerden arınmış veya bu tehlikelerin en aza indirildiği bir iş çevresinde sağlıklı biçimde yaşayabilmesini ifade etmektedir (Centel,1997). Buradaki sağlık tanımı DSÖ'nün tanımına uygun şekilde sadece fiziksel değil ruhsal bakımdan da tam bir iyilik halini içermektedir. Nitekim özellikle sanayideki çalışma şartlarının, çalışanlarda ruhsal bozuklukları arttırdığı bilinmektedir (Demircioğlu, 2005). Ayrıca, işletme ve üretimden kaynaklanan sağlık problemlerine bağlı çevresel etkiler de İSG kapsamına girmektedir (Özdemir, 2004).

2.3. GÜVENLİK KAVRAMI

Güvenlik sözcüğü bazı yazarlar tarafından genel olarak “emniyet içinde olma” anlamında kullanılırken, Türk Standartları Enstitüsü (TSE) 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri standardında “kabul edilmez zarar riskinden uzak kalma” şeklinde tanımlanmaktadır (Öcal, 2010). Hastanelerde hizmet sunumuna yönelik kalitenin artırılması amacıyla hazırlanan Hizmet Kalite Standartları (HKS)'nin temelinde hasta ve çalışan güvenliği yatmaktadır. Çalışanlar için güvenli çalışma ortamlarının sağlanması ve çalışanların kendilerini güven içinde hissetmeleri hastanelerde güvenlik kültürü gelişiminin de önemli bir göstergesidir (Demir, 2011).

2.4. ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KAVRAMI

Çalışan güvenliği, işin yapılması ve yürütülmesi sırasında oluşan tehlikelerden ve sağlığa zarar verebilecek koşullardan çalışanları korumak ve daha iyi bir çalışma ortamı sağlamak için yapılan sistemli çalışmalardır. Çalışan güvenliği ile çalışanların korunması, verilen hizmetin ve kurum güvenliğinin sağlanması amaçlanmakta olup, çalışanları iş yerinin olumsuz etkilerinden korumak, rahat ve güvenli ortamlarda çalışmalarını sağlamak, iş kazası ve meslek hastalıklarına karşı onları koruyarak sağlıklarını sürdürmeleri hedeflenmektedir. Ayrıca çalışanların moral yönünden güvenli ve sağlıklı olması, uyumlu ve verimli çalışması, psikolojik ve ruhsal yönden sağlıklı olması arzulanmaktadır (Öztürk, Babacan, 2012).

Çalışan güvenliği, çalışanların işyerinde işin görülmesi ile ilgili ortaya çıkan tehlikelerden, bedensel ve ruhsal olarak zarara uğramamaları için alınması zorunlu hukuki, teknik ve tıbbi önlemlere yönelik sistemli çalışmalardır. İşin gereği olarak kullanılan araç gereçler, bu araç gereçlerin varlığından doğan riskler, risklerin tespiti ve gerekli tedbirlerin alınması bu kavram kapsamında değerlendirilmektedir. Çalışan güvenliği kavramı, zaman zaman çalışan sağlığını da kapsayacak şekilde çalışan sağlığı ve güvenliği kavramının yerine kullanılabilir. Bu anlamda çalışan güvenliğinin temel ilkeleri, işyerindeki güvensiz koşulları veya tehlikeli durumu ortadan kaldırmak ve çalışanın güvensiz eylemlerini ve tehlikeli davranışını en aza indirmektir (Uçak, 2011). Günümüzde sağlık kurumları yüksek riskli çalışma ortamları olarak tanımlanmaktadır. Sağlık bakım sistemi bireyin sağlığını koruma ve geliştirmeyi amaçlarken; bakıma ilişkin süreçler, kullanılan teknoloji, karmaşık insan faktörlerinin bileşimi hataların meydana gelme riskini artırmaktadır (Canbolat, 2011). Sağlık çalışanları, diğer meslek üyelerine göre çalışma ortamında yaralanma ve hastalanma riski en yüksek olan gruplardır (Sezgin, 2007; Filiz, 2009).

2.5. ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KAPSAMI

Çalışan güvenliği tüm çalışanların temel hakkı olup çalışma hayatında iş güvenliğinin kapsamı şöyle belirtilmektedir;

- Güvenlik, sağlık ve çevresel konularda yapılan düzenlemelerle işle ilgili sakatlık ve hastalıklardan koruma,
- İşle ilgili ya da başka nedenlerle oluşacak cinsiyet, dini ve etnik grup nedeniyle ayrımcılığa karşı koruma,
- Şiddet, taciz, stres, uygun olmayan çalışma saatlerine karşı koruma, çalışma saatlerinin, gece işinin, çalışma yaşının sınırlandırılması,
- İstihdam ve ücretle ilgili haklar, tazminat, emeklilik güvencesi, analık koruması, işe devamsızlık koruması, uzun süreli bakım,
- Yasalar, devlet yaptırımı, teftiş yoluyla koruma ve örgütlenme, toplu pazarlık ve güvensiz işi reddetme hakkı,
- Sağlık hizmetine ulaşma, eğitim, çocuk bakımı gibi sosyal destek hakkı,
- İşle ilgili olası tehlikeleri bilme hakkı ve işyerindeki yanlış yapılan işleri bildiren kişiler için korunma hakkı (Öcal, 2010).

Çalışan güvenliği hukuki açıdan, “İşin yapılması sırasında çalışanların karşılaştığı tehlikelerin ortadan kaldırılması veya azaltılması konusunda, esas olarak işverene kamu hukuku temelinde getirilen yükümlülüklerle ilişkin hukuk kurallarının bütünüdür” şeklinde tanımlanmıştır (Erim, 2007).

Çalışan güvenliğinin sağlanmasında dört ana unsur görev yapmaktadır. Bunlar bakanlık, yönetim, çalışan güvenliği komitesi ve çalışanlardır. Ancak bu unsurlar içinde grupların birbirleri ile olan iletişimini ve bilgi aktarımını sağlayan ve bu özelliğinden dolayı da çalışan güvenliğinin sağlanmasında merkezi role sahip olan “Çalışan Güvenliği Komitesi”dir (Demir ve arkadaşları, 2011).

2.5.1.Bakanlığın sorumluluğu

Bakanlık, hastanelerde yapılan çalışmalara rehberlik görevi üstlenmektedir. Bu amaçla yol gösterici olarak Hizmet Kalite Standartları (HKS) hazırlanmıştır. HKS lke genelindeki tüm hastanelerde çalışanlar için standart güvenli çalışma ortamlarının sağlanması için bir rehberdir. Bakanlık bunun yanında standartların uygulanmasına yönelik çalışanlara ayrıca eğitimler vererek de rehberlik görevini yerine getirir. Bu amaçla kongre, kurs ve sempozyumlar düzenlenmektedir. Bakanlık ayrıca bu konularda hastanelerde yerinde değerlendirmeler yaparak standartların uygulanabilirliğini ortaya koymalıdır.

2.5.2.Yönetimin sorumluluğu

Hastane yönetimi, çalışan güvenliğinin sağlanması konusunda sorumludur ve çalışanların güvenliğinin sağlanması için yapılan tüm çalışmalara öncülük etmelidir. Hastane st yönetimi ana sorumluluğu taşımakla birlikte ara kademe yöneticilerde bu sorumluluğu paylaşmalıdır. Yöneticiler öncelikle çalışanların kendilerini güvende hissedebilecekleri ortamlar oluşturmalıdır.

Bu amaçla çalışanlar ile arasında iyi bir iletişim ağı oluşturmalı, çalışanları yaptıkları işler ve verilen görevler hakkında tam olarak bilgilendirmeli, ayrıca çalışanları takdir etmelidir. Hastane yönetimi hastanede bu süreçleri gerçekçi şekilde yapmak için görevini tam anlamıyla yerine getiren çalışanlardan oluşan çalışan güvenliği komitesi kurmalıdır. alışan güvenliği komitesi, yöneticilerin çalışanlara ulaşabilen yüzü olmalıdır.

2.5.3. alışan Güvenliği Komitesinin Sorumluluğu

Meslek gruplarının temsilcilerinden oluşan çalışan güvenliği komitesi çalışan güvenliğinin sağlanmasında merkezi bir rol oynamaktadır. alışan güvenliği komitesi, çalışanların çalışma ortamlarından kaynaklanabilecek tehlikeleri ve bu

tehlikelerden kaynaklanabilecek riskleri belirleyerek bu risklere yönelik koruyucu önlemleri ve tedbirleri almalıdır. Risk değerlendirmesi bölüm ve çalışan bazında yapılmalıdır. Bu risklerin belirlenmesinde; HKS değerlendirme sonuçları, çalışanların iş değiştirme durumları, çalışan görüş ve önerileri, çalışan anket sonuçları, çalışan güvenliği komitesinin gözlem ve tespitleri ve güvenlik raporlama sistemine yapılan bildirimler kullanılabilir.

Çalışan güvenliği komitesi, belirlenen risklere yönelik olarak çalışanlar ile birlikte değerlendirmeler yaparak gerekli önlemleri almalıdır. Bu önlemlere yönelik çalışanlara eğitimler verilerek sürekli kontrol edilmelidir. Bölüm bazlı kontrollerde bölüm kalite sorumluları çalışan güvenliği komitesine yardımcı olmalıdır. Çalışan güvenliği komitesinin en önemli görevlerinden biri de kalite yönetim birimine bildirilen komiteyle ilgili olayların kök neden analizlerini yapmaktır.

2.5.4. Çalışanların sorumluluğu

Çalışanlar, kendi güvenliklerinin sağlanmasında önemli bir role sahiptir. Çünkü çalışan güvenliği konusundaki sorunları düzeltebilmek çalışanların elindedir. Çalışanlar; memnuniyet anketlerini gerçekçi doldurmalı, olay bildiriminde bulunmalı, hastanede tüm kayıtların düzgün tutulmasını sağlamalı, sağlık taramalarını takip etmeli, eğitimlere katılmalı, yeni eğitim programları önermeli, görüş ve önerilerini çalışan güvenliği komitesine iletmelidirler.

Sonuç olarak; çalışanlar için güvenli çalışma ortamlarının sağlanması ana hedeftir (Demir ve arkadaşları, 2011). Çalışan sağlığı sağlıklı bir yaşam çevresi için gereken sağlık kurallarını içerirken; çalışan güvenliği, daha çok çalışanın yaşamına ve vücut bütünlüğüne yönelik tehlikelerin ortadan kaldırılması için gerekli teknik kuralları ele alır (Erim, 2007).

2.6. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ (İSG)

2.6.1. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Ülkemizde İSG alanında yapılan düzenlemelere bakıldığında, bu konudaki ilk ihtiyaç kömür madenciliği ile doğmuştur. Cumhuriyet öncesi dönemde çıkartılan ilk mevzuat olan 1865 tarihli Dilaver Paşa Nizamnamesi'nde kömür madenlerindeki çalışma koşullarının düzenlenmesi, yöresel hizmet verecek doktorların istihdam edilmeye çalışılması ve işçilerin tedavi ve istirahatlarına yer verilmiştir. 1869 yılında çıkarılan Maadin Nizamnamesi ise kendi dönemi içinde oldukça çağdaş sayılabilecek bir düzenlemedir. İş kazalarına karşı önleyici ve koruyucu tedbirlerin alınmasını, madenlerde doktor ve gerekli ilaçların bulundurulmasını, iş sırasında kazaya uğrayan çalışanlara ya da bunların ölümleri halinde ailelerine, tutarı yargı tarafından tespit edilecek bir ödentinin yapılmasını, şayet kaza işin kötü yönetiminden kaynaklanmışsa işverenlerin para cezalarına çarptırılmalarını, kazanın çalışanın kusurundan kaynaklandığı hallerde ise çalışanın ceza ödemesini öngörmüştür. 1921 tarihinde çıkarılan 151 sayılı “Ereğli Havza-i Fahmiye Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun” ise, kömür ocaklarında iş kazalarına karşı işverenlerin gerekli önlemleri almalarını, eczane ve hekim bulundurmalarını zorunlu tutmuş, kaza geçiren işçilere gerekli maddi yardımın yapılmasını öngörmüş ve işyerlerinde sağlık, güvenlik kurallarına uymayan işletmelerin kapatılmalarını düzenlemiştir (Yılmaz, 2010). Çalışma hayatında “Modern Türkiye’yi kurma yolunda düzenlemelere yönelik tavsiye kararları, 1923 yılında İzmir’de toplanan “İzmir İktisat Kongresi”nde alınarak, zamanla uygulamaya geçirilmiştir (Bıyıkçı, 2010).

1924 yılına gelindiğinde 394 sayılı hafta tatili kanunu yürürlüğe girmiş olup bu kanun çalışanlara haftada bir gün tatil hakkını meşrulaştırmıştır. 1926 yılında yürürlüğe giren Borçlar Yasası'nın 332. maddesi işverenin iş kazaları ve meslek

hastalıklarından doğan hukuki sorumluluğunu getirmiştir. Hizmet sözleşmesi ve işin düzenlenmesi ile ilgili yeni hükümler getiren bu yasa sosyal güvenlikle ilgili herhangi bir zorunluluk getirmemekle birlikte iş kazası ve hastalık hallerinde çalışan yararına bazı hükümler içermektedir (Aytekin, 2010).

1930 yılında çıkartılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ise çocuk ve kadın çalışanlar için koruyucu hükümler yanında, belirli sayıda personel çalıştıran işverenlere kaza durumunda çalışanların sağlık yardımları yapma zorunluluğu getirmiştir. Kanunun ilgili maddelerinde işverenlerin, çalışanların sağlık durumlarını kontrol etmek için bir ya da birden fazla doktoru işyerinde bulundurmaları, hastalanan personeli tedavi ettirmeleri, işyerleri için revir veya hastane açmaları öngörülmüştür (06.2003 Tarihli 25134 Sayılı Resmi Gazete, 4857 Sayılı İş Kanunu).

1935 yılında milli bayram ve genel tatil günleri hakkındaki kanun yürürlüğe girmiştir (Aytekin, 2010). Cumhuriyetin ilanından sonra, 1937 yılında yürürlüğe giren 3008 sayılı İş Kanunu ilk iş kanunu olmasının yanı sıra, İSG konusunu ayrıntılı olarak düzenleyen ilk kanundur. 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu ile İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu çıkartılmıştır. 7 Haziran 1945'te Çalışma Bakanlığı kurularak 28.11.1946 tarih ve 4841 sayılı Kanunla çalışma hayatının düzenlenmesi, çalışanların yaşam düzeylerinin yükseltilmesi, verimliliğin artırılması, sosyal güvenliğin sağlanması ile görevli kılınmıştır (12.2003 Tarih ve 25311 Sayılı Resmi Gazete, İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği). Böylece devlet iş sağlığını ve iş güvenliğini sağlama görevini üstlenmiştir.

“İş sağlığı ve iş güvenliği” tıbbın, tekniğin ve diğer bilim dallarının çalışma alanı olmuştur. Teknolojik gelişmenin süreklilik arz etmesi nedeniyle her gün çalışma alanlarına katılan yeni iş kolları, kimyasal maddeler, makine ve teçhizatlar bu konu üzerinde çalışmanın kesintisiz olmasını ve yeni teknoloji ile karşılaşılan yeni

sorunların araştırılmasını ve çözümlenmeye çalışılmasını gerektirmektedir (Erim, 2007). Dar anlamda İSG, çalışanın sağlık ve emniyetinin işyeri sınırları ve iş dolayısıyla doğan tehlikelere karşı korunmasını anlatmaktadır. Zamanla kavramı sadece çalışanla ve işyeri sınırları içindeki tehlikelerle sınırlamanın yetersiz olduğu anlaşılmış ve İSG kavramı genişletilmiştir. Geniş anlamda İSG kavramı, sadece iş yerinde değil işyeri dışında da olsa çalışanın sağlık ve güvenliğini olumsuz etkileyebilecek risklere karşı önlem almayı ifade etmektedir (Eken, 2011).

İSG kavramı içerik bakımından “iş sağlığı” ve “iş güvenliği” olmak üzere iki farklı kavramdan oluşmaktadır. Ancak iş sağlığı ile iş güvenliği kavramları birbirinden kolayca ayırt edilemediği gibi, sağlık ve güvenlik sürekli birbirleri ile etkileşim halinde olan kavramlar olduğu için, günlük hayatta da görüldüğü üzere İSG tek bir kavram olarak kullanılmaktadır. Bu iki kavramın ayrı ayrı değerlendirilmesi ancak, alınacak önlemler ve araştırma noktalarında büyük ölçüde yarar sağlayacaktır.

İSG kültürünün oluşturulmasında ve pekiştirilmesinde iki ana ilke çok önemli rol oynamıştır. Birincisi yönetim ve çalışanların sorumluluklarının, rollerinin ve hesap sorma mekanizmalarının açık bir şekilde sınıflandırılması, ikinci olarak da uygun bir yönetimle iş sağlığı ve İSG konusunda yüksek standartların elde edilebileceği kanaatinin oluşmasıdır. İşletmelerde doğru zamanlarda, doğru teknik ile çalışana verilen eğitimin, toplumun genel sağlık düzeyi üzerinde yapacağı olumlu etki tartışılmaz. İSG'nin oluşumunu sağlayan sebepleri iş kazaları ve meslek hastalıkları oluşturmaktadır. Çalışanların sağlığı ve çalışma ortamındaki iş güvenliğinin sağlanması için İSG kavramı ortaya çıkmıştır (Aytekin, 2010).

Birçok çalışanın her yıl iş kazaları sonucu yaralanarak, sakat kalarak veya yaşamını yitirerek, birçok çalışanın da kullandıkları zararlı maddeler nedeniyle meslek hastalıklarına yakalanarak zarar görmesi de İSG kavramının doğmasına ve

gelişmesine neden olmuştur (Bıyıkçı, 2010). Üretimde kullanılan yöntemlerin gelişmesi ve karmaşıklaşması, çalışanların kendi güvenliği açısından üretim üzerindeki egemenliğini azaltmış, bu sürecin sonunda iş kazalarının sıklık oranı artmış ve sonuçta iş kazaları ve meslek hastalıklarını azaltmak için yeni ve etkin önlemlerin alınması gerektiği ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmıştır. Böylece işin yapılması sırasında, işyerindeki fiziki çevre koşulları nedeniyle çalışanların maruz kaldıkları sağlık sorunları ve mesleki risklerin ortadan kaldırılması ve azaltılması amacıyla İSG kavramı ortaya çıkmıştır (Kılıç, 2006).

İSG, “iş sağlığı” ve “iş güvenliği” kavramlarının birleşimini yansıtmaktadır. İş güvenliği ve sağlık tedbirlerinin olmadığı bir ortamda çalışanların hastalanmaları, sağlıklarını kaybetmeleri, kazaya uğrayarak vücut bütünlüğünde arızalar ve kayıplar olabileceği göz önüne alındığında iş sağlığı ve iş güvenliği kavramlarının birbiriyle nasıl bir etkileşim içinde olduğu görülecektir. Etkileşim içindeki bu iki kavrama bakmak İSG’yi anlama noktasında yararlı olacaktır (Uçak, 2011).

Türkiye’de İSG hizmetleri organizasyonunun yasal temeli 4857 sayılı İş Kanunu’nda düzenlenmiş olup (Bıyıkçı, 2010); işyerlerinde İSG’nin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemek amacıyla 20/6/2012 tarihinde 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kabul edilmiş olup, bu kanunun kapsam ve istisnaları şu şekildedir: Bu Kanun; kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerler de dâhil olmak üzere tüm çalışanlara faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır. Ancak aşağıda belirtilen faaliyetler ve kişiler hakkında bu Kanun hükümleri uygulanmaz; fabrika, bakım merkezi, dikimevi ve benzeri işyerlerindeki hariç Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK), Genel Kolluk Kuvvetleri (GKK) ve Milli İstihbarat

Teşkilatı (MİT) Müsteşarlığı'nın faaliyetleri, afet ve acil durum birimlerinin müdahale faaliyetleri, ev hizmetleri, çalışan istihdam etmeksizin kendi nam ve hesabına mal ve hizmet üretimi yapanlar ve hükümlü ve tutuklulara yönelik infaz hizmetleri sırasında, iyileştirme kapsamında yapılan işyurdu, eğitim, güvenlik ve meslek edindirme faaliyetleridir (Erişim Tarihi: 15 Nisan 2015, www.isggm.gov.tr).

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'yla birlikte; İSG konusu ilk kez müstakil bir kanunda ele alınmıştır. Kamu ve özel sektör ayrımı gözetmeksizin tüm çalışanlar kanun kapsamına alınmış olup, kuralcı bir yaklaşım yerine önleyici yaklaşım esas alınmıştır. İşyerleri, yapılan işin niteliğine göre tehlike sınıflarına ayrılmakta olup, bütün işyerlerinde iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi gibi uzman personel görev yapmalıdır. İşverenler ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet alabilecektir. 10'dan az çalışanı olan işletmelerin İSG hizmet giderleri devlet tarafından desteklenmektedir. İş kazalarını ve meslek hastalıklarını önleme adına önceden risk değerlendirmesi yapılmalı, çalışanlar belli aralıklarla sağlık taramasından geçirilmelidir. İş kazaları ve meslek hastalıklarının kayıtları daha etkin ve güncel hale getirilmelidir. 1 Ocak 2013 tarihinden itibaren elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu tüm işyerlerinde, İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu oluşturulmalı, işyerlerinde acil durum planları hazırlanmalıdır. İşveren tüm çalışanlarını, iş sağlığı ve güvenliği ile çalışma hayatına dair hak ve sorumlulukları hakkında bilgilendirmeli, çalışanlar işyerlerindeki iş sağlığı ve güvenliği faaliyetlerine aktif katılım sağlamalıdır. Çalışan, ciddi ve yakın tehlikeyle karşı karşıya kaldığında işinden geri çekilme hakkını kullanabilmelidir.

Birden fazla işverenin olduğu yerlerde, İSG konusunda koordinasyon sağlanmalı, hayati tehlike durumunda işyerlerinin tamamında veya bir bölümünde iş durdurulmalıdır. Kanunun bazı hükümleri aşamalı olarak hayata geçirilerek yeni

durumlara uyum kolaylaşacaktır. Büyük endüstriyel kaza riski taşıyan işyerleri, güvenlik raporu ve kaza önleme politika belgesi olmadan işe başlayamayacaktır. Kanununun uygulanmasını kolaylaştırmak için etkin idari yaptırım uygulanacaktır. Sağlık kuruluşları kendilerine intikal eden iş kazalarını, yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları ise tanı koydukları meslek hastalıklarını en geç on gün içinde SGK'ya bildirecektir (Erişim Tarihi: 15 Nisan 2015, www.isggm.gov.tr).

İşverenlerin daha önce elli kişiden fazla işçinin çalıştığı yerlerde İş Güvenliği Uzmanı ve İşyeri Hekimi çalıştırma zorunluluğu vardı. 1 Ocak 2014 tarihi itibarıyla elli kişiden az işçi çalıştıran tehlikeli ve çok tehlikeli sınıftaki işyerleri için bu zorunluluk yürürlüğe girmiştir. 2016 yılı Temmuz ayı itibarıyla tüm iş yerleri bu zorunluluk kapsamına girecektir. İşveren ya tam zamanlı ya da kısmi zamanlı olarak İş Güvenliği Uzmanı ve İşyeri Hekimi işe alacak veya Ortak Sağlık Güvenlik Şirketlerinden bu hizmeti satın alacaktır.

2.6.2. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi

İş sağlığı ve iş güvenliği yalnızca teknik ve tıbbi bir çalışma olarak ele alınamaz. Çalışanların beslenme, barınma olanakları, doğal çevrenin yaşanabilir olması, iş güvencesinin olması, sendikalaşma hakkı gibi pek çok konu çalışanların sağlığını ve güvenliğini doğrudan etkilemektedir. “Çalışan sağlığı” denildiğinde mavi ve beyaz yakalı, kadrolu – taşeron veya kamuda memur statüsündeki bütün çalışanları kapsayacak şekilde ele alınmalıdır.

İş sağlığı ve iş güvenliğine önem verilmesinin ana nedeni; yaş, cinsiyet, ırk ve meslek farkı gözetilmeksizin herkesin yaşama hakkının en yüksek düzeyde garanti altına alınması gerekliliğidir (Mesleki Gelişim, 2011). ILO'nun açıklamalarına göre dünyada her yıl 270.000.000 iş kazası meydana gelmektedir. Her 15 saniyede bir çalışan ve her gün yaklaşık 6.300 kişi iş kazası veya meslek

hastalıkları nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Her yıl yaklaşık 360.000 kişi iş kazası, 1.950.000 kişi meslek hastalıklarından, zehirli maddelerden dolayı gelişmekte olan ülkelerde 651.000 çalışan yaşamını yitirmekte ve 160.000.000 kişi meslek hastalıklarına yakalanmaktadır. (Eken, 2011)

Özellikle son yıllarda bilimsel ve teknolojik alandaki gelişme o kadar hızlı olmuştur ki, bugün dahi bu gelişmenin ürünü olan makine, araç gereç ve kimyasal maddelerin insanlar üzerindeki bedensel ve ruhsal etkileri henüz kesin olarak ortaya konamamaktadır. Sanayileşme ve teknolojinin başlangıçtan beri bilinçsiz olarak ve gelişi güzel yayılması iş kazalarını ve meslek hastalıklarını anormal şekilde çoğaltmıştır (Akın, 2005). Ancak yapılan araştırmalar da göstermektedir ki, iş kazalarının %81'i insan hatası, %17'si işyeri ortamı koşulları ve %2'si önlenemeyen nedenlerdir. Bu sonuçlara göre iş kazalarının %98'inin önlenebilir olması, İSG konusunun önemini ve bu konuda yeterli, etkin önlemler alındığı takdirde iş kazası ve meslek hastalıklarının önemli oranda azaltılabileceğini ortaya koymaktadır (Akkök, 1997). İSG konusuna gereken önem verilmediği takdirde çok boyutlu maliyetlerle karşılaşmaktadır (Bıyıkçı, 2010).

2.6.2.1. Çalışanlar Açısından Önemi

İş kazaları ve meslek hastalıklarından doğrudan ve en çok etkilenenler çalışanlardır. Yapılan araştırmalar; günümüzde, dünyada her saniyede en az üç çalışanın iş kazaları sonucunda yaralanmakta olduğunu, her üç dakikada bir çalışanın iş kazası ya da hastalanma sonucu ölmekte olduğunu ortaya koymaktadır. Çoğu kez yaralanmalara ve hatta ölümlere yol açabilen iş kazaları ve meslek hastalıkları ile karşılaşan çalışanlar, iş yapabilme güçlerinin tümünü ya da bir bölümünü, sürekli veya belirli bir süre kaybedeceklerdir. Çalışanların geçici ya da sürekli olarak iş göremez duruma düşmeleri de üretim süreci sonunda kazanacakları gelirden yoksun

kalmalarına neden olacaktır. Böyle bir durumla karşılaşan çalışanlar, geçici ya da sürekli iş göremezliği karşılığı bir ödenek alacaklardır. Sürekli iş göremez duruma gelen çalışanların gelir kapasitesi sınırlanacak, iyileşme sonrası ise ancak düşük ücretli bir işte çalışabileceklerdir (Erim, 2007). Büyük çoğunluğunun maaş gelirinden başka geliri bulunmayan çalışanlar ve bakmakla yükümlü oldukları aileleri ekonomik açıdan sıkıntıya girecek, çalışanlar belki de eski sağlığına bir daha kavuşamayacak olmanın moral çöküntüsünü ömür boyu yaşayacaklardır. Kazaların ölümle sonuçlanması ise çalışan ve ailesinin karşılaşabileceği en büyük tehlikedir. Bu nedenle iş güvenliği önlemleri, çalışan ve ailesinin kazalar yüzünden doğabilecek ekonomik sıkıntılarını engellemektedir (Nemutlu, 2003).

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ise çalışan açısından şu zorunlulukları getirmiştir; sayı sınırı olmaksızın iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden yararlanma, işyerlerindeki İSG çalışmaları ile ilgili görüş verme ve aktif katılım sağlayabilme, ciddi ve yakın tehlike ile karşı karşıya kalması durumunda, gerekli tedbirler alınıncaya kadar çalışmaktan kaçınma, iş sağlığı ve güvenliği konularında eğitim alıp, bilgilenme, iş sağlığı ve güvenliği konularında temsil edilme, kendisinin ve çalışma arkadaşlarının sağlık ve güvenliklerini tehlikeye düşürmeme ve kendilerine verilen üretim ve korunmayla ilgili tüm araç ve donanımları doğru kullanmadır (Erişim Tarihi: 15 Nisan 2015, www.isggm.gov.tr).

2.6.2.2. İşverenler Açısından Önemi

İşyerinde çalışanlardan birinin kazaya uğraması işçi için olduğu kadar işveren açısından da büyük önem taşımaktadır. İş kazası işin akışını durdurarak üretim temposunu yavaşlatmakta, üretim ve verimlilik kaybına neden olmaktadır. Çalışma ortamının iyileştirilerek iş güvenliğinin sağlanması ile işin akışını durduran insan, makine, malzeme, ürün ve zaman kaybına neden olan koşullar ortadan

kalkacak ya da minimize edilecek, yüksek verimlilik ve etkinlik sağlanacaktır. İş güvenliğine yönelik çabalar aynı zamanda maliyetlerin düşmesini ve ürün düzeyinde artışı da beraberinde getirecektir.

Başka bir deyişle iş kazalarının önlenmesi ikincil ya da yan bir etki olarak işyerinde verimlilik ve üretim artışına yol açmaktadır. Koruma işlevinin etkin olarak sürdürülmesi amacıyla yapılması gereken ve insan kaynaklarına yapılan yatırım niteliğindeki harcamalar şu şekilde belirtilen türdeki harcamaları kapsayacaktır; iş güvenliği örgütünün kurulması, güvenlik tüzüklerinin hazırlanması, güvensiz koşulların araştırılmasını sağlayacak yöntemlerin belirlenmesi için gerekli harcamalar, saptanan eksikliklerin giderilmesi için yapılan harcamalar, denetim harcamaları, donanım ve malzeme için yapılan harcamalar, iş güvenliği eğitimi için yapılacak harcamalardır (Yaman, 2011).

Güvenlik önlemlerinin alınması bir dereceye kadar işletmeye bir maliyet yükleyecektir. Ancak; işletmedeki çalışma koşullarının iyileştirilmesi iş kazalarını ve meslek hastalıklarını azaltarak genelde maliyetlerin düşmesini ve ürün artışlarıyla birlikte verimliliğin artmasını, etkin üretimin sağlanmasını sağlayacaktır. Böylece yapılan güvenlik harcamaları kendinden çok daha fazla verimlilik artışına neden olacaktır. İş güvenliği feda edilerek kısa bir dönem için verimlilik artışı sağlanabilir. Ancak uzun dönemde etkin bir üretim gerçekleştirmek mümkün olmayacaktır.

Güvenlik önlemlerinin alınmasıyla işverenin sağlayacağı kazançlardan bir diğeri de işyerlerinde araç ve gereçlerin bu önlemler yoluyla korunmasıdır. Sanayi üretimindeki makineler pahalı yatırımlar olduğu için, bunların güvenlik kurallarına uygun koruyucu parçalarla donatılması hasara uğrama olasılıklarını azaltacaktır. Kaza olduktan sonra işin yeniden eski rayına oturması zaman alır ve üretim de aksar.

Bu arada kazaya uğrayan aletlerin onarım giderleri ortaya çıkar. Yöneticiler kaza ve sonuçlarıyla ilgilenirken, zaman kaybederek yapması gereken işleri bırakırlar.

Güvenlik önlemleri sayesinde işveren vasıflı işgücünü de elinde tutabilecek ve kazalar nedeniyle kaybetmeyecektir. İş güvenliği olan bir firmada çalışmak işyerine duyulan güveni artıracak, firmanın şöhreti olumlu yönde etkilenecektir. Bu da rekabet koşullarını firmanın lehine çevirecektir. Görülmektedir ki kazaları önleyememek nedeniyle ortaya çıkacak sorunlar çok yönlü ve ağır olup kazaları önlemekten çok daha fazla masraf gerektirecektir. Ayrıca kazayı önlemek, kaza için ödemeler yapmaktan çok daha insancıldır (Erim, 2007).

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ise işveren açısından şu zorunlulukları getirmiştir; iş sağlığı ve güvenliği koşullarını iyileştirme ve bunun sürekliliğini sağlama, çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu dikkate alma, risk değerlendirme raporlarını da göz önünde bulundurarak genel bir önleme politikası geliştirme, mesleki risklerin önlenmesi için, eğitim ve bilgi verilmesi dâhil her türlü tedbiri alma, çalışma ortamında gerekli kontrol, ölçüm, inceleme ve araştırmaları yaptırma, izleme, denetleme ve uygunsuzlukları giderme, çalışanların hayati tehlike bulunan yerlere girmemesi için gerekli tedbirleri alma ve aynı çalışma alanını birden fazla işverenin paylaşması durumunda koordinasyon sağlamadır (Erişim Tarihi: 15 Nisan 2015, www.isggm.gov.tr).

2.6.3. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Amacı

İSG çalışmalarının amaçlarının, çalışanları korumak, üretim güvenliğini korumak ve işletme güvenliğini sağlamak olduğu bildirilmektedir (Tuğsavul, 2009). İş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının ana amacı çalışanları korumaktır. Çalışanları işyerinin olumsuz etkilerinden korumak, rahat ve güvenli bir ortamda çalışmalarını

sağlamak, çalışanları iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı koruyarak ruh ve beden bütünlüklerinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Bir iş yerinde üretim güvenliğinin sağlanması beraberinde verimin artması sonucunu doğuracağından özellikle ekonomik açıdan önemlidir. İşyerinde çalışanların korunmasıyla meslek hastalıkları ve iş kazaları sonucu ortaya çıkan iş gücü ve iş günü kayıpları azalacak, dolayısıyla üretim korunacak, daha sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının çalışana verdiği güvenle iş veriminde artma olacaktır. İşyerinde alınacak tedbirlerle iş kazalarından veya güvensiz, sağlıksız çalışma ortamından dolayı doğabilecek makina arızaları ve devre dışı kalmaları, patlama olayları ve yangın gibi işletmeyi tehlikeye düşürebilecek durumlar ortadan kaldırıldığından işletme güvenliği sağlanmış olur (Aytekin, 2010).

DSÖ ve ILO iş sağlığının amaçlarını şu şekilde belirtmişlerdir; çalışanların sağlık kapasitelerini en yüksek düzeye çıkarmak, çalışmanın olumsuz koşulları nedeni ile sağlığın bozulmasını önlemek, her çalışana fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalıştırmak ve yapılan iş ile çalışan arasında uyum sağlayarak, asgari yorgunlukla optimal randıman elde etmektir (Öcal, 2010).

Dünyada ve ülkemizde değişen ve gelişen teknolojiye paralel olarak çalışanların sağlığı ve güvenliğini bozabilecek riskli ortamlar meydana gelmiştir. Pek çok bilimsel çalışmada İSG “iş yerlerinde işin yürütülmesi sırasında çeşitli nedenlerden kaynaklanan sağlığa zarar verebilecek koşullardan korumak amacıyla yapılan sistemli ve bilimsel çalışmalardır” şeklinde tanımlanmıştır.

İş sağlığı ve iş güvenliğinin ülkemizdeki durumuna bakıldığında, devlet tarafından mevzuatlar oluşturulmakta, teşkilatlandırılmakta ve denetimi sağlanmaya çalışılmaktadır. Üniversiteler de bu konuda öğrencilerine ve çalışanlarına eğitim ve önlem almanın önemini vurgulamaktadır. Sağlık çalışanları ve öğrenciler

mevzuatlara uygun hareket etmek zorunluluğu ile birlikte İSG risklerini en aza indirmeye ve sürekliliği sağlamaya yönelik eğitim programları düzenleyip planlama sürecinde rol almaktadırlar (Aytekin, 2010).

İSG çalışmalarının amacı; insan hayatını tehdit eden, genel olarak kaza ve hastalık şeklinde ortaya çıkan tehlikelerden insanları korumak, zarar verici etkileri en alt düzeye indirgeyerek insanların daha güvenli ve sağlıklı bir ortamda çalışmalarını, hayatlarını sürdürmelerini ve işgücü verimliliğini artırmayı sağlamaya yönelik önlemlerin tümünü kapsar (Bıyıkçı, 2010). Başka bir ifadeyle İSG, çalışanların sağlığını korumak ve oluşabilecek tehlikelere karşı güvenlik sistemlerini belirlemektir. Günümüzde bu konular sağlık mevzuatlarında da yerini almıştır. Sağlık çalışanlarının çalıştıkları iş ortamlarını iyileştirirken yapılan işlerin düzenli ve sistematik bir şekilde ilerlemesi de sağlanmış olur. Dünyada ve ülkemizde sağlıksız koşullarda çalışmakta olan birçok iş yeri olduğu bilinmektedir. İş yaşamındaki bu sağlıksız koşulların düzeltilmesi için uluslararası sözleşmelerin ülkemize uyarlaması olarak birçok yasa ve yönetmelik düzenlenmiştir (Devebakan, 2008).

Sonuç olarak; İSG çok disiplinli ve uygulamalı bir bilim dalı olarak, sağlık ve güvenlik olgusunu tüm çalışanlar için teknik, sosyal, psikolojik ve ekonomik açılardan ele alarak yorumlayan ve geliştiren, bunu yaparken çalışma hayatındaki değişimleri, teknolojik gelişmeleri, çevresel faktörleri de dikkate alarak çalışanların ihtiyaçlarındaki değişimlere yönelik sürekli iyileştirmeyi sağlayacak çözümler üreten bir sistemler bütünüdür, denebilir (Bıyıkçı, 2010).

2.6.4. Sağlık Kuruluşlarında 6331 Sayılı İSG Kanunu Uygulamaları

Sağlık kuruluşları 30 Haziran 2012 tarih ve 6331 Sayılı “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” ile kamu-özel ayrımı yapılmaksızın kapsama alınmıştır. İş Kanunu kapsamında sanayiden sayılan iş yerlerinde uygulanan işyeri hekimi ve iş

güvenliği uzmanı alıştırma zorunluluğu yeni yayınlanan müstakil İSG Kanunu'nca sağlam bir noktaya taşınmış ve tüm çalışanları kapsar hale getirilmiştir.

Özel hastanelerde bulunan işyeri hekimleri ve bir dönem kamu hastaneleri sadece kurum hekimi olarak uygulanıp daha sonra kaldırılan işyeri hekimliği uygulamaları bu konuda kanun yayınlanmadan önceki dönemlerde görülen iş sağlığı ile ilgili tedbir örnekleriydi. Fakat bu örnekler gerek kısa dönemde sınırlı kalması gerekse de işin güvenliği ile ilgili tedbirleri kapsamaması sebebiyle muallakta kalmıştır. Özel hastanelerde vekaleten görevlendirilen işyeri hekimleri iş sağlığı gözetimi yapmaktan uzak kaldığı gibi, kamuda görev yapan kurum hekimleri ise personele sadece reçete ve sevk işlemlerinde yardımcı olmuştur.

Enfeksiyon kontrol komiteleri hastanelerde uygulamaya geçildikçe proaktif çözümler bu konuya bir bakış getirmeye başladıysa da iş güvenliği birkaç formdan ibaret kalmıştır. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında her ne kadar çalışan güvenliği komiteleri ve risk değerlendirme tabloları yapıldıysa da; uygulamada eksiklikler yüzünden çözümsüz tespitler listelerinden öteye taşınamamıştır. Tehlike sınıfları hakkındaki tebliğe "ok tehlikeli işyeri" sınıfındaki sağlık kuruluşlarından yataklı tedavi hizmetleri sunan hastanelerde mevcut durumdaki "alışan güvenliği" kurulları 6331 sayılı İSG Kanunu'na göre kaldırılmıştır (Daban, 2013).

2.7. SAĞLIKLI YAşAM BIİMİ DAVRANIşLARI (SYBD)

Bu bölümde sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD)'ndan bahsedilerek, sağlıklı yaşam biçimi kriterlerine yer verilmekte ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki sorumlulukları incelenmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları "sağlığı koruma" ve "sağlığı geliştirme" olmak üzere iki başlık altında incelenebilir;

2.7.1. Sağlığı Koruma

Sağlık hizmetlerinin öncelikli amacı kişilerin sağlıklarını korumaktır (Bilir, 2004). Sağlığı koruma bir davranışı yapmama ve sakınmayı ifade etmekte olup dengeli ve durağan bir süreç iken sağlığı geliştirme dinamik bir süreçtir (Yıldız, 2010). Sağlığı koruyan davranışlara örnek olarak; kendi kendine meme muayenesi, emniyet kemeri takma ve sigara-alkol kullanmama örnek verilebilir.

Gerald Coplan, 1960 yılında sağlığı korumada üç düzey tanımlamıştır;

Birincil Koruma: Sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri kapsar. Birey, aile ve toplumun hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik aktivitelerini içerir. Örneğin; temiz su, sağlıklı konut, atıkların sağlığa zarar vermeyecek duruma getirilmesi gibi çevresel önlemlerin yanı sıra yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, aile planlaması hizmetlerinin sunulması ve kişisel hijyen önlemlerinin alınması birincil koruma uygulamalarındandır. Ayrıca bağışıklama, vektör kontrolü, genetik geçişli hastalıkların önlenmesi, sağlığı olumsuz etkileyen sosyo-ekonomik koşulların düzeltilmesi gibi uygulamalar da birincil koruma kapsamına girer.

İkincil Koruma: Hastalık sürecinin erken tanı ve tedavisini vurgular. Böylece hastalık ciddi boyutlara ulaşmadan bireyin mümkün olan en erken dönemde eski sağlığına dönmesi sağlanmış olur. Örneğin; kendi kendine meme muayenesi, kemik mineral dansitesinin ölçümü, kan şekeri takibi ikincil koruma kapsamındadır.

Üçüncül Koruma: Bir hastalık gelişmesinin durdurulması değil, hastalık sonucu oluşan anatomik ve fizyolojik değişikliklerle ortaya çıkan sakatlığın, bireyin yaşamındaki olumsuz etkilerinin en düşük düzeyde tutulmasıdır. Bireyin bedensel sakatlığının olumsuz etkilerini gidermenin (medikal rehabilitasyon) yanı sıra sosyal uyumunu sağlayacak önlemleri de (sosyal rehabilitasyon) kapsar (Berçin, 2010).

2.7.2. Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme; sağlığa y6nelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için, eğitim, ekonomik, 6rg6tsel ve çevresel desteklerin bileşimi olarak tanımlanmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi herhangi bir hastalık ya da bozukluğu 6nlemeye y6nelik olmayıp bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar. Tam olarak fiziksel, akli ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için, birey veya grup, isteklerinin farkında olabilmeli, isteklerini tamamlayabilmeli, gerçekleştirmeli, gereksinimlerini karşılayabilmeli ve çevreyi değiştirebilmeli ve çevreyle uyum sağlayabilmelidir (Tosun, 2008).

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı 6nleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır (Yıldız, 2010). Sağlık davranışı; sağlık, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili davranışlar b6t6n6d6r. Sağlığın daha iyiye g6t6r6lmesi ya da başka bir deyişle sağlığın geliştirilmesi herhangi bir hastalık ya da bozukluğu 6nlemeye y6nelik olmayıp, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlamaktadır (6nalın ve ark, 2007). Yaşam biçimi, basitçe her g6n bilinçsiz olarak yapılan, sonuçları kabul edilen bireysel yaşam alışkanlıklarıdır. Bu alışkanlıklar sağlığımızı olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir. İnsanları hastalanmaktan korumak için sağlıklı beslenme, d6zenli fizik egzersiz, sigara ve alkol iememe, aşırı yorgunluk ve stresten kaçınma, yeterli uyku, çevreyi sağlığa uygun hale getirme gibi çeşitli uygulamalar vardır (6zt6rk Avcı, 2010).

Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığını etkileyebilen t6m davranışlarını kontrol etmesi, g6nl6k aktivitelerini d6zenlemede kendi sağlık stat6s6ne uygun davranışları seçerek d6zenlemesi olarak tanımlanmıştır (6zkan, 2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmenin ilk adımları toplum ve ailede atılır, daha

sonra eğitimle gelişir ve değişir (Yalçinkaya, 2007). Bireylerin sağlığı geliştirici davranışları ve psikososyal iyilik durumları sağlık durumunun önemli belirleyicileridir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemek sağlığı geliştirmeye katkıda bulunur (Ünalın, 2007).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları “kendini gerçekleştirme, bireyin sağlık sorumluluğunu alması, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi davranışlarını” içermektedir (Yıldız, 2010).

2.7.2.1.Kendini Gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme, bireylerin potansiyelleri doğrultusunda her türlü konuda yaratıcılıklarını artırmalarına yönelik olarak ortaya çıkan ihtiyaçlar olarak tanımlanabilir (Özmutaf, 2005). Başka bir ifadeyle kendini gerçekleştirme, bireyin sahip olduğu bütün gizli güçlerini tam olarak kullanabilmesi durumudur. Bu kavram en iyi insancıl psikoloji içinde ve Abraham Maslow tarafından açıklanmıştır. Maslow’un 1954’te belirttiği teori otuz yılı aşkın bir sürede en popüler yaklaşım olmuştur ve bu teori güdünün fizyolojik temellerini açıklama üzerinedir.

Kendini gerçekleştirme, kişinin kendi içinde gelişmeye ve kişiliğın birliğine yönelik bir güçtür. Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir (Bottorff ve arkadaşları 1996; Lusk ve arkadaşları 1995).

Bu doğrultuda, sağlık personelinin öncelikle kendilerini, kendini tanıma ve gerçekleştirme boyutlarında geliştirmeleri sonrasında ise, bakım verdikleri bireyleri kendini gerçekleştirme konusunda desteklemek için bireysel donanıma sahip olmaları gerektiği bildirilmektedir (Aksoy, 2010).

2.7.2.2. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; bireyin sağlığını korumak ve hastalıkları önlemek için kendi tutum ve davranışlarını değiştirmesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu aynı zamanda, bireyin kendi sağlığına ne düzeyde katıldığını gösteren bir belirleyicidir (Battorf ve arkadaşları, 1996). Bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili “öz sorumluluk” alması ilk kez Alma-Ata bildirgesinde tanımlanmıştır. Alma-Ata bildirgesinde verilen tanıma göre; Temel Sağlık Hizmeti, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilebilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. Temel sağlık hizmetinin felsefesinde yer alan öz sorumluluğa göre, herkes kendi sağlığının değerini bilmeli ve kendinden sorumlu olmalıdır (Erişim Tarihi: 9 Nisan 2009, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

Ayrıca DSÖ “2000 yılına kadar herkes için sağlık” hedeflerini gerçekleştirilebilmesi için bireylerin, ailelerin ve toplumun kendi bakımlarının sorumluluğunu alması, sağlığın yükseltilmesi ve sürdürülmesi için de cesaretlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyip uygulayabilmesi kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk duymasına bağlıdır. Bireyin içsel kontrolü kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır (Berçin, 2010).

2.7.2.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, insan fonksiyonlarının en temel öğelerinden birisidir. DSÖ tarafından fiziksel aktivite, dinlenme anındakinden daha fazla miktarda enerji harcanmasıyla sonuçlanan kasların sarf ettiği güç olarak tanımlanmaktadır. Egzersiz ise bireyin bir amaca yönelik olarak çevrede yer değiştirmesi için kas gruplarının kasılıp gevşemeleri ile gerçekleştirdikleri aktif çalışma olarak tanımlanmaktadır.

Fiziksel aktivite günlük yaptığımız işler için her türlü kas hareketini kapsamaktadır. (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>, Erişim Tarihi: 10.4.2009)

Fiziksel aktivite, enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi olup büyük kas gruplarının belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının geliştirilmesi ve kardiovasküler direncin artırılması olarak tanımlanır. Bilinçli ve düzenli fiziksel aktivite programı uygulayarak, fiziksel kondisyonlarını koruyan bireylerin uzun ve kaliteli bir yaşam sürdüklerini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Düzenli fiziksel aktivite, vücut ağırlığının kontrolünü ve buna bağlı olarak kalp-damar hastalıkları riskini azaltır. Bu durum, kan basıncının düşük düzeyde korunmasına, kan kolesterol ve düşük dansiteli lipoprotein düzeylerinin düşürülmesine ve yüksek dansiteli lipoprotein düzeyinin artırılmasına bağlıdır. Böylece kalp krizi ve inme riski azalır. Ayrıca, düzenli fiziksel egzersiz yapan bireyler hastalandıkları zaman daha hızlı iyileşirler (Aksoy, 2010).

2.7.2.4. Beslenme

Beslenme, insanın fizyolojik olarak büyümesini ve gelişmesini sağlayan besin öğelerinin dışarıdan alınması ve bu ürünlerin vücut tarafından kullanılması olarak tanımlanabilir (Baysal, 2002). Beslenme, sağlığı geliştirmenin temel kavramlarından birisidir ve kronik hastalıkların oluşmasında rol alan ve kontrol edilebilen bir faktördür (Genç, Karaoğlu, 2003). Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olma ve bunu devam ettirebilmenin yeterli ve dengeli beslenme ile mümkün olduğu bilinmektedir. Sağlıksız beslenme sonucunda osteoporoz, kanser ve kalp-damar hastalıkları yaygın olarak görülmektedir (Black, Matassorin, 1997). Beslenme alışkanlıkları, hayatın erken dönemlerinde kazanılmakta olup ailenin içinde bulunduğu çevre, sosyo-ekonomik durum ve kültürel yapıdan etkilenir (Aksoy, 2010). Yeterli ve dengeli beslenme süreci ile vücut sıcaklığı düzenlenir,

büyüme, onarım ve yenilenme sağlanır, hastalıklara karşı dayanıklılık oluşur, kemikler, vücut sıvıları ve hücreler için gerekli mineraller sağlanır ve uygun sıvı dengesi korunur (Edelman, Mandle, 2002).

Vücudun büyümesi, hücrelerin yenilenmesi, fonksiyonlarını sürdürmesi için gerekli olan temel besin öğelerinin yeterli miktarda ve dengeli alınmasına “yeterli ve dengeli beslenme” denir (Baysal, 2002). Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yeterli ve dengeli beslenilmesi ve bu davranışın kazanılması gerekmektedir (Black, Matassorin, 1997). Başka bir ifadeyle yeterli ve dengeli beslenme; vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli tüm besin öğelerinin gerekli oranda alınması ve vücutta uygun biçimde kullanılmasıdır (Erişim:10Nisan2009, www.euro.who.int/Document/NUT/2ndMtg_EAPFNP.pdf).

2.7.2.5. Kişilerarası Destek

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsenmeyecek bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır. Kişilerarası ilişkide en önemli nokta etkin bir iletişimin sağlanmasıdır (Özcan, 2006). İletişim insanın kendini, duygu ve düşüncelerini gereksinmelerini anlatma ve başkalarını anlama yoludur. İletişim en az iki kişi arasında olur, ilişki bağı gelişir ve bu bağ karşılıklı değer vermeye, saygı duymaya ve destek olmaya bağlıdır (Cüceloğlu, 1994).

Kişiler arası destek, mahremiyet, sosyal bütünlük, bakım imkânı, yaşam güvencesi, güvenilir arkadaşlık duygusu ve rehberlik elde etme olarak tanımlanmakta olup Pender bireylerin kişiler arası destek sistemini “kendine yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu bireylere dokunmaktan hoşlanma,

fikir alış verişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözmeye” olarak tanımlamıştır (Pender ve ark, 1992). Bireyler çeşitli dönemlerde hastalık, boşanma, ekonomik yetersizlikler gibi çeşitli nedenlerle bedenlerinde, rollerinde, ilişkilerinde yaşam tarzları ile ilgili değişiklik yaşarlar. Bu dönemlerde bireylerin aile veya yakın çevresinden destek görmesi sorunların çözümüne ve mevcut durumun daha kolay algılanmasına yardımcı olur (Barg, Heard, 1996).

Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler, koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler aynı zamanda asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Baş edebilme biçimi bireyden bireye farklılık göstermektedir. Her bireyin dini ve kültürel özellikleri ya da çocukluk deneyimleri kişilerarası ilişki ve kişilerarası destek sürecini etkiler (Pender ve ark, 1992). Kişilerarası desteği iyi olan bir birey sorunlarıyla daha iyi baş edebilir ve bunun sonucunda üretkenliği ve yaşam kalitesi artar (Cüceloğlu, 1994).

2.7.2.6. Stres Yönetimi

Stres, iç ya da dış ortamdan kaynaklanan, homeostazisi bozan ya da bozmak için tehdit eden durumlara organizmanın verdiği yanıttır (Edelman, Mandle, 2002). Stres fizyolojik (travma, sıcak, soğuk gibi), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, eş problemleri) yada sosyal (çevre etkenleri, kültürel değişim vb.) faktörlere bağlı olarak çıkabilmektedir (Aksoy, 2010). Stres içinde olan bireyler kendilerine özen göstermezler ve sağlıklarını tehlikeye atacak davranışlarda bulunabilirler. Bu davranışlardan her biri, vücudun genel işlevini bozarak, hastalıklarla savaşıma yeteneğini etkiler ve hastalığın gelişimine neden olabilir.

Bunlara ek olarak stres, olumlu sağlık davranışlarını azaltarak, olumsuz sağlık davranışlarını ise artırarak sağlığı etkiler (Atkinson ve arkadaşları, 2006).

İnsanın strese uyum eğilimi vardır ve stres durumuna uyum göstermeye çalışır. Uyum, organizmayı tehdit eden nedene yönelik olarak homeostatik dengeyi korumak için geliştirilen bir seri olayları kapsayan süreçtir ve bu uyum fizyolojik biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel olarak üç düzeyde gerçekleşir. Uyumun gerçekleştiği her düzeyde, bireysel farklılıkların olduğunu kesinlikle göz ardı etmemek gerekir (Akdemir, Birol, 2005).

Uyum sürecinde, organizmanın tepkileri yeterli, yetersiz ya da uygun olmayan biçimde olabilir. Ayrıca uyum sürecinde organizmada bazı uyarılara duyarlılık azalır ya da artar. Stres ile baş etme yöntemlerinin amacı, stresi azaltmak, kontrol etmek ve baş etmeyi geliştirmektir. Stres kontrolü sağlığın geliştirilmesinin çok önemli hedeflerinden biridir. Stres ile baş etmeye yönelik olarak; sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek, baş etme stratejileri geliştirmek, gevşeme yöntemlerini geliştirmek, eğitim, sosyal destekleri geliştirmek gibi yöntemler kullanılabilir (Aksoy, 2010). Stresle baş etmede ilk adım olarak bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olması gerekmektedir. Lazarus'a göre birey önce stres kaynağını değerlendirmekte, daha sonra baş etme stratejileri uygulamaktadır (Berçin, 2010).

2.7.3. SYBD'nin Geliştirilmesinde Hemşirenin Sorumlulukları

Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council Of Nursing, ICN)'ne göre hemşirelik; "bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur". Türk Hemşireler Derneği (THD)'ne göre ise hemşirelik; "bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme

amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir". ICN ve THD'nin hemşirelik tanımlarından anlaşıldığı gibi; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmek hemşirenin temel sorumluluklarındandır (Dalak, 2010).

Hemşire, sağlık düzeyinin yükseltilmesinde, hastalığın önlenmesinde, hastaların bakım ve rehabilitasyon çalışmalarında hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme yeteneği olan belirli bir eğitim programını tamamlamış bir sağlık ekibi üyesidir. Hemşireliğin temel sorumluluğu bireyin, ailenin ve toplumun bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olmasına yardımcı olmaktır (Öztürk Avcı, 2010). Günümüzde DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir. Çünkü hemşireler sağlıklı ve hasta bireylere her türlü ortamda yaklaşım gösterirken stres, egzersiz, beslenme, yeterli uyku, ideal kilo ve kötü alışkanlıklardan kaçınmayı içeren sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini vurgulamakta ve bu davranışların kazanılmasında rehber rolü oynamaktadırlar (Dalak, 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde görev yapan hemşirelerin çalışan güvenliği konusundaki farkındalıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan kesitsel nitelikteki bu çalışma 1 Nisan-30 Mayıs 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmaya başlamadan önce çalışmanın yürütülmesi için gerekli olan Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği'nden resmi izin ve Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı (13-KAEK-089) alınmıştır (Ek 1).

Araştırma evrenini; çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan 180 hemşire oluşturmuş olup, örneklem seçilmeden araştırma evreninin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya izinli/raporlu olduğu için görevde olmayanlar ve ulaşılmasına rağmen anket doldurmayı kabul etmeyenler nedeniyle 158 (%87,8) hemşire katılmıştır. Tokat ilinde hemşirelerde çalışan sağlığı ve güvenliğiyle ilgili yakın zamanda yapılan bir çalışmaya rastlanılmaması ve bu konunun sağlık personelinin iş sağlığı ve güvenliği kapsamında halk sağlığı açısından da önemli bir sorun olması nedeniyle araştırma konusu hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği konusundaki farkındalıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak belirlenmiştir.

Verileri toplamak amacıyla standart anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYDBÖ) kullanılmıştır (Ek 2). Araştırmada kullanılacak anket formu; hemşirelerin çalışan güvenliği konusundaki farkındalıkları ile sağlıklı yaşam

biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla literatür incelemesinden elde edilen verilerden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Anket formu; üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, yaşadığı yerleşim yeri vs.) içeren bilgi formu, ikinci bölümde çalışan güvenliğine yönelik sorular (hastanedeki uygulamalar, hemşirelerin çalışma koşulları, renkli kodlar vs.), üçüncü bölümde ise SYBDÖ yer almaktadır.

SYBDÖ ilk defa 1987 yılında Pender ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Esin (1997) tarafından yapılmıştır. Daha sonra Walker ve arkadaşları (1996) bu ölçeği güncelleyerek SYBDÖ II olarak adlandırmışlardır. SYBDÖ II ölçeğinin, geçerlik güvenilirlik çalışmasını ise Bahar ve arkadaşları (2008) yapmıştır. Ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmektedir. SYBDÖ II, 52 maddeli ve 'hiçbir zaman (1)', 'bazen (2)', 'sık sık (3)' ve 'düzenli olarak (4)' seçeneklerini içeren 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçek 'sağlık sorumluluğu', 'fiziksel aktivite', 'beslenme', 'manevi gelişim', 'kişilerarası ilişkiler' ve 'stres yönetimi' başlıkları altında altı alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,94 olup, ölçeğin alt faktörlerinin Cronbach alpha katsayısı değeri 0,79-0,87 arasında değişmektedir.

Anket formuna son şekli verilmeden önce polikliniklerde çalışan 10 hemşire üzerinde ön uygulama yapılarak, anlaşılmayan veya yanlış anlaşılmaya yol açabilecek sorular düzeltilerek anket formu son halini almıştır.

Verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından 1 Nisan-30 Mayıs 2013 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakóltesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hemşirelerin çalıştıkları birimlere gidilerek yazılı onamı alınan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelere yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formu uygulanmıştır. Bir anketin uygulanması yaklaşık 20 dakika kadar sürmüştür.

Veriler IBM SPSS Statistics Version 20.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde tanımlayıcı veriler sayı (n), yüzde (%) ve ortalama±standart sapmaları ile gösterilmiş, sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, karşılaştırmalı analizde student-t, ANOVA, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK BULGULAR

Araştırmaya katılan 158 hemşirenin %86,1'i kadın, %13,9'u erkektir. Hemşirelerin %29,7'si 18-24 yaş arasında, %53,2'si 25-34 yaş arasında, %17,1'i 35 yaş ve üzerinde olup, yaş ortalaması $28,1 \pm 5,7$ 'dir (18-43 yaş). Eğitim düzeyleri incelendiğinde hemşirelerin %17,1'inin sağlık meslek lisesi (SML) mezunu, %8,2'sinin ön lisans, %72,2'sinin lisans ve %2,5'inin yüksek lisans ve doktora mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %43,7'si bekar, %55,1'i evli, %1,3'ü dul/boşanmış/ayrıdır. Hemşirelerin %75,3'ü il merkezinde, %22,8'i ilçede, %1,9'u ise kasaba/köyde yaşamaktadır. Hemşirelerin %1,3'ü ekonomik durumlarının çok iyi, %48,7'si iyi, %48,1'i orta, %1,9'u da kötü olduğunu ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %67,1'i hiç sigara içmediğini, %22,2'si halen sigara içmekte olduğunu, %10,8'i ise sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Hemşirelerin %15,8'inin kronik bir hastalığı olduğu, %14,6'sının sürekli bir ilaç kullandığı belirlenmiştir. Herhangi bir sağlık sorunları olduğunda hemşirelerin %75,9'u ilk başvuru yeri olarak üniversite hastanesini, %12,1'i devlet hastanesini, %5,7'si aile sağlığı merkezini, %6,3'ü ise özel hastane/muayenehaneyi tercih ettiğini belirtmiştir. Hemşirelerin %10,1'i kendi sağlığını çok iyi, %55,1'i iyi, %31,6'sı orta, %3,2'si kötü olarak ifade etmiştir. Hemşirelerin %18,4'ünün kişisel mesleki eğitimine zaman ayırdığı, %48,1'inin zaman ayırmadığı, %33,5'inin ise kısmen zaman ayırabildiği belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	136	86,1
Erkek	22	13,9
Yaş grubu		
18-24 yaş	47	29,7
25-34 yaş	84	53,2
35 yaş ve üzeri	27	17,1
Eğitim düzeyi		
Sağlık meslek lisesi (SML)	27	17,1
Önlisans	13	8,2
Lisans	114	72,2
Yüksek lisans ve üzeri	4	2,5
Medeni durum		
Bekar	69	43,7
Evli	87	55,0
Dul/boşanmış/ayrılı	2	1,3
Yerleşim yeri		
İl merkezi	119	75,3
İlçe	36	22,8
Kasaba/köy	3	1,9
Ekonomik durum		
Çok iyi	2	1,3
İyi	77	48,7
Orta	76	48,1
Kötü	3	1,9
Sigara içme durumu		
Hiç içmemiş	106	67,0
Halen içiyor	35	22,2
Bırakmış	17	10,8
Kronik hastalık durumu		
Var	25	15,8
Yok	133	84,2
İlaç kullanma durumu		
Var	23	14,6
Yok	135	85,4
Sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru yeri		
Üniversite hastanesi	120	75,9
Devlet hastanesi	19	12,1
Aile sağlığı merkezi	9	5,7
Özel hastane/muayenehane	10	6,3
Kendi sağlığını nasıl değerlendirdiği		
Çok iyi	16	10,1
İyi	87	55,1
Orta	50	31,6
Kötü	5	3,2
Kişisel/mesleki eğitime zaman ayırma durumu		
Evet	29	18,4
Hayır	76	48,1
Kısmen	53	33,5
Toplam	158	100,0

Hemşirelerin mesleklerinde toplam hizmet süresi %22,8’inde 1 yıl ve daha az, %34,2’inde 2-5 yıl arasında, %43,0’ının 5 yıldan fazla; araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinde çalışma süreleri ise %30,4’ünde 1 yıl ve daha az, %37,3’ünde 2-5 yıl arasında, %32,3’ünde 5 yıldan fazladır. Hemşirelerin %35,4’ü servislerde, %39,9’u yoğun bakımlarda, %19,6’sı poliklinikte, %3,2’si acil ünitesinde çalışmakta olup %1,9’u ise yöneticidir. Hemşirelerin %35,4’ü gündüz, %20,3’ü vardiya, %44,3’ü nöbet usulü çalışmakta; %26,6’sı haftada 40 saat ve daha az, %60,1’i 41-50 saat arasında, %13,3’ü ise 50 saatten daha fazla süre çalışmaktadır. Hemşirelerin %10,1’i 4 saat ve daha az, %53,8’i 5-8 saat arasında, %15,8’i 9-11 saat arasında, %20,3’ü 12-16 saat arasında çalışırken ayakta kaldığını belirtmiştir (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Mesleki Özellikler	n	%
Toplam hizmet süresi		
1 yıl ve altı	36	22,8
2-5 yıl	54	34,2
5 yıl üzeri	68	43,0
Bu kurumdaki çalışma süresi		
1 yıl ve altı	48	30,4
2-5 yıl	59	37,3
5 yıl üzeri	51	32,3
Görev birimi		
Servisler	56	35,4
Yoğun bakım	63	39,9
Poliklinik	31	19,6
Acil ünitesi	5	3,2
İdareci	3	1,9
Çalışma şekli		
Gündüz	56	35,4
Vardiya	32	20,3
Nöbet usulü	70	44,3
Haftalık çalışma süresi		
40 saat ve daha az	42	26,6
41-50 saat	95	60,1
50 saatten fazla	21	13,3
Çalışırken ayakta kalma süresi		
4 saat ve altı	16	10,1
5-8 saat	85	53,8
9-11 saat	25	15,8
12-16 saat	32	20,3
Toplam	158	100,0

4.2. ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin %30,4'ü çalışan güvenliğini “çalışanların sağlık riskleri tespit edilmeden dış etkenlere karşı korunması için önlemlerin alınması”; %11,4'ü “çalışanların sadece kimyasal ajanlara maruz kalması sonucu alınan tedbirlerin bütünü”; %40,5'i “çalışanların sağlık davranışları kazanması ile iç ve dış etkenlere karşı korunması için yapılan çalışmalar”; %43,0'ı “çalışanların iş güvencesinin olmasını sağlamada alınan hukuki düzenlemeler ve politikalar”; %73,4'ü ise “çalışma ortamındaki çeşitli etkenler nedeniyle çalışanların sağlık sorunları ve mesleki tehlikelerin kaldırılmasına yönelik çalışmalar” şeklinde tanımlamıştır (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1.Hemşirelerin Çalışan Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Tanımlara Katılma Durumlarına Göre Dağılımı

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Tanımlar	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
Çalışanların sağlık riskleri tespit edilmeden dış etkenlere karşı korunması için önlemlerin alınmasıdır.	48	30,4	102	64,6	8	5,0
Çalışanların sadece kimyasal ajanlara maruz kalması sonucu alınan tedbirlerin bütünüdür.	18	11,4	132	83,5	8	5,1
Çalışanların sağlık davranışları kazanması ile iç ve dış etkenlere karşı korunması için yapılan çalışmalardır.	64	40,5	86	54,4	8	5,1
Çalışanların iş güvencesinin olmasını sağlamada alınan hukuki düzenlemeler ve politikalarıdır.	68	43,0	82	51,9	8	5,1
Çalışma ortamındaki çeşitli etkenler nedeniyle çalışanların sağlık sorunları ve mesleki tehlikelerinin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalardır.	116	73,4	34	21,5	8	5,1

Tablo 4.2.2'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hemşirelerin %10,8'i görev yaptıkları hastanede “çalışan hakları ve sorumlulukları” konusunda bilgilendirme yapıldığını belirtmektedir. Hemşirelerin %73,4'ü çalışırken sağlıklarını olumsuz etkileyen madde/cihaz/araç/gereç olduğunu söylemiştir. Hemşirelerin

%67,1'inin kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadığı saptanmıştır. Hemşirelerin %50'si gündüz güvenlik önlemlerinin yeterli olmadığını, %72,2'si gece güvenlik önlemlerinin yeterli olmadığını, hemşirelerin %89,2'si çalışırken eldiven kullandığını, %87,3'ü ise hastayla temasta el yıkadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %89,9'u hepatit B, %50'si ise hepatit C için kan tetkiki yaptırdığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %64,6'sı tıbbi atıklar konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin %34,2'sinin son 1 yıl içinde kesici-delici aletle yaralanma yaşadığı (%38,9'u IV girişim sırasında, %37,0'ı enjektör başlığını tekrar takarken, %27,8'i kontamine malzemeleri toplarlarken/temizlerken, %48,1'i enjeksiyon yapma aşaması sırasında, %3,7'si ameliyat / pansuman işlemi sırasında) saptanmıştır. Hemşirelerin %54,4'ünün son 1 yıl içinde sözlü/fiziki şiddete maruz kaldığı (%80,2'sinin hasta yakınları, %62,8'inin hastalar, %7,0'ının diğer sağlık personeli, %5,8'inin meslektaşlar, %17,4'ünün ise hekimler tarafından gerçekleştiği) belirtilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışırken kullandıkları malzemelerin (eldiven, sıvı sabun, el antiseptiği) güvenli olma durumu sorulduğunda, %67,7'si eldivenlerin, %51,3'ü sıvı sabunun, %90,5'i ise el antiseptiğinin güvenli olduğunu söylemiştir. Hemşirelerin %35,4'ünün çalıştığı birimde iş kazası yaşadığı saptanmıştır. Hemşirelerin %15,8'i çalıştığı birime malzeme alınırken düşüncelerinin alındığını ifade etmiştir. Hemşirelerin %92,4'ü hastanede çalışan sağlığı ve güvenliği için alınması gereken önlemlerin yeterli olmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin %43,0'ı işe başlarken işe giriş muayenesinin yapıldığını, %5,7'si hastanede çalışan tüm sağlık personeline düzenli sağlık taraması yapıldığını belirtmiştir. Hemşirelerin %91,1'i görev yaptıkları hastanede enfeksiyon kontrol komitesinin olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin %39,9'u şimdiye kadar en az bir kez kurumdan istifa etmeyi düşündüğünü ifade etmiştir (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2.Hemşirelerin Görev Yaptıkları Hastanede Çalışan Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

Yapılan Faaliyetler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Yasal hak ve sorumluluklar konusunda bilgilendirme olması	17	10,8	141	89,2
Sağlığı olumsuz etkileyen madde/cihaz/araç-gereç olması	116	73,4	42	26,6
Kişilerarası ilişkilerde sorun yaşama durumu	106	67,1	52	32,9
Gündüz güvenlik önlemlerinin yeterli olması	79	50,0	79	50,0
Gece güvenlik önlemlerinin yeterli olması	44	27,8	114	72,2
Çalışırken eldiven kullanma durumu	141	89,2	17	10,8
Hastayla temas olduğunda el yıkama durumu	138	87,3	20	12,7
Hepatit B için kan tetkiki yaptırma durumu	142	89,9	16	10,1
Hepatit C için kan tetkiki yaptırma durumu	79	50,0	79	50,0
Tıbbi atık eğitimi alma durumu	102	64,6	56	35,4
Kesici-delici aletle yaralanma durumu	54	34,2	104	65,8
Sözlü/fiziki şiddete maruz kalma durumu	86	54,4	72	45,6
Kullanılan eldivenlerin güvenli olması	107	67,7	51	32,3
Kullanılan sıvı sabunların güvenli olması	81	51,3	77	48,7
Kullanılan antiseptiklerin güvenli olması	143	90,5	15	9,5
İş kazası yaşama durumu	56	35,4	102	64,6
Malzeme alınırken görüşlerinin alınma durumu	25	15,8	133	84,2
Çalışan sağlığı ve güvenliği önlemlerinin yeterli olması	12	7,6	146	92,4
İşe giriş muayenesi yapılma durumu	68	43,0	90	57,0
Düzenli sağlık taraması yapılma durumu	9	5,7	149	94,3
Enfeksiyon kontrol komitesinin olması	144	91,1	14	8,9
İstifa etmeyi düşünme durumu	63	39,9	95	60,1

Tablo 4.2.3'te görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hemşirelerin %67,1'i çalıştıkları birimlerde iş yoğunluğu, yetersiz donanım gibi nedenlerden dolayı kişilerarası ilişkilerde sorun yaşamakta olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadığı kişiler ise %65,4'ünde hasta yakınları, %51,4'ünde hekimler, %49,5'inde hastalar, %38,3'ünde hemşireler, %24,3'ünde yardımcı sağlık personeli olarak belirtilmiştir. Kadın hemşirelerin %68,4'ü, erkek hemşirelerin %59,1'i kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadığını belirtmekte olup, cinsiyete göre çalışılan birimde kişilerarası ilişkilerde sorun yaşama durumu arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). 18-24 yaş grubundaki hemşirelerin %63,8'i, 25-34 yaş grubundakilerin %75'i, 35 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin ise %48,1'i kişilerarası ilişkilerde sorun yaşamakta olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin yaş grubuna göre kişilerarası ilişkilerde sorun yaşama durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, 25-34 yaş grubundaki hemşirelerin diğer yaş gruplarındaki hemşirelere göre kişilerarası ilişkilerde daha fazla sorun yaşadığı bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmaya katılan lise ve önlisans mezunu hemşirelerin %47,5'i, lisans ve üzeri mezunu hemşirelerin %73,7'si kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadığını belirtmiştir. Eğitim düzeyine göre kişilerarası ilişkilerde sorun yaşama durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, lisans ve üzeri mezunu hemşirelerin lise ve önlisans mezunu olanlara göre kişilerarası ilişkilerde daha fazla sorun yaşadığı saptanmıştır ($p<0,05$). Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %71,4'ü, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %66,7'si, poliklinik ve diğer birimlerde çalışanların %61,5'i kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadığını belirtmiştir. Haftalık 40 saat ve daha az çalışan hemşirelerin %69,0'ı, 41-50 saat arasında çalışan hemşirelerin %67,4'ü ve haftalık 50 saatten fazla çalışan hemşirelerin %61,9'u kişilerarası ilişkilerde sorun yaşamaktadır. Hemşirelerin görev birimlerine ve haftalık çalışma saatlerine göre

kişilerarası ilişkilerde sorun yaşama durumu arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2.3. Hemşirelerin Bazı Değişkenlere Göre Kişilerarası İlişkilerde Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı

Değişkenler	Kişilerarası ilişkilerde sorun yaşama durumu						p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kadın	93	68,4	43	31,6	136	100,0	0,390
Erkek	13	59,1	9	40,9	22	100,0	
Yaş grubu							
18-24 yaş	30	63,8	17	36,2	47	100,0	0,030*
25-34 yaş	63	75,0	21	25,0	84	100,0	
35 yaş ve üzeri	13	48,1	14	51,9	27	100,0	
Eğitim düzeyi							
Lise ve önlisans	19	47,5	21	52,5	40	100,0	0,002*
Lisans ve üzeri	87	73,7	31	26,3	118	100,0	
Görev birimi							
Servis	40	71,4	16	28,6	56	100,0	0,598
Yoğun bakım	42	66,7	21	33,3	63	100,0	
Poliklinik ve diğer**	24	61,5	15	38,5	39	100,0	
Haftalık çalışma süresi							
40 saat ve daha az	29	69,0	13	31,0	42	100,0	0,847
41-50 saat	64	67,4	31	32,6	95	100,0	
50 saatten fazla	13	61,9	8	38,1	21	100,0	
Toplam	106	67,1	52	32,9	158	100,0	

* $p<0,05$

**Acil ünitesinde görev yapanlar ve idareciler

Araştırmaya katılan hemşirelerin %54,4'ü şimdiye kadar sözlü/fiziki şiddet yaşadığını belirtmiş olup, kadın hemşirelerin %55,1'i, erkek hemşirelerin %50'si şimdiye kadar sözlü/fiziki şiddete maruz kaldığını; 18-24 yaş arasındaki hemşirelerin %46,8'i, 25-34 yaş arasında olanların %61,9'u, 35 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin %44,4'ü şimdiye kadar sözlü/fiziki şiddet yaşadığını ifade etmiştir. Hemşirelerin cinsiyetlerine ve yaş grubuna göre sözlü/fiziki şiddete maruz kalma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Lise ve önlisans mezunu hemşirelerin %33,3'ü, lisans ve üzeri mezunu olan hemşirelerin de %61,5'i sözlü/fiziki şiddete

uğramıştır. Hemşirelerin eğitim durumuna göre sözlü/fiziki şiddete maruz kalma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %58,9'u, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %49,2'si, poliklinik ve diğer birimlerde çalışan hemşirelerin de %56,4'ü sözlü/fiziki şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Araştırmaya katılanlardan haftada 40 saat ve daha az çalışanların %54,8'i, 41-50 saat arasında çalışanların %55,8'i, 50 saatten fazla çalışanların da %47,6'sı sözlü/fiziki şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Hemşirelerin görev yaptıkları birimlere ve haftalık çalışma sürelerine göre sözlü/fiziki şiddete maruziyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.4. Hemşirelerin Bazı Değişkenlere Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

Değişkenler	Sözlü/fiziki şiddet yaşama durumu						P
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kadın	75	55,1	61	44,9	136	100,0	0,653
Erkek	11	50,0	11	50,0	22	100,0	
Yaş grubu							
18-24 yaş	22	46,8	25	53,2	47	100,0	0,130
25-34 yaş	52	61,9	32	38,1	84	100,0	
35 yaş ve üzeri	12	44,4	15	55,6	27	100,0	
Eğitim düzeyi							
Lise ve ön lisans	17	33,3	23	66,7	40	100,0	0,058
Lisans ve üzeri	69	61,5	49	38,5	118	100,0	
Görev birimi							
Servis	33	58,9	23	41,1	56	100,0	0,546
Yoğun bakım	31	49,2	32	50,8	63	100,0	
Poliklinik ve diğer	22	56,4	17	43,6	39	100,0	
Haftalık çalışma süresi							
40 saat ve daha az	23	54,8	19	45,2	42	100,0	0,792
41-50 saat	53	55,8	42	44,2	95	100,0	
50 saatten fazla	10	47,6	11	52,4	21	100,0	
Toplam	86	54,4	72	45,6	158	100,0	

Araştırmaya katılan hemşirelerin %89,9'u hepatit B, %50'si ise hepatit C için kan tetkiki yaptırdığını ifade etmiştir. Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %89,3'ü, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %85,7'si, acilde çalışan hemşirelerin tamamı, poliklinikte çalışan hemşirelerin %96,8'i ve yönetici olarak görev yapan hemşirelerin de tamamı hepatit B için kan tetkiki yaptırmıştır. Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %48,2'si, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %42,9'u, acilde çalışan hemşirelerin %60'ı, poliklinikte çalışan hemşirelerin %64,5'i ve yönetici olarak görev yapan hemşirelerin de %66,7'si hepatit C için kan tetkiki yaptırmıştır. Hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre hepatit B ve C için kan tetkiki yaptırma durumları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %64,6'sı çalıştıkları kurumda tıbbi atık kontrolü konusunda hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmiştir. Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %60,7'si, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %69,8'i, poliklinikte çalışan hemşirelerin %51,6'sı, acilde çalışan ve yönetici olarak görev yapan hemşirelerin hepsi tıbbi atık konusunda hizmet içi eğitim aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre tıbbi atık konusunda hizmet içi eğitim alma durumu arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hemşirelerin %64,6'sı çalıştıkları kurumda tıbbi atık kontrolü için gerekli tedbirlerin alındığını belirtmiş olup, servislerde çalışan hemşirelerin %73,2'si, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %63,5'i, poliklinikte çalışanların %61,3'ü, acilde çalışan ve yönetici olarak görev yapan hemşirelerin tamamı tıbbi atık kontrolü için gerekli tedbirlerin alındığını ifade etmiştir. Hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre tıbbi atık kontrolü konusunda gerekli tedbirlerin alınması durumu arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Servis birimlerinde çalışan

hemşirelerin %7,1'i, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %9,5'i, acilde çalışan hemşirelerin %20,0'ı, poliklinikte çalışan hemşirelerin %3,2'si “ambalaj atıklarını”, tıbbi atık grubuna dahil etmiştir. Araştırmaya katılan servislerde çalışan hemşirelerin %8,9'u, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %7,9'u, poliklinikte çalışanların %9,7'si “genel atıkları”, tıbbi atık grubuna dahil etmiştir. Hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre ambalaj atıkları ve genel atıkları doğru olarak bilme durumu arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %94,4'ü, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %96,8'i, acilde çalışan hemşirelerin %80'i, poliklinikte çalışan hemşirelerin tamamı ve yönetici olarak görev yapan hemşirelerin %66,7'si “patolojik atıkları”, tıbbi atık grubuna dahil etmiştir. Yine servislerde çalışan hemşirelerin %75'i, yoğun bakım ünitelerinde çalışanların %54'ü, acilde çalışanların %20'si, poliklinikte çalışanların %74,2'si ve yönetici olarak görev yapanların %33,3'ü “radyoaktif atıkları”, tıbbi atık grubuna dahil etmiştir. Hemşirelerin görev birimine göre patolojik ve radyoaktif atıkları doğru olarak bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Servis birimlerinde, acilde, poliklinikte ve yönetici olarak çalışan hemşirelerin tamamı, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %98,4'ü “batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklar” ifadesini “kesici-delici atık grubu” olarak belirtmiştir. Servislerde çalışan hemşirelerin %83,9'u, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %87,3'ü, poliklinikte çalışan hemşirelerin %90,3'ü, acilde çalışanların ve yönetici olarak görev yapanların tamamı “mikrobiyolojik laboratuvar atıkları, kan/kan ürünleri, diyaliz/karantina atıkları” ifadesini “enfeksiyöz atık grubu” olarak belirtmiştir. Servislerde çalışanların %87,5'i, yoğun bakım ünitelerinde çalışanların %88,9'u, acilde çalışanların hepsi, poliklinikte

çalışanların %93,5'i ve yönetici olarak görev yapan hemşirelerin tamamı “anatomik atık dokular, organ ve vücut parçaları ile ameliyat, otopsi vb. tıbbi müdahale esnasında ortaya çıkan vücut sıvıları” ifadesini “patolojik atık grubu” olarak belirtmiştir. Hemşirelerin görev birimlerine göre kesici-delici atık, enfeksiyöz atık ve patolojik atık tanımlarını doğru olarak bilme durumu arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelere “Tıbbi atık için kullanılan plastik torbalar geri kazanılarak tekrar kullanılabilir mi” diye sorulduğunda hemşirelerin %58,9'u “hayır” cevabını vermiştir.

Araştırmaya katılan SML mezunu hemşirelerin %96,3'ü, önlisans, lisans, yüksek lisans ve doktora mezunu hemşirelerin tamamı “batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklar” ifadesini “kesici-delici atık grubu” olarak belirtmiştir. SML mezunu hemşirelerin %92,6'sı, önlisans mezunu hemşirelerin %76,9'u, lisans mezunu hemşirelerin %87,7'si, yüksek lisans ve doktora mezunu hemşirelerin %75'i “mikrobiyolojik laboratuvar atıkları, kan/kan ürünleri, diyaliz/karantina atıkları” ifadesini “enfeksiyöz atık grubu” olarak belirtmiştir. SML mezunu hemşirelerin %96,3'ü, önlisans mezunu hemşirelerin %92,3'ü, lisans mezunu hemşirelerin %87,7'si, yüksek lisans ve doktora mezunu hemşirelerin de tamamı “anatomik atık dokular, organ ve vücut parçaları ile ameliyat, otopsi vb. tıbbi müdahale esnasında ortaya çıkan vücut sıvıları” ifadesini “patolojik atık grubu” olarak belirtmiştir. Hemşirelerin eğitim düzeyine göre kesici-delici atık, enfeksiyöz atık ve patolojik atık tanımlarını doğru olarak bilme durumu arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.2.5'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hemşirelerin %35,4'ü çalıştığı birimde iş kazası yaşadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadın hemşirelerin %36,8'i, erkek hemşirelerin de %27,3'ü iş kazası yaşadığını belirtmiş

olup cinsiyete göre çalışılan birimde iş kazası yaşama durumu arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Hemşirelerden 18-24 yaş arasında olanların %34'ü, 25-34 yaş arasında olanların %33,3'ü, 35 yaş ve üzerinde olanların da %44,4'ü iş kazası yaşamış olup, yaş grubuna göre iş kazası yaşama durumu arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Araştırmaya katılan lise ve önlisans mezunu hemşirelerin %30,0'ı, lisans ve üzeri mezunu hemşirelerin ise %37,3'ü çalıştıkları birimde iş kazası yaşamıştır. Eğitim düzeyine göre iş kazası yaşama durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %37,5'i, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %28,6'sı, poliklinik ve diğer birimlerde çalışan hemşirelerin %43,6'sı çalıştıkları birimde iş kazası yaşadığını belirtmiştir. Haftalık 40 saat ve daha az çalışan hemşirelerin %40,5'i, 41-50 saat arasında çalışanların %31,6'sı ve 50 saatten fazla çalışanların %42,9'u çalıştıkları birimde iş kazası yaşamıştır. Gündüz çalışan hemşirelerin %42,9'u, vardiya şeklinde çalışan hemşirelerin %18,8'i ve nöbet usulü çalışan hemşirelerin %37,1'i çalıştıkları birimde iş kazası yaşadıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin görev yaptıkları birimlere, haftalık çalışma saatlerine ve çalışma şekillerine göre iş kazası yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.2.5.Hemşirelerin Bazı Değişkenlere Göre İş Kazası Yaşama Durumları

Değişkenler	İş kazası yaşama durumu						p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kadın	50	36,8	86	63,2	136	100,0	0,388
Erkek	6	27,3	16	72,7	22	100,0	
Yaş grubu							
18-24 yaş	16	34,0	31	66,0	47	100,0	0,560
25-34 yaş	28	33,3	56	66,7	84	100,0	
35 yaş ve üzeri	12	44,4	15	55,6	27	100,0	
Eğitim düzeyi							
Lise ve önlisans	12	30,0	28	70,0	40	100,0	0,405
Lisans ve üzeri	44	37,3	74	62,7	118	100,0	
Görev birimi							
Servis	21	37,5	35	62,5	56	100,0	0,282
Yoğun bakım	18	28,6	45	71,4	63	100,0	
Poliklinik ve diğer	17	43,6	22	56,4	39	100,0	
Haftalık çalışma süresi							
40 saat ve daha az	17	40,5	25	59,5	42	100,0	0,452
41-50 saat	30	31,6	65	68,4	95	100,0	
50 saatten fazla	9	42,9	12	57,1	21	100,0	
Çalışma şekli							
Gündüz	24	42,9	32	57,1	56	100,0	0,070
Vardiya	6	18,8	26	81,3	32	100,0	
Nöbet usulü	26	37,1	44	62,9	70	100,0	
Toplam	56	35,4	102	64,6	158	100,0	

İş kazası yaşadığını belirten hemşirelere göre iş kazası nedenleri sırasıyla; kesici-delici alet yaralanması (%29,1), enjektör batması (%22,8), hastayla ilgili materyallerin göze sıçraması (%18,4), düşme-kayma (%3,2), yanık ve elektrik çarpması (%0,6) olarak belirtilmiştir. Hemşirelerin eğitim düzeyine göre iş kazası nedenleri incelendiğinde; SML, önlisans ve lisans mezunu olanların %83,3'ü, yüksek lisans ve doktora mezunu olanların %50'si son bir yılda kesici-delici alet yaralanması yaşadığını; SML mezunlarının %83,3'ü, önlisans mezunlarının %33,3'ü, lisans mezunlarının %66,7'si, yüksek lisans ve doktora mezunlarının %50'si enjektör

batmasıyla yaralandığını; SML mezunlarının %33,3'ü, lisans mezunlarının %54,8'i, yüksek lisans ve doktora mezunlarının %50'si hastayla ilgili materyallerin gözüne sıçradığını; önlisans mezunlarının %33,3'ü, lisans mezunlarının %4,8'i, yüksek lisans ve doktora mezunlarının %50'si düşme-kayma yaşadığını; SML mezunlarının %16,7'si yanık ile karşılaştığını, yüksek lisans ve doktora mezunlarının %50'si elektrik çarpması yaşadığını belirtmiştir. Hemşirelerin eğitim düzeyine göre kesici-delici alet yaralanması, enjektör batması ve hasta materyallerinin göze sıçrama durumu arasında anlamlı fark yok iken ($p>0,05$); hemşirelerin eğitim düzeyine göre düşme-kayma, yanık ve elektrik çarpmasıyla yaralanma arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre iş kazası nedenleri incelendiğinde; servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %81'i, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %83,3'ü, acilde çalışan hemşirelerin hepsi, poliklinikte çalışan hemşirelerin %84,6'sı ve yönetici olarak görev yapan hemşirelerin de yarısı kesici-delici alet yaralanmasıyla yaralanmıştır. Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %38,1'i, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %61,1'i, acilde çalışan hemşirelerin %50'si, poliklinikte çalışan hemşirelerin %69,2'si hasta ile ilgili materyallerin göze sıçramasıyla yaralanmıştır. Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %76,2'si, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %72,2'si, acilde çalışan hemşirelerin %50'si, poliklinikte çalışan hemşirelerin %46,2'si enjektör batmasıyla yaralanmıştır. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %5,6'sı, poliklinikte çalışan hemşirelerin %15,4'ü ve yönetici olarak görev yapan hemşirelerin ise hepsi düşme ve kayma yaşamıştır. Hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre kesici-delici aletlerin batması, materyallerin sıçraması

ve enjektör batmasıyla yaralanma arasında anlamlı fark yok iken ($p>0,05$), düşme-kaymayla yaralanma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Hemşirelerin haftalık çalışma süresine göre iş kazası nedenleri incelendiğinde; haftalık 40 saat çalışan hemşirelerin %88,2'si, 41-50 saat arasında çalışan hemşirelerin %80,0'ı ve haftalık 50 saatten fazla çalışan hemşirelerin %77,8'i kesici-delici alet yaralanması yaşadığını; haftalık 40 saat çalışanların %47,1'i, 41-50 saat arasında çalışanların %46,7'si ve haftalık 50 saatten fazla çalışanların %77,8'i hasta ile ilgili materyallerin göze sıçramasıyla yaralandığını; haftalık 40 saat çalışanların %58,8'i, 41-50 saat arasında çalışanların %73,3'ü ve haftalık 50 saatten fazla çalışanların %44,4'ü enjektör batmasıyla yaralandığını; haftalık 40 saat çalışanların %5,9'u, 41-50 saat arasında çalışanların %3,3'ü ve haftalık 50 saatten fazla çalışanların %33,3'ü düşme ve kayma yaşadığını belirtmiştir. Hemşirelerin haftalık çalışma saatlerine göre iş kazası nedenlerinden kesici-delici aletlerin batması, göze materyallerin sıçraması ve enjektör batmasıyla yaralanma arasında anlamlı fark yok iken ($p>0,05$), haftalık çalışma saatlerine göre düşme-kaymayla yaralanma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup düşme-kaymayla yaralanma haftalık 50 saatten fazla çalışanlarda en fazladır ($p<0,05$). Ayrıca araştırmamıza katılan hemşirelerin bu kurumdaki hizmet süresine göre iş kazası nedenleri arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %39,9'u şimdiye kadar en az bir kez çalıştıkları kurumdan istifa etmeyi düşündüğünü belirtmiştir. Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %53,6'sı, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %38,1'i, poliklinik ve diğer birimlerde çalışan hemşirelerin %23,1'i istifa etmeyi düşündüğünü belirtmiş olup görev birimine göre istifayı düşünme arasında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p<0,05$). Servis birimlerinde çalışan hemşirelerde diğer

birimlerde çalışanlara göre istifa düşüncesinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışırken 4 saat ve altında ayakta kalan hemşirelerin %25,0'ı, 5-8 saat arasında ayakta kalanların %34,1'i, 9-11 saat arasında ayakta kalanların %48,0'ı, 12-16 saat arasında ayakta kalanların ise %56,3'ü istifa etmeyi düşündüğünü belirtmiş olup çalışırken ayakta kalma süresine göre istifa etmeyi düşünme arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Gündüz çalışan hemşirelerin %30,4'ü, vardiya şeklinde çalışan hemşirelerin %46,9'u ve nöbet usulü çalışan hemşirelerin %44,3'ü; kurumda haftalık 40 saat ve daha az çalışan hemşirelerin %31,0'ı, 41-50 saat arasında çalışan hemşirelerin %41,1'i ve 50 saatten fazla çalışan hemşirelerin %52,4'ü çalıştıkları kurumdan istifa etmeyi düşündüklerini belirtmiştir. Hemşirelerin çalışma şekline ve haftalık çalışma saatlerine göre istifa etmeyi düşünme durumu arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.6. Hemşirelerin Çalışma Koşullarına Göre İstifa Etmeyi Düşünme Durumlarının Dağılımı

Değişkenler	İstifa etmeyi düşünme durumu						p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Görev birimi							0,011*
Servis	30	53,6	26	46,4	56	100,0	
Yoğun bakım	24	38,1	39	61,9	63	100,0	
Poliklinik ve diğer	9	23,1	30	76,9	39	100,0	
Ayakta kalma süresi							0,075
4 saat ve altı	4	25,0	12	75,0	16	100,0	
5-8 saat	29	34,1	56	65,9	85	100,0	
9-11 saat	12	48,0	13	52,0	25	100,0	
12-16 saat	18	56,3	14	43,8	32	100,0	
Çalışma şekli							0,188
Gündüz	17	30,4	39	69,6	56	100,0	
Vardiya	15	46,9	17	53,1	32	100,0	
Nöbet usulü	31	44,3	39	55,7	70	100,0	
Haftalık çalışma süresi							0,244
40 saat ve daha az	13	31,0	29	69,0	42	100,0	
41-50 saat	39	41,1	56	58,9	95	100,0	
50 saatten fazla	11	52,4	10	47,6	21	100,0	
Toplam	63	39,9	95	60,1	158	100,0	

* $p<0,05$

Tablo 4.2.7. Hemşirelerin Görev Birimi ve Çalışma Şekline Göre Gündüz Güvenliğin Yeterli Olma Durumlarının Dağılımı

Değişkenler	Gündüz güvenliğin yeterli olma durumu						p
	Yeterli değil		Yeterli		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Görev birimi							
Servis	35	62,5	21	37,5	56	100,0	0,063
Yoğun bakım	28	44,4	35	55,6	63	100,0	
Poliklinik ve diğer	16	41,0	23	59,0	39	100,0	
Çalışma şekli							
Gündüz	28	50,0	28	50,0	56	100,0	0,441
Vardiya	13	40,6	19	59,4	32	100,0	
Nöbet usulü	38	54,3	32	45,7	70	100,0	
Toplam	79	50,0	79	50,0	158	100,0	

Tablo 4.2.8. Hemşirelerin Görev Birimi ve Çalışma Şekline Göre Gece Güvenliğin Yeterli Olma Durumlarının Dağılımı

Değişkenler	Gece güvenliğin yeterli olma durumu						p
	Yeterli değil		Yeterli		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Görev birimi							
Servis	41	73,2	15	26,8	56	100,0	0,364
Yoğun bakım	42	66,7	21	33,3	63	100,0	
Poliklinik ve diğer	31	79,5	8	20,5	39	100,0	
Çalışma şekli							
Gündüz	46	82,1	10	17,9	56	100,0	0,063
Vardiya	19	59,4	13	40,6	32	100,0	
Nöbet usulü	49	70,0	21	30,0	70	100,0	
Toplam	114	72,2	44	27,8	158	100,0	

Tablo 4.2.7 ve Tablo 4.2.8’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan ve servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %62,5’i, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %44,4’ü, poliklinik ve diğer birimlerde çalışan hemşirelerin %41,0’ı görev yaptıkları kurumda gündüz güvenlik önlemlerinin yeterli olmadığını belirtmiştir. Gündüz çalışan hemşirelerin %50,0’ı, vardiya şeklinde çalışanların

%40,6'sı, nöbet usulü çalışanların da %54,3'ü kurumda gündüz güvenlik önlemlerinin yeterli olmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin görev birimlerine ve çalışma şekillerine göre gündüz yeterli güvenlik önlemleri alınması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %73,2'si, yoğun bakım ünitelerinde çalışanların %66,7'si, poliklinik ve diğer birimlerde çalışanların %79,5'i; gündüz çalışan hemşirelerden %82,1'i, vardiyada çalışanların %59,4'ü, nöbet usulü çalışanların da %70,0'ı kurumda gece güvenlik önlemlerinin yeterli olmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin görev birimlerine ve çalışma şekillerine göre gece yeterli güvenlik önlemleri alınması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadın hemşirelerin %87,5'i, erkek hemşirelerin %86,4'ü hastayla temasta el yıkamakta ve kadın hemşirelerin %90,4'ü, erkek hemşirelerin %81,8'i çalışırken eldiven kullanmakta olup, cinsiyete göre hastayla temas halinde el yıkama durumu ve çalışırken eldiven kullanma durumu arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Kadın hemşirelerin %49,3'ü, erkek hemşirelerin %40,9'u kişisel ve mesleki eğitimine zaman ayıramadığını, kadın hemşirelerin %33,1'i, erkek hemşirelerin de %36,4'ü kısmen ayırabildiğini belirtmiş olup, cinsiyete göre kişisel ve mesleki eğitime zaman ayırabilme durumu arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelere göre sağlık sektöründeki iş kazalarının genel olarak oluşum nedenleri sırasıyla; aşırı iş yükü ve çalışma saatlerinin uzunluğu (%86,7), çalışanın psikolojik ve fizyolojik bozuklukları (%51,9), koruyucu iş güvenliği önlemlerinin alınmayışı (%50), olumsuz iş yeri çalışma koşulları (%46,2), çalışanların iş güvenliği konusundaki eğitimsizliği (%41,1), kurumun kendi iç denetimini yapmaması (%29,7), çalışanın güvensiz davranışları ve kazaya

yatkınlıkları (%29,1), bakımı yapılmayan ve koruyucusu bulunmayan makine ve teçhizatlar (%27,8) ve devlet tarafından gerekli denetimlerin yapılmaması (%22,8) olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan SML mezunu hemşirelerin %44,4'ü, önlisans mezunu hemşirelerin %23,1'i, lisans mezunu hemşirelerin %52,6'sı, yüksek lisans ve doktora mezunu hemşirelerin hepsi sağlık sektöründeki iş kazası nedenleri arasında "koruyucu iş güvenliği önlemlerinin alınmaması" olduğunu; SML mezunu hemşirelerin %33,3'ü, önlisans mezunu hemşirelerin %15,4'ü, lisans mezunu hemşirelerin %47,4'ü ise "çalışanların iş güvenliği konusundaki eğitimsizliği" olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre düşündükleri iş kazası nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırmamıza katılan hemşirelerden %96,8'i çalıştıkları kurumda renkli kod uygulamasına geçildiğini belirtmiştir. Katılımcılara renkli kod uygulaması ile ilgili ifadelerin hangi kodlar ile ilişkili olduğunu belirtmeleri istenmiş olup, doğru cevaplama oranları ise şu şekildedir; beyaz kod ile ilgili olarak 'sağlık çalışanına karşı şiddet veya cinsel taciz durumunda aktif olan ekiptir (%96,2)', mavi kodla ilgili olarak 'hasta veya çalışanların arrest olması durumunda aktif olan ekiptir (%96,2)', pembe kodla ilgili olarak 'bebek veya çocuk hastayı kaçırma girişimi durumunda aktif olan ekiptir (%95,6)'.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre renkli kodları doğru bilme durumları incelendiğinde; SML mezunu hemşirelerin hepsi, önlisans mezunu hemşirelerin %84,6'sı, lisans mezunu hemşirelerin %96,5'i, yüksek lisans ve doktora mezunu olanların tamamı "beyaz kodu" doğru olarak işaretlemiştir. Eğitim düzeyine göre beyaz kodu doğru olarak bilme durumu arasında anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$). Araştırmaya katılan SML mezunu hemşirelerin hepsi, önlisans mezunlarının

%84,6'sı, lisans mezunlarının %96,5'i, yüksek lisans ve doktora mezunlarının hepsi "mavi kodu" doğru bilmiştir. Eğitim düzeyine göre mavi kodu doğru bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerden SML mezunu olanların %96,3'ü, önlisans mezunlarının %84,6'sı, lisans mezunlarının %96,5'i, yüksek lisans ve doktora mezunlarının tamamı "pembe kodu" doğru bilmiştir. Eğitim düzeyine göre pembe kodu doğru bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %67,7'si kullandıkları eldivenin güvenli olduğunu düşünmekte olup, görev birimlerine göre servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %75,0'ı, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %47,6'sı, acilde çalışan hemşirelerin %80,0'ı, poliklinikte çalışan hemşirelerin %93,5'i ve yönetici olarak görev yapan hemşirelerin de %66,7'si kullandıkları eldivenin güvenli olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre kullandıkları eldivenlerin güvenli olduğunu düşünme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %51,3'ü kullandıkları sıvı sabunun güvenli olduğunu düşünmekte olup, görev birimlerine göre servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %55,4'ü, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %52,4'ü, acilde çalışan hemşirelerin %60,0'ı, poliklinikte çalışan hemşirelerin %38,7'si ve yönetici olarak görev yapan 3 hemşirenin de %66,7'si kullandıkları sıvı sabunun güvenli olduğunu söylemiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %90,5'i kullandıkları antiseptik solüsyonun güvenli olduğunu belirtmiş olup, görev birimlerine göre servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %89,3'ü, yoğun bakım ünitelerinde çalışanların %88,9'u, acilde

çalışanların %80,0'ı, poliklinikte çalışanların %96,8'i ve yönetici olanların da tamamı kullandıkları antiseptik solüsyonun güvenli olduğunu ifade etmiştir.

Araştırmamıza katılan hemşirelere göre çalıştıkları kurumda çalışan sağlığı ve güvenliği ile ilgili en öncelikli sorunlar; hemşire sayısının azlığı ve buna bağlı iş yükünün fazla olması (%52,8), nöbet sayısının fazla olması (%44,4), kurumda güvenliğin yeterli düzeyde olmaması (%33,3) ve hemşirelere yönelik olası şiddete karşı yeterli önlemlerin alınmaması (%27,8) olarak belirtilmiştir (Tablo 4.2.9).

Tablo 4.2.9. Hemşirelere Göre Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Konusundaki Sorunların Öncelik Sırasına Göre Dağılımı

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Sorunları	n	%
1. Hemşire sayısının az olması	57	52,8
2. İş yükünün fazla olması	57	52,8
3. Nöbet sayısının fazla olması	48	44,4
4. Güvenliğin yeterli olmaması	36	33,3
5. Hemşirelere yönelik olası şiddete karşı yeterli önlemlerin alınmaması	30	27,8

Araştırmaya katılan hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre çalışan sağlığı ve güvenliği sorunlarının öncelik sırası arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin %52,5'i, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %55,8'i, poliklinikte çalışan hemşirelerin %55,6'sı ve yönetici olarak görev yapan hemşirelerin de %66,7'sine göre "Çalışan Sağlığı ve Güvenliği" konusunda öncelikli birinci sorun "hemşire sayısının az olması" şeklinde belirtilmiştir.

Hemşirelerin toplam hizmet süresi ve halen çalıştıkları bu kurumdaki hizmet süresine göre çalışan sağlığı ve güvenliği sorunlarının öncelik sırası arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE İLGİLİ BULGULAR

Araştırmamıza katılan hemşirelerin SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması $121,61 \pm 16,00$ olarak bulunmuş olup, SYBDÖ alt boyutlarından en yüksek puanlar manevi gelişim ($25,46 \pm 4,03$) ve kişilerarası ilişkiler ($24,45 \pm 3,62$); en düşük puan ise fiziksel aktivite ($14,46 \pm 4,44$) boyutundan alınmıştır (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin SYBDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Ort \pm SS	Min-Maks
Sağlık Sorumluluğu	$20,00 \pm 3,59$	13-35
Fiziksel Aktivite	$14,46 \pm 4,44$	8-30
Beslenme	$19,74 \pm 3,31$	10-29
Manevi Gelişim	$25,46 \pm 4,03$	16-36
Kişilerarası İlişkiler	$24,45 \pm 3,62$	16-33
Stres Yönetimi	$17,51 \pm 3,56$	9-28
Toplam Puan	$121,61 \pm 16,00$	86-169

Hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.3.2'de verilmiş olup; hemşirelerin yaş grubu ve medeni durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ortalaması ile SYBDÖ tüm alt gruplarındaki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin öğrenim durumuna göre manevi gelişim ve stres yönetimi alt grubu toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p < 0,05$), lise ve önlisans mezunu hemşirelerin manevi gelişim ve stres yönetimi puan ortalamaları lisans ve üzeri mezunu olanlara göre daha yüksektir. Hemşirelerin öğrenim durumuna göre SYBDÖ toplam puan ortalaması ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt gruplarındaki toplam puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin ekonomik durumlarına göre fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt grubu toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş

olup ($p<0,05$), ekonomik durumları orta düzeyde olan hemşirelerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları daha yüksektir. Hemşirelerin ekonomik durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ortalaması ile sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt gruplarındaki toplam puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.3.3'te görüldüğü gibi; araştırmaya katılan hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre SYBDÖ toplam puan ortalaması ile sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt grubu toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Poliklinik ve diğer birimlerde çalışan hemşirelerde servis ve yoğun bakımlarda çalışanlara göre SYBDÖ toplam puan ortalaması ile sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt grubu toplam puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksektir. Hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre fiziksel aktivite ve beslenme alt grupları toplam puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Hemşirelerin çalışma şekline göre SYBDÖ toplam puan ortalaması ile fiziksel aktivite alt grubu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p<0,05$), vardiya şeklinde çalışan hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksektir. Hemşirelerin haftalık çalışma sürelerine göre fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişkiler alt grubu toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p<0,05$), haftalık 50 saatten az çalışan hemşirelerde haftalık daha fazla süre çalışanlara göre fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişkiler alt grubu toplam puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksektir. Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumuna göre SYBDÖ toplam puan ortalaması ile SYBDÖ alt gruplarındaki puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3.2. Hemşirelerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SYBDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı-1

Değişkenler	n:158	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Genel Toplam
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Yaş Grubu								
18-24 yaş	47	19,96 ± 3,67	14,72 ± 3,96	19,15 ± 2,80	25,32 ± 4,40	24,45 ± 3,69	17,87 ± 3,42	121,47 ± 15,44
25-34 yaş	84	19,62 ± 3,33	14,15 ± 4,80	19,60 ± 3,33	25,24 ± 4,05	24,27 ± 3,57	17,01 ± 3,66	119,89 ± 16,27
35 yaş ve üzeri	27	21,26 ± 4,05	14,96 ± 4,16	21,22 ± 3,73	26,37 ± 3,25	25,00 ± 3,71	18,41 ± 3,37	127,22 ± 15,39
KW		2,902	1,768	5,012	1,599	,738	4,642	4,016
p		0,234	0,413	0,082	0,450	0,692	0,098	0,134
Medeni Durum								
Evli olmayan**	71	19,87 ± 3,79	14,70 ± 4,43	19,21 ± 3,02	25,08 ± 4,56	24,48 ± 3,72	17,92 ± 3,70	121,27 ± 16,73
Evli	87	20,10 ± 3,44	14,26 ± 4,47	20,17 ± 3,49	25,76 ± 3,55	24,43 ± 3,55	17,17 ± 3,43	121,90 ± 15,48
t		-,400	,618	-1,829	-1,045	,092	1,308	-,245
p		0,690	0,538	0,069	0,298	0,927	0,193	0,807
Öğrenim Durumu								
Lise ve ön lisans	40	20,15 ± 3,12	15,65 ± 3,95	19,55 ± 3,09	26,73 ± 3,99	24,80 ± 3,65	18,88 ± 2,88	125,75 ± 14,29
Lisans ve üzeri	118	19,95 ± 3,75	14,06 ± 4,54	19,81 ± 3,39	25,03 ± 3,98	24,33 ± 3,62	17,04 ± 3,66	120,21 ± 16,36
t		,305	1,974	-,420	2,335	,708	2,878	1,907
p		0,761	0,050	0,675	0,021*	0,480	0,005*	0,058
Ekonomik Durum								
İyi	79	20,04 ± 3,62	14,25 ± 4,36	19,92 ± 3,14	25,76 ± 3,98	24,25 ± 3,52	17,54 ± 3,82	121,77 ± 15,35
Orta	76	20,01 ± 3,62	14,88 ± 4,50	19,54 ± 3,47	25,34 ± 4,00	24,78 ± 3,71	17,70 ± 3,15	122,25 ± 16,40
Kötü	3	18,67 ± 2,31	9,33 ± 0,58	20,00 ± 4,58	20,33 ± 4,16	21,33 ± 2,89	11,67 ± 0,58	101,33 ± 14,01
KW		,310	6,384	,549	4,349	3,397	7,462	4,286
p		0,856	0,041*	0,760	0,114	0,183	0,024*	0,117
			2-3=0,42				1-3=0,021	
							2-3=0,020	

*p<0.05

**Evli Olmayan: Bekar, Dul/Boşanmış/Ayrı

Tablo 4.3.3. Hemşirelerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre SYBDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı-2

Değişkenler	n:158	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Genel Toplam
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Görev birimi								
Servis	56	19,80 ± 3,48	13,54 ± 4,03	19,38 ± 2,82	24,18 ± 3,59	23,25 ± 3,43	16,46 ± 3,16	116,61 ± 14,75
Yoğun bakım	63	19,11 ± 3,18	14,54 ± 4,50	19,56 ± 3,25	25,92 ± 4,30	24,95 ± 3,13	17,67 ± 3,65	121,75 ± 14,50
Poliklinik ve diğer	39	21,72 ± 3,85	15,67 ± 4,72	20,56 ± 3,95	26,54 ± 3,80	25,36 ± 4,20	18,74 ± 3,60	128,59 ± 17,70
F		6,971	2,717	1,661	4,857	5,180	5,069	6,935
p		0,001*	0,069	0,193	0,009*	0,007*	0,007*	0,001*
		1-3=0,009			1-2=0,017	1-2=0,009	1-3=0,002	1-3=<0,001
		2-3=<0,001			1-3=0,005	1-3=0,005		2-3=0,031
Çalışma şekli								
Gündüz	56	20,66 ± 3,84	15,05 ± 4,18	20,23 ± 3,60	26,21 ± 3,38	24,68 ± 3,82	17,98 ± 3,17	124,82 ± 15,21
Vardiya	32	20,22 ± 3,33	15,56 ± 5,07	20,25 ± 2,97	25,94 ± 4,60	24,06 ± 2,96	17,66 ± 3,55	123,69 ± 15,56
Nöbet usulü	70	19,37 ± 3,44	13,49 ± 4,20	19,11 ± 3,15	24,63 ± 4,14	24,44 ± 3,76	17,06 ± 3,84	118,10 ± 16,33
F		2,110	3,257	2,286	2,749	,293	1,087	3,166
p		0,125	0,041*	0,105	0,067	0,747	0,340	0,045*
			1-3=0,048					1-3=0,019
			2-3=0,028					
Haftalık çalışma süresi								
40 saat ve altı	42	21,12 ± 4,12	15,86 ± 4,13	20,38 ± 3,41	26,00 ± 3,89	24,74 ± 3,94	18,43 ± 3,43	126,52 ± 17,80
41-50 saat	95	19,77 ± 3,32	14,02 ± 4,61	19,41 ± 3,30	25,58 ± 4,01	24,76 ± 3,33	17,09 ± 3,50	120,63 ± 14,97
50 saatten fazla	21	18,81 ± 3,19	13,67 ± 3,79	19,95 ± 3,11	23,81 ± 4,19	22,48 ± 3,78	17,52 ± 3,89	116,24 ± 14,89
KW		5,252	7,229	2,094	3,821	7,047	4,007	4,064
p		0,072	0,027*	0,351	0,148	0,029*	0,135	0,131
			1-2=0,025			2-3=0,025		
Çocuk sahibi olma durumu								
Çocuğu var	71	20,31 ± 3,45	14,38 ± 4,40	19,97 ± 3,43	25,97 ± 3,57	24,37 ± 3,30	17,13 ± 3,33	122,13 ± 14,92
Çocuğu yok	87	19,75 ± 3,70	14,53 ± 4,50	19,55 ± 3,21	25,03 ± 4,35	24,52 ± 3,88	17,82 ± 3,73	121,20 ± 16,91
t		0,980	-,208	0,793	1,458	-,260	-1,213	0,363
p		0,329	0,835	0,429	0,147	0,795	0,227	0,717

*p<0.05

Tablo 4.3.4'te görüldüğü gibi; araştırmaya katılan hemşirelerin sigara içme durumuna göre SYBDÖ fiziksel aktivite alt grubu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Halen sigara içen hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalamalarının hiç sigara içmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin sigara içme durumuna SYBDÖ toplam puan ortalaması ile sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt grupları puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanma durumuna göre SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kendi sağlığını nasıl hissetme durumuna göre SYBDÖ toplam puan ortalaması ile manevi gelişim alt grubu toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p < 0,05$), kendi sağlığını iyi hisseden hemşirelerin manevi gelişim puan ortalamaları kendi sağlığını orta ve kötü hissedenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt gruplarıyla kendi sağlığını nasıl hissettiği arasında ise anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.3.4. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre SYBDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	n:158	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Genel Toplam
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Sigara								
Hiç içmemiş	106	19,94 ± 3,91	14,02 ± 4,06	19,58 ± 3,29	25,09 ± 3,61	24,22 ± 3,68	17,39 ± 3,37	120,24 ± 15,70
Halen içiyor	35	20,26 ± 2,72	15,91 ± 5,14	19,94 ± 3,40	25,83 ± 4,95	24,83 ± 3,17	17,86 ± 3,75	124,63 ± 16,49
t		-,440	-2,234	-,568	-,946	-,880	-,696	-1,417
P		0,661	0,027*	0,571	0,346	0,380	0,487	0,159
Kronik hastalık varlığı								
Var	25	19,76 ± 2,96	13,76 ± 4,38	19,60 ± 3,67	24,96 ± 4,06	23,64 ± 4,08	17,56 ± 3,79	119,28 ± 17,10
Yok	133	20,05 ± 3,70	14,59 ± 4,46	19,77 ± 3,25	25,55 ± 4,04	24,60 ± 3,52	17,50 ± 3,53	122,05 ± 15,82
U		1600,000	1459,500	1617,500	1575,500	1371,000	1636,000	1563,000
P		0,765	0,332	0,829	0,677	0,163	0,899	0,635
Sürekli ilaç kullanımı								
Evet	23	19,96 ± 3,07	13,39 ± 4,26	19,78 ± 3,46	25,00 ± 4,07	23,48 ± 3,74	17,22 ± 3,16	118,83 ± 15,22
Hayır	135	20,01 ± 3,68	14,64 ± 4,46	19,73 ± 3,30	25,53 ± 4,04	24,61 ± 3,58	17,56 ± 3,63	122,09 ± 16,14
U		1537,500	1282,500	1547,000	1491,000	1254,500	1533,000	1453,000
P		0,941	0,182	0,978	0,761	0,140	0,923	0,624
Kendi sağlığını nasıl hissettiği								
İyi	103	20,40 ± 3,84	14,98 ± 4,69	20,12 ± 3,33	25,95 ± 4,02	24,89 ± 3,28	17,91 ± 3,80	124,25 ± 16,81
Orta	50	19,28 ± 3,02	13,44 ± 3,72	18,98 ± 3,03	24,40 ± 3,81	23,40 ± 3,87	16,94 ± 2,87	116,44 ± 12,06
Kötü	5	19,00 ± 2,65	14,00 ± 5,00	19,60 ± 4,93	25,80 ± 5,45	25,80 ± 5,93	14,80 ± 3,11	119,00 ± 23,23
KW		2,597	3,663	3,127	6,769	5,650	5,030	7,044
P		0,273	0,160	0,209	0,034*	0,059	0,081	0,030*
					1-2=0,033			1-2=0,024

*p<0.05

Araştırmaya katılan hemşirelerin kesici-delici aletle yaralanma durumuna göre SYBDÖ manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt grubu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kesici-delici aletle yaralanmayan hemşirelerin manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları kesici-delici aletle yaralanma hikayesi olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksektir. Hemşirelerin kesici-delici aletle yaralanma durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt grupları puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin iş kazası yaşama ve şiddete maruz kalma durumuna göre SYBDÖ toplam puan ortalaması ile tüm alt gruplardaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin istifa etmeyi düşünme durumuna göre SYBDÖ toplam puan ortalaması ile manevi gelişim ve stres yönetimi alt grubu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İstifa etmeyi düşünmeyen hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalaması ile manevi gelişim ve stres yönetimi puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksektir. Hemşirelerin istifa etmeyi düşünme durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt grupları puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışan sağlığı ve güvenliği ile ilgili alınan önlemlerin yeterli olma durumuna göre SYBDÖ toplam puan ortalaması ile tüm alt gruplardaki puan ortalamaları arasında da anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.5).

Tablo 4.3.5. Hemşirelerin Çalışan Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Bazı Özelliklere Göre SYBDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	n:158	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Genel Toplam
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kesici delici aletle yaralanma durumu								
Evet	54	19,72±3,72	14,26±3,92	19,46 ±2,81	24,56 ±3,95	23,61 ±3,79	17,35 ±3,53	118,96 ±15,16
Hayır	104	20,14±3,53	14,57±4,71	19,88 ±3,55	25,92 ±4,02	24,88 ±3,46	17,59 ±3,59	122,99 ±16,33
t		-,700	-,412	-,758	-2,041	-2,122	-,392	-1,506
P		0,485	0,681	0,449	0,043*	0,035*	0,696	0,134
İş kazası yaşama durumu								
Evet	56	20,25±3,91	14,09±4,13	19,73±3,32	25,18±4,34	24,32±3,68	17,07±3,37	120,64±16,92
Hayır	102	19,86±3,41	14,67±4,62	19,75±3,32	25,61±3,87	24,52±3,60	17,75±3,66	122,15±15,54
t		,647	-,780	-,023	-,639	-,328	-1,139	-,564
P		0,518	0,436	0,981	0,524	0,743	0,256	0,574
Şiddete maruziyet durumu								
Evet	86	19,72± 3,47	14,26± 4,29	19,56± 3,07	25,36± 3,93	24,27± 3,56	17,03± 3,49	120,20± 14,22
Hayır	72	20,33± 3,73	14,71± 4,64	19,96± 3,59	25,57± 4,18	24,67± 3,70	18,07± 3,58	123,31± 17,86
t		-1,068	-,636	-,756	-,323	-,690	-1,833	-1,218
p		0,287	0,526	0,451	0,747	0,491	0,069	0,225
İstifa etmeyi düşünme durumu								
Evet	63	19,56 ±3,28	13,78 ±4,23	19,65 ±3,19	24,52 ±4,30	23,95 ±3,76	16,32 ±3,45	117,78 ±15,51
Hayır	95	20,29 ±3,77	14,92 ±4,55	19,80 ±3,40	26,07 ±3,74	24,78 ±3,50	18,29 ±3,42	124,16 ±15,90
t		-1,270	-1,583	-,277	-2,400	-1,411	-3,542	-2,494
p		0,206	0,115	0,782	0,018*	0,160	0,001*	0,014*
Çalışan sağlığı ve güvenliği ile ilgili alınan önlemlerin yeterli olma durumu								
Evet	12	20,50±2,68	14,75±4,07	19,92±3,73	25,75±3,52	24,50±1,62	18,17±3,01	123,58±14,30
Hayır	146	19,96±3,66	14,44±4,49	19,73±3,29	25,43±4,08	24,45±3,74	17,45±3,60	121,45±16,17
U		751,000	818,500	857,500	800,500	841,000	730,000	731,500
P		0,410	0,705	0,903	0,619	0,818	0,336	0,343

*p<0.05

5. TARTIŞMA

Araştırmamıza katılan 158 hemşirenin %86,1'i kadın, %13,9'u erkek; yaş ortalaması 28,1±5,7 (18-43 yaş); %55,1'i evli, %72,2'si lisans mezunudur. Hemşirelerin %48,7'si ekonomik durumunun iyi olduğunu, %48,1'i orta düzeyde olduğunu, %3,2'si kötü olduğunu ifade etmiştir.

Hemşirelerin %15,8'i herhangi bir kronik hastalığı olduğu belirtmiştir (Tablo 4.1.1). Ak'ın yaptığı çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin %46'sının kronik sırt ağrısı olduğu, %54,3'ünün baş ağrısı yaşadığı bulunmuştur (Ak, 2007). İzmir'de yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin %57,2'sinin sağlıklarını etkileyen boyun, bel, omuz veya kol ağrısı yaşadıkları belirtilmiştir (Aytekin, 2010). Özkan'ın yaptığı çalışmada ise hastanede çalışan hemşirelerin yarısının bel ağrısı sorunu yaşadığı saptanmıştır (Özkan, 2008). 2008 yılında yapılan bir çalışmada hemşirelerin %64'ünün boyun, bel, omuz veya kol ağrısı çektiği saptanmıştır (Devebakan, 2008). Ankara ilinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin %27'sinin herhangi bir kronik hastalığı olduğu saptanmıştır (Özarslan, 2009). Araştırmamıza katılan hemşirelerde kronik hastalık görülme sıklığının diğer çalışmalara göre daha düşük olması yaş ortalamasının genç olması ve ortalama mesleki hizmet süresinin de düşük olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Yaptığımız araştırmada hemşirelerin %18,4'ü kişisel ve mesleki gelişim için eğitimine yeterli zaman ayırabilmekte, %48,1'i eğitime yeterli zamanı ayıramamakta, %33,5'i ise kısmen zaman ayırabilmektedir. Kişisel ve mesleki gelişim için eğitimlerine yeteri zaman ayıran hemşirelerin ise %72,4'ü hizmet içi eğitimlerde, %51,7'si seminer, kurs, kongre ve sempozyumlarda kişisel ve mesleki gelişimlerini sürdürmektedir (Tablo 4.1.1). 2009 yılında yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan

hemşirelerin yarısından fazlasının (%61,8'si) kişisel ve mesleki gelişim için eğitimine yeterli zaman ayıramadığı saptanmıştır (Yavuz, 2009). İlhan ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık çalışanlarının %67,5'i mesleki gelişimine katkıda bulunacak çalışmalar yapmadığını belirtmiştir (İlhan ve arkadaşları, 2006). İstanbul'da yapılan bir araştırmada mesleki ve kişisel eğitime zaman ayırabilen hekim oranı %19,7 olarak bulunmuştur (Ağkoç, 2005). İlhan ve arkadaşlarının araştırmasında sağlık personelinin, Yavuz'un çalışmasında hemşirelerin, Ağkoç'un çalışmasında da hekimlerin büyük çoğunluğunun çalışmamızla paralel şekilde kişisel ve mesleki gelişim için eğitimine yeterli zamanı ayıramadığı saptanmıştır. Bu durum sağlık kurumlarında görev yapan hemşirelerin sayılarının yeterli olmaması ve iş yoğunluklarının fazla olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %35,4'ü servislerde, %39,9'u yoğun bakımlarda, %19,6'sı poliklinikte, %3,2'si acil ünitesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %50,9'u çalıştığı birimde 2-5 yıl arasında görev yapmaktadır. Hemşirelerin %42,5'i 2-5 yıl arasında, %53,6'sı 5 yılın üzerinde mesleki deneyime sahip olup, %35,4'ü gündüz, %20,3'ü vardiya, %44,3'ü nöbet usulü şeklinde çalışmaktadır (Tablo 4.1.2). İstanbul'da yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin %52,4'ünün çalıştığı birimde çalışma süresinin 1-5 yıl arasında olduğu, %38,6'sının 16 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahip olduğu, %46,4'ünün gündüz, %34,6'sının nöbet usulü şeklinde çalıştığı bulunmuştur (Yavuz, 2009). Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin %45'i servislerde, %16'sı acilde, %10'u ameliyathanede, %6'sı yönetimde, %5'i yoğun bakımda ve %3'ü poliklinikte görev yapmaktadır (Öztürk ve arkadaşları, 2012). Özarslan'ın çalışmasında hemşirelerin meslekte toplam çalışma süre ortalamasının $11,3 \pm 6,6$ yıl olduğu, %48,6'sının

meslekte toplam çalışma süresinin 1-10 yıl olduğu, hemşirelerin %53,2'sinin klinik hemşiresi olduğu, %73,8'inin gündüz ve gece çalışmakta olduğu, vardiya sisteminin sadece Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakımda uygulanmakta olduğu saptanmıştır (Özarslan, 2009). Bu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin çoğunluğunun nöbet usulü şeklinde çalıştığı belirlenmiştir.

Hastanede çalışan sağlık personelleri üzerinde yapılan bir araştırmada; çalışma sürelerinin ortalama $13,6 \pm 6$ yıl olduğu, %27,5'inin cerrahi birimlerde, %18,1'inin dahili birimlerde, %68,8'inin gündüz mesaisi yaptığı ve nöbet tuttuğu, %16,2'sinin de vardiya şeklinde çalıştığı belirlenmiştir (Uçak ve arkadaşları, 2011). 2010 yılında Aytekin tarafından yapılan çalışmada; hemşirelerin %24,6'sının cerrahi, %47,3'ünün dahili, %28,1'inin de diğer birimlerde görev yapmakta olduğu; %28,6'sının 6 yıldan daha az süredir aynı kurumda çalıştığı; hemşirelerin çoğunluğunun (%58,0) 11-20 yıl, %24,6'sının 0-10 yıl, %17,4'ünün de 21 yıl ve üzerinde görev yapmakta olduğu saptanmıştır. (Aytekin, 2010). Araştırmamız, Aytekin'in çalışmasıyla hizmet süresi açısından paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni Aytekin'in çalışmasına katılan hemşirelerin çoğunluğunun lise mezunu olduğu için erken yaşta mesleğe başladıklarından dolayı hizmet sürelerinin daha fazla olmasına bağlanabilir. Ankara'da yürütülen bir çalışmada hemşirelerin hizmet süresi %49'unda 11-20 yıl, %34'ünde 10 yıl ve daha az, %17'sinde ise 21 yıl ve üzerinde olduğu bildirilmekte olup çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamalarının yüksek olması nedeniyle hizmet sürelerinin daha fazla olduğu düşünülmektedir (Canbolat, 2011).

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %60,1'inin 40-50 saat arasında, %13,3'ünün 50 saatin üzerinde çalıştığı ve %53,8'inin 5-8 saat arasında, %15,8'inin

9-11 saat arasında, %20,3'ünün 12-16 saat arasında çalışırken ayakta kaldığı saptanmıştır (Tablo 4.1.2). Özarslan'ın çalışmasında hemşirelerin %59,5'inin 1 ile 40 saat arasında, %21,1'inin ise 41 ile 80 saat arasında fazla mesai yaptığı, aylık ortalama $26,2 \pm 20,4$ saat fazla mesai yaptıkları tespit edilmiştir (Özarslan, 2009). 2009 yılında Yavuz tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelerin %93,4'ünün haftada 40–45 saat arasında ve günlük çalışma süresinde %52,0'mın 6–8 saat ayakta kalarak çalışmakta olduğu saptanmıştır (Yavuz, 2009). Araştırmamız çalışma saatleri açısından Özarslan'ın çalışmasına benzerlik göstermez iken, hemşirelerin çalışırken ayakta kalma süresi bakımından Yavuz'un çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Özabacı'nın yaptığı araştırmada hemşirelerin %56,4'ünün haftada 40-50 saat çalıştığı, %37,2'sinin çalışma sürecinde 8 saatten fazla ayakta kaldığı saptanmıştır (Özabacı, 1998). Üstündağ'ın yaptığı araştırmada hemşirelerin %93,3'ünün haftada 40 saat çalıştığı ve hemşirelerin 8 saatlik süre içerisinde %58'inin 5–7 saat arasında ayakta kalarak çalıştığı bildirilmektedir (Üstündağ, 1998). Araştırma sonuçlarımız bu çalışmalarla çalışma saatleri bakımından paralellik göstermektedir. Vardiya ve nöbetli çalışma şekilleri hemşirelerin sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilir. Haftada 48–56 saat çalışmak ve 8 saat ayakta kalarak çalışmak fiziki, ruhsal ve sosyal sorunların oluşmasını kolaylaştırır. Son zamanlarda yapılan araştırmalarda vardiyalı çalışanlarda kardiyovasküler sistem ile ilgili sorunların %40 oranında arttığı belirtilmektedir. Nöbet veya vardiya çalışması ile kardiyovasküler ve gastrointestinal sistem hastalıkları ile ilgili sorunların ortaya çıkmasının sebebi olarak uyku düzensizliği, düzensiz besin alımı ve organizmanın normal fonksiyonlarını etkileyen biyolojik nedenler gösterilmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin çalışacağı birime yerleştirilirken göz önünde bulundurulmuş durumları çoğunlukla (%65,2'si) ihtiyaç durumuna göre yerleştirildiği, %34,2'si tecrübeli olduğu birime göre, %27,2'si yerleştirmede hiç sorulmadığını, %20,9'u kendi isteğiyle, %4,4'ü fiziksel durumu, %2,5'i sosyal durumuna, %1,3'ü ruhsal durumuna göre yerleştirildiği görülmektedir. Coşkun ve Tuna Öztürk'ün çalışmasında hemşirelerin %64'ünün çalıştığı bölümlerinin bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde kendi istekleri dışında belirlendiği bulunmuştur (Coşkun ve Tuna Öztürk, 2010). ILO ve DSÖ iş sağlığı uzman komitesinin benimsediği iş sağlığı tanımında, iş sağlığı hizmetlerinin tüm mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumlarını en üst düzeye ulaştırmak, çalışma koşulları yüzünden sağlıklarının bozulmasını önlemek, çalışanları fiziksel ve ruhsal özelliklerine en uygun birimlere yerleştirmek, işin insana ve her çalışanı işine adapte etmek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %73,4'ünde çalışırken kullandıkları ve sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek madde, cihaz / araç-gereçlerin var olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çalışırken kullandıkları, sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen madde, cihaz / araç-gereçler ise %64,9'unun ilaç, antiseptik, dezenfektan gibi kimyasal maddeler, %56,1'inin enjeksiyon ve pansuman araç/ gereçleri, %45,6'sının radyoterapi / röntgen cihazları, %7'sinin ameliyathane aletleri, %6,1'inin sterilizasyon cihazları, %4,4'ünün anestezi maddeleri olduğu tespit edilmiştir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin çalışma ortamlarında sağlıklarını olumsuz etkilediğini belirttikleri durumlar sırasıyla enfeksiyonlar (%72,2), bulaşıcı hastalıklar (%62,1), stres (%58,4), aşırı ve uzun süre çalışmaya bağlı sorunlar ve yorgunluk (%44,2), anestezi gazları (%21,9), kemoterapi (%21,9),

radasyon (%17,8), güvenlik (%16,8), havasızlık ve gürültü ile ilgili sorunlar (%14,9) şeklindedir (Öcal, 2010). Ankara’da yapılan bir çalışmada ise kaza riskleri arasında kemoterapötik ajan ya da radyasyon maruziyeti (%23,1), iğne batması (%21,9) ve kesici-delici alet yaralanması (%12,7) bildirilmiştir (Özarıan, 2009). Araştırma sonuçlarımız bu çalışmalarla benzerlik göstermemektedir.

Aytekin’in yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin radyoaktif maddeye maruz kalma oranı %24,4, kemoterapik ilaçların olumsuz etkilerine maruz kalma oranı %4, lateks eldivenlerden dolayı deri ile ilgili sağlık problemi yaşama oranı %32,3, yüksek etkili dezenfektanlar nedeniyle solunum problemi yaşama oranı %15,7, tıbbi gazların olumsuz etkilerine maruz kalma oranı %4,7 bulunmuş olup, %3,2’si de anestezi gazlarından dolayı sağlık problemi yaşadığını belirtmiştir (Aytekin, 2010). 2009 yılında yapılan bir araştırmada hemşirelerin sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen madde, cihaz/araç-gereçlerin %42,1’inin radyoterapi / röntgen cihazları, %18,3’ünün anestezi gazları, %14’ünün ameliyathane aletleri (ameliyat esnasında kullanılan araçlar), %61,3’ünün enjeksiyon ve pansuman araç/gereçleri, %12,2’sinin sterilizasyon cihazları, %78,2’sinin ilaç, antiseptik, dezenfektan gibi kimyasal maddeler olduğu saptanmıştır (Yavuz, 2009). Çalışma sonuçlarımız Yavuz’un araştırmasıyla benzerlik göstermektedir. 2011 yılında Canbolat tarafından yapılan çalışmada hemşirelere sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlar sorulduğunda, %44’ü enjektör ucu, bistüri, koter, %41’i kan ve vücut sıvıları, %25’i kimyasal ajanlar, %41’i çok çalışmaya bağlı yorgunluk ve dikkat eksikliği olduğunu belirtmiştir (Canbolat, 2011). Canbolat’ın araştırması sadece ameliyathane hemşireleri üzerinde yapıldığı için araştırma sonuçlarımız bu konuda paralellik göstermemektedir. Hemşirelerin bozuk ya da sorunlu alet-araçlar kullanması,

işlerinin aksamasına dolayısıyla zaman kaybına neden olmakla beraber hasta bakımının tam olarak verilmemesi ve bakımın kalitesini düşmesine neden olmaktadır. Bu durum hasta bakımını yürüten hemşirelerin ruhsal, fiziksel ve sosyal sağlığını olumsuz etkileyebilir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %67,1'i çalıştığı birimde iş yoğunluğu, yetersiz donanım gibi nedenlerden dolayı kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadıklarını bildirmiş olup, bu konuda sorun yaşadıkları kişiler %65,4'ünde hasta yakınları, %51,4'ünde hekimler, %49,5'inde hastalar, %38,3'ünde hemşireler, %24,3'ünde yardımcı sağlık personeli olarak belirtilmiştir. Aytekin'in çalışmasında hemşirelerin %10,2'si çalışma arkadaşlarıyla ekip çalışması problemi yaşadıklarını, hemşirelerin büyük çoğunluğu ise böyle bir problemle karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir (Aytekin, 2010). Yavuz'un çalışmasında hemşirelerin %72,4'ü çalıştığı birimde iş yoğunluğu, yetersiz donanım gibi nedenlerden dolayı kişilerarası ilişkide sorun yaşadıkları, hemşirelerin çalıştığı birimde kişilerarası ilişkide sorun yaşadığı kişilerin ise %64,1'inin hekimler, %60,2'sinin hasta yakınları, %38,4'ünün yardımcı sağlık personeli, %31,2'sinin hastalar, %26,5'inin hemşireler olduğu saptanmıştır (Yavuz, 2009). Özabacı'nın sağlık personeli üzerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin en çok kişilerarası olumsuz ilişki yaşadıkları kişilerin %45,3 oranında hasta aileleri, %29,7 oranında yöneticiler, %21,5 oranında yardımcı sağlık personeli, %16,9 oranında hekimler olduğu belirlenmiştir (Özabacı, 1998). Araştırmamız Aytekin'in çalışmasıyla paralellik göstermezken, Özabacı'nın çalışmasıyla hasta yakınları, Yavuz'un araştırmasıyla da diğer bulgular yönünden benzerlik göstermektedir. Kişilerarası ilişkilerde sorun yaşanmasının iş stresine yol açtığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin %72,2'si gece saatlerinde güvenlik önlemlerini yeterli bulmazken, %50,0'ı gündüz saatlerinde de yeterli bulmamaktadır. Ankara ilinde yapılan bir araştırmada hemşirelere kendilerini güvenlikleri açısından nasıl hissettikleri sorulduğunda; %76,1'inin güvenli hissetmedikleri saptanmıştır. Neden güvenli hissetmedikleri sorulduğunda, hemşireler; fiziki ortamın yetersiz olduğunu, güvenlik elemanlarının yetersiz olduğunu, şiddete (sözel veya fiziksel) maruz kaldıklarını, enfeksiyonlara maruz kaldıklarını, çok fazla hastanın olduğunu ve aşırı iş yükünün olduğunu belirtmişlerdir (Tanrıku, 2010). Yavuz'un çalışmasında ise hemşirelerin %75'i gece saatlerinde güvenlik önlemlerini yeterli bulmazken, %57,4'ü gündüz saatlerinde de yeterli bulmamaktadır (Yavuz, 2009). Coşkun ve Tuna Öztürk'ün çalışmasında "İş ortamınızdaki güvenlik önlemleri yeterli mi?" sorusuna araştırmaya katılanların %52,1'i "hayır", %35,5'i "kısmen" ve %11,6'sı "evet" cevabını vermiştir (Coşkun ve Tuna Öztürk, 2010). Araştırma bulgularımız bu çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin %89,2'si çalışırken eldiven kullandığını, %87,3'ü ise hastayla temasta el yıkadığını belirtmiştir. Canbolat tarafından 2011 yılında yapılan çalışmada hemşirelerin sadece %31'i ameliyathane enfeksiyonları azaltmak için el yıkamanın önemli olduğunu belirtmiş olup (Canbolat, 2011), bu araştırma ameliyathane hemşireleri üzerinde yapıldığı için bizim çalışmamızla benzerlik göstermemektedir.

Eken tarafından Çanakkale ilinde yapılan çalışmada, araştırmaya katılan iş kazası geçiren işçilerin %91,4'ünün kişisel koruyucu ekipmanların kullanılması gereken yer ve zamanlarda bu kurala uyduğu, %8,6'sının ise bu kurala uymadığı saptanmıştır (Eken, 2011). Özarslan'ın çalışmasında 31 iş kazasında kişisel koruyucu

kullanımına gerek var iken, hemşirelerin %31,4'ü hiçbir kişisel koruyucu malzeme kullanmadığı tespit edilmiştir. Araştırmamız Eken ve Özarslan'ın çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Mesleki enfeksiyonlardan korunmada, evrensel önlemlerden eldiven kullanımının önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir. Lateks eldivenler iyi bir bariyer oluşturduğu için, eldivenin üstünden oluşan kesici delici bir yaralanmadan enfekte olma olasılığı düşüktür. İğne lateks eldivenden geçerken inokulum miktarı 10-100 kat daha azalır. Çift eldiven kullanılması enfekte olma olasılığını 100 kat daha azaltır. Eldiven giymek kesici delici alet yaralanmalarını önleyemese bile, kontamine kan ve vücut sıvılarından korunmada en etkili önlemlerden biridir ve maruziyet ihtimali olan her girişimde mutlaka kullanılması önerilmektedir. Bununla birlikte, ihtiyaçları durumunda tüm sağlık personelinin kişisel koruyuculara ulaşabilmesi gerektiği bildirilmektedir (Özarslan, 2009).

DSÖ'ye göre hastane enfeksiyonlarını önlemede bakım sürecinde el hijyeni, etkili ve zamanında yerine getirilmesi gereken aynı zamanda da maliyeti düşük olan temel hasta güvenliği uygulamasıdır. Araştırmamıza katılan hemşirelerin %89,9'unun hepatit B virüsü için, %50'sinin ise hepatit C virüsü için kan tetkiki yaptırdığını belirtmiştir. Hemşirelerin hepatit B virüsü kan tetkiki sonuçlarında ise %61,3'ünün bağışık olduğu, %37,3'ünün karşılaşmadığı, %1,4'ünün hasta ya da taşıyıcı olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin hepatit C virüsü kan tetkiki sonuçlarında ise %100'ünün karşılaşmadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin, %81,6'sının hepatit B, %40,5'inin tetanoz, %12,0'ının BCG, %12,7'sinin grip, %1,3'ünün meningokok, %6,3'ünün hepatit A ile aşı ile korunabilecek hastalıklara karşı aşı yaptırdıkları belirtilmiştir.

Sağlık çalışanları ve özellikle hemşireler çalışma ortamında, hastalardan veya ortamdaki bulaşabilecek birçok enfeksiyon hastalığı açısından risk altındadır. Bunun en önemli nedenleri de kontamine olmuş hastaya ait enjektör iğnesinin hemşireye batması olarak düşünülebilir. Bu yolla bulaşabilecek enfeksiyon hastalıklarından en başta gelenleri kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ve en önemlisi de Hepatit B enfeksiyonudur. Ege Üniversitesi'nde 240 sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmada; hepatit B geçiren sağlık çalışanlarının %59,0'ı bu hastalığı ne zaman geçirdiğini bilmediğini, ancak yapılan testler sonucunda öğrendiğini belirtirken, %33,4'ü meslek yılları içinde, %7,6'sı ise çalışmaya başlamadan önce geçirdiğini belirtmiştir. Ayrıca %4,6'sı hepatit B için, %2,9'u hepatit C için yılda bir kez tarama yapılmasına karşılık, HIV ve tetanoz için incelemeye alınmadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının mesleki risk oluşturan hastalıklara karşı aşılama durumları incelendiğinde; hepatit B aşısının %50,4, tetanoz aşısının %30,8 oranlarında düzenli olarak uygulandığı saptanmıştır (Öcal, 2010). Ankara ilinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin %84,1'inin hepatit B aşısı yaptırdıkları saptanmış olup %19,0'u hepatit B serolojik durumu hakkında "Hatırlamıyorum/Bilmiyorum", %0,6'sı HBsAg(+) yanıtı vermiştir. Hemşirelerden %78,2'si hepatit B serolojik durumunu Anti-HBsAg(+) olarak bildirmiştir. Toplam 504 hemşireden 5 kişi (%1,0) Hepatit B serolojik durumunu hiç kontrol ettirmediğini belirtmiştir. Aynı yanıtı Hepatit C için 87 kişi (%17,3), HIV için 93 kişi (%18,5) vermiştir (Özarslan, 2009). Aytekin'in çalışmasında hemşirelerin %92,3'ü (371 kişi) hepatit aşısı olduğunu belirtmiştir (Aytekin, 2010). Araştırmamızda hemşirelerde hepatit aşısı yapılma oranı literatürde hastanelerde çalışan hemşirelerdeki aşılama durumları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin %35,4'ünün iş kazası yaşadığı saptanmıştır. İş kazası yaşayan hemşirelerin belirttiğine göre en sık yaşanan iş kazaları şunlardır: Kesici-delici alet yaralanması (%29,1), enjektör batması (%22,8), hasta ile ilgili materyallerin göze sıçraması (%18,4), düşme-kayma (%3,2), yanık ve elektrik çarpması (%0,6)'dır. Sağlık hizmetleri iş kazaları açısından riskli bir sektördür. Tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de kazaların ortaya çıkış nedenlerine bakıldığında bunların bilgi eksikliği, yanlış uygulamalar, ihmal ve dikkatsizlik gibi birey ve sistemden kaynaklanan sorunlar olduğu görülmektedir. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Özarıslan'ın çalışmasında hemşirelerin %43,1'inin iş kazası yaşadığı saptanmıştır (Özarıslan, 2009).

Ülkemiz iş kazası sayısında Avrupa'da 1. sırada bulunurken, dünyada ise 3. sıraya yerleşmiştir. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun tam anlamıyla uygulanmasının ülkemizi bu konumdan kurtarabileceği düşünülmektedir. Yeter ki tüm işveren ve çalışanlar tarafından kanunda belirtilen yükümlülükler tam anlamıyla uygulansın. Bu yükümlülükler çalışanların sağlığını ve güvenliği sağlarken, işyerindeki iş verimini de oldukça arttıracaktır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %34,2'si son bir yıl içinde kesici-delici aletlerle yaralanma geçirdiklerini belirtmişlerdir. Son bir yıl içerisinde yaralanmaların en çok %38,9 oranında IV girişim sırasında olduğu, %37,0'ının enjektör başlığını tekrar takarken, %27,8'inin kontamine malzemeleri toparlarken/temizlerken, %48,1'inin enjeksiyon yapma aşaması sırasında, %3,7'sinin ameliyat / pansuman işlemi sırasında yaralandığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Uçak ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık personelinin son bir yıl içinde %68,8'inin kan ve vücut sıvısı sıçraması, %62,5'inin kesici-delici alet

yaralanma, %44,4'ünün şiddet, %18,8'inin alerjik reaksiyon, %16,3'ünün kas-iskelet sistemi yaralanmaları, %9,4'ünün kimyasal madde ve ilaçlar, %11,3'ünün zehirlenme, %3,1'inin trafik kazası, %4,4'ünün de yanık, cisim düşmesi ve çarpmaların yer aldığı diğer kazalarla karşılaştığı belirlenmiştir (Uçak ve arkadaşları, 2011). Aytekin'in çalışmasında hemşirelerin %28,9'unun enfekte kesici-delici batıcı cisim yaralanması, %31,6'sının iğne batması vakası yaşadıkları belirtilmiş iken, Özarslan'ın çalışmasında geçirilen iş kazaları incelendiğinde ilk sırada %31,5 ile iğne batması, ikinci sırada %14,1 ile kesici-delici alet yaralanması, üçüncü sırada ise %12,2 ile cam kesiği yer almaktadır (Aytekin, 2010; Özarslan, 2009). Çalışma bulgularımız Aytekin ve Özarslan'ın çalışmalarıyla paralellik göstermektedir.

Kesici-delici alet yaralanmaları ile kan ve vücut sıvılarına maruz kalmanın önlenmesi amacıyla bilinen koruyucu önlemlerin uygulanması önemlidir. Yaralanma olduğunda sabunlu suyla yıkanmalı, lezyon kan çıkmasını sağlayacak şekilde sıkılmalı ve povidon iyotla silinmelidir. Yaralanmaya neden olan alet hastada kullanılmışsa hastanın ve yaralanan kişinin serolojik durumunun belirlenip, yaralanmadan sonra ilaç uygulamalarının bir an önce başlatılması önemlidir. Hemşirelerin enjektör batmaları ve bistüri, makas, cam kesikleriyle çok fazla karşılaşmalarının sebepleri arasında kontamine iğnelerin başlığının tekrar takılmaya çalışılması, cam serum şişelerinin sık kullanılması, dikkatsiz ve hızlı çalışılması ve gerekli durumlarda eldiven kullanılmaması sayılabilir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %54,4'ünün son bir yılda hasta / hasta yakınları veya diğer kişiler tarafından sözlü ya da fiziki bir şiddete/ istismara maruz kaldığı saptanmıştır. Hemşirelerin son bir yılda uğradıkları sözlü ya da fiziki bir şiddet/ istismarın ise %80,2'sinin hasta yakınları, %62,8'inin hastalar, %7,0'ının

diğer sağlık personeli, %5,8'inin meslektaşlar, %17,4'ünün ise hekimler tarafından gerçekleştiği tespit edilmiştir. 2012 yılında yapılan bir araştırmada hemşirelerin %34'ünün, hekim ve diğer sağlık personelinin %30'unun öncelikle hasta ve yakınları tarafından sözel şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir (Öztürk ve arkadaşları, 2012). Coşkun ve Tuna Öztürk'ün çalışmasında hemşirelerde bir veya daha fazla kez sözel şiddete maruz kalma oranı %86 olarak saptanmış olup sözel şiddet; küfür, hakaret, tehdit, küçük düşürme ve sözlü cinsel taciz olarak sıralanmıştır. Aynı çalışmada hemşirelerde fiziksel şiddete maruz kalma oranı ise %50,4 olarak saptanmıştır (Coşkun ve Tuna Öztürk, 2010). 2011 yılında yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının %44,4'ünün şiddete uğradığı, bunların %43,1'inin sözlü saldırı/tehdit, %13,1'inin fiziksel şiddet, %2,5'inin cinsel taciz olduğu belirtilmiştir (Uçak ve arkadaşları, 2011).

Annagür'ün çalışmasında sağlık kurumunda çalışmanın diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada dünya genelinde sağlık personeline yönelik şiddet ile ilgili olarak çeşitli ülkelerdeki mevcut durum şu şekilde açıklanmıştır; Kanada'da acil servislerde şiddete uğrama sıklığının çok yüksek olduğu, sağlık personelinin herhangi bir zamanda şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 olduğu belirtilmekte olup, sağlık personelinin %73'ünün şiddete uğramalarından dolayı hastalardan korktukları ve %74'ünün iş doyumunda azalma olduğu bildirilmiştir. İngiltere'de sağlık kuruluşlarında çalışanların %23'ünün hastalar tarafından, %15,5'inin hasta yakınları tarafından davranışsal tehdit aldıkları, fiziksel saldırı oranının ise %20 olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da sağlık kurumlarında yapılan çalışmada ise şiddete en sık

pratisyen hekimler ve hemşirelerin uğramakta oldukları ve en sık acil servislerde çalışanların şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Türkiye’de 2006’da yapılan başka bir çalışmada son bir yıl içinde en az bir kez şiddete maruz kalma oranı %49,5 olarak belirtilmiş ve bunların %48,3’ünün 1-5 kez arasında şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Kadınlarda şiddete uğrama sıklığının (%60) erkeklere göre (%40) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sözel şiddetin %72,4, fiziksel şiddetin ise %11,7 oranında görüldüğü, cinsel şiddet oranının ise çok düşük olduğu (%0,025) bildirilmiştir (Annagür, 2010).

İzmir’de yapılan bir araştırmada hastanede çalışan 402 hemşirenin %18,2’si hasta yakınları tarafından, %18,4’ü hastalar tarafından, 10,7’si ise hastane çalışanları tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Aytekin, 2010). Samsun’da yapılan bir araştırmaya göre ise hemşirelerin %90 gibi yüksek bir oranda şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir (Gökçe ve arkadaşları, 2008).

Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan sağlık personeli üzerinde yapılan araştırmada, en fazla şiddete uğrayan meslek grubunun anlamlı olarak hemşireler olduğu saptanmıştır. Diğer benzer çalışmalarda da en fazla şiddete maruz kalan meslek grubunun hemşireler olduğu bildirilmektedir. Hemşirelerin hastalarla daha uzun süre ve aynı ortamda olmaları, mekan ve zaman açısından yakınlığı, hastalarla iletişim ve etkileşimin uzun süreli olması, kriz durumlarıyla doğrudan karşılaşmaları, onları agresif hastalarla en fazla temasta olan ve bu nedenle de en fazla etkilenen birey konumuna getirmektedir (Ayrancı ve ark, 2006; Brizer ve ark, 1988; Bilgin ve Buzlu, 2006; Kocabıyık ve ark, 2015). Literatürde akut dönemde eksitasyon gösteren hastaların saldırma ve şiddet açısından riskli olduğu belirtilmektedir. Bu bilgiler ışığında, kapalı servislerde çalışan sağlık personelinin

saldırganlık ve şiddet açısından risk altında olduğu ve bu nedenle de bu ortamlarda çalışanların daha dikkatli olmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Şiddete maruz kalan sağlık personelinin şiddet olayının ardından çoğunlukla şaşkınlık ve üzüntü duygularını yaşadıkları, ayrıca hiçbir şey hissetmeme, öfke ve korku duygularını da yaşadıkları bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda, çalışma ortamında yaşanan şiddetin sağlık personeline olumsuz duygular yaşattığı, hatta uzun dönemde bazı psikolojik problemlere yol açtığı belirtilmektedir (Kocabıyık ve ark, 2015).

Inoue ve arkadaşlarının şiddete maruz kalan hemşirelerde yaptıkları çalışmada, şiddet olayının hemşireleri psikolojik olarak olumsuz etkilediği (Inoue ve ark, 2006); Kindy ve arkadaşlarının hemşirelerle yaptıkları araştırmada şiddete uğrayan hemşirelerin çalışma koşullarını güvenli hissetmedikleri, moral düşüklüğü, aşırı uyarılma ve güvensizlik hissederek hastalardan korktukları (Kindy ve ark, 2005); Bilgin ve Buzlu'nun psikiyatri hemşireleriyle yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yaklaşık yarısının kendilerini çalışma alanlarında güvende hissetmedikleri ve büyük çoğunluğunun şiddete maruz kalmaya dair kaygı yaşadıkları bildirilmektedir (Bilgin ve Buzlu, 2006).

Literatürde iş yerinde yaşanan şiddet sonrasında sağlık personelinin moral bozukluğu, psikolojik travma ve iş stresinde artma duyguları yaşadıklarını belirten kaynaklar olduğu gibi (<http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/>. Erişim tarihi: Kasım 18, 2014), şiddet sonrasında sağlık personelinin şok, öfke, depresyon, korku, stres ve güçsüzlük duygularını yaşadıklarını bildiren kaynaklar da bulunmaktadır (http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_violence.pdf. Erişim tarihi: Kasım 18, 2014). İş yerinde yaşanan şiddetin, yaşamın geneline

etkilediği görülmektedir. Bu nedenle şiddete maruz kalmış sağlık personellerinin gerektiğinde psikolojik danışmanlık ve destek alması gerekebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışırken kullandıkları eldiven, sıvı sabun, el antiseptiği gibi malzemelerin çalışanlar açısından güvenli olup olmadıkları sorulduğunda hemşirelerin %67,7'si eldivenlerin, %51,3'ü sıvı sabunların, %90,5'i ise el antiseptiğinin güvenli olduğunu belirtmiştir. Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sağlık personelinin %53'ünün hastanede kullanılan temizlik malzemelerinin kalitesinden memnun olmadıkları bildirilmektedir (Öztürk ve arkadaşları, 2012). Bizim araştırmamızda kullanılan malzemeler hemşirelerin çoğunluğu tarafından güvenilir bulunurken, Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında ise sağlık personelinin yarısından fazlası bu durumun aksini belirtmektedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %68,4'ü hastanede iş sağlığı ve güvenliği için alınması gereken önlemlerin yeterli olmadığını belirtmiştir. 2012 yılında yapılan bir çalışmada hastanede iş güvenliğine yönelik olarak hemşirelerin %53'ü hemşire sayısı, %50'si iş yükü ve %49'u iş kazası/meslek hastalığına ilişkin olarak hastanenin sorumluluk alma ve desteğinden memnun değildir. Hekimlerin %54'ü çalışma ortamının donanımı ve dizaynından, %52'si hemşire sayısından, %51'i iş güvenliğine yönelik eğitimlerden memnun değildir. Diğer sağlık personelinin %55'i çalışma ortamının donanımı ve dizaynı, %53'ü çalışan sağlığı ve güvenlik politikalarından memnun değildir (Öztürk ve arkadaşları, 2012). Araştırmamız bu çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Sosyal politikalar ve istihdam ile ilgili olarak kamu sağlığı alanında kişilerin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik içinde olmalarının sağlanması, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlığın geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Böylece çalışanların iş yerlerinde kimyasal, fiziksel ve biyolojik maddelere maruz kalmalarının engellenmesi, tütün ve tütün ürünlerinin her türlü sponsorluk ve reklamlarının yasaklanması, sigaradaki nikotin ve katran oranlarının ayarlanmasında AB standartlarına dikkat edilmesi çalışmaları ve ek olarak; sağlığın geliştirilmesi ve izlenmesi, kanser, AIDS, diğer bulaşıcı hastalıklar gibi konularda mevcut AB programlarına katılım öngörülmektedir (Cavlak ve Bostancıoğlu, 2015).

2003 yılından sonra tüm dünyadaki sağlık hizmetlerinin dönüşümüne paralel bir şekilde Türkiye’de sağlık hizmetlerin yeniden yapılandırılması planlanmış, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık kurumları ve sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılmıştır. Aile hekimliği mekanizması hayata geçirilmiş, tüm sağlık kuruluşlarında kalite ve akreditasyon çalışmaları yapılmış, rasyonel ilaç ve malzeme yönetimi ile ilgili kurumsal politikalar geliştirilmeye başlanmıştır. Toplam kalite ve akreditasyon çalışmalarına paralel bir şekilde hasta hakları uygulamaları yaygınlaştırılmış, tüm hastanelerde hasta hakları birimleri kurulmaya başlamış, Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER) ve Bilgi Edinme Kanunu çerçevesinde hasta şikâyetleri alınarak hasta memnuniyeti sağlanmaya çalışılmıştır (Cavlak ve Bostancıoğlu, 2015).

İSG’nin sağlanmasında devletin yükümlülüklerinden birisi de konu ile ilgili mevzuatı oluşturmak, mevzuatın denetimini sağlamak ve/veya uluslararası hukuk metinlerini ülkemiz açısından kabul etmektir. Ülkemizin onayladığı uluslararası belgelerde yer alan bazı hükümlerin doğrudan veya dolaylı olarak çalışma yaşamı ve İSG alanı ile ilgili olduğu görülmektedir.

İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesini sosyal ve ekonomik haklar yönünden tamamlayan ve 18 Ekim 1961’de konsey üyesi olan 13 devlet tarafından Torino’da

imzalandıktan sonra 26 Şubat 1965'te yürürlüğe giren belge "Avrupa Sosyal Şartı" adını taşımaktadır. Türkiye tarafından onaylanan bildirmede insan hakları ve temel özgürlüklerin gerçekleştirilmesini ve idame ettirilmesini amaçlayan kesin hükümler vardır (tüm çalışanların güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarına sahip olma hakkı). Bu politikanın temel hedefi, İSG'yi iyileştirmek ve özellikle çalışma ortamının doğasından kaynaklanan tehlike sebeplerini en aza indirmek yoluyla, çalışma sırasında ortaya çıkan ya da bununla bağlantılı olan hastalıkları ve kazaları önlemektir. Tüm çalışanlar için, koruma ve danışmanlık işlevlerine sahip iş sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesini desteklemektir (Devebakan, 2007).

1919 yılında kurulmuş olan ILO, sözleşmeler ve tavsiye kararları yoluyla, çalışma hayatına ilişkin temel haklar, örgütlenme özgürlüğü, toplu pazarlık, zorla çalıştırmanın engellenmesi, fırsat ve muamele eşitliği gibi çalışmaya ilişkin tüm konuları düzenleyici, uluslararası çalışma standartları oluşturmaktadır (Yavuz, 2009). 1952 yılında kabul edilen Sosyal Güvenliğin Asgari Normları hakkındaki 102 sayılı ILO sözleşmesine göre; sağlık yardımları, hastalık ödenekleri, işsizlik yardımı, ihtiyarlık yardımı, iş kazası ve meslek hastalığı yardımları, aile yardımı, analık yardımı, maluliyet yardımı, ölüm yardımları olmak üzere asgari sosyal güvenlik yardımları 9 başlık altında toplanmıştır. Türkiye bu sözleşmeyi, 1451 sayılı yasa ile 29.07.1971 tarihinde kabul etmiş; işsizlik ve aile yardımını aynen, sağlık ve analık yardımlarını şartlı onaylamıştır. Diğer şartlar sözleşmede olduğu gibi aynen onaylanmış ve kabul edilmiştir (İncesli, 2005).

Ülkemizde 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun kabul edilmesiyle çalışanlar ve iş dünyası açısından önemli bir dönem başlamıştır. 6331 sayılı kanun, iş sağlığı ve güvenliği bakımından önemli düzenlemeler getirmekte, iş

sağlığı ve güvenliğinde "tazmin edici" yaklaşım yerine daha çok "önleyici" bir yaklaşım sergilemektedir. Böylece iş kazaları ve meslek hastalıklarının sonuçlarıyla mücadele etmenin zorluğu ve maliyeti karşısında bu kaza ve hastalıklar ortaya çıkmadan önlemeyi, kaynağında yok etmeyi hedef alan çağdaş standartlarda bir düzen kurgulamaktadır (Korkmaz ve Avsallı, 2012).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, çalışanların İSG uygulamalarına aktif katılımın sağlanması için işverenleri, çalışanların görüşlerinin alınması, teklif getirme hakkı tanınması, önlemlerin yetersiz olduğu hallerde yetkili makama başvuru imkanlarını sağlamakla yükümlü kılmıştır. Bu kanunun 10, 11, 12 ve 17. Maddeleri gereğince 01.01.2013 tarihinden geçerli olmak üzere, çalışan sayısına bakılmaksızın tüm işverenler, çalışanlarının sağlık ve güvenliğini korumak, sürdürmek ve geliştirmek amacıyla; "risk analizleri, acil durum planları, yangınla mücadele ve ilk yardım, tahliye, temel iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri" hazırlamak ve çalışanlarına bu eğitimleri aldirmekle yükümlüdür.

6331 sayılı kanun ile getirilen bir diğer önemli yenilik ise, işverenlere çalışan sayısına bakılmaksızın işyerinde işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı çalıştırma zorunluluğudur. İşyerinde yer alan ve yönetmelikler ile belirlenmiş özelliklere haiz çalışanlar arasından işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı çalıştırılabileceği gibi, bu niteliklere haiz çalışan bulunmaması halinde, bu hizmetlerin tamamı veya bir kısmı ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden alınabilir. Kanunla getirilen bu zorunluluk karşısında ciddi maliyetler ile karşı karşıya kalınması söz konusu olacağından, kanun kamu kurum ve kuruluşları hariç ondan az çalışanı olan çok tehlikeli ve tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinin iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yerine getirilmesinde oluşacak maliyetleri Sosyal Güvenlik Kurumunun karşılaması esasını benimsemiştir.

6331 sayılı kanunun uygulanması etkin denetimler ile mümkün olacağından, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesindeki iş müfettişlerinin denetim konusunda yetkili olmasını düzenlenmiştir. Bu denetimler sırasında işyerinde, çalışanlar aleyhine hayati tehlike oluşturan bir durumun tespiti halinde işyerinin bir kısmında veya tamamında işin durdurulması söz konusu olabilecektir. Bu durumda işveren, çalışanların ücretlerini ödemeye devam etmek veya aynı ücretle çalışanlara iş temin etmekle yükümlü olacaktır. 6331 sayılı kanunda yer alan yükümlülükler 01.01.2013 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiştir ve tek bir kişi çalıştıran işyerlerini ve işverenleri de kapsamı açısından son derece önemlidir. İş yerlerinde “İş Güvenliği Uzmanı” ve İşyeri Hekimi” bulundurma zorunluluğu ise işyerleri açısından kademeli olarak kanun kapsamına alınmıştır (Dündar Aravacık, 2014).

Sağlığı geliştirmek ve bunun için de yaşam biçimi davranışlarını değiştirmek günümüzde hastalık ve ölüm nedenlerinden korunmada çok önemlidir. Bunu sağlamanın temel adımı ise bireylerin sağlıkla ilgili yaşam biçimi davranışlarını belirlemektir. SYBDÖ ve alt grup puanlarının yüksek olması bireyin olumlu sağlık davranışlarına sahip olduğunu göstermektedir (Kocaakman, 2009). Araştırmamızda, hemşirelerin SYBDÖ’den aldıkları toplam puan ortalaması $121,61 \pm 16,00$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.1). Ülkemizde SYBDÖ ile yapılan çalışmalarda puan ortalamalarının $122,5 \pm 14,4$ ile $104,6 \pm 18,9$ arasında değiştiği tespit edilmiştir (Coşkun Güner, 2006). Hemşirelerde yapılan çalışmalarda SYBDÖ toplam puan ortalaması Coşkun Güner’in çalışmasında $116,89 \pm 16,36$; Özkan’ın çalışmasında $125,96 \pm 16,99$ olarak saptanmış iken, öğrencilerde yapılan çalışmalarda SYBDÖ toplam puan ortalaması Kocaakman’ın çalışmasında $124,11 \pm 22,21$; Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada $128,97 \pm 16,40$ ve Akgül’ün çalışmasında ise bu oran

128,55±21,31 olarak bulunmuştur. Araştırmamız SYBDÖ toplam puan ortalamaları yönünden Özkan ve Kocaakman'ın çalışmasıyla benzer bulunmuştur.

İran ve Türkiye olmak üzere iki farklı ülkede yapılan bir araştırmada hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. İran'da cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Türkiye'de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre SYBDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve iki farklı ülkede çalışan hemşirelerin SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). İran'daki Sağlık Bakanlığının zorunlu kıldığı politikalar gereği hemşirelerin yoğun çalışma temposuna karşın sağlık bilgilerini eğitim programları ile sürekli güncellemeleri gerekmektedir. İran'da çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının yüksek olmasının bundan kaynaklandığı söylenebilir (Khaghanyrad, 2014).

Çalışmamızda hemşireler, SYBDÖ alt boyutlarından en yüksek puanları manevi gelişim (25,46±4,03) ve kişilerarası ilişkiler (24,45±3,62) boyutlarından; en düşük puanı ise egzersiz (14,46±4,44) boyutundan almıştır (Tablo 4.3.1). Coşkun Güner'in çalışmasında SYBDÖ alt grupları incelendiğinde en yüksek puan 34,00±5,90 ile kendini gerçekleştirme ve 22,50±5,03 ile sağlık sorumluluğu alt boyutlarında, en düşük puanın 8,00±2,26 ile egzersiz alt boyutunda olduğu saptanmıştır (Coşkun Güner, 2006). Özkan ve Kocaakman'ın çalışmasında da en yüksek puan kendini gerçekleştirme, en düşük puan ise egzersiz alt grubunda saptanmıştır (Özkan, 2008; Kocaakman, 2009). Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise en yüksek puanları sağlık sorumluluğu (29,75±4,19) ve manevi gelişim (26,93±4,06), en düşük puan fiziksel aktivite (16,60±4,24) boyutundan alınmıştır (Özyazıcıoğlu ve arkadaşları 2011). Çalışma sonuçlarımız bu

yönüyle ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda diğer çalışmalara benzer şekilde hemşirelerin yeterli egzersiz yapmadıkları tespit edilmiştir. Bireyler farklı sebeplerle günlük yaşantılarında egzersize yeterli zaman ayıramamaktadırlar. Oysa bireylerin yaşam biçimlerindeki değişimlere ve özellikle de hareketsiz yaşamaya bağlı ortaya çıkan sorunlar günümüzün en önemli kronik hastalık nedenlerindedir. Bu sorunlardan korunmada bireylerin günlük yaşantılarında egzersize zaman ayırmaları çok önemlidir.

Araştırmamızda, hemşirelerin yaş gruplarına göre SYBDÖ alt boyutlarından elde edilen ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.2). Sivas il merkezinde yapılan araştırmada yaş grupları ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada, yaş ilerledikçe ölçek puan ortalamalarının da paralel olarak arttığı bildirilmekte olup, yaş gruplarına göre beslenme alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Akgül, 2008). Sağlık yüksek okulu öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da yaş gruplarına göre beslenme alt grupları arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Cihangiroğlu, 2010). İstanbul'da yapılan bir çalışmada ise SYBDÖ alt gruplarından egzersiz, beslenme ve stres yönetimi ile öğrencilerin yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Kocaakman, 2009).

Özkan'ın çalışmasında, hemşirelerin yaş grubuna göre kendini gerçekleştirme alt grubu toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup 34 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuştur (Özkan, 2008). Cihangiroğlu ve Kocaakman'ın çalışmasında yaş artışıyla alt ölçek puanları arasında bir paralellik

saptanmazken, Özkan'ın çalışmasında yaş arttıkça manevi gelişim puanının da artış göstermekte olduğu belirtilmektedir. Yaşın artışına paralel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da artması, yaşın ilerlemesi ile bireylerin sağlık alanında daha fazla bilgi ve deneyim sahibi olmaları, daha düzenli ve dengeli bir hayat tarzı sürdürmelerinin beklenmesine bağlanabilir. Ancak bizim çalışmamız bu yönüyle belirtilen çalışmalarla benzerlik göstermemektedir. Al-Kandari ve Vidal'in yaptığı çalışmada yaş arttıkça öğrencilerin stres yönetimi puanları anlamlı şekilde artmıştır (Al-Kandari ve Vidal, 2007). Sağlığı Geliştirme Modeline göre yaş arttıkça sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma düzeyinin de arttığı ve sağlık davranışlarının olumlu yönde değiştiği belirtilmektedir (Maurer ve Smith, 2000; Pender ve Barkauskas, 1992). Yaşla birlikte SYBDÖ puan ortalamalarının artması, bireylerin sağlık alanında daha fazla bilgi ve deneyim sahibi olmalarına, daha düzenli ve dengeli bir hayat tarzı sürdürmelerine, ilerleyen yaşa bağlı ortaya çıkan sağlık problemleri ve bunların sonucunda yaşanan kayıplara bağlı bireylerin sağlıklarına daha fazla önem vermeleri gibi nedenlere bağlanabilir (Güler ve ark, 2008).

Araştırmamıza katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi ve kişilerarası ilişkiler SYBDÖ alt grupları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.2). Ankara'da yürütülen bir çalışmada ise bekar öğrencilerin ölçek puan ortalamalarının evli öğrencilere göre daha düşük olduğu saptanmış olup öğrencilerin medeni durumlarına göre SYBDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu belirtilmiştir ($p<0,05$) (Aksoy, 2010). Sivas ilindeki bir çalışmada medeni durum ile SYBDÖ ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bekarlar kendini gerçekleştirme, sağlık

sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alanlarında evlilere göre daha düşük puan alırken, evlilerin beslenme alanında daha düşük puan aldıkları, medeni duruma göre beslenme ve kişilerarası destek dışındaki alanların puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmektedir ($p<0,05$) (Akgül, 2008). 2006 yılında yapılan bir çalışmada, ameliyathanede çalışan hemşirelerin medeni durumuna göre SYBDÖ puan ortalamaları ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, medeni durum ile sadece egzersiz alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Coşkun Güner, 2006). 2010 yılında Mersin ilinde yapılan çalışmada, SYBDÖ'nün kendini gerçekleştirme alt boyutu ölçek toplam puanı evli bireylerde; stres yönetimi puanı bekârlarda; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme puan dağılımları eşinden ayrılmış olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Eşi vefat etmiş hipertansif bireylerde ise SYBDÖ toplam puanı ve kendini gerçekleştirme alt grubu puan dağılımlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup, medeni duruma göre SYBDÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Dalak, 2010).

Konya'da yapılan bir çalışmada, medeni durum ile SYBDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası destek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), egzersiz, stres ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Evli olanlarda egzersiz ve SYBDÖ toplam puanının dul ve bekarlara göre daha yüksek olduğu, yine evlilerin stres puanının dul ve bekarların stres puanlarına göre daha yüksek olduğu

bildirilmiştir (Koçoğlu, 2006). Araştırma bulgularımız incelenen literatür çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermemektedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin öğrenim durumuna göre manevi gelişim ve stres yönetimi alt grubu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,05$), lise-nlisans mezunu olan hemşirelerin manevi gelişim ve stres yönetimi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.2). 2008 yılında yapılan bir çalışmada araştırma grubunun eğitim düzeyi ile kişiler arası destek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup ($p<0,05$), lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip hemşirelerin kişiler arası destek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (zkan, 2008).

Sağlık personeli üzerinde yapılan bir araştırmada ise mezun olunan okul ile SYBDÖ ve alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, ebelik mezunlarının, kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puanlarının; tıp fakültesi mezunlarının, sağlık sorumluluğu puanlarının; hemşirelik yüksekokulu mezunlarının ise beslenme puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik ile tıp mezunları karşılaştırıldığında, hemşirelik mezunlarının beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puanları tıp mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelik mezunları ebelik mezunlarıyla karşılaştırıldığında ise, ebelerin beslenme dışındaki alanlarda hemşirelere göre daha fazla puan aldıkları belirlenmiştir. Diğer taraftan hemşirelik yüksekokulu mezunları ile SML mezunlarının puanları incelendiğinde, hemşirelik yüksek okulu mezunlarının bütün alanlarda, SML mezunlarına göre daha fazla puan aldıkları ortaya çıkmakla birlikte kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi alt ölçekleri ve genel ölçek

puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Akgül, 2008). Yurt dışında yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda özel olarak verilen eğitimin fiziksel aktivite, egzersiz ve beslenme alanlarında etkili olduğu saptanmıştır (Yeh and et.al. 2005).

Araştırmamıza katılan hemşirelerin ekonomik durumlarına göre SYBDÖ alt gruplarından fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ekonomik durumları orta düzeyde olan hemşirelerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.2). Çalışmamızda hemşirelerin iyi gelir düzeyine sahip olmasının fiziksel aktivite ve stres yönetimi hariç diğer olumlu sağlık davranışlarını teşvik etmeye yardımcı olmadığı söylenebilir. 2011 yılında yapılan bir çalışmada gelir düzeyi düşük öğrencilerin beslenme puanlarının da oldukça düşük olduğu görülmüş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Özyazıcıoğlu ve arkadaşları, 2011). 2012 yılında tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada ise ekonomik durum algısı kötü olan öğrencilerin manevi gelişimleri, kişilerarası ilişkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanlarının daha kötü olduğu tespit edilmiştir (Şimşek ve arkadaşları, 2012). Coşkun Güner'in ameliyathane hemşireleri üzerinde yaptığı çalışmasında, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin ekonomik düzeyi ile SYBDÖ'den elde edilen puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Coşkun Güner, 2006). Araştırmamız bu çalışmanın bulgularıyla benzerlik göstermemektedir. Akgül'ün çalışmasında ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayanların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanların ise egzersiz, beslenme,

stres yönetimi ve genel puan ortalamalarının daha fazla olduğu görülmekle birlikte egzersiz alanı dışındaki alt ölçek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Akgül, 2008).

İstanbul'da hemşirelik öğrencileri üzerinde yürütülen bir araştırmada öğrencilerin aldığı haftalık harçlık miktarı ile SYBDÖ alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; haftalık 111 TL ve üzerinde harçlık alan öğrencilerin kişilerarası destek ve stres yönetimi ortalama puanları, haftalık 30 TL'den az harçlık alan öğrencilere göre anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulunduğu bildirilmiştir ($p<0,05$). Haftalık 51-70 TL harçlık alan öğrencilerin ise kendini gerçekleştirme ortalama puanı, 30 TL'den az harçlık alan öğrencilere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrencilerin aldığı haftalık harçlık miktarı ile SYBD ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; 51-70 TL harçlık alan öğrencilerin ortalama puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Kocaakman, 2009). Çınar ve arkadaşlarının çalışmasında ekonomik durum ile SYBDÖ toplam puanı ve ölçek alt grup puanları karşılaştırıldığında, ekonomik durumu iyi olan öğrencilerin toplam puan ortalamaları ($p=0,043$), manevi gelişim puan ortalamaları ($p=0,012$), kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları ($p=0,002$), ekonomik durumu orta ve kötü olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çınar ve arkadaşları, 2011). Araştırma bulgularımız literatürdeki bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Johnson'ın çalışmasında da elde edilen gelirin beslenme davranışlarında önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir (Johnson, 2005).

Çalışmamızda hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt grubu toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Poliklinik ve diğer birimlerde görev yapan hemşirelerin

sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının servis veya yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.3). 2008 yılında hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada, görev birimi ile sağlık sorumluluğu alt grubu toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır, ancak servislerde çalışanların sağlık sorumluluğu alt grubu puanı acil, yoğun bakım ve ameliyathanede çalışanlardan daha yüksek olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada görev birimine göre SYBDÖ alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Özkan, 2008). Araştırmamız Özkan'ın çalışmasıyla benzerlik göstermemektedir. Araştırmamıza katılan hemşirelerin görev birimleri ile kişilerarası ilişkiler alt grubu toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Poliklinik ve diğer birimlerde çalışan hemşirelerin kişilerarası ilişkiler puan ortalamalarının servis ve yoğun bakımlarda çalışanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin çalışma şekli ve haftalık çalışma süresi ile fiziksel aktivite alt grubu toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Vardiya şeklinde ve haftalık 50 saatten az çalışan hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.3). Özkan'ın çalışmasında, araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma şekli ve haftalık çalışma süresine göre sağlık sorumluluğu toplam puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmekte olup ($p<0,05$), sürekli gündüz çalışan ve haftada 40 saat ve daha fazla çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuştur. Çalışma şekli ve haftalık çalışma saati ile fiziksel aktivite alt grubu toplam puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Özkan, 2008).

2010 yılında yapılan bir araştırmada, çalışma yılı 1-5 yıl olan hemşirelerin SYDBÖ ölçek puan ortalamaları, çalışma yılı 5-10 yıl olanların ölçek puan ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$) (Aksoy, 2010). Sivas'ta yapılan bir çalışmada sağlık personelinin çalışma yılına göre SYBDÖ ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kişilerarası destek ve sağlık sorumluluğu dışındaki alanlarda anlamlı fark bulunmuş olup ($p<0,05$), 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların SYBDÖ ve kişilerarası destek puan ortalaması dışındaki alt ölçek puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuş, 1-5 yıl arası çalışan sağlık personelinin ise kişilerarası destek puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir (Akgül, 2008). Araştırma sonucumuz Aksoy'un çalışmasıyla benzerlik gösterirken, Akgül'ün çalışmasıyla benzerlik taşımamaktadır.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin çocuk sahibi olma durumuna göre SYBDÖ alt grupları arasında anlamlı düzeyde bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 4.3.3). Güler ve arkadaşlarının çalışmasında dikkat çekici şekilde çocuk sayısı daha fazla olan öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuş olup, ölçeğin sağlık sorumluluğu alt boyutu dışındaki tüm alanlarında ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Güler ve arkadaşları, 2008). Özkan'ın çalışmasında aile tipi ve çocuk sahibi olma durumu ile SYDBÖ egzersiz alt grubu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Geniş ailede yaşayan ve çocuğu olmayan hemşirelerin egzersiz alt grubu puan ortalamaları ile stres yönetimi alt grubuna ait puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özkan, 2008). Akgül'ün çalışmasında, sağlık personelinin çocuk sahibi olma durumu ile SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çocuğu olmayanlar

beslenme alanı dışında kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi alanlarında çocuğu olanlara göre daha fazla puan almakla birlikte çocuk sahibi olma durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Akgül, 2008).

Araştırmamıza katılan hemşirelerin sigara içme durumuna göre fiziksel aktivite alt grubu toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,05$), halen sigara içen hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalamalarının hiç sigara içmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.4). Tambağ'ın çalışmasında sigara içmeyen öğrencilerin beslenme alt ölçek puan ortalamaları sigara içenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sigara kullanan öğrencilerin ise, kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamalarının kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tambağ 2011). Hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sigara kullanan öğrencilerde SYDBÖ puan ortalamaları (132,97), kullanmayan öğrencilere göre (136,62) anlamlı şekilde daha düşük olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrencilerin ölçek puan ortalamalarının günde 1-5 adet sigara içenlerde 135,72, günde 6-10 adet sigara içenlerde 131,91, günde 1 paket sigara içenlerde ise 128,88 olduğu saptanmış olup, öğrencilerin günlük sigara tüketim sıklığı ile SYDBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Aksoy, 2010). Elazığ ilinde yapılan bir çalışmada SYBDÖ toplam puanları ile beslenme alışkanlığı puan ortalamalarının sigara içen öğrencilerde içmeyenlere göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Cihangiroğlu, 2010).

Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada SYBDÖ egzersiz alt grubu puan ortalaması ile sigara içme, sağlıklı beslenme ve egzersiz yapma arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark olduğu bulunmuş olup ($p<0,05$); sigara içmeyen, beyaz et, sebze ve meyve ağırlıklı sağlıklı beslenen ve düzenli fiziksel egzersiz yapan hemşirelerin egzersiz alt grubu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özkan, 2008). Araştırma sonuçlarımız bu çalışmalarla benzerlik göstermemektedir. Bireylere kazandırılması gereken en önemli sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri hiç şüphesiz sigaranın hiç içilmemesi ya da içiliyorsa bir an evvel bırakılmasıdır. Araştırmamızda aksi sonuçlar elde edilmiş olsa da genelde sigara kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir.

Kronik hastalığı olan bireylerin mevcut hastalıkları ile ilgili bilgi ve tutumlarının sağlık sorumluluğu konusundaki farkındalıklarını artırması beklenebilir. Araştırmamıza katılan hemşirelerin kronik hastalığı olma ve sürekli ilaç kullanma durumlarına göre SYBDÖ alt grupları arasında anlamlı düzeyde bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 4.3.4). 2011 yılında Hatay ilinde yapılan araştırmada öğrencilerin kronik hastalığı bulunmasına göre SYBDÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak, araştırmada herhangi bir fiziksel ya da ruhsal kronik hastalığa sahip olan öğrencilerin kişilerarası destek puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tambağ, 2011). 2010 yılında yapılan bir çalışmada öğrencilerin kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre SYBDÖ toplamı ve sağlık sorumluluğu alt grup puan ortalamalarının değişmediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Cihangiroğlu, 2010). Akgül'ün çalışmasında kronik hastalık varlığı ile SYBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, kronik hastalığı olmayanların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek ve genel ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, kronik hastalığı olanların ise egzersiz ve kişilerarası destek puanlarının daha fazla olmasına rağmen istatistiksel

karşılaştırmada anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Akgül, 2008). 2012 yılında tıp öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise kronik hastalık varlığının, SYDBÖ'nün hiçbir alt boyutunu ve toplam puanını anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Şimşek ve arkadaşları, 2012). Araştırma bulgularımız Akgül ile Şimşek ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmayla benzerlik gösterirken; diğer incelenen literatür çalışmalarıyla benzerlik taşımamaktadır.

Yaptığımız çalışmada hemşirelerin kendi sağlığını nasıl hissetme durumu ile SYDBÖ manevi gelişim alt grubu toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kendi sağlığını iyi hisseden hemşirelerin manevi gelişim puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.4). Kocaakman'ın hemşirelik 1. ve 4. sınıf öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmasında, sağlık algısı ile kendini gerçekleştirme, stres yönetimi, egzersiz ve kişilerarası destek ve SYBDÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). “Şu andaki sağlığınızı nasıl yorumlarsınız?” sorusunu “çok iyi” olarak yanıtlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi ortalama puanlarının, sağlığını “kötü” olarak yorumlayan öğrencilere göre; egzersiz ve kişilerarası destek ortalama puanlarının ise, sağlığını “iyi” olarak yorumlayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada öğrencilerin sağlık algısı ile SYBDÖ toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlığını çok iyi olarak algılayan öğrencilerin diğer öğrencilere göre SYBDÖ ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Kocaakman, 2009).

Ankara ilinde yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinin sağlığı algılama düzeyi ile kendini gerçekleştirme ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kendi sağlığını algılama düzeyi çok iyi olan öğrencilerin

kendini gerçekleştirme puan ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuştur (Berçin, 2010). 2010 yılında yapılan bir çalışmada öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirme dereceleri “iyi” yönünde yükseldikçe SYBDÖ toplamı ile alt bileşenlerinden sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı ve stres yönetimi puan ortalamalarının da anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Cihangiroğlu, 2010). Kaya ve arkadaşlarının öğretim elemanları arasında yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılanların sağlık durumlarını olumlu yönde algılamaları ile sağlık sorumluluğu dışındaki tüm alt ölçekler arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir (Kaya ve arkadaşları, 2008). Araştırmamız bu çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin kesici-delici aletle yaralanma durumuna göre SYBDÖ manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt grubu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kesici-delici aletle yaralanmayan hemşirelerin manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları kesici-delici aletle yaralanma hikayesi olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksektir. (Tablo 4.3.5). Araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından istenilen düzeyde olan hemşirelerde kesici-delici aletle yaralanma durumu gibi olumsuz durumların daha az olacağı beklenilmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin iş kazası yaşama ve şiddete maruz kalma durumuna göre SYBDÖ toplam puan ortalaması ile tüm alt gruptaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızda iş kazası yaşama ve şiddete maruz kalma durumunun hemşirelerde SYBD üzerine anlamlı etkisinin olmadığı bulunmuştur. Hastanelerde çalışan hemşirelerin hastane ortamı ve çalışma koşullarından kaynaklı faktörler nedeniyle birçok sağlık riski ile karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. ABD İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetimi (OSHA);

hastanedeki potansiyel tehlike ve riskleri fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikolojik, çevresel/mekanik/biyomekanik başlıkları altında sıralamıştır. OSHA'ya göre; hemşireler bazı özel iş riskleri ile karşı karşıya olup bu riskler; kan yoluyla bulaşan patojenler, kimyasal tehlikeler, kayma, düşme, lateks alerjisi, malzemelerden kaynaklı tehlikeler, tüberküloz, iş stresi, metisiline dirençli stafilokok enfeksiyonları, işyeri şiddeti ve fiziksel tehlikeler şeklinde belirtilmiştir (Kesgin ve Kublay, 2011).

Araştırmaya katılan hemşirelerin istifa etmeyi düşünme durumuna göre SYBDÖ toplam puan ortalaması ile manevi gelişim ve stres yönetimi alt grubu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İstifa etmeyi düşünmeyen hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalaması ile manevi gelişim ve stres yönetimi puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksektir (Tablo 4.3.5). Hemşireler birçok nedenden dolayı istifa etmeyi düşünmüş olabilir. Özellikle çalışma şartları ağır olan hemşireler ile çeşitli risk ve tehlikelere maruz kalan hemşirelerde içinde buldukları olumsuz koşullar bu kararda etkili olabilir. İstifa etmeyi düşünen hemşireler sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından istenilen düzeyde olmayacakları için SYBDÖ toplam puan ortalamalarının istifa etmeyi düşünmeyenlere göre daha düşük olması beklenen bir durumdur. 2010 yılında yapılan bir araştırmaya göre, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin kendi meslekleriyle ilgili görüşlerinden olumsuz görüşlerin olumlulardan fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Mükemmel, zevkli ve ideal gibi meslekle ilgili üstün özelliklere ilişkin görüşlerin çok düşük düzeyde olduğu, bunun yanında berbat, zaman kaybı, çoğundan kötü, arzu edilmeyen gibi görüşlerin dağılımlarının fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Avcı Öztürk, 2010). Söz konusu bu tür olumsuz sonuçlar hemşirelik mesleği için istifa etme düşüncesini artırabilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin çalışan güvenliği konusundaki farkındalıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmaya Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan 158 hemşire katılmıştır. Araştırmaya katılanların %86,1'i kadın, %13,9'u erkek olup yaş ortalamaları $28,1 \pm 5,7$ 'dir. Hemşirelerin %75,3'ünün il merkezinde yaşadığı; %72,2'sinin lisans mezunu olduğu; %55,1'nin evli olduğu; %42,5'inin 2-5 yıl arasında görev yaptığı; %35,4'ünün servislerde, %39,9'unun yoğun bakımlarda, %3,2'sinin acil ünitesinde, %19,6'sının poliklinikte çalıştığı; %84,2'sinin kronik hastalığı olmadığı; %67,1'inin hiç sigara içmediği belirlenmiştir.

Hemşirelerin %10,8'i çalıştıkları hastanede çalışan hakları ve sorumlulukları konusunda bilgilendirme yapıldığını belirtmektedir. Katılımcıların %73,4'ü çalışırken sağlığını olumsuz etkileyen madde-cihaz-araç-gereç olduğunu söylemiştir. Hemşirelerin %67,1'inin kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadığı saptanmıştır. Hemşirelerin %50,0'ı gündüz, %72,2'si ise gece "güvenlik önlemlerinin yeterli olmadığını" bildirmiştir. Araştırmaya katılanların %91,1'i hastanede enfeksiyon kontrol biriminin olduğunu söylemiştir. Hemşirelerin %81,6'sı hepatit B, %6,3'ü hepatit A aşısı yaptırmıştır. Katılımcıların %64,6'sının tıbbi atık konusunda eğitim aldığı saptanmıştır. Hemşirelerin %89,2'si çalışırken eldiven kullandığını, %87,3'ü ise hastayla temasta el yıkadığını belirtmiştir. Katılımcıların %65,8'inin kesici-delici aletle yaralanma yaşamadığı bulunmuştur. Hemşirelerin %49,4'ü sağlık ve güvenliklerini tehlikeye düşürecek mesleki bir etkene maruz kaldıklarını belirtmiştir.

Araştırmaya katılanların %54,4'ü sözlü ya da fiziki şiddet yaşadığını belirtmiştir. Hemşirelerin %63,9'u okul döneminde çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda aldıkları eğitimin yeterli olmadığını söylemiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin üçte birinin iş kazası yaşadığı saptanmıştır. Sağlık çalışanları kendisi başvurmadıkça sürekli bir sağlık hizmeti alamamakta ve çalışma yaşamında sağlıklı olma hakkını sürdürememektedir. Tüm sağlık personeli çalışma ortamında biyolojik, kimyasal, fiziksel, çevresel, psikososyal ve biyomekanik risklerle karşı karşıyadır. Bu nedenle çalışma ortamının sağlık koşullarına uygun hale getirilmesi, bir takım tehlike olasılıklarının ortadan kaldırılması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, fizyolojik özelliklere uygun çalışma düzeni, kullanılan araç ve gerecin işe ve kullanan kişiye uyumunun sağlanması temel amaç olmalıdır.

Bilindiği gibi iş kazaları ve meslek hastalıkları alınacak önlemlerle büyük ölçüde engellenebilmektedir. Sağlık kurumlarının yöneticileri, verimliliği sağlamak için, iş kazası ve meslek hastalıklarının olası olumsuz etkilerini öngörmeli ve bu konuda önleyici faaliyetlere öncelik verip sorunları daha ortaya çıkmadan önlemeye çalışmalıdır. Ayrıca yöneticilerin İSG ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgi düzeyleri de araştırılarak bilgi düzeyi yeterli olmayanlar için eğitim desteği sağlanmalıdır. Sağlık işletmelerinde İSG yönetim sisteminin kurulması, İSG politikası ve hedeflerinin belirlenmesi, risk değerlendirmesi yapılması, konu ile ilgili iç ve dış denetimlerin yapılması iş güvenliği kültürünün oluşmasına katkıda bulunacaktır. Günümüzde artık birçok sağlık kuruluşlarında kalite çalışmaları yürütülmektedir. Bu nedenle hastanelerde asgari düzeyde bir kalite kültüründen söz edilebilir. Ancak, hastanelerde kalite kültürünün yanında iş güvenliği kültürünün de

oluşturulması ve yönetilmesi gerekmektedir. Hastane yönetimi, iş yeri sağlık birimi ve kalite yönetimi komiteleri daha sıkı iş birliği içinde olmalıdır.

Hastane yöneticileri, enfeksiyon kontrol komiteleri ve tüm sağlık çalışanları kesici delici alet yaralanmalarını önleyen malzemelerin kullanımı konusunda daha sıkı bir işbirliği içinde olmalıdırlar. Sağlık kuruluşlarında iş sağlığı birimi oluşturulmalı, sağlık işletmelerine özgü iş kazaları ve meslek hastalıkları konusunda uzman hekimler ve hemşireler çalıştırılmalıdır. İş yeri sağlık birimleri, çalışanlara yaygın hizmet içi eğitim verilerek sağlıklarını korumak ve sürdürmek için uygun davranışlar kazandırılmalıdır. Çalışanların periyodik muayene ve izlemleri yapılarak meslek hastalıklarına karşı korunmaları sağlanmalıdır. Yaralanmaya neden olan aletlerin kurum olanakları doğrultusunda güvenli olan alternatifleri ile değiştirilerek, koruyucu malzemelerin (gözlük, önlük, eldiven vb.) yeterli ve güvenli olanlarının temini sağlanmalıdır. Hepatit B aşısı yaptırmayan hemşirelere eğitim verilerek aşı yaptırmaları sağlanmalı, aşı yaptıran personelin koruyuculuk düzeyleri kontrol edilmeli, işe yeni başlayan personelin mutlaka serolojik kontrolleri yapılmalıdır.

Sağlık personelinin şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörlerinde çalışanlara göre 16 kat fazla olduğu bildirilmektedir. Hemşirelerin özellikle hastalar tarafından diğer sağlık personeline oranla üç kat daha fazla şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının mesailerinde şiddete maruz kalması fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır. Hasta başına düşen sağlık çalışanı sayısının yetersiz olması nedeniyle hasta ve yakınlarına yeterli hizmet verilememesine bağlı olarak hemşirelerin şiddete maruz kalması hemşirelerin hizmet süreçlerini doğrudan etkilemektedir. Sağlık yöneticileri, muhtemel şiddet olaylarını önlemek için hemşirelere çatışma yönetimi ve iş yerindeki temel şiddet faktörleri

konusunda eğitim verilmesini sağlamalıdır. Bu eğitimler çalışanların konu ile ilgili bilinç düzeylerini yükselterek davranış değişikliğine neden olabilecektir. Ayrıca ihtiyaç duyulan birimlere yeterli personel desteğinin sağlanması gereklidir.

Araştırmamızda elde edilen bulgular ve değerlendirmeler ışığında hemşirelerin çalışma ortamlarındaki stres kaynaklarının belirlenmesi ve önlenmesi sağlanmalıdır. Hemşirelerin mezuniyet sonrasında meslek içi eğitimlerinin devamının sağlanması ve insan gücü planlanmasında iş kalitesinin yükseltilmesiyle hemşirelerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıkları korunabilecektir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin İSG açısından önemli oranlarda risk ve tehlikelere maruz kaldıkları saptanmıştır. Ülkemizde iş kazası ve meslek hastalıklarından kaynaklanan sonuçlar, maddi ve manevi kayıplarımızın gayri milli safi hasılaya yansması ciddi rakamlara ulaşmaktadır. Öncelikli hedef sağlık sektöründeki iş kazaları ve meslek hastalıklarını önlemek olmalıdır. Önlemeye çalışırken önümüze çıkan tüm prosedürlerin yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu prosedürlerin kanun, yönetmelik, yönerge ve genelgede kalmayıp sektörde çalışan tüm sağlık çalışanlarında uyarlanmasını sağlayarak daha kolay, daha ekonomik ve daha insancıl bir çalışma ortamı sağlanmış olacaktır. Bunu yaparken devlet, işveren, çalışan, sendika, üniversiteler ve basına hep birlikte sorumluluk yüklenmekte ve bu sorumluluğu da herkesin içten hissetmesi gerekmektedir. İnsanların yaşam ve çalışma hakkı göz önüne alındığında ülkemizde insan haklarına sahip çıkan ve savunan kurumların arttırılarak güçlendirilmesi oldukça önemlidir. Sağlık sektöründe çalışanların çalışma koşullarının (vardiya düzeni, nöbet hizmetleri, yoğun bakım ve ameliyathane hemşireleri çalışma düzeni, acil servis hemşireleri çalışma düzeni) iyileştirilmesine

çalışılmalıdır. İş yeri ortamındaki sağlığa zararlı risk faktörleri hijyenik koruyucu önlemlerle ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır.

Çalışanların sağlığına önem verildiği zaman meslek hastalıklarını, iş güvenliği konusuna önem verildiği zamanda da iş kazalarını önlemeye yönelik çalışmalarda bulunmuş olunacaktır. İş sağlığı ve iş güvenliği tedbirlerine gerekli önemin verilmesi ulusal servetin, sağlığın, insan gücünün ve verimliliğin korunması anlamına gelmektedir. Mesleğe yeni başlayan hemşirelerin oryantasyon eğitimleri ve hizmet içi eğitimleri ile mesleğini yürütmekte olanlara iyileştirme eğitimleri sayesinde hemşirelerin eğitim seviyeleri artırılarak maksimum verim sağlanabilir. Güvenli çalışmanın sağlanması ve çalışanların refah düzeyinin yükseltilmesi için çözülmesi gereken sorunların başında iş sağlığı ve güvenliği gelmektedir.

Hemşirelerin uzun süreli çalışma düzenleri nedeniyle iş konsantrasyonları bozulmakta ve dikkatleri dağılmaktadır. Bu duruma teknik yetersizlikler de eklenince iş kazaları meydana gelebilmektedir. Bu yüzden kaza daha yaşanmadan koruyucu önlemlerin alınması gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki iş sağlığının ön koşulu çalışanların yaşama ve beden bütünlüğü haklarının güvence altına alınmasıdır. Denetmenler tarafından yapılacak periyodik ve zamansız denetlemelerle çalışan güvenliğine yönelik alınması gereken önlemler kontrol edilerek eksiklerin tamamlanması sağlanmalıdır. İş güvenliği alanında yetişmiş uzman sayısının yetersiz olması da bir sorun olarak ele alınmalıdır. Bunun için iş sağlığı ve güvenliği konularında eğitim ve denetim sağlayacak uzmanlar yetiştirilmelidir.

Çalışma ortamlarındaki genel hijyen koşulları da kontrol altında tutulmalı ve denetlenmelidir. Tüm birimlerde çalışanların sağlığını koruyacak şekilde düzenleme yapılmalı, hemşirelere sağlıklı bir ortamda ve yürütülen işin gerektirdiği kaloriyi

geliştirecek şekilde beslenmeleri ve su ihtiyacının sağlanması, soyunma odası, lavabo ve tuvaletlerin bakımlı ve temiz olması, genel temizlik donanımının sağlanması ve kontrollerin yapılması gerekmektedir. Sağlıklı ve güvenli iş ortamı oluşturmak için çalışan temsilcisi çalışanları yakından takip etmeli, tehlike oluşturabilecek hususları belirleyip üst yönetimi bilgilendirerek gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamalıdır.

Çalışmamızda, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesiyle ilgili sağlık davranışlarının SYBDÖ'den alınabilecek üst puanın 169 olabileceği göz önüne alındığında, genel olarak orta düzeyde olduğu ($121,61 \pm 16,00$) saptanmıştır. Bunun nedeni olarak aile ortamında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yeterince kazandırılmaması, okul müfredat programlarında sağlığı geliştirme konularına az yer verilmesi, üniversitede müfredat programlarının ise daha çok hastalık odaklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre; hemşirelerin SYBDÖ'den en yüksek kendini gerçekleştirme alt grubundan puan aldıkları, en düşük ise sırası ile egzersiz, beslenme ve stres yönetimi alt gruplarından puan aldıkları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çeşitli özelliklerine göre SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşirelerin öğrenim durumu, ekonomik durumu, görev yaptıkları birim, çalışma şekli, haftalık çalışma süresi, sigara içme durumu, kendi sağlıklarını nasıl hissettikleri, kesici-delici aletle yaralanma durumu ve istifa etmeyi düşünme durumunun SYBDÖ puanlarını anlamlı şekilde etkilediği bulunmuştur. Lise ve önlisans mezunu hemşirelerin manevi gelişim ve stres yönetimi puan ortalamaları lisans ve üzeri mezunu olanlara göre daha yüksektir. Ekonomik durumları orta düzeyde olan hemşirelerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları ekonomik durumu iyi ve kötü olanlara göre daha yüksektir. Poliklinik ve

diğer birimlerde çalışan hemşirelerde sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puan ortalamaları servis ve yoğun bakımlarda çalışanlara göre daha yüksektir. Vardiya şeklinde çalışan hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalamaları gündüz ve nöbet usulü çalışanlara göre daha yüksektir. Haftalık 50 saatten az çalışan hemşirelerde haftalık daha fazla süre çalışanlara göre fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları daha yüksektir. Halen sigara içen hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalamaları hiç sigara içmeyenlere göre daha yüksektir. Kendi sağlığını iyi hisseden hemşirelerin manevi gelişim puan ortalamaları kendi sağlığını orta ve kötü hissedenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Kesici-delici aletle yaralanmayan hemşirelerin manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları kesici-delici aletle yaralanma hikayesi olanlara göre daha yüksektir. İstifa etmeyi düşünmeyen hemşirelerin manevi gelişim ve stres yönetimi puan ortalamaları istifa etmeyi düşünenlere göre daha yüksektir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin yaş grubu, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, kronik hastalık olma durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, iş kazası yaşama durumu ve şiddete maruz kalma durumunun ise SYBDÖ puanları üzerine anlamlı etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler şunlardır;

- Hemşirelerin eğitimleri süresince almış oldukları sağlık eğitimi konusundaki derslerinin bir alışkanlık olarak projelerle yürütülüp devamı sağlanmalıdır.
- Hemşirelerin mesleki eğitimleri süresince edindikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamama nedenlerine yönelik çalışmalara ağırlık verilmelidir.

- Kuruma ait, tüm çalışanlarının egzersiz aktivitelerini yürütebileceği tesislerin açılması ve yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.
- Hemşirelerin, sağlıklarını korumak, geliştirmek ve topluma uygun rol model olmalarını sağlamak için, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından özellikle beslenme, egzersiz, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alanlarında bireylere yönelik düzenli hizmet içi eğitimi programları gerçekleştirilmelidir.
- Hemşirelere uygulanacak sağlığı geliştirme programlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen tüm faktörler göz önünde tutulmalıdır.
- Hemşirelere, stresle başa çıkma yolları öğretilmelidir. Hemşirelik mesleğine özgü strese neden olan etmenlerin belirlenerek ortadan kaldırılmasına yönelik araştırmalar yapılmalıdır. Sağlık kurumlarında psikolojik danışmanlar aktif şekilde görev yapmalı, yöneticiler bu konuda hemşirelere destek olmalıdır.
- Hemşirelerin olumsuz yaşam biçimi davranışlarının olumlu yönde düzeltilmesinde hizmet içi eğitimlerin motivasyonu artırıcı, benlik algısını geliştirici ve sosyal yönden iletişim becerilerini içeren ve kişilerarası ilişkileri güçlendiren girişim programlarından oluşması önerilmektedir.
- Hemşirelik eğitiminde sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularına daha çok yer verilmesi, bu davranışların kazanılmış olduğunun gözlenmesi, geleceğin hemşirelerinin ilerleyen süreçle birlikte sağlığı koruma ve hastalara olumlu rol model olma özelliklerinin gelişmesine yardımcı olacaktır.
- Hemşireler, gençlik döneminin ve üniversite yaşamının özellikleri konusunda bilgi sahibi olmalı, özellikle sağlık alanındaki tutum ve davranışlar yönünden üniversite yaşantısının gençler üzerindeki etkisinin farkında olmalıdır.

- Hizmet içi eğitimlerde hemşirelerin iç sağlık kontrol odağı yönelimini, sağlık öz yeterliğini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmede etkili olan yolları incelemek, sağlık davranışlarını nasıl algıladıklarını fark etmek, sağlık davranışlarının kazandırılmasında ne yapacağı ve nasıl yapacağı hakkında çerçeve oluşturmak amacıyla sağlığı biyo-psiko-sosyal yaklaşımla ele alan kuram ve modellerden yararlanılmalıdır.
- Sunulacak hemşirelik hizmetlerinde sağlığı destekleyen etmenlerden oluşan sağlık kaynaklarının, sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek koşul ve süreçlerden oluşan sağlık risklerinin neler olabileceğine odaklanan sağlık eğitim programları gerçekleştirmelidir.
- Sigara kullanan hemşireler için sigara içmeme veya içiyorsa bırakma gibi sağlığı geliştirici davranışlar teşvik edilmeli ve uygulamaya yönelik programlar yapılmalıdır.
- Hemşirelerin genel sağlık ve sosyoekonomik durumlarının iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Hemşirelerin iş yerindeki çalışma durumlarını etkileyen faktörler değerlendirilerek meslekteki görev süreleri fazla olan hemşirelerin daha az yoğun olan bölümlerde görevlendirilmesi, birlikte çalışmadan doğan sorunların zamanında ve sorun kronikleşmeden çözülmesi, iş yerinde destekleyici bir ortam oluşturulması, tatil ve dinlenme olanaklarının mutlaka kullanılması sağlanmalıdır.
- Hemşireler ve tüm sağlık personelinin sağlık davranışları ve sağlık davranışı üzerinde etkili olan faktörlere yönelik olarak daha geniş kapsamlı ve çok merkezli araştırmaların planlanarak yürütülmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Ağkoç, S. (2005). Hekimlerde Mesleki Riskler İstanbul Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Üzerinde Bir Çalışma. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Ak, F. (2007). Vardiyalı Çalışmanın Hemşirelerin Fiziksel Sağlığı Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Akça Ay, F. A., Ertem, Ü. T., Özcan, N. K., Ören, V. G., Işık, R. D. (2008). Temel Hemşirelik. Medikal Yayıncılık, İstanbul.

Akdemir, N., Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Yayınları, İstanbul.

Akgül N. (2008). Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz – Etkililik – Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Akın, L. (2005). “İş Sağlığı ve İş Güvenliğinde İşyerinin Örgütlenmesi”. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 54 (1), 1-60.

Akkök, A. (1997). İş Kazalarının Maliyeti ve İş Güvenliği. MPM Yayınları, No:204, Ankara.

Aksoy T. (2010). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Al-Kandari, F., Vidal, VL. (2007). Correlation of the Health-Promoting Lifestyle, Enrollment Level, and Academic Performance of College of Nursing Students in Kuwait. Nursing and Health Sciences, 9 (2), 112-119.

Alkış H., Taşpınar Y. (2012). İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğinde Yeni Yaklaşımlar, Demir Çelik Sektörü Çalışanlarının İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Algısı: Konya Örneği. International Iron and Steel Symposium, Karabük.

Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2 (2), 161-173.

Anonim, (1999). World Health Organization. Health 21-Health for all in the 21st Century. WHO Press, Copenhagen.

Arıcı, K. (1999). İş Sağlığı ve İş Güvenliği Dersleri. 49 s, Ankara.

Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., Hoeksema, S. N. (2006). Psikolojiye Giriş. Arkadaş Yayınevi, Ankara.

Avcı Öztürk, D. (2010). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İş Yaşam Kalitesinin İş Doyum Düzeyine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Ayaz, S., Tezcan, S., Akıncı, F. (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (2), 26-34.

Aydın Aytekin, F. (2010). İş Sağlığı ve Güvenliğinin Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Ayrancı, Ü., Yenilmez, C., Balcı, Y., Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. J Interpers Violence, 21:276-296.

Barg, F., Heard, L. (1996). "Psikososyal Destek". Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. IV. Aksam Sanat Okulu Matbaası, Ankara.

Baysal, A. (2002). Genel Beslenme. Hatipoğlu Yayıncılık, Ankara.

Berçin, T. (2010). Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Bıyıkçı, T. E. (2010). İş Sağlığı ve Güvenliğinin Sağlanmasında İş Güvenliği Uzmanlığı. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.

Bilgin, H., Buzlu, S. (2006). A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. Issues Ment Health Nurs, 27:75-90.

Bilir, N., Yıldız, A. (2004). İşçi Sağlığı ve Güvenliği. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

Black, J.M., Matassorin, J. E. (1997). Medical Surgical Nursing. Saunders Company, USA.

Bottorff, J. L., Johnson, J. L., Ratner, P. A., Hayduk, L. A. (1996). The Effects Of Cognitive - Perceptual Factors On Health Promotion Behavior Maintenance. Nursing Research, 45 (1), 30-36.

Brizer, D. A., Crowner, M. L., Convit, A., Volavka, J. (1988). Videotape Recording of Inpatient Assaults: A Pilot Study. *Am J Psychiatry*, 145:751-752.

Canbolat, Ç. (2011). Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliğine İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Cavlak, H., Bostancıoğlu, D. (2015). Avrupa Birliğine Uyum Sürecinde Türkiye'deki Sağlık ve Hasta Hakları. *International Anatolia Academic Online Journal, Social Science*, 2 (2), 27-42.

Centel, T. (1997). İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Mevzuatı. 5 s, İstanbul.

Cihangiroğlu, Z. (2010). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.

Coşkun Güner, İ., Demir, F. (2006). Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (3).

Coşkun, S., Öztürk, A. (2010). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3 (3).

Cüceloğlu, D. (1994). İnsan ve Davranışı. Remzi Kitabevi, İstanbul.

Çepni, S. (2010). Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlık Öz Yeterliği İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Çilengiroğlu, O. (2006). AB'ye Uyum Sürecinde Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Daban, U. Hastanelerde ve Diğer Sağlık Kuruluşlarında Risk Analizi, <http://hdl.handle.net/123456789/220>, Son Erişim:06.10.2015.

Dalak, H. (2010). Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.

Declaration of Alma-Ata, International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR,6–12September1978, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, Erişim tarihi:3.03.2008.

Demir, M., Güler, H., Öztürk, A., Kapan, S. H., Tarhan, D. (2011). HKS Okulu. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara.

Demircioğlu, M., Centel, T. (2005). İş Hukuku. 10. Baskı, 153 s.

Devebakan, N. (2007). Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

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

Dickey ve Janick 2001, www tkd. Online.org. Son Erişim Tarihi: 21.04.2013.

DSÖ,ConstitutionoftheWorldHealthOrganization,http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf, Son erişim tarihi: 03.03.2015.

DSÖ, (1986). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi, Cenevre.

Dündar Aravacı, E. (2014). Sağlık Hizmetleri Bakımından İş Sağlığı ve Güvenliği. Adli Bilimciler Derneği 1. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi 1-4 Mayıs, Marmaris.

Edelman, C. L., Mandle, C.L. (2002). Health Promotion. Mosby Company, Toronto.

Eken, G. (2011). İş Kazalarını Önlemede İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, On sekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.

Erim, O. (2007). Türk Silahlı Kuvvetlerinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, İstanbul.

Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılanmasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Genç, F. M., Karaoğlu, L. (2003). İnönü Üniversitesi 1. Sınıf Öğrencilerinin Diyet Alışkanlıkları. 8. Halk Sağlığı Günleri, Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Kongre Kitabı, Ankara.

Gökçe, T., Dündar, C. (2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15:25-28.

Gülalp, B., Karcioğlu, O., Köseoğlu, Z., Sari, A. (2009). Dangers Faced by Emergency Staff: Experience in Urban Centers in Southern Turkey. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 15:239-242.

Güler, G., Güler, N., Kocataş, S., Yıldırım, F., Akgül, N. (2008). Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 12 (3).

Güler, M. (2009). Sağlık Terimleri Sözlüğü. Timaş Yayınları, İstanbul.

Harkreader, H., Hogan, M. A., Thobaben, M. (2007). Fundamentals of Nursing. Saunders Elsevier Publishing, USA.

<http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/>. Erişim tarihi: Kasım 18, 2014.

http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_violence.pdf. Erişim tarihi: Kasım 18, 2014.

<http://www.isgdosya.com/sgk-2012-yili-istatistikleri/> Son Erişim Tarihi: 12.04.2015.

http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf, Erişim tarihi:3.3.2008

<http://www.isggm.gov.tr>, Son Erişim Tarihi: 15 Nisan 2015.

İlhan N.M., Doğan K., Doğan F. (2006). Ankara'da İki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri ve Çalışma Koşulları. 10.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı.

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

Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., Kaneko, F., Okamura, H. (2006). Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. Psychiatry Clin Neurosci, 60:29-36.

Johnson, RL. (2005). Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. Public Health Nursing, 22 (2), 130-137.

Kaya, F., Ünüvar, R., Bıçak, A., Yorgancı, E., Çınar, B., Öz, F., Kankaya, FC. (2008). Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7 (1), 59-64.

Khaghanyrad, E. (2014). İki Farklı Ülkede Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Kılıç, L. (2006). İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliğini Sağlama Hükümlülüğü ve Sorumluluğu. Yetkin Yayınları, 17 s, Ankara.

Kindy, D., Petersen, S., Parkhurst, D. (2005). Perilous work: nurses' experiences in psychiatric units with high risks of assault. Arch Psychiatr Nurs, 19:169-175.

Kocaakman, M. (2009). İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Birinci ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Kocabıyık, N., Yıldırım, S., Öztürk Turgut, E., Kayacı Türk, M., Ayer, A. (2015). Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Şiddete Uğrama Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 28: 112-118.

Koçoğlu, D. (2006). Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Korkmaz, A., Avsallı, H. (2012). Çalışma Hayatında Yeni Bir Dönem: 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası. Süleyman Demirel Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, No 26, 153-167.

Lusk, S. L., Kerr, M. J., Ronis, D. L. (1995). Health-Promoting Lifestyles Of Blue Collar, Skilled Trade And White-Collar Workers. Nursing Research, 44 (1), 20-24.

Mesleki Gelişim. (2011). İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı, Ankara.

Maurer, F., Smith, C. (2000). Community Health Nursing Theory and Practice. WB Saunders Company, s.404-424.

Nemutlu, G. (2003). Kalkınma Planlarında İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.

Öcal, A. (2010). Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Özabacı, M. N. (1998). Tedavi Edici Kurumlarda Çalışan Hemşirelerde Görülen Meslek Hastalıkları ve Nedenlerinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özarslan, A. (2009). Ankara’da Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde İş Kazası Sıklığı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Özcan, A. (2006). Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim. Sistem Ofset, Ankara.

Özdemir, N. Kemal. (2004). “4857 sayılı İş Yasası İş Sağlığı ve Güvenliği Hükümlerinin Değerlendirilmesi”. İstanbul Barosu Çalma Hukuku Komisyonu, İş Sağlığı ve Güvenliği, İstanbul Barosu Yayınları, 21 s, İstanbul.

Özkan, S., Yılmaz, E. (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3 (7), 89-105.

Özmutaf, N. M. (2005). Su Ürünleri Sektöründe Yer Alan İşletmelerde Çalışanların Kendini Gerçekleştirme Düzeyleri. Ege Su Ürünleri Dergisi, 22 (3-4), 413-418.

Öztürk, H., Babacan, E., Özdaş, E. (2012). Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1 (4), 252-268.

Özvarış, Ş. B. (2006). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Editörler: Güler, Ç., ve Akın, L. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s.1132–1188.

Özyazıcıoğlu, N., Kılıç, M., Erdem, N., Yavuz, C., Afacan, S. (2011). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 8 (2), 277-332.

Pender, N., Barkauskas, V., Hayman, L. (1992). Health Promotion and Disease Prevention Toward Excellence in Nursing Practice and Education. Nursing Outlook, 40 (3), 106-112.

Potter, P., Perry, A. (2009). Fundamentals of Nursing. Mosby Elsevers Publishing.

Sezgin, B. (2007). Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Şimşek, H., Öztoprak, D., İkizoğlu, E., Safalı, F., Yavuz, Ö., Özkan, O., Tekel, Ş., Çiftçi, Ş. (2012). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İlişkili Etmenler. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 26 (3), 151 – 157.

Tambağ, H. (2011). Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 47-58.

Tanrıkulu, G. (2010). Hemşirelerin Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Acil Servislerin Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Tokur Kesgin, M., Kublay, G. (2011). Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Yaşam Alışkanlıkları ve Çalışma Koşullarından Kaynaklı Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 41-49.

Tosun, B. (2008). GATA Destek Kıtaları Komutanlığı'nda Vatani Görevini Yapmakta Olan Er-Erbaşların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.

Tuğsavul HC, Yılmaz T, İş Güvenliği Eğitiminin Lisans Düzeyinde Önemi. <http://www.istanbul.edu.tr/mbgak/bildiriler/Endustri/D22.pdf>,ErisimTarihi:17.5.2009

Tuğut, N., Bekar, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 11 (3).

Turhan, F. (2006). Bir Üniversite Hastanesi Çalışanlarının Enfeksiyon Risklerine Yönelik Davranışları. 6-8 Eylül 2006, 10.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı.

Uçak, A., Kiper, S., Karabekir, H. S. (2011). Sağlık Çalışanlarının Karşılaştıkları İş Kazaları ve Eğitimin İş Kazalarını Azaltma Durumuna Etkisi. Bozok Tıp Dergisi, 1(3),7-15.

Uçak, G. (2011). Çalışanların Yönetime Katılması Alanı Olarak İş Sağlığı ve Güvenliği. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A., Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14 (2), 101-109.

Üstündağ, T. H. (1998). Hemşirelerin Fiziksel Sağlıklarını Algılama Durumları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

WHO. (1978). Declaration of Alma-Ata. Erisim: 9 Nisan 2009 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

WHO. (2009). Physical Activity. Erisim: 10 Nisan 2009 <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>.

WHO. (2007). Meeting of Counterparts on Nutrition and Food Safety on the Second WHO European Action Plan on Food and Nutrition Policy. Erişim: 10 Nisan 2009, www.euro.who.int/Document/NUT/2ndMtg_EAPFNP.pdf.

Yalçinkaya, M., Özer, F. G., Karamanoğlu, A. Y. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (6), 409-420.

Yaman, H. (2011). Gaziantep'teki MEKSA GESOB Çıraklık Eğitim Merkezindeki Kursiyerlerin İş Sağlığı ve İş Güvenliğine Bakışının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.

Yavuz, E. (2009). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Sağlığı ve Güvenliği Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Yeh C-C, Hou M-F, Tsai S-M, et al. Superoxide anion radical, lipid peroxides and antioxidant status in the blood of patients with breast cancer. Clin Chim Acta. 2005;361:104–11.

Yıldız, İ. (2010). Lise Öğrencilerinde Problemlili İnternet Kullanımı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Yılmaz, F. (2010). “Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları: Türkiye'de Kurulların Etkinliği Konusunda Bir Araştırma”. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7 (1).

Ek 1: Etik Kurul Onayı

T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :83116987- 144 12/03/2013
Konu :Etik Kurul kararı
Toplantı Tarihi :11.03.2013
Toplantı No :2013/07
Proje No :13-KAEK-089

Sn. Yrd. Doç. Dr. Rıza ÇİTİL

Etik Kurulumuzun 11.03.2013 tarihli toplantısında görüşülen 13-KAEK-089 kayıt numaralı **“Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çalışan güvenliği konusundaki farkındalıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi”** başlıklı çalışmanın yapılmasında sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Çalışmaya başladığınız tarihten itibaren 1 (bir) hafta içerisinde proje başlama tarihini kurulumuza bildirmeniz hususunda gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hüseyin ASLAN
Başkan



ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ FARKINDALIKLARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Değerli meslektaşlarım,

Bu araştırma, "Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Çalışan Güvenliği Konusundaki Farkındalıkları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi" amacıyla planlanmış olup, birinci bölümde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren bilgi formu, ikinci bölümde hemşirelerin çalışan güvenliğinin incelenmesine yönelik sorular, üçüncü bölümde ise "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" yer almaktadır. Araştırma, sizin doğru ve samimi cevaplarınız ölçüsünde anlamlı ve geçerli olacaktır. Değerli katkılarınız ve işbirliğinizden dolayı teşekkür ederim.

Sema DEMİR

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

BÖLÜM 1: Bu bölüm, bireysel ve mesleki özellikleriniz ile ilgilidir. Size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

- 1.Yaşınız:
- 2.Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek
- 3.Öğrenim durumunuz: 1.Sağlık meslek lisesi 2. Ön lisans 3. Lisans 4. Yüksek lisans ve doktora
- 4.Medeni durumunuz: 1. Bekar 2. Evli (Çocuk sayısı.....). 3. Dul/boşanmış/ayrı yaşıyor (Çocuk sayısı.....)
- 5.Yaşamınızın çoğunluğunu geçirdiğiniz yer? 1. İl merkezi 2. İlçe 3. Kasaba/Köy
- 6.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
- 7.Hemşire olarak çalıştığınız toplam hizmet süreniz nedir?.....yıl / (Bir yıldan az iseay)
- 8.Bu kurumdaki çalışma süreniz nedir?..... yıl / (Bir yıldan az iseay)
- 9.Bu kurumda görev yaptığınız birim neresidir?.....
- 10.Bu kurumdaki görev pozisyonunuz nedir? 1. Hemşire 2. Eğitim hemşiresi 3. Yönetici hemşire (sorumlu / başhemşire)
- 11.Çalışma şekliniz nasıldır? 1. Gündüz 2. Vardiya 3. Nöbet usulü
- 12.Haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuz? 1. ≤ 40 saat 2. 41-50 saat 3. >50 saat 4. Diğer:.....saat
- 13.Günlük çalışma süreniz içerisinde ortalama kaç saat ayakta kalıyorsunuz?.....saat
- 14.Sigara içme durumunuz? 1. Hiç içmemiş 2. Halen içiyor (.....adet / gün) 3. Bırakmış
- 15.Kronik hastalığınız var mı? 1. Hayır 2.Evet (Belirtiniz: Sürekli kullandığınız ilaç var mı: 1. Evet 2.Hayır)
16. Sağlık sorununuz olduğunda ilk başvuru yeriniz neresidir? 1.Üniversite 2. Devlet Hastanesi 3. ASM 4. Özel sağlık kuruluşu
- 17.Kendi sağlığınızı yaşatlarınıza göre nasıl değerlendiriyorsunuz? 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
- 18.Kişisel ve mesleki gelişim için eğitiminize yeterli zaman ayırabiliyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3.Kısmen

BÖLÜM 2: Bu bölüm, 'çalışan güvenliği' ile ilgili faaliyetlere yöneliktir. Çalıştığınız kurumu göz önüne alarak aşağıdaki ifadelerden size uygun seçeneği işaretleyiniz.

- 1.Size göre 'çalışan güvenliği' nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 1. Çalışanların sağlık riskleri tespit edilmeden dış etkenlere karşı korunması için bir dizi önlemlerin alınmasıdır.
 2. Çalışanların sadece kimyasal ajanlarla maruz kalması sonucu alınan tedbirler bütünüdür.
 3. Çalışanların sağlık davranışları kazanması ile iç ve dış etkenlere karşı korunması için yapılan çalışmalardır.
 4. Çalışanların iş güvencesinin olmasını sağlamada alınan hukuki düzenlemeler ve politiklardır.
 5. Çalışma ortamındaki çeşitli etkenler nedeniyle çalışanların sağlık sorunları ve mesleki tehlikelerin kaldırılmasına yönelik çalışmalardır.
2. Size göre Türkiye'de çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik yasal mevzuat yeterli midir? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
3. Şu an çalıştığınız hastane ile ilgili olarak aşağıdaki soruları cevaplayınız.

	1.Evet	2.Hayır	3.Fikrim yok
• 'Çalışan güvenliği' birimi var mı?			
• Çalışanların güvenliği için gerekli önlemler alınıyor mu?			
• Hizmet içi eğitimler düzenli yapılıyor mu?			
• Hizmet içi eğitim programlarında 'çalışan güvenliği' ile ilgili eğitim veriliyor mu?			
• Çalışanlara ait veriler kişisel sağlık kartları ile kayıt altına alınarak takip ediliyor mu?			
• Çalışanların yaralanma / iş kazalarının önlenmesine yönelik teknik alt yapı yeterli midir?			
• Gürültülü cihaz olan ortamda çalışanlar kişisel koruyucu ekipman (kulaklık/tıkaç) kullanıyor mu?			
• Kesici- delici alet yaralanmaları takip ediliyor ve gerekli önlemler alınıyor mu?			
• Kan/vücut sıvısı sıçrama riski olan bölümlerde önlük, eldiven, yüz maskesi bulunduruluyor mu?			
• Lateks allerjisi olan personele yönelik koruyucu düzenlemeler yapılıyor mu?			

- 4.Kurumuzda işe başlarken, işe giriş muayenesi yapıldı mı? 1. Evet 2. Hayır
- 5.Hastanenizde çalışan tüm sağlık personeli için düzenli sağlık taraması yapılıyor mu? 1. Evet 2. Hayır
- 6.Hastanenizde, çalışanların yasal hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirme yapılıyor mu? 1. Evet 2. Hayır
- 7.Hastaya bakım verirken, hastayı kaldırmak, çevirmek, taşımak zorunda kalıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- 8.Kütlesel olarak ağır olan tıbbi araç-gereçleri taşımak zorunda kalıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
9. Çalışırken kullandığınız ve sağlığınızı olumsuz etkileyebileceğini düşündüğünüz madde/cihaz/araç-gereç var mı? 1. Evet 2.Hayır
- 10.Çalıştığınız üniteye iş yoğunluğu veya yetersiz donanımdan dolayı kişilerarası ilişkide sorun yaşıyor musunuz? 1. Evet 2.Hayır
11. Cevabınız “**evet**” ise en sık kimlerle sorun yaşıyorsunuz? 1. Hekim 2. Hemşire 3. Hasta 4.Hasta yakını 5.Yardımcı sağlık personeli
12. Hastanenizde çalışma saatlerinde yeterli güvenlik önlemleri alınıyor mu? Gündüz: 1.Evet 2.Hayır Gece: 1.Evet 2.Hayır
- 13.Hastanenizde “Enfeksiyon Kontrol Komitesi” var mı? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
14. Cevabınız “**evet**” ise riskli alanlarda çalışan hemşirelerin aşılınması sağlanıyor mu? 1. Evet 2.Hayır 3. Fikrim yok
15. Aşı ile korunabilen hastalıklardan hangilerine karşı aşı yaptırdınız? (Lütfen tam olanları belirtiniz).
1.Tetanoz 2. Hepatit B 3. Hepatit A 4. BCG 5. Mevsimsel Grip 6. Kızamık 7. Menengokok 8. Diğer:.....
16. Hepatit B virüsü için kan tetkiki yaptırdınız mı? 1. Evet 2. Hayır
17. Hepatit C virüsü için kan tetkiki yaptırdınız mı? 1. Evet 2. Hayır
18. Hastanenizde **tıbbi atık** kontrolü konusunda hizmet içi eğitim aldınız mı? 1.Evet 2.Hayır
19. Hastanenizde tıbbi atık kontrolü için gerekli tedbirler alınıyor mu? 1.Evet 2.Hayır 3.Fikrim yok
20. Hangisi/hangileri tıbbi atık grubunda yer alır? 1. Ambalaj atıkları 2. Patolojik atıklar 3. Radyoaktif atıklar 4. Genel atıklar
21. Tıbbi atıklar; hangi renkte plastik torbalarla taşınır? 1. Kırmızı 2. Mavi 3. Siyah 4. Sarı
22. Kesici-delici atıklar; hangi renkte atık kutularında toplanır? 1. Mavi 2. Siyah 3. Sarı 4. Kırmızı
23. Tıbbi atık için kullanılan plastik torbalar geri kazanılarak tekrar kullanılabilir mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
24. Tıbbi atıklarla ilgili aşağıda verilen ifadelerin hangi atık grubuna ait olduğunu belirtiniz.
- | | Enfeksiyöz | Patolojik | Kesici-delici |
|---|------------|-----------|---------------|
| 1.Batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklar | | | |
| 2.Mikrobiyolojik laboratuvar atıkları, kan/kan ürünleri, diyaliz/karantina atıkları | | | |
| 3.Anatomik atık dokular, organ ve vücut parçaları ile ameliyat, otopsi vb. tıbbi müdahale esnasında ortaya çıkan vücut sıvıları | | | |
25. Tehlikeli atıklar için gerekli tedbirler alınıyor mu? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
26. Radyasyon güvenliği için gerekli önlemler alınıyor mu? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
27. Kimyasal maddelerle çalışanlarda sağlık ve güvenlik önlemleri alınıyor mu? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
28. Çalışırken kan ve diğer vücut sıvıları ile temas edeceğiniz her durumda eldiven kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
29. Hasta ile ilgili işlemlerde hastaya her temas öncesi ve sonrası ellerinizi yıkıyor musunuz? 1. Evet 2.Hayır
30. Son bir yıl içinde çalışırken kesici-delici bir aletle yaralanmanız oldu mu? 1. Evet 2.Hayır
31. Cevabınız “**evet**” ise yaralanma hangi uygulamayı yaparken oldu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. IV girişim sırasında 4. Kontamine malzemeleri toplarlarken / temizlerken
2. Enjektör başlığını tekrar takarken 5. Enjeksiyon için hazırlanırken (Enjektör kapağını açarken, ampul kırarken)
3. Ameliyat / pansuman sırasında 6. Diğer:.....
- 32.Hastanenizde, sağlığınızı ve güvenliğinizi tehlikeye düşürecek mesleki bir etkene maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz?
1. Evet (Açıklayınız)..... 2. Hayır

33. Son bir yılda hasta/hasta yakınları/diğer kişiler tarafından sözlü/fiziki bir şiddete/istismara maruz kaldınız mı? 1.Evet 2.Hayır
34. Cevabınız “**evet**” ise kimler tarafından sözlü/ fiziki bir şiddete/istismara maruz kaldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1.Hastalar 2.Hasta yakınları 3.Meslektaşlar 4.Hekimler 5.Diğer sağlık personeli 6. İdareciler 7.Diğer çalışanlar.....
35. Hastanenede kullanılan eldiven, sıvı sabun, el antiseptiği gibi maddeler çalışan güvenliği açısından yeterince güvenli mi?
Eldiven: 1. Evet 2.Hayır Sıvı Sabun: 1. Evet 2. Hayır El Antiseptiği: 1. Evet 2. Hayır
36. Çalıştığınız birim için alınan malzemelerde sizin de görüşünüz alınıyor mu? 1.Evet, her zaman 2.Bazen 3.Hayır, hiçbir zaman
37. Hemşirelik eğitiminizde müfredat kapsamında çalışan güvenliği konusunda yeterli eğitim aldınız mı? 1. Evet 2.Hayır
38. Çalıştığınız hastanede şimdiye kadar hiç gerçekten istifa etmeyi düşündünüz mü?
1.Evet (Neden:.....) 2.Hayır
39. Hangi olaylar ‘iş kazası’ olarak nitelendirilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1.Kaza, sigortalı işyerinde bulunduğu sırada gerçekleşmişse,
2.Kaza, işveren tarafından yürütülmekte olan iş dolayısıyla gerçekleşmişse,
3.Kaza, işveren tarafından verilen bir görevle başka yere gönderilme nedeniyle asil işin yapılmadığı zamanlarda gerçekleşmişse,
4.Kaza, emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda gerçekleşmişse,
5.Kaza, sigortalıların işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere topluca götürülüp getirilmeleri sırasında gerçekleşmişse,
40. Çalıştığınız birimde iş kazası yaşadınız mı? 1. Evet 2. Hayır
41. Cevabınız “**evet**” ise aşağıdaki durumlardan hangilerini yaşadınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Kesici-delici aletlerin batması 2. Hasta ile ilgili materyallerin göze sıçraması 3. Düşme ve kayma 4. Yanık
5. Elektrik çarpmaları 6. Zehirlenme 7. Enjektör batması 8. Diğer:.....
42. Size göre sağlık sektöründeki iş kazalarının oluşum nedenleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Aşırı iş yükü ve çalışma saatlerin uzunluğu 6. Kurumun kendi iç denetimini yapmaması
2. Olumsuz işyeri çalışma koşulları(aydınlık, ısı, nem v.b) 7. Koruyucu iş güvenliği önlemlerinin alınmaması
3. Çalışanın psikolojik ve fizyolojik bozuklukları 8. Bakımı yapılmayan ve koruyucusu bulunmayan makine ve teçhizatlar
4. Çalışanın güvensiz davranışları ve kazaya yatkınlıkları 9. Çalışanların iş güvenliği konusundaki eğitimsizliği
5. Devlet tarafından gerekli denetim yapılmaması 10. Diğer:.....
43. Kurumunuzda ‘**renkli kod**’ uygulaması yapılıyor mu? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
44. Aşağıda verilen ifadeler hangi renkli kod/kodlar ile ilişkilidir, belirtiniz.
- | | Beyaz kod | Mavi kod | Pembe kod |
|---|-----------|----------|-----------|
| Bebek veya çocuk hastayı kaçırma girişimi durumunda aktif olan ekiptir | | | |
| Sağlık çalışanına karşı şiddet veya cinsel taciz durumunda aktif olan ekiptir | | | |
| Hasta veya çalışanların arrest olması durumunda aktif olan ekiptir | | | |
45. Sağlık Bakanlığınca oluşturulan ve sağlık kurumlarında çalışanlara yönelik şiddet durumunda aranması istenen ihbar hattı nedir?
1. Bilmiyorum 2. ALO 112 3. ALO 113 4. ALO 171 5. ALO 184
46. Hastanenede ‘çalışan sağlığı ve güvenliği’ için alınan önlemlerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır 3.Fikrim yok
47. Cevabınız “**hayır**” ise size göre **hastanenede** çalışan güvenliği konusunda **hemşireler açısından en öncelikli beş sorun nedir, önem sırasına göre 1’den başlayarak sıralayınız?**
() Hemşire sayısının az olması
() İş yükünün fazla olması
() Nöbet sayısının fazla olması
() Güvenliğin yeterli olmaması
() Bulaşıcı hastalıklara karşı yeterli koruyucu önlemlerin alınmaması
() İş kazalarına karşı yeterli koruyucu önlemlerin alınmaması
() Hemşirelerin doktor, hemşire ve diğer personel ile olan kişilerarası ilişkilerindeki sorunlar
() Hemşirelere yönelik olası şiddete karşı yeterli önlemlerin alınmaması
() Diğer: Belirtiniz:

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Her alışkanlığınız sıklığı için uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				

ÖZGEÇMİŞ

07.02.1985 tarihinde Çorum'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Çorum'da tamamladı. 2009 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu Bölümü'nden okul üçüncüsü, bölüm birincisi olarak mezun oldu. 2010 yılında Tokat Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde hemşire olarak göreve başladı. Halen Tokat Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde görev yapmaktadır. Evlidir. Aile Danışmanlığı Sertifikası ve 18. Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumu Katılım belgeleri mevcuttur.