

T.C.

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI

112 ACİL HİZMETLERİ İSTASYONLARINDA
ÇALIŞANLARIN MESLEKİ RİSKLERİ

(RİZE İLİ ÖRNEĞİ)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Azra AKMUT

TRABZON 2019

T.C.

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI

**112 ACİL HİZMETLERİ İSTASYONLARINDA
ÇALIŞANLARIN MESLEKİ RİSKLERİ**

(RİZE İLİ ÖRNEĞİ)

Azra AKMUT

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde
“YÜKSEK LİSANS”
Unvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih :08.12.2019

Tezin Savunma Tarihi :25.12.2019

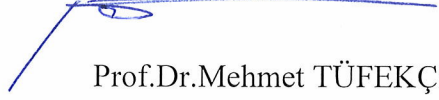
Tez Danışman : Prof.Dr Mehmet TÜFEKÇİ

TRABZON 2019

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

KABUL VE ONAY SAYFASI

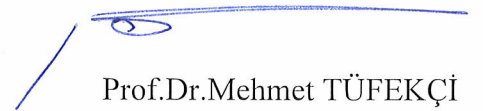
Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , İş Sağlığı ve Güvenliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Azra Akmut tarafından Prof.Dr.Mehmet Tüfekçi yönetiminde hazırlanan ‘ ‘ **112 Acil Hizmetleri İstasyonlarında Çalışanların Mesleki Riskleri Rize Örneği** ’ ’ başlıklı tez Enstitü Yönetim Kurulunun 10/12/2019. Gün ve 28 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Prof.Dr.Mehmet TÜFEKÇİ
JURİ BAŞKANI


Dr.Öğr.Üyesi Osman YILDIZLAR
ÜYE


Dr.Öğr.Üyesi Belkız KIZILTAN
ÜYE

Tez savunması ile ilgili yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.


Prof.Dr.Mehmet TÜFEKÇİ
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmamda; Rize ili 112 acil sağlık hizmetleri istasyonu çalışanlarının mesleki risk ve tehlikeleri amaçlanmaktadır. Öncelikle hazırladığım anketleri doldurarak araştırmama katkıda bulunan, Rize’de görev yapan tüm 112 ASHİ personeline, araştırmamda kolaylık sağlayan Rize il sağlık müdürlüğüne, yüksek lisansa başladığımız günden beri bize sevgi ve desteğini esirgemeyen ve tez çalışmamda da aynı şekilde destek olan Prof.Dr.Mehmet Tüfekçi hocama, tüm eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteğini esirgemeyen babam ve anneme, yüksek lisans yapmamı destekleyen eşim Evren Akmut’a, eşimin anne ve babasına çocuklarım Defne ve Rüzgar Akmut’a teşekkürlerimi borç bilirim.

Azra AKMUT

Trabzon2019

TEZ BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**112 acil hizmetleri istasyonlarında çalışanların mesleki riskleri**” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Prof.Dr. Mehmet TÜFEKÇİ'nin sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma süresince bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim(08/12/2019)

Azra AKMUT

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
ÖNSÖZ	IV
TEZBEYYANNAMESİ	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR	X
ÖZET	XI
ABSTRACT	XII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetleri İçerisindeki Yeri.....	2
2.1.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri	2
2.1.2. 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetleri İçerisindeki Yeri.....	6
2.2. Mesleki Riskler ve Sağlık Hizmetleri Çalışanları Açısından Durumu	11
2.2.1. Mesleki Risk Kavramı.....	11
2.2.2. Sağlık Çalışanları ve Sağlık Çalışanlarının Sağlığı.....	15
2.2.4. 112 Acil Hizmetler İstasyonlarında Çalışanların Mesleki Riskleri	20
2.3. Bu Konuda Yapılmış Çalışmalar	29
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	32
3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı.....	32
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	32
3.3. Evren ve Örneklem.....	33
3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Aracı.....	33
3.5. Araştırmanın Etik Yönü	34
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	34
4. BULGULAR	35

4.1. Tanımlayıcı Özellikler.....	35
4.2. Çalışma Hayatı İle İlgili Düşüncelere Ait Dağılımları.....	36
4.3. İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Düşünce ve Durumlara Ait Dağılımlar	37
4.4. İş Sağlığı ve Güvenliği İçin Alınan Önlemlere Ait Dağılımlar	39
4.5. Çalışma Hayatın Karşılaşılan Risklerine ve Sıklıklarına Ait Dağılımlar.....	39
4.6. Araştırma Hipotezlerinin Test Edilmesi.....	41
4.6.1. H 1 Hipotezinin Testi	41
4.6.2. H 2 Hipotezinin Testi	41
4.6.3. H 3 Hipotezinin Testi	42
4.6.4. H 4 Hipotezinin Testi	43
4.6.5. H 5 Hipotezinin Testi	43
4.6.6. H 6 Hipotezinin Testi	44
4.6.7. H 7 Hipotezinin Testi	45
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
7. KAYNAKÇA.....	63
EKLER.....	70

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Sağlık Kuruluşlarındaki Başlıca Risk Faktörleri	12
Tablo 2.2. Hastanelerde Başlıca Tehlike Ve Riskler	14
Tablo 4.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Dağılımlar	35
Tablo 4.2. Çalışma Hayatı İle İlgili Düşüncelere Ait Dağılımlar	36
Tablo 4.3. İş Sağlığı Ve Güvenliği İle İlgili Düşünce Ve Durumlara Ait Dağılımlar	37
Tablo 4.4. İş Sağlığı Ve Güvenliği İçin Alınan Önlemlere Ait Dağılımlar	39
Tablo 4.5. Çalışma Hayatın Karşılaşılan Risklerine Ve Sıklıklarına Ait Dağılımlar	40
Tablo 4.6. Çalışanların Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumlarının Ki-Kare Analizine Göre İncelenmesi.....	41
Tablo 4.7. Çalışanların İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitimi Alma Durumuna Göre İş Kazası Geçirme Durumlarının Ki-Kare Analizine Göre İncelenmesi	42
Tablo 4.8. Çalışanların İş Kazası Geçirme Durumlarının Yaşa Göre Farklılaşmasının Ki Kare Analizine Göre İncelenmesi	42
Tablo 4.9. Çalışanların Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasının Ki-Kare Analizine Göre İncelenmesi	43
Tablo 4.10.Çalışanların İş Memnuniyeti Durumlarının Kadro Durumuna Göre Farklılaşmasının Ki-Kare Analizine Göre İncelenmesi.....	44
Tablo 4.11.Çalışanların Çalışma Saatlerinin Fazla Olduğunu Düşünme Durumlarının Yaşa Göre Farklılaşmasının Ki-Kare Analizine Göre İncelenmesi.....	44
Tablo 4.12.Çalışanların Bulaşıcı Hastalık Geçirme Durumlarının Hastaya Müdahale Esnasında Eldiven Kullanma Alışkanlığına Göre Farklılaşmasının Ki-Kare Analizine Göre İncelenmesi.....	45

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 : Cinsiyete Göre Dağılım.....	46
Şekil 2 : Yaşa Göre Dağılım.....	46
Şekil 3 : Eğitim Durumuna Göre Çeşitli İşyerlerinin Dağılım.....	48
Şekil 4 : Çalışma Hayatı ile Düşüncelere Ait Dağılım.....	49
Şekil 5a : İş Sağlığı Güvenliği ile İlgili Düşünce ve Durumlara Göre Dağılımlar..	52
Şekil 6 : Daha Önce Geçirilen İş kazalarının Türü.....	53
Şekil 7 : Maruz Kalınan Şiddetin Türü.....	55
Şekil 5b : İş Sağlığı Güvenliği ile İlgili Düşünce ve Durumlara Göre Dağılımlar..	57
Şekil 8(a,b): İSG İçin Alınan Önlemlere Ait Dağılımlar.....	58
Şekil 9: Çalışma Hayatında Karşılaşılan Risklere ve Sıklıklara Ait Dağılımlar.....	60

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASHİ: Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu

ATT: acil tıp teknikeri

ASH:Acil sağlık hizmetleri

ABD:Amerika Birleşik Devleti

CPR: Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon

DSÖ:Dünya Sağlık Örgütü

DB:Desibel

HBV:Hepatit b virüsü

HIV:Bağışıklık sisteminin çökmesine neden olan virüs

HKS:Hastane kayıt sistemi

IBM : International Business Machines; Uluslararası İş Makineleri

ILO : Uluslararası Çalışma Örgütü

İSG : İş Sağlığı Güvenliği

MRSA: Metisilin Dirençli Stafilokok

NIOSH:Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

SD : Standart sapma

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

TBC:Tüberküloz

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

YY. : Yüzyıl

ÖZET

Bu araştırmada Rize ilinde görev yapan 112 acil çalışanlarının mesleki risklerinin belirlenmesi ve risk unsurlarının meydana gelme sebeplerinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Araştırmanın evrenin Rize ilinde görev yapan 112 acil çalışanları oluşturmaktadır. Çalışma grubu olarak 112 acil birimlerinde görev yapanlardan 203 kişi kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırmada yer alan hipotezlerin test edilmesi ve katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin tespit edilmesi için araştırmacı tarafından hazırlanmış 32 adet anket sorusu bulunmaktadır. 112 Acil çalışanlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 20 programına başvurulmuştur. Çalışanların tanıtıcı özelliklerinin, çalışma hayatı ile ilgili düşüncelerinin, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili düşünce ve durumlarının, iş sağlığı ve güvenliği için alınan önlemlerin ve çalışma hayatında karşılaşılan risklerinin ve sıklıklarının dağılımının gösterimleri yüzde ve frekans ile yapılmıştır. Araştırmanın hipotezleri Ki-kare analizi ile sınanmış olup, sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Araştırma sonucunda, Rize il merkezinde görev yapan 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı, iş kazası geçirme durumları ile iş sağlığı eğitimi alma durumları arasında bir ilişkiye rastlanmadığı, yaş ve iş kazası geçirme durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, eğitim durumuna göre şiddete maruz kalma durumlarının farklılaşmadığı, kadro durumları ile iş memnuniyetleri arasında bir ilişkinin olmadığı, çalışma saatlerinin fazla olduğunu düşünme durumları ile yaşları arasında bir ilişkinin olmadığı, eldiven kullanma alişkanlığının yüksek düzeyde olduğu ve bulaşıcı hastalık vakalarının ok az düzeyde yaşandığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Acil sağlık hizmetleri istasyonu, iş sağlığı ve gvenliği, mesleki risk, Avrasya Üniversitesi

ABSTRACT

In this research, it is aimed to determine the occupational risks of 112 emergency workers in Rize province and to determine the reasons for the occurrence of risk factors. The study consists of 112 emergency employees working in Rize province of the universe. 203 persons working in 112 emergency units were selected by easy sampling method. There are 32 questionnaire questions prepared by the researcher in order to test the hypotheses in the study and to identify the descriptive characteristics of the participants. IBM SPSS 20 program was used for the evaluation of the data obtained from emergency employees. The representations of the promotional characteristics of the employees, their thoughts about working life, their thoughts and situations about occupational health and safety, the measures taken for occupational health and safety, and the distribution of the risks and frequencies encountered in the working life were made with percentage and frequency. The hypothesis of the study was tested by Chi-square analysis and the results were evaluated in 95% confidence interval.

As a result, 112 employees working in Rize city center did not differ in terms of gender exposure, there was no relationship between occupational accidents and occupational health education, there was no significant relationship between age and occupational accidents, It was found that there is no relationship between staying status, there is no relationship between staff status and job satisfaction, there is no relationship between thinking of working hours and ages, there is a high level of habit of using gloves and infectious disease cases are experienced at very low levels.

1. GİRİŞ

Toplum için gerekli sağlık hizmetlerinde, sağlık alışanlarının varlığı ok büyük önem taşımaktadır. Teknolojideki ilerleme ve gelişmeler insan hayatını kolaylaştırırken, diğer taraftan hayatı tehdit eden problemlerde beraberinde getirmektedir. Sağlık alışanları sağlık hizmeti sunarken mesleğini icra etmesinden kaynaklanan nedenlerden dolayı tehlike ve risklere maruz kalabilmektedir. Bu nedenle acil sağlık hizmetlerinin önemi bu alanda yapılacak yenilikler, bir kez daha gözden geçirilmelidir.

Sağlık sektörü en riskli meslek dallarından biri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmeti veren kurumlarda meydana gelen iş kazası ve meslek hastalıklarıda bazen, farklı iş dallarında gerçekleşen iş kazası ve meslek hastalıklarından, daha ciddi sonuçlara neden olmaktadır.

Çalışmanın ilk bölümünde 112 acil sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri içerisindeki yerine değinilmiş, dünyada ve Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin gelişimi açıklanmıştır. Bir sonraki bölümde sağlık çalışanları açısından iş kazası ve 112 acil hizmetleri istasyonlarında çalışanların mesleki riskleri anlatılmış , sağlık hizmeti çalışanları için güvenli çalışma ortamına değilmiştir. Rize ili 112 ASHİ alışan 203 personele yapılan anket çalışmasına ve literatür taramasına yer verilmiştir. Elde edilen veri sonuçlarının acil sağlık hizmet istasyonlarında, iş sağlığı ve güvenliği rehberine kılavuzluk etmesi planlanmaktadır.

Bu araştırmada Rize ili 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışanların, iş sağlığı ve güvenliği tehlike risk ve meslek hastalıkları belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

112 acil ambulans hizmetleri bireyler için hayati risk taşıyan ve acil müdahale gerektiren durumlarda, nakil süresince bireylerin yaşamsal parametrelerinin sürdürülmesini sağlayan ve en kısa sürede acil servise ulaşımı imkan tanıyan bu alanda özel eğitim almış personel tarafından sunulan önemli bir toplumsal sağlık hizmetidir. Verdikleri hizmetin doğası gereği, çalışan personel bir çok riskle maruz kalmaktadır, maruz kalınan iş kazalarının nedenlerini belirlemek ve maruziyet düzeyini değerlendirilmek oldukça önem arz etmektedir.

2.1. 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetleri İçerisindeki Yeri

2.1.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri

Her devletin kendisine has sağlık problemlerinin olması, sağlık konusunda imkanların, mevcut kaynakların, önceliklerin farklılık göstermesine paralel olarak sunulan sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin finansmanında tercih edilen yöntemler, denetim yaklaşımları ve örgütlerin yapısı farklı olabilmektedir. Bu uygulamalar üzerinde herhangi bir yaptırım kuvveti olmasa da mutlak etkililiği olan sağlıkla ilgili uluslararası bir kuruluş bulunmaktadır ki bu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'dür. Türkiye ise Birleşmiş Milletler Teşkilatının bir alt kuruluşu olan Dünya Sağlık Örgütü'ne üyedir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık alanında çalışmalar yapmakta, üye ülkelere sağlık konularında zaman zaman tavsiye niteliğinde raporlar duyurmaktadır (1). Sağlıklı bir nüfus kitlesi, sağlıklı fertlerden meydana gelir. Fertlerin sağlıklı olmaları ise hem sağlık hizmetlerini gereken biçimde kullanmaları hem de sağlık ve hastalık kavramlarına gereken ehemmiyeti göstermeleriyle alakalıdır. Buradan hareketle sağlık kavramının tanımını yapacak olursak çeşitli bilimler, kendine özgü bakış açısıyla sağlığı tanımlamaya çalışmışlardır. Altındış (2016)'e göre, sağlık kavramının üç temel bakış açısıyla tanımlandığı görülmektedir. Bunlar;

- Geleneksel tıp yönünden sağlık tanımı
- Dünya Sağlık Örgütü' nün sağlık tanımı
- Ekolojik yönden sağlık tanımı

Geleneksel tıp yönünden sağlık kavramı, sağlığın en eski tanımlarından olup “herhangi bir hastalığın olmaması durumu” olarak ifade edilir. Bu görüş daha çok sağlık profesyonelleri arasında yaygın olup yalnızca hastalığın yokluğu yani insan vücudunun değişik yerlerinde birtakım patolojik bulgu ve hastalık belirtilerinin olmaması şeklinde kabul görmüştür. Bu yaklaşım insan vücudunu bir bütün olarak ele almazken daha çok belli hastalıklar ile vücudun uzuvları üzerinde aşına olarak durur. İnsanı bütün olarak ele almaması yani sosyal ve ruhsal yönünden değerlendirmemesi en önemli handikabıdır (2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımına baktığımızda 1948 tarihli Dünya Sağlık Örgütü Tüzüğü' ne göre “Sağlık, yalnızca sakatlık veya hastalığın olmaması durumu değil, kişinin bedensel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumu” olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tanıma göre “tam” ve “iyilik” kavramlarının ölçülmesinin yanında açıklanmasının da çok zor olmasına rağmen “sosyal” iyilik kavramının yer alması çok değerli bir gelişme olarak görülmelidir. Çalışma ve yaşam güvenliğinin sağlanamadığı, iş bulma olasılığının bulunmadığı toplumlarda kişinin tam iyilik halinde olması olanaksızdır (1,3).

Ekolojik yönden sağlık tanımına bakacak olursak kişinin çevreye uyumu ve yaşantısını idame ettirmesine yönelik işlevleri yerine getirebilme durumudur. Bunlar çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyüp yaşlanabilme, acı çekebilme, ölümü huzurlu bir biçimde bekleyebilme gibi olguları kapsamaktadır. Ekolojik yaklaşımda önemli olan husus kısacası bireyin çevresine adapte olabilmesidir. Çünkü sağlıklı bir birey çevresi ile rahat ve başarılı şekilde uyum sağlayabilir (2). Kızılcıçelik (1996) ise sağlık kavramını şu şekilde tanımlamıştır: “Sağlık, sadece belirli bir toplumdaki bireylerin hastalık, sakatlık ve rahatsızlığının olmayışı değil, bunun yanında o toplumdaki bireylerin akılsal, fiziksel,

ekolojik, ekonomik, kültürel, siyasal ve toplumsal bakımdan tam bir huzur, denge, harmoni, uyum ve iyilik içinde bulunma durumudur”. Burada sağlık kavramına pek çok açıdan değinmiş, tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlığın çok boyutlu olduğunu ortaya koymuştur(4) . Öztürk (2000) sağlık hizmetleri kavramının tanımını şu şekilde yapmıştır: “Sağlık hizmetleri, tıp bilimleri ve psikiyatri bilimi tarafından kabul edilmiş ölçüler içinde bireyin sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amacıyla konularında uluslararası standartlara uygun yüksek öğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını, ileri teknoloji ürünü cihazları kullanmak suretiyle kamu, özel girişimciler, sivil toplum kuruluşları, yerel yönetimler ve diğer kuruluşlar aracılığıyla sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır”(5).

Kızılcılık'e (1996) göre sağlık fiziki, ruhsal, toplumsal ve kültürel yönleri olan çok boyutlu bir olgudur. Bu boyutlar genelde birbirini etkiler ve etkileşim içindedir. Bireyin tam olarak sağlıklı olduğunu hissetmesi için bu boyutların yeterince dengelenmesi ve bütünleşmesi gerekmektedir. Zaten bu boyutların dengelendiği an sağlıklı olma hissini en güçlü olduğu andır. Temel sağlık hizmeti, insanların yaşadığı yerlere mümkün olan en yakın biçimde sunulan, toplumun ekonomik ve sosyal gelişiminin önemli bir parçası olan sağlık sisteminin özüdür. Temel sağlık hizmeti toplumda, ailelerin ve fertlerin ulusal bazda sağlık sistemiyle karşılaştıkları ilk noktadır (4). Yaşadığımız son yüzyılda gelişmiş batılı ülkelerde sağlık sektöründe ileri derecede gelişmeler meydana gelmiş, üstün teknolojiler bulunmuş ve neticede gelişmiş karmaşık sağlık kuruluşlarını kapsayan ulusal sağlık sistemleri varolmuştur (2). Özgirin ve Taş (1996) sağlık hizmetlerinin temel amacını şu şekilde belirtmiştir; Hasta olan kişiye mümkün olan en makul fiyattan, mümkün olan en az sürede, şefkatli ve güleryüzlü bir şekilde diğer alternatif olabilecek tedavi yöntemlerini de anlatarak, tıbbi deontolojik ve etik ilkeleri gözeterek mevcut imkanlar dahilinde medikal anlamda en iyi sağlık hizmetini sunmaktır (6).

Sağlık hizmetleri bu amacı gerçekleştirmek, verimli ve kaliteli hizmet sunulması için genel olarak amaçlarına göre üç ana sınıfa ayrılmıştır (7). Bunlar,

- Koruyucu (önleme amaçlı) sağlık hizmetleri

- Tedavi edici sağlık hizmetleri
- Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye y6nelik ve çevreye y6nelik sağlık hizmetleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada temel amaç hastalığın 6nlenmesidir. Koruyucu sağlık hizmetleri evre koşullarının iyileştirilmesi, toplumun bilinçlendirilmesi, bulaşıcı hastalıkların 6nlenmesi, aile planlaması gibi konulan kapsamaktadır. Bu hizmetler sadece sağlık bakanlığı tarafından y6r6t6lmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine 1963 yılında y6r6rl6đe giren 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kapsamında b6y6k 6nem verilmiştir (8).

Sosyal devlet anlayışı devlet tarafından sağlık hizmetlerinin sunumunu mecbur hale getirmektedir. Bu 6zelliğinden dolayı koruyucu sağlık hizmetleri kamu eliyle topluma sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde hedef hastalığın oluşma ihtimalini azaltmak olduğu için 6deme g6c6ne bakılmadan toplumdaki b6t6n bireyler bu hizmetlerden b6y6k 6l6de yararlanmaktadırlar (9). Devlet koruyucu sağlık hizmetlerini 6cret almadan halka ulaştırmakla y6k6ml6d6r. Bu hizmetleri gerçekleştiren birimlere 6rnek olarak sağlık evleri, sağlık ocağı, dispanserler, aile planlaması merkezleri ve evre sağlığı birimleri v.s. misal verilebilir (4).

Su kaynaklarının denetimi, katı atıkların denetimi, haşerelerle m6cadele, besin sanitasyonu, hava kirliliği denetimi, g6r6lt6 kirliliği denetimi, radyolojik zararlıların denetimi, iş sağlığı hizmetleri çevreye y6nelik koruyucu sağlık hizmetlerine 6rnek teşkil ederken; aşılama, beslenme d6zenleme, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ana ocuk sağlığı hizmetleri, n6fus planlama, ilaçla koruma, kişisel hijyen, sağlık eğitimi kişiye y6nelik koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde yer almaktadır (10). Tedavi edici sağlık hizmetleri teşhis, muayene ve tedavi çalışmalarını içinde barındırır. 6lkemizde tedavi edici sağlık hizmetlerini y6r6tmek devlet adına sağlık bakanlığının g6revleri arasındadır. Bunun yanında bu hizmetler 6zel sekt6r, iktisadi kamu teşebb6sleri, 6niversiteler ve diğer 6zel kuruluşlar vasıtasıyla y6r6nmektedir (8). Tedavi edici sağlık hizmetleri hasta olmuş bireyin

eski sağlığına kavuşması hedefiyle verilen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler doktorun sorumluluğunda ve diğer sağlık çalışanlarının katkılarıyla verilir. Devletimiz tedavi edici sağlık hizmetlerini toplumun her kesimine ulaştırmakta herhangi bir sosyal guvencesi olmayan veya maddi açıdan sıkıntılı olan fertlere doğrudan veya sosyal yardım kurumlan vasıtasıyla ücretsiz olarak tedavi hizmeti vermektedir (4).

2.1.2. 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetleri İçerisindeki Yeri

Yukarıda da ifade edildiği üzere sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin dört farklı grup üzerinden açıklanması mümkündür. Bu alanda ise tedavi edici sağlık hizmetleri üzerinde durmak sureti ile söz konusu sağlık hizmetlerini sunmakta olan kurumlar değerlendirilecektir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin ne çıkan temel özelliği ise oldukça geniş bir hizmet çeşitliliğine sahip kurumlar tarafından sunuluyor olmasıdır. Devasa büyüklükteki hastanelerden sadece cerrahi hizmet veren merkezlere, bünyesinde çok sayıda uzman barındıran grup uygulamalarından özel muayenehanelere kadar hepsi tedavi hizmeti sunmaktadır. Burada hastane öncesi sağlık hizmetleri de denilen 112 acil sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetleri grubuna dahildir. Acil sakatlık veya yaralanma mevcut olduğu zaman konusunda uzman ve özel eğitimi ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteğiyle olayın olduğu yerde, nakil sırasında, sağlık kurumunda verilen bütün sağlık hizmetleri acil sağlık hizmetleri olarak tanımlanmıştır (10).

Acil yardım ise acil sağlık hizmetleri alanında özel eğitim almış ekipler tarafından tıbbi araç ve gereç desteğiyle olay yerinden sağlık kurumuna nakledilinceye kadar sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır. Acil yardım hizmetleri acil sağlık istasyonları vasıtasıyla bireylere ulaştırılır (10). Acil bakım aniden hastalanan yada kazaya uğrayan bir bireye en hızlı şekilde, olay yerinde, birtakım araç gereç veya tıbbi malzeme kullanarak bu konuda eğitim almış kişiler tarafından yapılan müdahalelerdir. Acil bakım hastanenin acil servisinde yoğun bakımda verilebileceği gibi hastane dışında 112 ambulansları tarafından da verilebilmektedir (11).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri hasta veya yaralının hastaneye götürülene kadar geçen sürede yapılan acil bakım hizmetlerini kapsar. Acil sağlık hizmetleri ise acil yaralanmalarda ve hastalık hallerinde konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç gereç desteği alarak olay yerinde, nakil anında veya her türlü sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen bütün sağlık hizmetlerini kapsar (12). Acil sağlık hizmetleriyle alakalı belli başlı kavramları şu şekilde açıklayabiliriz:

Acil sağlık hizmetleri yönetmeliği (2000)' ne göre "acil sağlık konusunda eğitim görmüş sağlık ekipleri tarafından, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden erken dönemde, tıbbî araç ve gereç desteği ile sunulan hizmetlere" acil sağlık hizmetleri denir (13).

Acil yardım "acil sağlık hizmetleri konusunda özel eğitim görmüş ekipler tarafından, tıbbî araç ve gereç desteği ile olay yerinde ve hastaneye nakil sırasında verilen hizmetlerin bütünüdür" (14). Burada önemli olan nokta yapılan işlemin alanında eğitim almış sağlık personelleri tarafından tıbbi malzeme ve ilaç kullanılarak yapılan girişimler olmasıdır. İlk yardım ise "hastalık veya kaza nedeniyle sağlığı tehlikeye girmiş olan kişiye, durumunun kötüleşmesini önlemek amacıyla kendisinin veya çevresindekiler tarafından olay yerinde yapılan ilaçsız girişimlerdir" (13). İlk yardım uygulamaları hem sağlık personelleri hem de bu konuda eğitim almış olayın gerçekleştiği an orada bulunan vatandaşlar tarafından yapılabilir (15).

İl ambulans servisi il genelindeki bütün ambulansların hizmetlerini koordine eden, Sağlık Bakanlığı ve kendisine bağlı diğer ambulanslarla hizmet sunan başhekimlik, merkez ve istasyonlardan oluşan birim olarak tanımlanmıştır (16). Yani il genelindeki özel veya kamuya ait olup olmadığı farketmeden bütün ambulansların bağlı olduğu sevk ve idare edildiği merkezdir. Olağandışı durum "aniden oluşan ve büyük zararlara yol açan doğal afetler ile teknolojik afetler ve büyük çapta gerçekleşen kitlesel kazalar" olarak hepsine verilen bir isimdir (13).

Merkez, “il sağlık müdürlüğünün, acil sağlık hizmetleri Őube müdürlüğüne bağlı olarak kurulmuŐ olan ve 112 numaralı telefon ile aranılabilen Komuta Kontrol Merkezi”ni ifade etmektedir (17). Acil sağlık hizmetlerini gerćekleŐtirmek üzere kurulan birimler istasyon olarak ifade edilirken hastaya veya yaralıya gereken tıbbi giriŐimi uygulamak üzere görevlendirilmiŐ, acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim görmüŐ sağlık personeli ile Őofrden oluŐan topluluğa ekip denilmektedir (13).

Sağlık Bakanlığının tanımıyla KavuncubaŐı ve Yıldırım’a göre acil sağlık hizmetleri istasyonu hizmet verdikleri duruma göre ć tipte kurulabilir (10):

A tipi istasyon, 24 saat süreyle sadece ambulans hizmeti verilen ihtiyaća göre birden fazla ekip ve ambulans mevcut olan özlük ve idari haklan bakımından il ambulans servisi baŐhekimliđine bađlı olan kadrolu personele sahip istasyon tipidir. Ekip ićinde hekim bulunanlar A1 tipi istasyon, ekip ićinde hekim bulunmayan istasyonlar A2 tipi istasyon olarak isimlendirilir.

B tipi istasyon, birinci, ikinci ve ćnc basamak resmi sađlık kurumlarıyla entegre olan kesintisiz ambulans ve acil servis hizmeti verilen, özlük ve idari haklan aćısından bünyesinde olduđu kuruma, ambulans hizmeti aćısından merkeze bađlı olan ekip ićinde hekim bulunan istasyonlardır. Hastane acil servisi ile entegre olanlar B1 tipi istasyon, birinci basamak sađlık kuruluŐu ile entegre olanlar B2 tipi istasyon olarak adlandırılır.

C tipi istasyon, ihtiyaća binaen günün belirli saatlerinde yalnızca ambulans hizmeti veren, idari ve özlük haklan bakımından il ambulans servisi baŐhekimliđine bağlı acil sağlık istasyonlarıdır.

İstasyonlarda acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim almıŐ sağlık personelinden oluŐan ekip ile tıbbi donanımlı ambulanslar görev yapmaktadır. İstasyonların ićinde ambulans ve görev yapan ekibe lojistik destek amacıyla en az ć oda, eğitim salonu,

tuvalet, banyo, mutfak, depo, ambulans garajı, telefon, telsiz gibi gerekli malzemeler bulunur (10).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri aslında karmaşık bir yapıya sahiptir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde topluma verilen acil sağlık hizmetlerini pek çok küçük alt sistem oluşturur. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri genellikle ambulans ile verilen bir sağlık hizmeti ağı olarak görülse de kapsamı çok daha geniştir. Çünkü Dünya Sağlık Örgütü hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini diğer acil sağlık hizmetleri ile beraber halk sağlığı sisteminin bir parçası olarak görmektedir (18).

Özel'e (2010) göre hastane öncesi acil sağlık hizmetleri halk sağlığı, kamu güvenliği ve acil tıp uygulamalarının bir bileşeni olduğu söylenebilir. Geniş kapsamlı ve karmaşık bir yapısı ile karmaşık bir işleyiş modeli olan hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin pahalı kaynakların kullanıldığı ve maliyetlerin yüksek olduğu sağlık hizmeti alanıdır (19).

Acil sağlık hizmetleri taşrada ise il sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulan acil ve afetlerde sağlık hizmetleri şube müdürlüğüne bağlı olarak faaliyetlerini yerine getirmektedir.

Sağlıklı bir hayat idame ettirmek herkes için önemlidir. Bu yüzden sağlık vazgeçilmez bir hazinedir. Fakat insan hayatında zaman zaman beklenmedik aniden gelişen durumlar olabilmekte en değerli hâzinemiz olan sağlığımız zarar görebilmektedir. Genellikle ani gelişen bu tür durumlara hızlı ve profesyonel bir müdahale gerekmektedir. Erken ve doğru müdahale sağlığımızla ilgili bu tür olumsuzlukların ortadan kalkmasına yardımcı olacak ölümlerin ve sakatlıkların azaltılmasını mümkün kılacaktır (14).

Başta trafik kazası olmak üzere yangın, deprem, terör saldırısı gibi acil durumlara alanında uzmanlaşmış ekiplerin müdahalesi ve durumun kontrol altına alınması çok önemlidir. Müdahalenin zamanında yapılmaması en kötü sonuçları doğurup ölümlerle

sonuçlanabilmektedir. Bu durum 112 acil sağlık hizmetlerinin önemini ortaya çıkarmaktadır (20).

Kaza ve yaralanma olduktan sonra ölümlerin %10' unun ilk 3-5 dakikada; %54-60' mm ise ilk 30 dakikada meydana geldiği tespit edilmiştir. Bu durum pek çok ülkede sistemli bir ilkyardım organizasyonunun kurulmasına zemin hazırlamıştır. Olay yerindeki ilk müdahalenin yetkili kişilerce yapılması ve uygun taşıma yöntemleriyle ölüm ve sakatlık oranım büyük ölçüde azaltacağı anlaşılmıştır. Bu nedenle 112 acil sağlık hizmetleri kaza ve yaralanmalarda ölüm ve sakatlıkların önlenmesi alanında hastane öncesi acil sağlık sisteminin en önemli bileşeni olmuştur (21). Arreola-Risa ve arkadaşları 'na göre Mexico'da ambulans sayısında yaşanan artış ve travma konusunda eğitim verilmesi hastaneye giderken meydana gelen ölümleri azaltmıştır (22).

Nepal'de bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini aile planlaması ve prenatal bakım gibi sağlık hizmetlerinden daha çok acil durumlar için kullandığı yapılan çalışmayla ortaya konulmuştur. Sri Lanka'da yapılan bir anket çalışmasında insanların birinci basamak sağlık hizmetlerinden acil sağlık hizmetleri almak istedikleri ortaya konmuştur. Küçük rahatsızlıklarında geleneksel tıbbi ve ev ilaçlarını kullanırken ani gelişen durumlarda birinci basamak sağlık kurumlarına başvurmuşlardır (23).

Ülkemizde karşımıza çıkan diğer bir konu da travma konusudur. Ülkemizde yaşanan şiddet olaylarındaki artış acil bir durum olan travma vakalarını da artırmaktadır. Özellikle kırk yaş altındaki erkeklerde birinci ölüm sebebinin travma olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda yapılan çalışmalarda her ülkede hastaneye yatırılan hastaların ortalama yüzde 15'i travmaya uğramış kişilerden olduğu tespit edilmiştir (24).

Gelişmiş olan ülkelerde en önemli ölüm nedenleri başında kafa travması gelmektedir. Kafa travmalı hastanın tedavi maliyeti de oldukça yüksektir ve bu maliyet ABD' de tüm sağlık harcamalarının yüzde 20' sini oluşturmaktadır (25). Trafik kazalarına bağlı ölümlerin yüzde 75' inde ve travmalı hastaların yüzde 80' inde kafa travması görülür. Ciddi kafa travması ve buna bağlı beyin yaralanması, gelişmiş olan ülkelerde 45 yaş üstü

en önemli ölüm nedenidir (26). Ciddi kafa travmalı hastaların yansı, olay yerinde veya ilk saatlerde ölmektedir. Kafa travmalarında beynin oksijensiz kalması, tansiyon düşüklüğü veya başka bir yerdeki travma ölüm oranlarını yükseltmektedir (27). Bu durumlarda 112 acil sağlık hizmetleri ölüm oranlarının azaltılmasında paha biçilemez öneme sahiptir.

Kalp krizi batılı ülkelerde hastane dışında meydana gelen ölümlerin temel sebebidir. Bu durumda gerçekleşen ölümlerin yansı 15 dakika içerisinde geriye kalanın yüzde 70' i ise bir saat içinde meydana gelmektedir. Bu hastaların çoğu hastaneye yetişmeden hayatını yitirmektedir (21).

Yine dünya genelinde en sık rastlanılan ölüm sebebi iskemik kalp hastalığı olup kalp ile ilgili bir problemdir. Yetişkin bireylerin ölümü incelendiğinde yüzde 60'ından fazlası ani kalbin durmasıyla sonuçlanan iskemik kalp hastalığına bağlı ölümlerdir (28).

Avrupalı ülkelerde kalp krizi görülme sıklığı azalmaktadır. Modern reperfüzyon tedavisi ve ikincil korunma yöntemleri gibi önlemler ile ani kalp krizine bağlı hastanede meydana gelen ölüm oranı ciddi anlamda azalmasına karşın ölümlerin üçte ikisi hastane öncesinde olduğu için bütün olarak ölüm oranının değişmediği yapılan çalışmada tespit edilmiştir. Buna göre ani kalp krizinde yaşama şansını artıran en iyi çözüm olay yerinde hastane öncesi gereken tedaviyi uygulamaktır .

Türkiye' de ulusal bazda ölüm sebeplerine baktığımızda kardiyovasküler yani kalple ilgili hastalıklar ilk sırada gelmektedir. 112 acil sağlık hizmetleri ölümlerin önlenmesi ve sakatlık oranlarının indirilmesinde çok önemli pay sahibidir. Bu durum acil sağlık hizmetlerinin ayrı bir bilim dalı olarak ele alınmasını gerekli kılmıştır (12).

2.2. Mesleki Riskler ve Sağlık Hizmetleri Çalışanları Açısından Durumu

2.2.1. Mesleki Risk Kavramı

Sağlık Personeli açısından en yaygın olarak bilinen mesleki risk faktörü olarak mikroorganizmalar akla gelmektedir. Sağlık çalışanları bir çok enfeksiyon etkenine maruz kalabilmektedir. Ancak iş yeri riskleri sadece mikroorganizmalar ile sınırlı değildir. Sağlık hizmetleri veren kuruluşlarda da fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal risk faktörleri bulunmaktadır. Bunların bir kısmı çalışma ortamına özgü olmayıp genel sağlık riski olarak ortamda bulunur, bir kısmı ise sadece sağlık çalışanları açısından tehlike oluşturan risk faktörü durumundadır (29).

Türkiye’de sağlık personelinin mesleki risk faktörleri kaynaklı ölümleri ile ilgili sağlıklı veri bulunmamaktadır. ABD’de yapılan bir çalışmada yılda bir milyonda 17-57 arasında rakam verilmektedir (30).

Sağlık hizmetleri kuruluşlarındaki başlıca mesleki risk faktörleri Tablo 2.1’de görülmektedir

Tablo 2.1.Sağlık Kuruluşlarındaki Başlıca Risk Faktörleri (29)

Fizik-Ergonomik	Kimyasal	Biyolojik	Psiko-sosyal
Gürültü	Solventler	Enfeksiyonlar	Vardiya
Vibrasyon	Anestezik ilaçlar	Tbc (tüberküloz)	Gece çalışması
Sıcak-soğuk	Kanser ilaçları	HBV(hepatit B virus)	Uzun süre çalışma
Kaza (kesi, batma)	Antibiyotikler	HIV	Stres
Radyasyon	Metal, Cıva	Solunum sistemi enf.	İş yükü
Ayakta durma	Temizlik malzemesi		
Ağırılık kaldırma			

Elektrik, aydınlatma sistemi, kanserojen ajanlar (iyonizan radyasyon, asbest), kötü havalandırma gibi faktörler sağlık personeli için tehlike oluşturan mesleki risk faktörleri arasında sayılabilir.

Asbest sağlık hizmeti veren binalardaki borular, çelik altyapı, ısı izolasyon materyallerinde bulunabilmektedir (31). NIOSH, hastanelerde 24 tip biyolojik, 29 tip fiziksel, 25 tip kimyasal, 6 tip ergonomik ve 10 tip psikososyal tehlike ve risk olduğunu belirlemiştir (32) (Tablo 2.2).

Sağlık hizmeti veren birimlerdeki mevcut risklerin önlenmesinde, sağlık çalışanlarının mesleki risklerin farkında olması ve birincil korunma sürecinde risk yaklaşımını algılanması oldukça önemlidir (32).

Tablo 2.2. Hastanelerde Başlıca Tehlike ve Riskler (32)

Fiziksel tehlike ve riskler	Kimyasal tehlike ve riskler	Biyolojik tehlike ve riskler	Psiko-sosyal tehlike ve riskler
<ul style="list-style-type: none"> · Elektrik düzeneği · Yetersiz ya da fazla ışık · Yetersiz ya da fazla ısı · Islak-kaygan-nemli zemin · Havalandırmanın %50'nin altında olması · Gürültü · Toz · Nem · İyonize edici, iyonize etmeyen ultraviyole radyasyon. · Kesici-delici-batıcı cisim yaralanmaları · Lazer · Ultrasonik ilaçlar · Kriyojenik sıvılar · Patlayıcı-yanıcı maddeler · Kırık cam. tüp ya da araçlar · Manyetik alanlar · Radyoaktif atıklar · Mikro dalgalar · Yüksek basınçlı hava · Yangın · Yetersiz dinlenme odaları · Hasta odalarında fazla hasta olması · El yıkama birimlerinin yetersizliği · Atıkların yanlış yok edilmesi · Kişisel koruyucuların bulunmaması · Kişisel koruyucuların yetersizliği · Kesici-delici-batıcı cisimler için uygun muhafaza kabın olmaması · Kemoterapi ilacı hazırlamak için uygun kabin bulunmaması · Araç-gerecin doğru steril edilmemesi 	<ul style="list-style-type: none"> · Anestezik gazlar · Civa · Dezenfektanlar · Formaldehit · Etilen oksit · Antiseptikler · Radyasyon · İlaçlar · Anti biyotikler · Sitotoksik ilaçlar · Yakıcılar · Gluteraldehit · Pentamidin · İsoopropanol · Ribavirin · Bromin · Lateks · Solventler · Asit-bazlar · Fotokimyasallar · Antineoplastikler · İodin · Asbest · Kadmiyum · Pestisitler · Herbisidler · Kimyasal atıklar · Organometalikler · Gazlar · Karbonmonoksit 	<ul style="list-style-type: none"> · Tüberküloz · Hepatit-B · Hepatit-A · Hepatit-C · Hepatit-D · Hepatit-E · Sitomegalovirüs · HIV/AIDS · Parvovirüs · İnfluenza · Kızamık · Kızamıkçık · Adeno virus · Boğmaca · Polio · Meningoksik hastalıklar · Varicella zoster · Herpes simpleks · Tinea korporois · Shigellozis · Helikobakter pilori · Salmonellozis · Norwalk virus 	<ul style="list-style-type: none"> · Stres · İşi istememe · Yapılan işin anlamsız hissedilmesi · Yabancılaşma · İşi isteyerek tercih etmeme · Yapılan işin boşa gitme hissi · Gelişememe · Başkalarının profesyonel gelişiminden Sorumlu olma · Çalışma amaçlarının belirgin olmaması

2.2.2. Sağlık Çalışanları Açısından İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamları taşıdıkları özellikler bakımından iş kazaları açısından büyük bir risk oluşturmaktadır. ABD’de sağlık sektöründe diğer sektörlerle göre hem işçi sayısı daha fazla hem de ölümcül ve ölümcül olmayan iş kazaları ve yaralanmalar daha fazla görülmektedir. İş kazasının tanımı Uluslar Arası Çalışma Örgütü (UÇÖ) tarafından; “planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanmaya ve zarara neden olan durumdur” şeklinde tanımlanmıştır. İş kazası tanımının kapsamı 1998 yılında genişletilerek şiddet’te iş kazaları içinde değerlendirilmiştir. 1998 yılındaki tanımda iş kazası, “şiddet eylemlerini de içeren, iş ya da işle bağlantılı olarak ortaya çıkan, bir ya da birden fazla çalışmada yaralanmaya, hastalığa veya ölüme neden olan planlanmamış ve beklenmeyen bir olay” olarak tanımlanmıştır (34, 33). Ülkemizde ise iş kazaları; 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası’nın 11. Maddesinde;

- a) Sigortalı olanın iş yerinde bulunması esnasında,
- b) İşverenin yürütmekte olduğu iş sebebi ile sigortalının kendi adına bağımsız çalışması durumunda yürütülen iş sebebi ile,
- c) İşverene bağlı olarak çalışmakta olan sigortalının, iş yerinden farklı bir noktaya gönderilmesi durumunda, kendi işinden uzak kaldığı süreçlerde,
- d) İş mevzuatından doğan haklara bağlı olarak emzirmekte olan çalışanın süt vermek adına ayrıldığı süreçlerde,
- e) İşveren tarafından sağlanan bir taşıt ile sigortalının işe geliş-gidiş süreci içerisinde ortaya çıkan ve fiziksel ve ruhsal olarak özrün ortaya çıkmasına neden olan olay şeklinde ifade edilmiştir (32; 33).

İş kazası, İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (2012) kapsamında iş yerlerinde ya da iş süreçlerinin yürütüldüğü alanlarda gelişen, çalışanın ölümü ya da fiziksel veya ruhsal olarak zarar görmesine neden olan olaylar olarak ifade edilmektedir (35).

Sağlık hizmetlerinin verilmekte olduğu ortamlarda sıklıkla rastlanılmakta olan kesici ve delici aletlerden kaynaklanan kesikler, elektrik kullanımından doğan riskler, patlayıcı maddeler ve kimyasallardan kaynaklanan yanıklar, yapıların tabanlarının kayma ve düşmelere müsait olmasından doğan sakatlıklar sağlık çalışanlarının çeşitli sağlık sorunları ile karşılaşmasına neden olmaktadır. Bunlara ek olarak radyasyon kaynaklarına yönelik önlemlerin alınmamış olması, çalışanların kişisel önlemlerini almamış olmaması, atık yönetiminin doğru yapılmamasına bağlı olarak tehlikeli atıkların risk unsuru haline gelmesi, hastalara bilinçsiz bir şekilde yaklaşılması ve benzeri durumlarda çalışanların iş kazalarından olumsuz etkilenme olasılığını arttırmaktadır (32,36,37).

İş kazalarına yönelik sektörler üzerinden Avrupa'da yapılan değerlendirmeler neticesinde tüm iş kollarında yaşanan iş kazalarına kıyasla ortalama olarak sağlık sektöründe %34 daha fazla iş kazasının yaşandığı görülmektedir. İş kazalarından dolayı işçi başına 100 tam günden kaybedilen iş günü sayısı sağlık sektörü için 9,4 olarak belirlenmekte iken, bu rakam madencilik alanında 6,3 olarak belirlenmektedir. Bu rakamlar doğrultusunda görülmektedir ki, sağlık sektörünün diğer sektörlerle kıyasla çok daha riskli bir yapısı bulunmaktadır (38).

Çalışanların yaşamını olumsuz olarak etkileyen bir diğer unsur ise meslek hastalıklarıdır. Çalışmaların sürdürüldüğü ortamların olumsuz özelliklerinden kaynaklanan hastalıklar olarak ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü gibi uluslararası arenada etkili olan kurumların kaynaklarında yer alan ifadeler doğrultusunda; çalışma ortamında bulunan zararlı etkenlerden dolayı etki altında kalan insanların vücutlarında meydana gelen sorunlar ile çalışılan iş arasında bir neden-sonuç ilişkisinin olması durumunda meslek hastalıklarından bahsetmek mümkün olmaktadır (39).

Sigortalılar açısından meslek hastalıkları ise 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu kapsamında;

- a) Çalışmakta oldukları işin niteliklerine göre,
- b) Tekrarlamakta olan bir etkene bağlı olarak,

c) İşin işleyişine bağlı olarak ortaya çıkan, ruhsal ve fiziksel olarak kalıcı ya da geçici sağlık sorunlarının ortaya çıkması olarak ifade edilmektedir (32).

6331 sayılı iş kanunu kapsamında ise mesleki risklere maruz kalma sonrasında ortaya çıkan hastalıklar, meslek hastalıkları olarak ifade edilmektedir (35).

Türkiye’de sigortalı olarak görev yapmakta sağlık çalışanlarının karşılaştıkları tüberküloz, viral hepatit, hayvanlardan bulaşan hastalıklar, helminthiasis, radyasyondan doğan hastalıklar meslek hastalıkları arasında gösterilmektedir. Bunlara ek olarak sağlık çalışanlarının tamamını kapsayan bir meslek hastalığı tanımlamasının yapılmadığı görülmektedir (40).

Meslek hastalıklar ve iş kazaları ile ilgili olarak yapılan tanımlamalarda yalnızca sigortalı olarak çalışmakta olan işçileri kapsadığı görülmektedir. Örnek vermek gerekirse, sağlık kurumunda işçi olarak çalışmakta olan bireyin vücuduna iğne batmasının sonrasında “hepatit” tanısının koyulması neticesinde meslek hastalığı olarak değerlendirilmektedir. Buna karşılık aynı durum, kurumda görev yapmakta olan memur kimsenin başına gelmesi durumunda ise meslek hastalığı olarak değerlendirilmemektedir (32). Bu durumun temel nedeni ise kamu kesiminde çalışmakta olanlara yönelik özel sigorta yasasının çıkarılmamış olması ile birlikte prim ödemelerinin gerçekleştirilmemesidir. Bu durumda devlet memuru olarak görev yapmakta olanlar kaza geçirdiklerinde bu durum iş kazası olarak kabul edilmekte iken, icra ettikleri meslek kolu ile ilişkili olsa dahi geçirdikleri rahatsızlıklar yalnızca hastalık olarak kabul edilmektedir. Bu durumda Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile kamu kesiminde çalışmakta olanların Genel Sağlık Sigortası kapsamında değerlendirilmesine karşılık, meslek hastalığı ve iş kazası sigortasının kapsamaması nedeni ile kamuda çalışmakta olan emekçilerin yenilenen sosyal güvenlik sistemi içerisinde iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili olarak sigorta hakları bulunmamaktadır (41).

20 Haziran 2012 tarihinde çıkarılan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile birlikte kamu-özel kesimi fark etmeksizin çalışanların tamamı iş kazaları ve meslek

hastalıklarına karşı sigortalı olarak kabul edilmiştir. Ancak, her ne kadar 6331 sayılı kanun kapsamına devlet memurlarının dahil edilmesine karşılık, 5510 sayılı kanunun içeriğinde kamu kesiminde çalışanları engellemekte olan birtakım hükümler yer almaktadır (41).

Çalışanların karşılaştığı birçok meslek hastalığı sınıflandırması bulunmaktadır. Bu sınıflandırmaların içerisinde hastalığa neden olarak gösterilen etmenler üzerinden yapılan sınıflandırmalar öne çıkmaktadır (39). Bunlar :

- 1) Psikososyal etmenlerden doğan hastalıklar
- 2) Biyolojik etmenlerden doğan hastalıklar
- 3) Ergonomik etmenlerden doğan hastalıklar
- 4) Fiziksel etmenlerden doğan hastalıklar
- 5) Kimyasal etmenlerden doğan hastalıklardır.

Hangi hastalıkların meslek hastalıkları kapsamında değerlendirileceği, Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği (Resmi Gazete 11.10.2008 Tarih, 2701 sayı) Madde 18 ile dar kapsamlı bir şekilde ifade edilmiştir:

- 1) Mesleki etkenlerden ortaya çıkan deri hastalıkları
- 2) Solunum yollarında meydana gelen rahatsızlıklar,
- 3) Bulaşıcı hastalıklar
- 4) Fiziksel etmenlerden doğan meslek hastalıkları
- 5) Kimyasal maddelerin etkilerinden doğan meslek hastalıkları

Bu alanda veriler üzerinden daha sağlıklı açıklamalar yapabilmek ne yazık ki mümkün olmamaktadır. Öyle ki, meslek hastalıkları, risk faktörlerine maruz kalma ve iş kazaları nedeni ile sakat kalan ya da yaşamını yitiren çalışanlara dair veri elde edilmesi söz konusu olmamaktadır. Benzer bir şekilde iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili yapılan bildirimlere rastlanılmamaktadır. Bu alanda bildirimlerin sağlıklı bir şekilde

gerçekleştirilebilmesi adına kurumlar tarafından bildirimlerin belirli standartlar dahilinde yapılması gerekmektedir. Ancak, bildirimler ile ilgili olarak geliştirilen standartlar bulunmamaktadır. Türkiye’de bu alanda bildirimlerin belirli standartlara kavuşabilmesi adına sağlık kurumlarında birçok çalışma yapılmaktadır. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu tutulan HKS uygulamaları ile “Çalışan Sağlığı ve Güvenliği” adı verilen birimler kurulmuştur. Kurulan bu birimler üzerinden iş kazaları ve meslek hastalıkları yakından izlenmektedir.

Meslek hastalıkları ve iş kazaları yönünden oldukça riskli olduğu bilinen sağlık sektörünün mevcut risklerini ifade edebilmek adına Türkiye’de yeterli verinin olmamasına karşılık, ABD sınırları içerisinde 2007 yılı içerisinde gerçekleştirilen araştırmalar neticesinde 171.000 (%14,8) kazanın meydana gelmiş olması, sağlık sektörünün ne denli tehlikeli olduğunu açık bir şekilde göstermektedir. Söz konusu kazaların %19,7’si kas ve iskelet rahatsızlıklarından meydana gelmektedir. Meslekleri doğrultusunda rahatsızlanmaları sonrasında yaşamlarını kaybeden çalışanların yaklaşık olarak yarısının enfeksiyon rahatsızlıklarına bağlı olarak yaşamlarını yitirdikleri görülmektedir (33).

Konu ile ilgili olarak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından hazırlanan istatistiklere bakıldığında; İnsan Sağlığı Hizmetleri başlığında 2010 yılına dair 100 iş kazasının yaşandığı bilgisi ile birlikte, meslek hastalığı olduğuna dair bir kayıt bulunmamakta, üç sağlık çalışanının ise yaşamını kaybettiğinin kayıtlara geçtiği görülmektedir (37). 2012 senesine gelindiğinde ise 131 iş kazanın kayıtlara geçtiği, meslek hastalığına 5 kişinin yakalandığı ve herhangi bir ölüm kaydının yapılmadığı görülmektedir. Bu yıl içerisinde kırım kongo rahatsızlığı nedeni ile yaşamını kaybetmiş olan doktorun kayıtlarda yer almaması ise, kamu çalışanlarına ait iş kazası ve meslek hastalıkları ile ilgili verilerin olmadığını göstermektedir (42).

2.2.3 112 Acil Hizmetler İstasyonlarında Çalışanların Mesleki Riskleri

Ergonomik Riskler

Teknolojide meydana gelen gelişmelere paralel olarak 112 Acil Hizmet İstasyonlarında görev yapmakta olan bireyler tüm meslek kollarına benzer bir şekilde yenilikçi çalışma ortamları, malzemeler ve cihazlar ile çalışmaya başlamışlardır. Yaşanan değişimler sonrasında sunulan hizmet kalitesinde artış meydana gelmiştir. Ancak, ortaya çıkan faydaya karşılık insan vücudu ile uyum içerisinde olmaması, kullanım açısından çeşitli zorlukların ortaya çıkması, sağlık çalışanlarının iş süreçlerinde birtakım kuvvetli risk unsurları ile karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Örnek vermek gerekirse hasta kaldırma aparatlarının doğru kullanılmaması neticesinde, olası bir acil durumda hastanın yönlendirilmeye çalışılması birtakım kas ve iskelet rahatsızlıklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunulması aşamasında çalışanların ağır bir şeyi kaldırmak durumunda kalması, uzun saatler boyunca çalışma alanlarında yürümeleri ergonomik risk unsurları içerisinde gösterilebilmektedir. Öyle ki, Avrupa'da sağlık çalışanları ile ilgili olarak yapılan araştırmalar neticesinde özellikle acil sağlık hizmetlerinde görev yapmakta olan çalışanların çalışma sürelerinin %60-80'ini yürüyerek geçirdikleri, bu süre zarfında yaklaşık olarak 6-8 km aralığında yürümek zorunda kaldıkları tespit edilmiştir (36).

Çalışma saatlerinden oldukça uzun soluklu olarak ayakta kalmak durumunda kalmaları, gece vardiyasında çalışmak, çalışma sisteminde nöbetlerin yer alması çalışanlarda fiziksel yorgunlukların ortaya çıkmasına neden olduğundan ergonomik risk unsurları arasında gösterilebilmektedir (43).

112 acil hizmet çalışanlarında kas-iskelet sistemi problemler ile ilgili yapılan bir araştırmada bu problemlerin 1/3 ünün hastaları tutup kaldırmak ile alakalı olduğu ortaya konulmuştur (44).

Psikososyal Riskler

Sağlık çalışanlarının uzun süre ayakta kalarak çalışması, gece vardiyası ve sık sık nöbete girmesi strese neden olmakta ayrıca sosyal faaliyetlerden ve toplumsal faaliyetlerden uzak kalmasına sebep verebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında daha önce de ergonomik risk faktörleri arasında sayılan bu etkenler psikososyal risk faktörleri arasında da sayılabilmektedir. Sağlık çalışanları sosyal statü olarak yüksek seviyede kişiler olmasına karşın çalışma koşullarına bağlı olarak (özellikle gece vardiyası çalışma şekli) sosyal faaliyetlerden kopuk yaşayabilmektedir. Sağlık çalışanları topluma hizmet etmesine karşın kendisinin ve ailesinin sağlığına tam önem vermeyebilmektedir. Psikososyal sorunların ortaya çıkmasındaki en önemli etkenler uzun süre çalışma, gece çalışması ve sık tutulan nöbetlerden kaynaklanmaktadır(29).

Psikososyal etkenler; yanlış yapma kaygısı, meslek-iş sorumluluk baskısı, şiddet-taciz. kendini kontrol, vb. durumlarla karşılaşma, yoğun iş temposu, çatışma, sürekli ekip çalışması, ekip uyumu, iş yükü, çalışma zamanları (nöbetler, uzun süre çalışma vb.), çalışma biçimi (yalnız çalışma, gece çalışmaları), hastaları sağlığına kavuşturamama ve kaybetme korkusu, acı çeken hastalara yardım edememe, hastaların ve yakınlarının anksiyeteli olması, kreş, lojman, ulaşım, eğitim ve benzeri olanakların sınırlı olması, yoğun bakım ünitelerinde kullanılan karmaşık cihazlar, yönetimle çatışma ve bunların etkilediği yaşam alışkanlıkları olarak ele alınmaktadır (32).

Türkiye’de 2008 yılında Turgut Özal Tıp Fakültesi Hastanesinde 418 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada, çalışanların uyku kalitelerinin düşük tespit edildiği, acil hizmetler çalışanlarının iş tatminlerinin azaldıkça uyku kalitelerinin de buna bağlı olarak azaldığının tespit edildiği bildirilmiştir (45).

Kimyasal Risk Faktörleri

Birçoğu hastanelerde çalışmakta olan sağlık çalışanlarının kimyasal olarak karşılaştıkları risk unsurları anestezi adına kullanılan maddeler, sitotoksik maddelerle birlikte sterilizasyon amacı ile kullanılan maddelerdir. Anestezik gazlar, İlaçlar, Antiseptik ve dezenfektan maddeler, sterilizasyon malzemeleri ve laboratuvar malzemeleri kimyasal risk faktörleri olarak sayılabilirler. Ameliyathanede kullanılan cihazların bağlantılarından ortama sızan gazlar ortamda çalışan doktor, hemşire ve diğer sağlık personel tarafından inhale edilmek sureti ile vücuda alınır. Bu gazların narkotik etkilerinin yanı sıra böbrekler ve karaciğer açısından toksik etkiye sahip oldukları bilinmektedir. Kanseri hastalarına uygulanmakta olan kemoterapi ilaçları onkoloji hemşirelerinde malign hastalık olma riskini artırdığı bildirilmektedir. Antiseptik ve dezenfektan amaçla kullanılan benzalkonium klorür, borik asit, fenol ve krezol gibi maddelerin sağlık çalışanlarında alerjik reaksiyonlarına sebep olduğunu gösteren çalışmaların olduğu bildirilmektedir(31;29).

“Yapılan bir araştırmada insan sağlığına zararlı 299 değişik kimyasal bileşiğin sağlık kurumlarında kullanıldığı saptanmıştır. Çalışma ortamında anestezik gazlar, ilaçlar (özellikle sitostatik ilaçlar), sterilize edici maddeler (gluteraldehid, formaldehit, etilen oksit) ve diğer (lateks, nikel, cıva, asbest, ensektisitler, detejanlar, çeşitli antiseptik ve dezenfektan maddeler, vb.) toz, buhar, gaz, sıvı şeklinde pek çok kimyasal madde bulunmaktadır”.

Epidemiyolojik çalışmalar anestezik maddelere kronik maruziyet sonucu olarak sağlık çalışanlarında; kanser, spontan düşükler, prematüre doğumlar, baş ağrısı, yorgunluk gibi olumsuz etkilerin ortaya çıktığını göstermiştir(31).

Sağlık hizmetlerini doğrudan sunmakta olan çalışanlar, ilaç hazırlık aşamalarında, ilaçların taşınması esnasında, ilaç uygulamalarının yapılmasında, hazırlanan ilaçların depolanmasında, ilaçların doğrudan cilde temas etmesi halinde, içerisinde ilaç bulunan ampullerin kırılması sırasında, flakondan enjektöre çekme işlemi yapılırken, serumlara ilaç

verilmesi esnasında, serum torbalarının ya da serum setlerinin çıkarılması esnasında kimyasal maddelere ya da ilaçlara temas etmek durumunda kalmaktadır(38).

ABD’de 8461 hemşirenin dahil olduğu bir çalışmada, yaş, vardiyalı çalışma ve çalışma saatleri ile ilgili düzenleme yapıldıktan sonra, hamile hemşirelerde %10 olan kendiliğinden düşük yapan vaka sayısının, antineoplastik ilaçlara maruziyet sonrası 2 kat arttığı tespit edilmiştir(46).

Fransa’da 451 hamile hemşirede yapılan bir çalışmada; hemşirelerden alınan idrar örneklerinde glikol eter ve klorlu solvent bulunduğu ve bunun da mesleki maruziyeye bağlı olduğu bildirilmiştir(47).

ABD’de 2006 yılında Snedeker’in yaptığı bir araştırmada, iş yeri hemşirelerinde iş yeri ortamındaki organik çözücüler, metaller, asit dumanları, sterilizasyon ajanları (etilen oksit), bazı pestisitler, geceleri ışık etkisi (vardiyalı çalışma) ve tütün dumanına mesleki maruziyete bağlı olarak meme kanseri riskini artırdığına dair kanıtlar bildirilmiştir(48). Yapılan birçok çalışmada korunma önlemlerini yeterince uygulamayan hemşirelerin idrarlarında tiyoeter bileşikleri yüksek oranda bulunmuştur. Antineoplastik ilaçlar hazırlanan odalar ile bu odalara yakın odaların havasında da bu ilaçların belli düzeylerde olduğu ölçülmüştür(31).

Fiziksel Risk Faktörleri

Sağlık hizmetleri sunmakta olan kuruluşlar içerisinde çalışanların karşılaştıkları risk unsurları içerisinde fiziksel risk unsurlarının oldukça önemli bir yeri bulunmaktadır. İş süreçlerinin genel sağlık durumu üzerinde etkili olan fiziksel faktörler, Demirbilek (1999) tarafından; iyonize ve non-iyonize halde radyasyon, gürültü, nem, toz, sıcak ve soğuk etkileri, basıncın düşmesi, aydınlatma sorunları, vibrasyon, birikim şeklinde kas ve iskelet

yapısında meydana gelen bozulmalar olarak sıralanmaktadır. Bu unsurlar arasında yer ala gürültü faktörü ile ilgili olarak tarihsel süreç içerisinde birçok tanım öne sürülmüştür. Bu faktörün daha iyi anlaşılabilmesi adına öncelikle ses kavramının üzerinde durmak gerekmektedir. Titreşimin meydana gelmesine neden olan bir kaynak üzerinden havada ortaya çıkan dalgalanmalar ve bireylerin işitme duyusunun harekete geçmesine neden olayların ses olarak ifade edilmesi mümkündür. İnsanların duymak istemedikleri, duymaları halinde olumsuz olarak etkilendikleri sesler ise gürültü olarak ifade edilmektedir. Gürültünün en belirgin etkisi olarak ise bireylerin kendilerini huzursuz, gergin ve mutsuz hissetmeleri gösterilebilmektedir(49). Türkiye'deki hastanelerde izin verilen maximum ses düzeyi Gürültü Kontrol Yönetmeliğine göre 35 dBA olarak belirlenmiştir(32).

Brezilyada 222 yataklı bir hastanede yapılan çalışmada hastanedeki ses gürültü düzeyinin Brezilya teknik standartlar biriminin önerdiği 45 dB i geçtiği ve ortalama 63,7 olduğunun saptandığı, nedeni olarak ta teknolojik gelişmelere paralel olarak cihaz kullanımının artması ve hastane personelinin konuşmasından kaynaklandığı bildirilmiştir(50). Laboratuvarda çalışan santrifüj cihazı çalıştığı esnada 51-82 dB düzeyinde ses çıkarabilmektedir. Dış hekimlerinin kullanmış oldukları cihazlar 85-90 dB sese sebep olabilmektedir(29).

ABD'de 2008 yılında Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada gürültü seviyesinin tavsiye edilen seviye olan 45 dB in üzerinde tespit edildiği, gece vardiyasında gürültü seviyesinin sınır olarak kabul edilen 35 dB in üzerinde tespit edildiği bildirilmiştir (51).

Çalışma ortamındaki gürültünün kontrol altında tutulabilmesi için 3 aşamalı gürültü kontrolünün uygulanması gerekmektedir(49). Kontrol uygulamalarının birincisi gürültünün ilk çıkış noktası olan kaynağın kontrol altına alınması, ikincisi (dış kulak yoluna takılan tıkaçlar veya kulaklıklar) kullanılarak gürültüye maruz kalan alıcı durumdakileri kontrol altına alınması, ve son olarak da gürültü çevresini kontrol altına almak, kontrol uygulamaları arasında sayılabilir. Bu amaçla ilk adım olarak ilköğretim seviyesinden

başlayarak insanlarda gürültünün sakıncaları konusunda bilinç oluşturmak gereklidir. Gürültü kaynağını yok edilememesi veya azaltılamaması durumunda sesin yayıldığı yol üzerinde önlemler alınabilir. Bu amaçla gürültü kaynağı ile maruz kalan kişi arasında mesafe uzatılabilir, ses emici önlemler kullanılabilir(49). Taşçıoğlu; hastanelerde alınacak basit ama etkili önlemler olarak; yüksek sesle konuşmamak, ses çıkarmayan ayakkabılar giymek, kapıları yavaş kapatmak, araç-gereçleri kullanırken sessiz ve dikkatli çalışmak olarak bildirmiştir(32).

Sıcaklık faktörü de sağlık çalışanlarını etkileyen önemli fiziksel risk faktörleri arasında sayılmaktadır. “Sıcak havanın organizma üzerindeki etkileri; sıcaklığın seviyesine ve sıcaklıktan etkilenen kişinin fiziksel özelliklerine bağlı olarak değişmekle birlikte genellikle; kan akımında artışa, vücut ısısının yükselmesine sebep olur bunun sonucunda da terleme meydana gelir(49). Havadaki sıcaklığının artması; stres, kalp krizi, sıcak çarpması, aşırı sıvı kaybından kaynaklanan organ yetmezlikleri hatta ölümlere yol açabilir(68).

Özellikle tıbbi cihazların yoğun olarak çalıştığı laboratuvar gibi ortamlarda cihazların randımanlı çalışabilmesi için klima ile ortam soğutma işlemi yapılmakta bu da sağlık personelinde solunum yolu enfeksiyonu, ekstremitelerde tutulma şekline rahatsızlıklara sebep olabilmektedir.

Fiziksel risk faktörleri içerisinde sayılabilecek ve önemli bir yere sahip faktörlerden birisi de radyasyondur. Günümüzde teknolojinin gelişmesine paralel olarak gelişen, sağlık hizmeti üretiminde kullanılan teknoloji ve hammaddeler insan sağlığına zararlı etkenler açığa çıkarabilir. Radyasyon ortamında çalışan sağlık personeli ise radyasyon riski ile karşı karşıyadır. Her yıl yaklaşık 2 500 milyon radyoloji tetkiki, 32 milyon nükleer tıp tetkiki ve 5,5 milyon seans radyoterapi uygulanmaktadır. Tüm dünyada radyasyona maruz kalan yaklaşık 2,3 milyon sağlık personeli bulunmaktadır. En büyük risk altında bulunan sağlık personeli radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp ana bilim dallarında çalışanlardır. Ayrıca diş klinikleri, kardiyoloji çalışanları ve ameliyathanelerde çalışanlar da radyasyon riski ile karşı karşıyadır(31).

Özellikle tıbbi görüntüleme ve radyoterapi tedavi yöntemi uygulanan birimlerde çalışan sağlık personeli radyasyona maruz kalabilmektedir. “Yapılan bir çalışmada yıllık doğal kaynaklı radyasyon alımının 1860 mcSv olduğu, bunun da 500 mcSv gibi oldukça yüksek bir kısmının medikal cihaz ve uygulamalardan kaynaklandığı” belirtilmektedir(68).

Biyolojik Risk Faktörleri

Enfeksiyonların, alerjilerin, zehirlenmelerin ortaya çıkmasına neden olma olasılığı olan, genetiği değiştirilmiş olan mikroorganizmalarda dahil olmak üzere insan parazitleri ve hücre kültürleri biyolojik etkenler olarak ifade edilmektedir (52).

Sağlık Çalışanlarının günlük çalışma şartlarında en çok karşılaştıkları risk faktörü mikroorganizmalardır. Mikroorganizmalar ile karşılaşma daha çok laboratuvar ortamında olmasına karşın hasta ile temas sonucu da karşılaşma olabilmektedir(Bilir, 2004: 308).Yapılan bazı çalışmalarda biyolojik risk faktörleri ile karşılaşma sıklığı İsveç’te % 10, Almanya’ da %33, Fransa’ da ise % 40 olarak saptandığı bildirilmiştir(29).

“Teşhis veya tedavi aşamalarında hastadan sağlık personeline veya sağlık personelinden hastaya taşınmaları muhtemel biyolojik ajanların başında brucella (bakteriyoloji laboratuvarı ve brusella aşı merkezlerinde çalışanlarda), HIV virüsü, influenza virüsü, Cytomegalovirüs, Giarda Instestinalis ve Entamoeba Hystolytica parazitlerini sayabiliriz Bunların dışında bulaşma riskinin yüksek olduğu viral hepatit (Hepatit – A; Rutin laboratuvar çalışmaları veya laboratuvar kazalarından dolayı, Hepatit – B; Kan ve kan ürünleri, tükürük, sperm vb. vücut sıvıları ile yapılan çalışmalarla), kızamıkçık, tüberküloz (Bakteriyoloji laboratuvarı çalışanları, veterinerler ve enfekte tıbbi atıklarla temas eden sağlık çalışanlarında), kuduz, şarbon, helminthiasis ve sfiliz (hekimler, cerrahlar ve laboratuvar çalışanlarında sterilize edilmemiş kateter, bistüri ve enjektör gibi aletlerin ortak kullanımıyla venereal olmayan sfiliz), malarya, amibiyazis, sarı humma, veba, rekürrent ateş, dank, leşmanyaz, lepra, lekeli humma ve riketsiyoz (bu tür hastalıkların saptandığı ve tedavilerinin yapıldığı sağlık kurumları ile bu hastalıkların

patojen etkenleri ile çalışılan laboratuvar görevlilerinde ve araştırmalarında çalışanlarda), tetanoz, salmonella enfeksiyonu, leptospiroz (Weil hastalığı), ornitozlar, psittakoz, yineleyen ateş, şap, çiçek, Q humması, lekeli humma, ekinokok humması, ruam ve bovin tipi tüberkülozdur”(29,53).

DSÖ’ne göre Dünya genelinde 35 milyon sağlık çalışanında yaklaşık 3 milyonu her yıl kan kaynaklı perkutan maruziyetle karşılaşmaktadır. Bunun 2 milyonunu HBV ‘ler, 900 binini HCV ‘liler, 170 binini HIV hastaları oluşturmaktadır. Bu yaralanmalar sonucu 70 bin HBV, 70 bin HBV, bin adet HIV li hastalar oluşmaktadır. Bunların da %90 dan fazlası gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır(54).

Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları kan yolu ile bulaşan enfeksiyon hastalıklarının bir çoğu delici ve kesici alet yaralanmaları sonucu oluşmaktadır. Yapılan araştırmalar delici ve kesici alet yaralanmalarının çoğunun ameliyathanelerde meydana geldiğini ortaya koymaktadır(55). DSÖ’ ye göre yıllık 16.000 Hepatit C, 66.000 Hepatit B, 200 ile 5000 arasında değişen HIV vakalarının kan ürünleriyle karşılaşma sonucu meydana gelen mesleki maruziyetten kaynaklandığı belirtilmektedir(56).

Kesici aletler ile yaralanmanın başlıca nedenleri:

- 1) Yanlış kullanım,
- 2) Güvenli aletlerin uygunsuz kullanımı ve yanlış seçimi,
- 3) Uygun olmayan tekniklerin kullanılması,
- 4) Alet ya da enjektörün uygunsuz yerleştirilmesi (hastanın aniden hareket etmesi vb)
- 5) Çalışan birisiyle çarpışma,
- 6) Temizlik esnasında oluşun sıçramalar vb nedenlere bağlı olabilir

Güleç ve arkadaşları tarafından GATA’da çalışan 225 hemşirede yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan hemşirelerin %92.4 nin meslek yaşantıları boyunca kan ve infekte vücut sıvıları ile karşılaştığı; %82.7’sinin eline enjektör ucunun battığı, %89,8’inin

ampul kırarken elini kestiği, %41.3'ünün "kontamine kesici aletle yaralandığı; %50.2'sinin "kişisel koruyucu kullandığı" %85.3'ünün hastaya yapılan her işlemde sonra ellerini yıkadığı" saptanmış, Hemşirelerin %76,0'i Hepatit B aşısı olurken, %17.3 hemşirenin Hepatit B enfeksiyonu geçirdiği saptanmıştır. Yine hemşirelerin %44'ünün eldiven, %24.9'unun tıbbi malzeme ve ilaca karşı alerjisinin olduğu; %85.3'ünün sırt ve bel ağrılarının olduğu, hepsinin psikosomatik yakınmalarının olduğunun saptandığı bildirilmiştir(57).

Bazı ülkelerde güvensiz enjeksiyon uygulaması (steril olmayan iğne ve şırıngaların tekrar kullanılması) %70 leri bulmaktadır. Bu uygulamaların Hepatit B enfeksiyonlarının %32'sinden, Hepatit C enfeksiyonların %40'ından, HIV enfeksiyonların % 5'inden sorumlu olduğu saptanmıştır (56).

Türkiye'de bir üniversite hastanesinde 6 yılı kapsayan bir çalışmada 449 mesleki maruziyet saptanmıştır. Bu maruziyetler içinde perkütanist yaralanma %94 ile ilk sıradadır. Bu yaralanmalarda da en sık karşılaşılan neden %58,4 oran ile çöp poşetlerinin elle tutulmasıdır(58).

Uğurluer ve Azap' a göre mikroorganizmaların sağlık personeli üzerinde hangi düzeyde tehdit oluşturduğuna dair dünyada ve özellikle ülkemizde yeterli ve sağlıklı veri bulunmamaktadır. "ABD'de sağlık çalışanlarında her yıl 600 000 iğne batması veya kesici alet yaralanması olmaktadır. Bu tür yaralanmalar özellikle hepatit B ve C ve HIV bulaşmasına sebep olurlar. Dünya genelinde 2002 sonu itibariyle, 106'sı ispatlanmış, 238'i şüpheli olmak üzere toplam 344 sağlık çalışanı mesleki yolla HIV enfeksiyonuna yakalanmış durumdadır. Solunumla bulaşan hastalıklar içinde tüberküloz özel bir yer tutmaktadır. Ülkemizde yapılan iki çalışmada toplumda tüberküloz insidansı 100 000'de 34 bulunmuşken sağlık çalışanlarında 100 000'de 96 bulunmuştur. Enfeksiyon etkenlerinin oluşturduğu tehdidin derecesi o sağlık kuruluşunda alınan önlemlerle ilgilidir. Etkenlerin sağlık çalışanlarına bulaşma yolları göz önünde tutularak uygun önlemler alınmalıdır."(31)

2002 yılı sonu ve 2003 yılı başlarında şiddetli pünomoninin yeni bir etkeni olarak ortaya çıkan SARS kısa zamanda seyahatler aracılığıyla tüm dünyaya da yayılmış, Kanada, Çin, Honkok, Vietnam ve Singapur'da Hastane enfeksiyon salgınlarına neden olmuştur. Kanada'daki salgında toplam 438 hastanın %51 i sağlık çalışanlarından olup bunlardan 3 ü SARS ile ilgili nedenlerden ölmüştür(59).

Hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesinde el hijyeninin rolünün önemli olduğu, yapılan el hijyeni uygulamalarının artırılması ile hastane enfeksiyonlarında önemli azalma sağlandığı yapılan çalışmalarda ispatlanmıştır. Yenidoğan ünitelerinde el hijyeni uygulamalarının %42 den %55 e yükselmesi ile enfeksiyon hızının 100 hasta gününde %11 den %8,2 ye düştüğü belirtilmiştir. Başka bir hastanede yapılan çalışmada el hijyeni uyumunun %21 den %42 ye çıkarılması sonrası MRSA kaynaklı bakteriyemilerde %57 azalma saptanmıştır(60). ABD de sağlık çalışanları kan kaynaklı patojenlerden korumak için geliştirilen güvenli mühendislik ürünü aletler ile iğne yaralanması hızı %34 azaltılmış, bu azalma acil hizmet çalışanlarında %51'i bulmuştur(61).

2.3. Bu Konuda Yapılmış Çalışmalar

Bulut ve ark 2016 yaptıkları çalışmada ambulans hizmetlerinde çalışanların maruz kaldığı risklerin tespiti için seçilen acil durum ambulanslarında, Hata Türleri ve Etkileri Analizi(FMEA) tekniği kullanılarak risk değerlendirmesi yapılmıştır. Bu teknik, hataları ortaya çıkmadan önlemeye yönelik çok güçlü bir sayısal analiz imkânı sunduğundan tercih edilmiştir. Yapılan risk değerlendirilmesi sonucunda 61 adet risk tespit edilmiş ve bu risklerin sayısal dağılımı incelendiğinde ergonomi, araç sürüş ve biyolojik kaynaklı tehlike ve riskler ön plana çıkmıştır (62)

Güneri ve ark.yaptığı çalışmada İşin kendisinden en çok memnun olan grup istasyonda çalışanlar, en az memnun olan grup ise 10 yıl üzeri çalışanlardır. İş arkadaşlarıyla ilgili memnuniyet derecesi en yüksek olan grup Paramedikler iken, en az memnun olan şube çalışanlarıdır. Amir ve idari ilişkilerde en memnun grup memur ve şoförler iken en az memnun grup, iş ya da meslek hastalığına bağlı iş görmezlik raporu

alan gruptur. Mesleki eğitimde en memnun olan grup istasyonda çalışanlar, en az memnun grup, memur ve şoförlerdir. İşin ekonomik ve kültürel boyutunda en memnun grup, Att ve evli olanlar, en az memnun grup 10 yıl üzeri çalışanlardır. İşin sosyal boyutunda en memnun grup 1001 TL üzeri geliri olanlar, en az memnun olan grup ise Kaza/Hastalığa bağlı iş görmezlik raporu alanlardır(63)

Yılmaz 2012 araştırmasında çalışırken %41,8'inin (n=59) bir ya da birden fazla trafik kazası geçirdiği belirlendi. Bu kazalar sıklıkla (n=47, %44,8) ambulansın başka bir araçla çarpışması ile oluşmuştu. 86'sı (%61,0) görevde iken kendisine hiç iğne batmadığını bildirdi. Bu tür bir iş kazasına maruz kalanlarda (n=55) olay sıklıkla (%47,5) hareket halindeki ambulansın IV girişim sırasında gerçekleşmişti. Çalışanların kan veya vücut sıvılarının göz ile teması şeklinde bir iş kazasına maruz kalıp kalmadığı sorgulandığında %71,6'sı (n=101) maruz kalmadığı belirlendi. Çalışırken iş kazası (iğne batması, kesici delici alet yaralanması, kan veya vücut sıvıları ile göze temas vb) geçirdiğini bildirenlerde, bu kazaların %41,0 ambulans hareketi nedeniyle olduğu saptanmıştır (64).

Yılmaz 2014 diğer bir araştırmasında ülkemizde 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleki eğitimleri ile ilgili yetersizliklerin ve kurumsal yapılanmadan kaynaklanan sorunların olduğu, hizmetin gerektirdiği fiziksel alt yapı eksikliklerinin tam anlamıyla giderilemediği, iyi bir işgücü planlamasının yapılamadığı ve personeli motive edici unsurların yeterince kullanılmadığı görülmüştür. 112 acil sağlık hizmeti sunulan bireylerin büyük bir bölümünün acil müdahaleye ihtiyacı olmayan kişilerden oluştuğu ve bu hizmetin amacı dışında kullanıldığı saptanmıştır. Çalışanların önemli bir kısmının sağlığının yaptıkları işten dolayı olumsuz etkilendiği ve bu kişilerde birtakım psikolojik ve fiziksel rahatsızlıkların olduğu belirlenmiştir. Çalışanların sürekli olarak güvenlik problemi yaşadıkları bu nedenle şiddete maruz kaldıkları ve güvenlik güçlerinin kendilerine yeterli desteği sağlamadığı tespit edilmiştir. Çalışmanın sonucunda elde edilen verilerden hareketle daha etkili ve kaliteli bir hizmet sunumu için yapılması gerekenler hakkında önerilerde bulunulmuştur (65).

Sarıkaya 2018 yaptığı çalışmada %45,5' i ön lisans, %21,9' u lisans, %21,9' u meslek lisesi, %4,1' i lise, %2,9' u ortaokul, %2,9' u yüksek lisans, %0,8' i doktora mezundur. Çalışanlar arasında en fazla mezun sayısı ön lisans mezunlarından oluşmaktadır. çalışma süreleri 0-5 yıllarıyla 6-10 yılları arasında çalışanlar %75,7' sini oluşturmaktadırlar. Çalışanların %91,3' ü nöbet şeklinde çalışmakta olup, geri kalan çalışanların %8,7' si mesai olarak çalışmaktadır. Mesai olarak çalışanlar doğrudan ASH' ye katılmamakla birlikte hizmetin yürütülmesi için yardımcı olmakta, idari görevlerde ya da hizmetin gerekliliği olan lojistik hizmetlerini sunmaktadır (66)).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Bu araştırmada Rize ilinde görev yapan 112 acil çalışanlarının mesleki risklerinin belirlenmesi ve risk unsurların meydana gelme sebeplerinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Buna göre araştırmanın amacı doğrultusunda veri toplama ve analiz sürecinde nicel araştırma yöntemi kullanılmış olup, araştırmanın model yaklaşımı olarak nicel araştırma yöntemlerinden betimsel tarama modeli kullanılmıştır. Betimsel tarama modeli haliz hazırda ya da geçmişte var olan bir durumu durumun kendisine müdahalede bulunmadan olduğu gibi tanımlanması amaçlayan bir yaklaşımdır (67).

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacı ve modeli doğrultusunda hazırlanmış olan hipotezler aşağıdaki gibidir:

H₁: Şiddete maruz kalma durumu cinsiyete göre farklılaşmaktadır.

H₂: İş sağlığı güvenliği eğitimi alınma durumuna göre iş kazası geçirme durumu farklılaşmaktadır.

H₃: İş kazası geçirme durumu yaşa göre farklılaşmaktadır.

H₄: Şiddete maruz kalma durumu eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.

H₅:İş memnuniyeti durumu kadro durumuna göre farklılaşmaktadır.

H₆: Çalışma saatlerinin fazla olduğunu düşünme durumları yaşa göre farklılaşmaktadır.

H₇: Hastaya müdahale esnasında eldiven kullanma alışkanlığına göre bulaşıcı hastalık geçirme durumları farklılaşmaktadır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenin Rize ilinde görev yapan 112 acil çalışanları oluşturmaktadır. Çalışma grubu olarak 112 acil birimlerinde görev yapanlardan 203 kişi kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Kolayda örnekleme yöntemi tesadüfi olmayan seçim yöntemleri ile araştırmacının evrene dahil olma şartlarını taşıyan kişilere doğrudan ulaşarak veri topladığı örnekleme yöntemidir (68).

3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Aracı

Araştırmada yer alan hipotezlerin test edilmesi ve katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin tespit edilmesi için araştırmacı tarafından hazırlanmış 32 adet anket sorusu bulunmaktadır. Anket bölümü 5 bölümden oluşmaktadır. Bunlar;

1-Kişisel Bilgiler Formu (5 soru)

2- Çalışma Hayatı İle İlgili Düşünceler Formu (7 soru)

3-İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Düşünce ve Durumlar Formu (16 soru)

4-İş Sağlığı ve Güvenliği İçin Alınan Önlemler Formu (3 soru)

5-Çalışma Hayatın Karşılaşılan Riskler ve Sıklıkları Formu (1 soru)

3.5. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmada kullanılan anket sorularını 112 Acil çalışanlarına sorulabilmesi ve buradaki bilgilerin kullanılabilmesi için Rize İl Sağlık Mdrlğnden izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının kimlik bilgileri kendilerinden istenmemiş, kişisel bilgilerin korunmasına zen gösterilmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulguların kapsamı yalnızca Rize ilinde görev yapan 112 acil çalışanlarını kapsamakta olup, bulguların değerlendirilmesinde başka illerde görev yapan çalışanlara genellenememektedir.

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

112 Acil çalışanlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 20 programına başvurulmuştur. Çalışanların tanıtıcı özelliklerinin, çalışma hayatı ile ilgili düşüncelerinin, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili düşünce ve durumlarının, iş sağlığı ve güvenliği için alınan önlemlerin ve çalışma hayatın karşılaşılan risklerinin ve sıklıklarının dağılımının gösterimleri yüzde ve frekans ile yapılmıştır. Araştırmanın hipotezleri Ki-kare analizi ile sınınmış olup, sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiştir

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde Rize ili sınırları içerisinde görev yapan 112 acil çalışanlarının tanıtıcı özelliklerine, iş sağlığı ve güvenliğine ait bilgilerine ve mesleki risklerine ait dağılımlarının frekans ve yüzde olarak gösterimi yer almakta olup, araştırma hipotezlerinin sınanması için kullanılan istatistiksel hesaplamalar yer almaktadır.

4.1. Tanımlayıcı Özellikler

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının kişisel bilgilerine ait özelliklerin dağılımları Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Dağılımlar

	Özellikler	N	%
Cinsiyet	Kadın	109	53.7
	Erkek	94	46.3
Yaş	18-25 yaş	53	26.1
	26-33 yaş	73	36.0
	34-41 yaş	66	32.5
	42 ve üstü	11	5.4
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	43	21.2
	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu	78	38.4
	Sağlık Yüksek Okulu	29	14.3
	Diğer	53	26.1
Kadro Durumu	657	149	73.4
	4B	54	26.6
Çalışılan Bölümdeki Görev Durumu	Acil Tıp Teknisyeni	81	39.9
	Acil Tıp Teknikeri	82	40.4
	Şoför	28	13.8
	Diğer	12	5.9

4.2. Çalışma Hayatı İle İlgili Düşüncelere Ait Dağılımları

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının çalışma hayatı ile ilgili düşüncelerine ait özelliklerin dağılımları Tablo 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Çalışma Hayatı İle İlgili Düşüncelere Ait Dağılımlar

Özellikler		N	%
Çalışma Saatlerinin 24 Saat Nöbet Usulü Olmasından Memnun Olma Durumu	Evet	195	96.1
	Hayır	8	3.9
Yapılan İşe Göre Maaşın Yeterli Olduğunu Düşünme Durumu	Evet	84	41.4
	Hayır	114	58.6
Ekip Usulü Çalışmadan Memnun Olma Durumu	Evet	198	97.5
	Hayır	5	2.5
İhtiyaç Olduğunda Fazla Mesai Yaptırılma Durumu	Evet	194	95.6
	Hayır	9	4.4
Çalışma Saatlerinin Fazla Olduğunu Düşünme Durumu	Evet	33	16.3
	Hayır	170	83.7
Nöbet Gününde Bölüm Dışında Başka Yerde Çalıştırılma Durumu	Evet	14	6.9
	Hayır	189	93.1
Ambulansta Çalışabilmek İçin Yeterli Donanıma Sahip Olma Durumu	Evet	186	91.6
	Hayır	17	8.4

4.3. İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Düşünce ve Durumlara Ait Dağılımlar

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili düşünce ve durumlara ait özelliklerin dağılımları Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Düşünce ve Durumlara Ait Dağılımlar

Özellikler		N	%
Ambulansta Çalışmanın Mesleki Tehlike ve Risklerini Yeterince Bilme Durumu	Evet	190	93.6
	Hayır	13	6.4
Herhangi Bir İş Kazası Durumunda Haklarını ve Yapılması Gerekenleri Bilme	Evet	149	73.4
	Hayır	54	26.6
Daha Önce İş Kazası Geçirme Durumu	Evet	68	33.5
	Hayır	135	66.5
Daha Önce Geçirilen İş Kazaları	İğne Batması	33	48.5
	Kesici Delici Alet Yaralanması	3	4.4
	Kan veya Vücut Sıvıları İle Temas	2	2.9
	Trafik Kazası	30	44.1
Ambulans Ortamında Çalışırken Kendini Güvende Hissetme Durumu	Evet, kesinlikle güvenli	6	3.0
	Evet, orta düzeyde güvenli	103	50.7
	Hayır, güvenli değil	94	46.3
Bölüm İle İlgili İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Alma Durumu	Evet	194	95.6
	Hayır	9	4.4
Mesleği İcra Ederken Sağlıkta Şiddete Maruz Kalma Durumu	Evet	155	76.4
	Hayır	48	23.6

Mesleği İcra Ederken Maruz Kalınan Şiddet Türü*	Fiziksel Şiddet	13	5.9
	Psikolojik Şiddet	54	24.4
	Sözlü Şiddet	154	69.7
Çalışılan Birimde Yeterli Personel Olduğunu Düşünme Durumu	Evet	193	95.1
	Hayır	10	4.9
İş Ortamından Kaynaklanan Bulaşıcı Hastalık Geçirme Durumu	Evet	7	3.4
	Hayır	196	96.6
Yapılan İşe Bağlı Olarak Geçirilen Bir Rahatsızlık Durumu	Evet	54	26.6
	Hayır	149	73.4
Yapılan İşe Bağlı Olarak Geçirilen Bir Rahatsızlık Türü*	Boyun Fıtığı	15	19.5
	Uykusuzluk	33	42.9
	Depresyon	20	26.0
	Bulaşıcı Hastalık	2	2.6
	Diğer	7	9.1
Çalışma Şeklinin ve Yapılan İşin Hayatı Etkileme Durumu	Psikolojik olarak etkileniyorum.	30	14.8
	Uyku sorunu oluyor.	94	46.3
	Özel yaşantım etkileniyor.	26	12.8
	Sosyal yaşantım etkileniyor.	15	7.4
	Olumsuz bir etkilenme yaşıyorum.	38	18.7
Çalışma Ortamı İle İlgili Riskler Hakkında Bilgilendirilme	Evet	174	85.7
	Hayır	29	14.3
Çalışma Esnasında Yaşanılan Bir Problemlle İlgili Gerekli Desteği	Evet	124	61.1
	Hayır	79	38.9
İşle İlgili Sağlık Kontrol ve Muayeneden Geçme Durumu	Evet	175	86.2
	Hayır	28	13.8

*işaretili değişkenler birden fazla işaretlemenin yapıldığı değişkenlerdir.

4.4. İş Sağlığı ve Güvenliği İçin Alınan Önlemlere Ait Dağılımlar

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği alınan önlemlere ait özelliklerin dağılımları Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. İş Sağlığı ve Güvenliği İçin Alınan Önlemlere Ait Dağılımlar

Özellikler		N	%
Çalışma Esnasında Karşılaşılabilecek Tehlike ve Risklerden Korunmak İçin Yeterli Donanıma ve Malzemeye Sahip	Evet, yeterli	64	31.5
	Evet, orta	59	29.1
	Evet, az	49	24.1
	Hayır, yok	31	15.3
Hastaya Müdahale Öncesi Eldiven Kullanma Alışkanlığına Sahip	Evet	198	97.5
	Hayır	5	2.5
Ellerin Yıkandığı Durumlar*	Hastaya müdahale yapmadan önce	79	10.9
	Hastaya ve kirli ortama müdahale sonrası	175	24.1
	Hastayı hastaneye teslim ettikten sonra	151	20.8
	Eldivenleri çıkardıktan sonra	161	22.2
	Yemek yemeden önce	159	21.9

*işaretleli değişkenler birden fazla işaretlemenin yapıldığı değişkenlerdir.

4.5. Çalışma Hayatında Karşılaşılan Risklere ve Sıklıklarına Ait Dağılımlar

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının çalışma hayatın karşılaşılan risklerine ve sıklıklarına ait özelliklerin dağılımları Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Çalışma Hayatında Karşılaşılan Risklere ve Sıklıklarına Ait Dağılımlar

	Özellikler	N	%
Kaza	Hiç	39	19.2
	Ara sıra	140	69.0
	Sık sık	22	10.8
	Sürekli	2	1.0
İntrakret Batması	Hiç	59	29.1
	Ara sıra	132	65.0
	Sık sık	12	5.9
	Sürekli	0	0.0
Enfeksiyon	Hiç	79	38.9
	Ara sıra	105	51.7
	Sık sık	12	5.9
	Sürekli	7	3.4
Ağır Kaldırması	Hiç	2	1.0
	Ara sıra	14	6.9
	Sık sık	30	14.8
	Sürekli	157	77.3
Şiddet	Hiç	21	10.3
	Ara sıra	136	67.0
	Sık sık	39	19.2
	Sürekli	7	3.4
Mekanik Travma	Hiç	43	21.2
	Ara sıra	105	51.7
	Sık sık	23	11.3
	Sürekli	32	15.8
Biyolojik Riskler	Hiç	108	53.2
	Ara sıra	78	38.4
	Sık sık	10	4.9
	Sürekli	7	3.4

4.6. Araştırma Hipotezlerinin Test Edilmesi

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın hipotezlerinin sınanması için yapılan Ki-kare testleri bulunmaktadır.

4.6.1. H 1 Hipotezinin Testi

Çalışanların şiddete maruz kalma durumunun cinsiyete göre farklılaşma durumu Tablo 4.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Çalışanların Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumlarının Ki-Kare Analizine Göre İncelenmesi

		Şiddete Maruz Kalma		X ²	P
		Evet	Hayır		
Cinsiyet	Erkek	88 (%80.7)	21 (%19.3)	2.500	0.114
	Kadın	67 (%71.3)	27 (%28.7)		

4.6.2. H 2 Hipotezinin Testi

Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumuna göre iş kazası geçirme durumlarının farklılaşması Tablo 4.7.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Alma Durumuna Göre İş Kazası Geçirme Durumlarının Ki-Kare Analizine Göre İncelenmesi

		İş Kazası Geçirme Durumu		X ²	P
		Evet	Hayır		
Eğitim Alma	Evet	64 (%33.0)	130 (%67.0)	0.507	0.477

4.6.3. H 3 Hipotezinin Testi

Çalışanların iş kazası geçirme durumlarının yaşa göre farklılaşması Tablo 4.8.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Çalışanların İş Kazası Geçirme Durumlarının Yaşa Göre Farklılaşmasının Ki-Kare Analizine Göre İncelenmesi

		İş Kazası Geçirme Durumu		X ²	P
		Evet	Hayır		
Yaş	18-25 yaş	12 (%17.8)	41 (%77.4)	3.812	0.282
	26-33 yaş	27 (%37.0)	46 (%63.0)		
	34-41 yaş	25 (%37.9)	41 (%62.1)		
	42-49 yaş	4 (%36.4)	7 (%43.6)		

4.6.4. H 4 Hipotezinin Testi

Çalışanların şiddete maruz kalma durumlarının eğitim durumuna göre farklılaşması Tablo 4.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Çalışanların Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasının Ki-Kare Analizine Göre İncelenmesi

		Şiddete Maruz Kalma		X ²	P
		Evet	Hayır		
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	31 (%72.8)	12 (%27.9)	1.504	0.681
	Sağlık Hizmetleri M.Y.O.	63 (%80.8)	15 (%19.2)		
	Sağlık Yüksek Okulu	22 (%75.9)	7 (%24.1)		
	Diğer	39 (%73.6)	14 (%26.4)		

4.6.5. H 5 Hipotezinin Testi

Çalışanların iş memnuniyeti durumlarının kadro durumuna göre farklılaşması Tablo 4.10.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Çalışanların İş Memnuniyeti Durumlarının Kadro Durumuna Göre Farklılaşmasının Ki-Kare Analizine Göre İncelenmesi

		İş Memnuniyeti		X ²	P
		Evet	Hayır		
Kadro Durumu	657	145 (%97.3)	4 (%2.7)	2.335	0.126
	4B	50 (%92.6)	4 (%7.4)		

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının iş memnuniyeti durumlarının kadro durumuna göre farklılaşmasının incelenmesi için yapılan Ki-kare analizine göre %95 güven düzeyinde istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

4.6.6. H 6 Hipotezinin Testi

Çalışanların çalışma saatlerinin fazla olduğunu düşünme durumlarının yaşa göre farklılaşması Tablo 4.11.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Çalışanların Çalışma Saatlerinin Fazla Olduğunu Düşünme Durumlarının Yaşa Göre Farklılaşmasının Ki-Kare Analizine Göre İncelenmesi

		Çalışma Saatlerinin Fazla Olduğunu Düşünme		X ²	P
		Evet	Hayır		
Yaş	18-25 yaş	9 (%17.0)	44 (%83.0)	3.697	0.296
	26-33 yaş	10 (%13.7)	63 (%86.3)		
	34-41 yaş	10 (%15.2)	56 (%84.8)		
	42-49 yaş	4 (%36.4)	7 (%63.6)		

4.6.7. H 7 Hipotezinin Testi

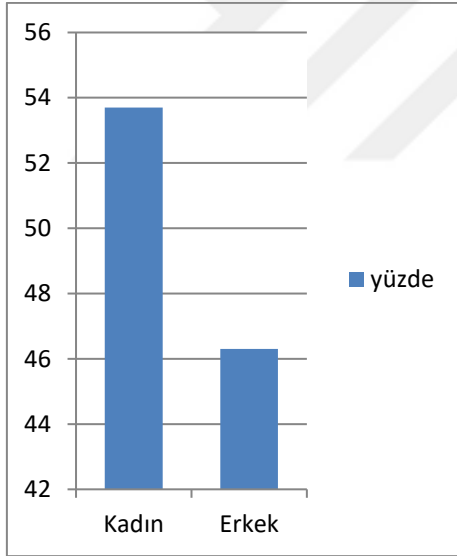
Çalışanların bulaşıcı hastalık geçirme durumlarının hastaya müdahale esnasında eldiven kullanma alışkanlığına göre farklılaşması Tablo 4.12.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Çalışanların Bulaşıcı Hastalık Geçirme Durumlarının Hastaya Müdahale Esnasında Eldiven Kullanma Alışkanlığına Göre Farklılaşmasının Ki-Kare Analizine Göre İncelenmesi

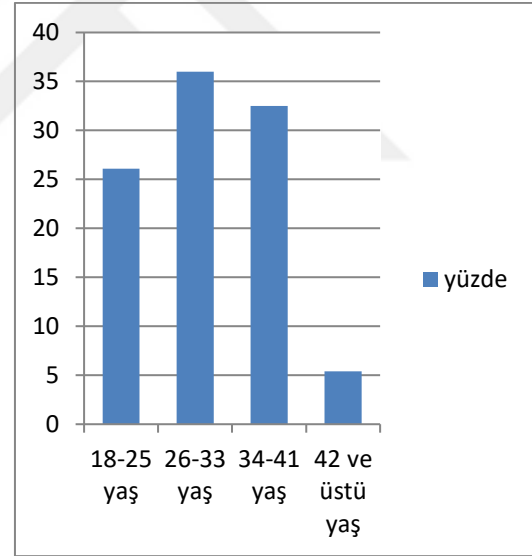
		Bulaşıcı Hastalık Geçirme Durumu		X ²	P
		Evet	Hayır		
Eldiven Kullanma Durumu	Evet	7 (%6.8)	191 (%96.5)	0.183	0.669
	Hayır	0 (%0.0)	5 (%100.0)		

5. TARTIŞMA

112 acil ambulans hizmetleri birey için hayati risk taşıyan ve acil müdahale gerektiren durumlarda, nakil süresince bireyin yaşamsal parametrelerinin sürdürülmesini sağlayan ve en kısa sürede acil servise ulaşımına imkan tanıyan önemli bir sağlık hizmetidir. 112 acil çalışanları verdikleri hizmetin özelliği nedeniyle birçok tehlikeye ve riske maruz kalmaktadır. Güvenlik önlemlerinin yeterli düzeyde olmaması sonucunda meydana gelebilecek iş kazaları, olumsuz olaylara ve ölümcül hadiselerle neden olabilir. Çalışanların maruz kalabileceği iş kazalarının nedenlerini belirlemek ve maruziyet düzeyinin değerlendirilmek oldukça önemlidir.



Şekil 1: Cinsiyete Göre Dağılım.



Şekil 2: Yaşa göre Dağılım.

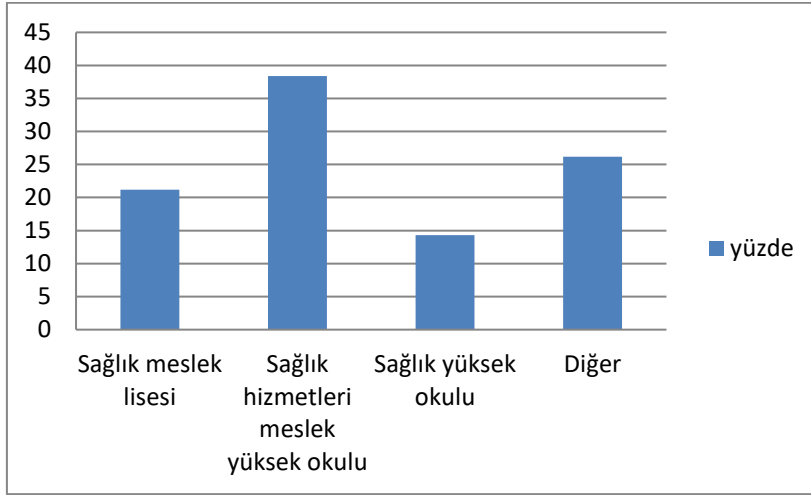
Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının %53.7'sinin kadın, %46.3'ü erkektir (Şekil 1). Kadın çalışan sayısı erkeklerden fazladır. Sarıkaya (2018) yaptığı araştırmada

cinsiyet değişkenine göre dağılımda %50.4 kadın, %49.6 erkek olarak tespit etmiştir (66). Araştırmamızla uyumludur. Cumhuriyetin kadınlara toplumsal hayatta tanıdığı birçok temel hak ve özgürlük zamanla kadınların bakış açılarını değiştirmiştir, iş hayatına kadınların daha çok entegre olmasını sağlamıştır. Sağlık sektörü kadınların en çok istihdam olduğu iş alanıdır. Kadınların kariyer ve aile konusundaki düşünceleri zaman içinde değişime uğramıştır.

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının yaşa göre dağılımları incelendiğinde %36.0'sının 26-33 yaş arasında, %32.5'inin 34-41 yaş arasında, %26.1'inin 18-25 yaş arasında ve %5.4'ünün 42 yaş ve üzerinde oldukları belirlenmiştir (tablo 2). Genç personel sayısı çalışanların yarısından fazladır (Şekil 2). Bunun nedeni 112 ASH'nin zamanla kurumsallaşması, branşlaşan yeni personelin dâhil olması ve mesleğe orta öğretimden sonra devlet tarafından istihdam edilme hakkının tanınması, sağlık meslek lisesini bitiren öğrencilerin kısa sürede meslek hayatına atılmasıdır.

Güneri (2010) yaptığı çalışmada katılımcıların yaş grupları 20–29 yaş arasında % 51.4, 30 yaş ve yukarısı % 48.6'dır. Genç sağlık personeli sayısı yarıdan fazladır. Çalışma süresi olarak incelendiğinde % 51.2'inin 1–3 yıl arası çalıştığı, % 29,6'sı 4–7 yıl arası çalıştığı, % 12,7'si 8–10 yıl arası çalıştığını, %6,5'nin ise 10 yıldan fazla çalıştığını görülmektedir. Çalışma süresinde en fazla dilimi 1–3 yıl arasındadır (63). Sonuçlar çalışmamızla uyumludur.

Uçak (2019) yaptığı, sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları ve geri bildirimlerinin değerlendirilmesi çalışmasında; çalışmaya katılan sağlık personelinin yaş ortalaması 34.9 olup %58.6'sı 25-34 yaş grubunda bulunmaktadır (69). Sonuçlar bulgularımızla uyumludur.



Şekil 3: Eğitim Durumuna Göre Çalışanların Dağılımı.

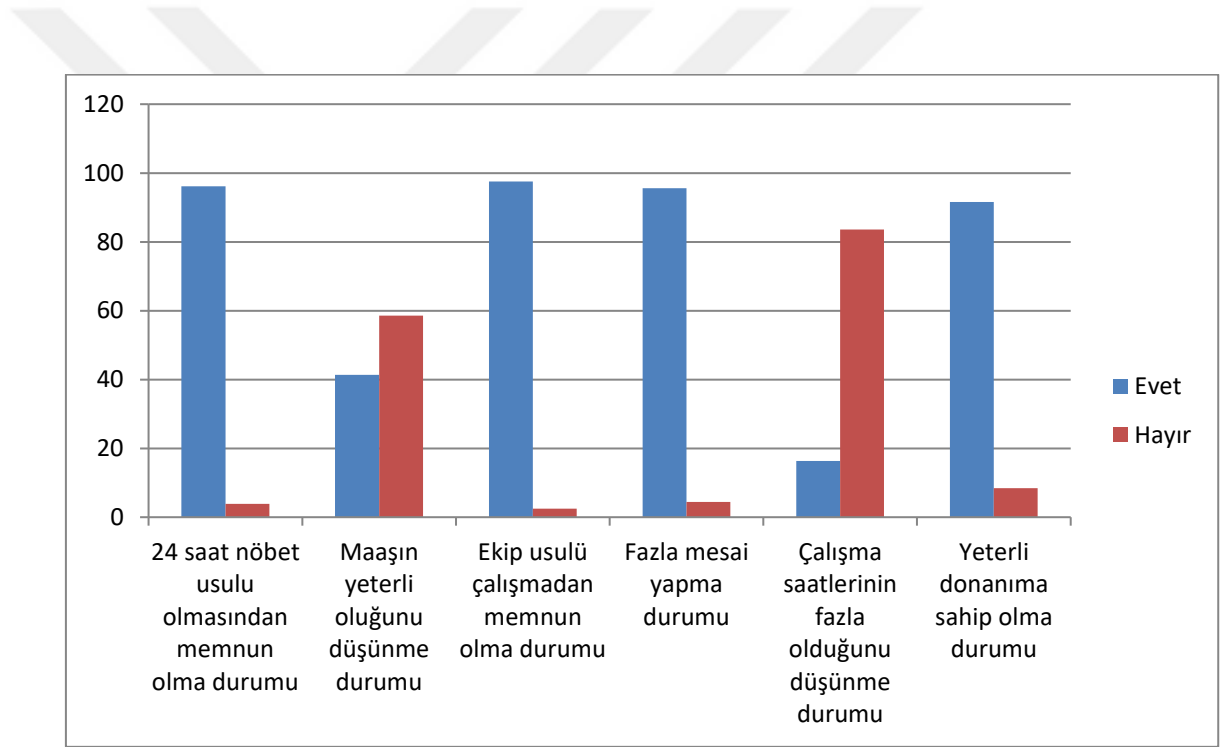
Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının, eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde %38.4'ünün sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu, %26.1'inin diğer, %21.2'sinin sağlık meslek lisesi, %14.3'ünün sağlık yüksek okulu mezunu olduğu belirlenmiştir(Şekil 3). Bunun nedeni 112 ASH'nin zamanla kurumsallaşması, branşlaşan yeni personelin dâhil olması ve mesleğe orta öğretimden sonra devlet tarafından istihdam edilme hakkının tanınması , sağlık meslek lisesini bitiren öğrencilerin kısa sürede meslek hayatına atılmasıdır.

Sarıkaya (2018) yaptığı çalışmada eğitim durumuna bakıldığında, genelde her eğitim düzeyinde çalışan olduğu görülmekte olup, acil sağlık hizmetlerinin bir ekip halinde yürütülmesi gerektiği açıktır(62). %45.5' i ön lisans, %21.9' u lisans, %21.9' u meslek lisesi, %4.1' i lise, %2.9' u ortaokul, %2.9' u yüksek lisans, %0.8' i doktora mezunudur. Çalışanlar arasında en fazla mezun sayısı ön lisans mezunlarından oluşmaktadır (66).

Yılmaz 2014 yaptığı çalışmada 112 ASH'de çoğunlukla lise mezunu çalışanlarının görev yaptığını, lise mezunu çalışan sayısı tüm çalışan sayısının yarısından fazla olduğunu saptamış, lise mezunlarının büyük bölümünü ATT'ler oluşturmuştur (65). Katılımcılardan 1/3'ünü önlisans mezunları oluşturmaktadır. 112 ASH'de hekimlerin dışında sayısı değişmekle birlikte her meslek grubundan lisans mezunu çalışan olduğu, hekimlerden

başka lisansüstü veya doktora yapmış olan personel sayısının ise çok az olduğunu belirtmiştir (65). Sonuçlarımız bu çalışmayla benzerdir.

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının kadro durumuna göre dağılımları incelendiğinde %73.4'ünün 657 kadrosunda ve %26.6'sının 4B kadrosunda olduğu belirlenmiştir. Katılım gösteren 112 acil çalışanlarının çalışılan bölümdeki görev durumuna göre dağılımları incelendiğinde %40.4'ünün acil tıp teknikeri, %39.9'unun acil tıp teknisyeni, %13.8'inin şoför ve %5.9'unun diğer görevlerde olduğu belirlenmiştir.



Şekil 4: Çalışma Hayatı ile İlgili Düşüncelere Ait Dağılım.

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının çalışma saatlerinin 24 saat nöbet usulü olmasından memnun olma durumuna göre dağılımları incelendiğinde %96.1'inin memnun olduğu ve %3.9'unun memnun olmadığı belirlenmiştir (Şekil 4). Çalışanlar her 24 saatlik nöbet sonrası en az 3 gün izin kullanılmakta, nöbet izinleri sayesinde iş stresinden uzaklaşmakta, ailesiyle daha fazla vakit geçirmekte, günlük

işlerine daha fazla zaman ayırabilmektedirler ve diğer memurların almış olduğu çeşitli izinleri kullanmak zorunda kalmamakla maddi kayba uğramamaktadırlar. 24 saatlik vardiya usulü çalışma sisteminde çalışma süresinin uzunluğu, nöbet bitimine yaklaştıkça yorgunluk seviyesinin artmasına, bununla bağlantılı olarak iş motivasyonunun azalmasına, bayan çalışanlarda gece yaşanan güvenlik kaygılarına neden olmakta, nöbet ertesi izinlerin uzunluğu sebebiyle işin takibinde zorlanması vardiya usulü çalışma sisteminin negative yanlarını oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının ekip usulü çalışmadan memnun olma durumuna göre dağılımları incelendiğinde %97.5'inin memnun olduğu ve %2.5'inin memnun olmadığı belirlenmiştir. Katılım gösteren 112 acil çalışanlarının ihtiyaç olduğunda fazla mesai yaptırılma durumuna göre dağılımları incelendiğinde %95.6'sının fazla mesai yaptırıldığını ve %4.4'ünün fazla mesai yaptırılmadığını söyledikleri belirlenmiştir. Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının yapılan işe göre maaşın yeterli olduğunu düşünme durumuna göre dağılımları incelendiğinde %41.4'ünün yeterli olarak düşündüğü ve %58.6'sının yeterli olarak düşünmediği belirlenmiştir (Şekil 4).

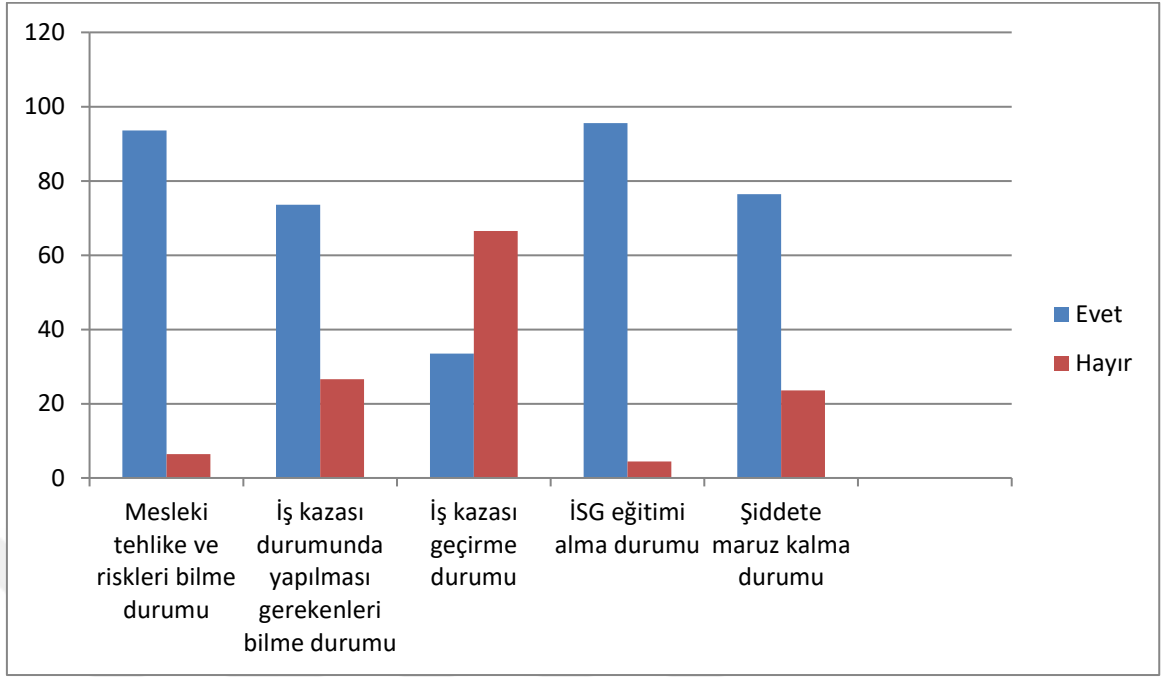
Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının kadro durumuna göre dağılımları incelendiğinde %73.4'ünün 657 kadrosunda ve %26.6'sının 4B kadrosunda olduğu belirlenmiştir. **H 5 hipotezi (iş memnuniyeti durumu kadro durumuna göre farklılaşmaktadır) reddedilmiştir.** Her ne kadar çalışanlar 24 saat nöbet usulünde çalışmaktan memnun olsalar dahi, kadro durumuna bakılmaksızın aldıkları maaşın yeterli olmadığını düşünmektedirler. Aynı ortamda aynı iş tanımı yapmasına rağmen, kadro farkından dolayı farklı ücretlendirmeye tabi olan her iki grup çalışan ortak memnuniyetsizliğe sahiptir. Her iki grubun yeterli maaşı aldıkları düşünülseydi, kadro durumuna göre memnuniyetsizlik açısından anlamlı bir farkın çıkabileceğini, aynı işi yapmalarına rağmen farklı ücretlendirmeyi sorgulayabileceklerini düşünülmektedir.

Yılmaz (2014) araştırmasında katılımcıların %37 si aldığı ücreti yeterli bulmaktadır. 112 ASH çalışanlarının sundukları hizmet karşılığında aldıkları ücretin yeterliliği konusunda çok net bir fikirlerinin olmadığı görülmektedir (65). Büyük bölümü

lise mezunu ATT'lerden oluşan çalışanların çoğunun genç yaşta olması, çalışma hayatında yeni olması ve bu kişilerin bazılarının henüz bekâr olması nedeniyle, aldıkları maaşlar konusunda bir fikirlerinin olmadığı ya da genellikle maaşlarını yeterli gördüğünü saptamıştır (65). Daha eski, tecrübeli ve deneyimli çalışanların ise sundukları hizmet karşılığında aldıkları ücretleri başka kamu çalışanlarının maaşlarına göre az ve yetersiz buldukları görülmüş, çalışanların neredeyse tamamının sağlık bakanlığında uygulanan performans sisteminden ve adaletsizliğinden yakındıkları gözlemlenmiştir (65).

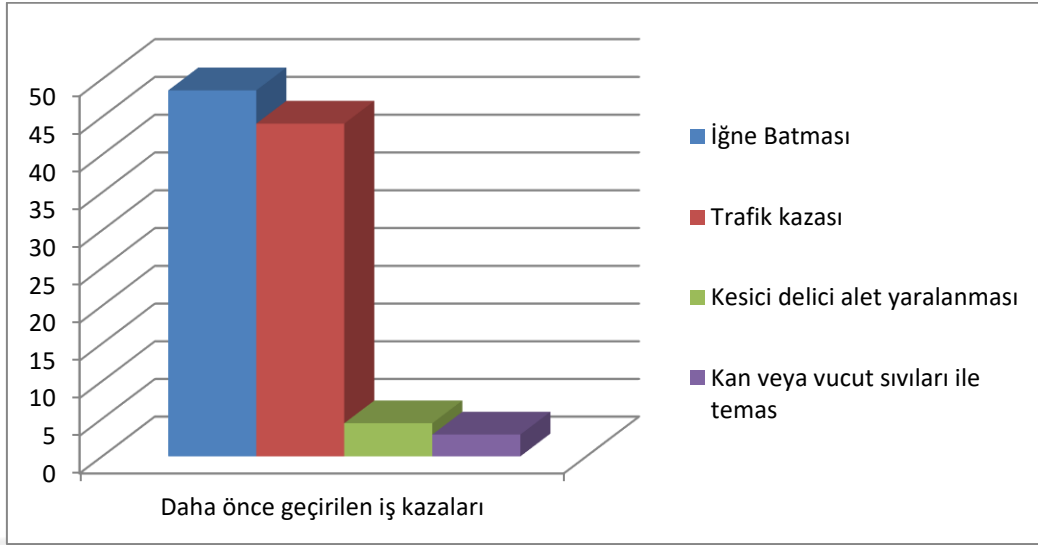
Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının çalışma saatlerinin fazla olduğunu düşünme durumuna göre dağılımları incelendiğinde %16.3'ünün fazla olduğunu düşündükleri ve %83.7'sinin fazla olmadığını düşündükleri belirlenmiştir. **H 6 hipotezi (Çalışma saatlerinin fazla olduğu düşünme durumu yaşa göre farklılaşmaktadır) reddedilmiştir.**

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının nöbet gününde bölüm dışında başka yerde çalıştırılma durumuna göre dağılımları incelendiğinde %6.9'unun çalıştırılmadığı ve %93.1'inin çalıştırıldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının ambulansda çalışabilmek için yeterli donanıma sahip olma durumuna göre dağılımları incelendiğinde %91.6'sının yeterli olduğunu ifade ettikleri ve %8.4'ünün yeterli olmadığını ifade ettikleri belirlenmiştir (Şekil 4).



Şekil 5a :İş Sağlığı Güvenliği ile İlgili Düşünce ve Durumlara ait Dağılımlar.

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının ambulanda çalışmanın mesleki tehlike ve risklerini yeterince bilme durumuna göre dağılımları incelendiğinde %93.6'sının yeterince bildiği ve %6.4'ünün yeterince bilmediği belirlenmiştir. Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının daha önce iş kazası geçirme durumuna göre dağılımları incelendiğinde %33.5'inin iş kazası geçirdiği ve %66.5'inin iş kazası geçirmediği belirlenmiştir. Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının herhangi bir iş kazası durumunda haklarını ve yapılması gerekenleri bilme durumuna göre dağılımları incelendiğinde %73.4'ünün bildiği ve %26.6'sının bilmediği belirlenmiştir (Şekil 5a).



Şekil 6: Daha Önce Geçirilen İş Kazalarının Türü.

Araştırmama katılım gösteren 112 acil çalışanlarının daha önce geçirilen iş kazalarına göre dağılımları incelendiğinde kaza geçirenlerin %48.5'inin iğne batması, %44.1'inin trafik kazası, %4.4'ünün kesici ya da delici alet yaralanması ve %2.9'unun kan veya vücut sıvıları ile temas ettikleri belirlenmiştir (Şekil 6).

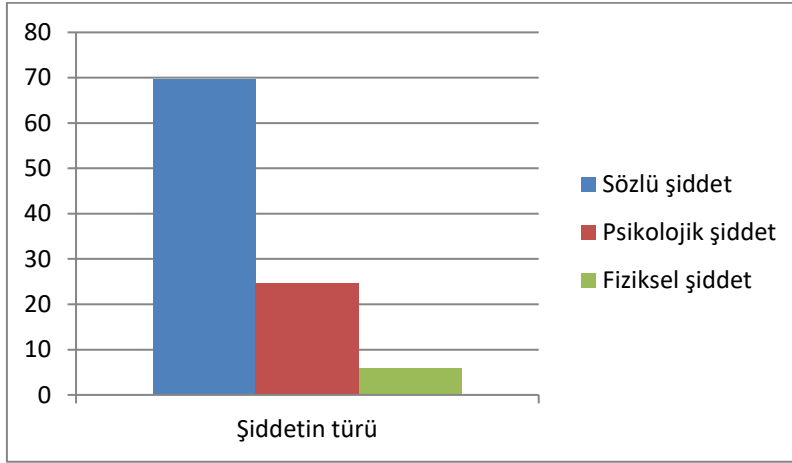
Yılmaz (2013) Denizli 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarında iş kazalarını inceleyen araştırmasında ; çalışanların önemli oranda trafik kazası şeklinde iş kazalarına maruz kaldığı (%41.8) belirtilmiştir (64).Veriler çalışmamızla uyumludur. Bildirilen bu kazaların %44.8'inin başka bir araçla çarpışma sonucu olduğu , kazalarda çalışanların yaralanma oranının %30.5 olduğu, çalışanlarda iğne batması şeklinde iş kazalarının sıklıkla (%47.5)'inde ambulans hareket halinde iken görüldüğünü bildirmiştir (64). Çalışanların %28.4'ünün de kan veya vücut sıvılarının göz ile teması şeklinde bir iş kazasına maruz kaldığını, iğne batması, kan veya vücut sıvıları ile göze temas şeklinde iş kazalarından herhangi birini geçirenlerde bu kazaların sıklıkla %26.2'si IV girişimin uygulanma sırasında meydana geldiğini, iğne batması, kesici-delici alet yaralanmasını, kan veya vücut sıvıları ile göze temas şeklinde meydana gelen iş kazalarının %41.0'inin ambulans hareketi nedeniyle olduğu belirlemiştir (64).

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının bölüm ile ilgili iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumuna göre dağılımları incelendiğinde %95.6'sının eğitim aldığı ve %4.4'ünün eğitim almadığı belirlenmiştir. Bulut (2016) yaptığı araştırmada kesici-delici alet yaralanmaları daha çok sağlık personelinin davranışlarına bağlı olduğu ve eğitim programları ile önlenabilir olduğunu belirtmektedir (62).Çalışanların kesici-delici alet yaralanmalarında risk algılarının düşük olduğu ve yaralanmaları önemsemedikleri ortaya koymuştur (62). Sonuçlar bulgularımızla uyumsuzdur.

H 2 hipotezi (iş sağlığı güvenliği eğitimi alınma durumuna göre iş kazası geçirme durumu farklılaşmamaktadır) reddedilmiştir. Eğitim seviyesi arttıkça çalışma ortamının yoğun, stresli ve yıpratıcı olması ile beraber çalışan personel başka bir mesleğe geçmek ya da farklı bir birimde görev almak istemektedirler. Yeterli sayıda iş sağlığı eğitmeninin olmaması, eğitimlerin süreklilik arz etmemesi ve içerik olarak güncellenmemesi eğitimle iş kazası geçirme durumu arasındaki farklılaşmanın sebebi olabilir.

H 3 hipotezi (iş kazası geçirme durumu yaşa göre farklılaşmaktadır) reddedilmiştir.). Gürbıyık ve ark.'nın çalışmasında sağlık çalışanlarındaki iş kazalarının %52'sinin 30 yaş ve altı gençlerde olduğu bildirilmiştir (70). Bu durum her ne kadar hipotezimizi desteklemede bulgularımızla uyumsuzdur. Sebebi araştırmamıza katılan sağlık personelinin 112 çalışanlarıyla sınırlı olması, katılımın kısıtlı olması, katılımcıların çoğunun 35 yaş altı olmasında kaynaklı olabilir.

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının ambulans ortamında çalışırken kendini güvende hissetme durumuna göre dağılımları incelendiğinde %50.7'sinin orta düzeyde, %3.0'ünün kesinlikle güvende hissettiği ve %46.3'ünün güvende hissetmedikleri belirlenmiştir. Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının mesleği icra ederken sağlıkta şiddete maruz kalma durumuna göre dağılımları incelendiğinde %76.4'ünün şiddete maruz kaldığı ve %23.6'sının şiddete maruz kalmadığı belirlenmiştir (Şekil 5a).



Şekil 7 : Maruz Kalınan Şiddetin Türü.

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarından şiddete maruz kalanların verdiği cevaplara göre mesleği icra ederken maruz kalınan şiddet türü dağılımları incelendiğinde cevapların %69.7'sinin sözlü şiddet, %24.4'ünün psikolojik şiddet ve %5.9'unun fiziksel şiddet olduğu belirlenmiştir (Şekil 7). 112 sağlık çalışanları hastayla en kritik dönemde olay yerinde karşılaşmaktadır. Çalışanlar ilk müdahalenin yapıldığı, yoğun stres ve duygu kontrolünün daha zor sağlandığı ortama maruz kalmaktadırlar. Yetersiz hukuki yaptırımlar, medyanın 112 üzerinde olumsuz algı oluşturması, yetersiz güvenlik tedbirleri, düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik düzey, sağlık çalışanlarının yetersiz iletişim becerisi, şiddete maruziyeti arttırmaktadır.

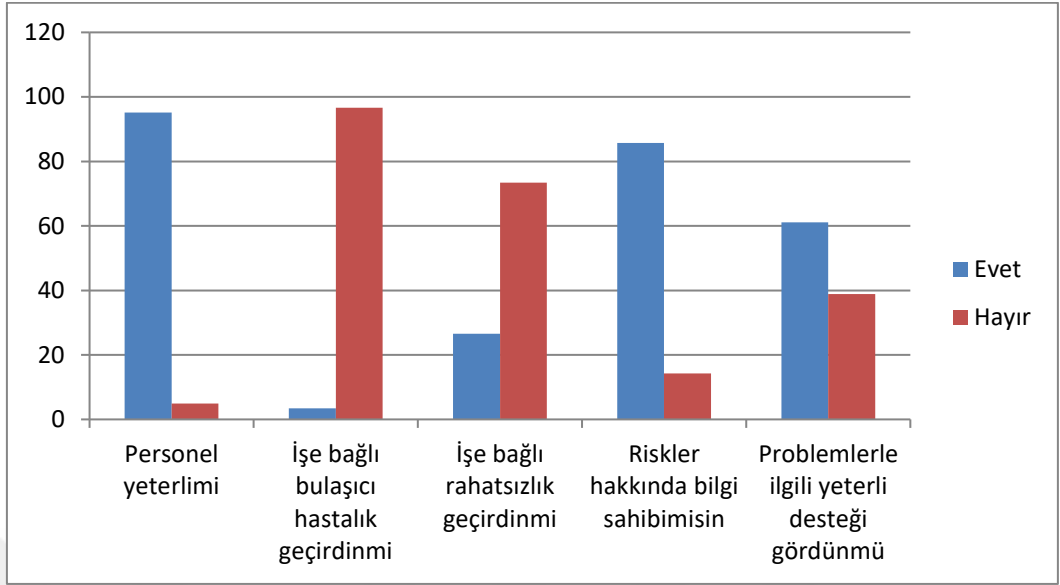
Sarıkaya (2018) çalışmasına göre %80.5' i bir kere veya birden çok kere şiddete maruz kalmış veya şiddet tehdidi yaşamış, %78.5' i hasta veya hasta yakınları tarafından sözel şiddete maruz kalmış, %67.8' inin olay yerinde şiddete maruz kaldığını bildirirken %12.8' i de kalmadığını bildirmiştir (66). Araştırmaya katılanların %55.4' ü kurum tarafından şiddet önlemeye yönelik uygulamaların olmadığını belirtirken, %4.9' u güvenlik önlemleri ile şiddetin engelleneceğini, %44.6' sını ise eğitimle şiddetin önlenileceğini belirtmiştir ve ayrıca %44,6' sını medyanın tutumu şiddeti etkileyeceğini belirtmiştir(66). Sonuçlar araştırmamızla uyumludur.

H 1 hipotezi (şiddete maruz kalma durumu cinsiyete göre farklılaşmaktadır) reddedilmiştir. Hasta ve yakınlarının şiddete başvurma güdüsünü sağlık çalışanının kadın olması hafifletmemektedir. Ayrıca bu durum kadınların en az erkek çalışanlarla sahada etkili ve aktif rol üstlendiğini göstermektedir. Her ne kadar şiddete maruziyet cinsiyete göre farklılaşmamış olsa bile ,şiddeti uygulayıcı cinsiyete göre farklılaşmaktadır, erkeklerin şiddete yatkınlığı kadınlara oranla daha fazladır.

Sarıkaya (2018) yaptığı çalışmaya göre %74,4' ü çalışana şiddet uygulayanın erkekler olduğunu bildirilmiştir (66). 112 acil hizmetleri cinsiyet ayrımı yapmadan hizmet sunmaktadır.

H 4 hipotezi (şiddete maruz kalma durumu eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır reddeilmiştir. Sağlık çalışanlarının eğitim durumu, etkili ve yeterli iletişim becerisiyle paralelik göstermemektedir. Eğitim durumuna bakılmaksızın tüm sağlık personeline etkili iletişim becerisi kazandıracak eğitimlerin yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Sarıkaya (2018) yaptığı çalışmada %45.5' i ön lisans, %21.9' u lisans, %21.9' u meslek lisesi, %4.1' i lise, %2.9' u ortaokul, %2.9' u yüksek lisans, %0.8' i doktora mezundur, çalışanlar arasında en fazla mezun sayısı ön lisans mezunlarından oluşmaktadır (66). Araştırmaya göre %50.4' ü eğitimle şiddet olayların önlenemeyeceğini belirtirken, %49.6' sı ise eğitimle şiddet olaylarının önleneceğini belirtmiştir (66).



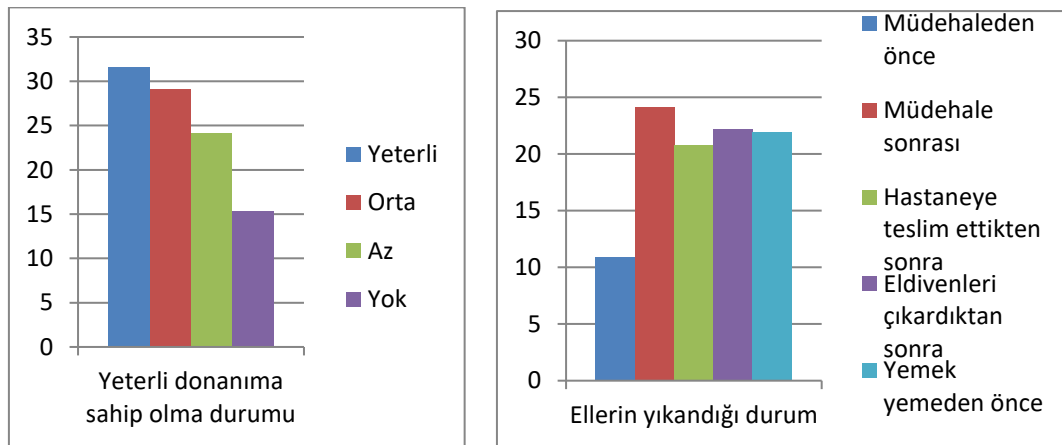
Şekil 5b :İSG ile İlgili Düşünce ve Durumlara Ait Dalışmlar.

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının çalışılan birimde yeterli personel olduğunu düşünme durumuna göre dağılımları incelendiğinde %95.1'inin yeterli personel olduğunu düşündüğü ve %4.9'unun yeterli personel olduğunu düşünmediği belirlenmiştir. Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının iş ortamından kaynaklanan bulaşıcı hastalık geçirme durumuna göre dağılımları incelendiğinde %3.4'ünün bulaşıcı hastalık geçirdiği ve %96.6'sının bulaşıcı hastalık geçirmediği belirlenmiştir. Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının yapılan işe bağı olarak geçirilen bir rahatsızlık durumuna göre dağılımları incelendiğinde %26.6'sının bir rahatsızlık geçirdiği ve %73.4'ünün rahatsızlık geçirmediği belirlenmiştir (Şekil 5b).

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarından yapılan işe bağı olarak rahatsızlık geçirenlerin verdiği cevaplara göre yapılan işe bağı olarak geçirilen bir rahatsızlık türü dağılımları incelendiğinde cevapların %42.9'unun uykusuzluk, %26.0'ının depresyon, %19.5'inin boyun fitiğı, %9.1'inin diğer ve %2.6'sının bulaşıcı hastalık geçirdiği belirlenmiştir. Katılım gösteren 112 acil çalışanlarının çalışma şeklinin ve yapılan işin hayatı etkileme durumuna göre dağılımları incelendiğinde %46.3'ünün uyku sorunu olduğu, %18.7'sinin olumsuz bir etkilenme yaşamadığı, %14.8'inin psikolojik olarak

etkilendiği, %12.8'inin özel yaşantısının etkilendiği ve %7.4'ünün sosyal yaşantısının etkilendiği belirlenmiştir. Whitehead ve ark. yaptığı çalışmada uyku bozukluğunun, nörolojik ve psikiyatrik problemlerin, ileri yaşın, aşırı iş yükünün, yüksek stres ve anksiyetenin, vardiya süresince dinlenme olanağı bulamamanın dikkat düzeyini olumsuz etkilediğini, ilk yılda %20'sinin 2. yılda ise %33'ünün sosyal hayat, aile ilişkileri, çalışma şartları ve olumsuz sağlık etkilenimleri nedeniyle vardiya sisteminden ayrıldıkları bildirilmektedir (71).

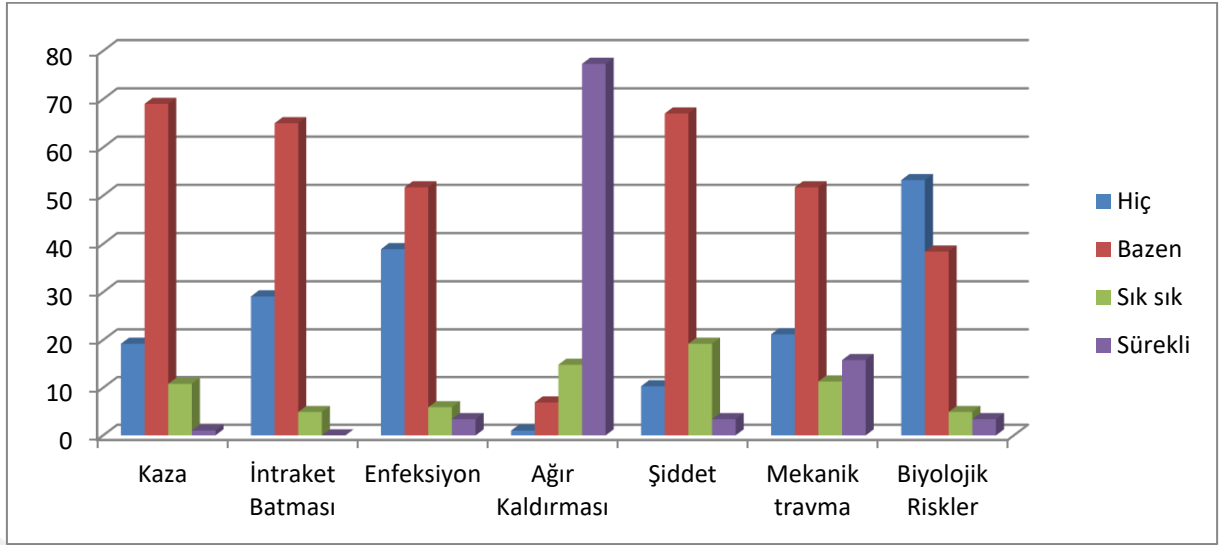
Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının çalışma ortamı ile ilgili riskler hakkında bilgilendirilme durumuna göre dağılımları incelendiğinde %85.7'sinin bilgilendirildiği ve %14.3'ünün bilgilendirilmediği belirlenmiştir. Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının çalışma esnasında yaşanan bir problemle ilgili gerekli desteği görme durumuna göre dağılımları incelendiğinde %61,1'nin gerekli gördüğü ve %38.9'unun gerekli görmediği belirlenmiştir. Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının işle ilgili sağlık kontrol ve muayeneden geçme durumuna göre dağılımları incelendiğinde %86.2'sinin muayeneden geçtiği ve %13.8'inin muayeneden geçmediği belirlenmiştir. Güneri (2010) yaptığı araştırmada %32.9'u iş kazası ya da meslek hastalığı geçirdiğini, % 67.1'i geçirmediğini; %6.1'i bu kaza ya da hastalığa bağlı iş göremezlik raporu aldığını beyan etmiştir (63).



Şekil 8 (a,b): İSG İçin Alınan Önlemlere Ait Dağılımlar.

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının çalışma esnasında karşılaşılabilecek tehlike ve risklerden korunmak için yeterli donanım ve malzemeye sahip olma durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %31.5'inin yeterli olduğunu, %29.1'inin orta düzeyde yeterli olduğunu, %24.1'inin az yeterli olduğunu ve %15.3'ünün yetersiz olduğunu düşündükleri belirlenmiştir (Şekil 8a). Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarından ellerini yıkama durumlarına verdikleri cevapların %24.1'inin hastaya ve kirli ortama müdahale sonrası, %22.2'sinin eldivenleri çıkardıktan sonra, %21.9'unun yemek yemeden önce, %20.8'inin hastayı hastaneye teslim ettikten sonra ve %10.9'unun hastaya müdahale yapmadan önce olduğu belirlenmiştir (Şekil 8b) . Uçak (2009) yaptığı çalışmada kaza sonrası yapılan ilk müdahalede el yıkama davranışı su, sabunla veya dezenfektanla temizleme %29.6 oranında kaza sonrası hiçbir şey yapmama %20.1 oranında görüldüğü bildirilmiştir (69). Bize göre el yıkama alışkanlığı elde edilmesi bulaş hastalıklardan korunmada etkili yöntemdir.

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının hastaya müdahale öncesi eldiven kullanma alışkanlığına sahip olma durumuna göre dağılımları incelendiğinde %97.5'inin eldiven kullandığı ve %2.5'inin eldiven kullanmadığı belirlenmiştir. **H 7 hipotezi (hastaya müdahale esnasında eldiven kullanma alışkanlığına göre hastalık geçirme durumları farklılaşmaktadır) reddedilmiştir.** Bu durum eldiven kullanma alışkanlığının yüksek düzeyinde %97.5 olması nedeniyle anlamlı farkın bulunabilmesi için geniş bir katılımcı kitlesine ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Yılmaz (2012) görev sırasında koruyucu malzemelerden hangilerini kullandıklarında sorguladığı çalışmasında eldiven kullanım oranı %44.7 olarak belirlendi (64). CDC rehberine göre kan, vücut sıvıları, sekresyonları ve salgılarıyla, kontamine aletlerle temas durumunda; bütünlüğü bozulmuş cilt ve mukoza temasında eldiven giyinmesi vurgulanmıştır (72).



Şekil 9: Çalışma Hayatında Karşılaşılan Risklere ve Sıklıklarına Ait Dağılımlar

Araştırmaya katılım gösteren 112 acil çalışanlarının %69.0'unun bazen kaza yaşadıkları, %65.0'inin bazen intraket batması yaşadıkları, %51.7'sinin bazen enfeksiyon yaşadıkları, %77,3'ünün sürekli ağır kaldırma durumu yaşadıkları, %51.7'sinin bazen mekanik travma yaşadıkları ve %53.2'sinin hiç biyolojik risklere maruz kalmadıkları belirlenmiştir (Şekil 9). Yılmaz(2013) yaptığı çalışmada çalışanların önemli oranda trafik kazası şeklinde iş kazasına maruz kaldığı (%41,8), vücut sıvılarıyla temas şeklindeki iş kazalarının %26,2 si IV girişimin uygulandığı sırada meydana geldiği vücut sıvılarıyla temas şeklindeki iş kazalarının %34,5'ünün kazadan sonra bulaş yerini anseptikle yıkadığı ve %8,8 'inin bunu rapor ettiğini ve çalışanların %77.3'ünün Hepatit B aşısı olduğunu bildirmiştir (64). Gelişen teknolojiyle uyum ve enfeksiyon hastalıkları açısından gerekli bağışıklama bulaşıcı hastalıklardan acil sağlık çalışanlarını korumada etkili bir yöntemdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda, Rize il merkezinde görev yapan 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı, iş kazası geçirme durumları ile iş sağlığı eğitimi alma durumları arasında bir ilişkiye rastlanmadığı, yaş ve iş kazası geçirme durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, eğitim durumuna göre şiddete maruz kalma durumlarının farklılaşmadığı, kadro durumları ile iş memnuniyetleri arasında bir ilişkinin olmadığı, çalışma saatlerinin fazla olduğunu düşünme durumları ile yaşları arasında bir ilişkinin olmadığı, eldiven kullanma alışkanlığının yüksek düzeyde olduğu ve bulaşıcı hastalık vakalarının çok az düzeyde yaşandığı tespit edilmiştir

112 acil sağlık hizmetleri istasyonu personelinin mesleğini icra ederken şiddete maruz kaldığı ve şiddetin cinsiyet üzerinde farklılaşmadığı tespit edilmiştir.112 acil çalışanlarından şiddete maruz kalanların verdiği cevaplara göre mesleği icra ederken maruz kalınan şiddet türü dağılımları sözlü şiddet,psikolojik şiddet ve fiziksel şiddet olduğu belirlenmiştir.Bulaşıcı hastalık geçirme oranları düşük bulunmuştur.Daha önce geçirilen iş kazaları değerlendirildiğinde;iğne batması,trafik kazası,kesici delici alet yaralanmaları,kan ve vücut sıvıları ile temas bulunmuştur.Çalışanlarda iğne batması şeklinde iş kazalarının ambulans hareket halinde iken invaziv girişimler yapıldığı için olduğu tespit edilmiştir.Çalışanların çalışma şekillerine göre şikayetleri incelendiğinde 24 saat nöbet usulü çalışmalarından memnuniyet yüksek çıksada uykusuzluk sorunu yaşandığı sonucuna varılmıştır.Eğitim durumuna göre dağılımlarında sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu,sağlık meslek lisesi,sağlık yüksek okulu mezunu oldukları belirlenmiştir. Çalışanlar iş yerinde yeterli personel olduğunu ve işyeri hakkındaki riskler konusunda yeterli eğitimi aldığını düşünmektedir.İş memnuniyetinin kadro durmuna göre farklılaşmadığı ancak aldıkları maaşın yetersiz olduğunu düşündükleri ve fazla mesai yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır.Kadro durumu 4/B'de olsa 657'de olsa ortak memnuniyetsizlik belirlenmiştir. Çalışma hayatında karşılaştıkları riskler değerlendirildiğinde bazen mekanik travma yaşadıkları hasta taşıma ve ağır kaldırmalarından kaynaklanan sorunların olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlardan yola çıkarak öneriler aşağıda sıralanmıştır;

- Sağlıkta şiddet olaylarının önlenmesi için kamu spotu oluşturmalı,halkı bilinçlendirecek eğitimler verilmelidir.
- Ambulans çalışanları ile güvenlik güçleri aynı telsiz platformundan haberleşmeleri şiddeti en aza indirmeyi sağlayacaktır.
- Ambulans çalışanları ambulans hareket etmeden invaziv girişimlerini tamamlarsa iğne batması gibi yaralanmaları önlemiş olacaktır.
- Hasta taşıma ve doğru duruş teknikleri ile ilgili düzenli eğitimler verilmesi çalışanlarda oluşacak ergonomik riskleri ortadan kaldıracaktır.
- Çalışanlar arasında memnuniyetsizlik yaratacak kadro farkı ve maaş yetersizliği gibi sorunlar çözülmelidir.Bunlar çalışma ortamında motivasyon ve verimlilik sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- 1) Hayran, O., & Sur, H. (1998). Sağlık hizmetleri el kitabı. İstanbul: Yüce Yayım.
- 2) Altındış, M. (2016). Sağlık kurumlan yönetimi-1 açıköğretim ders kitabı, Erzurum, Atatürk üniversitesi açıköğretim fakültesi yayını, 2-20.
- 3) Yerebakan, M. (2000). Özel hastaneler araştırması: Mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerileri. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası yayınları, 26-30.
- 4) Kızılçelik, S. (1996). Türkiye'nin sağlık sistemi: bir medikal sosyoloji denemesi. İzmir: Saray Kitabevleri.
- 5) Öztürk M, (2000). Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar, İstanbul: MTM yayınlan, 142-143.
- 6) Özgirin, K., & Taş, Y. (1996). Hastane yönetiminde kalite uygulamaları ve toplam kalite yönetimi projesi kapsamında personel memnuniyeti ölçme çalışması, Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve performans ölçümü sempozyumu, Ankara.
- 7) Fişek, N. (1982). Sağlık Hizmetleri Ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları. Düzenleyen Türk-İş Yayınları. Modern Yönetim Semineri, 2-10.
- 8) Soysal, M., Kenanoğlu, G. T., Emre, A., & Hameşoğlu, S. (1993). Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi, 57-80.
- 9) Kurtulmuş, S. (1998). Sağlık ekonomisi ve hastane yönetimi. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- 10) Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2010). Hastane ve sağlık kurumları yönetimi, Siyasal Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 15-73.
- 11) Tabak, R. S., & Somyürek, H. İ. (2007). Hemşireler için ilk yardım ve acil bakım kitabı, 1.baskı, İstanbul: Palme Yayınlan
- 12) Batı, S. (2012). Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Personelin Hastalara Müdahalelerinin Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzu Akış Şemalanna Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- 13) Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2000) Resmi Gazete, 24046 sayılı acil sağlık hizmetleriyönetmeliği,<https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.4798&MevzuatIli ski=0&sourceXmlSearch=acil%20sa%C4%9Fl%C4%B1k>
- 14) Yılmaz, A. İ. (2014). 112 Acil Sağlık Hizmetleri Sunumunu Etkileyen Faktörlenkonya Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- 15) Koksall, G. (2010). 112 Acil sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyon yapısmm iş sağlığı ve güvenliği sorunları üzerine etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- 16) Yıldız, U. (2007). Avrupa Birliği'nin 2007-2012 Dönemi İş Sağlığı ve Güvenliği Stratejik Eylem Programı, İşveren Dergisi.
- 17) Öztüre, A. (2010). Hasta Memnuniyeti Üzerine İstatistik Analiz, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- 18) Holtermann, K. A., & González, A. G. R. (2003). Emergency medical services systems development: lessons learned from the United States
- 19) Özel, G. (2010). Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kullanılabilecek performans göstergelerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 20) Öztürk, Y. E., Öncel, H., & Ördek, E. (2013). Konya-Selçuklu İlçesinde 112 Acil Servis İstasyonları Yerleşim Modeli. Selçuk Üniversitesi Mühendislik, Bilim ve Teknoloji Dergisi, 1(1), 19-32.
- 21) Demirhan, N. (2003). Türkiye'de 112 ilk ve acil yardım hizmetleri ve afetlerdeki rolü, 1.baskı, İstanbul: Nobel Tıp kitabevleri, 70-106.
- 22) Arreola-Risa, C., Mock, C. N., Lojero-Wheatly, L., De La Cruz, O., Garcia, C., Canavati-Ayub, F., & Jurkovich, G. J. (2000). Low-cost improvements in prehospital trauma care in a Latin American city. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 48(1), 119.
- 23) Razzak, J. A., & Kellermann, A. L. (2002). Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile?. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 900-905.
- 24) Acil Aksoy, F., & Ergün, A. (2002). Acil Sağlık Hizmetlerinde Ambulansın Yeri, *Ulusal Travma Dergisi*, 8, 160-3.
- 25) Söğüt, Ö., & Al, B. (2009). Kafa travmalı hastalarda hastane öncesi yaklaşım ve acil serviste yönetim. *Genel Tıp Dergisi*, 19(2), 85-90.
- 26) William, P., Simpson, K., & Brison, R. J. (2004). Rates and external causes of blunt head trauma in Ontario: analysis and review of Ontario Trauma Registry datasets. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 25(1), 32.
- 27) Luk, S. S., Jacobs, L., Ciraulo, D. L., Cortes, V., Sable, A., & Cowell, V. L. (1999). Outcome assessment of physiologic and clinical predictors of survival in patients after traumatic injury with a trauma score less than 5. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 46(1), 122-127.
- 28) Levi, F., Lucchini, F., Negri, E., & La Vecchia, C. (2002). Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world. *Heart*, 88(2), 119-124.
- 29) Bilir, V. (2004). Meslek Hastalıkları. TÜRK-İŞ Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu.
- 30) Ilhan, B. (2006). Sağlık Çalışanlarında Görülen Mesleki Hastalıklar ve Ölümler, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 21(3), 194-196
- 31) Uğurluer, G., & Azap, A. (2006). Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri Sözlüğü, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 21(3), 197-202.

- 32) Taşcıoğlu, İ. (2007) Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanesinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- 33) Çağlayan, Ç. (2011) Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3.Ulusal Kongresi, Ankara, 75-77.
- 34) Ceylan, C. (2009) Hastanede Çalışan Hemşirelerin Bildirimlerine Dayalı İş Kazalarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1-4
- 35) İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (2012) <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf>
- 36) Özkan, Ö. (2005) Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri İle Risk Algılarının Saptanması, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 37) Emiroğlu, C., & Koşar, L. (2012). İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Üzerine, Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 43, 2-15.
- 38) Uçak, A. (2009). Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- 39) Meslek Hastalıkları Rehberi (2013) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ankara, <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/1340/meslekhastaliklari.pdf>
- 40) Kutlu, D. (2007). Ameliyathane Çalışanlarının Cerrahi Aletlerle Yaralanma Riski ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Afyon.
- 41) Emiroğlu, C. (2012). Sağlık sektöründe mesleki riskler ve hukuksal düzenlemeler. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 12(43), 16-25.
- 42) SGK, (2012) İş Kazası İstatistiklerinin Analizi <http://www.isteguvencilik.tc/SGK2012IsKazaIstatistik.pdf>
- 43) Ruitter, H. P., & Liaschenko, J. (2011). To lift or not to lift: patient-handling practices. AAOHN Journal, 59(8), 337-343.
- 44) Saberi, H. R., & Moravveji, A. R. (2010). Gastrointestinal complaints in shift-working and day-working nurses in Iran. Journal of circadian rhythms, 8(1), 1-9.
- 45) Karagozoglu, S., & Bingöl, N. (2008). Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. Nursing Outlook, 56(6), 298-307.
- 46) Lawson, C. C., Rocheleau, C. M., Whelan, E. A., Hibert, E. N. L., Grajewski, B., Spiegelman, D., & Rich-Edwards, J. W. (2012). Occupational exposures among nurses and risk of spontaneous abortion. American journal of obstetrics and gynecology, 206(4), 327.
- 47) Garlantézec, R., Multigner, L., Labat, L., Bonvallet, N., Pulkkinen, J., Dananché, B., ... & Cordier, S. (2012). Urinary biomarkers of exposure to glycol ethers and chlorinated solvents during pregnancy: determinants of exposure and comparison with indirect methods of exposure assessment. Occup Environ Med, 69(1), 62-70.

- 48) Snedeker, S. M. (2006). Chemical exposures in the workplace: effect on breast cancer risk among women. *Aaohn Journal*, 54(6), 270-281.
- 49) Tekbaş, Ö. F. (2010). Çevre Sağlığı, Ankara: GATA Basımevi.
- 50) Otenio, M. H., Cremer, E., & Claro, E. M. T. (2007). Noise level in a 222 bed hospital in the 18th health region-PR. *Revista brasileira de otorrinolaringologia*, 73(2), 245-250.
- 51) Darcy, A. E., Hancock, L. E., & Ware, E. J. (2008). A descriptive study of noise in the neonatal intensive care unit: ambient levels and perceptions of contributing factors. *Advances in Neonatal Care*, 8(5),16-26.
- 52) T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2004). Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı, 25488. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/06/20040610.htm>
- 53) Nalbant, Ş. (2006). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Çalışma Koşulları ve Sendikal Örgütlenme Hakkı, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2006.
- 54) World Health Organization (2003). All rights reserved https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf.
- 55) Demircan, E. (2008). Ameliyathane Hemşirelerinin Delici/Kesici Aletlerle Yaralanma Sıklığının ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- 56) Kermod, M. (2004). Healthcare worker safety is a pre-requisite for injection safety in developing countries. *International Journal of Infectious Diseases*, 8(6), 325-327.
- 57) Güleç, M., Topbaş, M., Kır, T., & Hadse, M. (2001). Gata Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Mesleksel Risk Faktörleri İle Karşılaşma Durumlarının Araştırılması. *İnfeksiyon Dergisi*, 15(1), 97-103.
- 58) Kuruuzum, Z., Yapar, N., Avkan-Oguz, V., Aslan, H., Ozbek, O. A., Cakir, N., & Yuce, A. (2008). Risk of infection in health care workers following occupational exposure to a noninfectious or unknown source. *American journal of infection control*, 36(10), 27-31.
- 59) Moore, D., Gamage, B., Bryce, E., Copes, R., Yassi, A., & BC Interdisciplinary Respiratory Protection Study Group. (2005). Protecting health care workers from SARS and other respiratory pathogens: organizational and individual factors that affect adherence to infection control guidelines. *American journal of infection control*, 33(2), 88-96.
- 60) Allegranzi, B., & Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of hospital infection*, 73(4), 305-315.
- 61) Jagger, J., Perry, J., Gomaa, A., & Phillips, E. K. (2008). The impact of US policies to protect healthcare workers from bloodborne pathogens: the critical role of safety-engineered devices. *Journal of infection and public health*, 1(2), 62-71.
- 62) Bulut A. Ankara 2016 112 acil durum ambulanslarında isg risklerinin tespiti ve İSG kalvuzu

- 63) Güneri S. Ankara 112 çalışanlarının çalışma koşulları ve iş memnuniyetinin değerlendirilmesi. Ankara 2010
- 64) Yılmaz A. Denizli 2012. Denizli ilinde görevli 112 personellerinin geçirdikleri iş kazaları
- 65) Yılmaz A. İstanbul 2014 112 acil sağlık hizmetleri sunumu etkileyen faktör.
- 66) Sarıkaya S. İstanbul 2018 112 servisi çalışanlarına yönelik şiddet ve sonuçları.
- 67) Karasar, N. (2005). Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- 68) Robson, C. (2002). Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers (2nd ed.). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- 69) Uçak A. Sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları ve geri bildirimlerinin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2009.
- 70) Gürbıyık A. Gata sağlık çalışanlarında kesici delici aletlerle yaralanma sıklığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi; 2005.
- 71) Whitehead DC, Smith-Coggins R: Making sense of shift-work in emergency medicine. In: Salluzzo RF, Mayer TA, Strauss, RW, Kidd P, Dresnick SJ, Keene JG, Verdile VP. Emergency department management, eds Mosby. 1996.
- 72) Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007.

ÖZGEÇMİŞ

Azra AKMUT,07.10.1987 tarihinde Bursa Mustafakemalpaşa ilçesinde doğdum.2001 yılında Mustafakemalpaşa Merkez İlkokulu'nu;2005 yılında Mustafakemalpaşa Sağlık Meslek Lisesini;2007 yılında Mersin Üniversitesi Cerrahi teknikerlik bölümünü bitirdim.2008 yılında Erzurum ili Şenkaya ilçesine Acil Tıp Teknisyeni olarak atandım.2018 yılında İstanbul Üniversitesi Acil Yardım ve Afet yönetimi bölümünü bitirdim.2019 yılında Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı ve Güvenliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans programını bitirdim.Evli ve 2 çocuk sahibiyim. 2017 tarihinden itibaren rize il sağlık müdürlüğünde çalışmaktayım.

EKLER

ANKET FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu anket; Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans programında sürdürülen tez çalışması için hazırlanmıştır. Bu tez çalışmasında 112 Acil çalışanlarının mesleki risklerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Soruları içtenlikle cevaplamanız, araştırmanın doğruluğu ve geçerliliği açısından çok önemlidir. Araştırmadaki tüm bilgiler akademik amaçla toplanmaktadır. Verilen cevapların anonim kalması temin edilmiş olup yanıtların kime ait olduğu belirlenmemektedir. Yanıtlar toplu olarak değerlendirmeye alınacak, birey ve kurumlara özgü analizler yapılmayacaktır. Bu bilgiler hiçbir kişi ya da kurum ile paylaşılmayacaktır. Gösterdiğiniz anlayış ve destek için teşekkür ederiz.

Azra AKMUT

1.Cinsiyetiniz nedir?

Kadın

Erkek

2.Yaş aralığınız nedir?

18-25 yaş

26-33 yaş

34- 41 yaş

42- 49 yaş

50- 57 yaş

58 ve üzeri

3.Eğitim durumunuz nedir?

Sağlık Meslek Lisesi

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

Sağlık Yüksek Okulu

Diğer (.....)

4. Kadro durumunuz nedir?

657

4B

Sözleşmeli

5.Çalıştığınız bölümde göreviniz nedir?

Acil Tıp Teknisyeni

Acil Tıp Teknikeri

Doktor

Şoför

Diğer

6.Çalışma saatlerinizin 24 saat nöbet usulü olmasından memnun musunuz?

Evet

Hayır

7. Yaptığınız işe göre almış olduğunuz maaşın yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet

Hayır

8. Ekip usulü çalışmadan memnun musunuz?

Evet

Hayır

9. İhtiyaç olduğunda fazla mesai yaptırılıyor mu?

Evet Hayır

10.Çalışma saatlerinizin fazla olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

11. Nöbet gününüzde bölümünüz dışında başka bir yerde çalıştırılıyor musunuz?

Evet Hayır

12.Ambulansta çalışabilmek için yeterli donanıma sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

13.Ambulansta çalışmanın meslek tehlike ve risklerini yeterince biliyor musunuz?

Evet Hayır

14. Herhangi bir iş kazası durumunda haklarınızı ve yapılması gerekenleri biliyor musunuz?

Evet Hayır

15.Daha önce iş kazası geçirdiniz mi? (Evet ise 16. soruyu cevaplayınız./ Hayır ise 17. soruya geçiniz?)

Evet Hayır

16. Ne tür bir kaza geçirdiniz?

İğne batması

Kesici Delici Alet Yaralanması

Kan veya Vücut Sıvılarının Göze Teması

Trafik Kazası

17. Ambulans ortamında çalışırken kendinizi güvende hissediyor musunuz?

Evet,kesinlikle güvenli
değil

Evet, orta düzeyde güvenli

Hayır , güvenli

18.Bölümünüz ile ilgili iş sağlığı ve güvenliği konusunda eğitim aldınız mı?

Evet

Hayır

19.Mesleğinizi icra ederken sağlıkta şiddete maruz kaldınız mı? (Hayır ise 23.soruya geçiniz)

Evet

Hayır

20. Mesleğinizi icra ederken ne tür şiddete maruz kaldınız?

Fiziksel şiddet

Psikolojik şiddet

Sözlü şiddet

Diğer

21. Çalıştığınız birim yeterli sayıda personele sahip mi?

Evet

Hayır

22. Çalışma esnasında karşılaşılabileceğiniz tehlike ve risklerden korunmak için yeterli donanım ve malzeme bulunmakta mıdır?

Evet, yeterli

Evet, .orta

Evet, az

Hayır, yok.

23. Hastaya müdahale öncesi eldiven kullanma alışkanlığınız var mı?

Evet

Hayır

24. Ellerinizi hangi durumlarda yıkıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz?)

Hastaya müdahale yapmadan önce

Hastaya ve kirli ortama müdahale sonrası

Hastayı hastaneye teslim ettikten sonra

Eldivenleri çıkardıktan sonra

Yemek yemeden önce

25. İş ortamından kaynaklanan bulaşıcı bir hastalık geçirdiniz mi?

Evet

Hayır

Evet ise belirtiniz:

26. Yapmış olduğunuz işe bağlı olarak geçirdiğiniz bir rahatsızlık var mı? (Hayır ise 30.soruya geçiniz)

Evet

Hayır

27. Yapmış olduğunuz işe bağlı olarak geçirdiğiniz rahatsızlıklar nelerdir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Bel Fıtığı (Lomber disk hernisi)

Boyun Fıtığı

Uykusuzluk

Depresyon

Bulaşıcı hastalık

Diğer (.....)

28. 112 ASHİ' nunda çalıştığınız aşağıdaki risklerle ne sıklıkla karşılaşmaktasınız?

	Hiç	Bazen	Sık sık	Sürekli
Kaza				
İntraket Batması				
Enfeksiyon				
Ağır Kaldırması				

Şiddet				
Mekanik Travma				
Biyolojik Riskler				

29. Çalışma şekliniz ve yaptığınız iş hayatınızı hangi şekilde etkilenmektedir?

Psikolojik olarak etkileniyorum.

Uyku sorunun oluyor.

Özel yaşamım etkileniyor.

Sosyal yaşamım etkileniyor.

Olumsuz bir etkilenme yaşamıyorum.

30. Çalışma ortamına ait risklerle ilgili bilgilendirildiniz mi?

Evet

Hayır

31. Çalışma esnasında yaşadığınız bir problemde gerekli desteği görüyor musunuz?

Evet

Hayır

32. İşinizle ilgili sağlık kontrol ve muayeneden geçiyor musunuz?

Evet

Hayır

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ