



T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KUAFÖR VE BERBERLERİN İŞ DOYUMU İLE AIDS VE HEPATİT-B
BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MÜJDE KERKEZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DR.ÖĞRETİM ÜYESİ RABİA SOHBET

GAZİANTEP

2018



T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KUAFÖR VE BERBERLERİN İŞ DOYUMU İLE AIDS VE HEPATİT-B
BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

MÜJDE KERKEZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DR.ÖĞRETİM ÜYESİ RABİA SOHBET

GAZİANTEP

2018

T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KUAFÖR VE BERBERLERİN İŞ DOYUMU İLE AIDS VE HEPATİT –B
BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Müjde KERKEZ

Tez Savunma Tarihi: 02.07.2018
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;
Bu çalışmanın bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğretim Üyesi Rabia SOHBET
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi İmza

Prof. Dr. Necdet AYTAÇ

Prof. Dr. Birgül ÖZÇIRPICI

Dr. Öğr. Üyesi Rabia SOHBET

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarına kadar etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Müjde KERKEZ

02.07.2018

ÖNSÖZ

Yükseklisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve tez çalışmamın tüm aşamalarında yardımlarını esirgemeyen tezdanışmanım Dr.Öğretim Üyesi Rabia SOHBET'e, çalışmamda beni destekleyen, başarıma her zaman inanan ve yardımını her zaman üzerimde hissettiğim amcam Cuma KERKEZ'e, çalışmam boyunca bana kapılarını açan kuaförler ve berberler odası başkanlarına ve salonlarında çalışanlarına, tüm çalışma arkadaşlarıma ve her zaman olduğu gibi eğitim hayatım boyunca da büyük desteğini gördüğüm canım ablam Özlem VURAL'a ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Müjde KERKEZ
TEMMUZ 2018

İÇİNDEKİLER

SAYFANO

I-	BEYAN	i
II-	ÖNSÖZ	ii
III-	İÇİNDEKİLER	iii
IV-	KISALTMALAR	iv
V-	ŞEKİLLER LİSTESİ	v
VI-	TABLolar LİSTESİ	vi
VII-	ÖZET	1
VII-	ABSTRACT	2
1.	GİRİŞ VE AMAÇ	3
2.	GENEL BİLGİLER	4
2. 1.	Mesleki Eğitim	4
2. 1. 2.	Tanımlar	4
2. 1. 3.	Berber ve Kuaförlerin Uygulamalarında Dikkat Etmesi Gerekenler	4
2. 1. 4.	Universal Önlemler	5
2. 2.	Kuaför ve Berber Salonlarından Bulaşabilecek Bazı Hastalıklar	8
2. 2. 1.	HIV (İnsan Yetmezlik Virusu) / AIDS	8
2. 2. 2.	Viral Hepatitler	11
2. 3.	İş Sağlığı	19
2. 3. 1.	İş Sağlığının Tarihsel Gelişimi	19
2. 3. 2.	İş Sağlığı İle İlgili Temel Kavramlar	20
2. 3. 3.	İş Sağlığının Temel Öğeleri	21
2. 3. 4.	İş Yerinde Sağlık ve Güvenlik Tehlikeleri	21
2. 3. 5.	Meslek Hastalıkları	22
2. 3. 5. 1.	Meslek Hastalıklarının Özellikleri	23
2. 3. 5. 2.	Meslek Hastalıklarının Türleri	23
2. 3. 5. 3.	Meslek Hastalıklarının Tanı, Tedavi ve Korunma İlkeleri	24
2. 3. 5. 4.	Kuaför ve Berberlerde Görülebilecek Meslek Hastalıkları	25
2. 3. 6.	İşle İlgili Hastalıklar	25
2. 3. 6. 1.	Kuaför ve Berberlerde Görülebilecek İşle İlgili Hastalıklar	25
2. 3. 6. 2.	İşle İlgili Kas-İskelet Sistemi Hastalıklarında Risk Faktörleri	26
2. 3. 7.	İş Stresi ve Psikolojik Bozukluklar	26
3.	GEREÇ Ve YÖNTEM	28
3. 1.	Araştırma Tipi ve Amacı	28
3. 2.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
3. 3.	Araştırmada Kullanılan Araçlar	28
3. 4.	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	29
3. 5.	Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	29
3. 6.	Araştırmanın Etik Konular	29
4.	BULGULAR	33
5.	TARTIŞMA	49
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER	56
7.	KAYNAKÇA	58
8.	EKLER	63
9.	ÖZGEÇMİŞ	70

KISALTMALAR

AIDS :	Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
DSÖ :	Dünya Sağlık Örgütü
IEA:	Uluslararası Ergonomi Birliği (International Ergonomics Association)
SPSS :	Statistical Package for Social Sciences
HIV:	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
HBV:	Hepatit B Virüsü
HCV:	Hepatit C Virüsü
CDC:	CentersforDisease Control andPrevention (Hastalık Kontrol Ve Önleme Merkezleri)
WB:	Western Blot
EIA:	İenzyme immuno assayes
RIA :	Radio immuno assayes

ŞEKİLLER LİSTESİ

	SAYFA NO
Şekil 1: İyileşme ile Sonlanan Akut HBV Enfeksiyonunda Serolojik Göstergeler	16
Şekil 2: Akut Hepatiti İzleyerek Kronikleşen HBV Enfeksiyonunda Serolojik Göstergeler	16
Şekil 3: Meslek Hastalıklarının Sınıflandırılması	23



TABLolar LİSTESİ	SAYFA NO
Tablo 1: Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikler Dağılımı	30
Tablo 2: Çalışanların Mesleki Özellikleri Dağılımı	31
Tablo 3: Çalışanların Mesleki Sağlık Bilgisi Özellikleri Dağılımı	31
Tablo 4: Çalışanların El KesmeÖzellikleri Dağılımı	32
Tablo 5: Çalışanların Öz Bakım Dağılımı	33
Tablo 6: Çalışanların İşle İlgili Hastalık Dağılımı	33
Tablo 7: Çalışanların Manikür/Pedikür Yapma Dağılımı	34
Tablo 8: Çalışanların Dekontaminasyon Bilgileri Dağılımı	35
Tablo 9: Çalışanların Hepatit B Bilgi Tutum ve Davranışları Dağılımı	36
Tablo 10: Çalışanların Meslekleri ve El Kesisi Oluşma Dağılımı	37
Tablo 11: Çalışanların AIDS Bilgi Tutum ve Davranışları Dağılımı	38
Tablo 12: Çalışanların Hepatit B ve AIDS Hastalığı Önlemleri Dağılımı	39
Tablo 13: Çalışanların İş Doyumu Dağılımı	39
Tablo 14: Çalışanların Meslek ve Mesleki Sağlık Bilgisi Dağılımı	40
Tablo 15: Çalışanların Statüsü ve Mesleki Sağlık Bilgisi Dağılımı	40
Tablo 16: Çalışanların Statüsü ve Hepatit B Bilgisi Dağılımı	41
Tablo 17: Çalışanların Statüsü ve AIDS Bilgisi Dağılımı	42
Tablo 18: Çalışanların Salon Görevi ve Manikür/Pedikür İşlemleri Dağılımı	43
Tablo 19: İş Doyumu Dağılımı	44
Tablo 20: Çalışan Özelliklerinin Hepatit B Bilgisine Göre Dağılımı	46
Tablo 21: Çalışan Özelliklerinin AIDS Bilgisine Göre Dağılımı	47

ÖZET

KUAFÖR VE BERBERLERİN İŞ DOYUMU İLE AIDS VE HEPATİT-B BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Müjde KERKEZ
Yükseklisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
Tez Yöneticisi: Dr.Öğretim Üyesi Rabia SOHBET
Temmuz 2018, 80sayfa

Toplumsal yaşam içinde birçok insan herkese ortak hizmet üreten kuaför ve berber salonlarından hizmet almaktadır. Çalışmada Gaziantep ilinde bulunan kuaför ve berberlerde çalışanların sağlıksorularının iş doyumuna ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgi ve uygulamaların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışma tanımlayıcı-kesitseldir. Araştırma evrenini Gaziantep ilindeki toplam 1200 kuaför ve berber çalışanı oluşturmuştur. Küme örnekleme yöntemiyle çalışmaya katılmayı kabul eden 628 kişi örnekleme oluşturmuştur. İşyeri sahiplerinden ve çalışanlardan sözlü onamları alınarak gözlem altında anket formu doldurulmuştur. İstatistiksel analizlerde χ^2 testi kullanılmıştır.

Çalışanların %73,2'si mesleki eğitim aldıkları belirtmişlerdir($p<0,002$). %45,0'ı manikür/pedikür yaptığını, %67,4'ü her işlemten önce ve sonra ellerini yıkadığını %30,1'i eldiven; %13,5'i önlük kullandığını belirtmiştir($p<0,015$). Kuaförlerin%49,0'u berberlerin %51,0'iHepatit B($p<0,037$); kuaförlerin %48,4'ü berberlerin %51,6'sının AIDS'le ilgili bilgileri yeterlidir($p<0,002$). Çalışanların Hepatit B ve AIDS bilgi düzeyleri %67,6 ve %63,2'dir. %55,1'inin Hepatit B aşısı eksik/aşısızdır. Çalışanların çalışma yılı artıka meslek hastalığı artmaktadır($p<0,000$). Usta olarak 5 yıldan fazla çalışanlar manikür/pedikür kaplarının dezenfeksiyonunu önemsemektedir($p<0,000$). İş doyumunu ort: 134,00 $\pm$ 21,19(min:81/max:202) olduğu saptanmıştır.

Çalışanların hijyen ve bulaşıcı hastalıklar bilgisinde eksiklikler bulunmaktadır. Çıraklık eğitim merkezlerinde hijyen eğitimi ve işyeri denetimi mekanizmaları önemsenmeli, Hepatit B aşısının yapılması zorunlu değildir. İş doyumunu orta düzeyde olan kişilerin Hepatit B ve AIDS ile ilgili eğitimleri yetersizdir. Çalışanlara iş doyumunu performans eğitimleri verilmelidir.

Anahtar kelimeler: AIDS, Berber, Hijyen Eğitimi, Hepatit B, İş Doyumu, Kuaför

ABSTRACT
EVALUATION OF AIDS AND HEPATITIS-B INFORMATION WITH JOB
SATISFACTION OF HAIRDRESSERS AND BARBERS

Müjde KERKEZ
MS Thesis, Department of Nursing
Public Health Nursing Program
Thesis Manager: Dr. Rabia SOHBET
July 2018, 80 pages

Many people in public life get service from places that produce common services. One of the common service areas is hairdresser and barber salons. In the study, it was aimed to determine the information and applications related to the health questions, job satisfaction and infectious diseases of the employees in the hairdresser and barber salons in Gaziantep city center. The study is descriptive-cross-sectional. The search consisted of a total of 1200 hairdressers and barbers in the city center of Gaziantep. In the research, 628 participant agreed to participate from hairdresser and barber salons selected by clustering sampling method. Oral approvals were obtained from the owners of the work place and from the employee and the work place questionnaire and employee questionnaire were filled. χ^2 test was used for statistical analysis.

According to their profession, 73.2% stated that they had received vocational training ($p < 0.002$). About 45.0% said they had a manicure/pedicure, 67.4% had their hands washed before and after each operation, 30.1% stated that they used gloves and 13.5% stated that they used aprons ($p < 0.015$). 49.0% of hairdressers' and 51.0% of barbers' Hepatitis B information ($p < 0.037$), 48.4% of hairdressers' and 51.6% of barbers' AIDS related information is sufficient ($p < 0.002$). 55.1% of hairdressers have missing/unvaccinated with Hepatitis B vaccine. In the hairdresser/barber groups, the occupational disease is increasing with the working year ($p < 0.000$). The master hairdressers/barbers who work on the disinfection of manicure/pedicure containers for over 5 years disregard the risk of contamination ($p < 0.000$). The level of hepatitis B knowledge and AIDS knowledge of hairdressers/barbers were 67.6% and 63.2%, respectively (min:81/max:202) when the effect of job satisfaction was examined, was 134.00 and standard deviation of 21.19.

There are deficiencies in hygiene and infectious diseases knowledge in hairdressers' and barbers' salons. Hygiene education and work place inspection mechanisms in apprenticeship training center are important and all employees are to be obliged to be vaccinated against Hepatitis B. People with intermediate job satisfaction are insufficiently educated about hepatitis B and AIDS. Job satisfaction training courses should be given to hairdressers and barbers.

Keywords: AIDS, Barber, Hairdresser, Hygiene Education, Hepatitis B, Job Satisfaction

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumsal yaşam içinde birçok insan herkese ortak hizmet üreten kuaför ve berber salonlarından hizmet almaktadır. Yeterli sağlık koşulları sağlanmamış alanlarda, insanların aynı ortamda bulunması ve birçok eşya ve malzemenin ortak kullanımı nedeniyle sağlıkları tehlike altında olabilir. Bu alanlardan yararlanan kişilerin temiz, sağlık koşullarına uygun hizmet almaları gerekli ve şarttır. Bu nedenle herkes risk altındadır. Bir başka deyişle risk, hizmeti alan ve veren olmak üzere çift yönlüdür(1). 21. yüzyılda sağlıklı yaşam için verilen mücadele aynı anda yürütölmek zorundadır. Bunlar bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ile enfeksiyon hastalıklarıdır. Enfeksiyon hastalıklarının kan yoluyla bulaşanlar grubu, tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kan yoluyla bulaşması olası viral hastalıkların en önemlileri; İnsan immun yetmezlik virüsü (HIV), Hepatit B virüsü (HBV) ve Hepatit C virüsüdür (HCV). Bu virüsler tüm vücut sıvılarında bulunmaktadır(1).

Sağlık kontrollerini belli zaman aralığında yaptırmayan toplumlarda zorunlu bazı işlemler sonrası sağlıkları hakkında bilgi sahibi olabilmektedir. Bunlardan bazıları evlilik öncesi taramalar, ameliyat öncesi yapılan tetkikler veya başka amaçlı sağlık taramalarıdır. Bu taramalarda kişilerin tesadüfen öğrendiği hepatit B, C ve insan immünyetmezlik virüsü (HIV) seropozitifliklerinin bir kaynağında kuaför ve berber salonlarından alınan hizmetler olduğu bilinmektedir(2).

Dünya’da 400 milyon kadar kişi HBV ile kronik olarak infekte, her yıl yaklaşık 500 bin/bir milyon kişi Hepatit B ile ilişkili nedenlerden ölmektedir. Dünya’da HBs antijen+’liği %0,1-20 arasında değişmektedir(3). Dünyada iki milyar, Türkiye’de 20–30 milyon kişi yaşamının bir döneminde Hepatit B virüsü ile temas etmektedir. Yine her 10 kişiden 1’i bu virüsü taşımakta ve bulaştırmaktadır(3). Hastalığın akut formu önemli mortalite ve işgücü kaybına, enfeksiyon persistansı ise kronik taşıyıcılık, kronik hepatit, siroz, hepatosellöler karsinomaya yol açmaktadır. Dünyada 15 ülkede yaşayan insanların yaklaşık %75’i HIV pozitifdir. Türkiye düşük prevalanslı ölkeler arasında olmasına rağmen, infekte kişi sayısında tedrici artış izlenmektedir. Türkiye’de temel bulaşma yolu %46,1’sında heteroseksüel cinsel ilişki olmakla birlikte, %39,4’ünde bulaşma yolu bilinmemektedir. Kuaför ve berber salonlarında çalışanlar kişisel hijyene, çalışma aletlerinin dekontaminasyon, dezenfeksiyon ve sterilizasyonuna, atıkların doğru şekilde uzaklaştırılmasına ve çalışma ortamının temizliğine gereken önemi vermezse müşteri ve kendilerine hastalık bulaştırmaları kaçınılmazdır. Ülkemizde başta Hepatit B ve HIV olmak üzere, kan yoluyla bulaşan hastalıklar ve hijyen bilgi düzeyinin belirlenmesi için kuaför ve berber salonlarında çeşitli çalışmalar vardır(4,5).

Bu çalışmada; Gaziantep ilindeki kuaför ve berberlerin iş stres ve iş doyumunun ölçüğü özelliklerinin AIDS ve Hepatit-B ile ilgili bilgileriyle karşılaştırılması, bu konuya dikkat çekilmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Mesleki Eğitim

Başlangıçta usta-çırak ilişkisiyle başlayan mesleki eğitim,19.6.1986 tarihinde 3308 sayılı Çıraklık Ve Mesleki Eğitim Kanunu ile çıraklık ve meslek eğitiminin günümüz şartlarına göre bütünlük içinde düzenlenmesi amaçlanmıştır(6)¹.

Eğitime ilk başladığı yıllarda sadece sanayi kuruluşlarına eleman yerleştiren bu kurum gelişmelerin ve değişmelerin ışığında Türkiye'nin her bölgesindeki bireyleri bir meslek sahibi yapmayı amaç edinmiştir.

Hizmet sektöründe artan talebi karşılanmak ve nitelikli insan yetiştirmek amacıyla ortaöğretim kurumlarında kuaförlük ve berberlik eğitimleri verilmektedir.

2.1.2.Tanımlar

Kuaförlük: Bir meslek dalı olarak kişinin günlük yaşamına, zamanın modasına, vücut ve yüz hatlarına uygun, saçın kesilmesi, boyanması ve biçim verilmesi esasına dayanır.

Berber: Saç ve sakalın kesilmesi, taranması ve yapılması işiyle uğraşan veya bunu meslek edinen kimsedir.

Manikür: Özel alet ilaç ve gereçlerle el tırnaklarının düz veya şekilli olarak kesilmesi, törpülenmesi, tırnak diplerindeki etlerin temizlenip düzeltilmesi, el ve parmaklara masaj yapılması, tırnaklara cila, oje sürülmesi işlevini amaç edinen meslek dalıdır(7).

Pedikür: Özel alet ilaç ve gereçlerle ayak tırnaklarının düz veya şekilli olarak Kesilmesi, törpülenmesi, tırnak diplerindeki etlerin temizlenip düzeltilmesi, batık tırnakların ve nasırların çıkartılması, topuktaki sertlik ve çatlakların giderilmesi, ayak ve parmaklara masaj yapılması, tırnaklara cila, oje sürülmesi işlevini amaç edinen meslek dalıdır(7).

Sterilizatör: Çeşitli maddelerle, alet ve malzemeleri steril duruma getirmek için kullanılan ve kuru havayla çalışan cihaz, sterilizasyon fırınına verilen isimdir.

Dezenfektan: Cansız objeler üzerindeki mikroorganizmaları öldürmek için kullanılan kimyasal madde, patojenik etkenleri öldürücü etki yapan madde; hastalık etkenlerini yok edici maddedir.

Hijyen: Arınmak ve sağlığı korumak amacıyla yapılan tüm uygulamaları ve temizlik önlemlerini içerir.

2.1.3.Berber ve Kuaförler Uygulamalarında Dikkat Edilmesi Gerekenler

Toplumsal yaşam içinde birçok insan ortak hizmet veren yerlerden hizmet almaktadır. Bunlardan biri de berber ve kuaför salonlarıdır. Yeterli sağlık koşulları sağlanmamış alanlarda, bireylerin birlikte bulunması, birçok eşya ve malzemenin ortak kullanımı nedeniyle sağlıkları

¹ Bu Kanunun adı; "ÇIRAKLIK VE MESLEK EĞİTİMİ KANUNU" iken, 29/6/2001 tarihli ve 4702 sayılı Kanunun 22nci maddesi ile "MESLEKİ EĞİTİM KANUNU" olarak değiştirilmiştir.

tehlike altındadır. Ortak alanlardan yararlanan bireylerin temiz, sağlık koşullarına uygun hizmet almaları gerekli ve şarttır. Kuaför ve berber salonlarında çalışanlar kişisel hijyenlerine, çalışma aletlerinin dekontaminasyon, dezenfeksiyon ve sterilizasyonuna, atıkların doğru şekilde uzaklaştırılmasına ve çalışma ortamının temizliğine gereken önemi vermedikleri takdirde müşteri ve kendilerine hastalık bulaştırmaları kaçınılmaz olacaktır(8).

Berber ve kuaförlerde verilen hizmetlere bakıldığında; saç kesimi, fön, boya, epilasyon, ağda, manikür, pedikür, topuk temizleme vs. gibi hizmetler verilmektedir. Tarak, fırça, makas, topuk raspaşı, topuk raspaşı jileti, kâğıt törpü*, metal törpü, ponza taşı, topuk rendesi, pedikür leğeni, cımbız, et pensleri, et makası, tırnak pensi, manikür arabası, saç kesme makinesi, tırnak fırçası, parmak arası süngerler*, epilasyon iğnesi**, ağda sürmede kullanılan spatulalar*, kan taşı**, jilet**, iş önlüğü, müşteri önlüğü, havlular gibi çok çeşitli malzemeler kullanılmaktadır(8). Bu aletler kullanıldıktan sonra sterilize edilip temizlenmelidir.

2.1.4.Universal Önlemler

Hijyen, arınmak ve sağlığı korumak amacıyla yapılan tüm uygulamaları ve temizlik önlemleri içerir. Hijyen kişisel ve toplumsal önemi olan bir kavramdır. Hijyen; kişisel hijyen, iş yeri hijyeni ve araç-gereçlerin hijyeni olarak üç kısma ayrılır. Salonların durumu insanları etkileyeceği için temiz ve rahat olmalıdır. Bu standart temizlik ve hava sıcaklığının yanı sıra gerekli güvenlik tedbirleride alınmalıdır(1). Bir kuaför veya berber salonundaki tüm malzeme ve aletlerin sterilize edilmesinin imkânsız olduğunu kabul etmek gerekir. Bu nedenle alet ve malzemelerin sterilize edilmek yerine sağlığı koruyucu şekilde temizlenmesi (sanitasyon) gerçekleştirilmektedir. Sanitasyon ve sterilizasyon her iki meslek grubu için pratik öneme sahiptir; çünkü her ikisi de özellikle enfeksiyona ve bulaşıcı hastalıklara yol açan mikropların üremesini engellemek ve mümkünse tamamen mikropları yok etmek için gerekli metotları içermektedir.

Biyolojik risk açısından, kuaför ve berber çalışanlarının kişisel temizliklerine, kullandıkları aletlerinin dekontaminasyon, dezenfeksiyon ve sterilizasyonuna aynı zamanda çalışma ortamının temizliğine gereken önemi vermedikleri takdirde hem müşterilerine hem de kendilerine de hastalık bulaştırmaları yüksektir. Bulaştırmacılığın önlenmesi ve azaltılması için kan yoluyla bulaşan bütün enfeksiyonlardan korunmada evrensel önlemler etkin şekilde uygulanmalıdır. Müşteride kullanılan aletler temastan önce ve sonra ve eldiven çıkardıktan sonra her zaman el yıkamak, bariyer önlemleri (eldiven giymek, maske takmak gibi) almak, kullanılan malzemelerin tek kullanımlık olması ve kesici aletlerle yaralanmayı en aza indirmek temel kurallardır(9).

Kuaför ve berber salonlarında çalışma alanı yüzeyleri düz, çatlaksız ve ıslak temizliğe uygun yer kaplama malzemelerinden yapılmalıdır. Müşterilerde kullanılan malzemelerin tek kullanımlık olmasına ve mümkün ise her müşteriye kendine özel malzemeleri getirmeleri

söylenmelidir. Özellikle kullandığımız manikür/pedikür aletleri ve jilet, epilasyon, makas gibi aletlerin HIV ve Hepatit B gibi hastalıklara neden olmaktadır. Pedikür kaplarının naylonları her müşteriden sonra değiştirilmelidir. Jilet, makas vb. gibi kesici-delici aletler uygun şekilde tıbbi atık kutusuna atılmalıdır ve çöpe verilmelidir. Jilet, makas vb. aletlerle oluşan kesilerde kan taşı kullanılmaktadır. Kantaşı, kanayan yara üzerine sürüldüğünde damarları daraltarak kanamayı durduran beyaz renkli bir taştır ve enfeksiyon riski taşımaktadır. Bunun yerine en uygun yöntem steril pansumanlardır. Oluşabilecek kazalara karşı iş yerlerinde ecza dolabı bulundurulmalıdır. Kullanılan havlular ve örtüler her müşteriden sonrayıkanmalıdır. Havlular ve örtüler yıkama suyu sıcaklığının 95°C'ye erişmesi koşulu ile yıkanabilir. Ancak çok güvenilir bir yöntem değildir. Isıya dayanıklı mikroorganizmalar yok edilemeyebilir. Temizlik, dekontaminasyon, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerinde çalışan kişiler eldiven kullanmalıdır. Tüm bu konularda çalışanların eğitim almış olması gerekmektedir.

Tüm çalışanlar HIV bulaşmasını önlemek için CDC tarafından önerilmekte olan evrensel yöntemlere uymak zorundadır(8). Hastalık bulaşmasındaki en kabul gören önlem, müşteri ile doğrudan temastan önce eldiven giyilmesi gerekliliğidir(10).

Canlı organizmada bulunan mikroorganizmaların yok edilmesi veya üremelerinin durdurulması işlemine antisepsi denir. Bu işlemi gerçekleştirmede kullanılan kimyasallara antiseptik solüsyon denir. Eller mikroorganizma bulaşmasında en etkili organlardan biridir. Enfeksiyonların bulaşmasını önlemek için su ve sabunla yapılan doğru yıkama, elde bulunan mikroorganizmaları mekanik olarak uzaklaştırmaktadır. Antiseptik bir sabunla eller 30 sn. yıkanmalı, kurulandıktan sonra antiseptik bir losyon kullanılmalıdır. Kalıp sabunlar el hijyeninde etkili olmadıkları için, bu gibi toplu yerlerde antiseptik özelliğe sahip sıvı sabunlar tercih edilmelidir. Alkol, etkisi kısa süren en ucuz antiseptik maddedir. Bu nedenle kısa süreli dezenfeksiyonda kullanılır. HIV virüsünü etkiler, Hepatit B' i etkilemez.

Sterilizasyonyavaşayan bakteri, virüs ve sporlar dahil mikroorganizmaların ortadan kaldırılmasıdır. Müşterilere kullanılan tüm aletler her kullanımdan sonra steril edilmelidir. Tırnak makası ve manikür-pedikür malzemeleri, cımbız vs. gibi aletler her kullanımdan sonra steril edilmesi yada yüksek düzey dezenfeksiyona tabi tutulması gereklidir. Bu işlem sonunda aletler sterilkâğıt ya da UV sterilizer içerisinde tekrar kirlenmeyecek şekilde saklanmalıdır. Sterilizasyon için uygun olmayan aletler 10–12 saat süre ile dezenfektan solüsyonlar içinde bekletilmelidir. Berber ve kuaförlerde hastanelerdeki sterilizasyon ünitelerindeki gibi otoklavlar, etilen oksit, formaldehit sterilizatörleri, biyolojik-kimyasal indikatörler ve yıkama-dezenfektör cihazları genellikle bulunmaz. Bu işletmelerde sterilizasyon amacıyla kullanılan aletler kuru ısı sterilizatörleri ve UV kabinleridir. Metal aletlerin, tarakların ve plastik gereçlerin sterilizasyonu için en etkin yöntem aracı olmaları bakımından otoklavlar öncelikle tavsiye edilir. Otoklavlar yaklaşık 20 dk.da 121°Cbuhar ısısı ve basınç yaratarak sterilizasyon yaparlar. Bunun olmadığı yerlerde, en az 1 saat kuru-sıcak hava sterilizatöründe bekletmektir. Bu

imkânların olmadığı durumlarda ise, 9 ölçek su, 1 ölçek çamaşır suyu karışımında 10 dakika bekletip, çeşme suyuyla yıkadıktan sonra ya da 20 dakika suda kaynatarak dezenfeksiyon yapılabilir

Bir cismin veya maddenin hastalandırıcı nitelikteki mikroorganizmalardan arındırılması işlemine dezenfeksiyon denilmektedir. Dezenfekte edilecek araç yada yüzey önce temizlenmelidir. Çalışma ortamındaki dolaplar, çekmeceler, lamba düğmeleri, sıklıkla kullanılan aletler ve dokunulan yüzeyler uygun bir dezenfeksiyon işleminin uygulanması gerekir. Yüzey dezenfeksiyonunda, özellikle yerlerin dezenfeksiyonunda su bazlı dezenfektanların kullanılması gerekir. Bu amaçla klor, alkol, fenol bileşimleri kullanılabilir. Dezenfeksiyon işleminden önce sabunlu ya da deterjanlı su ile ortam temizlenmeli ve dezenfektan solüsyon daha sonra yüzeye püskürtülmeli ya da paspasla sürülmelidir. Yerlerin dezenfeksiyonunda çamaşır suyu kullanılabilir. Çamaşır suyunda kullanılan klor bileşikleri hipokloritlere dönüşerek etki ederler. Hepatit B ve HIV virüsüne karşı etkilidirler. Deriye uygulandığında tahrişe neden olurlar. Kan bulaşmış cihazlar %10'luk çamaşır suyunda 30 dk. bekletilerek dezenfekte edilebilir. Ayrıca yüzey dezenfeksiyonunda da kullanılır. Alkoller en ucuz antiseptik maddedir. Etkisi kısa sürdüğü için uzun süreli dezenfeksiyonda kullanılamaz. HIV virüsünü etkiler, Hepatit B' i etkilemez. Etil alkolün %70'lik solüsyonu; izopropil alkolün de %70'ten yüksek konsantrasyonları, antiseptik olarak kullanılır. Bütünlüğü bozulmuş deride tahrişe yol açar. Alkol, genel olarak lipid çözücü olduğu için ciltteki yağ içerisine gömülü bakterileri çözerek uzaklaştırır(6,11).

Kuaför ve berber salonlarında genel temizlik kurallarına dikkat edilmediği takdirde kendilerinde ve müşterilerinde bazı bulaşıcı hastalıklarına neden olmaktadır. Bunlar arasında en yaygın bilinenler; HIV(İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü),Viral Hepatitler(özellikle Hepatit B ve Hepatit C) gelmektedir. Bu virüslermikroskopik olarak açığa çıkan kan ile indirekt yolla bulaşır ve tırnak kenarlarında, kıl diplerinde görünür. **HBV**'nin 2-20 dk.da kaynatma ile enfekte özelliğini kaybetmekte ve %2,5 sodyum hipoklorit varlığında 3 dk.da, klor varlığında 10 dk.da inaktive olmaktadır. 160°C ve 180°C kuru ısıda 1 saatte inaktive olduğuna dair farklı veriler vardır. HBV ultraviyole (UV), eter, benzalkonyumkloride dayanıklıdır (kan bankacılığında da plazmanın veya diğer kan ürünlerinin UV ile ışınlanması HBV'nin harap edilmesinde etkili değildir). %0.1-2 glutraldehid, %70 isopropil alkol, %80 etil alkol ile 2 dk.da inaktive edilebilmektedir. 121°C-0.5atmosferbasınç altında 20 dk.da inaktive olabilmektedir. **HCV**inaktivasyonu için 10 saat 60°C ısıtma veya 5 dk. 100°C ısıtma, UV' ye maruz bırakma ve formalin uygulanması önerilmektedir. **HIV** UV ve gama ışınlarına az duyarlı ve ısıya duyarlıdır. 56°C'de 10 dk.da inaktive olur. Virüs37°C'de1 haftanın üzerinde sıvı ortamda canlılığını korur. %50 alkol, %0,3 hidrojen peroksit virüsü 10 dk. inaktive etmektedir. "CentersforDisease Control andPrevention (CDC)" kontamine yüzeylerin dezenfeksiyonu için 500-5000 ppm klor dilüsyonunda HIV'e etkili olduğunu bildirmektedir(6,8).

2. 2. Kuaför ve Berber Salonlarında Bulaşabilecek Bazı Hastalıklar

Manikür-pedikür uygulamalarında kullanılan aletler ile kuaför ve berber salonlarında en çok kullanılan jilet, makas gibi kesici aletler kullanılması nedeniyle kanyoluyla bulaşan hastalıkların kişiler arasında veya müşteriden çalışana bulaşma ihtimali bulunmaktadır. Yine saçta yapılan işlemlerde de tarak, havlu gibi aletlerin kullanılması durumunda eğer bulaşıcı bir durum varsa çalışan kişiye bulaşabilir(12). Kan yoluyla bulaşan hastalıkların halkın sağlığını tehdit etmesi yanında bazı meslek gruplarının bu virüslerle karşılaşma riski daha yüksektir. Başta sağlık çalışanları olmak üzere, kuaför çalışanları kan yoluyla bulaşan hastalıklar açısından diğer meslek gruplarına göre daha fazla risk altında bulunmaktadır. Kullanılan aletlerin hiçbir enfeksiyon önleme işleminden geçirilmeden birden fazla kişi üzerinde kullanılması, işlemlerin yanlış veya yetersiz uygulanması, bunların yanı sıra işlem sırasındaki kontamine aletin kullanıcıyı yaralaması HIV ve hepatit grubu virüslerin insandan insana bulaşmasına neden olmaktadır(13). Berber ve kuaförler hijyen uygulamalarında bulaştırıcılık yönünden yüksek riskli gruplardan sayılmamaktadır. Ancak kanla bulaşan HIV ve viral hepatit bulaşma riskini az da olsa oluşturmaktadır. Müşteriden kuaföre veya kuaförden müşteriye bulaşabilecek diğer hastalıklar içinde mantar hastalıkları, herpes virüsleri, apseler, stafilokok ve streptokok impetigoları, saçkıran, bit, uyuz ve siğil gibi hastalıklar sayılabilir(14).

2.2.1. HIV (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü) /AIDS

HIV, lentivirüs ailesine ait bir retrovirüstür. HIV'in iki serotipi vardır, yalnızca Türkiye'de değil aynı zamanda tüm dünya için tehdit oluşturan HIV-1 ve daha sık Afrika ülkelerinde görülen HIV-2'dir. Geçiş yolları aynı olmasına rağmen HIV-2'nin bulaşı daha zor ve AIDS gelişmesi daha yavaş olmaktadır(15).

HIV, vücuda girişinde ilk olarak mukozal tip dendritik hücrelerin enfekte olmasını sağlar. Buhücreler; en çok, tonsiller, adenoid doku, anogenital mukoza ve servikovaginal mukozada bulunmaktadır. HIV için folliküler dendritik hücreler rezervuar görevi görmektedir. Viral replikasyonda rol oynayan makrofajların enfeksiyonun ileri dönemlerinde CD4(+) T lenfositlerinin azalmasına neden olur ve virüsün diğer sistemlere taşınmasını sağlar. Virüsle temastan sonra iki gün içerisinde HIV, bölgesel lenf nodlarını tutarak enfekte eder. Yaklaşık beş gün içinde de plazmaya ulaşır ve yayılmasına neden olur. Kronik enfeksiyon süreci başladığında ise CD4 (+) T hücrelerinin sayısı giderek azalır ve işlevleri de bozulmaya başlar. Dolayısıyla hücresel / humoral bağışıklık baskılanır ve yıllar içerisinde AIDS için karakteristik olan fırsatçı enfeksiyonlar ve malignansiler gelişir.(16)

Epidemiyolojisi: Ölümcül bulaşıcı hastalıklarla oluşan pandemilerin artık kontrol altına alındığı düşünülen 1980’li yıllarda ortaya çıkan HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virüs/Acquired Immune Deficiency Syndrome) [İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü/Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu] ilk saptandığı ülkelerde hiper-geometrik artışlayayılmış ve “çağın vebası” olarak adlandırılmıştır(17).

Eylül 1982’de CDC(Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, Centers for Disease Control and Prevention) tarafından ilk defa “AIDS” terimini kullanırve AIDS’in vaka tanımını yapar. Bu tanıma göreAIDS: Hücresel bağışıklık sisteminde bozukluk meydanagetirmede en azından orta derecede belirleyici olan vekişide bilinen bir vaka olmaksızın hastalıklara karşı direncindüşmesine neden olan bir hastalıktır. Dünyada 2016 yılı verilerine göre;

- HIV ile yaşadığı tahmin edilen insan sayısı;
 - 1.Total 36,7 milyon (30,8-42,9milyon)
 - 2.Yetişkinler 34,5 million(28,8-40,2million)
 - 3.Kadınlar 17,8 million(15,4-20,3million)
 - 4.Erkekler 16,7 million(14,0-19,5 million)
 - 5.Çocuklar (<15 yaş) 2,1 million(1,7-2,6 million)
- HIV ile yeni enfekte olan insan sayısı;
 - 1.Total 1,8 million (1,6-2,1 million)
 - 2.Yetişkinler 1,7 million(1,4-1,9 million)
 - 3.Çocuklar (<15 yaş) 160000(100000-220000)
- HIV ilgili ölüm insanın yaşayan;
 - 1.Total 1,0 million (830000-1,2 milion)
 - 2.Yetişkinler 890000(740000-1,1million)
 3. Çocuklar (<15 yaş) 120000(79000-160000)

HIV ile enfekte olanların;

- 25,6 million Afrika,
- 3,3 millionAmerica,
- 3,5 million Güneydoğu Asya,
- 2,4 million Avrupa,
- 360000 Doğu Akdeniz,
- 1,5 million Batı Pasifik ‘te yaşamaktadır(18).

Günümüzde HIV/AIDS hastalığı Sahra-altı Afrika’da birinci, dünyada ise 4. ölüm nedeni olarak bildirilmektedir. Dünyada yetişkin nüfusun geri kalanına göre; seksçalışanlarında 12 kat, erkeklerle cinsel ilişkiye giren erkeklerle eşcinsel erkeklerde 19 kat, enjektabl uyuşturucu kullananlarda 28 kat ve transseksüel kadınlarda 49 kat daha fazla HIV prevelansı olduğu tahmin edilmektedir(17).

Türkiye’de HIV’in yayılmasına katkı sağlayan faktörlerarasında;

- Seks işçilerinin, özellikle kayıtsız çalışanların sayısındaki artış,
- Son yıllarda uyuşturucu kullananların sayısındaki artış,
- Nüfus hareketleri,
- Yurt dışında (örneğin Avrupa) çalışanların sayısının yüksek olması,
- Gelişmiş turizm sektörü sayılmaktadır.

Türkiye’de HIV/AIDS’in yayılmasında temel neden olduğu, Doğu Avrupa’daki yüksek yaygınlığın Türkiye üzerinde önemli etkisi olduğu da belirtilmektedir.(19)

HIV’in Bulaşma Yolları/ Cinsel yolla bulaşma: HIV’ in en önemli bulaş yolu korunmasız cinsel ilişki ile bulaştır. HIV enfeksiyonu her türlü cinsel ilişki ile (vajinal, anal, oral) bulaşabilmektedir ve bulaş için HIV pozitif kişi ile sadece bir kez temas yeterlidir. Bulaşmada en fazla risk altında bulunan grup anal alıcı cinsel temasta bulunan kişilerdir. Prezervatif kullanılması ise bulaş riskini önemli derece de (%80) azaltır(20).

Kan Ve Kan Ürünleri İle Bulaşma: Kanda virüsün yoğun miktarda bulunması nedeniyle, virüsü taşıyan kişilerden alınmış kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu ile hastalık bulaşabilmektedir. Bulaş riski, %90’dan fazladır. 1985 yılında HIV antikor testlerinin bulunmasıyla birlikte, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu yapılmadan önce HIV yönünden test edilmesi zorunlu hale getirilmiştir(20). Ülkemizde, 1987 yılından beri tüm kan ve kan ürünlerine antikor testi yapıldıktan sonra hastaya verilmektedir.

Perinatal(Vertikal) Bulaşma: HIV, gebelik boyunca plasentadan, doğum esnasında ve anne sütü ile anneden bebeğe geçebilmektedir. Bu oran %20-30’arasındadır. Hastalık ilerlemiş ise risk artar. Genellikle doğum esnasında bulaşır. Gebelik döneminde bebeğe bulaş olmasını azaltmak için, hastalığın kaçınıcı evrede olduğuna bakılmaksızın antiretroviral tedavi hemen başlanmalıdır. Bu yolla bulaş riski, ortalama %70 azalmış olacaktır. Emzirme ile bulaş oranı, %10-20 arasında değişmektedir. Bu yüzden emzirme enfekte bireylere önerilmemektedir(21).

PerkutanBulaş: Kontamine enjektör, kesici/delici alet yaralanmasıyla ve enfektevücut sıvılarının mukoza ve sağlam olmayan deriye teması ile bulaş olabilmektedir. Temas eden enfekte vücut sıvısının miktarı ve temas süresi, bulaştırıcılıkta önemlidir. Perkutan yaralanmalarla bulaş riski yaklaşık % 0,3 iken, mukozadan bulaştırıcılık % 0,1’dir(17).

HIV Klinik Seyir: HIV enfeksiyonunun klinik evreleri, aşağıdaki gibi sayılabilir.

1. Viral bulaş
2. Primer HIV enfeksiyonu
3. Serokonversiyon
4. Klinik latent periyod (±) persistanjeneralizelenfadenopati
5. Erken semptomatik HIV enfeksiyonu
6. AIDS dönemi

7. İleri HIV enfeksiyonu

HIV Tanısı: Günümüzde kullandığımız testler; antikor tarama ve doğrulama testleri ile virüs antijeni ve DNA/RNA'sını saptamaya yönelik testlerdir(16). Tarama testlerinin esasını ELİSA yöntemi oluşturmaktadır. Bu yöntem HIV ile olan temastan yaklaşık 45 gün sonra güvenilir sonuç vermeye başlar. Diğer birinci kuşak testler, immüno floresans ve Western Blot (WB) testleridir.

HIV Tedavi: HIV ile bulaş olan kişi de ilk amacımız, yaşadığı toplumda bulaş riskini azaltarak toplum sağlığına katkıda bulunmak ve toplumla aynı kalitede hayatını devam ettirmesidir. Bu amaçla immün sistemi güçlendirerek ve HIV in replikasyonunu sağlayarak kişi antiretroviral ilaçlar ile tedavi edilmelidir(17).

HIV Korunma: HIV enfeksiyonundan korunmada hastalık halen tedavi edilebilir olmadığından sağlık eğitimi ve önleme temel hedefleri oluşturmaktadır. Korunmada amaç, virüsün cinsel yolla, kan yoluyla ve anneden bebeğe geçişini önleme esasına dayanmaktadır. Aynı zamanda sağlık personeli için korunmada; tüm hastaların kan ve vücut sıvıları potansiyel enfekte kabul edilerek universal önlemlerin alınması esastır. En etkili yol davranış değişikliği, eğitim ve korunmayı öğretmektir. Toplum için risk oluşturan durumlar (çok eşlilik, damardan ilaç kullanan bağımlılarda ortak iğne kullanımı) eğitim için öncelik teşkil etmektedir. Bununla beraber hastalıkla ilgili ön yargıların giderilmesi gerekmektedir. HIV ile enfekte olan bireylerin stigma ve ayrımcılığı önleyici düzenlemeler ile daha erken tedavi almalarını sağlamak gerekir(22).

Dünya Sağlık Örgütü HIV enfeksiyonu surveyansında “ikinci nesil surveyans sistemi” adını verdiği biyolojik surveyansa ek olarak davranış surveyansı ve diğer surveyanslardan elde edilen bilgilerin birlikte değerlendirilmesini önerir. Burada özellikle riskli davranışları olan grupların belirlenmesi, risk taşıyan temel davranış modelleri gibi koruyucu müdahaleler kapsamında enfeksiyonun boyutunu ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Çeşitli araştırmalarda pek çok cinsel yolla bulaşan hastalığın HIV enfeksiyonu bulaşmasını kolaylaştırdığı saptanmıştır. Bu sebeple cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi HIV/AIDS'den korunmada önemli yer tutmaktadır(19).

Kan ve kan ürünlerinin rutin ELISA yöntemiyle HIV yönünden taranması, antiretroviral ilaçların kullanıma girmesi, fırsatçı enfeksiyonların profilaksi ve tedavisini yapılabilmesi, yaygın ve etkili eğitim programlarının uygulanmaya başlanması ile HIV/AIDS epidemisinde son yıllarda önemli değişiklikler olmuştur(17).

2.2.2. Viral Hepatitler

Viral hepatitler; karaciğerde sistemik enfeksiyona neden olarak hücre nekrozu ve inflamasyonunun enfeksiyonlarıdır. Viral hepatit tablosundan sorumlu en sık beş hepatit virüsü (A, B, C, D, E) tanımlanmıştır(23).

Hepatit Virüsü; çocukluk çağında en sık görülmekle birlikte bulaş yolu fekal-oral yoldur. Dünyadaki verilere göre yılda 1,5 milyon kişi hepatit A ile infekte olmaktadır. Ülkemiz verilerine göre son yıllarda özellikle çocukluk çağında hepatit A ile bulaş azalmakla birlikte, hastalığın ortaya çıkışı erişkin yaşlara kadar uzanmaktadır. Yaş ile birlikte infeksiyonun morbidite ve mortalitesi artış göstermektedir. Bu nedenlerden dolayı yetişkin dönemde Hepatit A virüsüne karşı duyarlı büyük bir kesimin olması halk sağlığı için risk oluşturmaktadır(23).

Hepatit D Virüsü (HDV), devamlılığı için HBV' ye gereksinimi olan bir RNA virüsüdür. HDV, hem akut hem de kronik hepatite neden olur. Fulminan hepatit ve kronik hepatit oranları diğer viral hepatitlere göre daha yüksektir(23).

Hepatit C Virüsü; infeksiyon kan veya kan ürünleri ile temas, cinsel temas ve infekte anneden doğum ile bulaşır. Dünyada yaklaşık 210 milyon kişi hepatit C virüsü (HCV) ile infekte olduğu bilinmektedir. Akut hepatit C (AHC) sıklığı 20-29 yaş ve kronik hepatit C (KHC) sıklığı 30-49 yaş arasında daha fazla görülmektedir. Ülkemizde anti HCV pozitifliği düşük olup %0,5-2 arasındadır. Akut Hepatit C'yi takiben %70'in üzerinde kronikleşmesi, siroz ve karsinomaya ilerlemesi bakımından ciddi komplikasyonlara yol açar(16).

Hepatit E Virüsü; fekal-oral yolla bulaşır. Hepatit E salgınları gelişmekte olan ülkelere kirlenmiş sulara fekal içeriklerin bulaşması ile olurken, gelişmiş ülkelere sporadik görülen olgular zoonotik veya gıda kaynaklıdır(23).

Hepatit B Virüsü: Küresel bir sağlık sorunu olan Hepatit B virüsüne karşı 1982 yılından beri güvenilir aşıların kullanımda olmasına rağmen, halen tüm dünya için önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Hastalığın ani başlangıcı önemli morbidite ve iş gücü kaybına neden olur. Enfeksiyonun ilerlemesi ise kronik taşıyıcılık, kronik hepatit, siroz ve hepatosellüler karsinomaya neden olmaktadır(16).

Damardan ilaç kullanan bağımlılar, kronik böbrek yetmezliği olan hastalar, diyaliz ünitelerinde çalışan personeller, her zaman kan ve kan ürünleri ile çalışan sağlık personelleri, homoseksüeller, birden fazla sayıda cinsel partneri olan kişiler, HBV kişilerle aynı evde yaşayanlar ve bakım evlerinde bulunan mental retarde kişiler HBV bulaşması açısından riskli gruplardır(23).

Hepatit B virüsü Hepadnavirus ailesinden bir DNA virüsüdür. Dünya nüfusunun üçte birinin HBV ile infekte durumda ve yıllık mortalitesinin 1-2 milyon olduğu varsayılmaktadır. Etkili bir aşısı olan HBV enfeksiyonu yüksek morbidite ve mortaliteye neden olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemidir. Hepatit B virüsünün coğrafideğişim gösteren 8 genotipi (A-H) bulunur. ABD'de en sık A, Orta Doğu'da ve ülkemizde en sık D genotipi bulunmaktadır(16).

Karaciğerde senkronize olup fonksiyonunun bozulmasına neden olur. HBsAg lipid zarfında bulunmaktadır. Bu virüs ile infekte olan hastaların kanında elektron mikroskopu ile viral partikül gösterilmiştir. Virüs replikasyonu sırasında fazla miktarda üretilen ve oldukça immünojenik olan bu partiküllere karşı nötralizan antikorlar sentezlenmektedir(3).

HBV Epidemiyoloji: Dünya genelinde 2 milyar insanın HBV ile karşılaşmış olduğu, virüsün 400 milyon kişide kronik infeksiyon oluşturduğu varsayılmaktadır. HBV, yılda 500000–1200000 ölüme neden olan bir virüstür. HBV dağılımı açısından dünya 3 bölgeye ayrılmıştır.

1. HBsAg prevelansının $\geq$ %8 olduğu bölgeler yüksek endemisite,
2. HBsAg prevelansının %2-7 arasında olduğu bölgeler orta endemisite (düşük-orta endemisite % 2-4.99, yüksek-orta endemisite %5-7.99)
3. HBsAg prevelansının $<$ %2 olduğu bölgeler düşük endemisite bölgeleri olarak adlandırılır.

Düşük endemisite bölgeleri prevelansın $<$ %2 (enfekte kişilerin %12'si) olduğu bölgeler olup ABD, Batı Avrupa, Avustralya, Japonya, Kanada ve Yeni Zelanda sayılabilir. Bu bölgelerde infeksiyon korunmasız cinsel ilişki, damardan aynı enjektörle ilaç kullanımı gibi yüksek riskli davranışlar sonucu kazanılır. Genellikle adolesan /erken erişkin dönemde bulaş olup risk yaklaşık olarak %20 civarındadır.

Orta endemisite bölgeleri prevelansın %2-7 (enfekte kişilerin %43'ü) arasında olduğu bölgeler olup İsrail, Japonya, Orta Amerika ve Güney Amerika, Orta Asya, Doğu ve Güney Avrupa sayılabilir. Bu bölgelerde infeksiyon daha çok parenteral ve cinsel yol (perinatal/horizontal daha az) sonucu kazanılır. Genellikle adolesan /erken erişkin dönemde bulaş olup risk yaklaşık olarak %20-60 civarındadır.

Yüksek endemisite bölgeleri prevelansın $\geq$ %8 (enfekte kişilerin %45'i) arasında olduğu bölgeler olup Güneydoğu Asya, Afrika, Çin, Orta Doğu, Dominik Cumhuriyeti, Grönland sayılabilir. Bu bölgelerde infeksiyon sıklıkla daha çok vertikal ve horizontal yolla kazanılır. Genellikle perinatal/erken çocukluk döneminde bulaş olup risk yaklaşık %60 civarındadır.

HBV için 1982 yılından beri kullanılan aşı %90- 95 oranında infeksiyonu önlemektedir. Bu yolla HBsAg'nin küresel prevalansında azalma görülmüştür(4).

Ülkemizde yapılan taramalarda HBsAg pozitifliği %0,8-5,7 arasında ve Türkiye'nin orta endemisiteli bölgede yer alır. Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği tarafından yapılan en son çalışmada HBsAg pozitifliği yaklaşık %4, antiHBc total pozitifliği %30,6, anti HBs pozitifliği %32 olarak saptanmıştır. Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgesinde HBsAg pozitifliğinin %6.72 olduğu ve bu oranın diğer bölgelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.(Marmara ve Ege Bölgelerinde HBV prevelansı %3.47, Akdeniz, Karadeniz ve İç Anadolu Bölgelerinde HBV prevelansı %4.86)(4,24).

HBV Bulaşma Yolları: Tek önemli rezervuarı insandır. Taşıyıcılar dışında kronik hastalar ve akut enfeksiyonu geçirmekte olan bireylerin en çok kanında olmak üzere vücut sıvıları (semen, gözyaşı gibi) bulaşmada önemli rol oynar. Cansız yüzeylerde yedi güne kadar yaşayabilir(4).

Perkutan (Parenteral) Bulaşma: HBV nin bulaşında en önemli kaynak bireylerin kan ve vücut sıvılarıdır. Çoğultransfüzyon yapılan hastalar, hemodiyaliz hastaları, damar içi uyuşturucu bağımlıları, dövme yaptıranlar, özellikle cerrahlar, patoloğlar, hemodiyaliz çalışanları olmak üzere sağlık çalışanları risk gruplarıdır. Virüs insan vücudu dışında yedi günden uzunca kalabildiği için sünnet gibi işlemler ve günlük eşyaların (havlu, jilet, tıraş makinesi, diş fırçası ve banyo malzemeleri vb.) ortaklaşa kullanımı en önemli bulaşma yoludur. Bununla enfekte kişilerin kanının bulaşması durumunda uygun şekilde dezenfeksiyon yapılmalıdır(3).

Vertikal (Perinatal) Bulaşma: Nadiren gebelik sırasında birinci ve ikinci trimestirde ya da üçüncü trimestirde intrapartum ve postpartum bulaşma olabilir. Hepatit B virüsü daha çok doğum sırasında early antijen (HBeAg) pozitif anneden doğan çocukların %70-90'ı enfekte olur. Bunlarda enfeksiyon %90 kronikleşir. HBeAg negatif anneden doğanların %10-40'ı enfekte olur. Bunların da %40-70'inde enfeksiyon kronikleşir(4,3).

Cinsel Yolla Bulaşma: En riskli grup homoseksüeller olup, riskli cinsel aktivite en çok bulaşma neden olmaktadır.

Horizontal Bulaşma: Cinsellik içermeyen virüs ile enfekte kişilerle yakın temas sonucu bulaşma olur. Çeşitli vücut sıvılarında HBsAg bulunmuştur. Plevra ve periton sıvıları, tükürük ve semende sürekli enfeksiyöz viryonlar vardır. Endemik bölgelerde virüsün sağlam olmayan deri çatlakları ve mukoz membranlardan geçişi en muhtemel bulaş yolu olduğu görülmektedir. Kalabalık topluluk halinde yaşayanlar, kötü hijyen koşulları, sosyo-ekonomik durumun düşük olması gibi etkenler bulaşmada risk oluşturmaktadır. Zekâ özürlü çocuk bakım evleri, dershaneler, anaokulu ve çocuk yuvaları, yatılı okul, kışla, hapishane, yurt gibi toplu yerlerde bulaştırıcılık daha fazladır. Gelişmiş ülkelerde bu tip bulaş çok azdır.

Ülkemizde hijyene yeterince önem verilmediğinden horizontal bulaşmanın ilksırada yer aldığı düşünülmektedir. Bunun nedeni havlu, diş fırçası, jilet, makas, manikür/pedikür setleri gibi malzemelerin iyi dezenfekte edilmeden aile içinde, berberde, kuaförde ortak kullanılması, yaygın öpüşme alışkanlıklarıdır(16).

HBV Klinik Seyir: HBV enfeksiyonu, subklinik veya asemptomatik enfeksiyon, akut kendisini sınırlayan hepatit ya da karaciğer transplantasyonu gerektiren fulminan karaciğer yetmezliği şeklinde görülebilir.

Akut hepatit B enfeksiyonunun inkübasyon dönemi 60-180 gün arasında değişmekle birlikte ortaya çıkması serumda HbsAg'nin saptanmasından yaklaşık 4 hafta sonradır. Akut hepatitin başlangıç semptomların nonspesifiktir. Semptomatik akut hepatit B, hafif ve pre-ikterik olabildiği gibi, ciddi seyredip ikterle birlikte de görülebilir. Virüsü almış olan

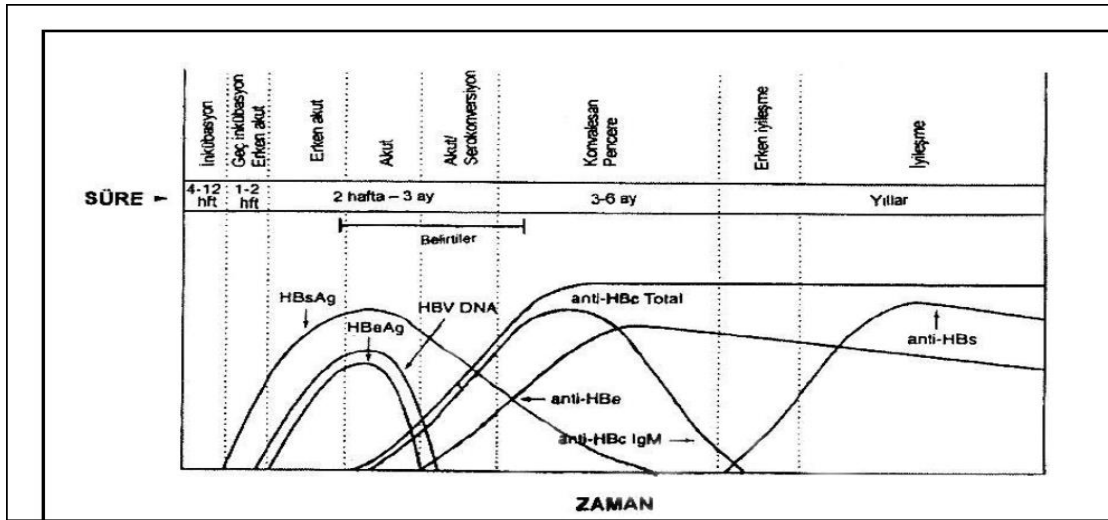
erişkinlerin%5-20'sinde serum bilirubin düzeyi %2,5-3 mg'ınüzerinde olunca sklerada belirgin ikter görülür. Yaygın olarak, halsizlik ve yorgunluk, iştahsızlık, bulantı, kusma ve sağ üst kadranda hafif künt bir ağrı şeklinde semptomlargörülür. Bu döneme Pre-ikterik dönem denir ve busemptomlar genellikle 3-10 gün kadar sürer. Sarılığın başlaması ve koyu idrarçıkışı ile ikterik dönem seyri başlar. Bu dönemde semptomlar ilerleyebilir, değişmedenkalabilir veya hızlıca düzelebilir. Sarılığın süresi genellikle 1-3 hafta kadardır vehastaların %10-20'sinde klinik olarak belirtilerin başlamasından birkaç gün veya haftaönce eritematözmakülopapüler döküntü, ürtiker, artralji, artrit ve ateş ile seyreden ve“serum hastalığına benzer sendrom” denilen 2-10 gün süren bir tablo gelişebilir. Bu tablo genellikle, sarılığın ortaya çıkmasıyla hızla ortadan kaybolur, nadiren haftalarca devam edebilir(25,4).

AkutViral hepatitin esas göstergesi serum transaminaz (AST, ALT) aktivitesindeki hızlı yükselmesidir. Transaminazlardaki bu yükseliş semptomlar başlamadan önce başlar ve genellikle semptomların birinci haftasında pik yapar. Fulminan hepatit, karaciğer yetmezliği veensefalopatinin eşlik ettiği ciddi bir formdur ve böyle vakalarda mortalite çok yüksektir(29). Bu vakalarda ölüm genellikle semptomların başlangıcından itibaren 1-3 hafta içindeortaya çıkar. Hastalarda bilinçdeğişiklikleri (huzursuzluk, dalgınlıktan komaya kadar değişen) gözlenir. Karaciğerde küçülme, serum transaminaz düzeylerinde ani azalmave protrombin zamanında uzama, oligüri, azotemi, ödem ve asit gözlenebilir(4, 3, 25).

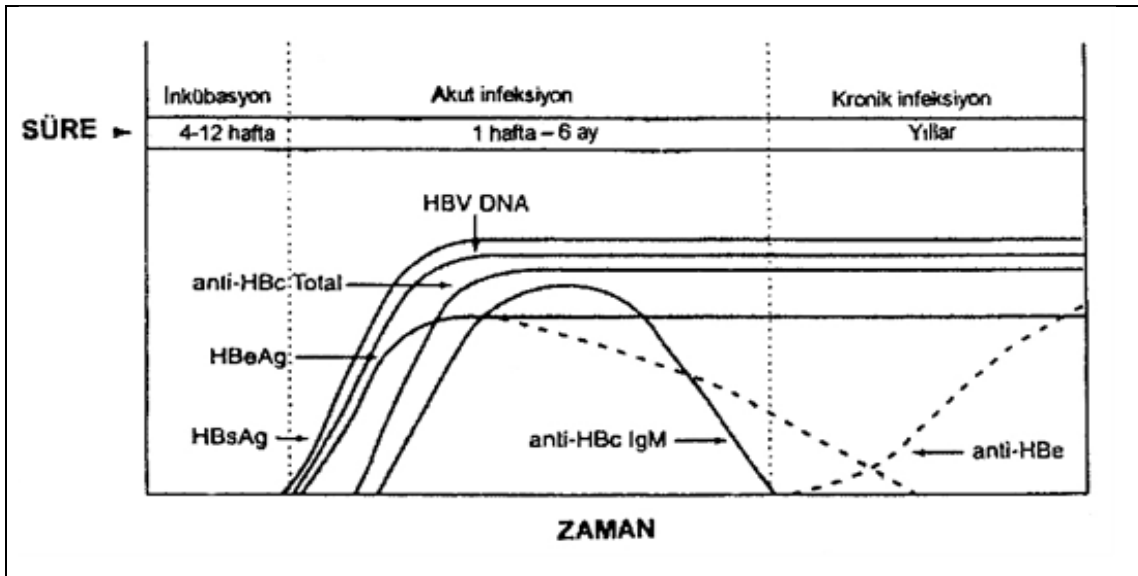
Akut enfeksiyon sonrası, altı aydan uzun süren HBsAg pozitifliği kronik hepatit B'nin göstergesidir. Transaminaz değerleri (AST, ALT) normal ve karaciğer hastalığı belirtileri olmayan HBsAg pozitif kişilere ‘sağlıklı taşıyıcıdır. Kronik hepatit genellikle asemptomatiktir. Tesadüfen HBsAg pozitif bulunduğundaorta derecede transaminaz yüksekliği de varsa tanısı konabilir. Kronik HBV enfeksiyonunda yorgunluk ve halsizlik en önemli semptomdur. Bulantı, üst abdominal ağrı, kas veeklem ağrıları da görülebilir. Klinik bulgu olarak da sarılık, spidernevüs, splenomegali ileküçülmüş veya büyümüş karaciğer görülebilir. Laboratuvar testlerinde AST, ALT vegamaglobülin orta derecede yüksektir. Transaminaz yüksekliği hastalığın ciddiyetini gösterir. Ciddi bir hastalık yoksa bilirubin ve albümin değerleri normaldir. Kronik HBV enfeksiyonu olan hastaların siroz, HSK ve karaciğer yetmezliği olma riskleri artmıştır(4, 3, 25).

HBVTanı/Serolojik Testler: HBV enfeksiyonu ile karşılaşıldığında organizmada virüse ait çeşitli antijenlere(HBsAg, HBcAg ve HBeAg) karşı antikorlar oluşmakta olup, HBV enfeksiyonunun özgül tanısını yapmak amacıyla hasta serumunda bu antijenlerin ve antikorların varlığının saptanması kullanılan en yaygın yöntemdir. Virüse ait HBsAg ve HBeAg karşı gelişen antikorlar anti-HBcIgM, total anti-HBc, total anti-HBs ve anti-HBeIgG kitleri ve ticari olarak bulunan birçok “enzymeimmunoassay” (EIA) ve “radioimmunoassay” (RIA) kiti kullanılarak tespit edilebilir.

Akut ve kronik HBV enfeksiyonunun Serolojik göstergeleri Şekil 1-2’de gösterilmiştir



Şekil 1 :İyileşme ile Sonlanan Akut HBV Enfeksiyonunda Serolojik Göstergeler



Şekil 2 :Akut Hepatiti İzleyerek Kronikleşen HBV Enfeksiyonunda Serolojik Göstergeler

HBsAg: Hastalığın hem akut hem de kronik halinde kanda saptanabilir. Hastalık 3–5 hafta sonra infekte kişinin kanında HBsAg ‘nin ortaya çıkışını takiben belirtiler ortaya çıkar. Akut dönemde tepedüzeye ulaşır ve 4–6 ay içinde azalarak saptanamayacak düzeye iner. Akut

infeksiyondansonra 6 aydan daha uzun bir süre virüsün pozitif kalması kronik infeksiyon gelişebileceğini gösterir(25).

Anti-HBs: Akut infeksiyondan 4–12 hafta sonra, HBsAg'nin kandan temizlenmesininardından pozitifleşip bağışıklığın geliştiğini göstermektedir. Anti-HBc antikorları ile birlikte genellikle hayat boyunca saptanabilir düzeyde kalır. HBV aşılmasından sonrada Anti-HBs antikorları gelişir, ancak Anti-HBc antikorları negatiftir. Bağışıklığın izlemi için serumda ölçülen Anti-HBstitrelerine bakılır ve 10 IU/ml'nin üzerindeki anti-HBs antikor düzeyleri koruyucu kabul edilir. Kronik HBV infeksiyonun %10-20'sinde düşük titredeAnti-HBs antikorları saptanabilir. Akut olgular iyileşme ile sonlanır ve HBsAg'nin kaybolup, henüz Anti-HBs'nin belirmediği pencere döneminde infeksiyonun tek göstergesi Anti-HBcIgM antikorlarının saptanmasıdır(25).

Anti-HBcIgM; Kişinin HBV ile karşılaştığını gösterir. HBsAg'nin pozitifliğinden 3–5 hafta sonra saptanır. HBsAg pozitif kaldığı süreceAnti-HBcIgMtitresi artar ve pozitifliği 6 ayiçinde geçirilmiş infeksiyonu gösterir. HBsAg negatifleştikten sonra Anti-HBcIgM düşmeye başlar. Akut infeksiyondan 6 ay sonra Anti-HBcIgG pozitifleşir ve geçirilmiş infeksiyonu veya kronik infeksiyonu gösterir(25).

HBeAg: Aktif viral replikasyon göstergesidir. Akut olgularda HBsAg'ni izleyerek pozitifleşir. Genellikle akut hastalık sırasında virüsün fazla miktarda olduğunu gösterir ve pozitif hastaların bulaştıracılığı fazladır. HBsAg negatifkenHBeAg serumda bulunmaz. Kronikleşen vakalarda HBeAg pozitifliği 8–10 haftadan uzun süre saptanması ağır karaciğer hastalığı gelişme riskini artırır. Kronik HBV infeksiyonunda tedavi ile HBeAg'nin kaybolması, Anti-HBe antikorlarının oluşması hedeflenmektedir ve bu nedenle Anti-HBe tedavi takibinde önemlidir(25).

Moleküler Testler: Serolojik göstergeler, bazen HBV infeksiyonun tanısında yetersiz olabilmektedir. Gizli HBV infeksiyonu veya mutantvirüs infeksiyonları varlığında Viralreplikasyonun gösterilmesi için HBV DNA araştırılması gerekir. HBV DNA ölçümü antiviral tedavi takibinde ve endikasyonunda gereklidir. PZR temelli kalitatif ve kantitatif HBV DNA testleri mevcuttur(25).

HBVTedavi: Akut HBV infeksiyonunda tedavi klinik seyir üzerine etki etmez fakat tüm ataklarda mortalite riskini azaltabileceği için ve karaciğer kan akımını arttırmak için 2-4 hafta yatak istirahat önerilir. Destek tedavisi uygulanır. Akut hepatit döneminde sıvı kaybı önemlidir ve hastanın bulantı kusma ile kaybettiği sıvı yerine konulmalıdır. Kalorisi yüksek, protein oranı düşük bir diyet verilmelidir Alkol ve hepatotoksik ilaçların alımı durdurulmalıdır. Antiviral tedavi akut dönemd uygulanmaz. Antiviral tedavi endikasyonu kronik aktif hepatitte vardır. Egzersiz, biyokimyasal testler normale dönene ve hasta kendini iyi hissedene kadar yasaklanmalıdır.

Kronik hepatit B tedavisinde ise HBV DNA'nın azalması ya da negatifleşmesi birincil hedef olarak görülmektedir. HBV replikasyonunu durdurmak veya belirgin oranda azaltmak, hastalığın progresyonuyla oluşabilecek siroz, karaciğer yetersizliği ve hepatosellüler karsinoma gelişimini önlenerek hastanın yaşam kalitesini ve süresini arttırmak temel hedefler arasındadır(5).

Kronik HepatitB tedavisinde interferon ve antiviral ilaçlar kullanılır. İnterferon tedavisinin başlamasından 12 ay sonra hastaların %30-40'ında karaciğer zedelenmesinde düzelme ve HBV replikasyonunda azalma görülmüştür. İnterferonendojen olarak sentezlenir ve vücudun doğal savunmasında rol oynayanglikoproteindir. Kronik Hepatit B'li hastalarda endojen interferon yapımının azaldığı düşünülmektedir(5).

Son dönem karaciğer yetmezliği gelişendekompanse sirozlu hastalarda ülkemizde de uygulamaya başlayan karaciğertransplantasyonu tek tedavi alternatifidir. Bunun yanı sıra alaninaminotransferaz (ALT) seviyesinin normale dönmesi ve histolojikiyileşme sağlanması gereklidir. Eğer HBeAg pozitif ise HBeAg'nin negatifleşmesi veantiHBeserokonversiyonu diğer bir hedef olarak sayılabilir. Günümüzde kronik hepatit B hastalarının tedavisi, interferon ile bağışıklıksisteminin uyarılması ve/veya nükleotid/sid analogları ile Viralreplikasyonun baskılanması şeklinde yapılmaktadır. Kronik hepatit B tedavisinde kullanılan ajanlar interferonlar(IFN), lamivudin, adefovir ve entekavirdir. Tedavi süresi HBeAg negatif olgularda en az 1yıl, HBeAg pozitif olgularda 4-12 ay olmalıdır. IFN, olguların yaklaşık %20-30'undakalıcı yanıt oluşturlar. Nükleozid analoglarının avantajları oral kullanımları ve yan etkilerinin azlığıdır(5, 4, 3).

HBV Korunma: HBV infeksiyonundan korunmak için üç ana strateji önemlidir:

- 1.Hastalık yayılımını önlemekte bilinen bulaşma yollarına karşı davranış değişiklikleri
- 2.Pasif immunoprofilaksi,
- 3.Aktif immunoprofilaksi.

Davranış Değişiklikleri: Kan ürünlerini tarama yöntemlerinin geliştirilmesi ve cinsel hayatta alınan bazı önlemler ile transfüzyonla ilişkili hepatit riskini azalttığı görülmüştür. Özellikle kan ürünleri ile sürekli temas halinde olan sağlık personelinin bulaşa yolaçacak riskli davranışlardan kaçınmaları için gerekli eğitimi almaları gerekmektedir(3).

Pasif İmmunoprofilaksi: Pasif immunoprofilakside kullanılan hepatit B immünglobulini (HBIG), 3-6 aykadar geçici koruma sağlar. HbsAg'ne karşı yüksek düzeyde antikora sahiptir ve seçilmiş vericilerin plazmalarından hazırlanan steril bir solüsyondur. HBsAg pozitif annelerden doğan bebeklerde doğumdan sonra6-12 saat icinde0.5 ml HBIG ve aşı uygulanmalıdır. Akut hepatit B'li biriyle cinsel ilişkiden sonraki 14 gün içinde HBIG ve aşı uygulanmalıdır. HBsAg-pozitif kişiden, seronegatif kişiye deri ve mukozalardan bulaşma durumunda ilk 48 saat içerisinde HBIG 0.06ml/kg dozda İM olarak uygulanmalı, aynı zamanda

aşıya başlanmalıdır. Aşıya yanıt vermeyen kişilerin temas sonrası HBV enfeksiyonundan korunmasında HBIG tek başına verilir(5,3).

Aktif İmmunoprolaksi: HBV'den korunmak için geliştirilen güvenilir ve etkili HBV aşıları 1981 yılından itibaren ticari olarak kullanılmaya başlanılmıştır. İlk geliştirilen aşılar da ki saflaştırılmış HBsAg, HBV taşıyıcılarının plazma örneklerinden elde edilmiştir. İkinci jenerasyon hepatit B aşıları; rekombinant gen teknolojisiyle maya veya memeli hücrelerinden elde edilmiş olup, 1991 yılından itibaren ticari olarak kullanılmaya başlanılmıştır(26). Üç doz halinde yapılan HBV aşısı 40 yaş üstü ve immünsuprese hastalara yaklaşık %95 koruyuculuk sağlarken; bebek, çocuk ve genç erişkinlerde bu %98 oranındadır. Çocuklara 10 µg, erişkinlere 20 µg dozlarında kas içine (i.m) yapılması önerilmektedir. Aşının koruyucu olması için anti-HBs antikor cevabı >10 mIU/ml olmalıdır. Kişide aşı yapıldıktan sonraki 5-10 yıl içinde antikor titresi saptanabilir düzeyin altına inse bile önceki antikor cevabı hastalığa karşı korunma sağlar (26,3).

2. 3. İş Sağlığı

İş Sağlığının Tarihsel Gelişimi: İş sağlığı, çalışma hayatına katılan bireylerde ortaya çıkabilecek olan sağlık sorunlarının tanımlanması ve çalışanın sağlığının korunmasına yönelik etkinlikleri içermektedir. Bu çalışmalarda temel ilke koruyucu yaklaşımı sağlamak olmaktadır. Çalışma yaşamının insanlığın ilk dönemlerinden itibaren var olmasının yanı sıra, çalışanların sağlıklarının korunması konusu madencilikle birlikte gündeme gelmiştir. İnsanlar var oldukları ilk dönemlerden başlayarak çalışmak durumunda kalmışlardır. Genellikle fiziksel güç gerektiren işlerde çalışmışlar ve bunu sağlamak için ilk dönemlerde esirler, köleler ve suçlular çalıştırılmış ve bu kişilerin yaptıkları iş nedeniyle rahatsızlanmaları göz ardı edilmiştir. Ancak yer altı madenciliğinin ortaya çıkışı ile madencilik ustalık gerektiren bir iş olmuş ve bu alanda çalışan kişilerin sağlıklı olması gereği fikri ortaya çıkmıştır(27).

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bilgilerin sağlandığı ilk yazılı kaynaklar Herodot'a kadar dayandırılmaktadır. Herodot' un, işçilerin sağlıkları ile yapılan işin arasında bir bağlantı olduğunu keşfettiği düşünülmektedir. Herodot ayrıca işçilerin beslenmesiyle ilgili araştırmalar yaparak, işçilerin verimliliğinin yüksek enerji taşıyan sağlıklı beslenmeden etkileneceği fikrini ortaya çıkarmıştır. Kurşun elementinin zehirleyici özelliği ilk kez kaynaklarda vurgulanmıştır(28). Rönesans ve Reform dönemlerinde modern tıp ilerleme göstermiş ve sağladığı imkânlar daha da gelişmiştir. Bu dönem içerisinde Paracelsus, Ramazzini ve Agricola gibi iş sağlığı ve güvenliği alanında ün yapmış insanlar ortaya çıkmıştır. Paracelsus cıva ve kurşun zehirlenmelerinin sağlığı etkilediğini ortaya çıkarmış, özellikle de maden işçilerinin bu etkiye en çok maruz kaldığını belirtmiştir. Paracelsus''De Morbis Metallici''adlı ilk iş hekimliği kitabını yazmıştır. Agricola madenlerdeki tozun işçilere zararlı olduğu, maden

ocaklarının havalandırılması gerektiği konusunda çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmaları “ De Re Metallica” adlı kitabıyla iş ve sağlık arasındaki ilişkiyi ifade etmiştir(28).

Bilimsel esaslar ışığında yine bu dönemlerde yaşamış olan ünlü İtalyan hekim Bernardino Ramazzini (1633–1714) 1713 yılında yazdığı meslek hastalıkları kitabı “ De Morbis Artificum Diatriba” adlı eseriyle işyerlerindeki gözlem ve deneyimlerini anlattığı ilksistematik kitaptır. Ramazzini, işyerlerindeki çalışma ortamlarından kaynaklı olarak meydana gelen olumsuz koşulların düzenlenmesi, bugün ergonomi olarak anlatılan işçinin çalışma şeklinin, işin insana uyumu ve insanın işe uyumunun önemli olduğunu, çalışanın sağlığı ile birlikte iş veriminin de artacağını ilk kez ifade etmiştir(28).

İş sağlığında en önemli yaklaşım sağlığın korunması ve geliştirilmesini sağlamaktır. Bu amaçlar doğrultusunda iş sağlığı yaklaşımı, toplum sağlığının temel ilkeleri ile uyum içindedir. Halk sağlığı açısından çalışanlar grubu belirlenen önemli risk gruplarından birisidir. Tüm toplumlarda çalışma hayatı geliştiği için çalışan kişi sayısı artmaktadır. Çalışanlar grubu organize topluluk olduğundan halk sağlığının birincil yaklaşımı sağlığı koruyucu ve geliştirici etkinlikler bakımından daha kolay erişilebilir bir grup oluşturmaktadır.

2.3.2. İş Sağlığı İle İlgili Temel Kavramlar

İş Sağlığı: Çalışma hayatındaki kişilerin sağlık sorunlarının tanımlanması ve çalışanın sağlığının korunmasına yönelik etkinliklerinin yer aldığı, işin insana ve insanın işe uyumunu sağlamak şeklinde tanımlanmaktadır(29). Bu çalışmalarda temel ilke koruyucu hizmetleri sunmaktır.

İş Hekimliği: İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde görevlendirilen, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından görev yapmak üzere yetkilendirilmiş, işyeri hekimliği belgesine sahip hekimdir(30).

İş Hijyeni: Çalışma sırasında ortaya çıkan sağlığa zararlı unsurların oluşturduğu ortamın kontrolünü amaçlar. Çalışma ortamında oluşan, hastalıklara veya geri kazanılması olanaksız sağlık koşullarına/işçinin iyilik halini kaybetmesine neden olan zararlıları belirleyen, değerlendirmesini yapan ve kontrol yollarını gösteren bir bilim dalıdır.

Tehlike: İş yerinde var olan/dışarıdan gelebilecek olan, çalışanı/işyerini etkileyebilecek olan kişilere, işyeri ortamına ve çevreye zarar veya hasar verme potansiyelini ifade eder(30).

Risk: Belirli bir tehlikeden kaynaklanacak olan kayıp, yaralanma ya da başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimalini veya hasarın şiddetinin bileşkesidir (30).

Ergonomi: Yunanca “ergon=iş”, “nomos=yasa” anlamına gelen terimlerin birleşmesiyle oluşmaktadır. Bu terim günümüzde “iş bilimi” olarak bilinmektedir. Ergonomi, anatomik, fizyolojik ve psikolojik özelliklerini inceleyerek ve bu verilere bağlı olarak, insanın ürün ortaya çıkarmasına katkıda bulunur. Ergonomi, işin insana insanın işe uyumunu sağlamayı amaç edinen ve çalışanların yüksek motivasyonla en fazla verimle işlerini yapmayı sağlayan bir

bilim dalıdır. Bu bağlamda insan-makine-çevre uyumunu ortaya koymaktadır. Uluslararası Ergonomi Kurumu (IEA) ergonomiyi;" bilimsel disiplini ve yöntemleri uygulamak, bir sistemin diğer unsurları ile insanlar arasındaki etkileşimi incelemek, teori ve ilkeler ile sistemin performansı sağlamak ve en iyi (optimal) seviyede insan refahını sağlamaktır”(12).

İş Kazası: İşyerinde yapılan iş yada işin yürütülmesi nedeniyle meydana gelen çalışmanın ölümüne sonuçlanması veya vücut bütünlüğünün engellenmesi yadafiziksel olarak devre dışı bırakılmasıdır(27).

Meslek Hastalığı: Mesleki risklere maruz kalma sonucu görülen hastalıklardır. Meslek Hastalığı 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortasında, sigortalı kişinin işinin niteliği ile herhangi bir sebepten ötürü veya işin yürütülmesi sırasında tekrarlanan "geçici veya sürekli hastalık, fiziksel ve zihinsel bozukluk vakaları" olarak tanımlanmaktadır. Kısacası insanların karşılaştıkları etkenler hastalıklarına yol açmaktadır. Meslek hastalığının tanınması için iş ile hastalık arasında nedensellik bağının bulunması zorunludur. Meslek hastalıkları yüzde yüz önlenabilir. Bu yüzden iş sağlığı ve güvenliğinde önemli yer tutar(14).

İşle İlgili Hastalıklar: Yalnızca bilinir ve kabul edilir meslek hastalıkları değil, çalışma ortamının oluşumu ve gelişmesi ve operasyon tarzı hastalıklar diğer nedenler arasında önemli bir faktördür. Çalışma koşullarının değişmesi ve doğal yol (gelişim) ile oluşan hastalıklar işle ilgili hastalıklardır. Bunlar meslek hastalıklarından daha sık görülmektedir. Yetişkinlerde yaygın olan; kalp- damar hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıklarıdır.

2.3.3. İş Sağlığının Temel Öğeleri

İş sağlığı konusunun çalışan birey-işçi ve işyeri ortam etkenleri olmak üzereiki temel ögesi vardır.

Çalışan Bireyler: Toplumun önemli bir kısmını oluşturan 15-65 yaş arasındaki nüfus, ekonomik olarak aktif nüfus olarak adlandırılmaktadır. Bu gruptaki kişilerin belirgin çoğunluğu tarım, sanayi ve hizmet sektörü alanlarında çalışmaktadırlar(27).

İş Yeri Ortam Etkenleri: İş yerinde ilk amaç çalışanların sağlığının korunmasıdır. Çalışmaşartları, insanların yeteneklerine uygun ve sağlık risklerini en uygun şekilde kontrol altına alınmış de, fiziksel ortam sağlığı destekleyici ve yükseltici en önemli faktördür. Bu durum çalışmanın sağlığa olumlu etkisidir(14).İş yeri riskleri, belirli bir seviyenin üzerine çıktığında iş kazaları ve meslek hastalıkları oluşması kaçınılmazdır. Bu sebeple hastalıkla risk arasında nedensellik bağı vardır(31).

2. 3. 4. İş Yerinde Sağlık ve Güvenlik Tehlikeleri

İşyerlerinde sağlık ve güvenlik açısından çeşitli tehlikeler bulunabilmektedir. Butehlikeler her ne kadar öncelikle işyerinde çalışanlar açısından risk oluşturmakta olup aynı

zamanda çevrede yaşayan halkın sağlığı içinde risk oluşturur. İş sağlığı ve güvenliği kapsamında başlıca amaç iş yerlerindeki sağlık risklerini kontrol almak böylece hem çalışanların hem de toplumun sağlığını ve güvenliğini sağlamaktır(32).

Çalışma ortamını tehdit eden unsurlar altı alt grupta incelenmiş olup aşağıda sıralanmıştır:

A) Kimyasal Etkenler: İşyerlerinde kullanılan maddeler içerisinde en fazla etkenin bulunduğu grup kimyasal madde etkenleri oluşturmaktadır. Bunlar; metaller ve metaller (kurşun, cıva, arsenik, alüminyum vs.), gazlar (karbon monoksit, metan, siyanür vs.), çözücüler (benzen, hekzan vs.), asit ve alkali maddeler, pestisidler (organik fosforlu bileşikler vs.) olarak sayılabilir. Bu maddelerden bir kısmı zaman içinde vücutta birikerek zehirlenme tablolarına neden olurken bir kısmı da kanser yapıcı maddelere dönüşürler. Kimyasal maddeler, insan organizmasını mental ve fiziksel olarak etkilemektedir(31).

B) Fiziksel Etkenler: Kimyasal maddelerin sayıca fazla olmalarına rağmen işyerlerinde çok sık rastlanılan ortam etkenleri fiziksel etkenlerdir. Bunlardan başlıcaları sıcaklık ve gürültüdür. Sanayi çalışmalarında genellikle sıcaklık söz konusudur ve hemen hemen tüm işyerlerinde gürültü problemi vardır(31).

C) Biyolojik Etkenler: Sıklıkla sağlık sektöründe çalışanlar açısından risk faktörü olmasına rağmen kuaför ve berber salonlarında da biyolojik tehlikeler söz konusudur. Özellikle bu alanlarda çalışanlarda Hepatit B ve kanla bulaşan diğer hastalıklar daha sık olarak görülür. Ayrıca gıda, tarım ve hayvancılık sektöründe aynı zaman da giyim sektöründe çalışanlar da biyolojik tehlikelere maruz kalmaktadırlar(31).

D) Tozlar: Havada asılı olarak kalan ve partikül büyüklüğü 100 mikronun altında bulunan maddelerdir. En önemli etkisi akciğerlerde birikmek ve fibrotik reaksiyona neden olarak kronik obstrüktif akciğer hastalıklarına neden olmaktadır(31).

E) Ergonomik Etkenler: İnsan-çevre-makine arasındaki uyumu sağlar. Çalışanların yüksek motivasyonla en fazla verimle işlerini yapmasını sağlar. Bu nedenle çalışma hayatında önemlidir(31).

F) Psikososyal Etkenler: Çalışma ortamında kişilerarası ilişkiler önemlidir. Bu durum bireyin ruhsal ve sosyal yönden iyi olmasını sağladığı için iş yeri ortam faktörlerini iyileştirir(31).

2. 3.5. Meslek Hastalıkları

5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun'un da "sigortalının yaptığı işin niteliği ile tekrarlanan, herhangi bir sebeple veya işin yürütümü sırasında karşılaştığı geçici veya sürekli hastalık, fiziksel ve ruhsal hastalık halleridir" şeklinde tanımlanmıştır.

2.3.5.1.Meslek Hastalıklarının Özellikleri

1- Meslek hastalıkları iş yeri ortamındaki bir veya birkaç sağlık risklerinden oluşan hastalık gruplarıdır. Tüm hastalıklar meslek hastalığı olabilir, önemli olan iş yerindeki bir madde ile nedensellik bağının olmasıdır.

2- Meslek hastalığı; hastalık, sakatlık veya mental arıza halleri şeklinde görülebilir.

3-Hastalık yapıcı etkenle, çalışan insanın temasından sonra hastalığın oluşabilmesi içingeçen zaman en az 1 haftaen fazla 30 yılı kapsamaktadır.

4- Belirlenen hastalığın her ülkenin kendi meslek hastalıkları listesinde bulunması gerekmektedir.

5- Doğal olarak bir meslek hastalığı oluşması için zararlı maddenin cinsine,maruz kalma süresine, zarara neden olan maddenin yoğunluğuna, çalışan bireyin solunum hızına ve maddeye olan duyarlılığına bağlı olmaktadır.

6-Meslek hastalıkları genellikle kronik ve uzun süreli etkene maruz kalma sonucu meydana gelir. Bu yüzden meslek hastalığı tanımında bazimesleklerde iş yerinde belirli bir süre çalışmak yer almalıdır(33).

2.3.5. 2. Meslek Hastalıklarının Türleri

İlgili mevzuatta meslek hastalıkları ile ilgili sınıflandırmalar etkene göre yapılan sınıflandırma ve organa göre yapılan sınıflandırmakombinasyonu 5 ana grupta toplanmıştır(34)

A Grubu: Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları	25 alt grupta 67 hastalık
B Grubu: Mesleki cilt hastalıkları	2 alt grupta Deri Kanseri & Kanseri dışı deri hastalıkları
C Grubu: Pnömonikozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları	6 alt grupta 9 hastalık
D Grubu: Mesleki Bulaşıcı Hastalıkları	4 alt grupta 30 hastalık
E Grubu: Fiziksel etkenlerle olan meslek hastalıkları	7 alt grupta 12 hastalık

Şekil 3:Meslek Hastalıklarının Sınıflandırılması

2.3.5.3. Meslek Hastalıklarının Tanı,Tedavive Korunmaİlkeleri

Meslek hastalıklarında kullanılan tanı yöntemi herhangi bir hastalıktaki birkaç laboratuvar testleri ve klinik incelemelerin kullanıldığı tanı yöntemleri gibi olmalıdır. Ancak buradaki özellikli yaklaşım; bireyden mesleği ile ilgili öykünün alınması olmalıdır. Günlük yaşamımızda klinik öyküler alınırken hasta bireylere işleri ile ilgili ayrıntılı bilgi sorulmaz. Oysa meslek hastalığında hasta bireyin çalıştığı ortam koşulları, iş yeri ortam faktörleri ve ortamdaki hastalık etkenlerinin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi zorunlu olmaktadır.Çünkü hasta bireye meslek hastalığı tanısının konulması için hastalık ile işin arasında nedensellik bağının bulunması zorunludur(33).

Meslek hastalığında tedavi ilkeleri üç başlık altında toplanabilir. Bunlar;

Maruziyetin Sonlandırılması: Meslek hastalıklarında ilk yapılması gereken hasta bireyin çalışma ortamından uzaklaştırılmasıdır. Bu şekilde hastanın hastalığa yol açan iş yeri ortam faktöründen uzaklaşması sağlanır ve etken ile teması kesilmiş olduğu için hastalığı daha fazla ilerlemesinin önüne geçilmiş olur. Bunun için hasta bireye bir süre istirahat raporu verilebilir ya da bir müddet hastaneden yatışı sağlanabilir.

Spesifik Tedavi: Bazı meslek hastalıklarında etkenin vücuttan atılmasını hızlandıran veya etkeni nötralize eden yaklaşım olanağı bulunmaktadır. Bu tedavinin kullanılabilir olması iyileşmeyi hızlandıracaktır. Oysa bütün meslek hastalıkları için bu şekilde spesifik bir tedavi yöntemi yoktur.

Semptomatik Tedavi: Bazı meslek hastalıklarında spesifik tedavinin olmadığı durumlarda veya spesifik tedaviye ek olarak destekleyici ve semptomatik tedavi uygulanabilir.

Meslek hastalıkları çalışma ortamındaki faktörlerin uygun yöntemlerle kontrol altına alınması durumunda hiç ortaya çıkmaması gerekmektedir. Çünkü bu hastalıkların en önemli yollarından birisi, “teknik ve tıbbi önlemler ile korunulabilir” hastalıklar olmasıdır. Önlemler arasında kapatma, havalandırma, ayırma, ıslak çalışma yöntemi kullanma, kullanılan teknolojiyi değiştirme gibi çeşitli mühendislik uygulamaları yapılabilir(33).

2.3.5.4. Kuaförlerde ve Berberlerde Görülebilecek Meslek Hastalıkları

Kuaför salonlarında çalışanlar, çeşitli kimyasal ve mekanik uygulamaların işyerinde oluşturduğu olumsuz etkilerle karşı karşıya kalmaktadır(35,2). Kullanılan ürünler (saç boyası, saç spreyi, permanent yağlar, ağartıcı ajanlar, şampuan vb.) ve çalışma ortamındaki zararlı etmenler (toz, duman, buhar vb) özellikle deneyimsiz çalışanlar üzerinde hem alerjen hem de iritan etkisiyle meslek hastalıklarına yol açmaktadır.

Kuaförlerde sık olarak görülen meslek hastalıkları mesleki astım vemesleksel dermatozlardır. Bunlar aşağıda açıklanmıştır.

Mesleki Astım: İlk olarak 1713 yılında Dr. Ramazzini tarafından “DeMorbisArtificum(işçilerin hastalıkları)”adlı kitabında fırıncılarda ve çiftçilerde tanımlanmıştır. Bu uzun öyküye rağmen iş yeri ve astım ilişkisi ciddi anlamda ancak 1960’lı yıllarda incelenmiştir. Bu hastalığın mesleki hastalıklar kategorisine girmesi ancak 1990’lı yıllarda olmuştur(36). Mesleki astım “çalışma ortamında spesifik ajana belli bir süre maruziyetten sonra ortaya çıkan astım” olarak tanımlanmaktadır.

Mesleksel Deri Hastalıkları: Meslek hastalıklarının yaklaşık %30’u cilt hastalıklarıdır. Cilt hastalıklarının % 90’nı iritan veya alerjik ya da herikisinin birlikte bulunduğu kontakt dermatitler oluşturur. Deformasyonlar en sık “el”de görülür(34).

Mesleki deri hastalıklarının en sık görüldüğü meslekler; berberler, kuaförler, sağlık personelleri, inşaat işçileri, makine operatörleri vb.meslek gruplarıdır.

2. 3.6. İşle İlgili Hastalıklar

İşle ilgili hastalıklar, çalışanlar arasında meslek hastalıklarından daha sık görülen sağlık sorunudur. İşle ilgili hastalıklarda, çalışılan ortam koşulları, bir hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı veya gelişmesini hızlandırıcı rol oynayabilir. Kalp damar hastalıkları, iş stresi ve psikosomatik bozukluklar, malignansiler, peptik ülser, kas iskelet sistemi hastalıkları gibi bazı hastalıklar “işle ilgili hastalıklar”dır(37).

2.3.6.1. Kuaförlerde ve Berberlerde Görülebilecek İşle İlgili Kas-İskelet Sistemi Hastalıklar

Kuaförlerin işle ilgili hastalıkları oldukça çok sayıdadır. Kullandıkları aletler (fön makinesi ve diğer elektrikli aletler) iş kazalarına yol açabilmekte; uzun süre ayakta çalışmaktan dolayı ergonomik risklere maruz kalmaktadırlar(12). İşle ilgili kas-iskelet sistemi bozukluklarından ilk olarak, Dr. Ramazzini 17. yy’de işle ilgili kas iskelet sistemi hastalıklarına sert ve irregüler hareketlerin ve doğal olmayan postürün neden olduğundan söz etmiştir. Sık görülen birçok iskelet sistem yakınmaları, özellikle bel, boyun ve kol ağrıları hatalı duruş özellikleri ile ilgilidir. İşe bağlı omuz ağrılarının nedenlerinin başında da tekrarlayıcı hareketler, vibrasyon ve kötü postür gelmektedir. Ayrıca ileri yaş, sigara kullanma ve öncesinde travma geçirme de omuz ağrısını artıran nedenlerdendir. Omuz ağrısı için riskli meslek grupları kasiyerler, giyim işçileri, kaynakçılar, inşaat işçileridir. Ayrıca kuaförler, sıvacılar, montaj işçileri ve uzun süre bilgisayar başında çalışmak durumunda olan meslek grupları da omuz ağrısı için yüksek risk altındadırlar. Omuz ağrısını önlemek için, üst kolun aşırı miktarda tekrarlayıcı hareketlerini gerektiren işlerde çalışmamalı, bu tekrarlayıcı hareketler kısa zaman içinde aşırı güç kullanılarak yapılmamalıdır. Tekrarlayıcı hareketler mutlaka yapılacaksa aralar verilerek, uzun zaman dilimine bölünerek yapılmalıdır. Ellerin omuz seviyesi üzerinde kullanılmasını gerektiren işlerde kısa süreli olarak çalışmaya dikkat edilmelidir. Ayrıca titreşim yapıcı işlerde de uzun süreli çalışmaktan kaçınılmalıdır(38,12). Çalışma hayatında bu rahatsızlıklar iş verimini, maliyeti ve çalışanların yaşam kalitelerini negatif yönde etkilemektedir. Son çalışmalara göre bel, boyun ve omuzdaki kas iskelet sistemi hastalıklarında, işteki fiziksel ve psikososyal faktörlerin önemli rolü vardır.

2.3.6.2. İşle İlgili Kas-İskelet Sistemi Hastalıklarında Risk Faktörleri

A) Fiziksel Faktörler: Çalışma sırasındaki kötü postürler ve hareketler, iş sırasında kaslara binen yük, işin hızı, süresi ve tekrarlama özelliği, harekette kullanılan kuvvet, vibrasyon, ısı gibi fiziksel faktörlerdir(39).

B) Psikososyal Faktörler: İşe bağlı kas iskelet sistemi hastalıklarının gelişiminde meslek ve iş çevresine ait psikososyal faktörlerin etkisinin de gittikçe arttığı belirtilmektedir.

Bazı çalışmalar boyun ağrısı ile yüksek mesleki beklentiler, azalmış sosyal destek, azalmış iş kontrolü ve düşük iş memnuniyeti arasında ilişki olduğunu göstermişlerdir. İşlerini hemen daima zevk alarak yapanlarla karşılaştırıldığında, iş yaparken hemen hiç zevk almayanların sırt/bel ağrısı bildirme olasılığı 2,5 kat daha fazladır(39). İşe bağlı kas iskelet sistemi hastalıkları iki ana başlık altında toplanabilir. Bunlar;

- 1)Üst Extremitte Hastalıkları(Baş, Boyun, Omuz, Dirsek, El Ağrıları)
- 2)Alt Extremitte Hastalıkları (Bel Ağrıları Ve Ayak Ağrıları)

2.3.7. İş Stresi ve Psikolojik Bozukluklar

İş, insanların yaşamda önemli bir yer kazanmasını sağlayan, sosyal bir etmen olduğugibi fiziksel, kimyasal, psikolojik, sosyal ve ekonomik pek çok nitelikleri ile de insan sağlığını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir(40).

Geçmişten günümüze kadar toplumların gelişmesinde, ilerlemesinde yaptığı işten memnun kişilerin yetiştirilmesi ve aynı zamanda iş doyumu yüksek meslek elamanlarının yetiştirilmesi önemli olmuştur. Yaşamda pek çok doyum alanları vardır. Bunların en önemlilerinden biri, yapılan işten bireyin sağladığı doyumdur. Çünkü insanın hayata bağlandığı en kuvvetli bağı işidir(41).

İş doyumu, yapılan işin çeşitli yönlerine karşı beslenen tutumların toplamıdır. Bilinmektedir ki bir meslek kişinin ihtiyacını karşılayabildiği düzeyde kişi için önemlidir. Bireyin ihtiyaçları ve sahip olduğu değer yargıları yaptığı iş ile uyumlu ise ortaya yaptığı işten memnuniyet ve iş doyumu ortaya çıkacaktır(40). İşyerindeki fiziksel (gürültü seviyesi, havalandırma düzeyi, ışıklandırma derecesi, kalabalık v.b), bireysel (sorumluluk bilinci, işin yükü, rollerdeki belirginlik ve değişiklik düzeyiv.b), kişilerarası (amirlerle iletişim ve meslektaşlarla ilişkiler) ve kurumsal faktörler (belirsizlik, idari politikalar, çok fazla ya da az yapılandırılmışlık), çalışan bireylerin iş doyumundaki artışlar ya da azalmalarla ilişkili olarakbulunmuştur.İş tatminindeki azalmalar, genellikle öfke, gerilim, anksiyete, depresyon ve soğuk algınlığı, alerjik reaksiyonlar, gastrointestinal sistem hastalıkları ve madde kullanımı gibi fizyolojik problemlerle ilişkilidir. Günlük yaşam olayları, kişilik özellikleri ve olumsuz yan etkiler ile birleşince bir takım problemler görülür. Bu problemler, iş verimliliğinde azalma, konsantrasyonda azalma, hataların artması, toleransın azalması, kişilerarası ilişkilerde çatışma ve duyarsızlık, çok sık raporlar ve geç çalışma gibi çalışanların performansına yansımaktadır(42).

İş doyumunun yüksek olması çalışanların motivasyonunu arttırmaktadır. Motivasyonu yüksek çalışanların olması, firmaların başarıları ve verimlilikleri için önemli bir faktör olarak görülmektedir(43).İş doyumunu etkileyen faktörler bireysel ve örgütsel olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Bunlar;

Bireysel Faktörler: İş doyumunda bireysel faktörlere olan ilgi 1980'lerin ortalarından itibaren artış göstermiştir. Yapılan çalışmalar, iş doyumunun oluşumunda bireysel faktörlerin

önemli olduğunu belirtmiştir. Bu konu ile ilgili olarak zaman geçtikçe yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlara rastlanılmıştır. Bu sonuç, iş doyum düzeyinin sadece işle ilgili değil, aynı zamanda bireylerle ilişkili olduğunu söyleyen kuramların öneminin artmasına neden olmuştur. Gerek iş gerekse toplumsal hayatta belirli görevleri üstlenen bireylerin iş yaşamlarında gerilim yaratan olaylar gün geçtikçe artmaktadır. Bireylerin işlerinde doyuma ulaşarak mutlu olmaları, sosyal sistemin bütünü içerisinde huzur ve uyuma çok önemli katkılar sağlayacaktır(44).

Örgütsel Faktörler: Çalışanların davranışsal ve psikolojik olarak kendilerini çalıştıkları işe yakın hissetme durumunu ifade etmektedir. Örgütsel faktörler, işin kendisi, ücret, çalışma koşulları, takdir edilme, iş arkadaşları ile ilişkiler, terfi imkânları, yöneticilerin davranışı, iş güvenliği, sosyal statü v.b. gibi kavramlar olarak tanımlanabilir. Bu değişkenlere işin gerektirdiği bilgi düzeyi ve beceriler, işin çalışana sağladığı sosyo-ekonomik çıkarlar olmak üzere farklı faktörler de eklenebilir.

İş doyumunu ile ilgili olarak Maslow'un "Gereksinimlerin Hiyerarşisi Kuramı" dikkat çekicidir. Kuramın öncüsü A. Maslow insanları doyum sağlamak üzere harekete geçiren gereksinimleri beş basamaklı bir hiyerarşik yapıda örgütlemiştir(44).

1. Fizyolojik Gereksinimler: Yemek, içmek dinlenmek gibi yaşamın devamı için zorunlu olan ihtiyaçlardır.

2. Güvenlik Gereksinimi: İnsanın kendisini güvenlik içinde görme ihtiyacıdır. Can ve mal güvenliği, gelecek güvencesi ve iş güvencesi gibi.

3. Sevgi Gereksinimi: Bireyin; sevmek, sevilme, bir gruba ait olma, arkadaş edinme gibi sosyal ihtiyaçları kapsar ve çalışanların insanlarla olumlu ilişkiler kurabilmesi onları sosyal yönden doyuma ulaştırır.

4. Saygınlık Gereksinimi: Bireyin kendine güven ve saygı duyması ile başkalarının bireyi tanınması ve saygı göstermesi gibi durumları ifade eder.

5. Kendini Gerçekleştirme Gereksinimi: Bireyin potansiyel gücünü ve kapasitesini en yüksek düzeye çıkarma ve yeteneklerini geliştirme arzusunu içerir(44).

Her ne kadar Maslow'un teorisi kanıtlanmamış ve hangi sırada ihtiyaçlar olduğu konusunda tartışma olsa da Maslow'un teorisi yöneticilerin iş görenlerin farklı ihtiyaçları olduğunun farkına varmasını sağlamıştır. Bunun yanında saygınlık veya kendini gerçekleştirme ihtiyaçlarının doğası veya motivasyonlailşkilerinin nasıl olduğu henüz net biçimde açıklanmamış olsa da, bunlar iş motivasyonunun içeriği açısından önemli ihtiyaçlardır(45).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu tanımlayıcı ve kesitsel çalışmada, Gaziantep ilindeki kuaför ve berber çalışanların AIDS ve Hepatit B ile ilgili bilgilerinin iş doyumu ile değerlendirilmesi amaçlandı.

3.2.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı yer Gaziantep ilinin Esnaf ve Sanatkarlar Odası'na kayıtlı 1200 kuaför ve berber salonu oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini kuaför ve berber salonlarında Aralık 2017-Mart 2018 tarihleri arasında çalışan kişiler oluşturmaktadır. Bu salonlarda (kuaför 700,berber 500 kişi) toplam 1200 kişi çalışmaktadır.

Araştırmada Gaziantep ilinin Şahinbey ve Şehitkamil ilçelerinde bulunan kuaför ve berber salonlarını temsil eden bir örneklem oluşturmak amaçlandı. Araştırmanın coğrafi alanının geniş olması sebebiyle küme örneklem yöntemi kullanıldı. Bu amaçla, öncelikle mahalleler belirlenip mahaledeki kuaför ve berberler listelenmiştir. Bu listeden evrendeki her birimin örneğe seçilme şansı eşit kabul edilmiştir. Çalışanlara başlangıçta yapılacak araştırma ile ilgili kısa bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmak için gönüllü olup olmadıkları sorulmuştur. Gönüllü olanlara anket uygulanmıştır. Toplam 628 kişi (kuaför=319, berber=309) örneklemini oluşturmuştur.

3.3.Araştırmada Kullanılan Araçlar

Veri Toplama Araçları: Çalışanları tanılama formu ve çalışanların Hepatit B ve AIDS ile ilgili bilgi formu (EkI) uygulanmıştır. Anket formunda çalışmaya alınan bireylerin tanımlayıcı özellikleri için 8 soru veHepatit B ve AIDS ile ilgili bilgiler, iş güvenliği ve meslek hastalıkları ile ilgili toplam 71 soru bulunmaktadır. Bunlardan 9'u açık uçludur.

JSS İş Doyum Ölçeği: İş doyum anketi; 1985 yılında Spector tarafından geliştirilmişYelboğa (2009) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 9 grup ile 36 alt değişkenden oluşmaktadır. Ölçekteki 9 grubun her birinde dört alt değişken bulunmaktadır. İş doyum anketinin uygulanmasında altılı ölçek kullanılmaktadır. Ölçek; “Ücret”, “Yükselme olanakları”, “Denetim” (ilk amirle olan ilişkilerden sağlanan doyum), “Sosyal haklar”, “Performansa Dayalı Ödüllendirme”, “İşin yapılma şekli” (kural ve prosedürlerle ilgili doyum), “Çalışma arkadaşları”, “İşin yapısı” ve “İletişim” olmak üzere dokuz alt boyuttan oluşmakta ve her boyut dört madde içermekte, toplamda 36 maddeden oluşmaktadır.Ölçek 6'lı likert tipidir. “Yaptığım iş karşılığı adil bir ücret aldığımı düşünüyorum.” ve “İşimde yükselme şansım çok düşüktür.” gibi maddelerden oluşan JSS ölçeğinde her madde “1-Hiç katılmıyorum”dan “6-Tamamenkatılıyorum” arasında derecelendirilmiştir. Maddeler çift yönlü yazıldığı için yarısı ters puanlanmaktadır. Her biri 4 maddeden oluşan dokuz alt ölçeğinin her birindeki puanlar 4 ile 24 arasındadır. Toplam puan36 ile 216 arasında değişebilir. Olumsuz ifadeler 2, 4, 6, 8, 10, 12,

14, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 29, 31, 32, 34, 36'dır. Ölçeğin merkezi 3-4 arasında olduğu için, her iki sayı da kullanılabilir.

JSS-İş Doyum Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayısıyla belirlenen iç tutarlılık güvenilirliği 0,78'dir. Ücret, Yükselme olanakları, Denetim (ilk amirle olan ilişkilerden sağlanan doyum), Sosyal haklar, Performansa Dayalı Ödüllendirme, İşin yapılma şekli (kural ve prosedürlerle ilgili doyum), Çalışma arkadaşları, İşin yapısı ve İletişim boyutlarının iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,63; 0,69; 0,74; 0,65; 0,71; 0,76; 0,77; 0,82 ve 0,88'dir. İş doyumu ölçeğinin, yapı geçerliği, daha önceki yapı geçerliği çalışmalarında Yelboğa'nın (2009) da elde edilen yapı ile tutarlıdır (46,47,61). (8.1.Ek 2)

Çalışmada iş doyumu ölçeğine yönelik yapılan güvenilirlik katsayısı Cronbach Alpha 0,741 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu değerin $0,60 \leq \alpha < 0,80$ aralığında olması oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışanların sosyo-demografik özellikler ve ölçeği değerlendirilmesine yönelik verilerin dağılımında sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma değerleri kullanılmıştır. Gruplar arası farkın incelenmesinde ki-kare (X^2) testi kullanılmıştır. Veri analizinde 0.05 anlamlılık düzeyi benimsenmiştir.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları, Güçlükleri

Çalışanların çabuk sıkılmaları, işverenlerin çalışma saatlerini vermek istememeleri, anketlerin yalnızca araştırmacı tarafından yapılması güçlük yaşanmasına neden olmuştur.

3.6. Etik Konular

Araştırmanın yürütülmesi için Esnaf ve Sanatkarlar Odası Başkanlığı'na bağlı Kuaförler Odası ve Berberler Odası'ndan gerekli yasal izinler (Ek3),

Gaziantep Üniversitesi etik kurul izni (Karar No:2017/338 Tarih:23.10.2017, ek 4) ve çalışmaya katılan çalışanların sözel onamları alınmıştır.

4.BULGULAR

Gaziantep il merkezinde bulunan kuaför ve berber salonlarında yapılan bu araştırmada toplam 628 kişiye anket uygulanmıştır.

Tablo 1: Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikler Dağılımı

Yaşınız	Sayı	%
15-19	77	12,3
20-24	127	20,3
25-29	171	27,2
30-34	122	19,4
35 ve üzeri	131	20,8
Doğum yeriniz		
Gaziantep	495	79,0
Diğer İller	133	21,0
Cinsiyet		
Kadın	215	34,2
Erkek	413	65,8
Medeni Durumunuz		
Evli	308	49,0
Bekar	304	48,4
Boşanmış	16	2,6
Çocuk Sayısı		
Yok	354	56,4
Var	274	43,6
Mesleğiniz		
Kuaför	319	50,8
Berber	309	49,2
Eşinizin Mesleği		
Kuaför	56	9,0
Berber	4	0,6
Ev Hanımı	171	27,2
Diğer	73	11,6
Bekar / Boşanmış	324	51,6
Sağlık Güvenceniz		
Var	436	69,4
Yok	192	30,6
Toplam	628	100,0

Araştırmaya katılan kişilerin %27,2'si 25-29(28,13±6,9) yaş grubu aralığındadır. Katılanların %65,8'ini erkek, %49'u evli, %56,4'ünün çocuksuz ve %79'unun Gaziantep ilinde ikamet edenler oluşturmaktadır. Katılanların %50,8'i kuaför, %49,2'si berber oluşturmakta bunların %69,4'ünün sosyal sağlık güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 2:Çalışanların Mesleki Özellikleri Dağılımı

Statü	Sayı	%
Çırak	9	1,4
Kalfa	151	24,0
Usta	199	31,7
Uzman Kuaför/Berber	128	20,4
Salon Sahibi	136	21,7
Diğer	5	0,8
Ne Kadar Süredir Çalışıyor		
0-4 yıl	102	16,2
5-9 yıl	167	26,7
10-14 yıl	139	22,1
15-19 yıl	112	17,8
20 yıl ve +	108	17,2
Salondaki Görevi		
Manikür/Pedikür	24	3,8
Saç Yapımı	274	43,6
Makyöz	14	2,2
Epilasyon	9	1,4
Bütün İşler	307	48,9
Toplam	628	100

Katılımcıların %26,7'si 5-9 ($\pm 1,33$) yıldır çalışmakta, %31,7'si usta, %48,9'u bütün işleri yaptığını belirtmiştir.

Tablo 3:Çalışanların Mesleki Sağlık Bilgi Özellikleri Dağılımı

Mesleki Sağlık Eğitimi Kursu	Sayı	%
Evet	460	73,2
Hayır	168	26,8
Mesleki Sağlık Riskleri Eğitimi		
Evet	428	68,2
Hayır	200	31,8
Mesleki Sağlık Riskleri Bilgi Kaynakları		
Meslektaş	399	63,6
Okul	198	31,5
Gazete	5	0,8
Tv	19	3,0
Kitap	7	1,1
Toplam	628	100,0

Katılan kişilerin %68,2'si mesleki riskler konusunda eğitim aldığını, bunların bilgi kaynakları sorulduğunda %63,5'i meslektaşlarından, %31,5'i okuldan, %3'ü televizyondan, %1,1 kitaptan, %0,8'i gazeteden bilgilendiğini belirtmiştir.

Tablo 4:ÇalışanlarınEl KesmeÖzellikleri Dağılımı

Meslek Hayatı Süresince Elinizi Kestiniz mi?	Sayı	%
Evet	464	74,0
Hayır	164	26,0
*Elinizi Kaç Defa Kestiniz		
Hiç	164	22,3
1-4	138	30,6
5-9	60	9,6
10 ve +	266	42,4
En Çok Hangi Uygulamalarda El Kesisi Olur		
Manikür/Pedikür	53	8,4
Epilasyon	14	2,2
Saç Kesimi	424	67,6
Tıraş	137	21,8
*En Çok Hangi Aletler Elinizi Kestiniz		
Jilet	182	39,3
Ustura	53	11,5
Makas	224	48,2
Diğer	5	1,0
Müşteride Kesik Oluştuğunda Hangi Yolu İzlersniz?		
Kolonya İle Silerim	229	36,5
Steril Gazlı Bezle Silerim	150	23,9
Kan Taşı Basarım	119	18,9
İyot İle Silerim	19	3,0
Sadece Pamuk İle Siler Yarabandı Yapıştırırım	111	17,7
*El Kesisinden Sonra Hastaneye Gittiniz mi		
Evet	99	21,3
Hayır	365	78,7
*El Kesisi Sonrası Hastaneye Gittim		
Hepatit Var	14	3,0
Hepatit Yok	450	97,0
*Kan Taşı Kullanır mısınız		
Evet	328	70,7
Hayır	136	29,3
*Kan Taşını Kaç Yaralanmadan Sonra Değiştiriyorsunuz		
Kullanmıyorum	136	29,3
Tek Kullanımlık	315	67,9
2 ve Üzeri	13	2,8
Toplam	464	100.0

*El kesisi yaşayan 464 kişi cevaplamıştır.

Katılımcıların %74,0'ı el kesisi yaşadığını, %42,4'ünün on ve üzeri elini kestiğini,%67,5'inin kesininsaç kesimi sırasında yaşandığını,%48,2'si en çok makas kullandığını, el kesisi oluştuğunda %36,5'inin kolonya ile sildiği, %23,9'unun steril gazlı bezle sildiğini belirtmiştir. %78,7'sihastaneye gitmediklerini, %70,7'si kan taşı kullandığını, %67,8'i kan taşını her kullanımda değiştirdiğini belirtmiştir.

Tablo 5:Çalışanların Öz Bakım Dağılımı

İş Yerinde ve Kişisel Hijyen Kurallarını Yerine Getirenler	Sayı	%
Evet	518	82,5
Hayır	110	17,5
Enfeksiyondan Korunmak İçin Alınan Önlemler;		
Hiçbir Önlem Almıyorum	90	14,3
Eldiven Giyerim	189	30,0
Ellerimi Yıkırım	215	34,2
Maske Takarım	49	8,0
Önlük Kullanırım	85	13,5
Ellerini Yıkama Zamanları;		
İşlemlerden Önce Ve Sonra	423	67,4
İşlemlerden Önce	93	14,8
İşlemlerden Sonra	30	4,8
Aklıma Geldiğinde	76	12,0
Hiç Yıkamam	6	1,0
Ellerini İşlemden Önce Ve Sonra Temizleme Şekli;		
Su İle Yıkırım	136	21,7
Su ve Sabun İle Yıkırım	387	61,6
Dezenfaktan İle Yıkırım	74	11,8
Sadece Alkollerim	18	2,9
Temizlemem	13	2,0
Elinde Yara Varken Alet Temizliği Yapan;		
Evet	192	30,6
Hayır	436	69,4
Toplam	628	100.0

Katılımcıların öz bakımlarında %82,5'i hijyen kurallarına dikkat ettiğini %34,2'si ellerini yıkadığını, %14,3'ü hiçbirşey yapmadığını, %67,4'ü ellerini işlemden önce ve sonra yıkadığını, %1,0'ı hiç yıkamam cevabını vermiştir. %61,6'sı su ve sabun ile ellerini yıkadığını %69,4'ü elinde yara varken alet temizliği yapmadığını belirtmiştir.

Tablo 6:Çalışanların İşle İlgili Hastalık Dağılımı

İşle ilgili Hastalığı	Sayı	%
Var	154	24,5
Yok	474	75,5
*İşle İlgili Hastalıkları		
Ağrı	31	20,0
Fıtık	64	41,3
Varis	44	28,4
Solunum Sıkıntısı	2	1,3
Sedef	5	3,2
Psikolojik	1	0,7
Egzema	7	5,1
Toplam	154	100.0

Araştırma katılan kişilerin işini yaptığı süreçte %75,5'i meslek hastalığı olmadığını, %10,8'i fitik yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 7: Çalışanların Manikür/Pedikür Yapma Dağılımı

*Günde Kaç Manikür/Pedikür Yapıyorsunuz?	Sayı	%
1-3 Arası Yapılıyor	208	65,2
4 ve Üzeri Yapılıyor	111	34,8
*Maniküre Gelen Müşterilerinize Kendi Malzemelerini Getirmesini Söylersiniz		
Evet	179	56,1
Hayır	140	43,9
*Maniküre Gelen Müşterilerinize Bulaşıcı Hastalığı Olup Olmadığını Soruyormusunuz		
Evet	170	53,3
Hayır	149	46,7
*Manikür/Pedikür Uygulamasında Hiç Yaralandınız mı?		
Evet	76	23,9
Hayır	243	76,1
*Manikür/Pedikür Yaralanmasında Müşterinin Bulaşıcı Hastalığı Varsa Hastaneye Gidermisiniz		
Evet	216	67,7
Hayır	101	32,3
*Manikür/Pedikür Kaplarınızı Hangi Sıklıkta Dezenfekte Edersiniz		
Günde Bir	88	27,6
İki Üç Günde Bir	29	9,1
Haftada Bir	37	11,6
Her Kullanımda	158	49,5
Diğer	7	2,2
Toplam	319	100

*Kadın kuaförleri cevaplamıştır(n=319)

Katılımcıların %56,1'i müşterilerine kendi manikür/pedikür malzemelerini getirmelerini, %49,5'i manikür/pedikür kaplarını her kullanımda değiştirdiklerini, %27,6'sı günde bir kez değiştirdiğini belirtmiştir.

Tablo 8: Çalışanların Dekontaminasyon Bilgileri Dağılımı

Sterilizasyon Eğitimi Aldınız mı?	Sayı	%
Evet	370	58,9
Hayır	258	41,1
Sterilizasyon Eğitimi Nereden Aldınız		
Okul	311	49,5
Seminer	40	6,4
İş Yeri	19	3,0
Hayır	258	41,1
İş Yeri Denetimi Yapılıyormu		
Evet	460	73,2
Hayır	168	26,8
İş Yeri Denetlemeleri Ne Kadar Zamanda Yapılıyor		
Ara Ara	85	13,6
Yılda 1	87	13,8
Yılda 2	240	38,2
Yok	168	26,8
Her Ay	48	7,6
Aletlerin Sterilizasyonu nasıl yapılıyor		
Hiçbirşey	48	7,6
Alkolle Silme	137	21,8
Sterilizasyon Makinesine Koyma	163	26,0
Alkolle Silip Sterilizasyona Koyma	98	15,6
Ozonda Bekletip Sterilizasyona Koyma	5	0,8
Kolonya İle Silme	27	4,3
Çamaşır Suyunda Bekletme	45	7,2
Sterilizasyon Ve Deterjanla Yıkama	47	7,5
Sterilizasyon Ve Çamaşır Suyu İle Silme	26	4,1
Sıcak Suda Kaynatma	10	1,6
Sıcak Suda Kaynatma Ve Çamaşır Suyunda Bekletme	22	3,5
Aletlerin Temizliği		
Aynı	214	34,1
Farklı	414	65,9
Ecza Dolabı		
Var	458	72,9
Yok	170	27,1
Toplam	628	100,0

Katılan kişilerin %58,9'u sterilizasyon eğitimi aldığını, %49,5'i okuldan aldığını, %26,0'sı müşterilerine kullandıkları aletleri sterilizasyon makinesine koyduğunu, %65,9'u aletlerin temizliğini farklı lavobalarda yaptığını belirtmiştir. Katılanların %73,2'si iş yeri denetimlerinin yapıldığını, bunların %38,2 yılda iki defa yapıldığını, %72,9'u iş yerlerinde ecza dolabı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 9: Çalışanların Hepatit B Bilgi Düzey Tutum ve Davranışları Dağılımı

Hepatit B Hastalığını Duydu Mu?	Sayı	%
Evet	554	88,2
Hayır	74	11,8
Hepatit B Hastalıklarını Biliyor Mu?		
Evet	525	83,6
Hayır	103	16,4
Hepatit B Bilgisini Nereden Aldı?		
Hastane	231	36,8
Mesleki Eğitim Kursu	221	35,2
Basın	26	4,1
Seminer	3	0,5
Arkadaşlar	144	22,9
Bilmiyorum	3	0,5
Hepatit B Önemli Bir Hastalıktır.		
Evet	541	86,1
Hayır	27	4,3
Bilmiyorum	60	9,6
Hepatit B Bulaşıcı Bir Hastalıktır.		
Evet	479	76,3
Hayır	23	3,7
Bilmiyorum	126	20,0
Hepati B Tedavisi Vardır.		
Evet	381	60,7
Hayır	82	13,0
Bilmiyorum	165	26,3
Yıllık Hepatit B Değerlerine Baktırı Mısınız?		
Evet	134	21,3
Hayır	494	78,7
Hepatit B Aşısı Yaptır Dınız Mı?		
Evet	282	44,9
Hayır	346	55,1
Aşılanmanıza Önem Veren Birileri Var Mı?		
Evet	253	40,3
Hayır	375	59,7
Aşılanmaya Önem Veren Kişiler Kimlerdir?		
Aile	170	27,1
Sağlıkçı Müşteri	44	7,0
Aile Hekimi	22	3,5
Dernek	7	1,1
Arkadaş	10	1,6
yok	375	59,7
Hepatit B Hangi Yolla Bulaşır?		
Kan	492	78,3
Solunum	36	5,7
Cinsel İlişki	38	6,1
Temas	47	7,5
Diğer	15	2,4
Hepatit B En Çok Hangi Aletler İle Bulaşır.		
Jilet Epilasyon Makas Manikür Pedikür Aleti	586	93,3
Tarak	25	4,0
Fırça	12	1,9
Havlu	5	0,8
Hepaptit B Li Bir Hastayı Nasıl Traş Edersiniz?		
Kesinlikle Traş Etmezdim.	121	19,3
Paylaştığı İçin Teşekkür Eder Başka Bir Arkadaşa Yönlendirirdim.	66	10,5
Tıraş Eder Fakat Bulaş Riski Açısından Dikkat Eder Ve Önlem Alırdım.	441	70,2
Hepatit B Taşıyıcı Müşteriniz Olsa;		
Normal Malzemeleri Kullanırım	55	8,8
Onlara Özgü Malzemeleri Kullanırım	411	65,4
Normal Malzemeleri Kullanıp Temizlerim	162	25,8
Toplam	628	100,0

Katılan kişilerin %88,2'sinin bu hastalığı duyduğunu, %83,6'sı bu hastalığı bildiğini, bunların %36,8'inin hastaneden, %35,2'sinin mesleki eğitim kursundan şeklinde belirtmişlerdir.

Katılımcıların %76,3'ü Hepatit B'nin bulaşıcı olduğunu, %60,7'si tedavisi olduğunu, %78,7'si yıllık Hepatit B değerlerine bakılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %78,3'ü Hepatit B'nin kan yoluyla, %93,3'ü jilet epilasyon manikür pedikür aletleri ile bulaştığını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %55,1'i aşı yaptırmadığını, %27,1'si aile nedeni ile aşı yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların Hepatit B li bir kişi tarafından tıraş edilmek istenirse %70,2 ‘‘Tıraş eder fakat bulaş riski açısından dikkat eder ve önlem alırdım.’’; Hepatit B taşıyıcı müşteriniz olsa %65,4'ü’’onlara özgü malzemeleri kullanırım. ’’cevabını vermişlerdir.

Tablo 10:Çalışanların Meslekleri ile El Kesisi Oluşma Dağılımı

En çok el kesisi yaşadığı aletler	Kuaför		Berber		İstatistik
	Sayı	%	Sayı	%	
Jilet	65	20,4	175	56,6	p<0,000 x²=116,67
Ustura	24	7,6	42	13,6	
Makas	223	70	92	29,8	
Diğer	7	2,0	0	0	
Ellerini yıkama zamanları					
İşlemlerden önce ve sonra	197	61,7	226	73,1	p<0,015 x²=12,39
İşlemlerden önce	52	16,3	41	13,2	
İşlemlerden sonra	20	6,3	10	3,2	
Aklıma geldiğinde	48	15,0	28	9,1	
Hiç yıkamam	2	0,6	4	1,3	
Toplam	319	100.0	309	100.0	

Mesleki özellikleri ile el kesisi durumlarına bakıldığında kuaförler ile berberler arasında fark bulunmuştur.(p<0,000). Ustura, jilet yaralanmaları berberlerde daha fazladır.

Ellerini yıkama zamanları arasında kuaförler ile berberler arasında fark bulunmuştur(p<0,015). Kuaförler müşterilerine işlem yapmadan önce ve sonra hijyen kurallarına daha çok dikkat etmiştir.

Tablo 11: Çalışanların AIDS Bilgi Tutum ve Davranışları Dağılımı

AIDS Hastalığını Duydu mu?	Sayı	%
Evet	522	83,1
Hayır	106	16,9
AIDS Hastalıklarını Biliyor mu?		
Evet	546	86,9
Hayır	82	13,1
*AIDS Bilgisini Nereden Aldı		
Hastane	201	36,8
Mesleki Eğitim Kursu	138	25,3
Basın	40	7,3
Seminer	10	1,8
Arkadaşlar	155	28,3
Bilmiyorum	2	0,5
AIDS Önemli Bir Hastalıktır		
Evet	494	78,7
Hayır	19	3,0
Bilmiyorum	115	18,3
AIDS Bulaşıcı Bir Hastalıktır		
Evet	432	68,8
Hayır	32	5,4
Bilmiyorum	164	25,8
AIDS Tedavisi Vardır		
Evet	245	39,0
Hayır	203	32,3
Bilmiyorum	180	28,7
AIDS Hangi Yolla Bulaşır		
Kan	202	32,1
Solunum	15	2,4
Cinsel İlişki	349	55,6
Temas	44	7,0
Diğer	18	2,9
AIDS En Çok Hangi Aletler İle Bulaşır		
Jilet Epilasyon Makas Manikür Pedikür Aleti	581	92,5
Tarak	31	4,9
Fırça	4	0,6
Havlu	12	2,0
AIDSli Bir Hastayı Nasıl Traş Edersiniz		
Kesinlikle Traş Etmezdim.	105	16,7
Tıraş Öncesi Bu Hastalığı Benimle Paylaştığı İçin Teşekkür Eder Başka Bir Arkadaşa Yönlendirirdim.	67	10,7
Tıraş Eder Bulaş Riski Açısından Dikkat Eder ve Önlem Alırdım.	456	72,6
AIDS Taşıyıcı Müşteriniz Olsa;		
Normal Malzemeleri Kullanırım	53	8,4
Onlara Özgü Malzemeleri Kullanırım	415	66,1
Normal Malzemeleri Kullanıp Temizlerim	160	25,5
Toplam	618	100,0

*AIDS hastalığını bilen 546 kişi cevaplamıştır.

Katılımcıların %83,1'i AIDS hastalığını duyduğunu,%86,9'u bildiğini ve %36,8'i bilgileri hastaneden öğrendiklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların %78,7'si bu hastalığın önemli, %68,8'i bulaşıcı, %39,0'ı tedavisi olduğunu belirtmişlerdir. %92,5'i AIDS hastalığının en çok jilet,epilasyon,manikür/pedikür gibi kesici-delici aletlerle bulaştığını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %72,6'sı AIDS li bir hastayı tıraş ederken "bulaş riski açısından dikkat eder ve önlem alırdım."cevabını, %66,1'i ise AIDS taşıyıcı müşterisini tıraş ederken "onlara özgü malzemeleri kullanırım"cevabını vermiştir.

Tablo 12:Çalışanların Hepatit B ve AIDS Hastalığındaki Önlemleri Dağılımı

Müşteride Hepatit B ve AIDS varsa Nelere Dikkat Edersiniz	Sayı	%
Temizlik	313	49,8
Eldiven Kullanırım	160	25,5
İşlem Yapmam	45	7,2
Kesik Olmamasına	110	17,5
Sizde Hepatit B Ve AIDS Oldugunu Bilmeniz Nelere Dikkat Edersiniz		
Temizlik	237	37,7
Eldiven Kullanırım	167	26,6
İşlem Yapmam	132	21,0
Kesik Olmamasına	24	3,9
Önlem Alırım	68	10,8
Toplam	628	100,0

Araştırmaya katılan kişilerin %49,8'i müşterinizde Hepatit B ve AIDS olduğunu bilmeniz nelere dikkat edersiniz sorusuna "temizlik"e cevabını; sizde Hepatit B ya da AIDS olsa nelere dikkat ederseniz sorusuna %37,7'si "temizlik"olarak belirtmiştir.

Tablo 13: Çalışanların İş Doyumu Dağılımı

İş Doyumu	
Ortalama	134,00
Standart Sapma	21,19
Minimum Değer	81,0
Maksimum Değer	202,0

Araştırmaya katılan kişiler iş doyumundan ortalama134,00±21,19 puan almışlardır.

Tablo 14: Mesleğine Göre Mesleki Sağlık Bilgi Dağılımları

Mesleki Riskler Konusunda Eğitim Alma	Kuaför		Berber		İstatistik
	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	199	46,5	229	53,5	p<0,002 x²=9,94
Hayır	120	60,0	80	40,0	
Mesleki bilgi kaynakları					
Okul	82	25,7	116	37,5	P<0,001 x²=10,18
Diğer (meslektaş,kitap gazete,tv)	237	74,3	193	62,5	
Toplam	319	100.0	309	100.0	

Mesleki sağlık riskleri bakımından berberler ile kuaförler arasında fark vardır(p<0,002). Berberler kuaförlere göre bu bilgileri daha çok okuldan almışlardır(p<0,001).

Tablo15:Çalışanların Statüsü ve Mesleki Sağlık Bilgisine Göre Dağılımı

Mesleki Riskler Konusunda Eğitim Alma	Çalışan		İş yeri sahibi		İstatistik
	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	240	65,9	220	83,3	p<0,000 x²=23,64
Hayır	124	34,1	44	16,7	
Mesleki bilgi kaynakları					
Okul	102	28,0	96	36,3	P<0,026 x²=4,93
Diğer(meslektaş,kitap,gazete,tv)	262	72,0	168	63,7	
Toplam	364	100.0	309	100.0	

Çalışanların mesleki sağlık eğitimi kursu alması ile statüsü arasında fark bulunmuştur(p<0,000).

Sağlık eğitimi kurslarına katılım çalışanlarda iş yeri sahiplerine göre daha azdır.

Çalışanların mesleki sağlık bilgisi aldığı kaynaklar arasında fark bulunmuştur(p<0,026).

Okuldan bilgi alma çalışanlarda iş yeri sahiplerine göre daha azdır.

Tablo 16: Çalışanların Statüsü İle Hepatit B Bilgisine Göre Dağılımı

	Çalışan		İş yeri sahibi		İstatistik
Hepatit B hastalığını duyma	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	310	85,2	244	92,4	p<0,000 x²=17,82
Hayır	54	14,8	20	7,6	
Hepatit B Bilgi Kaynakları					
Hastane	239	65,7	139	52,7	p<0,001 x²=10,80
Kurs	125	34,3	125	47,3	
Hepatit B Önemli Bir Hastalıktır.					
Evet	297	81,6	244	92,4	p<0,000 x²=56,03
Hayır	14	3,9	13	4,9	
Bilmiyorum	53	14,5	7	2,7	
Hepatit B Tedavisi Vardır					
Evet	198	54,4	183	69,3	p<0,000 x²=18,06
Hayır	48	13,2	34	12,9	
Bilmiyorum	118	32,4	47	17,8	
Hepatit B Bulaşıcı Bir Hastalıktır.					
Evet	241	66,2	238	90,1	p<0,000 x²=56,03
Hayır	13	3,6	10	3,8	
Bilmiyorum	110	30,2	16	6,1	
Hepatit B En Çok Bulaştığı Aletler					
Jilet-epilasyon iğnesi-makas-manikür/pedikür	346	95,1	240	91,1	p<0,037 x²=8,506
Tarak	12	3,2	13	5,0	
Fırça	6	1,7	6	2,1	
Havlu	0	0	5	1,9	
Hepaptit B Li Hasta Tıraş Olmak İstenirse Yaklaşım					
Kesinlikle tıraş etmezdim	40	11,0	15	5,7	p<0,007 x²=9,98
Teşekkür eder başka arkadaşaya yönlendiririm	221	60,7	190	72,0	
Tıraş eder bulaş riski için dikkat ederim.	103	28,3	59	22,3	
Toplam	364	100.0	264	100.0	

Çalışanların Hepatit B hastalığını duyması ile statüsü arasında fark bulunmuştur(p<0,000).

Çalışanlar iş yeri sahiplerine göre Hepatit B hastalığını daha az duymuştur.

Çalışanlar Hepatit B hastalığı ile ilgili bilgiyi daha çok hastaneden almışlardır(p<0,001). Hepatit B hastalığının önemli, bulaşıcı ve tedavisinin olduğu çalışanlar ile iş yeri sahipleri arasında farklı bulunmuştur(p<0,000).

İş yeri sahiplerinin Hepatit B bilgileri çalışanlara göre daha yüksektir. İş yeri sahiplerinin Hepatit B'nin bulaştığı aletleri daha iyi bildiği saptanmıştır(p<0,37).

Çalışanların iş yeri sahipleriyle arasında Hepatit B'li kişiyi tıraş etme durumları arasında fark bulunmuştur(p<0,007)

Çalışanların bu hastaları tıraş etmek istemedikleri saptanmıştır.

Tablo 17:Çalışanların Statüsü İle AIDS Bilgisine Göre Dağılımı

	Çalışan		İş yeri sahibi		İstatistik
	Sayı	%	Sayı	%	
AIDS Hastalığını Duyma					
Evet	283	77,8	239	90,5	p<0,000 x²=17,82
Hayır	81	22,2	25	9,5	
AIDS Bilgi Kaynakları					
Hastane	256	70,3	156	59,1	p<0,003 x²=8,56
Kurs	108	29,7	108	40,9	
AIDS Önemli Bir Hastalıktır.					
Evet	266	73,1	228	86,4	p<0,000 x²=16,99
Hayır	12	3,3	7	2,7	
Bilmiyorum	86	23,6	29	10,9	
AIDS Tedavisi Vardır					
Evet	223	61,2	209	79,2	p<0,000 x²=5,97
Hayır	21	5,8	13	4,9	
Bilmiyorum	120	33,0	42	15,9	
AIDS Bulaşıcı Bir Hastalıktır.					
Evet	129	35,4	116	44,0	p<0,000 x²=24,59
Hayır	119	32,7	84	31,8	
Bilmiyorum	116	31,9	64	24,2	
AIDS Bulaşma Yolları					
Cinsel İlişki	131	36,0	71	26,9	p<0,002 x²=16,80
Kan	191	52,5	158	59,8	
Solunum	4	1,1	11	4,2	
Temas	23	6,3	21	8,0	
Diğer	15	4,1	3	1,1	
AIDS Li Hastası Müşteriniz ise Yaklaşım					
Normal malzemeleri kullanırım	40	11,0	17	6,4	p<0,001 x²=8,11
Onlara özgü malzeme kullanırım	224	61,6	191	72,3	
Normal malzeme kullanıp temizlerim	100	27,4	56	21,3	
Toplam	364	100,0	264	100,0	

Çalışanların AIDS hastalığını duyması ile statüsü arasında fark bulunmuştur(p<0,000). Çalışanlar iş yeri sahiplerine göre AIDS hastalığını daha az duymuştur. Çalışanlar AIDS hastalığı ile ilgili bilgiyi daha çok hastaneden almışlardır(p<0,003). AIDS hastalığının önemli, bulaşıcı ve tedavisinin olduğu çalışanlar ile iş yeri sahipleri arasında farklı bulunmuştur(p<0,000).Çalışanların statüsü ile AIDS'in bulaşma yolları arasında fark bulunmuştur(p<0,002). Çalışanlar AIDS'in en çok heteroseksüel yol ile bulaştığını daha iyi bilmektedirler. Çalışanların iş yeri sahiplerine göre AIDS'li hastayı tıraş ederken hijyen kurallarını uygulama durumları farklı bulunmuştur(p<0,001). Çalışanlar AIDS hastalarının tıraş edilmesinde dikkat edecekleri durumları iş yeri sahiplerine göre daha az bilmektedirler.

Tablo 18: Çalışanların Salondaki Görev ve Manikür/Pedikür Yapma Dağılımı

Manikür/Pedikür Yaparken Bulaşıcı Hastalık Sorma	Manikür/pedikür		Tüm işler		İstatistik
	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	21	43,8	143	52,8	p<0,000 x²=31,92
Hayır	27	56,2	128	47,2	
Müşterilerinize Kendi Manikür/Pedikür Malzemelerini Getirmelerini Söyleme					
Evet	23	47,9	153	56,5	p<0,000 x²=31,00
Hayır	25	52,1	118	43,5	
Toplam	48	100,0	271	100,0	

Çalışanların salondaki görevleri ile manikür/pedikür işlemleri arasında fark bulunmuştur(p<0,000).

Özellikle bu iş için ayrılan çalışanın manikür/pedikür işlemlerini yaparken müşteriye bulaşıcı hastalık bilgisi sormadığı bulunmuştur.

Tüm işleri yapan çalışanların müşterilerine kendi malzemeleri getirmelerini söylemeleri bu iş için ayrılan personele göre daha yüksek bulunmuştur(p<0,000).

Sadece manikür/pedikür yapan çalışanın bulaşıcı hastalıklar yönünden dikkat etmediği bulunmuştur.

Tablo 19:İş Doyum Anketi Dağılımı

		Hiç		Katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Kısmen katılıyorum		Katılıyorum		Tamamen katılıyorum	
		sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%
1	Yaptığım iş karşılığında adil bir ücret aldığımı düşünüyorum	62	9,9	150	23,9	94	15,0	81	12,9	121	19,3	120	19,1
2	İşimde yükselme şansım çok düşüktür.	112	17,8	197	31,4	107	17,0	80	12,7	69	11,0	63	10,0
3	Yöneticim yaptığı işte oldukça yeterlidir.	16	2,5	63	10,0	124	19,7	74	11,8	168	26,8	183	29,1
4	İşimin karşılığında bana sağlanan hak ve ödeneklerden memnun değilim.	96	15,3	181	28,8	118	18,8	82	13,1	98	15,6	53	8,4
5	İşimi iyi yaptığım zaman takdir edilmekteyim.	43	6,8	85	13,5	73	11,6	70	11,1	147	23,4	210	33,4
6	İşyerimdeki kurallar işi hakkıyla yapmamı zorlaştırmaktadır.	134	21,3	190	30,3	109	17,4	73	11,6	66	10,5	56	8,9
7	Birlikte çalıştığım insanları seviyorum.	34	5,4	74	11,8	52	8,3	70	11,1	132	21,90	266	42,4
8	Bazen yaptığım işin çok anlamsız olduğunu hissediyorum.	115	18,3	196	31,2	81	12,9	96	15,3	53	8,4	87	13,9
9	İş yerimdeki iletişimin iyi olduğunu düşünüyorum.	28	4,5	69	11,0	72	11,5	101	16,1	167	26,6	191	30,4
10	İş yerimde ücret artışları az oluyor.	68	10,8	139	22,1	110	17,5	92	14,6	91	14,5	128	20,4
11	İşini iyi yapana adil bir şekilde yükselme şansı veriliyor.	71	11,3	54	8,6	69	11,0	113	18,0	216	34,4	105	16,7
12	Yöneticim bana karşı adil değildir.	96	15,3	205	32,6	70	11,1	119	18,9	75	11,9	63	10,0
13	İşyerimde verilen hak ve ödenekler diğer pek çok işletmeden kadar iyidir.	77	12,3	106	16,9	80	12,7	109	17,4	143	22,8	113	18,0
14	Yaptığım işten hoşnut olmadığımı düşünüyorum.	93	14,8	232	36,9	75	11,9	125	19,9	59	9,4	44	7,0
15	İyi bir iş yapmak için harcadığım çabalar nadiren formalite işler tarafından engellenir.	96	15,3	193	30,7	91	14,5	110	17,5	62	9,9	76	12,1
16	Birlikte çalıştığım insanların yetersiz olmasından dolayı işimde daha çok çalışmak zorundayım.	61	9,7	164	26,1	73	11,6	121	19,3	114	18,2	95	15,1
17	İşyerimde yaptığım işlerden hoşlanıyorum.	34	5,4	70	11,1	66	10,5	90	14,3	158	25,2	210	33,4
18	Bu işyerinin hedefleri bana açık ve belirgin gelmiyor.	90	14,3	191	30,4	77	12,3	100	15,9	87	13,9	83	13,2
19	Bana verdikleri ücreti düşündüğümde takdir görmediğimi hissediyorum.	94	15,0	164	26,1	73	11,6	100	15,9	77	12,3	120	19,1
20	Bu işyerindeki insanlar diğer iş yerlerindeki kadar hızlı yükselmektedirler.	82	13,1	126	20,1	83	13,2	113	18,0	121	19,3	103	16,4
21	Yöneticim, çalışanlarının hislerine çok az ilgi gösterir.	101	16,1	165	26,3	81	12,9	62	9,9	127	20,2	92	14,6
22	İş yerinde aldığımız hak ve ödenekler adildir.	60	9,6	71	11,3	72	11,5	125	19,9	134	21,3	166	26,4
23	Bu işyerinde çalışanlar çok az ödüllendiriyorlar.	53	8,4	135	21,5	77	12,3	129	20,5	114	18,2	120	19,1
24	İş yerinde yapmam gereken çok iş var.	33	5,3	93	14,8	111	17,7	117	18,6	156	24,8	118	18,8
25	İş arkadaşlarımdan hoşlanıyorum.	41	6,5	75	11,9	80	12,7	93	14,8	150	23,9	189	30,1
26	Çoğu zaman bu iş yerinde neler olduğunu bilmediğimi hissediyorum.	72	11,5	151	24,0	83	13,2	81	12,9	133	21,2	108	17,2
27	Yaptığım işten gurur duyuyorum.	42	6,7	111	17,7	59	9,4	105	16,7	109	17,4	202	32,2
28	Ücretimdeki artışlardan memnunum.	66	10,5	98	15,6	65	10,4	108	17,2	119	18,9	172	27,4
29	İş yerinde almamız gerekip de almadığımız ek ödenekler ve haklar var.	61	9,7	182	29,0	91	14,5	76	12,5	85	13,5	133	21,2
30	Yöneticimi seviyorum.	76	12,1	70	11,1	56	8,9	87	13,9	141	22,5	198	31,5
31	Bu iş yerinde çok fazla yazışma ve benzeri işlerle uğraşmak zorundayım.	113	18,0	149	23,7	94	15,0	56	8,9	104	16,6	112	17,8
32	Çabalarımın gerektiği kadar ödüllendirildiğini sanmıyorum.	82	13,1	159	25,3	80	12,7	93	14,8	88	14,0	126	20,1
33	Yükselmek için yeterli şansa sahip olduğumu düşünüyorum.	76	12,1	109	17,4	37	5,9	68	10,8	156	24,8	182	29,0
34	İş yerimde çok fazla çekişme ve kavga var.	133	21,2	161	25,6	44	7,0	82	13,1	61	12,9	127	20,2
35	İşimden hoşlanıyorum.	40	6,4	79	12,6	71	11,3	105	16,7	142	22,6	191	30,4
36	Yapmam gereken işler yeterince açık ve net değildir.	72	11,5	187	29,8	62	9,9	96	15,3	110	17,5	101	16,1

Katılımcıların,%23,9'u‘Yaptığım iş karşılığında adil ücret aldığımı düşünüyorum’ sorusuna ‘‘Katılmıyorum’’;%31,4’ü‘İşimde yükselme şansım çok düşüktür.’sorusuna ‘‘Katılmıyorum’’; %29,1’i ‘Yöneticim yaptığı işte oldukça yeterlidir.’ sorusuna ‘‘Tamamen Katılıyorum’’; %28,8’i ‘İşimin karşılığında bana sağlanan hak ve ödeneklerden memnun değilim’e ‘‘Katılmıyorum’’; %33,4’ü ‘İşimi iyi yaptığım zaman takdir edilmekteyim.’ sorusuna ‘‘Tamamen Katılıyorum’’; %30,3’ü ‘İşyerimdeki kurallar işi hakkıyla yapmamı zorlaştırmaktadır.’a ‘‘Katılmıyorum’’; %42,4’ü ‘Birlikte çalıştığım insanları seviyorum’a ‘‘Tamamen Katılıyorum’’; %31,2’si ‘Bazen yaptığım işin çok anlamsız olduğunu hissediyorum’a ‘‘Katılmıyorum’’; %22,1’i ‘İşyerimde ücret artışları az oluyor.’a ‘‘Katılmıyorum’’; %34,4’ü ‘İşini iyi yapana adil bir şekilde yükselme şansı veriliyor.’a ‘‘Katılıyorum’’;%32,6’sı‘Yöneticim bana karşı adil değildir’e ‘‘Katılmıyorum’’; %22,8’i ‘İşyerimde verilen hak ve ödenekler diğer pek çok işletmeden kadar iyidir.’a ‘‘Katılıyorum’’; %36,9’u ‘Yaptığım işten hoşnut olmadığımı düşünüyorum.’ sorusuna ‘‘Katılmıyorum’’; %30,7’si ‘İyi bir iş yapmak için harcadığım çabalar nadiren formalite işler tarafından engellenir.’a ‘‘Katılmıyorum’’; %26,1’i ‘Birlikte çalıştığım insanların yetersiz olmasından dolayı işimde daha çok çalışmak zorundayım’a ‘‘Katılmıyorum’’; %33,4’ü ‘İşyerimde yaptığım işlerden hoşlanıyorum.’a ‘‘Tamamen Katılıyorum’’; %30,4’ü ‘Bu işyerinin hedefleri bana açık ve belirgin gelmiyor.’a ‘‘Katılmıyorum’’; %26,1’i ‘Bana verdikleri ücreti düşündüğümde takdir görmediğimi hissediyorum.’a ‘‘Katılmıyorum’’; %20,1’i ‘Bu işyerindeki insanlar diğer işyerlerindeki kadar hızlı yükselmektedirler’a ‘‘Katılmıyorum’’; %26,3’ü ‘Yöneticim, çalışanlarının hislerine çokaz ilgi gösterir.’a ‘‘Katılmıyorum’’; %26,4’ü ‘İşyerinde aldığımız hak ve ödenekler adildir.’ sorusuna ‘‘Tamamen Katılıyorum’’; %21,5’i ‘Bu çabalarımın gerektiği kadar ödüllendirildiğini sanmıyorum.’a ‘‘Katılmıyorum’’; %24,8’i ‘İşyerinde yapmam gereken çok iş var.’a ‘‘Katılıyorum’’; %30,1’i ‘İş arkadaşlarımdan hoşlanıyorum.’a ‘‘Tamamen Katılıyorum’’; %24,0’ı‘Çoğu zaman bu iş yerindeneler olduğunu bilmediğimi hissediyorum.’ sorusuna ‘‘Katılmıyorum’’; %32,2’si ‘Yaptığım işten gurur duyuyorum.’a ‘‘Tamamen Katılıyorum’’; %27,4’ü ‘Ücretimdeki artışlardan memnunum.’a ‘‘Tamamen Katılıyorum’’;%29,0’ı ‘İşyerinde almamız gerekip de almadığımız ek ödenekler ve haklar var.’a ‘‘Katılmıyorum’’; %31,5’i ‘Yöneticimi seviyorum.’ sorusuna ‘‘Tamamen Katılıyorum’’; %23,7’si ‘Bu işyerinde çok fazla yazışma ve benzeri işlerle uğraşmak zorundayım.’a ‘‘Katılmıyorum’’;%25,3’ü ‘İş yerinde çalışanlar çok az ödüllendiriyorlar.’a ‘‘Katılmıyorum’’;%29,0’ı‘Yükselmek için yeterli şansa sahip olduğumu düşünüyorum.’a ‘‘Tamamen Katılıyorum’’; %25,6’sı ‘İşyerimde çok fazla çekişme ve kavga var.’a ‘‘Katılmıyorum’’; %30,4’ü ‘İşimden hoşlanıyorum.’ a ‘‘Tamamen Katılıyorum’’; %29,8’i ‘Yapmam gereken işler yeterince açık ve net değildir.’a ‘‘Katılmıyorum’’ cevabı vermiştir.

Tablo20:Çalışan Özelliklerinin Hepatit B Bilgisine Göre Dağılımı

Yaş	HEPATİT B BİLGİSİ				İSTATİSTİK
	Yeterli		Yetersiz		
	Sayı	%	Sayı	%	
15-19 Yaş	54	14,3	23	9,2	P<0,008 X²=15,53
20-24 Yaş	74	19,6	53	21,2	
25-29 Yaş	112	29,6	59	23,6	
30-34 Yaş	69	18,3	53	21,2	
35-39 Yaş	53	14,0	35	14,0	
40 Yaş Ve +	16	4,2	27	10,8	
Meslek Durumu					
Kuaför	187	49,5	132	52,8	P>0,41 X²=0,66
Berber	191	50,5	118	47,2	
Mesleki Statünüz					
Çalışan	239	63,2	125	50,0	P<0,001 X²=10,80
İş Yeri Sahibi	139	36,8	125	50,0	
Salondaki Göreviniz					
Manikür/Pedikür/Epilasyon	40	10,6	7	2,8	P<0,000 X²=13,16
Bütün İşler	338	89,4	243	97,2	
Çalışma Yılı					
0-4 Yıl	71	18,9	31	12,4	P<0,000 X²=32,15
5-9 Yıl	105	27,8	61	24,4	
10-14 Yıl	100	26,4	40	16	
15-19 Yıl	58	15,3	54	21,6	
20 Yıl Ve +	44	11,6	64	25,6	
Eğitim Durumunuz					
İlkokul/Ortaokul	220	58,2	143	57,2	P<0,842 X²=0,831
Lise	136	36,0	94	37,6	
Üniversite	21	5,6	13	5,2	
Diğer	1	0,3	0	0,0	
Mesleki Sağlık Eğitimi Kursu					
Evet	280	68,0	180	83,3	P<0,000 X²=41,25
Hayır	132	32,0	36	16,7	
El Kesisi					
Evet	266	70,4	199	79,6	P<0,010 X²=6,67
Hayır	112	29,6	51	20,4	
Denetim Durumu					
Aylık	27	7,1	25	10	P<0,000 X²=33,83
Yılda Bir Kez	40	10,6	47	18,8	
Yılda İki Kez	131	34,7	109	43,6	
Ara Ara	52	13,8	33	13,2	
Yapılmıyor	128	33,8	36	14,4	
AIDS Ve Hepatit B Hastalıklarının Size Bulaşma İhtimali Endişelendiriyor mu?					
Evet	255	67,5	191	76,4	P<0,016 X²=5,82
Hayır	123	32,5	59	23,6	
Toplam	378	100,0	250	100,0	

Hepatit B konusunda bilgi yeterliliği açısından yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır(p=0,000). Orta yaş grubundaki kişilerin Hepatit B bilgi düzeyi artmaktadır. Hepatit B konusunda bilgi yeterliliği açısından statü arasında anlamlı fark saptanmıştır(p=0,001). İşçi olarak çalışan bireylerin Hepatit B bilgi düzeyi artmaktadır. Hepatit B bilgi yeterliliği açısından çalışma süreleri arasında anlamlı fark saptanmıştır(p=0,000). Çalışma süresi 5 yılın üzerine çıktığında Hepatit B bilgi düzeyi artmaktadır. Hepatit B konusunda bilgi yeterliliği açısından kuaför ve berberler arasında anlamlı fark saptanmamıştır(p>0,41). Hepatit B bilgi yeterliliği ile mesleki sağlık eğitimi alma arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur(p=0,000). Mesleki eğitim merkezinde sağlık eğitimi alanlar arasında Hepatit B bilgi düzeyi daha yüksektir. Hepatit B konusunda bilgi yeterliliği ile denetim arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur

(p=0,000). Düzenli olarak yılda iki kez denetim yapılan salonlarda çalışanların Hepatit B bilgi düzeyi artmaktadır. Hepatit B konusunda bilgi yeterliliği ile AIDS ve Hepatit B hastalığının bulaşma endişesi arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur(p=0,016). Bulaşma endişesi yaşayan çalışanların Hepatit B bilgi düzeyi daha yüksektir. Hepatit B konusunda bilgi yeterliliği ile el kesisi yaşama arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (p=0,010). El kesisi yaşayan çalışanların Hepatit B bilgi düzeyi daha yüksektir.(Hepatit B'nin önemli bir hastalık olduğunu, bulaşıcı olduğunu, tedavisi olduğunu ve kan yolu ile bulaştığını bilenlerin Hepatit B ile ilgili bilgisi yeterli kabul edilmiştir)

Tablo21: Çalışan Özelliklerinin AIDS Bilgisine Göre Dağılımı

Yaş	AIDS BİLGİSİ				İSTATİSTİK
	Yeterli		Yetersiz		
	Sayı	%	Sayı	%	
15-19 Yaş	57	13,8	20	9,3	P<0,001 X²=19,63
20-24 Yaş	76	18,4	51	23,6	
25-29 Yaş	123	29,9	48	22,2	
30-34 Yaş	86	20,9	36	16,7	
35-39 Yaş	51	12,4	37	17,1	
40 Yaş Ve +	19	4,6	24	11,1	
Meslek Durumu					
Kuaför	221	53,6	98	45,4	P<0,04 X²=3,87
Berber	191	46,4	118	54,6	
Mesleki Statünüz					
Çalışan	256	62,1	108	50,0	P<0,003 X²=8,56
İş Yeri Sahibi	156	37,9	108	50,0	
Salondaki Göreviniz					
Manikür/Pedikür/Epilasyon	41	10,0	6	2,8	P<0,001 X²=10,53
Bütün İşler	371	90,0	210	97,2	
Çalışma Yılı					
0-4 Yıl	74	18,0	28	13,0	P<0,000 X²=40,10
5-9 Yıl	105	25,5	61	28,2	
10-14 Yıl	113	27,4	27	12,5	
15-19 Yıl	73	17,7	39	18,1	
20 Yıl Ve +	47	11,4	61	28,2	
Eğitim Durumunuz					
İlkokul/Ortaokul	256	62,1	107	49,5	P<0,01 X²=0,11
Lise	136	33,0	94	43,5	
Üniversite	19	4,6	15	6,9	
Diğer	1	0,2	0	0,0	
Mesleki Sağlık Eğitim Kursu					
Evet	280	68,0	180	83,3	P<0,000 X²=17,08
Hayır	132	32,0	36	16,7	
El Kesisi					
Evet	284	68,9	181	83,8	P<0,000 X²=16,29
Hayır	128	31,1	35	16,2	
Denetim Durumu					
Aylık	31	7,5	21	9,7	P<0,000 X²=20,31
Yılda Bir Kez	53	12,9	34	15,7	
Yılda İki Kez	141	34,2	99	45,8	
Ara Ara	57	13,8	28	13,0	
Yapılmıyor	130	31,6	34	15,7	
AIDS Ve Hepatit B Hastalıklarının Size Bulaşma İhtimali Endişelendiriyor Mu?					
Evet	291	70,6	155	61	P>0,76 X²=0,88
Hayır	121	29,4	61	28,2	
Toplam	412	100,0	216	100,0	

AIDS konusunda bilgi yeterliliği açısından yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001). Orta yaş grubundaki kişilerin AIDS bilgi düzeyi artmaktadır.

AIDS bilgi yeterliliği açısından statü arasında anlamlı fark saptanmıştır($p=0,001$). İşçi bireylerin AIDS bilgi düzeyi artmaktadır. AIDS bilgi yeterliliği açısından çalışma süreleri arasında anlamlı fark saptanmıştır($p=0,000$). Çalışma süresi 10 yılın üzerine çıktığında AIDS bilgi düzeyi artmaktadır. AIDS bilgi yeterliliği açısından kuaför ve berberler arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,004$). Kuaförlerin AIDS bilgi düzeyi daha yüksektir. AIDS bilgi yeterliliği ile mesleki sağlık eğitimi alma arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,000$). Mesleki eğitim merkezinde sağlık eğitimi alanlar arasında AIDS bilgi düzeyi daha yüksektir. AIDS bilgi yeterliliği ile denetim durumu arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur($p=0,000$). Düzenli yılda iki kez denetim yapılan salonlarda çalışanların AIDS bilgisi artmaktadır. AIDS bilgi yeterliliği ile AIDS ve Hepatit B hastalığının bulaşma endişesi arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur($p=0,016$). Bulaşma endişesi yaşayan çalışanların AIDS bilgisi daha yüksektir. AIDS bilgi yeterliliği ile el kesisi yaşama arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur($p=0,010$). El kesisi yaşayan çalışanların AIDS bilgi düzeyi daha yüksektir.(AIDSin' önemli bir hastalık olduğunu, bulaşıcı olduğunu, tedavisi olduğunu ve cinsel yolu ile bulaştığını bilenlerin AIDS ile ilgili bilgisi yeterli kabul edilmiştir)

5.TARTIŞMA

Toplumsal farkındalığın artması ve aşılama programlarının yaygın kullanılmasına rağmen HBV, HCV ve HIV enfeksiyonları günümüzde hala önemli bir halk sağlığı sorunu olarak devam etmektedir. Toplumsal bir bütünün parçası olan bireyler yaşamın gereği olarak ortak amaca hizmet eden iş yerlerinden hizmet almaktadır. Bu işyerleri arasında özellikle kadın ve erkek kuaförleri önemli bir yer tutmaktadır.

Bu araştırmada çalışanların %65,8'i erkektir. Mandıracıoğlu ve ark. (2009)'nın İzmir araştırmasında katılanların yarısından fazlası erkektir(%59,9)(47). Gaziantep'te erkek çalışan sayısının fazla olması sosyokültürel özelliklerden ve yakın zamana kadar bayan çalışanların iş gücüne katılmamasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışanların %27,2'si 28,13±6,9yaş grubunda yer almaktadır. Togan ve ark.(2014)'nınAksaray'daki araştırmasında da bu oran %35,6'dır(48). Bunun sebebi Gaziantep'te çıraklığa daha genç yaşta başlanması olabilir.

Kuaförlük ve berberlik mesleği beceri eğitimine dayalıdır. Bu konuda eğitimi Kuaförler Odası ve Berberler Odası ile birlikte Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı çıraklık eğitim merkezleri gibi kuruluşlar vermektedir. İnsan sağlığında önemli bir yere sahip ve direk ilişkili olmaları nedeniyle mesleki eğitim programlarında hijyen dersleri önemlidir ve programlarda yer almaktadır. Çalışanların %73,2'si mesleki eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Güney (2016)'in Fatsa araştırmasında, Boztaş ve ark. (2006)'ın Ankara araştırmasında eğitim alma sıklıkları sırasıyla %58,8, %52,0'dır(13,49). Bu yüksekliğin sebebi yıllar içinde eğitimin öneminin anlaşılmış olması ve denetlemelerin düzenli olarak yapılmış olması olabileceği gibi Gaziantep Kadın Kuaförleri ve Berberler Odası başkanlarının çıraklık eğitim merkezindeki eğitmenlerden biri olması da olabilir. Mesleki bilincin en sık geliştiği ve eğitim alınan yer de çıraklık eğitim merkezleridir.

Boztaş ve ark. (2006)'ınAnkara'da yapılan araştırmasında çalışanların %44,0'ı, Durusoy ve ark.(2012)'in Bornova'da yapılan araştırmasında %53,9 ustalardan oluşmaktadır(13,50).Bu araştırmada çalışanların sadece %31,7'inin ustalardan oluşmaktadır. Çalışanların Gaziantep'te daha genç olması bunun sebebi olabilir. Araştırmamız da çalışanların %69,4'ü sigortası olduğunu belirtmiştir. Bu kuaför ve berberlerde çalışan her üç kişiden birinin kayıt dışı olduğunu ve sağlıkla ilgili güvenceye sahip olmadıklarını göstermektedir.

Çalışanlarının %26,7'sinin 5-9 yıl arasında kuaför ve berber salonunda çalıştıkları belirlenmiştir. Sümer (2015)'in Aksaray'da yaptığı araştırmasında bu oran %32,2; Togan ve ark.(2014)'ınAydın'da yaptığı araştırmasında %57,0'ı 5 yıldan daha uzun süredir bu işi yaptıklarını belirtmiştir(16,48).

Sümer (2015)'inAydın'da yaptığı araştırmasında kan yoluyla bulaşan hastalıklar ve mesleki riskler konusunda eğitim alanları%86,8 bulunmuştur(16). Çalışmamızda katılımcıların %68,2'i bu konuda eğitim aldığını ifade etmiştir. Eğitim alanların daha düşük oranda olması üzücüdür ancak çalışmamızda daha geniş örneklem grubuna ulaşılması ve sosyo-demografik

özelliklerin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu durumun ilimizde gerek Meslek Odası gerekse Milli Eğitim Bakanlığı'nın son yıllarda yapmış olduğu zorunlu eğitim çalışmalarının daha da üzerinde durulması gerektiğini düşündürmektedir.

Türkiye'de daha önce yapılan bazı çalışmalarda katılımcılar mesleki riskler konusunda bilgiyi daha çok yazılı ve görsel iletişim araçlarından aldıklarını belirtmişlerdir(13). Aynı şekilde Amodio ve ark. (2009)'ın İtalya araştırmasında, Krishanani ve ark. (2014)'nın Pakistan araştırmasında katılımcılar bilgiyi daha çok görsel medyadan aldıklarını; Belbacha ve ark. (2011)'nın Fas araştırmasında daha çok meslektaşlarından aldıklarını belirtmişlerdir(51,52,53). Çalışmamızda benzer bilgiyi %63,6 oranında meslektaşlarından aldıklarını belirtmişlerdir. Bunun nedenini daha çok kişilerin küçük yaşlardan itibaren bu işi yapmaları olarak düşünülmekte olup mesleki eğitim kurslarına yeterince önemin verilmediği düşünülmektedir.

Kan yoluyla bulaşan hastalıklardan korunma hem kuaför ve berber salonlarından hizmet alan müşteriye hem de burada çalışanları önemli ölçüde ilgilendirir. Bu hastalıkların bulaşmasını önlemek için çalışanların yaptıkları uygulamalar bulaşma riskinin azalmasında belirleyicidir. Bunun için çalışanların kullandıkları aletleri uygun şekilde steril etmeleri gerekmektedir. Tekrar kullanılmak zorunda olan bu aletlerin mikropplardan arınması amacıyla uygulanan sterilizasyon işlemidir. Salonlarda kişilerin kullandıkları aletlere uyguladıkları temizleme işlemi oldukça çeşitlidir. Ancak doğru işlemi uygulayanlar oldukça azdır. Çalışanların sterilizasyon eğitimi alıp almadıkları sorusuna %58,9'u evet yanıtını vermişlerdir. Eğitimi %49,3'ü bu eğitimi okuldan aldıklarını belirtmişlerdir. Çalışanların %26,0 aletleri sterilizasyon makinesine koyduklarını belirtmişlerdir. Bu çoğunluğun kullandıkları sterilizasyon yöntemlerinin etkin, bilimsel yöntemler olmadığı tespit edilmiştir. Kuaförler için en doğru ve güvenilir sterilizasyon yöntemi kuru hava sterilizatörleridir. Deneluz ve ark. (2010)'nın Brezilya çalışmasında katılımcıların sadece %7,4'ü uygun derece ve sürede sterilizasyon yöntemi kullandığını belirtmiştir(54). Durusoy ve ark. (2012)'nin İzmir'de manikürcülerde yapılan çalışmada %90,5 kuru ısı sterilizatörü, %29,4 kolonya-alkol ile silme, %19,8 çamaşır suyunda bekletme, %11,1 UV, %6,3 kaynatma, %6,3 deterjan ile yıkama yöntemlerini kullandıklarını belirtmişler. Bu çalışmada, kullanılan aletlerin sterilizasyonunda kuru ısı sterilizatörü kullanma oranının oldukça yüksek oluşu meslek odasının görüşüne göre odanın işyerlerini UV cihazlarının yanlış bir uygulama olduğu konusunda bilgilendirip kuru ısı sterilizatörüne geçmeleri için yönlendirmesine bağlanmıştır(50). Bizim çalışmamızda ise sterilizasyon yöntemleri olarak %21,8 alkolle silme, çamaşır suyunda bekletme %7,2, sterilizasyon ve deterjanla yıkama %7,5, sterilizasyon ve çamaşır suyu ile silme %4,1, hiçbir şey yapmama %7,6 oranları tespit edildi. Çalışmamızda bulunan değerlerin daha düşük olması üzücüdür. Bu konuda berber ve kuaförlerin hijyen eğitimi almaları gerekliliği ve denetlemelerin daha sık yapılması ile bunların önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

Kuaför ve berberlerde alet temizliği yapılan lavabo ile sosyal el yıkama lavabosunun ayrı olması gerekmektedir. Bizim çalışmamızda %65,9'u lavabolarının ayrı olduğunu belirtirken benzer şekilde Durusoy ve ark. (2012)'nin İzmir'de yapılan çalışmasında bu oran %82, Sümer (2015)'in Aydın'da yaptığı çalışmada ise %89,4 oranları bulunmuştur(16,50). Çalışmamızda daha düşük oranların olması yine hijyen uygulamalarında standart bir durumun olmaması, yasal zorunluluk olmamasından ve denetim eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir. Kuaför ve berber salonlarının %72,9'unda ecza dolabı bulunmaktadır. Demir ve ark. (2014)'nin Adıyaman'da yaptığı çalışmada kuaför salonlarının ecza dolabı bulundurma oranı %33,6 bulunmuştur(55). Durusoy ve ark. (2012)'nin Bornova'da yaptıkları çalışmada kuaför salonlarının %52,4'ünün ecza dolabı bulundurduğu belirlenmiştir(50). Çalışmamızda bu oranların yüksek bulunması sevindirici olmakla birlikte üçte birlik kısmında ecza dolabının bulunmaması bu konuda bilgi eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte diğer iki çalışmada da ecza dolabı bulundurma oranları yetersizdir. Her an kendisini ve müşterisini yaralama potansiyeli olan kuaför salonlarının tamamında ecza dolabı bulundurulması yasal zorunluluk olmalı ve denetimlerin yapılması gerekmektedir.

Enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinde hijyen kurallarına uymak ve uygulamak çok önemlidir. Hizmetin sunumunda yeterli hijyen sağlanmadığı takdirde insan sağlığı açısından tehlike oluşturmaktadır. Benzer şekilde kuaför ve berber salonlarında çalışanların kişisel temizlik, kullanılan aletlerin dekontaminasyon, dezenfeksiyon ve sterilizasyonuna, atıkların doğru şekilde imha edilmesine ve çalışılan ortamının temizliğine gereken önemi vermedikleri takdirde hem müşterilerine hem de kendilerine hastalık bulaştırmaları yüksek olacaktır. Bu hastalıkların başında; Hepatit B ve Hepatit C virüsleri, İnsan İmmün yetmezlik Virüsü (HIV) gelmektedir. Banak ve ark. (2002)'nin Adana'da yaptıkları çalışmada başkalarının kullandığı eşyaları ortak kullananlarda HBsAg pozitifliği %6, kullanmayanlarda %3 saptanmıştır(56).

Kuaför ve berber salonlarında çalışanların %33,1'inin manikür ve/veya pedikür yaptığı belirlenmiştir. Boztaş ve ark. (2006)'nin Ankara'da yaptıkları araştırmada araştırmaya katılanların %59,0'ının manikür ve/veya pedikür yaptığı belirtmiştir(13). Güney (2016)'in Fatsa çalışmasında yaklaşık %55'i manikür/pedikür yaptığını belirtmiştir(49). Gaziantep'te bu değerlerin daha düşük olmasının nedeni sosyokültürel özellikler nedeniyle kadınların kişisel bakımlarını daha çok evde yapmayı tercih etmeleri dolayısıyla kadın kuaför salonlarında taleplerin az olmasından kaynaklandığı, erkek kuaförlerinde işlemlerin toplumun bakış açısı nedeniyle neredeyse hiç yapılmaması düşünülmektedir.

Çalışanların %56,1'i müşterilere kendi manikür takımlarını getirmeleri için öneride bulunduklarını belirtmişlerdir. Çalışanların %65,2'si günde 1-3 manikür yaptıklarını belirtirken, %34,8'i 4 ve üzeri manikür/pedikür yaptığını belirtmiştir. Her müşteri için ayrı pedikür naylonu kullananlar %49,5, %27,6'sı manikür pedikür kaplarını günde bir, %11,6'sı haftada bir dezenfekte ettiklerini söylemişlerdir. Özaras (2011)'in Düzce'de yaptığı çalışmada bu oranlar

müşterilere kendi manikür takımlarını getirmeleri için öneride bulundukları halde genellikle getirmediklerini saptamışlardır. Çoğu günde 1-2 manikür yaptığını, 2-3 manikür setleri olduğunu belirtmişlerdir. Çalışanların %83'ü ayrı pedikür naylonu kullandığını, yarısı manikür pedikür kaplarını günde bir, %10'u haftada bir kez dezenfekte ettiğini belirtmiştir(6). Durusoy ve ark. (2012)'nin İzmir'de %92,9'u manikür/pedikür için ayrı kap kullandığını, müşterilerine manikür/pedikür için kendi malzemelerini getirmelerini söyleyenlerin oranı %69'dur(50). Çalışmamızla benzer sonuçlara rastlanmıştır. Ancak bilinmektedir ki bulaş riskini önlemek için kullanılan her malzemenin müşteriden hemen sonra dezenfekte edilmesi ile kontaminasyon riski azaltılmaktadır. Aksi halde bu risk kaçınılmazdır.

Hijyen uygulamalarının en etkili yöntemi el yıkamadır. El yıkama evde, işyerinde, hastanelerde her türlü infeksiyon hastalığını önlemenin en etkili ve ucuz yolları arasındadır. Yetersiz el hijyeni uygulamaları ise dünya nüfusunun %80'ini etkilediği tahmin edilmektedir. Jenerasyonlar için, sabun ve su ile el yıkama kişisel hijyen ölçütü olarak düşünülmüş ve halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından son derece önemlidir(57). Bu araştırmada çalışanların %67,4'ü her işlemden önce ve sonra ellerini yıkama cevabını vermiştir. Durusoy ve ark.(2012)'nin İzmir'de yaptığı çalışmada %52,3'ü her işlemden önce ve sonra; Togan ve ark. (2014)'nin Manisa'da yaptıkları araştırmada ise araştırmaya katılanların %57,1'i her işlemden sonra el yıkama cevabını vermiştir(13,50,59). Her müşteri öncesi el yıkama Amodio ve ark. (2009)'nin İtalya'da yaptıkları çalışmada %90, Deneluz ve ark. (2010)'nin Brezilya'da yaptıkları çalışmada %74 olarak saptanmıştır(54,51). Gaziantep'te bu oranın daha yüksek bulunması sevindiricidir. Buna göre hijyen uygulamalarının Gaziantep'te yeterince üzerinde durulduğu ancak istenen hedefin tam olarak sağlanamadığı ve davranışa dönüştürülemediği gerçeği söylenebilir. Çalışanlar el yıkamada kullandığı maddeleri %61,6'sı su ve sabun şeklinde belirtmişlerdir. Güney (2016)'in Fatsa'da yaptığı çalışmada çalışanların %64,5'i el hijyeninde su ve sabunu kullandığını söylemişlerdir. Bizim çalışmamızla benzerlik bulunması sevindirici olmakla birlikte bu farkın nedeni araştırmadaki soru tipinin farklılığı olabilir.

Eldiven, en etkili bariyer yöntemi olmakla birlikte kişiden kişiye teması doğrudan keser. Bu yolla bulaşabilecek infeksiyonlardan korur. Bu yoğun çalışan berber ve kuaför salonlarında el yıkamanın, unutulabileceği düşünülecek olursa, daha yaygın eldiven kullanımının faydalı olacağı aşikardır. Kan yoluyla bulaşan hastalıklardan korunmada Boztaş ve ark. (2006)'nin Ankara'da kuaför ve güzellik salonları çalışanları ile yapılan çalışmada, %58'inin işlem sırasında eldiven kullandıkları saptanmıştır. Garbaccio ve ark. (2013)'nin Brezilya'da yaptıkları çalışmada kuaför çalışanlarının işlem sırasında %31,5'inin eldiven giydikleri belirtilmiştir(58). Çalışmamızda %30,0'ı eldiven kullandığını belirtmiştir. Ancak sözlü iletişime ve gözlemlerimize göre sadece boyama işlemlerinde eldiven kullanırlarken, manikür pedikür ağda gibi işlemlerde çoğunlukla eldivensiz çalıştıkları gözlemlenmiştir. Riskli işlerde eldivensiz

alışmaları, kan yolu ile ve kişiden kişiye temasla bulaşabilecek hastalıkları kolaylıkla kendilerine ve mşişterilerine bulaştırmalarına neden olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle çalışanların mşişteriyle direkt temas ettikleri işlemlerin tamamında eldiven kullanmalarının ve her işlemden sonra değiştirmelerinin yararlı olacağı söylenebilir.

Çalışanların %74,0'ı meslek hayatı boyunca el kesisi yaşadığını, en çok keskiye neden olan aletin %48,2 ile makas olduğunu belirtmişlerdir. Çalışanların %36,5'i elinde delici kesici alet yaralanmaları olduğunda kolonya ile sildiğini,%18,9'u kan taşı uygulam ve %17,7'si sadece pamuk ile siler yarabandı uygulam,%23,9 steril gazlı bezle silerim cevabını vermiştir. Togan ve ark. (2014)'nınAksaray çalışmasında %27,1'i kuru pamuk bastığını ve Togan ve ark. (2014)'nınManisa çalışmasında %14,1'i kan taşı basarım,%12,8'i kolonya uygulam cevabını vermiştir(48,59). Buda Gaziantep'te sağlıklı olmayan uygulamaların devam ettiğini, özellikle kişisel koruyucu önlemlerde yetersiz bilgi sahibi olunduğunu ve sorulardaki farklılıklarından kaynaklandığını göstermektedir. Yaptıkları işlem esnasında mşişterilerinde yaralanma meydana geldiğinde kanı durdurmak için; çalışanların %70,7'si tek kullanımlık kan taşı uyguladığını belirtmiştir. Mşişteride meydana gelen keside %36,5'i kolonya ile sildiğini,%23,9'u steril gazlı bez kullandığını,%18,9 'u kan taşını kullandığını %3,0'ı tentürdiyot kullandığını belirtmiştir. Togan ve ark. (2014)'nınManisa çalışmasında mşişterilerinde yaralanma meydana geldiğinde kanı durdurmak için en sık tercih edilen yöntemin kan taşı kullanımı olduğu ve tentürdiyot kullanımının benzer şekilde yetersiz olduğu belirlenmiştir(59). Bu sonuçlar, çalışanlarının kanamayı nasıl durduracakları ile ilgili bilgi eksikliği olduğunu düşündürmekle birlikte hijyen eğitimlerine bu konunun da dahil edilmesi dşnlmelidir.

Ülkemizde yaklaşık 3-6 milyon insan Hepatit B taşıyıcısıdır(3). Hijyen kurallarına uyulmadan çalışılan işyerlerini budurumun daha da ilerletebileceği düşünülebilir. Çalışmamızda katılımcıların Hepatit B ve AIDS'in kuaför ve berberlik mesleğinde bulaşıcı hastalık riski olduğunu sırasıyla %76,3 ve %68,8'i belirtmiştir. zaras (2011)'ınDzce çalışmasında yarısından fazlası, Amodio ve ark.(2009)'nınİtalya'da yaptıkları araştırmada%58,0 meslekleriyle ilgili sağlık riski olduğunu belirtmiştir(51,6).çalışanların %70,2'si Hepatit B'li ve AIDS hastayı tıraş ederken sırasıyla %70,2 ve %72,6 oranlarında bulaş riski açısından önlem alacağını belirtmiştir. Bulduğumuz bu sonuç yapılan diğer çalışmalarla benzer olup yaklaşık üçte bir salonlarda çalışanların mesleki eğitim alınmasına rağmen hastalık bilgileri konusunda yetersiz bilgiye sahip olmaları aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu göstermiştir. Aradaki fark araştırma gruplarının farklılığından olabileceği gibi bu bölgedeki eğitim ve bilgi yetersizliğinden de kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılanların yarısınınHepatit B ile ilgili bilgisi yeterli düzeydedir. Yani bu salonlarda çalışanların yarısının Hepatit B ile ilgili bilgisi eksik ya da yanlış olduğunu ve burada alışanların Hepatit B konusundatamamen savunmasız olduklarını düşündürmektedir. Hepatit B ile ilgili bilginin yeterli olma durumunu cinsiyet, yaş, daha uzun süre aynı işte çalışma mesleki

eğitimi kurslardan alma ve doğru bilgilendirme, iş yeri sahibi olma ve manikür/pedikür yapmanın arttırdığı bulunmuştur. HepatitB ile ilgili müdahaleler(koruyucu önlemler) planlanırken bunların göz önünde bulundurulması gerekir. Güney'in (2016) Fatsa çalışmasında katılanların %64'ünün Hepatit B ile ilgili bilgisi yeterli düzeydedir. Bizim çalışmamızla benzer özellikler taşımaktadır(49).

Hepatit B aşılarının tam olarak yapılmış olması, koruyuculukta alınabilecek en değerli önlemlerden birisidir. DSÖ ilk olarak 1992'de Hepatit Başısının ulusal aşı takviminde yer alması gerektiğini önermiştir. Doktor tarafından istenenlaboratuvar testleri (HbsAg ve Anti Hbs) sonucunegatif aşılama kararı verilebilir. Ülkemizde deHepatit B aşısı 1998 yılından itibaren bağışıklamaprogramında yer almaktadır. Ülkemizde 2007yılından itibaren uygulanmaya başlanan yeni takvimHepatit B aşısı, 0, 1. ve 6. ayların sonundabirer doz, ilköğretim 8. sınıfta rapel doz şeklinde uygulanmaktadır. Togan ve ark. (2014)'nınAksaray'da yaptıkları çalışmada %35,6'sı Hepatit B de tetkik ve aşı olmadığını belirtmiştir(48). Çalışmamızda da grubun hiç Hepatit B aşısı olmama (%55,1) diğer çalışmaya benzerdir. Sağlık Bakanlığı'nın risk gruplarında ücretsiz aşı sağlamasına rağmen, araştırmamızda ve diğer araştırmalarda risk altında olan kuaför ve berber salonu çalışanlarının aşılama düzeylerinin düşük bulunması bu konudaki eğitim yetersizliğinden ve önemini bilmediklerini göstermektedir. Çalışanların yaklaşık yarısından fazlasının aşıli olmaması konu hakkında daha fazla bilgilendirme yapılması ve hizmetteki zorluklara rağmen daha fazla zaman harcanarak aşının yapılması gereğini göstermektedir. Çünkü çalışanların yarısı Hepatit B için risk altındadır. Farkındalık ve bilgi sahibi olma hastalıklardan korunmada önemlidir.

Araştırmaya katılanların %78,3'ü Hepatit B'nin kan yoluyla bulaştığını belirtmişlerdir. Literatürde; Amodio ve ark. (2009)'nınİtalya'da yaptıkları çalışmada %67, Krishanani ve ark. (2014)'nın Pakistan'da yaptıkları çalışmada %13 bulunmuştur. Ülkemizde ki çalışmalarda,Güney (2016)'inFatsa çalışmasında %93,8, Sümer (2015)'in Aydın'da yaptığı çalışmasında %87,6 saptanmıştır(16,49). Bu hastalıkların makas, jilet vs. ile bulaştığını bilenlerin oranı Togan ve ark.'nın (2014) Manisa çalışmasında %95,7, Sümer (2015)'in Aydın çalışmasında %77,2'dir. Çalışmamızda bu oran %93,3 olarak saptanmıştır ve daha yüksek bulunması sevindiricidir. Ancak halk sağlığı açısından çok önemli olan bu hastalıkların bulaş yollarının daha kapsamlı öğretilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılanların %78,7'si AIDS'in önemli hastalık olduğunu ve %68,8'i bulaşıcı olduğunu belirtmiştir. AIDS'in bulaşıcı olduğunu bilen çalışanların %55,6'sı cinsel ilişki ile %32,2'si kan yolu ile bulaştığını belirtmiştir. Güney (2016)'in Fatsa'da yaptığı araştırmasında ise araştırmaya katılanların %91,7 'i AIDS hastalığının önemli olduğunu ve %91,7 si bulaşıcı olduğunu ve bulaşın en çok %88,8'i cinsel ilişki ile %73,6'sı kan yolu ile bulaştığını belirtmiştir belirtmiştir. Şahin ve ark.(2009)'nın yaptıkları çalışmada çalışanların yaklaşık %75cinsel ilişki yoluyla bulaştığını ve %49,6'sı kan yolu ile bulaştığını belirtmiştir.

Amodia ve ark.(2009)'nın Güney İtalya'da 105 kuaförle yaptıkları çalışmada, kuaförlerin HIV ve hepatitlerin bulaş yolları ile ilgili riskleri iyi bilmelerine rağmen; kanla bulaşan virüslerin bulaşmasına neden olabilecek güvensiz uygulamalar yaptıklarını tespit etmişlerdir(51,60).AIDS açısından yeterli bilgisi olanlar çalışanların yarısını oluşturmaktadır. AIDS ile ilgili bir müdahale gereksinimiasıdır. AIDS ile ilgili bilginin yeterli olma durumunu yaş, meslek süresi, eğitim alına yer, bilgi kaynaklarına ulaşım etkilemektedir. Bu çalışmada Hepatit B ve AIDS bilgi düzeyinin aradan geçen zamanda çalışanların bilgi kaynaklarına erişimin artması ve henüz kanla bulaşan hastalıkların kuaför salonu çalışanlarından bulaştığı kanıtlanmamış olsa da özellikle pedikür ve manikür gibi yaralanma ihtimalinin yüksek olduğu müdahalelerde kuaför çalışanları-müşteriler tehdit altındadır. Bu araştırmada bu 2 hastalık için yeterli bilgi oranları düşük bulunmuştur. Yapılan analizlerde eğitim/mesleki eğitimin AIDS ve Hepatit B ile ilgili bilgi durumlarına etki etmediği bulunmuştur. Bunun nedeni hijyen eğitim yönetmeliğine yeterince uyulmaması, verilen eğitim sisteminde farklılıklar, toplumun risk altında olduğu bilincinin gelişmemesi AIDS'in sadece eğitim sırasında değil gündelik hayatta da öğrenilebilmesi olması olabilir.

Çalışanların çalışma ortamındaki etkenlerden rahatsız olma durumları genel olarak %30'un altındadır. En sık rahatsız eden etkenler ağrı (%41,3) olarak bulunmuştur. Güney (2016)'in Fatsa da yapılan çalışmada %94 ağrı olarak belirtmişlerdir. Bu fark işyeri ortamlarının daha iyi olabileceğini düşündürmekle birlikte genel olarak kişisel sağlık algısındaki farklılıklardan da kaynaklanıyor olabilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

İş yeri kişinin günlük hayatta en çok zaman geçirdiği, çevresel faktörlere en çok maruz kaldığı yerdir. Bu maruziyet hem çalışanları hem de müşterileri etkilemektedir. Bu araştırmada çalışanların yaklaşık üçte ikisinin erkek, yarısının 25-29 yaş grubunda, üçte ikisinin mesleki eğitim almış, yaklaşık dörtte üçünün 5 yıldan fazla süredir kuaförlük ve berberlik yaptığı bulunmuştur.

Çalışanların yaklaşık yarısı kendi iş yerinde çalışmaktadır. Çalışanların yaklaşık yarısı saç yapımı ve bütün işleri yapmaktadır ve yaklaşık 10 çalışandan 3'ü eldiven, 2'si koruyucu önlük kullanmaktadır.

Çalışanların yaklaşık üçte birinin Hepatit B ve AIDS ile ilgili bilgileri yeterli değildir. Burada rol oynayan etmenler olarak mesleki farkındalığın oluşmaması ile bulaşan hastalıkların yayılımına neden olan etmenler arasında kuaför ve berber salonlarındaki bulaşın kanıtlanmamış olması, mesleği risk olarak görmemek ve buna bağlı mesleki eğitim kursu alınmaması gibi etmenler olumsuz etkilemektedir.

Müşterilerinde bir yaralanma meydana geldiğinde büyük çoğunluğunun tek kullanımlık kan taşı uygulamaktadır.

Sterilizasyon için yarısı ultraviyole cihazlarını kullanmaktadır.

Genel olarak hijyen bilgi sorularından dekontaminasyonla ilgili soruların az bilinen sorular olduğu görülmüştür.

Çalışanların yaklaşık yarısından fazlasının Hepatit B aşısı yaptırmadığı saptanmıştır.

Kuaför ve berberlerin Hepatit B bilgi düzeyi ve AIDS Bilgi düzeyleri sırasıyla %67,6 ve %63,2 olduğu ve bunu iş doyumuna etkisine bakıldığında iş doyumunu ortalamasının (134,00±21,19) olduğu alınan puan toplamının (min:81 /max:202) olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda bilgi düzeyleri düşüklüğü ile iş doyumunu arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı saptanmıştır.

ÖNERİLER

Çalışanların kendi sağlıklarını korumak amacıyla ve bulaşı önlemek amacıyla eldiven ve önlük kullanmalarının özendirilmesi gerekmektedir. Bilindiği gibi eldiven sadece bulaşıcı hastalıkların korunmasında değil ayrıca kimyasal içerikli maddelerle teması daha da azaltacağı için çalışanları farkında olmadıkları risklerden de korunmalarını sağlar.

Günümüz koşullarında kişisel bakım ve hijyen bir lüks değil ihtiyaç haline gelmiştir. Buna bağlı olarak kuaför ve berber salonlarına sürekli giden müşteri sayısı giderek artmaktadır. Özellikle kanla bulaşan hastalıklar giderek daha büyük öneme sahip olmaktadır. Bu araştırma sonuçlarına göre çalışanların hepatit B ve AIDS ile ilgili bilgileri yeterli değildir. Bu konu ile ilgili hem kurs programlarına hem de yetişkin eğitimi çerçevesinde eğitimler planlanmasına ve denetimlerin tek elden yürütülmesine ihtiyaç vardır.

Bulaşıcı hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyinin yükselmesi hem salonlarda çalışanların hem de müşterilerini olası bulaşlardan koruyacak ve oluşabilecek enfeksiyonların önüne geçilmiş olacaktır.

Kuaför ve berber çalışanlarının ihtiyaç duyduklarında; telefonla arayarak bilgi alabilecekleri bir çağrı/danışma hattı veya bilgi alabilecekleri bir web sitesi oluşturulmalıdır. Bu amaçla bütün çalışanların Hepatit B karşı bağışık olmaları sağlanmalı ve zorunlu hale getirilmelidir. Bu amaçla bütün çalışanların bu aşılardan gerekliliği konusunda bilgilendirilip, Toplum Sağlığı Merkezleri'nde veya aile hekimliklerinde aşılardan yaptırabilecekleri söylenmeli ve gerekli denetimler yaptırılmalıdır.

Kuaför ve berber salonlarında uygun sterilizasyon yöntemine geçilmesi konusunda meslek odalarının desteği alınmalıdır.

Bu çalışma Gaziantep'te kuaför ve berberlerin iş doyumunun kan yoluyla bulaşan hastalıklara etkisini inceleyen bir araştırma olarak düzenlenmiştir. Bu nedenle konu ile ilgili sorunların daha net ortaya konabilmesi için daha ileri ve farklı araştırmalara ihtiyaç vardır.

7.KAYNAKÇA

1. Tayar P. Kuaför Hijyeni. Bursa, 2010.
2. Mermer G., Türk M., Durusoy R. Kadın Kuaförlerinin Çalışma Koşulları ve Mesleki Sağlık Sorunları. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2014; 70-76.
3. Dağlı Ş. Konya Numune Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hepatit B, Hepatit C ve HIV/AIDS Konusunda Korunmaya Yönelik Bilgi Düzeyleri. 2015, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 107 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin).
4. Alev M. HIV, Kronik Hepatit C ve Hemodiyaliz Hastalarında Okült Hepatit B Prevalansının ve Okült Hepatit B Saptanmalarında HBV Pol/S Geni Mutasyonlarının Araştırılması. 2017, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 94 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Çiğdem Ataman Hatipoğlu)
5. Akhan S, Aynioğlu A, Çağatay A, Gönen İ, Günel Ö, Kaynar T, Kuruüzüm Z, Sayan M, Tunca B, Tülek N, Üçkardeş H, Yavuz A, Yıldız O, Yılmaz N, Yüksel E. Kronik Hepatit B Virus İnfeksiyonunun Yönetimi: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Viral Hepatit Çalışma Grubu Uzlaş Raporu. Klimik Dergisi, 2014; 27(Suppl. 1): 2-18.
6. Özaras F. Kuaför Çalışanlarının Hijyen, Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıklar ve Onikomikozis Yönünden İncelenmesi. 2011, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 76 Sayfa, Düzce, (Doc. Dr.Elif Öztürk).
7. Erkan A., Güngör İ. Modern Kuaförlük Sanatında Eğitim. Ankara: Frapan Yayıncılık, 1992.
8. Canyılmaz D. Berber Ve Kuaför Hizmetlerinde DAS Uygulamaları. Karşıyaka Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2009; 407-416.
9. Aktuğ Demir N. Kölgeliler S., Demir L. S., Özçimen S., İnkaya A. Ç. The Knowledge And Behavior Of Hairdressers And Barbers On Blood-Borne Diseases. Viral Hepatitis Journal 2014; 20(2): 67-71.
10. Aygün P. Kesici Delici Alet Yaralanmaları ve Korunma Önlemleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 5. Ulusal Sterilizasyon Kongresi, 2007; 385-391.
11. Güzellik ve Saç Bakımı Hizmetleri Salon Hazırlığı Ve Hijyen, Meslekî Eğitim Ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi, Ankara, 2007.

12. Soy T. Kadın Kuaför Salonlarının Ergonomik Açıdan Uygunluğunun Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi. 2013, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Giyim Endüstrisi ve Moda Tasarımı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 127 sayfa, Ankara, (Doc.Dr. Saliha Ağaç).
13. Boztaş G., Çilingiroğlu N., Özvarış Ş. B., Karaöz A., Karataş F., Kara G., Orhan N., Taşoğlu Ö. Mümüşoğlu S., Güzel T. Ankara İlinin Bir Semti'nde Bulunan Kuaför Ve Güzellik Salonlarında Çalışan Kişilerin Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bazı Görüş Ve Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 60-68.
14. Güler Ç., Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012; 2.Cilt, 200-350.
15. Çalışkan P. HIV/AIDS Damgalama Ölçeğinin Türk Toplumunda Geçerlilik Ve Güvenirliliği. 2011, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 105 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Nuray Enç).
16. Sümer S. Kadın Kuaförü Çalışanların Kan Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. 2015, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 88 sayfa, Aydın, (Prof. Dr. Ayfer Gemalmaz).
17. Savaş N. HIV/AIDS (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü/Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu). Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics, 2015; 1(3): 29-36.
18. Heper Y. HIV/AIDS Epidemiyolojisi. [www.klimik.org.tr/wp-content/.../10/HIV Epidemiyolojisi . pdf](http://www.klimik.org.tr/wp-content/.../10/HIV-Epidemiyolojisi.pdf). (Erişim Tarihi 05.03.2018).
19. Karaosmanoğlu H. K., Nazlıcan Ö., Aydın Ö. A. Profile Of Hiv/Aids Patients İn A Tertiary Hospital İn İstanbul, Turkey. HIV Clinic Trials, 2011 Mar-Apr ; 12(2):104-8.
20. Tümer A. HIV Epidemiyolojisi ve Korunma. [www.hatam.hacettepe.edu.tr/Epid_web .pdf](http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/Epid_web.pdf). (Erişim Tarihi 29.07.2017).
21. Weller S. C., Beaty K. D. Condom Effectiveness İn Reducing Heterosexual HIV Transmission. Cochrane Database Syst Rev.(1):CD003255, 2002.
22. Avcıkurt A. S. Balıkesir Üniversitesi Öğrencilerinin HIV/AIDS Hakkındaki Bilgi Düzeyi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 3(2): 79-86.
23. Sade D. Düzce Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Enfeksiyon Polikliniğine Başvuran Viral Hepatitli Hastaların Epidemiyolojik Analizi. 2014, Düzce Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 68 sayfa, Düzce, (Prof. Dr.Davut Özdemir).
24. Ural O. Kronik Hepatit B'de Değişenler?Epidemiyoloji: Türkiye Ve Dünya. IX. Ulusal Viral Hepatit Sempozyumu, 2017; 38-41.

25. Köse T. Kronik Aktif Hepatit B Enfeksiyonu Olan Hastalar İle Hepatit B Virusuna Karşı Doğal Bağışıklık Geliştiren Bireylerin Sitokin Gen Polimorfizmlerinin Karşılaştırılması. 2013, Karadeniz Teknik Üniversitesi,Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 102 sayfa, Trabzon, (Prof. Dr. Neşe Kaklıkkaya).
26. Güçlü E., Geyik M. F. Hepatit B Enfeksiyonu ve Korunma. Konuralp Tıp Dergisi, 2012; 54-58.
27. Bilir N. Çalışanların Sağlığın Korunmasında Holistik 'Tümelci' Yaklaşım. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, 2008 (37): 4-9.
28. Çiçek Ö., Öçal M. Dünyada ve Türkiye’de İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi. Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, 2016;5 (11): 106-129.
29. Gerek N. İş Sağlığı Ve Güvenliği. Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, 2000.
30. İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu. www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf (Erişim tarihi 13.05.2017)
31. İçbay E. Gaziantep İl Merkezindeki Kadın Kuaförlerinin Fiziksel Koşullarının, Çalışanların Sağlıkla İlgili Yakınmalarının Ve Bulaşıcı Hastalıklarla İlgili Bilgi Ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. 2011, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 127 sayfa, Gaziantep, (Prof. Dr.Servet Özgür).
32. Yılmaz F. İşçi Sağlığı Ve Güvenliği’nde Okul Eğitiminin Önemi: Modern Örnekler Işığında İş Sağlığı Ve Güvenliği Lisans Eğitiminin Ülkemizde Uygulanabilirliği. Kamu-iş Dergisi, 2009; 11(1): 107-138.
33. Bilir, N. Türkiyede Meslek Hastalıklarının Nedenleri. Tıbbi Jeoloji Sempozyumu Kitabı, 2008;38-39.
34. Çasgem. Meslek Hastalıkları. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2013.
35. Adewumi T. Analysis Of Occupational Exposures Of Black Hair Care Professionals In Predominantly Black Salons. 2015, University of California, Environmental Health Sciences, Master Of Sciences, 50 page, Los Angeles, (Prof. Dr.Wendie Robbins).
36. Öner F., Numanoğlu N. Mesleki Astım. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 2009;51(1): 78-90.
37. Keleş M. S. Meslek Hastalıkları. Ata Aöf Yayınevi,2015; 978-975-442-718-9.
38. Güler Ç. Tıp Dışı Deri Girişimlerinde Hijyen. Ankara, Yazıt Yayıncılık, 2011.
39. Türkkan A. İşe Bağlı Kas-İskelet Sistemi Rahatsızlıkları ve Sosyal Eşitsizlikler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2009;35 (2) 101-106.
40. Güzel D. Erzurum İlinde Faaliyet Gösteren Bayan Ve Erkek Kuaförlerinin, Ergonomik Çalışma Koşulları, Mesleki Rahatsızlıklar ve İş Memnuniyeti Açısından İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2003;17(3):345-358.

41. Şahin N.H., Bilgiç D., Esen Ü., Çetinkaya R., Tozoğlu Z. Bayan Kuaförü Çalışanlarının Hepatit B'ye İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 2009; 8(2).
42. Batıgün A. D., Şahin N. H. İş Stresi ve Sağlık Psikolojisi Araştırmaları İçin İki Ölçek: A Tipi Kişilik Ve İş Doyumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006;32 -45.
43. Linley P., Maltby J., Wood A. M., Osborne G., Hurling R. Measuring Happiness: The Higher Order Factor Structure Of Subjective And Psychological Well-Being Measures. *Personality And Individual Differences*, 2009;878-879.
44. Mendeş M. Akademisyenlerin İş Doyumlarının İncelenmesi Bayburt Üniversitesi Örneği. 2017, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ekonometri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 80 sayfa, Erzurum, (Prof.Dr.Ömer Yılmaz).
45. Luthans F. The Need For And Meaning Of Positive Organizational Behavior. *Journal Of Organizational Behavior* , 2002;695-706.
46. Şat A., Doğan H., Amil O. Akademisyenlerin Psikolojik İhtiyaçları ve İş Doyumlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi:Kayseri Örneği. *Türkiye Sosyal Politika ve Çalışma Hayatı Araştırmaları Dergisi*, 2015;5(8): 114-132.
47. Mandıracıoğlu A., Köse Ş., Gözaydın A., Turken M., Kuzucu L. Occupational Health Risks Of Barbers And Coiffeurs İn İzmir. *Indian Journal Of Occupational And Environmental Medicine* , 2009;92-96.
48. Togan T., Tosun S., Turan H., Arslan H. Knowledge And Behavior Of Coiffeur Employees About Hepatitis İn Aksaray City Center. *Ege Journal Of Medicine*, 2014;53(4): 189-194.
49. Güney Y. Fatsa'da Kuaför Salonlarında Çalışanların Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Görüş ve Uygulamaları. 2016, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 103 sayfa, Samsun, (Prof. Dr. Şennur Dabak)
50. Durusoy R., Mermer G., Soyer M.T. Bornova'da Meslek Odasına Kayıtlı İşyerlerinde Manikür-Pedikür Çalışanlarının Enfeksiyonu Önleme Konusunda Bilgi Ve Davranışları. *Ege Journal Of Medicine*, 2012;83-91.
51. Amodio E., Benedetto M. A., Gennaro L., Maida C. M., Romano N. Knowledge, Attitudes And Risk Of HIV, HBV And HCV Infections İn Hairdressers Of Palermo City(South Italy), *European Journal Of Public Health*, 2010 Aug; 20(4):433-7.
52. Krishanani M. K., Ali F. A., Khuwaje(Late) A. K., Oidwai W., Ali B. S. Educational Intervention Among Barbers To Improve Their Knowledge Regarding HIV/AIDS: Apilot Study From A South Asian Country. *J Health Popul Nutr*, 2014 Sep; 32(3):386-390.

53. Belbacha I., Cherkaoui I., Akrim M., Dooley K., Aouad R. Seroprevalence Of Hepatitis B And C Among Barbers And Their Clients İn The Rabat Region Of Morocco. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2011;17(12): 911-919.
54. Deneluz A. C. Oliveira, S. D. Survey Of Hepatitis B And C İnfection Control:Procedures At Manicure And Pedicure Facilities İn São Paulo, Brazil. *Braz J Infect Dis* , 2010;14(5):502-507.
55. Demir N. A., Kölgelier S., Demir L. S., Özçimen S., İnkaya A. Ç. Kuaför ve Berberlerin Kan Yolu İle Bulaşan Hastalıklar Hakkında Bilgi Ve Tutumları. *Viral Hepatit Dergisi*, 2014;20(2): 67-71.
56. Banak S., Yoldaşcan E., Kılıç B. Adana İli Yarıkırsal Alanda Yaşayan 10 Yaş Ve Üzeri Kişilerde Hepatit B Virüsü (Hbsag) ve Anti-Hepatit C Virüsü (Anti-Hcv) Prevalansı Ve Etkileyen Faktörler. *İnfeksiyon Dergisi*, 2002;16(2): 133-140.
57. Türkmen L., Bakır B. Sağlık Teknikeri Adaylarının El Hijyeni (Rutin / El Yıkama) İle İlgili Bilgi, Davranış ve Tutumların Değerlendirilmesi. *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*, 2017;6(3): 122-127.
58. Garbaccio J. L., De Oliveira A. C. Hidden In The Risk Segment Of Aesthetic And Beauty:An Assessment Of The Knowledge Of Professional And Practices In Salons Biosafety . *Text Context Nursing*, 2013;22(4): 989-98.
59. Togan T., Turan H., Tosun S., Arslan, H. Manisa İl Merkezinde Berber, Kuaför ve Güzellik Salonu Çalışanlarının Hepatit Konusundaki Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranışları. *Ankem Dergisi*, 2014;28(2):50-57.
60. Şahin H., Dursun A. Okul Öncesi Öğretmenlerin İş Doyumu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Dergisi*, 2009;18: 160-174.
61. Yılmaz Ö.İ. İş Doyumu, Serbest Zaman Doyumu Ve Kişilik Envanteri Arasındaki İlişkiyi Tespit Etmeye Yönelik Bir Alan Çalışması. 2017, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi, 231 sayfa, Kahramanmaraş, (Prof.Dr. .Mustafa Taşlıyan)

8 . EKLER

EK-1 : KUAFÖR VE BERBERLERİN İŞ DOYUMU İLE AIDS VE HEPATİT-B BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

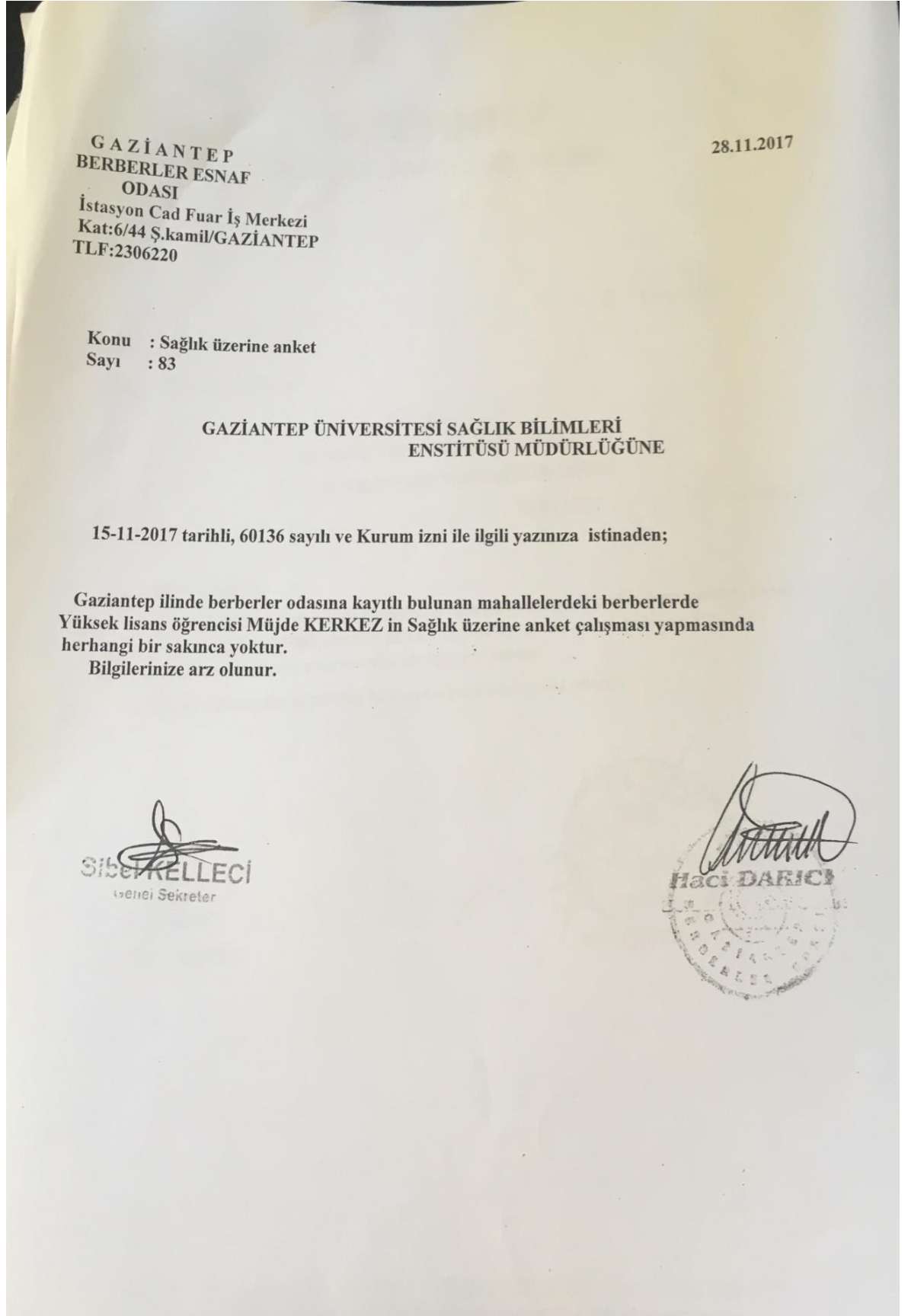
1. Yaşınız?(.....) Doğum Yeriniz?(.....)
2. Cinsiyet? ☐Kadın ☐Erkek
3. Medeni durumunuz? ☐Evli ☐Bekar ☐Boşanmış/Dul
4. Evli/dul iseniz çocuk sayısı? ☐Yok ☐K ☐E
5. Mesleğiniz? ☐Kuaför ☐Berber
6. Eşinizin mesleği? ☐Ev hanımı ☐Kuaför ☐Berber ☐Diğer.....
7. Sağlık güvenceniz? ☐Var ☐Yok Hangisi?.....
8. Eğitim durumunuz ? ☐İlkokul/Ortaokul ☐Lise ☐Üniversite ☐Diğer.....
9. Mesleki statünüz nedir?☐Çırak☐Kalfa☐Usta☐Uzman kuaför/berber ☐Salon sahibi/ortak diğer ☐
10. Ne kadar süredir çalışmaktasınız? (.....)
11. Salondaki göreviniz nedir?☐manikür/pedikür ☐epilasyon ☐saç yapımı/kesimi☐makyöz ☐bütün işler
12. Mesleki eğitim kursu aldınız mı? ☐Evet ☐Hayır
13. Mesleki riskler konusunda eğitim aldınız mı? ☐Evet ☐Hayır
14. Mesleki riskler konusunda bilgi kaynaklarınız nelerdir? ☐meslektaşlar ☐okul ☐gazete ☐kitap ☐tv
15. HEPATİT-B hastalığını duydunuz mu? ☐Evet ☐Hayır
16. AIDS hastalığını duydunuz mu? ☐Evet ☐Hayır
17. HEPATİT-B hastalıklarını biliyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır
18. Hepatit-B ile ilgili bilgileri nereden biliyorsunuz?☐Hastaneden ☐Mesleki eğitim kursundan ☐Basından ☐Seminerlerden ☐Arkadaşlar arasında
19. AIDS hastalığını biliyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır
20. AIDS ile ilgili bilgileri nereden biliyorsunuz? ☐Hastaneden ☐Mesleki eğitim kursundan ☐Basından ☐Seminerlerden ☐Arkadaşlar arasında
21. Hepatit-B önemli bir hastalıktır? ☐Evet ☐Hayır ☐Bilmiyorum
22. Hepatit-B bulaşıcı bir hastalıktır? ☐Evet☐Hayır ☐Bilmiyorum
23. Hepatit-B tedavisi olan bir hastalıktır? ☐Evet ☐Hayır ☐Bilmiyorum
24. AIDS önemli bir hastalıktır? ☐Evet☐Hayır ☐Bilmiyorum
25. AIDS bulaşıcı bir hastalıktır? ☐Evet☐Hayır ☐Bilmiyorum
26. AIDS tedavisi olan bir hastalıktır? ☐Evet ☐Hayır ☐Bilmiyorum
27. Sarılık geçirdiniz mi? ☐Evet☐Hayır
28. Ailenizde sarılık geçiren oldu mu? ☐Evet ☐Hayır
29. Yıllık Hepatit-B değerlerinize baktırıyor musunuz? ☐Evet☐Hayır
30. Hepatit-B aşınızı yaptırdınız mı? ☐Evet ☐Hayır Neden.....
31. Aşılamanız konusuna önem veren birileri var mı? ☐Evet ☐Hayır
32. Varsa bu kişi/kişiler kim/kimlerdir?.....
33. HEPATİT-B hangi yolla bulaşır? ☐Kan ☐Solunum ☐Temas ☐Cinsel İlişki Diğer.....
34. AIDS hangi yolla bulaşır? ☐Kan ☐Solunum ☐Temas ☐Cinsel İlişki Diğer.....
35. Sizce kan yoluyla bulaşan hastalıklar yönünden riskli meslekler hangileridir? ☐Kuaför ☐Berber ☐Sağlık Çalışanları ☐Kasap
36. HEPATİT-B hastalığı en çok hangi aletlerle bulaşır?☐jilet-epilasyon iğnesi-makas manikür-pedikür aletleri ☐tarak ☐fırça ☐havlu
37. AIDS hastalığı en çok hangi aletlerle bulaşır?☐jilet-epilasyon iğnesi-makas manikür-pedikür aletleri ☐tarak ☐fırça ☐havlu
38. Müşterilerinize bulaşıcı bir hastalığı olup olmadığını soruyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır
39. HEPATİT-B li bir hasta tarafınızca tıraş olmak isterse düşünceniz ne olurdu? ☐Kesinlikle tıraş etmezdim ☐Tıraş öncesi bu hastalığı olduğunu benimle paylaştığı için teşekkür eder başka bir arkadaşına yönlendirirdim ☐Tıraş eder fakat bulaş riski açısından dikkatli olur ve önlem alırdım
40. AIDS veya HEPATİT-B li bir hasta tarafınızca tıraş olmak isterse düşünceniz ne olurdu? ☐Kesinlikle tıraş etmezdim ☐Tıraş öncesi bu hastalığı olduğunu benimle paylaştığı için teşekkür eder başka bir arkadaşına yönlendirirdim ☐Tıraş eder fakat bulaş riski açısından dikkatli olur ve önlem alırdım
41. HEPATİT-B taşıyıcısı müşteriniz olsa; ☐normal malzemeleri mi kullanırsınız ☐onlara özgü malzemeleri mi kullanırsınız ☐normal malzemeleri kullanıp temizler misiniz
42. HEPATİT-B hastası müşteriniz olsa; ☐normal malzemeleri mi kullanırsınız ☐onlara özgü malzemeleri mi kullanırsınız ☐normal malzemeleri kullanıp temizler misiniz
43. AIDS hastası müşteriniz olsa; ☐normal malzemeleri mi kullanırsınız ☐onlara özgü malzemeleri mi kullanırsınız ☐normal malzemeleri kullanıp temizler misiniz

44. Meslek hayatınız süresince elinizi hiç kestiniz mi? ()Evet ()Hayır
45. Elinizi kaç defa kestiniz?(.....)
46. En çok hangi uygulamalarda el kesisi fazla olur? ()Manikür-Pedikür ()Epilasyon ()Saç kesimi ()Tıraş
47. En çok hangi aletlerle kestiniz? () Jilet () Ustura () Makas Diğer.....
48. Elinizi kestiğinizde hangi yolu izlersiniz? ()Kolonya ile silerim ()steril gazlı bezle silerim ()kan taşı basarım ()iyot ile silerim ()sadece pamuk ile siler yara bandıyla yapıştırırım ()hiçbir şey yapmam
49. Müşteride kesi olsa hangi yolu izlersiniz? ()Kolonya ile silerim ()steril gazlı bezle silerim ()kan taşı basarım ()iyot ile silerim ()sadece pamuk ile siler yara bandıyla yapıştırırım ()hiçbir şey yapmam
50. Eliniz kesildikten sonra kan değerlerinize (hepatit-b markerlarına) baktırmak için hiç hastaneye gittiniz mi? ()Evet ()Hayır Neden.....
51. Hastaneye gittiyseniz kan tahlili sonucunuz nedir? ()Hepatit var () Hepatit yok
52. Kan taşı kullanıyor musunuz? Evet() Hayır()
53. Kan taşı kaç yaralanmada kullandıktan sonra değiştiriyorsunuz?
54. Günde kaç manikür pedikür yapıyorsunuz?
55. Manikür için müşterilerinize kendi malzemelerini getirmelerini söyler misiniz? ()Evet ()Hayır
56. Manikür-pedikür için gelen müşterilerinize Hepatit-B ya da AIDS gibi kan yoluyla bulaşan hastalıkları olup olmadığını soruyor musunuz? () Evet () Hayır
57. Manikür pedikür uygulamalarında hiç yaralandınız mı? ()Evet ()Hayır
58. Manikür-pedikür yaparken kan yoluyla bulaşan hastalığı olduğunu bildiğiniz müşterinin aletleriyle elinizi kestiğiniz zaman hastaneye gider misiniz? () Evet () Hayır
59. İş yeri ortamınızda ve kişisel olarak hijyen koşullarını tam olarak yerine getirdiğinizi düşünüyor musunuz? ()Evet ()Hayır
60. Kendinizi enfeksiyondan korumak için hangi önlemleri alırsınız? ()Hiçbir önlem almıyorum ()eldiven giyerim ()ellerimi yıkarım ()maske takarım ()önlük kullanırım
61. Ellerinizi hangi zamanlarda yıkarınız? ()İşlemlerden önce ve sonra ()İşlemlerden önce ()İşlemlerden sonra ()Aklıma geldiğinde () Hiç yıkamam
62. Ellerinizi her işlemten önce ve sonra nasıl temizlersiniz? ()Su ile yıkarım ()Su ve sabun ile ()Dezenfektan ile ()Sadece alkollerim () Temizlemem
63. Elinizde yara varken alet temizliği yapıyor musunuz? Evet() Hayır()
64. Aletleri temizlediğiniz lavabonuz ile sosyal lavabonuz aynı mı farklı mı? () Aynı () Farklı
65. İşlemler sonrasında aletlerin temizliği için hangi işlemleri yapıyorsunuz? ()Hiçbir şey ()Alkolle silme ()Sterilizasyon makinesine koyma () Alkolle silip sterilizasyona koyma () Ozonda bekletip sterilizasyona koyma ()Kolonya ile silme ()Çamaşır suyunda bekletme () sterilizasyon ve deterjanla yıkama () sterilizasyon ve sıcak suda yıkama () sterilizasyon ve dezenfektan ile yıkama () sterilizasyon ve çamaşır suyu ile silme () sıcak suda kaynatma () sıcak suda kaynatma ve çamaşır suyu ile silme () deterjan ile yıkama
66. Manikür pedikür kaplarınızı ne sıklıkla dezenfekte ediyorsunuz? ()Günde bir ()İki üç günde bir ()Haftada bir ()Her kullanımda () Diğer.....
67. Çalıştığınız yerde sterilizasyon makinanız var mı? Evet() Hayır()
68. Sterilizasyon eğitimi aldınız mı? Evet () Hayır ()
69. Verildiyse nerede aldınız bu eğitimi?.....
70. İş yeri denetimlerinde iş yerinin sterilizasyona önem verip verilmediği denetleniyor mu? Evet() Hayır()
71. Denetlemeler ne kadar sürede bir yapılıyor?
72. Çalışırken kullandığınız malzemeleri pratik olsun diye ağızınıza koyuyor musunuz? Evet() Hayır()
73. Mesleğe başladıktan sonra sizde mesleğinizin neden oldu dediğiniz bir hastalık/rahatsızlık oldu mu? Evet () nedir? Hayır ()
74. Bu hastalık sizce neden oluşmuştur?.....
75. Alet/malzeme alımında kolay temizlenip temizlenmediğine dikkat eder misiniz? Evet() Hayır()
76. Meslektaşlarınızda ya da kendi iş yerinizde müşteriden çalışana ya da çalışandan müşteriye kan yoluyla bir hastalık bulaştığını duydunuz mu ya da gördünüz mü? Evet() Hayır()
77. Ecza dolabınız var mı? Evet () Hayır()
78. AIDS ya da Hepatit-B hastalıklarının size bulaşma ihtimali sizi endişelendiriyor mu? ()Evet ()Hayır
79. Müşterinizde hepatit-B veya AIDS hastalığı olduğunu bilerseniz işlem yaparken nelere dikkat edersiniz?
80. Sizde hepatit-B veya AIDS hastalığı olsa müşterinize işlem yaparken nelere dikkat edersiniz?

EK 2: İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı, aşağıda verilen ifadelere katılma durumuna göre; (1) hiç katılmıyorum, (2) kısmen katılmıyorum, (3) kısmen katılıyorum, (4) katılıyorum, (5) katılıyorum, (6) tamamen katılıyorum arasında seçerek işaretleyiniz.		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Yaptığım iş karşılığında adil bir ücret aldığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
2	İşimde yükselme şansım çok düşüktür.	1	2	3	4	5	6
3	Yöneticim yaptığı işte oldukça yeterlidir.	1	2	3	4	5	6
4	İşimin karşılığında bana sağlanan hak ve ödeneklerden memnun değilim.	1	2	3	4	5	6
5	İşimi iyi yaptığım zaman takdir edilmekteyim.	1	2	3	4	5	6
6	İşyerimdeki kurallar işi hakkıyla yapmamı zorlaştırmaktadır.	1	2	3	4	5	6
7	Birlikte çalıştığım insanları seviyorum.	1	2	3	4	5	6
8	Bazen yaptığım işin çok anlamsız olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
9	İşyerimdeki iletişimin iyi olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
10	İşyerimde ücret artışları az oluyor.	1	2	3	4	5	6
11	İşini iyi yapana adil bir şekilde yükselme şansı veriliyor.	1	2	3	4	5	6
12	Yöneticim bana karşı adil değildir.	1	2	3	4	5	6
13	İşyerimde verilen hak ve ödenekler diğer pek çok işletmeden kadar iyidir.	1	2	3	4	5	6
14	Yaptığım işten hoşnut olmadığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
15	İyi bir iş yapmak için harcadığım çabalar nadiren formalite işler tarafından	1	2	3	4	5	6
16	Birlikte çalıştığım insanların yetersiz olmasından dolayı işimde daha çok	1	2	3	4	5	6
17	İşyerimde yaptığım işlerden hoşlanıyorum.	1	2	3	4	5	6
18	Bu işyerinin hedefleri bana açık ve belirgin gelmiyor.	1	2	3	4	5	6
19	Bana verdikleri ücreti düşündüğümde takdir görmediğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
20	Bu işyerindeki insanlar diğer işyerlerindeki kadar hızlı yükselmektedirler.	1	2	3	4	5	6
21	Yöneticim, çalışanlarının hislerine çok az ilgi gösterir.	1	2	3	4	5	6
22	İşyerinde aldığımız hak ve ödenekler adildir.	1	2	3	4	5	6
23	Bu işyerinde çalışanlar çok az ödüllendiriyorlar.	1	2	3	4	5	6
24	İşyerinde yapmam gereken çok iş var.	1	2	3	4	5	6
25	İş arkadaşlarımdan hoşlanıyorum.	1	2	3	4	5	6
26	Çoğu zaman bu işyerinde neler olduğunu bilmediğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
27	Yaptığım işten gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5	6
28	Ücretimdeki artışlardan memnunum.	1	2	3	4	5	6
29	İşyerinde almamız gerekip de almadığımız ek ödenekler ve haklar var.	1	2	3	4	5	6
30	Yöneticimi seviyorum.	1	2	3	4	5	6
31	Bu işyerinde çok fazla yazışma ve benzeri işlerle uğraşmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6
32	Çabalarımın gerektiği kadar ödüllendirildiğini sanmıyorum.	1	2	3	4	5	6
33	Yükselmek için yeterli şansa sahip olduğumu düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
34	İşyerimde çok fazla çekişme ve kavga var.	1	2	3	4	5	6
35	İşimden hoşlanıyorum.	1	2	3	4	5	6
36	Yapmam gereken işler yeterince açık ve net değildir.	1	2	3	4	5	6

EK 3:BERBERLER ODASI İZNİ



EK 3:KUAFÖRLER ODASI İZNİ



**GAZİANTEP
BAYAN KUAFÖRLER ODASI**

TARİH

.../.../2017

22 Kasım 2017

SAYI : Gİ.EV.DEF. / 418

KONU : Müjde KERKEZ hk.

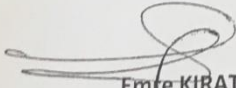
T.C.

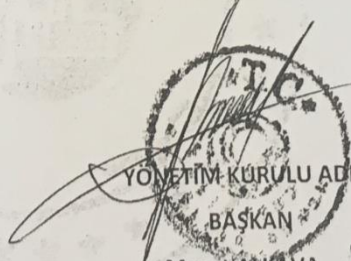
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
GAZİANTEP

İlgi : 47989649/300/Es

İlgi sayılı yazı ile Enstitünüz Hemşirelik Ana Bilim dalı halk sağlığı hemşireliği yüksek lisans Programı öğrencisi Müjde KERKEZ'in GAZİANTEP ilinde kayıtlı bulunan Odamıza kayıtlı kuaförlerde çalışma yapmasında bir sakınca yoktur.

Gerekli işlemlerin yapılması hususunu bilgilerinize arz ederiz.

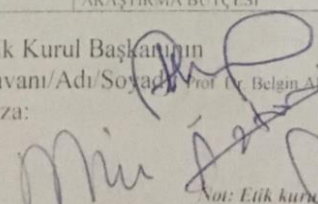

Emre KIRAT
GENEL SEKRETER


YÖNETİM KURULU ADINA
BAŞKAN
Mesut ALKAVA

Oda Tel: +90 342 230 31 34 - Fax : +90 342 230 84 00 - Gsm : +90 542 784 69 78

Alleben Mah.Şair Baki Sk.No: 12/A Şahinbey / GAZİANTEP

EK 4:
ETİK KURUL ONAYI

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kuaför ve Berberlerin İş Doyumu ile AIDS ve Hepatit B Bilgilerinin Değerlendirilmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		338		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep		
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704		
	FAKS	0342 360 39 27		
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Rabia Sohbet		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
FAZ 4		☐		
Gözlemsel ilaç çalışması		☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☐		
Diğer ise belirtiniz :				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
Etik Kurul Başkanı'nın Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALIŞEHİRLİ İmza:  Not: Etik kurul başkanı, imzasını yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.				

EK 4:
ETİK KURUL ONAYI

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kuaför ve Berberlerin İş Doyumu ile AIDS ve Hepatit B Bilgilerinin Değerlendirilmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	338		

KARAR BİLGİLERİ	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	ILAN	☐	
	YILTIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER	☐	
Karar No: 2017 / 338		Tarih: 23.10. 2017	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI					İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:					Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ				

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☒	☐	☒	
Prof. Dr. Mehmet KEŞKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☒	☐	☒	
Prof. Dr. Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☒	☐	☒	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☒	☐	☒	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☒	☐	☒	
Prof. Dr. Yasemin ZER	MIKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☒	☐	☒	
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☒	☐	☒	
Doç. Dr. Seval KUL	BİYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☒	☐	☒	
Yrd. Doç. Dr. Betül TAŞ	AĞIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	☐	☒	☐	☒	☐	☒	
Uzm. Dr. Cahide FİDORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	☐	☒	☐	☒	☐	☒	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	☒	☐	☐	☒	☐	☒	
Recep TÜRK	BANKACI	Ziraat Bankası Gaziantep Bölge Yöneticisi	☒	☐	☐	☒	☐	☒	

* Toplantıda Bulunma

Elden teslim aldım.

Müjde Kerkelç
M. Kerkelç

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

9.ÖZGEÇMİŞ

Müjde KERKEZ 1988 yılında Gaziantep'te doğdu. 2006 yılında Bnb.Dündar Taşer Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümü'nü bitirdi.2010 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden mezun oldu.2007 yılında Anamur Devlet Hastanesi'nde ebe olarak göreve başladı.2008-2010 yılları arasında Şanlıurfa Kadın Doğum Hastanesi'nde ebe olarak göreve devam etti.2011 yılında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne hemşire olarak atandı.2016 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı Halk Sağlığı Hemşireliği programında Yüksek lisans eğitimine başladı. Halen Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktadır.

Akademik Çalışmalar ve Katıldığı Bilimsel Programlar

1. Yılmaz M, Karadağ G,Kerkez M, Sungur A.S. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Fethiye, 01 Nisan 2010. 6 ve 7. Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı: Gaziantep Örnekleme(Poster Bildiri)
2. VII. Uluslararası Avrasya Hematoloji Kongresi, İSTANBUL, 13-16 Ekim 2016.
3. 1. Hematolojik Nadir Hastalıklar Kongresi, KKTC, 08-11 Şubat 2018.
4. Sohbət R, Kerkez M,Polat S, Atalan Y, Taşkın S, Uçar P, Savuk S.Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerde Sınav Öncesi Stres Ve Başa Çıkma Yöntemleri. 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Çanakkale,2018.(Sözel Bildiri)
5. Sohbət R, Kerkez M, Erdinç B, Oğlakçı M, Yiğit G, Altungül H. Gıda Mühendisliği Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi,Çanakkale,2018.(Sözel Bildiri)
6. Sohbət R, Kerkez M, Çulpan B, Yalar B, Dağdelen S, Koçyiğit F. Fen Edebiyat Fakültesi Öğrencilerinin İşlenmiş Gıdalara Bakışı. 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi,Çanakkale, 2018.(Sözel Bildiri)
7. Sohbət R, Kerkez M, Bozkurt B, Ereng S, Sağlam S, Kansu M, Demir S. Hemşirelik Öğrencilerinin Bilinçsiz İlaç Kullanımı Düzeyi. 1.Uluslararası 2.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, 2018. (Poster Bildiri)
8. Sohbət R, Kerkez M, Bozkurt B, Kaçmaz Y, Karakoç İ, Sait M, Algül S.Hemşirelik 1.Sınıf Öğrencilerinin Teknoloji Ve İnternet Bağımlılığı. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, 2018. (Sözel Bildiri)
9. Sohbət R, Kerkez M, Bozkurt B, Kaçan H, Çapan B, Kılınç R, Acar S. Kız Yurdundaki Öğrencilerin Meme Kanseri İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları. 1.Uluslararası 2.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Ankara, 2018. (Sözel Bildiri)

10. Kerkez M, Sohbet R. Kuaför Ve Berberlerin İş Doyumu İle AIDS ve Hepatit B Bilgilerinin Değerlendirilmesi. 3rd International Congress On Vocational And Technical Sciences, Gaziantep, 21-22 June 2018.(Sözel Bildiri)
11. Sohbet R, Kerkez M, Yüksek K, Yıldırım Z, Can R, Çoban G. 3.Sınıf Hemşirelerin Diş Sağlığı Ve Diş Verdikleri Önem. 3rd International Congress On Vocational And Technical Sciences, Gaziantep, 21-22 June 2018. (Sözel Bildiri)
12. Sohbet R, Kerkez M, Akdemir Z, Yaşar A, Akar Z, Budak A. İnternet Gazetecilik Mi,Geleneksel Gazetecilik Mi? 3rd International Congress On Vocational And Technical Sciences, Gaziantep, 21-22 June 2018. (Sözel Bildiri)
13. Kerkez M, Çakı B. Kişisel Hijyen Ve Öz Bakım Konferansı. Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Ezogelin Öğrenci Yurdu, Gaziantep, 14.05.2018. (Konuşmacı)

