



DR. AHMET KÖRCEĞEZ

**MESLEK RİSKLERİ VE KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM
KULLANIMI**

**YDÜ
2018**

**K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GAZİMAĞUSA HASTANELERİ SAĞLIK
ÇALIŞANLARINDA MESLEK RİSKLERİ VE
KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM
KULLANIMI**

DR. AHMET KÖRCEĞEZ

**İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

LEFKOŞA, 2018

**K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GAZİMAĞUSA HASTANELERİ SAĞLIK
ÇALIŞANLARINDA MESLEK RİSKLERİ
VE KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM
KULLANIMI**

DR. AHMET KÖRCEĞEZ

**İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. ÖZEN AŞUT**

LEFKOŞA, 2018

TEZ ONAYI

(Bu sayfa yerine, başarılı geçen Tez Sınavı sonrası sınav tutanağı ekinde yer alan Tez Onay sayfası gelecektir.)

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Dr. Ahmet Körceğez

5/9/2018

TEŞEKKÜR

Araştırmam süresince tez çalışmamın yürütülmesinde , sonuçlandırılmasında ve değerlendirilmesinde bana yol gösteren, her türlü bilimsel ve manevi desteğini, inanç ve anlayışını esirgemeyen değerli tez danışmanım Doç. Dr. Özen Aşut’a,

Yakındoğu Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği bölümünde yüksek lisans yapmamı teşvik eden ve her aşamasında yanımda olan Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilimdalı Başkanı Prof. Dr. Şanda Çalı’ya,

Her konuda yönlendirmesine ihtiyaç duyduğum ve bunu büyük bir özveriyle yapan değerli hocam Prof. Dr. Songül Vaizoğlu’na,

Fikirlerine her zaman önem verdiğim, iş sağlığı ve güvenliği konusunda KKTC için varlığı şans denilebilecek hocam Aziz Gürpınar’a ve katkılarını esirgemeyen tüm hocalarıma teşekkür ederim.

Değerli eşim Dr. Eylem Körcegez’e ve kızlarım Mısra ve Hayal’e gösterdikleri sabır için teşekkür ederim.

İlk günden son ana kadar birlikte derslerimizi paylaştığım arkadaşlarım, Peri Yüksel, Sadi Sönmez, Fatma Cellatoğlu, Tuğrul Akçoral, Neslihan Durusoy Gürsel, Sonay Sonalp sizlere de her şey için teşekkür ederim.

Tez araştırmamın yapılmasında katkılarını esirgemeyen KKTC Sağlık Bakanlığına, Gazimağusa Devlet Hastanesi Başhekimliğine ve sağlık çalışanlarına, Mağusa Tıp Merkezi Hastanesi Başhekimliğine ve sağlık çalışanlarına, Yaşam Hastanesi Başhekimliğine ve sağlık çalışanlarına da ayrıca teşekkür ederim.

Bu çalışmamı tüm emekçi sağlık çalışanlarına ithaf ediyorum,

ÖZET

Köreçeğez, A. Gazimağusa Hastaneleri Sağlık Çalışanlarında Meslek Riskleri ve Kişisel Koruyucu Donanım Kullanımı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İş Sağlığı ve Güvenliği, Yüksek Lisans Tezi, İlefköş, 2018.

Amaç: Araştırmanın amacı, Gazimağusa'daki bazı hastanelerde görevli sağlık çalışanlarının mesleki risklerini ve sağlık sorunlarını, kişisel koruyucu kullanım bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemektir.

Yöntem: Araştırma Kasım 2016-Mayıs 2017 arasında Gazimağusa bölgesi hastanelerinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Gazimağusa Devlet Hastanesi ve Gazimağusa'daki iki özel hastane sağlık çalışanları oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçilmeden evrenin tamamına yüz yüze anket uygulanarak ulaşılmış hedeftenmiştir. Araştırmaya 330 kişi katılmıştır; yanıt düzeyi %80,7'dir.

Bulgular: Katılanların %67,9'u kadın, %32,1'i erkektir; %54,2'si 40 yaş altındadır; yaklaşık yarısı haftada 40 saat üzeri çalışmakta, %54,8'i gece nöbeti tutmaktadır. Halen sigara içenler %37,8'dir.

Katılımcılardan iş ortamının stresli olduğunu düşünenler %89,7, yaptığı işi çok riskli bulanlar %57,5, gece nöbet tutanlarda işini çok riskli bulma %70'tir. Katılımcıların %79,5'i çalıştığı ortamın enfeksiyonlar açısından riskli olduğu görüşündedir; enfeksiyon önlemlerini yeterli bulanlar %17'dir.

Hepatit B ve C testi yaptıran katılımcı düzeyi %85'tir; hepatit B açısından %84 aşılı, %12'si aşısız olduğunu belirtmiştir. Hepatit B aşısı yaptıranlar hekimlerde %98,6, hemşirelerde %79,9'dur. Katılımcıların %28'i mesleğe başladıktan sonra hiçbir aşı yaptırmamıştır.

Katılımcıların yaklaşık yarısı çalışırken en az bir kez batıcı yaralanma geçirdiğini belirtmiştir. En az bir kez kimyasal madde sıçramasına maruz kalanların sıklığı %37, kimyasal bir yanık geçirenler ise %3,4'tür. Batıcı yaralanma ve kimyasal madde sıçramasına maruz kalma, hemşirelerde diğerlerinden daha yüksektir.

Kişisel koruyucu donanım kullanma sıklığı irdelendiğinde, maskeyi her zaman kullandığını belirtenlerin sıklığı yalnızca %18,4'tür. Katılımcıların yaklaşık yarısı eldiveni her zaman kullandığını, %48,4'ü hastayla temas ederken her zaman kullandığını belirtmiştir. Her zaman önlük kullananların sıklığı %21'dir. Radyoloji bölümü çalışanlarının her hastada kurşun önlük kullanmadığı belirlenmiştir. Kişisel koruyucu donanım kullanılmadığı durumlarda hastane yönetimleri tarafından uyarılanlar %22,4'tür.

Anahtar kelimeler: Sağlık çalışanları, kişisel korucu donanım, meslek riskleri

ABSTRACT

Körceğez, A. Occupational Risks and Personal Protective Equipment use of Health Care Workers of Gazimağusa District Hospitals. Near East University, Institute of Health Science, Occupational Health and Safety Department, Master Thesis, Nicosia, 2018.

Aim: The aim of this study is, to investigate the risks of occupational diseases and health problems of healthcare workers in Gazimağusa district hospitals. We also evaluate the knowledge, attitude and behaviour of health care workers for personal protective equipments usage.

Method: The study was conducted at the general hospital and two other private hospitals in Famagusta district between November 2016 – May 2017. Health care workers who were asked to fill a face to face questionnaire, 330 had completed and the response rate was 80,7 %.

Results: Among the participants 67,9% were women and 32,1% were men. 54,2% of the participants were younger than 40. Half of the research participants had been working over 40 hours in a week. 54,8% of the health care workers had a night shift work. The percentage of active smokers were 37,8%. 89,7% of the participants experienced perceptions of the workplace as stressful. 57,5% of the health care workers described the work as very risky and this perception increased 70% who had worked at night shifts. 79,5% of the participants think that, the workplace had risks of infections and only 17% of them described the infection control precautions were adequate.

85% of the participants reported that they had done hepatitis B and C screening test previously. Self-reported vaccination coverage rates was 84% for hepatitis. 12% of the participants reported that they do not have any vaccination coverage against hepatitis B. Self-reported vaccination coverage rates for hepatitis B was 98,6% among physicians and 79,9 % among nurses. 28% of the participants reported that they had never been vaccinated after they started their medical career.

Half of the participants reported that they had at least one sharps- related injury previously. The rate health care workers exposed to chemicals at least once was 37%. On the other hand, the rate of chemical burn among participants was 3,4%. The risk of exposure to sharps-related injuries or chemicals were higher for the nurses than the other health care workers.

We evaluate personal protective equipment use frequency among the participants. Only 18,4% of the participants reported full compliance with mask use. Half of the participants reported full compliance with glove use and 48.4% when they had contact with the patients. 21% of the participants reported full compliance with white coat use. The participants working at the radiology department reported that they were not using lead shields for every patient. 22,4% of the participants reported that they had warned before for use of personal protective equipment.

Key words: health care workers, personal protective equipment, occupational risks

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	iii
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xii
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	3
2.2. Sağlık Alanındaki Riskler	3
2.2.1. Sağlık çalışanlarının riskleri:	4
2.3. Sağlık ve Güvenlik Komiteleri	4
2.4. Türkiye ve KKTC’de Durum.....	5
2.5. Biyolojik Riskler	6
2.6. Bulaşıcı Hastalıklar	6
2.7. Enfeksiyon Kontrol Komitesi	7
2.8. Sağlık Hizmetlerinde Biyolojik Riskler / Enfeksiyonlar	7
2.8.1. Hepatit B	7
2.8.2. Hepatit C	8
2.8.3. HIV.....	8
2.8.4. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)	9
2.8.5. Meningokoksemi.....	10
2.8.6. Boğmaca.....	10
2.8.7. SARS ve MERS-CoV	10
2.8.8. Difteri	11
2.8.9. Tüberküloz	11
2.8.10. Suçiçeği (Varisella Zoster Enfeksiyonu)	11
2.8.11. Kabakulak	12
2.8.12. İnfluenza.....	12

2.8.12.1. İnfluenza ve Sağlık Çalışanları	12
2.8.13. Bruselloz	13
2.8.14. Ebola	13
2.8.15. Kızamık	13
2.8.16. Kızamıkçık	13
2.9. Sağlık Çalışanlarında Önerilen Aşılama Programları	13
2.9.1. Her Sağlık Çalışanına Önerilen Aşılar	14
2.9.1.1. Hepatit B	14
2.9.1.2. Grip Aşısı	14
2.9.1.3. Kızamık / Kızamıkçık / Kabakulak Aşısı (KKK)	14
2.9.1.4. Kızamık	14
2.9.1.5. Kızamıkçık	15
2.9.1.6. Kabakulak	15
2.9.1.7. Suçiçeği	15
2.9.1.8. Tetanoz-Difteri-Boğmaca (Tdap).....	15
2.9.2. Sağlık çalışanları için özel durumlarda uygulanan aşılar.....	16
2.9.2.1. Hepatit A	16
2.9.2.2. Tifo.....	16
2.9.2.3. Pnömonokok	16
2.9.2.4. Meningokok	16
2.9.2.5. Polio	16
2.9.2.6. Kuduz	16
2.9.2.7. BCG.....	16
2.10. Kimyasal Riskler.....	17
2.10.1. Malzeme Güvenlik Bilgi Formlarının özellikleri (MSDS):.....	18
2.11. Fiziksel Riskler	18
2.11.1. Sağlık Hizmetlerinde Radyasyon.....	19
2.12. Kişisel Koruyucu Donanımlar (KKD)	20
2.13. Sağlık Alanında Kullanılan KKD'ler.....	21
2.13.1. Eldiven	21
2.13.2. Koruyucu elbise	21
2.13.3. Maske-Yüz Koruyucuları.....	21
2.13.4. Göz Duşları	22

2.13.5. Koruyucu Gözlük.....	22
2.13.6. Diğer KKD’ler	22
2.14. KKD Giyme –Çıkarma Sırası	22
2.15. Kesici-Delici Aletlerle Yaralanma.....	23
2.15.1. Enjektör-İğne Batması	23
2.16. Sağlık Eğitimi ve Aralıklı Muayene	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.1.1. Kişisel koruyucu donanımı bilgisi ve davranışı;.....	26
3.1.2. Enfeksiyon hastalıkları ve bağışıklama durumu; bilgi, tutum ve davranışı.....	26
3.1.3. Tıbbi işlemlerle ilgili kazalar, bilgi, tutum ve davranışlar;.....	26
3.2. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Veri Toplama Biçimi:	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇ- ÖNERİLER.....	99
KAYNAKLAR	101
FORUMLAR	113

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Olası hepatit B’li hasta teması sonrası hepatit B profilaksisi	17
Tablo 2. Sağlık Çalışanlarında Delici-kesici Yaralanmalarında Yapılması Gerekenler	25
Tablo 3. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri (Gazimağusa, 2017)	29
Tablo 4. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının bazı çalışma özellikleri (Gazimağusa, 2017)	30
Tablo 5. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hastalık ve ilaç kullanma durumu (Gazimağusa, 2017)	31
Tablo 6. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sigara içme durumu (Gazimağusa, 2017)	32
Tablo 7. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının işyeri risklerini değerlendirmeleri (Gazimağusa, 2017)	33
Tablo 8. Araştırmaya katılanların işyerindeki riskler ve enfeksiyonlar açısından bilgi ve algı düzeyleri (Gazimağusa, 2017)	34
Tablo 9. Araştırmaya katılanların İSG (iş sağlığı ve güvenliği) bilgi ve davranış verileri (Gazimağusa, 2017)	35
Tablo 10. Araştırmaya katılanlar arasında işin yürütüm koşullarından dolayı çalışanların risk altında kaldığı enfeksiyonlar ve diğer sorunlar hakkındaki bilgi, değerlendirme ve risk durumları (Gazimağusa, 2017)	36
Tablo 11. Araştırmaya katılanların bazı aşıları ve PPD’yi yaptırma durumu (Gazimağusa, 2017)	37
Tablo 12. Araştırmaya katılanlar arasında kişisel koruyuculara yönelik tutumlar (Gazimağusa, 2017)	38
Tablo 13. Araştırmaya katılanların KKD (Kişisel koruyucu donanım) kullanımıyla ilgili davranışları (Gazimağusa, 2017)	39
Tablo 14. Sağlık çalışanları arasında çalışırken yaralanma durumu (Gazimağusa, 2017)	40
Tablo 15. Araştırmaya katılanlar arasında hastaya müdahale sırasında yaralanma verileri (Gazimağusa, 2017)	41
Tablo 16. Araştırmaya katılanların bazı mesleki davranışları (Gazimağusa, 2017)	42

Tablo 17 Araştırmaya katılanların yaşa göre bazı mesleksel özellikleri ve KKD kullanım davranışları (Gazimağusa, 2017).....	43
Tablo 18 Yaş gruplarına göre, işin yürütüm koşullarından kaynaklanan yaralanma, hastalanma ve mesleğe başladıktan sonra aşılama durumları (Gazimağusa, 2017)	45
Tablo 19 Araştırmaya katılanların cinsiyete göre bazı çalışma özellikleri ile risklerin algılanması durumu ve sağlık davranış özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı (Gazimağusa, 2017).....	47
Tablo 20 Araştırmaya katılanların cinsiyete göre bazı işten kaynaklı ve diğer sağlık sorunları (Gazimağusa, 2017).....	48
Tablo 21 Araştırmaya katılanların devlet hastanesi ve özel hastanelerdeki çalışma özelliklerinin hastane tipine göre dağılımı (Gazimağusa, 2017)	49
Tablo 22 Devlet ve özel hastane sağlık çalışanlarının mesleksel risklere karşı önlemleri değerlendirme ve KKD kullanma tutum ve davranışları (Gazimağusa, 2017).....	50
Tablo 23 Devlet hastanesi çalışanlarıyla özel hastanelerde çalışanların, bazı kronik hastalık, işe bağlı hastalık ve yaralanma durumları (Gazimağusa, 2017)	52
Tablo 24. Araştırmaya katılan devlet hastanesi sağlık çalışanları ile özel hastane sağlık çalışanlarının mesleğe başladıktan sonra aşılama durumları (Gazimağusa, 2017)	54
Tablo 25 Araştırmaya katılanların çalıştıkları bölüme göre bazı çalışma özellikleri verilmektedir (Gazimağusa, 2017)	55
Tablo 26. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarında, çalışılan bölüme göre sağlık çalışanlarının mesleksel risklere karşı algı durumu ve KKD'lere ilgili bazı davranış özellikleri (Gazimağusa, 2017).....	56
Tablo 27. Araştırmaya katılanların çalıştıkları bölüme göre mesleğe başladıktan sonra sağlık sorunu yaşama ve aşılama durumları (Gazimağusa, 2017).....	58
Tablo 28. Araştırmaya katılanların meslek gruplarına göre bazı özellikleri (Gazimağusa, 2017).....	60
Tablo 29 Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre mesleksel stres ve riskleri algı durumları (Gazimağusa, 2017).....	62
Tablo 30. Araştırmaya katılanların mesleklere göre KKD'lerle ilgili tutum ve davranışları (Gazimağusa, 2017)	63
Tablo 32. Katılanların meslek gruplarına göre mesleğe bağlı hastalık ve yaralanma durumları (Gazimağusa, 2017)	67

Tablo 33 Araştırmaya katılanların gece nöbeti tutma durumuna göre iş stresi, sağlık sorunları ve mesleksel kaza–yaralanma durumları (Gazimağusa, 2017)	69
Tablo 34 Araştırmaya katılanlar arasında çalıştığı yer ve mesleğe göre enfeksiyon kontrol komitesi hakkındaki farkındalık durumu (Gazimağusa, 2017).....	71

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ARDS:	Erişkin respiratuvar distres sendromu
CDC:	Centers for Disease Control and Prevention
DİK:	Dissemine intravasküler koagülasyon
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GAS:	Grup A streptokok
H1N1:	Domuz gribi etkeni
H5N1:	Kuş gribi
HBV:	Hepatit B virüsü
HCC:	Hepatosellüler kanser
HCV:	Hepatit C virüsü
HEPA:	High efficiency particulate arresting (yüksek etkinlikli partikül yakalayıcı)
HİV:	Human immunodeficiency virüs
MERS-COV:	Middele east respiratory sendrom coronavirus
MMR(KKK):	Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı
MSDS:	Materyal safety data sheet (malzeme güvenlik bilgi formu)
NİOSH:	Ulusal İş Güvenliği Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health)
İPA:	İnaktif polio aşısı
İD:	İntradermal
ILO:	Uluslararası Çalışma Örgütü
İM:	İntamusküler (kas içi)
İSG:	İş sağlığı ve güvenliği
KKD:	Kişisel koruyucu donanım
KKKA:	Kırım Kongo kanamalı ateşi
KKTC:	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
OHSAS:	İş sağlığı güvenliği standardı
OPA:	Oral polio aşısı
OSHA:	The Occupational Safety and Health Administration
PPD:	Pürifiye protein derivatifi (Tb deri testi)
RGK:	Radyasyon güvenlik komitesi

RNA:	Ribonukleid asid
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
SC:	Subkutan
SARS:	Severe acute respiratory syndrome (ağır akut solunum sendromu)
TAEK:	Türkiye Atom Enerjisi Kurumu
TB/TBC:	Tüberküloz
TD:	Tetanos ve difteri
TDT:	Tüberkülin deri testi
VZ:	Varisella zoster

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde sağlık sisteminin örgütlenmesinin özel ve kamu hastaneleri, özel klinikler, muayenehaneler, sağlık merkezleri, eğitim veren hastanelerden oluşan bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanları bu yapı içinde görev yapmakta ve özellikle hekimlerin kamu ve özel her iki kurumda birden çalışıyor olduğu görülmektedir. Hemşire ve diğer bazı sağlık çalışanlarının mesleğe önce özel sektörde başlayıp bir süre sonra devlet hastanelerine geçtikleri de gözlenmektedir. Hemşire ve diğer sağlık çalışanları için devlet kuruluşları çalışma saatleri, ücret ve sosyal haklar açısından daha iyi olanaklar sunmaktadır.

Tüm sağlık çalışanlarının biyolojik, ergonomik, psikososyal, kimyasal, fiziksel türde riskler altında çalıştıkları belirtilmektedir (DSÖ, 2016). Sağlık alanında özellikle laboratuvarlarda, kemoterapi ve anestezi birimlerinde çalışanların kimyasal risklere maruz kaldığı görülmektedir (Çalışkan, 2016). Sağlık kuruluşlarında çalışan temizlik personeli de kullanılan kimyasal maddelerden etkilenmektedir. NIOSH'nin (Ulusal İş Güvenliği Enstitüsü) raporunda bel ağrısına dikkat çekilmektedir. Ergonomik riskler arasında uygun olmayan pozisyonlarda çalışmak, aynı hareketli işlerin uzun süre yapılması, uzun süre ayakta çalışma gibi durumlar sayılabilir. Bel ağrısı sıklığının ağır sanayi işçisi ve ağır vasıta şoförlerinden sonra hemşirelerde yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Bayhan, 2005).

Fiziksel risklerden olan radyasyon sağlık hizmetlerindeki önemli risk etmenleri arasında yer almaktadır. Özellikle radyoloji görüntüleme merkezleri çalışanlarında, bazı ameliyatlarda (kardiyoloji, beyin cerrahisi, ortopedi gibi) risk artışı söz konusudur (Akarsu, 2016).

Biyolojik riskler içinde yer alan enfeksiyonlar arasında hepatit B ve C, HIV, meningokoksemi, SARS, kızamık- kızamıkçık, kabakulak, tuberküloz, ve bazı bölgelerde Kırım Kongo kanamalı ateşi (KKKA) sayılabilir. Hastanedeki sağlık çalışanları arasında tuberküloz yaygınlığının derecesi ise hastanede alınması gereken kategorik önlemlerin boyutunu belirlemektedir.

Biyolojik risklerin önlenmesinde hastanelerde sağlık ve güvenlik birimlerinin kurulması, enfeksiyon kontrol komitelerinin aktif olarak çalışması esastır. Enfeksiyon kontrol komitesinin üyelerinin kimler olacağı yönetmeliklerle belirlenmektedir (TC Enfeksiyon Kontrol Komitesi Yönetmeliği, 2005). Tüm enfeksiyonlardan korunmada alınması gereken genel önlemler yanında, farkındalık, eğitim, aşılama gibi kişiye özel koruyucu önlemler de bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde çalışanlar için herkese önerilen aşılar olduğu gibi yalnızca belirli özel durumlarda önerilen aşılama programları da vardır.

Tüm çalışanların sağlık ve güvenliğinden sorumlu olan işveren (İş Sağlığı ve Güvenliği yasası, 2012) aynı zamanda sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliği için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür. Sağlık çalışanlarının diğer riskler yanında özellikle karşılaştıkları biyolojik risklerle, yani enfeksiyonlarla mücadelede KKD'lerin (kişisel korucuyu donanım) kullanılması, çalışanlarda farkındalık çalışmaları yapılması, kurallara uymayanların uyarılması yapılması gerekli işler içindedir.

Sağlık alanında KKD'ler eldiven, maske, gözlük, bone, kurşun önlük ve özel giysileri içermektedir. Hangi durumlarda hangi kişisel koruyucunun kullanılacağı ve hangi KKD'lerin nasıl takılacağı, giyileceği ve nasıl çıkarılacağı da önemlidir. Etkin kullanılan KKD'lerin koruyucu etki sağladığı, etkin kullanılmayanların amaca hizmet etmediği açıktır. Bir KKD'nin nasıl kullanılacağı, etkilerinin ne olacağı yönetmeliklerle belirlenmektedir (TC KKD Yönetmeliği, 2006)

Bu araştırmanın amacı, Gazimağusa bölgesinde bazı hastanelerde görevli sağlık çalışanlarının mesleksi risklerini ve sağlık sorunlarını, KKD kullanım bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek olarak saptanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığının korunması, tanı, tedavi ve bakımı için kişisel ve kurumsal olarak, kamu veya özel kurumların vermiş olduğu hizmetler bütünüdür. Bu bakımdan sağlık çalışanları, hastalara ve / veya doku parçaları, kontamine tıbbi malzeme ve donanım, kontamine çevre yüzeyleri ya da hava dahil olmak üzere bulaşıcı malzemelere maruz kalma potansiyeline sahip, sağlık hizmet alanlarında çalışan tüm ücretli ve ücretsiz kişiler olarak tanımlanabilir (Meydanlıoğlu, 2013).

Kuzey Kıbrıs hastanelerinde sağlık hizmetine katkısı olan meslek üyeleri arasında hekim, hemşire, fizyoterapist, laborant, diyetisyen, teknisyen (röntgen ve ameliyathane), hastabakıcı, temizlik görevlisi, servis görevlisi, ambulans görevlisi, sekreter, güvenlik görevlisi, yemekhane görevlisi, hastane teknisyeni sayılabilir. Hastanelerin çalışma biçimleri, poliklinik hizmetleri, acil hizmetleri, servis hizmetleri, koroner ve yoğun bakım hizmetleri, diyaliz, ameliyathane hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme (röntgen v.b) hizmetleri, olarak sınıflandırılabilir. Genelde Kuzey Kıbrıs'ta ve Gazimağusa bölgesindeki hastanelerde, özel hastane hizmetleri ile devlet hastanesi hizmetleri arasında benzerlikler ve farklılıklar bulunmaktadır. Kuzey Kıbrıs genelinde genel sağlık sigortasının olmayışı, özelden alınan hizmette sağlık ödemelerinin hastanın cebinden karşılanıyor olması, özel hastanelerin devlet hastanesi gibi yatılı ve yoğun bakım, diyaliz gibi hizmetleri yapmasını kısmen engellemektedir. Gazimağusa bölgesindeki devlet hastanesi yatak kapasitesi 110 civarında iken, aynı bölgede özel hastanelerin toplam yatak kapasitesi 25-30 arasında kalmıştır. Özel hastaneler daha çok poliklinik ve ayaktan hizmetlere yoğunlaşmıştır. Bu yapılanma, sağlık çalışanlarının yaptığı işe ve çeşitliliğe de yansımaktadır.

2.2. Sağlık Alanındaki Riskler

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, dünya genelinde 60 milyona yakın sağlık çalışanı vardır. Sağlık personeli çalıştıkları ortamlarda sağlık ve güvenlikle ilgili risklere maruz kalmaktadırlar. Bu riskler yedi ana grupta toplanabilir: Biyolojik,

kimyasal, fiziksel, ergonomik, psikososyal, yanıcı patlayıcı, elektriksel riskler (DSÖ, 2016).

2.2.1. Sağlık çalışanlarının riskleri:

1-Psikososyal riskler: Gerek sağlık çalışanları arasında, gerekse hasta-sağlık çalışanı arasında stres yaratan durumlardan ötürü, çalışanlar artmış bir riskle karşı karşıyadır.

2-Biyolojik riskler/bulaşıcı hastalıklar: Hastalardan temas, solunum yolu veya vücut sıvıları aracılığı ile bulaşan bakteriler, virüsler, mantarlar, parazitler bu risklere yol açarlar.

3-Fiziksel riskler: Radyasyon, aydınlatmanın düşük veya yüksek olması, sıcaklık, gürültü gibi doku hasarına neden olan çevresel etkenlerin yol açtığı risklerdir.

4-Kimyasal riskler: Laboratuvarlarda kullanılan kimyasal maddeler, hastane içinde kullanılan dezenfektanlar, sterilizanlar, gazlar da çalışanlarda zararlı etkiler oluşturabilir. Kullanılan bazı ilaçların da kimyasal riskleri olabilir (kemoterapi birimi, ameliyathane gibi).

5-Çevresel - mekanik riskler: Kazalar, yaralanmalar, gerginliğe ya da rahatsızlığa yol açan ya da bunların oluşunda rolü olan çalışma çevresinden kaynaklı risklerdir (Gökhan, 2008)

6-Ergonomik riskler: Uygunsuz pozisyonlarda ve sürelerde çalışmanın yol açtığı, özellikle bel ağrılarına ve başka kas- iskelet sistemi sorunlarına yol açabilen risklerdir.

2.3. Sağlık ve Güvenlik Komiteleri

NIOSH ve OSHA (The Occupational Safety and Health Administration) hastanelerde, Sağlık ve Güvenlik Komitesi kurulmasını önermektedir. Bu komiteler sağlık çalışanlarının sağlığını geliştiren, hastalıklardan koruyan, ayaktan tedavi hizmetleri sunan birinci basamak sağlık hizmeti birimleri olarak önerilmektedir. Yani çalışma ortamını düzenleyen, çalışma ilişkileri sonucunda oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikolojik, ergonomik tehlike ve riskleri, meslek

hastalıkları ve iş kazalarını minimuma indirmek için çalışmalar yapan hizmetler olarak tanımlanabilirler (Özkan ve ark, 2006).

NIOSH ve OSHA, hastanedeki sağlık çalışanlarının ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmeti gereksinimi olduğunda, hastane sağlık ve güvenlik komitesinin bilgisi ve sevki doğrultusunda, çalışanın çalıştığı hastaneden sağlık hizmeti alabileceğini öngörmüştür. Komitenin sağlık ve güvenlik hizmetleri, tüm işçi sağlığında olduğu gibi, sağlık çalışanları, hastane ortamı ile üretim süreci ve diğer hizmetler olmak üzere üç temel alanda yürütülmektedir. Bu hizmetler sırasıyla şöyledir:

A- Sağlık çalışanlarına yönelik hizmetler:

Sağlığı geliştirme programları, bilgilendirme (KKTC İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası'nda da çalışanların bilgilendirilmesi ile ilgili hükümler vardır) (İş Sağlığı Güvenliği Yasası, KKTC). Eğitim verilmesi, danışmanlık hizmetleri, işe giriş muayeneleri, periyodik muayeneler, aşılama, KKD'lerin sağlanması, dengeli beslenme, tedavi hizmetleri, kayıtların tutulması, kötü alışkanlıklarla mücadele, rehabilitasyon.

B- Hastane ortamına ve üretim sürecine yönelik hizmetler

İş akış şemaları, malzeme güvenlik bilgi formları, maruziyet düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar, tehlike ve risklere karşı önlemler, radyasyon kullanılan birimlerle ilgili ek önlemler.

C- Diğer hizmetler

Sağlık ve güvenlik kayıt sistemleri, koordinasyon, yasal ve etik durumlar (Özkan ve ark, 2006).

2.4. Türkiye ve KKTC'de Durum

Türkiye'de sağlık personelinin en fazla karşı karşıya kaldığı tehlikeler içinde enfeksiyonlar, radyasyon, anestetik ve kimyasal maddelerden etkilenme, yaralanmalar, şiddete maruz kalma, aşırı ve düzensiz çalışma koşulları, çeşitli fiziksel riskler altında kalma (ısı, gürültü, koku, toz), kas-iskelet sistemi travmaları, stres gibi etmenler sayılabilir (Fişek, 2011) . KKTC'de de benzer risklerin olduğu gözlemlenmektedir. Tüm sağlık çalışanları içinde hemşirelerin bu tip tehlikelerden en çok etkilenen grup olduğu söylenebilir. Bunun en önemli nedeni doğrudan ve sürekli hasta bakımı yapmaları, sıkça sivri-kesici, delici objelerle çalışmaları, günlük olarak potansiyel kontamine

materyallerle temas etmeleridir (Porto ve ark, 2016). Sağlık çalışanlarını bu risklere karşı korumak için mühendislik çalışmaları yapılmaktadır. Özellikle sivri aletle batıcı yaralanmalarının, mühendislik düzenlemeleri ile azaltılması amaçlanmaktadır. Sağlık çalışanlarında kan alma sırasındaki yaralanmaları azaltmak için özel cihazlar geliştirilmiştir. Bu özel cihazlar etkili olmaktadır (Rami ve ark., 2016). Bir çeşit kaynağında koruma olarak nitelenebilecek bu tip girişimler yetersiz olduğunda KKD kullanımının artırılması hedeflenmelidir. Her iki durumda da sağlık çalışanınin uyumu önemlidir (Porto ve ark., 2016).

Sağlık çalışanlarının bu kadar çeşitli risklere açık olması çalıştıkları işten kaynaklı meslek hastalıklarının da olabileceğini düşündürmektedir. Hepatit B, TC’de ve pek çok ülkede meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir (Emiroğlu, 2012). Son yıllarda sağlık çalışanlarında aşılamanın olumlu sonuçları evrensel düzeyde alınmaktadır. Şöyle ki aşılama sayesinde hepatit B olgularının genel nüfusa göre sağlık çalışanlarında daha az görüldüğü belirlenmektedir (Haviari, 2015).

2.5. Biyolojik Riskler

Pek çok meslek grubunda biyolojik risklere rastlanabilir. Biyolojik risklerin daha çok görüldüğü meslekler arasında, sağlık hizmetleri gelmektedir (Beşer, 2012).

2.6. Bulaşıcı Hastalıklar

Bulaşıcı hastalıkların bulaşması açısından sağlık çalışanları önemli bir riskle karşı karşıyadırlar (Haagsma ve ark, 2012). Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı riskler arasında en sık hastalık ve ölüm nedenini enfeksiyonlar oluşturur. Sağlık çalışanları, çalıştıkları ortamın özellikleri ve sağlık hizmetinin doğal sonucu olarak enfeksiyon etkeni mikroorganizmalara daha sık maruz kalırlar. Çalışma ortamında alınan koruyucu önlemlerin düzeyi, ne ölçüde uygulandığı ve ayrıca çalışanların aşılama oranına bağlı olarak enfeksiyon riski değişmektedir (Fişek, 2011).

Enfeksiyonların kontrolü için çoğu ülkedeki hastanelerde enfeksiyon kontrol komiteleri oluşturulmuştur. Türkiye’de de 2005 yılında çıkarılan yönetmelikte enfeksiyon kontrol komitelerinin görev ve yetkileri arasında sağlık çalışanlarının sağlığını kontrol etmek de yer almıştır. KKTC’de ise çoğu hastanede böylesi komiteler ya hiç yoktur ya da yetersizdir. Hastane enfeksiyonlarının yayılmasında doktor, hemşire, laborant ve temizlik görevlilerinin değişik oranlarda payı vardır. Sağlık çalışanı bir

hastalık etkenini taşıyarak hem hastalara hem de diğer sağlık çalışanlarına bulaştırıyor olabilir. Ayrıca kullanılan bazı araç gereçlerle de(stetoskop, buhar makinesi vb.) bulaş olasılığı vardır. Elleri yıkamama, eldiven kullanmama, aynı eldivenle farklı hastalara dokunma hastane içi enfeksiyonların yayılmasında rolü olan etkenler arasındadır (Artan ve ark, 2015).

2.7. Enfeksiyon Kontrol Komitesi

Enfeksiyon kontrol komitesi hastane idaresi temsilcisi ve hekim, hemşire, laboratuvarlar ve eczane temsilcilerinden oluşmaktadır. Bu üyeler ilgili hastanenin çalışanlarına göre değişebilir. Enfeksiyon hastalıkları uzmanı varsa komiteye girer, yoksa diğer branşlardan katılım olabilir.

Enfeksiyon kontrol komitesinin görevleri arasında hastane içinde enfeksiyon kontrol programı yapmak, enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirmek (uluslararası klavuzlara göre), personele hizmet içi eğitim vermek, gereksinimlere uygun bir sürveyans programı geliştirmek, hastane içinde enfeksiyon açısından riskli alanları saptamak, enfeksiyon kontrol programını izlemek, hastaneye antibiyotik, dezenfektan, antisepti, sarf malzemesi alımında, sterilizan araç ve gereç alımında görüş vermek, sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini dikkate almak, antibiyotik kullanım politikası belirlemek gibi görevler bulunmaktadır (TC Enfeksiyon Kontrol Komitesi Yönetmeliği, 2005).

2.8. Sağlık Hizmetlerinde Biyolojik Riskler / Enfeksiyonlar

2.8.1. Hepatit B

Hepa-DNA-virüs ailesinden çift- sarmallı DNA virüsüdür. Türkiye’de yapılan araştırmalarda hepatit B taşıyıcılık sıklığı (HBsAg pozitifliği) %2-7 bulunmuştur. Dünyada yaklaşık 500 milyon kronik HBV enfeksiyonlu insan vardır (Değertekin ve ark, 2010). Aşılama ile kişi tam bağışık bir duruma gelebilir. Sağlık hizmetlerinde çalışacak olan doktor, hemşire, hastabakıcı ve diğer sağlık personeline işe girişte aşı yapılması, daha önceden aşılı ise bunun doğrulanması, düzeyine bakılması gerekmektedir. Aşısız olan personelin derhal aşılınması önerilmektedir. Hepatit B virüsü (HBV) ile karşılaşmadan sonra 6 hafta ile 6 ay arasında değişen sürelerde inkübasyon süresi vardır (Şimşek, 2013).

2.8.2. Hepatit C

Hepatit C virüsü (HCV), insanda enfeksiyona yol açan RNA virüslerindendir. Dünyada prevalansı %3 civarındadır. Mısırdan %15'lik bir prevalanstan söz edilmektedir. Kuzey Avrupa prevalansın en düşük olduğu bölgedir(%1 altı). Türkiye'de %2-2,9 arasında bir yaygınlığı vardır (Kaya, 2014). HCV ile karşılaşma sonrasında virüsü alanların %75 inde asemptomatik bir tablo oluşurken %25'inde semptomatik bir hal almaktadır. Virüsü alanların %75'inde kronikleşme görülmektedir. Kronikleşenlerin %10-15'i siroza dönüşmekte, bunlar içinden de %1-4 arasında hepatosellüler kanser oluşmaktadır (Chen, 2006).

Hepatit C aşısının olmaması nedeniyle HCV'den korunma esastır. Hepatit C kan ve kan ürünleri ile bulaşmaktadır. Seksüel temas, yeterince dezenfeksiyon yapılmamış endoskopik girişimler, intravenöz ilaç kullanımı ve bağımlılarda aynı enjektörün farklı kişilerce kullanılması, anneden bebeğe geçiş (Şentürk, 2002), sağlık personeline kaza ile iğne batması başka bulaş yollarıdır (Şahin, 1995). Bağışıklık sistemi bu virüsü kontrol altına almakta güçlük çekmektedir (Şentürk, 2002). Anti- HCV negatif iken pozitifleşmesi önemlidir. Çünkü Hepatit C kesin tanısı serumda HCV RNA pozitifliği ile konur (Chen, 2006). HCV enfeksiyonu HBV enfeksiyonuna göre daha yüksek bir düzeyde kronikleşmektedir (Ersin, 2006).

HCV'nin sağlık çalışanlarına bulaşması: HCV ile enfekte hastaların kan ve vücut sıvılarıyla temas ve enfekte kesici / delici alet yaralanmalarıyla olmaktadır. HCV ile enfekte olmuş kan ile perkütan yaralanma sonrasında Hepatit C bulaş riski %3-10 arasındadır. Aynı durumda HBV bulaşma riski %7-30 ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) bulaşma riski % 0,2-0,5'tir (Fişek, 2011). HCV enfeksiyonlarının çoğu kan nakli ve damardan ilaç kullanımı ile ilgilidir. Sağlık çalışanları arasında HCV'nin yaygınlığı HBV'den daha azdır (Ersin, 2006). Son yıllarda hepait C için tedavi yaklaşımlarının değişmesi ile hepaitit C tedavi edilebilir olmuştur (Kabaçam, 2013)

2.8.3. HIV

Retrovirus alt ailesinden zarflı RNA virüsüdür. İmmün sistemde enfeksiyon yapabilmektedir (Öztürk, 2015). HIV1 dünyada yaygın, HIV2 Batı Afrika'da endemiktir. DSÖ'ye göre dünyada 40 milyon kişi HIV ile enfektedir. Her gün 14 bin kişi HIV'le enfekte olmakta, 7-8 bin kişi HIV nedeniyle ölmektedir. Olguların %45-

50'si kadındır. 1995'ten sonra Batı Avrupa'da yeni olgular azalmışken, Rusya, Moldovya, Ukrayna'da artış vardır.

Bulaş yolları; Cinsel yol, enjeksiyon yolu ile ilaç kullanma, perinatal, kan ve kan ürünleri, sağlık çalışanları arasında, çevresel bulaş sayılabilir. HIV'in yayılmasında en etkili yol cinsel ilişkidir. Korunmasız anal ilişkide bulaşma riski en yüksektir. Hastalığın ileri evrede olması bulaşı artırır. Enjektör paylaşımına bağlı hem HIV hem de HBV, HCV bulaşı görülebilmektedir. HIV'in sağlık çalışanlarında bulaşma riski, perkütan yaralanma ile %0,3, mukozal ve sağlam olmayan deri ile bulaşma riski %0,09'dur. Sağlam deriden bulaşma riski yoktur (Öztürk, 2015).

2.8.4. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)

Hastalığın etkeni, Bunyaviridae ailesine bağlı Nairovirus soyundan zarflı bir RNA virüsüdür (Kırdar, 2009). KKKA insanlara esas olarak Hyalomma marginatum cinsi kenelerin tutunması ile bulaşır. KKKA virüsünün insanlara bulaş yolları, enfekte kene tutunması (kene ısırığı, temas), enfekte kenelerin çıplak el ile ezilmesi, viremik hayvanların kan, doku ve sekresyonları ile temas, laboratuvarında çalışma, KKKA hastalarının kan ve diğer vücut sıvıları ile temas, kan içeren damlacık yolu ile bulaştır. Hastalığın kuluçka dönemi virüsün alınma şekline bağlı olarak 3-14 gün arasında değişmektedir. Ölüm daha çok hastalığın ikinci haftasında (5-14 gün) görülmektedir. Risk grupları: Endemik bölgede yaşayan tarım ve hayvancılık ile uğraşan çiftçiler, çobanlar, kasaplar, mezbaha çalışanları, veteriner hekimler, veteriner teknisyenleri, enfekte hastalarla temas eden sağlık personeli, laboratuvar çalışanları, askerler, kamp yapanlar, hastaların yakınlarıdır.

Hastanelerde alınması gereken önlemler: KKKA hastaları kesin olarak ayrı odalara yatırılmalı, hasta ziyaretleri sınırlandırılmalıdır. Hastanın kan ve vücut sıvılarıyla doğrudan temastan kaçınılmalıdır. Hastalıkta hava yoluyla bulaşma olmadığı ancak damlacık yoluyla bulaşma riski olduğundan hastaya yaklaşırken cerrahi maske yeterlidir. Ancak, hastaya aerolizasyon oluşturabilecek girişimlerin yapılması esnasında N95 maske kullanılmalıdır. Kullanılan enjektörlerin kapakları kapatılmamalı, delinmeyen kaplarda toplanarak imha edilmelidir. Sağlık çalışanı herhangi bir riskli temas durumunda enfeksiyon hastalıkları uzmanına yönlendirilmelidir. Hastanın kullanacağı malzemeler tek kullanımlık olmalıdır. Hastaya kullanılan tıbbi aletler dezenfekte edilmeden kullanılmamalıdır. Yerlere dökülen enfekte kan ve vücut

sıvılarının üzerine 1/10'luk çamaşır suyu dökülmelidir. Daha sonra 1/100'lük çamaşır suyu ile yüzey silinmelidir. Enfekte materyalle temas durumunda; iğne battı ise % 70'lik alkolle 20-30 saniye temizlenir, bol su ve sabunla yıkanır. Göze enfekte materyal sıçraması durumunda bol su ile yıkanır. Hastaların kullandığı malzemeler ve tuvaletler çamaşır suyuyla dezenfekte edilmelidir. Hastaya ait atıklar güvenli bir şekilde imha edilmelidir.

2.8.5. Meningokoksemi

Meningokoksik menenjit, ani başlayan ateş, şiddetli baş ağrısı, bulantı ve kusma, ense sertliği ve sıklıkla pembe renkli maküler, nadiren veziküler tarzda peteşiyal döküntüler ile karakterize olan akut bakteriyel bir hastalıktır. Neisseria meningitis hastalıktan sorumlu etkindir. Sepsis tablosu, şok ve delirium gelişebilir, döküntüler zamanla ekimoza dönüşebilir. Sağlık çalışanlarına bulaşması muhtemel hastalıklardandır. (Ulutun, 2006)

2.8.6. Boğmaca

Boğmaca, boğazın bordetella pertussis adı verilen bakterilerle enfekte olması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Aşı, enfeksiyon riskini büyük ölçüde azaltır, ancak hastalığa yeniden yakalanma söz konusu olabilir. Sağlık personeli her zaman risk altındadır. Boğmaca tanısı alan bir hastanın solunum sekresyonları ile yakın teması olan veya beş dakikadan uzun süre hastanın yakın çevresinde (1-2 metre) kalan personel risk altındadır (Özcengiz, 2005)

2.8.7. SARS ve MERS-CoV

Corono virüs ailesindendir. Kasım 2002 ve Temmuz 2003 arasında, Dünya Sağlık Örgütü'ne 29 ülkeden toplam 8,098 olası SARS olgusu ve 774 SARS'a bağlı ölüm (olgu fatalite hızı % 9,6) bildirilmiştir. SARS saptanan olguların %21'i sağlık çalışanıdır. 2004 yılından itibaren yeni SARS olgusu bildirilmedi ama 2012 yılında corona virüs ailesinden MERS-CoV saptandı. MERS-CoV, olgu sayısı 2014 yılı sonu itibariyle yaklaşık 1000'dir ve ölüm hızı %30'dur. MERS-CoV hastalarla yakın temasta bulunan hasta yakınları ve sağlık çalışanlarına bulaşabilir (Ergönül, 2015).

2.8.8. Difteri

Korinebacterium diphtheriae'nin toksijenik kökenlerinin neden olduğu ciddi bir hastalıktır. Salgınların olduğu bölgelerde sağlık çalışanları da risk altındadır. Salgınlar sırasında solunum sekresyonları ile temas ya da enfekte hastanın deri lezyonları ile temas sonucu bulaşabilir. Hasta antibiyotik tedavisi tamamlanıncaya ve 24 saat ara ile iki kültür sonucu negatif gelinceye kadar damlacık ve temas önlemleri ile izlenmelidir (Yılmaz, 2004)

2.8.9. Tüberküloz

Tüberküloz etkeni mikobakterium tüberkülozis olup tüberküloz basilini taşıyan kişinin öksürmesi, hapşırması veya konuşması ile havaya karışan basiller yoluyla akciğerlere ulaşarak bulaşır. Tüberküloz hastalığı önlenabilen, tedavi edilebilen, toplum sağlığı açısından önemli bir hastalıktır (Yorgancıoğlu, 2015). Sağlık hizmetlerinde özellikle tüberküloz hastalarının tedavi gördüğü yataklı servislerde veya verem savaş dispanserlerinde çalışanlar, en sık hava yolu ile olmak üzere, artmış bulaş riski altındadır. Sağlık çalışanlarında tüberküloz bulaşma biçimleri: Hava yolu ile bulaşma yanında, perkütan iğne batması ile lokalize enfeksiyonlardan bulaş olabilir. Laboratuvarlarda çalışanlarda bulaş ise balgam, gastrik ve bronşiyal lavaş sıvılarından, BOS, idrar, kazeöz lezyonlu doku materyalleri yoluyla olmaktadır. Tüberküloz bulaşmasını önlemede enfeksiyon kontrolü çok önemlidir. (Arman, 2013)

Sağlık kurumlarında tüberküloz bulaşmasının kontrolü, tüberkülozun bulaşmasını önlemek için yapılacak en önemli şey aktif tüberküloz hastalığı olan kişilere erken tanı koyup etkili tedavi planlamaktır (Özkara, 2012).

2.8.10. Suçiçeği (Varisella Zoster Enfeksiyonu)

Etken varisella zoster virüsüdür (VZV). Suçiçeği enfeksiyonu nozokomiyal yoldan bulaşmaktadır. Bulaşıcılık riski yüksek olduğu için duyarlı olan tüm hastane çalışanları çalışanları varisella enfeksiyonu açısından risklidir. Kuluçka süresi 14-16 gündür, ancak immünkompromize bireylerde daha kısa olabilir. Bulaş riski döküntülerin görülmesinden 2 gün önce başlar ve döküntülerin ortaya çıkmasından sonra 5 gün sürer. VZV enfeksiyonu enfekte lezyonlar ile temas sonucu bulaşır, ancak enfekte hasta ile doğrudan teması olmayanlara da bulaşabilir. Koruyucu önlemlere uyulması bulaş riskini azaltır. Yetişkinlerde suçiçeği geçirme öyküsü olanlarda serolojik bağışıklık %97-99,

öyküsü olmayan ya da bilinmeyenlerde ise bu oran %71-93'tür. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında suçiçeğine karşı antikor oranı %98 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada suçiçeği geçirme öyküsünün antikor pozitifliğini saptamakta duyarlı olduğu belirtilmiştir (Ergönül, 2015).

2.8.11. Kabakulak

Kabakulak virüsü Paramiksoviride ailesinde, bir RNA virüsüdür. Kabakulak virüs barındıran sekresyonlar ile temas sonucu bulaşabilir. Kuluçka süresi genellikle 16-18 gündür. Bağışık olmayan sağlık çalışanlarına aşı uygulanması önerilir. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde sağlık çalışanlarında kabakulak antikorları % 92 oranında pozitif bulunmuştur. Hastalık geçirme öyküsü antikor pozitifliği ile paralel değildir (Ergönül, 2015).

2.8.12. İnfluenza

İnfluenza ve solunum yoluyla bulaşan diğer virüsler enfekte kişilerden virüs barındıran damlacıklarla bulaşabilir. Kuluçka süresi 1-5 gündür, hastalığın ilk 3 gününde bulaşma riski yüksektir. Damlacık temas önlemlerine uyulması bulaşın önlenmesi için yeterlidir. Risk altındaki tüm sağlık çalışanlarının her yıl aşılması önerilir. Ayrıca özellikle salgınlar sırasında maruziyet sonrası antiviral ajanlar da kullanılabilir (Ergönül, 2015). CDC önerisi, 1980'lerden beri sağlık çalışanlarının grip aşısı yaptırması yönündedir (Sarı, 2017)

2.8.12.1. İnfluenza ve Sağlık Çalışanları

Kuş gribi (H5N1avian influenza) salgını insanlar arasında ilk kez 1997 yılında Hong Kong'da görüldü. İnsandan insana bulaşı gösteren bir çalışma Vietnam'da 2004 salgınından sonra bildirildi(Ergönül, 2015). 2009 yılında domuz gribi (H1N1) pandemisi sağlık çalışanlarını büyük ölçüde etkilemiştir. Sağlık çalışanlarının aşılama geniş ölçüde tartışılmıştır. KKTC de de devlet eliyle öncelikle sağlık çalışanlarının, sonrasında tüm toplumun aşılama yoluna gidilmiştir. Bu dönemde hem toplumda hem de sağlık çalışanları arasında aşı olmama eğilimi dikkat çekmiştir. Sarı ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları araştırmada sağlık çalışanlarının grip aşısı olmama nedenleri irdelenmiştir. Buna göre aşının yan etkilerinden korkma, etkinliğe

inanmama, aşının denenmemiş olduğuna, ya da grip yaptığına inanma gibi nedenler vardır (Sarı, 2017).

2.8.13. Bruselloz

Bruselloz, ülkemizde de sağlık çalışanlarında, özellikle laboratuvar çalışanları arasında sık görülen bir bulaşıcı hastalıktır. Laboratuvarlarda korunma önlemlerine yeterince uymayan çalışanlar arasında daha fazla görüldüğü gösterilmiştir. Laboratuvarlarda yeme-içme gibi davranışlardan kaçınılmalı, laboratuvarlara personel olmayan kişilerin girişleri kısıtlanmalı, brucella bakterisi ile ilgili çalışmalar biyogüvenlik 3 veya en azından biyogüvenlik 2 kabinlerinde yapılmalı, bakteriyel tanı için kültür plakları koklanmamalı ve çalışırken maske takılmalıdır (Ergönül, 2015).

2.8.14. Ebola

İlk kez 1976 yılında saptanan virüsün, en büyük salgını 2014 yılında görülmüştür. Bu salgında yaklaşık 15.000 olgu saptanmıştır. Beş binin üzerindeki ölümler arasında 300'e yakın sağlık çalışanı vardır (Ergönül, 2015).

2.8.15. Kızamık

Kızamık (Rubeola, measles) etkeni Paramiksovirus üyesi olan bir RNA virüsüdür (Toygun, 2005). Aşısız ve hastalığı geçirmeyen sağlık personelinin aşılama önerilir.

2.8.16. Kızamıkçık

Sağlık personeli risk altında olduğu için dikkat edilmesi gereken bir virüs enfeksiyondur. Damlacık yolu ile bulaşır (Toygun, 2005).

2.9. Sağlık Çalışanlarında Önerilen Aşılama Programları

Günümüzde tüm sağlık çalışanlarına önerilen aşılama programı olduğu gibi, yalnızca gerekli özel durumlarda yapılması gereken aşılar da vardır. Grip, suçiçeği, kızamık-kızamıkçık-kabakulak, tetanos, hepatit B aşıları tüm sağlık çalışanlarına önerilirken, tifo, hepatit A, meningokok aşısı, BCG belli riskleri bulunan sağlık personeline uygulanması önerilen aşılarıdır (Meydanlıoğlu, 2013).

2.9.1. Her Sağlık Çalışanına Önerilen Aşılar

2.9.1.1. Hepatit B

Daha önce aşılanmamış olanlar, hepatit B aşısı serisini tamamladığını belgelendiremeyenler ya da hepatite karşı bağışık olmadığını gösteren güncel kan testi olanlar; 3 doz aşılanır (0, 1 ve 6.ay). Üçüncü dozdan 1-2 ay sonra anti-HBs serolojik testi yaptırılır, anti-HBs serolojik titresi ≥ 10 mIU/mL düzeyi yeterli korumayı gösterir ve “pozitif” olarak tanımlanır. Anti-HBs < 10 mIU/mL ise yeterli koruma gerçekleşmediği için aşı serisine tekrar başlanır (Meydanlıoğlu, 2013). Hepatit B aşısının etkinliği sağlıklı infantlarda %95 iken, 40 yaş altı sağlık çalışanlarında %92, 40 yaş ve üstü sağlık çalışanlarında ise %84’tür (Kutlu, 2014).

2.9.1.2. Grip Aşısı

Bütün sağlık çalışanlarına; yılda 1 doz grip aşısı yapılmalıdır. İnaktive enjektabl aşı IM veya zayıflatılmış canlı grip aşısı nazal uygulanır.

2.9.1.3. Kızamık / Kızamıkçık / Kabakulak Aşısı (KKK)

4 hafta arayla 2 doz aşı yapılır (Meydanlıoğlu, 2013). Tüm sağlık personeline uygulanmalıdır. Laboratuvar tetkikleri ile bağışık oldukları gösterilenlere (1980 ve sonrası doğumlular için), en az bir ay ara ile iki doz KKK aşısı yapıldığına ilişkin kayıt bulunanlara aşı uygulanmasına gerek yoktur .

2.9.1.4. Kızamık

Tüm sağlık çalışanlarına kızamık aşısı önerilmektedir: Kızamık için iki doz aşıldığını belgeleyenler, kızamığa karşı bağışık olduğunun laboratuvar kanıtı olanlar, kızamık hastalığını geçirdiğinin laboratuvar doğrulaması olanların aşı yaptırması gerekmez. Kişinin hastalığı geçirdiğini belirtmesi immünite kanıtı olarak kabul edilmez. Hastalık geçirdiğini ve aşılandığını belirten sağlık çalışanlarında; Antikor negatifliği kızamık için %11,3, kızamıkçık için %8,7 kabakulak için %4,9’dur. Sağlık çalışanının kendi beyanının negatif prediktif değeri çok düşüktür (%1,2-17,7). İmmün olmayan sağlık çalışanlarına temas sonrası ilk 72 saat içinde kızamık aşı uygulanması önerilmektedir. KKK aşısının kızamığa karşı koruyuculuğu 12 ay üstünde yapıldığında tek doz sonrası %95, iki doz yapıldığında %99’dur (Kutlu, 2014).

2.9.1.5. Kızamıkçık

Hastane salgınlarına neden olmaktadır, bazı durumlarda gebe olan sağlık çalışanının gebeliği sonlandırılabilir. Hastalık iş devamsızlığı, pahalı koruyucu önlemler, olumsuz tanıtım ve dava tehdidine yol açabilmektedir. Aşının etkinliği %97-99 arasındadır. Kızamıkçık için tek doz KKK yeterlidir. Tüm sağlık çalışanlarına kızamıkçık aşısı önerilmektedir: Kızamıkçık için tek doz aşıldığını belgeleyenler, kızamıkçığa karşı bağışık olduğunun laboratuvar kanıtı olanlar, kızamıkçık hastalığını geçirdiğinin laboratuvar doğrulaması olanların aşı yaptırmasına gerek yoktur. Bağışıklık için yeterli kanıtı olmayanlara aşı öncesi test gerekli değildir (Kutlu, 2014).

2.9.1.6. Kabakulak

Tek doz aşının etkinliği %80-85, iki doz aşının etkinliği %79-95'tir. Tüm sağlık çalışanlarına kabakulak aşısı önerilmektedir. Kabakulak için iki doz aşıldığını belgeleyenler, kabakulağa karşı bağışık olduğunun laboratuvar kanıtı olanlar, kabakulak hastalığını geçirdiğinin laboratuvar doğrulaması olanların aşı yaptırması gerekmez. Bağışıklık için yeterli kanıtı olmayanlara aşı öncesi test gerekli değildir (Kutlu, 2014).

2.9.1.7. Suçiçeği

Suçiçeği aşısı 4 -8 hafta arayla 2 doz uygulanır. Hastalığı geçirme öyküsü varsa aşı yapılmaz. Sağlık çalışanları arasında suçiçeği aşısı için kesin endikasyon immün yetmezlikli hastaların yattığı servislerde çalışanlar, ve yenidoğan servislerinde çalışanlardır. Suçiçeğine yakalanan sağlık çalışanlarının hasta ile teması hemen kesilmelidir. Lezyonların kurumasına kadar, yani 10-21 gün sağlık servislerinde çalışması engellenmelidir. İki doz aşıldığını belgeleyenler, suçiçeğine karşı bağışık olduğunun laboratuvar kanıtı olanlar, su çiçeği hastalığını geçirdiğinin laboratuvar doğrulaması olanlar, suçiçeği veya herpes zoster tanısı doktor tarafından konmuş veya kanıtlanmış olanlara aşı yapılmaz (Kutlu, 2014).

2.9.1.8. Tetanoz-Difteri-Boğmaca (Tdap)

Daha önce Tdap aşısı olmayanların en kısa sürede bir doz Tdap aşısı yaptırması gerekir. Daha önceki tetanoz-difteri (Td) aşısının ne zaman yapıldığı dikkate alınmaz. Her 10 yılda bir Td dozunun tekrarlanması gereklidir.

2.9.2. Sağlık çalışanları için özel durumlarda uygulanan aşılar

2.9.2.1. Hepatit A

Sağlık personelinde mesleki temasla hepatit A riskinin arttığı yönünde kanıt olmadığından rutin aşıya gerek yoktur. Ancak hepatit A yönünden risk taşıyan seronegatif sağlık personeli (yemekhane, pediatri yoğun bakım çalışanı, kronik karaciğer hastası vb.) 3 doz -0, 6, 12. aylarda- aşılmalıdır (Meydanlıoğlu, 2013).

2.9.2.2. Tifo

Sıklıkla Salmonella tifi ile çalışan laboratuvar personeli aşılmalıdır.

2.9.2.3. Pnömonokok

65 yaş üstü veya altta yatan kardiyak, pulmoner, karaciğer, böbrek hastalığı ya da immün yetmezliği olanlar aşılmalı, 6-10 yılda bir rapel yapılmalıdır.

2.9.2.4. Meningokok

Rutin olarak izole n. meningitidis'e maruz kalan mikrobiyologlar, tek doz aşılanır ve her 5 yılda bir rapel yapılır.

2.9.2.5. Polio

Polio virüsü yayan hastalarla yakın temasta olan ya da bu virüsle çalışan laboratuvar personeli aşılmalıdır.

2.9.2.6. Kuduz

Kuduz virüsü veya infekte hastalarla temas eden personele 0, 3, 21. günlerde aşı yapılır, 6 ayda bir titre kontrolü ile rapel yapılır.

2.9.2.7. BCG

Enfeksiyon kontrol önlemlerinin yetersiz olduğu veya çoklu ilaç dirençli tüberküloz suşlarının yaygın bulunduğu koşullarda çalışanlara tek doz BCG yapılır (Meydanlıoğlu, 2013).

Tablo 1. Olası hepatit B’li hasta teması sonrası hepatit B profilaksisi (Güner, 2005)

Sağlık personeli	Kaynak	Kaynak	Kaynak
	HBsAg +	HBsAg -	Bilinmeyen
Aşısız	HBIG+aşı	Aşı	Aşı
Önceden aşıllı ve AntiHBs +	Profilaksi yok	Profilaksi yok	Profilaksi yok
Önceden aşı yapılmış, antikor (-)	Bir ay ara ile 2 doz HBIG veya HBIG+aşı	Profilaksi önerilmez	Yüksek riskli bir kaynaksa HBsAg + kabul edilir
Aşıya yanıtı bilinmeyen	AntiHBs 10 iü/ml altında HBIG+aşı antiHBS 10 üzerinde ise profilaksi yok	Profilaksi yok	AntiHBs 10 altında ise aşı AntiHBs 10 üzerinde ise profilaksi önerilmez

2.10. Kimyasal Riskler

Sağlık servislerinde biyolojik riskler yanında kimyasal riskler de bulunmaktadır. Kimyasal riskler, özellikle laboratuvar ortamlarında görülmekle birlikte, hastanelerin kemoterapi bölümlerinde de ciddi risk oluşturmaktadır. Diğer yandan hastanelerin temizlik işlerinde görevli personel de, kullanılan malzemeye bağlı risk altında olabilir. Çalışırken kullanılan kimyasal ajanların ne olduğu ve riski önlemek için ne yapılması gerektiği konusunda malzeme güvenlik bilgi formları oluşturulmalıdır. Örneğin kemoterapi ünitesinde kullanılan ilaçların etkilerine göre gerekli önlemler alınmalıdır.

Eğer kullanılan kimyasal ilacın solunum yoluyla etkisi varsa ona uygun önlemlerin artırılması, cilt yanıklarına, dermatitlere yol açıyorsa ya da sistemik emilim söz konusuysa ona uygun koruyucuların kullanılması gerekmektedir. Laboratuvar ortamında uygun havalandırma eksikliği varsa gözden geçirilmelidir. Çok toksik ajanların kullanıldığı alanlarda genel değil, lokal havalandırma yöntemleri tercih edilmelidir; gereğinde laboratuvar çalışanlarının uygun maske ve uygun koruyucu gözlükler takması önerilmelidir. Özellikle gözlük kullanmayan çalışanlarda kimyasal maddenin göze sıçraması sonucunda organ kayıpları gibi pek çok riskle karşı karşıya kalınabilir.

Kimyasal bileşikler mutajenik, teratojenik, kanserojenik etki gösterebilirler. Bunlardan en az birini gösteren ilaçlar tehlikeli ilaç sınıfına girer. Bunların çoğunluğunu antineoplastik ilaçlar oluşturur (Olgun ve ark, 2010). Kemoterapi birimlerinde çalışan sağlık personeli özellikle sitotoksik ilaçların güvenli uygulamasına ilişkin kuralları bilmelidir. İlaçların hazırlanma ve uygulanma şekli, kullanılan malzeme ve atıkların imha şekli, dökülme/saçılma durumunda yapılacaklar, kemoterapi alan hastanın bakımı, personelin eğitimi ve izlemin nasıl olacağı, üreme sağlığı risklerinde istihdam politikası belirlenmelidir (Olgun ve ark, 2010).

2.10.1. Malzeme Güvenlik Bilgi Formlarının özellikleri (MSDS):

İlgili kimyasalın üretimi, taşınması, depolanması ve kontrolü gibi bilgileri içeren ve kanserojen, mutajen ve toksik etkileri olup olmadığını açıklayan formlardır. Parlayıcı, patlayıcı, tehlikeli ve zararlı kimyasal maddelerin sınıflandırılması yapılmalıdır. Patlamadan korunma dokümanı ve patlayıcı ortamlarda kullanılacak makine ve teçhizat konusunda bilgi içermelidir (Sulak, 2014). MSDS’lerde mevzuatla ilgili bilgiler de bulunmalıdır.

2.11. Fiziksel Riskler

Sağlık servislerinde çalışanların maruz kaldıkları fiziksel riskler de vardır. Bunlar arasında gürültü, aydınlatma, radyasyon, termal konfor sayılabilir (Dedeler, 2008). Yüksek gürültülü ortamda çalışmak zorunda kalan çalışanların dikkat bozukluğu, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü gibi sıkıntıları olabilir. Yetersiz aydınlatma durumunda iş kazalarının arttığı bilinmektedir.

2.11.1. Sağlık Hizmetlerinde Radyasyon

Tanı ve tedavi amacıyla kullanılmakta olan radyasyon, sağlık çalışanları için ciddi bir riski oluşturur. Röntgen, tomografi gibi tanı araçları, radyasyon onkolojisi gibi tedavi birimleri bu riskin kaynakları arasındadır. Röntgenteknisyenleri, radyologlar, operasyonlar sırasında radyasyon kullanan ortopedist, kardiyolog gibi meslek üyeleri radyasyondan etkilenebilmektedir (Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 2016).

Sağlık kuruluşlarında radyoloji çalışanlarının çeşitli KKD'ler kullanması zorunludur. Bunlar arasında dozimetre, kurşun önlük, gonad koruyucu, bazı durumlarda özel eldiven, tiroid koruyucuları vardır. Dozimetre kullanımı yönetmelikle düzenlenmektedir. Dozimetre sayesinde alınan radyasyon dozu kontrol edilebilmektedir. Belirli aralıkla çalışandan alınan dozimetre atom enerji kurumunda kontrol edilmektedir. Doz aşımında gerekli önlemler alınmalıdır.

Radyasyon güvenliğinde öncelikle kaynağında genel koruyucu önlemler gereklidir. Radyoloji birimlerinin standartlara uygun ve kurumlarca onaylanmış olması, işyükünün uygunluğu, kişisel koruyucu ekipmanların kullanılması, personel sayısının yeterli olması, ehliyetsiz ve eğitimsiz kişilerin radyasyon alanında çalıştırılmaması ve çalışma sürelerinin uygun olması önlemler arasındadır.

Radyasyon çalışanları kendilerine yönelik tehdit unsurlarını saptama ve korunma yollarının eğitimini almaktadır, ancak hizmet içi eğitimlerle bu eğitimlerin periyodik olarak yenilenmesi gerekmektedir. Ayrıca, özellikle belli sayının üzerinde personel çalışan birimlerde radyasyon fizikçisi istihdam etme zorunluluğunun getirilmelidir. Radyasyonla çalışanların korunması için kurumlardaki 'Radyasyon Güvenlik Komiteleri'nin (RGK) periyodik olarak toplanmalı ve denetim çalışmaları yapmalıdır (Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 2016). Kuzey Kıbrıs hastanelerinde böylesi bir birim bulunmamaktadır.

Radyasyonla çalışanların sağlığı, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, personel sayısının artırılması ile kişi başına düşen iş yüklerinin düşürülmesi, yasalarda belirtilen azami çalışma saatlerine uyulması, koruyucu ekipmanların kullanılması, bunların denetiminin uygun şekilde yapılması, hizmet içi eğitimin ve yıllık düzenli sağlık kontrollerinin aksatılmadan sürdürülmesi ile korunabilir. Bu alandaki olumsuzlukların sendika, meslek örgütleri ile uzmanlık derneklerinin görüşleri de dikkate alınarak Sağlık ve Çalışma

Bakanlıkları tarafından değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir (Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 2016). Radyoloji çalışanları, radyasyon onkolojisi çalışanları, nükleer tıp, ve beyin cerrahisi bölümü çalışanları özel tasarlanmış radyasyona karşı önlük kullanmalıdır (Şenlik, 2010).

2.12. Kişisel Koruyucu Donanımlar (KKD)

Sağlık kuruluşlarında toplu koruma uygulamaları ve kişiye yönelik koruyucu uygulamalar yapılmalıdır. Toplu koruma uygulamaları içinde uyarı levhaları, tehlikeli olan malzemenin kullanılmaması, daha az tehlikeli olanı kullanma, tehlikeli olanı izole etme yöntemleri vardır. Kişiye yönelik uygulamalar arasında eğitim, bilgilendirme, farkındalığın artırılması önemli yer tutmaktadır. KKD'ler de kişiye yönelik koruma uygulamaları içindedir.

Kişisel koruyucu donanımlar (KKD) çalışan kişiyi yürütülen işten kaynaklanan, sağlık ve güvenliği etkileyen bir veya birden fazla riske karşı koruyan, çalışan tarafından giyilen, takılan veya tutulan, bu amaca uygun olarak tasarımı yapılmış tüm alet, araç, gereç ve cihazlardır (TC Kişisel Koruyucu Donanım yönetmeliği, 2006). KKD'ler çoğu ülkede KKD yönetmeliklerine göre üretilmekte ve kullanılmaktadır. KKD'lerin özellikleri arasında koruma sağlama başta gelmektedir. KKD'lerin kullanım sırasında ek bir risk oluşturmaması gerekir. Kullanılan vücut bölümüne, yapılan işe ve işyerine uygun, kullanımı, bakımı ve temizliği kolay ve pratik olmalıdır. Aynı anda birden fazla KKD kullanımı gerekliyse donanımların birbiriyle uyumlu olması gerekir. KKD'ler tek kişi tarafından kullanılmalıdır. Aynı KKD'nin farklı kişilerce kullanılması hijyen ve sağlık sorunlarına yol açabilir. KKD'lerin bedeli işverenlerce karşılanmalı, kullanıma hazır bir şekilde saklanmalıdır (TC Kişisel Koruyucu Donanım yönetmeliği, 2006). Sağlık alanında kullanılan başlıca KKD'ler önlük, eldiven, basit maskeler, gözlük, bone, başta olmak üzere bazı özel durumlarda daha ayrıntılı ve koruyuculuğu yüksek muayene önlükleri, kurşun önlükleri, radyasyondan koruyan boyunluklar(tiroid), radyasyondan koruyan eldivenler, radyoloji birimlerinde kullanılan dozimetreler ve özel tasarlanmış maskeleri içermektedir. Çalışma sırasında hangi tip koruyucu donanım kullanılacağı; tehlikenin türüne (biyolojik, kimyasal, fiziksel...), bulaşma veya maruz kalma yoluna (solunum yolu, deri yolu, mukoza yolu...), kişisel özelliklere (lateks alerjisi, kontak lens kullanımı, vb.) bağlı olarak farklılık gösterebilir.

2.13. Sağlık Alanında Kullanılan KKD'ler

2.13.1. Eldiven

Eldiven KKD'ler içinde sağlık hizmetlerinde en sık kullanılan kişisel koruyuculardandır. Eldiven çalışanın ulaşabileceği yerlerde olmalıdır. Hasta bireyin derisine temas edilmesi gereken durumlarda giyilmelidir. Tüm invaziv işlemler sırasında, kan ve vücut sıvıları ile temas durumunda giyilmelidir. Eldivenler kullanım sırasında asla yıkanmamalıdır, herhangi bir kontaminasyon durumunda hemen değiştirilmelidir. Çift eldiven kullanma herhangi bir iğne ya da diğer kesici-delici yaralanmalarda daha koruyucu olabilir. İşlem sırasında ve sonrasında delinme veya da hasarlanma olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir. Hasarlanma durumunda hemen çıkarılmalı ve eller 30-60 saniye sabun ve bol suyla yıkanmalıdır. Eldivenler muayene eldivenleri, cerrahi eldivenler, kemoterapi eldivenleri diye kabaca üç gruba ayrılabilir. Eldivenler KKD içinde en son giyilmesi gereken aparatlardır. Eldiven giyilmeden önce eller mutlaka yıkanmalı veya el dezenfektanı ile ovulmalıdır. Eldiven giyildikten sonra temizden kirliye doğru çalışılmalıdır, eldiven ile çalışırken kendine ve çevreye kontamine temas sınırlanmalı, her hastada ve farklı girişimlerde eldiven değişimi yapılmalıdır (Durmaz, 2012).

2.13.2. Koruyucu elbise

Hasta bireylerin derileriyle, kıyafetleriyle ya da aerosollerle herhangi bir bulaşma riski taşıyan durumlarda koruyucu kıyafet giyilmesi önerilebilir. Kullanılan kıyafetler sıvı geçirmez olmalıdır. Bu kıyafetler tek kullanımlık ya da yıkanılabilir olabilir, ancak kullanmadan önce uygun temizliği yapılmalıdır. Uzun kollu giysiler tercih edilmelidir. Saçlar uzunsa toplanmalı, bone içine alınmalıdır (Durmaz, 2012).

2.13.3. Maske-Yüz Koruyucuları

Herhangi bir kan ya da diğer enfekte materyalin sıçrama olasılığına karşı koruyucu maskeler kullanılmalıdır. Maskeler tek kullanımlık olmalıdır. Kullanılan maske uygun nitelikte olmalıdır. Yüz koruyucu ekipmanlar hastanın kan ve vücut sekresyonlarına karşı korunmak amacıyla kullanıldığı gibi, hastayı korumak için de kullanılabilir (N-95, 99, 100 maskeleri).

2.13.4. Göz Duşları

Gözlerle ilgili bir kaza anında hızlıca müdahale gereklidir. Hızlı müdahale etmeme görme kaybına yol açabilir. Özellikle hastane laboratuvar ve kemoterapi birimleri bu açıdan riskli yerlerdir. Göz yaralanma riski olan yerlerde göz duşları (göz yıkama birimleri) kurulmalıdır. Göz duşlarının olmadığı yerlerde ise kesinlikle göz duş solüsyonları bulunmalıdır (Durmaz, 2012).

2.13.5. Koruyucu Gözlük

Sağlık birimlerinde gerek hastaya ait kan ve sıvıların göze sıçramasına karşı, gerekse kullanılan malzemeye bağlı gözlerin korunması gereklidir. Çoğu araştırmada sağlık çalışanlarının düşük oranlarda koruyucu gözlük kullandığı görülmektedir. Gözlükler sıçrama ile teması kesecek uygunlukta olmalıdır. Eğer kan ya da diğer vücut sıvıları ile kontamine olmuşsa, sabun ve suyla, %70'lik alkolle temizlenmelidir.

2.13.6. Diğer KKD'ler

Gerekli olduğunda farklı kişisel koruyucu malzemeler de kullanılabilir. Bunlar arasında ayakkabı, şapka, bone vardır. Kullanılan tüm malzemeler ilgili kurum tarafından sağlanmalıdır. Kullanımlarının nasıl olacağıyla ilgili rehberler hazırlanmalıdır ve çalışanlara ulaştırılmalıdır (Beşer, 2012). Pek çok ülkenin ilgili yasa ve yönetmeliğinde

KKD'lerin işverence sağlanması gerektiği ve çalışanlar tarafından kullanılmasının izleminin sorumluluğunun işverende olduğu açıkça belirtilmektedir.

Sağlık çalışanları laboratuvar ortamında herhangi bir kozmetik uygulama yapmamalıdır. Lens kullanılıyor ise bunların takılması ve çıkarılması laboratuvar ortamında yapılmamalıdır. Eller işten ayrılırken su ve sabunla yıkanmalıdır. Laboratuvarlarda yiyecek ve içecekler bulundurulmamalı ve yenmemelidir (Beşer, 2012).

2.14. KKD Giyme –Çıkarma Sırası

Sağlık çalışanlarının yaptıkları işten kaynaklı riskleri minimuma indirmede kullanılan KKD'lerin giyme ve çıkarma sırası vardır. Giyme sırasında önce önlük, ardından maske,, sonra gözlük ve yüz koruyucusu takılmalı, en son eldiven giyilmelidir. Çıkarmada ise önce eldiven çıkarılmalı, sonra gözlük, yüz koruyucusu, sonra önlük, en son maske çıkarılmalıdır.

2.15. Kesici-Delici Aletlerle Yaralanma

Sağlık personeli enjeksiyon yapma işlemi sırasında, kan alma işlemi sırasında, tedavi hazırlarken, tedaviyi uygularken, sütür atma işlemi sırasında, enjektör başlığının kapatılması sırasında, enjektörlerin atım işlemleri sırasında, kirlilerin ve atık malzemelerinin taşınması sırasında, kan ve vücut sıvılarının enjektörden tüplere aktarımı sırasında kesici- delici alet yaralanmaları ile karşılaşabilirler. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, tüm dünyada, yılda 3 milyon perkutan maruziyet olmaktadır (yaralanma). Bu yaralanmaların %90'ı dar gelirli ülkelerde görülmektedir (Pruss, 2005). Pek çok gelişmekte olan ülkede kayıt sisteminin yetersizliğinden, sağlık çalışanlarında maruziyetin boyutu bilinmemektedir (Nouetchognou, 2016). Kesici-delici yaralanmalarda yapılması gerekenler Tablo B'de belirtilmektedir.

2.15.1. Enjektör-İğne Batması

Enjektör –iğne batmasına bağlı yaşanan sorunların %90'ı gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (Aslan, 2013). Sağlık çalışanlarındaki enfeksiyon hastalıklarının bulaşma yollarının başında iğne-enjektör yaralanmaları gelmektedir. NIOSH yılda ortalama olarak 800 bin iğne batması ve diğer yaralanmaların olduğunu bildirmektedir (Puro ve ark, 2005). Pruss'un 2005'deki çalışmasında bu sayı 3,5 milyon olarak verilmiştir. Bir enjektör batması sonucunda 20'den fazla zararlı patojenle karşılaşma riski bulunmaktadır. Hepatit B, Hepatit C, HIV/AIDS, malarya, sfiliz, tüberküloz, brusella, herpes ve difteri bunlardan bazılarıdır (Goniewicz ve ark, 2012). Carli ve ark. 2013'teki çalışmasında risk oluşturan patojen sayısı 40 olarak verilmiştir.

Sağlık çalışanları içinde enjektör iğne batmasına maruz kalanlar incelendiğinde; Çalışanın yaşının ilerlemesi, enfeksiyon kontrolünde alınması gereken önlemleri benimsememesi, uyum göstermemesi, kan yoluyla bulaşanlar konusunda yetersiz eğitim alması, yaralanmaları ve bulaşma riskini artırmaktadır (Cheng ve ark, 2012). Sağlık çalışanlarının işe yeni başlaması, olayların bilincinde olmaması da yaralanma riskini artırmaktadır. Uzun çalışma saatleri, gece nöbetleri iş kaza riskini artıran klasik nedenlerdendir.

Enjektör- iğne batmalarına karşı çalışanlara yönelik öneriler arasında alternatif yol olduğu sürece iğne enjeksiyon kullanılmaması, kullanılan malzemenin güvenliği ile ilgili sağlık çalışanlarının geri bildirim yapması önemlidir. Kullanılan iğnenin kapağının

kapatılmaması, kullanım sonrası atık kutusuna bırakılması, herhangi bir yaralanmada geribildirim yapılması ve gerekli sağlık uygulamasının yapılması, kanla bulaşan hastalıklar konusunda çalışanların eğitilmesi önlemler arasındadır (Beşer, 2012).

Sağlık çalışanları arasında kan ile bulaşan ajanlarla karşılaşma olasılığı en yüksek olanlar hemşireler, hekimler, diş hekimleri, diğer sağlık personeli ve temizlik personeli şeklinde sıralanmaktadır (Aygün, 2007).

Önceki yıllarda sağlık çalışanlarında hepatit B toplumun geneline göre beş kat fazla iken, günümüzde sağlık personelinin aşılama sonucu toplumun geneline göre hepatit B prevalansında azalma olmuştur. Bunun yanında tüberküloz sıklığının üç kat fazla olduğunu söylemek gerekir. Ayrıca sağlık personelinde hava yolu ile bulaşan tüm hastalıkların daha fazla görüldüğü bilinmektedir ve tüm bunların gelişmesi az olan ülkelerde fazla olduğu da saptanmıştır (Lavoie ve diğ, 2010).

Sağlık çalışanları arasında mesleğe yeni başlayanlarda (özellikle öğrencilik döneminde) perkutan yaralanmalar sık görülmektedir (Dokuzoğuz., 2014). Bu tip yaralanmalarda Hepatit B, C, HIV riski yüksektir. Sağlık çalışanları arasında giderek artan Hepatit B aşılması ile hastalığın prevalansın da düşme görülmektedir (Dokuzoğuz, 2014).

2.16. Sağlık Eğitimi ve Aralıklı Muayene

Sağlık çalışanlarının farkındalık eğitimleri ile kendilerini gelebilecek tehlikelere karşı korunmaları olanaklıdır. Periyodik olarak verilecek eğitimlerle kişisel koruyucuların kullanımı artırılabilir, bu eğitimlerle maruz kalınan her türlü olayın ve olgunun kaydı yapılabilir. İstanbul Eğitim Hastanesi'nde Sarı ve ark. 2007-2013 yılları arasında yaptığı retrospektif bir araştırmada elde edilen verilere göre, eğitimlere katılan personel sayısı arttıkça maruziyet bildirimlerinin de arttığı gösterilmiştir (Sarı ve ark, 2014).

Tüm sağlık çalışanları diğer hizmetlerdeki çalışanlar gibi periyodik muayenelerden geçirilmelidir. İşe giriş muayenelerinin düzenli tutulması, NIOSH, OSHA gibi kuruluşlarca önerilmektedir. Sağlık çalışanları için aşılama, ağırlığın uygun kaldırılması, sağlık çalışanlarının risklere karşı bilgilendirilmesi, farkındalığının artırılması, sağlık çalışanlarına sağlık danışmanlığı verilmesi de öneri ve önlemler arasındadır. Sağlık çalışanlarının kişisel koruyucuları kullanması, iş kazalarının, meslek hastalıklarının kaydedilmesi ve bunların sağlık çalışanları tarafından görülebilecek yerlerde asılması,

sağlık çalışanlarının yeterli ve dengeli beslenmesi, portör muayenesi, kayıtlardan çalışanın, sendikanın, yönetimin haberdar edilmesi de sağlanmalıdır (Özkan, 2006).

Avrupa Birliği'nin 2010 yılı 32/EU programı, hasta ve sağlık sektörü çalışanlarında delici kesici yaralanmalarının önlemesi konusunda uyarılar içermektedir. Bu bağlamda, önlemler arasında eğitim, farkındalık yaratma, gereksiz enjeksiyonların yapılmaması, sivri batıcı aletlerin kullanımı ve atılması konusunda uygun proses geliştirme, koruyucu kişisel donanım kullanımı bulunmaktadır (Carli ve ark, 2014).

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarında Delici-kesici Yaralanmalarında Yapılması Gerekenler

Kaynak	Personel takip yaklaşımı				Tedavi
Hastanın test sonuçları	Hemen	6 hafta sonra	12 hafta sonra	6 ay sonra	Hemen
Anti HİV+	Anti HİV	Ant HİV	Anti HİV	Anti HİV	HİV için ilaç tdv
HBS ag+	Anti HBS _	Anti HBS_	Anti HBS_	Anti HBS_	0,1,6 aylarda aşı. 6 ay sonunda anti HBS bakılması
HBS ag +	Anti HBS +	-	-	-	Tdv gerek yok
Anti HCV+	Anti HCV/alt	Anti HCV /HCV RNA	HCV RNA_	Anti HCV /alt	Anti HCV+ Kr hepatit polikliniği
Anti HCV +	Aynı	Aynı	HCV RNA+	-	Kr hepatit polikliniği
Kaynak bilinmiyorsa veya kaynağın hastalık durumu bilinmiyorsa	HBs Ag Anti HIV Anti HBs Anti HCV, Alt	Anti HIV Anti HCV	Anti HIV Anti HCV	Anti HCV	Aşısız personele Hepatit B aşısı (0-1-6.aylarda) başlanır. HIV-HCV-HBV enfeksiyonları için test sonuçlarına göre yukarıdaki gibi yaklaşılır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı Gazimağusa bölgesindeki bazı hastanelerde görevli sağlık çalışanlarının mesleksel risk ve sağlık sorunlarını, KKD kullanım bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek olarak saptanmıştır. Araştırma Gazimağusa Devlet Hastanesi ve Gazimağusa'daki iki özel hastanede gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini, Gazimağusa Devlet hastanesi ve Gazimağusa'daki iki özel hastanede(Mağusa Tıp Merkezi Hastanesi ve Yaşam Hastanesi) çalışan tüm sağlık çalışanları oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçilmeden, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

3.1. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, meslek, çalıştığı hastane, çalıştığı bölüm

Bağımlı Değişkenler:

3.1.1. Kişisel koruyucu donanımı bilgisi ve davranışı;

İşyerinin güvenlik durumu, maske kullanımı durumu, eldiven kullanımı durumu, önlük kullanımı durumu, gözlük kullanımı durumu, kurşun önlük kullanma durumu

3.1.2. Enfeksiyon hastalıkları ve bağışıklama durumu; bilgi, tutum ve davranışı

Hepatit B ve C enfeksiyonu geçirme durumu.; bağışıklama durumu (Grip aşısı, Hepatit B aşısı, tetanos, meningokok, suçiçeği aşıları, BCG ve diğer aşılar).

HIV testi yaptırma durumu; Tüberküloz tedavisi görme durumu; PPD testi yaptırma durumu; Hastane kökenli viral enfeksiyon geçirme durumu; El yıkama durumu.

3.1.3. Tıbbi işlemlerle ilgili kazalar, bilgi, tutum ve davranışlar;

Tıbbi işlem sırasında yaralanma durumu; Tıbbi işlem yaralanmasını bildirme durumu; Enjeksiyon uçlarını işlem sonrası kapatma durumu; İşyerinde göz ya da deri kazası geçirme durumu; İşyerinde yanık geçirme durumu; İşyerinde işe bağlı alerjik sorun yaşama durumu. İş yerinin güvenlik durumu; İş yerinin stresli algılanma durumu, iş yerinin riskli algılanma durumu, iş yerinde enfeksiyona yönelik alınan önlemlerin yeterlilik durumu.

3.2. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Veri Toplama Biçimi:

Araştırmada toplanan veriler SPSS 18,0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. İncelenen parametreler için tanımlayıcı istatistikler (frekans dağılımı, aritmetik ortalama ve standart sapmalar) hesaplanarak, marjinal ve çapraz tablolar yapılmıştır. Gruplar arasında farklılıklar Pearson ki-kare testi ve Fisher testleri ile değerlendirilmiştir. İstatiksel analizlerde $p < 0,05$ değerleri önemli kabul edilmiştir. Chi-square calculator hesaplama sistemindende yararlanılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan toplam sağlık çalışanı sayısı 330 kişidir. Katılımcıların hastanelere dağılımı şöyledir; %62,1'i devlet hastanesi çalışanı, %37,9'u özel hastane çalışanıdır (tablo 2). Araştırmanın yapıldığı hastanelerde toplam sağlık çalışanı sayısı Gazimağusa Devlet Hastanesi'nde 257, Mağusa Tıp Merkezi Hastanesi'nde 88, Özel Yaşam Hastanesi ise 64 sağlık çalışanı olmak üzere toplam 409 kişidir. Toplam evrenin %80,7'sine ulaşıldığı görülmektedir (330/409)

Çalışmaya katılanlar meslekleri açısından değerlendirildiğinde, Yine çalışmaya katılanların mesleklerine bakıldığında devlet hastanesinden çalışmaya katılanların 105'inin hemşire, 35'inin doktor, 8'nin teknisyen (anestezi, röntgen), 8'nin laborant, 27'nin temizlik personeli, 4'ünün fizyoterapist, 11'inin servis görevlisi, 7'sinin ambulans şoförü olduğu görülmektedir. Mağusa Tıp Merkezi Hastanesi çalışanlarına bakıldığında ise toplam 71 çalışanın araştırmaya katıldığı görülmektedir. Çalışmaya katılanların dağılımına bakıldığında 24'nün doktor, 20'sinin hemşire, 5'nin teknisyen, 4'ü laborant, 1'inin diyetisyen, 1'inin fizyoterapist, 9'nun temizlik personeli, 2'sinin servis görevlisi, 1'rinin ambulans şoförü, 4'ünün hastabakıcı olduğu görülmektedir. Özel Yaşam Hastanesi'ne baktığımızda ise çalışmaya katılanların 19'u hemşire, 14'i doktor, 5'ü teknisyen, 8'i laborant, 1'i diyetisyen, 4'ü temizlik görevlisi, 1'i ambulans şoförü, 2'si hastabakıcıdır.

Enfeksiyon kontrol komiteleri açısından değerlendirildiğinde, Mağusa Tıp Merkezi Hastanesi'nde ve Özel Yaşam Hastanesi'nde enfeksiyon kontrol komitesi bulunduğu görülmektedir. Enfeksiyon kontrol komitesindeki görevlilerin hemşire, laboratuvar çalışanı ve idareci oldukları belirlenmiştir. Gazimağusa Devlet Hastanesi'nin enfeksiyon kontrol komitesi açısından değerlendirilmesinde böyle bir komitenin geçtiğimiz yıllarda kurulmasının gündeme geldiği ve fakat şu anda olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri (Gazimağusa, 2017)

Sosyodemografik özellikler		%
Yaş grubu(n=330)		
40’ın altı	179	54,2
40 ve üzeri	151	45,8
Cinsiyet(n=330)		
Erkek	106	32,1
Kadın	224	67,9
Meslek (n=330)		
Hekim	73	22,2
Hemşire	144	43,6
Laboratuvar görevlisi (biyolog)	20	6,1
Teknisyen (röntgen/ ameliyathane)	18	5,5
Fizyoterapist	5	1,5
Diyetisyen	2	0,6
Ambulans şoförü	9	2,7
Servis görevlisi	13	3,9
Hastabakıcı	6	1,8
Temizlik görevlisi	40	12,1

ort±SS=38,0±8,8 ortanca= 38, min/max=20-71

Araştırmaya katılanların yaşları 20-71 arasında değişmektedir. Katılımcıların %54,2’si 40 yaşın altındadır. Ortalama yaş 38,0 standart sapma 8,8’dir. Araştırmaya katılanların 67,9’u kadın, %32,1’i erkektir.

Araştırmaya katılanlar arasında %43,6’sı hemşire, %22,2’si hekim, %12,1’i temizlik görevlisidir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının bazı çalışma özellikleri Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının bazı çalışma özellikleri (Gazimağusa, 2017)

Çalışma özellikleri		%
Çalıştığı hastane (n=330)		
Gazimağusa Devlet Hastanesi	205	62,1
Özel Yaşam Hastanesi	54	16,4
Mağusa Tıp Merkezi Hastanesi	71	21,5
Çalıştığı bölüm (n=325)		
Servis (ameliyathane-koroner dahil)	216	66,6
Acil	46	14,1
Laboratuvar ve radyoloji	38	11,6
Poliklinik	25	7,7
Mesleki çalışma yılı (n=330)		
1-9	127	38,5
10-19	113	34,2
20 ve üstü	90	27,3
ort=11,0±8,8 ortanca=11, en kısa/en uzun=1-45		
Haftalık çalışması (saat)(n=323)		
40 saat ve altı	152	46,7
41 ve üstü	171	53,3
ort=42,0±9,3 ortanca= 42, en kısa/en uzun=25-75		
Ek işte çalışma durumu (n=328)		
Evet	63	19,2
Hayır	265	80,8
Nöbet tutma durumu (n=330)		
Tutan	181	54,8
Tutmayan	149	45,2
Ayda tutulan nöbet sayısı (n=181)		
4 ve 4’ten az	24	13,3
5-7	75	41,4
8 ve 8’den fazla	82	45,3
ort=7,0±3,3 ortanca= 7, en az/en çok =2-16		

Araştırmaya katılanların %62,1’i devlet hastanesi çalışanı, %37,9’u özel hastane çalışanı idi. Katılımcıların %66,6’sı hastanelerin servislerinde (tüm yataklı servisler, koroner servis, diyaliz, ameliyathane) çalışmaktaydı. Katılımcıların %14,1’i acil servis, %11,6’sı laboratuvar -radyoloji bölümü, %7,7’si poliklinikte görevliydi. Araştırmaya katılanlar arasında %38,5’nin meslekte geçen zamanı 10 yıldan azdı. Katılımcıların

%34,2'si meslekte 10-19 yıl arasında çalışmıştı. %27,3'ü ise meslekte 20 yılın üzerinde çalışmıştı.

Katılımcılar içinde %53,3'ü 41 saat ve üstünde çalışmaktaydı. Katılımcıların %19,2'si iş yeri dışında başka bir işte de çalışmaktaydı. Katılımcıların %54,8'i gece nöbeti tutmaktaydı. Nöbet tutanların %45,3'ünün aylık nöbet sayısı 8 ve üzerindeydi (Tablo 4).

Araştırmaya katılanların, hastalık durumu ve ilaç kullanma durumu Tablo 5'te verilmektedir.

Tablo 5. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hastalık ve ilaç kullanma durumu (Gazimağusa, 2017)

Hastalık/ilaç kullanma		%
Tanı konmuş hastalık durumu(n=330)		
Hastalığı olmayan	234	70,9
Hastalığı olan	96	29,1
Tanılanmış hastalığın adı (n=95)		
Hipertansiyon	27	28,4
Tiroid hastalığı	21	22,1
Diyabet	12	12,6
Kas-iskelet sistem hastalıkları	8	8,4
Kalp damar hastalıkları	8	8,4
Mide bağırsak hastalıkları	7	7,4
Astım-alerjik hastalıklar	4	4,2
Kanser	3	3,2
Diğer	5	5,3
Düzenli ilaç kullanma durumu (n=327)		
Kullanmayan	246	75,2
Kullanan	81	24,8
Düzenli ilacın grup adı (n=75)		
Tiroid	21	28,0
Hipertansiyon	17	22,6
Diyabet	12	16,0
Kalp-damar	7	9,3
Ağrı kesici-kas gevşetici	5	6,7
Mide –bağırsak	3	4,0
Lipid düşürücü	2	2,7
Diğer	8	10,7

Katılımcıların %29,1'inde doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalık vardı. Tanı alanların %28,4'ünde hipertansiyon, %22,1'inde tiroid hastalığı saptanmıştı.

Diğer hastalıklar arasında myasteniya gravis, depresyon, lupus, kronik konjonktivit, işitme kaybı vardır.

Araştırmaya katılanların %24,8'i düzenli ilaç kullanıyordu. Düzenli ilaç kullananlar içinde %28'i tirodi ilacı, %22,6'sı hipertansiyon, %16'sı diyabet içindi.

Diğer ilaçlar arasında kortizon, oral kontraseptif, meme kanseri tedavisi, MS ilaçları, göz ilacı, anti depresif, anemi ve myasteniya gravis tedavisi yer alıyordu (Tablo 5).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sigara içme durumu Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sigara içme durumu (Gazimağusa, 2017)

Sigara içme durumu (n=330) adet/gün		%
Sigara içmeyen	187	56,7
Ara sıra (günde 1 den az)	24	7,3
Her gün 1-9 arası	38	11,5
Günde 10-20 arası	48	14,5
Günde 20'nin üzerinde	15	4,5
Daha önce içmiş bırakmış	18	5,5

Araştırmaya katılanların %56,7'si hiç sigara içmemiş, %5,5'i önceden sigara içip bırakmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları arasında halen düzenli (her gün) sigara içenlerin sıklığı %30,5, ara sıra içenlerle birlikte %37,8'dir.

Araştırmaya katılanlar arasında sigara dışında başka tütün ürünü kullanan bulunmamaktadır (Tablo 6).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanları arasında işyeri risklerine bakış açısı Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının işyeri risklerini değerlendirmeleri (Gazimağusa, 2017)

İşyeri risklerinin değerlendirilmesi	%	
İşini stresli bulma durumu (n=328)		
Hayır hiç değil	6	1,8
Hayır değil	19	5,8
Fikrim yok	9	2,7
Evet stresli	177	54,0
Evet çok stresli	117	35,7
İşini riskli bulma durumu (n=325)		
Çok riskli	187	57,5
Orta derece riskli	117	36,0
Düşük riskli	21	6,5
Çalışma ortamını enfeksiyonlar açısından güvenli bulma (n=327)		
Güvenli	67	20,5
Orta derece riskli	158	48,3
Çok riskli	102	31,2

Araştırmaya katılanlarda iş ortamının stresli olduğunu düşünenlerin yüzdesi %89,7'dir. Araştırmaya katılanlardan %57,5'i yaptığı işi çok riskli bulmakta, %79,5'i çalıştığı ortamın enfeksiyonlar açısından riskli olduğunu düşünmektedir (Tablo 7).

Araştırmaya katılanların işyerindeki riskler ve enfeksiyonlar açısından bilgi ve algı düzeyi Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Araştırmaya katılanların işyerindeki riskler ve enfeksiyonlar açısından bilgi ve algı düzeyleri (Gazimağusa, 2017)

İşyeri riskleri/ enfeksiyonlar		%
Enfeksiyon kontrol komitesi varlığı (n=319)		
Var	56	17,6
Yok	184	57,6
Bilmiyor	79	24,8
Yapılan işten kaynaklı hastalık durumu (n=321)		
Olmamış	219	68,2
Emin değil-olduğunu düşünüyor	35	10,9
Olmuş	67	20,9
Yapılan işten kaynaklı hastalık adı (n=72)		
Enfeksiyon(grip,bronşit,pnomoni,viral)	36	50,0
Kas iskelet sistemi hastalıkları	16	22,1
Psikolojik sorunlar	5	7,0
Hipertansiyon	3	4,2
Alerji-astım	3	4,2
Mide- bağırsak hastalıkları	3	4,2
Kalp- damar hastalıkları	2	2,8
Diğer	4	5,5
Enfeksiyon önlemlerinin yeterliği (n=323)		
Yeterliymiş	55	17,0
Orta derece yeterliymiş	115	35,6
Yetersizmiş	108	33,5
Çok yetersizmiş	45	13,9

Araştırmaya katılanların %57,6'sı çalıştığı hastanede enfeksiyon kontrol komitesi olmadığını belirtmiştir. Katılanların %24,8'i hastanesinde enfeksiyon kontrol komitesi olup olmadığını bilmiyordu.

Katılımcıların %20,9'u iş kaynaklı bir hastalık geçirdiğini düşünüyordu. İş kaynaklı geçirilen hastalıkların %50'si enfeksiyon geçirdiğini bildirmiştir. %22,1'i kas-iskelet sistemi hastalığı geçirdiğini bildirmiştir.

Hastanesinde enfeksiyonlar açısından alınan önlemleri yeterli bulan %17'dir. İş kaynaklı hastalıklar içinde bir kişi migren, bir kişi göz problemi yaşadığını, bir kişi radyasyona bağlı kan tablosunda değişiklik olduğunu, bir kişi diyabet olduğunu bildirmiştir (Tablo 8).

Tablo 9'da Araştırmaya katılanların iş sağlığı ve güvenliği konusundaki bilgi ve davranış verileri yer almaktadır.

Tablo 9. Araştırmaya katılanların İSG (iş sağlığı ve güvenliği) bilgi ve davranış verileri (Gazimağusa, 2017)

İSG bilgi ve davranış		%
Hastaya dokunmadan önce elleri yıkama (n=319)		
Her zaman	161	50,5
Bazen	139	43,5
Hiç	19	6,0
Hastaya dokunduktan sonra elleri yıkama (n=319)		
Her zaman	261	81,8
Bazen	56	17,6
Hiç	2	0,6
Hastaya dokunurken eldiven kullanma (n=316)		
Her zaman	153	48,4
Bazen	154	48,8
Hiç	9	2,8
Hastayla yakın temasta maske kullanma (n=320)		
Her zaman	68	21,3
Bazen	187	58,4
Hiç	65	20,3

Araştırmaya katılanların yaklaşık yarısının hastaya dokunmadan önce ellerini her zaman yıkadığı görülmektedir. Hastaya dokunduktan sonra ellerini her zaman yıkayanların düzeyi %81,8'dir. Hastayla temas ederken her zaman eldiven kullananların düzeyi %48,4'dür. Katılanlar arasında hastayla yakın temasta her zaman maske kullananların düzeyi %21,3'tür (Tablo 9).

Araştırmaya katılanlar arasında işin yürütüm koşullarından dolayı çalışanların risk altında kaldığı enfeksiyonlar ve diğer sorunlar hakkındaki bilgi değerlendirmeleri ve risk durumları Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Araştırmaya katılanlar arasında işin yürütüm koşullarından dolayı çalışanların risk altında kaldığı enfeksiyonlar ve diğer sorunlar hakkındaki bilgi, değerlendirme ve risk durumları (Gazimağusa, 2017)

Risk altında olunan enfeksiyonlar/ sorunlar		
Eldivene bağlı cilt sorunları (n=319)	%	
Yaşamamış	133	41,7
Sık sık yaşamış	63	19,7
Bazen yaşamış	95	29,8
Nadir olarak yaşamış	28	8,8
Hepatit B ve C testi yaptırma durumu(n=323)		
Yaptırmış	276	85,4
Yaptırmamış	27	8,4
Hatırlamıyor	20	6,2
Hepatit B geçirme durumu(n=329)		
Geçirmemiş aşı	276	83,9
Geçirmemiş aşısız	39	11,9
Geçirdim bağışıklık kazanmış	1	0,3
Hepatit B virüs taşıyıcısı	1	0,3
Bilgisi yok	12	3,6
Hepatit C geçirme veya taşıyıcılık(n=328)		
Geçirmemiş	305	93,0
Geçirmiş bağışıklık kazanmış	2	0,6
Geçirmiş sonucu bilmiyorum	0	
Taşıyıcı	0	
Bilmiyor	21	6,4
Hepatit B ve C'nin bulaşma yolları konusunda bilgi durumu(n=268)		
Kan yolu ile	82	29,7
Kan ve vücut sıvıları ile	32	11,6
Kan ve cinsel ilişki ile	80	29,0
Kan, cinsel ilişki, vücut sıvıları, plasenta	59	23,8
Oral, solunum, kan yolu ile	15	5,9
Son yılda HIV testi yaptırma durumu (n=329)		
Yaptırmış	118	35,9
Yaptırmamış	199	60,5
Hatırlamıyor	12	3,6

Araştırmaya katılanların %58,3'ü bir şekilde eldivene bağlı cilt sorunları yaşamıştır. Hepatit B ve C testi yaptıran katılımcı düzeyi %85,4'dir. Araştırmaya katılanların %83,9'u hepatit B açısından aşıdır, buna karşılık %11,9'u aşısızdır.

Katılanların %24'ü Hepatit B ve C'nin bulaş yolları ile ilgili soruya tam doğru cevap verirken, %70'i eksik fakat doğru yanıt, buna karşılık %6'sı yanlış bulaş yollarından

bahsetmiştir. Araştırmaya katılanların %35,9'u son 1 yıl içinde HIV testi yaptırmıştır (Tablo 10).

Araştırmaya katılanların bazı aşıları ve PPD'yi yaptırma durumu Tablo 11'de değerlendirilmiştir.

**Tablo 11. Araştırmaya katılanların bazı aşıları ve PPD'yi yaptırma durumu
Gazimağusa, 2017)**

Aşı / PPD yaptırma durumu		%
Son 5 Yıl içinde tetanoz aşısı yaptırma durumu (n=326)		
Yaptırmış	171	52,5
Yaptırmamış	134	41,1
Hatırlamıyorum	21	6,4
Mesleğe başladıktan sonra yapılan aşılar (n=311)		
Hiç aşı yaptırmamış	87	28,0
Hepatit B	87	28,0
Hepatit B +tetanoz	59	19,0
Hepatit B +tetanoz +grip	20	6,4
Hepatit B +grip	13	4,2
Tetanoz	18	5,8
Grip	13	4,2
Tetanoz+grip	4	1,3
Hepait A +Hepatit B	2	0,6
MMR, prevenar, kızamık, menenjit	8	2,5
PPD deri testi yapılma durumu (n=324)		
Yaptırmış	134	41,5
Yaptırmamış	151	46,7
Hatırlamıyorum	38	11,8

Araştırmaya katılanların %52,5'i son 5 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırırken, PPD deri testi yaptıranların düzeyi %41,5'tir. Katılanların %28'i mesleğe başladıktan sonra herhangi bir aşı yaptırmamışken, aşı yaptıranlar içinde %58'i hepatit B aşısı, %32,5'i tetanoz aşısı yaptırmıştır. Araştırmaya katılanların %16'l'i mesleğe başladıktan sonra grip aşısı yaptırırken, sadece %2,5'i MMR, menenjit gibi aşılar yaptırmıştır (Tablo 11).

Not: Bir katılımcının birden fazla aşı yaptırdığı göz önünde bulundurulmalıdır

Araştırmaya katılanlar arasında kişisel koruyuculara yönelik tutumlar Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. Araştırmaya katılanlar arasında kişisel koruyuculara yönelik tutumlar (Gazimağusa, 2017)

KKD'lere yönelik tutumlar		%
Maske kullanma (n=308)		
Kullanmaya gerek olmadığını düşünen	17	5,5
Değiştirmeye gerek olmadığını düşünen	7	2,3
Günde bir kez değiştirmek gerektiğini düşünen	121	39,3
Her hastada değiştirilmesi gerektiğini düşünen	163	52,9
Eldiven kullanma (n=313)		
Kullanmaya gerek olmadığını düşünen	4	1,3
Değiştirmeye gerek olmadığını düşünen	1	0,3
Günde bir kez değiştirmek gerektiğini düşünen	8	2,6
Her hastada değiştirilmesi gerektiğini düşünen	300	95,8
Önlük kullanma (n=289)		
Kullanmaya gerek olmadığını düşünen	33	11,4
Değiştirmeye gerek olmadığını düşünen	49	17,0
Günde bir kez değiştirmek gerektiğini düşünen	106	36,7
Her hastada değiştirmek gerektiğini düşünen	101	34,9
Gözlük kullanma (n=276)		
Kullanmaya gerek olmadığını düşünen	81	29,3
Değiştirmeye gerek olmadığını düşünen	69	25,0
Günde bir kez değiştirmek gerektiğini düşünen	53	19,2
Her hastada değiştirmek gerektiğini düşünen	73	26,5

Araştırmaya katılanların %52,9'u maskenin her hastada değiştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bunun yanında araştırmaya katılanların %95,8'i eldivenin her hastada değiştirilmesi gerektiği görüşündedir.

Araştırmaya katılanların %11,4'ü KKD olarak önlük kullanılmasına gerek olmadığını, %29,3'ü KKD olarak gözlük kullanılmasına gerek olmadığını düşünmektedir (Tablo 12).

Araştırmaya katılanların KKD (kişisel koruyucu donanım) kullanımıyla ilgili davranışları Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13. Araştırmaya katılanların KKD (Kişisel koruyucu donanım) kullanımıyla ilgili davranışları (Gazimağusa, 2017)

KKD kullanımıyla ilgili davranışlar		%
Maske kullanma durumu (n=310)		
Her zaman	57	18,4
Sıklıkla	73	23,5
Nadiren	155	50,0
Hiçbir zaman	25	8,1
Eldiven kullanma durumu (n=311)		
Her zaman	151	48,6
Sıklıkla	104	33,4
Nadiren	46	14,8
Hiçbir zaman	10	3,2
Önlük kullanma durumu (n=301)		
Her zaman	64	21,3
Sıklıkla	33	11,0
Nadiren	98	32,5
Hiçbir zaman	106	35,2
Gözlük kullanma durumu (n=283)		
Her zaman	13	4,6
Sıklıkla	9	3,2
Nadiren	47	16,6
Hiçbir zaman	214	75,6
Maske veya eldivenle ilgili uyarılma durumu (n=304)		
Uyarılmış	68	22,4
Uyarılmamış	202	66,4
Hatırlamıyor	34	11,2
Çalışırken kurşun önlük kullanma durumu (n=11)		
Her zaman	0	0,0
Sıklıkla	3	27,3
Nadiren	8	72,7
Hiçbir zaman	0	0,0

Araştırmaya katılanlar arasında KKD'lerden maskeyi her zaman kullananların sıklığı %18,4'tür. Katılanların yaklaşık yarısı eldiveni her zaman kullanmaktayken, her zaman önlük kullananların sıklığı %21'dir. Ankete katılanlar arasında koruyucu gözlük kullanmayanların sıklığı %75'dir. Maske ve eldiven gibi KKD'lerin kullanılmadığı zamanlarda hastane yönetimleri tarafından uyarılanlar %22,4'tür.

Araştırmaya katılan radyoloji bölümü çalışanları nadiren kurşun önlük kullanma durumu %72,7 düzeyindedir (Tablo 13).

Araştırmaya katılanların çalışırken yaralanma durumu Tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14. Sağlık çalışanları arasında çalışırken yaralanma durumu (Gazimağusa, 2017)

Çalışırken yaralanma durumu		%
Çalışırken batıcı yaralanma olma durumu (n=322)		
Olmamış	154	47,8
Bir kez olmuş	54	16,8
Bazen oluyormuş	104	32,3
Sık sık oluyormuş	5	1,6
Hatırlamıyor	5	1,6
Hiç kimyasal madde sıçraması olma durumu (n=326)		
Hiç olmamış	205	62,9
Ara sıra olurmuş	111	34,0
Sık sık olurmuş	10	3,1
Kimyasal madde-ilaçtan yanık olma durumu (n=319)		
Olmuş	11	3,4
Olmamış	308	96,6
Kimyasal yanığın niteliği (n=10)		
Göze kimyasal madde sıçraması	4	40,0
Ağıza asit sıçraması	2	20,0
Yüze ilaç sıçraması	3	30,0
Solunum sisteminin anestezi gazından etkilenmesi	1	10,0
Kimyasal yanık sırasında KKD kullanma durumu (n=10)		
KKD kullanıyormuş	0	
KKD kullanmıyormuş	9	90,0
Hatırlamıyorum	1	10,0
İşyerinde çalışırken alerji olma durumu (n=323)		
Olmamış	220	68,1
Latek eldiven	72	22,3
İlaç	21	6,5
Diğer	10	3,1

Araştırmaya katılanların %50,7’si çalışırken en az bir kez batıcı yaralanma yaşadığını bildirmiştir. En az bir kez kimyasal madde sıçramasına maruz kalanların düzeyi %37,1’dir. Kimyasal bir yanıkla karşılaşan katılımcı sıklığı %3,4’tür. Bu yanıklara bakıldığında en fazla göze kimyasal madde sıçraması olduğu görülmektedir (4 sağlık çalışanı, tüm kimyasal yanıkların %40’ı). Bu grupta kimyasal yanık oluşurken, %90’ının herhangi bir koruyucu KKD kullanmadığı anlaşılmaktadır. Araştırmaya katılanlar arasında çalışırken %21,9’u alerji olmuştur. Alerji durumu irdelendiğinde en

fazla eldiven kullanımına bağlı olarak gelişen lateks eldiven alerjisi olduğu görülmektedir (72 katılımcı yani %22,3'ü lateks eldiven alerjisi yaşamıştır) (Tablo 14).

Araştırmaya katılanlar arasında hastaya müdahale sırasında yaralanma verileri Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15. Araştırmaya katılanlar arasında hastaya müdahale sırasında yaralanma verileri (Gazimağusa, 2017)

Hastaya müdahale sırasında yaralanma		%
*Ampul –enjeksiyon yaralanması durumu (n=195)		
Yaralanmamış	60	30,8
Yaralanmış	128	65,6
Hatırlamıyor	7	3,6
*Yaralanmanın şekli (n=127)		
Ampul-serum şişesi kırılması sonucu kesi	89	70,1
Kullanılmış enjektör batması	9	7,1
Hem iğne batması–hem ampul kırılması	23	18,1
Kullanılmamış enjektör batması	4	3,1
Diğer	2	1,6
*Yaralanma sonrası yapılanlar (n=120)		
Pansuman	102	85,0
Sütür	4	3,3
HİV-Hepatit yönünden kontrol ve pansuman	10	8,4
Hepatit B korunması için immunoglobulin	1	0,8
Diğer	3	2,5

*Bu soru yalnızca hekim ve hemşirelere sorulmuştur

Araştırmaya katılanların (bu soru yalnızca hekim ve hemşirelere sorulmuştur) %65,6'sı ampul kırarken veya enjeksiyon yaparken en az bir kez yaralanmıştır; Yaralanmaların %70,1'i ampul veya serum şişesi kırılması sonucudur (Tablo 15).

Araştırmaya katılanların bazı mesleki davranışları Tablo 16'da verilmektedir.

Tablo 16 Araştırmaya katılanların bazı mesleki davranışları (Gazimağusa, 2017)

Hastaya müdahalede mesleki davranışlar		%
*Müdahale sırasında eldiven kullanma (n=198)		
Her zaman	85	43,1
Çoğunlukla	65	32,5
Bazen	31	15,7
Nadiren	12	6,0
Hiç	5	2,5
*Hastalar arası eldiven değiştirme (n=197)		
Her zaman	151	76,7
Çoğunlukla	26	13,2
Bazen	18	9,1
Nadiren	2	1,0
Hiç	0	0,0
*Tedavi sonrası enjektör uçlarını kapama (n=194)		
Her zaman kapatırmış	123	63,4
Bazen kapatırmış	36	18,6
Kesinlikle kapatmamış	35	18,0
* hekim ve hemşire		

Araştırmaya katılanlar arasında hemşire ve hekimlerden hastaya müdahale anında her zaman eldiven kullananların sıklığı yaklaşık %43 iken, hastaya müdahale anında bir hastadan diğerine geçişte her zaman eldiven değiştirenler %76,6'dır.

Araştırmaya katılanlardan sadece hekim ve hemşirelerin yanıtladığı tedavi sonrası enjektör uçlarının kapatılması sorusuna %63,4 düzeyinde 'her zaman kapatırım' yanıtı verilmiştir. Sadece %18'si 'kesinlikle kapatmam'demiştir (Tablo 16).

Araştırmaya katılanların yaşa göre bazı mesleksen özellikleri ve KKD kullanım davranışları Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17 Araştırmaya katılanların yaşa göre bazı mesleksen özellikleri ve KKD kullanım davranışları (Gazimağusa, 2017)

Özellik/davranış	Yaş grubu				χ^2	P
	≤39	%	≥40	%		
Haftalık çalışma süresi (n=323)					23,83	0,000
40 saat ve altı	60	34,3	91	61,5		
41 saat ve üstü	115	65,7	57	38,5		
Ayda nöbet sayısı (n=181)					4,06	0,131
4≥	9	9,5	15	17,4		
5-7	45	47,4	30	34,9		
≥8	41	43,2	41	47,7		
İşle ilgili stres algısı (n=328)					7,8	0,020
Stresli değil	13	7,3	12	8,0		
Fikri yok	9	5,1	0			
Stresli	156	87,6	138	92,0		
İşle ilgili risk algısı (n=325)					7,30	0,026
Çok riskli	94	53,4	93	62,4		
Orta derecede riskli	65	36,9	52	34,9		
Düşük riskli	17	9,7	4	2,7		
Maske kullanımına bakış (n=308)					0,13	0,909
Her zaman kullanılmalıdır	90	52,6	73	53,3		
Her zaman kullanmaya gerek yok	81	47,4	64	46,7		
Eldiven kullanımına bakış (n=313)					0,23	0,626
Her zaman kullanılmalıdır	164	95,3	136	96,5		
Her zaman kullanmaya gerek yok	8	4,7	5	3,5		
Maske kullanma durumu (n=310)					1,44	0,230
Her zaman kullanırmış	27	16,0	30	21,3		
Her zaman kullanmazmış	142	84,0	111	78,7		
Eldiven kullanma durumu (n=311)					0,62	0,430
Her zaman kullanırmış	86	50,6	65	46,1		
Her zaman kullanmazmış	84	49,4	76	53,9		

Tablo 17’de 39 yaş ve altında olanlarla, 40 yaş ve üzerinde olanların durumları değerlendirilmiştir. Katılımcılar içinde 40 yaş ve üzerinde olanların %38,5’i, 41 saat ve üzerinde çalışırken, 40 yaşın altında olanlardan 41 saat ve üzerinde çalışanların düzeyi %65,7’dir. $\chi^2= 23,832$, $p<0,001$ ’dir. 40 yaş altında olanlar, istatistiksel olarak önemli düzeyde daha fazla 41 saat ve üzerinde çalışmaktadır.

40 yaş ve üzerinde olanların %92’si işini stresli olarak algıladığı görülmektedir. Buna karşılık, 39 yaş ve altında olanlar arasında işini stresli olarak algılayanların düzeyi %87,6’dır. Buna göre istatistiksel açıdan önemli ölçüde 40 yaş ve üzerinde işinin stresli olduğu algısı yüksektir ($\chi^2= 7,8$; $p=0,020$).

Yaptığımız çalışmada 40 yaş ve üzerinde olanlardan %62,4’ü işini çok riskli olarak algılamaktadır. 39 yaş ve altında olanlarda ise işini çok riskli bulanların düzeyi %53,4’tü. İstatistiksel olarak 40 yaş ve üzerinde olanlar işini daha riskli bulmaktadır ($\chi^2= 7,30$; $p=0,026$).

Araştırmaya katılanlarda sigara içme, KKD’lere bakış ve KKD kullanımı açısından yaşa göre istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır (Tablo 17).

Yaşa bağlı sağlık sorunlarının, işin yürütüm koşullarından dolayı yaralanmaların, hastalanmaların ve mesleğe başladıktan sonra aşılama durumlarının karşılaştırılması Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18 Yaş gruplarına göre, işin yürütüm koşullarından kaynaklanan yaralanma, hastalanma ve mesleğe başladıktan sonra aşılama durumları

Sağlık sorunu ve müdahaleler	Yaş grubu				χ^2	p
	≤39	%	≥40	%		
Eldiven kullanımına bağlı deri sağlık sorunu (n=319)					0,337	0,562
Yaşamamış	104	59,8	82	56,6		
Yaşamış	70	40,2	63	43,4		
Batıcı yaralanma durumu (n=322)						0,585
Olmamış	89	50,3	65	44,8		
Olmuş	85	48,0	78	53,8		
Hatırlamıyor	3	1,7	2	1,4		
Ampul veya enjektör yaralanması (n=195)					0,529	0,767
Yaralanmamış	28	28,9	32	32,6		
Yaralanmış	66	68,0	62	63,3		
Hatırlamıyor	3	3,1	4	4,1		
İş kaynaklı hastalık durumu (n=321)					3,694	0,158
Olmamış	128	72,7	91	62,8		
Olduğunu düşünüyor emin değil	17	9,7	18	12,4		
Olmuş	31	17,6	36	24,8		
PPD deri testi yaptırma (n=323)					6,997	0,030
Yaptırmış	63	35,8	71	48,3		
Yaptırmamış	94	53,4	57	38,8		
Hatırlamıyor	19	10,8	19	12,9		
Mesleğe başladıktan sonra aşı yaptırma						
Tetanoz aşısı (n=311)						
Yaptırmış	48	28,1	60	42,9	7,4	0,006
Yaptırmamış	123	71,9	80	57,1		
Hepatit B aşısı (n=311)					4,96	0,026
Yaptırmış	91	53,2	92	65,7		
Yaptırmamış	80	46,8	48	34,3		
Grip aşısı (n=311)					1,234	0,267
Yaptırmış	26	15,2	28	20,0		
Yaptırmamış	145	84,8	112	80		
Tanılanmış hastalık durumu (n=330)					23,847	0,000
Tanı almış	32	17,9	64	42,4		
Tanı almamış	147	82,1	87	57,6		
Düzenli ilaç kullanma durumu (n=327)					19,328	0,000
Kullanan	27	15,2	54	36,2		
Kullanmayan	151	84,8	95	63,8		

Araştırmaya katılanlarda PPD deri testi yaptıranlar, 39 yaş ve altında olanlar arasında %35,8 düzeyindeyken, 40 yaş ve üzerinde ise %48,3'tür. 40 yaş üstü önemli ölçüde daha fazla PPD deri testi yaptırmıştır ($\chi^2= 6,997$ p=0,030).

Çalışmamıza katılanlar arasında 39 yaş ve küçük olanlarda %28,1'i tetanoz aşısı yaptırmıştır. 40 yaş ve üzerinde olanlar arasında ise %42,9'u tetanoz aşısı yaptırmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da önemlidir (χ^2 7,4 p=0,006). 39 yaş altında olanlarda mesleğe başladıktan sonra %53,2'sinin hepatit B aşısı yaptırdığı, buna karşılık 40 yaş ve üzerinde ise %65,7'sinin hepatit B aşısı yaptırdığı görülmektedir ($\chi^2= 4,96$ p=0,026). İstatistiksel olarak 40 yaş ve üzerinde olan sağlık çalışanlarının mesleğe başladıktan sonra hem tetanoz aşısı, hem de hepatit B aşısını daha fazla yaptırdığı görülmektedir.

Araştırmaya katılanlar arasında 40 yaş ve üzerinde olanlarda doktor tarafından tanı alan sağlık çalışanı düzeyi %42,4'tür. 39 yaş ve altında olan sağlık çalışanları arasında doktor tarafından tanı alan kişi düzeyi %17,9'dur. Düzenli ilaç kullanma durumuna bakıldığında 39 yaş ve daha küçük yaşta olanlarda %15,2'si düzenli ilaç almaktadır. 40 yaş ve üzerinde ise düzenli ilaç kullanan sağlık çalışanı düzeyi %36,2'dir. Her iki durumda da gruplar arası fark istatistiksel olarak önemlidir. χ^2 sırayla 23,847 ve 19,328, her iki durum için de p<0,001'dir. 40 yaş ve üzerinde olanlar, 40 yaş altına göre daha fazla doktor tanısı almış ve buna bağlı olarak daha yüksek düzeyde düzenli ilaç kullanmaktadır (Tablo 18).

Bazı çalışma özellikleri ile risklerin algılanması durumu ve sağlık davranış özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 19'da verilmektedir.

Tablo 19 Araştırmaya katılanların cinsiyete göre bazı çalışma özellikleri ile risklerin algılanması durumu ve sağlık davranış özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı (Gazimağusa, 2017)

Çalışma özellikleri/iş yeri riskleri	Cinsiyet				χ^2	P
	Kadın	%	Erkek	%		
Mesleki çalışma yılı (n=330)					0,88	0,645
1-9	90	40,2	37	34,9		
10-19	74	33,0	39	36,8		
20 ve üzeri	60	26,8	30	28,3		
Haftalık çalışma süresi (n=323)					0,60	0,439
40 saat ve altı	107	48,2	44	43,6		
41 saat ve üzeri	115	51,8	57	56,4		
Gece nöbeti tutma durumu (n=329)					16,37	0,000
Tutmuyormuş	116	52,0	30	28,3		
Tutuyormuş	107	48,0	76	71,7		
Enfeksiyon önlemleri yeterlilik durumu (n=323)					0,93	0,090
Alınan önlemler yeterli	37	16,9	18	17,3		
Alınan önlemler yetersiz	182	83,1	86	82,7		
İşin stresli algılama durumu (n=328)					0,89	0,640
Stresli değil	16	7,2	9	8,6		
Fikri yok	5	2,2	4	3,8		
Stresli	202	90,6	92	87,6		
İşin risk algılama durumu (n=325)					1,11	0,574
Çok riskli	130	59,1	57	54,3		
Orta derece riskli	75	34,1	42	40,0		
Düşük riskli	15	6,8	6	5,7		
Son 5 yıl içinde tetanoz yaptırma (n=326)					13,38	0,001
Yaptırdım	102	46,1	69	65,7		
Yaptırmadım	106	48,0	28	26,7		
Hatırlamıyor	13	5,9	8	7,6		

Araştırmaya katılan erkeklerin %71,7'si, kadınların %48,0'i gece nöbeti tutmaktadır. Bu verilere göre, erkekler kadınlara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde daha fazla gece nöbeti tutmaktadır ($\chi^2= 16,37$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılan kadınların %46,1'i, erkeklerin %65,7'si, son 5 yılda tetanoz aşısı yaptırmıştır. Aradaki fark önemlidir. Erkekler kadınlara göre son 5 yılda daha fazla tetanoz aşısı yaptırmıştır ($\chi^2= 13,38$, $p=0,001$)(Tablo 17).

Araştırmaya katılanlarda cinsiyete göre bazı işten kaynaklı ve diğer sağlık sorunları Tablo 19'da verilmektedir.

Tablo 20 Araştırmaya katılanların cinsiyete göre bazı işten kaynaklı ve diğer sağlık sorunları (Gazimağusa, 2017)

Hastalık /iş kaynaklı hastalık	Cinsiyet				χ^2	P
	Kadın	%	Erkek	%		
Eldivene bağlı deri sorunu (n=319)					12,577	0,000
Olmamış	75	34,9	58	55,8		
Olmuş	140	65,1	46	44,2		
Tanı konmuş hastalık durumu (n=330)						
Tanı konmuş hastalığı yok	155	69,2	79	74,5	0,992	0,219
Tanı	69	30,8	27	25,5		
Düzenli ilaç kullanma durumu (n=327)					1,889	0,169
Düzenli ilaç kullanmayan	162	73,0	84	80,0		
Düzenli ilaç kullanan	60	27,0	21	20,0		
Batıcı yaralanma durumu (n=322)					0,538	0,764
Olmuş	113	51,4	50	49,0		
Olmamış	103	46,8	51	50,0		
Hatırlamıyor	4	1,8	1	1,0		

Eldivene bağlı deri sağlık sorunları yaşayanlar, kadınlar arasında %65,1, erkekler arasında ise %55,8'dir. Araştırmaya katılanlar arasında kadınlar, erkeklere göre istatistiksel olarak önemli ölçüde daha yüksek bir düzeyde eldivene bağlı sağlık sorunu yaşamıştır (χ^2 değeri 12,577, $p<0.001$).

Hekim tanısı alan hastalık, düzenli ilaç kullanma, batıcı yaralanmalar gibi değişkenler açısından iki cinsiyet arasında önemli farklılık saptanmamıştır (Tablo 20).

Araştırmaya katılanların devlet hastanesi ve özel hastanelerdeki çalışma özelliklerinin hastane tipine göre dağılımı Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21 Araştırmaya katılanların devlet hastanesi ve özel hastanelerdeki çalışma özelliklerinin hastane tipine göre dağılımı (Gazimağusa, 2017)

Çalışan özellikleri	Hastane				χ^2	P
	Devlet	%	Özel	%		
Yaş gurubu (n=330)					32,94	0,000
≤39	86	42,0	93	74,4		
≥40	119	58,0	32	25,6		
Meslekte çalışma yılı (n=330)					46,33	0,000
1-9 yıl	50	24,4	77	61,6		
10-19	83	40,5	30	24,0		
≥20	72	35,1	18	14,4		
Haftalık çalışma süresi (n=325)					65,62	0,000
≤40 saat	130	64,0	21	17,5		
≥41 saat	75	36,0	99	82,5		
Gece nöbeti tutma durumu (n=329)					3,33	0,068
Tutmuyor	83	40,5	63	50,8		
Tutuyor	122	59,5	61	49,2		
İşyeri dışı çalışma durumu (n=328)					0,03	0,856
Çalışmıyor	165	80,5	100	81,3		
Çalışıyor	40	19,5	23	18,7		

Araştırmaya katılanlardan devlet hastanesinde çalışanların %42’si, özel hastanelerde çalışanların ise %74,4’ü 40 yaş altındadır. Araştırmamıza katılanlar arasında devlette çalışanlara göre, özel hastanelerde çalışanlar daha gençtir. Aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($\chi^2= 32,94$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılan devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının %35,1’i meslekte 20 yıl ve üzerinde çalıştığı belirlenmiştir. Buna karşılık özel hastanede çalışanların %14,4’ünün meslekte geçirdiği süre 20 yıl ve üzerindedir. Devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının, özel hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarına göre meslekte geçirdikleri süre daha uzundur. Bu fark istatistiksel olarak önemlidir ($\chi^2=46,33$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılanlardan devlet hastanesinde çalışanlar arasında haftalık çalışma süresi 40 saat ve altında olanlar %64’iken, özel hastanelerde %17,5’tir.

Araştırmaya katılanlardan devlet hastanesi sağlık çalışanlarının, özel hastanelerde çalışanlara göre haftalık çalışma süresinin daha kısa olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak önemlidir ($\chi^2=65,62$, $p<0.001$) (Tablo 21).

Devlet ve özel hastane sağlık çalışanlarının mesleki risklere karşı önlemleri değerlendirme ve KKD kullanma, tutum ve davranışları Tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo 22 Devlet ve özel hastane sağlık çalışanlarının mesleki risklere karşı önlemleri değerlendirme ve KKD kullanma tutum ve davranışları (Gazimağusa, 2017)

Mesleki risk önlemleri değerlendirme, KKD kullanma tutum ve davranışı	Hastane		χ^2		P
	Devlet	%	Özel	%	
İşini stresli algılama durumu (n=328)					11,7 0,003
İşini stresli algılamıyor	9	4,4	16	12,9	
Fikri yok	3	1,5	6	4,8	
İşini stresli algılıyor	192	94,1	102	82,3	
İşini riskli algılama durumu (n=325)					15,87 0,000
Çok riskli	132	65,0	55	45,1	
Orta riskli	64	31,5	53	43,4	
Düşük riskli	7	3,5	14	11,5	
Enfeksiyon önlemleri yeterliği (n=323)					86,42 0,000
Yeterli buluyor	4	2,0	51	42,1	
Yetersiz buluyor	198	98,0	70	57,9	
Maske kullanımına bakış (n=308)					1,99 0,158
Her zaman kullanılmalıdır	94	49,7	69	58,0	
Her zaman kullanmaya gerek yoktur	95	50,3	50	42,0	
Eldiven kullanımına bakış (n=313)					0,003 0,954
Her zaman kullanılmalıdır	187	95,9	113	95,8	
Her zaman kullanmaya gerek yoktur	8	4,1	5	4,2	
Eldiven kullanma durumu (n=311)					0,08 0,784
Her zaman kullanırım	94	48,0	57	49,6	
Her zaman kullanmam	102	52,0	58	50,4	
Maske kullanma durumu (n=310)					1,37 0,242
Her zaman kullanırım	32	16,4	25	21,7	
Her zaman kullanmam	163	83,6	90	78,3	
Hastane yönetimince uyarılma (n=304)					7,56 0,023
Uyarılmış	37	19,2	31	27,9	
Uyarılmamış	139	72,0	63	56,8	
Hatırlamıyor	17	8,8	17	15,3	

Araştırmaya katılanlar arasında devlet hastanesi çalışanlarından %94,1'i, özel hastanelerde çalışanlardan ise %82,3'ü işini stresli olarak algılamaktadır. Araştırmaya katılanlarda devlet hastanesinde çalışanların, özel hastanede çalışanlara göre işini daha stresli bulduğu görülmektedir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2= 11,7$, $p=0,003$).

Araştırmaya katılanlarda devlet hastanesinde çalışanların %65'i, özel hastanelerde çalışanlarda ise %45,1'i işini çok riskli olarak algılamaktadır. Devlet hastanesinde çalışanlar özel hastanelerde çalışanlara göre işini daha riskli olarak görmektedir ve aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($\chi^2= 15,87$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılanlarda devlet hastanesi çalışanları arasında %98'i enfeksiyonlar açısından hastane içinde alınan önlemleri yetersiz bulmaktadır. Özel hastane çalışanları arasında enfeksiyonlar açısından alınan önlemleri yetersiz bulanlar %57,9'dur. Araştırmaya katılanlar arasında devlet hastanesi çalışanları, özel hastane çalışanlarına göre hastanede enfeksiyonlar açısından alınan önlemleri daha yetersiz bulmaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($\chi^2= 86,42$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılanlar arasında devlet hastanesinde çalışanların %19,2'si, özel hastanede çalışanların %27,9'u, hastane yönetimleri tarafından KKD olarak maske ve eldiven kullanmadığı için uyarılmıştır. Aradaki fark önemlidir. Özel hastane çalışanları maske ve eldiven kullanmaları yönünde, hastane yönetimleri tarafından uyarılmaları daha yüksektir ($\chi^2=7,56$, $p=0,023$). Devlet ve özel hastane çalışanları arasında maske ve eldiven kullanımı, tutum ve davranışları açısından istatistiksel önemli bir fark bulunmamıştır (Tablo 22).

Devlet hastanesinde çalışanlarla, özel hastanelerde çalışanların kronik hastalık, işe bağlı hastalık durumlarının ve yaralanma durumlarının karşılaştırılması Tablo 23’de sunulmuştur.

Tablo 23 Devlet hastanesi çalışanlarıyla özel hastanelerde çalışanların, bazı kronik hastalık, işe bağlı hastalık ve yaralanma durumları (Gazimağusa, 2017)

Kronik hastalık/ işe bağlı hastalık / yaralanma durumu	Hastane				χ^2	P
	Devlet	%	Özel	%		
PPD deri testi yaptırma (n=323)					15,25	0,000
Yaptırmış	97	48,3	37	30,3		
Yaptırmamış	77	38,3	74	60,7		
Hatırlamıyor	27	13,4	11	9,0		
Hepatit B geçirme durumu (n=329)						
Geçirmemiş, aşı	161	78,5	115	92,7		
Geçirmemiş, aşı	34	16,6	5	4,0		
Geçirmiş, bağışıklık kazanmış	1	0,5	0			
Taşıyıcı	1	0,5	0			
Bilgisi yok	8	3,9	4	3,3		
Eldivene bağlı deri sorunu (n=319)					21,91	0,000
Yaşamış	136	68,3	50	41,3		
Yaşamamış	63	31,7	70	58,7		
Hastane kökenli viral enfeksiyon (=322)						0,043
Geçirmemiş	123	62,1	91	73,4		
Geçirmiş	52	26,3	18	14,5		
Hatırlamıyor	23	11,6	15	12,1		
İş kaynaklı hastalık durumu (=321)					10,89	0,004
Olmamış	121	61,4	98	79,0		
Olduğunu düşünüyormuş (emin değil)	26	13,2	9	7,3		
Olmuş	50	25,4	17	13,7		
Tanı konulan hastalık durumu (=330)					18,82	0,000
Tanı konmuş hastalığı yokmuş	128	62,4	106	84,8		
Tanı konmuş hastalığı varmış	77	37,6	19	15,2		
Düzenli ilaç kullanma durumu (=327)					13,11	0,000
Düzenli ilaç kullanmıyormuş	139	68,5	107	86,3		
Düzenli ilaç kullanıyormuş	64	31,5	17	13,7		
Batıcı bir yaralanma durumu (=322)					2,08	0,354
Olmuş	107	53,8	56	45,5		
Olmamış	89	44,7	65	52,8		
Hatırlamıyorum	3	1,5	2	1,6		
Ampul- enjektör yaralanması (=195)*					4,74	0,094
Yaralanmış	35	28,2	25	35,2		
Yaralanmamış	82	66,1	46	64,8		
Hatırlamıyorum	7	5,6	0			

*Sadece hekim ve hemşireler

Araştırmaya katılanlarda devlet hastanesinde çalışanların %48,3'ü, özel hastanelerde çalışanların %30,3'ü, PPD deri testi yaptırmıştır. Devlet hastanesi çalışanları özel hastane çalışanlarına göre daha fazla bir sıklıkta PPD deri testi yaptırmıştır ($\chi^2= 15,25$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılanlar arasında hepatit B aşısı açısından, devlet hastanesinde çalışanlardan %78,5'i aşıli iken, %16,6'sı aşısız, özel hastanede ise %92,7'si aşıli iken, %4'ü aşısızdır. Özel hastane çalışanları devlet hastanesinde çalışanlara göre hepatit B'ye karşı aşılama düzeyleri daha yüksektir (İstatistiksel olarak Fisher yöntemi ile).

Araştırmaya katılanlarda devlet hastanesinde çalışanların %68,3'ünün, özel hastanelerde çalışanların %41,3'ünün eldivene bağlı sağlık sorunları yaşadığı görülmektedir. Verilere göre devlet hastanesi sağlık çalışanları, özel hastane sağlık çalışanlarına göre eldivene bağlı deri sağlık sorununu önemli düzeyde daha fazla yaşamaktadır ($\chi^2= 21,91$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılan devlet hastanesinde çalışanların %26,3'ü, özel hastanelerde çalışanların %14,5'i hastane kökenli viral bir enfeksiyon geçirdiğine inanmaktadır. Devlet hastanesi çalışanları, özel hastane çalışanlara göre daha fazla bir düzeyde viral enfeksiyon geçirdiklerine inanmaktadır (Fisher testi ile, $p=0,043$).

Araştırmaya katılanlar arasında devlet hastanesinde çalışanların %25,4'ü, iş kaynaklı bir hastalık geçirdiğine inanmaktadır. Buna karşılık özel hastanelerde çalışanların %13,7'si, iş kaynaklı bir hastalık geçirdiğine inanmaktadır. Devlet hastanesi sağlık çalışanları özel hastane sağlık çalışanlarına göre daha fazla bir oranda iş kaynaklı hastalık geçirdiğine inanmaktadır. Aradaki fark ki-kare yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2= 10,82$, $p=0,004$).

Araştırmamızda devlet hastanesinde çalışanların %37,6'sı doktor tarafından konulan bir hastalığı olduğu ve buna bağlı olarak %31,5'nin düzenli ilaç kullandığı belirlenmiştir. Özel hastanelerde ise %15,2'sinin doktor tarafından tanı konduğu ve buna bağlı olarak %13,7'sinin düzenli ilaç kullandığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre Gazimağusa bölgesi devlet hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının özel hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarına göre daha fazla doktor tanısı aldığı ve buna bağlı olarak daha fazla düzenli ilaç kullandığı görülmektedir. Aradaki farklar göre istatistiksel olarak önemlidir ($\chi^2=18,82$, $p<0,001$, $\chi^2=13,11$, $p<0,001$).

Batıcı yaralanma ve ampul –enjektör yaralanmaları açısından devlet ve özel hastane çalışanları arasında istatistiksel önemli fark bulunmamıştır (Tablo 23).

Araştırmaya katılan devlet hastanesi sağlık çalışanları ile özel hastane sağlık çalışanlarının mesleğe başladıktan sonra aşılama durumları Tablo 24’te verilmiştir.

Tablo 24. Araştırmaya katılan devlet hastanesi sağlık çalışanları ile özel hastane sağlık çalışanlarının mesleğe başladıktan sonra aşılama durumları (Gazimağusa, 2017)

Mesleğe başladıktan sonra aşı yaptırma durumu	Hastane				χ^2	P
	Devlet	%	Özel	%		
Tetanoz aşısı yaptırma (n= 311)					8,16	0,004
Yaptırmış	78	40,8	30	25,0		
Yaptırmamış	113	59,2	90	75,0		
Hepatit B aşısı yaptırma (n=311)					0,38	0,537
Yaptırmış	115	60,2	68	56,7		
Yaptırmamış	76	39,8	52	43,3		
Grip aşısı yaptırma (n= 311)						
Yaptırmış	41	21,5	13	10,8	5,81	0,016
Yaptırmamış	150	78,5	107	89,2		

Araştırmaya katılanlar arasında mesleğe başladıktan sonra tetanoz aşısı yaptıran devlet hastanesi sağlık çalışanları %40,8’iken, özel hastane çalışanları %25’tir. araştırmaya katılanlar arasında devlet hastanesi çalışanları, özel hastanelerde çalışanlara göre mesleğe başladıktan sonra daha fazla bir sıklıkta tetanoz aşısı yaptırmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($\chi^2 = 8,16$, $p=0.004$).

Araştırmaya katılan devlet hastanesi sağlık çalışanları arasında, mesleğe başladıktan sonra grip aşısı yaptıran %21,5’iken, özel hastanelerde %10,8’dir. Özel hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarına göre devlet hastanesinde çalışanlar daha fazla grip aşısı yaptırmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($\chi^2 = 5,81$, $p=0,016$).

Araştırmaya katılanlar arasında mesleğe başladıktan sonra hepatit B aşısı yaptırma açısından arada önemli bir fark saptanmamıştır (Tablo 24).

Araştırmaya katılanlar arasında çalışılan bölüme göre bazı çalışma özellikleri Tablo 25'te verilmiştir.

Tablo 25 Araştırmaya katılanların çalıştıkları bölüme göre bazı çalışma özellikleri verilmektedir (Gazimağusa, 2017)

Mesleki çalışma özellikleri	Çalışan bölüm								χ^2	P
	Poliklinik	%	Acil	%	Servis	%	Lab/rad	%		
Haftalık çalışma süresi (n=319)									10,52	0,015
≤40 saat	21	72,4	18	39,1	92	46,5	17	37,0		
≥41 saat	8	27,6	28	60,9	106	53,5	29	63,0		
Gece nöbet tutma durumu (n=324)									44,38	0,000
Evet	3	10,3	40	87,0	106	52,5	30	63,8		
Hayır	26	89,7	6	13,0	96	47,5	17	36,2		
Aylık nöbet sayısı (n=177)										
1-4	1	50	5	12,5	11	10,4	7	24,1		
5-7	1	50	6	15,0	49	46,2	15	51,8		
≥8	0	0	29	72,5	46	43,4	7	24,1		

Poliklinik: Poliklinik (tüm poliklinik odaları)

Acil: acil servis (acil bölümü)

Servis: Servis (tüm yataklı servisler, koroner ünitesi, diyaliz, ameliyathane)

Lab/Rad: (laboratuvar/radyoloji bölümü)

Araştırmamızda, sağlık çalışanları arasında acilde çalışanların %60,9'u, servislerde çalışanların %53,5'i, laboratuvar-radyolojide çalışanların %63,0'ü, polikliniklerde çalışanların %27,6'sı, 41 saat ve üzerinde çalışmaktadır. Araştırmaya katılanlar arasında polikliniklerde çalışan sağlık personelinin 41 saat ve üzerinde çalışma sıklığı, diğer bölümlerde çalışanlara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde daha düşüktür ($\chi^2=10,52$, $p=0,015$).

Araştırmaya katılanlardan acil servislerde çalışan sağlık personeli arasında %87,0'si, polikliniklerde çalışanların %10,3'ü gece nöbet tutmaktadır. Polikliniklerde çalışanlar diğer bölümlerde çalışanlara göre, nöbet tutmayanların sıklığı istatistiksel olarak önemli düzeyde daha fazladır ($\chi^2 = 44,38$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılanlar arasında acil serviste çalışan sağlık personelinin %72,5'i ayda 8 ve üzerinde nöbet tutmaktadır. Polikliniklerde 8 ve üzerinde nöbet tutan sağlık çalışanı yoktur. Servislerde çalışanların ise %43,4'ü ayda 8 ve üzerinde nöbet tuttuğu saptanmıştır (Tablo 25).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çalışılan bölüme göre, mesleki risklere karşı algı durumu ve KKD'lerle ilgili bazı davranış özellikleri Tablo 26'da verilmektedir.

Tablo 26. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarında, çalışılan bölüme göre sağlık çalışanlarının mesleki risklere karşı algı durumu ve KKD'lere ilgili bazı davranış özellikleri (Gazimağusa, 2017)

Mesleki riskler/KKD'lerle ilgili tutum ve davranışlar	Çalışılan bölüm								χ^2	P
	Poliklinik	%	Acil	%	Servis	%	Lab/rad	%		
İşin stresli algılanma durumu (n=323)									8,67	0,193
Stresli değil	0	0,0	2	4,4	20	10,0	3	6,4		
Fikri yok	1	3,3	0		8	4,0	0	0,0		
Streslidir	29	96,7	43	95,6	173	86,0	44	93,6		
İşini riskli algılanma durumu (n=320)									14,61	0,001
Çok riskli	12	40,0	37	80,4	111	56,3	22	46,8		
Orta ve düşük riskli	18	60,0	9	19,6	86	43,7	25	53,2		
Eldiven kullanımına bakış (n=308)									4,76	0,190
Her zaman kullanmak gerekir	24	88,9	45	97,8	183	96,8	43	93,5		
Her zaman kullanmaya gerek yok	3	11,1	1	2,2	6	3,2	3	6,5		
Maske kullanımına bakış (n=303)									3,34	0,342
Her zaman kullanmak gerekir	12	50,0	24	55,8	104	54,5	18	40,0		
Her zaman kullanmaya gerek yok	12	50,0	19	44,2	87	45,5	27	60,0		
Eldiven kullanma durumu (n=306)									5,91	0,116
Her zaman kullanan	18	69,2	22	47,8	89	47,1	18	48,0		
Her zaman kullanmayan	8	30,8	24	52,2	100	52,9	27	52,0		
Maske kullanma durumu (n=305)									10,14	0,017
Her zaman kullanan	9	33,3	4	8,9	39	20,7	4	8,9		
Her zaman kullanmayan	18	66,7	41	91,1	149	79,3	41	91,1		
Hastayla temasta eldiven (n=312)									8,56	0,036
Her zaman kullanan	16	55,2	19	41,3	100	52,4	14	30,4		
Her zaman kullanmayan	13	44,8	27	58,7	91	47,6	32	69,6		

Araştırmaya katılanlardan acilde çalışanların %80,4'ü, işini çok riskli olarak tanımlarken, polikliniklerde çalışanlardan %40,0'ı, servislerde çalışanlardan %56,3'ü, laboratuvar-radyoloji bölümünde çalışanlardan %46,8'i işini çok riskli olarak değerlendirmektedir. Acil serviste çalışanlar, diğer bölümlerde çalışanlara göre işlerini orta –düşük riskli değerlendirenlerin sıklığı istatistiksel olarak önemli düzeyde daha düşüktür ($\chi^2 = 14,61$, $p=0,001$)

Araştırmaya katılanların hastayla temasta eldiven kullanma durumuna bakılmıştır. Poliklinikte çalışanlarından %55,2'si ve servislerde çalışanlardan %52'si, acil servislerde çalışanlardan %41,3'ü, laboratuvar ve radyoloji bölümünde çalışanlardan %30'u hastayla temasta her zaman eldiven kullandığını belirtmiştir. Laboratuvar ve

radlyoloji b6l6m6 çalışanları arasında hastayla temasta her zaman eldiven kullanmama d6zeylerinin sıklığı diğler b6l6mlerde çalışanlara g6re 6nemli derecede daha y6ksektir (χ^2 değeri 8,56, $p=0,036$).

Araştırmaya katılanlar arasında maske kullanma durumunun incelenmesinde, polikliniklerde çalışanların %33,3'6, acil serviste çalışanların %8,9'u, laboratuvar – radlyoloji b6l6m6nde çalışanların %8,9'u, servislerde çalışanların %20,7'si maskeyi her zaman kullanmaktadır. Yapılan analizlere g6re acil servis ve laboratuvar radlyoloji çalışanları diğlerlerine g6re 6nemli derece daha az maske kullanmaktadır ($\chi^2=10,14$) $p=0,017$) (Tablo 26).

Araştırmaya katılanların çalıştıkları b6l6me g6re mesleğe başladıktan sonra sağlık sorunu yaşama ve aşılanma durumları Tablo 27'de verilmiştir.

Tablo 27. Araştırmaya katılanların çalıştıkları bölüme göre mesleğe başladıktan sonra sağlık sorunu yaşama ve aşılama durumları (Gazimağusa, 2017)

Mesleğe başladıktan sonra sağlık sorunu yaşama /aşılama	Çalışılan bölüm								χ^2	P
	Poliklinik	%	Acil	%	Servis	%	Lab/rad	%		
Eldivene bağlı deri sağlık sorunu (n=314)										
Yaşamış	17	56,7	32	71,1	109	56,5	24	52,2	4,02	0,259
Yaşamamış	13	43,3	13	28,9	84	43,5	22	47,8		
Kimyasal yanık olma durumu (n=314)									14,28	0,025
Olmuş	1	3,3	1	2,2	3	1,6	6	12,8		
Olmamış	29	96,7	45	97,8	188	98,4	41	87,2		
Batıcı yaralanma durumu (n=317)										0,137
Olmuş	14	48,3	29	65,9	91	46,2	25	53,2		
Olmamış	15	51,7	14	31,8	104	52,8	20	42,6		
Hatırlamıyor	0	0,0	1	2,3	2	1	2	4,3		
Hepatit B ve C testi yaptırma (n=319)									11,69	0,009
Yaptırmış	28	93,3	38	82,6	173	88,3	33	70,2		
Yaptırmamış/ hatırlamıyorum	2	6,7	8	7,4	23	11,7	14	29,8		
Hepatit B geçirme durumu (n=324)										
Geçirmemiş aşı	22	73,3	41	89,1	174	86,6	34	72,4		
Geçirmemiş aşısız	8	26,7	3	6,5	20	9,9	8	17,0		
Bağışıklık kazanmış	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1		
Taşıyıcı	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1		
Bilgisi yok	0	0,0	2	4,3	7	3,5	3	6,4		
Mesleğe başladıktan sonra aşı										
Hepatit aşısı yaptırma (n=307)									5,48	0,140
Yaptırmış	13	46,4	27	60,0	119	63,6	23	48,9		
Yaptırmamış	15	53,6	18	40,0	68	36,4	24	51,1		
Tetanoz aşısı yaptırma (n=307)										
Yaptırmış	7	25,0	21	46,7	70	37,4	10	21,3	8,28	0,041
Yaptırmamış	21	75,0	24	53,3	117	62,6	37	78,7		
Grip aşısı yaptırma durumu (n=307)									2,44	0,487
Yaptırmış	7	25	6	13,3	34	18,2	6	12,8		
Yaptırmamış	21	75	39	86,7	153	81,8	41	87,2		
Tanılanmış hastalık durumu (n=325)									6,99	0,074
Tanı almamış	15	50,0	32	69,6	147	72,8	35	74,5		
Tanı almış	15	50,0	14	30,4	55	27,2	12	25,5		
Düzenli ilaç kullanma durumu (n=322)									2,34	0,505
Kullanmıyor	19	63,3	35	76,1	151	75,9	36	76,6		
Kullanıyor	11	36,7	11	23,9	48	24,1	11	23,4		

Araştırmaya katılanlardan, poliklinikte çalışanlar %25, acil serviste çalışanlar %46,7, serviste çalışanlar %37,4, laboratuvar/ radyoloji bölümünde çalışanlar %21,3 düzeyinde, mesleğe başladıktan sonra tetanoz aşısı yaptırmıştır.

Araştırmaya katılanların mesleğe başladıktan sonra tetanoz aşısı yaptırma sıklığı açısından incelenmesinde, laboratuvar-radyoloji bölümü çalışanlarının bu aşığı yaptırma

düzeyinin, diğer gruplara göre istatistiksel önemli düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 8,28$, $p = 0,041$).

Araştırmaya katılanlardan polikliniklerde çalışanların %93,3'ü, laboratuvar/ radyoloji bölümünde çalışanların %70,2'si hepatit B ve C testi yaptırmıştır. Laboratuvar ve radyoloji bölümü çalışanları diğer tüm bölümlerde çalışanlara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde daha az hepatit B ve C testi yaptırmıştır ($\chi^2 = 11,69$, $p = 0,009$).

Hepatit B aşısı ve grip aşısı yaptırma açısından gruplar arasında istatistiksel önemde farklılık saptanmamıştır.

Araştırmaya katılanlardan, laboratuvar / radyoloji bölümü çalışanları %12,8, diğer bölüm çalışanları ise %1,6 ile %3,3 arasında kimyasal yanık geçirmiştir. Araştırmaya katılanlar arasında laboratuvar-radyoloji bölümlerinde çalışanların kimyasal maddelere bağlı yanık sıklığı, diğer bölüm çalışanlarına göre istatistiksel olarak önemli ölçüde daha yüksektir ($\chi^2 = 14,28$, $p = 0,025$) (Tablo 27).

Araştırmaya katılanların meslek gruplarına göre bazı özellikleri Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 28. Araştırmaya katılanların meslek gruplarına göre bazı özellikleri (Gazimağusa, 2017)

Özellik	Meslek grubu								χ^2	P
	Hekim	%	Hemşire	%	Grp3*	%	Grp4*	%		
Cinsiyet (n=330)									96,86	0,000
Kadın	28	38,4	126	87,5	26	38,8	44	95,7		
Erkek	45	61,6	18	12,5	41	61,2	2	4,3		
Yaş(n=330)									12,08	0,007
39 ≥	29	39,7	76	52,8	44	65,7	30	65,2		
≥40	44	60,3	68	47,2	23	34,3	16	34,8		
Meslekte çalışma yılı (n=330)									61,30	0,000
1-9 yıl	16	21,9	39	27,1	33	49,3	39	84,8		
10 ve üzeri	57	78,1	105	72,9	34	50,7	7	15,2		
Gece nöbeti tutma (n=329)									35,59	0,000
Tutmayan	26	35,6	55	38,2	26	39,4	39	84,8		
Tutan	47	64,4	89	61,8	40	60,6	7	15,2		
Nöbet sayısı (n=181)									54,97	0,000
1-4 arası	12	24,5	3	3,5	7	17,9	2	28,6		
5-7 arası	34	69,4	23	26,7	15	38,5	3	42,9		
≥8	3	6,1	60	69,8	17	43,6	2	28,6		
Sigara kullanma durumu (n=330)										
Kullanmıyor	54	74,0	91	63,2	32	47,8	28	60,9	10,33	0,016
Kullanıyor	19	26,0	53	36,8	35	52,2	18	39,1		
İş yeri dışı çalışma(n=328)									146,34	0,000
Evet	49	69,0	5	3,5	7	10,4	2	4,3		
Hayır	22	31,0	139	96,5	60	89,6	44	95,7		

*Grup 3: Laborant, radyoloji teknisyeni, anestezi teknisyeni, fizyoterapist, diyetisyen, güvenlik görevlisi, servis görevlisi, ambulans şoförü

*Grup 4: Temizlik personeli, hastabakıcı

Araştırmaya katılanlar arasında hemşirelerin %87,5'i, grup 3 çalışanlarının %38,8'i, grup 4 çalışanlarının (temizlik personeli) %95,7'si, hekimlerin ise %38,4'ü kadındır. Araştırmaya katılanlardan hemşireler ve temizlik personeli ağırlıklı olarak kadınlardan oluşmaktadır($\chi^2 = 96,86$, $p < 0,001$).

Araştırmaya katılan hekimlerin %60,3'ü, hemşirelerin %47,2'si, grup 3 çalışanlarının %34,3'ü, grup 4 çalışanlarının %34,8'i, 40 yaş ve üzerindedir. Grup 3 ve 4 sağlık çalışanları benzer olarak %65'i 40 yaşın altındadır. Araştırmaya katılanlar içinde hekimler diğer sağlık çalışanlarına göre daha yaşlı grubu oluşturmaktadır (χ^2 değeri 12,08 $p = 0,007$)

Meslekte çalışma yılı açısından grup 4 (temizlik personeli) diğer gruplara göre anlamlı ölçüde 10 yılın altında çalışmıştır ($\chi^2 = 61,30$, $p < 0,001$).

Araştırmaya katılanlardan hekimlerin %64,4'ü, hemşirelerin %61,8'i, grup 3'ün %60,6'sı, grup 4'ün %15,2'si gece nöbeti tutmaktadır. Grup 4 sağlık çalışanları diğer sağlık çalışanlarına göre daha az gece nöbet tutmaktadır $\chi^2=35,59$, $p<0,001$.

Araştırmaya katılanlar içinde hemşirelerin %69,3'ü, 8 ve üzerinde nöbet tutmaktadır. Hekimlerde ise 8 ve üzeri nöbet tutma durumu %6,1'dir. Hemşireler diğer meslek guruplarına göre daha fazla gece nöbete kalmaktadır ve bu durum istatistiksel açıdan da önemlidir ($\chi^2= 54,97$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılanlar arasında grup 3'ün %52'2'si, hekimlerin %26'sı, hemşirelerin %36,8'i, grup 4'ün %39,1'i sigara kullanmaktadır. Katılımcılar içinde grup 3, diğer mesleklere göre daha fazla sigara (sıklığı) içmektedir. Bu durum istatistiksel olarak da önemlidir ($\chi^2=10,33$, $p=0,016$).

Katılımcılar arasında iş yeri dışında çalışma durumu irdelendiğinde, hekim grubunun diğer gruplara göre daha fazla iş yeri dışında çalıştığı görülmektedir. Hekimlerde %69 olan işyeri dışı ek işte çalışma, diğer gruplarda %4- 10 arasında değişmektedir. Bu durum istatistiksel olarak da önemlidir ($\chi^2=146,34$, $p<0,001$)(Tablo 28).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre mesleki stres ve riskleri algı durumları Tablo 29'da verilmiştir.

Tablo 29 Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre mesleki stres ve riskleri algı durumları (Gazimağusa, 2017)

Mesleki stres /riskleri algı durumları	Meslek grupları								χ^2	P
	Hekim	%	Hemşire	%	Grup3	%	Grup4			
İşin stres algılanma durumu (n=328)									23,43	0,000
Hayır	4	5,6	5	3,5	5	7,5	11	24,4		
Fikrim yok	1	1,4	4	2,8	2	3	2	4,4		
Evet	67	93,0	135	93,8	60	89,5	32	71,1		
İşin riskli algılanma durumu (n=325)									32,46	0,000
Çok riskli	42	57,6	100	69,9	33	50,0	12	27,9		
Orta derece	29	39,7	37	25,9	24	36,4	27	62,8		
Düşük riskli	2	2,7	6	4,2	9	13,6	4	9,3		

Sağlık çalışanlarında işini stresli algılama sıklığı hekimlerde ve hemşirelerde benzer olarak yüksektir. Hekimlerin %93,1'i, hemşirelerin %93,8'i, temizlik personelinin ağırlıkta olduğu grup 4'ün %71'i işini stresli olarak algılamaktadır. Grup 4 çalışanları arasında işini stresli bulmayanlar, diğer gruplara göre önemli derecede daha yüksektir ($\chi^2=23,4$, $p<0,001$). Araştırmaya katılanlar arasında hekimlerin %57,6'sı, hemşirelerin %69,9'u, grup 3'ün %50'si, grup 4'ün %27,9'u, işini çok riskli olarak tanımlamaktadır. Hemşireler diğer gruplara göre işini daha riskli bulmaktadır. Grup 4'teki sağlık çalışanları arasında işini çok riskli bulanlar en düşük düzeydedir. Ancak işini orta derecede riskli bulanların sıklığı, diğer gruplara göre önemli düzeyde daha yüksektir ($\chi^2=32,46$, $p<0,001$)(Tablo 29)

Araştırmaya katılanların mesleklere göre KKD'lerle ilgili tutum ve davranışları Tablo 30'da verilmektedir.

Tablo 30. Araştırmaya katılanların mesleklere göre KKD’lerle ilgili tutum ve davranışları (Gazimağusa, 2017)

Tutum ve davranış	Meslek grupları								χ^2	P
	Hekim	%	Hemşire	%	Grup3	%	Grup4	%		
Eldiven kullanımına bakış (n=313)										0,000
Her zaman kullanmak gerek	69	97,2	135	100	61	92,4	35	85,4		
Her zaman kullanmaya gerek yok	2	2,8	0	0,0	5	7,6	6	14,6		
Maske kullanımına bakış (n=308)									7,88	0,049
Her zaman kullanmak gerek	30	42,9	81	61,8	31	47,7	21	50,0		
Her zaman kullanmaya gerek yok	40	57,1	50	38,2	34	52,3	21	50,0		
Eldiven kullanma durumu (n=306)									5,33	0,149
Her zaman kullanırmış	29	49,8	75	55,6	28	42,4	19	48,7		
Her zaman kullanmazmış	42	59,2	60	44,4	33	57,6	20	51,3		
Maske kullanma durumu (n=310)									8,05	0,045
Her zaman kullanırmış	14	20,0	22	16,3	8	12,1	13	33,3		
Her zaman kullanmazmış	56	80,0	113	83,7	58	87,9	26	66,7		
Önlük kullanma durumu (n=301)									79,27	0,000
Her zaman kullanırmış	22	31,4	10	7,7	20	31,3	12	32,4		
Sıklıkla kullanırmış	15	21,4	4	3,1	13	20,3	1	2,7		
Nadiren kullanırmış	23	32,9	61	46,9	12	18,8	2	5,4		
Hiç kullanmazmış	10	14,3	55	42,3	19	29,7	22	59,5		
Hastaya temas ederken eldiven(316)									13,53	0,004
Her zaman kullanırmış	25	35,2	78	54,9	26	39,4	24	64,9		
Her zaman kullanmazmış	46	64,8	64	45,1	40	60,6	13	35,1		
Hastaya temas ederken maske(n=320)									26,79	0,000
Her zaman kullanırmış	16	21,9	22	15,3	10	15,4	20	52,6		
Her zaman kullanmazmış	57	78,1	122	84,7	55	84,6	18	47,4		
Hastalararası eldiven değiştirme(n=193)*										0,379
Her zaman değiştirmiş	55	88,7	93	71,0						
Her zaman değiştirmemiş	7	11,3	38	29,0						
Hastane yön. taraf. uyarılma (n=304)									44,27	0,000
Uyarılmış	4	5,8	25	18,8	15	24,6	24	58,5		
Uyarılmamış	57	82,6	93	69,9	37	60,7	15	36,6		
Hatırlamıyor	8	11,6	15	11,3	9	14,8	2	4,9		
Doğru el yıkama süre (n=314)									8,15	0,043
Doğru süre	46	63,9	106	77,9	40	60,6	28	70,0		
Yanlış süresi	26	36,1	30	22,1	26	39,4	12	30,0		
Enjektörü tekrar kapatma (n=190)*										0,782
Kapatma	50	83,3	105	80,8						
Kesinlikle kapatmayan	10	16,7	25	19,2						

* Sadece hekim ve hemşireler

Araştırmaya katılanların eldiven kullanmaya bakışı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin %100’ü, hastaya temasta her zaman eldiven kullanılması gerektiğini düşünmektedir. Grup 4’ün (temizlik personeli) %84,4’ü en düşük sıklıkta, her zaman eldiven kullanılması gerektiği görüşündedir.

Araştırmaya katılanlar arasında maske kullanılmasına bakış açısının değerlendirilmesinde, hemşirelerin %61,8’i, hekimlerin ise %42,9’u maskenin her

zaman kullanılması gerektiği düşüncesindedir. Hemşireler arasında her zaman maske kullanımını gereksiz bulanlar, diğer gruplara göre önemli ölçüde daha düşüktür ($\chi^2=7,88$, $p=0,049$).

Maske kullanma durumu açısından, hekimlerin %20'si, hemşirelerin %16,3'ü, grup 4'ün (temizlik personeli) %33,3'ü, grup 3'ün ise %12,1'i her zaman maske kullanmaktadır. Temizlik personeli arasında maske kullanımı diğer gruplara göre önemli düzeyde daha yüksektir ($\chi^2= 8,05$, $p=0,045$)

Araştırmaya katılanlar arasında hastaya temas ederken eldiven kullanma durumunun incelenmesinde, hekimlerin %35,2'si, hemşirelerin %54,9'u, grup 3'ün %39,4'ü, grup 4'ün (temizlik personeli) %64,9'u, hastaya temasta her zaman eldiven kullanmaktadır. Katılımcılar arasında hekimler hastayla temasta her zaman eldiven kullanma durumu açısından istatistiksel olarak önemli ölçüde en düşük düzeyde olan gruptur ($\chi^2 = 13,53$, $p=0,004$).

Hastayla temasta her zaman maske kullanma durumu incelendiğinde, hekimlerin %21,9'u, hemşirelerin %15,3'ü grup 3'ün %15,4'ü ve grup 4'ün %52,6'sı her zaman maske kullandığını belirtmiştir. Grup 4'ün ana grubunu oluşturan temizlik personeli, diğer gruplara göre istatistiksel olarak önemli ölçüde daha fazla her zaman maske kullanmaktadır ($\chi^2= 26,79$, $p<0,001$).

Katılımcılar arasında hekimlerin %31,4'ü, grup 3'ün %31,3'ü, grup 4'ün çalışanların %32,4'ü, her zaman önlük kullanırken, hemşirelerde her zaman önlük kullanan %7,7'si. Hemşireler diğer gruplardan daha az sıklıkta her zaman önlük kullanmaktadır ($\chi^2= 79,27$, $p<0,001$).

Katılımcıların maske ve eldiven kullanma ile ilgili hastane yönetimi tarafından uyarılma durumları karşılaştırılmıştır. Hekimlerin %5,8'i uyarılırken, hemşirelerin %18,8'i, grup 3'ün %24,6'sı, grup 4'ün ise %58,5'i, hastane yönetimi tarafından uyarılmıştır. Grup 4 sağlık çalışanları hastane yönetimleri tarafından istatistiksel olarak önemli ölçüde daha fazla uyarılan grup olmuştur ($\chi^2= 44,27$, $p<0,001$) (Tablo 28).

Araştırmaya katılanlar arasında doğru el yıkama süresi bilgisi değerlendirilmiştir. Hekimlerin %63,9'u, hemşirelerin %77,9'u, grup 3'ün %60,6'sı, grup 4'ün %70'i el yıkama süresini doğru cevaplamıştır. Katılımcılar arasında hemşirelerin el yıkama

süresine yanlış yanıt verme düzeyi diğer gruplardan önemli ölçüde daha düşüktür ($\chi^2=8,15$, $p=0,043$)(Tablo 30).

Araştırmaya katılanlar arasında hekimlerin %83,3'ü, hemşirelerin %80,8'i kullanılmış enjektör kapağını tekrar kapattığını belirtmiştir. İstatistiksel olarak iki grup arasında önemli fark bulunmamıştır (Tablo 30).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleklere göre bazı test ve aşıları yaptırma davranışlarının mesleklere göre karşılaştırılması Tablo 31'de verilmektedir.

Tablo 31 Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleklere göre bazı test ve aşıları yaptırma davranışları (Gazimağusa, 2017)

Testler/Aşılar	Meslek grupları								χ^2	P	
	Hekim	%	Hemşire	%	Grp3	%	Grp4	%			
Son 1 yılda HIV testi yaptırma (n=329)										0,083	
Yaptırmış	29	39,7	46	32,2	27	40,3	16	34,8			
Yaptırmamış	43	58,9	94	65,7	37	55,2	25	54,3			
Hatırlamıyor	1	1,4	3	2,1	3	4,5	5	10,9			
Hepatit B ve C testi yaptırma (n=320)										21,88	0,000
Yaptırmış	69	97,2	126	88,1	44	66,7	37	86,0			
Yaptırmamış/Hatırlamıyor	2	2,8	17	11,9	19	33,3	6	14,0			
Hepatit B geçirme durumu (n=318)											
Geçirmemiş aşı	72	98,6	115	79,8	47	71,2	42	91,4			
Geçirmemiş aşısız	1	1,4	23	16,0	13	19,7	2	4,3			
Geçirmiş bağışıklık kazanmış	0	0	0	0	1	1,5	0	0			
Taşıyıcı	0	0	1	0,7	0	0	0	0			
Bilgisi yok	0	0	5	3,5	5	7,6	2	4,3			
Son 5 yılda tetanoz aşısı (n=324)										0,462	
Yaptırmış	42	57,5	66	47,5	38	57,6	25	54,3			
Yaptırmamış	26	35,6	68	48,9	23	34,8	17	37,0			
Hatırlamıyor	5	6,9	5	3,6	5	7,6	4	8,7			
PPD deri testi yaptırma (n=323)										17,7	0,007
Yaptırmış	39	54,2	64	45,4	23	34,8	8	18,2			
Yaptırmamış	26	36,1	63	44,7	35	53,1	27	61,4			
Hatırlamıyor	7	9,7	14	9,9	8	12,1	9	20,4			

Araştırmaya katılanlardan hepatit B ve C testi yaptırma durumu mesleklere göre değerlendirilmiştir. Hekimlerin %97,2'si, hemşirelerin %88,1'i, Grup 3'ün %66,7'si, grup 4'ün %86,0'sı bu testi yaptırmıştır. Hepatit B ve C testi hekimlerde büyük bir düzeyde yapılmıştır (%97,2). Grup 3 çalışanları arasında hepatit B ve C testini yaptırmayan/hatırlamayanlar, diğer gruplara göre istatistiksel önemli düzeyde daha yüksektir ($\chi^2=21,88$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılanlar arasında hekimlerin %98,6'sı hepatit B aşısı yaptırmış iken, hemşirelerin %79,9'u, grup 4 çalışanların %91,4'ü aşı yaptırmıştır. Grup 3

alışanlarından aşı yaptırmış olanlar en düşük olup %71,2'dir. Aşı olmama durumuna bakıldığında hekimlerin %1,4'ünün, grup 4'ün %4,3'ünün, hemşirelerin ise %16'sının aşısız olduğu görülmüştür. Grup 3 çalışanlarından ise %19,7'si aşısızdır. Taşıyıcı olan bir hemşire vardır.

Araştırmaya katılanlardan PPD deri testi yaptıırma durumunun değeriendirilmesinde, hekimlerin %54,2'si, hemşirelerin %45,4'ü, grup 3 çalışanların %34,8'i, grup 4 çalışanların da %18,2'si PPD deri testi yaptırmıştır. Hekimlerin diğer gruplara göre PPD deri testi yaptıırma sıklığı daha yüksektir. Temizlik personelinin bulunduğu grup 4'te PPD deri testi yaptıırma, diğer gruplara göre istatistiksel olarak önemli ölçüde daha düşüktür ($\chi^2= 17,7, p=0,007$) (Tablo 31).

Katılanların meslek gruplarına göre mesleğe bağlı hastalık ve yaralanma durumları Tablo 32’de verilmektedir.

Tablo 31. Katılanların meslek gruplarına göre mesleğe bağlı hastalık ve yaralanma durumları (Gazimağusa, 2017)

Hastalık/yaralanma	Meslek grubu								χ^2	P
	Hekim	%	Hemşire	%	Grp3	%	Grp4	%		
Viral enfeksiyon geçirme (n=322)									27,14	0,000
Geçirmemiş	40	57,1	81	58,3	51	76,1	42	91,3		
Geçirmiş	23	32,9	38	27,3	7	10,5	2	4,3		
Bilmiyor	7	10,0	20	14,4	9	13,4	2	4,3		
İşkaynaklı hastalık geçirme(n=317)									15,64	0,016
Olmamış	41	62,5	84	61,3	50	74,6	40	88,9		
Olduğunu düşünen (emin değil)	9	12,5	20	14,6	5	7,5	1	2,2		
Olmuş	18	25,0	33	24,1	12	17,9	4	8,9		
Tanılı hastalık durumu (n=330)									20,85	0,000
Doktor tanısı yok	47	64,4	90	62,5	54	80,6	43	93,5		
Doktor tanısı var	26	35,6	54	37,5	13	19,4	3	6,5		
Düzenli ilaç kullanma durumu(n=327)									12,49	0,006
Düzenli ilaç kullanmayan	50	69,4	98	69,0	57	85,1	41	89,1		
Düzenli ilaç kullanan	22	30,6	44	31,0	10	14,9	5	10,9		
Eldiven deri sağlık sorunu(n=319)									50,90	0,000
Yaşamış	44	60,3	108	76,1	26	40,6	8	20,0		
Yaşamamış	29	39,7	34	23,9	38	59,4	32	80,0		
Kimyasal madde sıçraması(n=326)									13,27	0,004
Hiç olmamış	48	65,8	74	52,5	48	71,6	35	77,8		
Ara sıra/Sık sık olmuş	25	34,3	67	47,5	19	28,4	10	22,2		
Batıcı yaralanma durumu (n=322)									43,94	0,000
Olmuş	42	58,3	92	66,2	21	31,8	8	17,8		
Olmamış/Hatırlamıyorum	30	41,7	47	33,8	45	68,2	37	82,2		

Araştırmaya katılanlar arasında viral enfeksiyon geçirme durumuna göre, hekimlerin %57,1’i, hemşirelerin %58,3’ü, grup 3’ün %76,1’i, grup 4’ün %91,3’ü viral enfeksiyon geçirmediğini düşünmektedir. Grup 4 çalışanlarda viral enfeksiyon geçirdiğini düşünme sıklığı, diğer gruplara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde daha düşüktür ($\chi^2=27,14$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılanlar arasında hekimlerin %25,0’i, hemşirelerin %24,1’i, grup 3’ün %17,9’u, grup 4’ün %8,9’u, iş kaynaklı bir hastalık geçirdiğini düşünmektedir. Grup 4 çalışanları ise diğer gruplara göre istatistiksel olarak daha düşük düzeyde bir sıklıkta iş kaynaklı bir hastalık geçirdiği düşünmektedir. Hekimler ve hemşireler diğer çalışanlardan daha yüksek bir sıklıkta iş kaynaklı bir hastalık geçirdiğini düşünmektedir ($\chi^2=15,64$, $p=0,0016$).

Hekimlerin %35,6'sına, hemşirelerin %37,5'ine, grup 3'ün çalışanın %19,4'üne, grup 4'ün %6,5'ine doktor tarafından bir tanı konmuştur. Hekimler ve hemşireler daha fazla doktor tanısı almıştır. Grup 4 çalışanları diğer gruplara göre istatistiksel olarak önemli ölçüde daha düşük sıklıkta doktor tanısı almıştır ($\chi^2=20,85$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılanlar arasında düzenli ilaç kullanma durumu değerlendirilmiştir. Hemşire grubunda %31,0, hekim grubunda %30,0, grup 3'te %14,9, grup 4'te %10,9 düzenli ilaç kullanmaktadır. Grup 4 çalışanları arasında ilaç kullananların sıklığı, diğer gruplara göre istatistiksel olarak önemli ölçüde daha düşüktür ($\chi^2=12,49$, $p=0,006$).

Araştırmaya katılanların eldiven kullanmaya bağlı olarak sağlık sorunu yaşama durumunun değerlendirilmesinde, hemşire grubunda %76,1, hekim grubunda %60,3, grup 3'te %40,6, grup 4'te %20, eldivene bağlı deri sağlık sorunu yaşamıştır. Hemşireler, eldivene bağlı deri sağlık sorununu en yüksek sıklıkta yaşayan gruptur. Eldivene bağlı deri sorunu yaşamayanların sıklığı, grup 4 çalışanları arasında istatistiksel olarak önemli ölçüde daha yüksektir ($\chi^2=50,9$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılanlar arasında çalışırken kimyasal madde sıçraması yaşama durumunun değerlendirmesinde, hemşire grubunda %47,5, hekim grubunda %34,3, grup 3'te %28,4, grup 4'te %22,2, kimyasal madde sıçraması yaşandığı belirlenmiştir. Kimyasal madde sıçraması sıklığı, hemşirelerde diğer gruplara göre istatistiksel olarak önemli ölçüde daha yüksektir ($\chi^2=13,27$, $p=0,004$).

Katılımcıların çalışırken batıcı yaralanma durumu yaşama açısından değerlendirilmesinde, hemşirelerde %66,2, hekimlerde %58,3, grup 3'te %31,8, grup 4'te %17,8, batıcı yaralanma geçirdiğini belirtmiştir. Batıcı yaralanma hemşirelerde ve hekimlerde benzer düzeyde ve diğer iki gruba göre daha yüksektir. Grup 4 çalışanlarda ise en düşüktür. Grup 4 çalışanları arasında batıcı yaralanma geçirmeyenlerin sıklığı diğer gruplara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde daha yüksektir ($\chi^2=43,94$, $p<0,001$).

Araştırmaya katılanlar arasında gece nöbeti tutan sağlık çalışanlarının tutmayanlara göre kendilerinin iş stresi, sağlık sorunları ve mesleksel kaza–yaralanmalar yönünden karşılaştırılması Tablo 33’de verilmektedir.

Tablo 32 Araştırmaya katılanların gece nöbeti tutma durumuna göre iş stresi, sağlık sorunları ve mesleksel kaza–yaralanma durumları (Gazimağusa, 2017)

Stres-risk/ sağlık sorunu/ yaralanma	Gece nöbeti tutma				χ^2	P
	Tutan	%	Tutmayan	%		
İşin stresli algılanması (n=327)					8,59	0,014
Stresli bulmayan	8	4,4	17	11,8		
Fikri olmayan	3	1,6	6	4,2		
Stresli bulan	172	94,0	121	84,0		
İşin riskli algılanması (n=324)					36,08	0,000
Düşük riskli bulan	2	1,1	19	13,4		
Orta derece riskli bulan	52	28,6	64	45,1		
Çok riskli bulan	128	70,3	59	41,5		
Alınan enfeksiyon önlemleri (n=324)					16,89	0,000
Yeterli bulan	23	12,6	44	30,8		
Yeterli bulmayan	160	87,4	99	69,2		
Eldivene bağlı deri sorunu (n= 318)					11,65	0,010
Yaşamış	119	66,9	67	47,9		
Yaşamamış	59	33,1	73	52,1		
Kimyasal madde sıçraması (n=325)					6,4	0,011
Olmamış	102	56,7	102	70,3		
Olmuş	78	43,3	43	29,7		
Batıcı yaralanma durumu (n=321)						0,010*
Olmamış	67	38,1	86	59,3		
Olmuş	106	60,2	57	39,3		
Hatırlamıyor	3	1,7	2	1,4		
Tanılanmış hastalık durumu (n=329)					0,40	0,525
Tanı almayan	127	69,4	106	72,6		
Tanı alan	56	30,6	40	27,4		

*Fisher testi

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarında, gece nöbet tutanlarla tutmayanlar, işle ilgili algıları ve mesleksel risk ve kazalar yönünden karşılaştırılmıştır. Gece nöbet tutan sağlık çalışanlarının %94’ü, nöbet tutmayan sağlık çalışanlarının ise %84’ü işini stresli bulmaktadır. Gece nöbet tutan sağlık çalışanlarının, tutmayanlara göre işini daha stresli algılama sıklığı daha yüksektir. Gece nöbeti tutmayanlarda işini stresli değerlendirmeme sıklığı yüksektir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2=8,59$, $p=0,014$).

Nöbet tutan sağlık çalışanlarının %70,3'ü, nöbet tutmayanların %41,5'i işini çok riskli bulmaktadır. Nöbet tutan sağlık çalışanları, nöbet tutmayanlara göre işini daha fazla riskli bulmaktadır ($\chi^2= 36,08$, $p<0,001$).

Nöbet tutanların %87,4'ü, nöbet tutmayanların %69,2'si çalışma ortamında enfeksiyonlar açısından alınan önlemleri yeterli bulmamaktadır. Nöbet tutan sağlık çalışanları, nöbet tutmayanlara göre enfeksiyonlar açısından alınan önlemleri yetersiz bulma sıklığı daha yüksektir ($\chi^2=16,89$, $p<0,001$).

Nöbet tutanların %66,9'u, nöbet tutmayanların %47,9'u, eldivene bağlı deri sağlık sorunu yaşamıştır. Nöbet tutan sağlık çalışanlarının, nöbet tutmayanlar göre eldivene bağlı deri sorunu yaşama sıklığı daha yüksektir ($\chi^2=11,65$, $p=0,010$).

Nöbet tutanların %43,3'ü, nöbet tutmayanların %29,7'si, kimyasal madde sıçramasına maruz kalmıştır. Nöbet tutan sağlık çalışanlarının, kimyasal madde sıçramasına maruz kalma sıklığı, nöbet tutmayan sağlık çalışanlarına göre daha yüksektir ($\chi^2= 6,43$, $p=0,010$).

Nöbet tutanların %60,2'si, nöbet tutmayanların %39,3'ü batıcı bir yaralanma geçirdiği belirlenmiştir. Nöbet tutan sağlık çalışanlarında batıcı yaralanma geçirme sıklığı, tutmayanlara göre daha yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir (Fisher testi ile $p=0,010$) (Tablo 33).

Araştırmaya katılanların çalıştığı yer ve mesleğe göre enfeksiyon kontrol komitesi hakkındaki farkındalık durumu Tablo 34’de verilmiştir.

Tablo 33 Araştırmaya katılanlar arasında çalıştığı yer ve mesleğe göre enfeksiyon kontrol komitesi hakkındaki farkındalık durumu (Gazimağusa, 2017)

Çalışma yeri/meslek	Enfeksiyon kontrol komitesi						χ^2	P
	Var	%	Yok	%	Bilmiyor	%		
Çalışılan hastane (n=319)							59,85	0,000
Devlet hastanesi	10	5,0	136	67,6	55	27,4		
Özel hastane	46	39,0	48	40,7	24	20,3		
Meslek durumu (n=319)							40,39	0,000
Hekim	9	12,3	45	61,6	19	26,0		
Hemşire	25	17,9	98	70,0	17	12,1		
Grup 3	12	18,5	32	49,2	21	32,3		
Grup 4	10	24,4	9	22,0	22	53,7		

Araştırmaya katılanlar içinde, enfeksiyon kontrol komitesi ile ilgili farkındalık durumunun değerlendirilmesinde, devlet hastanesi çalışanlarının %27,4’ü, özel hastanelerde çalışanların %20,3’ü komite olup olmadığını bilmemektedir.

Devlet hastanesinde enfeksiyon kontrol komitesi olmadığı halde katılanların %5’i var demiştir. Özel hastanelerde ise olmasına karşılık %40,7’si yok demiştir.

Hemşirelerin %12,1’i, hekimlerin %26’sı, grup 3’ün %32,3’ü, grup 4’ün %53,7’si, hastanesinde enfeksiyon kontrol komitesinin olup olmadığını bilmemektedir. Grup 4’ün diğer gruplara göre hastanesinde enfeksiyon kontrol komitesi olup olmadığını bilmeme sıklığı daha yüksektir ($\chi^2= 40,4$, $p<0,001$) (Tablo 34).

5. TARTIŞMA

Gazimağusa'nın bazı hastanelerinde görevli sağlık çalışanları arasında yapılan araştırmaya 330 kişi katılmıştır. Katılımcıların %67,9'unun kadın, %32,1'inin erkek olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet dağılımı daha önce sağlık alanında yapılmış diğer çalışmalardaki cinsiyet dağılımı ile örtüşmektedir (Sağlık Sen, 2013/ Aşkar, 2006/ Sarı, 2014/ Uçak, 2009/ Türkistanlı, 2000). Sağlık çalışanlarıyla ilgili araştırmalarda kadınlar yüzde 70'ler düzeyine kadar yükselebilmekte, bazı çalışmalarda %50 -%50 de olabilmektedir. Eğer çalışmaya yalnız hemşireler ve temizlik personeli alınırsa, kadın yüzdeleri %90'lara varabilmektedir. Ancak bizim çalışmamızdaki gibi tüm sağlık çalışanları kapsandığında yaklaşık olarak %65-70 kadın ağırlıklı olmaktadır. Yalnızca hekim grubunda yapılan çalışmalarda yüzdeler eşit çıkabilmektedir (Gökhan, 2008)

Araştırmamıza katılanların %43,6'sı hemşire, %22,2'si hekimdi, yaş ortalaması 38'dir. Gazimağusa bölgesinde sağlık hizmeti veren kuruluşların yatak kapasitesi başta olmak üzere devlet ağırlıklı olduğu söylenebilir, Gazimağusa bölgesinde diyaliz, yoğun bakım gibi pek çok hizmet yalnızca devlet hastanesinde verilebilmektedir. Araştırmamıza katılanların %62,1'i devlet hastanesi çalışanı iken %38,9'u özel hastane çalışanıdır.

Özel hastanelerde çalışanların, devlet hastanesinde çalışanlara göre yaş ortalaması daha düşüktür. Bunun nedeni deneyimli sağlık çalışanlarının güvence, maaş gibi etmenlerden dolayı devlette çalışmak istemesinden kaynaklanıyor olabilir

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının meslekte geçirdikleri süre ortalama 11 yıldır. Katılan sağlık çalışanlarının meslekte geçirdikleri süre aynı nitelikli çalışmalarla benzerdir. Sağlık alanında yapılan çalışmalar arasında meslekte geçirilen zamanın farklı olmasının başlıca nedeni ilgili hastanenin niteliğiyle ilgilidir (eğitim hastanesi, özel hastane, devlet hastanesi). Özel ve üniversite hastanelerinde yaş ortalaması daha düşük olduğundan meslekte geçirilen süre daha azdır (Türkistanlı, 2000/ Gökhan 2008/ Uçak 2009)

Araştırmaya katılanlar ortalama olarak haftada 42 saat çalışmaktaydı. Gökhan'ın 2008 yılındaki araştırmasında katılanlar içinde haftada 51 saat ve üzeri çalışanlar %95'ti (Gökhan, 2008). Çalışmamızda haftalık çalışma saatleri değerlendirildiğinde, 40 saat ve altında çalışanlar %46,7, 41 saat ve üzerinde çalışanlar %53,3 bulunmuştur. Çalışanların

yarısından fazlası haftalık standart olan 40 saatin üzerinde çalışmaktadır. Devlet hastanesi sağlık çalışanlarında %36 olan haftalık 40 saat üzeri çalışma düzeyi özel hastanelerde %82,5'tir. Ülke yasalarındaki haftalık 40 saat çalışma kuralına karşın (İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası, 2008), bu düzenlemenin özel kurumlarda yeterince uygulanmadığı, devlet hastanesinde ise ek mesai sistemi ile sağlık çalışanlarının uzun saatler çalıştığı görülmektedir. Özel hastaneler de çalışanların bir süre sonra devlet hastanesine geçmek istemesindeki nedenlerden biri uzun çalışma saatleri olabilir.

Araştırmamızda acil servislerde çalışanların %61'i haftalık 40 saatin üzerinde çalışmaktadır. Diğer tüm bölümlere göre acil servis çalışanları haftalık çalışma saati olarak daha uzun çalışmaktadır. Bu durum acil servislerde görevli personelin nicel olarak yetersizliği ve hastaların acil servislere gereksiz başvurularından kaynaklanabilir. Çalışmamızda 40 yaş altında olanlar arasında 41 saat ve üzerinde çalışanlar %65,7 iken, 40 yaş ve üzerinde olanlarda bu değer %38,5'tir. Yani 40 yaş altı grup, 40 yaş ve üzerine göre daha uzun çalışmaktadır. Taşçıoğlu'nun 2007 yılındaki çalışmasında hemşirelerin haftalık çalışma ortalaması 45,4 saattir. Bizim çalışmamıza göre sağlık çalışanları ortalama 42 saat çalışmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %19,2'si, çalıştığı iş yeri dışında da çalışmaktadır. Hekim grubunda iş yeri dışı çalışma düzeyi %69'dur. Hekimler diğer tüm sağlık çalışanlarından daha yüksek bir ölçüde iş yeri dışı çalışmaktadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde KKTC yasalarına göre memurlara ikinci iş yasağı olmasına karşın, hekim grubunda bu yasağa uymama eğilimi vardır ve çalışmamızın sonuçları bunu doğrular niteliktedir. Yalnızca hekimleri kapsayan Gökhan'ın 2008 yılında ki araştırmasında hekimler arasında ek iş yapma %28,3 olarak saptanmıştır (Gökhan, 2008).

Sağlık çalışanları arasında hekimlerin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bir düzeyde ikinci iş yapmasının nedenleri, toplumda yeterli hekim olmaması, belirli uzmanlık sahalarında hekim eksikliği, hekimlerin ikinci iş yasağının devlet tarafından kontrolündeki eksiklikler olabilir.

Araştırmamıza katılanların %53,8'i gece nöbeti tutmaktadır. Bir bölüm sağlık çalışanı vardiya sistemiyle, bir bölümü ise ek mesai sistemi ile gece nöbetine kalmaktadır. Erkek sağlık çalışanlarının %71,7'si, kadın sağlık çalışanlarının %48'i nöbet tutmaktadır. Nöbet tutan sağlık personeli arasında erkekler, kadınlara göre istatistiksel olarak önemli

düzeyde daha fazla nöbet tutmaktadır. Öte yandan, nöbet tutan personel arasında, ayda tutulan nöbet sayısı cinsiyete göre önemli bir fark yoktur.

Araştırmamızda grup 4 çalışanlarının %15'2'si, gece nöbeti tutarken, diğer grupların yaklaşık %60-65'inin gece nöbeti tuttuğu görülmektedir. Grup 4 sağlık çalışanları diğer sağlık çalışanlarına göre daha az gece nöbeti tutmaktadır.

Nöbet tutanlarda ayda 5-7 arası nöbet %41,2, ayda 8 ve üzerinde nöbet tutanlar %45,3'tür. Hekimlerde %6 olan haftalık 8 ve üzerinde nöbet sıklığı, hemşirelerde %69'tur. Hemşireler diğer mesleklere göre daha fazla gece nöbete kalmaktadır. Hemşirelerde genel çalışma ilkesi vardiya sistemidir. Bu da diğer mesleklere göre hemşirelerin daha fazla gece çalışmasına neden olmaktadır. Acil servislerde çalışanlarda gece nöbet tutma sıklığı %87'lerdedir. Poliklinik çalışanlarında sıklık %10'lar dolayındadır. Acil serviste çalışanların %72'si gece 8 ve üzerinde nöbet tutmaktadır. Diğer bölümlerde bu değer %48'ler düzeyindedir. Acil servislerde görevli sağlık çalışanları, tüm diğer bölümlere göre daha fazla gece nöbete kalmaktadır. Bu sonuç, ya acil servislerde karşılanan hasta sayısının yapılacak düzenlemelerle azaltılmasını, ya da acil servislerde çalışan personel sayısı artırılmasını gündeme getirmektedir.

Araştırmamızda gece nöbeti tutan bireyler arasında batıcı yaralanmaların %60'larda, tutmayanlarda ise %39 olduğu görülmektedir. Diğer taraftan eldivene bağlı deri sağlık sorunu yaşama gece nöbet tutanlarda %67'lerde iken, tutmayanlarda %48'lerde, kimyasal madde sıçramasına maruz kalma gece nöbeti tutanlarda %43, tutmayanlarda %29'dur. Gece nöbet tutma ve haftalık nöbet sayısı bakımından özel hastane veya devlet hastanesinde çalışanlar arasında önemli fark yoktur.

Sağlık- Sen tarafından yapılan 'Sağlık Çalışanlarında Şiddet' araştırmasında çalışanların %60,4'nün nöbet tuttuğu belirlenmiştir. Uçak'ın 2009 yılındaki çalışmasında gece nöbet tutan personel sıklığı %67,5 bulunmuştur. Bizim çalışmamızın sonucu da bunlara yakın olarak %54,8'dir. Katılımcıları daha çok asistan grubu olan Gökhan'ın 2008 yılındaki çalışmasına göre, hekimlerin %98,4'ü nöbet tutmaktadır. Bizim çalışmamızda ise hekimlerin %64,4'ünün nöbet tuttuğu anlaşılmıştır. Gökhan'ın çalışmasındaki yüksek sıklık katılımcıların genelde asistan grubu olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda gece nöbeti tutanların ortalama olarak ayda 7 nöbet tuttuğu görülmektedir. Selvi ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışmada, gece çalışmak

zorunda kalan bireylerde pek çok fiziksel ve ruhsal sorunların meydana gelebileceği gösterilmiştir (Selvi ve ark, 2010).

Çalışmamızda gece nöbeti tutanlarda doktor tarafından hastalık tanısı alma sıklığı %30,6 iken, gece nöbet tutmayanlarda bu değer %27,5'tir. Aradaki fark istatistiksel olarak aradaki fark önemli değildir.

Çalışmamızdaki sonuçlara göre tüm sağlık çalışanlarının %37,8'i halen sigara içmekte, %5,5'i ise daha önce içip bırakmıştır. Günlük sigara içme %30,5 olup, katılımcıların %4,5'i günde 20 ve üzerinde sigara içmektedir.

Laboratuvar-radyoloji bölümü çalışanlarında sigara içme %52 olup sigara içmenin en yüksek olduğu gruptur. Meslekler arası karşılaştırmada, hekimlerin %26'sı, hemşirelerin %36'sı sigara içmektedir. En düşük sigara içme yüzdesi hekimlerdedir. Bunun nedeni hekimlerde tütünün sağlık sonuçlarıyla ilgili farkındalığın daha yüksek olması olabilir.

Efil'in 2005 yılındaki çalışmasında, hekimlerin %32,2'si hemşirelerin %34,6'sı halen sigara kullandığı saptanmıştır (Elif, 2005). Güvercin ve arkadaşlarının 1999'da yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarında sigara içme %37,3 olarak bulunmuştur (Güvercin, 1999). Bu hızlar bizim sonuçlarımızla örtüşmektedir. Gökhan'ın 2008 yılındaki çalışmasında sigara kullanma sıklığı %36,7 bulunmuştur. Bu çalışmada erkekler önemli ölçüde daha fazla sigara kullanmaktadır. Bizim çalışmamızda kadınlarla erkeklerin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak önemli farklılık yoktur. Araştırmamıza katılanlar arasında sigara içme açısından özel hastanede veya devlet hastanesinde çalışıyor olmak ve çalışılan bölümler açısından önemli fark bulunmamaktadır.

TC'de sigara ile ilgili yapılmış pek çok çalışmada toplumun giderek sigarayı daha az içtiğini göstermektedir. Son yıllarda kadınlarda değişim olmamasına karşın, erkeklerde içme azalmaktadır. Kabaca erkeklerde her 3 erkekten biri sigara içiyorken, kadınlarda sigara içme %10'lardadır (Doğanay, ve ark., 2012). Toplumun giderek farkındalığının artması, kapalı ortamlarda sigara içmenin yasaklanması, sigara ücretlerinde artış olması sigarayı bırakmada olumlu katkı yapmış olabilir. Çalışmamızda özellikle kadınlarda sigara içme yüksektir. Ülkemizde yeterince uygulanmayan kapalı ortamlarda sigara

içme yasağı nedeniyle, hastanelerde bile sigara içilebilir hale gelmiştir. Fiyat politikası da farkındalığın az olmasında etkili olmuş olabilir

Araştırmamıza katılan tüm sağlık çalışanlarının yaklaşık %90'ı işini stresli bulmaktadır. 40 yaş üzerindeki sağlık çalışanlarında bu sıklık daha da yüksektir. Özel hastane çalışanlarında işini stresli bulanlar %82 iken, devlet hastanesi çalışanlarında işini stresli bulma %94 düzeyindedir. Hekim ve hemşirelerde işini stresli bulma %93, temizlik personelinde %71'dir. Gece nöbet tutun sağlık çalışanlarında işini stresli bulma yüzdesi %94, tutmayanlarda %84'tür. İşini stresli bulma durumu açısından cinsiyette ve çalışılan bölüme göre önemli bir fark yoktur. Gece nöbet tutun personelin işini stresli bulması gerçekten daha stresli bir ortamda çalışıyor olmasından, geceleri çalışan personel sayısının azalmasından ve geceyi ev dışında geçirmekten kaynaklanıyor olabilir. Özel hastanede hasta yoğunluğunun az olmasından dolayı özel hastanede görevli sağlık çalışanlarında daha az stresli bir ortamda çalışma algısı olabilir. Devlet hastanesi çalışanlarında algı daha yüksek olabilir. Hekim ve hemşireler yaptıkları işte ve aldıkları sorumluluktan dolayı işlerini diğer personele göre daha stresli bulabilirler. Yoğunluk stres algısını artırdığı gibi, yeterince güvenli bir ortamda çalışmıyor algısına sahip olmak da stres durumunu artırabilir. Gökhan'ın 2008 yılındaki çalışmasında iş ortamını stresli bulanlar %37'dir.

Katılan sağlık çalışanlarının %57,5'i işini çok riskli, %93,5'i riskli olarak tanımlamaktadır. Bunun yanında 40 yaş altı çalışanların %9,3'ü işini düşük riskli olarak algılamakta, 40 yaş ve üstünde değer %2,7'dir. Yaş ve deneyim arttıkça risk algısı düzeyi artmış olabilir. Taşcıoğlu'nun 2007 yılı çalışmasında hemşirelerin risk algısı %82-90 arası değişmektedir, ancak bu çalışmada risk algısında yaşa bağlı farklılık bulunmamıştır (Taşcıoğlu, 2007). Bizim çalışmamızda 40 yaş üstü istatistiksel olarak önemli düzeyde işini daha riskli bulmaktadır. Erkan'ın çalışmasında 35 yaş sonrası risk algısı düşük çıkmıştır (Erkan, 2014). Bizim çalışmamızda farklı olarak yaşla risk algısı artmaktadır. Erkan'ın çalışmasında hemşirelerde risk algısı %90, teknisyen grubunda %75'tir.

Araştırmamızda özel hastane çalışanlarının %45'i işini çok riskli bulurken, devlet hastanesi çalışanlarında bu hız %65'tir. Devlet çalışanları daha yoğun mesai ve çalışma koşulları nedeniyle işlerini daha riskli algılıyor olabilirler. Gece nöbet tutan sağlık çalışanlarında işini çok riskli bulma %70 iken gece nöbet tutmayanlarda %41'dir. Gece

koşullarında çalışan personel işini daha riskli algılamaktadır. Polikliniklerde çalışanların %40'ı işini çok riskli bulurken, servislerde çalışanların %56,3'ü, laboratuvar/radyoloji bölümünde çalışanların %46,7'si işini çok riskli bulmaktadır. Acil servis çalışanlarından ise %80,4'ü işini çok riskli bulmaktadır. Katılanlar arasında acil serviste çalışanlar diğer bölümlerde çalışanlardan daha yüksek bir oranda işini daha riskli olarak tanımlamaktadır. Acil servisler yapılan işin yürütüm koşullarından dolayı daha riskli alanlar olabilir. Çalışanların algısı bu açıdan normal kabul edilebilir.

Laboratuvar/radyoloji bölüm çalışanları işlerini diğer bölümlere göre daha az riskli buldukları görülmektedir. Gerçekte ise hem laboratuvar grubunun, hem de radyoloji grubunun işlerini daha riskli bulması beklenebilir. Fakat farkındalık ve eğitim eksikliklerinden risk algısı düşük olmuş olabilir. Erkan'ın 2014'deki araştırmasında ise acil servislerde risk %90 algılanırken, laboratuvar da %71, polikliniklerde ise %37,5'tir. Laboratuvar ve poliklinik çalışanlarının bizim araştırmamıza benzer olarak diğer bölümlere göre işini daha az riskli algıladığı görülmektedir.

Bizim çalışmamızda katılımcılar arasında hemşireler diğer gruplara göre işini daha riskli bulmaktadır. İşinin risk derecesini en düşük bulanlar grup 4'deki sağlık çalışanlarıdır (temizlik personeli). Hekimlerin %97,2'si, hemşirelerin %95,8'i, grup 3 çalışanlardan %86,4'ü, grup 4 çalışanlardan %90,7'si, işini riskli olarak bulmaktadır. Hemşireler yapılmış birçok çalışmada (Tarantola ve ark, 2003, Martins ve ark, 2003) ve bizim araştırmamızda da en fazla batıcı yaralanmalara maruz kalan, işe bağlı hastalık geçiren gruptur. Yapılan işin niteliğinden dolayı riskler vardır ve hemşireler bundan dolayı işlerini diğer personele göre daha riskli bulmuş olabilir. Araştırmamıza katılanların yalnızca %6,5'i işini düşük riskli olarak görmektedir. Bayhan'ın 2005 yılındaki araştırmasında katılımcıların %63,7'si işini riskli, %7,3'ü çok riskli olarak tanımlamaktadır (Bayhan, 2005). Uçak tarafından 2009 yılında yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının kaza ve risklere karşı yaklaşık %75 oranında çalışma ortamını riskli bulduğu görülmektedir. Erkan tarafından yapılan 2014 yılındaki çalışmada ise işinin riskli olduğunu düşünenler %88,3'tür. Bizim araştırmamızda da benzer olarak sağlık çalışanlarının %93,5'i işlerini riskli olarak görmektedir. Erkan'ın çalışmasında hemşirelerde risk algısı %90, teknisyen grubunda %75'ti. Bizim araştırmamızda da hemşirelerde %95,8, grup 3'te (teknisyen grubu) %86 idi.

Yaptığımız araştırmaya katılanların %83'ü hastanede enfeksiyonlar için alınan önlemleri yetersiz bulmuştur. Devlet hastanesi çalışanlarının %98'i enfeksiyonlar açısından hastanede alınan önlemleri yetersiz bulurken, özel hastane çalışanları arasında enfeksiyonlar açısından alınan önlemleri yetersiz bulanlar %57,9'dur. Özellikle devlet hastanesi çalışanlarının neredeyse tamamı enfeksiyonlar için alınan önlemleri yetersiz bulmaktadır. KKD'lerin yetersiz kullanılması, enfeksiyon kontrol komitesinin olmaması, hasta yoğunluğu, enfeksiyon olması muhtemel hastaların ayrı, özel odalarda muayene edilmemesi, triaj uygulamasının acil servislerde olmaması, yataklı servislerde ateşli hastaların çoğu zaman izole edilememesi, hem hastadan hastaya, hem çalışandan hastaya, hem de hastadan çalışana enfeksiyonların geçmesini arttırmış olabilir. İş kaynaklı hastalıklar listesinde çalışanların %50'lere varan bir oranda enfeksiyonları belirtmesi bu söylenenleri doğrular nitelikte olabilir.

Araştırmamızda çalıştığı ortamın enfeksiyonlar açısından riskli olduğunu düşünenler %79,5'tir. Yanıklar Çelik'in 2015 yılında yaptığı çalışmada, yaptığı iş nedeniyle bulaşıcı hastalıklar açısından risk altında olduğunu düşünenler daha yüksek (%92) saptanmıştır (Yanıklar, 2015).

Araştırmaya katılanların %50,5'i hastaya dokunmadan önce her zaman ellerini yıkamaktaydı. Erkan tarafından 2012 yılında yapılan çalışmada hastaya temastan önce her zaman el yıkayanlar benzer olarak %50,6 bulunmuştur (Erkan, 2014)

Çalışmamıza katılanlar arasında hastaya dokunduktan sonra ellerini yıkayanlar ise %81,8'dir. Wendt ve arkadaşlarının 2004'te Almanya'da yaptıkları bir araştırmada, steril materyalle temas sonrası el yıkamanın %39 olduğu, buna karşılık vücut sekresyonları ile temas sonrası yıkayanların %90'a çıktığı belirlenmiştir (Wendt, 2004).

Kuşçu'nun araştırmasında, kamu hastanelerinde KKD kullanımı hakkında bilgi ve görüşler ile donanım yeterliliği değerlendirilmiştir. KKD kullanımından yararlandıklarını belirtenler %75,5 bulunmuştur (Kuşçu, 2014). Demirbilek ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan bir başka araştırmada KKD kullanımının çalışanlarda güven duygusunu artırdığı gösterilmiştir (Demirbilek, 2008)

Araştırmamıza katılanların %85'i hepatit B ve C testi yaptırmıştır. Hekimlerde bu hız %97, hemşirelerde %88, grup 3 meslek çalışanlarında (teknisyen grubu) %66'dır. Hekimler diğer tüm gruplara göre daha yüksek bir düzeyde hepatit B ve C testi

yaptırmıştır. Katılımcıların %8,4'ü hepatit B ve C testi yaptırmamıştır. Polikliniklerde çalışanlar diğer tüm bölümlerde çalışanlara göre daha fazla hepatit B ve C testi yaptırmıştır. Diğer yandan Laboratuvar/radyoloji bölümü çalışanlarında hız daha düşüktür. Bu durum, bilgi eksikliği ve hepatit B ve C hakkında eğitim ve farkındalık çalışması yapılmamış olmasına bağlı olabilir.

Gökhan'ın araştırmasında sağlık çalışanları arasında test yaptırma hızları, hepatit B için %92, hepatit C için %75'tir. Kuruüzüm ve arkadaşlarının 2008 yılındaki çalışmasında hepatit C testi yaptırma %68,6, Eroğlu'nun 2014'teki araştırmasında hepatit B ve C testi yaptırma %82,6'dır (Eroğlu, 2014). Bizim araştırmamızdaki değerleriyle uyumludur (%85).

Hepatit B aşısı sağlık çalışanlarını hepatit B enfeksiyonundan korumada önemli bir aşıdır. ABD'de yapılan aşılama programları ile 1983'de 17 bin sağlık çalışanı hepatit B taşıyıcısı iken, 2010 da bu sayı 263'e düşmüştür (Haviari, 2015).

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının %84'ünün hepatit B aşıları olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında sağlık çalışanlarının %12'si hepatit B için aşı yaptırmamıştır. Günümüzde sağlık çalışanları arasında hepatit B aşısının bu ölçüde eksik olması irdelenmeye değer bir konudur. Hepatit B aşısı rekombinant DNA teknolojisi ile üretilen ve ciddi yan etkisi olmayan bir aşıdır. Tüm sağlık çalışanları gerek delici- kesici yaralanmalar, gerek hastanın kan ve vücut sıvılarının sıçraması nedeniyle hepatit B açısından risk altındadır. Araştırmaya katılanlardan %12'lik bir kesimin aşılınmama nedeni, eğitimsizlik ve yeterince bilgilendirilmeme olabilir. Aşının sağlanmasında sorun olup olmadığı belirlenmelidir. Hekim grubunun diğer gruplara göre daha yüksek düzeyde aşılanmış olmasının nedeni hepatit B ve C konusunda daha bilgili ve bilinçli bir meslek grubu olmasından kaynaklanabilir.

Yeşildal ve ark. 2004 yılında ki araştırmasında, katılanların %13,1'inin, Aşkar'ın 2006 yılındaki çalışmasında sağlık çalışanlarının %26,7'sinin hepatiti B aşısı olmadığı belirlenmiştir. Araştırmamızda, hekimlerin %98,6'sı, hemşirelerin %79,9'u, grup 3 çalışanların %71,2'si, grup 4 çalışanların %91,4'ü hepatit B aşısı yaptırmıştır. Hepatit B aşısı yaptıran hekimlerin sıklığı istatistiksel olarak önemli düzeyde diğer gruplardan daha yüksektir. Aşı yaptırmayanların değerlendirilmesinde bir hekimin (%1,4) aşı yaptırmadığı, laboratuvar/radyoloji grubunda ise %19,7 (13) aşısız olduğu

görülmektedir. İstatistiksel olarak diğer gruplara göre laboratuvar-radyoloji çalışanları daha yüksek bir düzeyde hepatit B aşısı yaptırmamıştır.

Özel hastanede çalışanların devlet hastanesinde çalışanlara göre hepatit B'ye karşı aşılama düzeyleri daha yüksektir. Devlette çalışanların %78,5'i aşıllı olduğu, özel hastanelerde ise %92,7 aşıllı olduğu görülmektedir. Özel hastanelerin devlet hastanelerine göre işe yeni başlayan sağlık çalışanlarına hepatit B aşısını daha yüksek bir düzeyde önerdiği, hatta zorunlu kıldığı söylenebilir (özel hastanelerle yönetimleriyle görüşmede belirtildi).

Türkistanlı ve ark. 2000 yılındaki araştırmasında hepatit B aşısı yaptırma hızı %50,4, Kuruüzüm ve arkadaşlarının araştırmasında ise %83,1 bulunmuştur. Bayhan'ın 2005 yılındaki araştırmasında hemşirelerin yaklaşık yarısının, Doğan ve ark., 2005 yılındaki çalışmasında hepatit B için aşılama düzeyi hekimlerin %48,7'sinin (Doğan, 2005), Demir ve arkadaşlarının 2006 yılındaki araştırmasında hekimlerin %55,8'inin (Demir, 2006), hemşirelerin %57,5'inin; Uçak 2007 yılındaki çalışmasında sağlık personelinin %85,2'sinin hepatit B aşıllı olduğu belirlenmiştir. İnan ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan araştırmada doktorların %74'ünün, hemşirelerin %53'ünün hepatit B'ye karşı aşılanmış olduğu gösterilmiştir (İnan, 2005). Taşcıoğlu tarafından 2007'de yapılan çalışmada hemşirelerin %75, Erkan tarafından 2014 yılında yapılan çalışmasında çalışanların %83,3'ü, Sarı ve arkadaşlarının 2013'teki çalışmasında sağlık personelinin %75,5 düzeyinde hepatit B'ye karşı aşıllı olduğu saptanmıştır.

Moro ve arkadaşlarının 2005'te Dominik Cumhuriyeti'nde yaptığı çalışmada da sağlık çalışanlarında Hepatit B aşılmasının %57 olduğu görülmektedir.

İnci ve arkadaşlarının 2006 yılındaki çalışmalarında, sağlık personeli arasında hepatit B –C ve HIV seropozitifliğine bakılmıştır. Hastane çalışanları arasında sağlık personelinin %62,7'sinde anti-HBs pozitif bulunmuştur. HBV'ye karşı doktorların %95'i ebe ve hemşirelerin %76'sı, teknisyenlerin %68'i, temizlik şirketi çalışanlarının %44'ü ve diğer personelin %37,5'i bağışık olarak bulunmuştur (İnci, 2006). Shin ve ark. Kore'de 2006 yılında yapmış oldukları bir çalışmada sağlık çalışanlarındaki anti-HBs pozitifliğinin %76,9 olduğu bildirilmiştir (Shin ve ark., 2006)

Havaiari ve ark. 2011-2015 yılları arasında pek çok merkezde (Avrupa Birliği, Japonya, ABD) yapılmış çalışmalardan yaptıkları derlemede (Vaccination of healthcare workers:

A review) sağlık çalışanları arasında hepatit B aşısı yaptıırma düzeyleri %63-95 arası değişmektedir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanları, pek çok araştırmaya göre, daha yüksek düzeyde hepatit B için aşılıdır. Son yıllarda giderek artan bir düzeyde aşılanma vardır. Sağlık alışanlarının bilinçlenmesi, işveren olarak hastane yönetimlerinin konuya ilgisi, aşılamadaki artışın nedeni olabilir.

Araştırmaya katılanların %35,9'u, son 1 yılda HIV testi yaptırmıştır (alışmamızdaki veriler ışığında sağlık çalışanlarının rutin aralıklarla HIV testi yaptırdığı yönünde bir bilgi yoktur). Kuruüzüm ve arkadaşlarının araştırmasında HIV testi yaptıranlar %68,6'dır.

Araştırmamızda batıcı yaralanma sıklığının fazlalığı ve KKD'lerin yetersiz kullanılma nedeniyle bulaşma riski taşıyan HIV için testlerin daha sıklıkla yapılması gereği açıktır.

Çalışmamıza katılanların %28'i mesleğe başladıktan sonra herhangi bir aşı yaptırmamıştır. Aşıların yapılmamasının nedeni sağlık çalışanlarının eğitimindeki yetersizlik ve farkındalık eksikliği olabilir. Hastane güvenlik birimlerinin olmamasının, enfeksiyon kontrol komitelerinin yetersiz olmasının da, bu sonuçta etkisi olmuş olabilir.

Türkiye Cumhuriyeti'nde sağlık çalışanlarına yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından aşılama programları yürütülmektedir. Burada nerilen hepatit B, influenza, kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği aşılarıdır. Sağlık alışanları 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, 2014).

Haviari, ve ark. 2011-2015 yılları arası yapılmış çalışmalardan yola çıkarak yayınladıkları derlemede (Vaccination of healthcare workers) İnfluenza aşısının Avrupa Birliği, ABD ve Japonya dahil pek çok ülkede yaygın olarak tüm sağlık çalışanlarına önerildiği görülmektedir. Buna karşın, bu ülkelerdeki sağlık çalışanları arasında influenza yaptıırma sıklığı %15-90 arasında değişmektedir. Aynı çalışmada hepatit B aşısı yaptıranlar %63-95, boğmaca aşısı yaptıranlar %14-73, KKK (Kızamık, kızamıkçık, kabakulak) aşısı yaptıralar %87-97'dir. Bu derlemede ayrıca kızamık enfeksiyonunun sağlık alışanlarında normal populas-yona göre 13-14 kat daha fazla

görüldüğü gösterilmiştir. KKK(MMR) aşısı sağlık personeline bazı Avrupa ülkeleri, Amerika, Kanada ve Avusturalya'da önerilmektedir. Finlandiya'da tüm sağlık çalışanlarına, Slovenya da kadın sağlık çalışanlarına zorunludur. DSÖ'nun bu konuda bir önerisi yoktur (Haviari S, 2015).

Çalışmamızda 40 yaş ve üzerinde olanlarda mesleğe başladıktan sonra tetanoz ve hepatit B aşısı yaptıranlar daha yüksektir (tetanoz %42,9 hepatit B %65,7). Buna karşılık, 40 yaş altında olanlar ise daha düşüktür (tetanoz için %28,1, hepatit B için %53,2). Grip aşısı yaptırma açısından ise istatistiksel bir fark yoktur.

Devlet hastanesi çalışanları arasında mesleğe başladıktan sonra tetanoz yaptırma %40'larda iken özel hastanelerde %25'lerdedir. Özel hastanelerin çalışanları devlet hastane çalışanlarına göre daha genç ve meslekte geçirdikleri süre daha kısadır. Çalışma süresinin kısa olması bu sonuçta etkili olmuş olabilir. Devlet hastanesi çalışanları, özel hastane çalışanlarına göre, acil servis çalışanları da diğer bölüm çalışanlarına göre daha fazla bir oranda tetanoz aşısı yaptırmışlardır. Tetanoz aşısı çoğu zaman rutin bir aşılama şeklinde değil, yaralanma sonrasında yapılmaktadır. Çalışmamızda ki verilerde acil servis çalışanları daha fazla batıcı yaralanma geçirmiştir. Buna bağlı olarak daha fazla tetanoz yaptırmış olabilirler. Mesleğe başladıktan sonra grip aşısı yaptırma devlet hastanesi sağlık çalışanlarında %21'lerde iken özel hastane sağlık çalışanlarında %10'lardadır. Bu aşının son yıllarda devlet hastanesinde ücretsiz karşılanmış olması aşılanma oranının yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

Japonya, ABD ve AB ülkelerinde sağlık çalışanlarına önerilen aşılar arasında MMR vardır (Haviari ve ark, 2015). Bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz verilere göre Gazimağusa bölgesi sağlık çalışanlarında MMR yaptırma çok düşük oranlardadır (%2,5).

Haviari ve ark. 2011-2015 yılları arası yapılmış çalışmalardan yola çıkarak yayınladıkları derlemeye göre (Vaccination of healthcare workers) boğmaca aşısı pek çok ülkede sağlık çalışanlarına önerilmesine karşın, tetanoz aşısı bazı ülkelerde önerilmemektedir. Suçiçeği aşısı pek çok ülkede önerilen aşılar arasındadır. Bu derlemeye göre, sağlık çalışanlarının %5-50 arasında suçiçeğine maruziyetleri söz konusudur. Özellikle mesleğe yeni başlayanlar ya da tıp öğrencilerinde suçiçeği enfeksiyonunun yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda tüm sağlık çalışanları arasında son 5 yılda tetanoz aşısı yaptıranlar %52,5'dir. Katılımcılar arasında kadınların %46,1'i, son 5 yılda tetanoz aşısı yaptıran erkeklerin %65,7'si tetanoz aşısı yaptırmıştır. Aradaki fark önemlidir. Erkekler kadınlara göre son 5 yılda daha fazla bir düzeyde tetanoz yaptırmıştır. Araştırmaya katılanların %32,5'inin mesleğe başladıktan sonra tetanoz aşısı yaptırdığı görülmektedir.

Çalışmamızda çıkan diğer sonuçlar arasında devlet hastanesi çalışanları arasında mesleğe başladıktan sonra tetanoz aşısı yaptırma %40'larda iken özel hastanelerde %25'lerdedir. Acil servis çalışanlarında mesleğe başladıktan sonra tetanoz yaptırma %46'larda iken, laboratuvar –radyoloji bölümü çalışanlarında %21'lerdedir. Devlet hastanesi çalışanları, özel hastane çalışanlarına göre, acil servis çalışanları da diğer bölüm çalışanlarına göre daha fazla tetanoz aşısı yaptırmışlardır. Acil servislerde çalışanlar daha sıklıkla batıcı yaralanma geçirebilmektedir. Tetanoz aşısı yaptırma düzeyinin yüksekliği bundan kaynaklanabilir. Batıcı yaralanma açısından devlet hastanesinde çalışanların %53'ü, özel hastanede çalışanların %43'ü batıcı yaralanma geçirmiştir. İstatistiksel olarak önemli olmamakla birlikte, batıcı yaralanmaların devlet hastanesinde çalışanlarında daha çok olması, daha fazla tetanoz aşısı yapılmasıyla ilişkili olabilir.

Tetanoz aşısı yaptırma Gökhan'ın 2008 yılındaki çalışmasında %33,3, Erkan'ın 2014 yılındaki araştırmasında %45,4, Türkistanlı ve ark, 2000 yılında yaptıkları araştırmada %30,8'dir. Taşçıoğlu'nun 2007 deki çalışmasında hemşirelerin tetanoz aşısı yaptırma durumu %13 bulunmuştur. Yanıklar Çelik'in 2015'teki araştırmasında son 10 yılda tetanoza karşı hiç aşılanmayanlar %54,8'dir.

Sağlık çalışanlarının grip aşısı yaptırma 1981'den beri CDC (Centers For Disease Control And Prevention) önerileri arasında yer almasına karşın, gerek bizim çalışmamızda gerekse benzer çalışmalarda sağlık çalışanları arasında grip aşısı yaptırma düzeyleri yüksek değildir. Diğer yandan 'Healthy People 2020' hedeflerindeki sağlık çalışanları influenza aşılanma hedefi %90'lara ulaşmak olarak açıklanmıştır (Sarı, 2017).

Araştırmaya katılanların %16,1'i mesleğe başladıktan sonra grip aşısı yaptırmıştır. Özel hastane çalışanları arasında grip aşısı yaptırma %11, devlet hastanesinde çalışanlarda

%22'dir. Bunun nedeni, devlet hastanesinde sağlık çalışanlarına son yıllarda ücretsiz grip aşısı yaptırılması olabilir.

Sarı ve arkadaşlarının sağlık çalışanları arasında grip aşısını değerlendiren ve 2017'de yayımlanan çalışmasında son bir yıl içinde grip aşısı yaptıran sağlık çalışanı düzeyi %4,3 bulunmuştur. Katılanların %51,3'ünün yaşam boyu hiç grip aşısı yaptırmadığı belirlenmiştir. Taşçıoğlu tarafından 2007 deki tez çalışmasında, hemşirelerde grip aşısı yaptırma %13,1 bulunmuştur. Yanıklar Çelik 2015 yılındaki araştırmasında, katılımcıların %82,4'ünün grip aşısı yaptırmadığı saptanmıştır. Diğer yandan sağlık çalışanlarını kapsayan ve 2011 de yayımlanan bir meta analizde, sağlık çalışanlarının grip aşısı yaptırma düzeyi %7,5-63 arasında değiştiği görülmektedir (Aquilar, 2011). Sağlık çalışanları arasında grip aşısı yaptırma Güney Kore'de Yoon ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılan çalışmada %60, Abramson ve arkadaşlarının 2008 yılındaki çalışmasında %51,4, Alshammari ve arkadaşlarının ise 2004'teki araştırmalarında %38'dir.

Havaiairi ve arkadaşlarının 2011-2015 yılları arasında pek çok merkezde yapılmış çalışmayı değerlendirdikleri derlemede sağlık çalışanları arasında grip aşısı yaptırma %15-90 arasında değişmektedir (Havaiairi, 2015).

Araştırmamızda grip aşısı yaptırma durumu Türkiye'de yapılan başka çalışmalarla paralelken, dünyanın değişik yerlerinde sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalara göre daha düşüktür.

Grip aşısı yaptırmanın düşük olmasının nedenleri sağlık çalışanlarının grip aşısının etkinliğine tam güvenmemesi, bilgi ve farkındalık eksikliği (grip hastalığını önemli bulmama, komplikasyonlarından haberdar olmama), hastane yönetimleri tarafından ücretsiz karşılanması konusunda bilgilendirme eksikliği olabilir. CDC aşılamanın artırılması için aşı günlerini önermektedir. Aşının ücretsiz olması ve aşıyla ilgili bilgilendirme yapılması önemlidir. Aşının zorunlu olduğu ülkelerde aşılama yüksektir (Sarı, 2017). Amerika Birleşik Devletlerinde 2009 yılında sağlık çalışanları arasında %69 olan aşılama düzeyi, 2010'da zorunlu tutulmasından sonra %96'lara ulaşmıştır (Huynh ve ark. 2012)

Kişisel koruyucu donanımlar (KKD) çalışan kişiyi yürütülen işten kaynaklanan, sağlık ve güvenliği etkileyen bir veya birden fazla riske karşı koruyan, çalışan tarafından

giyilen, takılan veya tutulan, bu amaca uygun olarak tasarımı yapılmış tüm alet, araç, gereç ve cihazlardır (TC Kişisel Korucuyu Donanım Yönetmeliği, 2006). Sağlık alanında kullanılan başlıca KKD'ler maske, eldiven, önlük, gözlüktür.

Araştırmaya katılanların %5,5'i maske kullanmaya gerek olmadığını, %39,3'ü günde bir kez değiştirmenin yeterli olduğunu düşünmektedir. Her hastada, her zaman maske kullanılması gerektiğini düşünenler %52,9'dur. Hemşirelerin %61,8'i, hekimlerin ise ancak %42,9'u maskenin her hastada kullanılması gerektiği görüşündedir. Her hastada her zaman maske kullanılması gerektiğini düşünenler, hemşireler arasında diğer mesleklerle göre daha yüksektir.

KKD içinde yer alan maskenin her zaman kullanılmasının gerekmediğini düşünen önemli bir sağlık çalışanı kitlesi vardır (%47). Oysa çalışanlar çalışma ortamlarında enfeksiyonlar açısından yeterli önlem alınmadığını düşünmektedir. Bu durum, katılanların maske kullanmayı, KKD olarak enfeksiyondan koruyan bir araç olarak görmüyor olabileceğini düşündürmektedir. Bu konuda tüm sağlık çalışanlarının eğitimden gereksinimi olabileceği izlenimi edinilmiştir.

KKD doğru kullanımı açısından en yüksek düzey eldiven kullanmaya bakış açısidir. Araştırmaya katılanların %95,8'i her hastada eldiven değiştirilmesi gerektiğini, %1,3'ü KKD olarak eldiveni kullanmaya gerek olmadığını düşünmektedir. Günde 1 kez eldiven değiştirmenin yeterli olduğunu düşünen düzey ise %2,6'dır. Hemşirelerde eldivenin her hastada kullanılmasını düşünenler en yüksek olup %100'dür. Temizlik personelinde bu oran en düşüktür (%84). Hemşirelerin gerek okul eğitimleri, gerek meslek içi eğitimleri bu konuda yüksek düzeyde farkındalık yaratmış olabilir.

Araştırmamızda çalışanlarda her zaman maske kullanma %18, hastaya müdahale ederken her zaman maske kullanma %21,3, hiçbir zaman maske kullanmayanlar %8 bulunmuştur. Katılanların %50'si nadiren, %23'ü sıklıkla maske kullanmaktadır. Hekimlerin %20'si her zaman, %21,9'u hastayla temasta maske kullandığını belirtmiştir. Araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak, Gökhan tarafından 2008 de yapılan araştırmada hastayla temasta hekimlerin %87,5'i maske kullanmaktaydı.

Eyüboğlu'nun 2014 de yaptığı araştırmada, hemşirelerde her zaman maske kullanma sıklığı %27'dir. Uçak tarafından 2009 yılında yapılan araştırmada maske kullanma

%11,2 bulunmuştur. Martin ve Larson'un (2003'te) yaptığı çalışmada hemşirelerin KKD kullanımı, yüz koruyucu ve maske kullanımı %6 olarak bulunmuştur.

Araştırmamızda genel olarak grup 4 çalışanları dışında diğer gruplarda maske kullanımı ve hastaya müdahale ederken maske kullanımı oldukça düşüktür. Polikliniklerde çalışanlar diğer bölüm çalışanlarına göre önemli ölçüde daha fazla maske kullanmaktadır. Acil bölümü gibi enfeksiyon hastalıkları ve yaralanmalarla sıklıkla karşılaşılan ortamlarda ise maske kullanımı çok düşüktür.

Araştırmaya katılanların %48,4'ü hastaya müdahale ederken her zaman eldiven kullanmakta, %3,2'si hiç bir zaman eldiven kullanmamaktadır. Hastayla temasta eldiven kullanma, laboratuvar ve radyoloji gibi bölüm çalışanlarında %30'lardadır. Laboratuvar –radyoloji bölümü çalışanları hastayla temasta eldiveni daha az kullanmaktadır. Çalışmamızda hekimlerin %49,8'i, hemşirelerin %55,6'sı, grup3 çalışanın %42,4'ü, grup 4 çalışanın %48,7'si, her zaman, hekimlerin %35,2'si, hemşirelerin %54,9'u, grup 3 çalışanın %39,4'ü, grup 4 çalışanın %64,9'u, hastayla temasta her zaman eldiven kullanmaktadır.

Eyüboğlu tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin eldiven kullanma durumu %46,5 bulunmuştur. Kişioğlu ve arkadaşlarının 2002'deki çalışmasında sağlık çalışanlarının eldiven kullanma düzeyi %52,4, bulunmuştur. Erkan'ın 2014 yılında yapılan araştırmasında her zaman eldiven kullananlar %56,8 olup bu sonuçlar araştırmamızın sonucuna (48,6) yakındır. Uçak tarafından 2009 yılında yapılan araştırmada eldiven kullanma düzeyi daha düşük olup %39,1'dir.

Joardar ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları araştırmada hemşirelerin %52,9'u, Martin ve Larson'un 2003'te ayaktan ve yatan onkoloji hastalarına tedavi uygulayan hemşirler üzerinde yaptıkları araştırmada hemşirelerin %94'ü eldiven kullandığını belirtmiştir. Bu konuda araştırmamızda bulduğumuz sonuçlar Türkiye'deki ve dünyadaki yapılan bazı çalışmalardaki sonuçlara yakındır.

Çalışmamızda katılımcıların %21,3'ü her zaman önlük kullanmaktadır. Uçak'ın 2009'daki araştırmasında, önlük giyme durumu %14,2, Martin ve Larson'un yaptıkları araştırmalarında hemşirelerin koruyucu önlük kullanımı %55'tir. Bizim çalışmamızda hemşireler %7,7 düzeyinde her zaman önlük kullanmaktadır. Bu soru anketimizde hemşireler tarafından yanlış anlaşılmış olabilir. Önlük kullanma sorusu mevcut

üniforma üzerine diye anlaşılmış olabilir. Çünkü gözlemsel olarak hemşirelerin önlük kullanma düzeyi oldukça yüksektir.

Araştırmamızda katılımcıların %4,3'ü KKD olarak gözlük kullanmaktadır. Uçak tarafından 2009'da yapılan araştırmada KKD olarak gözlük kullanma durumu %1,2'dir. Bizim araştırmamızda bu soruda araştırmaya katılanların bir kısmı tarafından yanlış anlaşılmış olabilir. Gözlük kullanımı KKD olarak değil de, normal gözlük kullanımı olarak algılanmış olabilir.

KKD olarak gözlük kullanımının düzeyi düşüklüğünün önemli nedenlerinden biri işveren tarafından sağlanmaması olabilir. KKD olarak gözlük bulunan yerlerde de katılımcıların isteksiz olması, bilinçsizlik, bilgi ve farkındalık eksikliği nedenler arasındadır. Özellikle kimyasal maddelerle ilgili yaralanmalarda ve yanıklarda göz yaralanmaları önemli yer tutmaktadır. Araştırmamızda kimyasal yanıkların önemli bir bölümü gözle ilgilidir (%40).

Çalışmamızda katılımcıların maske ve eldiven kullanma konusunda yöneticiler tarafından uyarılma düzeyi %22,4'tü. Eldiven ve maske diğer KKD'lere göre yüksek kullanılan ve kullanılması gereken araçlardır. Ancak kullanım yüzdeleri istenilen düzeyde değildir. Yöneticilerin bu konuda yeterli duyarlılığı göstermediği görülmektedir. KKD kullanılmadığında doğacak mağduriyetlerde birinci sorumlu işverendir (TC KKD Yönetmeliği, 2006).

Araştırmamızda maske ve eldiven kullanmadığı için uyarılma durumları açısından devlet hastanesi ile özel hastaneler arasında önemli fark vardır. Özel hastane çalışanları maske ve eldiven kullanmaları yönünde, hastane yönetimleri tarafından daha fazla uyarılmıştır. Bunun nedeni özel hastanelerin yönetimlerinin devlet hastanesi yönetimlerine göre bu konuya daha fazla önem veriyor olabilirler.

Mesleklere göre maske ve eldiven kullanma durumu ile ilgili hastane yönetimi tarafından uyarılma durumlarının karşılaştırılmasında, hekimlerde %5,8 olan uyarılma, hemşirelerde %18,8, grup 3'te %24,6, grup 4'te ise %58,5'tir. Grup 4 hastane yönetimleri tarafından en fazla uyarılan grup olmuştur. Hekimlerde uyarılma durumu çok düşük olmakla birlikte, hekimlerdeki eldiven ve maske kullanım düzeyi diğer gruplardan daha yüksek değildir.

Araştırmamıza katılanlarda radyoloji çalışanları arasında her hastada kurşun önlük giyen yoktu. Kurşun önlüğü çoğu zaman kullananlar %27,3, bazen kullananlar %72,3'tür. Gazimağusa hastanelerinde kurşun önlük, gonod koruyucu ve tiroid koruyucu bulunmasına karşılık, radyasyondan koruyucu eldiven ve gözlük yoktur.

Balsak'ın 2014 çalışmasında çalışanların %50'sinin kurşun önlük kullandığı belirlenmiştir. Bunun yanında tiroid koruyucu kullanma (%32,4), gonad koruyucu kullanma (%29,6) bulunurken, koruyucu eldiven kullanma çok daha düşüktür. Özellikle radyasyondan koruyucu eldiven ve gözlüğün her birimde bulunmadığı bildirilmektedir (Balsak, 2014). Gazimağusa bölgesi hastanelerinde kurşun önlük, gonod koruyucu ve tiroid koruyucu bulunmasına rağmen eldiven ve koruyucu gözlük yoktur.

Kurşun önlüğün öneminin iyi anlaşılmadığı görülmektedir. Kurşun önlüğün az kullanılmasının nedenlerinden biri çekim sırasında paravan kullanılması olabilir, kurşun önlüğün giyip çıkarılması pratik bulunmamış olabilir. Kurşun önlüğün radyasyondan korumada önemli bir KKD olduğu konusu radyoloji çalışanlarına eğitimlerle verilmelidir.

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının %29,1'ine doktor tarafından bir tanı konmuştur. Bir kişiye birden fazla tanının konabildiği değerlendirilmedi, %28,4 ile hipertansiyon, %22,1 ile hipotiroidi, %12,6 ile diyabet, %8,4 ile kas iskelet sistemi hastalıkları (bel fıtığı, boyun fıtığı, kronik fibromiyalji), %8,4 ile kalp-damar hastalığı başta gelmektedir. Tüm diğer gruplara göre hemşireler ve hekimler benzer oranlarda diğer gruplara göre, daha fazla doktor tanısı almışlardır.

Doktor tarafından konulan hastalık durumu, 40 yaş altında %17,9 iken, 40 yaş ve sonrasında %42,4 bulunmuştur. Devlet hastanesi sağlık çalışanları özel hastane sağlık çalışanlarına göre, önemli ölçüde daha fazla hastalık tanısı almıştır. Toplumun genelinde olduğu gibi sağlık çalışanlarında da yaş arttıkça hastalık sıklığı artmaktadır.

Doktor tarafından konulan hastalık tanısı durumu açısından, cinsiyet, çalışılan bölüm farklılık yaratmamıştır. Bayhan'ın 2005 yılındaki araştırmasında, katılanların %5,8'i varis, %3,6'sının bel ağrısı olduğu görülmektedir. Uçak'ın 2009 yılında yapılan araştırmasında sağlık çalışanlarının %23,1'i kronik bel ağrısı, %13,6'sı kas iskelet sistemi hastalıkları, %20'sinde varis olduğu görülmüştür. Çalışmamızda kas iskelet sistemi orijinli hastalıklar çok daha düşüktü(%8). Gökhan'ın 2008 asistan çalışmasında

kronik hastalığı olan hekim düzeyi %13'tü. Bizim çalışmamıza göre doktor tarafından tanı alan sağlık çalışanı düzeyi daha düşük olup, bunun nedeni Gökhan'ın çalışmasının genç yaş grubunda yapılmasıdır (asistanlar). Yalnızca hemşire grubunda yapılan Taşcıoğlu'nun 2007 çalışmasında katılımcıların %51,5'inde varis, %44,4'ünde bel ağrısı, %22,2'sinde psikolojik rahatsızlık belirlenmiştir. Erkan'nın 2014'deki çalışmasında katılımcıların %38,8'inde varis, %22,9'unda depresyon, %16,3'ünde disk hernisi, %12,5'inde astım saptanmıştır.

NIOSH raporuna göre, bel ağrısı sıklığının ağır sanayi işçisi ve ağır vasıta şoförlerinden sonra hemşirelerde görüldüğü bildirilmiştir (Bayhan, 2005). Çalışmamızda da kronik hastalık tanısı alanların %8'inde kas iskelet sistemi hastalığı tanısı konmuştur. Bel ağrısı ve kas iskelet sistemi hastalığı tanısının daha önce yapılmış çalışmalara göre daha düşük olması diğer yerlere göre katılımcıların daha konforlu çalışma ortamında çalışıyor olmasından kaynaklanabilir (ayakta daha az durma, ergonomik çalışma, daha az yoğunlukta çalışma gibi). Bu konuda yapılan çalışmalarda evrene göre hastalık tanımlarında farklılıklarla karşılaşılabilir. Bazı çalışmalarda varis, bazı çalışmalarda bel fıtığı çok yüksek çıkabilmektedir. Çalışmamızda toplumun geneliyle paralel olarak hipertansiyon, hipotiroidi ve diyabetin yüksek olması, çalışmanın evrenini oluşturan katılımcıların ortalama yaşından kaynaklanıyor olabilir (ortalama yaş 38).

Araştırma sonuçlarımızda sağlık çalışanlarının %24,8'i düzenli ilaç kullanmaktadır. İlaç kullananların %28,1'i tiroid (hipotiroidi), %22,1'i hipertansiyon, %16,1'i diyabet, %9,5'i kalp damar hastalığı, %6,8'i ağrı kesici, %4,0 mide-bağırsak hastalığı, %2,7'si lipid düşürücüdür.

Çalışmamızın sonuçlarına göre hekimlerin 30,6'sı, hemşirelerin %31'i, grup 3'ün %14,9'u, grup 4'ün, %10,9 düzenli ilaç kullanmaktadır. Hemşireler ve hekimler diğer gruplara göre daha fazla hastalıklara bağlı ilaç kullanmaktadır.

Devlet hastanesinde görevli sağlık çalışanlarında düzenli ilaç kullanma, özel hastanelerdeki sağlık çalışanlarına göre önemli ölçüde daha yüksektir. Bu durum özelde çalışanların yaş ortalamasının daha düşük olmasından kaynaklanmış olabilir. Düzenli ilaç kullanma açısından değişik bölümlerde çalışanlar arasında ve cinsiyetler arasında önemli bir fark bulunmamıştır.

Yaptığımız çalışmadaki verilere göre 40 yaş altında doktor tarafından konulan hastalık düzeyi %17,9'dur. 40 yaş ve sonrasında ise %42,4'du. Düzenli ilaç kullanım durumu ise 40 yaş altında %15,2 iken 40 yaş ve sonrasında %36,2 idi. 40 yaş ve sonrası öncesine göre daha fazla doktor tanısı almış ve daha fazla ilaç kullanmaktaydı. Yaşla hastalıkların ve buna bağlı ilaç kullanımının artış beklenen bir durumdur.

Araştırmaya katılanların %31,8'i, iş kaynaklı bir hastalık geçirdiğini düşünmektedir. Geçirilen iş kaynaklı hastalıklar listesinin başında(%50) bronşit, üst solunum yolu hastalıkları, viral hastalıklar vardır. İşle ilgili diğer hastalıklar, %22,1 kas iskelet sistemi hastalığı, %7 psikolojik sorunlar, %4,2 hipertansiyon, %4,2 alerji astım, %4,2 mide bağırsak hastalığı, %2,8 kalp damar hastalığıdır.

Çalışmamızda enfeksiyonlara bağlı iş kaynaklı hastalık geçirme daha önce yapılmış çalışmalara göre yüksek olabilir (Bayhan, 2005, Gökhan, 2008, Uçak, 2009).

Ören tarafından 1994'te yapılan çalışmada, kas iskelet sistemi hastalıklarının başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarında sık görüldüğü gösterilmiştir. Özellikle yatağa bağımlı hasta bakım servislerinde çalışanlarda bu düzey daha yüksektir. Yoğun ve uzun süre ayakta çalışmanın kas iskelet sistemi hastalıklarını artırdığı bilinen klasik bilgiler arasındadır (Ören,1994) .

Kulaçoğlu ve ark. 1999'da genel cerrahi hekimlerinde yaptığı araştırmada, katılımcılarda görülen en sık kronik hastalık %14,9 disk hernisidir. Uçak 2007 araştırmasında iş kaynaklı hastalıklar, %36,7 kronik yorgunluk, %23,1 kronik bel ağrısı, %13,6 kas –iskelet sistemi hastalıkları, %20 varistir. Erkan 2014 yılı çalışmasında disk hernisi çalışanlar arasında %16,9 bulunmuştur.

Yapılmış benzer çalışmalarda iş kaynaklı hastalık olarak öncelikle kas iskelet sistemi rahatsızlıkları belirtilmiş olmasına karşın bizim çalışmamızda enfeksiyonlar ön planda görülmektedir. Bunun nedeni çalışılan hastanelerde enfeksiyon açısından çalışanların az önlem alınmasına bağlı olabilir. Enfeksiyon kontrol komitelerinin olmaması veya iyi çalışıyor olmaması da enfeksiyonların birebir iş kaynaklı nedenlerle oluştuğu algısını yaratmış olabilir. Bu savı destekler çıkan sonuçlarımızda, katılımcıların %47,3'si enfeksiyonlar açısından alınan önlemlerin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Diğer taraftan kas iskelet sistemi hastalıklarının yoğun olarak tespit edildiği hastanelere göre bizim hastanelerimiz daha az yoğunlukta çalışıyor olabilir.

Çalışmaya katılanların %50,6'sı en az bir kez batıcı bir yaralanma geçirmiştir. Meslekler arası farklılıklara bakıldığında hemşirelerden %66,2'si, hekimlerden %58,3'ü, grup 3'ten %31,8'i, grup 4'ten %17,8'i batıcı yaralanma geçirmiştir. Batıcı yaralanma hemşirelerde ve hekimlerde benzer düzeylerde ve diğer iki gruba göre daha yüksektir.

Yalnızca hemşire ve hekimlere sorulan 'ampul kırarken- enjeksiyon yaparken' yaralanma durumu ile ilgili verilen yanıtlarda, sağlık çalışanlarının %65,6'sının en az bir kez yaralanma geçirdiği belirlenmiştir. Araştırmamızda acil servislerde görevli olanların yaklaşık %65'i batıcı bir yaralanma geçirirken, diğer bölümlerde bu oran %50'dir.

ABD'de yılda 384 bin sağlık çalışanı yaralanmaktadır. Tüm yaralanmaların yaklaşık üçte biri iğne batmasıdır. Laboratuvarlarda çalışan görevlilerde her 1000 çalışanın 407'si 1 yıl içinde yaralanma geçirebilmektedir (kan sıçraması, sıvı sıçraması, batıcı yaralanma). Bu sağlık çalışanlarında tüm rapor edilen kazaların %13'dür, diğer yandan tüm yaralanmaların %15,7'si iv/ım (intravenöz girişimler/intramusculer girişimler ve tedavi sırasında) (McCormick, ve ark. 1981).

Pruss, ve ark 2005'teki çalışmasına göre, sağlık çalışanları yaralanmalar sonucunda HBV, HCV, HIV enfeksiyonuna yakalanabilmektedir. Verilere göre, sağlık çalışanları arasında 2005 yılına kadar 66 bin HBV, 16 bin HCV, bin HIV olgusu rapor edilmiştir (Pruss, 2005)

Sağlık çalışanları toplumun diğer fertlerine göre işle ilgili yürütüm koşullarından dolayı kesici delici alet yaralanmaları ile artmış bir riskle karşı karşıyadırlar. Sağlık çalışanlarının bu tip yaralanmalarının kayıt altına alınması zorunludur. Yaralanma sonrası müdahale ve izlemin tek elden yürütülmesi gereklidir. Gazimağusa bölgesi hastanelerinde bu tip yaralanmalar sonucunda yapılması gerekenleri içeren bir programın olmadığı görülmektedir. Sağlık çalışanları yaralanma sonrası ne yapacaklarını bilmemektedir. Bu konuda aldıkları eğitimler de yetersizdir. Bunun nedenleri arasında hastanelerde çalışır durumda enfeksiyon kontrol komitelerinin olmaması, hastane güvenlik birimlerinin bulunmaması sayılabilir.

Bir araştırmada, sağlık çalışanlarının yaralanmalarının rapor edilme oranı son derece düşük çıkmıştır (toplam raporlama %1,7) (Yanıklar, 2015) . Uçak'ın araştırmasında,

katılımcıların %61,5'inin kesici delici yaralanma geçirdiği belirlenmiştir. Bu sonuç bizim verilerimizle örtüşmektedir. Gökhan'ın 2008 yılı araştırmasında kesici-delici alet yaralanması geçirenler % 50 idi. Yaralanmaların en sık nedeni enjektör başlığı takarkendi. Dişbulak'ın 2013 yılındaki araştırmasında, hemşirelerin meslek yaşamlarında batıcı bir yaralanma geçirme sıklığı %60,8 bulunmuştur. Akkaya ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan araştırmada katılanların %56'sı kesici-delici alet yaralanması geçirdiğini bildirmiştir (Akkaya, 2014).

Araştırmamızda gece nöbet tutan sağlık çalışanlarında batıcı yaralanma geçirme düzeyi, gece nöbeti tutmayan sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak önemli düzeyde daha yüksektir. Samancıoğlu'nun araştırmasında da aylık nöbet sayısı ile kesici- delici aletle yaralanma durumu arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur. Nöbet tutanlar daha fazla kesici- delici yaralanma geçirmektedirler. Bir araştırmada kesici-delici yaralanmaların mesainin son diliminde olduğu ve uzun saatler çalışanların daha fazla yaralanma geçirdikleri gösterilmiştir (Gökhan, 2008). Omaç'ın 2006'daki çalışmasında gece vardiyasında çalışan hemşirelerin %78,1'inin, gündüz vardiyasında çalışanların ise %63,5'nin kesici –delici yaralanma geçirdiği görülmektedir (Omaç, 2006). Literatürde genç sağlık çalışanlarının daha fazla batıcı delici yaralanma geçirdikleri görülmektedir. Genç ve deneyimsiz sağlık çalışanları daha çok iş kazası geçirebilmektedir (Uçak, 2009). Bizim çalışmamızda ise 40 yaş altında yaklaşık %51 olan batıcı yaralanmalar, 40 yaş ve üstünde %45'tir; ancak aradaki fark istatistiksel olarak önemli değildir. Suziki ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları araştırmada, kaza ve yaralanmaların yaş/deneyimle azaldığı, gece nöbeti tutanların, tutmayanlara göre daha fazla kaza geçirdiği (yaralanma, iğne batması gibi) gösterilmiştir. Suziki ve ark. çalışmasına göre, gece vardiyasında çalışanlar diğerlerine göre 1.75 kat daha fazla risk altındadır (Suziki, 2004). Uçak'ın araştırmasına göre, kesici- delici yaralanmalarının %50,9 'u iğne batması, %42,6'sı ampul kesiğidir. Başka bir araştırmada yaralanmaların nedeni %47,9 enjektör iğnesi, %25 ampul kırılması, %7,6 intraket iğnesi, %6,3 serum seti iğnesi, %4,9 bistürü, %3,5 sütür iğnesidir (Eroğlu, 2014).

Samancıoğlu ve ark. 2013'de gerçekleştirdikleri araştırmada, hemşirelerde kesici-delici aletle yaralanmaya neden olan aletler incelendiğinde; %80,6'sında enjektör iğnesi, %43,2'sinde branül %35,5'inde insülin iğnesi %26,6'sında bisturi gibi kesici aletler,

%21,6'sında da tıbbi araç gereçlerin sorumlu olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise yaralanmaların %28,3 iğne batması, %70,1 ampul –serum şişesi yaralanmasıdır.

Mersin Üniversitesi'ndeki araştırmada, delici- kesici yaralanmalar hemşire grubunda %83, laboratuvar grubunda %74, hekim grubunda ise %66 olarak belirlenmiştir (Altıok ve ark.,2008) . Bizim çalışmamızda da benzer olarak en çok hemşire grubunda (%66,2) batıcı bir yaralanma olmuştur. Hekim grubunda %58,3, laboratuvar personelinin ağırlıkta olduğu grup 3 çalışanlarda ise yaklaşık %32 batıcı yaralanma saptanmıştır.

Fransa'da yapılan bir araştırmada, hemşirelerde %89 oranında delici ve kesici yaralanma olduğunu gösterilmiştir (Tarantola ve ark. 2003). Portekiz'de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanları arasında en çok yaralanan grubun %74,8'le hemşireler olduğu saptanmıştır (Martins, 2012). Artan'ın 2015 yılındaki araştırmasında da sağlık çalışanları içinde delici batıcı yaralanmalardan en çok hemşirelerin etkilendiği görülmektedir. Hemşirelerde %75, hekimlerde %43, diğer personelde %21 oranında batıcı yaralanma saptanmıştır.

Araştırmamızda yaralanmaların nedeni %70 oranında ampul –serum şişesi kırılması %30 enjektör batmasıdır. Dişbudak'ın araştırmasında yaralanmaların %70 enjektör batması olduğu görülmektedir. 2010-2015 yıllarını kapsayan retrospektif bir araştırmada delici- kesici yaralanmaların %60,8 ile en sık hemşirelerde olduğu, onları %32,4'nün temizlik personelinin ve %5,9 ile hekimlerin izlediği görülmektedir (Karadeniz, 2015). Kuruüzüm ve ark. 2008 yılı araştırmasında, perkutan yaralanma sıklığı %58 olup bunların %97,6'sı delici- kesici yaralanmalardır. En sık yaralanan grup hemşirelerdir (%74,6), yaralanmalar %36 enjektör kapağı kapatırken, %25 sütür atarken, %10 çöp toplarken olmuştur. Uçak'ın araştırmasında kesici delici yaralanmaların niteliğine bakıldığında %50,9 iğne batması, %42,6 ampul kesiğidir.

Diğer çoğu çalışmadan farklı olarak bizim araştırmamızda batıcı -delici yaralanma nedenleri %70 ampul-serum şişesi kırılması, %30 enjektör batmasıdır.

Erkan'ın 2014 yılında yapılan 'Pamukkale Üniversitesinde çalışan hemşire ve teknisyenleri kapsayan çalışmada hemşirelerin %20,2 si teknisyen gurubunun %3,7'si sık sık batıcı yaralanma geçirdiğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda ise sık sık batıcı yaralanma geçirenlerin toplam sıklığı %1,6'dır.

Kore’de yapılan araştırmada, kesici -delici alet yaralanmalarının %67,3’ünün iğne batması, %15,9’unun ampul kırığı olduğu gör÷lmektedir (Smith ve ark. 2006). Bir çalışmada yaralanan sağlık personelinin %71,9’u temizlik personeli, %22,8’inin hemşire olduğu belirlenmiştir. Çoğu çalışmanın sonuçlarına g÷re temizlik personelinin delici- kesici yaralanmalarda hemşirelerden daha y÷ksek çıkmaktadır. Temizlik personeli en çok atık toplarken yaralanmıştır (%59,6) (Merih ve ark., 2009) .

Nouetchognou, ve ark. tarafından 2016 da Kameron’da yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarının %36,7’si son 3 ayda hastaların kan veya v÷cut sıvılarına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada maruziyet dağılımı ř÷yledir; %60,3 kan veya sıvı sıçraması, %28,7’sinde iğne batması, %10,9 kesik olmuştur. Sağlık alışanlarında genelde %36,7 olan bu kazalar, hemşirelerde %43, hekimlerde %16,4, laboratuvar alışanlarında %5,5’tir.

Marković, ve ark. 2013’de Sırbistan’da yaptıkları bir çalışmada, sağlık çalışanları arasında hemşireler daha fazla yaralanma geçirmiştir. Buna karşılık Wicker, ve ark. 2008’deki çalışmasında, Foster ve ark. 2010’daki çalışmasında hekimlerde daha fazla yaralanma belirlenmiştir. Farklı çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Bizim alışmamızda hemşireler yaklaşık %66, hekimler yaklaşık %58 oranında batıcı bir yaralanma geçirmiştir. Sağlık alışanlarında özellikle kan alma sırasında yaralanmaları azaltmak için özel cihazlar geliştirilmiştir. Bu cihazlar sayesinde yaralanmalar azaltılmıştır (Ballout, 2016).

Sağlık alışanlarında yapılan araştırmalarda kazaların bildirim oranları epeyce farklılık g÷stermektedir. Geri bildirim oranları %22-88 arasında değişmektedir (Tarantola ve ark. 2006; Colombo ve ark, 2010).

Araştırmamızda en az bir kez kimyasal madde sıçramasına maruz kalanlar %37,1, kimyasal bir yanık geçirenler %3,4 idi. Uçak’ın çalışmasında, sağlık alışanlarında %8,9 kimyasal yanık saptanmıştır.

Çalışmamızda gece n÷bet tutanlarda kimyasal madde sıçraması %43 iken tutmayanlarda %29’dur. Gece n÷bet tutan sağlık çalışanları kimyasal madde sıçramasına daha fazla maruz kalmaktadır.

Meslekler arası farklılıklara bakıldığında hemşirelerin %48,5'inin, hekimlerin %35'inin, grup 3 ve 4'ün ise %23'ünün kimyasal madde sıçramasına maruz kaldığı görülmektedir. Hemşireler diğer gruplara göre daha fazla kimyasal madde sıçramasıyla karşılaşmıştır. Batıcı delici yaralanmalarda olduğu gibi hemşireler, kimyasal madde sıçramasına da en yüksek düzeyde maruz kalan gruptur.

Hemşirelerin maske kullanma düzeyi tüm gruplardan düşüktür. Yüz koruyucusu kullanımı, KKD olarak gözlük kullanımı tüm gruplarda çok düşüktür. Hemşirelerin mesleki sürelerindeki uzunluk, ilaç hazırlama durumunda kalmaları ve buna benzer nedenlerle diğer gruplardan daha fazla kimyasal madde sıçramasına maruz kalmış olabilirler.

Bizim çalışmamızda ki yanıkların nitelikleri incelendiğinde toplam 10 yanığın, %40'ı göze, %30'u yüze, %20'si laboratuvarda ağız (pipetle kimyasal madde kaçması) yanığıdır. Bir kişide (%10), solunum sisteminin anestezi gazlarından etkilenmesine bağlı yanık olmuştur. Bu yanıkların oluşması sırasında sağlık çalışanlarının herhangi bir KKD kullanmadıkları görülmektedir.

Taşcıoğlu'nun 2007'deki araştırmasında, katılanların %2'si kimyasal madde sıçraması sonucu yaralandığı saptanmıştır. Bizim bulgularımızdaki %3,4'lük orana benzer bir sonuçtur.

Araştırmaya katılanların %58,3'ü eldivene bağlı deri sağlık sorunu yaşamıştır. Latek eldiven alerjisi yaşayanların düzeyi %22'dir. Gökhan'ın araştırmasında, eldiven kullanmama nedenleri irdelenmiş, neden %65,3 teninde alerjik bir durum yaşamış olmak diye belirtilmiştir. Uçak'ın araştırmasında latex alerjisi düzeyi %11,8'dir. Sarıcaoğlu'nun araştırmasında latek eldiven alerjisinin tüm sağlık çalışanları arasında %46 düzeyinde görüldüğü saptanmıştır (Sarıcaoğlu, 2013). Bir çalışmada lateks eldiven kullanımı ile ilişkili klinik bulgusu olanların oranı %57 bulunmuştur (Buss ve ark. 2007)

Çalışmamızda eldivene bağlı sorun yaşama durumuna meslekler açısından bakıldığında hemşirelerin %76,1'i, hekimlerin %60,3'ü, grup 3'ün %40,6'sı, grup 4'ün %20'si, sorun yaşamıştır. Tüm diğer gruplara göre hemşireler daha yüksek bir düzeyde, eldivene bağlı sorunlar yaşamaktadır. Eldiven kullanma durumu açısından meslekler arasında önemli bir farklılık bulunmamasına karşın, hastaya temasta grup 4 çalışanları %65 ve

hemşireler %55 olmak üzere (diğer gruplardan fazla olarak) eldiven kullanmaktadır. Buna karşın, grup 4 çalışanları eldivene bağlı en az sorun yaşayan grup iken, hemşireler daha fazla sorun yaşamıştır. Diğer yandan, hemşirelerin ve grup 4 çalışanların meslekte geçirdikleri sürelerde de farklılık bulunmaktadır. Hemşirelerin %27'si meslekte geçirdikleri süre açısından 10 yılın altındayken. Grup 4 çalışanlarının yaklaşık %85'i 10 yılın altındadır. Ayrıca hemşireler hastaya daha çok temas ediyor, eldiveni daha uzun saatler kullanmak zorunda kalıyor ve tüm bu nedenlerle daha fazla sorun yaşıyor olabilirler.

Yalnızca hemşire ve hekimlere hastaya müdahale sırasında eldiven kullanma durumu sorulmuştur. Katılanların %43'ü her hastaya müdahale sırasında eldiven kullandığını, %77'si bir hastadan diğerine geçişte her zaman eldiven değiştirdiğini belirtmiştir. Her hastada eldiven kullanan hekim %35 olarak saptanmıştır.

Şişli Etfal Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada hekim grubunda eldiven kullanma düzeyi %78 olarak belirlenmiştir (Gökhan, 2008).

Çalışmamıza katılanların %77'si bir hastadan diğerine geçişte eldivenini değiştirmektedir. Bir çalışmada bir hastadan diğerine geçişte eldiven değiştirme %32,9 bulunmuştur (Arda ve ark., 2005). Hekimlerde ve hemşirelerde eldiven kullanma, hastaya müdahale sırasında eldiven kullanma, bir hastadan diğerine geçişte her zaman eldiven kullanma beklentilerin altındadır.

Bu durum gerek hekim, gerekse hemşirelerin KKD'lere bakışında ve uygulamada ciddi sorunlar olduğu anlamına gelebilir. Pek çok biyolojik ve kimyasal riskin ve yaralanmaların bu yollarla önlenebileceğine yönelik farkındalık eğitimlerinin yapılması zorunludur.

Hekim ve hemşirelerin %63,4'ü tedavi sonrası enjektör uçlarını her zaman kapatmaktadır. Katılanların yalnızca %18'i enjektör uçlarını kesinlikle kapatmadığını, %9'u bazen kapattığını belirtmiştir. Delici kesici yaralanmalarda enjektör uçlarının tekrar kapatılma girişimi önemli bir yer tutmaktadır. Uzun yıllardır gerek hemşirelerin, gerekse hekimlerin işlem sonrası enjektör uçlarının kesinlikle kapatmaması önerilmektedir. Bu konuyla ilgili eğitim ve farkındalık çalışmaları yapılması gerekmektedir.

Kuruüzüm ve arkadaşlarının DokuzeYLül üniversitesinde 2007 yılında yaptıkları araştırmada hemşirelerin %81'inin tedavi sonrası enjektörleri kapattığı belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da hemşireler aynı düzeyde (%80,8) tedavi sonrası enjektör uçlarını kapatmaktadır.

Enfeksiyonların kontrolü için günümüzde pek çok ülkede enfeksiyon kontrol komiteleri oluşturulmuştur. Dünyada enfeksiyon kontrolünün önemi 1950'li yıllardan sonra kavranmıştır (Buke, 2012). Türkiye'de 2005 yılında çıkarılan yönetmelikte enfeksiyon kontrol komitelerinin görev ve yetkileri arasında sağlık çalışanlarının sağlığını kontrol etmek de yer almıştır (Güner, 2005).

Sağlık çalışanlarının sağlığının korunmasında enfeksiyon kontrol komitesi önemli bir role sahiptir. Günümüzde sağlık çalışanının kesinlikle enfeksiyon kontrol komitesiyle birlikte çalışması gerekmektedir.

Araştırmamıza katılanların %24,8'i hastanede enfeksiyon kontrol komitesinin olup olmadığını bilmemektedir. Verilen yanıtlarda %57,6 böyle bir komite yok demiştir. %17,6 ise var demiştir. Komitenin olduğu hastanelerde komite yeterince görev yapmadığı için görünür olmamış ve sağlık çalışanları tarafından bilinmiyor olabilir.

Artan'ın araştırmasında hastanede enfeksiyon kontrol komitesinin varlığından haberdar olanlar %89'dur. Hekimlerin %7,1'i, hemşirelerin ise %6,3'ü komitenin olup olmadığını bilmemektedir. Bizim çalışmamızda ise farkındalık oranı daha düşük, %75 bulunmuştur (hekimlerde %26, hemşirelerde %12,1).

Nijeryada 2011 yılında Olalekan ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, enfeksiyon kontrol komitesinden haberdar olanlar %39,6 bulunmuştur (Olalekan, 2011).

Çalışmamızda devlet hastanesi çalışanlarının %67,6'sı hastanesinde doğru olarak hastanesinde enfeksiyon kontrol komitesinin olmadığını, %27,4'ü ise olup olmadığını bilmediğini belirtmiştir. Özel hastanelerde ise çalışanların yaklaşık %40'ı yanlış olarak olmadığını, %40'ı ise doğru olarak olduğunu söylemiştir. Diğer yandan %20'lik kesim komitenin olup olmadığını bilmemektedir. Katılanlar arasında hemşirelerin %12,1'i hekimlerin %26'sı hastanesinde enfeksiyon kontrol komitesinin olup olmadığını bilmemektedir.

Grup 4 diğ er gruplara göre hastanesinde enfeksiyon kontrol komitesi olup olmadığını daha yüksek bir oranda bilmemektedir. Grup 4 çalışanı olarak adlandırdığımız, ağırlıklı olarak temizlik personelinden oluşan bu grup enfeksiyon kontrol komitesi açısından daha yakından izlenmesi gereken gruptur.

6. SONUÇ- ÖNERİLER

1-Sağlık çalışanları yüksek enfeksiyon riskiyle karşı karşıyadır. Bu durum meslek hastalıkları sayılabilecek boyutta risk taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının işe giriş muayeneleri ile uygun işe yerleştirilmeleri sağlanmalıdır. Periyodik muayenelerle durumları güncellenmelidir. Sağlık çalışanları arasında iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi için hiyerarşik adımlar içinde öncelikle riskin kaynağında kontrolü, iş organizasyonunda alınabilecek önlemlerin gerçekleştirilmesi, farkındalık eğitimleri, periyodik bilgilendirmelerin yapılması, aşılama ve KKD'lerin kullanılması önerilmektedir.

2-Hastane yönetimlerinin etkin sağlık ve güvenlik birimleri oluşturması, enfeksiyon kontrol komitelerinin çalışır durum ve farkındalık noktasına çekilmesi olmazsa olmaz koşullardan biridir. Radyasyon güvenlik kurullarının oluşturulması gerçekleştirilmelidir. Doğrudan radyasyonla çalışan bölümlerde kurşun önlük, tiroid koruyucu boyunluk, gonod koruyucu kullanımının yaygınlaştırılması gereklidir. Bu alanda çalışan personelin eğitiminin periyodik aralıklarla yapılması, risk bilgilerinin güncellenmesi gerekir. İşveren çalışanlarını bu açıdan koruyacak önlemleri almakla yükümlüdür. Gazimağusa hastanelerinde sağlık ve güvenlik birimlerinin kurulup çalışan sağlığının bir elde toplaması önerilebilir. Enfeksiyon kontrol komitelerinin aktifleştirilmesi acil konular arasındadır.

3-Kimyasal ajanların kullanıldığı bölümlerde malzeme güvenlik bilgi formları oluşturulmalıdır. Temizlik personelinin kullandığı kimyasalların yakından izlenmesi önerilir. Kimyasal ajanların kullanıldığı, biyokimya ve patoloji laboratuvarlarında, lokal havalandırma kurulması çalışan sağlığı açısından olmazsa olmazlar arasındadır. Kemoterapi uygulayan hastanelerde çalışanların yakından izlemi gerekir. Kadın çalışanların gebelik döneminde bu birimler dışında çalıştırılması gereklidir.

4-Hastanelerde enfeksiyonların yayılmasının engellenmesi, bulaşıcı hastalıklara karşı uygun basınçlı odalarda muayene, bulaşıcı hastaların özel donanımlı ayrı bölümlerde karşılanması, uygun KKD'lerin kullanılması sağlanmalıdır. KKD içinde özel kıyafet, bone, önlük, gözlük, maske yer almaktadır. Bu donanımları sağlamak işverenin görevleri arasındadır. Araştırmanın yapıldığı Gazimağusa hastanelerinde KKD kullanım

sıklığı sağlık çalışanları arasında istenilen düzeyde değildir. KKD kullanılmadığı durumlarda sağlık çalışanlarının risklerinin arttığı, sağlık çalışanlarına eğitimlerle anlatılmadığıdır. Hastane yönetimlerinin eğitim çalışması yapması işveren görevleri içindedir.

5-Araştırmamızın sonuçları sağlık çalışanları arasında aşılamanın yetersizliğini göstermektedir. Aşılama programları kişiye yönelik koruyucu uygulamaları içinde görülmektedir. Gazimağusa hastanelerinde sağlık çalışanları arasında hepatiti B aşısı dışında rutin bir aşılama programı olmadığı gibi, hepatit B, hepatit C, HIV gibi bulaşma risklerine karşı rutin bir tarama da yapılmamaktadır. Son yıllarda devlet hastanesi yönetiminden alınan bilgiye göre hastane bünyesinde sağlık çalışanlarına ücretsiz grip aşısı yapılmaktadır. Hepatit B, grip aşısı, menenjit aşısı, suçiçeği, KKK, tetanoz aşılarının uygun dozlarda ve aralıkta sağlık çalışanlarına yapılması önerilir. Doğurganlık dönemindeki kadın sağlık çalışanlarına zorunlu kızamıkçık aşısı uygulayan ülkeler vardır. Tetanoz dışındaki aşılardan çoğu gelişmiş ülkede önerildiği görülmektedir. Tetanoz için sağlık çalışanları ile toplum geneli arasında farklı bir risk olmadığından mutlak öneri de yoktur. Hepatit A, pnömokok, tifo gibi aşılardan belirli risk taşıyan bölümlerde çalışan sağlık çalışanlarına önerilmektedir.

Her ne kadar tüberküloz prevalansı ülkemizde yüksek olmasa da, sağlık çalışanları arasında risklerin dikkate alındığında, belli aralıklarla PPD yapılması, riskli ve şüpheli durumlarda akciğer filmi çekilmesi periyodik muayeneler içinde değerlendirilmelidir.

6-Sağlık çalışanlarının sağlığının daha ileriye taşınabilmesi için hem işverenlere, hem çalışanın kendisine, hem devlet kurumuna, hem de işçi temsilcilerine (sendikaya) görevler düşmektedir. Bir program çerçevesinde tüm personele geniş kapsamlı, düzenli ve sürekli eğitimler uygulanması uzun dönemli sonuçlar açısından yaşamsal önemdedir. Gerekirse eğitimler için özel personel görevlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Abramson, Z.H., ve Levi, O. (2008). Influenza vaccination among primary healthcare Workers. *Vaccine*, 26, 2482-2489.
- Aguilar-Díaz Fdel, C., Jiménez-Corona, M.E., Ponce-de-León Rosales, S. (2011) Influenza vaccine and healthcare workers. *Arch Med Res*. 42(8), 652-7.
- Akarsu, H., Güzel, M. (2016) Sağlık sektöründe tehlike ve riskler : Bir hastanede risk analiz uygulaması. *Uzmanlık Tezi*, 8.
- Akkaya, S., Sengöz, G., Pehlivanoglu, F., Özdemir, G., Özdemir, E.(2014). Kesici ve delici alet yaralanmalarıyla ilgili anket sonuçlarının değerlendirilmesi. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji. *Klinik Dergisi* 27(3), 95-8.
- Alshammari, M.T., Alfehaid, S.L., Alfraih, K.J., Aljadhey, S.H. (2004). Health care professionals awareness of knowledge about and attitude to influenza. *Vaccine*, 32, 5957-5961.
- Altıok, M., Kuyurtar, F., Karaçorlu, S. (2009). Sağlık çalışanlarının delici kesici aletlerle yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınan önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 76.
- Arda, B., Şenol, Ş., Taşbakan, M.I., Yamazkan, T., Sipahi O.R., Arsu, G., Ulusoy S. (2005). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi yoğun bakım ünitelerinde el temizliği kurallarına uyumun değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3),182-186.
- Arman, D. (2013) Sağlık personelinin enfeksiyon riski ve korunma. *İç Hastalıkları Dergisi*. 9, 191-209
- Artan, C., Oğuzkaya, T., Baykan, Z. (2015). Sağlık personelinin sağlık riskleri ve hastane enfeksiyonları ile ilgili bilgi düzeyleri ve uygulamaları. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 2.

- Aslan, D. (2013). ‘Uluslararası sağlık yaklaşımıyla bulaşıcı hastalıklar açısından sağlık çalışanlarının sağlığı’ sunumu. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilimdalı, 4-13. <http://www.hisam.hacettepe.edu.tr/chbhastalik/sunum/DilekAslan.pdf>
- Aşkar, E. (2006). Sağlık çalışanlarında hepatit B ve C seroprevalansı. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji bölümü. *Uzmanlık Tezi*, 46.
- Aygün, P. (2007). Kesici-delici alet yaralanmaları ve korunma önlemleri. 5. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*, 385.
- Balsak, H. (2014). Radyoloji çalışanlarının tanı amaçlı kullanılan radyasyonun zararlı etkileri hakkında bilgi, tutum ve davranışları. İnönü Üniversitesi. *Yüksek Lisans Tezi*, 78.
- Bayhan, S.(2005). Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin ve Tıp Fakültesi hemşirelerinin mesleki riskleri konusunda bilgi düzeyleri. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Yüksek Lisans Tezi*, 4-27
- Beşer, A.(2012). Sağlık çalışanlarının sağlık riskleri ve yönetimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, 5(1), 39-44.
- Buss, Z.S., Fröde, T.S. (2007). Latex allergen sensitization and risk factors due to glove use by health care workers at public health units in Florianopolis. *Brazil. J Investig Allergol Clin Immunol.* 17, 27-33.
- Carli, D.G., Abiteboul, D., Puro, V. (2014). The importance of Implementing safe sharps practices in the laboratory setting in Europe. *Biochemia Medica*, 24(1), 45-56.
- Cheng, H.C., Su, C.Y., Yen, A.M.F., Huang, C.F. (2012). Factors affecting occupational exposure to needlestick and sharps injuries among dentists in Taiwan. A nationwide survey. *PLoS ONE*, 7(4), e34911. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22509367>
- Cheng, S.J., Lee, J.J, Kok, S.H., Lin, C.P. (2014). Needlestick and sharps injuries among dental healthcare workers at a university hospital. *J Formos Med Assoc.* 113(4), 227-33.

Chen, S.L., ve Morgan, T.R. (2006). *Int J Med Sci*, 3(2), 47-52.

(WWW.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16614742)

Çalışkan, D., Akdur, R. (2001). Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri. *Ankara Üniversitesi Mecmuası* 54(2). <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/36/852/10796.pdf>

Colombo, C., Ledergerber, F., Zysset, F., Francioli, P., Cavassini, M., Blanchet, C.L., ve diğerleri. (2010). Exposition au risque infectieux VIH, VHB et VHC chez le personnel des établissements de soins en Suisse de 2001 à fin juin 2008. *BAG Bull*, 3,36–42.

Dedeler, H. (2008). Bir işletmede işyeri fiziksel risk etmenlerinin çalışanların sağlığına olan etkisinin saptanması ve değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilimdalı *Yüksek Lisans Tezi*, 13-42.

Değertekin, H., Oğuz, K.A. (2010). Akut ve kronik HBV enfeksiyonunda doğal seyir. Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi. *Güncel Gastroenteroloji*, 14(2), 54-55.
(<http://guncel.tgv.org.tr/journal/33/pdf/346.pdf> erişim temmuz 2017)

Demirbilek, T., Çakır, Ö. (2008). Kişisel koruyucu donanım kullanımını etkileyen bireysel ve örgütsel değişkenler. Dokuze Yönlü Üniversitesi. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(2), 174.

Demir, İ., Kaya, S., Demirci, M., Cicioğlu-Ardoğan, B. (2006). Isparta ili sağlık personelinde hepatit B virus seropozitifliğinin araştırılması. *İnfeksiyon Dergisi*, 20(3), 183-7.

Dişbudak, Z. (2013). Hemşirelerin kesici delici alet yaralanması ile karşılaşma durumları ve karşılaşma sonrası izledikleri yöntemler. TC Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Yüksek Lisans Tezi*, 1.
www.saglikcalisanisagligi.org/tezler/kesicidelici.pdf

Doğan, G.B., Bayındır, Y., Kayabaş, Ü., Tekerekoğlu, M.S., Yoloğlu, S., Ersoy, Y. (2005). Dişhekimleri ve yardımcı sağlık personeli arasında hepatit B ve C seroprevalansı. *Klinik Dergisi*, 18(3), 121-4.
<http://www.klimikdergisi.org/sayilar/21/buyuk/121-124.pdf>

Doğanay, S., Sözmen, K., Kalaça, S., Ünal, B. (2012). Türkiye’de sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? *Turkish Journal Of Public Health*, 10(2).

<https://tjph.org/ojs/index.php/TJPH/article/view/72>

Dokuzoğuz, B. (2014). Sağlık çalışanlarında güncel aşı önerileri, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, *ANKEM Derg*, 28(Ek 2), 199-206.

Durmaz, C. (2012). Üniversite hastanesi merkez laboratuvarında kişisel donanım ve biyogüvenlik kabininin kullanımının iş güvenliği açısından değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> (cansu

DSÖ. Healthworkeroccupational health.

Http://www.DSÖ.int/occupational_health/topics/hcworkers/en/

Efil, S. (2005). Sağlık çalışanlarında obezite sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Yüksek Lisans Tezi*, 42-46.

<http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler/192713.pdf>

Erkan, S. (2014). Pamukkale Üniversite’sinde çalışan hemşire ve teknisyenlerin mesleki risk algısının belirlenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı. *Yüksek Lisans Tezi*, 87-108.

<http://acikerisim.pau.edu.tr/xmlui/handle/11499/1944?locale-attribute=en>

Emiroğlu, C. (2012). Sağlık sektöründe mesleki riskler ve hukuksal düzenlemeler. *TTB Mesleki ve Sağlık Güvenliği Dergisi*, 43, 16-25.

Erbaydar, T. (2003). Halk sağlığı açısından sağlık iletişimi. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi Özel eki*, 25(4).

Ergönül, Ö. (2015). Sağlık düşüncesi ve tıp kültürü platformu. 33, 34-35.

<http://www.sdplatform.com/Dergi/830/Saglik-calisanlarinin-enfeksiyon-riskleri-ve-korunma-yollari.aspx>

Ersin, A. (2006). Sağlık çalışanlarında hepatit B ve C seroprevalansı. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon hastalıkları ve Mikrobiyoloji Kliniği. *Uzmanlık Tezi*, 2-4.

Eroğlu, E. (2014). Hemşirelerin delici-kesici alet yaralanması ve buna yönelik bilgi durumları. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Yüksek Lisans Tezi*, 9-10.

Fişek, G. (2011). Sağlık personeli sağlığı. Ankara Üniversitesi. S.B.F. *Çalışma Güvenliği Makaleleri*, (www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=116)

Foster, T.M., Lee, M.G., McGaw, C.D., Frankson, M.A. (2010). Prevalence of needlestick injuries and other high risk exposures Among Healthcare Workers in Jamaica. *West Indian Med J*, 59, 153–8.

Goniewicz, M., Włoszczak-Szubzda, A., Niemcewicz, M., Witt, M., Marciniak-Niemcewicz, A., Jarosz, M.J. (2012). Injuries caused by sharp instruments among healthcare workers--international and polish perspectives. *Ann Agric Environ Med*, 19(3), 523-7.

Gökhan, S. (2008). Şişli Etfal hastanesinde uzmanlık eğitimi gören hekimlerin mesleki risklerinin irdelenmesi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, 73-79.

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/dr_serhan_gokhan.pdf

Güvercin, C., Ergil, E. (1999). Uludağ Üniversitesi tıp fakültesi araştırma görevlilerinin alışkanlıkları ve yaşam biçimleri. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi Kongre Kitabı*, 196.

Haagsma, J.A., Tariq, L., Heederik, D.J., Havelaar, A.H. (2012). Infectious disease risks associated with occupational exposure: A systematic review of the literature. *Occup Environ Med*, 69(2), 140-6.

Havaiani, S., Benet, T., Saadatian-elahi, M., Andere, P., Loulerge, P., Vanhems, P. (2015). Vaccination of healthcare workers: A review. *Human Vaccines Immunotherapeutics*, 11(11), 2522-2537.

Huynh, S. et al.(2012). Mandatory influenza vaccination of health care workers: A first-year success implementation by a community health care system. *Am J Infect Control*, 40(8), 771-773.

İnan, D., Günseren, F., Selçuk, K., Harman, R., Keskin, S., Çolak, D. (2005). Akdeniz Üniversitesi sağlık çalışanlarının kan ve vücut sıvılarıyla mesleki teması. *Viral Hepatit Derg*, 10, 109-13.

İnci, M., Aksebzecici, A.T., Yağmur, G., Kartal, B., Emroğlu, M., Erdem, Y. (2009). Sağlık çalışanlarında hepatit B, C, HIV seropozitifliğinin araştırılması. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 66(2), 59-66.

http://www.journalagent.com/turkhijyen/pdfs/THDBD_66_2_59_66.pdf

İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası (KKTC).

[http://www.mahkemeler.net/tuzuk/20130221095847934.pdf\(erişimhaziran 2017\)](http://www.mahkemeler.net/tuzuk/20130221095847934.pdf(erişimhaziran 2017))

Joardar, G.K., Chatterjee, C., Sadhukhan, S.K., Chakraborty, M., Dass, P., Mmandal, A. (2008). Needle stick injury among nurses involved in patient care :A study in two medical college hospitals of West Bengal. *Indian J Public Helath*, 52, (3), 150-152.

Kabaçam, G., Önder, F.O. (2013). Hepatit C enfeksiyonu tedavisinin bugünü ve yarını. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*. 17(3), 225-230.

Kaya, A. (2014). Kronik hepatit C virüs enfeksiyonu uzun süreli izlem sonuçları. Dokuz Eylül Üniversitesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*,15.

Karadeniz, A. (2015). Sağlık personelinde kan ve vücut sıvılarıyla oluşan yaralanmaların değerlendirilmesi. *Maltepe Tıp Dergisi*, 2(7), 2-4.

http://maltepetipdergisi.org/pdf/pdf_MTD_176.pdf

Kırdar, S., Ertuğrul, M.B. (2009). Kırım-kongo kanamalı ateşi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 10(2), 45-52.

Kişioğlu, A.N., Öztürk, M., Uskun, M., Kırbıyık, S. (2002). Bir üniversite hastanesi sağlık personelinde delici kesici yaralanma epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik tutum ve davranışları. *J Med Sci*, 22, 390-396.

Kulaçoğlu, H., Oruç, T., Polat, A., Hatipoğlu, S., Moran, M., Külah, B., Akın, A., Coşkun, F. (1999). Genel cerrahi alanındaki hekimler hangi mesleki riskler altında çalışıyorlar. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi Kongre Kitabı*, 144.

Kuşçu, A. (2014). Sağlık sektöründe çalışanların KKD kullanım bilinci. Yenyüzyıl Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü. *Yüksek Lisans Tezi*, tez no 377110.

Kuruüzüm, Z., Elmalı, Z., Günay, S., Gündüz, Ş., Yapan, Z. (2008). Sağlık çalışanlarında kan ve beden sıvılarıyla oluşan mesleki yaralanmalar. *Mikrobiyoloji Bülteni*, 42, 61-9. http://www.mikrobiyolbul.org/journal_issue.aspx?issue_id=20

Kutlu, S.S. (2014). Sağlık çalışanlarında bağışıklama sunumu. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilimdalı. Erişim ekim 2017 <http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2013/10/SA%C4%9FELIK-%C3%87ALI%C5%9EANLARINDA-BA%C4%9EI%C5%9EIKLAMA-27.02.2014.pdf>

Lavoie, M.C., Yassi, A., Bryce, E., Fujii, R., Logronio, M., Tennessee, M., et al. (2010). International collaboration to protect health workers from infectious diseases in Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*, 27(5), 396–402.

National Institute For Occupational Safety and Health (NIOSH). <http://www.cdc.gov/niosh> (erişim haziran 2017)

Markovic, L.J., et al. (2013). Occupational exposures to blood and body fluids among health care workers at university hospitals. *Srp Arh Celok Lek*, 141, 789–93.

Martins, A., Coelho, A.C., Vieira, M., Matos, M., Pinto, M.L. (2012). Age and years in practise as factors associated with needlestick and sharps injuries among health care workers in a Portuguese Hospital. *Accid Anal Prev*, 47, 11-15.

Martin, S., Larson, E. (2003). Chemotherapy handling practices of outpatient and office based oncology nurses. *Oncol Nurse Forum*, 30(4), 575-81.

McCormick, R.D., Maki, D.G. (1981). Epidemiology of needle-stick injuries in hospital personnel. *Am J Med*, 70(4), 928–32.

Merih, Y.D., Kocabey, M.Y., Çırpı, F., Bolca, Z., Celayir, A.C. (2009). Bir devlet hastanesinde 3 yıl içerisinde görülen delici kesici yaralanmaların epidemiyolojisi ve korumaya yönelik önlemler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 1, 11.

- Meydanlioğlu, A. (2013). Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (3), 192.
- Moro, P.L., Moore, A., Balcacer, P., Montero, A., Diaz, D., Gomez, V., Garib, Z., Weniger, B.G. (2007). Epidemiology of needlesticks and other sharps injuries and injection safety practices in the Dominican Republic. *Am J Infect Control*, 35 (8), 552-9.
- Nouetchognou, J.S., Ateudjieu, J., Jemea, B., and Mbanya, D. (2016). Accidental exposures to blood and body fluids among health care workers in a Referral Hospital of Cameroon. *BMC Res Notes*, 9,94.
- Olelekan, W.A., Olufumulyo, E.O.A., Olusegun, T.B., Olugbenga, A., Adekunle, O. A (2011). Comparative study of awareness and attitude to nasocomial infection among level of health care workers in Southwestern Nijeria. *Continental J. Tropical Medicine*, 5(2), 5-10.
- Olgun, N., Şimşek, H. (2010). Kemoterapi hazırlayan ve uygulayan hemşirelerin güvenlik önlemlerini kullanma durumları ve önlem almalarını etkileyen faktörle. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 13-23.
http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_99.pdf
- Omaç, M. (2006). Malatya il merkezi hastanelerinde çalışmakta olan hemşirelerde kesici-delici yaralanma durumu ve uykululuk düzeyleri ilişkisinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, 52-54.
- Ören, S. (1994). Hemşirelerin çalışma koşullarından kaynaklanan sorunları ve mesleki risklerin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, 55-84.
- Özcengiz, E. (2005). Boğmaca: Her zaman gündemde .*Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*. 35 (3) : 215-231.
- Özkan, Ö., Emiroğlu, O.N. (2006). Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri.C.Ü.HemşirelikYüksekokuluDergisi, 10(3), 46.
<http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1480.pdf>
- Özkara, Ş. (2012). Sağlık kurumlarında tüberküloz bulaşması ve korunma. *21.Yüzyılda Tüberküloz Sempozyumu ve II. Tüberküloz Laboratuvar Tanı Yöntemleri Kursu*, 240-250.

Öztürk, R. HIV enfeksiyon ve AIDS sunumu.(http://194.27.141.99/dosya-depo/ders-notlari/recep-ozturk/HIV_AIDS.pdf erişim aralık 2016)

Porto, J.S., Marziale, M.H. (2016). Reason and consequences of low adherence to standard precautions by the nursing team. *Rev Gaucha Enferm*, 37(2), 57395.

Puro,V., DeCarli, G., Cicalini, S., Soldani, F., Balslev, U., et all. (2005). European recommendations fort he management of healthcare workers occupationally exposed to hepatitis B virus and hepatitis C virus. *Euro Surveill*, 10, 10-12.

Pruss, U.A., Rapiti, E., Hutin, Y. (2005). Estimation of global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among healthcare workers. *Am J Ind Med*, 48(6), 482–90.

Rami, A., Ballout, R.A., Diab, B., Harb, A.C., Tarabay, R., Khamassi, S., and Akl, E.A., (2016). Use of safety-engineered devices by healthcare workers for intravenous and/or phlebotomy procedures in healthcare settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 16, 458 DOI 10.1186/s12913-016-1705

Samacıoğlu, S., Ünlü, D., Akyol, D.A. (2013). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kesici delici aletle yaralanma durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,16(1)43. <http://e-dergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/view/1025007907/1025007431>

Sarı, N.D., Fincancı, M., Soysal, H.F., Demirkıran, N., Koyuncu, S., Özgün, Ö. (2014). Delici Kesici alet yaralanmalarının bildirim sıklığı neyin göstergesi? *Haseki Tıp Bülteni*, 52, 98-102.

Sarı, T., Temoçin, F., Köse, H. (2017). Sağlık çalışanlarının influenza aşısına yaklaşımları (Attitudes of Healthcare Workers Towards Influenza Vaccine). *Kimlik Dergisi*, 30(2), 49-63. <http://www.klimikdergisi.org/sayilar/105/buyuk/59-63.pdf>

Sağlık -sen Ar Ge birimi (2013). *Sağlık Çalışanlarında Şiddet kitabı*, 97. (erişim ekim 2017) <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf>

- Şahin, N. (1995). Hepatit C virüsünün saptanması ve kliniği. Marmara Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3, 180-183.
- Sarıcaoğlu, H., Toka, S.O., Algan, S.İ. (2013). Sağlık çalışanlarında latek allerjisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalılar Anabilimdalı. *Türkderm*, 47, 94-8. http://www.journalagent.com/turkderm/pdfs/TURKDERM_47_2_94_98.pdf
- 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.
- Şentürk, H. (2002). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. *Hepato Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları Sempozyum Dizisi No: 28*, 79-85.
- Şenlik, Z.B. (2010). Ankara’da bir üniversite hastanesinde radyasyonun sağlık çalışanlarına etkisi. *Uzmanlık Tezi*, 11.
- Shin, B.M., Yoo, H.M., Lee, A.S., Park, S.K. (2006). Seroprevalence of hepatitis B virus among health care workers in Korea. *J Korean Med Sci*, 21(1), 58-62.
- Şimşek, F. (2013). Hepatit virüs enfeksiyonunda tanı. SB Okmeydanı EAH Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği. *KLİMİK VHÇG Hepatit Akademisi*, 7-11.
- Smith, D.R., Choe, M.A., Jeong, J.S., et al. (2006). Epidemiology of needlestick and sharps injuries among professional Korean nurses. *J Prof Nurs*, 22(6), 359-366.
- Sulak, M.T., Kimyasal risk etmenleri sunumu sayfa 4-6. <https://tuisag.com/wp-content/uploads/2014/12/Kimyasal-Risk-Etmenleri1.pdf>
- Suzuki, K., İbukq, E., Kaneko, A., Tsutsui, T., Uchiyama, M. (2004). Mental health status shift work and occupational accidents among hospital nurses in Japan. *Occup Health*, 46, 448-454.
- Taşcıoğlu, İ. (2007). Lüleburgaz devlet hastanesi ve Lüleburgaz 82. yıl devlet hastanesinde iş ve çalışma ortamından kaynaklanan riskler ve bu riskleri hemşirelerin algılama düzeylerinin saptanması. *Yüksek Lisans Tezi*, 7-59.

Tarantola, A., Abiteboul, D., Rachline, A. (2006). Infection risks following accidental exposure to blood or body fluids in health care workers: a review of pathogens transmitted in published cases. *Am J Infect Control*, 34, 367–75.

TC. Başbakanlık Mevzuat Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü (2006). Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği.

(<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.10808&MevzuatIliski=0&sourceXml> erişim temmuz 2017)

TC. Enfeksiyon Kontrol Komitesi Yönetmeliği (2005).

Toygun, N., Taner, G. (2005). Döküntülü hastaya yaklaşım, *TTB Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 14, 22-9. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0205/dokuntu.pdf>(erişim ağustos 2017)

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi .(2016). Radyasyon alanında görevli sağlık çalışanlarının sağlığı, (<http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/radyasyon-6212.html> erişim mart 2017)

Türkistanlı, E., Şenuzun, F.E., Karaca, B.S., San, A.T., ve Aydemir, G.(2000). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde sağlık çalışanlarının bağışıklama durumu. *Ege Tıp Dergisi*, 39 (1), 29-32. http://egetipdergisi.com.tr/pdf/pdf_EGE_7.pdf

Uçak, A. (2009). Sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları ve geri bildirimlerin değerlendirilmesi. Afkonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Anabilimdalı. *Yüksek Lisans Tezi*, 61. <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler/230016.pdf>

Ulutan, F., (2006). Akut bakteriyel menenjit. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2(28):69-74

TheNationalVaccineAdvisoryCommittee

(http://www.hhs.gov/nvpo/nvac/influenza_subgroup_final_report.pdf)

Wicker, S., Jung, J., Allwinn, R., Gottschalk, R., Rabenau, H.F. (2008). Prevalence and prevention of needlestick injuries Among Health Care Workers in a German University Hospital. *Int Arch Occup Environ Health*, 81, 3475–9.

Wendt, C., Kmautz, D., Baum, V.H. (2004). Differences in hand hygiene behavior related to the contamination risk of healthcare activities in different group of healthcare workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 25(3), 203-206.

Yorgancıoğlu, A. (2015). Tüberküloz ıyleşir mi? *Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları serisi*, 7-9

http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2422011195156-16_tuberkuloz.pdf
(erişim kasım2106)

Yanıklar, Ç.D. (2015). Bir Hastanede çalışan doktor hemşire ve ebelerin aşılama durumları. *Yüksek Lisans Tezi*, 3439 <https://slidex.tips/download/br-hastanede-alan-doktor-hemre-ve-ebelern-ailanma-durumlari-demet-yaniklar-elk>

Yeşildal, N., Öcal, E., Çalışkan, M., Mayda, A.S., Şerifi, B.A. 2004). Araştırma görevlilerinde sağlık sorunları ve yaşam biçimlerinin değerlendirilmesi. 9. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı*, 347.

Yılmaz, G. (2004). Difteri aşısı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr-Special Topics*, 2(9):966-9.

Yoon HJ., Lim J., Choi B., et al. (2013). Vaccination rates and related factors among health care workers in South Korea. *Am j infect Control*, 41(8), 753-4.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22136060>

FORUMLAR

Ek 1. Araştırmada kullanılan anket formu

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GAZİMAĞUSA HASTANELERİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA MESLEK RİSKLERİ VE KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM KULLANIMI ANKET FORMU

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Özen Aşut, Yardımcı Araştırmacı: Dr. Ahmet Körceğez

ANKET NO:

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma sizlerin meslek risklerinizin ve kişisel koruyucu donanım kullanma davranışlarınızın incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın verileri yukarıda belirtilen amaç dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılmanız ve soruları dikkatle yanıtlamanız, bu araştırmada doğru sonuçlara ulaşılmasını sağlayacak, bundan böyle gerekli önlemlerin alınması konusunda yol gösterici olacaktır. Sonuçlar ayrıca sizlerin bilgi, tutum ve davranışlarınızın geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Araştırmaya katılmayı istiyorum. ☐

Araştırmaya katılmak istemiyorum. ☐

1.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Yaşınızı yıl olarak belirtiniz.

2.Cinsiyetinizi işaretleyiniz. 1. Erkek 2. Kadın

2.Mesleğinizi belirtiniz

1.Uzman hekim

2.Pratisyen hekim

3.Diş hekimi

4.Hemşire

5.Laborant

6.Hastabakıcı

7.Temizlik görevlisi

8.Teknisyen (anestezi, röntgen...)

9.Diğer (ne olduğunu belirtiniz.....)

3.Çalıştığınız hastaneyi belirtiniz. 1. Gazimağusa Devlet Hastanesi

2. Özel Yaşam Hastanesi

3. Mağusa Tıp Merkezi Hastanesi

4.Çalıştığınız bölümü belirtiniz.

5.Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?

6.Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?.....

7.Bu işyeri dışında başka bir işte çalışıyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır

8.Doktor tarafından tanısı konmuş bir hastalığınız var mı?

1.Hayır 2. Evet (Ne olduğunu belirtiniz)

9.Düzenli olarak ilaç kullanıyormusunuz?

1.Hayır 2. Evet (Ne olduğunu belirtiniz)

10.Sigara içiyor musunuz?

1.Sigara içmiyorum

2.Ara sıra (günde 1 adetten az) içiyorum

3. Her gün (günde 1-9 adet) içiyorum

4. Günde 10-20 adet içiyorum

5. Günde 20'nin üzerinde içiyorum

6. Başka tütün ürünü kullanıyorum (Ne olduğunubelirtiniz.....)

7. Daha önce içtim bıraktım

11. İşyerinde gece nöbet tutmanız gerekiyor mu? 1. Hayır 2. Evet (Ne sıklıkta olduğunu belirtiniz: Ayda gün)

II. İŞYERİ RİSKLERİ

12. Size göre işiniz stresli midir?

1. Hayır, hiç değil 2. Hayır, değil 3. Fikrim yok 4. Evet, stresli
5. Evet, çok stresli

13. Yaptığınız iş sizce riskli midir? 1. Çok riskli 2. Orta derecede riskli 3. Düşük riskli

14. Hastanenizde enfeksiyon kontrol komitesi var mıdır? 1. Var 2. Yok
3. Bilmiyorum

15. Yaptığınız işten kaynaklı olabileceğine inandığınız herhangi bir hastalığınız oldu mu?

1. Olmadı 2. Olduğunu düşünüyorum ama emin değilim 3. Oldu(Lütfen ne olduğunu belirtiniz.....)

16. Çalıştığınız ortamın enfeksiyonlar açısından güvenli olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Güvenli 2. Orta derecede riskli 3. Çok riskli

17. Hastanenizde, çalışanlara yönelik enfeksiyon açısından alınan önlemler yeterli midir? 1. Yeterlidir 2. Orta derecede yeterlidir 3. Yetersizdir 4. Çok yetersizdir

III. MESLEKSEL YAŞAMDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BİLGİ VE DAVRANIŞLARI

18.Hastaya dokunmadan önce elinizi yıkıyor musunuz? 1. Her zaman yıkıyorum

2.Bazen yıkıyorum 3.Hiç yıkamıyorum

19.Hastaya dokunduktan sonra elinizi yıkıyor musunuz? 1.Her zaman yıkıyorum

2.Bazen yıkıyorum 3.Hiç yıkamıyorum

20.Doğru el yıkama süresi ve özellikleri hangi şıkta belirtilmiştir? 1. 5 saniye, akan su altında 2. 5-15 saniye, akan su altında ve sabunla 3. 20-30 saniye, akan su altında ve sabunla

21.Hastayla temas ederken eldiven kullanıyor musunuz? 1.Her zaman kullanıyorum

2.Bazen kullanırım 3.Hiç kullanmam

22.Kullandığınız eldivene bağlı deri ile ilgili sağlık sorunu yaşadınız mı?

1.Yaşamadım 2.Sık sık yaşarım 3. Bazen yaşarım 4. Nadir olarak yaşarım

23.Hastayla yakın temasta maske kullanıyor musunuz?

1.Her zaman 2.Bazen 3.Kullanmıyorum

24-Hepatit B ve hepatit C testi yaptırdınız mı?

1.yaptırdım 2.yaptırmadım 3.hatırlamıyorum

25. Hepatit B geçirdiniz mi? 1. Geçirmedim, aşıliyım 2. Geçirmedim, aşısızım

3. Geçirdim, bağışıklık kazandım 4. Hepatit B Virüs taşıyıcısıyım 5. Bilğim yok

26.Hepatit C geçirdiniz mi veya taşıyıcı mısınız? 1.Geçirmedim 2. Geçirdim,

bağışıklık kazandım 3. Geçirdim, sonucu bilmiyorum 4. Taşıyıcıyım 5.

Bilmiyorum

27. Hepatit B ve C'nin hangi yollarla bulaştığını yazınız

.....

28.Son bir yıl içinde HIV testi yaptırdınız mı? 1.Evet 2.Hayır 3.Hatırlamıyorum

29. Son 5 yıl içinde tetanos aşısı yaptırdınız mı? 1.Yaptırdım 2.Yaptırmadım

3. Hatırlamıyorum

30.Mesleğe başladıktan sonra hangi aşıları yaptırdığınızı belirtiniz

1.Hiç aşı yaptırmadım 2.aşılarını yaptırdım.

31.Tüberküloz (verem) için PPD deri testi yaptırdınız mı?

1.Yaptırdım

2.Yaptırmadım

3.Hatırlamıyorum

32. BCG (Tüberküloz aşısı) aşısı yaptırdınız mı?

1.Yaptırdım

2.Yaptırmadım

3.Hatırlamıyorum

32.Şimdiye kadar tüberküloz (verem) geçirdiniz mi?

1.Hayır

2.Evet

3.Hatırlamıyorum

33.Hastane kökenli viral bir enfeksiyon geçirdiniz mi?

1.Geçirmedi

2.Geçirdim

3.Bilmiyorum

34.Çalışırken hasta veya iş kaynaklı bati bir yaralanmanız oldu mu?

1.Olmadı

2.Bir kez oldu

3.Bazen oluyor

4.Sık sık oluyor

5.Hatırlamıyorum

IV. KİŞİSEL KORUYUCULAR

35-38. sorular için aşağıda verilen ifadelerden doğru olanı işaretleyiniz

	Kullanmaya gerek yoktur	Değiştirmeye gerek yoktur	Günde bir kez değiştirilmelidir	Her hastada değiştirilmelidir
35-maske				
36-eldiven				
37-önlük				
38-gözlük				

39- 43. sorular için sizin uygulamalarınızla ilgili olarak doğru olan ifadeyi işaretleyiniz.

	Her zaman kullanırım	Sıklıkla kullanırım	Nadiren kullanırım	Hiç kullanmam
39-maske				
40-eldiven				
41-önlük				
42-gözlük				
43-diğer				

44.Hastane ortamında çalışırken cildinize veya gözünüze hiç kimyasal madde sıçradı mı?

- 1.Hiç olmadı. 2. Ara sıra olur 3. Sık sık olur

45.Kimyasal madde veya ilaç sıçramasına bağlı işyeri kaynaklı bir yanık geçirdiniz mi?

- 1.Evet(ne olduğunu belirtiniz)2.Hayır (47. Soruya geçiniz)

46. Yanık geçirdiyseniz o sırada aşağıdakilerden hangisi geçerliydi?

1.Kişisel koruyucu gözlük veya önlük kullanıyordum

2.Herhangi bir kişisel koruyucu kullanmıyordum

3.Hatırlamıyorum

47.İşyerinde çalışırken herhangi bir alerjik durumunuz oldu mu?

1.Hayır, olmadı

2.Evet, lateks eldiven kaynaklı dermatit oldu

3.Besin alerjisi

4.İlaç alerjisi

5.Diğer (Ne olduğunu belirtiniz)

48.Maske veya eldiven kullanmadığınız zaman hastane yönetimi tarafından hiç uyarıldınız mı? 1.Uyarıldım 2.Uyarılmadım 3.Hatırlamıyorum

49. SORUYA YALNIZCA RÖNTGEN TEKNİSYENLERİ YANIT VERECEKTİR

49.Çalışırken koruyucu kurşun önlük kullanıyor musunuz?

1.Her zaman

2.Çoğu zaman

3.Bazen

4.Hiç kullanmam

HEMŞİRE VE DOKTORLAR DIŞINDAKİ KATILIMCILARIMIZ İÇİN
ANKETİMİZ BİTMİŞTİR. TEŞEKKÜR EDERİZ.

50.Ampul kırarken, enjeksiyon yaparken, hastaya müdahale ederken hiç yaralandınız mı?

1.Yaralanmadım

2.Yaralandım (Ne olduğunu belirtiniz.....)

3.Hatırlamıyorum

51.Yaralanma sonrasında ne yaptınız?

.....

52.Enjeksiyon veya damar yolu açarken eldiven kullanır mısınız?

1.Her zaman kullanırım

2.Çoğunlukla kullanırım

3.Bazen kullanırım

4.Nadiren kullanırım

5.Hiç kullanmam

53.Bir hastadan diğer hastaya geçerken eldiven değiştirir misiniz?

1.Her zaman değiştiririm

2.Çoğunlukla değiştiririm

3.Bazen değiştiririm

4.Nadiren değiştiririm

5.Hiç değiştirmem

54.Tedavi sonrasında enjeksiyon uçlarını tekrar kapatır mısınız?

1.Her zaman kapatırım

2.Bazen kapatırım

3.Kesinlikle kapatmam