



**PAMUKKALE ÜNİVERSİTE HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN
HEMŞİRE VE TEKNİSYENLERİN
MESLEKİ RİSK ALGISININ BELİRLENMESİ**

Serap ERKAN

**Temmuz 2014
DENİZLİ**

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTE HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN
HEMŞİRE VE TEKNİSYENLERİN MESLEKİ RİSK ALGISININ
BELİRLENMESİ**

**Pamukkale Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi
Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı**

Serap ERKAN

Danışman: Prof. Dr. Mehmet ZENCİR

**Temmuz, 2014
DENİZLİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Serap ERKAN tarafından, Prof. Dr. Mehmet ZENCİR yönetiminde hazırlanan "Sağlık Çalışanlarının Risk Algısı" başlıklı tez tarafımızdan okunmuş kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet ZENCİR
Jüri Başkanı(Danışman)

Doç. Dr. Meral TÜRK
Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Asiye KARTAL
Jüri Üyesi

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 7.12.14 tarih ve 15.14.14 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Z. Melek BOR KÜÇÜKATAY
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

İmza :
Öğrenci Adı Soyadı : Serap ERKAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca tezin oluşturulmasından yazım aşamasına kadar her konuda bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, sabır ve özveriyle destek veren tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehmet ZENCİR'e

Tez çalışmalarında deneyim ve bilgisiyle sağladığı katkılardan dolayı Sayın Doç. Dr. Meral TÜRK'e

Tezin tamamlanma sürecindeki katkılarından dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Asiye KARTAL'a,

Tezin düzenlenme sürecindeki katkılarından dolayı kayınbiraderim Serkan ERKAN'a,

Tez sürecinde bilgilendirmelerinden dolayı Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanı Sayın Kerim BEŞİRACI'ya

Tez çalışmam süresince manevi desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Kadriye SAYAR, Şenay ÖZBEK, Yıldız CAN ve Züleyha ÖZTÜRK'e

Teze katılan tüm katılımcılara

Tez hazırlama sürecinde sevgisiyle ve desteğiyle bana güç veren sevgili eşim Erkan ERKAN'a; tez çalışmamdan dolayı onlara ayırmam gereken zamanları çaldığım halde bunu bana hissettirmeden bana destek olan çocuklarım Metin, Gülin ve Selin'e

En içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE
TEKNİSYENLERİN MESLEKİ RİSK ALGISININ BELİRLENMESİ

Erkan, Serap
 Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD
 Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Mehmet ZENCİR

TEMMUZ 2014, 124 Sayfa

Amaç: Bu çalışma Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşire ve teknisyenlerin mesleki risk algılama durumları ve bunu etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışma Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nde 10 Ağustos – 5 Eylül 2012 tarihlerinde yürütülmüştür. Toplam 349 hemşire ve teknisyenin 240'ına (%69) ulaşılmıştır. Sosyo-demografik özellikler, çalışma yaşamı ve mesleki risk algısı ve koruyucu önlemlerden oluşan anket formu ile veriler toplanmıştır. Verilerin analizinde ki-kare analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %88,3'ü hemşire, %11,7'si teknisyen, %83,8'i kadındır ve yaş ortalaması ise 29,9±6,1'dir. Hemşire ve teknisyenlerin yarıdan fazlası %51,0'ı kliniklerde çalışmaktadır. Çalışanların %60,3'ü kadrolu iken; %18,8'i taşeronla bağlı (4857) istihdam edilmektedir.

Hemşire ve teknisyenlerin %2,1'i işi risksiz algılamakta, %69,6'sı çok riskli algılamaktadır. Hemşirelerin işi riskli algılamaları (%90,0) teknisyenlere göre (%75,0) daha yüksektir (p=0,029). Yoğun bakım /derlenme ve merkezi sterilizasyon ünitelerinde çalışanların işi riskli algılamaları (%100,0), diğer birimlere göre daha yüksektir (p<0,001). En sık belirtilen riskli durum invaziv girişimlerdir (%45,0), bunu enfeksiyon (%19,0), hasta ve hasta yakınları (%11,3) izlerken; en az ifade edilen koruyucu önlem almadan çalışma (%1,3) olarak belirtilmiştir. Çalışma ortamında maruz kalınan riskler sıklık sırasına göre sürekli ayakta kalma (%86,5), enfeksiyon (%64,2), dezenfektanlar (%48,3), ağır kaldırma (%31,9), radyasyon (%28,1), iğne batması (%24,7), yaralanma (%18,3), antineoplastikler (%15,9), şiddet (%14,1) ve anestezi gazları (%5,5) olarak ifade edilmiştir. Hemşire ve teknisyenlerin çoğunluğu (%97,1) önlem gereksinimi olduğunu dile getirmiştir.

Sonuç: Hemşire ve teknisyenler işlerini riskli algılamaktadırlar. Hemşirelerde, risk algısı daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışmaları, tehlike, risk, risk algısı

ABSTRACT**THE DETERMINATION OF OCCUPATIONAL RISK PERCEPTION OF THE NURSES AND TECHNICIANS WORKING AT PAMUKKALE UNIVERSITY HOSPITAL**

ERKAN, Serap

M. Sc. Thesis in Public Health

Supervisor: Professor Dr. Mehmet ZENCİR

July 2014, 124 Pages

Objective: This study was carried out in order to find out occupational risk perception of the technicians and nurses working at Pamukkale University Hospital.

Method: This cross-sectional study was carried out between August 10th and September 5th, 2012 at Pamukkale University Hospital. 240 nurses and technician out of total 349 nurses and technicians (69%) were reached. Relevant data was collected through a questionnaire consisting of perceptions on professional life and occupational risks, socio-demographic characteristics and protective measures. While analyzing the data, chi-square analysis was used.

Results: 88.3% of the participants are nurses, 11.7% are technicians and 83.8% are females. The average age was 29.9 ± 6.1 . More than half of the nurses and technicians (51%) work in clinics. While 60.3% of the workers are permanent staff, 18.8% of them are employed on a temporary basis.

While 2.1% of nurses and technicians perceive the occupation not to be risky, 69,6% of whom perceive it to be very risky. Occupational risk perception of the nurses (90.0%) is higher than technicians (75.0%) ($p=0.029$). Occupational risk perception of those working at intensive care/recovery and central sterilization units (100%) is higher than the other units ($p<0.001$). The state defined as risky frequently is invasive attempts (45.0%), following infection (19.0%), patients and their relatives (11.3%) and the least specified risk is working without any protective measures (1.3%). The risks exposed at working environment are as the following standing (86.5%), infection (64.2%), disinfectants (48.3%), lifting (31.9%), radiation (28.1%), sting (24.2%), injury (18.3%), antineoplastics (15.9%), violence (14.1%) and anesthetic gases (5.5%) respectively. Majority of the nurses and technicians (97.1%) have stated that measures should be taken

Conclusion: Nurses and technicians perceive their profession as risky. Risk perception of the nurses is higher.

Key words: Health care worker, hazard, risk, risk perception

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ.....	1
2.KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMALARI.....	5
2.1.Hastaneler.....	5
2.2.Sağlıklı ve Güvenli Çalışma Ortamı.....	7
2.3.Sağlık Çalışanları ve Sağlık Çalışanlarının Sağlığı.....	9
2.3.1. Sağlık çalışanları.....	9
2.3.2. Sağlık çalışanlarının sağlığı.....	14
2.3.3. Dünyada sağlık çalışanlarının sağlığı hizmetlerinin gelişimi.....	15
2.3.4. Türkiye’de sağlık çalışanlarının sağlığı hizmetlerinin gelişimi.....	16
2.4.Sağlık Çalışanları Açısından İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları.....	19
2.5.Tehlike ve Risk Kavramları.....	23
2.5.1.Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki tehlike ve riskleri.....	25
2.5.1.1.Biyolojik tehlike ve riskler.....	30
2.5.1.2.Kimyasal tehlike ve riskler.....	32
2.5.1.3.Fiziksel tehlike ve riskler.....	33
2.5.1.4.Psikososyal tehlike ve riskler.....	34
2.5.1.5.Ergonomik tehlike ve riskler.....	35
2.5.1.6. Koruyucu önlemler.....	36
2.5.2.Risk değerlendirmesi.....	38
2.6.Tehlike ve Risklerin Algılanması.....	40
3.MATERYAL VE METOT.....	43
3.1.Araştırmanın Yeri.....	43
3.2.Evren ve Örneklem.....	43
3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	43
3.4.Araştırmanın Güçlü Yönleri.....	44
3.5. Araştırmada Elde Edilen Veriler.....	44
3.6.Verilerin Toplanması.....	45
3.7.Verilerin Analizi.....	45
3.8.İzin.....	46
4.BULGULAR.....	47
5.TARTIŞMA.....	87
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	108
KAYNAKLAR.....	110
EKLER.....	119
EK -1 MESLEKİ RİSKLERE YÖNELİK TUTUM ANKETİ.....	120
ÖZGEÇMİŞ.....	124

ŞEKİLLER DİZİNİSayfa**Şekil:2.1.** Çalışma ortamındaki tehlikelerde risk algısının sosyo-bilişsel modeli... 41

TABLolar DİZİNİ**Sayfa**

Tablo 2.1 Yataklı sağlık kurumları sayısı, Türkiye.....	6
Tablo 2.2 Yıllara göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları, Türkiye.....	6
Tablo 2.3 Yıllara ve sektörlere göre hastanelere müracaat sayısı, Türkiye.....	7
Tablo 2.4 Dünya sağlık örgütü sağlık insangücü listesi.....	10
Tablo 2.5 Yıllara göre Türkiye’de sağlık personelleri sayıları,.....	12
Tablo 2.6 Sağlık personelinin sektörlere göre dağılımı, 2008-2012.....	13
Tablo 2.7 Çalışanların sağlığını etkileyen tehlike ve riskler(NIOSH 2005).....	27
Tablo 2.8.a Hastanelerdeki tehlike ve riskler.....	28
Tablo 2.8.b Hastanelerdeki tehlike ve riskler.....	29
Tablo 2.8.c Hastanelerdeki tehlike ve riskler.....	30
Tablo 2.9 Tehlike ve risklerde alınacak kontrol ve önlemler.....	37
Tablo 4.1 Hemşire ve teknisyenlerin sosyo demografik özellikleri.....	47
Tablo 4.2 Katılanların çalışma yaşamına ilişkin özellikleri.....	48
Tablo 4.3 Araştırmaya katılanların görev dışı iş yapma durumları.....	49
Tablo 4.4 Araştırmaya katılanların işi riskli görme durumu.....	49
Tablo 4.5. Araştırmaya katılanlara göre çalışma ortamı ile ilgili riskli algıladıkları durumlar.....	50

Tablo 4.6 Araştırmaya katılanların çalışma ortamından kaynaklı risklerle karşılaşma sıklığı.....	50
Tablo 4.7 Araştırmaya katılanların mesleki risklerle ilgili bilgilendirilme durumları.....	51
Tablo 4.8 Araştırmaya katılanların el yıkama alışkanlıkları.....	52
Tablo 4.9 Araştırmaya katılanların koruyucu önlem kullanım durumları.....	53
Tablo 4.10 Araştırmaya katılanların kişisel koruyucu donanım temininde günlük çekme durumları.....	53
Tablo 4.11 Araştırmaya katılanların çalıştıkları bölümde alınan koruyucu önlemlere ilişkin görüşleri.....	54
Tablo 4.12 Araştırmaya katılanlara sağlık taraması yapılma durumu.....	54
Tablo 4.13 Araştırmaya katılanların aşılama durumları.....	55
Tablo 4.14 Araştırmaya katılanların sahip oldukları işle ilgili hastalıkları.....	55
Tablo 4.15 Araştırmaya katılanların ifade ettiği işin özel yaşama etkisi.....	56
Tablo 4.16 Araştırmaya katılanların mesleki risklere yönelik kurumdan beklentileri.....	56
Tablo 4.17 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerini riskli algılama durumlarının karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.18 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde yaralanma riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması.....	60

Tablo 4.19 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde iğne batma riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.20 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde enfeksiyon riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması	64
Tablo 4.21 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde ağır kaldırma riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.22 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde ayakta kalma riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.23 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde kemoterapötik ilaç riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması.....	69
Tablo 4.24 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde anestezi gaz riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması.....	71
Tablo 4.25 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde dezenfektan solüsyon riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması.....	73
Tablo 4.26 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde radyasyon riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması	75

Tablo 4.27 Araştırmaya araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde şiddet riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması.....	77
Tablo 4.28 Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikler ve çalışma yaşamına ilişkin bilgiler ile risklerle karşılaşma düzeyi arasındaki ilişkilerin özet tablosu.....	78
Tablo 4.29 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde hastalık geçirme durumlarının karşılaştırılması.....	80
Tablo 4.30 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde önlem alma durumlarının karşılaştırılması.....	82
Tablo 4.31 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde sağlık taraması yapılması durumlarının karşılaştırılması ..	84
Tablo 4.32 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde aşılama durumlarının karşılaştırılması.....	86

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHB	Amerikan Hastaneler Birliği
AIDS	Acquired Immun Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Eksikliği)
AÜ	Ankara Üniversitesi
CDC	Center of Disease Control and Prevention
dB	A weighted decibel (A Ağırlıklı Skalada Desibel)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HASUDER	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
HBV	Hepatit B Virüsü
HCV	Hepatit C Virüsü
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HKS	Hizmet Kalite Standartları
HÜ	Hacettepe Üniversitesi
ICN	Uluslar Arası Hemşireler Birliği
ILO	International Labour Organisation
KKKA	Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
KKD	Kişisel Koruyucu Donanım
MSÜ	Merkezi Sterilizasyon Ünitesi
NIOSH	National Institute of Occupational Safety and Health
OHSAS	Occupational Health And Safety Assessment Systems
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
PAÜEUAH	Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama Araştırma Hastanesi
ŞÇS	Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SML	Sağlık Meslek Lisesi

SMYO	Sağlık Meslek Yüksek Okulu
SYO	Sağlık Yüksek Okulu
TBC	Tüberküloz
TDK	Türk Dil Kurumu
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UÇÖ	Uluslar Arası Çalışma Örgütü
YBÜ	Yoğun Bakım nitesi

1.GİRİŞ

İnsanın yaşamı için gerekli olanları üretebilmesi ve sahip olabilmesi için iş ve çalışmak bir zorunluluktur (Parlar 2008). Türk Dil Kurumuna (TDK) göre iş bir değer yaratan emek, bir sonuç elde etmek, herhangi bir şey ortaya koymak için güç harcayarak yapılan etkinlik, çalışma olarak tanımlanmıştır (TDK 2014). İnsanlar günlük yaşamlarının büyük bir çoğunluğunu iş yerlerinde geçirmektedirler (Turhan 2006). Çalışanların bu kadar uzun süre kaldıkları işyerlerinde sağlığı olumsuz etkileyen tehlikeler bulunmaktadır ve bu tehlikeler sağlığı doğrudan etkilemektedir (Özkan 2005, Turhan 2006, Parlar 2008).

Bütün dünyada hizmet sektörü genişlemiş, çalışan sayısı artmıştır. Sanayi alanında çalışanların sorunu olarak algılanan işçi sağlığı ve güvenliği konuları hizmet sektörü çalışanları için de önemli hale gelmiştir. Hizmet sektörü içinde sağlık sektörü de önemli bir yere sahiptir (Devebakan 2008, Bilir ve Yıldız 2013). Son yıllardaki tanı ve tedavi ile ilgili teknolojik gelişmeler, artan nüfus, yaşam süresinin uzaması, çeşitlenen hastalıklar vb. sağlık sektörünü yatırım yapılacak ciddi bir alan haline getirmiştir (Zencir 2012). Hızlı nüfus artışı, sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, sağlık alanının yatırım alanı haline gelmesi hastanelerin sayısında ciddi artış şeklinde karşımıza çıkmıştır. Türkiye istatistik kurumu (TÜİK) verilerine göre; Türkiye’de seksenlerin başında 827 olan hastane sayısı 2012 yılında 1.483’e ulaşmıştır (TÜİK 2013). Benzer şekilde sağlık personeli sayısında da artış gerçekleşmiştir. 1980 yılında 101.839 olan sağlık personeli sayısı 2012 yılında 698.518’e ulaşmıştır. Artış en fazla başta hemşire ve sağlık memuru olmak üzere hekim dışı sağlık personeli sayısında gerçekleşmiştir. 1980 yılında 26.880 olan hemşire sayısı 2012 yılında 134.906’ya ulaşmıştır (TÜİK 2013). Türkiye’de sağlık çalışanlarının yaklaşık %80’i halen hastanelerde çalışmaktadır (Özkan 2005).

Sağlık hizmetleri, diğer iş kollarından daha kompleks bir içeriğe sahiptir. Özellikle hastaneler sağlık, konaklama, mühendislik vb. birçok faaliyeti kapsamaktadır.

Hastaneler elektrik-elektronik cihazların yaygın olarak kullanıldığı, ağır malzemelerin ve hastaların taşındığı, kimyasal ve radyoaktif maddelerin sık kullanıldığı, biyolojik materyal, kesici delici aletlerin bir arada bulunduğu, çamaşırhane, sterilizasyon gibi hizmet üreten ünitelerin, depoların, tehlikeli atıkların bulunduğu ve stresli kalabalık bir hasta grubunu barındıran yerlerdir. Bütün bunların yanında yoğun çalışma temposu, uzun süreli ve kesintisiz çalışma, vardiyalı çalışma vb. etkenler sağlık çalışanlarının diğer iş kollarında çalışanlara göre daha çeşitli meslek riskleri ile karşılaşmasına ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (Dokuzoğuz 2004, Abbasoğlu vd 2006, Parlar 2008). Hastaneler bu özelliklerinden dolayı çalışanların sağlığı açısından ciddi tehlikeler taşıdığı rahatlıkla söylenebilir. Nitekim 29 Mart 2013 tarih ve 2862 sayılı Resmi Gazetede İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İş Yeri Tehlike Sınıfları Tebliği de bunu kanıtlar niteliktedir. Bu tebliğde hastaneler, çok fazla meslek hastalığı, iş kazası ve bunlara bağlı ölümlerin yaşandığı maden işkolu ile aynı sınıfta, çok tehlikeli sınıf işkolları listesinde yer almıştır.

Sağlık politikalarındaki özelleştirmeye giden değişim, hastanelerin işleyiş ve çalışma koşullarını da değiştirmiştir. Hastaneler kar amacı güden işletmeler haline dönüşmeye başlamıştır. Sağlık hizmetinin başarısı maliyet analizleriyle değerlendirilmeye başlandığı için az sayıda sağlık çalışanıyla çok iş yapılması istenmekte bu da sağlık çalışanlarının iş yükünü ve hastanede geçirdikleri çalışma sürelerini arttırmaktadır. Hastanelerde hasta yatış sürelerinin uzun olmasının maliyeti arttırdığı düşünülerek hasta giriş, yatış ve çıkışının hızlandırılması sağlık çalışanlarının sürekli, ani, yeni ve beklenmedik olaylarla karşılaşmasına sebep olmaktadır. Bu değişimlerle birlikte hastanelere yeni ilaçların, yeni tıbbi malzemelerin ve ileri teknolojilerin dahil olması farklı uzmanlık alanlarının ve yeni klinik uygulamalarının ortaya çıkmasına neden olup, sağlık çalışanlarının hizmetinden beklentileri değiştirmektedir. Özelleştirmeye birlikte bazı hizmetlerin taşeron şirketler tarafından verilmesinden dolayı farklı yönetim biçimleri oluşmuştur. Bütün bu olumsuz değişimler gerekli güvenlik önlemleri alınmadığında çalışma ortamının tehlike ve risklerini arttırmaktadır (Özkan 2005). Çalışanların sağlığı ile ilgili önemli kuruluşlardan OSHA (Occupational Safety and Health Administration) ve NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) hastanelerin çalışanlarının sağlığını korumaktan çok hastayı korumak için oluşturulmalarının çalışanlar açısından bir tehdit oluşturduğunu belirtmiştir (NIOSH 1998).

Çalışma ortamında bulunan tehlike ve riskler meslek hastalıklarına, iş kazalarına ve işe bağlı sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarında görülen meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarının önlenmesinde işçi sağlığı ve güvenliği uygulamaları önemli bir yere sahiptir. 1970’li yılların başında OSHA ve NIOSH her çalışanın olduğu kadar sağlık çalışanlarının da “sağlıklı olma hakkı” ve “sağlıklı ve güvenli hastane ortamında çalışma hakkı” bulunduğunu ve bunu sağlamak için de hastanelerde ilgili birimlerin kurulması gerektiğini belirtmişlerdir (Özkan ve Emiroğlu 2006).

Sağlık işletmeleri sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı açısından en riskli grupta yer almalarına ve sağlık politikalarıyla birlikte bu risklerin artmasına rağmen sağlık çalışanlarına yönelik yapılan işçi sağlığı ve güvenliği çalışmaları hala çok yetersizdir. Ülkemizde işçi sağlığı ve güvenliği alanı ile ilgili düzenlemeler yeni iken, özel olarak sağlık işletmelerinde işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili doğrudan düzenlemelerin olmaması veya yetersiz olması doğal bir sonuçtur. Ülkemizde yakın zamana kadar işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili tıbbi atıkların kontrolü, biyolojik risklerden korunma ve radyasyon güvenliği gibi düzenlemeler bulunmakla birlikte sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği başlıklı bir düzenleme bulunmamaktaydı. Sağlık Bakanlığı tarafından 14.05.2012 tarihinde yayınlanan çalışan güvenliği genelgesi ile de çalışan güvenliği birimlerinin kurulması, sağlık taramalarının yapılması ve çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması gibi konulara vurgu yapılsa da uygulamaya tam anlamıyla geçirilememiştir (Uçak 2009). 30 Haziran 2012 tarihinde yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile iş yeri ve iş kolu farkı olmaksızın bütün çalışanlar işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri kapsamına alınır hale gelmiştir. Bu değişikliklerle birlikte kamu sağlık sektörü çalışanları için de bu hizmetlerden yararlanma olanağı doğmuştur.

İşçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri ile meslek hastalıklarının, iş kazalarının ve işe bağlı sağlık sorunlarının önlenmesinde tehlike ve risklerin belirlenmesi önemli yer tutmaktadır. Tehlike kötü sonuca yol açabilecek durum, risk ise tehlikenin ortaya çıkması sonucu oluşan zarar, kaza ve yaralanma olarak tanımlanmaktadır (Sakaoğlu Manavgat ve Mandıracioğlu 2012, Bilir ve Yıldız 2013, TDK 2014). Hastanelerde kesici delici aletler tehlikeye ve bu aletlerin batması sonucu yaralanma, bulaşıcı hastalığın ortaya çıkması riske örnek verilebilir. Risklerin kontrol altına alınması için,

hangi riskin öncelikle kontrol edilmesi gerektiği ve bunun nasıl bir plan dahilinde yapılabileceği, kontrol uygulamalarının sonuçlarının nasıl değerlendirileceği konuları “risk yönetimi” olarak tanımlanmaktadır. Risk yönetiminin önemli bileşenlerinden biri olan risk algısı ise; riskin niteliği ve şiddeti hakkındaki öznel yargıdır (Sakaoğlu Manavgat ve Mandıracıoğlu 2012, Bilir ve Yıldız 2013). Hastanelerdeki işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri kapsamında tehlike ve risklerin belirlenmesinin yanında çalışanların risk algısının da belirlenmesi önem arz etmektedir. Çalışma ortamı ile ilgili risk algısının belirlenmesi; çalışanlarda davranış değişikliği yaratmada ve sağlık ve güvenlik duygusu geliştirmede önemli yer tutmaktadır (Özkan 2005). Bununla birlikte ülkemizde hastane ortamındaki tehlikeler ve riskler, sağlık çalışanlarının risk algısı ile ilgili araştırma sayısı oldukça sınırlıdır. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamı tehlike ve risklerini nasıl algıladıklarıyla ilgili çalışmalar az sayıda olup daha çok bölümlere özelleşmiş (radyoloji, mikrobiyoloji) ve tek bir sorun alanına (kesici delici alet yaralanması vb.) yöneliktir. Hastane ortamında tehlike ve risklere bütüncül yaklaşan çalışmalar az sayıdadır. Yine mevcut çalışmalar daha çok hekim ve hemşirelere yönelik olup teknisyenleri kapsayan çalışmalar daha azdır.

2.KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMALARI

2.1.Hastaneler

Hastaneler, pek çok sağlık hizmetinin birlikte sunulduğu sağlık birimleri olmakla birlikte, ağırlıklı olarak hasta ve yaralılara yatırılarak tanı ve tedavi hizmetlerinin verildiği yataklı tedavi kurumlarıdır. Hastaneler tanı ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra eğitim ve araştırma merkezi olarak da hizmet vermektedirler. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre hastaneler, “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olarak gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlanmaktadır (Kutlu 2007). Kırsal alanlarda 10-12 yataklı, az kapasiteli hastanelerin yatak kapasiteleri büyük şehirlerde birkaç bine kadar ulaşabilmektedir (Sabuncu vd 1996).

Eskiden düşkünlere şifa dağıtan bir yer olarak bilinen hastaneler, yüksek teknolojinin kullanıldığı, her sosyoekonomik düzeyden hastanın bakıldığı bir hizmet üretim alanı haline gelmiştir. Sağlık hizmeti, sosyal ve hizmet yönü ağır basan, çok yönlü ve karmaşık, teknik ve teknolojik nitelikleri ağırlık kazanan ve gittikçe daha pahalı teknik ve teknolojiler kullanmaya yönelen, sürekli ve hızlı olarak değişip gelişen, kamu malı ve hizmeti olma niteliğine sahip olması gereken bir alan olarak tanımlanabilir. Hastaneler sağlıktan sorumlu hekim ve hemşirelerden başka, çok sayıda farklı meslek mensubunun bulunduğu, sağlık hizmetleri dışındaki işlerin (çamaşırhane, mutfak, tamir ekipmanları, sekreterlik, santral, bahçe, vb) gerçekleştiği kurumlardır. Bu nedenle, hastane çalışma ortamında çalışanlar çok sayıda ve çeşitte tehlike ve risklerle karşı karşıyadır (Türk 2011).

Sağlık alanı son yıllarda sermaye için yatırım yapılan sektör haline gelmiştir. Bu değişimin sebepleri; sermaye için karlı alanların tükenmesi ve krizden çıkmak için yeni yatırım alanları arayışı, dünya nüfusunun artması ve ortalama ömrün uzaması ile pazarın büyümesi, tıbbi teknolojide yaşanan gelişmelere bağlı üretim hızının artması, aşırı

uzmanlaşma ve tüketim kültürünün sağlığı da etkilemesi olarak sıralanmaktadır (Zencir 2012). Bu sebeplerden dolayı sağlık sektörüne yatırımın artmasıyla hastane sayısında da ciddi artışlar gerçekleşmiştir. Bu politikalar aynı zamanda sağlık emek gücünün daha çok hastanelerde istihdamına da neden olmaktadır (Çalışkan ve Akdur 2001, Sezgin 2007).

Dünya genelinde görülen hastane sayısındaki artışlar ülkemiz için de geçerlidir. 1980 yılında 827 olan yataklı sağlık kurumu sayısı 2012 yılında 1483'e ulaşmıştır (Tablo2.1.).

Tablo 2.1 Yataklı sağlık kurumları sayısı, Türkiye

	1980	1990	2000	2003	2005	2006	2008	2010	2011	2012
Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı	827	857	1183	1174	1196	1203	1350	1439	1453	1483

Kaynak: TÜİK 2013 verileri

Hastane sayılarındaki artışla birlikte hastanede kullanılan cihaz sayısında da artış olmuştur (Tablo 2.2). Bu artış çalışma ortamındaki tehlike ve risklerin çeşitliliğini de arttırmaktadır.

Tablo 2.2 Yıllara göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları, Türkiye

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
MR	310	410	517	647	697	781
BT	593	675	759	838	904	1.088
EKO	518	598	689	791	881	1.181
Ultrason	1.699	1.900	2.117	2.283	2.436	3.775
Doppler Ultrason	920	1.006	1.095	1.251	1.397	2.091

Kaynak: İstatistik Yıllıkları (Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı 2011)

Tablo 2.3 Yıllara ve sektörlere göre hastanelere müracaat sayısı, Türkiye

	2002	2006	2008	2010	2011	2012
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	189.422.137	216.723.712	235.172.924	254.342.943	260.974.401
Üniversite	8.823.361	12.588.872	18.290.800	20.098.754	24.437.107	27.080.436
Özel	5.697.170	15.529.416	38.688.313	47.712.540	59.069.486	66.582.098
Toplam	124.313.659	217.540.425	273.702.825	302.984.218	337.849.536	354.636.935

Kaynak: İstatistik Yıllıkları (Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı 2011-2012)

Yıllara göre müracaat sayısının artışı sağlık çalışanlarının iş yükünün de arttığına göstergesidir (Tablo 2.3).

2.2.Sağlıklı ve Güvenli Çalışma Ortamı

Sağlık sektöründeki gelişmeler, yeni tedavi yöntemleri, ilaçlar, teknolojiler ortaya çıkmasına yol açmıştır. Tanı ve tedavi yöntemleri sadece sayıca artmamış kullanımı da yoğunlaşmıştır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinde yeni yönetme biçimleri de devreye girmiştir (toplam kalite yönetimi, performans uygulaması, sözleşmeye dayalı çalışma vb.). Bunlar hastanelerdeki tehlike ve risklerin artmasına, yenilerinin oluşmasına sebep olmuştur. Tehlike ve risklerin sağlık çalışanlarının sağlığını tehdit ettiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Özkan 2005). Bunlardan dolayı sağlıklı ve güvenli iş ortamı ve güvenli istihdam özellikle sağlık çalışanları arasında daha da önemli hale gelmiştir (Ceylan 2009).

Sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır. Güvenli ortamda bu iyiliğin sürdürülebildiği ortam olarak tanımlanabilir. Güvenli ortam; fiziksel, biyolojik, psikolojik ve kimyasal tehlikelerden arınmış olmalıdır (Sabuncu vd 1996, Taşcıoğlu 2007).

Her çalışanın sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmasının bir insanlık hakkı olduğu 1950’li yıllarda ILO (International Labour Organisation) tarafından belirtilmiştir. Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmanın, çalışanın yaşam süresini uzatma, işten kaynaklı sağlık problemlerini önleme, çalışanın verimli çalışmasını ve işe devamlılığını sağlama gibi yararları vardır (Özkan ve Emiroğlu 2006). Çalışma ortamının sağlık çalışanlarının sağlığını destekler şekilde olması kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlar (Mollaoğlu vd 2010).

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 37. maddesine göre, “herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu isteme hakları vardır.” Bu hak yalnızca hastaları değil, aynı zamanda sağlık çalışanlarını da kapsamaktadır (Hakeri 2010).

NIOSH’nun tanımına göre sağlıklı ve güvenli hastane ortamı: “İşin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, bunlara bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu” dur. Başka bir tanım ise; “fiziksel, kimyasal radyasyon ve psikolojik tehlikelerin olmadığı, mikroorganizmaların ve parazitlerin geçişinin azaldığı, hijyenin sağlandığı rahat bir ortamın sağlanması” şeklindedir. NIOSH ve OSHA meslek hastalıklarının ve iş kazalarının önlenmesi için sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının olması gerektiğini ve bunun yerine getirilebilmesinde çalışma ortamı ve işten kaynaklı tehlike ve risklerin belirlenerek, çalışma koşullarının düzenlenmenin önemini vurgulamaktadır (OSHA 1993, NIOSH 1998, Başaran vd 1999).

Bu düşüncelerden yola çıkarak Uluslar Arası Hemşireler Birliği (ICN) 2006 yılı için temasını “güvenli ortam-güvenli istihdam” olarak belirlemiş, 2007 temasını da benzer şekilde “pozitif uygulama-çalışma ortamı” üzerine odaklandırmıştır (ICN).

2.3.Sağlık Çalışanları ve Sağlık Çalışanlarının Sağlığı

2.3.1. Sağlık çalışanları

Sağlık hizmetleri farklı birimleri olan ve farklı meslek mensupları tarafından verilen hizmetlerdir (Bilir ve Yıldız 2013). Sağlık sisteminin en önemli bileşenini sağlık çalışanları oluşturmaktadır. DSÖ 2006 yılında yayınladığı raporunda sağlık çalışanlarını “asıl amacı sağlığı geliştirmek olan işlerde çalışan tüm kişiler olarak” tanımlayarak oldukça geniş bir çerçeve sunmuştur (Çağlayan 2011).

ILO tarafından yapılan sınıflamada, sağlık çalışanları 5 grupta değerlendirilmektedir.

I- Doktorlar

II- Diğer profesyoneller (diş hekimi, eczacı, biyolog, vb)

III- Hemşire, ebe ve sağlık memurları

IV- Sağlıkla ilgili diğer çalışanlar (teknisyenler, vb)

V- Diğerleri (sağlık alanında özel eğitim almamış sekreter, şoför, hizmetli vb.)

DSÖ ise sağlık çalışanlarını 29 alan olarak tanımlamıştır (Tablo 2.4). Listede yer alan meslekler her ülkede yer almayabilir. Örneğin “tıbbi yardımcı (medical assistant) ve çok görevli sağlık yardımcısı (multipurpose health auxiliary)” gibi meslekler Türkiye’de hizmet veren sağlık çalışanları arasında bulunmamaktadır (Bilir ve Yıldız 2013).

Tablo 2.4 Dünya sağlık örgütü sağlık insan gücü listesi

1. Hekim
2. Tıbbi yardımcı (medical assistant)
3. Çok görevli sağlık yardımcısı (multipurpose health auxiliary)
4. Diş hekimi
5. Dişçi (dental operating auxiliary)
6. Dişçi yardımcısı
7. Eczacı
8. Eczacı yardımcısı
9. Veteriner
10. Hayvan sağlığı yardımcısı
11. Ebe
12. Yardımcı ebe
13. Yardımcı ebe-hemşire
14. Hemşire
15. Yardımcı hemşire
16. Hemşire ve ebe yardımcısı
17. Fizyoterapist
18. Laboratuar teknisyeni
19. Laboratuar teknisyen yardımcısı
20. Tıp fizikçisi
21. Radyoloji teknisyeni
22. Radyoloji teknisyen yardımcısı
23. Sağlık mühendisi (sanitary engineer)
24. Çevre sağlığı teknisyeni
25. Çevre sağlığı teknisyen yardımcısı
26. Diğer sağlık personeli (biyolog, diyetisyen, psikolog,....)
27. Diğer teknik personel (EKG teknisyeni, EEG teknisyeni,...)
28. Diğer yardımcı personel (mikroskopist, laboratuar hizmetlisi,...)
29. Geleneksel hekimlik uygulayıcıları (herbal doctor, ayurvedic doctor, traditional birth attendant,...)

Kaynak: Bilir ve Yıldız 2013

İş kollarına göre çalışan sayısına bakıldığında sağlık sektöründe çalışanların oldukça önemli bir grubu oluşturdukları görülmektedir. Diğer iş kollarında çalışan sayısında 1911'den bu yana azalma görülürken, sağlık sektöründe artış söz konusudur. Gelişmekte olan ülkelerde hekim sayısı artarken, gelişmiş ülkelerde hekim dışı sağlık personelinin sayısı artmaktadır (Bayhan 2005, Bilir ve Yıldız 2013). Türkiye'de 2011 yılı itibariyle 670 bin dolayında sağlık çalışanı vardır. Sağlık alanında çalışanların sayısının pek çok iş kolunda çalışandan daha fazla olduğu görülmektedir. Artışın çoğunluğu hemşire olmak üzere hekim dışı sağlık personelinde olmuştur (Tablo 2.5).

Tablo 2.5 Yıllara göre Türkiye’de sağlık personelleri sayıları

	1980	1990	2000	2003	2005	2006	2008	2010	2011	2012
Hekim	27241	50639	85242	94466	100853	104475	113151	123447	126029	129772
Hemşire	26880	44984	69550	74483	78182	82626	99.910	114.772	124.982	134906
Ebe	17197	30415	41594	41662	43541	44483	47.673	50.343	51.905	53466
Diş hekimi	7177	10514	69550	17744	18149	18332	19.959	21.432	21.099	21404
Eczacı	11379	15792	21927	22371	22756	23140	24.778	26.506	26.089	26571
Diğer sağlık personeli *	11964	21547	51887	57416	62035	67514	89.540	99.302	110.862	122663
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	-	-	-	-	131223	150053	169.763	198.694	209.126	209736
TOPLAM PERSONEL SAYISI	101838	173891	339750	308142	456739	490623	564774	634496	670092	698518

Kaynak: TÜİK 2013 ve İstatistik Yıllıkları (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012)

*:Diğer Sağlık Personeline aşağıdaki branşlarda çalışan personeller dahil edildi; Ameliyat Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, Biyolog, Çevre Sağlığı Teknisyeni, Çocuk Gelişimcisi, Diş Protez Teknisyeni, Diş Teknisyeni, Diyetisyen, Fizik Tedavi Teknisyeni, Fizikoterapist, Fizyoterapist, İlk ve Acil Yardım Teknisyeni, İlk ve Acil Yardım Teknikeri, Kalp Akciğer Pompa Çalışma Teknisyeni, Laboratuar Teknikeri, Laboratuar Teknisyeni, Odyolog, Odyometri Teknikeri, Odyometri Teknisyeni, Ortopedi Teknisyeni, Patolojik Anatomi Teknisyeni, Perfüzyonik Pompa Teknisyeni, Protez Teknisyeni, Psikolog, Röntgen Teknisyeni, Sağlık Fizikçisi, Sağlık Savaş Memuru, Sağlık Teknikeri, Sağlık Teknisyeni, Sitopatoloji, Sosyal Çalışmacı, Tıbbi Sekreter, Tıbbi Teknolog, Toplum Sağlığı Teknisyeni.

Tablo 2.6 Sağlık Personelinin Sektörlere Göre Dağılımı, 2008-2012

Sektörler	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel Sektör		Diğer		Toplam	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
Hekim	63536	73663	23973	26997	22598	27436	3044	1676	113151	129772
Hemşire	70022	92118	14153	20287	15735	19792	-	2709	99910	134906
Ebe	43600	48409	494	764	3579	4224	-	69	47673	53466
Diş Hekimi	5425	7291	577	1012	13957	12913	-	188	19959	21404
Eczacı	1192	1920	181	271	23405	24298	-	82	24778	26571
Diğer Sağlık Personeli	59846	83542	5782	10382	18365	28143	-	596	83993	122663
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	-	181824	-	9017	-	18895	-	-	-	209736
Toplam Personel Sayısı	243621	488767	45160	68730	97639	135701	3044	5320	564774	698518

Kaynak: İstatistik Yıllıkları (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012)

2.3.2. Sağlık çalışanlarının sağlığı

Sağlık çalışanlarının görevi, bireyin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmektir. Sağlık çalışanları başkalarının sağlığını korurken kendi sağlıklarını aynı oranda koruyamamaktadırlar, büyük bir özveriyle çalışmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetini en iyi şekilde verebilmeleri için kendilerinin sağlıklı olabilmeleri gerekmektedir (Bayhan 2005).

Devletin sağlık politikaları sağlık çalışanları için örgütsel ve mesleki açıdan en belirleyici etmendir. Sağlık çalışanlarının sağlığı (SÇS) konusu, sağlık politikalarıyla iç içedir. Son yıllardaki sağlık politikalarından dolayı sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğu hastanelerde istihdam edilmektedir. Sağlık kuruluşlarının ve çalışanlarının sayısının artması, özelleştirme ve sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırmaya yönelik Sağlıkta Dönüşüm Programı, artan iş yükü, kötüleşen çalışma koşulları nedeniyle sağlık çalışanlarının sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir. Sağlık çalışanları, döner sermaye uygulamasına dayanan, vardiyalı, sözleşmeli, düşük ücretle çalışan, meslek örgütleri ve sendikalardan uzaklaşan, meslek hastalığı, engellilik ve kaza halinde hukuki kazanımlarını alamayan kamu güvencesinden yoksun bir sağlık emek gücüne dönüşmüştür (Türk 2011).

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamları çok çeşitli risklerle doludur. Sağlık çalışanları bu risklere maruziyet sonucunda sakat kalmakta ve hatta hayatlarını kaybetmektedirler. Sağlık çalışanlarının çoğu risklere maruziyet sonrasında ne yapmaları gerektiğini bilmemektedir (Taşcıoğlu 2007).

İşçi sağlığı ve güvenliği açısından çalışanların bireysel özellikleri ve işyeri ortamındaki faktörler çalışanın sağlığını belirleyen iki temel öğedir. Bireysel özellikler içinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, alışkanlıklar vb. özellikler yer almaktadır. Yaşa bağlı özelliklere bakıldığında, sağlık alanında çalışabilmek için belirli düzeyde eğitim almak gerektiğinden başka sektörlerde görülen çocuk çalışan sorunu görülmemektedir. İstenen eğitim düzeyi tamamlanıp işe başlama yaşı en az 18'e ulaşmaktadır. Sağlık meslek liselerinden dolayı erken işe başlama, işin riskleri göz önüne alındığında yaşına göre büyük sorumluluklar üstlenmesine neden olmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık

sektöründe diğer sektörlerle göre yaşlı çalışan sayısı fazladır. Emeklilik yaşının artmasıyla birlikte bu oran daha da artmıştır. Sağlık meslekleri arasında hemşirelik ve ebelik daha çok kadın mesleği olarak görüldüğünden, sağlık sektöründe kadın çalışan sayısı fazladır. Kadınlar çalışma yaşamında özellikle gebelik, doğum öncesi ve doğum sonu süreçlerde (emzirme döneminde) gerekli koruyucu önlemleri almazlarsa çalışma ortamından kaynaklanan riskler açısından erkeklere göre daha fazla etkilenmektedirler. Eğitim açısından da diğer çalışma alanlarına göre sağlık çalışanları yüksek eğitimli kişilerden oluşmaktadır (Bayhan 2005, Bilir ve Yıldız 2013).

Sağlık çalışanları arasında hemşireler sayısal çoğunluğa sahiptirler. Sayısal çoğunluklarının yanı sıra hastayla daha fazla zaman geçirdikleri ve hastaların bakımlarını doğrudan yerine getirdikleri için hemşirelerin sağlık riskleriyle karşılaşma oranları diğer sağlık çalışanlarına göre yüksektir. Hemşireler çalışma sürelerinin uzunluğu, aşırı iş yükü, dinlenememe, fiziksel koşulların kötü olması, radyasyon, enfeksiyon, uzun süre ayakta çalışma, düzenli beslenememe, kötü yönetim biçimi, şiddet, mobbing, iş kaygısı gibi sağlığı bozan durumlarla çok sık karşılaşmaktadırlar (Sezgin 2007, Ceylan 2009).

Sağlık çalışanı olarak sağlık teknisyenleri de çalıştıkları birime göre radyasyon, enfeksiyon, aşırı iş yükü, izinlerini kullanamama, gece nöbetlerinin sıklığı ve uzunluğu gibi sağlığı bozan durumlarla karşılaşmaktadırlar (Türk 2012, Sakaoğlu Manavgat ve Mandracıoğlu 2012).

2.3.3. Dünyada sağlık çalışanlarının sağlığı hizmetlerinin gelişimi

Sağlık çalışanlarının sağlığı kavramı 1950'lili yıllarda gündeme gelmeye başlamış ve Amerikan Hastaneler Birliği (AHB), hastanedeki sağlık çalışanlarının sağlığının işçi sağlığı olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamasına rağmen meslek örgütleri ve sendikalar tarafından destek görmemiştir (Özkan 2005). ILO 1950'li yıllarda, her çalışanın sağlık hizmeti alması gerektiğini, sağlıklı ve güvenli ortamda çalışmasının bir insanlık hakkı olduğunu ve her ülkenin buna uyması gerektiğini belirtmiştir (Özkan ve Emiroğlu 2006). ILO 1959 yılında, mesleki sağlık hizmetleri ile ilgili önerilerde bulunmuş; 1960 yılında radyasyondan korunma ile ilgili bir Konvansiyon kabul etmiştir. Hastanelerdeki sağlık çalışanlarının sağlığına yönelik çalışmalar 1970'li

yıllardan sonra artmaya başlamıştır. 1970 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) OSHA kurulmuş. OSHA çalışmalarında çalışma ortamını hem kadın hem erkek çalışanlar için güvenli olmasını amaç edinmiştir. 1970'li yılların başlarında ILO, OSHA, NIOSH, Amerikan Hastane Birliği ve sağlık sendikaları sağlık çalışanlarının da her çalışan gibi sağlıklı ve güvenli ortamda çalışma hakkı olduğunu ve hastanelerde bunu yerine getirecek birimlerin kurulması gerektiği belirtilmiştir (OSHA 1993, NIOSH 1998, Özkan 2005, Bayhan 2005). NIOSH'nin yürütmüş olduğu sağlık çalışanlarının mevcut durumunu belirlemeye yönelik araştırma sonuçlarına göre 1974 yılında hastane sağlık ve güvenlik programı geliştirilmiştir. İngiltere'de 1974 yılında sağlık çalışanları için işçi sağlığı ve iş güvenliği yasası kabul edilmiştir. Uluslar Arası Çalışma Konferansı 1977 yılında 157 sayılı tavsiye ile hemşireler ile ilgili elbise kullanımından aşılara, çalışma sürelerinden, risklere, geçici-sürekli uzaklaştırmalara kadar çok sayıda önlem gündeme getirmiştir. 1980 yılında OSHA sağlık çalışanların uyması gerektiği evrensel önlemler ile ilgili standart oluşturmuştur. 1990 yılında Uluslararası İşçi Sağlığı Komisyonu (International Occupational Health Commission) hastanelerdeki sağlık ve güvenlik komitesinin önemli olduğunu vurgulamıştır (Özkan 2005, Bayhan 2005).

2.3.4. Türkiye'de sağlık çalışanlarının sağlığı hizmetlerinin gelişimi

Türkiye'de 2012 yılına kadar sağlık personelinin sağlığı konusunda mevzuat ile ilgili az sayıda düzenleme vardır ve yetersizdir. Radyasyon ve fizik tedavi çalışanlarının çalışma koşulları 19.04.1937 tarih ve 3143 sayılı ile 27.04.1939 tarih ve 2/10857 sayılı yasalarla tanımlanmıştır (5 saat mesai, 30gün ek izin, gece çalıştırılmama vb). İnfeksiyon komitelerinin görevi 22.03.1974 tarih ve 14993 sayılı tababet uzmanlık yönetmeliği madde 18'de; İnfeksiyon Komitesi, kurum içinde infekte hastalar, personel, ziyaretçi, yiyecek, içecek, haşere, vektör ve hava aracılığı ile asepsi ve antisepsi yetersizliği, araç gereç ve başka nedenlerle meydana gelebilecek infeksiyon ve yayımlara karşı gerekli tüm tedbirleri alır şeklinde tanımlanmıştır (Giritlioğlu 1999).

Türkiye'de 1988 yılında Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı Komisyonu'nun sağlık çalışanlarının deneyimledikleri meslek hastalıkları, iş kazaları ve bazı riskli durumları doldurmaları için geliştirdikleri form ile sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili ilk kurumsal çalışma başlamıştır. 1999 yılında Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi'nde Türk Dış Hekimleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği, Türk Hemşireler

Derneği, Türk Tabipleri Birliği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği gibi sağlık meslek örgütleri ve sendikaların desteği ile sağlık çalışanlarının sağlığı için iş yeri örgütlenme birimi üzerinde çalışılmış hastane sağlık ve güvenlik komitelerinin işlevleri tartışılmıştır. Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Genel Kurulu'nda (2000) sağlık çalışanlarının maruz kaldığı meslek hastalıklarının, iş kazalarının ve riskli durumların tanımlanması, bildirim sisteminin oluşturulması, sağlık çalışanlarının birinci basamak sağlık hizmeti alabilmesi, sendikal mesleki örgütlenmenin sağlanabilmesi için böyle bir komitenin kurulması gerektiği kararlaştırılmış; fakat uygulamaya çeşitli nedenlerden dolayı devam edilememiştir (Özkan 2005, Özkan ve Emiroğlu 2006, Türk 2011). Enfeksiyon kontrol komiteleri tarafından yürütülen sağlık çalışanlarına yönelik çalışmalar sağlık ve güvenlik komitesinin işleyişlerine göre yetersiz kalmaktadır (Özkan ve Emiroğlu 2006).

Meslek örgütleri ve sendikaların çalışmaları, Avrupa Birliği vb kuruluşların etkisi ile Sağlık Bakanlığı da konuya odaklanmaya başlamış ve çalışmalarını hızlandırması ile birlikte 29 Nisan 2009'da çıkan "*Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ*"in 15. Maddesinde çalışan güvenliğine ilişkin alınması gereken önlemleri sıralamış ve bir anlamda bu işlevi görececek birimlerin kurulması için bir dayanak oluşturmuştur. 6 Nisan 2011'de çıkan "*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*" kamu, üniversite ve özel ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsamına almış ve bu kurumlara hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri düzenleme zorunluluğu getirmiştir.

Çalışan güvenliğine ilişkin yapılacaklar madde 7 (1)' de şu şekilde tanımlanmıştır:

"Bu yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- a) Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
- b) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
- c) Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- ç) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
- d) Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar."

Bununla birlikte mevcut yönetmelik sadece ikinci ve üçüncü basamağı kapsamaktadır. Ağırlıklı olarak hasta güvenliğinin ele alındığı yönetmelik kendini çalışan güvenliği ile sınırlamıştır. Yönetmelikte sayılan hizmetleri yerine getirecek bir birimden bahsedilmemektedir. Yönetmelikte “sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken, Daire Başkanlığı’na hazırlanan ve Bakanlığın internet sayfasında yayınlanan Hizmet Kalite Standartlarını (HKS) esas alır” şeklinde geçmektedir. Genelde, HKS hastanın sağlığı ve çalışanların güvenliğinden ziyade çalışanların performansının artırılması, işletmelere dönüştürülmüş olan kamu hastanelerinin kalite çalışmaları yoluyla karının arttırılmasına odaklanır. Standartlar incelendiğinde, ağırlığın hasta güvenliği ile ilgili indikatörlerde olduğu görülmektedir (Türk 2011). HKS’de uygulamalara yönelik birçok standart tanımlanmış olmasına karşın çalışan sayısı ile ilgili bir standart belirtilmemiştir. Örneğin bir hemşirenin kaç hastaya bakabileceğine ilişkin tanımlar yapılmamış fakat bir hasta için dolduracağı sayfalarca formlar, standartlara ilişkin uygulamalar tanımlanmıştır. Hemşire sayısının yetersizliği göz önüne alındığında bu uygulamalar çalışanlarda tükenmişlik başta olmak üzere birçok sağlık probleminin görülmesine sebep olmaktadır.

Türkiye’de 2012 yılında yürürlüğe giren İş Sağlığı ve Güvenliği kanununda işyeri ve iş kolu farklı olmaksızın bütün çalışanların işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden yararlandırılması gerekmektedir şeklinde belirtilerek sağlık sektöründe çalışanların da bu hizmetlerden yararlanmasının önü açılmıştır (Bilir ve Yıldız 2013).

Sağlık Bakanlığı tarafından 14.05.2012 tarihinde yayınlanan Çalışan Güvenliği Genelgesi, sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalara açıklık getirmektedir.

a) Tüm sağlık kurumlarında, hizmet alanlar ve sağlık çalışanları için güvenli bir ortam sağlanması amacıyla yayımlanan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” doğrultusunda;

- 1) Çalışan güvenliği komitesinin kurulması,
- 2) Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
- 3) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
- 4) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,

- 5) Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi için düzenleme yapılması,
- 6) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program hazırlanması,
- 7) Beyaz kod uygulamasına geçilmesi,
- 8) Çalışanlara, çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi.

b) Kurumlarımızda uygulamaya konulan “Hizmet Kalite Standartları” kapsamında çalışma ortamından kaynaklanan risklerin bertaraf edilmesi amacıyla şiddet ve iletişim konularını da kapsayacak şekilde risk değerlendirmesi yapılarak gerekli tedbirlerin alınması.

c) “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” ile acil servisler başta olmak üzere riskli alanlarda güvenlik tedbirleri artırılarak, genel kolluk ve özel güvenlik personeliyle güvenlik kamerası bulundurulmasının sağlanması ifadeleri bulunmaktadır. Ayrıca çalışan güvenliğinin sağlanması için;

- 1) Beyaz kod uygulamasının yapılması
- 2) Çalışan Hakları ve Güvenliği Biriminin kurulması
- 3) Risk değerlendirmesinin yapılarak güvenlik tedbirlerinin alınması
- 4) Çalışanlara eğitim verilmesi

5) Hasta ve hasta yakınlarına; muayene süreçleri, ne kadar bekleyecekleri, şiddete uğrayan sağlık personelinin hizmetten çekilme hakkının olduğu ve sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanların yargılanıp cezalandırılacağı konularında eğitim verilmesi ifade edilmektedir (Çalışan Güvenliği Genelgesi 2012).

Sağlık sektöründe çalışan güvenliği faaliyetleri tüm sağlık çalışanlarının çalışma ortamları ve yaptıkları işlerden dolayı karşılaşılabilecekleri tehlikeleri tanımlamayı, risk değerlendirmesi yapmayı ve bu değerlendirme sonucunda gerekli koruyucu önlemleri almayı kapsar (WEB_1 2008, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik 2011).

2.4.Sağlık Çalışanları Açısından İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamları taşıdıkları özellikler bakımından iş kazaları açısından büyük bir risk oluşturmaktadır. ABD’de sağlık sektöründe diğer sektörlere göre hem işçi sayısı daha fazla hem de ölümcül ve ölümcül olmayan iş kazaları ve

yaralanmalar daha fazla görülmektedir. İş kazasının tanımı Uluslar Arası Çalışma Örgütü (UÇÖ) tarafından; “planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanmaya ve zarara neden olan durumdur” şeklinde tanımlanmıştır. İş kazası tanımının kapsamı 1998 yılında genişletilerek şiddet’te iş kazaları içinde değerlendirilmiştir. 1998 yılındaki tanımda iş kazası, “şiddet eylemlerini de içeren, iş ya da işle bağlantılı olarak ortaya çıkan, bir ya da birden fazla çalışmada yaralanmaya, hastalığa veya ölüme neden olan planlanmamış ve beklenmeyen bir olay” olarak tanımlanmıştır (Ceylan 2009, Çağlayan 2011). Ülkemizde ise iş kazaları; 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası’nın 11. Maddesinde;

- a) Sigortalının iş yerinde bulunduğu sırada,
- b) İş veren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi adına hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle,
- c) Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- d) Emziren kadın sigortalının, iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,
- e) Sigortalının, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında, meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen özüre uğratan olaydır” şeklinde tanımlanmıştır (Taçcıoğlu 2007, Çağlayan 2011).

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda (2012) iş kazası iş yerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen özre uğratan olay olarak tanımlanmaktadır (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 2012, Bilir ve Yıldız 2013).

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamında kullandığı kesici-delici-batıcı malzeme ve kırık camlar kesiklere; elektrik ile ilgili tehlikeler ve patlayıcı yanıcı maddeler yanmalara; kayma ve düşmelere neden olan taban yüzeyleri yaralanmalara, kesiklere, kırıklara, bel ve sırt zorlanmalarına neden olmaktadır. Önlem alınmayan radyasyon kaynakları, kişisel güvenlik önlemlerinin yetersiz alınması, iğne kapaklarının tekrar kapatılması ve bu cisimlerin atılacağı uygun kapların olmaması, bilinçsiz hasta kaldırma ve taşıma gibi uygunsuzluğu artıran durumlar sağlık sektöründe iş kazası riskini arttırmaktadır. İş yerlerinde yaşanan şiddet, taciz, mobbing ve psikolojik travma olguları iş kazası kapsamına alınmamaktadır (Özkan 2005, Taçcıoğlu 2007, Emiroğlu 2012).

Avrupa’da sağlık sektöründeki iş kazaları, tüm Avrupa’da meydana gelen iş kazası ortalamasından %34 oranında fazla olduğu; iş kazasına bağlı 100 tam gün çalışan işçi başına kaybedilen gün sayısı sağlık sektöründe 9,4 gün iken madencilik sektöründe 6,3 gün olduğu gösterilmiştir. Bu oranlar da sağlık sektörünün iş kazaları açısından diğer sektörlerden daha riskli olduğunu göstermektedir (Uçak 2009).

Meslek hastalığı ise; çalışma ortamına özgü etiyolojik etmene maruziyet sonucu meydana gelen hastalıklardır. Bir başka tanımla; işyeri ortamında bulunan etkenlerin etkisi ile meydana gelen hastalıkların ortak adına meslek hastalıkları denilmektedir. DSÖ ve UÇÖ gibi uluslararası kaynaklarda meslek hastalıkları; zararlı bir etkenle bundan etkilenen insan vücudu arasında, çalışılan işe özgü bir neden-sonuç, etki-tepki ilişkisinin ortaya konabildiği hastalıklar grubu olarak tanımlanmaktadır (Meslek Hastalıkları Rehberi 2011).

506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası’na göre meslek hastalığı sigortalının;

- a) Çalıştırıldığı işin niteliğine göre,
- b) Yinelenen (tekrarlanan) bir nedenle,
- c) İşin yürütüm koşulları yüzünden ileri gelen geçici ya da sürekli bedensel veya ruhsal hastalık, sakatlık ya da arıza durumlarına denir (Taşcıoğlu 2007).

Meslek hastalığı 6331 sayılı iş kanununda mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık olarak tanımlanmıştır (İş Sağlığı ve Güvenliği kanunu 2012).

Ülkemizde, sigortalı sağlık personeli için viral hepatit, tüberküloz, helminthiasis ve hayvanlardan insanlara bulaşan bazı hastalıklar ile radyasyona bağlı sendromlar meslek hastalığı olarak kabul edilmiştir. Bunun dışında, tüm sağlık personelini kapsayacak bir meslek hastalığı tanımı yapılmamıştır (Kutlu 2007).

Meslek hastalıkları ve iş kazaları sadece sigortalı çalışan işçileri kapsar şekilde tanımlanmakta, diğer çalışanlar bu kapsamın dışında tutulmaktadır. Örneğin, bir hastanede “işçi” statüsündeki bir sağlık çalışanı iş yerinde iğne batması sonucu “hepatit” tanısı alacak olursa, bu meslek hastalığı kabul edilirken, bir memur sağlık çalışanı aynı tanıyı aldığında bu meslek hastalığı sayılmamaktadır (Taşcıoğlu 2007).

Bunun nedeni; işveren (yani devlet) kamu çalışanlarına özel sigorta yasası çıkarmadığından ve çalışanlar adına prim ödemediğinden; devlet memuru olarak adlandırılan emekçiler iş kazası geçirdiğinde “kaza”, meslek hastalığı geçirdiğinde “hastalık” olarak kabul ediliyor, iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası haklarından yararlanamıyor. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu kamu çalışanı emekçileri Genel Sağlık Sigortası kapsamına alındığı halde, iş kazası ve meslek hastalığı sigortası kapsamına almadığından kamu çalışanı emekçilerin “yeni” sosyal güvenlik sisteminde de “iş kazası ve meslek hastalığı sigortası hakkı” bulunmuyor (Emiroğlu ve Koşar 2012).

20 Haziran 2012 tarih ve 6331 sayılı İş sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nda kamu ve özel sektör ayrımı gözetmeksizin tüm çalışanlar kanun kapsamına alınarak; meslek hastalığı, mesleki risklere maruziyet sonucunda ortaya çıkan hastalık olarak tanımlanmıştır. 6331 sayılı kanunda kamu çalışanları da kapsam içine alınırken; 5510 sayılı kanunda kamu çalışanlarını engelleyen hükümler bulunmaktadır (Emiroğlu 2012).

Meslek hastalığı ile ilgili çeşitli sınıflandırmalar vardır. En yaygın kabul gören neden olan etmene göre sınıflandırma şöyledir:

1. Kimyasal etmenlere bağlı meslek hastalıkları
2. Fiziksel etmenlere bağlı meslek hastalıkları
3. Biyolojik etmenlere bağlı meslek hastalıkları
4. Ergonomik etmenlere bağlı meslek hastalıkları
5. Psikososyal etmenlere bağlı meslek hastalıkları (Meslek Hastalıkları Rehberi 2011).

Meslek hastalıkları listesi Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği (Resmi Gazete 11.10.2010 Tarih, 2701 sayı) Madde 18’de oldukça dar kapsamlı olarak oluşturulmuştur:

1. Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları
2. Mesleki deri hastalıkları
3. Mesleki solunum sistemi hastalıkları
4. Mesleki bulaşıcı hastalıklar
5. Fiziksel etmenlerle olan meslek hastalıkları

Sağlık çalışanları ile ilgili meslek hastalıkları, iş kazaları ve bu maruziyetler sonrasındaki sakat kalma ve ölüm oranlarına ilişkin veriler bulunmamaktadır. Meslek hastalıkları ve iş kazalarının bildirimleri yapılmamaktadır. Kurumlarda iş kazası olduğu zaman bildiriyle ilgili standart uygulamalar bulunmamaktadır. Bu da iş kazaları ile ilgili verilere ulaşılmasını engellemektedir. Ülkemizde son yıllarda hastanelerde yürütülen kalite çalışmaları kapsamında iş kazalarının bildiriyle ilgili çalışmalar yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığının zorunlu kıldığı HKS uygulamaları kapsamında kurulan “Çalışan Sağlığı ve Güvenliği” birimleri de iş kazaları ve meslek hastalığı kayıtlarını takip etmektedirler.

Ülkemizde sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş kazaları ve meslek hastalıklarını düzenli olarak gösterecek veriler olmasa da dünyada özellikle sağlık alanının en tehlikeli sektörlerden biri olduğu ABD’de 2007 yılında 171 bin (%14,8) kaza meydana gelmesiyle görülmektedir. Bu kazalardan 66 binini (%19,7) kas iskelet yaralanması oluşturmaktadır. ABD’de yapılan bir araştırmada sağlık çalışanları arasında mesleki nedenlerle ölüm hızı bir milyon işçi başına 17-57 olarak tahmin edilmiştir ve bunların yarısını enfeksiyon hastalıklarına bağlı (Human Immunodeficiency Virus (HIV) ve hepatit B virüsü (HBV)) ölümler oluşturmaktadır (Çağlayan 2011).

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) istatistikleri incelendiğinde; “İnsan Sağlığı Hizmetleri” (kod no:86) başlığı ile belirtilen sağlık sektöründe verilen hizmet nedeniyle 2010 yılında 100 iş kazasının kayıtlara geçtiği, meslek hastalığı tespitinin olmadığı, 3 sağlık çalışanının öldüğü kayıtlarda görülmektedir (Emiroğlu 2012). 2012 yılında 131 (71 erkek, 60 kadın) iş kazasının kayıtlara geçtiği, 5 meslek hastalığı tespitinin olduğu, ölüm vakasının olmadığı görülmektedir. 2012 yılında Kırım kongodan ölen doktorun verilerde bulunmaması kamu çalışanlarının iş kazası ve meslek hastalıkları verilerinin takip edilmediğini göstermektedir (SGK İstatistik Yıllıkları 2012).

2.5.Tehlike ve Risk Kavramları

İş kazaları çalışanların ölmesi, yaralanması veya ömür boyu sakat kalmasına neden oldukları için dünyada ve Türkiye’de çok ciddi bir problemdir. Türkiye Cumhuriyeti Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi 2009-2013 İş Sağlığı ve Güvenliği Hedefleri arasında iş kazası sıklığının %20 oranında azaltılması bulunmaktadır (Ceylan ve

Başhelvacı 2011). UÇÖ ile DSÖ'nün işçi sağlığı ve iş güvenliği ortak komisyonunda belirlediği hedeflere ulaşmak, iş kazaları ve meslek hastalıklarını önlemek için işçi sağlığı ve güvenliği yönetimine düşen görevler; tehlikeleri tanımlamak, her tehlike için riskin boyutunu tahmin etmek ve saptamak, riskin kabul edilebilir olup olmadığına karar vermek ve riski kontrol altına almak olarak tanımlanmıştır (Özkılıç 2005). Yaşanabilecek iş kazalarının azaltılabilmesi için çalışma ortamındaki tehlike ve risklerin tespit edilip bunlara yönelik önlemlerin alınması gerekir.

Tehlike ve risk kavramlarının doğru tanımlanması risk değerlendirmesindeki çelişkileri önleyecektir. Tehlike TDK sözlüğünde “büyük zarar veya yok olmaya yol açabilecek durum” olarak tanımlanır. Bir başka tanımda, kötü sonuca yol açabilecek durum olarak tanımlanmıştır. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda (No 6331, Madde 3) tehlike; işyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek, çalışanı veya işyerini etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyeli olarak tanımlanmıştır. Tehlikenin tespitindeki amaç, işi yerine getirirken iş ortamından kaynaklanan sorunları ve bunların düzeylerini belirlemektir. Tehlike, uygun olmayan biçimde iş yapmaktan ya da uygun olmayan iş ortamından doğar. Tehlikenin çalışanlar üzerindeki etkisi, maruziyet süresine, maruziyet yoğunluğuna ve çalışanın özelliklerine (duyarlılığı, direnci, koruyucu önlemleri uygulaması vb) bağlı olarak değişmektedir. Tehlike tanımlaması Occupational Health And Safety Assessment Systems (OHSAS) 18002'ye göre, bir tehlikenin farkına varma ve özelliklerini tanımlama sürecidir (Özkan 2005, Bilir ve Yıldız 2013). Tehlikenin var olduğu bilgisi genel prensiplerden ve kişinin kazanmış olduğu deneyimlerden çıkarılır (Trimpop and Zimolong 2011).

Risk, belirli bir süre içerisinde, belirli ve istenmeyen bir olayın meydana gelme olasılığıdır. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda (No 6331, Madde 3) risk; tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimali olarak tanımlanmıştır. Bir başka tanımla risk, tehlikenin açığa çıkma olasılığı nedeniyle meydana gelebilecek zarar, hasar veya yaralanmadır. Örneğin; yüksek bir yerden düşme tehlikesi, tehlikeye verilecek bir örnektir ve bu düşme sonucu meydana gelebilecek sakat kalma riski ya da ölüm riski de, tehlikeye maruz kalma sonucu ortaya çıkabilecek riske örnek olarak verilebilir. Risk matematiksel olarak,

Zararın ciddiyeti X Ortaya çıkma olasılığı ya da Tehlike X Maruziyet formülleriyle açıklanmaktadır (Özkan 2005, Taşcıoğlu 2007, Baysal 2007, Ceylan ve Başhelvacı 2011, Bilir ve Yıldız 2013).

Risk tanımında yer alan, olumsuz bir sonucun var olma olasılığı ile bu olumsuzluğun ortaya çıkış, zamanlama ve büyüklüğü ile ilgili kesinsizliği bileşenleri olmaması durumunda risk yoktur. Riskin varlığından söz edebilmek için üç koşul gereklidir: Riskin kaynağı, maruziyet ve olumsuz sonuçlar (Yavuz 2012).

Tehlike genel ve soyut bir kavram olmakla birlikte belirli bir kişi için değildir. Örneğin madende grizu patlaması tehlikesi vardır ve bu durum genel bir kavramdır, herkes madencilik işinin tehlikeli bir iş olduğunu bilir. Buna karşılık risk belirli koşullarda ve belirli kişiler içindir. Madende çalışan bir kişi için grizu patlaması tehlikesi bir risktir. Grizu patlaması tehlikesi genel bir kavramdır, oysa bir maden işçisi için grizu patlaması olasılığı risktir. Risk bireysel ve somuttur (Bilir ve Yıldız 2013).

Çalışanın kabul edebileceği riskler istemli oluşan, sonuçları bilinen, geri dönülebilir sonuçları olan, fayda sağlayacağı düşünülen riskler olarak tanımlanmıştır. Kabul edilebilir risk Ceylan (2011) tarafından çalışmasında “kuruluşun, yasal zorunluluklara ve kendi işçi sağlığı güvenliği politikasına göre, katlanabileceği düzeye indirilmiş risk” olarak tanımlanmıştır. Kabul edilen riskler, riskin önemsenmemesine ve küçümsenmesine neden olmaktadır (Özkan 2005).

2.5.1.Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki tehlike ve riskleri

Sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halinde olmak olarak tanımlanır. Kişinin işinin olması, işe uyumunun sağlanması ve sağlıklı bir ortamda çalışması sosyal yönü içinde yer almaktadır. Kişinin sağlıklı olması çalışma yaşamının olumlu olmasını, çalışma yaşamının olumlu olması da kişinin sağlıklı olmasını etkilemektedir. Çalışma ortamının özelliğinden dolayı sağlık çalışanlarının sağlığını olumsuz yönde etkileyen etmenler çalışma ortamlarında bulunmaktadır.

Hastanelerde elektrikli-elektronik cihazlar, taşınması gereken ağır malzemeler, kimyasal maddeler, radyoaktif maddeler, infeksiyon riski taşıyan biyolojik materyaller, kesici delici aletler bir arada bulunmaktadır. Bunlarla birlikte yoğun çalışma temposu, gece çalışması, uzun süreli ve kesintisiz çalışma, ergonomik olmayan çalışma ortamları, şiddete maruz kalma ve iş gerilimi sağlık çalışanlarının mesleki risklerle karşılaşmasına, iş kazaları ve meslek hastalıklarıyla karşılaşmalarının diğer iş kollarında çalışanlara göre çok fazla olmasına neden olmaktadır (Parlar 2008, Ceylan 2009).

Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri çalıştıkları bölüme göre değişiklik göstermektedir. Görüntüleme birimlerinde çalışanlarda radyasyon, sterilizasyonda çalışanlarda etilenoksit, gluteraldehit ve ameliyathane çalışanlarında anestezi gazları risk oluşturmaktadır (Parlar 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1981 yılında düzenlemiş olduğu konferansta sağlık çalışanlarının iş tehlikeleri;

*Kesikler, yaralanmalar ve kırıklar

*Bel yaralanmaları

*Kişisel güvenlik yetersizliği

*Mekanik ve elektrik düzeneği eksikliği

*Hastaların sağlık çalışanlarına uyguladığı şiddet olarak belirtilmiştir (Özkan 2005).

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskler biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olarak gruplandırılmaktadır. NIOSH, hastanedeki tehlike ve riskleri çalışılan bölüme göre değil genel fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal olarak sınıflandırılmasını önermiştir. NIOSH hastanede 29 tip fiziksel, 25 tip kimyasal, 24 tip biyolojik, 6 tip ergonomik ve 10 tip psikososyal tehlike ve risk olduğunu belirlemiştir. OSHA 1980'li yıllarda her bir çalışma ortamının kendine özgü tehlike ve riskleri olacağından hastanedeki bölümlere göre tehlike ve risklerin sınıflandırılması gerektiğini vurgulamıştır (Özkan 2005). Ceylan (2009) çalışmasında belirttiği üzere NIOSH (2005) sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen riskleri Tablo 2.7'deki şekilde gruplandırmıştır.

Tablo 2.7 Çalışanların sağlığını etkileyen tehlike ve riskler (NIOSH 2005)

Riskler	Örnekler
Biyolojik	Hasta kişilerden direkt temas, solunum yolu veya vücut sıvıları aracılığı ile bulaşan bakteriler, virüsler, mantarlar, parazitler bu risklere yol açarlar.
Fiziksel	Radyasyon, aydınlatma, düşük ve yüksek sıcaklıklar, gürültü gibi doku hasarına sebep olan çevresel etkenlerin yol açtığı risklerdir.
Ergonomik	Kazalara, yaralanmalara, gerginliğe ya da rahatsızlığa yol açan veya bunların oluşumunu destekleyen ve çalışma çevresinden kaynaklanan risklerdir.
Kimyasal	İlaçlar, laboratuarda kullanılan kimyasal maddeler, dezenfektan ve sterilizanlar, gazlar vücut sistemleri üzerinde zehirli ya da tahriş edici etki oluştururlar.
Psikososyal	Strese, duygulanımsal gerginliğe, kişisel veya kişiler arası sorunlara yol açan çalışma çevresine bağlı risk etkenleridir.

Kaynak: Ceylan 2009

Avrupa ülkesindeki hastanelerde yürütülen bir çalışmada, çalışma yaşamına bağlı tehlikeler;

- Çalışma sürelerinin düzensizleşmesi, çalışma shiftlerinin uzaması ve gece çalışma
- Ağrı çeken ve ölümcül hasta ile karşı karşıya kalma, şiddet gibi toplum ve hasta ile ilişkilerine dayalı tehlikeler
- Monoton çalışma, işin kontrolünü yitirme gibi iş içeriğine ve işin bölünmesine ilişkin tehlikeler
- Ekip çalışmasının azalması, işin izolasyonu gibi sağlık çalışanları ile ilişkiye dayalı tehlikeler şeklinde tanımlanmıştır (ILO 1999).

Hastanelerdeki tehlike ve riskler daha ayrıntılı Tablo-2.8.a, b ve c’de verilmiştir.

Tablo 2.8.a Hastanelerdeki tehlike ve riskler

	Tehlikeler*	Riskler**
Biyolojik	<ul style="list-style-type: none"> -Kan yolu ile bulaşan patojenlere maruziyet *İğne yaralanması *Müköz membranların kontamine madde ve yüzeylerle teması -Hava yolu ile (damlacık yoluyla) biyolojik ajanlara maruz kalma -Doğrudan hasta salgıları ile ya da dolaylı olarak kontamine yüzeylerle temas aracılığı ile biyolojik ajanlara maruz kalma -Havalandırma sistemleri, su ve gıda kaynaklı biyolojik kirleticilere çevresel maruziyet -Cerrahi dumandaki biyolojik ajanlara maruz kalma 	<ul style="list-style-type: none"> -Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) -Hepatit B -Hepatit C -Acquired Immun Deficiency Syndrome (AIDS) -Tüberküloz -Brusellozis -Solunum sistemi enfeksiyonları -Şarbon
Fiziksel	<ul style="list-style-type: none"> -Radyasyon -Gütrültü -Aydınlatma -Elektrik -Titreşim -Yangın -Sıcaklık, soğukluk, nem, havalandırma, basınç -Pürüzlü ya da kaygan düz yüzeyler -Hareket eden araç ve makineler -Makinelerin hareket eden parçaları -Mimari yapı -Toz 	<ul style="list-style-type: none"> -Kesici-delici alet yaralanmaları -Deri hastalıkları -Göz hastalıkları -Kanser -Solunum yolu hastalıkları -Enfeksiyonlar -Toksik etkiler -Psikosomatik bozukluklar -Depresyon -Migren, baş ağrıları -İşitme kaybı -Yorgunluk, bitkinlik -Yanık -Yangın -Elektrik çarpması -Düşmeler

Kaynak: * WEB_4

**Özkan 2005

Tablo 2.8.b Hastanelerdeki tehlike ve riskler

	Tehlikeler*	Riskler**
Kimyasal	<ul style="list-style-type: none"> -Temizlik ve dezenfeksiyon amaçlı kullanılan kimyasallar (Formaldehit, Gluteralehit, Alkollü el dezenfektanları, Klor) -Tedavi için kullanılan ilaçlar (Anestezik gazlar, Antineoplastikler, Tehlikeli ilaçlar, Antibiyotikler, Aerosollü ilaçlar, Hormonal ilaçlar) -Kimyasal atıklar (Atık anestezik gazlar, Lazer dumanı) -Tanı amaçlı kimyasallar (Ksilen, Parafin, Asitler, Alkol, Sıkıştırılmış gazlar) - Parlayıcı-patlayıcı-yanıcı kimyasallar (Petrol ürünleri, Oksijen, azot, CO2) -Diğer kimyasal ve maddeler (Lateks, Civa, Terör amaçlı kullanılan kimyasallar, sıkıştırılmış gazlar) 	<ul style="list-style-type: none"> -Allerji -Astım -Deri hastalıkları (dermatitler, alerjik ekzama) -Karaciğer toksitesi -Karsinojenik -Teratojenik -Mutajenik -Baş ağrısı -Göz hastalıkları -Solunum yolu hastalıkları -Human papillom virüs enfeksiyonları -Yorgunluk -Sinirlilik -Düşükler, prematür doğumlar -Zehirlenmeler
Ergonomik	<ul style="list-style-type: none"> -Hasta taşıma, kaldırma ile ilgili ergonomik tehlikeler -Bilgisayar kullanımı veya ofis ile ilgili ergonomik tehlikeler -Ekipman, mobilya ve malzeme taşıma ile ilgili ergonomik tehlikeler -Ekipmanların pozisyon ve tutulmasına bağlı ergonomik tehlikeler -Uygunsuz ve uzun süreli postürlere bağlı ergonomik tehlikeler -Titreşim -Kayma, tökezleme ve düşmelerle ilgili ergonomik tehlikeler 	<ul style="list-style-type: none"> -Kas-iskelet yaralanmaları -Karpal tünel sendromu -Varis -Boyun ve bel fitikleri -Kas iskelet sistemi hastalıkları -Düşmeler -İş kazaları

Kaynak: * WEB_4

**Özkan 2005

Tablo 2.8.c Hastanelerdeki tehlike ve riskler

	Tehlikeler*	Riskler**
Psikososyal	<ul style="list-style-type: none"> -Vardiya, iş yükü ve çalışma saatleri -Çalışma yaşamındaki çatışmalar -Yaşlanma -Teknostres -İş yeri streslerine bağlı ruh sağlığı sorunları (depresyon, anksiyete) -Şiddet, taciz -Yalnız çalışma -Mobbing -Madde bağımlılığı -Olağandışı durumlarla ilgili stresler -Strese neden olan sıkıntı veren veya iritan gürültüye maruz kalma -Strese yol açan kötü iç ortam havalandırmaya maruz kalma -Strese yol açan gün ışığına sınırlı erişime maruz kalma -Yalnız çalışma ile ilgili tehlikeler 	<ul style="list-style-type: none"> -Duygu durum bozuklukları -Tükenmişlik sendromu -İş doyumsuzluğu -Yabancılaşma -Kronik uykusuzluk -Yorgunluk -Hafıza ve konsantrasyon bozuklukları -Migren -Madde bağımlılığı -Psikosomatik hastalıklar -İrritabilite -Tükenme -Kronik yorgunluk -İntiharlar -Koroner arter hastalıkları -Hipertansiyon -Aile içi sorunlar -Malpraktis -İş kazaları -Motorlu araç kazaları

Kaynak: * WEB_4

**Özkan 2005

2.5.1.1.Biyolojik tehlike ve riskler

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında en çok karşılaştıkları tehlikeler biyolojik tehlikelerdir. Kan alma, kan bankası, laboratuvar, acil, hematoloji, onkoloji servisleri, ameliyathane ve diyaliz bölümleri biyolojik tehlikelerin en çok karşılaşıldığı bölümlerdir. Sağlık çalışanları çalışma ortamında bakteriler, virüsler, mantarlar, riketisyal, parazitler ve prionlar gibi enfeksiyon etkenleri ile karşılaşmaktadırlar. Bu etkenlerden HBV, hepatit C virüsü (HCV) ve HIV gibi virüsler önde gelmektedir. Sağlık çalışanları çalışma ortamlarında gerekli koruyucu önlemleri almazlarsa enfeksiyon etkenleri hastadan hastaya, hastadan sağlık personeline veya sağlık personelinden hastaya bulaşabilmektedir. Biyolojik etkenler hava yolu ile, hijyenik yol

ile ve kesici delici alet yaralanmaları ile olmak üzere sağlık çalışanlarına geçmektedirler. Enfeksiyon etkeni taşıyan kişilerle karşılaşmak ve kan, idrar, beden sıvıları önekleriyle çalışmak bu risklerle karşılaşmanın temel nedenleridir (Bayhan 2005, Taşcıoğlu 2007, Parlar 2008).

Biyolojik tehlikelerle karşılaşma sonucunda; solunum, kan, deri yoluyla bulaşabilen viral, bakteriyel ve protozal hastalıklar, gastrointestinal enfeksiyonları, influenza, sitomegalovirüs enfeksiyonları, kızamık, kızamıkçık, meningokok enfeksiyonu, hepatit, herpes, suçiçeği, AIDS, difteri gibi riskler oluşmaktadır. Sağlık çalışanları toplumun diğer kesimlerine göre üç kat daha fazla hepatit C riskine maruz kalmaktadırlar. Sağlık çalışanlarında enfeksiyon riski daha çok kesici delici alet yaralanmaları sonucunda görülmektedir. Bu yaralanmaların sebepleri ise; çalışanların dikkatsiz bir şekilde koruyucu önlemleri almadan çalışmaları ve özellikle kesici delici atıkların uygun şekilde atılmamasından kaynaklanmaktadır. Sağlık çalışanlarında iğne ucu ve peruktan yaralanmaları sayısı Center of Disease Control and Prevention (CDC) verilerine göre her yıl artmakta, hastane çalışanlarında yılda 385 bin enjektör yaralanması ve günde ortalama 1000 kesici-delici alet yaralanması olduğu bildirilmektedir. Hepatit B prevalansı da normal popülasyonun altı katıdır. ABD’de yılda 16000 sağlık çalışanı HIV ile iğne batmalarına ve her yıl 5000 sağlık çalışanı işyerindeki yaralanmalar nedeni ile hepatit-B, hepatit-C ve HIV etkenlerine maruz kalmaktadır. Virginia Üniversitesi’indeki Sağlık çalışanları Güvenlik Merkezi verilerine göre, her yıl 20 il 39 sağlık çalışanı HIV ile enfekte cisim yaralanmaları maruziyeti ile karşı karşıya kalmakta ve HIV ile enfekte cisim yaralanmalarına genellikle hemşireler maruz kalmaktadır. CDC’ye göre, enfekte iğne batmasıyla HIV görülme sıklığı %0,3, Hepatit_B görülme sıklığı (bağışık olmayan kişide) %6-30, hepatit-C görülme sıklığı ise %1.8’dir ve sağlık çalışanlarının güvenli araç-gereç kullanması durumunda, bu yaralanmaların %88 önlenilebileceği belirlenmiştir (Özkan 2005, Taşcıoğlu 2007, Uçak 2009).

KKKA’de sağlık çalışanlarına kan yoluyla bulaşan ölüme de neden olan bir hastalıktır. Türk Tabipleri Birliği (TTB) bugüne kadar 40’a yakın sağlık çalışanının bu hastalığa yakalandığını ve 10’a yakın sağlık çalışanının hayatını kaybettiğini tahmin ediyor (TTB Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi 2012).

Tüberküloz da (TBC) sağlık çalışanları için önemli bir biyolojik risktir. ABD’de yapılan bir çalışmada TBC insidansı toplumda yüz binde 8,4 iken sağlık çalışanlarında yüz binde 6,7 bulunmuştur. Kanada’da yapılan bir çalışmada toplumda TBC insidansı yüz binde 8,97 iken sağlık çalışanlarında yüzbinde 3,5-7,6 bulunmuştur. Güney Afrika Cumhuriyeti’nde TBC insidansı toplumda yüz binde 556 iken hemşirelerde yüz binde 1133 bulunmuştur. Ülkemizde farklı illerde yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının risk altında olduğu, özellikle göğüs hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerde riskin arttığı belirtilmiştir. Heybeliada Göğüs Hastanesinde çalışanlarda (1997) TBC prevalansı yüz binde 500, İzmir’de Dokuz Eylül Tıp Fakültesi, Ege Tıp Fakültesi, İzmir Göğüs Hastanesi ve Atatürk Eğitim Hastanesi’nde 1986-1998 yıllarını kapsayan tarama sonucunda 6156 kişi içinde 59 TBC hastası sağlık çalışanı bulunmuş ve göğüs kliniklerinde risk 6,37 kez fazla ve hemşirelerde doktorlara göre daha fazla bulunmuştur (Tahaoğlu vd. 2012).

2.5.1.2.Kimyasal tehlike ve riskler

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamında sıkça karşılaştığı kimyasallar, yararları olduğu kadar uygun şekilde kullanılmadıklarında insan sağlığına ve çevreye zarar vermektedirler. Çalışma ortamında sıkça bulunan kimyasal tehlikeler arasında; dezenfektanlar, antiseptikler, anestezi maddeler, sterilizasyon işlemi sırasında kullanılan gluteraldehid, formaldehit ve etilen oksit gibi maddeler, boya ve çözücüler, etil alkol ve türevleri, iyotlu bileşikler, lateks ürünler, sitotoksik ajanlar, ilaçlar ve solüsyonlar bulunmaktadır (Bayhan 2005, Taşcıoğlu 2007, Parlar 2008). Kimyasal maddeler temas yoluyla, inhalasyon yoluyla sağlık çalışanlarının vücuduna girmektedir. Kimyasal maddelerin etkinliği, maddenin yoğunluğuna, maruz kalma süresine, maruziyet yoluna ve kimyasalların özelliğine bağlıdır. Etkinlik ortamda diğer fiziksel ve kimyasal ajanların varlığına veya kişinin sağlık durumuna ve bağımlılıklarına (alkol, sigara vb) göre değişmektedir.

Kimyasal maddelerin pek çoğunun toksik etkisi bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının kimyasal maddelere maruz kalması akut ve kronik sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Kimyasal maddelere maruziyet sonrasında; dermatozlar, egzama gibi deri irritasyonları, allerjik reaksiyonlar, solunum yolu ve göz irritasyonları, olası kanserojen ve mutajen etkiler, toksik etkiler, üreme sistemi enfeksiyonları, uyku hali yakınması, baş ağrıları,

görme bulanıklığı ve teratojenik etkiler, gebe sağlık çalışanlarının maruziyeti sonucunda da erken doğumlar, düşükler, ölü doğumlar görülmektedir (Taşcıoğlu 2007, Parlar 2008).

2.5.1.3.Fiziksel tehlike ve riskler

Sağlık kuruluşlarında görülen fiziksel tehlikeler; elektrik düzeneği, kaygan zemin, gürültü, sıcak, radyasyon, yetersiz ışıklandırma, havalandırma ve asbest tozu olarak belirlenmiştir (Taşcıoğlu 2007).

Hastanelerde elektrikli cihazların kullanımı oldukça yaygındır. Bu cihazların kullanımı sırasında oluşabilecek kazalar sağlık çalışanları açısından önemli bir tehlikedir. NIOSH elektrik düzeneğindeki hataların ikinci sırada yangın sebebi olduğunu yapmış olduğu araştırmada bulmuştur. Elektrik çarpmaları da görülen kazalar arasında bulunmaktadır (Özkan 2005).

Gürültü istenmeyen rahatsız edici ses olarak tanımlanmaktadır (Özkan 2005, Parlar 2008). DSÖ'ne göre gürültü "bireyin ya da toplumun rahatını ve sağlığını olumsuz yönde etkileyebilen istenmeyen bir ses" olarak tanımlanmıştır. Ruhsal ve fiziksel sağlığı bozan gürültü iş gücü verimini olumsuz etkilemektedir. DSÖ'ne göre hastanelerdeki gürültünün gündüz 40 Db(A), gece 35 Db(A) civarında olması önerilmektedir. Gürültünün zarar verme düzeyi 85 Db(A) ve üzeridir (Parlar 2008).

Gürültünün insan sağlığı üzerinde, davranış bozuklukları, öfkelenme, sıkılma duygusu, yorgunluk, uyku bozuklukları, baş ağrısı, dolaşım semptomları, geçici veya kalıcı işitme kayıpları, iş veriminde azalma, dikkat ve konsantrasyon bozukluğu gibi etkileri olmaktadır (Taşcıoğlu 2007, Parlar 2008).

NIOSH, hastanelerde ortam ısısının 25°'nin üzerinde olmasının sağlık çalışanlarında kalp krizi, tükenme ve yorgunluk, sıcak basması, kramp ve baygınlık gibi sağlık sorunlarına sebep olacağını belirterek ısının yazın 20°-24°, kışın 22°-26° olması gerektiğini önermiştir (Özkan 2005, Taşcıoğlu 2007).

Hastanelerde çok fazla alanda iyonlaştırıcı radyasyon tanı veya tedavi amaçlı kullanılmaktadır. İyonizan radyasyona maruziyet sonucunda hücrelerde malign transformasyon ile kansere, mutasyonlara ve bunun sonucu genetik etkilere ve hücre ölümü ile akut somatik etkilere neden olmaktadır (Bayhan 2005). Yıllık olarak alınmasına izin verilen doz 5 remdir. Kardiyak kataterizasyon sırasında bir hekimin işlem başına maruz kaldığı radyasyon düzeyi 10-15mR olarak hesaplanmıştır (Özkan 2005).

2.5.1.4.Psikososyal tehlike ve riskler

Hastanelerde psikososyal tehlikeler; yapılan işin sorumluluğunun baskısı, çalışma sürelerinin uzun olması, gece vardiyası, stres, olumsuz yaşam deneyimleri (ölümcül hastalıklar), iş yükünün fazla olması, rollerin belirsizliği, ekip içi çatışma yaşanması, yoğun çalışma temposuyla birlikte ailenin ve çocukların getirdiği sorumluluklar, kullanılan cihazların karmaşık olması, eğitim ve benzeri olanakların sınırlı olması, hasta ve hasta yakınlarının anksiyeteli olması sayılabilir. Bu etkenlerin sağlık çalışanlarına etkileri ise; uyku hali, baş ağrısı, depresyon, tükenme, iş değiştirme veya işten ayrılma, alkol ve madde bağımlılığı olarak belirtilmektedir (Bayhan 2005, Taşcıoğlu 2007, Parlar 2008).

Sağlık çalışanları çalışma ortamındaki stres yaratıcı etkenlerle baş edemedikleri zaman tükenmişlik (burn out) yaşıyorlar. Maslach tükenmişliği “kişinin profesyonel iş yaşamında ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde olumsuzluklara yol açan özsaygı yitimi, kronik yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının gelişimi ile birlikte seyreden fiziksel, duygusal ve entelektüel tükenmeyle karakterize bir sendrom olarak tanımlamıştır. Tükenmişlik sonucunda sunulan hizmette aksamlar olmakla birlikte tükenmişlik yaşayan kişide fiziksel ve zihinsel sorunlar görülmektedir. Yapılan çalışmalarda tükenmişliğin en yüksek olduğu meslek grubunun hemşireler olduğunu görülmüştür. Bunun nedenleri; hemşirelerin hastalarla daha yakın ilişkide olmasından dolayı hastaların tüm sorunlarıyla iç içe olmaları, hemşirelik eğitiminin doyurucu olmaması, hemşirelerin görev tanımlarının açık bir şekilde yapılmamış olması, çalışma ortamında diğer meslek gruplarıyla (hekimle) hiyerarşinin çok fazla hissedilmesi, hemşirelik eğitimi farklı düzeylerde olsa da bunun çalışmaya yansımamış olması, kariyer planlamasının yapılamaması, eleman sayısının yetersizliğinden dolayı yoğun

çalışma temposu, nöbet-vardiya sistemiyle çalışılıyor olması, ağır ölümcül hastalara bakım vermek, çalışma koşullarına göre ücretin düşük olması, çocuk bakımıyla ilgili sorunlar yaşamaları, kurumlarda kreş imkanının olmaması sayılabilir (Bayhan 2005, Taycan vd 2006, Altay vd 2010).

Şiddet son yıllarda artan sağlık çalışanları psikososyal riskleri arasında yer almaktadır (Bayhan 2005). DSÖ'ne göre şiddet, fiziksel saldırı, cinayet, sözel saldırı, duygusal, cinsel veya ırksal taciz olarak tanımlanmaktadır. Sağlık kurumları şiddetin en çok görüldüğü kurumlardır. Sağlık Sektöründe Mesleksi Şiddet 2002 raporuna göre tüm şiddet olaylarının %25'i sağlık sektöründe gerçekleşmektedir. Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarından en çok şiddete maruz kalanların hekim ve hemşireler olduğunu göstermektedir (Çamcı ve Kutlu 2011, Elbek ve Adaş 2012). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet "sağlıkta dönüşüm programının" uygulanmasıyla birlikte artış gösterdiği yapılan araştırmalarla gösterilmiştir (Elbek ve Adaş 2012). Sağlık kurumlarında şiddetin fazla görülmesinin sebepleri; 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli hasta yakınları, personel sayısının yetersiz olmasından dolayı hastaların beklentilerine hemen cevap verilememesi, hasta ve hasta yakınlarının beklemek istememesi, şiddetle baş etme konusunda personelin eğitimsiz olması ve şiddetle ilgili yasal düzenlemelerdeki yetersizlik sayılabilir (Çamcı ve Kutlu 2011). Ayrıca son yıllardaki sağlık politikalarından dolayı sağlık çalışanlarının değersizleştirilmesi şiddeti arttıran nedenlerdendir. Mobbing ise şiddetin psikolojik boyutta olanıdır. Mobbing iş yerinde psikolojik taciz, psikolojik şiddet, duygusal taciz, yıldırma şeklinde tanımlanmaktadır. Mobbing çalışanlara üstleri, astları veya eşit düzeydeki çalışanlar tarafından sistematik olarak uygulanan her türlü kötü muameleyi içermektedir (Yiğitbaş ve Deveci 2011).

2.5.1.5.Ergonomik tehlike ve riskler

Ergonomi, çalışanların yaşam kalitesini yükseltmek için çalışma ortamını ve kullanılan araç gereci bilimsel veriler altında düzenlemek olarak tanımlanabilir. Ergonomik tehlikeler, uygun olmayan beden duruşu, sabit oturma, tekrarlayıcı hareketler, ağır kaldırma, titreşimdir (Bayhan 2005, Özkan 2005, Taşcıoğlu 2007). Bu tehlikeler sağlık çalışanlarının yaralanmasına neden olmaktadır. Hemşirelerin hasta kaldırmaları ve ameliyathane personelinin uzun süre aynı pozisyonda kalması

ergonomik stres nedenidir. Ergonomik tehlikeler sağlık çalışanlarında kas iskelet sistemi hastalıklarının artmasına neden olmaktadır (Bayhan 2005, Bilir ve Yıldız 2013).

Sağlık çalışanlarının sık karşılaştığı yaralanmalardan biri de kas iskelet sistemi yaralanmalarıdır. Hemşireler için kısa sürede işleri yerine getirmek için kötü pozisyonda hızlı hareket etmeleri tehlike oluşturmaktadır. Ayrıca acil müdahale gerektiren hastaların olması, personel eksikliği ve fazla mesai gibi etkenler bu riskleri arttırmaktadır. Ameliyathane çalışanlarının uzun süre aynı pozisyonda kalması da ergonomik risk nedenidir. Sağlık çalışanlarını yaşamış oldukları stres ve gerginlik kas iskelet sistemi rahatsızlıklarını arttırmaktadır (Bayhan 2005). Laboratuvar ortamında veya mikroskop başında çalışan teknisyenler uzun süre aynı pozisyonda durmaktan veya ergonomik olmayan sandalye ve taburelerde oturmaktan dolayı farklı kas iskelet sistemi sorunları ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Bölükbaşı 1999).

2.5.1.6. Koruyucu önlemler

İş sağlığı ve güvenliğinde alınan önlemler; mühendislik, idari ve kişisel koruyucu donanım (KKD) başlıklarında ele alınabilir. Mühendislik ve idari öncelikli olmakla birlikte kişisel koruyucu donanımın sağlanması, kullanılması için eğitimlerle çalışanda davranış değişikliğini gerçekleştirme yükümlülüğü de söz konusudur.

Tehlike ve risklerde alınacak kontrol ve önlemler Tablo 2.9'da belirtilmektedir.

Tablo 2.9 Tehlike ve risklerde alınacak kontrol ve önlemler

Kontrol ve Önlemler	
Mühendislik Önlemleri	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elimine etme, azaltma ▪ Yerine koyma ▪ Yerel havalandırma, genel havalandırma ▪ İzolasyon/kapalı sistemler ▪ Uygun kimyasal depolama ▪ İş makineleri (taşıma, kaldırma vb) ▪ Daha az zarar verecek ekipman tasarımı ▪ Çalışma ortamının tasarımı ▪ İş aktiviteleri için mühendislik girişimleri ▪ İzolasyon odaları, negatif basınçlı odalar ▪ Ekipmanlar için koruyucuların geliştirilmesi ▪ İklimlendirme ▪ Alarm-panik butonları
İdari Önlemler	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politika belirlenmesi ▪ Güvenli çalışma prosedürleri ▪ Maruziyet yanıt prosedürlerinin geliştirilmesi ve tehlikeye maruz kalan çalışanların izlenmesi ▪ Çalışma ortamının düzenlenmesi ▪ Uygun sayıda ve nitelikte çalışanın sağlanması ▪ KKD sağlanması ve çalışanlar tarafından kullanımının sağlanması ▪ Tehlikelere bağlı belirti ve bulguların erken raporlanması-bildirilmesinin sağlanması ▪ Tıbbi surveyans (periyodik muayeneler) ▪ Ortam ölçümlerinin yapılması ▪ Çalışanların eğitimi
Kişisel Koruyucu Donanım (KKD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eldivenler ▪ Göz koruyucuları ▪ Yüz koruyucuları ▪ Kulak koruyucuları ▪ Solunum koruyucuları ▪ Koruyucu giysi ▪ Uygun ayakkabılar

Kaynak: WEB_4

2.5.2.Risk değerlendirmesi

Çalışma ortamlarındaki tehlikelerin ve bu tehlikelerin hangi durumlarda riske donüştüğünün bilinmesi gerekir. Bu durum bilinmediği taktirde çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli olması mümkün olmamaktadır. Çalışma ortamındaki tehlikeler önlenmediğinde riske, risk önlenmediğinde ise iş kazalarına ve meslek hastalıklarına ve bunların sonucu olarak sakatlık ve ölümlere yol açmaktadır. Bu nedenle risk değerlendirmesi yapılması gerekmektedir. Çalışanları alışma ortamındaki risklerden koruyabilmek için çalışma ortamındaki sağlık güvenlik risklerinin tespit edilmesi çalışmalarına risk değerlendirilmesi denir (Bilir ve Yıldız 2013). Risk değerlendirmesi ile güvenliğe yönelik tedbirler, çalışanların kullanması gereken kişisel koruyucu ekipmanlar, çalışanlara yapılması gereken sağlık taramaları ve eğitimler belirlenebilir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2012). Hangi riskin nasıl bir plan dahilinde öncelikle kontrol edilmesi gerektiği ve sonuçların nasıl değerlendirileceği konuları “risk yönetimi”dir. İş yerinde bulunabilecek tehlikeler risk değerlendirmeye değerlendirilerek riskin miktarı, düzeyi hakkında fikir edinilir. Daha sonra riskin çalışanlar tarafından algılanması ve risk yönetimi konuları gelir (Bilir ve Yıldız 2013).

Risk değerlendirmeye mevzuat açısından bakacak olursak uluslar arası düzeyde; ILO’nun 1981 tarihinde kabul ettiği 155 sayılı “İşçi Sağlığı, İş Güvenliği ve alışma Ortamına İlişkin” sözleşmeyle çalışma ortamının ve kullanılan araçların test edilmesi, ölçülmesi ve kontrolünü vurgulamaktadır. Yine ILO’nun 1985 tarihinde kabul ettiği 161 sayılı İşçi Sağlığı Hizmetlerine İlişkin sözleşmede de iş yerlerinde sağlığa ilişkin risklerin tanımlanması üzerinde durulmaktadır. Türkiye’de bu iki sözleşmeyi kabul etmiştir. Ulusal düzeyde ise risk değerlendirmenin hukuki dayanağı 4857 sayılı İş Kanunu Madde 77’dir. İlgili maddede ”işverenler işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için gerekli her türlü önlemi almak, araç ve gereçleri noksansız bulundurmak; işçiler de iş sağlığı ve güvenliği konusunda alınan her türlü önleme uymakla yükümlüdürler.” şeklinde ifade edilmektedir (Ceylan ve Başhelvacı 2011, ILO 2009).

Ayrıca, işverenler iş yerinde alınan işçi sağlığı ve güvenliği önlemlerine uyulup uyulmadığını denetlemek, işçileri karşı karşıya buldukları mesleki riskler, alınması gerekli tedbirler, yasal hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmek ve gerekli işçi

sağlığı ve güvenliği eğitimini vermek zorundadırlar. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği Madde 9 (a)'da; "işveren; işyerinde risklerden özel olarak etkilenebilecek işçi gruplarının durumunu da kapsayacak şekilde sağlık ve güvenlik yönünden risk değerlendirmesi yapar; risk değerlendirmesi sonucuna göre, alınması gereken koruyucu önlemlere ve kullanılması gereken koruyucu ekipmana karar verir." denmektedir.

20.6.2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'na bağlı çıkan 29.12.2012 tarih, 28512 sayılı "İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirme Yönetmeliği" ikinci bölüm Madde-5'te İşveren; çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır" ifadesi bulunmaktadır.

Risklerin kontrol edilmesi belirli bir sıralama içinde önlemlerin alınması ile mümkündür. Kontrollerin hiyerarşik düzeni aşağıda sıralandığı gibidir:

- Tehlikeyi ortadan kaldır
- Tehlikeyi oluşturan etmeni, mümkünse daha az tehlike olanla değiştir
- Tehlikeyi azaltan teknik tedbirleri al
- Tehlikeden sakın
- İşyerinde önlem al
- Kişisel koruyucular kullan (Ceylan ve Başhelvacı 2011).

Risk değerlendirmesinde, tehlikelerin belirlenmesi ve maruziyetin değerlendirilmesi gerekmektedir. Risk değerlendirme, işle ilgili faaliyetlerden kaynaklanan ve çalışanlara ve çevreye olabilecek olası zararların en aza indirilmesine yardım eder. Risk değerlendirme için, öncelikle çalışma ortamında hangi tür risk faktörlerinin var olduğu belirlenmeli, daha sonra bu faktörlerin düzeyi saptanmalı ve bu faktörlerin çalışma ortamında kimleri etkilediği konuları değerlendirilmelidir (Taşcıoğlu 2007, Bilir ve Yıldız 2013).

Risk değerlendirmesinin aşamaları;

- Mevcut durumun tespit edilmesi
- Tehlikelerin belirlenmesi
- Risklerin tanımlanması
- Risklere yönelik önlemlerin alınması

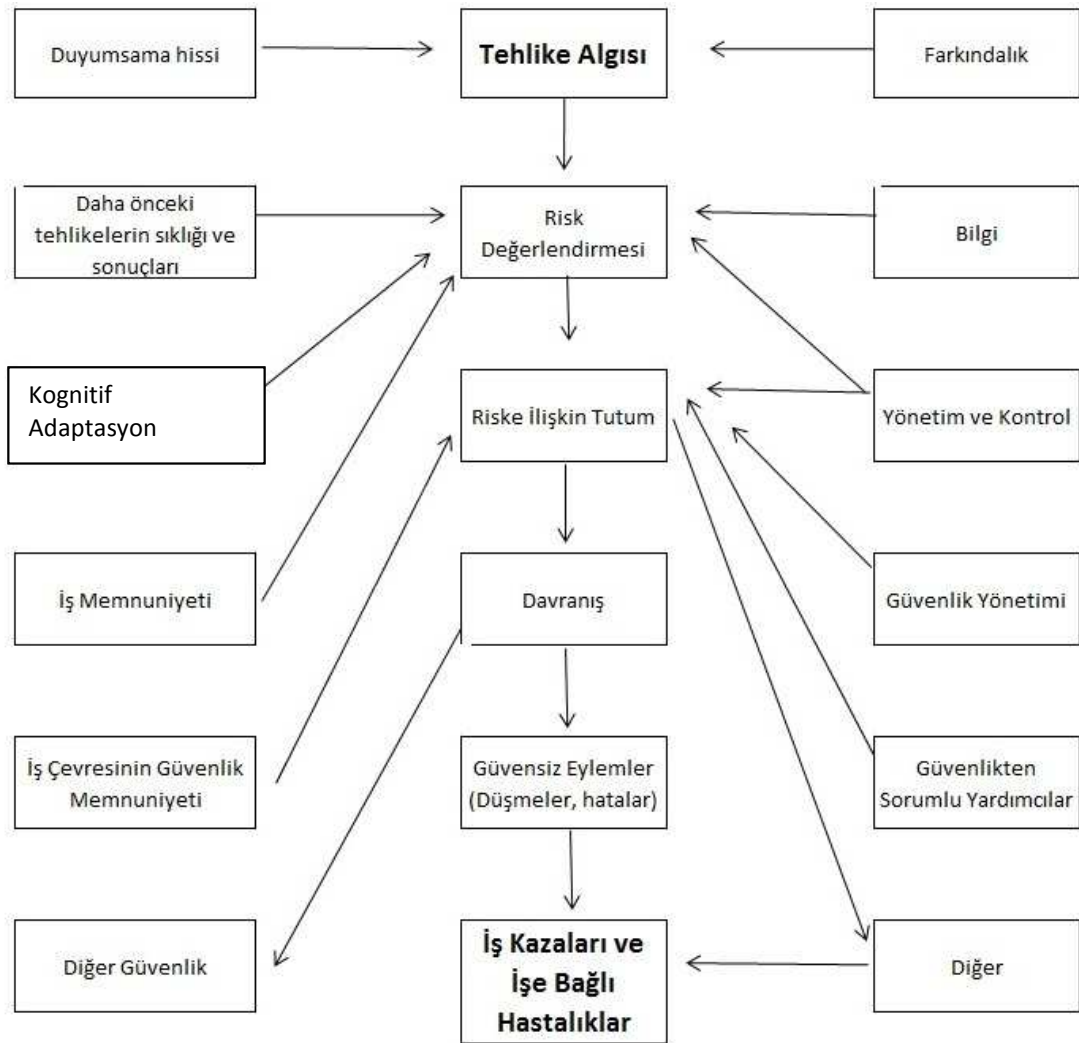
- Önlemlerin devamlılığın sağlanması
- Risk değerlendirme güncellemesi yapılmasıdır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2012).

2.6.Tehlike ve Risklerin Algılanması

Risk kavramı çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Manavgat Sakaoglu ve Mandiracioğlu'nun (2012) çalışmasında “tehlikeli bir olayın veya maruz kalma durumunun meydana gelme olasılığı ile olay veya maruz kalma durumunun yol açabileceği yaralanma veya sağlık bozulmasının ciddiyet derecesinin birleşimi” şeklinde tanımlanmıştır. Erdoğan ve Ergün'ün (2011) çalışmalarında belirttikleri üzere Sjoberg riski, bir olayın olma olasılığının bu olayın olumsuz sonucunu artırması olarak tanımlayarak kişilerin olası durumlar üzerinde düşünerek en az negatif sonuç doğuracak seçeneğe yöneldiğini belirtmiştir. Risk algısı ise; Sakaoglu Manavgat ve Mandiracioğlu (2012) tarafından riskin niteliği ve şiddeti hakkındaki öznel yargı olarak tanımlandığı gibi, Erdoğan ve Ergün (2011) tarafından belli bir davranışın belli bir tehdit oluşturacağı düşüncesinden yola çıkarak yeni bir davranışın oluşturulması süreci olarak da tanımlanmaktadır.

Risk algısını etkileyen etmenler; maruz kalışın gönüllü ya da zorunlu olması, riskin kontrol edilebilirliği, riske aşına veya yabancı olunması, geri dönülebilirlik, riske maruz kalan kişi sayısı, riskin etkisinin geç yada erken çıkması, sonucun şiddeti, sonucun olağan ya da dehşet verici olması ve riskin sonuçlarının çalışan tarafından bilinmesi şeklinde tanımlanmıştır (Özkan 2005, Erdoğan ve Ergün 2011, Sakaoglu ve Manavgat 2012). Çalışan işi gönüllü yapıyorsa ya da yaptığı işin yarar sağlayacağını düşünüyorsa yaptığı işi riskli algılamaz (WEB_3). Risk algısı, çalışanın deneyimlerinden, bilgisinden, emir alıp almama durumundan, psikolojik ve kültürel özelliklerinden etkilenmektedir (Özkan 2005, Alexopoulos vd 2009, Erdoğan ve Ergün 2011). İç faktörler (deneyim, hafıza, stres, ruh hali) ve dış faktörler (çevre, gruplar, işaretler, koruyucu faktörlerin olmaması) algıyı, algı da kararları etkileyerek güvenli ya da riskli davranışın oluşmasına neden olmaktadır (WEB_3).

Risk algısı ve riskli davranışlar riskli durumların değişmesiyle değişmektedir. Risk algısının sosyobilişsel modeli bu değişimi göstermektedir. Sosyobilişsel modele göre, karşılaşılan tehlikelerin sıklığı ve sonuçları, bilişsel adaptasyon, iş memnuniyeti, çalışma ortamını güvenli bulma, tehlike bilgisi gibi faktörler risk algısını etkilemekte ve bu faktörlere göre hareket oluşturmaktadır (Şekil 2.1).



Şekil: 2.1. Çalışma ortamındaki tehlikelerde risk algısının sosyobilişsel modeli (Mearns and Flin 1996).

Yapılan araştırmalar riske verilen yanıtı aileler, çalışma arkadaşları ve sosyal çevre tarafından kişiye aktarılan bilgilerin etkilediğini göstermektedir. Bu yüzden risk algısı sonradan değişip şekillenebilmektedir (Özkan 2005).

Çalışanların tehlike ve riski küçümsemeleri önlem almalarını engelleyip zarar görmelerine bile sebep olabilir. Çalışanlar çalışma ortamındaki riskler konusunda bilgi sahibi olurlarsa, stresleri azalır riske karşı koruyucu davranışları artmaktadır (Özkan 2005).

Sağlık çalışanları ile ilgili risk algısı çalışmaları yetersizdir. Radyasyonla çalışan hekimlerin risk algısını belirlemeye yönelik yapılan, hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamından kaynaklanan risklerini ve risk algılarını değerlendiren, hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin risk algısını belirlemeye yönelik, Diş Hastanesi'nde yapılan, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde kişisel dozimetre taşıyan sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmalar bulunmaktadır (Uçar 1996, Bayhan 2005, Taşcıoğlu 2007, Ocek vd 2008, Sakaoğlu Manavgat ve Mandıracıoğlu 2012). Tüm hastane çalışanlarının risk algısını belirlemeye yönelik çalışma bulunmamaktadır. Teknisyenlerin de risk algısını belirlemeye yönelik çalışma bulunmamaktadır. Risklerle ilgili radyolojik, ergonomik, delici kesici riskler gibi tek boyutlu çalışmalar mevcuttur. Riskleri belirlemeye yönelik çalışmalar olmakla birlikte risk algısını belirlemeye yönelik çalışmalar sınırlıdır.

Bu çalışmada, Pamukkale Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde (PAÜEUAH) çalışan hemşire (sağlık memuru, ebe) ve teknisyenlerin mesleki risk algılama durumlarının ve bunu etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

3.MATERYAL VE METOT

3.1.Araştırmanın Yeri

Araştırma PAÜEUAH'de yürütülmüştür. Hastane 336 yatak kapasitesine sahiptir. Yılda ortalama 314.134 kişi ayaktan poliklinik hizmeti, 24.390 kişi de servislerde yatarak hasta hizmeti almaktadır. Ayrıca yıllık ortalama 23.528 ameliyat, 146.768 radyoloji işlemi ve 2.656.107 laboratuvar işlemi yapılmaktadır.

3.2.Evren ve Örneklem

Araştırma, PAÜEUAH'de yapılmıştır. Kesitsel tipteki çalışmanın örnekleme; hekim dışı sağlık çalışanlarından hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyeni ve sağlık teknikeri olarak çalışan tüm çalışanlardan oluşmaktadır. Örnek seçilmeyip tüm hekim dışı çalışanlara ulaşılması hedeflenmiştir. Hastanede evren kapsamında 229 hemşire, 18 ebe, 14 sağlık memuru, 30 sağlık teknikeri, 45 sağlık teknisyeni ve 13 laborant olmak üzere 349 kişiden oluşmaktadır. Evrenin 240'ına (%69) ulaşılmıştır. Araştırmaya katılanların 211'i hemşire, 28'i teknisyendi.

3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma PAÜEUAH hemşire (ebe, sağlık memuru) ve teknisyenler üzerinde yapılmıştır. Araştırmaya tüm sağlık çalışanları dahil edilmemiştir.

Elde edilen bulgular Denizli ve Türkiye'de yer alan diğer hastanelere ve tüm sağlık çalışanlarına genellenemez.

Araştırmayı yaparken risk algısı ile ilgili bir ölçek kullanılmamıştır. Bulgular anket formundaki sorularla sınırlıdır.

3.4. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Yapılan çalışmada tek bir risk (enfeksiyon, radyasyon vb) değil; risklerin tümü ele alınmıştır. Önlemler ve koruyucu davranışlar dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmada Elde Edilen Veriler

Bu çalışmada mesleki risk algılamaları ve bunu etkileyen faktörler (demografik ve çalışma yaşamı) araştırılmıştır. Çalışmanın temel bağımlı değişkeni mesleği riskli olarak algılama durumudur. Bununla birlikte mesleki risklerle ilgili olarak mesleki risklere maruziyet durumları, önlem alma, çalışanlara göre kurumun aldığı önlemler, koruyucu malzeme temininde güçlük, işe bağlı sağlık sorunu öyküsü bağımlı değişken olarak değerlendirilmiştir. Etkileyen faktörler olarak sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, kadro durumu), çalışma yaşamı ile ilgili özellikler (unvanı, çalıştığı bölüm, çalışma saatleri, nöbetleri, fazla mesai, fazla mesailerin ödenmesi, görevi dışında iş yapma durumu) bağımsız değişkenler olarak sorgulanmıştır.

Mesleki risk algıları, sosyo-demografik özellikler ve çalışma yaşamına ait özellikleri içeren, kapalı ve açık uçlu 34 sorudan oluşan anket formu hazırlanmıştır (Ek-1). Görev unvanı, çalıştığı bölüm, nöbet sayısı, bilgilendirildikleri riskler, risklerle ilgili bilgilendiren birim, işte riskli algıladıkları durumlar, el yıkama ve eldiven dışında alınan koruyucu önlemler, bölümde maruziyeti azaltmak için alınan önlemler, yapılan sağlık taramaları, risk tespit çalışmaları ve mesleki risklere yönelik kurumdan beklentileri soruları açık uçlu olarak hazırlanmıştır.

Mesleki risklerle ilişkin daha önce yapılan çalışmalar göz önüne alınarak tehlike ve risklerin en sık rastlananları ankette yer almıştır. Ergonomik (ağır kaldırma, sürekli ayakta kalma.), biyolojik (yaralanma, iğne batması, enfeksiyon), fiziksel (radyasyon), kimyasal (ilaçlar, anestezi gazları, dezenfektan solüsyonlar) ve psikosozal (şiddet) olarak en sık rastlananlara ankette yer verilmiştir.

Kriterler:

Sosyo-demografik değişkenlere ve çalışma yaşamı bilgilerine göre mesleki riskle ilgili değişkenlerin analizlerinde aşağıdaki gruplandırmalar yapılmıştır.

- Unvan: Hemşire, sağlık memuru ve ebeler hemşire, radyoloji, anestezi ve laboratuvar teknisyenleri teknisyen olarak kabul edilmiştir.
- İşle ilgili risk algısı: Bu soruya hayır, hiçbir riski yok ve evet, biraz riskli yanıtları “riskli değil”; orta düzeyde ve çok riskli yanıtları “riskli” olarak değerlendirilmiştir.
- Önlem: nlemlerden herhangi birini kullananlar “nlem alan”, hiçbirini kullanmayanlar “nlem almayan” olarak kabul edilmiştir.
- Hastalık geçirme durumu: İşle ilgili sağlık sorunu/hastalık geçirdiğini belirtenler “işle ilgili hastalık geçiren”, belirtmeyenler “işle ilgili hastalık geçirmeyen” olarak kabul edilmiştir.
- Riskle karşılaşma durumu: Ankette belirtilen risklerle karşılaşma durumlarına göre hiç ve bazen karşılaşanlar “hiç-bazen”, sık sık ve sürekli karşılaşanlar “sık sık-sürekli” olarak kabul edilmiştir.

3.6.Verilerin Toplanması

Veriler 10 Ağustos – 5 Eylül 2012 tarihlerinde anket formunun çalışanların kendi kendine doldurması şeklinde toplanmıştır. Anket formları çalışanlara verilip yanıtlayarak bir gün sonra getirmesi istenmiştir. Anketlerin elde edilmesi için katılımcılara maksimum üç kez gidilmiştir. Bu sürede getirmeyen sağlık çalışanları araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.7.Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS version 10,0 istatistiksel paket program yardımıyla bilgisayar ortamında; tanımlayıcı istatistik, analitik istatistik (ki-kare analizleri) kullanılmıştır. Sosyo-demografik özellikler, çalışma yaşamına ilişkin bilgiler ile işle ilgili risk algısı, önlem alma durumu, işle ilgili hastalık geçirme öyküsü, riskle

karşılaşma düzeyi arasındaki ilişkiler ki-kare analizleri ile test edilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8.İzin

Araştırma ile ilgili PAÜEUAH'den izin alınmıştır.

4.BULGULAR

Araştırmada 211 hemşire, 28 teknisyen ve 1 kişi göreviniz sorusuna cevap vermeyen olmak üzere toplam 240 çalışana ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmama nedenleri olarak kişilerin %10'unun izinli, %11'inin raporlu ve %20'sinin üç kez gidilmesine karşın anketi doldurmayı ve araştırmaya katılımı reddetmesidir.

Araştırmaya katılanların çoğunluğu (%83.8) kadındır, yaş ortalaması ise 29.9 ± 6.1 dir. Yaklaşık yarısı (%48.7) 30 yaştan küçük iken, diğer yarısı 30 yaş ve üzeridir.

Araştırmaya katılanların %62.1'i evli olup %33.3'ü bekadır. Eğitim düzeyleri açısından %55.0'ı lisans mezunu, %22.9'u ön lisans mezunu, %18.3'ü sağlık meslek lisesi mezunudur (SML) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1 Hemşire ve teknisyenlerin sosyo demografik özellikleri

	Sayı	%
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	201	83.8
Erkek	39	16.3
<i>Yaş</i>		
<25	55	22.9
25-29	62	25.8
30-34	61	25.4
35 ve üzeri	62	25.8
<i>Medeni Durum</i>		
Evli	149	62.1
Bekar	80	33.3
Boşanmış	9	3.8
Dul	2	0.8
<i>Eğitim Durumu</i>		
Sağlık Yüksek Okulu (SYO)	132	55.0
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu (SHMYO)	55	22.9
Sağlık Meslek Lisesi	44	18.3
Yüksek Lisans	9	3.8

Araştırmaya katılanların çoğunluğu (%87.9) hemşire, %11.7'si teknisyenlerdir. İstihdam açısından kadrolu (657-4a) personeller %60.3 iken, taşeron şirket (4857) üzerinden çalışanlar %18.8'dir. Araştırmaya katılanların yaklaşık yarısı (%51.0) kliniklerde çalışmaktadır. Diğer çalışılan bölümler yoğun bakım/derlenme %13.8, acil %8.4, ameliyathane %6.7, laboratuvarlar %5.9, görüntüleme merkezleri %5.4, poliklinikler %3.3, kan alma %3.3 ve merkezi sterilizasyon ünitesi %2.1'dir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Katılanların çalışma yaşamına ilişkin özellikleri

	Sayı	%
<i>Kadro Durumu</i>		
657-4a	144	60.3
657-4b	50	20.9
Taşeron (4857)	45	18.8
<i>Görev Unvanı</i>		
Hemşire/sağlık memuru/ebe	211	87.9
Teknisyen	28	11.7
<i>Yanıtsız</i>	1	0.4
<i>Çalışılan Bölüm</i>		
Klinikler	122	51.0
Yoğun bakım/derlenme	33	13.8
Acil	20	8.4
Ameliyathane	16	6.7
Laboratuvarlar	14	5.9
Görüntüleme merkezleri	13	5.4
Poliklinikler	8	3.3
Kan alma	8	3.3
Merkezi sterilizasyon ünitesi	5	2.1
<i>Yanıtsız</i>	1	0.4

Araştırmaya katılanların %35.6'sı mesai saatleri içinde görevine ek olarak işler yaptıklarını bildirmişlerdir. Bu işler; sekreterlik (%74.1) ilk sırayı alırken temizlik işleri (%18.7) ikinci sıradadır (Tablo 4.3). Çalışanların ortalama nöbet sayısı 8.3 ± 2.8 'dir.

Tablo 4.3 Araştırmaya katılanların görev dışı iş yapma durumları

	Sayı	%*
Görev Dışı İş		
Yok	154	64.4
Var	85	35.6
Görev Dışı İşler		
Sekreterlik	63	74.1
Diğer	19	25.3
Temizlik işleri	14	18.7
Posta hizmetleri	7	8.23

* İki çeşit yüzde alınmıştır: Görev dışı iş yapma durumu toplama göre; yapılan işler ise ek iş yapan sayısına göre.

Çalışmada sağlık çalışanlarının mesleki risk algıları kapsamında işi riskli algılama durumları, hastane ortamında risk taşıyan durumlar, riskli durumlarla karşılaşma sıklıkları, konu hakkında bilgilendirilme durumları sorgulanmıştır. Çalışanların %69.5'i işlerini çok riskli algılamakta, %2.1'i riskin olmadığını, %9.6'sı ise biraz riskli olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.4). Araştırmaya katılanların %88.3'ü işlerini riskli (orta düzey riskli + çok riskli) algılamıştır. Hemşirelerin %90'ı riskli (orta düzey riskli + çok riskli) algılamakta; teknisyenlerin %75'i riskli (orta düzey riskli + çok riskli) algılamıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 Araştırmaya katılanların işi riskli görme durumu

	Hemşireler		Teknisyenler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İşe İlişkin Risk Algı Durumu						
Risk Yok	3	1.4	2	7.1	5	2.1
Biraz Riskli	18	8.5	5	17.9	23	9.6
Orta Düzey Riskli	38	18.0	7	25.0	45	18.8
Çok Riskli	152	72.0	14	50.0	166	69.5

Araştırmaya katılanlar için en sık belirtilen riskli durum invaziv girişimlerdir (%45.0). Bunu enfeksiyon (%19.2), hasta ve hasta yakınları (%11.3) izlerken koruyucu önlem almadan çalışma en az belirtilen (%1.3) risk taşıyan durumdur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 Araştırmaya katılanlara göre hastane ortamı ile ilgili riskli algıladıkları durumlar

	Sayı	%*
Risk Taşıyan Durumlar		
İnvaziv girişimler	108	45.0
Enfeksiyon	46	19.2
Hasta ve hasta yakınları	27	11.3
Kemoterapötik İlaçlar	24	10.0
Kullanılan aletler	24	10.0
Kimyasal maddeler	17	7.1
Radyasyon	16	6.6
Gece nöbeti	13	5.4
Ağır kaldırma	10	4.2
Uzun süre ayakta kalma	8	3.3
Eksik malzeme	5	2.1
Tüberküloz	5	2.1
Atıklar	4	1.7
Koruyucu önlem almadan çalışma	3	1.3

*: Birden fazla yanıt verilebilir

Araştırmaya katılanların çalışma ortamından kaynaklı risklerle sürekli ve sık sık karşılaşma durumları birlikte ele alındığında en sık karşılaşılan riskler şunlardır: Sürekli ayakta kalma (%86.5), enfeksiyon (%64.2), dezenfektanlar (%48.3), ağır kaldırma (%31.9), radyasyon (%28.1), iğne batması (%24.7), yaralanma (%18.3), antineoplastikler (%15.9), şiddet (%14.1) ve anestezi gazlarıdır (%5.5) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Araştırmaya katılanların çalışma ortamından kaynaklı risklerle karşılaşma sıklığı

	Sürekli	Sık sık	Bazen	Hiç
Riskler	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Sürekli ayakta kalma	120 (50.6)	85 (35.9)	24 (10.1)	8 (3.4)
Enfeksiyon	72 (30.4)	80 (33.8)	76 (32.1)	9 (3.8)
Dezenfektan solüsyonlar	60 (25.4)	54 (22.9)	83 (35.2)	39 (16.5)
Radyasyon	32 (13.6)	34 (14.5)	73 (31.1)	96 (40.9)
Ağır kaldırma	24 (10.2)	51 (21.7)	111 (47.2)	49 (20.9)
Antineoplastik ilaçlar	19 (8.2)	18 (7.7)	47 (20.2)	149 (63.9)
İğne batması	16 (6.7)	43 (18.0)	158 (66.1)	22 (9.2)
Yaralanma	11 (4.7)	32 (13.6)	145 (61.4)	48 (20.3)
Şiddet	15 (6.6)	17 (7.5)	94 (41.6)	100 (44.2)
Anestezi gazları	9 (3.8)	4 (1.7)	26 (11.1)	195 (83.3)

Araştırmaya katılanların yarısı mesleki risklerle ilgili bilgilendirilmiştir. Bilgilendirildikleri riskler arasında enfeksiyon (%74.4) ilk sırayı almakta, bunu ilaçlar (kemoterapötikler vb.) (%11.6) ve radyasyon (%6.6) izlemektedir. Bilgi verenlerin %40.0'ı birim sorumlusudur ve bunu Enfeksiyon Kontrol Komitesi (%19.0) izlemektedir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 Araştırmaya katılanların mesleki risklerle ilgili bilgilendirilme durumları

<i>Çalışma Ortamının Risklerine İlişkin Bilgilendirilme</i>	Sayı	%
Evet	121	50.4
Hayır	119	49.6
<i>Hangi Riskler</i>		
Enfeksiyon	90	74.4
İlaçlar (kemoterapötikler)	14	11.6
Radyasyon	8	6.6
Yanıtsız	128	15.7
<i>Risk eğitimi veren birim/sağlık çalışanı*</i>		
Birim sorumlusu	49	40.5
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	23	19.0
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü	17	14.1
Çalışma arkadaşı	14	11.6
Doktorlar	4	3.3
Yanıtsız	24	19.8

*Birden fazla yanıt verilebilir

Önlemler başlığında önlem gereksinimi, koruyucu önlem kullanımı, KKD temini, bölüme özel önlemler, tarama, aşı, risk değerlendirme başlıklarında veriler toplanmıştır. Araştırmaya katılanların neredeyse tamamı (%97.1) önlem gereksinimi olduğunu ifade etmektedirler.

Araştırmaya katılanların neredeyse tümü tuvalet sonrası; vücut sıvıları, sekresyonları, mukoza, bütünlüğü bozulmuş deri ya da yara ile temas halinde; mikroorganizmaların bulaşma olasılığı yüksek cisimlere temas sonrası ve hastaya veya kontamine olması mümkün eşyalara dokunduktan sonra (her zaman) ellerini yıkamaktadır. Bununla birlikte diğer bir hastaya geçerken her zaman el yıkayanlar ancak araştırmaya katılanların yarısını oluşturmaktadır (Tablo 4.8).

Araştırmaya katılanların çoğunluğu vücut dışına atılan maddelerle temas olasılığı olduğunda ve mikroorganizmaların bulaşma olasılığı yüksek cisimlere temas öncesi her zaman eldiven giymektedir. Bununla birlikte invaziv işlemler sırasında eldiveni her zaman giymeyenler %20'ye yakındır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8 Araştırmaya katılanların el yıkama alışkanlıkları

	Her zaman	Bazen	Hiç
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
<i>El Yıkama Durumu</i>			
Tuvalet sonrası	237 (98.8)	1 (.4)	2 (.8)
Vücut sıvıları, sekresyonlar, mukoza, bütünlüğü bozulmuş deri yada yara ile temas halinde	236 (98.7)	2 (.8)	1 (.4)
Mikroorganizmaların bulaşma olasılığı yüksek cisimlere temas sonrası	234 (97.5)	5 (2.1)	1 (.4)
Yiyecek dokunmadan önce, yemek yemekten sonra	229 (95.4)	8 (3.3)	3 (1.3)
Hastaya veya kontamine olması mümkün eşyalara dokunduktan sonra	227 (95.0)	11 (4.6)	1 (.4)
Eldiven çıkarıldıktan sonra	208 (86.7)	26 (10.8)	6 (2.5)
Hasta ile yüzeyel temastan sonra	177 (75.6)	52 (22.2)	5 (2,1)
Tuvalete girmeden önce	174 (72.8)	58 (24.3)	7 (2.9)
Diğer bir hastaya geçmeden önce	118 (50.6)	107 (45.9)	8 (3.4)
<i>Eldiven Giyme Durumu</i>			
Vücut dışına atılan maddelerle temas olma olasılığı olduğunda	232 (96.7)	8 (3.3)	--
Mikroorganizmaların bulaşma olasılığı yüksek cisimlere temas öncesi	226 (94.2)	14 (5.8)	--
İnvaziv işlem yaparken	189 (80.8)	41 (17.5)	4 (1.7)
Hasta ile temastan önce	134 (56.8)	90 (38.1)	12 (5.1)

Eldiven ve el yıkama dışında alınan koruyucu önlemler arasında maske-önlük ve gözlük kullanımı (%23.8) ve el dezenfektanı (%23.8) ifade edilmektedir. Önlem kullanımını belirtmeyenler %53'tür (Tablo 4.9).

Tablo 4.9 Araştırmaya katılanların koruyucu önlem kullanım durumları

<i>Kullanılan Koruyucu Önlem</i>	Sayı	%
Maske-önlük-gözlük	69	28.8
El dezenfektanı	57	23.8
Ortam temizliği	4	1.7
Kurşun önlük	1	0.4
Yanıtsız	125	53.0

Araştırmaya katılanların %75.6'sı maske, %72.0'ı eldiven, %58.3'ü önlük temininde günlük çekmezken; %50.3'ü kurşun önlük/boyunluk, %25.9'u da sabun/kağıt havlu temininde günlük çekmektedir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 Araştırmaya katılanların kişisel koruyucu donanım temininde günlük çekme durumları

	Evet	Hayır	Bazen
<i>Koruyucu Malzeme</i>	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Eldiven	43 (18.0)	172 (72.0)	24 (10.0)
Gözlük	99 (49.5)	61 (30.5)	40 (20.0)
Önlük	65 (29.8)	127 (58.3)	26 (11.9)
Maske	39 (17.6)	167 (75.6)	15 (6.8)
Kurşun önlük/boyunluk	77 (50.3)	48 (31.4)	28 (18.3)
Sabun/kağıt havlu	62 (25.9)	119 (49.8)	58 (24.3)

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu (%70.1) çalıştıkları bölümde koruyucu önlem olmadığını belirtmiştir. En sık ifade edilen koruyucu önlemler ise koruyucu ekipman kullanımı (%31.4) ve izolasyon odalarıdır (%12.9) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11 Araştırmaya katılanların çalıştıkları bölümde alınan koruyucu önlemlere ilişkin görüşleri

<i>Genel Koruyucu Önlemler</i>	Sayı	%*
Yok	164	70.1
Var	70	29.9
<i>Koruyucu Önlemler</i>		
Koruyucu ekipman kullanma	22	31.4
İzolasyon odaları	9	12.9
Duvarların kurşun kaplı olması	3	4.3
Atıkların ayrılması	3	4.3
Ortamın çamaşır suyuyla temizliği	2	2.9
Kemoterapi ilaçlarının özel ünite de hazırlanması	1	1.4
Aşı yapılması	1	1.4

* İki çeşit yüzde alınmıştır: Genel koruyucu önlem alma durumları toplama göre; koruyucu önlemler ise genel koruyucu önlem alan sayısına göre.

Araştırmaya katılanların büyük bir çoğunluğuna sağlık taraması yapılmamıştır (%84.6). Belirtilen sağlık taramaları ise hepatit markerlarına bakılması (%67.6) ve kan tetkikleri ilk sırayı almaktadır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12 Araştırmaya katılanlara sağlık taraması yapılma durumu

<i>Sağlık Taraması Yapılma Durumu</i>	Sayı	%
Hayır	203	84.6
Evet	37	15.4
<i>Belirtilen Sağlık Taramaları</i>		
Hepatit markerları bakılıyor	25	67.6
Kan tetkiki	8	21.6
Göz muayenesi	3	8.1
EKG	2	5.4
Akciğer grafisi	2	5.4

Araştırmaya katılanların büyük bir çoğunluğu (%94.2) çalıştıkları bölümde risk değerlendirmesinin yapılmadığını belirtmektedir. Risk değerlendirme çalışmalarının yapıldığını ifade eden %5.8'i yapılan risk değerlendirme çalışmalarının neler olduğunu belirtmemiştir.

Araştırmaya katılanların %83.3'ü hepatit aşısı yaptırmıştır. Diğer aşilar ise %45.4 ile tetanoz ve %8.3 ile BCG'dir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13 Araştırmaya katılanların aşılama durumları

<i>Aşilar</i>	Sayı	%*
Hepatit	200	83.3
Tetanoz	105	45.4
BCG	20	8.3
Diğer (grip)	1	0.4

* Birden fazla seçenek işaretlenebilir. Yüzdeler toplam 240 kişi üzerinden alınmıştır

Araştırmaya katılanların sahip oldukları işle ilgili olduğunu düşündükleri hastalıklar sırasıyla varis (%38.8), depresyon (%22.9), diskal herni (%16.3), astım (%12.5), hepatit (%1.7) ve tüberküloz (%1.7). Bununla birlikte araştırmaya katılanların üçte birinden fazlası (%39.6) bu soruya yanıt vermemiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14 Araştırmaya katılanların sahip oldukları işle ilgili hastalıkları

<i>Hastalıklar</i>	Sayı	%*
Varis	93	38.8
Depresyon	55	22.9
Diskal herni	39	16.3
Astım	30	12.5
Hepatit	4	1.7
Tüberküloz	4	1.7
Diğer	10	4.2
Yanıtsız	95	39.6

* Birden fazla seçenek işaretlenebilir. Yüzdeler toplam 240 kişi üzerinden alınmıştır

Araştırmaya katılanların iş nedeniyle %63.3'ü sosyal yaşantısının, %53.3'ü fiziksel sağlığının, %47.1'i ruhsal sağlığının, %34.6'sı çocuklarının bakımının, %30.8'i evliliklerinin etkilendiğini belirtmektedir (Tablo 4.15).

Tablo 4.15 Araştırmaya katılanların ifade ettiği işin özel yaşama etkisi

<i>Etkilenen Özel Yaşam Alanları</i>	Sayı	%
Sosyal yaşantı	152	63.3
Fiziksel sağlığı	128	53.3
Ruhsal sağlığı	113	47.1
Çocukların bakımı	83	34.6
Evlilik	74	30.8
Diğer	8	3.3
Yanıtsız	21	8.8

* Birden fazla seçenek işaretlenebilir. Yüzdeler toplam 240 kişi üzerinden alınmıştır

Araştırmaya katılanların %41.1'i kurumdan mesleki risklere yönelik önlem olarak personel desteği istemektedir. Bunu %27.7 ile sağlık taraması, %26.8 ile eğitim, %11.6 ile risk tespiti, %9.8 ile koruyucu ekipman ve güvenliğin sağlanması izlemektedir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16 Araştırmaya katılanların mesleki risklere yönelik kurumdan beklentileri

<i>Kurumdan Beklentiler</i>	Sayı	%
Personel desteği	46	41.1
Eğitim	30	26.8
Sağlık taraması	31	27.7
Risk tespit çalışmaları	13	11.6
Koruyucu ekipman temini	11	9.8
Güvenliğin sağlanması	11	9.8
Mobbingin (yıldıırma-bezdirme) engellenmesi	8	7.2
Çalışma saatlerinin düzenlenmesi	7	6.3
Psikolojik destek motivasyon	7	6.3
Fiziki koşulların düzenlenmesi	6	5.4
Çalışan sağlığı biriminin aktif çalışması	1	0.9

Tablo 4.17’de sosyo-demografik özellikler ve çalışma yaşamına ilişkin bilgiler ile işle ilgili risk algısı, önlem alma durumu, işle ilgili hastalık geçirme öyküsü, riskle karşılaşma düzeyi arasındaki ilişkiler araştırılmıştır.

İşin risk olarak algılamayı etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde; yaş, görev unvanı ve görev yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken, cinsiyet, eğitim durumu, kadro durumu, çalışma şekli, nöbet/icap, fazla mesai, görev dışı iş ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.17).

Yaşa göre işin riskli algılanması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.007$). Yirmi beş yaştan küçüklerde (%78.2) ve 35 yaşın üzerindekielerde (%83.9) işi riskli algılama daha düşüktür.

Görev unvanına göre işin riskli algılanması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.029$). Hemşirelerin işi riskli algılamaları (%90.0) teknisyenlere göre (%75.0) daha yüksektir.

Çalışılan bölüm ile işin riskli görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.000$). Yoğun bakım /derlenme ve merkezi sterilizasyon ünitelerinde çalışanların (%100.0) işi riskli algılamaları daha yüksektir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerini riskli algılama durumlarının karşılaştırılması

	İş Riskli		İş Riskli Değil		P
	Sayı	%	Sayı	%	
Görev Unvanı					
Hemşire	190	90.0	21	10.0	0.029
Teknisyen	21	75.0	7	25.0	
Cinsiyet					
Kadın	175	87.1	26	12.9	0.273
Erkek	37	94.9	2	5.1	
Yaş					
<25	43	78.2	12	21.8	0.007
25-29	59	95.2	3	4.8	
30-34	58	95.1	3	4.9	
35 ve üzeri	52	83.9	10	16.1	
Eğitim Durumu					
SML	37	84.1	7	15.9	0.059
SHMYO	47	85.5	8	14.5	
SYO	122	92.4	10	7.6	
Yüksek Lisans	6	66.7	3	33.3	
Kadro Durumu					
657	132	91.7	12	8.3	0.096
4/B	44	88.0	6	12.0	
Şirket Sözleşmeli	36	80.0	9	20.0	
Görev Yeri					
Acil	18	90.0	2	10.0	<0.001
Yoğun bakım/derlenme	33	100.0	0	0.0	
Ameliyathane	14	87.5	2	12.5	
Klinikler	110	90.2	12	9.8	
Poliklinikler	3	37.5	5	62.5	
Kan alma/endoskopi	6	75.0	2	25.0	
Görüntüleme	12	92.3	1	7.7	
Laboratuvar	10	71.4	4	28.6	
Merkezi Sterilizasyon Ünitesi (MSÜ)	5	100.0	0	0.0	
Çalışma Şekli					
Sürekli gündüz	68	84.0	13	16.0	0.093
Sürekli gece	16	80.0			
Dönüşümlü vardiye	128	92.1	11	7.9	
Nöbet/İcap					
Evet	54	87.1	8	12.9	0.818
Hayır	158	88.8	20	11.2	
Fazla Mesai					
Evet sıklıkla	57	96.6	2	3.4	0.051
Evet bazen	124	86.7	19	13.3	
Hayır hiçbir zaman	31	81.6	7	18.4	
Görev Dışı İş					
Evet	77	90.6	8	9.4	0.530
Hayır	134	87.0	20	13.0	
Risk Bilgisi					
Evet	107	88.4	14	11.6	1.000
Hayır	105	88.2	14	11.8	

Yaralanma riskiyle karşılaşmayı etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde görev unvanı, görev dışı iş ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanırken; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kadro durumu, görev yeri, çalışma şekli, nöbet/icap ve fazla mesai arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.18).

Görev unvanına göre yaralanma riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.035$). Hemşirelerin yaralanma riskiyle karşılaşması (%20.2) teknisyenlere göre (%3.7) daha yüksektir.

Görev dışı iş yapmaya göre yaralanma riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.007$). Görev dışı iş yapanların yaralanma riskiyle karşılaşması (%28.0) yapmayanlara göre (%13.1) daha fazladır.

Risk bilgisi alanlara göre yaralanma riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.028$). Risk bilgisi olmayanların yaralanma riskiyle karşılaşması (%23.9) alanlara göre (%12.6) daha yüksektir (Tablo 4.18).

Tablo 4.18 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde yaralanma riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması

<i>Yaralanma Riskiyle Karşılaşma Durumu</i>	<i>Sık-sık-sürekli</i>		<i>Bazen-hiç</i>		<i>P</i>
	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	
<i>Görev Unvanı</i>					
Hemşire	42	20.2	166	79.8	0.035
Teknisyen	1	3.7	26	96.3	
<i>Cinsiyet</i>					
Kadın	38	19.2	160	80.8	0.494
Erkek	5	13.2	33	86.8	
<i>Yaş</i>					
<25	12	22.2	42	77.8	0.493
25-29	10	16.1	52	83.9	
30-34	8	13.1	53	86.9	
35 ve üzeri	13	22.0	46	78.0	
<i>Eğitim Durumu</i>					
SML	6	14.0	37	86.0	0.238
SHMYO	8	15.1	45	84.9	
SYO	29	22.1	102	77.9	
Yüksek Lisans	0	0.0	9	100.0	
<i>Kadro Durumu</i>					
657	30	21.3	111	78.7	0.090
4/B	10	20.0	40	80.0	
Şirket Sözleşmeli	3	6.8	41	93.2	
<i>Görev Yeri</i>					
Acil	4	20.0	16	80.0	0.109
Yoğun bakım/derlenme	10	30.3	23	69.7	
Ameliyathane	2	12.5	14	87.5	
Klinikler	23	19.0	98	81.0	
Poliklinikler	0	0.0	7	100.0	
Kan alma/endoskopi	2	28.6	5	71.4	
Görüntüleme	0	0.0	12	100.0	
Laboratuvar	0	0.0	14	100.0	
MSÜ	2	40.0	3	60.0	
<i>Çalışma Şekli</i>					
Sürekli gündüz	12	15.4	66	84.6	0.729
Sürekli gece	4	20.0	16	80.0	
Dönüşümlü vardiyeye	27	19.6	111	80.4	
<i>Nöbet/İcap</i>					
Evet	11	17.7	51	82.3	1.000
Hayır	32	18.4	142	81.6	
<i>Fazla Mesai</i>					
Evet sıklıkla	15	25.9	43	74.1	0.710
Evet bazen	23	16.1	120	83.9	
Hayır hiçbir zaman	5	14.3	30	85.7	
<i>Görev Dışı İş</i>					
Evet	23	28.0	59	72.0	0.007
Hayır	20	13.1	133	86.9	
<i>Risk Bilgisi</i>					
Evet	15	12.6	104	87.4	0.028
Hayır	28	23.9	89	76.1	

İğne batma riskiyle karşılaşmayı etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde; görev unvanı ve görev yeri arasında anlamlı farklılık saptanırken; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kadro durumu, çalışma şekli, nöbet/ıcap, fazla mesai, görev dışı iş ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.19).

Görev yerine göre iğne batması riskiyle karşılaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.027$). Yoğun bakım/derlenme ünitelerinde çalışanlarda (%48.5) iğne batma riskiyle karşılaşma durumu yüksek saptanmışken; polikliniklerde iğne batma riskiyle karşılaşma durumu yoktur.

Görev unvanına göre iğne batma riskiyle karşılaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.032$). Hemşirelerin iğne batma riskiyle karşılaşması (%26.7) teknisyenlere göre (%7.1) daha yüksektir (Tablo 4.19).

Tablo 4.19 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde iğne batma riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması

İğne Batması Riskiyle Karşılaşma Durumu					
	Sık sık-sürekli		Bazen-hiç		P
	Sayı	%	Sayı	%	
Görev Unvanı					
Hemşire	56	26.7	154	73.3	0.032
Teknisyen	2	7.1	26	92.9	
Cinsiyet					
Kadın	53	26.5	147	73.5	0.160
Erkek	6	15.4	33	84.6	
Yaş					
<25	14	25.5	41	74.5	0.888
25-29	13	21.0	49	79.0	
30-34	16	26.2	45	73.8	
35 ve üzeri	16	26.2	45	73.8	
Eğitim Durumu					
SML	11	25.0	33	75.0	0.962
SHMYO	12	22.2	42	77.8	
SYO	34	25.8	98	74.2	
Yüksek Lisans	2	22.2	7	77.8	
Kadro Durumu					
657	41	28.7	102	71.3	0.228
4/B	10	20.0	40	80.0	
Şirket Sözleşmeli	8	17.8	37	82.2	
Görev Yeri					
Acil	6	30.0	14	70.0	0.027
Yoğun bakım/derlenme	16	48.5	17	51.5	
Ameliyathane	3	18.8	13	81.3	
Klinikler	26	21.3	96	78.7	
Poliklinikler	0	0.0	7	100.0	
Kan alma/endoskopi	2	25.0	6	75.0	
Görüntüleme	1	7.7	12	92.3	
Laboratuvar	2	14.3	12	85.7	
MSÜ	2	40.0	3	60.0	
Çalışma Şekli					
Sürekli gündüz	18	22.5	62	77.5	0.768
Sürekli gece	6	30.0	14	70.0	
Dönüşümlü vardiye	35	25.2	104	74.8	
Nöbet/İcap					
Evet	11	17.7	51	82.3	0.172
Hayır	48	27.1	129	72.9	
Fazla Mesai					
Evet sıklıkla	13	22.0	46	78.0	0.710
Evet bazen	38	26.6	105	73.4	
Hayır hiçbir zaman	8	21.6	29	78.4	
Görev Dışı İş					
Evet	23	27.4	61	72.6	0.531
Hayır	36	23.4	118	76.6	
Risk Bilgisi					
Evet	24	19.8	97	80.2	0.099
Hayır	35	29.7	83	70.3	

Enfeksiyon riskiyle karşılaşmayı etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde; görev unvanı, çalışılan yer ve fazla mesai yapma arasında anlamlı farklılık saptanırken; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kadro durumu, çalışma şekli, nöbet/ıcap, görev dışı iş ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.20).

Görev unvanına göre enfeksiyon riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.033$). Hemşirelerin enfeksiyon riskiyle karşılaşması (%66.5) teknisyenlere göre (%44.4) daha yüksektir.

Çalışılan yere göre enfeksiyon riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.002$). Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde çalışanların (%100.0) enfeksiyon riskiyle karşılaşma durumu daha yüksektir.

Fazla mesai yapma durumuna göre enfeksiyon riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.002$). Sıklıkla fazla mesai yapanların (%83.1) enfeksiyon riskiyle karşılaşma durumu daha yüksektir (Tablo 4.20).

Tablo 4.20 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde enfeksiyon riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması

Enfeksiyon Riskiyle Karşılaşma Durumu					
	Sık sık-sürekli		Bazen-Hiç		
	Sayı	%	Sayı	%	P
Görev Unvanı					
Hemşire	139	66.5	70	33.5	0.033
Teknisyen	12	44.4	15	55.6	
Cinsiyet					
Kadın	130	65.3	69	34.7	0.461
Erkek	22	57.9	16	42.1	
Yaş					
<25	28	51.9	26	48.1	0.074
25-29	44	71.0	18	29.0	
30-34	44	72.1	17	27.9	
35 ve üzeri	36	60.0	24	40.0	
Eğitim Durumu					
SML	26	59.1	18	40.9	0.296
SHMYO	30	56.6	23	43.4	
SYO	91	69.5	40	30.5	
Yüksek Lisans	5	55.6	4	44.4	
Kadro Durumu					
657	97	68.3	45	31.7	0.224
4/B	28	56.0	22	44.0	
Şirket Sözleşmeli	26	59.1	18	40.9	
Görev Yeri					
Acil	14	70.0	6	30.0	0.002
Yoğun bakım/derlenme	28	84.8	5	15.2	
Ameliyathane	5	31.3	11	68.8	
Klinikler	79	64.8	43	35.2	
Poliklinikler	4	57.1	3	42.9	
Kan alma/endoskopi	4	57.1	3	42.9	
Görüntüleme	8	66.7	4	33.3	
Laboratuvar	4	28.6	10	71.4	
MSÜ	5	100.0	0	0.0	
Çalışma Şekli					
Sürekli gündüz	43	55.1	35	44.9	0.052
Sürekli gece	11	55.0	9	45.0	
Dönüşümlü vardiya	98	70.5	41	29.5	
Nöbet/İcap					
Evet	38	61.3	24	38.7	0.645
Hayır	114	65.1	61	34.9	
Fazla Mesai					
Evet sıklıkla	49	83.1	10	16.9	0.002
Evet bazen	83	58.0	60	42.0	
Hayır hiçbir zaman	20	57.1	15	42.9	
Görev Dışı İş					
Evet	57	68.7	26	31.3	0.321
Hayır	94	61.4	59	38.6	
Risk Bilgisi					
Evet	76	63.3	44	36.7	0.892
Hayır	76	65.0	41	35.0	

Ağır kaldırma riskiyle karşılaşmayı etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde; çalışılan yer ve fazla mesai yapma arasında anlamlı farklılık saptanırken; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kadro durumu, görev unvanı, çalışma şekli, nöbet/icap, fazla mesai, görev dışı iş ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.21).

Çalışılan yere göre ağır kaldırma riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.000$). Merkezi Sterilizasyon nitesinde çalışanların (%100.0) ağır kaldırma riskiyle karşılaşması yüksek saptanmışken, poliklinik ve laboratuarda çalışanların ağır kaldırma riskiyle karşılaşma durumu yoktur.

Fazla mesai yapmaya göre ağır kaldırma riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.000$). Sıklıkla fazla mesai yapanların ağır kaldırma riskiyle karşılaşması (%43.1) hiçbir zaman yapmayanlara göre (%2.9) daha yüksektir (Tablo 4.21).

Tablo 4.21 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde ağır kaldırma riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması

	Ağır Kaldırma Riskiyle Karşılaşma Durumu					p
	Sık sık-sürekli		Bazen-hiç			
	Sayı	%	Sayı	%		
Görev Unvanı						
Hemşire	68	32.9	139	67.1		0.379
Teknisyen	6	22.2	21	77.8		
Cinsiyet						
Kadın	60	30.5	137	69.5		0.342
Erkek	15	39.5	23	60.5		
Yaş						
<25	16	29.6	38	70.4		0.965
25-29	21	33.9	41	66.1		
30-34	19	31.1	42	68.9		
35 ve üzeri	19	32.8	39	67.2		
Eğitim Durumu						
SML	20	46.5	23	53.5		0.118
SHMYO	13	25.0	39	75.0		
SYO	40	30.5	91	69.5		
Yüksek Lisans	2	22.2	7	77.8		
Kadro Durumu						
657	50	35.7	90	64.3		0.167
4/B	16	32.0	34	68.0		
Şirket Sözleşmeli	9	20.5	35	79.5		
Görev Yeri						
Acil	7	35.0	13	65.0		<0.001
Yoğun bakım/derlenme	23	69.7	10	30.3		
Ameliyathane	3	18.8	13	81.3		
Klinikler	30	24.8	91	75.2		
Poliklinikler	0	0.0	7	100.0		
Kan alma/endoskopi	1	16.7	5	83.3		
Görüntüleme	5	41.7	7	58.3		
Laboratuvar	0	0.0	14	100.0		
MSÜ	5	100.0	0	0.0		
Çalışma Şekli						
Sürekli gündüz	18	23.4	59	76.6		0.121
Sürekli gece	6	30.0	14	70.0		
Dönüşümlü vardiya	51	37.0	87	63.0		
Nöbet/İcap						
Evet	57	91.9	5	8.1		0.195
Hayır	148	84.6	25	15.4		
Fazla Mesai						
Evet sıklıkla	25	43.1	33	56.9		<0.001
Evet bazen	49	34.3	94	65.7		
Hayır hiçbir zaman	1	2.9	33	97.1		
Görev Dışı İş						
Evet	31	37.8	51	62.2		0.187
Hayır	44	28.9	108	71.1		
Risk Bilgisi						
Evet	74	88.1	10	11.9		0.693
Hayır	130	85.5	22	14.5		

Ayakta kalma riskiyle karşılaşmayı etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde; görev unvanı, görev yeri, çalışma şekli ve fazla mesai arasında anlamlı farklılık saptanırken; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kadro durumu, nöbet/icap, fazla mesai, görev dışı iş ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.22).

Görev unvanına göre ayakta kalma riskiyle karşılaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.004$). Hemşirelerin ayakta kalma riskiyle karşılaşması (%89.0) teknisyenlere göre (%66.7) daha yüksektir.

Görev yerine göre ayakta kalma riskiyle karşılaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.000$). Merkezi sterilizasyon ünitesinde çalışanların (%100.0) ayakta kalma riskiyle karşılaşma durumu yüksek saptanmıştır.

Çalışma şekline göre ayakta kalma riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.013$). Dönüşümlü vardiyalı olarak çalışanların (%92.0) ayakta kalma riskiyle karşılaşma durumu daha yüksektir.

Fazla mesai yapmaya göre ayakta kalma riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.007$). Sıklıkla fazla mesai yapanların ayakta kalma riskiyle karşılaşması (%94.9) hiçbir zaman yapmayanlara göre (%72.2) daha yüksektir (Tablo 4.22).

Tablo 4.22 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde ayakta kalma riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması

	Ayakta Kalma Riskiyle Karşılaşma Durumu				p
	Sık sık-sürekli		Bazen-hiç		
	Sayı	%	Sayı	%	
Görev Unvanı					
Hemşire	186	89.0	23	11.0	0.004
Teknisyen	18	66.7	9	33.3	
Cinsiyet					
Kadın	173	86.3	26	13.1	0.611
Erkek	32	84.2	6	15.8	
Yaş					
<25	49	92.5	4	7.5	0.080
25-29	55	88.7	7	11.3	
30-34	54	88.5	7	11.5	
35 ve üzeri	47	77.0	14	23.0	
Eğitim Durumu					
SML	41	93.2	3	6.8	0.062
SHMYO	41	75.9	13	24.1	
SYO	115	88.5	15	11.5	
Yüksek Lisans	8	88.9	1	11.1	
Kadro Durumu					
657	119	83.8	23	16.2	0.194
4/B	47	94.0	3	6.0	
Şirket Sözleşmeli	38	86.4	6	13.6	
Görev Yeri					
Acil	18	90.0	2	10.0	<0.001
Yoğun bakım/derlenme	30	90.9	3	9.1	
Ameliyathane	15	93.8	1	6.3	
Klinikler	113	93.4	8	6.6	
Poliklinikler	4	50.0	4	50.0	
Kan alma/endoskopi	2	28.6	5	71.4	
Görüntüleme	8	66.7	4	33.3	
Laboratuvar	9	64.3	5	35.7	
MSÜ	5	100.0	0	0.0	
Çalışma Şekli					
Sürekli gündüz	62	78.5	17	21.5	0.013
Sürekli gece	16	80.0	4	20.0	
Dönüşümlü vardiyeye	127	92.0	11	8.0	
Nöbet/İcap					
Evet	57	91.9	5	8.1	0.195
Hayır	148	84.6	27	15.4	
Fazla Mesai					
Evet sıklıkla	56	94.9	3	5.1	0.007
Evet bazen	123	86.6	19	13.4	
Hayır hiçbir zaman	26	72.2	10	27.8	
Görev Dışı İş					
Evet	74	88.1	10	11.9	0.693
Hayır	130	85.5	22	14.5	
Risk Bilgisi					
Evet	104	86.7	16	13.3	1.000
Hayır	101	86.3	16	13.7	

Kemoterapötik ilaç riskiyle karşılaşmayı etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde; çalışılan yer arasında anlamlı farklılık saptanırken; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kadro durumu, görev unvanı, çalışma şekli, nöbet/icap, fazla mesai, görev dışı iş ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.23).

Çalışılan yere göre kemoterapötik ilaç riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.000). Kliniklerde çalışanların kemoterapötik ilaç riskiyle karşılaşması (%28.3) daha yüksek saptanmışken; yoğun bakım/derlenme, ameliyathane, kan alma/endoskopi, görüntüleme, laboratuvar, MSÜ’de çalışanlarda kemoterapötik ilaç riskiyle karşılaşma durumu saptanmamıştır (Tablo 4.23).

Tablo 4.23 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde kemoterapötik ilaç riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması

	Kemoterapötik İlaç Riskiyle Karşılaşma Durumu				p
	Sık sık-sürekli		Bazen-hiç		
	Sayı	%	Sayı	%	
Görev Unvanı					
Hemşire	36	17.6	169	82.4	0.090
Teknisyen	1	3.7	26	96.3	
Cinsiyet					
Kadın	35	17.9	160	82.1	0.054
Erkek	2	5.3	36	94.7	
Yaş					
<25	8	15.4	44	84.6	0.626
25-29	13	21.0	49	79.0	
30-34	8	13.1	53	86.9	
35 ve üzeri	8	13.8	50	86.2	
Eğitim Durumu					
SML	4	9.3	39	90.7	0.136
SHMYO	5	9.6	47	90.4	
SYO	27	20.9	102	79.1	
Yüksek Lisans	1	11.1	8	88.9	
Kadro Durumu					
657	24	17.4	114	82.6	0.168
4/B	10	20.0	40	80.0	
Şirket Sözleşmeli	3	6.8	41	93.2	
Görev Yeri					
Acil	2	10.0	18	90.0	<0.001
Yoğun bakım/derlenme	0	0.0	32	100.0	
Ameliyathane	0	0.0	16	100.0	
Klinikler	34	28.3	86	71.7	
Poliklinikler	1	14.3	6	85.7	
Kan alma/endoskopi	0	0.0	6	100.0	
Görüntüleme	0	0.0	12	100.0	
Laboratuvar	0	0.0	14	100.0	
MSÜ	0	0.0	5	100.0	
Çalışma Şekli					
Sürekli gündüz	10	13.0	67	87.0	0.481
Sürekli gece	2	10.5	17	89.5	
Dönüşümlü vardiye	25	18.2	112	81.8	
Nöbet/İcap					
Evet	8	13.1	53	86.9	0.548
Hayır	29	16.9	143	83.1	
Fazla Mesai					
Evet sıklıkla	3	5.2	55	94.8	0.258
Evet bazen	10	7.1	131	92.9	
Hayır hiçbir zaman	0	0.0	35	100.0	
Görev Dışı İş					
Evet	16	19.5	66	80.5	0.256
Hayır	20	13.3	130	86.7	
Risk Bilgisi					
Evet	17	14.4	101	85.6	0.593
Hayır	20	17.4	95	82.6	

Anestezik gaz riskiyle karşılaşmayı etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde; görev yeri, fazla mesai ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanırken; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kadro durumu, görev unvanı, çalışma şekli, nöbet/ıcap ve görev dışı iş arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.24).

Görev yerine göre anestezik gaz riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.000$). Ameliyathanede çalışanların (%75.0) anestezik gaz riskiyle karşılaşma durumu yüksek saptanmışken, poliklinikler, yoğun bakım/derlenme, klinikler, kan alma/endoskopi, görüntüleme, laboratuvar ve MSÜ'de anestezik gaz riskiyle karşılaşma durumu saptanmamıştır.

Fazla mesai yapmaya göre anestezik gaz riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.028$). Bazen fazla mesai yapanların (%7.1) anestezi gaz riskiyle karşılaşma durumu daha yüksektir.

Risk bilgisi alanlara göre anestezik gaz riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.010$). Risk bilgisi almayanların anestezik gaz riskiyle karşılaşması (%9.6) alanlara göre (%1.7) daha yüksektir (Tablo 4.24).

Tablo 4.24 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde anestezi gaz riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması

	Anestezi Gaz Riskiyle Karşılaşma Durumu					p
	Sık sık-sürekli		Bazen-hiç			
	Sayı	%	Sayı	%		
Görev Unvanı						
Hemşire	12	5.9	193	94.1		1.000
Teknisyen	1	3.6	27	96.4		
Cinsiyet						
Kadın	10	5.1	185	94.9		0.459
Erkek	3	7.7	36	92.3		
Yaş						
<25	3	5.7	50	94.3		0.959
25-29	3	4.8	59	95.2		
30-34	3	4.9	58	95.1		
35 ve üzeri	4	6.9	54	93.1		
Eğitim Durumu						
SML	4	9.3	39	90.7		0.571
SHMYO	2	3.8	51	96.2		
SYO	7	5.4	122	94.6		
Yüksek Lisans	0	0.0	9	100.0		
Kadro Durumu						
657	9	6.5	129	93.5		0.178
4/B	4	8.0	46	92.0		
Şirket Sözleşmeli	0	0.0	45	100.0		
Görev Yeri						
Acil	1	5.0	19	95.0		<0.001
Yoğun bakım/derlenme	0	0.0	32	100.0		
Ameliyathane	12	75.0	4	25.0		
Klinikler	0	0.0	120	100.0		
Poliklinikler	0	0.0	7	100.0		
Kan alma/endoskopi	0	0.0	6	100.0		
Görüntüleme	0	0.0	13	100.0		
Laboratuvar	0	0.0	14	100.0		
MSÜ	0	0.0	5	100.0		
Çalışma Şekli						
Sürekli gündüz	5	6.4	73	93.6		0.088
Sürekli gece	3	15.8	16	84.2		
Dönüşümlü vardiya	5	3.6	132	96.4		
Nöbet/İcap						
Evet	5	8.2	56	91.8		0.332
Hayır	8	4.6	165	95.4		
Fazla Mesai						
Evet sıklıkla	3	5.2	55	94.8		0.028
Evet bazen	10	7.1	131	92.9		
Hayır hiçbir zaman	0	0.0	35	100.0		
Görev Dışı İş						
Evet	4	4.9	78	95.1		1.000
Hayır	9	6.0	142	94.0		
Risk Bilgisi						
Evet	12	5.9	193	94.1		1.000
Hayır	11	9.6	104	90.4		

Dezenfektan solüsyon riskiyle karşılaşmayı etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde; kadro durumu, görev unvanı ve fazla mesai arasında anlamlı farklılık saptanırken; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, görev yeri, çalışma şekli, nöbet/icap, görev dışı iş ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.25).

Kadro durumuna göre dezenfektan solüsyon riskiyle karşılaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.003$). 657 kadro unvanıyla çalışanların (%53.9) dezenfektan solüsyon riskiyle karşılaşması daha yüksektir.

Görev unvanına göre dezenfektan solüsyon riskiyle karşılaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.004$). Hemşirelerin dezenfektan solüsyon riskiyle karşılaşması (%51.4) teknisyenlere göre (%22.2) daha yüksektir.

Fazla mesai yapmaya göre dezenfektan solüsyon riskiyle karşılaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.025$). Sıklıkla fazla mesai yapanların (%63.8) dezenfektan solüsyon riskiyle karşılaşma durumu daha yüksektir (Tablo 4.25).

Tablo 4.25 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde dezenfektan solüsyon riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması

Dezenfektan Solüsyon Riskiyle Karşılaşma Durumu					
	Sık sık-sürekli		Bazen-Hiç		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Görev Unvanı					
Hemşire	107	51.4	101	48.6	0.004
Teknisyen	6	22.2	21	77.8	
Cinsiyet					
Kadın	99	50.0	99	50.0	0.288
Erkek	15	39.5	23	60.5	
Yaş					
<25	23	42.6	31	57.4	0.720
25-29	33	53.2	29	46.8	
30-34	29	47.5	32	52.5	
35 ve üzeri	29	49.2	30	50.8	
Eğitim Durumu					
SML	20	46.5	23	53.5	0.277
SHMYO	20	37.7	33	62.3	
SYO	70	53.4	61	46.6	
Yüksek Lisans	4	44.4	5	55.6	
Kadro Durumu					
657	76	53.9	65	46.1	0.003
4/B	26	52.0	24	48.0	
Şirket Sözleşmeli	11	25.0	33	75.0	
Görev Yeri					
Acil	9	45.0	11	55.0	0.074
Yoğun bakım/derlenme	24	72.7	9	27.3	
Ameliyathane	9	56.3	7	43.8	
Klinikler	52	43.0	69	57.0	
Poliklinikler	3	42.9	4	57.1	
Kan alma/endoskopi	3	42.9	4	57.1	
Görüntüleme	5	41.7	7	58.3	
Laboratuvar					
MSÜ	4	80.0	1	20.0	
Çalışma Şekli					
Sürekli gündüz	36	46.2	42	53.8	0.896
Sürekli gece	10	50.0	10	50.0	
Dönüşümlü vardiya	68	49.3	70	50.7	
Nöbet/İcap					
Evet	25	40.3	37	59.7	0.183
Hayır	89	51.1	85	48.9	
Fazla Mesai					
Evet sıklıkla	37	63.8	21	36.2	0.025
Evet bazen	62	43.4	81	56.6	
Hayır hiçbir zaman	15	42.9	20	57.1	
Görev Dışı İş					
Evet	47	57.3	35	42.7	0.056
Hayır	67	43.8	86	56.2	
Risk Bilgisi					
Evet	51	42.9	68	57.1	0.118
Hayır	63	53.8	54	46.2	

Radyasyon riskiyle karşılaşmayı etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde; çalışılan yer, nöbet/icap ve fazla mesai yapma arasında anlamlı farklılık saptanırken; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kadro durumu, görev unvanı, çalışma şekli, görev dışı iş ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.26).

Görev yerine göre radyasyon riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.000$). Görüntüleme birimlerinde çalışanların (%75.0) radyasyon riskiyle karşılaşma durumu daha yüksektir.

Nöbet/icap çalışmaya göre radyasyon riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.020$). Nöbet/icap çalışanların radyasyon riskiyle karşılaşması (%40.3) nöbet/icap çalışmayanlara göre (%23.7) daha yüksektir.

Fazla mesai yapma durumuna göre radyasyon riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.008$). Bazen fazla mesai yapanların (%28.2) radyasyon riskiyle karşılaşma durumu daha yüksektir (Tablo 4.26).

Tablo 4.26 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde radyasyon riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması

	Radyasyon Riskiyle Karşılaşma Durumu				
	Sık sık-sürekli		Bazen-Hiç		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Görev Unvanı					
Hemşire	56	27.1	151	72.9	0.362
Teknisyen	10	37.0	17	63.0	
Cinsiyet					
Kadın	54	27.4	143	72.6	0.694
Erkek	12	31.6	26	68.4	
Yaş					
<25	14	26.4	39	73.6	0.748
25-29	15	24.2	47	75.8	
30-34	20	32.8	41	67.2	
35 ve üzeri	17	28.8	42	71.2	
Eğitim Durumu					
SML	15	34.1	29	65.9	0.379
SHMYO	17	32.7	35	67.3	
SYO	33	25.4	97	74.6	
Yüksek Lisans	1	11.1	8	88.9	
Kadro Durumu					
657	43	30.7	97	69.3	0.578
4/B	12	24.0	38	76.0	
Şirket Sözleşmeli	11	25.0	33	75.0	
Görev Yeri					
Acil	12	60.0	8	40.0	<0.001
Yoğun bakım/derlenme	23	69.7	10	30.3	
Ameliyathane	4	25.0	12	75.0	
Klinikler	16	13.2	105	86.8	
Poliklinikler	0	0.0	7	100.0	
Kan alma/endoskopi	1	16.7	5	83.3	
Görüntüleme	9	75.0	3	25.0	
Laboratuvar	1	7.1	13	92.9	
MSÜ	0	0.0	5	100.0	
Çalışma Şekli					
Sürekli gündüz	21	27.3	56	72.7	0.916
Sürekli gece	5	25.0	15	75.0	
Dönüşümlü vardiya	40	29.0	98	71.0	
Nöbet/İcap					
Evet	25	40.3	37	59.7	0.020
Hayır	41	23.7	132	76.3	
Fazla Mesai					
Evet sıklıkla	23	39.0	36	61.0	0.008
Evet bazen	40	28.2	102	71.8	
Hayır hiçbir zaman	3	8.8	31	91.2	
Görev Dışı İş					
Evet	25	30.1	58	69.9	0.651
Hayır	41	27.2	110	72.8	
Risk Bilgisi					
Evet	29	24.2	91	75.8	0.193
Hayır	37	32.2	78	67.8	

Şiddet riskiyle karşılaşmayı etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde; kadro durumu, görev yeri ve görev dışı iş arasında anlamlı farklılık saptanırken; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, görev unvanı, çalışma şekli, nöbet/icap, fazla mesai ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.27).

Kadro durumuna göre şiddet riskiyle karşılaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.009$). 657 çalışanlarının (%19.5) şiddet riskiyle karşılaşma durumu daha yüksektir.

Görev yerine göre şiddet riskiyle karşılaşması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.017$). Kan alma/endoskopi birimlerinde çalışanların (%83.3) şiddet riskiyle karşılaşma durumu daha yüksek saptanırken; görüntüleme, laboratuvar ve merkezi sterilizasyon ünitelerinde çalışanların şiddet riskiyle karşılaşma durumu saptanmamıştır.

Görevinin dışında iş yapmaya göre şiddet riskiyle karşılaşması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$). Görevinin dışında iş yapanların (%25.0) şiddet riskiyle karşılaşması yapmayanlara göre (%8.3) daha yüksektir (Tablo 4.27).

Tablo 4.27 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde şiddet riskiyle karşılaşma durumlarının karşılaştırılması

Şiddet Riskiyle Karşılaşma Durumu					
	Sık sık-Sürekli		Bazen-Hiç		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Görev Unvanı					
Hemşire	28	14.1	170	85.9	1.000
Teknisyen	4	14.8	23	85.2	
Cinsiyet					
Kadın	26	13.8	163	86.2	0.796
Erkek	6	16.2	31	83.8	
Yaş					
<25	6	11.5	46	88.5	0.523
25-29	11	18.0	50	82.0	
30-34	6	10.0	54	90.0	
35 ve üzeri	9	17.0	44	83.0	
Eğitim Durumu					
SML	6	14.3	36	85.7	0.643
SHMYO	7	13.5	45	86.5	
SYO	19	15.4	104	84.6	
Yüksek Lisans	0	0.0	9	100.0	
Kadro Durumu					
657	26	19.5	107	80.5	0.009
4/B	1	2.0	49	98.0	
Şirket Sözleşmeli	5	11.9	37	88.1	
Görev Yeri					
Acil	8	40.0	12	60.0	0.017
Yoğun bakım/derlenme	4	12.5	28	87.5	
Ameliyathane	3	20.0	12	80.0	
Klinikler	14	12.1	102	87.9	
Poliklinikler	2	33.3	4	66.7	
Kan alma/endoskopi	5	83.3	1	16.7	
Görüntüleme	0	0.0	12	100.0	
Laboratuar	0	0.0	14	100.0	
MSÜ	0	0.0	4	100.0	
Çalışma Şekli					
Sürekli gündüz	11	15.1	62	84,9	0.928
Sürekli gece	3	15.8	16	84,2	
Dönüşümlü vardiya	18	13.4	116	86,6	
Nöbet/İcap					
Evet	10	16.7	50	83,3	0.521
Hayır	22	13.3	144	86,7	
Fazla Mesai					
Evet sıklıkla	9	16.4	46	83.6	0.823
Evet bazen	19	13.9	118	86.1	
Hayır hiçbir zaman	4	11.8	30	88.2	
Görev Dışı İş					
Evet	20	25.0	60	75.0	0.001
Hayır	12	8.3	133	91.7	
Risk Bilgisi					
Evet	14	12.1	102	87.9	0.446
Hayır	18	16.4	92	83.6	

Sosyo-demografik özellikler ve çalışma yaşamına ilişkin bilgiler ile risklerle karşılaşma düzeyi arasındaki ilişkiler özet olarak Tablo 4.28'de gösterilmiştir

Tablo 4.28 Sosyo-demografik özellikler ve çalışma yaşamına ilişkin bilgiler ile risklerle karşılaşma düzeyi arasındaki ilişkilerin özet tablosu.

	Yaralanma Riski	İğne Batması Riski	Enfeksiyon Riski	Ağır Kaldırma Riski	Ayakta Kalma Riski	Kemoterapötik İlaç Riski	Anestezi Gaz Riski	Dezenfektan Solüsyon Riski	Radyasyon Riski	Şiddet Riski
Görev Unvanı	X (Hemşire ↑)	X (Hemşire ↑)	X (Hemşire ↑)		X (Hemşire ↑)			X (Hemşire ↑)		
Cinsiyet										
Yaş										
Eğitim Durumu										
Kadro Durumu								X (657 kadro unvanı ↑)		X (657 kadro unvanı ↑)
Görev Yeri		X (Yoğun bakım/derlenme ↑)	X (MSÜ ↑)	X (MSÜ ↑)	X (MSÜ ↑)	X (Klinikte çalışanların ↑)	X (Ameliyathane ↑)		X (Görüntüleme birimleri ↑)	X (Kan alma/endoskopi ↑)
Çalışma Şekli					X (Dönüşümlü vardiya çalışanların ↑)					
Nöbet/İcap									X (Nöbet/icap çalışanların ↑)	
Fazla Mesai			X (Sıklıkla fazla mesai yapanların ↑)	X (Sıklıkla fazla mesai yapanların ↑)	X (Sıklıkla fazla mesai yapanların ↑)		X (Bazen fazla mesai yapanların ↑)	X (Sıklıkla fazla mesai yapanların ↑)	X (Bazen fazla mesai yapanların ↑)	
Görev Dışı İş	X (Görev dışı iş yapanların ↑)									X (Görev dışı iş yapanların ↑)
Risk Bilgisi	X (Risk bilgisi almayanların ↑)						X (Risk bilgisi almayanların ↑)			

Hastalık geçirmeyi etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde; cinsiyet, yaş, kadro durumu, görev unvanı, çalışılan yer, görev dışı iş ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanırken; eğitim durumu, çalışma şekli, nöbet/ıcap ve fazla mesai arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.29).

Cinsiyete göre hastalık geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.000$). Kadınlarda hastalık geçirme (%64.7) erkeklere göre (%23.1) daha yüksektir.

Yaşa göre hastalık geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.002$). 35 ve üzeri yaş grubunda (%66.1) hastalık geçirme daha yüksektir. Yaş arttıkça hastalık artıyor.

Kadro durumuna göre hastalık geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.000$). 657 kadro unvanıyla çalışanların (%69.4) hastalık geçirmesi daha yüksektir.

Görev unvanına göre hastalık geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.000$). Hemşirelerin hastalık geçirmesi (%63.5) teknisyenlere göre (%17.9) daha yüksektir.

Çalışılan yere göre hastalık geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.000$). Yoğun bakım/derlenme ünitelerinde çalışanların %72.7'si hastalık geçirmişken, MSÜ ve laboratuvar çalışanlarının (%0.0) hastalık geçirmediği saptanmıştır.

Görev dışı iş yapmaya göre hastalık geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$). Görevlerinin dışında iş yapanların hastalık geçirmesi (%72.9) yapmayanlardan (%50.0) daha yüksektir.

Risk bilgisine göre hastalık geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.019$). Risk bilgisi olmayanların (%65.4) hastalanması risk bilgisi alanlardan (%50.4) daha yüksektir (Tablo 4.29).

Tablo 4.29 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde hastalık geçirme durumlarının karşılaştırılması

	Hastalık Geçirmeyen		Hastalık Geçiren		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Görev Unvanı					
Hemşire	77	36.5	134	63.5	<0.001
Teknisyen	23	82.1	5	17.9	
Cinsiyet					
Kadın	71	35.3	130	64.7	<0.001
Erkek	30	76.9	9	23.1	
Yaş					
<25	34	61.8	21	38.2	0.002
25-29	25	40.3	37	59.7	
30-34	21	34.4	40	65.6	
35 ve üzeri	21	33.9	41	66.1	
Eğitim Durumu					
SML	25	56.8	19	43.2	0.469
SHMYO	20	36.4	35	63.6	
SYO	47	35.6	85	64.4	
Yüksek Lisans	9	100.0	0	0.0	
Kadro Durumu					
657	44	30.6	100	69.4	<0.001
4/B	24	48.0	26	52.0	
Şirket Sözleşmeli	32	71.1	13	28.9	
Görev Yeri					
Acil	9	45.0	11	55.0	<0.001
Yoğun bakım/derlenme	9	27.3	24	72.7	
Ameliyathane	6	37.5	10	62.5	
Klinikler	42	34.4	80	65.6	
Poliklinikler	3	37.5	5	62.5	
Kan alma/endoskopi	6	75.0	2	25.0	
Görüntüleme	6	46.2	7	53.8	
Laboratuvar	14	100.0	0	0.0	
MSÜ	5	100.0	0	0.0	
Çalışma Şekli					
Sürekli gündüz	33	40.7	48	59.3	0.474
Sürekli gece	11	55.0	9	45.0	
Dönüşümlü vardiya	57	41.0	82	59.0	
Nöbet/İcap					
Evet	26	41.9	36	58.1	1.000
Hayır	75	42.1	103	57.9	
Fazla Mesai					
Evet sıklıkla	24	40.7	35	59.3	0.095
Evet bazen	55	38.5	88	61.5	
Hayır hiçbir zaman	22	57.9	16	42.1	
Görev Dışı İş					
Evet	23	27.1	62	72.9	0.001
Hayır	77	50.0	77	50.0	
Risk Bilgisi					
Evet	60	49.6	61	50.4	0.019
Hayır	41	34.5	78	65.5	

Risklere ilişkin maruziyeti azaltmak için önlem alma durumlarını etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde; kadro durumu ve çalışılan bölüm arasında anlamlı farklılık saptanırken, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, görev unvanı, çalışma şekli, nöbet/icap, fazla mesai, görev dışı iş ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.30).

Kadro durumuyla önlem alma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.000$). 4/B'li çalışanların (%54.0) önlem alma durumları daha yüksektir.

Çalışılan bölümle önlem alma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.002$). Poliklinikler, kan alma/endoskopi ünitelerinde çalışanların (%0.0) önlem alma durumları daha düşüktür (Tablo 4.30).

Tablo 4.30 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde önlem alma durumlarının karşılaştırılması

	Önlem Alan		Önlem Almayan		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Görev Unvanı					
Hemşire	66	31.3	145	68.7	0.188
Teknisyen	5	17.9	23	82.1	
Cinsiyet					
Kadın	54	26.9	147	73.1	0.054
Erkek	17	43.6	22	56.4	
Yaş					
<25	16	29.1	39	70.9	0.827
25-29	21	33.9	41	66.1	
30-34	16	26.2	45	73.8	
35 ve üzeri	18	29.0	44	71.0	
Eğitim Durumu					
SML	14	31.8	30	68.2	0.504
SHMYO	14	25.5	41	74.5	
SYO	42	31.8	90	68.2	
Yüksek Lisans	1	31.8	8	88.9	
Kadro Durumu					
657	37	25.7	107	74.3	<0.001
4/B	27	54.0	23	46.0	
Şirket Sözleşmeli	7	15.6	38	84.4	
Görev Yeri					
Acil	5	25.0	15	75.0	0.002
Yoğun bakım/derlenme	13	39.4	20	60.6	
Ameliyathane	3	18.8	13	81.3	
Klinikler	40	32.8	82	67.2	
Poliklinikler	0	0.0	8	100.0	
Kan alma/endoskopi	0	0.0	8	100.0	
Görüntüleme	1	7.7	12	92.3	
Laboratuvar	4	28.6	10	71.4	
MSÜ	5	100.0	0	0.0	
Çalışma Şekli					
Sürekli gündüz	21	25.9	60	74.1	0.054
Sürekli gece	2	10.0	18	90.0	
Dönüşümlü vardiya	48	34.5	91	65.5	
Nöbet/İcap					
Evet	16	25.8	46	74.2	0.520
Hayır	55	30.9	123	69.1	
Fazla Mesai					
Evet sıklıkla	24	40.7	35	59.3	0.093
Evet bazen	38	26.6	105	73.4	
Hayır hiçbir zaman	9	23.7	29	76.3	
Görev Dışı İş					
Evet	21	24.7	64	75.3	0.299
Hayır	49	31.8	105	68.2	
Risk Bilgisi					
Evet	42	34.7	79	65.3	0.090
Hayır	29	24.4	90	75.6	

Sağlık taramasının yapılması ve bağımsız değişkenler incelendiğinde; görev yeri ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanırken; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kadro durumu, görev unvanı, çalışma şekli, nöbet/icap, fazla mesai ve görev dışı iş arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.31).

Görev yerine göre sağlık taraması yapılması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.043$). Görüntüleme birimlerinde sağlık taraması yapılması (%46.2) yüksek saptanmışken, merkezi sterilizasyon ünitesi, poliklinikler ve kan alma/endoskopi birimlerinde sağlık taraması yaptıran yoktur.

Risk bilgisine göre sağlık taraması yapılması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.000$). Risk bilgisi alanların (%24.8) sağlık taraması yapılma oranı, almayanlara (%5.9) göre daha yüksektir (Tablo 4.31).

Tablo 4.31 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde sağlık taraması yapılması durumlarının karşılaştırılması

	Sağlık Taraması Yapılan		Sağlık Taraması Yapılmayan		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Görev Unvanı					
Hemşire	31	14.7	180	85.3	0.402
Teknisyen	6	21.4	22	78.6	
Cinsiyet					
Kadın	31	15.4	170	84.6	1.000
Erkek	6	15.4	33	84.6	
Yaş					
<25	10	18.2	45	81.8	0.318
25-29	10	16.1	52	83.9	
30-34	5	8.2	56	91.8	
35 ve üzeri	12	19.4	50	80.6	
Eğitim Durumu					
SML	5	11.4	39	88.6	0.665
SHMYO	11	20.0	44	80.0	
SYO	20	15.2	112	84.8	
Yüksek Lisans	1	11.1	8	88.9	
Kadro Durumu					
657	23	16.0	121	84.0	0.907
4/B	8	16.0	42	84.0	
Şirket Sözleşmeli	6	13.3	39	86.7	
Görev Yeri					
Acil	2	10.0	18	90.0	0.043
Yoğun bakım/derlenme	7	21.2	26	78.8	
Ameliyathane	1	6.3	15	93.8	
Klinikler	18	14.8	104	85.2	
Poliklinikler	0	0.0	8	100.0	
Kan alma/endoskopi	0	0.0	8	100.0	
Görüntüleme	6	46.2	7	53.8	
Laboratuvar	3	21.4	11	78.6	
MSÜ	0	0.0	5	100.0	
Çalışma Şekli					
Sürekli gündüz	13	16.0	68	84.0	0.981
Sürekli gece	3	15.0	17	85.0	
Dönüşümlü vardiya	21	15.1	118	84.9	
Nöbet/İcap					
Evet	12	19.4	50	80.6	0.314
Hayır	25	14.0	153	86.0	
Fazla Mesai					
Evet sıklıkla	10	16.9	49	83.1	0.167
Evet bazen	25	17.5	118	82.5	
Hayır hiçbir zaman	2	5.3	36	94.7	
Görev Dışı İş					
Evet	13	15.3	72	84.7	1.000
Hayır	24	15.6	130	84.4	
Risk Bilgisi					
Evet	30	24.8	91	75.2	<0.001
Hayır	7	5.9	112	94.1	

Aşılı olma durumunu etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde cinsiyet, eğitim durumu, görev unvanı ve görev yeri arasında anlamlı farklılık saptanırken; yaş, kadro durumu, çalışma şekli, nöbet/icap, fazla mesai, görev dışı iş ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.32).

Cinsiyete göre aşılı olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$). Kadınların aşılı olma durumu (%90.5) erkeklere göre (%69.2) daha yüksektir.

Eğitim durumuna göre aşılı olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.007$). Sağlık Yüksek Okulu mezunlarının (%90.9) aşılı olma durumu daha yüksektir.

Görev unvanına göre aşılı olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0.001$). Hemşirelerin aşılı olma durumu (%90.0) teknisyenlere göre (%64.5) daha yüksektir.

Görev yerine göre aşılı olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.042$). Yoğun bakım/derlenme ünitelerinde çalışanların (%90.9) aşılı olma durumu daha yüksektir (Tablo 4.32).

Tablo 4.32 Araştırmaya katılanların sosyo demografik, çalışma yaşamı ile ilgili özelliklere göre işlerinde aşılma durumlarının karşılaştırılması

	Aşılı		Aşısız		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Görev Unvanı					
Hemşire	190	90.0	21	10.0	0.001
Teknisyen	18	64.3	10	35.7	
Cinsiyet					
Kadın	182	90.5	19	9.5	0.001
Erkek	27	69.2	12	30.8	
Yaş					
<25	46	83.6	9	16.4	0.840
25-29	55	88.7	7	11.3	
30-34	54	88.5	7	11.5	
35 ve üzeri	54	87.1	8	12.9	
Eğitim Durumu					
SML	35	79.5	9	20.5	0.007
SHMYO	49	89.1	6	10.9	
SYO	120	90.9	12	9.1	
Yüksek Lisans	5	55.6	4	44.4	
Kadro Durumu					
657	128	88.9	16	11.1	0.241
4/B	45	90.0	5	10.0	
Şirket Sözleşmeli	36	80.0	9	20.0	
Görev Yeri					
Acil	18	90.0	2	10.0	0.042
Yoğun bakım/derlenme	30	90.9	3	9.1	
Ameliyathane	14	87.5	2	12.5	
Klinikler	110	90.2	12	9.8	
Poliklinikler	7	87.5	1	12.5	
Kan alma/endoskopi	7	87.5	1	12.5	
Görüntüleme	11	84.6	2	15.4	
Laboratuvar	8	57.1	6	42.9	
MSÜ	3	60.0	2	40.0	
Çalışma Şekli					
Sürekli gündüz	68	84.0	13	16.0	0.511
Sürekli gece	17	85.0	3	15.0	
Dönüşümlü vardiya	124	89.2	15	10.8	
Nöbet/İcap					
Evet	55	88.7	7	11.3	0.827
Hayır	154	86.5	24	13.5	
Fazla Mesai					
Evet sıklıkla	52	88.1	7	11.9	0.962
Evet bazen	124	86.7	19	13.3	
Hayır hiçbir zaman	33	86.8	5	13.2	
Görev Dışı İş					
Evet	77	90.6	8	9.4	0.314
Hayır	131	85.1	23	14.9	
Risk Bilgisi					
Evet	100	82.6	21	17.4	0.053
Hayır	109	91.6	10	8.4	

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada PAÜEUAH'de çalışan hemşire ve teknisyenlerin mesleki risk algıları değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılanların %88.3'ü çalışma ortamını riskli olarak algılamaktadır. Çalışma ortamını riskli olarak algılama hemşirelerde (%90.0) teknisyenlerden (%75.0) daha yüksektir.

Hemşirelerin çalışma ortamını risk açısından değerlendirdiği çalışmalar mevcuttur (Çalışkan ve Akdur 2001, Bayhan 2005, Taşcıoğlu 2007). Bu çalışmalarda çalışma ortamını riskli görme %70.9 ile %94.2 arasında değişmektedir. Lüleburgaz Devlet hastanelerinde yapılan çalışmada hemşirelerin %88.9'unun yüksek mesleki risk algısına sahip olduğu (Taşcıoğlu 2007), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde yapılan çalışmada hemşirelerin %94.2'si çalışma ortamlarında risk olduğunu belirttikleri (Çalışkan ve Akdur 2001) ve Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Cebeci ve İbni Sina Hastanelerinde çalışan hemşirelerin %70.9'unun çalışma ortamlarını çok yüksek ve yüksek riskli değerlendirdikleri (Bayhan 2005) görülmüştür .

Hemşireleri kapsayan, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanlarında kendi bildirimlerine dayalı mesleki sağlık riski sağlık hizmetleri çalışanlarında %95.4 olarak bulunmuştur (Piyal vd 1996).

Genel risk algılarıyla yapılan çalışmalarının yanı sıra tek bir riske indirgenmiş çalışmalarda bulunmaktadır. Hekim, Hekim Adayları, Hemşire ve Laboratuvar Teknisyenlerinin Hepatit B ile ilgili risk algılamalarına yönelik yapılan bir çalışmada hepatit B bulaşma açısından kendisini risk altında görme hemşirelerde %98.9, laboratuvar teknisyenlerinde %92.1, araştırma görevlilerinde %96.1 ve intern doktorlarda %92.3 bulunmuştur (Çetinkaya vd 2000). Ege üniversitesi hastanesinde radyasyon risk algısı ile ilgili yapılan çalışmada radyasyon risk algısı ortalaması 7.05 ± 2.30 (0-10) olarak bulunmuş ve Sayısal Değerlendirme Skalasına göre yüksek risk algısı olarak değerlendirilmiştir. Ancak, hekimlerin risk algısı ortalamasının düşük olduğu belirtilmiştir (Sakaoğlu Manavgat ve Mandıracıoğlu 2012).

Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre işi riskli algılama konusunda bizim bulgumuz diğer çalışmalara benzerlik göstermektedir.

Çalışan sağlığı uygulamalarının yetersizliğinin yanı sıra sağlık çalışanlarının sayıca yetersiz olması, müracaat eden hasta sayısının artmasından dolayı iş yükünün sürekli artması, sağlık hizmetlerinin 24 saat kesintisiz devam etmesi, kırım kongodan sağlık çalışanlarında ölümlerin görülmesi ve son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artması sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarının riskli olduğunu göstermektedir. (Annagür 2010, TTB Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi 2012, TUİK 2013). Sağlıkta Dönüşüm programı ile birlikte hastalar üzerinde en fazla tıbbi işlemin yapıldığı günlerde hastanın hastanede tutulup, tıbbi işlemin azalmasıyla birlikte taburcu edilmesi ve yerine yine yoğun tedavinin uygulanacağı hastanın yatırılması, otomasyon ve tıbbi teknolojilerle işin hızının artması sağlık çalışanlarının iş yoğunluğunu ve risklerini arttırmıştır (Zencir 2012).

2013 yılında 6331 sayılı iş kanunundaki değişiklikle ayakta ve/veya yataklı teşhis ve tedavi yapılan sağlık kuruluşlarındaki faaliyetler iş sağlığı ve güvenliği açısından çok tehlikeli sınıflar kısmına alınması, sağlık çalışanlarının yaptıkları işleri riskli olarak görmelerini desteklemektedir.

Bu çalışmada görev unvanı, yaş ve görev yeri ile işi riskli algılamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Yapmış olduğumuz çalışmada hemşirelerin (%90.0) teknisyenlerden (%75.0) daha yüksek risk algısına sahip olduğu bulunmuştur. Hemşireler ile teknisyenlerin sağlık alanındaki riskleri kıyaslayan bir çalışma olmamasına karşın, özelleşmiş risklere yönelik (enfeksiyon, radyasyon gibi) bu karşılaştırmaları yapan çalışmalar vardır. Buna göre Çetinkaya vd'nin (2000) yapmış oldukları çalışmada sağlık personelinin hepatit B bulaşması açısından kendisinin risk altında olduğunu düşünme oranı hemşirelerde %98,9 iken, teknisyenlerde %92.1 bulunmuştur. Sakaoğlu Manavgat ve Mandıracıoğlu'nun (2012) yapmış oldukları radyasyon risk algısı ile ilgili çalışmada hekimlerin teknisyenlerden, hemşirelerden ve hizmetlilerden; teknisyenlerin ise hemşirelerden düşük risk algısına sahip olduğu bulunmuştur. Sakaoğlu Manavgat ve Mandıracıoğlu (2012) çalışmalarında belirttiklerine göre; Cooper, aynı işyerindeki farklı mesleki ve hiyerarşik grupların mesleki risk algılarının da farklı olduğunu belirtmiş.

Çalışmamızın bulguları yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Teknisyenler laboratuvar ortamları gibi daha izole birimlerde çalışmaktadırlar. Hemşirelerin çalışma alanlarının daha geniş olmakla birlikte çalışma ortamlarında ağır kaldırma, invaziv girişimler ve şiddet gibi tehlikeler bulunmaktadır. Teknisyen ve hemşirelerin çalıştıkları bölümlerdeki farklılıkların ve çalışmamıza katılan teknisyen sayısının istenen düzeyde olmamasının algılamının farklı olmasına neden olduğu düşünülmektedir (Türk Hemşireler Derneği 2008, Korkmaz 2008).

Yirmi beş yaştan küçüklerde ve 35 yaşın üzerindekielerde işi riskli algılama 25-34 yaş grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Bazı çalışmalar yaş ile mesleki risk algısı arasında farklılık saptarken, bazılarında fark olmadığı gösterilmiştir. Ankara Tıp Fakültesi çalışanlarında 45 yaş ve üzerindekieler, daha genç yaşta çalışanlara göre daha düşük mesleki risk algısına sahiptir (Piyal vd 1996). Bizim çalışmamızla Ankara Üniversitesi'nde yapılan çalışma 35 yaş ve üzerindekielerin düşük risk algısına sahip olması açısından benzerlik göstermektedir. Genç yaşlarda yaşantı ve deneyim eksikliğinden dolayı genç insanlar riski yetişkinler kadar algılamıyor olduklarından (WEB_2), yaşlı çalışanlarda uzun süre tehlikenin devam etmesi riske aşinalığa ve riskin küçümsenmesine neden olabileceğinden (Sakaoğlu Manavgat ve Mandıracıoğlu 2012,Özkan 2005) bu yaş gruplarında risk algısı oranının düşük çıktığı düşünülebilir. Bununla birlikte Taşcıoğlu (2007), Sakaoğlu Manavgat ve Mandıracıoğlu (2012), Uçar (1996) çalışmalarında yaş ile risk algısı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Sakaoğlu Manavgat ve Mandıracıoğlu'nun (2012) çalışmalarının doktorları da kapsıyor olması ve Uçar'ın (1996) çalışmasının da sadece doktorlara yönelik yapılmış olması bizim çalışmamızdan farklı olarak yaş ile anlamlı ilişki saptanamamış olabilir. Taşcıoğlu'nun (2007) yaptığı çalışmada ise çalışmanın devlet hastanesinde yapılmış olması ve çalışmanın yılından dolayı bizim çalışmamızdan farklı sonuç çıkmış olabilir.

Bu çalışmada çalışılan bölüm ile işin riskli görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Yoğun bakım /derlenme ve merkezi sterilizasyon ünitelerinde çalışanların (%100.0) işi riskli algılamaları daha yüksek bulunmuştur. Diğer bölümlerin oranı ise; Görüntüleme Birimleri %92.5, Acil %90.0, Klinikler %90.0, Ameliyathane %87.5, Kan alma %75.0, Laboratuvar %71.4 ve Poliklinikler %37.5 bulunmuştur. Yoğun bakım/derlenme üniteleri diğer bölümlere göre invaziv girişimlerin çok uygulandığı ve yatan hastaların özelliklerinden dolayı uzun süre ayakta kalma, hasta

kaldırma ve hasta çekme gibi uygulamaların çok yapıldığı birimlerdir. MSÜ'leri ise ağır setlerin, ameliyathaneden gelen kesici delici aletlerin ve etilen oksit gibi zararlı gazların bulunduğu ortamlardır. Poliklinikler ise invaziv girişimlerin, ağır kaldırma gibi uygulamaların bulunmadığı ve daha az ayakta kalmayı gerektiren masa başı işlerin yapıldığı birimlerdir. Bu sebeplerden dolayı yoğun bakım/derlenme ve merkezi sterilizasyon ünitelerinin riskli görüldüğü, polikliniklerin ise riskli görülme oranının düşük olduğu düşünülmektedir (Orucu ve Geyik 2008, Kavaklı vd 2009, Genç 2011, Akgün vd 2011).

PAÜEAUH'de yaptığımız çalışmada hemşire ve teknisyenlerin risk taşıyan durum olarak sırasıyla invaziv girişimleri, enfeksiyonu ve hasta ve hasta yakınlarını algıladıkları görülmektedir. Risk taşıyan durumların belirlenmesine yönelik yapılan diğer çalışmalara bakacak olursak; hekim dışı sağlık personelinde mesleki risklerin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada enjektör, pansuman araç ve gereçleri en fazla riskli algılanan araç-gereç olarak bulunmuştur (Atasoy ve S. 2009). Hemşirelere yönelik yapılan bir çalışmada çalışma ortamında bulunan risklerin başında enfeksiyonlar, stres ve aşırı uzun çalışma ilk sıralarda yer almaktadır (Çalışkan ve Akdur 2001). Hemşirelerin karşılaştıkları mesleki riskler isimli çalışmada; hemşireler stres ve enfeksiyonu iş yeri zararı olarak belirtmişlerdir (Ergüney vd 2001). Hemşirelerin karşılaştıkları mesleki risklere yönelik yapılan bir çalışmada hemşirelerin mesleklerini uygularken karşılaştıkları risk faktörleri enfeksiyon riski, stres, sözel şiddet ve psikolojik travma olarak sıralanmıştır (Cürcani ve Tan 2009). Özkan'ın (2005) çalışmasında hemşireler çalışma ortamına yönelik tehlike ve risklerin ilk üçünü; bulaşıcı hastalıklar, bel ağrısı ve kesici delici cisim batması olarak tanımlamışlardır. İş ve çalışma ortamından kaynaklanan riskler ve bu riskleri hemşirelerin algılama düzeylerine yönelik yapılan çalışmada hemşireler risk taşıyan etmenlerin başında enfeksiyonları, stresi ve aşırı uzun çalışmayı ilk üç etmen olarak belirtmişlerdir (Taşcıoğlu 2007).

Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmalarda da kesici delici alet yaralanmaları ve enfeksiyon riski ilk sıralarda bildirilmiştir. Bununla birlikte stres ve uzun süre ayakta çalışmanın en sık bildirilen risk olduğu çalışmalarda vardır (Ergüney vd 2001, Taşcıoğlu 2007). Bu çalışmalarda riskler tek tek belirtilerek varlığı sorgulanmasına karşın, bizim çalışmamızda riskler açık uçlu olarak sorgulanmıştır, bu durum sonuçların farklılığını açıklayabilir. Sağlık çalışanlarının

sağlığı ve güvenliği konusundaki literatür bilgileri de bulgularımızı destekler niteliktedir. Beşer'in (2012) çalışmasında önde gelen riskler olarak kesici-delici yaralanmaları, kan ve diğer vücut sıvılarına maruziyet, enfeksiyon, antineoplastik ve diğer riskli ilaç maruziyeti ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet belirtilmiştir. Parlar'ın da (2008) belirttiği üzere işçi sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarının sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen kimyasal (dezenfektanlar, antiseptikler, anestezi maddeleri, latex), fiziksel (ışıklandırma/aydınlatma, gürültü, iklimlendirme sistemleri, iyonize radyasyon), enfeksiyöz (hepatit B, hepatit C, HIV, TBC), ergonomik (ağır kaldırma) ve psikososyal (şiddet, mobing, stres) risk faktörleri bulunmaktadır.

Yaptığımız çalışmada çalışma ortamında en sık karşılaşılan riskler sırasıyla, sürekli ayakta kalma, enfeksiyon, dezenfektanlar, ağır kaldırma, radyasyon, iğne batması, yaralanma, antineoplastikler, şiddet ve anestezi gazları olarak bulunmuştur. Ören'in (1994) çalışmasında hemşirelerin çalışma esnasında en çok sürekli ayakta kalma, iğne batması, ağır kaldırma ve enfeksiyon riskleriyle karşılaştığı görülmüştür. İnceslesli'nin (2005) çalışmasında hemşirelerin karşılaştıkları riskler; iğne batması, yaralanma, radyasyon, dezenfektanlar, kemoterapik maddeler, hasta ve hasta yakınları tarafından darp ve anestezi maddeleri olarak bulunmuş. Diyaliz üniteleri ve nefroloji servislerinde çalışan hemşirelerde yapılan çalışmada en sık karşılaşılan riskler; enfeksiyon, şiddet ve kesici delici alet yaralanmaları bulunmuştur (Cürçani ve Tan 2009). Çalışmamızda bulduğumuz bulgular benzer çalışmalardaki bulgularla paralellik göstermekle birlikte bizim çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak sürekli ayakta kalmak en çok karşılaşılan risk olarak belirtilmiştir. Bunun sebebi, yoğun çalışma koşullarıyla birlikte personel sayısındaki yetersizlik olabilir. Sağlık Çalışanlarına Yönelik İş Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri isimli makalede şiddet ve kesici delici-batıcı-delici cisim yaralanmalarının hastane sağlık çalışanlarının en sıklıkla karşılaştığı sağlık sorunları olduğu ve son yirmi yıldır bu sorunların ciddi boyutlara ulaştığı belirtilmektedir (Özkan ve Emiroğlu 2006).

Çalışmamızda riskli durum olarak invaziv girişimler, enfeksiyon ve hasta ve hasta yakınları belirtilirken; risklerle karşılaşma sıklığı sorusunda uzun süre ayakta kalma, ağır kaldırma ve anestezi gazları gibi farklı riskler belirtilmiştir. Bunun sebebinin karşılaşma sıklığı sorusunun seçenek verilerek sorgulanmasından dolayı olduğu

düşünülmektedir. Mezuniyet öncesi ve sonrası yıllarda sistemli, düzenli, konuyla ilgili eğitimler başta olmak üzere yeterli çalışmaların yapılmaması risklere farkındalığı azaltmaktadır. Çalışma ortamındaki riskler sorulduğunda sadece prognozu kötü olan ve kurum tarafından izlemi yapılan ve basında sürekli vurgulanan invaziv girişimler ve şiddet risk olarak ilk akla gelirken prognozu kötü olmayan, kurum tarafından izlenmeyen ve çevre tarafından vurgulanmayan uzun süre ayakta kalma gibi riskler akla gelmemektedir.

Çalışmamızda hemşire ile teknisyenlerin yaralanma, iğne batması, ayakta kalma, dezenfektan solüsyonlar ve enfeksiyon riskleri ile karşılaşmaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Hemşirelerin teknisyenlere göre bu risklerle karşılaşma oranı yüksek bulunmuştur. Altıok vd'nin (2009) yapmış olduğu çalışmada delici ve kesici aletle yaralanmanın en çok hemşire/ebelere yaşandığı görülmüştür (ebe/ hemşirelerde % 83.0, laborantlarda % 74.3, hekimlerde %66.2). Perkütan yaralanmaların hemşirelerde diğer meslek gruplarından daha fazla olduğunu belirten benzer çalışmalar da vardır (Ferguson vd 2004, Kermode vd 2005). ILO'ya göre sağlık çalışanları arasında iğne yaralanmalarına en fazla maruz kalan kesimi hemşireler oluşturmaktadır (Samancıoğlu vd 2013). Hemşire sayısının yetersizliğinden dolayı yoğun ve uzun süre çalışmaları, işlerini aceleyle yapmaları, bakım, tedavi, IV kanül takma, kan alma ve malzemelerin temizliği gibi birden çok işlemde sorumlu olmaları ve hastalarla direkt temas halinde olmalarından dolayı hemşireler; delici ve kesici alet yaralanmalarının yanısıra birçok mesleki riske maruz kalmaktadırlar (Korkmaz 2008, Özdemir ve Şengöz 2013). Hemşireler hastayla daha fazla zaman geçirdiklerinden ve bakımlarını doğrudan yerine getiren kişiler olduklarından dolayı sağlık riskleri ile karşılaşma olasılıkları diğer sağlık personelinde daha yüksektir (Tan vd 2011).

Görev yeri ile iğne batması, ağır kaldırma, ayakta kalma, ilaç, anestezi gaz, enfeksiyon, radyasyon, ve şiddet riskleri ile karşılaşmaları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur.

İğne batması riski yoğun bakım/derlenme, acil servis, Merkezi Sterilizasyon Ünitesi (MSÜ), klinikler ve kan alma birimlerinde yüksek bulunmuştur. Yoğun bakım üniteleri kritik ve ağır hastaların izlendiği, invaziv girişimlerin en fazla uygulandığı birimlerdir (İnan vd 2002, Orucu ve Geyik 2008). Yoğun bakım üniteleri ve acil serviste hastalara acil ve hızlı müdahale edilmesi gerekmektedir (Annagür 2010). Bu birimlerde girişimsel

işlemlerin çok uygulanması, hızlı müdahale edilmesi bu birimlerde iğne batması riskinin çok görülmesine neden olduğu düşünülmektedir. MSÜ'lerinde ameliyathaneden gelen setlerdeki aletler ayrıştırılıp temizliği yapılarak steril hale getirilir. Bu işlemler sırasında iğne batması riski bulunmaktadır (Genç 2011). Klinikler ve kan alma birimlerinde de girişimsel işlemler uygulandığından iğne batma riski yüksek bulunmuştur (Kormaz 2008).

Ağır kaldırma riski yoğun bakım/derlenme üniteleri, görüntüleme birimleri, acil servis, MSÜ ve kliniklerde yüksek bulunmuştur. Yoğun bakım/derlenme üniteleri, acil servis ve kliniklerde immobil hastalara bakım yaparken sağlık personeli hastaları kaldırmak zorundadır. Yoğun bakım hastaları en hasta, en hareketsiz ve en az yardımcı hasta grubudur. Sağlık çalışanları bu hasta grubuna bakım verirken uzun süre ayakta kalarak hastalara pozisyon vermek, hastaları çekmek ve kaldırmak zorundadır (Orucu ve Geyik 2008, Kavaklı vd 2009). MSÜ'de ağır ameliyathane setleri personel tarafından taşınmaktadır. Görüntüleme birimlerinde çalışanlarında özellikle angio ünitesinde sağlık çalışanları kendilerini korumak amaçlı kurşun önlük giymektedir. Sıralanan durumlar sağlık çalışanlarının ağır kaldırma riskine maruz kalmasına sebep olabileceğini düşündürmektedir.

Kemoterapötik ilaç riski klinikler ve polikliniklerde; anestezi gaz riski ameliyathanede yüksek çıkmıştır. Sitotoksik ajanların normal hücreler üzerinde de olumsuz etkileri vardır. Bu ilaçların hazırlanmasından ve uygulanmasından sorumlu olan hemşireler bu olumsuz etkilere en fazla maruz kalan sağlık çalışanlarıdır. Kemoterapi tedavisi kliniklerde uygulandığından ve polikliniklerin içinde hemotoloji ve onkolojinin kemoterapi birimleri de bulunması nedeniyle kemoterapötik ilaç riski bu birimlerde yüksek bulunduğu düşünülmektedir (Olgun ve Şimşek 2010). Ameliyathanede, anestezi cihazlarının ve kaçak valflerinin ve hatta hastaların ekspirom havalarından çıkan anestezi gazlarına sağlık çalışanları kronik olarak maruz kalmaktadır (Bağda 2010). Bundan dolayı anestezi gaz riski ameliyathanede yüksektir.

Enfeksiyon riski MSÜ, yoğun bakım/derlenme üniteleri ve acil serviste yüksek bulunmuştur. Hastaneler enfeksiyon etmenleri açısından zengindir. Özellikle yüksek riskli alanlarda (yoğun bakımlar, acil) enfeksiyon etkenleri daha fazla görülür (Parlar 2008). Yoğun bakım hastaları genel durumu kötü kritik hastalardır. Bu hastalara invaziv girişimler monitorizasyon cihazları çok fazla uygulanır. Bu nedenlerden dolayı yoğun

bakım hastaları hastane enfeksiyonlarına yol açan konağa ve çevreye ait pek çok faktöre sahiptirler. Böyle bir ortamın çalışanlar içinde enfeksiyon riski oluşturduğu düşünülmüştür.

Radyasyon riski görüntüleme birimleri, yoğun bakım/ derlenme üniteleri ve acil serviste yüksek bulunmuştur. Radyasyon bir kaynaktan elektromanyetik dalgalar veya parçacıklar şeklinde salınan bir enerjidir ve bu enerji görüntüleme yöntemleri sırasında yayılır (grafiler, MR, tomografi, angio vb) (Güden vd 2012). Yoğun bakım/ derlenme üniteleri ve acil serviste yüksek bulunmasının sebebi bu birimlerde yatan hastaların görüntüleme işlemlerinin yatakta skopi cihazıyla yapılması olarak düşünülmüştür.

Şiddet riski kan alma biriminde (%83.3) ve acil serviste (%40) yüksek bulunmuştur. Kan alma biriminde hasta için kaygı uyandıracak bir işlem yapılmakta olup birimin yoğunluğundan dolayı da beklemek hastalar açısından strese neden olmaktadır. Acil servisler ise acil müdahale gerektiren, riski yüksek hastaların hayat ile ölüm arasında oldukları, yüksek gerilim ve stresin yaşandığı yerlerdir. Acil serviste tetkik ve konsültasyonlardan dolayı bekleyen hasta ve hasta yakınları müdahalede geç kalındığını düşünüp saldırganlık eğilimi gösterebilmektedir. Acil serviste yaşanan ölüm olaylarından dolayı hasta yakınları sağlık çalışanlarını sorumlu tutarak şiddet eğiliminde bulunabilirler (Annagür 2010). Sağlıkta Dönüşüm Programı da şiddetin ortaya çıkıp gittikçe de artmasına neden olmaktadır (Oğan 2013). Bütün bu nedenlerden dolayı şiddet riski yüksek çıkmış olabilir.

Yapılan işe ek olarak görev dışı iş ile yaralanma ve şiddet riskleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Yapılan işe ek olarak görev dışı iş yapanların yaralanma ve şiddet riskleriyle karşılaşması görev dışı iş yapmayanlara göre daha fazla bulunmuştur. Artan iş yükü yaralanmalar için kolaylaştırıcı bir faktördür. Sağlık çalışanlarında yoğun iş yükünün hem aşırı yorgunluk nedeniyle alınması gereken önlemlerde aksamaya hem de yorgunluk nedeniyle dikkat zayıflamasına ve kaza riskinde artmaya yol açabileceği düşünülebilir (Gücük vd. 2002, Türk Hemşireler Derneği 2008, Uçak 2009, İlçe vd. 2013). Sağlık personelinin net olmayan görev, yetki ve sorumlulukları sağlıkta dönüşüm ile birlikte daha da belirsizleşmiştir (Sönmez ve Sevindik 2013). Bir çok çalışan aşırı iş yükünün kurbanı olmaktadır. Yapılması gereken işin, kişinin emin olmadığı beceri, yetenek ve

bilgi gerektiriyor olması, kaygı ve gerginlik yaratmaktadır. Ayrıca yoğun çalışma algılama düzeyindeki farklılığa ve buna bağlı olarak hem hasta hem de ekip üyeleriyle savunucu saldırgan özellikte olumsuz etkileşimlere neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü bulunan çalışma ortamları hasta yakınlarıyla iletişim yönünden çatışmaya girme, sözel ve fiziksel saldırıya maruz kalmaya neden olmaktadır. İş yükünün fazla olduğu ortamlarda sağlık personeli hasta ve hasta yakınlarıyla sağlıklı bir diyalog kuramamaktadır (Polat 2008, Türk Hemşireler Derneği 2008, Annagür 2010, Yiğitbaş ve Deveci 2011).

Fazla mesai ile ağır kaldırma, ayakta kalma, anestezi gaz, dezenfektan solüsyon, enfeksiyon ve radyasyon risklerine maruziyet arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Fazla mesai yapanların ağır kaldırma, ayakta kalma, anestezi gaz, dezenfektan solüsyon, ve enfeksiyon riskleriyle karşılaşması fazla mesai yapmayanlara göre fazla bulunmuştur. Sağlık çalışanları çalışma ortamı, çalışma koşulları ve çalışma ilişkilerinden kaynaklanan biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal risklerle karşı karşıyadır (Çalışkan ve Akdur 2001). Aşırı ve uzun çalışma bu ortamda daha fazla bulunmaya bununla birlikte bu risklere karşı daha fazla maruziyete neden olmaktadır.

Risklerle ilgili bilgilendirilme ile yaralanma ve anestezi gaz risklerine maruziyet arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Özkan çalışmasında hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun iş tehlike ve riskleri konusunda eğitim (%68.2) ve hizmet içi eğitim (%63.6) almamasının sağlığı için bir risk oluşturduğunu ifade etmiştir (Özkan 2005).

Risk konusunda bilgilendirilmeyenlerin anestezi gaz ve yaralanma riskleriyle karşılaşması bilgilendirilenlere göre daha yüksek bulunmuştur. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile tüm çalışanların iş sağlığı ve güvenliği ile çalışma hayatına dair hak ve sorumlulukları hakkında bilgilendirilmesi istenmektedir. 15 Mayıs 2013 tarihinde 28648 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin usul ve esasları hakkındaki yönetmeliğin Madde 6'sında belirtilen eğitimin içeriğinde de biyolojik, kimyasal risk etmenleri ve korunma yolları bulunmaktadır.

Kadro durumu ile dezenfektan solüsyon ve şiddet riskleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Kadrolu çalışanların dezenfektan solüsyon ve şiddet riskleriyle karşılaşma durumları sözleşmeli çalışanlara göre yüksek bulunmuştur. Sözleşmeli çalışanların iş güvencesi kaygısından dolayı düşüncelerini açık beyan etmediklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada araştırmaya katılanların yarısının risklerle ilgili bilgilendirildiklerini; bilgilendirildikleri riskler olarak da enfeksiyonu, ilaçları ve radyasyonu belirtmişlerdir. Risklerle ilgili bilgilendirildikleri birim ya da kişiler; birim sorumlusu (%40.5), enfeksiyon kontrol komitesi (%19.0), hemşirelik hizmetleri müdürlüğü (%14.1), çalışma arkadaşı (%11.6) ve doktorlar (%3.3) olarak bulunmuştur. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin %25.2'si hizmet içi eğitimlerde mesleki riskler hakkında bilgi aldıklarını ve konu başlığı olarak ta bulaşıcı hastalıkların ilk sıralarda (%18.0) yer aldığını belirtmişlerdir (Bayhan 2005). Lüleburgaz Devlet Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada hemşirelerin %38.4'ünün çalışma ortamı tehlike ve riskleri konusunda hizmet içi eğitim aldığı görülmektedir (Taşcıoğlu 2007). Başka bir çalışmada da hemşirelerin %33.1'inin mesleki risklerle ilgili eğitim aldıkları bulunmuştur (Ören 1994). Çalışmamızın bulguları diğer çalışmaların bulgularına göre yüksek bulunmuştur. Bu farklılık çalışmaların yapıldığı yıllardan ve çalışmanın yapıldığı kurumun üniversite hastanesi olmasından kaynaklanıyor olabilir. Özkan'ın (2005) çalışmasında hemşirelerin yarısından fazlasının iş tehlike ve risk konusunda sağlık eğitimi ve hizmet içi eğitim almamasının sağlığı için bir risk oluşturduğu ifade edilmektedir. OHSAS 2000 yılında sağlık çalışanlarının karşılaştıkları sorunları çalışma koşullarından kaynaklı risklerin farkında olarak çözebileceklerini belirtmiştir (Bayhan 2005).

15 Mayıs 2013 tarihinde 28648 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimlerinin usul ve esasları hakkındaki yönetmeliğin Madde 6'sında iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin içeriği ve sıklığı belirtilmektedir. Çalışmamızda risklerle ilgili bilgilendirmenin niteliksel ve niceliksel olarak yetersiz olduğu görülmektedir. Alındığı belirtilen eğitim konuları ve eğitim aldıkları birim ve kişiler farklılık göstermektedir. Yönetmeliğe göre planlanmış, her çalışana verilen standart bir eğitim programı bulunmamaktadır. Eğitimler ağırlıklı olarak enfeksiyon kontrol komitesinin yürüttüğü çalışmalarla sınırlıydı. Benzer şekilde çalışanların

bilgilendirildikleri riskler arasında enfeksiyon ilk sırada (%74.4) yer almaktadır. Bunun sebebi bu eğitimleri planlayacak olan Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Biriminin çalışmamızın yapıldığı tarihlerde daha henüz kurulmamış olmasındandır.

Sağlık çalışanlarının işini ve çalışma ortamını riskli algılayıp algılamadıklarını evrensel önlemleri alma durumlarına bakarak görebiliriz. Çalışmamızda araştırmaya katılanların neredeyse tamamı (%97.1) önlem alma gereksinimi olduğunu ifade etmektedirler. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda önlem alma gereksinimi %40-%100 arasında değişmektedir. Taşcıoğlu'nun (2007) çalışmasında %100, Çalışkan ve Akdur'un (2001) çalışmasında %82.2, Bayhan'ın (2005) yapmış olduğu çalışmada %76.7, Atasoy ve Aksoy'un (2009) yaptıkları çalışmada %46.1, Piyal vd (1996)'nin çalışmalarında %40.8 bulunmuştur. Bizim çalışmamız Çalışkan ve Akdur (2001), Taşcıoğlu (2007) ve Bayhan'ın (2005) çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Piyal vd (1996) ile Atasoy ve Aksoy (2009) bildirdiklerine göre çalışmalarında önlem alma oranı bizim çalışmamıza göre düşük bulunmuştur. Bu farklılığın sebepleri; Piyal vd (1996) yapılan çalışma sağlık çalışanlarıyla birlikte diğer idari çalışanları da kapsamaktadır. İdari kısım çalışanları çoğunlukla masa başı iş yaptıkları için önlem alma gereksinimi duymuyor olabilirler. Atasoy ve Aksoy'un (2009) çalışmalarındaki farklılık ise örnek sayısının düşüklüğünden kaynaklanabilir.

Bu çalışmada el yıkama oranı %50.6 ile %98.8 arasında çıkmıştır. El yıkadıkları durumlar ise; vücut sıvıları, sekresyonlar, mukoza, bütünlüğü bozulmuş deri ya da yara ile temas halinde, mikroorganizmaların bulaşma olasılığı yüksek cisimlere temas sonrası, hastaya veya kontamine olması mümkün eşyalara dokunduktan sonra, eldiven çıkarıldıktan sonra olarak görülmektedir. Özkan'ın (2005) çalışmasında hemşirelerin hasta bakımı sırasında el yıkama oranının %18.8-%64.4 olduğu saptanmış. Yoğun bakımda yapılan bir çalışmada sağlık personelinin tümünde vücut sıvıları ile temas sonrası el yıkama alışkanlığı en yüksek boyutta (%72) olduğu görülmüştür (İnan vd 2002). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi yoğun bakımlarda yapılan bir çalışmada eldiven çıkarıldıktan sonra el yıkama oranı %25.5 olarak bulunmuş (Arda vd 2005). Hemşirelere yapılan bir çalışmada üniversite hastanesinde hemşirelerin girişim sonrası el yıkama durumu %95.0, hastadan hastaya geçişte el yıkama durumu %39.0 olarak bulunmuştur (Uçan vd 2006). El yıkama oranının yüksek çıkmasının el yıkama ile ilgili çalışmaların artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı el yıkama

eğitimlerini zorunlu eğitimler içine alarak 5N Endikasyon Formu ile de el yıkamaya uyumun takip edilmesini istemiştir (Sevinç 2011).

Çalışmamızda araştırmaya katılanların diğer bir koruyucu önlem olan eldiven giyme durumları; vücut dışına atılan maddelerle temas olma olasılığı olduğunda, mikroorganizmaların bulaşma olasılığı yüksek cisimlere temas öncesi, invaziv işlem yaparken ve hasta ile temastan önce olarak bulunmuştur. Biyokimya laboratuvarı çalışanlarında yapılan bir çalışmada işlemde ortalama eldiven giyme oranı %89 olarak bulunmuştur (Özen vd 2006). Hemşirelerin HBV ve HCV enfeksiyonlarından korunmak için aldıkları önlemlere yönelik yapılan bir çalışmada hemşirelerin eldiven kullanma oranı üniversite hastanesinde %83.0 olarak bulunmuş (Uçan vd 2006). Sağlık çalışanlarının delici / kesici aletle yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınan önlemleri belirlemek üzere yapılan bir çalışmada eldiven kullanma oranları hemşirelerin %71.9, laborantların %87.8 bulunmuştur (Altıok vd 2009). Laboratuar çalışanlarında yapılan bir çalışmada laboratuar personelinin kan alma ve laboratuar işlemleri sırasında ortalama eldiven kullanma oranı 89 ± 16 olarak bulunmuş (Özen vd 2006). Hemşirelerin mesleki risklerine yönelik yapılan bir çalışmada hemşirelerin eldiven kullanma oranı %100 bulunmuştur (Taşcıoğlu 2007). Bir başka çalışmada hemşirelerin eldiven kullanma oranı %68.1 olarak bulunmuş (Bayhan 2005). Ören'in (1994) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin hasta bakımı verirken yaptıkları işlemlere göre eldiven giyme durumları; %66.25'i mesane sondası takarken, %60.63'ü lavman yaparken, %45.00'ı vücut dışına atılan maddelerle temasta ve %40.0'ı ise trakeostomi bakımı sırasında eldiven kullandığını belirtmiş. Yapılan çalışmaların eldiven giyme oranlarını bizim çalışmamızın oranlarıyla karşılaştırdığımızda; çalışmamızın Ören'in (1994) çalışmasından yüksek olduğu, diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Ören'in (1994) çalışmasından yüksek olmasının sebebinin çalışmanın 1994 yılında yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. El, temas sonucu enfeksiyonların gelişmesine neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının hem kendilerini, hem hastaları hem de çalışma arkadaşlarını korumak ve enfeksiyonu bulaştırmamak için özellikle vücut sıvıları ile temas şeklindeki uygulamalarda mutlaka eldiven giymesi önerilmektedir. (Ören 1994). CDC tarafından kan yoluyla bulaşan tüm enfeksiyonlardan sağlık çalışanlarının korunması için "Üniversal Önlemler" in kullanılması önerilmiştir ve günümüzde tüm dünyada sağlık personelinin korunmasında yaygın kabul görmektedir. Üniversal önlemlerde her hastanın kan ya da diğer vücut sıvıları veya bunlarla

kontamine yüzeylerle temas riski olduğunda, her hastanın mukoza veya sağlam olmayan derisiyle temas riski olduğunda, kan alma, damara girme veya benzeri bir intravasküler işlem sırasında mutlak surette eldiven giyilmesi gerektiği belirtilmektedir (Akova 1999).

El yıkama ve eldiven kullanımı dışında koruyucu önlem olarak maske-önlük-gözlük (%28.8) ve el dezenfektanı (%23.8) belirtilmiştir. El yıkama ve eldiven dışında koruyucu önlem almayanların oranı %53 olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada koruyucu ekipman kullanma oranları maske %19, önlük %17 ve gözlük %4 olarak saptanmıştır (yaralanma-maske-gözlük-önlük). Hekim ve hemşirelerle yapılan bir çalışmada hastaya müdahale sırasında ya da görev gereği gerekli kişisel koruyucuların (eldiven, maske v.s) kullanılması oranları hekimler %13.4, hemşireler %32.3 olarak bulunmuştur (Önder vd 2011). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada maske kullanma oranı %74.7, koruyucu önlük kullanma oranı %19.2 bulunmuştur (Taşcıoğlu 2007). Bir başka çalışmada hemşirelerin maske kullanma oranı %21.3, galoş kullanma oranı %15.7 olarak bulunmuştur (Bayhan 2005). EÜ yoğun bakımlarda el temizliği kurallarına uyumun değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmada el temizliğinde alkol bazlı el dezenfektanı kullanma oranı %3 olarak saptanmış (Arda vd 2005). Yapılan çalışmaların bulguları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. CDC tarafından yayınlanan universal önlemlerde yapılan tıbbi bir işlem sırasında kan veya diğer vücut sıvılarının sıçrama olasılığı söz konusuysa (örneğin kemik iliği aspirasyonu, lomber ponksiyon yapılması gibi) ağız, burun ve gözleri korumak amacı ile maske ve gözlük takılması gerektiği ve diğer vücut yüzeylerine bulaşmayı önlemek için koruyucu önlük giyilmesi gerektiği belirtilmektedir (Akova 1999). El yıkama ve eldiven kullanımı dışında alınan koruyucu önlemlerin (maske, önlük, gözlük) oranı diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da düşük bulunmuştur.

PAÜEAUH çalışanları evrensel önlemler arasında sayılan eldiven giyme ve el yıkama konusunda olumlu davranışa sahip iken maske, gözlük ve koruyucu giysi kullanımına yönelik olumlu davranışa sahip değildir. Çalışma sırasında evrensel önlemlerin kullanılmaması nedenleri sorgulanmamıştır. Bununla birlikte evrensel önlemlerin kullanımındaki farklılık için şunlar söylenebilir: Sağlık çalışanlarının farkındalığının az olması, maske, gözlük gibi malzemelerin kullanımının çalışan için

kısıtlayıcı olması, konfor, koruyucu malzemenin niteliğinin düşük olması ve verinin açık uçlu toplanması olabilir.

Çalışılan bölüme göre MSÜ %100, yoğun bakımlar %39.4, klinikler %32.8, laboratuvar %28.6 ve acil %25 oranlarında önlem alırken; poliklinikler ve kan alma/endoskopi birimleri hiç önlem almadıklarını belirtmişlerdir. Altıok'un yapmış olduğu çalışmada koruyucu önlem kullanma durumunun yoğun bakım ünitesi (YBÜ) çalışanlarında (%96.6) yüksek olduğu bulunmuştur (Altıok vd 2009). Ankara Üniversitesi'nde (AÜ) yapılan çalışmada hemşirelerin çok riskli olarak tanımlanan Radyoloji, Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Enfeksiyon Hastalıkları, Kan Merkezi, Anestezi ve Reanimasyon, Ameliyathane, Hemodiyaliz, Hematoloji ve Nükleer Tıp gibi birimlerde önlem alma durumu %89.0 iken bu birimlerin dışındaki az riskli olarak tanımlanan birimlerde önlem alma durumu %79.0 olarak bulunmuştur (Piyal vd 1996). Çalışılan bölüme göre algılanan sağlık riskleri değiştiğinden alınan güvenlik önlemleri de buna göre uyarlanmalıdır (Listyowardojo vd 2010). Bizim çalışmamızın bulguları diğer çalışmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Risk algısının yüksek olduğu bölümlerde önlem almanın da yüksek olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada kadro durumu ve çalışılan bölüm ile önlem alma arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Şirket sözleşmeli çalışanlarda önlem alma durumu (%15.6), 657 (%25.7) ve 4/B (%54.0) kadrolu çalışanlara göre düşük bulunmuştur. Sözleşmeli çalışanlara yönelik bir araştırma bulunmadığından bulgular başka bir araştırma verisi ile karşılaştırılamamıştır.

Araştırmaya katılanların %15.4'ü sağlık taraması yapıldığını belirtmiştir. Tarama kapsamında hepatit markırlarına bakılması yüksek iken (%67.6), kan tetkiki, göz muayenesi EKG çekilmesi akciğer grafisi çekilmesi düşüktür (sırası ile %21.6, %8.1, %5.4, %5.4'tür). Bu konuda ülkemizde bir tane çalışma yapıldığı belirlenmiş olup, bu çalışmada hemşirelerin %3.4'ünün düzenli aralıklarla sağlık kontrollerinden geçtiğini belirtmiştir (Bayhan 2005). Bizim bulgumuzun yüksekliği hemşire ve teknisyenlerin hepatit B aşılama programında markırlarına bakılmasını sağlık taraması kapsamında değerlendirilmesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Yine hastane çalışanlarının iş güvenliğiyle ilgili yapılan bir çalışmada sağlık taramalarının yetersiz olduğu belirtilmiştir (Öztürk vd 2012). Sağlık çalışanlarının sağlığı birimi faaliyetlerinin

yaşama geçmemesi nedeniyle sağlık taramaları personelin ya da çalıştığı kliniğin inisiyatifine ve konu ile ilgili motivasyonuna bağlıdır. İş kanunu ve ilgili yönetmeliklerde aralıklı kontrol muayenelerinin öncelikli olduğu belirtilmektedir (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 2012). Eylül 2012 Antalya’da toplanan Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalıştayı sonuç bildirdesinde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İşyeri Sağlık Biriminin tanıtımında finansman sorunu nedeniyle periyodik muayenelerin düzenli yapılamadığı bildirilmiştir (HASUDER 2012).

Çalışmamızda görev yeri ve risk bilgisi ile sağlık taraması yapılması arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Görev yerine göre görüntüleme birimleri (%46.2), laboratuvar (%21.4), yoğun bakım/derlenme üniteleri (%21.2), klinikler (%14.8), acil ünitesi (%10.0) ve ameliyathane (%6.3) sağlık taramasının yapıldığını belirtmişlerdir. Risk bilgisi alanlardan %24.8’i sağlık taraması yapıldığını belirtmiştir.

24.03.2000 tarih 23999 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği Madde 23’de “Çalışma koşulu A’da çalışan radyasyon görevlilerinin sağlık durumlarının yapacakları göreve uygunluğunu belirlemek amacıyla işe başlamadan önce ve çalıştığı süre boyunca yılda en az bir kez tıbbi muayeneleri yaptırılır.” şeklinde geçmektedir. Bu yönetmelikten dolayı görüntüleme birimlerinde çalışanların sağlık taraması yapılma durumu yüksek çıkmıştır.

Bunun dışında hepatit B aşılama çalışmaları uzun süredir sağlık kurumlarında devam etmektedir. Aşılama öncesinde bakılan hepatit B markırları çalışanlar tarafından sağlık taraması olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda aşılama oranları yoğun bakım, acil ve kliniklerde yüksek bulunmuştur. Sağlık taramasının aşılama oranlarının da yüksek bulunduğu bu birimlerde yüksek çıkmasının sebebinin markır bakılmasının sağlık taraması olarak algılanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada araştırmaya katılanların %83.3’ü hepatit, %45.4’ü tetanoz aşısı yaptırmıştır. Ege Üniversitesi’nde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının mesleki risk oluşturan hastalıklara karşı aşılama durumları; hepatit B aşısının %50.4, tetanoz aşısının %30.8 olarak uygulandığı saptanmıştır (Türkistanlı vd 2000). Devlet hastanesi çalışanlarında yapılan bir çalışmada hemşirelerin %89,6’sının hepatit_B, %93’ünün tetanoz aşısı oldukları görülmüştür (Öncül vd 2012). Yapılan bir başka çalışmada

hepatit_B aşısı yaptırma durumu hemşirelerde %95.0, laboratuvar teknisyenlerinde %85.2 bulunmuştur (Çetinkaya vd 2000). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin aşılama durumları hepatit-B %75.8, tetanoz %13.1, grip %13.1 ve tüberküloz %4.0 oranlarında bulunmuştur (Taşcıoğlu 2007). Teknisyenlerle yapılan bir çalışmada hepatit-B aşısı bakımından tam aşılanmış olanların oranı %24.4 bulunmuştur (Özen vd 2006). Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada hepatit B aşısını yaptırma durumu %79.5 oranında bulunmuştur (Altıok vd 2009). AÜ hemşirelerde yapılan çalışmada yaklaşık yarısının Hepatit B aşısı yaptırdığı bulunmuştur (Bayhan 2005). AÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşireler üzerinde yapılan diğer bir çalışma hemşirelerin %56'sının korunmaya yönelik aşı yaptırdığını belirtmiştir (Çalışkan ve Akdur 2001). Başkent Üniversitesi'nde çalışan hemşireler üzerinde yapılan çalışmada Hepatit B aşılama oranı %36 olarak bulunmuştur (Turhan 2006). Sağlık çalışanlarının aşılama ile ilgili çalışmalar ağırlıklı olarak Hepatit B aşısı ile ilgili yapılmış ve tüm aşılama sorgulandığı çalışmalarda da Hepatit B aşısı yapılıma oranı yüksek bulunmuştur (Çetinkaya vd 2000, Türkistanlı vd 2000, Taşcıoğlu 2007, Altıok vd 2009, Öncel vd 2012). Yapılan çalışmaların oranları bizim çalışmamızın oranıyla benzerlik göstermektedir. Sağlık çalışanlarının iş yerinde karşılaştıkları risk ve tehlikeler enfeksiyon ve kesici-delici alet yaralanmaları ilk sıralarda yer almakla birlikte sayı ve çeşidi de çok fazladır. Sağlık çalışanları iş ortamında kazandıkları enfeksiyonları diğer hastalara, diğer sağlık çalışanlarına ve aile bireylerine bulaştırma riski taşımaktadır. Aynı zamanda sağlık çalışanları toplumdaki aldıkları enfeksiyonları sağlık çalışanlarına ve hastalara bulaştırmaları da söz konusudur. Sağlık hizmeti sunan hastanelerde en sık karşılaşılan risklerden olan biyolojik-enfeksiyon risklerinden korunmada en önemli rolü bağışıklama çalışmaları oluşturduğu, sağlık çalışanları aşı ile korunabilir hastalıklara karşı aşılama gerektiği ifade edilmektedir (Bayhan 2005). Aşıyla önlenilecek enfeksiyonlar için Sağlık Bakanlığı tarafından immünizasyon programları yürütülmektedir. “Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)” ve “Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)”, temel olarak uygulanması gereken aşılama; hepatit B, influenza, kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği aşılama olarak önermektedirler. Sağlık çalışanları difteri, pnömokok enfeksiyonları ve tetanoz açısından normal yetişkinlerden farklı risk altında bulunmamışlardır. Bu nedenle, bu hastalıklara karşı aşılama, meslek sağlığı ve güvenliği programı dışında tutulmuştur (Dokuzoğuz 2007).

Çalışmamızda cinsiyet, eğitim durumu, görev unvanı ve görev yeri ile aşılama durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Aşılama oranlarının, kadınların (%90.5) erkeklerden (%69.2), eğitim düzeyi yüksek olanların düşük olanlardan (SYO %90.9, SHMYO %89.1, SML %79.5), hemşirelerin (%90.0) teknisyenlerden (%64.3) yüksek olduğu görülmektedir. Çalışılan bölümlere göre aşılama oranları; yoğun bakım/derlenme %90.9, klinikler %90.2, acil %90.0, ameliyathane, poliklinikler ve kan alma %87.5, görüntüleme %84.6, MSÜ %60.0 ve laboratuvar %57.1 olarak bulunmuştur.

Aşılama oranlarının hemşirelerin teknisyenlerden daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Çakmak vd 1999, Çetinkaya vd 2000). Özkan (2006) tarafından çocuklara aşı yapılması için karar veren aşıya götüren kişilerin büyük bir çoğunlukla anneler olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada annelerin gebelik ve çocukluk dönemi aşılama oranları konusundaki bilgi düzeylerinin yüksek olmasının, aşılama oranlarını yükselttiğini belirtilmiştir. (Canbaz vd 2001). Hamile kadınlara yönelik yapılan çalışmada ilköğretim ve altı eğitimli kadınların tetanoz bağışıklamasında kaçırılmış fırsatların daha fazla oranda olduğu görülmüştür (Önde vd 2007). Aşılama oranlarındaki yükseklik hemşirelerin çoğunluğunun kadın olmasından dolayı aşı ile ilgili duyarlılığın fazla olmasına, eğitim düzeyinin yüksekliğine bağlanabilir.

Görev yeri yoğun bakım/derlenme ve acil servis olanlarda enfeksiyon risk algısının yüksekliği aşılama oranlarının yüksekliğine neden olmuş olabilir.

Araştırmaya katılanların beyanlarına göre işe bağlı sağlık sorunları olarak varis (%38.8), depresyon (%22.9), diskal herni (%16.3), astım (%12.5), hepatit (%1.7) ve tüberküloz (%1.7) ifade edilmiştir. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada çalışma ortamında maruz kaldıkları hastalıkların dağılımı; varis (%51.5), kronik bel ağrısı (%44.4) ve depresyon vb psikolojik rahatsızlıklar (%22.2) olarak bulunmuştur (Taşcıoğlu 2007). Hemşirelerin varis belirtilerinin incelendiği bir çalışmada varis belirti ve yakınması olanların oranı %72.7 bulunmuştur (Yapıcı 2011). Yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin bildirimlerine göre işe bağlı hastalıkları bel ağrısı %40.9, varis %47.7 lateks alerjisi %13.6 oranlarında bulunmuştur (Özkan 2005). Hemşirelerin çalışma koşullarından kaynaklanan sorunları ve mesleki risklerin incelenmesine yönelik yapılan bir çalışmada hemşirelerin %66.25'inde sırt ve bel ağrıları, %63.46'sında varis, %7.53'ünde hepatit ve %3.45'inde tüberküloz hastalığı tespit edilmiştir (Ören 1994).

Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılan bir çalışmada hekim ve hemşirelerin %52.0'sinin bel, %42.3'ünün sırt ağrısı, hepatit B-C hastalık sıklığı % 1.4, hekimlerin %17.3'ünde, hemşirelerin %25.2'sinde depresyon bulunmuştur (Önder vd 2011).Yapmış olduğumuz çalışma varis, depresyon ve diskal herni (sırt bel ağrısı) hastalıklarının oranlarının yüksek olmasıyla bir çok çalışmayla benzerlik göstermektedir (Taşcıoğlu 2007, Özkan 2005, Ören 1994, Önder vd 2011). Nitekim kas-iskelet sistemi hastalıkları sağlık çalışanlarında sık görülen sağlık sorunları arasında sayılmaktadır. Ören (1994) tarafından; yatağa bağımlı hasta bakımının hemşirelerin %79.0'ında sırt şikayetlerine yol açtığı ve 1008 hemşire ve hemşire yardımcılarını içeren bir incelemede de hemşirelerin %12.0'sinin sırt ağrılarında dolayı hemşireliği bırakmayı düşündükleri bildirilmektedir. NIOSH' un raporuna göre bel ağrısı sıklığının ağır sanayi işçisi ve ağır vasıta şoförlerinden sonra hemşirelerde görüldüğü belirtilmiştir (Bayhan 2005). Bu bulgular da araştırma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Varis ve kronik bel ağrısının maruz kalınan hastalıklar arasında ilk sıralarda yer almasının nedeni, nöbet saatlerinin uzun olması, çalışma süresince eleman eksikliğinden dolayı uzun süre ayakta kalma, çalışma ortamındaki ergonomik tehlike ve riskler ve hemşirelerin tedavi ve bakım uygulamaları sırasında vücut mekaniklerine yeteri kadar dikkat etmemeleri olabilir. Sağlık Çalışanlarına Yönelik İş Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri isimli makalede hepatit B hastalığı, tüberküloz, bel ağrısı, varis, iş stresi, kas-iskelet sistemi yaralanmaları, şiddet ve kötü muamele ve keccici-batıcı-delici cisim yaralanmalarının hastane sağlık çalışanlarının en sıklıkla karşılaştığı sağlık sorunları olduğu ve son yıllarda bu sorunların çok arttığı belirtilmektedir (Özkan ve Emiroğlu 2006). Sağlık çalışanlarına yapılan bir başka çalışmada vardiyalı çalışmanın somatik ve psikolojik yakınmaları arttırdığı bulunmuştur (Selvi vd 2010). Çalışmamız hem teknisyen hem de hemşireleri kapsamaktadır. Ülkemize ait literatürde teknisyenlerle ilgili çalışmaya rastlanmaması nedeniyle tartışılmamasına karşın hemşirelerle benzerlik göstereceği düşünülmektedir. Hepatit B oranının düşük olmasının sebebi hepatit B ye karşı aşılama çalışmalarının yapıyor olması ve personelin duyarlılık kazanması olarak söylenebilir. Hastanemizde Enfeksiyon Kontrol Komitesinin yürütmüş olduğu aşılama çalışmalarını yeni kurulan Çalışan Sağlığı ve Güvenliği yürütmektedir.

Çalışmamızda cinsiyet, yaş, kadro durumu, görev unvanı, çalışılan yer, görev dışı iş ve risk bilgisi ile işe bağlı hastalık öyküsü arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Kadınların (%64.7) erkeklere (%23.1) göre daha çok sağlık sorunu yaşadığı görülmektedir.

Kadınlar doğurgan olma özellikleri dışında bazı özellikleri bakımından da erkeklerden farklılık gösterdiklerinden dolayı erkeklere göre daha fazla risk altında bulunmaktadır. Bu özellikler; kadınlar, fizik güç bakımından erkeklerden daha zayıftır. Bu durum ağır kaldırma gerektiren işlerde sorun oluşturmaktadır. Kadınların vücut yapısının erkeklerden ufak olması iş yeri ortamında bulunan maddelerden kadınların vücut ağırlığı başına daha fazla etkilenmesine neden olmaktadır. Kadınların vücut ağırlığına oranla vücut suyunun az olması ısı toleransının az olmasına neden olmaktadır. Boya göre omurga uzunluğunun kadınlarda fazla olması disk herniasyonu olasılığını arttırmaktadır (Bilir ve Yıldız 2013). Kadınlar erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşamaktadır (TTB 2008). Hemşirelerin çoğunluğunun kadın olması diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla sağlık sorunu yaşamasına neden olduğu düşünülmektedir (Parlar 2008).

Yaş arttıkça hastalık geçirme oranı artmaktadır. İnsan organizması 30 yaşına kadar büyüme ve olgunlaşma sürecini tamamlar. Bu dönemden sonra fizyolojik fonksiyonlarda gerileme başlar. Sinir sistemi, kalp-kan dolaşımı sistemi, akciğer, böbrekler, kaslar ve duyu organlarında kayıplar oluşur (Tufan 2012). Bu kayıplardan dolayı sistemlerle ilgili sağlık problemleri görülmeye başlar. Yaşı büyük olanlar daha uzun süre tehlike ve risklere maruz kaldıkları için sağlık problemlerinin fazla görülmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Kadro unvanına göre; 657’de (%69.4) hastalık geçirme oranı yüksek iken şirket sözleşmelilerde (%28.9) düşük bulunmuştur. Sözleşmeli olanların yaşları küçük olduğundan dolayı hastalık geçirme oranlarının düşük çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerde (%63.5) hastalık geçirme oranı yüksek iken; teknisyenlerde (%17.9) düşük bulunmuştur. Hemşireler hastayla daha fazla zaman geçirdiklerinden ve hastaların bakımlarını doğrudan yerine getirdikleri için sağlık sorunlarıyla karşılaşmaları diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksektir (Parlar 2008).

Çalışılan bölüme göre hastalık geçirme oranları; Yoğun bakım/derlenme ünitelerinde %72.7, Kliniklerde %65.6, Ameliyathane ve Polikliniklerde %62.5, Laboratuvar ve MSÜ'de %0.0 olarak bulunmuştur.

Çalışanların işin niteliğinden ve çalışma koşullarından dolayı bedensel veya ruhsal bütünlüğün bozulmasıyla ortaya çıkan hastalıklara meslek hastalığı adı verilmektedir. Sağlık çalışanları da çalışma ortamından kaynaklı biyolojik (hepatit B, AIDS (HIV), tüberküloz ve diğer bulaşıcı hastalıklar), fiziksel (işitme kaybı, kanser), kimyasal (alerji vb), ergonomik (bel-boyun ağrısı), psikososyal (tükenmişlik, stres, depresyon) gibi pek çok risk ve bunlara maruziyet sonucunda oluşan pek çok sağlık sorunlarıyla karşı karşıyadır (Akova 1999, Çalışkan ve Akdur 2001). Vardiyalı sistemde gece de çalışmak zorunda kalan bireylerde serebrovasküler hastalıklar, koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, diyabet ve diğer sağlık problemleri de daha sık görülmektedir (Selvi vd 2010). Yoğun bakımlar, klinikler ve ameliyathaneler uzun süre ayakta kalarak kritik hastaların bakıldığı birimlerdir. Bu birimlerde enfeksiyon, iğne batması, ağır kaldırma, şiddet, ilaç, anestezi gazı, ayakta kalma ve şiddet riskleri diğer birimlere göre daha fazladır. Bu yüzden bu birimlerde hastalık geçirme oranları yüksek çıkmış olabilir. Çalışmamızın yapıldığı dönemde polikliniklerde yaşı ileri veya sağlık problemi olan kişiler görevlendirilmekteydi. Bu yüzden hastalık geçirme oranlarının yüksek çıktığı düşünülmektedir. MSÜ çalışanlarının %99'u erkek olduğu için hastalık geçirme oranlarının sıfır çıktığı düşünülmektedir. Çalışmamızda da kadınların hastalanma oranları erkeklere göre yüksek bulunmuştur.

Görevlerinin dışında iş yapanların hastalık geçirmesi (%72.9) yapmayanlardan (%50.0) daha yüksek bulunmuştur. Fazladan ek bir iş yapmak strese ve tükenmişliğe neden olmaktadır. İş yükünün artması ile birlikte yaşanan stres ve tükenmişlikten dolayı sağlık sorunlarının daha çok görüldüğü düşünülmektedir.

Risk bilgisi olmayanların (%65.4) hastalanması risk bilgisi alanlardan (%50.4) daha yüksek bulunmuştur. Çalışma ortamından kaynaklanan hastalıklar uygun tıbbi ve teknik yöntemlerin uygulanmasıyla korunabilen hastalıklardır. Eğitim-bilgilendirme hastalıklardan korunmada tıbbi yöntemler içinde yer almaktadır. Eğitimin içeriği çalışma ortamından kaynaklı riskler ve korunma yollarını içermektedir. Riskler

hakkında farkındalığı artan ve risklere karşı kendini koruyan çalışanın hastalanma oranı da düşük çıktığı belirtilmektedir (Deveci 2010).

Çalışmamızda çalışanların iş nedeniyle %63.3'ünün sosyal yaşantısının; %53.3'ünün fiziksel sağlığının; %47.1'inin ruhsal sağlığının; %34.6'sının çocuklarının bakımının; %30.8'inin evliliklerinin etkilendiği bulunmuştur. Ören'in (1994) çalışmasında hemşirelerin çalışma koşullarından dolayı %87.50'sinin çocuklarının bakım güçlüğü olduğu, %85.0'nin evlilik yaşantısının etkilendiği ve %68.13'ünün ruhsal sorunları olduğu bulunmuştur. Ören'in (1994) belirttiği üzere, Hacettepe Üniversitesi'nde (HÜ) yapılan çalışmada çalışma koşullarından dolayı hemşirelerin %70.0'inin çocuk bakım sorunu bulunduğu, %60.0'inin evlilik yaşantısının ve %42.0'inin sosyal yaşantısının etkilendiği bulunmuştur. Hemşirelerin karşılaştıkları mesleki riskleri belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada vardiyalı çalışanlarda çalışma şeklinin oluşturduğu sorunlar aile yaşantısının bozulması (%58.3), sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi (%58.1), sinirlilik ajitasyon (%46.9) ve yorgunluk (%41.1) olarak saptanmıştır (Ergüney vd 2001). Çalışmamız yapılan çalışmalarla etkilenen durumlar açısından benzerlik göstermektedir. Hemşirelik mesleğinin nöbetli çalışan meslek olması ve özellikle eleman sıkıntısından dolayı yoğun çalışılması; vardiyalı çalışmanın bireylerin fizyolojik, psikolojik sağlıkları ve sosyal yaşamları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı gösterilmiştir (Selvi vd 2010).

Çalışmamızda araştırmaya katılanların mesleki risklere yönelik kurumdan beklentileri sırasıyla; personel desteği, eğitim, sağlık taraması, risk tespit çalışmaları, koruyucu ekipman temini ve güvenliğin sağlanması, mobbingin engellenmesi, çalışma saatlerinin düzenlenmesi ve psikolojik destek-motivasyon, fiziki koşulların düzenlenmesi ve çalışan sağlığı biriminin aktif çalışması olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının iş stresiyle ilgili yapılan çalışmada personelin kurumdan beklentileri mesleki risklerin azaltılması için çalışmalar yapılması ve yeterli personel sağlanması olarak bulunmuş (Koç 2009). Çalışma ortamındaki Stres Yaşantıları ile Baş etme Durumlarının Belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının iş stresini azaltmak için önerileri; çalışma koşullarının iyileştirilmesi, ekip çalışması, eleman sayısının artırılması, iş güvenliğinin sağlanması ve yeterli malzeme sağlanması olarak bulunmuştur (Tel vd 2003).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Pamukkale Üniversite Hastanesi'nde görev yapan hemşire (sağlık memuru, ebe) ve teknisyenlerin;

- Büyük çoğunluğunun (%88.3'ü) çalışma ortamını riskli olarak algıladıkları
- Risk taşıyan durum olarak sıklık sırasına göre invaziv girişimleri, enfeksiyonu ve hasta ve hasta yakınlarını algıladıkları
- Risk algısının yaşa, görev unvanına ve görev yerine göre farklılık gösterdiği; 25-35 yaş arasında, hemşirelerde ve yoğun bakım /derlenme ve merkezi sterilizasyon ünitelerinde çalışanlarda işi riskli algılamanın yüksek olduğu
- Çalışma ortamında karşılaşılan riskler sıklık sırasına göre; sürekli ayakta kalma enfeksiyon, dezenfektanlar, ağır kaldırma, radyasyon, iğne batması, yaralanma, antineoplastikler, şiddet ve anestezi gazlarının dile getirildiği
- Önlem alma gereksinimi olduğunu ifade edenlerin %97.1 olduğu
- Koruyucu önlem olarak el yıkama oranının %50.6 ile %98.8 arasında olduğu
- Eldiven giyme ve el yıkama konusunda olumlu davranışa sahip iken maske, gözlük ve koruyucu giysi kullanımına yönelik olumlu davranışa sahip olmadıkları
- Katılanların %15.4'ünün sağlık taraması yaptırdığı (çoğunlukla hepatit markerlarına bakıldığı)
- Hepatit aşısı yaptıranlar %83.3 iken; tetanoz aşısı yaptıranların %45.4 olduğu

- İşe bağlı sağlık sorunları olarak sıklık sırasına göre; varis, depresyon, diskal herni, astım, hepatit ve tüberküloz geçirdikleri/ sahip oldukları
- İş nedeniyle sıklık sırasına göre sosyal yaşantılarının, fiziksel sağlıklarının, ruhsal sağlıklarının, çocuklarının bakımının ve evliliklerinin etkilendiği
- Mesleki risklere yönelik kurumdan beklentiler olarak personel desteği, eğitim, sağlık taraması, risk tespit çalışmaları, koruyucu ekipman temini ve güvenliğin sağlanması, mobbingin engellenmesi, çalışma saatlerinin düzenlenmesi ve psikolojik destek-motivasyon, fiziki koşulların düzenlenmesi ve çalışan sağlığı biriminin aktif çalışması ifade edildiği saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının genel anlamda işlerini riskli olarak algıladıkları, kişilerin çalışma ortamı ile ilgili tehlikeler konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları bununla birlikte tehlikeli durumlarla sık karşılaştıkları ve önlem açısından aşı ve el yıkama dışında yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu durum çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda yeterli görüşe sahip olunmadığını düşündürmektedir. Bu nedenle hastanelerde sağlık çalışanların sağlığı ve güvenliği konusunda çalışmaların yapılandırılması ve bu kapsamda çalışanlara yönelik eğitimler ile konu hakkındaki bilgilendirmelerin artırılmasına gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- Abbasoğlu, S., Emiroğlu, N., İlhan, M., Koşar, L. ve Kesedar, S. (2006) Sağlık Çalışanlarının Sağlık Kime Emanet, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 21 (3):173-179.
- Akova, M. (1999) Sağlık Personeline Kan Yoluyla Bulaşan Viral Enfeksiyonlar ve Korunmak İçin Alınacak Önlemler, *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi*, Ankara, s.48-54.
- Akgün, M., Arslanoğlu, A. ve Dağlı, G. (2011) Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde Çalışan Güvenliği, *III. Uluslar Arası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi*, Ankara, s. 92-106.
- Alexopoulos, E.C., Kavadi, Z., Bakoyannis, G. and Papantonopoulos, S. (2009) Subjective Risk Assessment and perception in the Greek and English Bakery Industries, *Journal of Environmental and Public Health*, s. 1-8.
- Altay, B., Gönener, D. ve Demirkıran, C. (2010) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi, *Fırat Tıp Dergisi*, 15 (1):10-16.
- Atasoy, A. ve Aksoy, S. (2009) Hekim Dışı Sağlık Personelinde Mesleki Risklerin Belirlenmesi, *Uluslar Arası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi*, Antalya, s. 111-123.
- Altıok, M., Kuyurtar, F., Karaçorlu, S., Ersöz, G. ve Erdoğan, S. (2009) Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınan Önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3):70-79.
- Annagür, B. (2010) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 2 (2):161-173.
- Arda, B., Şenol, Ş., Işıköz, Taşbakan, M., Yamazhan, T., Sipahi, O. R., Arsu, G., ve Ulusoy, S. (2005) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitelerinde El Temizliği Kurallarına Uyumun Değerlendirilmesi, *Yoğun Bakım Dergisi*, 5 (3):182-186.
- Atasoy, A. ve Aksoy, S. (2009) Hekim Dışı Sağlık Personelinde Mesleki Risklerin Belirlenmesi, *Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*, Antalya, s. 111-132.

- Bağda, A. (2010) Ameliyathane Uygulamalarında Çalışan Güvenliği, *I.Ü. Cerrahpaşa Tıp fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Sağlık Kurumlarında Çalışan Güvenliği Sempozyumu*, İstanbul http://www.ctf.edu.tr/ctfhemhzmd/calisan_guvenligi.html (05.03.2014).
- Başaran, N., Ündeğer, Ü., Kars, A. ve Zorlu, A.F. (1999) İyonizan Radyasyona ve Kemoterapötik Ajanlara Maruz Kalan Sağlık Personelinin Lenfositlerindeki Olası DNA Hasarının Comet Yöntemi İle Değerlendirilmesi, *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi*, Ankara, s. 139.
- Bayhan, S. (2005) Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin ve Tıp Fakültesi Hemşirelerinin Mesleki Riskleri Konusunda Bilgi Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, 4-27s.
- Baysal, B. (2007) Kobilerde İş sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi, *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 7 (36):17-19.
- Beşer, A. (2012) Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri ve Yönetimi, *DEUHYO ED*, 5 (1):39-44.
- Bilir, N. ve Yıldız, A. N. (2013) İş Sağlığı ve Güvenliği, *Hacettepe Üniversitesi Yayınları*, Ankara, 111-648s.
- Bölükbaşı, N. (1999) Sağlık Çalışanlarında Bel ve Üst Ekstremiteye İlişkin Kas-İskelet Sistemi Sorunları, *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi*, Ankara, s. 101-104.
- Canbaz, S., Pekşen, Y. ve Sünter, A. T. (2001) Bağışıklama Konusunda Annelerden Edinilen Bilgilerle Sağlık Ocağı Kayıtlarının Karşılaştırılması, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1):48-53
- Ceylan, C. (2009) Hastanede Çalışan Hemşirelerin Bildirimlerine Dayalı İş Kazalarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, 1-4s.
- Ceylan, H. ve Başhelvacı, V. S. (2011) Risk Değerlendirme Tablosu Yönetimi İle Risk Analizi: Bir Uygulama, *International Journal Of Engineering Research and Development*, 3 (2).
- Cürçani, M. ve Tan, M. (2009) Diyaliz Üniteleri ve Nefroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılaştıkları Mesleki Riskler ve Sağlık Sorunları, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8 (4):339-344.
- Çağlayan, Ç. (2011) Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları, *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi*, Ankara, s. 75-77.
- Çakmak, A., Özkahraman, Ş., Şen, S., Aslan, B. ve Öztürk, M. (1999) Sağlık Çalışanlarının Hepatit-B İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları, *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi*, Ankara, s.165.

- Çalışan Güvenliği Genelgesi (2012) www.saglik.gov.tr (10.12.2013).
- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik (2013) Tarih:15 Mayıs 2013, Sayı:28648.www.resmigazete.gov.tr (09.10.2013).
- Çalışkan, D. ve Akdur, R. (2001) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kendi Bildirimleri İle Karşılaştıkları Mesleki Riskler, *Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Dergisi*, 54 (2):135-142.
- Çamcı, O. ve Kutlu, Y. (2011) Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2 (1):9-16.
- Çetinkaya, F., Naçar, M., Ünalın, D., Erkorkmaz, Ü. ve Öztürk, Y. (2000) Hekim, Hekim Adayları, Hemşire ve Laboratuvar Teknisyenlerinin Hepatit B ile İlgili Risk Algılamaları, *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 4 (2):112-118.
- Devebakan, N. (2008) Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, Ankara, 15s.
- Deveci, S.E. (2010) İş Sağlığı ve Güvenliği, *Fırat Üniversitesi Tıp fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı*, Ders Notları, <http://web.firat.edu.tr/futdam/dersslaytlari> (03.03.2014).
- Dokuzoğuz, B. (2004) Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri, Hastane Enfeksiyonları Kontrol Kitabı, Hastane Enfeksiyonları Derneği Yayını No:2, *Bilimsel Tıp Yayınevi*, Ankara, 403-417s.
- Elbek, O. ve Adaş, E.B. (2012) Hekimlere/Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, *Türkiye Biyoetik Derneği VII. Kongresi*, İstanbul, s. 28-29.
- Emiroğlu, C. (2012) Sağlık sektöründe Mesleki Riskler ve Hukuksal Düzenlemeler, *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 43:16-25.
- Emiroğlu, C. ve Koşar, L. (2012) "İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu" Üzerine, *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 43:2-15.
- Erdoğan, Ö. ve Ergün, M. (2011) İki Meslek Grubunda Çalışan Personelin Denetim Odağı ve Risk Eğilimi Düzeylerinin Karşılaştırılması, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 40:176-185.
- Ergüney, S., Tan, M., Sivrikaya, S. ve Erdem, N. (2001) Hemşirelerin Karşılaştıkları Mesleki Riskler, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (1):63-73.
- Ferguson, K.J., Waitzkin, H., Beekmann, S.E. and Doebbeling, BN. (2004) Critical Incidents of Nonadherence with Standard Precautions Guidelines among Community Hospital-Based Health Care Workers, *Journal of General Internal Medicine*, Jul;19 (7):726-31.

- Genç, M. (2011) Sterilizasyonda Beklenmeyen Durumlar, **7. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi**, Antalya, s. 167-182.
- Giritlioğlu, H. (1999) Hukuksal Boyutuyla Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği, **Toplum ve Hekim**, 14 (6):412-414.
- Gücük, M., Karabey, S., Yolsal, N. ve Özden, Y.I. (2002) İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Çalışanlarında Kesici-Delici Alet Yaralanmaları, **Hastane İnfeksiyonları Dergisi**, 6:72-81.
- Güden, E., Öksüzkaya, A., Balcı, E., Tuna, R., Borlu A. ve Çetinkara, A. (2012) Radyoloji Çalışanlarının Radyasyon Güvenliğine İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışı, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, 3:29-45.
- Hakeri, H. (2010) Sağlık Çalışanı Güvenliği ve Hukuksal Boyutu, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, 1:53-59.
- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik (2011) Tarih:6 Nisan 2011, Sayı:27897 www.resmigazete.gov.tr (25.06.2012).
- HASUDER (2012) Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalıştayı Sonuç Raporu, **HASUDER**, <http://hasuder.org.tr/anasayfa/jupgrade/index.php/gruplar/is/564-salk-calanlarnn-sal-caltay> (10.11.2013).
- ICN www.icn.ch. (06.10.2010).
- ILO (2009) Türkiye'nin Onayladığı ILO Sözleşmeleri, <http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara> (05.02.2014)
- İlçe, A., Karabay, O., Yorgun, S. ve Çiftçi, F. (2013) Kesici Delici Tıbbi Alet Yaralanmalarında Önleyici Faaliyetler Etkin mi? **Anatol J Clin Investig**, 7 (3):138-143.
- İnan, D., Saba, R., Keskin, S., Ögünç, D., Çiftçi, C. Günseren, F., Mamıkoğlu, L. ve Gültekin, M. (2002) Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastane İnfeksiyonları, **Yoğun Bakım Dergisi**, 2 (2):129-135.
- İnceseli, A. (2005) Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Adana, 52-78s.
- İstatistik Yıllıkları www.saglik.gov.tr. (05.02.2014).
- İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği (2013) Tarih:29 Mart 2013, Sayı:28602 www.resmigazete.gov.tr (10.01.2014).
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (2012) Tarih:30 Haziran 2014, Sayı:6331.www.resmigazete.gov.tr (11.10.2013).
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirme Yönetmeliği (2013) Tarih: 29 Aralık 2012, Sayı:28512.www.resmigazete.gov.tr (11.10.2013).

- Kavaklı, Ö., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2009) Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 51:168-173.
- Kermode, M., Jolley, D., Langham, B., Thomas, M.S. and Crofts, N. (2005) **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*, Feb;33 (1):34-41.
- Koç, Ş.R. (2009) Sağlık Çalışanlarında İş Stresi (Acil Servis Örneği), Yüksek Lisans Tezi, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul, 70s.
- Korkmaz, M. (2008) Sağlık Çalışanlarında Kesici delici Alet Yaralanmaları, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3 (9):17-37.
- Kutlu, D. (2007) Ameliyathane Çalışanlarının Cerrahi Aletlerle Yaralanma Riski ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü*, Afyon, 5-6s.
- Listyowardojo, T.A., Nap, R.E. and Johnson, A. (2010) Perceptions of Personal Health Risks by Medical and Non-Medical Workers in a University Medical Center: a Survey Study, *BMC Public Health*, 10:681, s. 1-5.
- Manavgat, Sakaoğlu, S. ve Mandıracıoğlu, A. (2012) Kişisel Dozimetre Taşıyan Çalışanların Mesleki İyonlaştırıcı Radyasyon Riski Algısı, *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 43:34-43.
- Mearns S. and Flin R. (1996). Risk Perception in hazardous industries. *Psychologist*, September, p.401-404.
- Meslek Hastalıkları Rehberi (2011) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ankara, 11s. www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/.../Meslek-Hastaliklari-Kitabi (19.12.2013).
- Mollaoğlu, M., Kars Fertelli, T. ve Özkan Tuncay, F. (2010) Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algularının Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:5, Sayı:15: 17-30.
- NIOSH and Health Division of Standards Development and Tecnology Transfer (1998) Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers, *US. Of Health and Human Services PublicHhealth Service Centers of Disease Control*, www.cdc.gov/niosh. (24.11.2013).
- Ocek, Z., Meral Turk Soyer, Asli Davas Aksan, Hur Hassoy and Selcen Sakaoglu Manavgat (2008) Risk Perception Of Occupational Hazards Among Dental Health Ca Workers İn A Dental Hospital İn Turkey, *International Dental Journal*, 58:199-207.

- Oğan, H. (2013) Sağlık Çalışanları Sağlığı Çalışma Grubu, *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi*, Ankara, s. 10-11.
- Olgun, N. ve Şimşek, H. (2010) Kemoterapi Hazırlayan ve Uygulayan Hemşirelerin Güvenlik Önlemlerini Kullanma Durumları ve Önlem Almalarını Etkileyen Faktörler, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, s.13-23.
- Orucu, M. ve Geyik, M. F. (2008) Yoğun Bakım Ünitesinde Sık Görülen Enfeksiyonlar, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 1:40-43.
- OSHA (1993) Framework for a comprehensive health and safety program in the hospital environment, *OSHA report*. www.osha.gov. (17.10.2013).
- Öncül, A., Aslan, S., Pirinççioğlu, H. ve Özbek, E. (2012) Diyarbakır Devlet Hastanesi Çalışanlarında HBV, HCV, HIV, VDRL Seropozitifliğinin ve Aşılama Oranlarının Belirlenmesi, *J. Exp. Clin. Med.*, 29:280-284.
- Önde, M., Ergin, F., Atasoylu G. ve Çıbık, A. (2007) Aydın'da 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Tetanoz Bağışıklamasında Kaçırılmış Fırsatlar, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 8 (1) : 12-18.
- Önder, Ö.R., Ağırbaş, İ., Yenimahalleli Yaşar, G. ve Aksoy, A. (2011) Ankara Numune ve Eğitim araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Geçirdikleri İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Yönünden Değerlendirilmesi, *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10 (1):31-44.
- Ören, S. (1994) Hemşirelerin Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Sorunları ve Mesleki Risklerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, 55-84s.
- Özdemir, G.E. ve Şengöz, G. (2013) 500 Yataklı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kesici Delici Alet Yaralanmaları Tutum ve Bilgi Düzeyi Ölçüm Anketi Sonuçları, *Haseki Tıp Bülteni*, 51:11-14.
- Özen, M., Mısırlıoğlu Özen, N., Kayabaş, Ü., Köroğlu, M. ve Topaloğlu, B. (2006) Biyokimya Laboratuvarı Personelinin İş Kazaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13 (2): 87-90.
- Özkan, Ö. (2005) Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri İle Risk Algılarının Saptanması, Doktora Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, 4-97s.
- Özkan, Ö., ve Emiroğlu, O. N. (2006) Hastane Sağlık çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3):43-51.
- Özkan, Ö. ve Çatıker, A. , (2006) Bolu İl Merkezi'ndeki Çocukların Aşılalık Durumları ve Engelleri, *Sted*, 15 (10):171-178.

- Özkılıç, Ö. (2005) İş Sağlığı ve Güvenliği, Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Metodolojileri, *Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu*, Ankara, 20s.
- Öztürk, H., Babacan, E. , ve Anahar, Ö. (2012) Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (4):252-268.
- Parlar, S. (2008) Sağlık çalışanlarında Göz Ardı Edilen bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7 (6):547-554.
- Piyal, B. , Akdur, R. ve Piyal, Y. B. (1996) Kendi Bildirimlerine Göre Ankara Ünivesitesi Tıp Fakültesi Çalışanlarında Bazı Mesleki Risk Etmenleri, *Ankara Üniveristesii Tıp Fakültesi Mecmuası*, 49 (4):223-230.
- Polat, N. (2008) Hemşirelerde İşe Bağlı Stres ve İş Doyumu: Bir Eğitim Hastanesinde Saha Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, *Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, 20-21s.
- Sabuncu, N., Babadağ, K., Tanocak, G. ve Atabek, T. (1996) Hemşirelik Esasları, *Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları*, <http://eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/hem101u.pdf> (05.02.2011).
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2012) SKS Işığında Sağlıkta Kalite, *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon daire Başkanlığı*, Ankara, 23s. www.kalite.saglik.gov.tr. (05.10.2013).
- Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ, Tarih:29 Nisan 2009, Sayı:27214 www.resmigazete.gov.tr (10.10.2012).
- Sakaoğlu Manavgat, S. ve Mandıracıoğlu, A. (2012) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Kişisel Dozimetre Taşıyan Çalışanların Mesleki İyonlaştırıcı Radyasyon Risk Algısı, *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 43:34-43.
- Samancıoğlu, S., Ünlü, D. ve Akyol Duman, A. (2013) Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Kesici delici Aletle Yaralanma Durumlarının İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (1):43-49.
- Selvi, Y., Özdemir, G.P., Özdemir, O. ,Aydın, A. ve Beşiroğlu, L. (2010) Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23:238-243.
- Sevinç, S. (2011) Klinik Hizmet Standartları, *Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı*, Ankara,s.14-23.
- Sezgin, B. (2007) Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, *İstanbul Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, 5-15s.

- Sönmez, M.O. ve Sevindik, F. (2013) Sağlıkta Dönüşümün Sağlık Personeli Üzerine Etkisi: Aile Sağlığı Elemanı Olmak, *TAF Prev Med Bull*, 12 (1):43-48.
- Tahaoğlu, K., Kongar, N., Elbek, O., Tümer, Ö. ve Kılıçaslan, Z. (2012) Türk Tabipleri Birliği Tüberküloz Raporu, *TTB*, Ankara, s.14-16. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tuberkulozrpr.pdf> (05.01.2014).
- Tan, M., Polat, H. ve Şahin, Z.A. (2011) Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4:67-78.
- Taşcıoğlu, İ. (2007) Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanesinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Edirne, 7-59s.
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S. ve Aydın, N. (2006) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:100-108.
- TDK (2014) *Türk Dil Kurumu*, www.tdk.gov.tr (05.04.2014).
- Tel, H. , Karadağ, M. , Tel, H. ve Aydın, Ş. (2003) Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamından Stres Yaşantıları İle Başetme Durumlarının Belirlenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2:13-23
- Trimpop, Rbdiger, M. and Zimolong, Bernhard, M. (2011) Risk Reception. İn 59. Safety Policy and Leadership, Saari, Jorma, Editor, Encyclopedia of Occupational Health and safety Jeanne Mager Stellman, Editor-in-Chief. International Labor Organization, Geneva.
- Tufan, İ. (2012) Gerontolojiye Giriş <http://www.itgevakif.com/arsiv.html> (07.02.2014).
- Turhan, F. (2006) Başkent Üniversitesi Hastanesi Çalışanlarının Mesleki Risk Faktörleri ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, 6s.
- Türk Hemşireler Derneği (2008) 7 Gün-24 Saat/Hasta Başında Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları, *Türk Hemşireler Derneği*, Ankara, s.1-52. www.saglikcalisanisagligi.org. (02.03.2014).
- Türk, M. (2011) Türkiye’de sağlık Kurumlarında İşçi Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri, *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi*, Ankara, s.98-103.
- Türk Tabipleri Birliği (2008) Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık. Türk Tabipleri Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu Raporu, *TTB*, Ankara, www.ttb.gov.tr (20.02.2014).
- Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi (2012) Kırım Kongo Kanamalı Ateşi ve Sağlık Çalışanları, 43:26.

- Türkistanlı, E., Şenuzun, F. E., Karaca, Saydam, B., San, Turgay, A. ve Aydemir, G. (2000) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bağışıklama Durumu, *Ege Tıp Dergisi*, 39 (1): 29-32
- TUİK (2013) Temel İstatistikler, Sağlık ve Sosyal Koruma, *Türkiye İstatistik Kurumu*, www.tuik.gov.tr. (25.12.2013).
- Uçak, A. (2009) Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Afyon, 1-18s.
- Uçan, Ö., Ovayolu, N. ve Torun, S. (2006) Hemşirelerin Hepatit B ve Hepatit C Virüslerinden Korunmak İçin Aldıkları Önlemlerin Belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (2):45-56.
- Uçar, M. (1996) Gata Hastanesinde İyonizan Radyasyon Riski Altında Çalışan Doktorlarda Risk Algılamasının Belirlenmesi, Uzmanlık Tezi, *Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, Ankara
- Yavuz, C.I. (2012) Sağlık ve Çevre Profesyonellerinde Çevresel Risk Algısı: Eski Bir Çalışmadan Güncele Dair İpuçları, *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 45-46:69-79.
- Yiğitbaş, Ç. ve Deveci, E. (2011) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing, *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi*, 42:23-28.
- Zencir, M. (2012) Sağlık Reformlarının Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı, *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 45-46:49-58.
- WEB_1. (2008). www.bsm.gov.tr/sunu/docs/Kalite_calisan_guvenligi.ppt. (19.12.2013).
- WEB_2. Demirhan, G. Risk ve Güvenlik. <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~giyas/risk.pdf> (04.01.2014).
- WEB_3. From Risk Perception to Safe Behaviour https://www.sia.org.au/.../From_Risk_Perception_to_Safe_Behaviour.pdf (10.02.2014).
- WEB_4. Occupational Safety Handbook Of Occupational Hazards And Controls For Medical And Surgical staff, Government of Alberta, 2011, Canada. <http://work.alberta.ca/documents/OHS-WA-handbook-medical-surgical-staff.pdf> (02.03.2014)

EKLER

EK.1 Mesleki Risklere Yönelik Tutum Anketi

EK -1 MESLEKİ RİSKLERE YÖNELİK TUTUM ANKETİ

Korunmak istediğimiz tehlikeleri tanımadan etkili bir önlem alınması imkansız! Önemli riskleri belirlemek için ise aynı çalışma ortamını paylaşanların görüşleri temel olduğundan görüşleri almak üzere bu anket oluşturulmuştur. Bu anketler, isimsiz olarak toplanıp bir tez çalışmasında değerlendirilecektir. Sorulara samimi ve doğru cevaplar vereceğinize inanıyoruz. Teşekkür ederiz.

Demografik Özelliklere İlişkin Sorular:

1. Kaç Yaşındasınız?.....
2. Cinsiyet: a)Kadın b)Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
a)Bekar b)Evli c)Dul d)Boşanmış
4. Eğitim durumunuz nedir?
a)Sağlık Meslek Lisesi b)Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
c)Sağlık Yüksek Okulu d)Yüksek Lisans
5. Kadro durumunuz nedir?
a)657 b)4/B c)Sözleşmeli(4857)(Temizlik şirketi/Bilsa)
6. Görevinizi ve çalıştığınız bölümü belirtiniz:.....

Çalışma Şeklinize İlişkin Sorular:

7. Çalışma saatlerinizin düzeni nedir?
a)Sürekli gündüz b)Sürekli gece c)Dönüşümlü vardiya veya nöbet
d)Diğer, açıklayınız.....
8. İcapçı/nöbetçi olduğunuz günler var mı?(Örn. Günün ya da gecenin herhangi bir saatinde çağırılma olasılığımız)?
a)Evet b)Hayır
Evet ise, ayda kaç gün?/Kaç saat?.....
9. Bir ayda tuttuğunuz nöbet sayısı ne kadardır?(Nöbetler kaç saat?).....
10. Fazla mesai yapıyor musunuz?
a)Evet,sıklıkla b)Evet,bazen c)Hayır, hiçbir zaman
11. Fazla mesai yaptığımızda para veya izin veriliyor mu?
a)Hayır
b)Genellikle ücret ödeniyor

- c)Genellikle izin veriliyor
d)Bazen izin bazen ücret veriliyor
e)Diğer,belirtiniz:.....

12. Mesai saati içinde yaptığınız işe ek olarak göreviniz dışında başka işler yapmak zorunda kalıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır (Hayır cevabını verdiyseniz 14. soruya geçiniz)
13. Göreviniz dışında en fazla yaptığınız iş nedir?
a)Sekreterlik b)Posta hizmetleri c)Temizlik işleri d)Diğer.....

Mesleki Risklere İlişkin Sorular:

14. Çalıştığınız bölüme geldiğinizde çalışma ortamının risklerine ilişkin bilgilendirildiniz mi?
a)Evet b)Hayır
15. Evet ise hangi riskler konusunda bilgilendirildiniz?
.....
16. Hangi birim tarafından bilgilendirildiniz?
.....
17. İşinizin risk taşıdığını düşünüyor musunuz?
a)Hayır, hiçbir riski yok
b)Evet, biraz riskli
c)Evet, orta düzeyde riskli
d)Evet, çok riskli
18. Evet ise, işinizde en fazla risk taşıyan durumları belirtiniz(işlemler, aletler, kullanılan maddelere ilişkin)
.....
.....
19. Tanımladığınız risklere ilişkin maruziyetinizi azaltmak üzere önlem alma gereksinimi hissediyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
20. Hangi durumlarda ne sıklıkta ellerinizi yıkıyorsunuz?
- | | Her zaman | Bazen | Hiç |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a)Hastaya veya kontamine olması mümkün eşyalara dokunduktan sonra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b)Diğer bir hastaya geçmeden önce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c)Eldivenler çıkarıldıktan sonra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d)Yiyecek tutmadan, yemek yemeden önce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e)Tuvalete girmeden önce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f)Tuvalete gittikten sonra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g)Hasta ile yüzeysel temastan sonra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h)Mikroorganizmaların bulaşma olasılığı yüksek cisimlere temas sonrası | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ı) Vücut sıvıları, sekresyonlar, mukoza, bütünlüğü bozulmuş deri ya da yara ile temas halinde

21. Aşağıdaki işlemlerde ne sıklıkta eldiven kullanıyorsunuz?

	Her zaman	Bazen	Hiç
a) Hasta ile temastan önce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vücut dışına atılan maddelerle temas olma olasılığı olduğunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) İnvaziv işlem yaparken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mikroorganizmaların bulaşma olasılığı yüksek cisimlere temas öncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. El yıkama ve eldiven kullanımı dışında aldığınız kişisel koruyucu önlemler varsa yazınız:.....
.....

23. Kişisel koruyucu önlem almada kullanılan malzemelerin temininde güçlük çekiyor musunuz?

	Evet	Hayır	Bazen
a) Eldiven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Gözlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Önlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Maske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kurşun önlük/boyunluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sabun/kağıt havlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Diğer.....			

24. Sizce çalıştığınız bölümde maruziyeti azaltmak için alınan genel koruyucu önlemler var mı? (Maruziyet olan yerlerle diğer bölümlerin ayrılması, iş yükü, alet, madde değiştirilmsi gibi..)

a) Evet b) Hayır

25. Evet ise, neler?.....
.....

26. Çalıştığınız birime özgü size ya da meslektaşlarınıza sağlık taramaları/incelemleri yapılıyor mu?

a) Evet b) Hayır

27. Evet ise bunları yazınız:.....
.....

28. Çalıştığınız birime özgü risk tespit çalışmaları yapılıyor mu?

a) Evet b) Hayır

29. Evet ise neler yapıldığını yazınız:.....

-
30. Koruyucu amaçlı olarak aşağıdaki aşılarından hangilerini yaptırdınız?
a)Hepatit b)Tetanoz c)BCG d)Diğer.....
31. Çalışma koşullarınıza bağlı devam eden ya da geçirdiğiniz bir hastalığınız var mı?
a)Hepatit
b)TBC
c)Disk herni
d)Varis
e)Depresyon
f)Astım
g)Diğer.....
32. Yapmış olduğunuz iş hayatınızı nasıl etkiliyor?
a)Evlilik yaşantım etkileniyor b)Çocuklarımın bakım güclüğü oluyor
c)Sosyal yaşantım etkileniyor d)Ruhsal yönden etkileniyorum
e)Fiziksel rahatsızlıklarım oluyor e)Diğer.....
33. Çalışma ortamından kaynaklanan risklerden hangileriyle ne sıklıkta karşılaşıyorsunuz?
- | | Hiç | Bazen | Sık sık | Sürekli |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a)Yaralanma riski | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b)İğne batması | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c)Ağır kaldırma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d)Sürekli ayakta kalma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e)Antineoplastik ilaçlar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f)Anestezik gazlar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g)Dezenfektan solüsyonlar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h)Enfeksiyon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ı)Radyasyon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j)Şiddet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k)Diğer..... | | | | |
34. Mesleki risklere yönelik olarak çalıştığınız kurumun neler yapmasını istersiniz?
.....

ÖZGEÇMİŞ

1974 Artvin doğumlu. İlk-orta ve lise öğrenimini Burdur'un Yeşilova ilçesinde tamamladı. 1995 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulundan mezun oldu.

1996 yılında Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde göreve başladı. Acil servis hemşiresi, süpervizör hemşire, acil servis sorumlu hemşiresi, hemşirelik hizmetleri müdür yardımcısı ve hemşirelik hizmetleri müdürü olarak görev yaptı. Halen Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinde eğitim hemşiresi olarak görev yapmakta.