



türk tabipleri birliği
mesleki sağlık
ve
güvenlik dergisi

turkish journal of
occupational
health and
safety

- © Sağlık Emekçilerinin Durumu
- © Sağlık Emek Süreci
- © Güvencesizlik ve Eğreti Çalışma
- © Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
- © İşyeri Sağlık Birimi Uygulamaları

turkish medical association



60-61



johs (turkish)
turkish journal of
occupational
health and
safety

Edtörler

Celal EMİROĞLU
Levent KOŞAR

Yayın Kurulu

Sedat ABBASOĞLU
Gültekin AKARCA
Onur BAKIR
Nilay ETİLER
Denizcan KUTLU
Meral TÜRK
Mehmet ZENCİR

Danışma Kurulu

Prof. Dr. İbrahim AKKURT
Prof. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU
Prof. Dr. Remzi AYGÜN
Prof. Dr. Nadi BAKIRCI
Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Dr. Yıldız BİLGİN
Dr. Nihal COŞKUN
Prof. Dr. Yücel DEMİRAL
Doç. Dr. Mustafa DURMUŞ
Av. Hacer EŞİTGEN
Prof. Dr. Çağatay GÜLER
Av. Mustafa GÜLER
Dr. Ö. Kaan KARADAĞ
İsmail Hakkı KURT
Prof. Dr. Mustafa KURT
Yıldırım KOÇ
Prof. Dr. Nergis MÜTEVELLİOĞLU
Fiz. Müh. Haluk ORHUN
Prof. Dr. Güzin ÖZARMAGAN
Prof. Dr. Gamze YÜCESAN ÖZDEMİR
Av. Dr. Murat ÖZVERİ
Prof. Dr. Kayıhan PALA
Prof. Dr. Ahmet SALTİK
Psik. Dr. Nazlı Yaşar SPOR
TİM. Müh. Mustafa TAŞYÜREK
Dr. Engin TONGUÇ
Prof. Dr. Nevin VURAL

Türk Tabipleri Birliği Adına Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü
Prof. Dr. M. Raşit TÜKEL

Yazışma Adresi

Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi
Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi
Şehit Daniş Tunaliğil Sokak No: 2 Kat: 4 Posta
Kodu: 06570
Demirtepe/ANKARA

Telefon

0 312 231 31 79 (Pbx)

Faks

0 312 231 19 52 - 53

http://www.ttb.org.tr/msg
e-posta: msg@ttb.org.tr

Hazırlık ve Tasarım

Yeter CANBULAT - TTB

Basımın İletişim Bilgileri ve Basım Yeri

Başak Matbaacılık ve Tan. Hiz. Ltd. Şti. Ankara
Tel: (0.312) 397 16 17

Yapım

Mucize Reklam
Tel: 0 312 417 10 56

Basım Tarihi

Aralık 2016

Yayın Türü

Yerel Süreli (3 aylık)

Tiraj

3.000 adet

Logo ve Kapak Hakkı TTB'ye Aittir.

Dergide Yayımlanan Yazıların Tüm Sorumluluğu
Yazarlarına Aittir.

t ü r k t a b i p l e r i b i r l i ğ i

mesleki sağlık ve güvenlik d e r g i s i

üç ayda bir yayımlanır Nisan-Eylül 2016

60-61

EDİTÖRDEN

Celal EMİROĞLU

1

SAĞLIK EMEKÇİLERİNİN DURUMU ÜZERİNE

Cavit Işık YAVUZ

2

DÖNÜŞÜMÜN KÖŞE TAŞLARI:

KAMU EMEKÇİLERİ VE SAĞLIK EMEK SÜRECİ

Gamze YÜCESAN ÖZDEMİR

8

İŞ GÜVENCESİZLİĞİ VE EĞRETİ ÇALIŞMANIN

ÇALIŞAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Aysun AKGÜN, Yücel DEMİRAL

12

SES'İN SÇS ÇALIŞMALARI

SES Eğitlimciler Komisyonu, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanlarının Sağlığı Modülü Üyeleri

17

ÇATIŞMA ORTAMLARINDA "BARIŞ SAĞLIKÇISI" OLMAK

Mahfuz KARAASLAN, Onur Naci KARAHANCI, Feray KAYA, Samet MENGÜÇ,

Arzu TÜRKMEN, Veysi ÜLGEN, Halis YERLİKAYA

26

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ KAZASI: ŞİDDET

Perinaz TURAN, Mustafa TURAN, Erturul TAÇGIN

33

ANKARA'DA DIŞ TEKNİSYENİ PNOMOKONYOZU

SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ OLDUĞU FAKTÖRLER

Dilek ERGÜN, Recai ERGÜN, Ender EVÇİK, Türkan NADİR ÖZİŞ, İbrahim AKKURT

39

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNDE

ÇALIŞAN ASİSTANLAR ARASINDA BEL AĞRISI SIKLIĞI VE

BEL AĞRISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Utku URGAN, Onur HAMZAOĞLU

49

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE

VE TEKNİSYENLERİN MESLEKİ RİSK ALGISININ BELİRLENMESİ

Serap ERKAN, Mehmet ZENCİR

57

ÇALIŞMA KOŞULLARI İLE İŞ KAZALARI ARASINDAKİ İLİŞKİSİ:

BİR HASTANE ÖRNEĞİ

Aslı DAVAS, Meral TÜRK, Mümine YÜKSEL

67

İŞÇİ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNDE SOLUNUM SİSTEMİ TETKİKLERİ

Adem KOYUNCU, Ahmet Uğur DEMİR

76

İŞYERİ SAĞLIK BİRİMİ: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ

Mehtap TÜRKAY

83



EDİTÖRDEN

Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi olarak sağlık çalışanlarının sağlığı konusunu önceki sayılarda da tema olarak işledik (MSG 42 ve 43); uluslararası ve ulusal planda neoliberal politikaların sağlık emekçüsü üzerindeki etkilerini sergilemeye, piyasa dinamiklerinin çalışma koşulları ve istihdam politikalarında gündeme getirdiği 'sağlıkta dönüşüm'ün hangi taraftan değerlendirilmesi gerektiğinin ipuçlarını vermeye çalıştık. 'Dönüşüm'ün çalışma koşullarını nasıl bozduğunu yorumlamaya çalışırken; sağlık çalışanlarına yönelik mobbing ve cinayetlere kadar varan şiddetin bu 'dönüşüm'de nereye denk geldiğini göstermeye çalıştık. Daha öncesinde sağlık emekçilerinin, çalışma ortamı sağlığı ve güvenliği konusunda salgın, bulaşıcı, paraziter insan hastalıkları ile kimyasallar, fiziksel etmenler, ergonomik ve psikososyal riskleri tartışmaya çalışırken; artık öyle oldu ki bugün savaş, can güvenliği, güvencesizlik, işsizlik vb gibi insani öncelikli tartışmaları yapar olduk.

Sağlık hizmetlerinin alışıktığımız devlet eliyle verildiği dönemden (ki bu dönemin de kime hizmet ettiği tartışmalıdır) sermaye birikiminin öncelendiği döneme doğru giderken sağlık emekçileri sermayenin kârlılığının artması uğruna giderek haklarını daha fazla kaybeder hale geldiler. Bu kayıp eş zamanlı olarak hizmetten yararlanan toplum kesimlerini de doğal olarak vuracaktı... Yaşayarak gördük ki; insan yaşamı hiçe sayılırken, toplum sağlığı da giderek daha fazla bozuldu. Sağlık emekçilerinin sosyal iyilik hali sağlanamadı, iş güvencesizliği, gelecek belirsizliği ve örgütsüzlük ile birlikte çalışma ortamındaki "kirlilik" sağlık çalışanların sağlığını ve güvenliğini daha da olumsuz yönde etkiler oldu.

Şu tespiti de yapmak gerekir ki; sermayenin uluslararası örgütlenmeleri, teknolojiadaki bilişimsel değişimler, arz-talep, kalite, kârlılık/verimlilik, artık değer, güvencesizlik, eğreti çalışma, esnek üretim, taşeronlaşma, iş sağlığı ve güvenliği vs gibi terimler/kavramlar ile sağlık (ve tabii ki işyerinde sağlık) hizmetinin geldiği nokta arasında illiyet bağı kuramayanlar; ya da sağlıkta şiddet, kadına yönelik şiddet, sanata yönelik şiddet, etnisite üzerinden şiddet vb arasındaki ilişkiyi algılayamayan gerek sendikalar, gerek siyasi partiler ve gerekse demokratik mesleki kitle örgütleri halen sonuçlar üzerinden oyalanmaya devam ediyorlar... İşçi (sağlık çalışanlarının) sağlığı çalışmalarında yaşanan "akıl durgunluğu" da bu kapsamda değerlendirilmelidir.

Uluslararası sermayeye "uyum" kaygılarıyla hazırlanan "İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu" çıkmadan önce, çıkarken ve yasalaştıktan sonra yazmaktan elimiz, konuşmaktan dilimiz yoruldu. Sermaye bu yasa ile "çalışanın sağlığı ile verimliliği arasındaki sinerjik etkisi"nin teorisini biçimlendirirken, "akıl durgunluğu" yaşayanların ise "bu yasa şimdilik başlangıç" dediğini hatırlıyoruz. "İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu" üzerinden 4-5 yıl geçmesine rağmen işçi sağlığı alanında tüm göstergeler daha da kötüye giderken "sağlık çalışanlarının sağlığı" konusundaki beklentiler de 'fos' çıktı...

Dergimizin bu sayısında işlemeye çalıştığımız gibi; aradan geçen zaman içerisinde; sermayenin yatırım yaptığı eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi doğrudan işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili alanlar sermaye birikiminin verimli kaynakları olarak karşımızda dururken; zaman hizmetten çok daha fazla kâr, dolayısıyla daha fazla kan ve can kaybını tüm çarpıklığıyla/çıplaklığıyla görünür hale getirdi. Meta üretimi mantığı ile üretilen sağlık hizmeti anlayışı işçi sağlığı hizmetlerine de uyarlandı. Bu alanın profesyonelleri, verilen hizmetin niteliğinden çok performansı (sağladığı kazanç olarak anlayabilirsiniz) üzerinden değerlendirilir oldu. Minimum maliyetle maksimum iş çıkarma anlayışıyla piyasalaşan işçinin sağlığına ve güvenliğine yönelik değil işverenin beklentilerine uygun "hizmet" in "araçlar" üzerinden verilmesiyle; kâr amaçlı bu kurumlar (OSGB ya da iş bulma kurumları) toplum yararına olması gereken hizmetin yönünü sermaye yararına dönüştürdü. Yaşayarak öğrendik ki; sağlık hizmetlerinde sermaye birikimini artırmanın yolu; bir tarafta sağlık emek gücünün maliyetini düşürmek, sağlık emekçilerini verdiği hizmete yabancılaştırmak ve "kendi emek gücü üzerindeki denetimini kaybettirmek" diğer taraftan ise sağlık hizmeti üzerinden kârın maksimizasyonuna yönelik hedefine ulaşabilmek uğruna hayatın her alanında olduğu gibi sağlık kuruluşlarında da şiddeti kol gezdirerek sağlık alanını terörize etmekten geçiyor. Diğer taraftan örgütlü yapılanmalar daha da zayıflatıldı, çalışma süreleri daha da esnekleştirildi, iş yoğunluğu daha da artırıldı, ücretler daha fazla erozyona uğradı, şimdilerde tüm sosyal haklar ile birlikte özgürlüklerin de giderek daha kısıtlandığı günlere gelir olduk. Sayı içeriğinden de anlaşılacağı gibi görünen odur ki; sağlık emekçileri, verilen sağlık hizmetlerinden toplumsal fayda kurgusu üzerinden örgütlenemediği sürece beklentisi olan işçi sağlığı hizmetini denetleyemeyecek...

Sağlıcakla...



SAĞLIK EMEKÇİLERİNİN DURUMU ÜZERİNE

Cavit Işık YAVUZ

Doç. Dr., Halk Sağlığı ve Çevre Sağlığı Uzmanı

Türkiye’de sağlık sisteminin küresel kapitalizm ekseninde yeniden düzenlenmesini öngören sağlık reformu sürecinin son aşaması Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sağlık çalışanları üzerinde çeşitli etkiler bırakmıştır ve bırakmaya devam etmektedir. İstihdam biçimlerinden çalışma sürelerine, mesleki dağılımdan mesleklerin uygulama yer ve şekillerine kadar birçok başlıkta değişim yaşanmaktadır. Yaşanan değişim kamu ve özelde çalışanlar için farklı içerikler taşısa da eksen ortaktır ve sağlık insan gücü istihdamının neoliberal çerçevede düzenlenmesini içermektedir.

Bu yazıda SDP’nin sağlık emek gücüne etkileri genel bir bakışla değerlendirilmeye çalışılmıştır. Yazının hazırlık tarihi itibarıyla 15 Temmuz sonrası sağlık alanında yaşanan gelişmeler, devredilen, kapatılan ve kamulaştırılan sağlık kurumları değerlendirme dışı bırakılmıştır. Özellikle asker hastanelerin devri ile yaşanan süreç sağlık sistemine etkileri bağlamında ayrı bir değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Dünya Ekonomik Forumu 2012 ve 2014 küresel rekabet vizyonu dokümanı Türkiye’deki sağlık alanına dair saptamalar yaparak dört temel eleştiri getirmiştir: Yetersiz işgücü, verimsiz kamu bürokrasisi, kısıtlayıcı emek düzenlemeleri, politikalarda istikrarsızlık (1). Bu saptama sağlık alanında rekabet esas alınarak yapılan düzenlemelerin yetersiz kaldığını, mevcut haliyle bile halen “kısıtlayıcı emek düzenlemelerinin” bulunduğunu ifade ederek yatırım için daha çok kuralsızlaştırmanın, daha çok esnekleştirilmenin ve daha çok serbestleştirilmenin gereğine işaret etmektedir. Küresel vizyon sağlıkta piyasa düzenlemelerine gerek duymaktadır. Sağlık emekçilerinin hallerini belirleyen de bu piyasa düzenlemeleridir.

Sağlık sektörünün emek yoğun özelliği, teknolojik değişimlerden doğrudan etkilense de yeni emek biçimlerin oluşumuna neden olmaktadır. Bu durumu da göz önüne alarak sağlık çalışanlarının

emek sürecine temel müdahaleleri üç başlıkta özetleyebiliriz: İstihdam kurallarının esnetilmesi, çalışma sürelerinin uzatılması, iş yoğunluğunun artırılması. Bu noktada unutulmaması gereken nokta bu üç faktörün de sömürüyü artıran emek müdahalelerinden olduğudur.

SDP getirdiği düzenlemelerle emek gücünde, hizmet üretiminde, çalışma biçimlerinde, örgütlenmede, iş organizasyonunda ve ücretlendirmede değişimler getirmiştir. SDP sürecinin sağlık emekçilerine etkilerine göz atmak için bu başlıklardaki duruma genel olarak göz atmak gerekmektedir.

Emek gücündeki değişimler sayısal, mesleksel, görev, unvan ve istihdam başlıklarında sıralanabilir. Sayısal dağılım incelendiğinde (Tablo-1) toplam sağlık çalışanı sayısının 2002’den 2014 yılına geçen 12 yıllık sürede iki katına çıktığı izlenmektedir. Artış görülen çalışanlar arasında artış oranı itibarıyla en dikkat çeken “diğer personel ve hizmet alımı” başlığındaki artıştır. 2002-2014 artış oranı hekimler için %47 iken “diğer” başlığında birleştirilen sağlık personeli ve diğer personel ve hizmet alımı başlıklarında artış sırasıyla %199 ve %173’tür. Diğer bir deyişle her iki başlıktaki personel sayısı üç katına çıkmıştır. Bu verilere göre; 2014 yılı itibarıyla Türkiye’de 100 sağlık çalışanından; 30’u “diğer personel ve hizmet alımı”, 20’si “diğer” sağlık personeli, 19’u hemşire, 18’i hekim (3’ü asistan, 5’i pratisyen, 10’u uzman), 7’si ebe, 4’ü eczacı ve 3’ü diş hekimidir.

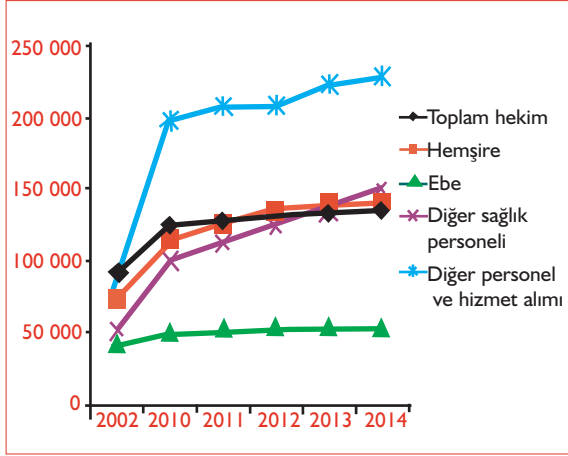
Sağlık alanında kayıt dışı çalışma artmaktadır. 2010-2014 döneminde kayıt dışı çalışmanın artış gösterdiği iki sektör madencilik (%50 artış) ve sağlık (6 kat artış) olarak ifade edilmekte ve insan sağlığı ve sosyal hizmetler sektöründe kayıt dışı çalışanların sayısı 223 bin olarak tahmin edilmektedir (4,5).

Sağlık alanında taşeron sağlık işçisi sayısının 2013 yılı için 140 bine yaklaştığı tahmin edilmektedir. 2002 yılında sağlık alanında taşeronlaştırma



Tablo-1: Yıllara göre sağlık çalışanları sayıları (2,3)

Unvan	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Hekim (Toplam)	91.949	123.447	126.029	129.772	133.775	135.616
Hemşire	72.393	114.772	124.982	134.906	139.544	142.432
Ebe	41.479	50.343	51.905	53.466	53.427	52.838
Diğer Sağlık Personeli	50.106	99.302	110.862	122.663	134.488	149.616
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	198.694	209.126	209.736	224.618	229.625



Grafik-1: Yıllara göre sağlık çalışanları sayısı (2)

ile istihdam edilen sağlık personeli sayısı 11.685 iken 2013 yılında 131.201 olmuş, 2009 yılında kamudaki taşeron işçilerin (174 857) yüzde 62'sinin sağlık alanında (108 bin) istihdam edildiği belirlenmiştir (6).

2014 yılı verilerine göre sağlık çalışanları ülke genelinde 1.528 hastanede (kamu ve özel), 16.133 Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kurumunda, 831 tıp merkezinde, 368 özel poliklinikte, 2.555 kamu ve özel ağız dışı sağlığı kurumunda (merkez, hastane, poliklinik vb) çalışmaktadır (2).

2002-2012 dönemindeki on yıllık sürede 2014 sağlık istatistiklerine göre özel hastane sayısı 2002'ye göre 2014 yılında iki katına çıkmıştır (271'den 556'ya) ve tüm hastaneler içinde özel hastanelerin oranı 2014 yılında %36'ya yükselmiştir. Diğer bir deyişle Türkiye'de her üç hastaneden biri özeldir.

Yatak sayılarında da benzeri bir eğilim gözle çarpılmaktadır. Özel hastane yatakları yukarıda anılan zaman döneminde sayısal olarak üç katına çıkmış ve 2014 yılında toplamın %20'sine ulaşmıştır. Türkiye'de her beş hastane yatağından biri özel hastane yatağıdır (2).

Uzman hekimlerin üçte biri özel hastanede çalışmaktadır. 2014 yılında Türkiye'de toplam sağ-

lık çalışanı sayısının 760.322 olduğu izlenmekte ve bunun yaklaşık 141 bininin (%18,5) özel sektörde istihdam edildiği görülmektedir (2).

Sağlık alanında emekçilerin sayısal artışının yanı sıra mesleki unvan ve görevler çeşitliliğinde de artış dikkati çekmektedir. 22 Mayıs 2014 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik" kapsamında 48 unvan ve göreve yer verilmektedir (7). Bu unvan ve görevlerde dikkati çeken ebe/ebe yardımcısı, hemşire/hemşire yardımcısı ve tekniker gibi aynı mesleğin farklılaşan tanımlamaları bulunmaktadır. Bu "yardımcıların" görev tanımları incelendiğinde asıl meslek görevlerinin hemen tümüne "yardım etme" fonksiyonları olduğu izlenmektedir. Sağlık alanında yeni olan "yardımcı" kavramı 18.01.2014 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun çerçevesinde yasallaşmıştır (8). Kanun'da dikkati çeken sağlık meslek lisesi mezunlarına yardımcı, tekniker gibi unvanlar verilmesidir. Bu tanımlara örnekler aşağıda belirtilmiştir (8):

"Acil tıp teknikeri; ön lisans seviyesindeki acil tıp bölümünden mezun, acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak kaydıyla hastaya müdahale ve bu hususta lazım gelen iş ve eylemleri yapan sağlık teknikeridir.

Hemşire yardımcısı; sağlık meslek liselerinin hemşire yardımcılığı programından mezun olup hemşire nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık teknisyenidir.

Ebe yardımcısı; sağlık meslek liselerinin ebe yardımcılığı programından mezun olup ebelerin neza-



retinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık teknisyenidir.

Sağlık bakım teknisyeni; sağlık meslek liselerinin sağlık bakım teknisyenliği programından mezun olup en az tekniker düzeyindeki sağlık meslek mensuplarının nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık meslek mensubudur.”

Sağlık emekçilerinin unvan, görev ve çalışma biçimi açısından bir diğer değişim “vekil ebe”, “vekil hemşire” alanında yaşanmıştır. 2005 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 86.maddesinde yapılan bir düzenleme ile köy ve beldelerdeki ebeklik ve hemşirelik kadrolarına Maliye Bakanlığı’nın izni ile açıktan vekil atanabileceği hükmü getirilmiştir (9). Bu başlıkta istihdam edilen personel sayısının 2012 yılında 2.224 olduğu ve bu düzenleme ile personel alımının 2012 yılında durdurulduğu görülmektedir (10).

Ücretlendirme biçimleri ve içeriği de değişime uğramaktadır. Ücretlendirmede çalışanın mesleki unvanı, çalıştığı kurum, yaptığı görev, birim vb gibi kriterler bir yandan göz önüne alınan faktörler olurken diğer yandan aynı işi yapan aynı mesleki unvana sahip çalışanlar arasında farklı ücretlendirme yöntemleri kullanılabilir. Ücretlendirme biçimleri kamu ve özel arasında da ciddi farklılıklar ortaya çıkarmıştır. Kamuda çalışanlarda maaş + sabit + değişken biçiminde formüleleştirilebilecek bir sistem özellikle kamu hastanelerinde öne çıkarken aile hekimliği ücretlendirmeleri belirli başlıklarda verilen bir bütçe aracılığıyla sağlanmaktadır. Esnek ücretlendirme uygulamaları giderek daha fazla dikkat çekmekte, çalışılan gün sayısı kadar ödeme (Örneğin vekil ebeler, çağrı üzerine çalışan sağlık çalışanları, taşeron sağlık işçileri), performansa dayalı ödeme gibi uygulamalar yaygınlaşmaktadır. Bu alanda çalışanların çoklu görevler, karşılığı ödenmeyen nöbet ücretleri, işin yoğunlaşması gibi birçok sorunla karşı karşıya kaldıkları izlenmektedir (11). Sağlık çalışanları arasındaki ücret eşitsizlikleri önemli sorunlar arasındadır. Bu konuda neoliberal

düzenlemeler ücreti ve ücretlendirmeyi “stratejik bir araç” haline getirerek ücretin değişken ve performans koşuluna bağlı ve “değişen koşullara uyum sağlama” için “gereken esneklikte” olması gerektiğini öngörmekte ve bu kapsamda değişiklikler yaşanmaktadır (11).

SDP ile getirilen yeni “motto” “rekabettir”. Bu rekabet hem kurumlar arası hem de meslekler arasındadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 21.03.2013 tarihli

“Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yürütülmekte olan çalışmaların en önemli ve temel bileşenlerinden birisi de idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerinin oluşturulmasıdır. Bakanlığımıza ait hastaneler başta olmak üzere, kamuya ait tüm hastanelerin verimlilik ve maliyet etkililik anlayışı ile hizmet veren, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, sağlık sektörünün diğer aktörleri ile kontrollü bir rekabet ortamında etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilen daha verimli sağlık işletmeleri haline dönüştürülmesi Bakanlığımızın öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır.”

fiyat tarifesi hakkındaki genelgesinde belirtilenler bu yeni “mottoyu” açık olarak ortaya koymaktadır: “Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yürütülmekte olan çalışmaların en önemli ve temel bileşenlerinden birisi de idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerinin oluşturulmasıdır. Bakanlığımıza ait hastaneler başta olmak üzere, kamuya ait tüm hastanelerin verimlilik ve maliyet etkililik anlayışı ile hizmet veren, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, sağlık sektörünün diğer aktörleri ile kontrollü bir rekabet ortamında etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilen daha verimli sağlık işletmeleri haline dönüştürülmesi Bakanlığımızın öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır.” (12).

TÜİK istatistiklerine dayanarak yapılan değerlendirmelerde sağlık işgücünün toplam işgücünün yaklaşık yüzde üçünü oluşturduğu belirtilmekte ve sektörün kadın ağırlıklı, genç, ücretli çalışmanın yaygın olduğu “uzun çalışan ve giderek fabrikalara benzeyen büyük işyerlerinde toplanmış bir çalışanlar ordusu” haline geldiği vurgulanmaktadır (13).



Sağlık çalışanları sağlık ortamında bir yandan işsizlik diğer yandan da güvencesizlik, geçici işlere mahkum olma, geleceğin belirsizleşmesi ile karşı karşıya kalmaktadırlar. “Vasıflı emeğin vasıfsızlaşması”, maddi ve manevi statü kaybı, değersizleşme ve “iş ve hayat beklentisinin belirsizleşmesine koşturularak, gündelik ve duygusal hayatın da etkilenmesi” olarak özetlenebilecek genel değişimin alanda yaşandığı söylenebilir.

Sağlık alanında parçalı istihdam yapısı, uzmanlaşmış emek gücü, “bir yandan ikamesi olanaklı/kolay olmayan diğer yandan yarı vasıflı ve nitelik gerektirmeyen işlerde istihdam edilenlerin de önemli bir oranı oluşturduğu emek gücü” yaygınlaşmakta ve yoğunlaşmaktadır (14,15).

Sağlık hizmetleri üretiminde daha fazla “disiplin” oluşturulmasını öngören ve bu işlevi yerine getiren gelişmeler göze çarpmaktadır. Bu duruma neden olan faktörler örnekler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Otomasyon sistemi (Gözetleme işlevi, emeğin denetim aracı),
- Kamuda ticarileşme (Bir rıza ve zor mekanizması olarak performans sistemi),
- “Müşteri memnuniyeti”,
- Şiddet,
- Şikâyet mekanizmaları,
- Sağlık mevzuatı,
- Oto-disiplin (Performans disiplini),
- Sağlık meslekleri kurulu (663 sayılı KHK)
- Özel sağlık sektöründe emek gücünün metalaşması.

Çakılı kadro adıyla bilinen 4924 sayılı Kanun kapsamında istihdam edilen sözleşmeli sağlık personeli istihdamı yeniden gündeme getirilmektedir. 2011 yılı verilerine göre yaklaşık 5500’ü ebe ve hemşire olmak üzere toplam 13.597 kişi bu şekilde istihdam edilmiştir. 2014 yılında SB’ye 10 bin 18 sözleşmeli personel kadrosu tahsis edilmiş ve bu istihdam şekli yeniden gündeme getirilmiştir (16,17).

Sağlık çalışanları arasında yapılan bazı çalışma koşulları araştırmaları alandaki sorun başlıklarına dair ipuçları sunmaktadır (11, 19, 20):

- Çalışma sürelerinden memnun değil (%52,1),
- Fazla mesai “sorun” (%70,2),
- İş yoğunluğu artıyor (%65),
- Dinlenme süreleri azaldı (%58),
- Çalışma koşulları 5 yıl öncesine göre kötü (%62),
- Çalışma koşullarım giderek daha iyi hale getiriliyor (%12).

Sağlık çalışanları sağlık ortamında bir yandan işsizlik diğer yandan da güvencesizlik, geçici işlere mahkum olma, geleceğin belirsizleşmesi ile karşı karşıya kalmaktadırlar. “Vasıflı emeğin vasıfsızlaşması”, maddi ve manevi statü kaybı, değersizleşme ve “iş ve hayat beklentisinin belirsizleşmesine koşturularak, gündelik ve duygusal hayatın da etkilenmesi” olarak özetlenebilecek genel değişimin alanda yaşandığı söylenebilir (20).

Sağlık kuruluşlarının çalışan sağlığı ve güvenliği açısından denetimi konusunda veriler durumun vahametini göstermektedir. Eldeki verilere göre 2012 yılında 4857 kapsamında 49 teftiş, İşçi Sağlığı ve Güvenliği (İSG) mevzuatı yönünden 41.170 TL idari para cezası, 2013 yılında İSG yönünden 151 teftiş 128.282 idari para cezası uygulanmıştır. Denetimlerin sektörel bazlı, risk esaslı denetim (Diş teknisyenleri pnömokonyozu önleme amaçlı teftiş) olduğu izlenmektedir. Denetimlerde saptanan sorunlar aşağıdaki başlıklarda izlenmektedir (21):

- İşyerinde risk değerlendirmesi yapılmaması veya risk değerlendirmesinin işyerine özgü olması,
- İlgili personel (işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı vb.) ve kurul yokluğu,
- Eğitim eksiklikleri (İSG eğitimi, mesleki eğitim vb.),
- Sağlık gözetimlerinin yapılmaması (işe giriş, periyodik muayeneler),
- Teknik sorunlar (Genel ve lokal havalandırma yokluğu, acil durumu planı yokluğu, yangın ekipman eksiklikleri ve tatbikat yokluğu, elektrik ve topraklama sistemi kontrolünün yapılmaması, yanıcı ve yakıcı gaz tüplerinde alev geri tepme ventiline olmaması, yanıcı gaz bölgelerinde gaz alarm dedektörünün olmaması vb.).

Sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu sağlık ortamı piyasa dinamikleriyle tahrip edilmektedir.



Piyasa yönelimi giderek artmakta ve sağlık hizmeti kullanımına yansımaktadır. SDP sağlık hizmeti anlayışını hastane ve tedavi odaklı kurgulamakta ve hastanelere başvuru sayıları artmaktadır. 2002 yılı için SB hastanelerine kişi başı 1,7 kez, üniversite hastanelerine ve özel hastanelere ise 0,1 kez başvuru yapılmışken, 2014 yılı verilerinde bu sayıların sırasıyla SB için 3,8, üniversite hastaneleri için 0,4 ve özel hastaneler için ise 0,9 olduğu izlenmektedir (2). Diğer bir deyişle özel hastanelere kişi başı başvuru 9 kat artmıştır. Benzer bir durum hastanelere toplam müracaat sayılarında, toplam ameliyat ve yatan hasta sayıları içerisinde özel hastanelerin payında da görülmektedir. 2002 yılında toplam hastanelere müracaat içinde özel hastaneler %4,6'lık bir yer tutarken, 2014 yılında bu oran %18,2'ye çıkmıştır. Özel hastanelerde yapılan ameliyat sayısı 2002 yılında toplam ameliyatların %13,7'si iken 2014 yılında bu oran %33,1'e çıkmış, toplam yatan hasta sayısı içinde özel hastanelerde yatan hasta sayısı da %10,1'den (2002) %29,9'a (2014) yükselmiştir (2).

On beş Temmuz sonrası yaşananlar sağlık ortamı için yeni bir süreç oluşturmaktadır. 15 Temmuz günü yaşanan askeri kalkışma ile ülke yönetimine el koyma girişimi olarak özetlenebilecek “olay” ve sonrası gelişmeler, sağlık alanını da etkilemiştir. Yaşanan sürecin sağlık alanında oluşturduğu etkiler anlamında genel hatlarıyla aşağıdaki başlıklar özetlenebilir:

1. Askeri kalkışma ile ülke yönetimine el koyma girişimi sonrası bir yandan soruşturma, inceleme, açığa alma süreçleri diğer yandan ilan edilen olağanüstü hal (OHAL) sonrası Kanun Hükmünde Kararnameler ile kurum kapatma ve kamuda çalışanlar için ihraç süreçleri yaşanmıştır.

2. OHAL sonrası, 2016 Kasım ayı sonu itibarı ile toplam on iki KHK yayımlanmış ve bu KHK'lar kurum kapatmaları ve ihraçlara zemin oluşturmuştur. Bu KHK'lar ile;

a. Otuz dört özel sağlık kurumu kapatılmıştır. Aralarında özel hastane, tıp merkezi ve dal merkezlerinin yer aldığı bu kurumların kapatılması sonrası işsiz kalan sağlık çalışanı sayısı hakkında net bir bilgi yoktur.

b. Bir Eylül tarihli 673 sayılı KHK ile 2018, 29 Ekim tarihli 675 sayılı KHK ile 2774 ve 21 Kasım tarihli 677 sayılı KHK ile 752 olmak üzere toplam-

da 5.544 Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanı, “başka bir işleme gerek kalmaksızın” kamudan ihraç edilmiştir. Aynı tarihlerde üniversitelerden ihraç edilen kamu çalışanı sayısı ise sırasıyla 2.346, 1.267 ve 942 olmak üzere toplamda 4.555 olmuştur ve aralarında hekimler, hemşireler, asistanlar ve öğretim üyeleri bulunmaktadır. İhraç-

“Sağlık kurumlarının kadrolu çalışanlarına hegamonik, taşeron firma işçilerine despotik emek rejimi” uygulanarak “çalışma yaşamı giderek bağımsızlıktan bağımlılığa, kendine yeterlilikten tabiiyete, nitelikli ve yüksek prestijli rollerden niteliksiz rollere, ekonomik refahtan yoksulluğa doğru bir süreç” izlemektedir. Güvencesizlik, gelecek belirsizliği ve örgütsüzlük sağlık çalışanlarını tehdit etmektedir.

larda “malum yapı” dışında farklı dinamiklerin de gözetildiği dikkat çekmektedir.

c. Sağlık Bakanı tarafından 21 Kasım tarihli ihraçlar öncesinde yapılan bir açıklamaya göre; SB bünyesinde çalışan toplam 4.387 kişi açığa alınmış, bunlardan 1.835'i görevine iade edilmiş, 2.552 kişiye görevden el çekirilmiş, ihraç edilen 4792 kişi ile birlikte toplamda 8.848 sağlık çalışanı hakkında işlem yapılmıştır (22).

3. OHAL sonrası asker hastaneleri ve sağlık sisteminin askeri yapı ve kurumları ile de ilgili farklı bir süreç yaşanmıştır. Askeri sağlık çalışanlarının ihracı, asker hastanelerinin SB'ye, sağlık insan gücü yetiştiren kurumlarının da Sağlık Bilimler Üniversitesi'ne devredilmesi söz konusu olmuştur. Buna göre, 669 sayılı KHK ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA), Hemşirelik Yüksekokulu, Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne, asker hastaneleri ise askeri uzman hekim yetiştiren eğitim hastaneleri, dispanserler ve benzeri sağlık hizmet birimleri de dâhil olmak üzere Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu devir ve sonrasında gelişen farklı durum ilk olarak SB mecburi hizmet atamalarında kendini göstermiştir. SB'nin 71. Dönem Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Kurusu'nda açılan 718 kadronun 47 tanesi askeri hizmet noktalarına ayrıldığı görülmüştür. Bu noktalar arasında Kara Kuvvetleri Komutanlığı'na bağlı birinci



basamak sağlık kurumu tabipliği, hudut tabipliği, özel harekât komando tabipliği, dağ ve komando tabipliği gibi hizmet noktalarının yer aldığı görülmektedir.

15 Temmuz askeri kalkışması ile ülke yönetimine el koyma girişimi ve sonrasında yaşanan “OHAL’li demokrasi” süreci, sağlık çalışanları üzerinde farklı etkiler oluşturan gelişmeleri içermektedir.

Sonuç olarak Türkiye’de sağlık sisteminin küresel kapitalizmin ihtiyaçlarına uygun olarak neoliberal düzenlemelerle “reform” edilmesi sağlık çalışanlarını yoğun olarak etkilemektedir. Bu etki mesleksi gruba, istihdam biçimine, çalışan kuruma vb başlıklara göre değişiklikler göstermekle birlikte ortak olarak çalışma koşullarına dair sorunlar çoğalmaktadır. Sağlık çalışanları arasında ayrımlaşma belirginleşmekte, “rekabet” öne çıkarılan ve dayatılan bir unsur olmaktadır. Özelleştirme eksenli politikalarla özeli teşvik eden ve kamu sağlık kurumlarının yapısını değiştirerek piyasaya uygun hale getiren SDP sağlık çalışanları için sorunlarla dolu bir sağlık sistemi yapısına neden olmaktadır. “Sağlık kurumlarının kadrolu çalışanlarına hegamonik, taşeron firma işçilerine despotik emek rejimi” uygulanarak “çalışma yaşamı giderek bağımsızlıktan bağımlılığa, kendine yeterlilikten tabiiyete, nitelikli ve yüksek prestijli rollerden niteliksiz rollere, ekonomik refahtan yoksulluğa doğru bir süreç” izlemektedir (14). Güvencesizlik, gelecek belirsizliği ve örgütsüzlük sağlık çalışanlarını tehdit etmektedir.

Kaynaklar

1. Yıldırım K. “Sağlıkta Sermaye-Emek: Tekelleşme Parçalanma; Gelecek” İçinde: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi Bildiri Kitabı. TTB Yayınları. Ankara: 2014 s:29-34 Erişim: <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/scs4.pdf> (25 Eylül 2016).
2. SB İstatistik Yıllığı 2014. Erişim: <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-44263/saglik-istatistikleri-yilligi-2014.html> (01.11.2016).
3. SB İstatistik Yıllığı 2012. Erişim: <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-32083/saglik-arastirmalari-genel-mudurlugu-saglik-istatistikl-.html> (06.10.2016).
4. TÜİK Haber Bülteni. Erişim: <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-32083/saglik-arastirmalari-genel-mudurlugu-saglik-istatistikl-.html> (06.10.2016).
5. Öngel S. “Madenden hastane koridoruna kayıtsızlık” BirGün Gazetesi, 09.07.2014. Erişim: <http://birgun.net/writers/view/71> (06.10.2016).
6. Öngel FS. “Türkiye’de Taşeronlaşmanın Boyutları”

Erişim: http://disk.org.tr/wp-content/uploads/2014/02/DiSKAR_06.pdf (29 Eylül 2016).

7. Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. 22.05.2014 tarih ve 29007 sayılı Resmi Gazete.
8. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. 18.01.2015 tarihli ve 28.886 sayılı Resmi Gazete.
9. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu. Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf> (5 Ekim 2016).
10. Sağlık Personelinin Sesi web sayfası. Erişim: <http://www.saglikpersonelininseesi.com/haber/10025/4b-kadro-verilmeyen-vekil-ebe-ve-hemsirelere-mujde.html> (13.03.2015).
11. Zencir M. “Sağlık Çalışanlarının Esnek Ücretlendirilmesi (Sağlıkta Canlı Emek Sömürüsü)” Kapitalizmin Krizi ve Sağlık Sempozyumu. Ekim 2011, Ankara. Erişim: http://www.ttb.org.tr/dosya/kapitalizm/mehmet_zencir.pdf (06.10.2016).
12. SB SH Genel Müdürlüğü Genelgesi Erişim: <http://www.shgm.saglik.gov.tr/dosya/1-82359/h/fiyat-tarifesi.pdf> (05.10.2016).
13. Soyer A. Erişim: <http://bianet.org/bianet/122636-turkiyede-saglik-igucu> (05.10.2016).
14. Tanık FA. “İyi Hekimlik ve Nitelikli Sağlık Hizmeti ve Sağlık Hakkı İçin Çok Ses Tek Yürek Mücadele Kampanyası” Kapitalizmin Krizi ve Sağlık Sempozyumu. Ekim 2011, Ankara.
15. Urhan B, Etiler N. “Sağlık Sektöründe Kadın Emeginin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi” Çalışma ve Toplum. 2011;29:191-215.
16. TBMM 09.03.2011 tarihli Soru Önergesi. Erişim: <http://www.tbmm.gov.tr/d23/7/7-18001c.pdf> (06.10.2016).
17. Medihaber web sayfası. Erişim: <http://www.medihaber.net/2014/01/01/saglik-bakanligina-10-bin-sozlesmeli-personel/> (06.10.2016).
18. SES “Denizli İli Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlık Alanındaki Düzenlemelerin Hemşirelik Hizmetlerine Etkileri Konusunda Görüşleri” Çalışma Yaşamı ve Hemşirelik Sempozyumu. Denizli: 2010.
19. Soyer A (2010) “Sağlıkta Dönüşüm ve Kamu Sağlık Çalışanları” SES Çalışması. Erişim: <http://bianet.org/bianet/toplum/126544-saglikta-donusum-ve-kamu-saglik-calisanlari> (06.10.2016).
20. Bora T. “Gezi ve orta sınıf” Birikim. 2014.
21. TBMM, 2012. Mv. M.A.Ediboğlu’nun Soru Önermesine Yanıt.
22. Personel Sağlık web sayfası. Akdağ’dan Gündeme Dair Birçok Konuda Açıklama. Erişim: <http://www.personelsaglikhaber.net/haber/amp/65373> (17 Kasım 2016).●



DÖNÜŞÜMÜN KÖŞE TAŞLARI: KAMU HİZMETİ VE SAĞLIK EMEK SÜRECİ

Gamze YÜCESAN ÖZDEMİR
Prof. Dr. Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi

Giriş

Sağlık hizmetinin üretiminde sağlık çalışanlarının ne yaşadığı ve ne ile karşı karşıya kaldığı önemlidir. Bir o kadar da önemli olan, bu hizmeti alan toplum kesimlerinin ne yaşadığı ve ne ile karşı karşıya olduğudur. Dolayısıyla sağlık hizmeti, yalnızca sağlık çalışanları için değil, tüm toplum için oldukça kritiktir. Bu nedenle sağlık hizmetinin üretimi ve buna dair sorunlar yalnızca sağlık çalışanlarına bırakılmayacak kadar toplumsal bir konudur.

21. yüzyılın başında hem dünya genelinde hem de Türkiye özelinde şu sorular gündemdedir: Sağlık hizmeti nasıl değişiyor? Sağlık emek süreci, yani hizmetin üretimi, nasıl dönüşüyor? Sağlık çalışanlarının deneyimleri nasıl farklılaşıyor? Tüm bu soruları tartışabilmek için ilk olarak kamu hizmeti kavramı üzerine düşünmek gerekir. Düşünmek gerekir çünkü kamu hizmetinin tanımı, içeriği ve üretimi konusundaki yaklaşım doğrudan sağlık emek sürecinde belirleyici olmaktadır. Bu yazının ilk bölümü kamu hizmetinin dönüşümünü irdelemektedir. İkinci bölümde ise sağlık emek sürecinde yaşanan dönüşümler serimlenecektir.

Kamu Hizmetinin Dönüşümü

Toplumun geneline sunulan kamu hizmetinin nasıl verileceği, kimler tarafından verileceği, niteliğinin ne olacağı içinde yaşadığımız kapitalist toplumda bir mücadele alanıdır. Emek ve sermaye arasında bir mücadele alanıdır. Dolayısıyla, kamu hizmeti uygulamalarını incelemek, bize sınıflararası mücadele hakkında ve bu mücadelenin iktisadi, siyasi ve ideolojik yapılarıdaki yansımaları hakkında çok şey söylemektedir. Diğer bir deyişle, kapitalizmin tarihsel süreci içinde sınıflararası mücadelede ibrenin sermayeye doğru yöneldiği anlarda kamu hizmetinin tanımı, içeriği ve üretimi ile sınıflararası mücadelede ibrenin emeğe doğru yöneldiği anlarda kamu hizmetinin tanımı, içeriği ve üretimi oldukça farklıdır.

Kamu hizmetini bir mücadele alanı olarak kavramak, hem iktisat hem de siyaset bilimi disiplinleri içinde devam eden kamu hizmetinin piyasa eli ile mi yoksa devlet eli ile mi verilmesi gerektiği tartışmasına ışık tutar. İktisat disiplininin sorusu şu şekilde formüle edilebilir: “İktisadi olarak kamu hizmetinin piyasa tarafından mı yoksa devlet tarafından mı verilmesi daha etkin ve verimlidir?” Dönem dönem, kamu hizmetinin, devlet eliyle yürütülmesinin toplumun lehine olacağı yönünde tezler ağır basmaktadır. Diğer yandan, sınıflararası mücadelede sarkaç sermayeden yanaysa iktisadi olarak kamu hizmetinin piyasa ve sermaye eliyle verilmesinin toplum yararına olduğu iddiası güçlenmektedir. Kamu hizmetine yönelik siyaset bilimi disiplini içindeki önerme ise şu şekilde formüle edilebilir: “Devletin temel hizmetlerinin (hukuk, güvenlik vb.) mutlaka devlet tarafından verilmesi gerekir.” Yine sermayenin güçlendiği dönemlerde bu önermenin de zayıfladığına tanık olmak mümkündür.

21. yüzyılın başında kamu hizmeti nasıl bir dönüşüm geçirmektedir? Küresel kapitalizmde sermaye, hem merkez hem de çevre ülkelerde ekonomik, siyasi ve ideolojik yapıların tümünde güçlenmektedir. Diğer bir deyişle, küresel bir eğilimin parçası olarak, emeğin anayasanın kurucu unsuru olmaktan çıkışı ile beraber ve bu hususla doğrudan bağıntılı olarak, emeğin toplumsal tahayyül içerisindeki kurucu rolünün her alanda göz ardı edilmesini saptamak mümkündür (1). Dolayısıyla, günümüzde kamu hizmeti sermayenin güçlendiği bir sınıflararası mücadele içinde şekillenmektedir.

Kamu hizmeti yeni bir sermaye birikim rejimi ve yeni bir düzenleme biçimi içerisinde tanımlanmaktadır (2). İlk olarak, yeni sermaye birikim rejimi, 70'lerin sonunda ortaya çıkan kriz ile sermayenin daha önce yatırım yapmadığı alanlara doğru açılımına dayanmaktadır. Sermaye birikim yapaca-



ğı yeni alanlara akmaktadır. Daha önce devlet eliyle yürütülen tüm alanların sermaye tarafından ele geçirilmesi söz konusudur. Diğer bir deyişle, yeni sermaye birikim rejiminde, daha önce kamu elinde olan eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi alanlar sermayenin yeni kâr alanları olarak biçimlenmektedir. Dolayısıyla sağlık da bu süreçte sermayenin atılım ve yatırım yaptığı bir alandır.

İkinci olarak, yeni bir düzenleme biçimi ile sermayenin bu atılımını gerçekleştirebilmesi için emeğin sesi, sözü ve temsiliyeti ortadan kaldırılmaktadır. Yeni düzenleme biçimi ile emeğin hayattan, sokaktan ve hatta anayasadan dışlandığı bir süreçten geçilmektedir (3). Emeğin haklarını ve taleplerini sınırlandırma çift taraflı bir süreç olarak işlemektedir. Sağlık üzerinden düşünecek olursak, bir yandan sağlık emekçilerinin çalışma saatlerinin uzaması, ücretlerinin düşmesi ve örgütlülüklerinin zayıflaması diğer yandan ise sağlığa ulaşacak olan toplum kesimlerinin sağlık hakkının zayıflaması anlamında, sürecin çift taraflı niteliği daha net görülebilecektir.

Sağlık Emek Sürecinde Dönüşüm

21. yüzyılın başında sağlık emek sürecindeki dönüşümü nasıl açıklayabiliriz? Bir önceki bölümde bahsettiğimiz üzere, sağlık sermayenin alanı olmakta ve emek tüm haklarını ve taleplerini, hem sağlık çalışanları nezdinde, hem de toplum nezdinde kaybetmektedir.

Sağlık emek süreci toplumu bugünden yarına hazırlayan bir yeniden üretim sürecidir. Son dönemde, sağlık emek süreci mal üretimi ile benzer bir mantıkla düzenlenmektedir. Kamu hizmetinin devlet eliyle verilmesinin yarattığı "atıllığı, hantallığı ve başarısızlığı" ortadan kaldırmak üzere piyasada mal üretimini etkin, verimli, kaliteli kılan ve müşteri memnuniyetini artıran tüm süreçlerin sağlık alanına aktarılmasının savunusu yapılmaktadır. Bir mal nasıl minimum hatayla, minimum maliyetle ve maksimum kârla üretilecekse, sağlık hizmetinin de aynı şekilde üretilmesi hedeflenmektedir. Piyasada mal üretiminin ve kamu hizmeti üretiminin kökten farklılıklarının altının çizil-

Sağlık emek süreci toplumsal faydayı çoğaltmak için örgütlenmelidir. Oysa son dönemde sağlık hizmeti, artı-değeri ve kârı artırmak için örgütlenmektedir. Piyasada emek süreci, artı-değer üretme amaçlıdır. Artı-değer üretme amacının sosyal politika kapsamındaki hizmetler alanına taşınması, sağlıkta, sosyal hizmetlerde ve eğitimde tüm bakışların, maliyetlerin minimize edilmesi yaklaşımına odaklanacağını göstermektedir.

mesi elzemdir. Sağlığın metalaşması dediğimiz, sağlık emekçisinin yaptığı hizmete yabancılaştığı, bu ilişkinin maddiyata, performansa, iş yoğunluğuna ve baskıya tabi olduğu bir yapının tümüyle reddedilmesi gerekir.

Sağlık emek süreci toplumsal faydayı çoğaltmak için örgütlenmelidir. Oysa son dönemde sağlık hizmeti, artı-değeri ve kârı artırmak için örgütlenmektedir. Piyasada emek süreci, artı-değer üretme amaçlıdır. Artı-değer üretme amacının sosyal politika kapsamındaki hizmetler alanına taşınması, sağlıkta, sosyal hizmetlerde ve eğitimde tüm bakışların, maliyetlerin minimize edilmesi yaklaşımına odaklanacağını göstermektedir. Dolayısıyla,

hastanın hastanede ameliyat sonrası istirahatının gerekli olup olmadığı, hastanın sağlık koşulları ile değil, yatak doluluğuna dayalı kâr-zarar hesabıyla yapılacaktır. Sosyal politika kapsamındaki hizmetler artı-değer üretme baskısı ile değil, toplumsal faydanın artırılması ve toplumun kendini gerçekleştirme baskısıyla üretilmelidir (4). Dolayısıyla, bu alanda gerçekleştirilecek hizmetin ve artının toplumsal fayda amaçlı dağıtımının söz konusu olması ve üretilen artının piyasa baskısı ile değil planlama ile belirlenmesi savunulmalıdır.

Sağlık emek süreci artı-değeri ve kârı artırmak için örgütlendiği andan itibaren sağlık çalışanlarının üzerinde olan baskı, iş yoğunluğu, ücret düşüklüğü, çalışma saatlerinin uzunluğu gibi tüm koşullar sermaye tahakkümünün gereklilikleri olarak ortaya çıkacaktır. Diğer yandan, sağlık hizmeti almaya gelenler ile sağlık çalışanları arasında piyasa ilişkisi belirleyici olmaya başladığında, karşılıklı ilişki piyasadaki yabancılaşma ilişkisine dönüşmektedir. Hem sağlık çalışanlarının sağlığı hem de toplumun sağlığı için sağlık hizmetinde artı-değer ve kâr değil toplumun yeniden üretimi esas olmalıdır.

Sağlık emek süreci siyasi kararlar sonucu örgütlenmelidir. Diğer bir deyişle, halk sağlığı, ülkenin kalkınması, ülkenin genel refah düzeyi ve yoksul bölgelere yönelik sağlık politikaları ancak siyasi kararlar ile örgütlenebilir. İçinden geçmekte olduğumuz süreçte sağlık emek süreci piyasa koşulları-

**Tablo-1: Sağlık Emek Sürecinde Dönüşüm**

Toplumcu sağlık emek süreci	Piyasacı sağlık emek süreci
Toplumun yeniden üretimi için hizmet üretilmelidir.	Mal üretilmektedir.
Sağlık emek süreci toplumsal faydayı artırmak için örgütlenmelidir.	Sağlık emek süreci artı-değeri ve kârı artırmak için örgütlenmektedir.
Sağlık emek süreci ortak siyasi kararlar sonucu örgütlenmelidir.	Sağlık emek süreci piyasa koşulları sonucu örgütlenmektedir.
Sağlık emek süreci yurttaşın sosyal hakları doğrultusunda düzenlenmelidir.	Müşterinin ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmektedir.
Emek sürecinde emeğin nesnesi insandır.	Emek süreci maddi üretim esaslarına göre düzenlenmektedir.
Dramatik üretim esas olmalıdır.	Emek sürecinde emeğin araçları teknik ve teknolojik üretim araçlarıdır.
Emek sürecinde emeğin araçları eğitim, bilgi ve vasıf olmalıdır.	Sağlık emekçisi denetimi teknolojiye ve yönetim stratejilerine delege etmiştir.
Sağlık emek sürecinde denetim sağlık çalışanının elinde olmalıdır.	Emek sürecinde tasarlama ve uygulama ayrılmıştır.
Emek sürecinde tasarlama ve uygulama bütünlüştür.	

na göre örgütlenmektedir. Talebin ve müşterinin olduğu yerlerde sağlık hizmeti yoğunlaşmaktadır.

Sağlık emek süreci piyasanın ihtiyaçları ve talepleri doğrultusunda değil yurttaşın hakkı olarak örgütlenmelidir. Piyasada mal üretiminin tüm dinamiklerinin sosyal politika alanındaki üretime aktarılma istenmesi ilk bakışta, Marx'ın tanımladığı anlamda meta fetişizmidir (5). Diğer bir deyişle, insanın insan olmaktan kaynaklı ihtiyacı olduğu eğitim, sağlık ve kendini güvende hissetme hali, insandan koparılmıştır ve piyasada üretilen ve satılan mallar olarak algılanmaktadır. Refah hizmetlerinin temel özelliği, "meta-dışı"na çıkartılmış hizmetler olarak tanımlanabilir (6). Bir hizmete kamusal olma özelliği veren, söz konusu hizmetin sermayenin kullandığı kâr/zarar hesabı ve etkinlik/verimlilik oranlarının dışında kalmasıdır. Son yıllarda ise dünya genelinde ve Türkiye özelinde, kamusal hizmetlerin "meta-dışı" olma ve bir anlamda "hak" olma özelliğinin ortadan kaldırıldığına ve "metalaşarak" piyasada işlem görmeye başladığına tanık oluyoruz (7).

Piyasada mal üretimi müşterinin beklentilerine dönük olarak yapılır. Eğitim, sağlık ve sosyal hizmetler bireysel olarak satın alınacak mallardan tümüyle farklıdır. Toplumun kendini sağlıklı ve eğitilmiş kılması için gereken bu hizmetler emeğin kolektif haklarıdır. Sosyal güvenlik ve sağlık, yurttaşlık temelinde bir haklar rejiminin simgesidir. Diğer bir deyişle, yurttaşların sosyal hakları olarak tanınmalıdır. Sağlık ve sosyal güvenliğin yurttaşın sosyal hakkı olarak tanınması hem dünya genelinde hem de Türkiye özelinde işçi sınıfı mücadeles-

ri ile mümkün olmuştur. Şimdi, tüm bu kazanımlar terk edilmektedir. Yurttaşın sosyal haklarına olan saldırının karşısında durmak gerekir.

Sağlık emek süreci insan-insan ilişkisidir. Dramatik üretim iki tarafın birbirini dönüştürdüğü, birbirini etkilediği bir andır. Piyasada emek sürecinde emeğin nesnesi maddidir. Üretim sürecine giren hammadde ve/veya yarı mamuller maddidir. Sosyal politika kapsamına giren hizmetlerde ise üretim sürecine giren insandır. Bu süreçte, insan-insan ilişkisi üretimin esasını teşkil eder, diğer bir deyişle, imalattan farklı, dramatik bir üretim söz konusudur.

Sağlık emekçileri eğitim, bilgi ve vasıfla, hem dramatik üretimi, hem toplumsal yeniden üretimi hem de toplumsal faydayı üretecek olan kişilerdir. Sağlık emek süreci her geçen gün teknolojiye devredilmektedir. Emeğin araçları olarak teknik ve teknoloji çok belirleyici olmaktadır. Sağlıkçıların, eğitim, bilgi ve vasfının zedelendiği, yıprandığı, yok sayıldığı bir düzenlemedir bu. Teşhisin bu kadar tekniğe ve teknolojiye aktarılması, tedavide kullanılacak ilaçların bilgisayar ile belirlenmesi, sağlık emekçilerinin vasıfsızlaşmasıdır (8).

Sağlık emekçisinin hizmet üretimi üzerinde denetimi olmalıdır. Son düzenlemeler ile emek sürecinde denetim artık sağlık çalışanında değildir. Sermaye düzenlemesi, denetimin yönetim kademelerinde, üst birimlerde toplanmasına yol açmaktadır. Oysa sağlık hizmetlerinde denetim doktorun elinde olmalıdır. Bu denetimin onların elinden alınıp sermaye aktarılması hizmetin tüm niteliğini



değiştirmektedir. Hemşire, önünde yatan hastaya ağır kesici iğneyi, hastanın refakatçisi, hemşirenin performansına yansiyacak olan gerekli formu ilgili birimlere imzalayıp getirene kadar yapmayacaktır. Başka bir ifadeyle, doktorun hastasıyla ilgilendiği sürecin tüm denetimi doktorda olmalı; sermayenin kâr amaçlı denetimi bu süreçlerden tümüyle arındırılmalıdır.

Yöneten-yönetilen ilişkisi ile doğrudan bağlı olan denetim mekanizmaları, artı-değer üretimini sürekli kılmanın değil; üretimin gerçekleşmesi için ortak çabanın ürünüdür. Bu yönüyle bakıldığında yönetim mekanizmaları emeğe yönelik denetimi ve artıya el koyma mekanizmasının sürekliliğini değil, üretim sürecini denetlemelidir. Sağlık emek sürecinde iki şeyin kaybı yaşanmaktadır: vasfın ve denetimin kaybı.

Sağlık hizmetinde tasarlama ve uygulama süreçleri sağlık emekçilerinde olmalıdır. Piyasada emek sürecinin tasarlanması ve uygulanması ayrılmıştır. Tasarım mühendisler ya da yöneticiler tarafından gerçekleştirilmekte, uygulama ise işçilere bırakılmaktadır. Eğitim, sağlık ve sosyal hizmetler gibi alanlarda tasarlayan ve uygulayan aynı insan olmalıdır. Dolayısıyla, hizmete dair zihinsel ve fiziksel süreçlerin hizmet veren kişide bütünleşmesi gereklidir. Sosyal politika alanına giren hizmeti üretmelerin daha önce aldığı eğitimle, işin bütününe kavrayacak bir üretim bilgisine sahip olması, işini denetleme yetkisi olması ve dolayısıyla işiyle bütünleşerek kendini ve işini gerçekleştirebilmesi beklenmelidir. Üretim bilgisine sahip, kendi tasarladığı emek sürecini alet ve makineler yardımıyla kendi planladığı biçimde, denetim yetkisini de kullanarak uygulayan hizmet üreticilerinde ise değersizleşme ve yabancılaşma bu yolla önlenemeyecektir (9).

Son Söz...

Sağlık emek süreci, tüm yükü sağlık emekçilerine bırakılmayacak kadar ciddi bir süreçtir. Hizmetin hedefi, nasıl planlanacağı, içeriğinin nasıl gelişeceği ve toplumun geniş kesimlerine nasıl ulaştırılacağı gibi yapısal meselelere dair çözümler toplumsal bir nitelik arz ettiğinden, ortak siyasi kararlar ve sosyal politika yönelimleri bu alan için kritiktir. Aynı şekilde, bu hizmeti verenlerin niteliği ve emek süreçleri de sağlık alanına dair verilmiş toplumsal kararlara paralellik göstermektedir.

Yukarıda açıklanan denetim ve vasıf kaybı, hizmet niteliğinin düşüşü ve yabancılaşma gibi sorunlar, bugün sağlık alanına dair gerçekleştirilen piyasacı yönelimlerin bir çıktısıdır. Buna karşı savunduğumuz; toplumsal faydayı çoğaltan, toplumsal yaşamın yeniden üretimini amaçlayan, siyasal kararlarla belirlenen, yurttaşların sosyal hakkı olan bir sağlık hizmetinin, bilgi, deneyim, vasıf ve denetimi elinde bulunduran sağlık çalışanları tarafından verilmesidir.

Son söz olarak, sağlık emek süreci “nasıl olmalı”nın kurgulanması zahmetli, zor ve meşakkatli bir süreç. Bu “nasıl olmalı”yı, kapitalizmin dinamikleri içinde aramak çok anlamlı görünmese de; “başka bir dünyayı mümkün kılacak” bir birikimin ancak eğitilmiş, sağlıklı ve toplumsal olarak güvenlik içinde emekçi halk sınıflarından çıkacağından hareketle, bugünden “başka bir dünyayı mümkün kılacak” zemini besleyen kılcal damarların (eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik, barınma, vb.) emekçiler adına savunulması ve ileriki mücadeleye eklenmesi şarttır.

Kaynaklar

1. Yalman, G. (2002) “The Turkish State and Bourgeoisie in Historical Perspective: A Relativist Paradigm or a Panoply of Hegemonic Strategies?”, Balkan, N. ve Savran, S. (der.) *The Politics of Permanent Crisis: Class, Ideology and State in Turkey*, New York: Nova Science Publishers içinde, s. 21-54.
2. Aglietta, M. (1998) “Capitalism at the Turn of the Century: Regulation Theory and the Challenge of Social Change”, *New Left Review*, 232, 41-90.
3. Hardt, M. ve Negri, A. (1994) *Labor of Dionysus: A Critique of the State-Form*, Minnesota: University of Minnesota Press.
4. Özügürlü, M. (2003) “Sosyal Politikanın Dönüşümü ya da Sıfatın Suretten Kopuşu”, *Mülkiye*, C.27, S. 239, s. 59-75.
5. Marx, K. (1986) *Kapital I* (çev. A. Bilgi), Ankara. Sol Yayınları.
6. Jessop, B. (2002) *The Future of the Capitalist State*, Cambridge: Polity Press.
7. Bahçe, S., G. Yücesan-Özdemir, E. Voyvoda, vd. (2011) *Emek Politikaları: Ne Oluyor? Ne Yapmalı?*, Ankara. Belediye-İş Yayınları.
8. Braverman, H. (1974) *Labor and Monopoly Capital*, New York. Monthly Review Press.
9. Brooks, S. ve Gagnon, A. G. (1994) *The Political Influence of Ideas: Policy Communities*.
9. Ansal, H. (1996) “Teknolojik Gelişmelerin İşgücü Niteliğine Etkileri”, Lordoğlu, K. (der.) *İnsan, Toplum ve Bilim* içinde, İstanbul. Kavram Yayınları, s. 11-25. ●



İŞ GÜVENCESİZLİĞİ VE EĞRETİ ÇALIŞMANIN ÇALIŞAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Aysun AKGÜN

Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD İş Sağlığı PhD

Yücel DEMİRAL

Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Güvencesizlik ve Eğreti Çalışma

İş güvencesizliği ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin tam olarak anlaşılabilmesi için, çalışma ilişkilerinin tarihsel dönüşümünü incelemek gerekmektedir. Bu çalışmanın temel çerçevesine sadık kalmak için ilkel, köleci ve feodal toplumlar da çalışma ilişkileri irdelenmeyecektir. Ancak günümüz koşullarında çalışanların oldukça önemli bir kısmının maruz kaldığı "çalışmanın eğretiliği"ni incelerken, özellikle kapitalist üretim sonrası dönüşümlerin kısaca hatırlanması uygun olacaktır.

İkinci Dünya Savaşı'nı takip eden ve 1970'lerde Dünya Petrol Krizi ile son bulan Altın Çağ'da norm haline gelen Keynesyen ekonomiyle ilişkili istihdam politikaları, küreselleşmenin çalışma ilişkileri üzerine etkisi ile yerini esnek çalışma modellerine bırakmaya başlamıştır. "Esneklik, işverene, üretim tekniklerinin gelişmesi, üretim miktarlarında ani değişiklikler ve benzeri durumlarda artan ya da azalan işgücü gereksinimini, çalışanlarına karşı maddi yükümlülüklerinden kurtularak sağlayabilme serbestisi kazandırmaktadır. Ayrıca işveren, esneklik sayesinde mevcut işgücünü sayısal olarak değiştirmeksizin, çalışanların çalışma günleri, süreleri ve yerlerini değiştirmek yolu ile işletmesini serbest piyasa taleplerine uyumlu hale getirebilmektedir." Yarı zamanlı ya da dönemsel çalışma, gece çalışması, parça başı çalışma, ödünç işgücü ilişkisi esneklik uygulamalarına örnektir. 1980'lerde tüm dünyada yaygınlık kazanan esnek çalışma ile belirli sürelerle, olumsuz çalışma koşulları altında, korunmasız ve güvencesiz biçimde çalışanlar, işgücünün büyük çoğunluğunu oluşturur hale gelmiştir (1,2).

Esnekleşme, bir yandan standart dışı çalışma biçimlerinin meşrulaşması ve yaygınlaşmasına yol

açarken diğer yandan çalışma koşullarının işyerinden işyerine değil bireyden bireye değişkenlik göstermesine neden olmaktadır. Böylelikle, bireysel çıkarların ön plana çıktığı işyerlerinde, toplu ve ortak çıkarların savunulması konusunda çalışan kesimin güçsüzleşmesi kaçınılmaz olmaktadır. Bir başka deyişle şirketler arasındaki rekabet ilişkisi bireysel düzeye inmekte ve çalışanlar arasına enjekte edilmiş olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde işgücünün esnekleşmesinin en belirgin sonucu, standart dışı çalışmanın eski ve yeni formlarının sayı ve biçim anlamında artmasının yanında, eğreti istihdamın yaygınlık kazanmasıdır (3).

Eğreti çalışma (*precarious employment*), sosyal güvenlikten yoksun ya da kısmen güvenli, istikrarsız işleri tanımlamak için özellikle son dekatta sıkça kullanılan bir kavramdır. Eğreti çalışma kavramı iş güvencesizliği ile sınırlı kalmayan, esnek ve belirli süreli iş sözleşmelerini de kapsayan bir kavram olarak kabul edilebilir. İş güvencesizliği, öznel bir algı durumunu gösterebileceği gibi, nesnel durumu sorgulayan bir yaklaşımla da ele alınabilmektedir. Öznel iş güvencesizliği, işin devamlılığının birey tarafından nasıl algılandığı ile ilgiliyken, nesnel iş güvencesizliği bireyin durumu algılama ve değerlendirme biçiminden ayrı olarak, çalışma ilişkisinde iş güvencesizliğini tanımlamaktadır (4). Esnek çalışma uygulamalarının yaygınlık kazandığı 2000'li yılların başlarından bugüne, iş güvencesizliğinin, belirsiz süreli sözleşmeler ile tam istihdam koşullarında çalışanların çalıştıkları kurum ile iş ilişkilerinin sürekliliği ile ilgili kaygı düzeylerinin belirlenmesi ile tanımlandığı araştırmalara sıkça rastlanmaktadır (5-8). Bir örnek olarak dönemsel



sözleşme ile çalışma, nesnel iş güvencesizliğini belirleyebilmektedir. Ancak eğreti çalışma kavramı iş güvencesizliği açısından ele alındığında, belirli ya da belirsiz süreli sözleşmelerle kurulan tüm çalışma ilişkilerine içkin bir güvencesizliğin, “belirsizlik” olgusu üzerinden ortaya çıktığı görülmektedir. Eğretiliği oluşturan tüm boyutlar aslında bu belirsizlikten kaynaklanan güvencesizliğin eseridir ve en temel boyutu iş güvencesizliğinin kendisidir. İş güvencesizliği ve beraberinde tanımlanabilecek gelir güvencesizliği, sosyal haklardan yoksunluk gibi diğer boyutlar iş güvencesizliğinin niteliksel ya da niceliksel olarak ele alınarak yapılan tanımlarında yer bulmaktadır. Niceliksel iş güvencesizliği bireyin çalışma ilişkisinin gelecekte devam edip etmeyeceği ile ilgili kaygısı iken niteliksel iş güvencesizliği, ücret artışlarında azalma, kariyer olanaklarından yoksun olma, çalışma koşullarının kötüleşmesi gibi olgularla birlikte tanımlanmaktadır (4,8). İş güvencesizliği tanımları içerisinde yer alan her bir olgu, “belirsizlik” çerçevesinde her bireyin çalışma ilişkilerinde karşılık bulmaktadır. Belirsizlik kavramı üzerinden yeniden yorumlanan çalışma ilişkileri ile ortaya çıkan eğreti çalışma, çalışan ile çalıştığı kurum arasındaki ilişkiyi belirleyen iş sözleşmesinin hükümlerinden bağımsız olarak, sözleşmeli memur alımı, akademik kadroların süreksizliği, gelir azalışı, kamu sektöründe taşeronlaşma gibi uygulamalarla, tam istihdamın sağlandığı koşullarda bile görülmektedir.

Eğreti çalışma biçimlerinde, çalışanın standart çalışmanın sağladığı güvencelerin tamamından yararlanması olanağı olduğu gibi, diğer yanda bu güvencelerin hiçbirinin olmadığı koşullar da ortaya çıkabilmektedir. Çalışmanın eğretiliğini belirleyen, en yüzeysel anlamı ile bireyin çalışma koşullarının standart çalışmaya uzaklığıdır. Eğreti çalışma, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından “iş sözleşmelerinin temel unsuru olan istihdam güvencesinin eksik olduğu çalışma ilişkileri” olarak tanımlanmaktadır (9). Bir diğer tanıma göre eğreti çalışma, “istikrarsızlık, güvencesizlik, belirsizlik, korunmadan yoksunluk, ekonomik ve sosyal kırılganlık, kötü çalışma koşulları, bedensel ve ruhsal sağlığa yönelik yüksek riskler içeren istihdam biçimi”dir (10).

“Standart dışı” ve “eğreti” kavramları, zaman zaman birbiri yerine kullanılmaktadır ancak aynı anlamda değildirler. Eğreti olarak tanımlanan

çalışma, yapısı gereği standart dışıdır denebilir ancak bu, her standart dışı çalışmanın eğreti olduğu anlamına gelmemektedir. Eğretilik çalışanın standart çalışmanın sağladığı güvencelerin tamamından yararlandığı durumlarda da görülmektedir. Diğer yandan bu güvencelerin hiçbirinin olmadığı koşullar da ortaya çıkabilmektedir ki eğreti çalışmanın tam karşılığı bu durumda görülebilmektedir (11). Özellikle küçük işletmelerde gözlenen haksız işten çıkartılmalara karşı savunmasızlık standart çalışmanın eğretileşen yönlerine örnektir.

Süreksiz, güvencesiz ve belirsiz özellikler taşıyan eğreti çalışma, özellikle gelişmiş ülkelerde yaygınlaşmaktadır. Avrupa’da eğreti çalışmanın en çok etkilediği grupları, kadınlar, gençler, göçmen işçiler, beden gücü ile çalışanlar ve uzun dönemli işsizler oluşturmaktadır (12,13).

Eğreti çalışmanın kavramsal çerçevesi, 2007 yılında hazırlanan İstihdam Koşulları Bilgi Ağı (*Employment Conditions Knowledge Network – EMCONET*) raporu ile çizilmiş, çalışma ilişkileri ve sağlıkta eşitsizlikler açısından tüm boyutları ile ele alınmıştır. Buna göre eğreti çalışmanın altı temel boyutu vardır (11):

- Süreksizlik (çalışmanın sürekli ya da geçici olma özelliği ile iş güvencesinden yoksun olma durumu),
- Yetkisizlik (çalışma ilişkilerinin ve koşullarının belirlenmesi ve sürdürülmesi sürecinde kontrol hakkının yetersiz olduğu ya da hiç olmadığı durumlar),
- Savunmasızlık (işyerindeki orantısız güç ilişkileri nedeniyle ortaya çıkabilecek baskıcı ve zorlayıcı tutumlara başkaldıramama ve bu koşulları değiştirememesi durumu),
- Ücretler (çalışanın düşük/yetersiz ücret nedeniyle yaşadığı maddi ve sosyal yoksunluk durumu),
- Haklar (ücretler dışındaki sosyal haklar, ücretli yıllık izin, emeklilik ve sendikal örgütlenme hakkının olmadığı durumlar),
- Hakları kullanma gücü (çalışanların iş sözleşmelerinde var olan sosyal hakları gerçekte kullanabilme durumları).

Yeni kapitalist sistemde, proletaryanın emek – üretim süreçlerinde oluşan önemli farklılaşmalardan dolayı bölündüğü ve küresel değerler zincirindeki gücünü yitirmesi ile birlikte siyasi olarak ağır-



lığını yitirdiği görülmektedir. Bu dönüşüm sadece çalışmaya yaşamında değil, toplumsal yaşamın her alanında görülmektedir (14). 2010'ların başından bu yana, yaşamın her alanında “belirsizlik”le kuşatılmış bu kitle sosyoloji araştırmalarında yeni bir sosyal sınıf olarak tanımlanmaktadır: Prekarya. “Prekarya kimdir?” sorusu, bu çerçeveden bakıldığında, sınıf sosyolojisinde bugüne dek yapılmış tanımlamaların dışında, “gelir ve istihdam güvencesi açısından üretim ilişkileri içerisinde sürekli kaygı ve korku yaşayan, haksızlığa uğrayan, nitelikleri önemsizleştirilen ve derinliğinden bağımsız olarak sömürüyü içselleştirmeye zorlanan herkes” olarak yanıtlanmaktadır (1).

Eğreti Çalışma ve Sağlık

Eğreti çalışma, sosyal sağlık eşitsizliklerinin temel belirleyicileri arasında değerlendirilmektedir ve esnek çalışan ücretli işçinin sağlığına çalışma yaşamından kaynaklanan bir “psikososyal etmen” benzeri etki etmektedir (15). Sosyal sağlık eşitsizlikleri, biyolojik herhangi bir nedene bağlı olmaksızın toplumun farklı kesimlerinde gözlenen ve haksızlık yaratacak derecede olan ve önlenemez sağlık farklılıklarıdır (16,17). Sosyal sağlık eşitsizlikleri, toplumların sağlıkla ilgili risklerini, bu risklerden korunma becerilerini ya da sağlık hizmetine erişim olanakları gibi durumlarını da belirleyen ekonomik, politik, kültürel ve çevresel koşulların bir sonucudur. Bu nedenle sosyal sağlık eşitsizlikleri dediğimiz bu koşullar “sağlığın sosyal belirleyicileri” olarak da anılmaktadır (18). Çalışma ve istihdam koşulları, sosyal sınıf, cinsiyet, eğitim düzeyi, etnisiteye göre eşitsiz dağılım gösterdiğinden ve ayrıca ekonomik, politik, kültürel ve çevresel ortamdan doğrudan etkilendiğinden, sosyal sağlık eşitsizliklerine doğrudan ve önemli ölçüde etki etmektedir (18).

Son yirmi yılda özellikle gelişmiş ülkelerde artan oranda iş stresi, iş güvencesizliği ve çalışmanın eğretiliğini de içeren psikososyal etmenlerin çalışanların sağlık durumlarına etkisini inceleyen araştırmalar yapılmaktadır. Bu araştırmaların konusu genelde algılanan (subjektif) ve nesnel (objektif) iş süreksizliği, iş güvencesizliği, işini kaybetme kaygısı ve işsizliğin özellikle mental ve fiziksel sağlık üzerine etkileri üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu araştırmalara konu olan risk etmenlerinin iş kazası riskini ve kardiyovasküler hastalıkların ve

kas iskelet sistemi hastalıklarının görülme sıklığını artırdığı, anksiyete ve depresyon gibi hastalıklara neden olduğu ve algılanan sağlık durumu üzerinde olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır. Eğreti istihdamın küresel ölçekte çalışan sağlığı üzerindeki etkilerini ya da eğreti istihdamın altı boyutunun biri (özellikle geçicilik) ya da birkaçı ile iş kazası geçirme arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar vardır (19-30). Bu araştırmalarda, eğreti çalışma çerçevesinde değerlendirilebilecek istihdam türleri ya da bazı çalışma koşulları ile iş kazası arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuç olarak, belirli süreli (geçici) iş sözleşmesi ile çalışanların iş kazası geçirme oranının belirsiz süreli (sürekli) sözleşmelerle çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğreti çalışma ile olası olumsuz sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi sağlayan üç mekanizmadan söz etmek mümkündür:

- Eğreti çalışanlar, olumsuz sağlık sonuçlarına neden olan çalışma koşullarına daha sık ve yoğun maruz kalmaktadırlar (31,32). Eğreti çalışanlar, yetersiz iş güvenliği önlemleri, kalitesiz kişisel koruyucu donanımlar, sosyal destek ve eğitim eksikliği ile daha sık karşı karşıya kalmaktadırlar (32,33). Olumsuz çalışma koşullarının yarattığı değersizlik hissi ve sosyal izolasyon, sosyal destek eksikliği ve benzeri etmenlerin güçlü birer psikososyal stres kaynağı olduğu ve olumsuz sağlık sonuçlarının nedenleri olduğu bilinmektedir (11,15,16,18).

- Eğreti çalışma, çalışanların çalışma ve özel yaşamları üzerindeki kontrolünü kısıtlayabilmektedir. Bu durum da kontrol eksikliği olarak tanımlanır ve psikososyal stres kaynaklarındandır. Özellikle eğreti çalışmanın iş güvencesizliği boyutunun çalışanlarda kendini değersiz, güçsüz, savunmasız ve haksızlığa uğruyor hissetme duygusuna yol açtığı, bu duygunun süregenleşmesi durumunda mental sağlık sorunlarına neden olduğu bilinmektedir (18,20,33,34).

- Eğreti çalışma, çalışma ortamının dışında da, çalışanın maddi olanakları ve sosyal çevresi ile ilişkilerinde belirsizlikler yaratmak yoluyla sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Bu çerçeveden bakıldığında, istihdamın süreksizliği, çalışanın algıladığı güvencesizliğin yanında geleceğe yönelik umutsuzluğun da kaynağı olmaktadır (35). Eğreti çalışma aynı zamanda çok daha geniş kapsamlı bir



sosyal eğretilik olgusunun temel boyutlarından. Çünkü eğreti çalışma, insan kaynaklarını ve kapasitesini tüketen ve marjinalleşme riskini artıran bir sosyal etkiye sahiptir.

Eğreti çalışma üç temel mekanizma ile çalışanların iş kazaları, meslek hastalıkları, mental hastalıklar ve sosyal ilişkilerde bozukluklar gibi sonuçlarla karşılaşma riskini artırmaktadır. Eğreti çalışmanın iş güvencesi ve gelir güvencesinden yoksunluk boyutu çalışanları, yoksulluk, sosyal haklardan yoksunluk gibi diğer sosyal risklere de açık hale getirmektedir. Gelir güvencesizliğini de içerecek biçimde iş güvencesizliği, sosyal dışlanmanın (işsizlik ve bununla birlikte birçok ortak yaşam ortamı ve etkinliğinden uzak kalma) en önemli etmenlerinden biri olarak görülmektedir. Yeni kapitalist sistemle birlikte, standart iş sözleşmesi ile çalışanlar da işlerini üstün bir özveri ve başarı ile yapsalar da, hızlı teknolojik gelişmeler, bilginin hızlı paylaşımı ve yerini yenilerinin alması, yeni becerilerin edinilmesi gerekliliği gibi nedenlerle yoğun rekabet koşulları altındadır. Küresel rekabet, çalışanlara, kendi becerilerinin her an günün isteklerinin gerisinde kalabilir olması, teknolojik gelişmelere uzak kalma, daha fazla sayıda nitelikli elemanın farklı sözleşme biçimleri ile daha “ucuz” çalıştırılabilir olması gibi nedenlerle işsiz kalma ve sosyal dışlanma riskini hissettirmektedir (36).

Sonuç Yerine...

Çalışmanın eğretileşmesi, bireylerin, çalışanların ve tüm toplumun sağlığını giderek artan önemde etkilemektedir. Eğreti çalışma ve mental sağlık arasındaki negatif yöndeki ilişkiyi saptayan çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Ulusal ve uluslararası ölçekte istihdam stratejileri geliştiren hükümetler, ilgili kurum ve kuruluşlar ve ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşları, bu araştırmaların sonuçlarını dikkate alarak istihdam modelleri geliştirmelidir. Çalışma ilişkileri açısından eğretileşme, toplumun her kesiminde, üretim biçiminden tüketim alışkanlıklarına, sosyal yaşamda topluluklar ve bireyler arasındaki “aidiyet” ilişkilerine, yönetim biçimlerinden uluslararası ilişkilere kadar her alanda etkisini gösteren bir kavramdır. Neoliberal ekonomik politikaların küresel düzeyde yaygınlaştığı bir sistemde her ne kadar “ütopik” kalsa da, aktif ve potansiyel işgücünün tamamını kapsa-

yacak, teknolojik gelişmeler ve rekabet koşullarının yarattığı olumsuz sağlık koşullarına karşı, çalışan sağlığını gözeten ve çalışanların sosyal haklarını koruma altına alan istihdam modellerinin geliştirilmesi zorunludur.

Çalışma durumu sağlığın önemli sosyal belirleyicilerinden birisidir. Ancak çalışanların sağlığının korunmasında, yalnızca alışlagelen iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının yeterli olamayacağı iyi bilinmektedir. Piyasa ve küresel rekabete uyum modeli olarak düşünülen esnek çalışma uygulamasının eğretileşmeye neden olduğu ve sağlığın olumsuz etkilendiği giderek iyi anlaşılmaktadır. Eğretileşme kavramı, iş güvencesizliğinin iyi bilinen sağlık sorunlarının ötesinde esnek üretim modelinin sağlık etkilerinin daha kapsamlı incelenmesine olanak tanımaktadır. Örneğin örgütsüzlüğün ve sendikal hakların kullanımı ile ilişkili olumsuz sağlık sonuçları eğreti çalışma içinde ele alınabilmektedir. Bu nedenle toplum ve çalışan sağlığı araştırmalarında eğreti istihdam etkilerinin incelenmesi önemlidir. Herhangi bir üretim modelinin sağlıksızlığa rağmen sürdürülmesi etik dışı olduğu kadar olanaksız olduğu düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Standing G. “Prekarya Yeni Tehlikeli Sınıf” İletişim Yayıncılık. İstanbul, 2014.
2. Köleoğlu D. “Sosyal güvenlik sistemi açısından güvenceli esneklik” Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012;14(1):73-110.
3. Benach J, Solar O, Santana V et al. “A micro-level model of employment relations and health inequalities” International Journal of Health Services 2010;40(2):223-227.
4. Özaman Boya F, Demiral Y. “İş Güvencesizliği ve Sağlık Araştırmaları” Mesleki Sağlık ve Güvenlik. 2006;7(27):45-48.
5. Böckerman P. “Perception of Job Insecurity in Europe” Social Indicators Research 2004;67(3): 283-314
6. Vieitez JC, Carcia AT, Rodríguez M. “Perception of job security in a process of technological change: Its influence on psychological well-being” Behaviour & Information Technology 2001;20(3):213-223.
7. De Witte H. “Job insecurity: Review of the international literature on definitions, prevalence, antecedents and consequences” SA Journal of Industrial Psychology; 2005;31(4):1-6.
8. Ferrie JE. Is job insecurity harmful to health?. J R Soc Med. 2001 Feb; 94(2): 71-76.
9. ECLAC; “Part-time work in Chile: Is it precarious employment?” Economic Commission for Latin America and Caribbean. Santiago. 2000. p:13.



10. Temiz HE. "Eğreti istihdam: İşgücü piyasasında güvencesizliğin ve istikrarsızlığın yeni yapılanması" Çalışma ve Toplum. 2004;41(2):55-80.
11. Benach J, Muntaner C, Santana V (Chairs). "Final Report to the WHO" Commission on Social Determinants of Health (CSDH) Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). 20 September 2007.
12. Rodgers G. "Precarious work in Western Europe" In G. Rodgers, & J. Rodgers (Eds.), Precarious jobs in labour market regulation: The growth of atypical employment in Western Europe. (pp. 1-16). Belgium: International Institute for Labour Studies. Brussel, 1989.
13. "Global Employment Trends 2014: Risk of a jobless recovery?" International Labour Office. Geneva. 2014.
14. Vatanserver A. "Prekarya Geceleri. 21. Yüzyıl Dünyasında Geleceği Olmayan Beyaz Yakalılığın Rüyası" EUL Journal of Social Sciences (IV:II) LAÜ Sosyal Bilimler Dergisi. 2013;4(2):1-20.
15. Vergara AV. "A multidimensional approach to precarious employment: measurement, association with poor mental health and prevalence in the Spanish workforce" Pompeu Fabra Üniversitesi. Doktora Tezi. 2010.
16. Whitehead M. "The Concepts and Principles of Equity and Health" WHO Regional Office for Europe Copenhagen. 1985.
17. Puig-Barrachina V et al. "Measuring Employment Precariousness in the European Working Conditions Survey: The Social Distribution in Europe" Work A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation. 2014;49(1):143-161.
18. Commission on Social Determinants of Health (CSDH) "Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health" Final Report. Geneva: World Health Organization; 2008.
19. Richardson S, Lester L, Zhang G. "Is Precarious Employment Hazardous for Mental Health in Australia?" Erişim: <http://www.flinders.edu.au/sabs/nils/publications/conference/is-precarious-employment-hazardous-for-mental-health-in-australia.cfm> [11.12.2015]
20. Benavides FG, Benach J. Dublin, "Precarious Employment and Health-Related Outcomes in the European Union" Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 1999.
21. Benavides FG, Benach J, Diez-Roux AV et al. "How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European survey on working conditions" J Epidemiol Community Health 2000;54:494-501.
22. Menéndez M, Benach J, Muntaner C, Amable M, O'Campo P. "Is precarious employment more damaging to women's health than men's?" Soc Sci Med. 2007;64(4):776-81.
23. Benavides FG, Benach J, Muntaner C et al. "Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms?" Occup Environ Med 2006;63:416-421.
24. Fabiano B, Curro F, Reverberi AP, Pastorino R. "A statistical study on temporary work and occupational accidents: Specific risk factors and risk management strategies". Safety Science 2008;46:535-544.
25. Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M et al. "Temporary employment and health: A review" Int J Epidemiol. 2005;34:610-622.
26. Ferrie JE, et al. "Flexible labor markets and employee health" Scand J Work Environ Health Suppl. 2008;34(6):98-110.
27. Quinlan M, Mayhew C, Bohle P. 2001. "Globalization and Occupational Health: The Global Expansion of Precarious Employment, Work Disorganization, and Consequences for Occupational Health: A Review of Recent Research" International Journal of Health Services. 2001;31(2): 335-414.
28. Saha A, Ramnath T, Chaudhuri RN, Saiyed HN. "An Accident-Risk Assessment Study of Temporary Piece Rated Workers" Industrial Health 2004, 42, 240-245.
29. Santana VS, Loomis D. "Informal Jobs and Non-fatal Occupational Injuries" Ann Occup Hyg 2004;48(2) 147-157.
30. Benach J, Gimeno D, Benavides FG. "European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Types of employment and health in the European Union" Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2002. Erişim: <http://eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0221.htm> (27.01.2016).
31. Benach J, Gimeno D, Benavides FG, Martinez JM, del Mar Torné M. "Types of employment and health in the European union: changes from 1995 to 2000" Eur J Public Health 2004;14(3):314-21
32. Letourneux V. "Precarious Employment and Working Conditions in Europe" Eur. Found. Improv. LivingWork. Cond. Luxembourg: Off Publ Eur Communities (1998). Erişim Adresi: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1998/15/en/1/ef9815en.pdf> [27.01.2016]
33. Clarke M, Lewchuk W, deWolff A, King A. "This just isn't sustainable': precarious employment, stress and workers' health" Int J Law Psychiatry 2007; 30(4-5): 311-26
34. Sverke M, Hellgren J. "The nature of job insecurity: understanding employment uncertainty on the brink of a new millennium" Appl Psychol 2002; 51(1): 23-42
35. Erdut T. "İş ve gelir güvencesi. Yaşam boyu sosyal koruma" I. Ulusal Sosyal Politika Kongresi. 22-24 Ocak 2004. DİSK Yayınları. Ankara.
36. Man, F. "Akışkan Zamanlarda Eğretilişme: Ulusal İstihdam Stratejisi Üzerine Bir Değerlendirme" Çalışma ve Toplum, 2013;36(1): 229- 252. ●



SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET EMEKÇİLERİ SENDİKASI SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI

SES Eğitimciler Komisyonu,
Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanlarının Sağlığı Modülü üyeleri

Bu yazıda Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) olarak işçi sağlığı bağlamında sağlık çalışanlarının sağlığı (SÇS) çalışmalarını nasıl ele aldığımız, SÇS alanında yürütülen çalışmalarla ilgili durum tespiti ve sendikamızın bu alanda yaptığı güncel çalışmalara yer vereceğiz.

Dünden Yarına

İşçi sınıfı hareketinin militan bilimsel tarihi, “sıradan insanların” bilimsel kolektif üretkenliğe etkin biçimde nasıl katkıda bulunduğu sayısız örnekleriyle doludur. Sıradan insanları tarihsel özneye dönüştüren olmazsa olmaz tek bir koşul vardır. Ancak bir devrimci sürecin, bir devrimci hareketin içinde kurban direnişçiyse, mağdur özne, sıradan etkinlik ve tutkular bilimsel yaratıcılığa dönüşüyor. Daha da önemlisi, devrimci süreçlerde bilimsel bilginin ve mücadelenin politik bilgisinin üretilmesi *konjonktürel olarak* iç içe geçiyor. “Sıradan” emekçi insanlar bu süreçteki kurucu rolünün belki de hiç farkına varmıyor. Zaten sorun da bu değil mi? *Defrutum* atölyelerinde zehirli kurşunlara onlarca kurban veren metal işçilerinin Hippokrates’in bu konudaki bilimsel tezlerinden haberleri bile yoktu. “On binlerce yıllık maden ve metal işçiliğinin toz, is ve dumanının arasından geriye baktığımızda, kirli madencilerin ve ter döken demircilerin insanın konforuna ve metal işlerinin ilerlemesine yapmış oldukları katkıları görmezden gelinmez.” Dahası “*işçi sağlığı hareketi ve işçi sağlığı bilimi*” bizzat bu sürecin ürünüdür. Dahiyane bilimcilerin, emektar hekimlerin ve sağlıkçıların hareketin tarihindeki yeri asla unutulmaz. Ne var ki yaratıcı emeğiyle hayatta kalma mücadelesi veren insanların; yani avcı-toplayıcılar, çiftçiler, denizci-

ler, madenciler, demirciler ve şifacıların bilimsel tıp çalışmalarındaki rolünü de ancak her türden egemen sınıf seçkinleri ve tarihçileri yadsıyabilir. Kaldı ki eski toplumların “halk” bilgeliliği ve kültürü, sonraki dönemlerde hemen vazgeçilerek, yerini daha kesin bilimsel bilgiye bırakacak türden düşük nitelikli bir bilgi değildi. Bugün, bilim dediğimiz şey halktan ve zanaattan, yani emekten türetilen bilgilerin birikimi üzerinde yükselmektedir.

SÇS Stratejik Bir Mücadele Alanıdır

Toplumsal muhalefet bağlamında ve buradan hareketle sağlık muhalefeti özelinde düşünüldüğünde sağlık çalışanlarının sağlık muhalefetindeki yerinin mevcut toplum dinamikleri açısından merkezi konumda olduğunu söyleyebiliriz. Şöyle ki toplumsal muhalefetin, sağlık alanındaki tartışmaları ağırlıklı olarak ‘sağlık profesyonellerine’ bırakmış olması veya bu alandaki mücadele argümanlarının ve pratiklerinin üretilmesini ‘sağlık profesyonellerinin’ sendikalarından, meslek odalarından veya derneklerinden beklemesi sağlık çalışanlarını bu anlamda merkezi bir konumda bırakmıştır. Kuşkusuz bu, tüm toplumun ve toplumsal muhalefet kesimlerinin ‘sağlık algısı’ ile doğrudan ilişkili olup toplumsal muhalefet stratejilerinin en kritik meselelerinden birisi olmakla beraber bu yazının gündemi dışındadır. Ancak toplumun sağlık algısının bir sonucu olarak sağlık çalışanlarının sağlık muhalefetinde merkezi bir konuma itilmesinin yanı sıra, sağlık sermayesinin bu alandaki tahakküm kurma mekanizması olarak en önemli uygulamalarını sağlık emek gücünün kontrolü üzerinde planlaması sağlık çalışanlarının merkezi konumunda önemli bir etkidir. Bu etken sağlık çalışanları-



nın mücadele sürecinin de en önemli belirleyici unsurlarındandır. Sermayenin ve devletin sağlık alanındaki uygulamaları hayata geçirmek için üzerine en fazla yoğunlaştığı alan sağlık emek gücünün kontrolüdür. Toplam kalite yönetimlerinden performans sistemine kadar bu alanda birçok uygulama buna örnek gösterilebilir. Tam da bu nedenle sağlık emekçilerinin mücadelesi sağlık emek gücü üzerindeki sermaye baskısı ve kontrolünü kırmak açısından kritiktir. Özetle sağlık emekçilerinin mücadele stratejilerinin en önemli gündemlerini sağlık emekçilerinin örgütlenmesi, emeğin üzerindeki sermaye tahakkümünün kırılması oluşturmaktadır. Saldırının geldiği yerden verilecek karşılık mücadelenin ana stratejisi olmak durumundadır.

Sağlık emekçilerinin doğrudan emek gücü üzerindeki kontrole karşı işyerleri üzerinden yükselteceği mücadeleler bağlamında düşünüldüğünde sağlık çalışanlarının sağlığı meselesi de en stratejik alanlardan birisidir. Peki neden?

Sağlıkta metalaşmanın gereği olarak hayata geçirilen tüm uygulamalar, Türkiye özelinde sağlıkta dönüşüm programının sonucu gerçekleşen tüm düzenlemeler sağlık çalışanlarının sağlığını doğrudan etkilemektedir. Kısıktırılmış sağlık talebinin sonucu artan sağlıkta şiddetten, 'yalın üretim sistemi' düzenlemelerinin bir sonucu artmış radyasyon riskine, 'toplam kalite yönetim' politikalarının sonucu artan kimyasal risklerden, performans sistemiyle körüklenen üretim baskısının oluşturduğu sistematik mobbinge kadar bu alanda çok sayıda örnek verilebilir. Sağlıktaki fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikososyal ve ergonomi başlıklarıyla gruplandırılan tüm tehlike ve risk etmenleri mevcut sağlık politikalarından doğrudan etkilenmektedir. Sağlık hizmetinin niteliksizleşmesinden ücret mücadelesine kadar her başlık aynı zamanda sağlık çalışanlarının sağlığının da belirleyicisidir. O nedenle sağlık çalışanlarının sağlığı, sağlık emekçilerinin mücadelesinde merkezi bir konumdadır. Sağlık çalışanlarının sağlığı meselesi merkezi olmasıyla beraber mücadelenin her aşamasında ön açıcı konumdadır. Sağlık politikalarının deşifre edilerek olumsuz sonuçlarının kanıtlarıyla ve somut yaşanmış örnekleriyle bilimsel olarak da ortaya koyulduğu çok sayıda veri sunmaktadır. Bu anlamda sağlık emekçilerinin somut sorunlar üzerinden

günelik mesleki pratikleri tartışarak örgütlenmesini kolaylaştıran bir mücadele alanıdır. Hasta başına 3 dakika ayırabilen yoğun stres altında çalışan hekimle, şiddete maruz kalan hemşire, aşırı tomografi istemi sonucu radyasyona maruz kalan teknikerle, tek başına hasta kaldırmak zorunda olup bel ağrıları yaşayan hasta bakıcı, ortaya çıkan sağlık problemlerinin kaynağının sağlık politikaları olduğunu yaşayarak görmektedir. Bu anlamda sağlıkçılar arasındaki hiyerarşinin ve günlük örgütlenmelerin aşılmasında sağlık çalışanlarının sağlığı birleştirici rol oynamaktadır.

Sağlığı ve tıbbi metalaştırarak kâr alanlarını çoğaltan sermaye güçleri ile toplumsal sağlık hakkı için mücadele eden emek/halk güçleri arasındaki kavganın şiddetlendiği bir süreçten geçiyoruz. Emeğin değersizleştirilmesi ve güvencesiz işçilik üzerine kurulu tarihin en saldırgan ve yayılmacı neoliberal sermaye mantığının stratejik planı, güvencesizliği yerleşik bir kapitalist sistem haline dönüştürmektir. Sağlık emeğinin güvencesizleştirilerek değersizleştirilmesi, güvencesizliğin yerleşik toplumsal bir sistem haline getirilmesinde kaldıraç noktalarından biridir. Dev ilaç ve tıbbi cihaz tekelcilerinin sermaye birikimi stratejileri, açlığı ve obeziteyi aynı stratejinin birbirini tümleyen iki saldırı politikası olarak insanlığın başına bela eden gıda tekelleri, kapitalizmin ruhsal/zihinsel hastalık üreten psiko-politik ekonomisi, kısıktırılmış medyatik/kozmetik sağlık hizmetleri bu saldırganlığın ileri temel çatışma alanlarını oluşturuyor. Ancak herkes şunun çok iyi farkında ki sağlık ve sosyal hizmet emekçilerini ölümcül çalışma ve yaşam koşullarına mahkum eden bu neoliberal sağlık politikaları, toplumsal tıp pratiklerini ve sağlık emekçilerini teslim almadan uygulanamaz. Toplumsal sağlığı, toplumsal kurtuluşun itici mücadele gücü haline getiren sürükleyici halka tam da bu noktada ortaya çıkıyor. "Sağlık Çalışanlarının Sağlığı" mücadelesi toplumsal kurtuluş hareketlerinin ileri çatışma hattıdır. Bu bakımdan sağlığın metalaştırılması, emeğin güvencesizleştirilmesi, tıbbın vasıfsızlaştırılması ve halkın sağlık hakkından yoksun bırakılmasına karşı sağlık emekçilerinin verdiği mücadele, sadece emekçilerin bireysel sorunlarının çözümünde değil, yeni bir toplumsal inşanın da belirleyici stratejik alanlarından biridir.



SÇS mücadelesi işçi denetimi ve özyönetimi üzerinden siyasallaştırılmalıdır

Sermaye birikiminin ve kapitalizmin tarihi aynı zamanda sermayenin emek üzerindeki egemenliğini sürdürme ve geliştirme tarihidir. Taylorizm, fabrikalardaki emek denetimi için emeğin örgütlenme biçimleri üzerine denetim kurma politikaları içeriyordu. Fordizm ise üretim sürecini denetlemenin tek başına iş gücünü denetlemek anlamına gelmediğinden hareketle, montaj sanayiinde geliştirdiği bant sistemi ile beraber aynı zamanda emek denetiminin işyeri bazlı politikaların ötesinde işçinin fabrika dışındaki tüm sosyal hayatının da bu denetim sürecine dahil edildiği uygulamaları ortaya çıkardı. Sermaye, Fordizm sonrası geliştirilen esnek çalışma modelleri ile emek üzerindeki denetimini giderek arttırmanın yollarını aramaya devam etmektedir. Bu süreçte emeğin üzerindeki denetim de işyerine özgü politikaların ötesine geçip emekçilerin tüm sosyal hayatına doğru kapsamını genişletmiştir. Tam da bu bağlamda sermayenin emek üzerindeki denetimine karşı işçi kontrolü ve işçi özyönetimi kavramları ve pratik deneyimleri stratejik bir mücadele hattı konumundadır. İşçi denetimi ve özyönetimi mevcut kapitalist sistemde sermaye tahakkümünü kırarak örgütlenmenin zemini ve yöntemini oluşturmakla beraber, aynı zamanda yeni toplumsal düzenin inşası için de oldukça belirleyici bir konumdadır. İşçi denetimi ve özyönetim mücadelesini sadece çalışma yaşamının işyeriyle sınırlı süreçleri olarak değerlendirmek gerekir. Carmen Siriani'nin 'İşçi Denetimi ve Sosyalist Demokrasi' isimli çalışmasından bir alıntı yapacak olursak; "*Sosyalist dönüşümün demokratik kazanımları bütünleştirilecek ve genişletilecekse, bunlar insanların sosyal tüketim için mal ve hizmet üretmeleri ile aynı anda kendilerini ürettikleri ve çoğalttıkları günlük yaşamdan ayrı tutulamaz. İşyerindeki hükümlerlik ilişkileri, kaçınılmaz olarak sosyal yaşamın öteki alanlarına da yayılır ve sonuçta yönetimin demokratik temellerinin altı oyulur.*" (1). Bu perspektiften bakıldığında, bugün dünyanın her köşesindeki tüm halkların özgürlük, emek, barış ve demokrasi mücadelesi işçi denetimi ve özyönetimi ile aynı bağlamda değerlendirilmelidir.

İşçi denetimi ve özyönetimi örneklerine bakıldığında Paris Komünü, Rus Sovyetleri, İtalya işçi konyeleri, İspanya iç savaşında özyönetim dene-

yimleri, Cezayir ve Yugoslavya'da özyönetim ve çok daha yakın tarihte Güney Amerika fabrika işgalleri gibi özyönetim süreçlerine yönelik pek çok tarihsel birikim söz konusudur. Yine yaşadığımız coğrafyanın tarihinde Alpagut işgali, Günterm işçi denetimi, Yeniçeltek madeni ve Aşkale özyönetim deneyimleri bu örnekler arasında sayılabileceği gibi Rojava kantonları da daha geniş perspektifte bir toplumsal yönetim biçimi olarak özyönetim girişimleri arasındadır. Kuşkusuz bu girişimler kendi aralarında ciddi farklılıklar içermektedir. Ancak işçi sınıfı tarihi açısından bakıldığında işçi denetimi ve özyönetimi sınıf mücadelelerinin yoğunlaştığı ve kapitalizme alternatifin somutlaştığı süreçlerdir.

Sağlık çalışanlarının yürüttüğü emek mücadelesini de kuşkusuz aynı bağlamda değerlendirmek gerekir. Sağlık endüstrisinin sağlık emek gücü üzerinde kurmaya çalıştığı denetim karşısında gösterilecek direnç, sağlık emekçilerinin mücadele hattının gücünü ve yapısını belirleyecektir. Sağlık çalışanlarının sağlığı konusu, işyerlerinde işçi denetimini hayata geçirme anlamında çok sayıda olanak sunmaktadır. Mevcut yasal düzenlemeler gereği oluşturulması gereken 'iş sağlığı ve güvenliği birimleri' ve 'iş sağlığı ve güvenliği (İSİG)' kurulları, yapılması gereken 'risk değerlendirmeleri' ve 'iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri' işçi denetiminin hayata geçirilmesi için olanaklar sunmaktadır. Çalışma hayatının her anı ve her uygulaması çalışan sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen çok sayıda etmenle dolu olması nedeniyle sağlık çalışanlarının sağlığı meselesi bir mücadele gündemi olarak alındığında, çalışma hayatının her anı aynı zamanda bir mücadele sürecine dönüşmektedir. Mevcut yasal düzenlemeler değerlendirilerek bu süreç aktif bir şekilde örgütlenme zemini haline getirilebilir. Yasal düzenlemeler çerçevesinden bakıldığında 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve ilgili yönetmelikler işçi sağlığı hizmetlerine çalışanların katılımını sağlayacak zeminler sunmaktadır. İşçi sağlığı ve güvenliği birimlerinin yapılandırılması, İSİG kurulları, risk değerlendirmeleri/önlemlerin belirlenmesi ve İSİG eğitimleri mücadele alanlarına dönüştürülebilir.

Yazının bundan sonraki kısmında SES olarak sağlık alanında SÇS ile ilgili kısa durum tespitimiz ve SÇS alanında yaptığımız güncel çalışmalara yer vereceğiz.



Sağlık alanında SÇS hizmetlerinin mevcut durumu ile ilgili kısa saptamalar

• Sağlık alanında İşçi Sağlığı ve Güvenliği (İSG) hizmetleri parçalanmıştır. Asıl işveren, alt işveren ayrımı üzerinden hizmet parçalı olarak, çok sayıda eşgüdüm içinde çalışmayan İSG hizmet birimleri tarafından yürütülmektedir.

• Tehlike sınıfında ayrımcılık söz konusudur. Hastaneler çok tehlikeli olmasına karşın, aynı hastanede hizmet üreten taşeronlar tehlikeli-az tehlikeli olarak ele alınmaktadır. Bu durum riski en fazla olan temizlik işçileri gibi grupların gerekli sürede ve içerikte İSG hizmetleri almasına engel olmaktadır.

• İSG birimlerinin yapılandırılmasında ve mevzuata uygun işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, işyeri hemşiresi ve tıbbi sekreter bulundurulmasında ciddi sorunlar vardır. Birim daha çok bazı sağlık emekçilerinin ek olarak görevlendirilmesi ile faaliyet yürütmektedir. Tam gün esaslı çalışma söz konusu değildir. Hastanelerde çok sayıda birim vardır. Alt işverene (taşerona) bağlı işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri genellikle Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri (OSGB) tarafından yürütülmektedir. Bu hizmetlerin izlenmesi, denetlenmesinde ciddi sorunlar vardır.

• İSİG kurulları çoğu hastanede oluşturulmamıştır. Oluşturulan yerlerde de mevzuat (yönetmelik) göz önünde bulundurulmamıştır. İSİG kurulları ile ilgili mevzuat sanayiye göre düzenlenmiştir, sağlık alanı için kurul açısından kritik olan radyasyon güvenliği, enfeksiyon kontrol, eğitim, tesis güvenliği, hasta güvenliği, beyaz kod komiteleri gibi yapılar kurulda yer almamaktadır. İSİG kurulları işçi katılımı açısından antidemokratiktir. Çalışan temsilciliği sadece yetkili sendikalara daraltılmıştır. Sendikanın yanısıra meslek örgütleri ve derneklere de yer verilmemiştir. İSG kurulları bileşenleri içerisinde yer alan formen, ustabaşı veya usta ile ilgili hangi çalışanlara yer verileceği belirsizdir. Mevcut İSİG kuruluna sağlık emekçileri adına katılım için yapılması zorunlu olan seçimler yapılmamaktadır. İSİG kurulları periyodik olarak toplanması ve toplantı sonuçlarının paylaşımı konusunda ciddi sorunlar vardır. Taşerona bağlı İSİG kurulları hastane yönetimlerince izlenmemekte ve denetlenmemektedir.

• SÇS kapsamında en riskli grup olan öğrenci ve stajyerlere yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Staj öncesi bilgilendirme ve aşı ile ilgili ciddi sorunlar vardır.

• SÇS kapsamında gerçekleştirilen risk değerlendirme çalışmaları yetersizdir. Çoğu hastanede risk değerlendirmeleri yapılmamıştır. Yapılanların ise göstermelik yapıldığı bilinmektedir. Bu risk değerlendirmeleri çok kısa sürede tamamlanan, çalışanların katılımına izin vermeyen ve ölçümlerin oldukça sınırlı olduğu çalışmalardır. Risk değerlendirme raporları sağlık çalışanlarıyla ve sendikalarla paylaşılmamaktadır. Risk değerlendirmelerine sendika işyeri temsilcilerinin de katılımı sağlanmamaktadır. Risk değerlendirmesi yapan iş güvenliği uzmanlarının sağlık hizmet işkolu ile ilgili bilgi ve deneyimlerini sınırlıdır. Risk değerlendirme sonucu alınacak önlemler eğitim ve KKD ile sınırlı kaldığı da dikkat çekmektedir. Tehlikeli olan çalışma ortamı, malzeme ve aktivitelerin ortadan kaldırılması, mühendislik önlemleri ve idari önlemlere yer verilmemektedir.

• Kişisel Koruyucu Donanım (KKD) uygun sayıda ve nitelikte değildir. Genellikle tek tip, ucuz ve niteliksiz eldiven, maske, önlük vb. KKD kullanılmaktadır. Yapılan işe göre özgünleşmiş KKD sağlanmamaktadır.

• İş kazası bildirimlerinde ciddi sorunlar vardır. Özellikle kamu sağlık çalışanlarının iş kazalarının bildiriminde sorunlar yaşanmaktadır. Benzer şekilde taşerona bağlı çalışanlar ise görmezden gelinmekte, acil servisler ya da polikliniklerce atlanmaktadır. Özellikle kesici-delici alet yaralanmaları ve kontamine sıçramaların bildirimini ihmal edilmektedir. Benzer durum kayma, düşme, yanık, kas-iskelet sistemi yaralanmaları vb. için de geçerlidir. Bildirim sürecinde karakola gitme vb. caydırıcı uygulamalara da rastlanmaktadır. Bildirimi yapılan iş kazalarında da kazaya yol açan olayların incelenmemekte ve kök neden analizleri yapılmamaktadır. Sağlık çalışanlarının bildirim yapmasını özendirici uygulamalar ve eğitimler oldukça sınırlıdır. Ramak kala olayların bildirimini ise hemen hemen hiç yapılmadığı söylenebilir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet hala iş kazası olarak ele alınmamaktadır. Şiddete yönelik çalışmalar beyaz kod ile sınırlı tutulmamaktadır. Şiddetin nedenleri arasında mevcut sağlık ortamıyla ve



SÇS kapsamında alınması gereken önlemler değerlendirilmemektedir. Şiddete uğrayan sağlık emekçisine yönelik surveyans çalışmaları oldukça sınırlıdır.

- Her kurumun kendi koşullarına özelleştirilmiş bilimsel ve geçerli bir surveyans programı yoktur. Tıbbi surveyans çalışmaları çoğunlukla radyoloji çalışanları ile sınırlıdır. Diğer sağlık emekçileri için nasıl bir tıbbi surveyans yapılacağı belirsizdir. Surveyans çalışmaları ile ilgili ödemeler çoğunlukla SGK kapsamında yürütülmekte ve sağlık çalışanlarının katkı payı ödemeleri varlığını sürdürmektedir.

- SÇS kapsamında aşı takvimi... sağlık çalışanlarının başvurusuna dayalı yürütülmektedir. İSG birimlerinin tüm çalışanların gerekli aşıları yapılması konusunda motivasyonu çok yetersizdir.

- Yapılan İSG eğitimleri süre ve içerik açısından sorunlara sahiptir. Bu bağlamda şu sorunlar dikkati çekmektedir: Yıllık zorunlu sürelerin (hastaneler için yılda 16 saat) tamamlanmaması; eğitimin içeriğinin sağlık alanına özgü olmaması; ön test ve son test yapılması; yüzyüze yapılmaması (sanal ortamda yapılması); mesai saatleri içinde gerçekleştirilmesi; büyük gruplarla eğitimin yapılması; tek güne sıkıştırılması; birimlere ve meslek gruplarına göre özgülendirilmemesi ve yetişkin öğrenme ilkelerine dikkat edilmemesi. Yine hiç eğitimlere başlamayan hastaneler de vardır.

- İSG hizmetleri toplumsal cinsiyeti gözetken tarzda yürütülmemektedir.

- Hala kamu sağlık çalışanlarının iş kazası ve meslek hastalıkları ile ilgili primleri ödenmemektedir.

SES'in Güncel SÇS Çalışmaları

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası başta Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi olmak üzere kuruluşundan bu yana SÇS çalışmalarına destek vermektedir. Kongre desteğinin yanısıra konu ile ilgili bir komisyon çalışmalarını halen sürdürmekte, zaman zaman SÇS ile ilgili basın açıklamaları ve işyerlerine özel çalışmaları da yürütmektedir. SES 2015-2017 dönemi SÇS stratejik bir mücadele alanı olarak ele almış, konu ile ilgili çalışmalarını yoğunlaştırmıştır.

SÇS çalışmaları sadece ilgili komisyon değil genel olarak sendika merkez yönetim kurulu (SES-MYK) düzeyinde ele alınmaya başlamış, sağlık

politikaları ve eğitim komisyonları çalışmaları destek vermiş ve Toplu İş Sözleşmesi (TİS) sekreteryasında TİS bağlamında SÇS gündeme getirilmiştir.

Sendikamızın 'sağlık politikaları komisyonu' 2014 yılında yaptığı toplantı da SÇS çalışmalarını stratejik bir mücadele alanı olarak değerlendirmiş ve şu önerilerde bulunmuştur: "İşçi sağlığı ve güvenliği birimlerinin kurulması mücadelesi ikinci temel gündem olarak ele alınmalıdır. İşyerlerindeki işçi sağlığı güvenliği birimlerinin (istihdam modeli ayırımı ve tehlike sınıfı yapılmaksızın) tekleşmesi için mücadele; olmayan yerlerde kurulması için baskı unsuru olma; birim çalışanlarının güvenceli istihdam edilen kamu çalışanları olması; OSGB'lerden hizmet satın almaya karşı çıkılması; işçi sağlığı ve güvenliği kurullarının işlevselleştirilmesi, demokratikleştirilmesi ve bu kurullarda yer alınmaya çalışılması; çalışma koşullarının sağlık çalışanlarının sağlığı bağlamında dile getirilmesine yönelik faaliyetler öncelenmelidir. Sağlık çalışanlarının sağlığı mücadelesinin işçi denetimi ve öz yönetim başlığında siyasallaştırılması da önemli yer tutmaktadır."Yine sağlık politikaları komisyonu 2015 yılı başında yaptığı toplantı da SÇS çalışmalarını SES mücadelesindeki yeri ile ilgili ayrıntılı rapor sunmuştur. Bu raporda şu başlıklara yer verilmiştir:

- İşçi Sağlığı ve Güvenliği (İSG) hizmetleri işyerindeki tüm sağlık emekçilerini kapsamalıdır.

- Yerinde sağlık ve güvenlik hizmetleri anlayışı öne çıkartılmalıdır.

- Her sağlık ve sosyal hizmet kurumunda İşçi Sağlığı ve Güvenliği Birimleri (İSGB) kurulmalıdır. Dışarıdan, Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimlerinden (OSGB) hizmet satın alınması red edilmeli, buna karşı mücadele edilmelidir.

- Kamuda kurulacak İSGB için personel dağılım cetvelinden sağlık kurumunun çalışan sayısına göre kadro belirlenmeli ve bu çalışanlar güvenceli 4a kadrosunda istihdam edilmelidir.

- İSG Kurullarının demokratikleştirilmesi hedeflenmelidir.

- Sanayideki fabrikalara göre şekillendirilen bu kurulların sağlık ve sosyal hizmet kurumlarının özellikleri dikkate alınarak yeniden yapılandırılmasıdır.

- Kurula sadece yetkili sendika değil, tüm sendikalar ve sağlık alına özgü meslek örgütü (TTB,



TDH, TEB) ve derneklerin (THD, psikologlar derneği vb.) katılımı sağlanmalıdır.

•Sağlık hizmetleri açısından özellik taşıyan birim ve komitelerin (enfeksiyon kontrol, radyasyon güvenlik, tesis güvenliği, hasta güvenliği vb.) temsilcileri kurulda yer almalıdır.

•Çalışan temsilcisi seçimlerinin demokratik koşullarda gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır.

•Hastanede tüm çalışanları kapsayan hizmet verilmesi esas olarak kabul edildiği için tek bir İSG kurulu yapılandırılmalıdır.

c. Risk Değerlendirme sürecine sağlık emekçi-

lerinin ve sendikaların aktif katılımı sağlanmalıdır. Sağlık emekçilerinin çalışma ortamı ve emek süreci ile ilgili risk değerlendirmelerini yapar hale getirilmesi için çalışmalar yürütülmelidir.

d. İSG hizmetlerinde işverene düşen sorumlulukların yerine getirilmesi (tüm koruyucu önlemler, tıbbi sürveyans, ortam ölçümleri, eğitimler vb.) sağlanmalı ve süreç işyeri temsilcileri tarafından izlenmelidir.

e. Tehlike ve risklerin saptanması ve önlem alınması yaklaşımı esas alınmalıdır. Bu amaçla SÇS kapsamında tehlike kaynakları ve ortaya çıkaracak

Tablo-1: Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği ile ilgili toplu iş sözleşmesi talepleri

1. Sağlık ve sosyal hizmetlerle ilgili işyerlerinin tehlike sınıflandırılmasında en üst düzey tehlike durumunu gözetilerek, tüm işyerinin bu tehlike sınıfında kabul edilsin; hastanelerde üretilen tüm hizmetlerin çok tehlikeli olarak kabul edilsin ve işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin bu kapsamda yürütülsün.
2. Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının sağlığı ve güvenliği kapsamında tehlike kaynakları ve riskler belirlensin. Risk değerlendirme (RD) sürecinde sağlık emekçilerinin ve sendikaların katılımı sağlansın. Sağlık ve sosyal hizmet emekçileri çalışma ortamı ve emek süreci ile ilgili risk değerlendirmeleri için gerekli eğitimleri alabilsin.
3. İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kurulları demokratikleştirilsin; bu kurullara sendikalar ve meslek örgütlerinin katılımını sağlansın; özellikle sağlık hizmetleri açısından riskli birim ve komitelerin (*enfeksiyon kontrol, radyasyon güvenliği, tesis güvenliği, hasta güvenliği vb.*) bu kurullarda yer alması sağlansın. Kurullarda kadınlara mutlaka yer verilsin. İşçi sağlığı ve güvenliği ile alınması gereken önlemler toplumsal cinsiyet bakışı ile değerlendirilebilsin ve kadına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ivedilikle oluşturulsun.
4. İşyerlerinde kurulacak İşçi Sağlığı ve Güvenliği Birimleri için Personel Dağılım Cetveli'nden kadro istihdam edilsin ve yerinde sağlık ve güvenlik hizmetleri anlayışı öne çıkartılsın. Dışarıdan hizmet satın alınmasın.
5. İşverenin, İSG biriminin yapılandırılması; risk değerlendirmelerinin yapılması; İSG eğitimlerinin tamamlanması; işe giriş ve periyodik muayenelerin yapılması; uygun işe yerleştirme; işyeri ortam ölçümlerinin yapılması; iş kazası, meslek hastalığı bildirimlerinin ve kök neden analizlerinin yapılması; tüm İSG önlemlerinin alınması; tıbbi izleme ve tedavi edici hizmetlerin sağlanması vb. bir an önce yaşama geçirmesi sorumluluklarını hızla yerine getirmesi için gerekli düzenlemeler yapılsın. İşverenin bu sorumlulukları yerine getirip getirmediği denetlensin.
6. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği ile ilgili tüm KKD (önlük, maske, gözlük, ayakkabı vb.) işveren tarafından sağlansın; KKD çalışılan birime ve yapılan aktivite ile uygun nitelikte olması sağlansın.
7. Başta I12 acil sağlık hizmetlerinde yaşanan trafik kazaları sonucu ortaya çıkan trafik cezalarının şoför olarak çalışanlara ödetilmesi olmak üzere, iş nedeni ile meydana gelen hasar ve zararların çalışanlar tarafından karşılanması yönteminden vazgeçilsin ve zararların işveren tarafından karşılanması için gerekli düzenlemelerin yapılsın.
8. Tüm sağlık emekçileri için eşit yaklaşım öne çıkartılsın. Eşit işe eşit ücret uygulansın, çalışma sürelerinde ve sosyal haklarda eşitlik sağlansın, tüm sosyal haklar herhangi bir kısıtlama olmaksızın güvence altına alınsın ve barınma, ulaşım, eğitim, çocuk bakımı vb. hizmetler eksiksiz olarak düzenlensin.
9. Performansa dayalı esnekleştirilmiş ve güvencesiz çalıştırma kaldırılsın, artan üretim hızı ve iş yoğunluğu karşısında çalışanların korunacağı önlemler alınsın ve sistematik mobbinge dönüşen üretim baskısı ortadan kaldırılsın. Bu kapsamda; görev tanımına uygun istihdam sağlansın; uygun sayı ve nitelikte kadrolu istihdam sağlansın, ilgili alanda eğitim sürecini tamamlayanların eğitimlerini tamamladıkları alanda istihdamı sağlansın ve mekan güvencesi sağlansın.
10. Özel sağlık ve bakım/rehabilitasyon sektöründe çalışma koşulları düzeltilsin.
11. Sosyal hizmetlerde özellikle evde hizmet verilmesi durumunda çalışan güvenliğinin sağlanması için gerekli düzenlemeler yapılsın. Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının yoğun şekilde yaşadığı tükenmişlik sendromunun azaltılması için en az yılda bir kez çalışanlara yardımcı olacak hizmetler planlansın, ayrıca motivasyonu artırmak için ikramiye verilsin.



riskler belirlenmesi ve bunlara yönelik işveren tarafından alınması gereken önlemlerin (mühendislik, idari önlemler, kişisel koruyucu donanım ve eğitim) netleştirilmesine yönelik materyallerin hazırlanmalıdır. SÇS önlemleri KKD ve eğitime daraltılmamalı, mühendislik ve idari önlemlere öncelik verilmelidir.

f. SDP ile kapitalistleşen tıbbi hizmetlerin sağlık emekçilerinin sağlık ve güvenliğine etkisi bağlamında işyeri ortamı ve emek süreçleri ayrıntılı değerlendirilmelidir.

SES-MYK ile konu ile ilgili 25-26 Nisan 2015 tarihinde Toplu İş Sözleşmesi (TİS) Kurultayı'nda



Fotoğraf: Dr. Can EREN

SÇS ile ilgili bir atölye çalışması yapılmıştır. Bu atölye çalışmasına 15 sağlık ve sosyal hizmet çalışanı katılmış, karar önerileri kurultay sekreteryasına iletilmiştir. TİS kurultayı kitapçığında atölye sonuçlarına ve SÇS ile ilgili sloganlara ve taleplere (Tablo-1) yer verilmiştir. SÇS bağlamında dört slogan belirlenmiştir:

- Çalışma ortamları bizi öldürüyor.
- İş kazası yoktur, alınmayan önlemler sonucu yaşanan "cinayetler" vardır.
- Çalışan sağlığı önlemlerinin alınması "maliyet" değildir.
- İnsan hayatı üzerine kar-zarar hesabı yapılamaz.

TİS kurultayı sonrası SES-MYK SÇS'nin Toplu İş Sözleşmesi mücadele programının temel bir başlığı haline getirilmesi ile tüm örgüt olarak buna sahip çıkılarak yol alınabileceği tespiti yapılmıştır. Bu amaçla Eğitimciler Eğitimi Programında SÇS başlığına da verilmesi kararlaştırılmıştır. Yine ciddi yapısal eksiklikler içerse ve işvereni kollayan tarzda kaleme alınsa da mevzuatın getirdiği bazı olumsuzlukların hareket alanımızı güçlendirdiği tespiti yapılmıştır. SÇS çalışmalarının işyeri çalışmasına dayanması, yakıcı ve güncel sorunları içermesi özellikleri ile yeni bir mücadele dinamiğini içinde barındırdığı ve sağlık çalışanları ile teması ve örgütlülüğümüzü güçlendireceği tespiti yapılmıştır. Bu mücadelenin somut kazanımları sağlama potansiyelinden yararlanılmasına dikkat çekilmiştir.

Eğiticilerin eğitimi komisyonu çalışmalarında SÇS

SES kalıcı bir sendika okulu yapılandırma amaçlı Eğitimcilerin Eğitimi Komisyonunu kurmuştur. Bu komisyon eğitim faaliyetlerinin işyeri düzeyine indirilmesi, her aktivistin eğitimde rol alması, üyelerinin kendi eğitimini yapabilir hale getirilmesi hedefli çalışmalarına 2014 yılında başlamıştır. 2014-2017 döneminde üç devre halinde eğitim çalışmalarını planlamış ve yaşama geçirmiştir.

SES'in stratejik mücadele programına katkı sağlayan bir eğitim programı çıkartılması hedeflenmiştir. Bu nedenle programın beş temel başlığından birisi SÇS olmuştur (diğerleri: Sağlık ve Sosyal Hizmet politikaları, Kadın, Örgütlenme, Emek Tarihi-KESK tarihi).

Temel eğitim başlıklarından olan SÇS eğitimleri modül, yaz kampı ve şube-işyeri düzeyinde yapı-



Tablo-2: Sağlık alışanlarının sağlık modúlü öğrenme hedefleri

Ana hedefler-İçerik
Sağlık Sektöründe İSG <ul style="list-style-type: none">• İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği yerel ve uluslararası gelişimi• İSG ilkeleri• Tehlikeler, Riskler• İş kazası, ramak kala olay• Meslek hastalıkları, işle ilgili hastalıklar, sağlık sorunları• İSG hizmetleri• Risk değerlendirme• İş kazası/Meslek hastalıkları kök neden analizleri• Tıbbi ve biyolojik surveyans (İşe giriş ve periyodik muayeneler, ortam ölçümleri)• İSG korunma yaklaşımları<ul style="list-style-type: none">o Tehlikeyi yok eto Mühendislik önlemlerio İdari önlemlero Kişisel koruyucu donanımo Sağlık eğitimi• İSG kurulları ve demokratikleştirilmesi• İş göremezlikler, maluliyet, tanı koyma süreçleri• 6331 -işveren ve çalışan sorumlulukları• İSG hizmetleri ve kadın• Tıbbi atıklar – İSG• İSG-Hasta güvenliği
Siyasal Açıdan İSG <ul style="list-style-type: none">• Kapitalizm üretim ilişkisi - İSG (tarihsel bağlamda)• Bir mücadele alanı olarak İSG (tarihsel bağlamda)• Kapitalist iş ve İSG• Emek sürecindeki (emek rejimindeki) değerişim (refah devletinden neoliberal devlete dönüşümde)-İSG• Sağlıkta yönetsel reformlar (yalın üretim-toplam kalite)-İSG• Sağlığın toplumsallaşması ve sağlık hizmetlerinin demokratikleştirilmesi bağlamında İSG
Diğer Eğitim Modúlleri İle Bağlantılar Emek tarihi modúlü <ul style="list-style-type: none">• Kapitalizm üretim ilişkisi ve kapitalist iş - İSG• Üretim hızı ve emek rejimi; şiddet ve iş kazaları ile bağlantı• Emek mücadelesinin tarihi ve güncel durumu İSG açısından zenginleştirilecek• Emek sürecindeki (emek rejimindeki) değerişim (refah devletinden neoliberal devlete dönüşümde)-İSG• Bir mücadele alanı olarak İSG (tarihsel bağlamda) Sağlık politikaları modúlü <ul style="list-style-type: none">• Sağlıkta Dönüşüm Programı - İSG• İSG hizmetlerinde dönüşüm• Sağlıkta yönetsel reformlar (yalın üretim-toplam kalite)-İSG• Taşeronlaştırma – İSG



Tablo-3: Sağlık çalışanlarının sağlığı giriş modülü konu başlıkları

• Emek hareketi tarihinde İşçi Sağlığı
• Stratejik bir mücadele alanı olarak SÇS
• Tehlike ve riskler (biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik, psikososyal)
• Önlem sistematiği
• İSG hizmetleri-mevzuat
• İSG Kurulları
• İSG eğitimleri
• İş kazası, meslek hastalığı, işle ilgili sağlık sorunları, ramak kala olay
• Risk değerlendirmesi
• Tıbbi sürveyans
• SÇS mücadele örnekleri (İstanbul Çapa)

ması istenen ödevler ile şekillendirilmiştir. SÇS eğitimlerinin temel hedefi: İSG hizmetlerinde sağlık emekçilerinin denetimi, özyönetiminin geliştirilmesidir. SÇS eğitiminin diğer temel başlıklarda (modül) bağlantısı kurulmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda özellikle emek tarihi ve sağlık politikaları bağlamında SÇS ele alınmıştır. SÇS modülü öğrenme hedefleri Tablo-2'de özetlenmiştir.

Konuların işlenmesi sırasında eğitimi becerilerinin geliştirilmesi de göz önünde bulundurulmuş, çeşitli eğitim yöntemlerinden yararlanılmıştır. Küçük grup çalışmaları, olgu çalışmaları, canlandırma, forum, destekleyici sunumlara, ısınma vb. yer verilmiştir. Yine öncelik belirleme, çalışma sistematiği oluşturma gibi eğitici becerilerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalarda yürütülmüştür. SÇS'na giriş babında gerçekleştirilen iki günlük modülde ele alınan konular Tablo-3'te özetlenmiştir. SÇS giriş modülü kapsamında yapılan eğitim notları toparlanmış, kitap haline getirilmiştir.

Eğiticilerin eğitimine yönelik düzenlenen yaz kampı (2015) sırasında SÇS hizmetlerinin değerlendirilmesi ve SÇS için öncelikli çalışma başlıklarının belirlenmesine yönelik program yaşama geçirilmiştir. Bunun için SÇS hizmetlerinin değerlendiren bir anket hazırlanmıştır. Her katılımcının hazırlanan bu anket formu yardımıyla kendi çalıştıkları sağlık kurumunun SÇS hizmetlerini değerlendirmesi istenmiştir. Yanıtlanmış anket formlarının analizi yapılarak SÇS sorun alanları saptanmıştır. İşyeri düzeyinde bu sorun alanlarında hangisine yönelik çalışmalarını yoğunlaştırılması,

hangi mücadelenin örgütlenmeye katkı koyacağı ve kazanım sağlayacağını belirlemede swoot analizi yönteminden yararlanılmıştır. Risk değerlendirmeleri öncelikli mücadele alanı olarak belirlenmiştir. Her katılımcının hastanelerinde risk değerlendirmelerinin yapıma durumu, yapıldı ise ve risk değerlendirme raporlarının istenmesi ilgili başhekimliklere dilekçe vermesi kararlaştırılmıştır. Yapılan risk değerlendirme sonuçlarının hastane gerçekliğini yansıtıp yansıtmadığının sendika üyeleri ve çalışanlarla tartışılması hedeflenmiştir. Çalışmaların sonunda çoğu hastanede risk değerlendirmesinin yapılmadığı ya da nitelikli gerçeği yansıtan risk değerlendirmelerin yapılmadığı görülmüştür. 2016 yılında ikincisi düzenlenen yaz kampı için SÇS hizmetlerinin değerlendirilmesi ile ilgili anket formu güncellenmiş, eğitim komisyonu üyelerinin kendi işyerleri düzeyinde SÇS hizmetlerini değerlendirmesi istenmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının karşılaştıkları tehlike/riskler ve alınan önlemlere yönelik anket formu ile de kendi işyerlerindeki SES üyelerinden bilgi toplanması istenmiştir. Yaz kampında da her iki ankettten elde edilen sonuçların tartışıldığı yarım günlük bir oturum düzenlenmiştir. Sosyal hizmet alanı ile ilgili de küçük grup çalışması yapılmıştır. Bu oturumda SÇS hizmetlerine yönelik mevcut durum, sendika üyesi, işyeri temsilcisi, şube, genel merkez, KESK, tüm emekçiler düzeyinde yapabileceklerimiz belirlenmeye çalışılmıştır. Eğiticiler içerisinde SÇS çalışmasında yer almak isteyen gönüllerinden SÇS eğitim grubu oluşturulmuştur. SÇS eğitim grubuna işçi sağlığı ile deneyimi olan akademisyen, sağlıkçı ve sosyal bilimci aktivistler destek vermektedir.

Eğiticiler Eğitimi Programının sendika okuluna dönüşmesine yönelik çalışmalar 3-4 Aralık 2016 tarihinde yapılan toplantıda gözden geçirilmiş ve okul üyesi olan yeni eğiticilerin katılımları ile SÇS ve diğer modüllerin öğrenme hedefleri ve işleyişi gözden geçirilerek son şekli verilmiştir. 2017 yılı ile birlikte SÇS giriş modülü eğitimlerinin büyük şubelerden başlamak üzere tüm şube ve temsilciliklerde yapılması kararlaştırılmıştır. Eğitimin yanısıra işçi denetimi ve özyönetimi bağlamında SÇS alanında yapılacaklar belirlenmiştir.

Kaynakça

1. Siriani, C. (1990) 'İşçi Denetimi ve Sosyalist Demokrasi Sovyet Deneyimi', Belge Yayınları, Birinci Baskı Temmuz 1990, Sayfa:15. ●



ÇATIŞMA ORTAMLARINDA "BARIŞ SAĞLIKÇISI" OLMAK*

Mahfuz KARAASLAN,
Onur Naci KARAHANCI,
FeraY KAYA,
Samet MENGÜÇ,
Arzu TÜRKMEN,
Veysi ÜLGEN,
Halis YERLİKAYA

Yeni bir konsept olarak 'Vekalet Savaşları'nı Suriye'de de başlatanların ne tür emperyal hedefi olduğu bu yazının konusu dışında olduğundan işin siyasi analizi, ekonomik/emperyal çıkarların neler olduğu ya da niçin? sorularının cevabı yine bu yazının amacı dışında olup ayrıca değerlendirilmesi gerek konular, sorular, olaylar ve olgulardır... Savaş ve çatışma ortamlarında çocuklar, kadınlar ve yoksullar ilk etkilenen insanlardır...

Ve savaş ve çatışma ortamlarında ilk etkilenen diğer bir kesim de ne yazık ki "Sağlık Emekçileri"dir. Savaş ve çatışma sürecinde sağlık başta olmak üzere her türlü hak ihlalinin yaşandığı bölgelerde sağlıkçıların ağızından ve kaleminden tüm çıplaklığıyla sizlere aktarmak istediğimiz bir yazı... "Çatışma Ortamında Barış Sağlıkçısı Olmak"

Anti-emperyalist, anti-kapitalist, anti şovenist, sekülerizmden yana, her türlü asimilasyona karşı duran, cinsiyet özgürlükçü, eşitlikçi, emekçi sınıfların mücadelesi içinde yer alan, toplumcu sağlık anlayışıyla 1990'dan bu yana sağlık alanında toplum sağlığını ve koruyucu sağlık hizmetini öncelleyen, herkese eşit, ücretsiz, nitelikli ve anadilinde sağlık hakkını 'Anayasa'sı haline getiren, savaş ve çatışmaların her türlüşünü reddeden ve her koşulda barışı, insan haklarını, katılımcı demokrasi ve özgürlükleri savunan bir anlayışla sağlık hizmeti sunan sağlık emekçileri neler yaşadılar? neler hissettiler? neler düşündüler? neler yaptılar? neler yapamadılar? ya da neler yapmak istediler?

Dünyaya ve sağlık alanına sol sosyalist bir dünya görüşü ile bakan, barışçıl ve insancıl hukuk anlayışını istisnasız her insan için isteyen; bu yolda verilmesi gereken mücadeleyi yaşam biçimi haline getirmiş/ içselleştirmiş sağlık hizmet anlayışı ile hareket eden sağlık emekçilerinin yaşadıkları üzerinden hem çatışma alanlarında yaşananları birinci elden öğrenmek hem de barış sağlık emekçileri-

nin sahip olduğu "Felsefik İradeyi" hep birlikte yenileme ve kamuoyu ile paylaşma amacı güdülmüştür...

Şüphesiz ki doğayı, çevreyi, insan başta olmak üzere tüm canlıları yok eden yaralayan savaş tüm ayrıntılarıyla burada anlatmak oldukça güçtür. Amacımız en azından barış sağlıkçıları üzerinden yok edici insanlık icadı savaşın insan bedeni, insan ruhu, insan duygu ve düşünceleri üzerindeki travmatik yönünü sağlık emekçisi olma boyutuyla bir nebze ortaya koyabilmektir... Barış ve kardeşliği yeryüzündeki tüm insan toplulukları arasında egemen kılınca dek Barış Sağlıkçısı olmaya devam edeceğimizi bir kez daha vurguladıktan sonra söz çatışma ortamında yaşayan barış sağlıkçılarındadır...

Tanıklık; I

Hastaneler karargâha dönüşmüştü

Doğuya doğru gittikçe hastane acil servisi giriş kapısında hep bir akrep vb gibi zırlı araçların beklediğini görürsünüz. Şehir içinde de çokça rastlarsınız. Sokaklarından biber gazı eksik olmaz. Zamanla bunlara alışacağımı düşünmezdim, alıştım ama daha neler yaşayacağımı o zamanlar bilemiyordum. Şimdi çok az bir kısmını aktarabildiğim zamanları ise alışmayı reddederek geçirdim.

Cizre'de sağlıkçı olmak, hastaneye geliş gidişte tedirgin olmak acil serviste çalışırken birden silah sesleri kurşunlar arasında kalıp kendini koruyacak yer aramaktadır. Elleri kelepçeli yaralı getirildiğinde, bir taraftan kardiyopulmoner resustasyon yaparken kelepçeyi açın diye bağırmasıdır. Bazen nöbet ertesi eve giderken çatışmanın ortasında kalıp Eyüp Ergen gibi ya da sokağındaki yaralıyı kenara çekmeye koşarken Aziz Yural gibi öldürülmektir. Ya da ölmeyip nasıl akıl sağlığını koruduğunu anlayamamaktır.

İlk uzun süreli sokağa çıkma yasağı 9 gün sürdü. Hastanenin acil servisinin zaman zaman



kolluk güçleri tarafından çalışılmaz hale getirildiği zamanları çok görmüştük ama o güne kadar bu kadarını göreceğimi hayal etmemiştim. Acil servisin girişi sağlı sollu özel hareket polisleri tarafından doldurulmuş, kapısının önünden hiç eksik olmayan akrep tipi zırhlı aracın yanına başka zırhlı araçlar da eklenmişti. Hastanenin giriş bahçesinde TOMA'lar bekliyordu. Hastane koridorları ise siper almış özel hareket polisleri ile dolu idi. Yasağın ikinci gecesi birden etrafı silah sesleri doldurmuş sürekli yere düşen boş kovan sesleri ile çatışmanın göbeğinde olduğumuzu anlamıştık. Hastanede yatan hastalar, nöbetçi sağlık çalışanları ve sayısını ve nerelere dağıldıklarını bilemediğimiz kolluk kuvveti ile beraberdik. Duvara çarpan boş kovan seslerinden hastanenin tepesinden ateş açıldığını anlıyorduk Hastanedeki tüm hastaları daha korunaklı bir servise alıp, yatakları koridora yer yataklarına taşıdık. Bu arada GSM operatörleri ile iletişimi kesildiği için güç bela hastane yöneticilerine durumu anlattık. Ama değişen bir şey olmadı. Gece 03.00'e doğru hepimiz kendimizce güvenli bir yere çekilmeden önce birbirimizle vedalaştık; belli olmaz sabaha belki de eksik uyanacaktık...

79 gün süren sokağa çıkma yasağını , yaşadıklarımızı, yaşananları hangi kelimelerle anlatacağımı hala bilemiyorum. Hastane karargâha dönüşmüştü. Bahçeye çıkmamız bile yasaktı. Hastaneye girerken hastane personeli olduğumuz halde GBT'miz yapıyor, üstümüz arıyor bavulumuz arıyor öyle girebiliyorduk. Hastanenin bahçesi paletli tank dahil ismini bilmediğim çok sayıda zırhlı araçla ve boş mermi kovanları ile dolu idi. Hastane içinde yaklaşık 1000 kişi kaldığı söyleniyordu. Hastanenin 3. katı kolluk kuvvetlerine ayrılmış, poliklinik binası ve odaları, koridorlarda kolluk kuvvetleri kalıyordu. Hastanenin 3. katının pencereleri kum çuvaları ile doldurulmuştu. Sağlık personeli sadece acil servis olarak düzenlenen eski çocuk servisinde ve bize tahsis edilen bir serviste kalabiliyorduk. Hastanenin her köşesinde uzun namlulu silahları olan çok sayıda asker ve polis görebilirdiniz. Doktor odası hasar aldığı için bodrum katına taşındı. Hastanede çalışan sağlık personeli 10-15 gün aralarla değişiyordu. Tüm ayı hastanede geçiren arkadaşlarımız vardı.

Hastanede sağlık personeli olmasına rağmen sadece asker ve sivil yaralıları -şanslı olanları- gelebiliyordu. Acil müdahaleler yapıldıktan sonra çevre hastanelere sevk ediliyordu.

Hastalar sopalara bağlanmış beyaz tülbentlerle hastaneye ulaşmaya çalışıyordu. Yataklı servis olmadığı için yatarak tedavi hizmeti verilmiyor, sevk için uzun süre bekleniyordu. Ayaktan tedavisini düzenlediğimiz hastalara hastane eczanesinden ilaçları sağlanmaya çalışılıyordu.

Şehirde açık olan tek sağlık merkezi hastane olduğu için birinci basamak hizmeti verilmiyordu. Şehrin çoğu mahallesinde elektrik ve su kesikti...

Tanıklık; II

Savaşın yıkıcı sonuçlarına karşı barış mücadelesi ve sağlıkçılar

2015 yılının güz aylarında bazı Kürt illerinde halk meclisleri tarafından özyönetim ilanları devlet tarafından şiddet kullanılarak sonlandırılmaya çalışıldı. Buna barikatlarla direnilince, kentler, sokağa çıkma yasakları adı altında, günlerce hatta aylarca abluka altına alındı, abluka altındaki yerlerde yaşayan insanlar, en temel insan haklarından mahrum bırakıldı. Bazı kentlerdeki ablukalar halen devam ediyor. Yaşam hakkı ve sağlık hakkının gasp edilmesine gerekçe olarak, direnme hakkının kullanımının gösterilmesi ironiktir. Abluka altında yaşayan insanlar, yaşam, temiz su ve gıdaya ulaşım, sağlık ve bilişim haklarından mahrum bırakıldı. Abluka bir yönüyle alanın içindeki insanların haklarını gasp ederken, diğer yandan abluka dışındaki insanların özgür düşünme ve sıradanlığını imkânsızlaştırarak, ikili abluka fonksiyonu görmektedir. İnsanlar kendi yurtlarından, evlerinden çıkarıldı, göçe zorlandı, göç etmeyen ya da edemeyen herkes terörist olarak yaftalandı, öldürülmeleleri meşrulaştırıldı.

Savaş koşullarında sağlık emekçileri olarak neler yaşadık

Savaş ile birlikte o dönemin Sağlık Bakanı bir hekim olduğunu unutarak yaptığı açıklamalar ile (örneğin 'şefkat elimizi cebimize koyduk, kudret elimizi çıkardık, operasyonlarda yüzde 80 başarılıyız, bu operasyonlar 3 yıl sürecek' gibi) adeta sağlık değil savaş propaganda bakanı olduğu hissi uyandırdı bizlerde.

Çatışma bölgelerinde hastaneler özel hareket polisleri/askerleri tarafından birer karargah gibi kullanıldı / kullanılıyor. Türkiye'nin de taraf olduğu pek çok uluslararası sözleşme gereği her türlü savaş ve çatışma koşullarında sağlık çalışanlarının ve hastanelerin korunması gerekirken savaş süreci ile birlikte hastaneler bırakın korunmayı birer çatışma mekanı haline dönüştürüldü. Hastane bahçeleri panzerler tarafından işgal edilip, acil ser-



visler boşaltılarak özel hareket polisinin üssü haline getirildi.

Şırnak'ta Aziz Yural arkadaşımız yaşadığı sokakta bir yaralıya müdahale ederken hedef alınarak katledildi. Beytüşşebap'ta Şeyhmus Dursun arkadaşımız kaymakamın özel talebiyle yaralı almaya giderken özel hareket noktasından ambulansın taranması sonucu katledildi. Cizre'de Eyüp Ergen hastane nöbetinden evine dönerken katledildi. Bu arkadaşlarımız yaşatmaya çalışırken, kolluk güçleri tarafından hedef gözetilerek öldürüldüler.

Ablukaların yaşandığı ve halen sürdüğü yerlerde ablukalar nedeniyle yurttaşlar sağlık hizmetine erişemedi/erişemiyor. Bu süreçlerde bebekler aşılana(a)madı, kadınlar evlerde doğum yapmak zorunda kaldı, eczaneler açılmadı, yaralanmalar da dahil olmak üzere acil durumlarda bile sağlık hizmeti sunulmadı. Bu nedenle ilk etapta hayati olmayan yaralanmalar bile ölümlerle sonuçlandı. Tıbbi müdahale yapılabilmesi ve çatışma alanından çıkartılarak hastaneye yatırılabilmesi için haklarında AİHM'den tedbir kararı alınmış olmasına rağmen yaralı haliyle günlerce sokakta bekletilen 16 yaşındaki Hüseyin Paksoy'un aşırı kan kaybından dolayı hayatını kaybetmesi ve yine açılan ateşlerle ambulansa ulaşması günlerce engellenen üniversite öğrencisi Cihan Kahraman'ın iç kanama sebebiyle yaşamını yitirmesi basına yansıyan çok az örnekten biridir. Yaşanan ölümler, yerlerinden yurtlarından göç ettirilen, derme çatma barınaklarda olumsuz kış koşullarında yaşam mücadelesi veren başta çocuklar ve kadınlar üzerinden farklı biçimde devam ediyor.

Çatışmaların yaşandığı çevredeki yerleşim birimlerine ve hastanelere kurşunlar isabet etti. Ablukaların kaldırılması talepleriyle yapılan eylem ve protestolarda halk orantısız biçimde devlet şiddetine maruz kadı. Bu şiddet nedeniyle onlarca yurttaş yaşamını yitirdi. Protestolarda yaralananlar gözaltına alınma korkusu ile hastanelere başvurmamıştı.

Tüm bu süreç boyunca Barış sesini yükselten, savaşa karşı bir duruş sergileyen sağlık emekçileri çeşitli gazete, TV ve sosyal medyada hedef gösterildi. Soruşturma, tutuklamalar ve baskılar ile sindirilmeye çalışıldı/çalışılmaktadır. Ağrı Tabip Odası Başkanı Dr. Ulaş Yılmaz ve 13 arkadaşı Suruç katliamını protesto etmek için bir basın açıklamasına katıldıkları gerekçesiyle valilik tarafından görevlerinden uzaklaştırıldı. Henüz 1,5 aylık bir hekim

olan Dr. Abdullah Koçeroğlu, domates üzerinden militanlara ameliyat öğrettiği gerekçesiyle tutuklandı. Bu süreçte onlarca tıp öğrencisi tutukladı/tutuklanmaya devam ediyor. Yüzlerce sağlık emekçisi arkadaşımız hakkında soruşturma açıldı. Onlarca sağlıkçı sürgün edildi. Gazete ve televizyonlarda terörist sağlıkçılar yaftası ile hedef gösterildi. Savaş tüm komplikasyonları ile can almaya devam etti. Kulp-Lice yolunda görev yaptığı yerden dönen Dr. Abdullah Büroğul aracı taranarak katledildi.

Bu süreçte Savaşın yoğunlaştığı, saldırıların yoğun şekilde devam ettiği bölgelerde yaralanan ve tedavi için çeşitli sağlık kuruluşlarına götürülen kolluk güçlerinin tedavi ve bakımlarının sağlık emekçileri tarafından bilinçli olarak yapılmadığına dair çeşitli asılsız iddialar ortaya atıldı. Söz konusu sağlık kuruluşlarının verileri iddiaları yalanlamasına rağmen bu iddiaların ardından sağlık gereksinimi olan kolluk güçleri devlet ve üniversite hastanelerine getirilmemeye, askeri hastaneye götürülmeye başlandı. Askeri hastaneye batı illerinden sağlıkçılar getirildi. Bu durum sağlık emekçilerine dönük asılsız ithamlara neden oldu/olmaya devam ediyor. Hekim arkadaşlarımızın Askeri hastaneye görevlendirmelerin yapıldığı ve bu görevlendirmeye icabet etmemek için rapor alındığı şeklindeki asılsız haberler yapılmaya devam edildi. Bölgedeki birçok sağlık çalışanı arkadaşlarımıza yönelik havuz medyası ve sosyal medya üzerinden yürütülen karalama ve hedef gösterme, hakaret ve tehdit odaklı açıklamalar, asılsız haberlerle bu kadarı da olmaz dedirtti. Bu durum kim olursa olsun, din, dil, ırk, renk, üniforma ayırımı yapmaksızın bizlere gereksinimi olan herkese eşit sağlık hizmeti sunan/sunmaya devam eden sağlık emekçileri arasında Doğu-Batı, Kürt-Kürt olmayan sağlık emekçisi ayırımına yol açtı. Sağlık çalışanları arasında çalışma barışı bozuldu. Çatışma ortamından ve şovenist dalgadan etkilenen birçok sağlıkçı bölgeden tayin isteme, bölge dışında bir yerde çalışma arayışına girdi.

Barışın sağlıkçıları olarak ne istiyoruz?

Bizler barışın sağlıkçıları olarak "Ölüme karşı yaşam", "Siyaha karşı beyaz" sloganıyla mahallede, sokakta, meydanlarda "Barış Forumları" "Barış Nöbetleri" ile sesimizi yükselttik. Barış Sağlıkçıları'nın deklarasyonunu kamuoyu ile paylaştık.

"Halkların harekete geçtiği, kendi yaşamına sahip çıkma kararlılığıyla direndiği, bireyi reddetmeden, toplumu öncelendiği böyle bir zamanda;



sağlık bilgisinin özel mülkiyet ilişkisi içinde piyasalaştırılmasına karşı, bu bilgiyi “egemenlerden çalan” halk çocukları olarak bu bilgiyi tekrar halkla paylaşmayı, halkta gelişen karşılıksız dayanışmaya dahil olmayı hedeflediğimizi” söyledik. Bu çerçevede hayal ettiğimiz toplumda sağlıklı bireylerin Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımındaki gibi bedensel, zihinsel ve sosyal açıdan tam iyilik hali içine sığdırılmayacağını düşündüğümüzü haykırdık. Yaşadığı toplumun mülkiyet ilişkileri, yaşam koşulları, bireyin hayatta var olma biçimi ve bunların toplamı olabilecek şey olan hangi toplum biçiminde yaşadığı, kişinin sağlıklı olma halinde etkili olduğunu ifade ettik. Ortadoğu ve Türkiye’de yaşanan son gelişmelerin bunun en iyi kanıtları olarak karşımızda durduğunu hatırlattık. Savaş hali durumunda, özgürlüğün ve demokrasinin olmadığı bir yerde bırakın sağlıklı olma halini, yaşam hakkından dahi bahsedilemeyeceğini yazdık.

İçinde yaşamaya çalıştığımız savaş ortamında, bizler barış sağlıkçıları olarak yaşananlara tanı koymak ve devamında tedavi etmekle yükümlü olduğumuzu ifade ettik. Bu çerçevede halkın içinde kalarak, “Barış için Beyaz Forum” adıyla örgütlenmeye, bu forumlarda hastalığın teşhisini sağlayacak verileri deşifre etmeye çabaladık/çabalıyoruz. Savaş veya çatışma alanlarında ihtiyaç duyan herkese, gerekli sağlık bakımını sunmak için sağlıkçı ekiplerimiz olması gerektiğini, Tüm risklerine rağmen, sağlıkçı sorumluluğumuzu yerine getirebilmemiz için tarafların, çatışma alanlarına girmemize izin vermesi gerektiğini ifade ettik. Söylemlerimizin evrensel olduğunu, insan hakları, tıbbi etik ve uluslararası insancıl hukuktan köken aldığını haykırdık. Tüm bu insani ve mesleki bilinçle yapılan çabalarımıza rağmen ne yazık ki savaşı durduramadık, ölümleri engelleyemedik. Tüm bu yaşatılanlara rağmen Barış Sağlıkçıları olarak umudumuzu kaybetmeden barış mücadelesine devam ettik/ediyoruz.

Tüm insanların; yaşama hakkı, sağlık hakkı, barış hakkı, gıdaya ve temiz suya ulaşım hakkı, barınma hakkı ve iletişim hakkına sahip olması Dünya Sağlık Örgütü anayasasının olmazsa olmaz olarak belirttiği koşullardır. Yine insanların din, dil, ırk, cinsiyet, etnik yapı ve siyasi görüşüne bakılmaksızın sağlık hakkına sahip olduğu tartışılmaz başlıklardandır. Düşman, terörist, polis, asker veya sivil gibi kavramlar tıbbi ait terimler değildir

ve sağlık kurumlarına başvuran kişiler bu terimler üzerinden tanımlanamaz. Hizmet sunduğumuz tüm kişiler bizlerin hastalarıdır ya da sağlıklarını koruduğumuz insanlardır. Bizler bu bilinçle hareket ettik.

Uluslararası insancıl hukuk çatışma ve savaş alanlarında uygulanacak hukuktur. 1949 ve 1977 Cenevre sözleşmeleri ve ek protokolleri gereği sağlıkçıların savaş alanlarında, siviller ile savaşma yeteneğini kaybetmiş savaşçılara sağlık bakım ve yardımı yapma sorumluluğu vardır. Bu sorumluluk nedeniyle sağlıkçıların çatışma ve savaş alanlarına girme hakkı bulunmaktadır. Bu çerçevede, dokunulmaz sağlık sembolleri vardır. Sağlık sembollerinin olduğu hastane gibi yerlerin içinde ve çevresinde askeri bir gücün konuşlanması yasaklanmıştır. Buna uyulmadığı durumlarda sağlıkçıları ve kurumları hedef haline gelecektir. Bu çerçevede bölgede silahlı güçlerin hastanelerin içine ve çevresine konuşlandırılması bir ihlaldir. Sağlıkçıların hedef alınarak başından vurulması ihlaldir ve savaş suçu olarak görülmelidir.

Bizler Barış Sağlıkçıları olarak, bölgede yürütülen savaşın durmasını, insan hakkı ihlallerinin sonlandırılmasını, uluslararası insancıl hukuka riayet edilmesini ve sorumluluklarımızı yerine getirmemiz için bizlere çatışma alanlarına girme izni verilmesini, sağlıkçıların dokunulmazlığına riayet edilmesini dile getirdik, getirmeye devam ediyoruz. Barış içinde herkesin özgürce kendini ifade edebildiği savaşı sömürsüz bir dünya özlemimizi gerçekleştirmek için tüm sağlıkçıları mücadelemize güç katmaya çağırıyoruz.

Tanıklık; III

O günlerde net bir şekilde tekrar anladım ki...

Sağlıklı olmak sadece tıbbi, biyolojik veya psikolojik bir mesele değil sosyolojik, coğrafi, siyasi, tarihi, hatta jeopolitik bir mesele bile olabilir. Hayatım boyunca hiç barış görmemiş biri olarak savaşın bu denli yıkıcısına da hiç şahit olmamıştım. Ne oluyordu? Her sabah işe gidip geldiğimiz Silvan’ın tepesinde dumanlar yükselir, üstünde mermiler uçuşur, bombalar patlar, helikopterler dolaşır, tanklar sarar olmuş etrafını... Sadece bir cümleye sığan şu yazdığım şey öyle travmatik, trajikomik bir hal ki; bir gecede yaşanan bu kadar değişikliği bu coğrafya dışında sadece bir savaş filminde görebilirsiniz.

İlçe giriş-çıkışlara kapalıyken gelen ambulansla



bir şekilde hastaneye gidebildim. Tuhaftır biz gelmeden önce içeride ne olup bittiği konusunda merak içindeyken hastaneye gittiğimde oradakiler de Diyarbakır'da ne olduğunu merak ediyordu. Telefon şebekeleri ve internet kesintisi ile birlikte elektrik gidip geliyor, su sıkıntısı yaşanıyor. Yasaklar yüzünden işe gelemeyen aşçıların yokluğu bir yana ilk 24 saati ekmeksiz geçirdik. Hastane deposundan aldığımız gıdalarla yemek yapma işi bize düşmüştü. Takip eden günlerde eksik şeylerin yerini başka bir şeyle doldurmak bir alışkanlık haline geldi ama tedaviler ve hastalar bazında işler hiç de iç açıcı olamayabilirdi. Bir kaç gün önce top oynarken, bisiklet sürerken; kolunu, bacağına inciten çocuklar yoktu artık. Diyaliz hastalarına, kronik hastalara ne olmuştu? Anlayacağınız birden bire hastanemiz bir savaş hastanesine dönüşmüştü. Daha sonra yasaklar bazı mahallelerle sınırlı hale gelene dek, hastanemiz neredeyse kentin tek legal yeri idi. Bir nevi herkesin buluşma noktasına dönmüştü. Hiç susmayan silah sesleri, ambulans sirenleri, acil koridorunda sedyeli koşuşturmalar ve kime ne olduğuyla ilgili kısık sesli diyaloglar. Nöbetçiler değişmez olmuş, hastane üniformalarımızın iki günde bir elde yıkanması günlük tartışmalarımız haline gelmişti. Her gün gelip gittiğimiz hastane başka bir mekâna dönüşmüş, hayatımız koridorlarda bilgisayar oyunlarındaki gibi kriminal bir hal almıştı. Acaba telefon şebekesini hangi katın hangi penceresinde bulabilirdik, "pencerelerden uzak durarak"...

Özellikle geceleri camlardan Silvan'ı izleyerek neler olup bittiğini anlamaya çalışmakla geçirdiğim ilk nöbetim "daha sonraki dönemlerde bir alışkanlık haline alacak şekilde" 96 saat sürdü. Birkaç yüz metre ötedeki mahallelerde ne olup bittiğini kimse bilmiyordu. Bütün ölümler, yaralanmalar normalleşme eğilimindeyken her gece "Silvan bu sefer havaya uçacak" kehanetleri heyecanlı olmaya başlamıştı. Artık çok açık söyleyebilirdim ki bizim de psikolojimiz çok absürd şeylere bile değişik tepkiler vermeye başlamıştı. 30 yıllık faili meçhuller sokak ortasındaki cenazelerin travmasını üzerinden atamamış bir kente yeni bir 30 yıl daha şimdiden eklenmişti. Bu durum biz her günümüzü hastane acilinde kan ve barut kokusu altında geçirirken gerçekleştiriyordu. Hastanemizde fiziksel, psikolojik şiddet, darp, küfür, tehdit ve bunlara tepkisizlik normalleşmeye başlamıştı. Bu durumda insani değerlerle işimizi yapmaya çalışan bizler taraf olmakla suçlanıp taraf olmaya zorlanıyorduk. Bir

tarafa bakmak ölüm sebebimiz olabilirken, bir tarafa bakarken elimizden gelen her şeyi yaptığımızı anlatmak ciddi bir meseleydi. Hipokrat ve arkadaşları bizi korumaktan vazgeçmiş, bütün işi üzerimize yığmıştı. Suçlanıyor, hedef gösteriliyor, tehditler alıyorduk... Öğrendik ki bu işin büyük kısmı Silvan'la bağı bulunmayan gruplar tarafından internet ortamlarında yapıyorlmuş.

Yeni atanmış arkadaşlarımızın yasaklı günlerde nöbet tutmamalarına özen gösterirken, arkadaşlarımızla beraber o ay ve takip eden birkaç ayda kaç nöbet tuttuğumu bilmiyorum. Öyle görünüyordu ki açılan bu yaraları sarmaya bizim ömrümüz yetmeyecek, işimizin bir kısmını gelecek kuşaktaki genç arkadaşlara bırakacaktık, tıpkı geçmişten de bize kaldığı gibi...

Günler, haftalar, aylardan sonra gezebildiğimiz mahallelerde tandıra ilk ateşi atan teyze, her şeyini kaybettiğini anlatıyordu. Bizim gördüğümüz şey ise; savunmak uğruna bu kadar sıkıntı çektiğimiz yaşama, teyzenin yeniden nasıl sarıldığıydı... Bir şey en ucuz olduğu yerde en değerli şey olur mu? Oluyormuş!

Sonraki süreçlerde ne mi oldu? Bazı arkadaşlarımız barış taleplerini dile getiren basın açıklamalarından yargılanıp, bazıları ihraç edilip, bazıları ise katledildi. Bu yaşananların üzerimizde bıraktığı izler bir tarafa; Hayat teyzenin tandıra attığı ateş sıcaklığında devam ediyor. Sanırım uzun süre de böyle devam edecek.

Tanıklık; IV

Sağlık çalışanlarının sağlığı üzerine birkaç hatırlatma

Bugün çalışma ortamında sağlık çalışanlarının sağlığını hangi kriterlerle değerlendireceğiz? Öncelikler nelerdir? Öğrenilen mesleki ilkelerin bugün anlamı nedir? Bu soruları çoğaltabiliriz.

Son sorudan başlasak, mesleki etik ilkelerin bugün için anlamı nedir? diye sorsak, yeni bir tartışmanın fitilini ateşlemiş oluruz.

Örneğin, eskiden hekimler mesleki eğitiminde '*primum non nocere = önce zarar verme*' ilkesini sıkıca öğrenirlerdi. Günümüzün tıp eğitiminde de bu ilke hâlâ hatırlanıyor. Sağlığın alınıp satılan bir piyasa değeri olduğu günümüzde '*önce zarar verme*' ilkesi hekimler için mahkemelere düşmeme ve tazminat ödememe için hatırlanan bir ilkedir. Basit bir anlatımla, işimi düzgün yapayım, sağlıklı olayım düşüncesi yerine işimi düzgün yapayım bana para cezası gelmesin düşüncesi, bugün için '*önce zarar verme*' ilkesinin temelini oluşturuyor.



Mesleki ilkelerin kapitalist sağlık sisteminde nasıl sermayedarlarca evrildiği ve bunun sağlık çalışanlarında yarattığı sonuçlar yıllardır zaten değerlendiriliyor.

Meslek örgütleri ve sendikalar yıllardır bu çabayı harcarken bugün daha farklı bir sonuçla karşılaştılar. Doğrusu hekimlerin 'önce zarar verme' gibi mesleki ilkeyi özümseyip uygulamaya çalışması ancak çalışabilme ortamlarında geçerlidir. Hekimin çalışmadığı, çalıştırılmadığı, etkisizleştirildiği ve biat'a zorlandığı sokağa çıkma yasakları uygulanan yerleşim birimlerinde 'önce zarar verme' ilkesi ne anlama gelecektir?

Bir hekimin mesleğini yapamaz olması durumunda 'önce zarar verme' ilkesi bumerang etkisi yapar ve hekime ruhsal bozukluk olarak geri döner. Hekim işe gidemiyor, hastasını takip edemiyor, işini yapamıyor, meslektaşlarıyla konsültasyon yapamıyorsa; önce zarar verme ilkesi hekimin bedeninde ruhsal olarak zarara dönüşmektedir. Yaşadığımız süreçte bunun örnekleri bolca ortada duruyor.

1990'lı yıllarda yerleşim birimleri arasında çatışma ortamından kaynaklanan ulaşımın aksaması hasta sevklerini ortadan kaldırıyordu. Keza çatışmalarda etkilenen insanlara sağlık erişimi sunmaya çalışanların nelerle karşılaştığını tarih yazmaktadır (bkz. TTB ve SES arşivleri). Fedakârca ve sonu bedellerle biten iyi niyetli girişimler de olumsuz sonucu engelleyemedi ve bilim insanları, psikologlar, sosyologlar bu dönemin ruhsal/fiziksel sonuçlarını yazıp durdular. Kongreler gerçekleştirdiler. O dönemi yaşayan hekimler ruhsal travmayı hala atlatamamış değiller.

Bugün sokağa çıkma yasaklarında durum o dönemi de kat be kat aşıyor. Sağlık ortamı engellenmekten ziyade tamamen ortadan kalkıyor. Hekimler eve hapsedilince kanımızca kendine zarar verme sürecine giriyor. Gerçekten sokağa çıkma yasaklarının yaşandığı ortamda hekimlerin hangi şiddette ruhsal tahribatlara uğradığını hâlâ bilmiyoruz. Muhatapların sübjektif değerlendirmelerini de alabilmiş değiliz. Onlarda çarptıkları duvarın farkında değillerdir. Akut etkiler tespit edilemiyor, ancak kronik etkiler ileride ortaya çıkacaktır.

Yasağı aşmaya çalışan birkaç sağlık emekçisinin katledilmesi geride kalanları çaresizliğe sürüklediğine göre elbette ruhsal bir sonucu olacaktır. Her gün yeni bir şokla karşılaşan sağlık çalışanlarının

kendilerini tam olarak ifade edebilmeleri önünde sayısız engel var.

Cizre, Sur, Nusaybin, Şırnak, Yüksekova gibi uzun süren sokağa çıkma yasaklarında sağlık ortamı tüm basamaklarda durunca dışarıdan alternatif gönüllü müdahaleler gündeme geldi. Ancak sadece önlükleriyle ve mesleki kimliği ile gidenler silahla karşılaşınca geri dönmek zorunda kaldılar. Mesleğini yapmak için alternatif yollar arayan sağlık çalışanlarının engellenmesinin yarattığı ruhsal etkileri tartışmak önem taşıyor.

Buralarda toplumun sağlık durumunu düşünmek bile zor. Kanımızca sağlık çalışanları da yasak altındaki insanlar kadar ruhsal ve fiziksel olarak etkilenmiştir. Bu etkilenmeye çaresizlik, yalnızlık, işe yaramama, suçluluk, hayal kırıklığını da ekleyelim. Meslek örgütü ve sendikalara düşen bu etkilenmeleri ortaya çıkarmak, önleyici mekanizmalar geliştirmektir. Sonuçta çaresizliğin öğrenilme ve alışkanlık haline gelmesi ancak örgütlü bir mücadele ile engellenecektir.

Sokağa çıkma yasağı olan yerleşim birimlerine yakın yerlerdeki sağlık emekçileri de engellenmiş hizmetlerin psikolojisiyle yaşıyorlar. Hem mobil hizmetlere gitmeleri güvenlik nedenleriyle engelleniyor hem de onlardan birinci basamak performansı tam isteniyor. Mesela hekim yapmadığı bir işin performansını bitirmek zorunda kalıyor. Kaç hekim kendisiyle bu durumda barışık kalacak ve kendini nasıl tedavi edecek hala bilinmiyor.

Tüm bu süreçlerin ortaya çıkardığı ruhsal/fiziksel etkiler yetmezmiş gibi bu defa meslekten ihraçlar devreye giriyor. Kimi uzmanlık eğitimine günler kalmış, kimi mecburi hizmetini tamamlamamış, kimi emeklilik sınırında, kimi akademik kariyer sınırında birden bire işsiz kalıyor. Kapitalizmi anlamaya çalışan bizler için yeni olan bu duruma anlam vermeye çalışıyoruz. Ve de geç kalıyoruz.

İhraç edilen hekim bir anda takip ettiği hastalara ihanet etmiş havasına giriyor. Bu hekimler; iş bulamama, SGK provizyon engeline takılma, piyasa hastane mobbingine maruz kalma, başka meslek dallarını kovalayarak esnaflardan zılgıt yeme gibi durumları yaşıyor.

İşe devam edenler de her an işten atılma riskiyle çalışmaya devam ediyor. Suskunluk, seyirci kalma, suça ortak olma, çaresizlik gibi her biri insan bedeninde ağır ruhsal tahribatlara yol açan travmatik süreçler öyle gelip geçecek gibi görülüyor.

Buraya kadar özellikle halkın karşılaştığı sorun-



ları bir kenara bıraktık sağlık emekçilerinin uğradığı ruhsal/fiziksel etkilere dikkat çektik. Görüleceği üzere sağlık çalışanlarının sağlığını normal koşullarda tartıştığımız gibi yaşadığımız koşullarda tartışmıyoruz.

Bunlara birde bazı meslektaşlardan gelen ege- men dille yapılan saldırıları ekleyelim. Kendi meslektaşını ihbar etme, iş bulmasına engel olma, iftira atma, yalan söyleme, karalama gibi durumlar her biri şiddet unsuru içeren -her iki tarafta- ağır tahribatlar ortaya çıkarmaktadır. İnsan yaşamı için kendisini tehlikeye atan hekim basında terörist ilan ediliyor. Fotoğrafları teşhir ediliyor. Daha mahkemelere düşmeden suçlu ilan ediliyor. Ve temasta tutuklanıyor. Ya da ilk ihraç listesinde internet üzerinden işsiz kaldığını öğreniyor. Hekime klasik işten ayrılma hakkı bile tanınmıyor. Kasıtlı olarak incitici bir süreç yaşıyor.

Bugün gelinen yeni süreçte başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının yeni ilkeler oluşturması gerekiyor. En azından yeni bir tutum belgesi ihtiyacı ortada durmaktadır. Ruhsal ve fiziksel kadar siyasi boyutunu da içeren bir çalışma önem kazanıyor.

Tanıklık; V

Cephe arkası yaşam mücadelesi

2015 Kobane savaşı döneminde, Suroç'ta, gelen göçün büyük çoğunluğu şehre yayılmıştı. Kimisi köylerde boş evlere, kimisi kent merkezinde evlerin altındaki ambarlara, kimisi taziye evlerine, düğün salonlarına, kimileri de acele yapılmış çadır kentlere yerleştirilmişti. Her şeye rağmen, sokakta kalan ya da inşaatlara sığınan aileler vardı. Ekim ayının başlarıydı. Yağmurun altında sokakta kalanlara sorsanız; memnundular... En azından başlarına bombalar yağmıyordu, yağmur ne ki...

Her alandaki en öncelikli sağlık sorunu hijyendi: tuvalet problemi olan alanlarda banyo bile yapamayan insanlar arasında her an bulaşıcı hastalık başlayabilir, bu kadar kalabalık ortamda hızla yayılabilirdi. Yeni oluşturulan geçici yerleşim alanlarında, önce tuvaletlerin yapılmasını sağlamak, yağmur altında kalanlara bir çadır kurmaktan daha öncelikli olamıyordu. Gönüllü sağlıkçıların dikkati sayesinde ve şans eseri herhangi önüne geçilemeyen bir bulaşıcı hastalık patlamadı.

Soğuk başladığında, kimse sokakta kalmamıştı. Her aile, geçici yerleşim alanlarına yerleştirilmiş, en azından çadırı ısıtacak bir sobaya ulaşmıştı. Fakat, sanitasyon sorunları devam ediyordu. Bir

ara dönüp baktığımızda, şartlar ne olursa olsun, insanların günlük yaşamlarını alıştığı gibi devam ettirmeye çalıştıklarını fark edebildik. Çadırlar, gece yatak odası, gündüz oturma odası oluyordu. Becerikli kadınlar, çadırlarının önüne küçük çiçek bahçeleri bile yapmışlardı.

Büyükler için, hayatın anlamı haberdirdi. Çocuklarını, kardeşlerini, eşlerini bıraktıkları cepheden haberler... İyi haberler yüz güldürüyordu, biraz yaşam enerjisi sağlıyordu. Her ne kadar günlük hayat sürüyor da olsa bir gün daha yaşama sebepleri kendi memleketlerine dönme istekleriydi. Bir süre sonra Kobane kazanılmış bile olsa, o yıkıntı hali umutların üzerinde gölge olup kaldı.

Sağlıkçıların duyarlılığı, dikkati ve becerisi sayesinde çok hayat devam etti. Özellikle gebe kadınlar ve çocuklar... Çocukların tek derdi, kötü hijyen koşulları, beslenememek ya da ısınmamak değildi. Yaşadıklarını anlamlandıramıyorlardı da... Sağlıkçıları olarak savaş resmi yapan çocuğa sevinmiyorduk. Çünkü savaş resimleri yapamayan çocukların fiziksel ve ruhsal sıkıntıları daha fazlaydı ve o koşullarda bununla nasıl baş edeceğimizi bilemiyorduk. Günlerdir beslenmeyen, yatağından hiç kalkmayan ya da yatağını ıslatan çocuklara basit poliklinik ortamlarında ve bu olağanüstü koşullarda ne yapabiliydik ki...

Suroç'a, Kobane halkına destek olmaya gelen gönüllü sağlıkçıları, onları topraklarına sağ salim göndermek için çaba harcadılar. Barınma, o kadar sorundu ki, gelen sağlıkçıları için rutubetli bir ev ancak bulunabilmişti. Tüm sağlıkçıları tek derdi biraz faydalı olabilmektir. Kendeki sağlık kurumları tıka basa doluyor, herkes yetişmeye çalışıyordu. Şehirde görevli ya da gönüllü tüm sağlıkçıları, neredeyse kendilerini unutarak çalıştılar. İlk defa mesleğin bize kattığı en büyük niteliğin, vicdan, gerçeklik algılaması ve sorun çözücü olmak olduğunu fark ettim. Herkesin görmezden geldiğini, biz görmezden gelemiyorduk, herkesin olumsuzluğuna ikna olup, vazgeçtiğini biz düzeltmeye çalışıyorduk. Bir şeyin de çok farkındaydık: savaş sadece evleri yıkıp, bedenleri yok etmiyor; insanlığın geçişini de geleceğini de derinden yaralıyordu.

**Çatışma ortamlarının merkezinde gönüllü ve fedakarca barış için sağlık hakkı mücadelesi veren, çalışan; deneyim, görüş, olumlu ve olumsuz gerçeklikleri bizlerle paylaşan sağlık emekçisi Barış Sağlıkçılarına sonsuz teşekkürler.*



SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ KAZASI: ŞİDDET

Perinaz TURAN

İş Güvenliği Uzmanı (C sınıfı)

Mustafa TURAN

Prof. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.

İşyeri Hekimi

Ertuğrul TAÇKIN

Prof. Dr., Marmara Üniversitesi Mühendislik Fakültesi

Özet

Topluma sağlık hizmeti sunmayı amaç edinmiş sağlık personeli, hizmetin özelliğinden kaynaklanan nedenlerden dolayı mesleki risklere ve iş kazalarına maruz kalmaktadır. İşyerinde şiddet maruziyeti, iş kazaları içinde değerlendirilmekte olup son yıllarda artış göstermiştir.

Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan şiddet eylemleri bütün toplumlara bulaşan bir salgındır ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir. Sağlık çalışanlarında şiddete uğrama riskinin diğer meslek gruplarına göre 16 kat fazla olduğu belirtilmektedir.

Ülkemizde sağlık çalışanlarına ilişkin mesleki riskler, meslek hastalıkları ve kazalara yönelik düzenli veriler çok azdır. İş kazaları ve meslek hastalıklarının bildirimi oldukça yetersizdir. Maruz kaldıkları iş kazaları bir kayıt sistemi dahilinde değerlendirilmelidir.

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları ortamların onların güvenliğini sağlayacak ve devam ettirecek şekilde düzenleme uygulamaları arttırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sağlık Çalışanları, Şiddet, İş kazası.

Abstract

Health personel is exposed to occupational hazard and job accidents, due to properties of the employment. Health sector is more risky than many other sectors and this situation is also confirmed by national legislation and the literature.

Violence exposure in workplace is evaluated in job accidents and increased in last years. Violence activity in health duty is a contaminant outbreak and it is especially actualize in progressing countries. Violence exposure is 16 times more in health personel according to other sectors.

Regular data for job disease and accidents of health personelin our country is very less. Declaration of these problems is also insufficient. Exposed job

accidents should be documented regularly.

Security applications of health personel in workplace should be increased.

Key words : Health workers, violence, job accident.

Giriş

İş güvenliğinde amaç; çalışanları işyerinin olumsuz etkilerinden korumak ve çalışanların rahat ve güvenli ortamlarda çalışmalarını sağlamaktır.

Sağlık çalışanları hastanelerde; enfeksiyonlar, ilaçlar, malzemelerin yarattığı tehlikeler, atıklar, ergonomik tasarım eksikliği, çalışma koşulları ve çalışanların dikkatsiz davranışları vb. nedenlerle birçok tehlike, kaza ve hastalık riskleri ile karşı karşıya kalmaktadır (1). Bu risklere son yıllarda eklenen en önemli faktör işyerinde şiddettir.

Toplumda şiddetin son yıllarda yaygınlaştığı konusunda genel bir kabul herkes tarafından paylaşılmaktadır. Dünyada yaşanan bölgesel ölçekli çatışma ve savaş, büyük kentlerdeki suç oranlarında artış gibi birçok etkenin bileşimi olarak yaygınlaşan şiddet ortamı gündelik hayatın bir çok alanını etkilemektedir (2).

Günümüzde kişiler, şiddeti en basit şekilde sorun çözme aracı olarak görmekte ve şiddetin yaygınlığı dünyada ve ülkemizde her geçen gün artmaktadır (3).

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin boyutları ve sonuçları hakkında veriler yeterli değildir. Konu hakkındaki ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hem ulusal hem de küresel bir sorun olduğu ve son yıllarda da artış gösterdiği anlaşılmaktadır (2).

Hastane ortamları; alınan tedbirlerin bazı durumlarda yetersiz kalması, yasal düzenlemelerdeki boşluklar ve her geçen gün görsel ve yazılı medya yardımı ile gün yüzüne çıkan şiddet olguları, sağlık personellerinin kendilerini güvende hissetmemelerine neden olmaktadır (3).



Bu derlemede Türkiye’de yapılan çalışmalarda; uygulanan şiddetin türü, şiddetin nedenleri, uygulanan şiddetin hangi sağlık çalışanlarını etkilediği, şiddetin kimler tarafından gerçekleştirildiği, hangi klinik ortamlarda olduğu, şiddeti yaşayan sağlık çalışanının sonrasında davranışsal yapısı, sağlık işletmelerinde şiddete şahit olanların yaklaşımları araştırılmıştır. Amaç, araştırmalardan çıkan bulgularla Türkiye’de sağlık sektöründe yaşanan şiddetin kimleri, nasıl, ne şekilde etkilediğini ortaya koymaktır. Bu doğrultuda araştırmadaki veri kaynakları ülkemizdeki bazı hastanelerdeki Çalışmalar, sınırlı sayıda yazılmış makaleler, tezler ve bazı mesleki oda raporlarıdır.

Sağlık Sektöründe Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği’nin (ICN) 2002 yılı “Sağlık sektöründe işyeri şiddeti” başlıklı ortak raporunda sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının mesleklerini uyguladıkları süre içinde şiddete maruz kaldıkları bildirilmektedir. Ortak raporda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sıklıklarına bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17’si fiziksel, %27-67’nin sözel, %10-23’ünün, psikolojik %0,78’inin cinsel içerikli, %0,8-2,7’inin etnik şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (4).

Yapılan bazı çalışmalarda, şiddetin diğer işyerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı belirtilmektedir. Ayrıca sağlık alanındaki işyeri şiddetinin de diğer sektörlerdeki şiddete göre farklılıklar gösterdiği ifade edilmiştir. Bir çalışmada, sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer işyerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir.

Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, bunun nedeni olarak da, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin önemsenmediği bildirilmiştir. Bu konuda yapılan bir çalışmada; sağlık çalışanlarının % 40’ının şiddet olaylarının özel sorun olduğunu öne sürerek bildirmekten kaçındıkları ortaya konmuştur (5). Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler maalesef genel hükümlere tabi tutulmaktadır (6).

Günümüz işyerlerinde sağlık personeline karşı şiddet, saldırganlık veya zarar verici davranışlar gi-

derek artan bir endişe kaynağıdır. Amerika Birleşik Devletleri’nde acil servislerde bildirilen şiddet vakalarındaki artışın yanı sıra son zamanlarda İngiltere, Avrupa ve Avustralya’da da şiddet daha çok gündeme gelmeye başlamıştır. Bu şekilde sağlık personeline yönelik şiddet, dünya çapında en önemli halk sağlığı problemlerinden biri haline gelmiştir (7).

İşyerinde şiddet tanımı 1990’dan önce göz ardı edilmekteydi, ancak toplumların değişmesi ve halkın farkındalığının artmasıyla birlikte işyerinde çalışan güvenliğinin geleneksel tanımları da değişti. Önceden işyerinde çalışanların karşılaştığı tehlikelerden bahsedilirken fiziksel, kimyasal, radyasyona bağlı, ergonomik ve biyolojik; günümüzde bunlara işyerinde şiddet, cinsel taciz ve stres gibi psikososyal zararlar da eklenmiştir (8).

İntern hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada şiddet nedenleri olarak; tedaviden memnun olmama, özel hastanelerde inceleme ve tedavi masraflarının yüksek olması, haksız rapor, reçete gibi isteklerin reddedilmesi, kişisel nedenler, medyanın yanlı ve olumsuz etkisi, şiddet uygulayanın ilaç/alkol/madde etkisinde olması gibi nedenler öne çıkmaktadır (9).

Sağlık çalışanlarının işyerinde maruz kaldıkları şiddet, fiziksel, psikolojik/sözel, cinsel şiddet biçimleri şeklinde sınıflandırılmaktadır. Başka bir sınıflama ise işyerindeki şiddeti dört alt başlık altında kategorize etmiştir:

- Suça niyet ederek şiddete başvurma,
- Tüketicinin çalışana karşı uyguladığı şiddet,
- Çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddet,
- Kişilerarası ilişki ile ilgili şiddet (2).

Araştırmalarda şiddete maruz kalma açısından cinsiyet, yaş, mesleki deneyim gibi farklılıklar saptanmış, hemşirelerde şiddete maruz kalma oranı diğer sağlık çalışanlarına oranla daha fazla bulunmuştur. Yine şiddete maruz kalma durumunda uygulanan süreç kişiler, kurumlar, ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir (3).

Yüz yüze görüşme metodu uygulanarak 1300 sağlık çalışanı ile 25 ilde yapılan bir araştırmada elde edilen verilerde; sağlık alanında yaşanan şiddetin en önemli aktörünün hasta yakınları olduğu belirtilmiştir. Şekil-1’de görüldüğü üzere şiddete maruz kalanların %56,9’u şiddetin hasta yakını tarafından, %31,8’i ise hastalar tarafından gerçekleş-



tirildiğini belirtmişlerdir. İş arkadaşı ve yönetici tarafından gerçekleştirilen şiddetin oranları ise sırasıyla %5,3 ve %5,4 olarak hesaplanmıştır (11). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 139 İtern hekimle yapılmış bir çalışmada da maruz kalınan şiddetin baş aktörlerinin hasta ve hasta yakınları olduğu belirtilmiştir (9).

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 474 araştırma görevlisi ve 142 intern doktorla yapılan bir çalışmada %60,9'un işyerinde şiddete uğradığı sonucu ortaya çıkmıştır (7).

Annagür'ün Türkiye'de yapılan "Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet" araştırmasından çıkardığı verilerde ise kadınların daha çok şiddete uğradıkları belirtilmektedir. Şekil-2'de gösterildiği gibi meslek

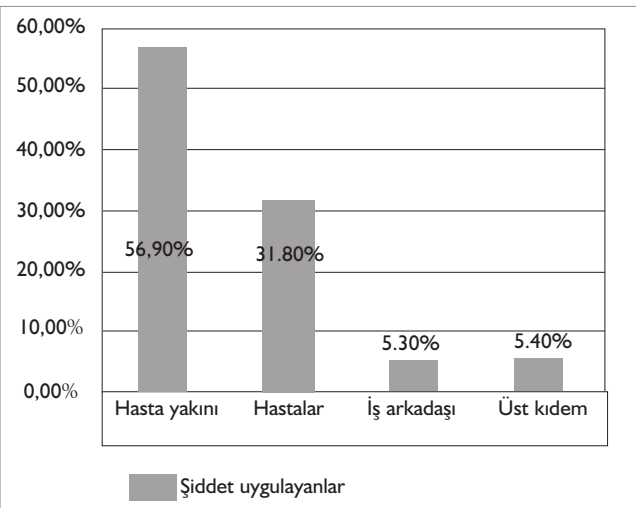
gruplarına göre incelendiğinde hemşirelerin daha sık şiddete uğradığı, ikinci sıklıkta ise pratisyen hekimlerin, daha sonra da uzman hekimlerin ve diğer personelin olduğu belirtilmektedir (6). Yine aynı çalışmada şiddetin en sık olduğu saatin 16.00-20.00 olduğu, özellikle gece mesailerinde şiddetin gündüz mesailerinden daha fazla olduğu, genellikle hastanın başvurduğu ilk bir saat içerisinde şiddet olayının daha çok yaşandığını belirtmişlerdir (6). 2011 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada Türkiye'de tüm sağlık çalışanları içerisinde hemşirelerin şiddet görme oranının %82 olduğunu bildirilmiştir (14).

Eskişehir, Kütahya ve Ankara'da yapılan bir çalışmada; diğer kurumlara göre en fazla şiddete maruz kalan yerlerin devlet hastaneleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri verilen kurumlar olduğu belirtilmiştir.

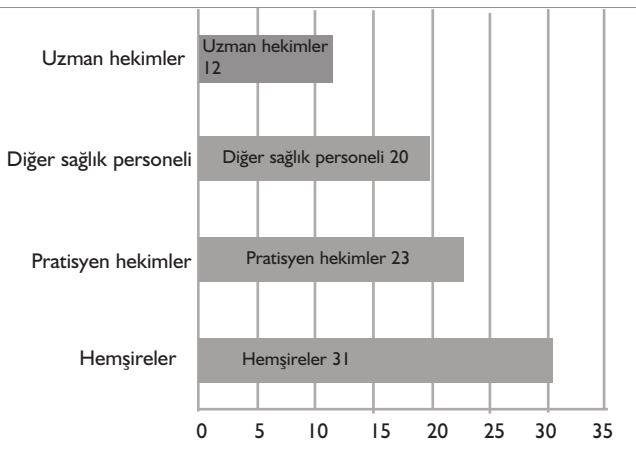
Ankara Tabip Odası'nın 2011 yılı raporunda hekimlerin en fazla şiddete maruz kaldıkları yerlerin; acil servisler, adli tıp, kapalı psikiyatri servisleri olduğu görülmektedir. Bir yıl içinde çalıştıkları kurumda şiddete maruz kalan sağlık çalışanı oranı %45 iken; kadınlar arasında bu oran %58, erkekler arasında ise %26'dır (Şekil-3) (16). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2007 yılında 121 hemşireyle yapılan çalışma sonucunda benzer veriler taşımaktadır (13).

Araştırmaya katılan hemşirelerde Şekil-4'te belirtildiği gibi, sözel şiddete maruz kalma oranının %86, fiziksel şiddete maruz kalma oranının %50,4 olduğu ve şiddet olaylarının %21 oranında rapor edildiği belirlenmiştir (13).

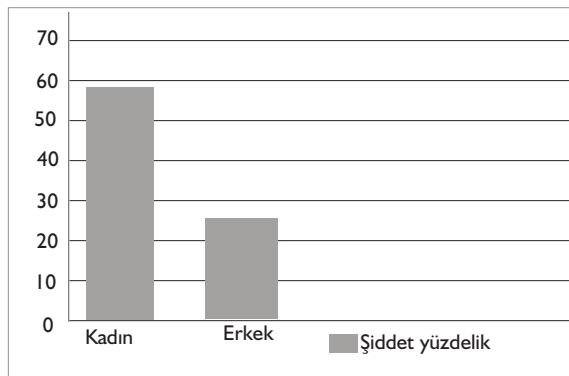
İsparta Gülkent Devlet Hastanesi'nde 169 sağlık çalışanının katıldığı bir çalışmada şiddetin



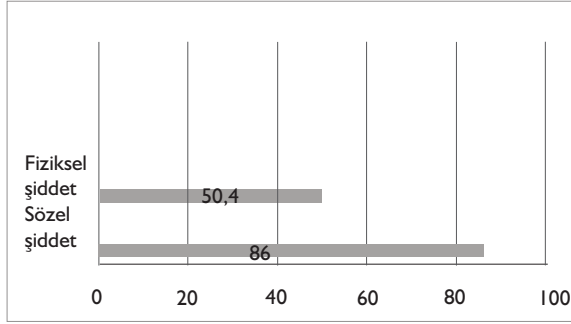
Şekil-1: Çalışma ortamında sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanlar



Şekil-2: Meslek gruplarına göre şiddete maruz kalanlar



Şekil-3: Şiddete maruz kalan sağlık çalışanı cinsiyeti



Şekil-4: Yaşanan şiddet türleri

diğer bir boyutu olarak cinsel tacizde listelere alınmıştır. Adana ilinde çalışan hemşirelerde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin en çok hasta tarafından cinsel tacize maruz kaldığını belirtmiştir. Cinsel taciz; kişiler tarafından bildirim pek fazla yapılmayan, yapılamayan durumlardır (10).

Elbek ve arkadaşlarının da yaptıkları araştırmaya göre acil serviste ve kamu hastanelerinde çalışma, şiddete uğrama ihtimalini arttırmaktadır (15). Özellikle acil servislere başvuran hasta ve hasta yakınları çok endişe içindedirler. Özellikle bu aşamalarda veya daha sonraki tanı ve tedavi süreçlerinde yaşanabilecek memnuniyetsizlikler hasta ve hasta yakınlarından kaynaklanan şiddet riskini arttıran önemli etmenler arasındadır.

Ankara'da "Sağlık kurumlarına başvuran kişilerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısının değerlendirilmesi" başlıklı 1179 kişi ile yapılan anket formu sonuçlarında, şiddet olaylarının en çok acil servislere ve devlet hastanelerinde meydana geldiği, sağlık çalışanına yönelik şiddetin %80'inin sözel, %20'sinin fiziksel şiddet olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada şiddetin nedeni olarak en sık muayene sırasında fazla bekleme olduğu, katılımcıların %23'ünün şiddetin bazı durumlarda gerekli olduğunu, %20'sinin sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiğini düşündüğü ve şiddetin önlenmesi için de %87,5'inin yasal düzenleme yapılmalı düşüncesinde olduğu Şekil-5'te kısaca listelenmiştir (4).

Sağlık çalışanları, kendilerine yönelen şiddeti çoğunlukla rapor etmemektedir. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde acil tıp teknisyeni, hemşire ve sağlık memurlarıyla yapılan bir araştırmada, Şekil-6'da görüldüğü gibi maruz kaldıkları şiddet sonrası; %70,11'inin hastaya bakmaya devam ettiğini, %29,66'sının ise hastayı başka arkadaşına devrettiği belirtilmiştir.

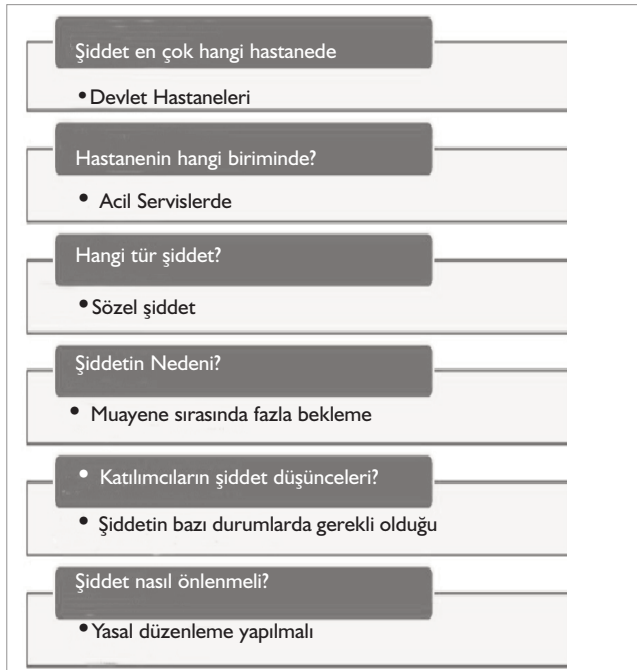
Şekil-7'de şiddete maruz kaldıktan sonra; hemşire grubunun %57,47'sinin moral bozukluğu yaşadığı, %45,98'inin stres yaşadığı, %47,13'ünün verimliliğinin azaldığı, %10,34'ünün ise işten ayrılmayı düşündüğü görülmektedir (14).

Dünyada Sağlık Sektöründe Şiddet

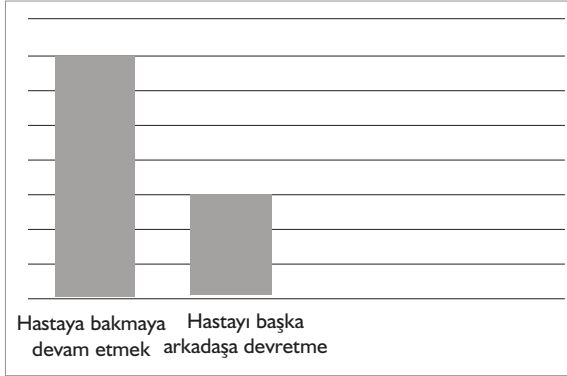
Sadece Türkiye'de değil tüm Dünya'dan sağlıkla ilgili olarak şiddet olayları bildirilmektedir. Michigan Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisinde yapılan "Hekimlerin şiddete maruz kalması" anketine katılan 171 acil servis doktorunun %74,9'u sözlü şiddete uğradıklarını belirtmişlerdir (7).

Amerikan Adalet Ulusal Suç Bürosu'nun (NCVS) suç-kurban anketine göre; çalışanlara karşı bir yılda gelişen 1,7 milyon şiddet olayında üniversitede görev yapan kişilere karşı binde 1,6 şiddet, işçi ve hemşireler için ise binde 21,9 şiddete maruziyet tespit etmişlerdir (12).

İsviçre'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin %72'sinin hasta ve ziyaretçilerden sözel şiddet, %42'sinin fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır (1). İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise hastanede çalışanlarda şiddete maruz kalanların çoğunluğunun kadın olduğu ve %20'sininin fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (8).



Şekil-5: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sağlık kurumlarına başvuran kişilerce değerlendirmesi

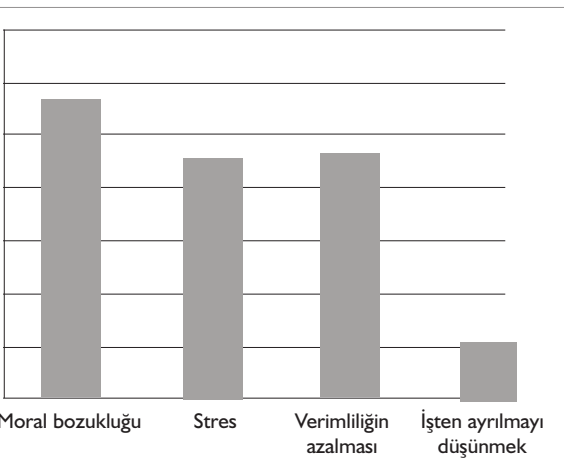


Şekil-6: Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının hastaya yaklaşımı

İsrail’de hekimler arasında yapılan çalışmada; şiddet sonrası katılımcıların %68,9’u hiçbir şey yapmamış, %17,9’u güvenlik görevlisine haber vermiş, %9,4’ü ise dava açmıştır (7).

Amerika Birleşik Devletleri’nde acil servislerdeki şiddete karşı oldukça sıkı önlemler alınmaktadır. Örneğin metal detektörlerin kullanılması hastane içine silah sokmayı önleyebilmektedir. Yapılan anketlerde hasta, hasta yakını ve çalışanların büyük bir oranının (%73 - %89) metal detektörler sayesinde kendilerini daha güvende hissettikleri belirtilmiştir (6).

Kanada’da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalanların %38’inin sağlık alanı dışında başka bir işe geçmeyi istedikleri, yaklaşık %18’inin acil serviste çalışmak istemedikleri, bir kısmının da işlerinden ayrıldıkları belirtilmiştir (9). Hekimlere şiddet uygulayan kişilerin şiddete başvurma nedenleri sorulduğunda; tedaviden memnu-



Şekil-7: Şiddete maruz kaldıktan sonra sağlık çalışanlarındaki psikolojik durum

niyetsizlik ve ihmal edilme düşüncesi en önemli nedenler arasında sayılmaktadır. Adaş ve arkadaşları hasta ve hasta yakını kaynaklı şiddetin tümü değerlendirildiğinde, hekimlerin %87’sinin bu iki gruptan gelen şiddete maruz kaldığını, %13 gibi bir bölümünün ise sağlık çalışanlarından şiddet gördüğünü bildirmişlerdir (2).

Şiddetin çalışanlarda şaşkınlık, kızgınlık, çaresizlik, korku, tükenmişlik, güven kaybı ve kendini suçlama gibi farklı duygulara neden olduğu, ayrıca özellikle fiziksel şiddete uğrayan sağlık çalışanlarında şiddet sonrası stres bozukluğu gelişebileceği bir çok araştırma ve ankette görülmektedir (14).

Sağlık personelinin değerlendirmelerine göre; devlet hastanelerinde iş güvenliğinin sağlandığı, ancak meslek hastalıkları ve şikâyetler, yönetsel destek ve yaklaşımlar düzeyinde iş güvenliğinde yetersizlikler olduğu belirtilmektedir.

Değerlendirme ve Öneriler

Bu değerlendirmeler doğrultusunda sağlık sektöründe şiddet riskini azaltmak için;

- Sağlık birimlerinde “Çalışan Sağlığı ve İş Güvenliği Birimi” daha aktif çalışmalıdır.

- Sağlık sektöründeki çalışma koşulları olabildiğince iyileştirilmeli, hasta yükü ve çalışma saatleri azaltılmalı, doktor sayısı ve sağlık personeli sayısı artırılmalıdır.

- Şiddete maruz kalmış çalışanlara danışmanlık, psikolojik destek gibi yeniden motive edici imkanlar artırılmalıdır.

- Tüm sağlık çalışanlarına hastaya yaklaşım ve iletişim dersleri verilmeli, riski öngörme ve yönetme becerileri açısından hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.

- Toplum medya aracılığıyla sağlık sektörü ve çalışanlarıyla ilgili tarafsız bir şekilde bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir.

- Medyada ve dizilerde sağlık çalışanlarını aşırı şiddetçi ve güven azaltıcı kısımlar engellenmelidir.

- Sağlık otoritesi, güvenlik önlemlerini artırmalı ve eylemler vuku bulduğunda etkin cezai yaptırımlar uygulamalıdır (2, 6, 9, 11, 16).

- Acil servise gelen hasta ve hasta yakınları gerindir. Bu aşamalarda humanist ve endişeleri azaltıcı adımlar atılması tepkileri azaltabilecektir. Ayrıca hasta yakınlarının acil servise alınmalarına acil servisin çalışma bölümlerine göre belirli kısıtlama-



lar getirilmeli ve bu konuda güvenlik birimleri de sağlık personeline ve hasta yakınlarına sürekli yardımcı olmalıdır.

•Tanı ve tedavi süreçlerinde hasta ve hasta yakınlarının onamlarının alınması da çok önemlidir. Özellikle bu süreçlerde çok dikkat edilmeli, hastanın kliniği ve tedaviden alınabilecek yanıt düzeyi olası komplikasyon ve başarısızlıklar tüm ayrıntıları ile anlatılmalıdır. Onam alınma aşamalarında sorunlar ayrıntıları ile konuşulacağı ve tüm paydaşlarca sorumluluklar üstlenileceği için onam alındıktan sonra adım atılması sağlık personeli ile hasta, hasta yakınları arasındaki diyaloga olumlu katkıda bulunacaktır.

Sonuç

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda artış göstermekte, önemli bir iş sağlığı ve güvenliği sorunu oluşturmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumu noktasında arzın talebi karşılayamaması anlarında veya hastanın kliniğinin tüm uğraşlara rağmen iyiye gitmemesi ve ameliyat sonrası komplikasyon süreçlerinde sağlık çalışanları hedef olabilmekteydiler.

Sağlık çalışanlarının; hasta ve hasta yakınları ile diyaloglarında çok dikkatli olmalarının, tanı ve tedavide gelinen ve gelinebilecek noktaları tüm gerçekliğiyle anlatmaları, bunu yaparken de empati yaparak diyaloglarını olumlu bir çizgide sürdürmeleri şiddeti azaltabilir.

Sağlık sektöründe yaşanan sorunlara karşı siyasi otoritenin de çalışma ortamlarını daha olumlu bir düzeye taşıması ve etkin cezai yaptırımlar uygulamasının da şiddeti azaltabileceğini düşünüyoruz.

Toplumda ve sağlıkta şiddet elbette çok bileşenli bir olgudur. Toplumdaki genel şiddeti azaltıcı uygulamaların sağlıkta şiddetin çözümüne de katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Öztürk H., Babacan E., Anahar E. "Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği" Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 1(4): 252-268.
2. Adaş E.B, Elbek O, Bakır K." Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet Ve Hekimlerin Şiddet Algısı." Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını, 2008.
3. Yavuz A.İ."Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı Ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet" Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2014: 66-67.
4. İlhan M., Çakır M., Tunca M.Z., Avcı E., Çetin E., Aydemir Ö, Tezel A, Bumin M.A. "Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar" Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi. Halk Sağlığı AD, 2013; 24: 5-10.
5. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. "Çeşitli Sağlık Kurumlarında Ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı" Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3: 147-154.
6. Annagür B. " Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi Ve Önlenmesi" Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2(2):161173
7. İlhan M.N., Özkan S, Kurtcebe Z., Aksakal FN. "Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri Ve Intern Doktorlarda Şiddete Maruziyet Ve Şiddetle İlişkili Etmenler." Toplum Hekimliği Bülteni, 2009; 28(3): 15-23.
8. Vural F, Çiftçi S., Fil Ş., Dura A., Vural B. "Bir Devlet Hastanesinde Acil Servis Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Şiddetin Rapor Edilme Sıklığı" Türk Aile Hek. Derg. 2013; 17(4): 147-152
9. Turla A, Aydın B, Ünlü B. " İtern Hekimlerin Hekime Yönelik Şiddet Konusunda Yaşanmışlıkları Ve Düşünceleri." Adli Tıp Bülteni, 2012; 17(1): 5-11.
10. Uçak A. "Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları Ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi." Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ADalı Yüksek Lisans Tezi. Tez No: 2009-007: 50.
11. Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması. Sağlık-Sen Yayınları 2013;20.
12. Yakut H. İ, Burhan B.Y, Çiftçi A, Orhan F. "Sağlıkta Güvenlik Ve Fiziksel Şiddet: Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nden Bir Çalışma." Türkiye Çocuk Hast. Derg. / Turkish J. Pediatr. Dis., 2012; 6(3): 146-154.
13. Coşkun S., Öztürk A. "Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi" Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; 3(3): 16-23.
14. Şahin B, Gaygısız Ş, Balcı F.M., Öztürk D, Sönmez M.B, Kavalcı C. "Yardımcı Acil Sağlık Personeline Yönelik Şiddet". Türkiye Acil Tıp Dergisi/Tr J Emerg Med. 2011; 11(3): 110-114.●



ANKARA'DA DIŞ TEKNİSYENİ PNOMOKONYOZU SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ OLDUĞU FAKTÖRLER*

Dilek ERGÜN

Ankara Meslek Hast. Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi

Recai ERGÜN

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğit. ve Arş. Hastanesi Göğüs Hast. Servisi

Ender EVCİK

Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi Radyoloji Ünitesi

Türkan NADİR ÖZİŞ

Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi

İbrahim AKKURT

Özel Ankara Akay Hastanesi Göğüs Hastalıkları

Özet

Giriş: Diş teknisyenlerinde tozun neden olduğu parankimal değişiklikler pulmoner fonksiyonları etkilemektedir. Bu çalışmada, Ankara'da görev yapan diş teknisyenlerinde pulmoner tutulumun derecesini gösteren radyolojik skorlar (Akciğer grafiği / YRBT) ile fonksiyonel bulguların etkilenme derecesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ankara ilinde görev yapan 440 diş, teknisyeni akciğer grafişi, solunum fonksiyon testleri, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. Radyolojik görüntülerdeki pulmoner tutulum derecesi; opasitelerin yoğunluğu, amfizem, buzlu cam, bal peteği, plevral anormalliklerin genişliği temel alınarak kategorize edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılanların ortalama yaşı $34,7 \pm 8,5$ idi ve ortalama çalışma süresi $16,5 \pm 7,9$ yıl idi. Diş teknisyeni pnömokonyozu (DTP) prevalansı %11,1 idi. YRBT'de en yaygın opasite %89,7 ile round opasite idi. Büyük opasite oranı ise %14,3 idi. ILO (International Labor Organization) skoru ve YRBT skoru arasında pozitif korelasyon vardı. ILO ve YRBT skorları ile tüm solunum fonksiyon testleri (FEV1/FVC dışında) arasında negatif korelasyon saptanırken, yaş total maruziyet süresi, sigara, işe başlama yaşı arasında bir ilişki saptanmadı. İleri istatistiksel analizde; pulmoner tutulumun derecesi (YRBT skoru) fonksiyonel bozukluğun bağımsız belirleyicisi olmuştur. Pulmo-

ner tutulumun derecesini en iyi yansıtan fonksiyonel parametre ise %FEV1 idi.

Sonuç: Biz diş teknisyenlerinde mix toz maruziyeti ile ilişkili fonksiyonel bozuklukların gösterilmesinde radyolojik ve fonksiyonel ölçümlerin birlikte kullanılması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Pnömokonyoz, diş teknisyeni, mesleki akciğer hastalığı.

Giriş

Diş laboratuvarları, diş teknisyenleri için fiziksel, kimyasal, radyasyon, ergonomik, psikolojik ve biyolojik olarak birçok tehlike içerir. Diş teknisyenleri sürekli olarak farklı solventlerin ve organik olmayan asitlerin buharına ve material kullanımı sırasında oluşan toksik gazlara, seramik, akrilat ve metal alaşımların tesviye, kumlama, bitim aşaması (akril parlatması ve alçı-alkol cilalaması) sırasında oluşan tozun zararlı etkilerine maruz kalırlar (1-3). Maruziyetin süresine bağlı olarak diş teknisyenlerinde; pnömokonyoz, hipersensitivite pnömonisi, mesleki astım, akciğer kanseri görülebilir (4).

Diş teknisyeni pnömokonyozu (DTP), kompleks madde maruziyeti sonucu oluşan interstisiyel inflamasyon ve fibrozis ile seyreden mesleki bir hastalıktır (5). Klinik fonksiyonel parametrelerde hastalığın erken döneminde minimal etkilenme olsa da, radyolojik progresyonla birlikte klinik fonksiyonel parametrelerde bozulma aşikâr hale gelir (6). Hastalığın ciddiyetinin değerlendirilmesinde radyolojik ve fonksiyonel indekslerin kullanılması önemli hale gelir (7).



Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YRBT) mesleki akciğer hastalığının radyolojik değerlendirilmesinde artan bir role sahiptir. YRBT; asbestozis, silikozis, pnömokonyoz ve diğer parankimal anormalliklerin erken dönemde saptanmasında akciğer radyografisine göre daha duyarlıdır (8).

Literatürde çeşitli meslek gruplarında akciğer grafiği veya YRBT'de radyolojik olarak hastalığın tutulum derecesi ile fonksiyonel kayıp arasında ilişkiyi gösteren çalışmalar mevcuttur (9,10). Diş teknisyenlerinde klinik bulgular, radyolojik tutulum ve fonksiyonel bozulmayı gösteren çok sayıda çalışma olmasına rağmen; radyolojik tutulum ve işlevsel bozulma derecesi arasındaki ilişki açıklığa kavuşmamıştır (11-13). Geniş vaka serisine sahip çalışmamızda Türkiye'de Ankara ilindeki tüm diş teknisyenlerinde radyolojik bulgular (Akciğer grafiği / YRBT) ile fonksiyonel bulgular arasında bir ilişkinin varlığını araştırdık. Bilgilerimize göre literatürde akciğer grafiğinde pulmoner tutulumun derecesi ile fonksiyonel bulguların etkilenme derecesini gösteren ve bunu YRBT'de pulmoner tutulumun derecesi ile fonksiyonel bulguların etkilenme derecesi ile karşılaştıran bir çalışma yoktur. Bu nedenle bu araştırmanın bu konuda literatüre katkı sunan ilk makale olduğunu düşünüyoruz.

Gereç ve Yöntem

Mesleki maruziyetin diş teknisyenleri üzerine etkilerini saptamak amacıyla Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne kayıtlı 175 diş protez laboratuvarında çalışan toplam 440 diş teknisyeni Ocak 2009 – Ocak 2010 tarihleri arasında hastanemizde tetkik edildi. Verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Diş teknisyenlerin hiçbirinde önceki mesleki anamnezlerinde toz maruziyet öyküsü yoktu. Herhangi bir akciğer hastalığı olanlar çalışmaya alınmadı. Bu çalışma Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi etik kurulu tarafından onaylandı.

Demografik bilgiler, solunum semptomları, sigara durumu, toplam çalışma süreleri, fizik muayene bulguları, akciğer grafiği, YRBT, solunum fonksiyon testi (SFT) sonuçları değerlendirme formuna kaydedildi.

Bir yıl ya da daha uzun süredir sigara içmeyenler 'bırakmış', en az 1 yıldır günde 1 ya da daha fazla sayıda sigara içenler 'sigara içen', daha az

içenler veya hiç içmeyenler 'sigara içmeyen' olarak kabul edildi.

Radyolojik Muayene

Akciğer grafiği US X-Ray (500 miliamper) konvansiyonel radyografi cihazı ile posterior anterior pozisyonda çekildi. Bilgisayarlı tomografi (BT) Kodak Direkt View Elite CR sistemi kullanılarak çekildi ve Kodak DryView 8.900 Laser Imager ile de basıldı. Görüntüler 35x43 cm boyutlarında idi.

Akciğer grafikleri 2 göğüs hastalıkları uzmanı ve 1 radyolog (2'si ILO B okuyucusu) hekim tarafından International Labor Organization (ILO) 2011 göre yorumlandı (14). Uyumsuzluk olduğu zaman akciğer grafikleri 3 okuyucu tarafından birlikte tekrar değerlendirildi. ILO kategorisi 1/0 ve üzeri olanlar pnömokonyoz olarak kabul edildi (15). 1,5 mm'ye kadar olan küçük opasiteler "p", 1,5-3 mm arası "q", 3-10 mm olan opasiteler "r" olarak kodlandı. Irregüler opasiteler 1,5 mm'ye kadar "s", 1,5-3 mm olanlar "t", 3-10 mm arası olanlar ise "u" olarak kodlandı. Büyük opasiteler ise en geniş uzunluklarına (çap) göre sınıflandırıldı. En geniş boyutu 1 cm'den fazla olan opasiteler büyük opasite olarak sınıflandırıldı. Bunların sayısı birden fazla ise, hepsinin en geniş boyutlarının toplamı hesap edildi. Buna göre; A opasite: 1cm-5 cm; B opasite: Toplam boyut(lar) 5 cm büyük, fakat opasite veya opasitelerin kapladığı toplam alan sağ üst zon alanını geçmiyor; C opasite: Opasite veya opasitelerin kapladığı alanların toplamı sağ üst zon alanını geçiyor. Küçük ve büyük opasite profüzyonunu değerlendirmek için 16 puanlı ILO skalası kullanıldı (Tablo-1) (16).

Akciğer grafiği DTP açısından şüpheli olan 104 diş teknisyenine YRBT çekildi. YRBT görüntüleri randomize olarak bir radyolog tarafından akciğer grafiklerinden bağımsız olarak yorumlandı. YRBT görüntüleri GE HiSpeed scanner (*General Electric Medical Systems*) kullanılarak elde edildi. Kesitler 1 mm kalınlığında ve 10 mm aralıklarla apeksten akciğer bazaline kadar tarandı. Görüntülerin rekonstrüksiyonu 512x512 piksel olarak yüksek rezolüsyon algoritması kullanılarak elde edildi. YRBT görüntüleri *International Classification of HRCT for Occupational And Environmental Respiratory Diseases Guidelines*'e göre yorumlandı (17).

İlk olarak her iki akciğer üç zona ayrıldı. Üst zon apeksten arkus aorta seviyesine kadar olan



Tablo-1: Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) yoğunluk skoru

Yoğunluk kategorileri	Akciğer grafiği			Yoğunluk alt kategorileri
Kategori 0	0/-, *1	0/0, *2	0/1, *3	
Kategori 1	1/0, *4	1/1, *5	1/2, *5	
Kategori 2	2/1, *7	2/2, *8	2/3, *9	
Kategori 3	3/2, *10	3/3, *11	3/+, *11	
	ax, 13	A, 14	B, 15	C, 16

*Yoğunluk skoru

bölge olarak kabul edildi. Orta zon arkus aortadan inferior pulmoner vene kadar olan bölge; alt zon da inferior pulmoner venden akciğerin kaudaline kadar olan bölge olarak kabul edildi. Her bir zon küçük opasite şekline göre regüler (round) ve irregüler (linear) opasite varlığı için değerlendirildi. Opasiteler round opasitenin çapı ya da linear opasitenin kalınlığı 1 cm'den küçük ise küçük opasite olarak kabul edildi. Opasite yok ise opasite skoru "0" idi.

Round opasiteler için birden fazla küçük opasite var ve vasküler yapıları silinmiş ise opasite skoru 1 idi. Vasküler yapıları silinsin ya da silinmesin çok fazla küçük opasite var ancak nodüllerin birleşmesi yok ise opasite skoru 2 idi. Nodüllerin birleşmesinin yanı sıra vasküler yapıların silinmesi durumunda opasite skoru 3 idi. Opasite skoru ise 1 hafif, opasite skorunun 2 olması orta, 3 olması da ciddi olarak değerlendirildi.

Linear (irregüler) opasitelerde opasite sayısına göre skorlama yapıldı. Birkaç tane linear opasite 1 olarak skorlandı, orta derecede opasite 2 olarak, çok sayıdaki linear opasite de 3 (ciddi) opasite olarak skorlandı. Ciddi formda normal anatomik akciğer yapısının görüntüsü bozuktu.

Bal peteği paterni küçük opasitelerin etrafının septasyonlarla çevrilmesidir. Bu patern akciğerin periferinde görülür ve son dönem fibrozisin bulgusudur. Balpeteği paterni skorlaması her bir zon için yapıldı: akciğer parankimindeki kalınlaşma maksimum 10 mm'ye kadar ise 1 (hafif), 10-30 mm arasında ise 2 (orta), balpeteği kalınlaşması 30 mm'den fazla ise 3 (ciddi) olarak skorlandı.

Buzlu cam opasite fokal (skor 1), yamalı (skor 2) ve diffüz (skor 3) olarak skorlandı.

Her bir zon için amfizem skorlaması yapıldı. Skor 1'de toplam amfizem ve bül alanı zonun maksimum %15'i kadardı. Toplam amfizem ve bül alanı

%15 ile %30'u arasında ise skor 2 ve %30'dan fazla ise de skor 3 olarak kabul edildi. Skorların derecelendirilmesinde 1 puan hafif, 2 puan orta ve 3 puan ciddi olarak kabul edildi.

YRBT'de büyük opasiteler derecelendirilirken, YRBT'de sağ akciğer karina seviyesinde opasitenin büyük çapının 1cm'den büyük olması olarak değerlendirildi. Büyük Opasite; A: opasitelerin toplam çapının 1 cm'den büyük ve karina seviyesinde sağ akciğer alanın ¼ ünü geçmeyecek. B: karina seviyesinde sağ akciğerin ¼ ile ½ si arasında. C: Opasitenin toplam alanı sağ akciğerin ½'sini aşmış. Büyük opasite A için skor 1, büyük opasite B için skor 2 ve büyük opasite C de skor 3 olarak isimlendirildi.

Plevral skorlama için yine sağ akciğerin karina seviyesi dikkate alındı. Her iki akciğerin bütün plevral kalınlaşma ve kalsifikasyonları eklendi. Ancak diafragmatik plevral kalınlaşma göz ardı edildi. Büyüklüğü 360 derece cinsinden ölçüldü. Plevral kalınlaşmanın toplamı 90° den (<1/4) ise 1 olarak, 90-180° arasında (¼-½) ise skor 2 ve 180° (>½) ise skor 3 olarak kabul edildi.

Her bir bölgenin tüm skorları (round opasite, linear opasite, amfizem, bal peteği paterni, buzlu cam opasite, büyük opasite, plevral bulgular) değerlendirildikten sonra YRBT'de toplam profüzyon skoru değerlendirildi.

Solunum Fonksiyon Testleri

Spirometri testleri spirometri teknisyeni tarafından kuru-seal-spirometre (Zan 100, nSpire Health Inc., Germany) cihazı ile American Thoracic Society (ATS) (15) guidelines göre yapıldı (18). Karbon monoksit difüzyon testi tek nefes DLCO protokolüne göre (Zan 100, nSpire Health Inc., Oberthulba, Germany) yapıldı. DTP saptanan 38 hastada DLCO ölçüldü. 11 hasta teste koopere olamadı.



İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi için SPSS 21.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için cross-tab; sayısal değişkenler için ortalama, ortanca, standart sapma, minimum ve maksimum şeklinde verildi. Bağımsız kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Ki-Kare koşulu sağlanmadığı durumda çoklu karşılaştırmalarda Monte Carlo Simulasyonu, ikili gruplarda Fisher's Exact test, sayısal değişkenlerin ikili grup karşılaştırmalarında normal dağılım koşulu sağlanmayan durumda Mann Whitney U, çoklu grup karşılaştırmalarında normal dağılım koşulu sağlanmayan durumda Kruskal Wallis test istatistiği kullanıldı. Alt grup karşılaştırmalarında bonferoni düzeltmesi ile Mann Whitney U test istatistiği kullanıldı. Fonksiyonel parametreler ile radyolo-

jik skorlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson's korelasyon katsayısı kullanıldı. Solunum fonksiyonlarını etkileyen faktörler araştırılırken lineer regresyon yöntemi stepwise metodu ile kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Sonuçlar

Yaş ortalaması $34,7 \pm 8,5$ yıl olan 349 erkek ve 91 kadın olmak üzere 440 dış teknisyeni çalışmaya dâhil edildi. İşe başlama yaşı $18,8 \pm 5,2$ iken, ortalama çalışma süresi $16,5 \pm 7,9$ yıl idi.

ILO klasifikasyonuna göre akciğer grafiğinde 440 dış teknisyeninin 49'unda (%11,1) pnömokonyoz saptandı. Tüm dış teknisyenlerinde, pnömokonyoz olan ve olmayan kişilerin karşılaştırılan özellikleri Tablo-2'de gösterildi.

Tablo-2: Dış teknisyeni pnömokonyozu olan ve olmayan dış teknisyenlerinin karakteristik özellikler ve solunum fonksiyon test sonuçlarının karşılaştırılması

Değişken	Tüm Dış Teknisyenleri (N=440)	DTP olmayanlar (N=391)	DTP olanlar (N=49)	p*
Yaş (yıl) (Ort±SS)	35,4±8,4	35,1±8,5	36,1±7,6	NS
Cinsiyet [n (%)]				
Kadın	91 (20,7)	91 (23,3)	0 (0)	<0.01
Erkek	349 (79,3)	300 (76,7)	49 (100)	
Sigara paket/yıl (Ort±SS)	8,6±11,6	8,5±11,9	9,7±9,5	NS
Şikayet olan [n (%)]	81 (18,4)	61 (15,6)	20 (40,8)	<0.01
Öksürük [n (%)]	38 (8,6)	27 (6,9)	11 (22,4)	<0.01
Balgam [n (%)]	26 (8,2)	28 (7,2)	8 (16,3)	<0.05
Nefes darlığı [n (%)]	48 (10,9)	35 (9,0)	13 (26,5)	<0.01
Toplam Çalışma Süresi (yıl)	16,5±7,9	16,5±8,0	17,2±7,6	NS
ILO skoru	2,5±2,6	1,76±6,8	8,98±3,9	<0.01
FEV1 (L) (Ort±SS)	3,4±0,7	3,6±0,7	3,4±0,9	<0.05
FEV1 (%) (Ort±SS)	93,1±15,3	94,3±14,3	81,4±20,2	<0.01
FVC (L) (Ort±SS)	4,1±0,8	4,1±0,8	4,0±0,9	NS
FVC (%) (Ort±SS)	96,2±13,2	96,9±12,6	89,6±16,9	<0.05
FEV1/FVC (%) (Ort±SS)	81,3±7,2	81,9±6,7	75,6±11,7	<0.001
PEF (L) (Ort±SS)	7,5±1,9	7,5±1,9	7,3±2,2	NS
PEF (%) (Ort±SS)	87,2±17,1	87,7±16,9	80,8±22,2	NS
MEF ₂₅₋₇₅ (L) (Ort±SS)	4,3±17,4	4,5±18,4	2,7±1,3	<0.01
MEF ₂₅₋₇₅ (%) (Ort±SS)	81,1±27,1	83,2±26,2	61,0±29,1	<0.01
DLCO (L) (%) (Ort±SS)			10,7±2,6	

DTP: Dış teknisyeni pnömokonyozu, FEV1: 1 saniyedeki zorlu ekspirasyon volümü, FVC: Zorlu vital kapasite, %FEV1/FVC: Zorlu ekspirasyon oranı, PEF: Pik havayolu akımı, MEF: Maksimum ekspiratuar akım, DLCO: Karbon monoksit diffüzyon kapasitesi, L: Litre, NS: Anlamlı değil, M: mean, SS: Standart sapma.

* Dış teknisyeni pnömokonyozu olan ve olmayanların karşılaştırılması.



Tablo-3: Diş teknisyeni pnömokonyozu olanlarda demografik özellikler, solunum fonksiyon testleri, ILO ve YRBT skorlarının Spearman Korelasyonu

Değişken	ILO Skoru		Toplam YRBT Skoru	
	r	P	r	P
Yaş	0.158	NS	0.273	NS
Toplam çalışma süresi (yıl)	0.258	NS	0.229	NS
Sigara paket/ yıl	-0.076	NS	-0.111	NS
İşe başlama yaşı (yıl)	-0.111	NS	0.048	NS
FVC (L)	-0.587	<0.01	-0.702	<0.01
FVC (%)	-0.508	<0.01	-0.631	<0.01
FEV ₁ (L)	-0.608	<0.01	-0.751	<0.01
FEV ₁ (%)	-0.557	<0.01	-0.711	<0.01
FEV ₁ /FVC	-0.286	NS	-0.431	<0.01
PEF(L)	-0,572	<0.01	-0.553	<0.01
PEF(%)	-0.552	<0.01	-0.512	<0.01
MMEF ₂₅₋₇₅ (L)	-0.485	<0.01	-0.627	<0.01
MMEF ₂₅₋₇₅ (%)	-0.480	<0.01	-0.613	<0.01
DLCO (mmol/kPa/min)	-0.333	<0.05	-0.349	<0.05
DLCO (%)	-0.331	<0.05	-0.337	<0.05
Toplam YRBT skoru	0.850	<0.01		

DTP: Diş teknisyeni pnömokonyozu, FEV₁: 1 saniyedeki zorlu ekspirasyon volümü, FVC: Zorlu vital kapasite, %FEV₁/FVC: Zorlu ekspirasyon oranı, PEF: Pik havayolu akımı, MEF: Maksimum ekspiratuar akım, DLCO: Karbon monoksit difüzyon kapasitesi, L: Litre, NS: Anlamli değil, M: mean, SS: Standart sapma. * Diş teknisyeni pnömokonyozu olan ve olmayanların karşılaştırılması.

Erkeklerde DTP oranı kadınlardan daha yüksekti. Sigara içme oranı, tüketilen sigara miktarı ve toplam çalışma süresi açısından DTP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark yoktu. DTP olanlarda respiratuar şikayetlerin hepsi daha fazla, ILO skoru daha yüksekti.

DTP olanlarda FVC (L) ve PEF (L, %) dışındaki tüm SFT sonuçları ortalamaları istatistiksel anlamlı düşüktü (Tablo-2).

ILO skoru ile YRBT skoru arasında pozitif korelasyon vardı. ILO ve YRBT skorları tüm fonksiyonel parametreler (FEV₁/FVC hariç) ile negatif korelasyon gösterirken, YRBT skoru fonksiyonel bozulma ile daha yakından ilişkili idi. Her iki skor ile yaş, çalışma süresi, işe başlama yaşı ve sigara arasında bir ilişki saptanmadı (Tablo-3).

SFT üzerine yaş, sigara durumu (içmeyenlere göre içen ve bırakmış olan grup), toplam çalışma süresi, işe başlama yaşı, ILO skor ve YRBT skorlarının etkisi multiple lineer regresyonla araştırıldı. YRBT skoru %FEV₁, %FVC, FEV₁/FVC'nin bağımsız belirleyicisi iken, ILO skoru da %FEV₁, %MEF₂₅₋₇₅ ve %DLCO'nun bağımsız belirleyicisi

idi. Hem total YRBT skoru hem de ILO skoru FEV₁'in en iyi bağımsız belirleyicisi idi. Yaş, toplam çalışma süresi, işe başlama yaşı ve sigaranın akciğer fonksiyonları üzerine etkisi bağımsız değildi (Tablo-4).

Profüzyon kategorisi, akciğer grafiğinde küçük opasitelerin büyüklüğü ve şekli ve büyük opasitelerin ILO sınıflandırılması Tablo-5'de gösterildi.

YRBT'de en sık round opasite saptanırken (%89,7), büyük opasite oranı ise %14,3 idi. YRBT ILO klasifikasyonuna göre akciğer grafiğinde DTP saptanan 49 hastanın 13 (%26,5)'ünde pleval anormallik, 16 (%32,7)'sında amfizem, 14 (%28,6)'sında hiler genişleme, 10 (%20,4) dependan opasite, 9 (%18,4)'unda küçük opasitelerin birleşmesi, 2 (%4,1) hastada yumurta kabuğu kalifikasyon ve bal peteği gibi ek patolojileri ortaya çıkardı (Tablo-6).

Tartışma

Diş teknisyeni pnömokonyozu mesleki maruziyet sonucu oluşan interstisyel akciğer hastalığının bir formudur. Pnömokonyoz prevalansı diş tek-

**Tablo-4: Diş teknisyeni pnömokonyozu olanlarda demografik özellikler, ILO skoru, YRBT skoru ve solunum fonksiyon testleri arasındaki ilişkinin Multiple Regresyon Analizi**

Değişken	%FEV ₁	%FVC	FEV ₁ /FVC	%MEF ₂₅₋₇₅	DLCO%
Yaş	NS	NS	NS	NS	NS
Sigara durumu	NS	NS	NS	NS	NS
Toplam çalışma süresi (yıl)	NS	NS	NS	NS	NS
İşe başlama yaşı (Yıl)	NS	NS	NS	NS	NS
ILO Skoru	-6,185**	NS	NS	-13,129*	9,202**
YRBT Skoru	-6,652**	-7,991*	-3,124**	NS	NS
Sabit	83,151	90,457	77,153	63,318	102,850
R ²	0,385	0,246	0,087	0,213	0,151

Kısaltmalar tablo 1de ki gibidir. Regresyon katsayıları gösterildi. NS: Anlamlı değil. *p<0,001, **p<0,05

nisyenlerinde %4,5 ile %43 arasında değişen oranlar arasında bildirilmiştir (2,19,20). Pnömokonyoz oranları arasındaki değişkenlik, diş teknisyenlerinin çalıştıkları ortam ve çalışma koşullarının farklılığı, çalışma popülasyonunun genişliği ve çalışmalardaki metod farklılığı gibi nedenlere bağlı olabilir. Choudat ve ark. Paris'te serbest çalışan 43-66 yaş arasındaki 105 diş teknisyeni ile yaptığı çalışmada ILO sınıflamasına göre 1/0 dan büyük küçük

Tablo-5: Diş teknisyeni pnömokonyozu (n:49) vakalarının akciğer grafilerinin ILO klasifikasyonuna göre değerlendirilmesi

Akciğer grafiği bulguları	DTP (N=49) [n (%)]
Yoğunluk kategorileri	
1	14 (28,5)
2	19 (38,7)
3	16 (32,6)
Parankimal anormallikler	
Yuvarlak opasiteler	
p	20 (40,8)
q	24 (48,9)
r	3 (6,1)
Düzensiz ve/veya çizgisel opasiteler	
u	2 (4,0)
Plevral anormallikler	3 (6,1)
Büyük opasiteler	
Yok	42 (85,7)
A	2 (4,1)
B	2 (4,1)
C	3 (6,1)

Yuvarlak opasitelerin çaplarına göre klasifikasyonu: p= 0-1,5 mm; q= 1,5-3 mm; r= 3-10 mm. Düzensiz opasitelerin çaplarına göre klasifikasyonu: s= 0-1,5 mm; t= 1,5-3 mm; u=3-10mm. Büyük opasitelerin çaplarına göre klasifikasyonu: A: 1cm-5cm; B: Çapı >5cm fakat opasite veya opasitelerin toplamı sağ üst zon alanını geçmiyor; C: Opasite veya opasitelerin toplamı sağ üst zon alanını geçiyor. ILO: international labor organization

opasite prevalansını %11,8 buldu. 30 yıldan daha az çalışanlarda pnömokonyoz prevalansı %3,5 iken 30 yıldan fazla çalışanlarda %22,2 olarak bulundu (2). Sherson ve ark. maruziyet süresi ortalama 20 yıl olan 31 teknisyeni değerlendirdiği çalışmalarında DTP oranını %12,9 olarak saptadılar (39-61 yaş aralığında ve yaş ortalaması 42). Düşük çalışma süresine (ortalama çalışma süresi 16,5 yıl) sahip genç diş teknisyenlerinden (ortalama yaşı 35,4 yıl) oluşan geniş vaka serimizde (n=49/440) pnömokonyoz prevalansı %11,1 idi (20).

Literatürde pnömokonyoz gelişimine etki eden faktörler hakkında farklı sonuçlar vardır. İran'da 42 diş teknisyeni ile yapılan çalışmada çalışma zamanı ile interstisyel opasite arasında anlamlı ilişki saptandı (21). Sherson ve arkadaşları (20) ve Froudarakis ve arkadaşları (22) tarafından yapılan iki farklı çalışmada ortalama 19-20 yıl çalışma süreleri olan kişilerde pnömokonyoz prevalansı sırasıyla %12,9 ve %9,8 olarak bulundu. Berk ve ark. 32 diş teknisyeni ile yaptıkları çalışmada yaş, çalışma süresi, ve sigara ile profüzyon skorları arasında pozitif korelasyon buldular (23). Ooi ve arkadaşlarının çalışmasında da 76 silikozis vakasında ne silika maruziyet süresi ne de sigara ILO ve YRBT skorları ilişkili değildi (24). Çalışmamızda toplam çalışma süresi ve sigara ile radyolojik skorlar (hem ILO skor, hem de YRBT total skor) arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Hem sigara hem de total çalışma süresi ile pnömokonyoz gelişimi arasında ilişkili bulunmadı.

Diş teknisyenlerinde solunum sistemine ait şikâyetlerin varlığına ait birçok çalışma gerçekleştirildi (2,19,20,22). Radi ve ark. (19) öksürük ve balgamın diş teknisyenlerinde önemli derecede



Tablo-6: Diş teknisyeni olan ve olmayanlarda Uluslararası YRBT Klasifikasyonuna göre bulguların değerlendirilmesi

YRBT Bulgular	DTP yok (N=55) [n (%)]	DTP var (N=49) [n(%)]	p
Parenkimal anormallik			
Yuvarlak opasite	13 (23,6)	44 (89,7)	<0.01
p	13 (100)	14 (28,6)	
q	0 (0)	22 (44,9)	
r	0 (0)	13 (26,5)	
Düzensiz ve/veya çizgisel opasiteler	4 (7,3)	25 (51,9)	<0.01
Plevral anormallik	0 (0)	13 (26,5)	<0.01
Ek anormallikler			
Buzlu-cam opasite	5 (9,1)	5 (10,2)	NS
Parenkimal band	0 (0)	2 (4,1)	NS
Hiler genişleme	1 (1,8)	14 (28,6)	<0.001
Amfizem	12 (21,8)	16 (32,7)	NS
Bronşiektazi	9 (16,4)	6 (12,2)	NS
Bronşial duvar kalınlaşması	10 (18,2)	5 (10,2)	NS
Dependan opasite	3 (5,5)	10 (20,4)	<0.05
Küçük opasitelerin birleşmesi	0 (0)	9 (18,4)	<0.01
Yumurta kabuğu kalsifikasyon	0 (0)	2 (4,1)	<0.01
Bal peteği	0 (0)	2 (4,1)	<0.01
Büyük opasite	0 (0)	7 (14,3)	<0.01
Yok		42 (86,6)	
A		1 (2,1)	
B		3 (6,1)	
C		3 (6,1)	
Toplam YRBT skoru	0,85±1,1	18.45±1,1	<0.01

DTP: Diş teknisyeni pnömokonyozu, YRBT: yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi. Yuvarlak opasiteler büyüklüklerine göre sınıflandırıldı: p, 0-1,5 mm; q, 1,5-3 mm; r, 3-10 mm; Büyük opasiteler bilgisayarlı tomografinin sağ akciğer karına seviyesindeki alanına göre sınıflandırıldı: A, >1cm- 1/2 alanı; B, alanın >1/2-1/4; C, alanı >1/2

risk teşkil ettiğini bildirmişlerdir. Frodorakis ve arkadaşları (20), diş teknisyenlerinde solunumsal semptomlarda kontrol grubuna göre anlamlı derecede farklılık bulmuşken, Sherson ve ark. (22), dispneyi teknisyen grubunda daha yüksek bulmasına rağmen semptomlar açısından önemli bir anlamlılık bulmamıştır. Choudat ve ark. diş teknisyeni ve kontrol grubu arasında respiratuvar semptomlar açısından fark saptamamış (2). Doğan ve ark. ise, pnömokonyoz saptanan diş teknisyenlerinde dispneyi saptanmayanlardan çok daha yüksek oranda bulmuşlar (23). Çalışmamızda diş teknisyenlerinin %18,4'ünde solunum sistemine ilişkin şikayet mevcut iken, radyolojik olarak DTP tanısı

alanlarda bu oran %40,8, almayanlarda %15,6 idi. Solunum sistemi semptomları (öksürük, balgam, nefes darlığı) DTP olanlarda olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha fazla idi. Hiç sigara içmeyenlerin 34 (%21)'ünde de semptom saptandı.

Radyolojik olarak erken evre pnömokonyozda SFT'de anormallik olmayabilir. Radyolojik progresyon ile birlikte obstrüktif, restriktif ya da mix anormallikler gelişebilir (25). Akciğer fonksiyonlarının diş teknisyenleri arasında kontrol grubundan hafifçe düşük olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, birçok çalışmada da spirometrik değerlerde istatistiksel anlamlı fark gösterilmedi (2,5,20,22). Çalışmamızda radyolojik olarak DTP tanısı alanlar

ile almayanlar arasında FVCL, PEF_L, ve %PEF dışında tüm solunum fonksiyon test parametreleri açısından istatistiksel anlamlı fark vardı.

YRBT pnömokonyoz tanı sürecinde erken parankimal değişimler ve bu değişimlerin yayılımını belirlemede akciğer grafiğine anlamlı katkılar yapmaktadır (26). Bizim bildiğimiz kadarıyla literatürde bu spesifik grupta pnömokonyozun tanısında YRBT kullanan geniş hasta serisini kapsayan çok az çalışma vardır (11,26). 76 dış teknisyenlerinin değerlendirildiği YRBT çalışmasında en sık görülen bulgu %38 hastada görülen round opasite idi, bunu plevral anormallikler (%11) ve lineer opasite (%9) izlemekteydi (11). 32 dış teknisyeninin değerlendirildiği diğer çalışmada; %56'sında round opasite (%47'si p, %9'u da q) ve %50'sinde de lineer opasite saptandı. Ek olarak, plevral anormallikler, bronşiektazi, buzlu cam opasitei dependan opasiteler gibi bulgularda raporlanmıştır (23). Dış teknisyenlerinin klinik ve radyolojik bulgularına göre değerlendirildiği çalışmada, radyolojik olarak pnömokonyozdan şüphe edilen 58 hastanın YRBT taramaları değerlendirildi ve 10(%6) hastada pnömokonyoz saptandı (13). Bununla birlikte bu çalışmaların hiçbirinde büyük opasite saptanmadı. Çalışmamızda dış teknisyeni pnömokonyozu olanlarda YRBT ile tespit edilen en sık bulgu round opasite (%89,8) idi. Büyük opasite oranı %14,3 idi. Bizim çalışmamızda büyük opasitenin daha yüksek

olarak saptanması bizim hastalarımızın silika ya da diğer tozlara daha yoğun olarak maruz kalmasına bağlı olabilir. ILO skorlamasına göre akciğer grafiğinde DTP olan 49 hastanın YRBT taramalarında 13 hastada (%26,5) plevral anormallik, 16 hastada (%32,7) amfizem, 14 hastada (%28,6) hiler genişleme, 10 hastada (%20,4) dependan opasite, 9 hastada (%18,4) küçük opasitelerin birleşmesi ve 2 hastada (%4,1) yumurta kabuğu kalsifikasyon ve bal peteği gibi ek patolojiler saptandı.

Dış teknisyenlerinde radyolojik ve fonksiyonel korelasyonu gösteren küçük vaka serileri dışında çalışma yoktur. ILO skorlama sistemi akciğer grafiğinde pnömokonyozda parankimal tutulum miktarının tespiti için geçerli bir yöntemdir ve sık sık klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda kullanılır (16). Önceki çalışmalarda asbest maruziyeti olanlarda ILO skoru ile pulmoner fonksiyonların anormallikleri arasında ilişki olduğu gösterildi (9,27,28). Restriktif pulmoner değişiklikler (azalmış TLC, FVC, ve DLCO) akciğer grafide gösterilen parankimal tutulumun derecesi ile korele idi (28). 5003 asbest maruziyeti işçinin radyografinin ciddiyeti ILO skorları ile değerlendirmiş ve ILO skorları ile iki bağımsız fonksiyonel parametre arasında ilişki bulunmuş (FVC ve DLCO). Her iki ölçüm de yüksek skorlarda düşük skorlara göre daha fazla azalmıştı. Bu da radyografik ve fonksiyonel değerlendirmenin tutarlılığını göstermektedir (9).



Resim-1a



Resim-1b

Resim 1a-1b : 12 yıl süre ile dış teknisyeni olarak metal tesviye,kumlama yapan 39 yaşında erkek hastanın akciğer grafisi ve tomografisinde bilateral yaygın küçük opasiteler ile birlikte büyük opasiteler gözlenmektedir.



68 kriptojenik fibrozan alveolitis olan hastanın YRBT ile değerlendirildiği çalışmada tomografideki pulmoner tutulumun derecesi (yayılım) ile pulmoner fonksiyonlar arasında yakından ilişki saptandı. Amfizem gibi ek patolojilerin fonksiyonel bozulmaya anlamlı katkıda bulunduğu ve YRBT ile tespit edilen hastalığın şiddeti ile DLCO'nun yakın ilişkili olduğu da özellikle belirtilmiştir (7). Yine 32 diş teknisyeninin yalnızca radyolojik opasite yoğunluğunun temel alındığı çalışmada, ILO skoru ve YRBT skorları ile spirometri bulguları arasında negatif korelasyon bulunmuş. ILO skoru ile YRBT skorları yakın ilişkisi gösterilmiştir (23). 76 silikozisli erkek hastanın akciğer grafiği ve YRBT ile değerlendirildiği çalışmada, YRBT ve akciğer fonksiyonları arasında lineer bir ilişki olduğu gösterildi. YRBT'de saptanan nodul, büyük opasite ve amfizem genişliğinin pulmoner fonksiyonlardaki bozulmaya önemli katkısı olduğu gösterildi. YRBT skorları ILO skorlarına göre fonksiyonel parametrelerle daha anlamlı derece korelasyon gösterdi (24).

Lopez ve arkadaşları tüberküloz öyküsü olmayan 44 silikozis vakasında tomografik parametreler ile fonksiyonel parametrelerin korelasyonunu araştırdı. Parankimal opasite, amfizem, büyük opasite ve diğer parankimal değişiklikleri içeren total YRBT skoru ile özellikle FEV₁, FVC, FEV₁/FVC, DLCO arasında negatif ilişki saptandı. YRBT'deki hasarın yaygınlığının artışı ile hava akımı azalması arasında paralellik olduğu saptanmış, bu nedenle parankimal tutulumun derecesinin fonksiyonel bozukluğun ciddiyeti için çok önemli bir gösterge olduğu vurgulanmıştır (26).

Bizim çalışmamızda da hem akciğer grafiğinde (ILO skoru) hem de YRBT'deki parankimal tutulumun derecesi (YRBT skoru) ile fonksiyonel parametreler arasında çok yakın ilişki vardı. Bu ilişki YRBT'de daha belirgindi. YRBT skoru parankimal opasite yanında amfizem, buzlu cam, bal peteği, plevral anormallik gibi ek parankimal patolojilerin tutulumunu da gösterdiği için mevcut fonksiyonel bozukluğu daha iyi yansıtıyordu. Radyolojik progresyon ile birlikte fonksiyonel kayıp artıyordu. Pulmoner tutulumun derecesini en iyi yansıtan fonksiyonel parametre ise (%FEV₁) idi. Biz bu verilerin ışığında diş teknisyenlerinde mix toz maruziyetinin neden olduğu fonksiyonel

bozukluğun değerlendirilmesinde YRBT'nin öneminin giderek arttığını düşünüyoruz.

Bu çalışmanın bazı limitasyonları vardı. Sadece akciğer grafiğinde şüphelenilen diş teknisyenlerine YRBT çekildi. Diş teknisyenlerin tamamına YRBT çekilebilseydi daha ayrıntılı değerlendirme yapılabilirdi. Diğer bir limitasyon ise YRBT tek radyolog tarafından değerlendirildiği için okuyucular arasındaki uyum değerlendirilemedi. Bununla birlikte bu makale İngilizce literatürde diş teknisyenleri gibi spesifik grupta fonksiyonel bozulmanın hem akciğer grafiği hem de YRBT'deki tutulum derecesi arasındaki ilişkiyi karşılaştıran ilk makaledir.

Sonuç olarak geniş vaka serisine sahip çalışmamızda bölgemizdeki DTP prevalansı %11,1 idi. Diş teknisyeni pnömokoyozunda tutulumun radyolojik derecesi ile fonksiyonel kayıp arasında pozitif korelasyon vardır. Hastalığın tutulum derecesi ve fonksiyonel etkileri YRBT tarafından daha kesin ortaya konmaktadır. Pulmoner tutulumun derecesini en iyi yansıtan fonksiyonel parametre ise (%FEV₁) idi. Diş teknisyenlerinde mesleki maruziyetin etkilerinin değerlendirilmesinde radyolojik (Akciğer grafiği / YRBT) ve fonksiyonel (SFT) bulguların birlikte kullanılmasını öneriyoruz.

*Bu yazı, "The relation between the extent of radiological findings and respiratory functions in pneumoconiosis cases of dental technicians who are working in Ankara" başlığıyla *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*'nde İngilizce olarak yayımlanmıştır. Yazarların izni alınarak, yazının Türkçesi dergimizde basılmıştır (2016; 64(2), 127-136).

Kaynaklar

1. Sivakumar I, Arunachalam KS, Solomon EGR. Occupational health hazards in prosthodontic practice: review of risk factors and management strategies. *J Adv Prosthodont* 2012;4:259-65.
2. Choudat D. Occupational lung disease among dental technicians. *Tuber Lung Dis* 1994;75:99-104.
3. Selden AI, Persson B, Bornberger-Dankvardt SI, Winström LE, Bodin LS. Exposure to cobalt chromium dust and lung disorders in dental technicians. *Thorax* 1995;50:769-72.
4. Thorette C, Grigoriu B, Canut E, Sobaszek A, Tonnel AB, Tillie-Leblond I. Pulmonary disease in dental laboratory technicians. *Rev Mal Respir* 2006;23 (Suppl 2):4S7-4S16.
5. Torbica N, Krstev S. World at work: Dental laboratory technicians. *Occup Environ Med* 2006;63:145-8.
6. Rom WN. Role of oxidants in interstitial lung diseases: pneumoconioses, constrictive bronchiolitis, and chronic



- tropical pulmonary eosinophilia. *Mediators Inflamm* 2011;2011:407657.
7. Wells AU, King AD, Rubens MB, Cramer D, du Bois RM, Hansell DM. Lone cryptogenic fibrosing alveolitis: a functional-morphologic correlation based on extent of disease on thin-section computed tomography. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:1367-75.
 8. Akira M. High-resolution CT in the evaluation of occupational and environmental disease *Radiol Clin North Am* 2002;40: 43-59.
 9. Miller A, Warshaw R, Nezamis J. Diffusing capacity and forced vital capacity in 5.003 asbestos-exposed workers: relationships to interstitial fibrosis (ILO profusion score) and pleural thickening. *Am J Ind Med.* 2013;56:1383-93.
 10. Wells AU, Hansell DM, Rubens MB, King AD, Cramer D, Black CM, et al. Fibrosing alveolitis in systemic sclerosis: indices of lung function in relation to extent of disease on computed tomography. *Arthritis Rheum* 1997;40:1229-36.
 11. Kahraman H, Koksall N, Cinkara M, Ozkan F, Sucakli MH, Ekerbicer H. Pneumoconiosis in dental technicians: HRCT and pulmonary function findings. *Occup Med (Lond)* 2014;64:442-7.
 12. Ergün D, Ergün R, Ozdemir C, Oziş TN, Yılmaz H, Akkurt I. Pneumoconiosis and respiratory problems in dental laboratory technicians: analysis of 893 dental technicians. *Int J Occup Med Environ Health* 2014;27:785-96.
 13. Yurdasal B, Bozkurt N, Bozkurt Aİ, Yılmaz Ö. The evaluation of the dust-related occupational respiratory disorders of dental laboratory technicians working in Denizli Province. *Ann Thorac Med* 2015;10:249-55.
 14. International Labour Office (ILO): Guidelines for the use of the ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses. *Occupational Safety and Health Series No. 22 (Rev 2000) Geneva: p.1-38.*
 15. Muir DC, Bernholz CD, Morgan WK, Roos JO, Chan J, Maehle W, et al. Classification of chest radiographs for pneumoconiosis: a comparison of two methods of reading. *Br J Ind Med* 1992;49:869-71.
 16. Guidelines for the use of the ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses. Revised Edition. ILO occupational safety and health series. No. 22 (rev 80). Geneva 1980.
 17. Hering K, Kraus T. Coding CT-classification in occupational and environmental respiratory disease. In: Kusaka Y, Hering K, Parker J (eds). *International classification of HRCT for occupational and environmental respiratory diseases.* Tokyo, Japan, Springer 2005:15-23.
 18. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, et al. ATS/ERS Task Force. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J* 2005;26:319-38.
 19. Radi S, Dalphin JC, Manzoni P, Pernet D, Leboube MP, Viel JF. Respiratory morbidity in a population of French dental technicians. *Occup Environ Med* 2002;59:398-404.
 20. Sherson D, Maltbaek N, Olsen O. Small opacities among dental laboratory technicians in Copenhagen. *Br J Ind Med* 1988;45:320-4.
 21. Alavi A, Shakiba M, Nejad AT, Massahnia S, Shiari A. Respiratory findings in dental laboratory technicians in Rasht (North of Iran). *Tanaffos* 2011;10:44-9.
 22. Froudarakis ME, Voloudaki A, Bouras D, Drakonakis G, Hatzakis K, Sifakas NM. Pneumoconiosis among cretan dental technicians. *Respiration* 1999;66:338-42.
 23. Berk S, Dogan DO, Gumus C, Akkurt I. Relationship between radiological (X-ray/HRCT), spirometric and clinical findings in dental technicians' pneumoconiosis. *Clin Respir J* 2016;10:67-73.
 24. Ooi GC, Tsang KW, Cheung TF, Khong PL, Ho IW, Ip MS, et al. Silicosis in 76 men: qualitative and quantitative CT evaluation-clinical-radiologic correlation study. *Radiology* 2003;228:816-25.
 25. Hertzberg VS, Rosenman KD, Reilly MJ, Rice CH. Effect of occupational silica exposure on pulmonary function. *Chest* 2002;122:721-28.
 26. Lopes AJ, Mogami R, Capone D, Tessarollo B, de Melo PL, Jansen JM. High-resolution computed tomography in silicosis: correlation with chest radiography and pulmonary function tests. *J Bras Pneumol* 2008;34:264-72.
 27. Rosenstock L, Barnhart S, Heyer NJ, Pierson DJ, Hudson LD. The relation among pulmonary function, chest roentgenographic abnormalities and smoking status in an asbestos-exposed cohort. *Am Rev Respir Dis* 1988;138:272-7.
 28. Lee YC, Singh B, Pang SC, de Klerk NH, Hillman DR, Musk AW. Radiographic (ILO) readings predict arterial oxygen desaturation during exercise in subjects with asbestosis *Occup Environ Med* 2003;60:201-6. ●



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE ÇALIŞAN ASİSTANLAR ARASINDA BEL AĞRISI SIKLIĞI VE BEL AĞRISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ*

Utku URGAN

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Onur HAMZAOĞLU

Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Özet

Giriş: Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde dahili ve cerrahi tıp bilimleri kliniklerinde çalışan asistan hekimler arasında bel ağrısı sıklığını ve ilişkili faktörleri incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma kesitsel tipte olup, 05–25 Mayıs 2015 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Evrendeki 260 asistan hekimden 215'i (%82,6) çalışmaya dahil olmuştur. Çalışmanın bağımlı değişkeni olan son üç aydaki bel ağrısı varlığı ile bağımsız değişkenleri olan yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, beden kitle indeksi, çalışılan klinik, sigara kullanma durumu, gün içinde ayakta kalma süresi, haftalık çalışma süresi, hekimlik mesleğinde çalışma süresi, kronik hastalık varlığı ve egzersiz yapma durumu katılımcıların beyanlarına dayanılarak anket formu kullanılarak sorgulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan araştırma görevlilerinde son üç ayda bel ağrısı prevalansı %50.2 olarak saptanmıştır. Bu sıklık; kronik hastalığı olanlarda %52.2, olmayanlarda %50.0 ($p<0,01$), sigara içmeyenlerde %45.3, içenlerde %68.9 ($p<0,01$), düzenli egzersiz yapmayanlarda %61.4, yapanlarda ise %27.1 ($p<0,01$) olarak tespit edilmiştir. Bel ağrısı sıklığı cerrahi branşlarda çalışanlarda %74.2, dahili branşlarda çalışanlarda %36.0 ($p<0,01$), haftalık çalışma süresi 50 saatin altında olanlarda %29.3, 50-89 saat olanlarda %51.9, 90 saat ve üzerinde olanlarda %60.0 ($p<0,01$), aylık nöbet sayısı beş ve altında olanlarda %41.0, altı ve üzerinde olanlarda ise %58.3 olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç ve Öneriler: Öncelikle asistan hekimlerin çalışma koşulları ve sürelerinde yapılacak iyileştirmeler, sağlığa olumlu katkı yapan davranışların teşviki ile tanı-tedavi uygulamalarına gereken önemin gösterilmesi asistan hekimler arasında bel ağrısı sıklığını azaltabilir.

Anahtar Sözcükler: Bel ağrısı, risk faktörleri, asistan hekim, sağlık çalışanının sağlığı

Giriş

Üretebilmek ve güvenli bir işte çalışmak sağlıklı olabilmenin gereklerinden biridir. Ancak güvenli koşullar sağlanmadığında kişilerin işleri (iş ortamları) insan sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Meslek hastalıkları arasında son dönemde hızlı bir artış gösteren mesleki kas iskelet sistemi hastalıkları, çalışma esnasında fiziksel ve psikososyal risklere maruziyet sonucu gelişen ağrı, hareket kısıtlılıkları ve sakatlanmalarla seyreden hastalıklardır (1). Endüstrileşen dünyada toplumun %80'inin hayatlarının bir döneminde en az bir kez yaşadığı bel ağrısının yıllık görülme sıklığı %15-39 aralığında değişmekte olup, yıllık insidansı ise %2'dir. Bel bölgesine ait ağrılar, kas iskelet sistemiyle ilişkin ağrılar arasında ilk sırada yer almaktadır (1,2,3). Bel ağrısının 0-6 hafta sürmesi akut, 6–12 hafta sürmesi subakut, 12 haftadan uzun sürmesi kronik bel ağrısı olarak kabul edilmektedir (4).

Özellikle 45 yaşından önce mesleğe devam edememe nedenleri arasında ilk sırada gelmesi, toplumda sık görülmesi, uzun süreli fiziksel ve ruhsal olumsuzluklara neden olması, yaşam niteliğini düşürmesi bel ağrısını önemli bir halk sağlığı sorunu yapmaktadır (1,5).



Bel bölgesindeki ağrıların yaklaşık %90-95'ini kapsayan, kasların, disklerin ve eklemlerin zorlanması sonucu oluşan mekanik nedenli bel ağrılarının gelişiminde kişilerin meslekleri-çalıştıkları işler etkili olmaktadır. Postür bozuklukları, ağır kaldırma, eğilme, sabit çalışma, vibrasyon etkisi gibi fiziksel ve mesleki risk faktörleri yanında, iş memnuniyetsizliği, stres gibi psikososyal riskler bel ağrısının etyolojisinde önemli bir yer tutar. Özellikle karın bölgesindeki fazla kilolar, sırt bölgesindeki kemikleri öne çeker, ligamentler, kaslar ve diskler üzerinde yarattığı baskı sonucu hasara neden olabilir. Bir diğer etken olan sigara, vertebral diskte beslenmeyi bozabilmekte ve dejeneratif değişikliğe neden olmaktadır. Aile hikayesi, genetik faktörler, inflamatuvar, infeksiyöz, tümoral, metabolik nedenler, kırıklar bel ağrısının başlıca nedenleri arasında sayılabilir (4,6,7,8).

Türkiye sağlık sisteminde son yirmi yılda sağlığa yaşanan dönüşüm ile sağlık emekçileri günün büyük bir bölümünü hastanede geçirmeye başlamıştır. Sağlık emekçilerine yönelik şiddet ve yönetici baskısının arttığı bu dönemde sağlık hizmeti sunanların çalışma koşulları tamamen göz ardı edilmiştir (9). Sağlık emekçilerinin çoğunluğu kas iskelet sistemi sorunları açısından risk grubunda yer almakla birlikte, yoğun, uzun süreli ve kesintisiz çalışma ve psikolojik olumsuzluklar diğer işkolalarında çalışanlara göre çok daha fazla kas iskelet sistemi ağrılarında zemin hazırlamaktadır. Bu ağrılar özellikle vücudun yük taşıyan bel ve ayak bileği bölgesinde günün sonuna doğru artmaktadır (2,10).

Toplum genelinde yaşam boyu prevalansı %60-90 olan bel ağrısı, hekimlerde görülen kas iskelet sistemi sorunları arasında birinci sıradadır (6,11). Özellikle üniversite hastanelerinde sağlık hizmetinin önemli bir kısmını sunan, aynı zamanda uzmanlık eğitimi alan hekimlerin yoğun çalışma süreleri, nöbet ertesi izinlerinin olmayışı, hayati risk altında olan hastalara hizmet sunmanın yarattığı stres ve hukuki riskler asistan hekimlerin çalışma şartlarını oldukça zor bir hale getirmektedir. Çalışmamızda asistan hekimler arasında bel ağrısı yaygınlığını ve risk faktörlerinin etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde dahili ve cerrahi bölümlerde (Tıbbi Genetik, Tıbbi Farmakoloji ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı hariç) görev yapan 260 asistan hekime ulaşılmış amaçlanmış ve gönüllü olan 215 (%82.6) hekim çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların demografik bilgileri, çalışma bilgileri, sağlık durumları ve bel ağrısı varlığını sorgulamak için literatür taraması sonucu elde edilen bilgiler değerlendirilerek hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Beden kitle indeksinin (BKİ) hesaplanması için poliklinik ile servislerde bulunan ağırlık ve boy ölçüm aletleri kullanılmıştır. Boy ölçümü ayakkabısız olarak, topuklar arkaya yaslanmış, sırt dik, baş anatomik pozisyonunda tutularak, ağırlık ölçümü ise fazla giysiler ve ayakkabılar çıkartılarak yapılmıştır. BKİ (kg/m^2), Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre sınıflandırılmıştır (12). Haftada en az üç gün ve 30 dakika süresince sportif etkinlik uygulayanlar egzersiz yapan kişiler olarak değerlendirilmiştir. Bel ağrısı; vücudun arka kısmında son kaburgaların altı ile gluteal kıvrımlar arasındaki bölgede hissedilen ağrı olarak tanımlanmıştır (13).

Yaş, cinsiyet, BKİ, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalıştığı bölüm, sigara kullanım durumu, gün içinde ayakta kalma süreleri (saat/gün), haftalık çalışma süresi (saat), hekimlik mesleğinde çalışma süresi (yıl), kronik hastalık varlığı, egzersiz yapma durumu ile bu değişkenlerin son üç aylık bel ağrısına olan etkisi incelenmiştir. Çalışmamızın bağımlı değişkeni olan son üç ayda bel ağrısı dışında, asistan hekimlerde yaşam boyu ve yıllık bel ağrısı prevalansları araştırılmıştır. Araştırma 05-25 Mayıs 2015 tarihlerinde yapılmış ve soru formu katılımcıların kendileri tarafından gözlem altında doldurulmuştur. Toplanan veriler SPSS 20.0 paket programına girilmiş ve tanımlayıcı analizler ile Ki-Kare testi kullanılmıştır. Çalışmada $p < 0.05$, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmanın kısıtlılıkları; bel ağrısı varlığının ölçek kullanılmadan ortaya konması ile yaşam boyu ve son bir yıllık bel ağrısı sayısı, ağrının ne kadar süre devam ettiği sorularına katılımcıların cevap vermekte zorlanmasına sebep olan hafıza faktörüdür.



Tablo-1: Araştırmaya katılan asistan hekimlerin bel ağrısı varlığı, demografik özellikleri ve çalışma sürelerinin dağılımı

	Sayı*	Yüzde
Bel ağrısı varlığı		
Yok	61	28,4
Son üç ay	108	50,2
Son bir yıl	138	64,2
Yaşam boyu	154	71,6
Kronik bel ağrısı varlığı		
Yaşam boyu	16	7,4
Cinsiyet		
Erkek	108	50,2
Kadın	107	49,8
BKİ		
< 18.50	9	4,2
18.50 – 24.99	144	67,0
25.00 – 29.99	54	25,1
≥ 30.00	8	3,7
Medeni durum		
Bekar	134	62,3
Evli	81	37,7
Çocuk sahibi olma		
Hayır	169	78,6
Evet	46	21,4
Çalıştığı birim		
Dahili bilimler	136	63,3
Cerrahi bilimler	79	36,7
Kronik hastalık varlığı		
Hayır	192	89,3
Evet	23	10,7
Sigara kullanımı (adet/gün)		
İçmiyor	170	79,0
< 10	10	4,7
≥ 10	35	16,3
Egzersiz yapma durumu		
Hayır	145	67,4
Evet	70	32,6
Hekim olarak çalışma süresi (yıl)		
< 3	103	47,9
≥ 3	112	52,1
Haftalık çalışma süresi (saat)		
< 50	41	19,1
50-89	104	48,4
≥ 90	70	32,5
Aylık nöbet sayısı		
< 6	100	46,5
≥ 6	115	53,5
Günlük ayakta kalma süresi (saat)		
1-4	81	37,7
≥ 5	134	62,3
Toplam	215	100,0

*Bir kişi birden fazla grupta yer alabilmektedir.

Bulgular

Çalışmamızda asistan hekimlerde yaşam boyu, son bir yıl içinde ve son üç ay içinde bel ağrısı sıklığı sırası ile %71.6, %64.2 ve %50.2 olarak bulunmuştur (Tablo-1). Yaşam boyu kronik bel ağrısı sıklığı %7.4 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin yaş ortalaması 28.10 ± 3.20 , BKİ ortalaması 23.52 ± 3.30 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların günlük ayakta çalışılan süre ortalaması 5.43 ± 2.69 saat, haftalık çalışma süresi 73.18 ± 23.30 saat, hekimlik mesleğinde çalışma süresi 3.27 ± 3.06 yıl, aylık nöbet sayısı ortalaması ise 5.52 ± 3.57 gün olarak bulunmuştur.

Asistan hekimlerin %50.2'si (n=108) erkek, %49.8'i (n=107) kadındır. Katılımcıların %62.3'ü (n=134) bekar, %37.7'si (n=81) evli olduğunu, %78.6'sı (n=169) çocuk sahibi olmadığını %21.4'ü de (n=46) çocuğu olduğunu belirtmiştir. Asistan hekimlerin %4.2'sinin (n=9) zayıf, %67.0'sinin (n=144) normal kilolu, %25.1'inin (n=54) fazla kilolu ve %3.7'sinin (n=8) obez olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %50.2'si (n=108) dahili branşlarda, %36.9'u (n=73) cerrahi branşlarda çalışmaktadır (Tablo-1).

Çalışmada yer alanların %10.7'sinin en az bir kronik hastalığı olduğu, %89.3'ünün kronik hastalığı olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %79.0'u (n=170), sigara içmediğini %4.7'si (n=10) on adedin altında, %16.3'ü (n=35) günde on adet ve üzerinde sigara içtiğini belirtmiştir. Hekimlerin %32.6'sı (n=70) düzenli egzersiz yaptığını ifade etmiştir (Tablo-1).

Çalışma sürelerini incelediğimizde, %47.9'u (n=103) üç yıldan daha az süredir hekimlik mesleğindeyken, %52.1'i (n=112) üç yıldan fazla hekimlik yaptığını belirtmiştir. Haftalık çalışma süreleri 50 saatin altında olanlar grubun %19.1'ini (n=41) oluştururken, 50-89 saat çalışanlar %48.4'ünü (n=104), 90 saat ve üzerinde çalışanlar ise %32.5'ini (n=70) oluşturmaktadır. Asistan hekimlerin %53.5'i (n=115) bir ayda altı ve üzerinde nöbet tutarken, %62.3'ü (n=106) günde beş saat ve üzerinde ayakta kaldıklarını belirtmiştir (Tablo-1).

Çalışmamızda yaşamı boyunca en az bir kez bel ağrısı olduğunu belirten 154 asistan hekimin %89.0'u (n=137) herhangi bir tanı yönteminin

**Tablo-2: Araştırmaya katılan asistan hekimlerin bireysel ve mesleki risk faktörlerinin son üç aylık bel ağrısı sıklığına etkisi**

	Bel ağrısı var		Bel ağrısı yok	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet				
Erkek	59	54,6	49	45,4
Kadın	49	45,8	58	54,2
X ² :1,678 SD:1 p:0,195				
BKİ(kg/m²)				
<25,00	71	46,4	82	53,6
≥ 25,00	37	59,7	25	40,3
X ² :3,094 SD:1 p:0,079				
Medeni Durum				
Bekar	66	49,3	68	50,7
Evli	42	51,9	39	48,1
X ² :0,136 SD:1 p:0,71				
Çocuk sahibi olma				
Hayır	81	47,9	88	52,1
Evet	27	58,7	19	41,3
X ² :1,274 SD:1 p:0,259				
Çalıştığı birim				
Dahili bilimler	49	36,0	87	64,0
Cerrahi bilimler	59	74,7	20	25,3
X ² :29,867 SD:1 p:0,000				
Kronik hastalık varlığı				
Hayır	96	50,0	96	50,0
Evet	12	52,2	11	47,8
X ² :0,000 SD:1 p:1,000				
Günlük sigara kullanımı				
İçmiyor	77	45,3	93	54,7
İçiyor	31	68,9	14	31,1
X ² :7,008 SD:1 p:0,008				
Günlük içilen sigara sayısı (adet/gün)				
< 10 (içmeyenler dahil)	80	30,0	100	70,0
≥ 10	28	80,0	7	20,0
X ² :14,749 SD:1 p:0,000				
Egzersiz yapma durumu				
Hayır	89	19	61,4	27,1
Evet	56	51	38,6	72,9
X ² :20,786 SD:1 p:0,000				
Hekim olarak çalışma süresi (yıl)				
<3	52	50,5	51	49,5
≥3	56	50,0	56	50,0
X ² :0,005 SD:1 p:0,943				
Haftalık çalışma süresi (saat)				
40-50*	12	29,3	29	70,7
50-89	54	51,9	50	48,1
90-120	42	60,0	28	40,0
X ² :8,855 SD:2 p:0,003				
Aylık nöbet sayısı				
<6	41	41,0	59	59,0
≥6	67	58,3	48	41,7
X ² :6,345 SD:1 p:0,012				
Günlük ayakta kalma süresi (saat)				
1-4	36	44,4	45	55,6
≥5	72	53,7	62	46,3

*İstatistiksel olarak anlamlı fark haftalık çalışma süresi 40-50 saat olan gruptan kaynaklanmaktadır.



kullanılmadığını, %11.0'i (n=17) ise tanı için MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) veya röntgeninden en az birinin kullanıldığını belirtmiştir. Yine aynı grubun %81.2'si (n=125) herhangi bir tedavi uygulaması olmadığını, %18.8'ine (n=29) ise ilaç, fizik tedavi veya cerrahi tedavi yöntemlerinden en az birinin uygulandığını bildirmiştir.

Son üç ayda bel ağrısı sıklığı, kadın asistan hekimlerin %45.0'inde (n=59), erkek asistanların ise %45.8'inde (n=49) tespit edilmiştir (p>0,05). Zayıf olanların %44.4'ünde (n=4), normal kilolu olanların %46.5'inde (n=67), fazla kilolu olanların %53.7'sinde (n=29), obezlerin ise %100'ünde (n=8) bel ağrısı tespit edilmiştir (p<0,05). BKİ 25'in altında olanların %59.7'sinde (n=37), 25 ve üstünde olanların %46.4'ünde bel ağrısı saptanmıştır (p>0,05). Son üç ayda bel ağrısı sıklığı dahili branşlarda çalışan hekimlerde %36.0 (n=49), cerrahi branşlarda çalışan hekimlerde ise %74.2 (n=59) olarak bulunmuştur (p<0,01). Son üç aylık bel ağrısı sıklığı kronik hastalığı olanlarda %52.2 (n=16), olmayanlarda %50.0 (n=92) olarak bulunmuştur (Tablo-2).

Bel ağrısı sıklığı sigara içmeyen katılımcılarda %45.3 (n=77) iken, içenlerde %68.9 (n=31) olarak tespit edilmiştir (p<0,01). On adedin altında sigara içenlerde bel ağrısı sıklığı %30.0 (n=80) iken, on adet ve üstünde sigara içenlerde %80.0 (n=28) olarak bulunmuştur (p<0,01). Düzenli egzersiz yapanlarda yapmayanlara göre bel ağrısı sıklığı belirgin şekilde düşük olup sırasıyla %27.1 (n=19) ve %61.4'tür (n=89) (p<0,01) (Tablo-2).

Son üç aylık bel ağrısı sıklığı haftalık çalışma süresi 50 saatin altında olan asistan hekimlerde %29.3 (n=12), 50-89 saat olan asistanlarda %51.9 (n=54), 90 saat ve üzerinde olanlarda ise %60.0 (n=42) olarak tespit edilmiştir (p<0,01). Üç yıldan az süredir hekimlik yapanlarda bel ağrısı sıklığı %50.5 (n=52), üç yıl ve üzerinde görev yapanlarda %50.0 (n=56) olarak bulunmuştur (p>0,05) (Tablo-2).

Asistanlarda son üç aydaki bel ağrısı sıklığı ayda beş ve altında nöbet tutanlarda %41.0 (n=41), altı nöbet ve üzerinde tutanlarda ise %58.3 (n=67) olarak tespit edilmiştir (p<0,05). Günlük ayakta kalma süresi bir-dört saat olan hekimlerde %44.4 (n=36), beş saat ve üstünde çalışanlarda ise %53.7 (n=59) olarak bulunmuştur (p>0,05).

Tartışma

Ülkemizde asistan hekimlerde bel ağrısı prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin ortaya konulması bel ağrısının ortaya çıkmasını önlemede önemli bir basamak olacaktır. Altınel ve ark. Afyon Kocatepe Üniversite Hastanesi'nde gönüllü 268 öğretim üyesi, asistan hekim ve hemşirenin katılımıyla yaptıkları çalışmada, asistan hekimler arasında yaşam boyu bel ağrısı sıklığını %37.6 olarak bulmuştur (13). Mohammad ve ark. İranlı cerrahlar arasında yaptıkları çalışmada yaşam boyu, yıllık ve son bir aylık prevalansı sırasıyla %84.0, %71.0 ve %50.2 olarak bulmuştur (14). Hastanemizdeki çalışmada asistan hekimlerde yaşam boyu, son bir yıl içinde ve son üç ay içinde bel ağrısı sıklığının İran'da yapılan çalışmaya göre daha düşük olduğu ortaya konulmuş olup sırası ile %71.6, %64.2 ve %50.2 olarak tespit edilmiştir. Bu durumun sebebi İran'daki katılımcıların tümünün bel ağrısı için riskli grup olan cerrahlardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hekimler arasında yapılan diğer çalışmalar da yaşam boyu bel ağrısı sıklığını, Bejia ve ark(5) %52.0, Karahan ve ark(15) ise %63.0 olarak saptadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda yaşam boyu kronik bel ağrısı sıklığı %7.4 olarak bulunmuştur. Bejia ve ark. ise %12.0 ile bizim çalışmamızdan daha yüksek bir sıklık ortaya koymuşlardır (5). Yüksel'in 2010 yılında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde temizlik personeli ve hemşireler arasında yaptığı çalışmada son üç aylık bel ağrısı sıklığı kadınlarda %77.0 iken, erkeklerde %56.9 olarak bulunmuştur (4). Çalışmamızda ise son üç ayda bel ağrısı kadın asistan hekimlerin %45.0'ında erkek asistanların ise %45.8'inde tespit edilmiştir. Kadın cinsiyet bilinen bir risk faktörü olmasına karşın anlamlı fark olmaması, erkek asistan hekimlerin diğer bir önemli risk faktörü olan cerrahi branşlarda çalışmayı daha fazla tercih etmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Mohammad ve ark. obez hekimlerin %100'ünde, normal kiloda olanların da %27'sinde bel ağrısı olduğunu saptamışlardır (14). Çalışmamızda da sekiz obez hekimin tümünde bel ağrısı tespit edilmiştir.

Katılımcılar arasında son üç ayda bel ağrısı, bekar ve evli hekimlerde sırasıyla %49.3'ünde ve %51.9'ünde mevcut iken, Yüksel'in araştırmasında



bel ağrısı sıklığı bekar sağlıkçılarda %72.7, evli sağlıkçılarda ise %68,5'tir (4). Doğan ve ark. bel ağrısı sıklığını 7 yaş altı çocuğu olan diş hekimlerinde %72.0, olmayanlarda ise %75.0 bulmuştur (16) Çalışmamızda çocuk sahibi olan asistanlarda bel ağrısı sıklığı %58.7, olmayanlarda ise %47.9 olarak tespit edilmiştir.

Dahili branşlarda çalışan hekimlerde son üç ayda bel ağrısı sıklığı %36.0, cerrahi branşlarda çalışanlarda ise %74.2 olarak saptanmıştır. Mohammad ve ark.'nın çalışmasında cerrahlarda son bir aylık ve son bir yıllık prevalansı sırası ile %50.0 ve %71.0'dir (14). Albayrak ve ark. çalışmaları sırasında bel ağrısı sıklığının %17.0 ile en sık genel cerrahlarda, ikinci sırada ise %14.0 ile beyin cerrahlarında olduğunu tespit etmişlerdir (17). Altinel ve ark. çalışma sırasında bel ağrısı prevalansını cerrahi branşlarda görevli sağlık emekçilerinde %49.0, dahili branşlarda çalışanlarda %43.0 olarak bulmuştur (13). Ergonomik olumsuzluklarla ve uzun mesai süreleri ile karşılaşan cerrahi branşlarda çalışan hekimlerde bel ağrısının daha yaygın olduğu net bir şekilde ortaya konmuştur. Asistan hekimlerde iki grup arasındaki farkın çok daha yüksek olduğu görülmüştür. Cerrahi branşlarda çalışanların nöbet sayıları, haftalık çalışma süresi, ayakta kalma süreleri ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada her iki grupta da yüksek olan haftalık çalışma sürelerinin ortalaması cerrahi bölüm asistanlarında 88 saat, dahili branşlarda ise 64 saat olarak bulunmuştur.

Yüksel'in çalışmasında en az bir kronik hastalığı olanlarda son üç aylık bel ağrısı sıklığı %84.0, kronik hastalığı olmayanlarda ise %65.0 olarak bulunmuştur (4). Araştırmamızda ise bel ağrısı sıklığı kronik hastalığı olanlarda %52,2, olmayanlarda %50.0 olarak bulunmuştur. Bu çalışmadan farklı olarak araştırmamızda kronik hastalık varlığı olan hekimlerde, olmayanlara göre bel ağrısı sıklığında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Ankara'da 2006 yılında Karahan ve ark.'nın yaptıkları çalışmada sağlık emekçilerinde sigara kullananların yaşam boyu bel ağrısı prevalansını %70 bulurken, içmeyenlerde %63.0 olarak tespit etmiştir (15). Altinel ve ark. da hastane personelinde bel ağrısı sıklığını sigara içenlerde %58.0, içmeyenlerde ise %42.0 olarak bulmuştur (13).

Çalışmamızda son üç aylık bel ağrısı sıklığı sigara içen asistanlarda %68.9, on adet ve üstünde sigara içenlerde %80.0, on adedin altında sigara içenlerde %30.0 iken, içmeyenlerde %45.3 olarak bulunmuştur. Bel ağrısı sıklığının, günde on adedin altında sigara içenlerde, sigara içmeyenlerden daha az olması, bazı çalışmalarda ortaya koyulan sigaranın depresyonu azaltıcı etkisinin ve içerdiği nikotinin analjezik özelliğinin bel ağrısını azaltabileceği bilgisi ile uyumaktadır (17). Yüksel'in çalışmasında benzer şekilde bel ağrısı sıklığı sigara içmeyenlerde %67.0, on adedin altında sigara içenlerde %65.0, on adet ve üstünde içenlerde %84.2 olarak bulunmuştur (4). Aynı çalışmada sigara içenlerin %73.0'ünde, içmeyenlerin ise %67.1'inde bel ağrısı mevcuttur.

Asistan hekimlerde düzenli egzersiz yapanlarda yapmayanlara göre bel ağrısı sıklığı belirgin şekilde düşük olup sırasıyla %27.1 ve %61.4'tür. Çalışmamızın aksine önceki çalışmalarda egzersiz yapma durumunun bel ağrısı sıklığında önemli bir değişikliğe sebep olmadığı görülmektedir. Mohammad ve ark. cerrahlar arasında düzenli egzersiz yapanlarda bel ağrısı sıklığını %33.0, yapmayanlarda %43.0, Altinel ve ark. ise her iki grupta da %47.0 olarak bulmuştur (13,14). Yüksel son üç ayda bel ağrısı sıklığını egzersiz yapanlarda %67.0 yapmayanlarda ise %70.7, Karahan ve ark. ise spor yapanlarda yaşam boyu bel ağrısı sıklığını %67.8, yapmayanlarda ise %65.0 olarak bulmuştur (4,15). Asistan hekimlerin uzun çalışma süreleri, dinlenmelerine ve bel ağrısı için koruyucu bir faktör olan egzersiz uygulamalarına zaman ayırmalarına engel olabilmektedir.

Çalışmamızda üç yıldan az süredir hekimlik yapanlarda bel ağrısı sıklığı %50,5, üç yıl ve daha uzun süre görev yapanlarda ise %50.0 olarak bulunmuştur. Altinel ve ark. ise sırası ile %47.0 ve %48.0 olduğunu tespit etmişlerdir (13). Her iki çalışmada sıklıklar her iki grup için de benzer değerlere sahiptir.

Türk Tabipleri Birliği tarafından 2015 yılında yayımlanan Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu'nda asistan hekimlerin çalışma koşullarının olumsuz olduğu, %93.7'sinin nöbet sonrası izinin olmadığı, birçoğunun nöbet sonrası çalışmaya devam ettiği, çalışma süresinin 48 saati geçtiği ve sonuç olarak bu durumun hekimlerin sosyal ve fiziksel sağ-



lıklarını risk altına soktuğu ortaya konmaktadır (18).

Çalışmamızda, haftalık çalışma süresi ortalamaları 50 saatin altında olan asistan hekimlerde %29.3, 50-89 saat olan asistanlarda %51.9, 90 saat ve üzerinde olanlarda ise son üç aylık bel ağrısı sıklığı %60.0 olarak tespit edilmiştir. Mevzuatımızda devlet memurlarında 40 saatin üstünde, işçilerde ise 45 saatin üstünde çalışmanın fazla sürelerde çalışma anlamına geldiği göz önüne alındığında, çalışmamıza katılan asistan hekimlerin haftalık çalışma süresi ortalaması olan 73 saatin oldukça yüksek olduğu görülmektedir (19,20).

Son üç aydaki bel ağrısı sıklığı beş ve altında nöbet tutan asistanlarda %41.0, beşin üzerinde nöbet tutanlarda ise %58.3 olarak saptanmıştır. Yüksel(4) hemşire ve temizlik personeline nöbet tutanların %72.5'inde, tutmayanların ise %65.0'inde bel ağrısı varlığını tespit etmiştir. Nur ve ark. hemşireler arasında yaptığı çalışmada, vardiyalı çalışanlar arasında bel ağrısı olanların sıklığını %67.9, vardiyalı çalışmayanlarda %59.0 olarak bulmuştur (21). Nöbet tutma ve vardiyalı çalışma şekli uyku, beslenme ve egzersiz alışkanlıklarını değiştirerek sağlığı olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızda günlük ayakta kalma süresi bir-dört saat olan hekimlerde %44.4, beş saat ve üstünde olanlarda ise %53.7 olarak bulunmuş iken, Karahan ve ark.'na ait çalışmada ise sırasıyla %55.1 ve %68.2 olarak bulmuştur (15). Her iki çalışmada, bel ağrısı sıklığının ayakta kalma süresi fazla olanlarda yüksek olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda yer alan yaşamı boyunca en az bir kez bel ağrısı olduğunu belirten 154 hekimin %89.0'unda (n=137) herhangi bir tanı yöntemi tercih edilmemiş ve %11.0'inde (n=17) ise MRG veya röntgenden en az biri tercih edilmiştir. Aynı grupta hekimlerin %81.2'sine (n=125) herhangi bir tedavi uygulanmamış, %17.8'ine (n=29) ise ilaç, fizik tedavi veya cerrahi tedavi yöntemlerinden en az biri uygulanmıştır. Altinel ve ark. Afyon Kocatepe Üniversite Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları arasında bel ağrısı olanların %44.3'ünde MRG, bilgisayarlı tomografi veya röntgen tetkiklerinden en az birinin kullanıldığını, %44.4'ünün tedavi aldığını göstermiştir (13). Bizim çalışmamızda yer alan asistan hekimlerin Altinel ve ark. çalışmasına katılanlara göre, her-

hangi bir tanı ve tedavi yaklaşımına daha az yönelimleri görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Çalışma grubumuz içinde cerrahi branşlarda çalışanlarda, sigara kullananlarda, düzenli egzersiz yapmayanlarda, haftalık çalışma süresi ve aylık tutulan nöbet sayısı fazla olanlarda son üç aylık bel ağrısı sıklığının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Ülkemizde uygulanan sağlık politikaları üniversite ve araştırma hastanelerinde hasta başvuru sayılarını artırmıştır. Hizmetlerin aksamaması ve devamının sağlanması yine asistan hekimlere bırakılmıştır. Asistan hekimlerin, uzmanlık diplomalarını alabilmek için eğitim sürecinde bütün olumsuz şartları kabullendikleri gözlemlenmektedir. Hastane çalışanlarının sağlığı denilince sadece güvenlik sorunu akla gelirken, ağır çalışma koşulları ve uzun çalışma sürelerinin sağlık açısından büyük bir risk yarattığı çoğu zaman göz ardı edilmiştir. Bu durumun değişmesi, toplumsal bir hak olan sağlıklı ve güvenli koşullarda çalışma hakkının oluşturulması hem hizmeti üretenler hem de kullananlar (toplum) açısından oldukça önemlidir. Bu konuda başlıca yapılması gerekenler;

- Uzun çalışma saatleri ve fazla nöbetler sınırlandırılmalı, uluslararası normlara göre düzenlenmeli, dinlenme hakkı tanınmalı ve nöbet sonrası izin hakkı kullanılmalıdır.
- Uzmanlık eğitimi alan hekimin hizmet sunan bir emekçi olduğu, meslek hastalığı veya iş ile ilişkili bir hastalıkla karşılaşabileceği unutulmamalıdır.
- Hastanelerdeki kimyasal, biyolojik, fiziksel, ergonomik vb. tüm riskler değerlendirilerek ortaya konmalı, çalışma alanları bu durum göz önüne alınarak düzenlenmelidir.
- Sevk sisteminin düzenli olarak işlemesi sağlanarak üniversite ve araştırma hastanelerinde artan işyükünün azaltılması hedeflenmelidir.
- Asistan hekimlere çalıştıkları bölümün ergonomik ve psikolojik olarak zorluk derecesine göre mola süresi hakkı sağlanmalıdır.
- Bu haklar, işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmeti veren kamu kuruluşları tarafından takip edilmeli ve yöneticilerin insiyatifine bırakılmamalıdır.



• Asistan hekimler arasında sigara kullanmama, egzersiz yapma gibi sağlığı olumlu etkileyecek alışkanlıklar teşvik edilmelidir.

*Bu araştırma 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde (Ekim 2015) poster bildiri olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Kabataş MS, Kocuk M, Küçükler Ö. Sağlık Çalışanlarında Bel Ağrısı Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. F.Ü. Sağ. Bil. Tıp Derg 2012;26(2):65-72.
2. Hasanefendioğlu Ez ve ark. Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi: Ağrı, Klinik Ve Fonksiyonel Durumun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Turk J Phys Med Rehab 2012; 58: 93-8.
3. İşle İlgili Kas Ve İskelet Sistemi Hastalıklarına Giriş-Europa https://Osha.Europa.Eu/Fop/Turkey/Tr/.../Oshayayin/Cv_Fs_71.Pdf. Erişim Tarihi; 01.06.2015.
4. Yüksel S. Kocaeli Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesinde Hasta Bakımında Görev Alan Hemşire ve Personelde Bel Ağrısı Sıklığı ve Etkileyen Etmenler. Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. (Danışman Yrd. Doç. Dr. Çiğdem Çağlayan) Kocaeli 2010.
5. Bejia I, Younes M, Jamila Hb Et Al. Prevalence And Factors Associated To Low Back Pain Among Hospital Staff. Joint Bone Spine 2005;72:254-59.
6. Üstün Z. Bir Üniversite Hastanesi Hemşirelerinde Bel Ağrısı Sıklığı Fonksiyonel Yetersizlik Düzeyi Ve İlişkili Etmenler. Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Ankara (Danışman Doç. Dr. M. Esin Ocaktan) Ankara 2014.
7. Büker N, Aslan E, Altuğ F, Cavlak U. Hekimlerde Kas İskelet Sistemi Problemlerinin Analizi. Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2006;10:163-170 .
8. Bork EB, Cook TM, Rosecrance JC, Engelhardt KA, Thomason MJ. Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Physiotherapists. Physical Therapy. 1996;76(8):827-835.
9. Özkan Ö, Emiroğlu N. Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Hizmetleri. Cu Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(3):43-51.
10. Parlar S. Sağlık Çalışanlarında Göz Olmayan Bir Sorun Sağlıklı Çalışma Ortamı. Taf Prev Med Bull 2008;7(6):547-554.
11. Tunç P. Sağlık Çalışanlarında Kas İskelet Sistemi Bozuklukları İle İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Başkent Üniversitesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Zuhal Gültekin) Ankara 2008.
12. Seidell JC, Flegal KM. Assessing Obesity: Classification And Epidemiology. British Medical Bulletin 1997;53(2):238-252.
13. Altınel L, Köse KÇ, Altınel EC. Profesyonel Hastane Çalışanlarında Bel Ağrısı Prevalansı ve Bel Ağrısını Etkileyen Faktörler. Tıp Araştırmaları Derg 2007;5:115-20.
14. Mohseni-Bandpei MA, Ahmad-Shirvani M, Golbabaei N, Behtash H, Shahinfar Z, Fernández-De-Las-Peñas C. Prevalence And Risk Factors Associated With Low Back Pain İn Iranian Surgeons. Journal Of Manipulative And Physiological Therapeutics; 34(6): 362-370.
15. Karahan A, Kav S, Abbasoglu A, Dogan N, Low Back Pain. Journal Of Advanced Nursing 2009;65(3): 516-24.
16. Doğan A. Ankara'da Bulunan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Diş Hekimlerinde Kas İskelet Sistemi Yakınmaları Ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. (Danışman Doç. Dr. Ali Naci Yıldız) Ankara 2011.
17. Albayrak İ, Şahin N, Karahan AY, Uğurlu H. Sigara Kullanımının Bel Ağrısı ile İlişkisi. Genel Tıp Derg 2010;20(2):55-59.
18. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu. Türk Tabipleri Birliği 2015.
19. T.C.Resmi Gazete, İş Kanunu, Kanun No:4857, Tarihi;10.06.2006. Sayısı 25134.
20. T.C.Resmi Gazete, Devlet Memurları Kanunu, Kanun No:657, Tarihi: 23/07/1965. Sayısı: 12056 .
21. Aksakal N, İlhan MN, Yüksel H ve Ark. Bir Üniversite Hastanesinde Hemşire, Sağlık Memuru Ve Hastabakıcılarda Bel Ağrısı Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi 2015;9(32); 38-46.●



BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE TEKNİSYENLERİN MESLEKİ RİSK ALGISININ BELİRLENMESİ*

Seraf ERKAN

Uzm. Hem., Pamukkale Üniv. Eğitim, Uygulama ve Arş. Merkezi, Eğitim Hemşiresi

Mehmet ZENCİR

Prof. Dr., Pamukkale Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Özet

Amaç: Bu çalışma bir üniversite hastanesinde çalışan hemşire ve teknisyenlerin mesleki risk algılama durumları ve bunu etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışma bir üniversite hastanesinde 10 Ağustos – 5 Eylül 2012 tarihlerinde yürütülmüştür. Toplam 349 hemşire ve teknisyenin 240'ına (%69) ulaşılmıştır. Sosyodemografik özellikler, çalışma yaşamı ve mesleki risk algısı ve koruyucu önlemlerden oluşan anket formu ile veriler toplanmıştır. Verilerin analizinde ki-kare analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %88,3'ü hemşire, %11,7'si teknisyen, %83,8'i kadındır ve yaş ortalaması ise $29,9 \pm 6,1$ dir. Hemşire ve teknisyenlerin yarısından fazlası (%51,0) kliniklerde çalışmaktadır. Çalışanların %60,3'ü kadrolu iken; %18,8'i taşeronla bağlı (4857) istihdam edilmektedir.

Hemşire ve teknisyenlerin %2,1'i işi risksiz algılarken, %69,6'sı çok riskli algılamaktadır. Hemşirelerin işi riskli algılamaları (%90,0) teknisyenlere göre (%75,0) daha yüksektir ($p=0,029$). Yoğun bakım /derlenme ve merkezi sterilizasyon ünitelerinde çalışanların işi riskli algılamaları (%100,0), diğer birimlere göre daha yüksektir ($p<0,001$). En sık belirtilen riskli durum invaziv girişimlerdir (%45,0), bunu enfeksiyon (%19,0), hasta ve hasta yakınları (%11,3) izlerken; en az ifade edilen koruyucu önlem almadan çalışma (%1,3) olarak belirtilmiştir. Çalışma ortamında maruz kalınan riskler

sıklık sırasına göre sürekli ayakta kalma (%86,5), enfeksiyon (%64,2), dezenfektanlar (%48,3), ağır kaldırma (%31,9), radyasyon (%28,1), iğne batması (%24,7), yaralanma (%18,3), antineoplastikler (%15,9), şiddet (%14,1) ve anestezi gazları (%5,5) olarak ifade edilmiştir. Hemşire ve teknisyenlerin çoğunluğu (%97,1) önlem gereksinimi olduğunu dile getirmiştir.

Sonuç: Hemşire ve teknisyenler işlerini riskli algılamaktadırlar. Hemşirelerde, yoğun bakım/derlenme ve merkezi sterilizasyon ünitelerinde risk algısı daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanı, tehlike, risk, risk algısı

Abstract

The Determination of Occupational Risk Perception of The Nurses and Technicians Working at a University Hospital

Purpose: This study was performed in order to find out profession risk status of technicians and nurses who work in at a university hospital.

Method: This sample-section (cross-sectional method) study was performed between 10 August – 5 September, 2012 at a university hospital 40 of the total 349 nurses and technicians (69%) were reached. All the data was collected with the questionnaire which consists of work life, perceiving of the occupational risk, social features and safety precautions. Chi-square analysis was used.

Results: 88,3% of the participants are nurses, 11,7% are technicians and 83,8% are women. The



average of age is $29,9 \pm 6,1$. More than half of the nurses and technicians (51%) work in clinics. While 60,3% of the workers are permanent staff, 18,8% of them are employed as impermanent staff.

While 2,1% of nurses and technicians perceive the job to be not risky, 69,6% of them perceive it to be very risky. Nurses perceiving the job risky (90,0%) is higher than technicians (75,0%) ($p=0,029$). Intensive care/recovery and central sterilization units' staffs perceiving the job to be risky (100%) is higher than the other units. ($p<0,001$). The riskiest states indicated are invasive enterprises (45,0%), which is listed as infection (19,0%), patient and watchers (11,3%), and working without taking protective measures is stated as the least. The risks exposed at working environment, according to frequency rate, are stated as standing (86,5%), infection (64,2%), disinfectants (48,3%), lifting (31,9%), radiation (28,1%), sting (24,2%), injury (18,3%), antineoplastics (15,9%), violence (14,1%) and anesthetic gases (5,5%). Most of the nurses and technicians (97,1%) have stated that measures are needed.

Conclusion: Nurses and technicians perceive their job to be risky. For nurses perception of risks at intensive care and central sterilization units is higher.

Key words: Health care worker, danger, risk, risk perception

Giriş ve Amaç

Bütün dünyada hizmet sektörü genişlemiş, çalışan sayısı artmıştır. Sanayi alanında çalışanların sorunu olarak algılanan işçi sağlığı ve güvenliği konuları hizmet sektörü çalışanları için de önemli hale gelmiştir. Hizmet sektörü içinde sağlık sektörü de önemli bir yere sahiptir (1,2). Son yıllardaki tanı ve tedavi ile ilgili teknolojik gelişmeler, artan nüfus, yaşam süresinin uzaması, çeşitlenen hastalıklar vb. sağlık sektörünü yatırım yapılacak ciddi bir alan haline getirmiştir (3). Hızlı nüfus artışı, sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, sağlık alanının yatırım alanı haline gelmesi hastanelerin sayısında ciddi artış şeklinde karşımıza çıkmıştır. Seksenlerin başında 827 olan hastane sayısı 2012 yılında 1.483'e ulaşmıştır. Benzer şekilde sağlık personeli sayısında da artış gerçekleşmiştir. 1980 yılında 101.839 olan sağlık personeli sayısı 2012 yılında

698.518'e ulaşmıştır. Artış en fazla başta hemşire ve sağlık memuru olmak üzere hekim dışı sağlık personeli sayısında gerçekleşmiştir. 1980 yılında 26.880 olan hemşire sayısı 2012 yılında 134.906'ya ulaşmıştır (4). Türkiye'de sağlık çalışanlarının yaklaşık %80'i halen hastanelerde çalışmaktadır (5).

Sağlık hizmetleri işkolu kompleks bir içeriğe sahiptir. Özellikle hastaneler sağlık, konaklama, mühendislik vb. birçok faaliyeti kapsamaktadır. Hastaneler elektrik-elektronik cihazların yaygın olarak kullanıldığı, ağır malzemelerin ve hastaların taşındığı, kimyasal ve radyoaktif maddelerin sık kullanıldığı, biyolojik materyal, kesici delici aletlerin bir arada bulunduğu, çamaşırhane, sterilizasyon gibi hizmet üreten ünitelerin, depoların, tehlikeli atıkların bulunduğu ve stresli kalabalık bir hasta grubunu barındıran yerlerdir. Bütün bunların yanında yoğun çalışma temposu, uzun süreli ve kesintisiz çalışma, vardiyalı çalışma vb. etkenler sağlık çalışanlarının diğer işkollarında çalışanlara göre daha çeşitli meslek riskleri ile karşılaşmasına ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (6,7). Nitekim 29 Mart 2013 tarih ve 2862 sayılı Resmi Gazetede İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği de bunu kanıtlar niteliktedir. Bu tebliğde hastaneler, çok fazla meslek hastalığı, iş kazası ve bunlara bağlı ölümlerin yaşandığı maden işkolu ile aynı sınıfta, çok tehlikeli sınıf işkolları listesinde yer almıştır (8).

Sağlık politikalarındaki özelleştirmeye giden değişim, hastanelerin işleyiş ve çalışma koşullarını da değiştirmiştir. Hastaneler kâr amacı güden işletmeler haline dönüşmeye başlamıştır. Sağlık hizmetinin başarısı maliyet analizleriyle değerlendirilmeye başlandığı için az sayıda sağlık çalışanıyla çok iş yapılması istenmekte bu da sağlık çalışanlarının işyükünü ve hastanede geçirdikleri çalışma sürelerini artırmaktadır. Özelleştirmeyle birlikte bazı hizmetlerin taşeron şirketler tarafından verilmesinden dolayı farklı yönetim biçimleri oluşmuştur. Bütün bu olumsuz değişimler gerekli güvenlik önlemleri alınmadığında çalışma ortamının tehlike ve risklerini artırmaktadır (5).

Sağlık hizmet üretimi yapan işyerleri sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı açısından en riskli grupta yer almalarına ve sağlık politikalarıyla birlikte bu risklerin artmasına rağmen sağlık çalışanlarına



yönelik yapılan işçi sağlığı ve güvenliği çalışmaları hala çok yetersizdir. İşçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri ile meslek hastalıklarının, iş kazalarının ve işe bağlı sağlık sorunlarının önlenmesinde tehlike ve risklerin belirlenmesi önemli yer tutmaktadır. Tehlike kötü sonuca yol açabilecek durum, risk ise tehlikenin ortaya çıkması sonucu oluşan zarar, kaza ve yaralanma olarak tanımlanmaktadır (2,9,10). “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu”nda (No 6331, Md 3) tehlike; işyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek, çalışmanı veya işyerini etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyeli olarak tanımlanmıştır (11). Risk ise belirli bir süre içerisinde, belirli ve istenmeyen bir olayın meydana gelme olasılığıdır. “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu”nda risk; tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimali olarak tanımlanmıştır (11). Bir başka tanımla risk, tehlikenin açığa çıkma olasılığı nedeniyle meydana gelebilecek zarar, hasar veya yaralanmadır. Riskin varlığından söz edebilmek için üç koşul gereklidir: Riskin kaynağı, maruziyet ve olumsuz sonuçlar (12). Risklerin kontrol altına alınması için, hangi riskin öncelikle kontrol edilmesi gerektiği ve bunun nasıl bir plan dahilinde yapılabileceği, kontrol uygulamalarının sonuçlarının nasıl değerlendirileceği konuları “risk yönetimi” olarak tanımlanmaktadır (2). Risk yönetiminin önemli bileşenlerinden biri olan risk algısı ise; riskin niteliği ve şiddeti hakkındaki öznel yargıdır (2,9). Risk algısını etkileyen etmenler; maruz kalışın gönüllü ya da zorunlu olması, riskin kontrol edilebilirliği, riske aşına veya yabancı olunması, geri dönülebilirlik, riske maruz kalan kişi sayısı, riskin etkisinin geç ya da erken çıkması, sonucun şiddeti, sonucun olağan ya da dehşet verici olması ve riskin sonuçlarının çalışan tarafından bilinmesi şeklinde tanımlanmıştır (5,9,13). Çalışan işi gönüllü yapıyorsa ya da yaptığı işin yarar sağlayacağını düşünüyorsa yaptığı işi riskli algılamaz (14). Risk algısı, çalışanın deneyimlerinden, bilgisinden, emir alıp almama durumundan, psikolojik ve kültürel özelliklerinden etkilenmektedir (5,13,15). İç faktörler (deneyim, hafıza, stres, ruh hali) ve dış faktörler (çevre, gruplar, işaretler, koruyucu faktörlerin olmaması) algıyı, algı da kararları etkileyerek güvenli ya da riskli davranışın oluşmasına neden olmaktadır (14).

Hastanelerdeki işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri kapsamında tehlike ve risklerin belirlenmesinin yanında çalışanların risk algısının da belirlenmesi önem arz etmektedir (5). Sağlık çalışanlarının çalışma ortamı tehlike ve risklerini nasıl algıladıklarıyla ilgili çalışmalar az sayıda olup daha çok bölümlere özelleşmiş (radyoloji, mikrobiyoloji) ve tek bir sorun alanına (kesici delici alet yaralanması vb.) yöneliktir. Yine mevcut çalışmalar daha çok hekim ve hemşirelere yönelik olup teknisyenleri kapsayan çalışmalar daha azdır. Bu çalışma bir üniversitesi hastanesinde çalışan hemşire ve teknisyenlerin mesleki risk algılama durumları ve ilişkili etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma bir üniversitesi eğitim, uygulama ve araştırma hastanesinde yürütülmüştür. Hastane 336 yatak kapasitesine sahiptir. Yılda ortalama 314.134 kişi ayaktan poliklinik hizmeti, 24.390 kişi de servislere yatarak hasta hizmeti almaktadır. Ayrıca yıllık ortalama 23.528 ameliyat, 146.768 radyoloji işlemi ve 2.656.107 laboratuvar işlemi yapılmaktadır. Kesitsel tipteki bu çalışmada örnek seçilmemiş hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyeni ve sağlık teknikeri olarak çalışan tüm çalışanlar çalışmaya alınmıştır. Hastanede evren kapsamında 229 hemşire, 18 ebe, 14 sağlık memuru, 30 sağlık teknikeri, 45 sağlık teknisyeni ve 13 laborant olmak üzere 349 kişi vardır. Toplam 349 hemşire ve teknisyenin 240’ına (%69) ulaşılmıştır.

Çalışmanın temel bağımlı değişkeni mesleği riskli olarak algılama durumudur. İşle ilgili risk algısı dörtlü likert (hayır-hiçbir riski yok, biraz riskli, orta düzeyde riskli, çok riskli) sorgulanmıştır. Mesleki risklerle ilgili olarak işte riskli algıladıkları durumlar, mesleki risklere maruziyet durumları, bilgilendirildikleri riskler, risklerle ilgili bilgilendirilen birim, işçi sağlığı ve güvenliği çalışmaları (önlemler, sağlık taramaları, risk tespit çalışmaları, kişisel koruyucu malzeme teminini) ve mesleki risklere yönelik kurumdan beklentileri sorgulanmıştır. İlişkili etmenler olarak sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, kadro durumu), çalışma yaşamı ile ilgili özellikler (unvanı, çalıştığı bölüm, çalışma saatleri, nöbet sayısı, fazla mesai, fazla mesailerin ödenmesi, görevi dışında iş yapma durumu) bağımsız değişkenler



olarak sorgulanmıştır. Veriler sosyo-demografik özellikler, çalışma yaşamı ve mesleki risk algısı ve koruyucu önlemlerden oluşan anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. İşle ilgili risk algısı sorusuna hayır, hiçbir riski yok ve biraz riskli yanıtları “*riskli değil*”, orta düzeyde ve çok riskli yanıtları “*riskli*” olarak değerlendirilmiştir. Risklerle karşılaşma durumlarına göre hiç ve bazen karşılaşanlar “*hiç-bazen*”; sık sık ve sürekli karşılaşanlar “*sık sık-sürekli*” olarak kabul edilmiştir. Önlemlerden herhangi birini kullananlar “*önlem alan*”, hiç birini kullanmayanlar “*önlem almayan*” olarak kabul edilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS versiyon 10/0 istatistiksel paket program yardımıyla bilgisayar ortamında; tanımlayıcı istatistik, analitik istatistik (kikare analizleri) kullanılmıştır. Sosyo-demografik özellikler, çalışma yaşamına ilişkin bilgiler ile işle ilgili risk algısı, önlem alma durumu, işle ilgili hastalık geçirme öyküsü, riskle karşılaşma düzeyi arasındaki ilişkiler ki-kare analizleri test edilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırma ile ilgili izin üniversite hastanesinden alınmıştır.

Bulgular

Araştırmada 211 hemşire, 28 teknisyen olmak üzere toplam 240 çalışana (%69) ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmama nedenleri olarak kişilerin izinli, raporlu ve üç kez gidilmesine karşın anketi

doldurmaması ve araştırmaya katılımı ret etmesidir.

Araştırmaya katılanların çoğunluğu (%83,8) kadındır, yaş ortalaması ise 29.9 ± 6.1 dir. Yaklaşık yarısı (%48,7) 30 yaştan küçük, %62,1'i evli, %55,0'i lisans mezunudur (Tablo-1). İstihdam açısından kadrolu (657-4a) personeller %60,3 iken, taşeron şirket (4857) üzerinden çalışanlar %18,8'dir. Araştırmaya katılanların yaklaşık yarısı (%51,0) kliniklerde çalışmaktadır (Tablo-2).

Sağlık çalışanlarının mesleki risk algıları kapsamında işi riskli algılama durumları, hastane ortamında risk taşıyan durumlar, riskli durumlarla karşılaşma sıklıkları, konu hakkında bilgilendirilme durumları sorgulanmıştır. Çalışanların %69,5'i işlerini çok riskli algıarken, %2,1'i riskin olmadığını, %9,6'sı ise biraz riskli olduğunu ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %88,3'ü işlerini riskli (orta düzey riskli + çok riskli) algılamıştır. Hemşirelerin %90,0'i riskli (orta düzey riskli + çok riskli) algıarken; teknisyenlerin %75,0'i riskli (orta düzey riskli + çok riskli) algılamıştır (Tablo-3), Araştırmaya katılanlar için en sık belirtilen riskli durum invaziv girişimlerdir (%45,0). Bunu enfeksiyon (%19,2), hasta ve hasta yakınları (%11,3) izlerken koruyucu önlem almadan çalışma en az belirtilen (%1,3) risk taşıyan durumdur (Tablo-4). Araştırmaya katılanların çalışma ortamından kay-

Tablo-1: Hemşire ve teknisyenlerin sosyo demografik özellikleri

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	201	83,8
Erkek	39	16,3
Yaş		
<25	55	22,9
25-29	62	25,8
30-34	61	25,4
35 ve üzeri	62	25,8
Medeni Durum		
Evli	149	62,1
Bekar	80	33,3
Dul-Boşanmış	11	4,6
Eğitim Durumu		
Sağlık Yüksek Okulu (SYO)	132	55,0
Sağlık Hizmetleri MYO (SHMYO)	55	22,9
Sağlık Meslek Lisesi	44	18,3
Yüksek Lisans	9	3,8

Tablo-2: Katılanların çalışma yaşamına ilişkin özellikleri

	Sayı	%
Kadro Durumu		
657-4a	144	60,3
657-4b	50	20,9
Taşeron (4857)	45	18,8
Görev Ünvanı		
Hemşire/sağlık memuru/ebe	211	88,3
Teknisyen	28	11,7
Yanıtsız	1	
Çalışılan Bölüm		
Klinikler	122	51,0
Yoğun bakım/derlenme	33	13,8
Acil	20	8,3
Ameliyathane	16	6,7
Laboratuvarlar	14	5,8
Görüntüleme merkezleri	13	5,4
Poliklinikler	8	3,3
Kan alma	8	3,3
Merkezi sterilizasyon ünitesi	5	2,1
Yanıtsız	1	0,4



Tablo-3: Araştırmaya katılanların işi riskli görme durumu

	Hemşireler		Teknisyenler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İşe İlişkin Risk Algı Durumu						
Risk Yok	3	1,4	2	7,1	5	2,1
Biraz Riskli	18	8,5	5	17,9	23	9,6
Orta Düzey Riskli	38	18,0	7	25,0	45	18,8
Çok Riskli	152	72,0	14	50,0	166	69,5

Tablo-4: Araştırmaya katılanlara göre hastane ortamı ile ilgili riskli algılanan durumlar

Riskli Algılanan Durumlar	Sayı	%*
İnvaziv girişimler	108	45,0
Enfeksiyon	46	19,2
Hasta ve hasta yakınları	27	11,3
Kemoterapötik ilaçlar	24	10,0
Kullanılan aletler	24	10,0
Kimyasal maddeler	17	7,1
Radyasyon	16	6,6
Gece nöbeti	13	5,4
Ağır kaldırma	10	4,2
Uzun süre ayakta kalma	8	3,3
Eksik malzeme	5	2,1
Tüberküloz	5	2,1
Atıklar	4	1,7
Koruyucu önlem almadan çalışma	3	1,3

*Birden fazla yanıt verilebilir

nakli risklerle sürekli ve sık sık karşılaşma durumları birlikte ele alındığında sürekli ayakta kalma (%86,5), enfeksiyon (%64,2) ilk iki sırayı almakta, bunu hasta ve hasta yakınları ile kemoterapötikler izlemektedir (Tablo-5).

Araştırmaya katılanların çalışma ortamından kaynaklı risklerle sürekli ve sık sık karşılaşma durumları birlikte ele alındığında ilk iki sırada

sürekli ayakta kalma (%86,5) ve enfeksiyon (%64,2) yer almaktadır. Bunu dezenfektanlar (%48,3), ağır kaldırma (%31,9), radyasyon (%28,1), iğne batması (%24,7), yaralanma (%18,3), antineoplastikler (%15,9), şiddet (%14,1) ve anestezi gazları (%5,5) izlemektedir (Tablo-5).

Araştırmaya katılanların yarısı mesleki risklerle ilgili bilgilendirilmiştir. Bilgilendirildikleri riskler arasında enfeksiyon (%74,4) ilk sırayı almakta, bunu ilaçlar (kemoterapötikler vb.) (%11,6) ve radyasyon (%6,6) izlemektedir. Bilgi verenlerin %40,0'ü birim sorumlusudur ve bunu Enfeksiyon Kontrol Komitesi (%19,0) izlemektedir (Tablo-6).

İş riskli olarak algılama ilişkili etmenler araştırıldığında; yaş, görev ünvanı ve görev yeri ile iş riskli olarak algılama arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken, cinsiyet, eğitim durumu, kadro durumu, çalışma şekli, nöbet/icap, fazla mesai, görev dışı iş ve risk bilgisi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yirmi beş yaştan küçüklerde (%78,2) ve 35 yaşın üzerindekielerde (%83,9) iş riskli algılama daha düşüktür ($p=0,007$). Hemşirelerin iş riskli algılamaları (%90,0) teknisyenlere göre (%75,0) daha yüksektir ($p=0,029$). Yoğun

Tablo-5: Araştırmaya katılanların çalışma ortamından kaynaklı risklerle karşılaşma sıklığı

Riskler	Sürekli Sayı (%)	Sık sık Sayı (%)	Bazen Sayı (%)	Hiç Sayı (%)
Sürekli ayakta kalma	120 (50,6)	85 (35,9)	24 (10,1)	8 (3,4)
Enfeksiyon	72 (30,4)	80 (33,8)	76 (32,1)	9 (3,8)
Dezenfektan solüsyonlar	60 (25,4)	54 (22,9)	83 (35,2)	39 (16,5)
Radyasyon	32 (13,6)	34 (14,5)	73 (31,1)	96 (40,9)
Ağır kaldırma	24 (10,2)	51 (21,7)	111 (47,2)	49 (20,9)
Antineoplastik ilaçlar	19 (8,2)	18 (7,7)	47 (20,2)	149 (63,9)
İğne batması	16 (6,7)	43 (18,0)	158 (66,1)	22 (9,2)
Yaralanma	11 (4,7)	32 (13,6)	145 (61,4)	48 (20,3)
Şiddet	15 (6,6)	17 (7,5)	94 (41,6)	100 (44,2)
Anestezi gazları	9 (3,8)	4 (1,7)	26 (11,1)	195 (83,3)



bakım /derlenme ve merkezi sterilizasyon ünitelerinde çalışanların (%100,0) işi riskli algılamaları daha yüksektir ($p < 0,001$).

Önlemler başlığında önlem gereksinimi, el yıkama, eldiven giyme, koruyucu önlem kullanımı, KKD temini, bölüme özel önlemler, tarama, aşı, risk değerlendirme başlıklarında veriler toplanmıştır. El yıkama davranışı sorgulandığında, araştırmaya katılanların tümü (%98,8'i) tuvalet sonrası, %98,7'si vücut sıvıları, sekresyonları, mukoza, bütünlüğü bozulmuş deri ya da yara ile temas halinde, %97,5'i mikroorganizmaların bulaşma olasılığı yüksek cisimlere temas sonrası, %95,0'i hastaya veya kontamine olması mümkün eşyalara dokunduktan sonra (her zaman) ve %86,7'si eldiven çıkartıldıktan sonra ellerini yıkadıklarını belirtmiştir. Bununla birlikte hemşire ve teknisyenlerin %75,6'sı hasta ile yüzeysel temastan sonra, %72,8'i tuvalete gitmeden önce ve %50,6'sı diğer hastaya geçerken her zaman el yıkadığını belirtmiştir.

Hemşire ve teknisyenlerin çoğunluğu vücut dışına atılan maddelerle temas olasılığı olduğunda (%96,7) ve mikroorganizmaların bulaşma olasılığı yüksek cisimlere temas öncesi (%94,2) her zaman eldiven giydiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte invaziv işlemler sırasında eldiveni her zaman giyenler %80,8 ve hasta ile temastan önce giyenler %56,8'dir.

Eldiven ve el yıkama dışında alınan koruyucu önlemler arasında maske-önlük ve gözlük kullanı-

Tablo-6: Araştırmaya katılanların mesleki risklerle ilgili bilgilendirilme durumları

Çalışma Ortamının Risklerine İlişkin Bilgilendirilme	Sayı	%
Evet	121	50,4
Hayır	119	49,6
Hangi Riskler		
Enfeksiyon	90	74,4
İlaçlar (kemoterapötikler)	14	11,6
Radyasyon	8	6,6
Yanıtız	128	15,7
Risk eğitimi veren birim/sağlık çalışanı*		
Birim sorumlusu	49	40,5
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	23	19,0
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü	17	14,1
Çalışma arkadaşı	14	11,6
Doktorlar	4	3,3
Yanıtız	24	19,8

*Birden fazla yanıt verilebilir

mı (%28,8) ve el dezenfektanı (%23,8) ifade edilmektedir. Önlem kullanımını belirtmeyenler %53'tir (Tablo-7).

Hemşire ve teknisyenlerin aşı yaptırmaya durumu incelendiğinde %83,3'ünün hepatit B, %45,4'ünün tetanoz, %8,3 BCG ve %0,4'ü grip aşısı yaptırdığını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan hemşire ve teknisyenlerin %75,6'sı maske, %72,0'ı eldiven, %58,3'ü önlük temininde günlük çekmezken; %50,3'ü kurşun önlük/boyunluk, %25,9'u da sabun/kağıt havlu temininde günlük çekmektedir. Hemşire ve teknisyenlerin %70,1'i çalıştıkları bölümde koruyucu önlem alınmadığını, %84,6'sı sağlık taraması yapılmadığını ve %94,2'si çalıştığı birimde risk değerlendirmesinin yapılmadığını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşire ve teknisyenlerin öz-bildirimine dayalı işle ilgili hastalık sıklığı sırasıyla varis (%38,8), depresyon (%22,9), diskal herni (%16,3), astım (%12,5), hepatit (%1,7) ve tüberküloz (%1,7). Bununla birlikte araştırmaya katılanların üçte birinden fazlası (%39,6) bu soruya yanıt vermemiştir.

Tablo-7: Araştırmaya katılanların işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili önlem alma/kullanma durumları

Önlemler	Sayı	%
Birimde alınan Önlemler		
Yok	164	70,1
Var	70	29,9
Koruyucu ekipman kullanma	22	31,4
İzolasyon odaları	9	12,9
Duvarların kurşun kaplı olması	3	4,3
Atıkların ayrılması	3	4,3
Ortamın çamaşır suyuyla temizliği	2	2,9
Kemoterapi ilaçlarının özel üniteye hazırlanması	1	1,4
Aşı yapılması	1	1,4
Sağlık Taraması Yapılma Durumu		
Hayır	203	84,6
Evet	37	15,4
Hepatit markerları bakılıyor	25	67,6
Kan tetkiki	8	21,6
Göz muayenesi	3	8,1
EKG	2	5,4
Akciğer grafisi	2	5,4
Kişisel Koruyucu Donanım	Sayı	%
Maske-önlük-gözlük	69	28,8
El dezenfektanı	57	23,8
Ortam temizliği	4	1,7
Kurşun önlük	1	0,4
Yanıtız	125	53,0



Araştırmaya katılan hemşire ve teknisyenlerin iş nedeniyle %63,3'ü sosyal yaşantısının, %53,3'ü fiziksel sağlığının, %47,1'i ruhsal sağlığının, %34,6'sı çocuklarının bakımının, %30,8'i evliliklerinin etkilendiğini belirtmektedir.

Hemşire ve teknisyenlerin %97,1'i önlem alma gereksinimi olduğunu ifade etmiştir. Kurumun alacağı önlemler arasında ilk sırayı %41,1 ile personel desteği yer almaktadır. Bunu sağlık taraması (%27,7), eğitim (%26,8), risk analizi (%11,6), koruyucu ekipman (%9,8), güvenliğin sağlanması (%9,8), mobbingin engellenmesi (%7,2), çalışma saatlerinin düzenlenmesi (%6,3), psikolojik destek motivasyon (%6,3), fiziki koşulların düzenlenmesi (%5,4) ve çalışan sağlığı biriminin aktif çalışması (%0,9) izlemektedir.

Tartışma

Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde çalışan hemşire ve teknisyenlerin %88,3'ü çalışma ortamını riskli olarak algılamaktadır. Çalışma ortamını riskli olarak algılama hemşirelerde (%90,0) teknisyenlerden (%75,0) daha yüksektir.

Hemşirelerin çalışma ortamının risk açısından değerlendirildiği araştırmalarda riskli görme %70,9 ile %94,2 arasında değişmektedir (16,17). Lüleburgaz Devlet hastanelerinde yapılan çalışmada hemşirelerin %88,9'unun yüksek mesleki risk algısına sahip olduğu (16), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci ve İbni Sina hastanelerinde çalışan hemşirelerin %70,9'unun çalışma ortamlarını çok yüksek ve yüksek riskli değerlendirdikleri görülmüştür (17). Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre işi riskli algılama konusunda bizim bulgumuz diğer çalışmalara benzerlik göstermektedir.

Genel risk algılarıyla yapılan çalışmalarının yanı sıra tek bir riske indirgenmiş çalışmalarda bulunmaktadır. Hekim, hekim adayları, hemşire ve laboratuvar teknisyenlerinin Hepatit B ile ilgili risk algılamalarına yönelik yapılan bir çalışmada hepatit B bulaşma açısından kendisini risk altında görme hemşirelerde %98,9, laboratuvar teknisyenlerinde %92,1, araştırma görevlilerinde %96,1 ve intern doktorlarda %92,3 bulunmuştur (18). Ege üniversitesi hastanesinde radyasyon risk algısı ile ilgili yapılan çalışmada radyasyon risk algısı ortalaması $7,05 \pm 2,30$ (0-10) olarak bulunmuş ve Sayı-

sal Değerlendirme Skalasına göre yüksek risk algısı olarak değerlendirilmiştir. Ancak, hekimlerin risk algısı ortalamasının düşük olduğu belirtilmiştir (9). İş sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği'nde (NACE kodları) ayakta ve/veya yataklı teşhis ve tedavi yapılan sağlık kuruluşlarındaki faaliyetler (86.10 Hastane Hizmetleri) iş sağlığı ve güvenliği açısından çok tehlikeli sınıflar kısmına alınması, sağlık çalışanlarının yaptıkları işleri riskli olarak görmelerini desteklemektedir (19).

Çalışan sağlığı uygulamalarının yetersizliğinin yanı sıra sağlık çalışanlarının sayıca yetersiz olması, müracaat eden hasta sayısının artmasından dolayı işyükünün sürekli artması, sağlık hizmetlerinin 24 saat kesintisiz devam etmesi, Kırım Kongo Kanamalı Ateşinden sağlık çalışanlarında ölümlerin görülmesi ve son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artması sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarının riskli olduğunu göstermektedir (4,20,21). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hastalar üzerinde en fazla tıbbi işlemin yapıldığı günlerde hastanın hastanede tutulup, tıbbi işlemin azalmasıyla birlikte taburcu edilmesi ve yerine yine yoğun tedavinin uygulanacağı hastanın yatırılması, otomasyon ve tıbbi teknolojilerle işin hızının artması sağlık çalışanlarının iş yoğunluğunu ve risklerini artırmıştır (3).

Hemşireler ile teknisyenlerin sağlık alanındaki riskleri kıyaslayan bir çalışma olmamasına karşın, özelleşmiş risklere yönelik (enfeksiyon, radyasyon gibi) bu karşılaştırmaları yapan çalışmalar vardır. Buna göre Çetinkaya vd'nin (2000) yapmış oldukları çalışmada sağlık personelinin hepatit B bulaşması açısından kendisinin risk altında olduğunu düşünme oranı hemşirelerde %98,9 iken, teknisyenlerde %92,1 bulunmuştur. Sakaoğlu Manavgat ve Mandıracıoğlu'nun (2012) yapmış oldukları radyasyon risk algısı ile ilgili çalışmada hekimlerin teknisyenlerden, hemşirelerden ve hizmetlilerden; teknisyenlerin ise hemşirelerden düşük risk algısına sahip olduğu bulunmuştur. Sakaoğlu Manavgat ve Mandıracıoğlu (2012) çalışmalarında belirttiklerine göre; Cooper, aynı işyerindeki farklı mesleki ve hiyerarşik grupların mesleki risk algılarının da farklı olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızın bulguları yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Teknisyenler laboratuvar ortamları gibi daha izole



birimlerde çalışmaktadırlar. Hemşirelerin çalışma alanlarının daha geniş olmakla birlikte çalışma ortamlarında ağır kaldırma, invaziv girişimler ve şiddet gibi tehlikeler bulunmaktadır. Teknisyen ve hemşirelerin çalıştıkları bölümlerdeki farklılıkların ve çalışmamıza katılan teknisyen sayısının istenen düzeyde olmamasının algılanmanın farklı olmasına neden olduğu düşünülmektedir (22,23).

Bu çalışmada hemşire ve teknisyenlerin risk taşıyan durum olarak sırasıyla invaziv girişimleri, enfeksiyonu ve hasta ve hasta yakınlarını algıladıkları görülmektedir. Hekim dışı sağlık personelinde, hemşirelerde yapılan bir çok çalışmada enfeksiyon, enjektör, pansuman araç ve gereçleri en fazla riskli algılanan durum olarak bulunmuştur (5,16,24,25,26). Hemşirelere yönelik yapılan çalışmalarda enfeksiyon ve invazif girişimleri genellikle stres, uzun süre ayakta kalma, sözel şiddet ve psikolojik travma ve aşırı uzun çalışma izlemektedir (24,26).

Yirmi beş yaştan küçüklerde ve 35 yaşın üzerindeki yaşta işi riskli algılama 25-34 yaş grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Genç yaşlarda yaşantı ve deneyim eksikliğinden dolayı genç insanlar riski yetişkinler kadar algılamıyor olduklarından, yaşlı çalışanlarda uzun süre tehlikenin devam etmesi riske aşinalığa ve riskin küçümsenmesine neden olabileceğinden bu yaş gruplarında risk algısı oranının düşük çıktığı düşünülebilir (5,9,27). Bununla birlikte Taşcıoğlu (2007), Sakaoğlu Manavgat ve Mandıracıoğlu (2012) çalışmalarında yaş ile risk algısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Sakaoğlu Manavgat ve Mandıracıoğlu'nun (2012) çalışmalarının doktorları da kapsıyor olması bizim çalışmamızdan farklı olarak yaş ile anlamlı ilişki saptanamamış olabilir. Taşcıoğlu'nun (2007) yaptığı çalışmada ise çalışmanın devlet hastanesinde yapılmış olması ve çalışmanın yılından dolayı bizim çalışmamızdan farklı sonuç çıkmış olabilir.

Bu çalışmada çalışılan bölüm ile işin riskli görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Yoğun bakım /derlenme ve merkezi sterilizasyon ünitelerinde çalışanların (%100,0) işi riskli algılamaları daha yüksek bulunmuştur. En düşük riskli algısı poliklinikte çalışanlardadır. Yoğun bakım/derlenme üniteleri diğer bölümlere göre invaziv girişimlerin çok uygulandı-

ğı ve yatan hastaların özelliklerinden dolayı uzun süre ayakta kalma, hasta kaldırma ve hasta çekme gibi uygulamaların çok ve sık yapıldığı birimlerdir. MSÜ'leri ise ağır setlerin, ameliyathaneden gelen kesici delici aletlerin ve etilen oksit gibi zararlı gazların bulunduğu ortamlardır. Poliklinikler ise invaziv girişimlerin, ağır kaldırma gibi uygulamaların bulunmadığı ve daha az ayakta kalmayı gerektiren masa başı işlerin yapıldığı birimlerdir (28,29).

Yaptığımız çalışmada çalışma ortamında en sık karşılaşılan/maruz kalınan riskler sırasıyla, sürekli ayakta kalma, enfeksiyon, dezenfektanlar, ağır kaldırma, radyasyon, iğne batması, yaralanma, anti-neoplastikler, şiddet ve anestezi gazları olarak bulunmuştur. İnceseli (2005) ve Özkan ve Emiroğlu (2015) çalışmalarında kesici ve delici alet yaralanmaları ilk sırayı almıştır.

Çalışmamızda hemşire ve teknisyenlerin ancak yarısı bilgilendirilmiştir. Bilgilendirilme birim sorumluları, enfeksiyon kontrol komitesi ve hemşirelik hizmetleri müdürlüğü tarafından yapıldığı, işçi sağlığı ve güvenliği birimi olmadığı dikkati çekmektedir. Hemşirelerin mesleki risklerle ilgili bilgilendirilmesi genellikle düşüktür (%25,2-%38,4) (3,16,17). Hemşireler tehlike ve risk konusunda sağlık eğitimi ve hizmet içi eğitim almamasının sağlığı için bir risk oluşturduğunu ifade etmektedirler (5), OHSAS 2000 yılında sağlık çalışanlarının karşılaştıkları sorunları çalışma koşullarından kaynaklı risklerin farkında olarak çözebileceklerini belirtmiştir (17).

Çalışmamızda araştırmaya katılanların neredeyse tamamı (%97,1) önlem alma gereksinimi olduğunu ifade etmektedirler. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda önlem alma gereksinimi %40-%100 arasında değişmektedir (16,17,25).

Araştırmaya katılanlar çalışanları evrensel önlemler arasında sayılan eldiven giyme ve el yıkama konusunda olumlu davranışa sahip iken maske, gözlük ve koruyucu giysi kullanımına yönelik olumlu davranışa sahip değildir. Benzer şekilde sağlık taraması da oldukça düşük olup hemşire ve teknisyenlerin hepatit B aşılama programında markıklarına bakılması ile sınırlıdır. Bulgularımız diğer çalışmalarda da uyumludur (17,33). Sağlık çalışanlarının sağlığı birimi faaliyetlerinin yaşama geçmesi sağlık taramaları düşüklüğünün en önemli nedenidir. Bununla birlikte finansman sorunu



nedeniyle periyodik muayenelerin düzenli yapılmadığı da bildirilmiştir (34).

Çalışmamızda araştırmaya katılanların Hepatit-B (%83,3'ü) aşısı yüksek iken diğer aşılarda düşüktür. Sağlık çalışanlarının aşılama oranı ile ilgili çalışmalar ağırlıklı olarak Hepatit B aşısı ile ilgili yapılmış ve tüm aşılama oranları sorgulandığı çalışmalarda da Hepatit B aşısı yapma oranı yüksek bulunmuştur (16,18,35,36). Benzer yükseklik laboratuvar teknisyenlerinde de gösterilmiştir (18). Diğer aşılarda daha düşük yaptırıldığı saptanmıştır (16). Sağlık hizmeti sunan hastanelerde en sık karşılaşılan risklerden olan biyolojik-enfeksiyon risklerinden korunmada en önemli rolü bağışıklama çalışmalarını oluşturduğu, sağlık çalışanları aşı ile korunabilir hastalıklara karşı aşılama gerektiği ifade edilmektedir (17). “Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)” ve “Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HIC-PAC)”, temel olarak uygulanması gereken aşılama; hepatit B, influenza, kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği aşılama olarak önermektedirler. Sağlık çalışanları difteri, pnömokok enfeksiyonları ve tetanoz açısından normal yetişkinlerden farklı risk altında bulunmamışlardır. Bu nedenle, bu hastalıklara karşı aşılama, meslek sağlığı ve güvenliği programı dışında tutulmuştur (6).

Çalışmamızda hemşire ve teknisyenlerin iş nedeniyle sosyal yaşantısı, fiziksel sağlığı, ruhsal sağlığı, çocuk bakımı, ve evliliklerinin etkilendiği bulunmuştur. Hemşirelik mesleğinin nöbetli çalışan meslek olması ve özellikle eleman sıkıntısından dolayı yoğun çalışılması; vardiyalı çalışmanın bireylerin fizyolojik, psikolojik sağlıkları ve sosyal yaşamları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı gösterilmiştir (24,38).

Bu çalışmanın sınırlılıkları tüm sağlık çalışanları dahil edilmemesi, üçüncü basamakta yapılması ve risk algısı ile ilgili bir ölçek kullanılmamasıdır. Bu nedenlerle elde edilen bulgular Denizli ve Türkiye’de yer alan diğer hastanelere ve tüm sağlık çalışanlarına genellenmemesi ve dikkatli yorumlanması gerekir. Bununla birlikte ülkemizde sağlık çalışanlarının çalışma ortamı tehlike ve risklerini nasıl algıladıklarıyla ilgili daha önceki çalışmalardan farklı olarak sadece bir bölüme ya da riske sınırlı olmayıp hastanedeki tüm hemşirelerin, teknisyenleri de içermesi ve tehlike ve risklere bütüncül yaklaşılması avantajları olarak sıralanabilir.

Sonuç

Hemşire ve teknisyenlerin genel anlamda işlerini riskli olarak algıladıkları, kişilerin çalışma ortamı ile ilgili tehlikeler konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları bununla birlikte tehlikeli durumlara sık karşılaştıkları ve önlem açısından aşı ve el yıkama dışında yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu durum çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda yeterli görüşe sahip olunmadığını düşündürmektedir. Bu nedenle hastanelerde sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği konusunda çalışmaların yapılması ve bu kapsamda çalışanlara yönelik eğitimler ile konu hakkındaki bilgilendirmelerin artırılmasına gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Deveci N. “Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği” Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, Ankara:2008, s:15.
2. Bilir N. ve Yıldız AN. “İş Sağlığı ve Güvenliği” Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara:2013. s.111-648.
3. Zencir M. “Sağlık Reformlarının Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı” Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2012;45-46:49-58.
4. TÜİK (2013) Temel İstatistikler, Sağlık ve Sosyal Koruma, Türkiye İstatistik Kurumu, Erişim: www.tuik.gov.tr. [25.12.2013].
5. Özkan Ö. “Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri İle Risk Algılarının Saptanması” Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara:2005.
6. Dokuzoğlu B. “Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri” Hastane Enfeksiyonları Kontrol Kitabı, Hastane Enfeksiyonları Derneği Yayını No:2, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara:2004. s:403-417s.
7. Parlar S. “Sağlık çalışanlarında Göz Ardı Edilen bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı” TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2008; 7 (6):547-554.
8. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği (2013) Tarih:29 Mart 2013, Sayı:28602 www.resmigazete.gov.tr (10.01.2014).
9. Sakaoğlu Manavgat S, Mandıracıoğlu A. “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Kişisel Dozimetre Taşıyan Çalışanların Mesleki İyonlaştırıcı Radyasyon Risk Algısı” Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2012;43:34-43.
10. TDK (2014) Türk Dil Kurumu, www.tdk.gov.tr (05.04.2014).
11. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (2012) Tarih:30 Haziran 2014, Sayı:6331. www.resmigazete.gov.tr (11.10.2013).



12. Yavuz CI. “Sağlık ve Çevre Profesyonellerinde Çevresel Risk Algısı: Eski Bir Çalışmadan Güncele Dair İpuçları” Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2012;45-46:69-79.
13. Erdoğan Ö, Ergün M. “İki Meslek Grubunda Çalışan Personelin Denetim Odağı ve Risk Eğilimi Düzeylerinin Karşılaştırılması” Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2011;40:176-185.
14. WEB_3. From Risk Perception to Safe Behaviour. Erişim: https://www.sia.org.au/~From_Risk_Perception_to_Safe_Behaviour.pdf [10.02.2014]
15. Alexopoulos EC, Kavadi Z, Bakoyannis G, Papanonopoulos S. “Subjective Risk Assessment and perception in the Greek and English Bakery Industries” Journal of Environmental and Public Health. 2009, Article ID 891754: 1-8.
16. Taşcıoğlu İ. “Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanesinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması” Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 2007.
17. Bayhan S. “Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin ve Tıp Fakültesi Hemşirelerinin Mesleki Riskleri Konusunda Bilgi Düzeyleri” Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2005.
18. Çetinkaya F, Naçar M, Ünal D, Erkorkmaz Ü, Öztürk Y. “Hekim, Hekim Adayları, Hemşire ve Laboratuar Teknisyenlerinin Hepatit B ile İlgili Risk Algılamaları” Hastane Enfeksiyonları Dergisi, 2000;4 (2):112-118.
19. İş Sağlığı ve Güvenliği Tehlike Sınıfları Tebliği 82013) Tarih:29.03.2013, Sayı:28602 www.resmigazete.gov.tr (10.01.2014).
20. Annagür B. “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi” Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, 2010;2 (2):161-173.
21. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi (2012) Kırım Kongo Kanamalı Ateşi ve Sağlık Çalışanları, 43:26.
22. Türk Hemşireler Derneği “7 Gün-24 Saat/Hasta Başında Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları” Türk Hemşireler Derneği, Ankara, 2008. s.1-52. Erişim: www.saglikcalisanisagligi.org. (02.03.2014).
23. Korkmaz M. “Sağlık Çalışanlarında Kesici delici Alet Yaralanmaları” Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008;3 (9):17-37.
24. Ergüney S, Tan M, Sivrikaya S, Erdem N. “Hemşirelerin Karşılaştıkları Mesleki Riskler” Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001;4 (1):63-73.
25. Atasoy A, Aksoy S. “Hekim Dışı Sağlık Personelinde Mesleki Risklerin Belirlenmesi” Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi, Antalya, 2009. s. 111-123.
26. Cürcani M, Tan M. “Diyaliz Üniteleri ve Nefroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılaştıkları Mesleki Riskler ve Sağlık Sorunları, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009;8 (4):339-344.
27. WEB_2. Demirhan, G. Risk ve Güvenlik. <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~giyas/risk.pdf> (04.01.2014).
28. Orucu M, Geyik MF. “Yoğun Bakım Ünitesinde Sık Görülen Enfeksiyonlar” Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 2008;1:40-43.
29. Akgün M, Arslanoğlu A, Dağlı G. “Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde Çalışan Güvenliği” III. Uluslar Arası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi, Ankara, 2011. s. 92-106.
30. Ören S. “Hemşirelerin Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Sorunları ve Mesleki Risklerin İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1994.
31. İnceseli A. “Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2005..
32. Özkan Ö, Emiroğlu ON. “Hastane Sağlık çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri” Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006;10 (3):43-51.
33. Öztürk H, Babacan E, Anahar Ö. “Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği” Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012;1 (4):252-268.
34. HASUDER “Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalıştay Sonuç Raporu” HASUDER, 2012. Erişim: <http://hasuder.org.tr/anasayfa/jupgrade/index.php/gruplar/is/564-salk-calananlarnn-sal-caltay> [10.11.2013]
35. Türkistanlı E, Şenuzun FE, Karaca ve ark. “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bağışıklama Durumu” Ege Tıp Dergisi, 2000;39 (1): 29-32.
36. Öncül A, Aslan S, Pirinçcioğlu, H, Özbek E. “Diyarbakır Devlet Hastanesi Çalışanlarında HBV, HCV, HIV, VDRL Seropozitifliğinin ve Aşılama Oranlarının Belirlenmesi” J. Exp. Clin. Med., 2012; 29:280-284.
37. Özen M, Mısırhoğlu Özen N, Kayabaş Ü, Köroğlu, M, Topaloğlu B. “Biyokimya Laboratuvarı Personelinin İş Kazaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları” İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006;13 (2): 87-90.
38. Selvi Y, Özdemir GP, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. “Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010;23:238-243.●



ÇALIŞMA KOŞULLARI İLE İŞ KAZALARI ARASINDAKİ İLİŞKİSİ: BİR HASTANE ÖRNEĞİ

Aslı DAVAS
Doç. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.
Meral TÜRK
Prof. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.
Mümine YÜKSEL
Arş. Gör., Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Özet

Amaç: Sağlıkta çalışma koşulları; performansla bağlı çalışma, güvencesiz çalışma, verimliliğin ve kalitenin artırılmasıyla ilgili ortaya çıkan bürokratik işyükü ile maliyet kısıtlamaları ve sürekli yenilenen teknolojiye uyum sağlama zorunluluğu gibi ticarileşme ve özelleştirme uygulamaları nedeniyle ağırlaşmıştır. Bu durumun, sağlık çalışanlarında iş kazaları, sakatlık ve iş görmezlik durumlarını artırdığı bilinmektedir. Bu araştırmanın amacı, bir üniversite hastanesinde çalışanların iş kazası sıklığı ve bunu etkileyen çalışma koşullarının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırmada, bir üniversite hastanesi Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimi'nde, 2015 yılı içinde gerçekleştirilen periyodik muayene kayıtlarına dayanarak, son bir yılda iş kazası geçirme sıklığı belirlenmiştir. Periyodik muayene formunda yer alan yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, çalıştığı bölüm, meslek, istihdam tipi, ortalama aylık çalışma saati, gece çalışma durumuyla ilgili veriler bir istatistik paket programına aktarılmış ve analiz edilmiştir. İş kazası sıklık hızı hesaplaması Sosyal Güvenlik Kurumu hesaplamalarında esas alınan formül kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Muayene kayıtlarına göre son bir yılda en az bir iş kazası geçirenlerin oranı %27,5'tir. 100 tam zamanlı çalışan başına toplam iş kazası sıklık hızı 354,3/100TZÇ. Acil serviste çalışmanın; cerrahi birimlere göre 2,5 kat, dahili birimlere göre 3,0 kat, idari ve teknik birimlere göre 5,2 kat daha riskli olduğu görülmüştür. 4-B'li çalışanlar, kadrolu çalışanlardan 2,4 kat daha riskli bulunmuştur. Haf-

tada 160 saatin üzerinde çalışma riski 2,6 kat, gece çalışma 2,7 kat, otuz yaşın altında olmak 2,1 kat, kadın olmak 2,6 kat artırmaktadır.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının çalışma saatlerinin ve nöbet sayılarının yasal düzeye çekilmesi, nöbet ertesi izinlerinin zorunlu olarak kullanmalarının sağlanması, sözleşmeli çalışmanın engellenmesi; iş kazalarını büyük oranda önleyecektir.

Anahtar kelimeler: Sağlık çalışanları, iş kazaları, hastane

Giriş

Dünyada çalışan nüfusun %12'sini sağlık çalışanları oluşturmaktadır ve sağlık çalışanlarının sağlığı, sağlık işkolunun temiz ve tehlikesiz olduğuna olan yanlış inanış nedeniyle ihmal edilmiştir (1). Oysa sağlık gelişmiş ülkelerde dahi iş kazalarının en sık yaşandığı üç işkolundan biridir. Avrupa'da sağlık işkolundaki iş kazaları, tüm işkollarının ortalamasından %34 daha fazladır. ABD'de sağlık ve bakım hizmetlerinde saptanan iş kazası sıklığı, diğer tüm işkollarının iki katıdır (1,2). ABD'de her yıl bir milyon iğne batma yaralanması gerçekleşmekte, 100 yatağa 12-30 iğne batma yaralanması düşmektedir. Her yıl yeni 400 Hepatit B, 50-150 Hepatit C vakası bildirilmekte ve mesleki enfeksiyonlara bağlı 17-57 sağlık çalışanı ölümü gerçekleşmektedir (3). Türkiye'de bildirim eksikliği nedeniyle meslek hastalıklarıyla ilgili yeterli bilgi bulunmamakla birlikte, Kırım Kongo Kanamalı Ateş nedeniyle beş sağlık çalışanı yaşamını kaybetmiştir. Sağlık çalışanlarında sık görüldüğü bilinen kesici delici alet yaralanmaları yanında şiddet sorunu son on yıla damgasını vurmuştur (4).



Çalışma koşulları, performansa bağlı çalışma, sözleşmeli çalışma, verimliliğin ve kalitenin artırılmasıyla ilgili ortaya çıkan bürokratik işyükü, maliyet kısıtlamaları, süreli yenilenen teknolojiye uyum sağlama zorunluluğu nedeniyle ağırlaşmıştır. Bu durumun, sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları, iş kazaları, işe bağlı sağlık sorunlarını, sakatlık ve iş görmezlik durumlarını artırdığı, yenilerini oluşturduğunu ve çeşitlendirdiği bilinmektedir (1,5,6).

İş kazalarının düzenli olarak kaydedilmesi ve incelenmesi iş kazalarının önlenmesi açısından en önemli adımlardan biridir (7). Türkiye’de 2011’de kalite rehberlerine, sonrasında Sağlık Bakanlığı’nın çıkardığı hasta ve çalışan güvenliğiyle ilgili mevzuata ve son olarak da hem 5510 sayılı Sosyal Güvenlik hem de 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunlarına göre iş kazalarının kaydı, bildirim ve incelenmesi zorunludur. Bununla birlikte gerekli denetimlerin olmaması, Sosyal Güvenlik Kurumunun hizmet sürecine devlet memurlarının eklenme sürecinin tamamlanmaması iş kazalarının çok azının bildirilmesiyle sonuçlanmaktadır. Çoğunluğu devlet memuru olan sağlık çalışanlarının, iş kazaları ve risk etmenleriyle ilgili bilgi yetersizdir. İş kazaları incelenirken kazanın nedeni olarak sıklıkla çalışanın dikkatsiz davranışına vurgu yapılmaktadır. Son neden olan dikkatsizliği oluşturan asıl etmenler ise göz ardı edilmektedir. Oysa araştırmalar göstermektedir ki çalışma koşullarındaki sorun ve aksaklıklar iş kazalarının temel nedenidir. Dembe ve arkadaşları 10793 Amerikalının dahil edildiği araştırmalarında, yaş, cinsiyet, meslek, yaşanan bölge, çalışılan sektör standardize edildikten sonra; fazla mesai yapanların yapmayanlara göre iş kazası açısından %61 daha riskli olduğunu, günde 12 saat çalışmanın da riski %37 artırdığını göstermişlerdir (8). Japonya’da yapılan bir araştırmada değişen vardiyalarla çalışmanın hemşirelerin ruh sağlığını bozduğu, iş kazası ve tıbbi hata riskini artırdığı gösterilmiştir (9).

Türkiye’de sağlık çalışanlarının çalışma koşullarıyla iş kazaları arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu araştırmanın amacı, bir üniversite hastanesinde çalışanların iş kazası sıklığı ve bunu etkileyen çalışma koşullarının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte olan bu araştırmada, bir üniversite hastanesi Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimi’nde, 2015 yılı içinde gerçekleştirilen periyodik muayene kayıtlarına dayanarak, son bir yılda iş kazası geçirme sıklığı belirlenmiştir.

Çalışan sağlığı birimi 2009 yılında kurulmuş olup, hastanede çalışan 657, 2547, 4-B’ye bağlı olan çalışanlara hizmet vermekle yükümlüdür. Bu birimde periyodik muayeneler, 2010 yılında sadece dozimetre taşıyan çalışanlar için başlamıştır. 2012 yılında çıkarılan 6331 sayılı yasa gereği “çok tehlikeli” olarak sınıflandırılan hastanelerde her yıl periyodik muayene yapılması zorunluluğu nedeniyle tüm çalışanlar periyodik muayeneye davet edilmiş, 2015 sonuna kadar 3270 kişi de en az bir kez muayene edilmiştir. 2015 yılında toplam 3905 çalışanın 2548’ine (%65.3) periyodik muayene yapılmış ve kaydedilmiştir. Periyodik muayene formunda son bir yılda geçirilen iş kazaları, kaza tipleri ve her bir kaza tipinin kaç kez geçirildiği her yıl sorulanmaktadır.

Araştırmada işgünü kaybına ya da yaralanma şiddetine bakılmaksızın, fiziksel ve sözel şiddet de dahil olmak üzere tüm fiziksel ve ruhsal yaralanmalar, iş kazası olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni 2015 yılı içerisinde bir iş kazası geçirmiş olmaktır.

Periyodik muayene formunda yer alan yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, çalıştığı bölüm, meslek, istihdam tipi, ortalama aylık çalışma saati, gece çalışma durumuyla ilgili veriler bir istatistik paket programına aktarılmış ve analiz edilmiştir. “İş kazası sıklık hızı” hesaplaması Sosyal Güvenlik Kurumu hesaplamalarında esas alınan formül kullanılarak yapılmıştır. Bu formül 100 tam zamanlı çalışan (/100TZÇ) başına iş kazası sıklığını hesaplamaktadır. Belirlenen her bir risk grubu için bu formül paydadaki çalışan sayısı değiştirilerek yeniden hesaplanmıştır. Örneğin 100 tam zamanlı hemşire başına iş kazası sıklık hızı hesaplanırken de toplam çalışanlar için prime tahakkuk eden gün sayısı yerine, hemşirelerin prime tahakkuk eden gün sayıları kullanılmıştır.

Formül: İş kazası sıklık hızı = İş kazası Sayısı / (Prime Tahakkuk Eden Gün Sayısı x 8) x 225.000

Analizde hem meslek, çalışma yeri, çalışma koşullarıyla ilgili iş kazası sıklık hızları hem de tüm



periyodik muayene yapılanlarda kaza geçirenler ve geçirmeyenler arasında farkı aramak için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Araştırma için Ege Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Bulgular

Araştırma grubunun yaş ortalaması $38,6 \pm 10,2 (22-67)$ 'dir. Çalışanların %69,5'i kadın, %61'i evli ve %54,4'ünün bir ya da iki çocuğu vardır. %89,8'inin eğitimi önlisans ve üzeridir.

Tablo-1'de araştırma grubunun çalışma koşulları sunulmuştur.

Tablo-1: Araştırma grubunun çalışma koşulları

Çalışma Koşulları	N	%
İstihdam		
Kadrolu (657/2547)	2282	89,6
4-B	266	10,4
Çalışılan bölüm		
Dahili	952	37,4
Cerrahi	759	29,8
Temel Bilimler-Laboratuvar	312	12,2
İdari ve Teknik Hizmetler	310	12,2
Görüntüleme	142	5,6
Acil Tıp	73	2,9
Meslek		
Hemşire	1056	41,4
Doktor	618	24,3
Araştırma görevlisi	274	10,8
Uzman ve üstü	344	13,5
Sağlık-radyoloji-anestezi teknisyeni/teknikeri	470	18,4
Ofis çalışanları	287	11,3
Diğer	117	4,6
Aylık çalışma saati		
160 saat	1577	61,9
> 160 saat	971	38,1
Toplam	2548	100,0

Tablo-2: Araştırma grubunda bildirilen iş kazası tiplerinin dağılımı

Kaza Tipi	Kaza geçiren kişi sayısı	%	Geçirilen iş kazası sayısı	Kaza sıklık hızı/100 TZÇ
Sözel şiddet	347	13,6	5821	214,2
Tüm kesici delici alet yaralanmaları	612	24,0	3394	124,9
İğne batması	322	12,6	851	31,3
Ampul kesisi	276	10,8	2534	93,2
Diğer kesici	14	0,5	9	0,3
Düşme-kayma	91	3,6	215	7,9
Çarpma, düşme, sıkışma vb.				
kas iskelet sistemi yaralanmaları	40	1,5	132	4,9
Fiziksel şiddet	26	1,0	61	2,2
Kimyasal madde maruziyeti	4	0,2	6	0,2

Çalışanların %37,4'ü gece çalıştığını bildirmiştir. Muayene kayıtlarına göre son bir yılda en az bir iş kazası geçirenlerin oranı %27,5'tir. 100 tam zamanlı çalışan başına toplam iş kazası sıklık hızı 354,3/100TZÇ. Geçirilen iş kazası tiplerine göre 100 tam zamanlı çalışan başına iş kazası sıklık hızları Tablo-2'de sunulmuştur.

İş kazası bildiren kişi sayısı göz önünde bulundurulduğunda hastanede en sık kesici delici alet yaralanmaları (%23,9) görülmekte, bunu sözel şiddet ve düşme kaymalar izlemektedir. Kişilerin periyodik muayenede bildirdikleri toplam iş kazası sayısına göre 100 TZÇ başına iş kazası sıklık hızı hesaplandığında ise en sık sözel şiddete maruz kaldığı anlaşılmaktadır. Herhangi bir sağlık çalışanının sözel şiddete uğrama riski, kesici delici iş kazası geçirme sıklığından 1,7 kat; düşme kaymaya göre ise 27 kat daha fazladır.

Kesici delici yaralanmalar içinde en sık bildirilen ampul kesileridir. Ampul kesisi, iğne batma yaralanmasından üç kat daha sık geçirilmektedir. Tablo-3'de farklı çalışma koşullarına göre hesaplanan 100 TZÇ başına iş kazası sıklık hızları sunulmaktadır.

Kaza geçirenlerin %36,8'i cerrahi birimlerde çalışan kişiler olmasına rağmen toplam iş kazası sıklık hızları hesaplandığında acil serviste çalışmanın cerrahi birimlere göre 2,5 kat, dahili birimlere göre 3,0 kat, idari ve teknik birimlere göre 5,2 kat daha riskli olduğu görülmüştür. Toplam iş kazası sıklık hızlarına göre hemşireler uzman ve üzeri hekimlerden 25,5 kat, asistan hekimlerden 2,5 kat, sağlık-radyoloji-anestezi teknisyeni/teknikerlerinden 3,2 kat, ofis çalışanlarından 2,7 kat daha risklidir.



Tablo-3: Çalışma koşullarına göre hesaplanan 100 TZÇ başına son bir yılda geçirilen iş kazası sıklık hızları

Çalışan bölüm	Kaza geçiren kişi sayısı	%	Geçirilen iş kazası sayısı	Toplam İş kazası sıklık hızı/100 TZÇ	Şiddet sayısı	Şiddet hızı/100 TZÇ	Kesici delici iş kazası sayısı	Kesici delici iş kazası sıklık hızı/100 TZÇ
Acil Tıp	26	35,6	864	1109,6	576	739,7	262	336,5
Cerrahi	279	36,8	3558	439,5	1956	241,6	1452	179,3
Dahili	294	30,9	3754	369,7	2021	199,0	1600	157,6
İdari ve Teknik Hizmetler	36	11,6	710	214,7	669	202,3	34	10,3
Görüntüleme	17	12	250	165,1	224	147,9	9	5,9
Temel Bilimler	48	15,4	493	148,1	436	131,0	37	11,1
Meslek								
Hemşire	444	42	7034	624,5	3930	348,9	2849	252,9
Doktor	135	21,8	826	125,3		0,0	162	24,6
Asistan	88	32,1	736	251,8	574	196,4	134	45,8
Uzman ve üzeri	47	13,7	90	24,5	49	13,4	28	7,6
Ofis çalışanları	34	11,8	710	231,9	701	229,0	4	1,3
Sağlık-radyoloji-anestezi teknisyeni/teknikeri	75	16	991	197,7	587	117,1	358	71,4
Diğer	12	10,3	68	54,5	41	32,9	21	16,8
İstihdam								
Kadrolu (657/2547)	597	26,2	7504	308,3	4871	200,1	2305	94,7
4-B	103	38,7	2125	748,9	1011	356,3	1089	383,8
Aylık çalışma saati								
160 saat	301	19,1	3743	222,5	2416	143,6	1154	68,6
>160 saat	399	41,1	5886	568,3	3466	334,6	2240	216,3
Gece çalışma								
Yok	297	18,6	3705	217,8	2526	148,5	1026	60,3
Var	403	42,3	5924	582,8	3356	330,1	2368	232,9
Yaş								
<30 yaş	249	39,1	3936	579,3	2141	315,1	1685	248,0
30 yaş ve üzeri	451	23,6	5693	279,3	3741	183,5	1709	83,8
Cinsiyet								
Kadın	587	33,2	8219	435,3	4856	257,2	3074	162,8
Erkek	113	14,5	1410	169,9	1026	123,6	320	38,6

Toplam iş kazası geçirme hızları

4-B'li çalışanlar, kadrolu çalışanlardan 2,4 kat daha riskli bulunmuştur. Haftada 160 saatin üzerinde çalışma riski 2,6 kat; gece çalışma 2,7 kat, otuz yaşın altında olmak 2,1 kat, kadın olmak 2,6 kat riski artırmaktadır.

Kesici delici aletle yaralanma hızları

Acil Tıp, kesici delici alet yaralanmaları açısından Görüntüleme Hizmetleri'nden 57, İdari ve Teknik Hizmetler'den 32,7, Temel Bilimler ve Laboratuvarlardan 30,3, Cerrahi Birimlerden 1,9, Dahili Birimler'den 1,9 kat riskli bulunmuştur.

4-B'li çalışanlar kadrolulara göre 4,1 kat; haftada 160 saatten fazla çalışanlar az çalışanlara göre 3,2 kat, gece çalışması yapanlar diğerlerine göre

3,9 kat; yaşı 30'un altında olanlar üstünde olanlara göre 3,0 kat; kadınlar erkeklere göre 4,2 kat daha fazla kesici delici alet yaralanması bildirmişlerdir.

Şiddet

Şiddet açısından en riskli yerler sırasıyla Acil Servis, Cerrahi Birimler ve İdari ve Teknik Hizmetlerdir. Hemşirelerden sonra en sık ofis çalışanları şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşireler, şiddete maruz kalma açısından ofis çalışanlarından 1,5 kat; asistan hekimlerden 1,8 kat; uzman hekimlerden 26,0 kat; Sağlık Teknisyenleri'nden 3,0 kat daha risklidir. Şiddet açısından 4-B'liler kadrolulara göre 1,8 kat; aylık çalışma



saati 160 saatin üzerinde olanlar olmayanlara göre 2,3 kat; gece çalışması yapanlar yapmayanlara göre 2,2 kat; 30 yaşın altındakiler üstündekilere göre 1,7 kat; kadınlar erkeklere göre 2,1 kat daha riskli bulunmuştur.

Son bir yılda herhangi bir iş kazası geçiren ve hiç geçirmeyenler arasındaki farklar

İş kazası geçirenlerin ($35,46 \pm 8,9$) yaş ortalaması geçirmeyenlere ($39,85 \pm 10,4$) göre daha düşüktür ($t=-10,59$) ($p=0,000$). Kadınlar daha

sık iş kazası geçirmektedir (%33,2) ($\chi^2=94,236$) ($p=0,000$). Sözleşmeli çalışanlar (%38,7) kadrolulara (%26,2) göre daha sık kaza geçirmektedir ($\chi^2=18,863$) ($p=0,000$). Gece çalışması olanlarda (%42,3) kaza geçirme sıklığı daha yüksektir ($\chi^2=167,700$) ($p=0,000$). Ayda 160 saatin üzerinde çalışanlarda (%41,1) iş kazası geçirme sıklığı 160 saat çalışanlara (%19,1) göre daha yüksektir ($\chi^2=146,044$) ($p=0,000$) (Tablo-4).

Tablo-4: İş kazası geçirme açısından yaşa göre düzeltilmiş lojistik regresyon sonuçları

Özellikler	β	S.E.	P	OR	%95 GA
Cinsiyet					
Erkek				1	
Kadın	0,957	0,115	*0,000	2,605	2,078-3,266
İstihdam					
Kadrolu (657/2547)				1	
4-B	0,038	0,147	0,799	1,038	0,778-1,386
Aylık çalışma saati					
160 saat				1	
> 160 saat	0,878	0,097	*0,000	2,407	1,991-2,910
Gece çalışma durumu					
Yok				1	
Var	0,961	0,098	*0,000	2,614	2,158-3,167
Meslek					
Diğer				1	
Hemşire	1,313	0,120	0,000	3,718	2,936-4,707
Doktor	0,434	0,141	0,002	1,543	1,171-2,033
Çalışılan bölüm					
Diğer				1	
Acil Tıp	0,823	0,275	*0,003	2,277	1,330-3,900
Cerrahi	1,177	0,133	*0,000	3,245	2,499-4,214
Dahili	0,901	0,131	*0,000	2,463	1,907-3,183

Tartışma

Bu araştırmada iş kazası sıklığı, periyodik muayenelerde bildirilen son bir yıl içindeki geçirilen iş kazası sayılarıyla değerlendirilmiştir. Hafıza etmeni nedeniyle bir sınırlılık taşınmasına rağmen bu sonuç önemlidir. Çünkü araştırmalar, gelişmiş ülkelere dahi sağlık çalışanlarının geçirdikleri iş kazalarının %35-40 kadarını bildirdiğini göstermektedir (10). Çalışanlar iş yoğunluğu, iş kazası bildirimine ilgili bilgi eksikliği, yönetimden çekinme, beceriksizlikle

damgalanma gibi nedenlerle bildirimde bulunmamaktadır (11,12,13). Bu nedenle iş kazalarıyla ilgili gerçekten neyin riskli olduğunu belirlemek ve önceliklendirmek güçleşmektedir. Araştırmanın diğer önemli bir özelliği ise Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından önerilen Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kullanılan iş kazası sıklık hızlarının, kaza sayılarının risk altındaki nüfusun çalıştığı saate bölünerek hesaplanmasıdır. Bu hesaplama risk etmenlerinin etkisinin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır.



Şiddet, hem 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hem de 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'na (İSG) uygun biçimde işyerinde, mesai saatleri içinde, çalışırken meydana gelen fiziken ve ruhen arızaya neden olay tanımına uygun olduğu için, ABD ve Avrupa'da olduğu gibi iş kazası kabul edilmiştir (1,14). Hem kamu hem de özel hastanelerde sağlık çalışanlarının güvenliğinden yasal olarak işveren sorumludur ve gerekli önlemleri almakla yükümlüdür. Şiddetin iş kazası olarak kabul edilmesi, işvereni bu konudaki sorumluluklarına dikkat çekilmesi nedeniyle önemlidir. Türkiye'de de tüm şiddet vakaları sadece Beyaz Kod olarak işlem görmektedir, oysa iş kazası olarak kabul edilmeli ve Sosyal Güvenlik Kurumu'na bildirilmelidir.

Çalışanların muayene kayıtlarına göre son bir yılda en az bir iş kazası geçirenlerin oranı %27,5 iş kazası sıklık hızı ise 354,3/100TZÇ olarak saptanmıştır. Periyodik muayenelerin 2012'den beri yürütülüyor olması, neredeyse tüm çalışanların 16 saatlik İSG eğitimlerini aldığı için iş kazası tanımını biliyor olmaları, hastanede dört yıldır yürütülen bir iş kazası sürveyans sistemi olması bu yüksek değerlerin güvenilirliğini artırmaktadır.

Hastanelerde son bir yılda geçirilen iş kazalarının değerlendirildiği araştırmalarda iş kazası geçirme hızı %10-39,9 arasında değişmektedir (15,16,17). Çalışmalarda sadece işgünü kayıplı kazaların değerlendirilmesi, şiddetin dahil edilme durumu vb. gibi iş kazası tanımıyla ilgili farklılıkların yanında araştırmaların yapıldığı ülkelerde hastanedeki işçi sağlığı ve güvenliği önlemlerinin düzeyi araştırmalardaki bu farklılıkları açıklayabilir. Türkiye'de tüm hastane çalışanlarını kapsayan ve son bir yılda iş kazası geçirme hızını bildiren araştırma sayısı sınırlıdır. İş kazası sıklık hızı ise Avrupa ve ABD sağlık sektörü verilerine göre çok yüksektir (1,8,14). Ampul kesici dahil tüm kesici delici alet yaralanmalarının sorgulanması ve sözel şiddet sayısının yüksekliği buna neden olmuştur.

Kaza tipleri

Bu araştırmadan farklı olarak Ankara'da bir üniversite hastanesinde katılımcıların %63,4'ü kesici delici alet yaralanması, %23,7'si kayma, düşme, çarpmayı en sık görülen iş kazaları olarak bildirmişlerdir (18). ABD'de hastanelerde son bir yılda işgünü kayıplı iş kazalarının incelendiği bir

raporda ise bildirilen kazaların, kas iskelet sistemi zorlanmaları %48, düşme ve kaymalar %25, kesici objeyle temas %13, şiddet %9, kimyasal maddele maruziyet %4 olarak saptanmıştır (2,14). Bu hastanede son bir yılda kaza geçiren kişi sayısı açısından en sık geçirilen iş kazası tipleri sırasıyla kesici delici alet yaralanması (%24), şiddet (%13,6) ve düşme-kayma (%3,4), geçirilen iş kazası sayısı açısından da sırasıyla şiddet, kesici delici alet yaralanması ve düşme kaymadır. Sıralamadaki bu farklılık acil serviste çalışan başına şiddet maruziyetinin çok yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sorunu TBMM Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Araştırma Komisyonu Raporu'na göre de en ağır acil servislerde yaşanmaktadır (19). Acil Servis'te hem şiddet hem de kesici delici alet yaralanmaları diğer birimlere göre çok yüksek orandadır. Acil servislerde çalışma hızının diğer birimlere göre işin doğası gereği fazla olması bu yüksekliği kısmen açıklayabilir. Ayrıca Türkiye'de acil servise başvuruların toplam başvurular içerisindeki payı %27'dir ve bu diğer ülkelere göre oldukça yüksek bir değerdir. Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası katkı paylarının artması, katkı payı alınmayan tek birim olan acil servislere başvurunun toplam başvuru hızından daha yüksek olmasına neden olmuştur (20). Bu da işyükü ve hızlı çalışmayı tolere edilemeyecek kadar artırmış ve iş kazalarına neden olmuş olabilir.

Hastanede şiddet açısından en riskli meslekler sırasıyla hemşireler, ofis çalışanları ve asistanlardır. Birçok araştırmada hemşirelerin ve asistanların şiddet açısından riski ortaya konmuştur (21). Bu çalışmada kayıt, laboratuvara yönlendirme, yatış, çıkış ve vezne işlemlerinden sorumlu kayıt elemanlarının şiddet açısından ikinci sırada yer alması literatürle uyumlu olmayan bir durumdur. Çoğunluğu şirket çalışanı olduğu için bu çalışan sağlığı biriminde periyodik muayeneleri yapılmayan ve araştırmada çok az sayıda temsil edilen bu grup periyodik muayenede bildirdikleri şiddet sayısı fazlalığı nedeniyle ikinci sırada yer almıştır. Hastanede randevu sisteminin en çok şikayet nedenlerinden biri olması, hasta sayısının artması nedeniyle bekleme sürelerinin uzaması, primli ödeme işlemlerinin artması, ek ödemeler, SUT değişikliklerinin hastalara aktarılması, kalite yöne-



tim sistemi gibi örgütsel sorunlar hastaların kayıt ve bürokratik işlemleriyle ilgilenen bu çalışanların şiddete daha fazla maruz kalmasına neden olmuş olabilir.

Kesici delici alet yaralanmalarının tüm yaralanmalar içindeki payı Ankara'daki hastaneye göre çok düşüktür (18). Hastanede 2010 yılından beri düzenli olarak kesici delici aletle güvenli çalışma eğitimlerinin verilmesi, 2012 yılında iş kazası süreyans sisteminin başlatılması, iş kazası sonrası yerinde gözlem, inceleme ve eğitimlerin yapılması, riskli olduğu belirlenen acil serviste 2015 yılında kısmen de olsa koruyuculu branül kullanımına geçilmesi, bu farkı açıklayabilir. Hindistan'da bir travma merkezinde yürütülen araştırmada kesici delici alet yaralanmalarının sıklık hızları 2012 ve 2013 yıllarında sırasıyla 12,09/100TZÇ; 9,32/100 olarak saptanmıştır (22).

Düşme, kayma ve kas iskelet sistemi zorlanmaları hem Türkiye'deki hem de dünyadaki örneklerle göre düşüktür (23). Oysa ABD'de bu kazalar işgünü kaybına en sık neden olan kazalardır. Bu farkın nedeni ağır kaldırma işlerinin çoğunluğunu yapmakta olan temizlik işçilerinin, işyeri sağlık birimlerinin farklı olması gerekçesiyle araştırmaya dahil edilmemesi olabileceği gibi çalışanların kas-iskelet sistemi yakınmalarını kronikleşmeden ciddiye almamaları olabilir.

Çalışma Koşulları ve İş Kazaları

İş kazalarıyla çalışma koşulları arasındaki ilişkinin ortaya konmaması sadece çalışana yönelik bireysel düzeydeki müdahaleleri gündeme getirmekte iş kazalarını azaltmak için çalışma koşullarının düzeltilmesini sağlayacak örgütsel önlemlerin yeterince tartışılmamasına neden olmaktadır. Bu çalışmada; çalışma saatleri ve gece çalışma hem sıklık hızları açısından hem de lojistik regresyonda anlamlı olarak en riskli etmenlerden biri olarak bulunmuştur.

Haftada 40 saatten fazla çalışmayla iş kazaları arasında ilişki bulunmuştur. Haftada en fazla 48 saat çalışılabileceğini belirleyen Avrupa Birliği Çalışma Saatleri Direktifinin değerlendirildiği, 14.338 hekimin dahil edildiği bir meta analizde fazla çalışma saatleriyle perkütan yaralanmalar ve işle ilişkili trafik kazaları arasında ilişki gösterilmiştir (24). Almanya'da yapılan bir araştırmada hafta-

da 48 saatten fazla çalışan hekimlerin işle ilişkili trafik kazası geçirme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (25). Moğolistan'da sağlık çalışanlarında haftada 35 saatten fazla çalışanlarda kesici delici alet yaralanma sıklığı 2,5 kat daha fazla bulunmuştur (26). İran'da hemşirelerde haftalık çalışma süresi arttıkça kesici delici aletle iş kazası riskinin arttığı gösterilmiştir (27).

Bu hastanede riske neden olan çalışma süresinin 48 değil haftada 48 saatten daha düşük olması, Avrupa'da hekim başına hasta sayısının düşük olması, Türkiye'de işyükünün daha fazla olması, eğitime daha az süre ayrılması, görev tanımlarının olmaması gibi nedenlerle olabilir.

Daha sık gece çalışanlarda iş kazası geçirme riski daha fazladır. Çin'de 11 üçüncü basamak hastanenin dahil edildiği bir araştırmada; şiddet sıklığı değişen vardiyalarda çalışanlarda, gündüz çalışanlara göre daha sık bulunmuştur (28). İran'da bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde de vardiyalı çalışanlarda kesici delici alet yaralanması sıklığı, gündüz çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur (27). Horwitz ve Mc Call akşamüzeri ve gece vardiyasında çalışanlarda iş kazası sıklığı ve şiddetinin daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (29).

Kaza sayıları göz önünde bulundurulmadığında, iş kazası geçiren ve geçirmeyenin karşılaştırıldığı lojistik regresyonda istihdamın etkisi ortadan kalkmıştır. Bu hastanede daha önce yürütülen bir tezde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde 4-B'li çalışanların daha genç olduğu, daha sık gece ve hafta sonu çalıştığı, nöbet sayılarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (13). Bununla uyumlu şekilde 4-B'li çalışan başına düşen iş kazası sayısı daha fazladır.

Hastanede iş kazaları açısından en riskli meslek grubu literatürle uyumlu bir şekilde hemşirelerdir. Türkiye hemşire başına düşen nüfus açısından OECD ülkeleri açısından en kötü ülkelerden biridir. Literatürde sağlıkta özelleştirme uygulamalarından en kötü etkilenen grubun hemşireler olduğu, hasta sayısının arttığı, hemşire sayısının azaldığı ve işyükünün arttığı vurgulanmaktadır. Kalite uygulamaları nedeniyle hemşireler birçok yeni bürokratik sorumluluk üstlenmişlerdir (31).

Asistan hekimler, uzman ve üzeri hekimlere göre iş kazası açısından 10 kat daha fazla iş kazası



geçirmektedir. Yapılan araştırmalarda asistan hekimlerin özellikle perkütan iş kazaları açısından daha riskli olduğu; eğitim alınan yıl arttıkça, tıbbi cihaz kullanımında tecrübe kazandıkça bu kazalarda azalma olduğu gösterilmiştir (32,33). Ancak bu derece yüksek bir farka literatürde rastlanmamıştır. Türk Tabipler Birliği'nin Mart 2015 "Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu"na göre Türkiye'de asistan hekimler, çok fazla nöbet tutmakta, nöbet ertesi izinlerini alamamaktadır. Asistan hekimlerin haftalık çalışma süresi sadece %43'ünün 40 saat, %25'inin ise 70 saat ve üzerindedir (34). Bu çalışmada da gösterildiği gibi asistanların çalışma saatleri iş kazaları açısından önemli bir risk etmenidir.

Bu çalışmada kadınların iş kazaları açısından 2,5 kat daha riskli olduğu gösterilmiştir. 100 tam zamanlı çalışan başına toplam, şiddet ve kesici delici yaralanma hızları kadınlarda yüksektir. Kanada'da İngiliz Kolombiya'sında sağlık çalışanlarının işgünü kayıplı iş kazalarının incelendiği bir çalışmada yaş, meslek, istihdam tipi, çalışma, sağlık birimi standardize edildikten sonra da kadınların erkeklere göre 1,58 (1,24-2,01) kat daha riskli bulunmuştur (35). İş kazalarındaki cinsiyete dayalı farklılıklar fiziksel, sosyal ve çevresel etmenlerle açıklanmaya çalışılmaktadır. Kadın ve erkekler antropometrik olarak farklı olduğu gibi hastanelerde üstlendikleri görevler de farklıdır. Çoğunluğu kadın olan hemşireler hasta taşıma kaldırma gibi kas-iskelet sistemi açısından daha riskli görevleri üstlenmektedir. Ayrıca Messing ve ark. hastanelerde aynı meslek ve görevdeki erkeklerin fiziksel olarak daha güç gerektiren işleri yaparken kadınların yineleyici/tekrarlayan işleri yaptığı ve bunun da farklı sonuçları olduğunu göstermişlerdir (36).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada çalışma saatleri, gece çalışma, acil servis'te çalışma, hemşire ve hekim olma, kadın olma iş kazası geçirme açısından riskli bulunmuştur. Özellikle Acil Servis'te olmak üzere şiddet ve kesici delici alet yaralanmaları alarm verecek boyuttadır. Hastanelerde şiddetin önlenmesiyle ilgili işçi sağlığı ve güvenliği birimleri çalışmalar başlatmalıdır.

4-B li çalışanların iş kazası sıklık hızı, güvence- li çalışanların iki katından fazladır. Sağlık çalışanlarının, çalışma koşulları sağlıklarını bozmaktadır.

Sağlık çalışanlarının çalışma saatlerinin ve nöbet sayılarının yasal düzeye çekilmesi, nöbet ertesi izinlerinin zorunlu olarak kullanmalarının sağlanması, sözleşmeli çalışmanın engellenmesi, genç çalışanlara işe başlamadan İSG ve oryantasyon eğitimlerinin verilmesi iş kazalarının büyük oranda önleyecektir.

Kaynaklar

1. European Agency for Safety and Health at Work. "Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care" European Risk Observatory Report Luxembourg: Publications Office of the European Union.
2. OSHA, 2013. "Facts About Hospital Worker Safety" https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.2_Factbook_508.pdf (25/08/2016).
3. Sepkowitz, K., Eisenberg, L. "Occupational Deaths among Healthcare Workers" Emerging Infectious Diseases" 2005; 11(7): 1003-1008
4. Ogan H, (yayına hazırlayan) Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu. "Sağlık Çalışanları için İşçi Sağlığı ve Güvenliği", 2014 <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler2/scskitabi.pdf> (28/08/2016)
5. Arnetz BB. "Psychosocial challenges facing physicians of today Social Science and Medicine" 2001; 52: 203±213.
6. ILO, "Health and life at work: A basic human right. "(ss.8-10) 2009 Geneva: ILO
7. ILO. "Recording and Notification of Occupational Accidents and Diseases and ILO List of Occupational Diseases" Geneva. 2002 p. 1-26.
8. Dembe A E, Erickson J B, Delbos R G Banks S M., "The Impact of Overtime and Long Work Hours on Occupational Injuries and Illnesses: New Evidence from the United States." Occupational and Environmental Medicine, 2005; 62: p. 588-597.
9. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, Yagi Y, Ibuka E, Kaneko A, Tsutsui T, Uchiyama M. "Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan". J Occup Health. Nov;46(6):448-54.
10. Davies R., Elias P, "An Analysis of Temporal and National Variations in Reported Workplace Injury Rates" British Health and Safety Executive, Institute for Employment Research. 2000, p. 1-98.
11. Pransky G., Snyder T., Dembe A., "Under-Reporting of Work-Related Disorders in the Workplace: A Case Study and Review of the Literature." Ergonomics, 1999; 42(1): p. 171-182.
12. Azaroff S.L., Levestein C., Wegman D.H., "Occupational Injury and Illness Surveillance: Conceptual Filters Explain Underreporting." American Journal of Public Health, 2002, 92(9): p. 1421-1430.



13. Davas Aksan A, Aksu Tanık F. "Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelere yönelik iş kazası kayıt sisteminin geliştirilmesi, uygulanması ve izlenmesi." Mesleki Sağlık ve Güvenlik. Temmuz-Ağustos 2009.32-42
14. Goma AE, Tapp LC, Luckhaupt SE, Vanoli K, Sarmiento RF, Raudabaugh WM, Nowlin S, Sprigg SM, "Occupational Traumatic Injuries Among Workers in Health Care Facilities — United States, 2012–2014" Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) April 24, 2015; 64(15):405-410 <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6415a2.htm> (30/08/2016)
15. Raeissi P, Omrani A, Khosravizadeh O, Mousavi M, Kakemam E, Sokhanvar M, Najafi B. "Occupational Accidents among Hospital Staff" Journal of Client-Centered Nursing Care May 2015 1(2).
16. McCaughey Da, DelliFraine JL, McGhan G, Bruning NS. "The negative effects of workplace injury and illness on workplace safety climate perceptions and health care worker outcomes" Safety Science 2013; 51: 138–147
17. Voide C1, Darling KE, Kenfak-Foguena A, Erard V, Cavassini M, Lazor-Blanchet C. "Underreporting of needlestick and sharps injuries among healthcare workers in a Swiss University Hospital." Swiss Med Wkly. 2012 Feb 10;142:w13523. doi: 10.4414/smw.2012.13523.
18. Uğraş Dikmen A, Medeni V, Uslu İ, Aycan S. "Ankara'da bir üniversite Hastanesi'nde Çalışan Sağlık personelinin geçirdiğini ifade ettiği iş kazalarının değerlendirilmesi" Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2014; Temmuz-Ağustos-Eylül 22-29.
19. TBMM, "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu" Ocak 2013 <http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/files/tbmsiddetraporu.pdf> (16/11/2016)
20. Arslanhan S, "Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor?" http://www.tepav.org.tr/upload/files/1284627104-1.Muayene_sayisindaki_artis_anlamli_bir_erisim_artisini_mi_ifade_ediyor.pdf2010 (16/11/2016).
21. Keser Ö., Bilgin H. "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme" Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences ·2011 ; 31(6):1442-56 DOI: 10.5336/medsci.2010-20795.
22. Rajkumari N, Thanbuana B.T, Varghese JN, Gunjijal J, Mathur P, Mahesh Chandra Misra MC "A prospective look at the burden of sharps injuries and splashes among trauma health care workers in developing countries: True picture or tip of iceberg" Injury, Int. J. Care Injured 2014; 45: 1470–1478 .
23. CDC, NIOSH "Slip, Trip, and Fall Prevention for Healthcare Workers "DHHS (NIOSH) Publication Number 2011–123 December 2010 <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2011-123/pdfs/2011-123.pdf> Erişim, 25/08/2016.
24. Rodriguez-Jareño MC, Demou E, Vargas-Prada S, Sanati KA, Skerjanc A, Reis PG, Helimäki-Aro R, Macdonald EB, Serra C. "European Working Time Directive and doctors' health: a systematic review of the available epidemiological evidence." BMJ Open. 2014 Jul 7;4(7):e004916. doi: 10.1136/bmjopen-2014-004916.
25. Kirkcaldy BD, Trimpop R, Cooper CL. "Working hours, job stress, work satisfaction and accident rates among medical practitioners, consultants and allied personnel." International Journal of Stress Management 1997;4:79–87.
26. Gholami A, Borji A, Lotfabadi P, Asghari A. "Risk factors of needlestick and sharps injuries among healthcare workers." Int J Hosp Res 2013;2:31e8.
27. Jahangiri M, Rostamabadi A, Hoboubi N, Tadayon N, Soleimani A. "Needle Stick Injuries and their Related Safety Measures among Nurses in a University Hospital, Shiraz, Iran" Safety and Health at Work 2016; 7: 72-77.
28. Liu H, Zhao S, Jiao M, Wang J, Peters DH, Qiao H, Zhao Y, Li Y, Song L, Xing K, Lu Y, Wu Q. "Extent, Nature, and Risk Factors of Workplace Violence in Public Tertiary Hospitals in China: A Cross-Sectional Survey." Int J Environ Res Public Health. 2015 Jun 16;12(6):6801-17. doi: 10.3390/ijerph120606801
29. Horwitz IB, McCall BP. "An analysis of occupational burn injuries in Rhode Island: workers' compensation claims, 1998 to 2002." Burn Care Rehabil. 2005 Nov-Dec; 26(6):505-14
30. Harmanacı Seren AK, Yıldırım A, "Özelleştirme: Sağlıkta Özelleştirme ve Hemşireler" Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16:1.
31. O'Neill TM, Abbott AV, Radecki SE, "Risk of Needlesticks and Occupational Exposures Among Residents and Medical Students." Arch Intern Med. 1992; 152(7):1451-1456.
32. Williams R "Sharps Injuries in Medical Training: Higher Risk for Residents Than for Medical Students" <http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4604&context=etd> (30/08/2016).
33. TTB,(2015) Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tiptauzmanlikegitimi.pdf> (30/08/2016).
34. Alamgir H, Yu S, Drebit S, Fast C, Kidd C "Are female healthcare workers at higher risk of occupational injury?" Occupational Medicine 2009;59:149–152.
35. Messing K, Tissot F, Stock SR. "Should studies of risk factors for musculoskeletal disorders be stratified by gender? Lessons from the 1998 Quebec Health and Social Survey" Journal Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2009/3/1 :96-112.●



İŞÇİ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNDE SOLUNUM SİSTEMİ TETKİKLERİ

Adem KOYUNCU

Uzm. Dr. Hacettepe Üniv. Tıp Fak. İş ve Meslek Hastalıkları BD.

Ahmet Uğur DEMİR

Prof. Dr., Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları AD.

Ali Naci YILDIZ

Prof. Dr., Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Giriş

Hastalıkta görülen belirtiler veya hastalığın yerleştiği organ olarak değerlendirildiğinde en sık görülen meslek hastalığı türü deri hastalıklarıdır. Deri hastalıkları önemli bir sorun olarak algılanmadığı ve yeterince önemsenmediği için bu yakınlama ile sağlık kuruluşuna başvurulmaz. Meslek hastalıklarında deriden sonra en sık tutulan bir sistemde solunum sistemidir (1). Solunum yolları mesleksel maruziyet nedeni ile sıklıkla etkilenme riski altındadır. Potansiyel toksik ajanların yaygın kullanımı solunum yolları ve akciğer parankimi için büyük bir tehdit oluşturur. Solunum yollarının hasara yanıtı sınırlı kalmaktadır. Akut olarak rinosinüzit, larenjit, üst solunum yolu tıkanıklığı, bronşit, bronkokonstriksiyon, alveolit, akciğer ödemi kronik olaraksa astım, bronşit, bronşiolit, parankimal fibrozis, plevral fibrozis ve kanser şeklinde yanıt vermektedir (2). İnhal edilen maddelere solunum sisteminin yanıtı maruziyet tipine, seviyesine ve süresine bağlı olarak değişir. Maruz kalınan maddelerin başında tozlar, gazlar, organik maddeler gelmektedir (3).

Havada asılı kalabilen her türlü madde tozlar kategorisinde ele alınabilir. Şekillerine göre partikül ve lifsel özellikte olabilir. Çap ve uzunluğu birbirine eşit olan maddelere partikül denilir. 10 mikrometreden büyük partiküller burun dahil olmak üzere üst solunum yollarında tutulur, 5-10 mikrometre arasında olanlar üst ve alt solunum yollarına, 0,3-5 mikrometre arası olanlarda alt solunum yolları ve akciğer parankimine ulaşır. Partiküller maddelere maruziyet riski olan işkolları arasında madenler, taş ocakları, seramik, cam yapımı, kuvars değirmenleri gelir. Uzunluğu çapının üç

misli olan minarelere lif denir. Asbest, erionit-zeolit, insan yapımı lifler bu gruba girer (3).

Gazlar, suda çözünürlüklerine bağlı olarak üst solunum yolları, alt solunum yolları ve parankimal hasara yol açarlar. Her türlü kimyasal maddenin gaz ve buharı maruziyet süresi ve yoğunluğuna bağlı olmak üzere değişik derecelerde hasara yol açabilir (4).

Organik maddeler, genellikle havadaki yoğunluklarına bağlı olarak ancak, bazı durumlarda yoğunluklarına bağlı olmadan da solunum sisteminde değişik seviyelerde etki gösterirler. Antijenik özellikteki bu maddeler atopisi olmayan kişilerde maruziyet süresi ve yoğunluğuna bağlı olarak değişik derecelerde akut ve kronik hipersensitivite pnömonisine yol açarlar (4).

İşe giriş muayenesinde amaç kişinin niteliklerine uygun olan bir işe yerleştirilmesidir. Bunun için kişi işe başlamadan önce tıbbi yönden değerlendirilmeden geçirilir ve eğer bu işte çalışması bakımından sakıncalı olabilecek bir durum söz konusu ise bu durumun önlenmesi amaçlanmaktadır. Risklerin kontrolü amacı ile teknik koruma uygulamalarının yapıldığı durumlarda da etkilenme olabilir. Bunun sonucunda ortaya çıkabilecek meslek hastalığını erken dönemde saptayabilmek için çalışanların belli aralıklarla muayene edilmesi gerekir (1).

Dikkatli bir değerlendirme mesleki akciğer hastalıklarının çoğunda tanımlanmasına ve teşhisine olanak sağlar. Bu amaçla dört yaklaşım önerilmektedir. Bunlar anamnez, tam fizik muayene, uygun görüntüleme ve solunum fonksiyon testleridir (2).

Akciğer Grafisi

Akciğer hastalığı şüphesi olduğunda istenecek ilk tetkik posteroanterior akciğer grafisidir



(PAAG). Ancak normal radyolojik bulgular önemli akciğer hasarını dışlamayabilir. Akut toksik inhalasyon hasarı sonrasında akciğer grafisi normal olabilir. Akciğer grafisindeki hasarın şiddeti pulmoner yetmezliğin şiddeti ile orantılı değildir (2).

PAAG çekim ayakta, ışın tüpü arkada, kişi kasete göğsünü yaslanmış ve çenesini kasete dayamış, skapulaları film dışına atmak için ellerini belinin üzerine bağlamış durumdadır. Işın tüpü ile film kaseti arasındaki uzaklık 180 cm'dir (5). Çekim, derin inspiriyum sonunda nefesin tutulması esnasında yapılır. Genellikle film kasetleri 35X35 cm ebatlarında olmaktadır (6).

Akciğer grafisini değerlendirmeye başlamadan önce hastanın adı ve soyadı, çekim tarihi, çekim sırasındaki pozisyonuna bakılmalıdır. Akciğer grafisi belirli bir sıra ile değerlendirilmelidir.

Toza maruz kalan kişilerde akciğer filmleri normal yorumlaya ek olarak Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) pnömokonyoz sınıflaması içinde yorumlanmalıdır. Pnömokonyozu sebep olan radyolojik görünümleri ILO sınıflaması ile standartlaştırılmış, açıklayıcı bir kodlama sistemi sağlamaktır. Standart filmler ABD Ulusal İşçi Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsünde (NIOSH) mevcuttur. İşçilerin filmleri standart PAAG ile karşılaştırılarak puanlanır (2). Ülkemizde uluslararası pnömokonyoz radyografi sınıflandırılması okuyucu eğitimi İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü Müdürlüğü (İSGÜM) tarafından düzenlenir (7). Toza maruz kalan çalışanların PA Akciğer grafilerinin pnömokonyoz bakımından değerlendirilmesi en az iki okuyucu tarafından yapılır. Okuyuculardan her biri radyografilerin değerlendirmesini bağımsız olarak rehberine göre yapar. Okuyucular arasında farklılık gösteren değerlendirme sonuçları, okuyucular tarafından birlikte değerlendirilerek nihai değerlendirme sonuçlarını işverene yazılı olarak bildirir. Çalışanların PA Akciğer grafilerinin pnömokonyoz bakımından her iki okuyucu nihai değerlendirme sonucu ILO Uluslararası Pnömokonyoz Değerlendirme Kategorisine göre yapılır. ILO Uluslararası Pnömokonyoz Değerlendirme Kategorisi Çizelgesinde 0. Kategoriye girenler çalıştırılır, 1. kategoriye giren çalışanlar, çalışma ortamının toz yoğunluğu 2 mg/m³ altında olan işyerlerinde çalıştırılır. Bu çalışanların en az yılda bir kez meslek hastalıkları tıbbi tanısı koymakla yetkili sağlık kuruluşlarına

kontrole gönderilmeleri zorunludur. 2. kategoriye giren çalışanlar tozsuz işlerde çalıştırılır (8).

ILO Sınıflamasına Göre Akciğer Grafisi Değerlendirme Prensipleri

Tozlu işlerde çalışan kişilerle ilgilenen her hekimin ILO sınıflamasının kullanımını, en azından zorunlu temel prensiplerini bilmesi gerekir. PAAG standart boyutlarda (35x35 veya 30x40 cm) ve uygun teknikte olmalıdır (4). ILO sisteminde öncelikle sayısal bir kalite değerlendirmesi yapılır.

Teknik kalite için 4 derece kullanılmaktadır;

1. İyi kalitede olan,
2. Kabul edilebilir grafi, pnömokonyoz için pnömokonyoz için radyolojik sınıflamayı etkileyecek defektin olmaması,
3. Kabul edilebilir, bazı teknik defektler olması- na rağmen sınıflanabilir grafi,
4. Değerlendirme için kabul edilemez (9).

Birinci ve ikinci kalite filmler okunur. Eğer PAAG tekrar çekimi mümkün değilse üçüncü kalite filmlerde okunabilir. Dördüncü kalite filmler okunmaz. Pnömokonyoz incelemeleri için radyografilerde parankim ve plevranın açıkça görülmesi esastır. Her radyografide plevra ve parankimin ayrı ayrı ve açıkça sınıflandırmaya tabi tutulması önerilmektedir (4).

Parankimal bulgular; küçük ve büyük opasitelerden oluşmaktadır. Küçük opasiteler yoğunluklarına, etkilenen akciğer zonlarına, şekillerine (yuvarlak veya düzensiz) ve boyutlarına göre tanımlanmaktadır (9). Küçük opasitelerin yoğunluğu etkilenen akciğer zonlarındaki konsantrasyonunu gösterir. Bu kategoride yazılı metin yol gösterici olmakla birlikte standart göğüs radyografisi esas alınır. Yoğunluk standart radyografide 4 ana kategori ve 12 alt kategori olarak sınıflandırılmıştır. Kategori 0 küçük opasiteler ya hiç yoktur ya da kategori 1'in alt sınırından daha az opasite vardır. Opasitelerin görüldüğü zonlar kaydedilir. Akciğerin apeksi ile diyafragma kubbelerini birleştiren bir vertikal çizgiye, bu vertikal çizginin 1/3 ve 2/3 kısmından geçen 2 horizontal çizgi ile akciğerler sağ ve sol olmak üzere üst, orta ve alt olarak 6 zona ayrılır. Küçük opasiteler, büyüklükleri 1 cm'den küçük olan yuvarlak veya düzensiz-çizgisel opasitelerdir. Her tip opasite 3 ayrı büyüklükte tanımlan-



mıştır. Küçük yuvarlak opasitelerin varlığında p, q, r sembolleri; düzensiz opasiteler için ise s, t, u sembolleri kullanılır.

Çapı 1 cm'den fazla büyük opasiteler büyük opasite olarak adlandırılır. Çapı 10 mm büyük toplam alanı 50 mm'ye kadar olan bir veya birden fazla opasite A; bunun çapını geçen ancak, sağ üst zon alanını geçmeyen bir veya birden fazla opasite B; sağ üst zon alanını geçen çaptaki bir veya birden fazla opasite ise C sembolüyle tanımlanır.

Plevra bulguları; plevral anormallikler diffüz plevral kalınlaşma, plevral plaklar ve kostofrenik açılı obliterasyonu olmak üzere 3 alt bölümde incelenir. Bunlar da yeri, yaygınlığı, büyüklüğü, kalsifiye olup olmaması gibi özellikleri göz önüne alınarak değişik harf ve rakamlarla kodlanır.

Semboller; radyografilerde görülen patolojilerin bazılarını sembollerle göstermektedir. Bazı durumlarda sembollere ek olarak yorum da gerekebilir.

İşe giriş /periyodik muayenede akciğer grafisinin yeri

İşveren çalışanların işe girişlerinde, iş değişikliklerinde, iş kazası, meslek hastalığı veya sağlık nedeniyle tekrarlanan işten uzaklaşmalarından sonra işe dönüşlerinde talep etmeleri halinde, işin devamı süresince, çalışanın ve işin niteliği ile işyerinin tehlike sınıfına göre Bakanlıkça belirlenen düzenli aralıklarla sağlık muayenesini sağlamak zorundadır. Tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işlerde çalışacaklar, yapacakları işe uygun olduklarını belirten sağlık raporu olmadan işe başlatılamaz (10). Çalışanların işe giriş muayene ve periyodik muayenelerini yapmak işyeri hekiminin görevidir. İşe giriş /periyodik muayene formunda radyolojik analizler ve solunum fonksiyon testi bulunmaktadır (11). Her çalışanın işe giriş esnasında akciğer grafisi çekilmeli, solunum fonksiyon testi yapılmalı ve periyodik muayenede risk değerlendirmesi yapılarak gerekli durumlarda bu tetkikler yapılmalıdır. Bazı işkollarında ne sıklıkla akciğer grafisi çekilmesi gerektiği yasal düzenlemelerle belirlenmiştir.

Gıda işi ile uğraşanlarda ve sıhhi müesseselerde çalışanlarda portör taraması için yapılacak tetkikler arasında en az yılda bir akciğer grafisi çekilerek akciğer tüberkülozu yönünden değerlendirilmesi önerilmiştir (12).

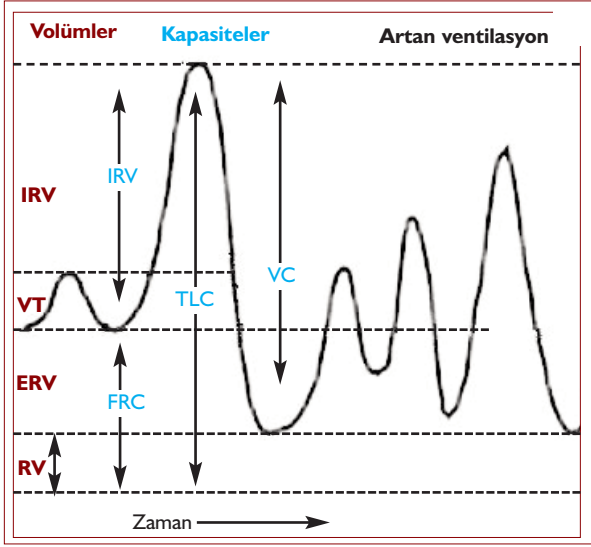
Asbestle çalışanlarda işyeri hekimi, risk değerlendirmesi ve ölçüm sonuçlarını dikkate alarak çalışanların sağlık durumlarını değerlendirir ve değerlendirme sonucuna göre akciğer radyografilerini uygun sürelerle tekrarlar, bu süre 2 yılı aşmaz (13).

Tozlu ortamlarda çalışanların; İşçi Sağlığı İş Güvenliği Tüzüğü'nden 6 ayda bir, Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliğinde yılda 1, Tozla Mücadele Yönetmeliğinde 2 yılda bir PA akciğer grafisinin çekilmesi gerektiği yazmaktadır. Tozlu ortamda çalışanların gereksiz yere radyasyon almaması için risk değerlendirmesine göre 2 yılı geçmeyecek şekilde, yılda 1 kez PA akciğer grafilerinin çekilmesi uygundur.(8,14) Ancak muayene sıklığı maruziyet yoğunluğu ve süresine göre ayarlanmalıdır. 20 yıl orta düzeyde maruziyeti olanların yılda bir kez değerlendirilmesi uygun olur. Periyodik muayenede akciğer grafisi ve solunum fonksiyon testi yapılmalıdır. Tanı alan işçiler, hastalığın ilerlemesini önlemek için maruziyetten uzaklaştırılmalı, iş ortamı kontrolleri gözden geçirilmelidir (4).

Solunum Fonksiyon Testi

Solunum fonksiyon testleri (SFT) çoğunlukla noninvaziv testler oldukları için endikasyon alanı geniştir. Solunum fonksiyon testleri, solunum sistemi hastalıkları tanısında, bronkodilatör tedavinin objektif değerlendirilmesinde, mesleki maruziyetin değerlendirilmesinde, preoperatif riskin saptanmasında, solunum yetmezliği değerlendirilmesinde, hastalık seyrini izlemede kullanılır (15). İşçi sağlığı ve güvenliği alanında SFT; tozlu dumanlı iş ortamlarının solunum sistemine fonksiyonel etkisini belirleme ve takip etmekte, epidemiyolojik araştırmalarda ve maluliyet oranının belirlenmesinde kullanılır (4).

Spirometre basit, ucuz, tekrar edilebilir, noninvaziv, standart, güvenilir bir yöntemdir. Nefes alıp verebilen ve uyum sağlayan herkese uygulanabilir. Ancak son bir ayda enfarktüs geçirenler, bilinen aort anevrizması olanlar ve son 1 ayda göz operasyonu geçirmiş olanlara test uygulanmamalıdır. Göğüs, karın ağrısı, ağız ve yüzde ağrılı lezyon, stres inkontinansı, demans veya konfüzyon durumları ise kısmi kontrendikasyonlarıdır. Test yapılacak kişi testten en az bir saat öncesine kadar sigara içmemiş, en az dört saat öncesine kadar alkol almamış, en az iki saat öncesine kadar aşırı yemek

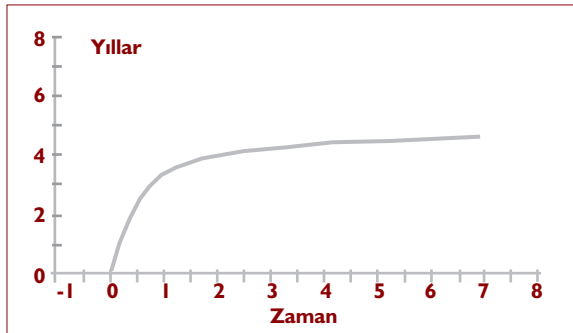


Şekil-1: Akciğer volüm ve kapasiteler (15)

yememiş ve en az yarım saat önce aşırı aktivite yapmamış olmalıdır. Göğüs ve karın ekspansiyonunu engelleyecek derecede sıkı giyinmemelidir. Uygulanacak test manevrası iyi anlatılmalı, her test en az üç kez yapılmalıdır (4).

Spirometre zorlu ekspiratuar akım hızları ve hacimleri ölçmek için kullanılır (16). Akciğer volümleri statik ve dinamik volümleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Statik volümler ölçümünde zamana bağımlılık yokken dinamik volümler zorlu solunum sırasında ölçülür (17). Normal koşullarda hem statik hem dinamik volümlerin ölçülmesi ideal yaklaşımdır. Ancak iş sağlığı gözetimi amaçlı tarama pratiğinde daha çok dinamik volümler ölçümü tek başına kullanılır.

Statik akciğer volümleri; kişiye tidal volüm (TV) seviyesinde normal soluk alıp verirken zorlu olmayan derin bir inspiriyum sonrası yine zorlu olmayan derin bir ekspiriyum yaptırılır (Şekil-1).



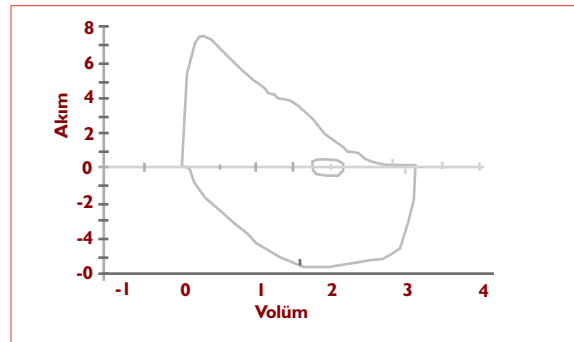
Şekil-2: Volüm-zaman eğrisi (2)

Statik akciğer volümleri total akciğer volümlerinin alt bölümleri olan volümler ve kapasitelerdir. Akciğer volümleri; tidal veya solunum volümü (TV), inspirasyon yedek volümü (IRV), ekspirasyon yedek volümü (ERV) ve rezidüel volümünden (RV) oluşur. İki veya daha fazla volümün kombinasyonu kapasiteleri oluşturur. Akciğer kapasiteleri; total akciğer kapasitesi (TLC), vital kapasite (VC), inspirasyon kapasitesi (IC) ve fonksiyonel rezidüel kapasite (FRC) dir. Basit bir spirometre ile total akciğer kapasitesi, rezidüel volüm ve fonksiyonel kapasite ölçülemez. Bu ölçümler için vücut pletismografisi veya gaz dilüsyon yöntemlerinin kullanılması gerekir.

Vital kapasite kooperasyon eksiklikleri, restriktif akciğer hastalıklarının hemen hepsi, obstrüktif akciğer hastalıklarının ileri dönemi, solunum merkezi depresyonu, nöromüsküler hastalıklar, toraksta volüm kaybına neden olan torakal, frenik ve batın olayları nedeni ile azalmaktadır (4).

Dinamik akciğer volümleri; Zorlu vital kapasite (FVC): Bu manevrada kişi, total akciğer kapasitesi düzeyine kadar maksimal inspirasyon yaptıktan sonra mümkün olduğunca hızlı ve zorlu bir ekspirasyon yaparak akciğerdeki havayı belirli zaman aralığında rezidüel volüm seviyesine kadar çıkarmaya çalışır. Çalışanların akciğer sağlığı gözetimi alanında en sık kullanılan manevradır. Bu manevra sırasında iki eğri elde edilir; volüm-zaman eğrisi (Şekil-2) ve akım-volüm eğrisi (Şekil-3). Spirogramın sayısal değerlendirmesinden önce bu iki eğrinin şekli incelenmelidir. Volüm – zaman eğrisinde teste uygunluğun iki temel kriteri vardır:

1. Eğri en az 6 saniye süreli olmalıdır.
2. Eğrinin son aşaması tam bir plato çizmelidir,



Şekil-3: Akım-volüm eğrisi (4)



yapılan en az 3 manevrada son aşamada manevraların eğrileri arasında 30 ml.'den az bir volüm farklığı olmalıdır.

Akım - volüm eğrisi, zorlu ekspirasyon sırasında akciğerlerden atılan volüm ile akımın ilişkisini gösterir. Horizontal eksen de volüm, vertikal eksen de akım hızı (L/sn) vardır. İki değişkenin aynı anda yazdırılması ile ortaya çıkan eğriye maksimum ekspirasyon akım-volüm eğrisi denir. Akım-volüm eğrisinin şekli kişinin teste uyumlu olup olmadığı konusunda değerli bilgiler verir. İnspiryum veya ekspiryum kolunda ani kesilmelerin, çentikleşmelerin oluşması kişinin teste tam uyum sağlamadığını gösterir.

Zorlu ekspiratuvar volümün 1.saniyesi (FEV1): Zorlu ekspirasyonun birinci saniyesinde atılan hava volümüdür. Sağlıklı bir birey ekspirasyonun birinci saniyesinde volümlerin %75-85 'ini, üçüncü saniyede ise %97'sini ekspire eder (6). Hava yolu direncinin arttığı obstruktif hastalığı olan kişilerde ise FVC'nin dışarı atılabilme süresi oldukça uzamıştır.

FEV1/FVC: FEV1'in FVC'ye oranlanarak bir yüzde değer olarak ifade edilmesidir. Obstruktif-restriktif patolojileri ayırırda kullanılan değerli bir parametredir. Obstruktif hastalıklarda FEV1/FVC azalmıştır, restriktif hastalıklarda ise normal veya artmıştır (18). FEV1'in beklenen değere göre %80'in altında olması ve bununla beraber FEV1/FVC'ninde %70'in altında olması kesin obstruksiyon bulgusudur. Bu iki parametre ile obstruksiyonun bulgusu kesinse, obstruksiyonun şiddeti FEV1'in % değerine göre derecelendirilir (hafif-orta-ağır). Aynı şekilde FVC'deki azalma ile birlikte FEV1/FVC değeri normal veya artmışsa restriksiyonun şiddeti de FVC'nin % değerine göre yapılır. (hafif-orta-ağır). Obstruktif patolojilerde FEV1, restriktif patolojilerde de FVC'nin %80'nin üzerinde olması normal; %60-79 hafif, %40-59 orta, %40'ın altı ise ağır etkilenme olarak kabul edilebilir (4).

Tablo-1: SFT de solunum bozukluğunun dereceleri (8)

Derecesi	FVC	FEV1	FEV1/FVC
Normal	>%80	>%80	>%80
Hafif	%79-%60	%79-%60	%79-%60
Orta	%59-%51	%59-%41	%59-%41
Ağır	<%50	<%40	<%40

Zorlu ekspirasyon ortası akım hızı (FEF25-75: MMEF): Zorlu ekspirasyon manevrasından elde edilen akım-volüm eğrisinin ilk %25 ile son %25 arasındaki (%25-75) akım hızını gösterir. Küçük hava yollarındaki etkilemeyi erkenden gösteren değerli bir parametredir (4).

Obstruktif akciğer hastalıklarında akım-volüm eğrisinin orta ve son kısmı volüm eksenine iyice yaklaşır ve uzar. Restriktif hastalıklarda ise eğrinin şekli değişmez ancak normal eğrinin minyatürüdür. Restriktif hastalıklarda FVC azalırken, obstruktif hastalıklarda FEV1/FVC ve FEV1'in azaldığı görülür.

İşe giriş / periyodik muayenelerinde SFT'nin değerlendirilmesi

Solunum fonksiyonunun SFT ile değerlendirilmesi işe giriş esnasında kişinin uygun işe yerleştirilmesi, periyodik muayene esnasında saptanan düşüklüğünde hastanın erken tanısı açısından önemi büyüktür. Normal sağlıklı bir bireyde FVC, FEV1 ve FEV1/FVC değerlerinin %80'nin altında olmaması gerekir. Solunum bozukluklarının SFT ile değerlendirilmesi Tablo-1'de gösterilmiştir.

Madende çalışmaya başlamadan önce bütün çalışanlar tıbbi olarak incelenmeli ve bu incelemede akciğer filmi çekilmeli, SFT yapılmalıdır (19).

Asbest ile çalışanlarda sağlık gözetiminde solunum fonksiyon testinin yapılması gerekliliği ve uygun olarak yapılan sağlık gözetimi sonucunda, çalışanın sağlığında şüpheli durum saptandığında, hekim mevzuata uygun olarak çalışanın ileri tetkiklerinin yapılmasını ve ilgili uzman tarafından değerlendirilmesini isteyebilir (11).

Pamuk ipliği yapımında çalışma hastalığının klinik düzeyini ve zaman içindeki değişimleri değerlendirme bakımından solunum fonksiyon testleri yararlıdır. Pazartesi günleri 1 saniyedeki zorlu ekspirasyon hacminde (FEV 1) çalışma öncesi değere göre günün ilerleyen saatlerinde (örneğin öğleden sonra) %10 ve daha fazla düşme olması hastalık hakkında işaret olarak değerlendirilebilir (20).

Mesleki çinko maruziyetinin en karakteristik bulgusu çinkooksit dumanlarına maruziyetten sonra gelişen metal dumanı ateşidir. Solunum fonksiyon testlerinde FEV1, FVC ve diffüzyon azalır (4). Ozon maruziyeti sonrasında akciğer yanında FEV1 ve FVC de düşme gözlenir.

Kaynakçı akciğer olarak bilinen sideroz kay-



nakçılarının %7'sinde görülür. Radyolojik görünüm dramatik olmasına rağmen (diffüz retikülonodüler dansiteler) solunum fonksiyon testleri bununla uyumlu değildir, hafif veya orta derecede etkilenir. Sert tipte metaller ve kobalt'a bağlı olarak retsrik-tif tipte bozulma saptanır.

Reversibilite Testleri

Reversibilite testi spirometrenin olduğu her yerde yapılabilecek basit ve güvenilir bir testtir. Hava yolu obstrüksiyonu saptanan hastalarda kısa etkili beta2 agonist inhalasyonundan (200-400 mcg salbutamol) 15-20 dakika sonra FEV1'deki bazal değere göre %12 ve 200 ml artış, PEF değerinde %20 artış olması hava akımı kısıtlılığının reversibl olduğunu gösterir (21). Uygun klinik varsa bu testin pozitif olması astım tanısını kesinleştirir. Astım işyeri kaynaklı ya da işyerindeki alerjenlerin tarafından ağreve olmuş olabilir. Erişkin başlangıçlı astımların %5-20'si mesleki maruziyete bağlıdır (21). Erişkin başlangıçlı astım hastalarında hobbeleri dahil iş geçmişi, hafta sonları ve tatil dönemlerinde belirti olup olmadığı sorulmalıdır.

Bronşprovakasyon testleri

Bronşprovakasyon testleri mesleki astım tanısında yararlıdır. Solunumsal yakınmaları olan, ancak solunum fonksiyon testlerinde obstrüksiyonun gösterilmediği olgularda akım kısıtlanmasının varlığını doğrulamak ve sebep olan nedeni saptamak amacı ile testin uygulanacağı kişiye gittikçe artan dozlarda nonspesifik (metakolin, histamin, soğuk hava,) veya spesifik ajanlar (alerjenler, kimyasallar) verilerek FEV1'de meydana gelen akım azalması gösterilebilir (22). Test genellikle %20'lik düşüş olduğunda sonlandırılır (2). Spesifik ajanlarla yapılan test meslek hastalıkları tanısını koymakta değerli bir yöntem olmasına rağmen test pahalı ve zordur (2).

PEF takibi

Solunum yolu obstrüksiyonunun derecesinin gösterilmesi için kullanılan diğer bir yöntem tepe akım hızı (PEF) ölçümüdür (2). Bilinen astım hastalığı olan veya belirli bir mesleki maruziyette, tetikleyicinin rolünü değerlendirmek için kullanılır (23). Tepe akım hızı PEFmetre ile ölçülür. PEFmetreler ucuz, taşınabilir ve hastanın evde hava akımı değerlerini günlük takip edebilmesi için



Fotoğrafa erişim adresi: <https://www.australianmining.com.au/news/fatigued-miners-increase-road-accidents/>



ideal araçlardır. PEF ölçümü efora bağımlı olduğundan ve cihazlar arasında değerler değişkenlik gösterebileceğinden yorumlanmasında dikkatli olunmalıdır (24). PEF değeri sabah bronkodilatör ilaç kullanımından önce yani PEF değerinin en düşük olması beklendiği zamanda; akşam ise bronkodilatör ilaç kullanımından sonra yani değerler en yüksek durumdayken ölçülür. O gün içerisindeki en yüksek ve en düşük PEF değerleri arasındaki farkın yüzde olarak ifade edilmesidir. Bu farkın %20'nin üzerinde olması astım lehine kabul edilir (24).

Kaynaklar

1. Bilir N., Yıldız AN., " İş Sağlığı ve Güvenliği" Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2014.
2. J,Ladou.,R,Harrison., "Current Occupational and Environmental Medicine (5th ed.)" Lange, 2014.
3. Özlü T.,Metintaş M.,Ardıç S., "Türk Toraks Derneği Okul Kitabı; Akciğer Hastalıkları Temel Bilgiler" Poyraz Yayınları, Ankara, 2008.
4. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü "Meslek Hastalıkları ve İş ile İlgili Hastalıklar Tanı Rehberi", http://www3.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/isggm/dosyalar/isgip_saglik_tani, erişim tarihi: 04 Kasım 2016.
5. Ariyürek M., Akciğer Radyolojisi , Toraks derneği 3. Kış Okulu, 20-24 ocak 2004, http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu3-ppt-pdf/Macit_Ariyurek.pdf, erişim tarihi: 25 Ağustos 2016.
6. Özlü T., Metintaş M., Karadağ M., ve ark, "Solunum Sistemi ve Hastalıkları" İstanbul Tıp Kitapevi, 2010.
7. 28812 sayılı ve 05.11.2013 tarihli "Tozla Mücadele Yönetmeliği", <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.18989&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>, erişim tarihi: 04 Kasım 2016.
8. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü "Çalışma Yaşamında Sağlık Gözetimi Rehberi", http://www3.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/isggm/dosyalar/isgip_saglik_gozetim, erişim tarihi: 04 Kasım 2016.
9. ILO "Guidelines for the use of the ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses (revised edition 2011)", http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_168260.pdf, erişim tarihi: 04 Kasım 2016.
10. 6331 sayılı 20.06.2012 tarihli "iş sağlığı ve güvenliği kanunu" <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf>, erişim tarihi: 04 kasım 2016.
11. 28713 sayılı 20.07.2013 tarihli "İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik" <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.18615&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>, erişim tarihi: 02 Ekim 2016.
12. Sağlık bakanlığı temel sağlık hizmetleri genel müdürlüğü 27.01.2005 tarih 1059 sayılı genelgesi, <http://www.banvitas.com/pdf/portor%20muay.esas%20lab.tekn.%20gen..pdf>, erişim tarihi: 04 kasım 2016.
13. 28529 sayılı ve 25.01.2013 tarihli "Asbestle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik" <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130125-24.htm>, erişim tarihi: 26 Ağustos 2016.
14. 7/7583 sayılı ve 4.12.1973 tarihli "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü" <http://www.kampusmadencilik.com.tr/belgeler/kanun/%C4%B0%C5%9F%C3%A7i%20Sa%C4%9F%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Ve%20%C4%B0%C5%9F%20G%C3%BCvenli%C4%9Fi%20T%C3%BCz%C3%BCC%C4%9F%C3%BC>, erişim tarihi: 29 Ağustos 2016.
15. Uptodate "Overview of pulmonary function testing in adults" <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-pulmonary-function-testing-in-adults>, erişim tarihi: 23 Ağustos 2016.
16. Uptodate "Office spirometry" <http://www.uptodate.com/contents/office-spirometry>, erişim tarihi: 23 Ağustos 2016.
17. Poyraz BM, Kaya A, "Göğüs Hastalıkları" Poyraz Tıbbi Yayıncılık, 2009.
18. Hyatt RE, scanlon PD, Nakamura M. "İnterpretation of pulmonary function tests 2nd ed." Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2003.
19. Yeryaltı Kömür Madenlerinde Güvenlik ve Sağlık-ILO Uygulama Kılavuzu-2011, http://www.kmo.org.tr/resimler/ekler/aec5df88c63d1a0_ek.pdf?tipi=4&turu=R&sube=0, erişim tarihi: 04 Kasım 2016.
20. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü "Meslek hastalıkları rehberi" <http://www3.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/isggm/dosyalar/Meslek-Hastaliklari-Kitab%C4%B1>, erişim tarihi: 24 Ağustos 2016.
21. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2016 update), http://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/04/GINA-2016-main-report_tracked.pdf, erişim tarihi: 29 Ağustos 2016.
22. Arseven O, "Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları" Türk Toraks Derneği, İstanbul, 2011.
23. Uptodate, "Diagnosis of asthma in adolescents and adults", <http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-asthma-in-adolescents-and-adults>, Erişim 23 Ağustos 2016.
24. Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2014, <http://www.toraks.org.tr/book.aspx?list=1695&menu=242>, erişim tarihi: 26 Ağustos 2016. ●



Mehtap TÜRKAY

Yrd. Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

İŞYERİ SAĞLIK BİRİMİ: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ

Giriş

Sağlık ve sağlıklılık kavramı toplumsal, siyasi ve ekonomik olaylardan etkilenen bir durumdur. Bu nedenle de sunulan sağlık hizmetlerinin sağlıklı olma üzerine sınırlı etkisi bulunmaktadır. Sağlık, sağlığın belirleyicileri üzerinden değerlendirildiğinde sosyal, ekonomik ve politik çevre %50 oranında sağlığı etkilerken, sağlık hizmetleri %25 oranında etkiler (1). Ancak bu yazı bir üniversite hastanesinde bulunan işyeri sağlık biriminin tanıtımı olduğu için bu yazı içerisinde sağlık daha dar anlamıyla ele alınmıştır.

“Sağlık çalışanlarının sağlığı” bir kavram olarak, sağlık çalışanlarının ulaşılabilir en üst düzeyde bütünsel iyilik halinin (biyopsikosozyal) sağlanması ve sürdürülmesini ifade eder (2). İkinci dünya savaşı sonrasında başta Avrupa ülkeleri olmak üzere birçok ülkede sağlık çalışanlarının sayısının artması ve çalışma koşullarının daha riskli bir duruma gelmesi sonucunda “sağlık çalışanlarının sağlığı” konusu, zorunlu bir gündem maddesi haline gelmiştir. Özellikle 1970’li yıllarda bu konuda yoğunlaşan tartışmalar sonucunda çeşitli ülkelerde sağlık çalışanlarını koruyan bazı yasal düzenlemeler yapılmıştır (3).

Ülkemizde bu gelişmelere aynı hızla ayak uydurulamamış olmakla birlikte 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik (4) çıkarılmıştır. Daha sonra Çalışma Bakanlığı tarafından, Haziran 2012 yılında İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (5) yayınlanmış ve aşamalı olarak yürürlüğe girmiştir. Örneğin kamu çalışanları için 2016 Temmuz ayında kamu kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği (İSG) profesyonellerinin bulundurulma zorunluğu başlamıştır.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi sağlık çalışanlarının sağlığı konusunda yukarıda adı geçen yasal düzenlemelerden önce, 2008 yılında işyeri sağlık birimini kurmuştur. Bu yazıdaki amaç bir kamu örneği olarak Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İşyeri Sağlık Birimini tanıtmak ve bu konudaki sorunları tartışmaktır.

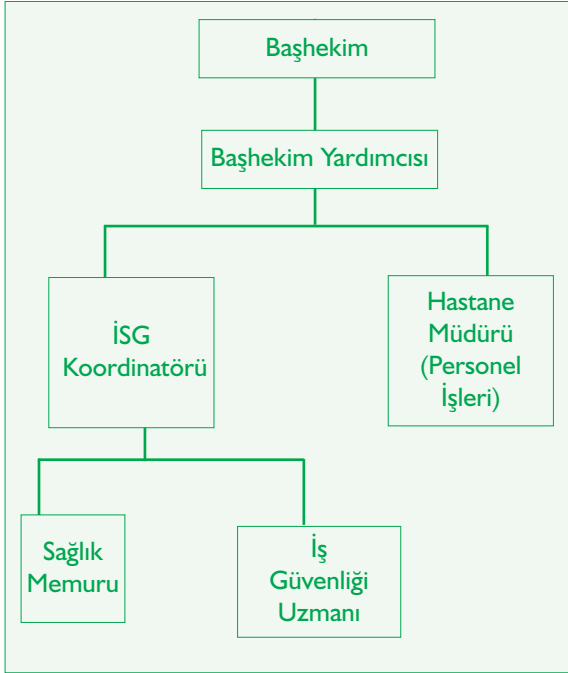
Amaç ve Organizasyon Yapısı

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İşyeri Sağlığı Biriminin organizasyon şeması Şekil 1’de izlenmektedir.

İşyeri sağlık birimi, organizasyon şemasından da izlendiği gibi hastane, başhekimliğin altında bir başhekim yardımcısına bağlı olarak çalışmaktadır. Hastane enfeksiyon kontrol komitesi ve radyasyon güvenlik komitesi işbirliği ve koordinasyonu, iş sağlığı ve güvenliği kurulu üzerinden yapılmaktadır. Kurulda ayrıca çalışan temsilcileri olarak sendika temsilcilerinin de bulunması işçi sağlığı hizmetlerine çalışan katılımının sağlanması açısından önem taşımaktadır. Kurulda hem işçi sendikası temsilcisi hem de memur sendikaları temsilcileri bulunmaktadır ayrıca alt işveren temsilcileri de kurulun doğal üyeleri haline getirilerek geniş katılım sağlanması planlanmıştır. İşyeri sağlık biriminin kuruluşu, kapsamı, uygulama alanları bugüne dek işyeri sağlık birimi prosedürü üzerinden yapılmıştır (6).

Prosedürde belirtildiği üzere işyeri sağlık biriminin amacı, hastane çalışanlarının bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumlarını en üst düzeye ulaştırmayı ve bu düzeyde sürdürmeyi hedefleyerek, çalışanları işyerinden kaynaklanan risklere karşı korumak, ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini sunmak, çalışanların sağlığını geliştirmektir. Birimde işçi sağlığı hizmetleri sunulmuş, ancak ayaktan tedavi edici sağlık hizmetleri sunulmamıştır.

Hastanenin 3828 çalışını bulunmaktadır. Yatak kapasitesi ise 983'dür. Birimin kapsamı kamu çalışanları olmakla birlikte, alt işveren çalışanlarının işçi sağlığı hizmetlerini de denetlemekte ve değerlendirmektedir.



Şekil-1: Araştırma grubunda bildirilen iş kazası tiplerinin dağılımı

İşyeri Sağlık Biriminin Görevleri ve Uygulamaları

Birim, İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliğinde (7) belirlenmiş görevleri yürütme-ye çalışmakla birlikte, Temmuz 2016 öncesinde çok sistematik ilerleyememiştir. Yasal düzenleme-lerin gecikmesi, bütçe kalemlerinin olmaması gibi nedenlerle tüm çalışanların sağlık gözetimi yapıla-mamıştır.

Prosedürde belirlenen görevler aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

1. Çalışanların sağlık gözetimi
2. Hastalık raporlarının değerlendirilmesi
3. Hastalık sonrası işe dönüş muayeneleri
4. Özel muayeneler
5. Klinik faaliyetler
6. Eğitim faaliyetleri
7. Çevreye ve çalışana yönelik koruyucu faaliyetler
8. Kayıt ve istatistik faaliyetleri

Çalışanların Sağlık Gözetimi

Birime başvuran sağlık çalışanı sayısı 2114'dür. Başvuranların %30,2'si erkek çalışan, %69,2'si kadındır. Çalışanların %2'si (40) kronik hastalığa sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Ancak birimin yapmış olduğu taramalarda çalışanların 171 (%8,1)'inin hipertansiyon, 72(%3,4)'sinin diyabet, yaklaşık %16'sının şişman olduğu saptanmıştır.

Aralıklı kontrol muayeneleri açısından yapılan muayenelere örnek verilecek olunursa, Örneğin radyasyon riskine sahip 255 çalışandan sadece 153 (%60)'üne ulaşılmıştır. Ulaşılabilen çalışanların 25'inin göz muayenesinde patolojik bulgular saptanmış, 10 çalışanın dozimetresinde doz aşımı bulunmuştur. Göz muayenesinde patolojik bulgu saptanan çalışanların 11'i nükleer tıp çalışanıdır (8).

Kemoterapi ünitesi, onkoloji ve hematoloji gibi bölümlerde çalışan sağlık çalışanlarının sağlık gözetimine karaciğer fonksiyon testleri ve tam idrar tetkikleri eklenmiş, kemoterapi ilaçlarına maruz kalan 7 hemşirede lökositüri saptanmıştır. İdrar yolu enfeksiyonu açısından herhangi bir bulgu saptanmayan bu hemşirelerdeki lökositüri bulguları DNA hasarına bağlanmış ve ünite içeri-sinde KKD (kişisel koruyucu donanım) olmaksızın çalışmaları açısından önlem alınmıştır. Ünite tarama sonrasında kapalı ve otomatik siteme geçiş yapmış maruziyet azaltılmıştır. Aynı dönemlerde çalışan bir hemşire karaciğer fonksiyon testi bozukluğu nedeniyle üniteden uzaklaştırılmıştır.

Ayrıca alt işverende çalışıyor olmalarına rağmen 12 boya atölyesi çalışanına solunum fonksi-yon testi yapılmış test sonuçlarına göre 2 çalışan göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiştir.

Çalışanların sağlık gözetimi çalışmaları, yukarı-daki örneklerden de anlaşıldığı gibi sistematik olmamakla birlikte birim çalışmalarını yapmaya devam etmiştir.

Hastalık raporlarının değerlendirilmesi

Bu görev daha çok iş sağlığı ve güvenliği kuru-lu ile birlikte yapılmaktadır. Örneğin kronik hasta-lığa sahip bir çalışanın sağlık sorunu çalıştığı yer ile uyumlu değilse, önce koordinatör tarafından değerlendirilmekte daha sonra iş sağlığı ve güven-liği kurulu kararı ile yeri değiştirilmektedir. Bugüne dek yapılan çalışma yeri değişikliği çalışanların sağlık durumlarına göre yapılmaya çalışılmıştır.



Her kurul toplantısında en az beş çalışanın sağlık durumları tartışılmakta ve gerekli görüldüğü takdirde yer değişikliği yapılmaktadır.

Hastalık sonrası işe dönüş muayeneleri

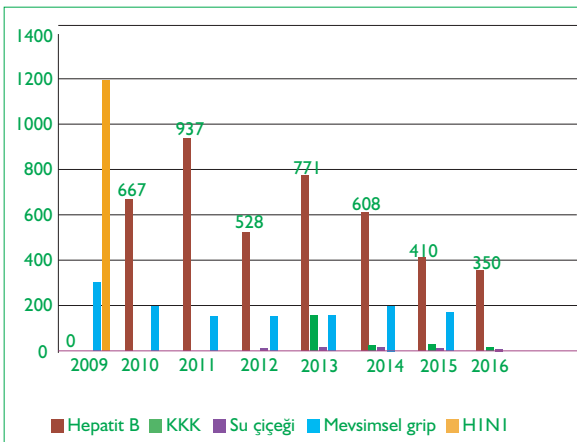
İş riskleri nedeniyle alınan sağlık raporları sonrasındaki muayeneleri ifade etmektedir. Örneğin bir çalışmamız tüberküloz nedeniyle basil yaydığı 2 aylık bir dönemde çalışmamış rapor bitiminde tekrar değerlendirilerek çalışmaya başlamıştır. Yine hepatit C enfeksiyonuna sahip bir çalışmamız enfeksiyon hastalıkları bölümü ile birlikte takip edilmiştir. Ayrıca çalışanların istemeleri halinde, hastalık sonrasında muayeneler yapılmaya çalışılmaktadır.

Özel muayeneler, klinik faaliyetleri

Bu görev bugüne dek yapılmamıştır. Birim çalışanları daha çok koruyucu hizmetlere öncelik vermiş, hastalık durumunda muayene etmemiştir. Ancak hastalık durumlarında aldıkları tanılar, yapılan tetkikleri çalışanların kişisel sağlık dosyalarına eklemiştir. Ancak alt işveren işyeri hekimleri kendilerine başvuran işçilere hastalık muayenesi yapmakta ve poliklinik muayene defterine işlemlenmektedir. Gerekli durumda işçilerin sevklerini işyeri hekimleri yapmaktadır.

Eğitim faaliyetleri

Birim, 2013 yılına kadar İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri adı altında 28 seminer vermiştir. Bu seminerlerde konulara farklı disiplinlerden öğretim üyeleri görev almış toplam 1467 çalışan eğitilmiştir. 2013 yılından sonra program daha düzenli aralıklarla ve iş risklerine yönelik tekrar düzenlenmiş 2016 yılına kadar 1536 çalışan eğitim almıştır.



Grafik-1: Aşı yapılan çalışanların yıllara ve aşılara göre dağılımı

Çevreye ve çalışana yönelik koruyucu faaliyetler

Çalışana yönelik yapılan koruyucu faaliyetlerden en sık yapılan aşılama hizmetleridir. Yıllara göre aşı yapılan çalışan sayısı Grafik-1'de verilmiştir. Grafikten de izlendiği gibi 4271 kişiye Hepatit B aşısı yapılmıştır. Aşılama hizmetleri sadece çalışanlara yönelik değil aynı zamanda öğrenci ve stajyerlere yönelik de yapılmaktadır. Birimde, hepatit B, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, mevsimsel grip aşısı, suçiçeği, konjuge pnömokok aşuları yapılmaktadır.

Çalışanların sağlık muayeneleri yapılırken kadın çalışanlara kendi kendine meme muayenesi öğretilmektedir. Ayrıca smear taramalarının yapılması için hatırlatmalar yapılmaktadır.

Çevreye yönelik koruyucu faaliyetler için birimin temel görevlerinde biri olan risk değerlendirme yapılmaktadır. Risk değerlendirme çalışmalarına başlamadan önce Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolundan "hastanede karşılaşılan tehlikeler ve risk değerlendirme eğitimi" alınmıştır. Bu eğitimi alan 17 çalışan ile risk değerlendirme çalışmaları başlamıştır. Risk değerlendirme çalışmalarına gürültü ölçümü, ısı, toz ve nem ölçümleri de eklenerek değerlendirmeler yapılmıştır.

Hastanede bazı birimler için risk değerlendirme risk algısı ile birlikte yapılmış ve risk puanları ile karşılaştırılmıştır. Tablo-1, Tablo-2 ve Tablo-3'de bu değerlendirmelerden birine ait örnekler bulunmaktadır.

Tablo-2'de çalışanların sosyodemografik özellikleriyle iş kazası, meslek hastalıkları, KKD kullanımı ve aşı durumlarına yer verilmiştir. En sonunda da Tablo-3'de izlendiği gibi tehlikeler, olası riskler risk algısı ve bu konudaki bilgi puanları ile karşılaştırılmıştır.

Bu çalışmalardan anlaşılan; eğer çalışanın risk algısı yüksek ise önlem aldığı olmuştur. Önlemlerin yetersiz olduğu durumlarda da sağlık ve güvenlik konusunu dile getirdiği ve çözüm süreçlerine katkı sağladığı saptanmıştır. Bu nedenle de iş sağlığı eğitimlerine farkındalığın artırılması için iş sağlığı kültürü konuları eklenmiştir (9).

Hastane içerisinde kullanılan tıbbi cihazların sayısının artması ve buna paralel elektrik hatlarının ve trafolarının artması nedeniyle risk değerlendirme çalışmalarına bazı bölümler için elektro

**Tablo-1: Risk değerlendirme formu; hematoloji laboratuvarı (tam kan-kuagülasyon-sedim)**

Yürütülen işler:	1 adet Yayma cihazı, 3 adet Hemogram cihazı, 1 adet Sedim cihazı, 2 adet Kuagülasyon cihazı, 2 adet Santrfüj cihazı, 1 adet PTA cihazı (trombosit agregasyon testi yapılıyor) mevcut. Direk kanla çalışılıyor. Kan otomatik pipetlerle alınıp cihaza veriliyor.
İş Yoğunluğu (işlerin süresi ve sıklığı):	Yoğun
Çalışma Ortamı:	Dar ve gürültülü. Ancak klima mevcut.
Çalışan Kişi Sayısı:	5
Çalışan No:	(13,17,21,43,56)
Birimde çalışanlara göre sağlıklarını en çok olumsuz yönde etkileyen faktör: gürültü	Çalışan No 13: Havasız kapalı ortam-Gürültü Çalışan No 17: Havasız kapalı ortam-Gürültü Çalışan No 21: Enfeksiyon riski-Stres-Aşırı uzun çalışma- Gürültü Çalışan No 43: Enfeksiyon riski-Havasız kapalı ortam-Gürültü Çalışan No 56: Havasız kapalı ortam-

Kaynak: 8. Tablo 1'de birimde yapılan işlere yer verilmiş, çalışma ortamı resmedilmeye çalışılmıştır.

Tablo-2: Hematoloji laboratuvarı çalışanlarının demografik ve mesleki özellikleri

Sosyo-demografik veriler			Puan		Çalışma Yılı		İş kazası		KKD	Aşı	Eğitim
n	yaş cins	Medeni hal/ çocuk	Risk algısı	Bilgi puanı	Meslek	Birim	Kaza	Hastalık			
13	34 / K	E / 2	5	11	13	7	-	Varis	+	Hepatit, grip	+
17	35 / K	E / 2	10	13	15	2	-	-	+	Hepatit, grip, Tetanoz	+
21	41 / K	E / 3	10	13	20	4	DKAY	Bel ağrısı Hepatit A	+	Hepatit, grip	+
43	34 / K	E / 1	7	12	13	3	DKAY	Pnömoni	+	Hepatit, tetanoz	+
56	34 / K	B / -	7	12	3	-	Düşme	-	+	Hepatit, grip	+
Ort	35 / K	E / 1-2	8	12	13	3					

DKAY: Delici, Kesici Alet Yaralanması

manyetik alan (EMA) ölçümleri eklenmiştir. Yapılan ölçümler sonucunda merkez laboratuvarı EMA değerlerinin $0,4\mu T$ 'yi aştığı saptanmıştır (10). Aynı dönemde çalışanların sağlık muayenesi sonuçlarına göre EMA ölçümleri $0,4\mu T$ 'nin üzerinde olan bazı işlerde spontan abortusların varlığı dikkat çekmiştir. Sonuçların tümü birlikte değerlendirilmiş birimin genişletilmesine karar verilmiştir.

Kayıt ve istatistik faaliyetleri

İşyeri Sağlık Birimi, çalışanların ve çalışma ortamının gözetimi bulguları, raporları ve sonuçlarını kayıt altına alırken iş kazaları, beyaz kod gibi durumların da istatistiklerini tutmaktadır. Kazaların incelenmesi, kaza yerlerinin gözetimini birim

çalışanları tarafından yapılmaktadır. Bildirilen iş kazaları üzerinden yapılan incelemelerde örneğin hemşireler için, kaza insidans hızı 100 tam zamanlı çalışmada 22,11 olarak saptanmıştır (11). Türkiye'deki verilerle değerlendirildiğinde insidans hızının düşük olduğu saptanmış ve bildirimlerin yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Bildirimleri arttırmak için hastane oryantasyon eğitimlerine iş sağlığı ve güvenliği, ile birlikte birimin tanıtımı eklenmiştir.

Yapılan diğer faaliyetler

Araştırma; birim asli görevlerinin yanında hastane içerisinde birçok çalışma da yapmıştır. Örneğin çalışanların ruh sağlığı çalışması (12), obezite ve hipertansiyon sıklığı (13) çalışması gibi.



Tablo-3: Hematoloji laboratuvar risk değerlendirmesi sonucu

Tehlike		1. Kan ve Kan Ürünleri 2. Cihazlar 3. Cam Malzeme					
Tehlikeli Durum		- Örnek az olursa manuel yayma ve boyama işlemi yapılması (günde en az 30 tane) - Hemogram cihazı tıkanırsa elle açılıp temizlerken tüpün kırılabilmesi - Koagülasyon cihazına, kan tüplerin kapaklarının açılarak otomatik pipetle kanın alınıp, manuel olarak konulması zorunluluğu, - Santrifüj cihazının uygun kullanılmaz ise aerosol oluşturma durumu					
Risk		1. Kan ve kan ürünleri ile temas sonucu enfeksiyon 2. Cam malzemenin kırılması ile oluşan deri bütünlüğünün bozulması ve buradan kan ve kan ürünleri ile temas sonucu enfeksiyon 3. Havaya yayılan aerosollerin solunum yolu ile alınması sonucu hava yolu ile bulaşan mikroorganizmalar ile enfeksiyon					
Risk No	Zarar hasar veya yaralanma şiddeti	Tehlikeli olayın meydana gelmesi olasılığı	Risk'in ağırlığı (Risk= Ş x O)	KKD kullanım durumu	Risk algısı puanı ortalaması	Bilgi puanı ortalaması	Sonuç risk
1	3	2	3x2=6	Yetersiz	8	12	YR
2.	3	1	3x1=3	Yetersiz	8	12	OR
3	.3	1	3x1=3	Yetersiz	8	12	OR
Alınması Gerekli Önlemler: <ul style="list-style-type: none"> • Daha geniş bir çalışma ortamı sağlanmalı, • KKD kullanımına azami dikkat edilmeli. El yıkama, eldiven kullanma, önlük ve kıyafet konusunda daha titiz davranılmalı, • Maske kullanımı özellikle santrifüj kullanımı esnasında önerilmeli, • Kazalar mutlaka işyeri sağlık birimine rapor edilmeli, • Aşılama durumlarına göre personelin eksik aşıları tamamlanmalı, • Çalışanlar en çok gürültülü ve kapalı ortamda çalışma konusundan rahatsızlık duyduklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle ortamda gürültü ve toz konsantrasyonu ölçümleri rutin aralıklarla kontrol edilmeli ve gerekli mühendislik önlemleri alınması konusunda teknik birim ile işbirliği yapılmalıdır. • Bu koşulların düzeltilmesi ile çalışanların işlerini daha dikkatli yapmaları sağlanacak, çalışma ortamı koşulları düzeltilecektir. Sonuçta iş kazası sıklığı düşürülecektir. 							

DR: Düşük Risk, OR: Orta Risk, YR: Yüksek Risk

Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitime katkı; Mezuniyet öncesi eğitime katkı sağlamak için dönem VI halk sağlığı stajı içerisinde bir hafta işyeri sağlık birimi eklenmiştir.

Mezuniyet sonrası eğitime katkı için, asistan uyum kurslarına iş sağlığı dersi eklenmiştir.

Sonuç

Burada özetlendiği gibi işyeri sağlık birimi faaliyetleri yasada belirtildiği gibi yapılmaktadır. Ancak işçi sağlığı hizmetlerinin bütüncül ve kapsayıcı olması zorunludur. Hastane ortamında asıl işveren alt işveren ilişkisinden dolayı kapsayıcı ve bütüncül yapısı bozulmaktadır. Yani kamu çalışanları ile taşeron altında çalışanlar yan yana, birlikte bir takım gibi çalışmalarına rağmen eşit ve aynı hizmeti alamamaktadır.

İSG kurulunda sendika temsilcilerinin bulunmaları çalışan katılımını sağlamakta ancak işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerine etkisi sınırlı düzeyde olmaktadır. Çünkü onların genel olarak öncelikli sorunları işçi sağlığı değil iş güvencesidir.

İş kazası ve meslek hastalıkları durumunda kamu çalışanları için halen bir belirsizlik mevcuttur.

Temmuz 2016'da yasanın kamu kurumlarında yürürlüğe gireceği daha önceden bilinmesine rağmen bütçe kalemleri oluşturulamamıştır. Bunun sonucunda da çalışanların gözetimi aksamaktadır.

Kamuda işçi sağlığı ve güvenliği kültürünün daha önce olmaması nedeniyle bu konuda ilerlemek yavaş ve zor olmaktadır. Konuya uzak yöneticilerin varlığı ayrıca bir engel oluşturmaktadır.

Sonuç olarak, işyeri sağlık birimlerini ve sağlık



Fotograf: Ali İhsan Ötken

çalışanlarının sağlığını geliştirmek, iş risklerini ve bu riskler sonucunda oluşabilecek sağlık sorunlarını belirlemek, bu konuda politikalar üretmek halk sağlığı bilimimin görevleri arasındadır. Bu görevi yerine getirebilmek için ilgili bakanlıklar ile birlikte tartışma ortamları oluşturmak ve saptanan sorunlar için ortak yollar belirlemek gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Belek İ. Sınıf, Sağlık Eşitsizlik. Sorun Yayınları, İstanbul 1998.
2. Kıran S. Sağlık çalışanlarında mesleki etkenlerle karşılaşma düzeyleri ve hastalık / yakınma ile ilişkisinin değerlendirilmesi. D.E.Ü.T.F Halk Sağlığı A.D. İş Sağlığı Doktora Tezi. İzmir, 2003: 7.
3. Soyer A. Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri ve sağlık kurumlarındaki iş sağlığı ve güvenliği birimleri: neden, nasıl? Toplum ve Hekim Dergisi, 1999; 14 (6): 458-460.
4. Resmi Gazete (RG)Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik (No.27897) 6 Nisan 2011.
5. RG. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (No. 6331) 20 Haziran 2012 Sayı: 6331.
6. Türkay M. İşyeri Sağlık Birimi Prosedürü. <http://web.hastane.akdeniz.edu.tr/kalite/web>. Erişim Tarihi 01 Ekim 2016.
7. RG. İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği (No. 28512) 29 Aralık 2012.
8. Gökaş B, Türkay M. İyonize radyasyon ile çalışan sağlık çalışanlarında sağlık gözetim. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bursa.
9. Kaya A. Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde Yer Alan Merkez Laboratuvarında Çalışan Personelin Risk Algı Düzeyi ve Çalışma Ortamına Ait Biyolojik Risklerin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi Antalya, 2013.
10. Özen Ş, Helhel S, Kahya G, Çalır M, Yalçın S. Hastane Ortamlarında Manyetik Alan Seviyeleri ve mesleki Maruz Kalmanın Değerlendirilmesi. Pamukkale Univ Muh Bilim Derg, 20 (8) 300-303; 2014.
11. Boylubay Ö, Türkay M. Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Ev İdaresi Personelinin İş Kazası Geçirme Durumlarının İncelenmesi. " VII. Ulusal İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kongresi 18-20 Nisan 2013 Adana.
12. Türkay M, Aydoğdu E. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Durumunun Belirlenmesi ve İş Doyumu İle İlişkisinin İncelenmesi. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi 18-20 Kasım 2011 Ankara.
13. Sülemiş İ, Özdemir F, Boylubay Ö, Türkay M. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Ev İdaresi Personelinde Hipertansiyon Sıklığı. VII. Ulusal İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kongresi 18-20 Nisan 2013 Adana. ●



BİRİNCİ BASAMAKTA KAMU SAĞLIK YÖNETİMİ EL KİTABI

Kitabın temel amacı, birinci basamak kamu sağlık kuruluşlarında çalışanlara halk sağlığı bilim alanının izdüşümü üzerinden uygulamaya yönelik yol göstermektir. Bir başka deyişle, kitap, "Nasıl yapılmalı?" sorusuna bir el kitabının sınırları içerisinde yanıt veremeyi amaçlamaktadır.

Kitabın içeriğinde kuramsal bilgiden daha çok, uygulamaya ilişkin bir kapsamı olmasına özen gösterilmiştir. Ancak halk sağlığının temel ilkeleri başta olmak üzere, konuya ilişkin kısa bir arka plan da içeriğin en başına konularak bütünsel bir yaklaşım gösterilmeye çalışılmıştır.

Kitap altı bölümden oluşmaktadır ve bölümlerden biri birinci basamak çalışanlarının istihdam ve özlük hakları, ekip çalışması, sağlık çalışanlarının sağlığı ve sürekli eğitime ayrılmıştır. Birinci basamakta sağlık çalışanlarının sağlığı bölümünde, yeniden yapılanan birinci basamak sağlık hizmetlerindeki işyükü artışı, mesleki özerkliğin zarar görmesi, performansla bağlı denetim gibi çalışma koşullarını ağırlaştırarak uygulamaların çalışanların sağlığını nasıl etkilediği tartışılmıştır.

Emeği geçenlere teşekkürler...

Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG), kendi disiplini ile ilgili olabilecek derlemeler, araştırmalar, literatür özetleri ve gündemi belirleyen olaylar ve tartışmalara ilişkin görüş ve değerlendirmeleri yayınlayan bilimsel bir dergidir. Türk Tabipleri Birliği tarafından yayımlanır.

MSG, ICMJE tarafından belirlenen standartları ve TTB Yayın Etiği Bildirgesi ilkelerini benimser. Ayrıntı için web sayfasına (<http://www.ttb.org.tr/MSG>) bakınız MSG'de yazılar belirli başlıklarda yayımlanır (ayrıntı için; web sayfasına bakınız) ve web sayfası aracılığı ile gönderilir.

Başvurusu kabul edilen yayın türleri (ayrıntı için; web sayfasına bakınız):

- I. Özgün araştırma
- II. Araştırma raporu (ön rapor)
- III. Bakış / Görüş
- IV. Yorum
- V. Editöre mektup
- VI. İşyeri hekimleri ve işçi sağlığının diğer disiplinlerinden derlemeler
- VII. Diğer

Dergiyeye gönderilen yazılar öncelikle Editörler tarafından bir ön değerlendirme alınır. Bu ön değerlendirme sonrası Yayın Kurulu ve gerektiğinde Danışma Kurulu incelemesinden geçerek yazı hakkında karar verilir. Araştırmalar en az iki, ihtilaf durumunda üç hakeme gönderilir. Gelen görüşlere göre yayın kurulunda değerlendirme yapılır.

Yazım Kuralları:

Derginin yazı dili Türkçe'dir. Yazılar Türk Dil Kurumu tarafından belirlenen dil bilgisi ve yazım kurallarına uygun olmalıdır.

Yazı bölümleri:

Yazılar Windows tabanlı Microsoft Word programı ile 2 satır aralıklı olarak tüm bölümler dahil toplam 30 bin karakteri (boşluklu) aşmayacak şekilde yazılmalıdır. Üç veya daha fazla tablo ya da grafik içeren yazılarda üst sınır 25 000 (boşluklu) karakterdir. Yazının sayfaları aşağıdaki bölümlere ayrılmalıdır.

1. Başlık sayfası: Bu sayfada yazının başlığı, yazarlar ve bağlı oldukları kurumlar, yazarların iletişim bilgileri (telefon numarası ve e-posta adresi) olmalıdır. Makalelerin hakemler tarafından tarafsız değerlendirmelerini sağlamak amacıyla makale metninde çalışmanın yapıldığı kurum veya çalışmayı yapan araştırmacıların kimliğinin bulunmamasına dikkat edilmelidir.

2. Özet sayfası: Bu sayfada araştırma makaleleri için sadece Türkçe ve İngilizce özet yer almalıdır. Araştırma makalesi olmayan yazılar için özete gerek yoktur.

Türkçe ve İngilizce özet: Özetlerden her biri 250 sözcüğü geçmemeli, açık ve anlaşılır biçimde çalışmayı özetlemelidir. Amaç, gereç ve yöntem, bulgular, sonuç (title, purpose, material and method, results, conclusion) bölümlerine ayrılmış olmalıdır.

Anahtar sözcükler (key words): Türkçe ve İngilizce 2-5 kelime Indeks Medicus konu ve bölüm başlıklarına uygun olarak belirtilmelidir.

3. Metin sayfası: Özgün araştırmalar için yazıda şu bölümler bulunmalıdır: Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar.

Kaynakların metin içinde gösterimi: Kaynaklar metin içinde kullanım sırasına göre numaralandırılmalı ve cümlenin sonunda noktalama işaretinden sonra parantez içinde bu numara ile belirtilmelidir. Birden fazla kaynak belirtilecekse numaralar arasına virgül konmalıdır.

Kaynak listesi: Kaynaklar yazının sonunda teşekkür bölümünden sonra metindeki sıralamaya ve numaralandırılmaya uygun olarak yazılmalıdır. Kaynak yazımında aşağıda belirtilen gösterim kullanılmalıdır. Yazar sayısı 3'ten fazla ise ilk üç yazar yazıldıktan sonra "ve ark." kısaltması kullanılmalıdır. Dergi adları "Index Medicus" a göre kısaltılmalıdır.

Makale için; Güranlı GE, Müngen U, Akad M. "Construction equipment and motor vehicle related injuries on construction sites in Turkey" *Industrial Health* 2008;46(4):375-388.

Kitap için; Akkurt İ. "Mesleki Solunum Hastalıkları" Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2007.

Kitap içinde bölüm gösterimi: Ünlütürk Ulutaş Ç. "Evin İçi İşyeri: Ev Hizmetleri, Ücretli Emek ve Göçmen Kadın Emeği" içinde: S. Dedeoğlu ve M. Yaman Öztürk (Der). Kapitalizm, Ataerkillik ve Kadın Emeği. SAV Sosyal Araştırmalar Vakfı Yayınları, İstanbul, 2010.

İnternette kitap ve web sitesi: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. "Çalışma Hayatı İstatistikleri 2011" http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgb/dosyalar/istatistikler/yabanciizin_2011 (15/3/2013)

4. Tablolar / Şekiller / Resimler / Grafikler sayfası

5. Çalışmanın ana hatları: Bu sayfada çalışma/yazı ile ilgili kilit noktalar vurgulanmalıdır. Bu bölüm beş cümleden fazla olmamalıdır.

