



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEMİZLİK
PERSONELİNDE KAN VE VÜCUT SIVILARI İLE BULAŞAN
HASTALIKLARDAN KORUNMA İLE SAĞLIK ALGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Gökür EROĞLU

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2023



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEMİZLİK
PERSONELİNDE KAN VE VÜCUT SIVILARI İLE BULAŞAN
HASTALIKLARDAN KORUNMA İLE SAĞLIK ALGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Dr. Göknur EROĞLU

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR

BURSA-2023

İÇİNDEKİLER

Özet.....	iii
İngilizce Özet.....	iv
Giriş.....	1
İş Sağlığı ve Güvenliği.....	2
Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri.....	5
Tıbbi Atıklar.....	7
Tıbbi Atıkların Toplanması.....	9
Tıbbi Atıkların Taşınması.....	9
Kan ve Vücut Sıvıları ile Bulaşan Enfeksiyonlar.....	10
Hepatit B Virüsü (HBV).....	12
Hepatit C Virüsü (HCV).....	13
İnsan İmmün Yetmezliği Virüsü (HIV).....	14
Kan ve Vücut Sıvıları ile Bulaşan Enfeksiyonlara yönelik korunma önlemleri.....	15
El Yıkama.....	16
Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı.....	17
Bağışıklama.....	17
Hastane Temizlik Personelinin Eğitimi.....	18
Sağlık Algısı.....	20
Gereç ve Yöntem.....	22
Araştırma Tipi ve Evreni.....	22
Araştırmanın Uygulanması.....	23

Araştırma Değişkenleri.....	25
Bağımlı Değişkenler.....	25
Bağımsız Değişkenler.....	25
Veri Analizi.....	27
İzinler.....	30
Bulgular.....	32
Tartışma ve Sonuç.....	57
Kaynaklar.....	74
Ekler.....	84
Teşekkür.....	91
Özgeçmiş.....	93

ÖZET

Kesitsel tipteki çalışmamızın amacı Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi temizlik personeline kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklardan korunma ile sağlık algısı arasındaki ilişkiyi saptamaktır. Araştırmamıza 251 temizlik personeli dahil edilmiştir. Araştırmaya 224 kişi katılmıştır (% 89,2). Katılımcıların %66,5'i kadındır. Personelin kurumda ortalama çalışma süresi 11,4±5,1 yıl olup %34,5'i klinik, %15,2'si poliklinik, %9,9'u ameliyathanede çalışırken %6,3'ü ise atık taşıma hizmetleri ile ilgili işlerde çalışmaktadır. Temizlik personelinin %40,2'sinin iş yerinde çalışma hayatları boyunca en az bir kere kan ve vücut sıvıları ile teması olmuştur. Kan ve vücut sıvıları ile teması olan temizlik personelinin %88,9'u temas sırasında kişisel koruyucu ekipman kullanmaktadır. Yaşanan riskli temas durumunu çalışanların %96,7'si İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi'ne bildirmiştir. Temizlik personelinin %42,5'i üç doz hepatit B aşısı yaptırmıştır. Riskli temas sırasında kişisel koruyucu ekipman kullananlarda kullanmayanlara göre; damlacık sıçrama olasılığı olan durumlarda yüz siperliği kullananlarda kullanmayanlara göre; eldivenleri çıkardıktan sonra ellerini sabunla yıkayanlarda yıkamayanlara göre; üç doz hepatit B aşısı yaptırmış olanlarda kaç doz aşı yaptırdığını hatırlamayanlara göre bazı sağlık algısı alt boyut puanları ve toplam ölçek puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Ayrıca tıbbi atık taşıma/toplama sırasında turuncu eldiven (kumaş üzerine kauçuk kaplı) ve koruyucu gözlük kullananlarda kullanmayanlara göre; damlacık sıçrama olasılığı olan durumlarda maske, gözlük kullananlarda kullanmayanlara göre bazı sağlık algısı alt boyut puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklar, temizlik personeli, sağlık algısı

SUMMARY

The aim of this study is to determine the relationship between protection from diseases transmitted by blood and body fluids and health perception in Bursa Uludağ University Faculty of Medicine cleaning staff. 251 cleaning staff were included in our cross-sectional study. 224 people participated in the research (89.2%). 66.5% of the participants are women. The average working time of the personnel in the institution is 11.4 ± 5.1 years, with 34.5% working in the clinic, 15.2% in the polyclinic, 9.9% in the operating room, and 6.3% in the waste transportation services. 40,2% of the cleaning staff have been in contact with blood and body fluids at least once during their working life. 88,9% of the cleaning staff who come into contact with blood and body fluids use personal protective equipment during contact. 96,7% of the employees reported the risky contact to the Occupational Health and Safety Unit. 42,5% of the cleaning staff had three doses of hepatitis B vaccine. According to those who use personal protective equipment during risky contact, compared to those who do not; In cases where droplet splash is likely, those who use face shields compared to those who do not; compared to those who do not wash their hands with soap after removing the gloves; There was a significant difference in some health perception sub-scale scores and total scale scores in those who had three doses of hepatitis B vaccine compared to those who did not remember how many doses they had. In addition, according to those who use orange glove (rubber coated on fabric) and protective glasses during transportation/collection of medical waste; There was a significant difference in some health perception sub-scale scores in those who use masks and glasses in cases where droplet splash is likely, compared to those who do not.

Keywords: Diseases transmitted by blood and body fluids, cleaning staff, health perception

GİRİŞ

Sağlık çalışanlarında kan ve vücut sıvılarına temas sonucu kan yoluyla bulaşan patojenlerle mesleki olarak enfekte olma riski, dünya genelinde önemli bir sorundur (1). Bulaş genellikle enfekte hastaların kan ve vücut sıvılarına perkütan veya mukozal maruziyet ile gerçekleşir (2). Enjektör iğneleri veya kesici/delici malzemelerin cilde batması ile perkütan bulaş, kontamine kan ve vücut sıvılarının mukozalara sıçraması ile mukozal bulaş meydana gelir (3). Enfekte olmuş kesici/delici aletler tıbbi atıkların önemli bir kısmını oluşturmakta ve çalışma esnasında batma, delme ve yaralanmalara neden olabilmektedir (4).

Avrupa'da her yıl yaklaşık 304.000 sağlık çalışanı Hepatit B virüsü (HBV), 149.000 sağlık çalışanı Hepatit C virüsü (HCV), 22.000 sağlık çalışanı Human Immunodeficiency Virus (HIV) ile kontamine olmuş materyal ile perkütan yaralanma yaşamakta ve bu yaralanmaların %90'ı gelişmekte olan ülkelerden bildirilmektedir (5). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre, sağlık çalışanlarının yaklaşık %60'ı meslek hayatlarında en az bir kez kaza ile hastaların kan veya vücut sıvılarına temas etmektedir (1,6–8). 2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan raporda, dünya genelindeki sağlık çalışanlarının yılda en az bir kez enfekte olmuş kan ve vücut sıvılarına maruz kaldığı bildirilmiştir. Bu temasların yaklaşık 2.000.000'u HBV, 900.000'i HCV, 120.000'i ise HIV ile kontamine materyal ile olmaktadır. Kontamine iğne ile perkütan yaralanma sonucu enfeksiyon gelişme riski HBV, HCV ve HIV için sırasıyla %2-40, %3-10, %0-3'dür. Her yıl, bu yaralanmalar sonucunda yaklaşık 66.000 sağlık çalışanında HBV, 16.000 sağlık çalışanında HCV ve 200-5000 sağlık çalışanında HIV enfeksiyonu meydana gelmektedir. Dünya genelinde sağlık çalışanları arasında, perkütan mesleki maruziyet için atfedilen risk oranları HBV için %37, HCV %39 ve HIV için %4,4'tür (9).

Yaşamı tehdit etmekle birlikte önlenebilen HBV, HCV ve HIV bulaşında esas yol kesici/delici alet yaralanmalarıdır. Bu yaralanmaların çoğunun hemşirelerde olduğu bildirilse de, hekimler, laboratuvar çalışanları,

temizlik personeli ve diğerk sağlık çalışanları da bu yaralanmalara sıklıkla maruz kalmaktadır (2,10,11). Khuri-Bulos ve arkadaşlarının üç yıllık sűrveyans kayıtlarını inceledikleri çalışmada temizlik personelinin yaralananların %19'unu oluşturduğu saptanmıştır (12).

1987 yılında Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) tarafından önerilen "Evrensel Yöntemler", sağlık personelinin kan ve vűcut sıvılarıyla bulaşan enfeksiyonlardan korunması için günümüzde de yaygın olarak kabul edilen önlemlerdir. Bunlar önlemler arasında; hasta ile temas öncesi, sonrası ve eldiven çıkarttıktan sonra el yıkamak; kan ve vűcut sıvılarıyla temas riski varsa eldiven giymek; kan ve vűcut sıvısı sıçrama riski varsa gözlük, maske ve koruyucu kıyafet giymek yer almaktadır (13,14).

İř sağlığı ve güvenliği alanında teknik donanımaya yönelik alınan tedbirlerin iş kazalarının önlenmesi açısından yeterli olmadığı ve kişisel faktörlerin de etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle alışanların riskli davranışlarının iş kazalarının meydana gelmesinde önemli bir yere sahip olduğu görűlmektedir. Çalışanların sağlık konusundaki tutum, inanç ve algıları olumlu yönde geliştirilerek, kültürel bir farkındalık oluşturmak suretiyle bu riskli davranışlar değiştirilebilecek ve iş kazalarının önüne geçilebilecektir (15).

Koruyucu önlemlere kişisel uyum önemli olup bunu etkileyen pek çok faktör vardır. Bu faktörlerden birisi, kişilerin sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkileyen sağlık algısı olabilir. Sağlık algısı; bireyin sağlığıyla ilgili duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bűtűnű olarak tanımlanmaktadır (16).

İş Sağlığı ve Güvenliği

İş sağlığı, çalışanın çalışma koşulları ve kullanılan araç-gereçlerin potansiyel tehlikelerden tamamen arındırıldığı veya bu tehlikelerin en aza indirildiği bir işyerinde rahat ve güvenli bir şekilde çalışmasını temsil eder (17).

İř güvenliđi kavramı ise, çalıřanların iş sırasında maruz kalabileceđi potansiyel tehlikelerin ortadan kaldırılması veya azaltılması konusunda işverene getirilen yükűmlűlűklerle ilgili kuralların bűtűnűnű ifade eder (18).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); çalışma hayatının en temel unsurlarından biri olan iş sağlığı ve güvenliği kavramını:

- çalışanların bedensel, ruhsal, toplumsal sağlık ve refahının en üst düzeye yükseltilerek bu durumun korunması;
- işyeri koşullarının meydana getirdiği sağlığa aykırı sonuçların ortadan kaldırılması;
- çalışanların yaralanmasına ve iş kazası yaşamasına sebep olabilecek risk faktörlerinin ortadan kaldırılması;
- çalışanların bedensel ve ruhsal özelliklerine uygun işlere yerleştirilmesi;
- sonuç itibariyle çalışanların bedensel ve ruhsal gereksinimlerine uygun bir iş ortamı oluşturulması olarak tanımlamıştır (19).

İş sağlığı ve güvenliğinde temel amaç;

- çalışma hayatında çalışanların sağlığına zarar verebilecek durumların önceden tespit edilerek bunlara yönelik gerekli tedbirlerin alınması,
- iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı çalışanların sağlığının korunması,
- çalışanların güvenli ve rahat bir ortamda çalışmalarının sağlanması ile
- çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hallerinin sağlanmasıdır (18,20).

İş kazası, işyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen ve ölüme, bedensel veya ruhsal zararlara yol açan olaylar olarak tanımlanmaktadır (21). Meslek hastalıkları ise sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliği veya işin yürütüm şartlarından kaynaklanan, tekrarlayan nedenlerle ortaya çıkan geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik durumlarını ifade etmektedir (22).

İş sağlığı ile ilgili ilk yasal düzenleme 1802 yılında İngiltere’de Sağlık ve Ahlakın Korunması Kanunu ile yürürlüğe girmiştir. İş sağlığı ve güvenliği kavramının uluslararası boyuta taşınması 1919 yılında ILO’nun ve 1948 yılında

Birleşmiş Milletler bünyesinde DSÖ'nün kurulması ile sağlanmıştır (23,24).

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşu itibarıyla iş sağlığı hizmetlerinin tüm iş kollarında uygulanmasına yönelik ilk düzenleme, 1926 tarihli Borçlar Kanunu'nun 332. maddesinde yer almıştır. Bu madde, iş sahiplerinin tehlikelere karşı gerekli tedbirleri almak, uygun ve hijyenik çalışma alanları sağlamak ve işçi ile birlikte ikamet ediliyorsa sağlıklı bir yatacak yer temin etmek zorunda olduğunu ifade etmektedir (25).

Ülkemizde bugün yürürlükte olan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları için birçok önemli düzenleme içermektedir ve bu alanda çeşitli iyileştirmeleri sağlamaktadır. Ayrıca 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu da iş kazaları ve meslek hastalıklarıyla ilgili tazminat ve maluliyet işlemlerine yönelik düzenlemeler içermektedir. Bu iki kanun, günümüzde iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının hukuki kaynaklarını oluşturmaktadır (17,26).

İş sağlığı ve güvenliği göstergeleri, insan hakları, çalışma hayatı ve ülkelerin gelişmişlik düzeyi hakkında önemli bilgiler sunar. Her yıl birçok insan iş kazaları ve meslek hastalıkları sebebiyle yaşamını yitirmekte veya kalıcı sakatlık yaşamaktadır. Bu nedenle, bu göstergeler güvenli bir çalışma ortamı oluşturularak çalışanların sağlığının korunması için oldukça önemlidir (27). İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının çalışma alanlarında nitelikli bir şekilde işleyişini gösteren en önemli bulgular, iş kazaları ve meslek hastalıklarının görülme sıklıklarına yönelik istatistiksel bilgilerdir. Ülkemizde, her yıl yaklaşık üç yüz bin çalışmamız çeşitli nedenlerle iş kazası geçirmekte ve bu kazalara bağlı bin beş yüz civarında çalışan yaşamını yitirmektedir. Türkiye, Avrupa'da en yüksek ölümlü iş kazası oranına sahip ülkedir. SGK verilerine göre, 2021 yılında 511.084 iş kazası kaydedilmiş ve bu kazalarda 1207 çalışan hayatını kaybetmiştir. Ayrıca, çalışanların geçici iş göremezlik süresi 4.650.312 gün olarak rapor edilmiş ve yine aynı yıl içinde 1.091 çalışana meslek hastalığı teşhisi konulmuştur (28). Ülkemizde yıllara göre iş kazası istatistiklerinin dağılımı incelendiğinde, sayının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Meslek hastalıkları istatistiklerinde ise meslek hastalığı sayılarının oldukça düşük olduğu, bunun nedeninin meslek hastalıklarının tanısından kaynaklanan

güçlükler olabileceği düşünülmektedir (29).

ILO'nun 2020 verileri incelendiğinde, dünya genelinde yılda 378.000.000 kişi işle bağlantılı ölümcül olmayan kazalar nedeniyle işlerine gidememektedirler. Ayrıca iş kazaları ve meslek hastalıkları nedeniyle günlük ortalama 6.300 kişi, her yıl ise yaklaşık 2.200.000 kişi yaşamını yitirmektedir (30).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) ve Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı (OSHA) raporlarına göre, Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'daki hastane sağlık çalışanları arasında yılda sırasıyla 385.000 ve 1.000.000'dan fazla iğne batmasına bağlı yaralanma vakası bildirilmiştir. Bouya ve arkadaşları (31) üç veritabanı (PubMed, Web of Science ve Scopus) tarayarak Ocak 2000 ile Aralık 2018 tarihleri arasında 31 ülkede 50.916 sağlık çalışanı arasında iğne batmasına bağlı yaralanmanın yaygınlığını araştırmışlardır. Araştırma sonucunda, bir yıllık küresel boyutta yaralanma prevalansını %44,5 olarak belirlemişlerdir. Çalışma sonucunda elde edilen veriler küresel boyutta sağlık çalışanları arasında yüksek yaralanma prevalansına işaret etmektedir.

İş kazalarının önlenmesi ve azaltılması için en önemli faktör önleyici tedbirlerin çalışma alanlarında yaygınlaştırılmasıdır. İş kazalarının nedenleri ile ilgili yapılan araştırmalarda %80 gibi yüksek bir oranda insan kaynaklı nedenlerden meydana geldiği ve çalışanların güvenli olmayan davranışlarının iş kazalarının oluşumunda önemli bir etken olduğu belirtilmiştir (32–34). Bu nedenle çalışma ortamlarında iş sağlığı ve güvenliğini sağlamak için alınan önlemlerin yanı sıra çalışanların bu önlemlere uyumlarının artırılması gerekmektedir (33).

Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık çalışanları; doktorlar, hemşireler, ebeler ve sağlık memurları, diğer profesyonel meslekler (biyolog, eczacı gibi), diğer sağlık elemanları (teknisyenler) ve diğer çalışanlar (temizlik görevlileri, sekreterler) olarak sınıflandırılmaktadır (16). Hastanelerde, sağlık

hizmetlerinin sunumunda ekip çalışmasının büyük bir önemi vardır. Bu ekibin doğal bir üyesi olan temizlik çalışanları hastane ortamında çalışan diğer sağlık personeli gibi enfeksiyon hastalıkları açısından risk altındadır (10).

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'na göre riskin tanımı; "tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka zararlı sonuçların meydana gelme olasılığı" olarak yapılmıştır (21). Sağlık hizmetleri alanı, iş sağlığı ve güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarında biridir (35). Sağlık çalışanları, fiziksel etkenlerden kimyasal tehlikelere, kesici/delici alet yaralanmalarından biyolojik tehlikelere, uygun olmayan ergonomik koşullardan alerjenlere ve psikososyal etmenlere kadar çeşitli risklerle karşı karşıya kalırlar (2,36,37). Bu tehlikeler ve riskler, iş kazalarına yol açarak sağlık çalışanlarının işten geçici veya kalıcı olarak uzaklaşmasına, iş verimliliğinin azalmasına ve sağlık kurumlarının maliyetlerinin artmasına neden olabilir. Sağlık çalışanlarında mesleki maruziyet ile en yaygın hastalık ve ölüm sebebi enfeksiyonlardır (38).

Sağlık personeline enfeksiyon hastalıkları genellikle kesici/delici alet yaralanmaları ve kontamine materyallerle temas sonucu bulaşırken, solunum yoluyla ve laboratuvar kaynaklı bulaşlar da meydana gelebilir (10,39). HBV ile enfekte sağlık çalışanlarının %37'sine, bu enfeksiyonun kesici/delici alet yaralanmaları veya kontamine materyalle temas sonrasında bulaştığı bildirilmiştir (37). Hastanelerde, yılda 100.000 ile 1.000.000 arasında kesici/delici alet yaralanması meydana gelmektedir. Ancak bu sayıların gerçek durumu yansıtmadığı düşünülmekte ve bu durumun gözetim sistemlerinin yetersizliği ve yaralanmaların yetersiz bildirimleriyle ilgili olduğu düşünülmektedir (39,40).

Sağlık kurumlarında temizlik ve düzenin sağlanmasından sorumlu temizlik personeli tıbbi atıkların kaynak oluşturduğu risklere maruziyeti olan öncelikli çalışan grubunu oluşturmaktadır. Hastanede çalışan temizlik personeli, tıbbi atıkların birimlerden toplanması, taşınması ve depolanması işlemleri sırasında kesici/delici alet yaralanmaları yoluyla meslek hastalığı olan HBV, HCV ve HIV etkenleri ile diğer birçok sağlık çalışanı gibi enfekte olmaktadır (10,11). Hastane temizlik personeliyle yapılan çalışmalar,

çalışanların kişisel koruyucu ekipmanlar ve hijyen kuralları konusundaki bilgilerinin ve bu konularla ilgili uygulamalarının yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu eksiklikler, temizlik personelinin sağlık açısından önemli risklere maruz kaldığına işaret etmektedir (10,41,42).

Tıbbi Atıklar

Sağlık kuruluşları, muayenehaneler ve hayvan kliniklerinin işletim faaliyetleri sonucu meydana gelen enfekte, patolojik ve kesici/delici atıklar tıbbi atıklar olarak değerlendirilmektedir (43). Hastaneler tıbbi atıkların ortaya çıkmasında çok önemli bir yere sahiptir.

Genellikle kan ve kan ürünlerine bulaş içermekte olan enfeksiyöz, patolojik ve kesici/delici atıklar diğer atıklardan daha fazla yaralanmalara sebep olmaktadır. Ayrıca bünyesinde bulunan bakteri, virüs, parazit ve mantar türleri sebebiyle enfeksiyon bulaşına ve ölüme varabilecek ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir (44–46).

Tıbbi atıklarla ilgili ilk yasal düzenleme 22 Temmuz 2005 tarihinde yayımlanan ve 25883 sayılı Resmi Gazete'de yer alan "Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği"dir. Bu yönetmelikte tıbbi atıklar; enfeksiyöz, patolojik ve delici-kesici atıklar olarak üç kategoride ele alınmıştır. Sağlık kuruluşlarında ortaya çıkan atıkların sınıflandırması, Tablo 1'de detaylı bir biçimde sunulmuştur (46).

Tablo-1: Sağlık Kuruluşlarından kaynaklanan atıkların sınıflandırılması (46)

EVSEL NİTELİKLİ ATIKLAR	
A. Genel Atıklar	Sağlıklı insanların bulunduğu kısımlar, hasta olmayanların muayene edildiği bölümler, ilk yardım alanları, idari birimler, temizlik hizmetleri, mutfaklar, ambar ve atölyelerden gelen atıklar: B, C, D, E, F ve G gruplarında anılanlar hariç, tıbbi merkezlerden kaynaklanan tüm atıklar.
B. Ambalaj Atıklar	Tüm idari birimler, mutfak, ambar, atölye v.s den kaynaklanan tekrar kullanılabilir, geri kazanılabilir atıklar: Kağıt, karton, plastik, cam, metal vb.
TIBBİ ATIKLAR	
C. Enfeksiyöz Atıklar	

<p>Enfeksiyöz ajanların yayılımını önlemek için taşınması ve imhası özel uygulama gerektiren atıklar:</p> <p>I. Mikrobiyolojik laboratuvar atıkları; Kültür ve stoklar, enfeksiyöz vücut sıvıları, serolojik atıklar, diğer kontamine laboratuvar atıkları (lam-lamel, pipet, petri v.b)</p> <p>II. Kan kan ürünleri ve bunlarla kontamine olmuş nesnelere</p> <p>III. Kullanılmış ameliyat giysileri (kumas, önlük ve eldiven v.b)</p> <p>IV. Diyaliz atıkları (atık su ve ekipmanlar)</p> <p>V. Karantina atıkları</p> <p>VI. Bakteri ve virüs içeren hava filtreleri</p> <p>VII. Enfekte deney hayvanı lesleri, organ parçaları ve bunlarla temas eden nesnelere</p>	
<p>D. Patolojik Atıklar</p> <p>Anatomik atık dokular, organ ve vücut parçaları ile ameliyat, otopsi v.b. tıbbi müdahale esnasında ortaya çıkan vücut sıvıları:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ameliyathaneler, morg, otopsi, adli tıp gibi yerlerden kaynaklanan vücut parçaları, plasenta, kesik uzuvlar v.b (insani patolojik atıklar) - Biyolojik deneylerde kullanılan kobay leşleri 	
<p>E. Delici-Kesici Atıklar</p> <p>Batma, delme sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklar: enjektör iğnesi, iğne içeren diğer kesiciler, bistüri, lam-lamel, cam pastör pipeti, kırılmış diğer cam v.b</p>	
TEHLİKELİ ATIKLAR	RADYOAKTİF ATIKLAR
<p>Fiziksel veya kimyasal özelliklerinden ya da yasal nedenler dolayısıyla özel işleme tabi olacak atıklar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tehlikeli kimyasallar - Sitotoksik ve sitostatik ilaçlar - Amalgam atıkları - Farmasötik, genotoksik ve sitotoksik atıklar - Ağır metal içeren atıklar - Basınçlı kaplar 	<p>Türkiye Atom Enerjisi Kurumu mevzuatı hükümlerine göre toplanıp uzaklaştırılır.</p>

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında meydana gelen atıkların büyük bir kısmı evsel atıklardır. Yapılan bir araştırmada, hastane atıklarının %80'inin zararsız atıklar olduğu, %15'inin enfeksiyon bulaşmış atıklar, %1'inin kesici/delici malzemeler ve geriye kalan kısmın ise kimyasal atıklar, radyoaktif ve farmakolojik atıklardan oluştuğu belirtilmiştir. Tıbbi atıkların oluşumundan bertaraf edilmesine kadar olan süreçte, atıkların kaynağa ayrı toplanmasına, birim içinde ve bertaraf alanına uygun biçimde taşınmasına, çevre sağlığına ve insan sağlığına zarar vermeyecek bir şekilde bertaraf edilmesine özen gösterilmelidir (46).

Tıbbi Atıkların Toplanması

Tıbbi atıkların doğru şekilde yönetilmesi için aşağıdaki önemli adımların uygulanması gerekmektedir:

- Tıbbi atıklar, ambalaj atıkları, evsel ve tehlikeli atıklarla karıştırılmamalıdır.
- Tıbbi atıkları toplandıma özel kırmızı renkli plastik torbalar kullanılmalıdır.
- Tıbbi atık torbaları $\frac{3}{4}$ oranında dolduğunda değiştirilmeli ve sıkıca bağlanmalı, gerekli durumlarda, bir torba başka bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır.
- Tıbbi atıkların toplandığı torbalar kesinlikle geri kazanılmamalı ve tekrar kullanılmamalıdır.
- Sıvı tıbbi atıklar uygun emici maddeler kullanılarak yoğunlaştırılıp belirtilen torbalara konulmalıdır.
- Delici ve kesici atıklar, özel plastik veya lamine karton kutular içinde ayrı olarak toplanmalıdır.
- Kaplar, en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulmalı, ağızları kapatılmalı ve kırmızı plastik torbalara yerleştirildikten sonra yenileriyle değiştirilmelidir.
- Delici-kesici atık kapları dolu olduğunda sıkıştırılmamalı, açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.
- Yeni torba ve kaplar, atığın kaynağında veya en yakınında hazır şekilde konumlandırılmalıdır.
- Sağlık hizmeti sunan üniteler, atıkların ayrı şekilde toplanması, toplama ve taşıma ekipmanlarının düzenli temizliği ve dezenfeksiyonu, atık miktarları, toplama sıklığı, geçici depolama sistemleri, kaza durumlarında alınacak önlemler, atıkların yönetiminden sorumlu personel ve personelin eğitimleri gibi bilgileri içeren Ünite İçi Atık Yönetim Planını hazırlamalı ve uygulamalıdır (46).

Tıbbi Atıkların Taşınması

Tıbbi Atık Kontrolü Yönetmeliğine (TAKY) göre (46);

- Tıbbi atık taşıma işlemi, özel eğitim almış personel tarafından gerçekleştirilir. Taşıma için, yırtılmalara veya delinmelere yol

açmayacak şekilde kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli ve sadece bu amaç için kullanılan araçlar tercih edilir. Bu araçlar, turuncu renkte olup üzerlerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ve "Dikkat! Tıbbi Atık" ibaresi bulunur.

- Tıbbi atık torbaları araçlara yüklenirken, ağızları sıkıca bağlanmış olmalı ve sıkıştırılmamalıdır. Toplama/taşıma işlemi esnasında el veya vücut temasından kaçınılmalı, elde taşıma işlemi yapılmamalı, atık bacaları ve yürüyen şeritler kullanılmamalıdır. Tıbbi atıklar, evsel nitelikli atıklarla aynı araçlara yüklenmemeli ve taşınmamalıdır.
- Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenip dezenfekte edilir. Eğer araçta herhangi bir torba patlarsa veya dökülme olursa, atıklar güvenli bir şekilde boşaltılır ve taşıma aracı hemen dezenfekte edilir.
- Ünite içindeki toplama programı ve atık taşıma aracının izleyeceği güzergah, hastaların tedavi olduğu yerlerden, diğer temiz alanlardan ve insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak şekilde saptanır.

Bu önemli tedbirlerin uygulanması, tıbbi atıkların güvenli ve etkin bir şekilde yönetilmesini sağlar.

Kan ve Vücut Sıvıları ile Bulaşan Enfeksiyon Etkenleri

Kan ve vücut sıvıları ile bulaşan enfeksiyon etkenleri olan HBV, HCV ve HIV sağlık çalışanlarında önemli morbidite ve mortalite nedenleridir. Sağlık çalışanlarına bu enfeksiyonların bulaşması genellikle kesici/delici aletlerle perkütan yaralanma yoluyla gerçekleşir. Özellikle enjeksiyon, kan alma, kan ve vücut sıvılarının enjektörden tüplere aktarımı, iğne kapağının kapatılması, iğnelerin atılması, kirlilerin ve atık malzemelerin taşınması gibi işlemler esnasında bu tür yaralanmalar meydana gelebilir (47). Sağlık çalışanlarının bu riskli işlemleri yaparken dikkatli olması ve uygun koruyucu önlemleri alması hayati önem taşır. Solid sütün iğnelere kıyasla, oluklu iğneler yüksek miktarda kan transferine neden olabilir. Solid iğne yaralanmalarında eldiven kullanımı,

kan transferini önemli ölçüde azaltırken, oluklu iğne ile olan yaralanmalarda benzer bir fark yaratamayabilir (48). Tablo 2, kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan enfeksiyonlar açısından riskli vücut sıvılarını ve önemli maruziyetleri göstermektedir.

Tablo-2: Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan enfeksiyonlar açısından riskli vücut sıvıları ve önemli maruziyetler (49–51).

Yüksek Riskli Vücut Sıvıları	
<ul style="list-style-type: none"> • Kan, serum, plazma • Beyin-omurilik sıvısı • Periton, plevra, perikart sıvıları • Eklem sıvısı • Amniyon sıvısı • Anne sütü • Uterus ve Vajina salgıları 	<ul style="list-style-type: none"> • Semen • Dişçiler ile ilişkili olarak tükürük • Bütün görülebilir kan içeren sıvılar • Fikse edilmemiş organlar ve dokular • Konsantre edilmiş virüs içeren laboratuvar örnekleri
Düşük Riskli Vücut Sıvıları (gözle görülebilir kana bulanmadıkça)	
<ul style="list-style-type: none"> • İdrar • Gaita • Kusmuk 	<ul style="list-style-type: none"> • Burun salgıları • Tükürük • Ter • Gözyaşı
Önemli Maruziyetler	
<ul style="list-style-type: none"> • Perkütan yaralanma • Mukoza teması 	<ul style="list-style-type: none"> • Bütünlüğü bozulmuş deri teması
Diğer	
<ul style="list-style-type: none"> • Büyük miktarda kana maruziyet • Oluklu iğne yaralanmaları (özellikle oluklu iğnelerin doğrudan damar içine uygulandığı prosedürlerle ilişkili yaralanmalar) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan ile görülebilir şekilde kirlenmiş aletler • Derin yaralanmalar • Son dönem HIV pozitif hastaların, HBeAg pozitif hastaların, PCR de HCV pozitif bulunan hastaların kanıyla ilişkili yaralanmalar

HBV, HCV ve HIV gibi enfeksiyonlar, iğne batmaları, delici-kesici alet yaralanmaları, deri lezyonları sebebiyle deriden direkt inokülasyon ve göz, ağız, burun gibi mukozal bölgelere kaza sonucu sıçrama gibi mesleki maruziyetler sonucunda bulaşabilir. Bu enfeksiyonlar, bütünlüğünü koruyan deri ve havayolu ile bulaşma göstermezler (2).

Hepatit B Virüsü (HBV)

HBV prevalansı, etnik köken, cinsiyet ve yaş gibi faktörlerle güçlü bir ilişki göstermektedir. Ayrıca, kan maruziyeti veya iğne yaralanması sıklığı yüksek olan çalışanlarda HBV enfeksiyonu yaygınlığı, diğer çalışanlara göre iki kat daha yüksektir (52,53). Sağlık çalışanları için en yüksek bulaş riski taşıyan enfeksiyon etkeni olan HBV, sadece 0,0001 ml enfekte plazma ile bulaşabilmektedir (54). HBV bulaş riski taşıyan vücut sıvıları arasında kan, kan ürünleri, periton, perikard, sinovya ve amniyon sıvıları, beyin omurilik sıvısı (BOS), tükürük, vajinal sekresyonlar, semen, dokular ve organlar bulunmaktadır. Kan, serum, yara eksüdası, plevra ve periton sıvıları ve BOS enfeksiyözitesi yüksek sıvılardır. Vajinal sekresyonlar, semen ve tükürüğün enfeksiyözitesi orta, ter, idrar, feçes ve gözyaşının enfeksiyözitesi çok düşüktür. HBV geçişi açısından perkütan temas en etkili yoldur ancak çevresel kontaminasyon da sağlık çalışanları açısından önemli bir bulaş yoludur (54). Perkütan yaralanma öyküsü olmayan sağlık çalışanlarında kontamine yüzeylere temas sonucu bütünlüğü bozulmuş deri veya mukozadaki lezyonlardan HBV bulaşı olabileceği unutulmamalıdır. HBV'nin kuru kanda oda sıcaklığında bir hafta boyunca enfektivitesini koruması özellikle hemodiyaliz ünitelerinde görevli sağlık çalışanlarına HBV bulaşma riskini artıran önemli bir faktördür (55,56)

Hepatit B enfeksiyonu riski, çalışanın kanla temas derecesi ve kaynak hastanın hepatit B e antijeni (HBeAg) varlığına bağlı olarak değişiklik gösterir. Klinik hastalık riski; HBsAg ve HBeAg pozitif kanla kirlenmiş iğne yaralanmalarında %22-%31 arasındayken serokonversiyon riski %37-%62 arasındadır. HBsAg pozitif ve HBeAg negatif kan ile kirlenmiş iğne yaralanmalarında ise klinik hastalık gelişme riski %1-%6 olup serokonversiyon riski %23-%37 aralığındadır (50,57).

Hepatit B maruziyetinden sonra profilaksi amaçlı, Hepatit B immunoglobulin (HBIG) ve hepatit B aşısı kullanılır (52,53). HBsAg pozitif bir kan ile perkutanöz maruziyet sonrasında bir hafta içinde başlatılan multiple HBIG dozları ile HBV enfeksiyonuna karşı %75 koruma sağlanmaktadır (58–60). Hepatit B aşısına yanıtı değerlendirmek için Anti HBs düzeyi uygulanan son aşıdan 1-2 ay sonra test edilir. Ancak HBIG kullanımı durumunda, Anti HBs yanıtı 3-4 aydan önce görülmeyebilir (49,51).

Hepatit C Virüsü (HCV)

HCV için en önemli bulaş yolları, iğne batması veya keskin aletlerle yaralanma olup enfekte kanın mukozal membranlara sıçramasıyla da bulaşma gerçekleşebilir. Ancak, bütünlüğü korunan deri ile kan teması sonrası HCV bulaştığına yönelik rapor bulunmamaktadır. Yapılan bir araştırmada; serumda HCV RNA saptanan hastaların %57'sinin semeninde, %32'sinin tükürüğünde, %22'sinin vajinal sekresyonunda HCV RNA saptanmıştır (61).

HCV'nin mesleki maruziyetle bulaşmasında en önemli risk faktörleri; büyük damar girişimleri sırasında yaralanma, derin yaralanma, erkek cinsiyet ve kaynak hastanın viral yük düzeyidir. Viral yükü >106 kopya/mL olan hastadan HCV bulaşma riski, viral yükü <104 kopya/mL olan hastaya göre 11 kat daha yüksektir. Perkütan yaralanma ile HCV pozitif bir kaynaktan bulaş olasılığı ortalama olarak %1,8 (%0-7) olarak bulunmuştur (62). Arter veya ven içerisindeki geniş lümenli aletlerle derin yaralanmalar gibi yüksek riskli yaralanmalarda, HCV bulaşma oranı %6,7 iken yüzeysel yaralanmalar gibi düşük riskli yaralanmalarda bu oran %0,009'dur (63). HCV oda sıcaklığında, yüzeylerde, dört güne kadar enfektivitesini koruyabilir (64).

Anti-HCV pozitiflik oranları, sağlık çalışanlarında yapılan araştırmaların çoğunda toplumla benzer olarak saptanmıştır. Anti-HCV pozitifliği toplumda %0-3 arasında iken sağlık çalışanlarında bu oran %0-2,9 (ortalama %0,83) aralığında bulunmuştur (65).

Sağlık çalışanlarına rutin olarak anti-HCV testi yapılmamaktadır (66). HCV şüpheli temas varlığında, sağlık çalışanlarına profilaksi önerilmemektedir. Temas sonrasında ilk olarak temaslı sağlık çalışanında eğer mümkünse kaynakta anti-HCV testi yapılmalıdır. Aynı zamanda temas eden

kişide bazal ALT düzeyi de kontrol edilmelidir. Eğer kaynak anti-HCV pozitifse, sağlık çalışanı HCV açısından takip edilmeli ve anti-HCV ve ALT testleri 4-6 ay sonra tekrarlanmalıdır. Temastan 4-6 hafta sonra HCV RNA testi yapılması erken tanı için önerilmektedir. Kaynak ve temas eden kişide anti-HCV pozitifliği tespit edilmişse mutlaka RIBA veya kalitatif HCV RNA tayini ile teyit edilmelidir (67). Avrupa'da sağlık çalışanlarında riskli temas sonrası dört ay süreyle aylık ALT takibi yapılması ve altıncı ayda anti-HCV testi yapılması önerilmektedir. İzlem sırasında, ALT yükselmesi veya anti-HCV pozitifleşmesi durumunda HCV-RNA bakılması tavsiye edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise temas sonrasında dördüncü ve altıncı aylarda periyodik olarak ALT ve anti-HCV takibi yapılmakta, anti-HCV pozitif çıkarsa HCV-RNA testi yapılmaktadır (68). Kronikleşmenin önüne geçmek için erken teşhis ve tedaviye erken başlamak son derece önemlidir. Temas sonrası 8-12. haftada interferon ve antiviral tedaviye başlamak, kronikleşmeyi önlemektedir (69). Erken tanı ve zamanında tedaviye imkan sağlaması açısından temas sonrası 4-6. haftada HCV-RNA testi ile takip önemlidir ve maliyet-etkin bir yöntem olarak değerlendirilebilir (70).

İnsan İmmün Yetmezliği Virüsü (HIV)

Dünya çapında sağlık personelinin %0,5'inin her yıl mesleki maruziyet yoluyla HIV'e maruz kaldığı ve her yıl 1.000 yeni HIV enfeksiyonunun geliştiği tahmin edilmektedir (69).

HIV bulaşı için enfeksiyöz kabul edilen örnekler kan, doku örnekleri, vajinal sekresyonlar, semen, ve steril vücut sıvılarıdır (Plevra, periton, perikard, sinoviya ve amniyotik sıvı, BOS, vb.). Görünür şekilde kan içermedikleri sürece dışkı, idrar, ter, burun salgıları, tükürük, balgam ve kusmuk bulaşıcı değildir (70).

Sağlık çalışanlarında enfekte kan ve diğer vücut sıvılarına temas sonucu HIV enfeksiyonu bulaş riski, temasın niteliğine ve hastalığın evresine bağlı olarak değişmektedir. Temasın niteliğini belirleyen faktörler arasında temas edilen örnek ile ilgili (örneğin kan içerip içermediği ve miktarı), temasa sebep olan aletlerle ilgili (lümenli-lümensiz olması, kanla bulaşık olup olmaması vb.) ve temas düzeyine ilişkin faktörler (derin-yüzeysel)

bulunmaktadır. HIV enfekte kişinin kanıyla yaşanan perkütan temas sonrasında enfeksiyon bulaş riski %0,3 iken, mukozal temas sonrası bu risk %0,09'dur. Bütünlüğü bozulmuş deri ile enfekte materyal teması sonrasında bulaş riski ise <%1 olduğu tahmin edilmektedir. Kaynak hastada vireminin başlangıcı ile HIV antikorlarının saptanabilir düzeye ulaşması arasındaki pencere dönemi, teorik olarak bir sorun oluşturabilir. Ancak, kaynak hastada güvenilir bir negatif HIV ELISA testi varlığı, hastanın HIV enfeksiyonu açısından risk faktörünün olmaması ve hastanın klinik bulgularının akut HIV enfeksiyonunu düşündürmemesi halinde bulaş riski olmadığı kabul edilir (71). Ayrıca, düşük plazma HIV RNA titresini taşıyan kaynak hastalardan dahi bulaş olasılığı dışlanmamalıdır. Hatta saptanamayacak kadar düşük titrede HIV RNA taşıyan kaynak hastalardan bile bulaş olabilir. Temas sonrası 60 gün içinde kaynak hastanın HIV enfeksiyonu sebebiyle ölmesi, bulaş riskini arttıran önemli bir faktör olarak görülmektedir (71,72).

HIV bulaşma riski taşıyan bir yaralanma durumunda cilt sabun ve su ile, ağız ve burun su ile , gözler ise steril serum fizyolojik ile yıkanmalıdır. Temas sonrası profilaksi mümkün olan en kısa süre içinde uygulanmalıdır (ideal olarak temas sonrası ilk bir saat içinde). HIV antikor testi sağlık personeline maruziyetten sonraki dördüncü hafta, üçüncü ve altıncı ayda tekrarlanmalıdır. Serokonversiyon genellikle ilk 3 ayda görülür, 6. aydan sonra gecikmiş serokonversiyon oldukça nadirdir (73).

Kan ve Vücut Sıvıları ile Bulaşan Enfeksiyonlara Yönelik Korunma Önlemleri

İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları çerçevesinde, çalışanların işe giriş muayeneleri yapılmalı, belirli aralıklarla kontrol muayeneleri düzenlenmeli ve gerekli aşılar sağlanmalıdır. Ayrıca, çalıştıkları ortamlar ve çalışma koşulları değerlendirilmeli, olası risk etmenleri ve tehlike kaynakları tespit edilerek korunma önlemleri alınmalı ve çalışanlar bu konuda bilgilendirilmelidir (35).

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'na göre çalışanların işe giriş muayeneleri ve işe devamı sırasında, işin niteliği ile işyerinin tehlike sınıfına

göre Bakanlıkça belirlenen aralıklarla ve düzenli olarak sağlık muayeneleri yapılmalıdır (21). İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği'ne göre hastane hizmetleri "çok tehlikeli" sınıfta yer almaktadır (74). Çok tehlikeli sınıfta bulunan iş yerlerinde en geç yılda bir olmak üzere periyodik muayene tekrarlanmalıdır (75).

Kurum politikası hastane kaynaklı sağlık risklerini önlemede oldukça önemlidir. Çalışkan ve arkadaşlarının (76) yaptıkları çalışmada kurumların %4,4'ünün sağlık personelinin bağışıklamasını sağladığı, %4,7'sinin ise mesleki risk faktörlerinden korunmak için sağlık personeline eğitim verdiği saptanmıştır. Cürcani ve arkadaşlarının (77) çalışmasına göre, kurumların %48,9'u sağlık personelinin bağışıklamasını sağlamakta, %33,8'i gerekli iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerini vermektedir. %31,9'u herhangi bir önlem almamakta ve sadece %17'si kuruma özgü bir iş sağlığı ve güvenliği politikası oluşturmaktadır. Wilburn (40) tarafından yapılan bir çalışmada, iş sağlığı ve güvenliği birimlerinin koruyucu önlemleri uygulaması ve sağlık çalışanlarına uygulanan eğitim programları sonucunda iğne yaralanmalarının azaldığı ve buna bağlı olarak kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan enfeksiyonlardan korunmanın sağlandığı tespit edilmiştir

Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan enfeksiyonlardan korunma önlemleri; el yıkama ve kişisel koruyucu ekipman kullanımı gibi bireysel uyumun önem arz ettiği önlemlerin yanı sıra kurum tarafından özellikle hassasiyet gösterilmesi gereken bağışıklama ve eğitim gibi önlemler olarak karşımıza çıkmaktadır.

El yıkama

Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan enfeksiyonlardan sağlık personelinin korunması için 1987 yılında CDC tarafından önerilen "Evrensel Yöntemler" arasında önemle vurgulanan yöntem, hasta ile temas öncesinde, sonrasında ve eldiven çıkardıktan sonra el yıkamadır (13,14,78). Eller ya da diğer cilt yüzeyleri hastanın kanı veya diğer vücut sıvılarıyla kontamine olmuşsa hemen su ve sabunla yıkanması gerekir (79). Enfeksiyonlardan korunmada etkili ve önemli bir yöntem olan el yıkama; basit bir eylem olmakla birlikte sağlık profesyonellerinin bu konudaki uyumsuzluğu dünya çapında var olan bir

sorundur (80–84).

Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı

Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan enfeksiyon etkenlerinden korunmaya yönelik diğer bir önlem ise, kişisel koruyucu ekipman kullanımudur. Kişisel koruyucular; enfekte materyallere karşı çalışanı koruyan ekipman ya da giysiler olarak tanımlanmaktadır (85). Kişisel koruyucu ekipmanlar, hem sağlık personelini enfeksiyonlardan korur hem de hastane ortamında enfeksiyonların yayılmasını engeller (10,86).

Çalışma ortamında kullanılan eldiven, maske, gözlük gibi kişisel koruyucular, sağlık çalışanlarının güvenliğini arttırmak için önemlidir (87). Kan ve vücut sıvılarıyla kontamine olmuş cihazlarla temas halinde eldiven giyilmelidir. Kullanımdan sonra eldivenler çıkarılmalı ve çevreye temas edilmeden eller yıkanmalıdır. Hastaya ait materyallerin sıçrama olasılığı olan durumlarda mukoz membranları korumak için ise maske, gözlük ve yüz siperliği kullanılması gerekir (88).

Tıbbi atık toplama ve taşınması esnasında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipmanlar ise temizlik personeli için ayrıca önem arz etmektedir. Tıbbi Atık Kontrolü Yönetmeliği Madde 27'ye göre, tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertaraf etmesinde görevli personel çalışma sırasında eldiven, koruyucu gözlük ve maske kullanmalı; çizme ve özel koruyucu turuncu renkli elbise giymelidir. Taşıma işleminde kullanılan ekipmanlar ve özel giysiler ayrı bir yerde muhafaza edilmelidir (46).

Bağışıklama

Sağlık çalışanları diğer meslek gruplarına ve topluma göre 3-6 kat daha fazla HBV enfeksiyonu riski altındadır. Gelişmekte olan ülkelerde bu risk 6-18 katına kadar çıkabilmektedir. HBV ve HCV enfeksiyonu, 1992 yılında ILO ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık çalışanları için meslek hastalığı olarak kabul edilmiştir (89).

Enfeksiyon hastalıklarından korunmada bağışıklama çok önemli bir adımdır. Hepatit B enfeksiyonu bağışıklama yoluyla %95 önlenbilir olmasına rağmen dünyada bazı bölgelerde sağlık çalışanlarının üç doz aşılama oranı %20'den daha düşük rapor edilmiştir (37). Ayrıca istenilen bağışıklık yanıtının

değerlendirilmesi için aşılama sonrası tüm sağlık personelinin serolojik tetkikleri yapılmalıdır.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, temizlik çalışanlarının sadece %23,1'inin HBV'ye karşı aşılandığı, diğer bir çalışmada ise aşılama oranının %61,0 olduğu tespit edilmiştir (10,42). Aşılama oranlarındaki bu farklılık kurumların iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına olan hassasiyet farklılıklarından kaynaklanmaktadır.

Tıbbi atık yönetiminde yer alan personele;

- Mevsimsel influenza
- Tetanoz-difteri aşısı
- Hepatit B
- Hepatit A aşısı yapılmalıdır (75).

Ayrıca sağlık kurumlarında çalışan temizlik personeline;

- Difteri Tetanoz (Td) (Bir dozun boğmaca içeren aşı olması önerilir)
- Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK)
- Mevsimsel İnfluenza
- Hepatit B
- Suçiçeği
- Hepatit A
- Meningokok aşısı (Mikrobiyoloji laboratuvarlarında meningokok ile çalışan laboratuvar personeline) yapılmalıdır (75).

Hastane Temizlik Personelinin Eğitimi

İnsan yaşamını etkileyen her alanda olduğu gibi iş hayatında da çalışan sağlığı ve güvenliği açısından eğitim önemli bir yere sahiptir (29). İş sağlığı ve güvenliği eğitimi, çalışanların işlerini uygulama aşamasında sağlık ve güvenliklerine zarar verebilecek her türlü işyeri koşullarından çalışanları korumak amacıyla yapılan sistematik eğitim çalışmalarıdır (90). İş sağlığı ve güvenliği eğitimleri, işe yeni başlama, çalışma alanının değişimi, yeni teknolojik kullanımlar, iş ekipmanlarının değişimi gibi çeşitli nedenlerden doğan mesleki acemiliğin ortadan kaldırılmasına olanak sağlamaktadır (91). Çalışanlar aldıkları iş güvenliği eğitimleri doğrultusunda edinmiş oldukları bilgileri çalışma alanlarında uygulamaya dönüştürerek, iş sağlığı ve güvenliği adına güvenli

davranış modellerini elde edebilmektedirler (92).

İş kazaları ve meslek hastalıkları ülkemizde yıllardır önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (29,92–95). Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının oluşturulmasında iş kazaları ve meslek hastalıklarına neden olabilecek hata ve risklerin azaltılmasına yönelik iş sağlığı ve güvenliği yaklaşımının en önemli basamağını oluşturan iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri ile çalışan, işveren ve aynı zamanda çevresel koşullar da dahil olmak üzere güvenlik ve önleme bilincinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır (96). İş kazalarının nedenleri incelendiğinde insan faktörünün oldukça etkili olduğu dikkat çekmekte ve bu durum iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin önemini vurgulamaktadır (92).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerine dair birçok husus içermektedir. Ayrıca iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin kimlere verileceği, kaç saat, kim tarafından ve nasıl uygulanacağı, hangi aralıklarla tekrarlanması gerektiği gibi hususlar 2013 yılında Resmi Gazete’de yayınlanan “Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” ile açıkça ifade edilmiştir (29).

Yönetmeliğin 4. maddesinde eğitimler üç grupta ele alınmıştır;

- İşe başlama eğitimi; “çalışanın fiilen çalışmaya başlamadan önce, yapacağı işe, varsa kullanacağı iş ekipmanına ve işyerine özgü iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerini içeren konularda uygulamalı olarak verilen eğitimi” içermektedir.
- Temel eğitim; İSG Yönetmeliğinin ekinde yer alan Asgari Ek-1’de belirtilen konuları içeren ve düzenli aralıklarla tekrarlanan eğitimi ifade etmektedir.
- Uzaktan eğitim; “iletişim teknolojileri aracılığıyla elektronik ortamda gerçekleştirilen eğitim faaliyetlerini” tanımlamaktadır (10).

İşe yeni başlayan personel, işe alındıktan en geç iki hafta içerisinde iş güvenliği eğitimi almalıdır. İş güvenliği bakımından yüksek riskli işlerde görevlendirilen personel, gerekli eğitimleri almadan bu işleri uygulamamalıdır. İş yerinde düzenli aralıklarla iş güvenliği eğitimleri tekrarlanmalıdır (97).

Hastanede çalışan temizlik personelinin hastane enfeksiyonları, bulaşıcı hastalıklardan korunma, el hijyeni ve tıbbi atık kontrolü konularında

almış oldukları eğitimler ve bu konularla ilgili uygulamalar; hem hastaların hem de çalışanların sağlığı açısından önem arz etmektedir (98–100). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, birçok hastanede temizlik personeline yönelik "hastane enfeksiyonları eğitim programı" hazırlanmadığı tespit edilmiştir. Bunun yerine, sağlık personeline yönelik düzenlenen hizmet içi eğitimlere temizlik personeli de dahil edilmektedir. Bazı hastanelerde, temizlik çalışanlarına verilen eğitimler Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK) tarafından verilmemekte, eğitimler tamamen temizlik firmasının veya eğitim hemşirelerinin sorumluluğuna bırakılmakta ve EKK bu eğitimleri denetlememektedir. Diğer bazı hastanelerde ise temizlik çalışanlarına sadece sorun odaklı bir yaklaşımla gerekli görülen zamanlarda bazı bilgiler aktarılmakta, yaptıkları işle ilgili planlı ve düzenli bir eğitim verilmemektedir (101).

Temizlik personeline yönelik eğitim programları, EKK tarafından hazırlanmalı veya firmanın/hastane müdürlüğünün hazırladığı programlar, EKK tarafından denetlenmelidir (102). İşe başvuru sırasında çalışanın yapabileceği işler arasında en güvenli yapabileceği görev seçilmeli, göreve başlamadan önce çalıştığı bölgedeki enfeksiyon riskleri, bulaş yolları ve korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmeli ve bu eğitim çalışma hayatı boyunca sürdürülmelidir (103).

Sağlık Algısı

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu kavramı açıklarken de; sağlığın kişisel olgularla sınırlı olmadığını, sosyal yönden tam iyilik halinde olma durumunun gerekliliğini ve bu süreçinde ön koşulunun sosyal yaşantının sağlıklı olmasıyla ilişkisinin olduğunu belirtmektedir (104).

Sağlık, bireylerin kendi yaşamları açısından tanımladıkları fiziksel ve ruhsal bir durumdur. Bireylerin iç ve dış çevrelerindeki değişimlere uyum sağlayarak iyilik hallerini sürdürdükleri dinamik bir süreçtir. Bireyin hangi durumları sağlık ile ilişkilendirdiği ve sağlığı nasıl tanımladığı hakkında bilgi

veren sağlık algısı; “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” olarak tanımlanabilir (16). Sağlık algısı, bireyin sağlık davranışları, tutumları, düşünceleri, inançları, deneyimleri ve duygularının etkisi altında olan kişisel bir kavramdır. Ayrıca cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, fiziksel özellikler gibi bireysel faktörlerin yanı sıra, yaşadığı fiziksel ve sosyal çevrenin sosyokültürel yapısı, gelenekler ve toplumsal algılar da sağlık algısını etkileyen önemli faktörlerdir (105). Sağlık algısı, kişiden kişiye, topluluktan topluluğa ve ülkeden ülkeye farklılık gösteren bir kavramdır. Bu farklılıklar, teknolojinin gelişmesi, sosyokültürel yapıların değişmesi, bireysel ve toplumsal çevrelerin etkisi gibi birçok faktörden kaynaklanır. Ayrıca, yaşamın kırsal veya kentsel çevrelerde geçirilmesi bile bireylerin sağlık algısını etkileyebilir (105,106). Sağlık algısı; sağlığın daha iyi veya kötüye doğru ilerlemesinde önemli bir rol oynar. Kişilerin hastalısız, sakatlık olmadan sağlıklı ön görülen yaşam süresi ve yaşam kalitesiyle ilişkilidir (107–109).

Bireylerin sağlık sorumluluğunu ve sağlıklı olma davranışlarını etkileyen, kişinin sağlıklı yaşam davranışlarına yaşamında yer vermesinde ve bu davranışların devamının sağlanmasıda önemli olan sağlık algısı sağlığın geliştirilmesi süreciyle doğrudan ilişkilidir (110).

Bu çalışmanın amacı, hastane temizlik çalışanlarının sağlık algısı düzeylerini tespit etmek ve sağlık algısının çalışanların kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan enfeksiyonlardan korunmaya yönelik davranışları üzerindeki etkisini ortaya koymaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Evreni

Kesitsel tipte olan araştırma Haziran 2023 ile Ağustos 2023 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde (BUÜTF-SUAM) çalışan temizlik personelinde yapılmıştır. Kurumda çalışan temizlik personeli 2018 yılına kadar taşeron firma ile çalışmaktayken 2018 yılı Nisan ayı itibariyle 4/d sürekli işçi kadrosuyla çalışmaya başlamıştır.

Temizlik personelinin çalışma saatleri;

- Sürekli gündüz,
- Sürekli 16.00-24.00 ya da 24.00-08:00,
- 8 saatlik (08.00-16:00/16:00-24:00/24:00-08:00) değişken vardiya şeklindedir.

Araştırmada örneklem seçilmemiştir. Araştırmanın evrenini BUÜTF-SUAM'da çalışmakta olan tüm temizlik personeli oluşturmaktadır. Haziran 2023 tarihinde BUÜTF-SUAM Müdürlüğü'nden temin edilen listeye göre temizlik personeli sayısı 251 kişidir.

Toplam 224 kişi (evrenin %89,2'si) araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. İş yoğunluğundan dolayı vakit ayıramayacak olması nedeniyle 21 kişi araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Beş kişiye çalıştığı yere üç kez gidilmesine rağmen ulaşamamıştır. Bir kişiye görevlendirmede olması sebebiyle ulaşamamıştır. Eğitim seviyesinin düşük olması sebebiyle anketin anlaşılmasıyla ilgili sorun yaşanabileceğinin düşünülmesinden dolayı yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formları doldurulmuştur. Veri toplama süreci Haziran ayında resmi bayram tatili öncesi gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde izin kullanımlarının az olması katılımcılara ulaşma olasılığını artırmıştır.

Katılımcıların isim listeleri, çalıştıkları birimler, kadro türleri ve bağlı oldukları hastane birimine ait bilgiler BUÜTF-SUAM Müdürlüğü'nden izin belgesi ile birlikte temin edilmiştir.

Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama

Araştırmada veri kaynağı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı ve önemi hakkında bilgi verilmiş, ankette kimlik bilgilerine yer verilmeyeceği ve sonuçların bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı açıklanmış ve onamları alınmıştır. Anket formu yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur.

Anket Formu

Anket formu; sosyodemografik özellikler, çalışma hayatıyla ilgili özellikler, kan ve vücut sıvılarıyla temas özellikleri ve sağlık algısını etkileyebilecek faktörleri sorgulayan genel bilgi anketinden oluşan birinci bölüm, kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik davranış özelliklerini değerlendiren ikinci bölüm ve Sağlık Algısı Ölçeğini içeren 3. bölümden ve 62 sorudan oluşmaktadır (10,111–113).

1. Bölüm: Genel Bilgi Anketi

Tanımlayıcı sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu), çalışma hayatıyla ilgili özellikleri (hangi birimde çalıştığı, haftalık çalışma saati, toplam çalışma yılı, vardiya çalışması yapıp yapmadığı) ve kan ve vücut sıvılarıyla temas durumlarını (temas varlığı, temas sonrası yapılanlar) sorgulayan 30 sorudan oluşmaktadır.

Kan ve vücut sıvılarına temas durumunu sorgulayan soruların hemen öncesinde, kan ve vücut sıvılarıyla temasın tanımı; “kan, idrar, tükürük, semen gibi vücut sıvıları ile bulaşmış iğne, bistüri gibi kesici/delici aletlerle yaralanma veya bu sıvıların mukozalara (göz, ağız, burun gibi) bulaşması” (114) şeklinde bilgi amacıyla verilmiştir.

2. Bölüm: Kan ve Vücut Sıvıları ile Bulaşan Hastalıklardan Korunmaya Yönelik Davranış Değerlendirme Anketi

Kan ve vücut sıvıları ile bulaşan enfeksiyonlardan korunmaya yönelik; el yıkama alışkanlığı, kişisel koruyucu ekipman kullanımı, bağışıklama durumu ve aldıkları eğitimlerin sorgulandığı 17 sorudan oluşmaktadır.

3. Bölüm: Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

2007 yılında Diamond ve arkadaşları (112) tarafından geliştirilen ve sağlık algısını değerlendirmede kullanılan Sağlık Algısı Ölçeği'nin (SAÖ) Türkçeye uyarlanmasına yönelik geçerlilik ve güvenilirliği 2012 yılında Kadioğlu ve Yıldız tarafından yapılmıştır (113). Cronbach Alpha katsayısı hemşirelik grubunda 0,77, ailelerinde 0,70 olarak bulunmuş ve iki grupta da iyi düzeyde güvenilirlik düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha değerleri hemşirelik öğrencilerinde 0,60 ile 0,76 arasında değişmekteyken (Kontrol merkezi 0,76; Öz farkındalık 0,63; Kesinlik 0,71; Sağlığın önemi 0,60), öğrencilerin ailelerinde 0,53 ile 0,73 (Kontrol merkezi 0,67; Öz farkındalık 0,53; Kesinlik 0,73; Sağlığın önemi 0,54) arasında değişmektedir (113).

Ölçek dört alt boyut ve 15 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçek dört alt boyuta (kontrol merkezi, özfarkındalık, kesinlik, sağlığın önemi) sahiptir. Ölçek puanlaması kesinlikle katılıyorum=5, katılıyorum=4, kararsızım=3, katılmıyorum=2, kesinlikle katılmıyorum=1 şeklindedir. 1, 5, 9, 10, 11 ve 14 maddeler olumlu (pozitif) ifadelerden bahseder. 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 15. Maddeler ise olumsuz (negatif) ifadelerden bahseder ve puanlaması terstir. Ölçekten en az 15, en fazla 75 puan alınabilir. Ölçekten alınan puan arttıkça kişilerin sağlık algısının yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (113).

Kontrol merkezi (KOM) alt boyutu; bireyin sağlıklı olmayı kendi dışındaki faktörlere (şans, kader, dini inanç vb.) bağlayıp bağlamadığını, sağlıklı olmada kontrol merkezini kendinde toplayıp toplamadığını ve sağlığını değiştirebilmeye yönelik kendine güvenip güvenmediğini belirlemeye yöneliktir (110). Kontrol merkezi alt boyutunu 2, 3, 4, 12, 13. sorular oluşturmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 5, en yüksek puan 25'dir (113).

Özfarkındalık (ÖZF) alt boyutu; bireyin sağlıklı olmaya ilişkin egzersiz ve doğru beslenme konusunda özfarkındalık algısı ve sağlıklı olmanın kendi elinde olup olmadığına yönelik inancının seviyesini belirlemeye yöneliktir

(110). Öz farkındalık alt boyutunu 5, 10, 14. sorular oluşturmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 3, en yüksek puan 15'dir (113).

Kesinlik (KES) alt boyutu; bireyin daha sağlıklı olmaya ve sağlıklı kalmaya yönelik yapması gerekenlerle ilgili kesin bir fikre sahip olup olmadığını belirlemeye yöneliktir (110). Kesinlik alt boyutunu 6, 7, 8 ve 15. sorular oluşturmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 4 en yüksek puan 20'dir (113).

Sağlığın önemi (SÖ) alt boyutu ise; bireyin sağlığına ne derece önem verdiğini, bu konuda ne kadar maddi fedakarlıkta bulunduğunu ve sağlığa verdiği önemin hayatında var olan önceliklerden biri olup olmadığını belirlemeye yöneliktir (110). Sağlığın önemi alt boyutunu 1, 9 ve 11. sorular oluşturmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 3, en yüksek puan 15'dir (113).

Araştırmada İncelenen Değişkenler

Bağımlı değişken

- Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) toplam puanı

Bağımsız değişkenler

Sosyodemografik Değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim düzeyi

Özgeçmiş ile İlgili Değişkenler

- Sigara içme durumu
- Alkol kullanma durumu
- Kronik hastalık varlığı

Sosyal Hayat ile İlgili Değişkenler

- Hanede yaşayan kişi sayısı
- Aylık toplam hane geliri

- Hane gelirinin giderlerini karşılama durumu

Meslek Hayatı ile İlgili Değişkenler

- Çalışılan birim
- Fazla mesai dahil haftalık çalışma süresi
- Vardiyalı çalışma durumu
- Kurumda çalışma yılı
- İşe giriş muayenesi yapılma durumu
- Aralıklı kontrol muayenesi yapılma durumu
- Hastanede çalışırken kan ve vücut sıvıları ile bulaşan enfeksiyon hastalıklarından herhangi birinin bulaşması durumu

Kan ve Vücut Sıvılarıyla Temas ile İlgili Değişkenler

- İş yerinde kan ve vücut sıvıları ile temas durumu
- Temas sırasında kişisel koruyucu ekipman kullanımı
- Teması İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi'ne bildirme durumu
- Resmi bildiri yapmadıysa sebebi
- Temas sonrasında takip veya tedavi için Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine yönlendirilme durumu
- Temas sonrası, kan veya vücut sıvısı bulaşan hastanın bulaşıcı hastalık bakımından durumunun biliniyor olması durumu
- Kan veya vücut sıvısı bulaşan hastanın bulaşıcı hastalık bakımından durumu bilinmiyorsa hastaya test yapılma durumu
- Hastanın Hepatit B için bulaştırıcı özellik taşıma durumu
- Hastanın Hepatit C için bulaştırıcı özellik taşıma durumu
- Hastanın HIV için bulaştırıcı özellik taşıma durumu
- Temas sonrası çalışana bulaşıcı hastalık bulaşıp bulaşmadığını değerlendirmek için test önerilme durumu
- Temas sonrası çalışanın önerilen testleri yaptırma durumu

Kan Ve Vücut Sıvıları İle Bulaşan Hastalıklardan Korunmaya Yönelik Davranışlar ile İlgili Değişkenler

Tıbbi atık toplama sırasında koruyucu ekipman kullanımı;

- Turuncu eldiven kullanma durumu
- Koruyucu gözlük kullanma durumu
- Maske kullanma durumu
- Çizme kullanma durumu
- Tıbbi atık tulumu kullanma durumu

Damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durumda koruyucu ekipman kullanımı;

- Maske kullanma durumu
- Gözlük kullanma durumu
- Yüz siperliği kullanma durumu

Genel korunma önlemleri;

- Hasta vücut sıvılarına (kan, idrar vb.) temas etmiş her türlü materyal ile işlem esnasında eldiven kullanma durumu
- Eldivenleri çıkardıktan sonra ellerini sabunla yıkama durumu
- Hepatit B aşısı yaptırma durumu
- Kaç doz hepatit B aşısı yaptırdığı
- 3 doz aşı yaptırmadıysa Hepatit B bağışıklaması için eksik doz aşı yaptırma sebebi
- Aşı yaptırmadıysa Hepatit B aşısı yaptırmama sebebi
- Mesleki risklerle ilgili kurum tarafından eğitim verilme durumu

Veri Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science) 28.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak kategorik veriler için sayı ve yüzde, sürekli veriler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Sürekli verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kolmogorov-Smirnov testi

kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin ortalamalarını karşılaştırmada T testi ve One-Way ANOVA; normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırmasında ise Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun karşılaştırmasında farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Dunn çoklu karşılaştırma testi uygulanarak Bonferroni düzeltmeli p değerlerine göre karar verilmiştir.

Kategorik verilerin analizinde Chi-Square analizi kullanılmıştır. Chi-Square analizlerinde herhangi bir gözde beklenen değer 5'in altında olduğunda 2x2 tablolarda Fisher's Kesin (Exact) Testi, 2x2'den büyük nxm tipi tablolarda ise Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Kategorik veriler için ikiden fazla grubun karşılaştırmasında farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ikili karşılaştırmalar yapılarak Bonferroni düzeltmeli p değerlerine göre karar verilmiştir. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Katılımcıların yaş grupları; "20-29", "30-39", "40-49" ve "50+" olarak sınıflandırılmıştır.

Katılımcıların medeni durumları "Evli", "Bekar", "Boşanmış" ve "Eşi ölmüş" seçenekleri ile sorgulanmıştır. "Eşi ölmüş" seçeneğini işaretleyen 4 katılımcı "Boşanmış" kategorisine dahil edilerek bu grup "Boşanmış/Dul" olarak sınıflandırılmıştır.

Katılımcıların eğitim durumları "Okur-yazar değil", "İlkokul", "Ortaokul", "Lise", "Yüksekokul/üniversite" seçenekleri ile sorgulanmış ancak "Okur-yazar değil" ve "Yüksekokul/üniversite" seçeneklerini işaretleyen katılımcı olmadığı için analizde "İlkokul", "Ortaokul" ve "Lise" olarak sınıflanmıştır.

Katılımcıların sigara içme durumu sorgulanırken "Hiç içmedim", "Ara sıra içiyorum", "İçiyordum bıraktım" ve "Halen içiyorum" seçenekleri ile sorgulanmıştır. Sigara içme durumu analize alınırken "Hiç içmedim" ve "İçiyordum bıraktım" seçeneklerini işaretleyen katılımcıların cevapları "Hayır", "Ara sıra içiyorum" ve "Halen içiyorum" seçeneklerini işaretleyen katılımcıların cevapları "Evet" olarak sınıflandırılmıştır.

Katılımcıların alkol kullanma durumu sorgulanırken "Hiç kullanmadım", "Ara sıra kullanırım", "Kullanıyordum bıraktım" ve "Kullanıyorum" olarak

sorgulanmıştır. “Kullanıyordum bıraktım” seçeneğini işaretleyen katılımcı olmamıştır. Alkol kullanma durumu analize alınırken “Ara sıra kullanırım” ve “Kullanıyorum” seçeneklerini işaretleyen katılımcıların cevapları “Evet”, “Hiç kullanmadım” seçeneğini işaretleyen katılımcıların cevapları “Hayır” olarak sınıflandırılmıştır.

Hanedeki kişi sayısı “1-2”, “3-4”, “5-6”, “7-8” olarak gruplandırılmıştır.

Katılımcıların çalıştıkları birimler sorgulanırken “Servis”, “Poliklinik”, “Yoğun Bakım”, “Ameliyathane”, “İdari birimler/koridor”, “Laboratuvar”, “Atık taşıma” ve “Diğer” olarak sorgulanmıştır. “Diğer” yanıtını veren katılımcılardan açık uçlu ifade ile açıklama istenmiştir. Katılımcıların çalıştıkları birimler analize alınırken;

- “Servis” cevapları ve “Diğer” seçeneğine verilen “Klinik meydan” cevapları “Klinik” olarak;
- “Poliklinik” yanıtları ile “Diğer” seçeneğine verilen “Poliklinik meydan” ve “Poliklinik WC” yanıtları “Poliklinik” olarak analize alınmıştır.
- “Diğer” seçeneğine 16 kişinin “Temel tıp”, 15 kişinin “Hastane geneli” ve 10 kişinin “Acil” cevabı vermesi sebebiyle analiz yapılırken kategoriler arasına “Temel tıp”, “Hastane geneli” ve “Acil” kategorileri de eklenmiştir.
- “Diğer” seçeneğine verilen cam temizliği, eczane, sterilizasyon, çamaşırhane, tüp taşıma, temizlik malzeme deposu, bahçıvan, kan numune ve ilaç sulandırma yanıtları “Diğer” kategorisi altında analize alınmıştır.

Katılımcıların haftalık çalışma saati sorgulanırken açık uçlu biçimde sorgulanmış, alınan yanıtların iki şekilde kümelenmesi sebebiyle haftalık çalışma saati analize alınırken “48 saat” ve “53 saat” olarak analize alınmıştır.

Katılımcıların kurumda çalışma süresi de açık uçlu biçimde sorulmuştur. Analize alınırken 5 yıldan az çalışmış olanlar, 5 yıldan 10 yıla kadar çalışmış olanlar, 10 yıl ve üzeri çalışmış olanlar şeklinde analize alınmıştır.

Katılımcıların kan ve vücut sıvıları ile temas varlığında, bu durumun iş sağlığı ve güvenliği birimine bildirilmemesi halinde, bildirmeme sebebi

sorgulanırken “Önemsemedim”, “Bildirmem gerektiğini bilmiyordum”, “Nereye bildireceğimi bilmiyordum”, “Aşılarım tam olduğu için bildirmedim”, “Azarlanmaktan veya eleştirilmekten korktum” ve “Diğer” şeklinde sorgulanmıştır ancak bu soruya verilen 3 cevabın ikisinin “Önemsemedim”, birinin ise “Bildirmem gerektiğini bilmiyordum” olması sebebiyle analize alınırken “Önemsememek” ve “Bildirim yapılması gerektiğini bilmemek” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Anketin kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik genel davranış özelliklerinin irdelendiği üçüncü bölümünde, Hepatit B aşısını eksik doz yaptırma sebebi sorgulanırken “Aşıya ulaşamadım” seçeneği hiç işaretlenmediği için bu soruya verilen yanıtların analizi “Yaptırmak istemedim”, “Fırsat bulamadım” ve “Aşıya ulaşamadım” seçenekleri üzerinden yapılmıştır.

Katılımcıların mesleki risklerle ilgili almış oldukları eğitimler sorgulanırken “Tıbbi atıklar”, “Hastane enfeksiyonları ve korunma yolları”, “Bulaşıcı hastalıklar ve korunma yolları”, “Kişisel hijyen” ve “Diğer” şeklinde sorgulanmıştır. “Diğer” seçeneğini işaretleyenlerden açık uçlu ifade ile açıklama istenmiştir. “Diğer” seçeneğini işaretleyen 1 katılımcı “İş kazaları”, 3 katılımcı “Yangın eğitimi” cevabını vermiştir. Analizde “Tıbbi atıklar”, “Hastane enfeksiyonları ve korunma yolları”, “Bulaşıcı hastalıklar ve korunma yolları”, “Kişisel hijyen”, “İş kazaları” ve “Yangın eğitimi” olarak sınıflandırılmıştır.

İzinler

Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna dair izin, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 16 Mayıs 2023 tarih ve 2023-11/41 sayılı kurul kararı ile alınmıştır (Ek-2). Ayrıca BUÜTF-SUAM Müdürlüğü tarafından 26.05.2023 tarih ve 67675492-302.14-69385 sayılı yazı ile çalışmanın temizlik personeline yürütülmesinin uygun görüldüğü tarafımıza bildirilmiştir.

Zaman Çizelgesi

	2023 Yılı		
	Mayıs	Haziran	Temmuz
Konu seçimi			
Literatür tarama			
Anket oluşturma			
Plan ve izinler			
Veri toplama			
Veri girişi			
Veri analizi			
Yazım			

BULGULAR

1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmada yer alan 224 temizlik personelinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımları

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	149	66,5
Erkek	75	33,5
Yaş grupları		
20-29	4	1,8
30-39	69	30,9
40-49	114	51,1
50+	36	16,1
Medeni durum		
Evli	182	81,6
Bekar	19	8,5
Boşanmış/Dul	22	9,9
Eğitim durumu		
İlkokul	119	53,1
Ortaokul	42	18,8
Lise	63	28,1
Sigara kullanımı		
Evet	110	49,1
Hayır	114	50,9
Alkol kullanımı		
Evet	41	18,3
Hayır	183	81,7

<i>Kronik hastalık varlığı</i>			
	Evet	91	40,6
	Hayır	133	59,4
<i>Hanedeki kişi sayısı</i>			
	1-2	48	21,5
	3-4	128	57,4
	5-6	43	19,3
	7-8	4	1,8
<i>Hane gelirinin giderleri karşılama durumu</i>			
	Rahatlıkla karşılıyor	9	4,0
	Karşılamaya yetiyor	73	63,4
	Karşılamaya yetmiyor	142	32,6

Katılımcıların %66,5'i kadın, %33,5'i erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması $42,3 \pm 6,7$ 'dir. Yaş gruplarına göre sınıflandırıldığında %67,2'sinin 40 yaş ve üzeri grupta yer aldığı görülmektedir. Çalışmaya alınanların %81,6'sı evlidir. Eğitim durumu değerlendirildiğinde %28,1'inin lise mezunu olduğu tespit edilmiştir. Üniversite mezunu bulunmamaktadır. Temizlik personelinin %49,1'i sigara içmekte, %18,3'ü ise alkol kullanmaktadır. Temizlik personeli içinde en az bir kronik hastalığa sahip olanların sıklığı %40,6 olarak tespit edilmiştir. Hanehalkı büyüklüğü ortalaması $3,5 \pm 1,2$ olup hanesinde kişi sayısı 5 ve üzerinde olanların sıklığı %21,1 olarak tespit edilmiştir. Hanehalkı toplam gelirinin giderleri karşılama durumu değerlendirildiğinde katılımcıların %32,6'sının toplam gelirin giderleri karşılama konusunda yetersiz olduğunu belirtirken %4'ü rahatlıkla karşıladığını belirtmiştir.

2. Katılımcıların Çalışma Hayatı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Temizlik personelinin çalışma hayatına ilişkin özellikleri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların çalışma hayatına ilişkin özelliklere göre dağılımları

	n	%
<i>Çalışılan birim</i>		
Klinik	77	34,5
Ameliyathane	22	9,9
Poliklinik	34	15,2
Erişkin ve çocuk acil tıp	10	4,5
Yoğun Bakım	15	6,7
Atık Taşıma	14	6,3
Temel tıp	16	7,2
Hastane geneli	15	6,7
Diğer	20	9,0
<i>Haftalık çalışma saati</i>		
48 saat	40	18,0
53 saat	182	82,0
<i>Vardiyalı çalışma durumu</i>		
Sürekli 07:00-16:00	183	82,1
Dönüşümlü vardiya yapıyorum	23	10,3
Sürekli 16.00-24.00 veya 24.00-08.00	17	7,6
<i>Kurumda çalışma süresi</i>		
< 5 yıl	18	8,1
≥ 5 yıl - <10 yıl	68	30,6
≥ 10 yıl	136	61,3
<i>İşe giriş muayenesi yapılma durumu</i>		
Evet	221	98,7
Hayır	3	1,3
<i>Aralıklı kontrol muayenesi yapılma durumu</i>		
Evet	17	7,6
Hayır	207	92,4

Temizlik personelinin %34,5'i klinik, %15,2'si poliklinik, %9,9'u ameliyathanede çalışırken %6,3'ü ise atık taşıma hizmetleri ile ilgili işlerde çalışmaktadır. Haftalık çalışma süreleri değerlendirildiğinde %18,0'ı 48 saat, %82,0'ı 53 saat çalışmaktadır. Temizlik personelinin %82,1'i sürekli gündüz vardiyasında (07:00-16:00) çalışırken %10,3'ü dönüşümlü vardiya, %7,6'sı 16.00-24.00 veya 24.00-08.00 sürekli sabit vardiya usulü çalışmaktadır.

Katılımcıların kurumda ortalama çalışma süresi 11,4±5,1 yıl olup %61,3'ünün kurumdaki çalışma süresi 10 yıl ve üstündedir. Temizlik personelinin %98,7'si için işe giriş muayenesi yapılmış iken aralıklı kontrol muayenesi yapılma yüzdesi %7,6'dır.

3. Katılımcıların Kan ve Vücut sıvıları ile Temas Özelliklerine İlişkin Bulgular

Temizlik personelinin kan ve vücut sıvıları ile temas özelliklerine göre dağılımları Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Temizlik personelinin kan ve vücut sıvıları ile temas özelliklerine göre dağılımları

	n	%
<i>İş yerinde kan ve vücut sıvıları ile temasınız oldu mu?</i>		
Evet	90	40,2
Hayır	134	59,8
<i>Temas sırasında kişisel koruyucu ekipman kullanıyor muydunuz?</i>		
Evet	80	88,9
Hayır	10	11,1
<i>Kan ve vücut sıvıları ile temas durumunu İş sağlığı ve Güvenliği Birimi'ne bildirdiniz mi?</i>		
Evet	87	96,7
Hayır	3	3,3

Kan ve vücut sıvıları ile temas durumunun iş sağlığı ve güvenliği birimine bildirilmeme sebebi nedir?

Önemsememek	2	66,7
Bildirim yapılması gerektiğini bilmemek	1	33,3

Temas sonrası takip veya tedavi için Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine yönlendirildiniz mi?

Evet	84	94,4
Hayır	5	5,6

Kan veya vücut sıvısı size bulaşan hasta biliniyor muydu?

Evet	17	19,1
Hayır	72	80,9

Temas sonrası kan veya vücut sıvısı size bulaşan hastanın bulaşıcı hastalık bakımından durumu biliniyor muydu?

Evet	16	94,1
Hayır	1	5,9

Hasta Hepatit B için bulaştırıcı özellik taşıyor muydu?

Evet	4	23,5
Hayır	13	76,5

Hasta Hepatit C için bulaştırıcı özellik taşıyor muydu?

Evet	0	0
Hayır	17	100

Hasta HIV için bulaştırıcı özellik taşıyor muydu?

Evet	1	5,9
Hayır	16	94,1

Temas sonrası size bulaşıcı hastalık bulaşıp bulaşmadığını değerlendirmek için test önerildi mi?

Evet	83	93,3
Hayır	6	6,7

Temas sonrası önerilen testleri yaptırdınız mı?

Evet	81	97,6
Hayır	2	2,4

Temizlik personelinin %40,2'sinin iş yerinde kan ve vücut sıvıları ile teması olmuştur. Kan ve vücut sıvıları ile teması olan temizlik personelinin %88,9'u temas sırasında kişisel koruyucu ekipman kullanırken %96,7'si bu temas durumunu İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi'ne bildirmiş ve %94,4'ünün temas sonrası takip veya tedavi için Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne yönlendirildiği tespit edilmiştir. Kan veya vücut sıvıları ile teması olan temizlik personelinin %80,9'unda kan veya vücut sıvısı bulaşan hasta bilinmemektedir. Bilinen kaynak hastaların %94,1'inin bulaşıcı hastalık durumları bilinmektedir. Kan veya vücut sıvıları bulaşan hastalardan %23,5'i Hepatit B, %5,9'u HIV için bulaştırıcı özellik taşıırken Hepatit C açısından bulaştırıcı özelliğe sahip herhangi bir hasta bulunmamaktadır.

Kan veya vücut sıvıları ile teması olan temizlik personelinin %93,3'üne temas sonrası bulaşma durumunun değerlendirilmesi için test önerilmiş ve test önerilen temizlik personelinin %97,6'sının önerilen testleri yaptırdığı tespit edilmiştir.

4. Katılımcıların Kan ve Vücut sıvıları ile Bulaşan Hastalıklardan Korunmaya Yönelik Davranış Özellikleri

Temizlik personelinin tıbbi atık toplama sırasında korunmaya yönelik davranış özellikleri Tablo 6'de verilmiştir.

Tablo 6. Temizlik personelinin tıbbi atık toplama sırasında sergiledikleri korunmaya yönelik davranış özelliklerine göre dağılımı

	n	%
<i>Göreviniz esnasında tıbbi atık toplama/taşıma yapıyor musunuz?</i>		
Evet	193	86,2
Hayır	31	13,8
<i>Tıbbi atık toplama sırasında turuncu eldiven kullanır mısınız?</i>		
Evet	16	8,3
Hayır	177	91,7

<i>Tıbbi atık toplama sırasında koruyucu gözlük kullanır mısınız?</i>			
Evet	38	19,7	
Hayır	155	80,3	
<i>Tıbbi atık toplama sırasında maske kullanır mısınız?</i>			
Evet	157	81,3	
Hayır	36	18,7	
<i>Tıbbi atık toplama sırasında çizme kullanır mısınız?</i>			
Evet	13	6,7	
Hayır	180	93,3	
<i>Tıbbi atık toplama sırasında tıbbi atık tulumu kullanır mısınız?</i>			
Evet	11	5,7	
Hayır	182	94,3	

Temizlik personelinin %86,2'si görevi esnasında tıbbi atık toplama ya da taşıma işlemi gerçekleştirmektedir. Temizlik personelinin tıbbi atık toplama/taşıma sırasında en yüksek yüzde ile gerçekleştirdiği korunma davranışı %81,3 ile maske kullanımınıdır. Bunu sırasıyla; %19,7 ile koruyucu gözlük, %8,3 ile turuncu eldiven, %6,7 ile çizme ve %5,7 tıbbi atık tulumu kullanımı izlemektedir.

Temizlik personelinin damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durum için korunmaya yönelik davranış özellikleri Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durum için korunmaya yönelik davranış özelliklerinin dağılımı

	n	%
<i>Göreviniz esnasında damlacık sıçrama olasılığı olan bir iş yapıyor musunuz?</i>		
Evet	177	79,0
Hayır	47	21,0
<i>Damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durumda maske kullanır mısınız?</i>		
Evet	164	92,6
Hayır	13	7,4

Damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durumda gözlük kullanır mısınız?		
Evet	94	53,1
Hayır	83	46,9
Damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durumda yüz siperliği kullanır mısınız?		
Evet	71	40,1
Hayır	106	59,9

Temizlik personelinin %79'u görevi esnasında damlacık sıçrama riski olan bir iş gerçekleştirmektedir. Temizlik personelinin damlacık sıçrama riskine karşı en çok gerçekleştirdiği korunma davranışı %92,6 ile maske kullanımınıdır. Bunu sırasıyla; %53,1 gözlük ve %40,1 ile yüz siperliği kullanımı izlemektedir.

Temizlik personelinin kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik genel davranış özellikleri Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Temizlik personelinin kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik genel davranış özelliklerine göre dağılımı

	n	%
Hasta vücut sıvılarına (kan, idrar vb.) temas etmiş her türlü materyal ile işlem esnasında eldiven kullanır mısınız?		
Evet	213	99,5
Hayır	1	0,5
Eldivenleri çıkardıktan sonra ellerinizi sabunla yıkar mısınız?		
Her zaman yıkarım	188	88,3
Bazen yıkarım	25	11,7
Hepatit B aşısı yaptırdınız mı?		
Evet	188	83,9
Hayır	36	16,1
Kaç doz Hepatit B aşısı yaptırdınız?		
Tek doz	22	11,7
İki doz	19	10,1
Üç doz	80	42,5
Hatırlamıyorum	67	35,7

Hepatit B aşısı için eksik doz aşısı yaptırmanızın sebebi nedir?		
Fırsat bulamadım	3	7,3
Kaç doz yaptırmam gerektiğini bilmiyorum	37	90,2
Yaptırmak istemedim	1	2,5
Hepatit B aşısı yaptırmamanızın sebebi nedir?		
Aşı yaptırmak istemiyorum	1	2,9
Aşıya ulaşamadım/ nerede yaptıracığımı bilmiyorum	3	8,9
Bağışıklama konusunda yeterli bilgim yok	27	79,4
Fırsat bulamadım	1	2,9
Kan tahlili sonucuna göre aşı yaptırmama gerek yoktu	2	5,9
Mesleki risklerinizle ilgili kurumunuz tarafından size eğitim verildi mi?		
Evet	224	100,0
Hayır	0	0,0
Mesleki risklerinizle ilgili almış olduğunuz eğitimler nelerdir?		
Tıbbi atıklar	223	100,0
Hastane enfeksiyonları ve korunma yolları	214	96,0
Bulaşıcı hastalıklar ve korunma yolları	201	90,1
Kişisel hijyen	219	98,2
İş kazaları	1	0,4
Yangın eğitimi	4	1,8
İşiniz ile ilgili eğitim almak istediğiniz konular nelerdir?		
Tıbbi atıklar	4	33,4
Hastane enfeksiyonları-korunma yolları	2	16,7
Bulaşıcı hastalıklar-korunma yolları	3	25,0
Meslek hastalıkları	1	8,3
Malzeme kullanımı	1	8,3
Kişisel hijyen	1	8,3

Temizlik personelinin %99,5'i hasta vücut sıvılarına temas etmiş her türlü materyal ile işlem sırasında eldiven kullanmaktadır. Eldivenlerin çıkarıldıktan sonra ellerin yıkanma yüzdesi ise %88,3'tür.

Temizlik personelinin %83,9'u Hepatit B aşısı yaptırmıştır. Aşı yaptıranların %42,5'i üç doz Hepatit B aşısı yaptırmıştır. Eksik doz aşı yaptırmayla ilgili en sık neden %90,2 ile kaç doz aşı yapılması gerektiğini

bilmeme iken genel olarak Hepatit B aşısı yaptırmamak için en sık ileri sürülen neden %79,4 ile bağışıklama konusunda yeterli bilgiye sahip olmama olarak yer almıştır.

Temizlik personelinin tamamı mesleki riskler ile ilgili eğitim aldığını belirtirken en sık alınan eğitimler sırasıyla tıbbi atıklar (%100), kişisel hijyen (%98,2), hastane enfeksiyonları-korunma yolları (%96,0), bulaşıcı hastalıklar-korunma yolları (%90,1), yangın eğitimi (%1,8) ve iş kazalarıdır (%0,4). Temizlik personelinin işi ile ilgili almak istediği en sık eğitim %33,4 ile tıbbi atıklar iken bunu %25,0 ile bulaşıcı hastalıklar ve korunma yolları izlemektedir.

5. Katılımcıların Sağlık Algısına İlişkin Bulgular

Çalışmada yer alan temizlik personellerinin Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Temizlik personelinin SAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları

	X±SD
<i>Sağlık Algısı Ölçeği Alt Boyut</i>	
Kontrol Merkezi	13,3±3,7
Kesinlik	11,5±3,5
Öz Farkındalık	10,0±2,0
Sağlığın Önemi	10,8±2,5
<i>Sağlık Algısı Ölçeği Toplam</i>	<i>45,6±8,1</i>

SAÖ toplam puan ortalaması 45,6±8'dir. Ölçeğin kontrol merkezi alt boyut puan ortalaması 13,3±3,7, kesinlik alt boyut puan ortalaması 11,5±3,5, öz farkındalık alt boyut puan ortalaması 10,0±2,0 ve sağlığın önemi alt boyut puan ortalaması ise 10,8±2,5 olarak tespit edilmiştir.

5.A. Sağlık Algısı Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

SAÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 10'da verilmiştir. Çalışmaya katılan temizlik personelinin SAÖ toplam puanı ve bu ölçeği oluşturan alt boyutlara dair puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Bununla

birlikte istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadınlarda SAÖ toplam puanının erkeklere kıyasla daha yüksektir.

Yaş grupları ve medeni duruma göre SAÖ toplam ve bu alt boyutlara ait puanlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Eğitim düzeyine göre kontrol merkezi alt boyutu, kesinlik alt boyutu ve SAÖ toplam puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Sırasıyla; $p=0,006$, $p=0,014$, $p=0,006$). Dunn çoklu karşılaştırma testine göre lise düzeyinde eğitime sahip temizlik personeline SAÖ toplam puanı (Bonferroni düzeltilmeli $p=0,006$), kontrol merkezi alt boyut puanı (Bonferroni düzeltilmeli $p=0,014$) ve kesinlik alt boyut puanı (Bonferroni düzeltilmeli $p=0,006$) ilköğretim düzeyinde eğitime sahip temizlik personeline kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Sigara içme ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde sigara içmeyen temizlik personelinin SAÖ toplam ($p=0,005$), kontrol merkezi alt boyutu ($p=0,008$), kesinlik alt boyutu ($p=0,018$) ve sağlığın önemi alt boyutu ($p=0,030$) puanlarının sigara içen temizlik personeline göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Öz farkındalık alt boyut puanı bakımından ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p=0,898$). Alkol kullanmayan temizlik personeline SAÖ toplam ($p=0,002$) ve tüm alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Kontrol merkezi alt boyutu için $p=0,041$, kesinlik alt boyutu için $p=0,023$, öz farkındalık alt boyutu için $p=0,047$, sağlığın önemi alt boyutu için $p=0,001$).

SAÖ toplam ve alt boyut puanları kronik hastalık varlığı ve hanedeki kişi sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 10. SAÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı

	Kontrol		Öz	Sağlığın	SAÖ
	Merkezi	Kesinlik	Farkındalık	Önemi	Toplam
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
Cinsiyet					
Erkek	12,7±3,7	11,1±3,6	10,0±1,9	10,7±2,4	44,5±8,7
Kadın	13,7±3,7	11,7±3,4	9,9±1,9	10,9±2,6	46,2±7,7
p değeri	0,052	0,109	0,997	0,557	0,132
Yaş grupları					
20-29	14,0±2,2	11,8±3,3	9,5±2,1	11,8±0,5	47,0±3,9
30-39	12,9±3,5	11,9±3,5	10,0±1,9	10,8±2,2	45,7±7,6
40-49	13,6±3,7	11,1±3,3	9,8±2,0	10,6±2,5	45,1±8,0
50+	13,5±4,2	11,8±4,0	10,4±2,2	11,3±3,1	47,0±9,7
p değeri	0,587	0,478	0,615	0,333	0,855
Medeni Durum					
Evli	13,4±3,6	11,5±3,4	10,0±1,9	10,9±2,5	45,9±7,9
Bekar	13,6±4,1	11,8±3,9	10,6±2,1	11,1±2,6	47,1±8,4
Boşanmış/Dul	12,2±3,7	10,7±3,7	9,3±2,5	10,3±2,7	42,5±8,4
p değeri	0,379	0,462	0,096	0,607	0,148
Eğitim Durumu					
İlkokul ^a	12,7±3,4	10,8±3,3	9,9±1,9	10,7±2,7	44,1±8,1
Ortaokul ^b	13,4±3,8	11,9±3,6	10,1±2,2	11,1±2,7	46,5±7,9
Lise ^c	14,4±3,8	12,5±3,6	10,0±1,9	10,9±2,0	47,9±7,6
p değeri	0,014*	0,006*	0,694	0,533	0,006*
	c>a	c>a			c>a
	p=0,012	p=0,006			p=0,006
Sigara Kullanımı					
Evet	12,6±3,5	10,9±3,4	10,0±2,1	10,5±2,5	44,1±8,1
Hayır	13,9±3,6	12,0±3,5	9,9±1,8	11,1±2,4	47,1±7,9
p değeri	0,008**	0,018**	0,898	0,030**	0,005***
Alkol Kullanımı					
Evet	12,3±4,1	10,5±3,7	9,4±2,0	9,8±2,1	42,0±8,3
Hayır	13,6±3,5	11,7±3,4	10,1±1,9	11,1±2,5	46,4±7,8
p değeri	0,041**	0,023**	0,047**	0,001**	0,002***

Kronik Hastalık Varlığı					
Evet	13,0±3,7	11,0±3,5	9,9±2,1	10,7±2,7	44,7±8,2
Hayır	13,6±3,6	11,8±3,5	9,9±1,9	10,9±2,3	46,3±7,9
p değeri	0,253	0,078	0,901	0,935	0,151
Hanedeki Kişi Sayısı					
1-2	13,1±3,7	11,4±3,6	10,0±2,4	11,2±2,5	45,6±7,4
3-4	13,5±3,7	11,7±3,5	9,9±1,8	10,6±2,4	45,7±8,5
5-6	13,1±3,6	11,4±3,4	10,0±2,0	10,8±2,6	45,4±8,2
7-8	13,5±4,7	8,0±1,2	12,3±1,0	13,3±1,0	47,0±4,7
p değeri	0,838	0,142	0,070	0,067	0,983
Hane toplam gelirinin giderleri karşılama durumu					
Rahatlıkla karşılıyor ^a	13,3±2,9	11,8±3,9	11,4±2,1	12,8±1,9	49,3±5,3
Karşılamaya yetiyor ^b	13,7±3,6	11,8±3,4	10,2±1,9	11,2±2,2	46,8±7,4
Karşılamaya yetmiyor ^c	13,1±3,8	11,3±3,5	9,8±2,0	10,5±2,6	44,8±8,4
p değeri	0,512	0,529	0,061	0,020*	0,065
				a>c	
				(p=0,036)	

X: Ortalama, SD:Standart sapma, * Kruskal-Wallis Testi, **Mann-Whitney-U Testi, ***T testi

Hane gelirinin giderleri karşılama durumuna göre sağlığın önemi alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (p=0,020). Hane gelirinin giderleri karşılama durumu açısından hangi düzeylerde anlamlı farklılık olduğunu saptamak için gerçekleştirilen Dunn çoklu karşılaştırma testine göre toplam geliri giderlerini rahatlıkla karşılayan grupta sağlığın önemi alt boyut puanının toplam gelirlerin giderleri karşılamaya yetmediği gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0,036). Bununla birlikte istatistiksel olarak anlamlı olmasa da toplam gelirin giderleri rahatlıkla karşıladığı grupta SAÖ toplam puanının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür.

5.B. Sağlık Algısı Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Hayatı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

SAÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarının çalışma hayatı özelliklere göre dağılımı Tablo 11'de verilmiştir. Temizlik personelinin çalıştığı birime göre

SAÖ toplam ($p=0,005$), kontrol merkezi alt boyut ($p=0,047$) ve sağlığın önemi alt boyut puanlarının ($p=0,007$) anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kontrol merkezi alt boyutu için anlamlı farklılık saptansa Dunn çoklu karşılaştırma testinde çalışılan birimlerin ikili karşılaştırmalarında anlamlı farklılık görülmemiştir (tüm ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltilmeli $p>0,05$). Sağlığın önemi alt boyutu için gerçekteştirilen Dunn çoklu karşılaştırma testine göre temel tıp laboratuvar birimlerinde çalışan temizlik personeline; yoğun bakım ve hastane genelinde çalışan temizlik personeline kıyasla alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla; Bonferroni düzeltilmeli p değerisi= $0,004$, Bonferroni düzeltilmeli p değerisi= $0,005$). SAÖ toplam puanı için gerçekteştirilen Tukey çoklu karşılaştırma testine göre ise temel tıp laboratuvar birimlerinde çalışan temizlik personellerinde; yoğun bakım, hastane geneli ve kliniklerde çalışan temizlik personellerine kıyasla SAÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla; Bonferroni düzeltilmeli p değerisi= $0,001$, Bonferroni düzeltilmeli p değerisi= $0,007$, Bonferroni düzeltilmeli p değerisi= $0,011$).

Haftalık çalışma saati açısından 53 saat çalışan temizlik personellerinde kesinlik alt boyutu ($p=0,005$), sağlığın önemi alt boyutu ($p=0,045$) ve SAÖ toplam puanı haftada 48 saat çalışan temizlik personellerine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,006$).

Çalışmaya katılan temizlik personelinin kesinlik alt boyut ($p=0,012$) ve SAÖ toplam puanı ($p=0,020$) vardiyalı çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermektedir. Bu anlamlı farklılığa rağmen Dunn çoklu karşılaştırma testi ile hem kesinlik alt boyutu hem de SAÖ toplam puanı için vardiyalı çalışma durumunun ikili karşılaştırmalarında anlamlı farklılık tespit edilememiştir (tüm ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltilmeli $p>0,05$). Bununla birlikte istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem kesinlik alt boyut hem de SAÖ toplam puanları sürekli gündüz (07:00-16:00) çalışan grupta diğer gruplara kıyasla daha yüksek olarak bulunmuştur.

Öz farkındalık hariç alt boyutlar ve SAÖ toplam puanları kurumda çalışma süresi 5 yıldan daha az olan grupta çalışma süresi 5-10 yıl arası ve

10 yıl üzeri gruplara göre daha yüksek bulursa da bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Temizlik personellerinin SAÖ toplam ve alt boyut puanları işe giriş muayenesi yaptırma durumuna göre anlamlı farklılık göstermezken aralıklı kontrol muayenesi yaptıran temizlik personellerinde kontrol merkezi alt boyut ($p=0,039$) ve SAÖ toplam puanları ($p=0,049$) aralıklı kontrol muayenesi yaptırmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyut puanları da benzer şekilde aralıklı kontrol muayenesi yaptıran grupta daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 11. SAÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarının çalışma hayatı özelliklerine göre dağılımı

	Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	SAÖ Toplam
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
Çalışılan Birim					
Klinik ^a	13,4±3,6	11,0±3,6	10,0±2,2	10,8±2,7	45,3±7,9
Ameliyathane ^b	14,1±3,8	12,2±3,8	9,7±1,8	10,9±2,4	47,0±8,5
Poliklinik ^c	13,3±3,6	11,5±3,5	10,0±2,1	10,9±2,7	45,8±7,6
Erişkin ve çocuk acil tıp ^d	12,7±3,4	11,8±3,8	10,1±1,7	10,7±2,1	45,3±8,7
Yoğun bakım ^e	11,5±3,2	10,8±2,9	9,3±1,7	9,5±2,1	41,1±7,9
Atık taşıma ^f	13,5±4,0	11,2±2,8	9,7±1,6	11,1±1,7	45,6±7,3
Temel tıp-Laboratuvar ^g	15,7±3,9	13,6±3,8	11,1±2,1	12,7±1,9	53,1±8,9
Hastane geneli ^h	11,5±3,4	11,7±3,5	9,7±1,8	9,6±1,9	42,5±7,6
Diğer ⁱ	13,3±3,4	11,3±2,8	10,1±1,8	11,2±2,3	45,8±6,1
p değeri	0,047*	0,458	0,510	0,007*	0,005**
				g>e (p=0,004)	g>a (p=0,011)
				g>h (p=0,005)	g>e (p=0,001)
					g>h (p=0,007)
Haftalık Çalışma Saati					
48 saat	12,6±3,3	10,0±2,9	9,6±2,1	10,2±2,3	42,4±8,5
53 saat	13,4±3,7	11,8±3,5	10,0±1,9	10,9±2,5	46,2±7,7

p değeri	0,139	0,005***	0,251	0,045***	0,006****
Vardiyalı Çalışma Durumu					
Sürekli gündüz (07:00-16:00)	13,5±3,7	11,8±3,5	10,1±1,9	11,0±2,5	46,4±7,7
Dönüşümlü	12,5±3,3	10,2±2,5	9,6±2,1	10,6±2,3	42,9±8,0
Sürekli sadece (16-24 / 24-08)	12,6±3,4	9,8±3,5	9,6±2,1	9,6±2,3	41,7±9,3
p değeri	0,263	0,012*	0,453	0,053	0,020*
Kurumda Çalışma Süresi					
< 5 yıl	13,4±3,5	12,8±3,6	9,9±1,9	11,1±2,3	47,3±7,2
≥ 5 yıl - <10 yıl	13,4±3,5	11,2±3,2	10,1±1,9	10,8±2,3	45,4±7,4
≥ 10 yıl	13,4±3,7	11,5±3,6	9,9±2,0	10,8±2,6	45,6±8,6
p değeri	0,970	0,278	0,888	0,945	0,643
İşe Giriş Muayenesi Yapılma Durumu					
Evet	13,4±3,7	11,5±3,5	9,9±2,0	10,8±2,5	45,6±8,1
Hayır	11,3±1,2	11,3±5,1	11,0±3,5	11,7±4,0	45,3±11,0
p değeri	0,413	0,860	0,347	0,388	0,968
Aralıklı Kontrol Muayenesi Yapılma Durumu					
Evet	15,4±4,3	12,7±4,1	10,6±2,8	11,4±3,4	50,1±10,7
Hayır	13,2±3,6	11,4±3,4	9,9±1,9	10,8±2,4	45,3±7,8
p değeri	0,039***	0,155	0,224	0,133	0,049***

X: Ortalama, SD:Standart sapma

*Kruskal-Wallis Testi,**One-Way ANOVA Testi, ***Mann-Whitney-U Testi, ****T Testi

5.C. Sağlık Algısı Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Kan ve Vücut sıvıları ile Temas Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Kan ve vücut sıvıları ile temas özelliklerine göre SAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 12'de yer almaktadır. SAÖ toplam ve alt boyut puanları iş yerinde kan ve vücut sıvıları ile temas durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kan ve vücut sıvıları ile teması olan temizlik personellerinde temas sırasında kişisel koruyucu ekipman kullananlar için kontrol alt boyut ($p=0,036$), kesinlik alt boyut ($p=0,018$) ve SAÖ toplam puanları ($p=0,020$) temas sırasında kişisel koruyucu ekipman kullanmayan temizlik personellerine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan temizlik personelinin SAÖ toplam ve alt boyut puanları; kan ve vücut sıvıları ile temas durumunun İş Sağlığı ve Güvenliği Birimine bildirilmesine ($p>0,05$), temaslıların temas sonrası takip ve tedavi için enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yönlendirilmesine ($p>0,05$), kan veya vücut sıvısı bulaşan kişinin bilinmesine ($p>0,05$) ya da temas sonrası test önerilmesine ($p>0,05$) göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Benzer şekilde temas sonrası önerilen testleri yaptırma durumuna göre SAÖ toplam puanının anlamlı bir farklılık göstermediği ve hatta sağlığın önemi alt boyut puanının önerilen testleri yaptırmayan temizlik personeline anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,015$).

Tablo 12. SAÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarının kan ve vücut sıvıları ile temas özelliklerine göre dağılımı

	Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	SAÖ Toplam
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
<i>İş yerinde kan ve vücut sıvıları ile temasınız oldu mu?</i>					
Evet	12,8±3,5	11,4±3,4	10,0±2,0	10,8±2,4	45,0±8,1
Hayır	13,7±3,7	11,6±3,6	9,9±2,0	10,9±2,6	46,1±8,1
p değeri	0,109	0,727	0,792	0,657	0,319
<i>Temas sırasında kişisel koruyucu ekipman kullanıyor muydunuz?</i>					
Evet	13,1±3,5	11,7±3,3	10,0±2,0	10,9±2,4	45,6±8,1
Hayır	10,8±3,2	9,0±2,8	10,3±2,2	9,6±2,5	39,7±6,6
p değeri	0,036*	0,018*	0,799	0,143	0,020*
<i>Kan ve vücut sıvıları ile temas durumunu İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi'ne bildirdiniz mi?</i>					
Evet	12,9±3,6	11,3±3,4	10,1±2,0	10,9±2,4	45,1±8,1
Hayır	11,0±1,7	12,0±3,0	8,3±0,6	8,7±2,5	40,0±7,0
p değeri	0,464	0,718	0,095	0,133	0,306
<i>Temas sonrası takip veya tedavi için Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine yönlendirildiniz mi?</i>					
Evet	12,9±3,6	11,3±3,3	10,1±2,0	10,8±2,4	45,1±8,0
Hayır	11,8±3,6	11,6±4,6	9,6±2,1	11,0±3,7	44,0±11,0
p değeri	0,409	0,929	0,475	0,807	0,656

Kan veya vücut sıvısı size bulaşan hasta biliniyor muydu?					
Evet	13,8±3,5	12,5±3,0	9,9±2,4	11,1±2,6	47,3±7,6
Hayır	12,6±3,6	11,1±3,4	10,1±1,9	10,7±2,4	44,5±8,2
p değeri	0,145	0,084	0,920	0,509	0,139
Temas sonrası size bulaşıcı hastalık bulaşıp bulaşmadığını değerlendirmek için test önerildi mi?					
Evet	12,9±3,6	11,3±3,3	10,1±1,9	10,7±2,4	45,0±8,1
Hayır	11,7±3,4	12,0±4,6	9,5±2,9	11,7±3,4	44,8±9,4
p değeri	0,335	0,799	0,672	0,205	0,851
Temas sonrası önerilen testleri yaptırdınız mı?					
Evet	13,0±3,6	11,4±3,3	10,0±1,9	10,6±2,3	45,0±8,2
Hayır	9,0±1,4	9,0±2,8	12,0±2,8	14,0±0,0	44,0±1,4
p değeri	0,078	0,413	0,324	0,015*	0,871

X: Ortalama, SD:Standart sapma, *Mann-Whitney-U Test

5.D. Sağlık Algısı Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Kan ve Vücut sıvıları ile Bulaşan Hastalıklardan Korunmaya Yönelik Davranış Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Tıbbi atık toplama sırasında gerçekleştirilen koruyucu davranış özelliklerine göre SAÖ toplam ve alt boyut puanları Tablo 13'de yer almaktadır. Temizlik personelinin görevi sırasında tıbbi atık toplama/taşıma işi yapma durumuna göre SAÖ toplam ve alt boyut puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte tıbbi atık toplama sırasında turuncu eldiven kullanan temizlik personeline öz farkındalık alt boyut ($p=0,029$), koruyucu gözlük kullanan temizlik personeline ise SAÖ toplam puanının ($p=0,046$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca tıbbi atık toplama/taşıma işi sırasında maske ve koruyucu gözlüğü birlikte kullananlarda kullanmayanlara göre kontrol merkezi alt boyut ($p=0,049$) ve SAÖ toplam puanları ($p=0,032$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Tıbbi atık toplama sırasında maske, çizme ve tıbbi atık tulumu kullanımına göre SAÖ toplam ya da alt boyut puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. SAÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarının tıbbi atık toplama sırasında korunmaya yönelik davranış özelliklerine göre dağılımı

	Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	SAÖ Toplam
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
Göreviniz esnasında tıbbi atık toplama/taşıma yapıyor musunuz?					
Evet	13,3±3,7	11,5±3,5	9,9±2,0	10,8±2,6	45,5±8,2
Hayır	13,5±3,4	11,5±3,4	10,3±1,8	11,1±2,1	46,4±7,7
p değeri	0,709	0,904	0,447	0,530	0,614
Tıbbi atık toplama sırasında turuncu eldiven (kumaş üzerine kauçuk kaplı) kullanır mısınız?					
Evet	12,9±3,8	11,0±3,4	11,1±1,9	11,8±2,0	46,8±5,3
Hayır	13,3±3,7	11,5±3,5	9,8±2,0	10,7±2,6	45,4±8,4
p değeri	0,847	0,581	0,029*	0,189	0,498
Tıbbi atık toplama sırasında koruyucu gözlük kullanır mısınız?					
Evet	14,2±3,3	12,1±3,5	10,2±1,8	11,3±2,4	47,8±6,9
Hayır	13,1±3,8	11,3±3,5	9,9±2,1	10,7±2,6	45,0±8,4
p değeri	0,059	0,220	0,348	0,207	0,046*
Tıbbi atık toplama sırasında maske kullanır mısınız?					
Evet	13,4±3,6	11,6±3,5	10,0±1,9	10,7±2,6	45,7±8,3
Hayır	13,0±4,1	10,9±3,4	9,8±2,4	11,0±2,6	44,6±7,8
p değeri	0,671	0,269	0,843	0,565	0,550
Tıbbi atık toplama sırasında maske ve koruyucu gözlüğün her ikisini birden kullananlar					
Evet	14,3±3,3	12,2±3,5	10,2±1,8	11,3±2,4	48,0±6,8
Hayır	13,1±3,8	11,3±3,5	9,9±2,1	10,7±2,6	44,9±8,4
p değeri	0,049*	0,174	0,342	0,161	0,032*
Tıbbi atık toplama sırasında çizme kullanır mısınız?					
Evet	13,5±4,2	11,6±3,6	9,6±2,4	10,4±3,1	45,0±6,8
Hayır	13,3±3,7	11,5±3,5	10,0±1,9	10,8±2,5	45,5±8,2
p değeri	0,988	0,994	0,428	0,647	0,771
Tıbbi atık toplama sırasında tıbbi atık tulumu kullanır mısınız?					
Evet	12,5±3,7	12,7±3,8	10,3±2,2	10,0±2,3	45,5±8,6
Hayır	13,3±3,7	11,4±3,5	9,9±2,0	10,8±2,6	45,5±8,2
p değeri	0,433	0,256	0,746	0,156	0,811

X: Ortalama, SD:Standart sapma, *Mann- Whitney-U Testi

Damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durum ve buna karşı sergilenen korunmaya yönelik davranışa göre SAÖ toplam ve alt boyut puanları Tablo 14'de verilmiştir. Temizlik personelinin görevi sırasında damlacık sıçrama olasılığı olan bir iş yapma durumuna göre SAÖ toplam ve alt boyut puanları anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bununla birlikte damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durumda maske kullanan temizlik personelinde kesinlik alt boyut ($p=0,032$), gözlük kullanan temizlik personelinde öz farkındalık alt boyut ($p=0,024$), yüz siperliği kullanan temizlik personelinde ise sağlığın önemi alt boyut ($p=0,024$) ve SAÖ toplam puanları ($p=0,017$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durumda maske ve koruyucu gözlüğün her ikisini birden kullananlarda kullanmayanlara göre öz farkındalık alt boyut ($p=0,019$) ve SAÖ toplam puanları ($p=0,043$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 14. SAÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarının damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durum için korunmaya yönelik davranış özelliklerine göre dağılımı

	Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	SAÖ Toplam
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
<i>Göreviniz esnasında damlacık sıçrama olasılığı olan bir iş yapıyor musunuz?</i>					
Evet	13,3±3,7	11,4±3,5	10,0±2,0	10,9±2,5	45,5±8,3
Hayır	13,5±3,6	11,8±3,4	10,0±1,8	10,7±2,3	46,0±7,4
p değeri	0,703	0,468	0,992	0,789	0,788
<i>Damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durumda maske kullanır mısınız?</i>					
Evet	13,4±3,7	11,6±3,6	10,0±1,9	10,8±2,6	45,8±8,3
Hayır	11,5±3,5	9,5±2,3	9,8±2,5	11,5±1,9	42,0±7,0
p değeri	0,084	0,032*	0,596	0,491	0,120
<i>Damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durumda gözlük kullanır mısınız?</i>					
Evet	13,6±3,5	11,7±3,4	10,3±2,0	10,9±2,4	46,6±7,6
Hayır	12,9±3,8	11,0±3,7	9,7±2,2	10,8±2,7	44,4±8,9
p değeri	0,126	0,099	0,024*	0,970	0,061

Damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durumda maske ve gözlüğün her ikisini birden kullananlar					
Evet	13,7±3,5	11,8±3,4	10,3±1,9	10,9±2,4	46,6±7,6
Hayır	12,8±3,8	11,0±3,7	9,6±2,2	10,8±2,7	44,3±9,0
p değeri	0,081	0,070	0,019*	0,982	0,043*
Damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durumda yüz siperliği kullanır mısınız?					
Evet	13,8±3,7	11,9±3,2	10,2±2,0	11,4±2,2	47,3±6,7
Hayır	12,9±3,6	11,1±3,7	9,9±2,0	10,5±2,7	44,4±9,0
p değeri	0,117	0,077	0,325	0,024*	0,017*

X: Ortalama, SD:Standart sapma, *Mann- Whitney-U Testi

Kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik genel davranış özelliklerine göre SAÖ toplam ve alt boyut puanları Tablo 15 ve 16'da yer almaktadır. Buna göre hasta vücut sıvılarına (kan, idrar vb.) temas etmiş her türlü materyal ile işlem esnasında eldiven kullanım durumuna göre SAÖ toplam ve alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Eldivenleri çıkardıktan sonra ellerini sabunla yıkayan temizlik personelinin SAÖ toplam ($p=0,001$), kontrol alt boyut ($p=0,001$), kesinlik alt boyut ($p=0,006$), öz farkındalık alt boyut ($p=0,018$) ve sağlığın önemi alt boyut puan ortalamaları ($p=0,018$) eldivenleri çıkardıktan sonra ellerini sabunla yıkamayan temizlik personeline göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Hepatit B aşısı yaptırma durumuna göre alt boyut puanları anlamlı bir farklılık göstermezken beklenenin aksine Hepatit B aşısı yaptırmayan temizlik personeline SAÖ toplam puanı Hepatit B aşısı yaptıran temizlik personeline kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,034$). Hepatit B aşısı için yaptırılan doz sayısına göre SAÖ toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p=0,030$). Hangi doz sayısına göre anlamlı farklılığın olduğunu saptamak için gerçekleştirilen Dunn çoklu karşılaştırma testine göre üç doz Hepatit B aşısı yaptıran temizlik personellerinin SAÖ toplam puanı doz sayısını hatırlamayan temizlik personellerine kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Bonferroni düzeltilmiş $p=0,020$). Bununla birlikte istatistiksel olarak anlamlılık göstermese de üç doz Hepatit B aşısı yaptıran temizlik personellerinde alt boyut ve SAÖ

toplam puanları tek doz ve iki doz Hepatit B aşısı yaptıran temizlik personellerine kıyasla daha yüksek olarak bulunmuştur.

Hepatit B aşısı için eksik doz yaptırma durumuna göre SAÖ toplam puanı ve alt boyut puanları anlamlı farklılık göstermezken bağışıklama konusunda yeterli bilgi sahibi olmayan temizlik personeline sağlığın önemi alt boyut puanı aşı yaptırmak istemeyen-aşıya ulaşamayan-fırsat bulamayan-kan tahlili sonucuna göre aşı yaptırmamasına gerek olmayan diğer temizlik personeline kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,008$).

Mesleki risklerle ilgili alınan eğitimlere göre SAÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde hastane enfeksiyonları ve korunma yolları konusunda eğitim alan temizlik personellerinde öz farkındalık ($p=0,002$), sağlığın önemi ($p=0,001$) alt boyutları ve SAÖ toplam puanları ($p=0,001$) hastane enfeksiyonları ve korunma yolları konusunda eğitim almayan temizlik personeline kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bulaşıcı hastalıklar ve korunma yolları konusunda eğitim alan temizlik personeline de benzer şekilde öz farkındalık ($p=0,024$), sağlığın önemi ($p=0,011$) alt boyutları ve SAÖ toplam puanı ($p=0,007$) bu konuda eğitim almayan temizlik personeline kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kişisel hijyen ve yangın eğitimi alma durumlarına göre ise SAÖ toplam ve alt boyut puanlarının anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik genel davranış özelliklerine göre SAÖ toplam ve alt boyut puanları

	Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	SAÖ Toplam
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
<i>Hasta vücut sıvılarına (kan, idrar vb.) temas etmiş her türlü materyal ile işlem esnasında eldiven kullanır mısınız?</i>					
Evet	13,3±3,7	11,5±3,5	9,9±2,0	10,8±2,5	45,6±8,1
Hayır	20,0	9,0	11,0	12,0	52,0
p değeri	0,075	0,570	0,682	0,766	0,439
<i>Eldivenleri çıkardıktan sonra ellerinizi sabunla yıkar mısınız?</i>					
Her zaman yıkarım	13,6±3,7	11,7±3,5	10,1±2,0	11,0±2,5	46,4±7,8
Bazen yıkarım	10,6±2,5	9,6±2,8	9,2±2,1	9,7±2,5	39,1±7,9
p değeri	0,001*	0,006*	0,018*	0,018*	0,001*
<i>Hepatit B aşısı yaptırdınız mı?</i>					
Evet	13,2±3,61	11,3±3,4	9,9±2,0	10,7±2,4	45,2±7,8
Hayır	14,0±3,9	12,5±4,0	10,2±2,1	11,4±2,8	48,1±9,0
p değeri	0,284	0,126	0,380	0,055	0,034*
<i>Kaç doz Hepatit B aşısı yaptırdınız?</i>					
Tek doz ^a	12,2±2,7	11,4±3,7	10,0±2,2	10,8±2,2	44,4±8,3
İki doz ^b	13,2±4,0	11,1±2,8	10,1±1,9	10,4±2,6	44,8±7,5
Üç doz ^c	14,0±3,6	12,0±3,3	10,2±2,0	11,0±2,5	47,2±7,5
Hatırlamıyoru m ^d	12,6±3,6	10,6±3,3	9,6±1,9	10,4±2,3	43,1±7,8
p değeri	0,056	0,057	0,138	0,264	0,030** c>d (p=0,020)
<i>Hepatit B aşısı için eksik doz aşısı yaptırmamanızın sebebi nedir?</i>					
Diğer (Fırsat bulamamak, yaptırmak istememek)	14,5±4,1	11,8±1,7	11,5±1,0	9,5±1,7	47,3±4,6
Kaç doz yaptırmam	12,4±3,3	11,2±3,4	9,9±2,1	10,8±2,4	44,3±8,1

gerektiğini bilmiyorum					
p değeri	0,255	0,567	0,091	0,337	0,359
Hepatit B aşısı yaptırmamanızın sebebi nedir?					
Bağışıklama konusunda yeterli bilgim yok	14,2±3,9	12,3±4,0	9,7±2,0	10,7±2,8	46,9±9,4
Diğer (Aşı yaptırmak istememek, Aşıya ulaşamamak, Fırsat bulamamak, Kan tahlili sonucuna göre aşı yaptırmaya gerek duymamak)	14,9±3,0	14,7±3,2	11,1±1,1	13,3±1,3	54,0±5,5
p değeri	0,677	0,151	0,163	0,008*	0,066

X: Ortalama, SD:Standart sapma, * Mann- Whitney-U Testi, ** Kruskal-Wallis Testi

Tablo 16. Kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik genel davranış özelliklerine göre SAÖ toplam ve alt boyut puanları

	Kontrol Merkezi	Kesinlik	Öz Farkındalık	Sağlığın Önemi	SAÖ Toplam
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
Mesleki risklerle ilgili alınan eğitimler					
Tıbbi atık**					
Hastane enfeksiyonları ve korunma yolları					
Evet	13,4±3,6	11,6±3,5	10,1±2,0	11,0±2,4	46,0±7,9
Hayır	11,7±4,3	9,0±2,5	8,0±1,3	7,7±2,4	36,4±5,7
p değeri	0,061	0,059	0,002*	0,001*	0,001*
Bulaşıcı hastalıklar ve korunma yolları					
Evet	13,4±3,6	11,6±3,5	10,1±2,0	11,0±2,4	46,1±7,1
Hayır	12,3±3,5	10,3±3,2	9,0±2,1	9,4±2,7	41,1±7,6
p değeri	0,125	0,174	0,024*	0,011*	0,007*
Kişisel hijyen					
Evet	13,3±3,6	11,4±3,5	10,0±2,0	10,9±2,5	45,6±8,0
Hayır	16,5±5,6	13,3±5,3	8,8±2,2	8,3±4,0	46,8±13,0
p değeri	0,194	0,385	0,256	0,165	0,681
Yangın eğitimi					
Evet	14,3±4,4	12,3±3,9	10,0±2,8	11,8±1,0	48,3±4,5
Hayır	13,3±3,7	11,5±3,5	10,0±2,0	10,8±2,5	45,5±8,1
p değeri	0,589	0,668	0,763	0,577	0,411

X: Ortalama, SD:Standart sapma

* Mann- Whitney-U Testi, ** Tüm temizlik personeli tıbbi atık eğitimi aldığı için analiz dışı bırakılmıştır

TARTIŞMA

Bu araştırmada; BUÜTF-SUAM'da çalışan temizlik personelinin kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik davranışları ile sağlık algısı düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Tanımlayıcı Özellikler

Araştırmamızda katılımcıların yaş ortalaması $42,3\pm 6,7$ olarak tespit edilmiştir. Temizlik personelinin %67'si 40 yaş ve üstündedir. Kurt ve arkadaşlarının (115) hastane temizlik personeline yaptıkları araştırmada katılımcıların yaş ortalaması $34,7\pm 6,6$; Deveci ve arkadaşlarının (111) alışmasında ise temizlik personeli yaş ortalamaları $38,1\pm 6,5$ olarak bulunmuştur. Araştırmamızın sonucu literatürde yer alan benzer nitelikteki araştırmalara yakın bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların %66,5'ini kadınlar oluşurmaktadır. Çalışmamızla uyumlu olarak Kaya'nın (116) hastane temizlik alışanlarında yaptığı bir çalışmada katılımcıların %59'unu; Kurt ve arkadaşlarının (115) hastane temizlik personeline yaptıkları araştırmasında katılımcıların %50,7'sini kadınlar oluşurmaktadır. Çalışmamızdan farklı olarak kadınlardan daha fazla erkeklerin temizlik personeli olarak katılım gösterdiği çalışmalar da mevcuttur. Terzi ve arkadaşlarının (10) hastane temizlik personeline yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %66,3'ünü erkek personel oluşurmaktadır.

Araştırmamıza dahil olan personelin %81,3'ünü evli bireyler oluşurmaktadır. Literatürdeki benzer çalışmalarla uyumlu olarak katılımcıların büyük bir kısmını evli bireyler oluşurmaktadır. Bu sıklık Kerkez'in (117) sağlık personeline sağlık algısı ile ilgili yürüttüğü bir araştırmada %71; Kaya'nın (116) hastane temizlik alışanlarında yaptığı çalışmada %64,8; Terzi ve arkadaşlarının (10) hastane temizlik personeline yaptıkları bir çalışmada %72,7 olarak bulunmuştur.

Temizlik personelinin %28,1'i lise, %18,8'i ortaokul, %53,1'i ilkokul eğitim düzeyine sahiptir. Hastanede çalışan temizlik personeline yapılmış olan çalışmalardan Deveci ve arkadaşlarının (111) çalışmasında katılımcıların %61,6'sı ilkokul mezunu ve altı eğitim düzeyinde; Terzi ve arkadaşlarının (10) çalışmasında personelin %58,6'sının ilkokul düzeyinde; Kurt ve arkadaşlarının (115) araştırmasında da katılımcıların %62'sinin ortaokul ve altı öğrenim düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızın sonucu literatürde yer alan temizlik personeli ile yapılmış araştırmaların sonuçlarıyla benzer ve eğitim seviyesi düşük olarak saptanmıştır.

Araştırmamızda katılımcıların %49,1'i sigara kullandığını belirtmiştir. Deveci ve arkadaşlarının (111) bir üniversite hastanesinde çalışan temizlik personeline yaptıkları çalışmada katılımcıların %63,4'ünün sigara içtiği tespit edilmiştir. 2022 Türkiye Sağlık Araştırmasına göre 15 yaş ve üstü bireyler arasında her gün tütün mamulü kullananların oranı %28,3'tür (118). Literatürde benzer nitelikteki araştırmalarda ve çalışmamızda saptanan sonuç Türkiye ortalamasının üstünde ve oldukça yüksek olarak saptanmıştır.

Araştırmamızda temizlik personelinin %34,5'i kliniklerde, %15,2'si polikliniklerde, %9,9'u ameliyathanede, %6,3'ü ise atık taşıma hizmetleri ile ilgili işlerde çalışmaktadır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara yakın olarak, Kaya'nın (116) hastane temizlik çalışanlarında yaptığı çalışmada personelin %28,7'si kliniklerde, %25,5'i polikliniklerde ve %4,3'ü ameliyathanede çalışmaktadır. Terzi ve arkadaşlarının (10) hastane temizlik personeline yaptıkları araştırmada ise personelin %68,2'sinin kliniklerde, %11,2'sinin polikliniklerde, %3,8'inin ameliyathanede çalıştığı tespit edilmiştir. Sonuçlar arasındaki farklılıkların temizlik personeli sayısının birimlerde olan ihtiyaca göre şekillenmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %17,9'u haftada 48 saat çalışırken, %81,3'ü 53 saat çalışmaktadır. Kaya'nın (116) hastane temizlik çalışanlarında yaptığı çalışmada personelin %86,5'i haftada 45-48 saat arası çalışmaktadır. Kurt ve arkadaşlarının (115) hastane temizlik personeline yaptıkları araştırmasında haftalık çalışma süresi $47,6 \pm 1,9$ saat olarak bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen sonuç literatür ile uyumludur.

Katılımcıların %81,7'si sürekli gündüz (07:00-16:00) çalışırken %10,3'ü dönüşümlü vardiya, %7,6'sı sürekli aynı değişmeyen vardiya usulü çalışmaktadır. Araştırmamızda çalışanların toplam % 17,9'u vardiya usulü çalışmaktadır. Çalışmamızla uyumlu olarak Dikmen'in (119) sağlık personelinde yaptığı çalışmada çalışanların %18,6'sının vardiya usulü çalıştığı tespit edilmiştir.

Araştırmamıza katılan temizlik personelinin kurumda ortalama çalışma süresi 11,4 ($\pm 5,1$) yıl olup % 60,7'sinin kurumdaki çalışma süresi 10 yıl ve üstündedir. Tekin'in kamu ve özel hastanelerde çalışan temizlik personelinde yaptığı çalışmada katılımcıların %44,6'sının hizmet yılı 10 yıl ve üstü olarak saptanmıştır. Yine sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %46,7'sinin çalışma süresinin 10 yıl üstünde olduğu tespit edilmiştir. Literatüre göre araştırmamızda 10 yıl ve üzeri çalışanların oranı yüksek olarak bulunmuştur.

Çalışmada katılımcıların %98,7'sinin işe giriş muayenesi yapılmış, aralıklı kontrol muayenesi yapılma yüzdesi ise %7,6 ile oldukça düşük olarak saptanmıştır. Hastane temizlik personelinde yürütülen bir araştırmada katılımcıların %89,3'ünün işe giriş muayenesinin yapıldığı, bir yıl ve daha uzun süredir çalışan 122 kişinin %42,6'sının aralıklı kontrol muayenesinin düzenli olarak yapıldığı saptanmıştır (115). Kaya'nın (116) çalışmasında temizlik personelinin %80,2'sinin işe giriş muayenesi yapıldığı, %60,4'ünün aralıklı kontrol muayenesinin düzenli yapıldığı tespit edilmiştir. İşe giriş muayenesi sıklığı açısından sonucumuz literatüre göre daha yüksek bulunmasına rağmen aralıklı kontrol muayenesi sıklığı literatüre göre oldukça düşük bulunmuştur. Ayrıca diğer araştırmalar arasında da farklı sonuçlar saptandığı dikkat çekmektedir. Bu durum iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları ile ilgili kurumlar arası hatta kurum içinde farklı uygulamalarda dahi var olan hassasiyet farklılığını yansıtmaktadır.

Araştırmamızda temizlik personelinde çalışma hayatları boyunca kan ve vücut sıvılarına temas sıklığı %40,2 olarak saptanmıştır. Deveci ve arkadaşlarının (111), temizlik çalışanlarında yapmış oldukları çalışmada bu sıklık %44,6 olarak bulunmuştur. Çamözü ve Kitiş'in (41) çalışmasında temizlik

personelinin %36,4'ü çalışma hayatları boyunca kesici/delici bir cisimle en az bir kez yaralandıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızın sonucu literatürde yapılan benzer nitelikteki çalışmalarla yakın olarak bulunmuştur. Çelik ve arkadaşlarının (120) sağlık çalışanlarını ve öğrencileri kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan enfeksiyonlar açısından irdeledikleri çalışmada kan ve vücut sıvılarıyla temas öyküsü %54, Azap ve arkadaşlarının (1) çalışmasında %64, Erbay ve arkadaşlarının (121) çalışmasında %65 olarak bildirilmiştir. Daha yüksek sonuç elde edilen bu çalışmalarda genel olarak sağlık personeli değerlendirilmiş olup, hemşirelerin daha sık kan ve vücut sıvılarına riskli temas varlığı bu duruma sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda kan ve vücut sıvılarıyla temas sırasında koruyucu ekipman kullanımı sıklığı %88,8 olarak saptanmıştır. Sağlık personelinde kesici/delici alet yaralanması ve kan/vücut sıvılarıyla temasın araştırıldığı bir çalışmada sağlık personelinin temas esnasında yaklaşık %80'inin koruyucu ekipman kullandığı belirlenmiştir (122). Baysal'ın (123) sağlık çalışanlarında kesici/delici alet yaralanmalarını değerlendirdiği çalışmada kaza esnasında koruyucu ekipman kullanımı %77,8, Çelik ve arkadaşlarının (120) sağlık çalışanları ve öğrencilerde yaptıkları çalışmada kan ve vücut sıvılarıyla temas sırasında koruyucu ekipman kullanımı %76,4 olarak saptanmıştır. Üçüncü basamak bir hastanede çalışan sağlık personelinin kesici/delici alet yaralanmalarının değerlendirildiği bir çalışmada çalışanların %78'i kaza sırasında koruyucu ekipman kullandıklarını bildirmişlerdir (124). Çalışmamızın sonucu ile yapılan diğer araştırmaların sonuçları benzer olarak bulunmuştur. Riskli temas esnasında koruyucu ekipman kullanım sıklığı yüksek olmakla beraber istenilen düzeyde değildir. İhmal edilen her bir koruyucu ekipman kullanımı kan ve vücut sıvısıyla bulaşan enfeksiyonlara karşı savunmamızın zayıflamasına sebep olacaktır.

Çalışmamızda temizlik personelinin %96,6'sı yaşadığı riskli temas durumunu iş sağlığı ve güvenliği birimine bildirmiştir. Tekin'in (125) hastanede çalışan temizlik personelinde yaptığı çalışmada katılımcıların %74'ünün yaşadığı kesici/delici alet yaralanmalarını bildirdiği tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarında yapılan bir araştırmada yaşanan kesici/delici alet yaralanması

sonrası bildirim sıklığı %26 olarak oldukça düşük bulunmuştur (126). Kılınc'ın (127) hemşirelerde yaptığı çalışmasında ise bildirim sıklığı %36,8 olarak saptanmıştır. Özellikle hekim ve hemşirelerde bildirim sıklığı oldukça düşüktür. Bu sebeple sağlık personelinin tamamının ele alındığı çalışmalarda bildirim sıklığı daha düşüktür. Temizlik personeli için bildirim sıklığı Tekin'in (125) çalışmasında ve bizim çalışmamızda da olduğu gibi genel olarak sağlık çalışanlarının değerlendirildiği çalışmalara göre daha yüksektir. Bu durum riskli temas yaşayan temizlik personelinin yaşadığı riskli temasa hassasiyetle yaklaştığının göstergesidir.

Araştırmamızda kan ve vücut sıvıları ile temas durumunu iş sağlığı ve güvenliği birimine bildirmeme sebebi; %66,7 ile en sık "önemsememe" olarak karşımıza çıkmaktadır. Tekin'in (125) hastanede çalışan temizlik personeline yaptığı çalışmada da katılımcıların %52,6'sı (n=10) yaşadıkları kesici/delici alet yaralanma durumunu bildirmeme sebebini en sık "önemsememe" olarak beyan etmişlerdir. Yine Biçer'in (128) çalışmasında cerrahi hemşirelerinin yaşadıkları kesici/delici alet yaralanmalarını bildirmeme sebeplerinin %42,4 ile "önemsememe" olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızın sonucu literatürle uyumlu bulunmuştur.

Araştırmamızda katılımcıların kan ve vücut sıvılarıyla temas sonrası takip veya tedavi için Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne yönlendirilme sıklığı %93,3 olarak bulunmuştur. Çelik ve arkadaşlarının (120) sağlık personeli ve öğrencilerde yaptıkları çalışmada yaşanan riskli temastan sonra enfeksiyon polikliniğine başvuru oranı %27,3 olarak saptanmıştır. Sağlık personeline yapılan bir çalışmada ise hastane personelinin %57,1'i yaralanma sonrası enfeksiyon kontrol komitesine başvurduklarını belirtmişlerdir (129). Literatüre göre çalışmamızda oldukça yüksek bir sonuç tespit edilmiştir. Çalışmamızın evrenini sadece temizlik personeli oluşturduğu için diğer sağlık çalışanlarının sonuçlarından etkilenmemiştir. Literatürde kesici/delici alet yaralanmaları ile ilgili çalışmalar, daha sık yaralanma yaşaması sebebiyle hekim ve hemşirelere yoğunlaşmaktadır. Daha çok hasta başı yaralanmaların yaşadığı bu meslek gruplarında kaynak hastanın bilinmesi sebebiyle yaralanan sağlık çalışanı gerekli tetkikleri kendisi yaptırmış ve bu sebeple enfeksiyon hastalıkları

polikliniğine başvurmamış olabilir. Temizlik personelinde ise tam aksine yaralanmaya sebep olan materyal genelde tıbbi atık kaynaklı olduğu için kaynak hasta sıklıkla bilinmemektedir. Bu gibi yaralanmalarda takibin yanı sıra HIV açısından profilaktik tedavinin de uygulanması gerekliliği temizlik personelinin enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yönlendirilme sıklığını artırmış olabilir.

Araştırmamızda yaşanan riskli temasların %80'inde kan veya vücut sıvısı bulaşan kaynak hasta bilinmemektedir. Harman'ın (130) kan ve vücut sıvılarına maruz kalan sağlık personelinin kesici/delici alet yaralanmalarını değerlendirdiği çalışmasında kaynak hastanın yaralanmaların %17,7'sinde bilinmediği tespit edilmiştir. Özel hastanede çalışan sağlık çalışanlarında kesici/delici alet yaralanmalarının değerlendirildiği bir çalışmada yaralanmaların %21,3'ünün kaynağının bilinmediği saptanmıştır (131). Bizim çalışmamızda elde edilen sonucun yüksek olması, çalışmanın evrenini temizlik personeli oluşturduğu için yaşanan yaralanmaların genelinde hasta başında değil tıbbi atık toplama/taşıma esnasında gerçekleşmesi sebebiyledir.

Araştırmamızda kan ve vücut sıvısı bulaşan hastaların HBV açısından bulaştırıcı olma sıklığı %23,5, HIV için bulaştırıcı olma sıklığı %5,9 idi. Kaynak hastalar arasında HCV açısından bulaştırıcı özelliğe sahip hasta yoktu. Çelik ve arkadaşlarının (120) sağlık çalışanları ve öğrencilerle yaptıkları çalışmada kaynak hastanın HBV açısından bulaştırıcı olma sıklığı %20,7 olarak saptanmıştır. Özel hastanede çalışan sağlık çalışanlarında kesici/delici alet yaralanmalarının değerlendirildiği bir çalışmada kaynak hastaların %5,3'ünün HBsAg pozitif olduğu, Anti-HCV ve anti-HIV pozitifliğinin hiçbirinde bulunmadığı sonucuna varılmıştır (131). Harman'ın sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada ise kaynak hastaların %11'i HBsAg, %3,5'inde anti-HCV ve %0,7'si anti-HIV pozitif olarak tespit edilmiştir. Kaynak hastalar arasında hepatit B için bulaştırıcılığın daha sık saptanması ülkemizde hepatit B enfeksiyonu sıklığının daha yüksek oluşuna bağlıdır. Türkiye'de yapılan toplum taramalarında HBsAg pozitifliği %1,7-21, HCV sıklığı ise %1-2,4 arasındadır (132) . Ayrıca bizim çalışmamızda bulunan sonucun diğer araştırmalara nazaran daha yüksek oluşu, yaralanmaların tamamına yakını

tıbbi atık toplama/ taşıma esnasında gerçekleştiği için yaşanan yaralanmaların %80'inde kan veya vücut sıvısı bulaşan hastanın bilinmiyor olmasının buna sebep olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda katılımcıların %92,2'sine temas sonrası bulaşma durumunun değerlendirilmesi için test önerilmiştir. Test önerilen katılımcıların %97,6'sı riskli temas sonrası kendisine önerilen testleri yaptırmıştır. Literatürde kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklara yönelik araştırmalar daha çok hekim ve hemşire meslek gruplarında veya genel olarak sağlık personelinde yoğunlaşmaktadır. Biçer'in (128) cerrahi hemşirelerinde yaptığı çalışmada kesici/delici alet yaralanması yaşayan katılımcıların %44,6'sının yaralanma sonrası serolojilerini kontrol ettirdiği tespit edilmiştir. Yine sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada riskli yaralanma yaşayan sağlık çalışanlarının %24,6'sının yaralanma sonrası serolojilerini kontrol ettirdiği sonucuna ulaşılmıştır (133). Çalışmamızda elde edilen sonuç literatüre göre oldukça yüksektir. Bu durum çalışmanın evreninin sadece temizlik personelinde oluşması sebebiyle olabilir. Hekim ve hemşireler bu tarz yaralanmaları daha sık yaşadıkları için yaralanmalara karşı hassasiyetlerini kaybetmiş olabilirler. Ayrıca iş yoğunluğu sebebiyle de riskli temas sonrası bildirim, seroloji takibi gibi yapılması gerekenleri ihmal ediyor olabilirler.

Araştırmamızda çalışılan birimler arasında atık taşıyanların oranı %6,9 iken personelin %86,2'sinin görevi esnasında tıbbi atık toplama ya da taşıma işlemi gerçekleştirmekte olduğu tespit edilmiştir. Atık toplama ve taşıma yaptığını belirten 179 personelin çalıştıkları birimlerden topladıkları atıkları hastane içindeki atık odalarına taşıdıkları, atık taşıma ile görevli olan 14 personelin atıkları hastane içerisindeki atık odalarından hastane dışındaki geçici atık depolarına taşıdığı öğrenilmiştir. Çalışma esnasında yapılan gözleme göre sadece atık taşımadan sorumlu personel de dahil olmak üzere personelin koruyucu ekipman kullanımına uyumu oldukça düşüktür. Çalışmamızda tıbbi atık toplama/taşıma sırasında en yüksek yüzde ile gerçekleştirilen korunma davranışı %81,3 ile maske kullanımındır. Bunu sırasıyla; %19,7 ile koruyucu gözlük, %8,3 ile turuncu eldiven, %6,7 ile çizme ve %5,7 ile tıbbi atık tulumu kullanımı takip etmiştir. Maske dışında koruyucu

önlemlere uyumun oldukça düşük olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca tıbbi atık toplamak için kullanılması gereken eldivenlerden olmamakla birlikte personelin %99,5'i hasta vücut sıvılarına (kan, idrar vb.) temas etmiş her türlü materyal ile işlem sırasında eldiven kullandığını beyan etmiştir. Çoker'in (134) Kocaeli ilindeki kamu hastanelerinde tıbbi atık yönetimini incelediği tez çalışmasında tıbbi atıkları kurum içinde toplayıp taşımakla görevli personelin yapılan gözlemlerde %23,5'inin kıyafetlerinin uygun olmadığını ve kişisel koruyucu ekipmandan yalnızca eldivenin tüm personel tarafından kullanıldığını tespit etmiştir (134). Tek kullanımlık eldiven kullanımı açısından sonucumuz Çoker'in (134) çalışması ile uyumludur. Çamözü ve Kitiş'in (41) hastane temizlik personeline yapmış oldukları çalışmada birim içinde yaptıkları gözleme göre 99 çalışanın %47'sinin özel koruyucu eldivenle, diğerlerinin tek kullanımlık eldivenle atık topladığı gözlemlenmiştir. Çalışanların hiçbirinin çizme ve koruyucu gözlük kullanmadığı, %57'sinin maske kullandığı tespit edilmiştir. Maske, koruyucu gözlük ve çizme kullanımı çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur. Ancak özel koruyucu eldiven kullanımı çalışmamızda oldukça düşüktür. Literatürde benzer nitelikteki araştırmalarda temizlik personeline en sık riskli temasların yaşandığı durum olan tıbbi atık toplama/taşıma esnasında kişisel koruyucu ekipman kullanımının sıklıkla ihmal edildiği göze çarpmaktadır.

Kan ve vücut sıvılarının personele diğer bir bulaş yolu olan mukozal temastan korunmak için damlacık sıçrama olasılığı olan bir iş sırasında maske, gözlük, yüz siperliği kullanmak esastır. Çalışmamızda personelin %79'u görevi esnasında damlacık sıçrama olasılığı olan işlerle uğraşmakta ve en yüksek yüzde ile gerçekleştirilen korunma davranışı %92,6 ile maske kullanımudur. Bunu sırasıyla %53,1 ile gözlük kullanımı, %40,1 ile yüz siperliği kullanımı takip etmektedir. Sağlık çalışanlarında yapılan bir araştırmada damlacık sıçrama olasılığı olan bir iş esnasında katılımcıların %62,7'si maske, %15,7'si koruyucu gözlük kullandığını beyan etmişlerdir (133). Çalışmamızda uyumlu olarak damlacık sıçrama olasılığı olan bir iş sırasında en yüksek oranda kullanılan koruyucu ekipman maske olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak

çalışmamızda damlacık sıçrama olasılığı olan bir iş sırasında koruyucu ekipman kullanım sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların %99,5'i hasta vücut sıvılarına (kan, idrar vb.) temas etmiş her türlü materyal ile işlem sırasında eldiven kullanmaktadır. Deveci ve arkadaşlarının (111) temizlik personelinin temizlik ve hijyen konusundaki davranışlarını değerlendirdikleri çalışmada katılımcıların tümü (%100) çalışmaları sırasında eldiven kullandıklarını belirtmişlerdir. Şafak ve arkadaşlarının (135) yaptığı araştırmada da, personelin %98,8'inin iş yapma sırasında eldiven giydiği saptanmıştır. Hastane temizlik çalışanları ile yapılan birçok çalışmada eldiven kullanımı en yaygın korunma önlemi olarak tespit edilmiş ve çalışanların eldiven dışındaki koruyucuları daha az kullandıkları sunucuna ulaşılmıştır (10,135,136). Çalışmamızın sonucu literatürle uyumlu olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların %88,3'ü eldivenleri çıkardıktan sonra ellerini yıkamaktadır. Şafak ve arkadaşlarının (135) temizlik personeline yaptıkları çalışmada çalışanların %99,4'ü işten önce ve sonra ellerini yıkadığını belirtmişlerdir. 273 sağlık çalışanında yapılan bir çalışmada hasta ile veya klinik örnekle temastan sonra el yıkama sıklığı %86,8 olarak tespit edilmiştir (137). Çelik ve arkadaşlarının (120) sağlık personeli ve öğrencilerde yaptıkları çalışmada katılımcıların eldiven kullanımı sonrasında el yıkama sıklığı %80,7 olarak saptanmıştır. Kişioğlu ve arkadaşlarının (6) sağlık personeline yaptıkları çalışmada ise eldiven çıkardıktan sonra el yıkama sıklığı %92,4 olarak bulunmuştur. Çalışmamızın sonucu literatürle benzer olarak bulunmuştur. Yorgancı ve arkadaşlarının (138) gözleme dayalı yaptıkları çalışmada eldiven kullanımı sonrasında el yıkama sıklığı %47 bulunmuştur. Bu çalışmanın habersiz gözleme dayalı olması, bizim çalışmamızın ise kişilerin kendi ifadelerine dayanan anket çalışması oluşu, bu iki çalışma sonucu arasındaki farkı açıklayabilir. Literatürde el yıkama sıklığı anket ile veri toplanan çalışmalarda, gözleme dayalı çalışmalara göre daha yüksek olarak saptanmıştır (6,10,42,139,140).

Çalışmamızda temizlik personelinin beyanına göre %83,9'u en az bir doz Hepatit B aşısı yaptırmıştır. Aşığı tek doz yaptırdığını beyan eden

katılımcıların tamamına yakını işe girerken bir doz aşı yapıldığını, bunun hepatit b aşısı olabileceğini beyan etmiştir. Çalışma yılı uzun olan çalışanlarda hafıza faktöründen dolayı işe girerken yapılan aşının hangi aşı olduğunu hatırlayamayabilecekleri düşünülmektedir. Bu sebeple üç doz aşı şeması tamamlanmış katılımcıları dikkate almak yerinde olacaktır. Ayrıca standart uygulamada istenilen koruyuculuğun elde edilebilmesi için uygun bağışıklama şemasının 0-1-6 şeması olması sebebiyle üç doz aşı yaptırmış personel aşılanmış olarak dikkate alınacaktır (141). Araştırmamızda üç doz aşılanma sıklığı %42,5 olarak tespit edilmiştir. Deveci ve arkadaşlarının (111) hastane temizlik çalışanlarının temizlik ve hijyen konusundaki davranışlarını değerlendirdiği çalışmada katılımcıların %17'si hepatit B aşısı yaptırdığını bildirmiştir. Balcı ve arkadaşlarının (42) temizlik işinde çalışan kişilerin temizlik ve sağlık davranışlarını değerlendirdiği çalışmada katılımcıların %23,1'i Hepatit B aşısı yaptırdığını belirtmiştir. Yapılan benzer nitelikteki araştırmalara göre araştırmamızda hepatit B aşılanma sıklığı sevindirici olarak daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızdaki saptanan değerden daha yüksek değerler saptanmış çalışmalar da mevcuttur. Kaya'nın (116) hastane temizlik personeline yaptığı çalışmada hepatit B aşılanma sıklığı %66 olarak bulunmuştur. Evrenini hastane temizlik personelinin oluşturduğu çalışmaların sonuçları arasındaki bu farklılığın kurumlar arası iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının uygulanış düzeyinin bir yansıması olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda eksik doz aşı yaptırmayla ilgili en sık beyan edilen neden %90,2 ile "kaç doz aşı yapılması gerektiğini bilmemek"; Hepatit B aşısı yaptırmama sebebi olarak beyan edilen en sık sebep %79,4 ile "bağışıklama konusunda yeterli bilgiye sahip olmamak" idi. Çelik ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanları, en sık fırsat bulamadıkları için aşı yaptırmadıklarını belirtmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada da en sık aşılanmama nedenleri fırsat bulamama, aşının pahalı bulunması, hepatit B enfeksiyonu geçirmiş olma olarak saptanmıştır (141). Terzi ve arkadaşlarının (10) temizlik personeline yaptıkları çalışmada Hepatit B aşısını yaptırmayan veya aşı şemasını tamamlamayan katılımcıların %30,7'si sebep olarak "fırsat bulamama veya aşıya ulaşamama", %23'ü ise "aşılanma konusunda yeterli

bilgi sahibi olmama” şeklinde cevap vermişlerdir. Kışoğlu ve arkadaşlarının (6) tüm sağlık personeline yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %28,8’i Hepatit B hakkında herhangi bir bilgisi olmadığı için aşılanmadığını belirtmiştir ve bunların %90,2’sinin temizlik elemanı olduğu tespit edilmiştir. Literatürde aşı yaptırmama veya eksik doz aşılanma en sık nedenin fırsat bulamama olduğu görülmektedir ancak temizlik personelinin aşılanma ile ilgili bilgi eksikliği olduğu da açıktır. Bizim alışmamızda bağışıklama ile ilgili bilgi eksikliği literatüre göre daha sık rastlanan bir sebep olarak saptanmıştır.

Araştırmamızda katılımcıların tamamı (%100) mesleki riskler ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %96’sı hastane enfeksiyonları ve korunma yolları ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Artan ve arkadaşlarının (129) sağlık personeline yaptıkları çalışmada katılımcıların %81,1’inin hastane enfeksiyonlarından korunmaya yönelik eğitim almış olduğu saptanmıştır. Çopur ve arkadaşlarının bir üniversitesi hastanesinde çalışan temizlik personeline yaptıkları çalışmada katılımcıların %95,4’ü görevleri ile ilgili olarak kurum tarafından eğitim verildiğini belirtmişlerdir. Yine şafak ve arkadaşlarının (135) temizlik personeline yaptıkları çalışmada, personelin tamamı sağlığı korumaya yönelik hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Temizlik personeline yapılan bir araştırmada yine katılımcıların tamamı hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmişlerdir (41). Çalışmamızda elde edilen sonuç literatür ile uyumlu ve oldukça yüksektir. Ancak eğitim aldığını belirten personel sıklığının yüksek olmasına rağmen koruyucu ekipman kullanımına uyum ve personelin bağışıklama hakkında bilgi düzeyinin yetersiz oluşu eğitimlerin etkinliğini, içeriklerini ve uygulanış biçimlerinin gözden geçirmek gerektiğini düşündürmektedir.

Sağlık Algısı ve İlişkili Özellikler

Temizlik personelinin SAÖ toplam puanı ve ilişkili olabilecek faktörler incelenmiş ve SAÖ toplam puan ortalaması 45.6 olarak saptanmıştır. Ölçeğin geliştirildiği Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına göre ölçekten

alınabilecek en düşük puanın 15, en yüksek puanın 75 olduğu bilgisinden yola çıkılarak çalışmamıza katılan temizlik personelinin sağlık algısı orta düzeyde olarak değerlendirilebilir.

Literatürde sadece temizlik personeline sağlık algısını değerlendiren araştırma olmaması sebebiyle karşılaştırma yaparken sağlık çalışanlarında sağlık algısının değerlendirildiği çalışmalara ve çalışmamızda kullanılan Sağlık Algısı Ölçeği'nin kullanıldığı diğer çalışmalara yer verilmiştir.

SAÖ toplam puan ortalaması; Kolaç ve arkadaşlarının (142) fabrika işçilerinde yaptıkları bir çalışmada 39,8, yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada 40,5, sağlık algısı ile kanser tarama farkındalığı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada 40,5, Çetin ve Yılmaz'ın (143) cerrahi kliniğinde yatan hastalarda yaptıkları bir çalışmada ise 49,5 (144) olarak bulunmuştur. Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuç benzer olup sağlık algı düzeyi orta düzeyde bulunmuştur.

Sağlık algısı alt boyut puanları bizim çalışmamızda en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyutları şeklinde saptanmıştır. Literatürde yer alan birçok çalışmada en yüksek puan alınan alt boyutlar kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutları olarak karşımıza çıkmaktadır (109,142–145).

Araştırmamızda katılımcıların SAÖ toplam puanları ve alt boyut puanları ile yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Uysal ve Toprak'ın (146) yaptıkları çalışmada, Ethemoglu ve arkadaşlarının (145) sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada ve Kerkez'in (117) tez çalışmasında yaş ile SAÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Araştırmamızın sonucu literatür ile uyumludur.

Araştırmamızda katılımcıların SAÖ toplam puanları ve alt boyut puanları ile cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadınlarda SAÖ toplam puanının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kolaç ve arkadaşlarının (142) fabrika işçilerinde yaptıkları bir çalışmada çalışanların cinsiyetleri ile SAÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında çalışmamıza benzer şekilde anlamlı fark

bulunmamıştır. Yapılan birçok araştırmada da sağlık algısı ölçeği toplam puanları ile cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmamıştır (110,117,145,147,148).

Araştırmamızda katılımcıların SAÖ toplam puanları ve alt boyut puanları ile medeni durum arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Kolaç ve arkadaşlarının (142) fabrika işçilerinde yaptıkları çalışmada, Uysal ve Toprak'ın (146) kadınlarla yaptıkları araştırmada ve Kerkez'in (117) tez çalışmasında çalışanların medeni durum ile SAÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmamızın sonucu literatürle uyumludur. Ayrıca Özdemir ve Arpacioğlu'nun yaptıkları çalışmada boşanmış/dul katılımcıların sağlığın önemi ve öz farkındalık alt boyut puanlarının, bekar olan katılımcılara kıyasla istatistiki olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (147). Bizim çalışmamızda da anlamlı olarak düşük olmasa da boşanmış/dul temizlik personeline sağlık algısı ölçeği toplam puanı diğer gruplara kıyasla daha düşük bulunmuştur.

Araştırmamızda katılımcıların SAÖ toplam ve alt boyut puanları ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Uysal ve Toprak'ın (146) kadınlarla yaptıkları bir araştırmada kronik hastalığı olmayan kadınlarda kontrol merkezi alt boyut puanları istatistiki olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Özdemir ve Arpacioğlu'nun (147) yaptıkları çalışmada da kronik hastalığı olmayan katılımcıların SAÖ toplam puanı, kontrol merkezi, kesinlik ve öz farkındalık alt boyut puanlarının istatistiki olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın evrenini hastanede çalışan temizlik personelinin oluşturması sebebiyle kronik hastalıklar ile ilgili farkındalığın yüksek olması iki grup arasında fark oluşmamasına sebep olmuş olabilir.

Araştırmamızda katılımcıların SAÖ toplam puanı ile eğitim durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur. SAÖ toplam puanı lise düzeyinde eğitime sahip temizlik personeline ilkokul düzeyinde eğitime sahip temizlik personeline kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kolaç ve arkadaşlarının (142) fabrika işçilerinde yaptıkları çalışmada eğitim ile SAÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup

üniversite mezunu olanların SAÖ toplam puanları diğerlerinden daha yüksektir. Özdemir ve Arpacioğlu'nun yaptıkları çalışmada katılımcıların eğitimine göre SAÖ toplam puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre ilköğretim-lise mezunu olan katılımcıların SAÖ toplam puanının ön lisans-lisans ve lisansüstü mezunu katılımcıların SAÖ toplam puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (147). Ethemoglu ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada da üniversite mezunu olan katılımcıların ortaokul mezunu katılımcılara kıyasla SAÖ toplam puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonucu literatür ile uyumludur.

Araştırmamızda sigara ve alkol kullanımına göre SAÖ toplam puanları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Sigara ve alkol kullanmayan personelin kullananlara göre SAÖ toplam puanı anlamlı olarak daha yüksektir. Çavuşoğlu ve arkadaşlarının (149) yaptıkları çalışmada sigara kullanmayan katılımcıların SAÖ toplam puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada da sigara kullanmayanların kesinlik ve sağlığın önemi alt boyut puanlarının sigara kullananlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (150). Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuç literatürle benzerdir.

Çalışmamızda hane gelirinin giderleri karşılama durumuna göre SAÖ alt boyutlarından sağlığın önemi alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Toplam geliri giderleri rahatlıkla karşılayan grupta sağlığın önemi alt boyut puanı toplam gelirlerin giderleri karşılamaya yetmediği gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmasa da toplam gelirin giderleri rahatlıkla karşıladığı grupta SAÖ toplam puanının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Çavuşoğlu ve arkadaşlarının (149) hemşirelik bölümü öğrencilerinde yaptıkları çalışmada geliri giderinden az olanların SAÖ toplam puanları geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olan gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonucu benzer olarak bulunmuştur. Gelir düzeyi, sağlık algısını etkileyen önemli bir değişkendir. Geliri giderine göre az olanların, sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarını uygulamaya yönelik yeterince fırsatlarının olmayışı ile ilişkili sağlık algıları daha düşüktür (149).

Araştırmamızda;

- sağlık algısı ve çalışma hayatı ile ilişkili özellikler,
- sağlık algısı ve kan ve vücut sıvıları ile temas özellikleri,
- sağlık algısı ve kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik davranış özellikleri arasında tespit edilen ilişkiler, literatürde karşılaştırılabilecek uyumlu araştırma bulunamadığı için tartışmada ele alınamamıştır.

Sonuç

Araştırmamızda BUÜTF-SUAM'da çalışan temizlik personelinin meslek hayatları boyunca sıklıkla kan ve vücut sıvılarıyla riskli temas yaşadıkları tespit edilmiştir.

Kurum tarafından eğitim alma sıklığının yüksek saptanmasına rağmen özellikle tıbbi atık toplama ve taşıma esnasında kullanılması gereken ekipmanların ihmal edildiği saptanmıştır.

Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan enfeksiyonlar için önemli bir koruyucu olan bağışıklama bu risklerle sık karşılaşan temizlik çalışanlarında istenen düzeyde değildir. Ayrıca hastaneler gibi çok tehlikeli grupta olan iş yerlerinde önemi iyice artan aralıklı kontrol muayenesinin ihmal edildiği saptanmıştır.

İş kazalarında önemli yeri olan ve çalışanın riskli davranışlarında etkili olabileceği düşünülen sağlık algısının kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan enfeksiyonlardan korunmaya yönelik bazı davranışlarla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bunlar; tıbbi atık taşıma/toplama sırasında turuncu eldiven ve koruyucu gözlük kullanımı, damlacık sıçrama olasılığı olan durumlarda maske, gözlük, yüz siperliği kullanımı, eldivenleri çıkardıktan sonra ellerini sabunla yıkamak, üç doz hepatit B aşısı yaptırmış olmak, hastane enfeksiyonları-korunma yolları ve bulaşıcı hastalıklar-korunma yolları ile ilgili eğitim almış olmak şeklinde tespit edilmiştir.

Ayrıca aralıklı kontrol muayenesi yaptırmak ile riskli temas esnasında kişisel koruyucu kullanıyor olmak da sağlık algısı ile ilişkili olarak saptanmıştır.

Öneriler

Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan enfeksiyon hastalıklarından korunmaya yönelik evrensel önlemler olan el yıkama, eldiven kullanımı ve damlacık sıçrama olasılığı olan işler esnasında maske, koruyucu gözlük, yüz siperliği kullanımı ve temizlik personelinde riskli temasların esas kaynağı olan tıbbi atık toplama/taşıma esnasında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipmanların kullanımının değerlendirildiği gözleme dayalı araştırmalar yapılmalıdır.

Pandemi sebebiyle çoğunlukla salgın etrafında yoğunlaşan iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri tekrar yapılandırılması ve periyodik muayenelerin olması gereken sıklıkla planlanması çalışan sağlığı açısından zaruridir.

Temizlik personelinin bağışıklama ile ilgili bilgi eksikliğini gidermeye yönelik eğitim programları hazırlanmalı ayrıca İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi tarafından aşılama ile ilgili eksiklikler giderilmeli, personelin aşılama sonrası serolojik tetkikleri yapılmalıdır.

Verilen hizmet içi eğitim programlarının daha etkili olabilmesi ve olumlu davranış değişikliklerinin oluşturulabilmesi için eğitimler uygulamaya yönelik olmalı ve iş kategorilerine göre düzenlenmelidir.

Hizmet içi eğitimlerin yanı sıra sağlığı geliştirme programları oluşturulmalıdır. Sağlığın bireysel, kültürel, sosyal, ekonomik ve çevresel olmak üzere birden fazla faktörden etkilendiği göz önüne alındığında; daha bütüncül bir yaklaşım için bu gereklidir. Çalışmamızda sağlık algısının, sağlığın geliştirilmesi ve korunması sürecinde olumlu etkileri olabilecek bir değişken olduğu göze çarpmaktadır.

Yapılacak sağlığı geliştirme programlarında çalışmamızda kullandığımız Sağlık Algısı Ölçeği bir ölçüt niteliğinde kullanılabilir ve alt boyutlara ilişkin saptanan düşüklüklere yönelik olarak bu programlar şekillendirilebilir.

Veri toplama esnasında sözel olarak alınan bilgiye göre çalışanların rotasyona tabi olmadığı genellikle aynı birimde çalışmaya devam ettiği öğrenilmiştir. Bu durum özellikle yüksek riskli ameliyathane, yoğun bakım, hemodiyaliz, koroner anjiyografi gibi birimlerde çalışan personel için yorucu, yıpratıcı ve iş kazası yaşama sıklığını artıran bir durum olabileceğinden temizlik personeline rotasyon planlanabilir.

Araştırmanın güçlü yanları ve kısıtlılıkları

Araştırmamız katılımcıların tamamını temizlik personelinin oluşturduğu ve sağlık algısı ölçeğinin kullanıldığı ilk ulusal çalışmadır.

Araştırmaya katılım oranı oldukça yüksektir (%89,2).

Anket uygulanan temizlik personelinin tıbbi özgeçmişlerine, riskli temas özelliklerine, aşılama durumlarına dair bilgiler kişisel beyanlara dayanılarak elde edilmiş ancak tıbbi kayıtları incelenmemiştir.

Anket uygulanan temizlik personelinin kişisel koruyucu ekipman kullanımı ve diğer koruyucu davranışlara dair bilgileri kişisel beyanlara dayanılarak elde edilmiştir.

Bu araştırma bulguları çalışmanın yürütüldüğü BUÜTF-SUAM'da çalışan temizlik personeliyle sınırlanmıştır. Bu tez çalışması kapsamında elde edilen bulgular bu sınırlı gruba genellenebilir.

KAYNAKLAR

1. Azap A, Ergönül Ö, Memikoğlu KO, et al. Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. *Am J Infect Control*. 2005;33(1):48–52.
2. Beltrami EM, Williams IT, Shapiro CN, Chamberland ME. Risk and management of blood-borne infections in health care workers. *Clin Microbiol Rev*. 2000;13(3):385–407.
3. Infection Control & Hospital Epidemiology | Cambridge Core <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology> (Erişim tarihi: 22 Mayıs 2023).
4. Akgün S. Sağlık sektöründe iş kazaları, Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2015;2(2):67–76.
5. Puro V, De Carli G, Cicalini S, et al. European recommendations for the management of healthcare workers occupationally exposed to hepatitis B virus and hepatitis C virus. *Euro Surveill*. 2005;10(10):11–2.
6. Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun E, Kırbıyık S. Bir Üniversite Hastanesi Sağlık Personelinde Kesici Delici Yaralanma Epidemiolojisi ve Korunmaya Yönelik Tutum ve Davranışlar. *Türkiye Klin Tıp Bilim Derg*. 2002;22(4):390–6.
7. Erdem Y, Talas MS. Blunt and penetrating object injuries in housekeepers working in a Turkish University Hospital. *Am J Infect Control*. 2006 May;34(4):208–14.
8. Gücük M, Karabey S. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Çalışanlarında Kesici-Delici Alet Yaralanmaları. *Hastan İnfeksiyonları Derg*. 2002;47:72–81.
9. Prüss-Üstün A, Rapiti E, Hutin Y. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. *Am J Ind Med*. 2005;48(6):482–90.
10. Terzi Ö, Aker S, Terzi Ö, Sünter AT, Pekşen Y. Hastane Temizlik Elemanları ve Mesleki Enfeksiyon Riski : Bilgi ve Davranışlar Üzerine. 2009;16(1):7–12.
11. National Institute for Occupational Safety and Health. Preventing Needlestick Injuries in Health Care Settings. 2000.
12. Khuri-Bulos NA, Toukan A, Mahafzah A, et al. Epidemiology of needlestick and sharp injuries at a university hospital in a developing country: A 3-year prospective study at the Jordan University Hospital, 1993 through 1995. *Am J Infect Control*. 1997;25(4):322–9.
13. Özvarış ŞB. Sağlık Çalışanlarının Enfeksiyonlardan Korunması. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg*. 1999;8–12(455):7.
14. Lankford MG, Zembower TR, Trick WE, et al. Influence of role models and hospital design on hand hygiene of health care workers. *Emerg Infect Dis*. 2003;9(2):217–23.
15. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nurs Res*. 1996;45(1):30–6.
16. Çapik C. Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını

- Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi (Yüksek lisans tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2006.
17. Demircioğlu M, Centel T. İş Hukuku. 21.baskı. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım; 2010.
 18. İş Kanunu. Resmi Gazete Tarihi: 22 Mayıs 2003. Resmi Gazete Sayısı:25134.
 19. Milli Eğitim Bakanlığı. Mesleki gelişim iş güvenliği ve işçi sağlığı. Ankara; 2014.
 20. Aytaç S, Özok AF, Yamankaradeniz N, et al. İSG Kültürü Oluşmasında Metal Sanayinde Çalışan Kadınların Risk Algısı Üzerine Bir Araştırma. Mühendislik Bilim ve Tasarım Derg. 2017;5(0):59.
 21. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Resmi Gazete Tarihi: 30 Haziran 2012. Resmi Gazete Sayısı: 28339.
 22. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Resmi Gazete Tarihi: 31 Mayıs 2006. Resmi Gazete Sayısı: 26200.
 23. Sandal A, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları. Birinci baskı. Ankara: Hacettepe Yayınları; 2020.
 24. Bilir N. İş Sağlığı ve Güvenliği Profili: Türkiye. ILO Türkiye Ofisi. 2016.
 25. Çiçek Ö, Öçal M. Dünyada Ve Türkiye’de İş Sağlığı Ve Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi. Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Derg. 2016;5(11):106–29.
 26. Özdemir E. İş Sağlığı ve Güvenliği Hukuku. Birinci baskı. İstanbul: Vedat Kitapçılık Basım Yayım Dağıtım; 2014.
 27. Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Makina Mühendisleri Odası. Oda Raporu İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği. 2020.
 28. SGK İstatistik Yıllıkları, 2021.
<https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> (Erişim tarihi: 10 Temmuz '2023).
 29. Yener Aydın B, Doğan A. İş Sağlığı ve güvenliği eğitimlerine yönelik çalışan algılarını belirlenmesi. Beykoz Akad Derg. 2020;8(2):1–19.
 30. International Labour Organization. Safety and health at work, 2020.
<https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang-en/index.htm>. (Erişim tarihi: 10 Temmuz 2023).
 31. Bouya S, Balouchi A, Rafiemanesh H, et al. Global Prevalence and Device Related Causes of Needle Stick Injuries among Health Care Workers : A Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Glob Heal. 2020;86(1):1–8.
 32. Eryurt M A, Beşe Canbolat Ş, Koç İ. Türkiye’de Nüfus ve Nüfus Politikaları: Öngörüler ve Öneriler. Amme İdaresi Derg. 2013;46(4):129–56.
 33. Yıldız A. Hastane İş Güvenliği Uygulamalarının Sağlık Çalışanlarının İş Güvenliği Performansına Etkisi. 2020;12(23):566–78.
 34. Mohamfam I, Ghasemi F, Kalatpour O, Moghimbeigi A . Constructing a bayesian network model for improving safety behavior of employees at workplaces. Appl Ergon. 2017;58:35–47.
 35. Abbasoğlu S, Emiroğlu C, İlhan NM, et al. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kime Emanet?!. Toplum ve Hekim. 2006;173–8.
 36. Rele M, Mathur M, Turbadkar D. Risk of Needle Stick Injuries in Health

- Care Workers - a Report. Indian J Med Microbiol. 2002;20(4):206–7.
37. World Health Organization. Occupational health: healthworkers. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>. (Erişim tarihi: 10 Temmuz 2023).
 38. Uğurlu N, Yilmaz B, Karacak F. İki Farklı Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Florence Nightingale J Nurs. 2014;18(1):19–25.
 39. Bolyard EA, Tablan OC, Williams WW, et al. Guideline for infection control in health care personnel. 1998;289–354.
 40. Wilburn SQ, Eijkemans G. Preventing needlestick injuries among healthcare workers: a WHO-ICN collaboration. Int J Occup Environ Health. 2004;10(4):451–6.
 41. Çamözü E, Kitiş Y. Hastane Temizlik Hizmetleri Personelinin Tıbbi Atıkların Toplanması, Taşınması ve Depolanması İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. TAF Prev Med Bull. 2011;10(6):631–40.
 42. Balcı E, Horoz D, Gün İ, Öztürk Y. Temizlik İşinde Çalışan Kişilerin Temizlik ve Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Derg. 2005;27(4):158–66.
 43. Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 14 Mart 2005. Resmi Gazete Sayısı: 25755.
 44. TC Çevre ve Orman Bakanlığı Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü. Güvenli Tıbbi Atık Yönetimi. 2008.
 45. İncesu E, Evirgen H. Sağlık Çalışanlarının Hastane Atıkları Konusunda Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi ve Atık Minimizasyonu : Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2017;6(3):56–64.
 46. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 22 Temmuz 2005. Resmi Gazete Sayısı: 25883.
 47. Bennett N, Howard R. Quantity of blood inoculated in a needlestick injury from suture needles. J Am Coll Surg. 1994;178(107):10.
 48. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm> (Erişim tarihi: 7 Temmuz 2023).
 49. Patel D. Occupational infections. In: Snashall D, Patel D, editors. ABC of Occupational and Environmental Medicine. 3rd edition. London: BMJ Publishing Group; 2012. p: 68-80.
 50. Damani NN. Protection for health care workers. In: Damani NN, editor. Manual of infection control procedures. 2nd edition. London: GBR:Greewich Medical Media Limited; 2002. p: 203–26.
 51. World Health Organization. From the workforce. In: World Health Report 2006 “Working Together for Health.” 2006.
 52. Prince AM, Szmunness W, Mann MK, et al. Hepatitis B immune globulin: final report of a controlled, multicenter trial of efficacy in prevention of dialysis-associated hepatitis. J Infect Dis. 1978;137(2):131–44.
 53. Seeff LB, Zimmerman HJ, Wright EC, et al. A Randomized, Double Blind Controlled Trial of the Efficacy of Immune Serum Globulin for the

- Prevention of Post-Transfusion Hepatitis: A Veterans Administration cooperative study. *Gastroenterology*. 1977;72(1):111–21.
54. Smith DR, Leggat PA. Needlestick and sharps injuries among nursing students. *J Adv Nurs*. 2005;51:449–55.
 55. Bond WW, Favero MS, Petersen NJ, et al. Survival of hepatitis B virus after drying and storage for one week. *Lancet*. 1981;1:550–1.
 56. Werner BG, Grady GF. Accidental hepatitis-B-surface-antigen-positive inoculations. Use of e antigen to estimate infectivity. *Ann Intern Med*. 1982;97(3):367–9.
 57. Hadler SC, Doto IL, Maynard JE, et al. Occupational risk of hepatitis B infection in hospital workers. *Infect Control*. 1985;6(1):24–31.
 58. Centers for Disease Control and Prevention. Guidance for Evaluating Health-Care Personnel for Hepatitis B Virus Protection and for Administering Postexposure Management. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6210a1.htm> (Erişim tarihi: 8 Temmuz 2023).
 59. Kubitschke A, Bader C, Tillmann HL, et al. Injuries from needles contaminated with hepatitis C virus: how high is the risk of seroconversion for medical personnel really? *Internist (Berl)*. 2007;48(10):1165–72.
 60. Mitsui T, Iwano K, Masuko K, et al. Hepatitis C virus infection in medical personnel after needlestick accident. *Hepatology*. 1992;16(5):1109–14.
 61. Zhenya T, Dongliang Y, Lianjie H, et al. Detection and significance of HCV RNA in saliva, seminal fluid and vaginal discharge in patients with hepatitis C. *J Tongji Med Univ*. 1996;16(1):11–3.
 62. Puro V, Petrosillo N, Ippolito G. Risk of hepatitis C seroconversion after occupational exposures in health care workers. Italian Study Group on Occupational Risk of HIV and Other Bloodborne Infections. *Am J Infect Control*. 1995;23(5):273–7.
 63. Yazdanpanah Y, De Carli G, Miguères B, et al. Risk factors for hepatitis C virus transmission to health care workers after occupational exposure: a European case-control study. *Clin Infect Dis*. 2005;41(10):1423–30.
 64. Kamili S, Krawczynski K, McCaustland K, Li X, Alter MJ. Infectivity of hepatitis C virus in plasma after drying and storing at room temperature. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007;28(5):519–24.
 65. Özsoy MF, Öncül O, Çavuşlu S, et al. Seroprevalences of hepatitis B and C among health care workers in Turkey. *J Viral Hepat*. 2003;10(2):150–6.
 66. FitzSimons D, François G, De Carli G, et al. Hepatitis B virus, hepatitis C virus and other blood-borne infections in healthcare workers: guidelines for prevention and management in industrialised countries. *Occup Environ Med*. 2008;65(7):446–51.
 67. Alter MJ. Occupational Exposure to Hepatitis C Virus : A Dilemma. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1994;15(12):742–4.
 68. Charles PGP, Angus PW, Sasadeusz JJ, Grayson ML. Management of healthcare workers after occupational exposure to hepatitis C virus.

- Med J Aust. 2003;179:153–7.
69. Kamal SM, Fouly AE, Kamel RR, et al. Peginterferon alfa-2b therapy in acute hepatitis C: Impact of onset of therapy on sustained virologic response. *Gastroenterology*. 2006;130(3):632–8.
 70. Salman E. Sağlık çalışanlarında Enfeksiyon Riskleri ve Korunma : Part 1 Kan ve Vücut Sıvıları Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar. *J Ankara Univ Fac Med*. 2014;67(2):43–9.
 71. Gerberding JL. clinical practice Occupational Exposure to HIV in Health Care Settings. *N Engl J Med*. 2003;348:826–33.
 72. Wnuk AM. Occupational exposure to HIV infection in health care workers. *Med Sci Monit*. 2003;9(5):249–53.
 73. Kuhar DT, Henderson DK, Struble KA, et al. Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013;34(9):875–92.
 74. İş Sağlığı Ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği. Resmi Gazete Tarihi: 26 Aralık 2012. Resmi Gazete Sayısı: 28509.
 75. İşyeri Hekimi Ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk Ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 18 Aralık 2014. Resmi Gazete Sayısı: 29209.
 76. Akdur R, Çalışkan D. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşirelerin kendi bildirimleri ile karşılaştıkları mesleki riskler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2001;54(2):135–42.
 77. Cürçani M, Tan M. Diyaliz Üniteleri ve Nefroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılaştıkları Mesleki Riskler ve Sağlık Sorunları. *TAF Prev Med Bull*. 2009;8(4):339–44.
 78. Occupational Safety and Health Administration. Personal Protective Equipment. <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3151.pdf> (Erişim tarihi: 8 Temmuz 2023).
 79. Durduran Y, Kandemir B, Yıldırım EN, Pakna Ö, Demir LS. Assessment of nosocomial infection, hand hygiene and medical waste trainings for caregivers and cleaning staff in the university hospital. *Ortadoğu Tıp Derg*. 2019;12(1):89–95.
 80. Kapil R, Bhavsar HK, Madan M. Hand hygiene in reducing transient flora on the hands of healthcare workers: an educational intervention. *Indian J Med Microbiol*. 2015;33(1):125–8.
 81. Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, et al. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010;31(3):283–94.
 82. Boyce JM, Pittet D. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2002;23(12):3–40.

83. West GF, Resendiz M, Lustik MB. Assessing hand hygiene attitudes of inpatient nursing personnel in a US military hospital. *J Hosp Infect.* 2018;100(2):214–7.
84. Akova M. Sağlık Personeline Kan Yoluyla Bulaşan Viral Enfeksiyonlar Ve Korunmak İçin Alınacak Önlemler. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi. 1999;48.
85. Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment (PPE) in Healthcare Settings. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/healthcare-personnel/index.html> (Erişim tarihi: 8 Temmuz 2023).
86. Deniz M. Çok İlaça Dirençli Bakteriler Enfeksiyon Kontrol Önlemleri. Klimik Derneği Asistan ve Genç Uzman Hekimler Komisyonu Temel Eğitim Programı. 2022.
87. Kutlu D. Ameliyathane çalışanlarının cerrahi aletlerle yaralanma riski ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2007.
88. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi. İzolasyon Önlemleri Uygulama ve Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanım Talimatı. 2019.
89. Karakoç M. 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanununa göre işverenin eğitim verme yükümlülüğü. *Mali Çözüm Derg.* 2013;23(277):285.
90. Kılış İ. İş sağlığı ve güvenliği. İkinci baskı. Bursa: Dora Basım-Yayın Dağıtım; 2016.
91. Ceylan H. Türkiye'deki İş sağlığı ve güvenliği eğitimi sorunlar ve çözüm önerileri. *Electron J Vocat Coll.* 2012;2(2):94–104.
92. Akpınar T. İş sağlığı ve güvenliği. Üçüncü bas. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım; 2017.
93. Yılmaz F. Küreselleşme sürecinde gelişmekte olan ülkelerde ve Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği. *Uluslararası İnsan Bilim Derg.* 2009;6(1):45–72.
94. Serin G, Çuhadar M. İş Güvenliği ve Sağlığı Yönetim Sistemi. *J Tech Sci.* 2015;5(2):44–59.
95. Akyöney B. Temizlik İşleri İşletmeciliği. Ankara: Detay Yayıncılık; 2003.
96. Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 15.05.2013. Resmi Gazete Sayısı: 28648.
97. Saltoğlu N. Hastane Enfeksiyon Komitesi Olarak Sterilizasyon ve Dezenfeksiyonda Yasal Sorumluluklar ve Yapılması Gerekenler. In: 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. Samsun; 2005. p: 473-478.
98. Yılmaz M. İzolasyon Önlemleri ve Çok İlaça Dirençli Bakteri Enfeksiyonlarının Önlenmesi ve Kontrolü. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008;50:213–9.
99. Dokuzoğuz B. Enfeksiyon kontrolü ve personel sağlığı, sağlık çalışanlarının yaralanma ve enfeksiyonlardan korunması. In: Doğanay M, Ünal S, editors. Hastane Enfeksiyonları. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2003. p: 353-357.
100. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization: Basic documents. 49th editi. Geneva; 2020.

101. Konuk P. Hastane temizlik personelinin iş analizi yoluyla iş standartlarının belirlenmesi, Ankara ilindeki hastanelerde bir alan araştırması (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi; 2010.
102. T.C. Sayıştay Başkanlığı Performans Denetim Raporu. Hastane İnfeksiyonları ile Mücadele. Bilim Tıp Yayınevi, Ankara. 2007;1–140.
103. Alkan SA, Özdelikara A, Boğa NM. Determination of nursing students' health perception. Gumushane Univ J Heal Sci. 2017;6(2):11–21.
104. Somunoğlu S. Kavramsal Açısından Sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 1999;4(2):52–62.
105. Şenol V. Determinants of Self-Rated Health in General Population in Kayseri , Turkey. Turkiye Klin. 2010;0(1):88–96.
106. Mikolajczyk RT, Brzoska P, Maier C, et al. Factors associated with self-rated health status in university students : a cross-sectional study in three European countries. 2008;10:1–10.
107. Sabuncu N. Hemşirelik bakımında ilke ve uygulamalar. 3. baskı. İstanbul: Alter Yayıncılık; 2009.
108. Velderman MK, Crone MR, Wiefferink CH, Reijneveld SA. Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals License : Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals. Eur J Public Heal. 2010;20(3):332–8.
109. Özdelikara A, Alkan SA, Mumcu N. Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Algısı , Sağlık Anksiyetesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Bakırköy Tıp Derg. 2018;14(3):275–82.
110. Bıçakçı S. Bir Üniversite Hastanesi Sağlık Personelinin Covid 19 Pandemi Sürecinde Sağlık Algısı Ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi; 2022.
111. Deveci SE, Açık Y, Ercan E, Oğuzöncül AF. Bir üniversite hastanesinde temizlik çalışanlarının temizlik ve hijyen konusundaki davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilim Tıp Derg. 2010;24(2):123–7.
112. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers C V, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. J Community Psychol. 2007;35(5):557–61.
113. Kadioğlu H, Yıldız A. Validity and reliability of Turkish version of perception of health scale. Turkiye Klin J Med Sci. 2012;32(1):47–53.
114. Uzunbayır N. Sağlık Çalışanlarının Kesici-Delici Tıbbi Aletleri Güvenli Kullanımına Yönelik Tutum Ölçeği (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi; 2009.
115. Kurt AÖ, Harmanoğulları LÜ, Ekinci Ö, et al. Bir Üniversite Hastanesi Temizlik Çalışanlarının Biyolojik Risk Bilgi, Tutum ve Davranışları. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2015;8(2):37–47.
116. Kaya B. Hastane Temizlik Çalışanlarının Biyolojik Etkenlere Yönelik Bilgi Tutum Ve Davranışları İle Güvenlik Kültürü Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Giresun İl Örneği (Doktora tezi). Trabzon: Avrasya Üniversitesi; 2022.
117. Kerkez N. Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Algısı İlişkinin İncelenmesi

- Üzerine Bir Araştırma. Balıkesir Sağlık Bilim Derg. 2023;12(2):336–46.
118. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması, 2022.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747> (Erişim tarihi: 21 Temmuz 2023).
 119. Dikmen AU, Medeni V, Uslu İ, Aycan S. Ankara’da bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık personelinin geçirdiğini ifade ettiği iş kazalarının değerlendirilmesi. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Derg. 2014;14(53):22–9.
 120. Çelik Y. Sağlık Çalışanları ve Öğrencilerin Kan ve Vücut Sıvılarıyla Bulaşan Enfeksiyonlar , Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri , Temas Sıklıkları , Serolojik Durumları ve Hepatit B Aşılama Durumlarının Değerlendirilmesi. Turkiye Klin J Med Sci. 2010;0(4):0–9.
 121. Erbay A, Ergönül Ö, Bodur H, et al. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanlarının Kan Ve Vücut Sıvılarıyla İlişkili Yaralanmalarının Değerlendirilmesi. Viral Hepat J. 2002;8(3):497–501.
 122. Yılmaz GR, Güven T, Bekgöz AG, et al. Üçüncü Basamak Bir Hastanede Sağlık Personelinde Kesici-Delici Alet Yaralanmaları ve Kan/Vücut Sıvılarıyla Temas. Flora. 2014;19(2):85–90.
 123. Baysal B. Diyarbakır Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanlarında Kesici Delici Alet Yaralanmaları. Viral Hepat J. 2012;18(3):107–10.
 124. Suntur M. Üçüncü basamak bir hastanede sağlık çalışanlarında kesici-delici alet yaralanmalarının değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2020;13(1):1–7.
 125. Tekin M. Gaziantep ilinde kamu ve özel hastane temizlik çalışanlarının hastane enfeksiyonları ve korunma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları (Yüksek lisans tezi). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2015.
 126. Özdemir EG, Şengöz G. 500 Yataklı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kesici Delici Alet Yaralanmaları Tutum ve Bilgi Düzeyi Ölçüm Anketi Sonuçları. Med Bull Haseki. 2013;51:11–4.
 127. Kılınç H. Hemşirelerde Delici-kesici Alet Yaralanmaları: Bir Karma Yöntem Çalışması (İstanbul İli Bir Kamu Hastanesi Örneği) (Yüksek lisans tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi. 2019.
 128. Biçer Doğan A. Cerrahi hemşirelerin kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi ve uygulamaları (Yüksek lisans tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi; 2014.
 129. Artan C, Artan MO, Baykan Z. Sağlık Personelinin Sağlık Riskleri ve Hastane Enfeksiyonları ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Uygulamaları. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 2015;5(2):6–11.
 130. Harman-Günerken R. Evaluation of Sharps Injuries of Health Professionals Working in a Tertiary Care Hospital During Five Years. Klimik Derg. 2023;36(1):27–31.
 131. Akyıldız Ö. Özel Bir Hastanede Sağlık Çalışanlarında Kesici - Delici Alet Yaralanmalarının Değerlendirilmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2022;19(3):551–5.
 132. Güçlü E, Faruk Geyik M. Hepatit B Enfeksiyonu ve Korunma. Konuralp Tıp Derg. 2012 Aug 1;4(2):54–8.
 133. Taze SS. Cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin kan ve vücut

- sıvılarıyla bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik aldıkları evrensel önlemler (Yüksek lisans tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2008.
134. Çoker S. Kocaeli İlindeki Kamu Hastanelerinde Tıbbi Atık Yönetimi (Uzmanlık tezi). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi; 2017.
 135. Şafak Ş, Yertutan C, Erkal S, Çopur Z. Bir Hastanede Ev İdaresi Hizmetlerinde Çalışan Personelin İş Yaparken Sağlığını Korumaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin ve Karşılaştıkları Sağlık Problemlerinin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2005;8(1):71–9.
 136. Tekin P, Kürtüncü M, Tekin M. Zonguldak İl Merkezindeki Hastanelerde Temizlik İşçilerinin Sağlık Riskleri ve Önlemlere İlişkin Düşünceleri. III. Uluslararası Katılımlı İş Sağlığı ve İşyerleri Hemşireliği Sempozyumu. 22-27 Eylül 2003 Zonguldak. s. 117-121.
 137. Asekun-Olarinmoye E. A Comparative Study Of Awareness And Attitude To Nosocomial Infections Among Levels Of Health Care Workers In Southwestern Nigeria. Cont J Trop Med. 2011;5(2):5–10.
 138. Yorgancı K, Elker D, Kaynaroğlu V. Bir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Sağlık Personelinin El Yıkama Alışkanlıkları. Yoğun Bakım Derg. 2002;2(1):58–63.
 139. Jeong JS, Choi JK, Jeong IS, et al. A nationwide survey on the hand washing behavior and awareness. J Prev Med Public Heal. 2007;40(3):197–204.
 140. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Lancet. 2000;356(9238):1307–12.
 141. Akçam Z, Akçam M, Cofikun M, Sünbül M. Hastane Personelinin Viral Hepatitler ve Hepatit B Aşısı ile İlgili Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. Viral Hepatit Derg. 2003;8(1):32–5.
 142. Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S. Fabrika Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Sağlık Algısı. Bakırköy Tıp Derg. 2018;14:267–74.
 143. Çetin F, Yılmaz E. Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sağlık Algısı ve Ameliyat Korkusuna Etkisi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2022;7(1):61–7.
 144. Dursun Sİ, Vural B, Keskin B, Kaçar HK, Beyhan A, Kadioğlu H. Yetişkinlerde geleneksel/tamamlayıcı tıp tutumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişki. Halk Sağlığı Hemşireliği Derg. 2019;1(1):1–10.
 145. Ethemoğlu G, Çadırcı D, Turan H. The Relationship Between Smoking Behavior and Health Perception of Healthcare Employees Suffering From Covid-19. Smyrna Tıp Derg. 2022;36:8–15.
 146. Uysal N, Ünal Toprak F. Kadınların Sağlık Algıları, Kansere Taramalarına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2022;6(1):65–76.
 147. Özdemir D. Sosyal Medya Kullanımı , Sağlık Algısı ve Sağlık Arama Davranışının Koronavirüs Korkusu Üzerine Etkisi. Psikiyat Güncel Yaklaşımlar. 2020;12(1):364–81.

148. Dayangaç K. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Covid-19 Korkusu İle Sağlık Algısı Arasındaki İlişki (Yüksek lisans). İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi; 2022.
149. Çavuşoğlu E, Yurtsever S. The Relationship Between Health Perceptions and Health Anxiety Levels of Nursing Department Students: A Descriptive Study. *Turkiye Klin J Nurs Sci.* 2022;14(1):171–8.
150. Soysal GE. Yetişkin Bireylere COVID - 19 Pandemisinin Sağlık Algısı Üzerine Etkisi. *J Gen Heal Sci.* 2021;3(3):239–49.

EKLER

EK-1: Araştırmada kullanılan anket formu

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEMİZLİK PERSONELİNDE
KAN VE VÜCUT SIVILARI İLE BULAŞAN HASTALIKLARDAN KORUNMA İLE
SAĞLIK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Anket no:

Bölüm-1 : Genel Bilgi Anketi

1. Cinsiyetiniz:
(1) Kadın
(2) Erkek
2. Doğum yılınız:
3. Medeni durumunuz:
(1) Evli
(2) Bekar
(3) Boşanmış
(4) Eşi ölmüş
4. Eğitim durumunuz:
(1) Okur - yazar değil
(2) İlkokul
(3) Ortaokul
(4) Lise
(5) Yüksekokul/üniversite
5. Sigara kullanıyor musunuz?
(1) Hiç içmedim
(2) Ara sıra içiyorum
(3) İçiyordum bıraktım adet/gün, yıl
(4) Halen içiyorum adet/gün, yıl
6. Alkol kullanıyor musunuz?
(1) Hiç kullanmadım
(2) Ara sıra kullanırım
(3) Kullanıyordum bıraktım, haftada kez, yıl
(4) Kullanıyorum, haftada kez, yıl
7. Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?
(1) Evet
(2) Hayır
8. Hanenizdeki kişi sayısı:
9. Aylık toplam hane geliriniz: TL
10. Hane gelirinizin giderlerinizi karşılama durumu nedir?
(1) Toplam gelir giderlerimizi rahatlıkla karşılıyor
(2) Toplam gelir giderlerimizi karşılamaya yetiyor
(3) Toplam gelir giderlerimizi karşılamaya yetmiyor

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Taraşından onaylanmıştır.
Tarih: 16.05.2023
Karar No: 2023-11/41 2

11. Çalıştığınız birim:
(1) Servis
(2) Poliklinik
(3) Yoğun bakım
(4) Ameliyathane
(5) İdari birimler/koridor
(6) Laboratuvar
(7) Atık toplama
(8) Diğer.....
12. Bu kurumda fazla mesai dahil haftalık kaç saat çalışıyorsunuz? saat
13. Vardiyalı çalışması yapıyor musunuz?
(1) Yapmıyorum (sürekli 07-16)
(2) Dönüşümlü vardiya yapıyorum
(3) Sürekli, aynı, değişmeyen vardiya yapıyorum (sadece 16-24 / sadece 24-08)
14. Bu kurumda kaç yıldır çalışıyorsunuz?
15. İşe giriş muayenesiz yapıldı mı? (akciğer grafisi, solunum fonksiyon testi, işitme testi/göz muayenesi, portör muayenesi, hepatit testleri vb.)
(1) Evet
(2) Hayır
16. Aralıklı kontrol muayeneniz yapılıyor mu?
(1) Evet
(3) Hayır
17. Hastanede çalışırken kan ve vücut sıvıları ile bulaşan enfeksiyon hastalıklarından herhangi biri size bulaştı mı?
(1) Evet
(2) Hayır (19. soruya geçiniz)
(3) Bilmiyorum (19. soruya geçiniz)
18. Aşağıdaki kan ve vücut sıvıları ile bulaşan enfeksiyon hastalıklarından hangisi size bulaştı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
(1) Hepatit B
(2) Hepatit C
(3) HIV
(4) Diğer.....

Lütfen 17-28. soruları aşağıdaki bilgiyi dikkate alarak cevaplayınız.

Kan ve vücut sıvıları ile temas; kan, idrar, tükürük, semen gibi vücut sıvıları ile bulaşmış iğne, bistüri gibi delici kesici aletlerle yaralanma veya bu sıvıların mukozalara (göz, ağız, burun gibi) bulaşmasına denir.

19. İş yerinizde kan ve vücut sıvıları ile temasınız oldu mu?
(1) Evet
(2) Hayır (31. soruya geçiniz)
20. Temas sırasında kişisel koruyucu ekipman kullanıyor muydunuz?
(1) Evet
(2) Hayır

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.05.2023
Karar No : 2023-11/41 2

21. Bu durumu İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi'ne bildirdiniz mi?
(1) Evet (23. soruya geçiniz)
(2) Hayır
22. Bildirmemenizin sebebi nedir?
(1) Önemsemedim
(2) Bildirmem gerektiğini bilmiyordum
(3) Nereye bildireceğimi bilmiyordum
(4) Aşılarım tam olduğu için bildirmedim
(5) Azarlanmaktan veya eleştirilmekten korktum
(6) Diğer.....
23. Temas sonrasında takip veya tedavi için Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine yönlendirildiniz mi?
(1) Evet
(2) Hayır
24. Temas sonrası, kan veya vücut sıvısı size bulaşan hastanın bulaşıcı hastalık bakımından durumu biliniyor muydu?
(1) Evet (26. soruya geçiniz)
(2) Hayır
25. Kan veya vücut sıvısı size bulaşan hastanın bulaşıcı hastalık bakımından durumu bilinmiyorsa hastaya test yapıldı mı?
(1) Evet
(2) Hayır (29. soruya geçiniz)
26. Hasta Hepatit B için bulaştırıcı özellik taşıyor muydu?
(1) Evet
(2) Hayır
27. Hasta Hepatit C için bulaştırıcı özellik taşıyor muydu?
(1) Evet
(2) Hayır
28. Hasta HIV için bulaştırıcı özellik taşıyor muydu?
(1) Evet
(2) Hayır
29. Temas sonrası size bulaşıcı hastalık bulaşıp bulaşmadığını değerlendirmek için test önerildi mi?
(1) Evet
(2) Hayır (31. soruya geçiniz)
30. Temas sonrası önerilen testleri yaptırdınız mı?
(1) Evet
(2) Hayır

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.05.2023
Karar No : 2023-11/41

Bölüm-3: Kan Ve Vücut Sıvıları İle Bulaşan Hastalıklardan Korunmaya Yönelik Davranış Değerlendirme Anketi

Göreviniz esnasında tıbbi atık toplama işlemi yapıyorsanız 31-35. Soruları cevaplayınız

Tıbbi atık toplama sırasında;

31. Turuncu eldiven (kumaş üzerine kauçuk kaplı) kullanır mısınız?
(1) Evet
(2) Hayır
32. Koruyucu gözlük kullanır mısınız?
(1) Evet
(2) Hayır
33. Maske kullanır mısınız?
(1) Evet
(2) Hayır
34. Çizme kullanır mısınız?
(1) Evet
(2) Hayır
35. Tıbbi atık tulumu kullanır mısınız?
(1) Evet
(2) Hayır

Damlacık sıçrama olasılığı olan her türlü durumda;

36. Maske kullanır mısınız?
(1) Evet
(2) Hayır
37. Gözlük kullanır mısınız?
(1) Evet
(2) Hayır
38. Yüz siperliği kullanır mısınız?
(1) Evet
(2) Hayır
39. Hasta vücut sıvılarına (kan, idrar vb.) temas etmiş her türlü materyal ile işlem esnasında eldiven kullanırmısınız?
(1) Evet
(2) Hayır
40. Eldivenleri çıkardıktan sonra ellerinizi sabunla yıkar mısınız?
(1) Her zaman yıkarım
(2) Bazen yıkarım
(3) Yıkamam
41. Hepatit B aşısı yaptırdınız mı?
(1) Evet
(2) Hayır (44. soruya geçiniz)

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.05.2023
Karar No : 2023-11/41

42. Kaç doz hepatit B aşısı yaptırdınız?
(1) 1 doz
(2) 2 doz
(3) 3 doz (45. soruya geçiniz)
(4) Hatırlamıyorum
43. Hepatit B bağışıklaması için 3 doz Hepatit B aşısı yaptırmamanız gerekmektedir. Eksik doz yaptırmamanızın sebebi nedir?
(1) Yaptırmak istemedim
(2) Fırsat bulamadım
(3) Aşıya ulaşamadım
(4) Kaç doz yaptırmam gerektiğini bilmiyordum
44. Hepatit B aşısı yaptırmamanızın sebebi nedir?
(1) Aşı yaptırmak istemiyorum
(2) Fırsat bulamadım
(3) Aşıya ulaşamadım / nerede yaptıracağımı bilmiyorum
(4) Bağışıklama konusunda yeterli bilgim yok
(5) Kan tahlili sonucuma göre aşı yaptırmama gerek yok
45. Mesleki risklerinizle ilgili kurumunuz tarafından size eğitim verildi mi?
1) Evet
2) Hayır (47. soruya geçiniz)
46. Aşağıda belirtilen eğitimlerden hangilerini aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
(1) Tıbbi atıklar
(2) Kişisel hijyen
(3) Hastane enfeksiyonları ve korunma yolları
(4) Bulaşıcı hastalıklar ve korunma yolları
(5) Diğer.....
47. İşiniz ile ilgili eğitim almak istediğiniz konuları işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
(1) Tıbbi atıklar
(2) Kişisel hijyen
(3) Hastane enfeksiyonları ve korunma yolları
(4) Bulaşıcı hastalıklar ve korunma yolları
(5) Diğer.....

LÜTFEN ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.05.2023
Karar No : 2023-11/41 2

Bölüm-3: Sağlık Algısı Ölçeği

Cevaplamadan önce her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz. Her bir maddenin sağında takip eden ölçeğin numaralarının karşılık geldiği ifadeler aşağıdaki gibidir. İlgili durumlara kendi düşüncenizi (X) işareti ile belirtiniz.

Kesinlikle katılmıyorum(1); Katılmıyorum (2); Kararsızım (3); Katılıyorum (4); Kesinlikle katılıyorum (5)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Sağlığımı çok düşünürüm	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Sağlıklı olmak şans işidir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. İstedğim kadar sağlıklı olabilirim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 16.09.2023
Karar No : 2023-11/44

Ek-2: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onay Formu

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Temizlik Personelinde Kan ve Vücut Sıvıları ile Bulaşan Hastalıklardan Korunma ile Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
-----------------------	---

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2023-11/41	Tarih: 16 Mayıs 2023
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi. 1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna, 2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına, 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine, 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.M.Sortaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tabii Farmakoloji AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Özen ÖZ GÜL Üye	İç Hastalıklar Endokr.ve Metab.	BUÜ.Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Ahmet BAYRAM	Hukuk	Bursa UÜ.Rektörlüğü Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Ayşe ŞEN Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

TEŞEKKÜR

Annelik ile ara vermiş olduğum çalışma hayatıma uzmanlık eğitimi ile geri dönüşümün kaygısını, babacan ve samimi tavırlarıyla hafifleten, tez çalışmam esnasında tecrübesi ile her daim yol gösteren danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Levent Özdemir'e;

Akademik hayatımda uzun zamandır hissetmediğim "anne" desteğini uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam esnasında bana hissettiren, akademisyenliği ile ilgi ve sevgisini buluşturmuş değerli hocam Doç. Dr. Nalan Akış'a;

Asistan hekimliğim esnasında ve sonrasında manevi desteğini esirgemeyen, doğrunun yanında oluşuyla her zaman farkını gösteren kıdemlim ve arkadaşım Uzm. Dr. Asena İlbilge Alyılmaz'a;

Bir asistan hekimin en çok ihtiyaç duyacağı arkadaşça kıdemliliği, uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden beri hissettiren, bana birçok şey öğreten, yardım eden ve destek olan kıdemlim ve arkadaşım Uzm. Dr. Ali Dörtkol'a;

Varlığı kalbime iyi gelen ve kalpleri ısıtan enerjisiyle güneşin kızı ünvanına sahip asistan hekim arkadaşım Yasemin Kalkan'a;

Kapısı kapalı olduğunda enerjimin eksildiği anabilim dalının gülün yüzü Mukadder Ekin'e;

Anabilim dalında sağladığı düzen ve demlediği çaylar ile bizlere güzel bir çalışma ortamı hazırlayan Gülsüm Akcan'a;

Çalışmama katılmayı kabul ederek ve ayrıca çalışma arkadaşlarına ulaşmama yardımcı olarak veri toplama sürecimi kolaylaştıran ve güzel temennileriyle beni uğurlayan temizlik personeline;

Hayatta olmasalar da beni bugünlere taşıyan ve bugünlerimi görmekten büyük gurur ve mutluluk duyacak olan canım ananem ve canım anneme;

Hayatımın son 15 yıllık döneminde bana elinden gelen desteği göstermekten çekinmeyen hayat arkadaşım Yunus'a;

Hayatımı değiştiren, derinleştiren, güzelleştiren ve renklendiren Oğlum'a;

Tıpta uzmanlık sınavına hazırlanma sürecimde bıkmadan usanmadan beni motive eden ve dertlerimi dinleyen canım abim Göksel Gök'e;

Maddi manevi desteğini her zaman yanımda hissettiğim canım abim Gökhan Gök'e;

Uzakta da olsa yirmi yılı aşkın zamandır yanımda olan lise arkadaşım ve dostum Seda'ya;

Bursa'da kocaman kalpleriyle bize aile olan ve destek gösteren; ezeli komşum Ayşe ve eşi Mdahir'e;

Bursa'da var olan manevi ailemizin diğer parçası ve varlıklarıyla bizi yalnız hissettirmeyen Gamze, Sema ve Kemal Erkal'a;

Beraber gülüp dertleşmekten keyif aldığım, Bursa'ya aidiyet hissetmeme sebep olan dostum Nashwa'ya;

Bursa'da ki çocuk arkadaşlarım Berat, Efe, Merve, Zehra, Hüsam, Dan ve Sare'ye;

Ayrıca Kasım 2022 itibariyle hayatımıza girerek kalplerimizde büyük yer edinen sevgi poturcuğu Pars'a en içten teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

ÖZGEÇMİŞ

█ yılında █ doğdum. Liseyi Tokat Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra 2004 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başladım ve 2010 yılında mezun oldum. Devlet hizmet yükümlülüğü kapsamında 2010 yılında çalışmaya başladığım Uşak Eşme Devlet Hastanesi acil servisinde üç yıl pratisyen hekim olarak görev yaptım. 27.03.2018 tarihinden itibaren Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak görev yapmaktayım.