

HASTANE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ HİZMETLERİ

Özlem ÖZKAN*, Oya Nuran EMİROĞLU **

ÖZ

Son yirmi yıldan beri hastane sağlık çalışanları arasında meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunları giderek artmaktadır. Bugün pek çok ülkede hastane sağlık ve güvenlik komiteleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında çalışanlara, hastane ortamına ve üretim sürecine yönelik olarak hizmet sunmaktadır. Bu hizmette, sağlık çalışanlarının sağlığının geliştirilmesi ve hastalıklarının önlenmesi öncelikli sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerde işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi de aktif olarak yer almaktadır.

Bu makalede, hastane sağlık çalışanlarının sağlık sorunlarının önlenmesinde işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından da temel yaklaşım olarak kabul edilen, hastane sağlık ve güvenlik komitesinin görevleriyle, komitede görev alan işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresinin görevleri ele alınmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Hastane, işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi, sağlık çalışanları, sağlık ve güvenlik komitesi

ABSTRACT

Occupational Health And Safety Services Towards Hospital Health Employees

Among hospital health employees have been increased occupational diseases, occupational injuries and work related health problems in the past to decades. Today, in many countries, Hospital Health and Safety Committee provide services towards employees, hospital environment and work process in the scope of primary health care. Primary health care is improving health employees' health and preventing their diseases. Occupational health and safety nurse should play an active role in herein above stated services.

This article hereby is aim to proceed with the functions of occupational health and safety nurse serving in the Committee, together with the duties of the Hospital Health and Safety Committee that has been accepted as the basic approach regarding the prevention of health problems of the hospital health employees in the frame of occupational health and safety.

Key Words: Hospital, occupational health and safety nursing, health employees, health and safety committee

GİRİŞ

Dünya genelinde yaklaşık yirmi yıldan beri genelde sağlık sektörü, özelde hastaneler piyasacı sağlık politikaları nedeniyle aktif ve pasif özelleştirmelerle karşı karşıya kalmaktadır (Ostry ve Spiegel, 2004). Kamu hizmetlerin özelleştirilmesinin çalışma yaşamına, bir çalışma ortamı olan hastaneye, hastane sağlık çalışanlarına ve hastalara doğrudan olumsuz etkileri bulunmaktadır. Örneğin, tüm hizmetler paralı hale gelmekte ve hastane mülkiyetine sahip olan özel sektör, hastaneyi öncelikle "kar getirici" bir yatırım alanı olarak görmektedir (Holden, 2005, Øvretveit, 2003). Böyle olunca, hastaneler daha çok anakentlerde yoğunlaşmakta ve sağlık çalışanları birinci basamak sağlık kurumları yerine büyük oranda hastanelerde çalışmaktadır (ILO, 1999). Örneğin, Dünya Sağlık

Örgütü (DSÖ) (2006) dünya nüfusunun %55'inin kentlerde yaşarken, hekimlerin %75'inin, hemşirelerin ise %60'ının kentlerde çalıştığını belirtmektedir. ABD'deki toplam işgücünün %4'ünü hastane sağlık çalışanları oluşturmakta, Avrupa ülkelerinde her iki hekim ve hemşireden birisi, Türkiye'de ise yaklaşık %70'i hastanede çalışmaktadır (OSHA, 1999; WHO, 2001a). Bunların yanında, son yıllarda hastaneler işleyiş, çalışma koşulları ve çalışma ilişkileri açısından da büyük farklılıklar göstermektedir (Ostry ve Spiegel, 2004). Örneğin, hizmetlerin başarısı maliyet analizleri ile değerlendirilmektedir. Gerçekte bu analizler az sayıda sağlık insan gücüyle çok iş yapılabilmesinin ve kurumun karını en üst düzeye çıkarabilmesinin bir aracı olarak kabul edilmektedir (Bach, 2000).

* Yrd.Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Kocaeli

** Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı ABD, Ankara

Yirmi yıldan beri zorunlu ve fazla çalışma arttığı için sağlık çalışanları zamanın büyük bir bölümünü hastanede çalışarak geçirmektedir (Øvretveit, 2003). Hemşirelerin zorunlu fazla çalışma süresi haftada 4-20 saat arasında değişmektedir ve Almanya'da hastane sağlık çalışanları fazla çalışarak, ek 20.000 çalışanın yapacağı işi yüklenmiştir (ICN, 2006; Ullrich, 2000). Sağlık çalışanları tüm sağlık kurumlarında düşük ücretlerle ve bireysel sözleşmelerle geçici kadroda istihdam edilmekte, temel gereksinimlerini karşılamak için iki ya da üç yarı süreli işte çalışmak zorunda kalmakta, çalışan sayısının yetersizliğine bağlı ağır iş yükü altına bulunmakta, düzensiz ya da uygunsuz çalışma koşulları içinde yer almakta, "vasıfsız" olarak kabul edilen sağlık çalışanları ise emek piyasasına girememektedir (ILO, 2002; Ostry ve Spiegel, 2004). Örneğin, Avrupa Birliği ülkelerinde bireysel sözleşmelerle hastanede çalışan sağlık çalışanı oranı %30-60 arasında değişmektedir. İngiltere'de hastaneler dahil hemşirelerin %70'i sözleşmeli çalışıp, %38'inin sözleşmesi yıllık olarak yapılmaktadır. Yine aynı ülkede hastanede çalışan on sağlık çalışanından dördünün, günde iki saatten fazla emeğinin karşılığı ödenmeyen işler yaptığı saptanmıştır (ILO, 1999). Avrupa ülkelerinde hastanede çalışan hemşirelerin shift süresi 12 saati geçmektedir (Ullrich, 2000). Ayrıca kamu hastanelerinde temizlik, yiyecek-içecek, çamaşır vb. hizmetlerin taşeron şirketlere devredilmesi nedeniyle, hastanelere sürekli yeni iş gücü katılmakta ve şirketler ucuz olduğu için eğitimi ve niteliği düşük iş gücünü tercih etmekte, bu da hastane sağlık çalışanları açısından ayrı bir stres kaynağı olarak kabul edilmektedir (Holden, 2005). Hastanelerde hasta yatış süresinin uzun olarak görülmesi ve bu durumun özel hastane sahipleri ve sosyal güvenlik kurumları için ek bir maliyet oluşturduğu gerekçesiyle hasta girişi, yatış ve çıkışın hızlanması ile sağlık çalışanları sürekli, ani, yeni ve beklenmedik durumlarla karşılaşmaktadır (Holden, 2005; Øvretveit, 2003). Bunların yanında, hastanelere yeni ilaçların, tıbbi malzemelerin, teknolojilerin, uzmanlık alanlarının, klinik uygulamaların, iş tanımları ve yönetim biçimlerinin (insan kaynakları, toplam kalite yönetimi) dahil olması, özelleştirmenin diğer sonuçları ile birlikte sağlık çalışanlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Bach, 2000; ILO, 1999; ILO, 2002; Øvretveit, 2003; Rogers, Hwang, Scott ve ark., 2004). Ek olarak, ABD'deki Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği (OSHA) ve Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH),

hastanelerin çalışanlarının sağlığını korumak için değil, daha çok hastayı korumak için oluşturulduğundan, bunun çalışanlar açısından ayrıca bir tehdit oluşturduğunu belirtmiştir (NIOSH, 1998; www.medlav.unimo.it). Hastanelerdeki tüm bu değişiklikler, dünyada olduğu gibi Türkiye dahil tüm gelişmekte olan ülkelerin hastane sağlık çalışanları için de söz konusudur (Yassi, Wickström ve Palacios, 2004).

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskler; biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olmak üzere gruplandırılmış olup, Özkan'ın belirttiğine göre (2005) NIOSH, hastanelerde 29 tip fiziksel, 25 tip kimyasal, 24 tip biyolojik, altı tip ergonomik ve 10 tip psikososyal tehlike ve risk olduğunu bildirmiştir. Araştırmalar ve bilimsel raporlar, özelleştirmelerin yukarıda ifade edilen etkilerinin hastanedeki diğer değişimlerle birlikte mevcut/olası tehlike ve riskleri, sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları, iş kazaları, işe bağlı sağlık sorunlarını, sakatlık ve iş görmezlik durumlarını artırdığını, yenilerini oluşturduğunu ve çeşitliliğini çoğalttığını göstermektedir (Aiken, Clarke ve Sloane, 2002; Bach, 2000; Holden, 2005; ILO, 1999; ILO, 2002; Ostry ve Spiegel, 2004; Øvretveit, 2003; Rogers, Hwang, Scott ve ark., 2004). Sağlık ve güvenlik önlemleri alınmadığı takdirde, bu sağlık sorunlarının mesleki hataları daha riskli boyuta taşıdığı belirtilmektedir (Aiken, Clarke ve Sloane, 2002). Özellikle hastanelerde bireysel sözleşmeler ve geçici kadrolarda çalışanların sağlık sorunlarını bildirdiği takdirde işsiz kalmaktan korkması nedeniyle durumun daha da tehlikeli boyutlara ulaştığı ifade edilmektedir (Ostry ve Spiegel, 2004). Hepatit B hastalığı, tüberküloz, bel ağrısı, varis, iş stresi, kas-iskelet sistemi yaralanmaları, şiddet ve kötü muamele ve keçi-batıcı-delici cisim yaralanmaları hastane sağlık çalışanlarının en sıklıkla karşılaştığı sağlık sorunları olduğu ve son yirmi yıldır bu sorunların ciddi boyutlara ulaştığı belirtilmektedir (Aiken, Clarke, Sloane, 2002; Özkan, 2005; Yassi, Wickström ve Palacios, 2004). Örneğin, sağlık çalışanlarında hepatit B hastalığı sıklığı Dünyada %15-30 iken, Türkiye'de yapılan çalışmalarda hepatit B taşıyıcılığı %3.5-16.2 arasında değişmektedir (Kıran, 2003). Dünyada sağlık çalışanlarında lateks alerjisi sıklığı %7-10, latekse duyarlılık sıklığı %7-10 iken (Stone, 2000), ülkemizde Kıran'ın yaptığı çalışmada (2003) %11.6, Özkan'ın çalışmasında (2005) %13.6 olarak bulunmuştur. Aiken ve arkadaşları (2002) hastanedeki mevcut tehlike ve risklerin önlenememesi nedeniyle,

hemşirelerin %88'inin bel yaralanması ve iş stresinin sağlıklarını etkilediği, Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise hastane sağlık çalışanlarının yarısının bel ağrısı sorunu yaşadığı saptanmıştır (Özkan, 2005). Yeşildal'ın (2005) belirttiğine göre 2001-2002 yıllarında İngiltere'de şiddet sıklığı %46, ABD'de hastane sağlık çalışanlarında ölümcül olmayan şiddete maruz kalma oranı on binde 8.3, Türkiye'de hastanede yapılan çalışmalarda ise yaklaşık olarak %60 bulunmuştur. ABD'de Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Merkezi (CDC) sağlık çalışanlarındaki tüberküloz sıklığını %13 olarak belirlemiştir (CDC, 2002). Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı bu sağlık sorunları, sadece kendileri için değil aynı zamanda aileleri, çalışma arkadaşları ve hizmet verdiği hastaları için de önemli kabul edildiğinden (ICN, 2006), hastane sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti almasının zorunluluk olduğu belirtilmektedir (Kelafant, 1999; NIOSH, 1998; OSHA, 1993; OSHA, 1999).

Son yirmi yıldan beri sağlık çalışanlarının sürekli artış gösteren meslek hastalıkları, iş kazaları, işe bağlı sağlık sorunları ve istenmeyen sonuçları ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik çok sayıda çözüm yaklaşımı bulunmaktadır. Bu makale, çözüm yollarından birisi olan ve işçi sağlığı açısından da temel yaklaşım olarak kabul edilen, hastane sağlık çalışanlarına yönelik sağlık hizmetleri ile bu hizmette yer alan işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresinin görevlerini ele almayı amaçlamaktadır. Çünkü ülkemiz sağlık çalışanları büyük oranda hastanelerde istihdam edildiği halde, sağlık ve güvenlik hizmetleri alamamakta, meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarının kayıtları dahi bulunmamaktadır. Makale, çok sayıda ülkede uygulanmakta olan hastane sağlık çalışanlarına yönelik sağlık ve güvenlik hizmetlerini ve burada yer alan hemşirenin görevlerini ele alarak, ülkemizde de bu hizmetlerin olmasının bir gereklilik olduğuna işaret etmeyi amaçlamıştır.

Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri

İşçi sağlığı ve iş güvenliği uygulamaları iki yüz yıldan beridir ülkelere ve sektörlere göre farklılık göstermekle birlikte, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 1950'li yıllarda, her çalışanın sağlık hizmeti alması gerektiğini, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmasının bir insanlık hakkı olduğunu ve bu hakkın yaşama hakkı sınırları içerisinde bulunduğunu ve her ülkenin buna uyması gerektiğini belirtmiştir (Fişek ve Piyal 1988).

Çünkü sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak; çalışanın yaşamdan beklenen süresini uzatması, işten kaynaklı korunulabilir sağlık sorunlarını önlemesi, mevcut hastalıkların yükünü azaltması, çalışanın çalışma etkinliğini arttırması, ekonomik bağımsızlığını ve işe devamlılığını sağlaması, çalışma yaşamının niteliğini arttırması gibi pek çok yarara sahiptir. Bunun yanında, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak sadece çalışanın sağlığının sürdürülmesi ve yaşam kalitesini yükseltilmesi ile sınırlı kalmayıp, aynı zamanda çalışanın sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamını da sağlamaktadır (WHO, 2001b).

Sağlık sektöründeki yapısal değişikliklerle birlikte ILO 1970'li yılların başlarında OSHA, NIOSH, Amerikan Hastane Birliği ve sağlık sendikaları ile birlikte her çalışanın olduğu kadar sağlık çalışanlarının da "sağlıklı olma hakkı" ve "sağlıklı ve güvenli hastane ortamında çalışma hakkı" bulunduğunu ve bunu sağlamanın bir yolunun da hastanelerde ilgili birimin kurulması gerektiği şeklinde belirtmiştir (Kelafant, 1999; NIOSH, 1998; OSHA, 1993; OSHA, 1999; www.medlav.unimo.it). Bu gelişmeden sonra ILO 1985 yılında her bir ülkede sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin kurulması ve geliştirilmesi ile ilgili önemli bir karar almıştır. Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu (International Occupational Health Commission) 1990 yılında, sağlık çalışanlarının sağlığının işçi sağlığı yaklaşımı ile ele alınması ve bunun için hastanelerde ilgili birimin kurulması gerektiği önerisinde bulunmuştur (Kıran, 2003). ABD'deki Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu 1990'lı yılların başında hastanelerde sağlık ve güvenlik komitesinin bulunması koşulunu getirmiştir (OSHA, 1999). Bu gelişmelerle birlikte özelleştirmeler sonucunda sağlık sektöründeki olumsuzlukların görece önüne geçilmesi amacıyla NIOSH, sağlık sendikaları ile birlikte 1974 yılında hastane sağlık ve güvenlik programı geliştirmiş ve ulusal sağlık sistemine bağlı ilgili birim ilk kez ABD, İspanya ve Almanya'da (1974), daha sonra İngiltere (1975) ve Finlandiya'da (1978) kurulmuştur (NIOSH, 1998; Soyer, 1993).

Hastanede sağlık çalışanlarına yönelik sağlık ve güvenlik hizmetlerini yerine getiren birim "Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesi", "Sağlık ve Güvenlik Komitesi", "Güvenlik Komitesi" "Hastane İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Birimi" "Mesleki Sağlık Birimi" vb. farklı isimlerle kullanılmaktadır (OSHA, 1993; OSHA, 1999; NIOSH, 1998) Bu makalede birim ismi, OSHA ve NIOSH'nin de tercih ettiği gibi "Hastane Sağlık ve

Güvenlik Komitesi" olarak kullanılmıştır (OSHA, 1993; NIOSH, 1998).

NIOSH ve OSHA "Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesi"ni, öncelikli olarak sağlık çalışanlarının sağlığını geliştiren, koruyan, hastalıklarını önleyen ve ayakta tedavi edici sağlık hizmetlerini yerine getiren birinci basamak sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır. Hizmetin temel amacı sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliğinin geliştirilmesi, olumsuz sağlık sonuçlarının önlenmesidir. Başka bir ifadeyle çalışma ortamı, üretim süreci ve çalışma ilişkileri sonucunda oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, meslek hastalıkları ve iş kazalarının bulunmadığı sağlıklı ve güvenli hastane ortamının sağlanmasıdır (NIOSH, 1998). NIOSH ve OSHA, hastanedeki sağlık çalışanlarının ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetine gereksinim duyduğunda, hastane sağlık ve güvenlik komitesinin bilgisi ve sevkii doğrultusunda, çalışanın çalıştığı hastaneden sağlık hizmeti alabileceğini önermiştir (NIOSH, 1998; OSHA, 1993). Komitenin sağlık ve güvenlik hizmetleri, tüm işçi sağlığında olduğu gibi, sağlık çalışanları, hastane ortamı ile üretim süreci ve diğer hizmetler olmak üzere üç temel alanda yürütölmektedir. Bu hizmetler sırasıyla şu şekildedir:

A- Sağlık çalışanlarına yönelik hizmetler:

- 1- Sağlığı geliştirme programlarının yapılması
- 2- Sağlık alışanlarının tanımlanmış tehlike ve riskler konusunda bilgilendirilmesi
- 3- Sağlık ve güvenlik konuları ile ilgili sağlık eğitimi verilmesi (maruziyeti önleme ya da azaltma, acil durumlara hazırlık, kişisel koruyucuların kullanılması, doğru ağırlık kaldırma teknikleri, elektrik güvenliği, kaza ve yaralanmaların bildirilmesi vb.)
- 4- Sağlık danışmanlığın verilmesi
- 5- Çalışanların sağlık ve güvenlik standartlarına uyumunun izlenmesi
- 6- İşe giriş muayenelerinin yapılması (örneğin, görme testleri, 35 yaş ve üzere çalışanlara yılda bir elektrokardiyografi vb.)
- 7- Periyodik muayenelerin yapılması
- 8- Kemoproflaksi
- 9- Bağışıklama (örneğin, hepatit-B aşısı)
- 10- Sağlık alışanlarının kişisel koruyucuları kullanmasının sağlanması

- 11- Sağlık alışanlarının yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması
- 12- Meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarının önlenmesi
- 13- Yaralanan ve hastalanan sağlık çalışanlarının bakım ve tedavisinin yapılması
- 14- Bulaşıcı hastalıklara yönelik surveyansların yapılması
- 15- Gıda işi ile uğraşan çalışanların portör muayenelerinin yapılması
- 16- Rehabilitasyon (işe tekrar dönüş değerlendirmeleri)
- 17- Kayıtlardan, sağlık taramalarından ve araştırma sonuçlarından sağlık çalışanlarının, yönetimin, işverenin ve sendikaların bilgilendirilmesi
- 18- Sağlık alışanlarının sağlığı ile ilgili tutulan kayıtların (meslek hastalıkları, iş kazaları vb.) sağlık çalışanlarının görebileceği yerlere asılması

B- Hastane ortamına ve üretim sürecine yönelik hizmetler

- 1- Yeni inşa edilecek ya da onarımı yapılacak hastane inşaatında komitenin yer alması
- 2- Çalışma ortamının ve her bir farklı meslek grubunun üretim sürecinin tanımlanması
- 3- Her bir farklı meslek grubunun iş akış şemalarının çıkarılması, iş akışı değiştikçe bu şemaların güncelleştirilmesi
- 4- Çalışma ortamına ve üretim sürecine yönelik sağlık, güvenlik tehlike ve risklerin belirlenmesi ve düzenli olarak izlenmesi
- 5- İş tehlikeleri için izin verilen maruziyet düzeyinin araştırılması
- 6- Maruziyet ile ilgili olan işlemlerin ve durumların tanımlanması maruziyet boyutunun belirlenmesi ve maruziyet sonrası değerlendirmelerin yapılması
- 7- Çalışma ortamına ve üretim sürecine bağlı tehlikeli uygulamaların kontrol edilmesi ve denetlenmesi (örneğin, iğne kapaklarının tekrar kapatılmasının ve ağız pipetlerin kullanımının yasaklanması)
- 8- Tehlike ve risklere karşı alınan önlemlerin etkinliğinin izlenmesi

C- Diğer hizmetler

- 1- Hastane sağlık ve güvenlik politikalarının, prosedürlerinin ve protokollerinin oluşturulması
- 2- Sağlık ve güvenlik kayıt sisteminin oluşturulması

- 3- Araştırmaların (iş kazaları, meslek hastalıkları, evrensel önlemlere uyum vb.) yürütülmesi
- 4- Hastanenin diğer bölümleriyle koordinasyonun sağlanması
- 5- Yasal ve etik durumlara uyulması (izlemler ve araştırmalar yapılmadan önce sağlık çalışanlarının yazılı ve sözel olarak bilgilendirilmesi ve onaylarının alınması)
- 6- Acil durumlara hazırlık planlarının oluşturulması ve sağlık çalışanlarının belirli aralıklarla acil durumlara yönelik tatbikatlar yapması
- 7- Programın incelenmesi ve değerlendirilmesi (sağlık ve güvenlik programını değerlendirme ve yeniden inceleme verileri, çalışma ortamı ve iş analizlerinden, tehlikeyi önleme ve kontrol analizlerinden, eğitim ve kayıtlardan elde edilmelidir)
- 8- Hastane yönetimi ve ilgili sendikaların komitenin tüm hizmetlerini desteklemesinin sağlanmasıdır (Burgaz, 2004; Kelafant, 1999; Mayberry, Folulis ve Streert, 1986; NIOSH, 1998; OSHA, 1993; OSHA, 1999).

Türkiye’de ise hastane sağlık çalışanlarına yönelik ilk olarak 1999-2001 yılları arasında Türk Diş Hekimleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Hemşireler Derneği, Türk Tabipleri Birliği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği vb. toplam 15 sağlık meslek örgütü ve sendikaların desteği ile Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongrelerinde bu komitenin işlevleri ile ilgili tartışmalar yürütülmüştür. Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Genel Kurulu’nda (2000) ise öncelikle hastaneler olmak üzere, tüm sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarının birinci basamak sağlık hizmeti alabilmesi, sendikal mesleki örgütlenmenin sağlanması için böyle bir komitenin kurulması gerektiği kararı alınmıştır. Komite hazırlığı için kamu hastanelerinde pilot çalışmalara başlanmış olmasına rağmen çeşitli nedenlerle uygulama devam edememiştir (Özkan, 2001). Bugün ülkemizdeki kamu hastanelerinde sağlık ve güvenlik komitesi bulunmamaktadır. Enfeksiyon komiteleri ise hastane sağlık ve güvenlik komitesinin işlevlerine göre oldukça dar kapsamlı hizmetleri içermektedir (NIOSH, 1998; OSHA, 1993; OSHA, 1999).

Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hemşiresinin Görevleri

İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri; hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, iş hijyenisti, mühendis, mimar, tasarımcı gibi geniş bir ekip hizmetlerinden oluşmaktadır. Amerikan Mesleki Sağlık Hemşire Birliği (The American Association of Occupational Health Nurse -AAOHN-) işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresini: “çalışanların sağlığının geliştirilmesi, korunması, iyileştirilmesi yanında sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının gerçekleşmesinde bağımsız hemşirelik tanıları doğrultusunda karar verebilen sağlık personeli” olarak tanımlamıştır (Emiroğlu, 2002). Temel işlevi çalışanların sağlığını geliştirmek, hastalıkları ve iş kazalarını önlemektir. Bu düzeydeki hemşire, sanayi sektöründe olduğu kadar okul, hastane vb. çalışanların bulunduğu her türlü kurumda görev almaktadır. İşçi sağlığı ve güvenliği hemşiresinin hizmetlerinin etkinliği konusunda yapılan araştırmalar, bu uygulamanın işçilerin sağlık risklerini, işe devamsızlıklarını ve morbidite hızlarını azalttığını, kişisel koruyucuların kullanımını arttırdığını, uzun vadede bakım harcamalarını düşürdüğünü göstererek hemşirelik hizmetinin öneminin altı çizilmiştir (Beşer, 2003; Emiroğlu, 2002; Güler, 1997; Rogers, 2000). Ayrıca ILO, 1977 yılında iş ve çalışma koşullarının geliştirilmesinde hemşirelerin aktif olarak görev alması gerektiğini, 1995 yılında ise işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerinde çalışacak hemşirenin konu ile ilgili özel bir eğitim alması gerektiğini önermiştir (Emiroğlu, 2002). DSÖ ise işçi sağlığı hemşiresinin ekipte en kolay ulaşılabilen ve ilk başvuru olan çalışan olması nedeniyle hemşireyi ekibin önemli bir sağlık çalışanı olarak kabul etmektedir (WHO, 2001b).

İşçi sağlığı ve iş güvenliği hemşireliğindeki bu gelişmeler beraberinde hastane ve sağlık ve güvenlik komitesinde görev alan hemşirenin de daha önemli hale gelmesini sağlamıştır (OSHA, 1993; Rogers, 2000; Rogers, 2001). OSHA ve NIOSH, hastane sağlık ve güvenlik komitesi ekibinin temel çalışanı olarak işçi sağlığı ve iş güvenliği hekimi, hemşiresi, iş hijyenisti, enfeksiyon uzmanı, güvenlik mühendisi ve ergonomisti kabul etmektedir. Gerekli olduğu durumlarda psikolog, mimar, kimya mühendisi gibi çalışanların da ekibe dahil olabileceği belirtilmektedir. OSHA, ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte, 750 sağlık çalışanı olan hastanede bir, her bir ek 1000-5000 çalışana ayrıca bir işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi olması gerektiği önermektedir (OSHA, 1993; OSHA, 1999).

OSHA ve NIOSH, daha önceden belirtildiği gibi, komitenin sağlık ve güvenlik ile ilgili tüm hizmetlerinde işçi sağlığı hemşiresinin görevi olduğunu belirtmektedir (NIOSH, 1998; OSHA, 1993). Bu durum, diğer sektörlerde olduğu gibi, hastane sağlık ve güvenlik komitesindeki hemşirenin görevlerinin hekimin ya da diğer ekip üyelerinin görevleri ile çakışıyor gibi algılanmasına yol açabilir (Emiroğlu, 2000). Oysa bu hizmetler hemşirenin bağımsız olarak yapacağı fonksiyonların yanında ekip ile birlikte yürüteceği -bağımlı- fonksiyonlardan da oluşmaktadır. Örneğin, hemşirenin iş hijyenisti ya da güvenlik uzmanının görev analizi işlerine katkıda bulunması ve sağlık çalışanlarının maruz kaldığı risklerin ölçümlerine katılması, hekimin önerdiği tedaviyi yerine getirmesi bağımlı ya da ekip ile birlikte yürüttüğü hizmetlerdir. Çalışma ortamının ilk değerlendirilmesinin yapılması, kayıtların tutulması, meslek hastalığı ya da iş kazası geçiren sağlık çalışanlarının bakımı, sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu kullanılıp kullanılmadığı ya da doğru kullanıp kullanılmadığının izlenmesi, hemşirelerin ve gerektiğinde diğer sağlık çalışanlarının iş akışı şemalarının çıkarılması işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresinin bağımsız fonksiyonlarıdır. Bu nitelikteki hemşire hangi fonksiyonu olursa olsun veri toplar, hemşirelik tanısı koyar, hemşirelik bakımını yapar ve bakımının etkinliğini değerlendirir (Emiroğlu, 2000).

Bu kapsamda hastane komitesinde yer alan işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresinin başlıca görevleri şu şekildedir:

1. Çalışma ortamı ile üretim sürecinden kaynaklı tehlike ve risklerin belirlenmesi: Çalışma ortamı ve üretim sürecinden kaynaklı tehlike ve risklerin belirlenmesi sağlığı geliştirmede, meslek hastalıkları ve iş kazalarını önlemede ilk yapılacak müdahaleler olarak kabul edilmekte, işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi de mevcut/olası durumların gözlemlenmesinde en uygun kişi olarak görülmektedir. Özellikle iş hijyenistinin bulunmadığı durumlarda çalışma ortamı işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi tarafından değerlendirilmektedir (Rogers 2001; Stone, 2000; WHO, 2001b). Çalışma ortamının ve üretim sürecinin değerlendirilmesinde kullanılan tekniklerden birisi gezerek kontrol etme (walk-through survey) tekniğidir. Üç aşamadan oluşan bu teknik, çalışma ortamının değerlendirilmesinin yanında, çalışanların uygulamalarının gözlemlenmesini, sağlık ve güvenlik programlarına uyumu ve yürütülen programın etkinliğinin belirlenmesini sağlamaktadır (NIOSH, 1998; Rogers, 2000). İşçi sağlığı ve iş güvenliği

hemşiresi birinci aşamada, hastanenin mevcut tehlike ve risklerini ilk kez belirleyecek ise gezerek kontrol etme tekniğini kullanarak, OSHA, NIOSH'nin hastaneler için belirlediği standartlara dayalı olarak çalışma ortamından ve iş süresinden kaynaklı fiziksel, kimyasal, biyolojik ve ergonomik tehlike ve risklere yönelik kontrol listeleri hazırlar (Kelafant, 1999; NIOSH, 1998; OSHA, 1993; Özkan, 2005; Stone, 2000; www.medlav.unimo.it). Bu listede bulunması gereken bazı sorular şu şekildedir: *Hastanede kullanılan kimyasallar listelenip her sağlık çalışanının görebileceği şekilde asılmış mı? Birbirine ters kimyasal maddeler ayrı yerde muhafaza ediliyor mu? Kimyasalların doğru kullanımına ilişkin yazılı prosedürler var mı? Hastanelerde priz kapak delikleri kapalı mı? Uzatma kabloları sadece geçici durumlarda kullanılıyor mu? Elektrikli araç-gerecin üzerinde uyarı yazıları mevcut mu? Kesici-delici-batıcı cisimlerin biriktirildiği kutu OSHA standartlarına uygun mu? Kemoterapi ilaçları standartlara uygun bir kabinde hazırlanıyor mu? Sağlık çalışanlarının oturduğu sandalyeler ergonomi kurallarına uyuyor mu?* Hemşire bunun gibi tüm soruları hastaneyi bir kez gezerek yanıtlar ve yanıtını kontrol listesine işaretler. Aynı zamanda hemşire, özellikle mevcut ve olası psikolojik tehlike ve riskler (stres, tükenme, uykusuzluk vb.) ile mevcut ve olası psikolojik sağlık sorunlarını belirlemek için de çalışanlar ve yöneticiler ile yüz yüze görüşerek ya da gözlem yaparak veri toplar. İkinci aşamada hemşire, belirli aralıklarla ve düzenli olarak gezerek kontrol etme tekniğini kullanarak, hastanedeki üretim sürecini, çalışma ortamı ile ilgili olası durumları ve değişimleri inceler, verileri ve kontrol listelerini günceller. Bu zaman aralığı, hastanenin çalışan sayısına, çalışma ortamının tehlike ve risklerinin boyutuna, kullanılan teknolojilere vb. faktörlere göre değişmektedir. Hastaneye yeni bir teknoloji geldiğinde, çalışma ortamı değiştiğinde, yeni hastalık(lar) ve iş kazaları ortaya çıktığında, üretim sürecinde değişiklik olduğunda ikinci aşamadaki periyodik izleme bakmaksızın, kontrol etme tekniği ile durum değerlendirmesi yapılır (Kelafant, 1999; NIOSH, 1998; OSHA, 1993; Özkan, 2005; www.medlav.unimo.it). Daha sonra hemşire, buradan elde ettiği verilere dayalı olarak, komitedeki sağlık ekibi ile birlikte tehlike analizi yapar. Analiz sonunda, iş hijyenisti hemşirenin de katkısıyla tehlikenin riske dönüştüğü durumları ve uygulamaları -maruziyet- belirler. Maruziyet izlemi, çalışma ortamındaki bir maddenin maruziyet düzeylerini belirlemeye yönelik ölçüm ve gözlemlerle (örneğin; gürültü ısı ve nemin ölçülmesi, anestezi gazların

ortamdaki miktarının belirlenmesi vb.) çalışanlardan boğaz kültürü, idrar kültürü, kan tetkikleri gibi örneklerin alınması şeklinde yapılmaktadır (NIOSH, 1998; Stone, 2000; www.medlav.unimo.it.). Bu ölçümler sonunda örneğin, gürültü tehlikesi saptanmış ve sağlık çalışanlarına henüz olumsuz bir etkisi olmamışsa, başta işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi olmak üzere hastanede sessiz makinelerin kullanılması, gürültülü cihazların sese karşı izole edilmiş odalara yerleştirilmesi, gürültülü araç-gerecin sesinin kısılması ve gürültüyü emen bitkilerin (acre negundo, alnus incana, vb.) kullanılması sağlanır. Periyodik olarak risk grubundaki sağlık çalışanının uzman hekim tarafından muayene edilmesi bazı tanı işlemlerinin yapılması da çalışma ortamının değerlendirilmesine katkıda bulunur (NIOSH, 1998; Özkan, 2005).

Çalışma ortamı ile üretim süreci birlikte değerlendirildiği gibi, bazı durumlarda üretim süreci daha ayrıntılı değerlendirilmektedir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi, hemşirelerin ve hekim dışı sağlık çalışanların üretim sürecinin hangi aşamasında bir sağlık ve güvenlik sorunu olduğunu belirlemek için ayrıntılı gözlem yaparak veri toplar (Rogers, 2000, WHO, 2001b). Biyolojik ve ergonomik riskler sağlık çalışanlarının sağlığını genel olarak işin yürütülmesi sırasında tehdit etmektedir. Hemşireler ve laboratuvar çalışanları işlerinin tedavi ve tetkik aşamasında çoğunlukla biyolojik risklerle, hemşireler ve yardımcı sağlık çalışanları ise hastanın taşınması, kaldırılması vb. işlemlerde ergonomik risklerle karşılaşmaktadır. Biyolojik risklerin önlenmesi ya da meslek hastalığı ve iş kazasına dönüşmemesi için işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi ekip tarafından daha önceden belirlenmiş standartlara göre eldivenin, kesici-delici-batıcı cisimler için OSHA standartlarına uygun muhafaza kabının, maske, koruyucu önlük, koruyucu giysi vb. malzemenin hastane yönetimi tarafından temin edilmesini sağlamaktadır. Bu malzemeler yeteri kadar temin edildiğinde, hemşire, üretim sürecine bağlı olarak gelişebilecek biyolojik risklerin önlenmesi için sağlık çalışanlarını gözlemleyerek ya da ölçüm araçlarını kullanarak veri toplayıp sorunları saptar. Böylece, hemşirelik ve diğer müdahalelerin yapılması sağlanır. Örneğin hemşire, kesici-delici-batıcı cisimleri muhafaza kabı bulunduğu halde kullanmıyor ve sağlık çalışanları enjeksiyon uygulamalarından sonra halen iğne kapağını tekrar kapatıyorsa, bu yanlış alışkanlığı ortadan kaldırmak için sağlık eğitimi ya da sağlık danışmanlığı yapmaktadır (NIOSH, 1998; OSHA, 1993; Özkan, 2005; www.medlav.unimo.it.).

2. Sağlık çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi: Sağlık çalışanlarının işe giriş, periyodik ve işe geri dönüş muayenelerinden oluşmakta olup, üçü de birbirine tamamlamaktadır. Hastanede acil, yoğun bakım, ameliyathane vb. birimlerde çalışanların izlemleri diğer sağlık çalışanlarına göre daha sıklıkla yapılmaktadır. İşçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi, diğer sağlık çalışanlarının verilerinden yararlandığı gibi, kendisi veri toplayıp, analiz ederek, ön sağlık değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirmeler hekime zaman kazandırdığı gibi muayeneye daha fazla zaman ayırmasını, risk gruplarının belirlenmesini, hemşirenin önceliklerinin belirlenmesini ve daha iyi bakım vermesini sağlar (Emiroğlu, 2002; OSHA, 1993; Stone, 2000).

3. Sağlık eğitimi: Hemşire diğer ekip üyeleri ile birlikte öncelikle sağlığın geliştirilmesi kapsamında stresle baş etme, doğru beslenme, sigarayı bırakma, evrensel önlemlere uyum gösterilmesi vb. sağlık eğitimi programlarını yürütür. Bunun yanında, hasta ve ağırlık taşıma teknikleri, koruyucu bel egzersizleri, meslek hastalıkları ve iş kazalarından korunma, acil durumlara hazırlık, kadın sağlık çalışanlarına meme muayenesinin öğretilmesi vb. konular diğer sağlık eğitimi konulardır (Kelafant, 1999; NIOSH, 1998; Özkan, 2005; www.medlav.unimo.it.).

4. Danışmanlık hizmeti: Hemşire risk grubunda olan meslek hastalığı bulunan ve sakat olan sağlık çalışanlarının uygun bir birimde çalıştırılması, işe uyum sağlama, sağlık politikaları, yasal düzenlemeler ve özlük hakları ile ilgili bilgilendirilmesi konularında danışmanlık yapar.

5. Hizmetlerin kayıt edilmesi: İşçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresi tüm sağlık ve güvenlik hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesinde bilimsel kanıt kabul edilen kayıtları tutma ve saklama görevini yerine getirir (Emiroğlu, 2002; Rogers, 2000; WHO, 2001b). Bunun için OSHA, sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları, iş kazaları, yaralanmaları, işgünü kayıpları için geliştirilen formları standartlaştırmış; her ülkenin bu formlardan yararlanabileceklerini ve yeni formlar geliştirebileceklerini belirtmiştir (OSHA, 1993). Diğer sağlık kayıtları ise, sağlık çalışanlarının sağlık muayeneleri, aşı kartları, klinik test sonuçları ve tedavi sonuçları ile ilgili kayıtlardır. Komite tüm bu kayıtları muhafaza ettiği gibi ilgili bilgileri çalışanın kendisine de vermektedir (Kelafant, 1999). Ülkemizde Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası'nda her meslek örgütü temsilcilerinden ve uzman kişilerden oluşan

“Sağlık Çalışanlarının Sağlığı” Çalışma Komisyonu da OSHA ve NIOSH standartlarından yararlanarak, sağlık karnesi ve sağlık çalışanlarının meslek hastalığı ve iş kazası bildirim formunu hazırlamıştır (Özkan, 2005).

6. Araştırma yapmak: Hemşire komite ekibinin araştırmalarına katıldığı gibi, kendisi de bilimsel araştırmalar yürütebilir. Bu araştırmalar işçi sağlığı ve iş güvenliği düzeyinin belirlenmesinde önemli ölçüt olmakla birlikte, yürütülen hizmetlerin değerlendirmesine ve hemşirenin daha nitelikli bakım sunmasına katkıda bulunmaktadır (Kelafant, 1999; NIOSH, 1998; Özkan, 2005; www.medlav.unimo.it.).

Hemşire, tüm bu görev ve sorumluluklarını yönetici, koordinatör, danışman, sağlık eğitimcisi ve araştırmacı rolleri ile yerine getirmektedir (Emiroğlu, 2000). Komitede görev yapan hemşirenin yönetici rolü; komite bütçesinin planlanması, sağlık ve hemşirelik kayıtlarının tutulması ve saklanması, koordinatör rolü; komite ekibinin koordinasyonu, sağlık çalışanlarına yönelik sağlık eğitimi, hastane yönetimi ile sağlık sendikasının ortak yürüteceği işlerin planlanması ve yürütülmesine önemli bir işleve sahiptir. Danışmanlık rolü ise; hastane sağlık ve güvenlik uygulamalarının geliştirilmesi, politikalarının düzenlenmesi, sağlık çalışanlarının bu politikalara uyum göstermesi, komite toplantılarının yapılması, sağlık çalışanlarının sorunlarının çözülmesinde diğer kurumlarla işbirliği kurulması, sağlık çalışanlarının sağlık eğitimi gereksinimlerinin saptanmasında anahtar bir rol oynamaktır (WHO, 2001b).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde özellikle hastanede çalışanların sağlık ve güvenlik sorunları artmaktadır. Buna karşın, genel olarak sağlık çalışanları kendisi başvurmadıkça sürekli bir sağlık hizmeti alamamakta ve çalışma yaşamında sağlıklı olma hakkını sürdürememektedir. Bu soruna yönelik çözüm önerilerinden birisi başta hastanelerdeki sağlık çalışanları olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır.

Hastane sağlık ve güvenlik komitesi tarafından yerine getirilecek bu hizmet, ulusal sağlık sistemi örgütlenmesi içinde kamusal finansmanlı, parasız birinci basamak sağlık hizmeti sunan katılımlı ve üretimin çalışanlara zarar verdiği ve herhangi bir önlem alınmadığı takdirde sağlık hizmetleri üretimini durdurma inisiyatifi bulunan temel özelliklere sahip olmalıdır. Komitede en az üniversite mezunu olan bir işçi sağlığı ve iş güvenliği hemşiresinin de aktif olarak görev alması ve yetkilendirilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM** (2002) *Hospital staffing, organization and quality of care: Cross-national findings: Nursing Outlook*, 50:187-94.
- Bach S** (2000) *Decentralization and Privatization in Municipal Services: The Case of Health Services Sectoral Activities Program. Working paper. ILO. www.ilo.org. Erişim tarihi: 17 Aralık 2004.*
- Beşer A** (2003) *İş sağlığı hemşireliğinde araştırmanın önemi. III. Uluslararası Katılımlı İş Sağlığı ve İşyerleri Hemşireliği Sempozyumu Kitabı, s.56-65.*
- Burgaz S** (2004) *Türkiye’de sağlık çalışanlarının mesleki riskleri-kimyasal tehlikeler: Sağlık ve Toplum*, 14(1):16-25.
- CDC** (2002) *Workplace safety and health violence occupational hazards in hospitals. www.cdc.org. Erişim tarihi: 17 Temmuz 2006.*
- Emiroğlu O** (2000) *İş sağlığı hemşireliği ve sorunları: Toplum ve Hekim*, 15(39):178-181.
- Emiroğlu O** (2002) *İşyeri Hemşireliği. HASAK Teknik Rapor:6.*
- Fişek G, Piyal B** (1988) *İşçi Sağlığı Kılavuzu. Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara.*
- Güler N** (1997) *İşçilerin İşyeri İle İlgili Sağlık Bakım Gereksinimlerinin ve Bu Bakım Gereksinimleri Çerçevesinde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
- Holden C** (2005) *Privatization and trade in health services: A review of the evidence: International Journal of Health Services*, 35(4):675-689.
- ICN** (2006) *Safe staffing saves lives. International Nurses Day 2006. www.icn.ch. Erişim tarihi: 03 Haziran 2006.*
- ILO** (1999) *Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms. www.ilo.org. Erişim tarihi: 17 Aralık 2004.*
- ILO Public Services International** (2002) *Health Care Privatization: Workers’ Insecurities in Eastern European. Workshop report. www.ilo.org Erişim tarihi: 17 Aralık 2004.*
- Kelafant G** (1999) *Guidelines for Employee Health Services in Health Care Facilities. ACOEM section on medical center occupational health. www.occenvmed.net/ehsg. Erişim tarihi: 23 Ağustos 2001.*
- Kıran S** (2003) *Sağlık Çalışanlarında Mesleki Etkenlerle Karşılaşma Düzeyleri ve Hastalık/Yakınma İle İlişkisinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir .*

Mayberry JF, Foulis W, Street CM (1986) The role of occupational health unities in hospital: An assessment by employees: *Social Science and Medicine*, 23 (5):469-470.

NIOSH and Health Division of Standards Development and Technology Transfer (1998) Guidelines for protecting the safety and health of health care workers. US of health and human services public health service centers of disease control. www.cdc.gov.niosh. Erişim Tarihi: 12 Nisan 1999.

OSHA (1993) Framework for a comprehensive health and safety program in the hospital environment. OSHA report. www.osha.gov. Erişim tarihi: 03 Temmuz 2001.

OSHA (1999) Hospital investigations: Health hazards. OSHA technical manual. www.osha.slc.gov. Erişim tarihi: 10 Ağustos 2001.

Ostry S, Spiegel JM (2004) Labor markets and employment insecurity: Impacts globalization on service and health care-sector workforce: *International Journal of Occupational and Environmental*, 10:368-374. Çev. Etiler N (2005) Küreselleşmenin hizmet sektörü ve sağlık sektörü iş gücüne etkileri. *Emek piyasası ve istihdam güvensizliği: Meslek Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ocak-Şubat-Mart. s:8-11.

Øvretveit J (2003) Nordic privatization and private healthcare: *International Journal of Health Planning and Management*, 18:233-246.

Özkan Ö (2001) Sağlık çalışanlarının sağlığı/güvenliği için işyeri örgütlenme birimi. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongre Özet Kitabı*, Genel-İş Matbaası, s.50-57.

Özkan Ö (2005) Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri ile Risk Algılarının Saptanması. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Rogers B (2000) *Community Health Nurse in Occupational Health*, Stanhope M, Lancaster J. (Eds.) *Community Public Health Nurse*. Fifth edition, Mosby. s. 941- 956.

Rogers B (2001) *Occupational Health Nursing Concepts and Practice*. WB Saunders Company, Tokyo.

Rogers AE, Hwang TW, Scott LD, Aiken LH, Dingers DF (2004) The working hours of hospital staff nurses and patient safety: *Health Affairs*, 33(4):202-212.

Soyer A (1993) Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Personelinin Temel Sorunları. *Türk Tabipleri Birliği Yayını*, s.258-263.

Stone SD (2000) Health surveillance for health care workers: *AAOHN Journal*, 48(2):73-79.

Ulrich G (2000). *Labour and social dimensions of privatization and restructuring: Health care services*. www.ilo.org. Erişim tarihi:15 Aralık 2004.

WHO (2001a) WHO European Health for All Database. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2001b) The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management. Eds. Whitaker S, Boguslaw B. www.who.int/entity/occupational_health/regions/en/ Erişim tarihi: 30 Ekim 2003.

WHO (2006) Working Together for Health. World Health Report 2006. Geneva.

Yassi A, Wickström J, Palacios M (2004) Globalization and the health of the health care workforce: *International Journal of Occupational and Environmental*, 10(4):355-359.

Yeşildal N (2005) Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi: *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(5):280-299.

.....Occupational hazards in hospital environment . www.medlav.unimo.it. Erişim tarihi: 19 Aralık 2003.