Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

HASTANELERDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINDA PERSONEL GÜÇLENDİRMENİN ETKİSİ: HEMŞİRELER ÜZERİNDE BİR ÇALIŞMA

Ahmet YILDIZ

Doktora Tezi

Ankara, 2017

HASTANELERDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINDA PERSONEL GÜÇLENDİRMENİN ETKİSİ: HEMŞİRELER ÜZERİNDE BİR ÇALIŞMA

Ahmet YILDIZ

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2017

KABUL VE ONAY

Ahmet YILDIZ tarafından hazırlanan "Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliğinin Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Etkisi: Hemşireler Üzerinde Bir Çalışma" başlıklı bu çalışma, 18.04.2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Başkan)

Prof. Dr. Sıdıka KAYA (Danışman)

Doç. Dr. Mehmet TOP

Doç. Dr. Oğuz IŞIK

Yrd. Doç. Dr. Ali YILMAZ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Sibel BOZBEYOĞLU

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

☐ Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

☐ Tezim sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.

☒ Tezimin 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

18.04.2017

Ahmet YILDIZ

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

☐ **Tezimin tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**
(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

☒ **Tezimin 18.04.2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**
(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

☐ **Tezimin.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

☐ **Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

18.04.2017

Ahmet YILDIZ

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Sıdıka KAYA danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Ahmet YILDIZ

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesi sürecinde, değerli bilgileri, görüş ve önerileriyle yol gösterici olarak katkıda bulunan ve her zaman güler yüzüyle motive bir şekilde çalışmamı sağlayan tez danışmanım Prof. Dr. Sıdıka Kaya'ya,

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde önerileri ile katkı yapan ve tez izleme komitesinde yer alan Sayın Doç. Dr. Mehmet Top'a ve Dilaver Tengilimoğlu'na,

Araştırmanın yapıldığı hastanelerde araştırmanın uygulanmasında kolaylık ve destek sağlayan Sayın İbrahim Kara'ya, Sayın Erhan Ekingen'e ve tüm hastane yöneticilerine,

Araştırmanın uygulandığı hastanelerde anketlerin uygulanmasında verdikleri emeklerle katkıda bulunan tüm hemşirelere,

Tez çalışması süresince telkinleri ve anlayışıyla destek olan arkadaşlarım Sayın Mesut Teleş'e ve Sayın Cahit Korku'ya,

Hayatımın her anında desteklerini yanımda hissettiğim, sonsuz sevgi, anlayış ve sabırla maddi ve manevi destek olan aileme,

Göstermiş oldukları anlayış ve sabır için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

YILDIZ, Ahmet. *Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliğinin Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Etkisi: Hemşireler Üzerinde Bir Çalışma*, Doktora Tezi, Ankara, 2017.

Tüm dünyada, iş sağlığı ve güvenliği konusu önemli bir problem olarak görülmektedir. Sağlık çalışanları, özellikle hemşireler, çalışma ortamları ve örgütsel faktörler nedeniyle mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma açısından en riskli meslek gruplardan biridir. Çalışanların etkili ve verimli çalışması için işyeri güvenliklerinin sağlanması gerekmektedir. Çalışanların motivasyon, memnuniyet ve kendilerine olan güven düzeylerini yükselten, mesleki bilgilerini artıran ve gelişimlerini sağlayan uygulamaları ve koşulları ifade eden personel güçlendirme hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında önemli bir araç olabilir. Bu çalışmanın amacı, hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında personel güçlendirmenin etkisini araştırmaktır. Araştırma, Batman ilinde bulunan 2 kamu ve 3 özel hastanede çalışan toplam 377 hemşire üzerinde uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak, "Psikolojik Güçlendirme Ölçeği" (Psychological Empowerment Instrument), "Çalışma Koşulları Etkililiği Anketi II" (Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II) "Standart (Evrensel) Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme Ölçeği" (Universal Precautions Compliance Scale), "İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Yükümlülükleri Yerine Getirme Ölçeği" ile mesleki risk ve tehlikeleri belirlemeye yönelik 23 maddelik soru seti ve iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ile ilgili alınan önlemleri ve hemşirelerin mesleki ve demografik özelliklerini belirmeye yönelik 21 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Araştırmada, psikolojik ve yapısal güçlendirme bağımsız değişkenler, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme ve mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma ise bağımlı değişkenler olarak belirlenmiş ve güçlendirmenin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranışlara etkisi path analizi ile, güçlendirmenin mesleki risk ve tehlikelere maruz kalmaya etkisi ise lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırmada, hemşirelerin hem psikolojik hem de yapısal güçlendirme düzeylerinin, hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Psikolojik ve yapısal güçlendirmenin birlikte, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etmedeki değişimin %52'sini ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirmedeki değişimin ise %42'sini açıkladığı görülmüştür. Araştırmada ayrıca, güçlendirmenin psikolojik rahatsızlık yaşama, enjektör batma vakası yaşama, sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma üzerinde etkili olduğu ve güçlendirme düzeyi daha yüksek hemşirelerin bu mesleki risk ve tehlikelere daha az maruz kaldığı belirlenmiştir. Sonuç olarak, araştırmada güçlendirmenin iş sağlığı ve güvenliğini

sağlamada değerli bir araç olabileceği görülmüş ve çalışanların güçlendirilmesi ile ilgili önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler

Psikolojik Güçlendirme, Yapısal Güçlendirme, İş sağlığı ve Güvenliği, İş Sağlığı ve Güvenliği Davranışları, Mesleki Risk ve Tehlikeler, Hastaneler, Hemşireler

ABSTRACT

YILDIZ, Ahmet. *Impact of Empowerment on Ensuring of Occupational Health and Safety in Hospitals: A Study on Nurses*, Doctoral Thesis, Ankara, 2017.

All over the world, occupational health and safety issue is seen as a major problem. Health profession, especially nursing profession is one of the riskiest professions in occupational groups in terms of exposure to occupational risks and hazards due to work environment and organizational factors. It is necessary to ensure workplace safety for employees to effective and efficient working. Employee empowerment that express practices and conditions which increase employee motivation, satisfaction, confidence level and professional knowledge and enable development can be an important tool in ensuring the occupational health and safety. The aim of this study was to investigate the impact of empowerment on ensuring of occupational health and safety in hospitals. The study was carried out on total 377 nurses working in 2 public hospitals and 3 private hospitals in Batman. Survey form consisting of "Psychological Empowerment Instrument", "Conditions of Work Effectiveness Questionnaire II", "Universal Precautions Compliance Scale", "Fulfill the Obligations Related to Occupational Health and Safety Scale", "23-item set of questions to determine occupational risks and hazards and 21 questions related to taken measures to ensure occupational health and safety and the nurses of the occupational and demographic characteristics was used as the tool for data collection. In the study, psychological and structural empowerment are identified as independent variables while universal precautions compliance, fulfilling the obligations related to occupational health and safety and exposing to occupational risks and hazards are identified as dependent variables. Impact of empowerment on behaviors related to occupational health and safety evaluated by path analysis while impact of empowerment on exposing to occupational risks and hazards evaluated by logistic regression analysis. In the study, it has been determined that both psychological and structural empowerment of levels of nurses effect to universal precautions compliance and fulfilling the obligations related to occupational health and safety. It was determined that explanation degree of together to the psychological and structural empowerment for universal precautions compliance was 52%, while fulfilling the obligations related to occupational health and safety was 42%. In the study also it was determined that the empowerment effect on experience psychological discomfort, needle stick injury and exposure to physical violence and it was determined that the higher the level of empowerment of nurses less exposed to these occupational risks and hazards. As a result, it was seen that empowerment could be a valuable tool in ensuring the occupational health and safety and it were given suggestions about employee empowerment.

Key Words

Psychological Empowerment, Structural Empowerment, Occupational Health and Safety Behaviors, Occupational Risks and Hazards, Hospitals, Nurses

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY ..... **i**

BİLDİRİM ..... **ii**

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI ..... **iii**

ETİK BEYAN ..... **iv**

TEŞEKKÜR ..... **v**

ÖZET ..... **vi**

ABSTRACT ..... **viii**

İÇİNDEKİLER ..... **x**

KISALTMALAR DİZİNİ ..... **xv**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **xvi**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **xix**

GİRİŞ **1**

1. BÖLÜM: İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ **3**

1.1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAVRAMI 3

1.2. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ 5

1.2.1. Dünyadaki Gelişimi 6

1.2.2. Türkiye'deki Gelişimi 9

1.3. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİN İLİŞKİLİ OLDUĞU KAVRAMLAR 12

1.3.1. Tehlike, Risk ve Risk Değerlendirme 12

1.3.2. Güvenlik Kültürü ve Güvenlik İklimi 13

1.4. İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI 15

1.4.1. İş Kazası 15

1.4.2. Meslek Hastalığı 15

1.4.3. İş Kazası ve Meslek Hastalıklarının Oluşumuna Yol Açan Faktörler 17

1.4.4. İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Epidemiyolojisi 21

1.4.4.1. Dünyada Durum 21

1.4.4.2. Türkiye'de Durum 26

1.5. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİN ÖNEMİ 29

1.5.1. Çalışan Açısından Önemi 29

1.5.2. İşveren Açısından Önemi 30

1.5.3. Ülke Ekonomisi Açısından Önemi 31

1.6. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ MEVZUATI 32

1.6.1. Uluslararası Düzenlemeler 32

1.6.2. Ulusal Düzenlemeler 34

1.6.2.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 36

1.6.2.2. Diğer Düzenlemeler 37

1.7. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ YÖNETİM SİSTEMLERİ VE STANDARTLARI 40

1.7.1. BS 8800 Yönetim Sistemi 40

1.7.2. ILO İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi Rehberleri 41

1.7.3. OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri 42

1.7.4. JCI Standartları 43

1.7.5. Sağlıkta Kalite Standartları 45

1.8. HASTANELERDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ 46

1.8.1. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliğini Tehdit Eden Faktörler 48

1.8.1.1. Fiziksel Faktörler 49

1.8.1.2. Biyolojik Faktörler 50

1.8.1.3. Kimyasal Faktörler 51

1.8.1.4. Ergonomik Risk Faktörleri 52

1.8.1.5. Psikososyal Risk Faktörleri 53

2. BÖLÜM: PERSONEL GÜÇLENDİRME 57

2.1. PERSONEL GÜÇLENDİRME KAVRAMI 57

2.2. PERSONEL GÜÇLENDİRME KAVRAMININ GELİŞİMİ 58

2.3. PERSONEL GÜÇLENDİRMENİN İLİŞKİLİ OLDUĞU KAVRAMLAR 60

2.3.1. Yetki Devri 60

2.3.2. Motivasyon 61

2.3.3. Katılım 62

2.3.4. İş Zenginleştirme 63

2.4. GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMLARI 63

2.4.1. Yapısal Güçlendirme 63

2.4.2. Psikolojik Güçlendirme 65

2.5. PERSONEL GÜÇLENDİRME SÜRECİ VE UYGULAMASI 66

2.6. PERSONEL GÜÇLENDİRMENİN YARARLARI 72

3. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM 74

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE PROBLEM CÜMLESİ 74

3.2. VERİ TOPLAMA ARACI 76

3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM 83

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI 84

3.5. VERİLERİN ANALİZİ 85

3.6. SINIRLILIKLAR 87

4. BÖLÜM: BULGULAR 88

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR 88

4.1.1. Hemşirelerin Mesleki ve Demografik Özellikleri 88

4.1.2. Hemşirelerin İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Alınan Önlemlere İlişkin Değerlendirmeleri 91

4.1.3. Hemşirelerin mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma düzeyleri 93

4.1.4. Hemşirelerin Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet EtmeDüzeyleri 97

4.1.5. Hemşirelerin İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülüklerini Yerine Getirme Düzeyleri 98

4.1.6. Hemşirelerin Psikolojik Güçlendirme Düzeyleri 99

4.1.7. Hemşirelerin Yapısal Güçlendirme Düzeyleri 101

4.2. HİPOTEZ TESTLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 103

4.2.1. Güçlendirmenin İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Davranışlara Etkisinin İncelenmesi 103

4.2.2. Güçlendirmenin Mesleki Risk ve Tehlikelere Maruz Kalma Üzerine Etkisinin İncelenmesi 113

4.2.3. Güçlendirmenin ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Davranışların, Hemşirelerin Mesleki ve Demografik Özelliklerine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin İncelenmesi 119

5. BÖLÜM: TARTIŞMA 140

6. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER 155

KAYNAKÇA 161

EKLER 178

EK 1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ HÜKÜMLER İÇEREN TÜZÜK, YÖNETMELİK VE TEBLİĞLER 178

EK 2. ANKET FORMU 182

EK 3. ORİJİNALLİK RAPORU 187

EK 4. ETİK KURUL İZNİ 188

EK 5. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HASTANELERDEN ALINAN İZİNLER 189

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ANA	American Nurses Association
BLS	Bureau of Labor Statistics
BSI	British Standadization Institute
CWEQ	Conditions of Work Effectiveness Questionnaire
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESAW	European Statistics on Accidents at Work
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
ILO	International Labour Organization
İŞGÜM	İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi
JCI	Joint Commission International
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
OHSAS	Occupational Health and Safety Management Systems
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
PEI	Psychological Empowerment Instrument
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
TSE	Türk Standartları Enstitüsü
TTB	Türk Tabipleri Birliği
VIF	Variance Inflation Factor
WHO	World Health Organization
WLS	Weighted Least Squares

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Nedenlerine Göre Meslek Hastalıkları 18

Tablo 2. İş Kazalarının Nedenleri 20

Tablo 3. Dünyada İş Kazaları (1998 – 2011) 22

Tablo 4. Avrupa'da İş Kazaları (2012) 25

Tablo 5. Türkiye'de 2009-2013 Yılları Arası Sigortalı İşçi, İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sayıları 27

Tablo 6. Hastanelerdeki Başlıca Tehlike ve Risk Faktörleri 49

Tablo 7. Biyolojik Risk Faktörleri 51

Tablo 8. Güçsüzlüğe Yol Açan Faktörler 68

Tablo 9. Uyum İyiliği İndeksleri 80

Tablo 10. Ölçekler ve Boyutlarına İlişkin Cronbach Alfa Katsayıları 82

Tablo 11. Araştırma Evren ve Örneklemi 84

Tablo 12. Hemşirelerin Mesleki ve Demografik Özellikleri 90

Tablo 13. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Alınan Önlemlere İlişkin Hemşirelerin Değerlendirmeleri 92

Tablo 14. Koruyucu Ekipman (Eldiven, Maske, Bone, Gözlük, Önlük) Sağlanma Sıklığı 92

Tablo 15. Hemşirelerin Son 6 Ayda Maruz Kaldığı Mesleki Risk ve Tehlikeler 94

Tablo 16. Hemşirelerin Mesleki Risk ve Tehlikeleri Rapor Etme, İş Göremezlik Raporu Alma ve Meslek Hastalığına Yakalanma Durumları 96

Tablo 17. Hemşirelerin Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme Düzeyleri 97

Tablo 18. Hemşirelerin İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülüklerini Yerine Getirme Düzeyleri 99

Tablo 19. Hemşirelerin Psikolojik Güçlendirme Düzeyleri 100

Tablo 20. Hemşirelerin Yapısal Güçlendirme Düzeyleri 102

Tablo 21. LISREL Çok Değişkenli Normallik Testi 104

Tablo 22. Doğrudan, Dolaylı ve Toplam Etkiler 106

Tablo 23. Yapısal Eşitlikler ve R^2 Değerleri..... 107

Tablo 24. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirme Alt Boyutları, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Değişkenleri Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları 110

Tablo 25. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirme Alt Boyutlarının Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 111

Tablo 26. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirme Alt Boyutlarının İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 112

Tablo 27. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirme İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 114

Tablo 28. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirmenin Psikolojik Rahatsızlık Yaşama Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 114

Tablo 29. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirmenin Ekip Çalışması Problemi Yaşama Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 116

Tablo 30. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirmenin Enjektör Batma Vakası Yaşama Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 116

Tablo 31. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirmenin Enfekte Kesici-Delici-Batıcı Cisim Yaralanmasına Maruz Kalma Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 117

Tablo 32. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirmenin Sözel Şiddete Maruz Kalma Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 118

Tablo 33. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirmenin Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 119

Tablo 34. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması 121

Tablo 35. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Cinsiyetine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması 123

Tablo 36. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması 125

Tablo 37. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Çalıştığı Hastane Türüne Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması 127

Tablo 38. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Meslekte Çalışma Süresine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması 129

Tablo 39. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Çalışma Saatlerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması 131

Tablo 40. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Haftalık Çalışma Süresine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması 133

Tablo 41. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Pozisyonuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması 135

Tablo 42. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması 137

Tablo 43. Hemşirelerin Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Çalışan Güvenliği Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması 139

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İş - Hastalık İlişkisi 17

Şekil 2. İş Kazalarının Nedenleri 19

Şekil 3. İnsan Davranışlarına Bağlı Kaza Nedenleri 21

Şekil 4. Meslek Hastalığı Buzdağı Olgusu 29

Şekil 5. İş Kazalarının Maliyetlerinde Buzdağı Teorisi 31

Şekil 6. Psikososyal Riskler 54

Şekil 7. Güçlendirme Sürecinin Beş Aşaması 67

Şekil 8. Güçlendirme Süreci Basamakları 69

Şekil 9. Güçlendirme Süreci 72

Şekil 10. Araştırma Modeli 75

Şekil 11. Evrensel Güvenlik Tedbirleri Ölçeğinin Tek Boyutlu Modeli İçin Gizil Değişkenin Gözlenen Değişkenleri Açıklama Oranlarının Anlamlılık Düzeyleri 78

Şekil 12. Evrensel Güvenlik Tedbirleri Ölçeğinin Tek Boyutlu Modeli İçin Gizil Değişkenin Gözlenen Değişkenleri Açıklama Oranlarının ve Ölçme Hatalarının İncelenmesi 79

Şekil 13. Test Edilen Araştırma Modeli 104

Şekil 14. Test Edilen Araştırma Modeli İçin Path Diyagramı 105

GİRİŞ

Çalışma hayatı insan yaşamında önemli bir yer tutmaktadır. İnsanlar zamanlarının önemli bir kısmını çalışma ortamında geçirmektedir ve yaptıkları işe ve çalışma ortamına bağlı olarak çok sayıda mesleki risk ve tehlikeye maruz kalmaktadır. Çalışanların maruz kaldığı mesleki risk ve tehlikeler meslek hastalıkları ve iş kazalarının artmasına, çalışanlarda fiziksel ve ruhsal sorunların oluşmasına, çalışanların performansının düşmesine ve ekonomik kayıpların oluşmasına sebep olmaktadır. Bu yüzden iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması konusu tüm dünyada önemli bir problem olarak gündeme gelmektedir.

Mesleki risk ve tehlikeler sektörlere göre farklılık göstermektedir. Amerikan İş Sağlığı ve Güvenliği İdaresi (Occupational Safety and Health Administration-OSHA) sağlık sektöründe önemli yer tutan hastanelerin mesleki risk ve tehlikelere en fazla maruz kalınan çalışma ortamlarından biri olduğunu belirtmiştir (OSHA, 2015). İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği'nde de hastaneler iş sağlığı ve güvenliği açısından "çok tehlikeli" işyerleri sınıfına dahil edilmiştir (Resmi Gazete, 2012a). Amerikan İşgücü İstatistikleri Bürosu'na (Bureau of Labor Statistics-BLS) göre 2014 yılı itibariyle Amerika'da hastane çalışanlarının maruz kaldığı ölümcül olmayan iş kazası ve meslek hastalıklarının oranı tüm sektörlerde çalışanların maruz kaldığı ortalama iş kazası ve meslek hastalığı oranının yaklaşık iki katıdır (BLS, 2015). Hasta ve yakınlarına hizmet sunan sağlık çalışanlarının etkili ve verimli çalışması için hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması gerekmektedir.

İş sağlığı ve güvenliğinin hem dünyadaki hem de Türkiye'deki gelişimine bakıldığında iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ile ilgili daha çok yasal düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir. İş kazalarının nedenleri ile ilgili yapılan araştırmalarda iş kazalarının %80'inin insana bağlı nedenlerden meydana geldiği ve çalışanların güvensiz davranışlarının iş kazalarına kaynaklık ettiği belirtilmiştir (Camkurt, 2013, ss. 71-72; Sabuncuoğlu, 2013, s. 315; Çakar ve diğ., 2010, s. 40). Bu durum, iş sağlığı ve güvenliğini sağlamada insan faktörünün unutulmaması ve hukuksal düzenlemelerin yanında çalışanların kişisel ve mesleki gelişimine katkı yapabilecek uygulamalara ağırlık verilmesi gereğini ortaya koymaktadır. Çalışanların motive olmalarını, bilgi ve

uzmanlıklarına olan güvenlerini artırmalarını, olayları kontrol edebileceklerine inanmalarını, uygun ve anlamlı buldukları işleri yapmalarını ve inisiyatif kullanarak harekete geçmelerini sağlayan uygulamaları ve koşulları ifade eden personel güçlendirme (Koçel, 2011, s. 411) hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında önemli bir araç olabilir. Bu çalışmada, hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında personel güçlendirmenin etkisi araştırılmıştır. İlgili literatür incelendiğinde güçlendirmenin iş sağlığı ve güvenliğine etkisi üzerine herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu bakımdan çalışmanın alandaki bu eksikliğin giderilmesine önemli bir katkı sağladığı söylenebilir.

Çalışma, altı bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili, ikinci bölümünde ise personel güçlendirme ile ilgili genel bilgiler verilmiştir. Üçüncü bölümde, yapılan araştırmanın gereç ve yöntemi anlatılmış, dördüncü bölümde elde edilen bulgular, beşinci bölümde bu bulgular ile ilgili tartışmalara yer verilmiştir. Son bölümde ise bu çalışmadan çıkarılan sonuç ve öneriler sunulmuştur.

1. BÖLÜM

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Bu bölümde, iş sağlığı ve güvenliği kavramı, iş sağlığı ve güvenliğinin tarihsel gelişimi, ilişkili olduğu kavramlar, iş kazası ve meslek hastalıkları, iş sağlığı ve güvenliğinin önemi, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı, yönetim sistemleri ve standartları ve hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği konuları anlatılmıştır.

1.1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KAVRAMI

İş sağlığı ve güvenliği, çalışanların sağlığının korunması, üretimin devamlılığının sağlanması ve verimliliğin artırılması için yapılan ve çok disiplinli olarak yürütülen çalışmaları ifade etmektedir (Berk ve diğ., 2011, s. 11). İş sağlığı ve güvenliği kavramı, dar anlamda, çalışan sağlığının işyeri sınırları içindeki risk ve tehlikeler karşısında korunmasını kapsamaktadır. Geniş anlamda iş sağlığı ve güvenliği kavramı ise çalışma ortamındaki risk ve tehlikelerden çalışanların korunmasının yeterli olmayacağını kabul eden, çalışan sağlığı ve güvenliğini etkileyen işyeri dışından kaynaklanan riskleri de kapsamına dâhil eden bir kavramdır. Bu bağlamda sosyal güvenlik, ilk yardım, sağlıklı bir konutta yaşama, çevrenin korunması, beslenme ve ulaşım güvenliği gibi konular iş sağlığı ve güvenliği ile ilişkilendirilmektedir (Sabuncuoğlu, 2013, s. 310).

İş sağlığı ve güvenliği genel olarak, çalışanların sağlık ve esenliğini bozabilecek iş yerinden kaynaklı tehlikelerin tahmin edilmesini, tanınmasını, değerlendirilmesini ve kontrolünü yapan ve çalışan sağlığının genel çevre ve toplum üzerindeki muhtemel etkilerini de dikkate alan bir bilim olarak tanımlanmaktadır (Alli, 2008, s. 8). Çalışma hayatının sağlık üzerindeki etkilerinin incelenmesi iş sağlığı ve güvenliği biliminin ilgi alanını oluşturur. İş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının bir bölümü çalışanların sağlık sorunlarının incelenmesi, bu sorunların tanı ve tedavisi şeklindeki tıbbi çalışmaları içerir. Bu ilgi alanı iş hekimliği (occupational medicine) olarak bilinir. Diğer bölümü ise işyerlerinde olası sağlık ve güvenlik tehlikelerinin değerlendirilmesi, gerekli önleyici uygulamaların planlanması ve uygulanması şeklindeki çalışmaları kapsar. Bu ilgi alanı

da iş hijyeni (occupational hygine) olarak bilinir. İş sağlığı ve güvenliği ise hem tıbbi hem de teknik alanları kapsayan bir adlandırmadır (Bilir ve Yıldız, 2014, s. 3).

İş sağlığı ve güvenliği kavramı, esasen "iş sağlığı" ve "iş güvenliği" kavramlarının birleşmesinden oluşmuştur. 1950 yılında, Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour organization-ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) İş Sağlığı Birleşik Komitesi tarafından iş sağlığının amaçlarını kapsayan bir tanımlama yapılmıştır. Buna göre, iş sağlığı (European Union, 2011, s. 14):

- Tüm mesleklerde çalışanların fiziksel, sosyal ve zihinsel sağlıklarını en üst düzeye çıkarmak ve korumak,
- Çalışma koşulları nedeniyle çalışanın sağlığının bozulmasını önlemek,
- Çalışanı, işle ilgili tehlikelerden korumak,
- Çalışanları, fiziksel ve psikolojik yeteneklerine göre çalışma ortamına adapte etmek,
- Kısaca, işin insana, insanın işe adaptasyonunu sağlamaktır.

İş sağlığı, çalışanların iyilik hallerinin korunması ve yükseltilmesi (Maioh ve Faioh, 2007, s. 38) olarak tanımlanırken, iş güvenliği, işin yürütülmesi esnasında meydana gelen ve çalışanların sağlığına zarar vermesi muhtemel olan risk ve tehlikelerden çalışanların korunması ve daha güvenli bir çalışma ortamının sağlanması için yapılan sistemli çalışmalar olarak tanımlanmıştır (Çakar ve diğ., 2012, s. 67). İş güvenliğinin, kavram olarak, işin yapılması sırasında karşılaşılan risk ve tehlikelerin ortadan kaldırılması veya azaltılması ile ilgili, işverene getirilen yükümlülüklere ilişkin teknik kurallar bütünü anlamına geldiği belirtilmiştir (Köseoğlu, 2005, s. 15). Yapılan bir başka tanımda da iş güvenliği, çalışanın geçimini sağlamak için yaptığı iş sırasında karşı karşıya kaldığı risk ve tehlikelerin bertaraf edilmesi şeklinde tanımlanmıştır (Arvacık, 2014, s. 2). DSÖ iş güvenliğinin amaçlarını aşağıdaki gibi sıralamıştır (WHO, 2001, s. 98):

- İnsan ve diğer kaynakların israfını ve sağlığın bozulmasını önlemek,
- Çalışanların moralini yükseltmek,

- İş yerinde, kazalardan kaynaklı verimsizliği önlemek,
- İş kazalarının neden olduğu sosyal hasarı önlemek,
- İş kazalarını önlemek.

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili literatür incelendiğinde “iş sağlığı ve güvenliği” kavramının bazı yazarlar tarafından “işçi sağlığı ve güvenliği” olarak kullanıldığı görülmüştür. Ancak 4857 sayılı İş Kanunu, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve 6645 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’da “işçi sağlığı ve güvenliği” yerine “iş sağlığı ve güvenliği” kavramı kullanılmıştır. Ayrıca 6331 Sayılı Kanun’un 2. maddesinde; "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 çalışanlarına faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır" denilmektedir. Kanunun 3. maddesi b bendinde ise "Çalışan, kendi özel kanunlarındaki statülerine bakılmaksızın kamu veya özel işyerlerinde istihdam edilen gerçek kişidir" denilmektedir (Resmi Gazete, 2003; Resmi Gazete, 2012b; Resmi Gazete, 2015). Buradan iş sağlığı ve güvenliği kapsamında değerlendirilen kişi olarak “işçi” değil “çalışan” kavramının kullanıldığı ve çalışanların özel ve kamudaki tüm çalışanları ifade ettiği anlaşılmaktadır. Ayrıca, iş sağlığı kavramının, çalışanlarla birlikte, çalışanın zarar görmesinden etkilenen sosyal çevreyi, işvereni ve toplumu da kapsayan geniş bir kavram olduğu belirtilmiştir (Devebakan, 2007, s. 38). Bu yüzden çalışmada “işçi sağlığı ve güvenliği” kavramı yerine daha geniş bir anlamı ifade eden “iş sağlığı ve güvenliği” kavramının kullanılması uygun görülmüştür.

1.2. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

İş sağlığı ve güvenliği, üretim sürecindeki ve toplum yaşamındaki değişimlere bağlı olarak gelişim göstermiş ve birçok uzmanlık alanından bilim insanlarının çalışmaları sonucunda bir bilim dalı haline gelmiştir. İş sağlığı ve güvenliği kavramının günümüzdeki bilimsel anlamını kazanması çok uzun tarihsel süreç içinde olmuştur (Çakar ve diğ., 2012, s. 5). İş sağlığı ve güvenliğinin tarihsel gelişimi dünyada ve Türkiye’de olmak üzere iki bölümde incelenmiştir.

1.2.1. Dünyadaki Gelişimi

Çok eski dönemlerden beri, hastalık ile yapılan iş arasında ilişki kurulmaktadır. Dizdar ve Kurt (2001) batı literatüründe bazı kaynaklarda Tevrat'tan alıntı ile söze başlandığını ve "şayet bir ev yapıyorsan, damının etrafını bir korkuluk ile çevir ki, birinin damından düşüp zarar görmesinin vebalinden kurtulasın" denildiğini belirtmişlerdir (s. 31).

Bugünkü anlamda, iş sağlığı ve güvenliği kapsamında değerlendirilebilecek çalışmalar ise, ilk olarak eski Roma'da görülmüştür. İlk kez, ünlü tarihçi Heredot çalışanların verimli çalışabilmesi için iyi beslenmeleri gerektiğini belirtmiştir. Hipokrates, kurşunun zararlı etkilerinden ilk kez bahsetmiş, felçler, görme bozuklukları, kabızlık ve halsizlik gibi belirtileri saptamış ve bulguların kurşun ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Çakar ve diğ., 2012, ss. 5-6).

Madenciliğin başlamasının iş sağlığı sorunlarının gündeme gelmesinde önemli yeri vardır. 1494-1555 yılları arasında yaşayan Georgius Agricola, madenciler ve onların hastalıkları ile ilgili gözlemlerde bulunmuştur. Agricola "Of Things Metallic" isimli bir kitap yazmıştır. Kitabında hangi miktarda dozun zehirlenmeye sebep olduğunu belirtmiş ve alınması gereken önlemlerle ilgili önerilerde bulunmuştur (Taylor ve diğ., 2004, s. 299).

İş sağlığının babası olarak düşünülen Bernardino Ramazzini, 1700 yılında "De Morbis Artificum Diatriba" isimli kitabını yazmış ve iş ve hastalık arasındaki ilişkiyi tanımlamıştır. Bir hekim olan Ramazzani hasta muayenesi esnasında hastalara "Ne iş yapıyorsun?" sorusunun sorulmasını sağlayan kişi olarak tarihe geçmiştir (Fingret ve Smith, 1995, s. 18). 1775 yılında, Pervical Pott baca temizleyicileri arasında daha fazla görülen skrotum kanserlerinin temel sebeplerinden birinin yapılan iş olduğunu belirtmiştir (Güven, 2007, s. 7).

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalar 19. yüzyılda sanayi devrimi ile beraber hız kazanmıştır. Bu dönemde üretim yöntemleri değişmiş ve fabrikalarda ve diğer işyerlerinde çalışanlar kötü çalışma koşullarına maruz kalmıştır. Sanayi devriminin getirdiği bu olumsuz çalışma koşullarını iyileştirmek ve çalışanları korumak için çok

sayıda çalışma yapılmıştır. 19 yüzyıl ve sonrası yapılan çalışmalar aşağıda özetlenmiştir (Berk ve diğ., 2011, s. 13; Dizdar ve Kurt, 2001, ss. 32-34):

- 1802 yılında, Thomas Percival (1740-1804) gençlerin çalışma koşulları ve süreleri hakkında hazırladığı rapor ile İngiltere'de "Çocukların Bedeni ve Manevi Sağlıkları Hakkındaki Kanun" adlı ilk fabrika yasasının çıkışına katkıda bulunmuştur.
- 1802 yılında, İngiltere'de "Çıraklık ve Sağlık Ahlakı Kanunu" adlı fabrikalar kanunu yürürlüğe konulmuştur.
- Charles Turner Thackrah (1795-1833) İngiltere'de meslek hastalıklarına ilişkin ilk kitabı yazmıştır.
- John Thomas Arlidge (1822-1899) çanak çömlek işi yapanların yakalandığı hastalıklar ile ilgili çalışmalar yapmış ve çini ve toprak ürünleri üretimi yapan fabrikalarda işyeri hekimi bulunmasını sağlamıştır.
- 1842 yılında, çevre sağlığının kurucusu olarak kabul edilen Edwin Chadwick (1800-1884) "Çalışanların Çevre Sağlığı Koşulları" başlıklı bir rapor hazırlamıştır.
- 1828 yılında, Prusyalı General Kon Horn, orduya alınacak sağlam, genç erkeklerin bulunamamasından şikâyetle Prusya kralından çocuk işçilerin özellikle erkek çocukların fabrikalarda çalışmasının yasaklanmasını talep etmiştir.
- 1833 yılında, İngiltere'de işyerlerinin denetimini yapan ve işyerlerinin genel koşullarını düzenleyen bir örgüt kurulmuştur.
- 1839 yılında çıkarılan İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile Prusya'da 9 yaşından küçük çocukların çalıştırılması, 9-15 yaş arasında bulunan çocukların günde 10 saatten fazla çalıştırılması ve gece 21-05 arası vardiya çalışması çocuklara yasaklanmıştır.
- 1845 yılında, Prusya Esnaf Derneği, barut imalatı, yangın çıkması muhtemel işler ve yerler gibi izin alınarak kurulması gereken tehlikeli tesis sistemlerinin hangileri olduğu konusunda bir katalog yayımlamıştır.

- 1869 yılında, Kuzey Almanya Sanayi Derneği kurulmuştur ve fabrikalarda Teknik İş Sağlığı ve Güvenliği sisteminin kurulması sağlanmıştır.
- 1890 yılında, çalışma güvenliğine ilişkin kuralların belirlenmesi amacıyla ilk uluslararası konferans yapılmıştır.
- 1913 yılında, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Ulusal Güvenlik Konseyi (National Security Council) kurulmuştur.
- 1953 yılında, Almanya'da ilk kez İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi yapılmıştır,
- 1970 yılında, ABD'de İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (Occupational Safety and Health Act) çıkarılmış ve daha sonraları Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health-NIOSH) ve Amerikan Güvenlik Mühendisleri Derneği kurulmuştur.
- 1972 yılında, Almanya'da İş Sağlığı ve Güvenliği ve Kaza Araştırma Merkezi (Bundesanstalt für Arbeitsschutz Undfallforschung) kurulmuştur.

Bu gelişmeler dışında ILO ve DSÖ'nün dünyada iş sağlığı ve güvenliğinin gelişmesine katkı yapan önemli çalışmaları olmuştur. Bu çalışmalar aşağıda özetlenmiştir (WHO, 2010, ss. 11-12):

- 1950 yılında, ILO/WHO İş Sağlığı Birleşik Komitesi kurulmuştur. Bu komite ILO ve DSÖ'nün iş sağlığı ve güvenliği konularında iş birliği içinde hareket etmelerinin ilk adımı olmuştur.
- 1981 yılında, 155 sayılı ILO sözleşmesi yayımlanmıştır. İş sağlığı ve güvenliğini konu alan bu sözleşmede üye ülkelerin iş sağlığına ilişkin kendi ulusal politikalarını oluşturması gerektiği belirtilmiştir.
- 1985 yılında, 161 sayılı ILO sözleşmesi yayımlanmıştır. Bu sözleşmede kamu ve özel sektördeki tüm çalışanlara iş sağlığı hizmetlerinin verilmesi gerektiği belirtilmiştir.
- 1994 yılında, Herkes için İş sağlığı Küresel Bildirgesi (Global Declaration of Occupational Health for All) yayımlanmıştır.

- 1997 yılında, Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde İşyeri Sağlığının Geliştirilmesi Hakkında Lüksemburg Bildirgesi (Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union) yayımlanmıştır.
- 2002 yılında, Avrupa'da İyi İşyeri Sağlık Uygulamalarını Geliştirme Hakkında Barselona Bildirgesi (Barcelona Declaration on Developing Good Workplace Health Practice in Europe) yayımlanmıştır. Bu bildirgede "iyi işyeri sağlığı olmaksızın kamu sağlığı olamayacağı" düşüncesi vurgulanmıştır.
- 2003 yılında, İş Sağlığı ve Güvenliği Küresel Strateji (Global Strategy on Occupational Safety and Health) isimli doküman yayımlanmıştır.
- 2006 yılında, Çalışanların Sağlığı Hakkında Stresa Bildirgesi (Stresa Declaration on Workers Health) yayımlanmıştır.
- 2007 yılında, Çalışanların Sağlığı Hakkında Küresel Eylem Planı (Global Plan of Action on Workers Health) yayımlanmıştır.

Sonuç olarak, geçen 150-200 yıl içinde iş sağlığı ve güvenliği konularında önemli gelişmeler yaşanmıştır. Ancak, söz konusu gelişmeler bütün ülkelerde aynı tempoda olmamıştır. Bu yüzden, günümüzde ülkeler arasında iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları bakımından önemli farklılıklar vardır. Kapsam ve düzey bakımından farklılıklar olmasına karşın, iş sağlığı ve güvenliği konuları, bütün ülkelerin gündeminde önemli bir yer tutmaktadır (Bilir ve Yıldız, 2014, s. 19).

1.2.2. Türkiye'deki Gelişimi

Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili ilk yasal düzenleme Selçuklularla başlayarak Osmanlı döneminde de devam eden Lonca Sistemi'nde olmuştur. Lonca, üyesi olan esnafın sanatını denetler ve çalışanların haklarını koruyucu tedbirler alırdı. Bu tedbirlerden "İşyerlerinde Çalışanların Haklarının Korunması Kuralları" gibi bazıları iş güvenliği ile ilgili olmuştur (Dizdar ve Kurt, 2001, s. 171).

1865 yılında yayımlanan Dilaver Paşa Nizamnamesi, Türkiye'de, kömür madenlerindeki çalışma koşullarını düzenleyen ilk yazılı metindir (Güven, 2007, s. 8). Çalışma koşullarını düzenleyen ve madende bir hekim bulundurulmasını hükme

bağlayan Dilaver Paşa Nizamnamesi, daha çok üretimin artırılmasına yönelik olarak hazırlanmış olmasına rağmen, iş sağlığı ve güvenliği hakkında hazırlanan ilk yasal belge olması açısından önemlidir (Çakar ve diğ., 2012, s. 9).

İkinci önemli belge, iş güvenliği hakkında önemli hükümler getiren ve Tanzimat'tan sonra hazırlanan Maadin Nizamnamesidir. Askeri Fabrikalar Tüzüğü, Hicaz Demir Yolu Memur ve Hizmetlilerine Hastalık Kaza Hallerinde Yardım Tüzüğü, Tersane-i Amiriye ve Mensip İşçilerin Emeklilikleri Hakkında Tüzük ise bu dönemde çıkarılan ve daha çok sosyal yardım amaçlı hükümler içeren diğer düzenlemeler olarak sıralanabilir (Erkan, 1972, s. 14).

Birinci Büyük Millet Meclisi döneminde, dönemin iktisat vekili Celal Bey Ereğli kömür havzasında çalışan işçilerin durumunu gündeme getirmiş ve bu işçilerin sağlık, sosyal ve ekonomik durumlarını düzeltmeye yönelik 28 Nisan 1921 tarih ve 114 sayılı "Zonguldak ve Ereğli Havzası Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amale Menafii Umumiyesine Füruhtuna dair yasa" ile 10 Eylül 1921 tarih ve 151 sayılı "Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik" adlı iki yasanın çıkarılmasını sağlamıştır (Erkan, 1972, s. 15).

Cumhuriyet döneminde ise iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili çok sayıda düzenleme ve çalışma yapılmıştır. Aşağıda bunlar özetlenmiştir (İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi-İŞGÜM, 2015; Çakar ve diğ., 2012, ss. 11-12; Güven, 2007, s. 8):

- 2 Ocak 1924 tarih ve 394 sayılı Hafta Tatili Yasası, Cumhuriyetin ilanından sonra iş sağlığı ile ilgili olarak çıkarılan ilk yasal düzenleme olmuştur.
- 1926 yılında çıkarılan Borçlar Yasası'nın 332'nci maddesi iş kazaları ve meslek hastalıklarına ilişkin işverene hukuki sorumluluk getirmiştir.
- 1930 yılında yayımlanan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, işyerinde sağlık ve güvenlik hakkında hükümler içeren önemli düzenlemelerden biridir. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, halen halk sağlığı, iş sağlığı ve güvenliği alanlarında önemli bir yaptırım aracı olarak kullanılmaktadır.
- 1936 yılında yayımlanan 3008 sayılı İş Yasası ile iş sağlığı ve güvenliği konusunda Türkiye'de ilk kez ayrıntılı bir düzenleme yapılmıştır.

- 1945 yılında, Çalışma Bakanlığı kurulmuştur. Bakanlığın görevleri arasında sosyal güvenlik de yer almıştır. İş sağlığı güvenliğine yönelik çalışmaların tek elden yürütülmesi amacıyla Çalışma Bakanlığının kurulması sonrasında bu görev İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğüne verilmiştir.
- 1965 yılında, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası yürürlüğe konmuştur.
- 1969 yılında, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi (İŞGÜM) kurulmuştur.
- 1971 yılında yayımlanan 1475 sayılı İş Yasası ve bu yasaya uygun olarak çıkarılan tüzük ve yönetmelikler ile iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili ayrıntılı düzenlemeler getirilmiştir.
- 1975 yılında, Ankara ve İstanbul'da İtalyan Üniversitesi örneğinin esas alınması ile birer meslek hastalıkları kliniği kurulmuştur. 1980 yılına gelindiğinde ise Ankara ve İstanbul'da ilk Meslek Hastalıkları Hastaneleri kurulmuştur.
- Devam eden süreçte, 2003 yılında, 4857 sayılı İş Kanunu, 2012 yılında 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve 2015 yılında 6645 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ve bu kanunlara dayandırılarak çok sayıda yönetmelik ve genelge yayımlanmıştır.

Sonuç olarak, iş sağlığı ve güvenliğinin hem dünyadaki hem de Türkiye'deki gelişimine bakıldığında iş sağlığı ve güvenliğini sağlamak için daha çok hukuksal bir takım düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir. Ancak iş kazaları ve meslek hastalıklarına ilişkin istatistikler incelendiğinde halen azımsanmayacak sayıda çalışanın iş kazası ve meslek hastalığına maruz kaldığı görülmektedir. Bu durum hukuksal düzenlemelerin yanında başka önlemlerin de alınması gerektiğini göstermektedir. İş sağlığı ve güvenliğini sağlamada insan faktörünün unutulmaması ve hukuksal düzenlemelerin yanında insanın kişisel ve mesleki gelişimine katkı yapabilecek uygulamalara ağırlık verilmesi yararlı görülmektedir.

1.3. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİN İLİŞKİLİ OLDUĞU KAVRAMLAR

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili pek çok kavram bulunmaktadır. Bunların başlıcaları tehlike, risk, risk değerlendirme, güvenlik kültürü ve güvenlik iklimi kavramlarıdır. Bu kavramlar aşağıda açıklanmıştır.

1.3.1. Tehlike, Risk ve Risk Değerlendirme

Risk ve tehlike kavramları iş sağlığı ve güvenliği konusunda en çok kullanılan kavramlardandır. Bu iki kavram çoğu zaman birbirinin yerine kullanılsa da farklı anlamlara gelmektedirler. Tehlike kavramı zarar verme ya da yaralama potansiyeli olan kaynak anlamına gelmektedir. Risk kavramı ise bu kaynağın zarar verme ihtimalini ifade etmektedir (Erickson, 1996, ss. 13-14). Bir riskin varlığından söz edebilmek için bir tehlikenin var olması, bu tehlikeye maruz kalma ihtimalinin olması ve bu tehlikeye maruz kalındığında zarar verme ihtimalinin olması gerekmektedir. Tehlike riskin kaynağıdır. Örneğin bir kimyasal ya da ağır metal sağlığa zarar verebilecek bir tehlikedir. İnsanın bu tehlikeye maruz kalma ihtimali olduğunda ise risk ortaya çıkar (Covello, 2001, s. 57).

İş sağlığı ve güvenliği yönetiminin başarılı olması ve iş yerinden kaynaklanan tehlike ve risklerin belirlenmesi için risk değerlendirmesinin yapılması gerekmektedir. Risk değerlendirmesi, çalışan güvenliği ve sağlığına yönelik iş yerinden kaynaklı tehlikelerin ortaya çıkardığı riskleri değerlendirme sürecidir (European Agency for Safety and Health at Work, 2015a, s. 2). 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda ise risk değerlendirmesi "işyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacıyla yapılması gerekli çalışmalar" şeklinde tanımlanmış ve işverene risk değerlendirmesi yapılması zorunlu kılınmıştır (Resmi Gazete, 2012b).

Risk değerlendirmesinin genel amacı sağlık ve güvenlik açısından bir sistemin kabul edilebilir durumda olup olmadığı ya da değişiklik gerekip gerekmediğine karar verilmesini sağlamaktır. Daha ileriki amacı ise hangi risklerin daha önemli ya da

hangilerinin daha az önemli olduğunun ayrımını yapmaktır (Harms Ringdahl, 2001, ss. 41-42). Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansına göre risk değerlendirme süreci beş basamaktan oluşmaktadır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır (European Agency for Safety and Health at Work, 2015a, s. 3):

- Basamak 1- Tehlike ve riskleri tanımlamak,
- Basamak 2- Riskleri değerlendirmek ve önceliklendirmek,
- Basamak 3- Önleyici eyleme karar vermek,
- Basamak 4- Eylemi gerçekleştirmek,
- Basamak 5- İzlemek ve gözden geçirmek.

Risk değerlendirme, çalışanlara ve çevreye zarar verebilecek mesleki risk ve tehlikelerin en aza indirilmesine yardım eder (European Agency for Safety and Health at Work, 2015b, s. 4). İş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için çalışma ortamındaki tehlike kaynaklarının belirlenmesi ve risk değerlendirmesinin yapılması gerekmektedir (Berk ve diğ., 2011, s. 11).

1.3.2. Güvenlik Kültürü ve Güvenlik İklimi

ILO ve DSÖ İş Sağlığı Birleşik Komisyonu iş sağlığı ve güvenliğinin amacını işin insana, insanın işe uygun hale getirilmesi şeklinde özetlemiştir (European Commission, 2011, s. 14). İşin, insana uygun hale getirilmesi için ise işyerlerinde güvenlik kültürünün oluşturulması gerekmektedir (Şerifoğlu ve Sungur, 2007, s. 43).

Güvenlik kültürü kavramı ilk defa Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu'nun (International Atomic Energy Agency-IAEA) 1986 yılında meydana gelen Çernobil nükleer felaketinden sonra hazırladığı bir raporla gündeme gelmiştir. Raporda güvenlik kültürü ile felaketin ortaya çıkışı arasındaki ilişkiye vurgu yapılmıştır (Glendon ve diğ., 2006, s. 363).

Güvenlik kültürü, örgüt kültürünün bir alt boyutu olarak görülmektedir. Örgüt kültürü, çalışanların davranış ve tutumlarını etkileyen örgüt içinde paylaşılan değerler kümesi olarak tanımlanmıştır. Güvenlik kültürü ise çalışanların sağlık ve güvenlik konusundaki

inanç ve değerleri olarak tanımlanmıştır (Clarke, 1999, s. 185). İngiliz Endüstri Konfederasyonu da (The Confederation of British Industry) benzer şekilde güvenlik kültürünü "örgütün bütün üyelerinin risk, kazalar ve sağlık ile ilgili paylaştığı düşünceler ve inançlar" olarak tanımlamıştır (Cooper, 2000, s. 114).

Güvenlik iklimi de, güvenlik kültürü ile yakın anlamlı olup bazen birbirinin yerine kullanılabilen ancak farklı anlamları olan kavramlardır. Güvenlik iklimi çalışanların belli bir zamandaki güvenlikle ilgili tutum ve algılarını ifade etmektedir (Flin ve diğ., 2000, s. 178). Güvenlik iklimi, bir organizasyonun mevcut temel kültürünün bir yansımasıdır ve güvenlik kültürünün bir bileşenidir. Güvenlik kültürüne göre daha yüzeysel ve geçicidir. Güvenlik iklimi bir örgütün genel güvenlik kültürünün bir göstergesi veya mevcut güvenlik yapısının anlık bir görüntüsü olarak tanımlanmıştır. Güvenlik iklimini güvenlik kültüründen ayıran üç temel özelliği bulunmaktadır (Dursun, 2012, ss. 66-67):

- Güvenlik iklimi, genellikle belli bir zamanda güvenlik ile ilgili algıları ifade etmektedir.
- Güvenlik iklimi, daha çok çevresel ve durumsal faktörlerle ilgilidir.
- Güvenlik iklimi, güvenlik kültürünün "anlık bir fotoğrafı" olarak tanımlanabilecek geçici bir olgudur.

Güvenlik kültürü ve güvenlik iklimine yönelik yapılan araştırmalar iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında güvenlik kültürü ve güvenlik ikliminin etkili olduğunu ortaya koymuştur (Gershon ve diğ., 2000; Mark ve diğ., 2007; Wu ve diğ., 2008). Çalışanların güvenliğe yönelik davranışları, onların örgütsel uygulamalara ve çalışma çevrelerine ilişkin algı ve tutumlarından etkilenmektedir (Dursun, 2012, s. 71). Bu yüzden iş sağlığı ve güvenliğini sağlamak için güçlü bir güvenlik kültürü ve ikliminin oluşturulmasına çalışılmalıdır.

1.4. İŞ KAZASI VE MESLEK HASTALIĞI

Bu bölümde, iş kazası ve meslek hastalığı kavramları açıklandıktan sonra iş kazaları ve meslek hastalıklarına yol açan faktörler ve dünyada ve Türkiye'de iş kazası ve meslek hastalıkları epidemiyolojisi anlatılmıştır.

1.4.1. İş Kazası

"Kaza" kavramı DSÖ tarafından "aniden meydana gelen, maddi hasar, yaralanma ya da ölüm gibi istenmeyen sonuç meydana getiren olay" şeklinde tanımlamıştır. İş kazası ise "iş yerinde meydana gelen, makine, araç ya da insana zarar veren kaza" olarak tanımlanmıştır (WHO, 2001, s. 97).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda ise iş kazası, "işyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hâle getiren olay" şeklinde tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2012b). ILO da benzer şekilde iş kazasını "işten kaynaklanan, ölüm ya da yaralanmayla sonuçlanan olay şeklinde tanımlamıştır". ILO ayrıca işten eve ya da evden işe giderken meydana gelen kazaları da iş kazaları kapsamında saymıştır (ILO, 2012, s. 6).

1.4.2. Meslek Hastalığı

Tüm çalışma ortamlarında, yapılan işin niteliğine göre değişmekle beraber çalışanların sağlığını olumsuz etkileyebilecek çeşitli risk ve tehlikeler vardır. Çalışma ortamında bulunan ve çalışanların işini yaparken karşılaştığı bu etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar "meslek hastalığı" olarak adlandırılmaktadır. Meslek hastalıklarına neden olan etken çalışma ortamında olduğu için bu hastalıklar ile yapılan iş arasında nedensel bir ilişki vardır. Bir başka deyişle meslek hastalıkları "işe özgü" hastalıklardır (Bilir, 2011, s. 148). ILO ve DSÖ de meslek hastalıklarının işte ya da iş ortamında bulunan, sağlığa zarar veren faktörlerle ilişkisine dikkat çekmiştir (ILO, 2012b, s. 8; WHO, 2001, s. 41).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda ise meslek hastalığı "mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık" olarak tanımlamıştır. Bir hastalığın tıbbi ve yasal olarak meslek hastalığı olarak tanımlanabilmesi için bu hastalığın mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıktığının kesin olarak kanıtlanması gerekmektedir. Ancak yapılan iş ile hastalık arasındaki ilişkiyi ortaya koymak çoğunlukla zordur. Bir hastalığın meslek hastalığı sayılabilmesi için tanımlayıcı kriterler şunlardır (Berk ve diğ., 2011, ss. 19-20):

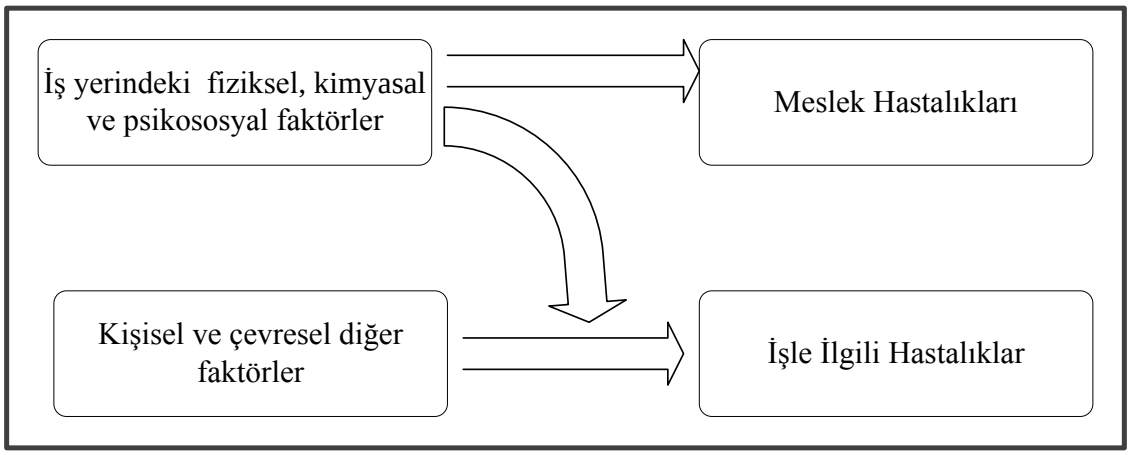
- Maruz kalma ile bundan etkilenme arasındaki ilişkinin bilimsel olarak kanıtlanmış olması,
- Hastalığın belli çalışma alanlarında veya işlerde görülmesi,
- Riskin şiddeti ile maruz kalan çalışan sayısı arasında kuvvetli ilişki olması,
- Hastalığın, çok sayıda ülkenin ulusal meslek hastalığı listesinde bulunması.

Meslek hastalıklarının önemli bir kısmı birçok faktörün etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. İş ile hastalık arasındaki ilişki üç kategoride aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015, ss. 5-6; Berk ve diğ., 2011, s. 19; Şekil 1):

Meslek Hastalıkları (Occupational Diseases): Çoğunlukla tek bir etkenden kaynaklanan, bu özelliği ile tespit edilen ve meslek ile arasında özel veya güçlü bir ilişki bulunan hastalıklardır.

İşle ilgili hastalıklar (Work Related Diseases): Genellikle çok sayıda etkenin neden olduğu, çalışma ortamının rolünün olabildiği, ancak bununla beraber farklı risklerden de etkilenen karmaşık bir etiyolojiye sahip hastalıklardır (örneğin stres, kas iskelet sistemi hastalıkları).

Çalışan nüfusu etkileyen hastalıklar (Diseases Affecting Working Populations): Yapılan iş ile arasında neden-sonuç ilişkisi bunmamakla birlikte, çalışma ortamındaki mesleki risk ve tehlikeler nedeniyle ağırlaşması muhtemel olan hastalıklardır (örneğin hipertansiyon, diyabet).



Şekil 1. İş - Hastalık İlişkisi (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015, s. 6)

İş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının başarılı olabilmesi için iş kazaları ve meslek hastalıklarına neden olan faktörlerin bilinmesi gerekmektedir. Bu unsurlar bilindiği takdirde, kaza olaylarının oluşması veya olan bir kazanın tekrarı önlenebilir (Sadullah ve diğ., 2013, s. 457).

1.4.3. İş Kazası ve Meslek Hastalıklarının Oluşumuna Yol Açan Faktörler

Dünyada ve Türkiye'de meslek hastalıkları ele alınırken, işyerlerinde meslek hastalıklarına neden olabilecek faktörlerin genellikle benzer şekilde sınıflandırıldığı görülmüştür. Buna göre meslek hastalıklarına neden olan faktörler aşağıdaki sıralanabilir (ILO, 2010, ss. 4-7; WHO, 2001, s. 41; Güven, 2007, s. 21; Dizdar ve Kurt, 2001, s. 55):

- Kimyasal faktörler,
- Fiziksel faktörler,
- Biyolojik faktörler,
- Psikolojik faktörler,
- Ergonomik faktörler.

Meslek hastalıklarına neden olan faktörler aynı zamanda hastalıkların sınıflandırılmasında da kullanılmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Nedenlerine Göre Meslek Hastalıkları

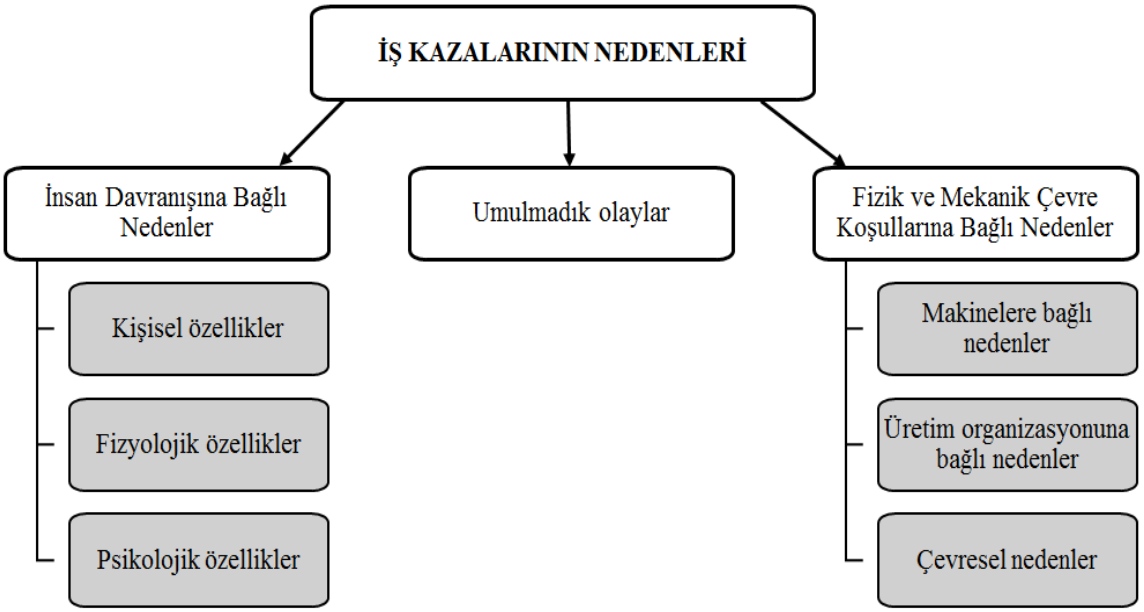
1. Kimyasal kaynaklı meslek hastalıkları • Ağır metaller • Çözücüler • Gazlar
2. Fiziksel kaynaklı meslek hastalıkları • Gürültü ve titreşim • Yüksek ve alçak basınçta çalışma • Soğuk ve sıcakta çalışma • Tozlar • Radyasyon
3. Biyolojik kaynaklı meslek hastalıkları • Bakteri kaynaklı olanlar • Virüs kaynaklı olanlar • Biyoteknoloji kaynaklı olanlar
4. Psikolojik kaynaklı olan meslek hastalıkları
5. Ergonomiye özensizlikten kaynaklanan meslek hastalıkları

Kaynak: Güven, 2007, s. 21

İş kazalarının nedenleri ile ilgili araştırmalar incelendiğinde ise bu konuda farklı görüşlerin olduğu ve farklı sınıflamaların yapıldığı görülmektedir. DSÖ'ye göre iş kazalarına sebep olan faktörler aşağıdaki gibidir (WHO, 2001, ss. 99,101):

- **İnsani (Bireysel) faktörler:** Yaş, cinsiyet, ilaç kullanımı, motivasyon vb.
- **Çevresel faktörler:** Enerji kaynakları, aydınlatma, gürültü, sıcaklık, havalandırma vb.
- **Örgütsel faktörler:** Yönetim, sorumluluk, yetki kullanımı, çalışanlarla ilişkiler, kurallar vb.

Sabuncuoğlu (2013) ise iş kazalarının nedenlerinin örgütsel faktörleri de çevresel faktörlere dâhil ederek insani faktörler ve çevresel faktörler olarak iki başlık altında toplanabileceğini belirtmiştir (s. 315). Camkurt (2013) ise iş kazalarının nedenlerinin; fizik ve mekanik çevre koşullarına bağlı nedenler (teknik nedenler), insanlara bağlı nedenler (beşeri nedenler) ve umulmadık olaylar olmak üzere üç ana grupta toplanarak incelenebileceğini belirtmiştir (ss. 71-72; Şekil 2).



Şekil 2. İş Kazalarının Nedenleri (Camkurt, 2013, s. 72)

Türkiye Makine Mühendisleri Oda Raporu'nda ise iş kazalarının oluşmasında üretim araçları, üretim teknolojisi ve çevre koşulları ile beraber psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik birçok etkenin rol oynadığı, ancak iş kazalarına neden olan faktörlerin tümünün iki temel etkene indirgenebileceği belirtilmiştir. Bunlar: çalışma ortamındaki güvensiz durumlar ile çalışanların güvensiz davranışlardır (Tablo 2). Aşağıda bunların açıklamalarına yer verilmiştir (Çakar ve diğ., 2012, ss. 59-60):

Güvensiz Durumlar: Üretim araçlarının niteliği, üretim sürecinde kullanılan teknoloji, iş düzensizliği, bakım ve kontrollerin yetersizliği, depolama ve istifleme yanlışlıkları, denetim eksikliği, yönetim hataları ve sağlıksız çevre koşulları gibi çok sayıda faktör işyerinde güvensiz durumları ortaya çıkarmakta ve iş kazalarına neden olmaktadır.

Güvensiz Davranışlar: Çalışanın yaptığı işe uygun eğitimi almaması, gerekli yetenek ve deneyimi olmaması, yaptığı işi isteyerek yapmaması, yaptığı işin kendi kişilik özelliklerine uygun olmaması, kısaca işe uygun çalışan ya da çalışana uygun iş düzeni kurulamaması, güvensiz davranışlara kaynaklık etmekte ve iş kazalarına neden olmaktadır.

Tablo 2. İş Kazalarının Nedenleri

Güvensiz Durumlar	Güvensiz Davranışlar
• Koruyucusuz makine ve tezgâhlar • Güvensiz çalışma yöntemi • Güvensiz ve sağlıksız çevre koşulları • Topraklanmamış elektrik makineleri • İşe uygun olmayan el aletleri • Kontrol ve testleri yapılmamış basınçlı kaplar, kaldırma makineleri • Tehlikeli yükseklikte istifleme • Kapatılmamış boşluklar • İşyeri düzensizliği	• İşi bilinçsiz yapmak • Dalgınlık ve dikkatsizlik • Makine koruyucularını çıkarmak • Tehlikeli hızla çalışmak • Görevi dışında iş yapmak • İş disiplinine uymamak • İşe uygun makine ve alet kullanmamak • Yetkisiz ve izinsiz olarak tehlikeli bölgede bulunmak • Kişisel koruyucuları kullanmamak • Ehliyetsiz ve tehlikeli hızda araç kullanmak v.b.

Kaynak: Çakar ve diğ., 2012, s. 59

Sabuncuoğlu'na (2013) göre iş kazalarının yaklaşık %80'i insani faktörlerden %20'si ise çevresel faktörlerden kaynaklanmaktadır (s. 315). Camkurt (2013) da benzer şekilde iş kazalarına neden olan faktörlerin ağırlıkları konusunda farklı görüşlerin olduğunu, ancak, iş kazalarının %80'inin insanlara bağlı olarak meydana geldiğinin kabulünün doğru olacağını belirtmiş ve insanlara bağlı kaza nedenlerini; kişisel, fizyolojik ve psikolojik özellikler olarak sıralamıştır (ss. 71-72; Şekil 3).

Şekil 3. İnsan Davranışlarına Bağlı Kaza Nedenleri (Camkurt, 2013, s. 73)

Sonuç olarak, kazaların meydana gelmesinde insanın önemli bir belirleyici olduğu kabul edilmektedir. Ancak kazaların oluşumunda salt insana veya salt kötü çevreye ağırlık vererek çalışmak yanlış olacaktır. Çevre tam anlamıyla güvenli duruma getirilse bile insan faktörü göz önüne alınmadığı sürece kaza oluşacaktır. İnsana yönelik çalışmalara öncelik verip, çevre dikkate alınmazsa kazalar yine oluşacaktır. Bu yüzden, işletmeler kazalara neden olan faktörleri araştırırken hem insan hem de çevre faktörünü göz önünde bulundurmalı ve kazalara neden olan faktörlerin özelliklerine göre gereken önlemleri almalıdır (Sadullah ve diğ., 2013, ss. 458-459).

1.4.4. İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Epidemiyolojisi

1.4.4.1. Dünyada Durum

ILO verilerine göre ülkelere ve sektörlere göre değişmekle beraber dünyada her yıl 317 milyon iş kazası ve 160 milyon işle ilgili hastalık meydana gelmektedir. İş kazası ve meslek hastalıkları sonucunda her yıl yaklaşık 2,3 milyon kişi hayatını kaybetmektedir. Bu, her 15 saniyede 151 iş kazasının meydana geldiği ve her 15 saniyede 1 çalışanın

hayatını kaybettiği anlamına gelmektedir. Ölümlerin önemli bir kısmı (2,02 milyon) işle ilgili hastalıklara bağlı olarak gerçekleşmektedir. Ölüm ve yaralanmalar özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve maden, inşaat, ziraat ve balıkçılık gibi tehlikeli iş alanlarında çalışan nüfusta daha fazla görülmektedir (ILO, 2015).

Takala ve diğerleri (2014), 1998-2011 yılları arasında dünyada ölümcül ve ölümcül olmayan iş kazası ve meslek ilişkili hastalık görülme oranlarını ve sayılarını ayrıntılı olarak incelemişlerdir (Tablo 3). Buna göre ölümle sonuçlanan iş kazaları görülme sıklığı 1998 yılında her 100.000 çalışanda 16,4 iken, 2010 yılında bu rakam 11,0'a düşmüştür. En az 4 işgünü kaybına neden olan ölümcül olmayan iş kazaları görülme sıklığının ise 1998 yılında her 100.000 çalışanda 12.534 iken 2010 yılında 9.786'ya düştüğü görülmüştür. Buna karşın iş kazası sayılarının 1998 yılına göre 2010 yılında arttığı görülmektedir. Bunun sebebi çalışan sayısındaki artıştır. Buna göre dünyada iş kazalarının oransal olarak azaldığı görülse de sayı olarak artmaya devam ettiği söylenebilir. İş ilişkili hastalık sonucu meydana gelen ölüm sayılarına bakıldığında ise 1998 ve 2011 yılları arasında önemli bir değişikliğin olmadığı görülmektedir (Takala ve diğ., 2014, s. 13).

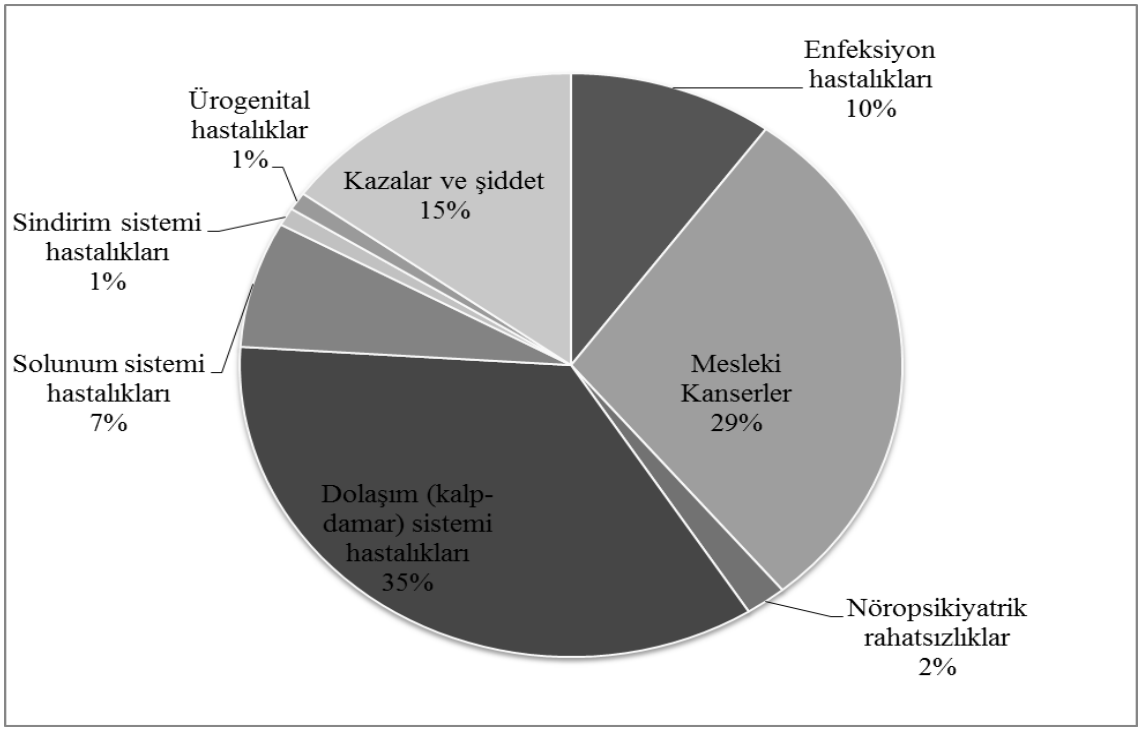
Tablo 3. Dünyada İş Kazaları (1998 – 2011)

Yıllar	Ölümle sonuçlanan iş kazaları		Ölümle sonuçlanmayan (en az 4 işgünü kaybına sebep olan) iş kazaları		İş ilişkili hastalık sonucu ölümler
	Sayı	Oran*	Sayı	Oran*	
1998	345.436	16,4	263.621.966	12.534	
2000					2.028.003
2001	351.203	15,2	268.023.272	12.218	
2002					1.945.115
2003	357.948	13,8	336.532.471	12.966	
2008	320.580	10,7	317.421.473	10.612	2.022.570
2010	352.769	11,0	313.206.348	9.786	
2011					1.979.262

*Her 100.000 çalışanda meydan gelen iş kazası sayısı

Kaynak: Takala ve diğ. 2014, s. 13

Takala ve diğerleri (2014) tarafından yapılan çalışmaya göre Dünyada iş ilişkili ölümlerin %35'i dolaşım (kalp-damar) sistemi hastalıklarından meydana gelmektedir. Bunu %29 ile mesleki kanserler takip etmektedir. Bu iki hastalık sonucu meydana gelen ölümler tüm ölümlerin yaklaşık üçte ikisini oluşturmaktadır. Kazalar ve şiddet sonucu meydana gelen ölümler, iş ilişkili ölümlerin %15'ini, enfeksiyon hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümler ise iş ilişkili ölümlerin %10'unu oluşturmaktadır (Takala ve diğ. 2014, s. 1; Grafik 1).



Grafik 1. İş İlişkili Ölümler (Takala ve diğ. 2014, s. 1)

İşgücü İstatistikleri Bürosuna (Bureau of Labor Statistics-BLS) göre 2013 yılında ABD'de ölümcül olmayan yaklaşık 3 milyon ve ölümle sonuçlanan 4.585 iş kazası meydana gelmiştir. Ölümcül olmayan iş kazalarından 917.000'i iş günü kaybına neden olmuştur. Kaza görülme sıklığı ise her 100.000 çalışanda 3.300 olarak belirlenmiştir. Kas-iskelet sistemi yaralanmaları ve hastalıkları tüm yaralanma ve hastalık vakalarının %33'nü oluşturmuştur (BLS, 2013b).

İş kazaları Avrupa İstatistikleri'ne (European Statistics on Accidents at Work-ESAW) göre 2012 yılında Avrupa'nın 28 ülkesinde en az 4 işgünü kaybına sebep olan yaklaşık 2,5 milyon ölümcül olmayan iş kazası ve ölümle sonuçlanan 3.515 iş kazası meydana gelmiştir. Aynı yıl, Almanya'da 710.413, Fransa'da 461.900, İspanya'da 281.318, İtalya'da 274.509, İngiltere'de 143.320 iş kazası meydana gelmiştir (Tablo 4). Ölümcül iş kazası sıklığı Malta'da en yüksek, Hollanda'da en düşük olmak üzere Avrupa'nın 28 ülkesinde ortalama 100.000'de 2,44'tür. Ölümcül olmayan iş kazası sıklığı ise ortalama 100.000'de 1.702'dir. Ölümcül iş kazaları en çok inşaat ve imalat (üretim) sektöründe çalışanlarda meydana gelmektedir. Ölümcül olmayan iş kazaları ise en çok inşaat ve üretim sektörleri ile birlikte hastane ve hasta bakımı yapılan diğer alanlarda çalışanlarda görülmektedir. Burkulma, kırık, çıkık gibi kas iskelet sistemi yaralanmaları ve yüzeysel yaralanmalar en çok görülen yaralanma türleridir (ESAW, 2015).

Tablo 4. Avrupa'da İş Kazaları (2012)

	En az 4 işgünü kaybına sebep olan iş kazaları			Ölümle sonuçlanan iş kazaları		
	Toplam	**Erkek**	**Kadın**	**Toplam**	**Erkek**	**Kadın**
EU-28	**2.487.794**	**1.953.554**	**533.954**	**3.515**	**3.362**	**153**
Belçika	49.546	40.451	9.093	46	46	0
Bulgaristan	1.768	1.353	415	90	82	8
Çek Cumhuriyeti	36.013	26.820	9.193	104	102	2
Danimarka	34.245	26.825	7.292	43	42	1
Almanya	709.940	578.076	131.794	473	452	21
Estonya	4.993	3.065	1.928	11	10	1
İrlanda	9.794	6.828	2.921	42	42	0
Yunanistan	11.926	9.446	2.480	37	34	3
İspanya	281.045	212.968	68.077	273	266	7
Fransa	461.376	353.980	107.396	524	494	30
Hırvatistan	8.844	6.766	2.078	50	50	0
İtalya	274.040	219.282	54.758	469	450	19
Kıbrıs	1.511	1.127	384	7	7	0
Letonya	1.213	875	338	33	30	3
Litvanya	2.303	1.698	605	55	54	1
Lüksemburg	6.299	5.378	921	13	13	0
Macaristan	16.717	11.879	4.838	60	58	2
Malta	2.190	1.978	212	7	7	0
Hollanda	116.029	89.307	26.722	31	31	0
Avusturya	56.299	46.731	9.568	137	128	9
Polonya	67.472	50.290	17.182	303	284	9
Portekiz	109.511	82.685	26.826	162	157	5
Romanya	2.889	2.308	581	257	245	12
Slovenya	11.505	9.318	2.187	21	21	0
Slovakya	7.469	5.405	2.064	49	49	0
Finlandiya	34.821	28.042	6.779	32	30	2
İsveç	24.864	18.674	6.189	37	34	3
Birleşik Krallık	143.171	111.998	31.162	149	144	5
Norveç	14.855	12.335	2.520	34	32	2
İsviçre	72.106	60.352	11.754	60	57	3

Kaynak: ESAW, 2015

1.4.4.2. Türkiye'de Durum

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) istatistiklerine göre Türkiye'de 2009-2015 yılları arasındaki 7 yıllık süreçte yaklaşık 1 milyon (925.589) iş kazası meydana gelmiş ve 3.410 meslek hastalığı vakası görülmüştür. 2015 yılı itibariyle 5510 Sayılı Kanunun 4-1/a maddesi kapsamında zorunlu sigortalı çalışan sayısı 14.802.222'dir. Bu çalışanlardan sadece 2015 yılında 241.547'si iş kazası geçirmiş ve 510'u meslek hastalığına tutulmuştur (Tablo 5).

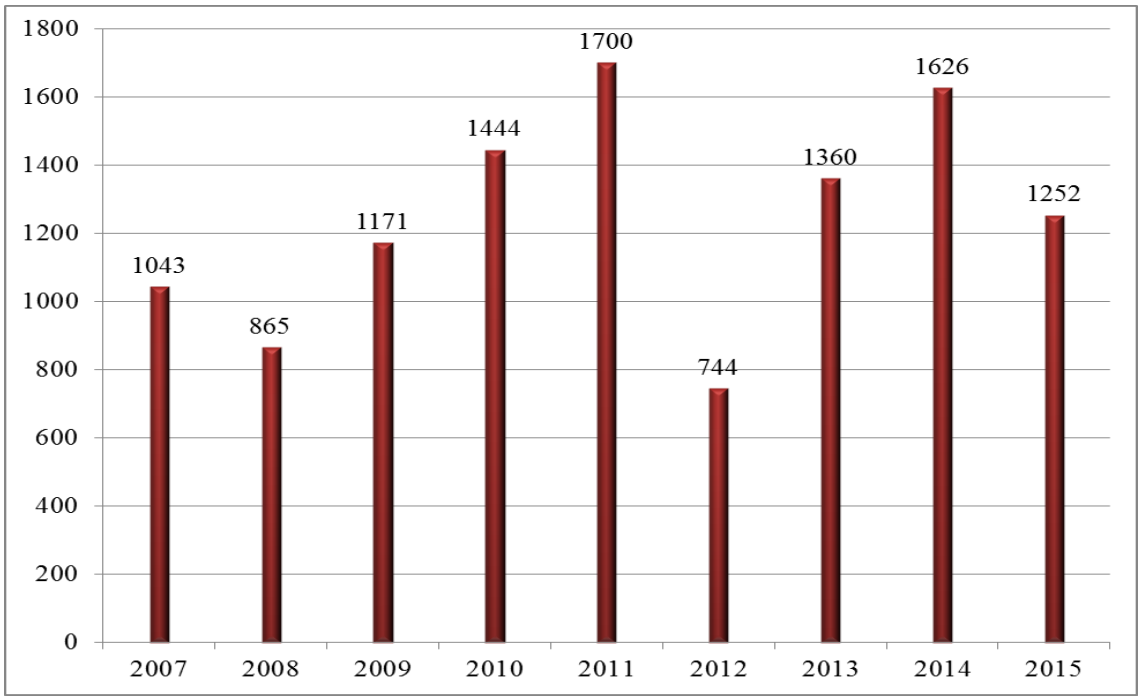
2015 yılında, iş kazaları sonucu 1.252 kişi hayatını kaybetmiştir (Grafik 2). 2015 yılı itibariyle iş kazası ve meslek hastalığı sonucu bir daha çalışamayacak şekilde (sürekli iş göremez) sakat kalan ve iş göremezlik aylığı alanların sayısı 65.361'dir. İş kazaları en çok inşaat, metal sanayi ve tekstil ürünleri imalatı alanlarında çalışanlarda görülmüştür. İş kazalarının en çok görüldüğü iller ise İstanbul, İzmir, Bursa, Ankara ve Kocaeli olarak sıralanmıştır (SGK, 2017).

TÜİK'in 2013 yılında hane halkı araştırması kapsamında iş kazaları ve işe bağlı sağlık problemleri konulu yaptığı araştırma sonuçlarına göre ise son 12 ay içinde istihdam edilen 30.614 kişiden 706'sı iş kazası geçirmiş ve 895'i işe bağlı sağlık sorunu yaşamıştır. 2013 yılı iş kazası geçirme oranı %2,3 bulunmuştur. İş kazaları geçirme oranı eğitim seviyesi daha düşük olanlarda, erkeklerde ve maden, taş ocağı ve imalat sektöründe çalışanlarında daha yüksek bulunmuştur (TÜİK, 2013, ss. 9-13).

Tablo 5. Türkiye'de 2009-2013 Yılları Arası Sigortalı İşçi, İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sayıları

Yıllar	Çalışan Sayısı	İş Kazası Sayısı	Meslek Hastalığı Sayısı
2009	9.030.202	64.316	429
2010	10.030.810	62.903	533
2011	11.030.939	69.227	697
2012	11.939.620	74.871	395
2013	12.484.113	191.389	351
2014	13.967.837	221.336	494
2015	14.802.222	241.547	510
Toplam		**925.589**	**3.410**

Kaynak: SGK, 2017



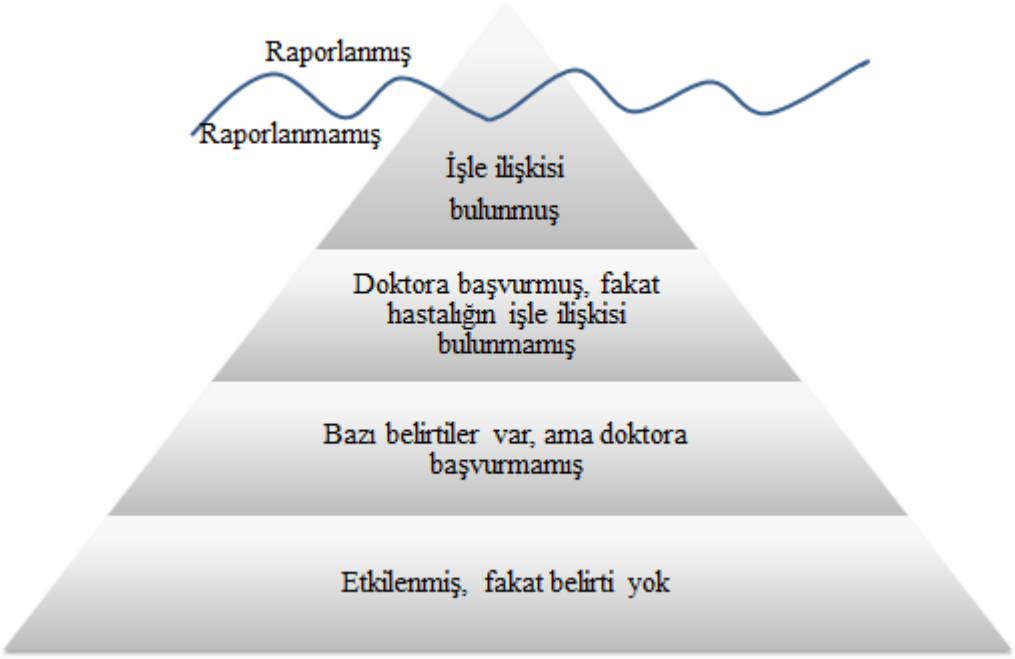
Grafik 2. 2007-2015 Yıllarında İş Kazası Sonucu Meydana Gelen Ölüm Sayıları (SGK, 2017)

Türkiye'de iş kazalarına bağlı ölüm oranı 2015 yılı için zorunlu sigortalı olarak çalışan her 100.000 işçide 8,46 olarak hesaplanmıştır. Amerika'da iş kazalarına bağlı ölüm

oranı 2012 yılında her 100.000 çalışanda 3,4'tür. Bu rakam Avrupa'nın 28 ülkesinde ortalama 2,44'tür (SGK, 2017; ESAW, 2015; BLS, 2013c).

Meslek hastalıklarının iş kazalarına oranı incelendiğinde hem dünyada hem de Türkiye'de meslek hastalıklarının iş kazalarına göre daha az olduğu görülmektedir. Levy ve Wegman'a (2000) göre meslek hastalıklarının tam olarak tahmin edilmesinin bir takım zorlukları vardır. Aşağıda bunlar sıralanmıştır (Levy ve Wegman, 2000, ss. 11-12; Şekil 4):

- Çalışanlar yaşadığı sağlık probleminin işle ilgili olduğunun farkında olmadığından ya da farkında olsa bile işini kaybetme korkusuyla bunu işverene ya da iş yeri hekimine bildirmekten ya da rapor etmekten çekinmektedir.
- Hastalık etkenine ilk olarak maruz kaldıktan sonra meslek hastalığının belirtilerinin ortaya çıkışı çok geç olabilmektedir. Bu yüzden meslek hastalığı tanısı konulamamaktır.
- Birçok meslek ilişkili hastalık sağlık profesyonelleri ya da işverenler tarafından fark edilmekte fakat bunların rapor edilmesiyle ilgili yasal zorunluluk bulunmadığından rapor edilmemektedir.
- Birçok meslek hastalığı önlenebilir olduğundan ve bazı birey ya da grupların bu problemlerin ortaya çıkışından ekonomik ya da yasal olarak sorumlu olmalarından bildirimi yapılmamaktadır.



Şekil 4. Meslek Hastalığı Buzdağı Olgusu (Levy and Wegman, 2000:11)

1.5. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİN ÖNEMİ

İş sağlığı ve güvenliği dünya çapında milyonlarca çalışan için hayati önemdedir. Ancak, iş sağlığı ve güvenliği sadece çalışanları ve ailelerini değil, aynı zamanda işverenleri ve ülke ekonomisini de etkilemektedir (WHO, 2010, s. 1). Bu bölümde iş sağlığı ve güvenliğinin önemi çalışan, işveren ve ülke ekonomisi açısından ele alınmıştır.

1.5.1. Çalışan Açısından Önemi

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili uygulamaların yerine getirilmemesi ya da eksikliği iş kazalarının ve meslek hastalıklarının artmasına sebep olmaktadır (Karacan ve Erdoğan, 2011, s. 104). İş kazaları ve meslek hastalıklarından doğrudan ve en çok etkilenenler ise çalışanlardır. Çalışanlar, iş kazası ve meslek hastalığı sonucu bedenen bir acı yaşamakta, sakat kalmakta ve geçici veya sürekli olarak iş göremez duruma düşebilmektedir. Sürekli veya geçici iş kaybı, gelirinin sürekli ya da kısa süreli kesilmesine sebep olmakta ve ekonomik kayba neden olmaktadır. Bunların dışında,

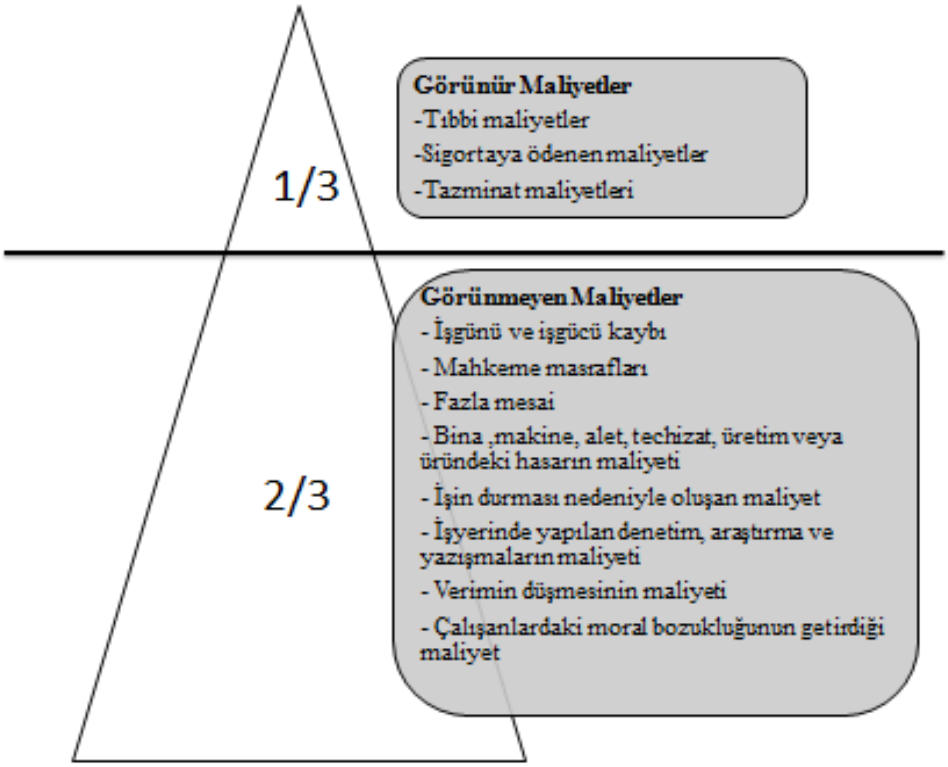
kaza olan işyerindeki diğer çalışanlar arasında da korku, güvensizlik ve huzursuzluk meydana gelmektedir. En kötü durum ise iş kazası veya meslek hastalığı sonucu çalışanın hayatını kaybetmesidir (Oral, 2012, s. 49).

DSÖ'ye göre, dünyada çalışan toplam 3 milyar çalışanın %80'inden fazlası temel iş sağlığı hizmetlerini alamamaktadır (WHO, 2015). Güvenli ve huzurlu bir ortamda çalışmak her çalışanın temel hakkıdır. Güvenlik önlemleri alınmış bir ortamda çalışmak iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlemenin yanı sıra çalışanların moralinin yüksek olmasını ve böylelikle çalışanların daha verimli çalışması sağlar. Ayrıca, güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamının sağlanması çalışanlar açısından kendilerine değer verildiğini hissettirir. Kendilerine değer verildiğini hisseden çalışanlar da daha fazla motive olurlar ve daha yüksek kalitede iş üretirler (European Agency for Safety and Health at Work, 2015c, s. 3; Alli, 2008, s. 27).

1.5.2. İşveren Açısından Önemi

İş yerinde güvenliğin sağlanmasına ilişkin bir mevzuat olmasa bile işverenler çalışma ortamında güvenliği sağlamaya çalışmalıdır, çünkü güvenlik, kalite ve üretkenlik birbirleriyle yakından ilişkili konulardır (European Agency for Safety and Health at Work, 2015c, s. 5). Uluslararası kuruluşlarca yapılan araştırmaların iş güvenliği ile iş gücü verimliliği arasındaki ilişkiyi ortaya koyduğu belirtilmiştir (Karacan ve Erdoğan, 2011, s. 105).

İş kazası ve meslek hastalıkları, çalışanların sağlık ve güvenliğini etkilemekle beraber işverene önemli maliyetler getirmektedir. İş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu meydana gelen toplam maliyet buz dağına benzetilmiştir (Şekil 5). Buna göre asıl önemli maliyet buz dağının üstünde kalan kısmı değil, suyun altında kalan kısmıdır. Suyun üstünde kalan kısmı yani görünen kısmı direkt (görünür) maliyeti, suyun altında kalan yani görünmeyen ve buz dağının 2/3'ünü oluşturan büyük kısmı ise endirekt (görünmez) maliyetleri ifade etmektedir (Özkılıç, 2005, s. 15).



Şekil 5. İş Kazalarının Maliyetlerinde Buzdağı Teorisi (Özkılıç, 2005, s. 15)

Çalışma ortamında iş güvenliğinin sağlanmasına yönelik yapılacak çalışmalar beraberinde bazı maliyetlere neden olabilir. Ancak, güvenlik önlemleri alınmadığında meydana gelebilecek iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucunda oluşan tıbbi maliyetler, tazminat maliyetleri, işgünü ve işgücü kaybı nedeniyle oluşan maliyet, verimin düşmesinin maliyeti gibi maliyetler toplamda daha büyük maliyetlere sebep olmaktadır. Bu yüzden, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik yapılacak çalışmaların maliyetleri düşürdüğü ve verimliliği artırdığı söylenebilir (Sabuncuoğlu, 2013, s. 312).

1.5.3. Ülke Ekonomisi Açısından Önemi

İş kazaları ve meslek hastalıkları, çalışana ve işverene verdiği büyük maddi ve manevi zararların yanı sıra ülke ekonomisine de doğrudan zarar vermektedir. İş kazaları ve meslek hastalıklarının ülke ekonomileri üzerinde meydana getirdiği kayıpları değerlendirirken bunu salt işgücü kaybı olarak görmemek, çalışana yapılan kültürel

harcamaların ve eğitim harcamalarının kayıplarını da dikkate almak gerekmektedir. Böyle bakıldığı zaman ortaya çok büyük bir maliyet çıkmaktadır (Oral, 2012, s. 51).

İş kazası ve meslek hastalıkları sonucu oluşan toplam maliyetin 2007 yılında ABD'de 249,6 milyar dolar olduğu, 2010 yılında İngiltere'de ise 13,9 milyar paund olduğu belirtilmiştir (ILO, 2012, ss. 23, 25). ILO'ya göre birçok ülkeye ait iş kazalarına ilişkin kapsamlı bir veri yoktur, ancak iş kazası ve meslek hastalıklarının o ülkelerin Gayri Safi Yurtiçi Hasılalarının (GSMH) %4'ü tutarında ekonomik kayba yol açtığı tahmin edilmektedir (ILO, 2012, s. 8).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'nin 2014 yılı GSMH'sı yaklaşık 1 trilyon 750 milyar TL'dir (TÜİK, 2015). Buna göre Türkiye'de iş kazası ve meslek hastalıkları toplam maliyetinin yıllık 70 milyar TL civarında olduğu söylenebilir. 2014 yılı bütçe rakamlarına bakıldığında GSMH'dan Sağlık Bakanlığına ayrılan payın 75 milyar TL, Mili Eğitim Bakanlığına ayrılan payın ise 78,5 milyar TL olduğu görülmektedir (Şimşek, 2013, ss. 80, 82). 2014 yılında iş kazaları ve meslek hastalıklarından kaynaklanan ekonomik kaybın yaklaşık 70 milyar TL olduğu düşünüldüğünde bu kaybın ne kadar büyük bir kayıp olduğu daha iyi anlaşılmaktadır.

1.6. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ MEVZUATI

İş sağlığı ve güvenliği genel olarak, çalışanların karşı karşıya bulundukları sağlık ve güvenlik sorunlarının ortadan kaldırılmasını amaçlamaktadır. Dolayısıyla iş sağlığı ve güvenliği en temel haklardan biri durumundaki yaşam hakkına dayanır. Bu hakkın korunması için iş sağlığı ve güvenliğinin çok net hukuksal bir temele ihtiyacı vardır. Zira böyle bir temelin varlığı halinde bu hakkın ihlaline bir takım sonuçlar bağlanarak mağdurların kayıplarının giderilmesi mümkün olabilir. O sebeple konunun hukuksal dayanaklarının belirlenmesi önemlidir (Akın, 2013, s. 23). Bu bölümde iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı, uluslararası ve ulusal düzenlemeler olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir.

1.6.1. Uluslararası Düzenlemeler

Çalışma hayatı ile ilgili olarak uluslararası alanda yapılmış çeşitli düzenlemeler bulunmaktadır. Bunlar arasında en çok bilinenler, ILO tarafından çıkarılan "Sözleşme" (Convention) ve "Tavsiye Kararları"dır (Recommendation) (Bilir ve Yıldız, 2014, s. 673). Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra, Versay Anlaşması kapsamında 1919 yılında kurulan ve 1946 yılında Birleşmiş Milletlerin ilk uzman kuruluşu konumuna gelen ILO, kendine has yapısı ile hükümetlerin, işveren ve işçi temsilcilerinin bir araya gelmesini sağlamaktadır. 186 Devletin üyesi olduğu ILO'ya Türkiye 1932 yılında üye olmuştur (ILO, 2015b). Üye ülkeler açısından sözleşme ve tavsiye kararlarına uyma zorunluluğu yoktur. Ancak uluslararası ilişkiler bakımından bu kurallara uymanın sağlayacağı yararlar dikkate alındığında, üye ülkeler bu düzenlemelere uyma konusunda istekli olmaktadır. Bir tavsiye kararı ya da sözleşmenin imzalanması, o düzenlemenin uygun bulunması ve onaylanması anlamına gelmektedir. Tavsiye kararları yaptırımı olmayan daha hafif düzenlemelerdir. Sözleşmeler ise daha ciddi kurallardır. Sözleşmenin imzalanmasından sonra söz konusu metnin üye ülkenin parlamentosu tarafından da kabul edilmesi durumunda, bu sözleşme o ülke için yasa hükmü taşımaktadır. Bu yüzden ülkeler kimi zaman bir sözleşmeyi imzalamakla birlikte, parlamento tarafından onaylamadan bırakabilmektedir (Bilir ve Yıldız, 2014, s. 673).

ILO çalışma hayatı ile ilgili olarak 200 dolayında sözleşme ve bir o kadar da tavsiye kararı yayımlamıştır. Türkiye bu sözleşmelerden 59'unu imzalamış ve 53'ünü yürürlüğe koymuştur (ILO, 2015c). ILO tarafından yayımlanan ve Türkiye'nin de imzaladığı 155 No'lu İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme ile 161 No'lu Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşme doğrudan işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği konularını ele alan düzenlemelerdir. 1981 yılında yayımlanan 155 No'lu İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme'de "Her üye, ulusal koşullar ve uygulamaya göre ve en fazla temsil kabiliyetine sahip işçi ve işveren kuruluşlarına danışarak iş güvenliği, iş sağlığı ve çalışma ortamına ilişkin tutarlı bir ulusal politika geliştirecek, uygulayacak ve periyodik olarak gözden geçirecektir. Bu politikanın amacı, işle bağlantılı olan veya işin yürütümü sırasında ortaya çıkan kaza ve yaralanmaları, çalışma ortamında bulunan tehlike nedenlerini mümkün olduğu ölçüde asgariye indirerek önlemek olacaktır" (madde 4) denilmektedir (ILO, 2015d). 1985 yılında

yayımlanan 161 No'lu Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşme'de de "Her üye, ulusal şartları ve uygulamaları ışığında, en fazla temsil yetkisine sahip işçi ve işveren kuruluşlarına danışmak suretiyle, iş sağlığı hizmetleri konusunda uygun bir ulusal politika geliştirecek, uygulayacak ve periyodik olarak gözden geçirecektir" (madde 3) denilmektedir (ILO, 2015e).

DSÖ de çalışma hayatına ilişkin çeşitli konuları kapsayan yayımlar yapmaktadır. Ancak DSÖ tarafından hazırlanan bu materyaller hukuksal düzenlemelerden çok bazı konularda teknik bilgi içeren yayımlar şeklindedir. Meslek hastalıkları veya mesleksel epidemiyoloji konularında yayımlanmış kitaplar veya iş sağlığı, işyeri sağlık hizmetleri, iş hijyeni, işyerinde sağlığın geliştirilmesi vb. konularında yayımlanmış olan dokümanlar bu konudaki başlıca örneklerdir (Bilir ve Yıldız, 2014, s. 674).

AB'ye üyelik süreciyle beraber, bu birlik tarafından yayımlanan düzenlemeler gündeme gelmiştir. Birliğin çalışma hayatına ilişkin amacı, insan haklarına uyumlu bir şekilde, çalışma koşullarında sürekli bir iyileştirme sağlamaktır. Avrupa Sosyal Şartı l. bölümünün 3. maddesinde "Tüm çalışanların güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarına sahip olmak hakkı vardır" şeklinde yapılan düzenleme ile bu amaç açık bir şekilde belirtilmiştir (Balkır, 2012, s. 67).

AB, ayrıca iş sağlığı ve güvenliği konusunda 80/1170 ve 89/391 sayılı iki Çerçeve Yönerge yayımlayarak bu konuda oldukça ayrıntılı düzenlemeler yapmıştır. Bu çerçeve yönergeler 19 yönerge ile somutlaştırılmıştır. AB tarafından yapılan bu düzenlemelere "direktif" adı verilmektedir. AB direktiflerinde çalışanın iş güvenliğinin yanı sıra, iş organizasyonu, sosyal çevre, stres ve monotonluk gibi psikolojik faktörlere ilişkin önlemlere de yer verilmiştir. Türkiye'nin, AB ile ilişkileri doğrultusunda, birliğin çalışma hayatı ve iş sağlığı ve güvenliği konularında yayımlamış olduğu çok sayıda direktif çeviri yolu ile yönetmelik haline getirilmiştir (Balkır, 2012, ss. 67-68; Bilir ve Yıldız, 2014, s. 674).

İş sağlığı ve güvenliği konusunda atıf yapılan diğer bir uluslararası düzenleme İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'dir. 1948 yılında Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde her şahsın kişi güvenliğine (madde 3), sosyal güvenliğe (madde 22) ve herkesin gerek kendisi gerekse ailesi için, yiyecek, giyim,

mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dâhil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkânlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı olduğu (madde 25) belirtilmiştir (Birleşmiş Milletler, 2015).

1.6.2. Ulusal Düzenlemeler

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili olarak başta anayasa olmak üzere, kanun, tüzük, yönetmelik ve tebliğlerden oluşan çok sayıda düzenleme bulunmaktadır. Anayasa'da devletin sosyal bir hukuk devleti olduğu (madde 2), devletin kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk ve adalet ilkeleri ile bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırma, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmakla görevli olduğu (madde 5), herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu (madde 17), kimsenin yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılamayacağı, küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanların çalışma şartları bakımından özel olarak korunacakları (madde 50), herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu (madde 56) ve herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu (madde 60) belirtilmektedir (Resmi Gazete, 1982). Buna göre herkesin uygun ve güvenli bir ortamda çalışması ve sağlığının korunmasının anayasal bir hak olduğu söylenebilir.

İş sağlığı ve güvenliği konularını içeren diğer önemli kanunlar aşağıda sıralanmıştır (Akın, 2013, ss. 23-83; Bilir ve Yıldız, 2014, ss. 644:660; Dizdar ve Kurt, 2001, s. 171):

- 818 sayılı Borçlar Kanunu,
- 1580 sayılı Belediyeler Kanunu,
- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu,
- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu,
- 1475 sayılı İş Kanunu,

- 4841 sayılı Çalışma Bakanlığının Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun,
- 3308 sayılı Çıraklık ve Mesleki Eğitim Kanunu,
- 854 sayılı Deniz İş Kanunu,
- 6309 sayılı Maden Kanunu,
- 2821 sayılı Sendikalar Kanunu,
- 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu,
- 6645 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.

Yukarıda belirtilen kanunlardan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği kanunu doğrudan ve tamamı iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili ilk kanun olması bakımından ayrı bir öneme sahiptir ve aşağıda ayrıntılı olarak incelenmiştir.

1.6.2.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu

Türkiye'de önceleri çalışma hayatının düzenlemesine ilişkin hükümler genel mevzuat içinde yer almaktaydı. Ancak, çoğu gelişmiş ülkelerde doğrudan iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin yasalar bulunmaktadır. Türkiye'de de uzunca süren çalışmalar neticesinde ilk kez 2012 yılında İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanun işçi, memur, işkolu ayrımı yapmaksızın tüm çalışanların iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden yararlanmasına imkân vermektedir (Bilir ve Yıldız, 2014, s. 648). Kanun, hem işverenlere hem de çalışanlara bazı yükümlülükler getirmiştir. İşveren ve çalışan yükümlülükleri İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda aşağıdaki gibi belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2012b):

İşverenin genel yükümlülüğü (madde 4)

(1) İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu çerçevede;

> a) Mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dâhil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması,

sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapar.

b) İşyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izler, denetler ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlar.

c) Risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.

ç) Çalışana görev verirken, çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önüne alır.

d) Yeterli bilgi ve talimat verilenler dışındaki çalışanların hayati ve özel tehlike bulunan yerlere girmemesi için gerekli tedbirleri alır.

Çalışanların yükümlülükleri (madde 19)

(1) Çalışanlar, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda, kendilerinin ve hareketlerinden veya yaptıkları işten etkilenen diğer çalışanların sağlık ve güvenliklerini tehlikeye düşürmemekle yükümlüdür.

(2) Çalışanların, işveren tarafından verilen eğitim ve talimatlar doğrultusunda yükümlülükleri şunlardır:

a) İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde, taşıma ekipmanı ve diğer üretim araçlarını kurallara uygun şekilde kullanmak, bunların güvenlik donanımlarını doğru olarak kullanmak, keyfi olarak çıkarmamak ve değiştirmemek,

b) Kendilerine sağlanan kişisel koruyucu donanımı doğru kullanmak ve korumak,

c) İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tesis ve binalarda sağlık ve güvenlik yönünden ciddi ve yakın bir tehlike ile karşılaştıklarında ve koruma tedbirlerinde bir eksiklik gördüklerinde, işverene veya çalışan temsilcisine derhal haber vermek,

ç) Teftişe yetkili makam tarafından işyerinde tespit edilen noksanlık ve mevzuata aykırılıkların giderilmesi konusunda, işveren ve çalışan temsilcisi ile iş birliği yapmak,

d) Kendi görev alanında, iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için işveren ve çalışan temsilcisi ile iş birliği yapmak.

1.6.2.2. Diğer Düzenlemeler

İş sağlığı ve güvenliği konularını içeren kanunların dışında çok sayıda tüzük, yönetmelik ve tebliğ bulunduğu yukarıda belirtilmişti. Bunların listesi EK 1'de sunulmuştur (İŞGÜM, 2015b).

Araştırma konusunun hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin olması sebebiyle sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği konularını içeren düzenlemeler aşağıda sunulmuştur (Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, 2016; Sağlık Bakanlığı, 2017):

- 26.12.2012 tarih ve 28509 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği,
- 15.02.2008 tarih ve 26788 sayılı Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik,
- 11.08.2005 tarih ve 25903 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği,
- 22.07.2005 tarih ve 25883 sayılı Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği,
- 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik,
- 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi,
- 07.09.1985 tarih ve 18861 sayılı Radyasyon Güvenliği Tüzüğü,
- 24.03.2000 tarih ve 23999 sayılı Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği,
- 27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliği,
- 13.01.1983 tarih ve 17927 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği.

Yukarıda belirtilen düzenlemeler iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sayılabilecek hükümler içermekle birlikte farklı amaçlarla çıkarılmış düzenlemelerdir. Aşağıda doğrudan sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliğini konu alan Çalışan Güvenliği Genelgesi'ne ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

Sağlık çalışanlarının hizmet sunduğu ortamın güvenliğinin sağlanması ve motivasyonlarının yüksek tutulmasının Sağlıkta Dönüşüm Programının temel hedeflerinden biri olduğu belirtilerek bu çerçevede, tüm sağlık kurumlarında, sağlık çalışanları ve hizmet alanlar için güvenli bir ortam sağlanması amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından 14 Mayıs 2012 tarihinde "Çalışan Güvenliği Genelgesi" yayımlamıştır. Bu genelgeye göre sağlık kurumlarında alınması gereken önlemler aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015a):

1. Çalışan güvenliği komitesinin kurulması,
2. Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
3. Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
4. Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
5. Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi için düzenleme yapılması,
6. Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program hazırlanması,
7. Beyaz kod uygulamasına geçilmesi,
8. Çalışanlara, çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi.

Bu yönergede risk değerlendirmesi ve güvenlik tedbirleri ile ilgili olarak ayrıca aşağıdaki hükümler yer almaktadır:

a) Sağlık kurumları şiddet bakımından risk değerlendirmelerini yeniden yapacak ve riskin yüksek olduğu bölümlerde hizmet süreçleri yeniden gözden geçirilecek ve ilgili bölümdeki sağlık çalışanı sayısı yeterli hale getirilecektir. Fiziki alanlar nitelik ve iyi çalışma şartları açısından gerekirse yeniden düzenlenecektir.

b) Acil servis, yoğun bakım ve ameliyathane gibi şiddet riskinin yüksek olduğu bölümlerin bekleme alanlarında gerekirse sayıları artırılarak yeterli güvenlik elemanı bulundurulacaktır.

c) Hasta mahremiyeti dikkate alınmak şartıyla, kurumların tüm alanlarını gözetleyebilecek şekilde güvenlik kameraları yerleştirilecek ve kamera görüntüleri sürekli takip edilecektir. Şüpheli durumlara ve kişilere bu konuda eğitilmiş özel güvenlik elemanları anında müdahale edecektir.

d) İletişim becerileri ve sorunlu hasta/hasta yakınlarını tanıma-çatışma yönetimi konularında eğitim almış kişiler, bekleme alanlarında görevlendirilecek ve "sorun çözücü" olarak çalışmaları temin edilecektir.

e) Fiziki mekânlar 24 saat boyunca yeterli düzeyde aydınlatılacak ve havalandırılacaktır.

f) Personelin alternatif çıkış yolları oluşturulacaktır.

1.7. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ YÖNETİM SİSTEMLERİ VE STANDARTLARI

Teknolojik gelişmeler, üretim yöntemleri ve araçlarındaki değişim ve ilerleme işyerlerinde verimin artmasını ve kalitenin gelişmesini sağlamıştır. Bununla birlikte bu ilerleme, çalışanların yeni risk ve tehlikelere maruz kalması gibi sorunları ortaya çıkarmıştır. Bu sorunlar işyerlerinde sağlık ve güvenliğin sağlanması ile ilgili önlemlerin alınmasını gerekli kılmıştır (Kurt ve Özdemir, 2003, s. 13). Bu kapsamda, işyerlerinde öncelikle mevcut durumun analizinin yapılması, risklerin tespit edilmesi, bu riskleri yok etmek için mevzuata uygun programların oluşturulması ve uygulanması, bütün çalışmaların belli bir sistematik içerisinde dokümante edilmesi ve ilgilenenlere duyurulması ve yürütülmekte olan bu çalışmaların izlenip değerlendirilebilmesi için yönetim sistemleri ve standartları geliştirilmiştir (ILO, 2015f; Özkılıç, 2005, ss. 21-21). Aşağıda, BS 8800 Yönetim Sistemi, OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi ve ILO-OSH Sağlık ve Güvenlik Yönetim Sistemlerinin açıklamalarına yer verilmiştir. Ayrıca hastanelerde çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik standartlar içeren Akreditasyon Standartları ve Sağlıkta Kalite Standartları'ndan bahsedilmiştir.

1.7.1. BS 8800 Yönetim Sistemi

BS 8800 Yönetim Sistemi bir rehber standarttan oluşmaktadır. Kılavuz niteliği taşıyan ve ilk iş sağlığı ve güvenliği standardı olan bu standart 1901 yılında kurulan İngiliz Standartlar Enstitüsü (British Standadization Institute-BSI) tarafından "BS 8800 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Rehberi (Occupational health and safety management systems Guide)" adıyla 1996 yılında yayımlanmıştır. Bazı rehber bilgi ve önerileri içeren ancak, İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemine yönelik şartları içermeyen BS 8800 standardının belgelendirme amacıyla kullanımı uygun görülmemektedir (Kurt ve Özdemir, 2003, s. 14; Serin ve Çuhadar, 2015, s. 54).

BS 8800 standardı, 2004 yılında revize edilerek "BS 8800: 2004 Mesleki İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Rehberi" olarak yeniden yayımlanmıştır. Bu standart aşağıdaki konularda işletmelere yardımcı olmaktadır (BSI, 2015):

- İş kazalarını ve iş ilişki hastalıkları önlemek için işyerinde iyi çalışma uygulamalarını geliştirmek suretiyle çalışanlara yönelik riskleri minimize etmek,
- İş performansını geliştirmek ve işletmelerin pazarda sorumlu bir imaj oluşturmasına yardım etmek,
- Yasal gerekliliklerin ötesinde işletmelerin performanslarını sürekli olarak geliştirmelerine yardımcı olmak,
- İşletmelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili politika ve amaçlarını gerçekleştirmelerine yardımcı olmak.

1.7.2. ILO İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi Rehberleri

ILO İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Rehberleri (ILO Guidelines on occupational safety and health management systems) 2001 yılında ILO tarafından yayımlanmıştır. Bu rehberler hem ulusal hem de örgütsel düzeyde iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi oluşturmak için bir model sunmaktadır (ILO, 2011, ss. 5-6). İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Rehberleri, iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemlerinin uygulanmasının işyerlerinde tehlike ve riskleri azaltma yönünde pozitif bir

etki oluşturacağından yola çıkarak yayımlanmıştır. Bu rehberlerin en büyük avantajı, işyerlerinde güvenlik kültürünün oluşmasında ve sürekliliğinin sağlanmasında uygun, güçlü ve esnek bir zemin oluşturmasıdır. ILO'nun bu yönetim sistemleri rehberlerinin işyerinde uygulanması sonucunda, işverenin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sorumluluklarını önemli ölçüde yerine getireceği ifade edilmiştir (Berk ve diğ., 2015, s. 72). ILO İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Rehberleri, 5 temel bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler aşağıdaki gibi sıralanmıştır (ILO, 2001):

a) Politika,

b) Organizasyon,

c) Planlama ve Uygulama,

d) Değerlendirme ve

e) İyileştirme Faaliyetleri.

ILO İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Rehberleri, bir standart değildir. Ancak temelinde önemli çalışmaları barındıran temel rehberlerdir. Bu rehberler uluslararası platformda paylaşılmış bilgileri içermektedir ve herhangi bir zorunluluk olmamakla beraber uygulayıcılara iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemleri oluşturma hususunda yol göstermektedir (Berk ve diğ., 2015, s. 72). Örneğin, Almanya ve Polonya gibi bazı ülkelerde iş sağlığı ve güvenliği yönetimi ile ilgili ulusal rehberler ILO Rehberleri temel alınarak hazırlanmıştır (İŞGÜM, 2015c, s. 9).

1.7.3. OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri

OHSAS (Occupational Health and Safety Management Systems) 18001, risk değerlendirmesine dayalı, tüm dünyada kabul gören bir yönetim sistemidir. OHSAS 18001, örgütlerde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili riskleri kontrol etmek ve performans artırmak amacıyla geliştirilmiştir (Serin ve Çuhadar, 2015, s. 55). Kılavuz niteliğindeki ilk sağlık ve güvenlik standardı olan BS 8800 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Rehberi'nin 1996'da BSI tarafından yayımlanmasından sonra farklı belgelendirme kuruluşları bu konuda standartlar yayımlamışlardır. BS 8800'ü temel almalarına karşın, bu standartlar, içerik ve uygulama bakımından birbirlerinden

farklılıklar göstermiştir. Bunun üzerine, BSI öncülüğünde uluslararası kabul edilebilecek bir sağlık ve güvenlik standardı hazırlanması amacıyla İngiltere'de bir komisyon toplanmış ve bu komisyonun çalışmaları sonucunda 1999 yılında OHSAS 18001 standardı hazırlanmıştır. Hazırlanan bu standart, Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından 2001 yılında kabul edilerek TS 18001 adıyla yayımlanmıştır (Ofluoğlu ve Sarıkaya, 2005, ss. 2-3).

Hem üretim hem de hizmet sektöründe, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması zorunlu hale gelmiştir. Uluslararası düzeyde tanınan OHSAS 18001, bu zorunluluğun yerine getirilmesinde işletmelere yardımcı olmaktadır (Ofluoğlu ve Sarıkaya, 2005, s. 3). OHSAS 18002, OHSAS 18001'in uygulama kılavuzudur (İşletmelerde OHSAS 18001'in nasıl uygulanacağını anlatan destek dokümandır) ve 1999 yılında yayımlanmıştır (Serin ve Çuhadar, 2015, s. 54). OHSAS 18001 standardı ve buna ait OHSAS 18002 kılavuzu; müşterilerin kuruluşlardan belgelendirilebilir, denetlenebilir ve kabul edilebilir bir iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi talep etmeleri sonucunda geliştirilmiştir (Ofluoğlu ve Sarıkaya, 2005, s. 3).

OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri standardının temel özelliği önleyici, yani proaktif olmasıdır. Önleyici sistem yaklaşımında, hatalar ortaya çıkmadan önlenmeye çalışıldığından maruz kalınabilecek risk ve tehlikeler de azaltılabilmektedir. Sistem, önleyicilik üzerinde kurulmuş olmakla birlikte kontrol ve geri besleme mekanizmalarını ve düzeltici faaliyetleri de içermektedir. OHSAS 18001 özetle aşağıdaki unsurlardan oluşmaktadır (Serin ve Çuhadar, 2015, s. 55):

- Genel şartlar,
- İş sağlığı ve güvenliği politikası,
- Planlama,
- Uygulama ve işletme,
- Kontrol ve düzeltici faaliyetler ve
- Yönetimin gözden geçirilmesi.

1.7.4. JCI Standartları

Joint Commission International (JCI), sağlık hizmetleri alanında ABD'deki en eski ve en büyük standart belirleme ve akreditasyon kurumu olan ve 20.000'den fazla kurumu değerlendiren Joint Commission (Birleşik Komisyon) tarafından 1994 yılında kurulmuştur. Kâr amacı gütmeyen JCI, misyonunu; "eğitim, yayımlar, danışmanlık ve değerlendirme hizmetleri temini yoluyla uluslararası camiada bakımın güvenliğinin ve kalitesinin sürekli iyileştirilmesi" olarak tanımlamıştır (JCI, 2015a). JCI, 90'dan fazla ülkede faaliyet göstermekte ve geliştirdiği standartlarla hastane ve diğer sağlık kurumlarını (Akademik Tıp Merkezi Hastaneleri, Birinci Basamak Bakım Merkezleri Ayaktan Bakım Merkezleri, Evde Bakım, Uzun Dönemli Bakım, Klinik Laboratuvar ve Tıbbi Ulaştırma Kuruluşları) akredite etmektedir (JCI, 2015b).

JCI tarafından 2014 yılında yayımlanan "Joint Commission International Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları" kitabında standartlar aşağıdaki gibi listelenmiştir (JCI, 2014):

Hasta Merkezli Standartlar

- Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri,
- Bakıma Erişim ve Bakımın Sürekliliği,
- Hasta ve Aile Hakları,
- Hastaların Değerlendirilmesi,
- Hastaların Bakımı,
- Anestezi ve Cerrahi Bakım,
- Medikasyon Yönetimi ve Kullanımı,
- Hasta ve Aile Eğitimi.

Sağlık Bakım Kurumu Yönetim Standartları

- Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği,
- Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü,

- Üst Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme,
- Tesis Yönetimi ve Güvenliği,
- Personel Nitelikleri ve Eğitimi,
- Bilgi Yönetimi.

Standartlar incelendiğinde standartların tümünün iş sağlığı ve güvenliği ile ilişkilendirilebileceği görülmektedir. Örneğin "enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü" ile ilgili standartlar hastalar için güvenli bir ortam sağlanmasına imkân tanırken, aynı zamanda çalışanlar için de güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasına yardımcı olabilir. Bununla birlikte "Sağlık Bakım Kurumu Yönetim Standartları" başlığı altında bulunan "Tesis Yönetimi ve Güvenliği" standartları doğrudan iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili standartlar ihtiva etmektedir. Tesis Yönetimi ve Güvenliği başlığı altında bulunan "Hastane; hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve personele yönelik risklerin yönetilmesi için oluşturulmuş süreçleri tarif eden yazılı bir program veya programlar geliştirmeli ve devamlılığını sağlamalıdır" "Bakım ortamındaki riskleri azaltmak ve kontrol altına almak üzere, bir veya birden fazla kalifiye kişi tesis yönetimi programının planlanması ve uygulanmasını gözetim altında tutmalıdır" ve "Hastane, riskleri azaltmak için denetim ve planlama yaparak güvenli bir fiziksel tesis sağlamak üzere bir program geliştirmeli ve uygulamalıdır" standartları bunlara örnek olarak verilebilir (JCI, 2014).

1.7.5. Sağlıkta Kalite Standartları

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 8 ilkesi içinde kalite ile ilgili olarak "nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon" ilkesi yer almaktadır. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) bu hedefe ulaşmada temel unsur olarak görülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından ilk defa 2005 yılında 100 kriterden oluşan bir soru seti yayımlanmıştır. 2007 yılında 150, 2009 yılında ise 358 standartlık bir set yayımlanarak SKS'nin ana iskeleti oluşturulmuştur. 2011 yılında ise kamu, özel ve üniversite ayrımı yapılmaksızın tüm hastaneler için geçerli 621 standarttan oluşan

"Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane" seti hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012, ss. 1-2).

SKS, hasta ve çalışan memnuniyeti ile hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasını esas almaktadır. 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektedir. Bu kapsamda; Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (Versiyon-5) Seti hazırlanarak, 1 Temmuz 2015 tarihi itibari ile Türkiye'de sağlık hizmeti sunan kamu, üniversite ve özel tüm hastanelerin kullanımına sunulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2015b).

SKS-Hastane, 5 Boyut, 39 Bölüm, 557 Standart ve 1100 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. SKS'nin 5 boyutundan biri olan "Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler" boyutu hastaların temel haklarını, güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak, çalışanların ise sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmalarını sağlamak ve sunulan hizmetlere hasta ve çalışan perspektifinden bakmak amacıyla hazırlanmış standartlar içermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015c, ss. 22-23).

1.8. HASTANELERDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

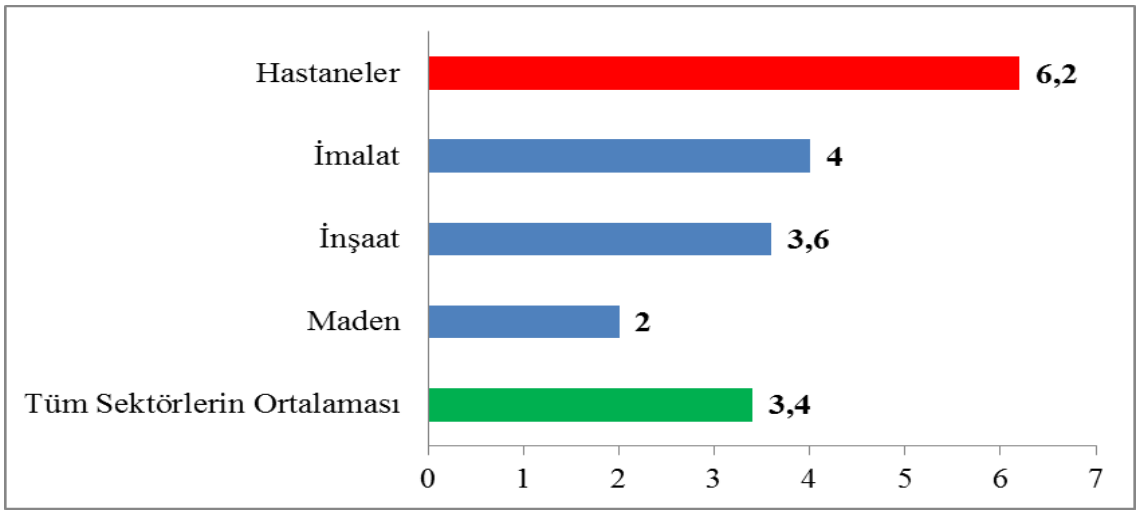
İş sağlığı ve güvenliği konusu önceleri daha çok sanayi alanında çalışanların sorunu olarak algılanmaktaydı. Ancak, hizmet sektörünün son 20-30 yıl içinde bütün dünyada gelişmesi ile bu alanda çalışanların sağlık ve güvenliği de ilgi konusu olmaya başlamıştır (Bilir ve Yıldız, 2014, s. 429).

Hizmet sektörü içinde de sağlık sektörü ve çalışanları önemli bir yere sahiptir. Sağlık çalışanları, dünyadaki tüm işgücünün yaklaşık %12'sini oluşturmaktadır ve sağlık çalışanlarının önemli bir kısmı hastanelerde çalışmaktadır (Ndejjo ve diğ., 2015, s. 1; European Union, 2011, s. 8). Tedavi hizmetlerinin en büyük üreticisi durumunda olan hastanelerde tedavi hizmetleri yanında, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırma hizmetleri sunulmaktadır. Hastanelerde yapılan işler oldukça karmaşıktır ve değişkenlik göstermektedir. Verilen hizmetlerin sayısı artıkça karmaşıklık derecesi ve karmaşıklığın yarattığı problemler de artmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2013, ss. 118, 136). Bu problemlerin başında, çalışanların sağlık ve güvenliklerinin

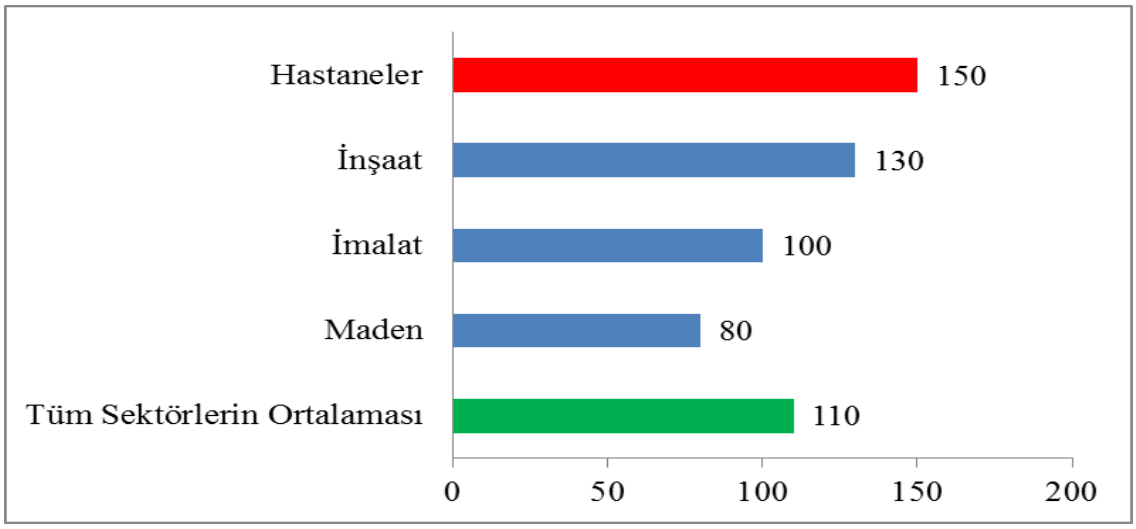
sağlanması gelmektedir. ABD'deki İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi (Occupational Safety and Health Administration-OSHA) hastanelerin mesleki risk ve tehlikeye maruz kalma açısından en tehlikeli çalışma ortamlarından biri olduğunu belirtmiştir (OSHA, 2015). Türkiye'de de 26.12.2012 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği ile, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 9. maddesi uyarınca, işyerlerinin iş sağlığı ve güvenliği açısından yer aldığı tehlike sınıfları liste halinde belirtilmiştir. Buna göre işyerleri "az tehlikeli", "tehlikeli" ve "çok tehlikeli" olarak sınıflandırılmış ve hastaneler iş sağlığı ve güvenliği açısından "çok tehlikeli" işyerleri sınıfına dâhil edilmiştir (Resmi Gazete, 2012a).

İşgücü İstatistikleri Bürosuna (Bureau of Labor Statistics-BLS) göre 2014 yılı itibariyle Amerika'da hastane çalışanlarının maruz kaldığı ölümcül olmayan iş kazası ve meslek hastalıklarının oranı tüm sektörlerde çalışanların maruz kaldığı ortalama iş kazası ve meslek hastalığı oranının yaklaşık iki katıdır. Ayrıca hastane çalışanlarının maruz kaldığı ölümcül olmayan iş kazası ve meslek hastalıklarının oranı, ağır sanayide gerçekleşen iş kazası ve meslek hastalıkları oranından daha yüksektir. 2014 yılında, Amerika'da hastanelerde tam zamanlı olarak çalışan her 100 sağlık çalışanından 6,2'si iş kazasına uğramış ya da meslek hastalığına yakalanmıştır. Sözü edilen oranlar üretim sektöründe (imalat-sanayi) 100 çalışanda 4, inşaat sektöründe 100 çalışanda 3,6 ve madencilik sektöründe 100 çalışanda 2'dir (BLS, 2015; Grafik 3).

İş günü kaybıyla sonuçlanan iş kazası ve meslek hastalıkları oranları incelendiğinde de hastane çalışanlarının iş günü kaybıyla sonuçlanan iş kazası ve meslek hastalıkları oranlarının diğer sektörlerin ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre hastanelerde meydana gelen ve işgünü kaybıyla sonuçlanan iş kazası ve meslek hastalığı her 10.000 çalışanda 150 iken, bu oran diğer tüm sektörlerin ortalaması alındığında 10.000 çalışanda 110'dur (BLS, 2015; Grafik 4). Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknoloji ve üretim araçlarının çeşitliliği nedeniyle hastane çalışanları, diğer sektörlerde çalışanların maruz kaldığı iş risklerinin yanında, yaptıkları işin niteliğine bağlı olarak çok sayıda mesleki risk ve tehlike ile karşılaşmaktadır (Arvacık, 2014, s. 1; Meydanlıoğlu, 2013, s. 192).



Grafik 3. Sektörlere Göre Ölümcül Olmayan İş Kazası ve Meslek Hastalığı Oranları-100 Çalışanda **(**Bureau of Labor Statistics, 2015)



Grafik 4. Sektörlere Göre İşgünü Kaybıyla Sonuçlanan İş Kazası Oranları-10.000 Çalışanda **(**Bureau of Labor Statistics, 2015)

1.8.1. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliğini Tehdit Eden Faktörler

Hastanelerde elektrikli-elektronik cihazların sürekli kullanımı, kimyasal maddeler ile işlemler, radyoaktif maddelerin kullanımı, ağır malzemelerin taşınması, kesici-delici aletlerin ve enfeksiyon riski taşıyan biyolojik materyallerin bir arada bulunması, kimyasal maddeler ile işlemler ve tüm bu etmenlerle birlikte, ergonomik olmayan

çalışma ortamları, iş gerilimi ve yoğun çalışma temposu sağlık çalışanlarının diğer iş kollarına göre daha fazla mesleki risk ve tehlikelere maruz kalmalarına ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016, s. 36). Hastanelerde çalışanların sağlığını etkileyebilecek bu faktörler fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal faktörler olarak sınıflandırılabilir (Tablo 6). Bu faktörler arasında bazıları sağlık kuruluşlarına özgü olmayıp genel sağlık riskleri olarak ortamda bulunur, bazıları ise yalnızca sağlık mesleklerinde çalışanlar açısından risk faktörü durumundadır (Bilir ve Yıldız, 2014, s. 435).

Tablo 6. Hastanelerdeki Başlıca Tehlike ve Risk Faktörleri

Fiziksel Faktörler	**Kimyasal Faktörler**	**Biyolojik Faktörler**	**Psikososyal Faktörler**	**Ergonomik Faktörler**
Radyasyon Lazer Gürültü Elektrik Sıcak-soğuk hava Kesici-delici-batıcı cisimler	Solventler Anestezik ilaçlar Kanser ilaçları Antibiyotikler Metal, cıva Temizlik Malzemeleri	Enfeksiyonlar / Biyolojik Ajanlar (bakteriler, virüsler, mantarlar, parazitler, bulaşıcı vücut sıvıları) Bulaşıcı Hastalıklar (Tüberküloz, Hepatitler, AIDS Solunum sistemi enfeksiyonları)	Vardiya Gece çalışması Uzun süre çalışma Stres İş yükü Şiddet	Güvensiz donanım/teçhizat Düzensiz veya uygun olmayan çalışma alanları Uygunsuz vücut duruşları (postür bozuklukları), Uygunsuz vücut hareketleri

Kaynak: Bilir ve Yıldız, 2014, s. 436; Devebakan, 2007, ss. 139-140; Oğan, 2014, ss. 17-20

1.8.1.1. Fiziksel Faktörler

Radyasyon, elektrik, gürültü, kötü havalandırma, kötü aydınlatma, lazer, kesici delici cisimler sağlık çalışanlarını tehdit eden önemli fiziksel risk faktörleridir (Türk Tabipler Birliği-TTB, 2008, s. 14; OSHA, 2016). Radyoloji, radyoterapi ve nükleer tıp çalışanları başta olmak üzere, sağlık çalışanları, radyasyona maruz kalmaktadırlar (Meydanlıoğlu, 2013, s. 193). Radyasyona maruz kalmak akut dönemde bulantı, kusma, ishal ve hatta ölüme sebep olabilmektedir. Kronik olarak ise cilt kanseri ve kemik iliği

rahatsızlıklarına sebep olabilmektedir. Ayrıca sürekli olarak radyona maruz kalanların çocuklarında genetik rahatsızlıklar da görülebilmektedir (OSHA, 2016).

Hastanelerdeki gürültü seviyesi çalışanların sağlığını etkileyebilecek düzeyde olabilmektedir. Hoparlörden yapılan anonslar, tıbbi cihazların çıkardığı sesler, ısıtma ve soğutma sistemlerinden çıkan sesler ve hastaların, yakınlarının ve çalışanların yüksek sesle konuşması gürültüyü artırabilmektedir. Çalışılan ortamdaki gürültünün pek çok yan etkisi olabilmektedir. Kan basıncının artması, performansın düşmesi, stres, uyku bozuklukları, tinnitus ve gürültüye bağlı işitme kaybı bu etkiler arasındadır. Aydınlatma, üzerinde pek durulmayan bir konu olmakla birlikte aydınlatmanın iyi olmaması özellikle ameliyathanelerde görüş alanını olumsuz etkilerken, keskin olması ise yorgunluk nedeni olabilmektedir (TTB, 2008, ss. 14-16). Ayrıca lazer, ultraviyole, mikrodalga, ultrason, fotokopi makineleri, havalandırma sistemleri, bilgisayar ekranları ve iç ortam hava kirliliği sorunları da sağlık çalışanlarını olumsuz etkileyen mesleki risk faktörleridir (Meydanlıoğlu, 2013, s. 193).

1.8.1.2. Biyolojik Faktörler

Sağlık çalışanları, çalışma ortamlarından kaynaklanan çok sayıda biyolojik risk etmenine maruz kalmaktadırlar (Tablo 7). Bunlar içinde kan yolu ile bulaşan hastalıklar önemli yer tutmaktadır. Kan yolu bulaşan 30 civarında mikroorganizma olsa da en önemlileri Hepatit B, Hepatit C ve HIV virüsleridir (TTB, 2008, s. 11; Gorman ve diğ., 2013, s. 16). DSÖ tarafından 2002 yılında yayımlanan bir raporda dünyadaki 35 milyon sağlık çalışanı arasında yaklaşık 3 milyonunun (2 milyon Hepatit B, 0,9 milyon Hepatit C ve 170.000 HIV) her yıl kan ile bulaşan patojene (bloodborne pathogens) maruz kaldığı ve bu patojenlerin 70.000 sağlık çalışanında Hepatit B, 15.000 çalışanda Hepatit C ve 500'ünde ise HIV enfeksiyonuna neden olduğu belirtilmiştir (WHO, 2002, s. 74).

Tablo 7. Biyolojik Risk Faktörleri

Kan yolu	Hava Yolu	Fekal - Oral	Deri Yolu
• Hepatit B • Hepatit C • HIV • …	• Tüberküloz • Kızamık • Kızamıkçık • Meningokoksik menenjit • İnfluenza • Boğmaca • Kabakulak • …	• Helikobakter • Hepatit A • Polio • Salmonella enfeksiyonu • Şigella enfeksiyonu	• Herpetik dolama • Tinea pedis • Siğiller

Kaynak: Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2016, s. 4

Kan yolu ile bulaşma en çok kesici-delici alet yaralanması (örneğin iğne batması) ile meydana gelmektedir (Gorman ve diğ., 2013, s. 16). DSÖ'ye göre sağlık çalışanlarında görülen dünyadaki tüm Hepatit B ve Hepatit C vakalarının %40'ı, AIDS vakalarının ise %2,5'i kesici delici alet yaralanması ile meydana gelmektedir (WHO, 2002, s. 74). Kesici delici alet yaralanması en çok hemşirelerde ve kesici aletin monte edilmesi ya da çıkarılması, aletin kullanımı, iğne kapaklarının kapatılması ve aletlerin atık kutularına atılması sırasında olmaktadır (Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2016, s. 11).

Sağlık çalışanları, solunum yolu ile bulaşan hastalıklar açısından da önemli derecede risk altındadırlar. Nezle, grip, tüberküloz, kızamık, kızamıkçık ve suçiçeği hastalardan sağlık çalışanlarına solunum yolu ile geçebilen önemli hastalıklar olarak sayılabilir. Tüberkülozun, solunumla bulaşan hastalıklar içinde önemli bir yeri vardır. Türkiye'de tüberküloz görülme sıklığının sağlık çalışanlarında toplumun geneline göre yaklaşık 3 kat fazla olduğu belirtilmiştir (TTB, 2008, s. 11).

1.8.1.3. Kimyasal Faktörler

Hastanelerde çalışanlar çok sayıda kimyasal etkenle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bunlar arasında ilaçlar, anestezik gazlar, antiseptik ve dezenfektan maddeler ile sterilizasyonda

kullanılan maddeler sık kullanılmaları ve etkileri nedeniyle önemlidir (TTB, 2008, s. 11).

Ameliyathanelerde anestezi cihazlarının bağlantılarından veya hastaların nefeslerinden ortama yayılan gazlar, ortamda bulunan doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli tarafından da inhale edilerek vücuda alınmaktadır (Bilir ve Yıldız, 2014, s. 437). Anestezik gazlara (nitröz oksit, halotan, izofloran gibi) maruz kalmak akut dönemde uyuşukluk, sinirlilik, depresyon, baş ağrısı, mide bulantısı, koordinasyon ve muhakeme ile ilgili sorunlar meydana getirebilmektedir. Bu gazlara uzun süreli maruz kalmak ise karaciğer ve böbrek hastalıkları ile kansere neden olabilmektedir (OSHA, 2016).

Sağlık çalışanları, ilaçların taşınması, depolanması, hazırlanması, uygulanması ve atıkların yok edilmesi sırasında sindirim, inhalasyon ya da doğrudan cilde temas yoluyla, ilacı sulandırma, flakondan enjektöre çekme, ilaç içeren ampulü kırma, enjektörden havayı çıkarma, serum torbasını ya da seti çıkarma, serum torbasının setle bağlantısını sağlama, ilacı serum içine verme, kaza ile dökülmeler gibi durumlarda ilaca maruz kalabilmektedir (TTB, 2008, s. 11). Hastaların iyileştirilmesi amacıyla kullanılan bu ilaçların bazıları, özellikle kanser tedavisinde kullanılan (antineoplastik) ilaçlar çalışanlar açısından tehlikeli olabilmektedir. NIOSH kanser tedavisinde kullanılan ilaçların deri döküntüleri, kısırlık, düşük, doğum kusurları, lösemi veya diğer kanserlere neden olabileceğini belirtmiş ve bu ilaçların hazırlanması ve uygulanması sırasında uygun prosedürlerin ve koruyucu ekipmanların kullanılması ile bu etkilerin azaltılabileceğini belirtmiştir (Conner ve diğ., 2004, s. 1).

Hastanelerde antiseptik ve dezenfektan olarak en çok benzalkonyum klorür, borik asit, fenol, krezol gibi maddeler kullanılmaktadır. Sterilizasyon için ise etilen oksit, glutaraldehit ve formaldehit gibi maddeler kullanılmaktadır. Bu maddeler de alerjiden kansere kadar çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilmektedirler. Ayrıca hastane ortamında bulunan cıva ve diğer ağır metaller ve plastiklerin de çalışanların sağlığı üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013, s. 193; Bilir ve Yıldız, 2014, s. 438; TTB, 2008, s. 11).

1.8.1.4. Ergonomik Risk Faktörleri

Çalışan sağlığı ve güvenliği ile ilgili tüm çalışma koşullarıyla bağlantılı ve multidisipliner bir sistem olan ergonomi, kısaca işin insana ve insanın işe uyumunun sağlanması olarak tanımlanmaktadır (Güler ve diğ., 2015, s. 2; Parlar, 2008, s. 551). Hastanelerde sağlık bakım hizmeti verenler yalnızca araç-gereç ve çevre ile değil, aynı zamanda hastalarla da etkileşim içerisinde olduklarından, ergonomi, hastanelerde; çalışan, makine ve çevre ilişkisinin yanı sıra, çalışan ve hasta ilişkisini de ele almaktadır (Güler ve diğ., 2015, s. 2).

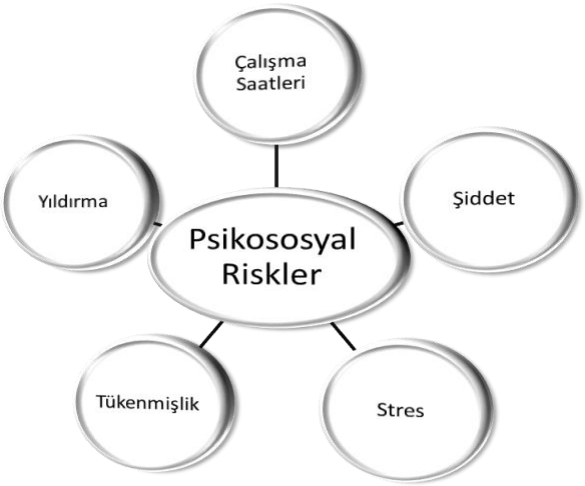
Yüksek basamaklar, ıslak zemin veya zemindeki düzensizlikler gibi ortama ait faktörlerin yanı sıra hasta bakımı, hastayı kaldırma, hasta transferi, aşırı efor, yanlış postürde çalışma, yanlış postürde oturma, uzun süre ayakta kalma ve ağır yük kaldırma sırasında yaşanabilecek problemler ergonomik tehlike ve risk faktörleri olarak sıralanabilir (Güler ve diğ., 2015, s. 2; Meydanlıoğlu, 2013, s. 193; Parlar, 2008, s. 551). Ergonomik tehlike ve riskler kayma, düşme, burkulma, çarpma, zorlanma ve incinmeye sebep olmakta ve bunun sonucunda işe bağlı kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları yaşanmaktadır. 2005 yılında Avrupa'da aday ülkelerle beraber toplam 31 ülkede yapılan Dördüncü Avrupa Çalışma Koşulları Araştırması (The Fourth European working conditions survey) sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının %61,8'inin yüksek hızda çalıştığı, %48,7'sinin ağrılı pozisyonlarda çalıştığı, %43,4'ünün hasta kaldırmak ya da taşımak zorunda kaldığı, %27,7'sinin ağır yük kaldırma ya da taşımak zorunda kaldığı, yaklaşık %80'inin çalışırken yürümek ya da ayakta durmak zorunda kaldığı, %26,3'ünün sırt (bel) ağrısı çektiği ve %24,3'ünün kas ağrısından yakındığı belirtilmiştir (European Union, 2011, s. 108).

Ergonomik risk ve tehlikelere bağlı olarak gelişen kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları sağlık çalışanlarının özellikle hemşirelerin en çok karşılaştığı sağlık problemidir (Bernal ve diğ., 2015, s. 636). Amerika'da hastanelerde meydana gelen ve iş günü kaybıyla sonuçlanan yaralanmaların yarısından fazlasının (%54) kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarından oluştuğu belirtilmiştir (OSHA, 2015). Ayrıca, yapılan araştırmalarda, hemşireler hasta bakımı ile daha fazla ilgilendiklerinden ve fiziksel olarak daha fazla zorlandıklarından hemşirelerde kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının daha fazla

yaşandığı belirtilmiştir (Bernal ve diğ., 2015, s. 636; Karahan ve diğ., 2009, s. 516; Parlar, 2008, s. 551).

1.8.1.5. Psikososyal Risk Faktörleri

Psikososyal risk faktörleri sağlık sektöründeki tüm meslek gruplarında artmakta olup hemşireleri, doktorları ve diğer çalışanları olumsuz etkilemektedir. İş yükü (vardiyalı çalışma, gece çalışma, düzensiz çalışma saatleri), sosyal çatışmalar, taciz, yıldırma, şiddet, ayrımcılık, zaman baskısı, katı hiyerarşik yapı, ödüllendirme ve memnuniyet eksikliği, yetersiz yönetim desteği ve iletişimde güçlükler sağlık çalışanlarını etkileyen önemli psikososyal risk faktörleri olarak sıralanabilir (European Union, 2011, s. 173; Şekil 6).



Şekil 6. Psikososyal Riskler (European Union, 2011, s. 173)

Stres ve şiddet sağlık çalışanlarının karşılaştığı psikososyal risk faktörlerinden öne çıkan iki önemli mesleki risk faktörüdür. Sağlık çalışanları yaptıkları işin doğası gereği birçok meslek grubundan daha fazla strese maruz kalmaktadırlar (Bamber, 2006, s. 3). Yukarıda sayılan psikososyal risk faktörleri yanında ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, verilen bakımdan ve yapılan tedaviden sorumlu olma, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler stresle beraber gerginlik ve tükenmeye yol açmaktadır (Sünter ve diğ., 2006, s. 10; Meydanlıoğlu,

2013, s. 193). İşe bağlı stres, gerginlik ve tükenme ise kişide anksiyete, depresyon, çaresizlik duyguları gibi ruhsal etkilere ve baş ağrısı, uykusuzluk, kaslarda gerginlik, gibi fizyolojik etkilere neden olmaktadır (Sünter ve diğ., 2006, s. 10). Bunun yanı sıra işe bağlı stres, tükenme ve gerginliğin çalışan moral ve performansını düşürme, iş doyumunu azaltma, iş kazalarını artırma, işe gecikme, mazeret uydurarak işe hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma gibi sonuçları olabilmektedir (Bamber, 2006, s. 3; Sünter ve diğ., 2006, s. 10).

İşyerinde şiddet, sağlık çalışanlarının karşılaştığı diğer önemli bir mesleki risk olup iş kazaları içinde değerlendirilmektedir. Sağlık çalışanları, başta hasta ve hasta yakınlarından olmak üzere fiziki ve sözel şiddete maruz kalmaktadırlar. Dünyada yapılan birçok araştırmada sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörü gruplarına göre 16 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Yeşildal, 2005, s. 183; Oğan, 2014, s. 29). Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarını şiddet, taciz ve hırsızlık gibi olaylara karşı korumak amacıyla 2012 yılında "Beyaz Kod" uygulaması başlatmış ve bu uygulama kapsamında kurulan ihbar hattına 2012-2014 yılları arasında toplam 15.737 başvuru yapılarak 10.572 çalışanın sözel, 5.165 çalışanın ise fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Oğan, 2014, s. 29).

Hastanede çalışan herkesin şiddete maruz kalma ihtimali olmakla birlikte doğrudan hasta ile ilgilenen hemşire, hasta bakıcı ve doktorlar daha fazla risk altındadırlar. Şiddet vakaları en çok acil servis, psikiyatri servisleri ve bekleme bölümlerinde olmaktadır. Şiddete maruz kalma sonucunda küçük ve ciddi fiziksel yaralanmalar, geçici ya da sürekli sakatlıklar, psikolojik travma ve hatta ölüm olabilmektedir. Ayrıca yaşanan şiddet olayları çalışanlarda moral düşüklüğü, iş stresini artırma, iş değişikliği ve yönetime olan güveni azaltma gibi negatif örgütsel sonuçlar da meydana getirebilmektedir (NIOSH, 2002, ss. 3-4).

Çalışma ortamında, çalışanların maruz kaldığı risk ve tehlikeler, meslek hastalıkları ve iş kazalarının artmasına, çalışanlarda fiziksel ve ruhsal sorunların oluşmasına, iş veriminin düşmesine ve buna bağlı olarak ekonomik kayba sebep olmaktadır. Belirtilen olumsuzlukların ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesi için iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması gerekmektedir (Meydanlıoğlu, 2013, s. 194; Bayılmış, 2013, s. 2). ILO 1970'li yılların başlarında OSHA, NIOSH, Amerikan Hastane Birliği ve sağlık

sendikaları ile birlikte her çalışanın olduğu kadar sağlık çalışanlarının da “sağlıklı olma hakkı” ve “sağlıklı ve güvenli hastane ortamında çalışma hakkı” bulunduğunu belirtmiştir (Aktaran Özkan ve Emiroğlu, 2006, s. 45). Yetiştirme, eğitme, yardımlaşma, paylaşma ve takım çalışması yolu ile bir örgütteki çalışanların karar verme yetkilerini artırma ve çalışanları geliştirme süreci olarak tanımlanan personel güçlendirme (Barutçugil, 2004, s. 398) hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında önemli bir araç olabilir.

2. BÖLÜM

PERSONEL GÜÇLENDİRME

Bu bölümde, personel güçlendirme kavramı, personel güçlendirme kavramının gelişimi, personel güçlendirmenin ilişkili olduğu kavramlar, personel güçlendirme yaklaşımları, personel güçlendirme süreci ve uygulaması ve personel güçlendirmenin yararları anlatılmıştır.

2.1. PERSONEL GÜÇLENDİRME KAVRAMI

Personel güçlendirme, küresel rekabet ve değişimin ortaya çıkardığı bir yönetim kavramıdır (Doğan ve Kılıç, 2007, s. 56). Personel güçlendirme ile sorun oluşmadan önce soruna neden olabilecek faktörlerin kontrol altına alınması, sorunların daha hızlı çözülmesi ve böylece rekabet gücünün artırılması hedeflenmektedir. Bu çerçevede personel güçlendirme kavramı, modern yönetim ve örgüt uygulamaları arasında önemi artan kavramlardan biri olarak kabul edilmektedir (Akçakaya, 2010, s. 127).

İlgili literatür incelendiğinde personel güçlendirmenin farklı yazarlar tarafından farklı şekilde tanımlandığı görülmektedir. Conger ve Kanungo (1988) personel güçlendirmeyi "örgüt üyelerinin öz yeterlilik duygularını yükseltme süreci" olarak tanımlamıştır (s. 474). Hanold (1997) ise personel güçlendirmeyi "çalışanın davranışlarında özgür olması buna karşın işin sonuçlarından sorumlu olması" olarak tanımlamıştır (s. 207).

Quinn ve Spreitzer (1997) tarafından yapılan bir araştırmada da yöneticilerin personel güçlendirmeye ilişkin farklı yaklaşımları ortaya konmuştur. Buna göre yöneticilerin bir kısmı personel güçlendirmenin yetki devri ve sorumluluk alma olduğunu, diğer kısmı ise personel güçlendirmenin risk alma ve kişisel gelişim süreci olduğunu belirtmişlerdir (ss. 37-38). Saruhan ve Yıldız (2013) da benzer şekilde güçlendirmenin "çalışanların bilgi ve yetkinlikleri doğrultusunda inisiyatif alma ve sorun çözmeye yetkili kılınmaları ve bu bağlamda, çalışanların bilgi, beceri ve motivasyon düzeylerinin yükseltilerek otoritelerini kullanabilme yolunun açılması" olarak tanımlanabileceğini belirtmişlerdir (s. 212).

Thomas and Velthouse (1990) ise güçlendirmeyi kısaca "çalışanlara güç verme" olarak tanımlamıştır (s. 667). Bir yönetim kavramı olarak güç (power) pozisyon gücü, kaynak gücü, uzmanlık gücü ve kişilik gücü olmak üzere dört farklı şekilde ele alınmaktadır. O halde güçlendirme, çalışanların bu dört güç çeşidi itibariyle kuvvetli hale getirilmesidir. Buna göre (Koçel, 2011, s. 476);

- Çalışanların pozisyon gücünün artırılması,
- Çalışanlara, kaynaklara ulaşma ve kaynakları kullanma imkânının sağlanması,
- Çalışanların eğitim ve geliştirme ile uzmanlığının artırılması,
- Çalışanların motivasyonlarının yükseltilmesi ve kendilerine olan güvenlerinin artırılması ile güçlendirmenin gerçekleştirilmesi sağlanabilir.

Personel güçlendirme ile ilgili olarak literatürde yapılan farklı tanımlarda ortaklık gösteren unsurlar aşağıda sıralanmıştır (Yıldırım, 2013, ss. 100-101):

- Örgüt içinde, hiyerarşik yapıda gücü elinde bulunduranların bu gücü alt düzeydeki çalışanlarla paylaşması,
- Çalışanların yetki ve sorumluluğunun arttırılması,
- Çalışanların problem çözme yeteneklerinin geliştirilmesi,
- Çalışanların kendi gelecekleri ile ilgili kararları vermelerine destek olunması
- Çalışanların kendi potansiyellerini kullanmalarına yardımcı olunması ve
- Güçlendirmenin olumlu etkilerinin çalışanların tüm hayatına yayılması.

2.2. PERSONEL GÜÇLENDİRME KAVRAMININ GELİŞİMİ

Güçlendirme, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) felsefesiyle işletmecilik gündemine girmiştir (Aldemir ve diğ., 2004, s. 239). Kavram ilk kez 1983'de Harrison ve Kanter tarafından kullanılmıştır (Aktaran Doğan, 2003, s. 6). 1980 sonrasına hakim olan yeni kavram ve yönetim yaklaşımları; yenilikçilik, daha fazla takım çalışması, bireylerin daha çok güçlendirilmesi, çalışanların daha çok katılımı, daha az hiyerarşik yapılar, merkezilikten uzaklaşma ve daha az bürokrasidir. Bu zengin kavram ve tekniklerin

ortak özelliği örgütlerin sahip oldukları en önemli kaynak olan insan kaynağından en yüksek faydayı sağlamaya yönelik yapılar göstermesidir. Bu dönemin bir başka özelliği müşteri odaklı yaklaşımın kalite hareketi üzerine olan etkisidir. Prensipleri 1950 ve 1960'lı yıllarda Japon firmaları tarafından geliştirilen ve 1980'lerde Batı'da yansıma bulan TKY'nin etkisi had safhaya yükselmiş ve beraberinde personel güçlendirmeyi getirmiştir (Yıldırım, 2013, s. 97).

TKY'nin ortaya çıkması, yöneticilerin karar verme ve kontrol alanı ile ilgili olan fonksiyonlarının daralmasına, koçluk ve danışmanlık gibi fonksiyonlarının ise artmasına neden olmuştur (Genç, 2004, ss. 222-223). 1980'li yıllarda müşteri odaklı yaklaşımlar önem kazanmış ve müşteriyi kazanmak için rekabet artmıştır (Yıldırım, 2013, s. 98). Artan rekabet baskısı, küreselleşme olgusu ve hızlı değişim merkezcil karar almanın etkinliğini azaltmıştır. Örgütler kararlar alan, inisiyatif kullanan, sorunlara çözümler üreten ve sonuçların sorumluluğunu taşıyabilen çalışanlara ihtiyaç duymuştur. Bu yüzden, daha hızlı, daha esnek, daha cesur ve daha etkili kararların alınabilmesi için doğrudan işin içinde olan çalışanların güçlendirilmesi zorunlu hale gelmiştir (Barutçugil, 2004, s. 397). Personel güçlendirme uygulamalarını ortaya çıkaran bu nedenler Koçel (2011) tarafından aşağıdaki gibi sıralamıştır (ss. 476-477):

- Bilgi işleme teknolojisinde meydana gelen gelişmeler ile orta kademenin ortadan kalkması,
- Rekabetin artması ile müşteri taleplerine hızlı cevap verme zorunluluğunun ortaya çıkması,
- Çalışanların eğitim düzeylerinin yükselmesi ve beklentilerinin artması,
- Hem toplumda hem de örgütlerde demokratikleşme eğiliminin artması,
- Bilgi ve insan unsurunun rekabet avantajı sağlayan en önemli kaynak olarak kabul edilmesi,
- Örgütlerde, hiyerarşiye dayanan komuta-kontrol anlayışının zayıflaması,
- Küreselleşen ve sürekli gelişen bir dış çevrenin oluşması.

Günümüze gelindiğinde, işletmeler çalışanların örgüte bağlılığını, kurumsal riskleri paylaşmalarını ve yenilik yaratmalarını destekleyecek yönetim uygulamalarını

desteklemektedir. Personeli güçlendirme olarak tanımlanan bu yönetim uygulaması, çalışanların kendi kendilerini denetleyebilmeleri (özdenetim) düşüncesi doğrultusunda çalışanın yetkilendirilmesi değil, daha güçlü hale getirilmesi ile ilgilidir. Yardımlaşma, paylaşma, astlarını yetiştirme, ekip çalışması gibi davranış kazandırarak çalışanların inisiyatif kullanma ve sorun çözme etkinliklerinin artırılması düşünülmektedir. Bu bağlamda; "işi yapan işin sahibidir", sorumluluk işi yapana verilir" gibi ifadeler doğrultusunda çalışanlar inisiyatif kullanmaya özendirilmektedir (Saruhan ve Yıldız 2013, s. 212). Çalışanlar artık sadece birer maliyet unsuru değil, sahip oldukları bilgi, tecrübe ve yetenekleri ile organizasyonlara rekabet avantajı sağlayacak en önemli kaynak olarak görülmektedir. Bu kaynaktan yararlanmak, çalışanlarının katılımının sağlanması, onlara fırsat sunulması, ve bunun için gerekli yapının oluşturulması ile mümkün olmaktadır. Tüm paydaşların ve özellikle, çalışanların, toplumun ve işverenlerin kazandığı bu yapının ve ortamın en önemli yapı taşı olarak personel güçlendirme görülmektedir (Yıldırım, 2013, s. 98).

2.3. PERSONEL GÜÇLENDİRMENİN İLİŞKİLİ OLDUĞU KAVRAMLAR

Personel güçlendirme kavramı yakından incelendiğinde işletme yönetiminde çok tartışılan yetki devri, motivasyon, katılım ve iş zenginleştirme kavramlarının bir uzantısı olarak görülebilir. Ancak, güçlendirme, hem daha geniş bir anlam taşıması hem de uygulanmasının diğerlerinden daha zor olması nedeniyle sözü edilen kavramlardan farklıdır (Koçel, 2011, s. 474). Aşağıda, personel güçlendirme ile ilişkili, fakat farklı anlamlara gelen bu kavramlar anlatılmıştır.

2.3.1. Yetki Devri

Güçlendirme ile yetki devri birbirine çok karıştırılan ve birbirinin yerine kullanılabilen kavramlardır. Fakat yetki devri güçlendirmeden daha dar kapsamlıdır. Yetkisini devreden yönetici belirli koşullar altında, gerektiğinde geri alabileceği bir kısım yetkilerini devrederken, güçlendirmede işi fiilen yapan kişinin o işle ilgili tüm kararları verebilmesi ve bunu yapabilecek düzeye gelebilmesi için yetiştirilmesi gerekmektedir (Aldemir ve diğ., 2004, s. 240).

Güçlendirmede de bir yetki devri söz konusudur. Ancak, güçlendirmede farklı bir anlayış temel alınmaktadır. Güçlendirmede, işi fiilen yapan kişinin, o işi, örgütün üst kademelerindeki yöneticilere göre daha iyi yaptığı anlayışı vardır ve bu yüzden çalışan, işle ilgili seçimlerde serbest bırakılmaktadır. Dolayısıyla güçlendirme, işi yapanı işin sahibi haline getirmeyi amaçlamaktadır. Yönetici, işi yapanın işini daha iyi yapabilmesi için gerekli ortamı yaratır ve kaynakları temin eder. Bu fark, yetkilendirme ile güçlendirme kavramları arasındaki farkı göstermektedir. Güçlendirme yerine "yetkilendirme" kavramının kullanılması yanlıştır. Güçlendirme, çalışanları çeşitli özellikleri itibariyle daha güçlü hale getirme (to empower) ile ilgili iken, yetkilendirme, çalışanlara yetki verme (to authorize, authorization) ile ilgilidir (Koçel, 2011, ss. 474-475).

2.3.2. Motivasyon

Personel güçlendirme kavramı ile yakından ilgili olan ancak farklılık gösteren bir diğer kavram motivasyondur. Motivasyon “bir veya birden çok insanı, belirli bir yöne (gaye veya amaca) doğru devamlı şekilde harekete geçirmek için yapılan çabaların toplamı” şeklinde tanımlanmaktadır (Ergül, 2005, s. 69). Motivasyonun temelinde çalışanların performansının yükseltilmesi için uygun şart ve ortamların yaratılması yatmakta ve çalışanların nasıl kontrol edileceği ve yönlendirileceği önem taşımaktadır. Güçlendirmede ise kontrol çalışanda bulunmaktadır (Çuhadar, 2005, s. 4). Motivasyonu sağlamak için terfi, gelir, statü kazanma, daha cazip iş, güvenlik, kişisel güç ve otorite kazanma, kararlara katılma ve adil olma gibi özendirici araçlara ihtiyaç duyulmaktadır. Güçlendirme ise, çalışanları motive etmekte kullanılan bir araç olarak görülmektedir (Çuhadar, 2005, s. 4; Akçakaya, 2010, s. 153).

Motivasyonun cevap aradığı soru “çalışanların örgüt yararına davranması için çalışanlara ne vermeliyiz veya ne yapmalıyız” sorusudur. Güçlendirmenin cevap aradığı soru ise, “çalışanların işinde daha başarılı olabilmesi ve işiyle ilgili kararları kendisinin verebilmesi için örgüt ne yapmalıdır” sorusudur. Motivasyonun hareket noktası çalışanların nasıl kontrol edileceği ve nasıl yönlendirileceğidir. Güçlendirmenin hareket noktası ise personelin kendini yetiştirmesi ve geliştirmesidir. (Akçakaya, 2010, s. 153).

2.3.3. Katılım

Katılım, çalışanların karar verme süreçlerine katılmalarını ve aktif rol almalarını ifade etmektedir. Katılım, personelin güdülenmesini, kararların kalitesinin iyileştirilmesini, kişisel amaçlarla örgütsel amaçların dengelenmesini, verimliliğin artmasını, personel devir hızının azalmasını, çatışma ve sürtüşmelerin önlenmesini sağlamaktadır (Çuhadar, 2005, s. 3). Katılımın artması ile çalışanların motivasyonları, başarma anlayışı, işe karşı tutumları ve işin anlamına yönelik algıları olumlu yönde değişmektedir. Güçlendirme bir yönüyle çalışanların daha fazla katılımının sağlanmasını öngören bir uygulama, teknik ve anlayıştır (Koçel, 2011, s. 474).

Katılım, örgütte demokratik bir ortamın yaratılması, problemlerin çözülmesi ve kararların alınması ile ilgili olarak çalışanların etkinliğinin arttırılması gibi yönleriyle güçlendirmeye benzemesine rağmen, kararlara ve karar verme süreçlerine imkân verildiği ölçüde katılımlarının sağlanması noktasında güçlendirme kavramından ayrılmaktadır. Güçlendirme, çalışanların bir yöneticinin onayını almaya ihtiyaç duymadan ve aldıkları kararların reddedilmesi söz konusu olmadan karar verme yetkisine sahip olmalarını öngörmektedir (Akçakaya, 2010, s. 152).

2.3.4. İş Zenginleştirme

İş zenginleştirme, çalışanlara işin nasıl yapılacağı ile ilgili olarak karar verme yetkisi, kontrol ve sorumluluk vermek suretiyle işe derinlik kazandırmaktır. İş zenginletirmede işin niteliğini değiştirmeden yapılan işin planlanması ve karar verme yetkisinin astlarla paylaşılması söz konuşur. İş zenginleştirmenin amacı, yapılan işin, çalışanlar tarafından daha anlamlı hale gelmesini sağlamaktır (Bolat, 2003, s. 210).

Personel güçlendirme ile iş zenginleştirme kavramları birbirine benzemekle beraber önemli farklılıklar içermektedirler. Güçlendirme bazı yönleri ile iş zenginleştirmeyi de içermekte ancak bu kavramın çok daha ötesine geçmektedir. Her şeyden önce güçlendirme, bilişsel boyutuyla, çalışanların bireysel olarak algılamalarına odaklanır, iş zenginleştirme ise, çalışanlardan ziyade işin kendisi ve özelliklerine odaklanır. Güçlendirmede, çalışanların, kendi işini ve çalışma koşullarını biçimlendirme ve

böylece örgütsel faaliyet ve sonuçları etkileme gücü vardır. İş zenginleştirmede çalışanlara, belirli ölçüde planlama ve karar verme yetkisi verilmiş olsa da, bu durum işlerini ya da çalışma koşullarını değiştirmeyi içermemektedir. İş zenginleştirme, ast ve üst arasındaki ilişkiyi dikkate almazken, güçlendirme üstün güçlendirmeye yönelik davranışlarından, dolayısıyla izlediği liderlik tarzından direkt olarak etkilenir (Bolat, 2003, s. 211).

2.4. GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMLARI

Spreitzer (2008) güçlendirme ile ilgili yapısal ve psikolojik olmak üzere iki klasik güçlendirme yaklaşımından bahsetmiştir (s. 54). Hanold, (1997) güçlendirmenin etkili olabilmesi için tek bir yaklaşımın yeterli olmayacağını ve bu iki yaklaşımın birlikte ele alınması gerektiğini belirtmiştir (s. 206). Aşağıda bu iki yaklaşımın açıklamalarına yer verilmiştir.

2.4.1. Yapısal Güçlendirme

Sosyal-yapısal güçlendirme ve davranışsal güçlendirme olarak da adlandırılan ve temellerini Kanter'in Örgütsel Güçlendirme Teorisi'nden alan yapısal güçlendirmenin odak noktasını üst yönetimin çalışanları güçlendirmedeki rolü oluşturmaktadır (Laschinger ve diğ., 2001, s. 261; Spreitzer, 2008, s. 54; Bolat, 2003, s. 201). Başka bir deyişle, yapısal güçlendirme yaklaşımı, personeli güçlendirme konusunda üst yönetime düşen görev ve sorumlulukların neler olduğunu ve yönetimin ne yapması gerektiğini ortaya koymaktadır (Bolat, 2003, s. 201).

Yapısal güçlendirme, çalışanlara güç, kontrol ve yetki veren bir dizi yönetsel faaliyet ve uygulamaları ifade etmektedir. Yapısal güçlendirme yaklaşımında gücün, daha az güce sahip olanlara aktarımı söz konusudur. Bu çerçevede personel güçlendirme, çalışanlara örgüt kaynaklarını kullanma ve kontrol hakkı veren yönetsel faaliyet ve uygulamalar olarak tanımlanmaktadır (Sağlam Arı, 2014, s. 5). Yapısal güçlendirmenin fırsat, bilgi, kaynaklar, destek, biçimsel ve biçimsel olmayan güç, olmak üzere altı boyutu bulunmaktadır. Aşağıda bu boyutların açıklamalarına yer verilmiştir (Laschinger ve

diğ., 2001, s. 261: O'Brien, 2010, s. 6; Sürvegil ve diğ., 2013, ss. 5373-5374; Barutçugil, 2004, s. 405):

Fırsat (Opportunity): Çalışanlara iş yerinde eğitim olanaklarının sağlanması ve kendini geliştirme fırsatı verilmesidir.

Bilgi (Information): Çalışanların, işlerinde ilerlerken gerek duyacakları bilgi ve becerilere sahip olmalarının sağlanması ve daha sonra ne yapacaklarını bilerek işlerine odaklanmalarının sağlanmasıdır.

Kaynaklar (Resources): Çalışanların, gerek duydukları kaynaklar için kime, nasıl başvuracaklarını bilmeleri, planlanan işler için ayrılan zaman, para ve eleman gibi kaynakların yeterli olması ve ihtiyaç duyulan malzeme ve materyallere kolay ulaşılabilmesidir.

Destek (Support): Soru sorma, cevap alabilme, onaylanma, geri bildirim alma, cesaretlendirilme ve isteklendirilme gibi ihtiyaçların yeterli ölçüde karşılanmasıdır.

Biçimsel güç (Formal power): Çalışanlara karar vermede takdir yetkisi kullanmaya olanak verilmesidir.

Biçimsel olmayan güç (Informal power): Çalışanların örgüt içinde, üstleri, çalışma arkadaşları ve diğer örgüt üyeleri ile sağlıklı ilişkiler kurmaları ve sorunların çözümünde beraber hareket etmelerinin sağlanmasıdır.

Yapısal güçlendirmede daha çok üst yönetim tarafından yerine getirilmesi gereken faaliyetler ve sergilenmesi gereken davranışlar üzerinde durulmaktadır. Güçlendirmede üst yönetimin yapması gerekenlerle birlikte yapılanların çalışanlarca nasıl algılandığı konusu da önem taşımaktadır. Çünkü üst yönetim tarafından gerçekleştirilen uygulamalar, çalışanlar tarafından kendilerini güçlendiren uygulamalar olarak algılanmadığı sürece üst yönetim tarafından yapılan faaliyetlerin hiçbir önemi yoktur (Çöl, 2008, s. 36).

2.4.2. Psikolojik Güçlendirme

Yöneticilerin yönetsel uygulamalarının çalışanlar tarafından ne şekilde algılandığının önemli olduğu bu yaklaşıma göre psikolojik güçlendirme, çalışanın kendisini güçlendirilmiş hissedip hissetmediğine ilişkin algısını ifade eder (Arslantaş ve Dursun, 2008, s. 114). Bilişsel ya da motivasyonel yaklaşım olarak da adlandırılan bu yaklaşımda personel güçlendirme, çalışanın bakış açısı ile ele alınmakta ve çalışanın ne hissettiği önemli ve belirleyici olmaktadır (Sağlam Arı, 2014:5). Spreitzer'e (1995) göre psikolojik güçlendirmenin anlam, yetenek, özerklik ve etki olmak üzere dört boyutu bulunmaktadır (s. 1443). Aşağıda bu boyutların açıklamalarına yer verilmiştir (Spreitzer, 1995, ss. 1443-1444; Quinn ve Spreitzer, 1997, s. 41):

Anlam (Meaning): Çalışanların kendi standartları ya da ideallerine göre yaptıkları işe verdikleri değeri ifade eder. Bir başka deyişle anlam, çalışanların, yaptıkları işin ne kadar önemli olduğu ile ilgili hislerini ifade etmektedir. Anlam, çalışanların inançları, değerleri ve davranışları ile yaptıkları işin gerekleri arasındaki uyumu da içermektedir

Yetenek (Competence): Öz-yeterlilik (self-efficacy) olarak da isimlendirilen bu boyut çalışanların işlerini yapabilmeleri konusunda gereken beceriye sahip olup olmadıkları ile ilgili inançlarını ifade etmektedir. Yetenek, çalışanların yaptıkları işteki ustalığı ya da beklenen performansı karşılayabilmeleri ile ilgilidir.

Özerklik (Self-determination): Özerklik, çalışanların işlerini daha iyi nasıl yapacaklarına ilişkin seçimlerinde kendilerini ne kadar özgür hissettikleri ile ilgilidir. Çalışanların çalışma metotları ile ilgili kararları kendilerinin verebilmeleri buna örnek olarak verilebilir.

Etki (Impact): Çalışanların işyerinde stratejik, yönetsel ya da operasyonel sonuçları etkileyebilme derecesine yönelik algılarıdır. Etki, diğer çalışanların kendilerini dinlemeleri ve işin sonuçlarını etkileyebilme durumlarına ilişkin inançlarını ifade etmektedir.

Psikolojik güçlendirme yukarıda belirtilen dört bilişsel boyuttan oluşan motivasyonel bir eğilimdir. Bu yaklaşımın odak noktası, sıralanan bilişsel boyutlarda çalışanın kendisini ve örgütünün sunduğu çalışma koşullarını nasıl gördüğü ve nasıl algıladığıdır.

Psikolojik güçlendirme yaklaşımına ilişkin ayrıca aşağıdaki hususların belirtilmesinde fayda vardır (Bolat, 2003, s. 205):

- Öncelikle, bu yaklaşım, pasif değil aktif bir özelliğe sahiptir ve çalışanın yaptığı işteki rolünü nasıl algıladığı ile ilgilidir. Çalışanlar yaptıkları işlerle ilgili koşulları ve işlerindeki rollerini kendileri şekillendirmek isterler; bu noktada güçlendirme çalışanların bu beklentilerini karşılamak için yapılan çalışmalar toplamıdır.

- Psikolojik güçlendirme yaklaşımında güçlendirmenin yukarıda belirtilen dört boyutu bütünlük arz eder ve bu dört boyut bir arada ele alınmalıdır. Bu boyutlardan biri ihmal edildiğinde, güçlendirme tam olarak gerçekleştirilemez.

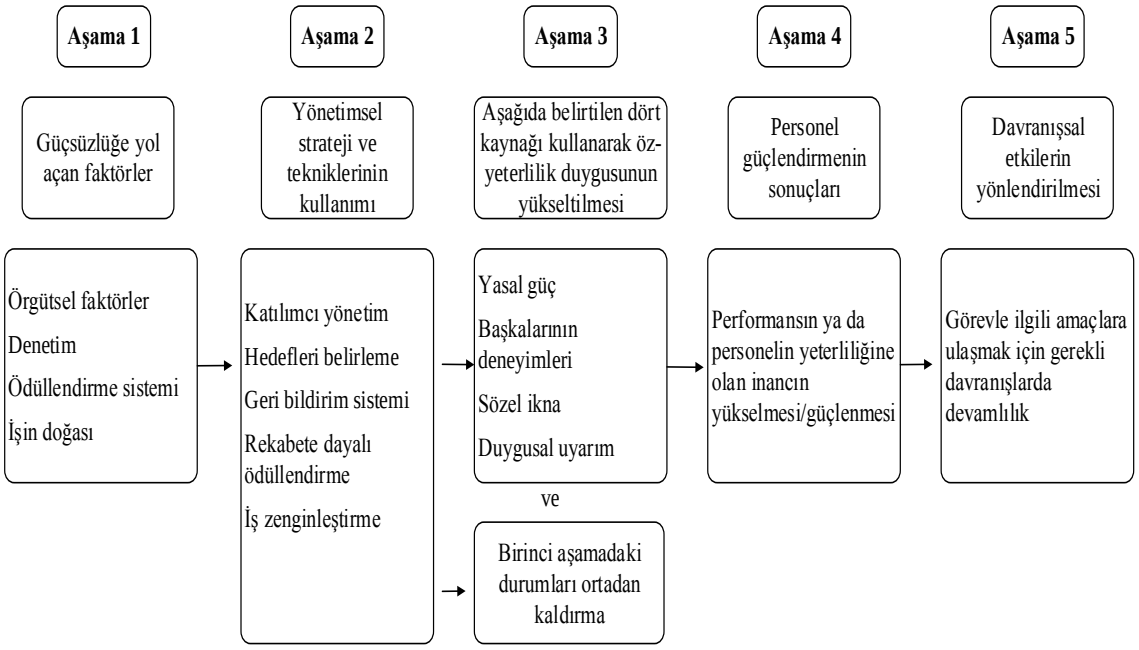
- Personelin güçlendirilmesi ile ilgili olarak "personel güçlendirilmiştir ya da güçlendirilmemiştir" şeklinde bir değerlendirme yapmak doğru değildir. Bunun yerine "daha çok ya da daha az güçlendirilmiştir" şeklinde yapılacak bir değerlendirme daha doğrudur. Bu yüzden, “personel artık güçlendirilmiştir” deyip güçlendirme ile ilgili çalışmalara son verilmemelidir.

2.5. PERSONEL GÜÇLENDİRME SÜRECİ VE UYGULAMASI

Örgütün yapısı ve işleyişiyle doğrudan ilgisi olan personel güçlendirmede yöneticilerin karşısına çıkan en önemli sorun personelin nasıl güçlendirileceğidir (Saruhan ve Yıldız, 2013, s. 2012; Doğan, 2003, s. 183). İlgili yazın incelendiğinde bu konuda farklı yazarların farklı yaklaşımlar ortaya koyduğu görülmüştür.

Conger ve Kanungo’ya (1988) göre personel güçlendirme süreci beş aşamadan oluşmaktadır (s. 475; Şekil 7): Birinci aşama, güçsüzlüğe neden olan faktörlerin belirlenmesidir. Örgütsel faktörler, denetim tarzı, ödüllendirme sistemi ve iş dizaynı başlıkları altında toplanan ve güçsüzlüğe neden olabilecek bu faktörler Tablo 8’de ayrıntılı olarak verilmiştir. İkinci aşama, güçsüzlüğe neden olan bu faktörlerin ortadan kaldırılmasıyla yönetimin güçlendirme ile ilgili stratejilerini hayata geçirmesidir. Üçüncü aşama, sadece belirlenen güçlendirme stratejileriyle güçsüzlüğe neden olan faktörlerin ortadan kaldırılması değil, ayrıca ve daha önemlisi personelin harekete

geçme yeteneği, başkalarının deneyimleri, sözlü ikna ve duygusal uyarım ile personele öz-yeterlilik duygusunun kazandırılmasıdır. Dördüncü aşama, yapılan uygulamaların sonuçlarının değerlendirilmesidir. Beşinci ve son aşama ise güçlendirmenin davranışsal etkilerinin yönlendirilmesidir.



Şekil 7. Güçlendirme Sürecinin Beş Aşaması (Conger ve Kanungo, 1988, s. 475)

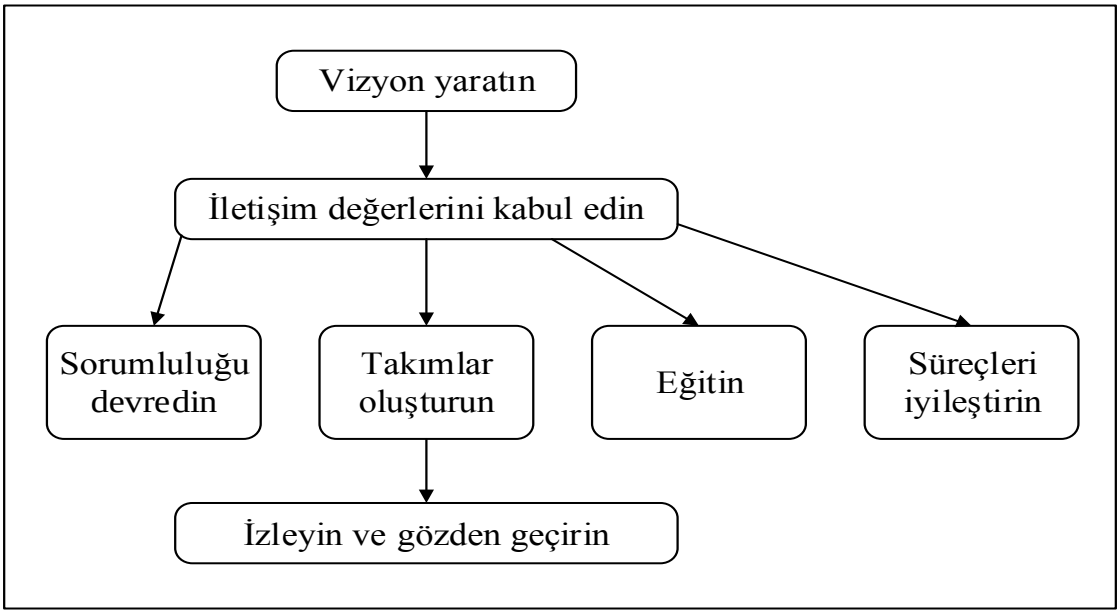
Tablo 8. Güçsüzlüğe Yol Açan Faktörler

Örgütsel Faktörler
Önemli örgütsel değişimler, transferler
Riskli girişimler
Rekabet baskıları
Bürokratik örgüt iklimi
Düşük iletişim ve sınırlı network sistemleri
Aşırı merkezileşmiş örgütsel kaynaklar
Denetim Tarzı
Otoriter (Yüksek Kontrol)
Negativizim (Başarısızlıklara odaklanma)
Nedensiz davranışlar (suçlamalar)
Ödüllendirme Sistemleri
Düzensizlik (Keyfi ödüllendirmeler)
Ödüllerin değerinin düşüklüğü
Rekabete dayalı ödüllerin eksikliği
Yenilikçiliğe dayalı ödüllerin eksikliği
İş Dizaynı
Rol belirsizliği
Teknik destek ve eğitim eksikliği
Gerçekçi olmayan hedefler
Uygun otorite eksikliği
Düşük iş çeşitliliği
İş performansı üzerinde direkt etkisi olan kararlara, etkinliklere ve toplantılara sınırlı katılım
Uygun/gerekli kaynakların eksikliği
Rutin işlerin fazlalığı
Yüksek kuralcı yapı
İlerleme fırsatlarının eksikliği
Anlamlı hedef ya da görevlerin eksikliği
Üst yönetici ile sınırlı iletişim

Kaynak: Conger ve Kanungo, 1988, s. 477

Cook (1994) ise güçlendirme sürecini Şekil 8'deki gibi özetlemiştir. Buna göre güçlendirmenin ilk aşaması uygun bir vizyonun oluşturulmasıdır (s. 11). Barutçugil (2004) de benzer şekilde güçlendirme sürecinin vizyon oluşturma aşamasında başladığını ve vizyon ve misyonu tanımlayan ifadelerde çalışanlara değer veren ve rollerinin önemini vurgulayan ifadelerin olmasının anlamlı olduğunu belirtmiştir (s. 400). Cook'a (1994) göre güçlendirmenin ikinci aşamasında güçlendirmeye uygun

destekleyici bir ortamın oluşturulması ve örgüt içi iletişimi geliştirici değerlerin kabul edilmesi gerekmektedir. Üçüncü aşama ise personele sorumluluk verilmesini, çalışanlarla işbirliğini geliştirecek takımların oluşturulmasını, çalışanların eğitilmesini ve süreçlerin iyileştirilmesini içermektedir. Son aşamada ise tüm bu süreçler gözlemlenmeli ve yeniden değerlendirilmelidir (ss. 11-12).



Şekil 8. Güçlendirme Süreci Basamakları (Cook, 1994, s. 11)

Koçel (2011) personel güçlendirme sürecinin başarıya ulaşması için üç temel unsurdan bahsetmiştir. Bu unsurlar: organizasyon, çalışanlar ve yöneticiler olarak sıralanmıştır. Bu üç unsurun sahip olduğu özellikler personel güçlendirme uygulamasının başarısını etkilemektedir. Aşağıda güçlendirme uygulamalarının başarıya ulaşmasında önemli rol oynayan bu üç unsurun sahip olması gereken özellikler sıralanmıştır (ss. 477-480):

I. Organizasyon unsuru

- İş tanımlarının ve çalışma süreçlerinin çalışan katılımına imkân verecek şekilde tasarlanması,
- Misyon ve vizyon ifadelerinin açık ve net olması ve bunun paylaşılması,
- Ödüllendirme sisteminin güçlendirilmiş davranışları destekleyecek nitelikte olması,

- Örgütte bilgi paylaşımını sağlayacak sistemin tasarlanması,
- Çalışanların sürekli kendini geliştireceği eğitim ve öğrenme ortamının yaratılması.

II. Güçlendirilecek personel unsuru

- Çalışanların kendilerini iyi tanıması (kimdir, kuvvetli ve zayıf yönleri nelerdir, istekleri ve kariyer hedefleri nelerdir),
- Çalışanların kendilerini sürekli geliştirme arzusu içinde olması,
- Çalışanların değişime açık olması ve değişimi kolay kabul etmesi,
- Çalışanların kendine güven derecesinin yüksek olması.

III. Yönetici unsuru

- Yöneticilerin açık tartışma (problem çözme yaklaşımı), bağlılık ve güven ortamı yaratması,
- Yöneticilerin katılıma imkân vermesi ve bilgiyi paylaşması,
- Yöneticilerin örgütte yaşanan her başarı ve başarısızlıktan ders çıkarabilmesi,
- Yöneticilerin hata yapma korkusunu ortadan kaldırması, verdiği kararların uygulanmasını teşvik etmesi ve motivasyon yaratması,
- Yöneticilerin çalışanların performansı ilgili olarak net, zamanında, yararlı ve etkin geri bildirim yapması,
- Yöneticilerin misyon ve vizyonu tarif etmesi ve paylaşması,
- Yöneticilerin, yöneticiliğin "emir - komuta ve kontrol" yerine yol gösterme, geliştirme, önünü açma ve koç'luk olduğunu kabul etmesi.

Koçel (2011:481) güçlendirme sürecinin başarıya ulaşması için yukarıda belirtilen üç unsurun bir arada olması gerektiğini belirtmiş ve güçlendirmenin başarı koşullarını aşağıdaki gibi özetlemiştir:

I. Örgüt içinde bilginin paylaşılması, güçlendirme uygulamalarının başarıya ulaşmasının en temel koşullarından biridir. Örgüt içinde, misyon ve vizyondan

haberi olmayan, neyi niçin yaptığını bilmeyen çalışanların güçlendirilmesi mümkün değildir. Bu yüzden güçlendirme uygulamalarında başarının ilk şartının örgüt için bilgi paylaşımına imkân verecek bir sistemin tasarlanması ve uygulanmasıdır.

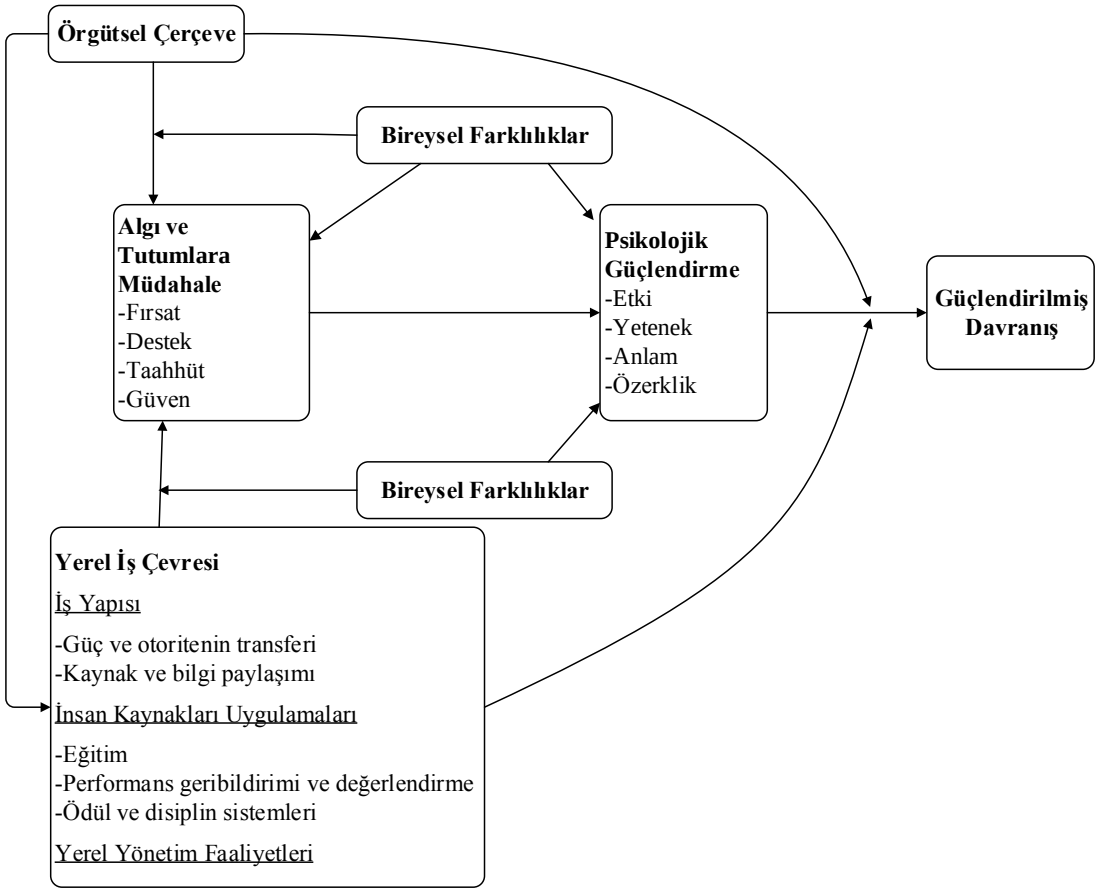
II. Güçlendirme uygulamalarının başarıya ulaşmasının bir diğer önemli koşulu çalışanların kendilerini geliştirmeleri sağlayacak ortamın oluşturulması ve eğitim imkânlarının kendilerine sunulmasıdır. Çalışanların, yaptıkları işin gerektirdiği bilgi ve beceriye sahip olması hem yapılan işten iyi sonuç alınması hem de çalışanların kendilerine olan güvenlerinin artması açısından önemlidir.

III. Güçlendirmede başarı sağlamanın bir diğer koşulu çalışanlara işlerini yapmaları için gereken kaynakların tam olarak sağlanmasıdır. Özellikle para, araç ve gereç gibi kaynakların sağlanması ile güçlendirmenin başarılı olma olasılığı artacaktır.

IV. Güçlendirme uygulamalarında başarıyı etkileyen bir diğer husus geri besleme, performans değerleme ve olumlu pekiştirme yapılmasıdır. Kendilerine sorumluluk ve karar verme yetkileri verilen çalışanların performansının değerlendirilmesi ve kendilerine olumlu pekiştirici (positive reinforcement) ile desteklenen bir geri besleme yapılması çalışanların motive olmalarını sağlayacak ve kendilerine olan güvenlerini yükseltecektir.

Robbin ve diğerleri (2002) ise güçlendirme sürecine ilişkin olarak güçlendirmenin başarıya ulaşmasında önemli rolü olan unsurları içeren ve güçlendirmenin hem yapısal hem de psikolojik boyutunu ele alan kapsamlı bir model sunmuşlardır (s. 421). Yazarlar bu modelde güçlendirme sürecinde yer alan değişkenleri ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri tanımlamışlardır (Şekil 9). Buna göre örgütün genel özellikleri güçlendirmeyi doğrudan etkilemekle birlikte iş ortamını, algı ve tutumları etkilemesi sebebiyle güçlendirmeyi ayrıca dolaylı olarak etkilemektedir. İş yapısı, insan kaynakları uygulamaları ve yerel yönetim faaliyetlerini kapsayan iş ortamı da benzer şekilde güçlendirmeyi hem doğrudan etkilemekte hem de algı ve tutumları etkilemesi sebebiyle güçlendirmeyi ayrıca dolaylı olarak etkilemektedir. Fırsat, destek, taahhüt ve güven faktörlerinden oluşan algı ve tutumlar ise psikolojik güçlendirmeyi etkilemektedir. Bu arada bu etkiler çalışanlardaki bireysel farklılıklara göre farklılaşmaktadır. Bir başka deyişle çalışanların özelliklerine göre bu değişkenlerin birbiri üzerindeki etki dereceleri

de farklı olmaktadır. Son olarak psikolojik güçlendirme sonucunda güçlendirilmiş davranış ortaya çıkmaktadır.



Şekil 9. Güçlendirme Süreci (Robbin ve diğ., 2002, s. 421)

2.6. PERSONEL GÜÇLENDİRMENİN YARARLARI

Whetten ve diğerleri (1996) güçlendirilmiş personelin daha üretken, memnuniyet düzeyi daha yüksek ve daha yenilikçi olduğunu ve böylece daha yüksek kalitede hizmet sunduğunu belirtmişlerdir (s. 11). Çuhadar (2005) ise güçlendirilmiş personelin kendini güvende hissettiğini, görev, yetki ve sorumluluk aynı personelde olunca kendini geliştirdiğini ve denetim mekanizmasına dahi gerek kalmadan kendi kendini kontrol edebilir duruma geldiğini belirtmiştir (s. 21). Doğan (2003) ise personel güçlendirmedeki en önemli kazancın, çalışanların kararlara katılımının sağlanması ve daha çok motive olmalarıyla, yaratıcılıklarını ortaya koyup, işletmenin verimlilik

artışına katkıda bulunmaları olduğunu belirtmiştir (s. 196). Quinn ve Spreitzer (1997) ise güçlendirilmiş personelin dört ortak karakteristik özelliğinin bulunduğunu belirtmiş ve bunları aşağıdaki gibi açıklamışlardır (s. 41):

- Güçlendirilmiş personel özgür bir iradeye sahiptir (Bunun anlamı çalışanların işlerini daha iyi nasıl yapacaklarına dair kendilerini serbest hissetmeleridir).
- Güçlendirilmiş personel yaptığı işi anlamlı bulur (Bunun anlamı çalışanların yaptıkları işin kendileri için önemli olduğunu hissetmeleri ve her ne yapıyorlarsa bunu ilgi ile yapmalarıdır).
- Güçlendirilmiş personel kendini yetenekli hisseder (Bunun anlamı çalışanların işlerini iyi yapmaları için gereken beceriye sahip olduklarından emin olmaları ve işlerini nasıl yapabileceklerini bilmeleridir).
- Son olarak güçlendirilmiş personel işini etkileme gücüne sahiptir (Bunun anlamı çalışanların birimde yapılan işleri etkileyebilmeleri ve diğer çalışanların onların fikirlerini dinlediğine inanmalarıdır).

Güçlendirmeye ilişkin hemşireler üzerinde yapılan farklı çalışmalarda; hem psikolojik hem de yapısal güçlendirmenin tükenmişlik ile negatif ilişkili olduğu ve psikolojik güçlendirmenin tükenmişlik üzerinde aracı etkisinin bulunduğu (Meng ve diğ., 2016, s. 104), güçlendirme düzeyi daha yüksek olan hemşirelerin daha az iş gerilimi yaşadığı, iş memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu ve örgütsel bağlılık düzeylerinin de daha yüksek olduğu (Laschinger ve diğ., 2001, s. 270; Laschinger ve diğ., 2009, s. 228), psikolojik ve yapısal güçlendirme ile işe bağlılık arasında pozitif bir ilişkinin olduğu (DiNapoli ve diğ., 2016, s. 95) ve güçlendirme ile iş memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki olduğu (Ning ve diğ., 2009, s. 2642) belirtilmiştir.

Güçlendirmenin yukarıda belirtilen yararları ile birlikte iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında da etkisi olduğu düşünülmüştür. Bu yüzden bu çalışmada güçlendirmenin, hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranışlarına ve hemşirelerin mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma düzeylerine etkisi araştırılmıştır.

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı ve problem cümlesi, evren ve örneklemi, sınırlılıkları, veri toplama araçları ile araştırma verilerinin toplanması ve analizi anlatılmıştır.

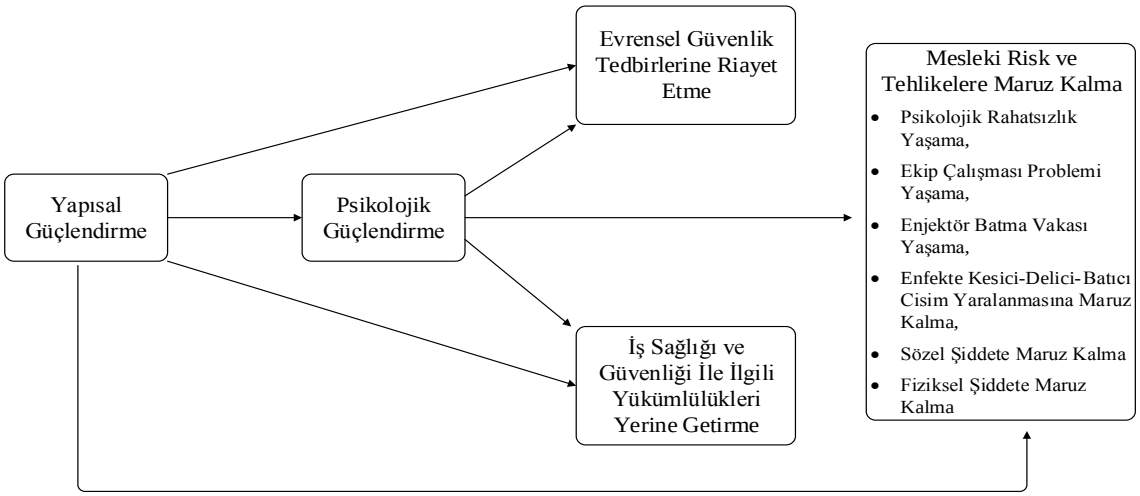
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE PROBLEM CÜMLESİ

Hastaneler birçok hizmetin bir arada sunulduğu, farklı çalışma koşullarının olduğu ve bu yüzden de çalışanların iş sağlığı ve güvenliği açısından önemli risklerle karşı karşıya olduğu ortamlardır. Hasta ve yakınlarına hizmet sunan sağlık çalışanlarının etkili ve verimli çalışması, işyeri güvenliklerinin sağlanmasına bağlıdır. Bu bakımdan sağlık çalışanlarının karşılaştıkları risk ve tehlikelere karşı güçlendirilmiş olması büyük önem taşımaktadır. Sabuncuoğlu'na (2013, s. 315) göre iş kazalarının yaklaşık %80'i insani faktörlerden %20'si ise çevresel faktörlerden kaynaklanmaktadır. Camkurt (2013, ss. 71-72) da benzer şekilde iş kazalarının meydana gelmesi üzerinde kaza nedenlerinin ağırlık oranları konusunda farklı araştırmalara dayanan değişik görüşler olmakla birlikte, iş kazalarının %80'inin insanlara bağlı olarak meydana geldiğinin kabulünün doğru olacağını belirtmiştir. Türkiye Makine Mühendisleri Odası'nın hazırladığı bir raporda da "insanın yapmakla yükümlü olduğu iş için gerekli ve yeterli eğitim görmemiş ya da yeterli beceri ve deneyim kazanmamış olması ve yaptığı işin kendisine zor ya da sevimsiz görünmesi güvensiz davranışlara kaynaklık etmekte ve iş kazası nedenlerini ortaya çıkarmaktadır" denilmektedir (Çakar ve diğ., 2010, s. 40). Güçlendirilmiş personel özgür bir iradeye sahiptir, yaptığı işin öneminin farkındadır, kendini yetenekli hisseder ve işini etkileme gücüne sahiptir (Quinn ve Spreitzer, 1997, s. 41). Güçlendirilmiş personelin bu özellikleri dikkate alındığında, ayrıca güçlendirme için çalışanların bilgiye ve kaynağa erişiminin sağlanması, destek ve fırsat verilmesi yoluyla gelişimlerinin ve motivasyonlarının artırıldığı düşünüldüğünde güçlendirmenin iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında önemli bir araç olabileceği söylenebilir. Ancak yapılan literatür taramasında personel güçlendirmenin iş sağlığı ve güvenliğine etkisi üzerine herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, alandaki bu

eksikliği gidermek üzere hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında personel güçlendirmenin etkisini araştırmaktır. Bu bağlamda, araştırmanın problem cümlesi şu şekilde belirlenmiştir:

> "Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında personel güçlendirme etkili midir?"

Hemşireler üzerinde yapılan bu araştırmada ilk olarak yapısal ve psikolojik güçlendirmenin hemşirelerin standart (evrensel) güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmada ayrıca, psikolojik ve yapısal güçlendirmenin, hemşirelerin maruz kaldığı mesleki risk ve tehlikeler arasında yer alan psikolojik rahatsızlık yaşama, ekip çalışması problemi yaşama, enjektör batma vakası yaşama, enfekte kesici-delici-batıcı cisim yaralanmasına maruz kalma, sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma üzerindeki etkisi de araştırılmıştır. Bu amaçla Şekil 10'da gösterilen araştırma modeli çizilmiştir. Laschinger ve diğerlerine (2001) göre psikolojik güçlendirme yapısal güçlendirmeden etkilenmektedir (s. 268). Robbin ve diğerleri (2002) de benzer şekilde güçlendirme sürecinde yapısal güçlendirmenin psikolojik güçlendirmeyi etkilediğini ve bunun sonucunda güçlendirilmiş davranışın ortaya çıktığını belirtmiştir (s. 421). Bu yüzden araştırmada yapısal güçlendirmenin psikolojik güçlendirme üzerindeki etkisi de test edilmiş ve araştırma modelinde gösterilmiştir.



Şekil 10. Araştırma Modeli

Güçlendirme düzeyi ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının hangi mesleki ve demografik özelliklere göre fark gösterdiğinin bilinmesi, güçlendirmenin sağlanmasına ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerin yerine getirilmesine ilişkin yapılacak çalışmalara ışık tutabilir. Bu yüzden, çalışmada ayrıca, hemşirelerin güçlendirme düzeylerinin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının hemşirelerin mesleki ve demografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği de araştırılmıştır.

3.2. VERİ TOPLAMA ARACI

Çalışmada, veri toplama aracı olarak anket formu (EK 2) kullanılmıştır. Çalışmada, "psikolojik güçlendirme", "yapısal güçlendirme", "iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin yükümlülükleri yerine getirme", "standart (evrensel) güvenlik tedbirlerine riayet etme" ve "mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma" araştırmanın temel değişkenleri olarak belirlenmiştir.

"Psikolojik güçlendirme" düzeyini değerlendirmek için Spreitzer (1995) tarafından geliştirilen "Psikolojik Güçlendirme Ölçeği" (Psychological Empowerment Instrument-PEI) kullanılmıştır. Ölçek, anlam, yetenek, özerklik ve etki olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir boyutta üç ifade bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutları, kendi içlerinde değerlendirilerek her bir boyut için sonuçlar alınabildiği gibi, tüm boyutların toplanmasıyla da toplam psikolojik güçlendirme puanı elde edilmektedir (Sürvegil ve diğ., 2013, s. 5375). PEI, Türkiye'de Çavuş ve Demir (2010), Sürvegil ve diğerleri (2013) ve Uner ve Turan (2010) tarafından yapılan çalışmalarda kullanılmış ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Uner ve Turan (2010) tarafından 260 hemşire ve 161 doktor üzerinde yapılan ve "The construct validity and reliability of the Turkish version of Spreitzer's psychological empowerment scale" başlığıyla yayımlanan çalışmada araştırma bulgularının ölçeğin orijinalinde olduğu gibi toplam 12 ifade ve dört boyuttan oluşan yapıyı desteklediği belirtilmiştir.

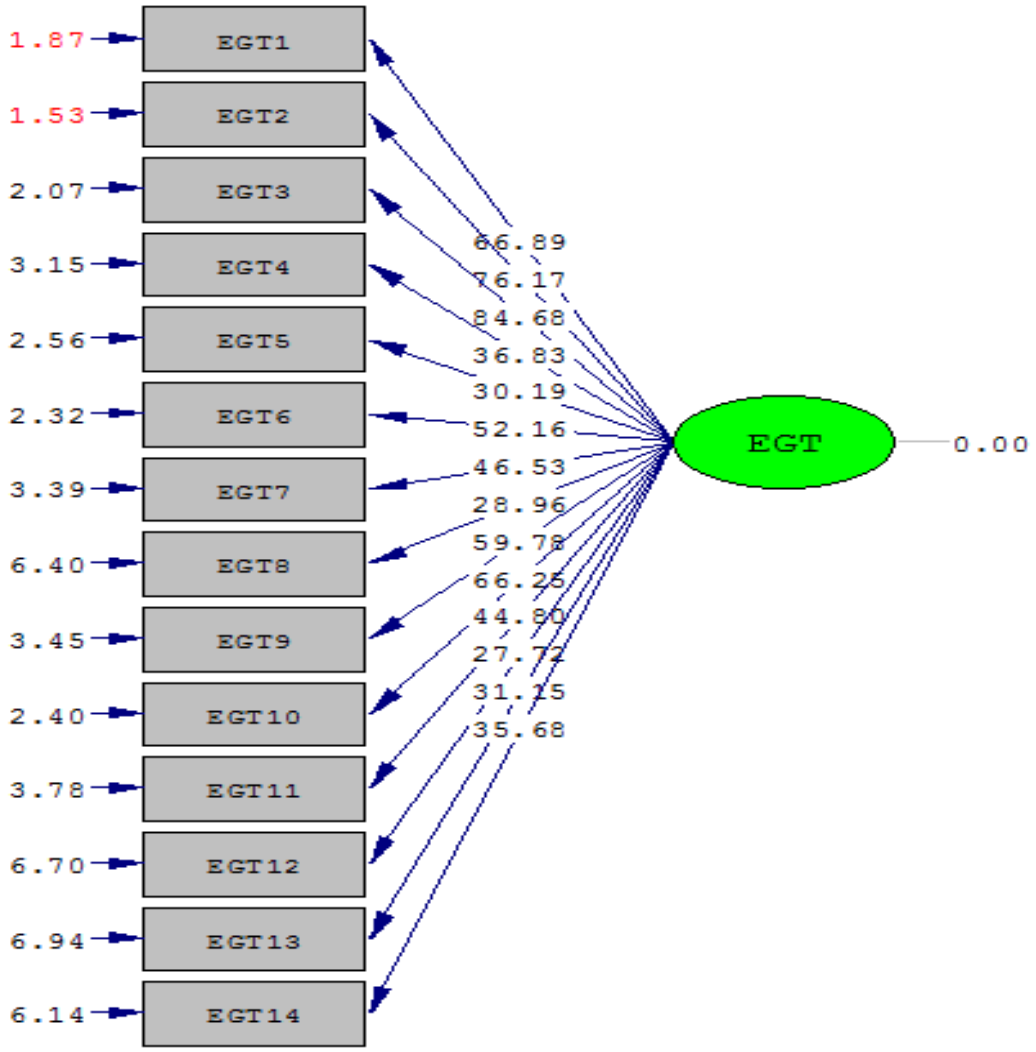
"Yapısal güçlendirme" düzeyini değerlendirmek için Laschinger ve diğerleri (2001) tarafından geliştirilen "Çalışma Etkililiği Koşulları Anketi II" (Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-CWEQ-II) kullanılmıştır. CWEQ-II, Kanter tarafından

tanımlanan yapısal güçlendirmenin altı alt boyutunu ölçmeye yönelik 19 ifade ve yapısal geçerliliği test etmek amacıyla kullanılan iki ifadeli Genel Güçlendirme ölçeğinden oluşan bir ölçme aracıdır. İlk dört alt ölçek, Kanter'in dörtlü güçlendirme yapısından oluşmaktadır. Bunlar, üçer ifadeden oluşan fırsat, bilgi, destek ve kaynaklara ulaşmadır. Sonraki iki alt ölçek ise Kanter'in biçimsel güç ve biçimsel olmayan güç kavramlarını ölçmektedir. İki ifadeli Genel Güçlendirme (Global Empowerment) ölçeği ise sadece yapısal geçerlilik için kullanılmakta ve toplam güçlendirme puanına dahil edilmemektedir. Ölçekteki altı alt boyut, kendi içlerinde değerlendirilerek her bir boyut için sonuçlar alınabildiği gibi, tüm boyutların toplanmasıyla da toplam yapısal güçlendirme puanı elde edilebilmektedir (Sürvegil ve diğ., 2013, s. 5375). Şan Turgay (2006) tarafından 252 hemşire üzerinde yapılan çalışmada CWEQ-II'nin dil, kapsam ve yapı geçerliliği ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve ölçeğin hemşirelerin yapısal güçlendirme düzeylerini değerlendirmede güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğu belirtilmiştir.

"İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin yükümlülükleri yerine getirme" düzeyini değerlendirmek için Devebakan (2007) tarafından geliştirilen "İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Yükümlülükleri Yerine Getirme Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek, hemşirelerin güvenli ve sağlıklı çalışma ortamının yaratılması konusundaki sorumlulukları ile iş sağlığı ve güvenliği konusundaki yükümlüklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Devebakan (2007) tarafından 302 hemşire üzerinde yapılmış ve ölçeğin 8 maddeden oluşan tek bir boyutta değerlendirilebileceği belirtilmiştir (ss. 193, 201).

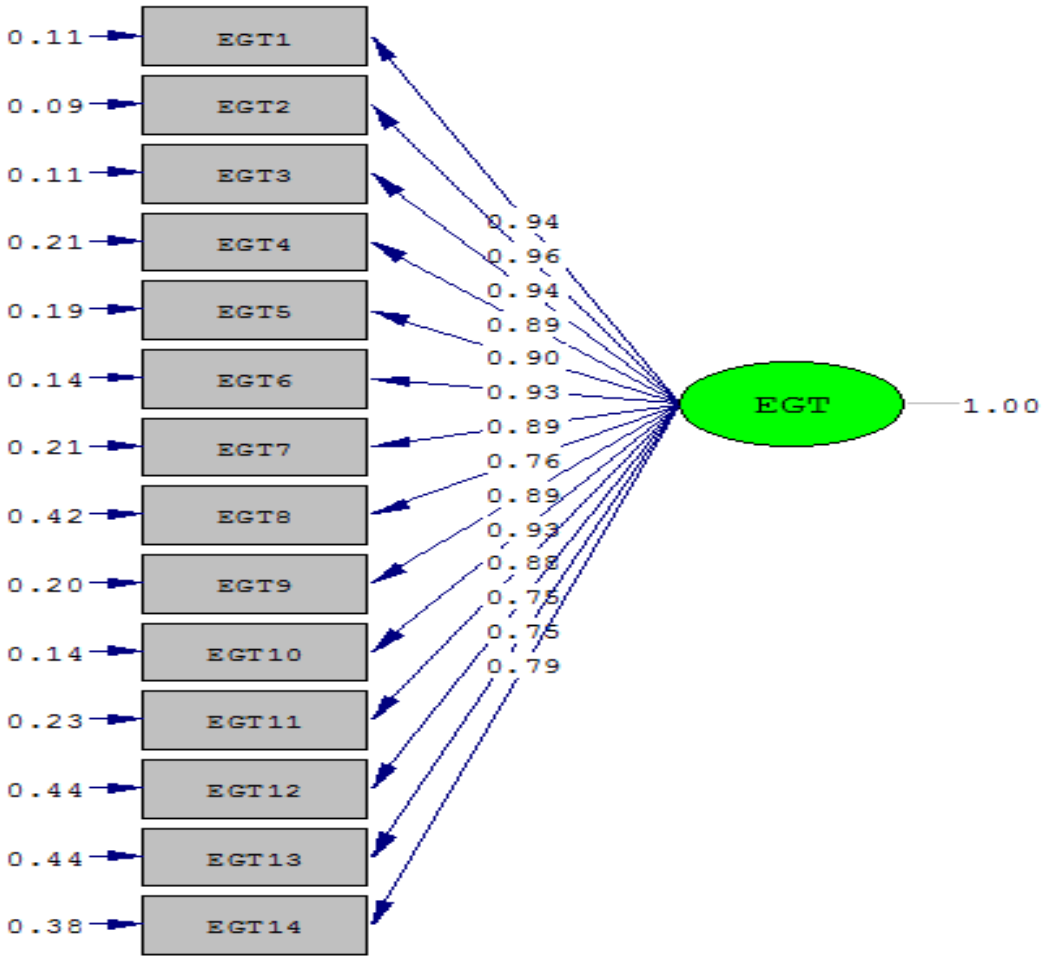
"Standart (evrensel) güvenlik tedbirlerine riayet etme" düzeyini değerlendirmek için Gershon ve diğerleri (2000) tarafından geliştirilen "Standart (Evrensel) Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme Ölçeği" (Universal Precautions Compliance Scale) kullanılmıştır. Ölçek, hemşirelerin hasta bakım ve tedavisi sırasında prosedüre uygun olarak koruyucu ekipman kullanımı, kesici ve delici aletlerin kullanımı ve kullanım sonrası uygun atık kovalarına atılması ve bulaşmanın (kontaminasyon) önlenmesi ile ilgili temel gereklilikleri belirleyen 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin dil geçerliliği Haktanır (2011) tarafından yapılmıştır. Haktanır (2011) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin yapı geçerliliği bir başka ölçek ile birleştirilerek yapıldığı için bu çalışmada

ölçeğin yapı geçerliliği ayrıca yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğini test etmek için doğrulayıcı faktör analizi (confirmatory factor analysis) yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi, daha önceden tanımlanmış ve sınırlandırılmış bir yapının, bir model olarak doğrulanıp doğrulanmadığının test edildiği bir analizdir (Çokluk, 2013, s. 275). Tahmin metodu olarak, Ağırlıklı En Küçük Kareler (Weighted Least Squares-WLS) metodu kullanılmıştır. WLS, verinin normal dağılmadığı ve / veya sıralı değişkenlerin kullanıldığı araştırmalarda kullanılması önerilen tahmin metodudur (Şimşek, 2007, s. 55). Analiz sonuçları aşağıda sunulmuştur.



Şekil 11. Evrensel Güvenlik Tedbirleri Ölçeğinin Tek Boyutlu Modeli İçin Gizil Değişkenin Gözlenen Değişkenleri Açıklama Oranlarının Anlamlılık Düzeyleri

Şekil 11'de dikdörtgen içinde yer alan değişkenler gözlenen (observed) değişkenleri, elips içinde gösterilen değişken ise gizil (latent) değişkeni temsil etmektedir. Gözlenen değişken, bireye ait özellik hakkında etkisi incelenen değişkendir. Madde ya da gösterge olarak da adlandırılır. Gizil değişken, birden fazla gözlenen değişkeni etkileyen ve bu gözlenen değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışan gözlenemeyen bir değişkendir. Gizil değişkenden gözlenen değişkene giden oklar üzerinde yer alan sayılar gizil değişkenlerin gözlenen değişkenleri açıklama durumlarına ilişkin t değerleridir (t – values). Parametre tahminleri, t değerleri 1,96'yı aşarsa 0,05 düzeyinde ve 2,56'yı aşarsa 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Çokluk, 2013, ss. 304, 400). Bu çerçevede Şekil 11 incelendiğinde tüm göstergelerin 0,01 düzeyinde anlamlı t değeri verdiği görülmektedir.



Şekil 12. Evrensel Güvenlik Tedbirleri (EGT) Ölçeğinin Tek Boyutlu Modeli İçin Gizil Değişkenin Gözlenen Değişkenleri Açıklama Oranlarının ve Ölçme Hatalarının İncelenmesi

Şekil 12'de gösterilen, gizil değişkenden gözlenen değişkenlere giden oklar üzerinde yer alan sayılar doğrudan etkileri (direct effect) göstermektedir. Doğrudan etki açımlayıcı faktör analizindeki faktör yük değerlerine karşılık gelmektedir. Faktör analizinde faktör yük değerlerinin 0,60'dan büyük olması yüksek yük değeri olarak kabul edilmektedir. Faktör yüklerinin karesi gizil değişken tarafından gözlenen değişkende açıklanan varyansın miktarını gösterir. Gözlenen değişkenlerin yanında yer alan sayılar ölçme hatalarını göstermektedir. Bu hata, faktörler tarafından açıklanamayan gösterge varyansı (indicator variance) için bir faktör analizi terimi olan özgün varyansın (unique variance) temsilcisidir. Ölçme hataları faktör yüklerinin karesinin 1' den çıkarılmasıyla elde edilmektedir. Bu yüzden faktör yükleri büyüdükçe ölçme hataları azalmaktadır (Çokluk, 2013, s. 194, 278). Bu çerçevede Şekil 12 incelendiğinde, gizil değişkenin gözlenen değişkenleri açıklama oranlarının yüksek ve ölçme hatalarının ise düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 9. Uyum İyiliği İndeksleri

Uyum Ölçüsü	İyi Uyum*	Kabul Edilebilir Uyum*	Model	Uyum
X^2/sd	$0 \leq X^2/sd \leq 2$	$2 \leq X^2/sd \leq 3$	162,89/77=2,11	Kabul edilebilir uyum
RMSA	$0 \leq RMSA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSA \leq 0,08$	0,054	Kabul edilebilir uyum
CFI	$0,97 \leq GFI \leq 1,00$	$0,95 \leq GFI \leq 0,97$	0,98	İyi uyum
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1,00$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,98	İyi uyum
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1,00$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$	0,98	İyi uyum

*****Uyum iyiliği İndeksleri için değerlendirme kriterleri "Yılmaz ve Varol, 2015, s. 34" kaynağından alınmıştır.

Kuramsal yapı ile eldeki veri seti arasındaki uyumun iyiliğini değerlendirmede birden çok ölçüt kullanılır. Ki-kare/Serbestlik derecesi (X^2/sd), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation-RMSA), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index-CFI), İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index-GFI)

ve Düzenlenmiş İyilik Uyum İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index-AGFI) sık kullanılan uyum indeksleridir (Çokluk, 2013, s. 400). Tablo 9'da bu uyum indekslerine ait değerlendirme kriterleri ve analiz sonucu elde edilen uyum iyiliği değerleri verilmiştir. X^2/sd ve RMSA'nın kabul edilebilir uyum düzeyinde, CFI, GFI ve AGFI'nın ise iyi uyum düzeyinde olduğu görülmektedir. Buna göre evrensel güvenlik tedbirleri ölçeği için kurgulanan tek faktörlü yapının doğrulandığı söylenebilir.

"Mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma" düzeyi hemşirelerin çalışma ortamından kaynaklı karşılaşması muhtemel mesleki risk ve tehlikelerden oluşan 23 maddelik soru seti ile değerlendirilmiştir. Hemşirelerin, sorulara geçmişe dönük olarak son 6 ay içindeki durumlarını dikkate alarak cevap vermeleri istenmiştir. Sorular, 2 seçenekli (evet, hayır) şeklinde cevaplandırılmıştır. İlgili soru seti Devebakan (2007) tarafından yapılan çalışmadan faydalanılarak oluşturulmuştur. Araştırma için hazırlanan anket formunda yukarıda belirtilen değişkenler dışında iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ile ilgili alınan önlemleri ve hemşirelerin mesleki ve demografik özelliklerini belirmeye ilişkin ilgili literatür taranarak oluşturulan 21 soru bulunmaktadır.

"Psikolojik güçlendirme", "yapısal güçlendirme", "iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin yükümlülükleri yerine getirme", "standart (evrensel) güvenlik tedbirlerine riayet etme" ölçekleri 5'li Likert tipinde ölçeklendirilmiştir. Çalışmada bu ölçeklere ilişkin ayrıca güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeklerin güvenirliği Cronbach alfa katsayılarına bakılarak her bir ölçek ve alt boyutu için ayrı ayrı hesaplanmış ve sonuçlar Tablo 10' da gösterilmiştir.

Tablo 10. Ölçekler ve Boyutlarına İlişkin Cronbach Alfa Katsayıları

Ölçekler ve Boyutları	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
Psikolojik Güçlendirme	12	0,93
Anlam	3	0,74
Yetenek	3	0,82
Özerklik	3	0,89
Etki	3	0,90
Yapısal Güçlendirme	19	0,92
Fırsat	3	0,80
Bilgi	3	0,84
Destek	3	0,86
Kaynaklar	3	0,84
Biçimsel Güç	3	0,78
Biçimsel Olmayan güç	4	0,78
İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Yükümlülükleri Yerine Getirme	8	0,93
Standart (Evrensel) Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme	14	0,86

Alfa katsayısı, Likert türü ölçeklerin güvenirliğinin hesaplanmasında sıklıkla kullanılmaktadır. Alfa katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsüdür. İlgili ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa "bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı" yorumu yapılır. Sonuç olarak, alfa katsayısı yüksekse yanıtlayıcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar birbirleri ile o derece tutarlı olmakta ve ölçek ilgili kavramsal yapıdan ayrılmayan maddelerden oluşmaktadır. Alfa katsayısı aşağıdaki gibi nitelendirilmektedir (Alpar, 2014, ss. 484-485):

0,80 - 1,00 Ölçek yüksek güvenilirliğe sahiptir,

0,60 - 0,79 Ölçek oldukça güvenilirdir,

0,40 - 0,59 Ölçeğin güvenilirliği düşüktür,

0,00 - 0,39 Ölçek güvenilir değildir.

Tablo 10 incelendiğinde, “psikolojik güçlendirme”, “yapısal güçlendirme”, “iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin yükümlülükleri yerine getirme” ve “standart (evrensel) güvenlik tedbirlerine riayet etme” ölçekleri Cronbach Alfa değerlerinin 0,86 – 0,93 arasında değiştiği ve ölçeklerin yüksek güvenilirlikte olduğu görülmektedir. Psikolojik ve yapısal güçlendirme ölçekleri alt boyutlarının Cronbach Alfa değerlerine bakıldığında, “anlam”, “biçimsel güç” ve “biçimsel olmayan güç” boyutlarına ait Cronbach Alfa değerlerinin 0,74 – 0,78 arasında değiştiği ve bu boyutların oldukça güvenilir olduğu, diğer boyutların Cronbach Alfa değerlerinin ise 0,80 – 0,90 arasında değiştiği ve yüksek güvenilirliğe sahip olduğu görülmektedir.

3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini Batman ili merkezinde bulunan kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Hemşireler, uzun süreli çalışma, aşırı iş yükü, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme araları, tekdüzelik ve fiziksel olarak kötü iş koşulları ve benzeri sebeplerle mesleki risk ve tehlikelere en fazla maruz kalan meslek gruplarından biridir (Bahçecik ve Öztürk, 2009, s. 1205). Amerikan Hemşireler Birliği’nin (American Nurses Association-ANA) 2011 yılında 4.614 hemşire üzerinde yaptığı bir araştırmaya göre bir yıl içinde en az bir kez meslek ilişkili yaralanmaya maruz kalan hemşirelerin oranı %30 bulunmuştur (ANA, 2011, s. 3). Ayrıca, Uner ve Turan (2010) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin güçlendirme düzeylerinin aynı ortamda çalışan hekimlerden daha düşük çıktığı belirlenmiştir (s. 4). Bu bağlamda hemşirelerin güçlendirilmesi gereken bir grup olduğu söylenebilir. Bu yüzden anketlerin hemşirelere uygulanması uygun görülmüştür.

Batman ili sosyo-ekonomik düzeyi düşük iller arasında yer almaktadır. Kalkınma Bakanlığı (2017) verilerine göre Batman, 1. derecede kalkınmada öncelikli iller sıralamasında ilk 10 il (8.sırada) arasında yer almaktadır. Batman ili merkezinde 2 kamu hastanesi ve 5 özel hastane olmak üzere toplam 7 hastane bulunmaktadır. Özel hastanelerin ikisinde çok az hemşire (biri 18, diğeri 14) çalıştığından bu hastaneler araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Ayrıca, hastanelerin idari ve poliklinik birimlerinde çalışan, araştırmanın yapıldığı tarihte izinde bulunan, askerde olan, geçici

görevlendirme ile hastane dışında olan ve 6 aydan daha az çalışma süresine sahip hemşireler de (hemşirelerin, mesleki risk ve tehlikelere ilişkin sorulara geçmişe dönük olarak son 6 ay içindeki durumlarını dikkate alarak cevap vermeleri istendiğinden) araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Hastane yönetimlerinden alınan bilgilere göre, araştırma kapsamında bulunan hastanelerde araştırmaya dahil edilmesi uygun toplam 610 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırma için ayrıca örneklem seçilmemiş, araştırma evrenindeki tüm hemşirelere ulaşmak hedeflenmiştir. Ancak, dağıtılan anketlerin 412'si geri dönmüştür. Geri dönen anketlerden 35 tanesi eksik doldurulduğundan değerlendirme dışında bırakılmıştır. Böylece toplam 377 anket geçerli kabul edilmiş ve evrenin %61,8'ine ulaşılmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırma Evren ve Örneklemi

Hastaneler	Dağıtılan Anket Sayısı	Dönen ve Geçerli Kabul Edilen Anket Sayısı	Dönen ve Geçerli Kabul Edilen Anket Yüzdesi
Kamu Hast. 1	250	152	60,8
Kamu Hast. 2	135	89	65,9
Özel Hast. 1	122	70	57,4
Özel Hast. 2	67	41	61,2
Özel Hast. 3	36	25	69,4
Toplam	**610**	**377**	**61,8**

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Anket formunun ön uygulaması, Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul İzni (EK 4) alınmasının ardından ve kamu hastaneleri için hastanelerin bağlı olduğu Kamu Hastaneler Birliği'nden, özel hastaneler için ise hastane yönetimlerinden izin (EK 5) alındıktan sonra ve asıl anket uygulamasından önce 20 hemşire üzerinde yapılmıştır. Ön uygulamada katılımcılar anketi doldururken katılımcıların yanında bulunulmuş ve ankette yer alan sorularda anlaşılmayan bir hususun olması durumunda belirtmeleri

istenmiştir. Anket sorularının açık ve anlaşılır olduğu tespit edildikten ve anketin asıl uygulama için uygun olduğu belirlendikten sonra anket formları 20 Nisan - 20 Mayıs 2015 tarihleri arasında katılımcılara araştırmacı tarafından elden dağıtılarak uygulanmıştır. Anketlerin dağıtımından 1 ya da 2 gün sonra toplama işlemine başlanmıştır. Hemşireler vardiyalı çalıştığından bazılarına anketlerin dağıtıldığı gün ulaşılamamıştır. Bu yüzden hiç doldurulmamış ya da doldurulması tamamlanmamış anketler için en az 3 kez daha ilgili birim ya da kişiye gidilerek anketleri tamamlamaları rica edilmiştir. Anketlerin uygulanması sürecinde hastane yönetiminden yardım alınmıştır. Hastane yöneticilerinin ya da birim yöneticilerinin sürece dâhil olmaları katılımı artırmıştır.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Anketler toplandıktan sonra elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve "Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) 20.0" ve "LISREL 8.71" programında gerekli istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin özellikleri ve ifadelere katılma durumları ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistiklerle incelenmiştir.

Yapısal ve psikolojik güçlendirmenin hemşirelerin standart (evrensel) güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme düzeyine etkisi Path analizi ile değerlendirilmiştir. Path analizi, değişkenler arasındaki yapısal ilişkiyi kestirmek ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkilerini belirlemek için kullanılan bir yöntemdir. Path analizinin kullanılmasıyla her bağımlı değişken her bir bağımsız değişken ile analiz edilmekte ve bu analiz için birden fazla regresyon analizi yapılmaktadır. Bir anlamda path analizi çoklu regresyon çözümlemesinin genişletilmiş bir şeklidir (Alpar, 2013, ss. 791-792). Araştırmada, yapısal ve psikolojik güçlendirme bağımsız değişkenler, standart (evrensel) güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme ise bağımlı değişkenler olarak ele alınmış ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisi Path analizi ile test edilmiştir. Yapılan Path analizinde ayrıca yapısal güçlendirme bağımsız değişken, psikolojik

güçlendirme ise bağımlı değişkenler olarak değerlendirilmiş ve yapısal güçlendirmenin psikolojik güçlendirme üzerindeki etkisi de test edilmiştir. Araştırmada psikolojik ve yapısal güçlendirme alt boyutlarının (anlam, yetenek, özerklik, etki, fırsat, bilgi, destek, kaynaklar, biçimsel güç, biçimsel olmayan güç) standart (evrensel) güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme üzerindeki etkisi de araştırılmıştır. Bunun için ise Çoklu Doğrusal Regresyon analizinden yararlanılmıştır. Ayrıca bağımsız değişkenler (psikolojik güçlendirme, yapısal güçlendirme ve psikolojik ve yapısal güçlendirme alt boyutları) ile bağımlı değişkenler (standart (evrensel) güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme) arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmada mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma durumu da bağımlı değişken olarak değerlendirilmiştir. Yapısal ve psikolojik güçlendirmenin hemşirelerin mesleki risk ve tehlikelere (psikolojik rahatsızlık yaşama, ekip çalışması problemi yaşama, enjektör batma vakası yaşama, enfekte kesici-delici-batıcı cisim yaralanmasına maruz kalma, sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma) maruz kalma düzeyi Lojistik (Binary) Regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. İki kategorili (binary) lojistik regresyon analizi, bağımlı değişkenin iki kategorili / durumlu (binary) niteliksel değişken olması durumunda sık olarak kullanılan lojistik regresyon yöntemidir (Alpar, 2013, s. 637, 645). Araştırmada mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma ile ilgili toplanan veri iki kategorili / durumlu (evet-hayır) olduğundan yapısal ve psikolojik güçlendirmenin hemşirelerin mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma üzerindeki etkisinin Lojistik (Binary) Regresyon analizi ile değerlendirilmesi uygun görülmüştür.

Araştırmada ayrıca, hemşirelerin psikolojik ve yapısal güçlendirme, standart (evrensel) güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme düzeylerinin hemşirelerin mesleki ve demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği de araştırılmıştır. Bağımsız iki grup ortalaması arasında fark olup olmadığını sınamak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test) kullanılırken, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığını test etmek için ise tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır. Parametrik testler için gerekli normallik varsayımının karşılanıp karşılanmadığı, değişkenlere ait basıklık ve çarpıklık

değerleri, histogram ve saçılım grafikleri incelenerek değerlendirilmiştir. Varyansların homojenliği varsayımı Levene's istatistiği ile test edilmiştir. Varyansların homojenliği varsayımı sağlanamadığında varyansların homojenliği varsayımı gerektirmeyen Welch istatistiği (Alpar, 2014, s. 256) kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların bulunması durumunda ise farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc testleri yapılmıştır. Bu çalışmada tek yönlü varyans analizi için post-hoc testi olarak varyansların homojenliği varsayımı karşılandığında Tukey testi ve varyansların homojenliği varsayımı karşılanmadığında ise Tamhane'nin T2 istatistiği kullanılmıştır.

3.6. SINIRLILIKLAR

Araştırma, Batman ilinde bulunan 2 kamu ve 3 özel hastanede çalışan toplam 377 hemşire üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastaneler arasında eğitim ve araştırma hastanesi ile üniversite hastaneleri bulunmamaktadır. Araştırma bulguları sadece araştırmanın yapıldığı hastanelerin durumunu yansıtmaktadır. Ayrıca araştırma sadece hemşirelere uygulandığından çalışma sonuçları araştırmaya katılan hemşirelerin değerlendirmeleriyle sınırlıdır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırma bulgularına yer verilmiştir. Araştırma bulguları "tanımlayıcı bulgular" ve "hipotez testlerine ilişkin bulgular" olmak üzere iki temel başlık altında sunulmuştur.

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Tanımlayıcı bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur:

- Hemşirelerin mesleki ve demografik özellikleri,
- Hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili alınan önlemlere ilişkin değerlendirmeleri,
- Hemşirelerin mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma düzeyleri,
- Hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme düzeyleri,
- Hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme düzeyleri,
- Hemşirelerin psikolojik güçlendirme düzeyleri,
- Hemşirelerin yapısal güçlendirme düzeyleri.

4.1.1. Hemşirelerin Mesleki ve Demografik Özellikleri

Hemşirelere uygulanan anketin ilk 11 sorusu hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, hastanede çalışma süresi, birimde çalışma süresi, görev yapılan hastane türü, görev yapılan birim, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli (saatleri) ve hemşirelerin pozisyonları ile ilgili mesleki ve demografik bilgilerden oluşmaktadır. Tablo 12'de araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki ve demografik bilgileri yer almaktadır. Araştırmanın toplam 377 hemşireye uygulandığı belirtilmişti.

Ancak ankette yer alan soruların tümü, araştırmaya katılan hemşirelerin tamamı tarafından cevaplanmamıştır. Bir başka deyişle, ankette yer alan bazı soruları yanıtlayan toplam hemşire sayısı 377'den azdır. Örneğin araştırmaya katılanların yaşının belirlenmesi ile ilgili sorulan soruya cevap veren toplam hemşire sayısı 368'dir. Tablolarda verilen yüzdeler ve ortalamalar, ilgili soruya cevap veren hemşireler üzerinden hesaplanmıştır. Bu yüzden, tablolardaki verilere ilişkin olarak yapılan değerlendirilmelerin ilgili soruya cevap veren hemşirelerin durumunu yansıttığı dikkate alınmalıdır.

Tablo 12. Hemşirelerin Mesleki ve Demografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde	Ort.[a] ± SS[b] (Mak.[c] – Min.[d])
Yaş (Yıl)	≤ 25	129	35,1	28,21 ± 5,78 (49 – 17)
	26 - 30	127	34,5	
	≥ 31	112	30,4	
Cinsiyet	Kadın	327	86,7	
	Erkek	50	13,3	
Eğitim	Sağlık Meslek Lisesi	163	43,2	
	Önlisans	85	22,5	
	Lisans	123	32,6	
	Lisansüstü	6	1,6	
Görev Yapılan Hastane	Kamu	241	63,9	
	Özel	136	36,1	
Görev Yapılan Birim	Dahili Serviler	111	29,7	
	Cerrahi Servisler	85	22,7	
	Yoğun Bakım Ünitesi	48	12,8	
	Ameliyathane	53	14,2	
	Acil Servis	77	20,6	
Pozisyon	Servis Hemşiresi	326	87,4	
	Servis Sorumlu Hemşiresi	47	12,6	
Meslekte Çalışma Süresi (Yıl)	≤ 5	188	51,5	6,89 ± 5,47 (31 yıl – 6 ay)
	≥ 6	177	48,5	
Hastanede Çalışma Süresi (Yıl)	≤ 3	172	46,2	4,58 ± 3,85 (21 yıl – 6 ay)
	≥ 4	200	53,8	
Birimde Çalışma Süresi (Yıl)	≤ 2	187	50,8	3,23 ± 3,00 (21 yıl – 6 ay)
	≥ 3	181	49,2	
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)	≤ 40	160	43,5	49,12 ± 9,29 (80 – 30)
	≥ 41	208	56,5	
Çalışma Saatleri	Gündüz (08.00 - 16.00)	150	40,9	
	Gece (16.00 - 08.00)	33	9,0	
	Gece - gündüz karışık	184	50,1	

[a]Ortalama, [b]Standart Sapma, [c]Maksimum, [d]Minimum

Tablo 12 incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin önemli bir kısmının (%69,6) 30 yaş ve altında olduğu görülmektedir. Hemşirelerin büyük bir kısmı (%86,7) kadındır. Eğitim durumlarına bakıldığında sağlık meslek lisesi mezunlarının ağırlıkta (%43,2) olduğu görülmektedir. Önemli bir kısmı kamu hastanelerinde (%63,9) görev yapmakta ve yaklaşık üçte biri (%29,7) dahili servislerde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan yaklaşık her sekiz hemşireden biri servis sorumlu hemşiresi olarak görev yapmakta, diğerleri ise servis hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ortalaması yaklaşık 7 yıl, hastanede çalışma süresi 5 yıl ve birimde çalışma süresi 3 yıldır. Hemşirelerin yarısından fazlası (%56,5) haftada 40 saatten fazla çalışmakta ve yine yarısından fazlası (%59,1) sadece gece veya gece gündüz karışık görev yapmaktadır.

4.1.2. Hemşirelerin İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Alınan Önlemlere İlişkin Değerlendirmeleri

Bu bölümde, hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına yönelik alınan birtakım önlemlere ve çalışanlar için gerekli koruyucu ekipmanların ne sıklıkta sağlandığına ilişkin hemşirelerin değerlendirmelerine yer verilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 13 ve Tablo 14’de sunulmuştur.

Tablo 13. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Alınan Önlemlere İlişkin Hemşirelerin Değerlendirmeleri

Önlemler		Sayı	Yüzde
Çalıştığınız kurumda şiddeti önlemeye yönelik olarak yeterli güvenlik elamanı bulunmakta mıdır?	Evet	124	32,9
	Hayır	253	67,1
Çalıştığınız alanda aydınlatma ve havalandırma yeterince sağlanmakta mıdır?	Evet	218	57,8
	Hayır	159	42,2
Çalıştığınız alanda hasta mahremiyeti dikkate alınmak şartıyla gerekli alanlar kamera ile denetlemekte midir?	Evet	215	57,3
	Hayır	160	42,7
Kurumunuz tarafından size hiç sağlık taraması (portör muayenesi) yapıldı mı?	Evet	252	67,2
	Hayır	123	32,8
Çalışan güvenliği eğitimi aldınız mı?	Evet	218	58,0
	Hayır	158	42,0
Hepatit B aşısı oldunuz mu?	Evet	239	63,4
	Hayır	138	36,6

Tablo 14. Koruyucu Ekipman (Eldiven, Maske, Bone, Gözlük, Önlük) Sağlanma Sıklığı

	Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra (Bazen)	Genellikle	Her zaman
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Eldiven	1 (0,3)	2 (0,5)	22 (5,9)	68 (18,1)	283 (75,3)
Maske	4 (1,1)	12 (3,2)	63 (16,8)	82 (21,9)	214 (57,1)
Bone	21 (1,1)	56 (3,2)	32 (16,8)	79 (21,9)	186 (49,7)
Gözlük	154 (41,1)	47 (12,5)	62 (16,5)	18 (4,8)	94 (25,1)
Önlük	100 (26,7)	60 (16,0)	54 (14,4)	46 (12,3)	115 (30,7)

"Çalıştığınız kurumda şiddeti önlemeye yönelik olarak yeterli güvenlik elamanı bulunmakta mıdır" sorusuna hemşirelerin yaklaşık üçte ikisi (%67,1) hayır cevabını vermiştir. Hemşirelerin yarısından fazlası ise çalışılan alanda yeterli aydınlatma ve havalandırma sağlandığını, gerekli alanların kamera ile denetlendiğini belirtmiştir.

Yaklaşık üçte ikisi kendisine portör muayenesi yapıldığını ve Hepatit B aşısı olduğunu belirtmiştir. Çalışan güvenliği eğitimi aldığını belirtenlerin oranı ise %58'dir.

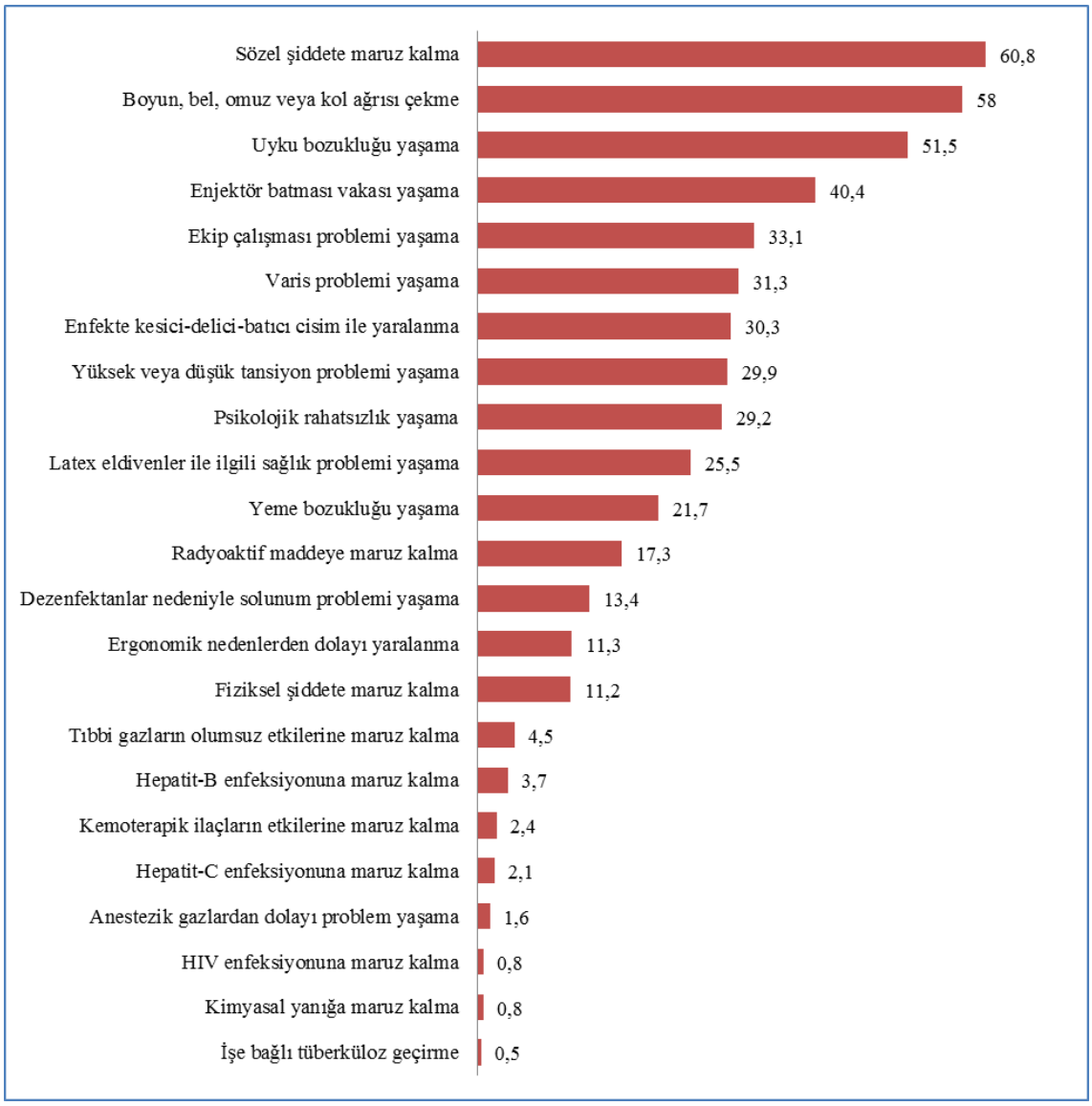
Koruyucu ekipmanların ne sıklıkta sağlandığına bakıldığında eldiven, maske ve bone için hemşirelerin önemli bir ksımı "genellikle" ve "her zaman" karşılanmaktadır cevabını verdiği görülmüştür. Gözlük için hemşirelerin yarısından fazlası (%53,6) "hiçbir zaman" ve "nadiren" cevaplarını vermiştir. Önlük için ise hemşirelerin yaklaşık üçte biri (%30,7) "her zaman" cevabını verirken, yaklaşık dörtte biri (%26,7) ise "hiçbir zaman" cevabını vermiştir.

4.1.3. Hemşirelerin mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma düzeyleri

Bu bölümde, hemşirelerin son 6 ay içinde maruz kaldığı mesleki risk ve tehlikeler, mesleki risk ve tehlikelere maruz kaldılarsa bu durumu rapor edip etmedikleri, mesleki risk ve tehlikelere maruz kalmaktan dolayı iş göremezlik raporu alıp almadıkları ve meslek hastalığı teşhisi konulup konulmadığı değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 15, Tablo 16 ve Grafik 5'de sunulmuştur.

Tablo 15. Hemşirelerin Son 6 Ayda Maruz Kaldığı Mesleki Risk ve Tehlikeler

		Evet		Hayır	
	n	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sözel şiddete maruz kalma	375	228	60,8	147	39,2
Boyun, bel, omuz veya kol ağrısı çekme	374	217	58,0	157	42,0
Uyku bozukluğu yaşama	371	191	51,5	180	48,5
Enjektör batması vakası yaşama	374	151	40,4	223	59,6
Ekip çalışması problemi yaşama	375	124	33,1	251	66,9
Varis problemi yaşama	374	117	31,3	257	68,7
Enfekte kesici-delici-batıcı cisim yaralanmasına maruz kalma	373	113	30,3	260	69,7
Yüksek veya düşük tansiyon problemi yaşama	375	112	29,9	263	70,1
Psikolojik rahatsızlık yaşama	373	109	29,2	264	70,8
Latex eldivenlerden dolayı deri ile ilgili sağlık problemi yaşama	377	96	25,5	281	74,5
Yeme bozukluğu yaşama	374	81	21,7	293	78,3
Radyoaktif maddeye maruz kalma	375	65	17,3	310	82,7
Yüksek etkili dezenfektanlar nedeniyle solunum problemi yaşama	374	50	13,4	324	86,6
Ergonomik nedenlerden dolayı yaralanma	371	42	11,3	329	88,7
Fiziksel şiddete maruz kalma	375	42	11,2	333	88,8
Tıbbi gazların olumsuz etkilerine maruz kalma	374	17	4,5	357	95,5
Hepatit-B enfeksiyonuna maruz kalma	375	14	3,7	361	96,3
Kemoterapik ilaçların olumsuz etkilerine maruz kalma	374	9	2,4	365	97,6
Hepatit-C enfeksiyonuna maruz kalma	375	8	2,1	367	97,9
Anestezik gazlardan dolayı sağlık problemi yaşama	374	6	1,6	368	98,4
HIV enfeksiyonuna maruz kalma	374	3	0,8	371	99,2
Kimyasal yanığa maruz kalma	374	3	0,8	371	99,2
İşe bağlı tüberküloz geçirme	374	2	0,5	372	99,5



Grafik 5. Hemşirelerin Son 6 Ayda Maruz Kaldığı Mesleki Risk ve Tehlikeler

Hemşirelerin son 6 ay içinde maruz kaldıkları mesleki risk ve tehlikelere bakıldığında, hemşirelerin en çok sözel şiddete maruz kaldıkları (%60,8) bunu boyun, bel, omuz veya kol ağrısı çekme (%58) probleminin takip ettiği görülmektedir. Hemşirelerin yaklaşık yarısı (%51,5) uyku bozukluğu yaşadığını belirtmiştir. Enjektör batma vakası yaşayan hemşirelerin oranı ise %40,4'tür. Ekip çalışması problemi yaşama, varis problemi yaşama, enfekte kesici-delici-batıcı cisim yaralanmasına maruz kalma, yüksek veya düşük tansiyon problemi yaşama ve psikolojik rahatsızlık yaşama oranları ise yaklaşık olarak %30'dur. Hemşirelerin yaklaşık dörtte biri (%25,5) latex eldivenlerden dolayı deri ile ilgili sağlık problemi yaşadığını, yaklaşık beşte biri (21,7) ise yeme problemi

yaşadığını belirtmiştir. Yaklaşık her dokuz hemşireden biri (%11,3) ergonomik nedenlerden dolayı yaralandığını (kayma, çarpma, düşme vs.) ve yine yaklaşık dokuz hemşireden biri (%11,2) fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Tıbbi gazların olumsuz etkilerine maruz kalma, Hepatit-B enfeksiyonuna maruz kalma, kemoterapik ilaçların olumsuz etkilerine maruz kalma, Hepatit-C enfeksiyonuna maruz kalma ve anestezik gazlardan dolayı sağlık problemi yaşama oranları %5'in altında; HIV enfeksiyonuna maruz kalma, kimyasal yanığa maruz kalma, işe bağlı tüberküloz geçirme oranları ise %1'in altında bulunmuştur.

Tablo 16. Hemşirelerin Mesleki Risk ve Tehlikeleri Rapor Etme, İş Göremezlik Raporu Alma ve Meslek Hastalığına Yakalanma Durumları

		Sayı	Yüzde
Size hiç meslek hastalığı teşhisi kondu mu?	Evet	25	6,7
	Hayır	348	93,3
Son 1 yıl içinde meslek ilişkili yaralanmadan dolayı iş göremezlik raporu aldınız mı?	Evet	16	4,4
	Hayır	348	95,6
Meslek ilişkili yaralanma veya rahatsızlıklardan herhangi birine maruz kaldıysanız, bu durumu rapor ettiniz mi?	Evet	51	17,1
	Hayır	248	82,9

"Size hiç meslek hastalığı teşhisi kondu mu" sorusunu yanıtlayan hemşirelerden 25'i (%6,7) kendisine bir meslek hastalığı teşhisi konulduğunu belirtmiştir. Bunlardan 3'ü kendilerine bel fıtığı, 3'ü varis, 1'i boyun fıtığı, 1'i boyun ve bel fıtığı, 1'i varis ve bel fıtığı ve 1'i fibromiyalji (tüm bedeni etkileyen yaygın ağrılar) teşhisi konulduğunu belirtmiştir. Kedilerine meslek hastalığı teşhisi konulduğunu belirten 25 kişiden geriye kalan 15'i ise kendilerine hangi meslek hastalığı teşhisinin konulduğunu belirtmemiştir.

"Son 1 yıl içinde meslek ilişkili yaralanmadan dolayı iş göremezlik raporu aldınız mı" sorusunu yanıtlayan hemşirelerden 16'sı (%4,4) evet cevabı vermiştir. Bunlardan 14'ü (%3,8) aldıkları iş göremezlik raporunun 3 günden fazla olduğunu belirtmiştir. Meslek ilişkili yaralanma veya rahatsızlıklardan herhangi birine maruz kaldığını belirten 299 hemşireden, bu durumu rapor ettiğini belirten hemşirelerin oranı ise %17,1 bulunmuştur.

4.1.4. Hemşirelerin Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme Düzeyleri

Bu bölümde hemşirelerin evrensel (standart) güvenlik tedbirlerine ne ölçüde uyduklarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 17. Hemşirelerin Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme Düzeyleri

İfadeler	n	Ortalama	Standart Sapma
1. Hastadan kan alırken eldiven kullanırım.	377	4,44	0,82
2. Kan ve diğer vücut sıvılarına maruz kalma ihtimali olduğunda tek kullanımlık eldiven giyerim.	377	4,43	0,83
3. Delici ve kesici cisimleri uygun atık kutusuna atarım.	377	4,19	0,97
4. Kesici, delici veya batıcı aletleri kullanırken özellikle dikkatli olurum.	376	4,09	0,99
5. Olası kontamine olmuş tüm tıbbi sarf malzemelerini tıbbi/enfekte atık kovasına atarım.	377	4,05	1,01
6. Kanla kontamine olmuş iğnelerin kılıflarını tekrar yerine takmam.	376	4,00	0,99
7. Hastanın tükürüğünün bulaştığı tüm materyallere, kontamine materyal gibi muamele ederim.	373	3,99	1,03
8. Kan veya vücut sıvılarıyla kontamine olma ihtimali olan bir alanda çalışırken bir şey yemem ve içmem.	374	3,98	1,06
9. Dökülen tüm kan ve diğer vücut sıvılarının derhal prosedüre uygun olarak temizlenmesini sağlarım.	377	3,94	1,04
10. Hastalardan kan almak için kullanılmış olan iğneleri enjektörden asla elle çıkarmam.	377	3,91	1,09
11. Tek kullanımlık eldivenleri çıkardıktan sonra ellerimi yıkarım.	376	3,55	1,07
12. Yüze kan ya da diğer vücut sıvıları sıçrama ihtimali olduğu zamanlar, maske kullanırım.	377	3,27	1,24
13. Kan ve vücut sıvılarının sıçrama ve bulaşma ihtimali olduğu durumlarda koruyucu bir giysi giyerim.	377	3,23	1,27
14. Göze bir şey sıçrama veya bulaşma ihtimali olduğu zamanlar, koruyucu gözlük kullanırım.	377	2,90	1,38
Genel	**377**	**3,86**	**0,76**

Hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirleri ile ilgili ifadelerden en çok katıldıkları ifade "hastadan kan alırken eldiven kullanırım" (4,44±0,82) ifadesidir. Bunu sırasıyla "kan ve diğer vücut sıvılarına maruz kalma ihtimali olduğunda tek kullanımlık eldiven giyerim" (4,43±0,83) ve "delici ve kesici cisimleri uygun atık kutusuna atarım" (4,19±0,97) ifadeleri izlemektedir. Hemşirelerin en az katıldıkları ifade ise "göze bir şey sıçrama veya bulaşma ihtimali olduğu zamanlar, koruyucu gözlük kullanırım" (2,90±1,38) ifadesidir. Koruyucu giysi giyme ve maske kullanma ile ilgili 12 ve 14 numaralı ifadeler de en az katılma ortalamasına sahip diğer iki ifadedir. Bütün ifadelerin genel ortalamasının ise 3,86±0,76 olduğu görülmektedir.

4.1.5. Hemşirelerin İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülüklerini Yerine Getirme Düzeyleri

Bu bölümde hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini ne ölçüde yerine getirdiklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 18'de sunulmuştur.

Tablo 18. Hemşirelerin İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülüklerini Yerine Getirme Düzeyleri

İfadeler	n	Ortalama	Standart Sapma
1. İş sağlığı ve güvenliği açısından kendimin ve diğer çalışma arkadaşlarımın olumsuz etkilenmemesi için azami özeni gösteririm.	376	4,33	0,88
2. İş sağlığı ve güvenliğini sağlama görevi sadece hastane yönetiminin değil, tüm çalışanların sorumluluğundadır.	374	4,04	1,09
3. Hastanedeki makine, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde ve diğer araçları doğru şekilde kullanırım.	376	3,98	0,94
4. İşimi, iş sağlığı ve güvenliği açısından hastane tarafından verilen talimatlar doğrultusunda yaparım.	376	3,88	0,92
5. İş için sağlanan kişisel koruyucu donanımı (gözlük, maske, eldiven vb) doğru bir şekilde kullanırım.	376	3,87	0,95
6. Hastanede sağlık ve güvenlik açısından ciddi ve ani bir tehlike olduğunda hastane yönetimine derhal haber veririm.	375	3,81	0,99
7. Hastanede, sağlık ve güvenliğin korunması için hastane yönetimi ile işbirliği yaparım.	375	3,67	1,01
8. Bir çalışan olarak hastanemizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmalıyım.	376	2,88	1,08
Genel	**377**	**3,81**	**0,70**

Hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri ile ilgili ifadelerden en çok katıldıkları ifade "iş sağlığı ve güvenliği açısından kendimin ve diğer çalışma arkadaşlarımın olumsuz etkilenmemesi için azami özeni gösteririm" (4,33±0,88) ifadesidir. Hemşirelerin en az katıldıkları ifade ise "bir çalışan olarak hastanemizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmalıyım" (2,88±1,08) ifadesidir. Bütün ifadelerin genel ortalamasının ise 3,81±0,70 olduğu görülmektedir.

4.1.6. Hemşirelerin Psikolojik Güçlendirme Düzeyleri

Bu bölümde, hemşirelerin psikolojik güçlendirme düzeylerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 19'da sunulmuştur.

Tablo 19. Hemşirelerin Psikolojik Güçlendirme Düzeyleri

Boyutlar / İfadeler	n	Ortalama	Standart Sapma
Anlam	**377**	**4,11**	**0,60**
Yaptığım iş benim için çok önemlidir.	377	4,20	0,73
İşimde yaptıklarım benim için kişisel olarak anlamlıdır.	377	4,09	0,75
Yaptığım iş benim için anlamlıdır.	377	4,02	0,73
Yetenek	**377**	**3,84**	**0,74**
İşimi yapma yeteneğim konusunda kendimden eminim.	377	3,93	0,87
İşteki faaliyetleri yerine getirecek kapasitede olduğuma inanıyorum.	377	3,81	0,90
İşimi yapmak için gereken becerileri edindim.	377	3,77	0,82
Özerklik	**377**	**3,60**	**0,83**
İşimi nasıl yapacağıma karar verirken önemli ölçüde yetkim var.	377	3,66	0,87
İşimi nasıl yapacağıma dair kendi başıma karar verebilirim.	377	3,63	0,93
İşimi nasıl yapacağıma dair önemli ölçüde bağımsızlık ve özgürlük olanağım var.	377	3,51	0,94
Etki	**377**	**3,02**	**0,90**
Çalıştığım bölümde olanlara etkim büyüktür.	377	3,18	0,95
Çalıştığım bölümde olanları büyük ölçüde ben kontrol ederim.	377	2,99	0,96
Çalıştığım bölümde olanlar üzerinde önemli ölçüde hükmüm geçmektedir.	377	2,90	1,07
Genel	**377**	**3,64**	**0,66**

Hemşirelerin psikolojik güçlendirme ile ilgili ifadelerden en çok katıldıkları ifade "anlam" boyutunda yer alan "yaptığım iş benim için çok önemlidir" (4,20±0,73) ifadesidir. Hemşirelerin en az katıldıkları ifade ise "etki" boyutunda yer alan "çalıştığım bölümde olanlar üzerinde önemli ölçüde hükmüm geçmektedir" (2,90±1,07) ifadesidir. Ortalaması en yüksek boyut "anlam" (4,11±0,60) boyutu iken ortalaması en düşük boyut "etki" (3,02±0,90) boyutudur. Hemşirelerin psikolojik güçlendirme genel ortalamasının ise 3,64±0,66 olduğu görülmektedir.

4.1.7. Hemşirelerin Yapısal Güçlendirme Düzeyleri

Bu bölümde hemşirelerin yapısal güçlendirme düzeylerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 20'de sunulmuştur.

Tablo 20. Hemşirelerin Yapısal Güçlendirme Düzeyleri

Boyutlar / İfadeler	n	Ortalama	Standart Sapma
Fırsat Mevcut İşinizde Aşağıdaki Fırsatlara Ne Düzeyde Sahipsiniz?	**377**	**3,53**	**0,78**
1. Zorlayıcı ama size katkı sağlayan iş.	376	3,54	0,96
2. Yeni bilgi ve beceriler edinme şansı.	377	3,56	0,90
3. Tüm bilgi ve becerilerinizi kullandığınız görevler.	377	3,48	0,92
Bilgi Mevcut İşinizde Aşağıdaki Konularda Bilgiye Ne Kadar Ulaşabiliyorsunuz?	**377**	**3,20**	**0,83**
1. Hastanenin mevcut durumu.	377	3,25	0,95
2. Üst yönetimin değerleri.	377	3,20	0,90
3. Üst yönetimin hedefleri.	377	3,14	1,00
Destek Mevcut İşinizde Ne Kadar Destek Görebiliyorsunuz?	**377**	**3,01**	**0,99**
1. İyi yaptığınız şeyler hakkında spesifik bilgi (Takdir v.s).	377	3,06	1,12
2. Geliştirebileceğiniz şeyler hakkında spesifik yorumlar.	377	2,99	1,12
3. Yardımcı ipuçları ve problem çözücü tavsiyeler.	377	2,98	1,12
Kaynaklar Mevcut İşinizde Kaynaklara Ne Kadar Erişiminiz Var?	**377**	**2,88**	**0,85**
1. Gerekli evrak işlerini yapmak için yeterli zaman.	377	2,88	0,97
2. İş gereklerini yerine getirmek için yeterli zaman.	376	2,91	0,93
3. Gerektiğinde geçici yardım sağlama.	377	2,85	1,05
Biçimsel Güç İş Ortamımda / İşimde	**377**	**2,43**	**0,68**
1. İşte yenilik/buluş karşılığı ödüller.	377	2,23	0,71
2. İşimde esneklik miktarı.	377	2,72	0,91
3. Kurum içerisinde iş ile ilgili aktivitelerimin görülebilirlik miktarı.	376	2,35	0,83
Biçimsel Olmayan Güç Mevcut İşinizde Bu Aktiviteler İçin Ne Kadar Fırsatınız Var?	**377**	**2,88**	**0,74**
1. Hasta bakımı konusunda hekimler ile işbirliği.	377	2,90	0,98
2. Problemler ile ilgili yardımcı olmanız için meslektaşlar tarafından aranılmak.	376	3,03	0,95
3. Problemler ile ilgili yardımcı olmanız için yöneticiler tarafından aranılmak.	376	2,83	0,97
4. Hekimler dışındaki diğer profesyonellerin görüşlerini alma (Fizyoterapist, diyetisyen v.b).	377	2,76	0,92
Genel	**377**	**2,98**	**0,63**

Hemşirelerin yapısal güçlendirme ile ilgili ifadelerden en çok katıldıkları ifade "fırsat" boyutunda yer alan "yeni bilgi ve beceriler edinme şansı" (3,56±0,90) ifadesidir. Bunu "zorlayıcı ama size katkı sağlayan iş" (3,54±0,96) ifadesi izlemektedir. Hemşirelerin en az katıldıkları ifade ise "biçimsel güç" boyutunda yer alan "işte yenilik/buluş karşılığı ödüller" (2,23±0,71) ifadesidir. Ortalaması en yüksek boyut "fırsat" (3,53±0,78) boyutu iken ortalaması en düşük boyut "biçimsel güç" (2,43±0,68) boyutudur. Hemşirelerin yapısal güçlendirme genel ortalamasının ise 2,98±0,63 olduğu görülmektedir.

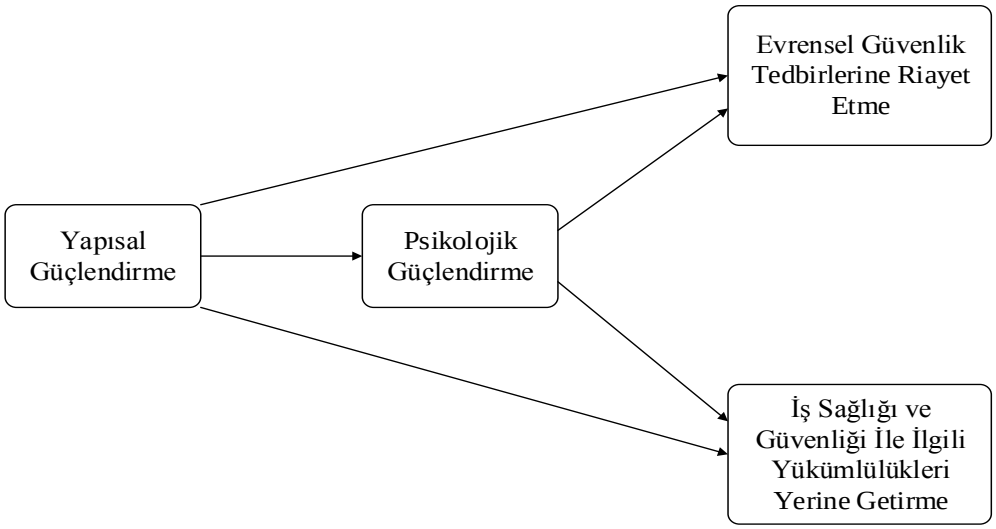
4.2. HİPOTEZ TESTLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Hipotez testlerine ilişkin bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur:

- Güçlendirmenin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranışlara etkisinin incelenmesi,
- Güçlendirmenin mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma üzerine etkisinin incelenmesi,
- Güçlendirmenin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranışların, hemşirelerin mesleki ve demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi.

4.2.1. Güçlendirmenin İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Davranışlara Etkisinin İncelenmesi

Bu bölümde, yapısal ve psikolojik güçlendirmenin, hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme düzeylerine etkisi incelenmiştir. Ayrıca, yapısal güçlendirmenin psikolojik güçlendirmeye etkisi de araştırılmıştır. Test edilen araştırma modeli Şekil 13'de gösterilmiştir.



Şekil 13. Test Edilen Araştırma Modeli

Şekil 13'de gösterilen araştırma modelini test etmek için path (yol) analizi yapılmıştır. Path analizinde kullanılacak tahmin metodunun seçimi için önce çok değişkenli normallik testi yapılmıştır. LISREL ile yapılan çok değişkenli normallik testi sonucu Tablo 21'de gösterilmiştir.

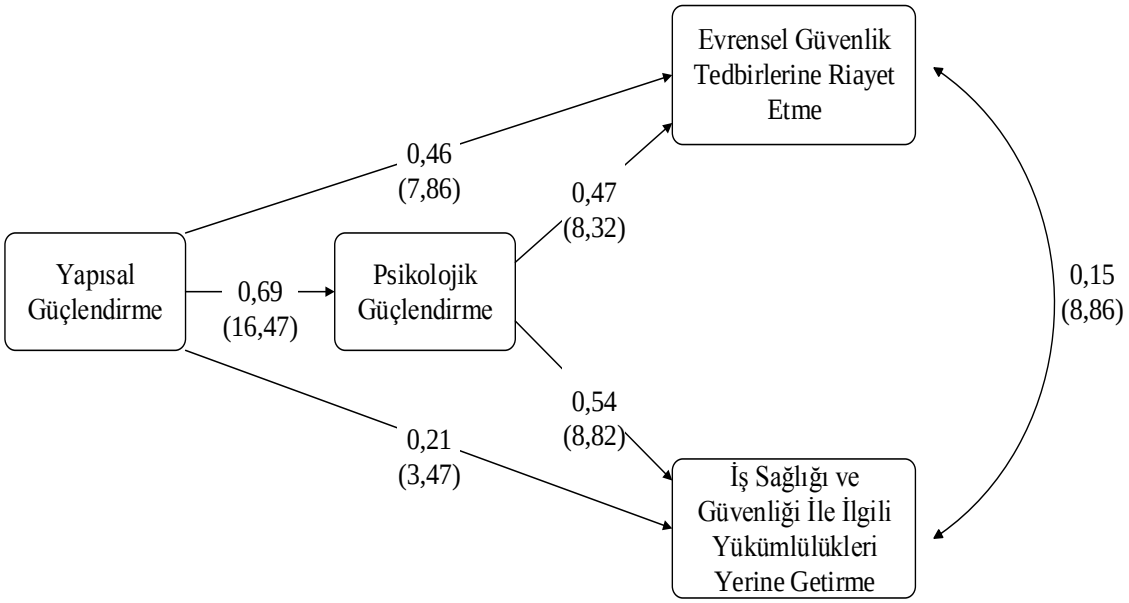
Tablo 21. LISREL Çok Değişkenli Normallik Testi

Çok Değişkenli Normallik Testi							
Çarpıklık			Basıklık			Çarpıklık ve Basıklık	
Değer	Z-Skor	p	Değer	Z-Skor	p	Ki-kare	p
1.422	6.242	<0,001	25,699	2,300	0,021	44,252	<0,001

Çok değişkenli basıklık değeri 8'den büyük ise veri setinin çok değişkenli normal dağılıma uymadığı belirtilmektedir (Yılmaz, 2015, s. 32). Ayrıca normallik testlerinde p değerinin anlamlı çıkmaması istenmektedir. Tablo 21 incelendiğinde basıklık değerinin 8'den büyük ve p değerlerinin anlamlı ($p<0,05$) olduğu görülmektedir. Buna göre kullanılan veri seti için çok değişkenli normallik varsayımının sağlanmadığı söylenebilir. Çok değişkenli normallik şartı sağlanamadığında dağılımdan bağımsız bir

metodun kullanımı gerekmektedir (Yılmaz, 2015, s. 30). Bu nedenle yapılan path analizinde tahmin metodu olarak WLS metodu kullanılmıştır.

İlk olarak test edilen modelde, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ile iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme değişkenleri arasında bir ilişki kurulmamıştır. Ancak yapılan analizde program tarafından modifikasyon önerisi olarak bu iki değişken arasında iki yönlü bir ilişkinin kurulması önerilmiştir. Bu iki değişken de, iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin hemşirelerin davranışları ile ilgili olduğundan bu modifikasyonun yapılması uygun görülmüştür. Bu değişiklikten sonra yapılan analiz sonuçları Şekil 14, Tablo 22 ve Tablo 23'de sunulmuştur.



Şekil 14. Test Edilen Araştırma Modeli İçin Path Diyagramı

Şekil 14'de oklar üzerinde gösterilen sayılar path katsayılarıdır (path coefficients). Path katsayıları, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki doğrudan etkisini gösteren standartlaştırılmış regresyon katsayılarıdır (beta-*β)*. Bir path katsayısı, bağımsız değişkende bir standart sapmalık bir değişim olduğunda bağımlı değişkende kaç standart sapmalık değişim olduğunu gösterir (Alpar, 2013, s. 793).

Yukarıdaki açıklamalar ışığında Şekil 14 incelendiğinde, psikolojik güçlendirme düzeyinde bir birimlik bir artış olmasının, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme düzeyinde 0,47 ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme

düzeyinde ise 0,54 birimlik bir artış sağladığı söylenebilir. Yapısal güçlendirmenin ise evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkisi vardır. Oklar üzerinde bulunan path katsayılarının doğrudan etkileri gösterdiği belirtilmişti. Dolaylı etki ise bir bağımsız değişkenin bir bağımlı değişkene etkisinin bir ya da daha fazla aracı (mediating) değişkenle ortaya konmasıdır (Çokluk, 2012, s. 340). Buna göre yapısal güçlendirmenin, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme üzerinde psikolojik güçlendirme aracılığıyla dolaylı etkisi bulunmaktadır. Dolaylı etkiler yol üzerinde bulunan path katsayılarının çarpımıyla elde edilmektedir. Doğrudan ve dolaylı etkilerin toplanması ile de toplam etkiler elde edilmektedir (Alpar, 2013, s. 806). Buna göre yapısal güçlendirme düzeyindeki bir birimlik artış evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme düzeyinde 0,78 ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme düzeyinde ise 0,58 birimlik artış (toplam etki) sağlamaktadır (Tablo 22).

Şekil 14'de oklar üzerinde bulunan path katsayılarının altında parantez içinde gösterilen sayılar path katsayılarının anlamlılığına ilişkin t değerleridir. t değerlerinin 1,96'yı aşarsa 0,05 düzeyinde ve 2,56'yı aşarsa 0,01 düzeyinde anlamlı olduğu belirtilmişti. Bu çerçevede Şekil 14 incelendiğinde tüm path katsayılarının 0,01 düzeyinde anlamlı t değeri verdiği görülmektedir.

Tablo 22. Doğrudan, Dolaylı ve Toplam Etkiler

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	Toplam Etki
EGTRE	YG	0,46	0,69*0,47=0,32	0,78
	PG	0,47	-	0,47
İŞGYYG	YG	0,21	0,69*0,54=0,37	0,58
	PG	0,54	-	0,54

EGTRE: Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme

İSGYYG: İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Yükümlülüklerini Yerine Getirme

YG: Yapısal Güçlendirme

PG: Psikolojik Güçlendirme

Tablo 23'de elde edilen yapısal eşitlikler ve R^2 değerleri verilmiştir. Buna göre psikolojik ve yapısal güçlendirme birlikte, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etmedeki değişimin %52'sini ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirmedeki değişimin ise %42'sini açıkladıkları görülmektedir.

Tablo 23. Yapısal Eşitlikler ve R^2 Değerleri

Yapısal Eşitlik	R^2
EGTRE = 0,47*PG + 0,46*YG	0,52
İSGYYG = 0,54*PG + 0,21*YG	0,42
PG = 0,69*YG	0,43

EGTRE: Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme

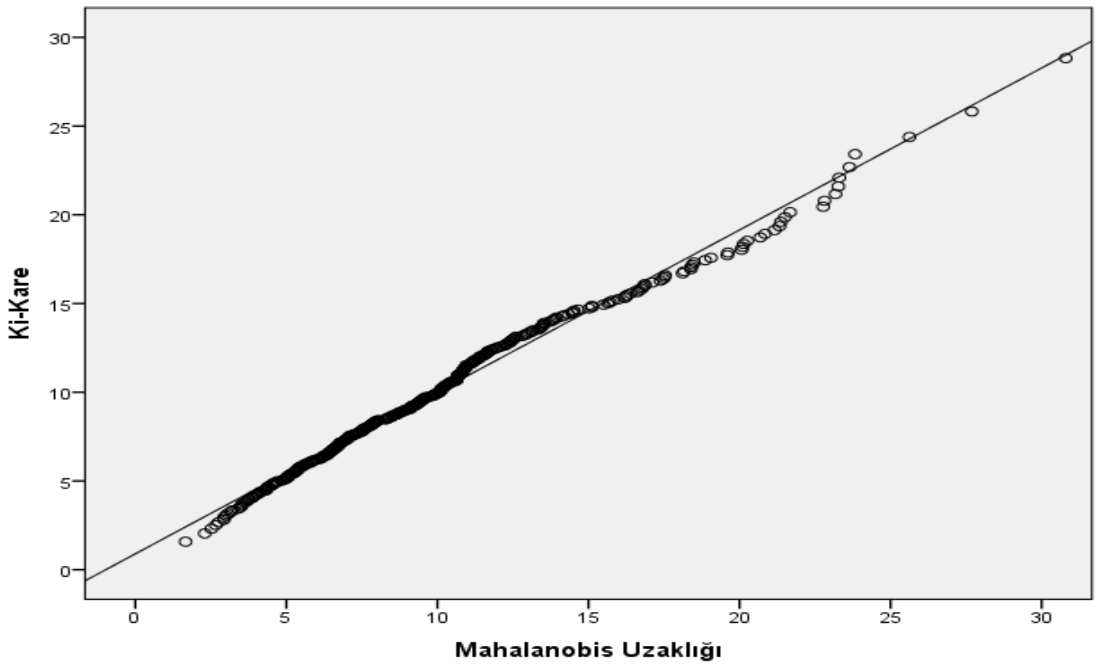
İSGYYG: İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Yükümlülüklerini Yerine Getirme

YG: Yapısal Güçlendirme

PG: Psikolojik Güçlendirme

Bu bölümde ayrıca, psikolojik ve yapısal güçlendirme alt boyutlarının hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme düzeylerine etkisi çoklu doğrusal regresyon analizi ile test edilmiştir. Bunun için, önce modele alınacak değişkenler (psikolojik ve yapısal güçlendirme alt boyutları) için çok değişkenli normallik varsayımının karşılanıp karşılanmadığı araştırılmıştır. Çok değişkenli normallik varsayımının karşılanıp karşılanmadığını değerlendirme yöntemlerinden biri değişkenlere ait mahalanobis uzaklık değerleri ile ki-kare değerlerinin elde edilmesi ve saçılım grafiklerinin incelenmesidir. İki ve ikiden çok değişkenli dağılımlarda, sıralanmış uzaklıklar olan mahalanobis değerleri ile ki-kare ($X^2_{p;(i-0,5)/n}$) değerlerine ilişkin saçılım grafiğinin düz bir çizgi oluşturması durumunda değişkenlerin çok değişkenli normal dağıldığı söylenir (Alpar, 2013, s. 119). Psikolojik ve yapısal güçlendirme alt boyutlarına ait sıralı mahalanobis değerleri ile ki-kare değerlerine ilişkin ilk çizilen saçılım grafiğinde doğrudan aşırı derecede ayrılan sadece bir gözlemin olduğu görülmüştür. Bu gözlem, veri setinden çıkarılarak mahalanobis uzaklık değerleri yeniden hesaplanmış ve grafik tekrar çizilerek aşağıda gösterilmiştir. Grafik 6 incelendiğinde, noktaların bir doğru üzerinde olduğu görülmüştür. Buna göre psikolojik ve yapısal güçlendirme alt boyutlarına ait 376 gözlemli veri setinin çok değişkenli normal dağılım gösterdiği

söylenebilir. Çok değişkenli dağılımın normal dağılım gösterip göstermediğini anlamanın bir diğer yolu yine ki-kare dağılımından yararlanmaktır. Bu yönteme göre mahalanobis değerlerinin yarısından fazlası $X^2_{p;(0,5)}$ değerine eşit ya da ondan küçükse dağılımın normal dağıldığı söylenir (Alpar, 2013, s. 120). Ki-kare dağılım tablosundan 10 değişken için (psikolojik ve yapısal güçlendirme toplam alt boyut sayısı) $X^2_{10;(0,5)}$ değerinin 9,342 olduğu görülmüş ve mahalanobis değerlerinin yarısından fazlasının (%50,3) bu değerden küçük olduğu görülmüştür. Buna göre, psikolojik ve yapısal güçlendirme alt boyutlarına ait veri setinin çok değişkenli normal dağılım gösterdiği söylenebilir.



Grafik 6. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirme Alt Boyutlarına İlişkin Sıralı Mahalanobis Uzaklığı - Ki-Kare Grafiği

Çoklu regresyon analizinde bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı (multi-collinearity) olarak tanımlanan bir sorunla karşılaşılabilir. Çoklu bağlantı olup olmadığını anlamak için ilk olarak bağımsız değişkenler arasındaki ikili korelasyonlar incelenebilir. 0,80 üzerindeki korelasyon çoklu bağlantı olabileceğini, 0,90 üzerindeki korelasyon ise ciddi bir bağlantı sorununun olabileceğini gösterir (Büyüköztürk, 2013, s. 100). Bu yüzden regresyon analizinden önce bağımsız değişkenler (psikolojik ve yapısal güçlendirme alt boyutları) arasındaki korelasyona bakılmıştır. Korelasyon

analizine ayrıca bağımlı değişkenler de (evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliğine ilişki yükümlülükleri yerine getirme) dahil edilerek bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki de incelenmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 24'de gösterilmiştir. Korelasyon katsayının 1 olması, mükemmel pozitif ilişkiyi; -1 olması mükemmel negatif bir ilişkiyi; 0 olması ilişkinin olmadığını gösterir. Korelasyon katsayısının yorumlanmasında üzerinde tam olarak uzlaşılan aralıklar bulunmamakla birlikte, korelasyonu yorumlamada şu sınırların kullanılabileceği belirtilmiştir. Korelasyon katsayısının mutlak değer olarak, 0,70 - 1,00 arasında olması, yüksek; 0,70 – 0,30 arasında olması, orta; 0,30 – 0,00 arasında olması ise, düşük düzeyde bir ilişki olarak tanımlanmıştır (Büyüköztürk 2013, s. 32). Buna göre, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ile psikolojik ve yapısal güçlendirmenin tüm alt boyutları arasında orta düzeyde (korelasyon katsayıları 0,643 – 0,399 arasında değişmektedir) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir ($p<0,001$). Ayrıca, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme ile psikolojik ve yapısal güçlendirmenin "biçimsel olmayan güç" boyutu hariç tüm alt boyutları arasında da orta düzeyde (korelasyon katsayıları 0,618 – 0,355 arasında değişmektedir) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir ($p<0,001$). İş sağlığı ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme ile biçimsel olmayan güç boyutu arasında ise zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir ($r=0,256$; $p<0,001$). Psikolojik ve yapısal güçlendirme alt boyutları arasındaki korelasyon katsayılarına bakıldığında da 0,80'den büyük değerin olmadığı görülmektedir. Buna göre psikolojik ve yapısal güçlendirme alt boyutları arasında çoklu bağlantı probleminin olmadığı söylenebilir. Çoklu bağlantı problemini incelemenin bir diğer yolu da bağımsız değişkenlere ait Varyans Şişme Faktör (Variance Inflation Factor-VIF) katsayılarının incelenmesidir. VIF değerlerinin 10'dan küçük olması çoklu bağlantı probleminin olmadığını göstermektedir (Büyüköztürk, 2013, s. 100). Tablo 25 ve Tablo 26'da bağımsız değişkenlere ait VIF değerleri gösterilmiştir. Bu çalışmadaki VIF değerleri 1,382 ile 2,828 arasında değişmektedir. Buna göre çoklu bağlantı problemlerinin olmadığı söylenebilir.

Tablo 24. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirme Alt Boyutları, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Değişkenleri Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları

Değişkenler		Anlam	Yetenek	Özerklik	Etki	Fırsat	Bilgi	Destek	Kaynaklar	BG	BOG	EGTRE	İSGYY
Anlam	**r**	1											
Yetenek	**r**	0,731	1										
Özerklik	**r**	0,670	0,699	1									
Etki	**r**	0,567	0,586	0,657	1								
Fırsat	**r**	0,585	0,626	0,599	0,580	1							
Bilgi	**r**	0,482	0,508	0,504	0,525	0,628	1						
Destek	**r**	0,495	0,506	0,482	0,519	0,678	0,638	1					
Kaynaklar	**r**	0,414	0,392	0,381	0,400	0,569	0,676	0,615	1				
BG	**r**	0,378	0,384	0,381	0,321	0,432	0,437	0,393	0,405	1			
BOG	**r**	0,221	0,274	0,338	0,320	0,513	0,482	0,468	0,472	0,361	1		
EGTRE	**r**	0,643	0,603	0,537	0,520	0,626	0,501	0,605	0,505	0,422	0,399	1	
İSGYYG	**r**	0,618	0,598	0,521	0,462	0,551	0,397	0,480	0,403	0,355	0,256	0,741	1

BG: Biçimsel Güç, **BOG:** Biçimsel Olmayan Güç**, EGTRE:** Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme' **İSGYYG:** İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Yükümlülüklerini Yerine Getirme, (Tüm korelasyon katsayıları için $p<0,001$ bulunmuştur)

Tablo 25. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirme Alt Boyutlarının Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p	VIF
Sabit	0,276	0,200	-	1,382	0,168	
Anlam	0,397	0,070	0,312	5,644	<0,001	2,597
Yetenek	0,133	0,059	0,130	2,250	0,025	2,828
Özerklik	0,026	0,051	0,028	0,506	0,613	2,651
Etki	0,050	0,042	0,059	1,190	0,235	2,085
Fırsat	0,118	0,056	0,122	2,123	0,034	2,828
Bilgi	0,078	0,050	0,085	1,574	0,116	2,511
Destek	0,157	0,040	0,204	3,881	<0,001	2,360
Kaynaklar	0,089	0,045	0,100	1,981	0,048	2,179
BG	0,085	0,045	0,077	1,900	0,058	1,382
BOG	0,097	0,044	0,094	2,171	0,031	1,586

F=48,727 R^2=0,572 R=0,756 p<0,001

Bağımlı Değişken: Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme

Tablo 25'de psikolojik ve yapısal güçlendirme alt boyutları değişkenlerinin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Kurulan regresyon modeli doğrusaldır ve model istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=48,727; p<0,001). Ayrıca R^2=0,572 olarak hesaplanmış olup bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama oranının %57,2 olduğu saptanmıştır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme üzerindeki göreli önem sırası; anlam, destek, yetenek, fırsat, kaynaklar, biçimsel olmayan güç, bilgi, biçimsel güç, etki ve özerkliktir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise, anlam, destek, yetenek, fırsat, kaynaklar ve biçimsel olmayan güç değişkenlerinin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme üzerinde önemli (anlamlı) bir yordayıcı olduğu görülmektedir (p<0,05). Bilgi, biçimsel güç, etki ve özerklik değişkenleri ise anlamlı bir etkiye sahip değildir (p>0,05).

Tablo 26. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirme Alt Boyutlarının İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p	VIF
Sabit	0,806	0,204		3,959	<0,001	
Anlam	0,342	0,072	0,292	4,769	<0,001	2,597
Yetenek	0,195	0,060	0,206	3,228	0,001	2,828
Özerklik	0,027	0,052	0,032	0,523	0,601	2,651
Etki	0,019	0,043	0,024	0,436	0,663	2,085
Fırsat	0,137	0,057	0,154	2,409	0,016	2,828
Bilgi	0,103	0,051	0,122	2,031	0,043	2,511
Destek	0,073	0,041	0,103	1,764	0,079	2,360
Kaynaklar	0,079	0,046	0,097	1,722	0,086	2,179
BG	0,061	0,046	0,059	1,328	0,185	1,382
BOG	0,018	0,045	0,019	0,405	0,686	1,586

F=32,739 R^2=0,473 R=0,688 p<0,001

Bağımlı Değişken: İş Sağlığı ve güvenliği ile İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme

Tablo 26'da psikolojik ve yapısal güçlendirme alt boyutları değişkenlerinin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Kurulan regresyon modeli doğrusaldır ve model istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=32,739; p<0,001). Ayrıca R^2=0,473 olarak hesaplanmış olup bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama oranının %47,3 olduğu saptanmıştır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, anlam, yetenek, fırsat ve bilgi değişkenlerinin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme üzerinde önemli (anlamlı) bir yordayıcı olduğu görülmektedir (p<0,05). Özerklik, etki, destek, kaynaklar, biçimsel ve biçimsel olmayan güç değişkenleri ise anlamlı bir etkiye sahip değildir (p>0,05).

4.2.2. Güçlendirmenin Mesleki Risk ve Tehlikelere Maruz Kalma Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Güçlendirmenin, hemşirelerin maruz kaldığı mesleki ve risk ve tehlikelerden psikolojik rahatsızlık yaşama, ekip çalışması problemi yaşama, enjektör batma vakası yaşama, enfekte kesici-delici-batıcı cisim yaralanmasına maruz kalma, sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma üzerinde etkisi olabileceği düşünülmüştür. Psikolojik ve yapısal güçlendirmenin belirtilen mesleki risk ve tehlikelere maruz kalmaya etkisini test etmek için iki kategorili (binary) lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Lojistik regresyon, bağımsız değişkenlerin dağılımına ilişkin herhangi bir sayıltının karşılanmasını gerektirmez. Ancak, bağımsız değişkenler arasındaki yüksek korelasyona oldukça duyarlıdır. Bu durum bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı (multicollinearity) sorununu ortaya çıkarmaktadır (Çokluk, 2012, s. 68-69). Alpar'a (2013, s. 660) göre bağımsız değişkenler arasında 0,80'lik bir ilişki olması ya da varyans şişme değerinin (variance inflation factor-VIF) 10'nun üzerinde bulunması değişkenler arasında çoklu bağlantı problemi olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, iki kategorili (binary) lojistik regresyon analizi yapılmadan önce bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı probleminin olup olmadığı incelenmiştir. Bunun için bağımsız değişkenler arasında korelasyona bakılmıştır (Tablo 27). Ayrıca, VIF değerleri incelenmiştir. Bağımsız değişkenler (psikolojik ve yapısal güçlendirme) arasında orta düzeyde ve istatiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0,658$; $p<0,001$) olmakla birlikte ilişki katsayısının 0,80'i geçmediği görülmüştür. Ayrıca, VIF değerleri her iki bağımsız değişken için de 1,763 olarak bulunmuş ve 10'nun üzerinde olmadığı görülmüştür. Buna göre, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı probleminin olmadığı söylenebilir.

Tablo 27. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirme İçin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

		Psikolojik Güçlendirme	Yapısal Güçlendirme
Psikolojik Güçlendirme	r	1	0,658
	p		<0,001
	n	377	377
Yapısal Güçlendirme	r	0,658	1
	p	<0,001	
	n	377	377

Bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı probleminin olmadığı anlaşıldıktan sonra çoklu iki kategorili (binary) lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Yöntem olarak standart (enter) yöntem kullanılmıştır. Aşağıda, psikolojik ve yapısal güçlendirmenin hemşirelerin psikolojik rahatsızlık yaşama durumlarına etkisini araştırmak için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 28. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirmenin Psikolojik Rahatsızlık Yaşama Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

	Psikolojik Rahatsızlık Yaşama							**%95 Güven Aralığı**	
Değişkenler	**Evet (0) (n=109)**	**Hayır (1) (n=264)**	**β**	**SH[a]**	**Wald**	**P**	**Exp (β)**	**Alt**	**Üst**
Psikolojik Güçlendirme	3,42±0,74	3,74±0,60	0,605	0,234	6,652	0,010	1,831	1,156	2,898
Yapısal Güçlendirme	2,81±0,65	3,06±0,61	0,229	0,251	0,832	0,362	1,257	0,769	2,055
Sabit			-1,956	0,659	8,811	0,003	0,141		

[a]Standart Hata

Model Ki-kare: 19,464; p<0,001

Hosmer ve Lemeshow Testi: 11,275; p>0,05

Psikolojik ve yapısal güçlendirmenin, psikolojik rahatsızlık yaşama üzerindeki etkisini değerlendirmek üzere yapılan çoklu iki kategorili lojistik regresyon analizi sonuçları

Tablo 28'de verilmiştir. Modelin uyum iyiliği ve yeterliliği, model ki-kare istatistiği ve Hosmer ve Lemeshow testi ile değerlendirilmiştir. Model ki-kare istatistiğinin 0,05'ten küçük (anlamlı) çıkması modelin anlamlı olduğunu göstermektedir (Alpar, 2013, s. 688). Hosmer ve Lemeshow testi, lojistik regresyon modelinin bir bütün olarak uyumunu değerlendirir. Özellikle bağımsız değişkenlerin sürekli değişkenler olduğu durumlarda güçlü bir testtir. Bu teste ilişkin sonucun anlamlı olmaması ($p>0,05$), model veri uyumunun yeterli düzeyde olduğunu gösterir. Wald istatistiği β'nin anlamlılığına ilişkin bir ölçüdür ve her bir değişkenin modele katkısını ifade eder. Exp (β), her bir değişken için hesaplanan odds oranıdır. Bağımsız değişkendeki bir birimlik değişmeden kaynaklı olarak, odds oranında meydana gelen değişmeyi gösterir (Çokluk, 2012, s. 100). Bu çerçevede Tablo 28 incelediğinde, kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu (model ki-kare: 19,464; $p<0,001$) ve model veri uyumunun yeterli olduğu (Hosmer ve Lemeshow testi: 11,275; $p>0,05$) görülmektedir. Modele alınan 2 değişkenden psikolojik güçlendirmenin modele anlamlı katkısı (Wald=6,652; $p<0,05$) olurken, yapısal güçlendirmenin modele anlamlı katkısının olmadığı (Wald=0,832; $p>0,05$) görülmektedir. Psikolojik rahatsızlık yaşayan hemşirelerde, psikolojik güçlendirme düzeyi 3,42±0,74 bulunurken, psikolojik rahatsızlık yaşamayan hemşirelerde bu değer 3,74±0,60 bulunmuştur. Psikolojik güçlendirme düzeyinde bir birimlik artış olması, psikolojik rahatsızlık yaşama riskini 1,83 kat (%95 güven aralığı-GA 1,156-2,898) azaltmaktadır (psikolojik rahatsızlık yaşama: evet (0); hayır (1) şeklinde kodlandığından Exp (β) değerinin 1'den büyük olması "riski azaltmaktadır" şeklinde yorumlanmıştır).

Tablo 29. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirmenin Ekip Çalışması Problemi Yaşama Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

	Ekip Çalışması Problemi Yaşama							%95 Güven Aralığı	
Değişkenler	**Evet (0) (n=124)**	**Hayır (1) (n=251)**	**β**	**SH[a]**	**Wald**	**P**	**Exp (β)**	**Alt**	**Üst**
Psikolojik Güçlendirme	3,46±0,71	3,73±0,61	0,379	0,224	2,870	0,090	1,461	0,942	2,264
Yapısal Güçlendirme	2,80±0,65	3,06±0,61	0,407	0,240	2,874	0,090	1,502	0,934	2,403
Sabit			-1,853	0,640	8,371	0,004	0,157		

[a]Standart Hata

Model Ki-kare: 17,133; p<0,001

Hosmer ve Lemeshow Testi: 7,768; p>0,05

Psikolojik ve yapısal güçlendirmenin hemşirelerin ekip çalışması problemi yaşama durumlarına etkisini araştırmak için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 29'da gösterilmiştir. Modele alınan değişkenlerden hem psikolojik güçlendirmenin (Wald=2,870; p>0,05) hem de yapısal güçlendirmenin modele anlamlı katkısının (Wald=2,874; p>0,05) olmadığı görülmektedir.

Tablo 30. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirmenin Enjektör Batma Vakası Yaşama Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

	Enjektör Batma Vakası Yaşama							%95 Güven Aralığı	
Değişkenler	**Evet (0) (n=151)**	**Hayır (1) (n=223)**	**β**	**SH[a]**	**Wald**	**P**	**Exp (β)**	**Alt**	**Üst**
Psikolojik Güçlendirme	3,28±0,71	3,88±0,49	1,036	0,247	17,583	<0,001	2,817	1,736	4,572
Yapısal Güçlendirme	2,64±0,59	3,21±0,54	1,048	0,255	16,948	<0,001	2,852	1,732	4,697
Sabit			-6,429	0,826	60,512	<0,001	0,002		

[a]Standart Hata

Model Ki-kare: 97,686; p<0,001

Hosmer ve Lemeshow Testi: 10,52; p>0,05

Psikolojik ve yapısal güçlendirmenin, hemşirelerin enjektör batma vakası yaşama durumlarına etkisini araştırmak için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 30'da gösterilmiştir. Modele alınan değişkenlerden hem psikolojik güçlendirmenin (Wald=17,583; p<0,001) hem de yapısal güçlendirmenin modele anlamlı katkısının (Wald=16,948; p<0,001) olduğu görülmektedir. Psikolojik güçlendirme düzeyinde bir birimlik artış olması, enjektör batma riskini 2,817 kat (%95 GA 1,736-4,572) azaltmaktadır. Yapısal güçlendirme düzeyinde bir birimlik artış olması ise, enjektör batma riskini 2,852 kat (%95 GA 1,732-4,697) azaltmaktadır. Ayrıca, kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu (model ki-kare: 97,686; p<0,001) ve model veri uyumunun yeterli olduğu (Hosmer ve Lemeshow testi: 10,52; p>0,05) görülmektedir.

Tablo 31. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirmenin Enfekte Kesici-Delici-Batıcı Cisim Yaralanmasına Maruz Kalma Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

	Enfekte Kesici-Delici-Batıcı Cisim Yaralanmasına Maruz Kalma							%95 Güven Aralığı	
Değişkenler	**Evet (0) (n=113)**	**Hayır (1) (n=260)**	**β**	**SH[a]**	**Wald**	**P**	**Exp (β)**	**Alt**	**Üst**
Psikolojik Güçlendirme	3,43±0,73	3,72±0,61	0,440	0,230	3,669	0,055	1,553	0,990	2,437
Yapısal Güçlendirme	2,64±0,60	3,21±0,63	0,369	0,246	2,248	0,134	1,446	0,893	2,343
Sabit			-1,827	0,650	7,908	0,005	0,161		

[a]Standart Hata

Model Ki-kare: 17,663; p<0,001

Hosmer ve Lemeshow Testi: 9,422; p>0,05

Psikolojik ve yapısal güçlendirmenin enfekte kesici-delici-batıcı cisim yaralanmasına maruz kalma durumlarına etkisini araştırmak için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 31'de gösterilmiştir. Modele alınan değişkenlerden hem psikolojik güçlendirmenin (Wald=3,669; p>0,05) hem de yapısal güçlendirmenin modele anlamlı katkısının (Wald=2,248; p>0,05) olmadığı görülmektedir.

Tablo 32. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirmenin Sözel Şiddete Maruz Kalma Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

	Sözel Şiddete Maruz Kalma							%95 Güven Aralığı	
Değişkenler	**Evet (0) (n=228)**	**Hayır (1) (n=147)**	**β**	**SH[a]**	**Wald**	**P**	**Exp (β)**	**Alt**	**Üst**
Psikolojik Güçlendirme	3,54±0,69	3,80±0,58	0,469	0,222	4,443	0,035	1,598	1,033	2,470
Yapısal Güçlendirme	2,90±0,65	3,11±0,57	0,259	0,226	1,311	0,252	1,296	0,832	2,020
Sabit			-2,942	0,680	18,741	<0,001	0,053		

[a]Standart Hata

Model Ki-kare: 15,303; p<0,001

Hosmer ve Lemeshow Testi: 3,236; p>0,05

Psikolojik ve yapısal güçlendirmenin, hemşirelerin sözel şiddete maruz kalma durumlarına etkisini araştırmak için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 32'de gösterilmiştir. Kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu (model ki-kare: 15,303; p<0,001) ve model veri uyumunun yeterli olduğu (Hosmer ve Lemeshow testi: 3,236; p>0,05) görülmektedir. Modele alınan değişkenlerden psikolojik güçlendirmenin modele anlamlı katkısı (Wald=4,443; p<0,05) olurken, yapısal güçlendirmenin modele anlamlı katkısının olmadığı (Wald=1,311; p>0,05) görülmektedir. Psikolojik güçlendirme düzeyinde bir birimlik artış olması, sözel şiddete maruz kalma riskini 1,598 kat (%95 GA 1,033-2,470) azaltmaktadır.

Tablo 33. Psikolojik ve Yapısal Güçlendirmenin Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

	Fiziksel Şiddete Maruz Kalma							%95 Güven Aralığı	
Değişkenler	**Evet (0) (n=42)**	**Hayır (1) (n=333)**	**β**	**SH[a]**	**Wald**	**P**	**Exp (β)**	**Alt**	**Üst**
Psikolojik Güçlendirme	3,24±0,67	3,69±0,64	0,896	0,343	6,803	0,009	2,449	1,249	4,801
Yapısal Güçlendirme	2,69±0,63	3,01±0,62	0,137	0,376	0,133	0,715	1,147	0,549	2,396
Sabit			-1,435	0,844	2,890	0,089	0,238		

[a]Standart Hata

Model Ki-kare: 17,164; p<0,001

Hosmer ve Lemeshow Testi: 4,539; p>0,05

Psikolojik ve yapısal güçlendirmenin, hemşirelerin fiziksel şiddete maruz kalma durumlarına etkisini araştırmak için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 33'de gösterilmiştir. Kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu (model ki-kare: 17,164; p<0,001) ve model veri uyumunun yeterli olduğu (Hosmer ve Lemeshow testi: 4,539; p>0,05) görülmektedir. Modele alınan değişkenlerden psikolojik güçlendirmenin modele anlamlı katkısı (Wald=6,803; p<0,05) olurken, yapısal güçlendirmenin modele anlamlı katkısının olmadığı (Wald=0,133; p>0,05) görülmektedir. Psikolojik güçlendirme düzeyinde bir birimlik artış olması, fiziksel şiddete maruz kalma riskini 2,449 kat (%95 GA 1,249-4,801) azaltmaktadır.

4.2.3. Güçlendirmenin ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Davranışların, Hemşirelerin Mesleki ve Demografik Özelliklerine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin İncelenmesi

Bu bölümde, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, görev yapılan hastane (kamu-özel), meslekte çalışma süresi, çalışma saatleri, haftalık çalışma süresi, pozisyon ve görev yapılan birim değişkenlerine göre hemşirelerin psikolojik güçlendirme, yapısal güçlendirme, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme düzeylerinde fark olup olmadığı incelenmiştir. Ayrıca, belirtilen değişkenlere göre

hemşirelerin psikolojik ve yapısal güçlendirme alt boyutlarına ilişkin puanlarında da fark olup olmadığı test edilmiştir.

Hemşirelerin psikolojik güçlendirme ve alt boyutları, yapısal güçlendirme ve alt boyutları, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme puanlarının hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 34'de gösterilmiştir. Güçlendirmenin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının hemşirelerin yaş gruplarına göre anlamlı fark gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmış, gruplar arasında fark bulunduğunda ileri analiz olarak Tukey testi (farklılaşmaların hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amaçlı) kullanılmıştır. Varyansların homojenliği varsayımı karşılanmayan değişkenler için ise Welch istatistiğinden ve Tamhane'nin T2 istatistiğinden yararlanılmıştır.

Tablo 34. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişkenler	Yaş (Yıl)	n	Ort.[a]	SS[b]	F	p	AF[c]
Psikolojik Güçlendirme	A. ≤ 25	129	3,32	0,62	36,777	<0,001	A-B A-C B-C
	B. 26-30	127	3,73	0,56			
	C. ≥ 31	112	3,96	0,60			
Anlam	A. ≤ 25	129	3,86	0,61	21,970	<0,001	A-B A-C
	B. 26-30	127	4,19	0,50			
	C. ≥ 31	112	4,34	0,55			
Yetenek	A. ≤ 25	129	3,52	0,70	26,379	<0,001	A-B A-C
	B. 26-30	127	3,95	0,65			
	C. ≥ 31	112	4,13	0,68			
Özerklik	A. ≤ 25	129	3,22	0,77	30,769	<0,001	A-B A-C B-C
	B. 26-30	127	3,72	0,80			
	C. ≥ 31	112	3,96	0,72			
Etki	A. ≤ 25	129	2,68	0,81	22,644	<0,001	A-B A-C B-C
	B. 26-30	127	3,06	0,87			
	C. ≥ 31	112	3,42	0,89			
Yapısal Güçlendirme	A. ≤ 25	129	2,66	0,59	44,424	<0,001	A-B A-C B-C
	B. 26-30	127	3,05	0,57			
	C. ≥ 31	112	3,32	0,50			
Fırsat	A. ≤ 25	129	3,14	0,71	39,209	<0,001	A-B A-C B-C
	B. 26-30	127	3,63	0,71			
	C. ≥ 31	112	3,93	0,69			
Bilgi	A. ≤ 25	129	2,81	0,76	29,608	<0,001	A-B, A-C
	B. 26-30	127	3,33	0,77			
	C. ≥ 31	112	3,54	0,76			
Destek	A. ≤ 25	129	2,52	0,95	35,815	<0,001	A-B A-C B-C
	B. 26-30	127	3,09	0,90			
	C. ≥ 31	112	3,50	0,85			
Kaynaklar	A. ≤ 25	129	2,58	0,84	17,196	<0,001	A-B A-C
	B. 26-30	127	2,97	0,81			
	C. ≥ 31	112	3,17	0,75			
Biçimsel Güç	A. ≤ 25	129	2,27	0,73	9,861	<0,001	A-C B-C
	B. 26-30	127	2,44	0,66			
	C. ≥ 31	112	2,65	0,58			
Biçimsel Olmayan Güç	A. ≤ 25	129	2,64	0,65	17,334	<0,001	A-B A-C B-C
	B. 26-30	127	2,91	0,81			
	C. ≥ 31	112	3,18	0,65			
İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme	A. ≤ 25	129	3,44	0,67	47,626	<0,001	A-B A-C B-C
	B. 26-30	127	3,88	0,58			
	C. ≥ 31	112	4,20	0,55			
Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme	A. ≤ 25	129	3,42	0,72	50,693	<0,001	A-B A-C B-C
	B. 26-30	127	3,98	0,58			
	C. ≥ 31	112	4,28	0,62			

[a]Ortalama, [b]Standart Sapma, [c]Anlamlı Fark

Psikolojik güçlendirme ve alt boyutları, yapısal güçlendirme ve alt boyutları, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, yüksek yaş grubundaki hemşirelerin, düşük yaş grubundaki hemşirelere göre tüm ölçek ve alt boyutlarında puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaş grupları arasındaki bu fark tüm ölçek ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını test etmek için yapılan Tukey ve Tamhane'nin T2 testinde anlam, yetenek, bilgi, kaynaklar ve biçimsel güç boyutları hariç tüm ölçek ve alt boyutları puanlarının tüm yaş grupları arasında (25 yaş ve altı ile 26-30 yaş arası, 25 yaş ve altı ile 31 yaş ve üstü, 26 – 30 yaş arası ile 31 yaş ve üstü) istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Anlam, yetenek, bilgi ve kaynaklar alt boyutları puanlarının 25 yaş ve altı ile 26 - 30 yaş arası ve 25 yaş ve altı ile 31 yaş ve üstü grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği, biçimsel güç boyutu puanının ise 25 yaş ve altı ile 31 yaş ve üstü ve 26 – 30 yaş arası ile 31 yaş ve üstü yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$).

Güçlendirmenin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının cinsiyete göre anlamlı fark gösterip göstermediğini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (independent samples t-test) yapılmış ve sonuçlar Tablo 35'de gösterilmiştir.

Tablo 35. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Cinsiyetine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişkenler	Cinsiyet	n	Ort.[a]	SS[b]	t	p
Psikolojik Güçlendirme	Erkek	50	3,8683	0,71	2,633	0,009
	Kadın	327	3,6075	0,64		
Anlam	Erkek	50	4,2467	0,67	1,790	0,074
	Kadın	327	4,0846	0,59		
Yetenek	Erkek	50	4,0733	0,77	2,447	0,015
	Kadın	327	3,8012	0,73		
Özerklik	Erkek	50	3,8133	0,88	1,955	0,051
	Kadın	327	3,5678	0,82		
Etki	Erkek	50	3,3400	1,01	2,670	0,008
	Kadın	327	2,9766	0,88		
Yapısal Güçlendirme	Erkek	50	3,1484	0,61	2,030	0,043
	Kadın	327	2,9556	0,63		
Fırsat	Erkek	50	3,8133	0,71	2,786	0,006
	Kadın	327	3,4842	0,79		
Bilgi	Erkek	50	3,3867	0,86	1,755	0,080
	Kadın	327	3,1662	0,82		
Destek	Erkek	50	3,3867	0,92	2,920	0,004
	Kadın	327	2,9521	0,99		
Kaynaklar	Erkek	50	2,9600	0,93	0,747	0,456
	Kadın	327	2,8634	0,84		
Biçimsel Güç	Erkek	50	2,3933	0,66	0,409	0,683
	Kadın	327	2,4358	0,69		
Biçimsel Olmayan Güç	Erkek	50	3,0000	0,76	1,219	0,224
	Kadın	327	2,8629	0,74		
İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme	Erkek	50	3,9525	0,65	1,599	0,111
	Kadın	327	3,7837	0,70		
Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme	Erkek	50	4,1498	0,67	2,983	0,003
	Kadın	327	3,8098	0,76		

[a]Ortalama, [b]Standart Sapma

Psikolojik güçlendirme ve alt boyutları, yapısal güçlendirme ve alt boyutları, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme

puanlarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, biçimsel güç boyutu hariç tüm ölçek ve alt boyutlarda erkek hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki bu fark, psikolojik güçlendirme ($t=2,633$; $p<0,05$), yapısal güçlendirme ($t=2,030$; $p<0,05$) ve evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ($t=2,983$; $p<0,05$) ölçekleri ile yetenek ($t=2,447$; $p<0,05$), etki ($t=2,670$; $p<0,05$), fırsat ($t=2,786$; $p<0,05$) ve destek ($t=2,920$; $p<0,05$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Güçlendirmenin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının hemşirelerin eğitim durumuna göre anlamlı fark gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmış, gruplar arasında fark bulunduğunda ileri analiz olarak Tukey testi kullanılmıştır. Varyansların homojenliği varsayımı karşılanmayan değişkenler için ise Welch istatistiği ve Tamhane'nin T2 istatistiğinden yararlanılmıştır. Hemşireler, eğitim durumlarına göre sağlık meslek lisesi, önlisans ve lisans mezunları olmak üzere 3 grupta incelenmiş, lisansüstü mezunları çok az (6 hemşire) olduğundan lisans grubuna dahil edilmişlerdir. Elde edilen bulgular Tablo 36'da sunulmuştur.

Tablo 36. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim	n	Ort.[a]	SS[b]	F	p	AF[c]
Psikolojik Güçlendirme	A. SML	163	3,53	0,66	6,871	0,001	A-C
	B. Önlisans	85	3,62	0,70			
	C. Lisans	129	3,81	0,60			
Anlam	A. SML	163	4,02	0,60	4,393	0,013	A-C
	B. Önlisans	85	4,08	0,62			
	C. Lisans	129	4,23	0,56			
Yetenek	A. SML	163	3,72	0,75	7,026	0,001	A-C
	B. Önlisans	85	3,78	0,77			
	C. Lisans	129	4,03	0,67			
Özerklik	A. SML	163	3,49	0,82	4,054	0,018	A-C
	B. Önlisans	85	3,57	0,88			
	C. Lisans	129	3,76	0,79			
Etki	A. SML	163	2,87	0,87	5,022	0,007	A-C
	B. Önlisans	85	3,04	0,95			
	C. Lisans	129	3,21	0,89			
Yapısal Güçlendirme	A. SML	163	2,81	0,65	13,904	<0,001	A-C
	B. Önlisans	85	3,00	0,60			
	C. Lisans	129	3,18	0,55			
Fırsat	A. SML	163	3,35	0,80	9,636	<0,001	A-C
	B. Önlisans	85	3,55	0,79			
	C. Lisans	129	3,74	0,70			
Bilgi	A. SML	163	3,04	0,84	8,783	<0,001	A-C
	B. Önlisans	85	3,13	0,79			
	C. Lisans	129	3,43	0,80			
Destek	A. SML	163	2,73	1,04	13,200	<0,001	A-B A-C
	B. Önlisans	85	3,12	0,94			
	C. Lisans	129	3,29	0,86			
Kaynaklar	A. SML	163	2,72	0,90	5,832	0,003	A-C
	B. Önlisans	85	2,89	0,78			
	C. Lisans	129	3,06	0,81			
Biçimsel Güç	A. SML	163	2,35	0,69	2,816	0,061	
	B. Önlisans	85	2,43	0,72			
	C. Lisans	129	2,54	0,63			
Biçimsel Olmayan Güç	A. SML	163	2,71	0,75	8,612	<0,001	A-C
	B. Önlisans	85	2,92	0,74			
	C. Lisans	129	3,07	0,69			
İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme	A. SML	163	3,61	0,73	12,229	<0,001	A-B A-C
	B. Önlisans	85	3,88	0,66			
	C. Lisans	129	4,00	0,61			
Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme	A. SML	163	3,60	0,79	21,015	<0,001	A-B A-C
	B. Önlisans	85	3,93	0,76			
	C. Lisans	129	4,13	0,61			

[a]Ortalama, [b]Standart Sapma, [c]Anlamlı Fark

Psikolojik güçlendirme ve alt boyutları, yapısal güçlendirme ve alt boyutları, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme puanlarının eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde, eğitim seviyesi yüksek olan hemşirelerin, eğitim seviyesi daha düşük olanlara göre tüm ölçek ve alt boyutları puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim grupları arasındaki bu fark, biçimsel güç boyutu hariç tüm ölçek ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını test etmek için yapılan Tukey ve Tamhane'nin T2 testinde, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme ve evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ölçekleri ve destek boyutunda farkın sağlık meslek lisesi mezunları ile önlisans mezunları ve sağlık meslek lisesi mezunları ile lisans mezunları arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. Diğer tüm ölçek ve alt boyutlarda ise farkın sağlık meslek lisesi mezunları ile lisans mezunlarından arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür ($p<0,05$).

Güçlendirmenin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının görev yapılan hastane türüne göre anlamlı fark gösterip göstermediğini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (independent samples t-test) yapılmış ve sonuçlar Tablo 37'de gösterilmiştir.

Tablo 37. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Çalıştığı Hastane Türüne Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişkenler	Hastane Türü	n	Ort.[a]	SS[b]	t	p
Psikolojik Güçlendirme	Kamu	241	3,69	0,64	1,937	0,53
	Özel	136	3,56	0,69		
Anlam	Kamu	241	4,13	0,58	1,034	0,302
	Özel	136	4,06	0,63		
Yetenek	Kamu	241	3,88	0,70	1,635	0,103
	Özel	136	3,75	0,79		
Özerklik	Kamu	241	3,66	0,82	1,986	0,048
	Özel	136	3,49	0,84		
Etki	Kamu	241	3,09	0,90	1,789	0,074
	Özel	136	2,91	0,90		
Yapısal Güçlendirme	Kamu	241	3,00	0,61	0,927	0,354
	Özel	136	2,94	0,65		
Fırsat	Kamu	241	3,57	0,76	1,476	0,141
	Özel	136	3,45	0,83		
Bilgi	Kamu	241	3,24	0,81	1,239	0,216
	Özel	136	3,13	0,86		
Destek	Kamu	241	3,01	0,98	-0,109	0,913
	Özel	136	3,02	1,02		
Kaynaklar	Kamu	241	2,86	0,86	-0,483	0,630
	Özel	136	2,90	0,84		
Biçimsel Güç	Kamu	241	2,48	0,65	1,946	0,052
	Özel	136	2,34	0,73		
Biçimsel Olmayan Güç	Kamu	241	2,90	0,76	0,710	0,478
	Özel	136	2,85	0,71		
İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme	Kamu	241	3,81	0,69	0,257	0,798
	Özel	136	3,79	0,71		
Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme	Kamu	241	3,86	0,74	0,247	0,805
	Özel	136	3,84	0,79		

[a]Ortalama, [b]Standart Sapma

Psikolojik güçlendirme ve alt boyutları, yapısal güçlendirme ve alt boyutları, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri

yerine getirme puanlarının görev yapılan hastane türüne göre dağılımı incelendiğinde, destek ve kaynaklar alt boyutları hariç kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin, tüm ölçek ve alt boyutları puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak, gruplar arasındaki bu fark sadece özerklik alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=1,986$; $p<0,05$).

Güçlendirmenin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının meslekte çalışma süresine göre anlamlı fark gösterip göstermediğini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (independent samples t-test) yapılmış ve sonuçlar Tablo 38'de gösterilmiştir.

Tablo 38. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Meslekte Çalışma Süresine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişkenler	MÇS[a]	n	Ort.[b]	SS[c]	t	p
Psikolojik Güçlendirme	≤ 5	188	3,41	0,62	-7,654	<0,001
	≥ 6	177	3,90	0,60		
Anlam	≤ 5	188	3,96	0,59	-5,429	<0,001
	≥ 6	177	4,28	0,56		
Yetenek	≤ 5	188	3,61	0,71	-6,613	<0,001
	≥ 6	177	4,09	0,67		
Özerklik	≤ 5	188	3,33	0,79	-6,918	<0,001
	≥ 6	177	3,90	0,78		
Etki	≤ 5	188	2,75	0,83	-6,455	<0,001
	≥ 6	177	3,33	0,90		
Yapısal Güçlendirme	≤ 5	188	2,72	0,61	-9,136	<0,001
	≥ 6	177	3,26	0,52		
Fırsat	≤ 5	188	3,23	0,73	-8,145	<0,001
	≥ 6	177	3,84	0,71		
Bilgi	≤ 5	188	2,91	0,81	-7,158	<0,001
	≥ 6	177	3,50	0,74		
Destek	≤ 5	188	2,57	0,95	-9,769	<0,001
	≥ 6	177	3,47	0,81		
Kaynaklar	≤ 5	188	2,67	0,86	-5,001	<0,001
	≥ 6	177	3,10	0,78		
Biçimsel Güç	≤ 5	188	2,29	0,72	-4,223	<0,001
	≥ 6	177	2,58	0,60		
Biçimsel Olmayan Güç	≤ 5	188	2,67	0,70	-5,849	<0,001
	≥ 6	177	3,11	0,72		
İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme	≤ 5	188	3,54	0,66	-8,645	<0,001
	≥ 6	177	4,11	0,59		
Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme	≤ 5	188	3,54	0,72	-9,642	<0,001
	≥ 6	177	4,21	0,60		

[a]Meslekte Çalışma Süresi, [b]Ortalama, [c]Standart Sapma

Psikolojik güçlendirme ve alt boyutları, yapısal güçlendirme ve alt boyutları, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri

yerine getirme puanlarının meslekte çalışma süresine göre dağılımı incelendiğinde, 6 yıl ve üstünde çalışma süresine sahip hemşirelerin, tüm ölçek ve alt boyutları puanlarının 5 yıl ve altında çalışma süresine sahip hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki bu fark tüm ölçek ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Güçlendirmenin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının hemşirelerin çalışma saatlerine (gündüz, gece, gece-gündüz karışık) göre anlamlı fark gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmış ve sonuçlar Tablo 39'da sunulmuştur.

Tablo 39. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Çalışma Saatlerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişkenler	Çalışma Saatleri	n	Ort.[a]	SS[b]	F	p
Psikolojik Güçlendirme	Gündüz	150	3,70	0,65	1,999	0,137
	Gece	33	3,77	0,56		
	Gece – gündüz	184	3,58	0,67		
Anlam	Gündüz	150	4,15	0,60	1,932	0,146
	Gece	33	4,23	0,47		
	Gece – gündüz	184	4,05	0,61		
Yetenek	Gündüz	150	3,90	0,74	1,638	0,196
	Gece	33	3,95	0,65		
	Gece – gündüz	184	3,77	0,74		
Özerklik	Gündüz	150	3,66	0,84	1,112	0,330
	Gece	33	3,70	0,71		
	Gece – gündüz	184	3,54	0,83		
Etki	Gündüz	150	3,10	0,91	1,400	0,248
	Gece	33	3,18	0,80		
	Gece – gündüz	184	2,96	0,92		
Yapısal Güçlendirme	Gündüz	150	3,00	0,61	0,709	0,493
	Gece	33	3,09	0,52		
	Gece – gündüz	184	2,96	0,65		
Fırsat	Gündüz	150	3,60	0,77	2,907	0,056
	Gece	33	3,75	0,55		
	Gece – gündüz	184	3,45	0,79		
Bilgi	Gündüz	150	3,21	0,84	0,660	0,517
	Gece	33	3,34	0,70		
	Gece – gündüz	184	3,17	0,83		
Destek	Gündüz	150	3,07	0,96	1,848	0,159
	Gece	33	3,26	0,90		
	Gece – gündüz	184	2,94	1,02		
Kaynaklar	Gündüz	150	2,92	0,83	0,381	0,684
	Gece	33	2,91	0,79		
	Gece – gündüz	184	2,84	0,88		
Biçimsel Güç	Gündüz	150	2,42	0,67	0,015	0,985
	Gece	33	2,40	0,64		
	Gece – gündüz	184	2,43	0,70		
Biçimsel Olmayan Güç	Gündüz	150	2,83	0,75	0,802	0,449
	Gece	33	2,93	0,80		
	Gece – gündüz	184	2,93	0,71		
İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme	Gündüz	150	3,84	0,69	1,922	0,148
	Gece	33	3,99	0,55		
	Gece – gündüz	184	3,75	0,71		
Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme	Gündüz	150	3,83	0,77	2,202	0,112
	Gece	33	4,12	0,51		
	Gece – gündüz	184	3,84	0,77		

[a]Ortalama, [b]Standart Sapma

Tablo 39 incelendiğinde, psikolojik güçlendirme ve alt boyutları, yapısal güçlendirme ve alt boyutları, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme puanlarının hemşirelerin çalışma saatlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği görülmektedir ($p>0,05$).

Güçlendirmenin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının haftalık çalışma süresine göre anlamlı fark gösterip göstermediğini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (independent samples t-test) yapılmış ve sonuçlar Tablo 40'da gösterilmiştir.

Tablo 40. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Haftalık Çalışma Süresine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişkenler	HÇS[a]	n	Ort.[b]	SS[c]	t	p
Psikolojik Güçlendirme	≤ 40 saat	160	3,71	0,69	1,765	0,078
	≥ 41 saat	208	3,59	0,63		
Anlam	≤ 40 saat	160	4,16	0,62	1,341	0,181
	≥ 41 saat	208	4,07	0,59		
Yetenek	≤ 40 saat	160	3,91	0,77	1,580	0,115
	≥ 41 saat	208	3,79	0,71		
Özerklik	≤ 40 saat	160	3,70	0,86	1,833	0,068
	≥ 41 saat	208	3,54	0,78		
Etki	≤ 40 saat	160	3,09	0,93	-1,282	0,201
	≥ 41 saat	208	2,97	0,88		
Yapısal Güçlendirme	≤ 40 saat	160	3,01	0,63	0,906	0,366
	≥ 41 saat	208	2,95	0,62		
Fırsat	≤ 40 saat	160	3,61	0,80	1,813	0,071
	≥ 41 saat	208	3,46	0,77		
Bilgi	≤ 40 saat	160	3,22	0,87	0,514	0,608
	≥ 41 saat	208	3,18	0,79		
Destek	≤ 40 saat	160	3,05	1,03	0,777	0,438
	≥ 41 saat	208	2,96	0,96		
Kaynaklar	≤ 40 saat	160	2,89	0,86	0,343	0,731
	≥ 41 saat	208	2,86	0,84		
Biçimsel Güç	≤ 40 saat	160	2,43	0,64	0,059	0,953
	≥ 41 saat	208	2,43	0,70		
Biçimsel Olmayan Güç	≤ 40 saat	160	2,91	0,75	0,645	0,520
	≥ 41 saat	208	2,86	0,73		
İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme	≤ 40 saat	160	3,90	0,71	2,507	0,013
	≥ 41 saat	208	3,72	0,68		
Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme	≤ 40 saat	160	3,92	0,79	1,561	0,119
	≥ 41 saat	208	3,79	0,74		

[a]Haftalık Çalışma Süresi, [b]Ortalama, [c]Standart Sapma

Tablo 40 incelendiğinde, haftalık ortalama 40 saat ve altında çalışan hemşirelerin iş sağlığı ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme puanının (3,90±0,71), haftalık ortalama

40 saatin üstünde çalışan hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme puanından (3,72±0,68) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($t=2,507$; $p<0,05$). Diğer ölçek ve alt boyutları puanlarının ise hemşirelerin haftalık çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$).

Güçlendirmenin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının hemşirelerin pozisyonuna (servis hemşiresi, servis sorumlu hemşiresi) göre anlamlı fark gösterip göstermediğini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (independent samples t-test) yapılmış ve sonuçlar Tablo 41'de gösterilmiştir.

Tablo 41. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Pozisyonuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişkenler	Pozisyon	n	Ort.[a]	SS[b]	t	p
Psikolojik Güçlendirme	SSH[c]	47	3,85	0,58	2,257	0,025
	SH[d]	326	3,62	0,66		
Anlam	SSH[c]	47	4,34	0,46	3,535	0,001
	SH[d]	326	4,08	0,61		
Yetenek	SSH[c]	47	3,99	0,63	1,618	0,110
	SH[d]	326	3,82	0,75		
Özerklik	SSH[c]	47	3,76	0,75	1,344	0,180
	SH[d]	326	3,58	0,84		
Etki	SSH[c]	47	3,31	0,91	2,267	0,024
	SH[d]	326	2,99	0,90		
Yapısal Güçlendirme	SSH[c]	47	3,25	0,56	3,182	0,002
	SH[d]	326	2,94	0,63		
Fırsat	SSH[c]	47	3,82	0,67	2,750	0,006
	SH[d]	326	3,49	0,79		
Bilgi	SSH[c]	47	3,54	0,75	3,083	0,002
	SH[d]	326	3,15	0,83		
Destek	SSH[c]	47	3,33	0,87	2,447	0,015
	SH[d]	326	2,96	1,00		
Kaynaklar	SSH[c]	47	3,17	0,73	2,561	0,011
	SH[d]	326	2,84	0,85		
Biçimsel Güç	SSH[c]	47	2,60	0,63	1,828	0,068
	SH[d]	326	2,41	0,69		
Biçimsel Olmayan Güç	SSH[c]	47	3,09	0,82	2,034	0,043
	SH[d]	326	2,86	0,72		
İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme	SSH[c]	47	4,07	0,56	3,252	0,002
	SH[d]	326	3,78	0,70		
Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme	SSH[c]	47	4,19	0,64	3,222	0,001
	SH[d]	326	3,81	0,76		

[a]Ortalama, [b]Standart Sapma, [c]Servis Sorumlu Hemşiresi, [d]Servis Hemşiresi

Psikolojik güçlendirme ve alt boyutları, yapısal güçlendirme ve alt boyutları, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme

puanlarının, hemşirelerin pozisyonuna göre dağılımı incelendiğinde, servis sorumlusu pozisyonunda bulunan hemşirelerin, tüm ölçek ve alt boyutları puanlarının servis hemşiresi olarak görev yapan hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki bu fark, yetenek, özerklik ve biçimsel güç boyutları hariç tüm ölçek ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Güçlendirmenin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının görev yapılan birime göre anlamlı fark gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmış ve sonuçlar Tablo 42'de sunulmuştur.

Tablo 42. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişkenler	Birim	n	Ort.[a]	SS[b]	F	p
Psikolojik Güçlendirme	Dahili Servisler	111	3,60	0,66	0,532	0,712
	Cerrrahi Servisler	85	3,71	0,65		
	Yoğun Bakım	48	3,70	0,60		
	Ameliyathane	53	3,61	0,71		
	Acil Servis	77	3,61	0,67		
Anlam	Dahili Servisler	111	4,09	0,59	0,201	0,938
	Cerrrahi Servisler	85	4,14	0,58		
	Yoğun Bakım	48	4,15	0,61		
	Ameliyathane	53	4,08	0,64		
	Acil Servis	77	4,08	0,62		
Yetenek	Dahili Servisler	111	3,83	0,71	1,188	0,316
	Cerrrahi Servisler	85	3,92	0,72		
	Yoğun Bakım	48	3,94	0,70		
	Ameliyathane	53	3,68	0,81		
	Acil Servis	77	3,80	0,76		
Özerklik	Dahili Servisler	111	3,52	0,86	1,011	0,402
	Cerrrahi Servisler	85	3,74	0,76		
	Yoğun Bakım	48	3,67	0,76		
	Ameliyathane	53	3,57	0,90		
	Acil Servis	77	3,55	0,85		
Etki	Dahili Servisler	111	2,95	0,91	0,313	0,869
	Cerrrahi Servisler	85	3,04	0,92		
	Yoğun Bakım	48	3,06	0,90		
	Ameliyathane	53	3,10	0,87		
	Acil Servis	77	3,03	0,93		
Yapısal Güçlendirme	Dahili Servisler	111	2,92	0,61	0,806	0,522
	Cerrrahi Servisler	85	3,08	0,63		
	Yoğun Bakım	48	3,01	0,59		
	Ameliyathane	53	2,94	0,65		
	Acil Servis	77	2,97	0,66		
Fırsat	Dahili Servisler	111	3,50	0,72	1,694	0,151
	Cerrrahi Servisler	85	3,69	0,85		
	Yoğun Bakım	48	3,59	0,75		
	Ameliyathane	53	3,40	0,72		
	Acil Servis	77	3,43	0,86		

Tablo 42. Güçlendirme, Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması (Tablo 42'nin Devamı)

Değişkenler	Birim	n	Ort.[a]	SS[b]	F	p
Bilgi	Dahili Servisler	111	3,15	0,83	0,594	0,667
	Cerrrahi Servisler	85	3,26	0,74		
	Yoğun Bakım	48	3,31	0,83		
	Ameliyathane	53	3,16	0,83		
	Acil Servis	77	3,13	0,90		
Destek	Dahili Servisler	111	2,97	0,99	0,597	0,667
	Cerrrahi Servisler	85	3,14	1,01		
	Yoğun Bakım	48	3,00	0,92		
	Ameliyathane	53	2,89	1,03		
	Acil Servis	77	3,01	1,01		
Kaynaklar	Dahili Servisler	111	2,79	0,86	0,512	0,727
	Cerrrahi Servisler	85	2,87	0,81		
	Yoğun Bakım	48	2,98	0,85		
	Ameliyathane	53	2,92	0,87		
	Acil Servis	77	2,91	0,88		
Biçimsel Güç	Dahili Servisler	111	2,35	0,67	1,288	0,274
	Cerrrahi Servisler	85	2,56	0,69		
	Yoğun Bakım	48	2,35	0,58		
	Ameliyathane	53	2,42	0,75		
	Acil Servis	77	2,46	0,71		
Biçimsel Olmayan Güç	Dahili Servisler	111	2,81	0,78	0,562	0,690
	Cerrrahi Servisler	85	2,97	0,74		
	Yoğun Bakım	48	2,88	0,74		
	Ameliyathane	53	2,88	0,70		
	Acil Servis	77	2,90	0,71		
İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme	Dahili Servisler	111	3,73	0,71	0,902	0,463
	Cerrrahi Servisler	85	3,89	0,66		
	Yoğun Bakım	48	3,90	0,69		
	Ameliyathane	53	3,81	0,71		
	Acil Servis	77	3,77	0,72		
Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme	Dahili Servisler	111	3,79	0,79	0,828	0,508
	Cerrrahi Servisler	85	3,86	0,76		
	Yoğun Bakım	48	4,01	0,72		
	Ameliyathane	53	3,80	0,74		
	Acil Servis	77	3,88	0,75		

[a]Ortalama, [b]Standart Sapma

Tablo 42 incelendiğinde, psikolojik güçlendirme ve alt boyutları, yapısal güçlendirme ve alt boyutları, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme puanlarının görev yapılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği görülmektedir (p>0,05).

Çalışmada ayrıca, hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme puanlarının hemşirelerin çalışan güvenliği eğitimi alma durumlarına göre anlamlı fark gösterip göstermediği araştırılmıştır. Bunun için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (independent samples t-test) yapılmış ve sonuçlar Tablo 43'de gösterilmiştir.

Tablo 43. Hemşirelerin Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme ve İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme Puanlarının Çalışan Güvenliği Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişkenler	ÇGEA[a]	n	Ort.[b]	SS[c]	t	p
İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Yükümlülükleri Yerine Getirme	Evet	218	3,80	0,72	-0,165	0,869
	Hayır	158	3,82	0,66		
Evrensel Güvenlik Tedbirlerine Riayet Etme	Evet	218	3,84	0,78	-0,414	0,680
	Hayır	158	3,87	0,73		

[a]Çalışan Güvenliği Eğitimi Alma, [b]Ortalama, [c]Standart Sapma

Tablo 43 incelendiğinde, hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme puanlarının hemşirelerin çalışan güvenliği eğitimi alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği görülmektedir (p>0,05).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında personel güçlendirmenin etkisinin araştırıldığı bu çalışmada, psikolojik güçlendirme, yapısal güçlendirme, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme ve mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma araştırmanın temel değişkenleri olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bulgular kısmında, bu değişkenlere ilişkin tanımlayıcı bulgular sunulduktan sonra hemşirelerin psikolojik ve yapısal güçlendirme düzeylerinin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme düzeylerine etkisi analiz edilmiştir. Daha sonra ise psikolojik ve yapısal güçlendirme düzeyinin, hemşirelerin psikolojik rahatsızlık yaşama, ekip çalışması problemi yaşama, enjektör batma vakası yaşama, enfekte kesici-delici-batıcı cisim yaralanmasına maruz kalma, sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma durumlarına etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmada ayrıca, hemşirelerin psikolojik güçlendirme, yapısal güçlendirme, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme düzeylerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, görev yapılan hastane (kamu-özel), meslekte çalışma süresi, çalışma şekli (saatleri), haftalık çalışma süresi, pozisyon ve görev yapılan birim değişkenlerine göre fark gösterip göstermediği de incelenmiştir. Aşağıda, bu çerçevede yapılan analizler sonucu elde edilen bulgulara ilişkin tartışmalara yer verilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin 5'li Likert tipinde olduğu bu çalışmada, araştırmaya katılan hemşirelerin psikolojik güçlendirme puanı orta seviyenin üstünde (3,64±0,66), yapısal güçlendirme puanı ise orta seviyede (2,98±0,63) bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılan ölçekler ile aynı ölçeklerin kullanıldığı çeşitli araştırmalarda psikolojik ve yapısal güçlendirme puanlarına ilişkin farklı değerler elde edilmiştir: Laschinger ve diğerleri (2009) tarafından Kanada'da 217 hastanede 3.156 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin psikolojik güçlendirme puanı 3,89±0,49 olarak hesaplanmıştır. Ning ve diğerleri (2009) tarafından Çin'de 6 hastanede çalışan toplam 598 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin yapısal güçlendirme alt boyutları puanlarının 3,19±0,89 ile 2,96±0,85 arasında değiştiği belirtilmiştir. Çavuş ve Demir

(2010) tarafından Türkiye'de 2 kamu hastanesinde çalışan toplam 220 hemşire üzerinde yapılan çalışmada hemşirelerin psikolojik güçlendirme puanı 3,95±0,68, yapısal güçlendirme puanı ise 2,6±0,70 bulunmuştur. Belirtilen çalışmalarla karşılaştırıldığında; araştırmaya katılan hemşirelerin hem psikolojik hem de yapısal güçlendirme düzeylerinin söz konusu çalışmalara katılan hemşirelerin psikolojik ve yapısal güçlendirme düzeylerine yakın olduğu söylenebilir. Ayrıca bu çalışmada, Çavuş ve Demir (2010) tarafından yapılan çalışmada olduğu gibi hemşirelerin psikolojik güçlendirme düzeyinin yapısal güçlendirme düzeyinden yüksek olduğu görülmüştür. Yapısal güçlendirmenin, daha çok üst yönetim tarafından yerine getirilmesi gereken faaliyetler ve sergilenmesi gereken davranışlar ile ilgili olduğu, psikolojik güçlendirmenin ise çalışanın kendisini güçlendirilmiş hissedip hissetmediğine ilişkin algısını ifade ettiği belirtilmiştir (Çöl, 2008, s. 36; Arslantaş ve Dursun, 2008, s. 114). Buna göre, hemşirelerin, üst yönetim tarafından güçlendirme için kendilerine güç, kontrol ve yetki veren yönetsel faaliyet ve uygulamalar ile ilgili algılarının düşük olmasına karşın hemşirelerin psikolojik açıdan kendilerini güçlü hissettiği söylenebilir.

Çalışmada, psikolojik güçlendirme alt boyutlarından puanı en yüksek olan boyut "anlam" (4,11±0,60), puanı en düşük boyut ise "etki" (3,02±0,90) boyutu bulunmuştur. Anlam, çalışanların işine verdikleri önem ile ilgili iken, etki, çalışanların yaptıkları işin sonuçlarını etkileyebilme ile ilgili algılarını ifade etmektedir (Quinn ve Spreitzer, 1997, s. 41). Hemşirelerin hastaların iyileşmesinde önemli rolleri vardır. Hasta bakımında ve hastalara verilen tedavinin uygulamasında aktif rol oynarlar. Bu sürecin doğru yürütülmesi hastaların sağlığına kavuşmasını sağlarken, yanlış yürütülmesi, hastaların sağlığının daha da bozulmasına, hatta hayatını kaybetmesine sebep olabilir. Bu bakımdan, hemşirelerin, yaptıkları işi önemli hissetmeleri ve işine değer vermeleri beklenen bir durumdur. Diğer yandan hemşireler yaptıkları işi bir ekip halinde yaparlar ve çoğu zaman bu ekip doktorların liderlik yaptığı bir ekiptir. Hastalara 24 saat bakım veren hemşireler hasta bakımından primer sorumlu olmalarına (Sağlık Bakanlığı, 2012, s. 76) karşın, hastalara yapılacak tedavi ile ilgili işleri çoğunlukla doktorların istemlerine göre yaparlar. Beklenmeyen bir durum olduğunda da doktora danışmadan kendi başlarına bir şey yapmaları zordur. Çünkü Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te hemşirelerin görevleri belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2011) ve bu sınırların dışına

çıkılması hemşireleri yasal olarak bağlamaktadır. Ayrıca hemşireler işlerini ne kadar iyi yapsalar da bazen farklı sebeplerden ötürü beklenmeyen sonuçlar alınabilmektedir. Bu yüzden, işin sonuçlarını etkileyebilme ile ilgili olan etki boyutu puanının düşük çıktığı söylenebilir.

Çalışmada, yapısal güçlendirme alt boyutlarından puanı en yüksek olan boyutun "fırsat" boyutu olduğu görülmüştür. Fırsat boyutu, yapısal güçlendirme alt boyutlarından puanı en yüksek boyut olmasına karşın; puanının orta seviyenin üstünde (3,53±0,78) ancak, çok yüksek olmadığı söylenebilir. Fırsat boyutu yapılan işin çalışanların gelişimine katkı yapması, mesleki olarak yeni bilgi ve beceriler edinme şansı elde etmesi ve bilgi ve becerilerini kullanabilmesi ile ilgili çalışanların algılarını ifade etmektedir. Buna göre hemşirelerin kendilerini geliştirmek için yaptıkları işi belli ölçüde fırsat olarak gördükleri söylenebilir. Çalışmada, yapısal güçlendirme alt boyutlarından puanı en düşük boyutun ise "biçimsel güç" (2,43±0,68) boyutu olduğu görülmüştür. Biçimsel güç boyutu ise yönetim tarafından çalışanlara sağlanan teşvikler (takdir, ödüllendirme) ve takdir yetkisi kullanma ile ilgili çalışanların algılarını ifade etmektedir. Buna göre hemşirelerin çabalarının yeterince ödüllendirilmediğini ve işinde esnek davranabilme imkânlarının yeterince olmadığını düşündükleri söylenebilir.

Araştırmada, hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme puanı 3,86±0,76 bulunmuştur. Hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirleri ile ilgili ifadelerden en çok katıldıkları ifadeler sırasıyla "hastadan kan alırken eldiven kullanırım" ve "kan ve diğer vücut sıvılarına maruz kalma ihtimali olduğunda tek kullanımlık eldiven giyerim" ifadeleridir. Hemşirelerin en az katıldıkları ifadeler ise "göze bir şey sıçrama veya bulaşma ihtimali olduğu zamanlar, koruyucu gözlük kullanırım", "yüze kan ya da diğer vücut sıvıları sıçrama ihtimali olduğu zamanlar, maske kullanırım" ve "kan ve vücut sıvılarının sıçrama ve bulaşma ihtimali olduğu durumlarda koruyucu bir giysi giyerim" ifadeleridir. Gershon ve diğerleri (2000) tarafından 789 sağlık çalışanı (hemşire, teknisyen, doktor) üzerinde aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada da eldiven kullanma ile ilgili ifadeler yüksek; gözlük, maske ve koruyucu önlük kullanma ile ilgili ifadeler en düşük katılma ortalamasına sahip ifadeler olarak bulunmuştur. Hemşirelerin hem en çok katıldıkları (eldiven kullanımı ile ilgili ifadeler) hem de en az katıldıkları (gözlük, maske, koruyucu önlük kullanımı ile ilgili ifadeler) ifadelerin koruyucu

ekipman kullanımı ile ilgili olması bu ekipmanların sağlanması ile ilgili farklılıklardan kaynaklanabilir. Araştırmada "Eldiven, maske, önlük ve gözlük size ne sıklıkta sağlanmaktadır" sorusuna eldiven için hemşirelerin %75,3'ü, "her zaman karşılanmaktadır" cevabını verirken, maske için %57,1'i, önlük için %30,7'si, gözlük için ise %25,1'i "her zaman karşılanmaktadır" cevabını vermişlerdir. Buradan hareketle koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili belirleyici olan durumun, gerektiğinde bu ekipmanlara erişimin sağlanıp sağlanamadığı ile ilgili olduğu söylenebilir.

Araştırmada, hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme puanı 3,81±0,70 bulunmuştur. Aytekin (2010) tarafından bu araştırmada kullanılan ölçekle aynı olan ölçek kullanılarak İzmir'de faaliyet gösteren 5 kamu hastanesinde çalışan toplam 402 ebe ve hemşire üzerinde yapılan çalışmada bu değer 4,37±0,63 bulunmuştur (ss. 45, 72). Belirtilen çalışma ile karşılaştırıldığında bu çalışmaya katılan hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme puanının düşük olduğu söylenebilir. Hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme ile ilgili ifadelerden en az katıldıkları ifade "bir çalışan olarak hastanemizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmalıyım" (2,88±1,08) ifadesidir. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme ölçeğindeki diğer ifadelerin ortalamalarının 3,67 – 4,33 arasında değiştiği düşünüldüğünde bu ifadenin ortalamasının diğer ifadelerden önemli derecede düşük olduğu söylenebilir. Devebakan (2007) tarafından İzmir'de faaliyet gösteren 12 özel hastanede çalışan toplam 302 hemşire üzerinde yapılan çalışmada da benzer şekilde, hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme ile ilgili ifadelerden en az katıldıkları ifadenin "bir çalışan olarak hastanemizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmalıyım" ifadesi olduğu görülmüştür (s. 210). Buna göre, hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlerin önemini yeterince kavrayamadıkları, bu eğitimi gereksiz ya da yararsız gördükleri ve bu eğitime katılmanın kendileri için gerekli olmadığına inandıkları söylenebilir.

Araştırmada, hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme ile ilgili ifadelerden "bir çalışan olarak hastanemizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmalıyım" ifadesinden sonra en az katıldıkları ifadenin "hastanede, sağlık ve güvenliğin korunması için hastane yönetimi ile işbirliği yaparım" (3,67±1,01)

ifadesi olduğu görülmüştür. Yöneticilerin, çalışanlarla sağlıklı bir iletişim için gereken ortamı oluşturamaması, çalışanların karar süreçlerine katılımının sağlanamaması, çalışanların yöneticilere güven duymaması ve yönetim ile işbirliği yapılsa bile sonuçların değişmeyeceği düşüncesi gibi nedenler çalışanların yönetim ile işbirliği yapılması gerektiği konusundaki algılarının düşük çıkmasına neden olabilir. Ancak, iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için çalışanların ve yöneticilerin işbirliği içinde olmalarının bir zorunluluk olduğu söylenebilir. Bu yüzden, çalışanların yönetimle işbirliği yapması önündeki engeller araştırılmalı ve çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusunda yönetimle uyum içinde çalışmaları sağlanmalıdır.

Araştırmada, hemşirelerin en çok maruz kaldığı mesleki risk ve tehlikelerin ilk sırasında "sözel şiddete maruz kalma" probleminin yer aldığı görülmüştür. Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlası (%60,8) son 6 ay içinde sözel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Fiziksel şiddete maruz kalma oranının da oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmada, yaklaşık her dokuz hemşireden biri fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Kaya ve diğerleri (2016) tarafından Ankara'da bulunan iki kamu hastanesinde çalışan 254 hekim ve hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %87,3'ünün sözel şiddete, %12,2'sinin ise fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (s. 26-27). Kahriman (2014) tarafından Trabzon'da 109 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada son bir yıl içinde hemşirelerin %77'sinin sözel şiddete maruz kaldığı, %11'inin ise fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (ss. 77-78). Kutlu ve Çamcı (2011) tarafından Kocaeli'de 270 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %98,5'inin tüm meslek hayatı boyunca en az bir kez sözel şiddete, %15,8'inin ise fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (ss. 9, 11). Yapılan başka çalışmalarda da hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarının benzer şekilde yüksek olduğu görülmüştür (Kocabıyık ve diğ., 2015; Bahar ve diğ., 2015). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusu Sağlık Bakanlığı'nın da gündeminde olan bir konudur. Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarını şiddet, taciz ve hırsızlık gibi olaylara karşı korumak amacıyla 2012 yılında "Beyaz Kod" uygulaması başlatmıştır (Oğan, 2014, s. 29). Sağlık Bakanlığı ayrıca, 14 Mayıs 2012 tarihinde sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik olarak tüm sağlık kurumlarında, hizmet alanlar ve sağlık çalışanları için güvenli bir ortam sağlanması amacıyla "Çalışan Güvenliği Genelgesi" yayımlamıştır. Bu genelgede şiddetin önlenmesi ile ilgili olarak risk

değerlendirilmesi yapılması, gerekli yerlerin kamera ile denetlenmesi, yeterli güvenlik elemanı bulundurulması, çalışanlara çalışan güvenliği eğitimi verilmesi gibi hükümler bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015). Araştırmada "çalıştığınız kurumda şiddeti önlemeye yönelik olarak yeterli güvenlik elamanı bulunmakta mıdır" sorusuna hemşirelerin %32,9'u, "çalıştığınız alanda hasta mahremiyeti dikkate alınmak şartıyla gerekli alanlar kamera ile denetlemekte midir" sorusuna hemşirelerin %57,3'ü, "Çalışan güvenliği eğitimi aldınız mı" sorusuna ise hemşirelerin %58'i evet cevabını vermiştir. Buna göre alınması gerekli önlemlerin uygulanması ile ilgili eksikliklerin bulunduğu söylenebilir. Ayrıca, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin bu kadar yüksek olması, şiddeti önlemeye yönelik başka önlemlerin de alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu yüzden, şiddetin sebepleri ve çözüm önerileri üzerine derinlemesine çalışmaların yapılması yararlı olabilir.

Araştırmada, sözel şiddete maruz kalma probleminden sonra boyun, bel, omuz veya kol ağrısı çekme problemi en yüksek mesleki risk ve tehlikeler arasında bulunmuştur. Gimeno ve diğerleri (2005) tarafından Costa Rica'da 10 hastanede çalışan toplam 842 hastane çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada kontamine materyalle yaralanmadan sonra en çok maruz kalınan iş ilişkili yaralanmanın bel ve sırt incinmeleri olduğu belirtilmiştir (ss. 337, 340). Devebakan (2007) ve Aytekin (2010) tarafından Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer şekilde kas iskelet sistemi yaralanma oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Avrupa'da aday ülkelerle beraber toplam 31 ülkede yapılan Dördüncü Avrupa Çalışma Koşulları Araştırması (The fourth European working conditions survey) sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının %61,8'inin yüksek hızda çalıştığı, %48,7'sinin ağrılı pozisyonlarda çalıştığı, %43,4'ünün hasta kaldırmak ya da taşımak zorunda kaldığı, %27,7'sinin ağır yük kaldırma ya da taşımak zorunda kaldığı, yaklaşık %80'inin çalışırken yürümek ya da ayakta durmak zorunda kaldığı, %26,3'ünün sırt (bel) ağrısı çektiği ve %24,3'ünün kas ağrısından yakındığı belirtilmişti (European Union, 2011, s. 108). Ayrıca, yapılan araştırmalarda hemşireler hasta bakımı ile daha fazla ilgilendiklerinden ve fiziksel olarak daha fazla zorlandıklarından hemşirelerde kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının daha fazla yaşandığı belirtilmişti (Bernal ve diğ., 2015, s. 636; Karahan ve diğ., 2009, s. 516; Parlar, 2008, s. 551). Bu yüzden hemşirelerin iş yükününün azaltılması, personel sayısının artırılması, fiziksel yaralanmaları önlemeye yönelik hasta bakım tekniklerinin geliştirilmesi, hasta transferi

sırasında uygun taşıma araç-gereç ve tekniklerin geliştirilmesinin, hemşirelerin iş ilişkili kas iskelet sistemi yaralanmalarını azaltabileceği söylenebilir.

Araştırmada, uyku problemi yaşama oranının en çok maruz kalınan mesleki risk ve tehlikeler arasında üçüncü sırada geldiği görülmüştür. Hastaneler, 7 gün 24 saat hizmet sunan kurumlardır. Bu yüzden, hastane çalışanları gece de çalışmak durumundadırlar. Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısından (%59,1) fazlası gece çalıştığını belirtmiştir. Gece boyunca uykusuz kalmak ve o geceyi takip eden gündüz vaktinde uyumak zorunda kalmak, uyku düzensizliklerine ve çalışmak zorunda olmadığı gecelerde de uyku problemlerine yol açabilir. Bu durum uyku-uyanıklık ritminin bozulduğu klinik durumları tanımlamak için kullanılan "circadian ritim uyku bozuklukları"nı (circadian rhythm sleep disorders) ortaya çıkarabilmekte ve iş kazaları ve tıbbi hatalara sebep olabilmektedir (Saleh ve diğ., 2014, s. 146; Akıncı ve Orhan, 2016, s. 178). Bu yüzden, uyku problemi yaşayan hemşirelerin durumunun dikkate alınmasının ve bu konuda çalışma saatlerinin ya da vardiyalı çalışma sisteminin yeniden düzenlenmesi gibi önlemler alınmasının hasta ve çalışan güvenliği açısından yararlı olabileceği söylenebilir.

Araştırmada, enjektör batma vakası yaşama (%40,4) ve enfekte kesici-delici batıcı cisim yaralanmasına maruz kalma oranları (%30,3) da yüksek bulunmuştur. Altıok ve diğerleri (2009) tarafından Mersin'de 956 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada da delici ve kesici aletle yaralanma oranının %79,1 olduğu ve delici ve kesici aletle yaralanmanın en çok enjektör iğnesi ile yaşandığı belirlenmiştir. Kesici-delici aletle yaralanmaların sırasıyla en çok tedavi sırasında, iğnenin ucunu kapatırken (yanlış uygulama), iğneyi enjektörden ayırırken, sütur atarken, atık kutusuna atarken, meslektaşının elinde iken kaza ile, arkadaşına yardım ederken, iğneyi bükme sırasında, IV (intra venöz) uygulamalar sırasında, malzeme temizlerken ve kanı kan tüpüne aktarırken olduğu belirtilmiştir (ss. 70, 73 ,77). Buna göre dikkatsiz olma, yorgun olma, işe konsantre olamama ve yanlış uygulama nedeniyle kesici-delici-batıcı cisim ile yaralanmaların meydana geldiği söylenebilir. Kesici-delici-batıcı cisim ile yaralanmalar, cisim kanla kontamine olmuşsa beraberinde HIV ve Hepatit B gibi enfeksiyonların bulaşmasına da sebep olabilir. Bu yüzden ayrıca önlem alınmalıdır. Portör muayenesi olma ve aşılama bu önlemler arasında yer alabilir. Araştırmada "kurumunuz tarafından

size hiç sağlık taraması (portör muayenesi) yapıldı mı" sorusuna hemşirelerin %67,2'si, "Hepatit B aşısı oldunuz mu" sorusuna ise hemşirelerin %63,4'ü evet cevabını vermiştir. Bu oranların düşük olduğu söylenebilir. Sağlık Bakanlığı tarafından 14 Mayıs 2012 tarihinde yayımlanan Çalışan Güvenliği Genelgesi'nde sağlık kurumlarında çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması gerektiği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015a). Hastanede, özellikle klinikte çalışan tüm personel risk altında olduğundan personelin tamamına sağlık taraması yapılması ve Hepatit B aşılarının kurum tarafından tüm çalışanlara yapılmasının yararlı olabileceği söylenebilir.

Araştırmaya katılan her üç hemşireden biri (%33,1) ekip çalışması problemi yaşadığını belirtmiştir. Hastanelerde, hastalara sunulan hizmetler genellikle hemşirelerin de içinde yer aldığı bir ekip halinde yürütülmekte ve bu ekip içinde yer alan çalışanlar arasında zaman zaman problemler yaşanabilmektedir. Hastaneler matriks yapıda örgütlerdir. Matriks organizasyon yapısında hem fonksiyonel birim yöneticisi hem de proje yöneticisi bulunmaktadır. Fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından nerede (hangi projede) ve mesleki açıdan nasıl yapılanacağını; proje yöneticisi, neyin ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir. Dolayısıyla uzmanlık bölümleri içinde çalışan personel bir yandan uzmanlıkları nedeniyle ilgili bölümün yöneticisine (dikey ilişki) bir yandan da bu uzmanlıklarını belirli bir projede uyguladıkları için bu projenin yöneticisine (yatay ilişki) karşı sorumludurlar (Tengilimoğlu, 2012, s. 53-54). Hemşireler de bu matriks yapı içinde yer almakta ve hem uzmanlıkları sebebiyle hasta bakım hizmetleri müdürüne hem de çalıştıkları birimde tedavi gören hastalardan sorumlu doktorlara karşı sorumludurlar. Kliniklerde bazen farklı birimlerin hastaları da tedavi görmektedir. Dolayısıyla bu hastalardan sorumlu doktor değişmekte ve buna bağlı olarak o hasta ile ilgili hemşirenin sorumlu olduğu doktor da değişmektedir. Ayrıca, bazen doktorların nöbetlerinin değişmesi sebebiyle de hemşireler farklı doktorlarla çalışabilmektedir. Aynı şekilde, hastanın tedavi sürecinde yer alan radyoloji ve laboratuvar çalışanları, anestezi teknisyenleri, hasta bakıcılar, temizlik ve güvenlik personeli de değişebilmektedir. Hemşireler bu karmaşık yapı içinde tüm çalışanlarla bir ekip olarak ve uyum içinde çalışmak durumundadır. Bu kadar farklı çalışanlardan oluşan ve sorumlu kişinin değişkenlik gösterdiği bir ekipte problemler yaşanabilmektedir.

Araştırmada ayrıca, varis problemi yaşadığını belirten hemşirelerin oranı %31,3 bulunmuştur. Umesh ve diğerleri (2014) tarafından Hindistan'da 500 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada da varis problemi yaşan hemşirelerin oranı benzer şekilde %29,6 bulunmuştur (s. 254). Özdemir ve Khorshid (2006) tarafından İzmirde 206 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin %72.7'sinin varis yakınmalarının bulunduğu ve %21.1'inin varis tedavisi gördüğü saptanmıştır (s. 19). Hemşireler, yaptıkları işin doğası gereği görev süresince uzun süre ayakta kalırlar. Bu yüzden hemşirelerde varis şikayetlerinin fazla olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan yaklaşık her üç hemşireden biri (%29,2) psikolojik rahatsızlık yaşadığını belirtmiştir. Bamber'e (2006) göre, sağlık çalışanları birçok meslek grubundan daha fazla strese maruz kalmaktadırlar (s. 3). İş yükü (vardiyalı çalışma, gece çalışma, düzensiz çalışma saatleri), sosyal çatışmalar, taciz, yıldırma, şiddet, ayrımcılık, zaman baskısı, katı hiyerarşik yapı, ödüllendirme ve memnuniyet eksikliği, yetersiz yönetim desteği, iletişimde güçlükler yanında ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, verilen bakımdan ve yapılan tedaviden sorumlu olma, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler hemşirelerde psikolojik rahatsızlıklara sebep olan faktörler olarak sayılabilir (European Union, 2011, s. 173; Sünter ve diğ., 2006, s. 10; Meydanlıoğlu, 2013, s. 193).

Araştırmada, meslek ilişkili yaralanma ve rahatsızlıklardan herhangi birine maruz kalanlardan bu durumu rapor edenlerin oranı %17,1 bulunmuştur. İdeal olan, tüm iş kazalarının rapor edilmesidir. Bu yüzden, bu oranın düşük olduğu söylenebilir. İş kazalarının rapor edilmesi, bu iş kazalarının sebeplerinin ortaya çıkarılması ve bir daha yaşanmaması için gerekli önlemlerin alınması açısından hayati önemdedir. Yöneticiler ile çalışanlar arasında işbirliğinin olmaması, çalışanların yönetime güvenmemesi, rapor etmenin gerekliliğine inanmaması veya rapor etmeyi iş yükü olarak algılaması gibi sebepler çalışanların iş kazalarını rapor etmesinin önündeki engeller olarak sayılabilir. Bu yüzden çalışanlarla işbirliğini geliştirecek uygulamalara ağırlık verilmesi, çalışanlara verilen iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinde raporlamanın öneminin ve gerekliliğinin vurgulanmasının yararlı olabileceği söylenebilir.

Araştırmada, son bir yıl içinde meslek ilişkili yaralanmadan dolayı iş göremezlik raporu alanlarının oranı %4,4 bulunmuştur. Aldıkları iş göremezlik raporunun 3 günden fazla

olduğunu belirtenlerin oranının ise %3,8 olduğu görülmüştür. Aytekin (2010) tarafından İzmir'de faaliyet gösteren 5 kamu hastanesinde çalışan toplam 402 ebe ve hemşire üzerinde yapılan çalışmada "iş kazasından dolayı 3 günden fazla işinize ara verdiniz mi" sorusuna katılımcıların %3,7'sinin evet cevabı verdiği belirtilmiştir (s. 55). Sözü edilen çalışma ile karşılaştırıldığında, iş göremezlik raporu alma oranlarının birbirine yakın olduğu söylenebilir.

Araştırmada, hemşirelerin çok sayıda mesleki risk ve tehlikeye maruz kaldığı ve bu mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma oranların da oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmada, personel güçlendirmenin hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili olumlu davranışlarını artıracağı, yukarıda belirtilen bazı mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma oranlarını düşürebileceği ve iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında önemli bir araç olabileceği düşünülmüştür. Elde edilen bulguların bunu destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Araştırmada, hemşirelerin hem psikolojik hem de yapısal güçlendirme düzeylerinin, hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Psikolojik ve yapısal güçlendirmenin birlikte, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etmedeki değişimin %52'sini ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirmedeki değişimin ise %42'sini açıkladığı görülmüştür. Psikolojik ve yapısal güçlendirme boyutlarından evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme düzeyini en çok etkileyen ve bu etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunan boyutlar sırasıyla anlam, destek, yetenek, fırsat, kaynaklar ve biçimsel olmayan güç boyutlarıdır. Anlam, yetenek ve fırsat boyutlarının ayrıca, hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme düzeyini de en çok etkileyen ve bu etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunan boyutlar olduğu görülmüştür. Bu boyutların dışında, bilgi boyutunun da hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme düzeyini en çok etkileyen boyutlar arasında olduğu görülmüştür. Buna göre hemşirelerin yaptıkları işi önemsemeleri ve işlerine değer vermeleri, yaptıkları işle ilgili olarak kendilerini yetenekli hissetmeleri ve kendilerine güvenmeleri, iyi yaptıkları işler karşısında takdir görmeleri veya ödüllendirilmeleri, yapılan işler ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek problemlerin çözümünde kendilerine yardımcı olunması, iş gereklerini

yerine getirmek için yeterli zaman verilmesi, gerektiğinde geçici yardım sağlanması, hekimler ve diğer sağlık çalışanları ile işbirliğinin yapıldığı bir ortamın sağlanması ve problemlerin çözümünde hemşirelerin katılımının sağlanması, hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme ile ilgili davranışlarına olumlu katkı yaptığı söylenebilir.

Araştırmada ayrıca, psikolojik güçlendirme düzeyindeki bir birimlik artışın psikolojik rahatsızlık yaşama riskini yaklaşık 1,8 kat, enjektör batma riskini 2,8 kat, sözel şiddete maruz kalma riskini 1,6 kat ve fiziksel şiddete maruz kalma riskini 2,4 kat azalttığı belirlenmiştir. Yapısal güçlendirmenin de enjektör batma riski üzerinde etkili olduğu ve yapısal güçlendirme düzeyindeki bir birimlik artışın enjektör batma riskini 2,8 kat azalttığı belirlenmiştir. Quinn ve Spreitzer (1997) çalışanların işlerini daha iyi nasıl yapacaklarına dair kendilerini serbest hissetmelerinin, yaptıkları işin kendileri için önemli olduğunu hissetmelerinin ve her ne yapıyorlarsa bunu ilgi ile yapmalarının, işlerini iyi yapmaları için gereken beceriye sahip olduklarından emin olmalarının ve işlerini nasıl yapabileceklerini bilmelerinin, birimde yapılan işleri etkileyebilmelerinin ve diğer çalışanların onların fikirlerini dinlediğine inanmalarının güçlendirilmiş personelin karakteristik özellikleri olduğunu belirtmiştir (s. 41). Buna göre, bu özellikler açısından daha güçlü hemşirelerin belirtilen mesleki risk ve tehlikelere daha az maruz kalabileceği söylenebilir. İş kazalarının meydana gelmesinde güvensiz davranışların önemli yer tuttuğu belirtilmiştir (Çakar ve diğ., 2012, s. 59-60). Hemşirelerin işlerini iyi yapmaları için gereken beceriye sahip olduklarından emin olmaları ve işlerini nasıl yapabileceklerini bilmeleri kendilerine güven duymalarını ve işlerini yaparken enjektör batma vakaları gibi mesleki risk ve tehlikelere daha az maruz kalmalarını sağlayabilir. Ayrıca işini yaparken kendinden emin olmanın, hasta ve hasta yakınlarına da güven verebileceği, hasta ve yakınları ile daha iyi bir iletişim sağlayabileceği ve sonuç olarak şiddet vakalarını azaltabileceği söylenebilir. Hemşirelerin yaptıkları işi önemsemeleri ve işine değer vermeleri, işlerini yaparken daha dikkatli davranmalarını ve böylelikle daha az hata yapmalarını sağlayabilir. İş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının amaçlarından biri işin insana, insanın işe adaptasyonunu sağlamaktır (European Union, 2011, s. 14). Çünkü iş kazalarının bir önemli bir nedeni de işe uygun çalışan ya da çalışana uygun iş düzeni kurulmamış olması olarak belirtilmiştir (Çakar ve diğ., 2012, s. 59-60). Çalışanların yapılan işleri etkileyebilmelerinin ve diğer çalışanların onların fikirlerini

dinlediğine inanmalarının güçlendirilmiş personelin karakteristik özelliklerinden biri olduğu belirtilmişti (Quinn ve Spreitzer 1997, s. 41). Buna göre, güçlendirilmiş hemşirelerin birimde yapılan işleri daha iyi nasıl yapacaklarına ilişkin kendilerinin karar verebilmelerinin, işi kendilerine uygun hale getirebilmelerini sağladığı ve bunun da maruz kalınan mesleki risk ve tehlikeleri azalttığı söylenebilir. Ayrıca, enjektör batma vakaları gibi iş kazalarının nedenlerinden birinin zaman baskısı olduğu söylenebilir. Yapısal güçlendirme çalışanlara işlerini yapabilmek için yeterli zaman vermeyi gerektirmektedir. İşlerini yapmak için yeterli zamanı olan hemşirelerin işlerini daha yavaş, daha dikkatli, prosedürlere daha uygun şekilde yapacağı ve bu sayede iş kazası yaşama olasılığının düşebileceği söylenebilir.

Güçlendirmenin yararlarına ilişkin yapılmış çeşitli çalışmalarda güçlendirmenin farklı etkileri ortaya konmuştur. Meng ve diğerleri (2016) tarafından Çin'de 244 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada hem psikolojik hem de yapısal güçlendirmenin tükenmişlik ile negatif ilişki olduğu ve psikolojik güçlendirmenin tükenmişlik üzerinde aracı etkisinin bulunduğu belirtilmiştir (s. 104). Laschinger ve diğerleri (2001) tarafından Kanada'da 404 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada güçlendirme düzeyi daha yüksek olan hemşirelerin daha az iş gerilimi yaşadığı ve iş memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (s. 270). Laschinger diğerleri (2009) tarafından Kanada'da 217 hastanede 3156 hemşire üzerinde yapılan başka bir araştırmada da güçlendirme düzeyi daha yüksek olan hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeylerinin de daha yüksek olduğu belirtilmiştir (s. 228). DiNapoli ve diğerleri (2016) tarafından 280 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada psikolojik ve yapısal güçlendirme ile işe bağlılık arasında pozitif bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (s. 95). Ning ve diğerleri (2009) tarafından Çin'de 6 hastanede 650 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada da güçlendirme ile iş memnuniyeti arasında pozitif bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (s. 2642). Yapılan çalışmaların incelenmesi sonucu mevcut çalışmaların güçlendirmenin farklı yararlarını ortaya koyduğu anlaşılmıştır. Bu araştırmanın sonuçları, belirtilen çalışmalardan farklı olarak güçlendirmenin iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında da etkili olduğunu ortaya koyması bakımından önemli bulunmuştur.

Araştırmada, hemşirelerin psikolojik güçlendirme, yapısal güçlendirme, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme düzeylerinin hemşirelerin yaşına ve meslekte çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği görülmüştür. Yaşça büyük olan ve meslekte çalışma süresi daha fazla olan hemşirelerin güçlendirme düzeylerinin daha yüksek olduğu ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranışlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Chan ve diğerleri (2002) tarafından Hong Kong'ta 306 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde yaşça büyük olan ve meslekte çalışma süresi daha fazla olan hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (ss. 157, 160). Durukan ve diğerleri (2010) tarafından Ankara'da 138 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada da yaşça büyük olan ve mesleki tecrübesi daha fazla olan hemşirelerin güçlendirme düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (s. 428-429). Yaşça büyük olan ve meslekte çalışma süresi daha fazla olan hemşirelerin mesleki tecrübeleri de daha fazladır. Bu yüzden, bu hemşirelerin, birimde yapılan işler ve iş yerindeki ilişkiler hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu, yönetimce kendilerine daha fazla sorumluluk verildiği, çalışma arkadaşları tarafından yardımına daha çok başvurulduğu dolayısıyla daha fazla güçlendirilmiş olduğu söylenebilir. Yaşça büyük olan ve meslekte çalışma süresi daha fazla olan hemşirelerin hem daha fazla güçlendirilmiş olmaları hem de belirtilen nedenlerden ötürü aynı zamanda iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının da daha yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmada, hemşirelerin psikolojik güçlendirme, yapısal güçlendirme, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme düzeylerinin hemşirelerin eğitim durumu göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği görülmüştür. Lisans mezunu olan hemşirelerin, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelere göre güçlendirme düzeylerinin daha yüksek olduğu ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Güçlendirme, yetiştirme ve eğitme yolu ile çalışanları geliştirme süreci olarak da tanımlanabilir (Barutçugil, 2004, s. 398). Üst seviyede eğitim görmek, çalışanların mesleki ve kişisel gelişimine katkı yapabilir. Bu yüzden daha yüksek öğrenim düzeyine sahip hemşirelerin güçlendirme düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca, daha yüksek öğrenim düzeyine sahip hemşirelerin mesleklerine ilişkin iş sağlığı ve güvenliği konularında daha bilgili olabileceği, iş sağlığı ve güvenliğinin önemini daha iyi kavrayabileceği ve bu yüzden

evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme puanlarının da daha yüksek olabileceği söylenebilir.

Araştırmada, haftada 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme puanlarının haftada 40 saat ve altında çalışan hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme puanlarından düşük olduğu görülmüş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gershon ve diğerleri (1999) tarafından Amerika'da 216 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir araştırmada da iş yükü fazla olan çalışanların güvenlik tedbirlerine daha az riayet ettiği belirtilmiştir (s. 181). Daha fazla mesai yapan hemşirelerin, iş yükünün daha fazla olduğu, bu yüzden kendilerini daha yorgun hissedebileceği söylenebilir. Bu durum hemşireleri bazı gerekleri yapmaktan alıkoyabilir. Bu yüzden haftalık çalışma süresi daha fazla olan hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme puanlarının daha düşük çıktığı söylenebilir.

Araştırmada, hemşirelerin psikolojik güçlendirme, yapısal güçlendirme, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme düzeylerinin hemşirelerin pozisyonuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği görülmüştür. Servis sorumlu hemşiresi olarak görev yapan hemşirelerin, servis hemşiresi olarak görev yapan hemşirelere göre güçlendirme düzeylerinin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Servis sorumlusu olarak görevlendirilen hemşireler, genellikle belli bir mesleki tecrübeye sahip, sorumluluk alabilen, mesai arkadaşları tarafından sözü dinlenilen ve hem mesleki açıdan yeteneğine güvenilen hem de kişisel olarak kendisine güvenilen kişiler arasından seçilmesi beklenir. Servis sorumlu hemşiresi olarak görevlendirilen hemşirelerin pozisyonları gereği yetkilerinin daha fazla olduğu, daha çok fırsat, bilgi, destek ve kaynağa sahip olduğu ve daha özerk olduğu söylenebilir. Ayrıca, servis sorumlu hemşiresi olarak görevlendirilen hemşirelerin sorumlu olduğu birimdeki çalışanların güvenlik tedbirlerine uymasını ve sorumluluklarını yerine getirmesini sağlamak için onlara rol model olması ve öncelikle bu gereklilikleri kendilerinin yerine getirmesi beklenir. Bu yüzden servis sorumlusu olarak görev yapan hemşirelerin güçlendirme düzeylerinin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının daha yüksek çıktığı söylenebilir.

Araştırmada, hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme düzeylerinin hemşirelerin çalışan güvenliği eğitimi alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği görülmüştür. Buna göre, çalışan güvenliği eğitimlerinin etkili olmadığı, içeriğinin uygun veya yeterli olmadığı ya da çalışan güvenliği eğitimi alanların iş sağlığı ve güvenliğinin önemi ve gerekleri hakkında yeterince ikna olmadığı ve dolayısıyla iş sağlığı ve güvenliği konusunda davranışlarında farklılaşma olmadığı söylenebilir.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında personel güçlendirmenin etkisi araştırılmıştır. Araştırmada ayrıca, hemşirelerin güçlendirilme durumlarına ilişkin algıları, evrensel güvenlik tedbirleri ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme durumları, mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma durumları değerlendirilmiş ve güçlendirmenin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranışların hemşirelerin mesleki ve demografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği araştırılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara ilişkin yapılan öneriler aşağıda sunulmuştur:

Araştırmada, hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında personel güçlendirmenin değerli bir araç olabileceği görülmüştür. Hemşirelerin, hem psikolojik hem de yapısal güçlendirme düzeylerinin, hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Psikolojik ve yapısal güçlendirmenin birlikte, evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etmedeki değişimin %52'sini ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülükleri yerine getirmedeki değişimin ise %42'sini açıkladığı görülmüştür. Araştırmada ayrıca, güçlendirmenin psikolojik rahatsızlık yaşama, enjektör batma vakası yaşama, sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma üzerinde etkili olduğu ve güçlendirme düzeyi daha yüksek hemşirelerin bu mesleki risk ve tehlikelere daha az maruz kaldığı belirlenmiştir. Buna göre, hastanelerde personel güçlendirmeye yönelik uygulamaların artırılması ile çalışanların iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini daha fazla yerine getireceği ve daha az mesleki risk ve tehlikeye maruz kalabileceği söylenebilir. Bu yüzden, hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için hemşirelerin güçlendirilmesine çalışılmalıdır. Çalışanlara iş yerinde eğitim olanaklarının sağlanması ve kendilerini geliştirme fırsatı verilmesi, çalışanların kendilerinden beklenen işler için eğitilmesi, işlerinde ilerlerken gerek duyacakları bilgi ve becerilere sahip olmalarının sağlanması ve daha sonra ne yapacaklarını bilerek işlerine odaklanmalarının sağlanması, çalışanların, gerek duydukları kaynaklar için kime, nasıl başvuracaklarını bilmeleri, planlanan işler için ayrılan zaman, para ve

eleman gibi kaynakların yeterli olması ve ihtiyaç duyulan malzeme ve materyallere kolay ulaşılabilmesi, soru sorma, cevap alabilme, onaylanma, geri bildirim alma, cesaretlendirilme ve isteklendirilme gibi ihtiyaçların yeterli ölçüde karşılanması, çalışanlara karar vermede takdir yetkisi kullanmaya olanak verilmesi, çalışanların örgüt içinde, üstleri, çalışma arkadaşları ve diğer örgüt üyeleri ile sağlıklı ilişkiler kurmaları ve sorunların çözümünde beraber hareket etmelerinin sağlanması yönünde yapılacak çalışmalar, çalışanların güçlendirme düzeylerini artırabilir ve iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına katkı sağlayabilir.

Güçlendirmeyi sağlayan uygulamalar yanında, güçsüzlüğe neden olan faktörlerin bilinmesi ve bu faktörlerin ortadan kaldırılması yararlı olabilir. Rol belirsizliği, teknik destek ve eğitim eksikliği, gerçekçi olmayan hedefler, uygun otorite eksikliği, iş performansı üzerinde direkt etkisi olan kararlara, etkinliklere ve toplantılara sınırlı katılım, gerekli kaynakların eksikliği, uygun olmayan ödüllendirme sistemleri (keyfi ödüllendirmeler, ödüllerin değerinin düşüklüğü, rekabete dayalı ödüllerin eksikliği, yenilikçiliğe dayalı ödüllerin azlığı), uygun olmayan (otoriter, hatalara odaklanan, suçlayıcı) denetim tarzı gibi faktörler güçsüzlüğe neden olabilir. Bu yüzden, bu faktörler ortadan kaldırılmalı ve güçlendirici uygulamalar hayata geçirilmelidir.

Yukarıda sözü edilen güçlendirici uygulamalar, yapısal güçlendirme ile ilgidir. Güçlendirmenin bir de bu uygulamaların çalışanlar tarafından nasıl algılandığı ile ilgili psikolojik boyutu bulunmaktadır. Güçlendirme için ayrıca sözlü ikna ve duygusal uyarım ile çalışanlara öz-yeterlilik duygusunun kazandırılması, kendisinin ve yaptığı işin önemli olduğunun hissettirilmesi, işini yaparken seçimlerinde serbest olduğu inancının ve mesai arkadaşlarının ve yöneticilerin kendi fikir ve düşüncelerini dikkate aldığı inancının çalışana kazandırılması çalışanların psikolojik güçlendirme seviyelerini artırabilir. Bunun için misyon ve vizyon ifadelerinde çalışanlara yönelik ifadeler bulunmalı, çalışanlarla düzenli toplantılar yapılmalı, problemler ve bu problemlere ilişkin çözüm önerileri hakkında görüşlerine başvurulmalı, işbirliğini geliştirecek takımlar oluşturulmalı ve çalışanlara sorumluluk verilmelidir.

Araştırmada, yapısal güçlendirmenin psikolojik güçlendirme üzerinde etkili olduğu ve yapısal güçlendirme düzeyi daha yüksek hemşirelerin psikolojik güçlendirme düzeylerinin de daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hemşirelerin yapısal

güçlendirme düzeyi, psikolojik güçlendirme düzeyine göre düşük bulunmuştur. Bu yüzden yapısal güçlendirme ile ilgili olan ve daha çok yönetim tarafından yerine getirilen, çalışanlara güç, kontrol ve yetki veren uygulamalara ağırlık verilmelidir.

Araştırmada, psikolojik güçlendirme boyutlarından puanı en yüksek boyutun "anlam", puanı en düşük boyutun ise "etki" boyutu olduğu görülmüştür. Buna göre hemşirelerin yaptıkları işin önemine ilişkin algılarının yüksek, ancak işin sonuçlarını etkileyebilme ile ilgili algılarının düşük olduğu söylenebilir. Hemşirelere sorumluluk verilmesi ve yetkilerinin artırılması, yaptıkları işin sonuçlarını etkileyebilme ile ilgili algılarını yükseltebilir. Hemşirelerin görev ve yetkileri yönetmelikle belirlenmiş ve sınırlandırılmıştır. Bu yüzden, hemşirelerin yüksek öğrenim ya da hizmet içi eğitimler yoluyla belli alanlarda uzmanlaşması sağlanmalı ve uzman oldukları alanlarda yetkileri artırılmalıdır.

Araştırmada, hemşirelerin ödüllendirme ve inisiyatif kullanma ile ilgili olan "biçimsel güç" boyutu puanının yapısal güçlendirme boyutları arasında puanı en düşük olan boyut olduğu görülmüştür. Hemşirelerin belli alanlarda uzmanlaşmalarının sağlanması ve uzman oldukları alanlarda yetki ve sorumluluklarının artırılması ve yaptıkları işte takdir yetkisi kullanabilmelerine imkân tanınması, işin sonuçlarını etkileyebilme ile ilgili algılarını yükseltebileceği gibi biçimsel güç boyutuna ilişkin algılarını da yükseltebilecektir. Ayrıca biçimsel güç açısından hemşirelerin güçlendirilmesi için daha tatminkar, daha adil, daha rekabetçi ödüllendirme sistemleri geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

Araştırmada, hemşirelerin evrensel güvenlik tedbirleri ile ilgili ifadelerden en çok katıldıkları ifadeler eldiven kullanımı ile ilgili ifadeler iken en az katıldıkları ifadelerin gözlük, koruyucu önlük ve maske kullanımı ile ilgili olduğu görülmüştür. Araştırmada ayrıca, eldivenin diğer koruyucu ekipmana (maske, önlük ve gözlük) göre karşılanma (temin edilme) oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna göre çalışanların koruyucu bir ekipmanı kullanıp kullanmama durumunun o ekipmanın ortamda hazır halde bulunması ile ilgili olabileceği söylenebilir. Bu yüzden, çalışanların, görevleri esnasında kullanması gerekebilecek koruyucu ekipmanlar, çalışma ortamında, çalışanların kullanımına hazır halde bulundurulmalıdır.

Araştırmada, hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme ile ilgili ifadelerden en az katıldıkları ifadenin "bir çalışan olarak hastanemizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmalıyım" ifadesi olduğu görülmüştür. "Çalışan güvenliği eğitimi aldınız mı" sorusuna da hemşirelerin üçte birinden fazlası hayır cevabını vermiştir. Araştırmada ayrıca, hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme ve evrensel güvenlik tedbirlerine riayet etme puanlarının hemşirelerin çalışan güvenliği eğitimi alma durumlarına göre fark göstermediği görülmüştür. Bu yüzden, çalışan güvenliği eğitimlerinin içeriği, süresi ve uygulanışı gözden geçirilmeli, eğitimlerin önemi hakkında çalışanlar bilgilendirilmeli ve eğitimlere tüm personelin katılımı sağlanmalıdır.

Araştırmada, hemşirelerin mesleki risk ve tehlikelerden en çok sözel şiddete maruz kaldıklarını belirttikleri görülmüştür. Fiziksel şiddete uğrama oranları da yüksek bulunmuştur. Araştırmada ayrıca, araştırmanın yapıldığı hastanelerde gerekli alanların kamera ile denetlenmesi, yeterli güvenlik elamanı bulundurulması gibi önlemlerin alınması açısından hemşirelere göre eksiklikler olduğu tespit edilmiştir. Şiddet ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda da sağlık personelinin şiddete uğrama oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu yüzden belirtilen eksikliklerin giderilmesi yanında şiddetin sebepleri ve şiddetin önlenmesine yönelik daha kapsamlı çalışmalar yapılmalı ve elde edilen sonuçlara göre gerekli uygulamalar hayata geçirilmelidir.

Araştırmada, sözel şiddete maruz kalma probleminden sonra boyun, bel, omuz veya kol ağrısı çekme probleminin en önemli mesleki risk ve tehlikeler sıralamasında ikinci sırada geldiği görülmüştür. Hemşirelerin hasta bakımı ile daha fazla ilgilenmeleri, uzun süre ayakta ya da aynı pozisyonda çalışmaları, hasta transferi esnasında zorlanmaları ve genel olarak yaptıkları işin fiziksel güç gerektirmesi, bu tür kas iskelet sistemi rahatsızlıklarına yol açabilmektedir. Bu yüzden, hemşirelerin iş yükü azaltılmalı, personel sayısı artırılmalı, fiziksel yaralanmaları önlemeye yönelik hasta bakım teknikleri geliştirilmeli ve hasta transferi için uygun taşıma araç-gereç ve teknikleri tasarlanmalıdır.

Araştırmada, enjektör batma vakası yaşama ve enfekte kesici-delici-batıcı cisim yaralanmasına maruz kalma oranları da yüksek bulunmuştur. Kesici-delici-batıcı cisimlerin kullanımı ile ilgili bilgi eksikliği, dikkat eksikliği, yorgun olma, işe konsantre

olamama gibi nedenlerle kesici-delici-batıcı cisim ile yaralanmaların meydana geldiği söylenebilir. Bu tür yaralanmalar, yaralanmaya sebep olan cisim enfekte ise daha büyük sorunlara yol açabilir. Bu yüzden bu tür aletlerin kullanımı ve imhası ile ilgili eğitimler verilmeli ve bu tür yaralanmaların daha önemli sorunlara (HIV, Hepatit B bulaşma gibi) yol açabileceği anlatılarak bu tür aletlerin kullanımında dikkatli olunması gerektiği vurgulanmalıdır. Araştırmada ayrıca, personelin önemli bir kısmının sağlık taramasından (portör muayenesinden) geçirilmediği ve Hepatit B aşılarının yapılmadığı görülmüştür. Hastanede çalışan tüm personel risk altında olduğundan personelin tamamına sağlık taraması yapılmalı ve Hepatit B aşılarının ve aşı ile korunmanın mümkün olduğu diğer bulaşıcı hastalıklar için gerekli aşıların kurum tarafından tüm çalışanlara yapılması sağlanmalıdır.

Hemşirelerin maruz kaldığı mesleki risk ve tehlikeler incelendiğinde, hemşirelerin kesici-delici-batıcı cisim yaralanmaları, kas iskelet sistemi yaralanmaları, bulaşıcı hastalıklar, şiddet, psikolojik rahatsızlık yaşama, varis problemi, lateks alerjisi gibi çok sayıda mesleki risk ve tehlikeye maruz kaldığı görülmüştür. Bu konuların her biri ayrı ayrı ele alınmalı ve bu problemleri gidermek üzere çözüm önerileri sunabilecek çalışmaların yapılması teşvik edilmeli ve çalışanların etkili ve verimli çalışması için sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı sağlanmalıdır. Bu çalışmada, personel güçlendirmenin, hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili olumlu davranışlarını artıracağı, yukarıda belirtilen bazı mesleki risk ve tehlikelere maruz kalma oranlarını düşürebileceği ve iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında önemli bir araç olabileceği görülmüştür. Bu yüzden, personel güçlendirmeye yönelik düzenlemeler yapılmalı ve bu uygulamaların teşvik edilmesi sağlanmalıdır.

Araştırmada, hemşirelerin güçlendirme ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının hemşirelerin yaşına, meslekte çalışma süresine, eğitim durumuna ve pozisyonuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği görülmüştür. Yaşça büyük, meslekte çalışma süresi daha fazla, eğitim seviyesi yüksek ve servis sorumlu hemşiresi olarak görev yapan hemşirelerin güçlendirme düzeylerinin ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Güçlendirme sürecinde, güçlendirme düzeyi daha düşük olan gruplar dikkate alınmalı ve bu grupların da güçlendirme düzeylerinin yükseltilmesine çalışılmalıdır. Yaşça büyük olan ve meslekte

çalışma süresi daha fazla olan personelin mesleki tecrübesinin de daha fazla olması beklenir. Bu yüzden bu çalışanlardan daha fazla yararlanılmalı, kararlara katılımları sağlanmalı ve daha az mesleki tecrübesi olan personele örnek olmaları teşvik edilmelidir. Eğitim seviyesinin yükselmesi de çalışanların mesleki ve kişisel gelişimine katkı yapması beklenen bir durumdur. Bu yüzden, hastaların tedavi sürecinde önemli rolleri bulunan hemşirelerin ve diğer çalışanların eğitim seviyesi yükseltilmeli, istihdam politikalarında eğitim seviyesi yüksek personelin öncelikli olarak işe yerleştirilmesi esas alınmalıdır. Araştırmada, ayrıca haftalık çalışma süresi daha fazla olan personelin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirme puanlarının düşük olduğu görülmüştür. Aşırı iş yükü ve uzun çalışma saatleri, çalışanları iş güvenliği ile ilgili bazı prosedürleri yapmaktan alıkoyabileceğinden personel sayısını artırmak ya da personel dağılımını daha uygun hale getirmek gibi iş yükünü azaltacak önlemler alınmalıdır.

Bu araştırma, hemşirelerin algılarına ve kendi değerlendirmelerine dayanmaktadır. Nesnel göstergelere dayanan başka çalışmalar da yapılmalıdır. Araştırma, bir ilin şehir merkezinde bulunan 5 hastanede hemşireler üzerinde uygulanmıştır. Araştırma kapsamının genişletilmesi ve geçerliliğinin yükseltilmesi için araştırmanın başka illerde, başka hastanelerde ve başka meslek grupları üzerinde de yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Akçakaya, M. (2010). Örgütlerde uygulanan personel güçlendirme yöntemleri: Türk kamu yönetiminde personel güçlendirme. *Karadeniz Araştırmaları, 25,* 145-174.

Akın, L. (2013). İş *sağlığı güvenliği ve alt işverenlik,* Ankara: Yetkin Yayınları.

Akıncı, E. ve Orhan, F. Ö. (2016). Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(2),* 178-189.

Aldemir, C., Ataol, A. ve Budak, G. (2004). *İnsan kaynakları yönetimi (5. Baskı).* İzmir: Fakülteler Kitabevi.

Alli, B. O. (2008). *Fundamental principles of occupational health and safety (Second edition).* Geneva: International Labour Office.

Alpar, R. (2013). *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler (4. Baskı).* Ankara: Detay Yayıncılık.

Alpar, R. (2014). *Uygulamalı istatistik ve geçerlilik-güvenilirlik (3. Baskı).* Ankara: Detay Yayıncılık.

Altıok, M., Kuyurtar, F., Karaçorlu, S., Ersöz, G. ve Erdoğan, S. (2009). Sağlık çalışanlarının delici kesici aletlerle yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınan önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3),* 70-9.

American Nurse Assosation (2011). *2011 Ana health & safety survey hazards of the rn work environment.* Erişim Tarihi: 04 Şubat 2015, http://nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/MediaBackgrounders/The-Nurse-Work-Environment-2011-Health-Safety-Survey.pdf

Arı, G. S. (2014). Örgütlerde fiziksel semboller ve psikolojik güçlendirme ilişkisi üzerine kavramsal bir çalışma. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 32(2),* 1-25.

Arslantaş, C.C. ve Dursun, M. (2008). Etik liderlik davranışının yöneticiye duyulan güven ve psikolojik güçlendirme üzerindeki etkisinde etkileşim adaletinin dolaylı rolü. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 8 (1),* 111–128.

Arvacık, E. D. (2014). *Sağlık hizmetleri bakımından iş sağlığı ve güvenliği*. 1. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, 01-04 Mayıs, Marmaris.

Aytekin, F. A. (2010). *İs sağlığı ve güvenliğinin hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Programı, İzmir.

Bahar, A., Şahin, S., Akkaya, Z., ve Alkayiş, M. (2015). Acil serviste çalışan hemşirelerin şiddete maruz kalma durumu ve iş doyumunda etkili olan faktörlerin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing, 6(2),* 57-64.

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

Bamber, M. R. (2006). CBT for occupational stress in health professionals. New York: Routledge Press.

Balkır, Z. G. (2012). İş sağlığı ve güvenliği hakkının korunması: işverenin iş sağlığı ve güvenliği organizasyonu. *Sosyal Güvenlik Dergisi, (1),* 56-91.

Barutçugil, İ. (2004). *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi.* İstanbul: Kariyer Yayıncılık.

Bayılmış, Ö.T. (2013*). İş sağlığı ve güvenliği farkındalık değerlendirmesi: sağlık çalışanlarına yönelik alan araştırması*. Yüksek Lisans Tezi, Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yalova.

Berk, M., Önal B. ve Güven, R. (2011). *Meslek hastalıkları rehberi.* Ankara: Matsa Basımevi.

Bernal, D., Campos-Serna, J., Tobias, A., Vargas-Prada, S., Benavides, F. G., ve Serra, C. (2015). Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies, 52(2),* 635-648.

Bilir, N. (2011). Meslek hastalıkları (tanı, tedavi ve korunma ilkeleri). *Hacettepe Tıp Dergisi, 42(4),* 147-152.

Bilir, N. ve Yıldız, A. N. (2014). *İş sağlığı ve güvenliği (3. Baskı)*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Birleşmiş Milletler (2015). *İnsan hakları evrensel beyannamesi.* Erişim Tarihi: 04 Kasım 2015, http://www.unicankara.org.tr/doc_pdf/h_rigths_turkce.pdf

British Standadization Institute (2015). BS 8800:2004 *occupational health and safety management systems guide.* Erişim Tarihi: 23 Kasım 2015, http://shop.bsigroup.com/ProductDetail/?pid=000000000030084888

Bolat, T. (2003). Personeli güçlendirme: Davranışsal ve bilişsel boyutta incelenmesi ve benzer yönetim kavramları ile karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 17(3-4),* 199-2019.

Bureau of Labor Statistics (2013a). *American time use survey*. Erişim Tarihi: 25 Ağustos 2015, http://www.bls.gov/tus/charts/chart1.pdf

Bureau of Labor Statistics (2013b). *Industry injury and illness Data*. Erişim Tarihi: 05 Eylül 2015, http://www.bls.gov/iif/

Bureau of Labor Statistics (2013c). *Industry injury and illness Data*. Erişim Tarihi: 05 Eylül 2015, http://www.bls.gov/news.release/cfoi.nr0.htm

Bureau of Labor Statistics (2015). *Employer-reported workplace injuries and illnesses – 2014*. Erişim Tarihi: 04 Ocak 2016, http://www.bls.gov/news.release/pdf/osh.pdf

Büyüköztürk, Ş. (2013). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı (Genişletilmiş 18. Baskı).* Ankara: Pegem Akademi.

Camkurt, M. Z. (2013). Çalışanların kişisel özelliklerinin iş kazalarının meydana gelmesi üzerindeki etkisi. *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi,* 24(6), 70-101.

Chan, R., Molassiotis, A., Eunice, C., Virene, C., Becky, H., Chit-Ying, L., ... ve Ivy, Y. (2002). Nurses' knowledge of and compliance with universal precautions in an acute care hospital. *International Journal of Nursing Studies, 39(2),* 157-163.

Conger, J.A. ve Kanungo, R.N (1988). The empowerment process: integrating theory and practice. *Academy of Management Review, 13 (3),* 471-482.

Connor, T. H., Burroughs, G. E., McDiarmid, M. A., Mead, K. R., Power, L. A. ve Reed, L. D. (2004). *NIOSH alert: preventing occupational exposures to antineoplastic and other hazardous drugs in health care settings*. DHHS (NIOSH) Publication, (2004-165).

Clarke, S. (1999). Perceptions of organizational safety: implications for the development of safety culture. *Journal of Organizational Behavior, 20,* 185-198.

Cook, S. (1994). The cultural implications of empowerment. *Empowerment in Organizations, 2(1),* 9-13.

Cooper, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science, 36,* 111-136.

Covello, V. T. (2001). Occupational health practice (Fourth edition), Waldron H. A. ve Edling, C. (eds.). *Risk assessment (pp. 57-82).* New York: Oxford University Press.

Çakar, A. E., Akbaba, T., Yazıcı, M., Tekin, B. ve Çakar, Y. (2012). *İşçi sağlığı ve iş güvenliği oda raporu* (*Genişletilmiş Dördüncü Baskı).* Ankara: Ankamat Matbaacılık.

Çamcı, O., ve Kutlu, Y. (2011). Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing, 2(1),* 9-16.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2015). SEVESO *II direktifi kapsamında güvenlik yönetim sistemleri.* Erişim Tarihi: 25 Kasım 2015, http://app.csgb.gov.tr/cdd/pdf/sayi4/05.pdf

Çavus, M. F. ve Demir, Y. (2010). The impacts of structural and psychological empowerment on burnout: a research on staff nurses in Turkish state hospitals. *Canadian social science, 6(4),* 63-71.

Çokluk, O., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2013). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik spss ve lisrel uygulamaları (2. Baskı).* Ankara: Pegem Yayıncılık.

Çöl, G. (2008). Algılanan güçlendirmenin işgören performansı üzerindeki etkileri. *Doğuş Üniversitesi Dergisi, 9(1),* 35-46.

Çuhadar, M. T. (2005). Türk kamu yönetiminde personel güçlendirme: Sorunlar ve çözüm önerileri. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 25(2),* 1-24.

Devebakan, N. (2007). *Özel sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği.* Dokuz Eylül Üniversitesi, Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İzmir.

DiNapoli, J. M., O'Flaherty, D., Musil, C., Clavelle, J. T. ve Fitzpatrick, J. J. (2016). The relationship of clinical nurses' perceptions of structural and psychological empowerment and engagement on their unit. *Journal of Nursing Administration, 46(2),* 95-100.

Dizdar, E. N. ve Kurt, M. (2001). *İş güvenliği*. Ankara: Kale Ofset.

Doğan, S. (2003). İşletmelerde personel güçlendirmenin önemi. *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 29,* 177-203.

Doğan, S. ve Kılıç, S. (2007). Örgütsel bağlılığın sağlanmasında personel güçlendirmenin yeri ve önemi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (29),* 37-61.

Dursun, S. (2012). *İş güvenliği kültürü: kavram, modeller, uygulama*. İstanbul: Beta Basım.

Durukan, S., Akyürek, Ç. ve Coşkun, E. (2010). Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin örgütsel güven, güçlendirme ve bağlılık düzeylerinin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 15(3),* 411-434.

Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (2016). *Sağlık çalışanlarında biyolojik riskler ve yönetimi.* Erişim Tarihi: 09 Ocak 2016, http://halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2004-05/SaglikCalBiyolojikRiskler_AD.pdf

Ergül, H. F. (2005). Motivasyon ve motivasyon teknikleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 14(14).* 67-79.

Erickson, P. A. (1996). Practical guide to occupational health and safety. London: Academic Press.

Erkan, C. (1972). *İş sağlığı ders kitabı (2. Baskı).* Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

European Agency for Safety and Health at Work (2015a) *E-fact 40: Risk assessment and needlestick injuries*. Erişim Tarihi: 31 Ağustos 2015, https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/e-facts/efact40

European Agency for Safety and Health at Work (2015b) *Safety and health at work is everyone's concern, risk assessment essentials*. Erişim Tarihi: 11 Eylül 2015, https://osha.europa.eu/en/toolsandpublications/publications/promotional_material/rat2007

European Agency for Safety and Health at Work (2015c*) Safety and health at work is everyone's concern, It's good for you, It's good for business*. Erişim Tarihi: 31 Ağustos 2015, https://osha.europa.eu/en/tools-and-ublications/publications/promotional_material/brochure2007

European Statistics on Accidents at Work (ESAW), (2015). *Accidents at work statistics.* Erişim Tarihi: 5 Eylül 2015, http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Accidents_at_work_statistics#Main_statistical_findings

European Union (2011). *Occupational health and safety risks in the healthcare sector.* Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Fingret A. ve Smith, A. (1995). *Occupational health: a practical guide for managers.* London: Routledge.

Flin, R., Mearns, k., O'Connor, P. ve Bryden, R. (2000). Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety Science, 34,* 177-192.

Genç, N. (2004). *Yönetim ve organizasyon, çağdaş sistem ve yaklaşımlar.* Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Gershon, R. R., Karkashian, C. D., Vlahov, D., Kummer, L., Kasting, C., Green-McKenzie, J., ... ve Martin, L. (1999). Compliance with universal precautions in correctional health care facilities. *Journal of occupational and environmental Medicine, 41(3),* 181-189.

Gershon, R. R., Karkashian, C. D., Grosch, J. W., Murphy, L. R., Escamilla-Cejudo, A., Flanagan, P. A., ... ve Martin, L. (2000). Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *American journal of infection control, 28(3),* 211-221.

Gimeno, D., Felknor, S., Burau, K. D. ve Delclos, G. L. (2005). Organisational and occupational risk factors associated with work related injuries among public hospital employees in Costa Rica. *Occupational and environmental medicine, 62(5),* 337-343.

Glendon, A. I., Clarke, S. G. ve Mckenna, E. F. (2006). *Human safety and risk management (Second Edition).* New York: CRC Press.

Gorman, T., Dropkin, J., Kamen, J., Nimbalkar, S., Zuckerman, N., Thomas, L. … ve Szeinuk, J. (2013). *Controlling health hazards to hospital workers*. New Solutions, 23, 1-167.

Güler, T., Yıldız, T., Önler, E., Yıldız, B. ve Gülcivan, B. (2015). Hastane ergonomik koşullarının hemşirelerin mesleki kas iskelet sistemi rahatsızlıkları üzerine etkisi. *IAAOJ, Scientific Science, 3(1),* 1-7.

Güven, R. (2007). Mesleksel hastalıklar, Özyardımcı, N. (ed.). *Meslek hastalıkları tanımı, tarihçesi, epidemiyolojisi (ss. 3-61).* Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.

Haktanır, G. (2011). *Prediction of Safety-Related Behaviour Among Turkish Nurses: An Applıcation of Theory of Planned Behavıour and Effects of Safety Climate Perceptions.* The Degree of Master of Science, The Department Of Psychology, School of Social Sciences of Middle East Technical University, Ankara.

Hanold, L. (1997). A review of the literature on employee empowerment. *Empowerment in Organizations, 5 (4),* 202-212.

Harms Ringdahl, L. (2001). *Safety analysis: principles and practice in occupational safety*. London: Taylor & Francis.

International Labour Office (2001). *Guidelines on occupational safety and health management systems, ILO-OSH 2001*. Geneva: ILO Publications.

International Labour Office (2010). *ILO List of occupational diseases (revised 2010)* Geneva: ILO Publications. Erişim Tarihi: 03 Eylül 2015, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_125137.pdf

International Labour Office (2011). *World day for safety and health at work.* Turin: ILO Publications.

International Labour Office (2012). *Improvement of national reporting, data collection and analysis of occupational accidents and diseases.* Geneva: ILO Publications.

International Labour Office (2012b). *Estimating the economic costs of occupational injuries and illnesses in developing countries: essential ınformation for decision-makers*. Geneva: ILO Publications.

International Labour Office (2015). *Health and safety at work: Facts and figures.* Erişim Tarihi: 05 Eylül 2015, http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/media-centre/issue-briefs/WCMS_206117/lang--en/index.htm

International Labour Office (2015b). *ILO Ankara Ofisi Hakkında*. Erişim Tarihi: 04 Kasım 2015, http://www.ilo.org/ankara/about-us/lang--tr/index.htm

International Labour Office (2015c). *Türkiye'nin onayladığı ILO sözleşmeleri*. Erişim Tarihi: 04 Kasım 2015, http://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/lang--tr/index.htm

International Labour Office (2015d). *155 no'lu iş sağliği ve güvenliği ve çalışma ortamına ilişkin sözleşme.* Erişim Tarihi: 04 Kasım 2015, http://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-byturkey/WCMS_377299/_lang_--tr/index.htm

International Labour Office (2015e). *161 No'lu sağlık hizmetlerine ilişkin sözleşme.* Erişim Tarihi: 04 Kasım 2015, http://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377304/ lang--tr/index.htm

International Labour Office (2015f). *International labour standards on occupational safety and health*. Erişim Tarihi: 12 Kasım 2015, http://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang--en/index.htm

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi (2015). *İşgüm tarihçesi.* Erişim Tarihi: 30 Ağustos 2015, http://www.isgum.gov.tr/Default.aspx?lnk=157

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi (2015b). *Mevzuat bilgi sistemi*. Erişim Tarihi: 06 Kasım 2015, http://www.isgum.gov.tr/Default.aspx? lnk=165

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi (2015c). *Avrupa Birliği'nin iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemleri iyi uygulamaları.* Erişim Tarihi: 25 Kasım 2015, http://www.isgum.gov.tr/rsm/file/isgdoc/isgip/isgip_iyi_uygulamalar.pdf

Joint Commission International (2014). *Joint commission international hastaneler için akreditasyon standartları.* Illinois: Joint Commission Resources Inc.

Joint Commission International (2015a). *JCI kimdir?* Erişim Tarihi: 27 Kasım 2015, http://tr.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/

Joint Commission International (2015b). *Akreditasyon edinin*. Erişim Tarihi: 27 Kasım 2015, http://tr.jointcommissioninternational.org/achieve-accreditation/

Kahriman, İ. (2014). Hemşirelerin sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma durumlarının belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing, 5(2),* 77-83.

Kalkınma Bakanlığı (2017). *Kalkınmada Öncelikli Yöreler,* Erişim Tarihi: 04 Mayıs 2017, http://www3.kalkinma.gov.tr/PortalDesign/PortalControls/WebIcerikGosterim.aspx?Enc=83D5A6FF03C7B4FC5DF1B887233CC85A

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

Karahan, A., Kav, S., Abbasoglu, A. ve Dogan, N. (2009). Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. *Journal of advanced nursing, 65(3),* 516-524.

Kaya, S., Demir, İ. B., Karsavuran, S., Ürek, D., ve İlgün, G. (2016). Violence against doctors and nurses in hospitals in Turkey. Journal of forensic nursing, 12(1), 26-34.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırm, S. (2013). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi (3. Baskı).* Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kocabıyık, N., Yıldırım, S., Turgut, E. O., Turk, M. K. ve 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(2),* 112-118

Koçel, T. (2011). *İşletme yöneticiliği.* İsatanbul: Beta Yayımcılık.

Köseoğlu, A. C. (2005). İş sağlığı ve güvenliği nedeniyle idarece işin durdurulması ve işyerinin kapatılması. *"İş,Güç", Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 7(1),* 12-35.

Kurt, M. ve Özdemir, K. (2003). İşçi sağlığı ve iş güvenliği yönetim sistemleri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 4(16),* 13-21.

Laschinger, H.K.S., Finegan, J.E., Shamian, J. ve Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's Model. *Journal of Nursing Administration, 31(5),* 260-272.

Laschinger, H. K. S., Finegan, J. ve Wilk, P. (2009). Context matters: The impact of unit leadership and empowerment on nurses' organizational commitment. *Journal of Nursing Administration, 39(5),* 228-235.

Levy, B. S. ve Wegman, D. H. (2000). Occupational health, recognizing and preventing work-related Disease and injury, Levy, B. S. ve Wegman, D. H. (eds.). (Fourth Edition). *Occupational health: an overview (pp. 3-7).* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Maioh, J. D. ve Faioh, G. B. (2007). Principles of occupational health and hygiene: an introduction. Tillman, C. (ed.). *Occupational health, basic toxicology and epidemiology (pp. 33-59).* Australia: Ligare Book Printer.

Mark, B. A., Hughes, L. C., Belyea, M., Chang, Y., Hofmann, D., Jones, C. B. ve Bacon, C. T. (2007). Does safety climate moderate the influence of staffing adequacy and work conditions on nurse injuries?. *Journal of safety research, 38(4),* 431-446.

Meng, L., Jin, Y. ve Guo, J. (2016). Mediating and/or moderating roles of psychological empowerment. *Applied Nursing Research, 30,* 104-110.

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

Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü (2016). Mevzuat Bilgi Sistemi. Erişim Tarihi: 12.06.2016, http://www.mevzuat.gov.tr/

National Institute for Occupational Safety and Health (2002). *Violence: Occupational hazards in hospitals (No. 2002-101).* Erişim Tarihi: 13 Ocak 2016, http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/

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

Ning, S., Zhong, H., Libo, W. ve Qiujie, L. (2009). The impact of nurse empowerment on job satisfaction. *Journal of advanced nursing, 65(12),* 2642-2648.

O'Brien, J.L. (2010). *Structural empowerment, psychological empowerment and burnout in registered staff nurses working in outpatient dialysis centers.* Degree of Doctor of Philosophy, The State University of New Jersey, New Jersey.

Occupational Safety and Health Administration (2015). *Worker safety in your hospital.* Erişim Tarihi: 15 Kasım 2015, https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.1Datahighlights508.pdf

Occupational Safety and Health Administration (2016). *Hospital investigations: health hazards.* Erişim Tarihi: 06 Ocak 2016, https://www.osha.gov/dts/osta/otm/otm_vi/otm_vi_1.html

Ofluoğlu, G. ve Sarıkaya, G. (2005). OHSAS 18001 iş sağlığı ve iş güvenliği yönetim sistemi. *Kamu-İş, 8(3),* 1-13.

Oğan, H. (2014). *Sağlık çalışanları için işçi sağlığı ve güvenliği.* Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Oral, A. İ. (2012). İş sağlığı ve güvenliği, Baybora, D. (ed.). *İş kazaları ve meslek hastalıklarının değerlendirilmesi* (ss. 22-58). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Özdemir, N. ve Khorshid, L. (2006). Hemşirelerde varis belirti ve yakınmalarının incelenmesi. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 22 (1),* 19-35.

Özkan, Ö. ve Emiroğlu, N. (2006). Hastane sağlik çalişanlarina yönelik işçi sağliği ve iş güvenliği hizmetleri. *CU Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(3),* 43-51.

Özkılıç, Ö. (2005). *İş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemleri ve risk değerlendirme metodolojileri*. Ankara: Ajans-Türk Basın ve Basım.

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

Resmi Gazete (1982). *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*. No: 2709, 7 Kasım 1982.

Resmi Gazete (2003). *İş kanunu*. No: 4857, 22 Mayıs 2003.

Resmi Gazete (2011). *Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. No: 27910, 19 Nisan 2011.

Resmi Gazete (2012a). *İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin işyeri tehlike sınıfları tebliği.* No: 28509, 26 Aralık 2012.

Resmi Gazete (2012b). *İş sağlığı ve güvenliği kanunu*. No: 6331, 20 Haziran 2012.

Resmi Gazete (2015). *İş sağlığı ve güvenliği kanunu ile bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde değişiklik yapılmasına dair kanun*. No: 6645, 23 Nisan 2015.

Robbins, T. L., Crino, M. D. ve Fredendall, L. D. (2002). An integrative model of the empowerment process. *Human Resource Management Review, 12(3),* 419-443.

Sabuncuoğlu, Z. (2013). *İnsan kaynakları yönetimi.* İstanbul: Beta Basım.

Sadullah Ö.Z., Uyargil C.B., Acar A.C., Özçelik A.O., Dündar G.İ., Ataay İ.D., Adal Z., Tüzüner V.L. (2013) İnsan kaynakları yönetiminde koruma işlevi, Sadullah, Ö.Z. (Ed.) *İnsan Kaynakları Yönetimi,* (ss. 452-494) İstanbul: Beta Basım.

Sağlık Bakanlığı (2012). *SKS ışığında sağlıkta kalite*. Ankara: Pozitif Matbaa. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Erişim Tarihi: 21.07.2016, https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_temmuz_2012/sks3cilt.pdf

Sağlık Bakanlığı (2015a). *Çalışan güvenliği genelgesi*. Erişim Tarihi: 06 Kasım 2015, https://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html

Sağlık Bakanlığı. (2015b). *Sağlıkta kalite standartları (sks)-hastane (versiyon-5) yayımlandı.* Erişim Tarihi: 29 Kasım 2015,

https://kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=1248

Sağlık Bakanlığı (2015c). *Sağlıkta kalite standartları-hastane (versiyon-5).* Ankara: Pozitif Matbaa.

Sağlık Bakanlığı (2016). *Birlikte iş güvenliği hizmetleri ile sağlıklı gelecek.* Erişim Tarihi: 06 Ocak 2016, http://www.tkhk.gov.tr/DB/30/4227_is-sagligi-ve-guvenligi

Sağlık Bakanlığı (2017). *Sağlık Mevzuatı.* Erişim Tarihi: 03 Mayıs 2017, https://www.saglik.gov.tr/TR,10357/saglik-mevzuati.html

Saleh, A. M., Awadalla, N. J., El-masri, Y. M. ve Sleem, W. F. (2014). Impacts of nurses' circadian rhythm sleep disorders, fatigue, and depression on medication administration errors. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis, 63(1),* 145-153.

Saruhan, Ş. C. ve Yıldız, M. L. (2013). *Çağdaş yönetim bilimi. (2. Baskı).* İstanbul: Beta Yayıncılık.

Serin, G. ve Çuhadar, M. T. (2015). İş güvenliği ve sağlığı yönetim sistemi. *SDU Teknik Bilimler Dergisi, 5(2),* 44-59.

Sosyal Güvenlik Kurumu (2017). *SGK İstatistik Yıllıkları.* Erişim Tarihi: 03 Mayıs 2017, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari

Spreitzer, G.M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *The Academy of Management Journal, 38(5),* 1442-1465.

Spreitzer, G. M. (2008). Handbook of organizational behavior. Barling, J. and Cooper, C. L. (ed.) *Taking stock: A review of more than twenty years of research on empowerment at work, (54-72).* London: SAGE Publications.

Sünter, A. T., Canbaz, S., Dabak, Ş., Öz, H., ve Peşken, Y. (2006). Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi, 16(1),* 9-14.

Sürvegil, Tolay, O. ve Topoyan, M. (2013). Yapısal güçlendirme ve psikolojik güçlendirme ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri. *Journal of Yasar University, 8(31),* 5371-5391.

Şan Turgay, A. (2006). *Yataklı tedavi kurumunda çalışan hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı beklenen personel devri ve buna ilişkin bir örnek*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İzmir.

Şerifoğlu, U. K. ve Sungur, E. (2007). İşletmelerde sağlık ve güvenlik kültürünün oluşturulması; tepe yönetimin rolü ve kurum içi iletişim olanaklarının kullanımı. *Yönetim 18(58),* 41-50.

Şimşek, Ö. F. (2007). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş, temel ilkeler ve lisrel uygulamaları.* Ankara: Siyasal Kitabevi.

Şimşek, M. (2013). *2014 yılı bütçe sunuş konuşması (TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu).* Erişim Tarihi: 01 Eylül 2015, https://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/2014-butce-sunum.pdf

Takala, J., Kheng, L. G., Yong, E., Ling, L. S. and Manickam, K. (2014). *Global estimates of occupational accidents and work-relatediillnesses 2014*. Finland: Workplace Safety & Health Institute.

Tengilimoğlu, D. (2012). Sağlık kurumları yönetimi I. Tatar, M. (Ed.) *Hastane yönetimi ve organizasyonu* (ss. 46-76). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Taylor, G., Easter, K. ve Hegney, R. (2004). *Enhancing occupational safety and health.* Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann Linacre House.

Thomas, K. W. ve Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: An "interpretive" model of intrinsic task motivation. *Academy of management review, 15(4),* 666-681.

Türk Tabipleri Birliği (2008). Sağlık çalışanlarının meslek riskleri. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2015). *Meslek hastalıkları temel kavramlar.* Erişim Tarihi: 3 Eylül 2015, http://csg.thsk.saglik.gov.tr/dosya/ISG_Egitimleri/7_Meslek_Hastaliklari.pdf

Türkiye İstatistik Kurumu (2013). *İş kazaları ve işe bağlı sağlık problemleri araştırma sonuçları 2013*. Erişim Tarihi: 01 Eylül 2015, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16118

Türkiye İstatistik Kurumu (2015). *Haber bülteni,* sayı: 18727. Erişim Tarihi: 01 Eylül 2015, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18727

Umesh, S. R., David, S., Segaran, F. ve Venkatesh, K. (2013). Work-related health problems among nursing personnel. *The Nursing journal of India, 105(6),* 254-257.

Uner, S. ve Turan, S. (2010). The construct validity and reliability of the Turkish version of Spreitzer's psychological empowerment scale. *BMC public health, 10(1),* 1-8.

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

Yıldırım, H. (2013). Çağdaş yönetim yaklaşımları (2. Baskı), Bakan, İ. (ed.) *Personel güçlendirme – empowerment: Çağdaş bir yönetim yaklaşımı (ss. 93-110).* İstanbul: Beta Basım.

Yılmaz, V. ve Varol, S. (2015). Hazır yazılımlar ile yapısal eşitlik modellemesi: AMOS, EQS, LISREL. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 44(44),* 28-44.

Quinn, R.E. ve Spreitzer, G.M. (1997). The road to empowerment: seven questions every leader should consider. *Organizational Dynamics, 26 (2),* 37–49.

Whetten, D. A., Cameron, K. ve Woods, M. (1996). *Effective Empowerment & Delegation.* United Kingdom: Harper Collins Collage Publishers Ltd.

World Health Organization (2001). *Occupational health. A manual for primary health care workers.* Erişim Tarihi: 02 Eylül 2015, http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehemhealthcareworkers.pdf

World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life.* Erişim Tarihi: 30 Ağustos 2015, http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1

World Health Organization (2010). *Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners.* Switzerland: WHO Press. Erişim Tarihi: 30 Ağustos 2015, http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model.pdf

World Health Organization (2015). *Occupational health.* Erişim Tarihi: 31 Ağustos 2015, http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/occupational_health/factsheet/en/

Wu, T. C., Chen, C. H. ve Li, C. C. (2008). A correlation among safety leadership, safety climate and safety performance. *Journal of loss prevention in the process industries, 21(3),* 307-318.

EKLER

EK 1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ HÜKÜMLER İÇEREN TÜZÜK, YÖNETMELİK VE TEBLİĞLER

İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Tüzükler

- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Teftiş Kurulu Tüzüğü
- Grev ve Lokavtlarda Mülki İdare Amirlerince Alınacak Önlemlere İlişkin Tüzük
- İş Kolları Tüzüğü
- İşçi ve İşveren Sendika ve Konfederasyonlarının Denetimine İlişkin Tüzük
- Hakeme ve Resmi Arabulucuya Başvurma Tüzüğü

İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Yönetmelikler

- Askerî İşyerleri İle Yurt Güvenliği İçin Gerekli Maddeler Üretilen İşyerlerinin Denetimi, Teftişi ve Bu İşyerlerinde İşin Durdurulması Hakkında Yönetmelik
- Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik
- İşyerlerinde İşveren veya İşveren Vekili Tarafından Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerine İlişkin Yönetmelik
- Asbestle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
- Balıkçı Gemilerinde Yapılan Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
- Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik
- Büyük Endüstriyel Kazaların Önlenmesi ve Etkilerinin Azaltılması Hakkında Yönetmelik
- Ekranlı Araçlarla Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
- Elle Taşıma İşleri Yönetmeliği
- Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik
- Gemi Adamlarının İkamet Yerleri, Sağlık ve İaşelerine Dair Yönetmelik

- Geçici veya Belirli Süreli İşlerde İş Sağlığı ve Güvenliği Hakkında Yönetmelik
- Kanserojen veya Mutajen Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
- Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
- Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik
- Maden İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği
- Sağlık Kuralları Bakımından Günde Azami Yedi Buçuk Saat veya Daha Az Çalışılması Gereken İşler Hakkında Yönetmelik
- Sağlık ve Güvenlik İşaretleri Yönetmeliği
- Tehlikeli ve Çok Tehlikeli Sınıfta Yer Alan İşlerde Çalıştırılacakların Mesleki Eğitimlerine Dair Yönetmelik
- Tozla Mücadele Yönetmeliği
- Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi Yönetmeliği
- Yapı İşlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği
- Çalışanların Gürültü ile İlgili Risklerden Korunmalarına Dair Yönetmelik
- Çalışanların Patlayıcı Ortamların Tehlikelerinden Korunması Hakkında Yönetmelik
- Çalışanların Titreşimle İlgili Risklerden Korunmalarına Dair Yönetmelik
- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik
- Çocuk ve Genç İşçilerin Çalıştırılma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik
- İş Ekipmanlarının Kullanımında Sağlık ve Güvenlik Şartları Yönetmeliği
- İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki ve Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik
- İş Hijyeni Ölçüm, Test ve Analizi Yapan Laboratuvarlar Hakkında Yönetmelik
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Desteklenmesi Hakkında Yönetmelik
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği

- İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik
- İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik
- İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik
- İşyerlerinde İşin Durdurulmasına Dair Yönetmelik

İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Tebliğler

- İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği
- Asbest Sökümü İle İlgili Eğitim Programlarına İlişkin Tebliğ
- Kişisel Koruyucu Donanımlar Teknik Komitesinin Oluşumu ve Görevlerine Dair Tebliğ
- İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Çalışan Temsilcisinin Nitelikleri ve Seçilme Usul ve Esaslarına İlişkin Tebliğ
- Kişisel Koruyucu Donanımlar Teknik Komitesinin Oluşumu ve Görevlerine Dair Tebliğ
- Kişisel Koruyucu Donanımların İthalat Denetimi Tebliği (Ürün Güvenliği ve Denetimi
- Kişisel Koruyucu Donanımlarla İlgili Uyumlaştırılmış Ulusal Standartlara Dair Tebliğ
- Kişisel Koruyucu Donanımların Kategorizasyon Rehberine Dair Tebliğ
- Kişisel Koruyucu Donanımların İthalat Denetimlerinin Dış Ticaret Veri Sistemi Üzerinden Yapılmasına Dair Dış Ticarette Standardizasyon Tebliği
- Bazı Kişisel Koruyucu Donanımların İthalat Denetimlerinin Dış Ticaret Veri Sistemi Üzerinden Yapılmasına Dair Dış Ticarette Standardizasyon Tebliği
- Kişisel Koruyucu Donanımların İthalat Denetimlerine Dair Dış Ticarette Standardizasyon Tebliğinde Değişiklik Yapılması Hakkında Tebliğ
- Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği Kapsamında Sistem Belgelendirme Konusunda Onaylanmış Kuruluş Olarak Türk Standartları Enstitüsünün Görevlendirilmesine Dair Tebliğ

- Universal Sertifikasyon ve Gözetim Hizmetleri Tic.Ltd.Şti.nin Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği Kapsamında Onaylanmış Kuruluş Olarak Görevlendirilmesine Dair Tebliğ
- Türk Standartları Enstitüsünün Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği Kapsamında Bulunan Ayak ve Bacak Koruyucuları Konusunda Onaylanmış Kuruluş Olarak Görevlendirilmesine Dair Tebliğ
- Kişisel Koruyucu Donanımlarla İlgili Uyumlaştırılmış Ulusal Standartlara Dair Tebliğ
- Kişisel Koruyucu Donanımların İthalat Denetimlerini Düzenleyen Dış Ticarette Standardizasyon Tebliği
- Kişisel Koruyucu Donanımlarla İlgili Onaylanmış Kuruluşların Görevlendirilmesine Dair Tebliğ
- Kişisel Koruyucu Donanımlarla İlgili Uyumlaştırılmış Ulusal Standartlara Dair Tebliğ
- Kişisel Koruyucu Donanımların Kategorizasyon Rehberine Dair Tebliğ
- 6331 Sayılı İSG Kanunu'ndaki İdari Para Cezaları
- Yıllara Göre Gemi Adamları İaşe Bedeli Tablosu
- Tozla Mücadele ile İlgili Uygulamalara İlişkin Tebliğ
- Büyük Endüstriyel Kazalarla İlgili Hazırlanacak Güvenlik Raporu Tebliği
- Büyük Kaza Önleme Politika Belgesi Tebliği

EK 2. ANKET FORMU

BÖLÜM 1- Demografik Değişkenler

1-Yaşınız: ……..
2- Cinsiyetiniz: Erkek ( ) Kadın ( )
3- Eğitim durumunuz: Sağlık Meslek Lisesi ( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( )
4- Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz? ……
5- Çalıştığınız hastane türü? Kamu ( ) Özel ( )
6- Bu hastanede kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....
7- Hangi birimde (klinikte) çalışıyorsunuz? Dahili Servisler ( ) Cerrahi Servisler ( ) Yoğun Bakım ( ) Ameliyathane ( ) Acil Servis ( ) Diğer (belirtiniz)……..
8- Bulunduğunuz birimde (klinikte) kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....
9- Bulunduğunuz birimdeki (klinikteki) göreviniz nedir? Klinik Hemşiresi ( ) Servis Sorumlu Hemşiresi ( ) Diğer (belirtiniz)……
10- Haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuz? .....
11- Çalışma şekliniz (saatleriniz) genel olarak nasıldır? Gündüz: 08.00-17.00 arası ( ) Gece: 16.00-08.00 arası ( ) 24 saat: 08.00-08.00 arası ( ) Gece – Gündüz Karışık ( )

BÖLÜM 2- İş Sağlığı ve Güvenliğinin Sağlanmasında Çalışan Yükümlülüğü

	1=Kesinlikle Katılmıyorum…, 5=Kesinlikle Katılıyorum					
1	İş sağlığı ve güvenliği açısından kendimin ve diğer çalışma arkadaşlarımın olumsuz etkilenmemesi için azami özeni gösteririm.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2	İşimi iş sağlığı ve güvenliği açısından hastane tarafından verilen talimatlar doğrultusunda yaparım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3	Hastanedeki makine, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde ve diğer araçları doğru şekilde kullanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	İş için sağlanan kişisel koruyucu donanımı (gözlük, maske, eldiven vb) doğru bir şekilde kullanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	Hastanede sağlık ve güvenlik açısından ciddi ve ani bir tehlike olduğunda hastane yönetimine derhal haber veririm.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	Hastanede, sağlık ve güvenliğin korunması için hastane yönetimi ile işbirliği yaparım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

7	Bir çalışan olarak hastanemizde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmalıyım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	İş sağlığı ve güvenliğini sağlama görevi sadece hastane yönetiminin değil, tüm çalışanların sorumluluğundadır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

BÖLÜM 3-İs Sağlığı Ve Güvenliğinizi Tehdit Eden Risk ve Tehlikeler ve Alınan Önlemler

Önlemler	**Evet**	**Hayır**
1- Çalıştığınız kurumda şiddeti önlemeye yönelik olarak yeterli güvenlik elamanı bulunmakta mıdır?		
2- Çalıştığınız alanda aydınlatma ve havalandırma yeterince sağlanmakta mıdır?		
3- Çalıştığınız alanda hasta mahremiyeti dikkate alınmak şartıyla gerekli alanlar kamara ile denetlemekte midir?		
4- Kurumunuz tarafından size hiç sağlık taraması (portör muayenesi) yapıldı mı?		
5- Çalışan güvenliği eğitimi aldınız mı?		
6- Hepatit B aşısı oldunuz mu?		

7- Aşağıda belirtilen koruyucu ekipman size ne sıklıkta sağlanmaktadır?

	Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra (Bazen)	Genellikle	Her zaman
Eldiven	1	2	3	4	5
Maske	1	2	3	4	5
Bone	1	2	3	4	5
Gözlük	1	2	3	4	5
Önlük	1	2	3	4	5

8- Size hiç meslek hastalığı teşhisi kondu mu? Evet ( ) Hayır ( ) Evet ise hangi hastalık (belirtiniz) ……..

9- Son *6 ay içinde* aşağıda belirtilen meslek ilişkili yaralanmalara / rahatsızlıklara hiç maruz kaldınız mı?

Yaralanma Tipi	**Evet**	**Hayır**
Uyku bozukluğu yaşama		
Boyun, bel, omuz veya kol ağrısı çekme		
Enjektör batması vakası yaşama		
Enfekte kesici-delici-batıcı cisim yaralanmasına maruz kalma		
Varis problemi yaşama		
Yüksek veya düşük tansiyon problemi yaşama		
Latex eldivenlerden dolayı deri ile ilgili sağlık problemi yaşama		
Yeme bozukluğu yaşama		
Sözel şiddete maruz kalma		
Psikolojik rahatsızlık yaşama		
Ergonomik nedenlerden dolayı yaralanma (kayma, çarpma, düşme vs.)		
Radyoaktif maddeye maruz kalma		
Ekip çalışması problemi yaşama		

Yüksek etkili dezenfektanlar nedeniyle solunum problemi yaşama		
Fiziksel şiddete maruz kalma		
Hepatit-B enfeksiyonuna maruz kalma		
Hepatit-C enfeksiyonuna maruz kalma		
Tıbbi gazların olumsuz etkilerine maruz kalma		
HIV enfeksiyonuna maruz kalma		
Kemoterapik ilaçların olumsuz etkilerine maruz kalma		
İşe bağlı tüberküloz geçirme		
Kimyasal yanığa maruz kalma		
Anestezik gazlardan dolayı sağlık problemi yaşama		
Diğer (belirtiniz)……..		

10- Yukarıda belirtilen meslek ilişkili yaralanma veya rahatsızlıklardan herhangi birine maruz kaldıysanız, bu durumu rapor ettiniz mi?

Evet rapor ettim ( ) Hayır rapor etmedim ( )

11- Son 1 yıl içinde meslek ilişkili yaralanmadan dolayı iş göremezlik raporu aldınız mı?

Evet (……gün) Hayır ( )

BÖLÜM 4- Evrensel Güvenlik Tedbirleri

	1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Zaman zaman, 4=Sıklıkla, 5=Her zaman					
1	Delici ve kesici cisimleri uygun atık kutusuna atarım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2	Kesici, delici veya batıcı aletleri kullanırken özellikle dikkatli olurum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3	Olası kontamine olmuş tüm tıbbi sarf malzemelerini tıbbi/enfekte atık kovasına atarım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	Hastadan kan alırken eldiven kullanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	Kan ve diğer vücut sıvılarına maruz kalma ihtimali olduğunda tek kullanımlık eldiven giyerim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	Kan veya vücut sıvılarıyla kontamine olma ihtimali olan bir alanda çalışırken bir şey yemem ve içmem.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7	Kanla kontamine olmuş iğnelerin kılıflarını tekrar yerine takmam.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	Tek kullanımlık eldivenleri çıkardıktan sonra ellerimi yıkarım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9	Hastanın tükürüğünün bulaştığı tüm materyallere, kontamine materyal gibi muamele ederim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10	Dökülen tüm kan ve diğer vücut sıvılarının derhal prosedüre uygun olarak temizlenmesini sağlarım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11	Hastalardan kan almak için kullanılmış olan iğneleri enjektörden asla elle çıkarmam.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12	Kan ve vücut sıvılarının sıçrama ve bulaşma ihtimali olduğu durumlarda koruyucu bir giysi giyerim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13	Göze bir şey sıçrama veya bulaşma ihtimali olduğu zamanlar, koruyucu gözlük kullanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14	Yüze kan ya da diğer vücut sıvıları sıçrama ihtimali olduğu zamanlar, maske kullanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

BÖLÜM 5- Psikolojik Güçlendirme Ölçeği

	1=Kesinlikle Katılmıyorum…, 7=Kesinlikle Katılıyorum					
1	Yaptığım iş benim için çok önemlidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2	İşimde yaptıklarım benim için kişisel olarak anlamlıdır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3	Yaptığım iş benim için anlamlıdır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	İşimi yapma yeteneğim konusunda kendimden eminim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	İşteki faaliyetleri yerine getirecek kapasitede olduğuma inanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	İşimi yapmak için gereken becerileri edindim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7	İşimi nasıl yapacağıma karar verirken önemli ölçüde yetkim var.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	İşimi nasıl yapacağıma dair kendi başıma karar verebilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9	İşimi nasıl yapacağıma dair önemli ölçüde bağımsızlık ve özgürlük olanağım var.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10	Çalıştığım bölümde olanlara etkim büyük	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11	Çalıştığım bölümde olanları büyük ölçüde ben kontrol ederim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12	Çalıştığım bölümde olanlar üzerinde önemli ölçüde hükmüm geçmektedir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

BÖLÜM 6- Çalışma Koşullarının Etkinliği Anketi

Mevcut İşinizde Aşağıdaki <u>Fırsatlara</u> Ne Düzeyde Sahipsiniz?	**Hiç**		**Biraz**		**Çok**
1. Zorlayıcı ama size katkı sağlayan iş.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Yeni bilgi ve beceriler edinme şansı.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. Tüm bilgi ve becerilerinizi kullandığınız görevler.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Mevcut İşinizde Aşağıdaki Konularda <u>Bilgiye</u> Ne Kadar Ulaşabiliyorsunuz?	**Hiç bilgim yok**		**Biraz bilgim var**		**Çok Bilgim var**
1. Hastanenin mevcut durumu.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Üst yönetimin değerleri.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. Üst yönetimin hedefleri.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Mevcut İşinizde Ne Kadar <u>Destek</u> Görebiliyorsunuz?	**Hiç**		**Biraz**		**Çok**
1. İyi yaptığınız şeyler hakkında spesifik bilgi(Takdir v.s).	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Geliştirebileceğiniz şeyler hakkında spesifik yorumlar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. Yardımcı ipuçları ve problem çözücü tavsiyeler.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Mevcut İşinizde <u>Kaynaklara</u> Ne Kadar Erişiminiz Var?	**Hiç**		**Biraz**		**Çok**
1. Gerekli evrak işlerini yapmak için yeterli zaman.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. İş gereklerini yerine getirmek için yeterli zaman.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. Gerektiğinde geçici yardım sağlama.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
İş Ortamımda / İşimde	**Hiç**				**Çok**
1. İşte yenilik/buluş karşılığı ödüller.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. İşimde esneklik miktarı.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. Kurum içerisinde iş ile ilgili aktivitelerimin görülebilirlik miktarı.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Mevcut İşinizde Bu Aktiviteler İçin Ne Kadar Fırsatınız Var?	**Hiç**				**Çok**
1. Hasta bakımı konusunda hekimler ile işbirliği.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Problemler ile ilgili yardımcı olmanız için meslektaşlar tarafından aranılmak.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. Problemler ile ilgili yardımcı olmanız için yöneticiler tarafından aranılmak.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4. Hekimler dışındaki diğer profesyonellerden görüşlerini alma (Fizyoterapist, Diyetisyen v.b).	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Genel Güçlendirme Alt Ölçeği	**Kesinlikle Katılmıyorum**				**Kesinlikle Katılıyorum**
Genelde, şimdiki iş çevrem işimi etkin bir şekilde yapma gücünü bana verir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Genelde, işyerimi güç sağlayıcı bir çevre olarak görürüm.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

EK 3. ORİJİNALLİK RAPORU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tarih: 16/05/2017

Tez Başlığı / Konusu: Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliğinin Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Etkisi: Hemşireler Üzerinde Bir Çalışma

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 161 sayfalık kısmına ilişkin, 16/05/2017 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 22'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
2- Kaynakça hariç
3- Alıntılar dâhil
4- 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orjinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

16.05.2017

Adı Soyadı: Ahmet YILDIZ
Öğrenci No: N12142590
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Programı: Sağlık Yönetimi
Statüsü: ☐ Y.Lisans ☒ Doktora ☐ Bütünleşik Dr.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Sıdıka Kaya

EK 4. ETİK KURUL İZNİ

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Genel Sekreterlik

Sayı : 76000869/ 433-124

16 Nisan 2015

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 06.04.2015 tarih ve 1681 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Doktora öğrencilerinden **Ahmet YILDIZ**'ın **Prof. Dr. Sıdıka KAYA** sorumluluğunda hazırladığı **" Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliğinin Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Etkisi"** konulu tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **14 Nisan 2015** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Ömer UĞUR
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek: Tutanak

Hacettepe Üniversitesi Genel Sekreterlik 06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1003 - 1004 • Faks: 0 (312) 310 5552
E-posta: yazimd@hacettepe.edu.tr • www.hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:
Yazı İşleri Müdürlüğü
0 (312) 305 1008

EK 5. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HASTANELERDEN ALINAN İZİNLER

BATMAN İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
07-04-2015 15:50 - 22125045 / 044 / 1376
00009511196

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 22125045/044
Konu : Anket İzni

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 27/03/2015 tarihli ve 35853172/28 sayılı yazı

İlgi yazıyla Hacetepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı doktora öğrencisi Araştırma Görevlisi Ahmet YILDIZ'ın "Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliğinin Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Etkisi" başlıklı doktora tezi kapsamında kullanılmak üzere hazırladığı anketin sağlık tesisinizde uygulanması tarafımızca uygun bulunmuş olup, söz konusu anketin uygulanması sırasında gerekli kolaylığın sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Mehmet Beşir ULUTAŞ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:
1- anket izni

Dağıtım:
Batman Bölge Devlet Hastanesi
Batman Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Şeyhmus PEYÇİ
V.H.K.İ.
İmzanın Aslı Elektronik İmzalıdır
08/04/2015

Şeyhmus PEYÇİ
V.H.K.İ.

Gültepe Mah. Eflatun Cad. No:1
U. SOYORAL(ferhat.soyoral@saglik.gov.tr)

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 52a07191-ea30-4b13-999e-4e216de67add kodu ile erişebilirsiniz.

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Sağlık İdaresi Bölümü

Sayı :91162869/29
Konu : Anket İzni

Tarih: 27.03.2015

İlgili Makam'a

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı doktora öğrencisi Araştırma Görevlisi Ahmet YILDIZ'ın, "*Hastanelerde İş sağlığı ve Güvenliğinin Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Etkisi*" başlıklı doktora tezi kapsamında kullanmak üzere hazırladığı anketi, Kurumunuz bünyesinde uygulayabilmesi hususunda gereğini bilgi ve müsaadelerinize arz/rica ederim.

Saygılarımla,

Prof Dr Sıdıka KAYA
Anabilim Dalı Başkanı
Bölüm Başkanı

07.04.2015

YAŞAM HASTANESİ
Dr.Cevzet DEMİRDAĞ
Mesul Müdür

Ek: 4 Sayfalık anket metni

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü 06800 Beytepe-ANARA
Telefon: (0312) 297 63 56-58 Faks: (0312) 297 63 59

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Sağlık İdaresi Bölümü

Sayı :91162869/29
Konu : Anket İzni

Tarih: 27.03.2015

İlgili Makam'a

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı doktora öğrencisi Araştırma Görevlisi Ahmet YILDIZ'ın, "*Hastanelerde İş sağlığı ve Güvenliğinin Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Etkisi*" başlıklı doktora tezi kapsamında kullanmak üzere hazırladığı anketi, Kurumunuz bünyesinde uygulayabilmesi hususunda gereğini bilgi ve müsaadelerinize arz/rica ederim.

Saygılarımla,

Prof Dr Sıdıka KAYA
Anabilim Dalı Başkanı
Bölüm Başkanı

8.04.2015

Ek: 4 Sayfalık anket metni

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü 06800 Beytepe-ANARA
Telefon: (0312) 297 63 56-58 Faks: (0312) 297 63 59

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Sağlık İdaresi Bölümü

Sayı :91162869/ 29
Konu : Anket İzni

Tarih: 27.03.2015

İlgili Makam'a

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı doktora öğrencisi Araştırma Görevlisi Ahmet YILDIZ'ın, "*Hastanelerde İş sağlığı ve Güvenliğinin Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Etkisi*" başlıklı doktora tezi kapsamında kullanmak üzere hazırladığı anketi, Kurumunuz bünyesinde uygulayabilmesi hususunda gereğini bilgi ve müsaadelerinize arz/rica ederim.

Saygılarımla,

Prof Dr Sıdıka KAYA
Anabilim Dalı Başkanı
Bölüm Başkanı

Uygundur
Dr. Tuncer Toklu
Hastane Direktörü

Ek: 4 Sayfalık anket metni

Onkoloji Hastanesi
Uzm. Dr. Tuncer TOKLU
Mesul Müdür Yardımcısı
Dip. No: 12496 Med. No: 12725002

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü 06800 Beytepe-ANARA
Telefon: (0312) 297 63 56-58 Faks: (0312) 297 63 59