



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**HASTANE ÇALIŞANLARINDA İŞE BAĞLI GERGİNLİK VE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI İLE BULAŞICI HASTALIKLARA YAKLAŞIM
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Levent ÇEVİK
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Dilek KUŞASLAN AVCI

VAN-2020

T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**HASTANE ÇALIŞANLARINDA İŞE BAĞLI GERGİNLİK VE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI İLE BULAŞICI HASTALIKLARA YAKLAŞIM
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Levent ÇEVİK
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Dilek KUŞASLAN AVCI

VAN-2020

ÖN SÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, her türlü zor durumda danışabildiğim, tezimin gerçekleşmesinde destek ve anlayışını hiç esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Dilek Kuşaslan Avcı'ya;

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmama katkılarından dolayı sayın değerli hocam Prof. Dr. Hüseyin Avni Şahin'e;

Tezimin istatistiklerinin değerlendirilmesinde katkılarını ve güler yüzünü esirgemeyen Tıbbi Biyoistatistik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Sıddık Keskin'e;

Çok değerli Aile Hekimliği asistan arkadaşlarıma,

Kliniklerinde çalışmaktan mutluluk duyduğum, rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tüm hocalarıma ve değerli asistan arkadaşlarıma;

Benden yaşamım boyunca sevgilerini ve sonsuz desteklerini esirgemeyen, benim günlere gelmemi sağlayan sevgili annem ve babam; Huri ve Osman Çevik'e,

Sevgi ve desteklerini hep hissettiğim kardeşlerime;

Hayatıma girdiği ilk günden beri desteğini ve sevgisini benden hiç esirgemeyen, bu tezin oluşmasında da katkısı olan sevgili eşim Dr. Öğr. Üyesi Özlem Çevik'e ve varlığıyla umut veren, hayatımın merkezindeki neşe kaynağım olan sevgili oğlum Muhammed Arif'e

Sonsuz teşekkür ederim

Dr. Levent ÇEVİK

ÖZET

HASTANE ÇALIŞANLARINDA İŞE BAĞLI GERGINLİK VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE BULAŞICI HASTALIKLARA YAKLAŞIM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Dr. Levent ÇEVİK

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi

Çalışmamızda hastane çalışanlarının yaptıkları göreve bağlı yaşadıkları stres oranları, genel sağlık ve bulaşıcı hastalıklar hakkında bilgi düzeyleri incelenmiş olup varsa eksikliklerin görülüp bu konuda yapılacak çalışmalara katkı sağlaması ve bunun sonucunda hastane kaynaklı bulaşıcı hastalıkların görülme oranlarının azaltılması hedeflenmektedir. Bu çalışma Van YYÜ Dursun Odabaş Tıp Merkezi Hastanesinde çalışmakta olan 18 yaş üstü bayan ve erkek 300 sağlık çalışanı (doktor, hemşire/sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, paramedik, laborant, sağlık teknikeri, hasta bakıcı ve temizlik görevlisi vb.) ile yüz yüze anket yöntemiyle yapılmıştır. Anket, literatür taranarak hazırlanan demografik bilgi formu ile bulaşıcı hastalıklar ve bu hastalıklardan korunma ile ilgili bilgi düzeyini ölçen 44 sorudan oluşan anket formu, 18 sorudan oluşan işe bağlı gerginlik ölçeği (İBGÖ) ve 23 sorudan oluşan yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğinden (YSOÖ) oluşmakta olup, çoktan seçmeli ve boşluk doldurma şeklindedir. Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Verilerin istatistiksel analizinde Tek Yönlü Varyans Analizi, Ki-kare testi ve Pearson Korelasyon Analizi testleri kullanılmıştır. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmaya dahil olan sağlık çalışanlarının %43,7'si (n=131) kadın, %56,3'ü (n=169) erkektir. Katılımcıların %33,7'si (n=101) doktor, %33'ü (n=99) hemşire/sağlık memuru ve %33,3'ü (n=100) temizlik görevlisi/hasta bakıcısı idi. Çalışmaya katılan sağlık çalışanları %35,3 (n=106) ile en çok 30-35 yaş aralığındadır. Katılımcıların %72'si (n=216) 1-10 yıl arası mesleki tecrübeye sahipti. Çalışanların %86'sı (n=258) haftalık 40 saat ve üzeri mesai yapmaktadır. Katılımcıların %40,7'si (n=130) dahili birimlerde çalışmaktadır. Katılımcıların %64'ü (n=192) lisans ve üzeri mezuniyet derecesine sahipti.

Çalışmamıza katılanlardan genel olarak sadece %34'ü (n=102) hastane bünyesinde bulaşıcı hastalıklara yönelik herhangi bir eğitim aldığını belirtmiştir, bu konuda doktorların ise sadece %27,7'sinin (n=28) herhangi bir hizmet içi eğitim aldığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %33,3'ünün (n=100) daha önceden herhangi bir bulaşıcı hastalığa sahip hastayla temasının olduğu tespit edilmiştir. Temizlik görevlisi/hasta bakıcısı olanların %36'sı şarbon hakkında, %31'i de KKKK hastalık etkeninin bulaş yolu hakkında bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızdaki bireylerden kendisini bulaşıcı hastalıklar konusunda yeterli görenlerin %76,5'i riskli temas sonrası hiçbir koruyucu yöntem başvurmazlığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %11,3'ünün (n=34) ulusal aşı programında olan hiçbir aşığı yaptırmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %3,3'ünün (n=10) daha önceden bir hastadan diğerine yaptıkları tıbbi uygulama sonrası istemeyerek bulaşıcı bir hastalık bulaştırmış olduğunu söylemiştir.

Çalışmamızdaki katılımcıların YSOÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları $15,58 \pm 3,75$ olarak tespit edilmiştir. Araştırmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında; göreve yeni başlayanların, eğitim seviyesi yüksek olanların, haftalık olarak daha çok mesai yapanların, kendini bulaşıcı hastalıklardan korunmada yeterli bulanların, ulusal aşı takvimindeki tüm aşıları eksiksiz yaptıranların, birinden diğerine hastalık bulaştırma ihtimaline hayır diyenlerin, doktor olan çalışanların ve işinden memnun olanların YSOÖ sonuçları daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$).

Çalışmamızdaki bireylerin İBGÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları $41,4 \pm 7,49$ olarak tespit edilmiştir. Araştırmamızda bireylerin işe bağlı gerginlik düzeyleri arasında; çocuk kliniklerinde çalışanların, kendilerine veya ailelerine işleri kaynaklı bulaşıcı hastalık bulaştırma kaygısı yaşayanların, bu kaygı nedeniyle işinden soğuduğunu veya iş değişikliği düşündüğünü belirtenlerin ve birinden diğerine hastalık bulaştırma ihtimaline olabilir veya evet diyenlerin İBGÖ sonuçları daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$).

Sonuç olarak çalışmamızdaki sağlık çalışanlarından bulaşıcı hastalıklar konusunda kendisini yeterli görenlerin bile riskli temas sonrası tıbbi destek alma ihtiyacı hissetmediği fark edilmiştir, bu konuda daha kapsayıcı eğitim materyalleri ve broşürlerle aktif çalışanlara yönelik yeniden hizmet içi eğitim programı düzenlenmesi ihtiyacı vardır ayrıca mevcut sağlık fakültelerinde eğitim müfredatlarının gözden geçirilmesi ve daha çok temas öncesi korunma yöntemleri ve riskli temas sonrası yapılacakları açıklayacak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Tüm sağlık çalışanlarının özellikle ülkemizde daha sık görülen BZBH'lar konusunda yeniden bir eğitim programına dahil edilmesi ve halen eğitimleri devam eden sağlık öğrencilerinin okul müfredatları bu doğrultuda düzenlenmelidir. Temizlik görevlisi/hasta bakıcısı olanların ülkemizde özellikle daha çok endemik olarak görülen şarbon, KKKA vb. hastalıklardan korunma yöntemleri bakımından yeniden bir eğitim programına alınması gerektiği tespit edilmiştir. Katılımcılardan azımsanamayacak derecede hiç aşı yapmayanların olduğu fark edilmiş olup, bu konuda aşılardan ve aşılardan önem hakkında eğitim programları düzenlenmeli ve hiç aşı yapmayan veya aşılardan eksik olan sağlık çalışanlarının enfeksiyon birimi tarafından ya da kendi aile hekimlerine yönlendirilmeleri vasıtasıyla aşılardan sağlanmalıdır. Temizlik görevlisi/hasta bakıcılarla eğitim seviyesi daha az olan çalışanların düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimlere alınması veya üniversite müfredatlarında düzeltmelerle hem sağlık çalışanlarının hem de toplumun genel olarak sağlık okuryazarlık düzeyini arttırılmış olacaktır. Ülkemizde son yıllarda artış gösterse bile henüz yeterli seviyeye ulaşamadığından SOY konusunda güncel çalışmaların yapılması önerilebilir.

Sağlık çalışanlarının kendilerine veya ailelerine hastalık bulaştırma düşünceleri tespit edilmiş olup bu düşünceler nedeniyle işe bağlı stres yaşadıkları tespit edilmiştir, bu nedenle hastaneler bünyesinde sağlık çalışanlarının kendilerine hastalık bulaşma ihtimalini azaltacak materyaller ve yeni tıbbi teknolojilerin rutin kullanıma sunulması gerekmektedir ayrıca sağlık çalışanlarının iş çıkışı giydikleri kıyafetlerin dezenfekte edilmesi veya iş sırasında hastane yönetimi tarafından verilecek iş formlarıyla çalıştırılmaları zorunlu hale getirilmelidir. Hastanede çalışanların işe bağlı stres ve gerginliklerinde azalmaya vesile olması nedeniyle çalışanların ücretlerinde artış ve zamanında ödeme yapılması pozitif yönde etki yaratacaktır ayrıca özellikle riskli bölümler olan YBÜ gibi yerlerde çalışan sayısının arttırılması ve çalışma saatlerinin

haftalık olarak dünya standartlarına entegrasyonunun yapılması da işe bağlı gerginliği azaltacak olup ayrıca iş motivasyonunu pozitif yönde arttıracaktır. Motivasyonu tam olan sağlık çalışanları görevlerini daha çok severek isteyerek yapacakları için, sağlık alıcıları olan hastalarımızın da memnuniyeti artırılmış olacaktır. Ayrıca bu araştırmada elde edilen sonuçların bundan sonra yapılacak benzer çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşılar, Bulaşıcı hastalıklar ve korunma yöntemleri, İşe bağlı gerginlik, Sağlık çalışanları, Sağlık okuryazarlığı.



ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN WORKING TENSION AND HEALTH LITERACY AND APPROACH TO COMMUNICABLE DISEASES IN HOSPITAL EMPLOYEES

Family Medicine Department, Master thesis

In our study, the stress levels of the hospital staff related to their duties and their knowledge about general health and communicable diseases were examined. It is targeted that the deficiencies of the employees, if any, can be seen and contribute to the studies to be carried out on this issue and as a result, the incidence of infectious diseases originating from hospitals is reduced. This study was carried out on 300 health workers (doctor, nurse / health officer, emergency medical technician, paramedic, laboratory worker, health technician, patient caretaker and cleaning staff, etc.) working at Van YYÜ Dursun Odabaş Medical Center. Face to face survey method was used. Our questionnaire consists of a demographic information form prepared by scanning the literature, and a questionnaire form consisting of 44 questions that measure the level of knowledge about infectious diseases and prevention from these diseases and consists of a work-related tension scale consisting of 18 questions and an adult health literacy scale consisting of 23 questions. Our research is a cross-sectional descriptive survey study, which is in the form of multiple choice and filling the spaces. One-Way Variance Analysis, Chi-square test and Pearson Correlation Analysis tests were used in the statistical analysis of the data. $P < 0.05$ value was considered statistically significant.

43.7% (n = 131) of the healthcare workers included in the study are women and 56.3% (n = 169) are men. 33.7% (n = 101) of the participants were doctors, 33% (n = 99) nurses/health officers and 33.3% (n = 100) cleaning staff/caregivers. Health workers participating in the study are at most 30-35 age range with 35.3% (n = 106). 72% (n = 216) of the participants had 1-10 years of professional experience. 86% of employees (n = 258) work 40 hours or more per week. 40.7% (n = 130) of the participants work in internal units. 64% (n = 192) of the participants had a bachelor's degree and above.

In general, only 34% (n = 102) of the participants in our study stated that they received any training on infectious diseases in the hospital, while only 27.7% (n = 28) of the doctors received any in-service training. It was determined that 33.3% (n = 100) of the participants had previously contacted the patient who with any infectious disease. It was determined that 36% of those who were cleaning staff / caregiver did not know about anthrax and 31% did not know about the transmission path of the CCHF disease factor.

It was determined that 76.5% of the individuals in our study who considered themselves sufficient about infectious diseases did not apply any preventive method after risky contact. It was determined that 11.3% (n = 34) of the participants did not make any vaccines in the national vaccination program. 3.3% (n = 10) of the respondents said that after any medical intervention they had done from one patient to another, they unintentionally transmitted an infectious disease factor.

The total score averages that the participants in our study received from YSOÖ were determined as 15.58 ± 3.75 . According to our research, among the health literacy levels of the participants; those who are new to in the task, who have a high level of education, who work more hours on a weekly basis, who themselves find sufficient for protection from infectious diseases, who make all vaccines in the national vaccination schedule completely, who say no to the possibility of transmitting disease from one to another, those who are doctors from employees and those who are satisfied with their work have higher YSOÖ results. It was found our study shows a statistically significant difference in this respect ($p < 0.05$).

The total score averages that the individuals in our study received from the IBGÖ were determined as 41.4 ± 7.49 . In our study, among individuals' work-related tension levels; who works in child clinics, those who have anxiety about transmitting infectious diseases to themselves or their families due to their jobs those who accept probability of transmitting disease from one to another by mediated themselves were found to have higher IBGÖ results. these differences show statistically significant difference ($p < 0.05$).

As a result, in our study, it was noticed that even those who considered themselves sufficient about infectious diseases didn't take to receive medical support after risky contact. For active health workers there is a need to organize re-in-service training programs with more inclusive training materials and brochures on this subject, and the old training curricula should be revised in existing health faculties and it should be arranged to explain methods for protection in this way new training curricula maybe explain what will to do make pre-contact and after risky contact. Re-inclusion of all healthcare professionals in a training program, especially on BZBHs, which are more common in our country.and school curricula of health students, whose education is still continuing, should be arranged accordingly. Those who are cleaning staff / carer; anthrax, CCHF, etc., which are mostly seen as endemic in our country It was determined that it should be taken into a training program again in terms of diseases prevention methods. It was noticed that among the participants, those without vaccines. In this regard, training programs on vaccines and the importance of vaccines should be organized, and healthcare workers who have never been vaccinated should be vaccinated by the infection unit or by directing them to their own family physician. The health literacy level of both healthcare workers and the society will be increased by regularly taking in-service trainings with cleaning staff / caregivers and those with less education level, or by improving the university curricula. Even if there has been an increase in our country in recent years, it can be suggested to carry out current studies on SOY since sufficient levels have not been reached yet.

The healthcare workers' thoughts about infecting themselves or their families have been identified and it has been determined that they experience stress due to these thoughts, therefore, it is necessary to provide healthcare professionals with materials and new medical technologies that will reduce the possibility of infection also should disinfect the clothes that healthcare workers wears after work or they have to be made compulsory to work with business uniforms to be given by the hospital management during work. Due to the decrease in work-related stress and tension in the hospital, increase in the wages and payment in time of the will have a positive effect. Also, increasing the number of employees in places such as ICU, which are risky departments, and the reduce of working hours on a weekly basis will also reduce the work-related tension, will increase motivation positively. Since the well-motivated

healthcare workers will do their jobs more willingly, the satisfaction of our patients, who are health buyers, will be increased. In addition, it is thought that the results obtained in this research will contribute to similar studies to be carried out from now on.

Keywords: Health literacy, Healthcare workers, Infectious diseases and prevention methods, Work-related tension, Vaccines.



İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	x
TABLO DİZİNİ	xiv
ŞEKİL DİZİNİ	xvii
KISALTMALAR	xviii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç	2
1.3. Hedef.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık Okuryazarlığı	3
2.1.1. Sağlık okuryazarlığı tanımı.....	3
2.1.2. Sağlık okuryazarlığının kapsamı.....	4
2.1.3. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi ve ölçekler	5
2.1.4. Sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetleriyle ilişkisi.....	5
2.1.5. Yetersiz sağlık okuryazarlık.....	6
2.1.6. Sağlık okuryazarlığın önemi	8
2.2. İşe Bağlı Gerginlik	8
2.2.1. İşe bağlı gerginliğin sağlık hizmetleriyle ilişkisi	9
2.3. Hastane Enfeksiyonları ile İlgili Genel Bilgiler.....	10
2.3.1. Hastane enfeksiyonlarının tanımı.....	10
2.3.2. Hastane enfeksiyonları ve önemi	11
2.3.3. Hastane enfeksiyonlarının bulaşma yolları	11
2.3.3.1. Endojen kaynaklı hastane enfeksiyonları.....	12
2.3.3.2. Ekzojen kaynaklı hastane enfeksiyonları.....	12
2.3.3.3. Temas yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ve korunma yolları.....	12
2.4. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar.....	16
2.4.1. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar (BZBH) grupları.....	17
2.4.1.1. A grubu BZBH (grup A hastalıklar)	19
2.4.1.2. B grubu BZBH (grup B hastalıklar).....	19

2.4.1.3. C grubu BZBH (grup C hastalıklar).....	19
2.4.1.4. D grubu BZBH (grup D enfeksiyon etkenleri)	19
2.4.2. Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskli durumlar	20
2.4.3. Viral hepatitlerden korunma	22
2.4.3.1. Hepatitlerde test ve tedavi	22
2.4.4. HIV enfeksiyonlarının test, takip ve korunma yöntemleri.....	23
2.4.5. Sağlık çalışanları için kızamık- kabakulak-kızamıkcık (mmr) test, takip ve korunma yöntemleri	24
2.4.6. Sağlık çalışanları açısından potansiyel risk taşıyan şarbon biyoterizmi.....	26
2.4.7. Sağlık çalışanları ve KKKA.....	27
2.4.8. Tüm sağlık çalışanları için önerilen aşılar	30
2.4.8.1. İnfluenza aşısı.....	30
2.4.8.2. Hepatit B aşısı	30
2.4.8.3. Tetanoz-difteri-boğmaca aşısı (Td/Tdap)	31
2.4.8.4. Suçiçeği aşısı.....	32
2.4.9. Özel durumlarda sağlık personeline uygulanabilen aşılar	33
2.4.9.1. Hepatit A aşısı.....	33
2.4.9.2. Polio aşılama şeması	33
2.4.9.3. Meningokok aşılama şeması	33
2.4.9.4. Tifo aşılama şeması.....	34
2.4.9.5. Kuduz aşılama şeması	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Modeli	36
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	36
3.3. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı	36
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	37
3.5. Araştırmanın Tekniği	37
3.5.1. Çalışma formunun materyalleri	38
3.5.1.1. Demografik bilgi formu ve bulaşıcı hastalıklar ve bu hastalıklardan korunma ile ilgili bilgi düzeyini ölçen anket formu	38
3.5.1.2. İşe bağlı gerginlik ölçeği.....	38
3.5.1.3. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği (YSOÖ).....	39
3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı	40

3.7. Verilerin Analizi	40
4. BULGULAR.....	42
5. TARTIŞMA.....	72
5.1. Çalışmaya Katılanların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması	72
5.2. Çalışmaya Katılanların Bulaşıcı Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Tartışılması	74
5.3. Çalışmaya Katılanların Bulaşıcı Etken İçeren Materyallere Maruziyetleri ve Korunma Yöntemleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Tartışılması	80
5.4. Çalışmaya Katılanların Bulaşıcı Etken ve Hastalıklardan Korunmada Aşı ve Aşılama Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Tartışılması	83
5.5. Çalışmaya Katılanların Yaptıkları İş Nedeniyle Kendilerine veya Aile Üyelerine Hastalık Bulaştırma Kaygısı Taşıma ve Bu Kaygı Nedeniyle İş Bırakma Düşünce Düzeylerinin ve Tıbbi Hata Yapma Oranlarının Tartışılması.....	86
5.6. Hastane Çalışanlarının İBGÖ Sonuçlarının Değerlendirilmesi	89
5.6.1. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının yaş ile ilişkisi.....	89
5.6.2. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının cinsiyet ile ilişkisi.....	90
5.6.3. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının medeni durum ile ilişkisi.....	90
5.6.4. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının eğitim durumu ile ilişkisi	91
5.6.5. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının çalışma süreleriyle ilişkisi.....	91
5.6.6. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının çalıştıkları klinik/birimle ilişkisi.....	92
5.6.7. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının meslekle ilişkisi.....	93
5.6.8. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının ailelerine hastalık bulaştırma kaygısı ile ilişkisi	94
5.6.9. Hastane çalışanlarının kendilerine işleri kaynaklı hastalık bulaştırma kaygısının İBGÖ sonuçlarıyla ilişkisi.....	94
5.6.10. Hastane çalışanlarının yaşadıkları iş kaynaklı bulaşıcı hastalık kapma kaygısı nedeniyle iş değişikliği düşüncelerinin İBGÖ sonuçlarıyla ilişkisi.....	95
5.6.11. Hastane çalışanlarının geçmişte yaptıkları herhangi bir işlem nedeniyle bir hastaya zarar verme ihtimalinin İBGÖ sonuçlarıyla ilişkisi	96
5.7. Hastane Çalışanlarının YSOÖ Sonuçlarının Değerlendirilmesi	96
5.7.1. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının cinsiyet ile ilişkisi	96
5.7.2. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının yaş ile ilişkisi.....	96
5.7.3. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının medeni durumları ile ilişkisi	97

5.7.4. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının eğitim durumlarıyla ilişkisi.....	97
5.7.5. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının çalışma süreleriyle (yıl ve haftalık saat olarak) ilişkisi	98
5.7.6. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının meslekleriyle ilişkisi	99
5.7.7. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının; bulaşıcı hastalıklar, tecrit ve aşılar hakkındaki bilgi düzeyleriyle ilişkisi	99
5.7.8. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının; hastanede çalıştıkları için; kendilerine veya ailelerine hastalık bulaştırma kaygısı yaşama durumları, bu kaygıyı yaşayanların işlerinden soğuma veya iş değişikliği düşünme durumu ve herhangi bir zamanda yaptıkları bir tıbbi hata nedeniyle istemeyerek başka birine hastalık bulaştırma ihtimali ile ilişkisinin değerlendirilmesi	101
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	103
KAYNAKÇA.....	109
EKLER	121
Ek 1. Demografik Bilgi Formu İle Bulaşıcı Hastalıklar ve Bu Hastalıklardan Korunma İle İlgili Bilgi Düzeyini Ölçen Anket Formu	121
Ek 2. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (İBGÖ)	126
Ek 3. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)	127
Ek 4. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Başhekimliğinden Alınan İzin Belgesi.....	131
Ek 5. Etik kurul onayı	132
ÖZ GEÇMİŞ	135

TABLO DİZİNİ

Tablo 1.	Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	5
Tablo 2.	Sağlık çalışanlarına temas, damlacık ve enteral yolla bulaşabilen enfeksiyonlar	13
Tablo 3.	Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklarla ilgili tanımlar.	17
Tablo 4.	Enfeksiyon kaynaklarının bulaşmasındaki riskler, personelden hastaya, hastadan personele bulaş için riski azaltma stratejileri.....	25
Tablo 5.	KKKA klinik ve laboratuvar bulguları.....	28
Tablo 6.	Hepatit B virüsü teması sonrası profilaksi.....	31
Tablo 7.	Çalışmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim durumu özellikleri (n=300)	42
Tablo 8.	Çalışmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının mesleki tecrübe(yıl), haftalık çalışma süreleri(saat), şu an çalıştıkları birim ve meslek bilgileri özellikleri (n=300)	43
Tablo 9.	Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklardan korunmada kendilerini yeterli görme durumları (n=300)	44
Tablo 10.	Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar konusunda kendilerini eksik görme nedenleri (n=138)	44
Tablo 11.	Sağlık çalışanlarının aşının tanımıyla ilgili bilgi düzeylerinin incelenmesi (n=300)	45
Tablo 12.	Sağlık çalışanlarının Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirim hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi (n=300)	45
Tablo 13.	Doktorlar arasında bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklarının bilinme oranlarının incelenmesi (n=99).....	46
Tablo 14.	Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalık geçirenlere tecrit uygulanması hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi (n=300)	46
Tablo 15.	Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara yönelik hizmet içi eğitim alma durumlarının incelenmesi (n=300)	47
Tablo 16.	Hepatit B virüsü nasıl bulaşır (n=300)	47
Tablo 17.	Hepatit A virüsü nasıl bulaşır (n=300)	48
Tablo 18.	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) nasıl bulaşır (n=300).....	49
Tablo 19.	Suçiçeği nasıl bulaşır (n=300)	49
Tablo 20.	Kızamık nasıl bulaşır (n=300)	50
Tablo 21.	Şarbon nasıl bulaşır (n=300)	51
Tablo 22.	Kırım Kongo Kanamalı Ateşi nasıl bulaşır nasıl bulaşır (n=300).....	51
Tablo 23.	Pnömoni nasıl bulaşır (n=300)	52

Tablo 24.	Bulaşıcı hastalığı olan bir hasta veya hasta materyaline temas etme oranları arasındaki ilişki (n=300)	52
Tablo 25.	Bulaşıcı hastalığı olan kişilere temas öyküsü olan sağlık çalışanlarında, temas türlerinin incelenmesi (n=100).....	53
Tablo 26.	Bulaşıcı hastalıklardan korunmada riskli temas sonrası tercih edilen yöntemlerin sağlık çalışanlarının kendilerini yeterli görüp görmeme oranlarıyla ilişkisinin ve yeterli görenlerin mesleklerine göre incelenmesi (n=300)	54
Tablo 27.	Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik önlem alma/almama durumlarının karşılaştırılması (n=300)	54
Tablo 28.	Bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik önlem alan sağlık çalışanlarının temas öncesi ve/veya sonrası tercih ettikleri yöntemlerin karşılaştırılması (n=97)	55
Tablo 29.	Sağlık çalışanlarının aşısı olan/olmayan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması (n=300).....	55
Tablo 30.	Sağlık çalışanlarının aşı yaptırma oranlarının karşılaştırılması (n=300)	56
Tablo 31.	Sağlık çalışanları arasında herhangi bir aşı türünün tüm dozlarını yaptırma ve aşılardan antikor oluşturma düzeylerinin kontrolünü yapanların oranlarının karşılaştırılması (n=300)	57
Tablo 32.	Sağlık çalışanları için koruyucu hepatit B antikor düzeyi hakkındaki bilgi düzeylerinin yaş, eğitim durumu, çalıştıkları birim, görev/meslekleri, görevde çalışma süreleri (yıl), haftalık çalışma süreleriyle (saat) karşılaştırılması (n=300).....	58
Tablo 33.	Sağlık çalışanlarında, hastanede çalışmalarına bağlı kendilerine hastalık bulaştırma kaygı düzeylerinin yaş, eğitim durumu, çalıştıkları birim, görev/meslekleri, görevde çalışma süreleri (yıl), haftalık çalışma süreleriyle (saat) arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=300)	59
Tablo 34.	Katılımcıların, hastanede çalışmalarına bağlı ailelerine hastalık bulaştırma kaygı düzeylerinin yaş, eğitim durumu, çalıştıkları birim, görev/meslekleri, görevde çalışma süreleri (yıl), haftalık çalışma süreleriyle (saat) arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=300).....	60
Tablo 35.	Katılımcıların, hastanede çalışmaya bağlı yaşadıkları kaygı nedeniyle mesleklerini değişme hakkındaki görüşlerinin yaş, eğitim durumu, çalıştıkları birim, görev/meslekleri, görevde çalışma süreleri ile arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=266).....	62
Tablo 36.	Sağlık çalışanlarının, hastanede çalışırken yaşadıkları kaygı nedeniyle işlerinden soğuma durumlarının yaş, eğitim durumu, çalıştıkları birim, görev/meslekleri, görevde çalışma süreleri ile arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=266).....	63

Tablo 37.	Geçmişte yaptıkları işlemler nedeniyle sağlık çalışanlarının, bir hastadan diğerine hastalık bulaştırmış olma ihtimallerinin incelenmesi (n=300)	64
Tablo 38.	Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, görevde çalışma süreleri (yıl), haftalık çalışma süresi (saat) ve meslek/görevlerine göre İBGÖ'den aldıkları puan ortalamalarının incelenmesi (n=300).....	65
Tablo 39.	Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, çalıştıkları klinik/birime göre İBGÖ'den aldıkları puanların incelenmesi (n=300).....	66
Tablo 40.	Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, hastanede çalıştıkları için ailelerine veya kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı taşıyıp taşımadıkları, bu kaygıyı yaşıyorsa bu nedenle işlerinden soğuma veya iş değişikliği düşünüp düşünmedikleri ve geçmişte yaptıkları herhangi bir işlem nedeniyle hastalar arası bulaşa sebep olup olmadıklarına göre İBGÖ'den aldıkları puanların incelenmesi	67
Tablo 41.	Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, görevde çalışma süreleri (yıl), haftalık çalışma süresi (saat), meslek/görevleri ve çalıştıkları birime göre YSOÖ'den aldıkları puan ortalamalarının incelenmesi (n=300).....	68
Tablo 42.	Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklardan korunmada kendilerini yeterli bulup bulmama, aşılama düzeyi, tecrit tanımı, aşılama antikor düzeyleri, bu aşılama ile ilgili koruyucu antikor düzeyleri hakkındaki bilgi düzeyleri ve sağlık çalışanları için koruyucu Hepatit B (HBV) antikor düzeyi hakkındaki bilgi düzeyleriyle YSOÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=300).....	70
Tablo 43.	Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, hastanede çalıştıkları için ailelerine veya kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı taşıyıp taşımadıkları, bu kaygıyı yaşıyorsa bu nedenle işlerinden soğuma veya iş değişikliği düşünüp düşünmedikleri ve geçmişte yaptıkları herhangi bir işlem nedeniyle hastalar arası bulaşa sebep olup olmadıklarına göre YSOÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=300).....	71

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. İhbar ve bildirim sistemi kapsamında bulaşıcı hastalıklar ve etkenleri..... 18



KISALTMALAR

AİDS	: Kazanılmış bağışıklık yetersizliği sendromu
Ark.	: Arkadaşları
ASOY-TRÖ	: Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği- Türkçe uyarlaması ölçeği
BZBH	: Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar
CDC	: Hastalıklar kontrol merkezi
DSÖ	: Dünya sağlık örgütü
HBİG	: Hepatit B immunglobulini
HE	: Hastane enfeksiyonları
HİV	: İnsan immün yetmezlik virüsü
HSM	: Halk sağlığı merkezi
İBG	: İşe Bağlı Gerginlik
İBGÖ	: İşe bağlı gerginlik ölçeği
KKKA	: Kırım Kongo kanamalı ateşi
MMR(KKK)	: Kızamık/kızamıkçık/kabakulak
MSS	: Merkezi sinir sistemi
NAAL	: Ulusal yetişkin okuryazarlığın değerlendirilmesi
SOY	: Sağlık okur yazarlığı
Tdap	: Tetanoz-difteri-asellüler boğmaca
TSM	: Toplum sağlığı merkezi
YBÜ	: Yoğun bakım ünitesi
YSOÖ	: Yetişkin sağlık okuryazarlık ölçeği
YYÜ	: Yüzüncü Yıl Üniversitesi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Sağlık okuryazarlığı(SOY), bireylerin sağlıkla ilgili kararlarını uygun şekilde verebilmek ve tedavi talimatlarını izlemek için gerekli olan sağlık bilgilerini okuma, anlama ve kullanma becerisidir[1]. SOY, çok boyutlu bir kavramdır. SOY, ilk defa 1970'lerde ifade edilmeye başlanmış ve ilk olarak 1974 yılında sağlık eğitiminin, sağlık bakım sistemine ve kitle iletişimine etkisi adlı bir sağlık eğitimi konferansında kullanılmıştır[2, 3]. İnsanların kendi sağlıklarını başarılı bir şekilde yönetmesi için SOY esastır. Yeterli SOY'a sahip bireyler; yeterli sağlık bilgisine sahip, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanan, yaşam kalitesinin ve sağlık hizmeti kalitesinin yükselmesine, sağlık hizmetleri maliyetinin azalmasına neden olurlarken; düşük SOY'a sahip bireyler; yetersiz sağlık bilgisine sahip oldukları için, hastalanma riskleri yüksek, tedavi yöntemlerini anlama ve uygulama düzeyleri düşük, hastaneye yatma oranı yüksek bireyler olarak karşımıza çıkarlar[4, 5]. SOY düzeyinin düşüklüğü bir halk sağlığı problemidir; öyle ki toplumun sağlık seviyesini düşürmekle birlikte hastalık görülme insidansını artırır, aynı zamanda nüfusun büyük bir bölümünü etkiler[6].

Sağlıkla ilgili birimlerde çalışanlarda, yoğun iş yükü, ağır ve genel durum bozukluğu olan hastalara müdahale ve bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır. İşe bağlı gerginlik ve tükenmişlik daha çok hekimlik, hemşirelik, fizyoterapistlik gibi insanlarla etkileşim içerisinde olan mesleklerde görülmektedir. Bunun yanı sıra işle ilgili gerginliğin işte verimi ve üretimi düşürme, iş doyumunu azaltma, işe gecikme, özür uydurarak hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma vb. sonuçları da vardır[7]. Olumsuz çalışma koşulları bireyi yıpratarak ister istemez yaptığı işin nitelik ve niceliğinde bozulmaya neden olabilmektedir[8]. Ayrıca sağlık hizmetindeki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı da çalışanlarda düş kırıklığı ve gerginlik yaratmaktadır. İşe bağlı gerginlik ve tükenme kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal, baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır[9].

Bulaşıcı hastalık: Bir mikroorganizma veya onun zararlı ürünlerine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıktır. Etkenin, bir enfekte kişiden, hayvandan veya rezervuardan; hayvan konak, vektör veya cansız çevre aracılığıyla, doğrudan veya dolaylı olarak bir duyarlı konağa geçişiyle oluşur[10]. Bulaşma yolu bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisinde ve kontrolünde en önemli noktalardan biridir. Bulaşma doğrudan ve dolaylı bulaşma şeklinde iki türlü olur.

1- Doğrudan bulaşma: Hiçbir ara bulaşma yolu olmadan etkenin kaynaktan konağa geçmesine denir. Öpme, cinsel ilişki, damlacık ile bulaşma birer örnektir.

2- Dolaylı bulaşma: Araçlar, vektörler ve hava ile bulaşmadır. Araçlar yoluyla bulaşmada canlı olmayan cisimler kastedilmektedir. Örnek olarak yastık, havlu, tarak, bardak, kaşık, terlikler, oyuncaklar, cerrahi aletlerdir[11]. Bulaşıcı hastalığın yol açtığı zararlar; ekonomik kayıplar, değerlerin kaybı, toplumsal işleyişin bozulması, sağlık örgütlerinin yürüttüğü rutin hizmetlerin aksaması, bulaşıcı hastalıkların uluslararası yayılımının kolaylaşmasına sebep olarak sıralana bilinir[12].

1.2. Amaç

Bu araştırma Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Hastanesinde çalışmakta olan sağlık çalışanlarının, hastane çalışanlarında işe bağlı gerginlik ve sağlık okuryazarlığı ile hastane kaynaklı olan ve olmayan bulaşıcı hastalıklara yaklaşımları arasındaki ilişkinin incelenmesi ve sosyodemografik ve meslek özelliklerine göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Hedef

Bu konuyla alakalı varsa eksikliklerin görülüp bu konuda yapılacak çalışmalara katkı sağlaması ve bunun sonucunda hastane kaynaklı bulaşıcı hastalıkların görülme oranlarının azaltılmasını hedeflemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

2.1.1. Sağlık okuryazarlığı tanımı

Yaklaşık kırk yıldır sağlık literatüründe yer alan SOY'un birbirine paralel içeriklere sahip çok çeşitli tanımları vardır[13]. Bu tarihsel süreçte SOY'un farklı boyutları ele alınarak birbirine paralel birden fazla sayıda tanımı yapılmıştır. Sağlık eğitimi bakış açısıyla hizmet kullanma becerisini de önemseyen "Sağlığı geliştirme yolunda temel sağlık bilgisine ve hizmetlerine ulaşma, anlama ve kullanabilme becerisindeki bireysel kabiliyet" şeklinde tanımlama yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanım, erişebilirlik açısından "iyi sağlık halinin idamesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiyi anlama ve kullanma için bireysel olarak bilişsel ve sosyal beceri ve yeteneklerini elde etme ulaşabilirliği" olarak ifade edilmiştir. Amerikan Tıp Derneği "sağlık hizmeti ortamında işlevde bulunmak için gerekli temel okuma görevlerini ve sayısal işlemleri uygulama yeterliğini; reçete, ilaç ve randevu kartlarını, sağlığa ilişkin diğer önemli materyalleri okuma, anlama ve yorumlayabilme yeterliğini içeren becerilerin uyumlu birlikteliği" olarak tanımlamıştır. Amerikan Tıp Enstitüsü "bireysel olarak kişinin sağlığı ile ilgili uygun karar vermek için gerekli sağlık bilgisi ve hizmetlerini anlama, kullanabilme ve muhakeme edebilme kapasitesinin düzeyi" olarak niceliksel bir yaklaşımla açıklamaktadır[14-16].

Bilişsel, davranışsal, toplumsal beceri ve yetenekleri büyük ölçüde etkileyen okuryazarlık ile pozitif sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin gösterilmesi okuryazarlık ile sağlık arasındaki ilişkiye dair gelişen farkındalık SOY'un ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sağlık hizmeti verenler ile sağlık hizmeti alan hastalar arasında sorumlulukların paylaşılması, her iki tarafın birbirini daha iyi anlamaları SOY ile mümkündür. SOY'u iyi olan kişiler sağlık hizmetlerine zamanında başvurabilmekte, içinde buldukları sağlık sistemini anlayabilmekte, sağlık çalışanlarının önerilerini daha iyi anlayıp uygulayabilmektedirler. SOY sadece hizmet kullanımıyla değil; aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi, olumlu sağlık davranışları kazanılması ve hastalıkların erken teşhisiyle de ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır[17-23].

2.1.2. Sağlık okuryazarlığının kapsamı

SOY, kişinin yeni bilgiyi elde etmesine ve kullanmasına imkân sunan bireysel kabiliyetler toplamı olarak ortaya konmaktadır. Bu anlamda kişilerin eğitim düzeyi, okuma alışkanlıkları gibi davranışları kişisel kabiliyetlerinin oluşmasını etkilemektedir. Kişisel kabiliyet, her ne kadar eğitim programlarıyla artırılıyor ya da bilişsel fonksiyonları engelleyen yaşlanma veya patolojik süreçlerle azalıyor olsalar da zaman içinde çok büyük değişiklikler göstermemektedir[24].

SOY, sağlık hizmeti ortamında belli girişimleri yapabilme yeterliliği olarak düşünüldüğünde bunun hem bireyin hem de sağlık hizmeti sisteminin özelliklerine dayanması gerektiği ileri sürülmektedir. Bireyin tedavi gördüğü tıbbi sorunlarına, sağlık personeline ve sağlık hizmetini sağlayan sisteme bağlı olarak etkilenebilmektedir. Bu durumda sağlık sistemi içinde hangi hizmetlerin alınabileceğinden, hastanelerdeki muayene ve test için başvuru işlemleri, sağlık çalışanı ile kurulacak iletişim, eczaneden ilaç temini, ilaçların kullanılmasına kadar pek çok işlev bulunmaktadır. Birçok değişkenden etkilenen SOY'un kapsamına giren temel kavramları Baker geliştirdiği modelle açıklamıştır. Modelde bireysel kabiliyetler, sağlıkla ilişkili literatür okuryazarlığı ile sözlü okuryazarlık ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkileri belirtilmektedir. Modele göre SOY'un ilk alanı bireysel kabiliyetler toplamı olarak görülmektedir. Bireysel kabiliyetleri, okuma akıcılığı (düzyazı, belge, sayısal) ile önceki bilgiler (sözcük dağarcığı ve sağlık ve sağlık hizmetine ilişkin bilgiler) olmak üzere iki boyutta ele almaktadır. Söz konusu çalışmada okuma akıcılığı becerileri üçe bölünmüştür. Bunlar;

1. Metni okuma ve anlama yeterliği (düzyazı okuryazarlığı)
2. Belgelerdeki bilgileri tespit etme ve kullanma yeterliği (belge okuryazarlığı)
3. Sayısal işlemleri uygulama ve yazılı materyallerdeki sayısal bilgileri kullanma yeterliğidir (sayısal okuryazarlık ya da matematiksel beceri)[24].

2.1.3. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi ve ölçekler

SOY ilk olarak 1970'li yıllarda sağlık eğitimi olarak tanımlanmış ancak 1990'lı yıllara kadar pek kullanılmamıştır. Tekrar popülerliğini kazandığı 1990'lı yıllarda, "Sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarını anlıyor musunuz?", "Sağlıkla ilgili broşürleri okurken desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz?" gibi sorularla, bireyin SOY seviyesi belirlenmeye çalışılmıştır. SOY öneminin artmasıyla birlikte, SOY'u değerlendirmek için ölçek ihtiyacı meydana çıkmış ve ölçek oluşturma çalışmaları başlamıştır. SOY seviyesi için uygulanan ilk ölçek, National Assessment of Adult Literacy (NAAL-Ulusal Yetişkin Okuryazarlığının Değerlendirilmesi) olup, Amerikan sağlık eğitimini gösteren bir ölçektir. Ölçek yetişkinlere uygulanmış ve sonuçlar kaydedilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre bireylerin sağlıkla ilgili bilgilerinin birbirinden farklı olduğu ve uzlaşmadığı gösterilmiştir[25, 26]. Bu ölçeğe göre SOY'da dört seviye tespit edilmiştir bunlar; Taban altı seviye, taban seviye, orta seviye ve yeterli seviyedir.

Başlarda soyut bir kavram olarak kavranan SOY'un seviyesini belirlemek için, zaman geçtikçe çeşitli metotlarla uygulanan birçok ölçek geliştirilmiştir[27]. Güncel olarak sıklıkla kullanılan ölçeklerden bazıları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler[28]

ÖLÇEK ADI	TÜRKÇE VERSİYONU
Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)	VAR
Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)	VAR
En Yeni Yaşamsal İşaret Testi Newest Vital Sign Test (NVS)	VAR
Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)	TÜRKÇE
Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği Instrument For Assessment Of Health Literacy	VAR
Short Assesment of Health Literacy for Spanish- Speaking Adults(SAHLSA)	YOK
Medical Achievement Reading Test- MART)	YOK
Health Literacy Screening Questionnaire	YOK

2.1.4. Sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetleriyle ilişkisi

SOY, bir bireyin sağlıkla ilgili sunuları doğru anlayıp uygulaması ve sağlığıyla ilgili etkin rol alıp doğru kararlar verebilmesi için önemlidir. SOY düzeyi sınırlı ya da düşük olan bireyler gereksiz hastane ve acil servis kullanımlarının yeterli SOY düzeyi

olan bireylere göre daha fazla olduğu görülmüştür. Yine düşük SOY seviyesine sahip bireylerin, hastane yatış süreleri daha uzun olmakta, gereksiz yere yaptırılan tetkikler artmakta ve sonucunda sağlık harcamalarının yükselmesine sağlık maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır. Sağlık sektöründe işgücü ve zaman kaybına sebep olmakta olan bu durum, sağlık giderlerini arttırarak ülke ekonomisine gereksiz ek yükler getirmektedir[29, 30].

2.1.5. Yetersiz sağlık okuryazarlık

Hastaların sağlığı üzerinde yetersiz SOY'un etkisini destekleyen kanıtların giderek arttığı belirtilmektedir. Bunlar;

1. Koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük düzeyde kullanımı,
2. Semptomatik dönemde sağlık bakımı arayışında gecikme,
3. Bireyin tıbbi durumunu anlamasında yetersizlik,
4. Tıbbi öneri/talimatlara bağlılıkta yetersizlik,
5. Öz-bakım yetersizliği,
6. Sağlık bakım maliyetlerinde yükselme ve
7. Mortalitede artış olarak gösterilmektedir[31].

Sınırlı SOY toplam sağlık bakımına yıllık %3,0-5,0 oranında ek maliyet getirmektedir[32].

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bakılmaksızın, SOY düzeylerinin tüm dünyada düşük olduğu görülmektedir. SOY ile ilgili olarak 2011 yılında sekiz Avrupa ülkesinde (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya ve Yunanistan), erişkin 8 bin kişi üzerinde yapılan çalışmaya göre Hollanda'da katılımcıların %23,7'si, Bulgaristan'da %53,7'si yetersiz ve sorunlu grupta yer almıştır. Yeterli ve yüksek puan alanlar Polonya (%42,2) ve İspanya'da (%36,9) en düşük seviyede tespit edilmiştir[29]. Son zamanlarda Birleşik Krallık'da SOY ile ilgili 2000 yetişkin arasında yapılan bir çalışmaya göre kişilerin beşte biri kendi sağlıklarıyla ilgili temel bilgilerde bile

zorlandıkları tespit edilmiştir[33]. Çorumda yapılan bir çalışmada, ilköğretim öğretmenlerinin sadece %26,2'sinin yeterli seviyede SOY belirlenmiştir[34]. Bununla birlikte, 2014 yılında Türkiye'de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı prevalansının belirlenmesi amacı ile yapılan bir başka araştırmada toplumumuzun %64,6'sının "yetersiz" (%24,5) ve "sorunlu" (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır[35]. Yetersiz SOY düzeyine sahip bireylerin;

- Sağlık, hastalık ve tedavi süreciyle ilgili bilgilerinde yetersizlik
- Tıbbi öneri ve/veya talimatlara uyumsuzluk
- Kronik hastalıklarda bakım ve hastalığı yönetmede yetersizlik
- Sağlık bakım sistemine ulaşmada yetersizlik
- Sağlık bakım maliyetlerinde, ilaçları hatalı kullanma ve mortalite oranlarında yükselme
- Koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlanma gibi sonuçları mevcuttur[5].

Başka bir araştırmada ise SOY düzeyi düşük olan bireylerin;

- Hastalığa sahip olduğu dönemde tedavi arama davranışında ve sağlık durumunun kötüleştiğini anlamada yetersiz kaldıkları;
- Tıbbi öneri ve/veya talimatlara uymakta yetersiz kaldıkları;
- Hastanede yatma yönünden daha büyük risk taşıdıkları;
- Acil servis gibi maliyeti yüksek hizmetlerden yararlanma oranlarının arttığı ve hastalık durumunu anlama ve tepki vermede yetersiz kaldıkları tespit edilmiştir[36]. Ayrıca SOY düzeyi düşük olan kişilerin birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları, tedavilerini büyük ölçüde acil sağlık hizmetlerinde sağladıkları da yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır[1].

2.1.6. Sağlık okuryazarlığın önemi

Her ne kadar üzerinde çok da uzun olmayan bir süredir çalışmalar yapılmakta olsa da SOY, farklı kuruluşlarca farklı şekillerde tarif edilmeye çalışılmıştır. Ancak yine de söz konusu bu kuruluşlar ortak bir düşünce ile SOY'u; kişilerin yeni bilgi elde etmeleri ve kullanmalarına izin veren, zaman içinde stabil olan, ancak eğitim programları ile gelişen ve yaşlanma ya da patolojik süreçlerle kötüleşen bir dizi bireysel beceri olarak ele almaktadırlar[24]. Genel olarak SOY; okur-yazarlığa bağlı olan ve bireylerin hayatları boyunca hayat standartlarını iyileştirmeleri, hastalıkları önlemeleri ve sağlıklarını iyileştirmeleri konusunda gereken kararları alabilmeleri ve yargıda bulunabilmeleri için gereken sağlık bilgilerine ulaşmaları, bu bilgileri kavramaları, yorumlayabilmeleri ve tatbik etmeleri hakkında kişilerin bilgisini, güdülenmesini ve becerisini gerektiren bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır[37]. SOY, sağlık hizmetini verenler ile sağlık hizmetini alan hastalar arasındaki mesuliyetlerin paylaşılmasına ve her iki tarafın iletişim durumunda birbirini daha iyi anlamalarına vesile olmaktadır. Bununla birlikte hekim ile hastanın baş başa birlikte geçirdikleri süre kısıtlıdır ve bu süre içerisinde hastanın hekiminden aldığı bilgileri idrak etmesi gerekmektedir. Söz konusu bilgileri bazen sadece anlamak değil, bilgilerin doğruluğunu ve güvenilirliğini başka kaynaklardan da kontrol etmesi gerekmektedir. Ayrıca hastalar artık günümüzde pasif değil aktif tüketici rolü oynamakta tedavi ve bakım kararlarına birlikte yön vermek istemektedir. Tüm bu faktörler ise ancak bireylerin SOY seviyelerinin yüksek olması ile gerçekleşebilmekte ve SOY'un ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır[17, 18].

2.2. İşe Bağlı Gerginlik

Hastaneler sağlık alanında çalışanların yoğun olarak strese maruz kaldıkları yerlerden biridir[38, 39]. Sağlık hizmeti verilen alanlar, hem yoğun stres yaşayan hasta ve yakınlarına hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres kaynaklarıyla ile çok sık rast gelmeleri nedeniyle, diğer iş ve iş ortamlarından daha fazla iş stresi ve buna bağlı gerginliğin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir[40, 41]. Sağlık çalışanları günlük olarak ağır stres yükleriyle karşı karşıya kalmaktadır. Eğitim sırasında bile, tıp öğrencileri ve sağlık profesyonelleri, tükenmişliğin başlamasını kolaylaştıran rekabetçi bir ortamda ağır iş yükleri ve yüksek stres düzeyleriyle başa çıkmak zorundadır[42]. İş

stresi, bireyin yeteneklerindeki yetersizliklere, fiziksel ya da psikolojik nedenlere bağı olarak ortaya çıkan ve bireyde gerginlik yaratan durum olarak tanımlanmaktadır[41]. İşe bağı gerginlik çalışma ortamında ortaya çıkmakta ve çalışanlar için potansiyel bir zorlanma durumu olmaktadır. İşe bağı gerginlik çalışma yaşantısında kaçınılmaz bir deneyim olmakla birlikte, işe bağı gerginliğin sıklığı ve süresi bireyin baş edebilme gücünden fazla olduğunda sorunlar ortaya çıkmaktadır[40, 43]. Zor bir ortamda faaliyet gösteren sağık çalışanları, sağık durumlarını tehlikeye atabilecek birçok stresli olayla karşılaşır. Genellikle, işyerinde performans ve üretkenliğı en üst düzeye çıkarma talebinin bir sonucu olarak sağık çalışanlarının duygusal ve fiziksel gerilimleri serbest bırakma ihtiyaçları göz ardı edilmektedir. Bu kaçınılmaz olarak sağıklarını etkileyen ciddi sorunlara yol açmaktadır[42, 44]. Yüksek stres düzeylerine maruz kalmaları nedeniyle, sağık çalışanları sıklıkla psikososyal bozulmaya yol açabilecek ve sonuçta tükenmişlikle sonuçlanabilecek ciddi stres durumları yaşarlar[45]. Bu psikolojik durum yavaş yavaş gelişir ama birey için uzun süre fark edilmeden kalabilir. Bazı şartlar altında işle ilgili stres kaygıya yol açabilir ve depresyon, tükenmişlik veya psikosomatik hastalıklar ve bunun sonucunda yaşam kalitesi ve hizmet sunumunda bozulma meydana gelir[46]. Bu psikofiziksel rahatsızlık durumunun sonuçları, iş gücünün refahını engeller ve sağık sistemlerinin hem finansal hem de örgütsel sonuçları ile hastaların sağığını etkiler[42]. Benzer şekilde, yüksek iş yükü gibi stres kaynaklarının yanı sıra personel eksikliği de dahil olmak üzere personel sorunlarından kaynaklanan iş kaynaklı stresin kötü iş doyumu ile ilişkili olduğu bulunmuştur[47, 48]. Spector, bunu işle ilgili beklentilerle gerçek çalışma ortamları arasındaki uyumsuzluğa bağlar ve bu da işle ilgili daha yüksek stres düzeyine ve daha düşük iş tatmini düzeylerine sebep olur[48]. Yapılan bir araştırmada ise, daha az stresli çalışma ortamlarında daha yüksek iş tatmini seviyelerinin görüldüğü doğrulanmıştır[49]. Aynı zamanda kötü hasta sonuçları, meslektaşlarla çatışma, yüksek iş yükü ve iş taleplerinin yanı sıra kötü denetim ve destek eksikliği gibi stres faktörlerinin tümü kötü fiziksel ve zihinsel sağık sonuçları ile ilişkilidir[48].

2.2.1. İşe bağı gerginliğin sağık hizmetleriyle ilişkisi

Sağık çalışanları hizmet verirken, çok farklı şekilde sağık problemi yaşayan hasta ve hasta yakını ile karşılaşmaktadır. Bireyin sağığının tehdit altında olduğu,

belirsizlik ve bilinmezlikler nedeniyle yoğun gerginliğin yaşandığı bu durumlar hasta kadar sağlık çalışanlarını da etkilemektedir. Sağlık çalışanlarıyla yapılan araştırmalarda iş ortamındaki stresörlerin sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal sağlığını ve iş doyumunu olumsuz etkilediği saptanmıştır. Uzun çalışma saatlerinin de sağlık çalışanlarının sağlığını olumsuz etkilediği ve kronik hastalıklara yakalanmada riski artırdığı belirtilmektedir[50]. İş memnuniyeti ile ilgili araştırmalarda hekim ve hemşirelerde iş stresi arttıkça iş memnuniyetinin, üretkenliğinin ve çalıştığı kuruma bağlılığının azaldığı, iş stresinin ve buna bağlı oluşan gerginliğin hemşirelerde hastalık ve işe devamsızlıkta önemli bir etken olduğu saptanmıştır[51]. Çalışmalar gösteriyor ki iş stresi bireyi çok yönlü etkilemesiyle birlikte, kurumu da etkileyerek kurumda deneyimli personelin işten ayrılmasına veya işten soğumasına ve buna bağlı kurumsal sorunlara neden olabilmektedir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının iş ortamında karşılaştığı stres yaşantıları ile baş etme durumunun belirlenmesine yönelik çalışmalara da ihtiyaç olduğu düşünülmektedir[50].

2.3. Hastane Enfeksiyonları ile İlgili Genel Bilgiler

2.3.1. Hastane enfeksiyonlarının tanımı

Hastane enfeksiyonlarının birden fazla tanımı mevcuttur. Hastane enfeksiyonları hastane kaynaklı, hastane kökenli ya da nosokomiyal enfeksiyonlar olarak da isimlendirilir. Genellikle tüm dünyada hastane enfeksiyonlarının tanımı için “Center of Diseases Control (Hastalıklar Kontrol Merkezi)” CDC’nin tanımları kullanılır. Hasta hastaneye yattığında inkübasyon döneminde olmayan veya belirtileri olmayan enfeksiyonlar olarak ifade edilir. Genellikle hastane kökenli enfeksiyonlar hasta hastaneye yatıştan itibaren 48-72 saat sonra ve taburculuktan sonraki ilk 10 gün içinde bulgu verir. Enfeksiyon hastaneye yatış sırasında var olan enfeksiyöz bir olayın komplikasyonu veya devamı ise hastane kökenli enfeksiyon olarak kabul edilmez[52].

Bir hastanede bulunma hastane enfeksiyonu oluşması için bir sebeptir. Bu nedenle yatan hastalar, sağlık personeli ve ziyaretçiler risk altındadır. Günümüzde daha kapsamlı bir açıklama yapmak gerekirse hastane enfeksiyonları, sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar olarak ifade edilmektedir. Hasta güvenliği açısından sağlıklı

ilişkili enfeksiyonlar büyük bir risk oluşturmaktadır. Hastane enfeksiyonları hem sağlık çıktılarını arttırmakta hem de hastanede kalma süresini uzatmaktadır. Sağlık ilişkili enfeksiyonlar hem mortalite hem de morbidite oranlarını da arttırmaktadır. Bu durum sağlık çalışanlarını hukuksal olarak sorunlarla karşılamaktadır[53].

2.3.2. Hastane enfeksiyonları ve önemi

Hastane Enfeksiyonları (HE), hastanede yatış süresini, tedavi giderlerini ve işgücü kaybını artırmakta, hastalarda olduğu kadar sağlık çalışanlarını da tehdit eder. İleri olgularda ise, özellikle bağışıklık sistemi zayıf olan hastalarda (yenidoğan, prematüre bebekler, kanser, AIDS hastaları, geriatric hastalar, vb.) ölümlere de yol açabilir[54]. Dünya nüfusunun yaklaşık %5'i çeşitli nedenlerle hastaneye yatırılmaktadır. Bunların %5- 15'inde kendilerine verilen sağlık bakımı sırasında enfeksiyon gelişmektedir[55]. HE, ölümler dışında, neden olduğu ilave maliyet açısından da önemli bir sorun olarak karşımıza çıkar. Ek maliyetlerde ilk sırada hastanede kalış süresinin uzaması (ortalama 2-8 gün arası) ikinci sırada da antibiyotik tedavisi harcamaları yer alır. Dikkate alınabilecek diğer bir etken ise personel maliyetleridir[54].

Ülkemizde Hacettepe Üniversitesinde yapılan bir araştırmada, HE görülen hastaların hastanede yaklaşık 20 gün daha fazla kaldığı ve hasta başına yapılan harcamanın 1.582 ABD Doları arttığı saptanmıştır[56]. İki farklı hastaneyi karşılaştıran bir başka çalışmada ise Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesinde vaka başına maliyet 1.304 ABD Doları iken, Hacettepe Üniversitesi Hastanesinde 2.280 ABD Doları olarak hesaplanmıştır[54].

2.3.3. Hastane enfeksiyonlarının bulaşma yolları

Hastane infeksiyon etkenleri endojen (hastanın kendi florası) veya eksojen (hasta dışındaki bir kaynak) olarak hastalara bulaşmaktadır[57].

2.3.3.1. Endojen kaynaklı hastane enfeksiyonları

Hastanın derisinde, ağız, burun, boğaz ve bağırsak boşluklarında, varsa enfekte lezyonlarında barındırdığı mikroorganizmalar enfeksiyona sebep olur[58].

2.3.3.2. Ekzojen kaynaklı hastane enfeksiyonları

Bu enfeksiyonlar çapraz ya da çevreden bulaşma ile oluşur. Çapraz enfeksiyon kaynakları servisteki diğer hastalar, hastane personeli, cerrahi ekipteki personeldir[58].

Hastanede çalışan ve çeşitli mikroorganizmaları taşıyıcı durumda olan hekim, hemşire ve diğer görevlilerin bu mikroorganizmaları nazofarenkslerinde taşıyıp, damlacık yoluyla etrafa ve/veya doğrudan hastalara vermelerine, ya da elleri ve yiyecekleriyle enfekte hasta ve kontamine gereçlerden aldıkları mikroorganizmaları diğer hastalara taşımalarına “Çapraz Enfeksiyon” denir[58].

Sağlık çalışanları çalışma ortamlarından dolayı birçok enfeksiyon ajanı ile karşılaşma riski taşırlar. Hastane ortamında herhangi bir enfeksiyonun oluşması için enfeksiyon ajanını barındıran odak, bu ajana duyarlı konak ve ikisi arasında kurulan bir bulaş yolu gerekir. Enfeksiyon ajanını barındıran odak hasta, hastane personeli, endojen flora, ziyaretçi ve kontamine malzeme olabileceği gibi bu ajana hassas konak da hastalar yanında bu hastaların bakımı, tetkik ve tedavisi ile ilgilenen sağlık çalışanları da olabilir. Odak ve konak arasındaki bulaş yolunun devre dışı kalması gerek hastaların gerekse sağlık personelinin maruz kalacağı enfeksiyonların önüne geçmeyi sağlar. Bulaş yolunun kırılması “izolasyon önlemlerinin” uygulanmasıyla mümkündür[59].

Hastalardan ve hastane ortamından sağlık personeline enfeksiyon bulaşı temas, damlacık, enteral, solunum ve kan yoluyla olur[59].

2.3.3.3. Temas yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ve korunma yolları

Hastanın enfekte vücut sıvılarından, salgılarından, atıklarından veya kontamine olmuş malzemelerden mikroorganizmaların sağlık personeline, cilt yaraları veya mukozaları ile temas sonucu geçişi olur. Temas bulaşı en önemli ve sık görülen yoldur ve iki gruba ayrılır[59].

Direk temasla bulaş: Vücut yüzeylerinin birbirine direk temasını ve mikroorganizmaların duyarlı konak ve enfekte veya kolonize olmuş kişi arasında fiziksel transferini içermektedir. Örneğin, bir sağlık personelinin hastaya banyo yaptırması veya direk kişisel temas gerektiren hasta bakımı aktiviteleri göstermesi ile ortaya çıkar[59].

İndirek temasla bulaş

Çoğunlukla cansız, kontamine araçlar, enjektörler veya giysiler ya da yıkanmamış kontamine eller ve hastalar arasında değiştirilmeyen eldivenler gibi kontamine bir cisim aracılığı ile duyarlı konağın temasını içerir[59].

Temas yoluyla bulaşı olan ve temas izolasyonu gerektiren hastalıklar veya durumlar Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Sağlık çalışanlarına temas, damlacık ve enteral yolla bulaşabilen enfeksiyonlar

Bulaş Şekli	İzolasyonu Gerektiren Hastalıklar ve/veya Durumlar
Temas yoluyla geçen hastalıklar	Gastroenterit Hepatit A Difteri Hemorajik ateş (ebola, lassa , magburg) Su çiçeği Herpes simplex/zoster Viral konjonktivit Yanık, apse, drene sellülit, deküpit Pediculosis, scabies Çoklu ilaç dirençli mikroorganizma ile oluşan enfeksiyonlar
Damlacık yoluyla geçen hastalıklar	Difteri Boğmaca Veba Mikoplazma influenza (epiglottid, menenjit) Adenovirüs A grubu streptokok İnfluenza Menengokok (menenjit, sepsis, pnömoni) Kabakulak Kızamıkçık
Enteral yol ile geçen hastalıklar	Amipli dizanteri Coxachie virus Echovirus inf. Enteroviruslara bağlı ensefalit Salmonelloz Cl. difficile ve S. aureus’a bağlı enterocolit Enteroviral enfeksiyon Gastroenteritler (Camphylobacter, Criptosporodium, E. coli, Giardiasis, Salmonella enteriti, Shigella, Vibrio, Viruslar, Yersinia enterocolitica) Herpangina Pleurodynia Poliomyelitis Hepatit A

1) Temas izolasyonu için yapılması gerekenler

Hastayı mümkünse özel odaya yerleştirmek, odaya girerken eldiven giymek, yüksek konsantrasyonda mikroorganizma içeren materyalle temas ettikten sonra eldivenleri değiştirmek, odadan çıkmadan önce eldivenleri çıkararak elleri antimikrobial bir ajanla veya susuz antiseptikle yıkamak, hastaya veya kontamine olması mümkün olan eşyalara dokunduktan sonra ve başka bir hastaya müdahale etmeden önce elleri yıkamak, standart önlük giyimine ek olarak hastada inkontinans, diare, ileostomi, kolostomi, pansuman yapılmamış yara drenajı vb. durumlar varsa odaya girerken koruyucu önlük giyilmelidir. Hastanın zorunlu haller dışında odasından çıkması kısıtlanmalı, zorunlu çıkışlarda mikroorganizma bulaşı ve çevrenin kontaminasyon riskini azaltacak önlemlerin alınması sağlanmalıdır. Hastayla yakın teması olanlar maske takmalıdır, kirli çamaşırların cilt ve mukozalara değdirilmeden çamaşırhaneye gönderilmesi sağlanmalıdır, Etrafa sıçramış veya dökülmüş infekte maddeler derhal temizlenmelidir[59].

2) Damlacık yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ve korunma yolları

Öksürme, hapşırma, konuşma ve ayrıca aspirasyon veya bronkoskopi gibi işlemlerin uygulanması sürecinde damlacıklar odak kişiden ortaya çıkar. Mikroorganizmaları içeren damlacıklar infekte kişiden çıktığında ve hava ile kısa bir mesafeye dağılarak konağın konjunktiva, nazal mukoza ve ağızına ulaştığında bulaşma meydana gelir. Damlacıklar havada dağılmadığından özel hava işlemleri ve havalandırma damlacık yoluyla teması önlemede etkisizdir. Damlacık yoluyla bulaş, hava yoluyla bulaş ile karıştırılmamalıdır[59].

3) Damlacık izolasyonu için yapılması gerekenler

Sağlık çalışanları bağışıklanmalıdır, hastadan damlacık bulaşını önlemek için özel oda gerekir ancak özel oda sağlanamazsa hasta başka bir enfeksiyonu olmayan fakat aynı mikroorganizma ile aktif enfeksiyonu olan bir hastanın odasına yerleştirilebilir. Her ikisi de mümkün değil ise infekte hastalar ile diğer hastalar, ziyaretçiler ve sağlık personeli arasında 1 metre mesafe kalmasına dikkat edilmelidir, hastayla yakın teması olanlar mutlaka maske kullanmalıdır, gerekli durumlar dışında

hastanın odasından çıkması ve hareketleri sınırlanmalıdır, zorunluluk halinde hastaya maske takılarak damlacık bulaşını en aza indirilmelidir, Hastaya veya kontamine olması mümkün eşyalara dokunduktan sonra ve başka bir hastaya bakım vermeden önce eller yıkanmalıdır. Damlacık yoluyla geçen hastalıklar tablo 3 de gösterilmiştir[59].

4) Enteral yol ile bulaşan enfeksiyonlar ve korunma yolları

Fekal-oral yol ile bulaş, hastanın dışkı florası ile kontamine eller, yiyecekler veya su ile olabilir. HICPAC (Hospital Infection Control Practices Advisory Committee) önerilerine göre enteral bulaş önlemleri temas yolu önlemleri içinde incelenmekle birlikte daha geniş bir sınıflama Tablo 3'te gösterilmiştir[59, 60].

5) Enterik bulaşı önlemek için gerekli önlemler

Daha önce bahsettiğimiz temas izolasyonu için uygulanması gereken önlemler enterik bulaşı önlemek için de geçerlidir. Görüldüğü gibi sağlık çalışanı birçok enfeksiyon ajanı ile her an karşılaşma riski altında olmakla birlikte bahsettiğimiz önlemleri aldığı takdirde bu riski en aza indirebilecektir[59].

6) Genel Olarak bulaşı engellemek için hastane temizliği nasıl olmalı

Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının sağlıklı bir ortamda hizmet alıp hizmet üretebilmeleri için hastanenin temiz olması son derece önemli konulardan biridir. Temizlik uygulamaları sayesinde hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi kolaylaşacaktır. Bu süreç, konunun temeline değinmeyi, sürekli bir eğitimi ve sağlık çalışanları ile sağlık kurumlarının hastalara daha iyi hizmet sunmaya yönelik alışkanlıklar edinmesini öngörür. Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi sadece bir meslek grubunu ilgilendirmez. Tüm çalışanlar bu sürece dahil edilirse enfeksiyon kontrolü daha kolay sağlanabilir. Özellikle temizlik personelinin temizlik kurallarını iyi bilmesi gerekir. Enfeksiyon kontrol hemşireleri temizlik kurallarını personele öğretmeli ve denetlemelidir.

Hastane temizliği enfeksiyon kontrol komiteleri tarafından risk sınıflaması yapılarak planlanmalıdır. Örneğin ameliyathaneler yüksek riskli alanlardır. Yüksek riskli alanların temizlik planlanması ve kuralları oluşturulmalı, hastane temizliği bu

talimatlara uygun yapılmalıdır. “Sağlık kurumlarında hasta bakım alanlarının, ameliyathanelerin, diğer tıbbi ve genel bölümlerin yapılandırılması ve taşıdıkları koşullar hem hizmet kalitesini ve başarısını hem de hastane enfeksiyonlarının ortaya çıkmasını, sıklığı ve yayılmasını önemli oranda etkiler. Tesis tasarım ve planlaması yeterli ve güvenli su kaynakları, bölüme ve amaca uygun havalandırma koşulları, izolasyon odaları ve ameliyathaneler, transplantasyon üniteleri, yoğun bakımlar gibi yüksek riskli alanlar ve diğer tüm kullanım alanları için yönetmelik ve rehberlerde belirtilen, bilimsel temellere dayalı, uygun koşulların sağlanmasını içermelidir[61, 62].

2.4. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

Dünyada eski çağlardan günümüze kadar bulaşıcı hastalıklar, sık ve yaygın görülmesi, ölümlere, başka hastalıklara ya da sakatlıklara yol açması, iş gücü ve maddi kayıplara sebep olması nedeniyle her zaman ülkelerin öncelikleri arasında yer almış ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, koruma ve kontrol önlemlerinin alınması için birçok çalışmalar yapılmıştır. Ticaret, turizm gibi sebeplerle gerek ülke içinde gerekse ülkelerarası seyahatlerin artması nedeniyle bulaşıcı hastalıkların ilk ortaya çıktığı bölge veya ülke ile sınırlı kalmayıp kolaylıkla ve hızlı bir şekilde yayıldığı dikkate alındığında, bulaşıcı hastalıklara karşı koruma ve kontrol önlemlerinin alınması zorunluluğu artarak devam etmektedir[63]. Ülkemizde, bulaşıcı hastalıkların mortalitesi ve morbiditesinin azaltılması amacı ile oluşturulan bulaşıcı hastalıkların sürveyansı sistemi kapsamında, sağlık politikalarının belirlenmesi, hastalıklara ait kontrol programlarının oluşturulması, programların izlenmesi ve gerektiğinde yeni düzenlemeler yapılması amacı ile kullanılan temel veri kaynaklarının en önemlilerinden biri bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirimini ile elde edilen bilgilerdir. Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirimini ile alakalı olarak Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği 30/05/2007 tarihli ve 26537 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Daha sonra mevcut yönetmelikte yer alan ve hastalıkların bildirimlerinde kullanılan standart vaka tanımlarında güncelleme yapılarak mezkur yönetmelik değişikliği 02/04/2011 tarihli ve 27891 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Bulaşıcı hastalıkların halk sağlığı açısından tehdit oluşturma özellikleri olması ve bu tehditlerin erkenden saptanarak gerekli koruma ve kontrol önlemlerinin alınabilmesi amacı ile hastalık ihbar ve bildirimlerinin tanı koyan tüm hekimler

tarafından yapılması gerekmektedir[63]. Bildirim ile ilgili tanımlar Tablo 3'te verilmiştir[10].

Tablo 3. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklarla ilgili tanımlar

Bildirim	Sağlık otoritesinin resmi iletişim kanalları ile vakalar veya salgınlardan haberdar edilmesi işlemi.
İhbar	Bazı bildirim zorunlu hastalıklarda vaka veya salgın söz konusu olduğunda tanı koyan sağlık kurumundan yerel sağlık otoritesine durumun en kısa zamanda iletilmesi.
Bildirimi zorunlu hastalık	Yasal bir gereklilik ile uygun yetkide bir yere (yerel veya merkezi sağlık otoritesi) rapor edilmesi zorunlu hastalık. Güncel gelişmeler, hastalıkların standart tanı kriterleri ve ülkelerin koşulları göz önüne alınarak, bildirim zorunlu hastalıklar listesi yenilenmektedir
Sendrom	Her birinin tek başına bulunmasına kıyasla daha çok sıklıkla bir arada bulunması ile tanıya götüren semptomlar, bulgular kompleksi
Sendromik bildirim	Sürveyans altındaki bir sağlık olayının, spesifik bir hastalık tanımına göre değil, sendrom temelinde yapılmış bir vaka tanımına göre bildirilmesi (örn.; akut hemorajik ateş sendromu)
“Sıfır vaka” bildirim	Bildirim yapmakla yükümlü kişi veya birim tarafından vaka olmadığında “sıfır vaka” şeklinde bildirim yapılması. Bildirim yapanın unutmadığından, veriyi kaybetmediğinden emin olunmasını sağlar.

2.4.1. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar (BZBH) grupları

İhbar ve bildirim sistemi kapsamında bulaşıcı hastalıklar ve etkenler (Şekil 1) tanımlanan dört gruba ayrılır.

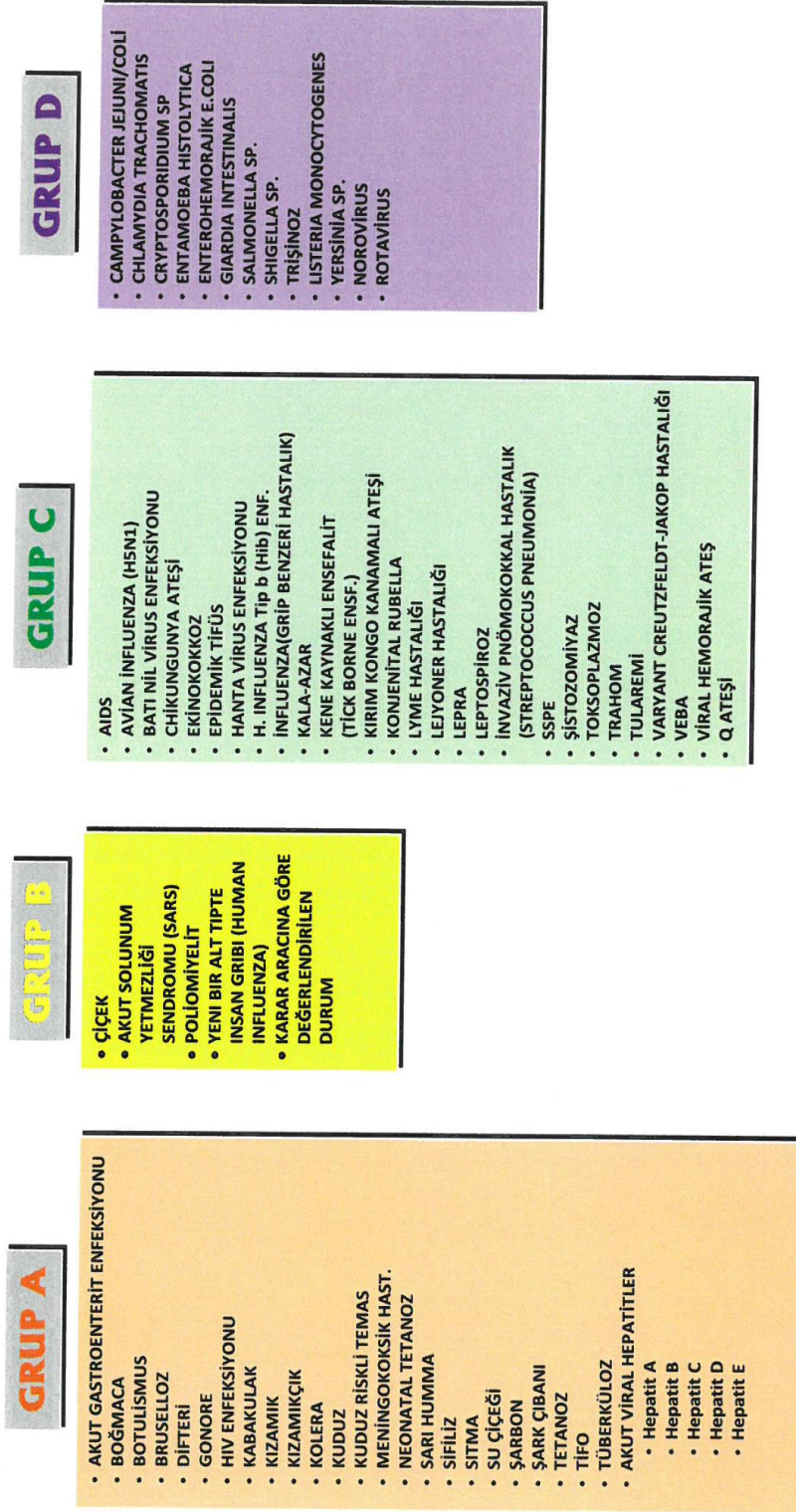
Birinci grup, “**A** Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar”,

İkinci grup, “**B** Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar”,

Üçüncü grup, “**C** Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar”,

Dördüncü grup, “**D** Grubu Bildirimi Zorunlu Enfeksiyon Etkenleri”[63].

BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIK GRUPLARI



Şekil 1. İhbar ve bildirim sistemi kapsamında bulaşıcı hastalıklar ve etkenleri.

2.4.1.1. A grubu BZBH (grup A hastalıklar)

Ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsar[63].

2.4.1.2. B grubu BZBH (grup B hastalıklar)

Uluslararası bildirim zorunlu olan hastalıkları ve durumları kapsar. Ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsar. Bu hastalıklar tespit edildiği anda, tek vaka görülmesi durumunda dahi, ivedilikle, en hızlı iletişim araçları kullanılarak, direkt olarak Müdürlüğe İHBAR edilecektir. Müdürlük tarafından da en hızlı iletişim araçları kullanılarak Kurum'a bildirilecektir.

- a) Bu hastalıklar için, Kurum tarafından uluslararası bildirim yapılacaktır.
- b) Hastalık ile ilgili olarak Kurum ve/veya Müdürlük kanalı ile inceleme başlatılacaktır[63].

2.4.1.3. C grubu BZBH (grup C hastalıklar)

Yataklı tedavi kurumları tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsar[63].

2.4.1.4. D grubu BZBH (grup D enfeksiyon etkenleri)

Tanı koyma kapasitesine sahip veya sentinel laboratuvarlar tarafından tespit edilen etkenleri kapsar.

- a) Etkenin bildirimi; laboratuvarlarda görevli hekimler tarafından form-014D “Grup D — Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi” doldurularak, sağlık kurum ve kuruluşlarının sürveyans sorumlusuna günlük olarak gönderilecektir.
- b) Sağlık kurumunun sürveyans sorumlusu tarafından, form-014D’ler, günlük olarak TSM'ye gönderilecektir
- c) TSMP’ler tarafından, Form-014D’lerin, aynı gün, Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) içinde bulunan Form-014D Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Etken Bildirim Formu sayfasına kaydedilecektir.

- d) TSİM tarafından bildirimlerin yaş, cinsiyet, ikamet adresi, bildirim yapan kuruluş, hastalık etkeni dağılımına ait raporlaması günlük olarak yapılacaktır.
- e) TSİM'de yer alan veriler, TSM ve HSM tarafından kontrol edilecek ve analizleri yapılacaktır.
- f) THSK ilgili Daire Başkanlıkları tarafından raporlamalar değerlendirilecektir[63].

2.4.2. Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskli durumlar

Günümüzde kan yoluyla insandan insana geçiş gösterebilen 20'den fazla patojen olduğu bilinmektedir. Bunlar arasında en önemlileri insan immün yetmezlik virüsü (HIV), hepatit B virüsü (HBV) ve hepatit C virüsü (HCV)'dür. Sağlık çalışanları kan ve vücut sıvıları ile olan mesleki temasları nedeniyle bu patojen virüs ve bakterilerle oluşan enfeksiyonlar bakımından risk altındadır[64, 65]. Buna rağmen özellikle hekim dışı sağlık personelinin kendilerini ciddi risk altında görmemesi ve sağlık çalışanlarının hasta kanı ile bulaş yollarından biri ile temasının genellikle bildirilmemesi, belki de önemsenmemesi kan yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıklarının sağlık personelinin sağlığına olumsuz etki yapmasına neden olacaktır[66, 67].

Viral Hepatit, bir virüsün neden olduğu karaciğer iltihabı anlamına gelir. Amerika Birleşik Devletleri'nde viral hepatitin en sık görülen nedenleri; hepatit A virüsü (HAV), hepatit B virüsü (HBV) ve hepatit C virüsüdür. ABD'deki tüm yeni HBV enfeksiyonlarının yaklaşık %20'si ve tüm yeni HAV enfeksiyonlarının %10'u eşcinsel ve biseksüel erkekler arasındadır. HAV kısa süreli ancak bazen şiddetli bir hastalığa sebep olur, genellikle enfekte yiyecekler, içeceklerle fekal oral ve aynı zamanda enfekte kişiden cinsel yolla da bulaşabilir veya dokunmayla cisimlere bulaşarak(enjeksiyonlu ilaç ekipmanı dahil) etki eder[68].

HBV açısından dünyada bölgelere göre endemisite değişmektedir. Ülkemiz ise orta endemisite bölgeleri arasında yer almaktadır. Bir diğer viral hepatit etkeni olan hepatit C virüsü ise özellikle kan transfüzyonuyla bulaş gösterip kronikleşebilir. HCV seroprevalansı dünyada %0,5-2 iken ülkemizde ise değişik çalışmalarında değişik oranlar

verilmekle beraber sağlık personelinde %1,6 kan donörlerinde %0,3-0,5 olarak bilinmektedir[69-71].

Bu enfeksiyonların bulaşma riski, batıcı delici yaralanmalarda daha yüksektir. Hepatit B ve Hepatit C etkenlerinin en önemli rezervuarları insanlardır. Her iki enfeksiyonun bulaşma yolları benzer olup korunma için immünizasyon dışında aynı yöntemler kullanılmaktadır. Bu virüslerin en önemli bulaşma yolu perkütan bulaşma olup cinsel temas, perinatal ve horizontal yollarla da diğer kişilere aktarılabilmektedir. Virüslerin perkütan inokülasyonu; kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu, hemodiyaliz, endoskopi, ventilatörler, ameliyathanelerde yapılan invaziv girişimler, akupunktur, aynı enjektör ve cerrahi malzemelerin farklı kişilere tekrar kullanılması, dövme ve diğer ortak kullanılan eşyalar (tıraş makinesi, diş fırçası, banyo malzemeleri gibi) ile olabilmektedir. Bu enfeksiyonların risk grupları arasında çoğul transfüzyon yapılan hastalar, hemodiyalize girenler, intravenöz madde bağımlılarından sonra sağlık personeli gelmektedir. Sağlık personeli içerisinde ise cerrahlar ön sıralara çıkmaktadır. Kontamine iğne batması ile HBV bulaşma riski %7-30, HCV bulaşma riski ise %4-10 olarak bildirilmektedir. Bulaşma genellikle enfekte enjektör ucu batması, kan ve diğer vücut sıvılarının mukozalara sıçraması sonucu olmaktadır[72-74].

HBV'in bulaşmasında enfekte kişinin sekresyonları ve daha önemlisi vücut sıvıları (özellikle kan ve kan ürünü içeren sıvılar) çok önemli bir yer tutar. Sağlam deriden geçiş alışılmış bir durum değilken, mukozalar önemli giriş yerleridir. Bulaşma eşiği çok düşük olup enfekte materyalin 0.0001 ml'si bile duyarlı kişide enfeksiyonu başlatabilmektedir. HBV'ye göre daha az olmakla beraber, HCV ve özellikle son yıllarda sıklığı giderek artan HIV enfeksiyonu da özel önem arz etmektedir[75].

HCV bulaşması hepatit B'ye benzer ancak enfeksiyon oluşturma olasılığı daha düşüktür. Serumda HCV'ye yönelik antikor saptanması virüsle enfeksiyona işaret eder. Asıl olarak kan transfüzyonuyla bulaşmaktadır ancak sağlık personelinde olduğu gibi hasta kanı ile temas olasılığı yüksek olanlarda bulaşma riski daha yüksektir. HIV ve HBV' nin bulaşma yolları benzer olup başlıca virüsle enfekte kanla temas, HCV ise esas olarak kan transfüzyonu yolu ile bulaşmaktadır. HBV'e karşı aşı kullanılmakla birlikte HCV'e karşı aşı geliştirilememiştir. Sağlık personelinde bulaşma açısından günlük uygulamada kan ve diğer vücut sıvılarıyla temas önem taşımaktadır[76].

2.4.3. Viral hepatitlerden korunma

HAV: HAV enfeksiyonunu önlemenin en iyi yolu aşı olmaktadır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC): Eşcinsel ve biseksüel erkekler de dahil olmak üzere HIV enfeksiyonu riski taşıyan kişilere ve iv madde kullanımı olsun yada olmasın fark etmez eğlence amaçlı uyuşturucu kullanan kişilerin seks partnerlerine de HAV aşısı önermektedir[68].

HBV: HBV enfeksiyonunu önlemenin en iyi yolu aşı olmaktadır. CDC, HIV enfeksiyonu geçiren veya bunlara maruz kalan ve hiç HBV ile tanışmamış olanlara HBV aşılamasını önerir. Buna eşcinsel ve biseksüel erkekler, enjektabl uyuşturucu kullanan insanlar, HBV enfeksiyonu olan insanların seks partnerleri, çoklu seks partnerleri olan insanlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonu olan insanlar ve işyerinde kana maruz kalan sağlık ve kamu güvenliği çalışanları dahildir[68].

HCV: HCV için hiçbir aşı mevcut değildir. HCV enfeksiyonunu önlemenin en iyi yolu, asla ilaç enjekte etmemek veya ilaç enjekte etmekten vazgeçmektir. Eğer ilaç enjekte etmeye devam edilecekse, daima yeni, steril iğneler veya şırıngalar kullanılması ve iğneleri veya şırıngaları, suyu veya diğer ilaç hazırlama ekipmanlarını asla tekrar kullanmamayı veya kimseyle paylaşılmaması tavsiye edilir[68].

2.4.3.1. Hepatitlerde test ve tedavi

Viral hepatit tespitinde kan testleri kullanılır. Bir insanda semptom olmasa bile virüs tespit edilebilir. HAV enfeksiyonu genellikle zaman içerisinde seyrini sürdürür ve HAV bulaşmış çoğu insan tamamen iyileşir ve kalıcı bir karaciğer hasarı olmaz. HBV durumunda, test sonuçları bir kişinin enfekte olup olmadığını ve enfekte değilse de aşı yaptırıp yaptırmayacağını belirlenmesine yardımcı olabilir. Bir HCV testi pozitifse, kişinin enfekte olup olmadığını veya enfeksiyonu çözüp çözmediğini belirlemek için takip testi yapılmalıdır. Viral hepatit tedavisi değişiklik gösterir. Hem kronik HBV hem de HCV enfeksiyonu, antiviral ilaçlarla tedavi edilebilir. HBV için tedavi, karaciğer hasarının etkilerini geciktirebilir veya sınırlayabilir. HCV enfeksiyonu için yeni onaylanmış tedaviler daha kısa, daha az yan etkiye sahip ve günümüzde hastalığı iyileştirebilir kılmaktadır. Viral hepatitlerle birlikte koinfeksiyon, HIV enfeksiyonunun

tedavisini ve yönetimini de zorlaştırabilir. Çünkü viral hepatit enfeksiyonu HIV enfeksiyonu olan kişilerde sıklıkla ciddidir ve karaciğer hasarına daha hızlı yol açabilir, HIV enfeksiyonu olan tüm kişilerin HBV ve HCV için test edilmesini önerir. CDC ayrıca, 1945-1965 doğumlu herkesin, HCV için en az bir kez test edilmesini önerir. Herkese HCV bulaşabilirken, HCV ile enfekte olan yetişkinlerin %75'i 1945'le 1965 arasında doğmuştur. HIV / HBV ve HIV / HCV koinfeksiyonları birçok insanda etkili bir şekilde tedavi edilebilir, ancak tedavi karmaşıktır ve koinfeksiyonu olan insanlar, HIV enfeksiyonu ve viral hepatit tedavisinde uzmanlığa sahip sağlık hizmetleri sunucuları tarafından tedavi almalıdırlar[68].

Son olarak; CDC, insanların kendi evlerinde CDC'nin doktorlarıyla görüşmek üzere veya sağlık bakımında soruları özel olarak yanıtlamalarını ve kişisel bakım önerileri almalarını sağlayan 5 dakikalık bir çevrimiçi Hepatit Risk Değerlendirme aracı (<http://www.cdc.gov/hepatitis/riskassessment>) geliştirmiştir. Bu araç aynı zamanda hangi testlerin ve aşılardan kendileri için uygun olduğunu da belirleyebilir[68].

2.4.4. HIV enfeksiyonlarının test, takip ve korunma yöntemleri

HIV İnfeksiyonunun bulaşma yolları başlıca cinsel ilişki, kan ve kan ürünü transfüzyonu, IV uyuşturucu bağımlılarının ortak enjektör kullanması, sağlık personelinde mukoza, açık yara, iğne batması, steril olmayan iğne ile enjeksiyon sonrası bulaşabilirken ayrıca intrauterin, peripartum ve postpartum dönemde emzirmeyle de bulaşabiliyor. Veriler, virüsün anneden bebeğe veya çocuğa yüksek oranda (%40-80) geçtiğini, cinsel eşler arasında belli bir oranda geçiş olduğunu, gündelik ilişkilerde ise hiç bulaşma olmadığını desteklemektedir. Tüm dünyada HIV enfeksiyonları en fazla heteroseksüel cinsel ilişki yoluyla bulaşmıştır. Cinsel bulaşmada, enfekte erkekten sağlam kadına bulaşma %50-70 oranında olurken, enfekte kadından sağlam erkeğe bulaşma 1/500 oranında olmaktadır. HIV enfeksiyonu ve AIDS tüm dünyada erkeklerde daha fazladır. Vakaların büyük çoğunluğu 20-40 yaş grubundandır. HIV ile enfekte olanlarda AIDS ortaya çıkması 10-15 sene aldığından AIDS vakalarının çoğunun enfeksiyonu gençlik dönemlerinde aldıkları ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de AIDS vakalarının %12,4'ünü kadınlar, %87,6'sını erkekler oluşturmaktadır. Tüm vakaların %27'si 30-34 yaş grubunda gözlenmektedir[77]. HIV enfeksiyonu olan insanlar viral

hepatitler tarafından orantısız şekilde etkilenir. Enjeksiyonla ilaç kullanımı öyküsü bildiren HIV'li kişilerin yaklaşık %75'inde de hepatit C virüsü (HCV) bulunur. HIV / HCV koinfeksiyonu, karaciğer hastalığı, karaciğer yetmezliği ve karaciğerle ilgili hastalık riskini üç katından fazla artırır[68].

2.4.5. Sağlık çalışanları için kızamık- kabakulak-kızamıkcık (mmr) test, takip ve korunma yöntemleri

Sağlık çalışanları hastaların solunum sekresyonları, kan ve vücut sıvılarıyla teması nedeniyle toplum geneline göre birçok infeksiyon açısından daha fazla risk altındadırlar. Diğer taraftan, hastane ortamından ve toplumdan kazandıkları infeksiyonları hastalara, diğer sağlık çalışanlarına ve hatta kendi aile bireylerine taşıyabilmektedirler[78-80]. Yapılan çalışmalara göre sağlık profesyonellerinin, genel popülasyona göre kızamık, kabakulak ve kızamıkcığa yakalanma oranı daha yüksektir. 1992-1995 yılları arasında 2765 kızamık salgınının %13.9'unun hastane kaynaklı geliştiği rapor edilmiştir[81]. Yine hastane kökenli kabakulak ve kızamıkcık olguları hatta salgınları bildirilmiştir. Bu nedenle özellikle çocuk ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde görev yapanlar başta olmak üzere tüm sağlık personeli bu hastalıklara karşı bağışık olmalıdır. Genel olarak bu hastalıkların geçirildiğine dair doktor raporu, laboratuvar kanıtı olan ya da aşı uygulananlar bağışık kabul edilir. Bağışık olmayan sağlık personeli aşılanmalıdır. Bağışık olduğu kabul edilen grupta serolojik taramaya gerek yoktur. Aşılama öncesi serolojik tarama kurum tarafından maliyet-etkin olduğu kabul edilmedikçe gerekli değildir. Aşı monovalan (her bir tek tek), bivalan (iklili) ya da trivalan (MMR şeklinde üçü bir arada) olabilir. Monovalan aşı yapılan kadınlar 1 ay Rubella komponenti olan bivalan ya da trivalan aşı uygulanmasından sonra ise 3 ay gebe kalmamalıdırlar. MMR sağlık personeline 4 hafta ara ile 2 doz şeklinde önerilmektedir[80, 81]. Sağlık kurumlarında enfeksiyon kaynaklarının bulaşmasındaki riskler, personelden hastaya, hastadan personele bulaş için riski azaltma stratejileri Tablo 4'de gösterilmiştir[82].

Tablo 4. Enfeksiyon kaynaklarının bulaşmasındaki riskler, personelden hastaya, hastadan personele bulaş için riski azaltma stratejileri[82]

İnfeksiyon	Bulaş Modelleri	Personelden hastaya bulaş	Hastadan personele bulaş	Riski minimize etmede temel stratejiler
Hepatit B	Perkutan yolla, mukozal, meni, vajinal sıvı, vücut sıvıları, deri yolu ile kan teması	Düşük	Orta derecede Delinme yolu ile risk (%6-35)	Risk oluşturan tüm personel için hepatit B aşısı, güvenli eldiven ve iğne kullanımı, eldiven ve diğer bariyerlerin kullanımı, uygun el hijyeni, duyarlı personellerde maruziyet durumlarında hepatit B İğ kullanma
Hepatit C	Hepatit B ile aynı	Nadiren	Düşük Delinme yolu ile risk (%1-7)	İğne ve diğer kesici delici malzemelerin güvenli kullanımını, eldiven ve diğer bariyerlerin kullanımı, uygun el hijyeni
HIV	Perkutan yaralanmalar, meni, vajinal sıvı vücut sıvıları	Oldukça nadiren	Nadiren (0.03%)	İğne ve diğer kesici delici malzemelerin güvenli kullanımını, eldiven ve diğer bariyerlerin kullanımı, uygun el hijyeni Mevcut rehberlere göre maruziyet sonrası profilaksi yönetimi
Su çiçeği	Veziküllerle temas, damlacık ve solunum yoluyla	Yüksek	Yüksek	Şüpheli bireylere su çiçeği aşısı, teması olan bireyler için İğ
Influenza	Hava yolu; Solunum sekresyonlarıyla direkt ya da damlacık yoluyla temas	Orta derecede	Orta derecede	Yüksek riskli personele influenza aşısı
Kızamık	Havayolu: Enfekte bireylerin burun ya da boğaz sekresyonlarıyla direkt ya da damlacık yoluyla temas	Yüksek	Yüksek	Doğal bağışıklık ya da sağlık personeline kızamık aşısı, yetersiz havalandırması olan yerlerde kızamık salgınları bildirilmiştir. Birçok sağlık kurumlarında tüm sağlık çalışanları için zorunludur.
Kızamıkçık	Solunum sekresyonlarıyla direkt ya da damlacık yoluyla temas	Orta derecede	Orta derecede	Doğal bağışıklık ya da sağlık personeli için kızamıkçık aşısı
Tüberküloz	Aktif kaynaktan hava yoluyla,	Yüksek	Yüksek	Uygun ventilasyon, bilinen vakalarda havayoluna yönelik tedbirler, Maruziyet yönetimi ve tedavisi
Rotavirus	Kişiden kişiye fekaloral yoluyla	Orta derecede	Orta derecede	Uygun eldiven ve diğer koruyucuların kullanımı el hijyeni, özellikle erişkin ve çocuk servislerinde birçok salgın vakaları bildirilmiştir.

2.4.6. Sağlık çalışanları açısından potansiyel risk taşıyan şarbon biyoterorizmi

Şarbon, *Bacillus anthracis*'in neden olduğu zoonotik bir hastalıktır. Etkenin spor formu dış ortam koşullarına oldukça dirençli olup toprakta canlılığını uzun süre koruyabilmektedir. Şarbon, otçul hayvanların bir hastalığı olup insanlara infekte hayvanlarla temas sonrası bulaşmaktadır. İnsan olgularının büyük çoğunluğu deri şarbonu formunda olup gastro-intestinal ve akciğer şarbonu daha nadir gözlenmektedir[83, 84]. Tipik şarbon lezyonunun varlığı ve/veya lezyondan alınan örneklerin Gram ve metilen mavisi ile boyanmış preparatlarında Gram-pozitif kapsüllü bakterilerin görülmesi ve/veya etkenin üretilmesi ile tanı konulur[84]. Hastalık öncelikle üç şekilde ortaya çıkabilir bunlar: deri, solunum ve gastrointestinal sistemdir. *B. Anthracis*'in primer lezyondan lenfohematojen yolla yayılmasını takiben Sepsis ve menenjit nadiren de olsa gelişebilir. Deri şarbonu, dünya genelinde insan vakalarının %95'ini oluşturur. Elde edilen verilere göre tedavi edilmemiş deri şarbonu vakalarının %10-40'ının ölümle sonuçlanmasının beklendiğini göstermiştir. Tedavi ile ölümcül vaka oranı <%1'in altına inmektedir. Klinik tablo hafif ile şiddetli form arasında değişir. Deri şarbonu kendini sınırlandırabilir ve lezyonlar tedavi olan hastaların %80-90'ında komplikasyon veya skarlaşma olmadan düzelebilir. Yoğun ödem ve toksik şok, deri şarbonunun nadir ve potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir komplikasyonu olarak görülebilir[85].

İnsanlarda, hayvanlarda ve bitkilerde hastalığa sebep olan veya ölümlere yol açan bakteriler, virüsler ve bunların yan ürünleri vb. mikroorganizmalara biyolojik ajan denilmektedir. Biyolojik ajanlar, tabiatta bulunmaları dolayısıyla kimyasal ajanlara göre bazı avantajlara sahiptirler. Bulaşıcılık kapasiteleri, hastalık yapabilme güçleri ve gerekirse çeşitli genetik değişiklikler de yapılarak kullanılabilmesi sayesinde biyolojik silah olarak ilgi çekmektedirler. Bu tanımlardan yola çıkarak biyolojik silahların, profesyonel ordular tarafından askeri hedeflere yönelik kullanılması biyolojik savaş, terör örgütlerinin sivil halkı hedef aldıkları saldırılara ise biyoterörizm denilebilir[86].

Günümüz koşullarında, tüm sağlık kurumlarıyla hastanelerin biyolojik-kimyasal ajanla maruziyete neden olan endüstriyel veya terörist olaylara karşı hazırlıklı olması gereklidir. Biyolojik ve kimyasal ajanların tanımlanması, hastaların ve sağlık

çalışanlarının korunması, etkin ve hızlı dekontaminasyon, etkili tedaviye yönelik hazırlıklar eksiksiz olmalıdır[87].

Biyoterör olayları ile dünyada çok sık karşılaşılmadığından bu tür olaylara sağlık personeli hazırlıksız yakalanabilir. Bu ajanlarla oluşacak hastalıkların kliniği, tanısı, profilaksi, tedavisi, örneklerin transportu, koruyucu önlemleri ve sağlıklı bireylerin korunması gibi konularda sağlık personeli eğitilmiş olmalıdır. Biyolojik ajanların etkileri, günler veya haftalar sonra ortaya çıkabileceği için ikincil salgınlar da görülebilir. Hastanelerde bulunan enfeksiyon kontrol ekibi, şüpheli olguları belirlemeli ve bu hastalar hastaneye girişten itibaren izole edilmelidir. Sağlık kuruluşları ve ilgili kurumların hazırlıklı olmaması hastalığın hızla yayılımına da zemin hazırlar. Salgının çıktığı yerde gerekli müdahaleler yapılamazsa, enfeksiyonlu hastalar tedavi için uzak bölgelere gitmek durumunda kalması hastalığın yayılımına neden olacaktır. Kısacası bir ülkede sağlık sisteminin her basamağı biyoterör olayına karşı önceden hazırlıklı olmalı, gerekli ekipman, antibiyotik ve aşular vs. yeterince bulunmalıdır[88, 89].

2.4.7. Sağlık çalışanları ve KKKA

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA); ateş, yaygın vücut ağrısı, karaciğer fonksiyon bozuklukları ile deri, mukoza ve iç organlarda kanamalara ve ölüme neden olabilen kene kaynaklı viral bir enfeksiyon hastalığıdır[90].

Hastalığın etkeni, Bunyaviridae ailesine bağlı Nairovirus soyundan zarflı bir RNA virüsüdür. KKKA ilk kez 1944 ve 1945 yılları yaz aylarında Sovyet askerleri arasında görülmüştür. Hastalığa Kırım Hemorajik Ateşi adı verilmiştir. 1956 yılında Zaire’de ateşli bir hastada Kongo virüsü tespit edilmiştir. 1969 yılında her iki virüsün aynı virüs olduğu belirlenmiş ve Kırım Kongo Hemorajik Ateşi (KKKA) olarak hastalık yeniden adlandırılmıştır. Ülkemizde ilk kez 2002 yılında görülen ve 2003 yılında tanımlanan hastalık, her yıl Nisan-Ekim ayları arasında görülmekte ve Haziran-Temmuz aylarında pik yapmaktadır. İlk kez Tokat yöresinde görülen hastalık ağırlıklı olarak İç Anadolu Bölgesinin kuzeyi, Karadeniz Bölgesinin güneyi ve Doğu Anadolu Bölgesinin kuzeyinde görülmektedir. Ülkemizde ihbarı zorunlu C grubu hastalıklar arasında yer almaktadır[90].

KKKA insanlara esas olarak Hyalomma ailesine ait kenelerin tutunması ile bulaşır. Virüs hayvanlarda asemptomatik enfeksiyon oluştururken, insanlarda hastalığa neden olmaktadır. KKKA virüsünün insanlara başlıca bulaş yolları aşağıda sıralanmıştır:

1. Enfekte kene tutunması
2. Enfekte kenelerin çıplak el ile ezilmesi
3. Viremik hayvanların kan, doku ve sekresyonları ile temas
4. KKKA hastalarının kan ve diğer vücut sıvıları ile temas
5. Kan içeren damlacık yolu ile bulaş

İnsanlarda hastalık genel olarak; ateş, üşüme, titreme, yaygın kas ağrıları, baş ağrısı, bulantı-kusma, ishal, yüzde ve konjonktivalarda kızarıklık, makülopapüler döküntü gibi şikâyetlerle kendini gösterir. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde peteşi, purpura, ekimoz tarzında cilt kanaması, diş eti kanaması, burun kanaması, vajinal kanama, mide-barsak kanaması, üriner sistem kanaması, akciğer ve beyin kanamaları görülebilir. Ağır olgularda şuur değişikliği, ajitasyon, hepatorenal yetmezlik, ARDS ve DİK gelişerek ölüme sebep olabilir. Laboratuvar bulguları olarak lökopeni, trombositopeni, AST, ALT, CK ve LDH enzimlerinde yükselme dikkati çekmektedir. Protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı ve diğer pıhtılaşma testlerinde belirgin bozukluk görülmektedir (Tablo 5)[90].

Tablo 5. KKKA klinik ve laboratuvar bulguları[90]

Klinik Bulguları	Laboratuvar Bulguları
Ateş, üşüme, titreme	Lökopeni
Yaygın kas ağrıları, baş ağrısı, İntrakraniyal kanama	Trombositopeni
Yüzde ve konjonktivalarda kızarıklık	Anemi
Makülopapüler döküntü, Hepatorenal yetmezlik	ALT ve AST yüksekliği
Bulantı-kusma, ishal, Diş eti kanaması	CK yüksekliği
Peteşi, purpura, ekimoz, Vajinal kanama	LDH yüksekliği
Burun kanaması, Hematom, Hemoptizi, Hematüri	ALP yüksekliği
Hematemez, melena, hematokezya	GGT yüksekliği
İntra-abdominal kanama, Koma, DIC, ARDS	PTZ, APTT ve INR uzaması
Şuur değişikliği, ajitasyon, konvülzyon	Bilirubin yüksekliği

İyileşen hastalarda bozulmuş olan hemogram ve biyokimyasal parametreler hızla düzelir. Ölüm daha çok hastalığın ikinci haftasında (5–14 gün) görülmektedir. Hastalığın kesin tanısı serum örneğinde PCR ile viral RNA'nın ya da ELISA ile spesifik IgM antikorlarının gösterilmesi ile konulur. Viremi KKKA hastalarında 10-12 gün kadar sürdüğünden bu dönemde serumda PCR ile virüs gösterilebilir. IgM antikorları hastalığın 6-7. gününden itibaren ve IgG antikorları ise hastalığın yaklaşık 7-10. gününden itibaren pozitifleşir. Ayırıcı tanıda bruselloz, salmonelloz, riketsiyoz, leptospiroz, tatarcık humması, hantavirüs enfeksiyonu gibi hastalıklar ve diğer kanamalı ateşler düşünülmelidir[90].

KKKA tanısı alan bir kişinin hastaneye yatırılması diğer hastalar ve sağlık çalışanlarına bulaştırma riskine neden olmaktadır. Gerek ülkemizde gerekse hastalığın görüldüğü diğer ülkelerde sağlık çalışanlarına hastalardan bulaşan birçok vaka tanımlanmıştır. Hastanelerde en önemli bulaş yolu hastanın kan ve vücut sıvıları ya da kontamine tıbbi aletlerle temastır. Bunun yanında hastanın sekresyonlarından yayılan damlacıkların mukozaya (göz, ağız vb) teması ile de bulaşma olmaktadır. Bu yüzden aşağıdaki enfeksiyon kontrol önlemleri alınmalıdır. KKKA tedavisinde temel olarak destek tedavisi verilir. İhtiyaca göre kan ve kan ürünlerinin (taze donmuş plazma, trombosit süspansiyonu, eritrosit süspansiyonu) verilmesi gerekir. Bunun yanı sıra hastanın sıvı ve elektrolitlerinin takibi, varsa organ yetmezliklerine yönelik tedavi yapılır. Ateş, ağrı ve ajitasyona yönelik semptomatik tedavi, oral alamıyorsa parenteral beslenme ihmal edilmemelidir[90].

KKKA için Dezenfektan olarak en çok önerilen çamaşır suyudur. Kontaminasyonun derecesine göre 1:10 ya da 1:100'lük çözeltiler kullanılabilir. Çamaşır suyundan dezenfeksiyon amacıyla çözelti hazırlamak için, piyasada bulunabilen hazır ürünler kullanılabilir. Bu ürünlerden; 1/10'luk (1 birim çamaşır suyu, 9 birim su) ve 1/100'lük (1 birim çamaşır suyu, 99 birim su ya da 1 birim 1/10'luk hazırlanan çözeltiden alınıp 9 birim suya ilave edilerek hazırlanabilir). İki ayrı çözelti hazırlanır. Çözeltiler günlük olarak hazırlanıp kullanılmalıdır[90].

KKKA düşünülen olgularda trombosit $<150.000 /\text{mm}^3$ ve/veya lökosit $<4000 /\text{mm}^3$ ise hasta 2. basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

2. İkinci basamak sağlık kuruluşunda, aşağıdaki kriterler varsa hasta 3. basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir:

- a. 60 yaşından büyük olanlar
- b. Klinik durumu ve Laboratuvar değerleri hızla bozulanlar
- c. Şuur bulanıklığı olanlar
- d. Trombosit <50.000/mm³, aPTT uzamış olanlar
- e. KKKA hastalığı tablosunu ağırlaştıracak organ yetmezliği ve hematolojik hastalık gibi eşlik eden başka hastalığı olanlar[90].

2.4.8. Tüm sağlık çalışanları için önerilen aşılar

2.4.8.1. İnfluenza aşısı

Gripten korunmanın bilinen en etkin yolu aşıdır. Grip aşısı, mevsimsel salgın sırasında hastane yatışlarını ve ölüm oranlarını azaltmaktadır. Sağlık çalışanlarının da grip aşısı ile aşılanmalarının, iş kayıplarını ve nozokomiyal bulaşı azalttığı, hastanede yatan hastalar arasında mortalite oranlarını düşürdüğü ve sonuçta maliyet etkin olduğu gösterilmiştir. Aşıya karşı Kontrendikasyonları olmayan tüm sağlık çalışanları yıllık olarak aşılanmalıdır. Temas sonrası mevsimsel aşı yaptırmamış kişiler aşılanabilir. Antiviral başlanması inaktive aşı yapılması açısından kontrendikasyon oluşturmaz. Antiviral başlanmıyorsa canlı aşı yapılmamalıdır[91].

2.4.8.2. Hepatit B aşısı

Bağışık olmayan tüm sağlık çalışanları için endikasyon vardır. Aşılama öncesinde HBsAg, anti-HBc-IgG, antiHBc-total ve anti-HBs bakılmalıdır. Primer üç doz aşılama sonrası yeterli koruyucu düzeyde (≥ 10 mIU/ml) antikor oluşmayan kişilere ikinci aşı serisi (üç doz) uygulanmalıdır. İkinci aşı serisi sonunda anti-HBs tekrar negatif bulunursa bu kişiler hepatit B enfeksiyonuna duyarlı kabul edilmeli, bu konuda bilgilendirilmeli ve riskli temas durumunda hepatit B immünglobulini (HBIG) ile profilaksi önerilmelidir. Bağışıklık durumu normal olan bireylerde işe başlarken

bakılması dışında anti-HBs bakılması şu an için önerilmemektedir. Sağlık çalışanlarında Hepatit B koruyuculuğu için antikor kontrolü kontamine kan ve vücut sıvıları ile temas riskine ve toplumdaki hepatit B enfeksiyon sıklığına göre işe başlarken veya temas sonrası bakılması önerilmektedir. Normal bağışıklığı olanlarda rapel dozu önerilmemektedir ancak daha önce aşılanmış olup yeterli antikoru olmayan sağlık personeline bir hatırlatma dozu aşı önerilmektedir. Bu hatırlatma, anti-HBs antikor seviyesinde yükselme sağlayarak koruyuculuğu arttırmaktadır. Hatırlatma dozuna yeterli antikor yanıtı olanlarda temas olsa bile ek öneri yoktur. Hatırlatma dozuna yanıtı olmayanların bir seri daha aşı olması ve sonrasında tekrar kontrol anti-HBs ölçülmesi önerilmektedir[91, 92]. Riskli temas sonrası HBV için profilaksi önerileri Tablo 6’da görülmektedir.

Tablo 6. Hepatit B virüsü teması sonrası profilaksi[91, 92]

Temas eden sağlık çalışanı	Profilaksi		
	Kaynak HBsAgpozitif	Kaynak HBsAgnegatif	Bilinmeyen kaynak
Aşısız	1 doz HBIG, aşılama başlansın	Aşı şeması uygulayın	Profilaksi gerekmez
Önceden aşı ve aşı cevabı yeterli	Profilaksi gerekmez	Profilaksi gerekmez	Profilaksi gerekmez
Önceden 3 doz aşı olmuş fakat aşı cevabı olmayan	1 doz HBIG ve tekrar aşılama başlansın	Profilaksi gerekmez	Eğer yüksek riskli kaynaksa, HBsAg pozitif gibi davranın
Önceden 6 doz aşı olmuş fakat aşı cevabı olmayan	2 doz HBIG (1 ay ara ile)	Profilaksi gerekmez	Eğer yüksek riskli kaynaksa, HBsAg pozitif gibi davranın
Aşı cevabı bilinmeyen*	Temaslıda antiHBs bakın: Eğer yeterli* ise, profilaksi gerekmez Eğer yetersizse* 1 doz HBIG ve aşı rapeli	Profilaksi gerekmez	Temaslıda antiHBs bakın: Eğer yeterli* ise, profilaksi gerekmez Eğer yetersizse* tekrar aşılama başlansın
*Aşı cevabı bilinmeyen temaslı sağlık çalışanında anti-HBs bakılır. Koruyucu (yeterli) antikor düzeyi, anti-HBs ≥ 10 mIU/mL olarak tanımlanır. Anti-HBs < 10 mIU/mL ise yetersiz olarak tanımlanır ve koruyuculuğun güvenli bir göstergesi değildir.			

2.4.8.3. Tetanoz-difteri-boğmaca aşısı (Td/Tdap)

Tetanoz, istemli kasların tonik spazmıyla karakterize, akut bir toksemi durumudur. Hastalığın etkeni Clostridium tetani hareketli, zorunlu anaerobik, çomak biçiminde sporlu bir bakteridir. Tetanoz insana kontamine olmuş majör ve minör yaralarla bulaşabilir. Difteri aerob ve gram-pozitif bir basil olan Corynebacterium diphtheriae'nın toksini ile meydana gelen, aşı ile önlenir akut bulaşıcı bir hastalıktır.

Hastalık klinik olarak boğaz ağrısı ve tonsiller, farenks ve larenksin üzerini örten membranla karakterizedir. Bakterinin tek kaynağı insandır. Boğmaca daha çok 5 yaş altı çocuklarda sık ve ağır seyretmesine rağmen, büyük çocuklarda hatta erişkinlerde bile atipik seyreden ve şüphelenildiğinde tetkiklerle tanı konabilen ve spesifik tedavisine geçilen bir hastalıktır. Hastalığın etkeni Bordetella pertussis çok bulaşıcı, zor üretilen, gram-negatif polimorfik yapıda bir çomaktır. Hastalık kişiden kişiye solunum yolu sekresyonları ile bulaşır. Gerek aşılama gerek hastalığı geçirmek ömür boyu bağışıklık bırakmaz.

Yedi yaşına kadar tetanoz veya difteri açısından hiç aşılanmayan çocuklar ve erişkinlerde 4 hafta arayla 1. ve 2. doz Td, 2. dozdan 6-12 ay sonra 3. doz Td aşısı yapılmalıdır. Her 10 yılda bir rapel doz uygulanmalıdır.

Tdap; bazı gelişmiş ülkelerde adolesan ve erişkinlere rapel aselüler boğmaca aşısı, tetanoz toksoidi ve azaltılmış difteri aşılarını içeren Tdap (Td yerine) yapılmaktadır. DTaB aşısı 7 yaşın üzerinde kullanılmamaktadır[93].

2.4.8.4. Suçiçeği aşısı

Suçiçeği geçirme öyküsü çoğunlukla immünite için kabul edilebilir bir kanıttır. Suçiçeği geçirme öyküsü vermeyenler duyarlı kabul edilmeli ve test edilmelidir. Duyarlı tüm sağlık personeline suçiçeği aşısı önerilmektedir. Suçiçeği aşısı 0.5 mL, 4-8 hafta ara ile 2 doz şeklinde önerilmektedir. Yeni aşılanan sağlık personeli immümsuprese hastalar, yenidoğanlar ve gebelerle temastan kaçınmalıdır. İki doz aşı sonrası %99 serokonversiyon geliştiği için aşı sonrası rutin test gerekli değildir. Ancak serokonversiyon her zaman tam korumanın göstergesi değildir. Bu nedenle suçiçeği ile teması olan aşıli personelde antikor düzeyine bakılmalıdır. Saptanabilir antikor olması kişinin suçiçeğine karşı korunduğunu gösterir[81].

2.4.9. Özel durumlarda sağlık personeline uygulanabilen aşilar

2.4.9.1. Hepatit A aşısı

Sağlık alışanları için güncel erişkin aşılama nerileri geçerlidir. Sadece mikroorganizma ile temas riski olan mikrobiyolog gibi laboratuvar çalışanlarına önerilmektedir[91].

2.4.9.2. Polio aşılama şeması

Poliovirus; poliomyelit etkenidir. MSS'nin ciddi bir akut enfeksiyonudur. Spinal korddaki motor nöronların yıkımı nedeniyle flask paralizi ile sonuçlanan bir hastalıktır. Korunmada aktif immünizasyon yapılır. İki çeşit poliovirus aşısı vardır: İnaktif polio aşısı 2, 4, 6. aylarda 18-24. ay rapel yapılır. Canlı polio aşısı ise 6. ay 18-24. ay İlköğretim 1. Sınıfta yapılır[94].

2.4.9.3. Meningokok aşılama şeması

Meningokok infeksiyonları aşı ile engellenebilir hastalıklar arasındadır. Menengokok aşıları polisakkarit aşı ve konjuge aşı olarak iki tiptir. Polisakkarit aşılar 1970'lerden beri kullanılmaktadır, bu aşılar T hücrelerinden bağımsızdır ve matür B hücrelerinde antikor üretimini uyarmaktadırlar. T hücre aracılı yanıt olmaması immün bellek gelişimini engellemektedir. Polisakkarit aşılar matür B hücreleri olmadığı için bebeklerde etkili değildir. Konjuge aşılar ise ilk kez 2005 yılında kullanıma girmişlerdir. Polisakkarit aşılara göre daha güçlü immün yanıt ve uzun süreli immün bellek oluştururlar. Polisakkarit aşıların aksine bebeklerde de etkilidirler. Konjuge menengokok A aşısının 9 ve 18. aylar arasında tek doz, konjuge menengokok B aşısının 2 ve 11. Aylar arasında 2 doz ve bir yıl sonra rapel doz, 4 valanlı konjuge menengokok aşısının ise 9 ve 23. Aylar arasında 2 doz ve 2 yaş üzerinde bir doz şeklinde yapılmasını önermektedir. Ayrıca mümkünse polisakkarit aşı yerine konjuge aşının yapılmasını önermektedir[95].

2.4.9.4. Tifo aşılama şeması

Tifo, *Salmonella typhi*'nin neden olduğu ve yalnızca insanın rezervuar olduğu sistemik bir hastalıktır. Günümüzde kullanımda olan üç tifo aşısı vardır: Parenteral iki aşından ilki ısı fenolde inaktive edilmiş, yıllardır kullanımda olan tam hücre aşısıdır, Aşı iki dozda dört hafta ara ile uygulanır. Bu aşının lokal ve sistemik yan etkileri oldukça şiddetlidir. İkinci parenteral aşı ABD'de 1995 yılında lisans alan ve iki yaş üzerindeki kişilerde kullanılan *S. typhi*'nin pürifiye Vi antijenidir. Aşıya özgü lokal ve sistemik reaksiyonlar inaktif aşıya göre daha seyrek görülmektedir. Oral-canlı attenüe aşı *S. typhi*'den hazırlanan Ty21a ABD'de 1989 yılında lisans almıştır. Sistemik ve lokal yan etkilerinin azlığı nedeniyle altı yaşın üzerindeki kişilere oral aşı, 2-6 yaş arasındaki kişilere Typhi Vi (2. parenteral aşı) aşısı önerilmektedir. Tifo aşısı ABD gibi gelişmiş ülkelerde aşağıdaki durumlarda endikedir:

1. Tifonun endemik olduğu bölgelere seyahat edenler,
2. Tifo taşıyıcısı ile devamlı teması olan ev halkı,
3. *S. typhi* ile sık karşılaşma riski olan laboratuvar çalışanları[96, 97].

2.4.9.5. Kuduz aşılama şeması

Kuduz merkezi sinir sisteminin akut seyirli, öldürücü bir viral enfeksiyonu olup insanlık tarihinin en eski zoonotik hastalıklarından birisidir[98]. Kuduz Hastalığı, et yiyen hayvanların çok kez tükürük bezlerinde bulunan, çoğunlukla salyadan yaraya bulaşan ve bu yolla meydana gelen bir virüs ensefalitidir. Kuduzdan korunmada 2 yol vardır;

1-Kuduz immünglobulin uygulanması: Kuduz immünglobulini tek dozda, bir kez uygulanır. Amaç aşılama ile antikor üretimi sağlanıncaya dek antikor düzeyini pasif olarak sağlamaktır. Gecikmiş vakalarda geçen süreye bakılmaksızın uygulanır. Uygulama dozu: İnsan kaynaklı olanlar için; 20 IU/kg, heterolog olanlarda; 40IU/kg olarak tam dozda yapılmalıdır. Dozun artırılmasının hiçbir yararı yoktur ve antikor yanıtını baskılayabilir. Uygulama şekli: Anatomik olarak uygunsuz yara çevresi ve içine

yapılmalıdır. Geri kalan miktar aşının yapıldığı ekstremiteden farklı bir ekstremiteye ve kas içine uygulanır. Asla aşıyla aynı enjektörle ve aynı anatomik bölgeye yapılmaz.

2-Kuduz aşısı uygulanması: Doz: 0., 3., 7., 14. ve 28. günlerde toplam beş doz uygulanır, temas sonrası olabildiğince erken başlanmalıdır. Kuduzda inkübasyon süresi çok değişken olduğundan, temas sonrası geçen süreye bakmaksızın aşılama yapılır. Uygulama şekli: Erişkinlerde deltoid bölgeye, kas içine uygulanır. Küçük çocuklarda uyluk anterolateral bölgeye kas içine uygulanabilir. Gluteal bölgeye enjeksiyon, antikor titresini düşürdüğü için asla yapılmamalıdır. 10 günlük gözlem süresi içinde şüpheli temasa neden olan hayvanın kuduz olmadığı kanıtlanırsa, aşısı uygulamasına son verilir. Çocuk, erişkin ve gebelerde kuduz bağışıklaması aynı şema ve dozlarla uygulanır[99].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Hastanesinde çalışmakta olan sağlık çalışanlarının, işe bağlı gerginlik ve sağlık okuryazarlığı ile bulaşıcı hastalıklara yaklaşımları arasındaki ilişkinin incelenmesi ve sosyo-demografik ve meslek özelliklerine göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla planlanmış kesitsel tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Van ilinde, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Hastanesinde çalışmakta olan gönüllü 300 sağlık çalışanı dahil edilerek Mart 2019 ile Haziran 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı

Literatür incelemesi yapıldığında son yıllarda ülkemiz ve dünyanın değişik yerlerinde sağlık çalışanları üzerinde birçok sağlık okuryazarlığı (SOY), işe bağlı gerginlik (İBG), hastane kaynaklı bulaşıcı hastalıklar, delici kesici yaralanmalar ve sağlık çalışanlarının mesleki hastalıklar ve riskleri konusunda çalışmalar yapıldığı görülmektedir. SOY'un son yıllarda popülaritesi artmış tüm dünyada ilgi gören geniş kapsamlı araştırma konusu haline gelmiştir. Ayrıca İBG açısından sağlık çalışanlarıyla yapılan araştırmalarda iş ortamındaki stresörlerin sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal sağlığını ve iş doyumunu olumsuz yönde etkilediği saptanmış olup sağlık çalışanlarının iş ortamında karşılaştığı stres yaşantıları ile baş etme durumunun belirlenmesine yönelik çalışmalara da ihtiyaç olduğu fark edilmiştir. Çalışmamız sağlık çalışanlarının, işlerine bağlı yaşadıkları gerginlik ve sahip oldukları sağlık okuryazarlık dereceleri ile bulaşıcı hastalıklara yaklaşımları arasındaki ilişkinin, sosyo-demografik ve meslek özelliklerine göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla planlandı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Örneklem büyüklüğü seçilirken Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı ile iş birliği yapılmış ve araştırmanın evrenini temsil edecek örneklem sayısı $n = z^2 \cdot \delta^2 / d^2$ eşitliği kullanılarak hesaplanmıştır. Bu formülde %95 güven katsayısı, diğer bir ifadeyle %5 1. Tip hata ve en fazla dört katı kadar 2. Tip hata öngörüldüğünde yaklaşık olarak %80 güç değerine göre z değeri 1,96 olarak alınmıştır. Daha önceki yapılan çalışmalarda ilgilenilen özellik bakımından varyasyonun standart sapma olarak 7 ile 10 aralığında değiştiği gözlenmiş ve çalışmamızda da standart sapma (δ) 8,5 olarak alınmıştır. Etki büyüklüğü (d) ise 1 olarak alınmıştır. Bu değerleri formülde yerine koyduğumuzda örneklem büyüklüğü (n) 277 olarak bulunmuştur. Fakat araştırmanın yürütülmesi sürecinde bazı hataların olabileceği, bazı hastaların ankete katılamayacakları göz önünde bulundurularak örneklemin yaklaşık %10 fazlası öngörülüp 304 katılımcı ile çalışılmıştır. Ancak 4 katılımcı ölçekteki soruları istekleri doğrultusunda eksik cevaplaması nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. Toplamda 300 sağlık çalışanı ile yapılmıştır.

Çalışma grubunu, Van YYÜ Dursun Odabaş Tıp Merkezi Hastanesinde çalışmakta olan 18 yaş üstü 131 bayan ve 169 erkek toplamda 300 sağlık çalışanı (Doktor, hemşire/sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, paramedik, laborant, sağlık teknikeri, hasta bakıcı ve temizlik görevlisi vb.) oluşturmaktadır. Çalışma gönüllük esasına dayanmakta olup çalışmaya 300 sağlık çalışanı dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Tekniği

Benzer konular ile ilgili daha önce yapılmış olan çalışmalarda kullanılan anket ve ölçekler incelenerek toplamda 85 sorudan oluşan yeni bir çalışma anket formu oluşturuldu. Anket araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan 44 sorudan oluşan sosyodemografik bilgi formu ve bulaşıcı hastalıklar ve bu hastalıklardan korunma ile ilgili bilgi düzeyini ölçen anket formu, 18 sorudan oluşan işe bağlı gerginlik ölçeği ve 23 sorudan oluşan yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğinden oluşmakta olup, çoktan seçmeli ve boşluk doldurma şeklindedir. Araştırmanın konusu ve kapsamı hakkında katılımcılara bilgi verildikten sonra hazırlanan çalışma formu yüz

yüze soru cevap tekniğiyle 10-15 dakika süre zarfında uygulandı. Çalışma formu araştırmaya başlamadan önce 15 birey üzerinde ön çalışma olarak denendi, soruların anlaşılma durumu ve yanıtlar test edildi. Sorular üzerinde ön çalışmanın sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılarak esas çalışmaya başlandı.

Çalışma anket formu 3 parça şeklinde Ek-1, Ek-2 ve Ek-3'te sunulmuştur

3.5.1. Çalışma formunun materyalleri

Çalışma formu 3 bölümden oluşmaktadır.

1-Sosyodemografik bilgi formu ve bulaşıcı hastalıklar ve bu hastalıklardan korunma ile ilgili bilgi düzeyini ölçen anket formu

2- İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (İBGÖ)

3- Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

3.5.1.1. Demografik bilgi formu ve bulaşıcı hastalıklar ve bu hastalıklardan korunma ile ilgili bilgi düzeyini ölçen anket formu

Bu formda, sağlık çalışanlarının demografik özelliklerini sorgulayan (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, görev yerleri ve görevde toplam çalışma süreleri, haftalık mesai saatleri, bulaşıcı hastalıklar ve bulaşıcı hastalıklardan korunma ile ilgili bilgi düzeyleri, bulaşıcı hastalıklara yönelik aldıkları eğitim, aşı ve aşılama durumları hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyleri, hastayla delici/kesici/kan yoluyla temas durumları, temas sonrası olayın bildirim veya olası bildirilmeme durumları, bildirim yapılmadıysa nedenleri, hastanede çalışma nedeniyle bulaşıcı hastalık kapma endişeleri, bu endişe nedeniyle iş değişikliği düşünceleri ile başkalarına bulaşıcı hastalık bulaştırma olasılığına yönelik v.b.) toplamda 44 sorudan oluşan çoktan seçmeli ve boşluk doldurma şeklinde anket formu yer almaktadır.

3.5.1.2. İşe bağlı gerginlik ölçeği

Revicki ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilen “İşe bağlı gerginlik ölçeği” Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 1996 yılında Aslan ve arkadaşları

tarafından yapılmıştır. İşe bağlı gerginlik ölçeği sağlık alanında çalışanlarda işe bağlı gerginlik ve stresi belirlemek amacıyla geliştirilmiş 18 madde içeren 4'lü likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Puanlama; 4=tamamıyla bana uygun 3= büyük ölçüde bana uygun 2=kısmen bana uygun 1= bana hiç uygun değil biçiminde ve 4-1 puan arasında değerlendirilmektedir. 2, 4, 8, 9, 11 ve 15. sorular tersine puanlanmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan 72'dir. Toplam puanın yüksek olması, işe bağlı gerginliğin artmış olduğunu ifade eder.

İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Cronbach's Alfa Katsayısı 0,667 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısı, k maddeden oluşan bir ölçekte maddelere verilen cevapların ikiden fazla seçenekte olması durumunda (örneğin likert ölçeği) soruların birbiri ile benzerliğini, yakınlığını ortaya koyan katsayıdır. Soruların iç tutarlılığının (homojenliğinin) ölçüsüdür. 0 (sıfır) ile 1 arasında değer almakta olan Cronbach Alfa katsayısı aşağıdaki gibi yorumlanır. 1,00-0,80 ölçek yüksek güvenilirliğe sahip 0,80-0,60 ölçek oldukça güvenilir 0,60-0,40 ölçek düşük güvenilirliğe sahip 0,40-0,00 ölçek güvenilir değil olarak değerlendirilir. Cronbach alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa ölçekte bulunan soruların her biri birbiri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini ortaya koymaktadır.

3.5.1.3. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği (YSOÖ)

Sezer ve Kadioğlu (2012) tarafından Türkçe konuşan yetişkin bireylerin SOY konusundaki seviyelerini ölçmeye yönelik geliştirilen sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru, organ yeri ve isimlerini bilmeye yönelik 1 sorudan oluşan toplamda 23 soruluk bir ölçektir. Ölçekte yer alan soruların 13 tanesi evet/hayır, 4 tanesi boşluk doldurma, 4 tanesi çoktan seçmeli, 2 tanesi eşleştirmelidir. Soruların puanlaması her soru tipi için ayrı ayrı yapılmıştır. Evet/hayır yanıt tipindeki sorularda pozitif ifadeleri işaretleyenlere 1, negatif ifadeleri işaretleyenlere 0 puan, boşluk doldurma tipindeki sorularda doğru yanıt 1, yanlış yanıt 0 puan verildi. Çoktan seçmeli sorularda iki ve ikiden fazla doğru yanıt işaretleyenlere 1 puan, hiç bilmeyenlere ya da doğruyla birlikte yanlış yanıt işaretleyenlere 0 puan verildi. Eşleştirme tipindeki sorularda ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1, diğerlerine 0 puan verildi. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-23

arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır.

Testin Genel Kapsam Geçerlilik İndeksi %90,71 cronbach alpha katsayısının 77 olması ölçeğin iç tutarlılığının yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Korelasyon değerinin. 87 olması iki ayrı zamanda yapılan ölçümler arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuş ve ölçeğin zamana göre değişmezliği kararına varılmıştır. YSOÖ sağlık okuryazarlığını değerlendirmede geçerli-güvenilir bir ölçek olduğu ve yetişkin bireylerde güvenle kullanılabileceği ortaya konmuştur[100].

3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı

Bu araştırma çalışma formunun oluşturulmasının ardından çalışmanın uygulanacağı Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Başhekimliği tarafından verilen izin belgesiyle (Ek-4) Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulunun onayına sunulmuştur. Etik kurul onayı alındıktan sonra uygulamaya geçilmiştir (Tarih: 22/02/2019 karar No: 2019/04-05) (Ek-5).

Çalışmaya dahil edilen bireylere araştırmanın amacı, içeriği ve yararları hakkında bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Onam formu; katılımcıların yapılacak çalışma hakkında aydınlatılması amacıyla hazırlanmıştır. Formda ayrıca; anketin kim tarafından uygulanacağı, içeriği, elde edilecek verilerin nerede ve ne şekilde kullanılacağı, kişisel verilerin kesinlikle gizli tutulacağı, kimlik bilgilerinin kullanılmayacağı gibi bilgiler yer almaktadır.

3.7. Verilerin Analizi

Üzerinde durulan özelliklerden sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; ki-kare testi, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak ifade edilirken, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler bakımından grup ortalamalarını karşılaştırmada tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Varyans analizini takiben farklı grupları belirlemede Duncan, LSD, Tukey, Games- Howell çoklu karşılaştırma testleri kullanılmıştır. Hesaplamalarda istatistik

anamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve hesaplamalar için SPSS istatistik paket programı kullanılmıştır.



4. BULGULAR

Hastane çalışanlarının genel sağlık ve bulaşıcı hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin ve mesleklerini icra ederken ki gerginlik düzeylerinin belirlenmesi ve bu etkenlerin hastane kaynaklı bulaşıcı patojenlerden korunmaya etkisinin araştırıldığı çalışmamızda yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular tablolar halinde gösterilerek yorumlanmıştır.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumları, mesleki tecrübe (yıl), haftalık çalışma süreleri, şu an çalıştıkları birim ve meslek bilgilerinin sonuçları Tablo 7 ve Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 7. Çalışmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim durumu özellikleri (n=300)

Özellikler	Kategoriler	n	%
Cinsiyet	Erkek	169	56,3
	Kadın	131	43,7
Medeni Durum	Evli	180	60,0
	Bekar	107	35,7
	Dul/Boşanmış	13	4,3
Yaş Aralığı	18-25	47	15,7
	26-29	75	25,0
	30-35	106	35,3
	36-41	39	13,0
	42 ve üzeri	33	11,0
Eğitim Durumu	İlköğretim	6	2,0
	Ortaöğretim	24	8,0
	Lise	78	26,0
	Üniversite	91	30,3
	Doktora	101	33,7
Toplam		300	100

Tablo 8. Çalışmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının mesleki tecrübe(yıl), haftalık çalışma süreleri(saatt), şu an çalıştıkları birim ve meslek bilgileri özellikleri (n=300)

Özellikler	Kategoriler	n	%
Mesleki tecrübe(yıl)	1-5	126	42
	6-10	90	30
	11-15	42	14
	16-20	27	9
	21 ve üstü	15	5
Haftalık çalışma süresi(saatt)	20-30	5	1,7
	30-40	37	12,3
	40-50	151	50,3
	50-60	24	8
	60 ve üstü	83	27,7
Şu an çalıştıkları birim	Dahili klinik	86	28,7
	Cerrahi klinik	60	20
	Pediyatri klinikleri	44	14,7
	Poliklinik ve müdahale odaları	36	12,0
	Acil servis	28	9,3
	Yoğun bakım ünitesi	16	5,3
	Kan merkezi	6	2,0
	Ameliyathane	5	1,7
	Hemodiyaliz ünitesi	3	1
	Laboratuvar	16	5,3
Meslek	Doktor	101	33,7
	Hemşire/sağlık memuru	99	33
	Temizlik görevlisi/hasta bakıcı	100	33,3
Toplam		300	100

Çalışmamızda bulaşıcı hastalıklardan korunma konusunda kendinizi yeterli buluyor musunuz sorusuna, meslekleri doktor olanların %57,4'ü, hemşire/sağlık memuru olanların %57,5'i ve temizlik görevlisi/hasta bakıcı olanların ise %47,0'si, toplamda ise katılımcıların %54'ü evet derken, %46'sı ise hayır cevabını vermiştir. Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanları arasında bulaşıcı hastalıklardan korunmada kendilerini yeterli görme açısından anlamlı istatistiksel farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) Bu durum Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklardan korunmada kendilerini yeterli görme durumları (n=300)

Mesleğiniz	Bulaşıcı hastalıklardan korunmada kendinizi yeterli görüyor musunuz				Toplam	
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%
Doktor	58	57,4	43	42,5	101	33,7
Hemşire/Sağlık Memuru	57	57,5	42	42,4	99	33,0
Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcı	47	47,0	53	53,0	100	33,3
Toplam	162	54,0	138	46,0	300	100

Ki-kare; p=0,228

Katılımcıların bulaşıcı hastalıklar konusunda kendilerini eksik görme nedenleri incelendiğinde; doktorların %31,8'i(n=44), hemşire/sağlık memuru olanların %28,5'i(n=42) ve temizlik görevlisi/hasta bakıcıların ise %40,3'ü(n=52) bulaşıcı hastalıklar konusunda herhangi bir eğitim almadığı için kendisini eksik gördüğünü belirtmiş olup diğer eksik görme nedenleri Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar konusunda kendilerini eksik görme nedenleri (n=138)

Bulaşıcı hastalıklar konusunda kendinizi neden eksik görüyorsunuz	Göreviniz						Toplam (n=138)	
	Doktor (n=44)		Hemşire/sağlık memuru (n=42)		Temizlik görevlisi/hasta bakıcı (n=52)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Herhangi bir eğitim almadığım için	14	31,8	12	28,5	21	40,3	47	34,0
Mesleğime uygun olmayan bir pozisyonda çalıştırıldığım için	7	15,9	9	21,4	10	19,2	26	18,8
Çalıştığım bölümde bulaşıcı hastalık riski olmadığı için	7	15,9	3	7,1	4	7,6	14	10,2
Fiziksel rahatsızlığımdan dolayı kendimi koruyamadığım için	1	2,2	3	7,1	4	7,6	8	5,8
Diğer nedenler	15	34,0	15	35,7	13	25,0	43	31,2

Katılımcıların, aşının tanımı hakkındaki bilgi düzeyleri incelendiğinde; doktorların %96'sı (n=101), hemşire/sağlık memuru olanların %95,9'u (n=99) ve temizlik görevlisi/hasta bakıcıların ise %58'i (n=100) aşının tanımını doğru bilmişlerdir. Genel olarak ise katılımcıların %83,3'ü (n=300) aşının tanımını doğru bilmişlerdir. Doktor ve hemşire/sağlık memuru olanlarla temizlik görevlisi/hasta bakıcısı olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur (p<0,05). Bu durum Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Sağlık çalışanlarının aşının tanımıyla ilgili bilgi düzeylerinin incelenmesi (n=300)

Mesleğiniz	Mikroorganizmaların kendileri veya çıkardıkları ürünlerin zararsız hale getirilerek canlı vücuduna verilmesine ne denir						Toplam	
	Serum		Aşı		Antibiyotik			
	n	%	N	%	n	%	n	%
Doktor	3	2,9	97	96,0	1	0,9	101	33,7
Hemşire/Sağlık Memuru	1	1,0	95	95,9	3	3,0	99	33,0
Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcı	21	21,0	58	58,0	21	21,0	100	33,3
Toplam	25	8,3	250	83,3	25	8,3	300	100

Ki-kare; p=0,00

Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildiriminden sorumlu kişinin kim veya kimler olduğu hakkındaki bilgi düzeyini irdeleyen sorumuza katılımcılarımızın %52'si (n=300) doğru cevap vermiştir. Doğru cevap verenlerin oranı doktorlarda %78,2 (n=101), hemşire/sağlık memurlarında %42,4 (n=99) ve temizlik görevlisi/hasta bakıcılarında %35 (n=100) olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil olan katılımcılar arasında mesleği doktor olanlar ile diğer sağlık çalışanı olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur (p<0,05). Bu durum Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Sağlık çalışanlarının Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirimini hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi (n=300)

Mesleğiniz	Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildiriminden kim/kimler sorumludur						Toplam	
	Doktor		Sağlık memuru/Hemşire/Laboratuvar çalışanları		Fikrim yok			
	n	%	N	%	n	%	n	%
Doktor	79	78,2	8	7,9	14	13,8	101	33,7
Hemşire/Sağlık Memuru	42	42,4	27	27,2	30	30,3	99	33,0
Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcı	35	35,0	28	28,0	37	37,0	100	33,3
Toplam	156	52,0	63	21,0	81	27,0	300	100

Ki-kare; p=0,00

Çalışmamızda sadece mesleği doktor olan katılımcılara yönelik hazırlanan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların (BZBH) hangileri olduğuna dair soruya verilen cevaplar ayrı ayrı istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca sorulan tüm hastalıklar, BZBH'lar grubundan seçilmiştir. Buna göre yapılan değerlendirmede; doktorların en yüksek oranda doğru bildikleri BZBH; %90,6 (n=99) oranıyla VHA (Ebola vb.)

hastalığı olurken, en yüksek oranda yanlış bildikleri BZBH ise %63,6 (n=99) oranıyla hepatit A hastalığı olarak tespit edilmiştir. Bu durum Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Doktorlar arasında bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklarının bilinme oranlarının incelenmesi (n=99)

Hastalık	Hangileri bildirim zorunlu bir hastalıktır*					
	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
VHA (ebola)	90	90,6	3	3,0	6	6,1
Tüberküloz	87	87,9	6	6,1	6	6,1
KKKA	83	83,8	10	10,1	6	6,1
Suçiçeği	57	57,6	33	33,3	9	9,1
Şark çıbanı	42	42,4	41	41,4	16	16,2
Shigella	38	38,4	51	51,5	12	12,1
Kabakulak	36	36,4	51	51,5	12	12,1
Ekinokokkus	21	21,2	51	51,5	27	27,3
Hepatit A	21	21,2	63	63,6	15	15,2
Toksoplazma	20	20,2	52	52,5	27	27,3

*Bu soru sadece mesleği doktor olanlara sorulmuştur.

Katılımcıların, bulaşıcı hastalık geçirmekte olan hastaların tecrit edilmesi konusundaki görüşleri incelendiğinde; katılımcılardan doktor olanların %88,1'in (n=101), hemşire/sağlık memuru olanların %68,6'sının (n=99) ve temizlik görevlisi/hasta bakıcısı olanların ise %47,0'sinin(n=100) sadece bazı hastalıklarda tecrit uygulanmalı cevabını verdikleri tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanları arasında mesleği doktor ve hemşire/sağlık memuru olanlarla temizlik görevlisi/hasta bakıcısı olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur (p<0,001). Bu durum Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalık geçirenlere tecrit uygulanması hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi (n=300)

Göreviniz	Bulaşıcı hastalık geçiren kişi tecrit edilmeli mi						Total	
	Evet		Bazı hastalıklarda		Hayır			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Doktor	11	10,8	89	88,1	1	0,9	101	33,7
Hemşire/Sağlık memuru	24	24,2	68	68,6	7	6,9	99	33,0
Temizlik görevlisi/Hasta bakıcısı	44	44,0	47	47,0	9	9,0	100	33,3
Total	79	26,3	204	68,0	17	5,7	300	100,0

Ki-kare; p=0,00

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %34,0'ü bulaşıcı hastalıklara yönelik herhangi bir hizmet içi eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alan kesimin meslek

gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, doktorların %27,7 oranıyla en az eğitim alan grupta yer aldığı belirlenmiş olup, doktor dışındaki diğer sağlık personellerinin hizmet içi eğitim alma oranları ise birbirine daha yakın bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara yönelik hizmet içi eğitim alma durumlarına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara yönelik hizmet içi eğitim alma durumlarının incelenmesi (n=300)

Göreviniz	Bulaşıcı hastalıklara yönelik herhangi bir eğitim aldınız mı				Toplam	
	Evet		Hayır			
	n	%	N	%	n	%
Doktor	28	27,7	73	72,2	101	33,7
Hemşire/Sağlık Memuru	36	36,3	63	63,6	99	33,0
Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcı	38	38,0	62	62,0	100	33,3
Toplam	102	34,0	198	66,0	300	100,0

Ki kare; $p=0,255$

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının hepatit B virüsünün (HBV) bulaş yolları hakkındaki bilgi düzeyleri incelenmiş olup; kan yoluyla bulaş, cinsel yolla bulaş ve annenin gebeliği sırasında bebeğine bulaş tüm meslek grupları tarafından en yüksek oranda doğru bilinen HBV bulaş yolları olarak tespit edilmiştir. Genel olarak en çok doğru bilinen bulaş yolu kan yoluyla bulaş (%85,3) olarak tespit edilmiş iken en az doğru bilinen bulaş yolu ise hijyen eksikliği nedeniyle bulaş (%13) olarak tespit edilmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Hepatit B virüsü nasıl bulaşır (n=300)

Hepatit B nasıl bulaşır (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	Göreviniz						Toplam	
	Doktor(n=101)		Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)		Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcısı(n=100)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kan yolu ile (doğru)	99	98,0	86	86,8	72	72,0	257	85,3
Cinsel ilişki ile (doğru)	89	88,1	70	70,7	56	56,0	215	71,6
Annenin gebeliği sırasında bebeğe (doğru)	82	81,1	59	59,5	16	16,0	157	52,3
Ortak kullanılan eşya ile (doğru)	37	36,6	38	38,3	27	27,0	102	34,0
Emzirme ile (doğru)	30	29,7	14	14,1	9	9,0	53	17,6
Hijyen eksikliği nedeniyle (doğru)	13	12,8	14	14,1	14	14,0	41	13,6
Dokunma/temas yoluyla (doğru)	11	10,8	14	14,1	14	14,0	39	13,0
Hava yolu ile (yanlış)	2	1,9	8	8,0	10	10,0	20	6,6
Bilmiyorum	0	0	4	4,0	6	6,0	10	3,3

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının hepatit A virüsünün (HAV) bulaş yolları hakkındaki bilgi düzeyleri incelenmiş olup, genel olarak hijyen eksikliği nedeniyle bulaş %45,3 oranıyla en çok doğru bilinen bulaş yolu olarak tespit edilmiş iken hava yoluyla bulaş ise %15,0 oranıyla en çok yanlış bilinen bulaş yolu olarak tespit edilmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Hepatit A virüsü nasıl bulaşır (n=300)

Hepatit A nasıl bulaşır (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	Göreviniz						Toplam	
	Doktor(n=101)		Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)		Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcısı(n=100)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hijyen eksikliği nedeniyle (doğru)	79	78,2	34	34,3	23	23,0	136	45,3
Ortak kullanılan eşya ile (doğru)	50	49,5	38	38,3	31	31,0	119	39,6
Kan yolu ile (doğru)	28	27,7	48	48,4	38	38,0	114	38,0
Cinsel ilişki ile (doğru)	20	19,8	46	46,4	27	27,0	93	31,0
Dokunma/temas yoluyla (doğru)	33	32,6	29	29,2	19	19,0	81	27,0
Annenin gebeliği sırasında bebeğe (doğru)	15	14,8	28	28,2	13	13,0	56	18,6
Hava yolu ile (yanlış)	7	6,9	21	21,2	17	17,0	45	15,0
Emzirme ile (yanlış)	6	5,9	10	10,1	9	9,0	25	8,3
Bilmiyorum	3	2,9	8	8,0	17	17,0	28	9,3

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının insan immün yetmezlik virüsünün (HIV) bulaş yolları hakkındaki bilgi düzeyleri incelenmiş olup, genel olarak cinsel ilişki yoluyla bulaş, %92,6 oranıyla en çok doğru bilinen bulaş yolu olarak tespit edilmiş iken ortak kullanılan eşya vasıtasıyla bulaş ise %14,3 oranıyla en çok yanlış bilinen bulaş yolu olarak tespit edilmiştir. Cinsel ilişki yoluyla HIV bulaşının olduğunu doktorların tamamı doğru bilmiştir. Katılımcılar arasında en az doğru bilinen bulaş yolu ise %26,6 oranıyla emzirme yoluyla bulaş olarak tespit edilmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) nasıl bulaşır (n=300)

İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) nasıl bulaşır (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	Göreviniz						Toplam	
	Doktor(n=101)		Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)		Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcısı(n=100)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsel ilişki ile (doğru)	101	100,0	95	95,9	82	82,0	278	92,6
Kan yolu ile (doğru)	99	98,0	81	81,8	66	66,0	246	82,0
Annenin gebeliği sırasında bebeğe (doğru)	86	85,1	51	51,5	23	23,0	160	53,3
Emzirme ile (doğru)	51	50,4	14	14,1	15	15,0	80	26,6
Ortak kullanılan eşya ile (yanlış)	23	22,7	10	10,1	10	10,0	43	14,3
Dokunma/temas yoluyla (yanlış)	10	9,9	4	4,0	5	5,0	19	6,3
Hijyen eksikliği nedeniyle (yanlış)	8	7,9	4	4,0	4	4,0	16	5,3
Hava yolu ile (yanlış)	0	0	4	4,0	6	6,0	10	3,3
Bilmiyorum	0	0	2	2,0	7	7,0	9	3,0

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının suççeğinin bulaş yolları hakkındaki bilgi düzeyleri incelenmiş olup, genel olarak dokunma/temas yoluyla bulaş %63,3 oranıyla en çok doğru bilinen bulaş yolu olarak tespit edilmiş iken emzirme yoluyla bulaş ise %9,3 oranıyla en çok yanlış bilinen bulaş yolu olarak tespit edilmiştir. Dokunma/temas yoluyla bulaşı ise hemşire/sağlık memuru olanlar en yüksek oranda doğru bilmişlerdir (Tablo 19).

Tablo 19. Suççeği nasıl bulaşır (n=300)

Suççeği nasıl bulaşır (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	Göreviniz						Toplam	
	Doktor(n=101)		Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)		Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcısı(n=100)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dokunma/temas yoluyla (doğru)	68	67,3	75	75,7	47	47,0	190	63,3
Hava yolu ile (doğru)	73	72,2	45	45,4	25	25,0	143	47,6
Ortak kullanılan eşya ile (doğru)	37	36,6	51	51,5	27	27,0	115	38,3
Annenin gebeliği sırasında bebeğe (doğru)	35	34,6	15	15,1	5	5,0	55	18,3
Hijyen eksikliği nedeniyle (doğru)	11	10,8	15	15,1	12	12,0	38	12,6
Emzirme ile (yanlış)	12	11,8	7	7,0	9	9,0	28	9,3
Kan yolu ile (yanlış)	8	7,9	8	8,0	6	6,0	22	7,3
Cinsel ilişki ile (yanlış)	6	5,9	8	8,0	4	4,0	18	6,0
Bilmiyorum	4	3,9	1	1,0	25	25,0	30	10

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının kızamığın bulaş yolları hakkındaki bilgi düzeyleri incelenmiş olup, genel olarak dokunma/temas yoluyla bulaş %62,0 oranıyla en çok doğru bilinen bulaş yolu olarak tespit edilmiş iken kan yoluyla bulaş ise %9,0 oranıyla en çok yanlış bilinen bulaş yolu olarak tespit edilmiştir. Katılımcılar arasından, dokunma/temas yoluyla bulaş yolunu en yüksek oranda doktor olanların bildiği tespit edilmişken, kan yoluyla bulaş yolunu ise en yüksek oranda hemşire/sağlık memuru olanların seçtiği tespit edilmiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Kızamık nasıl bulaşır (n=300)

Kızamık nasıl bulaşır (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	Göreviniz						Toplam	
	Doktor(n=101)		Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)		Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcısı(n=100)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dokunma/temas yoluyla (doğru)	70	69,3	66	66,6	50	50,0	186	62,0
Hava yolu ile (doğru)	72	71,2	45	45,4	28	28,0	145	48,3
Ortak kullanılan eşya ile (doğru)	29	28,7	44	44,4	28	28,0	101	33,6
Annenin gebeliği sırasında bebeğe (doğru)	25	24,7	14	14,1	7	7,0	46	15,3
Hijyen eksikliği nedeniyle (doğru)	9	8,9	13	13,1	12	12,0	34	11,3
Kan yolu ile (yanlış)	7	6,9	12	12,1	8	8,0	27	9,0
Emzirme ile (yanlış)	6	5,9	6	6,0	8	8,0	20	6,6
Cinsel ilişki ile (yanlış)	2	1,9	10	10,1	5	5,0	17	5,6
Bilmiyorum	2	1,9	6	6,0	17	17,0	25	8,3

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının şarbonun bulaş yolları hakkındaki bilgi düzeyleri incelenmiş olup, genel olarak dokunma/temas yoluyla bulaş, %54,3 oranıyla en çok doğru bilinen bulaş yolu olarak tespit edilmiş iken ortak kullanılan eşya ile bulaş ise %23,6 oranıyla en çok yanlış bilinen bulaş yolu olarak tespit edilmiştir. Katılımcılar arasından, dokunma/temas yoluyla bulaş yolunu en yüksek oranda doktor olanların bildiği tespit edilmişken, temizlik personeli/hasta bakıcısı olanların ise %36,0'sının şarbonun bulaş yollarını bilmediği belirlenmiştir. Genel olarak katılımcılar tarafından en az oranda doğru bilinen bulaş yolu ise annenin gebeliği sırasında bebeğe bulaş olarak tespit edilmiştir (Tablo 21).

Tablo 21. Şarbon nasıl bulaşır (n=300)

Şarbon nasıl bulaşır (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	Göreviniz						Toplam	
	Doktor(n=101)		Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)		Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcısı(n=100)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dokunma/temas yoluyla (doğru)	69	68,3	57	57,5	37	37,0	163	54,3
Hava yolu ile (doğru)	51	50,4	29	29,2	22	22,0	102	34,0
Kan yolu ile (doğru)	22	21,7	18	18,1	18	18,0	58	19,3
Hijyen eksikliği nedeniyle (doğru)	18	17,8	17	17,1	20	20,0	55	18,3
Annenin gebeliği sırasında bebeğe (doğru)	2	1,9	8	8,0	6	6,0	16	5,3
Ortak kullanılan eşya ile (yanlış)	23	22,7	31	31,3	17	17,0	71	23,6
Cinsel ilişki ile (yanlış)	4	3,9	11	11,1	13	13,0	28	9,3
Emzirme ile (yanlış)	2	1,9	6	5,9	6	6,0	14	4,6
Bilmiyorum	9	8,9	14	14,1	36	36,0	59	19,6

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının Kırım Kongo Kanamalı Ateşinin (KKKA) bulaş yolları hakkındaki bilgi düzeyleri incelenmiş olup, genel olarak kan yoluyla bulaş %57,3 oranıyla en çok doğru bilinen bulaş yolu olarak tespit edilmiş olup hava yoluyla bulaş ise %22,3 oranıyla en çok yanlış bilinen bulaş yolu olarak tespit edilmiştir. Ayrıca temizlik personeli/hasta bakıcısı olanların ise %31,0'inin KKKA'nın bulaş yolları hakkında bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. Genel olarak katılımcıların %18'i KKKA bulaş yolları hakkında herhangi bir fikre sahip olmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 22).

Tablo 22. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi nasıl bulaşır nasıl bulaşır (n=300)

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi nasıl bulaşır (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	Göreviniz						Toplam	
	Doktor(n=101)		Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)		Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcısı(n=100)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kan yolu ile (doğru)	70	69,3	65	65,6	37	37,0	172	57,3
Dokunma/temas yoluyla (doğru)	44	43,5	34	34,3	31	31,0	109	36,3
Ortak kullanılan eşya ile (doğru)	6	5,9	17	17,1	9	9,0	32	10,6
Cinsel ilişki ile (doğru)	9	8,9	14	14,1	8	8,0	31	10,3
Hijyen eksikliği nedeniyle (doğru)	7	6,9	10	10,1	3	3,0	20	6,6
Annenin gebeliği sırasında bebeğe (doğru)	8	7,9	6	6,0	3	3,0	17	5,6
Hava yolu ile (yanlış)	22	21,7	27	27,2	18	18,0	67	22,3
Emzirme ile (yanlış)	4	3,9	8	8,0	6	6,0	18	6,0
Bilmiyorum	8	7,9	15	15,1	31	31,0	54	18

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının pnömoninin bulaş yolları hakkındaki bilgi düzeyleri incelenmiş olup genel olarak, hava/damlacık yoluyla bulaş %81,3 oranıyla en çok doğru bilinen bulaş yolu olarak tespit edilmiştir. Katılımcılar arasından, hava/damlacık yoluyla bulaş yolunu en yüksek oranda (%98,0) doktor olanların bildiği tespit edilmişken, temizlik personeli/hasta bakıcısı olanların ise %22,0'sinin pnömoninin bulaş yollarını bilmediği belirlenmiştir. Ayrıca doktorlar tarafından pnömoninin emzirme (anne sütü vasıtasıyla) ve cinsel ilişki yoluyla bulaşının olmadığı %100 olarak doğru tespit edilmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Pnömoni nasıl bulaşır (n=300)

Pnömoni nasıl bulaşır (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	Göreviniz						Toplam	
	Doktor(n=101)		Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)		Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcısı(n=100)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hava yolu ile (doğru)	99	98,0	84	84,8	61	61,0	244	81,3
Ortak kullanılan eşya ile (doğru)	19	18,8	26	26,6	14	14,0	59	19,6
Dokunma/temas yoluyla (doğru)	16	15,8	19	19,1	14	14,0	49	16,3
Hijyen eksikliği nedeniyle (doğru)	18	17,8	15	15,1	12	12,0	45	15,0
Kan yolu ile (yanlış)	8	7,9	8	8,0	5	5,0	21	7,0
Annenin gebeliği sırasında bebeğe (yanlış)	2	1,9	7	7,0	2	2,0	11	3,6
Cinsel ilişki ile (yanlış)	0	0	4	4,0	6	6,0	10	3,3
Emzirme ile (yanlış)	0	0	4	4,0	3	3,0	7	2,3
Bilmiyorum	2	1,9	9	9,0	22	22,0	33	11,0

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %33,3'ünün herhangi bir bulaşıcı hastalığa sahip hastayla temasının olduğu tespit edildi. Doktorların %35,6'sının bulaşıcı hastalığı olan biriyle teması olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılar arasında bulaşıcı hastalığa sahip hasta veya hasta materyaline temas açısından anlamlı istatistiksel farklılık bulunamamıştır (p>0.05) (Tablo 24).

Tablo 24. Bulaşıcı hastalığı olan bir hasta veya hasta materyaline temas etme oranları arasındaki ilişki (n=300)

Göreviniz	Bulaşıcı hastalığı olanlarla temasınız oldu mu				Toplam	
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%
Doktor	36	35,6	65	64,3	101	33,7
Hemşire/Sağlık Memuru	32	32,3	67	67,6	99	33,0
Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcı	32	32,0	68	68,0	100	33,3
Toplam	100	33,3	200	66,7	300	100,0

Ki-kare; p=0,832

Bulaşıcı hastalığı olan kişilere temas öyküsü olan sağlık çalışanlarında genel olarak en sık riskli temas şekli %45 oranında deriye sıçrama şeklinde olduğu tespit edilmiş olmasına rağmen, katılımcıların riskli temas şekillerine göre aralarında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu durum Tablo 25’de gösterilmiştir.

Tablo 25. Bulaşıcı hastalığı olan kişilere temas öyküsü olan sağlık çalışanlarında, temas türlerinin incelenmesi (n=100)

Temasınız ne şekilde oldu	Göreviniz						Toplam	
	Doktor(n=36)		Hemşire/Sağlık Memuru(n=32)		Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcı(n=32)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Çizik, sıyrık şeklinde	8	22,2	6	18,7	8	25,0	22	22,0
Derin batma şeklinde	9	25,0	6	18,7	4	12,5	19	19,0
Deriye sıçrama şeklinde	15	41,6	17	53,1	13	40,6	45	45,0
Sağlam olmayan cilde bulaş şeklinde	4	11,1	3	9,3	7	21,8	14	14,0

Ki-kare; $p=0,778$

Çalışmamıza göre kendisini bulaşıcı hastalıklar konusunda yeterli gören katılımcıların %76,5’i bulaşıcı hastalığı olan hasta veya hasta materyaline riskli temas sonrası hiçbir şey yapmadığı tespit edilmiştir. Bulaşıcı hastalıklar konusunda kendisini yeterli gören doktorların %77,5’i, hemşire/sağlık memuru olanların %77,1’i yardımcı sağlık personelinin ise %74,4’ü riskli temas sonrası hiçbir koruyucu yöntemle başvurmadığı tespit edilmiştir. Katılımcılar tarafından temas sonrası olası bulaş açısından kan tahlili yapmak ve enfeksiyon birimine başvurmanın ise en az oranda tercih edildiği belirlenmiştir. Buna göre sağlık çalışanları arasında riskli temas sonrası tercih edilen korunma yöntemleri açısından anlamlı istatistiksel farklılık bulunmuştur ($p=0,00$). Ayrıca bulaşıcı hastalıklardan korunmada kendisini yeterli görenlerin, riskli temas sonrası kullandıkları yöntemlerin mesleklerine göre incelenmesine göre ise anlamlı istatistiksel farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Bulaşıcı hastalıklardan korunmada riskli temas sonrası tercih edilen yöntemlerin sağlık çalışanlarının kendilerini yeterli görüp görmeme oranlarıyla ilişkisinin ve yeterli görenlerin mesleklerine göre incelenmesi (n=300)

Bulaş sonrası ne yaptınız	Bulaşıcı hastalıklardan korunmada kendinizi yeterli görüyor musunuz				Toplam(n=300)		Bulaşıcı hastalıklardan korunmada kendisini yeterli görenlerden, riskli temas sonrası kullandıkları yöntemlerin mesleklerine göre incelenmesi						Toplam (n=162)	
	Evet (n=162)		Hayır (n=138)				Doktor (n=58)		Hemşire/sağlık memuru (n=57)		Temizlik görevlisi/hasta bakıcısı (n=47)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Su, sabun ve el dezenfektanı kullanmak	26	16,0	43	31,1	69	23,0	9	15,5	10	17,5	7	14,8	26	16,0
Bulaş açısından kan tahlili yapmak ve enfeksiyon birimine başvurmak	12	7,4	19	13,7	31	10,3	4	6,8	3	5,2	5	10,6	12	7,4
Hiçbir şey yapmam	124	76,5	76	55,0	200	66,6	45	77,5	44	77,1	35	74,4	124	76,5
Ki-kare testi; p=0,00							Ki-kare testi: p>0,05							

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik önlem alma/almama durumları incelenmiş olup, her üç meslek grubunun da bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik yeteri kadar önlem almadığı tespit edilmiştir. Doktorların sadece %26,7'si yeterince önlem aldığını belirtmiştir. Buna göre sağlık çalışanları arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik önlem alma/almama durumlarının karşılaştırılması (n=300)

Göreviniz	Bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik yeterince önlem aldığınızı düşünüyor musunuz				Toplam	
	Evet(n=97)		Hayır(n=203)			
	n	%	n	%	n	%
Doktor	27	26,7	74	73,2	101	33,7
Hemşire/Sağlık Memuru	34	34,3	65	65,6	99	33,0
Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcı	36	36,0	64	64,0	100	33,3
Ki-kare testi; p=0,325						

Çalışmamızda sadece bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik önlem aldığını belirten sağlık çalışanlarının (n=97) temas öncesi ve/veya sonrası ne tür önlemler aldıkları incelenmiş olup, buna göre önlem aldığını belirten sağlık çalışanları içerisinde %98,9 oranıyla en çok eldiven giymenin tercih edildiği tespit edildi. Genel olarak tüm doktorlar arasında %26,7 oranında, tüm hemşire/sağlık memuru olanlar arasında ise %34,3 oranında eldivenin kullanıldığı tespit edilmişken, sadece eldiven kullandığını belirtenler arasında ise bu oran, her iki profesyonel meslek çalışanları arasında (eldiven

giyme oranı) %100 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca en az tercih edilen yöntem ise %35,0 oranıyla gözlük takmak olarak tespit edildi. Bu durum Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28. Bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik önlem alan sağlık çalışanlarının temas öncesi ve/veya sonrası tercih ettikleri yöntemlerin karşılaştırılması (n=97)

Göreviniz	Eldiven kullanmak		Maske takmak		Dezenfektan kullanmak ve/veya el yıkamak		Önlük giymek		Gözlük takmak	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doktor(n=27)	27	100,0	23	85,1	24	88,8	17	62,9	11	40,7
Hemşire/Sağlık Memuru(n=34)	34	100,0	29	85,2	32	94,1	18	52,9	15	44,1
Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcısı(n=36)	35	97,2	20	55,5	25	69,4	16	44,4	8	22,2
Toplam(n=97)	96	98,9	72	74,2	81	83,5	51	52,5	34	35,0

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının aşılar hakkındaki bilgi düzeyleri incelenmiş olup; katılımcılardan doktor olanlar, aşısı olan tüm hastalıkları diğer iki meslek grubundan daha çok sayıda doğru bilmişlerdir. Doktorların %7,9’u HCV’nin aşısının olmadığını bilmemektedir. Ayrıca her üç meslek grubu tarafından en çok doğru bilinen aşı %90,3 oranıyla HBV aşısı olmuştur. Aşısı olmadığı halde en çok yanlış tercih edilen aşı ise %20,3 oranıyla HCV olarak tespit edilmiştir. Şarbon, aşısı olmasına rağmen %6,3 oranıyla tüm katılımcılar arasında en az oranda doğru bilinmiştir. Bu durum Tablo 29’da gösterilmiştir.

Tablo 29. Sağlık çalışanlarının aşısı olan/olmayan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması (n=300)

Aşağıdakilerden hangilerinin aşısı vardır? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)	Göreviniz						Toplam(n=300)	
	Doktor(n=101)		Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)		Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcısı(n=100)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hepatit B aşısı (var)	98	97,0	89	89,8	84	84,0	271	90,3
Tetanos aşısı (var)	95	94,0	89	89,8	81	81,0	265	88,3
Suçiçeği aşısı (var)	90	89,1	80	80,8	63	63,0	233	77,6
Kızamık aşısı (var)	91	90,0	81	81,8	59	59,0	231	77
Hepatit A aşısı (var)	67	66,3	51	51,5	45	45,0	163	54,3
Pnömoni aşısı (var)	63	62,3	39	39,3	21	21,0	123	41
Hepatit C aşısı (yok)	8	7,9	20	20,2	33	33,0	61	20,3
HIV/AIDS aşısı (yok)	2	1,9	9	9,0	15	15,0	26	8,6
Şarbon aşısı (var)	8	7,9	6	6,0	5	5,0	19	6,3
KKKA aşısı (yok)	1	0,9	5	5,0	11	11,0	17	5,6

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, yaptırdıkları aşılar incelendiğinde; toplamda 34 kişinin (%11,3) hiç aşı yaptırmadığı tespit edilmiş olup ayrıca Sağlık Bakanlığı çocukluk dönemi aşı takvimindeki tüm aşıları yapan kişi sayısı ise 43 kişi (%14,3) olarak tespit edilmiştir. Doktor olan sağlık çalışanlarının, sorulan tüm aşı türlerinde diğer iki meslek grubundan daha çok sayıda aşı yaptırdıkları tespit edilmiştir. Temizlik görevlisi/hasta bakıcısı olan sağlık personelleri Sağlık Bakanlığı çocukluk dönemi aşı takvimindeki aşıları en az yaptıran kesim olarak tespit edilmiştir. Ayrıca her üç meslek grubu tarafından %81 oranıyla en çok yaptırılan aşı HBV aşısı olarak tespit edilmiştir (Tablo 30).

Tablo 30. Sağlık çalışanlarının aşı yaptırma oranlarının karşılaştırılması (n=300)

Hangi aşıları yaptırdınız	Göreviniz						Toplam	
	Doktor(n=101)		Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)		Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcısı(n=100)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hepatit B (HBV)	88	87,1	80	80,8	75	75,0	243	81,0
Tetanos-difteri (Td)	63	62,3	60	60,6	47	47,0	170	56,6
Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı (KKK)	44	43,5	30	30,3	24	24,0	98	32,6
Verem (BCG)	44	43,5	19	19,1	12	12,0	75	25,0
Suçiçeği aşısı	28	27,7	12	12,1	15	15,0	55	18,3
Hepatit A (HAV)/	26	25,7	16	16,1	11	11,0	53	17,6
Pnomoni/zatürree aşısı (KPA)	26	25,7	13	13,1	8	8,0	47	15,6
Oral polio aşısı (OPA)/	27	26,7	12	12,1	6	6,0	45	15,0
İnfluenza (grip) aşısı	7	6,9	2	2,0	4	4,0	13	4,3
Çiçek aşısı	1	0,9	1	1,0	0	0	2	0,6
Meningokok aşısı	1	0,9	0	0	0	0	1	0,3
Sağlık Bakanlığı çocukluk dönemi aşı takvimindeki tüm aşıları yaptım	25	24,7	12	12,1	6	6,0	43	14,3
Hiç aşı yaptırmadım	7	6,9	13	13,1	14	14,0	34	11,3

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, herhangi bir aşının tüm dozlarını yapma ve aşının antikor düzeyini kontrol etmeleri konusundaki davranışlarının incelenmesinde; katılımcılar arasında aşılarının dozlarını eksiksiz yapma konusunda; yaş, eğitim durumu, çalıştıkları birim, meslek/görev, görevde çalışma süresi (yıl) ve haftalık çalışma süreleri (saat) açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Herhangi bir aşıyla ilgili kan antikor düzeylerine bakılması açısından eğitim durumunun artması ve görevleri/meslekleri açısından doktor olanlarda aşuların antikor oluşturma cevaplarının daha çok kontrol edildiği tespit edilmiş olup bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 31).

Tablo 31. Sağlık çalışanları arasında herhangi bir aşı türünün tüm dozlarını yaptırma ve aşuların antikor oluşturma düzeylerinin kontrolünü yapanların oranlarının karşılaştırılması (n=300)

Özellikler	Kategoriler	Herhangi bir aşı türünün tüm dozlarını eksiksiz yaptırınız mı				p*	Herhangi bir aşıyla ilgili kan antikor düzeylerine baktırınız mı				p*
		Evet		Hayır			Evet		Hayır		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Yaş	18-25 arası (n=47)	34	72,3	13	27,6	0,469	26	55,3	21	44,6	0,195
	26-30 arası (n=75)	53	70,6	22	29,3		55	73,3	20	26,6	
	31-35 arası (n=106)	86	81,1	20	18,8		71	66,9	35	33,0	
	36-41 arası (n=39)	29	74,3	10	25,6		26	66,6	13	33,3	
	>42 ve üzeri (n=33)	23	69,6	10	30,3		18	54,5	15	45,4	
Eğitim durumu	İlk ve ortaöğretim (n=108)	81	75,0	27	25,0	0,453	59	54,6	49	45,3	0,002
	Ön lisans/lisans (n=85)	60	70,5	25	29,4		54	63,5	31	36,4	
	Yüksek lisans/doktora (n=107)	84	78,5	23	21,4		83	77,5	24	22,4	
Çalıştığınız birim	Dahili birim (n=86)	69	80,2	17	19,7	0,370	59	68,6	27	31,3	0,942
	Cerrahi birim (n=60)	44	73,3	16	26,6		39	65,0	21	35,0	
	Çocuk bölümleri (n=44)	35	79,5	9	20,4		27	61,3	17	38,6	
	Acil/ameliyathane/YBÜ (n=44)	33	75,0	11	25,0		28	63,6	16	36,3	
	Poliklinik ve müdahale odaları (n=66)	44	66,6	22	33,3		43	65,1	23	34,8	
Göreviniz	Doktor (n=101)	81	80,1	20	19,8	0,289	77	76,2	24	23,7	0,002
	Hemşire/sağlık memuru (n=99)	70	70,7	29	29,2		66	66,6	33	33,3	
	Temizlik görevlisi/hasta bakıcısı (n=100)	74	74,0	26	26,0		53	53,0	47	47,0	
Görevde çalışma süreniz (Yıl)	1-5 yıl (n=126)	94	74,6	32	25,3	0,646	81	64,2	45	35,7	0,270
	6-10 yıl (n=90)	69	76,6	21	23,3		66	73,3	24	26,6	
	11-15 yıl (n=42)	34	80,9	8	19,0		26	61,9	15	35,7	
	16-20 yıl (n=27)	18	66,6	9	33,3		14	51,8	13	48,1	
	>21 ve üzeri (n=15)	10	66,6	5	33,3		9	60,0	6	40,0	
Haftalık çalışma süreniz (Saat)	20-29 saat (n=5)	5	100	0	0	0,368	5	100	0	0	0,072
	30-39 saat (n=37)	26	70,2	11	29,7		25	67,5	12	32,4	
	40-49 saat (n=151)	111	73,5	40	26,4		93	61,5	58	38,4	
	50-59 saat (n=24)	21	87,5	3	12,5		12	50,0	12	50,0	
	>60 saat ve üstü (n=83)	62	74,6	21	25,3		61	73,4	22	26,5	

*Ki- kare testi.

Çalışmamızda katılımcıların, sağlık çalışanları için koruyucu hepatit B antikor düzeyi en az kaç $\mu\text{g/ml}$ olmalıdır sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; katılımcıların eğitim seviyesinin artması durumunda, riskli birimler olan dahili birimlerde çalışanlarda, görev olarak daha bilgili olan doktor çalışanlarda, haftalık çalışma süresi (saat) olarak fazla olanlarda hepatit B hakkında bilgi ve buna bağlı olarak koruyucu antikor düzeyi hakkındaki bilgi düzeyi de artmış olarak tespit edilmiş olup bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 32).

Tablo 32. Sağlık çalışanları için koruyucu hepatit B antikor düzeyi hakkındaki bilgi düzeylerinin yaş, eğitim durumu, çalıştıkları birim, görev/meslekleri, görevde çalışma süreleri (yıl), haftalık çalışma süreleriyle (saat) karşılaştırılması (n=300)

Özellikler	Kategoriler	Sağlık çalışanları için Hepatit B antikor düzeyi kaçın üzerinde olması yeterlidir				p*
		≥ 10 IU/ml üzeri olması yeterlidir		Yanlış/eksik cevap verenler		
		n	%	n	%	
Yaş	18-25 arası(n=47)	3	6,3	44	93,6	0,051
	26-30 arası(n=75)	19	25,3	56	74,6	
	31-35 arası(n=106)	26	24,5	80	75,4	
	36-41 arası(n=39)	9	23,0	30	76,9	
	>42 ve üzeri(n=33)	4	12,1	29	87,8	
Eğitim durumu	İlk ve ortaöğretim(n=108)	11	10,1	97	89,8	0,00
	Ön lisans/lisans(n=85)	12	14,1	73	85,8	
	Yüksek lisans/doktora(n=107)	38	35,5	69	64,4	
Çalıştığınız birim	Dahili birim(n=86)	29	33,7	57	66,2	0,002
	Cerrahi birim(n=60)	8	13,3	52	86,6	
	Çocuk bölümleri(n=44)	8	18,1	36	81,8	
	Acil/ameliyathane/YBÜ(n=44)	3	6,8	41	93,1	
	Poliklinik ve müdahale odaları(n=66)	13	19,6	53	80,3	
Göreviniz	Doktor(n=101)	36	35,6	65	64,3	0,00
	Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)	12	12,1	87	87,8	
	Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcısı(n=100)	13	13,0	87	87,0	
Görevde çalışma süreniz (Yıl)	1-5 yıl(n=126)	29	23,0	97	76,9	0,537
	6-10 yıl(n=90)	20	22,2	70	77,7	
	11-15 yıl(n=42)	6	14,2	36	85,7	
	16-20yıl(n=27)	3	11,1	24	88,8	
	>21ve üzeri(n=15)	3	20,0	12	80,0	
Haftalık çalışma süreniz (Saat)	20-29 saat(n=5)	1	20,0	4	80,0	0,006
	30-39 saat(n=37)	7	18,9	30	81,0	
	40-49 saat(n=151)	19	12,5	132	87,4	
	50-59 saat(n=24)	7	29,1	17	70,8	
	>60 saat ve üstü(n=85)	27	31,7	56	65,8	

*Ki- kare testi

Çalışmamızda katılımcıların, hastanede çalıştıkları için kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı yaşama düzeyleri incelendiğinde; yaşa göre en çok kaygıyı %63,2 oranında 31-35 yaş arasında olanların yaşadığı tespit edilmiştir. Eğitim seviyesine göre en çok kaygıyı %68,2 oranında yüksek lisans/doktora mezunu olanların yaşadığı tespit edilmiştir. Çalıştıkları birime göre en çok kaygıyı %79,5 oranında acil / ameliyathane / YBÜ'de çalışanların yaşadığı tespit edilmiştir. Mesleklerine göre en çok kaygıyı %67,3 oranında doktor olanların yaşadığı tespit edilmiştir. Görevde çalışma sürelerine (yıl) göre en çok kaygıyı %73,3 oranında >21 yıl ve üzeri çalışanların yaşadığı tespit edilmiştir. Haftalık çalışma sürelerine (haftalık saat) göre en çok kaygıyı %70,5 oranında haftalık >60 saat ve üzeri çalışanların yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışmamıza göre; katılımcıların eğitim seviyesinin artması durumunda, riskli birimler olan

acil/ameliyathane/YBÜ gibi birimlerde çalışanlarda, görev olarak hastayla daha çok temas halinde olan doktorlarda, haftalık çalışma süresi (saat) olarak daha fazla olanlarda, hastanede çalıştıkları için kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı yaşama düzeyleri artmış olarak tespit edilmiş olup bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer bakılan parametreler açısından anlamlı istatistiksel farklılık bulunmamıştır (Tablo 33).

Tablo 33. Sağlık çalışanlarında, hastanede çalışmalarına bağlı kendilerine hastalık bulaştırma kaygı düzeylerinin yaş, eğitim durumu, çalıştıkları birim, görev/meslekleri, görevde çalışma süreleri (yıl), haftalık çalışma süreleriyle (saat) arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=300)

Özellikler	Kategoriler	Hastanede çalıştığınız için kendinize hastalık bulaştırma kaygısı taşıyor musunuz						p*
		Evet		Kısmen		Hayır		
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-25 arası(n=47)	26	55,3	17	36,1	4	8,5	0,891
	26-30 arası(n=75)	46	61,3	18	24,0	11	14,6	
	31-35 arası(n=106)	67	63,2	29	27,3	10	9,4	
	36-41 arası(n=39)	23	58,9	11	28,2	5	12,8	
	>42 ve üzeri(n=33)	20	60,6	10	30,3	3	9,0	
Eğitim durumu	İlk ve ortaöğretim(n=108)	57	52,7	39	36,1	12	11,1	0,002
	Ön lisans/lisans(n=85)	52	61,1	29	34,1	4	4,7	
	Yüksek lisans/doktora(n=107)	73	68,2	17	15,8	17	15,8	
Çalıştığınız birim	Dahili birim(n=86)	49	56,9	23	26,7	14	16,2	0,010
	Cerrahi birim(n=60)	39	65,0	15	25,0	5	12,8	
	Çocuk bölümleri(n=44)	29	65,9	9	20,4	6	13,6	
	Acil/ameliyathane/YBÜ(n=44)	35	79,5	9	20,4	0	0	
	Poliklinik ve müdahale odaları(n=66)	30	45,4	28	42,4	8	12,1	
Göreviniz	Doktor(n=101)	68	67,3	17	16,8	16	15,8	0,003
	Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)	64	64,6	28	28,2	7	7,0	
	Temizlik görevlisi/hasta bakıcısı(n=100)	50	50,0	40	40,0	10	10,0	
Görevde çalışma süreniz (Yıl)	1-5 yıl(n=126)	77	61,1	34	26,9	15	11,9	0,962
	6-10 yıl(n=90)	51	56,6	28	31,1	11	12,2	
	11-15 yıl(n=42)	27	64,2	12	28,5	3	7,1	
	16-20 yıl(n=27)	16	59,2	8	29,6	3	11,1	
	>21 ve üzeri(n=15)	11	73,3	3	20,0	1	0,6	
Haftalık çalışma süreniz (Saat)	20-29 saat(n=5)	3	60,0	2	40,0	0	0	0,006
	30-39 saat(n=37)	16	43,2	16	43,2	5	13,5	
	40-49 saat(n=151)	92	60,9	48	31,7	11	7,2	
	50-59 saat(n=24)	11	45,8	7	29,1	6	25,0	
	>60 saat ve üstü(n=85)	60	70,5	12	14,1	11	12,9	

*=Ki-kare testi.

Çalışmamızda katılımcıların, hastanede çalıştıkları için ailelerine hastalık bulaştırma kaygısı yaşama düzeyleri incelendiğinde; yaşa göre en çok kaygıyı %57,5 oranında >42 yaş ve üzeri olanların yaşadığı tespit edilmiştir. Eğitim seviyesine göre en çok kaygıyı %57,6 oranında ön lisans/lisans mezunu olanların yaşadığı tespit edilmiştir.

Çalıştıkları birime göre en çok kaygıyı %54,5 oranında acil/ameliyathane/YBÜ'de çalışanların yaşadığı tespit edilmiştir. Mesleklerine göre en çok kaygıyı %55,5 oranında hemşire/sağlık memuru olanların yaşadığı tespit edilmiştir. Görevde çalışma sürelerine (yıl) göre en çok kaygıyı %62,9 oranında 16-20 yıl arası çalışanların yaşadığı tespit edilmiştir. Haftalık çalışma sürelerine (haftalık saat) göre en çok kaygıyı %80,0 oranında haftalık 20-29 saat arası çalışanların yaşadığı tespit edilmiş olup ikinci en yüksek oranda kaygıyı %52,9 oranında 40-49 saat arası çalışanların yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışmamıza göre; çalışanların görevde geçirdikleri süreler (yıl) arttıkça ailelerine hastalık bulaştırma kaygılarında artış tespit edilmiş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer bakılan parametreler açısından anlamlı istatistiksel farklılık bulunmamıştır (Tablo 34).

Tablo 34. Katılımcıların, hastanede çalışmalarına bağlı ailelerine hastalık bulaştırma kaygı düzeylerinin yaş, eğitim durumu, çalıştıkları birim, görev/meslekleri, görevde çalışma süreleri (yıl), haftalık çalışma süreleriyle (saat) arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=300)

Özellikler	Kategoriler	Hastanede çalıştığımız için ailenize hastalık bulaştırma kaygısı taşıyor musunuz						p*
		Evet		Kısmen		Hayır		
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-25 arası(n=47)	22	46,8	18	38,2	7	14,8	0,369
	26-30 arası(n=75)	31	41,3	23	30,6	21	28,0	
	31-35 arası(n=106)	47	44,3	39	36,7	20	18,6	
	36-41 arası(n=39)	20	51,2	15	38,4	4	10,2	
	>42 ve üzeri(n=33)	19	57,5	10	30,3	4	12,1	
Eğitim durumu	İlk ve ortaöğretim(n=108)	50	46,2	40	37,0	18	16,6	0,51
	Ön lisans/lisans(n=85)	49	57,6	25	29,4	11	12,9	
	Yüksek lisans/doktora(n=107)	40	37,3	40	37,3	27	25,2	
Çalıştığımız birim	Dahili birim(n=86)	39	45,3	27	31,3	20	23,2	0,530
	Cerrahi birim(n=60)	29	48,3	21	35,0	10	16,6	
	Çocuk bölümleri(n=44)	21	47,7	15	34,0	8	18,1	
	Acil/ameliyathane/YBÜ(n=44)	24	54,5	17	38,6	3	6,8	
	Poliklinik ve müdahale odaları(n=66)	26	39,3	25	37,8	15	22,7	
Göreviniz	Doktor(n=101)	37	36,6	39	38,6	25	24,7	0,81
	Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)	55	55,5	31	31,3	13	13,1	
	Temizlik görevlisi/hasta bakıcısı(n=100)	47	47,0	35	35,0	18	18,0	
Görevde çalışma süreniz (Yıl)	1-5 yıl(n=126)	46	36,5	48	38,0	32	25,3	0,45
	6-10 yıl(n=90)	43	47,7	31	34,4	16	17,7	
	11-15 yıl(n=42)	24	57,1	16	38,0	2	4,7	
	16-20 yıl(n=27)	17	62,9	6	22,2	4	14,8	
	>21 ve üzeri(n=15)	9	60,0	4	26,6	2	13,3	
Haftalık çalışma süreniz (Saat)	20-29 saat(n=5)	4	80,0	1	20,0	0	0	0,63
	30-39 saat(n=37)	13	35,1	15	40,5	9	24,3	
	40-49 saat(n=151)	80	52,9	51	33,7	20	13,2	
	50-59 saat(n=24)	7	29,1	12	50,0	5	20,8	
	>60 saat ve üstü(n=85)	35	41,1	26	30,5	22	25,8	

*=Ki-kare testi.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının, hastanede görev yapmaları nedeniyle yaşadıkları kaygı sonucu iş değişikliği düşünüp düşünmedikleri incelenmiş olup; katılımcılardan doktor olanların sadece %9,4'ü iş değişikliği düşündüğünü belirtirken, %70'i ise iş değişikliği düşünmediğini belirtmiştir. Hemşire/sağlık memuru olanların ise %33,0'ü iş değişikliği düşündüğünü belirtmiştir. Çalışmamıza göre çalışanların eğitim seviyelerinin artmasıyla daha az oranda iş değişikliği düşündükleri tespit edildi. Haftalık çalışma süresi (saat) olarak daha fazla olan çalışanların daha az oranda iş değişikliği düşündüğü tespit edildi. İşe yeni başlayanların, işinde tecrübeli olanlardan daha az oranda iş değişikliği düşündüğü tespit edilmiş olmakla birlikte emekliliğine yaklaşmış olan >21yıl ve üzeri çalışanların %57,1'i iş değişikliği düşünmediğini belirtmiştir. Çocuk birimleri gibi stresli birimlerde çalışanlar daha çok iş değişikliği düşüncesine sahip olmasına rağmen diğer dahili birimlerde çalışanlar daha az oranda iş değişikliği düşüncesine sahiptir. Çalışmamıza göre haftalık daha çok mesai yapanların, eğitim seviyesi daha yüksek olanların ve meslek olarak doktor olanların işe bağlı kaygı sonucunda iş değişikliği düşüncesine daha az oranda sahip oldukları tespit edildi, bu farklılık istatistiksel olarak her üç grup için anlamlı bulundu ($p<0,05$). Diğer özellikler olan yaş, çalışılan birim ve görevde daha kıdemli olmakla işe bağlı kaygı nedeniyle iş değişikliği isteği arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 35).

Tablo 35. Katılımcıların, hastanede çalışmaya bağlı yaşadıkları kaygı nedeniyle mesleklerini değişme hakkındaki görüşlerinin yaş, eğitim durumu, çalıştıkları birim, görev/meslekleri, görevde çalışma süreleri ile arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=266)

Özellikler	Kategoriler	Hastanede çalışırken yaşadığımız kaygı nedeniyle iş değişikliği düşünüyor musunuz						P*
		Evet		Kısmen		Hayır		
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-25 arası(n=43)	11	25,6	17	39,5	15	34,9	0,456
	26-30 arası(n=64)	16	25,0	15	23,4	33	51,6	
	31-35 arası(n=96)	18	18,8	30	31,2	48	50,0	
	36-41 arası(n=33)	11	33,3	10	30,3	12	36,4	
	>42 ve üzeri(n=30)	9	30,0	8	26,7	13	43,3	
Eğitim durumu	İlk ve ortaöğretim(n=95)	28	29,5	39	41,1	28	29,5	0,000
	Ön lisans/lisans(n=81)	27	33,3	23	28,4	31	38,3	
	Yüksek lisans/doktora(n=90)	10	11,1	18	20,0	62	68,9	
Çalıştığımız birim	Dahili birim(n=72)	17	23,6	15	20,8	40	55,6	0,300
	Cerrahi birim(n=55)	14	25,5	21	38,2	20	36,4	
	Çocuk bölümleri(n=37)	11	29,7	14	37,8	12	32,4	
	Acil/ameliyathane/YBÜ(n=44)	11	25,0	11	25,0	22	50,0	
	Poliklinik ve müdahale odaları(n=58)	12	20,7	19	32,8	27	46,6	
Göreviniz	Doktor(n=85)	8	9,4	17	20,0	60	70,0	0,000
	Hemşire/Sağlık Memuru(n=91)	30	33,0	25	27,5	36	39,6	
	Temizlik görevlisi/hasta bakıcısı(n=90)	27	30,0	38	42,2	25	27,8	
Görevde çalışma süreniz (Yıl)	1-5 yıl(n=111)	23	20,7	32	28,8	56	50,5	0,183
	6-10 yıl(n=79)	15	19,0	27	34,2	37	46,8	
	11-15 yıl(n=38)	14	36,8	11	28,9	13	34,2	
	16-20yıl(n=24)	10	41,7	7	29,2	7	29,2	
	>21ve üzeri(n=14)	3	21,4	3	21,4	8	57,1	
Haftalık çalışma süreniz (Saat)	20-29 saat(n=5)	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0,011
	30-39 saat(n=32)	10	31,2	7	21,9	15	46,9	
	40-49 saat(n=139)	41	29,5	47	33,8	51	36,7	
	50-59 saat(n=19)	2	11,1	8	44,4	8	44,4	
	>60 saat ve üstü(n=72)	10	13,9	16	22,2	46	63,9	

*=Ki-kare testi.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarına, hastanede çalışırken yaşadığımız kaygı nedeniyle işinizden soğudunuz mu sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; doktor olanların sadece %11,7'si işinden soğuduğunu belirtirken, %51,7'si ise işinden soğumadığını belirtmiştir. Hemşire/sağlık memuru olanların ise %35,1'i işinden soğuduğunu belirtmiştir. Çalışmamıza göre çalışanların eğitim seviyelerinin artmasıyla daha az oranda işlerinden soğudukları tespit edildi. Haftalık çalışma süresi (saat) olarak daha fazla olan çalışanların daha az oranda işlerinden soğudukları tespit edildi. İşe yeni başlayanların, işinde tecrübeli olanlardan daha az oranda işinden soğuduğu tespit edilmiş olmakla birlikte emekliliğine yaklaşmış olan >21yıl ve üzeri çalışanların %50,0'si işinden soğumadığını belirtmiştir. Acil/ameliyathane/YBÜ gibi ağır ve stresli

çalışma şartlarına sahip birimlerde çalışanların daha çok işlerinden soğudukları tespit edilmiş olmakla birlikte nispeten daha rahat olan poliklinik ve müdahale odalarında çalışanların işlerinden daha az soğuduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza göre, eğitim seviyesi daha yüksek olan katılımcıların ve meslek olarak doktor olanların işe bağlı kaygı sonucunda işlerinden daha az oranda soğudukları tespit edildi, bu farklılık istatistiksel olarak her iki grup için anlamlı bulundu ($p<0,05$). Katılımcıların diğer özellikleri olan yaş, çalışılan birim, haftalık yapılan mesai ve görevde daha kıdemli olmakla işlerinden soğumaları arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 36).

Tablo 36. Sağlık çalışanlarının, hastanede çalışırken yaşadıkları kaygı nedeniyle işlerinden soğuma durumlarının yaş, eğitim durumu, çalıştıkları birim, görev/meslekleri, görevde çalışma süreleri ile arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=266)

Özellikler	Kategoriler	Hastanede çalışırken yaşadığınız kaygı nedeniyle işinizden soğudunuz mu						p*
		Evet		Kısmen		Hayır		
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-25 arası(n=43)	11	25,5	16	37,2	16	37,2	0,621
	26-30 arası(n=64)	19	29,6	19	29,6	26	40,6	
	31-35 arası(n=96)	18	18,7	41	42,7	37	38,5	
	36-41 arası(n=33)	9	27,2	9	27,2	15	45,4	
	>42 ve üzeri(n=30)	8	26,6	8	26,6	14	46,6	
Eğitim durumu	İlk ve ortaöğretim(n=95)	29	30,5	35	36,8	31	32,6	0,019
	Ön lisans/lisans(n=81)	24	29,6	27	33,3	30	37,0	
	Yüksek lisans/doktora(n=90)	12	13,3	31	34,4	47	52,2	
Çalıştığımız birim	Dahili birim(n=72)	14	19,4	27	37,5	31	43,0	0,827
	Cerrahi birim(n=55)	16	29,0	21	38,1	18	32,7	
	Çocuk bölümleri(n=37)	9	24,3	14	37,8	14	37,8	
	Acil/ameliyathane/YBÜ(n=44)	13	29,5	13	29,5	18	40,9	
	Poliklinik ve müdahale odaları(n=58)	13	22,4	18	31,0	27	46,5	
Göreviniz	Doktor(n=85)	10	11,7	31	36,4	44	51,7	0,003
	Hemşire/Sağlık Memuru(n=91)	32	35,1	25	27,4	34	37,3	
	Temizlik görevlisi/hasta bakıcısı(n=90)	23	25,5	37	41,1	30	33,3	
Görevde çalışma süreniz (Yıl)	1-5 yıl(n=111)	24	21,6	39	35,1	48	43,2	0,773
	6-10 yıl(n=79)	17	21,5	31	39,2	31	39,2	
	11-15 yıl(n=38)	13	34,2	12	31,5	13	34,2	
	16-20 yıl(n=24)	8	33,3	7	29,1	9	37,5	
	>21 ve üzeri(n=14)	3	21,4	4	28,5	7	50,0	
Haftalık çalışma süreniz (Saat)	20-29 saat(n=5)	1	20,0	2	40,0	2	40,0	0,670
	30-39 saat(n=32)	11	34,3	11	34,3	10	31,2	
	40-49 saat(n=139)	37	26,6	46	33,0	56	40,2	
	50-59 saat(n=19)	4	21,0	8	42,1	6	31,5	
	>60 saat ve üstü(n=72)	12	16,6	26	36,1	34	47,2	

*=Ki-kare testi.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarına, geçmişte yaptığımız bir işlem nedeniyle bir hastadan diğerine istemeyerek hastalık bulaştırmış olma ihtimaliniz var mı sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; tüm katılımcılar arasında toplamda 10 kişinin (%3,3) soruya evet olarak cevap verdiği tespit edilmiştir. Hayır cevabını verenler ise toplamda 142 kişi (%47,3) olarak tespit edilmiş olup ayrıca tüm katılımcılar içerisinde olabilir veya bilmiyorum diyenlerin oranı ise %49,3 olarak tespit edilmiştir. Doktorların %44,5'inin soruya hayır cevabını verdiği belirlenmişken, hemşire/sağlık memuru olanların ise %55,5'i hayır demişlerdir. Doktorların %51,3'ünün verdiği yanıtta emin olamaması, meslekleri gereği hastayla teşhis, tanı ve tedavi sürecinde daha fazla temas halinde olmalarıyla açıklana bilinir. Sonuç olarak birinden diğerine hastalık bulaştırma ihtimali açısından hastayla daha çok temas halinde olan meslek grupları arasında anlamlı istatistiksel farklılık mevcuttur ($p<0,05$) (Tablo 37).

Tablo 37. Geçmişte yaptıkları işlemler nedeniyle sağlık çalışanlarının, bir hastadan diğerine hastalık bulaştırmış olma ihtimallerinin incelenmesi (n=300)

Göreviniz	Geçmişte sizin yaptığımız bir işlem nedeniyle bir hastadan diğerine hastalık bulaştırmış olma ihtimaliniz var mı								Toplam	
	Evet		Olabilir		Bilmiyorum		Hayır		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Doktor(n=101)	4	3,9	31	30,6	21	20,7	45	44,5	101	33,6
Hemşire/Sağlık Memuru(n=99)	5	5,0	18	18,1	21	21,2	55	55,5	99	33
Temizlik Görevlisi/Hasta Bakıcısı(n=100)	1	1,0	19	19,0	38	38,0	42	42,0	100	33,3
Toplam	10	3,3	68	22,6	80	26,6	142	47,3	300	100

Ki-kare testi; $p=0,012$

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, işe bağlı gerginlik ölçeğinden (İBGÖ) aldıkları puanların; cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, görevde çalışma süreleri (yıl), haftalık çalışma süresi (saat) ve meslek/görevlerine göre karşılaştırılması yapıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Fakat grupların kendi içlerinde yapılan Duncan homojen alt küme inceleme testinde; meslek olarak doktorların temizlik görevlisi/hasta bakıcısı olanlardan daha çok İBGÖ'den puan aldıkları yani daha çok işe bağlı gerginliğe maruz kaldıkları tespit edilmiş olup istatistiksel olarak da anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 38).

Tablo 38. Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, görevde çalışma süreleri (yıl), haftalık çalışma süresi (saat) ve meslek/görevlerine göre İBGÖ'den aldıkları puan ortalamalarının incelenmesi (n=300)

Özellikler	n	İBGÖ			P*
		Ortalama	Std. sapma	Min/Max	
Cinsiyet					
Erkek	169	41,22	7,54	21/60	0,573
Kadın	131	41,71	7,45	23/64	
Medeni durum					
Bekar	120	41,25	7,91	23/64	0,732
Evli	180	41,56	7,21	21/60	
Yaş					
18-25 arası	47	40,23	6,74	25/50	0,258
26-29 arası	75	40,72	7,24	23/54	
30-35 arası	106	42,59	8,15	21/64	
36-41 arası	39	42,02	8,62	30/60	
>42 yaş ve üzeri	33	40,39	7,62	27/57	
Eğitim durumu					
İlk ve orta öğretim	108	40,82	7,24	21/59	0,289
Ön lisans/lisans	85	41,08	7,00	25/53	
Yüksek lisans/doktora	107	42,34	8,06	23/64	
Görevde çalışma süreleri (yıl)					
1-5 yıl	126	40,88	7,18	23/64	0,273
6-10 yıl	90	41,55	7,70	21/59	
11-15 yıl	42	43,30	8,08	30/60	
16-20 yıl	27	42,11	7,15	30/57	
>21 yıl ve üzeri	15	39,00	7,29	27/52	
Haftalık çalışma süresi (saat)					
20-29 saat	5	40,00	6,67	29/46	0,58
30-39 saat	37	40,51	8,44	25/58	
40-49 saat	151	40,49	6,86	21/59	
50-59 saat	24	42,58	4,95	34/53	
>60 saat ve üzeri	83	43,33	8,47	23/64	
Meslek/görev					
Doktor	101	42,53	7,98	23/64	0,75
Hemşire/sağlık memuru	99	41,62	7,27	23/58	
Temizlik görevlisi/hasta bakıcısı	100	40,15	7,06	21/59	

*Tek yönlü varyans analizi ve Duncan, İBGÖ: İşe bağlı gerginlik ölçeği.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, çalıştıkları klinik/birime göre İBGÖ'den aldıkları puanlar arasında anlamlı istatistiksel farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Çalıştıkları birime göre İBGÖ'den en yüksek puanı alan kliniğin tespitine yönelik tek yönlü varyans analizi testi kullanılmış olup teste göre gruplar homojen dağılmadığı için post hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Games- Howell ile yapılan incelemede İBGÖ'den en yüksek ortalama puanı çocuk kliniklerinde çalışanların aldığı en düşük ortalama puanı da poliklinik ve müdahale odalarında çalışanların aldığı tespit edilmiştir. Böylece çocuk kliniklerinde çalışanların daha çok işe bağlı gerginliğe maruz

kaldıkları tespit edilmiş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 39).

Tablo 39. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, çalıştıkları klinik/birime göre İBGÖ'den aldıkları puanların incelenmesi (n=300)

Özellikler	n	İBGÖ			P*
		Ortalama	Std. sapma	Min/Max	
Çalıştığımız klinik					
Dahili klinik	86	41,67	7,61	23/64	0,017
Cerrahi klinik	60	41,66	6,19	29/56	
Çocuk klinikleri	44	44,25	9,85	23/60	
Acil servis/YBÜ/ameliyathane	44	41,11	6,11	30/53	
Poliklinik ve müdahale odaları	66	39,27	6,93	21/52	

*Tek yönlü varyans analizi ve Games- Howell, İBGÖ: İşe bağlı gerginlik ölçeği.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, hastanede çalıştıkları için ailelerine ve kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı yaşayıp yaşamadıklarına göre İBGÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 40). Bir diğer özellik olan; bu kaygı nedeniyle çalışanların işlerinden soğuma veya işlerini değiştirmeyi düşünüp düşünmediklerine göre İBGÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 40). Bir başka özellik olan geçmişte çalışanların bilmeyerek yaptıkları bir işlem/hata nedeniyle bir hastadan diğerine hastalık bulaştırmış olma ihtimallerine göre İBGÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu konuda birinden diğerine hastalık bulaştırmış olma ihtimalini olabilir veya evet olarak yanıtlayanların İBGÖ'den aldıkları puan ortalamaları hayır olarak yanıtlayanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 40).

Tablo 40. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, hastanede çalıştıkları için ailelerine veya kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı taşıyıp taşımadıkları, bu kaygıyı yaşıyorsa bu nedenle işlerinden soğuma veya iş değişikliği düşünüp düşünmedikleri ve geçmişte yaptıkları herhangi bir işlem nedeniyle hastalar arası bulaşa sebep olup olmadıklarına göre İBGÖ'den aldıkları puanların incelenmesi

Özellikler	n	İBGÖ			P*
		Ortalama	Std. sapma	Min/Max	
Hastanede çalıştığınız için ailenize hastalık bulaştırma kaygısı taşıyor musunuz (n=300)					
Evet	139	42,71	6,81	29/60	0,001
Kısmen	105	41,49	7,18	25/59	
Hayır	56	38,16	8,72	21/64	
Hastanede çalıştığınız için kendinize hastalık bulaşma kaygısı taşıyor musunuz (n=300)					
Evet	182	42,27	7,14	28/60	0,012
Kısmen	85	40,90	7,76	21/64	
Hayır	33	38,21	7,88	23/56	
Bu kaygı nedeniyle işinizi değiştirmeyi düşündünüz mü (n=266)					
Evet	65	43,07	6,98	28/60	0,013
Kısmen	80	43,08	6,66	29/59	
Hayır	121	41,87	7,75	21/64	
Bu kaygı nedeniyle işinizden soğudunuz mu (n=266)					
Evet	65	43,70	6,95	30/60	0,001
Kısmen	93	42,93	6,60	28/59	
Hayır	108	39,86	7,75	21/64	
Geçmişte sizin yaptığınız bir işlem nedeniyle bir hastadan diğerine hastalık bulaştırmış olma ihtimaliniz var mı (n=300)					
Evet	10	44,60	8,85	29/60	0,000
Olabilir	68	43,97	7,26	32/64	
Hayır	142	39,50	7,26	21/58	
Bilmiyorum	80	42,32	7,09	25/57	

*Tek yönlü varyans analizi ve Duncan, İBGÖ: İşe bağlı gerginlik ölçeği.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, yetişkin sağlık okuryazarlık ölçeğinden (YSOÖ) aldıkları puanların; cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, görevde çalışma süreleri (yıl), haftalık çalışma süresi (saat), meslek/görevlerine ve çalıştıkları birimlere göre karşılaştırılması yapıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak cinsiyet ve medeni durumları bakımından anlamlı farklılık saptanmamakla beraber ($p>0.05$), diğer özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 41). Eğitim durumlarına göre yüksek lisans/doktora mezunu olanlarda, görevde çalışma süresi (yıl)'ne göre 1-5 yıl arası çalışanlarda, haftalık çalışma süresi

(saat)'ne göre haftalık 60 saat ve üzeri çalışanlarda, meslek/görevlerine göre doktor olanlarda YSOÖ'den aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek tespit olduğu edilmiş olup gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 41). Çalıştıkları birime göre servisi olmayan biraz daha rahat birimlerde çalışanların ise YSOÖ'den aldıkları puanlarda düşüş tespit edilmiş olup gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 41).

Tablo 41. Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, görevde çalışma süreleri (yıl), haftalık çalışma süresi (saat), meslek/görevleri ve çalıştıkları birime göre YSOÖ'den aldıkları puan ortalamalarının incelenmesi (n=300)

Özellikler	n	YSOÖ			P*
		Ortalama	Std. sapma	Min/Max	
Cinsiyet					
Erkek	169	15,44	3,88	6/23	0,473
Kadın	131	15,76	3,57	3/22	
Medeni durum					
Bekar	120	120	15,86	3/23	0,292
Evli	180	180	15,40	6/22	
Yaş					
18-25 arası	47	15,63	3,21	10/21	0,024
26-29 arası	75	15,88	4,27	3/23	
30-35 arası	106	16,04	3,71	7/22	
36-41 arası	39	15,35	3,24	8/22	
>42 yaş ve üzeri	33	13,63	3,40	3/23	
Eğitim durumu					
İlk ve orta öğretim	108	13,29	3,13	6/20	0,00
Ön lisans/lisans	85	15,49	3,57	3/22	
Yüksek lisans/doktora	107	17,97	2,93	10/23	
Görevde çalışma süreleri (yıl)					
1-5 yıl	126	16,52	3,58	8/23	0,005
6-10 yıl	90	15,17	3,81	3/22	
11-15 yıl	42	14,66	3,73	7/22	
16-20 yıl	27	14,59	3,52	8/20	
>21 yıl ve üzeri	15	14,53	3,81	7/20	
Haftalık çalışma süresi (saat)					
20-29 saat	5	13,40	2,40	10/16	0,00
30-39 saat	37	15,70	4,10	3/22	
40-49 saat	151	14,80	3,69	6/55	
50-59 saat	24	15,87	3,57	9/22	
>60 saat ve üzeri	83	17,01	3,39	7/23	
Meslek/görev					
Doktor	101	17,88	3,12	8/23	0,00
Hemşire/sağlık memuru	99	16,12	2,94	7/22	
Temizlik görevlisi/hasta bakıcısı	100	12,74	3,18	3/20	
Çalıştığınız klinik					
Dahili klinik	86	16,05	3,63	7/22	0,011
Cerrahi klinik	60	16,08	3,72	7/22	
Çocuk klinikleri	44	16,40	3,10	9/22	
Acil servis	44	15,06	3,87	6/23	
Poliklinik ve müdahale odaları	66	14,31	3,97	3/22	

*Tek yönlü varyans analizi ve Duncan, YSOÖ: yetişkin sağlık okuryazarlık ölçeği.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarına yöneltilen, bulaşıcı hastalıklardan korunmada kendinizi yeterli buluyor musunuz, mikroorganizmaların kendileri veya çıkardıkları ürünlerin zararsız hale getirilerek canlı vücuduna verilmesine ne denir, bulaşıcı hastalık geçiren kişinin tecrit edilmesi gerekiyor mu, aşılama takvimindeki aşuların tüm dozlarını yaptırdınız mı, bu aşularla ilgili antikor düzeylerinize baktırdınız mı ve sağlık çalışanları için Hepatit B (HBV) antikor düzeyi kaçın üzerinde olması yeterlidir sorularına verilen yanıtlara göre karşılaştırılma yapıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Grupların kendi içlerinde yapılan Duncan homojen alt küme inceleme testinde; bulaşıcı hastalıklardan korunmada kendinizi yeterli görüyor musunuz sorusuna evet yanıtını verenlerin çoğunlukta yer aldığı ve YSOÖ'den daha çok puan aldıkları tespit edildi, mikro organizmaların kendileri veya çıkardıkları ürünlerin zararsız hale getirilerek canlı vücuduna verilmesine ne denir sorusuna aşı cevabını verenlerin daha çok YSOÖ'den puan aldıkları tespit edildi, bulaşıcı hastalık geçiren kişilerin tecrit edilmesi gerekiyor mu sorusuna doğru cevap olan bazı hastalıklarda cevabını verenlerin daha çok YSOÖ'den puan aldıkları tespit edildi, aşılama takvimindeki aşuların tüm dozlarını yaptırdınız mı sorusuna evet yanıtını verenlerin daha çok YSOÖ'den puan almış olduğu tespit edildi, bu aşularla ilgili antikor düzeylerinize baktırdınız mı sorusuna evet diyenlerin daha çok YSOÖ'den puan aldıkları tespit edildi, sağlık çalışanları için Hepatit B (HBV) antikor düzeyi kaçın üzerinde olması yeterlidir sorusuna doğru cevap verenlerin daha çok YSOÖ'den puan aldıkları tespit edildi, tüm bu parametreler bakımından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık tespit edilmiş ($p<0.05$) olup bu durum Tablo 42'de gösterilmiştir.

Tablo 42. Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklardan korunmada kendilerini yeterli bulup bulmama, aşılama düzeyi, tecrit tanımı, aşılarda antikor düzeyleri, bu aşılarda ilgili koruyucu antikor düzeyleri hakkındaki bilgi düzeyleri ve sağlık çalışanları için koruyucu Hepatit B (HBV) antikor düzeyi hakkındaki bilgi düzeyleriyle YSOÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=300)

	n	YSOÖ			P*
		Ortalama	Std. sapma	Min/Max	
Bulaşıcı hastalıklardan korunma konusunda kendinizi yeterli buluyor musunuz					
Evet	162	16,12	3,65	3/23	0,007
Hayır	138	14,95	3,77	7/22	
Mikroorganizmaların kendileri veya çıkardıkları ürünlerin zararsız hale getirilerek canlı vücuduna verilmesine ne denir					
Serum	25	12,48	2,93	7/20	0,00
Aşı	250	16,28	3,41	7/23	
Antibiyotik	25	11,68	3,84	3/20	
Bulaşıcı hastalık geçiren kişinin tecrit edilmesi gerekiyor mu					
Evet	79	14,45	3,54	6/21	0,001
Bazı hastalıklarda	204	16,14	3,67	7/23	
Hayır	17	14,11	4,16	3/19	
Bu aşılarda tüm dozlarınızı yaptırdınız mı					
Evet	225	15,94	3,65	6/23	0,004
Hayır	75	14,52	3,84	3/22	
Bu aşılarda ilgili antikor düzeylerinize baktırdınız mı					
Evet	196	16,36	3,48	6/23	0,00
Hayır	104	14,12	3,81	3/22	
Sağlık çalışanları için Hepatit B antikor düzeyi kaçın üzerinde olması yeterlidir					
Bilmiyorum	239	15,30	3,80	3/22	0,009
Doğru cevap verenler(>100iu/ml)	61	16,70	3,30	8/22	

*Tek yönlü varyans analizi ve Duncan, YSOÖ: yetişkin sağlık okuryazarlık ölçeği.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, hastanede çalıştıkları için ailelerine veya kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı taşıyıp taşımadıkları, bu kaygıyı yaşıyorsa bu nedenle işlerinden soğuma veya iş değişikliği düşünüp düşünmedikleri ve geçmişte yaptıkları herhangi bir işlem/hata nedeniyle hastalar arası bulaşa sebep olup olmadıklarına göre YSOÖ'den aldıkları puanların karşılaştırılmasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak hastanede çalıştıkları için ailelerine veya kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı taşıyıp taşımadıkları durumları bakımından anlamlı farklılık saptanmamakla beraber ($p>0.05$), diğer özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Meslekleri ve hastane ortamı kökenli kaygı nedeniyle çalışanlardan iş değiştirmeyi kısmen veya tamamen düşünenlerin ve işinden kısmen veya tamamen soğuduğunu belirtenlerin YSOÖ'den aldıkları puan ortalamaları işinden soğumadığını veya işini değiştirmeyi düşünmediğini belirtenlerden anlamlı olarak daha

düşük bulunmuştur. Tüm bu parametreler bakımından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık tespit edilmiş ($p<0.05$) olup bu durum Tablo 43'te gösterilmiştir. Bir başka özellik olan geçmişte çalışanların bilmeyerek yaptıkları bir işlem/hata nedeniyle bir hastadan diğerine hastalık bulaştırmış olma ihtimalini hayır olarak yanıtlayanların YSOÖ'den aldıkları puan ortalamaları evet olarak yanıtlayanlardan daha yüksek bulunmuş olup, LSD homojen alt küme inceleme testinde hayır olarak yanıt verenlerin YSOÖ'den aldıkları puanların bilmiyorum diyenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup istatistiksel olarak da gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu durum Tablo 43'te gösterilmiştir.

Tablo 43. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının, hastanede çalıştıkları için ailelerine veya kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı taşıyıp taşımadıkları, bu kaygıyı yaşıyorsa bu nedenle işlerinden soğuma veya iş değişikliği düşünüp düşünmedikleri ve geçmişte yaptıkları herhangi bir işlem nedeniyle hastalar arası bulaşa sebep olup olmadıklarına göre YSOÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=300)

Özellikler	n	YSOÖ			P*
		Ortalama	Std. sapma	Min/Max	
Hastanede çalıştığınız için ailenize hastalık bulaştırma kaygısı taşıyor musunuz (n=300)					
Evet	139	15,28	3,57	7/22	0,386
Kısmen	105	15,73	3,78	6/23	
Hayır	56	16,05	4,09	3/22	
Hastanede çalıştığınız için kendinize hastalık bulaşma kaygısı taşıyor musunuz (n=300)					
Evet	182	15,82	3,60	7/23	0,087
Kısmen	85	14,84	3,68	6/22	
Hayır	33	16,18	4,46	3/22	
Bu kaygı nedeniyle işinizi değiştirmeyi düşündünüz mü (n=266)					
Evet	65	14,69	3,44	7/22	0,00
Kısmen	80	14,35	3,70	6/22	
Hayır	121	16,72	3,38	7/23	
Bu kaygı nedeniyle işinizden soğudunuz mu (n=266)					
Evet	65	14,53	3,63	7/22	0,002
Kısmen	93	15,11	3,84	6/22	
Hayır	108	16,44	3,31	8/23	
Geçmişte sizin yaptığınız bir işlem nedeniyle bir hastadan diğerine hastalık bulaştırmış olma ihtimaliniz var mı (n=300)					
Evet	10	14,60	3,33	9/19	0,023
Olabilir	68	15,58	3,97	6/22	
Hayır	142	16,19	3,47	7/23	
Bilmiyorum	80	14,63	3,91	3/22	

*Tek yönlü varyans analizi; LSD ve Duncan, YSOÖ: yetişkin sağlık okuryazarlık ölçeği.

5. TARTIŞMA

Hastane çalışanlarında işe bağlı gerginlik ve sağlık okuryazarlığı ile bulaşıcı hastalıklara yaklaşım arasındaki ilişkinin incelenmesi ve sosyo-demografik, meslek ve çalışma birimi özelliklerine göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğine yanıt aranan bu çalışmada elde edilen bulgular ile bu alanlarda yapılan çalışmalar birlikte değerlendirilmiştir.

5.1. Çalışmaya Katılanların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Ertem'in 2019 yılında Ankara'da yaptığı sağlık okuryazarlığının (SOY) sağlık davranışlarıyla ilişkisi (sağlık teknikerliği öğrencileri üzerine bir araştırma) çalışmasında 108 (%25,7) erkek, 312 (%74,2) kadın katılımcı bulunmaktadır[101]. Dinçer ve ark. 2016 yılında Konya'da yaptığı Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi çalışmasında 101 (%38,8) erkek, 159 (%61,2) kadın katılımcı bulunmaktadır[102]. Bizim çalışmamızda ise literatürden farklı olarak erkek katılımcı oranı daha yüksek bulunmuş olup bu farklılığın sebebi olarak hastanemizin Türkiye'nin en doğusunda yer alması ve güvenlik sebebiyle başka şehirlerden daha az sayıda kadın doktor tarafından tercih edilmesi ve çalışmamıza katılan temizlik görevlisi/hasta bakıcıların da çoğunlukla yerel halktan oluşması nedeniyle bölgede kadınların iş hayatına katılımlarının azınlıkta olmasıyla alakalı olabilir.

Özdemir'in 2018 yılında Kahramanmaraş'ta yaptığı aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların SOY düzeylerinin belirlenmesi; Kahramanmaraş ili örneği çalışmasında 325 kişi (%77,2) evli, 87 kişi (%20,7) bekar ve 9 kişi (%2,1) boşanmış/dul olarak tespit edilmiştir[103]. Güven'in 2016 yılında Düzce'de yaptığı SOY'u etkileyen faktörler ve SOY ile hasta güvenliği ilişkisi çalışmasında katılımcıların 298'i (%78,4) evli, 82'si (%21,6) bekar olarak tespit edilmiştir[104]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak evli sayısı bekar olanlardan daha yüksek bulunmuştur (%60,0).

Nesari ve ark. 2018 yılında İran'da yaptıkları lisanslı hemşirelerin SOY konusundaki bilgi ve deneyimleri hakkında yaptıkları çalışmada 26-35 yaş arası 93 kişi (%48,9) ile en çok katılımcının olduğu yaş aralığıdır[105]. Bobko ve ark. 2000 yılında

Ukrayna'da yaptıkları Ukrayna sağlık bakım çalışanlarının çalışma yeteneği, yaş ve algıları ve ilgili diğer endişeleri hakkında yaptıkları çalışmada toplam 250 sağlık profesyonelleri değerlendirilmiş olup, çalışmaya katılanların yaş ortalaması 32,5 yaş olarak tespit edilmiştir[106]. Bizim alışmamızda da çalışanların yaş ortalamaları literatürle uyumlu olarak tespit edilmiştir.

Bizim alışmamızda katılımcıların eğitim durumları irdelenmiş olup, doktora mezunu kişi sayısı 101 (%33,7) olarak tespit edilmiş olmakla beraber okuma yazma bilmeyenler hiç tespit edilmemiş olup bu farklılığın çalıştığımız evrenin çoğunluğunun profesyonel sağlık çalışanlarından oluşmasından kaynaklanıyor olabilir. Yapılan literatür incelemesinde sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleriyle SOY düzeyleri arasında yapılan herhangi başka çalışmaya rastlanmamış olup bizim çalışmamız bu konuda ilk olma özelliğini taşıyor olabilir.

Nesari ve ark. 2018 yılında İran'da yaptıkları lisanslı hemşirelerin SOY konusundaki bilgi ve deneyimleri hakkında yaptıkları çalışmada %67,9 oranında 10 yıl ve daha az mesleki tecrübeye sahip katılımcılar en büyük çoğunluğa sahiptir[105]. Urbanetto ve ark. 2012 yılında Brezilya'da yaptıkları hemşirelik alışanlarında talep kontrol modeli ve minör psişik bozukluklara göre işle ilgili stres hakkında yaptıkları çalışmada %70,0 oranında 7 yıl ve daha az mesleki tecrübeye sahip katılımcılar en büyük çoğunluğa sahiptir[107]. Bizim alışmamızda da literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiş olup mesleğinde 10 yıldan daha az tecrübeye sahip olanlar %72 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda büyük oranda mesleğe yeni başlayan katılımcıların olması, yaşadığımız bölgenin genellikle sağlık çalışanlarının ilk görev yeri olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Kopuz'un 2013 yılında İstanbul'da yaptığı hemşirelerin işe bağlı gerginlik düzeyinin belirlenmesi ve stresle baş etme tutumlarının incelenmesi: özel bir hastane örneği çalışmasında katılımcıların %95,1'nin haftalık ortalama 41-60 saat arası çalıştığı tespit edilmiştir[108]. Balçık'ın 2013 yılında İstanbul'da yaptığı hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı ve işe bağlı gerginlik düzeyleri çalışmasında katılımcıların %58,1'i haftalık 41 saat ve üzeri çalıştıkları tespit edilmiştir[109]. Bizim alışmamızda da literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiş olup katılımcıların %50,3'ünün haftalık ortalama 40-50 saat arası çalıştığı tespit edilmiştir. Bu durum hastanemizde doktor

dışındaki sağlık çalışanlarının çoğu nöbet ertesi izin kullandığı için haftalık çalışma sürelerinin 50 saati toplamda aşmadığından kaynaklanıyor olabilir.

Urbanetto ve ark. 2012 yılında Brezilya'da yaptıkları hemşirelik çalışanlarında talep kontrol modeli ve minör psişik bozukluklara göre işle ilgili stres hakkında yaptıkları çalışmada katılımcıların %45,7'sinin yataklı servislerde çalıştıkları tespit edilmiştir[107]. Balçık'ın 2013 yılında İstanbul'da yaptığı hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı ve işe bağlı gerginlik düzeyleri çalışmasında katılımcıların %29,3'ünün cerrahi birimlerde çalıştıkları tespit edilmiştir[109]. Kopuz'un 2013 yılında İstanbul'da yaptığı hemşirelerin işe bağlı gerginlik düzeyinin belirlenmesi ve stresle baş etme tutumlarının incelenmesi: özel bir hastane örneği çalışmasında katılımcıların %32,9'unun yataklı servislerde çalıştıkları tespit edilmiştir[108]. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %28,7'sinin dahili kliniklerde çalıştığı tespit edilmiştir olup diğer çalışmaların bulgularımızla değişkenlik göstermesi, çalışma grubumuzun üniversite hastanesi personeli olması ve asistan doktorları da kapsaması ve/veya diğer çalışmaların farklı branş hastanelerinde özellikle de hemşireler üzerinde yapılmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamız her üç meslek grubundan yaklaşık olarak benzer sayıda katılımcı seçilerek yapıldığından, çalıştığınız birimdeki göreviniz nedir sorusuna verilen yanıtlar yaklaşık olarak aynı miktarda ölçülmüştür. Bu nedenle çalışanların mesleklerine göre dağılımlarının literatürle arasındaki ilişkiye bakılma gereği duyulmamıştır.

5.2. Çalışmaya Katılanların Bulaşıcı Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Tartışılması

Literatür incelenmiş ve sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklardan korunma konusunda kendilerini yeterli bulup bulmadıklarının sorgulandığı bir çalışma bulunamamıştır. Çalışmamıza katılan ve bulaşıcı hastalıklardan korunma konusunda kendilerini yeterli bulan sağlık çalışanlarının oranı %54,0 olarak tespit edilmiş olup meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla beraber en yüksek oranda hemşire/sağlık memuru olanların %57,5 oranıyla ilk sırada yer aldıkları belirlenmiştir. Bulaşıcı hastalıklardan korunma konusunda hemşire/sağlık memuru

olanların kendilerini daha bilgili görmeleri daha çok hizmet içi eğitim aldıkları için olabilir.

Deniz'in 2018 yılında Eskişehir'de yaptığı gebelerin çocukluk çağı aşılarna karşı bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi çalışmasında aşılarna ilgili bilgi düzeyleri yüksek lisans mezunlarında %40,0 ile en yüksek oranda bulunmuştur[110]. Literatür incelenmiş ve başka çalışmaya rastlanmış olup bizim çalışmamızda da mikroorganizmaların kendilerinin veya çıkardıkları ürünlerin zararsız hale getirilerek canlı vücuduna verilmesi nedir sorusuna doğru cevap olan aşı cevabını katılımcıların %83,3'ü doğru cevaplamıştır ayrıca katılımcıların eğitim durumu arttıkça verdikleri doğru cevap oranının da arttığı tespit edilmiştir, bu durum tanım içeren bilgi ağırlıklı soruların eğitim seviyesi yüksek olanlarda daha fazla bilinmesiyle alakalı olabilir.

Çubukçu'nun 2018 yılında Ankara'da yaptığı tıp fakültesi 2017-2018 öğretim yılı dönem 3 ve dönem 6 öğrencilerinin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklara (BZBH) ilişkin bilgi düzeylerinin ve görüşlerinin değerlendirilmesi çalışmasında katılımcıların birden fazla seçeneği işaretlemesine olanak sağlayan soruya verdikleri cevaplara göre katılımcıların %89,5'inin BZBH bildiriminden sorumlu kişinin hekimler olduğu tespit edilmiştir[111]. Alışkın ve ark. 2014 yılında Hatay'da yaptıkları Antakya'da BZBH'ların bildirim durumu ve hekimlerin bilgi, tutum ve davranışları çalışmasında katılımcıların birden fazla seçeneği işaretlemesine olanak sağlayan soruya verdikleri cevaplara göre katılımcıların %95,0'nin BZBH bildiriminden hekimlerin sorumlu olduğu tespit edilmiştir[112]. Bizim çalışmamızda ise katılımcılar yalnızca tek seçenek seçilebildiği için katılımcıların literatürden daha az oranda BZBH bildirimden sorumlu kişi olan hekimleri doğru tercih ettiği tespit edilmiştir. Katılımcıların sadece %52,0'si BZBH'ların bildirimden doktorların sorumlu olduğunu doğru olarak bilmişlerdir, mesleklerine göre ise doktorların %78,2 ile ilk sırada yer aldıkları belirlenmiştir. BZBH'ların bildiriminden doktorlar sorumlu olması nedeniyle, doktorların daha yüksek oranda doğru cevap verdiği kabul edilebilir. Ayrıca eğer çalışmamızda birden fazla seçeneğin işaretlenmesine olanak verilmiş olsa belki bizim çalışmamızda da literatürle benzer sonuçlar elde edilebilirdi.

Spedding ve ark. tarafından 1997 yılında Kuzey İrlanda'da yapılan bulaşıcı hastalıkların kaza ve acil servislerdeki pratisyen doktorlar tarafından bildirilmesi

çalışmasında, doktorların bildirilebilir hastalıklarla ilgili bilgilerini ölçen soruya doğru cevap olarak sırasıyla en fazla %99 oranında meningokal hastalıklar, ikinci sırada %98 ile tüberküloz ve üçüncü sırada %94 oranında krup hastalığı olarak tespit edilmiştir[113]. Çubukçu'nun 2018 yılında Ankara'da yaptığı tıp fakültesi 2017-2018 öğretim yılı dönem3 ve dönem6 öğrencilerinin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerinin ve görüşlerinin değerlendirilmesi çalışmasında katılımcılar, BZBH'lardan en yüksek oranda veba hastalığını (%89,6), ikinci sırada çiçek hastalığını (%87,5) ve üçüncü olarak da tüberküloz hastalığını (%75,7) seçmişlerdir[111]. Bizim çalışmamızda ise sadece doktor olan katılımcılara yöneltilen BZBH'lar hakkındaki bilgi düzeylerini irdeleyen sorumuza en yüksek oranda doğru cevaplar sırasıyla %90,9 oranında ebola (VHA), %87,9 oranında tüberküloz ve %83,8 oranında Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı olmuştur. Çalışmamız literatürle tüberküloz bakımından benzerlik gösterirken diğer parametrelerde ayrışma göstermiştir. BZBH sayısının 4 kategori ve toplamda 70'e yakın hastalıktan oluşması ve diğer çalışmalarda tüm bu hastalıkların birlikte öncüllerde bulunmadığından (eğer birlikte sorulsalar çok fazla yer kaplayacakları için) bazı çalışmalarda bizde olmayan hastalıklar irdelenirken bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarda olan bazı hastalıkların olmaması nedeniyle böyle bir sonuç çıkmış olabilir.

Lewis ve ark. 1999 yılında Birleşik Krallık da yaptıkları izolasyon ve tecrit etmenin artıları ve eksileri çalışmasında; tecrit/izolasyonun yalnızca gerekli olduğunda yapılması gerektiği belirtilmiştir[114]. Wassenberg ve ark. 2007 yılında Hollanda da yaptıkları yatan hastalarda kısa süreli izolasyon önlemlerinin psikolojik etkisi çalışmasında; kısa süreli izolasyon önlemleri hastaneye yatırılan hastaların psikolojik iyiliği üzerine olumsuz etkileri ile ilişkili bulunmamıştır[115]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiş olup katılımcıların %68,0'i sadece bazı hastalıklarda tecrit yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Çalışmamız bu bakımdan, uzun süreli ve gereksiz tecrit uygulamalarının hastaya negatif psikolojik etkileri olabileceğinden tecrit uygulamasının sadece çok gerekli olduğu zamanlarda en kısa süre içerisinde sonlandırılması şartıyla uygulanabileceğini destekliyor.

Erken ve ark. 2019 yılında Denizli'de yaptıkları sağlık çalışanlarının kendilerine yönelik uygulanması gereken aşılarla karşı tutum ve davranışları çalışmasında;

katılımcıların %86,7'si bulaşıcı hastalıklarla ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir[116]. Abacıgil ve ark. 2015 yılında Aydın'da yaptıkları Aydın'da diş hekimliği fakültesi çalışanlarının hepatit B virüs enfeksiyonu konusunda bilgi düzeyleri ve enfeksiyon kontrol uygulamaları çalışmasında, katılımcıların %48,36'sı genel enfeksiyondan korunma prensipleri hakkında eğitim aldıklarını belirtmişlerdir[117]. Bizim çalışmamız da ise katılımcılar bulaşıcı hastalıklara yönelik herhangi bir eğitim alma durumuna %34,0 oranında evet dedikleri tespit edilmiş olup, bu farklılık katılımcıların eğitim almayı sadece seminer veya sunum şeklindeki eğitim metotları olarak algıladıkları için olabilir. Ayrıca doktor olan katılımcılar en az oranda eğitim aldıklarını belirtmişlerdir (%9,3), bunun nedeni ise doktorların hizmet içi eğitimlere iş yüklerindeki fazlalık nedeniyle zaman ayıramaması ve bu nedenle eğitimlerden uzak kalmalarıyla alakalı olabilir.

Abacıgil ve ark. 2015 yılında Aydın'da yaptıkları Aydın'da diş hekimliği fakültesi çalışanlarının hepatit B virüs enfeksiyonu konusunda bilgi düzeyleri ve enfeksiyon kontrol uygulamaları çalışmasında, katılımcıların HBV enfeksiyonu nasıl bulaşır hakkındaki bilgi düzeyleri irdelendiğinde %26,9 oranında ortak kullanılan eşya, ve %76,3 oranında gebelikte anneden bebeğe bulaş, %84,2 oranında cinsel ilişki yoluyla ve %89,7 oranında kan yoluyla olarak cevap vermişlerdir[117]. Turhan'ın 2006 yılında Ankara'da yaptığı Başkent üniversitesi hastanesi çalışanlarının mesleki risk faktörleri ve davranışlarının değerlendirilmesi çalışmasında, genel olarak HBV bulaşma durumunu bilen personel yüzdesi %96 olarak tespit edilmiştir[118]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiş olup katılımcıların %89,7'si kan yoluyla, %84,2'si cinsel yolla, %76,3'ü gebelikte enfekte anneden bebeğine bulaş ve %26,9'u ortak kullanılan eşya ile HBV bulaşı olabileceğini belirtmişlerdir. HBV bulaşı sağlık çalışanları arasında çok yaygın olması nedeniyle sağlıkçıların tamamının HBV konusunda yeterli bilgiye sahip olması beklenirken, çalışmamızda eğitim seviyesi düşük olan bir kısım temizlik görevlisi hasta bakıcının da yer alması nedeniyle, genel olarak katılımcılarımızın HBV konusunda yeterli bilgiye sahip olduğu kabul edilebilir. Bu konuda özellikle yardımcı sağlık personellerine HBV hakkında verilecek hizmet içi eğitimlerle HBV hakkındaki bilgi düzeyleri daha da artırılabilir.

Literatür incelemesinde genel olarak HBV, HCV ile ilgili birçok çalışma mevcutken, HAV bulaş yolları ile ilgili literatürde sağlık çalışanlarıyla yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda ise katılımcılara yöneltilen HAV nasıl bulaşır sorusuna verilen cevaplar %45,3 oranında hijyen eksikliği nedeniyle bulaş, %38 oranında kan yoluyla bulaş ve %31 oranında cinsel ilişki ile bulaş olur şeklinde tespit edilmiştir. Bu konuda çalışmamız özgün olarak kabul edilebilir.

Bayrak ve ark. 2014 yılında İstanbul'da yaptıkları sağlık çalışanlarının HIV/AIDS olgularına yaklaşımları çalışmasında, HIV nasıl bulaşır sorusuna sırasıyla en yüksek oranda doğru cevap veren katılımcılar %99,2 oranında kan transfüzyonu, %96,8 oranında korunmasız cinsel ilişki ve %95,3 oranında da gebe anneden çocuğuna bulaş cevaplarını verdikleri tespit edilmiştir[120]. Kermode ve ark. 2002 yılında Hindistan'da yaptıkları Kırsal Hindistan'daki hemşireler, doktorlar ve diğer sağlık çalışanları arasında HIV ile ilgili bilgi, tutum ve risk algılaması çalışmasında sırasıyla katılımcılar HIV/AIDS bulaş yolları hakkında %99 oranında cinsel ilişkiyle bulaş, %99,2 oranında hamilelik ve doğum sırasında enfekte kadından çocuğuna bulaş şeklinde ve %98,4 oranında kan transfüzyonu ile bulaş olabileceğini belirtmişlerdir[121]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiş olup katılımcıların %92,6'sı cinsel ilişki vasıtasıyla, %82'si kan yoluyla ve %53,3'ü gebelikte enfekte anneden bebeğine bulaş ile HIV/AIDS bulaşı olabileceğini belirtmişlerdir. Dünya genelinde literatüre ve bizim çalışmamıza göre sağlıkçıların HIV bulaş yolları hakkında bilgi düzeyleri yüksek düzeyde bulunmuş olmakla beraber ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkeler açısından genel bir halk sağlığı sorunu problemi olmayı teşkil eden HIV/AIDS konusunda daha kapsamlı eğitim programlarına her zaman ihtiyaç olacağı düşünülmektedir.

Hesham ve ark. 2005 yılında Malezya'da yaptıkları Malezya Kebangsaan Üniversitesi öğrencilerinin (tıp ve diğer fakülte öğrencileri) suçüçeği hakkındaki bilgi, tutum ve aşılama durumları çalışmasında, katılımcılar suçüçeğinin bulaş yolları hakkında %74,2 oranında doğrudan temasla bulaş, %63,3 oranında dolaylı yoldan bulaş ve ayrı ayrı toplamda %56,8 oranında da öksürük (%29) ve hapşırma (%27,8) ile bulaş olabileceğini belirtmişlerdir[122]. Genel olarak dünya çapında literatür incelemesine göre suçüçeğinin bulaş yolları hakkında sağlık çalışanları ile yapılan yeterli sayıda

çalışmaya ulaşamadı, literatürde daha çok sağlık çalışanlarının suçiçeği aşısı olma durumu, aşının yan etkileri ve suçiçeği seroprevelansı çalışılmıştır[123-126]. Bizim çalışmamızda ise özellikle suçiçeğinin bulaş yolları irdelenmiş olup, katılımcıların %63,3'ü dokunma/temas yoluyla, %47,6'sı havayolu ile bulaştığını doğru bilmişlerdir, %10'u ise bilmiyorum demiştir. Katılımcıların suçiçeği bulaş yolları hakkında yüksek oranlarda bilgiye sahip olmamalarının nedenini ülkemizde su çiçeği açısından yüksek oranda aşılama oranlarına ulaşmamızdan dolayı suçiçeği hastalığının az görülmesinden dolayı olabilir.

Literatür incelenmiş ve sağlık çalışanlarının kızamık virüsünün nasıl bulaştığı konusunda fikir belirttiği herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Literatürde daha çok sağlık çalışanlarının kızamık aşısı hakkındaki bilgi düzeyleri, aşı yapılma durumu, hastalığı geçirme durumu, aşının yan etkileri ve sağlıkçılarda kızamık seroprevelansı çalışılmıştır[127-131]. Bizim çalışmamızda ise özellikle kızamığın bulaş yolları irdelenmiş olup, katılımcıların %62'si dokunma/temas yoluyla, %48,3'ü havayolu ile bulaştığını doğru bilmişlerdir, %8,3'ü ise bilmiyorum demiştir. Katılımcıların kızamık bulaş yolları hakkında yüksek oranlarda bilgiye sahip olmamalarının nedenini ülkemizde kızamık açısından yüksek oranda aşılama oranlarına ulaşmamızdan dolayı kızamık hastalığının az görülmesinden dolayı olabilir.

Benon ve ark. 2017 yılında Uganda'da yaptıkları sağlık çalışanlarının Batı Uganda bölgesindeki endemik zoonotik hastalıklar hakkında ki bilgisi çalışmasında katılımcıların %91,4'ü şarbonun bir zoonotik hastalığı olduğunu doğru bilirken, sağlık çalışanlarının tamamı şarbon hakkında bilgi eksikliğine sahipti, sağlık çalışanından hiçbiri bilgili sayılmak için gereken üç yönün (etken, klinik semptomlar ve bulaşma yolu) hiçbirini bilmemiştir[132]. Yapılan literatür incelemesinde sağlıkçılarla yapılan daha fazla çalışmaya rastlanmamış olmakla beraber, bizim çalışmamızda katılımcıların Uganda da yapılan çalışmadaki sağlık çalışanlarından daha fazla bilgili oldukları tespit edilmiştir, şarbon hakkında bilginin yok diyenlerin oranı %19,6 olarak tespit edilmiş olmakla beraber katılımcıların hastalıkla ilgili doğru cevap verme yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde şarbon vakalarının endemik olması ve bölgemizde hayvancılığın yaygın yapılması nedeniyle, şarbon görülme ihtimalinin daha fazla olması, hastalıkla alakalı sağlık çalışanlarımızın daha fazla araştırma yapmasına neden

olabileceği bu nedenle bilgi düzeylerinin daha yüksek tespit edilmesine neden olduğu tahmin edilmektedir.

Sökel ve ark. 2019 yılında Burdur'da yaptıkları birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan sağlık personelinin viral zoonotik enfeksiyonlar hakkındaki bilgi ve görüşleri çalışmada, katılımcıların %86'sında KKKA konusunda klinik bilgi eksikliği tespit edilmiş[134]. Yapılan literatür incelemesinde sağlıkçılarla yapılan daha fazla çalışmaya rastlanmamış olmakla beraber, bizim çalışmamızda katılımcıların Sökel ve ark.'larının çalışmasındaki sağlık çalışanlarından daha fazla bilgili oldukları tespit edilmiş olmakla beraber KKKA'nın bölgemizde az görülüyor olması bazı konularda katılımcıların KKKA konusunda eksik veya yanlış bilgiye sahip olmasına neden olmuş olabilir. Bu nedenle ülkemiz gibi KKKA açısından endemik olan ülkeler açısından genel bir halk sağlığı sorunu problemi olmayı teşkil eden KKKA konusunda daha kapsamlı eğitim programlarına her zaman ihtiyaç olacağı düşünülmektedir.

Literatür incelenmiş ve sağlık çalışanlarının pnömoninin bulaş yollarını bilip bilmediğini sorgulayan herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olmakla beraber daha çok pnömoninin tanısı amaçlı yeni geliştirilen sınıflandırma ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde kullanılan tetkik ve tedaviler için kullanılan invaziv alet ve makinelerin sebep olduğu klinik durumlar ve vaka/olgu bildirimleri hakkında çalışmalar yapıldığı tespit edildi[136-140]. Çalışmamıza katılan ve pnömoninin bulaş yolları konusunda yanıt verenlerin %81,3'ü hava yoluyla bulaşır demiştir. Katılımcıların sadece %11'i bilmiyorum demiş olup genel olarak katılımcıların pnömoni bulaş şekilleri açısından bilgi düzeyi yüksek bulunmuş olup bu durum katılımcıların pnömoni gibi toplumda sık gözüken hastalıklar hakkında, endemik olarak görülen hastalıklardan daha çok bilgi sahibi olduklarını gösteriyor.

5.3. Çalışmaya Katılanların Bulaşıcı Etken İçeren Materyallere Maruziyetleri ve Korunma Yöntemleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Tartışılması

Çakar ve ark. 2017 yılında Düce'de yaptıkları hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamalarında karşılaştıkları sağlık riskleri çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin herhangi bir enfeksiyon etkenine maruz kalma oranı %3 olarak bulunmuştur[141].

Kaygusuz'un 2006 yılında Elazığ'da yaptığı yardımcı sağlık personelinin hepatit ile ilgili bilgi durumlarının incelenmesi çalışmasında, katılımcıların %90,7'si hepatitli hasta ile temas ettiğini belirtmiştir[142]. Kurt ve ark. 2014 yılında Mersin'de yaptıkları bir üniversite hastanesi temizlik çalışanlarının biyolojik risk bilgi, tutum ve davranışları çalışmasında, katılımcıların %28,3'ü riskli temas/iş kazası yaşama durumu yaşadıklarını belirtmişlerdir[143]. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %33,3'ü herhangi bir bulaşıcı hastalığa sahip kişinin kan, serum, kateter, sonda vb. ürün veya materyallerine teması olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızın literatürle değişken sonuçlar göstermesi, diğer çalışmaların yapıldığı hastane ve katılımcıların hastayla temas miktarlarının oranıyla alakalı olabilir. Bizim çalışmamızda ise temas oranlarının yüksek olmasının nedeni, sağlık öğrencilerinden ziyade hastanede aktif çalışan hastayla birebir teması olan sağlık profesyonelleriyle çalışma yaptığımız için olabilir.

Togan ve ark. 2015 yılında Aksaray'da yaptıkları Aksaray il merkezinde sağlık meslek lisesi öğrencilerinin el hijyeni ve iş kazaları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları çalışmasında; katılımcıların %38,3'ü iğne ucu batması şeklinde ve %38,3'ü de iğne kapağını kapatırken bulaşıcı etken ya da hasta materyaliyle teması olduğunu belirtmiştir [119]. Akbıyık ve ark. 2013 yılında İzmir'de yaptıkları ambulans servisi çalışanlarının sağlık durumu ve enfeksiyon riski çalışmasında, katılımcıların %34,2'si mukozal membrana temas, %23'ü kesici delici alet yaralanması ve %16,9'u bütünlüğü bozulmuş cilde temas şeklinde bulaşıcı etken ya da hasta materyaliyle teması olduğunu belirtmiştir[144]. Kışioğlu ve ark. 2001 yılında Isparta'da yaptıkları bir üniversite hastanesi personelinde kesici delici yaralanma epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik tutum ve davranışlar çalışmasında, katılımcıların %36,9'u enjeksiyon sırasında ve %17,6'sı enjektör kapağını kapatırken bulaşıcı etken ya da hasta materyaliyle teması olduğunu belirtmiştir[67]. Bizim çalışmamızda ise literatürden farklı olarak katılımcıların daha çok deriye sıçrama şeklinde temasları olduğu tespit edilmiştir, katılımcıların %45'i deriye sıçrama şeklinde temas yaşarken diğer taraftan sadece %19'u derin batma şeklinde bulaşıcı etken ya da hasta materyaliyle teması olduğunu belirtmiştir, bu durum hastanemizde son yıllarda delici kesici yaralanmaları azaltmaya yönelik geliştirilen güvenli tıbbi ürünlerin (iğneyi enjektörden ayırmadan atılabilecek, elin atıkla temasını engelleyen tıbbi atık kutuları vb.) kullanımının artmasıyla alakalı olabilir.

Karacaer ve ark. 2016 yılında Ankara’da yaptıkları ikinci basamak sağlık kuruluşunda sağlık personeli arasında kesici ve delici alet yaralanmaları sıklığı ve ilişkili risk faktörleri çalışmasında, katılımcıların %73,2’si bulaşıcı etken ya da hasta materyaliyle temas sonrası yarayı yıkadığını, %73,2’sinde kendisine olası bulaşıcı etkenlere yönelik tetkik yaptırdığını ve %68’ininde enfeksiyon kontrol komitesine haber ettiği tespit edilmiştir[145]. Yazar ve ark. 2014 yılında İstanbul’da yaptıkları sağlık çalışanlarının delici aletler ile gerçekleşen yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınacak tedbirler çalışmasında, katılımcıların %75’i bulaşıcı etken veya materyalle temas sonrası yaralanan bölgenin su ile yıkanmasını, %74’ü ise hastada bulaşıcı bir hastalığın olup olmadığını araştırılması ve %59’u ise yaralanan bölgeyi batikon ile temizlerim demiştir[146]. Shindano ve ark. 2014 yılında güney kivu (Kenya)’da yaptıkları çok merkezli kesitsel bir çalışma olan Güney Kivu’daki sağlık çalışanlarının viral HBV ve HCV hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamalar çalışmasında katılımcıların %79,5’i bulaşıcı etken veya kontamine metaryal teması sonrası dezenfektan kullandığını, %70,9’u sabunla yıkama yaptıklarını ve %68,8’, ise HIV açısından hastanın serolojisini incelerim yanıtlarını vermiştir[147]. Bizim çalışmamızın literatürle uyumlu olan yönleri mevcut olup, genel olarak katılımcılarımız %69 oranında yaralanma veya temas sonrası su, sabunla ve el dezenfektanı kullandığını belirtmişlerdir, ayrıca katılımcılarımızın yalnızca %31’i temas sonrası bulaş açısından kan tahlili yapmak veya enfeksiyon birimine başvururum demiştir. Hastanemiz çalışanlarının temas sonrası daha az miktarda kan tahlili yaptıkları daha az oranda enfeksiyon birimine başvurduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun hastanemizde nispeten daha az sayıda sağlık çalışanlarının daha çok birim işte çalıştırılması ve buna bağlı olarak yoğun geçen çalışma şartları altında çalışıyor olmaları sonucu çalıştıkları görev yerlerinden ayrılmakta zorluk yaşamalarına neden oluyor olabilir. Hastanede istihdam edilen çalışan sayısının artırılması hem riskli etkenlerle bulaş ve delici kesici alet yaralanma oranlarını azaltacaktır hem de meydana gelen yaralanmalar ve şüpheli temaslar sonrası gerekli tetkikler ve tedavilerin zamanında yapılmasına olanak sağlayacaktır.

Yazar ve ark. 2014 yılında İstanbul’da yaptıkları sağlık çalışanlarının delici aletler ile gerçekleşen yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınacak tedbirler çalışmasında, katılımcıların kesici ve delici aletlerle yaralanmaya karşı aldıkları

önlemler sırasıyla %93 oranında yaralanmaları azaltmaya yönelik eğitim alma, %91 oranında HBV'e karşı aşılama ve %74,5 oranında koruyucu ekipmanların etkinliğine güven duymak olarak tespit edilmiştir[146]. Kaygusuz'un 2006 yılında Elazığ'da yaptığı yardımcı sağlık personelinin hepatit ile ilgili bilgi durumlarının incelenmesi çalışmasında, katılımcıların hepatit gibi bulaşıcı hastalıklardan korunma yöntemleri sırasıyla %46,6 oranında aşılama, %22,9 oranında eldiven giyme ve %16,1 oranında el yıkama olarak tespit edilmiştir[142]. Göçgeldi ve ark. 2009 yılında Ankara'da yaptıkları tıp fakültesi öğrencilerinin mesleki maruziyetten kaynaklanan sağlık riskleri konusundaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması çalışmasında, katılımcıların kendilerini korumaya yönelik aldıkları önlemleri irdeleyen soruya; tıp fakültesi 1. Sınıf öğrencileri maske, önlük ve gözlük ekipmanlarını tıp fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinden daha fazla oranda tercih etmişken yalnızca tıp fakültesi son sınıf öğrencileri eldiven kullanmayı daha fazla oranda tercih etmişlerdir[148]. Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak daha düşük oranda sağlık çalışanının koruyucu önlemler kullandıkları tespit edilmiş olup bu durumun hastanemizde personel eksikliği nedeniyle sağlık çalışanlarının önlem alma ve kendilerini korumaya yeterli miktarda vakit bulamadıkları için olabilir ayrıca hastanemiz çalışanları içerisinde koruyucu önlemler aldıklarını belirten kişilerin ise en yüksek oranda eldiven kullanmayı tercih ettikleri tespit edilmiş olup bunu sırasıyla el yıkama/dezenfektan kullanma ve maske takmak olarak görmekteyiz.

5.4. Çalışmaya Katılanların Bulaşıcı Etken ve Hastalıklardan Korunmada Aşı ve Aşılama Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Tartışılması

Nacar'ın 2018 yılında Malatya'da yaptığı İnönü Üniversitesi öğrencilerinde (tıp ve diğer fakülte öğrencileri) aşılar bakış açısı ve SOY ile ilişkisi çalışmasında, katılımcıların %81,5'i kızamık-kızamıkçık-kabakulak, %73,5'i suçiçeği ve %69,9'u da HBV açısından doğru bilgi sahibi olarak tespit edilmiştir[149]. Genel olarak yaptığımız literatür incelemesine göre aşısı olan hastalıklar hakkında sağlık çalışanları ile yapılan birebir aşı ismini sorgulayan yeterli sayıda çalışmaya ulaşılamadı, literatürde daha çok sağlık çalışanlarının aşı olma oranları, aşısı olan hastalıkları geçirme ve bu hastalıkların seroprevalans ve antikor titrasyon miktarları hakkında çalışmalar yapıldığı tespit edildi[67, 124, 144, 147, 150-153]. Bizim çalışmamızda ise aşısı olan hastalıklar isim olarak irdelenmiş olup katılımcıların %90,3'ü hepatit B aşısı, %88,3'ü tetanoz aşısı ve

%77,6'sı ise suçüçeği cevaplarını en yüksek oranda doğru bilmişlerdir ayrıca en az doğru bilinen aşı ise %5,6 oranıyla şarbon aşısı olarak tespit edilmiştir. Hastanemiz sağlık çalışanlarının genel olarak aşısı olan hastalıkları doğru bildiği tespit edilmiş olup, bu durum katılımcılarımızın eğitim seviyelerinin yüksek olması ve böylece bilgiyi araştırıp edinme isteklerinin yüksek olmasıyla alakalı olabilir.

La Torre ve ark. 2014 yılında İtalya'da yaptıkları sağlık çalışanlarında önerilen aşılarla yönelik bilgi, tutum ve davranışlar çalışmasında katılımcıların %82'si HBV aşısını, %62,7'si kızamık aşısını ve %57,8'i kızamıkçık aşısını yaptırdığını belirtmiştir[153]. Koruk ve ark. 2013 yılında Şanlıurfa'da yaptıkları sağlık çalışanlarının mesleki bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama düzeyi çalışmasında, katılımcıların %63,8'i HBV aşısını, %47,9'u tetanoz-difteri aşısını ve %27'si de kızamık aşısı yaptırdığını belirtmiştir[154]. Erken ve ark. 2019 yılında Denizli'de yaptıkları sağlık çalışanlarının kendilerine yönelik uygulanması gereken aşılarla karşı tutum ve davranışları çalışmasında, katılımcıların %82,9'u HBV aşısını, %67,4'ü tetanoz-difteri aşısını ve %56'sı da KKK aşısını yaptırdığını belirtmiştir[150]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiş olup katılımcıların %81'i HBV aşısını, %56,6'sı tetanoz-difteri aşısını ve %32,6'sı KKK aşısını yaptırdığını belirtmiş olup, çalışanlarımızın mesleki risklere karşı önlem aldığı tespit edilmiştir. Bu durum hastanemizin 3. Basamak bir hastane ve yoğun çalışma şartları barındırması nedeniyle bulaşıcı hastalık riskinin artmış olması nedeniyle, çalışanların kendilerini korumak için pasif immunizasyona başvurmuş olmasıyla alakalı olabilir.

Kişioğlu ve ark. 2001 yılında Isparta'da yaptıkları bir üniversite hastanesi personeline kesici delici yaralanma epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik tutum ve davranışlar çalışmasında, katılımcıların %48'i HBV aşısının tüm dozlarını eksiksiz yaptırdıklarını belirtmişlerdir[67]. Türkistanlı ve ark. 1999 yılında İzmir'de yaptıkları Ege Üniversitesi tıp fakültesi araştırma ve uygulama hastanesinde sağlık çalışanlarının bağışıklama durumu çalışmasında, katılımcıların %50,4'ü HBV aşısının ve %30,8'i tetanoz aşısının tüm dozlarını eksiksiz yaptırdıklarını belirtmişlerdir[155]. Erken ve ark. 2019 yılında Denizli'de yaptıkları sağlık çalışanlarının kendilerine yönelik uygulanması gereken aşılarla karşı tutum ve davranışları çalışmasında, katılımcıların %82,9'u HBV aşısının 3 dozunu, %67,4'ü tetanoz-difteri aşısının 3 dozunu, %56'sı KKK aşısının 2

dozunu ve %40,8'i de suççeği aşısının 2 dozunu eksiksiz yaptırdıklarını belirtmiştir[150]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiş olup katılımcıların %75'i yaptırdıkları aşuların tüm dozlarını eksiksiz yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcılarımızın yaşa göre 31-35 yaş arasında olanları, eğitim durumuna göre yüksek lisans/doktora mezunları, çalıştıkları birime göre dahili kliniklerde çalışanlarda, mesleğe göre doktor olanlarda, çalışma süresi olarak 1-5 yıldır çalışanlarda, daha yüksek oranda tüm aşı dozlarını yaptırdıkları tespit edilmiştir. Bu durum çalışmaya yeni başlayan eğitim seviyesi yüksek meslek olarak daha bilgili olan doktor gibi kişilerin aşularını eksiksiz yaptırdıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Koruk ve ark. 2013 yılında Şanlıurfa'da yaptıkları sağlık çalışanlarının mesleki bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama düzeyi çalışmasında, katılımcıların %57,3'ü HBV aşısı sonrası antikor baktırdığını, % 19,5'i HAV açısından antikor baktırdığını ve %11,2'si de kızamık açısından antikor baktırdığını belirtmiştir[154]. Cılız ve ark. 2012 yılında Manisa'da yaptıkları sağlık çalışanlarında kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suççeği, difteri, tetanos ve hepatit B seroprevalansı çalışmasında, katılımcıların %99,7'si KKK aşularını bakımında, %99,7'si suççeği aşısı bakımından ve %84,1'i HBV aşısı açısından, katılımcıların serolojik test sonuçları pozitif tespit edilmiştir[124]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiş olup katılımcıların %65,3'ü yaptırdıkları aşuların kan antikor oluşturma düzeyini kontrol ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcılarımızın yaşa göre 31-35 yaş arasında olanları, eğitim durumuna göre yüksek lisans/doktora mezunları, çalıştıkları birime göre dahili kliniklerde çalışanlarda, mesleğe göre doktor olanlarda, çalışma süresi olarak 1-5 yıldır çalışanlarda, daha yüksek oranda kan antikor düzeyini kontrolü yapıldığı tespit edilmiştir. Bu durum çalışma hayatına yeni başlayan eğitim seviyesi yüksek meslek olarak daha bilgili olan doktor gibi kişilerin aşularını eksiksiz yaptırdıkları gibi yaptıkları aşuların antikor oluşturma düzeylerini de merak ettiklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Yaptığımız literatür incelemesine göre sağlık çalışanları açısından HBV aşısının koruyucu antikor alt düzeyinin kaç olması gerektiği sorusunun sağlıkçular üzerinde benzeri/benzerlerinin çalışıldığı bir çalışma bulunamamıştır bu nedenle çalışmamızın verilerini karşılaştıracak yeterli sayıda çalışmalar olmadığından, bu konuda çalışmamız özgün olabilir. Literatürde daha çok katılımcıların Anti-HBS laboratuvar değerlerini

inceleyen çalışmalar mevcut olup, katılımcıların bağışıklık durumları veya tekrardan aşılanmaya ihtiyaçları olup olmadıkları tayin edilmeye çalışılmıştır[156-160]. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların genel olarak %20,3'ü hepatit B için koruyucu en alt sınır olan ≥ 10 IU/ml Anti-HBs antikor düzeyini doğru bilmişlerdir. Genel olarak çalışmamızda yer alan katılımcıların %75'i yaptırdığı aşuların tüm dozlarını eksiksiz yaptırırken, %65,3'ü ise yaptırdığı aşının antikor oluşturma cevabını kontrol etmiştir, buna rağmen katılımcıların sadece %20,3'ünün hepatit B için koruyucu değer olan ≥ 10 IU/ml Anti-HBs antikor düzeyini doğru bilmesi, sağlık çalışanlarının aşular konusunda bilgi eksikliğine sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle bu konuda daha çok hizmet içi eğitime ihtiyaç olduğu fark edilmiştir.

5.5. Çalışmaya Katılanların Yaptıkları İş Nedeniyle Kendilerine veya Aile Üyelerine Hastalık Bulaştırma Kaygısı Taşıma ve Bu Kaygı Nedeniyle İş Bırakma Düşünce Düzeylerinin ve Tıbbi Hata Yapma Oranlarının Tartışılması

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %46,3'ü hastanede çalıştıkları için ailelerine hastalık bulaştırma kaygısı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu konuda literatürde daha çok sağlık çalışanlarının kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı yaşadıklarını gösteren çalışmaların yapıldığı tespit edilmiştir. Ailelerine hastalık bulaştırma kaygısı yaşama durumunu inceleyen yeterli sayıda çalışmaya ulaşamamıştır. Bu nedenle çalışmamızın verilerini karşılaştıracak yeterli sayıda çalışma olmadığından, bu konuda çalışmamız özgün olabilir. Ayrıca katılımcılarımızdan, yaşlarına göre 31-35 yaş arasında olanların, eğitim durumlarına göre ilk ve orta öğretim mezunlarının, çalıştıkları birimlere göre dahili kliniklerde çalışanların, mesleklerine göre hemşire/sağlık memuru olanların, çalışma süresine göre ise 1-5 yıldır çalışanların, daha yüksek oranda aile fertlerine, kendileri vasıtasıyla bulaşıcı hastalık bulaşma kaygısı yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu durum çalışma hayatına yeni başladığı için tecrübesi eksik olan, eğitim seviyesi görece düşük olan, hastalara daha çok invaziv girişim yapan (enjeksiyon, iv. ilaç uygulama, pansuman vs) ve daha çok dahili kliniklerde çalışan yardımcı sağlık personeli gibi kişilerin; ailelerine daha fazla oranda hastalık bulaştırma kaygısı yaşadığı söylenebilir.

Kermode ve ark. 2002 yılında Hindistan'da yaptıkları kırsal Hindistan'daki doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının HIV ile ilgili bilgi, tutum ve risk algısı çalışmasında, katılımcıların %58,2'si iş yerlerinde kan yoluyla bulaşan HIV gibi virüslere yakalanma konusunda endişe yaşıyorum demiştir[121]. Çamözü ve ark. 2011 yılında Ankara'da yaptıkları hastane temizlik hizmetleri personelinin tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve depolanması ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi çalışmasında katılımcıların %92,9'u yaptıkları işin kendi sağlığını etkileyebileceğini belirtmiştir[151]. Duman ve ark. 2015 yılında Konya'da yaptıkları birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekim dışı profesyonellerin hizmet içi eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi çalışmasında, katılımcıların %26,5'i iş kazası yaşama kaygısı duyduğunu belirtmiştir[161]. İnci ve ark. 2017 yılında İstanbul'da yaptıkları yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık personelinin HIV/AIDS konusundaki bilgi düzeyi çalışmasında, katılımcılardan doktorların %96'sı, diğer sağlık çalışanlarının ise %100'ü görevlerini, kendilerine HIV/AIDS bulaştırabilmesi açısından tehlikeli bulmuştur[162]. Fusilier ve ark. 1997 yılında Hindistan'da yaptıkları sağlık çalışanlarının AIDS'lilere bakım sağlamaya yönelik tutum ve istekleri çalışmasında katılımcıların %52,3'ü HIV bulaşından endişe duyduğunu belirtmiştir[163]. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %60,7'si hastanede çalıştıkları için kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı yaşadığını belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcılarımızdan, yaşlarına göre 31-35 yaş arasında olanların, eğitim durumlarına göre yüksek lisans/doktora mezunlarının, çalıştıkları birimlere göre dahili kliniklerde çalışanların, mesleklerine göre doktor olanların, çalışma süresine göre ise 1-5 yıldır çalışanların, daha yüksek oranda kendilerine bulaşıcı hastalık bulaşma kaygısı yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu durum çalışma hayatına yeni başladığı için tecrübesi eksik olan, eğitim seviyesi daha yüksek olmasına rağmen hastalarla daha çok temas halinde olan doktor gibi çalışanların özellikle dahili kliniklerde çalışırken daha çok bulaşıcı hastalık kapma kaygısı yaşamasına sebep olmuş olabilir.

Haq ve ark. 2008 yılında Pakistan'da yaptıkları toplum sağlığı çalışanları arasında iş stresi araştırmasında, katılımcıların %53'ü mesleğinde kariyer yapma imkânı olmadığı için orta ile yüksek seviyede stres yaşadıklarını belirtmişlerdir. Genel olarak katılımcıların %56'sı çok az ile orta derecede mesleklerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir[165]. Conway ve ark. 2007 yılında İtalya'da yaptıkları vardiyalı çalışma,

yaş ve iş stresinin İtalyan sağlık çalışanların sağlıkları üzerine temel ve interaktif etkileri araştırmasında, katılımcıların %10,3'ü mesleklerinden az miktarda memnun olduğu belirtmiştir[166]. Bizim çalışmamızda ise sağlık çalışanlarının %24,4'ü yaşadıkları iş kaynaklı kaygı/stres nedeniyle mesleklerinden soğuduğunu belirtmişlerdir. Bu oran cerrahi birimlerde çalışanlarda, ilk ve orta öğretim mezunlarında, işe yeni başlayanlarda ve meslek olarak hemşire/sağlık memurlarında daha fazla oranda tespit edilmiştir. Çalışmamızın literatürle değişken sonuçlar göstermesi ülkeler arası eğitim seviyesi ve gelişmişlik durumu farklılığından kaynaklı olabilir. Ayrıca katılımcılarımıza maruz kaldıkları bu kaygı nedeniyle iş değişikliği düşünüp düşünmedikleri sorgulanmış ve sağlık çalışanlarımızın %24,4'ünün iş değişikliği veya iş bırakmayı düşündüğü tespit edilmiştir. Bu konuda literatürde yapılmış yeterli sayıda çalışmaya rastlanmadı, literatürde daha çok çalışanların iş memnuniyetlerinin sorgulandığı tespit edildi. Bu açıdan çalışmamızın verilerini karşılaştıracak yeterli sayıda çalışma olmadığından, bu konuda çalışmamız özgün olabilir. İş değişikliği düşünenlerin; işe yeni başlayan, dahili birimlerde çalışan, eğitim seviyesi düşük, hemşire/sağlık memuru olan gruplarda daha yüksek oranda tespit edilmiştir. Eğitim seviyesinin düşük olması ve işte yeni olmak, iş kaynaklı stresörlerle savaşta negatif etmenler olduğu kabul edilebilir. Ayrıca katılımcılardan, mesleklerinin toplumdan gördüğü saygınlık algıları düşük olanlarda işlerinden daha çabuk soğuduğu ve daha çabuk iş değişikliği düşündüğü tespit edilmiştir; bu durum sağlık çalışanlarına giderek azalan saygıyla alakalı olabilir.

Özyer'in 2016 yılında Ordu'da yaptığı cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutumları çalışmasında, katılımcıların %37'si çalışma hayatı boyunca ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hatasını görme durumuna evet demişken, %25'i ise direkt kendilerinin çalışma hayatlarında hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir davranışları olduğunu kabul etmişlerdir. Aynı çalışmada, iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması ve hemşirelerin çalıştıkları birimin sabit olmaması cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata yapmasına neden olan etkenler olarak gösterilmiştir[167]. Çamözü ve ark. 2011 yılında Ankara'da yaptıkları hastane temizlik hizmetleri personelinin tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve depolanması ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi çalışmasında katılımcıların %90,9'u yaptıkları işin hasta sağlığını etkileyebileceğini

göstermiştir[151]. Akar'ın 2018 yılında Ordu-Giresun illerinde yaptığı cerrahi hemşirelerin kişilik tipi ile tıbbi hataya eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi çalışmasında, katılımcıların %36,6'sı yapılan herhangi bir tıbbi hataya şahit olduğunu belirtmiştir, ayrıca katılımcıların %15,6'sı bizzat kendisinin tıbbi hata yaptığını kabul etmiştir[168]. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %3,3'ü geçmişte yaptığı bir işlem nedeniyle bir hastadan diğerine hastalık bulaştırmış olabileceğini kabul etmiştir, ayrıca katılımcıların %49,2'i ise bu duruma olabilir veya bilmiyorum demiştir. Sadece katılımcıların %47,3'ü herhangi bir hata yapmadığını belirtmiştir. Çalışmamızın literatürle değişken sonuçlar göstermesi, diğer çalışmaların devlet hastanelerinde veya sadece hemşireler üzerinde yapılmasından kaynaklı olabilir. Hastanemiz çalışanlarının tıbbi hata yapma oranları diğer çalışmalardan daha az bulunmuş olup, bu durum araştırma evrenimizin 3 meslek gurubundan çalışanları içeriyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu konuda literatürde çok az sayıda çalışma var olmasından dolayı çalışmamız özgün olarak kabul edilebilir.

5.6. Hastane Çalışanlarının İBGÖ Sonuçlarının Değerlendirilmesi

5.6.1. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının yaş ile ilişkisi

Özyer'in 2016 yılında Ordu'da yaptığı cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutumları çalışmasında, çalışmamızla aynı ölçek kullanılmış olup; yaşa göre katılımcılar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$)[167]. Çakar ve ark. 2017 yılında Düzce'de yaptıkları hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamalarında karşılaştıkları sağlık riskleri çalışmasında hemşirelik eğitimi stres ölçeği (HESÖ) kullanılmış olup, yaşa göre katılımcılar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$)[141]. Vatansever'in 2016 yılında Edirne'de yaptığı Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan araştırma görevlilerinde işe bağlı gerginlik düzeylerinin değerlendirilmesi uzmanlık tezi çalışmasında, çalışmamızla aynı ölçek kullanılmış olup; yaşa göre katılımcılar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$)[169]. Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre İBGÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

5.6.2. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının cinsiyet ile ilişkisi

Wilkins'in 2007 yılında Kanada'da yaptığı Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında iş stresi çalışmasında, katılımcılar arasında cinsiyet açısından anlamlı istatistiksel farklılık bulunamamıştır[170]. Aslan ve ark. 1998 yılında Kocaeli'nde yaptıkları işe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenilirliği çalışmasında, çalışmamızla aynı ölçek kullanılmış, İBGÖ'nün geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olmakla birlikte cinsiyete göre katılımcılar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$)[171]. Vatansever'in 2016 yılında Edirne'de yaptığı Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan araştırma görevlilerinde işe bağlı gerginlik düzeylerinin değerlendirilmesi çalışmasında, erkek asistan doktorlar kadın asistan doktorlardan İBGÖ puan ortalaması olarak daha yüksek puan almışlardır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$)[169]. Çakar ve ark. 2017 yılında Düzce'de yaptıkları hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamalarında karşılaştıkları sağlık riskleri çalışmasında kadın hemşirelik öğrencilerinin HESÖ puan ortalaması (66.43 ± 13.91), erkek öğrencilerin puan ortalamasına (56.16 ± 16.10) göre yüksek bulunmuştur, cinsiyete göre katılımcılar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$)[141]. Bizim çalışmamızda ise sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre İBGÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Literatür çalışmaları arasında farklı sonuçların olmasının nedeninin, bazı çalışmaların sadece hemşireler üzerinde bazılarının sadece doktorlar üzerinde bazısının da karma evrenler üzerinde çalışılmasıyla alakalı olabilir, nitekim bizim çalışmamızda da Wilkins'in çalışması ve Aslan ve ark. çalışmasına benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu benzerlik ise her iki çalışma grubunun tüm sağlık çalışanlarını barındırmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.6.3. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının medeni durum ile ilişkisi

Aslan ve ark. 1998 yılında Kocaeli'nde yaptıkları işe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenilirliği çalışmasında, Vatansever'in 2016 yılında Edirne'de yaptığı Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan araştırma görevlilerinde işe bağlı gerginlik düzeylerinin değerlendirilmesi çalışmasında ve Özyer'in 2016 yılında Ordu'da yaptığı cerrahi

kliriklerde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı işe bağlı gerginlik ve tıbbı hata tutumları çalışmasında, medeni duruma göre katılımcıların İBGÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatiksels olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$)[167, 169, 171]. Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre İBGÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

5.6.4. Hastane alışanlarının İBGÖ sonuçlarının eğitim durumu ile ilişkisi

Balçık'ın 2013 yılında İstanbul'da yaptığı hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı ve işe bağlı gerginlik düzeyleri çalışmasında, Kopuz'un 2013 yılında İstanbul'da yaptığı hemşirelerin işe bağlı gerginlik düzeyinin belirlenmesi ve stresle baş etme tutumlarının incelenmesi: Özel bir hastane rneği çalışmasında ve zyer'in 2016 yılında Ordu'da yaptığı cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı işe bağlı gerginlik ve tıbbı hata tutumları çalışmasında eğitim durumuna göre grupların İBGÖ puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$)[108, 109, 167]. Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da sağlık çalışanlarının eğitim durumlarına göre İBGÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

5.6.5. Hastane alışanlarının İBGÖ sonuçlarının çalışma süreleriyle ilişkisi

Erçevik'in 2009 yılında İstanbul'da yaptığı hemşirelerde işe bağlı gerginlik, tükenmişlik düzeyleri ve etkileyen faktörler çalışmasında, birimde çalışma yılı bakımından İBGÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamış iken ($p>0,05$), İBG ile haftalık ortalama çalışma saati arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmaya göre haftalık çalışma saati arttıkça, işe bağlı gerginlik artmaktadır[172]. Balçık'ın 2013 yılında İstanbul'da yaptığı hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı ve işe bağlı gerginlik düzeyleri çalışmasında hem tüm grupta, hem de niversite ve eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin haftalık çalışma sürelerine göre İBGÖ puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu istatiksels olarak (tüm grup için $p<0,001$, diğer iki hastane için $p<0,05$) tespit edilmiştir, haftada 40 saatten fazla çalışanların puan ortalaması 40 saat

çalışanlardan daha fazla bulunmuştur[109]. Vatansever'in 2016 yılında Edirne'de yaptığı Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan araştırma görevlilerinde işe bağlı gerginlik düzeylerinin değerlendirilmesi çalışmasında, katılımcıların kurumdaki çalışma süreleri ile İBG puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$)[169]. Özyer'in 2016 yılında Ordu'da yaptığı cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutumları çalışmasında, İBGÖ puan ortalamaları ile toplam görev süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)[167]. Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da sağlık çalışanlarının çalışma sürelerine (yıllık veya haftalık) göre İBGÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış ($p>0,05$) olmakla beraber, grupların kendi içlerinde post hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Duncan'a göre; 60 saat üstü çalışanların İBG puan ortalaması 40-49 saat arası çalışanlardan daha fazla bulundu ayrıca 11-15 yıl arası çalışanlarda ise İBG puan ortalaması 21 yıl ve üzeri çalışanlardan daha fazla bulunmuştur. Bunun nedeni haftalık olarak daha çok çalışan doktorların daha fazla strese maruz kalmasıyla ve 11-15 yıldır çalışanların daha çok mesleki bıkkınlık yaşamalarıyla alakalı olabilir. Ayrıca 21 yıl ve üzeri çalışanların emekli olmaya yakın olması ve çalıştıkları birimlerde kıdemli olmaları nedeniyle işe bağlı stres düzeylerinde nispeten azalma olmuş olabilir.

5.6.6. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının çalıştıkları klinik/birimle ilişkisi

Balçık'ın 2013 yılında İstanbul'da yaptığı hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı ve işe bağlı gerginlik düzeyleri çalışmasında, çalıştıkları birime göre İBGÖ puan ortalamaları arasında sadece üniversite hastanesi grubunda anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$), tüm grup ($p<0,01$), eğitim ve araştırma hastanesi ($p<0,01$) ve özel hastane grubunda ($p<0,05$) ise anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır[109]. Erçevik'in 2009 yılında İstanbul'da yaptığı hemşirelerde işe bağlı gerginlik, tükenmişlik düzeyleri ve etkileyen faktörler çalışmasında İBG ile çalışılan birim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$)[172]. Özyer'in 2016 yılında Ordu'da yaptığı cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutumları çalışmasında, İBGÖ puan ortalaması ile cerrahi hemşirelerinin çalıştıkları birim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunmamaktadır ($p>0.05$). Vatansever'in 2016 yılında Edirne'de yaptığı Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan araştırma görevlilerinde işe bağlı gerginlik düzeylerinin değerlendirilmesi çalışmasında, bilim dallarına göre İBG puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) ayrıca bölümlere göre İBG puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise en yüksek puana sahip bölümün kalp ve damar cerrahisi olduğu görülmektedir. En düşük puan ortalamasına sahip bölüm ise adli tıp olarak saptanmıştır[169]. Bizim çalışmamızda ise çalışılan birime göre katılımcıların İBGÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda İBGÖ'den en yüksek ortalama puanı çocuk kliniklerinde çalışanların aldığı en düşük ortalama puanı da poliklinik ve müdahale odalarında çalışanların aldığı tespit edilmiştir. Böylece çocuk kliniklerinde çalışanların daha çok İBG'e maruz kaldıkları tespit edilmiştir, bu durum hastanemiz pediatri bölümünde son 2 yıldır asistan sayısının giderek azalması, mezun olunan kişilerin çoğunlukta olması ve TUS sınavıyla da yeni asistan doktorların gelmek istememeleri nedeniyle, iş yükünde artış ve buna bağlı stres ve gerginlik düzeylerinde artışla alakalı olabilir. Çalışmamız, çalışma evreni bakımından literatürle değişkenlik göstermektedir; yalnız doktor olan kesimle yapılan araştırmalarla benzer sonuçlar elde edilmişken, yardımcı sağlık profesyonelleriyle yapılan araştırma sonuçlarıyla çalışmamız ayrılmaktadır. Bu durum araştırma konusu olan hastanelerin personel dağılımı ya da araştırmaların özellikle belli meslek gruplarıyla yapılmış olmasıyla alakalı olabilir.

5.6.7. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının meslekle ilişkisi

Wilkins'in 2007 yılında Kanada'da yaptığı Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında iş stresi çalışmasında, İBGÖ puan ortalamasına göre uzman hekimler, pratisyen hekimler/aile hekimleri ve kayıtlı hemşireler (süpervizörler ve başhemşireler hariç), diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarına göre istatistiksel olarak daha yüksek iş stresi yaşadıkları tespit edilmiştir ($p<0,05$)[170]. Aslan ve ark. 1998 yılında Kocaeli'nde yaptıkları işe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenilirliği çalışmasında, en yüksek İBGÖ puanlarını pratisyen hekimlerin aldığı belirlenmiştir bunu hemşireler izlemektedir[171]. Bizim çalışmamızda ise meslek grupları arasında İBGÖ puan ortalamasına göre anlamlı istatistiksel farklılık olmamakla

birlikte, post hoc Duncan testine göre mesleği doktor olanların en yüksek düzeyde işe bağlı gerginlik yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu durum çalışmamızın literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

5.6.8. Hastane çalışanlarının İBGÖ sonuçlarının ailelerine hastalık bulaştırma kaygısı ile ilişkisi

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının İBGÖ puan ortalamaları hastanede çalıştıkları için kendi aile fertlerine hastalık bulaştırma kaygısı yaşadıklarını belirtenlerde daha yüksek bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Literatür taramasında sağlık çalışanlarının bu tür kaygı durumları ve İBG arasındaki ilişkisi ile ilgili çalışma bulunamamıştır. Araştırmamız bu konuda ilk olma özelliğini taşıyor olabilir.

5.6.9. Hastane çalışanlarının kendilerine işleri kaynaklı hastalık bulaştırma kaygısının İBGÖ sonuçlarıyla ilişkisi

Tokuç ve ark. 2008 yılında Edirne’de yaptıkları 112 ambulansı çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri araştırmasında katılımcıların, son bir yıl içinde hastalardan bulaştığı düşünülen bir enfeksiyon nedeniyle ilaç kullanan personelin İBGÖ puanı diğerlerinden önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.038$)[173]. Alimoğlu ve ark. 2003 yılında Antalya’da yaptıkları bir üniversite hastanesindeki hemşireler arasında gün ışığına maruz kalma ve diğer tükenmişlik belirleyicileri çalışmasında katılımcıların iş kaynaklı sağlık problemi yaşama durumunun İBG ile arasında anlamlı ilişki yokken, duygusal tükenme ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$)[174]. Yapılan literatür incelemesinde sağlık çalışanları açısından sınırlı sayıda İBGÖ ile kendisine iş kaynaklı hastalık bulaştırma kaygısı konulu çalışma yer almaktadır. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların İBGÖ puan ortalaması ile kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmuştur ($p<0.05$), bu konuda çalışmamız Tokuç ve ark. çalışmasıyla benzer sonuçlar elde etmiş olmakla beraber yine de çalışmamız bu konu bakımından özgün olarak kabul edilebilir.

5.6.10. Hastane çalışanlarının yaşadıkları iş kaynaklı bulaşıcı hastalık kapma kaygısı nedeniyle iş değişikliği düşüncelerinin İBGÖ sonuçlarıyla ilişkisi

Arıkan ve ark. 2003 yılında Erzurum’da yaptıkları hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi araştırmasında katılımcılara sorulan şu anda tercih şansınız olsaydı hangi mesleği seçerdiniz sorusuna hemşirelerin %69,3’ü başka bir mesleği seçeceğini belirtmiştir. Başka bir mesleği seçeceklerini belirten hemşirelerin İBG puanlarının, aynı mesleği seçmeyi isteyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$)[38]. Erçevik’in 2009 yılında İstanbul’da yaptığı hemşirelerde işe bağlı gerginlik, tükenmişlik düzeyleri ve etkileyen faktörler araştırmasında, hemşirelik mesleğini yeniden seçmek istemeyen katılımcıların İBGÖ puan ortalaması, mesleğini belki tekrar seçmek isteyen veya hiç seçmek istemeyen bireylerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$)[172]. Balçık’ın 2013 yılında İstanbul’da yaptığı hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı ve işe bağlı gerginlik düzeyleri araştırmasında hem tüm grupta hem üç hastane türüne göre (eğitim ve araştırma hastanesi, üniversite hastanesi, özel hastane) ayrı olarak yapılan karşılaştırmalarda, çalışma koşullarını olumsuz kabul edenlerin İBGÖ puan ortalaması ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır, bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$)[175]. Vatansever’in 2016 yılında Edirne’de yaptığı Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan araştırma görevlilerinde işe bağlı gerginlik düzeylerinin değerlendirilmesi araştırmasında, katılımcıların meslek/bölüm seçim tercihi ile İBGÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır, mevcut mesleğinden daha başka bir meslek düşünenlerde İBGÖ puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.0001$)[169]. Aslan ve ark. 1998 yılında Kocaeli’nde yaptıkları işe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenilirliği araştırmasında, katılımcılardan şimdi liseyi bitirmiş olsak başka meslek seçeceğini bildirenlerde İBGÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p<0.001$)[171]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiş olup, iş değişikliği düşünenlerde ve mevcut işinden soğuduğunu belirtenlerde İBGÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. İş değişikliği düşünenlerin işlerinden memnun olmadıkları anlaşılmıştır, ülkemiz genelinde sağlık çalışanlarının son zamanlarda mesleki itibar ve

kazanç olarak sürekli kayıpta olmaları ve sağlıkta şiddet olaylarındaki artış nedeniyle iş değişikliği düşündüğü ya da işinden memnun olmadığı kabul edilebilir.

5.6.11. Hastane çalışanlarının geçmişte yaptıkları herhangi bir işlem nedeniyle bir hastaya zarar verme ihtimalinin İBGÖ sonuçlarıyla ilişkisi

Özyer'in 2016 yılında Ordu'da yaptığı cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutumları araştırmasında, cerrahi hemşirelerinin işe İBGÖ puan ortalamaları ile hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir davranışları olma durumu veya ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hatasını görme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$)[167]. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların İBGÖ puan ortalaması ile geçmişte yaptıkları herhangi bir işlem nedeniyle istemeyerek başkasına zarar verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup tıbbi hata yaptığını belirtenlerin puan ortalaması çok daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.001$). Çalışmamıza göre sağlık çalışanlarında İBGÖ puan ortalamasının artmasıyla tıbbi hata yapma oranında artış olduğu kabul edilebilir. Literatür incelemesinde yeterli sayıda çalışmaya rastlanılmadığı için çalışmamızı kıyaslayabileceğimiz başka araştırmaya rastlanılmadı. Bu nedenle çalışmamız bu konuda özgün kabul edilebilir.

5.7. Hastane Çalışanlarının YSOÖ Sonuçlarının Değerlendirilmesi

5.7.1. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının cinsiyet ile ilişkisi

Yapılan literatür incelemesinde sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre YSOÖ'den aldıkları puan ortalamalarını inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda ise sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre YSOÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

5.7.2. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının yaş ile ilişkisi

Tubaishat ve ark. 2015 yılında Ürdün'de yaptıkları lisans hemşireliği öğrencileri arasında sağlık okuryazarlığı çalışmasında e-sağlık okuryazarlık ölçeği kullanılmış olup

(e-SOY), yaşa göre katılımcıların e-SOYÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$)[180]. Deniz ve ark. 2017 yılında yaptıkları birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi çalışmasında, yaş ile genel SOY, sağlık hizmetleri SOY, hastalıklardan korunma SOY, sağlığı geliştirme SOY, bilgiye erişim SOY, bilgiyi anlama SOY, bilgiyi değerlendirme SOY, bilgiyi uygulama SOY indeksleri arasında negatif yönde ve zayıf bir korelasyon olduğu tespit edildi ($p<0.01$). Beşerli yaş gruplarına göre yapılan incelemede yaş gruplarına göre SOY indeks ortalamaları birbirinden farklı bulundu. Tüm kategorilerde farklar 25-29 yaş grubu ile 30-34 yaş grubundan kaynaklanmaktaydı. Buna ek olarak sağlığı geliştirme SOY indeks puanlarında 20-24 yaş grubu da farka neden olan grup olarak tespit edildi ($p<0.001$)[182]. Literatür incelemesinde genel olarak değişken sonuçların tespit edildiği görülmekle beraber bizim çalışmamızda ise yaşa göre katılımcıların SOYÖ puanları arasında anlamlı istatistiksel farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farklılığın ise 30-35 yaş arasında olanlarla, >42 yaş üzeri olanlar arasında olduğu görülmüştür. 30-35 yaş aralığında olan katılımcıların en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülürken, en düşük puan ortalamasına ise yaşı 42 ve üzeri olan grubun sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılık mesleki olarak bilgi ve gelişmelerin hızla ilerlemesi sonucu yaşça büyük olanların teknolojik gelişmeleri yeterince takip edemeyişinden kaynaklanıyor olabilir.

5.7.3. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının medeni durumları ile ilişkisi

Yapılan literatür incelemesinde sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre YSOÖ'den aldıkları puan ortalamalarını inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda ise sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre YSOÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

5.7.4. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının eğitim durumlarıyla ilişkisi

Deniz ve ark. 2017 yılında yaptıkları birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi çalışmasında, eğitim durumuna göre yapılan değerlendirmede tüm SOY

indekslerinde gruplar arasında farklılık vardı. Lisans mezunları ile yüksek lisans ve doktora mezunlarının oluşturduğu grupların ortalamaları ortaokul, lise ve ön lisans mezunlarının puan ortalamalarına göre daha yüksek bulundu, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p<0,001$)[182]. Tubaishat ve ark. 2015 yılında Ürdün’de yaptıkları lisans hemşireliği öğrencileri arasında sağlık okuryazarlığı çalışmasında, katılımcıların eğitim gördükleri sınıf seviyelerindeki ilerlemeye paralel şekilde ESOYÖ’den aldıkları puan ortalamalarının da arttığı görülmüştür. Kıdemli hemşirelerle, hemşireliğe daha tam başlamamış öğrenciler arasında anlamlı derecede fark tespit edilmiş olup bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı kabul edilmiştir ($p<0.001$)[180]. Bizim çalışmamızda ise genel olarak literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiş olup, sağlık çalışanlarının eğitim seviyesi arttıkça YSOÖ’den aldıkları puan ortalamalarının arttığı tespit edilmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

5.7.5. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının çalışma süreleriyle (yıl ve haftalık saat olarak) ilişkisi

Çalışmamızda ise 1-5 yıl arası çalışanlarda ve 60saat ve üstü haftalık mesai yapan kesimde YSOÖ puan ortalamaları anlamlı derecede diğerlerinden daha yüksek tespit edilmiş olup, bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p<0.05$; $p<0.001$). Mesleğinde yeni olan ve ancak belli bir sınav sonrası (KPSS veya TUS) üniversite hastanesine işe başlayabilen kişilerin çalıştığı hastanemizde görevinde yeni olanların YSOÖ puan ortalamalarının da daha yüksek olması buna bağlı olabilir. Ayrıca diğer meslek mensupları nöbet ertesi istirahat yapma haklarını kullandıkları için haftalık en fazla 40 saat çalışırken, asistan doktor olanların nöbet ertesi göreve devam etme zorunluluğu olması nedeniyle haftalık 60 saat ve üzeri çalıştıkları kabul edilebilir, böylece haftalık en fazla mesai yapanların doktorlar olduğu ve bu nedenle de YSOÖ’den en yüksek puan ortalamasını aldıkları kabul edilebilir. Bu konuda literatürde sağlık çalışanları üzerinde yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olup, çalışmamız bu konuda ilk olma özelliğini taşıyor olabilir.

5.7.6. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının meslekleriyle ilişkisi

Deniz ve ark. 2017 yılında yaptıkları birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi çalışmasında, hekimler ile yardımcı sağlık personelinin SOY düzeyi karşılaştırmasında tüm SOY indekslerinde puan ortalamaları hekimlerde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$)[182]. Bizim çalışmamızda da literatürdeki sağlıkçılar üzerinde uygulanmış tek çalışmayla uyumlu olarak mesleği doktor olanların YSOÖ'den aldıkları puan ortalaması diğer meslek gruplarından çok daha yüksek bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Çalışmamız bu konuda yapılacak benzer çalışmalara yol gösterici olma özelliğini taşıyor olabilir.

5.7.7. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının; bulaşıcı hastalıklar, tecrit ve aşular hakkındaki bilgi düzeyleriyle ilişkisi

Budhathoki ve ark. 2015 yılında Nepal'de yaptıkları geleceğin sağlık profesyonellerinin sağlık okuryazarlığı: Nepal'deki sağlık bilimleri öğrencileri arasında kesitsel bir çalışma araştırmasında, SOYÖ'den aldıkları puan ortalamaları daha yüksek olan; cinsiyete göre erkeklerin, yaşa göre 20 ve üzerinde olanların, eğitim durumuna göre yüksek lisans mezunu olanlar ile mesleğe göre doktor olanların kendilerini sağlık konusunda daha bilgili gördüğü tespit edilmiştir. Bahsedilen her grup için kendi içerisinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$)[185]. Bizim çalışmamızda bulaşıcı hastalıklar hakkında kendisini yeterli gören katılımcıların YSOÖ'den aldıkları puan ortalamaları kendilerini yetersiz görenlere göre anlamlı derecede daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu konuda çalışmamızın bulguları, sağlıkçılar üzerinde yapılan tek literatür incelemesi olan Budhathoki ve ark.'larının çalışmasıyla benzer sonuçlar içermektedir. Çalışmamız bu konuda yapılacak benzer çalışmalara yol gösterici olma özelliğini taşıyor olabilir.

Yapılan literatür incelemesinde sağlık çalışanlarının aşının tanımı olan; mikroorganizmaların kendileri veya çıkardıkları ürünlerin zararsız hale getirilerek canlı vücuduna verilmesi şeklindeki tanımı ile YSOÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin irdelendiği herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda ise aşının tanımını doğru bilenlerin YSOÖ'den aldıkları puan ortalamasının bilmeyenlerden çok

daha yüksek olduğu tespit edildi. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ($p<0.001$). Çalışmamız bu konuda ilk olma özelliğini taşıyor olmakla beraber, bu konuda yapılacak benzer çalışmalara yol gösterici olma özelliğini taşıyor olabilir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarına yöneltilen bulaşıcı hastalık geçiren kişinin tecrit/izolasyon edilmesi gerekir mi sorusu ile katılımcıların YSOÖ'nden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldı, sadece bazı bulaşıcı hastalığa sahip kişilerin tecrit edilmesi gerektiğini belirtenlerin YSOÖ'den aldıkları puan ortalamasının hayır veya evet diye cevap verenlerden çok daha yüksek oranda olduğu tespit edildi. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ($p<0.001$). Yapılan literatür incelemesinde ise sağlık çalışanlarının tecrit konusunda bilgi düzeyi ile YSOÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu konuda ilk olma özelliğini taşıyor olmakla beraber, bu konuda yapılacak benzer çalışmalara yol gösterici olma özelliğini taşıyor olabilir.

Yapılan literatür incelemesinde sağlık çalışanlarının, YSOÖ'den aldıkları puan ortalamaları ile sağlık bakanlığı aşı takvimindeki tüm aşuları yapma durumunu irdeleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda ise yapılması gereken tüm aşuları yaptırdığını belirtenlerin YSOÖ'den aldıkları puan ortalaması, aşularını eksik yapan ya da hiç yaptırmayanlardan çok daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ($p<0.05$). Çalışmamız bu konuda ilk olma özelliğini taşıyor olmakla beraber, bu konuda yapılacak benzer çalışmalara yol gösterici olma özelliğini taşıyor olabilir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarına yöneltilen, daha önceden yaptıkları aşuların antikor düzeylerini kontrol ettiniz mi sorusu ile YSOÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldı. Antikor düzeylerini kontrol edenlerin, kontrol etmeyenlerden çok daha yüksek YSOÖ'den ortalama puan aldığı tespit edildi. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ($p<0.001$). Yapılan literatür incelemesinde ise sağlık çalışanlarının daha önce yaptırdıkları aşuların antikor oluşturma cevabını merak edenlerin YSOÖ puan ortalamaları ile arasındaki ilişkinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu konuda ilk olma özelliğini taşıyor olmakla beraber, bu konuda yapılacak benzer çalışmalara yol gösterici olma özelliğini taşıyor olabilir.

Yapılan literatür incelemesinde sağlık çalışanlarının, YSOÖ'den aldıkları puan ortalamaları ile sağlık çalışanlarında HBV koruyucu antikor düzeyinin minimum ne kadar olması gerektiği durumunu irdeleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda ise sağlık çalışanları için minimum hepatit B aşısı sonrası koruyucu antikor düzeyi olan ($>10\text{IU/ml}$)'i doğru bilenlerin YSOÖ'den aldıkları puan ortalamaları yanlış veya bilmiyor olanlardan çok daha yüksek tespit edilmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ($p<0.05$). Bu konuda literatürde daha önce yapılmış çalışmaya rastlanılmadığı için, çalışmamız bu konuda ilk olma özelliğini taşıyor olabilir.

5.7.8. Hastane çalışanlarının YSOÖ sonuçlarının; hastanede çalıştıkları için; kendilerine veya ailelerine hastalık bulaştırma kaygısı yaşama durumları, bu kaygıyı yaşayanların işlerinden soğuma veya iş değişikliği düşünme durumu ve herhangi bir zamanda yaptıkları bir tıbbi hata nedeniyle istemeyerek başka birine hastalık bulaştırma ihtimali ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının YSOÖ puan ortalamaları ile hastanede çalıştıkları için kendi aile fertlerine veya kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı yaşamaları arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatür taramasında sağlık çalışanlarının bu tür kaygı durumları ile SOY düzeyleri arasındaki ilişkisi ile ilgili çalışma bulunmamıştır.

Çalışmamıza göre, hastane çalışanlarının yaşadıkları iş kaynaklı bulaşıcı hastalık kapma kaygısı nedeniyle iş değişikliği düşünenlerin YSOÖ sonuçlarıyla ilişkisi incelendiğinde, iş değişikliği düşünenlerde veya mevcut işinden soğuduğunu belirtenlerde YSOÖ puan ortalamaları daha düşük bulunmuş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışmamıza göre iş değişikliği düşünenlerin sağlık okuryazarlığı hakkında yeterli seviyeye sahip olmadıkları anlaşılmıştır, ülkemiz genelinde sağlık çalışanlarının son zamanlarda mesleki itibar ve kazanç olarak sürekli kayıpta olmaları ve sağlıkta şiddet olaylarındaki artış nedeniyle iş değişikliği düşündüğü ya da işinden memnun olmadıkları, bu nedenle de işleriyle alakalı gelişme ve ilerlemeleri yeterli miktarda takip etmedikleri kabul edilebilir. Yapılan literatür incelemesinde sağlık çalışanlarının yaşadıkları iş kaynaklı bulaşıcı hastalık kapma

kaygısı nedeniyle iş değişikliği düşüncelerinin YSOÖ sonuçlarıyla ilişkisinin birlikte değerlendirildiği başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamıza göre, hastane çalışanlarının geçmişte yaptıkları herhangi bir işlem nedeniyle bir hastaya zarar verme ihtimallerinin YSOÖ sonuçlarıyla ilişkisi incelenmiş olup, sağlık çalışanlarında YSOÖ puan ortalamasının azalmasıyla tıbbi hata yapma oranında artış olduğu kabul edilmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Literatür incelemesinde ise benzer parametrelerin birlikte değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamıştır.

Çalışmamızda elde edilen yukardaki verilere göre literatürde benzer çalışmalara rastlanmamış olup çalışmamız bu konularda ilk olma özelliğini taşıyor olabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Hastane çalışanlarının, mesleklerini icra ederken maruz kaldıkları işe bağlı gerginlik düzeylerinin ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin hastane kaynaklı bulaşıcı hastalıklarla karşılaşma ve korunmaya etkisinin araştırıldığı çalışmamızda yapılan analizler sonucunda elde edilen çarpıcı veriler aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır;

Çalışmamızda; cinsiyete göre erkek olanların, medeni durumlarına göre evli olanların, yaşlarına göre 30-35 yaş aralığında olanların, eğitim durumlarına göre üniversite veya daha üstü mezuniyet belgesine sahip olanların, çalışma sürelerine (yıl) göre göreve yeni başlayanların, haftalık olarak ise 40 saat ve üstü çalışanların ve çalışılan birime göre dahili birimlerde çalışanların genel olarak tüm katılımcılar arasında çoğunlukta oldukları tespit edilmiştir.

Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanları arasında bulaşıcı hastalıklardan korunmada kendilerini yeterli görme açısından anlamlı istatistiksel farklılık bulunamamıştır.

Katılımcılardan, en yüksek oranda temizlik görevlisi/hasta bakıcısı olanların bulaşıcı hastalıklar konusunda kendilerini eksik gördüğü tespit edilmiştir.

Çalışmamızda sadece mesleği doktor olanlara sorulan BZBH'nin hangileri olduğuna dair soruya; doktorların en yüksek oranda doğru bildikleri hastalık VHA (Ebola vb.) hastalığı olurken, en yüksek oranda yanlış bildikleri hastalık ise Hepatit A hastalığı olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının sadece %34,0'ü bulaşıcı hastalıklara yönelik herhangi bir hizmet içi eğitim aldığını belirtmiştir. Doktorlardan sadece %27,7'sinin herhangi bir hizmet içi eğitim aldığı tespit edilmiştir. Bu oranlar çok düşük olarak değerlendirilmiş olup, çalışanlarımızın etkili hizmet içi eğitimlere ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan temizlik görevlisi/hasta bakıcısı olanların %36'sı şarbon hakkında, %31'i de KKA hastalık etkeninin bulaş yolu hakkında bilgi sahibi olmadığı

tespit edilmiştir. Bu konuda yardımcı sağlık personellerine hizmet içi eğitim verilmesi gerektiği tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının en çok deriye sıçrama şeklinde bulaşıcı hastalığı olan kişilerle riskli teması olduğu tespit edildi. Bu konuda hastane içerisinde önlemlerin artırılması önlük, eldiven ve gözlük gibi koruyucu yöntemlerin kullanımının artırılması gerektiği tespit edilmiştir.

Çalışmamıza göre kendisini bulaşıcı hastalıklar konusunda yeterli gören katılımcıların %76,5'i bulaşıcı hastalığı olan hasta veya hasta materyaline riskli temas sonrası hiçbir şey yapmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarımızın olası riskli salgın hastalıklardan (ör. Covid-19 salgını) fazlasıyla etkileneceği tespit edilmiş olmakla birlikte bu konuda sağlık çalışanlarının bilinçlenme miktarlarının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik, yeteri kadar önlem almadığı tespit edilmiş olup önlem aldığını belirten katılımcıların ise tamamına yakını sadece eldiven giyerek önlem almaya çalıştığı tespit edilmiştir. Diğer korunma yöntemlerini kullanmaları konusunda bilinçlenmelerini sağlayacak eğitimlerin yapılması gerektiği fark edilmiştir.

Doktorların, sorulan tüm aşı türlerinde diğer iki meslek grubundan daha çok sayıda aşı yaptırdıkları tespit edilmiş olup diğer sağlık personellerinin de aşı yaptırma konusunda desteklenmesi gerekmektedir.

Katılımcıların eğitim seviyesinin artması durumunda, riskli birimler olan acil/ameliyathane/YBÜ gibi birimlerde çalışanlarda, görev olarak hastayla daha çok temas halinde olan (dahili birimlerde çalışan) doktorlarda, haftalık çalışma süresi (saat) olarak daha fazla olanlarda, hastanede çalıştıkları için kendilerine hastalık bulaştırma kaygısı yaşama düzeyleri artmış olarak tespit edilmiştir.

Çalışanların görevde geçirdikleri süreler (yıl) arttıkça ailelerine hastalık bulaştırma kaygılarında artış tespit edilmiştir.

Katılımcılardan, haftalık daha çok mesai yapanların, eğitim seviyesi daha yüksek olanların ve meslek olarak doktor olanların işe bağlı gerginlik düzeyleriyle iş değişikliği düşünceleri arasında ters orantı olduğu tespit edildi. Yapılan mesleğe, hastalar tarafından duyulan saygının artması ve ücretlerin makul seviyelere yükseltilmesiyle sağlık çalışanları açısından fazla çalışma saatleri katlanır hale gelebilir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının meslek itibarlarının ve ücretlerinin artırılması işe bağlı gerginlik düzeylerinde azalmaya katkı sağlayacaktır. Bu konuda sağlık bakanlığının kamu spotlarıyla kaybolan meslek saygınlığını tekrar arttırması ve doğru ücret artışlarıyla çalışanlarını mutlu etmesi gerekmektedir.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının çok düşük oranda birinden diğerine hastalık bulaştırma ihtimaline sebep olduğu tespit edilmiş olmakla birlikte, birinden diğerine hastalık bulaştırma ihtimali açısından hastayla daha çok temas halinde olan dahili meslek gruplarında artış tespit edilmiştir. Bu konuda alınacak önlemlerle bu sayı sıfıra indirilebilir. Bu sayede hem hasta hem de çalışan güvenliği arttırılmış olacaktır.

Hastanemiz sağlık çalışanlarından özellikle çocuk kliniklerinde çalışanların en çok İBG yaşadıkları tespit edilmiştir.

Çalışmamıza göre ailelerine veya kendilerine hastalık bulaştırma kaygısını kısmen veya tamamen yaşayanlarda İBG düzeyleri daha yüksek olarak tespit edilmiş olup hastane kaynaklı bulaşıcı patojenlere karşı alınacak önlemlerle çalışanların İBG miktarlarında azalma sağlanabilir.

Çalışmamıza göre iş değiştirmeyi kısmen veya tamamen düşünen çalışanların daha çok İBG yaşadıkları tespit edilmiştir. Çalışanların iş memnuniyetlerinin arttırılmasıyla İBG düzeylerinde azalma sağlanabilir.

Çalışmamıza göre birinden diğerine hastalık bulaştırmış olma ihtimali olanların İBG düzeyleri yüksek bulunmuştur. Çalışma alanlarının güvenli merkezlere evrilmesi sonucunda sağlık çalışanlarının hem iş kazalarına maruziyetleri hem de işe bağlı gerginlik düzeylerinde azalma sağlanacağı gibi hasta güvenliği de arttırılmış olacaktır.

Meslek/görevlerine göre doktor olanlar diğer iki meslek grubundan daha çok YSOÖ'den puan aldıkları tespit edilmiş olup ayrıca en az puanı alan meslek grubu ise temizlik görevlisi/hasta bakıcısı olanlar olarak tespit edilmiştir, mesleki bilginin artmasıyla alınan puanlar artmış olarak tespit edilmiştir bu nedenle yardımcı sağlık personellerine verilecek hizmet içi eğitimlerle tüm çalışanların SOY düzeyleri arttırılabilir.

Çalışmamıza göre bulaşıcı hastalıklardan korunmada kendilerini yeterli görenlerin SOY düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamıza göre tecrit/izolasyon hakkında doğru bilgiye sahip olan sağlık çalışanlarının ve aşılama takvimindeki aşılardan tüm dozlarını yaptıranların ve bu aşılardan antikor düzeylerini kontrol ettirenlerin SOY düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Sağlık alanında genel bilgisi daha iyi olanların SOY düzeyleri de daha iyi bulunmuştur, bu nedenle mezuniyet öncesi eğitim programlarında ya da aktif iş hayatında bulunan kişilere yönelik yapılacak eğitim içeriğinde zenginleştirme ya da hizmet içi eğitimlerle sağlıkçıların SOY düzeyleri arttırılabilir.

Çalışmamıza göre birinden diğerine hastalık bulaştırmış olma ihtimali olanların SOY düzeyleri daha düşük tespit edilmiştir.

Sonuç olarak; özellikle temizlik görevlisi/hasta bakıcısı olanların bulaşıcı hastalıklar konusunda hizmet içi eğitime tabi tutulmasıyla bilgi düzeyleri ve hastane içi bulaşıcı hastalıklara karşı güvenli korunma yöntemlerini etkin kullanma oranları arttırılabilir. Özellikle doktor olanların hizmet içi eğitimlere daha çok katılması için, eğitimlerin çalışma saatleri dışında özellikle hafta sonları düzenlenmesi yararlı olabilir.

Doktorlar gibi BZBH'ların bildiriminden sorumlu kişilerin ender hastalıklar olarak görülen Ebola vb. hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri yeterliyken, ülkemizde daha sık görülen Hepatit A gibi hastalıkların bildirimini daha az oranda bilmeleri sağlık üreticileri açısından bir handikap teşkil etmekte olup bu konuda tüm sağlık çalışanlarının özellikle ülkemizde daha sık görülen BZBH'lar konusunda yeniden bir eğitim programına dahil edilmesi ve halen eğitimleri devam eden sağlık öğrencilerinin okul müfredatları bu doğrultuda düzenlenmelidir. Temizlik görevlisi/hasta bakıcısı

olanların ülkemizde özellikle daha çok endemik olarak görülen şarbon, KKKA vb. hastalıklardan korunma yöntemleri bakımından yeniden bir eğitim programına alınması gerektiği tespit edilmiştir.

Bulaşıcı hastalıklar konusunda kendisini yeterli görenlerin bile riskli temas sonrası tıbbi destek alma ihtiyacı hissetmediği fark edilmiştir, bu konuda daha kapsayıcı eğitim materyalleri ve broşürlerle aktif çalışanlara yönelik yeniden hizmet içi eğitim programı düzenlenmesi ihtiyacı vardır ayrıca mevcut sağlık fakültelerinde eğitim müfredatlarının gözden geçirilmesi ve daha çok temas öncesi korunma yöntemleri ve riskli temas sonrası yapılacakları açıklayacak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.

Katılımcılardan azımsanamayacak derecede hiç aşı yapmayanların olduğu fark edilmiş olup, bu konuda aşılardan ve aşıların önemi hakkında eğitim programları düzenlenmeli ve hiç aşı yapmayan veya aşıları eksik olan sağlık çalışanlarının enfeksiyon birimi tarafından ya da kendi aile hekimlerine yönlendirilmeleri vasıtasıyla aşılanmaları sağlanmalıdır.

Sağlık çalışanlarının kendilerine veya ailelerine hastalık bulaştırma düşünceleri tespit edilmiş olup bu düşünceler nedeniyle işe bağlı stres yaşadıkları tespit edilmiştir, bu nedenle hastaneler bünyesinde sağlık çalışanlarının kendilerine hastalık bulaşma ihtimalini azaltacak materyaller ve yeni tıbbi teknolojilerin rutin kullanıma sunulması gerekmektedir ayrıca sağlık çalışanlarının iş çıkışı giydikleri kıyafetlerin dezenfekte edilmesi veya iş sırasında hastane yönetimi tarafından verilecek iş formlarıyla çalıştırılmaları zorunlu hale getirilmelidir. Hastaneden çalışanların işe bağlı stres ve gerginliklerinde azalmaya vesile olması nedeniyle çalışanların ücretlerinde artış ve zamanında ödeme yapılması pozitif yönde etki yaratacaktır. Ayrıca özellikle riskli bölümler olan YBÜ gibi yerlerde çalışan sayısının artırılması ve çalışma saatlerinin haftalık olarak dünya standartlarına entegrasyonunun yapılması da işe bağlı gerginliği azaltacak olup ayrıca iş motivasyonunu pozitif yönde arttıracaktır. Motivasyonu tam olan sağlık çalışanları görevlerini daha çok severek isteyerek yapacakları için, sağlık alıcıları olan hastalarımızın da memnuniyeti arttırılmış olacaktır.

Temizlik görevlisi/hasta bakıcılarla eğitim seviyesi daha az olan çalışanların düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimlere alınması veya üniversite müfredatlarında

düzeltilmelerle hem sağlık çalışanlarının hem de toplumun genel olarak sağlık okuryazarlık düzeyi arttırılmış olunacaktır. lke olarak sağlık okuryazarlığında geride olduğumuz göz önüne alınınca yapılacak ufak değişikliklerle çok büyük pozitif geri bildirimlerin alınacağı muhakkaktır. Günümüzde tükenmişlik sendromunun en çok görüldüğü mesleklerin başlarında gelen sağlık çalışanlarının iş hayatlarına yapılacak ufak dokunuşlarla hem sağlık çalışanları hem sağlık yöneticileri hem de sağlık alıcıları (hastalar) açısından mükemmel sonuçların alınacağı muhtemeldir.



KAYNAKÇA

1. Kindig, D.A., A.M. Panzer, and L. Nielsen-Bohlman, *Health literacy: a prescription to end confusion*. 2004: National Academies Press.
2. Mancuso, J.M., *Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature*. Nursing & health sciences, 2009. **11**(1): p. 77-89.
3. Nutbeam, D., *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Health promotion international, 2000. **15**(3): p. 259-267.
4. Keleher, H. and V. Hagger, *Health literacy in primary health care*. Australian Journal of Primary Health, 2007. **13**(2): p. 24-30.
5. ÇATI, K., et al., *SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ*. International Journal of Economic & Social Research, 2018. **14**(1).
6. Lorini, C., et al., *Health literacy and vaccination: A systematic review*. Human vaccines & immunotherapeutics, 2018. **14**(2): p. 478-488.
7. Aslan, H., et al., *Kocaeli'nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumu*. Toplum ve Hekim, 1997. **12**(82): p. 24-29.
8. Canbaz, S., et al., *Hemşirelerde tükenmişlik sendromu, iş doyumu ve işe bağlı gerginlik*. Hemşirelik Forumu, 2005. **4**: p. 30-34.
9. Revicki, D.A., H.J. May, and T.W. Whitley, *Reliability and validity of the Work-Related Strain Inventory among health professionals*. Behav Med, 1991. **17**(3): p. 111-20.
10. Bakanlığ, T.S., *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıkları Daire Başkanlığı*. HIV/AIDS Surveyans verileri, Haziran, 2004.
11. Aksakoğlu G. Bulaşıcı hastalıkla savaşım. Üçüncü yazım. İzmir: DEÜ Rektörlük basımevi, i., izmir, 2008, 3. yazım. DEÜ Rektörlük Basımevi, İnciraltı, İzmir, 2008.
12. Akın L, G.Ç.H.S.T.B.A.H. and -. Üniversitesi Yayınları, *Hacettepe Üniversitesi Yayınları*. Ankara: ISBN, 2006: p. 248-301.
13. Berkman, N.D., T.C. Davis, and L. McCormack, *Health literacy: what is it?* Journal of health communication, 2010. **15**(S2): p. 9-19.
14. Nutbeam, D., *The evolving concept of health literacy*. Soc Sci Med, 2008. **67**(12): p. 2072-8.
15. Parker, R.M., et al., *Health literacy-report of the council on scientific affairs*. Jama-Journal of the American Medical Association, 1999. **281**(6): p. 552-557.
16. Aslantekin, F. and M. Yumrutaş, *Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2014. **13**(4).
17. Osborne, H., *Health Literacy From A to Z*. 2013: Jones & Bartlett Learning.

18. Balçık, P.Y., S. Taşkaya, and B. Şahin, *Sağlık okur-yazarlığı*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2014. **13**(4): p. 321-326.
19. Sorensen, K., et al., *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. Eur J Public Health, 2015. **25**(6): p. 1053-8.
20. Safeer, R.S. and J. Keenan, *Health literacy: the gap between physicians and patients*. Am Fam Physician, 2005. **72**(3): p. 463-8.
21. Sanders, L.M., et al., *Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy*. Pediatrics, 2009. **124 Suppl 3**: p. S306-14.
22. Sudore, R.L., et al., *Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study*. J Gen Intern Med, 2006. **21**(8): p. 806-12.
23. Sorensen, K., et al., *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models*. BMC Public Health, 2012. **12**: p. 80.
24. Baker, D.W., *The meaning and the measure of health literacy*. Journal of general internal medicine, 2006. **21**(8): p. 878-883.
25. Kirsch, I.S., *Adult literacy in America: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey*. 1993: ERIC.
26. Kutner, M., et al., *Literacy in Everyday Life: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. NCEs 2007-490. National Center for Education Statistics, 2007.
27. Haun, J.N., et al., *Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments*. Journal of health communication, 2014. **19**(sup2): p. 302-333.
28. Yılmaz, M. and Z. TİRAKİ, *Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?* Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2016. **9**(4).
29. Sørensen, K., et al., *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. European journal of public health, 2015. **25**(6): p. 1053-1058.
30. Ture, D.A., H. Demirci, and O. Sengoren Dikis, *The relationship between health literacy and disease specific costs in subjects with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. The Aging Male, 2018: p. 1-7.
31. Freedman, D.A., et al., *Public health literacy defined*. American journal of preventive medicine, 2009. **36**(5): p. 446-451.
32. Gillis, D. and A. Quigley, *Taking Off the Blindfold: Seeing how literacy affects health, A report of the Health Literacy in Rural Nova Scotia Research Project*. Antigonish, Nova Scotia, Canada: St. Francis Xavier University, 2004.
33. Saranjit, S. and L. Lennard, *Health literacy: being able to make the most of health*. 2004: National Consumer Council.
34. Yilmazel, G. and F. Cetinkaya, *Health literacy among schoolteachers in Corum, Turkey*. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal, 2015. **21**(8): p. 598-605.

35. Marmot, M., et al., *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. The lancet, 2008. **372**(9650): p. 1661-1669.
36. Tokuda, Y., et al., *Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults*. Patient education and counseling, 2009. **75**(3): p. 411-417.
37. Sørensen, K., et al., *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models*. BMC public health, 2012. **12**(1): p. 80.
38. Arıkan, D. and N. Karabulut, *HEMŞİRELERDE İŞE BAĞLI GERGİNLİK VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2004. **7**(1).
39. Görgülü, S., *Hemşirelik ve iş ortamı stresörleri*. Türk Hemşireler Dergisi, 1990. **39**(1): p. 23-27.
40. Boswell, C.A., *Work stress and job satisfaction for the community health nurse*. Journal of Community Health Nursing, 1992. **9**(4): p. 221-227.
41. Clegg, A., *Occupational stress in nursing: a review of the literature*. Journal of nursing management, 2001. **9**(2): p. 101-106.
42. Cocchiara, R.A., et al., *The Use of Yoga to Manage Stress and Burnout in Healthcare Workers: A Systematic Review*. J Clin Med, 2019. **8**(3).
43. Lee, V. and M.C. Henderson, *Occupational stress and organizational commitment in nurse administrators*. JONA: The Journal of Nursing Administration, 1996. **26**(5): p. 21-28.
44. Portoghese, I., et al., *Burnout and workload among health care workers: the moderating role of job control*. Safety and health at work, 2014. **5**(3): p. 152-157.
45. de Paiva, L.C., et al., *Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital*. Clinics, 2017. **72**(5): p. 305-309.
46. Ruotsalainen, J., et al., *Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers*. 2008.
47. Archibald, C., *Job satisfaction among neonatal nurses*. Pediatric Nursing, 2006. **32**(2): p. 176.
48. Khamisa, N., et al., *Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses*. International journal of environmental research and public health, 2015. **12**(1): p. 652-666.
49. Pillay, R., *Work satisfaction of professional nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors*. Human Resources for Health, 2009. **7**(1): p. 15.
50. Tel, H., et al., *Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2003. **2**(1): p. 13-23.
51. Iacovides, A., et al., *The relationship between job stress, burnout and clinical depression*. Journal of affective disorders, 2003. **75**(3): p. 209-221.

52. *Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Cep Kitabı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara, 2011, s.18.*
53. ÖZTÜRK, R., *Hastane İnfeksiyonlarında "İnovasyon". Bilimsel Tıp Yayınevi, 2010. 14(1): p. 43.*
54. Raporu, P.D., *HASTANE ENFEKSİYONLARI İLE MÜCADELE. 2007.*
55. Hein, K., *Health policy implications of emerging infections. Emerging infectious diseases, 1998. 4(3): p. 379.*
56. AŞCIOĞLU, S., *HASTANE ENFEKSİYONLARI.*
57. Potter P, P.A.G., *Fundamentals of nursing Missouri Inc. p 741-787. 1997: Mosby year book.*
58. E., Ç., *Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar 3ed. 2000, izmir: Güven-Nobel Yayıncılık Tic.Ltd. Şti. 47-62.*
59. Baykam, N., *SAĞLIK ÇALIŞANLARINA TEMAS, ENTERAL VE DAMLACIK YOLUYLA BULAŞAN İNFEKSİYONLAR VE KORUNMA YOLLARI. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI 1. ULUSAL KONGRESİ: p. 62.*
60. resistance, R.f.p.t.s.o.v., *Recommendations of the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR Recomm Rep, 1995. 44(RR-12): p. 1-13.*
61. Alan, S., *Hastane Enfeksiyonlarından Korunmada Birimlerin Yapılanma. Havalandırma, Temizleme Ve Dezenfeksiyon Esasları, Hastane Enfeksiyonları: Korunma Ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 2008(60): p. 221-237.*
62. KUMAR, P.S., et al., *Prevention And Control Of infections. International Journal of Pharma and Bio Sciences, 2011. 2(2): p. 10.*
63. Bakanlığı, S., *Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi. 2015, T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.*
64. Beltrami, E.M., et al., *Risk and management of blood-borne infections in health care workers. Clinical microbiology reviews, 2000. 13(3): p. 385-407.*
65. Sepkowitz, K.A., *Occupationally acquired infections in health care workers: part II. Annals of internal medicine, 1996. 125(11): p. 917-928.*
66. Nelsing, S., T. Nielsen, and J. Nielsen, *Exposure to blood and risk of infection among health personnel. Ugeskrift for Laeger, 1993. 155(42): p. 3359-3363.*
67. Kişioğlu, A.N., et al., *Bir üniversite hastanesi sağlık personelinde kesici delici yaralanma epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik tutum ve davranışlar. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2002. 22(4): p. 390-396.*
68. Control, C.f.D. and Prevention, *HIV and viral hepatitis. South Carolina State Documents Depository, 2017.*
69. Demir, I., et al., *Isparta ili saglik personelinde hepatit B virus seropozitifliginin arastirilmesi. Infeks Derg, 2006. 20(3): p. 183-7.*
70. Akca, G., *Diş hekimliğinde kan yoluyla bulaşan viral enfeksiyonlar ve önemi. Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 2008. 12: p. 5-10.*

71. Boşnak, V.K., et al., *Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi sağlık çalışanlarında hepatit B, hepatit C ve HIV seroprevalansı*. *Viral Hepatit Derg*, 2013. **19**: p. 11-4.
72. Mitsui, T. and K. Wano, *Hepatit C virüs infection in medikal personel after needlestick injuries*. *Ann Intern Med*, 1991. **115**: p. 367.
73. Bilgiç, A. and T. Özaçar, *Hastane enfeksiyonu yönüyle viral hepatitler*, *Viral Hepatit'98*. *Viral Hepatitle Savaşım Derneği, İstanbul*, 1998: p. 311-318.
74. Çitçi, H., E. Yeni, and M. Savaş, *Hepatitlerle ne kadar iç içeyiz*. *Türk Üroloji Derg*, 2007. **33**: p. 104-106.
75. Shepard, C.W., et al., *Hepatitis B virus infection: epidemiology and vaccination*. *Epidemiologic reviews*, 2006. **28**(1): p. 112-125.
76. Bond, W.W., N.J. Petersen, and M.S. Favero, *Viral hepatitis B: aspects of environmental control*. *Health laboratory science*, 1977. **14**(4): p. 235-252.
77. AYTAÇ, D.N. and Ö. HEDEFLERİ, *BULAŞICI HASTALIKLAR*.
78. Seale, H., J. Leask, and C.R. MacIntyre, *Do they accept compulsory vaccination?: Awareness, attitudes and behaviour of hospital health care workers following a new vaccination directive*. *Vaccine*, 2009. **27**(23): p. 3022-3025.
79. Kanra, G., A. Kara, and B. Cengiz, *Sağlık personelinin immünizasyonu*. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, 2000. **4**: p. 63-83.
80. Kartal, D., *Sağlık personelinde profilaksi*. *Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi*, 2008.
81. Kartal, E.D., *SAĞLIK PERSONELİNDE PROFİLAKSİ*.
82. BEŞER, A., *Sağlık çalışanlarının sağlık riskleri ve yönetimi*. 2012.
83. Doğanay, M. and D. Eşel, *Bacillus anthracis ve diğer bacillus türleri*. *Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi*, 2002. **3**: p. 2102-14.
84. Meriç, M. and A. Willke, *Gebze'de şarbon*. *İnfeksiyon Derg*, 2008. **22**(1): p. 1-9.
85. Doganay, M., G. Metan, and E. Alp, *A review of cutaneous anthrax and its outcome*. *Journal of infection and public health*, 2010. **3**(3): p. 98-105.
86. H., H.U., *Biyolojik Terör Riskine Karşı Tıbbi Müdahalenin Etkinliğinin İrdelenmesi ve Yerel Yanıtın Geliştirilmesi*, *Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*. 2010, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi.
87. AZAP, U.D.A., *Biyoterörizm, Biyolojik ve Kimyasal Terörizmde Hastanelerde Emniyet ve Dekontaminasyon*. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*, Samsun, 2005.
88. Alp, E. and M. Doğanay, *Biyoterörizm*. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2006. **6**(3): p. 135-146.
89. YÜKSEL, O. and R. ERDEM, *Biyoterörizm ve Sağlık*. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. **19**(2).

90. Bakanlığı, T.C.S., *ZOONOTİK HASTALIKLAR HİZMET İÇİ EĞİTİM MODÜLÜ*. 2011, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Zoonotik Hastalıklar Daire Başkanlığı: ankara. p. 53-80.
91. KLİNİK, T.E.H.V. and M.U. DERNEĞİ, eds. *ERİŞKİN BAĞIŞIKLAMA REHBERİ 2.GÜNCELLEME-2016*. ed. T.E.H.v.K.M.U. Derneği. 2016, Arvin Yayınevi: İSTANBUL.
92. Rehberi, E.B., *Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu [Internet]*. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2009.
93. TEZER, H., *Difteri, Tetanoz & Boğmaca Aşuları*. Klinik Tıp Pediatri Dergisi. **8**(4): p. 27-32.
94. Dolapçı, İ., *Poliovirus*.
95. AKDENİZ, M. and N. ERKEK, *Meningokok Aşuları*. Klinik Tıp Aile Hekimliği. **8**(2): p. 3-10.
96. Pediatrics, A.A.o., et al., *1994 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases*. 1994: American Academy of Pediatrics.
97. YALÇIN, I. and A. PALANDUZ, *Yeni Bakteri Aşuları*.
98. KORUK, S.T., et al., *YAŞARKEN TANI KONULAN BİR İNSAN KUDUZ OLGUSU*. Mikrobiyol Bul, 2010. **44**: p. 303-309.
99. Hizmetleri, T.S.B.T.S. and G. Müdürlüğü, *Kuduz Korunma ve Kontrol Yönergesi 2001*.
100. Sezer, A. and H. Kadioğlu, *YETİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014. **17**(3).
101. ERTEM, A.A. and E. ORHANER, *Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Davranışlarıyla İlişkisi (Sağlık Teknikerliği Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma) (Doktora Tezi)*, in *Sosyal Bilimler Enstitüsü*. 2019-Nisan, Gazi Üniversitesi.
102. Dinçer, A. and Ş. Kurşun, *Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi*. 1OCAK: p. 20.
103. Özdemir, Y., *Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği*. 2018, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
104. Güven, A., *Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi*. 2017, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
105. Nesari, M., et al., *Registered Nurses' Knowledge of and Experience with Health Literacy*. HLRP: Health Literacy Research and Practice, 2019. **3**(4): p. e268-e279.
106. Bobko, N.A. and A.T. Barishpolets, *Work ability, age and its perception, and other related concerns of Ukraine health care workers*. Experimental aging research, 2002. **28**(1): p. 59-71.

107. Urbanetto, J.d.S., et al., *Work-related stress according to the demand-control model and minor psychic disorders in nursing workers*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2013. **47**(5): p. 1180-1186.
108. Kopuz, E., *Hemşirelerin işe bağlı gerginlik düzeyinin belirlenmesi ve stresle baş etme tutumlarının incelenmesi: özel bir hastane örneği*, in *sağlık bilimleri enstitüsü*. 2013, haliç üniversitesi.
109. Balçık, E., *Hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı ve işe bağlı gerginlik düzeyleri* in *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. 2013, Haliç Üniversitesi.
110. DENİZ, Ş., *Gebelerin ve çocukluk çağı aşılarına karşı bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi*, in *Tıp fakültesi, tıpta uzmanlık tezi*. 2018, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
111. ÇUBUKÇU, E., *Tıp fakültesi 2017-2018 öğretim yılı dönem 3 ve dönem 6 öğrencilerinin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerinin ve görüşlerinin değerlendirilmesi* in *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. 2018, Başkent Üniversitesi.
112. Aışkın, O. and N. Savas. *ANTAKYA'DA BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLARIN BİLDİRİM DURUMU VE HEKİMLERİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI*. in *19. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ*. 2017.
113. Spedding, R.L., M.G. Jenkins, and S.A. O'Reilly, *Notification of infectious diseases by junior doctors in accident and emergency departments*. Emergency Medicine Journal, 1998. **15**(2): p. 102-104.
114. Lewis, A., J. Gammon, and I. Hosein, *The pros and cons of isolation and containment*. Journal of Hospital Infection, 1999. **43**(1): p. 19-24.
115. Wassenberg, M., D. Severs, and M. Bonten, *Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients*. Journal of hospital infection, 2010. **75**(2): p. 124-127.
116. Erken, R.R. and A. Ergin. *Sağlık Çalışanlarının Kendilerine Yönelik Uygulanması Gereken Aşılarla Karşı Tutum ve Davranışları*. in *Presented at the 6th Turkish Congress on the Health of the Health Care Workers*. 2017.
117. Abacıgil, F., et al., *Aydın'da diş hekimliği fakültesi çalışanlarının hepatit B virüs enfeksiyonu konusunda bilgi düzeyleri ve enfeksiyon kontrol uygulamaları*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016. **15**(5).
118. Turhan, F., *Başkent üniversitesi hastanesi çalışanlarının mesleki risk faktörleri ve davranışlarının değerlendirilmesi*. 2006, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
119. Togan, T., et al., *Aksaray il merkezinde sağlık meslek lisesi öğrencilerinin el hijyeni ve iş kazaları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları*. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2015. **2**(1): p. 8-15.
120. Bayrak, B., S. Keten, and M. Fincanci, *Sağlık Çalışanlarının HIV/AIDS Olgularına Yaklaşımları/Attitude of Health Personnel Towards People Living With HIV*. KLİMİK Dergisi, 2014. **27**(3): p. 103.

121. Kermode, M., et al., *HIV-related knowledge, attitudes & risk perception amongst nurses, doctors & other healthcare workers in rural India*. Indian Journal of Medical Research, 2005. **122**(3): p. 258.
122. Hesham, R., J. Cheong, and J.M. Hasni, *Knowledge, attitude and vaccination status of varicella among students of Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM)*. Med J Malaysia, 2009. **64**(2): p. 119.
123. Gorny, A.W., et al., *Varicella seroprevalence in healthcare workers in a tertiary hospital: an audit of cross-sectional data*. BMC research notes, 2015. **8**(1): p. 664.
124. Ciliz, N., et al., *Saglik Çalisanlarinda Kizamik, Kizamikçik, Kabakulak, Suçiçeği, Difteri, Tetanos ve Hepatit B Seroprevalansi/Seroprevalance of Measles, Rubella, Mumps, Varicella, Diphtheria, Tetanus and Hepatitis B in Healthcare Workers*. KLIMIK Dergisi, 2013. **26**(1): p. 26.
125. Özer, M., et al., *Türk tıp öğrencileri arasında suçiçeği aşısı kabulü ve aşı ilişkili yan etkiler konusundaki tutumlar*. Çocuk Sagligi ve Hastalıkları Dergisi, 2016. **59**(2).
126. Tsou, M.-T. and H.-H. Shao, *Varicella Seroprevalence in Healthcare Workers at a Medical Center Following Changes in National and Local Hospital Vaccination Policies*. International journal of environmental research and public health, 2019. **16**(19): p. 3544.
127. Coppeta, L., et al., *Measles immunity in an Italian teaching hospital*. Occupational Medicine, 2018. **69**(2): p. 143-145.
128. Arda, B., et al., *İzmir Bornova Öğrenci Yurdunda kalan öğrencilerde kızamık Seroprevalansı*. Türk Mikrobiyol Cem Derg, 2005. **35**: p. 195-8.
129. Cabadak, H., D. Arman, and M. Dizbay, *Tıp fakültesi öğrencilerinde aşıyla önlenilebilir hastalıkların seroprevalansının araştırılması*. Flora, 2008. **13**(3): p. 136-41.
130. Garcell, H.G., et al., *Seroprotection against vaccine-preventable diseases amongst health care workers in a community hospital, Qatar*. Int J Occup Environ Med (The IJOEM), 2016. **7**(4 October): p. 864-234-40.
131. Harrison, N., et al., *Knowledge, risk perception and attitudes toward vaccination among Austrian health care workers: A cross-sectional study*. Human vaccines & immunotherapeutics, 2016. **12**(9): p. 2459-2463.
132. Benon, A.B., et al., *Health workers' knowledge of zoonotic diseases in an endemic region of Western Uganda*. Zoonoses and public health, 2018. **65**(7): p. 850-858.
133. Günay, O., et al. *Erciyes Üniversitesi Hastanelerine Başvuran Yetişkin Bireylerin Şarbon Hastalığı ile İlgili Bilgi ve Tutumları*. in 3. International 21. National Public Health Congress. 2019.
134. Sökel, S.K. and M. Kale. *Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Çalışan Sağlık Personelinin Viral Zoonotik Enfeksiyonlar Hakkındaki Bilgi ve Görüşleri*. in 3. International 21. National Public Health Congress. 2019.

135. Kazan, F.G. and H. Sümer, *Tokat İl Merkezinde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Ön Tanısıyla Hastanede Yatan Hastaların, KKKA Hastalığı Hakkında Bilgi Düzeyi*. Ankara Medical Journal, 2019. **19**(2): p. 381-395.
136. Alpar, S., et al., *Tekrarlayan pnömoni olgusunda endobronşiyal lipom*. Toraks Dergisi, 2006. **7**(1): p. 72-74.
137. Aybar, M. and A. Topeli, *Dahili Yoğun Bakım Ünitesinde ventilatör ilişkili pnömoni epidemiyolojisi*. Yoğun Bakım Dergisi, 2001. **1**(1): p. 41-46.
138. Murillo-Zamora, E., et al., *Performance of the PSI and CURB-65 scoring systems in predicting 30-day mortality in healthcare-associated pneumonia*. Medicina Clínica (English Edition), 2018. **150**(3): p. 99-103.
139. Almeida, A., et al., *CURB-65 and other markers of illness severity in community-acquired pneumonia among HIV-positive patients*. International journal of STD & AIDS, 2016. **27**(11): p. 998-1004.
140. Ge, Y.L., et al., *Serum High-Sensitivity C Reactive Protein Improves Sensitivity of CURB-65 in Predicting ICU Admission and Mortality in Community-Acquired Pneumonia Patients*. Clinical laboratory, 2018. **64**(10): p. 1749-1754.
141. ÇAKAR, M., N.Y. ŞİŞMAN, and O. Deniz, *Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Uygulamalarında Karşılaştıkları Sağlık Riskleri*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2019. **12**(2).
142. KAYGUSUZ, T.Ö., *Yardımcı Sağlık Personelinin Hepatit İle İlgili Bilgi Durumlarının İncelenmesi*. 2006.
143. Kurt, A.Ö., et al., *Bir Üniversite Hastanesi Temizlik Çalışanlarının Biyolojik Risk Bilgi, Tutum Ve Davranışları*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015. **8**(2): p. 37-47.
144. AKBIYIK, A. and A. ESEN, *Ambulans Servisi Çalışanlarının Sağlık Durumu ve Mesleki Enfeksiyon Riski*. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2016. **8**(1): p. 1-9.
145. Karacaer, Z., H. Diktaş, and S. Tosun, *İkinci basamak sağlık kuruluşunda sağlık personeli arasında kesici ve delici alet yaralanmaları sıklığı ve ilişkili risk faktörleri*. Klimik Derg, 2018. **31**(2): p. 88-93.
146. Yazar, S., et al., *Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletler İle Gerçekleşen Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınacak Tedbirler*. İstanbul Med J, 2016. **17**: p. 5-8.
147. Shindano, T.A., et al., *Knowledge, attitudes, and practices of health-care workers about viral hepatitis B and C in south Kivu*. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 2017. **96**(2): p. 400-404.
148. Göçgeldi, E., et al., *Tıp fakültesi öğrencilerinin mesleki maruziyetten kaynaklanan sağlık riskleri konusundaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması*. Gülhane Tıp Dergisi, 2011. **53**(3): p. 195-204.
149. Nacar, E., *İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE AŞILARA BAKIŞ AÇISI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE İLİŞKİSİ*, in *Tıp fakültesi, halk sağlığı anabilim dalı*. 2018, İnönü Üniversitesi.

150. Erken, R.R. and A. Ergin, *Sağlık Çalışanlarının Kendilerine Yönelik Uygulanması Gereken Aşılarla Karşı Tutum ve Davranışları*. Klimik Journal/Klimik Dergisi, 2019. **32**(3).
151. Çamözü, E. and Y. Kitiş, *Hastane temizlik hizmetleri personelinin tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve depolanması ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011. **10**(6): p. 631-640.
152. Mtengezo, J., et al., *Knowledge and attitudes toward HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infection among health-care workers in Malawi*. Asia-Pacific journal of oncology nursing, 2016. **3**(4): p. 344.
153. La Torre, G., et al. *Knowledge, attitude and behaviours towards recommended vaccinations among healthcare workers*. in *Healthcare*. 2017. Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
154. Koruk, İ., et al., *Şanlıurfa'da Sağlık Çalışanlarının Mesleki Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Aşılama Düzeyi*. Klimik Journal/Klimik Dergisi, 2014. **26**(1).
155. TÜRKİSTANLI, E., et al., *EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BAĞIŞIKLAMA DURUMU*. Ege Tıp Dergisi, 2000. **39**(1): p. 29-32.
156. Pileggi, C., et al., *Hepatitis B vaccine and the need for a booster dose after primary vaccination*. Vaccine, 2017. **35**(46): p. 6302-6307.
157. Burçin, Ö., et al., *Üniversite Hastanesi Sağlık Çalışanlarında HBV, HCV ve HIV Seropozitifliğinin Hastaneye Başvuranlarla Karşılaştırılması*. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 2010. **27**(2): p. 46-49.
158. Yenilmez, E. and R.A. Çetinkaya, *Hemşire Adayı Stajyerlerde Hepatit-HIV Seroprevalansı ve Aşı ile Korunabilen Hastalıklara Karşı İmmünizasyon Oranları*.
159. Kutlu, R., A. Terlemez, and M.M. Karademirci, *Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinde Hepatit B ve Hepatit A Seroprevalansının Değerlendirilmesi*. Konuralp Tıp Dergisi, 2018. **10**(1): p. 41-47.
160. Dizili Yelgin, C., et al., *Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kesici ve Delici Alet Yaralanmalarının Değerlendirilmesi*. 2018.
161. Duman, Ç.S., D. Suluhan, and Y. Durduran, *Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekim Dışı Sağlık Profesyonellerinin Hizmet İçi Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi*. Medical Journal of Bakirkoy, 2016. **12**(3).
162. İnci, A., et al. *Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Sağlık Personelinin HIV/AIDS Konusundaki Bilgi Düzeyi*. in *Presented at the 21st International Intensive Care Symposium*. 2017.
163. Fusilier, M.R. and S. Durlabhji, *HEALTH CARE WORKERS' AIDS ATTITUDES AND WILLINGNESS TO PROVIDE CARE--INDIA*. Journal of health and human services administration, 1997: p. 145-158.

164. Hsu, H.-C., et al., *Work stress among nursing home care attendants in Taiwan: A questionnaire survey*. International journal of nursing studies, 2007. **44**(5): p. 736-746.
165. Haq, Z., Z. Iqbal, and A. Rahman, *Job stress among community health workers: a multi-method study from Pakistan*. International journal of mental health systems, 2008. **2**(1): p. 15.
166. Conway, P.M., et al., *Main and interactive effects of shiftwork, age and work stress on health in an Italian sample of healthcare workers*. Applied ergonomics, 2008. **39**(5): p. 630-639.
167. Özyer, Y., *Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü Algısı İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hata Tutumları*. 2016, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
168. Akar, G., *Cerrahi Hemşirelerinin Kişilik Tipi İle Tıbbi Hataya Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. 2019, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu üniversitesi.
169. Vatansver, İ., *Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan araştırma görevlilerinde işe bağlı gerginlik düzeylerinin değerlendirilmesi*. 2016, Trakya Üniversitesi.
170. Wilkins, K., *Work stress among health care providers*. Health Reports, 2007. **18**(4): p. 82-003.
171. Aslan, S.H., et al., *İşe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenilirliği*. Düşünen Adam, 1998. **11**(2): p. 4-8.
172. Erçevik, R., *Hemşirelerde işe bağlı gerginlik, tükenmişlik düzeyleri ve etkileyen faktörler*. 2010, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
173. Tokuç, B., Y. Turunç, and G. Ekuklu, *EDİRNE'DE AMBULANS ÇALIŞANLARININ ANKSİYETE, DEPRESYON ve İŞE BAĞLI GERGINLİK DÜZEYLERİ*. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2011. **11**(42): p. 39-44.
174. Alimoglu, M.K. and L. Donmez, *Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital*. International journal of nursing studies, 2005. **42**(5): p. 549-555.
175. Balçık, E., *Hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı ve işe bağlı gerginlik düzeyleri The structural empowerment perception of nurses and the degree of work related strain*. 2013, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
176. Berberoğlu, U., et al., *Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi*. Sakarya Tıp Dergisi. **8**(3): p. 575-581.
177. İnkaya, B. and H. Tüzer, *Bir Üniversitenin Sosyal ve Sağlık Bilimlerinde Okuyan Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Durumunun İncelenmesi*. Kocaeli Tıp Dergisi, 2018. **7**(3): p. 124-129.
178. Erkay, N., *İnönü Üniversitesi Öğrencilerinde Aşılar Bakış Açısı ve Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi*, in *Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Tıpta Uzmanlık Tezi*. 2018, İnönü Üniversitesi.

179. Bayazit, T., *CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ LİSANS ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. **4**(3).
180. Tubaihat, A. and L. Habiballah, *eHealth literacy among undergraduate nursing students*. Nurse education today, 2016. **42**: p. 47-52.
181. Bahar, G., *Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma: Fırat Üniversitesi Örneği*, in *Sosyal Bilimler Enstitüsü/ Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı 2019*, Fırat Üniversitesi.
182. Deniz, S., D. Öztaş, and M. Akbaba, *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Sakarya Tıp Dergisi. **8**(2): p. 214-228.
183. Esra, A., *ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ*, in *Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Yüksek Lisans Tezi 2017*, İstanbul Medipol Üniversitesi.
184. DOĞAN, M. and F. ÇETİNKAYA, *THE LEVEL OF HEALTH LITERACY OF ACADEMICIANS AND FACTORS AFFECTING IT*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. **22**(2): p. 389-400.
185. Budhathoki, S.S., et al., *Health literacy of future healthcare professionals: a cross-sectional study among health sciences students in Nepal*. International health, 2019. **11**(1): p. 15-23.
186. Elsborg, L., F. Krossdal, and L. Kayser, *Health literacy among Danish university students enrolled in health-related study programmes*. Scandinavian journal of public health, 2017. **45**(8): p. 831-838.

EKLER

Ek 1. Demografik bilgi formu ile bulaşıcı hastalıklar ve bu hastalıklardan korunma ile ilgili bilgi düzeyini ölçen anket formu

Bu anket, Van YYÜ Dursun Odabaş Tıp Merkezi Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının; ‘‘Hastane çalışanlarında işe bağlı gerginlik ve sağlık okuryazarlığı ile bulaşıcı hastalıklara yaklaşım arasındaki ilişkinin incelenmesi’’ amacıyla hazırlanmıştır.

Her bir ifadeyi okuduktan sonra, buna ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı cevap için ayrılan yere (X) koyarak işaretleyiniz. Bazı sorularda birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz. İşaretsiz ifade bırakmayınız. Boşluklara uygun gördüğünüz cevabı yazınız.

Bu çalışmada kimlik bilgilerinizi belirtmeniz istenmeyecek, veriler hiçbir kurum veya kuruluşla paylaşılmayacaktır.

Katıldığınız için teşekkür ederim

Dr. Öğr. Üyesi. Dilek KUŞASLAN AVCI

1.Cinsiyetiniz?

1)Kadın 2) Erkek

2.Medeni durumunuz nedir?

1)Bekâr 2) Evli 3) Boşanmış 4) Dul

3.Yaşınız?

1)18_25 2)26_29 3) 30_35 4)36_41 5)42 yaş ve üstü

4.Eğitim durumunuz?

1)İlkokul 2) Ortaokul 3) Normal lise 4) Sağlık meslek lisesi 5) Ön lisans 6) Lisans 7) Yüksek lisans 8) Doktora

5.Görevinizde çalışma süreniz?

1)1-5 yıl 2)6- 10 yıl 3)11-15 yıl 4)16 -20 yıl 5)21yıl ve üstü

6.Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

1)20-30 2)30-40 3)40-50 4)50-60 5)60 saat ve üstü

7.Şu an çalıştığınız Klinik?

1)Dahili klinik 2) Cerrahi klinik 3) Çocuk klinikleri 4) Yoğun bakım 5) Ameliyathane 6) Acil servis 7) Poliklinik ve müdahale odaları 8) Kan merkezi 9) Hemodiyaliz ünitesi 10) Laboratuvar 11) Diğer.....

8.Çalıştığınız birimdeki göreviniz?

1)Doktor 2) Hemşire/Sağlık memuru 3) Acil tıp teknisyeni 4) Paramedik 5) laborant 6) Sağlık teknikeri 7) Hasta bakıcı 8) Temizlik görevlisi 9) Diğer.....

9.Bulaşıcı hastalıklardan korunma konusunda kendinizi yeterli buluyor musunuz?

1)Evet (11. Soruya geçiniz) 2) Hayır

10.Bulaşıcı hastalıklar konusunda kendinizi neden eksik görüyorsunuz?

1)Herhangi bir eğitim almadığım için 2) Mesleğime uygun olmayan bir pozisyonda çalıştırıldığım için 3) Fiziksel rahatsızlığımdan dolayı kendimi koruyamadığım için 4) Çalıştığım bölümde bulaşıcı hastalık riski olmadığı için 5) Diğer.....

11.Mikroorganizmaların kendileri veya çıkardıkları ürünlerin zararsız hale getirilerek canlı vücuduna verilmesine ne denir?

1) Serum 2) Aşı 3) Antibiyotik 4) Ağrı kesici

12.Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildiriminden kim/kimler sorumludur?

1)Doktor 2) Hemşire 3) Sağlık memuru 4) Tıbbi sekreter 5) Laboratuvar teknisyeni 6) Fikrim yok

13.Aşağıda belirtilen hastalıkların Bildirimi zorunlu hastalık olup olmadığı belirtiniz.

(Bu soruyu sadece mesleği Doktor olanlar cevaplayacaktır)

Hastalık	Bildirimi Zorunlu mu?
1-Su çiçeği	() Evet () Hayır () Fikrim yok
2-VHA (Ebola vb.)	() Evet () Hayır () Fikrim yok
3-Toksoplazmoz	() Evet () Hayır () Fikrim yok
4-Tüberküloz	() Evet () Hayır () Fikrim yok
5-KKKA	() Evet () Hayır () Fikrim yok
6-Ekinokokkoz	() Evet () Hayır () Fikrim yok
7-Shigella	() Evet () Hayır () Fikrim yok
8-Kabakulak	() Evet () Hayır () Fikrim yok
9-Akut hepatit A	() Evet () Hayır () Fikrim yok
10-Hastane enfeksiyonu	() Evet () Hayır () Fikrim yok
11-Antimikrobiyal direnç	() Evet () Hayır () Fikrim yok
12-Şark Çıbanı	() Evet () Hayır () Fikrim yok
13-Adenovirüs	() Evet () Hayır () Fikrim yok

14.Bulaşıcı hastalık geçiren kişinin tecrit edilmesi gerekiyor mu?

1)Tüm hastalıklarda 2) Bazı hastalıklarda 3) Hiçbirinde

15.Bulaşıcı hastalıklara yönelik herhangi bir eğitim aldınız mı?

1)Evet 2) Hayır (18.soruya geçiniz)

16. Bulaşıcı hastalıklara yönelik hangi eğitimleri aldınız, belirtiniz?

.....
...

17. Sizce bu eğitim yeterli miydi?

1) Tamamen yeterliydi 2) Büyük ölçüde yeterliydi 3) Kısmen yeterliydi 4) Yetersizdi

18. Hepatit B nasıl bulaşır? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1) Hava yolu ile 2) Ortak kullanılan eşya ile 3) Cinsel ilişki ile 4) Kan yolu ile
5) Dokunma/temas yoluyla 6) Annenin gebeliği sırasında bebeğe 7) Emzirme ile
8) Hijyen eksikliği nedeniyle 9) Bilmiyorum

19. Hepatit A nasıl bulaşır? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1) Hava yolu ile 2) Ortak kullanılan eşya ile 3) Cinsel ilişki ile 4) Kan yolu ile
5) Dokunma/temas yoluyla 6) Annenin gebeliği sırasında bebeğe geçiş ile 7) Emzirme ile
8) Hijyen eksikliği nedeniyle 9) Bilmiyorum

20. HIV nasıl bulaşır? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1) Hava yolu ile 2) Ortak kullanılan eşya ile 3) Cinsel ilişki ile 4) Kan yolu ile
5) Dokunma/temas yoluyla 6) Annenin gebeliği sırasında bebeğe 7) Emzirme ile
8) Hijyen eksikliği nedeniyle 9) Bilmiyorum

21. Su çiçeği nasıl bulaşır? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1) Hava yolu ile 2) Ortak kullanılan eşya ile 3) Cinsel ilişki ile 4) Kan yolu ile
5) Dokunma/temas yoluyla 6) Annenin gebeliği sırasında bebeğe 7) Emzirme ile
8) Hijyen eksikliği nedeniyle 9) Bilmiyorum

22. Kızamık nasıl bulaşır? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1) Hava yolu ile 2) Ortak kullanılan eşya ile 3) Cinsel ilişki ile 4) Kan yolu ile
5) Dokunma/temas yoluyla 6) Annenin gebeliği sırasında bebeğe 7) Emzirme ile
8) Hijyen eksikliği nedeniyle 9) Bilmiyorum

23. Şarbon nasıl bulaşır? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1) Hava yolu ile 2) Ortak kullanılan eşya ile 3) Cinsel ilişki ile 4) Kan yolu ile
5) Dokunma/temas yoluyla 6) Annenin gebeliği sırasında bebeğe 7) Emzirme ile
8) Hijyen eksikliği nedeniyle 9) Bilmiyorum

24. Kırım Kongo kanamalı hastalığı nasıl bulaşır? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1) Hava yolu ile 2) Ortak kullanılan eşya ile 3) Cinsel ilişki ile 4) Kan yolu ile 5) Dokunma/temas yoluyla
6) Annenin gebeliği sırasında bebeğe 7) Emzirme ile 8) Hijyen eksikliği nedeniyle
9) Bilmiyorum

25.Pnömoni (Zatürre) nasıl bulaşır? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1)Hava yolu ile 2)Ortak kullanılan eşya ile 3)Cinsel ilişki ile 4)Kan yolu ile
5)Dokunma/temas yoluyla 6)Annenin gebeliği sırasında bebeğe 7)Emzirme ile
8)Hijyen eksikliği nedeniyle 9)Bilmiyorum

26.Bu hastalıklardan herhangi birine sahip olan bir hastayla veya hastaya ait kan, serum, sonda, kateter vb. diğer malzemelerine temasınız oldu mu?

- 1)Evet 2) Hayır (29.soruya geçiniz)

27.Temasınız ne şekilde oldu?

- 1)Çizik-sıyrık şeklinde 2) Derin batma şeklinde 3) Deriye sıçrama şeklinde 4) Sağlam olmayan cilde bulaş şeklinde 5) Diğer.....

28.Temasınız sonrası ne yaptınız? (Birden çok seçenek seçebilirsiniz)

- 1)Su ve sabun ile yıkamak 2)Batın yeri sıkarak kanatmak 3)Hastanın Hepatit ve diğer virüs markerlarına bakmak 4)Bulaş açısından kan tahlili yapmak 5)Antiseptik ile temizlemek 6)Enfeksiyon birimine başvurmak 7)Aşı yaptırmak

29.Bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik yeterince önlem aldığınızı düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2) Hayır (31.soruya geç)

30.Önlem olarak neler yapıyorsunuz?

- 1)Eldiven kullanmak 2) Maske takmak 3) Temas sonrası dezenfektan kullanmak 4) Önlük giymek 5) El yıkamak 6) Gözlük takmak 7) Diğer.....

31.Aşağıdakilerden hangilerinin aşısı vardır? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- 1)Hepatit A 2) Hepatit B 3) Hepatit C 4) HIV/AIDS 5)Kırım Kongo Kanamalı Hastalığı 6)Tetanoz 7)Suçiçeği 8)Kızamık 9)Pnömoni (zatüre) 10)Şarbon

32.Siz hangi aşıları yaptırdınız, belirtiniz?

.....
.....

33.Bu aşuların tüm dozlarını yaptırdınız mı?

- 1)Evet 2) Hayır

34.Bu aşularla ilgili antikor düzeylerinize baktırdınız mı?

- 1)Evet 2) Hayır

35.Sağlık çalışanları için Hepatit B antikor düzeyi kaçın üzerinde olması yeterlidir?

- 1) <10iu/ml 2) 10-100iu/ml arası 3)>100iu/ml 4) >1000iu/ml 5) Bilmiyorum

36.Hastanede Son 1 yıl içinde kesici veya delici aletle yaralandınız mı?

- 1) Hiç yaralanmadım (40.soruya geçiniz) 2)1-5 kez yaralandım 3)6-10kez yaralandım 4) Daha çok

37.Yaralanma ne zaman meydana geldi? (birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- 1)Kan alırken 2)IV kateter takarken 3)Enjektörün kapağını kapatırken 4)Kesici-delici araç çöpe atılırken 5)İM/İV enjeksiyon yaparken 6)Ameliyat sırasında 7)Numuneyi taşıırken 8)Diğer.....

38.Yaralanmayı rapor ederek bildirdiniz mi?

- 1) Evet (40.soruya geçiniz) 2) Hayır

39.Bildirmediyseniz nedeni? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

- 1)Zamanım yoktu 2) Rapor etmem gerektiğini bilmiyordum 3) Unuttum 4) Aşılarımı tam olduğu için bildirmedim 5)Yaralanmaya neden olan alet kontamine değildi
6) Diğer.....

40.Hastanede çalıştığınız için ailenize hastalık bulaştırma kaygısı taşıyor musunuz?

- 1)Evet 2) Kısmen 3) Hayır

41.Hastanede çalıştığınız için kendinize hastalık bulaşma kaygısı taşıyor musunuz?

- 1)Evet 2) Kısmen 3) Hayır (44. Soruya geçiniz)

42.Bu kaygı nedeniyle işinizi değiştirmeyi düşündünüz mü?

- 1)Evet 2) Kısmen 3) Hayır

43.Bu kaygı nedeniyle işinizden soğudunuz mu?

- 1)Evet 2) Kısmen 3) Hayır

44.Geçmişte sizin yaptığınız bir işlem nedeniyle bir hastadan diğerine hastalık bulaştırmış olma ihtimaliniz var mı?

- 1)Evet 2) Olabilir 3) Hayır 4) Bilmiyorum

Ek 2. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (İBGÖ)

Lütfen her maddeyi okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki sayılardan uygun olanın üzerine (X) işareti koyunuz. (1.Bana hiç uygun değil 2.Kısmen bana uygun 3.Büyük ölçüde bana uygun 4.Tamamıyla bana uygun)				
	Bana hiç uygun değil	Kısmen bana uygun	Büyük ölçüde bana uygun	Tamamıyla bana uygun
1)İşim aile yaşamını olumsuz yönde etkiler.	1	2	3	4
2)İşe ilk girdiğimdeki beklentilerim gerçekleşiyor.	1	2	3	4
3)İşimde eskisine göre daha gerginim	1	2	3	4
4)İşime hala eskisi gibi katkıda bulunmaktayım.	1	2	3	4
5)İş yerimde fırsat buldukça başkalarından uzaklaşmak için odama kapanırım.	1	2	3	4
6)İşimde hak ettiğim takdiri görmediğimi düşünüyorum.	1	2	3	4
7)İşim gereği karşılaştığım kişilere tam olarak yardımcı olmadığım zamanlar kendimi suçlu hissediyorum.	1	2	3	4
8)İş arkadaşlarım kendilerine düşen görevleri yerine getirir.	1	2	3	4
9)İşimde üretkenliğim artmakta.	1	2	3	4
10)İşimdeki sorumluluklarım başlangıçta beklediğimden çok daha farklı.	1	2	3	4
11)Mesleki alanda bilgi ve becerilerim gelişmekte	1	2	3	4
12)İşimle ilgili olaylar eve gittiğimde bile aklımdan çıkmıyor	1	2	3	4
13)İş yerimde sıklıkla kullanıldığımı hissedirim	1	2	3	4
14)Son zamanlarda evdekilerle tartışmalarım arttı.	1	2	3	4
15)İşte nadiren hayal kurarım	1	2	3	4
16)Daha çok çalışmama karşın daha az iş yapabiliyorum	1	2	3	4
17)İşe katkıda bulunabilmem için iş arkadaşlarım ve /veya amirlerimin gerekli desteği giderek azalmakta	1	2	3	4
18)İşe sıklıkla geç giderim	1	2	3	4

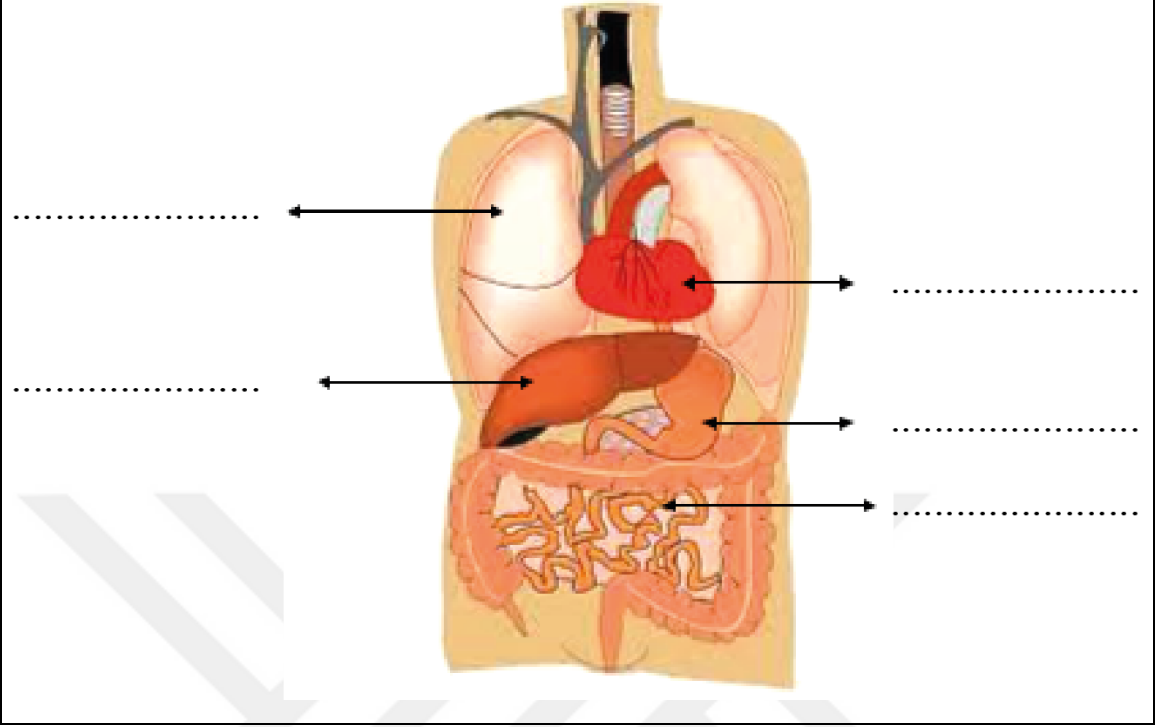
Ek 3. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

<p>Aşağıda sağlık ile ilgili bazı bilgileri gerektiren sorular verilmiş olup, bu konudaki bilgi durumunuzun belirlenmesi planlanmıştır. Her bir soruyu dikkatli okuyup size uygun düşen seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya dikkat ediniz. Çalışmaya yaptığınız katkı için teşekkür ederim</p>
<p>1.Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun düşme belirtileridir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)</p> <ol style="list-style-type: none">1)Baş dönmesi2)Göz kararması3)Terleme4)Baş Ağrısı5)Halsizlik6)Bilmiyorum
<p>2.Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun yükselme belirtileridir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)</p> <ol style="list-style-type: none">1)Baş dönmesi2)Göz kararması3)Terleme4)Baş Ağrısı5)Halsizlik6)Bilmiyorum
<p>3.Düzenli olarak tartılır mısınız?</p> <ol style="list-style-type: none">1)Evet2) Hayır
<p>4.Kilonuzun boyunuza göre normal değerler arasında olup olmadığını biliyor musunuz?</p> <ol style="list-style-type: none">1)Evet2) Hayır
<p>5.Yetişkin bireylerde ateş olması için vücut ısısı kaç derece olmalıdır?</p> <ol style="list-style-type: none">1) 36C üstü2) 36.5C üstü3) 37C üstü4)37.5 C üstü5) Bilmiyorum
<p>6.Ev ortamında ateşli durumlarda ilk olarak neler yapılabilir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)</p> <ol style="list-style-type: none">1)Ilık duş almak/aldırmak2)Soğuk suya tutmak3)Başına sirkeli bez koymak4)Acile başvurmak5)Terletmek için üzerini örtmek6)Kıyafetlerini çıkarmak7)Başına, koltuk altına, kasıklara ve eklemlere soğuk kompres uygulamak8)Bilmiyorum
<p>7.Aşağıdakilerden hangileri gebelikten korunmada güvenilir yöntemlerdendir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)</p> <ol style="list-style-type: none">1)Eşin korunması (geri çekme)2)Kondom(prezervatif)3)Ria(spiral)4)Doğum kontrol hapları5)Bilmiyorum

<p>8.Doktorunuz günde iki kez antibiyotik almanızı önerdi. İlk tableti sabah 8 de alırsanız ikincisini saat kaçta alırsınız?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>9.Doktorunuzun iki günde bir almanızı önerdiği bir vitamin ilacının ilk dozunu salı günü aldınız. İkinci dozunu hangi gün alırsınız?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>10.Doktorunuzun aç karnına almanızı önerdiği bir ilacı ne zaman alırsınız?</p> <p>1)Yemekten hemen önce</p> <p>2)Yemekten 1 saat önce</p> <p>3)Yemekle beraber</p> <p>4)Bilmiyorum</p>	
<p>11.Yemekten sonra midenizde yanma, şişlik, hazımsızlık hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)</p> <p>1)Dahiliye</p> <p>2)Gastroenteroloji</p> <p>3)Üroloji</p> <p>4)Kardiyoloji</p> <p>5)Acil</p> <p>6)Bilmiyorum</p>	
<p>12.Tuvalete gittiğinizde idrarınızı yaparken yanma ve ağrı hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)</p> <p>1)Dahiliye</p> <p>2)Gastroenteroloji</p> <p>3)Üroloji</p> <p>4)Kardiyoloji</p> <p>5)Acil</p> <p>6)Bilmiyorum</p>	
<p>13.Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.</p>	
<p><i>(Bu bölümü sadece kadınlar cevaplayacaktır.)</i></p> <p>Kendi Kendine Meme Muayenesi ()</p> <p>Mamografi Tarama Testi ()</p> <p>Pap Smear Testi ()</p> <p>Bağırsak Kanseri Taraması()</p> <p>Bir</p>	
<p>a.50 yaş üstü bireyler için her yıl</p> <p>b.18 yaşından itibaren her ay</p> <p>c. 40 yaş üstü kadınlarda iki yılda bir</p> <p>d.18 yaş üstü kadınlarda üç yılda bir</p>	
<p><i>(Bu bölümü sadece erkekler cevaplayacaktır.)</i></p> <p>Kendi Kendine Testis Muayenesi()</p> <p>Prostat Kanseri Testi()</p> <p>Bağırsak Kanseri Taraması()</p>	
<p>a. 18 yaş ve üzeri erkekler için her ay</p> <p>b. 50 yaş üstü bireyler için her yıl</p> <p>c. 50 yaş üstü erkekler için her yıl</p>	

14.Aşağıda hastane ile ilgili bazı klinikler verilmiştir. Her kliniği tanımlayan doğru harfleri eşleştirip parantezlere yazınız.		
Dahiliye	()	a. İdrar Yolu Hastalıkları
Radyoloji	()	b. Ruh Sağlığı
Psikiyatri	()	c. Görüntüleme Teknikleri
Kardiyoloji	()	d. Kalp Damar Hastalıkları
Üroloji	()	e. İç Hastalıkları
15.Sağlık hizmetleri alırken hasta haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz?		
1) Evet	2) Hayır	
16.Sağlık kurumuna başvurunuzda veya sağlık sorunlarınızla ilgili hizmetleri alırken zorlanır mısınız?		
1) Evet	2) Hayır	
17.Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz?		
1)Evet	2) Hayır	
18.Doktor/hemşire'ye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşamışınız?		
1) Evet	2) Hayır	
19.Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz?		
1) Evet	2) Hayır	
20.Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz?		
1) Evet	2) Hayır	
21.Sağlıkla ilgili gazete/dergi v.s okur musunuz?		
1) Evet	2) Hayır	
22.Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız?		
1) Evet	2) Hayır	

23. Aşağıda oklarla belirtilen organların adlarını yazınız



**Ek 4. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi
Başhekimliğinden alınan izin belgesi**

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliği'ne,

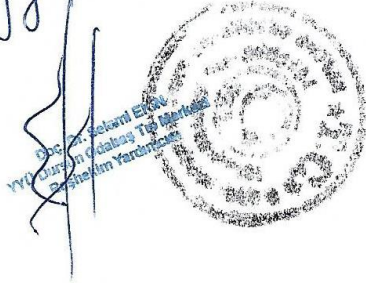
Aile Hekimliği AD da görev yapan Araş.Gör.Dr Levent Çevik'in
'Hastane çalışanlarında işe bağlı gerginlik ve sağlık okuryazarlığı ile bulaşıcı
hastalıklara yaklaşım arasındaki ilişkinin incelenmesi' başlıklı uzmanlık tezinin
hastanemizde görev yapan sağlık çalışanları ve personele anket yoluyla
yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.11.02.2019

Ek: Anket formu

Dr.Öğretim Üyesi Dilek Kuşaslan Avcı

Aile Hekimliği AD

*11.02.2019
Uygundur.*



Ek 5. Etik kurul onayı



**VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Girişimsel Olmayan Klinik
Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na)**

“Hastane Çalışanlarında İşe Bağlı Gerginlik ve Sağlık Okuryazarlığı ile Bulaşıcı Hastalıklara Yaklaşım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı uzmanlık tezi projesinin kurulunuzda değerlendirilmesi için gereğini arz ederim.

06.02.2019

Sorumlu Araştırmacı

Dr. Öğr. Üyesi. Dilek KUŞASLAN AVCI

Ekler: 2 Adet dosya ve 2 adet CD elden teslim edilecektir.



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hastane Çalışanlarında İşe Bağlı Gerginlik ve Sağlık Okuryazarlığı ile Bulaşıcı Hastalıklara Yaklaşım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	Yok				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Dilek KUŞASLAN AVCI				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ	Yok				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Tüm gözlemsel çalışmalar				<input type="checkbox"/>
		Anket çalışmaları				<input checked="" type="checkbox"/>
		Dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gözlemsel çalışmalar				<input type="checkbox"/>
		Kan, idrar, doku, görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin muayene, tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışmalar				<input type="checkbox"/>
		Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışma				<input type="checkbox"/>
		Hücre veya doku kültürü çalışmaları				<input type="checkbox"/>
		Gen tedavisi klinik araştırmaları dışında kalan ve tanılamaya yönelik olarak genetik materyalle yapılacak araştırmalar				<input type="checkbox"/>
Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırmalar					<input type="checkbox"/>	
Gıda katkı maddeleriyle yapılacak diyet çalışmaları					<input type="checkbox"/>	
Egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar					<input type="checkbox"/>	
Antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışmalar					<input type="checkbox"/>	
Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi insana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmediği yapılacak olan tüm araştırmalar					<input type="checkbox"/>	
DİĞER :				<input type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/> İyi Klinik Uygulamaları Taahhünamesi, Tüm Araştırmacılara Ait Özgeçmiş, Anabilim Dalı Yazısı, Literatür ve CD				

Sayfa 1/2

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Rektörlük Binası Merkez Kampüsü Van
Tel : 432- 2251701-22007
Faks : 432-2251091
e-posta: etikkur@yyu.edu.tr



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019/04-05	Tarih: 22/02/2019
	Dr. Öğr. Üyesi Dilek KUŞASLAN AVCI sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen "Hastane Çalışanlarında İşe Bağlı Gerginlik ve Sağlık Okuryazarlığı ile Bulaşıcı Hastalıklara Yaklaşım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli bilimsel araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Araştırmacıların Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun Çalışma Esasları Hakkında Yönergesinde belirtilen hususları yerine getirdikleri belirlenmiş olup, çalışmalarını ile ilgili tüm sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere, söz konusu çalışmanın gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu/oy birliği ile karar verilmiştir.	
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
	ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Yasin TÖLÜCE	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yasin TÖLÜCE	Tabii Biyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Hülya ÖZDEMİR	Tabii Farmakoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Sıddık KEŞKİN	İstatistik Uzmanı	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serap GÜNEŞ Bİ GİLİ	Dermatoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Muhammed BATUR	Göz Hastalıkları	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Hülya GÜNBARAR	Ğoğus Hastalıkları	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Dr. Öğr. Üyesi Oruc ALLAHVERDİYEV	Tabii Farmakoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi İczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zehra KAYA	Tabii Biyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sermin ALGUL	Fizyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Dr. Öğr. Üyesi Özgür GENÇ ŞEN	Endodonti	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Nazlı AKTAŞ YILMAZ	Avukat	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Lutfu POLAT	Eczacı	Van Polat ECZANESİ	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Özge Burak DLĞER	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van Sanayiciler ve İş Kadınları Derneği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Adnan SELÇUK	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van İş Geliştirme Merkezi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Sayfa 2/2

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Rektörlük Binası Merkez Kampüsü Van
Tel : 432- 2251701-22007
Faks : 432-2251091
e-posta: etikkur@yyu.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgilerim

Adı : Levent
Soyadı : ÇEVİK
Doğum Yeri : Erciş
Doğum Tarihi : 16/12/1987
Mesleği : Tıp Doktoru
Uzmanlığı : Aile Hekimliği
Yabancı Dil : İngilizce
E-mail : levo.cevik@gmail.com

Öğrenim Bilgilerim

<u>Okul</u>	<u>Şehir</u>	<u>Mezuniyet</u>
1) Bayazıt İÖO	Van/Erciş	2003
2) Alpaslan Anadolu Öğretmen Lisesi	Van/Muradiye	2007
3) Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi	Isparta	2014

Mesleki Tecrübelerim

	<u>Tarih</u>
1-Ağrı Taşlıçay İlçe Devlet Hastanesi	2015-2016
2-Ağrı Diyadin İlçe Devlet Hastanesi	2015
3-Van Tuşba Toplum Sağlığı Merkezi	2016
4-Van Tuşba Gedikbulak Aile Sağlığı Merkezi	2016
5-Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Aile Hekimliği A.D. (Arş. Gör. Dr.)	2016-