T.C.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE HEMŞİRELİK HİZMETİ VERENLERİN PSİKOSOSYAL RİSKLERİNİN KOPENHAG PSİKOSOSYAL RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İLE İNCELENMESİ VE MENTAL İYİLİK DURUMU İLE İLİŞKİSİ

Dr. Gizem BİRDANE

İş Sağlığı Programı

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2022

T.C.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE HEMŞİRELİK HİZMETİ VERENLERİN PSİKOSOSYAL RİSKLERİNİN KOPENHAG PSİKOSOSYAL RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İLE İNCELENMESİ VE MENTAL İYİLİK DURUMU İLE İLİŞKİSİ

Dr. Gizem BİRDANE

İş Sağlığı Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Sibel KIRAN

ANKARA

2022

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELİK HİZMETİ VERENLERİN PSİKOSOSYAL RİSKLERİNİN KOPENHAG PSİKOSOSYAL RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İLE İNCELENMESİ VE MENTAL İYİLİK DURUMU İLE İLİŞKİSİ

Dr.Gizem BİRDANE

Danışman: Doç. Dr. Sibel KIRAN

Bu tez çalışması 05.01.2022 tarihinde jürimiz tarafından "İş sağlığı Doktora Programı"nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Prof.Dr. Ali Naci YILDIZ Hacettepe Üniversitesi
Üye:	Prof. Dr. Bahar GÜÇİZ DOĞAN Hacettepe Üniversitesi
Üye:	Prof. Dr. Birgül PİYAL Ankara Üniversitesi
Üye:	Prof. Dr. Meral SAYGUN Kırıkkale Üniversitesi
Üye:	Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ Hacettepe Üniversitesi

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) 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.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.[(1)]
- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir.[(2)]
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. [(3)]

26 /01/2022

Gizem BİRDANE

---

1 "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte** yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.**

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, Doç. Dr. Sibel KIRAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Dr. Gizem BİRDANE

TEŞEKKÜR

Çalışmamın yürütülmesi süresince bilgisini, desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Doç. Dr. Sibel KIRAN'a,

Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği kullanım izni, bilimsel katkıları ve değerlendirme önerileri için Prof. Dr. Yücel DEMİRAL ve Doç. Dr. Ceyda ŞAHAN'a,

Bilimsel katkı ve destekleri için değerli hocalarım Prof. Dr. Birgül PİYAL, Prof. Dr. Ali Naci YILDIZ, Prof. Dr. Bahar GÜÇİZ DOĞAN, Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ, Prof. Dr. Meral SAYGUN'a,

Araştırmamın verilerinin istatiksel açıdan değerlendirilmesinde destek ve yardımları için Dr. Hande KONŞUK ÜNLÜ'ye,

İş Sağlığı Doktorası yapmam için ilham veren, desteğini sakınmayan Prof. Dr. Seval AKGÜN'e,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve zaman ayıran tüm hemşirelere,

Destekleri için sevgili aileme,

Sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Gizem BİRDANE

ÖZET

Birdane G., Bir üniversite hastanesinde hemşirelik hizmeti verenlerin psikososyal risklerinin Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği ile incelenmesi ve mental iyilik durumu ile ilişkisi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı Programı Doktora Tezi, Ankara, 2022. Bu çalışmada, hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma yaşamı özellikleri, çalışma yaşamında psikososyal risk etkenlerine maruz kalımları ile mental iyilik durumları arasındaki ilişkilerin Mart-Mayıs 2019 tarihleri arasında değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Kesitsel tipte araştırmanın verileri, Ankara İli'nde bulunan bir vakıf üniversite hastanesinde çalışan 434 hemşireden oluşan araştırma grubunun kendi beyanları temelinde anket formlarına dayanmaktadır (gerçekleşme düzeyi %96,4). Çalışana ait sosyo-demografik özellikler, çalışma yaşamı özelliklerine ait değişkenler araştırmacı tarafından oluşturulan soru formları, psikososyal riskler KOPSOR-TR ve mental iyilik durumu ise GSA-12 ölçekleri kullanılarak incelenmiştir. Verilerin analizi istatistik yazılım programı kullanılarak bilgisayar ortamında, KOPSOR-TR güvenirliği ve bu grup özelinde doğrulayıcı faktör analizi ardından, araştırma değişken ilişkileri univariate, tabakalı, çok değişkenli modellemelerle incelenmiştir. En sık bildirilen psikososyal riskler iş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği (%60,1), üst amirden sosyal destek eksikliği (%59,0) ve rol çatışmasıdır (%52,8). Mental iyilik durumu için ortanca değer kestirim noktası alındığında çalışanların %43,1'inin mental iyilik durumunun ortancaya göre daha kötü, %56,9'unun ortancaya göre daha iyi olduğu saptanmıştır. İşle ilgili psikososyal risklere göre hemşirelerin mental iyilik durumu karşılaştırıldığında yüksek bilişsel talepler, nicel talepler, duygusal talepler, duygularını gizleme, iş-ev çatışması, rol çatışması, çalışma koşulları ile ilgili iş güvencesizliği, iş doyumu eksikliği ve tükenmişliği olanların ortanca üzeri GSA puanı sahip olduğu (mental iyilik durumu daha kötü) saptanmıştır. Mental iyilik durumu ile ilişkili olduğu saptanan psikososyal risk boyutları ve ilişkileri dikkate alınarak yürütülecek izlem çalışmalarına nedensellik ve önleme zemini sağlayabilir. KOPSOR-TR iş yerlerinde bir izlem aracı olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Genel Sağlık Anketi, Hemşirelik, İş Sağlığı ve Güvenliği, KOPSOR, Psikososyal Riskler

ABSTRACT

Birdane G., Assessment of psychosocial risk factors of employees of nursing in a university hospital with the Copenhagen Psychosocial Ouestionnaire and the association between mental wellbeing status Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Phd Thesis of Occupational Health Program, Ankara, 2022. In this study, it is aimed to evaluate associations among the work life characteristics of employees of nursing, their exposure to work related psychosocial risk factors and mental wellbeing status between the dates of March-May 2019. The data of this cross-sectional study was based on the self-reported survey forms of the research group consisting of 434 nurses working at a foundation university hospital in Ankara (availability %96,4). Sociodemographic characteristics of the employee, the variables of the working life characteristics were assessed using the questionnaires created by the researcher, the psychosocial risks were assessed using COPSOQ-TR and the mental wellbeing were assessed using the GSA-12 scales. Data analysis was performed by using statistical software program on computer, after COPSOQ-TR reliability and confirmatory factor analysis was evaluated for this group, the research variable associations were evaluated by univariate, stratified and multivariate models. The most frequently reported psychosocial risks are lack of social support from colleagues (%60,1), lack of social support from supervisor (%59,0) and role conflicts (%52,8). When the median value was used as the cut-off point for the mental wellbeing, it was determined that the mental wellbeing of %43,1 of the employees was worse than the median value and %56,9 of them were better than the median value. As the mental wellbeing status of the nurses are compared according to the work related psychosocial factors, it was established that the employees with higher cognitive demands, quantitative demands, emotional demands, demands for hiding emotions, work family conflict, role conflicts, insecurity over working conditions, job satisfaction and burnout had GSA score above the median value (worse mental wellbeing). Considering the psychosocial risk dimensions found to be associated with mental wellbeing status and their associations, it can provide casuality and prevention bases for the follow up studies. COPSOQ can be used as a monitoring tool in workplaces.

Key Words: General Health Questionnaire, Nursing, Occupational Health and Safety, COPSOQ, Psychosocial Factors

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI iii

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI iv

ETİK BEYAN SAYFASI v

TEŞEKKÜR vi

ÖZET vii

ABSTRACT viii

İÇİNDEKİLER ix

SİMGELER VE KISALTMALAR xiii

ŞEKİLLER xv

TABLOLAR xvi

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 4

2.1. Sağlık Hizmet Sunumu ve Üniversite Hastaneleri 4

2.2. Hemşirelik Mesleği Özellikleri ve İş Görev Tanımları 5

2.3. Hastanelerde Hemşirelik Hizmetleri 7

2.4. Hemşirelikte İş Sağlığı Güvenliği, Mesleki Riskler 9

2.5. Hemşirelerin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve Psikososyal Riskler 11

2.6. Çalışma Yaşamında Psikososyal Risk Kavramı ve Değerlendirilmesi 12

2.6.1. Psikososyal Risk Kavramı 12

2.6.2. Psikososyal Kuramsal Modeller 13

2.6.3. Çalışma Yaşamında Psikososyal Kuramsal Modellere göre Değerlendirme Araçları 19

2.6.4. Çalışma Yaşamında Psikososyal Risklerin KOPSOR-3 Ölçeği ile Değerlendirmesi 20

2.7. Çalışma Yaşamında Psikososyal Risklerin Yol Açtığı Sorunlar 22

2.7.1. Psikososyal Risklerin Yol Açtığı Örgütsel Sorunlar 22
2.7.2. Psikososyal Risklerin Yol Açtığı Fizyolojik Sorunlar 23
2.7.3. Psikososyal Risklerin Yol Açtığı Davranışsal Sorunlar 23
2.7.4. Psikososyal Risklerin Yol Açtığı Psikolojik Sorunlar 24
2.8. Mental Sağlık Durumu Değerlendirmesi 25
3. GEREÇ ve YÖNTEM 27
3.1. Araştırmanın Tipi 27
3.2. Araştırmanın Yeri 27
3.3. Araştırmanın Zamanı 27
3.4. Araştırmanın Evreni 28
3.5. Araştırmanın Değişkenleri 30
3.5.1. Bağımsız Değişkenler 30
3.5.2. Bağımlı Değişken 31
3.6. Araştırmanın Değişkenlerine ait Tanım ve Ölçütler 31
3.6.1. Sosyodemografik Özellikler ve Alışkanlıklarla İlgili Değişkenlere ait Tanım ve Ölçütler 31
3.6.2. Sağlık Durumu Özellikleriyle İlgili Değişkenlere ait Tanım ve Ölçütler 34
3.6.3.Hemşirelik Uygulamalarında Çalışma Koşulları ve İş Organizasyonuna ait Değişkenler ve Ölçütleri 37
3.6.4. Bağımlı Değişken ile İlgili Tanım ve Ölçütler 46
3.6.5. Lojistik Regresyon Analizi 47
3.7. Veri Araçlarının Ön Uygulaması 48
3.8. Araştırmanın İnsan Gücü 48
3.9. Araştırmanın Veri Toplama Araçları ve Uygulaması 48
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi 49
3.11. Araştırmanın Bütçesi 49
3.12. Etik Konular ve Kurumsal İzinler 49

3.13. Araştırmanın Kısıtlılıkları 50

4. BULGULAR 51

4.1. Araştırmanın Değişkenlerine ait Tanımlayıcı Bulgular 51

4.1.1. Hemşirelik Hizmeti Verenlerin Sosyodemografik Özellikleriyle İlgili Tanımlayıcı Bulgular 51

4.1.2. Hemşirelik Hizmeti Verenlerin Sağlık Durumu Özellikleriyle İlgili Tanımlayıcı Bulgular 54

4.1.3. Çalışanların Çalışma Yaşamı İlişkili Maruz Kalım Düşünceleriyle ilgili Bulgular 57

4.1.4. Çalışanların Çalışma Koşulları ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları 59

4.1.5. İşin Psikososyal Özellikleri ile İlgili Bulgular 64

4.1.6. Bağımlı Değişkene ait Tanımlayıcı Bulgular 73

4.2. Bağımsız Değişkenlerin Bağımlı Değişken ile Karşılaştırılmasına ait Bulgular 74

4.2.1. Sosyodemografik Özellikler ile Mental Sağlık Durumu İlişkisi 74

4.2.2. Bazı Alışkanlıklar ile Mental Sağlık Durumu İlişkisi 75

4.2.3. Sağlık Durumunun Mental Sağlık Durumu ile İlişkisi 76

4.2.4. Çalışma Yaşamı İlişkili Maruz Kalım Düşünceleri ile Mental Sağlık Durumu ile İlişkisi 80

4.2.5. Çalışma Yaşamı Özellikleri ile Mental Sağlık Durumu ile İlişkisi 82

4.2.6. İş kazası ve Kılpayı Kaza Geçirme Durumları ile Mental Sağlık Durumu ile İlişkisi 86

4.2.7. Psikososyal Risk Durumları ile Mental Sağlık Durumu ile İlişkisi 87

4.2.8. Mental Sağlık Durumunu Açıklamaya Yönelik Oluşturulan Modeller 97

5. TARTIŞMA 103

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER 115

7. KAYNAKLAR 119

8. EKLER

EK-1:Araştırmada kullanılan veri toplama formu

EK-2: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

EK-3: Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumdan Alınan İzinler

EK-4: Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği -3 (KOPSOR-3) Kullanım İzni

EK-5: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) İlgili Ofis Tablo Kullanım İzni

EK-6: Turnitin Dijital Makbuz Çıktısı ve Orjinallik Raporu İlk Sayfası

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EU OSHA	European Agency for Safety & Health at Work (Avrupa İş Sağlığı Güvenliği Ajansı)
FNBT	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin
GSA-12	Genel Sağlık Anketi-12
ILO	International Labour Organisation (Uluslararası Çalışma Örgütü)
ISCO	International Standart Classification of Occupations (Mesleklerin Uluslararası Standart Sınıflandırılması)
KOPSOR	Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği

NACE	Nomenclature statistique des Activités Économiques dans la Communauté Européenne (Avrupa Topluluğunda Ekonomik Faaliyetlerin İstatistiki Sınıflaması)
NIOSH	National İnstitute for Occupational Safety & Health (Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü)
PRIMA-EF	Psychosocial Risk Management Excellence Framework (Psikososyal Risk Yönetimi Mükemmellik Modeli)
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
VKİ	Vücut Kitle İndeksi

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	KOPSOR-TR boyutlarının tematik yapısı	21
3.1.	Araştırma akış şeması	29
4.1.	Mental sağlık durumu puanının yüksek olması ile ilgili olası değişken ilişkileri	96
4.2.	Mental sağlık durumu puanının yüksek olması ile lojistik regresyon analizi sonucu anlamlı farklılık saptanan grupların özet şematik gösterimi.	102

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
2.1.	İşle ilişkili psikososyal tehlikeler	15
3.1.	Araştırmanın zaman çizelgesi	28
3.2.	Kişisel özelliklerle ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı/ölçütleri, verinin tipi, incelenmesi ve sunulması (Ankara, 2019)	33
3.3.	Sağlık durumuyla ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı/ölçütleri, verinin tipi, incelenmesi ve sunulması (Ankara, 2019)	35
3.4.	Çalışma koşullarıyla ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı/ölçütleri, verinin tipi, incelenmesi ve sunulması (Ankara, 2019)	38
3.5.	İş kazası geçirme durumuyla ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı/ölçütleri, verinin tipi, incelenme ve sunulması (Ankara, 2019)	40
3.6.	İşle ilgili psikososyal özelliklerle ilgili değişkenlerin kaynağı, ölçütleri, ölçeğe ilişkin güvenilirlik analizi sonuçları, verinin incelenme ve sunulması (Ankara, 2019)	43
3.7.	KOPSOR-TR boyutlarının tanımları	44
4.1.	Hemşirelik hizmeti verenlerin sosyodemografik özellikleri (Ankara, 2019)	52
4.2.	Hemşirelik hizmeti verenlerin bazı alışkanlıklarına ait bulgular (Ankara, 2019)	53
4.3.	Hemşirelik hizmeti verenlerin doktor tanılı hastalıklarının dağılımı (Ankara, 2019)	54
4.4.	Hemşirelik hizmeti verenlerin araştırma dönemindeki sağlık yakınmaları dağılımı (Ankara, 2019)	55
4.5.	Hemşirelik hizmeti verenlerin kullandıkları ilaçların ve sağlık sorunu nedenli işe devamsızlıklarının dağılımı, sağlık sorunu nedenli devamsızlık gün sayısı değişkenine ait ortalama, yaygınlık ölçütleri (Ankara, 2019)	56

4.6.	Hemşirelik hizmeti verenlerin vücut kitle indeksi dağılımları (Ankara, 2019)	57
4.7.	Hemşirelik hizmeti verenlerin genel sağlık düşüncesi değişkenine ait ortalama, yaygınlık ölçütleri (Ankara, 2019)	57
4.8.	Hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma ortamında etkenlere maruz kalma durumu hakkındaki görüşleri ile ilgili dağılımlar (Ankara, 2019)	58
4.9.	Hemşirelik hizmeti verenlerin maruz kalındığı düşünülen etkenle ilişkili sağlık etkilenmesi düşüncelerinin dağılımları (Ankara, 2019)	58
4.10.	Hemşirelik hizmeti verenlerin çalıştıkları birim ve yöneticilik görevi ile ilgili özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2019)	59
4.11.	Hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma süre ve zamanları ile ilgili özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2019)	61
4.12.	Hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma süreleri ve iş geliriyle ilgili bazı değişkenlere ait ortalamalar ve yaygınlık ölçütleri (Ankara, 2019)	62
4.13.	Hemşirelik hizmeti verenlerin iş kazası dağılımları (Ankara, 2019)	63
4.14.	Hemşirelik hizmeti verenlerin kılpayı kaza dağılımları (Ankara, 2019)	63
4.15.	KOPSOR-TR boyutlarına göre aldıkları puanların dağılım özellikleri	64
4.16.	Talepler temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)	65
4.17.	Çalışılan birimlere göre talepler temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)	66
4.18.	Kişilerarası ilişkiler ve liderlik temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)	67
4.19.	Çalışılan birimlere göre kişilerarası ilişkiler ve liderlik temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)	68
4.20.	Etki ve gelişim temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)	70

4.21.	Çalışılan birimlere göre etki ve gelişim temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)	71
4.22.	Diğer parametrelere ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)	71
4.23.	Çalışılan birimlere göre diğer parametreler temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)	72
4.24.	Sonuçlar temasına ilişkin özelliklerin dağılımı (Ankara, 2019)	72
4.25.	Çalışılan birimlere göre sonuçlara ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)	73
4.26.	Hemşirelik hizmeti verenlerin mental sağlık durumu dağılımları, bağımlı değişkene ait ortalama, yaygınlık ölçütleri (Ankara, 2019)	73
4.27.	Hemşirelik hizmeti verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	75
4.28.	Hemşirelik hizmeti verenlerin bazı alışkanlıkları ile ilgili bulgularına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	76
4.29.	Hemşirelik hizmeti verenlerin doktor tanılı hastalığı olma durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	77
4.30.	Hemşirelik hizmeti verenlerin sağlık yakınması, ilaç kullanma ve sağlık sorunu nedenli devamsızlık durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	78
4.31.	Hemşirelik hizmeti verenlerin sağlık sorunu nedenli devamsızlık gün sayısı, sağlık düşünceleri ortalama değerlerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	79
4.32.	Hemşirelik hizmeti verenlerin vücut kitle indeksi değerlerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	79
4.33.	Hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma ortamında etkenlere maruz kalma durumu hakkındaki görüşlerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	81
4.34.	Hemşirelik hizmeti verenlerin maruz kalındığı düşünülen etkenle ilişkili sağlık etkilenmesi düşüncelerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	82
4.35.	Hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma yaşamı özelliklerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	84

4.36.	Hemşirelik hizmeti verenlerin aylık gelir ortalama değerlerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	85
4.37.	Hemşirelik hizmeti verenlerin iş kazası ve kılpayı kaza geçirme durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	86
4.38.	Talepler temasına ilişkin psikososyal risk durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	87
4.39.	Kişilerarası ilişkiler ve liderlik temasına ilişkin psikososyal risk durumlarına göre mental sağlık durumu Ankara,2019)	90
4.40.	Etki ve gelişim temasına ilişkin psikososyal risk durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	92
4.41.	Diğer parametrelere ilişkin psikososyal risk durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	92
4.42.	Sonuçlara ilişkin psikososyal risk durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)	93
4.43.	Değişken ilişkileri özet liste sunumu; tek değişkenli analizlerde mental sağlık durumu ile anlamlı ilişkisi saptanan değişkenler (4.28, 4.30, 4.33, 4.34, 4.35, 4.37, 4.38, 4.39, 4.41, 4.42 nolu tablolarda yer alan anlamlı ilişkiler özeti) (Ankara, 2019)	94
4.44.	Bazı sosyodemografik özellikler ve çalışma yaşamı özelliklerine göre mental sağlık durumunun iyi ya da kötü olma durumuna ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları (Ankara, 2019)	98
4.45.	KOPSOR-TR ölçeği boyutlarına göre mental sağlık durumunun iyi ya da kötü olma durumuna ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları (Ankara, 2019)	100
4.46.	Bazı sosyodemografik özellikler, çalışma yaşamı özellikleri ve KOPSOR-TR ölçeği boyutlarına göre mental sağlık durumunun iyi ya da kötü olma durumuna ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları (Ankara, 2019)	101

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Çalışma yaşamında psikososyal riskler, çalışanların fiziksel ve mental sağlığında ciddi bozulmalara neden olabildikleri, kurumlar ve toplum için önemli sonuçlara yol açabildikleri için iş sağlığı ve güvenliği açısından en büyük zorluklardan biri olarak kabul edilmektedir (1). Avrupa Birliği İşgücü Anketi 2007 yılı geçici modülüne göre 55,6 milyon işçinin zihinsel refahı olumsuz yönde etkileyen faktörlere maruz kaldığı belirtilmektedir (2). Bu doğrultuda birçok ülke psikososyal risklerin nasıl yönetileceği konusunda ulusal tavsiyeler belirlemiştir (2-4). Özellikle sağlık alanında artan iş çeşitliliği, iş gereksinimleri, teknoloji kullanımı gibi etmenler yanında, son yirmi yılda meydana gelen küresel salgınlar da farklı çalışma koşulları ve kendi özelinde katlanan psikososyal risklere ait yükü beraberinde getirmiştir (5, 6). Bununla birlikte, bu konuda artan değerlendirme ve izlem gereksinimleri gündeme gelmiştir (5, 6).

Farklı sektörler içinde sağlık alanında çalışanların, psikososyal risklere sıklıkla maruz kaldığı bilinmektedir (7). Bu bağlamda özellikle sağlık ekibi içinde çoğunluğu oluşturan ve hayati rolleri olan hemşireler; yüksek sorumluluk, iş talepleri, iş güvencesizliği ve aynı zamanda yüksek işe bağlılık gerektiren meslek grubunu oluşturmaları nedeniyle önem kazanmaktadır (8, 9).

Hemşirelerden beklenen çok sayıda ve çelişkili talepler iş organizasyonunda gözetilmediğinde, iş-görev dağılımı sürecindeki aksaklıklar sonucu ortaya çıkan rol çatışması, rol belirsizliği, aşırı iş yükü, kontrol eksikliği, ölümcül hastalarla ilgilenme, hasta bakımı ve tedavisiyle ilgili endişeler, vardiyalı çalışma, personel sıkıntısı ve kaynak yetersizliği literatürde yer verilen psikososyal risklerdendir (10).

Kişisel yaşam ve profesyonel yaşam arasındaki denge küreselleşme, yeni teknolojilerin kişisel hayata girmesi, işin doğasındaki değişiklikler, iş ve aileye ayrılan zaman arasındaki örtüşmelere bağlı olarak giderek daha endişe verici bir duruma gelmektedir (11). Bu sorun özellikle hemşirelik gibi yoğun çalışma saatleri veya programları olan, kadın çalışan ağırlıklı mesleklerde ön plana çıkmaktır (12). Hemşireler uygun hasta bakımı sağlamak için günün 24 saati vardiyalı

çalışmaktadırlar (13). Bununla birlikte çalışan kadınların birincil sorumluluklarının ev ve ailesi olarak görüldüğü toplumlarda, iş ve aile alanlarının dengelenmesi sorunu ile karşı karşıya kalmaktadırlar (14).

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamı ve koşulları ile ilgili özellikler, çalışma yaşamında sorun alanı olduğunda; fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkileri söz konusudur. Psikososyal risklere karşı ortak bir tepki stres olup, işe ilişkin stres, anlık dikkat dağılmasına, yargılamada hatalara ya da normal iş akışında başarısızlığa neden olarak iş kazası riskini artırabilmekte, ruhsal bozuklukların ve diğer fiziksel sorunların yanı sıra negatif başa çıkma davranışlarının gelişimine de katkıda bulunabilmektedir (15). Buna yönelik olarak hemşirelerde psikososyal riskler ve mental sağlık durumu ilişkilerini inceleyen sistematik derlemelerde, psikososyal risk faktörlerinden; iş yükü, iş talepleri, kontrol/etki eksikliği, liderlik tarzı, rol çatışmaları ve çaba-ödül dengesizliklerinin mental sağlık durumunun kötü olması ile ilişkili olduğu şeklinde değerlendirilmiştir (16-18). İş yerindeki psikososyal risklere sürekli maruz kalmaları, hemşirelerin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyerek, anksiyete, depresyon, tükenmişlik ve uyku sorunları gibi çeşitli mental sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (16, 19). Bu doğrultuda yapılan kapsamlı bir araştırmada, mental sağlık ilişkili sorunların mesleki insidansları incelendiğinde, 130 iş grubu içinde 27. ‘sinin hemşireler olduğu bildirilmiştir (20, 21).

Bu araştırmada, bir üniversite hastanesindeki hemşirelerin bazı sosyodemografik özellikleri, çalışma yaşamı özellikleri, çalışma yaşamında psikososyal etkenlere maruz kalma ve mental iyilik durumları değerlendirilerek ilişkileri incelenmektedir.

Araştırmanın Amaçları

Ankara İl merkezinde bir üniversite hastanesinde hemşirelik hizmeti verenlerin;

- Bazı sosyodemografik özellikleri, sağlık öyküsü ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi,
- Çalışma yaşamı ile ilgili temel özelliklerin belirlenmesi,

- Psikososyal risklerinin Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği-TR (KOPSOR-TR) ile incelenmesi,
- Genel sağlık anketine dayalı sağlık durumu (mental iyilik durumu) özelliklerinin tanımlanması,
- KOPSOR-TR ‘ye dayalı psikososyal risk boyutları ile genel sağlık anketine dayalı mental iyilik durumu ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Uzun Dönem Katkıları

- Hemşirelik hizmeti verenlerin psikososyal risk faktörlerinin değerlendirilerek, psikososyal çalışma koşullarının incelenmesine, izlenmesine ve iyileştirilmesine önemli katkılar sağlaması,
- İş yerinde risk faktörlerinin önceliklendirilmesi ile düzenleyici ve önleyici faaliyetlerin başlatılması için faydalı bilgiler sağlaması,
- Elde edilen sonuç ve önerilerin çalışma yaşamında farkındalığı artırması, çalışma modellerinde düzenlemelere yönelik yeni yaklaşımlara yol açması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmet Sunumu ve Üniversite Hastaneleri

Sağlık hizmetleri, "*Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*"de "*İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler"*diye tanımlanmaktadır (22, 23).

Türkiye'de 6356 sayılı Sendikalar Kanunu'na dayalı çıkarılan İşkolları Yönetmeliği'nde hastaneler, doktor muayehaneleri, klinikler gibi sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetler "*Sağlık işkolu"* başlığı altında ele alınmaktadır (24). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2019 yılı istatistiklerine göre, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane sayısı 895, üniversite hastane sayısı 68, özel hastane sayısı 575 olmak üzere toplamda 1538 hastane bulunmaktadır (25).

Hastaneler, çok sayıda ve çeşitli sağlık hizmetlerinin beraber sunulduğu, sağlık yakınması olanlar, yaralılar, sağlık durumunun kontrolünü isteyenlere ayaktan ya da yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinin verildiği yataklı tedavi kurumları şeklinde tanımlamaktadır (26, 27).

Hastaneler, büyüklüklerine (yatak kapasitelerine), bünyesinde verilen tedavi hizmetlerinin türüne(genel ve özel dal hastaneleri), hastaların hastanede kalış süresine, mali kaynakların türüne (mülkiyet türü) göre sınıflandırılabilmektedir (28). Eğitim statüsü bakımından ise eğitim hastaneleri ve eğitim amaçlı olmayan hastaneler olmak üzere ayrılmaktadır (26).

"*Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*" ile tıp fakültesi hastaneleri ve diğer eğitim ve araştırma hastaneleri eğitim, öğretim ve araştırma fonksiyonları bulunan, tıpta uzmanlık eğitimi verilen sağlık kurumları olarak tanımlanmıştır (26). Bu doğrultuda sağlık hizmetinin sunulduğu hastanelere eğitim ile araştırma rolü de eklenerek farklı bir kimlik kazandırılmıştır (29). Hastanelerde sağlık personelinin (sağlık teknikeri, hemşire vb.) uygulamaya yönelik eğitimleri de gerçekleştirilmektedir (26).

Bütün yapısal ve sistem özellikleri dikkate alındığında, hastaneler uluslararası sektör sınıflamasında 86.1 Nace kodu (Avrupa Topluluğunda Ekonomik Faaliyetlerin İstatistiki Sınıflaması) ile yer almaktadır (30). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'ya göre sağlık kuruluşlarında çalışanlar; doktorlar, diğer sağlık profesyonelleri (eczacı, diş hekimi vb.), ebe, hemşire, diğer sağlık personelleri (odyoloji, radyoloji teknsiyeni vb.) ve diğer alanlarda çalışanlar (güvenlik memuru, sekreter, bakım onarım vb.) olarak sınıflandırılmıştır (31, 32). Bu bağlamda hastanelerde, sağlıktan sorumlu doktor ve hemşirelerin yanı sıra bakım onarım, hasta danışmanlığı, yemekhane çalışanları gibi farklı iş grupları bir arada, birbirini destekleyen şekilde çalışmak durumundadır (33).

Türkiye sağlık sistemi içerisinde yer alan üniversite hastaneleri vakıf ve kamu olmak üzere 2 şekilde hizmet vermektedir (28). Üniversite hastaneleri diğer hastanelerin bünyesinde yer alan iş görev ve personel gruplarını içermektedir. Üniversite hastaneleri, en gelişmiş seviyede sağlık hizmetleri sağlayan kuruluşlardır (28). Üniversitelere ait tıp fakülteleri ve sağlık faaliyetleri ile ilgili bütün alanlarda üniversiteye bağlı enstitü, yüksekokul, fakülte vb. ile işbirliği içinde sağlık alanında araştırmalar yapma, kaliteli sağlık hizmeti sunumu çabası içinde işleyiş göstermektedirler. Bu bağlamda amaçları eğitim araştırma hizmeti sunumu ve sağlık hizmeti sunumu olmak üzere şekillendirilmiştir (28).

Üniversite hastaneleri, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'na göre araştırma merkezi kimliğinde yapılanmaktadır (34). Bununla birlikte üniversite hastanelerinin örgütsel yapısı, kendilerine ait işletme yönetmeliklerine göre farklılık gösterebilmektedir (28).

2.2. Hemşirelik Mesleği Özellikleri ve İş Görev Tanımları

Hemşirelik uygulama, eğitim ve yasal düzenlemeleri ile uluslararası tanınan meslek grupları arasında bulunmaktadır. ILO kapsamında hazırlanmış, ISCO-08 Mesleklerin Uluslararası Standart Sınıflandırılması'na (International Standart Classification of Occupations) göre gerçekleştirilen çalışmanın türüne dayalı olarak, hemşireler 2221 birim grubunda sınıflandırılmıştır (31). Bu sınıflamaya göre klinik, ameliyathane, eğitim, hemodiyaliz, enfeksiyon, kan bankası, poliklinik, rehabilitasyon, stoma ve yara bakım, sterilizasyon, yoğun bakım, acil, çocuk,

yenidoğan, kemoterapi, kan alma, nütrisyon, diyabet eğitim, başhemşire, halk sağlığı, meslek sağlığı, işyeri hemşiresi olarak ayrılmıştır. Farklı birim grup olarak 2222 ebelik ve 2240 paramedik uygulayıcılar oluşturulmuştur (31).

DSÖ'ye göre hemşirelik işlevleri "*Koruyucu, tedavi edici ya da rehabilite edici amaçlarla bireye, aileye ya da topluma hemşirelik bakım hizmetinin sunumu ve yönetimi, hastalar ya da hizmet sunulanlar ile sağlık bakımı personelinin eğitilmesi, sağlık bakım ekibinin etkin bir üyesi olarak çalışılması, eleştirel düşünce ve araştırmalar aracılığıyla hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesidir"*şeklinde belirtilmektedir (35).

Sağlık çalışanları içinde hemşirelik; eğitim düzeyi yüksek, kadın çalışan ağırlıklı, ekip çalışması dinamiklerini gerektirmesi yönlerinden dikkat çekmektedir ve Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre sağlık çalışanlarının sayı olarak çoğunluğunu oluşturmaktadır (36). Hemşirelik mesleği, sağlığı koruyucu, geliştirici ve hastalık halinde iyileştirici fonksiyonları yanında sağlık ekibi için eğitim faaliyetlerinin planlanması ve uygulamalarını da kapsamaktadır (37). Hemşirelik hizmetlerinde iş ve görev tanımları, eğitim, çalışılan alanlara göre yetki ve sorumluluklar kapsamında yasal düzenlemelerle belirlenmiştir.

Türkiye'de "*Hemşirelik Kanunu"*na göre hemşirelik ünvanı tanımı şu şekilde yapılmıştır: "*Üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire ünvanı verilmektedir"* (38).

Ayrıca "*Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*"ne göre ebeler şu şekilde tanımlanmaktadır: "*Ebeler, sağlık meslek okulu mezunu, doğum ve doğum kontrolü ile ilgili kendisine düşen görevleri yapabilecek yeteneklere sahip, gerekli kursları görmüş yardımcı sağlık personelidir"* (26).

Mevzuatta yer verilen, hemşirelik faaliyetlerinde görev alabilen diğer birimler olarak; Paramedik (acil tıp teknikeri), üniversitelere bağlı meslek yüksek okullarının iki yıl süreli önlisans düzeyinde programı, acil yardım teknisyeni (ATT) ise sağlık

meslek liselerinde ilgili bölümleri tamamlayan sağlık personelleri olup, sağlık kuruluşlarının acil servis ünitelerinde çalışabilmektedirler (39).

2.3. Hastanelerde Hemşirelik Hizmetleri

Hastanelerde hemşirelik hizmetleri yönetimi, hemşirelik bakımı verilmesinde mutlak tüm olanakları sunan, hastane politikalarına uygun yerine getirilmesine ilişkin eşgüdümlü faaliyetlerin yürütülmesini sağlamaktadır (40).

Türkiye'de hastanelerde hemşirelik yönetim basamaklarının tepesinde hemşirelik hizmetleri müdürü görev almaktadır (41). Hemşirelik hizmetleri müdürü, başhekimliğe karşı sorumlu olarak, hastanede hemşirelik faaliyetlerinin düzenli yürütülmesi ile ilgili önlemlerin alınmasını sağlamaktadır (26). Bununla birlikte hemşirelikle ilgili eğitim, yönetim çalışmalarını hastane müdürlüğü ile işbirliği içinde yürütmektedir (26).

Yönetimde görevli hemşirelerin lisansüstü, yönetim basamaklarında daha alt kademedeki sorumlu hemşirelerin lisans eğitim düzeylerinde olmasına önem verilmektedir (41). Yönetimde yer alan hemşirelerin, verilen hizmetlerin kalitesini yükseltmek, belirlenen bakım standartlarına uygunluğunu denetlemek, çalışanların kişisel ve mesleki gelişimine katkıda bulunmak, oluşan sorunların çözüm yollarını araştırmak gibi birçok görevleri bulunmaktadır (42).

Hemşirelik Hizmetlerinin iş ve görev özellikleri yürütüldüğü çalışma ortamları doğrultusunda belirlenmektedir. Bu doğrultuda, ameliyathane, servis başta olmak üzere hemşirelik faaliyetleri bulunan bölümlerde verilen hizmetlerin aksamaması amacıyla, Başhekimlik kararı ile ilgili birimden sorumlu hemşirelikler kurulabilmektedir (26). Bu yapılanma kapsamında ilgili iş ve görev tanımları kurumlar özelinde tanımlanabilmektedir. Örneğin;

Servis veya bölüm sorumlu hemşireleri, yönetim basamakları içinde alt düzey yönetici hemşire konumunda çalışmakta, hasta bakımıyla doğrudan ilgili hemşireler ile yönetim arasında bağlantı işlevi görmektedirler (43). Hastanede yer alan her bir servise özel olarak, hemşirelik ve diğer hizmetlilerin personel idaresi, hastalarla ilgili bakım, eğitim ve takipleri, ilaçlar ile malzemelerin tedarik, uygulama işlerini yönetmektedirler (26). Sorumlu hemşireler gece nöbeti tutmayarak, hafta tatillerini cumartesi, pazar günleri yapmaktadırlar (26).

Hastanede verilen servis hizmetleri, hastayla ilgili tedavi bakım işlerinin mümkün olan en kısa sürede planlanıp uygulandığı çeşitli meslek gruplarınca dayanışma içinde sürdürülen çalışmalardır. Bununla birlikte eğitim verilen hastanelerde servis içinde, günlük vizit saatlerinde hasta başlarında eğitim çalışmaları da sürdürülmektedir (26).

Servis hemşireleri**,** servislerindeki hastane hizmetlilerinin birinci derecede sorumlusu olarak, günlük çalışmalarında, hastaların genel durumunun kontrolü ile başlayan değerlendirme ve incelemeleri yapmaktadırlar. Bu incelemelerde hastaların derece, nabız, tansiyon, solunum sayısı gibi takipleri yer almaktadır (26). Diğer görevleri, hastaların tedavilerinin uygulanması, analiz için gerekli örneklerin hastalardan alınması ve bunların hemşire notuna zaman ve miktar belirterek kaydedilmesi, hasta yemeklerinin usulüne uygun verilmesi, hastalara moral verme, sağlık eğitimi konusunda bilgilendirme şeklindedir (26).

Acil Servis hemşireleri, hastanede 24 saat süre ile kesintisiz hizmet verilen acil servise başvuran hastaların hızlı bir şekilde öncelikleri belirleyip monitorizasyonunu (nabız, solunum, vücut ısısı, kan basıncı vb.) sağlarken, aynı zamanda değerlendirme verilerini yorumlayabilmektedir. Servise yatışına karar verilen ve ameliyat planlanan hastaların naklini gerçekleştirme, acil durumlarda hekimle iş birliği içinde, temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılma, hastaların hemşirelik bakımını planlayıp, uygulayıp, değerlendirme işlerini yapmaktadırlar. Bunlarla birlikte acil servis hemşiresi hasta ile yakınlarıyla olan iletişiminde psikososyal sorunlarına yönelik hizmet vermektedir (26, 41).

Yoğun bakımlar hastanelerde, sorumlu doktor, hemşire ve diğer sağlık hizmetlerince 24 saat sürekli takibi, gözetimi gereken kritik durumdaki hastaların bulunduğu birimlerdir. Bu ünitelerde yaşamsal parametreleri izleyen, gerekli durumlarda destekleyen karmaşık teknik aksanlar bulunmaktadır (26). Yoğun bakımda görevli hemşireler, sürekli gözetimleri altındaki hastalara, ileri düzeyde tedavi, bakım hizmetleri vermektedir. Bununla birlikte hasta ile yakınlarıyla terapötik iletişim içinde bulunmaktadır (26, 41).

Ameliyathane hemşiresi, ameliyathanelerde gerekli hemşirelik işlerini yürütmekte, ameliyat süresi boyu ekip içinde bulunmaktadır. İşlem sırasında steril alan içinde çalışmakta, ameliyat sırasında gerekli tüm malzeme, alet ve ilaçların hazır hale getirilmesini sağlamaktadır. Sağlık ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği içindeki ameliyathane hemşiresi, hastanın cerrahi sürecinin tüm basamaklarında bakımının planlanmasını, hastanın güvenliğinde gerekli bütün uygulamaları yapmaktadır (41).

Poliklinik hemşiresi, bulunduğu poliklinikte sorumluluk aldığı hasta için hemşirelik bakımı sağlamaktadır. Poliklinikler hastanelerde ayaktan ilk başvurunun yapıldığı, muayene, tanı için gerekli tetkikler vb. sağlık hizmetlerinin sağlandığı birimlerdir (26). Günlük hasta akışının yoğunluğu nedeniyle, muayene hizmeti başlama ve bitiş saatleri hastane başhekimliğince belirlenen saatler içerisinde kesintisiz olarak sürdürülmektedir. Bununla birlikte polikliniklerde tatil günleriyle, günlük mesai haricinde hizmet verilebilmektedir (26).

2.4. Hemşirelikte İş Sağlığı Güvenliği, Mesleki Riskler

İş sağlığı ve güvenliği, öngörmeyi, tanımayı, değerlendirmeyi ve iş yerinde veya iş yerinden kaynaklanan çalışanların sağlığına ve refahına zarar verebilecek tehlikeleri kontrol etmeyi içermektedir (44). İş sağlığı, çalışanın fiziksel, sosyal ve mental iyilik durumlarının en üst seviyeye çıkarılmasını ve sürdürülmesini, çalışma yaşamından kaynaklanan tehlike ve risklerden korunmasını, işin insanlara, insanların da işlerine adaptasyonunu hedeflemektedir (44).

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamı çok tehlikeli mesleki ortamlardan biri olarak kabul edilmektedir. İş yeri tehlike sınıflarının listelendiği 26.12.2012 tarihli 28509 sayılı Tebliği'de Nace kodlarıyla bütün işletmeler tehlike sınıfları açısından; az tehlikeli (yemek hizmetleri, perakende ticareti, eğitim faaliyetleri vb.), tehlikeli (mobilya, ev aletleri imalatı vb.), çok tehlikeli (hastaneler, inşaat sektörü, madencilik vb.) olmak üzere 3 sınıfa ayrılmıştır (45). Buna göre vakıf üniversite hastaneleri Sağlık hizmetleri kapsamında 86.10.13 Nace kodu "*Özel sağlık kurumları tarafından verilen insan sağlığına yönelik yataklı hastane hizmetleri (özel veya vakıf üniversite hastaneleri dahil)"* ile, çok tehlikeli iş yeri sınıfında yer almaktadır (45).

Hastaneler birçok farklı sağlık hizmetinin sunulduğu, kapsamlı teknik yapısıyla, farklı iş gruplarının birlikte hizmet verdiği işletmelerdir. Hemşireler görev almış oldukları farklı alanlar nedeniyle farklı şekillerde tehlike ve risklerle karşılaşabilmektedirler. Sağlık hizmeti ortamında bulunan tehlikeler arasında biyolojik (virüsler, bakteriler vb.), kimyasal (glutaraldehit, sitotoksik ilaçlar vb.), ergonomik (aşırı efor, düşme, ağır kaldırma vb.), fiziksel (radyasyon, gürültü vb.) ve psikososyal (vardiyalı çalışma, aşırı iş yükü, şiddet, stres vb.) tehlikeler sayılmaktadır. Bu tehlikelere maruz kalma olasılığı genellikle hemşirelik ve sağlık bakımı için artan talepler, zayıf ergonomi ve uygunsuz personel ve vardiya kalıpları sonucu artmaktadır (46-48).

Bu nedenle, güvenli ve sağlıklı bir hastane ortamı tanımlanmaya çalışıldığında, ilk tanım, NIOSH (Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü) tarafından önerilmiştir. Bu tanımda hastanelerde güvenli çalışma ortamı, işin yürütümüne ilişkin ortaya çıkan, sağlığı olumsuz etkileyen tehlike, risklerin ve neden oldukları meslek hastalıkları, iş kazalarının engellenmesi durumu şeklinde tanımlanmıştır (49). Bu tanım, iş sağlığı ve güvenliğinin önleyici yaklaşımı ile üzerinde durulması gereken temel konulardan birinin iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi olduğunu göstermektedir.

CDC (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri), sağlık alanında çalışanlarda ölümcül olmayan mesleki yaralanma ve hastalık vakalarının, herhangi bir endüstri sektöründeki çalışanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir. İğne batmaları, kesiler ve benzeri yaralanmalar sağlık çalışanlarında en sık saptanan iş kazaları olarak görülmektedir. CDC verilerine göre hastane çalışanlarında her yıl yaklaşık 385 bin iğne ucu ve diğer kesici delici alet yaralanması olmaktadır (50). Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) 2019 yılı verilerine bakıldığında; sağlık alanındaki hizmetler sebebiyle 13,773 (4,471 erkek, 9,302 kadın çalışan olmak üzere) iş kazası, 4 adet meslek hastalığı tanısının kayıtlarda yer aldığı, ölüm vakasının bildirilmediği görülmektedir (51).

2.5. Hemşirelerin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve Psikososyal Riskler

Hemşireler, iş yükü, çalışılan saatler, personel ve kaynak sıkıntısı, rol belirsizlikleri, hasta ve hasta yakınları ile iletişim güçlüğü, çalışma koşullarından kaynaklanan çeşitli zorlanma ve engel durumları yaşayabilmektedirler (52).

Hastanelerde özellikle yoğun bakım ve servislerde çalışan hemşireler, uzmanlaşmış ve son derece spesifik hemşirelik bakımı gerektiren akut ve/veya kronik sağlık sorunları olan hastalarla ilgilenmektedirler. Bununla birlikte, hemşireler, rollerini belirli özelliklerin bir arada bulunduğu bir bağlamda yerine getirmektedirler, bunlar; (a) savunmasız kişilerle doğrudan çalışma; (b) görevleri ve olası hataların sonuçları konusunda yüksek düzeyde sorumluluk; (c) öngörülemeyen olaylarla, ıstırap, acı ve ölümle yüzleşme ihtiyacı; (d) tıbbi teşhis sonrası ortaya çıkan eylemlere ilişkin kritik muhakemenin geliştirilmesi; (e) ilgilendikleri hastaların aileleriyle etkileşim kurmak ve (f) iş ve kişisel yaşamları arasında bir denge sağlamak olarak sayılabilmektedir (53).

Hemşireler için psikososyal açıdan risk oluşturan diğer çalışma faktörleri; çalıştığı kurumun örgütsel özellikleri, sürekli ve yüksek zihinsel talepler, rutin performans sorunları, yetersiz sayıda insan kaynağı, gece ve vardiya çalışmasıdır (53). Hemşirelik rolünün, yöneticiler, diğer tıbbı ve idari personel tarafından dayatılan çoklu ve çelişkili taleplerle ilişkili olması, aşırı iş yüküne ve muhtemel rol çatışmalarına yol açmaktadır (10). Bununla birlikte hemşireler uygun hasta bakımı sağlamak için günün 24 saati vardiyalı çalışmaktadırlar. Gece çalışmasını da içeren vardiyalı çalışma biçimi, çeşitli doğal süreçlerin bozulmasına neden olmakta, yorgunluk, uyanıklık ve performansta düşme ve çeşitli hastalıkların oluşmasına zemin hazırlamaktadır (13). Bunun yanında vardiya usulu çalışan hemşireler, vardiyalı çalışmanın aile hayatı, sosyal ve boş zamanlar üzerindeki etkileriyle baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Çalışma vardiyaları genellikle aile ve sosyal etkinlikler için ayrılan zamanla çatışmakta, bu yöndeki ilişkilerini kısıtlamaktadır (54).

2.6. Çalışma Yaşamında Psikososyal Risk Kavramı ve Değerlendirilmesi

2.6.1. Psikososyal Risk Kavramı

Çalışma yaşamında teknolojinin gelişimi, sanayi alanındaki iyileşmeler ve artan rekabet koşulları ile işveren ve yöneticilerin çalışanlardan artan beklentileri sonucu iş organizasyonu ve yönetimi konularında önemli değişiklikler iş sağlığı güvenliği açısından yeni zorlukları beraberinde getirmiştir (16). Bu değişiklikler, kimyasal, fiziksel ve biyolojik risklerin yanı sıra işin tasarlanma ve yönetim şekli ve sosyoekonomik bağlamlarıyla ilişkili gittikçe artan yeni psikososyal risklerin ortaya çıkmasına yol açmıştır (55). Geçtiğimiz yüzyılda, dünyanın birçok ülkesinde meslek hastalıkları ve iş sağlığı ve güvenliği risklerinin önlenmesine yönelik; Avrupa Birliği direktifleri, ILO sözleşmeleri, ulusal mevzuat gibi yasal düzenlemeler doğrultusunda politikalar oluşturulmuştur (56). Avrupa Birliği'nin 1989 yılında yürürlüğe giren 89/391/EEC sayılı Konsey Direktifi'nde diğer riskler için olduğu gibi psikososyal riskler için de önleme politikası geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (57). Bununla birlikte 2010 yılında revize edilen ILO Meslek Hastalıkları Listesi'ne ilk kez psikolojik rahatsızlıklar eklenmiştir (58).

Psikososyal tehlikeler; "*İş tasarımının, iş örgütlenmesinin ve yönetiminin ve işin gerçekleştirildiği toplumsal ve çevresel koşulların psikolojik, toplumsal ve fiziksel zarara yol açma potansiyeli"* olarak tanımlanmıştır (59).

ILO'ya göre psikososyal riskler ise ; "*İş doyumu, iş örgütlenmesi ve yönetimi, çevresel ve örgütsel koşullar ile işçilerin uzmanlığı ve gereksinimleri arasındaki etkileşim'den"* kaynaklanmaktır (60). Bu tanım çok sayıda olası stres faktörünü kapsamaktadır, işe bağlı stres bunlar arasında sayılmaktır. İş stresi, çalışma ortamında farklı iş stres faktörleri veya uyaranların etkisiyle oluşan psikolojik zorlanmalar veya olumsuz psikofizyolojik tepkileri ifade etmektedir (61). DSÖ'ye göre iş talepleri ve baskıları çalışanın bilgi, beceri ve gereksinimleriyle eşleşmediğinde ve çalışanın başa çıkma yeteneklerini zorladığında iş stresi oluşmaktadır (62). Bununla ilgili olarak sağlık psikolojisi, endüstriyel/örgütsel psikoloji ve iş sağlığı olmak üzere farklı uygulamalı disiplinleri kapsayan iş sağlığı psikolojisi, çalışanlarda sağlık sorunlarının gelişmesine katkıda bulunan işyerlerinin psikososyal özelliklerini ortaya çıkarmakta ve iş verimliliğini olumsuz etkilemeden

çalışan sağlığına fayda sağlayacak iş yeri değişikliklerinin etkili yollarından da bahsetmektedir (63).

Psikososyal risklerin önemi, birçok ülkede farkı işyerlerinde yapılan çalışmalarda ortaya çıkmaktadır. Sistematik incelemelerde işe bağlı stres, kardiyovasküler hastalıklar, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve depresyon ile ilişkili bulunmuş ve yüksek iş talepleri, düşük kontrol, çaba ödül dengesizliğinin mental ve fiziksel sağlık sorunları için risk faktörü olduğu saptanmıştır (16). Bu bağlamda, özellikle Avrupa'da psikososyal riskler ve bu risklerin çalışan sağlığı ve güvenliği ve örgütsel etkilerinin değerlendirmesi için modeller önerilmiş ve uygulanmıştır (16).

2.6.2. Psikososyal Kuramsal Modeller

Psikososyal risk etmenlerini ve sonuçlarını açıklamak için araştırmacılar tarafından farklı modeller geliştirilmiştir (64). Bu teorik modellerden yaygın kullanımı olan, Karasek tarafından geliştirilen "iş talebi – iş kontrolü" modelinde, psikososyal çalışma ortamı; işin talepleri ile bireyin kontrolü arasındaki etkileşim temelinde iki boyutta tanımlanmaktadır. Psikolojik talepler, bir bireyin bir görevi tamamlaması için ortaya çıkan taleplerdir. Öte yandan, kontrol, bireyin iş yükünü etkileyebileceği veya görevi tamamlamayı kolaylaştıracak beceriye sahip olduğu derecedir. Bu modele göre, yüksek iş talebi ile birlikte düşük kontrol olması iş stresine dolayısıyla olumsuz sağlık sonuçlarına yol açmaktadır (65). İş hayatının sosyal sürecinin kavramsallaştırılması ile talep-kontrol modeli, sosyal destek ile üçüncü bir boyut içerecek şekilde genişletilmiştir. Sosyal destek, iş yerinde sosyal etkileşimlerin düzeyi ve kalitesi olarak tanımlanmıştır (66). Diğer bir etkili model, Çaba-ödül uyumsuzluk modelinin teorik temeli, daha az stresli bir çalışma ortamının çabalar ve ödüller arasında adil bir dengeye bağlı olduğu sosyal karşılıklılığa dayanmaktadır. Çaba, iş talepleri ve gerekliliklerini ifade ederken, ödül ücret, itibar ve iş güvencesinden oluşmaktadır. Ödül yapısı büyük ölçüde iş istikrarına, yüksek düzeyde performansa verilen terfi olasılığına ve yapılan işe uygun bir maaşa bağlı bulunmaktadır. Bununla birlikte, çalışanların iş yerinde saygınlığı ve iş arkadaşları ile uyumlu bir ilişki içinde hissetmeleri önemli olmaktadır (67). Çaba-ödül uyumsuzluk modelinde bireye özgü içsel etkenler, dışsal etkenlerle ile birlikte değerlendirilmektedir. Dışsal etken, iş yerinde çaba ve ödül arasındaki dengesizliği

ifade ederken, içsel etken, kontrol ihtiyacını ve onaylanma arzusunu yansıtan bireysel bir faktör olan kendini işe adama durumundan oluşmaktadır (67). İşteki çabalar ve ödüller açısından uyumsuz karşılıklılık stres tepkilerini ortaya çıkarmaktadır (64, 67).

Bu iki model gibi psikososyal çalışma ortamını değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan birçok model yirmi yıldan uzun bir süre önce geliştirilmiştir. Bu nedenle, bu modellerin psikososyal çalışma ortamının çalışanlarla ilgili ve önemli olan tüm yönlerini hala yakalabildiği açık değildir (68).

DSÖ ve EU-OSHA (Avrupa İş Sağlığı Güvenliği Ajansı), işyerlerinde psikososyal risklerin belirlenip, önüne geçilmesine yönelik programlar geliştirmişlerdir (69). PRIMA EF (Psychosocial Risk Management Excellence Framework) bu çalışmalardan bir tanesi olup, DSÖ katılımı ile, Nottingham Üniversitesi'ndeki Çalışma, Sağlık ve Organizasyonlar Enstisüsü öncülüğünde, iş yerinde psikososyal riskler yönetimine yönelik bir program başlatılmıştır (70). Programın ilk çalışmalarında, işle ilişkili psikososyal tehlikeler belirlenip, on başlık altında incelenmiştir (70) (Tablo 2.1.).

Tablo 2.1. İşle İlişkili Psikososyal Tehlikeler *

Psikososyal Tehlikeler	
İş içeriği	Çeşitlilik eksikliği, anlamsızlık, yeteneklerinin altında çalışma, yüksek belirsizlik
İş yükü & çalışma temposu	Çok veya az iş yükü altında çalışma, zaman baskısı
Çalışma programı	Vardiya çalışması, uzun çalışma saatleri, esnekliği olmayan, öngörülemeyen çalışma programı
Kontrol	İş yükü, hızı vb. üzerinde kontrol eksikliği, kararlara düşük katılım
Çevre & ekipman	Uygun olmayan ekipman, aşırı gürültü, zayıf aydınlatma, alan yetersizliği gibi çalışma ortamı koşulları
İşyerindeki rol	Rolde netlik olmaması, rollerin çatışması, kişilere karşı sorumluluk
İşyerinde kişilerarası ilişkiler	İzolasyon, üstlerle zayıf ilişkiler, kişilerarası anlaşmazlık, eksik sosyal destek, şiddet
Kurum kültürü	İletişim zayıflığı, problem çözme ve kişisel gelişimde destek eksikliği, kurum hedeflerinin net olmayışı
Kariyer gelişimi	Kariyer belirisizliği ve durağanlığı, az veya çok terfi, düşük ücret, iş güvencesizliği, işte düşük sosyal değer
Ev iş ilişkisi	İş ev arası çatışan talepler, iki yönlü destek eksikliği

* Dünya Sağlık Örgütü ilgili ofisi izniyle (Bkz. EK-5) Leka ve Cox (70)'dan alınmıştır.

İşin İçeriği

İşin içeriğinde; görev çeşitliliğinin olmaması, işin anlamsızlığı, vasıfların yetersiz kullanılması (rol yetersizliği), belirsizlik gibi tehlikeli olan pek çok boyut yer almaktadır (70). Yapılan çalışmalar, bu durumlar ile çalışan sağlığı arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Monoton çalışmaların sonuçları üzerine yapılan bir incelemede, tekrarlayan monoton çalışmaya maruz kalmanın, çalışanlarda can sıkıntısı deneyimi ile ve buna bağlı olarak depresyon, endişe ve genel anlamda zayıf psikolojik sağlıkla ilişkili olduğu bulunmuştur (71). Bu psikolojik etkilere ek olarak, kas-iskelet sistemi ağrıları gibi fizyolojik ve madde bağımlılığı gibi davranışsal bozukluklardan bahsedilmiştir (72).

İş Yükü ve İş Temposu

İş yükü, niteliksel (işin zorluğu) ve niceliksel iş yükü (sınırlı bir süre içinde tamamlanması gereken iş miktarı) olarak iki boyutta değerlendirilebilmektedir (73). Mesleki stres alanında iş yükü, stres ilişkili hastalık veya yaralanmaların gelişimine katkıda bulunabilecek bir dizi heterojen psikososyal risklerden biri olan iş talebini ifade etmektedir (74). Literatüre göre de iş yükü, stres deneyimi ile ilişkilendirilmiştir (72). Bu konuda yapılan bir araştırmada yüksek stres ve stresle ilişkili hastalıkları bildiren çalışanlarda iş yükü ve son teslim tarihi ile ilgili sorunları bildirme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (75).

Kontrol

İşyerinde karar verme yetkisi ve kontrol, iş organizasyonun önemli yönleri arasında sayılmaktadır. Karar yetkisi ve kontrol, çalışanların işlerini etkileyen konularda karar alma süreçlerine dahil olması ölçüsünde yansıtılmaktadır (72). Literatürde iş kontrolü ve iş talepleri arasındaki karşılıklı ilişkiler ve bunların sağlık durumu ve stres gelişimi üzerine etkileşimleri tanımlanmıştır. Bu konuda yapılan araştırmalarda kontrol eksikliğinin, stres düzeyleri, sağlık davranışları, olumsuz sağlık sonuçlarını belirleyen temel bağımsız bir değişken olduğu gösterilmiştir (76). Bununla birlikte düşük iş kontrol düzeyi, kaygı, depresyon ve kardiyovasküler semptomların insidansında artışla ilişkili bulunmuştur (16).

İş Programları

İş programları ile ilgili en sık incelenen etkenler arasında vardiya usulu çalışma ve uzun çalışma saatleri yer almaktadır (70). Vardiya usulu çalışmada günlük iş programı 24 saat içinde sürelere bölünüp, bu saatler düzenli aralıklarla değiştirilmektedir (77). Bu çalışma düzeninde biyolojik sirkadyen ritmin tersine çevrilmesindeki zorluklar, kısa kalitesiz uyku düzeni, bozulan iş ev dengesi çalışanlarda stres riskinin artışına neden olmaktadır (16).

Araştırmalarda, en etkin çalışma sürelerinin haftada en fazla 45 saat günde 7,5 saat olduğu saptanmıştır. Uygun planlamalar oluşturulmadan, sosyal ihtiyaçlarını gözetmeksizin çalışanlardan ek mesai talep edilmesi durumlarında, dinlenme zamanı ve iş için ayrılan süre arasındaki denge bozulup, çalışanlarda olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilmektedir (78).

Çevre & Ekipman

Çalışam ortamında, uygun olmayan kişisel koruyucu donanım, alan yetersizliği, zayıf aydınlatma ve aşırı gürültü gibi çeşitli fiziksel özellikler psikososyal tehlike olarak tanımlanmıştır (72). Bununla ilgili olarak Avrupa Çalışma Koşulları Anketi (2007) sonuçlarına göre yüksek düzeyde fiziksel riske maruz kalan çalışanların, yaptıkları iş nedeniyle sağlıklarının olumsuz etkilendiğini bildirme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (79).

İşyerindeki Görev

Rol belirsizliği ve rol çatışması ile birlikte, organizasyondaki rol sorunları ile ilişkili, diğer insanlar (örneğin astlar, müşteriler, hastalar) için sorumluluk almak başka bir etken olarak belirlenmiştir (2). Rol çatışması, çalışanın kendinin dahil olduğu çelişkili rol beklentilerini eş zamanlı karşılayamadığı durumdur (73). Bu durum çalışandan kendi değerleriyle çelişen ya da aynı anda birbiriyle uyumsuz çeşitli rolleri üstlenmesi istendiğinde oluşmaktadır (2). İşyerinde rolün belirsiz oluşunda ise, çalışan işiyle ilgili yetki, görev ve sorumluluklarını tam olarak bilmemektedir (2). Rol netliği yüksek olduğunda beklenen sorumluluklar, roller ve davranışlar hakkında açık ve erişilebilir bilgiler vardır. Rollerin doğru bir şekilde

tanımlanması, amirlerin ve iş arkadaşlarının desteğine izin vererek, çalışanın hangi görevleri, kiminle, ne zaman, hangi nedenle yapması gerektiğini anlamasına yardımcı olmaktadır (80). Macaristan'da sağlık çalışanları arasında tükenmişlik, rol çatışması ve iş doyumu arasındaki ilişkileri inceleyen bir çalışmada rol çatışmasının duygusal tükenme ve duyarsızlaşmaya etken bir faktör olduğu gösterilmiştir (81). Rol netliği ve devamsızlık ilişkisinin incelendiği başka bir çalışmada, çalışanın rolünün belli olmadığı durumlarda devamsızlık davranışının üç kat yüksek olduğu saptanmıştır (82).

Kurum Kültürü

Kurum kültürünün çalışanlar tarafından stresli olarak deneyimlenebilen ve zarar verme potansiyeline sahip çeşitli yönleri bulunup, bunlar arasında özellikle zayıf iletişim, zayıf liderlik ve örgütsel hedeflerde tanım veya anlaşma eksikliği sayılmaktadır (72). Genel olarak organizasyon, işlev ve kültürün, çalışanlar üzerindeki etkisinin büyük bir bölümü, yöneticilerin davranışları aracığıyla iletilmektedir. Bununla ilgili olarak, hemşirelerin tükenmişlik düzeyini belirlemek üzerine yapılan bir çalışmada etkili liderlik, daha düşük tükenmişlik seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur (83). Hemşirelerin iş doyumu üzerine yapılan bir meta-analiz çalışmada ise, üstleri ve iş arkadaşlarıyla yüksek iletişim seviyesinin, artmış iş doyumu ile ilgili olduğu gösterilmiştir (84).

İşyerinde Kişisel İlişkiler

Çalışanlar arasındaki ikili ilişkilerin zayıf olmasının sonuçları, sosyal ya da fiziksel dışa kapanıklık, sosyal desteğin olmayışı, kişilerarası anlaşmazlıklar olarak sıralanabilmektedir (72). Destek eksikliği; üstlerinden sosyal destek eksikliği, iş arkadaşlarından destek eksikliği, tanınırlık ve geri bildirim eksikliği gibi çeşitli şekillerde olabilmektedir (2). Sosyal destek, amirler (denetim desteği) ya da akranlar (iş arkadaşlarının sosyal desteği) tarafından sağlanabilmekte, teknik (görevlerin nasıl yapılacağına dair tavsiye vb.) ve duygusal (etkilerini azaltmak için olumsuz deneyimleri paylaşmak vb.) olmak üzere 2 tür destek şekli olarak ayırt edilmektedir (85). Bu konuda yapılan çalışmalar, işteki düşük sosyal destek ile depresyon riskinin ilişki olduğunu göstermektedir (86). İşyerinde kişisel ilişkilere ilişkin farklı bir

psikososyal etken olarak iş yerinde şiddete maruz kalmanın psikolojik, fiziksel sağlığa zarar verebileceği yönünde güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Nitekim, mesleki şiddet yüksek stres düzeyleri de ilişkili bulunmuştur (16).

Kariyer Gelişimi

Kariyer gelişimi ile ilgili riskler arasında, yetersiz ya da yüksek düzeyde terfi, düşük ücret, iş güvencesinin olmaması ve çalışmak için düşük sosyal değer gibi kariyer belirsizliğine işaret eden durumlar yer almaktadır (70). İngiltere'de sağlık hizmetinde çalışan hemşirelerin işi bırakma niyetlerini inceleyen bir çalışmada terfi ve eğitim fırsatlarının iş doyumu üzerinde ücretten daha güçlü bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir (87).

İş ve İş Dışı Yaşam Etkileşimi

İş, aile alanlarından gelen rol baskıları bazı açılardan karşılıklı uyumsuz olup, çatışabilmektedir. İş ev arası çatışmanın iş yerinde stres algıları üzerinde etkisi bulunmaktadır. Bununla birlikte çalışanlar, iş ve kişisel yaşamlarını dengeleyemedikleri zaman yaşadıkları stres, çeşitli rahatsızlıklara yol açabilmektedir (88).

2.6.3. Çalışma Yaşamında Psikososyal Kuramsal Modellere göre Değerlendirme Araçları

İşyerindeki psikososyal risklerin, risk değerlendirmesi yoluyla sistematik olarak incelenmesi, çalışma ortamındaki sorunları ve belirlenen sorunların ciddiyetini belirlemektedir. Kapsamlı bir risk değerlendirmesi, sadece bireye ve kuruma zarar verme potansiyeli olan sorunları tanımlamakla kalmamaktadır. Aynı zamanda çalışma ortamının olumlu yönlerini de ortaya çıkarmasıyla sağlıklı sürdürebilir işyerlerini teşvik etmektedir (70). Psikososyal riskleri değerlendirmek için çok sayıda değerlendirme aracı bulunmaktadır. Bu ölçekler arasında Kopenhag psikososyal risk değerlendirme ölçeği (KOPSOR), iş stresi ölçeği ve çaba ödül dengesizliği ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması yapılmıştır (89-91). KOPSOR ulusal ve uluslararası karşılaştırmaları mümkün kılan, kapsamlı bir değerlendirme aracıdır.

2.6.4. Çalışma Yaşamında Psikososyal Risklerin KOPSOR-3 Ölçeği ile Değerlendirmesi

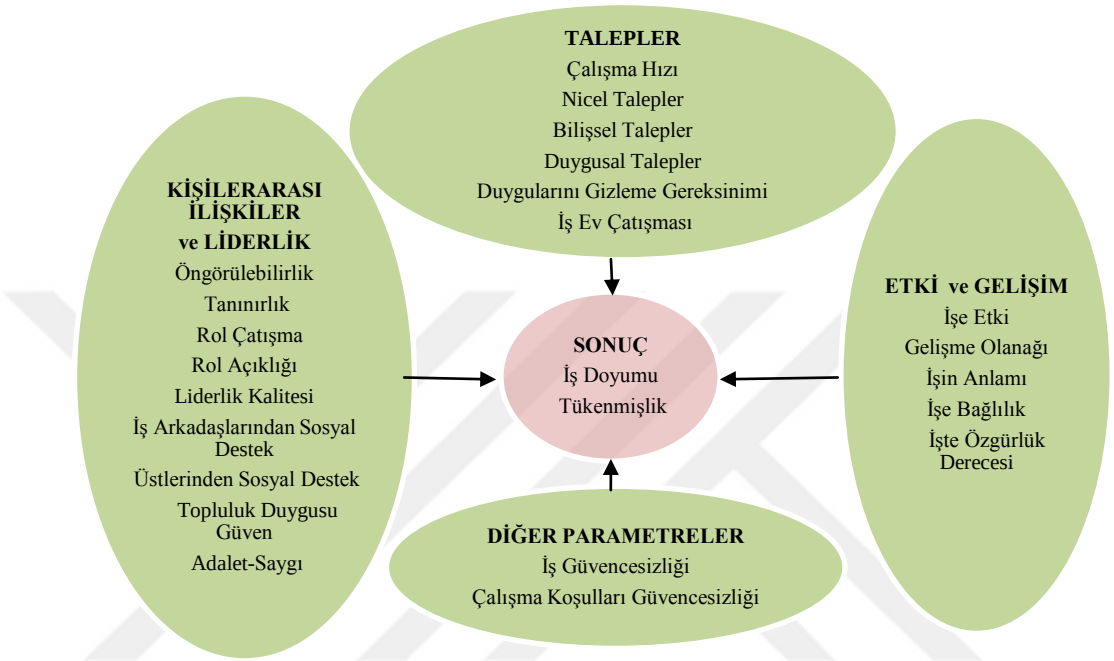
"*Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği, psikososyal risklere teorik bir bakış sağlanması, çalışanlar ve işverenlerin bu konuya yönelmeleri, yeni bir dil geliştirmeleri, uzun dönemde araştırmacılar ve işyerleri arasında bir köprü oluşturulması ve iş yerinde psikososyal risklerin yasal bir zemine oturtulmasını sağlamaktadır. Bunun yanında temel olarak birçok çalışanın çalışma koşullarını geliştiren ve işyerlerinin verimliliğini artırmak için kullanılan bir araçtır"* (89).

KOPSOR-3, psikososyal çalışma ortamını, psikososyal boyutları geniş bir açıdan yakalayarak değerlendiren daha yeni geliştirilmiş ölçeklerden biridir.
Kavramsal olarak çalışma yaşamındaki en etkili psikososyal teorilerin ana boyutlarını içermekle birlikte önceki araçlarda göz ardı edilen duygusal talepler, rol açıklığı gibi diğer teoriler ve yönleri de kapsamaktadır (92, 93).

Psikososyal riskler ile ilgili araştırmalar yapılmaya devam ettikçe, işin anlamı, duygusal talepler, öngörülebilirlik, rol açıklığı, rol çatışmaları, işe bağlılık gibi yeni risk faktörlerinin de etkili olduğu bulunmuştur. KOPSOR'un yayınlanması ile birlikte bu yeni boyutlar birbirinden bağımsız riskler olarak tanımlanmıştır (93). KOPSOR, iş yerinde talepler, iş organizasyonu ile işin içeriği, kişilerarası ilişkiler ve liderlik, iş ve bireysel hayat arayüzü, sosyal sermaye, saldırgan davranışlar, sağlık ve refah gibi geniş etki alanları karşılamaktadır (94).

İlk defa 2000 yılında T.S. Kristensen ve V. Borg tarafından geliştirilen KOPSOR-1 iş sağlığı psikolojisindeki yedi psikososyal risk teorisinin ana boyutlarının çoğunluğunu içermekteydi (93, 95). İlerleyen süreçte çalışma yaşamındaki eğilimlere, teorik kavramlara ve uluslararası deneyime yanıt olarak yeni bir üçüncü versiyonu (KOPSOR-3) geliştirilmiştir (94). KOPSOR-3'ün standart, kısa ve uzun olmak üzere birbirini kapsayan 3 sürümü bulunmaktadır. Tüm sürümlere ileriye dönük ve uluslararası karşılaştırmaları sağlaması amacıyla ''core'' soruların dahil edilmesi zorunludur (94). Ölçeğin tüm boyut ve sorularını içeren uzun sürümüdür (94). Türkçe'ye uyarlanan, 88 madde ve 25 boyuttan oluşan KOPSOR-TR ölçeği standart sürümün tüm sorularını, uzun sürümden sorular ve KOPSOR-2'de yer alan bir soruyu içermektedir (96).

KOPSOR-TR ölçeğinin içerdiği 25 boyut; talepler, kişilerarası ilişkiler ve liderlik, etki ve gelişim, diğer parametreler ve sonuçlar olmak üzere beş tema altında incelenmektedir (96) (Şekil 2.1.).



Şekil 2. 1. KOPSOR-TR boyutlarının tematik yapısı

(Şahan ve Demiral (96)'dan alınmıştır.)

2.7. Çalışma Yaşamında Psikososyal Risklerin Yol Açtığı Sorunlar

Psikososyal risklerin her biri psikolojik veya fiziksel zarara yol açabilecek, iş tasarımı ve yönetimi ile sosyal ve kurumsal bağlamlarının bir sonucudur. Psikososyal risklere karşı ortak bir tepki stres olup, işe ilişkin stres, anlık dikkat dağılmasına, yargılamada hatalara ya da normal iş akışında başarısızlığa neden olarak iş kazası riskini artırabilmekte, ruhsal bozuklukların ve diğer fiziksel sorunların yanı sıra negatif başa çıkma davranışlarının gelişimine de katkıda bulunabilmektedir (15).
Buradan yola çıkarak, çalışanları olumsuz etkileyen psikososyal risklerin oluşturduğu durumlara karşı gösterilen tepkilerin bir ürünü olarak örgütsel, fizyolojik, davranışsal, psikolojik sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

2.7.1. Psikososyal Risklerin Yol Açtığı Örgütsel Sorunlar

Yönetici ve çalışanların örgüt içinde devamlı olarak psikososyal risklerden kaynaklanan olumsuz durumlara maruz kalmaları, verimliliğin ve üretimin düşmesine, yöneticiler arasında uyumsuzluk oluşmasına dolayısıyla çalışanlarda tatminsizlik ve moral kaybına neden olabilmektedir. Bunların devamı olarak işe devamsızlık, personel devrinde artış, iş kazaları gibi durumlar ortaya çıkabileceği için örgütün verimliliği üzerinde olumsuz etkileri olduğu söylenebilmektedir (97, 98).

Psikososyal risklerin yol açtığı örgütsel sorunları dört başlık altında toplamak mümkündür:

a. Performans Düşüklüğü: Araştırmalar, iş stresi ile performans arasındaki ilişkinin belirli bir seviyeye kadar doğrusal olduğunu ortaya koymaktadır. Stresin belli bir noktaya kadar performans üzerinde olumlu etkisi olmakta, ancak bu seviye geçildikten sonra, olumsuz yönde etkilemeye başlamaktadır (99).

b. İşe Devamsızlık: İşyerinden kaynaklanan psikososyal risklerin ortaya çıkardığı olumsuz sonuçların, çalışanın işten soğuması ve tatmin olmaması gibi etkileri olduğu bilinmektedir. Stres yaşayan çalışanlar, buna sebep olan durumlardan uzaklaşma isteğiyle, işe gecikme, izin alma, hasta olmadığı halde rapor alma gibi yöntemlere başvurabilmektedirler (100).

c. Personel Devir Hızı: Çalışan beklentilerinin örgüt tarafından tam olarak karşılanmaması, çalışma şartlarının ağır olması ve benzeri diğer nedenler sonucunda stres ortaya çıkabilmektedir. Bu durum, kişinin işteki performansının azalmasına neden olabileceği gibi kişinin yeni bir iş arayışına başlamasına ve işten ayrılmasına neden olabilmektedir (100). Personel devrinin optimum seviyede tutulabildiği örgütlerde hedeflere ulaşmak daha kolay olmaktadır (101).

d. İş Kazaları: Psikososyal risklerin sebep olduğu dikkatsizlik, odaklanamama gibi fizyolojik ve psikolojik etkenlerle beraber iş görmeye çalışma, çalışanın iş kazası geçirme ihtimalini artırmaktadır. İş kazaları sadece olaya maruz kalan çalışanı değil çalışma arkadaşlarını ve iş yerini de tehlikeye atmaktadır (101).

2.7.2. Psikososyal Risklerin Yol Açtığı Fizyolojik Sorunlar

Stres; uzun süre devam etmesi durumunda fiziksel pek çok hastalığın ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (72). Stresin neden olduğu fizyolojik etkiler; yüksek tansiyon, çarpıntı, baş dönmesi, yorgunluk hali, titremeler, sindirim sistemi sorunları, baş ve boyun ağrıları, hormonal düzensizlikler, iştah kaybı veya aşırı yemek olarak ortaya çıkmaktadır (102). Literatürde psikososyal riskler ve kas-iskelet sistemi bozuklukları arasındaki ilişkileri inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Konuyla ilgili sistematik bir incelemede, monoton çalışma, yüksek iş yükü ve zaman baskısının kas-iskelet semptomları ile pozitif korelasyon içinde olduğu bulunmuştur (103). Yine birçok çalışmada, iş stresinin kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (2). Çalışma ortamındaki olumsuz psikososyal özellikler ile koroner kalp hastalığı riski arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada düşük iş kontrolünün, koroner kalp hastalığının gelişmesine katkıda bulunduğu bulunmuştur (104).

2.7.3. Psikososyal Risklerin Yol Açtığı Davranışsal Sorunlar

Bireylerin davranışlarını etkileyen stres, yemek yeme alışkanlıklarının değişmesi, karar vermede zorlanma ve konsantrasyon güçlüğü gibi bir takım davranış değişikliklerine neden olmaktadır. Stres altındaki kişiler, etkenleri ve uyaranları unutturma özelliğinden dolayı sigara, alkol veya uyuşturucuya başvurabilmektedirler. Bu maddeler, kaygı seviyesini düşüren etkilere sahip olup, dikkat edilmezse belli bir

süre sonra bağımlılık yapmaktadırlar (105). Bir diğer problem olan strese bağlı gelişen uykusuzlukta, vücutta fizyolojik olarak kaslarda gerilim artmakta ve bu da beynin uyanık kalmasını sağlamaktadır. Bu şekilde meydana gelen uykusuzluk uzun süre devam ederse, farklı hastalıklara neden olmaktadır (106). Yapılan çalışmalarda iş stresi, artan alkol kullanımı, uyku bozuklukları ve yemek yeme bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (107-109).

2.7.4. Psikososyal Risklerin Yol Açtığı Psikolojik Sorunlar

Psikososyal riskler, zayıf iş tasarımı, organizasyonu ve yönetiminin yanı sıra iş yerindeki zayıf sosyal ilişkilerden kaynaklanmakta ve işle ilgili stres, kaygı, tükenmişlik veya depresyon gibi olumsuz psikolojik sonuçlara neden olabilmektedir (98, 110).

-İş stresi; stres, olumsuz koşullara duygusal (örn. anksiyete, depresyon), bilişsel (örn. zayıf konsantrasyon), davranışsal (örn. alkol kullanımının artması) ve fiziksel (örn. kan basıncı, baş ağrısı) tepkilerin bir modelidir ve yüksek düzeyde uyarılma, sıkıntı ve baş edememe duyguları ile karakterizedir (111). İşle ilgili stresin Avrupa Birliği'nin 15 ülkesindeki en az 40 milyon işçiyi olumsuz etkilediği tahmin edilmektedir (111). Ampirik çalışmalarda, iş stresi ile depresyon ve anksiyete gibi yaygın mental sağlık bozuklukları ilişkili bulunmuştur (112).

-Depresyon; genel toplumda ve iş yerinde görülen en yaygın zihinsel bozukluklar arasında sayılmaktadır. Üzüntü, durgunluk, güçsüzlük, zayıflık ve odaklanamama gibi belirtileri vardır. Bu belirtiler doğrultusunda hayata ilgi azalmakta ve birey günlük aktivitelerini bile yapamaz hale gelmektedir (113).

-Kaygı (Anksiyete); genel bir kuruntu, korku halidir. Birey içeriği belli olmayan ama sezinlenen tehlike karşısında bunalıma düşmekte ve endişe duymaya başlamaktadır (114). Kaygı bozukluğu olan kişilerin kendilerine has ve tekrarlayan, mantıksız, gerçekçi olmayan, güçten düşürücü olarak tanımlanan korkuları olmaktadır. Şiddetli kaygı, bireyin yeni bilgileri anlama, faaliyetleri planlama veya karmaşık görevleri üstlenme yeteneğini olumsuz yönde etkilemektedir (115).

Uzun süreli strese maruz kalmanın bir sonucu da tükenmişlik olabilmektedir (113).

-Tükenmişlik; iş hayatında görülen başarısızlık, yıpranma, istek ve enerjinin azalması ile bireyin tatmin edilmeyen isteklerinin neden olduğu yükten dolayı, iç kaynaklarında görülen tükenme hali olarak tanımlanmaktadır (116). Tükenmişlik ile ilgili yapılan çalışmalarda, hizmet sektöründe yaşanan tükenmişliğin performans düşüklüğü, işi bırakma ve devamsızlığa neden olduğundan bahsedilmektedir(117).

2.8. Mental Sağlık Durumu Değerlendirmesi

Mental sağlık, DSÖ tarafından sağlanan "Sadece hastalığın yokluğu değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik durumu" sağlık tanımına önemli bir unsur olarak dahil edilmiştir (118). Bu tanım, fiziksel, mental ve sosyal sağlığı bir araya getiren bütüncül bir yaklaşıma odaklanmaktadır. İki ana fikirle ilgilidir; akıl sağlığı olmadan sağlık olmaz ve sağlık sadece hastalığın olmaması değildir. Mental sağlık, bireyin kişisel yeteneklerini fark ettiği, yaşamın stres faktörleriyle baş edebildiği, üretken olabildiği ve topluma katkıda bulunduğu bir iyilik hali olarak kavramsallaştırılmıştır (119, 120).

Mental sağlık çok çeşitli duygu, düşünce ve davranışları içermektedir. İyi bir akıl sağlığı ile bireyler kendilerini iyi hissedip, makul miktarda stresi tolere edebilmekte, değişen koşullara adapte olabilmekte, başarılı kişisel ilişkiler kurabilmekte ve yeteneklerine uygun çalışmaktadırlar (113).

Mental sağlığın işle ilgili belirleyicileri, fiziksel ve psikososyal çalışma ortamı içinde yer almaktadır (121). Mental sağlığı etkileyebilecek iş yerindeki psikososyal riskler ise ağır iş yükü, kontrol eksikliği, uygun olmayan iş rolleri, zayıf kişilerarası ilişkiler ve kariyer beklentileri ve gelişim eksikliği gibi iş organizasyonu, tasarım ve yönetiminin özelliklerini içermektedir (70).

Çalışanlarda depresyon, kaygı, iş stresi gibi mental sağlık sorunları yaygın olup, bireyleri, ailelerini ve iş arkadaşlarını ve daha geniş toplulukları etkilemektedir. Buna ek olarak, devamsızlık, azalmış verimlilik ve artan maliyetler sonucu işyerleri üzerinde doğrudan etkiye sahip olmaktadırlar ki bu sorunların erkenden saptanması, ileride meydana gelebilecek daha ciddi problemlerin önlenmesi yönünde önem arz etmektedir (113). Bu nedenle, birincil koruma olarak çalışma ortamında risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ve kişilerin hasta olmalarının engellenmesini,

ikincil olarak da erken tanı ve tedaviyi önceleyen yaklaşımda tarama testlerinin önemi ortaya çıkmaktadır (122).

Mental sağlık durumunu değerlendirmek, özellikle birinci basamak sağlık hizmetinde veya psikiyatri dışı klinik ortamlarda ruhsal bir rahatsızlığı saptamak amacıyla, Goldberg ve Blackwell'in geliştirdiği, "*Genel Sağlık Anketi-12"*, kısa ve uygulaması kolay bir ölçme aracı olarak çok sayıda çalışmada kullanılmıştır (123-125).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Ankara'da yer alan Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde yapılmıştır. Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi, 1982 yılında *"Türkiye Organ Nakli ve Yanık Tedavi Merkezi Vakfı"* olarak başlayan sağlık çalışmalarının temelinde ileri düzeyde tanı ve tedavi olanağı sağlayan 70 adet yoğun bakım dahil 340 yatak kapasiteli, görüntüleme üniteleri, ameliyathaneler, laboratuvarlara sahip olarak hizmet veren bir merkezdir. Aynı zamanda 1994 yılından başlayarak tıpta uzmanlık, tıp eğitimi, hemşirelik ve diğer sağlıkla ilgili programlarda eğitim öğretim faaliyetleri bünyesinde sürdürülmektedir.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmaya ait veri elde etme aşaması, Mart-Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya ait iş-zaman çizelgesi Tablo 3.1.'de görülmektedir.

Tablo 3.1. İş Zaman Çizelgesi

	Ocak-Mayıs 2018	**Haziran 2018-Ocak 2019**	**Mart-Mayıs 2019**	**Haziran 2019-Şubat 2020**	**Mart 2020-Eylül 2020**	**Ekim 2020-Ağustos 2021**	**Eylül 2021**	**Ocak 2022**
Literatür tarama		X	X	X	**Covid 19 pandemisi nedeniyle ara verilmiştir.**			
Planlama	X	X						
Etik kurul başvurusu, İzinler		X						
Katılımcılarla ön görüşme		X						
Anketlerin uygulanması			X					
Veri toplama			X					
Verilerin girişi			X					
Değerlendirme, analizler			X	X		X		
Yazım işleri			X	X		X	X	
Sunum, sınav								X

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, Ankara İli'nde yer alan bir üniversite hastanesinde hemşirelik hizmeti veren 450 çalışandır. Araştırmada örnek seçilmeyerek, evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır. Katılımcıların tümüne farklı günlerde en az üç kez gidilerek ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihte görev yapan toplam 450 çalışanın %2,0'ı (n=9) çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir, %1,3'üne (n=6) farklı günlerde en az üç kez aranmalarına rağmen ulaşılamamıştır, %0,20'si (n=1) çalışmaya katılmayı kabul etmiş ancak anket sorularını boş bıraktığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırma tarihleri içinde toplam 450 hemşirelik hizmeti veren çalışanın %96,4'üne (434 kişi) ulaşılmıştır.

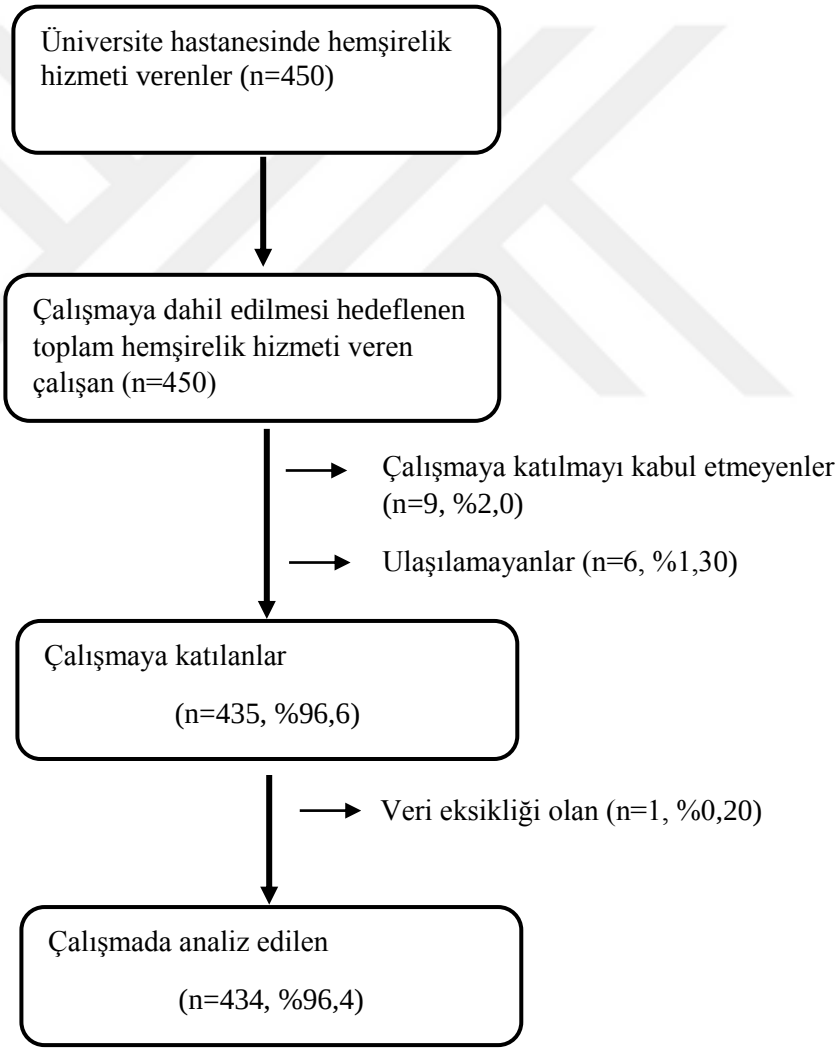
Dahil edilme kriterleri

- Araştırmanın yürütüldüğü ilgili üniversite hastanesinde Mart 2019-Mayıs 2019 döneminde aktif hemşirelik hizmeti veren çalışan olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Dışlama kriterleri

- Uygulanan ankette veri eksikliği olanlar

Araştırmaya ait akış şeması Şekil 3. 1.'de özet olarak sunulmuştur.



Şekil 3. 1. Araştırma akış şeması

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımsız Değişkenler

Çalışanların sosyo-demografik özellikleri ve alışkanlıklarıyla ilgili değişkenler:

- ✓ Cinsiyet
- ✓ Yaş
- ✓ Medeni durum
- ✓ Çocuk sayısı
- ✓ Eğitim durumu
- ✓ Mesleği
- ✓ Sigara içme durumu, bağımlılık
- ✓ Düzenli alkollü içecek tüketim durumu

Çalışanların sağlık durumu özellikleri ile ilgili değişkenler:

- ✓ Doktor tanılı hastalığı olma durumu ve hastalığı
- ✓ Sağlık yakınması olma durumu ve yakınmalar
- ✓ Vücut kitle indeksi (VKİ)
- ✓ Sürekli kullanılan ilaç olma durumu
- ✓ Sağlık sorunu nedenli işe devamsızlık durumu
- ✓ Genel sağlık düşüncesi ([1-en kötü, 10-en iyi])
- ✓ Çalışma ortamında bazı etkenlere maruz kalma düşüncesi ([0-hayır, 3-yüksek])
- ✓ Etkenlere maruz kalma ile sağlığın etkilenmesi düşüncesi

Çalışma ortamı ve koşulları ile ilgili değişkenler:

- ✓ Çalışılan birim
- ✓ Yöneticilik görevi olması ve yönetilen kişi sayısı
- ✓ Toplam çalışma yılı
- ✓ Bu iş yerindeki çalışma yılı
- ✓ Haftalık toplam çalışma saati
- ✓ Fazla çalışma saati

- ✓ Nöbet sayısı (aylık)
- ✓ İşten elde edilen aylık
- ✓ İş kazası geçirme öyküsü ve son bir yıl içindeki sayısı
- ✓ Kılpayı kaza geçirme öyküsü, son bir ay içindeki sayısı
- ✓ İşle ilgili psikososyal özellikler: Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutları

3.5.2. Bağımlı Değişken

Genel Sağlık Anketi'nin 12 soru içeren formuyla oluşturulan puana dayalı mental iyilik durumu incelenmiştir. İlgili ölçek özellikleri tanım ve ölçütlerde sunulmuştur.

3.6. Araştırmanın Değişkenlerine ait Tanım ve Ölçütler

3.6.1. Sosyo-demografik Özellikler ve Alışkanlıklarla İlgili Değişkenlere ait Tanım ve Ölçütler

Cinsiyet: Erkek ve kadın cinsiyet dağılımı incelenip, sıklık olarak sunulmuştur.

Yaş: Çalışanın beyanına dayalı doğum tarihine göre yaşı hesaplanmıştır**.** 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 ve ≥45 olacak şekilde yaş aralıkları gruplanarak dağılımları sunulmuştur. Karşılaştırmalarda, ortanca değere göre 26 yaşın üstü ve altı olmak üzere iki grupta incelenmiştir.

Medeni durum: Bekar, evli, dul (eşi ölmüş), boşanmış (eşinden ayrılmış) olarak tanımlayıcı yüzde dağılımları sunulmuş, karşılaştırmalarda evli değil ve evli olmak üzere iki grupta incelenmiştir.

Çocuk sayısı: Çalışanın beyanına dayalı, çocuğunun olup olmama durumu, varsa çocuk sayısı incelenmiştir.

Öğrenim durumu: Mezun olunan son okul temel alınmıştır**.** Karşılaştırmalarda lise/ ön lisans ve lisans/ lisans üzeri şeklinde ayrı iki grup altında birleştirilip incelenmiştir.

Mesleği: Eğitimini aldığı asıl mesleği incelenmiş dağılımları sunulmuştur, karşılaştırmalı analizlerde hemşire ve ebe ile paramedik ve acil tıp teknisyeni olmak üzere 2 grup altında birleştirilerek incelenmiştir.

Sigara içme durumu: Çalışanın sigara içip içmediği ve sigara içmeyi bıraktıysa veya halen içiyorsa günlük adet ve gün içinde ilk sigara içme zamanı ölçüt alınmış, kullanma durumu sıklık olarak sunulmuştur.

Sigara bağımlılığı: Çalışanın sigara bağımlılığını değerlendirmek için Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin (FNBT) iki maddeden (madde 1; uyandıktan sonraki ilk sigara ve madde 4; günde içilen sigara sayısı) oluşan kısa hali kullanılmıştır (126). FNBT'nin Türkçe geçerlilik güvenirlilik çalışması Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır (126). Sorular 4 şıktan oluşmaktadır. Yanıtlar (3-2-1-0) şeklinde puanlanmıştır. Tanımlayıcı olarak puanlamada 1-2 puan (çok düşük bağımlılık), 3 puan (düşük-orta bağımlılık), 4 puan (orta bağımlılık), 5 ve üzeri puan (yüksek bağımlılık) olarak tanımları temel alınmış, karşılaştırmalı analizlerde çok düşük-düşük bağımlılık ve orta-yüksek bağımlılık olarak iki grupta incelenmiştir (126).

Düzenli alkollü içecek tüketim durumu: Çalışanın beyanına dayalı, düzenli alkol kullanımı olup olmaması ölçüt alınarak iki kategoride incelenmiştir.

Kişisel özelliklerle ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı, verinin tipi, incelenmesi ve sunulması Tablo 3.2.'de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Kişisel özelliklerle ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı/ölçütleri, verinin tipi, incelenmesi ve sunulması (Ankara, 2019)

Değişken adı	**Değişken kaynağı**	**Tanım/Ölçüt**	**Değişken veri tipi**	**Verinin incelenme ve sunulması**
Cinsiyet	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Katılımcının cinsiyeti	Dikotom (Kadın/Erkek)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Yaş (yıl)	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Beyan edilen doğum tarihine göre hesaplanan yaş	Tanımlayıcı Nominal	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Medeni durum	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Kişinin medeni durumu	Tanımlayıcı Nominal (Bekar/Evli/Dul/ Boşanmış)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Çocuğu olma durumu	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Kişinin çocuğu olma durumu	Dikotom (Var/Yok)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Çocuk sayısı	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Kişinin çocuk sayısı	Kesikli	Sıklık (%)
Eğitim durumu	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Kişinin en son bitirdiği okul	Tanımlayıcı Nominal	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Mesleği	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Kişinin asıl mesleği	Tanımlayıcı Nominal (Hemşire/Ebe/ATT/ Paramedik)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Sigara içme durumu	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Sigara içme durumu	Dikotom (Evet/Hayır)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Sigara bağımlılığı	Beyana dayalı FNBT kısa formu (FNBT 1. ve 4. sorular)	Kişinin sigara bağımlılık durumu	Ordinal (çok düşük/düşük/orta/ yüksek bağımlılık)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Düzenli alkollü içecek tüketim durumu	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Miktarına bakılmaksızın düzenli alkol tüketme durumu	Dikotom (Evet/Hayır)	Sıklık (%) Ki-kare testleri

3.6.2. Sağlık Durumu Özellikleriyle İlgili Değişkenlere ait Tanım ve Ölçütler

Hastalık varlığı: Çalışanın beyanına göre, doktor tanısı olan hastalık durumu incelenmiş, var/yok şeklinde sıklık dağılımları sunulmuştur.

Sağlıkla ilgili yakınmaların varlığı: Araştırmanın yapıldığı iş yerinde çalışılan zaman zarfında sürekli veya sık aralıklarla tekrarladığı düşünülen sağlıkla ilgili yakınmaların varlığı incelenmiş, var/yok şeklinde sıklık dağılımları sunulmuştur.

Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı bilgisi: Kişinin beyanına dayalı kilo, boy bilgilerinden hesaplanan Vücut Kitle İndeksi (VKİ)**;** 18,5'in altında zayıf, 18,5-24,9 arasında normal, 25,0-29,9 arasında fazla kilolu ve 30,0'un üzerinde olanlar obez olarak gruplanmıştır (127). Dağılımları sıklık olarak sunulmuştur. Karşılaştırmalarda kategorik kullanılmıştır.

İlaç kullanımı: Çalışanın beyanına göre, sürekli kullandığı bir ilaç olup olmadığı incelenmiştir.

Son bir yıl içinde sağlık sorunu nedenli işe devamsızlık durumu: Son bir yıl içinde sağlık sorunu nedenli işe devamsızlık yapan ve yapmayanların dağılımları sıklık olarak sunulmuştur. Sağlık sorunu nedenli işe devamsızlık yapanlarda, devamsızlık gün sayısı ortalama, standart sapma olarak sunulmuştur.

Çalışma ortamında bazı etkenlere maruz kalma durumu ile ilgili görüşü: Çalışanın çalışma ortamında sağlığını etkileyebilecek, kan vücut sıvıları ile bulaş, gürültü, radyasyon, kemoterapötiklerle bulaş, ağır yük maruziyeti, ısı farkları, sözlü taciz/hakaret, fiziksel tehdit/saldırı gibi durumlara maruz kalma ile ilgili genel düşüncesi, bu konuda verilen düzeylere göre 0-hayır ve 3-yüksek şeklinde, kendi hissettiği biçimde derecelendirilmesine dayalı incelenmiştir. Dağılımları sıklık olarak sunulmuş, karşılaştırmalı analizlerde maruz kalım düşüncesi var/yok olmak üzere 2 grup altında birleştirilerek incelenmiştir.

Maruz kalındığı düşünülen etkenle ilişkili sağlığın etkilenmesi düşüncesi: Çalışanın çalışma ortamında maruz kaldığını düşündüğü etken ile sağlığının etkilendiğini düşünmesi incelenmiştir.

Genel sağlık düşüncesi: Çalışanın sağlığıyla ilgili genel durumunun kendi hissettiğine göre seviyesini çok kötü 1, çok iyi 10 olacak şeklinde değerlendirmesine dayalı incelenmiştir. Ortalama ± standart sapma ve en küçük, en büyük değer sunulmuştur.

Sağlık durumuyla ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı, verinin tipi, incelenmesi ve sunulması Tablo 3.3.'de sunulmuştur.

Tablo 3.3. Sağlık durumuyla ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı/ölçütleri, verinin tipi, incelenmesi ve sunulması (Ankara, 2019)

Değişken adı	**Değişken kaynağı**	**Tanım/Ölçüt**	**Değişken veri tipi**	**Verinin incelenme ve sunulması**
Genel sağlık durumu düşünce puanı	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin genel sağlık durumu ile ilgili görüşünü değerlendirdiği puan ([1-en kötü, 10-en iyi])	Sürekli	Ortalama ± standart sapma, en büyük, en küçük değer, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi
Hastalık varlığı	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Doktor tanılı hastalık varlığı	Dikotom (Var/Yok)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Hastalık adı	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Tanı konulan hastalığın adı	Açık Nominal	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Sağlık yakınması varlığı	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Sağlıkla ilgili herhangi bir yakınması olması durumu	Dikotom (Var/Yok)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Sağlık yakınması	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Sağlıkla ilgili yakınmanın adı	Açık Nominal	Sıklık (%) Ki-kare testleri
İlaç kullanma durumu	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Sürekli kullanılan ilaç varlığı	Dikotom (Var/Yok)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
İlaç grupları	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	İlaçların temel grubu	Açık Nominal	Sıklık (%) Ki-kare testleri

Tablo 3.3. (devamı) Sağlık durumuyla ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı/ölçütleri, verinin tipi, incelenmesi ve sunulması (Ankara, 2019)

Değişken adı	**Değişken kaynağı**	**Tanım/Ölçüt**	**Değişken veri tipi**	**Verinin incelenme ve sunulması**
Sağlık sorunu nedenli işe devamsızlık	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Sağlık sorunu nedenli işe devamsızlık yapma durumu	Dikotom (Var/Yok)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Sağlık sorunu nedenli işe devamsızlık sayısı	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin bir yıl içinde sağlık sorunu nedenli işe devamsızlık gün sayısı	Sürekli	Ortalama ± standart sapma, en büyük, en küçük değer, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi
Etkenlere maruz kalma düşüncesi	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin çalışma ortamında etkenlere maruz kalım sıklığı düşüncesi ([0-hayır, 3-yüksek])	Açık Nominal	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Sağlığın etkilenmesi düşüncesi	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Çalışanın maruz kalınan etkenle ilişkili sağlık etkilenmesi düşüncesi varlığı	Dikotom (Evet/Hayır)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Vücut kitle indeksi (VKİ)	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Vücut ağırlığı (kilogram), boy uzunluğunun (metre) karesine bölünmesi ile elde edilen sayı VKİ (kg/m^2) <18,5 zayıf, 18,5-24,9 normal, 25-29,9 fazla kilolu, ≥30 obez olması	Ordinal	Sıklık (%)

3.6.3. Hemşirelik Uygulamalarında Çalışma Koşulları ve İş Organizasyonuna ait Değişkenler ve Ölçütleri

Çalışılan birim: Çalışmanın yapıldığı iş yerinin hangi biriminde çalıştığı tanımlayıcı olarak incelenmiştir. Servis, acil servis, yoğun bakım, poliklinik, ameliyathane, radyoloji/görüntüleme, yönetim/müdürlük olarak dağılımları 7 grup olarak incelenmiştir.

Yöneticilik görevi: İşyerinde yönettiği kişi olup olmama durumu varsa kaç kişiyle birlikte çalışıldığı dikkate alınmıştır. Analizlerde 10'un altı ve 11 ve üstü çalışan olmak üzere iki gruba ayrılarak değerlendirilmiştir.

Toplam çalışma yılı: Çalışanların daha önce çalıştıkları işleriyle birlikte toplam çalışma deneyimi yıl olarak incelenmiştir. Ortalama ± standart sapma ve en küçük, en büyük değer ile tanımlayıcı olarak sunularak, kategorik karşılaştırmalı analizlerde ortanca değere göre, 4 yıl altı ile ve 4 yıl ve üzeri çalışanların dağılımları karşılaştırılmıştır.

Mevcut iş yerinde toplam çalışma yılı: Araştırmanın gerçekleştiği iş yerindeki çalışma süresi yıl olarak ortalama ± standart sapma ve en küçük, en büyük değer ile tanımlayıcı olarak sunulmuştur. Analizlerde ortanca değer olan 3,75 yıl altı ile 3,75 yıl ve üzeri çalışanlar olarak incelenmiştir.

Haftalık çalışma süresi: Çalışanın bir hafta içinde saat olarak çalışma süresi incelenmiştir. Ortalama ± standart sapma ve en küçük, en büyük değer ile tanımlayıcı olarak sunulmuştur. Karşılaştırmalarda ise ortanca değer olan 48 saat altı ve 48 saat ile üzeri çalışanlar olarak incelenmiştir.

Fazla mesai: Çalışanın ek mesai yapıp yapmadığı incelenmiştir. Yapıyor ise bir haftada çalıştığı fazla mesai saati sorulmuş, analizlerde ortanca değer olan 12 saat altı ile 12 saat ve üzeri çalışanların dağılımları karşılaştırılmıştır.

Gece çalışması: Vardiya değişimi ile gece çalışması olup olmadığı incelenmiş, var ise aylık saat bilgisi ortalama ± standart sapma ve en küçük, en

büyük değer ile tanımlayıcı olarak sunulmuştur. Analizlerde ortanca değer olan 8 saat altı ile 8 saat ve üzeri çalışanların dağılımları karşılaştırılmıştır.

Ortalama aylık ücreti: Çalışanın aylık geliri ortalama ± standart sapma ve en küçük, en büyük değer ile tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

Çalışma koşullarıyla ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı/ölçütleri, verinin tipi, incelenmesi ve sunulması Tablo 3.4.'de sunulmuştur.

Tablo 3.4. Çalışma koşullarıyla ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı/ölçütleri, verinin tipi, incelenmesi ve sunulması (Ankara, 2019)

Değişken adı	**Değişken kaynağı**	**Tanım/Ölçüt**	**Değişken veri tipi**	**Verinin incelenme ve sunulması**
Çalışılan birim	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin hastanede çalıştığı birim	Tanımlayıcı Nominal (Servis /Acil Servis /Poliklinik /Yoğun Bakım/ Ameliyathane /Radyoloji/ Anjiyografi /Diyaliz/ Müdürlük)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Çalışma süresi	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin mevcut iş yerinde çalışma süresi	Sürekli	Ortalama± standart sapma, en büyük, en küçük değer
Toplam çalışma süresi	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin mesleki deneyim süresi	Sürekli	Ortalama± standart sapma, en büyük, en küçük değer
Haftalık çalışma saati	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin iş yerinde 1 hafta içinde çalıştığı toplam saat	Sürekli	Ortalama± standart sapma, en büyük, en küçük değer
Fazla mesai yapma durumu	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin hastanede fazla mesai yapma durumu	Dikotom (Evet/Hayır)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Haftalık fazla mesai çalışma saati	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin bir haftada çalıştığı fazla mesai saati	Sürekli	Ortalama± standart sapma, en büyük, en küçük değer

Tablo 3.4. (devamı) Çalışma koşullarıyla ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı/ölçütleri, verinin tipi, incelenmesi ve sunulması (Ankara, 2019)

Değişken adı	**Değişken kaynağı**	**Tanım/Ölçüt**	**Değişken veri tipi**	**Verinin incelenme ve sunulması**
Nöbet durumu	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin hastanede nöbet hizmeti durumu	Dikotom (Evet/Hayır)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Nöbet sayısı	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişi tarafından bir ay içinde tutulan nöbet sayısı	Sürekli	Ortalama± standart sapma, en büyük, en küçük değer
İş geliri	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin ortalama aylık geliri (2019 yılı net asgari ücret 2020,9 tl)	Sürekli	Ortalama± standart sapma, en büyük, en küçük değer, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi
Yöneticilik görevi olma durumu	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin hastanede yöneticilik görevi olma durumu	Dikotom (Var/Yok)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Yönettiği kişi sayısı	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin yönettiği kişi sayısı	Kesikli	Sıklık (%) Ki-kare testleri

Geçirilmiş iş kazası durumu: Çalışanın beyanına göre son bir yıl içinde geçirilen iş kazası yok ve var olmak üzere iki grupta, kaza türleri ise; kesici delici alet yaralanması, düşme-kayma incinme ve diğer iş kazası olarak gruplanarak dağılımları sıklık olarak sunulmuştur. Karşılaştırmalı analizlerde iş kazası geçiren ve geçirmeyen olarak iki grupta incelenmiştir.

Kılpayı (ramak kala) kaza geçirme durumu: Çalışanın beyanına dayalı son bir ay içerisinde kılpayı kaza öyküsü var ve yok olarak iki grupta, kaza türleri ise; kesici delici alet yaralanması, düşme-kayma incinme ve diğer iş kazası olarak gruplanarak dağılımları sıklık olarak sunulmuştur. Karşılaştırmalı analizlerde kılpayı iş kazası geçiren ve geçirmeyen olarak iki grupta incelenmiştir.

İş kazası geçirme durumuyla ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı, verinin tipi, incelenmesi ve sunulması Tablo 3.5.'de sunulmuştur.

Tablo 3.5. İş kazası geçirme durumuyla ilgili değişkenlerin kaynağı, tanımı/ölçütleri, verinin tipi, incelenme ve sunulması (Ankara, 2019)

Değişken adı	**Değişken kaynağı**	**Tanım/Ölçüt**	**Değişken veri tipi**	**Verinin incelenme ve sunulması**
İş kazası geçirme öyküsü	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin son 1 yılda iş kazası geçirme durumu	Dikotom (Var/Yok)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
İş kazası türü	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kazanın türü	Tanımlayıcı Nominal (Kesici delici alet yaralanması, düşme-kayma incinme ve diğer)	Sıklık (%)
Kılpayı kaza geçirme öyküsü	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kişinin son 1 ayda kılpayı kaza geçirme durumu	Dikotom (Var/Yok)	Sıklık (%) Ki-kare testleri
Kılpayı kaza türü	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Kazanın türü	Tanımlayıcı Nominal (Kesici delici alet yaralanması, düşme-kayma incinme ve diğer)	Sıklık (%)

İşin psikososyal özellikleri: Psikososyal risk faktörleri hakkında geçerli ve güvenilir bilgi toplamak için kanıtlanmış bir araç olan Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği (KOPSOR-TR) 88 soruluk formu kullanılmıştır. T.S. Kristensen ve V. Borg (2000) tarafından geliştirilmiş ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Şahan ve ark. tarafından yapılmıştır (128). Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği-TR, 25 boyuttan oluşmaktadır. Boyutların tanımları Tablo 3.7.'de sunulmuştur (94). Puanlamada her boyut kendi içinde değerlendirilmesi nedeniyle, boyutlar ayrı ayrı bağımsız olarak, standart bir yöntemle puanlanmıştır. Bu değerler üzerinden toplam puan oluşturulmuştur. Her maddenin ait olduğu bölümün puanına eşit katkısı ile madde puanları belirlenmiştir. Tablo 3.6.'da her boyutu oluşturan sorular ve değerlendirme biçimleri gösterilmiştir. Madde puanlamasında tüm boyutlar 1-5 Likert ölçeği şeklinde, yalnızca iş doyumu 1-4 Likert ölçeği şeklinde puanlanmıştır. Ortanca değer kestirim noktası olarak alınmıştır (128). Buna göre ilgili psikososyal risk düşük/yüksek olarak kategorize edilmiştir. Her boyut için düşük puan düşük psikososyal riski, yüksek puan yüksek psikososyal riski göstermektedir. Ölçeğin yarısından fazlasına yanıt verilmemesi durumunda katılımcı araştırmadan dışlanmıştır. Her boyut için yarısından fazlasına yanıt verilmişse, ilgili boyuta ait diğer sorulara verilen yanıtların ortalaması alınarak eksik veri tamamlanmıştır (96). 2020 yılında yayınlanan KOPSOR-TR Rehberi'nde iş yerlerinde birimlere göre değerlendirme önerilmiştir (96). İlgili çalışmada önerildiği şekliyle, bu araştırmada da çalışılan birimlere göre psikososyal riskler tanımlayıcı olarak değerlendirilmiştir.

KOPSOR-TR ölçeğinin bu araştırma grubunda da geçerli bir ölçüm aracı olup olmadığı polikorik korelasyona dayanan doğrulayıcı faktör analizi ile R ver.4.0.0 programı ile analiz edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları uyum indeksleri (Kikare/Serbestlik derecesi), RMSEA, NFI, NNFI, CFI, GFI, AGFI, RMR, SRMR) ile sunulmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach's alpha (α) katsayısı kullanılarak hesaplanmıştır. Ölçek için polikorik korelasyonlara dayalı doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile yapı geçerliliği çalışması yapılmıştır. DFA analizleri yapılırken faktör yükleri köşegensel olarak ağırlıklandırılmamış en küçük kareler (Diagonally Weighted Least Squares-DWLS) tekniğinden yararlanılarak kestirilmiştir. Ölçeğin yirmibeş boyutluluğunu doğrulamak için yapılan DFA analizlerine ilişkin model

istatistikleri incelendiğinde kikare/sd değeri 2,29 (1-3 arası çok iyi), RMSEA değeri 0,055 (<0,05 çok iyi), CFI değeri 0,981 (>0,95 çok iyi), GFI değeri 0,972 (>0,95 çok iyi) ve SRMR değeri 0,067 (<0,08 iyi) olarak bulunmuştur (129). Elde edilen bu sonuçlar, uyum indekslerinin ölçütleri çok iyi düzeyde karşıladığını göstermektedir. Buna göre 88 madde ve 25 alt boyuttan oluşan ölçeğin bu çalışma grubu için yapı geçerliliği doğrulanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach's alpha değeri 0,934 bulunurken, alt boyutlarına ilişkin Cronbach's alpha değerleri; 23 boyut için 0,708 ve 0,934 arasında ($0,80 \leq \alpha < 1,00$ yüksek derecede güvenilir), iki boyutun (öngörülebilirlik, işte özgürlük derecesi) Cronbach's alpha değerleri ise 0,613 ve 0,653 ($0,60 \leq \alpha < 0,80$ oldukça güvenilir) olarak bulunmuştur (130). Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach's alpha değerleri Tablo 3.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 3.6. İşle ilgili psikososyal özelliklerle ilgili değişkenlerin kaynağı, ölçütleri, ölçeğe ilişkin güvenilirlik analizi sonuçları, verinin incelenme ve sunulması (Ankara, 2019)

KOPSOR-TR Boyut adı	**Değişken Kaynağı** Beyana dayalı KOPSOR formu sayılı sorulara verilen yanıtlardan elde edilen	**Ölçek**	**Cronbach alpha Katsayısı**	**Verinin incelenme ve sunulması**
Çalışma hızı	1, 2, 3.sorular	5'li Likert	0,881	İlgili sorulardan elde edilen ortalama tanımlayıcı olarak sunulmuş, ortanca değere göre ilgili psikososyal risk düşük/yüksek olarak kategorize edilerek incelenmiştir.
Nicel talepler	4, 5, 6. sorular	5'li Likert	0,730	
Bilişsel talepler	7, 8, 9, 10. sorular	5'li Likert	0,723	
Duygusal talepler	11, 12, 13. sorular	5'li Likert	0,836	
Duygularını gizleme	14, 15, 16. sorular	5'li Likert	0,708	
İşe etki	17, 18, 19, 20, 21. sorular	5'li Likert	0,796	
Gelişme olanağı	22, 23, 24, 25. sorular	5'li Likert	0,774	
İşte özgürlük derecesi	26, 27, 28, 29, 30. sorular	5'li Likert	0,653	
İşin anlamı	31, 32, 33. sorular	5'li Likert	0,774	
İşe bağlılık	34, 35, 36. sorular	5'li Likert	0,757	
Öngörülebilirlik	37, 38. sorular	5'li Likert	0,613	
Tanınırlık	39, 40, 41. sorular	5'li Likert	0,882	
Rol açıklığı	42, 43, 44. sorular	5'li Likert	0,786	
Rol çatışması	45, 46, 47. sorular	5'li Likert	0,775	
Lidelik kalitesi	48, 49, 50, 51. sorular	5'li Likert	0,923	
İş arkadaşlardan sosyal destek	52, 53, 54. sorular	5'li Likert	0,818	
Üst amirden sosyal destek	55, 56, 57. sorular	5'li Likert	0,822	
Topluluk duygusu	58, 59, 60. sorular	5'li Likert	0,879	
İş güvencesizliği	61, 62, 63. sorular	5'li Likert	0,870	
Çalışma koşulları güvencesizliği	64, 65, 66. sorular	5'li Likert	0,751	
İş-ev çatışması	67, 68, 69, 70, 71. sorular	5'li Likert	0,856	
Güven	72, 73, 74, 75. sorular	5'li Likert	0,845	
Adalet ve saygı	76, 77, 78, 79. sorular	5'li Likert	0,884	
İş doyumu	80, 81, 82, 83, 84. sorular	4'lü Likert	0,845	
Tükenmişlik	85, 86, 87, 88. sorular	5'li Likert	0,934	

Tablo 3.7. KOPSOR-TR boyutlarının tanımları

Boyutun kodu/adı	Boyutun tanımı
ÇH/ÇALIŞMA HIZI	Görevlerin gerçekleştirilmesi için gerekli hızı ifade etmektedir. İşin yoğunluğunun bir ölçüsüdür.
NT/NİCEL TALEPLER	Kişinin ne kadar işle başa çıkması gerektiğini ifade etmektedir. Görevlerin miktarı ile bu görevleri gerçekleştirmek için mevcut olan zaman arasındaki uyumsuzluk olarak değerlendirilebilir.
BT/BİLİŞSEL TALEPLER	Çalışanın bilişsel yeteneklerini içeren talepleri ele almaktadır.
DT/DUYGUSAL TALEPLER	Çalışanın iş yerinde diğer kişilerin duygularıyla uğraşmak zorunda kaldığında veya bunlarla yüzleştiğinde ortaya çıkmaktadır. Diğer kişiler hem iş yerinde beraber çalıştığı amir, iş arkadaşları hem de beraber çalışmadığı öğrenci, müşteri, hasta vb. de olabilir.
DG/DUYGULARINI GİZLEME GEREKSİNİMİ	Çalışanın iş yerinde diğer kişilerden duygularını gizlemesi gerektiğinde ortaya çıkmaktadır. Diğer kişiler hem iş yerinde beraber çalıştığı amir, iş arkadaşları hem de beraber çalışmadığı öğrenci, müşteri, hasta vb. de olabilir.
İE /İŞE ETKİ	Çalışanın işin yönlerini (işin planlanması, görevlerin sırası vb.) ne ölçüde etkileyebileceğini ifade etmektedir.
GO/GELİŞME OLANAĞI	Çalışan için görevlerinin öğrenme için fırsatlar sunması ve böylece sadece işte değil aynı zamanda kişisel düzeyde de gelişim için fırsatlar sağlamasını ele almaktadır. Gelişim eksikliği, çaresizlik, pasiflik, ilgisizlik yaratabilir.
İÖ/ İŞTE ÖZGÜRLÜK DERECESİ	Çalışanın çalışmayı çevreleyen koşulları (molalar, çalışma gününün uzunluğu vb.) ne ölçüde etkileyebileceğini belirtmektedir.
İA/ İŞİN ANLAMI	İşteki görevlerin hem amacı hem de içeriğinin anlamları ile ilgilidir. Amaç, faydalı ürünler üretmek, hastaları iyileştirmek gibi daha genel bir amaca yöneliktir; "dikey anlam" olarak nitelendirilir. İçerik "yatay anlam" olarak, kişinin kendi çalışmasının organizasyonun genel ürününe nasıl katkıda bulunduğunu görmesiyle ilgilidir.
İB/ İŞE BAĞLILIK	Çalışanın iş yerine bağlılık derecesini belirtmektedir. Burada odak noktası işin kendisi veya çalışma grubu değil, kişinin çalıştığı organizasyona olan bağlılığıdır.
Ö/ ÖNGÖRÜLEBİLİR-LİK	Güvensizlik ve belirsizlikten kaçınmanın yolları ile ilgilidir. Çalışanların işle ilgili bilgilendirmeyi doğru zamanda almasıyla sağlanmaktadır.
T/TANINIRLIK	Çalışanın işteki çabasının yönetim tarafından tanınması ile ilgilidir.

Tablo 3.7. (devamı) KOPSOR-TR boyutlarının tanımları

Boyutun kodu/adı	Boyutun tanımı
RA/ROL AÇIKLIĞI	Çalışanın görevlerinin içeriği, sorumlulukları, beklentiler gibi işteki rolünü anlamasını belirtmektedir.
RÇ/ROL ÇATIŞMASI	İki kaynaktan ortaya çıkmaktadır. İlk kaynak belirli bir görevdeki olası doğal çelişkili taleplerle ilgilidir. İkinci kaynak, farklı görevlere öncelik verme durumunda olası çatışmalar hakkındadır.
LK/LİDERLİK KALİTESİ	Farklı bağlamda ve alanlarda kendinden üst düzeydeki yöneticinin liderliği ile ilgilidir.
İSD/İŞ ARKADAŞINDAN SOSYAL DESTEK	Çalışanların ihtiyaç duyması halinde iş arkadaşlarından destek alma olanağına ilişkin izlenimleriyle ilgilidir.
ASD/ÜST AMİRDEN SOSYAL DESTEK	Çalışanların ihtiyaç duyması halinde amirlerinden destek alma olanağına ilişkin izlenimleriyle ilgilidir.
TD/TOPLULUK DUYGUSU	Çalışanların birlikte uyumlu çalıştıkları, ilişkilerinin iyi olduğu gibi durumlarda iş yerinde çalışan grubunun bir parçası olma hissinin olup olmaması ile ilgilidir.
İİG/İŞSİZLİKLE İŞ GÜVENCESİZLİĞİ	Çalışanın işten çıkarılma veya böyle bir durumda başka bir iş bulma olanağı gibi koşullar kapsamında iş güvencesinin yönlerini belirtmektedir.
ÇİG/ÇALIŞMA KOŞULLARIYLA İŞ GÜVENCESİZLİĞİ	Çalışanın işteki yer değişikliği, çalışma saatlerinde değişiklik, maaşın düşmesi gibi çalışma koşullarıyla bağlantılı durumlarda iş güvencesinin yönlerini belirtmektedir.
İEÇ/İŞ-EV ÇATIŞMASI	İşin kişisel ve aile yaşamı üzerindeki olası sonuçlarını ele almakta, fiziksel, zihinsel enerji ve zamanla ilgili çatışmaları içermektedir.
G /GÜVEN	Dikey Güven, çalışanların yönetime güvenip güvenmeyeceği ile ilgidir, bunun tersi durumunu da içerir. Yatay güven, iş yerinde çalışanların arasında birbirlerine olan güveni belirtmektedir.
AS/ADALET SAYGI	İş yerinde çalışanlara adil davranılmasını ele almaktadır. Görevlerin dağılımı ve tanınma, paylaşma süreci, çatışmaların incelenmesi, çalışanlardan gelen önerilerin değerlendirilmesi olmak üzere dört şekilde ele alınmaktadır.
İD/İŞ DOYUMU	Çalışanların işin çeşitli yönleriyle ilgili memnuniyet deneyimlerini ifade etmektedir.
T/TÜKENMİŞLİK	Çalışanın zihinsel ve fiziksel yorgunluk/ bitkinlik derecesi ile ilgilidir.

3.6.4. Bağımlı Değişken ile İlgili Tanım ve Ölçütler

Mental iyilik durumu: Çalışanların mental iyilik durumlarını değerlendirmede Genel sağlık Anketi'nin (GSA) 12 soru içeren formu kullanılmıştır. Goldberg (1972) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır (125). 60 sorudan oluşan orijinal formdan sonra, 30, 28, 12 soru içeren formlar geliştirilmiştir. Kısa formlar da orijinal hali kadar psikiyatrik bozuklukların taranmasında güvenilir bulunmuştur (131). Anketteki her sorunun cevabı "hiçbir zaman / her zamanki kadar / her zamankinden sık / çok sık" olacak şekilde dört seçenek içermektedir. Puanlamada ilk iki seçeneğe "0", son iki seçeneğe "1" puan verilerek bi-modal GHQ (0-0-1-1) veya Likert tipi (0-1-2-3) kodlama yapılması suretiyle değerlendirme yapılabilmektedir (125). GHQ puanlaması klinik ortamlarda kullanım için önerilmektedir. Puan aralığı 0-12 arasıdır. Araştırmalarda yaygın olarak kullanılan Likert tipi puanlama yöntemidir (131, 132). Bu çalışmada cevaplar, Likert ölçeği şekliyle puanlanmıştır. Mental iyilik durumu için en olumsuz sonuç, alınabilecek en yüksek puan olan 36'ya karşılık gelmektedir. Katılımcılardan her birinin cevapları puanlanıp toplanarak, mental sağlık durumu puanı elde edilmiştir. Ortanca değer kestirim noktası olarak alınmıştır. Anket için hazırlanan kılavuzda, ideal kestirim noktasının uygulanan araştırma grubu için belirlenmesi önerilmiştir (124). Türkiye'nin de içinde olduğu DSÖ tarafından yürütülen çok merkezli çalışmada, GHQ puanlamasına göre önerilen kestirim noktaları 1/2'den 6/7'ye kadar değişmektedir (133). Aynı çalışmada, araştırma grubunun ortalama GSA puanı, en iyi kestirim noktası için kaba bir gösterge olarak önerilmiştir (133). KOPSOR ölçeği Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçek boyutlarının ayrı olarak mental sağlığı predikte etme durumu değerlendirilmiştir (89). Aynı çalışmada kullanılan GSA-12, Likert tipi puanlama ile mental sağlık durumu puanı için ortanca değer kestirim noktası alınarak, mental sağlık durumu puanı düşük (iyi lehine)/yüksek (kötü lehine) olarak ikili veriye dönüştürülmüştür (89). Bu çalışmada GSA-12 ölçeği dışında farklı bir ruhsal sağlık ölçeği kullanılmamıştır. Bağımlı değişken olan mental sağlık durumu, genel grubun (ort±ss) 16,2±4,3 (ortanca:16) ortanca değeri temel alınarak iki kategoriye ayrılmış, "≤16 mental sağlık durumu puanı düşük (iyi lehine)" ve "16> mental sağlık durum puanı

yüksek (kötü lehine)" olarak analizlere dahil edilmiştir. Bu çalışmada, GSA-12 için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alpha) 0,72 olarak saptanmıştır.

3.6.5. Lojistik Regresyon Analizi

Tekli analizler sonucunda anlamlı çıkan ($p<0,05$) veya literatürde anlamlı ilişkili değişkenler ile, alt grup sayıları analize uygunluğuna göre değerlendirilerek lojistik regresyon modelleri oluşturulmuştur. Tabakalı analizlerin değerlendirilmesi ardından olası karıştırıcı faktörleri de içeren model anlamlılığı ve uyumu iyi olan üç farklı lojistik regresyon modeline ulaşılmıştır. Değişken seçiminde geriye doğru eleme metodu (backward elimination) metotu kullanılmıştır. Analizde çalışanların mental sağlık durumları; mental sağlık durumu puanı düşük (iyi lehine) ve yüksek (kötü lehine) olmak üzere iki kategorili modelin bağımlı değişkenini oluşturmaktadır. Bu bölümde oluşturulan lojistik regresyon modellerinde kullanılan değişkenler şunlardır; yaş (<26 ve ≥26), sigara kullanımı (hiç içmemiş ve içiyor/ içmiş), meslek (hemşire/ ebe ile paramedik/ acil tıp teknisyeni), bu işte çalışma yılı (3,75 yıl altı ve 3,75 yıl ve üstü), çalışma şekli (sadece gündüz ve gece gündüz dönüşümlü), fazla mesai durumu (var/ yok), çalışma ortamında; radyasyon, kemoterapotiklerle bulaş, ağır yük, ısı farkları, sözlü taciz/hakaret ve fiziksel tehdit/saldırı maruz kalımının olduğu düşüncesi durumu (var/ yok), KOPSOR-TR ölçeği boyutlarıdır. Araştırmanın yürütüldüğü iş yerinde hemşire kadrosunda çalışanlar, kadın ağırlıklı olması nedeniyle cinsiyet incelenememiştir. Çalışılan birimlere dönük incelemeler sayı kısıtlı olması nedeniyle modellere alınmamıştır. Psikososyal riskler ve mental sağlık arasındaki ilişkinin farklı modellere göre değerlendirildiği bir çalışmada, mental sağlık durumunu tahmine etmede KOPSOR ölçeği tüm boyutlarıyla oluşturulan modelin anlamlı olarak daha iyi olduğu gösterilmiştir (134). İlgili çalışmada önerildiği şekliyle, bu araştırmada da analize tüm boyutlar dahil edilmiştir.

3.7. Veri Araçlarının Ön Uygulaması

Değişkenler, ölçütler doğrultusunda hazırlanan veri toplama formları, aynı kurumun farklı bir biriminde hemşirelik hizmeti veren 20 kişiye uygulanmıştır. Anketlerin ne kadar sürede yapılabildiği ve soruların anlaşılabilirliği test edilmiştir. Tez sahibi gözetmenliğinde formlar doldurulmuş, isimsiz haliyle kapalı zarflarda, yine kapalı bir kutuya atılacak şekilde toplanmıştır. Bununla birlikte anlaşılmayan soru ve ifadeleri yazmaları için boş A4 kağıdı dağıtılmıştır. Ön uygulamada soruların anlaşılır olduğu, anketin yaklaşık olarak 20 dakikada tamamlanabildiği saptanarak veri toplama aşamasına geçilmiştir.

3.8. Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırmanın danışmanı olarak Doç. Dr. Sibel Kıran plan, uygulama, yazım ve değerlendirme aşamalarında, tez sahibi Dr. Gizem Birdane plan, uygulama, verilerin girişi, yazım ve değerlendirme aşamalarında görev almıştır. Araştırmanın yapıldığı merkezde birim sorumluları ve katılımcılar araştırmanın amacı, veri toplama formunun içeriği ve yanıtlama şekli vb. konularda tez sahibi tarafından bilgilendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Veri Toplama Araçları ve Uygulaması

Çalışmaya katılma onayı ile bilgilendirilmiş onam sayfasına ilave olarak veri toplama aracı dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyodemografik veriler, çalışma yaşamı bilgilerini içeren 17 soru, ikinci bölümde iş kazasıyla ilgili tanımları da içeren 2 soru bulunmaktadır. Birinci ve ikinci bölümler araştırmacı tarafından hazırlanan, standart ölçeklere dayalı olmayan bir form şeklindedir (Ek-1). Üçüncü bölümde Türkçeye adaptasyonu yapılmış GSA-12 formu (Ek-1) ve araştırmacı tarafından değişkenler doğrultusunda hazırlanan genel sağlık durumu ile ilgili 3 soruluk bölüm yer almaktadır (Ek-1). Dördüncü bölümde 88 sorudan oluşan Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme ölçeği yer almaktadır (Ek-1).

Veri toplama aşamasında anketler katılımcılara, zarflar içinde verilmiştir. İlk sayfada yer alan çalışmaya katılma onam ve bilgilendirme yazısı (Ek-1), soru formundan ayrılarak toplanmış, formun geri kalanı çalışanlar tarafından kimliklerin

belli olmaması için kapalı zarf içinde birimlere yerleştirilen kapalı kutulara atıldıktan sonra toplanmıştır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS (Sürümü: V23.0) kullanılarak yapılmıştır. Grup için ölçeklere ait cronbach alfa değerleri hesaplanmış, tanımlayıcı veriler dağılımların sıklık ve ortalama±standart sapmaları olarak sunulmuş, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında uygunluk durumuna göre ki-kare, Fisher'in kesin testi ve eğimde ki-kare analizleri yapılmıştır. Ortalamaların karşılaştırılmasında parametrik koşullar sağlandığında ikili gruplarda bağımsız gruplarda t testi, nonparametrik koşullarda ikili grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U analizi yapılmıştır. Analizler sonrasında ilişkili bulunan değişkenler ile logistik regresyon modellemesi yapılarak mental sağlığın kötü olması ile olası ilişkili değişkenler için Odds oranları hesaplanmıştır.

3.11. Araştırma Bütçesi

Araştırmanın bütün bütçesi, herhangi bir kuruluş, kurum ve/ veya kişilerden maddi destek alınmadan araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

3.12. Etik Konular ve Kurumsal İzinler

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.07.2018 tarihli ve 16969557-1339 sayılı "Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Araştırma Projesi Değerlendirme Raporu" alınmıştır (Ek-2). Araştırmanın yürütüldüğü hastaneden 07.12.2018 tarihli ve 31220125-020/20801 sayılı resmi kurum izni alınmıştır (Ek-3). Katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alınarak araştırmaya katılmak isteyenlerden veri toplanmıştır.

3.13. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın kısıtlılıkları değerlendirildiğinde; çalışılan grubun sadece Ankara'da bulunan bir vakıf üniversite hastanesinde hemşirelik hizmeti veren çalışanlardan oluşması nedeniyle; bulgular tüm hemşirelik hizmeti verenleri temsil etmemektedir. Çalışmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki nedensel ilişki hakkında belirsizlikler bırakan kesitsel tasarımı bir diğer kısıtlılıktır. Bununla birlikte, psikososyal risk faktörlerinin mental sağlığı etkilemesini beklemek için teorik nedenler bulunmaktadır (16, 72).

Araştırmanın yürütüldüğü iş yerinde hemşire kadrosunda çalışanlar, kadın ağırlıklı olması nedeniyle cinsiyet incelenememiştir. Çalışılan birimlere dönük incelemeler sayı kısıtlı olması nedeniyle modellere alınmamıştır.

Araştırmada katılımcıların sağlık durumu özellikleri, çalışma koşulları vb. için kendi bildirimleri ile elde edilen veriler kullanılmıştır. Bu durumda, geçmişteki bazı deneyimlerin hatırlanması veya hatırlanmaması, sonuç veya olayların aslında olduğundan daha farklı ifade edilmesi gibi bazı olası sınırlılıkları içerebileceği dikkate alınmalıdır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket 122 sorudan oluşmakta, yaklaşık olarak 20 dakikada tamamlanabilmektedir. Ankette yer alan soru sayısının fazla olması, uzun cevaplama süresi ve yorgunluğa bağlı olarak düşünmeden cevap verme olasılığının artışına neden olabilmekte, geçerli ve doğru cevapların toplanmasını etkileyebilmektedir (135).

4. BULGULAR

Araştımanın tanımlayıcı bulguları değişkenlerde sunulan kapsamda gruplandırılarak, hemşirelik hizmeti verenlerin sosyodemografik özellikleri, sağlık durumu özellikleri ve çalışma yaşamı özellikleri ile ilgili bulguları olarak alt başlıklarda sunulmuştur. İşin psikososyal özellikleri, çalışma yaşamı özellikleri alt başlığında yer almaktadır.

Araştırmanın karşılaştırmalı bulguları başlığında bağımlı değişken GSA-12'ye göre incelenen mental sağlık temelinde; sosyodemografik özellikler, bazı alışkanlıklar, sağlık durumu özellikleri, çalışma yaşamına ilişkin özellikler ve psikososyal özelliklerine göre gruplandırılarak sunulmuştur.

4.1. Araştırmanın Değişkenlerine ait Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Hemşirelik Hizmeti Verenlerin Sosyodemografik Özellikleriyle İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılan çalışanların yaşları incelendiğinde, en küçük yaş 20 ve en büyük yaş 56, yaş ortalaması (ort±ss) ise 29,1±7,9 olmak üzere, frekansı en yüksek yaş grubunun 20-24 yaş arası olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %92,9'u (n=403) kadın, %7,1'i (n=31) erkektir. Medeni durum incelendiğinde; %62,4'ünün (n=271) bekar, %35,3'ünün (n=153) evli, %0,5'inin (n=2) dul, %1,8'inin (n=8) boşanmış olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %30,4'ünün (n=132) çocuk sahibi olduğu; %16,0'ı (n=70) bir, %14,0'ı (n=62) birden fazla çocuğu olduğu bildirilmiştir. Öğrenim durumları incelendiğinde %36,6'sının lise, %12,9'nun ön lisans, %47,7'sinin lisans ve %2,8'inin lisansüstü mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışanların meslekleri incelendiğinde %77,9'unun hemşire, %5,5'inin ebe, %6,9'unun paramedik ve %9,7'sinin acil tıp teknisyeni olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Hemşirelik hizmeti verenlerin sosyodemografik özellikleri (Ankara, 2019)

Sosyodemografik özellikler	**n**	**%**
Cinsiyet		
Kadın	403	92,9
Erkek	31	7,1
Toplam	434	100,0
Yaş		
20-24	158	36,4
25-29	129	29,7
30-34	33	7,6
35-39	44	10,1
40-44	55	12,7
≥ 45	15	3,5
Toplam	434	100
Medeni durum		
Bekar	271	62,4
Evli	153	35,3
Dul	2	0,5
Boşanmış	8	1,8
Toplam	434	100,0
Çocuk sahibi olma		
Evet	132	30,4
Hayır	302	69,6
Toplam	434	100,0
Çocuk sayısı		
1	70	53,0
2	59	44,7
3	3	2,3
Toplam	132	100,0
Öğrenim durumu		
Lise	159	36,6
Ön lisans	56	12,9
Lisans	207	47,7
Lisans üzeri	12	2,8
Toplam	434	100,0
Mesleği		
Hemşire	338	77,9
Ebe	24	5,5
Paramedik	30	6,9
ATT	42	9,7
Toplam	434	100,0

Çalışanların sigara, alkol tüketim alışkanlıkları incelendiğinde; %51,4'ünün (n=223) hiç sigara içmediği, %11,3'ünün (n=49) içmeyi bıraktığı, %37,3'nün (n=162) sigara kullandığı saptanmıştır. Çalışanların, %32,3'ü (n=140) düzenli alkollü içecek kullandıklarını bildirmişlerdir (Tablo 4.2.). Yapılan nikotin bağımlılık testine göre katılımcıların bağımlılık düzeyleri değerlendirildiğinde, %85,2'si çok düşük, %9,9'u düşük-orta, %4,3'ü orta, %0,6'sı ise yüksek düzeyde bağımlı oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Hemşirelik hizmeti verenlerin bazı alışkanlıklarına ait bulgular (Ankara, 2019)

Alışkanlıklar	**n**	**%**
Sigara içme durumu		
Hiç içmemiş	223	51,4
Bırakmış	49	11,3
Halen içiyor	162	37,3
Toplam	434	100,0
İçilen sigara miktarı (günde)		
10 ve altı	128	79,0
11-20 adet	32	19,8
21-30 adet	1	0,6
31 ve üstü	1	0,6
Toplam	162	100,0
İlk sigara içme zamanı		
İlk 5 dakikada	11	6,7
5-30 dakikada	32	19,8
31-60 dakikada	32	19,8
Bir saat sonra	87	53,7
Toplam	162	100,0
Sigara bağımlılığı		
Çok düşük bağımlılık	138	85,2
Düşük bağımlılık	16	9,9
Orta bağımlılık	7	4,3
Yüksek Bağımlılık	1	0,6
Toplam	162	100,0
Düzenli alkollü içecek tüketimi		
Hayır	294	67,7
Evet	140	32,3
Toplam	434	100,0

4.1.2. Hemşirelik Hizmeti Verenlerin Sağlık Durumu Özellikleriyle İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Çalışanların %44,9'u (n=195) doktor tanılı hastalığının olduğunu, %55,1'i (n=239) tanı konulmuş hastalığı olmadığını bildirmiştir (Tablo 4.3.). Bildirilen hastalıklar incelendiğinde**;** en sık migren tanısı (%9,0; 39/434), takiben gastrit (%8,1; 35/434), ankilozan spondilit, romatoid artrit, Ailevi Akdeniz Ateşi gibi romatolojik hastalıklar (%7,8; 34/434), alerjik rinit, astım gibi alerjik hastalıklar (%6,7; 29/434) olduğu saptanmıştır. Bildirilen ruhsal hastalıklar %7,8 iken, bu hastalıklar incelendiğinde en sık depresyon (%4,8; 21/434) ve anksiyete bozukluğu (%3,0; 13/434) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Hemşirelik hizmeti verenlerin doktor tanılı hastalıklarının dağılımı (Ankara, 2019)

Hastalıklarla ilgili özellikler	**n**	**%**
Hastalık durumu		
Yok	239	55,1
Var	195	44,9
Toplam	434	100,0
Hastalıklar *		
Migren	39	9,0
Gastrit	35	8,1
Romatolojik hastalıklar	34	7,8
Astım	29	6,7
Tiroid hastalığı	26	6,0
Depresyon	21	4,8
Aritmiler	19	4,4
Diyabet	18	4,1
Egzama	14	3,2
Hipertansiyon	13	3,0
Anksiyete	13	3,0
Meniere/Vertigo	13	3,0
Polikistik Over	10	2,3
İrritabl kolon hastalığı	4	0,9
Sedef	3	0,7
Epilepsi	2	0,5
Diğer ruhsal hastalık	-	-
Koroner arter hastalığı	-	-

*Birden çok sayıda yanıt olabileceği için; yüzdeler her hastalık için 434 kişi üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Çalışanların sağlık yakınması varlığı sorgulandığında; %71,7'sinin (n=311) sağlıkla ilgili yakınması olduğu, bildirilen yakınmalar içinde en sık baş ağrısı (%50,5; 219/434), eklem kas ağrısı (%40,1; 59/434), uykusuzluk (%39,2; 170/434) ve unutkanlık (%26,5; 115/434) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Hemşirelik hizmeti verenlerin araştırma dönemindeki sağlık yakınmaları dağılımı (Ankara, 2019)

Sağlık yakınmalarıyla ilgili özellikler	**n**	**%**
Yakınma durumu		
Yok	123	28,3
Var	311	71,7
Toplam	434	100,0
Yakınmalar *		
Baş ağrısı	219	50,5
Kas-eklem ağrıları	174	40,1
Uykusuzluk	170	39,2
Unutkanlık	115	26,5
Uyku hali	84	19,4
Kilo artışı	77	17,7
Sindirim sistemi yakınmaları	59	13,6
Çarpıntı	49	11,3
Kilo kaybı	35	8,1

***** Birden çok sayıda yanıt olabileceği için; yüzdeler her yakınma için 434 kişi üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Çalışanların %20'sinin (n=87) düzenli olarak ilaç kullandığı, en sık kullanılanların anti-romatizmal (%4,1; 18/434), psikiyatrik (%3,7; 16/434) ve kardiyovasküler (%3,5; 15/434) ilaçlar ile tiroid ilaçları (%3,2; 14/434) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.).

Son bir yıldaki sağlık sorunu nedenli işe devamsızlık durumu sorgulandığında çalışanların %35'i devamsızlık yaptığını belirtmiştir. Devamsızlık günü bilgisi olan 152 çalışanın beyanına göre en az 1, en çok da 90 gün süreli devamsızlık yapmıştır. Ortalama sağlık sorunu nedenli devamsızlık gün sayısı (ort±ss) 7,2±10,9 (ortanca:3) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.)

Tablo 4.5. Hemşirelik hizmeti verenlerin kullandıkları ilaçların ve sağlık sorunu nedenli işe devamsızlıklarının dağılımı, sağlık sorunu nedenli devamsızlık gün sayısı değişkenine ait ortalama, yaygınlık ölçütleri (Ankara, 2019)

İlaç kullanımı ve sağlık sorunu nedenli işe devamsızlık ile ilgili özellikler	**n**	**%**
Düzenli ilaç kullanım durumu		
Yok	347	80,0
Var	87	20,0
Toplam	434	100,0
Düzenli kullanılan ilaçlar *		
Anti-romatizmal ilaçlar	18	4,1
Psikiyatrik ilaçlar	16	3,7
Kardiyovasküler ilaç	15	3,5
Tiroid ilaçları	14	3,2
Anti-diyabetik	12	2,8
Mide-sindirim sistemi ilaçları	12	2,8
Vitamin destek	9	2,1
Nörolojik ilaçlar	4	0,9
Ağrı kesiciler	3	0,7
Sağlık sorunu nedenli devamsızlık durumu		
Yok	282	65,0
Var	152	35,0
Toplam	434	100,0

	n	**Ortalama±SS**	**Ortanca (%25-75)**	**En küçük-En büyük**
Sağlık sorunu nedenli devamsızlık gün sayısı	152	7,2±10,9	3,0 (2,0-7,0)	1,0-90,0

***** Birden çok sayıda yanıt olabileceği için; yüzdeler kullanılan her ilaç için 434 kişi üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Çalışanların VKİ puan sonuçları değerlendirildiğinde; %7,1'inin (n=31) zayıf, %66,1'inin (n=287) normal, %19,6'sının (n=85) fazla kilolu, %7,1'inin (n=31) obez olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Hemşirelik hizmeti verenlerin vücut kitle indeksi dağılımları (Ankara, 2019)

Vücut kitle indeksiyle ilgili özellikler	n	%
Zayıf	31	7,1
Normal	287	66,1
Fazla kilolu	85	19,6
Obez	31	7,1
Toplam	434	100,0

Hemşirelik hizmeti verenlerin genel sağlıklarını kendi hissettiklerine göre değerlendirmelerinde, 1-en kötü, 10-en iyi olacak şekilde puanlamada ortalama puan 6,3±1,6 saptanmıştır (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Hemşirelik hizmeti verenlerin genel sağlık düşüncesi değişkenine ait ortalama, yaygınlık ölçütleri (Ankara, 2019)

	n	Ortalama±SS	Ortanca (%25-75)	En küçük-En büyük
Genel sağlık düşüncesi	434	6,3±1,6	6,0 (5,0-7,0)	1,0-10,0

4.1.3. Çalışanların Çalışma Yaşamı İlişkili Maruz Kalım Düşünceleri ile İlgili Bulguları

Araştırmaya katılan çalışanların %41,5'i (n=180) çalışma ortamında kan ve vücut sıvılarına maruz kalımının yüksek olduğu düşüncesini belirtmiştir. Çalışma ortamında gürültü maruz kalımının yüksek olduğunu düşünenler %37,8 (n=164), ağır yük maruz kalımının yüksek oranda olduğunu düşünenler ise %30,9 (n=134) olarak saptanmıştır (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma ortamında etkenlere maruz kalma durumu hakkındaki görüşleri ile ilgili dağılımlar (Ankara, 2019)

Özellikler	**Hayır**		**Düşük**		**Orta**		**Yüksek**		**Toplam**	
Maruz kalım beyanı (n)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kan /vücut sıvıları ile bulaş	56	12,9	79	18,2	119	27,4	180	41,5	434	100,0
Gürültü	51	11,8	79	18,2	140	32,2	164	37,8	434	100,0
Radyasyon	134	30,9	126	29,0	98	22,6	76	17,5	434	100,0
Kemoterapötiklerle bulaş	248	57,1	108	24,9	48	11,1	30	6,9	434	100,0
Ağır yük maruz kalımı	105	24,2	85	19,6	110	25,3	134	30,9	434	100,0
Isı farkları	114	26,3	113	26,0	132	30,4	75	17,3	434	100,0
Sözlü taciz, hakaret	136	31,3	130	30,0	108	24,9	60	13,8	434	100,0
Fiziksel tehdit / saldırı	235	54,2	126	29,0	52	12,0	21	4,8	434	100,0

Hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma ortamında maruz kalındığı düşünülen etkenlerle sağlıklarının etkilendiğini düşünenlerin sıklığı %61,8 (n=268) olarak saptanmış (Tablo 4.9.), nasıl etkilendiği konusunda ayrıca değerlendirmeye uygun açıklama bildirilmemiştir.

Tablo 4.9. Hemşirelik hizmeti verenlerin maruz kalındığı düşünülen etkenle ilişkili sağlık etkilenmesi düşüncelerinin dağılımları (Ankara, 2019)

Sağlık etkilenmesi düşüncesi	**n**	**%**
Hayır	166	38,2
Evet	268	61,8
Toplam	434	100,0

4.1.4. Çalışanların Çalışma Koşulları ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları

Çalışanların Çalışma Koşulları ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları (Çalıştığı Birim, Yöneticilik Görevi):

Araştırmaya katılan çalışanların %34'nün (n=148) yatan hasta servislerinde, %27,2'sinin (n=118) yoğun bakım ünitelerinde, %16,6'sının (n=72) polikliniklerde, %10,4'nün (n=45) acil serviste, %6'sının (n=26) radyoloji/görüntüleme birimlerinde, %3,5'inin (n=15) ameliyathanede, %2,3'ünün (n=10) müdürlükte çalıştığı saptanmıştır. Çalışanların yöneticilik görevi olup olmadığı sorgulandığında; %11,3'ünün (n=49) yöneticilik görevi olduğu, %40,8'inin yönettiği kişi sayısının 16'nın üzerinde olduğu saptanmıştır (n=20) saptanmıştır (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Hemşirelik hizmeti verenlerin çalıştıkları birim ve yöneticilik görevi ile ilgili özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2019)

Çalışılan birim ve yöneticilik görevi ile ilgili özellikler	**n**	**%**
Çalışılan Birim		
Servis	148	34,0
Yoğun Bakım	118	27,2
Poliklinik	72	16,6
Acil Servis	45	10,4
Radyoloji/Görüntüleme	26	6,0
Ameliyathane	15	3,5
Yönetim/Müdürlük	10	2,3
Toplam	434	100,0
Yöneticilik görevi		
Yok	385	88,7
Var	49	11,3
Toplam	434	100,0
Yönettiği kişi sayısı		
2-6	8	16,3
7-11	17	34,7
12-16	4	8,2
>16	20	40,8
Toplam	49	100,0

Çalışanların Çalışma Koşulları ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları (İş Geliri, Süre, Deneyim):

Çalışanların toplam çalışma deneyimi incelendiğinde, en az 1 ay, en çok 48 yıl olmak üzere ortalama 7,6±7,8 (ortanca:4) yıl olarak saptanmıştır (Tablo 4.12.). %56,2'sinin (n=244) çalışma deneyiminin 5 yılın altında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11.). Araştırmanın gerçekleştiği iş yerindeki çalışma sürelerinin ortalaması incelendiğinde 6,9±7,2 (ortanca:3,75) olduğu (Tablo 4.12.) ve hemşirelerin %41,0'ının (n=178) çalışma süresi 5 yılın üzerinde saptanmıştır (Tablo 4.11.).

Araştırmaya katılan hemşirelik hizmeti verenlerin haftalık çalışma saati incelendiğinde en az 35 saat, en çok 56 saat olmak üzere ortalama 47,2±2,9 saat olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %77,2'sinin haftalık çalışma saatinin 45'in üzerinde olduğu saptanmıştır. Çalışanların %59,9'u fazla mesai yaptığını belirtmiş, ek mesai süresi haftada en az 1 saat ile en fazla 20 saat olmak üzere ortalama 9,6±3,6 saat olarak saptanmıştır. Katılımcıların %60,6'sının (n=263) gece nöbete kaldığı, aylık nöbet sayısı ortalama 8,7±2,2 olarak saptanmıştır. Hemşirelik hizmeti verenlerin aylık ortalama gelirleri yaklaşık 2790,3±486,0 tl olarak hesaplanmıştır.

Çalışma süre ve zamanlarıyla ilgili kategorik verilere göre oluşturulan grupların dağılımları Tablo 4.11.'de, çalışma süreleri ve iş geliriyle ilgili ortalama değerler ayrıntılı olarak Tablo 4.12.'de sunulmuştur.

Tablo 4.11. Hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma süre ve zamanları ile ilgili özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2019)

Çalışma süre ve zamanlarıyla ilgili özellikler	**n**	**%**
Haftalık çalışma süresi (saat)		
<45	19	4,4
45	80	18,4
>45	335	77,2
Toplam	434	100,0
Toplam çalışma süresi (yıl)		
<1	38	8,7
1-5	206	47,5
>5	190	43,8
Toplam	434	100,0
Bu iş yerinde çalışma süresi (yıl)		
<1	40	9,2
1-5	216	49,8
>5	178	41,0
Toplam	434	100,0
Fazla mesai yapma durumu		
Yok	174	40,1
Var	260	59,9
Toplam	434	100,0
Haftalık fazla mesai çalışma süresi (saat)		
<12	126	48,5
12	121	46,5
>12	13	5,0
Toplam	260	100,0
Çalışma şekli		
Gündüz	171	39,4
Gece gündüz dönüşümlü	263	60,6
Toplam	434	100,0
Nöbet sayısı (ayda)		
<8	29	11,0
8	116	44,1
>8	118	44,9
Toplam	263	100,0

Tablo 4.12. Hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma süreleri ve iş geliriyle ilgili bazı değişkenlere ait ortalamalar ve yaygınlık ölçütleri (Ankara, 2019)

Özellikler	n	Ortalama±SS	Ortanca (%25-75)	En küçük-En büyük
Haftalık çalışma süresi (saat)	434	47,2±2,9	48,0 (48,0-48,0)	35,0-56,0
Haftalık fazla mesai çalışma süresi (saat)	260	9,6±3,6	12,0 (6,0-12,0)	1,0-20,0
Bu iş yerinde çalışma süresi (yıl)	434	6,9±7,2	3,75 (1,5-11,0)	0,08-31,7
Toplam çalışma süresi (yıl)	434	7,6±7,8	4,0 (1,5-12,3)	0,08-48,0
Nöbet sayısı (ay)	263	8,7±2,2	8,0 (8,0-10,0)	2,0-16,0
İş geliri (ay/tl)	434	2790,3±486,0	2600,0 (2500,0-3000,0)	2200,0-4500,0

Çalışanların Çalışma Koşulları ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları (İş Kazası, Kılpayı Kaza):

Son bir yıl içinde katılımcıların %29,7'sinin (n=129) iş kazası geçirdiği; %66,2'si (n=102) kesici delici alet yaralanması, %30,5'i (n=47) düşme-kayma, %3,3'ü (n=5) farklı türde kazalar olarak saptanmıştır (n=mükerrer). Kaza türleri açık uçlu sorgulandığında; çalışanların %0,5'i (n=2) yanık, %0,2'si (n=1) darpa maruz kalma, %0,2'si (n=1) yüzüne kan sıçraması, %0,2'si (n=1) hastanın vücut sıvısıyla teması kaza öyküsü olarak bildirmiştir (Tablo 4.13.). Son bir ay içinde katılımcıların %27,9'unun kılpayı kaza geçirdiği; %53,4'ü kesici delici alet yaralanması, %45,4'ü düşme-kayma, %1,2'si farklı türde kazalar olarak saptanmıştır (n=mükerrer) (Tablo 4.14.).

Tablo 4.13. Hemşirelik hizmeti verenlerin iş kazası dağılımları (Ankara, 2019)

İş kazası ile ilgili özellikler	**n**	**%**
İş kazası öyküsü		
Var	129	29,7
Yok	305	70,3
Toplam	434	100,0
İş kazası türü		
Kesici delici alet yaralanması	102	66,2
Düşme-kayma, incinme	47	30,5
Diğer *	5	3,3
Toplam (kazalar içinde, kişi sayısı mükerrer)	154	100,0

* Yanık, darpa maruz kalma, kan sıçraması, vücut sıvısıyla temas

Tablo 4.14. Hemşirelik hizmeti verenlerin kılpayı kaza dağılımları (Ankara, 2019)

Kılpayı kaza ile ilgili özellikler	**n**	**%**
Kılpayı kaza öyküsü		
Var	121	27,9
Yok	313	72,1
Toplam	434	100,0
Kılpayı kaza türü		
Kesici delici alet yaralanması	87	53,4
Düşme-kayma, incinme	74	45,4
Diğer *	2	1,2
Toplam (kazalar içinde, kişi sayısı mükerrer)	163	100,0

* Darpa maruz kalma, vücut sıvısıyla temas

4.1.5. İşin Psikososyal Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 4.15.'de katılımcıların KOPSOR-TR boyutlarına göre tanımlayıcı özellikleri görülmektedir. Katılımcıların, psikososyal riskler açısından durumları temalarına göre incelenmiştir.

Tablo 4.15. KOPSOR-TR boyutlarına göre aldıkları puanların dağılım özellikleri

No	Boyut Adı	En küçük	En büyük	Ortalama ± Standart sapma	Ortanca (%25-75)
1	Çalışma hızı	0,0	100,0	78,3 ± 17,6	75,0 (66,7-91,7)
2	Nicel talepler	0,0	100,0	43,7 ± 21,6	41,7 (25,0-58,3)
3	Bilişsel talepler	12,5	100,0	78,2 ± 16,8	81,3 (68,8-93,8)
4	Duygusal talepler	0,0	100,0	63,4 ± 23,8	66,7 (50,0-83,3)
5	Duygularını gizleme	0,0	100,0	68,1 ± 20,9	66,7 (50,0-83,3)
6	İşe etki eksikliği	0,0	100,0	50,9 ± 21,5	50,0 (38,8-65,0)
7	Gelişme olanağı eksikliği	0,0	100,0	23,5 ± 18,8	25,0 (6,3-32,8)
8	İşte özgürlük eksikliği	0,0	100,0	56,8 ± 20,6	56,3 (43,8-68,8)
9	İşin anlamsızlığı	0,0	100,0	19,5 ± 18,0	16,7 (0,0-25,0)
10	İşe bağlılık eksikliği	0,0	100,0	39,8 ± 24,2	41,7 (25,0-50,0)
11	Öngörülebilirlik eksikliği	0,0	100,0	39,9 ± 23,5	37,5 (25,0-50,0)
12	Tanınırlık eksikliği	0,0	100,0	50,2 ± 27,3	50,0 (25,0-75,0)
13	Rol açıklığı eksikliği	0,0	100,0	24,3 ± 18,8	25,0 (8,3-33,3)
14	Rol çatışması	0,0	100,0	58,1 ± 22,2	58,3 (41,7-75,0)
15	Liderlik kalitesi eksikliği	0,0	100,0	34,7 ± 24,6	31,3 (18,8-50,0)
16	İş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği	0,0	100,0	36,8 ± 20,9	33,3 (25,0-50,0)
17	Üst amirden sosyal destek eksikliği	0,0	100,0	36,2 ± 22,5	33,3 (25,0-50,0)
18	Topluluk duygusu eksikliği	0,0	100,0	28,8 ± 23,5	25,0 (8,3-41,7)
19	İş güvencesizliği	0,0	100,0	38,6 ± 28,0	41,7 (16,7-58,3)
20	Çalışma koşulları güvencesizliği	0,0	100,0	52,3 ± 28,1	50,0 (33,3-75,0)
21	İş-ev çatışması	0,0	100,0	72,3 ± 22,6	75,0 (60,0-90,0)
22	Güven eksikliği	0,0	100,0	43,0 ± 21,6	43,8 (25,0-56,3)
23	Adalet ve saygı eksikliği	0,0	100,0	46,5 ± 24,5	50,0 (31,3-68,8)
24	İş doyumu eksikliği	0,0	100,0	56,4 ± 20,6	53,3 (39,9-66,6)
25	Tükenmişlik	0,0	100,0	75,2 ± 20,8	75,0 (62,5-100,0)

Psikososyal Özelliklerin Temaları ile İlgili Bulgular

"Talepler" Temasına İlişkin Psikososyal Riskler

Katılımcıların çoğunluğu düşük çalışma hızı (%54,6), nicel talepler (%55,1), bilişsel talepler (%59,9), duygusal talepler (%58,3), duygularını gizleme gereksinimi (%57,1) ve iş-ev çatışması (%55,8) bildirmiştir (Tablo 4.16.).

Tablo 4.16. Talepler temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)

Psikososyal risk boyutları	**n**	**%**
Çalışma hızı		
Düşük puan	237	54,6
Yüksek puan	197	45,4
Toplam	434	100,0
Nicel talepler		
Düşük puan	239	55,1
Yüksek puan	195	44,9
Toplam	434	100,0
Bilişsel talepler		
Düşük puan	260	59,9
Yüksek puan	174	40,1
Toplam	434	100,0
Duygusal talepler		
Düşük puan	253	58,3
Yüksek puan	181	41,7
Toplam	434	100,0
Duygularını gizleme		
Düşük puan	248	57,1
Yüksek puan	186	42,9
Toplam	434	100,0
İş-ev çatışması		
Düşük puan	242	55,8
Yüksek puan	192	44,2
Toplam	434	100,0

Birimlere göre taleplere ilişkin psikososyal riskler değerlendirildiğinde, servis, acil servis ve yönetimde çalışanların daha sık yüksek düzeyde taleplere maruz kaldığı görülmektedir. Yüksek düzeyde çalışma hızının en sık saptandığı birimler acil servis (%64,4), radyoloji (%57,7), servistir (%52,7). Yüksek düzeyde nicel talepler ise en sık yönetim (%70,0), acil servis (%62,2) ve serviste (%60,8) bildirilmiştir. Birimler arasında sadece serviste, çoğunlukla yüksek iş-ev çatışmasına (%56,8) maruz kalım saptanmıştır. Yüksek düzeyde duygusal talepler en sık yönetim

(%80,0) ve serviste (%56,1), yüksek düzeyde duygularını gizleme gereksinimi ise en sık yönetim (%80,0) ve serviste (%54,7) bildirilmiştir. Yönetimde, diğer birimlere göre yüksek düzeyde bilişsel talepler saptanmıştır (%80,0) (Tablo 4.17.).

Tablo 4.17. Çalışılan birimlere göre talepler temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)

(n=434)		Servis (n=148)		Acil (n=45)		Yoğun Bakım (n=118)		Poliklinik (n=72)		Radyoloji (n=26)		Ameliyat-hane (n=15)		Yönetim (n=10)		Toplam (n=434)	
		n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Talepler temasına ilişkin psikososyal riskler																	
Çalışma hızı	**Düşük**	70	47,3	16	35,6	79	66,9	44	61,1	11	42,3	12	80,0	5	50,0	237	54,6
	Yüksek	78	52,7	29	64,4	39	33,1	28	38,9	15	57,7	3	20,0	5	50,0	197	45,4
Nicel talepler	**Düşük**	58	39,2	17	37,8	73	61,9	56	77,8	21	80,8	11	73,3	3	30,0	239	55,1
	Yüksek	90	60,8	28	62,2	45	38,1	16	22,2	5	19,2	4	26,7	7	70,0	195	44,9
Bilişsel talepler	**Düşük**	80	54,1	26	57,8	66	55,9	56	77,8	19	73,1	11	73,3	2	20,0	260	59,9
	Yüksek	68	45,9	19	42,2	52	44,1	16	22,2	7	26,9	4	26,7	8	80,0	174	40,1
Duygusal Talepler	**Düşük**	65	43,9	28	62,2	69	58,5	51	70,8	25	96,2	13	86,7	2	20,0	253	58,3
	Yüksek	83	56,1	17	37,8	49	41,5	21	29,2	1	3,8	2	13,3	8	80,0	181	41,7
Duyguları nı gizleme	**Düşük**	67	45,3	29	64,4	69	58,5	47	65,3	22	84,6	12	80,0	2	20,0	248	57,1
	Yüksek	81	54,7	16	35,6	49	41,5	25	34,7	4	15,4	3	20,0	8	80,0	186	42,9
İş-ev çatışması	**Düşük**	64	43,2	28	62,2	64	54,2	52	72,2	18	69,2	10	66,7	6	60,0	242	55,8
	Yüksek	84	56,8	17	37,8	54	45,8	20	27,8	8	30,8	5	33,3	4	40,0	192	44,2

* Sütun yüzdesi alınmıştır. *Gözlem sayısı çoklu karşılaştırma için yetersizdir.*

"Kişilerarası İlişkiler ve Liderlik" Temasına İlişkin Psikososyal Riskler

Katılımcıların çoğunluğu yüksek rol çatışması (%52,8), iş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği (%60,1), üst amirden sosyal destek eksikliği (%59,0), düşük öngörülebilirlik eksikliği (%56,9), tanınırlık eksikliği (%58,1), rol açıklığı eksikliği (%65,7), liderlik kalitesi eksikliği (%56,7), topluluk duygusu eksikliği (%59,4),

güven eksikliği (%56,9) ile adalet ve saygı eksikliği (%58,1) bildirmiştir (Tablo 4.18.).

Tablo 4.18. Kişilerarası ilişkiler ve liderlik temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)

Psikososyal risk boyutları	**n**	**%**
Öngörülebilirlik eksikliği		
Düşük puan	247	56,9
Yüksek puan	187	43,1
Toplam	434	100,0
Tanınırlık eksikliği		
Düşük puan	252	58,1
Yüksek puan	182	41,9
Toplam	434	100,0
Rol açıklığı eksikliği		
Düşük puan	285	65,7
Yüksek puan	149	34,3
Toplam	434	100,0
Rol çatışması		
Düşük puan	205	47,2
Yüksek puan	229	52,8
Toplam	434	100,0
Liderlik kalitesi eksikliği		
Düşük puan	246	56,7
Yüksek puan	188	43,3
Toplam	434	100,0
İş arkadaşlardan sosyal destek eksikliği		
Düşük puan	173	39,9
Yüksek puan	261	60,1
Toplam	434	100,0
Üst amirden sosyal destek eksikliği		
Düşük puan	178	41,0
Yüksek puan	256	59,0
Toplam	434	100,0
Topluluk duygusu eksikliği		
Düşük puan	258	59,4
Yüksek puan	176	40,6
Toplam	434	100,0
Güven eksikliği		
Düşük puan	247	56,9
Yüksek puan	187	43,1
Toplam	434	100,0
Adalet ve saygı eksikliği		
Düşük puan	252	58,1
Yüksek puan	182	41,9
Toplam	434	100,0

Birimlere göre kişilerarası ilişkiler ve liderlik temasına ilişkin psikososyal riskler değerlendirildiğinde, servis, acil servis, yoğun bakım ve ameliyathanede daha sık yüksek düzeyde maruz kalım olduğu görülmektedir. Yüksek düzeyde iş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği en sık ameliyathane (%73,3), yoğun bakım (%66,9), acil servis (%64,4), poliklinik (%62,5), radyoloji (%57,7) ve serviste (%55,4) bildirilmiştir. Yüksek düzeyde üstlerden sosyal destek eksikliği ise en sık ameliyathane ve acil (%66,7), radyoloji (% 61,5), poliklinik (%61,1), yoğun bakım (%60,2) ve serviste (%57,4) bildirilmiştir. Yüksek düzeyde rol çatışması yönetim (%70,0), acil servis (%66,7), servis (%59,5) ve yoğun bakımda (%56,8) saptanmıştır. Yüksek düzeyde liderlik kalitesi eksikliği en sık acil serviste (%55,6) bildirilmiştir. Yüksek düzeyde güven ve adalet saygı eksikliği, radyolojide diğer birimlere göre daha sık saptanmıştır (sırasıyla %53,8, %53,8). Yüksek düzeyde tanınırlık eksikliği ise radyoloji (%57,7) ve ameliyathanede (%53,3) bildirilmiştir (Tablo 4.19.).

Tablo 4.19. Çalışılan birimlere göre kişilerarası ilişkiler ve liderlik temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)

(n=434)		**Servis (n=148)**		**Acil (n=45)**		**Yoğun Bakım (n=118)**		**Poliklinik (n=72)**		**Radyoloji (n=26)**		**Ameliyat-hane (n=15)**		**Yönetim (n=10)**		**Toplam (n=434)**	
		n	**%***	**n**	**%***	**n**	**%***	**n**	**%***	**n**	**%***	**n**	**%***	**n**	**%***	**n**	**%***
Kişilerarası ilişkiler ve liderlik temasına ilişkin psikososyal riskler																	
Öngörülebilirlik eksikliği	**Düşük**	89	60,1	31	68,9	61	51,7	37	51,4	13	50,0	8	53,3	8	80,0	247	56,9
	Yüksek	59	39,9	14	31,1	57	48,3	35	48,6	13	50,0	7	46,7	2	20,0	187	43,1
Tanınırlık eksikliği	**Düşük**	89	60,1	26	57,8	63	53,4	46	63,9	11	42,3	7	46,7	10	100,0	252	58,1
	Yüksek	59	39,9	19	42,2	55	46,6	26	36,1	15	57,7	8	53,3	0	0,0	182	41,9
Rol açıklığı eksikliği	**Düşük**	89	60,1	28	62,2	72	61,0	56	77,8	23	88,5	9	60,0	8	80,0	285	65,7
	Yüksek	59	39,9	17	37,8	46	39,0	16	22,2	3	11,5	6	40,0	2	20,0	149	34,3
Rol çatışması	**Düşük**	60	40,5	15	33,3	51	43,2	44	61,1	20	76,9	12	80,0	3	30,0	205	47,2
	Yüksek	88	59,5	30	66,7	67	56,8	28	38,9	6	23,1	3	20,0	7	70,0	229	52,8
Liderlik kalitesi eksikliği	**Düşük**	87	58,8	20	44,4	70	59,3	38	52,8	16	61,5	8	53,3	7	70,0	246	56,7
	Yüksek	61	41,2	25	55,6	48	40,7	34	47,2	10	38,5	7	46,7	3	30,0	188	43,3

Tablo 4.19. (devamı) Çalışılan birimlere göre kişilerarası ilişkiler ve liderlik temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)

(n=434)		Servis (n=148)		Acil (n=45)		Yoğun Bakım (n=118)		Poliklinik (n=72)		Radyoloji (n=26)		Ameliyat-hane (n=15)		Yönetim (n=10)		Toplam (n=434)	
		n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Kişilerarası ilişkiler ve liderlik temasına ilişkin psikososyal riskler																	
İş arkadaşı sosyal destek eksikliği	**Düşük**	66	44,6	16	35,6	39	33,1	27	37,5	11	42,3	4	26,7	10	100,0	173	39,9
	Yüksek	82	55,4	29	64,4	79	66,9	45	62,5	15	57,7	11	73,3	0	0,0	261	60,1
Üst amirden sosyal destek eksikliği	**Düşük**	63	42,6	15	33,3	47	39,8	28	38,9	10	38,5	5	33,3	10	100,0	178	41,0
	Yüksek	85	57,4	30	66,7	71	60,2	44	61,1	16	61,5	10	66,7	0	0,0	256	59,0
Topluluk duygusu ekiskliği	**Düşük**	90	60,8	24	53,3	65	55,1	45	62,5	17	65,4	8	53,3	9	90,0	258	59,4
	Yüksek	58	39,2	21	46,7	53	44,9	27	37,5	9	34,6	7	46,7	1	10,0	176	40,6
Güven eksikliği	**Düşük**	86	58,1	27	60,0	55	46,6	48	66,7	12	46,2	10	66,7	9	90,0	247	56,9
	Yüksek	62	41,9	18	40,0	63	53,4	24	33,3	14	53,8	5	33,3	1	10,0	187	43,1
Adalet ve saygı eksikliği	**Düşük**	89	60,1	25	55,6	68	57,6	37	51,4	12	46,2	11	73,3	10	100,0	252	58,1
	Yüksek	59	39,9	20	44,4	50	42,4	35	48,6	14	53,8	4	26,7	0	0,0	182	41,9

* Sütun yüzdesi alınmıştır. *Gözlem sayısı çoklu karşılaştırma için yetersizdir.*

"Etki ve Gelişim" Temasına İlişkin Psikososyal Riskler

Araştırma grubu tarafından çoğunlukla düşük işe etki eksikliği (%51,2), gelişme olanağı eksikliği (%65,2), işte özgürlük eksikliği (%54,4), işin anlamsızlığı (%55,1), işe bağlılık eksikliği (%61,8) bildirilmiştir (Tablo 4.20.).

Tablo 4.20. Etki ve gelişim temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)

Psikososyal risk boyutları	**n**	**%**
İşe etki eksikliği		
Düşük puan	222	51,2
Yüksek puan	212	48,8
Toplam	434	100,0
Gelişme olanağı eksikliği		
Düşük puan	283	65,2
Yüksek puan	151	34,8
Toplam	434	100,0
İşte özgürlük eksikliği		
Düşük puan	236	54,4
Yüksek puan	198	45,6
Toplam	434	100,0
İşin anlamsızlığı		
Düşük puan	239	55,1
Yüksek puan	195	44,9
Toplam	434	100,0
İşe bağlılık eksikliği		
Düşük puan	268	61,8
Yüksek puan	166	38,2
Toplam	434	100,0

Birimlere göre değerlendirildiğinde yoğun bakım ve acil serviste diğer birimlere göre daha sık yüksek düzeyde işe etki eksikliği bildirildiği görülmektedir (sırasıyla %60,2, %51,1). Ameliyathanede, diğer birimlere göre yüksek düzeyde işe bağlılık eksikliği saptanmıştır (%53,3). Yüksek düzeyde işte özgürlük eksikliğinin en sık saptandığı birimler ise ameliyathane (%60,0), radyoloji (%57,7), acil servis (%55,6) ve polikliniktir (%51,4) (Tablo 4.21.).

Tablo 4.21. Çalışılan birimlere göre etki ve gelişim temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)

(n=434)		Servis (n=148)		Acil (n=45)		Yoğun Bakım (n=118)		Poliklinik (n=72)		Radyoloji (n=26)		Ameliyat-hane (n=15)		Yönetim (n=10)		Toplam (n=434)	
		n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Etki ve gelişim temasına ilişkin psikososyal riskler																	
İşe etki eksikliği	**Düşük**	81	54,7	22	48,9	47	39,8	39	54,2	16	61,5	9	60,0	8	80,0	222	51,2
	Yüksek	67	45,3	23	51,1	71	60,2	33	45,8	10	38,5	6	40,0	2	20,0	212	48,8
Gelişme olanağı eksikliği	**Düşük**	97	65,5	32	71,1	81	68,6	37	51,4	18	69,2	10	66,7	8	80,0	283	65,2
	Yüksek	51	34,5	13	28,9	37	31,4	35	48,6	8	30,8	5	33,3	2	20,0	151	34,8
İşte özgürlük eksikliği	**Düşük**	88	59,5	20	44,4	66	55,9	35	48,6	11	42,3	6	40,0	10	100,0	236	54,4
	Yüksek	60	40,5	25	55,6	52	44,1	37	51,4	15	57,7	9	60,0	0	0,0	198	45,6
İşin anlamsızlığı	**Düşük**	77	52,0	24	53,3	61	51,7	42	58,3	18	69,2	11	73,3	6	60,0	239	55,1
	Yüksek	71	48,0	21	46,7	57	48,3	30	41,7	8	30,8	4	26,7	4	40,0	195	44,9
İşe bağlılık eksikliği	**Düşük**	83	56,1	33	73,3	70	59,3	50	69,4	16	61,5	7	46,7	9	90,0	268	61,8
	Yüksek	65	43,9	12	26,7	48	40,7	22	30,6	10	38,5	8	53,3	1	10,0	166	38,2

* Sütun yüzdesi alınmıştır. *Gözlem sayısı çoklu karşılaştırma için yetersizdir.*

"Diğer Parametrelere (İş Güvencesizliği)" İlişkin Psikososyal Riskler

Çalışanların çoğunluğu düşük iş güvencesizliği (%58,1) ve çalışma koşulları güvencesizliği (%50,5) bildirmiştir (Tablo 4.22.).

Tablo 4.22. Diğer parametrelere ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)

Psikososyal risk boyutları	n	%
İş güvencesizliği		
Düşük puan	252	58,1
Yüksek puan	182	41,9
Toplam	434	100,0
Çalışma koşulları güvencesizliği		
Düşük puan	219	50,5
Yüksek puan	215	49,5
Toplam	434	100,0

Birimler arasında, yüksek düzeyde iş güvencesizliği en sık acilde (%53,3), yüksek düzeyde çalışma koşulları güvencesizliği ise en sık yönetim (%60,0), yoğun bakım (%54,2), servis (%54,1) ve acil serviste (%53,3) bildirilmiştir (Tablo 4. 23.).

Tablo 4.23. Çalışılan birimlere göre diğer parametreler temasına ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)

(n=434)		Servis (n=148)		Acil (n=45)		Yoğun Bakım (n=118)		Poliklinik (n=72)		Radyoloji (n=26)		Ameliyat-hane (n=15)		Yönetim (n=10)		Toplam (n=434)	
		n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Diğer parametreler temasına ilişkin psikososyal riskler																	
İş güvence sizliği	**Düşük**	74	50,0	21	46,7	68	57,6	49	68,1	23	88,5	12	80,0	5	50,0	252	58,1
	Yüksek	74	50,0	24	53,3	50	42,4	23	31,9	3	11,5	3	20,0	5	50,0	182	41,9
Çalışma koşulları güvence sizliği	**Düşük**	68	45,9	21	46,7	54	45,8	46	63,9	14	53,8	12	80,0	4	40,0	219	50,5
	Yüksek	80	54,1	24	53,3	64	54,2	26	36,1	12	46,2	3	20,0	6	60,0	215	49,5

* Sütun yüzdesi alınmıştır. *Gözlem sayısı çoklu karşılaştırma için yetersizdir.*

"Sonuçlara" İlişkin İş Doyumu ve Tükenmişlik Boyutlarıyla ile İlgili Bulgular

Çalışanların çoğunluğu düşük iş doyumu eksikliği (%52,1) ve tükenmişlik (%58,8) bildirmiştir (Tablo 4.24.).

Tablo 4.24. Sonuçlar temasına ilişkin özelliklerin dağılımı (Ankara, 2019)

Psikososyal risk boyutları	n	%
İş doyumu eksikliği		
Düşük puan	226	52,1
Yüksek puan	208	47,9
Toplam	434	100,0
Tükenmişlik		
Düşük puan	255	58,8
Yüksek puan	179	41,2
Toplam	434	100,0

Birimlere göre sonuçlara ilişkin psikososyal riskler değerlendirildiğinde, yüksek düzeyde iş doyumu eksikliğinin en sık bildirildiği birimlerin ameliyathane

(%80,0) ve servis (%53,4), yüksek düzeyde tükenmişliğin en sık saptandığı birimin ise servis (%57,4) olduğu görülmektedir (Tablo 4.25.).

Tablo 4.25. Çalışılan birimlere göre sonuçlara ilişkin psikososyal riskler (Ankara, 2019)

(n=434)		Servis (n=148)		Acil (n=45)		Yoğun Bakım (n=118)		Poliklinik (n=72)		Radyoloji (n=26)		Ameliyat-hane (n=15)		Yönetim (n=10)		Toplam (n=434)	
		n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Sonuçlara ilişkin psikososyal riskler																	
İş doyumu eksikliği	**Düşük**	69	46,6	28	62,2	61	51,7	43	59,7	13	50,0	3	20,0	9	90,0	226	52,1
	Yüksek	79	53,4	17	37,8	57	48,3	29	40,3	13	50,0	12	80,0	1	10,0	208	47,9
Tükenmişlik	**Düşük**	63	42,6	25	55,6	72	61,0	55	76,4	22	84,6	11	73,3	7	70,0	255	58,8
	Yüksek	85	57,4	20	44,4	46	39,0	17	23,6	4	15,4	4	26,7	3	30,0	179	41,2

* Sütun yüzdesi alınmıştır. *Gözlem sayısı çoklu karşılaştırma için yetersizdir.*

4.1.6. Bağımlı Değişkene ait Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelik hizmeti veren çalışanların mental sağlık durumunu gösteren GSA puan ortalamasının (ort±ss) 16,2±4,3 (ortanca:16) ve puan aralığının 0-36 olduğu saptanmıştır. Çalışanların %43,1'inin GSA puanı, ortanca değerin üstü (kötü lehine), %56,9'unun ise ortanca değerin altı (iyi lehine) olarak saptanmıştır (Tablo 4.26.).

Tablo 4.26. Hemşirelik hizmeti verenlerin mental sağlık durumu dağılımları, bağımlı değişkene ait ortalama, yaygınlık ölçütleri (Ankara, 2019)

Mental sağlık durumu	**n**	**%**
İyi (ortanca altı)	247	56,9
Kötü (ortanca üstü)	187	43,1
Toplam	434	100,0

	n	**Ortalama±SS**	**Ortanca (%25-75)**	**En küçük-En büyük**
Mental sağlık durumu	434	16,2±4,3	16,0 (13,0-19,0)	0,0-36,0

4.2. Bağımsız Değişkenlerin Bağımlı Değişken ile Karşılaştırılmasına ait Bulgular

4.2.1. Sosyodemografik Özellikler ile Mental Sağlık Durumu İlişkisi

Sosyodemografik özelliklerin, mental sağlık durumu ile ilişkisine ait bulgular Tablo 4.27.'de sunulmuştur.

Kadınlarda mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %56,8 iken, erkeklerde %58,1 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=1,000).

Çalışanların mental sağlık durumları ortanca değer olan 26'ya göre incelendiğinde, yaşları 26'nın altında olanların %53,8'nin mental sağlık durumu iyi ve %46,2'sinin kötü olduğu, yaşları 26'nın üzerinde olanların %59,5'nin mental sağlık durumu iyi ve %40,5'inin kötü olduğu, istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,234).

Medeni durumu evli olanlarda mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %62,7 iken, bekar olanlarda %53,7 olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0,07).

Çocuk sahibi olanlarda mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %59,8 iken, çocuğu olmayanlarda %55,6 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,414).

Çalışanların mental sağlık durumları, öğrenim durumlarına göre incelendiğinde, lise ve ön lisans mezunu olanlarda mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %53,0 iken, lisans ve üzeri eğitim gören çalışanlarda %60,7 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,105).

Çalışanların mental sağlık durumları meslek gruplarına göre incelendiğinde, hemşire ve ebe olanlarda mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %58,0 iken, paramedik ve acil tıp teknisyeni olan çalışanlarda %51,4 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,30).

Tablo 4.27. Hemşirelik hizmeti verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental sağlık durumu						p[a]
	İyi		Kötü		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%**	
Cinsiyet							
Kadın	229	56,8	174	43,2	403	92,9	1,000[b]
Erkek	18	58,1	13	41,9	31	7,1	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Yaş (ortancaya göre)							
<26	106	53,8	91	46,2	197	45,4	0,234
≥ 26	141	59,5	96	40,5	237	54,6	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Medeni durum							
Evli değil	151	53,7	130	46,3	281	64,7	0,070
Evli	96	62,7	57	37,3	153	35,3	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Çocuk sahibi olma durumu							
Evet	79	59,8	53	40,2	132	30,4	0,414
Hayır	168	55,6	134	44,4	302	69,6	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Öğrenim durumu							
Lise ve önlisans	114	53,0	101	47,0	215	49,5	0,105
Lisans ve üzeri	133	60,7	86	39,3	219	50,5	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Mesleği							
Hemşire/Ebe	210	58,0	152	42,0	362	83,4	0,300
Paramedik /ATT	37	51,4	35	48,6	72	16,6	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare, [b] Yates ki-kare

4.2.2. Bazı Alışkanlıklar ile Mental Sağlık Durumu İlişkisi

Çalışanların mental sağlık durumları, düzenli alkollü içecek tüketim durumuna göre incelendiğinde, alkol kullananlarda mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %53,6 iken, kullanmayanlarda %58,5 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,332). Sigara içen ve içmiş olanların, sigara içmeyenlere

göre mental sağlık durumları anlamlı olarak kötü saptanmıştır (p=0,019) (Tablo 4.28.).

Tablo 4.28. Hemşirelik hizmeti verenlerin bazı alışkanlıkları ile ilgili bulgularına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental sağlık durumu						**p[a]**
	İyi		**Kötü**		**Toplam**		
	n	**%***	**n**	**%***	**n**	**%****	
Sigara içme durumu							
Hiç içmemiş	139	62,3	84	37,7	223	51,4	**0,019**
İçiyor/İçmiş	108	51,2	103	48,8	211	48,6	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Sigara ağırlık indeksi							
Çok düşük-düşük bağımlılık	79	51,3	75	48,7	154	95,1	0,277[b]
Orta-yüksek bağımlılık	2	25,0	6	75,0	8	4,9	
Toplam	81	50,0	81	50,0	100,0	100,0	
Düzenli alkollü içecek tüketimi							
Hayır	172	58,5	122	41,5	294	67,7	0,332
Evet	75	53,6	65	46,4	140	32,3	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare, [b] Fisher'ın kesin testi

4.2.3. Sağlık Durumunun Mental Sağlık Durumu ile İlişkisi

Çalışanların sağlık durumu özelliklerine göre mental sağlık durumları incelendiğinde (Tablo 4.29.); kendi beyanına dayalı doktor tarafından tanısı konulmuş hastalığı bulunanların %54,9'unun mental sağlık durumu iyi iken, %45,1'nin mental sağlık durumunun kötü olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,438). Depresyon tanısı olduğunu belirtenlerin mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %38,1 iken, depresyon tanısı olmadığını belirtenlerde mental sağlık durumunun iyi olma sıklığının %57,9 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,119). Anksiyete tanısı olduğunu belirtenlerin mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %38,5 iken, anksiyete tanısı olmadığını belirtenlerde mental sağlık durumunun iyi olma sıklığının %57,5 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,280) (Tablo 4.29.).

Tablo 4.29. Hemşirelik hizmeti verenlerin doktor tanılı hastalığı olma durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental sağlık durumu						p[a]
	İyi		Kötü		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%**	
Hastalık durumu							
Yok	140	58,6	99	41,4	239	55,1	0,438
Var	107	54,9	88	45,1	195	44,9	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Ruhsal hastalık varlığı							
Depresyon							
Yok	239	57,9	174	42,1	413	95,2	0,119[b]
Var	8	38,1	13	61,9	21	4,8	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Anksiyete							
Yok	242	57,5	179	42,5	421	97,0	0,280[b]
Var	5	38,5	8	61,5	13	3,0	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare, [b] Yates ki-kare

Sağlık yakınması olanların mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %54,7 iken, yakınması olmayanlarda %62,6 olduğu ve farkın istatistiksel anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0,132). Sağlık yakınması olarak kas eklem ağrısı olanların mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %52,9 iken, kas eklem ağrısı olmayanlarda %59,6 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,165). Uykusuzluk ve baş ağrısı olanların, olmayanlara göre mental sağlık durumları anlamlı olarak kötü saptanmıştır (sırasıyla p=0,014, p=0,011) (Tablo 4.30.).

Düzenli ilaç kullandığını belirtenlerin mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %60,9 iken, kullanmayanlarda %55,9 olduğu ve farkın istatistiksel anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0,399). Psikiyatrik ilaç kullandığını belirtenlerin mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %56,2 iken, kullanmayanlarda %56,9 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,957). Son bir yılda sağlık sorunu nedenli devamsızlık yapanlarda mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %53,9 iken, yapmayanlarda %58,5 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,360) (Tablo 4.30.).

Tablo 4.30. Hemşirelik hizmeti verenlerin sağlık yakınması, ilaç kullanma ve sağlık sorunu nedenli devamsızlık durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental sağlık durumu						p[a]
	İyi		Kötü		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%**	
Yakınma durumu							
Yok	77	62,6	46	37,4	123	28,3	0,132
Var	170	54,7	141	45,3	311	71,7	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Yakınma varlığı							
Baş ağrısı							
Yok	135	62,8	80	37,2	215	49,5	**0,014**
Var	112	51,1	107	48,9	219	50,5	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Kas-eklem ağrıları							
Yok	155	59,6	105	40,4	260	59,9	0,165
Var	92	52,9	82	47,1	174	40,1	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Uykusuzluk							
Yok	163	61,7	101	38,3	264	60,8	**0,011**
Var	84	49,4	86	50,6	170	39,2	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Düzenli ilaç kullanım durumu							
Yok	194	55,9	153	44,1	347	80,0	0,399
Var	53	60,9	34	39,1	87	20,0	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Psikiyatrik ilaç kullanım durumu							
Yok	238	56,9	180	43,1	418	96,3	0,957[b]
Var	9	56,2	7	43,8	16	3,7	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100	
Sağlık sorunu nedenli devamsızlık durumu							
Yok	165	58,5	117	41,5	282	65,0	0,360
Var	82	53,9	70	46,1	152	35,0	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare, [b] Yates ki-kare

Çalışanlardan sağlık sorunu nedenli devamsızlık gün sayısının ortalaması 2,4±8,1 olanların mental sağlık durumları iyi iken, ortalaması 2,7±6,2 olanların mental sağlık durumlarının kötü olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,698) (Tablo 4.31.).

Katılımcılar arasında genel sağlık düşüncesi ortalaması 6,4±1,5 olanların mental sağlık durumları iyi iken, ortalaması 6,1±1,7 olanların mental sağlık durumlarının kötü olduğu, aradaki farkın istatistiksel anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p=0,055) (Tablo 4.31.).

Tablo 4.31. Hemşirelik hizmeti verenlerin sağlık sorunu nedenli devamsızlık gün sayısı, sağlık düşünceleri ortalama değerlerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental sağlık durumu						**p[a]**
	iyi		**Kötü**		**Toplam**		
	Sayı	**Ort±SS**	**Sayı**	**Ort±SS**	**Sayı**	**Ort±SS**	
Sağlık sorunu nedenli devamsızlık gün sayısı	247	2,4±8,1	187	2,7±6,2	434	7,2±10,9	0,698
Genel sağlık düşüncesi	247	6,4±1,5	187	6,1±1,7	434	6,29±1,6	0,055

[a] Bağımsız gruplarda t testi

Katılımcıların vücut kitle indeksi değerlerine göre mental sağlık durum dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,739) (Tablo 4.32.).

Tablo 4.32. Hemşirelik hizmeti verenlerin vücut kitle indeksi değerlerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental sağlık durumu						**p[a]**
	İyi		**Kötü**		**Toplam**		
	n	**%***	**n**	**%***	**n**	**%****	
Vücut kitle indeksi							
Zayıf	18	58,1	13	41,9	31	7,1	0,739
Normal	163	56,8	124	43,2	287	66,1	
Fazla kilolu	51	60,0	34	40,0	85	19,6	
Obez	15	48,4	16	51,6	31	7,1	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Yates ki-kare

4.2.4. Çalışma Yaşamı İlişkili Maruz Kalım Düşünceleri ile Mental Sağlık Durumu İlişkisi

Araştırmaya katılan hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma ortamında kan ve vücut sıvılarıyla bulaş maruz kalımı olduğunu düşünenlerin mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %56,6 iken, düşünmeyenlerde %58,9 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,856). Çalışma ortamında gürültü maruz kalımı olduğunu düşünenlerin mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %56,1 iken, düşünmeyenlerde %62,7 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,456). Çalışma ortamında radyasyon, kemoterapotiklerle bulaş, ağır yük, ısı farkları, sözlü taciz/hakaret ve fiziksel tehdit/saldırı maruz kalımının olduğunu düşünenlerin, düşünmeyenlere göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir (sırasıyla p=0,024, p=0,012, p=0,011, p=0,008, p=0,001, p<0,001) (Tablo 4.33.). Çalışma ortamında maruz kalındığı düşünülen etkenlerle sağlıklarının etkilendiğini düşünenlerin, düşünmeyenlere göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir (p=0,022) (Tablo 4.34.).

Tablo 4.33. Hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma ortamında etkenlere maruz kalma durumu hakkındaki görüşlerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental sağlık durumu						p[a]
	İyi		Kötü		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%**	
Maruz kalım beyanı							
Kan /vücut sıvıları ile bulaş							
Yok	33	58,9	23	41,1	56	12,9	0,856[b]
Var	214	56,6	164	43,4	378	87,1	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Gürültü							
Yok	32	62,7	19	37,3	51	11,8	0,456[b]
Var	215	56,1	168	43,9	383	88,2	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Radyasyon							
Yok	87	64,9	47	35,1	134	30,9	**0,024**
Var	160	53,3	140	46,7	300	69,1	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Kemoterapötiklerle bulaş							
Yok	154	62,1	94	37,9	248	57,1	**0,012**
Var	93	50,0	93	50,0	186	42,9	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Ağır yük maruz kalımı							
Yok	71	67,6	34	32,4	105	24,2	**0,011**
Var	176	53,5	153	46,5	329	75,8	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Isı farkları							
Yok	77	67,5	37	32,5	114	26,3	**0,008**
Var	170	53,1	150	46,9	320	73,7	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Sözlü taciz, hakaret							
Yok	94	69,1	42	30,9	136	31,3	**0,001**
Var	153	51,3	145	48,7	298	68,7	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Fiziksel tehdit / saldırı							
Yok	152	64,7	83	35,3	235	54,2	**<0,001**
Var	95	47,7	104	52,3	199	45,8	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare, [b] Yates ki-kare

Tablo 4.34. Hemşirelik hizmeti verenlerin maruz kalındığı düşünülen etkenle ilişkili sağlık etkilenmesi düşüncelerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental Sağlık Durumu						
	İyi		Kötü		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%**	p[a]
Sağlık etkilenmesi düşüncesi							
Yok	106	63,9	60	36,1	166	38,2	**0,022**
Var	141	52,6	127	47,4	268	61,8	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare

4.2.5. Çalışma Yaşamı Özellikleri ile Mental Sağlık Durumu İlişkisi

Yöneticilik görevi olanlarda mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %57,1 iken, olmayanlarda %56,9 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,972). Yönettiği kişi sayısına göre mental sağlık durumu dağılımları incelendiğinde, 10 ve altı sayıda kişiyi yönetenlerin %62,5'nin mental sağlık durumu iyi iken, 11 ve üzeri sayıda kişiyi yönetenlerin %52,0'ının mental sağlık durumunun iyi olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,650) (Tablo 4.35.).

Katılımcıların haftalık çalışma süresine göre mental sağlık durumları incelendiğinde, haftalık 35-48 saat çalışanların %56,6'sının mental sağlık durumu iyi iken, 48 ve üzeri saat çalışanların %57,0'ının mental sağlık durumunun iyi olduğu, istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,937) (Tablo 4.35.).

Toplam çalışma süresi 4 yıldan az olanlarda mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %56,3 iken, toplam çalışma süresi 4-48 yıl arası olanlarda %57,5 olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,810). Bu iş yerinde toplam çalışma süresi 3,75 yıldan az olanlarda mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %56,3 iken, bu iş yerinde toplam çalışma süresi 3,75-35 yıl arası olanlarda %57,5 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,792) (Tablo 4.35.).

Çalışanların çalışma şekline göre mental sağlık durumları incelendiğinde, sadece gündüz çalışanların %60,8'inin mental sağlık durumu iyi iken, gece-gündüz dönüşümlü çalışanların %54,4'ünün mental sağlık durumunun iyi olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,185). Aylık nöbet sayısı 8'den az

olanlarda mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %62,1 iken, nöbet sayısı 8 ve üzeri olanlarda %53,4 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,494) (Tablo 4.35.).

Çalışılan birimlere göre mental sağlık durumu dağılımları incelendiğinde, mental sağlık durumu kötü olma sıklığı; serviste çalışanlarda %49,3 (n=73), acil serviste çalışanlarda %57,8 (n=26), yoğun bakımda çalışanlarda %36,4 (n=43), poliklinikte çalışanlarda %33,3 (n=24), radyoloji/görüntüleme biriminde çalışanlarda %42,3 (n=11), ameliyathanede çalışanlarda %26,7 (n=4), yönetimde çalışanlarda %60,0 (n=6) olarak saptanmıştır (Tablo 4.35.).

Fazla mesai yapanların yapmayanlara göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir (p=0,030). Çalışanların haftalık fazla mesai çalışma süresi 12 saatten az olanlarda mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %54,8 iken, 12 saat ve üzeri olanlarda %50,7 olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,517) (Tablo 4.35.).

Katılımcılar içinde aylık iş geliri ortalaması (ort.±ss) 2827,4±497,1 olanların mental sağlık durumları iyi iken, ortalaması (ort.±ss) 2741,4±467,8 olan çalışanların mental sağlık durumlarının kötü olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p=0,068) (Tablo 4.36.).

Tablo 4.35. Hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma yaşamı özelliklerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental sağlık durumu						p[a]
	İyi		Kötü		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%**	
Çalıştığı birim							
Servis	75	50,7	73	49,3	148	34,0	***
Acil Servis	19	42,2	26	57,8	45	10,4	
Yoğun bakım	75	63,6	43	36,4	118	27,2	
Poliklinik	48	66,7	24	33,3	72	16,6	
Radyoloji/ Görüntüleme	15	57,7	11	42,3	26	6,0	
Ameliyathane	11	73,3	4	26,7	15	3,5	
Yönetim/Müdürlük	4	40,0	6	60,0	10	2,3	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Yöneticilik görevi							
Yok	219	56,9	166	43,1	385	88,7	0,972
Var	28	57,1	21	42,9	49	11,3	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Yönettiği kişi sayısı							
10 ve altı	15	62,5	9	37,5	24	49,0	0,650[b]
11 ve üzeri	13	52,0	12	48,0	25	51,0	
Toplam	28	57,1	21	42,9	49	100,0	
Haftalık çalışma süresi, saat							
35-48 saat	56	56,6	43	43,4	99	22,8	0,937
≥ 48 saat	191	57,0	144	43,0	335	77,2	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Toplam çalışma süresi, yıl							
<4 yıl	116	56,3	90	43,7	206	47,5	0,810
4-48 yıl	131	57,5	97	42,5	228	52,5	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Bu iş yerinde çalışma süresi, yıl							
<3,75 yıl	121	56,3	94	43,7	215	49,5	0,792
3,75-35 yıl	126	57,5	93	42,5	219	50,5	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare, [b] Yates ki-kare,

*** *Gözlem sayısı istatistik test yapmak için yetersizdir.*

Tablo 4.35. (devamı) Hemşirelik hizmeti verenlerin çalışma yaşamı özelliklerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental sağlık durumu						p[a]
	İyi		Kötü		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%**	
Fazla mesai yapma durumu							
Yok	110	63,2	64	36,8	174	40,1	**0,030**
Var	137	52,7	123	47,3	260	59,9	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Haftalık fazla mesai çalışma süresi, saat							
1-12 saat	69	54,8	57	45,2	126	48,5	0,517
≥ 12	68	50,7	66	49,3	134	51,5	
Toplam	137	52,7	123	47,3	260	100,0	
Çalışma şekli							
Sadece gündüz	104	60,8	67	39,2	171	39,4	0,185
Gece gündüz dönüşümlü	143	54,4	120	45,6	263	60,6	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Nöbet sayısı, ayda							
1-8	18	62,1	11	37,9	29	11,0	0,494[b]
≥ 8	125	53,4	109	46,6	234	89,0	
Toplam	143	54,4	120	45,6	263	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare, [b] Yates ki-kare

Tablo 4.36. Hemşirelik hizmeti verenlerin aylık gelir ortalama değerlerine göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental sağlık durumu						p[a]
	İyi		Kötü		Toplam		
	Sayı	Ort±SS	Sayı	Ort±SS	Sayı	Ort±SS	
İş geliri, aylık tl	247	2827,4±497,1	187	2741,4±467,8	434	2790,3±486,0	0,068

[a] Bağımsız gruplarda t testi

4.2.6. İş kazası ve Kılpayı Kaza Geçirme Durumları ile Mental Sağlık Durumu İlişkisi

Son bir yıl içinde iş kazası geçirdiğini belirtenlerin mental sağlık durumunun iyi olma sıklığı %58,1 iken, geçirmeyenlerde %56,4 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p=0.737). Son 1 ay içinde kılpayı kaza geçirenlerin geçirmeyenlere göre mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir ve aradaki fark anlamlıdır (p=0.005) (Tablo 4.37.).

Tablo 4. 37. Hemşirelik hizmeti verenlerin iş kazası ve kılpayı kaza geçirme durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental sağlık durumu						**p[a]**
	İyi		**Kötü**		**Toplam**		
	n	**%***	**n**	**%***	**n**	**%****	
İş kazası öyküsü							
Var	75	58,1	54	41,9	129	29,7	0,737
Yok	172	56,4	133	43,6	305	70,3	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Kılpayı kaza öyküsü							
Var	56	46,3	65	53,7	121	27,9	**0,005**
Yok	191	61,0	122	39,0	313	72,1	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare

4.2.7. Psikososyal Risk Durumları ile Mental Sağlık Durumu İlişkisi

Talepler temasına ilişkin psikososyal risklerden çalışma hızına göre mental sağlık durumu dağılımı değerlendirildiğinde; yüksek çalışma hızı olanların %52,8'inin mental sağlık durumu iyi iken, düşük çalışma hızı olanların %60,3'ünün mental sağlık durumunun iyi olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,114). Yüksek nicel talepler olan çalışanların %49,7'sinin mental sağlık durumu kötü iken, düşük nicel talepler olanların %37,7'sinin mental sağlık durumunun kötü olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,011). Yüksek bilişsel talepler, duygusal talepler, duygularını gizleme, iş-ev çatışması olan çalışanların, düşük olanlara göre mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir ve aralarındaki fark anlamlıdır (sırasıyla p<0,001, p<0,001, p=0,012, p=0,001) (Tablo 4.38.).

Tablo 4.38. Talepler temasına ilişkin psikososyal risk durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental Sağlık Durumu						p[a]
	İyi		Kötü		Toplam		
	n	%*	n	%*	Sayı	%**	
Çalışma hızı							
Düşük	143	60,3	94	39,7	237	54,6	0,114
Yüksek	104	52,8	93	47,2	197	45,4	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Nicel talepler							
Düşük	149	62,3	90	37,7	239	55,1	**0,011**
Yüksek	98	50,3	97	49,7	195	44,9	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Bilişsel talepler							
Düşük	171	65,8	89	34,2	260	59,9	**<0,001**
Yüksek	76	43,7	98	56,3	174	40,1	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Duygusal talepler							
Düşük	163	64,4	90	35,6	253	58,3	**<0,001**
Yüksek	84	46,4	97	53,6	181	41,7	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Duygularını gizleme							
Düşük	154	62,1	94	37,9	248	57,1	**0,012**
Yüksek	93	50,0	93	50,0	186	42,9	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
İş-ev çatışması							**0,001**
Düşük	154	63,6	88	36,4	242	55,8	
Yüksek	93	48,4	99	51,6	192	44,2	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare

Kişilerarası ilişkiler ve liderlik temasına ilişkin psikososyal risklerden öngörülebilirlik eksikliğine göre mental sağlık durumu dağılımı değerlendirildiğinde; yüksek öngörülebilirlik eksikliği olanların %54,5'inin mental sağlık durumu iyi iken, düşük öngörülebilirlik eksikliği olanların %58,7'sinin mental sağlık durumunun iyi olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,386).

Yüksek tanınırlık eksikliği olanların %52,2'sinin mental sağlık durumu iyi iken, düşük tanınırlık eksikliği olanların %60,3'ünün mental sağlık durumunun iyi olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,092).

Yüksek rol açıklığı eksikliği olanların %56,4'ünün mental sağlık durumu iyi iken, düşük rol açıklığı eksikliği olanların %57,2'sinin mental sağlık durumunun iyi olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,870).

Yüksek liderlik kalitesi eksikliği olanların %52,1'inin mental sağlık durumu iyi iken, düşük liderlik kalitesi eksikliği olanların %60,6'sının mental sağlık durumunun iyi olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,078).

Yüksek iş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği olanların %53,6'sının mental sağlık durumu iyi iken, düşük iş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği olanların %61,8'inin mental sağlık durumunun iyi olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,091).

Yüksek üst amirlerden sosyal destek eksikliği olanların %55,5'inin mental sağlık durumu iyi iken, düşük üst amirlerden sosyal destek eksikliği olanların %59,0'ının mental sağlık durumunun iyi olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,466).

Yüksek topluluk duygusu eksikliği olanların %52,3'ünün mental sağlık durumu iyi iken, düşük topluluk duygusu eksikliği olanların %60,1'inin mental sağlık durumunun iyi olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,107).

Yüksek güven eksikliği olanların %54,0'ının mental sağlık durumu iyi iken, düşük güven eksikliği olanların %59,1'inin mental sağlık durumunun iyi olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,288).

Yüksek adalet ve saygı eksikliği olanların %51,6'sının mental sağlık durumu iyi iken, düşük adalet ve saygı eksikliği olanların %60,7'sinin mental sağlık durumunun iyi olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,060).

Yüksek rol çatışması olanların, düşük olanlara göre mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir ve aralarındaki fark anlamlıdır (p=0,001) (Tablo 4.39.).

Tablo 4.39. Kişilerarası ilişkiler ve liderlik temasına ilişkin psikososyal risk durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental Sağlık Durumu						p[a]
	İyi		Kötü		Toplam		
	n	%*	n	%*	Sayı	%**	
Öngörülebilirlik eksikliği							
Düşük	145	58,7	102	41,3	247	56,9	0,386
Yüksek	102	54,5	85	45,5	187	43,1	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Tanınırlık eksikliği							
Düşük	152	60,3	100	39,7	252	58,1	0,092
Yüksek	95	52,2	87	47,8	182	41,9	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Rol açıklığı eksikliği							
Düşük	163	57,2	122	42,8	285	65,7	0,870
Yüksek	84	56,4	65	43,6	149	34,3	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Rol çatışması							
Düşük	134	65,4	71	34,6	205	47,2	**0,001**
Yüksek	113	49,3	116	50,7	229	52,8	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Liderlik kalitesi eksikliği							
Düşük	149	60,6	97	39,4	246	56,7	0,078
Yüksek	98	52,1	90	47,9	188	43,3	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
İş arkadaşlardan sosyal destek eksikliği							
Düşük	107	61,8	66	38,2	173	39,9	0,091
Yüksek	140	53,6	121	46,4	261	60,1	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Üst amirden sosyal destek eksikliği							
Düşük	105	59,0	73	41,0	178	41,0	0,466
Yüksek	142	55,5	114	44,5	256	59,0	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Topluluk duygusu eksikliği							
Düşük	155	60,1	103	39,9	258	59,4	0,107
Yüksek	92	52,3	84	47,7	176	40,6	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Güven eksikliği							
Düşük	146	59,1	101	40,9	247	56,9	0,288
Yüksek	101	54,0	86	46,0	187	43,1	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Adalet ve saygı eksikliği							
Düşük	153	60,7	99	39,3	252	58,1	0,060
Yüksek	94	51,6	88	48,4	182	41,9	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare

Etki ve gelişim temasındaki psikososyal risklerden işe etki eksikliğine göre mental sağlık durumu dağılımı değerlendirildiğinde; yüksek işe etki eksikliği olanların %45,3'ünün mental sağlık durumu kötü iken, düşük işe etki eksikliği olanların %41,0'ının mental sağlık durumunun kötü olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0,367).

Yüksek gelişme olanağı eksikliği olanların %43,7'sinin mental sağlık durumu kötü iken, düşük gelişme olanağı eksikliği olanların %42,8'inin mental sağlık durumunun kötü olduğu ve anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,849).

Yüksek işte özgürlük eksikliği olanların %47,0'ının mental sağlık durumu kötü iken, düşük işte özgürlük eksikliği olanların %39,8'inin mental sağlık durumunun kötü olduğu ve anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,135).

Yüksek işin anlamsızlığı olanların %41,5'inin mental sağlık durumu kötü iken, düşük işin anlamsızlığı olanların %44,4'ünün mental sağlık durumunun kötü olduğu ve anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,556).

Yüksek işe bağlılık eksikliği olanların %45,8'inin mental sağlık durumu kötü iken, düşük işe bağlılık eksikliği olanların %41,4'ünün mental sağlık durumunun kötü olduğu ve anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,372).

Etki ve gelişim temasındaki psikososyal risklerde düşük ya da yüksek olan grupta olmanın mental sağlık durumu iyi ya da kötü olma üzerine etkisi anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.40.).

Tablo 4.40. Etki ve gelişim temasına ilişkin psikososyal risk durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental Sağlık Durumu						p[a]
	İyi		Kötü		Toplam		
	n	%*	n	%*	Sayı	%**	
İşe etki eksikliği							
Düşük	131	59,0	91	41,0	222	51,2	0,367
Yüksek	116	54,7	96	45,3	212	48,8	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Gelişme olanağı eksikliği							
Düşük	162	57,2	121	42,8	283	65,2	0,849
Yüksek	85	56,3	66	43,7	151	34,8	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
İşte özgürlük eksikliği							
Düşük	142	60,2	94	39,8	236	54,4	0,135
Yüksek	105	53,0	93	47,0	198	45,6	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
İşin anlamsızlığı							
Düşük	133	55,6	106	44,4	239	55,1	0,556
Yüksek	114	58,5	81	41,5	195	44,9	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
İşe bağlılık eksikliği							
Düşük	157	58,6	111	41,4	268	61,8	0,372
Yüksek	90	54,2	76	45,8	166	38,2	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare

Diğer parametrelere ilişkin psikososyal risklerden yüksek iş güvencesizliği olanların %53,8'inin mental sağlık durumu iyi iken, düşük iş güvencesizliği olanların %59,1'inin mental sağlık durumunun iyi olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,273). Yüksek çalışma koşulları güvencesizliği olanların, düşük olanlara göre mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir ve aralarındaki fark anlamlıdır (p=0,028) (Tablo 4.41.).

Tablo 4.41. Diğer parametrelere ilişkin psikososyal risk durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental Sağlık Durumu						p[a]
	İyi		Kötü		Toplam		
	n	%*	n	%*	Sayı	%**	
İş güvencesizliği							
Düşük	149	59,1	103	40,9	252	58,1	0,273
Yüksek	98	53,8	84	46,2	182	41,9	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Çalışma koşulları güvencesizliği							
Düşük	136	62,1	83	37,9	219	50,5	**0,028**
Yüksek	111	51,6	104	48,4	215	49,5	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare

Sonuçlara ilişkin psikososyal risklerden iş doyumu eksikliği düşük olanların %36,3'ü mental sağlık durumu kötü olan grupta yer alırken, iş doyumu eksikliği yüksek olanların %50,5'i mental sağlık durumu kötü olan grupta yer aldığı saptanmıştır, aralarındaki fark anlamlıdır (p=0,003).

Çalışanların düşük ve yüksek tükenmişlik gruplarına dağılmalarına göre mental sağlık durumu iyi ya da kötü olması değerlendirildiğinde yüksek tükenmişlik grubunda olanların %54,7'si mental sağlık durumu kötü grupta yer aldığı ve düşük tükenmişlik grubunda olanların %34,9'u ise mental sağlık durumu kötü grupta yer aldığı saptanmıştır, aralarındaki fark anlamlıdır (p<0,001) (Tablo 4.42.).

Tablo 4.42. Sonuçlara ilişkin psikososyal risk durumlarına göre mental sağlık durumu (Ankara, 2019)

	Mental Sağlık Durumu						**p[a]**
	İyi		**Kötü**		**Toplam**		
	n	**%***	**n**	**%***	**Sayı**	**%****	
İş doyumu eksikliği							
Düşük	144	63,7	82	36,3	226	52,1	**0,003**
Yüksek	103	49,5	105	50,5	208	47,9	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	
Tükenmişlik							
Düşük	166	65,1	89	34,9	255	58,8	**<0,001**
Yüksek	81	45,3	98	54,7	179	41,2	
Toplam	247	56,9	187	43,1	434	100,0	

* Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, [a] Pearson ki-kare

Bağımsız Değişkenler ile Bağımlı Değişken Arasındaki Anlamlı İlişkilerin Özeti

Bağımlı değişken mental sağlık durumuna göre yapılan analizlerde sağlık yakınması olarak baş ağrısı ve uykusuzluk, sigara içme, çalışma ortamında radyasyon, kemoterapotiklerle bulaş, ağır yük, ısı farkları, sözlü taciz/hakaret ve fiziksel tehdit/saldırı maruz kalımının olduğu düşüncesi ve maruz kaldıklarını düşündükleri etkenlerle sağlıklarının etkilendiği düşüncesi, fazla mesai yapma, kılpayı kaza öyküsü ve psikososyal risklerden nicel talepler, bilişsel talepler, duygusal talepler, duygularını gizleme, iş-ev çatışması, rol çatışması, çalışma koşulları güvencesizliği, iş doyumu eksikliği ve tükenmişliğin mental sağlık durumu ile anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerin mental sağlık durumu ile ilişkileri Tablo 4.43.'de özetlenmiştir (Tablo 4.43.).

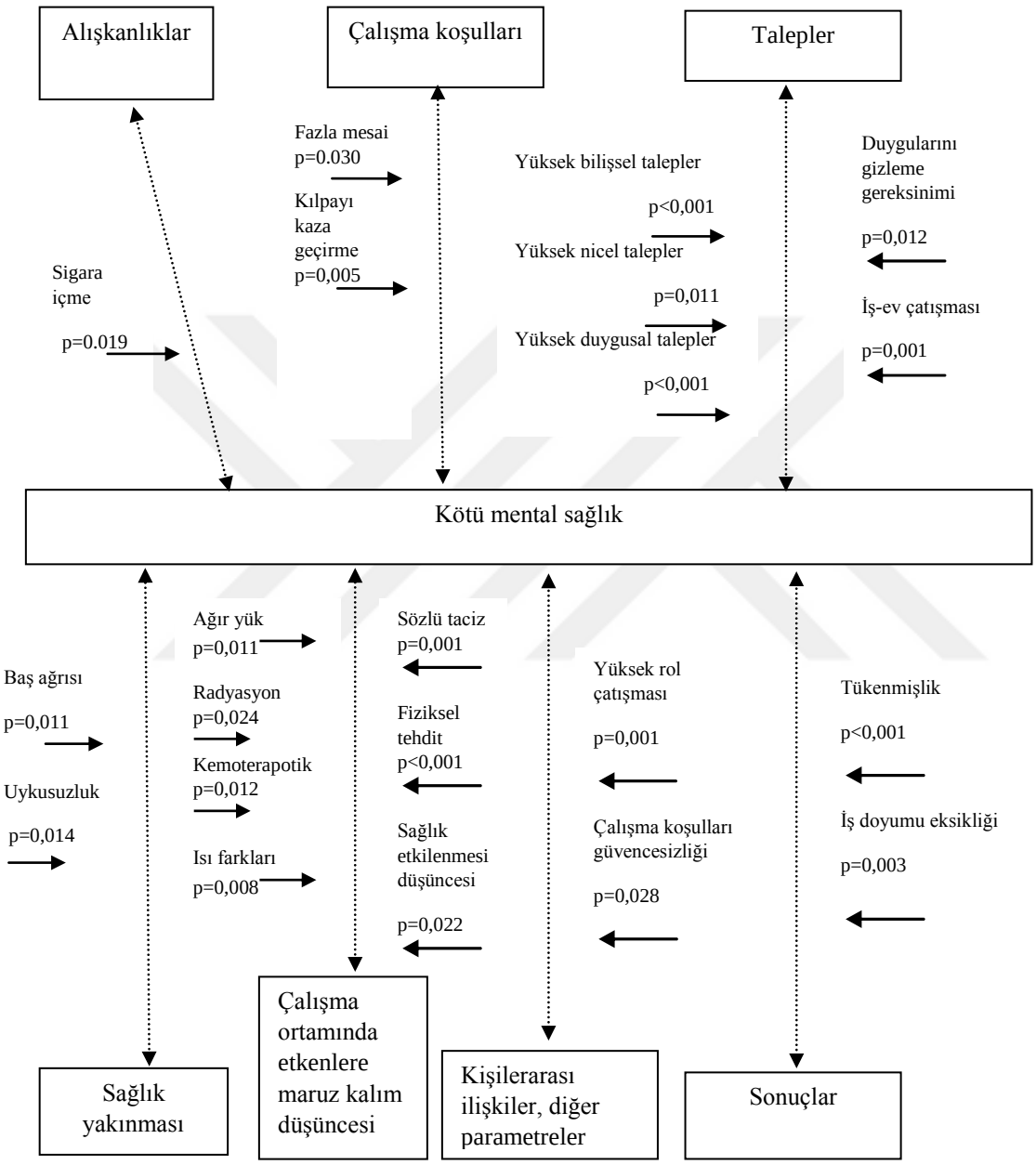
Tablo 4.43. Değişken ilişkileri özet liste sunumu; tek değişkenli analizlerde mental sağlık durumu ile anlamlı ilişkisi saptanan değişkenler (4.28, 4.30, 4.33, 4.34, 4.35, 4.37, 4.38, 4.39, 4.41, 4.42 nolu tablolarda yer alan anlamlı ilişkiler özeti) (Ankara, 2019)

Psikososyal riskler grubunda	**Mental sağlık durumu ilişkisi**
Yüksek nicel talepleri olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %49,7-%37,7=%12,0 daha fazla (p=0,011).
Yüksek bilişsel talepleri olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %56,3-%34,2=%22,1 daha fazla (p<0,001).
Yüksek duygusal talepleri olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %53,6-%35,6=%18,0 daha fazla (p<0,001).
Yüksek duygularını gizleme talepleri olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %50,0-%37,9=%12,1 daha fazla (p=0,012).
Yüksek iş-ev çatışması olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %51,6-%36,4=%15,2 daha fazla (p=0,001).
Yüksek rol çatışması olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %50,7-%34,6=%16,1 daha fazla (p=0,001).
Yüksek çalışma koşulları güvencesizliği olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %48,4-%37,9=%10,5 daha fazla (p=0,028).
Yüksek iş doyumu eksikliği olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %50,5-%36,3=%14,2 daha fazla (p=0,003).
Yüksek tükenmişlik olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %54,7-%34,9=%19,8 daha fazla (p<0,001).

Tablo 4.43. (devamı) Değişken ilişkileri özet liste sunumu; tek değişkenli analizlerde mental sağlık durumu ile anlamlı ilişkisi saptanan değişkenler (4.28, 4.30, 4.33, 4.34, 4.35, 4.37, 4.38, 4.39, 4.41, 4.42 nolu tablolarda yer alan anlamlı ilişkiler özeti) (Ankara, 2019)

Bazı alışkanlıklar grubunda	**Mental sağlık durumu ilişkisi**
Sigara içenler ve içmiş olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %48,8-%37,7=%11,1 daha fazla (p=0,019).
Sağlık yakınması grubunda	**Mental sağlık durumu ilişkisi**
Uykusuzluk olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %50,6-%38,3=%12,3 daha fazla (p=0,014).
Baş ağrısı olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %48,9-%37,2=%11,7 daha fazla (p=0,011).
Çalışma ortamı ilişkili maruz kalım düşüncesi grubunda	**Mental sağlık durumu ilişkisi**
Radyasyon maruz kalım düşüncesi olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %46,7-%35,1=%11,6 daha fazla (p=0,024).
Kemoterapotik maruz kalım düşüncesi olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %50,0-%37,9=%12,1 daha fazla (p=0,012).
Ağır yük maruz kalım düşüncesi olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %46,5-%32,4=%14,1 daha fazla (p=0,011).
Isı farkları maruz kalım düşüncesi olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %46,9-%32,5=%14,4 daha fazla (p=0,008).
Sözlü taciz/ hakaret maruz kalım düşüncesi olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %48,7-%30,9=%17,8 daha fazla (p=0,001).
Fiziksel tehdit/ saldırı maruz kalım düşüncesi olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %52,3-%35,3=%17,0 daha fazla (p<0,001).
Maruz kalındığı düşünülen etkenlerle sağlık etkilenmesi düşüncesi olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %47,4-%36,1=%11,3 daha fazla (p=0,022).
Çalışma koşulları grubu	**Mental sağlık durumu ilişkisi**
Fazla mesai yapanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %47,3-%36,8=%10,5 daha fazla (p=0,030).
Kılpayı kaza geçirme öyküsü olanlarda	Mental sağlık durumu kötü olma %53,7-%39,0=%14,7 daha fazla (p=0,005).

Mental sağlık durumu puanının yüksek olması (kötü mental sağlık) ile tek değişkenli analizlerde anlamlı farklılık saptanan grupların özet olarak sunulduğu Tablo 4.43.'ün şematik gösterimi Şekil 4.1. 'de sunulmuştur (Şekil 4.1.).



Kesitsel çalışma nedeniyle oklar çift yönlü gösterilmiştir.

Şekil 4.1. Mental sağlık durumu puanının yüksek olması ile ilgili olası değişken ilişkileri.

4.2.8. Mental Sağlık Durumunu Açıklamaya Yönelik Oluşturulan Modeller

Çalışanların mental sağlık durumu ile ilişkili faktörleri saptamak, ilişkili risk tahminlerini bulmak amacı ile lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Üç farklı lojistik regresyon modeli kurulmuştur. Model 1'de, yaş (<26 ve ≥26), sigara kullanımı (hiç içmemiş ve içiyor/ içmiş), meslek (hemşire/ ebe ile paramedik/ acil tıp teknisyeni), bu işte çalışma yılı (3,75 yıl altı ve 3,75 yıl ve üstü), çalışma şekli (sadece gündüz ve gece gündüz dönüşümlü), fazla mesai durumu (var/ yok), çalışma ortamında radyasyon, kemoterapotiklerle bulaş, ağır yük, ısı farkları, sözlü taciz/hakaret ve fiziksel tehdit/saldırı maruz kalımının olduğu düşüncesi durumu (var/ yok) mental sağlık ile ilişkili faktörler olarak yer almıştır (Tablo 4.44.). Model 2'de KOPSOR-TR ölçeği boyutları yer almıştır (Tablo 4.45.). Modelde yer alması istenen yaş, sigara kullanımı, meslek, bu işte çalışma yılı, çalışma şekli, fazla mesai durumu, çalışma ortamında radyasyon, kemoterapotiklerle bulaş, ağır yük, ısı farkları, sözlü taciz/hakaret ve fiziksel tehdit/saldırı maruz kalımının olduğu düşüncesi durumu değişkenleri, Model 2' ye eklenerek Model 3 oluşturulmuştur (Tablo 4.46.).

Bulunan sonuçlar incelendiğinde, Model 1'de sigara içtiğini beyan edenlerde etmeyenlere göre mental sağlığın kötü olması 1,66 kat (%95 GA 1,21-2,45) daha fazla ilişkili bulunmuştur. Çalışma ortamında ısı farklarına maruz kalım düşüncesi olanlarda mental sağlığın kötü olma odds oranına ait güven aralığı (%95 GA 0,97-2,52) istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen modelden elimine edilemedi. Çalışma ortamında fiziksel saldırı maruz kalım düşüncesi olanlarda olmayanlara göre mental sağlığın kötü olması 1,8 kat (%95 GA 1,21-2,74) daha fazla ilişkili bulunmuştur (Tablo 4.44.).

Tablo 4.44. Bazı sosyodemografik özellikler ve çalışma yaşamı özelliklerine göre mental sağlık durumunun iyi ya da kötü olma durumuna ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları (Ankara, 2019)

Modele katılan değişkenler	Model 1		
	Wald	p değeri	OR* (%95 GA)
Sigara kullanımı (içmeyenler referans)	6, 407	0,011	1,66 (1,21-2,45)
Isı farkları maruz kalım düşüncesi (beyan etmeyenler referans)	3, 358	0,067	1,56 (0,97-2,52)
Fiziksel saldırı maruz kalım düşüncesi (beyan etmeyenler referans)	8, 292	0,004	1,82 (1,21-2,74)
* % 95 Güven aralığı, OR: Odds ratio Hosmer ve Lemeshow testi; p=0,953; -2 log likelihood: 571,313; Omnibus test; p<0,001 Nagelkerke R Square: 0,066; Doğru Sınıflama Yüzdesi: %59,4			

Başlangıç modele alınan değişkenler (adjusted variables): Yaş grubu (26 altı ve 26 ve üzeri), sigara kullanımı (hiç içmemiş ve içiyor/ içmiş), meslek grubu (hemşire/ ebe ile paramedik/ acil tıp teknisyeni), bu işte çalışma yılı (3,75 yıl altı ve 3,75 yıl ve üstü), çalışma şekli (sadece gündüz/ gece gündüz dönüşümlü), fazla mesai durumu (var/ yok), çalışma ortamında; radyasyon, kemoterapotiklerle bulaş, ağır yük, ısı farkları, sözlü taciz/hakaret ve fiziksel tehdit/saldırı maruz kalımının olduğu düşüncesi (var/ yok).

Model 2'de, yüksek bilişsel talepler olanlarda, düşük olanlara göre mental sağlığın kötü olması 2,24 kat (%95 GA 1,48-3,40) daha fazla ilişkili bulunmuştur (Tablo 4.45.). Sosyodemografik özellikler ve çalışma yaşamı özelliklerine göre düzetilmiş Model 3'de de yüksek bilişsel talepler ve mental sağlığın kötü olması arasındaki anlamlı ilişki devam etmiştir (OR=2,34, %95 GA 1,54-3,56) (Tablo 4.46.).

Rol çatışması ile mental sağlığın kötü olması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,06) (Tablo 4.45.).

Yüksek iş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği olanlarda, düşük olanlara göre mental sağlığın kötü olması 1,61 kat (%95 GA 1,05-2,46) daha fazla ilişkili bulunmuştur (Tablo 4.45.). Sosyodemografik özellikler ve çalışma yaşamı özelliklerine göre düzetilmiş Model 3'de de yüksek iş arkadaşlarından sosyal destek

eksikliği ve mental sağlığın kötü olması arasındaki anlamlı ilişki devam etmiştir (OR=1,55, %95 GA 1,02-2,37) (Tablo 4.46.).

Yüksek çalışma koşulları güvencesizliği olanlarda, düşük olanlara göre mental sağlığın kötü olması 1,56 kat (%95 GA 1,04-2,34) daha fazla ilişkili bulunmuştur (Tablo 4.45.). Sosyodemografik özellikler ve çalışma yaşamı özelliklerine göre düzetilmiş Model 3'de de yüksek çalışma koşulları güvencesizliği ve mental sağlığın kötü olması arasındaki anlamlı ilişki devam etmiştir (OR=1,53, %95 GA 1,02-2,31) (Tablo 4.46.).

İş doyumu eksikliği ile mental sağlığın kötü olması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,08) (Tablo 4.45.).

Yüksek tükenmişlik olanlarda, düşük olanlara göre mental sağlığın kötü olması 1,59 kat (%95 GA 1,02-2,47) daha fazla ilişkili bulunmuştur (Tablo 4.45.). Sosyodemografik özellikler ve çalışma yaşamı özelliklerine göre düzetilmiş Model 3'de de yüksek tükenmişlik ve mental sağlığın kötü olması arasındaki anlamlı ilişki devam etmiştir (OR=1,78, %95 GA 1,18-2,70) (Tablo 4.46.).

Tablo 4.45. KOPSOR-TR ölçeği boyutlarına göre mental sağlık durumunun iyi ya da kötü olma durumuna ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları (Ankara, 2019)

Modele katılan değişkenler	Model 2		
	Wald	p değeri	OR* (%95 GA)
Bilişsel talepler (düşük referans)	14,383	<0,001	2,24 (1,48-3,40)
Rol çatışması (düşük referans)	3,539	0,060	1,49 (0,98-2,28)
İş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği (düşük referans)	4,794	0,029	1,61 (1,05-2,46)
Çalışma koşulları güvencesizliği (düşük referans)	4,512	0,034	1,56 (1,04-2,34)
İş doyumu eksikliği (düşük referans)	3,044	0,081	1,47 (0,95-2,27)
Tükenmişlik (düşük referans)	4,199	0,040	1,59 (1,02-2,47)
* % 95 Güven aralığı, OR: Odds ratio Hosmer ve Lemeshow testi; p=0,629; -2 log likelihood: 545,256; Omnibus test; p<0,001 Nagelkerke R Square: 0,141; Doğru Sınıflama Yüzdesi: %63,1			

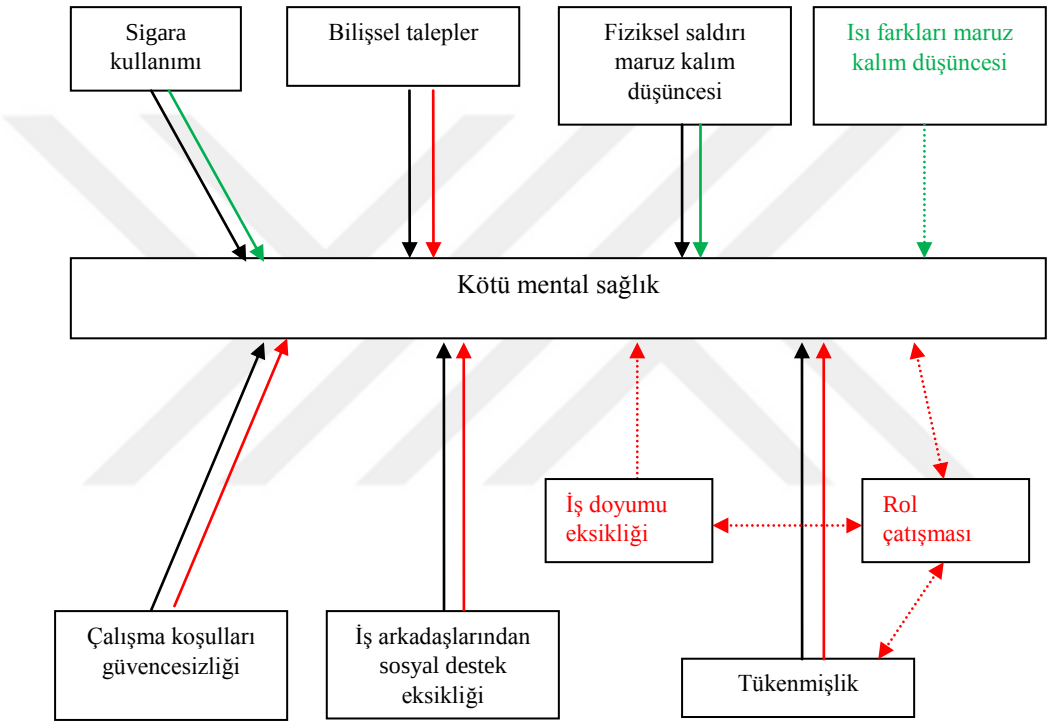
Başlangıç modele alınan değişkenler (adjusted variables): KOPSOR-TR ölçeği boyutları (düşük puan/ yüksek puan); çalışma hızı, bilişsel talepler, nicel talepler, iş ev çatışması, duygusal talepler, duygularını gizleme gereksinimi, işe etki eksikliği, gelişme olanağı eksikliği, işte özgürlük eksikliği, işin anlamsızlığı, işe bağlılık eksikliği, öngörülebilirlik eksikliği, tanınırlık eksikliği, rol açıklığı eksikliği, rol çatışması, liderlik kalitesi eksikliği, akran sosyal destek eksikliği, üstlerinden sosyal destek eksikliği, topluluk duygusu eksikliği, iş güvencesizliği, çalışma koşulları güvencesizliği, güven eksikliği, adalet ve saygı eksikliği, iş doyumu eksikliği ve tükenmişlik.

Tablo 4.46. Bazı sosyodemografik özellikler, çalışma yaşamı özellikleri ve KOPSOR-TR ölçeği boyutlarına göre mental sağlık durumunun iyi ya da kötü olma durumuna ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları (Ankara, 2019)

Modele katılan değişkenler	Model 3		
	Wald	p değeri	OR* (%95 GA)
Sigara kullanımı (içmeyenler referans)	4,280	0,039	1,54 (1,02- 2,31)
Fiziksel saldırı maruz kalım düşüncesi (beyan etmeyenler referans)	9,001	0,003	1,87 (1,24-2,82)
Bilişsel talepler (düşük referans)	15,984	<0,001	2,34 (1,54-3,56)
İş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği (düşük referans)	4,121	0,042	1,55 (1,02-2,37)
Çalışma koşulları güvencesizliği (düşük referans)	4,188	0,041	1,53 (1,02-2,31)
Tükenmişlik (düşük referans)	7,473	0,006	1,78 (1,18-2,70)
* % 95 Güven aralığı, OR: Odds ratio Hosmer ve Lemeshow testi; p=0,268; -2 log likelihood: 539,243; Omnibus test; p<0,001 Nagelkerke R Square: 0,157; Doğru Sınıflama Yüzdesi: %62,7			

Başlangıç modele alınan değişkenler (adjusted variables): Yaş grubu (26 altı ve 26 ve üzeri), sigara kullanımı (hiç içmemiş ve içiyor/ içmiş), meslek grubu (hemşire/ ebe ile paramedik/ acil tıp teknisyeni), bu işte çalışma yılı (3,75 yıl altı ve 3,75 yıl ve üstü), çalışma şekli (sadece gündüz/ gece gündüz dönüşümlü), fazla mesai durumu (var/ yok), çalışma ortamında; radyasyon, kemoterapotiklerle bulaş, ağır yük, ısı farkları, sözlü taciz/hakaret ve fiziksel tehdit/saldırı maruz kalımının olduğu düşüncesi (var/ yok), KOPSOR-TR ölçeği boyutları (düşük puan/ yüksek puan).

Mental sağlık durumu puanının yüksek olması (kötü mental sağlık) ile lojistik regresyon analizi sonucu anlamlı farklılık saptanan grupların özet şematik gösterimi Şekil 4.2.'de sunulmuştur (Şekil 4.2.). Aşağıdaki şekilde bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren okların yönü, istatiksel olarak bağımsız değişkenlerden bağımlı değişkene (kötü mental sağlık) doğrudur. Kesikli oklarla çizilen değişken ilişkileri ise anlamlı olmasa da modelde kalması gereken etkisi düzeltilemeyen değişkenleri göstermektedir (Şekil 4.2.).



● Model 1 Sosyodemografik ve çalışma yaşamı özellikleri ilişkili değişkenler
● Model 2 KOPSOR-TR ölçeği boyutları
● Model 3 Bütün ilgili değişkenler
(*Kesikli çizgi; etkisi düzeltilemeyen değişkenleri göstermektedir.*)

Şekil 4.2. Mental sağlık durumu puanının yüksek olması ile lojistik regresyon analizi sonucu anlamlı farklılık saptanan grupların özet şematik gösterimi.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma Ankara'da bulunan bir üniversite hastanesinde 450 hemşirelik hizmeti veren çalışanın sosyodemografik, sağlık durumu ve çalışma yaşamı özellikleri psikososyal risk faktörlerine maruz kalımları ve mental iyilik durumlarının incelendiği kesitsel bir çalışma olarak %96,4 gerçekleşme düzeyine ulaşılmıştır.

Hemşirelerin, çok sayıda ve çelişkili talepler, aşırı iş yükü, ölümcül hastalarla ilgilenme, hasta bakımı ve tedavisiyle ilgili endişeler, kişilerarası iletişim sorunları gibi sebeplerle çalışma yaşamında zorluklar yaşadıkları bilinmektedir (10). Bu grup gibi zor çalışma koşullarında ve psikososyal risklere maruz kalan çalışanlarda, çalışma yaşamı özelliklerinin iyileştirilmesinde mental iyilik durumu çalışmaları önem taşımaktadır. Bu araştırma ile psikososyal risk boyutları ve mental iyilik durumunu etkileyebilecek olası faktörler ortaya konulmaya çalışılmıştır.

DSÖ tarafından 2020 yılında yayımlanan "Hemşire Durum Raporu"na göre iş gücü olarak hemşirelerin %80'inin kadın çalışanlardan oluştuğu bildirilmiştir (9). Türkiye'de de sağlık sektörü, kadın istihdamının yoğun olduğu sektörlerden biridir (136). Meslek olarak bakıldığında hemşirelikte %70, ebelikte %100'e yakın olarak kadın olduğu görülmektedir (137). Bu araştırmada da elde edilen verilere göre hemşirelik hizmeti veren çalışanların büyük bölümünü kadınlar oluşturmuştur (%92,9).

Araştırma grubunun yaklaşık olarak %84'ü 40 yaşın altında, yaş ortalaması (ort ±ss) ise 29,1±7,9 olmasının yanı sıra bekar (%62,4) ve çocuk sahibi olmayan (69,6%) çalışanların çoğunlukta olduğu bir gruptu. Çalışanların %47,7'sinin lisans öğrenim düzeyinde olduğu değerlendirilmiştir. Meslek grubu olarak katılımcıların çoğunluğu hemşirelerden (%77,9) oluşmaktadır. Ege Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin iş ortamındaki stres kaynaklarının değerlendirildiği çalışmada, bu araştırmaya benzer şekilde katılımcıların yaş ortalaması 28,4±4,9 olup, çoğunluğun çocuk sahibi olmadığı (%57,9) ve lisans mezunu (%60) olduğu, farklı olarak çoğunluğun evli (%51,6) olduğu bildirilmiştir (138). Ankara İli'nde yer alan 6 üniversite ve devlet hastanesinde yürütülen çalışmada, bu araştırmaya benzer şekilde hemşirelerin %43'ü 26-30 yaş grubunda olup, çoğunlukla kadın (%89), bekar (%56) ve lisans ve üzeri mezunlarını (%80) içermektedir (139). İstanbul İli'nde bir eğitim

araştırma hastanesinde yapılan çalışmada hemşirelerin yaş ortalaması 32,4±8,2 olup, çoğunlukla kadın (%88), evli (%51) ve lisans mezunlarını (%49) içermektedir (140).

Bu araştırmada katılımcıların %51,4'ünün hayatında hiç sigara içmediği, %37,3'ünün sigara içmeye devam ettiği saptanmıştır. Yapılan nikotin bağımlılık testine göre katılımcıların bağımlılık düzeyleri değerlendirildiğinde, %85,2'si çok düşük, %9,9'u düşük-orta, %4,3'ü orta, %0,6'sı ise yüksek düzeyde bağımlı oldukları tespit edilmiştir. Çalışanların, %32,3'ü düzenli alkol kullandıklarını bildirmişlerdir. Dünya genelinde sağlık çalışanlarında sigara içme sıklığı azalma trendinde görülse bile, sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (141). Artuklu Üniversitesi'nde hemşirelik öğrencilerinin sigara içme sıklığının incelendiği çalışmada, bu araştırmaya benzer oranda sigara içme oranı %34,3 bulunmuştur (142).

Bu araştırmada yer alan çalışanların %44,9'unun doktor tarafından tanı konulmuş bir hastalığı, %7,8'inin ise tanılı ruhsal hastalığı bulunmaktadır. Katılımcılar tarafından en sık bildirilen ruhsal hastalıklar depresyon ve anksiyete bozukluğudur. Çalışanların sağlık yakınmaları sorgulandığında; yarısının baş ağrısı, %40'nın da kas ve eklem ağrısı şikayetlerinin olduğu dikkati çekmiştir. Katılımcıların %20'sinin sürekli kullandığı ilaçlar olduğu, %3,7'ünün de psikiyatrik ilaç kullandığı saptanmıştır. Çalışanların %35'i son bir yılda sağlık nedenli devamsızlık yaptığını belirtmiştir. Çalışanların boy, kilo bilgilerinden hesaplanan VKİ puan ortalamaları (ort ±ss) 23,3±3,8 olmak üzere, çoğunluğun (%66,1) normal aralıkta olduğu saptanmıştır. Çalışanların genel sağlıklarını kendi hissettiklerine göre değerlendirmelerinde, 1-en kötü, 10-en iyi olacak şekilde puanlamada ortalama puan 6,3±1,6 saptanmıştır. Çalışma ortamında etken varlığı ve kişinin maruz kalma durumu ile ilgili görüşlerinde çalışanların yaklaşık %42'si çalışma ortamında kan ve vücut sıvılarıyla bulaş, %38'i de gürültü maruz kalımının yüksek olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Çalışanların çoğunluğu (%61,8) ise çalışma ortamında maruz kalındığı düşünülen etkenlerle sağlıklarının etkilendiğini düşünmektedir.

Ankara Numune Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerin araştırma grubunu oluşturduğu bir çalışmada hemşireler, bu araştırmaya benzer sıklıkta hastane ortamında sıcak, soğuk, gürültü, kemoterapotikler ve radyasyon gibi etkenlerden etkilendiklerini belirtmişlerdir. İlgili çalışmada hemşirelerin %25'i depresyon, %20'si yoğun kaygı hissi gibi psikolojik sorunlarının olduğunu ifade etmişlerdir. Bu

araştırmaya benzer şekilde hemşirelerin %32'sinde sırt-boyun,%48'inde bel ağrısı şikayetleri olduğu saptanmıştır (143). Nitekim kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının hemşirelerde görülen en yaygın işle ilgili sağlık sorunları arasında olduğu bildirilmiştir (144). Bu konuda yapılan çok sayıda çalışmada ise işle ilişkili kas iskelet sistemi şikayetleri ile psikososyal faktörlerin ilişkili olduğu gösterilmiştir (145, 146). Ege Üniversitesi Hastanesi'nde, bu araştırmaya benzer şekilde hemşirelerin %6,4 'ü psikiyatrik hastalığı olduğunu belirtmiştir, %21,3 'ünün fiziksel hastalığı bulunmaktadır (138).

Bu araştırmada katılımcıların haftalık çalışma saati en az 35 saat, en çok 56 saat olmak üzere ortalama 47,2±2,9 saatti. Çalışanların toplam çalışma deneyimi, ortalaması 7 yılı aşan süreye sahip olup, yaklaşık yarısının (%50,5) da araştırmanın gerçekleştiği iş yerinde çalıştığı toplam süre 3 yıldan fazlaydı. Yaklaşık olarak %11'nin yöneticilik görevi bulunmaktaydı. Hastanelerde 24 saat çalışma yapıldığı belirtilmektedir (26). Buna yönelik olarak gece ve gündüz mesaisi olan iş yerinde çalışanların yaklaşık %60'ının nöbet tuttuğu ve aylık nöbet sayısı ortalama 8,7±2,2 olarak saptanmıştır. Çalışanların yaklaşık olarak %60'ı fazla mesai yapmaktaydı, ek mesai süresi ise haftada en az 1 saat ile en fazla 20 saat olmak üzere ortalama 9,6±3,6 saatti. Araştırmaya katılan hemşirelik hizmeti veren çalışanların %34'nün yatan hasta servislerinde, %27,2'si yoğun bakım ünitelerinde, %16,6'sı polikliniklerde, %10,4'ü acil serviste, %6'sı radyoloji/görüntüleme birimlerinde, %3,5'i ameliyathanede, %2,3'ü müdürlükte çalışmaktaydı. Araştırmanın yapıldığı tarih aralığında aylık gelir ortalamaları 2790,3±486, en yüksek maaş 4500 tl, en düşük ise 2200 tl olarak saptanmıştır. Ankara İli'nde yapılan çalışmada hemşirelerin %67'sinin toplam çalışma deneyimi 3 yılı aşan sürede, %39'unun şu anki işlerinde toplam süre 2 ile 4 yıl arasında tespit edilmiştir. Hemşirelerin yarısından fazlasının haftalık çalışma saatleri 40-48 saat, çoğunluğu (%72) vardiya usulu çalıştığı belirtilmiştir. Bu araştırmadan farklı olarak çalışılan birimler sadece yoğun bakımlardır (139).

İstanbul İli'nde yapılan çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun toplam çalışma deneyimi ve mevcut kurumdaki çalışma süresinin 5 yıldan az olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin yarısından fazlasının haftalık çalışma saatleri 45 saatten fazla, çoğunluğu vardiya usulu çalıştığı belirtilmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları

birimler ve dağılımları servis (%49,3), acil servis (%17,4), poliklinik (%9,7), yoğun bakım (%15,3), ameliyathane (%8,3) olarak gruplanmıştır (140). Ege Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan çalışmada hemşirelerin çalıştığı birimler yoğun bakım üniteleri (%46), yatan hasta servisi (%44) olarak gruplanıp incelenmiştir (138).

Bu araştırmada son bir yıl içinde çalışanların yaklaşık %30'unun iş kazası ve son bir ay içinde %27,9'unun kılpayı kaza geçirdiği, bunlar içinde de çoğunluğun kesici delici alet yaralanması olduğu saptanmıştır. CDC, sağlık alanında çalışanlarda ölümcül olmayan mesleki yaralanma ve hastalık vakalarının, herhangi bir endüstri sektöründeki çalışanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir (139). Birçok çalışmada iğne batmaları, kesiler ve benzeri yaralanmaların hemşirelerde en sık saptanan iş kazaları olduğu belirtilmiştir (147, 148).

Çalışanların mental sağlık durumunu gösteren GSA puan ortalaması incelendiğinde %43,1'inin mental sağlık durumu kötü olarak saptanmıştır. Ankara İli'nde yapılan çalışmada hemşirelerin %35,7'sinin mental sağlık durumu kötü olarak saptanmıştır (139). İstanbul İli'nde yapılan çalışmada hemşirelerin %55'inin mental sağlık açısından riskli grupta olduğu gösterilmiştir (140).

Bu araştırmada, katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu ve meslek grupları ile mental sağlık durumları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Uluslararası birçok çalışmanın sonuçlarına göre yaşın koruyucu bir faktör olduğu, genç hemşirelerin anksiyete ve depresyona daha yatkın olduğu gösterilmiştir (149, 150). Bu durum, hemşirelerin yaşla birlikte artan iş tecrübesine bağlı işle ilgili stresleri daha az deneyimledikleri, eş veya çocuklarından gelecek sosyal desteğin psikososyal sorunlara karşı koruyucu olabileceği gerçeklerine bağlanabilmektedir (151, 152). Ege Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan çalışmada evli hemşirelerin daha düşük depresyon puanları aldıkları saptanmıştır (138). Birçok çalışmada da evli olmak mental sağlığı koruyucu bir faktör olarak değerlendirmektir (153). Çin'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin yüksek öğrenim seviyesi mental sağlık sorunlarıyla ilişkili bulunmuştur (152). Bu durum öğrenim düzeyi ile birlikte artan sorumluluğa bağlı stres ve hemşirelerin meslekleriyle ilgili beklentilerindeki artışa bağlı hayal kırıklığı yaşamaları ile ilgili olabilmektedir (154).

Bu araştırmada çalışanların bazı alışkanlıklarıyla ilgili bulgulara göre mental sağlık durumları incelendiğinde; sigara içen ve içmiş olanların, sigara içmeyenlere göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir. Alkollü içecek tüketim durumu ile mental sağlık durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ruhsal hastalığı olan kişilerin sigara içme sıklığı genel populasyona göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte sigara içmenin kendi başına psikiyatrik semptomları etkileyebilecek beyin değişikliklerine neden olduğu saptanmıştır (155).

Bu araştırmada çalışanların kronik hastalığı olma durumu, düzenli ilaç kullanım durumu, son bir yılda sağlık nedenli işe devamsızlık yapma durumu, VKİ değerleri, genel sağlık düşüncesi, sağlık yakınması varlığı ve yakınma olarak kas eklem ağrısı olma durumu ile mental sağlık durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Uykusuzluk ve baş ağrısı olanların, olmayanlara göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir. Bu araştırmaya benzer olarak, İran'da yapılan bir çalışmada hemşirelerde uyku bozuklukları ve mental sağlık sorunlarının ilişkili olduğu bulunmuştur (156).

Çalışanların çalışma ortamında radyasyon, kemoterapotiklerle bulaş, ağır yük, ısı farkları, sözlü taciz/hakaret ve fiziksel tehdit/saldırı maruz kalımının olduğunu düşünenlerin, düşünmeyenlere göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir. Çalışma ortamında maruz kaldıklarını düşündükleri etkenlerle sağlıklarının etkilendiğini düşünenlerin, düşünmeyenlere göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir. İspanya'da yapılan bir çalışmada çalışma ortamında fiziksel, sözel şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında, herhangi bir saldırganlığa maruz kalmayanlara göre daha yüksek oranda anksiyete, tükenmişlik saptanmıştır (157).

Bu araştırmada çalışanların, yöneticilik görevi, yönettiği kişi sayısı, haftalık çalışma süresi, toplam çalışma süresi, araştırmanın yapıldığı iş yerindeki çalışma süresi, çalışma şekli (gündüz/ gece gündüz dönüşümlü), aylık nöbet sayısı ve aylık iş geliri ile mental sağlık durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışılan birime göre mental sağlık durumu incelendiğinde, sayılar az olduğu için ek incelemeler yapılamamakla birlikte acil serviste çalışanların mental sağlık durumu

kötü olma yüzdesi %57,8, yönetim biriminde çalışanlarda %60,0 olarak tespit edilmiştir. Fazla mesai yapanların yapmayanlara göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir. Kısa dinlenme aralıklarıyla uzun saatler çalışan hemşireler, bilişsel, davranışsal, psikomotor bozukluklar yaşayabilmekte, bu durum da yavaş tepki sürelerine, kritik yargıda gecikmelere, motivasyonun azalmasına, tıbbı hatalarda artışa yol açmaktadır (158). Hasta bakımını 24 saat süre ile kesintisiz sağlamak amacıyla, hemşirelikte vardiya usulu çalışmanın mutlak gerekliliği bildirilmiştir (159). Bu konuda yapılan çok sayıda çalışmada ise hemşirelerde vardiya usulu çalışmanın, depresyon, uyku sorunları, anksiyete gibi mental sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (160-163) Bu araştırmaya benzer şekilde Tahghighi ve ark. yaptığı çalışmada vardiyalı çalışma ile hemşirelerde daha zayıf psikolojik sonuçlarıyla ilgili bir ilişki bulunmamış, vardiya usulu çalışmanın psikolojik işlevsellik üzerindeki etkisinin bağlamsal ve bireysel etkenlere bağlı olduğu gösterilmiştir (54). Ege Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan çalışmada ise yoğun bakımda çalışan hemşirelerin uzun mesai saatleri ve gece nöbetleri sebebiyle yaşam kalitelerinin düştüğü gösterilmiştir. Aynı çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin depresyon, anksiyete düzeyi yatan hasta servislerinde görevli hemşirelerden daha yüksek saptanmış olmasıyla birlikte, 2 grup arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır (138). Farklı bir çalışmada çalışılan birimler servis, acil servis, poliklinik, yoğun bakım, ameliyathane olarak gruplanmış mental sağlık puan dağılımları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (140).

Bu araştırmada çalışanların iş kazası geçirme durumu ile mental sağlık durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kılpayı kaza geçirenlerin geçirmeyenlere göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir. Japonya'da yapılan bir çalışmada mental sağlık durumu kötü olarak tespit edilen hemşirelerin bir yıl içinde daha fazla sayıda iş kazası geçirdiği saptanmıştır (164).

Psikososyal riskler ve mental sağlık ilişkisi çok sayıda araştırmada incelenmiştir ancak ölçüt olarak kullanılacak KOPSOR-TR ölçeği ile psikososyal risklerin çok boyutlu değerlendirilmesi yeni bir yaklaşımdır. Ölçeğin önerildiği şekliyle "talepler, kişilerarası ilişkiler ve liderlik, etki ve gelişim, diğer parametreler, sonuç" temaları altında incelenecektir.

Bu araştırmada **"talepler"** temasına ilişkin psikososyal risklerde katılımcıların çoğunluğunda düşük çalışma hızı (%54,6), nicel talepler (%55,1), bilişsel talepler (%59,9), duygusal talepler (%58,3), duygularını gizleme gereksinimi (%57,1) ve iş-ev çatışması (%55,8) saptanmıştır. Çalışma hızı ile mental sağlık durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yüksek bilişsel talepler, nicel talepler, iş-ev çatışması, duygusal talepler, duygularını gizleme gereksinimi olan çalışanların, düşük olanlara göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir. Yüksek talepler, bir işin hacim, hız, doğası (fiziksel, bilişsel çabalar vb.) gereği yürütülmesi için çalışan tarafından verilen çabayı ifade etmektedir. Duygusal taleplerde ise çalışanın görevlerini yerine getirirken duygularının kullanması beklenmektedir. Tipik olarak hastalarla olan iletişimde bazı çalışanlar duygularını gizlemekte (korkuyu bastırarak veya arkadaşça kalarak) veya duygularını (merhamet, empatiyi sınırlandırarak) yönetmektedirler (165). Yapılan birçok çalışmada yüksek iş taleplerinin mental sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Freimann ve ark. tarafından Estonya'da bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde yapılan çalışmada işle ilgili psikososyal risklerden nicel talepler, duygusal talepler, çalışma hızının mental sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (19). İspanya'da Covid-19 Pandemi sürecinde hemşirelerin psikososyal risklerini inceleyen bir araştırma sonucunda en belirgin psikososyal riskler duygusal talepler ve iş yükü olarak tespit edilmiştir (73). Pandeminin getirdiği zorluklar, yoğun iş yükü ve duygusal talepler dahil olmak üzere her türlü taleplerdeki artışa rağmen psikososyal riskler ve ilişkili sonuçları, beklenilenin aksine çok şiddetli bulunmamıştır. Bu bulgular, hemşirelerin krizlerde çalışma koşulları ile ilgili sorunları ve zorlukları görmezden gelerek hastaların bakımına odaklanan karakterlerini yansıtabilmektedir. Kriz durumu sonlandığında işlerini yapmak zorunda kaldıkları koşulları daha nesnel ve olumsuz bir şekilde değerlendirebileceklerdir (73). Bununla birlikte tüm dünyayı tehdit eden salgınlarda sağlık ekibinin yönetiminde hemşirelerin kilit rol oynadıkları bilinmektedir (166, 167). Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları afetler ve acil durumlarda ülkelerinde gerekli desteği sağlamak üzere eğitilmişlerdir (168). Bu gerçek afetler yoluyla savunmasız hale gelen sağlık sisteminin direncini artırmanın özellikle önemli olduğunu göstermektedir (6, 169). Kişisel yaşam ve profesyonel yaşam arasındaki denge küreselleşme, yeni teknolojilerin kişisel hayata girmesi, işin

doğasındaki değişiklikler, iş ve aileye ayrılan zaman arasındaki örtüşmelere bağlı olarak giderek daha endişe verici bir duruma gelmektedir (11). Bu sorun özellikle hemşirelik gibi yoğun çalışma saatleri veya programları olan mesleklerde ön plana çıkmaktır (12). Literatürde düşük aile-iş dengesinin; düşük iş doyumu, sağlığın bozulması, işten ayrılma niyeti, tükenme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (170, 171). Bununla birlikte aile–iş dengesinin yüksek olduğu durumlarda; daha yüksek mesleki bağlılık düzeyi ve mesleği bırakmaya yönelik daha düşük niyetler ile ilişkili olduğu saptanmıştır (172, 173). Bununla ilgili olarak Ghislieri ve ark. yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma zamanı ve kişisel zaman arasında denge kurmakta zorlandıkları saptanmıştır (174).

Bu araştırmada **"kişilerarası ilişkiler ve liderlik"** temasına ilişkin psikososyal risklerde katılımcıların çoğunluğunda yüksek rol çatışması (%52,8), iş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği (%60,1), üst amirden sosyal destek eksikliği (%59,0) ile düşük öngörülebilirlik eksikliği (%56,9), tanınırlık eksikliği (%58,1), rol açıklığı eksikliği (%65,7), liderlik kalitesi eksikliği (%56,7), topluluk duygusu eksikliği (%59,4), güven eksikliği (%56,9) ile adalet ve saygı eksikliği (%58,1) saptanmıştır. Öngörülebilirlik eksikliği, tanınırlık eksikliği, rol açıklığı eksikliği, liderlik kalitesi eksikliği, iş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği, üst amirlerden sosyal destek eksikliği, topluluk duygusu eksikliği, güven eksikliği, adalet ve saygı eksikliği ile mental sağlık durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yüksek rol çatışması olanların, düşük olanlara göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir. Bu araştırmaya benzer şekilde Freimann ve ark. da hemşirelerde rol çatışmalarını değerlendirerek, yüksek rol çatışmasının mental sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğunu saptamışlardır (19). Hemşirelik mesleğinin teknik ve duygusal talepleri göz önüne alındığında, klinik ekiplerdeki destekleyici ilişkilerin kalitesi de önemli olmaktadır. Sosyal destek işin talepleriyle daha başarılı başa çıkmayı sağlayan bir iş kaynağı olarak, iş stresorlerinin etkilerini de azaltacağı düşünülmektedir (175). Bu konuda İsveç'te yapılan bir çalışmada hemşirelerin daha yüksek düzeyde görev ustalığı, rol netliği ve sosyal kabul yaşadıklarında daha düşük düzeyde stres deneyimledikleri saptanmıştır (176).

Bu araştırmada, **"etki ve gelişim"** temasına ilişkin psikososyal risklerde araştırma grubu tarafından çoğunlukla düşük işe etki eksikliği (%51,2), gelişme

olanağı eksikliği (%65,2), işte özgürlük eksikliği (%54,4), işin anlamsızlığı (%55,1), işe bağlılık eksikliği (%61,8) bildirilmiştir. Etki ve gelişim temasındaki psikososyal riskler ile mental sağlık durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Hemşirelik mesleği iletişim, kaynak yönetimi, işbirliği ve liderlik becerileri gibi farklı özelliklere sahip olunmasını gerektirmektedir (177). Bununla birlikte hemşirelerin tüm bu faaliyetlerini yürütmede karar verme kapasitelerini büyük ölçüde kısıtlayan çok az özerkliği bulunmaktadır (12). Çalışma ortamındaki baskılar, düşük iş kontrolü ve karmaşık sosyal sistem, iş çevresindeki bozulmayı tetikleyip, işe devamsızlıkta artış, depresyon hatta intiharlarla sonuçlanabilmektedir (178, 179). Pisarski ve ark. yaptığı çalışmada iş kontrolü arttığında özellikle birey kendi çalışma saatlerini kontrol edebildiğinde ve çalışma programında esneklikler olabildiğinde iş-aile yaşamı arasındaki dengenin daha kolay tolere edildiği saptanmıştır (180). Danimarka'da psikososyal iş özelliklerinin depresif belirtilerin görülme sıklığına etkisinin incelendiği kapsamlı bir çalışmada iş yerinde etki eksikliği ve düşük yönetici desteği olan kadın çalışanların depresif belirtiler için yüksek risk altında oldukları gösterilmiştir (181).

Bu araştırmada **"diğer parametreler"** ilişkin psikososyal risklerde katılımcıların çoğunluğu düşük iş güvencesizliği (%58,1) ve çalışma koşulları güvencesizliği (%50,5) bildirmiştir. İş güvencesizliği ile mental sağlık durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yüksek çalışma koşulları güvencesizliği olanların, düşük olanlara göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir. Bu konuda Suudi Arabistan'da yapılan bir araştırmada iş güvenceleriyle ilgili korku ve güvensizliklerini bildiren hemşirelerde, depresyon, anksiyete ve stresin anlamlı olarak daha fazla görüldüğü saptanmıştır (182). Bu araştırmada birimler arasında, yüksek düzeyde iş güvencesizliği en sık acil serviste (%53,3), yüksek düzeyde çalışma koşulları güvencesizliği ise en sık yönetim (%60,0) birimlerinde bildirilmiştir. Bununla birlikte her iki birimde yüksek düzeyde rol çatışması yönetim (%70,0), acil servis (%66,7) olmak üzere saptanmıştır. Bunun bir nedeni olarak acil servis çalışanlarının yaş grubunun genç, meslek hayatlarının başında olmalarından kaynaklı olabileceği şeklinde değerlendirilmiştir. Bununla ilgili bir çalışmada yeni mezun hemşirelerin yaklaşık yarısının ilk 12 ay içinde ilk işlerini bıraktıkları gösterilmiştir (183). Yönetici hemşirelerde işe bağlı stres ve çatışma

durumlarına daha sık karşılaşılması, sorumluluklarının fazla oluşundan kaynaklanmaktadır (184). Buna bağlı olarak, çalışma koşulları ile ilgili güvencesiz hissedebilecekleri şeklinde değerlendirilmiştir.

Bu araştırmada **"sonuçlar"a** ilişkin psikososyal risklerde çalışanların çoğunluğu düşük iş doyumu eksikliği (%52,1) ve tükenmişlik (%58,8) bildirmiştir. Yüksek iş doyumu eksikliği ve tükenmişliği olanların düşük olanlara göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir. Sağlık personeli içinde özellikle hemşireler uzun süreli iş stresörlerine maruz kalmaya bir yanıt olarak ortaya çıkan tükenmişlikten sıklıkla etkilenmektedirler (185). Tükenmişlik hemşirelerin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyerek baş ağrısı, uykusuzluk, sinirlilik, konsantrasyon bozukluğu ve uzun süreli yorgunluğa neden olmaktadır (186). Bununla birlikte hemşirelerin hastalık iznini ve işe devamsızlığını artırabilmektedir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin işten ayrılma niyetleriyle de ilişkili bulunmuştur (187). Sağlık kuruluşlarında çalışanların işe ve mesleğine devam etme isteği, işe ve bileşenlerine (yönetim, ücret vb.) karşı duyulan memnuniyet olarak anlaşılan iş doyumuyla ilişkilidir (188). Düşük iş doyumu hemşirelerin mevcut işlerini ve mesleklerini bırakmalarına katkıda bulunan bir etken olmasının yanı sıra hasta bakımı ve kalitesi üzerindeki etkisi nedeniyle de endişe verici bir sorun olmaktadır (189). Bu araştırmada çalışılan birimlere göre sonuçlara ilişkin psikososyal riskler değerlendirildiğinde, yüksek düzeyde iş doyumu eksikliğinin en sık bildirildiği birimlerin ameliyathane (%80,0) ve servis (%53,4), yüksek düzeyde tükenmişliğin en sık bildirildiği birimin ise servis (%57,4) olduğu saptanmıştır. Hemşirelerde tükenme, iş doyumu ile çalışma yaşamı özelliklerinin ilişkisinin incelendiği bir araştırmada acil servis ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ruhsal belirti düzeyi daha yüksek seviyede saptanmıştır (153). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumunun incelendiği başka bir çalışmada ise çalışılan birimlere göre iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (190).

Hemşirelik hizmeti veren çalışanların sosyodemografik ve çalışma yaşamı özellikleri, psikososyal riskleri ile mental sağlık durumu ilişkisini açıklamaya yönelik oluşturulan çok değişkenli analiz modellerinde, mevcutsa etkileşime neden olabilecek değişkenlerin belirlenmesi ve olası karıştırıcı faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Oluşturulan modellerde yaş, sigara kullanımı, meslek, bu işte çalışma

yılı, çalışma şekli, fazla mesai durumu, çalışma ortamında; radyasyon, kemoterapotiklerle bulaş, ağır yük, ısı farkları, sözlü taciz/hakaret ve fiziksel tehdit/saldırı maruz kalımının olduğu düşüncesi durumu, KOPSOR-TR ölçeği boyutları bağımsız değişkenler olarak yer almıştır. Araştırmanın yürütüldüğü iş yerinde hemşire kadrosunda çalışanlar, kadın ağırlıklı olması nedeniyle cinsiyet incelenememiştir. Çalışılan birimlere dönük incelemeler sayı kısıtlı olması nedeniyle modellere alınmamıştır. Bağımlı değişken olarak mental sağlık durumu ortanca değere göre iyi ve kötü olma durumu açısından karşılaştırıldığında;

- Sigara içtiğini beyan edenlerde etmeyenlere göre mental sağlığın kötü olması 1,66 kat (%95 GA 1,21-2,45) daha fazla ilişkili bulunmuştur. Çalışma ortamında fiziksel saldırı maruz kalım düşüncesi olanlarda olmayanlara göre mental sağlığın kötü olması 1,8 kat (%95 GA 1,21-2,74) daha fazla ilişkili bulunmuştur. Her iki değişken açısından tek değişkenli analizlerde mental sağlık durumu ile saptanan anlamlı ilişki devam etmiştir.

- Bilişsel talepleri yüksek olanlarda, düşük olanlara göre mental sağlığın kötü olması 2,34 kat (%95 GA 1,54-3,56) daha fazla ilişkili bulunmuştur. İş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği yüksek olanlarda, düşük olanlara göre mental sağlığın kötü olması 1,55 kat (%95 GA 1,02-2,37) daha fazla ilişkili bulunmuştur. Çalışma yaşamında bilişsel talepler her durumda bir risk oluşturmayıp, problem çözme ve karmaşık sorunlarla uğraşmak bir işi zorlu ve heyecan verici hale getirebilmektedir. Ancak diğer çalışanlardan destek eksikliği olduğunda, çalışanlar yüksek iş yoğunluğuyla karşı karşıya kaldıklarında ve/veya mesleksel becerileri görevleriyle uyuşmadığında, bilişsel talepler sağlıksız stres düzeylerine neden olabilmektedir (165). Nitekim bu konuda yapılan bir çalışmada iş arkadaşlarından tarafından sağlanan sosyal destek, çalışanların motivasyonu ve performansı ile ilişkili bulunmuştur (191).

- Çalışma koşulları güvencesizliği yüksek olanlarda, düşük olanlara göre mental sağlığın kötü olması 1,53 kat (%95 GA 1,02-2,31) daha fazla ilişkili bulunmuştur. Araştırmanın yapıldığı hastanede 24 saat kesintisiz hizmet verilmekte, hemşireler bütün birimlerde çalışmaktadır. Çalışma sistemleri, çalışma saatleri, maaş

beklentileri açısından yaşanabilecek olası sorunların, çalışanlarda endişe yaratabileceği şeklinde değerlendirilmiştir.

- Tükenmişliği yüksek olanlarda, düşük olanlara göre mental sağlığın kötü olması 1,78 kat (%95 GA 1,18-2,70) daha fazla ilişkili bulunmuştur. Bu araştırmaya benzer şekilde Cameroon'da çeşitli hastanelerde çalışan 143 hemşire ile yapılan çalışmada, tükenmişlik puanının, depresyon için anlamlı bir yordayıcı olduğu saptanmıştır (OR=1,21, %95 GA 1,08-1,35) (192). Bununla birlikte mental sağlık sorunları ve tükenmişliğin örtüşen yapıları göz önüne alındığında, hangisinin aslında diğerine yol açtığı tartışmalıdır. Bu araştırmanın kesitsel olması kaynaklı, ilişkinin yönü tam olarak kurulamamaktadır. Tek değişkenli analizlerde rol çatışması ve iş doyumu eksikliği yüksek olanların, düşük olanlara göre anlamlı olarak mental sağlık durumları kötü olarak tespit edilmiştir. Lojistik regresyon modellemesinde rol çatışması ve iş doyumu eksikliği ile mental sağlığın kötü olması arasında anlamlı ilişki bulunmamış, bununla birlikte her iki boyut istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen modelden elimine edilememiştir. Lojistik regresyon modellemesinde yalnızca çarpımsal etkileşimler saptanabilmesi nedeniyle, sinerjistik etkileşimlerin saptanamamış olabileceği şeklinde değerlendirilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Bu araştırma Ankara'da bulunan bir üniversite hastanesinde toplam 450 hemşirelik hizmeti veren çalışanın sosyodemografik, sağlık durumu ve çalışma yaşamı özellikleri psikososyal risk faktörlerine maruz kalımları ve mental iyilik durumlarının incelendiği kesitsel bir çalışma olarak %96,4 ulaşılabilirlikte gerçekleştirilmiştir.

2. Araştırma grubunun yaş ortalaması 29,1±7,9 yıl (en küçük 20-en büyük 56) saptanmıştır. %7,1'i erkek %92,9'u kadın, %62,4'ü bekar, %35,3'ü evli, %0,5'i dul, %1,8'i boşanmış, %30,4'ünün çocuk sahibi olduğu saptanmıştır.

3. Katılımcıların %49,5'i lise ve ön lisans, %50,5'i lisans ve üstü mezunu olduğu saptanmıştır. Meslekleri incelendiğinde %83,4'ünün hemşire ve ebe, %16,6'sının paramedik ve acil tıp teknisyeni olduğu saptanmıştır.

4. Katılımcıların %34'ü yatan hasta servislerinde, %27,2'si yoğun bakım ünitelerinde, %16,6'sı polikliniklerde, %10,4'ü acil serviste, %6'sı radyoloji/görüntüleme birimlerinde, %3,5'i ameliyathanede, %2,3'ü müdürlükte çalıştığı saptanmıştır.

5. Mental iyilik durumları değerlendirildiğinde; katılımcıların %43,1'inin mental sağlık durumu puanı yüksek (ortanca değer üstü/ kötü lehine) saptanmıştır.

6. Sigara içen ve içmiş olanların mental sağlık durumları, içmeyenlere göre anlamlı olarak kötü saptanmıştır.

7. Sağlık yakınması olarak sık tekrarlayan uykusuzluk ve baş ağrısı olanların mental sağlık durumları, olmayanlara göre anlamlı olarak kötü tespit edilmiştir.

8. Çalışma ortamında radyasyon, kemoterapotiklerle bulaş, ağır yük, ısı farkları, sözlü taciz/hakaret ve fiziksel tehdit/saldırı maruz kalımının olduğunu düşünenlerin mental sağlık durumları, düşünmeyenlere göre anlamlı olarak kötü tespit edilmiştir.

9. Fazla mesai yapanların mental sağlık durumları, yapmayanlara göre anlamlı olarak kötü tespit edilmiştir.

10. Son bir ay içinde kılpayı kaza geçirdiğini beyan edenlerin mental sağlık durumları, etmeyenlere göre anlamlı olarak kötü tespit edilmiştir.

11. İşle ilgili psikososyal riskler değerlendirildiğinde; yüksek bilişsel talepler, nicel talepler, iş-ev çatışması, duygusal talepler, duygularını gizleme, rol çatışması, çalışma koşulları ile ilgili iş güvencesizliği, iş doyumu eksikliği ve tükenmişliği olanların mental sağlık durumları, düşük olanlara göre anlamlı olarak kötü tespit edilmiştir.

12. Yüksek bilişsel talepler olanlarda, düşük olanlara göre mental sağlığın kötü olması 2,3 kat daha fazla ilişkili bulunmuştur. Yüksek iş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği olanlarda, düşük olanlara göre mental sağlığın kötü olması 1,6 kat daha fazla ilişkili bulunmuştur. Yüksek çalışma koşulları güvencesizliği olanlarda, düşük olanlara göre mental sağlığın kötü olması 1,5 kat daha fazla ilişkili bulunmuştur. Yüksek tükenmişlik olanlarda, düşük olanlara göre mental sağlığın kötü olması 1,8 kat daha fazla ilişkili bulunmuştur.

13. İşle ilgili psikososyal risklerin değerlendirilmesinde; katılımcıların çoğunluğu yüksek rol çatışması (%52,8), iş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği (%60,1), üst amirden sosyal destek eksikliği (%59,0) bildirmiştir.

14. "Talepler"e ilişkin psikososyal riskler değerlendirildiğinde, yüksek düzeyde çalışma hızının en sık saptandığı birim acil servistir. Yüksek düzeyde nicel talepler ise en sık yönetim, acil servis ve serviste saptanmıştır. Yönetim biriminde %70'in üzerinde yüksek düzeyde nicel, bilişsel ve duygusal talepler görülmektedir.

15. "Kişilerarası ilişkiler ve liderlik" teması altında psikososyal riskler değerlendirildiğinde, servis, acil servis, yoğun bakım ve ameliyathanede daha sık yüksek düzeyde maruz kalım olduğu saptanmıştır. Yüksek düzeyde iş arkadaşlarından sosyal destek eksikliği en sık ameliyathane, yoğun bakım ve acil servis, yüksek düzeyde üstlerden sosyal destek eksikliği ise en sık ameliyathane ve acil servis birimlerinde saptanmıştır. Yüksek düzeyde rol çatışmasının en sık saptandığı birimler yönetim ve acil servistir.

16. “Etki ve gelişim” teması altında psikososyal riskler değerlendirildiğinde, yüksek düzeyde işe etki eksikliği en sık yoğun bakımda, yüksek düzeyde işte özgürlük eksikliği ise en sık ameliyathane, radyoloji, acil serviste saptanmıştır.

17. “Diğer parametreler” teması altında psikososyal riskler değerlendirildiğinde, yüksek düzeyde iş güvencesizliği en sık acil servis, yüksek düzeyde çalışma koşulları güvencesizliği ise en sık yönetim, yoğun bakım, servis, acil servis birimlerinde saptanmıştır.

18. “Sonuçlar” teması altında psikososyal riskler değerlendirildiğinde, Çalışılan birimler arasında yüksek düzeyde iş doyumu eksikliği en sık olarak ameliyathane ve serviste saptanmıştır. Ameliyathanede %70’in üzerinde yüksek düzeyde iş doyum eksikliği görülmektedir. Serviste çalışanların diğer birimlere göre daha sık yüksek düzeyde tükenmişlik bildirdiği görülmektedir.

6.2. Öneriler

1. Çalışmada elde edilen sonuçlara dayalı olarak, psikososyal risk faktörlerinin artan önemi, çalışanların fiziksel ve mental sağlıkları üzerindeki etkileri ve uzun vadede örgütsel yönetimde ortaya çıkabilecek olası sorunlar göz önünde bulundurularak, psikososyal risk yönetimine önem verilmesi önerilir.

2. Sigara kullanımının, kötü mental sağlık durumuyla ilişkisi literatürle uyumlu olarak bulunmuş ancak psikososyal etkenler düzeltilmesine rağmen veya düzeltilemeden, yaşam alışkanlıklarından sigara kullanımıyla birlikte mental sağlık ilişkisi ayrıca uzun dönem kohort çalışmaları ile incelenmelidir. İş yerinde sigara kullanımının azaltılmasına yönelik programların geliştirilmesi önerilir.

3. Özellikle servis, acil servis ve yönetim birimlerinde artan taleplere yönelik çalışan sayılarının dağılımı, çalışma ve dinlenme sürelerine yönelik düzenlemeler önerilir.

4. Serviste ve yönetimde çalışanların diğer birimlere göre farklı olarak yüksek düzeyde duygusal talepler ve duygularını gizleme gereksinimi bildirdiği görülmektedir. Bu birimlerde çalışanlara, destek birimi ve iş sağlığı güvenliği danışma politikası oluşturulması gibi koruyucu uygulamalar planlabilir.

5. Sisteme dönük psikososyal riskleri azaltmada ev-iş ara yüzü değerlendirilerek, çözümleri planlanmalıdır. Kadın-destek mekanizmaları, ev- iş ara yüzü destek hattı oluşturulması planlanabilir.

6. Yüksek düzeyde rol çatışması saptanan birimlerde çatışma kaynaklarının araştırılması, görev ve iş tanımlarının gözden geçirilmesi ve çalışanlarla odak grup çalışmaları yapılması önerilir. Sosyal destek eksikliğinin yüksek düzeyde saptandığı birimlerde klinik ekiplerdeki destekleyici ilişkilerin geliştirilmesi önerilir. Ekip içi çatışmaları önlemek, ilişkileri güçlendirmek için sosyal etkinlikler planlanabilir.

7. İşe etki eksikliği, işte özgürlük eksikliği saptanan birimlerde psikososyal etmenlerin yönetimi ile ilgili tekniklerin pratiğe geçirilmesi ve çalışanların işlerini etkileyen konularda karar alma süreçlerine dahil edilmesi, işleriyle ilgili uygulamalarda iş görev tanımları ve iş kontrolü ile ilgili belirsizliklerin giderilmesi yönünde düzenlemeler hemşirelik uygulamaları açısından önerilir.

8. Çalışma koşulları güvencesizliği yüksek saptanan birimlere geri bildirim sağlanarak, iletişimin açık olması ve iş güvencesi ile ilişkili çalışma koşullarının gözden geçirilmesine yönelik düzenlemeler önerilir.

9. Psikososyal risklerin birer sonucu olarak değerlendirebilecek yüksek düzeyde tükenmişlik ve iş doyumu eksikliğinin saptandığı birimlere geri bildirim verilerek işyeri hekimliği ile işbirliği içinde değerlendirmelerin planlanması önerilmiştir.

10. Hemşirelik görevinde çalışanlarda psikososyal riskler ile mental iyilik durumu ilişkisinin değerlendirildiği ileriye yönelik araştırmalara gereksinim bulunmaktadır. Psikososyal risklerin KOPSOR-TR ile değerlendirilerek izlenmesi çözüme dönük kanıta dayalı bilginin üretilmesine yardımcı olacaktır. Nedensellik ilişkilerinin ortaya konulmasına dönük kohort çalışmaları düzeltme ve iyileşmelere kanıt üretecektir.

7. KAYNAKLAR

1. Rosário S, Fonseca JA, Nienhaus A, da Costa JT. Standardized assessment of psychosocial factors and their influence on medically confirmed health outcomes in workers: a systematic review. Journal of Occupational Medicine and Toxicology. 2016;11(1):1-13.
2. Van Stolk C, Staetsky L, Hassan E, Kim CW. Management of Psychosocial Risks at Work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER), European Risk Observatory, Report. Publications Office of the European Union; Luxembourg; 2012.
3. Sivris KC, Leka S. Examples of holistic good practices in promoting and protecting mental health in the workplace: current and future challenges. Safety and health at work. 2015;6(4):295-304.
4. Şahan C, Kiran S, Converso D, Demiral Y. Emerging need for a national policy on psychosocial risk assessment and monitoring in a developing country: A modified Delphi Study. Journal of Basic and Clinical Health Sciences. 2021;5(1):60-9.
5. Lancee WJ, Maunder RG, Goldbloom DS. Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. Psychiatric services. 2008;59(1):91-5.
6. Xiao J, Fang M, Chen Q, He B. SARS, MERS and COVID-19 among healthcare workers: A narrative review. Journal of infection and public health. 2020;13(6):843-8.
7. Eurofound E-O. Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention. Publications Office of the European Union, Luxembourg. 2014.
8. Ilić IM, Arandjelović MŽ, Jovanović JM, Nešić MM. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout-Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. Med Pr. 2017;68(2):167-78.
9. WHO. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. [İnternet]. 2020. [Erişim Tarihi 0cak 2021]. Erişim Adresi: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677. 2020.
10. Cox T, Griffiths A, Cox S. Work-related stress in nursing: Controlling the risk to health: International Labour Office Geneva; 1996.
11. Akanji B, Mordi C, Simpson R, Adisa TA, Oruh ES. Time biases: exploring the work–life balance of single Nigerian managers and professionals. Journal of Managerial Psychology. 2020.
12. Navajas-Romero V, Ariza-Montes A, Hernández-Perlines F. Analyzing the job demands-control-support model in work-life balance: A study among nurses in the European context. International journal of environmental research and public health. 2020;17(8):2847.
13. Dall'Ora C, Dahlgren A. Shift work in nursing: closing the knowledge gaps and advancing innovation in practice. International Journal of Nursing Studies. 2020;112:103743.
14. Atlı K, Kalaycı D. Vardiya-Gece Çalışmalarında İş Sağlığı ve Güvenliği. Yıldız AN, Sandal A, Editörler. İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2020.
15. ILO. Genç İşçilerin Sağlık ve Güvenliğinin İyileştirilmesi [İnternet]. 2018. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi:

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_627054.pdf.
16. Leka S, Jain A, Organization WH. Health impact of psychosocial hazards at work: an overview. 2010.
17. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. Journal of advanced nursing. 2003;44(6):633-42.
18. Lim J, Bogossian F, Ahern K. Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. International nursing review. 2010;57(1):22-31.
19. Freimann T, Merisalu E. Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: a cross-sectional study. Scandinavian journal of public health. 2015;43(5):447-52.
20. Colligan MJ, Smith MJ, Hurrell Jr JJ. Occupational incidence rates of mental health disorders. Journal of human stress. 1977;3(3):34-9.
21. McAbee R. Occupational stress and burnout in the nursing profession: A model for prevention. AAOHN journal. 1991;39(12):568-75.
22. Resmi Gazete. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun [İnternet]. 1961. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10705.pdf
23. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge [İnternet]. 2005. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240.
24. Resmi Gazete. İşkolları Yönetmeliği [İnternet]. 2012. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/12/20121219-8.htm.
25. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı [İnternet]. 2019. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564 s-i-y-pp.
26. Resmi Gazete. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği [İnternet].1983. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5
27. Seçim H. Hastane yönetim ve organizasyonu: Anadolu Üniversitesi; 1996.
28. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi.5. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2018.
29. Kapıcıoğlu S. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Bugünü ve Geleceği.Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2011; 20: 20 - 23.
30. SGK. Nace Kodu Bilgisi. [İnternet]. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi:
https://uyg.sgk.gov.tr/KurumTescil4c/index.jsp?sayfa=NaceKoduBilgisi&Tab=0.
31. ILO. The International Standard Classification of Occupations: ISCO-08/ International Labour Office, Geneva [İnternet]. 2012. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_172572.pdf.
32. Kiran S. Sağlık çalışanlarında mesleksel etkenlerle karşılaşma düzeyleri ve hastalık/yakınma ile ilişkisinin değerlendirilmesi (Doktora tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2003.
33. Türk M. Türkiye'de Sağlık Kurumlarında İşçi Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri.

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi; 18-20 Kasım 2011; Ankara. s.98-103.
34. Resmi Gazete. Yükseköğretim Kanunu. [İnternet]. 1981. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2547&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5.
35. Birol L. Hemşirelik Süreci. 6. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık; 2004.
36. WHO. The WHO Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery . [İnternet]. 2016–2020. [Erişim Tarihi Kasım 2020]. Erişim Adresi: (https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/).
37. International Council of Nurses (ICN). ‘’Nursing definitions’’[İnternet]. 2002. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim Adresi: (https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions).
38. Resmi Gazete. Hemşirelik Kanunu [İnternet]. 2007. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6283&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3.
39. Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği [İnternet]. 2007. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/24046.pdf.
40. Velioğlu P, Oktay S. Sağlık Kurumları Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri; 1996.
41. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliği [İnternet]. 2010. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm.
42. Sullivan EJ. Effective leadership and management in nursing. USA: Pearson; 2013.
43. Tatar Baykal Ü, Harmancı Seren AK. Yönetim Süreci ve Hemşirelik Hizmetleri Örgütlenmesi. İstanbul:Akademi Basım; 2014.
44. Alli BO. Fundamental principles of occupational health and safety Second edition. Geneva, International Labour Organization. 2008;15:2008.
45. Resmi Gazete. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği [İnternet]. 2012. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/02/20170227M1-1.htm.
46. Gershon RR, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, Macdavitt K, Chou S-S. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. Industrial health. 2007;45(5):622-36.
47. De Castro A, Cabrera SL, Gee GC, Fujishiro K, Tagalog EA. Occupational health and safety issues among nurses in the Philippines. Aaohn Journal. 2009;57(4):149-57.
48. American Nurses Association. 2011 ANA Health and Safety Survey. [Internet]. 2011 [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-WorkEnvironment/Work-Environment/2011-HealthSafetySurvey.html.
49. Development HDoS, Transfer T, Control CfD, Safety USO, Administration H. Guidelines for protecting the safety and health of health care workers: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers …; 1988.

50. CDC. Workbook for designing, implementing, and evaluating a sharps injury prevention program [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. 2008.
51. SGK İstatistik Yıllıkları [İnternet]. 2019. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari.
52. Oktay M. Çalışma yaşamında iş yerinde stres. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi. 2005;47:111-6.
53. Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Hérnandez-Fernaud E, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M. Psychosocial factors and mental work load: a reality perceived by nurses in intensive care units1. Revista latino-americana de enfermagem. 2015;23:315-22.
54. Tahghighi M, Rees CS, Brown JA, Breen LJ, Hegney D. What is the impact of shift work on the psychological functioning and resilience of nurses? An integrative review. Journal of Advanced Nursing. 2017;73(9):2065-83.
55. Milczarek M, Brun E, Houtman I, Goudswaard A, Evers M, Bovenkamp M, et al. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. 2007.
56. Leka S, Jain A, Widerszal-Bazyl M, Żołnierczyk-Zreda D, Zwetsloot G. Developing a standard for psychosocial risk management: PAS 1010. Safety Science. 2011;49(7):1047-57.
57. EU. Council Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work. Official Journal of the European Communities. 1989;183:1-8.
58. ILO. List of Occupational Diseases (revised 2010) [İnternet]. 2010. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_125137/lang--en/index.htm.
59. Cox T, Griffiths A. The nature and measurement of work stress: theory and practice. The evaluation of human work: A practical ergonomics methodology London: Taylor & Francis. 1995.
60. ILO. Psychosocial Risk and Work-Related Stress. [İnternet]. 2010. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: http://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_108557/lang--en/index.htm.
61. van Hooff M. Work Stress and Health in a Globalized Economy: The Model of Effort–Reward Imbalance. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 2017;43(5):504-.
62. Leka S, Griffiths A, Cox T, Organization WH. Work organisation and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives: World Health Organization; 2003.
63. Landy FJ, Conte JM. Work in the 21st century: An introduction to industrial and organizational psychology: John Wiley & Sons; 2016.
64. Demiral Y. ÇALIŞMA YAŞAMINDA PSİKOSOSYAL ETMENLER. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2004;5(20):22-6.
65. Levi L, Bartley M, Marmot M, Karasek R, Theorell T, Siegrist J, et al. Stressors at the workplace: Theoretical models. Occupational medicine (Philadelphia, Pa). 2000;15:69-106.

66. Karasek R, Theorell T. Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
67. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of occupational health psychology. 1996;1 1:27-41.
68. Ramkissoon A, Smith P, Oudyk J. Dissecting the effect of workplace exposures on workers' rating of psychological health and safety. American journal of industrial medicine. 2019;62(5):412-21.
69. Vatansever Ç. Risk Degerlendirme'de Yeni Bir Boyut: Psikososyal Tehlike ve Riskler. Calisma ve Toplum. 2014;40(1).
70. Leka S, Cox T. PRIMA-EF-Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management: a resource for employers and worker representatives. World Health Organization; 2008.
71. Cox T. The nature and measurement of stress. Ergonomics. 1985;28(8):1155-63.
72. Cox T, Griffiths A, Rial-González E. Research on work-related stress: European Communities; 2000.
73. del Carmen Giménez-Espert M, Prado-Gascó V, Soto-Rubio A. Psychosocial risks, work engagement, and job satisfaction of nurses during COVID-19 pandemic. Frontiers in public health. 2020;8.
74. MacDonald W. The impact of job demands and workload on stress and fatigue. Australian Psychologist. 2003;38(2):102-17.
75. Jones J, Hodgson J, Clegg T, Health, Safety Executive L. Self-reported work-related illness in 1995 Results from a household survey. 1998.
76. Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. American journal of public health. 1981;71(7):694-705.
77. Aytaç S. İş stresi yönetimi el kitabı iş stresi: oluşumu, nedenleri, başa çıkma yolları, yönetimi. Uludağ Üniversitesi İİBF. 2009:1-34.
78. Soysal A. İş yaşamında stres. Çimento İşveren Dergisi. 2009;23(3):17-40.
79. Parent-Thirion A. Fourth European working conditions survey. http://www eurofound europa eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en pdf. 2007.
80. Frögéli E, Rudman A, Gustavsson P. The relationship between task mastery, role clarity, social acceptance, and stress: An intensive longitudinal study with a sample of newly registered nurses. International journal of nursing studies. 2019;91:60-9.
81. Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. International journal of nursing studies. 2006;43(3):311-8.
82. Väänänen A, Kalimo R, Toppinen-Tanner S, Mutanen P, Peiró JM, Kivimäki M, et al. Role clarity, fairness, and organizational climate as predictors of sickness absence: a prospective study in the private sector. Scandinavian journal of public health. 2004;32(6):426-34.
83. Stordeur S, D'hoore W, Vandenberghe C. Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. Journal of advanced nursing. 2001;35(4):533-42.
84. Blegen MA. Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. Nursing research. 1993.

85. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Journal of occupational health psychology. 1998;3(4):322.
86. Siegrist J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2008;258(5):115-9.
87. Shields MA, Ward M. Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit. Journal of health economics. 2001;20(5):677-701.
88. Greenhaus JH, Beutell NJ. Sources of conflict between work and family roles. Academy of management review. 1985;10(1):76-88.
89. Şahan C. Kopenhag Psiko-sosyal Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilimdalı; 2016.
90. Demiral Y, Ünal B, Kılıç B, Soysal A, Bilgin AC, Uçku R, et al. İş stresi ölçeğinin İzmir Konak Belediyesi'nde çalışan erkek işçilerde geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Toplum Hekimliği Bülteni. 2007;26(1):11-8.
91. Abuhanoğlu H. "Çaba-Ödül Dengesizliği (ÇÖD) Ölçeğinin Uzun Türkçe Formunun Geçerlik, Güvenirlik Çalışması İle Sağlık Çalışanlarında ÇÖD'ün Örgütsel Stres Ve Örgütsel Güven Üzerindeki Etkisinin Analizi", Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Yayımlanmamış Doktora Tezi. 2016.
92. Nübling M, Burr H, Moncada S, Kristensen TS, editors. COPSOQ International Network: Co-operation for research and assessment of psychosocial factors at work. Public Health Forum; 2014: Elsevier.
93. Kristensen TS. A questionnaire is more than a questionnaire. Scandinavian journal of public health. 2010;38(3_suppl):149-55.
94. Burr H, Berthelsen H, Moncada S, Nübling M, Dupret E, Demiral Y, et al. The third version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Safety and health at work. 2019;10(4):482-503.
95. Kompier M. Job design and well-being. The handbook of work and health psychology. 2003;2:429-54.
96. Şahan C, Demiral Y. Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Rehberi, 2020.
97. Tutar H. Kriz ve Stres Ortamında Yönetim. 6. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2016.
98. Yates JE. Gerilim altındaki yönetici. Çev: Fatoş Dilber), İlgi Yayıncılık, İstanbul. 1989.
99. Işıkhan V. Çalışma hayatında stres ve başa çıkma yolları. 2003.
100. Pehlivan İ. İş yaşamında stres. Ankara: Pegem Yayıncılık. 2000.
101. Sabuncuoğlu Z, Tüz M. Örgüt psikolojisi. Ezgi Kitapevi, Bursa. 1996.
102. Selye H. The stress of life1956.
103. Bongers PM, Kremer AM, Laak Jt. Are psychosocial factors, risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow, or hand/wrist?: A review of the epidemiological literature. American journal of industrial medicine. 2002;41(5):315-42.

104. Bosma H, Marmot MG, Hemingway H, Nicholson AC, Brunner E, Stansfeld SA. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. Bmj. 1997;314(7080):558.
105. Güney S. Örgütsel davranış: Ankara: Nobel Yayıncılık; 2011.
106. Balcı A. Öğretim Elemanının İş Stresi Kuram ve Uygulama. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. 2000.
107. Gupta N, Jenkins Jr GD. Substance use as an employee response to the work environment. Journal of Vocational Behavior. 1984;24(1):84-93.
108. Kalimo R, Tenkanen L, Härmä M, Poppius E, Heinsalmi P. Job stress and sleep disorders: findings from the Helsinki Heart Study. Stress Medicine. 2000;16(2):65-75.
109. Nishitani N, Sakakibara H. Relationship of obesity to job stress and eating behavior in male Japanese workers. International journal of obesity. 2006;30(3):528-33.
110. European Agency for Safety and Health at Work. Psychosocial risks and stress at work. [İnternet]. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim adresi: https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress.
111. European Commission, Employment and Social Affairs. Guidance on work related stress: spice of life or kiss of death [İnternet]. 1999. [Erişim Tarihi Aralık 2020].

Erişim adresi: https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9f53b8c2-75a1-404a-851f-65d4b826d528.0005.02/DOC_2&format=PDF.
112. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. Scandinavian journal of work, environment & health. 2006:443-62.
113. WHO. Mental health policies and programmes in the workplace(Mental Health Policy and Service Guidance Package) 2005.
114. Kring A, Johnson S, Davison G, Neale J. Anormal psikoloji. Muzaffer Şahin (Çev Ed), Ankara: Nobel. 2015.
115. WHO. Management of mental disorders: Treatment protocol project: World Health Organization Collaborating Centre for Mental Health and Substance Abuse; 2000.
116. Freudenberger HJ. Staff burn- out. Journal of social issues. 1974;30(1):159-65.
117. Lazaro C, Shinn M, Robinson PE. Burnout, job performance, and job withdrawal behaviors. Journal of Health and Human Resources Administration. 1984:213-34.
118. WHO. What is the WHO definition of health?. [İnternet].2018. [Erişim Tarihi Kasım 2020]. Erişim Adresi: http://www.who.int/suggestions/faq/en/.
119. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. World Psychiatry. 2015;14(2):231.
120. WHO. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report: World Health Organization; 2004.
121. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health: Oup Oxford; 2005.
122. Tezcan S, Aslan D. Ankara'da Çeşitli Meslek Gruplarında Genel Ruhsal Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi. Kriz Dergisi. 2000;8(1).
123. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley monograph. 1972;21.

124. Goldberg DP. User's guide to the General Health Questionnaire. Windsor. 1988.
125. Kılıç C. Genel sağlık anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996;7(1):3-9.
126. Uysal MA, Kadakal F, Karşidağ C, Bayram NG, Uysal O, Yilmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks. 2004;52(2):115-21.
127. CDC. Healthy Weight [İnternet]. [Erişim Tarihi Kasım 2020]. Erişim Adresi: https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.html.
128. Şahan C, Baydur H, Demiral Y. A novel version of Copenhagen Psychosocial Questionnaire-3: Turkish validation study. Archives of environmental & occupational health. 2019;74(6):297-309.
129. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics: Pearson Boston, MA; 2007.
130. Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: SPSS uygulamalı: Sakarya yayıncılık; 2007.
131. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychological medicine. 1997;27(1):191-7.
132. Anjara S, Bonetto C, Van Bortel T, Brayne C. Using the GHQ-12 to screen for mental health problems among primary care patients: psychometrics and practical considerations. International Journal of Mental Health Systems. 2020;14(1):1-13.
133. Goldberg D, Oldehinkel T, Ormel J. Why GHQ threshold varies from one place to another. Psychological medicine. 1998;28(4):915-21.
134. Burr H, Albertsen K, Rugulies R, Hannerz H. Do dimensions from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict vitality and mental health over and above the job strain and effort—reward imbalance models? Scandinavian journal of public health. 2010;38(3_suppl):59-68.
135. Büyüköztürk Ş. Anket geliştirme. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi. 2005;3(2):133-51.
136. Akan V. Birey ve toplum. Sosyolojiye giriş. 2003:81-104.
137. İlkkaracan İ. Uzlaştırma politikalarının yokluğunda Türkiye emek piyasasında toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri. İş ve aile yaşamını uzlaştırma politikaları: emek piyasasında toplumsal cinsiyet eşitliğine doğru İstanbul: İTÜ BMTKAUM. 2010:21-57.
138. Altıntoprak A, Karabilgin S, Çetin Ö, Kitapçıoğlu G, Çelikkol A. Hemşirelerin iş ortamlarındaki stres kaynakları; depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri: yoğun bakım ve yataklı birimlerde hizmet veren hemşireler arasında yapılan bir karşılaştırma çalışması. Türkiye'de Psikiyatri. 2008;10(1):9-17.
139. Altınöz Ü, Demir S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerde çalışma ortamı algısı, psikolojik distres ve etkileyen faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2017;8(2):95-101.
140. Tarhan M, Dalar L. Hemşirelerin ruh sağlığı durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;1(2):25-39.
141. CDC. Tobacco use--united states, 1900-1999. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 1999;48(43):986-93.
142. Çifçi S, Değer V, Saka G, Ceylan A. Sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve etkileyen faktörler. 2018.

143. Önder ÖR, İsmail A, Yaşar GY, Aksoy A. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Geçirdikleri İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Yönünden Değerlendirilmesi. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2011;10(1):31-44.
144. Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M, Ghaffari M, Josephson M, Lagerstrom M. Adaptation of questionnaire measuring working conditions and health problems among Iranian nursing personnel. Asian nursing research. 2011;5(3):177-82.
145. Eatough EM, Way JD, Chang C-H. Understanding the link between psychosocial work stressors and work-related musculoskeletal complaints. Applied ergonomics. 2012;43(3):554-63.
146. Lang J, Ochsmann E, Kraus T, Lang JW. Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: a systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies. Social science & medicine. 2012;75(7):1163-74.
147. Ferguson KJ, Waitzkin H, Beekmann SE, Doebbeling BN. Critical incidents of nonadherence with standard precautions guidelines among community hospital-based health care workers. Journal of general internal medicine. 2004;19(7):726-31.
148. Kermode M, Jolley D, Langkham B, Thomas MS, Crofts N. Occupational exposure to blood and risk of bloodborne virus infection among health care workers in rural north Indian health care settings. American journal of infection control. 2005;33(1):34-41.
149. Cheung T, Yip PS. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. International journal of environmental research and public health. 2015;12(9):11072-100.
150. Vasconcelos EMd, De Martino MMF. Predictors of depressive symptoms among nurses of intensive care unit. Escola Anna Nery. 2017;21.
151. Fradelos E, Mpelegrinos S, Mparo C, Vassilopoulou C, Argyrou P, Tsironi M, et al. Burnout syndrome impacts on quality of life in nursing professionals: The contribution of perceived social support. Progress in Health Sciences. 2014;4(1):102-9.
152. Gao Y-Q, Pan B-C, Sun W, Wu H, Wang J-N, Wang L. Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. BMC psychiatry. 2012;12(1):1-9.
153. Aslan H, Alpaslan Z, Aslan O, Ünal M. Hemşirelerde tükenme, iş doyumu ve ruhsal belirtiler. Nöropsikiyatri Arşivi. 1996;33(4):192-9.
154. Alilu L, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Habibzadeh H, Gillespie M. A Grounded theory study of the intention of nurses to leave the profession1. Revista latino-americana de enfermagem. 2017;25.
155. Boksa P. Smoking, psychiatric illness and the brain. Journal of psychiatry & neuroscience: JPN. 2017;42(3):147.
156. Jamali J, Roustaei N, Ayatollahi SMT, Sadeghi E. Factors affecting minor psychiatric disorder in Southern Iranian nurses: a latent class regression analysis. Nursing and midwifery studies. 2015;4(2).
157. Bernaldo-De-Quirós M, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. International Journal of Nursing Studies. 2015;52(1):260-70.

158. Witkoski A, Dickson VV. Hospital staff nurses' work hours, meal periods, and rest breaks: A review from an occupational health nurse perspective. Aaohn Journal. 2010;58(11):489-97.
159. International Council of Nurses. Nurses and Shiftwork [İnternet]. 2007. [Erişim Tarihi 0cak 2021]. Erişim Adresi: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/C07_Nurse s_Shift_Work.pdf
160. Øyane NM, Pallesen S, Moen BE, Åkerstedt T, Bjorvatn B. Associations between night work and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses. PloS one. 2013;8(8):e70228.
161. Lee HY, Kim MS, Kim O, Lee IH, Kim HK. Association between shift work and severity of depressive symptoms among female nurses: the K orea N urses' H ealth S tudy. Journal of Nursing Management. 2016;24(2):192-200.
162. Shen SH, Yen M, Yang SL, Lee CY. Insomnia, anxiety, and heart rate variability among nurses working different shift systems in Taiwan. Nursing & health sciences. 2016;18(2):223-9.
163. Günaydın N. The quality of sleep and effects on general mental health of nurses who works in a state hospital. Journal of Psychiatric Nursing. 2014;5(1):33-40.
164. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, et al. Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. Journal of occupational health. 2004;46(6):448-54.
165. Eurofound. 5th European working conditions survey: Publications Office of the European Union; 2012.
166. Shih FJ, Turale S, Lin YS, Gau ML, Kao CC, Yang CY, et al. Surviving a life- threatening crisis: Taiwan's nurse leaders' reflections and difficulties fighting the SARS epidemic. Journal of clinical nursing. 2009;18(24):3391-400.
167. Choi JS, Kim KM. Crisis prevention and management by infection control nurses during the Middle East respiratory coronavirus outbreak in Korea. American Journal of Infection Control. 2016;44(4):480-1.
168. WHO. Emergency Medical Teams. Geneva: World Health Organization [İnternet]. [Erişim Tarihi Aralık 2020]. Erişim Adresi: https://www.who.int/emergencies/partners/emergency-medical-teams.
169. Martineau T, McPake B, Theobald S, Raven J, Ensor T, Fustukian S, et al. Leaving no one behind: lessons on rebuilding health systems in conflict-and crisis-affected states. BMJ global health. 2017;2(2):e000327.
170. Grzywacz JG, Frone MR, Brewer CS, Kovner CT. Quantifying work–family conflict among registered nurses. Research in nursing & health. 2006;29(5):414-26.
171. Cortese CG, Colombo L, Ghislieri C. Determinants of nurses' job satisfaction: the role of work–family conflict, job demand, emotional charge and social support. Journal of nursing management. 2010;18(1):35-43.
172. Russo M, Buonocore F. The relationship between work- family enrichment and nurse turnover. Journal of Managerial Psychology. 2012.
173. G. Tummers L, Den Dulk L. The effects of work alienation on organisational commitment, work effort and work- to- family enrichment. Journal of nursing management. 2013;21(6):850-9.

174. Ghislieri C, Gatti P, Molino M, Cortese CG. Work–family conflict and enrichment in nurses: between job demands, perceived organisational support and work–family backlash. Journal of Nursing Management. 2017;25(1):65-75.
175. Orgambídez A, Almeida H. Social support, role clarity and job satisfaction: a successful combination for nurses. International Nursing Review. 2020;67(3):380-6.
176. Frögéli E, Rudman A, Gustavsson P. International Journal of Nursing Studies The relationship between task mastery, role clarity, social acceptance, and stress: An intensive longitudinal study with a sample of newly registered nurses. 2019.
177. Ulrich B, Barden C, Cassidy L, Varn-Davis N. Frontline nurse manager and chief nurse executive skills: perceptions of direct care nurses. Nurse Leader. 2019;17(2):109-12.
178. White EM, Aiken LH, Sloane DM, McHugh MD. Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction. Geriatric Nursing. 2020;41(2):158-64.
179. McGilton KS, Tourangeau A, Kavcic C, Wodchis WP. Determinants of regulated nurses' intention to stay in long- term care homes. Journal of Nursing Management. 2013;21(5):771-81.
180. Pisarski A, Brook C, Bohle P, Gallois C, Watson B, Winch S. Extending a model of shift- work tolerance. Chronobiology international. 2006;23(6):1363-77.
181. Rugulies R, Bültmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. American journal of epidemiology. 2006;163(10):877-87.
182. Saquib J, Taleb M, AlMeimar R, Alhomaidan HT, Al-Mohaimeed A, AlMazrou A, et al. Job insecurity, fear of litigation, and mental health among expatriate nurses. Archives of environmental & occupational health. 2020;75(3):144-51.
183. Winfield C, Melo K, Myrick F. Meeting the challenge of new graduate role transition: Clinical nurse educators leading the change. Journal for Nurses in Professional Development. 2009;25(2):E7-E13.
184. Tuna R, Baykal Ü. Onkoloji hemşirelerinde iş stresi ve etkileyen faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2013;21(2):92-100.
185. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, Emilia I. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. International journal of nursing studies. 2015;52(1):240-9.
186. Patricia Potter R, Joyce Divanbeigi R, Julie Berger DMin B, Lori Norris R, Sarah Olsen RN B. Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2010;14(5):E56.
187. Havaei F, MacPhee M, Susan Dahinten V. RN s and LPN s: emotional exhaustion and intention to leave. Journal of nursing management. 2016;24(3):393-9.
188. Liu Y, Aungsuroch Y, Yunibhand J. Job satisfaction in nursing: a concept analysis study. International nursing review. 2016;63(1):84-91.
189. Masum AKM, Azad MAK, Hoque KE, Beh L-S, Wanke P, Arslan Ö. Job satisfaction and intention to quit: an empirical analysis of nurses in Turkey. PeerJ. 2016;4:e1896.
190. Kundak Z, Taş HÜ, Keleş A, Eğicioğlu H. Bir üniversite hastanesinde hemşirelik mesleğinde iş tatmini ve motivasyon. Kocatepe Tıp Dergisi. 2015;16(1):1-10.

191. Cropanzano R, Rupp DE, Byrne ZS. The relationship of emotional exhaustion to work attitudes, job performance, and organizational citizenship behaviors. Journal of Applied psychology. 2003;88(1):160.
192. Mbanga C, Makebe H, Tim D, Fonkou S, Toukam L, Njim T. Burnout as a predictor of depression: a cross-sectional study of the sociodemographic and clinical predictors of depression amongst nurses in Cameroon. BMC nursing. 2019;18(1):1-8.

8. EKLER

EK-1: Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formu

Sayın Katılımcılar,

Doç. Dr. Sibel Kıran'nın sorumlu araştırmacı olduğu ***"Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin psikososyal risklerinin Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirmesi ölçeği ile incelenmesi ve mental iyilik durumu ile ilişkisi""*** isimli *proje Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından uygun görülmüştür. Araştırma psikososyal risk etmenlerine maruz kalım ile bilgi saptamak üzere planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlara ile çalışma koşullarınızın iyileştirilmesi ile ilgili öneriler geliştirilebilecektir.*
Çalışmanın araştırmacıları, Doç. Dr. Sibel KIRAN, Dr. Gizem BİRDANE olup, çalışmaya ilişkin herhangi bir sorunuz olması durumunda, aşağıda belirtilen telefon ve eposta ile iletişime geçebilirsiniz.
Araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu form aracılığıyla elde edilecek tüm bilgi gizli kalacaktır ve yalnızca araştırma amacı ile ("bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir ya da anketi doldururken vazgeçmeniz durumunda son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız, imzaladığınız bu formu anketinizden ayırarak teslim ediniz.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıda yer alan kutucuğu X ile işaretleyip, devam ediniz

☐

Kabul ediyorum Ad Soyad :……İmza :……..

Anketimiz dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sosyo-demografik özellikler çalışma yaşamı bilgilerini içeren 17 soru, ikinci bölümde iş kazaları ile ilgili 2 soru, üçüncü bölümde genel sağlık ve iyilik durumu ile ilgili 15 soru, dördüncü bölümde psikososyal risklerle ilgili ölçek kapsamında eksiksiz yanıtlanması gereken 88 soru bulunmaktadır. Ön denemelerde yüz yüze görüşme ile yanıtlanması toplam 20 dakika süren çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında bulunan seçenekler arasında uygun olanı işaretleyerek veya açık uçlu sorularda soru yanında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretlenebilenecek sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçeneği mevcut ise ve yanıtınız seçeneklerde yer almıyorsa, yanıtınızı diğer seçeneğinin yanında bulunan boşluğa yazınız.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olması durumunda aşağıda belirtilen kişilerle iletişime geçebilirsiniz.

Doç. Dr. Sibel KIRAN

Hacettepe Üniversitesi, Halk sağlığı Enstitüsü

Telefon/email :

Dr. Gizem BİRDANE

Telefon/email:

"BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PSİKOSOSYAL RİSKLERİNİN KOPENHAG PSİKOSOSYAL RİSK DEĞERLENDİRMESİ ÖLÇEĞİ İLE İNCELENMESİ VE MENTAL İYİLİK DURUMU İLE İLİŞKİSİ" ÇALIŞMASI VERİ TOPLAMA FORMU

Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler kesinlikle bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Bilimsel çalışmada birbirleriyle ilişkileri araştırılacağı için bütün soruları yanıtlamanız bizim için çok değerlidir, teşekkür ederiz.

Aşağıdaki soruların size uygun olan seçeneğini (x) şeklinde işaretleyin, seçeneksiz sorularda yanına boşluk olan yerlere açık olarak yazınız

1. Cinsiyetiniz □[1]Kadın □[2]Erkek
2. Doğum tarihiniz
3. Medeni durumunuz □[1]Bekar □[2]Evli □[3]Dul(eşi ölmüş) □[4]Boşanmış(eşinden ayrılmış) □[5]Diğer(Belirtiniz) ……
4.Çocuğunuz var mı? □[0]Hayır □[1]Evet ise sayısını yazınız …….
5.En son bitirdiğiniz okula göre eğitim durumunuz nedir? □[1]Lise Mezunu □[2]Ön Lisans □[3] Lisans □[4]Yüksek Lisans/Doktora
6.Mesleğiniz nedir? □[1]Hemşire □[2]Ebe □[3]Acil Tıp Teknisyeni □[4] Paramedik □[5] Diğer(Belirtiniz) ……
7.Çalıştığınız birim □[1]Yatan Hasta Katı (Servis) □[2]Acil Servis □[3]Poliklinik □[4]Yoğun Bakım □[5] Ameliyathane □[6]Radyoloji □[7]Anjiyografi □[8] Diyaliz □[9]Diğer (Belirtiniz)… ……..
8.Bu işyerinde yaklaşık ne kadar süredir çalışıyorsunuz?.:.....yıl/.....aydır çalışıyorum
9. Yöneticilik göreviniz var mıdır? □[0] Yok □[1]Var ise kaç kişi için yazınız .....

10.Haftalık çalışma süresiniz yaklaşık toplam kaç saattir? .....saat / hafta
Fazla çalışma (fazla mesai)yapıyor musunuz?

□[0]Yapmıyorum

□[1]Düzenli yapıyorum: …… saat/ hafta

11.Çalışma şekliniz □[1]Sürekli Gündüz □[2]Vardiya Değişimi ile bir ayda .. ……. kez gece çalışıyorum

12.Toplam çalışma süreniz (Mesleki deneyim süresi olarak)? ……yıl/ ……aydır bu ve benzer işleri yapıyorum

13.Ortalama aylık ücretiniz yaklaşık olarak ne kadardır yazınız? ..... TL/ ay

14.Sigara-tütün kullanıyor musunuz?
□[0]Hiç içmedim (15.soruya geçiniz)

□[1]Bıraktım…….adet/günde,.....yıl içtim(15.soruya geçiniz)

□[2]Halen içiyorum.....adet/günde,.....yıldır içiyorum

Sigara içmenizle ilgili aşağıdaki soruyu cevaplayın:

Sabah ilk sigaranızı uyandıktan ne kadar zaman sonra içersiniz?

□[1] ilk 5 dakika içinde □[2] 5-30 dakika içinde □[3] 31-60 dakika içinde □[4] Bir saatten sonra

15. Alkollü içecek kullanıyor musunuz?
□[0]Hayır(16.soruya geçiniz)
□[1]Evet nadir-yılda □[2]Evet arasıra-ayda □[3]Evet sık-haftada
İçtiğinizde ne miktarda içiyorsunuz? (1 standart:bir tek rakı / bir kadeh şarap veya bir bardak bira ise) ……adet

16. Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mıdır? □[0]Hayır □[1]Evet ise nedir? Yazınız……

17. Sağlık sorunu,yakınması nedenli işe devamsızlık yapmak durumunda kaldınız mı?

□[0]Hayır □[1]Evet ise son bir yılda kaç gün olduğunu yazınız ….. gün/ yıl

İş ve görevleriniz esnasında aşağıdakilere maruz kalıyor musunuz? ***(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)*** Ne sıklıkta olduğunu; ayda birden az düzensiz aralıklarla karşılaşma ise **düşük**, haftada bir ve düzenli aralıklarla karşılaşma ise **orta**, her gün ve/veya yoğun olarak karşılaşıyorsanız **yüksek** işaretleyiniz

Kan /vücut sıvıları ile bulaş	□[0]Hayır □[1]Düşük □[2]Orta □[3]Yüksek
Gürültü(normal konuşma sesi duyulmayacak kadar)	□[0]Hayır □[1]Düşük □[2]Orta □[3]Yüksek
Radyasyon (x-ray)	□[0]Hayır □[1]Düşük □[2]Orta □[3]Yüksek
Kemoterapötiklerle bulaş	□[0]Hayır □[1]Düşük □[2]Orta □[3]Yüksek
Ağır yük maruziyeti (15 kg'dan fazla;itme çekme ,kaldırma vb)	□[0]Hayır □[1]Düşük □[2]Orta □[3]Yüksek
Isı farkları (aşırı sıcak/aşırı soğuk)	□[0]Hayır □[1]Düşük □[2]Orta □[3]Yüksek
Sözlü taciz, hakaret	□[0]Hayır □[1]Düşük □[2]Orta □[3]Yüksek
Fiziksel tehdit / saldırı	□[0]Hayır □[1]Düşük □[2]Orta □[3]Yüksek
Diğer (Belirtiniz)…….varsa ne sıklıkta	□[0]Hayır □[1]Düşük □[2]Orta □[3]Yüksek

Maruz kaldığınız etken nedeniyle sağlığınızın etkilendiğini düşünüyor musunuz ? □[0]Hayır □[1]Evet ise nasıl olduğunu yazınız..

İş kazası tanımı : *"İşyerinde bulunulan sırada, işveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle, işveren tarafından görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanalarda, emziren kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş gelişi sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen özre uğratan olaydır"*

18. Burada çalıştığınız **son bir yılda** hiç iş kazası geçirdiniz mi?

□[0]Hayır □[1]Evet ise iş kazası türü neydi? Ne sıklıkta deneyimlediğinizi yazınız

□[1]Kesici delici alet yaralanması ise yaklaşık yılda ….kez

□[2]Düşme-kayma, incinme ise yaklaşık yılda …. kez

□[3]Diğer:……. ise yaklaşık yılda …. kez

Kılpayı (ramak kala) kaza tanımı: *Hiçbir zarar görmeden atlatılan kaza*

19.Şimdiki işinizde çalışırken **son bir ayda** kılpayı atlattığınız kazalar olur mu?

□[0]Hayır □[1]Evet ise Kılpayı kaza türü neydi? Ne sıklıkta deneyimlediğinizi yazınız

□[1]Kesici delici alet yaralanması ise yaklaşık ayda….kez

□[2]Düşme-kayma, incinme ise yaklaşık ayda…. kez

□[3]Diğer:……. ise yaklaşık ayda…. kez

Lütfen aşağıdaki bölüm için <u>yalnızca bir seçenek</u> işaretleyiniz.

SON ZAMANLARDA	Hiçbir zaman	Her zamanki kadar	Her zaman-kinden sık	Çok sık
1 Kaygılarınız nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	□[1]	□[2]	□[3]	□[4]
2 Kendinizi sürekli zorluk çekiyor hissediyor musunuz?	□[1]	□[2]	□[3]	□[4]
3 Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	□[1]	□[2]	□[3]	□[4]
4 Çevrenizde yararlı bir rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?	□[1]	□[2]	□[3]	□[4]
5 Sorunlarınızla başa çıkabilmek için kendinizi yeterli görüyor musunuz?	□[1]	□[2]	□[3]	□[4]
6 Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	□[1]	□[2]	□[3]	□[4]
7 Karşılaştığınız güçlüklerin üstesinden gelemediğinizi hissediyor musunuz?	□[1]	□[2]	□[3]	□[4]
8 Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	□[1]	□[2]	□[3]	□[4]
9 Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	□[1]	□[2]	□[3]	□[4]
10 Kendinizi mutsuz ve çökkün hissediyor musunuz?	□[1]	□[2]	□[3]	□[4]
11 Kendinize güveninizde azalma var mı?	□[1]	□[2]	□[3]	□[4]
12 Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	□[1]	□[2]	□[3]	□[4]

13 Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? *<u>(1:Çok kötü ve 10:Çok iyi biçiminde puanlayacak olsanız kaç verirdiniz ?Aşağıda çizgi üzerine (X) ile işaretleyiniz)</u>*

(Çok kötü) 1-----.2-----3-----4-----5-----6------7-----8------9-----10 (Çok iyi)

14 Doktor tarafından tanı konulmuş, bilinen bir hastalığınız var mıdır?

□[0]Hayır □[1]Evet ise hastalığınız nedir, aşağıdaki hastalık bölümüne (X) ile işaretleyin ***(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)***

□ Hipertansiyon □ Ritm bozukluğu/Aritmi □ Koroner arter hastalığı
□ Gastrit /Ülser □ İrritabl kolon □ Astim/Allerjik rinit
□ Depresyon □ Anksiyete bozukluğu □ Diğer ruhsal hastalık tanısı (Belirtiniz) ……
□ Migren □ Epilepsi □ Meniere/Vertigo
□ Diyabet □ Tiroid hastalığı □ Polikistik over
□ Romatolojik hastalık (Ankilozan spondilit,Romatoid artrit vb..)
□ Sedef hastalığı □ Egzama
□ Diğer (Belirtiniz) ……..

15 Burada çalıştığınız süre içinde sürekli olan veya sık aralıklarla tekrarladığını düşündüğünüz sağlığınızla ilgili yakınmalarınız var mıdır ?

□[0]Yok □[1]Sağlık yakınmanız varsa ,ne/neler olduğunu aşağıda,yanındaki kutucuğa (X) ile işaretleyin ***(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)***

□ Baş ağrısı □ İshal veya kabızlık gibi sindirim sistemi yakınmaları □ Çarpıntı □Kas/eklem ağrısı
□ Uykusuzluk □ Aşırı uyku hali □ Unutkanlık □ Kilo artışı □ Sağlıksız, istemdışı kilo kaybı
□ Diğer (Belirtiniz) ……..

Boyunuz: ……..cm , Kilonuz:……..kg

KOPSOR Değerlendirme Anketi

(Her soru ayrı ayrı yanıtlanmalı ve her satırda sadece bir seçenek işaretlenmelidir.)

		Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Neredeyse hiç
1 ÇH	Çok hızlı çalışmak zorunda kalır mısınız?	□5	□4	□3	□2	□1
2 ÇH	Gün boyunca yüksek bir hızda mı çalışıyorsunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
3 ÇH	Yüksek bir hızda çalışmaya devam etmeniz gerekiyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
4 NT	İş yükünüz eşit dağıtılmadığı için birikir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
5 NT	İşlerinizin gerisinde kalıyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
6 NT	Tüm görevlerinizi tamamlamak için zamanınızın yetmediği ne sıklıkla olur?	□5	□4	□3	□2	□1
7 BT	Çalışırken çok fazla şeye dikkat etmek zorunluluğunuz var mı?	□5	□4	□3	□2	□1
8 BT	İşiniz çok fazla şeyi hatırlamanızı gerektirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
9 BT	İşiniz yeni fikirler ortaya koymanızı gerektirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
10 BT	İşiniz zor kararlar vermenizi gerektirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
11 DT	İşiniz sizi duygusal olarak rahatsız edici durumlara sokar mı?	□5	□4	□3	□2	□1
12 DT	Işinizin bir parçası başkalarının kişisel sorunları ile uğraşmanızı gerektirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
13 DT	İşiniz size duygusal olarak bir yük getirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
14 DG	İşiniz görüşlerinizi saklamanızı gerektirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
15 DG	İşiniz duygularınızı saklamanızı gerektirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
16 DG	Size davranışları nasıl olursa olsun herkese karşı açık ve nazik olmanız beklenir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
		Her zaman	**Sıklıkla**	**Bazen**	**Nadiren**	**Neredeyse hiç**
17 İE	İşinize ilişkin büyük oranda etki gücünüz var mı?	□5	□4	□3	□2	□1
18 İE	Çalışma arkadaşını seçme konusunda söz hakkınız var mı?	□5	□4	□3	□2	□1

19 İE	Size verilen iş miktarını belirlemede etkiniz olur mu??	□5	□4	□3	□2	□1
20 İE	İşinizde NE yapacağınıza siz karar verebiliyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
21 İE	Işinizi NASIL yapacağınız konusunda sizin bir etkiniz oluyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
22 GO	İşinizde çeşitli görevleriniz var mıdır?	□5	□4	□3	□2	□1
23 GO	İşinizde yeni şeyler öğrenme olanağınız var mıdır?	□5	□4	□3	□2	□1
24 GO	İşinizde becerilerizi ya da uzmanlığınızı kullanabiliyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
25 GO	İşiniz size becerilerinizi geliştirme fırsatı veriyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
26 İÖ	İşe ne zaman ara vereceğinize karar verebiliyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
27 İÖ	Yıllık izin zamanınız yaklaşık olarak isteğiniz doğrultusunda mı belirlenir?	□5	□4	□3	□2	□1
28 İÖ	Arkadaşınızla kısa bir sohbet için işinize ara verebiliyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
29 İÖ	Kendi işiniz için yarım saatliğine özel izin almadan işyerinden ayrılabilir misiniz?	□5	□4	□3	□2	□1
~~**30 İÖ***~~	~~Fazla mesai yapmak zorunda kalır mısınız?~~	□5	□4	□3	□2	□1
		Oldukça büyük ölçüde	**Büyük ölçüde**	**Az çok**	**Küçük ölçüde**	**Çok küçük ölçüde**
31 İA	Işinizi anlamlı buluyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
32 İA	Yaptığınız işin önemli olduğunu hissediyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
33 iA**	Kendinizi işinizde motive ve ilgili hissediyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
34 İB	Başkalarına işyerinizi anlatmaktan hoşlanır mısınız?	□5	□4	□3	□2	□1
35 İB	İşyerinizin sizin için çok önemli bir yer olduğunu düşünüyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
36 İB	Bu işyerinin bir üyesi olmaktan gurur duyuyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
37 Ö	İşyerinde önemli kararlar, değişiklikler veya gelecek planlarına ilişkin önceden size bilgi verilir mi?	□5	□4	□3	□2	□1

38 Ö	İşinizi iyi yapabilmeniz için gerek duyduğunuz bilgiyi alıyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
39 T	Yaptığınız iş yönetim tarafından farkediliyor ve takdir ediliyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
40 T	Yönetim size saygı duyuyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
41 T	İşyerinde size adil davranılıyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
42 RA	İşinizin amaçları belirli midir?	□5	□4	□3	□2	□1
43 RA	Hangi alanların kesin olarak sizin sorumluluğunuzda olduğunu biliyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
44 RA	İşinizde sizden beklenenleri tam olarak biliyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
45 RÇ	İşinizde size çelişkili talepler geliyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
46 RÇ	Bazen başka türlü yapılması gerektiğini düşündüğünüz şeyleri yapmak zorunda kalıyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
47 RÇ	Bazen size gereksizmiş gibi görünen şeyleri yapmak zorunda kalıyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
Bir üst amiriniz size göre ne ölçüde...		**Oldukça büyük ölçüde**	**Büyük ölçüde**	**Az çok**	**Küçük ölçüde**	**Çok küçük ölçüde**
48 LK	Her bir çalışan için yeterli gelişme fırsatı sağlar?	□5	□4	□3	□2	□1
49 LK	Çalışanların işinden memnun olmasına öncelik verir?	□5	□4	□3	□2	□1
50 LK	İş planlaması konusunda iyidir?	□5	□4	□3	□2	□1
51 LK	Çatışmaları çözme konusunda iyidir?	□5	□4	□3	□2	□1
		Her zaman	**Sıklıkla**	**Bazen**	**Nadiren**	**Neredeyse hiç**
52 SDA	İş arkadaşlarınızdan ne sıklıkta yardım ve destek alırsınız?	□5	□4	□3	□2	□1
53 SDA	İş arkadaşlarınız sizin işle ilgili sorunlarınızı dinlemeye ne sıklıkta istek duyar?	□5	□4	□3	□2	□1
54 SDA	İşinizi nasıl yürüttüğünüz ile ilgili olarak arkadaşlarınız sizinle ne sıklıkta konuşur?	□5	□4	□3	□2	□1
55 SDÜ	Bir üst amirinizden ne sıklıkta yardım ve destek alırsınız?	□5	□4	□3	□2	□1
56 SDÜ	Bir üst amiriniz sizin işle ilgili sorunlarınızı dinlemeye ne sıklıkta istek duyar?	□5	□4	□3	□2	□1

57 SDÜ	Işinizi nasıl yürüttüğünüzle ilgili olarak amiriniz ne sıklıkta sizinle konuşur?	□5	□4	□3	□2	□1
58 TD	Işyerinde arkadaşlık ortamınız iyi midir?	□5	□4	□3	□2	□1
59 TD	Işyerinde arkadaşlarınız arasında iyi bir işbirliği var mıdır?	□5	□4	□3	□2	□1
60 TD	Işyerinizde kendinizi bri topluluğa ait hissediyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
Aşağıdakilerden kaygı duyar mısınız?		**Oldukça büyük ölçüde**	**Büyük ölçüde**	**Az çok**	**Küçük ölçüde**	**Çok küçük ölçüde**
61 İİG	Işsiz kalmaktan?	□5	□4	□3	□2	□1
62 İİG	Yeni bir teknolojinin kullanımı ile işsiz kalmaktan?	□5	□4	□3	□2	□1
63 İİG	İşsiz kalırsanız yeni iş bulmanızın zor olmasından?	□5	□4	□3	□2	□1
64 ÇİG	Isteğiniz dışında başka bir işe transfer olmaktan?	□5	□4	□3	□2	□1
65 ÇİG	Çalışma zamanlarınızın (işe geliş-gidiş, vardiya, çalışma günleri vb.) isteğiniz dışında değiştirilmesinden kaygı duyuyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
66 ÇİG	Maaşınızın azalacağından kaygı duyuyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
		Evet, kesinlikle	**Evet, bir noktaya kadar**	**Kararsızım**	**Evet, ama çok az**	**Hayır, asla**
67 İEÇ	Aynı zamanda hem ev hem işte bulunmanız gereken zamanlar oluyor mu ?	□5	□4	□3	□2	□1
68 İEÇ	İşiniz enerjinizin çoğunu tükettiği için özel yaşamınızı olumsuz etkilediğini hissediyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
69 İEÇ	Işinizin zamanınızın çoğunu aldığı için özel yaşamınızın olumsuz etkilediğini hissediyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
70 İEÇ	İşimin gerektirdikleri özel ve aile yaşamımı aksatıyor?	□5	□4	□3	□2	□1
71 İEÇ	Isle ilgili görevlerim nedeniyle, aile ve özel yaşam aktiviteleri için yaptığım planlarımı değiştirmek zorunda kalıyorum.	□5	□4	□3	□2	□1
		Oldukça büyük ölçüde	**Büyük ölçüde**	**Az çok**	**Küçük ölçüde**	**Çok küçük ölçüde**
72 G	İşyerinde çalışanlar genel olarak birbirlerine güvenir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
73 G	Yönetim işlerini iyi yaptıkları konusunda çalışanlara güven duyar mı ?	□5	□4	□3	□2	□1
74 G	Çalışanlar yönetim tarafından verilen bilgilere güveniyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1

75 G	Çalışanlar görüş ve duygularını ifade edebiliyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
76 AS	Çatışmalar adil şekilde çözülüyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
77 AS	İş yükü eşit şekilde dağılır mı?	□5	□4	□3	□2	□1
78 AS	Çalışanlar işlerini iyi yaptıklarında takdir ediliyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
79 AS	Çalışanların tüm önerileri yönetim tarafından ciddi şekilde değerlendirilir mi ?	□5	□4	□3	□2	□1
İşiniz ile ilgili aşağıda yazılanlardan ne kadar memnunsunuz?		**Çok memnun**	**Memnun**	**Memnun değil**	**memnun değil**	
80 İD	Ileriye dönük beklentilerinizden	□4	□3	□2	□1	
81 İD	Fiziksel çalışma koşullarınızdan	□4	□3	□2	□1	
82 İD	Yeteneklerinizin kullanılma şeklinden	□4	□3	□2	□1	
83 İD	Herşey dikkate alındığında genel olarak işinizden	□4	□3	□2	□1	
84 İD	Maaşınızdan	□4	□3	□2	□1	
Aşağıdaki soruları son 4 hafta boyunca durumunuzun nasıl olduğuna göre yanıtlayınız.		**Her zaman**	**Sıklıkla**	**Bazen**	**Nadiren**	**Neredeyse hiç**
85 B	Kendinizi ne sıklıkta yıpranmış hissettiniz?	□5	□4	□3	□2	□1
86 B	Kendinizi ne sıklıkta fiziksel olarak tükenmiş hissettiniz?	□5	□4	□3	□2	□1
87 B	Kendinizi ne sıklıkta duygusal olarak tükenmiş hissettiniz?	□5	□4	□3	□2	□1
88 B	Kendinizi ne sıklıkta yorgun hissettiniz?	□5	□4	□3	□2	□1

*Analizler sonucunda 30. Soru ölçekten çıkarılmıştır (96).

**33. Soru Kopsor-3 orijinal sürümünde yer almayıp, Kopsor-2 sürümünden alınmıştır (96).

EK -2: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24.07.2018 Değerlendirme Tarihi ve 16969557-1339 Sayılı Araştırma Projesi Değerlendirme Raporu

EK -3: Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumdan Alınan İzinler

EK -4: Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği -3 (KOPSOR-3) Kullanım İzni

EK- 5: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) İlgili Ofis Tablo Kullanım İzni

EK- 6: Turnitin Dijital Makbuz Çıktısı ve Orjinallik Raporu İlk Sayfası

turnitin

Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen:	Gizem Birdane
Ödev başlığı:	BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE HEMŞİRELİK HİZMETİ VEREN...
Gönderi Başlığı:	BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE HEMŞİRELİK HİZMETİ VEREN...
Dosya adı:	tez240122.docx
Dosya boyutu:	7.34M
Sayfa sayısı:	169
Word count:	36,367
Karakter sayısı:	237,332
Gönderim Tarihi:	24-Oca-2022 11:32ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası:	1746984867

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE HEMŞİRELİK HİZMETİ
VERENLERİN PSİKOSOSYAL RİSKLERİNİN KOPENHAG
PSİKOSOSYAL RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İLE İNCELENMESİ
VE MENTAL İYİLİK DURUMU İLE İLİŞKİSİ

Dr. Gizem BİRDANE

İş Sağlığı Programı
DOKTORA TEZİ

ANKARA
2022

Copyright 2022 Turnitin. Tüm hakları saklıdır.

TEZ BAŞLIĞI: Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelik Hizmeti Verenlerin Psikososyal Risklerinin Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği ile İncelenmesi ve Mental İyilik Durumu ile İlişkisi

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI: Gizem BİRDANE

DOSYANIN TOPLAM SAYFASI: 169

ORİJİNALLİK RAPORU

%12	%12	%1	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%5
2	tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	%2
3	ihider.org İnternet Kaynağı	%1
4	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
5	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<%1
6	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
7	uhsk.org İnternet Kaynağı	<%1
8	katalog.marmara.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

9. ÖZGEÇMİŞ