



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE TEMEL
TEHLİKELERİN BELİRLENMESİ ve
İŞ YERİ ŞİDDETİ ÖRNEĞİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. METE ÖNDE

DANIŞMAN

Doç. Dr. Pınar OKYAY

AYDIN 2011

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE TEMEL
TEHLİKELERİN BELİRLENMESİ ve
İŞ YERİ ŞİDDETİ ÖRNEĞİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. METE ÖNDE

DANIŞMAN

Doç. Dr. Pınar OKYAY

AYDIN 2011

Bu araştırma ADÜ Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından ADU BAP
TPF10012 nolu proje olarak desteklenmiştir.

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimim sürecinde bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak eğitimime katkıda bulunan Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Erdal BEŞER ile öğretim üyeleri Doç. Dr. E. Didem Evcı KİRAZ ve Yard. Doç. Dr. Filiz ERGİN'e;

Hem uzmanlık eğitimi hem de tez çalışmam sürecinde desteğini benden esirgemeyen, idari görevleri ve yoğun çalışma programı arasında bana her zaman öncelik tanıyan tez danışmanım Doç. Dr. Pınar OKYAY'a;

Araştırmanın yapıldığı Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'ne ve Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sabri BARUTÇA'ya;

Bu zorlu süreçte sabrını ve desteğini benden esirgemeyen sevgili eşim Gülsefa'ya;
Kendilerine ayıracağım vakitlerden çaldığım biricik kızım Yağmur ve canım oğlum Mert'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu tez her zaman desteklerini yanımda hissettiğim, bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi canım annem ve babama ithaf edilmiştir.

Dr. Mete ÖNDE

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Önsöz ve Teşekkür

İçindekiler

Tablo Dizini

Şekil Dizini

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini

Resimler Dizini

1.Giriş ve Amaç	1
2.Genel Bilgiler	3
2.1. İş Sağlığı ve İş Güvenliği Kavramı	3
2.2. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı	5
2.2.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri	5
2.2.2.Sağlık Kuruluşlarında Temel Tehlike ve Riskler	7
2.2.2.1. Biyolojik Riskler	7
2.2.2.2. Fiziksel Riskler	10
2.2.2.2.1. Gürültü	10
2.2.2.2.2. Aydınlatma	11
2.2.2.2.3. Isı ve Nem	11
2.2.2.2.4. Radyasyon	13
2.2.2.3. Kimyasal Riskler	14
2.2.2.3.1. Sterilizasyon ve dezenfeksiyonda kullanılan maddeler	14
2.2.2.3.2. Anestezik Gazlar	15
2.2.2.3.3. Antineoplastik İlaçlar	15
2.2.2.4. Çevresel-Mekanik Riskler	17

	Sayfa No
2.2.2.5. Psikososyal Riskler	19
2.2.3. Şiddet	21
2.2.3.1. Şiddetin Tanımı	21
2.2.3.2. Şiddet Türleri	21
2.2.3.3. Şiddetin Nedenleri	25
2.2.3.3.1. Biyolojik Nedenler	25
2.2.3.3.2. Psikolojik Nedenler	26
2.2.3.3.3. Sosyolojik Nedenler	27
2.2.3.4. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet	27
2.2.3.5. Şiddetin Önlenmesi	30
2.2.4. Tehlike ve Risk Algısı	32
3. Gereç ve Yöntem	34
3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer	34
3.2. Araştırmanın Tipi ve Örneklem Seçimi	35
3.3. Veri Toplama	35
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	38
3.5. Veri Analizi	40
4. Bulgular	41
4.1. Genel Bilgiler	41
4.2. Tehlike ve Risk Algısı	45
4.3. Onkoloji Servisi ve Kemoterapi Ünitesi ile Antineoplastik İlaçların Kullanım Süreci Konusunda Tehlike Değerlendirmesi	48
4.3.1. Fizik Ortamın Değerlendirilmesi	48
4.3.2. Personel Durumu ve Antineoplastik İlaçların Kullanım Süreci	48
4.3.2.1. İlaçların Depolanması	52

	Sayfa No
4.3.2.2. İlaçların Hazırlanması	52
4.3.2.3. İlaçların Taşınması ve Uygulanması	54
4.3.2.4. Atıklar	55
4.4. İş Yeri Şiddeti	56
4.4.1. Fiziksel Şiddet	56
4.4.2. Psikolojik Şiddet	69
4.4.2.1. Sözel Kötü Davranış	69
4.4.2.2. Yıldırma	81
4.4.2.3. Cinsel Taciz	92
4.4.3. Herhangi Bir Şiddet Türü	94
5. Tartışma	102
5.1. Tehlike ve Risk Algısı	102
5.2. Antineoplastik İlaçlar	102
5.3. İş Yeri Şiddeti	106
6. Sonuç ve Öneriler	114
Özet	117
Summary	119
Kaynaklar	121
Ekler	128
Ek 1. Tehlike ve Risk Algısı Değerlendirme Formu	128
Ek 2. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Servisi ve Kemoterapi Ünitesi Çalışanı Soru Formu	129
Ek 3. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kemoterapi Ünitesi Kontrol Listesi	131
Ek 4. Genel Bilgiler Soru Formu	135
Ek 5. Fiziksel Şiddet Soru Formu	136

	Sayfa No
Ek 6. Psikolojik Şiddet Soru Formu	139
Ek 7. Şiddet Olayı Bildirim Formu	142
Ek 8. Beyaz Kod Uygulama Kılavuzu	143
Ek 9. Beyaz Kod Bildirim Formu	145

TABLolar DİZİNİ

1. Tablo I: Sağlık Çalışanlarında Sık Görülen Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları
2. Tablo II: Yüksek Şiddet Düzeyindeki Sektörler
3. Tablo III: Bazı Ülkelerde Sağlık Sektöründeki Şiddet Sıklığı
4. Tablo IV: Görev Ünvanına Göre Hastane Çalışanları ve Çalışmaya Katılım Sıklıkları
5. Tablo V: Katılımcıların Eğitim Durumları
6. Tablo VI: Katılımcıların Medeni Durumları
7. Tablo VII: Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımları
8. Tablo VIII: Katılımcıların Çalıştıkları Bölüme Göre Dağılımı
9. Tablo IX: Katılımcıların Çalıştıkları Birime Göre Dağılımı
10. Tablo X: Katılımcıların İstihdam Şekilleri
11. Tablo XI: Katılımcıların İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyi Puanları
12. Tablo XII: Çalışanların Tehlike ve Risk Algıları
13. Tablo XIII: Çalışanların Mesleklerine Göre Dağılımı
14. Tablo XIV: Antineoplastik İlaç Kazalarının Gerçekleştiği Süreçlere Göre Dağılımı
15. Tablo XV: Katılımcıların Fiziksel Şiddete Maruz Kaldıkları Yer
16. Tablo XVI: Katılımcıların Fiziksel Şiddete Maruz Kaldıkları Gün
17. Tablo XVII: Katılımcıların Fiziksel Şiddete Maruz Kaldıkları Saat Aralığı
18. Tablo XVIII: Katılımcılara Fiziksel Şiddet Uygulayan Kişi Sayısı
19. Tablo XIX: Katılımcılara Fiziksel Şiddet Uygulayanların Cinsiyeti
20. Tablo XX: Katılımcılara Fiziksel Şiddet Uygulayanların Dağılımı
21. Tablo XXI: Katılımcılara Fiziksel Şiddet Uygulayanların Tahmini Yaşları
22. Tablo XXII: Şiddet Olayı Sırasında Ortamda Bulunan Kişilerin Dağılımı
23. Tablo XXIII: Fiziksel Şiddete Uğrayan Kişilerin Olay Sırasında ve Sonrasında Sergiledikleri Davranışlar
24. Tablo XXIV: Hastane Yönetiminin Yaptığı İşlem
25. Tablo XXV: Hastane Yönetiminin Yaptığı İşlemden Tatmin Olma Düzeyi
26. Tablo XXVI: Hastane Yönetimine Bilgi Vermeme Nedeni
27. Tablo XXVII: Fiziksel Şiddete Uğrayanlara Göre Bu Şiddetin Nedeni
28. Tablo XXVIII: Fiziksel Şiddetin Yarıttığı Sorunlar

29. Tablo XXIX: Cinsiyet Durumuna Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı
30. Tablo XXX: Eğitim Durumuna Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı
31. Tablo XXXI: Medeni Duruma Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı
32. Tablo XXXII: Meslek Grubuna Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı
33. Tablo XXXIII: Çalışılan Bölüme Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı
34. Tablo XXXIV: Çalışılan Birime Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı
35. Tablo XXXV: Çalışanların İstihdam Şekillerine Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı
36. Tablo XXXVI: Çalışanların İş Yeri Şiddeti ile İlgili Eğitim Programına Katılma Durumuna Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı
37. Tablo XXXVII: İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeylerine Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı
38. Tablo XXXVIII: Lojistik Regresyon Analizi Sonucuna Göre Fiziksel Şiddete Maruz Kalmayı Etkileyen Etmenler
39. Tablo XXXIX: Sözel Kötü Davranışla Karşılaşma Sıklığı
40. Tablo XL: Sözel Kötü Davranışı Uygulayan Kişi
41. Tablo XLI: Sözel Kötü Davranışı Uygulayanların Cinsiyeti
42. Tablo XLII: Sözel Kötü Davranışı Sıradan Bir Olay Olarak Değerlendirme Durumu
43. Tablo XLIII: Sözel Kötü Davranışın Meydana Geldiği Yer
44. Tablo XLIV: Sözel Kötü Davranışa Uğrayan Kişilerin Olay Sırasında ve Sonrasında Sergiledikleri Davranışlar
45. Tablo XLV: Sözel Kötü Davranış Sonrası Sürekli Olarak Zihni Meşgul Eden Saldırı Düşünceleri ve Görüntüleri
46. Tablo XLVI: Sözel Kötü Davranış Sonrası Olay Hakkında Düşünmekten veya Konuşmaktan Kaçınma, Saldırının Yol Açtığı Duygulardan Kaçınma
47. Tablo XLVII: Sözel Kötü Davranış Sonrası Sürekli Tetikte ve Aşırı Dikkatli Durumda Olma
48. Tablo XLVIII: Sözel Kötü Davranış Sonrası Çalışma Saatleri Sırasında Huzursuzluk/ Tedirginlik Hissetme
49. Tablo XLIX: Sözel Kötü Davranış Sonrasında Bildirimde Bulunanlarda Araştırma Yapılma Durumu
50. Tablo L: Yapılan Araştırmanın Yürütülme Şeklinin Kişiyi Tatmin Etme Düzeyi
51. Tablo LI: Amir/Yöneticinin Sağladığı Destek
52. Tablo LII: Sözel Kötü Davranışı Başkalarına Söylememe veya Bildirmeme Nedeni
53. Tablo LIII: Cinsiyet Durumuna Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı

54. Tablo LIV: Eğitim Durumuna Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı
55. Tablo LV: Medeni Durumuna Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı
56. Tablo LVI: Meslek Grubuna Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı
57. Tablo LVII: Çalışılan Bölüme Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı
58. Tablo LVIII: Çalışılan Birime Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı
59. Tablo LIX: İstihdam Şekline Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı
60. Tablo LX: İş Yeri Kaygı Düzeylerine Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı
61. Tablo LXI: Lojistik Regresyon Analizi Sonucuna Göre Sözel Kötü Davranışa Maruz Kalmayı Etkileyen Etmenler
62. Tablo LXII: Yıldırma ile Karşılaşma Sıklığı
63. Tablo LXIII: Yıldırma Uygulayan Kişi
64. Tablo LXIV: Yıldırma Gerçekleştirenlerin Cinsiyeti
65. Tablo LXV: Yıldırma Sıradan Bir Olay Olarak Değerlendirme Durumu
66. Tablo LXVI: Yıldırmanın Meydana Geldiği Yer
67. Tablo LXVII: Yıldırma Uğrayan Kişilerin Olay Sırasında ve Sonrasında Sergiledikleri Davranışlar
68. Tablo LXVIII: Yıldırma Sonrası Sürekli Olarak Zihni Meşgul Eden Saldırı Düşünceleri ve Görüntüleri
69. Tablo LXIX: Yıldırma Sonrası Olay Hakkında Düşünmekten veya Konuşmaktan Kaçınma, Saldırının Yol Açtığı Duygulardan Kaçınma
70. Tablo LXX: Yıldırma Sonrası Sürekli Tetikte ve Aşırı Dikkatli Durumda Olma
71. Tablo LXXI: Yıldırma Sonrası Çalışma Saatleri Sırasında Huzursuzluk/ Tedirginlik Hissetme
72. Tablo LXXII: Yıldırma Sonrası Bildirimde Bulunanlarda Araştırma Yapılma Durumu
73. Tablo LXXIII: Amir/Yöneticinin Sağladığı Destek
74. Tablo LXXIV: Yıldırma Başkalarına Söylememe veya Bildirmeme Nedeni
75. Tablo LXXV: Cinsiyet Durumuna Göre Yıldırma Uğrama Sıklığı
76. Tablo LXXVI: Eğitim Durumuna Göre Yıldırma Uğrama Sıklığı
77. Tablo LXXVII: Medeni Duruma Göre Yıldırma Uğrama Sıklığı
78. Tablo LXXVIII: Meslek Grubuna Göre Yıldırma Uğrama Sıklığı
79. Tablo LXXIX: Çalışılan Bölüme Göre Yıldırma Uğrama Sıklığı
80. Tablo LXXX: Çalışılan Birime Göre Yıldırma Uğrama Sıklığı
81. Tablo LXXXI: İstihdam Şekline Göre Yıldırma Uğrama Sıklığı
82. Tablo LXXXII: İş Yeri Kaygı Düzeyine Göre Yıldırma Uğrama Sıklığı

83. Tablo LXXXIII: Lojistik Regresyon Analizi Sonucuna Göre Yıldırımaya Maruz Kalmayı Etkileyen Etmenler
84. Tablo LXXXIV: Katılımcıların Maruz Kaldıkları Şiddet Türü Sayısı
85. Tablo LXXXV: Katılımcıların Son On İki Ayda Maruz Kaldıkları Şiddet Türü Sayısı
86. Tablo LXXXVI: Cinsiyet Durumuna Göre Şiddete Uğrama Sıklığı
87. Tablo LXXXVII: Eğitim Durumuna Göre Şiddete Uğrama Sıklığı
88. Tablo LXXXVIII: Medeni Duruma Göre Şiddete Uğrama Sıklığı
89. Tablo LXXXIX: Meslek Grubuna Göre Şiddete Uğrama Sıklığı
90. Tablo XC: Çalışılan Bölüme Göre Şiddete Uğrama Sıklığı
91. Tablo XCI: Çalışılan Birime Göre Şiddete Uğrama Sıklığı
92. Tablo XCII: İstihdam Şekline Göre Şiddete Uğrama Sıklığı
93. Tablo XCIII: İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyine Göre Şiddete Uğrama Sıklığı
94. Tablo XCIV: Lojistik Regresyon Analizi Sonucuna Göre Herhangi Bir Şiddet Türüne Maruz Kalmayı Etkileyen Etmenler

ŞEKİLLER DİZİNİ

1. Şekil 1: İş Sağlığı Hizmetlerinin Gelişim Aşamaları
2. Şekil 2: Hastane Ortamında İdeal Sıcaklıklar
3. Şekil 3: İş Yeri Stresinin Nedenleri
4. Şekil 4: DSÖ'nün Şiddet Sınıflaması
5. Şekil 5: Şiddeti Önlemede Halk Sağlığı Yaklaşımı
6. Şekil 6: Son Bir Yılda Gerçekleşen Kazaların Nedenlerine Göre Dağılımı
7. Şekil 7: Katılımcıların Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklıkları
8. Şekil 8: Fiziksel Şiddete Uğrama Durumuna Göre İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyi
9. Şekil 9: Katılımcıların Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklıkları
10. Şekil 10: Sözel Kötü Davranışa Uğrama Durumuna Göre İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyi
11. Şekil 11: Katılımcıların Yıldırımaya Uğrama Sıklıkları
12. Şekil 12: Yıldırımaya Uğrama Durumuna Göre İş Yeri Kaygı Düzeyi
13. Şekil 13: Katılımcıların Cinsel Tacize Uğrama Sıklıkları
14. Şekil 14: Katılımcıların Şiddete Uğrama Sıklıkları
15. Şekil 15: Herhangi Bir Şiddet Türüne Uğrama Durumuna Göre İş Yeri Kaygı Düzeyi

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

- ABD: Amerika Birleşik Devletleri
- ADÜ: Adnan Menderes Üniversitesi
- ADÜTFH: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
- AIDS: Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu
- BCG: Bacillus Calmette-Guerin
- CDC: Hastalık Kontrol Merkezi
- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- HBV: Hepatit B Virüsü
- HCV: Hepatit C Virüsü
- HIV: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
- ICN: Uluslararası Hemşireler Konseyi
- ICRP: Uluslararası Radyasyondan Korunma Komisyonu
- ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü
- İSG: İş Sağlığı ve İş Güvenliği
- İSGÜM: İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi
- MMR: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak
- NIOSH: Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü
- OSHA: İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı
- PSI: Uluslararası Kamu Hizmetleri Sendikası
- TİSH: Temel İş Sağlığı Hizmetleri

RESİMLER DİZİNİ

1. Resim 1: Ses Seviyesi Ölçümü
2. Resim 2: Kemoterapi Ünitesi
3. Resim 3: Onkoloji Servisi
4. Resim 4: Biyolojik Güvenlik Kabini
5. Resim 5: Biyolojik Güvenlik Kabini ve Atık Kutuları
6. Resim 6: İlaç Nakil Kapları
7. Resim 7: Dış Servis İlaç Nakil Kabı
8. Resim 8: İlaç Uygulama Odası
9. Resim 9: İlaç Uygulama Setleri

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) İş Sağlığı ve Güvenliğini, “çalışanların bedensel, ruhsal, sosyal iyilik durumlarını en üst düzeye ulaştırmak, bu düzeyde sürdürmek, çalışma koşulları yüzünden sağlıklarının bozulmasını önlemek, çalıştırılmaları sırasında sağlığa aykırı etmenlerden oluşan tehlikelerden korumak” olarak tanımlamıştır. İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG), iş yerlerinde tehlikelerin önlenmesinin yanında risklerin öngörülmesi, değerlendirilmesi ve bu riskleri tamamen ortadan kaldırmak ya da zararlarını en aza indirebilmek için yapılacak çalışmaları içermektedir.

Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH) sağlıklı ve güvenli hastane ortamını “işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, bunlara bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu” olarak tanımlamaktadır. İSG yaklaşımının sağlık alanında uygulanması ile çalışma ortamından kaynaklanan tehlikelerin belirlenerek, bu tehlikelerden kaynaklanan riskleri değerlendirmek ve gerekli kontrol tedbirlerini almak mümkün olabilir.

Sağlık işletmelerinde şiddetle ilgili risk faktörleri, işletmenin bulunduğu yer, işletmenin büyüklüğü, verdiği sağlık hizmeti türü gibi değişkenler nedeni ile farklılık gösterebileceğinden, her kurum kendi İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi içerisinde şiddet olgusunu değerlendirmelidir. Bu çalışmaların en önemli özelliği iş yeri ortamında çalışanların karşılaştığı tehlikeler karşısında, yöneticilere yapılandırılmış sistematik bir yaklaşım sağlamasıdır.

Şiddet duygusal, fiziksel, cinsel, kültürel ve ekonomik yönleri ile çok boyutlu ve çok nedenli bir kavram olmakla birlikte, nerede olursa olsun yaşamımızı ve yaşamımızın kalitesini etkileyen gerçek ve tehlikeli bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır(1). İnsanlık tarihi ile birlikte ortaya çıkmış olan şiddet olgusu, bir veya birkaç kişinin, doğrudan veya dolaylı, sistemli ya da sistemsiz olarak, diğer kişi ya da kişilerin bedensel, ahlaki, moral ve manevi bütünlüğüne, mallarına, simgesel, sembolik veya kültürel değerlerine, oranı ne olursa olsun zarar verecek şekilde davranması olarak tanımlanabilir. İş yerinde şiddet ise, “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmıştır(2). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ise iş yeri şiddetini, çalışanın yaş, özürllük, ailevi durumu, cinsiyet, cinsel tercih, ırk, renk, dil, din,

politika, fikir, inanç, ulusal orijin, azınlık durumu ve saygınlığına karşı, fiziksel, psikolojik ve sözel saldırıda bulunma olarak tanımlamaktadır.

Yapılan araştırmalar şiddetin, toplumda ve iş yerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, iş yeri şiddetinin, günümüzde gittikçe artan bir önem kazandığını ortaya koymaktadır. İşyerinde şiddetle karşılaşan bireylerde ölüme kadar varabilen yaralanmaların yanı sıra, iş gücü kayıpları ve ruhsal bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Çalışmalar sonucunda farklı sonuçlar elde edilmekle beraber sağlık sektöründeki iş yeri şiddetinin diğer sektörlerle göre çok daha fazla oranda görüldüğü bildirilmektedir. Sağlık sektöründe şiddetin bildirilmesindeki eksiklikler ve engeller nedeni ile şiddetin sıklığı ile ilgili bilgilerin sorunun gerçek boyutunu ortaya koymaktan uzak olduğu söylenebilir. Ayrıca sağlık çalışanlarının iş yerlerinde karşılaştıkları şiddeti çalışma sürecinin kaçınılmaz bir parçası olarak görmeleri nedeni ile pek çok olayı bildirmedikleri belirtilmektedir.

Sağlık çalışanlarının şiddete uğraması iş performanslarını ve iş doyumlarını etkilemekte buna bağlı olarak düşük moral, işe devamsızlık, iş değiştirme, iş stresinin artması, yönetim ve çalışanlar arasındaki güvenin azalması gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmanın üç temel amacı bulunmaktadır:

- 1- Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (ADÜTFH) çalışanlarının maruz kaldığı temel tehlike ve riskler konusundaki algılarını belirlemek,
- 2- Onkoloji servisi ve kemoterapi ünitesinde, antineoplastik ilaçlardan kaynaklanan tehlikelerin değerlendirmesi yapmak,
- 3- Bir tehlike olarak işyeri şiddeti özelinde ADÜTFH çalışanlarında iş yeri şiddetinin sıklığını ve bunu etkileyen etmenleri saptamaktır.

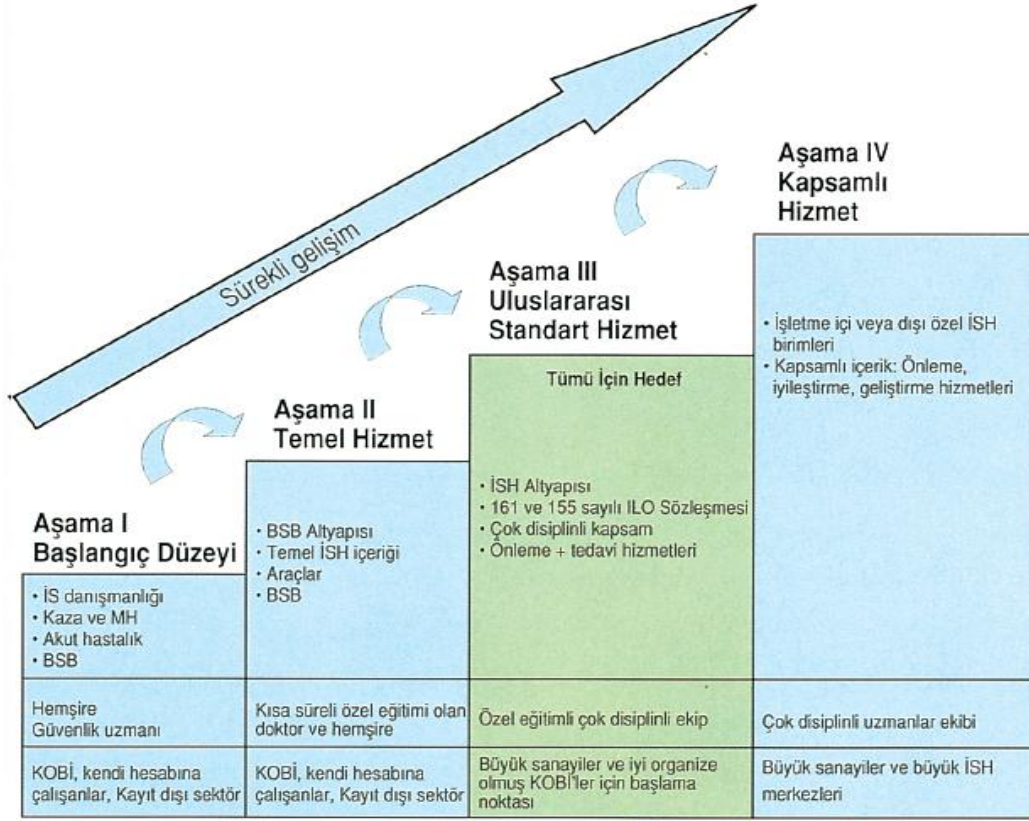
2. GENEL BİLGİLER

2.1. İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ KAVRAMI

DSÖ tanımına göre sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın bulunmaması değil, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır. Bu tanımdaki hedefe ulaşılmasında bireyin yaşadığı ve çalıştığı çevrenin büyük önemi vardır. İş sağlığı, çalışma hayatındaki sağlık sorunlarının tanımlanması ve çalışanın sağlığının korunmasına yönelik etkinliklerin yer aldığı bir alandır (3).

Dünyada üç milyar olduğu tahmin edilen çalışanın %80'inden fazlası iş sağlığı hizmetleri olmadan çalışmaktadır. 161 sayılı ILO sözleşmesi ve DSÖ'nün Herkes İçin İş Sağlığı Küresel Stratejisi iş sağlığı hizmetlerinin tüm dünyadaki çalışanlara ulaşmasını hedeflemektedir. Temel İş Sağlığı Hizmetleri(TİSH), Alma Ata ilkelerinin iş sağlığı alanındaki uygulamasıdır. TİSH, işte sağlığın korunması, sağlık, iyilik ve çalışma becerisinin geliştirilmesinin yanı sıra hastalık ve kazaların önlenmesi için temel bir hizmettir. Bu yaklaşım iş sağlığı hizmetlerinin tüm çalışanlara ulaşmasını ve ülkelerin sağlık sistemine entegrasyonu amaçlamaktadır(4).

1950 yılında ILO ve DSÖ karma bir komisyon kurarak işçi sağlığı hizmetlerinin bir tanımını yapmışlardır. Üye ülkelere ILO'nun 112 sayılı tavsiye kararı ile duyurulan bu tanımlamada “İşçi sağlığı hizmetleri, her meslekte çalışanların fiziksel, ruhsal ve toplumsal bağlamda iyi olma durumuna getirmek ve bu durumu sürdürmek, çalışma koşullarının ve işin olumsuz faktörlerinin işçilerin sağlığına zarar vermesini önlemek, işçileri fiziksel ve ruhsal özelliklerine uygun işlere yerleştirmek, yapılan iş ile işçi arasındaki uyumu sağlayarak, asgari yorgunlukla optimum randıman elde etmek amacı ile yapılan çalışmalar bütünüdür” denilmektedir(5). Bu tanımdan yola çıkarak, işçi sağlığındaki temel yaklaşımın sağlığın korunması olduğu sonucu çıkarmak mümkündür ve bu yaklaşım halk sağlığının temel ilkeleri ile uyum içindedir (3) .



Şekil 1. İş Sağlığı Hizmetlerinin Gelişim Aşamaları (6)

Çalışan insanların sağlığının geliştirilmesi ve korunmasını hedefleyen TİSH'nin amaçları, çalışanların sağlık kapasitelerini en üst düzeye çıkarmak, çalışanların olumsuz koşullar nedeni ile sağlıklarının bozulmasını önlemek, kişilerin ruhsal ve fiziksel yeteneklerine uygun işlerde çalışmasını sağlamak olarak sıralanabilir(7). İyi bir iş sağlığı hizmeti geliştirmiş olan ülkeler, bu sistemi sadece sağlık açısından değil, aynı zamanda iş becerisi, verimlilik ve buna bağlı olarak çalışanların, iş yerlerinin ve ulusların ekonomisinin gelişmesi bakımından da yararlı bulmaktadır. İş sağlığı hizmetlerini geliştirmek için basamaklı bir strateji tavsiye edilmektedir (Şekil 1). Her ülke iş sağlığı hizmetlerinde mevcut durumunu belirleyerek, kendisine uygun aşamadan başlayarak iş sağlığı stratejisini planlamalıdır(6).

Ülkemizde 2003 yılında kabul edilen 5857 sayılı İş Kanunu ile uygulamaya geçen İSG kavramı ise işyeri ile sınırlı sağlık ve güvenlik tedbirlerinin yeterli koruma

sağlayamayacağını kabul eden ve işçinin sağlığını ve güvenliğini etkileyen ve ilgilendiren ve işyeri dışından kaynaklanan riskleri de kapsamına dahil eden bir kavramdır. Bu anlamda her türlü işte çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal durumlarının iyileştirilmesi, çalışma şartlarının düzenlenmesi, çalışanların fiziksel, bedensel ve ruhsal niteliklerine uygun işlere yerleştirilmeleri, işin insana, insanın da işe uyumunun sağlanması iş sağlığı ve iş güvenliği konuları arasındadır (8). İş güvenliği, işyerlerinde işin yürütülmesi sırasında çeşitli nedenlerden kaynaklanan sağlığa zarar verebilecek koşullardan, tehlike yaratan risk faktörlerinden korunmak amacıyla yapılan sistemli ve bilimsel çalışmalardır. İş güvenliğinin temelinde, çalışanların işten ve iş ortamından çalışma nedeni ile maruz kalabilecekleri risklere karşı korunmaları amacı yer almaktadır. İş güvenliği öncelikle insanı korumayı amaçlar, bunun yanında iş yerlerindeki makine, hammadde, bina gibi diğer unsurların da zarar görmesinin engellenmesi iş güvenliğinin ilgilendiği diğer alanlardır.

İSG içeriği itibarı ile iş yerinde herhangi bir sorun ortaya çıkmamışken bile, oluşabilecek tehlikelerin ve risklerin öngörülerek, bunların değerlendirilmesi çalışmalarını da içermektedir. Burada tehlike ve risk kavramlarını tanımlamakta fayda vardır. Tehlike, iş yerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek olan, çalışanı, iş yerini ve üretimi etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyelidir. Tehlike, çevreye zarar veren, yaralanma ya da hastalığa yol açan, potansiyel zarar verici maddeler ve etkenlerdir. Tehlikeler fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal içerikli olabilir(9). Tehlikelerin çalışanlar üzerindeki etkisi maruz kalma süresi ve şiddetine, tehlike oluşturan durumun fiziksel ve kimyasal özelliklerine, çalışan kişinin özelliklerine göre değişkenlik gösterebilir(10). Risk ise, herhangi bir planlanmış faaliyet yerine getirilirken, olası tehlikeli durumlar nedeniyle ortaya çıkan, hedeflenen sonuca ulaşamama, kayba ya da zarara uğrama olasılığıdır (11). Diğer bir deyişle tehlikeli bir durumun meydana gelme olasılığı ile ortaya çıkabilecek zararların bir kombinasyonudur.

2.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI

2.2.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik İSG Hizmetleri

Sağlık sektöründe çalışanların sayısı, çalışma koşulları, ülke genelinde dağılımları ve hasta başına oranları gibi faktörler, sağlık hizmetlerinin sunumunu, etkinliğini ve verimliliğini etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının pek çok sorununun içinde, İSG ile ilgili

sorunları en önemlisidir. Sağlık çalışanlarının iş kazaları ve meslek hastalıkları açısından en riskli grupta yer alması, sağlık işletmelerinde İSG'nin önemini artırmaktadır (7).

ILO, 1970' li yılların başında NIOSH, İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı (OSHA), Amerikan Hastaneler Birliği ve sağlık sendikaları ile beraber, her çalışanın olduğu gibi sağlık çalışanlarının da sağlıklı olma ve sağlıklı ortamda çalışma hakkı bulunduğunu ve bunu sağlamak için sağlık kuruluşlarında ilgili birimlerin kurulması gerektiğini belirtmiştir. Daha sonra ILO 1985 yılında sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin kurulması için bir karar almıştır. Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu (International Occupational Health Commission) 1990 yılında sağlık çalışanlarının sağlığının işçi sağlığı yaklaşımı ile ele alınması gerektiğini ve bunun için hastanelerde ilgili birimlerin kurulması gerektiği önerisinde bulunmuştur. Aynı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu hastanelerde sağlık ve güvenlik komitesinin bulunması koşulunu getirmiştir (12).

Sağlık Bakanlığı tarafından 6 Nisan 2011 tarihinde "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" yayınlanmıştır(13). Kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemek amacı ile yayımlandığı belirtilen yönetmelikte çalışan güvenliği uygulamaları başlığı altında şu maddeler sıralanmıştır:

- 1- Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
 - 2- Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
 - 3- Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
 - 4- Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
 - 5- Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması
- konularında sağlık kurumları gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Aynı yönetmeliğin hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları başlığı altında, enfeksiyon kontrolü, laboratuvar güvenliği, radyasyon güvenliği, renkli kod uygulamaları,

güvenlik raporlama sistemi, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi, hasta güvenliği ve çalışan güvenliği komitesi kurulması konusunda hükümler bulunmaktadır.

2.2.2. Sağlık Kuruluşlarında Temel Tehlike ve Riskler

NIOSH sağlıklı ve güvenli hastane ortamını “işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, bunlara bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu” olarak tanımlamaktadır. Meslek hastalıkları ve iş kazalarının önlenmesi için öncelikle çalışanların sağlığının geliştirilmesi ve sağlıklı ve güvenli hastane ortamının bulunması gereklidir. NIOSH ve OSHA, bunun sağlanabilmesi için, çalışma ortamı ve iş kaynaklı tehlike ve risklerin belirlenmesinin, çalışma koşullarının ve çalışma ilişkilerinin sağlık çalışanlarının lehine düzenlenmesinin önemine işaret etmektedir (14).

Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğini etkileyen faktörler, sağlık kuruluşları arasında farklılıklar görülmesine rağmen genel olarak beş grupta toplanabilir. Bunlar biyolojik, kimyasal, fiziksel, psikolojik ve çevresel risklerdir.

2.2.2.1. Biyolojik Riskler

Sağlık çalışanları buldukları çalışma ortamları nedeni ile bir çok biyolojik risk ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Biyolojik etkenler pek çok enfeksiyon hastalığına yol açabilmektedir. Bu etkenlerin sağlıklı kişilere hava yolu ile bulaşabildiği gibi enfekte vücut sıvıları ile temas sonrasında da bulaş olabilmektedir.

Enfeksiyon gelişmesi genellikle kesici-delici-batıcı cisim yaralanmaları sonucu olmakta ve ağırlıklı olarak ekstremitelerde meydana gelmektedir. CDC'nin tahminlerine göre hastane çalışanlarında her yıl 385.000 enjektör yaralanması ve günde ortalama 1000 kesici alet yaralanması olmaktadır (15).

Bu yaralanmaların farklı nedenleri vardır. Bunlar;

- 1- Atık maddelerin dikkatsizce ve uygun olmayan biçimde toplanması ve taşınması,
- 2- Çalışanların koruyucu önlemleri uygulamaması,
- 3- Atık kaplarının, yeterli boyutta ve sağlam olmaması, su geçirirmez özelliğinin bulunmaması, mühürlü sistemin uygulanmamasıdır (16).

Sağlık çalışanları kan ve vücut sıvıları ile bulaşan Hepatit B, Hepatit C, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) gibi enfeksiyonlar açısından ciddi bir risk altındadır. DSÖ'nün 2002 yılı raporunda tüm dünyada 35 milyon sağlık çalışanına yılda 3 milyon kan yolu ile bulaş olduğu ve bunların 2 milyonunun Hepatit B, 900.000'inin Hepatit C ve 170.000'inin HIV olduğu belirtilmektedir. Bu bulaşlar sonucunda 70.000 sağlık çalışanında Hepatit B, 15.000'inde Hepatit C ve 500'ünde HIV enfeksiyonu geliştiği belirtilen raporda bu enfeksiyonların %90'ının düşük gelirli ülkelerde olduğu belirtilmektedir (17). Hepatit C virüsü (HCV) ile infekte olmuş kan ile perkütan yaralanma sonrasında Hepatit C geçirme riski %3-10 arasındadır. Aynı durumda HBV bulaşma riski %7-30 ve HIV bulaşma riski % 0.2-0.5 oranlarındadır(18).

Dünyada 2 milyardan fazla kişinin Hepatit B virüsü(HBV) ile enfekte olduğu, 350 milyon kişinin de HBV taşıyıcısı olduğu bilinmektedir. Her yıl 1-2 milyon kişi HBV'nin yol açtığı hastalıklardan yaşamını yitirmektedir. Sağlık çalışanlarının B tipi hepatite yakalanma sıklığı normal popülasyondan 3-8 kat daha fazladır(19). DSÖ ve ILO, sağlık çalışanlarında görülen HBV enfeksiyonunu meslek hastalığı olarak kabul etmiş olup, ülkemiz gibi bölgelerde çalışan sağlık çalışanlarının her yılbaşına HBV enfeksiyonuna yakalanma riskini %0.6–1.4, taşıyıcılık sıklığının ise % 0.5 olduğunu belirtmiştir(20).

Hepatit C enfeksiyonunun dünya üzerindeki prevalansının %2.2-3 olduğu tahmin edilmektedir, bu da yaklaşık dünyada 130 ila 170 milyon kişinin HCV pozitif olduğunu gösterir(21). HCV'nin Türkiye'deki prevalansı % 0.3-1.8 arasında değişmektedir. Bulaşma olasılığı düşük olmasına rağmen HCV'ye karşı aşı bulunmaması ve temas sonrası spesifik immünglobulin ile pasif bağışıklama yapılamaması, Hepatit C'yi büyük bir risk haline getirmektedir.

DSÖ Aralık 2008 verilerine göre dünyada ortalama 33.4 milyon HIV infekte kişi yaşamakta olup, hastalığın tanımlandığı 1981 yılından beri 29 milyon kişi hayatını bu hastalık nedeni ile kaybetmiştir. Ülkemizde Aralık 2009 Sağlık Bakanlığı verilerine göre 3127 kişi HIV infekte, 771 kişi Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu (AIDS) olmak üzere toplam 3898 kişi HIV enfeksiyonundan etkilenmiş durumdadır. Ancak özellikle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda kişilerin sağlık kurumlarına yeterli başvurularının olmamaları, kayıt sistemlerinin yeterli çalışmaması, bu sayının gerçekleri yansıtmadığını düşündürmektedir. Sağlık çalışanlarına HIV bulaşması kan ve kan içeren vücut sıvılarıyla sıklıkla perkütan, daha az olarak da mukokütanöz temas sonrası oluşur.

Kızamık, kızamıkçık, kabakulak, su çiçeği, influenza, herpes zoster virüsü ve sitomegalovirüs enfeksiyonları da sağlık çalışanları açısından risk oluşturan enfeksiyonlardır. Özellikle poliklinik hizmeti verilen birimlerde çalışan ve aşılanmamış sağlık personeli bu enfeksiyonlar açısından risk altındadır. İnfluenza hariç bu hastalıkların hepsini serolojik testlerle tanımak ve kişinin duyarlı olup olmadığını saptamak mümkündür.

Delici ve kesici aletle yaralanma öncesi ve sonrası HBV bulaşmasını önlemek için bağışıklama uygulanabilirken HCV ve HIV için aşı uygulaması henüz söz konusu olmadığı gibi, HIV için kullanılan profilaksi programı da hem uzun süreli ve hem de yüksek maliyetlidir. Bu nedenle kan ve vücut sıvıları ile virüs bulaşını önlemede evrensel önlemler, hepatit B'ye karşı bağışıklama, spesifik enfeksiyonlara (hepatit B, hepatit C ve HIV) yönelik bilgilendirme ve güvenli tıbbi malzemelerin kullanılması en temel yaklaşımlardır. Evrensel önlemler; tüm enfeksiyon etkenlerinden korunmak için tasarlanmış olup temel kavram; kan ve tüm vücut salgı ve sıvılarının enfeksiyon bulaşmasına aracılık edebileceğidir. Başka bir deyişle aksi ispat edilinceye kadar, tüm kan ve vücut sıvılarının HBV, HCV ve HIV gibi etkenleri içerdiği var sayılır. Bu materyallerle karşılaşma olasılığı olan işlemler sırasında, mutlaka eldiven giyilmesi, hasta ile temas ve her hangi bir kontaminasyon olduğunda ellerin yıkanması, konjunktiva gibi müköz membranların korunması, iğne batması gibi perkütan yaralanmaları önlemeye yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir. Kullanılmış iğneler hiç bir zaman eğilmemeli, kırılmamalı ya da kapağı kapatılmamalıdır. Kontamine kesici-delici aletler kullanımdan hemen sonra, bu amaçla geliştirilmiş delinmez kaplara atılmalı, bu kaplar hiç bir zaman aşırı doldurulmamalıdır. Burada önemli olan bu önlemlerin yalnızca enfekte olduğu bilinen materyaller için değil, tüm materyaller için uygulanmasıdır (22). Temizlik çalışanı için en büyük risk, çöp sepetlerindeki iğnelerle yaralanmalardır. Bunun için kesici delici araç/gerecin dayanıklı ve sert plastikten yapılmış özel kutularda toplanmasının sağlanması gerekir. Hasta ile temastan önce ve sonra ve eldiven çıkardıktan sonra her zaman el yıkanmalıdır. Sağlık çalışanlarının birçok işlem için, sıvı sabun seçmeli ya da antimikrobiyal bir sabun ile parmak araları ve el sırtını ovuşturarak 15-30 saniyelik süre el yıkamaları ve akan su ile durulamaları yeterlidir. Durulama sonrasında akan suyu kapatmak için ayakla kumanda edilen veya otomatik kapanan sistemler olmalıdır. Uygun el hijyeni ile hem hastane enfeksiyonu oranları düşürülmekte hem de personel sağlığı korunmaktadır(23)

Sağlık çalışanları özel durumlarda Hepatit A, pnömokok, difteri-tetanoz, meningokok, polio, kuduz ve BCG aşılarını yaptırmalıdır. Sağlık çalışanları için mutlaka yapılması gereken aşılar ise şu şekildedir(23):

Kızamık- Kızamıkçık- Kabakulak	1 doz subkutan
Varisella	0, 4 ,8. haftalarda, 3 doz intramuskuler
Hepatit B	0, 1, 6. aylarda, intramuskuler
İnfluenza	Her yıl , intramuskuler

Tüberküloz hava yolu ile bulaşan bir hastalık olup, özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur. Dünyanın farklı yerlerinde yapılan çalışmalarda, hastane çalışanlarında tüberküloza yakalanma riski normal popülasyona göre 2-50 kat fazla bulunmuştur. CDC sağlık çalışanlarındaki tüberküloz riskinin normal popülasyondan 3.2 kat fazla olduğunu bildirmiştir. Sağlık kuruluşlarında uygun havalandırma yöntemleri, sağlık çalışanlarında tarama çalışmaları, ultraviyole lambalar, koruyucu maske kullanımı gibi yöntemlerle gerekli önlemler alınmalıdır.

2.2.2.2. Fiziksel Riskler

Çalışma ortamlarında fiziksel faktörler sağlığı olumsuz yönde etkileyebileceği gibi iş kazalarına ve yaralanmalara neden olabilir. Çalışma ortamında sağlığı olumsuz yönde etkileyen fiziksel faktörler, gürültü, ısı, aydınlatma, nem, elektrik, havalandırma, kaygan zemin, radyasyon, toz, titreşim gibi etmenlerdir.

2.2.2.2.1. Gürültü

ILO gürültüyü, "bir işitme kaybına yol açan, sağlığa zararı olan veya başka tehlikeleri ortaya çıkaran bütün sesler" olarak tanımlamıştır. Ölçü birimi desibel(dB)dir. İnsan kulağının ilk uyum yaptığı ses şiddeti 0 dB'dir, 120-140 dB aralığı ise acı eşliğidir. 2010 tarihli çevresel gürültünün değerlendirilmesi ve yönetimi yönetmeliğine göre yataklı tedavi kurum ve kuruluşlarında, herhangi bir faaliyet olmadığı durumlarda gürültü üst sınırı 35 dB olarak belirlenmiştir. Gürültünün insan sağlığına etkileri şu şekildedir;

- 1- Fizyolojik etkiler: İşitme kaybı, acı hissi, sinir ve dolaşım sistemi bozuklukları, hormonal dengenin bozulması.
- 2- Psikolojik etkiler: Uyku bozuklukları, yorgunluk, huzursuzluk ve uyumsuzluk.
- 3- Konuşmaları engelleyerek iş güvenliğini azaltma (24).

Ülkemizde iş yerlerindeki gürültü ile ilgili ilk çalışmaları Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi (İSGÜM) başlatmıştır. İSGÜM iş yerlerinde gürültü düzeyi saptama, bunları değerlendirme, gürültülü işlerde çalışanların işitme testlerini yapma, gerekli görülen durumlarda işçilerin kullanması gereken kişisel koruyucuların seçiminde yardımcı olma gibi görevler üstlenmiştir.

Gürültü sınır değerleri genellikle bir günde ya da bir haftada belli bir düzeydeki gürültünün etkisinde kalınabilecek en uzun süre olarak hesaplanır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın yayımladığı ve Aralık 2006'da yürürlüğe giren Gürültü Yönetmeliği'nde sekiz saatlik çalışma gününde etkisinde kalınacak gürültünün sınır değeri 87 dBA olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte ses düzeyi 80 dBA'ı geçtiğinde kulak koruyucularının sağlanarak çalışanlar tarafından kullanıma hazır duruma getirilmesi, 85 dBA'e ulaştığında ise gürültü etkisinde kalmaktan kaynaklanan risklerin önlenmesi için teknik ve idari yöntemlerin kullanılması öngörülmekte, sonuç alınamaması durumunda ise kulak koruyucularının kullanımı zorunlu kılınmaktadır. 87 dBA'lık sınır değeri ise kulak koruyucularının kullanımı dahil bütün önlemler alındıktan sonra kesinlikle aşılmaması gereken sınır değeridir.

Sağlık kuruluşlarında yapılan araştırmalarda, gürültü düzeyinin 80–85 dBA'yi aştığı alanlar saptanmıştır. Rehabilitasyon birimleri ve elektrikli cerrahi aletlerin, ortopedik aletlerin, vakum ve monitör alarmlarının, fizik tedavi bölümündeki egzersiz aletlerinin kullanıldığı birimler bunlar arasında sayılabilir(22).

Hastanelerde kullanılan cihazların sürekli bakımlarının yapılması, ses geçirmeyen yapı malzemelerinin kullanılması, gürültüye maruz kalanlarda kişisel koruyucu malzemeler kullanmak, gürültülü yerlerde rotasyon ile çalışmak, gürültünün olumsuz etkilerini en aza indirmek için alınabilecek önlemler arasındadır.

2.2.2.2.2 Aydınlatma

Yetersiz veya uygun olmayan aydınlatma hem hastaların uyku kalitesini etkilemekte hem de çalışanların iş performansını etkileyerek iş kazası olasılığını artırmaktadır. Buna ek olarak gözlerde ağrı, yaşarma, kaşıntı ve baş ağrısı şikayetleri ortaya çıkmaktadır.

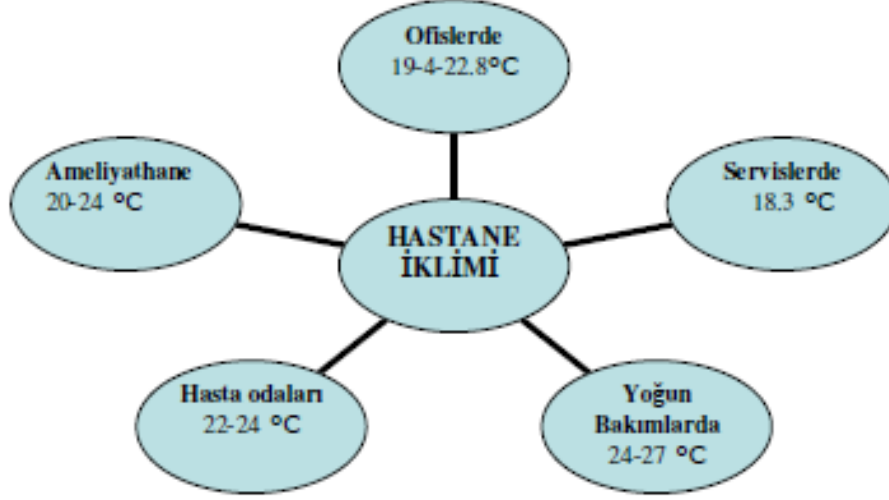
2.2.2.3. Isı ve Nem

İnsan vücudu devamlı bir ısı dengesine sahiptir. Çalışma ortamının uygun ısı seviyesinde olması, çalışanların verimliliğini artırmakta ve iş kazalarını azaltmaktadır. Vücut, dış çevre ile sürekli olarak yaptığı ısı değişimi ile gerekli ısı dengesini sürdürmektedir.

Genellikle 36.5 derece olan vücut sıcaklığı, soğuk havalarda oksijenle besin maddeleri yakılarak; sıcak havalarda ise terleme fonksiyonu ile dengede tutulmaktadır.

İş ortamında aşırı ısının vücut direncini azalttığı, iş verimini düşürdüğü, kas krampları ve ısı çarpması gibi etkileri olduğu bilinmektedir. Ortamın normalin üstünde sıcak olması ile sinirlilik, dikkatsizlik, hataların yoğunlaşması, zihinsel çalışmalarda verim düşüklüğü, yetenek ve becerilerin azalması, iş kazalarının çoğalması, ağır bedensel işlerde verim düşüklüğü, vücutta su ve asit-tuz dengesinin bozulması, kan dolaşımının zorlaşması ve yorgunluk gibi olumsuzluklar ortaya çıkmaktadır. Soğuk iş ortamına ait sorunlar, aşırı ısı ortamına göre daha kolay çözülmektedir. Ancak yine de çalışanların vücut ısısındaki düşüşler dikkate alınmalıdır. Çünkü soğuktan etkilenen el parmakları incelikli iş yapma yeteneklerini ve dokunma duyarlılıklarını kaybetmektedirler. Bu durum ayrıca iş verimini düşürmekte ve en önemlisi iş kazaları riskini artırmaktadır. Hastane ortamında olması gereken sıcaklıklar Şekil 2.'de verilmiştir.

Nemin çalışan üzerindeki etkileri, ortam ısısına bağlı olarak değişmektedir. Nemin yüksek olması, bitkinlik, terleme, solunum sayısı ve kalp atım sayısında artış, yüzde kızarma ve baş dönmesine sebep olmaktadır. Çalışılan yerin nem oranı fazlaysa ve ortam ısısı da yüksekse ter buharlaşması önemli ölçüde azalmakta ve sıcaklığa dayanma zorlaşmaktadır. Nem oranının düşük olması ise solunum yolları tahrişlere, kronik öksürüklere ve solunum yollarının kurumasına bağlı olarak da konuşma güçlüklerine neden olmaktadır.



Şekil 2. Hastane Ortamında İdeal Sıcaklıklar

2.2.2.2.4. Radyasyon

Radyasyon iyonizan ya da noniyonizan türde olabilir. İyonizan radyasyon ise alfa ve beta ışınları şeklinde olabilir ve en önemli etkisi kanserojen olmasıdır. Bunun yanında gözlerde katarakt oluşumu, ciltte eritem ve ülserleşme, hematolojik bozukluklar, üreme hücrelerinin tahribatı gibi etkileri de vardır. Noniyonizan radyasyona mor ötesi (uv) ve kırmızı ötesi (infrared) ışınlar örnek verilebilir. Mor ötesi ışınlar deride irritasyona ve yanıklara hatta deri kanserine neden olur.

Radyoloji, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi bölümlerinde çalışan sağlık çalışanları radyasyon riski ile karşı karşıyadır. Ayrıca diş klinikleri, kardiyoloji çalışanları ve taşınabilir röntgen cihazlarının kullanıldığı yoğun bakım üniteleri ve ameliyathane gibi yerlerde çalışanlar da radyasyon riski ile karşı karşıyadır(25).

Radyasyondan korunmanın amacı, yararlı ışınlanmalara izin verirken radyasyonun potansiyel zararlı etkilerine karşı insanların korunmasıdır. Dünyada yaygın olarak uygulanan radyasyondan korunma sistemi, Uluslararası Radyasyondan Korunma Komisyonu'nun (ICRP) radyasyona maruz kalan gruplarda yapılan çalışmalardan elde edilen bilgiler ve radyasyonun bitkiler ve hayvanlara olası etkileri de dikkate alarak geliştirilmektedir. Dünya genelinde kabul gören bu sistem üç temel ilkeyi esas alır:

1-İşinlamaya neden olan uygulamaların gerekçelendirilmesi:

Gerekçelendirilmedikçe radyasyonla ilgili uygulamalara izin verilmemelidir. Bu durumlarda karar kriteri sadece bilimsel görüşlere dayandırılmamalı, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve etik faktörlerde göz önünde bulundurulmalıdır.

2-Korunmanın optimizasyonu: Radyasyon kaynaklarının boyutunun küçültülmesi, ışınlamaya maruz kalan personelin çalışma zamanının sınırlanması ve insanlar ile radyasyon kaynakları arasındaki mesafenin artırılması, zırhlama malzemelerinin kullanılması gibi uygulamalarla bu optimizasyon yapılabilir.

3-Bireylerin ışınlanmalarının sınırlandırılması: Herhangi bir gerekçelendirilmiş uygulama için radyasyondan korunma optimize edilmelidir. Işınlanma mümkün olan en düşük doz değerinde olmalıdır. Radyasyon çalışanları için uluslararası sınır, yılda 50 mSv değerini aşmayacak şekilde beş yılda toplam 100 mSv'dir.

2.2.2.3. Kimyasal Riskler

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamında karşılaştıkları tehlike oluşturabilecek kimyasallar sıklıkla antiseptik ve dezenfektanlar, anestezi gazları, sitotoksik ajanlar, sterilizasyonda kullanılan maddeler olarak sayılabilir.

2.2.2.3.1. Sterilizasyon ve Dezenfeksiyonda Kullanılan Maddeler

Mikroorganizmaların bulaşını engellemek amacıyla kullanılan antiseptik, dezenfektan (benzalkonyum klorür, borik asit, fenol, krezol gibi) ve sterilizanlar(etilen oksit, glüteraldehit, formaldehit gibi) maddelere maruz kalma sağlık çalışanları için önemli bir risk faktörüdür. Antiseptik ve dezenfektan maddeler irritasyon, alerjik reaksiyonlar gibi sorunlara yol açarken sterilizasyon malzemeleri ise karaciğer toksisitesi, gebelikte bazı olumsuzluklara yol açtığı bildirilmiştir(26).

Etilen oksit renksiz, kokusuz, havadan biraz daha ağır, yanıcı ve patlayıcı, toksik bir gazdır. Özellikle sıcaklığa duyarlı malzemelerin sterilizasyonu için tercih edilen bir maddedir. Etilen oksit gazı kolayca penetre olduğu için steril malzemeler üzerindeki gaz artıklarını uzaklaştırmak amacıyla, sterilizasyon sonunda havalandırmaya ihtiyaç vardır. Çalışma alanlarında 8 saatlik çalışma süresi içinde maruziyet limiti 1 ppm'dir. OSHA standardına göre kısa süreli (15 dakikadan kısa süre) maruziyet sınırı 5 ppm dir. Etilen oksitle dezenfekte edilmiş ve yeterince havalandırılmamış malzemeler (maske, eldiven, tamponlar, endotrakeal tüpler, anestezi maskeleri v.b.) deride irritasyona ve buna bağlı lezyonlara, konjonktivite, kornea yanıklarına ve yüksek konsantrasyonlarda katarakta yol açar. Ortamdaki madde konsantrasyonu 500 ppm'den düşük ise bulantı, kusma, gözlerde, burunda ve boğazda

irritasyona yol açar. 500-700 ppm arasında ise, maruziyetten birkaç dakika sonra solunum güçlüğü (dispne, siyanoz ve akciğer ödemi) ile birlikte, kalp-dolaşım sistemi, sinir sistemi (baş ağrısı, uyku hali, koordinasyon bozukluğu ve konvülsiyonlar) ve hematolojik sistem bulguları ve anaflaksi gelişir. Gebelik sırasındaki maruziyet, erken doğumlara ve düşüklere neden olabilmektedir. Kronik maruziyetin ensefalopati ve polinöropatilere yol açtığı saptanmıştır (22).

Gluteraldehid, endoskop, bronkoskop, diyaliz sistemleri, anestezi ve solunum yolu tedavi cihazları gibi yüksek düzeyde dezenfektan gerektiren araçların dezenfeksiyonunda yaygın olarak kullanılmaktadır. Gluteraldehit solunum yollarında irritasyon, astım benzeri emptomlar, burun kanaması, konjonktivit, cilde temas ile dermatit, baş ağrısı ve bulantı gibi belirtilere yol açabilmektedir(27).

Formaldehid yüksek sıcaklığa duyarlı malzemelerin sterilizasyonunda tercih edilen bir gazdır. Sıvı formu anatomi ve patoloji laboratuvarlarında doku sabitleştirilmesi amacıyla da kullanılmaktadır. Mutajenik ve karsinojenik etkisi olup, gözde ve solunum yollarında irritasyona, öksürüğe, taşikardiye ve göğüste baskı hissine yol açabilmektedir.

2.2.2.3.2. Anestezik Gazlar

Hastanelerde sık olarak kullanılan anestezik gazlara maruziyet, ortama uygunsuz anestezi cihazı bağlantılarından, maskelerden, hastaların solunum ile ortama verdiği anestezik gazlardan kaynaklanır. Sağlık çalışanlarının özellikle kronik olarak maruz kaldığı bu gazlar, sinir sistemi üzerinde irritabilite, baş ağrısı, baş dönmesi, algılama bozukluğu ve bilişsel değişikliklere yol açmaktadır. Ayrıca karaciğer ve böbrek üzerine toksik etkisi, üreme sistemi üzerine olumsuz etkileri, düşük, erken doğum ve konjenital anomalilere neden olma gibi olumsuz etkileri bulunmaktadır.

Bu gazların çalışanlar üzerindeki olumsuz etkilerini önlemek için, etkin atık gaz toplama ve havalandırma sistemleri olmalı ve düzenli kaçak gaz monitörizasyonu yapılmalıdır.

2.2.2.3.3. Antineoplastik İlaçlar

Sitotoksik ilaçlar olarak da adlandırılan antineoplastik ilaçların hazırlanması, depolanması, taşınması, hastaya verilmesi ve kullanım sonrası atıkların yok edilmesi ile ilgili yapılan uygulamalarda sağlık çalışanları bu ilaçların yüksek konsantrasyonlarına maruz kalabilirler (28).

Sağlık çalışanları antineoplastik ilaçlara genel olarak üç şekilde maruz kalabilmektedirler:

1- İlaçların hazırlanması sırasında: Eczaneden taşınma ya da sallama sırasında dökülme, saçılma ya da kırıklardan toz partikülleri ve aerosol halde sıvı damlacıklara maruz kalınabilir.

2- İlaçların hastaya verilmesi sırasında: Taşınma sırasında enjektörden sızmalar, enjektördeki havanın dışarı atılması ya da hastaya bağlantı yapmada, setlerin değiştirilmesi ya da çıkarılmasında antineoplastiklerin havada aerosol şekli oluşabilir.

3- Diğer maruziyetler: Atılan boş ilaç kapları diğer bir kontaminasyon kaynağıdır. Bunun dışında son 48 saat içinde antineoplastik ilaç uygulanmış hastaların her türlü atığı ve bu atık ile bulaşmış her türlü malzeme önemli kontaminasyon kaynaklarıdır. Antineoplastiklere maruziyet; ilaç tozları ya da sıvı damlacıkların solunum yolu ile ya da deri teması sonucu olabileceği gibi ilacın sağlık çalışanlarının gıdaları üzerinde istenmeden ağız yolu ile alımı şeklinde olabilmektedir (29,30).

Antineoplastiklerle maruz kalan çalışanlarda; hemopoetik kanserler, karaciğer fonksiyon bozuklukları, deri ya da müköz membranlara direkt temas sonucu ortaya çıkan alerjik reaksiyonlar, kan hücre sayımında değişiklikler, karın ağrısı, saç dökülmesi, burun akıntısı ve kusma, gebe kadınlarda spontan düşük ve malformasyonlar görülebilir.

Antineoplastik ilaçların hazırlanması, biyolojik güvenlik kabininin bulunduğu ve sadece bu işlemin yapıldığı, penceresi ve havalandırması olan ayrı bir odada yapılmalıdır. Bu oda başka amaçlar için kullanılmamalı, giriş çıkışlar sınırlandırılmalı, içerisi ile bağlantı kurulması için diafon sistemi kurulmalıdır. İlaç dökülmesi ve kaza gibi durumlarda yapılması gereken işlemler tüm personelin görebileceği şekilde asılmalı, bu durumlarda kullanılmak üzere dökülme acil seti hazır bulundurulmalıdır. Ayrıca göze ilaç sıçraması durumunda kullanılması için göz yıkama malzemesi ve atıkların toplanması için kemoterapi atık kutusu bulundurulmalıdır.

Antineoplastik ilaçların uygulanmasında aşağıdaki noktalara dikkat etmek gerekmektedir (22,29,30,31,32,33) :

- Antineoplastik ilaçlar, biyolojik güvenlik kabininin olduğu, penceresi olan, aydınlık, başka bir amaçla kullanılmayan, diafon sistemi olan ayrı bir odada hazırlanmalıdır.

- İlaçların hazırlandığı ve uygulandığı alanlarda yeme, su ve sigara içme gibi sindirim yoluyla maruziyeti arttıracak işlemlerden kaçınılmalı ve yiyecek bulundurulmamalıdır.
- Yüzeyler su ve deterjanla temizlenmeli, temizlik için amonyumlu temizleyiciler, alkol ve germisidal preparatlar kullanılmamalıdır.
- İlaç hazırlığında kemoterapi eldiveni, gömleği, yüzü ve gözü koruyacak kemoterapi maskesi ve koruyucu gözlük kullanılmalıdır.
- İlaç hazırlığında kilitli enjektör sistemi kullanılmalıdır.
- Enjektörler, üzerinde “Kemoterapi Atık Kutusu” uyarısı olan kutulara atılmalıdır.
- Uygulama alanında, herhangi bir dökülmeye, çevrenin kontaminasyonunu önlemek için, altları geçirgen olmayan, sıvıyı emici örtüler kullanılmalıdır.
- Kaza ve dökülmelerde eldiven ve önlük hemen çıkarılmalı, etkilenen deri sabun ve bol su ile yıkanmalıdır. İlaç göze gelmişse, musluk altında bol su ya da izotonik yıkama solüsyonu ile (% 0.9 luk NaCl) en az 15 dakika süre ile yıkanmalıdır.
- Kurumun sağlık ve güvenlik programları içinde antineoplastik ilaçların kaza ile dökülmesi durumunda alınması gerekli önlemler yer almalı ve kaza ile dökülmelerde uygun işlemler konusunda çalışanlara eğitim uygulanmalıdır.
- İlaçların depolandığı, hazırlandığı ve uygulandığı alanlarda dökülme acil seti hazır bulundurulmalıdır. Bu setin içeriğinde, iki çift kemoterapi eldiveni, kemoterapi önlüğü, maskesi ve gözlüğü, dökülme olduğunu bildiren uyarı işareti, bir çift lateks eldiven, emici özellikte iki adet örtü, galoş, cam kırıkları için küçük bir fırça ve kürek, iki adet atık torbası ve temizlik deterjanı olmalıdır(28,30,33).

2.2.2.4. Çevresel-Mekanik Riskler

İş aktiviteleri sırasında fiziksel ve psiko-sosyal risklere maruz kalmaya bağlı olarak gelişen ağrı, hareket kısıtlanması ve sakatlanmalarla seyredabilen kas iskelet hastalıkları çalışanların yaygın sağlık sorunudur(34). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde geleneksel meslek hastalıkları halen oldukça fazla sıklıkta görülmekte, bunun yanı sıra çalışma hayatındaki değişimlere paralel olarak yeni meslek hastalığı türleri de artan şekilde gündeme gelmektedir. Bu hastalıklar arasında; mesleksel kas ve iskelet sistemi hastalıkları da giderek daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır. ABD’de meslek hastalığı nedeniyle olan tazminat başvurularının %16’sı ve bu nedenle yapılan ödemelerin %34’ü kas-iskelet sistemi hastalıkları nedeniyle olmaktadır (35).

Sürekli travma ve tekrarlanan hareketler sonucunda kas, eklem, tendon ve kemik yapılarda değişiklikler oluşmakta ve sıklıkla bel, boyun ve üst ekstremitelerde klinik belirtiler ortaya çıkmaktadır. Çalışanlarda görülen en sık kas iskelet sistemi rahatsızlıkları kas incinmesi, bel ağrısı, bel fıtığı, boyun tutulması, boyun fıtığı ve karpal tünel sendromudur. Sağlık çalışanlarında sık görülen kas iskelet sistemi rahatsızlıkları Tablo I.'de verilmiştir.

Tablo I. Sağlık Çalışanlarında Sık Görülen Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları

Hekim	Bel ağrısı Myofasial ağrı
Diş hekimi	Servikal spondiloz Torasik çıkış sendromu Raynaud fenomeni Periferik nöropati Myofasial ağrı Rotator manşon tendiniti Bel ağrısı
Hemşire	Bel ağrısı
Fizyoterapist	Bel ağrısı
Laboratuvar çalışanları	Karpal tünel sendromu Servikal spondiloz
Hastabakıcı	Bel ağrısı

4857 Sayılı İş Yasasında “Elle Taşıma İşleri Yönetmeliği”, “Ekranlı Araçlarla Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Hakkında Yönetmelik” ve diğer çeşitli yönetmelikler ile işveren iş yerlerinde kas iskelet risklerinin belirlenmesi ve önlenmesi ve çalışana korunma ve ergonomi eğitimi verilmesi ve iş yerinde ergonomik iyileştirmeleri uygulama konusunda yükümlü kılınmıştır. Çalışanlar da öğretilenleri uygulamakla yükümlüdür.

Kas iskelet sistemi rahatsızlıklarındaki önleyici yaklaşımlardan biri ergonomidir. Ergonomi, insan ile kullandığı donanım ve çalışma ortamı arasındaki ilişkileri bilimsel olarak inceleyerek uygulama alanına aktaran disiplinlerarası bir bilim dalıdır. Diğer bir tanıma göre ergonomi işyeri şartlarını ve iş taleplerini çalışanların kapasitelerine uygun

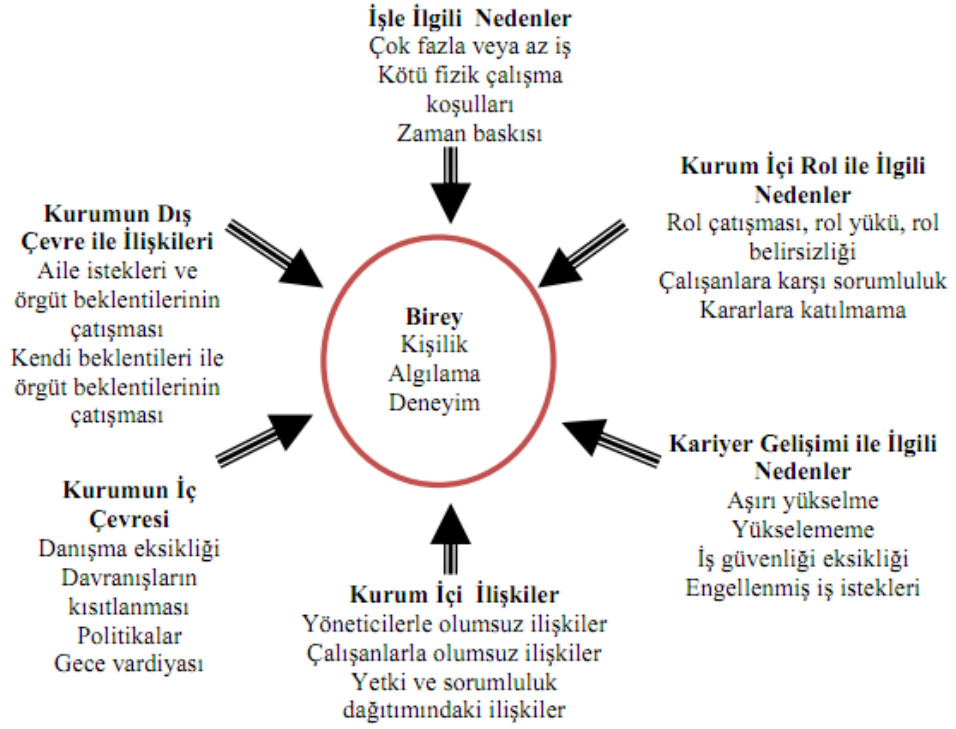
hale getirme bilimidir. Ergonomi prensipleri çalışan ve işyeri arasındaki uyumu artırmak için kullanılır. Pratik yaklaşım olarak ergonomi; İnsan, ekipman, kullanılan iş süreçleri ve iş çevresi ile ilişkileri düzenler. Çalışma koşullarını ve çalışma ortamını insana uygun duruma getirmeyi ve böylece çalışan insanın sağlık ve güvenliğini korumayı ve iş başarımını artırmayı amaçlayan ergonomi disiplininin bulgu ve ilkelerinin, insan yaşamı ve insan sağlığı için hizmet veren sağlık sektöründe uygulanmasının önemi büyüktür(36). Ergonomik düzenlemeler sayesinde fiziksel iş yükü azaltılarak postural rahatsızlıkların ortaya çıkması engellenebilir.

2.2.2.5. Psikososyal Riskler

Yapılan iş gereği sürekli insanlarla yüz yüze çalışan sağlık çalışanlarının sağlığını, DSÖ'nün sağlık tanımındaki "fiziksel, ruhsal ve sosyal" bileşenlerinden birinde ya da bir kaçında ortaya çıkan olumsuzluklar, çalışanın yakın çevresi ile birlikte buldukları iş ortamını da olumsuz olarak etkilemektedir(37).

Sağlık çalışanlarının kendilerini personel sıkıntısı, düşük ücret, vardiyalı çalışma, iş yerine ulaşım gibi nedenlerle baskı altında hissetmesi, toplumun sağlık hizmetlerinden faydalanmasını da olumsuz yönde etkilemektedir(38).

İş stresi, stres kaynakları ile yetersiz mücadeleyi beraberinde getiren zihinsel ve fiziksel hastalık neticesi ile sonuçlanan istenmeyen bir kavramdır(39). Fiziksel ya da fizyolojik uyarıların, kişinin normal fizyolojik dengesinde yol açtığı zorlanma ve bozukluklar olarak da tanımlanabilir. En sık depresyon ve kronik yorgunluk olmakla birlikte, uykusuzluk, anksiyete, migren, emosyonel bozukluklar, mide ülseri, alerji, deri hastalıkları, lumbago ve romatizmal ataklar, tütün ve alkol kullanımı, kalp krizi hatta intihar şeklinde kendini gösterebilir(40). Yapılan çalışmalarda yüksek stres seviyesindeki meslekler arasında diş hekimleri, doktor ve hemşireler bulunmaktadır(41). İş yeri stresinin nedenleri Şekil 3'de verilmiştir.



Şekil 3. İş Yeri Stresinin Nedenleri (42)

İş doyumunu; çalışanların iş ve iş yaşamındaki beklentilerine ulaştıkları zaman duydukları olumlu duygusal bir durumdur. Çalışma ortamındaki doyum, çalışanların sadece fiziksel ve zihinsel durumunu değil, aynı zamanda bireysel, fizyolojik ve ruhsal durumunu da etkiler. Çalışma ortamında doyumsuzluk yaşayan birey, olumsuz duygulara yönelecek, bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı bozulacaktır. Bunun sonucunda birey işten uzaklaşma, işi terk etme, sık sık iş değiştirme gibi iş doyumsuzluğu ve tükenmişliği yaşayacaktır(43).

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen en önemli faktörlerden birisi de oldukça sık görülmesi ve yol açtığı zararlar nedeni ile son yıllarda büyük önem kazanan çalışanlara yönelik iş yeri şiddetidir.

2.2.3. Şiddet

2.2.3.1. Şiddetin Tanımı

Şiddet olgusunun ele alınış biçimine, ele alındığı bilim dalının bakış açısına, toplumsal ve tarihsel koşullara göre farklı tanımları yapılmıştır. Şiddet, sözlük anlamı olarak bir hareketin bir gücün derecesi, yeğlilik, sertlik, karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, kaba güç, duygu veya davranışta aşırılık anlamına gelmektedir(44). DSÖ raporunda şiddet; kişinin kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin kasıtlı olarak uygulanması olarak tanımlanmıştır(45). CDC'nin yaptığı tanımlamaya göre ise genel anlamda şiddet, sahip olunan güç veya kudretin, yaralanma, ölüm ve kayıpla sonlanan veya sonlanma olasılığı yüksek bir biçimde bir başka insana, kendine, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yolu ile ya da bizzat uygulanmasıdır(46).

Şiddet sözcüğü aşırı duygu durumunu, bir olgunun yoğunluğunu, sertliğini, kaba ve sert davranışı, beden gücünün kötüye kullanılmasını, bireye ve topluma zarar veren etkinlikleri içermektedir(47). Sonuç olarak başkasına karşı tehdit oluşturmayı ve kısaca insana fiziksel ve psikolojik olarak zarar veren her davranış biçimi şiddet olarak kabul edilmektedir(48).

2.2.3.2. Şiddet Türleri

Şiddet dar anlamı ile fiziksel şiddet şeklinde olabildiği gibi daha geniş anlamda psikolojik, sözel, kültürel, duygusal ve cinsel şiddet olarak da görülebilmektedir. Şiddet olgusu çok yönlü bir olgudur ve bu nedenle şiddet farklı biçimlerde sınıflandırılabilir. Psikolojik, ahlaki, siyasi yönü ile ele alınabileceği gibi ekonomik ve hukuksal yönleri ile de ele alınabilir(49).

Şiddet eylemi özelliğine göre dört grupta incelenebilir(50):

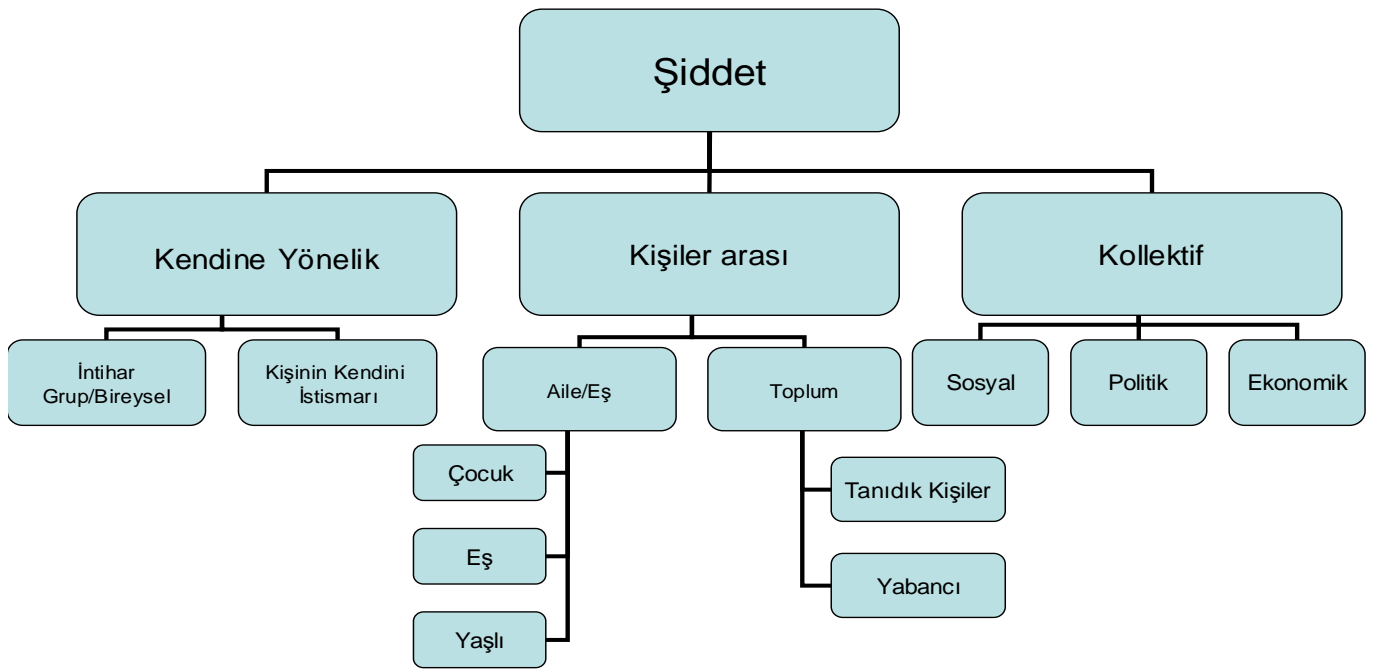
1. Kendine yönelik şiddet: İntihar davranışı, kişinin kendi bedenine yaptığı zarar verici uygulamalar.

2. Kişiler arası şiddet: Ailede eşe, çocuğa ya da ailenin yaşlı üyelerine uygulanan aile içi şiddet, eşe yönelik şiddet, toplumda bir başka kişiye, bir kişi ya da küçük bir grup tarafından uygulanan şiddettir. Bu grupta kadına, çocuğa, yaşlıya yönelik şiddet, flörtte şiddet, aile içi şiddet, eşler arası şiddet, namus cinayetleri, kadın sünneti, iş yerinde şiddet v.s. yer almaktadır.

3. Kolektif şiddet: Devletler, organize siyasi gruplar, militan gruplar ve teröristler tarafından gerçekleştirilen şiddet olaylarıdır. Çete şiddeti, kan davaları, sokakta şiddet, homoseksüel ve lezbiyenlere yönelik şiddet ve azınlıklara yönelik şiddet örnek olarak verilebilir.

4. Diğer şiddet şekilleri: Medya şiddeti, insan ve organ ticareti, pornografi, okulda ve spor olaylarında şiddet bu grupta yer alır.

Şekil 4.'de DSÖ'nün şiddet tipleri sınıflandırılması görülmektedir(46).



Şekil 4. DSÖ'nün Şiddet Sınıflaması

Şiddet Tanımlama Komitesi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC,1997) tarafından ise, üç çeşit şiddet tanımlanmıştır. Bunlar fiziksel şiddet, psikolojik şiddet ve evsel şiddettir. Evsel şiddet; ortak yaşam içinde bulunulan kişiyle ilgilidir. Fiziksel şiddet, fiziksel güç kullanarak potansiyel olarak yaralama, ölüm, zarar vermedir. Sınırı olmayan kesme, itme, atma, sıkma, ısırma, saç çekme, vurma, yakma, bir kişiye karşı silah kullanma gibi eylemleri içerir. Psikolojik şiddet ise, diğerinin kişiselliğini kontrol etmek, alçaltmak, korku vermek, utandırmak amacıyla yapılan sıklıkla sözel şekilde olan davranışları

içerir. Genellikle bunlar; taciz, zarar verme, fiziksel ve sosyal izolasyon, saldırma, ayıplama, eleştirme seklindedir (51).

Uygulanma biçimine göre şiddet, fiziksel ve fiziksel olmayan şiddet olarak iki şekilde gözlenir.

1. Fiziksel Şiddet: Fiziksel şiddet, birine karşı yaralama veya öldürme niyetiyle fiziksel güç kullanımınıdır. Tekmeleme, tokat atma, itme, ısırma, çimdikleme, vurma, yaralama gibi eylemleri içerir. Fiziksel olarak zarar veren cinsel saldırılar da fiziksel şiddet olarak kabul edilir(52).

2. Fiziksel Olmayan Şiddet(Psikolojik Şiddet): Fiziksel olmayan şiddet, psikolojik, sözel ve cinsel şiddet olarak ele alınmaktadır.

Psikolojik şiddet kötü niyetli, küçük düşürücü ve yıkıcı olarak sürekli ve tekrarlanan davranışlardır. Psikolojik şiddet ruh sağlığını, moral ve sosyal gelişimi olumsuz etkileyen istemli güç kullanımınıdır. Bireyin gururunu kırıcı, küçük düşürücü, kişisel değerlerini dikkate almadan ve saygısızca davranmak biçiminde olabilmektedir. Dolayısı ile bireyin psikolojik sağlık durumunu olumsuz etkileyen, onu üzen, kendisini baskı ve tehdit altında hissetmesine neden olan davranış ve tutumlar da psikolojik şiddet olarak kabul edilmektedir(53).

Sözel şiddet, çalışanın yaşını, özürüllük durumunu, ailevi durumunu, cinsiyetini, cinsel tercihini hedefleyen, istenmeyen ve rahatsız eden, sözle ve beden dili ile taciz olarak değerlendirilmektedir. Sözel şiddet, hakaret ve tehdit yolu ile, fiziksel ve psikolojik olarak bireyi tehlikeye atan ve negatif etkilenmesi ile sonuçlanabilen sözel saldırıda bulunmadır.

Cinsel şiddet, bireyi isteği dışında baskı ya da güç kullanarak cinsel aktiviteye zorlama, zorla öpme, dokunma gibi fiziksel temas veya cinsel içerikli sözel fantezilerin kullanılması durumudur. Bireyi küçük düşüren, utandıran, istenmeyen, karşılığı olmayan, hoşlanılmayan cinsel doğallı herhangi bir davranış cinsel şiddet olarak tanımlanmaktadır.

İş yerlerinde psikolojik şiddeti tanımlamak için “mobbing”, “bullying”, “harrasment” ve “victimization” gibi değişik kavramlar kullanılmaktadır. Bazı araştırmalar, zorbalık (bullying) kavramını tanımlarken, kötü niyetli, aşağılayan, gözdağı vermeye yönelik davranışlar, haksız eleştiriler ve cezalandırmalar şeklinde içeriğini belirleyerek bu kavramı psikolojik şiddet kavramı yerine kullanmışlardır. Yapılan başka bir çalışmada, Norveç’de zorbalık kavramının anlamını neredeyse kaybolarak, düşünceleri küçük görme, aşırı sataşma, dedikodu yapma anlamında kullanıldığı ve bu haliyle zorbalık kavramının çok popüler bir

kelime haline geldiğini belirtilmektedir. Avusturyalı ve İngiliz araştırmacılar, okullarda, iş yerlerinde ve ordu gibi kuruluşlarda kişilerin gözünü korkutmak için yapılan davranışlara zorbalık kavramını kullanmaktadırlar. ABD’de ve Avrupa’da ise, okul örgütlerinde “bullying”, iş yerlerindeki psikolojik şiddeti tanımlamak için ise “mobbing” kavramı kullanılmaktadır(54).

İngilizce literatürde “mobbing” ve “bullying” yerine ayrıca “psychological terror or aggression” (psikolojik terör ya da saldırı), “hostile behaviors at work” (işyerinde düşmanca davranışlar), “incivility” (işyerinde kabalık, nezaketsizlik), “workplace trauma” (işyeri travması), “emotional violence” (duygusal şiddet), “emotional abuse” (duygusal taciz), “harrasment” (taciz), “mistreatment” (kötü davranış), “victimisation” (acı çektirme) gibi kavramlar da kullanılmaktadır(55).

İşyerinde düşmanca tutumların sergilendiği bir süreci tanımlamada en yaygın olarak “Bullying” ve “Mobbing” sözcüklerinin kullanıldığı görülmektedir. Psikolojik şiddet konusunda önde gelen isimlerden biri olan Leymann, bir makalesinde işyerinde psikolojik şiddet davranışları için “Bullying” terimini kullanmamayı tercih etmektedir. “Bullying” kavramının özellikle okul çocuklarının en çok başvurduğu saldırı sekli olan fiziksel saldırıları içerdiği, oysa işyerlerindeki psikolojik şiddet davranışlarının fiziksel saldırının çok daha ötesinde sosyal yalıtım/soyutlama gibi psikolojik şiddet davranışlarını kapsadığını belirterek, işyerlerindeki psikolojik saldırı davranışları için “mobbing” kavramının kullanmanın çok daha doğru olacağını ileri sürmektedir.

Kelime kökeni itibarı ile incelendiğinde; “Mob” sözcüğü, İngilizce kanun dışı şiddet uygulayan düzensiz kalabalık veya çete anlamında, aşırı şiddetle ilgili ve yasaya uygun olmayan kalabalığı ifade etmektedir ve Latince “kararsız kalabalık” anlamına gelen “Mobile vulgus” sözcüğünden türemiştir. “Mob” kökünün eylem biçimi olan mobbing ise, psikolojik şiddet, kuşatma, rahatsız etme, taciz veya sıkıntı vermek anlamlarına gelmektedir (56).

Mobbing kavramı ilk olarak 1960’larda hayvan davranışlarını inceleyen Lorenz tarafından büyük bir hayvanın tehdidine karşı, daha küçük hayvan gruplarının gösterdiği tepkiyi ifade etmek amacıyla kullanılmıştır. Daha sonraları çocukların okullarda birbirlerine karşı hareket tarzlarını inceleyen İsveçli Doktor Heinemann aynı terimi, bir grup çocuğun, tek bir çocuğa karşı yıkıcı hareketlerini açıklamak için kullanmıştır(57). İşyerinde yıldırma, taciz anlamında ise ilk kez 1984’de yine İsveç’de Heinz Leymann tarafından hazırlanan “İş Hayatında Güvenlik ve Sağlık” konulu raporda ortaya atılmıştır(58).

Leymann'a göre mobbing(psikolojik şiddet), bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak, sistemli bir şekilde düşmanca ve ahlakdışı bir iletişim kullanılarak uygulanan bir psikolojik terördür. Bu durumdaki kişi savunmasız ve çaresiz bir şekilde köşeye itilir ve süreklilik gösteren mobbing (psikolojik şiddet) davranışlarına maruz kalır (haftada bir ve altı aydan daha uzun bir süre).

ILO'ya göre mobbing; “birey veya grubu sabote etmek amacıyla yapılan, intikam duygusu, zalimce, kötü niyetli ve aşağılayıcı tavırlarla kendini gösteren davranış biçimi” şeklinde tanımlanmaktadır.

Sonuç olarak psikolojik şiddet, fiziksel güç kullanma tehdidi dahil, kişi ya da grup üzerinde psikolojik, zihinsel, ruhsal, manevi ya da sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyecek güç kullanımı olarak tanımlanabilir. Sözlü kötü davranış/sömürü, zorbalık/yıldırma, taciz ve tehdit gibi hareketleri içerir.

2.2.3.3. Şiddetin Nedenleri

Şiddet konusunda yapılan araştırmalar, şiddetin tek yönlü ele alınamayacak kadar karmaşık bir olgu olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle şiddet biyolojik, psikolojik ve sosyo kültürel bakış açıları ile çok yönlü olarak incelenmelidir.

İnsandaki saldırganlık ve bunun şiddete dönüşmesi, kişinin psikolojik ve toplumsal gelişiminin, nörolojik ve hormonal yapısının etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır(49). Günümüzde şiddet olayları veya suçları; biyoloji, psikoloji, psikiyatri ve sosyoloji gibi farklı disiplinler tarafından analiz edilmektedir. Şiddet veya saldırganlığın bu disiplinlerin her biri tarafından ayrı ayrı çözümlenmesi, şiddet davranışının çok boyutlu ve kompleks bir karakteristiğe sahip olduğunu göstermektedir(59).

2.2.3.3.1. Biyolojik Nedenler:

Saldırgan davranışların genel olarak limbik sistem ile beynin temporal ve frontal lobları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(60).

Nörotransmitterler: Serotonin metabolizması, intihar yanında şiddet davranışının ortaya çıkmasında da benzer yollardan etkili olmaktadır. Alışılmadık şekilde cinayet işleyen suçluların beyin omurilik sıvılarında 5-hidroksiindolasetikasit düzeylerinin normal popülasyona göre daha düşük seviyede olduğu saptanmıştır. Gama aminobutirik asitin saldırganlığı önleyici etkisi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca norepinefrin ve L-dopa düzeylerindeki artış saldırgan davranışları artırmaktadır.

Endokrin Sistem: Çoğu şiddet içeren davranışların erkeklerde ortaya çıkması, şiddetin oluşmasında androjenlerin rolü olduğunu düşündürmektedir. Ancak yapılan çalışmalar bu ilişkiyi doğrulamamakta, antiandrojenik tedavilerin şiddet içeren davranışları önlemediği tespit edilmiştir. Premenstrüel sendromun kadınlarda saldırgan davranışları artırdığı yönünde çalışmalar bulunmaktadır.

Alkol ve uyuşturucu maddeler: Alkol dürtü kontrolünü engellemekte ve muhakeme yeteneğinde azalmaya neden olmaktadır. Alkol intoksikasyonu ve şiddet davranışı arasında açık bir ilişki vardır. Amfetamin, kokain, fensiklidin ve sedatif-hipnotik maddeler gibi diğer uyuşturucuların da beyin ve davranışlar üzerinde benzer etkileri bulunmaktadır. Bu tür yasal olmayan maddelerin kullanılması suç oluşturan davranışlara neden olmasının yanında şiddet davranışının da dolaylı bir sebebidir.

2.2.3.3.2. Psikolojik Nedenler:

Freud şiddet ve saldırganlığın içgüdüsel nedenleri olduğunu belirterek, saldırganlığın kişinin zarar verici dürtülerinin yönünü kendisinden uzaklaştırarak, başka kişilere yöneltmesinden kaynaklandığını belirtmektedir. Bununla birlikte her canlıda saldırma güdüsü bulunduğunu ve saldırganlığın bireylerde doyuma yol açtığını ifade etmektedir(24).

Yapılan çalışmalar sonucunda şiddet ile kişinin engellenme duygusu arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Engellenen bireyde gerginliğin artması, tedirginlik, kaygı, korku, kızgınlık gibi duygular baskın hale gelir ve beraberinde şiddeti doğurur.

Psikotik bozukluktan manik tip bipolar bozuklukta, şizofrenide, paranoid bozukluklarda saldırgan davranışlar görülebilmektedir. Post travmatik stres bozukluğu olan kişilerde de şiddet içeren davranışlar daha sık görülmektedir. Kişilik bozukluklarından paranoid, borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarında şiddet eğilimi daha fazladır.

Antisosyal kişilik bozukluğu olanlar, toplum kurallarını hiçe sayan, otorite ve kurallara karşı gelme eğilimleri nedeniyle çevreleri ile sürekli çatışma ve kavga ortamı içerisinde olan, kolaylıkla saldırgan davranışlar sergileyebilen kişilerdir. Bu kişilik bozukluğunda alkol ve madde bağımlılığı sık görülmekte olup başta cinsel suçlar olmak üzere tüm suçları işlemeye yatkınlık vardır.

Borderline kişilik bozukluğunun en temel özelliği, kişiler arası ilişkilerinde sürekli bir tutarsızlık hali olmasıdır. Kendine zarar verme eğilimi, özellikle engellenme ile karşılaştıklarında yoğun öfke hali, duygusal dengesizlik, intihar girişimleri, ani huzursuzluk durumu bu kişilik bozukluğunda görülen özellikler arasındadır.

Paranoid kişilik bozukluğu olan kişiler, çevrelerine kuşku ile bakan, alıngan, başkalarına güvenmeyen, sürekli bir gerginlik içinde olup çabuk öfkelenen ve saldırgan davranışlar sergileyen kişilerdir.

2.2.3.3.3. Sosyolojik Nedenler:

Sosyal öğrenme kuramına göre saldırganlık sonradan öğrenilen bir davranıştır. Saldırgan davranışlar sonucunda alınan ödül ve cezalar, şiddetin azalması ya da artmasına neden olabilmektedir. Bir tehlikeyle ya da engellenmeyle karşılaştığında içinde bulunduğu çaresizlik, güçsüzlük, yetersizlik sonucu yaşadığı öfke duygusu sonucu, kendini iyi ifade edemeyen, sözcüklerle anlaşılamayan, iletişim kurma becerisi sınırlı olan kişilerin temelde güçsüzlük göstergesi olan şiddete başvurduğu görülmektedir(62).

Şiddetin mertlik simgesi olarak algılandığı saldırganlığın benimsendiği toplumlarda, çevreden gelen küçük bir uyarana bile şiddete neden olabilmektedir. Hızlı kentleşme ve buna bağlı olarak gelişen çevresel ve kültürel değişime uyum sağlamaya çalışan toplumlarda şiddet ve saldırganlık olayları daha sık görülmektedir. Rekabet içerisindeki tüketici toplumu ve toplumsal baskılar da şiddet olaylarının artmasına neden olabilmektedir.

2.2.3.4. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet

ILO'ya göre iş yeri şiddeti; çalışanın yaş, özürüllük, ailevi durumu, cinsiyet, cinsel tercih, ırk, renk, dil, din, politika, fikir, inanç, ulusal orijin, azınlık durumu ve saygınlığına karşı, fiziksel, psikolojik ve sözel saldırıda bulunma olarak tanımlanmaktadır(52). DSÖ ise iş yeri şiddetini çalışanların işten dolayı, işyerinde ya da işe gidip gelirken, güvenlik, esenlik veya sağlığına yönelik açık ya da örtülü zorluklar içeren, sömürüye uğrama, tehdit edilme veya saldırıya uğrama olayı olarak tanımlamıştır(42). NIOSH, iş yerinde görevi başında çalışanlara karşı doğrudan yapılan fiziksel veya tehdit şeklindeki eylemleri iş yeri şiddeti olarak tanımlamıştır.

OSHA iş yeri şiddetini üç şekilde incelemektedir(62):

-Tip 1 (suç kasıtlı), iş yeri ile yasal ilişkisi olmayan, kişi tarafından, olaya neden olan kişiye yönelik gerçekleşir.

-Tip 2 (orta dereceli olayların olduğu, müşteri/hasta odaklı), saldırganın iş yerinde bir müşteri ya da hasta olduğunda oluşan saldırı tipidir. Genelde çalışan ona hizmet ederken saldırı olabilir.

-Tip 3 (çalışanın çalışan üzerinde, küçük olayların olduğu ya da hiç olmadığı ortamlar), iş yerinin çalışanları ya da geçmişte çalışmış olanlar saldırgan olabilir.

İş yerinde şiddet ile ilgili yapılan çok uluslu bir çalışmada, iş yerinde şiddetin endüstrileşmiş ülkeler ve Latin Amerika'da en fazla görüldüğü bulunmuştur. Bu çalışmada Avrupa Birliği'ne üye 15 ülkede çalışanların %4'ünün fiziksel şiddete, %2'sinin cinsel tacize ve %8'inin tehdit ve yıldırımaya maruz kaldığı bulunmuştur(7).

Sağlık çalışanları yaptıkları görev gereği şiddetin farklı türlerine farklı sıklıkta maruz kalmaktadırlar. ILO sağlık alanında çalışanları beş grupta toplamaktadır:

- Doktorlar
- Diğer profesyonel meslekler (diş hekimi, eczacı, psikolog)
- Hemşire, ebe ve sağlık memuru
- Diğer sağlık elemanları(EEG, EKG, Radyoloji, odyoloji teknisyeni)
- Diğer çalışanlar (sekreterler, diyetisyenler, güvenlik görevlileri, çamaşırhane ve mutfak çalışanları, temizlikçiler, şöförler).

Sağlık kurumlarındaki şiddet, “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehditkar davranış, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır(63).

Şiddetin ölümcül olan ve olmayan şekilleri iş yeri türüne göre farklılık göstermektedir. Ölümcül şiddet erkeklerde, perakende satış, kentsel ulaşım ve bar-restoran çalışanlarında sık görülüp daha çok soygun ve hırsızlık ile ilişkilidir. Ölümcül olmayan şiddet ise kadınlarda ve sağlık hizmetleri çalışanlarında sık görülmekte olup saldırgan genelde bir hastadır(64).

Bazı mesleklerde şiddet düzeyi ile ilgili İsveç'te yapılan bir araştırmada sağlık sektörü en fazla şiddetin görüldüğü sektör olarak bulunmuştur (Tablo II.).

Tablo II. Yüksek Şiddet Düzeyindeki Sektörler (37)

Hizmet türü	Yüzde
Sağlık	24
Sosyal hizmetler	23
Nakliye	7
Eğitim	7
Posta	7
Bankacılık	7
Polis	5
Çocuk bakımı	4
Perakende satış	4
Güvenlik	2

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili yapılmış pek çok çalışma vardır. Bunların en kapsamlıları arasında, ILO, ICN, WHO ve PSI tarafından çok uluslu olarak yapılan bir çalışmada sağlık sektöründe şiddet sıklığı Tablo III.'de gösterilmiştir(64).

Tablo III. Bazı Ülkelerde Sağlık Sektöründeki Şiddet Sıklığı (%)

Ülke	Fiziksel Şiddet	Sözel kötü davranış	Yıldırma
Brezilya	6.4	39.5	15.2
Bulgaristan	7.5	32.2	30.9
Lübnan	5.8	40.9	22.1
Güney Afrika	17.0	52.0	20.6
Tayland	10.5	47.7	10.7
Avustralya	-	67.0	10.5

İngiltere'de hastane çalışanlarında yapılmış bir araştırmada fiziksel şiddet sıklığı %20 olarak bulunmuş olup, çoğunlukla şiddete uğrayanların kadınlar olduğu tespit edilmiştir(65). Kanada'daki çalışmada ise acil servis çalışanlarında herhangi bir zamanda şiddetle karşılaşma oranı %68 olarak bulunmuştur.

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili yapılmış çalışmalardan Eskişehir, Ankara ve Kütahya’da birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin sorgulandığı şiddet çalışmasında, 1071 sağlık çalışanının %50.8’i son bir yıl içinde şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Aynı çalışmada meslek gruplarına göre şiddetin, en sık pratisyen hekimler, hemşireler ve araştırma görevlilerinde olduğu saptanmış olup, çalışılan birimlere göre şiddete uğrama sıklık sırasına göre acil servis, servis ve poliklinik çalışanlarında görülmüştür(66)

Bolu’da ikinci ve üçüncü basamak hastanelerinde yapılan çalışmada, sözel şiddet %46.9, saldırgan davranışlar %33.5, fiziksel şiddet %19.4 ve herhangi bir şiddet türüne maruz kalma sıklığı %87.1 olarak bulunmuştur(67).

İstanbul Tıp Fakültesi’nde çalışan araştırma görevlilerinde son bir yılda şiddete uğrama sıklığı %50.7 olarak bulunmuşken(22). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde çalışan hekim ve hemşirelerde yapılan çalışmada ise son on iki ayda en az bir şiddet türüne maruz kalma sıklığı %62.8, fiziksel şiddet %7.2, sözel kötü davranış %59.2, yıldırma %21.7 ve cinsel tacize %1.1 sıklıkta bulunmuştur(68).

Erzurum İli yataklı tedavi kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada meslek hayatı boyunca şiddet sıklığı %68.1, son bir yılda şiddet sıklığı %47.3 olarak bulunmuş, çalışılan birime göre en sık şiddet sırası ile klinik, acil servis ve polikliniklerde saptanmıştır(69).

2.2.3.5. Şiddetin Önlenmesi

İş yeri şiddetinin önlenmesine yönelik öncelikle ulusal bir politikanın olması ve buna bağlı olarak her kurumun çalışanlarının da katılımı ile kendi politikasını geliştirmesi gereklidir.

Şiddetin önlenmesinde halk sağlığı yaklaşımı, şiddet ortaya çıkmadan önce değiştirilebilir risk faktörleri ile ilgili müdahaleleri yapmak, şiddeti önleyici tedbirleri yaygınlaştırmak, kişiler üzerindeki etkisini önlemek ve en aza indirmektir. Bu yaklaşım dört adımdan oluşur (Şekil 5.) (70).



Şekil 5. Şiddeti Önlemede Halk Sağlığı Yaklaşımı (70)

İş yeri şiddetini önlemek için çevresel düzenlemeler, yönetsel kontroller ve davranışsal yöntemler kullanılabilir (51).

Çevresel düzenlemeler olarak, çalışılan ortamda yeterli sayıda güvenlik görevlileri bulunmalı, çalışanların ihtiyaç halinde kullanabilecekleri sessiz alarm sistemleri kullanılmalı ve acil müdahale sistemi geliştirilmelidir. Sağlık kuruluşlarına silah sokulması kontrol altında olmalıdır, bunun için girişlerde metal dedektörler kullanılabilir. Kurum içinde yeterli aydınlatma sağlanmalıdır. Sağlık personeli sayısının az olduğu durumlarda şiddet olaylarının arttığı bilinmektedir, bu nedenle vardiya değişim zamanları ve yemek saatleri gibi zamanlarda yeterli personel bulundurulmasına dikkat edilmelidir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için yönetimlerin kararlı olması son derece önemlidir. Şiddete karşı politikalar geliştiren, şiddetin bildirilmesi için teşvik eden ve şiddete maruz kalmış çalışanlara destek veren yönetimler çalışanlarda güven duygusunu ortaya çıkaracaktır. Yapılan bir çalışmada şiddete uğrayan çalışanlara verilen desteğin, şiddet olaylarını azalttığını bildirilmiştir (71). Şiddete karşı sıfır tolerans politikası benimsenmeli,

kim tarafından uygulanırsa uygulansın en küçük şiddet olayların dahi bildirilerek işlem yapılması sağlanmalıdır.

Çalışanlarda davranış değişikliğine neden olacak şiddetin nedenleri, risk faktörleri, saldırgan eğilimleri olan kişilere yaklaşım, şiddetle başa çıkma, empati kurma gibi konularda verilen hizmet içi eğitim programları şiddete karşı farkındalığı sağladığı gibi çalışanların iletişim becerilerini de geliştirerek şiddetin bildirilmesi ve önlenmesinde önemli bir rol oynayacaktır.

2.2.4. Tehlike ve Risk Algısı

Her çalışma ortamının kendisine özgü tehlikeleri ve bunlara karşı geliştirilmiş davranış biçimleri vardır. Çalışma ortamındaki tehlike ve risklerin nesnel olarak belirlenmesinin yanında, çalışanların risk algısının saptanması, çalışanlarda tutum değişikliği yaratmada, sağlık ve güvenlik duygusu geliştirmede, akılcı müdahaleler planlayabilmede temel araç olarak belirtilmektedir(14).

Sosyobilişsel modele göre risk algısı, çalışanın duyumsama hissi, daha önce karşılaşılan tehlikelerin sıklığı ve sonuçları, bilişsel adaptasyon, iş memnuniyeti, çalışma ortamındaki güvenlik memnuniyeti, tehlike bilgisi gibi faktörlerden etkilenmektedir (72).

Risk algısı subjektif bir değerlendirmedir ve mesleki risklerin fiziksel ve psikolojik boyutlarının açıklanmasını hedefleyen çalışmalara potansiyel bir katkıda bulunmaktadır.

Sağlık alanında risk algılama çalışmaları, kişilerin sağlık ve güvenliklerini ilgilendiren risklerle ilgili yargılarını araştırmak için yapılır. Bu araştırmaların sağlık alanında kullanım amacı,

1- Risklere karşı insanların tepkilerini sezinlemek, karar alıcılar, uzmanlar ve toplum arasında risk bilgisinin iletişimini geliştirmek ve iyileştirmek,

2- Risk için sorumluluk ve risk hakkındaki düşüncenin, insanlarda sağlık ve güvenlik duygusunu geliştirme ve düzenlemesini anlamaktır(73).

Risk algılama çalışmaları insanların tehlikeli eylem ve yöntemleri değerlendirmeleri istendiğindeki yargılarını inceler. Bu araştırmalar, çalışanların riskler karşısındaki yanıtlarını anlamada ve değerlendirmede temel oluşturmayı ve çalışanlar, teknik uzmanlar ve karar mekanizmaları arasında risk ile ilgili bilgilerin iletişimini geliştirme yolu ile risk analizi yapma ve politikalar oluşturulmasına yardımcı amaçlamaktadır(74). Bu çalışmalar sağlığı ve güvenliği sağlayan ve düzenleyenler için, kişilerin risk konusunda ve

risk karşısında ne düşündüğünü anlamalarına yardımcı olmaktadır. Kişilerin sağlıklarını ve güvenliklerini ilgilendiren risklerle ilgili doğru tutum geliştirmelerini sağlamak için bu risklerin onlar tarafından nasıl algılandığının ortaya konması gerekmektedir. Geliştirilecek tüm yöntemlerin bu temelde ele alınırsa etkin sonuçlara ulaşılacağı belirtilmektedir(73).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma ve Uygulama Hastanesi:

Bu araştırma ADÜTFH'nde Nisan 2010- Nisan 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastane 1993 yılından bu yana hizmet vermekte olup, Şubat 2010 tarihinden bu yana Aytepe mevkiindeki yeni binasında hizmet vermeye başlamıştır. Yatak kapasitesi 488 servis yatağı, 108 yoğun bakım yatağı olmak üzere toplam 596'dır(75). Hastanede 145 öğretim üyesi, 161 araştırma görevlisi, 250 hemşire ve 562 diğer sınıflardan oluşan personelle hizmet vermektedir.

Onkoloji Servisi ve Kemoterapi Ünitesi:

ADÜTFH Onkoloji Servisi'nde iki öğretim üyesi, üç yan dal uzmanlık öğrencisi, iki araştırma görevlisi, 10 hemşire, iki sekreter, altı hastabakıcı ve temizlik görevlisi bulunmaktadır. Servisin yatak kapasitesi 22 olup, 2010 yılı yatan hasta sayısı 1222'dir. Bu servise bağlı olarak çalışan ve hastaların ayaktan tedavilerinin yürütüldüğü bir kemoterapi ünitesi bulunmaktadır. Bu ünite dört odada toplam 16 hasta tedavi koltuğu bulunmakta olup, 2010 yılı kemoterapi uygulanan hasta sayısı 2781'dir. Kemoterapi ünitesi Onkoloji Servisi içinde bulunmakta olup, dört hemşire, bir temizlik personeli ve bir sekreter ile hizmet vermektedir. Bu ünite hafta içi günlerde ve 8-17 saatleri arasında faaliyet göstermektedir. Çalışma saatleri içerisinde tüm servislerin antineoplastik ilaç hazırlanma işlemleri bu ünite yapılmakta, diğer saatlerde ise her servis hemşiresi kendi ilacını bu birime ait Biyolojik Güvenlik Kabini'ni kullanarak hazırlamaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ ve ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Bu araştırma iki farklı araştırma tipini içermektedir. Tehlike ve risk algısı ile antineoplastik ilaçların tehlike değerlendirmesi çalışması tanımlayıcı tipte, iş yeri şiddeti çalışması ise kesitsel analitik tipte bir çalışmadır. Araştırma Nisan 2010- Nisan 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, tehlike ve risk algısı ile işyeri şiddeti çalışması için ADÜTFH çalışanları, antineoplastik ilaçların tehlike değerlendirmesi için onkoloji servisi ve bu servisin içinde hizmet veren kemoterapi ünitesi çalışanları oluşturmuştur. Çalışmada örnek alınmamış, tüm evrene ulaşılması planlanmıştır. Temel Tıp Bilimleri'nden hastane binası içinde bulunan Tıbbi Biyokimya, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Parazitoloji bölümleri çalışmaya dahil edilmiş, diğer bölümler çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.3. VERİ TOPLAMA

Tehlike ve Risk Algısı Değerlendirmesi:

Literatür taraması sonucu hastane çalışanlarının karşı karşıya olduğu tehlike ve riskler listelenerek, araştırmaya katılanlar tarafından beşli likert ölçeği kullanılarak (1.Çok az 2.Az 3.Orta derece 4.Fazla 5.Çok fazla) değerlendirilmesi istenmiştir. Bu bölümün sonunda değerlendirilmesi istenen tehlike ve risklerin dışında başka tehlike ve riskler olup olmadığı açık uçlu bir soru ile sorgulanmıştır(Ek 1).

Onkoloji Servisi ve Kemoterapi Ünitesinde Antineoplastik İlaçların Kullanım Sürecinin Değerlendirilmesi:

Antineoplastik ilaçların kullanım sürecinin değerlendirilmesi için, çalışanların sosyo demografik, mesleki özelliklerini ve antineoplastik ilaçlarla ilgili kaza geçmişlerini sorgulayan bir soru formu geliştirilerek yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.(Ek 2). Ayrıca, literatür yardımı ile Ek 3'de verilen kontrol listesi oluşturularak antineoplastik

ilaçların saklanması, hazırlanması, taşınması, uygulanması ve yok edilmesi aşamaları incelenmiştir(28,29,30,31,32,33).

Ortam sıcaklık ve nem ölçümü Lutron HD-3008 marka ısı ve nem ölçer ile aydınlık ölçümü Lutron LX-1108 ışık ölçer cihazı ile yapılmıştır. Ölçümler üç gün üst üste ve 09.00, 13.30 ve 16.30 saatlerinde yapılmıştır. Bu ölçümler 10 farklı noktada yapılmıştır. Bu noktalar şunlardır: Kemoterapi hemşireleri odası, kemoterapi uygulamasının yapıldığı üç oda, kemoterapi sekreterliğinin de bulunduğu kemoterapi ünitesi koridoru, onkoloji servisi hemşireleri ve sekreterinin bulunduğu bölüm, onkoloji servisinde rastgele yöntemle seçilen iki hasta odası, onkoloji servis koridoru ve biyolojik güvenlik kabinini bulunduğu kemoterapi hazırlama odası. Sıcaklık ve nem için elde edilen değerlerin ortalama \pm standart sapması verilirken, aydınlanma için ölçülen en küçük değerler dikkate alınmıştır. Gürültü ölçümü için ise Deltaohm marka HD2010UC/A model ses düzeyi ölçer kullanılmıştır. Hafta içi rastgele yöntem ile seçilen bir günde, hasta yoğunluğunun en fazla olduğu kemoterapi ünitesi sekreterliğine 5 metre mesafede ve 09-17 saatleri arasında sekiz saat sürekli ölçüm yapılmıştır.

İş Yeri Şiddetinin Değerlendirilmesi:

İş yeri şiddeti veri toplama formu, DSÖ, ILO, Uluslararası Hemşireler Konseyi(ICN), Uluslararası Kamu Hizmetleri Sendikası(PSI)'nin "Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Araştırması Soru Formu"ndan yararlanılarak hazırlanmıştır(76). Ekim-Kasım 2010 tarihlerinde ADÜTFH'nde çalışmakta olan 1118 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Soru formunda kişilerin isim bilgileri istenmemiştir. Soru formu toplam sekiz sayfadan oluşmakta olup zarf içerisinde katılımcılara ulaştırılmış ve doldurulduktan sonra zarfın kapatılması istenerek toplanmıştır. Soru formu verilen kişilere formu doldurması için on günlük süre verilmiş, bu sürenin sonunda formlar toplanmıştır. Araştırmaya katılması planlanan 1118

kişinin 785'i (%70.2) çalışmaya dahil edilebilmiştir. Araştırma dışı kalma nedenleri soru formunun verilmesi aşamasında kişiye ulaşamama, soru formunun toplanması aşamasında üç kez gidilmesine rağmen kişiye ulaşamama veya ulaşılmamasına rağmen soru formunun doldurulmamış olması, kapalı zarfta iade edilen soru formunun boş olması veya sadece genel bilgiler bölümünün doldurulmuş olması olarak belirlenmiştir.

Form üç kısımdan oluşmaktadır.

1- Genel Bilgiler: Bu bölümde araştırmaya katılanların sosyo demografik ve mesleki özelliklerini sorgulanmaktadır. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, medeni durumu, mesleği, Aydın ilinde ikamet etme süresi, sağlık sektöründeki çalışma süresi, çalışılan bölüm, çalışılan birim, halen çalışılan birimde görev yapma süresi, istihdam şekli, daha önce iş yeri şiddeti ile ilgili eğitim programına katılma durumu ve iş yerinde şiddete uğrama konusundaki kaygı düzeyini sorgulayan dördü açık uçlu olmak üzere toplam 13 soru bulunmaktadır(Ek4).

2- Fiziksel Şiddet: Bu bölümde araştırmaya katılanların iş yerinde fiziksel şiddetle karşılaşma sıklığı ve bunu etkileyen etmenler sorgulanmıştır. Sorulardan önce DSÖ, ILO, ICN, PSI'nın "Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Araştırması Soru Formu"ndaki fiziksel şiddetin tanımı yapılmıştır. İlk soruda meslek hayatı boyunca, ikinci soruda ise son on iki ay içinde iş yerinde fiziksel şiddetle karşılaşmış veya karşılaşmadığı sorgulanmıştır. Son on iki ayda fiziksel şiddetle karşılaşanlarda bu şiddeti etkileyen etmenler ve şiddet karşısındaki tutumlarını değerlendirmek amacıyla sorulan soruların ardından son olarak meslek hayatı boyunca hiç fiziksel şiddet olayına tanıklık edip etmediği sorgulanmıştır. Bu bölüm üçü açık uçlu olmak üzere toplam 30 sorudan oluşmaktadır(Ek 5).

3- Psikolojik Şiddet: Bu bölümde araştırmaya katılanların iş yerinde psikolojik şiddetle karşılaşma sıklığı ve bunu etkileyen etmenler sorgulanmıştır. Psikolojik şiddetin üç

türü, sözel kötü davranış, zorbalık/yıldırma ve cinsel taciz aynı sorularla sorgulanmıştır. Bölümün başında DSÖ, ILO, ICN, PSI'nin "Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti Araştırması Soru Formu"ndaki psikolojik şiddet, sözel kötü davranış, zorbalık/yıldırma ve cinsel tacizin tanımı yapılmıştır. İlk soru ile meslek hayatı boyunca iş yerinde bu şiddet türlerinden biri ile karşılaşmış karşılaşmadığı, ikinci soru ile son on iki ayda iş yerinde karşılaşmış karşılaşmadığı sorgulanmıştır. Son on iki ayda karşılaşanlara bunu etkileyen etmenler ve bu şiddet karşısındaki tutumları sorgulanmıştır. Bu bölüm psikolojik şiddetin her üç bileşeni için ayrı ayrı sorulan 18 sorudan oluşmaktadır(Ek 6).

Araştırmanın yapılabilmesi için, 13.01.2010 tarih ve 2010/00354 protokol no ile Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan ve ADÜTFH Başhekimliği'nden gerekli izinler alınmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Tanımlayıcı Araştırmanın Değişkenleri:

- a) Ortam sıcaklığı
- b) Ortam nem miktarı
- c) Ortam aydınlanma seviyesi
- d) Ortam gürültü düzeyi
- e) Antineoplastik ilaçlar ile ilgili kaza olması durumu
- f) Antineoplastik ilaçlar ile ilgili kazanın yaşandığı süreç
- g) Kişisel koruyucu kullanma durumu
- h) Antineoplastik ilaçlar ile ilgili eğitim alma durumu
- i) Periyodik muayene olma durumu

Kesitsel Analitik Tipteki Araştırmanın Değişkenleri:

1. Bağımlı Değişkenler:

- a) Fiziksel şiddete uğrama durumu
- b) Psikolojik şiddete uğrama durumu
- c) Psikolojik şiddetin alt bileşenlerine uğrama durumu
- d) Herhangi bir şiddete uğrama durumu
- e) Tehlike ve risk algısı ortalama puanı

2. Bağımsız Değişkenler:

- a) Yaş: Yıl olarak alınmıştır.
- b) Cinsiyet: Kadın ve erkek olarak sınıflandırılmıştır.
- c) Öğrenim durumu: Yüksekokul, üniversite ve lise mezunları bir grup, ortaokul ve daha alt eğitim grupları diğer bir grup olmak üzere analize alınmıştır.
- d) Medeni durum: Evli olanlar bir grup olarak, bekar, eşi ölmüş ve boşanmış olanlar diğer grup olarak analize alınmıştır.
- e) Meslek: Çalışanlar öğretim üyesi, araştırma görevlisi grubu, hemşire grubu, hastabakıcı grubu, sağlık teknisyeni grubu, ilk karşılama grubu ve diğer görev yapanlar olarak sınıflandırılmıştır. Araştırma görevlisi grubunda yan dal uzmanlık eğitimi yapmakta olan uzman doktorlar ve araştırma görevlileri; hemşire grubunda hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenleri; hastabakıcı grubunda hastabakıcı, hizmetli ve temizlik personelleri; sağlık teknisyeni grubunda anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, biyolog, kimyager; ilk karşılama grubunda güvenlik görevlileri ile poliklinik ve servislerde görev yapan sekreterler; diğer grubunda idari birimlerde görev yapan sekreter ve memurlar, yemekhane, sterilizasyon ünitesi, arşiv, faturalama, bilgi işlem, santral ve teknik servis görevlileri yer almaktadır.

f) Sağlık sektöründeki çalışma süresi: Çalışılan ay olarak alınmıştır.

g) Çalışılan bölüm: Temel, dahili ve cerrahi tıp bilimleri olarak sınıflandırılmıştır.

h) Çalışılan birim: Çalışılan birimler, servis, poliklinik, laboratuvar, yoğun bakım/ameliyathane ve diğer olarak sınıflandırılmıştır. Diğer grubunda idari birimler, yemekhane, sterilizasyon, arşiv, faturalama, bilgi işlem, santral ve teknik servis yer almaktadır.

i) Çalışılan birimde görev yapma süresi: Çalışılan ay olarak alınmıştır.

j) İstihdam şekli: 2547 sayılı kanuna tabi, 657 sayılı kanuna tabi, sözleşmeli ve 4/B olmak üzere sınıflandırılmıştır.

k) İş yeri şiddeti ile ilgili eğitim programına katılma durumu: Dikotom veridir.

l) İş yeri şiddetine uğrama konusundaki kaygı durumu: Beşli likert ölçeği ile (1. Hiç yok..... 5. Çok fazla) puan verilmesi istenmiştir.

3.5. VERİ ANALİZİ

Veriler SPSS 17 paket programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde yüzde ve sayı, ortalama±standart sapma, ortanca (%25-%75) değerler, gruplararası karşılaştırmalarda ki kare testi, eğitimde ki kare, Fisher'in kesin testi, Student t testi, çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon analizi (Backward Wald) kullanılmıştır. Lojistik regresyon analizinde modele alınan değişkenler cinsiyet, meslek grubu, çalışılan birim ve istihdam şeklidir. Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre anlamlı fark bulunan gruplar aynı şekilde, anlamlı fark bulunmayan gruplar "diğer" şeklinde sınıflandırılarak lojistik regresyon analizine alınmıştır. Tip 1 hata düzeyi α 0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. GENEL BİLGİLER:

Araştırmaya ADÜTFH'nde çalışmakta olan 1118 kişinin %70.2'si (n=785) katılmıştır. Hastane çalışanlarının görev ünvanlarına göre sayıları ve çalışmaya katılım sıklıkları Tablo IV.'de verilmiştir.

Tablo IV. Görev Ünvanına Göre Hastane Çalışanları ve Çalışmaya Katılım Sıklıkları

Görev Ünvanı	n	Çalışmaya Katılan	Katılım Yüzdesi
Öğretim üyesi	145	71	49.0
Araştırma görevlisi grubu	161	121	75.6
Hemşire grubu	250	176	70.4
Hastabakıcı grubu	173	152	87.8
İlk karşılama grubu	122	87	71.3
Sağlık teknisyeni grubu	119	72	60.5
Diğer	148	106	71.6
Toplam	1118	785	70.2

Araştırmaya katılan 785 kişinin yaş ortalaması 31.87 ± 6.79 olup, %61.8'i (n=485) kadındır. Katılımcıların eğitim durumu medeni durumu ve mesleklerine göre dağılımı Tablo V,VI ve VII.'de verilmiştir.

Tablo V. Katılımcıların Eğitim Durumları

Eğitim Durumu	n	%
Okur yazar	4	0.5
İlkokul	76	9.7
Ortaokul	55	7.0
Lise	155	19.7
Yüksekokul	137	17.5
Üniversite	358	45.6
Toplam	785	100.0

Tablo VI. Katılımcıların Medeni Durumları

Medeni Durumu	n	%
Evli	496	63.2
Bekar	253	32.2
Boşanmış/ayrı yaşıyor	34	4.3
Eşi ölmüş	2	0.3
Toplam	785	100.0

Tablo VII. Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımları

Meslek	n	%
Öğretim üyesi	71	9.0
Araştırma görevlisi grubu	121	15.4
Hemşire grubu	176	22.4
Hastabakıcı grubu	152	19.4
İlk karşılama grubu	87	11.1
Sağlık teknisyeni grubu	72	9.2
Diğer	106	13.5
Toplam	785	100.0

Katılımcıların sağlık sektöründeki çalışma süreleri ortalama 79.38 ± 76.38 ay olup, Aydın İli'nde ortalama ikamet süreleri 188.18 ± 146.95 aydır. Çalışmaya katılanların %75.0'i (n=589) çalıştıkları bölümü belirtmiş olup, bu kişilerin çalıştıkları bölümlere göre dağılımları Tablo VIII.'de verilmiştir.

Tablo VIII. Katılımcıların Çalıştıkları Bölüme Göre Dağılımı

Çalışılan Bölüm	n	%
Dahili Tıp Bilimleri	326	55.3
Cerrahi Tıp Bilimleri	176	29.9
Temel Tıp Bilimleri	87	14.8
Toplam	589	100.0

Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre dağılımı Tablo IX.'da verilmiştir.

Tablo IX. Katılımcıların Çalıştıkları Birime Göre Dağılımı

Çalışılan Birim	n	%
Servis	270	34.4
Poliklinik	169	21.5
Laboratuvar	103	13.1
Yoğun bakım/ameliyathane	83	10.6
Acil Servis	29	3.7
Diğer	131	16.7
Toplam	785	100.0

Çalışanlar çalıştıkları birimlerde ortalama 35.86 ± 43.91 aydır görev yapmaktadırlar. Katılımcıların istihdam şekilleri Tablo X.'da verilmiştir.

Tablo X. Katılımcıların İstihdam Şekilleri

İstihdam Şekli	n	%
2547 sayılı kanuna tabi	172	21.9
657 sayılı kanuna tabi	143	18.2
4/B	25	3.2
Sözleşmeli	445	56.7
Toplam	785	100.0

Çalışmaya katılanların %7.5'i (n=59) daha önce iş yeri şiddeti ile ilgili bir eğitim programına katıldıklarını belirtmiş olup, katılanların % 79.7'si (n=47) bu eğitim programının iş yeri şiddeti ile ilgili panel olduğunu ifade etmişlerdir.

Katılımcılara iş yeri şiddeti ile ilgili kaygı düzeyini beşli likert ölçeği ile (1. Hiç yok.....5. Çok fazla) puanlamaları istenmiş olup ortalama kaygı puanları 2.22 ± 1.23 , %25-%75 değerleri 1-3 bulunmuş olup bu soruya vermiş olukları puanlar Tablo XI.'de verilmiştir.

Tablo XI. Katılımcıların İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyi Puanları

Puan	n	%
1	308	39.2
2	165	21.0
3	199	25.4
4	58	7.4
5	55	7.0
Toplam	785	100.0

4.2. TEHLİKE ve RİSK ALGISI:

Tablo XII. Çalışanların Tehlike ve Risk Algıları

Tehlike	Ort.±SS	Ortanca (%25-%75)
Hava yolu ile bulaşan çeşitli mikroorganizmaların yol açtığı enfeksiyonlar	3.28±1.44	3(1-5)
Uygun olmayan pozisyonda veya ayakta uzun süre durma	3.07±1.55	3(1-5)
Kan ve kan ürünleri ile bulaşan çeşitli mikroorganizmaların yol açtığı enfeksiyonlar	3.05±1.52	3(1-5)
Temizlik amacı ile kullanılan sabun, dezenfektan maddeler gibi kimyasalların ciltte tahriş yapıcı etkisi	2.90±1.54	3(1-4)
Eldiven kullanımının ciltte oluşturduğu tahriş yapıcı etki	2.88±1.52	3(1-4)
Hasta ve çalışanların aynı asansörleri kullanması	2.87±1.56	3(1-4)
Temizlik amacı ile kullanılan dezenfektan maddelerin solunum yollarında tahriş yapıcı etkisi	2.85±1.50	2(1-4)
Havalandırmanın yeterli olmaması	2.71±1.48	3(1-4)
Ortam gürültüsünün fazla olması	2.71±1.43	3(1-4)
Hasta veya hasta yakınlarından gelebilecek fiziksel şiddet	2.69±1.41	3(1-4)
Çalışma ortamında iyonize olmayan radyasyona (bilgisayar, fotokopi cihazı, cep telefonu v.b.) maruz kalma	2.61±1.50	2(1-4)
Ortam sıcaklığının uygun olmaması	2.57±1.44	3(1-4)
İş yerinde dezenfeksiyonun yeterli olmaması	2.57±1.47	2(1-4)

Tablo XII. (devamı)	Ort.±SS	Ortanca (%25-%75)
Ağır yük kaldırma (hasta veya araç gereç gibi)	2.53±1.53	2(1-4)
İş yerinde temizliğin yeterli olmaması	2.52±1.47	2(1-4)
Kesici-delici alet yaralanmasına maruz kalma	2.49±1.51	2(1-4)
Hasta ve çalışanların aynı tuvaletleri kullanması	2.47±1.68	2(1-4)
Islak, nemli, kaygan zemin olması	2.36±1.36	2(1-3)
Ortamda toz miktarının fazla olması	2.31±1.40	2(1-3)
Işıklandırmanın yeterli olmaması	2.30±1.44	2(1-3)
Tıbbi atıkların toplanmasının ve taşınmasının uygun olmayan koşullarda yapılması	2.28±1.46	2(1-3)
Ortam nem oranının düşük veya yüksek olması	2.28±1.29	2(1-3)
Çalışma ortamında iyonize radyasyona(radyoloji birimlerinde kullanılan) maruz kalma	2.24±1.50	1(1-3)
Çalışma ortamında kullanılan kimyasal maddelerin uygun olmayan koşullarda saklanması	2.24±1.38	2(1-3)
Çalışma masası ve sandalyenin ergonomik açıdan uygun olmaması	2.22±1.44	2(1-3)
Elektrik düzeneğinin yetersiz veya hasarlı olması	2.20±1.39	2(1-3)
Yangın riskinin olması	2.19±1.43	2(1-3)
Çalışılan ortamın(masa, desk v.b.) yeterince büyük olmaması	2.18±1.41	2(1-3)
Tıbbi atık kutularının olmaması veya yetersiz sayıda olması	2.16±1.40	2(1-3)

Çalışanların algıladıkları risklere ait puanları Tablo XII’de verilmiştir. Hastane çalışanları hekim, hemşire ve diğer çalışanlar olarak gruplandırıldığında en yüksek puan alan ilk beş risk sırası ile hekim grubunda, hava yolu ile bulaşan çeşitli mikroorganizmaların yol açtığı enfeksiyonlar, kan ve kan ürünleri ile bulaşan çeşitli mikroorganizmaların yol açtığı enfeksiyonlar, hasta ve çalışanların aynı asansörleri kullanması, çalışma ortamında iyonize olmayan radyasyona maruz kalma, uygun olmayan pozisyonda veya ayakta uzun süre durma; hemşire grubunda, hava yolu ile bulaşan çeşitli mikroorganizmaların yol açtığı enfeksiyonlar, eldiven kullanımının ciltte oluşturduğu tahriş yapıcı etki, uygun olmayan pozisyonda veya ayakta uzun süre durma, temizlik amacı ile kullanılan kimyasalların ciltte tahriş yapıcı etkisi, temizlik amacı ile kullanılan dezenfektan maddelerin solunum yollarında tahriş yapıcı etkisi; diğer çalışanlar grubunda ise hava yolu ile bulaşan çeşitli mikroorganizmaların yol açtığı enfeksiyonlar, kan ve kan ürünleri ile bulaşan çeşitli mikroorganizmaların yol açtığı enfeksiyonlar, temizlik amacı ile kullanılan dezenfektan maddelerin solunum yollarında tahriş yapıcı etkisi, temizlik amacı ile kullanılan kimyasalların ciltte tahriş yapıcı etkisi, havalandırmanın yeterli olmaması şeklinde sıralanmaktadır.

4.3. ONKOLOJİ SERVİSİ VE KEMOTERAPİ ÜNİTESİ İLE ANTİNEOPLASTİK İLAÇLARIN KULLANIM SÜRECİ KONUSUNDA TEHLİKE DEĞERLENDİRMESİ:

4.3.1. Fizik Ortamın Değerlendirilmesi:

Onkoloji servisinde ve kemoterapi ünitesinde seçilen 10 ayrı noktadan sıcaklık ve nem değerleri ölçümü yapılmış, sıcaklık ortalaması 25.19 ± 0.16 °C (min:25-maks:25.5), nem ortalaması 54.22 ± 1.02 (min:52.60-maks:56.00) olarak bulunmuştur.

Yapılan aydınlık seviyesi ölçümlerine göre, onkoloji servisi ve kemoterapi ünitesi koridorlarında sırası ile 171 ve 251 lux, tedavi hizmeti verilen üç kemoterapi odasında 322, 179 ve 178 lux; rasgele olarak seçilen üç hasta odasında da 332, 196 ve 188 lux aydınlanma seviyesi saptanmıştır. Biyolojik güvenlik kabininin bulunduğu odada aydınlatma seviyesi 177 lux, kabin içinde ise 399 lux seviyesindedir.

Kemoterapi ünitesi koridorunda bulunan sekreterlik masasına beş metre mesafede yapılan, sekiz saatlik ses seviyesi ölçümü sonucunda 60.2 dBA gürültü seviyesi ölçülmüştür.



Resim 1. Ses Seviyesi Ölçümü

4.3.2. Personel Durumu ve Antineoplastik İlaçların Kullanım Süreci:

Onkoloji servisi ve bu servisin içinde hizmet veren kemoterapi ünitesi çalışanlarının yaş ortalaması 29.64 ± 5.37 olup, %77.3'ü kadındır. %63.7'si yüksekokul ve üniversite mezunu olan çalışanların mesleklerine göre dağılımı Tablo XIII'de verilmiştir.

Tablo XIII. Çalışanların Mesleklerine Göre Dağılımı

Meslek	n	%
Uzman hekim	2	9.1
Araştırma görevlisi	2	9.1
Hemşire	10	45.5
Hastabakıcı	3	13.6
Temizlik personeli	3	13.6
Sekreter	2	9.1
Toplam	22	100.0

Onkoloji servisi çalışanlardan dört hemşire, bir temizlik personeli ve bir sekreter aynı servis içerisinde yer alan kemoterapi ünitesinde görev yapmaktadır. Çalışanların sağlık sektöründeki çalışma süresi ortalama 63.36 ± 63.77 , halen görev yaptıkları birimde çalışma süresi ise 14.27 ± 12.71 aydır. Araştırma grubunun %59.1'i(13) sözleşmeli olarak çalışırken, %18.2(4)'si 2547 sayılı kanuna tabi, %18.2(4)'si 657 sayılı kanuna tabii %4.5(1)'i 4/B'li olarak çalışmaktadır.

Çalışmaya katılanların yaptırmış oldukları aşular %77.2 (17) ile Hepatit B aşısı, %40.9(9) ile tetanoz aşısı, %9.1(2) ile MMR ve mevsimsel grip, %4.5(1) ile suçiçeği şeklinde sıralanmaktadır. Tüm aşuları yaptıran çalışan bulunmamaktadır.



Resim 2. Kemoterapi Ünitesi



Resim 3. Kemoterapi Hazırlama Odası

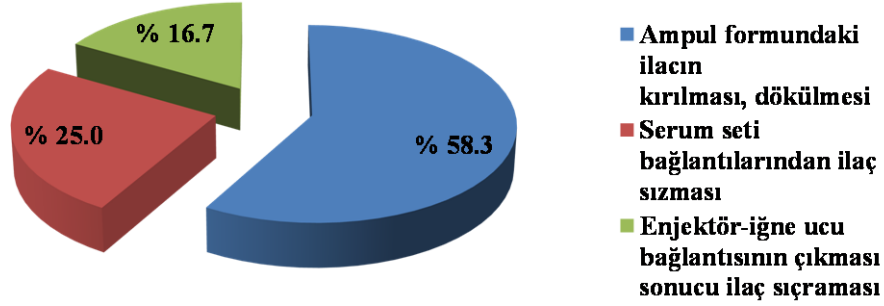
Araştırma grubunun %45.5'i(10) son bir yıl içerisinde kesici-delici alet ile yaralanma geçirmiştir. Çalışanların %54.5'i (12) son bir yıl içinde antineoplastik ilaçla ilgili bir kaza olayı yaşamışlardır. Bu kişiler ortalama 3.83 ± 3.07 (min:1,maks:10) kez kaza yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Antineoplastik ilaçlar ile ilgili kaza yaşayan kişilerin en son gerçekleşen kazalarının süreçlere göre dağılımı Tablo XIV'de verilmiştir.

Tablo XIV. Antineoplastik İlaç Kazalarının Gerçekleştiği Süreçlere Göre Dağılımı

Süreç	n	%
İlaç hazırlanması	5	41.7
İlaç taşınması	4	33.3
İlaç uygulanması	3	25.0
Toplam	12	100.0

Bu kazaların %33.3(4)'ü ampul formundaki ilacın yere düşerek kırılması nedeni ile etrafa ve çalışanın üstüne sıçraması, %16.6(2)'si yine ampul formundaki ilacın, ilaç hazırlama sürecinde çalışanın elinde kırılması , %8.3(1)'ü biyolojik güvenlik kabini içerisinde ampul formundaki ilacın dökülmesi sonucu oluşmuştur. Hazırlanan kemoterapi ilacının uygulanmak üzere hastaya götürülmesi veya uygulanması sırasında bağlantılardan ilaç sızıntısı şeklinde olan kazalar %25.0(3), serum içine ilaç verilirken enjektör ile iğne ucu bağlantısının çıkması sonucu ilaç sıçraması şeklinde olan kazalar %16.7(2) oranındadır (Şekil 6).



Şekil 6. Son Bir Yılda Gerçekleşen Kazaların Nedenlerine Göre Dağılımı

Temizlik personeli kaza sonrasında yaptığı işlemleri, yere dökülen ilacın kağıt havlu ile emdirilerek alınması, daha sonra çamaşır suyu ile silinmesi ve ortamın havalandırılması şeklinde olduğunu belirtmişlerdir. Yatak veya kemoterapi koltuğuna bulaş olduğu durumlarda ise örtünün değiştirilmesi, deterjan ve su ile dökülen yerin silinmesi ve ortamın havalandırılması işlemlerinin yapıldığını belirtmişlerdir. Kazaların %91.7(11)'si sorumlu kişiye bildirilmiş olup, bir olayda bildirimde bulunulmamıştır.

Antineoplastik ilaçlarla ilgili eğitim alma durumuna bakıldığında 22 çalışanın %45.5(10)'i bu konuda eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alınan yerlerin dağılımına bakıldığında, tüm çalışanların %27.3(6)'ü seminer saatlerinde, %4.5(1)'i ise servis sorumlu hemşiresi tarafından, %13.6(3)'sü ise sertifikasyon programı ile bu eğitimin verildiğini belirtmişlerdir. Tüm çalışanlar içerisinde, Kemoterapi Ünitesinde çalışan dört hemşirenin üç tanesi Sağlık Bakanlığı ve Onkoloji Hemşireliği Derneği tarafından verilen "Kemoterapi Hemşireliği Sertifikası"na sahiptir.

Antineoplastik ilaçlar hemşireler tarafından hazırlanmakta olup, çalışmaya katılan 10 hemşirenin %30(3)'ü, dört kişisel koruyucuyu da (eldiven, gözlük, önlük, maske) kullanırken, diğer hemşireler ise gözlük dışındaki kişisel koruyucuları kullandıklarını belirtmişlerdir. Antineoplastik ilaçların uygulama sırasında ise hemşirelerin %30(3)'ü eldiven ve maske kullanırken, kalanlar sadece eldiven kullandıklarını belirtmiştir.

Çalışanların tamamı, bugüne kadar hiç hastane yönetimi tarafından yapılan periyodik sağlık muayenesi olmadığını belirtirken, %59.1(13)'i kendi istekleri ile kan tahlili yaptırdıklarını ifade etmişlerdir.

4.3.2.1. İlaçların Depolanması

Kemoterapi ünitesinde tedavi uygulanacak hastaların, antineoplastik ilaçlarının istemi günlük olarak yapılmakta olup, çalışma ortamında bu ilaçların depolandığı bir yer bulunmamaktadır. Herhangi bir neden ile tedaviyi bırakan hastalardan kalan ilaçlar ise ünitenin giriş bölümündeki bir odada kilitli buzdolabında saklanmaktadır. Onkoloji servisinde ise 5-fluorouracil ampul formları kutuları içerisinde diğer ilaçlarla birlikte aynı dolap içerisinde saklanmakta ve bu raflarda tehlikeli ilaç uyarı etiketleri bulunmamaktadır. Bu dolabın bulunduğu odada, serviste kullanılan diğer tıbbi sarf malzemeleri ve tedaviyi bırakan hastalardan kalan antineoplastik ilaçların bulunduğu kilitli bir buzdolabı bulunmaktadır. Bu ortamda yiyecek maddeleri de bulunabilmektedir. Serviste yatan hastaların diğer antineoplastik ilaçlarının istemleri günlük olarak yapılmakta ve depolanmamaktadır. Kemoterapi ünitesi ve onkoloji servisinde bu ilaçların buldukları ortamda, tehlikeli ilaçların bir listesi bulunmakta ancak bu ilaçların dökülmesi ve kontaminasyonu durumlarında yapılacak uygulamaların bulunduğu bir yönerge bulunmamaktadır. Yine her iki ortamda da tehlikeli ilaç atık kutusu olmayıp bunun yerine tıbbi atık kutuları bulunmaktadır. Antineoplastik ilaçların dökülmesi durumunda kullanılacak, dökülme acil seti kemoterapi ünitesinde bulunmamaktadır. Onkoloji servisinde ise bu set bulunmakta olup setin içeriğinde bir çift kemoterapi eldiveni, önlük ve maske bulunmaktadır.

4.3.2.2. İlaçların Hazırlanması

İlaç hazırlama işlemi, onkoloji servisi içerisinde bu iş için ayrılmış bir odada yapılmaktadır. Kemoterapi ünitesinde görev yapan hemşireler tarafından, hafta içi günlerde ve mesai saatlerinde, hem kendi hastalarının hem de antineoplastik ilaç uygulanacak olan diğer servislerde yatan hastaların ilaç hazırlanması işlemi yapılmaktadır. Mesai saatleri dışında ve hafta sonu günlerinde bu işlem her servisin kendi hemşiresi tarafından bu oda kullanılarak yapılmaktadır.

İlaç hazırlama ortamında bu odanın kullanım amacına uygun olmayan aspiratör ve soğuk buhar cihazı bulunmakta, bunun dışında yiyecek maddeleri ve giyim eşyaları bulunmamaktadır. Odaya giriş-çıkışların sınırlandırılması için kapıda herhangi bir uyarı işareti olmayıp, diafon sistemi yoktur ve görevli olmayan kişilerde bu odaya girebilmektedir. Odada kapalı durumda bir pencere olup, havalandırılması merkezi havalandırma sistemi ile yapılmaktadır. Lavabo ve el yıkamak için sıvı sabun vardır. Aydınlık seviyesi oda içinde 177

lux, biyolojik güvenlik kabininin içinde 399 lux olarak ölçülmüştür. İlaçların dökülmesi ve kontaminasyonu durumlarında yapılması gereken işlemleri belirten bir yönerge odaya asılmamıştır. İlaç dökülmesi durumlarında kullanılabilmesi için dökülme acil seti ve göze ilaç sıçraması durumlarında göz yıkamak için kullanılan NaCl veya başka herhangi bir solusyon bulunmamaktadır. Odada kemoterapi atık kutusu olup üzerinde “Sitoksik Atık” etiketi bulunmaktadır.



Resim 4. Biyolojik Güvenlik Kabini



Resim 5. Biyolojik Güvenlik Kabini ve Atık Kutuları

Tüm antineoplastik ilaçların hazırlanması işlemi sınıf II B biyolojik güvenlik kabininde yapılmaktadır. Kabinin bakımı periyodik olarak değil, teknik bir sorun yaşandığında yapılmaktadır. Kullanılmadığı zamanlarda camı kapalı durumda bekletilen kabin, mesai bitiminde ve hafta sonu günlerde kapalı durumdadır. Kabinin temizliğini yapan kişiler bu konuda herhangi bir eğitim almamış olup, temizlik işleminde alkol kullanılmaktadır. Kabinin içerisinde atık kutusu ve kemoterapi örtüsü bulunmaktadır. Kaza ve dökülme durumlarında kullanabilmek için dökülme acil seti yoktur.

İlaç hazırlayan kişiler kişisel koruyucu önlemlerden kemoterapi önlüğü ve maskesini kullanmaktadır. Kemoterapi eldiveni ise tek kat olarak kullanılmaktadır. Koruyucu gözlük ise ilaç hazırlama işlemlerinde kullanılmamaktadır.

İlaç hazırlama işlemi biyolojik güvenlik kabinlerinde ve servislerden gelen doktor istem formları ile yapılmaktadır. Kemoterapi eldiveni giyilmeden önce ve sonra el yıkama yapılmamaktadır. Eldivenler, yırtılma dışındaki durumlarda biyolojik güvenlik kabinindeki ilaç hazırlama işlemi bitimine kadar kullanılmaktadır. Herhangi bir bulaş olmaması halinde kemoterapi önlükleri de gün bitimine kadar kullanılmakta ve tüm koruyucu

malzemeler odada bulunan tıbbi atık poşetine atılmaktadır. İlaç hazırlama işleminde kullanılan enjektör uçları ve ampul formundaki ilaçların atıkları kesici delici alet kutusuna ve bu kutular dolduğunda tıbbi atık poşetlerine atılmaktadır. “Sitotoksik Atık” etiketli tehlikeli atık kutularına ise, boş ilaç flakonları ve flakon adaptörleri atılmaktadır. Kilitli enjektör sistemi 10 cc.’den büyük enjektörlerde kullanılırken, daha küçük hacimdeki enjektörlerde bu sistem kullanılmamaktadır. Flakondaki ilaçları bir seferde dilüe edecek büyüklükte enjektörler bulunmakta olup, sulandırma işlemi sırasında flakon adaptörleri kullanılmaktadır. Serum seti takıldıktan sonra, ilaçlar seruma konulmakta ve hazırlanan antineoplastik ilaç içeren serumlar ilgili servis personeli alana kadar raflarda bekletilmektedir. Hazırlanan serumlar üzerine hastanın adı, soyadı ve içeriğindeki ilaç ile dozunu belirten kağıt flaster üzerine yazılmış etiketler yapıştırılmaktadır.

4.3.2.3. İlaçların Taşınması ve Uygulanması

Hazırlanan ilaçlar pediatri servisi dışındaki diğer servislere tepsilere veya üstü açık plastik kutularda taşınırken, pediatri servisinde kapaklı plastik kutuda nakil işlemi yapılmaktadır.



Resim 6. İlaç Nakil Kapları



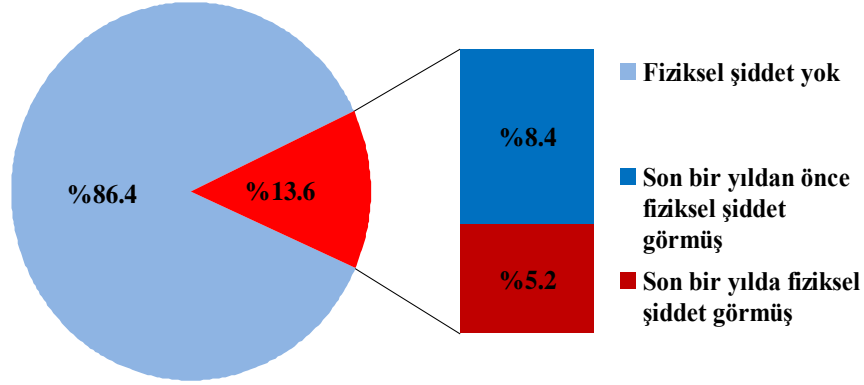
Resim 7. Dış Servis İlaç Nakil Kabı

Onkoloji servisinde ilaç uygulayan bir hemşire hamiledir. Sitotoksik atık kutusu kemoterapi ünitesi koridorunda olup, ilaç uygulanan odalarda tıbbi atık kutuları bulunmaktadır. Uygulama yapılırken kişisel koruyucu önlem olarak lateks eldiven kullanılmaktadır. İlaçlar kapalı transfer sistemleri ile verilirken, uygulama alanında kemoterapi örtüleri kullanılmamaktadır. Kullanılan ilaç tepsilere, temizlik personeli tarafından

4.4. İŞ YERİ ŞİDDETİ

4.4.1. Fiziksel Şiddet:

Araştırmaya katılanların %13.6'sı (n=107) meslek hayatı boyunca en az bir kez fiziksel şiddete uğradıklarını belirtirken, bu kişiler ortalama 2.59 ± 2.35 kez şiddete maruz kalmışlardır. Tüm katılımcıların %5.2'si, meslek hayatı boyunca en bir kez şiddete uğradıklarını ifade edenlerin %38.3'ü (41) son bir yıl içerisinde fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Şekil 7.). Bu kişiler son bir yılda ortalama 2.05 ± 2.12 kez fiziksel şiddete uğramışlardır.



Şekil 7. Katılımcıların Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklıkları

Son bir yıl içerisinde fiziksel şiddet görenlerin %92.7'si bu şiddetin sağlık kurumu içerisinde olduğunu belirtmiş olup, üç kişi hastane bahçesinde şiddete maruz kalmıştır. Kişilerin fiziksel şiddete maruz kaldıkları yerler Tablo XV.'de verilmiştir.

Tablo XV. Katılımcıların Fiziksel Şiddete Maruz Kaldıkları Yer

Yer	n	%
Servis	14	34.2
Poliklinik	10	24.4
Koridor	7	17.1
Acil servis	5	12.2
Hastane bahçesi	3	7.3
Laboratuvar	1	2.4
Yoğun bakım	1	2.4
Toplam	41	100.0

Fiziksel şiddete uğrayanların %80.4'ü bu şiddete hafta içi maruz kalmış olup, Şiddete uğranılan günlerin dağılımı Tablo XVI.'da verilmiştir.

Tablo XVI. Katılımcıların Fiziksel Şiddete Maruz Kaldıkları Gün

Gün	n	%
Pazartesi	6	14.6
Salı	6	14.6
Çarşamba	11	26.8
Perşembe	10	24.4
Cumartesi	7	17.2
Pazar	1	2.4
Toplam	41	100.0

Fiziksel şiddetinin meydana geldiği saat aralıkları Tablo XVII.'de verilmiştir.

Tablo XVII. Katılımcıların Fiziksel Şiddete Maruz Kaldıkları Saat Aralığı

Saat Aralığı	n	%
8-16	18	43.9
16-24	20	48.8
24-8	3	7.3
Toplam	41	100.0

Fiziksel şiddet olaylarının %48.8'inde şiddeti bir kişi uygulamış olup, şiddet uygulayan kişi sayıları Tablo XVIII.'de verilmiştir.

Tablo XVIII. Katılımcılara Fiziksel Şiddet Uygulayan Kişi Sayısı

Kişi Sayısı	n	%
1	20	48.8
2	12	29.3
3	8	19.5
6	1	2.4
Toplam	41	100.0

Fiziksel şiddeti uygulayanların cinsiyet yönünden dağılımlarına bakıldığında, şiddet olaylarının %63.4'ünde erkek veya çoğunlukla erkeklerin rol aldığı görülmektedir (Tablo XIX.)

Tablo XIX. Katılımcılara Fiziksel Şiddeti Uygulayanların Cinsiyeti

Cinsiyet	n	%
Erkek	21	51.2
Kadın	10	24.4
Çoğunlukla erkek	5	12.2
Çoğunlukla kadın	5	12.2
Toplam	41	100.0

Fiziksel şiddeti uygulayanların %78.9'u hasta veya hasta yakını olup bu kişilerin dağılımı Tablo XX.'de verilmiştir.

Tablo XX. Katılımcılara Fiziksel Şiddeti Uygulayanların Dağılımı

Kişi	n*	%
Hasta	21	40.4
Hasta yakını	20	38.5
Doktor	4	7.7
Tanımadığım birileri	4	7.7
Yönetici/Amir	2	3.8
Güvenlik görevlisi	1	1.9
Toplam	52	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Fiziksel şiddeti uygulayanların %69.8'i 26-40 yaş aralığında olup, bu kişilerin tahmini yaş aralığı dağılımları Tablo XXI.'de verilmiştir.

Tablo XXI. Katılımcılara Fiziksel Şiddeti Uygulayanların Tahmini Yaşları

Yaş Aralığı	n*	%
18-25	8	18.6
26-40	30	69.8
41-60	5	11.6
Toplam	43	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Fiziksel şiddet olaylarının hiç birisinde herhangi bir alet veya silah kullanılmamıştır. Şiddet olaylarının %82.9'unda (34) ortamda şiddeti uygulayanlar dışında başka kişiler bulunmakta olup bu kişilerin dağılımı Tablo XX.'de verilmiştir. Ortamda başka kişilerin olduğu şiddet olaylarının %55.9'unda(19) bu kişiler saldırganı engellemeye çalışmış, %41.2'sinde(14) herhangi bir şey yapmamış, %2.9'unda(1) saldırganı cesaretlendirecek söz ve davranış sergilemişlerdir.

Tablo XXII. Şiddet Olayı Sırasında Ortamda Bulunan Kişilerin Dağılımı

Kişi	n*	%
Hasta/hasta yakını	21	36.2
Hastane çalışanı	22	37.9
Güvenlik görevlisi	11	19.0
Tanımadığım birileri	4	6.9
Toplam	58	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Fiziksel şiddet olaylarının %12.2'sinde(5) saldırıya uğrayan kişi yaralanmış olup, bu kişilerin %60'ına(3) ayaktan tedavi yapılmış, diğerlerine herhangi bir tedavi yapılmamıştır. Şiddet uygulana kişilerin hiç biri saldırıdan sonra izin veya rapor almamıştır.

Fiziksel şiddete uğrayan kişilerin şiddet olayı sırasında ve sonrasında sergiledikleri davranışlar Tablo XXIII.'de verilmiştir.

Tablo XXIII. Fiziksel Şiddete Uğrayan Kişilerin Olay Sırasında ve Sonrasında Sergiledikleri Davranışlar

Davranış	n*	%
Güvenlik görevlisi çağırdım	18	21.2
Hastane/kurum yönetimine bilgi verdim	18	21.2
Olay olmamış gibi davranarak kabullendim	9	10.6
Hiç bir şey yapmadım	7	8.2
Sözlü olarak karşılık verdim	6	7.1
Olay yerinden uzaklaştım	6	7.1
İş arkadaşım ile paylaştım	5	5.9
Tutanak tutulmasını sağladım	5	5.9
Arkadaş/ailemle paylaştım	4	4.7
Fiziksel saldırı ile karşılık verdim	3	3.5
Adli makamlara şikayette bulundum	2	2.3
Yardım edilmesi için bağırdım	2	2.3
Toplam	85	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Hastane yönetimine bilgi verenlerin, bilgi verdiklerinde ne tür işlem yapıldığına verdikleri cevaplar Tablo XXIV.'de verilmiştir.

Tablo XXIV. Hastane Yönetiminin Yaptığı İşlem

Yapılan işlem	n	%
Yasal/idari işlem başlatıldı	9	50.0
Herhangi bir işlem yapılmadı	7	38.9
Hasta yakınları ile görüşüldü	2	11.1
Toplam	18	100.0

Hastane yönetimine bilgi verenlere, yönetimin yaptığı işlemten tatmin olma düzeylerine beşli likert ölçeği ile puan vermeleri istendiğinde (1.Hiç tatmin olmadım.....5.Çok tatmin oldum) herhangi bir işlem yapılmayan yedi kişi hiç tatmin olmadıklarını belirtmişlerdir. Bu soruya verilen puanların dağılımı Tablo XXV.'de verilmiştir.

Tablo XXV. Hastane Yönetiminin Yaptığı İşlemden Tatmin Olma Düzeyi

Puan	n	%
1	7	38.9
2	1	5.5
3	3	16.7
4	4	22.2
5	3	16.7
Toplam	18	100.0

Fiziksel şiddete uğrayanlardan hastane yönetimine bilgi vermeyen 23 kişinin bilgi vermeme nedenleri Tablo XVI.'da verilmiştir.

Tablo XXVI. Hastane Yönetimine Bilgi Vermeme Nedeni

Neden	n*	%
Herhangi bir sonuç alamayacağımı düşündüğüm için	11	37.9
Bu olayı önemli bulmadığım için	6	20.7
Psikiyatri servisinde yatan hasta olduğum için	4	13.8
Nasıl bildirimde bulunacağımı bilmediğim için	3	10.3
Çekindiğim için	2	6.9
Utandığım için	2	6.9
Suçluluk hissettiğim için	1	3.5
Toplam	29	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Fiziksel saldırıya uğrayanlara, olaydan sonra bu gibi durumları yaşayanlarda ortaya çıkabilecek bazı sorunlara beşli likert ölçeği ile(1. Hiç yok.....5.Çok fazla) puan vermeleri istenmiştir. Bu sorunlardan “Sürekli olarak zihninizi meşgul eden saldırı düşünceleri ve görüntüleri” ortalama 2.71 ± 1.48 , “Olay hakkında düşünmekten ve konuşmaktan kaçınmak, saldırının yol açtığı duygulardan kaçınmak” 2.63 ± 1.46 , “Sürekli tetikte ve aşırı dikkatli durumda olmak” 3.12 ± 1.32 , “Çalışma saatleri sırasında huzursuzluk/tedirginlik hissetme” 2.88 ± 1.36 puan almıştır.

Tablo XXVII. Fiziksel Şiddete Uğrayanlara Göre Bu Şiddetin Nedeni

Neden	n*	%
Hasta/hasta yakınlarının yetersiz bilgilendirilmesi	18	25.3
Hastanın uzun süre beklemesi	15	21.1
Saldırgana ait ilaç, madde kullanımı gibi nedenler	10	14.1
Tedavi memnuniyetsizliği	8	11.3
Çalıştığım kuruma ait yetersizlikler	7	9.9
İş yerinde görev paylaşımı ile ilgili sorunlar	6	8.4
Diğer†	7	9.9
Toplam	71	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

† Sağlık çalışanlarından çok şey beklenmesi(3), fikrim yok(3), hasta yakını psikolojisi(1)

Fiziksel şiddete maruz kalan kişilerin %56.1'i (23) bu şiddet olayının önlenebileceğini düşünmektedir.

Katılımcıların fiziksel şiddetin yarattığı sorunların dağılımı Tablo XVIII.'de verilmiştir.

Tablo XXVIII. Fiziksel Şiddetin Yarattığı Sorunlar

Sorunlar	n*	%
Psikolojik sorunlar	31	64.6
Fiziksel sorunlar	4	8.3
Cinsel sorunlar	1	2.1
Diğer†	2	4.2
Sorun yaratmadı	10	20.8
Toplam	48	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

† İstifa etme düşüncesi(1), kurumdan uzaklaşma isteği(1)

Çalışmaya katılanların %21.8'i(171) iş yerinde çalışanlara yönelik fiziksel şiddet olayına tanıklık ettiklerini belirtmişlerdir.

Fiziksel şiddete maruz kalanların yaş ortalaması 30.71±5.46 iken, maruz kalmayanlarınki 31.94±6.86 olarak bulunmuştur(t=1.128, p=0.260). Fiziksel şiddete uğrama durumunun cinsiyet ile ilişkisi Tablo XXIX.'da verilmiştir.

Tablo XXIX. Cinsiyet Durumuna Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı

Cinsiyet	Fiziksel şiddete maruz kalma		p	χ^2
	Var	Yok		
Kadın	21(4.3)	464(95.7)	0.153	2.045
Erkek	20(6.7)	280(93.3)		
Toplam	41(5.2)	744(94.8)		

Fiziksel şiddet görenlerin %97.6'sı(40) lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip gruptandır. Eğitim durumuna göre fiziksel şiddete uğrama sıklığı Tablo XXX.'da verilmiştir.

Tablo XXX. Eğitim Durumuna Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı

Eğitim Durumu	Fiziksel şiddete maruz kalma		p	χ^2
	Var	Yok		
Ortaokul ve altı	1(0.7)	134(99.3)	0.010	6.617
Lise ve üstü	40(6.2)	610(93.8)		
Toplam	41(5.2)	744(94.8)		

Fiziksel şiddete maruz kalanların %46.3'ü(19) evli olan grupta bulunmaktadır (Tablo XXXI).

Tablo XXXI. Medeni Duruma Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı

Medeni Durum	Fiziksel şiddete maruz kalma		p	χ^2
	Var	Yok		
Evli	19 (3.8)	477 (96.2)	0.022	5.276
Diğer*	22 (7.6)	267 (92.4)		
Toplam	41(5.2)	744(94.8)		

* Bekar(253), boşanmış/ayrı yaşıyor(34), eşi ölmüş(2)

Tüm fiziksel şiddet olaylarının %34.1'i ilk karşılama grubunda, %24.4'ü hemşire grubunda ve %19.5'i araştırma görevlisi grubunda görülmektedir. Meslek grubuna göre fiziksel şiddete uğrama sıklıklarına bakıldığında, ilk karşılama grubunun diğerlerine göre anlamlı düzeyde fazla fiziksel şiddete maruz kaldıkları görülmektedir(Tablo XXXII).

Tablo XXXII. Meslek Grubuna Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı

Meslek	Fiziksel şiddete maruz kalma		p	χ^2
	Var	Yok		
Öğretim üyesi	0(0.0)	71(100.0)		
Araştırma görevlisi grubu	8(6.6)	113(93.4)		
Hemşire grubu	10(5.7)	166(94.3)		
Hastabakıcı grubu	4(2.6)	148(97.4)	<0.001	31.221
İlk karşılama grubu	14(16.1)	73(83.9)		
Sağlık teknisyeni grubu	4(5.6)	68(94.4)		
Diğer çalışanlar grubu	1(0.9)	105(99.1)		
Toplam	41(5.2)	744(94.8)		

Sağlık sektöründeki çalışma sürelerine bakıldığında, fiziksel şiddete maruz kalanlar 68.10 ± 54.63 aydır, kalmayanlar ise 80.00 ± 77.38 aydır sağlık sektöründe çalışmaktadırlar ($t= 1.324$, $p=0.192$).

Temel Tıp Bilimleri'nde çalışanların hiç biri fiziksel şiddete maruz kalmamışken, Dahili Tıp Bilimleri'nde çalışanların %5.8'i, Cerrahi Tıp Bilimleri'nde çalışanların %5.1'i fiziksel şiddetle karşılaşmışlardır (Tablo XXXIII).

Tablo XXXIII. Çalışılan Bölüme Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı

Çalışılan Bölüm	Fiziksel şiddete maruz kalma		p	χ^2
	Var	Yok		
Temel Tıp Bilimleri	0(0.0)	87(100.0)		
Dahili Tıp Bilimleri	19(5.8)	307(94.2)	0.073	5.224
Cerrahi Tıp Bilimleri	9(5.1)	167(94.9)		
Toplam	28(4.8)	561(95.2)		

Fiziksel şiddet olaylarının %39.0'u polikliniklerde, %29.3'ü serviste ve %17.1'i acil serviste meydana gelmektedir. Çalışılan birime göre arasında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır, Bu durum acil servis ve poliklinik çalışanlarında fiziksel şiddete uğrama sıklığının, diğer çalışanlara göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır(Tablo XXXIV).

Tablo XXXIV. Çalışılan Birime Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı

Çalışılan Birim	Fiziksel şiddete maruz kalma		p	χ^2
	Var	Yok		
Servis	12(4.4)	258(95.6)		
Poliklinik	16(9.5)	153(90.5)		
Laboratuvar	1(1.0)	102(99.0)		
Yoğun bakım/ameliyathane	4(4.8)	79(95.2)	<0.001	36.494
Acil servis	7(24.1)	22(75.9)		
Diğer	1(0.8)	130(99.2)		
Toplam	41(5.2)	744(94.8)		

Katılımcıların en son çalışmakta oldukları birimde görev yapma sürelerine bakıldığında, fiziksel şiddete uğrayanlar 41.93±40.92, uğramayanlar ise 35.52±44.07 aydır görev yapmaktadırlar(t= -0.909, p=0.364).

Çalışmaya katılanların istihdam şekillerine göre fiziksel şiddete uğrama sıklıkları Bakıldığında 4/B statüsünde çalışanların diğer çalışnlara göre anlamlı olarak fazla fiziksel şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur (Tablo XXXV).

Tablo XXXV. Çalışanların İstihdam Şekillerine Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı

İstihdam Şekli	Fiziksel şiddete maruz kalma		p	χ^2
	Var	Yok		
2547 sayılı kanuna tabi	7(4.1)	165(95.9)	<0.001	18.528
657 sayılı kanuna tabi	7(4.9)	136(95.1)		
4/B	6(24.0)	19(76.0)		
Sözleşmeli	21(4.7)	424(95.3)		
Toplam	41(5.2)	744(94.8)		

Daha önce iş yeri şiddeti ile ilgili bir eğitim programına katılanlarda, fiziksel şiddete maruz kalma daha az sıklıkta görülmüştür(Tablo XXXVI)

Tablo XXXVI. Çalışanların İş Yeri Şiddeti ile İlgili Eğitim Programına Katılma Durumuna Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı

Katılma Durumu	Fiziksel şiddete maruz kalma		p*
	Var	Yok	
Katılmış	5(8.5)	54(91.5)	0.225
Katılmamış	36(5.0)	690(95.0)	
Toplam	41(5.2)	744(94.8)	

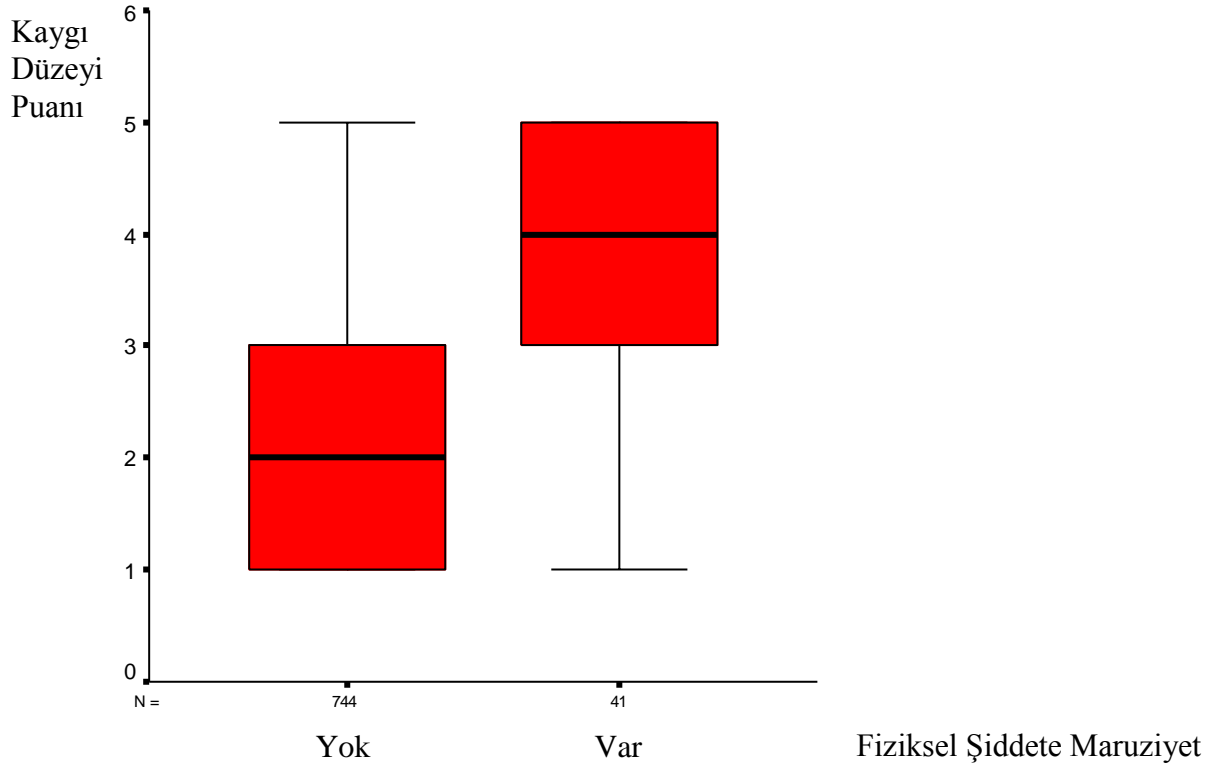
* Fisher'in kesin testi

Katılımcıların iş yerinde şiddete uğrama kaygı düzeyleri, şiddete uğrayanlarda anlamlı olarak artmaktadır(Tablo XXXVII).

Tablo XXXVII. İşyeri Şiddeti Kaygı Düzeylerine Göre Fiziksel Şiddete Uğrama Sıklığı

İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyi	Fiziksel şiddete maruz kalma		p	χ^2
	Var	Yok		
1	3(1.0)	305(99.0)		
2	2(1.2)	163(98.8)		
3	12(6.0)	187(94.0)	<0.001	69.114*
4	8(13.8)	50(86.2)		
5	16(29.1)	39(70.9)		
Toplam	41(5.2)	744(94.8)		

* Eğimde ki kare



Şekil 8. Fiziksel Şiddete Uğrama Durumuna Göre İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyi

Tablo XXXVIII. Lojistik Regresyon Analizi Sonucuna Göre Fiziksel Şiddete Maruz Kalmayı Etkileyen Etmenler

Değişken (Referans Grup)	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	p	Odds Oranı	%95 GA
Sabit	-3.821	0.274	<0.001		
Çalışılan Birim (Diğer*)					
Poliklinik	0.942	0.389	0.016	2.565	1.196-5.501
Acil servis	2.095	0.529	<0.001	8.123	2.878-22.930
Meslek (Diğer†)					
İlk karşılama grubu	1.418	0.394	<0.001	4.127	1.906-8.934
İstihdam şekli (Diğer‡)					
4/B	2.313	0.544	<0.001	10.110	3.479-29.379

* Servis, laboratuvar, yoğun bakım/ameliyathane, diğer

† Öğretim üyesi, araştırma görevlisi grubu, hemşire grubu, hastabakıcı grubu, sağlık teknisyeni grubu, diğer

‡ 2547 sayılı kanuna tabi, 657 sayılı kanuna tabi, sözleşmeli

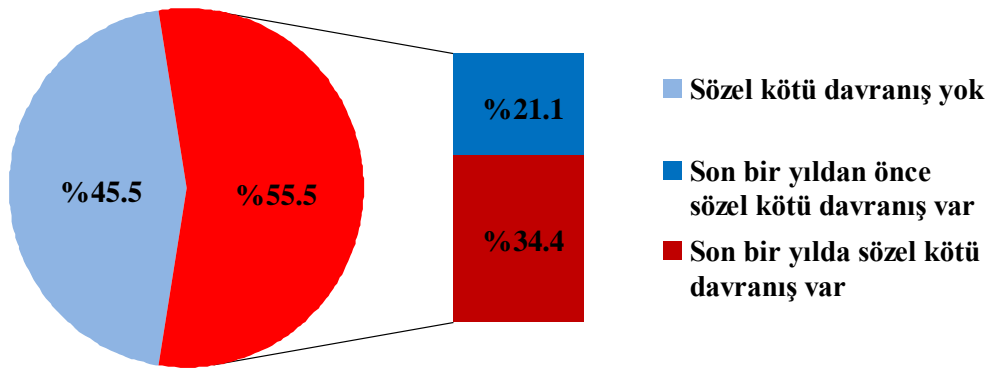
Yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, diğer çalışanlara göre, acil servis çalışanları 8.123, poliklinik çalışanları 2.565 kat daha fazla fiziksel şiddete maruz kalmaktadırlar. İlk karşılama grubunda görev yapanlar diğer çalışanlara göre 4.127, 4/B şeklinde istihdam edilenlerin ise diğer çalışanlara göre 10.110 kat daha fazla fiziksel şiddete maruz kalmışlardır (Tablo XXXVIII).

4.4.2. Psikolojik Şiddet:

Katılımcıların % 56.1'i (n=440) meslek hayatı boyunca, %36.2'si (n=284) son bir yıl içinde psikolojik şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

4.4.2.1. Sözel Kötü Davranış

Çalışmaya katılanların %55.5'i(n=436) meslek hayatları boyunca iş yerinde sözel kötü davranışa maruz kaldıklarını belirtirlerken, %34.4'ü(n=270) son bir yıl içinde sözel kötü davranışla karşılaştıklarını belirtmişlerdir(Şekil 9.).



Şekil 9. Katılımcıların Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklıkları

Son bir yılda sözel kötü davranışla karşılaşanların, karşılaşma sıklıkları Tablo XXXIX.'da verilmiştir.

Tablo XXXIX. Sözel Kötü Davranışla Karşılaşma Sıklığı		
Sıklık	n	%
Bir kez	65	24.1
Bazen	168	62.2
Sürekli	37	13.7
Toplam	270	100.0

Sözel kötü davranışı uygulayan kişilerin dağılımına bakıldığında, tüm verilen cevapların %36.3'ü hasta yakını olurken bunu %20.3 ile hasta ve %11.9 ile öğretim üyesi izlemektedir(Tablo XL).

Tablo XL. Sözel Kötü Davranışı Uygulayan Kişi

Kişi	n*	%
Hasta yakını	161	36.3
Hasta	90	20.3
Öğretim üyesi	53	11.9
Yönetici/amir	40	9.0
Personel	39	8.8
Araştırma görevlisi	31	7.0
Hemşire	12	2.7
Uzman doktor	10	2.2
Halktan biri	8	1.8
Toplam	444	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Sözel kötü davranışı uygulayan kişilerin cinsiyet dağılımları Tablo XLI.'de verilmiştir.

Tablo XLI. Sözel Kötü Davranışı Uygulayanların Cinsiyeti

Cinsiyet	n	%
Erkek	137	50.7
Kadın	67	24.8
Çoğunlukla erkek	49	18.2
Çoğunlukla kadın	16	5.9
Hatırlamıyorum	1	0.4
Toplam	270	100.0

Sözel kötü davranışa maruz kalan kişilerin %48.1'i bunu sıradan bir olay olarak değerlendirmektedir(Tablo XLII).

Tablo XLII. Sözel Kötü Davranışı Sıradan Bir Olay Olarak Değerlendirme Durumu

Değerlendirme	n	%
Evet	130	48.1
Hayır	140	51.9
Toplam	270	100.0

Tüm sözel kötü davranış olayları sağlık kurumu içinde meydana gelirken, bu yerlerin meydana geldiği yeri belirten 148 kişinin verdiği cevapların dağılımı Tablo XLIII.'de verilmiştir.

Tablo XLIII. Sözel Kötü Davranışın Meydana Geldiği Yer

Yer	n	%
Servis	55	37.2
Poliklinik	48	32.4
Acil	14	9.5
Laboratuvar	11	7.4
Ameliyathane/yoğun bakım	7	4.7
Yönetici/amir odası	7	4.7
Koridor	6	4.1
Toplam	148	100.0

Tablo XLIV. Sözel Kötü Davranışa Uğrayan Kişilerin Olay Sırasında ve Sonrasında Sergiledikleri Davranışlar

Davranış	n*	%
Sözlü olarak karşılık verdim	116	23.7
Hiç bir şey yapmadım	58	11.8
Güvenlik görevlisi çağırdım	55	11.2
Olay yerinden uzaklaştım	54	11.0
Arkadaş/ailemle paylaştım	50	10.2
İş arkadaşım ile paylaştım	48	9.8
Olay olmamış gibi davranarak kabullendim	45	9.2
Hastane/kurum yönetimine bilgi verdim	38	7.8
Tutanak tutulmasını sağladım	19	3.9
Fiziksel saldırı ile karşılık verdim	2	0.4
Adli makamlara şikayette bulundum	2	0.4
Yardım edilmesi için bağırdım	1	0.2
Diğer [†]	2	0.4
Toplam	490	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

† Karşılıklı konuşarak sorunu çözdük(2)

Katılımcılara bu tür olayları yaşayan kişilerde ortaya çıkabilecek sorun ve şikayetlerE beşli likert ölçeğine göre puan verilmesi istenmiştir. Bunlara verilen puanlar Tablo XLV, XLVI, XLVII, ve XLVIII'de verilmiştir.

Tablo XLV. Sözel Kötü Davranış Sonrası Sürekli Olarak Zihni Meşgul Eden Saldırı Düşünceleri ve Görüntüleri

Puan	n	%
1	83	30.8
2	78	28.9
3	53	19.6
4	30	11.1
5	26	9.6
Toplam	270	100.0

Tablo XLVI. Sözel Kötü Davranış Sonrası Olay Hakkında Düşünmekten veya Konuşmaktan Kaçınma, Saldırının Yol Açtığı Duygulardan Kaçınma

Puan	n	%
1	86	31.9
2	90	33.3
3	46	17.0
4	23	8.5
5	25	9.3
Toplam	270	100.0

Tablo XLVII. Sözel Kötü Davranış Sonrası Sürekli Tetikte ve Aşırı Dikkatli Durumda Olma

Puan	n	%
1	65	24.1
2	55	20.4
3	64	23.7
4	35	12.9
5	51	18.9
Toplam	270	100.0

Tablo XLVIII. Sözel Kötü Davranış Sonrası Çalışma Saatleri Sırasında Huzursuzluk/Tedirginlik Hissetme

Puan	n	%
1	52	19.2
2	65	24.1
3	63	23.3
4	45	16.7
5	45	16.7
Toplam	270	100.0

Sözel kötü davranış sonucunda, hastane yönetimine bilgi verme, tutanak tutulmasını sağlama veya adli makamlara şikayette bulunma durumlarından herhangi birisini gerçekleştiren 47 kişinin olay sonrasında herhangi bir araştırma yapıp yapılmadığı sorusuna verdikleri cevaplar Tablo XLIX.'da görülmektedir. Bu soruya evet yanıtını verenlerin %94.4'ü (n=17) araştırmanın kurum yönetimi tarafından %5.6'sı(n=1) ise adli makamlar tarafından yapıldığını belirtmiştir.

Tablo XLIX. Sözel Kötü Davranış Sonrasında Bildirimde Bulunanlarda Araştırma Yapılma Durumu

Araştırma Yapılma Durumu	n	%
Evet	18	38.3
Hayır	24	51.1
Bilmiyorum	5	10.6
Toplam	47	100.0

Yapılan araştırmanın yürütülme şeklinin kişiyi tatmin etme düzeyi beşli likert ölçeği ile sorulmuş (1.hiç tatmin etmedi.....5. çok tatmin etti) olup, verilen cevapların dağılımı Tablo L'de gösterilmiştir.

Tablo L. Yapılan Araştırmanın Yürütülme Şeklinin Kişiyi Tatmin Etme Düzeyi

Puan	n	%
1	4	18.2
2	4	18.2
3	4	18.2
4	7	31.8
5	3	13.6
Toplam	22	100.0

Sözel kötü davranışla karşılaşanların %70.0'i(189) sözel kötü davranış karşısında amir veya yöneticilerinin kendilerine sağladıkları desteği beşli likert ölçeği ile (1.hiç destek yok....5.tam destek) değerlendirmiş olup, sonuçlar Tablo LI.'de verilmiştir.

Tablo LI. Amir/Yöneticinin Sağladığı Destek

Puan	n	%
1	76	40.2
2	19	10.1
3	23	12.2
4	29	15.3
5	42	22.2
Toplam	189	100.0

Tablo LII. Sözel Kötü Davranışı Başkalarına Söylememe veya Bildirmeme Nedeni

Neden	n*	%
Herhangi bir sonuç alamayacağımı düşündüğüm için	175	63.9
Bu olayı önemli bulmadığım için	64	23.4
Çekindiğim için	20	7.3
Nasıl bildirimde bulunacağımı bilmediğim için	8	2.9
Utandığım için	1	0.4
Diğer [†]	6	2.1
Toplam	274	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

[†] Kişi hasta olduğu için(4), kendim üstesinden geldiğim için(1), asistan olduğum için(1)

Sözel kötü davranışa maruz kalan kişilerin %63.0'ü(170), bu olayın önlenebileceğini düşünmektedir.

Tüm katılımcılar ele alındığında, son on iki ayda sözel kötü davranışa maruz kalanların yaş ortalaması 31.41 ± 6.52 , kalmayanların yaş ortalaması 32.11 ± 6.92 'dir ($t = 1.367$, $p = 0.172$).

Sözel kötü davranış olaylarının %67.8'i kadınlarda meydana gelmekte olup, cinsiyetler arasında sözel kötü davranışa maruz kalma açısından anlamlı bir fark vardır (Tablo LIII).

Tablo LIII. Cinsiyet Durumuna Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı

Cinsiyet	Sözel kötü davranış		p	χ^2
	Var	Yok		
Kadın	183(37.7)	302(62.3)	0.012	6.263
Erkek	87(29.0)	213(71.0)		
Toplam	270(34.4)	515(65.6)		

Eğitim durumu lise ve üzeri eğitim seviyesinde olanlarda sözel kötü davranışların olaylarının %92.6'sı görülmektedir ve bu durum istatistiksel olarak da anlamlıdır(Tablo LIV).

Tablo LIV. Eğitim Durumuna Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı

Eğitim Durumu	Sözel kötü davranış		p	χ^2
	Var	Yok		
Ortaokul ve altı	20(14.8)	115(85.2)	<0.001	27.701
Lise ve üzeri	250(38.5)	400(61.5)		
Toplam	270(34.4)	515(65.6)		

Sözel kötü davranışa maruz kalanların %61.1'i evli olan gruptadır(Tablo LIII.)

Tablo LV. Medeni Duruma Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı

Medeni Durum	Sözel kötü davranış		p	χ^2
	Var	Yok		
Evli	165(33.3)	331(66.7)	0.383	0.761
Diğer*	105(36.3)	184(63.7)		
Toplam	270(34.4)	515(65.6)		

* Bekar(253), boşanmış/ayrı yaşıyor(34), eşi ölmüş(2)

Sözel kötü davranışa maruz kalma ile meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır(Tablo LVI). Yapılan analiz sonuçlarına göre bu fark araştırma görevlisi ve ilk

karşılama gruplarında daha fazla, diğer ve hastabakıcı grubunda da daha az sıklıkta sözel kötü davranış görülmesinden kaynaklanmaktadır. Bu şiddet türü olaylarının %28.1'i araştırma görevlilerinde, %23.7'si hemşirelerde ve %18.9'u ilk karşılama grubunda görülmektedir.

Tablo LVI. Meslek Grubuna Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı

Meslek	Sözel kötü davranış		p	χ^2
	Var	Yok		
Öğretim üyesi	24(33.8)	47(66.2)		
Araştırma görevlisi grubu	76(62.8)	45(37.2)		
Hemşire grubu	64(36.4)	112(63.6)		
Hastabakıcı grubu	26(17.1)	126(82.9)	<0.001	116.288
İlk karşılama grubu	51(58.6)	36(41.4)		
Sağlık teknisyeni grubu	18(25.0)	54(75.0)		
Diğer çalışanlar grubu	11(10.4)	95(89.6)		
Toplam	270(34.4)	515(65.6)		

Sözel kötü davranışa maruz kalanların sağlık sektöründeki ortalama çalışma süresi 80.48 ± 72.47 , kalmayanların 78.80 ± 78.41 ay iken; halen çalışmakta oldukları birimde çalışma süreleri maruz kalanlarda 31.94 ± 37.09 , kalmayanlarda 37.91 ± 47.00 'dir(sırası ile $t = -0.293$, $p = 0.769$; $t = 1.947$, $p = 0.052$)

Çalışılan bölümler göre sözel kötü davranış olaylarının Dağılımı Tablo LVII.'de verilmiştir.

Tablo LVII. Çalışılan Bölüme Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı

Çalışılan Bölüm	Sözel kötü davranış		p	χ^2
	Var	Yok		
Temel Tıp Bilimleri	23(26.4)	64(73.6)	0.064	5.507
Dahili Tıp Bilimleri	129(39.6)	197(60.4)		
Cerrahi Tıp Bilimleri	70(39.8)	106(60.2)		
Toplam	222(37.7)	367(62.3)		

Sözel kötü davranış olaylarının %37.0'si serviste, %29.6'sı poliklinikte meydana gelmektedir. Çalışılan birime göre sözel kötü davranışa maruz kalma sıklığı incelendiğinde, acil servis ve poliklinikte çalışanlarda sözel kötü davranışın anlamlı olarak yüksek; diğer olarak adlandırılan grupta anlamlı olarak düşük bulunmuştur(Tablo LVI).

Tablo LVIII. Çalışılan Birime Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı

Çalışılan Birim	Sözel kötü davranış		p	χ^2
	Var	Yok		
Servis	100(37.0)	170(63.0)	<0.001	37.255
Poliklinik	80(47.3)	89(52.7)		
Laboratuvar	30(29.1)	73(70.9)		
Yoğun bakım/ameliyathane	22(26.5)	61(73.5)		
Acil servis	15(51.7)	14(48.3)		
Diğer	23(17.6)	108(82.4)		
Toplam	270(34.4)	515(65.6)		

Çalışanların istihdam şekline bakıldığında 2547 sayılı kanuna tabi çalışanların diğer çalışanlara göre anlamlı olarak yüksek sıklıkta sözel kötü davranışa maruz kaldıkları bulunmuştur(Tablo LVIX.)

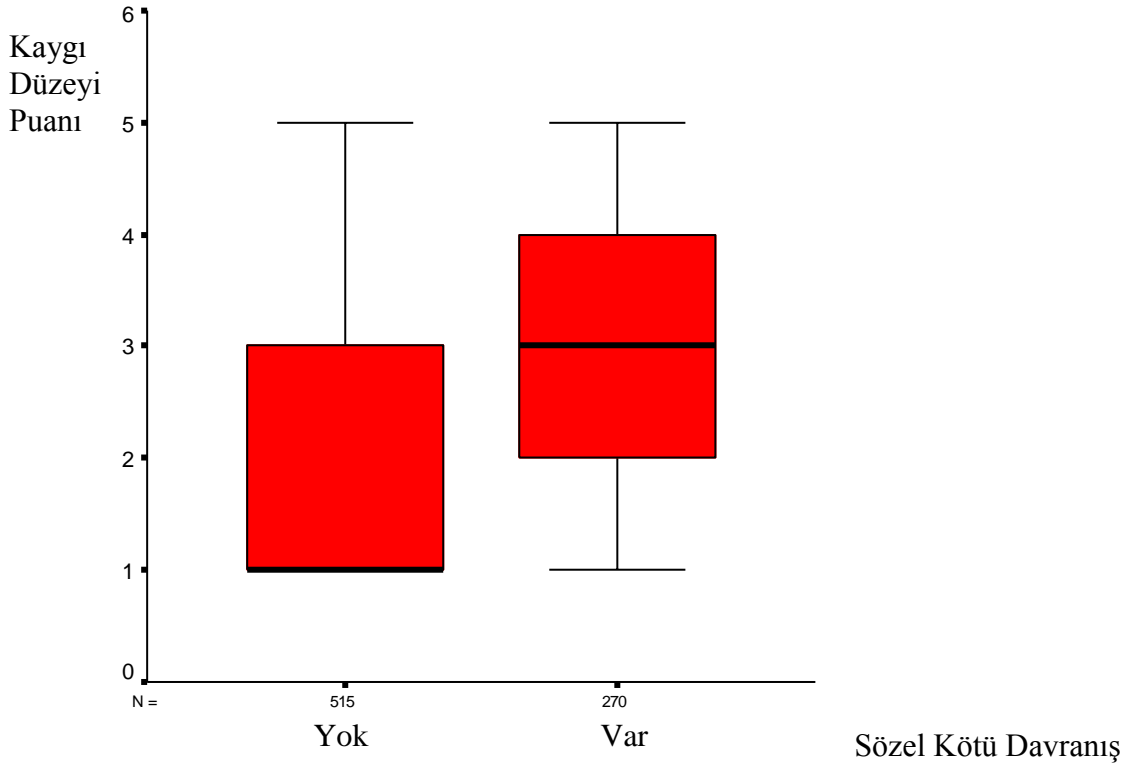
Tablo LVIX. İstihdam Şekline Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı

İstihdam Şekli	Sözel kötü davranış		p	χ^2
	Var	Yok		
2547	90(52.3)	82(47.7)		
657	43(30.1)	100(69.9)		
4/B	11(44.0)	14(56.0)	<0.001	34.005
Sözleşmeli	126(28.3)	319(71.7)		
Toplam	270(34.4)	515(65.6)		

Tablo LX. İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyine Göre Sözel Kötü Davranışa Uğrama Sıklığı

İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyi	Sözel kötü davranış		p	χ^2
	Var	Yok		
1	36(11.7)	272(88.3)		
2	59(35.8)	106(64.2)		
3	106(53.3)	93(46.7)	<0.001	126.405*
4	33(56.9)	25(43.1)		
5	36(65.5)	19(34.5)		
Toplam	270(34.4)	515(65.6)		

*Eğimde ki kare



Şekil 10. Sözel Kötü Davranışa Uğrama Durumuna Göre İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyi

Tablo LXI. Lojistik Regresyon Analizi Sonucuna Göre Sözel Kötü Davranışa Maruz Kalmayı Etkileyen Etmenler

Değişken (Referans Grup)	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	p	Odds Oranı	%95 GA
Sabit	-0.996	0.114	<0.001		
Cinsiyet (Erkek)					
Kadın	0.614	0.173	<0.001	1.848	1.317-2.593
Meslek (Diğer*)					
Araştırma görevlisi grubu	1.291	0.267	<0.001	3.638	2.156-6.139
İlk karşılama grubu	1.605	0.245	<0.001	4.980	3.081-8.050
İstihdam şekli (Diğer†)					
2547 sayılı kanuna tabi	0.635	0.240	0.008	1.888	1.180-3.020

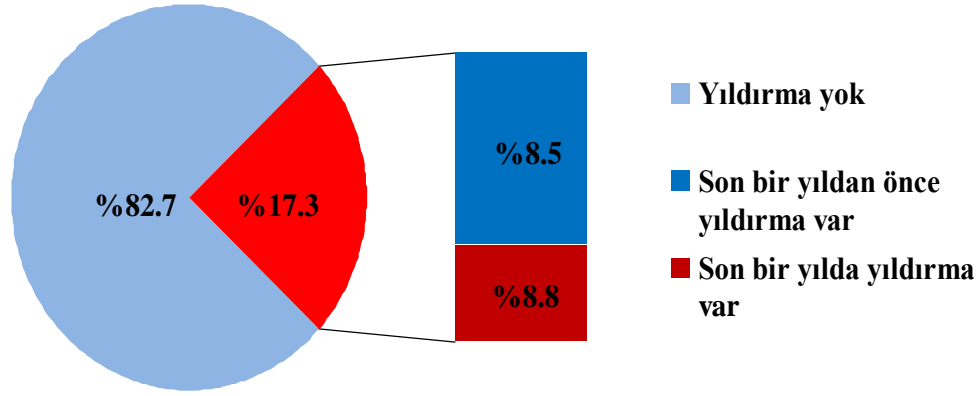
* Öğretim üyesi, hemşire grubu, hastabakıcı grubu, sağlık teknisyeni grubu, diğer

† 657 sayılı kanuna tabi, 4/B, sözleşmeli

Yapılan lojistik regresyon analizinde, sözel kötü davranışa maruz kalma araştırma görevlisi grubunda 3.638, ilk karşılaşma grubunda 4.980 kat daha fazla sıklıkta görülmektedir. Kadınlarda erkeklere göre 1.848 kat daha fazla sözel kötü davranışa maruz kalmaktadırlar(Tablo LXI).

4.4.2.2. Yıldırma

Çalışmaya katılanların %17.3'ü(n=136) meslek hayatları boyunca iş yerinde yıldırma maruz kaldıklarını belirtirken, %8.8'i(n=69) son bir yılda yıldırma ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir(Şekil 11).



Şekil 11. Katılımcıların Yıldırma maruz kalma Sıklıkları

Son bir yılda yıldırma ile karşılaşanların, karşılaşma sıklıkları Tablo LXII.'de verilmiştir.

Sıklık	n	%
Bir kez	5	7.2
Bazen	52	75.4
Sürekli	12	17.4
Toplam	69	100.0

Yıldırmaı uygulayan kişilerin dağılımaına bakıldığında, %34.8 ile 6đretim üyesi ilk sırayı alırken bunu %24.7 ile yönetici/amir, %11.6 ile personel izlemektedir(Tablo LXIII).

Tablo LXIII. Yıldırmaı Uygulayan Kişi

Kişi	n	%
6đretim üyesi	24	34.8
Yönetici/amir	17	24.7
Personel	8	11.6
Hasta yakını	8	11.6
Araştırma görevlisi	6	8.7
Hasta	4	5.8
Uzman doktor	1	1.4
Hemşire	1	1.4
Toplam	69	100.0

Yıldırmaı uygulayan kişilerin cinsiyet dağılımlarına bakıldığında %78.3'ünde erkeklerin, %56.5'inde kadınların rol oynadığı görölmektedir(Tablo LXIV)

Tablo LXIV. Yıldırmaı Gerçekleştirenlerin Cinsiyeti

Cinsiyet	n	%
Erkek	30	43.5
Kadın	15	21.7
Çoğunlukla erkek	18	26.1
Çoğunlukla kadın	6	8.7
Toplam	69	100.0

Yıldırmaı maruz kalan kişilerin %37.7'si bunu sıradan bir olay olarak değerlendirmektedir(Tablo LXV).

Tablo LXV. Yıldırmaýı Sıradan Bir Olay Olarak Deęerlendirme Durumu

Değerlendirme	n	%
Evet	26	37.7
Hayır	43	62.3
Toplam	69	100.0

Yıldırma olaylarının hepsi sağlık kurumu içinde meydana gelirken, bu yerlerin meydana geldiği yeri belirten 30 kişinin verdiği cevapların dağılımı Tablo LXVI.'da verilmiştir.

Tablo LXVI. Yıldırmanın Meydana Geldiği Yer

Yer	n	%
Servis	17	37.2
Poliklinik	7	32.4
Çalışma odası	3	7.4
Ameliyathane/yoğun bakım	2	9.5
Laboratuvar	1	4.7
Toplam	30	100.0

Yıldırma ile karşılaşan kişiler bu olaya en sık %22.2 ile sözlü olarak karşılık verme, %18.3 ile ise arkadaş veya ailesi ile bu olayı paylaşma şeklinde tepki vermişlerdir(Tablo LXVII).

Tablo LXVII. Yıldırımaya Uğrayan Kişilerin Olay Sırasında ve Sonrasında Sergiledikleri Davranışlar

Davranış	n*	%
Sözlü olarak karşılık verdim	28	22.2
Arkadaş/ailemle paylaştım	23	18.3
İş arkadaşımınla paylaştım	19	15.1
Hastane/kurum yönetimine bilgi verdim	13	10.3
Hiç bir şey yapmadım	11	8.7
Olay yerinden uzaklaştım	11	8.7
Güvenlik görevlisi çağırdım	8	6.3
Tutanak tutulmasını sağladım	7	5.6
Olay olmamış gibi davranarak kabullendim	6	4.8
Toplam	126	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Katılımcılara bu tür olayları yaşayan kişilerde ortaya çıkabilecek sorun ve şikayetleri beşli likert ölçeğine göre puan verilmesi istenmiştir. Bunlara verilen puanlar Tablo LXVIII, LXIX, LXX, ve LXXI’de verilmiştir.

Tablo LXVIII. Yıldırma Sonrası Sürekli Olarak Zihni Meşgul Eden Saldırı Düşünceleri ve Görüntüleri

Puan	n	%
1	25	36.3
2	20	29.0
3	9	13.0
4	9	13.0
5	6	8.7
Toplam	69	100.0

Tablo LXVIX. Yıldırma Sonrası Olay Hakkında Düşünmekten veya Konuşmaktan Kaçınma, Saldırının Yol Açtığı Duygulardan Kaçınma

Puan	n	%
1	19	27.5
2	23	33.3
3	14	20.3
4	7	10.2
5	6	8.7
Toplam	69	100.0

Tablo LXX. Yıldırma Sonrası Sürekli Tetikte ve Aşırı Dikkatli Durumda Olma

Puan	n	%
1	12	17.4
2	11	16.0
3	13	18.8
4	18	26.1
5	15	21.7
Toplam	69	100.0

Tablo LXXI. Yıldırma Sonrası Çalışma Saatleri Sırasında Huzursuzluk/Tedirginlik Hissetme

Puan	n	%
1	11	16.0
2	12	17.4
3	13	18.8
4	21	30.4
5	12	17.4
Toplam	69	100.0

Yıldırma sonucunda kurum yönetimine bilgi veren veya tutanak tutulmasını sağlayan 16 kişinin, herhangi bir araştırma yapılıp yapılmadığı sorusuna verdikleri cevaplar Tablo LXXII.'de görülmektedir. Bu soruya evet yanıtını veren üç kişinin tamamı araştırmanın kurum yönetimi tarafından yapıldığını belirtmiştir.

Tablo LXXII. Yıldırma Sonrasında Bildirimde Bulunanlarda Araştırma Yapılma Durumu

Puan	n	%
Evet	2	12.5
Hayır	8	50.0
Bilmiyorum	6	37.5
Toplam	16	100.0

Yapılan araştırmanın yürütülme şeklinin kişiyi tatmin etme düzeyi beşli likert ölçeği ile sorulmuş (1.hiç tatmin etmedi.....5. çok tatmin etti) olup, araştırma yapılan üç kişinin ikisi iki puan, biri ise üç puan vermiştir.

Yıldırma ile karşılaşanların %76.8'i(53), bu durumda amir veya yöneticilerinin kendilerine sağladıkları desteği beşli likert ölçeği ile (1.hiç destek yok....5.tam destek) değerlendirmiş olup, sonuçlar Tablo LXXIII.'de verilmiştir.

Tablo LXXIII. Amir/Yöneticinin Sağladığı Destek

Puan	n	%
1	21	39.6
2	7	13.2
3	6	11.3
4	8	15.1
5	11	20.8
Toplam	53	100.0

Yıldırma olayını başkalarına söylememe veya bildirmeme nedeni olarak ilk sırada %68.3 ile kişinin herhangi bir sonuç alamayacağını düşünmesi gelmektedir(Tablo LXXIV.)

Tablo LXXIV. Yıldırmaı Başkalarına Söylememe veya Bildirmeme Nedeni

Neden	n*	%
Herhangi bir sonuç alamayacağımı düşündüğüm için	41	68.3
Bu olayı önemli bulmadığım için	6	10.0
Çekindiğim için	5	8.3
Nasıl bildirimde bulunacağımı bilmediğim için	5	8.3
Utandığım için	1	1.7
Diğer†	2	3.4
Toplam	60	100.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

† Zaman gerektiğini düşündüm(1), kişi ile konuşarak halletmeye çalıştım(1)

Yıldırmaı maruz kalan kişilerin %58.0'i(40), bu olayın önlenebileceğini düşünmektedir.

Son on iki ayda yıldırmaı maruz kalanların yaş ortalaması 33.83±7.24, kalmayanların yaş ortalaması 31.68±6.72'dir(t = -2.508, p=0.012).

Yıldırma olaylarının %71.0'i kadınlarda meydana gelmekte olup, cinsiyet durumuna göre yıldırmaı uğrama sıklığı Tablo LXXV.'de verilmiştir.

Tablo LXXV. Cinsiyet Durumuna Göre Yıldırmaı Uğrama Sıklığı

Cinsiyet	Yıldırma		P	χ^2
	Var	Yok		
Kadın	49(10.1)	436(89.9)	0.098	2.730
Erkek	20(6.7)	280(93.3)		
Toplam	69(8.8)	716(91.2)		

Eğitim durumu lise ve üzeri eğitim seviyesinde olanlarda yıldırma olaylarının %94.2' si görölmektedir ve bu durum istatistiksel olarak da anlamlıdır(Tablo LXXVI.)

Tablo LXXVI. Eğitim Durumuna Göre Yıldırımaya Uğrama Sıklığı

Eğitim Durumu	Yıldırma		p	χ^2
	Var	Yok		
Ortaokul ve altı	4(3.0)	131(97.0)	0.009	6.905
Lise ve üzeri	65(10.0)	585(90.0)		
Toplam	69(8.8)	716(91.2)		

Yıldırımaya maruz kalanların %63.8'i evli olan gruptadır(Tablo LXXVII.)

Tablo LXXVII. Medeni Duruma Göre Yıldırımaya Uğrama Sıklığı

Medeni Durum	Yıldırma		p	χ^2
	Var	Yok		
Evli	44(8.9)	452(91.1)	0.916	0.011
Diğer*	25(8.7)	264(91.3)		
Toplam	270(34.4)	515(65.6)		

* Bekar(253), boşanmış/ayrı yaşıyor(34), eşi ölmüş(2)

Yıldırımaya maruz kalma ile meslek grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır(Tablo LXXVIII.). Yapılan analiz sonuçlarında öğretim üyesi ve araştırma görevlisi grubunda daha fazla; ilk karşılama grubunda daha az sıklıkta istatistiksel olarak anlamlı olarak farklı düzeyde yıldırma görülmektedir. Tüm yıldırma olaylarının %34.8'i araştırma görevlilerinde, %26.1'i öğretim üyelerinde ve %20.3'ü hemşirelerde görülmektedir.

Tablo LXXVIII. Meslek Grubuna Göre Yıldırımaya Uğrama Sıklığı

Meslek	Yıldırma		p	χ^2
	Var	Yok		
Öğretim üyesi	18(25.4)	53(74.6)		
Araştırma görevlisi grubu	24(19.8)	97(80.2)		
Hemşire grubu	14(8.0)	162(92.0)		
Hastabakıcı grubu	4(2.6)	148(97.4)	<0.001	62.064
İlk karşılama grubu	0(0.0)	87(100.0)		
Sağlık teknisyeni grubu	5(6.9)	67(93.1)		
Diğer çalışanlar grubu	4(3.8)	102(96.2)		
Toplam	69(8.8)	716(91.2)		

Yıldırımaya maruz kalanların sağlık sektöründeki ortalama çalışma süresi 110.49±85.13, kalmayanların 76.38±74.87 ay iken($t = -3.570$, $p < 0.001$); halen çalışmakta oldukları birimde çalışma süreleri maruz kalanlarda 40.04±39.06, kalmayanlarda 35.45±44.35'dir ($t = -0.829$, $p = 0.407$)

Yıldırma olaylarının %65.6'sı dahili tıp bilimlerinde, %26.6'sı cerrahi tıp bilimlerinde ve %7.8'i temel tıp bilimlerinde gerçekleşmiştir(Tablo LXXIX)

Tablo LXXIX. Çalışılan Bölüme Göre Yıldırımaya Uğrama Sıklığı

Çalışılan Bölüm	Yıldırma		p	χ^2
	Var	Yok		
Temel Tıp Bilimleri	5(5.7)	82(94.3)		
Dahili Tıp Bilimleri	42(12.9)	284(87.1)	0.136	3.988
Cerrahi Tıp Bilimleri	17(9.7)	159(90.3)		
Toplam	64(10.9)	525(89.1)		

Yıldırma olaylarının %39.1'i serviste, %29.0'u poliklinikte ve %13.0'ü laboratuvarda meydana gelmektedir. Çalışılan birime göre yıldırma uğrama sıklığı Tablo LXX.'de gösterilmiştir.

Tablo LXXX. Çalışılan Birime Göre Yıldırma Uğrama Sıklığı

Çalışılan Birim	Yıldırma		p	χ^2
	Var	Yok		
Servis	27(10.0)	243(90.0)	0.250	6.627
Poliklinik	20(11.8)	149(88.2)		
Laboratuvar	9(8.7)	94(91.3)		
Yoğun bakım/ameliyathane	6(7.2)	77(92.8)		
Acil servis	1(3.4)	28(96.6)		
Diğer	6(4.6)	125(95.4)		
Toplam	69(8.8)	716(91.2)		

Çalışanların istihdam şekline bakıldığında 2547 sayılı kanuna tabi çalışanların diğer çalışanlara göre anlamlı olarak yüksek sıklıkta yıldırma maruz kaldıkları bulunmuştur(Tablo LXXXI). Tüm yıldırma olaylarının %55.1'i de bu grupta meydana gelmektedir.

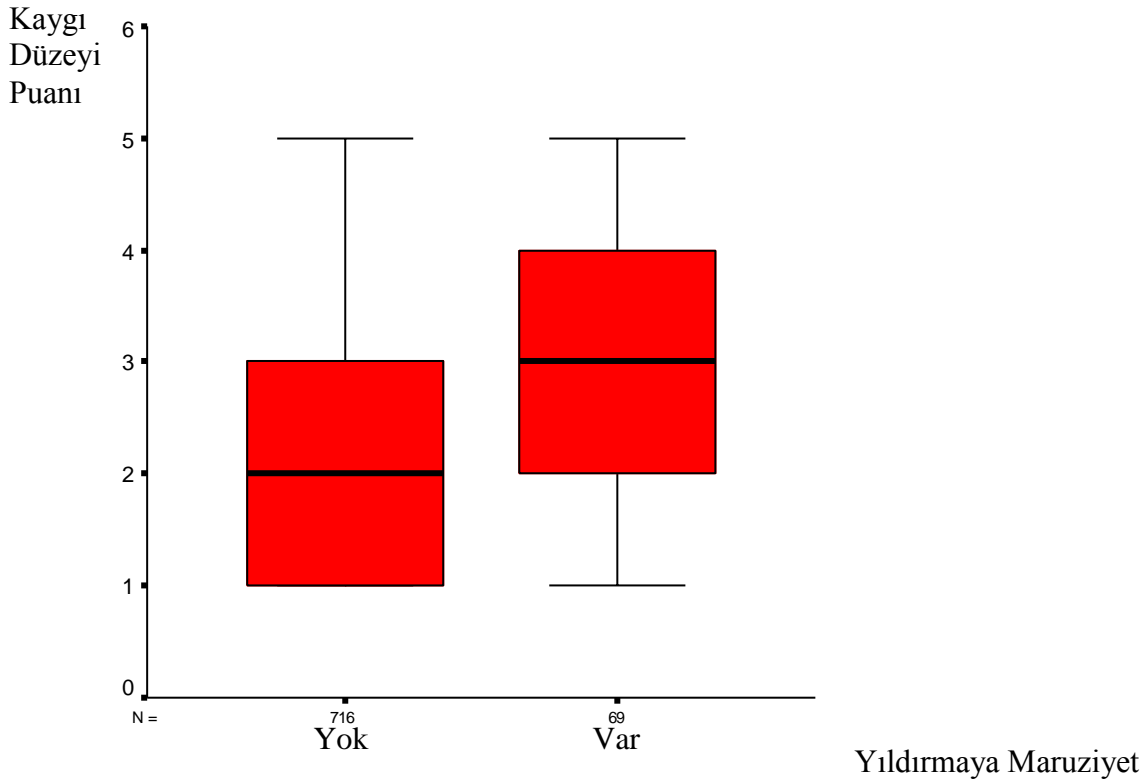
Tablo LXXXI. İstihdam Şekline Göre Yıldırma Uğrama Sıklığı

İstihdam Şekli	Yıldırma		p	χ^2
	Var	Yok		
2547	38(22.1)	134(77.9)	<0.001	49.904
657	10(7.0)	133(93.0)		
4/B	2(8.0)	23(92.0)		
Sözleşmeli	19(4.3)	426(95.7)		
Toplam	69(8.8)	716(91.2)		

Tablo LXXXII. İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyine Göre Yıldırımaya Uğrama Sıklığı

İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyi	Yıldırma		p	χ^2
	Var	Yok		
1	6(1.9)	302(98.1)		
2	17(10.3)	148(89.7)		
3	24(12.1)	175(87.9)	<0.001	37.339*
4	9(15.5)	49(84.5)		
5	13(23.6)	42(76.4)		
Toplam	69(8.8)	716(91.2)		

* Eğimde ki kare



Şekil 12 . Yıldırımaya Uğrama Durumuna Göre İş Yeri Kaygı Düzeyi

Tablo LXXXIII. Lojistik Regresyon Analizi Sonucuna Göre Yıldırımaya Maruz Kalmayı Etkileyen Etmenler

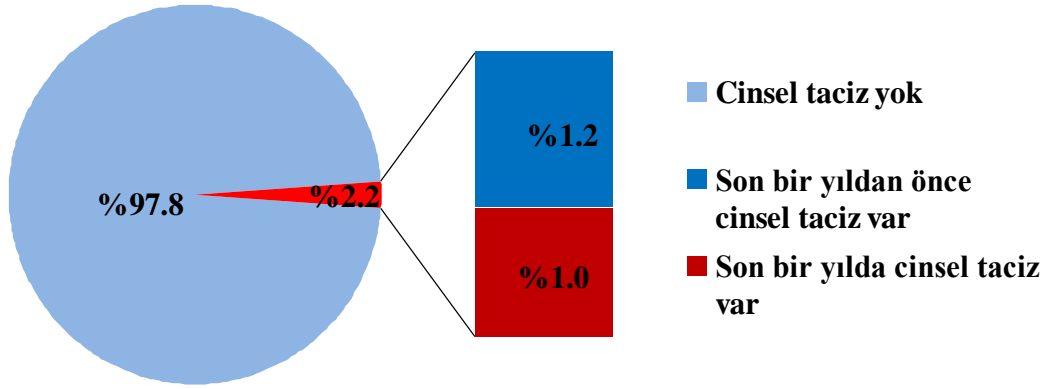
Değişken	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	P	Odds Oranı	%95 GA
Sabit (Referans Grup)	-3.569	0.301	<0.001		
Cinsiyet (Erkek)					
Kadın	0.732	0.291	0.012	2.080	1.176-3.679
Meslek (Diğer*)					
Öğretim üyesi	2.095	0.344	<0.001	8.123	4.136-15.955
Araştırma görevlisi grubu	1.733	0.306	<0.001	5.656	3.107-10.294

* Hemşire grubu, hastabakıcı grubu, ilk karşılama grubu, sağlık teknisyeni grubu, diğer

Yıldırma, kadınlarda erkeklere göre 2.080 kat daha fazla görülmektedir. Diğer çalışanlara göre, öğretim görevlileri 8.123 ve araştırma görevlisi grubu 5.656 kat daha sık yıldırımaya maruz kalmaktadır(Tablo LXXXIII).

4.4.2.3. Cinsel Taciz

Katılımcıların %2.2'si(17) meslek hayatları boyunca iş yerinde cinsel tacize uğradıklarını belirtirken, %1.0'i(8) bunun son bir yıl içinde gerçekleştiğini belirtmiştir(Şekil 13.). Cinsel tacize uğrayanların %62.5'i(5) kadın olup, tacizi gerçekleştirenlerin %37.5'i(3) araştırma görevlisi, %25.0'i(2) hasta, %12.5'i(1) uzman doktor, %12.5'i(1) personel ve %12.5'i(1) hasta yakınıdır. Cinsel tacize uğrayan sekiz kişinin %50.0'si(4) hemşire grubundan olup, birer kişi de araştırma görevlisi, hastabakıcı, sağlık teknisyeni ve diğer olarak adlandırılan grupta yer almaktadır. Cinsel taciz olaylarının dördü serviste çalışanlarda, ikisi poliklinik çalışanlarında, birer tanesi ise acil servis ve diğer olarak adlandırılan grupta çalışanlarda görülmüştür.



Şekil 13 . Katılımcıların Cinsel Tacize Uğrama Sıklıkları

Cinsel tacizi gerçekleştirenlerin %62.5'i(n=5) erkektir ve cinsel tacize maruz kalanların hiç biri bu olayı iş yerinde gerçekleşen sıradan bir olay olarak değerlendirmemiştir. Olayların hepsi sağlık kuruluşu içerisinde gerçekleşirken, %25'i(2) serviste, %25'i(2) poliklinikte meydana gelmiş olup diğer katılımcılar yer belirtmemiştir.

Cinsel tacize verilen tepkilerde ilk sırada %50.0(4) ile olay yerinden uzaklaşma varken, bunu %25.0(2) ile hiçbir şey yapmama, sözlü olarak karşılık verme, olay olmamış gibi davranarak kabullenme; %12.5(1) ile güvenlik görevlisi çağırma, hastane/kurum yönetimine bilgi verme, tutanak tutulmasını sağlama ve arkadaş veya ailesi ile paylaşma izlemektedir. Katılımcılar bu soruda birden fazla seçenek işaretleyebilmişlerdir.

Cinsel tacize uğrayan kişilerin %87.5'i(7) olayı bildirmemiş, bir kişi ise hem kurum yönetimine bilgi vermiş hem de tutanak tutulmasını sağlamıştır. Bu kişi olayın nedenlerini araştırmak için araştırma yapıldığını belirtmiş olup, araştırma sırasında olayın ele alınma şeklinden tatmin olma düzeyine beşli likert ölçeğinde (1. hiç tatmin etmedi...5. çok tatmin etti) üç puan vermiştir.

Cinsel taciz karşısında yöneticinin kendisine sağladığı desteği beşli likert ölçeği ile(1. hiç destek yok...5. tam destek) değerlendiren altı kişinin %33.3'ü(2) beş, %50.0'si(3) dört ve %16.7'si(1) bir puan vermiştir.

Cinsel tacizi başkalarına söylemeyen veya bildirmeyen yedi kişi birden fazla seçenek işaretleyebildikleri bu soruda neden olarak %57.1(4) ile herhangi bir sonuç

alamayacağını düşündüğü için, %28.6(2) ile utandığı için ve %14.3(1) ile çekindiği için bildirimde bulunmadığını belirtmişlerdir. Cinsel tacize uğrayanların %50.0'si bu olayın önlenemeyeceğini belirtmişlerdir.

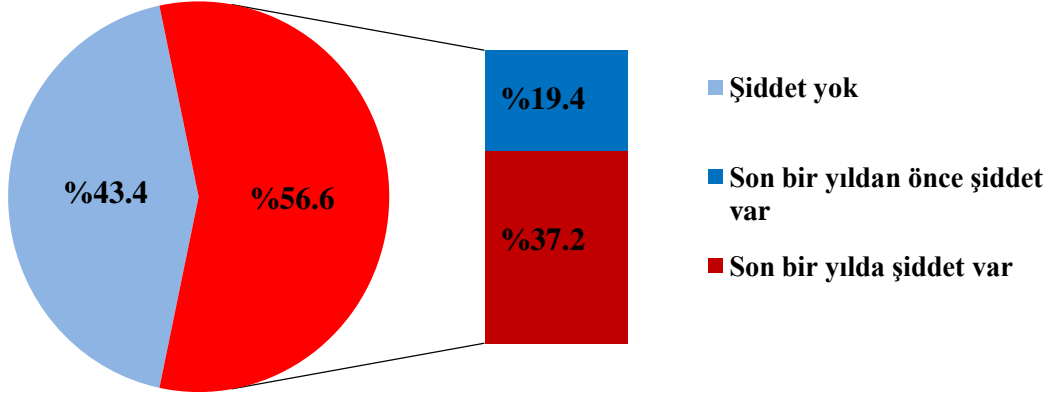
4.4.3. Herhangi Bir Şiddet Türü:

Katılımcıların %56.6'sı (444) meslek hayatları boyunca en az bir kez fiziksel şiddet, sözel kötü davranış, yıldırma veya cinsel tacize maruz kalmışlardır. Bu dört şiddet türü ele alındığında kişilerin maruz kaldıkları şiddet türü sayısı Tablo LXXXIV.'de verilmiştir.

Tablo LXXXIV. Katılımcıların Maruz Kaldıkları Şiddet Türü Sayısı

Sayı	n	%
Kalmamış	341	43.4
1	248	31.6
2	144	18.4
3	48	6.1
4	4	0.5
Toplam	785	100.0

Son on iki ayda katılımcıların %37.2'si (292) herhangi bir şiddet türüne maruz kalmış olup, şiddet türlerinin sayısının kişilere göre dağılımı Tablo LXXXV.'de verilmiştir.



Şekil 14. Katılımcıların Şiddete Uğrama Sıklıkları

Tablo LXXXV. Katılımcıların Son On İki Ayda Maruz Kaldıkları Şiddet Türü Sayısı

Sayı	n	%
Kalmamış	493	62.8
1	206	26.2
2	76	9.7
3	10	1.3
4	0	0.0
Toplam	785	100.0

Son on iki ayda herhangi bir şiddete uğrayanların yaş ortalaması 31.54 ± 6.52 , uğramayanların 32.07 ± 6.95 'tir ($t = 1.041$, $p = 0.298$).

Şiddet olaylarının %67.8'i kadınlarda meydana gelmekte olup, kadınlarla erkekler arasında şiddete uğrama sıklığı açısından anlamlı bir fark vardır (Tablo LXXXVI).

Tablo LXXXVI. Cinsiyet Durumuna Göre Şiddete Uğrama Sıklığı

Cinsiyet	Şiddet		p	χ^2
	Var	Yok		
Kadın	198(40.8)	287(59.2)	0.008	7.148
Erkek	94(31.3)	206(68.7)		
Toplam	292(37.2)	493(62.8)		

Eğitim durumu lise ve üzeri eğitim seviyesinde olanlarda şiddet olaylarının %93.2' si görülmektedir ve şiddete uğrama sıklığı kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak yüksektir(Tablo LXXXVII).

Tablo LXXXVII. Eğitim Durumuna Göre Şiddete Uğrama Sıklığı

Eğitim Durumu	Şiddet		P	χ^2
	Var	Yok		
Ortaokul ve altı	20(14.8)	115(85.2)	<0.001	34.964
Lise ve üzeri	272(41.8)	378(58.2)		
Toplam	292(37.2)	493(62.8)		

Şiddete maruz kalanların %61.0'i evli olan gruptadır(Tablo LXXXVIII)

Tablo LXXXVIII. Medeni Duruma Göre Şiddete Uğrama Sıklığı

Medeni Durum	Şiddet		P	χ^2
	Var	Yok		
Evli	178(35.9)	318(64.1)	0.320	0.990
Diğer *	114(39.4)	175(60.6)		
Toplam	292(37.2)	493(62.8)		

* Bekar(253), boşanmış/ayrı yaşıyor(34), eşi ölmüş(2)

Şiddete maruz kalma ile meslek grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır(Tablo LXXXIX). Yapılan analiz sonuçlarında araştırma görevlisi grubu ve ilk karşılama gruplarında diğerlerine göre daha fazla, diğer olarak adlandırılan grupta ve

hastabakıcı grubunda daha az sıklıkta şiddet görülmektedir ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. Tüm şiddet olaylarının %27.4'ü araştırma görevlilerinde, %24.3'ü hemşirelerde ve %18.5'i ilk karşılama grubunda görülmektedir.

Tablo LXXXIX. Meslek Grubuna Göre Şiddete Uğrama Sıklığı

Meslek	Şiddet		P	χ^2
	Var	Yok		
Öğretim üyesi	29(40.8)	42(59.2)		
Araştırma görevlisi grubu	80(66.1)	41(33.9)		
Hemşire grubu	71(40.3)	105(59.7)		
Hastabakıcı grubu	26(17.1)	126(82.9)	<0.001	126.886
İlk karşılama grubu	54(62.1)	33(37.9)		
Sağlık teknisyeni grubu	20(27.8)	52(72.2)		
Diğer çalışanlar grubu	12(11.3)	94(88.7)		
Toplam	292(37.2)	493(62.8)		

Şiddete maruz kalanların sağlık sektöründeki ortalama çalışma süresi 82.46 ± 73.48 , kalmayanların 77.55 ± 78.06 ay iken ($t = -0.869$, $p = 0.385$); halen çalışmakta oldukları birimde çalışma süreleri maruz kalanlarda 32.76 ± 37.38 , kalmayanlarda 37.69 ± 47.30 'dur ($t = 1.617$, $p = 0.106$)

Şiddet olaylarının çalışılan bölüme göre dağılımına bakıldığında Temel Tıp Bilimleri'nde çalışanların diğer bölümlerde çalışanlara göre istatistiksel olarak daha az şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur (Tablo XC).

Tablo XC. Çalışılan Bölüme Göre Şiddete Uğrama Sıklığı

Çalışılan Bölüm	Şiddet		P	χ^2
	Var	Yok		
Temel Tıp Bilimleri	23(26.4)	64(73.6)	0.010	9.261
Dahili Tıp Bilimleri	145(44.5)	181(55.5)		
Cerrahi Tıp Bilimleri	72(40.9)	104(59.1)		
Toplam	240(40.7)	349(59.3)		

Şiddet olaylarının %35.3'ü serviste, %31.8'i poliklinikte meydana gelmektedir. Çalışılan birime göre şiddete maruz kalma sıklığı incelendiğinde, acil servis ve poliklinik çalışanlarında şiddet anlamlı olarak yüksek; diğer olarak adlandırılan grupta anlamlı olarak düşük bulunmuştur(Tablo XCI).

Tablo XCI. Çalışılan Birime Göre Şiddete Uğrama Sıklığı

Çalışılan Birim	Şiddet		P	χ^2
	Var	Yok		
Servis	103(38.1)	167(61.9)	<0.001	51.199
Poliklinik	93(55.0)	76(45.0)		
Laboratuvar	30(29.1)	73(70.9)		
Yoğun bakım/ameliyathane	26(31.3)	57(68.7)		
Acil servis	16(55.2)	13(44.8)		
Diğer	24(18.3)	107(81.7)		
Toplam	292(37.2)	493(62.8)		

Çalışanların istihdam şekline bakıldığında 4/B'li ve 2547 sayılı kanuna tabi çalışanların diğer çalışanlara göre anlamlı olarak daha fazla sıklıkta şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur(Tablo XCII).

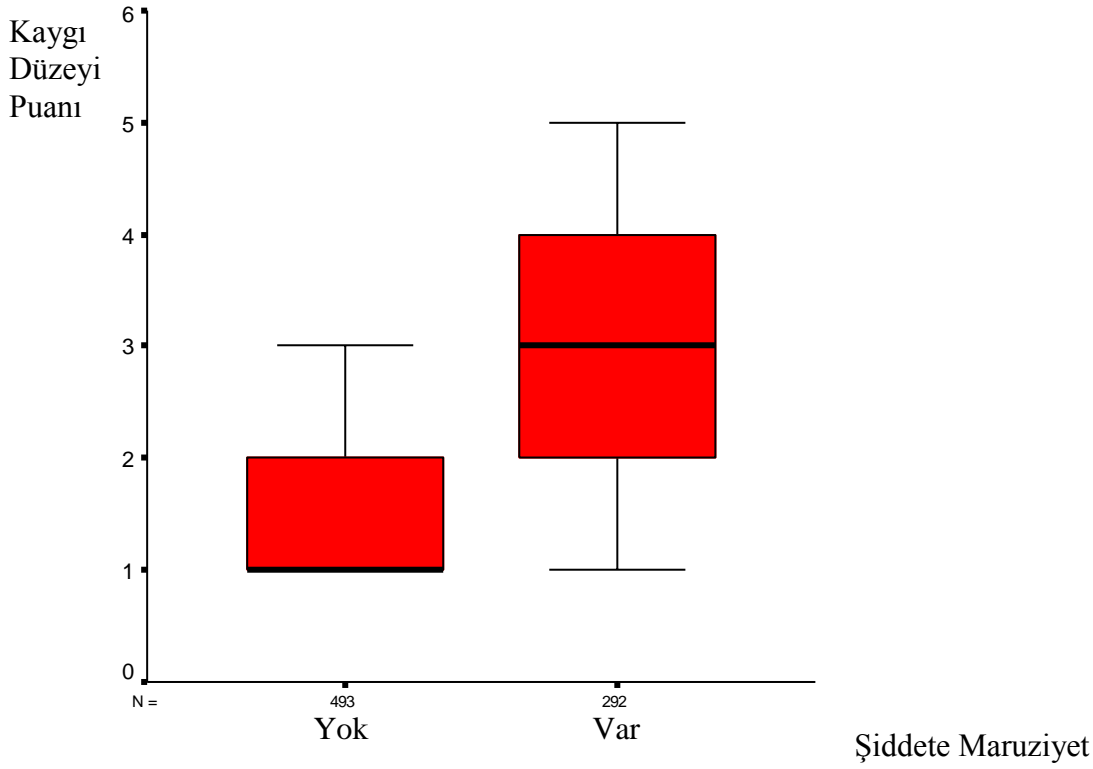
Tablo XCII. İstihdam Şekline Göre Şiddete Uğrama Sıklığı

İstihdam Şekli	Şiddet		p	χ^2
	Var	Yok		
2547	99(57.6)	73(42.4)		
657	49(34.3)	94(65.7)		
4/B	15(60.0)	10(40.0)	<0.001	49.449
Sözleşmeli	129(29.0)	316(71.0)		
Toplam	292(37.2)	493(62.8)		

Tablo XCIII. İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyine Göre Şiddete Uğrama Sıklığı

İş Yeri Şiddeti Kaygı Düzeyi	Şiddet		p	χ^2
	Var	Yok		
1	38(12.3)	270(87.7)		
2	62(37.6)	103(62.4)		
3	113(56.8)	86(43.2)	<0.001	162.164*
4	35(60.3)	23(39.7)		
5	44(80.0)	11(20.0)		
Toplam	292(37.2)	493(62.8)		

*Eğimde ki kare



Şekil 15. Herhangi Bir Şiddet Türüne Uğrama Durumuna Göre İş Yeri Kaygı Düzeyi

Tablo XCIV. Lojistik Regresyon Analizi Sonucuna Göre Herhangi Bir Şiddet Türüne Maruz Kalmayı Etkileyen Etmenler

Değişken (Referans Grup)	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	p	Odds Oranı	%95 GA
Sabit	-1.612	0.164	<0.001		
Cinsiyet (Erkek)					
Kadın	0.640	0.172	<0.001	1.896	1.353-2.659
Meslek (Diğer[*])					
İlk karşılama grubu	1.740	0.249	<0.001	5.698	3.496-9.288
Araştırma görevlisi grubu	1.212	0.267	<0.001	3.360	1.993-5.665
İstihdam şekli (Diğer[†])					
2547	0.907	0.236	<0.001	2.476	1.559-3.934
4/B	1.536	0.426	<0.001	4.647	2.018-10.701

^{*} Öğretim üyesi, hemşire grubu, hastabakıcı grubu, sağlık teknisyeni grubu, diğer

[†] 657 sayılı kanuna tabi, sözleşmeli

Yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, diğer çalışanlara göre araştırma görevlisi grubu 3.360 kat, ilk karşılama grubu 5.698 kat daha fazla şiddete maruz kalmışlardır. Kadınlar erkekler göre 1.896 kat daha sıklıkta şiddete maruz kalırlarken, istihdam şekillerine göre 2547 sayılı kanuna tabi alışanlar 2.476, 4/B alışanlar 4.647 kat diğer çalışanlardan daha fazla şiddete uğramışlardır(Tablo XCIV).

5.TARTIŞMA

5.1. TEHLİKE ve RİSK ALGISI

Çalışmaya katılanların tehlike ve risk algısında ilk beş sırada, hava yolu ile bulaşan enfeksiyonlar, uygun olmayan pozisyonda veya ayakta uzun süre durma, kan ve kan ürünleri ile bulaşan enfeksiyonlar, temizlik amacı ile kullanılan kimyasalların ciltte tahriş yapıcı etkisi ve eldiven kullanımının ciltte yaptığı tahriş yapıcı etki yer almaktadır. Çalışanlar hekim, hemşire ve diğer çalışanlar olarak gruplandığında ise gruplar arasında tehlike ve risklerin önem sırasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Risk algısı, çalışanların bilgi ve deneyimlerinden, ekonomik, politik, psikolojik ve kültürel özelliklerinden, kitle iletişim araçlarından, çalışma ortamındaki tehlike ve risklerden, sorunların şekillenip gerçekleşme biçiminden etkilenmektedir. Son yıllarda üzerinde en çok durulan konulardan olan ve medyada sık sık gündeme getirilen grip nedeni ile hava yolu ile bulaşan enfeksiyonların tüm çalışan grupları arasında algılanan risk olarak ilk sırada yer aldığı düşünülebilir.

5.2. ANTİNEOPLASTİK İLAÇLAR

Onkoloji servisi ve kemoterapi ünitesinde belirlenen 10 farklı noktadan sıcaklık ve nem ölçümleri yapılmıştır. Bulunan ortalama sıcaklık değeri 25.19 ± 0.16 °C (min:25-maks:25.5)'dir. Çalışma alanlarında ayakta yapılan işlerde 17-18 °C, oturarak yapılan işlerde ise 19 °C sıcaklık ideal olarak kabul edilmektedir(77). Bu açıdan değerlendirildiğinde ortam sıcaklığı istenilen düzeylerin üzerindedir. Nem oranının ise %30-75 arasında olması uygun olarak kabul edilmektedir. Bu değerler ile karşılaştırıldığında ortam nem oranının 54.22 ± 1.02 (min:52.60-maks:56.00) ile istenilen düzeyde olduğu söylenebilir.

Hastanelerde koridorlarda 150-300 lux, hasta odalarında 100-200 lux, muayene ve tedavi odalarında 200-500 lux aydınlatmanın olması gerekmektedir(78). Onkoloji servisi ve kemoterapi ünitesi koridorlarında bu değerler sırası ile 171 ve 251 lux olarak ölçülmüştür. Tedavi hizmeti verilen üç kemoterapi odasında bu değerler 322, 179 ve 178; rasgele olarak seçilen üç hasta odasında da 332, 196 ve 188 lux olarak ölçülmüştür. Biyolojik güvenlik kabininin bulunduğu odada aydınlatma seviyesi 177 lux, kabin içinde ise 399 lux seviyesindedir. İki kemoterapi odası dışındaki değerler belirlenen standartlara uygun bulunmuştur. Aynı şekilde sekiz saatlik sürede ölçülen 60.2 dBA ses seviyesi, Gürültü Yönetmeliği'ndeki çalışanların sekiz saatlik çalışma süresinde maruz kalabilecekleri üst sınır olan 87 dBA ses seviyesinin altında bulunmuştur.

Onkoloji servis çalışanlarında en yüksek sıklıkta yaptırılan aşı %77.2 ile Hepatit B iken, sorgulanan beş aşıdan hepsini yaptıran bulunmamaktadır. Çalışanlara koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği, bağışıklanma durumlarının takip edildiği, işe giriş, periyodik ve işten çıkış muayenelerinin yapıldığı çalışan sağlığı birimlerde, antineoplastik ilaçlar ile çalışan tüm personelin sağlık ile ilgili bilgileri kayıt altına alınmalıdır.

Antineoplastik ilaçlarla ilgili son bir yılda meydana gelen kazaların oluştuğu süreçlere bakıldığında, sıklık sırasına göre ilaç hazırlanması, taşınması ve uygulanması şeklinde sıralandıkları görülmektedir. Meydana gelen 12 kazanın yedisi (%58.3) ampul formunda kullanılan ilaçların yere düşmesi, çalışanın elinde kırılması veya dökülmesi sonucu meydana gelmiştir. ADÜTFH’de antineoplastik ilaçlardan cytosine arabinoside ve fluorourasilin ampul formları kullanılmaktadır. Bu ilaçların alımlarında ampul yerine flakon formlarının alınması, antineoplastik ilaçlar ile ilgili kazaların yarısından fazlasının önlenmesini sağlayacaktır. Serum setinin bağlantı noktalarından ilaç sızıntısı olması şeklinde gerçekleşen kazalar %25 oranındadır. Biyolojik güvenlik kabini içerisinde, antineoplastik ilaçların serum içine konulmadan önce ve sonra serum setinde sızıntı kontrolü yapılması bu tür kazaların önüne geçilmesi için yeterlidir. Kazaların %16.6’sı serum içine ilaç verilirken enjektör ile iğne ucu bağlantısının çıkması sonucu ilaç sıçraması sonucu oluşmuştur. Biyolojik güvenlik kabinlerinde ilaç hazırlanması sırasında 10 cc.den büyük enjektörlerde kilitli enjektör sistemi kullanılmaktadır. Daha küçük hacimdeki enjektörlerde ise bu sistem yoktur. Özellikle 1ml. altında ilaç uygulanması gereken durumlarda kilitli sistem olmayan, günlük serviste kullanılan enjektörler tercih edilmekte ve bu nedenle kazalar olabilmektedir. Hastane yönetimleri tarafından alımlar yapılırken, kilitli sistem enjektörlerin tercih edilmesi bu yolla oluşan kazaların önlenmesi için önemlidir.

Hastanede uygulanan antineoplastik ilaçların çok büyük bir kesimi, kemoterapi ünitesinde çalışan hemşireler tarafından hazırlanmaktadır. Burada çalışan dört hemşirenin üç tanesi Sağlık Bakanlığı ve Onkoloji Hemşireleri Derneği tarafından düzenlenen “Kemoterapi Hemşireliği Sertifikası”na sahiptir. Bir hemşire ise bu eğitim programına katılmamıştır. Bu hemşireden başlamak üzere onkoloji, hematoloji, pediatri, göğüs hastalıkları gibi bölümlerde ilaç hazırlama ve uygulaması yapan çalışanların sertifikasyon eğitim programlarına alınması hem çalışan hem de hasta sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Onkoloji servisi çalışanlarının hiçbirisine periyodik sağlık muayenesi yapılmamıştır. Çalışanların %59’u kendi istekleri ile bazı tahliller yaptırmış olup, bu anlamda

yapılan tahlillerin kapsamı kişiler arasında farklılıklar göstermektedir. 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi” yayımlanmıştır(28). Bu rehberde çalışanların işe başlamadan önce, çalışırken yılda veya iki yılda bir, akut maruziyet durumlarında ve işten çıkışlarda tıbbi değerlendirilmesinin yapılması ve bunların kaydının tutulması istenmektedir. Tıbbi değerlendirmenin de öykü, fizik muayene, tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri ve idrar analizini içermesi gerektiği bildirilmektedir. Hastane bünyesinde faaliyet gösteren çalışan sağlığı birimlerinde, bu çalışanların belirlenen standartlara göre işe giriş ve periyodik muayenelerinin yapılması ve çalışanların sağlık bilgilerinin kayıt altına alınması gereklidir.

Kemoterapi ünitesi tarafından 2010 yılı içerisinde 2781 hastaya tedavi uygulanmıştır. Bunun yanında hastanenin diğer servislerinde yatan hastalarında antineoplastik ilaçları bu üniteye hazırlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında antineoplastik ilaç hazırlama merkezi kurulması hakkında bir genelge yayımlanmıştır(79). Bu genelgede günlük antineoplastik ilaç uygulama sayısı yedi ve daha fazla olan hastanelerde Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezi kurulması ve tercihen bu işlemin hastane eczanesinin bu iş için ayrılmış bir bölümünde eczacı tarafından yapılması gerektiği belirtilmiştir. İlaç hazırlama işleminin hasta ve çalışan hareketliliğinin göreceli olarak daha az olduğu hastane eczanesinde yapılması hem çalışanların hem de hastaların sağlığının korunması açısından önemlidir.

Kemoterapi ünitesi ve onkoloji servisinde kullanılan antineoplastik ilaçlar fluorouracilin ampul formları dışında günlük olarak hastane eczanesinden çekilmektedir. Fluorouracil ampulleri ise onkoloji servisinde diğer ilaçların da bulunduğu bir dolap içerisinde saklanmaktadır. Bu ilaçların diğer ilaçlardan ayrı bir dolapta ve yetkili personel dışında kişilerin ulaşamayacağı bir şekilde saklanması gereklidir. İlaçların bulunduğu bu bölümde, antineoplastik ilaçların bir listesi olmasına karşın dökülme ve kaza gibi durumlarda yapılacak uygulamalara ilişkin bir rehber asılmamıştır. Dökülme gibi durumlarda kullanılabilecek dökülme acil setinin içeriği ise uygun değildir. İlgili yönetmelik ve rehberler gereği bu tür ilaçların listesi, dökülme durumlarında yapılacak işlemler tüm personelin görebileceği bir şekilde ilaç depolanan ve hazırlanan yerlerde asılı olmalıdır. Bu gibi durumlar için de içeriği uygun bir dökülme acil seti hazır bulundurulmalıdır.

Biyolojik güvenlik kabininin bulunduğu ilaç hazırlama ortamına giriş-çıkışların sınırlandırılması, görevli olmayan personelin girmemesi için kapıda herhangi bir

uyarı bulunmamak ve diafon sistemi kullanılmamaktadır. İlgili yönetmelik ve rehberlerde diafon sisteminin kurularak odaya girişlerin en aza indirgenmesi istenmektedir(28,29,30,33). Bu odada dökülme acil seti ve göze ilaç sıçraması durumunda kullanılması için göz yıkama solusyonu bulunmamaktadır. Antineoplastik ilaçlara maruziyet durumunda, erken müdahale edilmesi önemli olduğu için bu ekipmanların hazır durumda bekletilmesi önemlidir.

Kullanılan biyolojik güvenlik kabini, kabin içindeki havayı dışarı veren sınıf II B tipinde olup, yönetmelikte istenilen özellikleri taşımaktadır. Kabin mesai saatleri bitiminde ve hafta sonu günlerde kapatılmaktadır. Biyolojik güvenlik kabinlerinin 24 saat çalışır durumda bekletilmesi ve ilaç hazırlığı yapılmadığı durumlarda camın kapalı durumda olması yeterlidir. Herhangi bir teknik sorun veya kabinin yerinin değiştirilmesi gibi durumlar dışında, kabinlerin bakımının ise en az altı aylık aralarla yaptırılması gereklidir. Kabin içerisinde atık kutusu ve kemoterapi örtüsü bulunmaktadır.

Biyolojik güvenlik kabininde ilaç hazırlığı sırasında, kişisel koruyucu araçlardan önlük, maske ve tek kat kemoterapi eldiveni kullanılmakta, gözlük kullanılmamaktadır. Biyolojik güvenlik kabini içerisinde yapılan hazırlık işlemlerinde kabinin cam koruması olduğu için, gözlük kullanımı gerekmez(33). Ancak kemoterapi eldiveninin çift kat kullanılması önemlidir. Kabin içerisindeki işlemler bittikten sonra dış eldivenlerin çıkartılıp, son ürünün etiketlenmesi ve nakil işlemleri için taşıma çantalarına yerleştirilmesi iç eldivenler ile yapılmalı, bu işlemler bittikten sonra iç eldivenler de çıkartılarak ellerin yıkanması önerilmektedir(30). Eldivenler herhangi bir kontaminasyon olmaması durumunda gün sonuna kadar kullanılmaktadır. Eldivenlerin geçirgenliğinin süre ile değiştiği bildirilmiş ve eldivenlerin yırtılması, kontaminasyon olması durumlarında veya 30 dakikada bir değiştirilmesi önerilmektedir(33).

İlaç hazırlığı sırasında kullanılan kişisel koruyucu malzemeler ile ilaç uygulaması sırasında kullanılan enjektörler delici-kesici alet kutusunda biriktirilerek tıbbi atık poşetlerine atılmaktadır. İlaç hazırlığı sırasında kullanılan antineoplastik ilaçlarla kontamine olan tüm malzemelerin tehlikeli atık olarak kabul edilmesi gereklidir. Bu atıklardan enjektör uçları ve açılmış ampuller gibi kesici-delici özelliğe sahip olanlar önce plastik atık kaplarına ve buradan da diğer tüm ilaç hazırlığında kullanılan malzemelerle birlikte sitotoksik atık kutularına atılması gereklidir.

İlaç hazırlama ortamında ilaçları bir seferde dilüe edecek büyüklükte enjektörler ve flakon adaptörleri kullanılmaktadır. Bu adaptörler sayesinde iğne uçları ile

yapılan işlem sayısı ve buna bağlı olarak kazalar da azalmaktadır. Kilitli enjektör sistemlerinin kullanılması ile flakon içine sulandırıcı verirken ve hazırlanan ilacın serum içine verilirken bağlantıların kopmasına bağlı saçılmaların önüne geçilmektedir. Ancak küçük enjektörlerde kilitli sistem kullanılmamaktadır. Özellikle düşük miktarlarda ilaçların hazırlanması gereken durumlarda 5-10 cc.lik enjektörler kullanılmaktadır. Bu enjektörlere uygun kilitli sistemlerin kullanılması, bu yolla oluşan kazaları önleyerek, çalışanların maruziyetini en aza indirgeyecektir.

Hazırlanan ilaçların, uygulama alanlarına götürülmesinde pediatri servisi dışında tepsi veya kapalı olmayan plastik kutu veya metal sepetler kullanılmaktadır. Pediatri servisinde ise ağzı kapalı plastik kaplar kullanılmaktadır. İlaç nakil kaplarının üzerinde içerisinde tehlikeli ilaç olduğu yönünde uyarı işareti olmalı ve kaplar düşme ve kırılmalara karşı koruyucu özellik taşımalıdır(28,30,33).

İlaç uygulama sırasında uygun kişisel koruyucu önlemler alınmamaktadır. Bu alanda kullanılan eldivende lateks özelliğindedir. Uygulama alanlarında tüm kişisel koruyucuların kullanılması, çalışan sağlığının korunması için önemlidir. Ayrıca ilaç uygulama alanlarının altına sızıntı gibi durumlara karşı emici özellikte kemoterapi pedi konulması önerilmektedir(30). İlaç uygulandıktan sonra boşalan serumlar setleri ile birlikte sitotoksik atık kutularına atılmakta, ancak bu alanda kullanılan enjektörler kesici-delici alet kabına atıldıktan sonra tıbbi atık poşetlerine atılmaktadır. İlaç uygulama alanında kullanılan tüm malzemelerin tehlikeli atık olarak kabul edilerek, sitotoksik atık kutularına atılması gereklidir.

5.3. İŞ YERİ ŞİDDETİ

Fiziksel şiddet, tehlike olarak algılanma sırasında ilk sıralarda yer almamaktadır. Çalışanların mevcut tehlike ve riskleri olduğundan daha az algılaması, bu durumlara daha hazırlıksız yakalanmasına yol açabileceği gibi, bu konu ile ilgili alınacak önlemlerin etkinliğinin azalmasına da neden olabilir. Bu nedenle hastane yönetimleri tarafından şiddete karşı bilgilendirici, duyarlılık artırıcı, farkındalık kazandırıcı eğitimler yapılması gereklidir.

Araştırmaya katılanların %56.6'sı meslek hayatları boyunca en az bir kez, %37.2'si son bir yıl içinde şiddete maruz kalmışlardır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili yapılmış en kapsamlı çalışmalardan olan ILO, ICN, DSÖ ve PCI'nın 2002 yılında yaptıkları çok uluslu çalışmada son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüne maruz kalma sıklığı Bulgaristan'da %75.8, Avustralya'da %67.2, Güney Afrika'da %61.0, Tayland'da

%54.0, Brezilya'da %46.7 olarak bulunmuştur (64). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde sağlık çalışanlarında son bir yılda şiddet sıklığı %62.8, Erzurum'da yapılan bir çalışmada %68.1, Eskişehir-Ankara- Kütahya'da yapılan çalışmada %50.8 olarak bulunmuştur (66,68,69). Kıdak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bir eğitim ve araştırma hastanesinde şiddet sıklığı %56.4, Ergör ve arkadaşlarının sağlık ocaklarında yaptığı araştırmada ise %58.7 bulunmuştur(80,81). Şiddet konusunda yapılan çalışmalarda, araştırmanın evreni ve yapıldığı yerler çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. Ankara Üniversitesi'ndeki çalışma ile Kıdak ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmanın evrenini hekim ve hemşireler oluştururken, Erzurum'daki çalışma hekim, hemşire, sağlık memuru ve teknisyenler arasında yapılmış, diğer hastane çalışanları araştırmaya dahil edilmemiştir. Ergör ve arkadaşlarının çalışması ise birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılmıştır. Hekim ve hemşirelerde yapılan çalışmalarda şiddet sıklığının yüksek bulunması, bu gruplarda şiddetin daha sık görülmesi nedeni ile beklenen bir durumdur.

Şiddet türlerine bakıldığında son bir yıl içinde katılımcıların %5.2'si fiziksel şiddet, %36.2'si psikolojik şiddete (%34.4'ü sözel kötü davranış, %8.8'i yıldırma ve % 1.0'i cinsel taciz) maruz kalmışlardır. ABD'de sağlık çalışanlarında yapılan araştırmada fiziksel şiddet %7.2, fiziksel olmayan şiddet sıklığı ise %30.6 olarak bulunmuştur. Türkiye'de hastanelerde yapılan çalışmalarda fiziksel şiddet sıklığı %7 ile %12 arasında değişmekte olup, aynı çalışmalarda sözel şiddet %59 ile %87 arasında bulunmuştur(68,69). Bu çalışmada şiddetin alt bileşenlerinin ve buna bağlı olarak da genel olarak şiddet sıklığı diğer yapılan çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni diğer çalışmalarda sağlık alanında çalışan bazı meslek grupları özellikle de hekim ve hemşireler çalışma grubunu oluştururken, bu çalışmada şiddete uğrama sıklığı daha az olan hastabakıcı, temizlik personeli gibi meslek gruplarının da çalışma kapsamına alınması olabilir.

Tüm şiddet olayları ele alındığında şiddete uğrayanların yaş ortalaması, uğramayanlara göre daha düşük olarak bulunmuştur. Bu durum fiziksel şiddet ve sözel kötü davranış için de aynı şekilde olup, farklı olarak yıldırma maruz kalanların yaş ortalaması kalmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu durum yıldırmanın en sık görüldüğü çalışan grubu olan öğretim üyelerinin daha ileri yaş grubunda olmasından ve yıldırma konusundaki farkındalıklarının diğer çalışanlarına göre daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Fiziksel şiddete maruz kalanların sağlık

sektöründeki çalışma süreleri kalmayan gruba göre daha az, sözel kötü davranışta daha fazladır. Yıldırma ise sözel kötü davranışla aynı şekilde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Genel olarak şiddete maruz kalanlarda ise kalmayanlara göre sağlık sektöründeki çalışma süresi ortalaması daha fazladır. Sektördeki çalışma süresi arttıkça, hasta ve hasta yakınları ile ilişkilerle ilgili deneyimlerin arttığı ve daha yüksek sıklıkta hasta ve hasta yakınlarından kaynaklanan fiziksel şiddete maruziyette azalma olduğu söylenebilir. Yıldırma daha yüksek sıklıkta yönetici/amir ile öğretim üyeleri tarafından uygulanmaktadır. Sağlık personelinin sektördeki çalışma süresi arttıkça, kişi çalışma hayatında daha aktif rol almakta, sorumluluk üstlenmektedir. Bu kişiler öğretim üyesi ile yönetici/amir konumundaki kişilerle daha yakın ilişkiler içinde olduğundan bu şiddet türü daha sık görülüyor olabilir.

Fiziksel şiddet acil servis çalışanlarının %24'ünde, poliklinik çalışanlarının %9.5'inde görülmüştür. Sözel kötü davranış ise acil servis çalışanlarının %52'sinde, poliklinik çalışanlarının %47'sinde görülmüş olup her iki şiddet türü sıklığı için bu iki grup diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek şiddete maruz kalmışlardır. Yıldırma ise en sık %12 ile poliklinik, %10 ile servis ve % 9 ile laboratuvar çalışanlarında görülmüştür. Tüm şiddet türleri dikkate alındığında acil servis ve poliklinik çalışanlarının %55'i, servis çalışanlarının %38'i şiddete maruz kalmışlardır. ABD'de acil servis çalışanlarında yapılan çalışmada fiziksel şiddet sıklığı %28, sözel şiddet sıklığı %75 olarak bulunmuştur(82). Yapılan başka bir çalışmada en sık şiddet görülen yerin acil servis ikinci sıklıkta ise yataklı servisler olduğu belirtilmiştir(83). Türkiye'de yapılan çalışma da ise şiddetin en sık görüldüğü yerler acil servis ve servis olarak bulunmuştur(66). Acil servisler, ani ortaya çıkan ve yaşamı tehdit eden durumlarda başvuru alan, hem çalışanlar hem de hasta ve hasta yakınları için yüksek stres düzeyine sahip ortamlardır. Bu stresli ortamda hastanın uzun süre beklemesi, tedavi süresinin uzaması gibi nedenlerle şiddet olayları daha sık görülmektedir. İş yeri stresinin fazla görüldüğü çalışan gruplarında strese karşı bireysel ve örgütsel stratejiler geliştirilmesi, iş stresinin azaltılması ve kronikleşmemesi yönünde katkılar sağlanması açısından oldukça önemlidir(42).

Kadınların %41'i erkeklerin %31'i şiddetle karşılaşmış olup, kadınlar erkeklere göre 1.8 kat daha fazla şiddete maruz kalmaktadırlar. Erkeklerde fiziksel şiddet, kadınlarda sözel kötü davranış ve yıldırma daha sık görülmektedir. DSÖ çalışmasında ülkelere göre değişiklik olmakla birlikte genel olarak fiziksel şiddetin erkeklerde, sözel kötü davranış ve yıldırmanın kadınlarda sık görüldüğü bildirilmiş olup bu sonuç bu araştırmanın sonuçları ile

uyumludur(64). Aynı şekilde İngiltere Tabip Örgütü araştırmasında da kadınlarda şiddetin daha sık görüldüğü belirtilmiştir(84). Türkiye’de yapılmış bazı çalışmalarda şiddetin kadınlarda sık görüldüğü bulunmuştur (66,68,85).

Tüm şiddet türleri ele alındığında diğer çalışanlara göre araştırma görevlileri 3.7, ilk karşılama grubu 5.7 kat daha fazla şiddete maruz kalmaktadırlar. Sıklık sırasına göre fiziksel şiddet en fazla ilk karşılama grubu, araştırma görevlileri ve hemşirelerde görülürken; sözel kötü davranış araştırma görevlileri, ilk karşılama grubu ve hemşirelerde; yıldırma ise öğretim üyeleri, araştırma görevlileri ve hemşirelerde görülmektedir. Genel olarak tüm şiddet çeşitleri araştırma görevlileri ve hemşirelerde sık görülmektedir. Bu iki grup çalışan, hasta ve hasta yakınları ile hastaneye ilk başvurusundan taburculuğuna kadar direkt bir temas ve iletişim içindedir. Bu iletişim süreci içinde oluşabilecek fiziksel şiddet ve sözel kötü davranış durumlarında müdahale eden ilk karşılama grubu içindeki güvenlik görevlileri de bu iki şiddet türünün görülme sıklığında ilk sıralarda yer almaktadır. Ayrıca polikliniklerde hastalar ilk müracaatlarında yine ilk karşılama grubu içindeki sekreterlerle iletişim içinde olmaktadır. Burada dikkat çeken durum yıldırmanın en sık, diğer şiddet türlerinde ön planda olmayan hatta bu çalışmada fiziksel şiddetin son bir yılda hiç görülmediği çalışan grubu olan öğretim üyelerinde görülmesidir. Üniversitelerde çalışan akademik personelin iş yerinde karşılaştığı psikolojik şiddet davranışlarını inceleyen bir çalışmada, akademisyenlerin %90’ı psikolojik şiddet davranışı ile karşılaştığını, %17’si ise kasten psikolojik şiddet davranışına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir(86). Bu durum çalışanın iş yerindeki statüsü arttıkça yıldırmanın artması ile ve eğitim düzeyi arttıkça yıldırma konusundaki farkındalığın artması ile açıklanabilir. Bu durumu destekler nitelikte psikolojik şiddete en fazla maruz kalan çalışanların yönetici grubundakiler, en az görülen grubun ise hastabakıcılar olduğu belirtilen çalışmalar mevcuttur(87). Hastane yönetimleri şiddet ile ilgili bir bildirim sistemi kurarak, çalışanlarına bu sistemi kullanmak amacı ile eğitim vermeli ve sistemin kullanılmasını teşvik etmelidir.

Çalışılan bölüme göre değerlendirildiğinde şiddet en sık %45 ile Dahili Tıp çalışanlarında, %41 ile Cerrahi Tıp çalışanlarında görülmekte olup, bu iki bölüm çalışanları istatistiksel olarak da anlamlı düzeyde Temel Tıp çalışanlarından fazla şiddete maruz kalmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda genel olarak dahili ve cerrahi bilimlerde çalışanların birbirine yakın düzeyde ve temel bilimler çalışanlarına göre daha fazla oranda şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur(22, 65)

Çalışanların istihdam şekline bakıldığında tüm şiddet türleri içinde 4/B ve 2547 sayılı kanuna tabii çalışanların, diğer çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha sık şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur. 4/B'li çalışanlar diğer çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık fiziksel şiddete maruz kalırken, 2547 sayılı kanuna tabi çalışanlar ise yine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık sözel kötü davranış ve yıldırma maruz kalmışlardır. 2547 sayılı kanuna tabi çalışanlar öğretim üyesi ve araştırma görevlisi olduğu için genel olarak tüm şiddet türlerinin ve sözel kötü davranış ile yıldırmanın bu istihdam şekli ile çalışanlarda görülmesi beklenen bir durumdur. 4/B'li çalışanların şiddete ve şiddet türlerinden fiziksel şiddete daha fazla maruz kalması bu şekilde istihdam edilenlerin sektördeki çalışma deneyimlerinin daha az olmasına ve hastane içindeki görevlerinin fiziksel şiddetin daha sık görüldüğü acil servis gibi birimlerde yoğunlaşması ile açıklanabilir. Araştırmaya katılanların %56'lık bir kesimini sözleşmeli çalışanlar oluşturmaktadır. Bu grup içinde ağırlıklı olarak temizlik personeli ve hastabakıcılar olmakla birlikte, önemli bir kısmını da hemşire ve ilk karşılama grubu oluşturmaktadır. Sözleşmeli çalışanların diğer tüm istihdam şekillerinde çalışanlara göre daha az şiddete maruz kalmaları dikkat çekicidir. Sözleşmeli çalışanların iş ile ilgili güvencelerinin diğer istihdam şekillerine göre daha az olması nedeni ile özellikle amir konumundaki kişiler tarafından gerçekleştirilen şiddet olaylarını bildirmeye çekinmeleri bunun en önemli nedenlerinden birisi olabilir. Ayrıca güvencesiz istihdam koşullarına sahip çalışanların çalıştığı örgütün durumu ile ilgilenmeme ve bu konuda konuşmama gibi davranışlar sergilediği bildirilmiştir(88).

Fiziksel şiddet olaylarının %80'i hafta içi günlerde, yaklaşık yarısı 16-24 saatleri arasında meydana gelmektedir. Araştırmalar şiddetin en sık olduğu saati 16.00-20.00 olarak göstermektedir(89). Bu saatlerde hasta yoğunluğunun fazla olması, çalışan sağlık personeli özellikle hekim sayısının mesai saatine göre daha az olması, hastaların bekleme süresini arttırıp şiddet olaylarının daha sık görülmesine neden olabilir.

Fiziksel şiddeti gerçekleştirenlerin çok büyük bir kısmı hasta ve hasta yakınlarıdır. Sözel kötü davranış uygulayanların yarısından fazlası hasta ve hasta yakını iken bunu öğretim üyesi ve yönetici/amir izlemektedir. Yıldırma olaylarında ise bu sıra öğretim üyesi, yönetici/amir ve personel şeklindedir. Çalışanların statüsü arttıkça yıldırma daha sık görülmekte olup yıldırma uygulayan kişiler çoğunlukla kurum çalışanlarıdır. Yurt dışında yapılan araştırmalarda fiziksel şiddeti uygulayan kişilerin sıklığında hasta ve hasta yakınları

ilk sırada iken, sözel kötü davranış ve yıldırmada yönetici/amir ve personel ilk sıraları almakta olup, sonuçlar bu araştırmanın bulguları ile örtüşmektedir (64,90,91).

Kişilerin şiddet olayı karşısında en sık güvenlik görevlisi çağırma ve hastane yönetimine bilgi verme davranışı sergiledikleri görülmektedir. Burada dikkati çeken 41 fiziksel şiddet olayının dokuzunda (%22.0) kişiler “olay olmamış gibi davranarak kabullendim” cevabını vermişlerdir. Hastane yönetimine bilgi verilen olayların yarısında yasal/idari işlem başlatılırken, %39’unda herhangi bir işlem yapılmamıştır. Yine kurum yönetimine bilgi verenlerin %44’ü yönetimin yaptığı işlemde tatmin olmadığını belirtmişlerdir. Hastane yönetimine bilgi verilmeyen 23 fiziksel şiddet olayının %48’inde bilgi verilmeme nedeni herhangi bir sonuç alınamayacağını düşünme olarak belirtilmiş olup ikinci sıklıktaki neden şiddet olayının önemli bulunmaması olarak belirtilmiştir.

Fiziksel şiddet sonucunda kişilerde ortaya çıkabilecek bazı durumlara katılımcıların beş üzerinden puan istenmiş ve bu durumlardan “sürekli tetikte olmak” durumu en yüksek puanı almıştır. Fiziksel şiddete maruz kalan 41 kişinin % 24’ü şiddet sonrası bir sorun yaşamadığını belirtirken, kalan kişilerin tümü psikolojik sorunlar yaşadığını, dört katılımcı ilave olarak fiziksel, bir katılımcı ise cinsel sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Sözel kötü davranışa uğrayanların %57’si olaydan sonra çalışma saatlerinde huzursuzluk ve tedirginlik hissettiğini belirtirken, %56’sı sürekli tetikte olduğunu belirtmiştir. Yıldırmaya uğrayanlarda ise bu sıklıklar her ikisi içinde %67’dir. Yapılan çalışmalarda şiddetin sağlık çalışanları üzerinde uzun süreli önemli etkileri olduğu ve kişilerde moral ve güven kaybı, çaresizlik, korku, tükenmişlik, kendini suçlama, iş değiştirme gibi sonuçlara yol açtığı belirtilmiştir(92,93,94). Türkiye’de yapılan bir çalışmada şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %56’sı anksiyete bulguları gösterirken, %44’ü herhangi bir sorun yaşamadığını belirtmiştir(95).

Fiziksel şiddete uğrayanlara bu şiddetin nedeni sorulduğunda, %44’ü hasta ve yakınlarının yetersiz bilgilendirilmesini, %37’si hastanın uzun süre beklemesini, %24’ü saldırganlık ilave ilaç veya madde kullanımı gibi nedenlerden dolayı şiddetin gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada şiddet nedeni olarak %46 ile uzun bekleme zamanı, %15 ile tedaviden memnuniyetsizlik ve %10 ile hekimden hoşnutsuzluk olduğu gösterilmiştir(92). Türkiye’de yapılmış bir çalışmada ise ilaç veya alkol kullanımı şiddetin en sık (%31), uzun hasta bekleyişi ise ikinci sık (%25) neden olarak belirtilmiştir(96).

Fiziksel şiddet olaylarının yaklaşık yarısında saldırgan tek kişi iken, %75'inde erkek cinsiyet ve %70'inde 26-40 yaş grubundandır. Sözel kötü davranışların yarısı erkekler, yaklaşık dörtte biri kadınlar, kalan kısım ise erkek ve kadınlar tarafından gerçekleştirilmiştir. Yıldırma olaylarında da aynı durum geçerlidir. Şiddet olaylarında saldırganın erkek cinsiyetten olması beklenen bir durumdur. Gaziantep-Kilis Tabip Odasının yaptığı araştırmada şiddet olaylarının sadece %1.4'ünde erkeklerin rol almadığı bulunmuştur(97).

Yıldırma maruz kalanların %38'i bunu sıradan bir olay olarak değerlendirirken, sözel kötü davranışta bu sıklık %48'e ulaşmaktadır. Bu sıklığın fazlalığı çalışanların iş yerinde yaşanan çatışmaları olağan kabul ederek kanıksamış olmasından kaynaklanabilir.

Sözel kötü davranışa maruz kalanların %24'ü bu duruma sözlü olarak karşılık verirken, %12'si herhangi bir şey yapmadığını, %11'i güvenlik görevlisi çağırdığını belirtmiştir. Yıldırma olaylarında ise %22'si sözlü olarak karşılık verirken, %18'i arkadaş veya ailesi ile %15'i ise iş arkadaşı ile bu durumu paylaşmıştır. Hastane yönetimine bilgi verme sıklığı sözel kötü davranışta %8, yıldırma %10'dur. Yıldırma olaylarının daha çok arkadaş çevresi ve aile ile paylaşıldığı görülmektedir.

Sözel kötü davranış başkalarına söylememe ya da bildirmeme nedeni olarak il sırada %64 ile herhangi bir sonuç alamayacağını düşünmek yer alırken, ikinci sırada %23 ile bu olayı önemli bulmamak yer almaktadır. Yıldırma ise ilk iki sırada aynı nedenler %68 ve %10 ile yer almaktadır. Çalışanların bu tür şiddet olaylarını bildirmeme nedeni olarak sonuç alınamayacağını düşünmesi oldukça çarpıcı bir bulgudur. Yönetimlerin bu gibi şiddet olayları ile ilgili politikalarının olmaması, bu tür olayları önemsememe, geçiştirme, kanıksama gibi algılamaya yol açacak hareketleri çalışanlara da yansımaktadır. Yapılan pek çok çalışma sağlık sektöründeki şiddet olaylarının çok azının bildirildiğini ortaya koymuştur (91).

Sözel kötü davranış sonrasında bildirimde bulunanların %51'i herhangi bir araştırma yapılmadığını, araştırma yapılanların %36'sı da yapılan araştırmadan tatmin olmadığını belirtmiştir. Yıldırma olaylarında ise bildirimde bulunanların %13'ü araştırma yapıldığını belirtmiştir. Sözel kötü davranışa maruz kalanların %50'si amir/yöneticinin sağladığı desteği "hiç destek yok" ya da "destek yok" şeklinde ifade ederken, yıldırma bu oran %53'tür. Yıldırma kurum yönetimi tarafından araştırma yapılma sıklığı oldukça düşüktür. Bunun nedeni bu şiddeti uygulayan kişilerin yönetici/amir, öğretim üyesi gibi

yüksek statüde olan kişilerce daha sık gerçekleştirilmesi ve kurum yönetimi tarafından bu olayların bir şekilde kayıt altına alınmasını istememesinden kaynaklanabilir.

Çalışmaya katılanların %92.5'i daha önce iş yeri şiddeti ile ilgili bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan çalışmada da araştırmaya katılanların %92.6'sının şiddet konusunda herhangi bir eğitim almadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma riskinin azaltabilmek için şiddet yönünden riskli durumları fark etme, potansiyel tehlikeli durumlardan kaçınma ve saldırgan hastalarla baş etme konusunda eğitim almaları gerektiği bildirilmiştir(70).Yapılan bir araştırmada çalışanlara eğitim programları düzenlemenin iş yeri şiddetinin bildirilmesinde artışa neden olduğu bildirilmiştir(98).

Çalışma grubuna iş yeri şiddeti hakkındaki kaygısını beşli likert ölçeğine göre azdan fazlaya doğru 1-5 puan vermeleri istenmiştir. Şiddete maruz kalanlarda kaygı puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir, bu da beklenen bir durumdur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1- Çalışanların algıladıkları tehlike ve risklerin öncelikleri ile gerçekte var olan durum birbirinden farklı olabilir. Kurum yönetimleri tarafından düzenlenen hizmet içi eğitimler ile kişilerin bilgi düzeyleri arttırılarak, çalışanların sağlıklarını ve güvenliklerini ilgilendiren konularda doğru tutum geliştirmeleri sağlanabilir.

2- Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimleri aracılığı ile sağlık çalışanlarına işe giriş ve periyodik muayeneleri yapılabilir, bağışıklama, hizmet içi eğitim, danışmanlık ve tedavi edici hizmetler sunulabilir, çalışanların sağlık kayıtlarının tutularak birinci basamak sağlık hizmetleri verilebilir. Ayrıca bu birimler aracılığı ile çalışanların çalışma ortamları ve yapılan işlerden kaynaklanan tehlikelerini tanımlanarak, risk değerlendirmesi yapılabilir ve gereken önlemler alınabilir.

3- Hastane bünyesinde Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezi kurulmalıdır. İlgili mevzuatta yer aldığı gibi bu merkez hastane eczanesinin bu iş için ayrılmış bir bölümünde bulunmalı ve ilaç hazırlama işlemi eczacı tarafından yapılmalıdır.

4- Ampul formlarında olan ilaçlarda kazalar daha sık yaşandığından, hastane alımları sırasında antineoplastik ilaçların flakon formları tercih edilmelidir.

5- Antineoplastik ilaçların depolandığı, hazırlandığı ve uygulandığı alanlarda, bu ilaçların dökülmesi ve sıçraması gibi durumlarda yapılacak işlemlere ilişkin bir rehber tüm çalışanların görebileceği şekilde asılmalıdır.

6- Antineoplastik ilaçların depolandığı, hazırlandığı ve uygulandığı alanlarda, içeriği uygun dökülme acil setleri ve göz yıkama solusyonları hazır bulundurulmalıdır.

7- Biyolojik güvenlik kabininin bulunduğu odaya giriş-çıkışlar sınırlandırılmalıdır. Bu odanın kapısına uyarıcı yazılar asılmalı, kapıda diafon sistemi kurulmalıdır.

8- Biyolojik güvenlik kabinlerinin 24 saat çalışır durumda bırakılması sağlanmalı ve teknik bakımlarının altı ayda bir yapılması sağlanmalıdır.

9- Kemoterapi ünitesi hemşirelerinden başlamak üzere, antineoplastik ilaç uygulanan tüm bölüm hemşirelerinin Sağlık Bakanlığı tarafından verilen “Kemoterapi Hemşireliği Sertifikası” programına katılması sağlanmalıdır.

10- 10 cc'den küçük hacimli enjektörlerde de kilitli sistem enjektörlerin kullanılması sağlanmalıdır.

11- Özellikle hemşire, temizlik personeli ve hastabakıcılar olmak üzere tüm personele antineoplastik ilaçların depolanmasından atılmasına kadar geçen süreçte yapılması gerekenler ile ilgili hizmet içi eğitimler yapılmalıdır.

12- İlaç nakil işlemlerinde düşme ve kırılmalara karşı koruyucu özellikte olan ve üzerinde tehlikeli ilaç uyarı etiketleri olan nakil kapları kullanılmalıdır.

13- Çalışma sonucunda ADÜTFH çalışanlarında son bir yılda şiddete maruz kalma sıklığı %37.2 olarak bulunmuştur.

14- Kadınlar erkeklere göre 1.9 kat daha fazla şiddete maruz kalmışlardır.

15- Diğer çalışanlara göre, ilk karşılama grubu olarak sınıflandırılan sekreter ve güvenlik görevlilerinde 5.7 kat, araştırma görevlilerinde 3.3 kat daha fazla şiddet görülmüştür.

16- Diğer çalışanlara göre, 4/B şeklinde istihdam edilenlerde 4.6 kat, 2547 sayılı kanuna tabi çalışanlarda 2.4 kat daha fazla şiddet görülmüştür.

17- Fiziksel şiddet diğer çalışanlara göre, ilk karşılama grubunda 4.1 kat, acil servis çalışanlarında 8.1 kat, poliklinik çalışanlarında 2.5 kat ve 4/B şeklinde istihdam edilenlerde 10.1 kat daha fazla görülmüştür.

18- Sözel kötü davranış, kadınlarda erkeklere göre 1.8 kat, diğer çalışanlara göre araştırma görevlilerinde 3.6 kat, ilk karşılama grubunda 4.9 kat, 2547 sayılı kanuna tabi çalışanlarda 1.8 kat daha fazla görülmüştür.

19- Yıldırma kadınlarda erkeklere göre 2.0 kat, diğer çalışanlara göre araştırma görevlilerinde 5.6, öğretim görevlilerinde 8.1 kat daha fazla görülmüştür.

20- Kurum yönetimleri tarafından şiddete karşı politikalar geliştirilmeli, bu politikaların en temel noktası da “şiddete karşı sıfır tolerans” olmalıdır.

21- Sağlık kurumlarında şiddet için etkin bir bildirim ve kayıt sistemi geliştirilmelidir. Şiddet olaylarının büyüklüğüne ve kim tarafından uygulandığına bakılmaksızın hepsinin bildirilmesi teşvik edilmeli ve bunun için standart formlar geliştirilmelidir. Ek-7’de şiddet bildirim için örnek bir form geliştirilmiştir.

22- Şiddetin ortaya çıkmasında kolaylaştırıcı faktör olarak tanımlanabilecek hasta ve hasta yakınlarının uzun süre beklemesi, kişilerin hastaları ve hastalıkları ile ilgili bilgilendirilmemesi gibi sağlık kuruluşundan kaynaklanan ve şiddet riskini arttıran etmenler belirlenerek hastane yönetimleri tarafından gerekli iyileştirmelerin yapılması gereklidir.

23- Çalışmada her üç sağlık çalışanından birinin son bir yıl içinde şiddet gördüğü, her on çalışandan dokuzunun şiddetle ilgili bir eğitim programına katılmadığı

saptanmıştır. Özellikle şiddet yönünden risk altında olan personellerden başlamak üzere tüm hastane çalışanlarına şiddet konusunda bilgilendirici, yönlendirici, duyarlılık artırıcı, farkındalık kazandırıcı eğitim programları düzenlenmelidir.

24- Sağlık kurumları içerisinde şiddeti önlemeye yönelik gerekli çevresel düzenlemeler yapılmalıdır. Özellikle şiddete daha sık karşılaşılan bölümlerde giriş çıkışlar kontrol altında tutulmalı ve yeterli sayıda güvenlik görevlisi bulundurulmalıdır.

25- Herhangi bir şiddet olayına hızlı bir şekilde müdahale etmek amacı ile kurum içinde beyaz kod uygulamasına geçilmeli, bunun için gerekli prosedürler tanımlanmalıdır. Ek-8’de beyaz kod uygulaması için bir kılavuz ve Ek-9’da beyaz kod bildirim formu örnek olarak geliştirilmiştir(99).

26- Yasalarımızda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili olarak mevzuat gücünün artırılması ve caydırıcı özellikte olan yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

27- Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” kapsamında, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan güvenliği komitesinin tanımlanması istenmektedir. Bu konu ile ilgili mevzuat yaptırımları nedeni ile kurum yönetimlerinin gerekli düzenlemeleri yapmaları ve çalışan sağlığı komitesinin hizmetlerini yürüteceği “Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimleri” ni kurmaları gerekmektedir. Kurumlarda şiddetle ilgili politikaların geliştirilmesi, koruyucu önlemlerin alınması, kurum içi düzenlemelerin yapılması, hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi, kayıt ve bildirim sistemlerinin geliştirilmesi bu komite aracılığı ile yapılabilir.

ÖZET

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ'NDE TEMEL TEHLİKELERİN BELİRLENMESİ VE İŞ YERİ ŞİDDETİ ÖRNEĞİ

Bu çalışmanın amacı, Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi çalışanlarının, çalışma ortamında maruz kaldığı temel tehlike ve riskler konusundaki algılarını belirlemek, kemoterapi ünitesi ve onkoloji servisinde antineoplastik ilaçlarla ilgili tehlike değerlendirmesi yapmak, hastane çalışanlarında iş yeri şiddetinin sıklığını ve bunu etkileyen etmenleri saptamaktır.

Çalışma kesitsel analitik tipte olup, Nisan 2010- Nisan 2011 tarihleri arasında yapılmıştır, Hastanede çalışan 1180 kişinin tamamı araştırma kapsamına alınmış, çalışanların %70.2'sine (785) ait bilgiler değerlendirmeye alınmıştır. Veri toplama aracı olarak kullanılan soru formu dört bölümden oluşmaktadır. Genel bilgiler, fiziksel şiddet, psikolojik şiddet, tehlike ve risk algısı değerlendirme formu. Antineoplastik ilaçlarla ilgili tehlike değerlendirmesi için literatür yardımı ile hazırlanmış bir kontrol listesi oluşturulmuştur. Tanımlayıcı istatistiklerde ortalama±standart sapma, ortanca, %25-75 değerler, sayı ve yüzde; gruplar arası karşılaştırmalarda ki kare, Fisher'in kesin testi, student t testi; çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Katılımcıların meslek hayatları boyunca şiddete maruz kalma sıklığı %56.6, son on iki ayda şiddete maruz kalma sıklığı %37.2 olarak bulunmuştur. Son on iki ayda fiziksel şiddet %5.2, sözel kötü davranış %34.4, yıldırma %8.8, cinsel taciz %1.0 sıklıkta görülmüştür. Cinsiyet, eğitim durumu, meslek, çalışılan bölüm, çalışılan birim, çalışanların istihdam şekli ile şiddete uğrama sıklığı arasında anlamlı bir ilişki vardır. Erkeklere göre kadınlar 1.8 kat, diğer çalışanlara göre araştırma görevlileri 3.7 kat ve ilk karşılaşma grubu 5.7 kat daha fazla şiddete maruz kalmışlardır. Fiziksel şiddet erkeklerde, ilk karşılaşma grubunda, dahili tıp bilimleri çalışanlarında, istihdam şekli 4/B olanlarda ve acil servis çalışanlarında daha sık görülürken; sözel kötü davranış kadınlarda, araştırma görevlilerinde, cerrahi ve dahili tıp bilimleri çalışanlarında, 2547 sayılı kanuna tabi olanlarda ve acil servis çalışanlarında; yıldırma kadınlarda, öğretim üyelerinde, dahili tıp bilimleri çalışanlarında, 2547 sayılı kanuna tabi olanlarda ve poliklinik çalışanlarında daha sık görülmektedir. Antineoplastik ilaçlarla ilgili kazaların yarısından fazlası ampul formundaki ilaçların kırılması ve dökülmesi nedeni ile gerçekleşmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin son yıllarda büyük bir artış gösterdiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. İş yerlerinde şiddetin önlenmesi için, çalışanların eğitimi, kurum yönetimlerinin mevcut durumu saptama, şiddet risk gruplarını belirleme, şiddetin önlenmesi için etkin programlar geliştirmesi gibi sorumluluklarının yanında, şiddete karşı gerekli yasal düzenlemelerinde yapılması gerekmektedir. Antineoplastik ilaçların depolanmasından atılmasına kadar olan süreçle ilgili olarak hizmet içi eğitimler düzenlenmeli, çalışan sağlığı birimleri tarafından bu ilaçlara maruziyet riski olan çalışanların periyodik muayeneleri yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: İş sağlığı, iş yeri, sağlık sektörü, sağlık çalışanları, şiddet, antineoplastik ilaç.

İletişim: meteonde@yahoo.com.tr

SUMMARY

DETERMINING THE MAIN HAZARDS IN A UNIVERSITY HOSPITAL AND AN EXAMPLE OF VIOLENCE IN WORKPLACE

The aim of this study is to assess the dangers in chemotherapy units and oncology departments related to the antineoplastic drugs and to determine the frequency of workplace violence against hospital employees in Adnan Menderes University Research and Education Hospital and their perception of risks and hazards in workplace.

This is a cross sectional study conducted between April 2010-April 2011. The whole 1180 employees in the hospital was included in the study and data from 70.2%(785) of these was evaluated. Data was collected by a questionnaire with four parts: general information, physical violence, psychological violence and risk and hazard perception forms. A checklist for the hazard assessment related to antineoplastic drugs was prepared with guidance of the relevant literature. mean±standard deviation, median, 25-75% values, numbers and percents were used for descriptive statistics; chi-square test, Fisher's exact test and student t test were used for comparisons between groups and logistic regression analysis was used for multivariable analysis.

56.6% of participants were exposed to violence throughout their career and 37.2% of them were exposed to violence in the last 12 months. In the last 12 months; 5.2% physical violence, 34.4% verbal insult, 8.8% deterrence and 1.0% sexual harassment cases were seen. There was a significant relationship between the violence exposure and gender, education status, occupation, department and employment status of workers. Women were exposed to violence 1.8 times more than men, research assistants 3.8 times and first contact group 5.7 times more than other workers. Physical violence was more prevalent against men, first contact group, internal medicine workers, 4/B employees and emergency room workers. Verbal insult was more prevalent against women, research assistants, surgical and internal medicine workers, employees within the context of law 2547 and emergency room workers. Deterrence was more prevalent against women, faculty members, internal medicine workers, employees within the context of law 2547 and polyclinic workers. More than half of the accidents related to antineoplastic drugs eventuated by breaking and spilling the vial forms of these drugs.

Recent studies showed that violence against health care workers markedly increased in last years. Besides the education of employees, determination of risk groups for violence exposure and development of effective strategies by institutional administrations; legal arrangements needed to be done by government to prevent violence against health care workers. In-service education programs should be planned for the whole process of antineoplastic drugs, from storage to elimination, and also periodic examination of the related healthcare workers should be done by the occupational safety and health departments.

Keywords: Occupational health, workplace, health care sector, health personnel, violence, antineoplastic drugs.

Communication: meteonde@yahoo.com.tr

KAYNAKLAR

1. Yaman E, Ekşi H. Çocuk ve Ergende Şiddet. 1. basım İstanbul: Kaknüs Yayınları,12.
2. Warshaw LJ. Workplace violence: preventive and interventive strategies. JOEM 1996, 38:993-1005.
3. Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği. Güler Ç, Akın L (ed.ler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2006:602.
4. Demiral Y, Yıldız AN. Temel İş Sağlığı Hizmetleri. TAF Prev Med Bull, 2010; 9(6):673-76.
5. Akbulut T. İşyeri hekimliği ders notları. 6. Basım Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayını, 2001:46.
6. Rantanen J. Temel İş Sağlığı Hizmetleri. İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Mayıs 2007:9.
7. Deveci N. Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği. Ankara, 2008:15,47,81.
8. Sabuncuoğlu Z. İnsan kaynakları yönetimi. Bursa:Ezgi Kitabevi, 2000:262.
9. Koh D, Jeyaratnam J. "Occupational Health". Oxford Textbook of Public Health. Fourth Editions, Oxford Üniversty Pres, 2004:1047.
10. Hazard and risk. <http://www.agius.com/hew/resource/hazard.htm>. Erişim tarihi: 28.02.2011.
11. Sabuncu H. İş sağlığı tehlike ve değerlendirilmesi risk ve değerlendirilmesi. İstanbul, 2008:8.
12. Özkan Ö, Emiroğlu O.N. Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 10(3):43-51.
13. 6 Nisan 2011 tarih ve 27897 sayılı Resmi Gazete. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>. Erişim Tarihi:10.06.2011
14. Özkan Ö. Hastanede çalışan hemşirelerin iş ve çalışma ortamı tehlike ve riskleri ile risk algılarının saptanması. Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk sağlığı hemşireliği, 2005.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Workbook for designing, implementing, and evaluating a sharps injury prevention program 2004. <http://www.cdc.gov>. Erişim Tarihi: 30.01.2011.

16. Hazards and risk factors, hospital treated waste.
<http://www.museo.unimo.it/ov/fdrErotr.htm>. Erişim tarihi: 21.02.2011.
17. World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva; 2002:74.
18. Aşkar E. Sağlık alışanlarında Hepatit B ve Hepatit C seroprevalansı. Uzmanlık Tezi, İstanbul:2006 .
19. akmak A, Öztürk M, Kişioğlu AN, Doğan M. Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesindeki Sağlık alışanlarının Hepatit B Enfeksiyonuna Karşı Bağışıklanma Durumları. Türk Tabipleri Birliği, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık, 2002; 12: 43-6.
20. Karabay O,Tamer A,İnce K N,Büyükahraz N,Vardı S. Sağlık alışanlarına Profilaksi Amacıyla Uygulanan İki Dozluk Hepatit B Aşısının Etkinliğinin Araştırılması. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 2006; 26(1): 24-88.
21. Barut H.ř, Günal Ö. Dünyada ve ölkemizde Hepatit C epidemiyolojisi, Klimik dergisi, 2009; 22(2):38-43.
22. Aęko S. Hekimlerde Mesleki Riskler, İstanbul Tıp Fakóltesi Tıpta Uzmanlık Öęrencileri Üzerinde Bir alışma. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
23. Pullukçu H. Hastane personelinin nazokomiyal enfeksiyonlardan korunması. Sağlıkta Birikim Dergisi, 2009; 1(4): 58-64.
24. akmak A. İşyeri ortamının insan sağlığı üzerine etkileri. İş sağlığı ve güvenliği dergisi, 2002; 2(9): 5-6
25. Sağlık alışanlarının meslek riskleri. TTB yayınları, 1. Baskı Ankara, Ekim 2008:18
26. Yavuz E. Bir Üniversite Hastanesinde alışan Hemşirelerin İş Sağlığı ve İş Güvenliği Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: 2009.
27. Rutala W, Weber D. İnfection Control: The role of disinfection and sterilization. Journal of hospital infection, 1999; 43: 43-55.
28. Antineoplastik(Sitotoksik) İlaçlarla Güvenli alışma Rehberi. TC.Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.Ankara:2004.
29. Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Health Care Settings. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention National İnstitute for Occupational Safety and Health, Publication no:2004-165. September, 2004.

30. Antineoplastik İlaçların Güvenli Kullanım Standartları Rehberi. Onkoloji Hemşireliği Derneği,2009. <http://www.onkohem.org.tr/dosyalar/1286610725.pdf>. Erişim Tarihi: 12.02.2011
31. Antineoplastik Agents. Occupational Hazards in Hospitals. Department of Health and Human Services Centers of Disease Control and Prevention NIOSH. Publication no: 2004-102. September 2004. <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/2004-102.pdf>. Erişim Tarihi: 02.10.2010
32. Safe Handling of Hazardous Drugs. Including Recommended Procedures and Techniques. BC Cancer Agency May 2009. <http://www.mtpinnacle.com/pdfs/BC-SafeHandlingHazDrugs.pdf>. Erişim Tarihi: 16.12.2010
33. Guidelines for the Safe Handling of Cytotoxic Drugs and Related Waste. OSHA Department of Labour. April 1997. <http://www.osh.dol.govt.nz/order/catalogue/pdf/cytodrug.pdf>. Erişim Tarihi:16.11.2010
34. Özcan E, Kesiktaş N. Mesleki kas iskelet hastalıklarından korunma ve ergonomi. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi. 2007; 7(34): 6-9.
35. Bilir N. Mesleki kas iskelet sistemi hastalıkları. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi. 2007; 7(34): 10-3
36. İncir G. Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarına ergonomik yaklaşım. Sağlık çalışanlarının sağlığı 1. Ulusal Kongresi Kitabı, 1999: 89.
37. Şahin A. Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Sağlığı ve Etkileyen Faktörler. Sağlık çalışanlarının sağlığı 1. Ulusal Kongresi Kitabı, 1999: 80.
38. ILO Fact sheet, Workplace violence in the health services,2003. www.ilo.org/public/english/dialogue/.../health/factsheet-health.doc. Erişim Tarihi: 23.12.2010
39. Özkaya M.O, Yakın V, Ekinci T. Stres düzeylerinin çalışanların iş doyumunu üzerine etkisi Celal Bayar Üniversitesi Çalışanları Üzerine Ampirik Bir Araştırma. Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 2008; 15(1): 163-80.
40. ILO International Programme on Safety Health and the Environment. Women workers and gender issues on occupational safety and health. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/briefingnote/wcms_146255.pdf. Erişim Tarihi: 21.01.2011
41. Martino V. Workplace violence in the health sector, Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. ILO/ICN/WHO/PCI, Geneva, 2003.

42. Aytaç S. İş Stresi Yönetimi El Kitabı.
<http://www.turkis.org.tr/source.cms.docs/turkis.org.tr.ce/docs/file/ec109.pdf>. Erişim Tarihi: 16.01.2011.
43. Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: Sağlıklı çalışma ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008; 7(6): 547-54.
44. Türk Dil Kurumu (TDK), Büyük Türkçe Sözlük. <http://www.tdk.gov.tr>. Erişim Tarihi: 13.10.2010
45. World Health Organization. Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Geneva, WHO, 1998.
46. WHO World Report on Violence and Health, Geneva, 2002.
www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf
47. Köknel Ö. Bireysel ve Toplumsal Şiddet.5.Baskı İstanbul:Altın Yayınları,2006:20
48. Tutar H. İş Yerinde Psikolojik Şiddet.1.Baskı İstanbul:Platin Yayınları,2004:146
49. Kocacık F. Şiddet Olgusu Üzerine. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt:2, Sayı:1
50. Çağatay Güler,Levent Akın. Halk Sağlığı Temel Bilgiler .S:1246-61
51. CDC Workplace Safety and Health. Violence. Violence occupational hazards in hospitals. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH. Columbia, 2002: 1-9.
52. ILO, WHO, ICN, PSI. Workplace Violent in the Health Sector, Country Case Studies Research Instruments.Geneva,2003.
53. Tutar Hasan, İş Yerinde Psikolojik Şiddet. <http://www.canaktan.org/yonetim/psikolojik-siddet/anasayfa-mobbing.htm>. Erişim Tarihi:12.10.2010
54. Aydın Ş, Özkul E.. İş Yerinde Yaşanan Psikolojik Şiddetin Yapısı ve Boyutları:4-5 Yıldızlı Otel İşletmeleri Örneği. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2007; 7(2): 169-86
55. Şen S. Psikolojik Taciz ve İş Kanunu Boyutu. Çimento İşveren Dergisi,2009; 5(23):46-68
56. Ekiz V. İşletmelerde Yaşanan Psikolojik Şiddet. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010
57. Heinz Leymann,file11120e The Mobbing Encyclopedzia Bullying;Whistleblowing Some Historical Notes: Research and the Term Mobbing.
<http://www.leymann.se/English/frame.html>

58. Eğitim ve Bilim Emekçileri Sendikası, İş Yerinde Yıldırma, Mobbing. Eğitim Sen Yayınları, 2010:4
59. Kızmaz Z. Şiddetin sosyo-kültürel kaynakları üzerine sosyolojik bir yaklaşım. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2006;16(2):247-67
60. Tedeschi J.T, Felson R.B. Violence, Aggression & Coercive Actions. American Psychological Association, Washington D.C. (USA) 1994
61. Akyön F.V., İşyerinde Şiddete Karşı Çalışanların Bireysel Çatışma Yönetimi Yaklaşımları; Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul, 2008.
62. Cooper CL, Swanson N. Workplace Violence in the Health Sector. State of The Art. University of Manchester Institute of Science and Technology and National Institute of Occupational Safety and Health, United Kingdom and USA, 2004:1-80
63. Saines JC. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. Accid Emerg Nurs, 1999; 7:8-12.
64. Martino V. Workplace violence in the health sector 2002. Country case studies, Synthesis report.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf
65. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. J Clin Nurs, 2004; 13:3-10
66. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:147-54
67. Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers--a problem in Turkey? J Forensic Leg Med 2007; 14:423-428
68. Kocadağ S. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'ndeki sağlık çalışanlarında iş yeri şiddeti ve etkileyen etmenler. Tıpta uzmanlık tezi, Ankara, 2009
69. Beder C. Erzurum İli yataklı tedavi kurumlarında sağlık çalışanlarına yönelik hasta veya yakınları tarafından uygulanan şiddetin araştırılması. Tıpta uzmanlık tezi, Erzurum, 2009
70. Violence Prevention Alliance: Building Global Commitment for violence prevention. WHO 2005
71. Findorff MJ, Mc Govern PM, Wall M, Gerberich SG, Alexander B. Risk factors for work related violence in a health care organization. Injury Prevention 2004;10:296-302.

72. Mearns S, Flin R. Risk perception in hazardous industries. *Psychologist*, 1996 September:401-4.
73. Slovic P. Perception of Risk. *Science* 1987, 236:280-4
74. Uçar M. GATA Hastanesinde İyonizan Radyasyon Riski Altında Çalışan Doktorlarda Risk Algılamasının Belirlenmesi. Ankara, 1996
75. <http://www.idari.adu.edu.tr/hastane/index.asp>. Erişim Tarihi: 21.02.2011
76. Workplace Violence in the Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire English. http://www.ago.pt/attachments/060_vt_questionario.pdf. Erişim Tarihi: 15.03.2010
77. Hayta B.A. Çalışma Ortamı Koşullarının İşletme Verimliliği Üzerine Etkisi. *Journal of Commerce & Tourism Education Faculty*, 2007, 1:21-41.
78. Altuncu D. Aydınlatma Kontrol Sistemlerinin Hastane Örneğinde Kullanımı ve Yatan Hasta Kat Koridorları İçin Bir Aydınlatma Sistemi Önerisi. Sanatta Yeterlik Tezi. Aralık 2008.
79. Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezi Kurulması Hakkında Genelge. 10.05.2005 tarih ve 9260 sayılı genelge <http://www.eskisehirsaglik.gov.tr/kaynaklar/2710.pdf>. Erişim Tarihi: 22.02.2011
80. Kıdak L, İnal C, Aksaraylı M. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Eğitim ve araştırma hastanesi deneyimi. *Adli Bilimler Dergisi*, 2009,8(3): 52 -
81. Ergör A, Kılıç B, Demiral Y, Gürpınar E, Sağlık ocaklarında iş riskleri. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 2003, 16, 44-51.
82. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Annals of Emergency Medicine*, 2005; 46: 142-7.
83. Barlow CB, Rizzo AG. Violence against surgical residents. *West J Med* 1997; 167:74-78.
84. British Medical Association, Violence in the workplace - the experience of doctors in Great Britain, 2008. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/violence08>. Erişim Tarihi: 12/08/2010.
85. Piyal B, Kaya M, Celen U. Occupational correlates of fear of violence, harassment and threats among 112 emergency aid health workers. *AJCI* 2006; 1: 1-6.

86. Yıldırım D, Yıldırım A. Sağlık Alanında Çalışan Akademisyenlerin Karşılaştıkları Psikolojik Şiddet Davranışları ve Bu Davranışların Etkileri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;30(2):559-70.
87. Çöl S.Ö. İş yerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Çalışma ve Toplum*, 2008; 4:107-34.
88. Çakır Ö. İşini Kaybetme Kaygısı: İş Güvencesizliği. *Çalışma ve Toplum*, 2007; 1:117-40
89. Lau J, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: A literature review. *Aust Emerg Nurs J* 2004; 7:27-37.
90. A James, R Madeley, A Dove. Violence and aggression in the emergency department. *Emerg Med J* 2006;23:431-434.
91. Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals, *Health Policy* 2003;63:311-321.
92. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999;16:161-170
93. Keep N, Glibert C: Violence in the emergency department. *Am J Nurs* 1995; 95:45-51.
94. Wang PX, Wang MZ, Bai Q, Jia CF, Lan YJ, Wang ZM, Luan RS, Path analysis on workplace violence affecting work ability, job satisfaction and turnover intent in health professionals in Shangqiu City. *Wei Sheng Yan Jiu*. 2006 Nov;35 (6):785-8.
95. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006; 21:276-296
96. Boz B, Acar K, Ergin A, et al. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Adv Ther* 2006; 23: 364-9.
97. Adaş E. B., Elbek, O., Bakır, K. Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı. Gaziantep, 2008. Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını.
98. Anderson C, Training efforts to reduce reports of workplace violence in a community health care facility. *J Prof Nurs*. 2006 Sep-Oct;22 (5):289-95.
99. Guidelines: Code White Response. OHSAA, Workers Compensation Board, Health Association of BC. April 2002. http://www2.worksafebc.com/pdfs/healthcare/code_white.pdf
Erişim Tarihi: 16.10.2010

EKLER

EK 1:

TEHLİKE ve RİSK ALGISI DEĞERLENDİRME FORMU

Aşağıdaki durumlar hastane çalışanlarının karşı karşıya olduğu temel tehlike ve riskleri içermektedir. Bu tehlike ve risklerin, kendi iş yerinizde sizin sağlığınız için ne düzeyde risk oluşturduğunu belirtiniz.
(1.Çok az 2.Az 3. Orta derecede 4. Fazla 5. Çok fazla olacak şekilde puan veriniz.)

TEHLİKE ve RİSKLER	1	2	3	4	5
Havalandırmanın yeterli olmaması					
Işıklandırmanın yeterli olmaması					
Ortam sıcaklığının uygun olmaması					
Ortam gürültüsünün fazla olması					
Ortam nem oranının düşük veya yüksek olması					
Ortamda toz miktarının fazla olması					
Islak-nemli-kaygan zeminin olması					
Elektrik düzeneğinin yetersiz ya da hasarlı olması					
İşyerinde temizliğin yeterli olmaması					
İşyerinde dezenfeksiyonun yeterli olmaması					
Yangın riskinin olması					
Çalıştığım ortamın(masa, desk) yeterince büyük olmaması					
Çalışma masası ve sandalyenin ergonomik açıdan uygun olmaması					
Çalışma ortamında iyonize radyasyona(radyoloji birimlerinde kullanılan) maruz kalma					
Çalışma ortamında iyonize olmayan radyasyona (bilgisayar,fotokopi,cep telefonu v.b.) maruz kalma					
Hasta ve çalışanların aynı tuvaletleri kullanması					
Hasta ve çalışanların aynı asansörleri kullanması					
Uygun olmayan pozisyonda veya ayakta uzun süre durma					
Ağır yük kaldırma (hasta veya araç gereç gibi)					
Tıbbi atık kutularının olmaması veya yetersiz sayıda olması					
Tıbbi atıkların toplanmasının ve taşınmasının uygun olmayan koşullarda yapılması					
Kesici-delici alet yaralanmasına maruz kalma					
Hasta veya hasta yakınlarından gelebilecek fiziksel şiddet					
Çalışma ortamında kullanılan kimyasal maddelerin uygun olmayan koşullarda saklanması					
Temizlik amacı ile kullanılan sabun, dezenfektan maddeler gibi kimyasalların ciltte tahriş yapıcı etkisi					
Temizlik amacı ile kullanılan dezenfektan maddelerin solunum yollarında tahriş yapıcı etkisi					
Eldiven kullanımının ciltte oluşturduğu tahriş yapıcı etki					
Kan ve kan ürünleri ile bulaşan çeşitli mikroorganizmaların yol açtığı enfeksiyonlar					
Hava yolu ile bulaşan çeşitli mikroorganizmaların yol açtığı enfeksiyonlar					

Bunların dışında sizin için tehlike ve risk oluşturduğunu düşündüğünüz durumları lütfen belirtiniz.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Teşekkür ederiz...

EK 2:

**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
ONKOLOJİ SERVİSİ ve KEMOTERAPİ ÜNİTESİ ÇALIŞANI SORU FORMU**

1) Yaşınız.....

Tarih:../.../2011

2) Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

3) Öğrenim durumunuz:

1. Okur yazar değil 2. Okur yazar 3. İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu 6. Yüksekokul mezunu 7. Üniversite mezunu

4) Medeni durumunuz:

1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış/ayrı yaşıyor 4. Eşi ölmüş

5) Mesleğiniz:

1. Öğretim üyesi 2. Uzman Hekim 3. Araştırma Görevlisi
4. Hemşire 5. Ebe 6. Hastabakıcı
7. Temizlik personeli 8. Sekreter 9. Diğer (lütfen tanımlayınız).....

6) Sağlık sektöründeki toplam çalışma yılınız:ayyıl

7) Şu an çalıştığınız birim:

1. Kemoterapi ünitesi 2. Onkoloji servisi

8) Şu anda çalıştığınız birimde görev yapma süreniz:ayyıl

9) Şu anda çalıştığınız işyerinde istihdam şekliniz nedir?

1. 2547 sayılı kanuna tabi 2. 657 sayılı kanuna tabi 3. 4/B
4. Sözleşmeli 5. Diğer (lütfen tanımlayınız).....

10) Aşağıdaki aşılardan hangisi(leri)ni yaptırdınız?

1. Hepatit B 2. Mevsimsel grip 3. Tetanoz 4. Suçiçeği
5. Kızamık-kabakulak-kızamıkçık 6. Diğer (lütfen tanımlayınız).....

11) Son bir yıl içinde kesici-delici bir alet ile yaralanmanız oldu mu?

1. Hayır 2. Evet

12) Cevabınız evet ise son bir yılda kaç kez kesici-delici alet yaralanması oldu?

.....kez

13) Son bir yılda antineoplastik ilaçlar ile ilgili herhangi bir kaza yaşadınız mı?

1. Hayır 2. Evet

14) Cevabınız evet ise son bir yılda kaç kez antineoplastik ilaçlar ile ilgili kaza yaşadınız?

.....kez

15) (Birden çok kez kaza oldu ise en sonucusu) Bu kaza hangi süreç sırasında oldu?

1. İlaç saklanması 2. İlaç hazırlama 3. İlaç taşıma 4. İlaç uygulama 5. İlaç yok edilmesi

16) Kazanın oluş şeklini belirtiniz.

1. Göze, cilde veya üstünüze ilaç dökülmesi veya sıçraması
2. İlaç flakonunun yere düşme sonucu kırılması
3. Diğer(*lütfen tanımlayınız*).....

17) Kaza olduktan sonra yaptıklarınızı ayrıntılı olarak yazınız.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

18) Bu kazayı sorumlu kişiye veya amirinize bildirdiniz mi?

1. Hayır
2. Evet

19) Çalışanların antineoplastik ilaçlara maruz kalmasından sonra yapılacak uygulamalarla ilgili eğitim aldınız mı?

1. Hayır
2. Evet

20) Eğitim aldı iseniz, bu eğitim kim tarafından verildi?

21) Son bir yılda antineoplastik ilaçlar ile ilgili bir kazaya tanıklık etiniz mi?

1. Hayır
2. Evet

22) Antineoplastik ilaçları hazırlarken aşağıdaki kişisel koruyucu araçlardan kullandıklarınızı belirtiniz.

1. Eldiven
2. Önlük
3. Gözlük
4. Maske

23) Antineoplastik ilaçları uygularken aşağıdaki kişisel koruyucu araçlardan kullandıklarınızı belirtiniz.

1. Eldiven
2. Önlük
3. Gözlük
4. Maske

24) Bu bölümde çalıştığımız süre içinde hastane yönetiminin isteği ile rutin kan tahlillerini de içeren sağlık muayenesi yapıldı mı?

1. Hayır
2. Evet

25) Cevabınız evet ise kaç kez yapıldı?.....kez

26) Cevabınız evet ise en son ne zaman yapıldı?..... ay önce

27) Bu bölümde çalıştığımız süre içinde kendi isteğiniz ile rutin kan tahlillerini de içeren sağlık muayenesi yapıldı mı?

1. Hayır
2. Evet

EK 3:**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
KEMOTERAPİ ÜNİTESİ KONTROL LİSTESİ**

	Evet	Hayır
İlaçların Saklanması		
Antineoplastik ilaçların bulunduğu yerler diğer ilaçların bulunduğu yerlerden ayrı mı?		
İlaçların saklandığı ortamda veya buzdolabında yiyecek maddesi var mı?		
İlaçların bulunduğu yerlere görevli kişiler dışında başka kişiler girebiliyor mu?		
İlaçların kutuları üzerinde, buldukları raflarda ve depo alanlarında, bu ilaçların özel işlem önlemleri gerektirdiğini gösterecek şekilde ayırt edici etiketler Var mı?		
Tehlikeli ilaçların listesi, bu ilaçların dökülmesi ve kontaminasyonu durumlarında acil uygulamalara ilişkin bilgi ve politikaların yer aldığı bir yönerge çalışanların kolay görülebileceği bir yere asılmış mı?		
Kırık ampul/flakonlar ve kontamine olmuş paketler plastik kaplar içine yerleştirilip daha sonra tehlikeli ilaç atık kutusuna atılıyor mu?		
İlaçların Hazırlanması (Hazırlama Ortamı)		
İlaç hazırlığının dışında başka amaçlarla kullanılıyor mu?		
İlaç hazırlamak için kullanılan malzemeler dışında başka malzemeler var mı? (Tıbbi araç gereç, yiyecek, giyim v.b.)		
Giriş-çıkışlar uyarı işaretleri ile sınırlandırılmış mı?		
Görevli olmayan personel bu odaya girebiliyor mu?		
Penceresi var mı?		
Aydınlanması yeterli mi?		
Havalandırması var mı?		
Diafon sistemi var mı?		
İlaç dökülmesi, kaza gibi durumlarda yapılması gereken işlemler, tüm personelin görebileceği şekilde bir yere asılmış mı?		
Biyolojik güvenlik kabini var mı?		
Lavabo var mı?		
El yıkamak için sıvı sabun var mı?		
Dökülme acil seti var mı?		
Dökülme acil setinin içeriği uygun mu?		
Göz yıkamak için acil göz yıkama malzemesi ya da NaCl solüsyonu var mı?		
Kemoterapi atık kutusu var mı?		
Atık kutularının üzerinde “Kemoterapi Atık Kutusu” etiketi var mı?		

	Evet	Hayır
İlaçların Hazırlanması (Biyolojik Güvenlik Kabini)		
İlaçlar sınıf 2 Tip B ya da sınıf 3 kabinde hazırlanıyor mu?		
Kabinlerin bakımı yerleri değiştiğinde, teknik bir sorun yaşandığında veya 6 ayda bir yapılıyor mu?		
Kabinler 24 saat çalışır durumda mı?		
Kabinler kullanılmadığı zaman camı kapalı tutuluyor mu?		
Kabinlerin temizliğini yapan kişiler bu konuda eğitim almış mı?		
Kabinlerin temizliği su ve deterjanla yapılıyor mu?		
Kabin içinde atık kutusu var mı?		
Kabin içerisinde kemoterapi örtüsü var mı?		
Kemoterapi örtülerinin üst tarafı emici, alt tarafı sıvıyı geçirmeyen (plastik gibi) özellikte mi?		
İlaçların Hazırlanması (Kişisel Koruyucu Araçlar)		
İlaç hazırlığında, pudrasız ve 0.4-0.6 mm kalınlığında çift kemoterapi eldiveni kullanılıyor mu?		
Kemoterapi önlüğü (pamuklu, sıvı geçirmeyen özellikte, uzun kollu, kol manşetleri elastik ya da örgülü) kullanılıyor mu?		
Kemoterapi maskesi (normal cerrahi maskelerden daha kalın ve yüzün daha geniş bir kısmını örten) kullanılıyor mu?		
Gözün yan taraflarını da koruyan koruyucu gözlük kullanılıyor mu?		
İlaçların Hazırlanması		
İlaçlar doktor onaylı antineoplastik ilaç istem formu ile hazırlanıyor mu?		
Biyolojik Güvenlik Kabini dışında ilaç hazırlanıyor mu?		
İlaç hazırlarken kişisel koruyucu malzemeler kullanılıyor mu?		
Eldivenler giyilmeden önce ve çıkarıldıktan sonra eller yıkıyor mu?		
Birinci çift eldiven giyildikten sonra önlük giyilerek ikinci çift eldiven giyiliyor mu?		
Eldivenler ilaç bulaştığında, yırtıldığında veya 30 dakikada bir değiştiriliyor mu?		
Dış eldivenler son ürün silindikten sonra kabin içinde çıkarılarak, kabin içindeki atık kutusuna atılıyor mu?		
İç eldivenlerle son ürünün yüzey dekontaminasyonu, etiketlenmesi yapılıyor mu?		
İç eldivenler bu işlemde sonra atık kutusuna atılıyor mu?		
Son kontroller, ilacın nakil çantasına yerleştirilmesi ve ilaç transferinde yeni eldiven giyiliyor mu?		

	Evet	Hayır
Önlükler üç saatte bir veya kontaminasyon olduğunda atılıyor mu?		
Kemoterapi örtüleri gün sonunda veya herhangi bir ilaç dökülmesi durumunda değiştiriliyor mu?		
Kesici-delici özellikte olan atık maddeler kemoterapi atık kutusuna atılmadan önce kesici-delici maddelere dayanıklı kaplara konuluyor mu?		
Kilitli enjektör sistemi (luer lock) kullanılıyor mu?		
Büyük enjektörler (dilüe etme işlemi bir seferde yapacak büyüklükte) ve bunlara uygun kalın iğneler kullanılıyor mu?		
Serum seti, serum torbasına Biyolojik Güvenlik Kabini içinde takılıyor mu?		
Ampülü açmadan önce boyun kısmı gazlı bez ile destekleniyor mu?		
Ampülü kırma işlemi kabin içinde yapılıyor mu?		
Sulandırılması gereken toz ilaçlarda sulandırıcı bulunan enjektör iğnesinin ilaca değdirilmemesine dikkat ediliyor mu?		
İğne flakonda takılı iken, içerik çalkalanarak çözdürülüyor mu?		
Tam doz iğne flakonun içinde iken ölçülüp ve fazla ilaç flakonda bırakılıyor mu?		
Serum içine koyulacak ilaçlar için, koyulacak ilaç miktarı kadar serum boşaltılıyor mu?		
İlaç uygulama setleri, biyolojik güvenlik kabinleri içinde birleştiriliyor mu?.		
İlacı seruma ilave etmeden önce, setin havası çıkarılıyor mu?		
İlaç seruma konulmadan önce herhangi bir sıvı kaçıışı olup olmadığı kontrol ediliyor mu?		
İğneler bükülmeden ve enjektörden çıkarılarak plastik tıbbi atık kutusuna atılıyor mu?		
Enjektör iğneleri kılıfına geçirilmeye çalışılıyor mu?		
Enjektör ya da serumların dış yüzü dekontamine ediliyor mu?		
İlaç hazırlama işlemi sonunda ilacın üzerine, ilaç kartında yer alan bilgilerle hazırlayan kişinin adı-soyadı ve tarih yazılı etiket yapıştırılıyor mu?		
Tablet şeklinde olan ilaçlar, jelatinden çıkarılmadan, güvenlik kabini içinde sayılıyor mu?		
Oral uygulanan ilaçların kırma ya da ezme işlemi için önlük ve çift kat eldiven giyilip, işlem biyolojik güvenlik kabini içinde yapılıyor mu?		
İlaçların Taşınması		
Taşıma çantası kullanılıyor mu?		
Tehlikeli ajanlar, plastik torbaların içine yerleştirilerek güvenli bir şekilde kapatılarak taşınıyor mu?		
Taşıma aracı düşme ve kırılmalara karşı koruyucu özellikte mi?		
Taşıma aracında tehlikeli ilaç bulunduğuna yönelik uyarı işareti var mı?		
Taşıma aracı içinde kaza ile dökülmelerde hemen önlem alınması için ilişkin gerekli araç-gereç var mı?		

	Evet	Hayır
İlaçların Uygulanması		
Hamile olan ya da çocuk sahibi olmayı planlayan (kadın ya da erkek), emzikli anneler, ilaçları hazırlama, uygulama ve atıkları taşımakla görevlendirilmiş mi?		
Uygulama alanında tehlikeli ilaç atık kutusu var mı?		
Girişimlerden önce ve sonra eller yıkıyor mu?		
İğnesiz ve kapalı transfer sistemleri kullanılıyor mu?		
Uygulamalarda kişisel koruyucu araçlar (çift kemoterapi eldiveni, gömlek, gerektiğinde koruyucu gözlük) kullanılıyor mu?		
Uygulama yapılırken daima göz seviyesinin altında çalışılıyor mu?		
Uygulama alanının altına damlaları emmesi ve hastanın derisi ile ilaç temasını önlemek için kemoterapi pedi koyuluyor mu?		
IV girişimlerde arka arkaya iki tehlikeli ilaç uygulanacaksa ve kapalı transfer sistemi yoksa üç yollu musluk kullanılıp, ilaç değişimlerinde/bitiminde set geçimli bir sıvı (%0,9 NaCl, %5 Dekstroz) ile yıkıyor mu?		
Tehlikeli oral ilaçlar, diğer oral ilaçlar verildikten sonra veriliyor ve ambalajından çıkarılmadan ayrı kaplarda dağıtılıyor mu?		
İlaçların Yok Edilmesi		
Uygulamada kullanılan tüm malzemeler tehlikeli ilaç atık kutusuna atılıyor mu?		
Uygulama sonrasında, tehlikeli ilaç enjektörleri (iğnesi ile birlikte) direkt olarak tehlikeli ilaç atık kutusuna atılıyor mu?		
Set bağlanmış tehlikeli ilaç torbaları setler torbadan ayrılmadan atılıyor mu?		
Kontamine gereçler (ilaç kadehi, tepsi gibi) steril su ve deterjanla temizleniyor mu?		
Personel, atıkların toplanması ve taşınması sırasında eldiven ve gömlek giyiyor mu?		
İlaç hazırlama sırasında kullanılan tek kullanımlık malzemenin tümü atık kutusu/torbasına atılıyor mu?		
Son 48 saat içinde tehlikeli ilaç alan hastanın atıkları ile bulaşmış çamaşır ve çarşaflar özel işaretli torbalara koyuluyor mu?		
Kontamine olmuş, keskin ve kırılabilir materyalin atılması için çalışma alanında kapaklı, delinmeyen ve sert materyalden yapılmış atık kutuları bulunuyor mu?		

EK 4:

GENEL BİLGİLER:

Tarih:..../..../2010

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

3) Öğrenim durumunuz:

1. Okur yazar değil 2. Okur yazar 3. İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu 6. Yüksekokul mezunu 7. Üniversite mezunu

4) Medeni durumunuz:

1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış/ayrı yaşıyor 4. Eşi ölmüş

5) Mesleğiniz:

1. Öğretim üyesi 2. Uzman Hekim 3. Araştırma Görevlisi 4. Pratisyen Hekim
5. Hemşire 6. Ebe 7. Sağlık memuru 8. Hastabakıcı
9. Temizlik personeli 10. Teknisyen 11. İdari personel
12. Diğer (*lütfen tanımlayınız*).....

6) Aydın ilinde ne kadar süredir ikamet etmektesiniz?:yıl

7) Sağlık sektöründeki toplam çalışma yılınız:ayyıl

8) Şu an çalıştığınız bölüm:

1. Temel tıp bilimleri 2. Dahili tıp bilimleri 3. Cerrahi tıp bilimleri

9) Şu an çalıştığınız birim:

1. Acil Servis 2. Yoğun bakım 3. Ameliyathane 4. Servis
5. Poliklinik 6. Laboratuvar 7. İdari birimler 8. Diğer

10) Şu anda çalıştığınız birimde görev yapma süreniz:ayyıl

11) Şu anda çalıştığınız işyerinde istihdam şekliniz nedir?

1. 2547 sayılı kanuna tabi 2. 657 sayılı kanuna tabi 3. 4/B
4. Sözleşmeli 5. Diğer (*lütfen tanımlayınız*).....

12) Şimdiye kadar işyeri şiddeti ile ilgili herhangi bir eğitim programına (kongre, panel v.b.) katıldınız mı?

1. Hayır 2. Evet (*lütfen tanımlayınız*)

13) İş yerinizde şiddete uğramak konusundaki kaygı düzeyinizi belirtiniz: (1. Hiç yok 5. Çok fazla)

- 1 2 3 4 5

EK 5:**FİZİKSEL ŞİDDET:**

Fiziksel şiddet, birine karşı yaralama veya öldürme niyetiyle fiziksel güç kullanımudur. Tekmeleme, tokat atma, itme, ısırma, çimdikleme, vurma, yaralama gibi eylemleri içerir. Hasta veya hasta yakını gibi kişiler tarafından gerçekleştirilebildiği gibi, çalışılan kurum personeli tarafından da uygulanabilir. Fiziksel olarak zarar veren cinsel saldırılar da fiziksel şiddet olarak kabul edilir.

1) Meslek hayatınız süresince iş yerinizde fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?

1. Hayır (lütfen sayfa 4 deki 3. soruya geçiniz) 2. Evet

1.1) Kaç defa fiziksel şiddete maruz kaldınız?:kez

2) Son on iki ay içerisinde iş yerinizde fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?

1. Hayır (lütfen sayfa 4 deki 3. soruya geçiniz) 2. Evet

2.1)Kaç defa fiziksel şiddete maruz kaldınız?:kez

Sonraki soruları son on iki ayda en son maruz kaldığınız fiziksel şiddet için cevaplayınız.

2.2) Şiddete maruz kaldığınız yer:

1. Poliklinik 2. Koridor 3. Acil Servis 4. Servis 5. Laboratuvar
6. Ameliyathane 7. Diğer (lütfen tanımlayınız)

2.3) Bu olay haftanın hangi günü meydana geldi?:

1. Pazartesi 2. Salı 3. Çarşamba 4. Perşembe
5. Cuma 6. Cumartesi 7. Pazar

2.4) Şiddete maruz kaldığınız saat aralığı:

1. 08-16 2. 16-24 3. 24-08

2.5) Size şiddet uygulayan kişi sayısı:**2.6) Size şiddet uygulayan kişi/kişilerin cinsiyeti:**

1. Kadın 2. Erkek 3. Çoğunlukla kadın
4. Çoğunlukla erkek 5. Hatırlamıyorum

2.7) Şiddeti uygulayan kişi/kişiler kimlerdi?: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Hasta 2. Hasta yakını 3. Amiriniz 4. Doktor
5. Hemşire/ebe 6. Hizmetli/hastabakıcı 7. İdari/teknik personel
8. Tanımadığım biri/birileri 9. Diğer (lütfen tanımlayınız).....

2.8) Şiddeti uygulayan kişi/kişilerin yaş aralığı: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. 18 yaş altı 2.18-25 3. 26-40 4. 41-60 5. 60 yaş üzeri

2.9) Şiddet sırasında herhangi bir alet veya silah kullanıldı mı?

1. Hayır 2. Evet (lütfen tanımlayınız):.....

2.10) Şiddete maruz kaldığınız sırada ortamda şiddeti uygulayan/uygulayanlar dışında

başka kişiler var mıydı?

1. Hayır tek başımaydım (lütfen 2.11. soruya geçiniz) 2. Evet

2.10.1) Bu kişiler kimdi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Hasta/hasta yakını 2. Hastane çalışanı 3. Güvenlik görevlisi
4. Tanımadığım biri/birileri 5. Diğer (lütfen tanımlayınız)

2.10.2) Bu kişiler şiddet uygulanması sırasında ne yaptılar?

1. Herhangi bir şey yapmadılar 2. Kişiyi engellemeye çalıştılar
3. Saldırganı cesaretlendirecek söz/davranış sergilediler
4. Diğer (lütfen tanımlayınız)

2.11) Bu şiddet olayı sırasında yaralandınız mı?:

1. Hayır (lütfen 2.12 soruya geçiniz) 2. Evet

2.11.1) Yaralanma nedeni ile yapılan tedavi:

1. Ayaktan tedavi 2. Yatarak tedavi 3. Tedavi yapılmadı

2.12) Bu şiddet olayı sırasında ve sonrasında ne yaptınız?: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Hiçbir şey yapmadım 2. Olay yerinden uzaklaştım 3. Sözlü olarak karşılık verdim
4. Fiziksel saldırı ile karşılık verdim 5. Güvenlik görevlisi çağırdım
6. Yardım edilmesi için bağırdım 7. Hastane/kurum yönetimine bilgi verdim
8. Tutanak tutulmasını sağladım 9. Adli makamlara şikayette bulundum
10. Arkadaş ve/veya ailemle paylaştım 11. Bir iş arkadaşıma anlattım
12. Olay olmamış gibi davranarak kabullendim
13. Diğer (lütfen tanımlayınız)

2.12.2) Hastane/kurum yönetimine bilgi verdiyseniz ne tür işlem yapıldı?: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Herhangi bir şey yapılmadı 2. Yasal işlem başlatıldı 3. İdari işlem başlatıldı
4. Görev yerim değiştirildi 5. Diğer (lütfen tanımlayınız)

2.12.3) Hastane/kurum yönetiminin yaptığı işlem sizi tatmin etti mi?

(1. Hiç tatmin olmadım..... 5. Çok tatmin oldum şeklinde verdiğiniz puanı ilgili kutucuğa işaretleyiniz)

- 1 2 3 4 5

2.12.4) Hastane/kurum yönetimine bilgi vermediyseniz nedeni nedir?: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Nasıl bildirimde bulunacağımı bilmediğim için 2. Bu olayı önemli bulmadığım için
3. Çekindiğim için 4. Utandığım için 5. Suçluluk hissettiğim için
6. Herhangi bir sonuç alamayacağımı düşündüğüm için
7. Diğer (lütfen tanımlayınız)

2.13) Saldırıdan sonra izin/rapor aldınız mı?:

1. Hayır 2. Evet (lütfen tanımlayınız)gün

2.14) Sizin gibi bu tür olayları yaşayan kişilerde aşağıda belirtilenler gibi sorunlar ve şikayetler ortaya çıkabilir. Bu sorunlara 1 hiç yok.....5 çok fazla şeklinde puan veriniz

2.14.1) Sürekli olarak zihninizi meşgul eden saldırı düşünceleri ve görüntüleri

- 1 2 3 4 5

2.14.2) Olay hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçınmak, saldırının yol açtığı duygulardan kaçınmak

- 1 2 3 4 5

2.14.3) Sürekli tetikte ve aşırı dikkatli durumda olmak

- 1 2 3 4 5

2.14.4) Çalışma saatleriniz sırasında huzursuzluk/tedirginlik hissetme

- 1 2 3 4 5

2.15) Sizce bu şiddetin nedeni: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Tedavi memnuniyetsizliği
2. Hastanın uzun süre beklemesi
3. Çalıştığım kuruma ait ilaç, cihaz gibi yetersizlikler
4. Hasta/hasta yakınlarının yetersiz bilgilendirilmesi
5. İş yerinde görev paylaşımı ile ilgili sorunlar
6. Saldırganı ait alkol, madde kullanımı gibi kişisel nedenler
7. Diğer (lütfen tanımlayınız)

2.16) Sizce yaşadığınız bu şiddet olayı önlenebilir miydi?

1. Hayır (lütfen 2.17 soruya geçiniz) 2. Evet

2.16.1) Sizce ne yapılarak önlenebilirdi?:

.....
.....
.....

2.17) Bu olayın sizin üzerinizdeki etkisi:

1. Fiziksel sorunlar(lütfen tanımlayınız)
2. Psikolojik sorunlar(lütfen tanımlayınız).....
3. Cinsel sorunlar(lütfen tanımlayınız).....
4. Diğer (lütfen tanımlayınız).....

3) İş yerinizde çalışanlara yönelik fiziksel şiddet olayına hiç tanıklık ettiniz mi?

1. Hayır 2. Evet

EK 6:**PSİKOLOJİK ŞİDDET:**

Psikolojik şiddet: Fiziksel güç kullanımı tehdidi de dahil olmak üzere bir kişi ya da grup üzerinde psikolojik, zihinsel, ruhsal, manevi veya sosyal gelişimi olumsuz yönde etkileyen istemli güç kullanımınıdır. Sözel kötü davranış, zorbalık/yıldırma, taciz ve tehditleri içerir.

Kötü davranış/suistimal: Birisine karşı gururunu kırıcı, küçük düşürücü, kişisel değerlerini dikkate almadan ya da saygısızca davranmak.

Zorbalık/yıldırma: Bir çalışana ya da çalışan grubuna karşı kin güden, kaba, kötü niyetli, küçük düşürücü ya da yıkıcı olarak sürekli tekrarlayan saldırgan davranış.

Cinsel taciz : Bir kişiye karşı saldırganca olan, onu küçük düşüren ya da utandıran, istenmeyen, karşılığı olmayan yada hoşlanılmayan cinsel içerikli herhangi bir davranış.

Aşağıda psikolojik şiddetin üç biçimi aynı sorularla ayrı olarak değerlendirilecektir.

İlk soruya cevabınız “evet” ise o sütundaki diğer soruları da cevaplamanız gerekmektedir.

	Sözel kötü davranış	Zorbalık/Yıldırma	Cinsel taciz
1) Meslek hayatınız süresince iş yerinizde yandaki şiddet türlerinden birisine maruz kaldınız mı?	1. Hayır 2. Evet (<i>lütfen diğer soruları da yanıtlayınız</i>)	1. Hayır 2. Evet (<i>lütfen diğer soruları da yanıtlayınız</i>)	1. Hayır 2. Evet (<i>lütfen diğer soruları da yanıtlayınız</i>)
2) Son on iki ayda, işyerinizde yandaki şiddet türlerinden herhangi birine maruz kaldınız mı?	1. Hayır 2. Evet (<i>lütfen diğer soruları da yanıtlayınız</i>)	1. Hayır 2. Evet (<i>lütfen diğer soruları da yanıtlayınız</i>)	1. Hayır 2. Evet (<i>lütfen diğer soruları da yanıtlayınız</i>)
2.1) Son on iki ayda ne sıklıkta psikolojik şiddete maruz kaldınız?	1. Sürekli 2. Bazen 3. Bir kez	1. Sürekli 2. Bazen 3. Bir kez	1. Sürekli 2. Bazen 3. Bir kez
<i>Sonraki soruları en son maruz kaldığınız psikolojik şiddeti düşünerek cevaplayınız.</i>			
2.2) Psikolojik şiddet size kim/kimler tarafından uygulandı? (<i>Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz</i>)	1.Hasta 2.Hasta yakını 3.Personel 4.Yönetici/amir 5.Öğretim üyesi 6.Uzman doktor 7.Araştırma görevlisi 8.Hemşire/ebe 9.Halktan biri 10.Diğer	1.Hasta 2.Hasta yakını 3.Personel 4.Yönetici/amir 5.Öğretim üyesi 6.Uzman doktor 7.Araştırma görevlisi 8.Hemşire/ebe 9.Halktan biri 10.Diğer	1.Hasta 2.Hasta yakını 3.Personel 4.Yönetici/amir 5.Öğretim üyesi 6.Uzman doktor 7.Araştırma görevlisi 8.Hemşire/ebe 9.Halktan biri 10.Diğer
2.3) Bu şiddeti uygulayan/uygulayanların cinsiyeti ne idi?	1. Kadın 2. Erkek 3. Çoğunlukla kadın 4. Çoğunlukla erkek 5. Hatırlamıyorum	1. Kadın 2. Erkek 3. Çoğunlukla kadın 4. Çoğunlukla erkek 5. Hatırlamıyorum	1. Kadın 2. Erkek 3. Çoğunlukla kadın 4. Çoğunlukla erkek 5. Hatırlamıyorum
	Sözel kötü davranış	Zorbalık/Yıldırma	Cinsel taciz
2.4) Bu olayı işyerinizdeki	1.Evet	1.Evet	1.Evet

sıradan bir olay olarak mı değerlendiriyorsunuz?	2.Hayır	2.Hayır	2.Hayır
2.5) Psikolojik şiddetin meydana geldiği yeri belirtiniz.	1.Sağlık kuruluşu içinde (<i>poliklinik,servis, acil servis,asansör,koridor v.b.lütfen belirtiniz</i>) 2. Sağlık kuruluşu dışında (<i>binanın önü,kantin,otopark v.b. lütfen belirtiniz</i>)	1.Sağlık kuruluşu içinde (<i>poliklinik,servis, acil servis,asansör,koridor v.b.lütfen belirtiniz</i>) 2. Sağlık kuruluşu dışında (<i>binanın önü,kantin,otopark v.b. lütfen belirtiniz</i>)	1.Sağlık kuruluşu içinde (<i>poliklinik,servis, acil servis,asansör,koridor v.b.lütfen belirtiniz</i>) 2. Sağlık kuruluşu dışında (<i>binanın önü,kantin,otopark v.b. lütfen belirtiniz</i>)
2.6) Psikolojik şiddete nasıl tepki verdiniz? (<i>Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz</i>)	1. Hiçbir şey yapmadım 2.Olay yerinden uzaklaştım 3.Sözlü olarak karşılık verdim 4.Fiziksel saldırı ile karşılık verdim 5.Güvenlik görevlisi çağırdım 6.Yardım edilmesi için bağırdım 7.Hastane/kurum yönetimine bilgi verdim 8.Tutanak tutulmasını sağladım 9.Adli makamlara şikayette bulundum 10.Arkadaş ve/veya ailemle paylaştım 11.Bir iş arkadaşıma anlattım 12.Olay olmamış gibi davranarak kabullendim 13.Diğer (<i>lütfen tanımlayınız</i>).....	1. Hiçbir şey yapmadım 2.Olay yerinden uzaklaştım 3.Sözlü olarak karşılık verdim 4.Fiziksel saldırı ile karşılık verdim 5.Güvenlik görevlisi çağırdım 6.Yardım edilmesi için bağırdım 7.Hastane/kurum yönetimine bilgi verdim 8.Tutanak tutulmasını sağladım 9.Adli makamlara şikayette bulundum 10.Arkadaş ve/veya ailemle paylaştım 11.Bir iş arkadaşıma anlattım 12.Olay olmamış gibi davranarak kabullendim 13.Diğer (<i>lütfen tanımlayınız</i>).....	1. Hiçbir şey yapmadım 2.Olay yerinden uzaklaştım 3.Sözlü olarak karşılık verdim 4.Fiziksel saldırı ile karşılık verdim 5.Güvenlik görevlisi çağırdım 6.Yardım edilmesi için bağırdım 7.Hastane/kurum yönetimine bilgi verdim 8.Tutanak tutulmasını sağladım 9.Adli makamlara şikayette bulundum 10.Arkadaş ve/veya ailemle paylaştım 11.Bir iş arkadaşıma anlattım 12.Olay olmamış gibi davranarak kabullendim 13.Diğer (<i>lütfen tanımlayınız</i>).....
2.7) Sizin gibi bu tür olayları yaşayan kişilerde aşağıda belirtilen gibi sorunlar ve şikayetler ortaya çıkabilir. Bu sorunları 1 hiç yok.....5 çok fazla şeklinde puan veriniz			
2.7.1) Sürekli olarak zihninizi meşgul eden saldırı düşünceleri ve görüntüleri	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

	Sözel kötü davranış	Zorbalık/Yıldırma	Cinsel taciz
2.7.2) Olay hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçınmak, saldırının yol açtığı duygulardan kaçınmak	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2.7.3) Sürekli tetikte ve aşırı dikkatli durumda olmak	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2.7.4) Çalışma saatleriniz sırasında huzursuzluk/ tedirginlik hissetme	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2.8) Maruz kaldığınız bu olayın nedenlerini araştırmak için herhangi bir araştırma yapıldı mı?	1.Evet 2.Hayır (2.9.soruya geçiniz) 3.Bilmiyorum (2.9 soruya geçiniz)	1.Evet 2.Hayır (2.9.soruya geçiniz) 3.Bilmiyorum (2.9 soruya geçiniz)	1.Evet 2.Hayır (2.9.soruya geçiniz) 3.Bilmiyorum (2.9 soruya geçiniz)
2.8.1) Yapıldı ise kim tarafından?	1.Yönetim/kurum 2.Sendika 3.Meslek örgütü 4.Polis 5.Diğer	1.Yönetim/kurum 2.Sendika 3.Meslek örgütü 4.Polis 5.Diğer	1.Yönetim/kurum 2.Sendika 3.Meslek örgütü 4.Polis 5.Diğer
2.8.2) Olayın ele alınma/yürütülme şekli sizi tatmin etti mi? 1. Hiç tatmin etmedi..... 5.Çok tatmin etti şeklinde puan veriniz.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2.9) Amir ya da yöneticinizin bu olay karşısında size sağladığı desteği değerlendiriniz. 1. Hiç destek yok..... 5.Tam destek şeklinde puan veriniz.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2.10) Bu olayı başkalarına söylemedi veya bildirmede iseniz bunun nedeni nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	1. Nasıl bildirimde bulunacağımı bilmediğim için 2. Bu olayı önemli bulmadığım için 3. Çekindiğim için 4. Utandığım için 5. Suçluluk hissettiğim için 6. Herhangi bir sonuç alamayacağımı düşündüğüm için 7. Diğer (lütfen tanımlayınız)	1. Nasıl bildirimde bulunacağımı bilmediğim için 2. Bu olayı önemli bulmadığım için 3. Çekindiğim için 4. Utandığım için 5. Suçluluk hissettiğim için 6. Herhangi bir sonuç alamayacağımı düşündüğüm için 7. Diğer (lütfen tanımlayınız)	1. Nasıl bildirimde bulunacağımı bilmediğim için 2. Bu olayı önemli bulmadığım için 3. Çekindiğim için 4. Utandığım için 5. Suçluluk hissettiğim için 6. Herhangi bir sonuç alamayacağımı düşündüğüm için 7. Diğer (lütfen tanımlayınız)
2.11) Sizce bu olay önlenebilir miydi?	1.Evet 2.Hayır	1.Evet 2.Hayır	1.Evet 2.Hayır

EK 7:

**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
ŞİDDET OLAYI BİLDİRİM FORMU**

- 1- **Tarih:** .../.../20....
- 2- **Saldırgan:** a) Kadın b)Erkek
- 3- **Olayın gerçekleştiği yer:**
- 4- **Şiddete maruz kalan kişi:** a)Hastane çalışanı b)Hasta c) Hasta yakını d)Diğer_____
- 5- **Saldırgan:** a)Hastane çalışanı b)Hasta c) Hasta yakını d)Diğer_____
- Saldırganın Adı Soyadı:_____
- Herhangi bir silah kullanıldı mı? a)Evet b)Hayır
- 6- **Predispozan faktörler:** a)İntoksikasyon b)Tedavi memnuniyetsizliği/uzun bekleme zamanı
c) Kişinin endişeli oluşu d)Kişinin şiddet geçmişi olması e)Diğer_____
- 7- **Şiddetin türü:** a) Fiziksel b)Sözel c)Diğer_____
- 8-**Yaralanma oldu mu?:** a)Evet b)Hayır
- 9-**Yaralanmanın derecesi:** _____
- 10-**Saldırgan olay yerini terk etti mi?** a) Evet b)Hayır c)Bilinmiyor
- 11- **Olaya kim müdahale etti?:** a) Polis b) Hastane güvenliği c)Diğer_____
- 12- **Olayın sonucu:**
- Olay yatırıldı a)Evet b)Hayır
- Polise bildirildi a)Evet b)Hayır
- Saldırgan tutuklandı a)Evet b)Hayır
- 13- **Olay sonrası saldırgan:**
- a) Hastanede kaldı b)Polis/Güvenlik tarafından hastaneden uzaklaştırıldı
c) Kendisi hastaneden ayrıldı d)Diğer
- 14- **Beyaz kod verildi mi?** a)Evet b)Hayır
- Formu dolduran:**.....
- Tanık:**.....
- Onaylayan:**.....

EK 8:

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ BEYAZ KOD UYGULAMA KILAVUZU

POLİTİKA:

- 1- Beyaz koda yanıt verecek ekibe sadece eğitim almış personel üye olabilir.
- 2- Beyaz kod ekip üyeleri başlangıç eğitimlerinin yanı sıra yıllık eğitimlere de tabii tutulmalıdır. Eğitim süresi minimum sekiz saat olmalıdır.
- 3- Tüm personel beyaz koda tanımlanan görevine yönelik olarak eğitim almalıdır.
- 4- Beyaz kod ekip üyeleri, görevleri sırasında tüm beyaz kod çağrılarında cevap vermelidir. Ekip üyeleri beyaz kod çağrısına müdahale etmeden önce, öncelikle zor durumdaki personelin güvenliğinden emin olmalıdır.
- 5- Ekip beyaz kod çağrısına müdahale etmeden önce, ekip üyeleri ve diğerlerinin güvenliği öncelikle düşünülmelidir. Beyaz kod ekibinin görev sahasının dışında bir olay olduğunda polis yardımı istenmelidir.
- 6- Gerekli durumlarda acil servis ve psikiyatri bölümlerinde kısıtlama imkanları hazırda tutulmalıdır.
- 7- Beyaz kod ilaçları acil servis ve psikiyatri bölümünde hazırda bulundurulmalıdır. Bu birimlerin yardımcı sağlık personeli, bu ilaçların saklanmasıyla sorumlu olmalıdır.
- 8- Beyaz kod ekip sorumlusu, olayı takiben ekip üyeleri ve olaya karışan diğer kişilerle, güven ortamını sağlamak ve bilgilendirme yapmak amacı ile görüşme yapmalıdır.
- 9- Tüm beyaz kod çağrılarını takiben “Beyaz Kod Bildirim Formu” doldurulmalıdır.
- 10- Beyaz kod olayının takibi olayın gerçekleştiği bölüm yöneticisinin sorumluluğundadır.
- 11- Gereken durumlarda daha ileri öneriler almak amacı ile, beyaz kod bildirim formları ve olayın takibi Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimi ile birlikte değerlendirilmelidir.

AMAÇ:

Bir beyaz kod durumunun güvenli bir şekilde yönetilebilmesi için kılavuzlar oluşturmak.

UYGULAMA:

- 1- Çağrıyı başlatma:
 - Yardıma ihtiyacı olduğunu düşünen tüm personel bir beyaz kod çağrısını başlatabilir.
 - Beyaz kod çağrısı (hastane yönetiminin belirleyeceği bir telefon numarası) ile başlatılır.
- 2- Çalışanların Sorumlulukları:
 - Bölümünüzde bir beyaz kod çağrısı yapılmışsa aşağıdaki basamakları izleyiniz:
 - Mümkünse herkesi tehlike alanının dışına çıkartın
 - Radyo televizyon gibi gürültü yapan cihazları kapatarak tehlike bölgesindeki uyarın miktarını mümkün oldukça azaltın.
 - Tehlike bölgesindeki aktiviteleri azaltın
 - Sakin ve soğukkanlı konuşun
 - Silah olarak kullanılabilecek ya da yaralanmaya neden olabilecek tüm ekipmanları uzaklaştırın
 - Beyaz kod ekip sorumlusuna aşağıdakileride içerecek şekilde olayın detaylarını iletin:
 - Olayın kısa özeti (hastanın adını ve mümkünse hasta bilgilerini içerecek şekilde)
 - Olaya nasıl müdahale edildi

Beyaz kod ekibinden ne bekleniyor

- Ekip sorumlusunun yönlendirmesine göre ekibe yardımcı olun

3- Yardımcı Sağlık Personelinin Sorumlulukları:

Personel sorumluluklarına ek olarak,

- Aşağıdakilerle ilgili bilgi almak amacı ile bir doktorla görüşüldüğünden emin olun
İlaçlar (oral ya da intramuskuler)
Kısıtlamalar, gerekli ise
İzolasyon, gerekli ise
- İlaçları hazırlayın ve verin
- Ortamda bulunan diğer kişilerle de ilgilenin
- Sorumlu hemşire: Olay sonrası olaya müdahil olan personelin, beyaz kod ekibi ile olay sonrası değerlendirme yaptığından emin olun
- Olayın düzgün bir şekilde dökümanite edildiğinden ve gerekli kişilerin bilgilendirildiğinden emin olun

4- Beyaz Kod Ekibinin Sorumlulukları:

- Olay bölgesine mümkün oldukça hızlı bir şekilde ulaşmak
- Yaralanmaya neden olabilecek tüm kişisel ekipmanların uzaklaştırıldığından emin olun (pens, makas, gözlük, saat vs)
- Müdahale edilemeyecekse takım sorumlusuna haber verin
- Takım sorumlusunun talimatlarını uygulayın
- Müdahale sonrası bilgilendirme görüşmesine katılın
- Önerilerde bulunun
- Herhangi bir yaralanma durumunda ekip sorumlusuna ve acil yardım ekibine haber verin
- Beyaz kod belgelerinin tutulmasına yardımcı olun

ONAYLAYAN:

TARİH:

İMZA:

EK 9:**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
BEYAZ KOD BİLDİRİM FORMU**

Olayın Gerçekleştiği Yer:

Olay günü:

Olay Saati:

Beyaz Kod Ekibi:

1- Sorumlu _____ 2- _____
3- _____ 4- _____
5- _____ 6- _____

KİŞİ BİLGİLERİ:

İsim: _____ Yaş: _____

1- Yatan hasta 2- Ayaktan hasta 3- Refakatçi 4- Ziyaretçi 5-Diğer _____

Mental Durum: 1- Oryante 2- Dezoryante 3- Konfuze

Davranış Şekli: 1- Fiziksel saldırgan 2- Sözel saldırgan 3- İntihara meyilli
4- Kendisine zarar veren 5- Eşyalara zarar veren 6- Uzaklaşmak istemeyen
7- İşbirliği yapmayanSilah: 1- Var (*belirtiniz*): _____ 2-Yok**YAPILAN MÜDAHALE:**

1- Konuşuldu 2- Yerine geri gönderildi 3-Sakin bir ortama alındı
4- Olay yerinde kontrol altında tutuldu
5- İlaç verildi (*verilen ilaçlar*) _____
6- Engellendi (*tanımlayınız*) _____
7- Dışarı çıkması beklendi
8- Polis yardımı istendi (*tanımlayınız*) _____

YARALANMA DURUMU:

1-Yaralanan kimse oldu mu? Hayır___ Evet___

Hastane çalışanı___ Hasta/hasta yakını___ Diğer(*tanımlayınız*) _____

2- İsim:

3- Çalıştığı birim:

4- İlk yardım yapıldı mı?: Hayır___ Evet___

BİLGİLENDİRME:

Beyaz kod çağrısından hemen sonra bilgilendirme toplantısı yapıldı mı? Hayır___ Evet___

Yapılmadı ise nedenini belirtiniz: _____

ÖNERİLER:

Formu Düzenleyenin Adı Soyadı:**İmza:**