

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI 6. ULUSAL KONGRESİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ MORFOLOJİ BİNASI



21-22
EKİM
2017
ANKARA



SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI ÇALIŞMA GRUBU

www.saglikcalisanisagligi.org

SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI
6. ULUSAL KONGRESİ

21-22 EKİM 2017 / ANKARA

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI
ÇALIŞMA GRUBU

Sağlık alışanlarının Sağlığı 6. Ulusal Kongresi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Morfoloji

21-22 Ekim 2017, Ankara

Birinci Baskı: Nisan 2018, İstanbul
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

Yayına Hazırlayan: Dr. Hasan Oğan

ISBN: 978-605-9665-29-2

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sokak
No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe / Ankara
Tel: (0 312) 231 31 79 Faks: (0 312) 231 19 52-53
E-Posta: ttb@ttb.org.tr Web: www.ttb.org.tr

Kapak / Grafik Tasarım: Alaattin Timur

İÇİNDEKİLER

AÇILIŞ KONUŞMALARI	9
Hasan Oğan / <i>Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu</i>	9
A. R. İlker Cebeci / <i>Kongre Başkanı, Türk Dişhekimleri Birliği</i>	10
TÜRKİYE'DE ÇALIŞMA KOŞULLARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI	13
Çalışma Hayatında Güvencesizlik: Nedenleri, Özellikleri ve Sonuçları	15
Aziz Çelik / <i>Kocaeli Üniv. İktisadi ve İdari Bilimler Fak. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü</i>	
SAĞLIK ÇALIŞANLAR ve HER YÖNÜYLE	
MESLEK HASTALIĞI - TÜBERKÜLOZ	29
Sağlık Çalışanlarında Meslek Hastalığı Olarak Tüberküloz; Dünya'daki Ve Türkiye'deki Durumu	31
Şeref Özkara / <i>Keçiören Atatürk Sanatoryumu EAH</i>	
Tüberkülozda Bulaşma Ve Bulaşmadan Korunma Yöntemleri	40
Derya Cenger / <i>Yedikule Göğüs Hast. ve Göğüs Cerrahisi EAH</i>	
SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE TÜKENMİŞLİK	53
Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliği Önleyici Etkili Örgütsel Müdahaleler	55
Aslı Davas / <i>İzmir Dayanışma Akademisi</i>	
Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliği Önleyici Bireysel Müdahaleler	62
Eser Sandıkcı / <i>Toplumsal Dayanışma İçin Psikologlar Derneği</i>	
SÖZEL BİLDİRİLER	71
Türkiye'de Hemşirelik Öğrencilerin Karşılaştıkları Delici Kesici Alet Yaralanması - Sistemik Review	72
Mevlûde Karadağ / <i>Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi</i>	
Handan Eren / <i>Karamanoğlu Mehmetbey Üniv. Sağlık Yüksekokulu</i>	
Nurcan Çalışkan / <i>Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fak.</i>	
Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Risklerinin Ve Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi	74
Ayten Akkaya / <i>Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi</i>	
Mevlûde Karadağ / <i>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi</i>	
Sağlık Çalışanlarında Hasta Bina Sendromu	77
Hilal Altınöz / <i>Acıbadem Üniv. Göğüs Hast. AD</i>	
KLİNİK UYGULAMALARDA ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN SAĞLIK RİSKLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	81
Klinik Uygulamalarda Öğrenci Hemşirelerin Sağlık Riskleri	82
Deniz Oruç / <i>Düzce Üniv. Sağlık Yüksekokulu, THD</i>	
Uygulama Örneği Araştırma Sonucu	86
Merve Çakar / <i>Düzce Üniv. Sağlık Yüksekokulu, THD</i>	
Sağlık Risklerinin Azaltılmasına Yönelik Çözüm Önerileri	88
Nuriye Yıldırım Şişman / <i>Düzce Üniv. Sağlık Yüksekokulu, THD</i>	

DİŞHEKİMLİĞİNE ÖZGÜ MESLEKİ TEHLİKE-RİSKLER.....	99
Dişhekimliğinde Mesleki Solunum Hastalıkları	100
İbrahim Akkurt / <i>Göğüs Hastalıkları Uzm. - İş ve Meslek Hastalıkları Uzm.</i>	
Mesleki Üst Ekstremitte Sorunları	106
Sinan Adıyaman / <i>Ankara Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji AD, El Cerrahisi BD</i>	
Dişhekimliğinde Görülen Mesleki Cilt Hastalıkları	111
Orkun Erden / <i>Ankara Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hast. Dermatoloji Kliniği</i>	
SAĞLIK HİZMETİNDE RİSKLER ve SAĞLIK ÇALIŞANLARI	121
Tehlikeli İlaçlarla Çalışmada Çalışan Güvenliği	122
Gülder Gümüşkaya / <i>H.Ü. Onkoloji Hast. Kemoterapi Eczanesi</i>	
Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı Kimyasal Tehlikeler- Anestezik Atık Gazlara Mesleki Maruziyet.....	135
Sema Burgaz / <i>Gazi Üniv. Ecz. Fak. Toksikoloji AD</i>	
Sağlık Çalışanlarına Yönelik Her Boyutuyla Şiddet – Çalıştay raporu.....	142
Hasan Oğan / <i>SÇS Çalışma Grubu</i>	
SÖZEL BİLDİRİLER	161
Sağlık Çalışanları Kendi Sağlıklarına Dikkat Ediyor Mu?	162
Selin Bulgurcu / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi</i>	
Ayşe Nur Sarı / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji AD</i>	
Pınar Günel Karadeniz / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik AD</i>	
İsmail Taş / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi</i>	
Shahd Rajab Basha / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi</i>	
Mehmet Halil İlkaya / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi</i>	
Mehmet Ali Çevik / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi</i>	
Mehmet Kılıç / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi</i>	
Cebrael Ünal / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi</i>	
Mehmet Düzkaya / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi</i>	
Bülent Kaplan / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi</i>	
Fatih Köse / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi</i>	
Kadir Mert Deveci / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi</i>	
Behzat Kemal İnal / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi</i>	
Ayşen Bayram / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji AD</i>	
Fatma Töre / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD</i>	
Özlem Soran / <i>SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD, Gaziantep ve Pittsburgh Üniversitesi Heart and Vaskular Institute, USA</i>	
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlıkçılarının Sağlıklarına Ve Çalıştıkları Ortamdaki Risk Etmenlerine İlişkin Değerlendirilmesi	164
Betül Bay / <i>Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı EAH Yenidoğan Kliniği</i>	
Makbule Tokur Kesgin / <i>Abant İzzet Baysal Üniv. Halk Sağlığı Hemşireliği AD</i>	
Biyolojik Risklerden Korunmak Mümkün mü?	167
Özlem Kurt Azap / <i>Başkent Üniv. Enfeksiyon Hast. Ve Klinik Mikrobiyoloji AD</i>	

SAĞLIK HİZMETİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA KOŞULLARI .. 171

Sağlık Hizmetinde Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları Ve Sorunları Çalışma Koşulları, Sorunları..... 172

Onur Yıldırım / *Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği / Radyoloji Teknikeri - Karabük Devlet Hastanesi*

Sağlık Hizmetinde Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları Ve Sorunları 179

Adnan Arslan / *Ankara Dış Teknisyenleri Derneği*

Sağlık Hizmetinde Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları Ve Sorunları 184

İrem Cinnet / *Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği / Anestezi Teknikeri Altunizade Acıbadem Hast.*

Sağlık Hizmetinde Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları Ve Sorunları 187

Reyhan Karadeli / *Genel İş Sendikası, Taşeron işçi, Ank. Üniv. Tıp Fak. İbni Sina Hast.*

BİLDİRİLER..... 193

Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerin Kendi Bildirimleriyle Mesleki Risklerinin Ve Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi 194

Ayten Akkaya / *Ulucanlar Göz Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Mevlûde Karadağ / *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

Hastalığının Mesleksel Olduğunu Düşünüyorum... Ne Yapmalıyım? 195

Dr. Canan Demir / *Ege Üni.Tıp Fak., Halk Sağlığı Ad, İş Sağlığı Ve Meslek Hastalıkları Bd*

Dr. Meral Türk / *Ege Üni.Tıp Fak., Halk Sağlığı Ad, İş Sağlığı Ve Meslek Hastalıkları Bd*

Psikososyal Sağlığımız İçin Kreş İstiyoruz 197

Hamide İpek / *Sağlık Ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (Ses) Sendika Okulu,*

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Modülü

Sevinç Hocoaoğlu / *Sağlık Ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (Ses) Hukuk Bürosu*

Sağlık Çalışanlarında Ergonomik Bir Sorun: Kas İskelet Sistemi Bozuklukları 199

Makbule Tokur Kesgin / *Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu*

Hemşirelik Bölümü. / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı.

Stresin Sağlık Çalışanı Güvenliğine Etkisi 204

Yrd. Doç. Dr. Rabia Sohbet / *Gaziantep Üniversitesi*

Hemşire Mustafa Şahin Morcalı / *Gaziantep Üniversitesi*

Sağlık Çalışanlarında Tozlar İle Meydana Gelen Hastalıklar 206

Dr. Zeynep Doğrul, Prof. Dr. Meral Türk

/ Ege Üniversitesi Tıp Fak., Halk Sağlığı Ad., İş Sağlığı Ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı

Sağlık Çalışanlarında Kimyasal Tehlikeler Ve Sağlık Gözetimi..... 207

Dr. Zehra Nur Töreyn, Dr. Meral Türk

/ Ege Üniversitesi Tıp Fak., Halk Sağlığı Ad., İş Sağlığı Ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı

Sağlık Çalışanlarının Kendilerine Yönelik Uygulanması Gerekli Aşılara Karşı Tutum Ve Davranışları 208

Araş. Gör. Dr. Ramazan Reha Erken / *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.*

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Bir Üniversite Hastanesindeki Şiddet Olaylarının İncelenmesi..... 209

Erkan S. / *Paü Hastanesi İşyeri Hemşiresi, Can Y. / Paü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.*

Özdemir C. / *Paü Hastanesi Eğitim Hemşiresi, Uğurlu E. / PAÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D*

Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Çalışan Sağlığı Birimi'nde Kayıtlı İş Kazalarının Profili	212
<i>Ebe Yıldız Akış / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eah. Çalışan Sağlığı Birimi, İzmir</i>	
<i>Arş. Gör. Dr. Mahide Demirelöz Akyüz / Ege Üni. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İzmir</i>	
<i>Dr. Mübaccel Günay / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eah. Çalışan Sağlığı Birimi, İzmir</i>	
<i>Dr. Suzan Muz / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eah. Çalışan Sağlığı Birimi, İzmir</i>	
<i>Arş. Gör. Yeliz Çakır Koçak / Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İzmir</i>	
Sağlık Çalışanlarında Mesleki Deri Hastalıkları	214
<i>Dr. Seher Kurtul, Dr. Meral Türk</i>	
<i>/ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İş Sağlığı Ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı</i>	
Kamu Sağlık Ve Sosyal Hizmet Kurumlarında İşçi Sağlığı Ve Güvenliği Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	216
<i>Mehmet Zencir, Aslı Davas, Meral Türk, Çoşkun Canıvar, Menderes Tutuş</i>	
<i>/ Sağlık Ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Sendika Okulu, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Modülü</i>	
Sağlık Çalışanlarında Bir Ergonomik Sorun: Kas İskelet Sistemi Sorunları... 219	
<i>Yrd. Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin / Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü. /Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Bolu</i>	
Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Uyku Sorunlarının Biyolojik Ve Psikososyal Yansıması: Literatür Taraması.....	222
<i>Araş. Gör. Songül Çağlar, Yard. Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin</i>	
<i>/ Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü</i>	
Hemşire Sayısının Hemşirelerin Sağlığı Ve Güvenliği Üzerine Etkileri	224
<i>Uzm. Eylem Kaya Eroğlu / Sağlık Kurumları Yönetimi, SES Ankara Şube Eğitim Ve Örgütlenme Sekreteri / SES Sendika Okulu ŞÇS Modülü Öğrencisi</i>	
Ameliyathane Ortamında Çalışan Anestezistlerin Çalışma Süreleri, İş Kazaları Ve Kişisel Koruyucu Kullanım Alışkanlıkları	226
<i>Elif Aylin Yüce / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı</i>	
<i>Meral Türk / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı</i>	
<i>Hediye Aslı Davas / İzmir Dayanışma Akademisi</i>	
<i>Aslıhan Esra Yüksel / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon AD.</i>	
Sağlık Çalışanlarında Biyolojik Risk Etkenleri Kaynaklı Meslek Hastalıkları 229	
<i>Dr. Nejdiye Mazıcan, Prof. Dr. Meral Türk</i>	
<i>/ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ad., İş Sağlığı Ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir</i>	
Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Genel Bakış.....	231
<i>Elif Çilesiz , Rüveyda Gökce</i>	
<i>/ Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğrencisi</i>	
Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Uyku Sorunlarının Biyolojik Ve Psikososyal Yansıması: Literatür Taraması.....	239
<i>Araş. Gör. Songül Çağlar, Yard. Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin</i>	
<i>/ Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik</i>	
Türkiye'de Hemşirelik Öğrencilerin Karşılaştıkları Delici Kesici Alet Yaralanması - Sistemik Review	241
<i>Doç. Dr. Mevlüde Karadağ / Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi</i>	
<i>Arş. Gör. Handan Eren / Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu</i>	
<i>Doç. Dr. Nurcan Çalışkan / Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi</i>	

Sağlık Çalışanlarında Meslek Hastalıklarına Neden Olan Fiziksel Etkenler... 242

Dr. Yasemin Yurt, Prof. Dr. Meral Türk

/ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ad., İş Sağlığı Ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı

Sağlık Ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Toplu İş Sözleşmesi

Görüşmelerinde Sağlık Ve Sosyal Hizmet Çalışanlarının Sağlığı..... 244

Mehmet Zencir, Aslı Davas, Meral Türk, Coşkun Canıvar, Menderes Tutuş

/ Sağlık Ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Sendika Okulu, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Modülü

Laboratuvar Çalışanlarının Sağlığının Değerlendirilmesi 247

Dr. Z. Günnur Dikmen / Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Dr. Mehmet Şeneş / Sağlık Bilimleri Üni., Ankara Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi,
Tıbbi Biyokimya Bölümü

Dr. Oytun Portakal / Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Dr. Aylin Sepici Dinçel / Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Dr. Ali Ünlü / Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Dr. Gül S. Saydam / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi,
Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi, Tıbbi Biyokimya Bölümü

Dr. Suat Hayri Küçük / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi,
Tıbbi Biyokimya Bölümü

Dr. Doğan Yücel / Sağlık Bilimleri Üni., Ankara Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi,
Tıbbi Biyokimya Bölümü

Dr. Ferhan Girgin Sağın / Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Bir Üniversite Hastanesi'nde Risk Değerlendirmesi

Sırasında Karşılaşılan Sorunlar 249

Hasan Deniz / SES Sendika Okulu, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Modülü

**Sendikaların Toplu İş Sözleşmeleriyle Sağlık Çalışanlarının Sağlığının
Ve Güvenliğinin Sağlanmasına Katkısı / “İşçilerin Sağlığı İşçilerin Elinde
Olmalıdır” 251**

Eylem Kaya Eroğlu / Uzm. Sağlık Kurumları Yönetimi, Ses Ankara Şube Eğitim Ve Örgütlenme
Sekreteri / SES Sendika Okulu ŞÇS Modülü

Dr. Hasan Oğan

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu

Değerli başkanlarım, değerli konuşmacılar ve değerli katılımcılar herkese merhaba. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 6. Ulusal Kongresi'ne hoş geldiniz.

Sağlık çalışanlarının sağlığı Çalışma grubu olarak 2010 yılından itibaren sağlık çalışanlarının sağlığına yönelik olarak çalışmalarımızı kesintisiz olarak sürdürüyoruz ve şimdi de VI Ulusal Kongremizi gerçekleştireceğiz.

Her kongreye hazırlarken bu son kongre olsun diyoruz ama sizleri ve özellikle genç arkadaşları da görünce kongrelere devam diyoruz. Bu durumda 7. kongreyi gerçekleştireceğiz diye de düşünüyorum. Katıldığınız ve emekleriniz için tekrar teşekkür ederim.

Birkaç hususun altını çizmeye çalışacağım. Bu organizasyonların çalıştığınız alanlarda birebir katılamayan arkadaşlara da ulaştırılması lazım. Bunun sizin bireysel ve de örgütsel çalışmalarınızla olacağını biliyoruz. Bu konuda ki destekleriniz – bu salon aşırı kalabalık olmasa da- önemli. Çünkü bu çalışmalar bir şekilde takip ediliyor ve sağlık hizmetinde belirli bir yer tutuyor. Birileri bir şeyler yapmak istiyorlarsa bizden daha iyisini yapmak zorunda kalıyorlar. Onun için biz bir şekilde bu çalışmalarını sürdürüleceğiz.

Bu yıla dek Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu olarak şiddet çok fazla gündemimizde yoktu. Şiddet mutlaka olması, üzerinde çalışmamız gereken bir konuydu. Bazı nedenlerden dolayı bu eksiklik yaşandı. Ancak Mayıs 2017 de gerçekleştirdiğimiz şiddet çalışmayı ile artık sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, üzerinde çalışacağımız temel konular arasında yer alacaktır.

Uzun yıllardır şiddetin iş kazası olduğu çerçevesinde bir çalışmamız vardı ve bu çalıştayda alınan karar gereği Türk Tabipleri Birliği geçenlerde Sağlık Bakanlığına ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarına konuyla ilgili yazılar yazdı.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Müdürlüğü cevaben şiddetin iş kazası olarak kayıtlara geçirilmesi gerektiği yönünde görüş bildirdi. Bu kararın hayata geçmesi, yaygınlaştırılması yönünde çabalarımızın sürmesi gerekmekte.

Genelde sağlık çalışanları olarak sorunlarımız aynı olmakla birlikte özel-kamu arasında da önemli farklılıklar bulunmakta ve önümüzdeki dönem özel sağlık sektörüne ve de şehir hastanelerine yönelik çalışmalarımızı daha da aktif hale getirmeye çalışacağız.

Kongremize yaptığınız katkı ve katılımlar için tekrar teşekkür ederken Kongre Başkanımız Türk Dişhekimleri Birliği Başkanı Sayın Dişhekimimiz İlker Cebeci'yi davet ediyorum.

A.R. İlker Cebeci

Kongre Başkanı, Türk Dişhekimleri Birliği

Öncelikle sevgili meslektaşlarım, hepimizin cumartesi pazar buraya vakit ayırıp meslek alanımızda belki uygulamalarımızla direkt ilgisi olmayan ancak bununla beraber mesleğimizin içinde var olan bir olguyu tartışmak için bulunduğumuzu düşünerek buna ilgi gösterdiğiniz için çok teşekkür ediyorum. Tabii ki gönül ister ki birçok meslektaşımızla bunu tartışalım ama sanıyorum dillendirdikçe, biz bu kongreleri yaptıkça ve yeterince görünür hale getirince ilgi de artacaktır.

Hızlıca Sağlık Çalışanlarının Sağlığı kongreleriyle ilgili küçük bir kronolojiden başlamak istiyorum. Kasım 1999'da ilk toplantı yapılmış. Sonrasında da 2001 yılında yapılmış ikincisi. Sonra bir ara var 2011'e kadar ve Kasım 2011'den itibaren de sanıyorum Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Grubu olarak yapılmaya başlanmış. 4. Kongre 2013'te, beşincisi de 2015'de yapılmış. Bu 5 kongrede aslında birçok konuda ve alanda çok ciddi tartışmalar ve bilgi birikimi oluşmuş.

Sağlık çalışanlarının sınıfsal ve toplumsal yapısı, sağlık çalışanlarının üzerindeki sosyal politikaların etkisi, sağlık sektöründeki sermaye, kâr, sağlık çalışanlarının sömürüsü, sağlık hizmetlerinde emek sermaye ücret kar, yine sağlık sektöründe emeğin dönüşümü, sağlık sektöründe insan planlaması nasıl yapılması bununla ilgili görüşler, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin geldiği nokta ve sağlık çalışanlarının sağlık hizmet alanında sağlık çalışanlarının sağlığı başlıkları altında.

6. Kongremizde de daha önce beş kongrede oluşan bilgi birikimine bazı yeni konular da eklenerek iktidarın sağlıkta dönüşüm dediği ancak bizim hep söylemlerimizde sağlıkta çöküşün sağlık çalışanları üzerindeki sonuçlarını tüm sağlık çalışanları olarak birbirimizden etkileşerek tartışmayı amaçladık. Bu kongremizde önemli başlıklar altında yine konusunda hazırlıklı birçok konuşmacı görüşlerini sunacak. Bu konu başlıkları zaten programımızda belliydi. Türkiye'de çalışma koşulları ve sağlık çalışanları, tüberküloz sağlık çalışanları meslek hastalıklarından yine sağlık çalışanlarında tükenmişlik, klinik uygulamalarda öğrenci hemşirelerin sağlık riskleri ve çözüm önerileri, diş hekimliğine özgü mesleki riskler, sağlık hizmetlerinde riskler ve sağlık çalışanları ve sağlık hizmetinde sağlık çalışanlarının çalışma koşulları... Bu gibi birçok başlık altında tartışmalar yapacağız iki gün boyunca.

Değerli katılımcılar, sağlık çalışanlarının sağlığını tartışırken, sağlıkla ilgili risklerimizi tartışırken ne yazık ki sadece hastalıkları, mesleki çalışmalarımızdan doğan riskleri artık şiddetle de doldurmaya başladık. Şiddet ne yazık ki mesleğimizin sanki doğal bir riski oldu ve hakikaten bunu kabul etmek de mümkün değil. Mesleğimizi icra ederken öngörmemiz gereken bir durum olarak, bir iş kazası olarak artık yorumlamaya ve bunu bu şekilde kayıt altına aldirmaya çalışıyoruz çünkü daha çok görünür hale gelmesini istiyoruz. Ama baktığımız zaman da aslına bakarsanız öyle bir noktaya geldi ki bu şiddet, TTB'nin açıklamasından bazı alıntılar yaptım. Hakikaten bunun iş kazası olarak yorumlanması neredeyse bir zaruriyet haline geldi. Bunu da destekliyoruz biz Türk Dişhekimleri Birliği olarak. Benzer mücadelenin içinde olalım istiyoruz. Ancak bununla beraber de bir yanımız da “Sağlıkta şiddet dediğimiz şey aslında nasıl bu kadar doğal risk halini aldı, nasıl bu noktaya geldik” diye de sormadan edemiyoruz işin açıkçası...

Değerli sağlık emekçileri, şiddet aslında toplumumuzda genel bir sorunu. Kadın, çocuk, göçmen, yoksul ve sağlık personeli olmak üzere tüm savunmasız kesimleri etkilediğini de hepimiz anbean gözlüyoruz. Başta hekimler olmak üzere sağlık personeli kamuda hizmet veren en savunmasız kişiler olarak gözüküyor çünkü her hizmeti farklı farklı kişilere veriyoruz ve bu hizmeti verirken de bireylerle yakın fiziksel ve duyuşsal temas halindeyiz. Bulunan temas durumu da özellikle hükümet yetkililerinin oy rantına yönelik olarak sağlık personelinin paragözlü, görevini savsaklayan, bıçak parası alan, güçsüz kişilere eziyet eden asılsız söylemler de etkilenince toplumun bu yapısına, toplumsal algı da farklı bir yerlere gidiyor ve değerli meslektaşlarımız uzmanlar diyor ki, şiddet öğrenilen, üretilen, paylaşılan ve çoğu zaman bir sorun çözme aracı olarak görülen bir yöne de sahip. İnsanlara sağlık personelinin kendilerine yardım için uğraşan profesyoneller olarak algılanması yerine tüm sağlık sistemindeki aksamaların sorumlusu olarak gösterilmesi de bir yerde aslında şiddeti üretmekte, kendi alanımızdaki ve bu üretim yeterince tepki görmeyince de sorun çözme aracı gibi öğrenilmeye başlanmakta ve bu da topluma yayılmaktadır. Aynı süreç ne yazık ki ülkemizde kadına, çocuğa, farklı cinsel tercihi olanlara, farklı ırk ya da din mensuplarına da benzer şekilde işletilebilmektedir. Çöl etkisi yaratan bu öğretinin önlenmesi toplumun genel mutluluğuna bağlıdır. Gerekli olan bu mutluluğu sağlamak için de biz hekimlerin koruyucu hekimlik uygulaması olarak toplumun ruh sağlığını bozan ve bu şiddet öğretileriyle saflarını sıklaştırmaya çalışan yapıları elimine etmemiz gerekiyor. Aksi takdirde yalnızca sağlık çalışanlarına karşı olan şiddeti değil, toplumun her kesiminden güçsüz olanların artan bir dozda şiddet görmesini daha çok konuşuyor olacağız. Kadına şiddet, çocuklara şiddet, farklı inanç sahiplerine şiddet, farklı dünya görüşlerine şiddet gibi...

Değerli meslektaşlarımız, iki gün boyunca Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu'nun oluşturduğu bu kongrede sorunlarımızı tartışacağız. Ben şimdiden bu grubun emekleri için çok teşekkür ediyorum. Katılımlarınız için hepimize teşekkür ediyorum. Başarılı bir kongre diliyorum.

TÜRKİYE'DE ÇALIŞMA KOŞULLARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Oturum Başkanı

Cavit Işık Yavuz

Toplum ve Hekim Dergisi Hakem Kurulu Üyesi

**Çalışma Hayatında Güvencesizlik: Nedenleri,
Özellikleri ve Sonuçları**

Aziz Çelik

*Kocaeli Üniv. İktisadi ve İdari Bilimler Fak.
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü*

TÜRKİYE'DE ÇALIŞMA KOŞULLARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Cavit Işık Yavuz

Oturum Başkanı,

Toplum ve Hekim Dergisi Hakem Kurulu Üyesi

Düzenleme Kurulu'na emekleri için çok teşekkür ediyoruz. Kongrelerde tartışılan, özellikle Türkiye'de sağlık çalışanlarının sağlığına ilişkin ortaya konulan emeğin çok değerli olduğunu hiçbir zaman unutmamalıyız. Bu anlamda emek veren herkese çok teşekkür ediyoruz. Bugün açılış oturumu olarak ana başlığımız Türkiye'de Çalışma Koşulları ve Sağlık Çalışanları... Bu kapsamda Aziz Çelik Hocamızla güvencesizliği tartışıyor olacağız.

Doç. Dr. Aziz Çelik, Kocaeli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü'nde öğretim üyesi. İstanbul Üniversitesi Kamu Yönetimi bölümünden mezundur. Yüksek Lisans ve doktorasını çalışma ekonomisi ve endüstri ilişkileri alanında Marmara Üniversitesi'nde yaptı. Uzun yıllar sendikalarda uzman olarak çalıştı. Sahadaki emeğini akademideki emeğiyle birleştirmiş bir hocamız. Çalışma alanları da sosyal politika, emek, çalışma ilişkileri, emeğin tarihi ve sendikacılık. Çok sayıda kitabı olan Çelik'i güncel yazılarıyla da tanıyoruz. BirGün Gazetesi ve T24'teki yazılarını severek takip ediyoruz.

Sözü kendisine veriyorum. Daha sonra soru ve katkı bölümünde sizlerden gelen soru ve katkıları alacağız.

ÇALIŞMA HAYATINDA GÜVENCESİZLİK: NEDENLERİ, ÖZELLİKLERİ VE SONUÇLARI

Aziz Çelik

Kocaeli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fak. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

Günaydın, hoş geldiniz. Sözlerime başlamadan önce bu toplantıya beni çağıran ve bu toplantıyı düzenleyen sağlık meslek örgütlerine çok teşekkür ediyorum.

Siyasal bilimler mezunuyum o yüzden sağlık alanına dışarıdan ve zaman zaman hasta olarak takip ediyorum ancak sağlık alanıyla çalışma hayatının sorunlarının giderek keştiği bir dönem yaşadığımızı ve yaşamaya devam edeceğimizi düşünüyorum.

Nasıl başlasam diye düşünüyordum, sabahleyin haberleri karıştırırken şöyle bir haber gördüm bugünkü gazetelerin birinde. “Az kişiyle uzun mesai, çalışanı hasta ediyor.” Kocaeli’de SEKA Hastanesi’nde röntgen teknikeri olarak çalışan 15 kişinin tamamında kronik tiroid nodülü ortaya çıktığı iddia edildi. Temel sebebi yıllık izinlerinin az personelle çalışılması, az sağlık görevlisiyle çalışılması nedeniyle yıllık izinlerini kullanamamaları, fazla mesai ve yoğun çalışmaları... Yani tam da bugün konuşacağımız güvencesiz ve esnek çalışmayla karşı karşıya kalmaları oluşturuyor. Dolayısıyla güvencesizliğin ve esnek çalışmanın, kuralsız çalışmanın her şeyden önce bir sağlık sorunu olduğunu söyleyerek başlamak isterim sözlerime. Sağlık, bedensel ve ruhsal tam iyilik haliye bunu bozan en önemli etkenlerden birisinin güvencesiz ve kuralsız çalışma olduğunu düşünüyorum. Bu sadece çalışanların ruh sağlığını değil, bedensel sağlığını da bozabilmektedir. Nitekim iş cinayetlerinin çok önemli bir bölümünün yoğun çalışmadan, aşırı stresten ve uzun çalışma saatlerinden kaynaklandığını veriler ortaya koymaktadır.

Bugün ben sizlere çalışma hayatında güvencesizlik ve esneklik konusunda genel bir değerlendirme yapmaya çalışacağım. Zaman zaman da sağlık alanıyla ilişkilendirmeye çalışacağım.

Kuşkusuz çalışma hayatı, esneklik ya da güvencesizlik konuştuğumuza göre, bazı kavramlar üzerinden başlamakta yarar var. Bunlardan bir tanesi, çalışma kavramıdır. Şöyle bir soruyla başlasam: Çalışmayı seviyor muyuz? Bir tereddüt oluşacağını düşünüyorum. Ama ben genellikle insanların çalışmayı çok sevmedikleri kanaatindeyim. Çok temel bir tez var. Çalışma saatlerinin düşürülmesi meselesi... Eğer çalışma çok sevilir olsaydı çalışma saatlerini düşürmek için bu kadar uzun mücadeleler söz konusu olmazdı. 100 yıl öncesine baktığımız zaman yıllık çalışma saatleri 3200 saat civarındayken bugün dünya-

nın değişik coğrafyalarında 1200'le 1800 saat arasında değişmektedir. Yani insanlar, çalışanlar çalışma süresini mümkün olduğu kadar sınırlamaya, azaltmaya çalışıyorlar. Bu da galiba çalışmanın karakterinden ve doğasından kaynaklanıyor. Çünkü hayatımızın en uzun ve en zahmetli faaliyetinin çalışma olduğunu söylemek mümkün. En uzun ve en uzun faaliyet... En çok zaman alan faaliyetinin çalışma olduğunu söylemek mümkün.

Öyleyse insan en verimli çağlarını, zamanlarını çalışmaya harcamaktadır.

Kuşkusuz burada sözünü ettiğimiz çalışmada, ekonomik gelir getirici bir faaliyet olarak çalışmaktan bahsediyoruz. Yani, yaşamımızı sürdürmek için, gelir elde etmek için sürdürülen faaliyetten söz ediyoruz. İşte bu faaliyetin kendisi zahmetli, yorucu bir faaliyet...

Çalışma kavramının etimolojik kökenine de baktığımızda bunu görüyoruz. Çalışma pek çok dilde emek ya da çalışma, zahmetle yorgunlukla, zorlukla özdeşleşmiş ya da bu kökenden hareketle üretilmiş kavramlar. Eski Türkçede bugünkü emeğin karşılığı olan emgek, zahmet ve eziyet demek. İngilizcede labor, zahmet, acı çekmek, eziyet çekmek anlamına geliyor. Latince çalışmaktan kaçanlara işkence için verildiği aletin adından geliyor. Ve Farsçadaki rençbere baktığımız zaman çalışmanın acı ve zahmetle özdeşleştiğini görüyoruz. Bu aslında insanlığın çalışmadan kaçınmak için ya da çalışma süresini azaltmak için de sürdürdüğü mücadeleyi bize anlatıyor.

Burada kuşkusuz kısaca bir de çalışmanın evrimine baktıktan sonra güvencesizliğe geçeceğim. Çalışmanın evrimine çok genel olarak baktığımız zaman şunu görürüz. Kapitalizm öncesinde ve sanayi devrimi öncesinde siyasal zora dayalı bir çalışma düzeninden söz etmek mümkün. Yani, çalışma özgürlüğünün olmadığı, siyasal zora dayalı kölelik ya da serflik düzeni... Kapitalizmle beraber özgür çalışma dediğimiz, yani sözleşme serbestisinin olduğu yeni bir döneme geçildiğini görüyoruz. Kuşkusuz burada siyasal zor yok. Yani hukuken herhangi bir yerde çalışma zorunluluğu yok, fakat iktisadi zor var. Çünkü kapitalizmle beraber özgür ama güvencesiz ve mülksüz yeni bir sınıf ortaya çıkar. Kapitalizm öncesinde güvencelidir. Zorla çalıştırılmaktadır fakat güvencededir. Gerek lonca düzeninde gerek toprağa bağlı olarak güvencededir. Geleceği aşağı yukarı belirgindir. İşini kaybetme riski yoktur. Kapitalizmle beraber bir çalışma ve sözleşme özgürlüğü gündeme gelmiştir fakat bu yeni sınıf güvencesiz ve mülksüz bir sınıftır artık. Yani işçi sınıfı ücretliler, bağımlı çalışanlar dediğimiz sınıf güvencesiz bir sınıftır. Dolayısıyla güvencesizlik kapitalizme ait kapitalizme esas kapitalizmden gelen bir olgu olarak değerlendirilmelidir öncelikle. Kuşkusuz kapitalizmin doğasında, piyasa mekanizmasının doğasında olan bir olgudur. Ama zamanla sınırlanmıştır. Çalışmaya önemli güvenceler getirilmiştir. Bugünse yeniden bir güvencesiz çalışma düzeniyle karşı karşıyayız.

Ben öğrenciyken esnek ve standart olmayan çalışma istisnai bir çalışma türü olarak anlatılırdı bize hocalarımız tarafından. Genellikle bu çalışma düzenli olmayan, kısa süreli, geçici, part time gibi çalışma koşulları atipik ve standart olmayan bir çalışma düzeni olarak anlatılırdı. Oysa günümüzde güvencesiz çalışma ya da kuralsız esnek çalışma tipik ve

standart bir çalışma düzeni haline gelmiştir. O yüzden geçmişte atipik çalışma olarak adlandırdığımız istisnai bir çalışma türü olarak özellikle 2. Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan çalışma biçimleri günümüzde tipik bir çalışma biçimi haline gelmiştir. Hatta buna dünyada her daim geçici çalışma şeklinde ifade edilebilecek yeni bir çalışma türünden söz edildiğini görüyoruz. Özellikle alt işveren, taşeron ve kiralık işçilik mekanizmasıyla bunun çok yaygınlaştığını görebilmek mümkün. Tipik ve standart olduğunu söylüyorum bu çalışma biçiminin. Çünkü güvencesiz yeni çalışma türleri artıyor. Geçmişte az sayıda güvencesiz türü vardı, birazdan söz edeceğim, günümüzde çok sayıda yeni güvencesiz çalışma türü var. Geçmişte bu çalışma türleri sadece belirli meslek ve işkollarını ilgilendiriyordu. Günümüzde güvencesiz çalışma türleri sağlık çalışanları da içinde olmak üzere bütün çalışma kollarını, bütün iş kollarını ve sektörleri enine kesmektedir. Bundan muaf olan sektör ya da iş kolu neredeyse yok. Profesyonel meslekler, yani hekimlik, öğretmenlik, avukatlık, mühendislik dahil olmak üzere.

Düzenli istihdam biçimleri azalıyor, kayıt dışılık ve sendikasızlık ise ciddi bir biçimde bunun yaygınlaşmasına ya da kronikleşmesine yol açıyor.

Güvencesizlik ve kayıt dışılık, önemli faktörlerden birisi. Çünkü kayıt dışılık tümüyle mevcut yasal düzenin dışında çalışmak anlamına geliyor. Türkiye'de bildiğiniz gibi genel olarak istihdamda yüzde 30'un üzerinde ama özellikle ücretli istihdamında yüzde 22 gibi çok ciddi bir oran olduğunu söylemek mümkün. Buna kısmi kayıt dışılık dediğimiz kayıt dışılığı da kattığımızda ki bu yeni bir trend olarak yükselmektedir kısmi kayıt dışılık, yani çalışanın ücretini ve alacaklarının bir kısmının kayıt içinde bir kısmının kayıt dışında olması dediğimiz mesele, bunu da kattığınızda yükselmektedir.

Diğer ikinci eğilim, güvencesizlik ya da güvenceli çalışma iki türlü olabilir. Birincisi kamu otoritesinin çalışmayı güvenceli hale getirmesi, kurallı hale getirmesi ve sınırlamasıdır. Keyfilikleri sınırlamasıdır. Yani işverenin, çalıştırmanın sevk ve idaresini sınırlayarak çalışanların haklarını koruyucu düzenleme getirmesidir. İkincisi ise çalışanların kendilerini savunmasıdır yani sendikalaşmasıdır. Bu açıdan da baktığımızda örneğin Türkiye'ye bakalım. Sendikalaşma oranlarına bakarsak resmi sendikalaşma oranının yüzde 12, fiili sendikalaşma oranının yüzde 10 olduğunu görüyoruz. Ama toplu sözleşmeden yararlanan gerçek sendikalı oranının yüzde 6,5, özel sektördeki sendikalaşma oranının da yüzde 4 civarında olduğunu görüyoruz. Yani özel sektörden kendi kendini toplu sözleşmeler yoluyla koruyabilen çalışan sayısı yüzde 4 civarındadır. Dolayısıyla geriye kalıyor devletin alandaki koruyucu düzenlemeleri ki bunların son derece azaldığını, devletin bu alanda çalışma hayatında seyirci haline geldiğini söylemek mümkün. Ve geriye kalıyor piyasa mekanizmasının getirmiş olduğu keyfilik... Aynı şekilde toplu sözleşme kapsamına baktığımız zaman Türkiye'de bir trend olarak 90'lı yıllardan itibaren ciddi bir düşüş içerisinde olduğunu ve yüzde 5'ler civarına gerilediğini görüyoruz.

Biraz da sağlık ve sosyal hizmet sektörüne bakmak istiyorum burada. Kaba hatlarıyla sağlık ve sosyal hizmet sektöründeki istihdamın dağılımı bu şekilde... 1 milyon 145 bin

civarında çalışan var sağlık ve sosyal hizmet sektöründe. Bunun 350 bini işçi, ücretli, bağımlı iş sözleşmesiyle çalışan. 520 bin civarında kamu görevlisi var. Geri kalan da 270 bin civarında da kendi hesabına çalışan var. Gördüğümüz trend şu şekilde. Özellikle birinci grubun, yani sağlıkta iş sözleşmesiyle çalışanların yani sağlık işçisi olarak çalışanların mesleği fark etmiyor. Biliyorsunuz eğitimi fark etmiyor, sağlıkta özel sektörün gelişmesiyle beraber ücretli sağlık çalışanının, işçi sağlık çalışanının payının da giderek yükselme trendi gösterdiğini söylemek mümkün. Önümüzdeki günlerde bunun daha da artacağını görebiliyoruz.

Peki, burada durum nedir? Burada baktığımız zaman işçi ücretli sağlık çalışanlarının yüzde 11'i sendikalı. 41 bin sendikalı var bu sektörde ve bunların sadece 22 bini toplu iş sözleşmesi yapabilmektedir. Yüzde 6 civarında sağlık çalışanlarının kendi kendilerini koruması olanaklı hale gelmektedir. Bunun dışında yaygın bir güvencesizlik var. Dolayısıyla güvencesiz çalışmanın tipik ve standart bir çalışma biçimi haline gelmesi bir anlamda alandaki örgütsüz olmak, bir yandan kayıt dışılık, bir yandan da devletin çalışma ilişkilerine artık çalışan lehine müdahale etmekten vazgeçmesi şeklinde tezahür ettiğini söyleyebiliriz.

İkinci kavramımızla devam etmek istiyorum. Güvence kavramı. Biliyorsunuz özellikle liberaller güvencenin insanı gevşeteceğini, dolayısıyla belirsizlik ve rekabetin insanı üretken hale getireceğini söylerler. Liberal yaklaşım büyük ölçüde güvencesizlik ve rekabet üzerine kurulu bir yaklaşımdır. Oysa büyük ölçüde yanılıyorlar. Güvence insanı bir gereksinimdir. İnsan geleceğini bilmek ister. Öngörebilmek ister. Yarın ne olacağını tahmin etmek ister. Plan yapmak ister. Geleceğinin belirsiz olması güvencesiz olması, yarın karşısına ne çıkacağını bilmemesi, işinin ne kadar süreceğinin bilmemesi, ne zaman iş akdinin feshedileceğini bilmemesi, yarın nerede çalışacağını bilmemesi, akşam fazla mesaiye kalıp kalmayacağını önceden bilmemesi insanın doğasına aykırıdır. Yani insan, güvence insan için, özgürlük için olmazsa olmazlardan birisidir. Güvenceyi zedeleyen, güvenceyi ortadan kaldıran, güvencesizlik yaratan faktörlere baktığımız zaman birincisi az önce söylediğim örgütsüz olmaktır. Çünkü insan örgütsüz olduğu zaman kendi geleceğini kendi kararını, kendisini ilgilendiren kararları almakta zorlanır. Özellikle çalışma hayatında bireysel olarak güvenceli bir çalışma ilişkisi kurabilmek mümkün değildir. Güvencesizliğe yol açan bir başka faktör, metalaşma dediğimiz faktördür. Yani insan ihtiyaçlarının toplumsal ihtiyaçların tümüyle piyasadan sağlanıyor olmasıdır. Dolayısıyla gelir güvencesizliğine yol açar, sağlık güvencesizliğine yol açar, sosyal güvencesizliğe yol açar. Bu temel ihtiyaçların giderek daha fazla piyasaya aktarılması önemli bir güvencesizlik konusudur çünkü güvence dediğimiz sadece çalışma ve istihdam güvencesi değildir. Gelir güvencesi sosyal güvence bunun önemli bir parçasını oluşturmaktadır.

Esneklik ya da çalışma hayatında esneklik bir başka güvencesizlik yaratan faktördür. Esnekliğin türleri konusuna vaktim olduğunca girmeye çalışacağım. Esneklik çalışma hayatında kuralların azaltılması ve keyfiliğin artması anlamına gelir. Çalışma hayatında en önemli unsur çalışmayı düzenleyen kuralların koruyucu kuralların varlığıdır. Bu

koruyucu kurallar çalışma süresini, dinlenme süresini, çalışma sonrası bize kalacak zamanı, ücreti ve benzeri konuları önceden bilmemize yol açar. Özellikle son zamanlarda kapitalizmin son zamanları içine girdiği trend, çalışma hayatının mümkün olduğu kadar esnek, ancak zorunlu olduğu kadar kurallı olmasını savunan bir yaklaşıma sahiptir. Ve nihayet çalışma hayatında ya da genel olarak hayatımızda en önemli güvencesizlik nedeni kapitalist piyasa mekanizmasının kendisidir. Kapitalist piyasa mekanizması ya da piyasa mekanizması dediğimiz mekanizma aslında her gün yeniden yapılıp yıkılan ve her gün yeniden denge oluşturan bir mekanizmadır. O yüzden önceden tahmin edilip bilinmesi mümkün değildir. Hangi şirketin iflas edeceği, hangi şirketin birbiriyle rekabet edebileceği, maliyetlerin ne kadar ucuzlatılacağı, fiyat rekabetinin nasıl olacağı vb konular kapitalist piyasa o yüzden piyasa anarşisi denilen bir mekanizma üzerine kuruludur ve herhangi bir şekilde öngörülebilir değildir. Kapitalist piyasanın bu doğası çalışma ilişkilerine de ister istemez yansır. O yüzden kapitalizm ve kapitalist piyasa katılığı sevmez. Katılık biraz sonra sözünü edeceğim, çalışma hayatında son derece koruyucu bir meseledir. Son yıllarda özellikle çalışma hayatının katı olduğu ve esnetilmesi gerektiği yönünde yoğun bir propagandayla karşı karşıya kaldı çalışma hayatı ve sendikalar... Oysa katılık denilen süreç ve katılık denilen olgu kural demektir. Çalışma hayatında kuralların var olması ve bu kuralların çalışanları koruyucu kurallar olmasıdır. Kuşkusuz kuralların varlığı sermayenin işverenin ve piyasanın kendi başına buyruk işleyişini ve keyfi davranışlarını sınırlandıran mekanizmalardır. Bunlar gerek sendikal mücadele ve sınıf mücadelesi ile gerekse siyasal yollarla sosyal devlet ve benzeri mekanizmalarla zaman içerisinde işçi sınıfının elde etmiş olduğu kazanımlardır.

Piyasa mekanizmasının güvencesizlik yaratması konusunda tipik bir örnek: Polanyi şöyle bir örnek verir: Geleneksel bir toplulukta yani kapitalizm öncesi toplulukta topluluğun kendisi büyük bir felaketle karşı karşıya kalamazsa savaş gibi kıtlık gibi, salgın gibi, toplumun hiçbir mensubu açlıktan ölmez der. Çünkü topluluk iç dayanışmasıyla mensuplarını korur büyük felaketler dışında. Oysa modern toplumda ya da kapitalizmde herkes açlıktan ölebilir. Çünkü modern toplumda kapitalizmde piyasa mekanizması vardır, piyasa mekanizması da açlığı, yoksulluğu, işsizliği bireylerin kendi başarısızlıkları olarak ele alır. Kapitalizm ya da modern toplum çok daha fazla ve çok daha zengin, çok daha üretken olmasına rağmen kapitalizm öncesi toplumlara göre bireyin korunması konusunda daha vahşidir. Daha belirsizdir. Dolayısıyla tekrar şuna dönecek olursam, kapitalizmin doğasında olan bir husustur güvencesizlik.

Çalışma hayatında güvencesizlik konusuna biraz girdiğimiz zaman istihdamda güvencesizlik atipik bir çalışma biçimi olmaktan çıkmıştır. Tipik bir çalışma biçimi haline gelmiştir dedim. Özellikleri neler? Güvencesiz istihdam ya da güvencesiz çalışmadan söz ettiğimiz zaman türü değişkendir, yani çalışmanın türü değişebilir. Yaptığınız iş bugünden yarına farklılaşabilir. İşinizin tanımı işveren tarafından rahatlıkla değiştirilebilir, genişletilebilir, size yeni işler verilebilir. Belirsizdir. Süresinin ne kadar olacağını bilemezsiniz. Ne zaman sona ereceğini kestiremezsiniz. Oysa 2. Dünya Savaşı sonrasında da çalışma genellikle öngörülebilir, düzenli ve insanların çalışma hayatına girdiklerinde

emekli olacaklarını düşündükleri bir çalışma düzenidir. Kırılığandır, güvencesiz istihdam. Düzenli çalışmaya göre güvencesiz kuralsız esnek çalışanlara yönelik hak ihlalleri çok daha sık ve yoğun bir biçimde görülür. Güvenilmezdir. Güvencesiz istihdam içerisinde gelecek planı yapabilmek mümkün değildir. Yine güvencesiz istihdamda iş süreci üzerinde kontrolün azalması ve tümüyle kaybedilmesinden söz etmek mümkündür. Yine standart güvenceli çalışmada görülen kariyer, statü ve gelirden yükselme olasılığının ciddi bir biçimde azaldığını ya da yok olduğundan söz etmek mümkün. Geçmişe göre aynı gelir düzeyi için daha çok çalışmak gerekir ve geleneksel çalışma düzeninde var olan düzenli ücret artışlarına güvencesiz çalışmada pek rastlayamayız.

Güvence az önce söz ettim güvencesizlik kapitalizmin doğasında var. Fakat güvence için mücadele işçi sınıfının çok çalışanların çok uzun süredir yürüttüğü bir mücadeledir. Bunun sonucunda bir yandan sendikal mücadeleyle, diğer yandan siyaseten müdahale ederek çalışanların genel oy hakkıyla birlikte devletin niteliğinde bazı dönüşümler yapılması yani sosyal politikalar iş hukukunun ortaya çıkmasıyla beraber vahşi kapitalizm tümüyle güvencesiz olan kapitalizmden sosyal devlete dönüldüğünü görüyoruz 2. Dünya Savaşı sonrasında. O yüzden bu dönemin düzenli istihdam ya da kurallı istihdam dönemi olarak dünyada adlandırmak mümkün. Tam istihdam hedefinin olduğu bir dönemdi bu. 8 saatlik tam zamanlı iş, gelişmiş sosyal haklar, daimi iş sözleşmesi yani süresi belirsiz iş sözleşmesi dediğimiz sözleşme ve sendikal haklarla tanımlanmış bir çalışma düzeniydi bu dönem. Güvencenin boyutları neleri içeriyordu? Kısmen bazı sektörlerde hala mümkün yaşam güvencesi, istihdam güvencesi, iş güvencesi, sosyal güvence, işte sağlık ve güvenlik, vasıf artırma, gelir güvencesi ve çalıştığı yerde temsil edilme ve sesini duyurma güvencesi dediğimiz güvence...

Yeni liberalizmle birlikte 1980'lerin sonrasındaki yeni çalışma rejimiyle birlikte önemli ölçüde bu güvenceli çalışma düzeninin ortadan kalktığını görüyoruz. Bir yandan refah devleti, sosyal devlette aşınma, bir yandan sendikaların gücünde aşınma, bir yandan üretimin yeniden organize edilmesi ve kamunun küçültülmesi gibi yollarla yeniden bir tür 19. Yüzyıl'da rastladığımız çalışma düzenine benzer güvencesiz bir çalışma düzeniyle karşı karşıya olduğumuzu söylemek mümkün. Yani, yeni çalışma rejimi aslında eski çalışma rejiminin kapitalizmin 19'uncu yüzyıldaki özelliklerinin yeniden ortaya çıkması, yeniden dizginlerinden kurtulması anlamına gelmektedir. Buradaki en önemli işlev, en önemli yöntem esnek çalışma dediğimiz çalışmadır yani güvencesizliğin diğer adı esneklik olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bildiğiniz gibi bir yandan üretimin parçalanması, üretim ölçeğinin küçülmesi, parçalı üretim dediğimiz yollarla ortaya çıkmaktadır. Bir yandan da esnek istihdam biçimleriyle karşımıza çıkmaktadır.

Esnek çalışmada çok temel hatlarıyla dört tipik unsura rastlanır: Birincisi, çalışanın kolayca işten çıkarılmasına yol açan sayısal esneklik dediğimiz işverenin işçileri kolayca çalışanları kolayca işten çıkarabilmesi yani iş güvencesinin zayıflatılması... Diğer çalışma saatlerinin çalışma süresinin işveren tarafından belirsizleştirilmesi, buna zaman esnekliği dediğimiz esneklik adını veriyoruz. Örneğin işten çıkacağınız zaman amirinizin size

bugün fazla mesai yapacağınızı söylemesi ya da hayatın olağan akışına aykırı görünür gibi gelmesine rağmen neredeyse düzenli olarak bir çalışanın düzenli olarak fazla mesai yapmak zorunda bırakılması... Oysa bu güvenceli istihdamda çalışanın iradesine bağlıdır. Önceden bilinir olmalıdır ve belirli bir süreyi aşmamalıdır.

Fonksiyonel ya da işlevsel esneklik dediğimiz ise bir başka keyfi ya da güvencesiz çalışma biçimidir. Çalışmanızın tanımını ya da çalışacağınız yerin işveren tarafından keyfi olarak belirlenmesi, farklı farklı alanlardan çalıştırılması bu çalışanın hangi işi yapacağını önceden bilememesine yol açmaktadır. Özellikle az vasıf gerektiren işlerde bu yoğun bir biçimde rastlanmaktadır.

Diğer bir esneklik ya da güvencesizlik biçimi ise gelir güvencesizliği ya da ücret güvencesizliğidir. Standart, düzenli, enflasyon ve milli gelirdeki ya da kârlılıktaki artışa paralel toplu sözleşmelerle yapılacak ücret artışlarının ortadan kalkması, bunun yerine işletmelerin kâr-zarar durumuna bağlı olarak ücretlerin esnetilmesi, yani doğrudan işletmelere bağlı olarak ücret düzeyinin değiştirilmesi anlamına gelmektedir. Dolayısıyla güvencesizlik beraberinde yazılı bir sözleşmeyi ya da kurallı bir çalışma düzenini azaltmaktan, çalışmada ayrımcılık, cinsel taciz, mobbing gibi faktörleri çoğaltmakta, ücret dışı ödemelerde azalmaya yol açmaktadır. Sosyal haklarda azalmaya yol açmaktadır. İşçi sağlığı iş güvenliği konusunda da ciddi gerilemelere yol açmaktadır. Bugün örneğin iş cinayetlerinin bu çalışma düzeniyle beraber giderek artması tesadüf olarak nitelenmemelidir.

Güvencesiz istihdamla da esnek ya da kuralızsız istihdam dediğimizde, her çalışan grubunu enine kesmektedir demiştim. Çok sayıda türü var. Burada bir grup görüyorsunuz. Çok aşına olduğunuz bir grup. Yarı zamanlı istihdam, belirli süreli istihdam, taşeron-alt işveren, hizmet satın alma, kiralık işçilik, vardiyalı çalışma, gece çalışması, tatilde çalışma, çağrı üzerine çalışma, stajyer-çırak-bursiyer çalıştırma, evde çalıştırma... Bunların pek çoğu Türkiye'de son yıllarda gündeme geldi. Mevzuata girdi. Bir kısmı mevzuatta yokken fiilen uygulanıyordu. Daha sonra mevzuatta düzenlendi bunlar. Örneğin geçtiğimiz yıllarda, aylarda kiralık işçilik, evde çalışma, stajyer-çırak-kursiyer çalıştırma gibi alanlarda önemli yasal düzenlemeler yapıldığını görüyoruz. Tabii bu istihdamı daha güvencesiz, daha kırılğan hale getiriyor. Mesela son günlerde istihdamda çarpıcı gelişmelerden birisi stajyer, çırak ve kursiyer çalıştırmadaki müthiş artıştır. Türkiye'de sözü edilen istihdam seferberliğinin önemli bir bölümü kursiyer seferberliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Stajyer seferberliği olarak karşımıza çıkmaktadır. İşverenler düzenli, normal standart işçi çalıştırmak yerine çeşitli teşviklerden ve yasal düzenlemelerden yararlanılarak stajyer ya da kursiyer çalıştırmayı tercih ediyorlar. Çünkü böylece sigorta ve vergisini devlet veriyor, asgari ücretin de üçte birini veriyorsunuz. Bu koşullarda işçi çalıştırmak mümkün olabiliyor.

Çalışma hayatında son yıllarda rastladığımız yeni bir çalışma türü ise kiralık işçilik. Geçtiğimiz yıl yasalaştı bu. Bu, çalışma ilişkilerindeki temel varsayımı yani işçi-işveren ilişkisini ikili iş ilişkisini ortadan kaldırıp araya üçte bir işveren ilişkisi çalışma ilişkisi koy-

maktadır. Yani, çalışma, iş bulmanın kendisi, iş bulmaya aracılık yapmanın kendisi başlı başına bir faaliyet türü olarak yani kapitalizmde iş bulmak bir kâr getirici mekanizma olarak ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla önümüzdeki günlerde sıkça böyle bir çalışma ilişkisine rastlayacağız. Patron-özel istihdam bürosu çalıştıran işveren ama işçi ile işveren arasında bir bağımlılık ilişkisi ve iş sözleşmesi olmayacak. Yeni bir güvencesiz çalışma türü bu yasalaştı, giderek artan biçimde uygulanacak. Bunun daha çok uygulanabileceği alanlar tahmin edebileceğiniz gibi hizmet sektörüdür. Hizmet sektöründe daha yaygın uygulanması mümkündür. Çünkü hizmet sektörü sanayi sektörüne göre daha hızlı esnek çalışma modelinin uygulanmasına olanak verebilmektedir.

Peki, bütün bu tabloda esnek ya da kuralsız çalışmanın temelinde, arkasında yatan faktörler nelerdir diye baktığımızda, ucuzluk, çünkü kapitalist piyasa daha ucuz iş gücü istemektedir. Kolay ikame edilebilirlik, yani bir işçinin yerine bir başkasını daha rahat istihdam edebilme, bunun maliyetinden kurtulma, kıdem tazminatı gibi işten çıkarma tazminatı gibi bunlardan kurtulmak, çalışma yasalarının getirmiş olduğu yükümlülükleri önemli ölçüde bypass etmek, mesela kiralık işçilik, stajyer çalıştırmak buna yol açmaktadır. Sendikadan ve toplu iş sözleşmesinden kurtulma ve böylece hissedarlara ve kamuoyuna sunulan bilançolarda da mümkün olduğu kadar bunların makyajlanması sonucunda hissedarları ve kamuoyunu da o şirketin daha kârlı, daha verimli olduğuna ikna etmek gibi faktörlerin burada önemli rol oynadığını söylemek mümkün.

Türkiye’de esneklik ve kuralsız çalışma bir hükümet politikasıdır. Siyasetin, devletin çok uzun bir dönemden beri benimsediği bir politikadır. Bunu hükümet programlarında ve çeşitli çalışma hayatıyla ilgili resmi belgelerde görebilmek mümkündür ve buralardaki temel yaklaşım ve temel yönelime baktığımız zaman, temel yönelim şudur: İşgücü piyasalarının katılıklarının giderilmesi, işe girişin kolaylaştırılması... İşgücü piyasalarında katılıkların giderilmesi sözünü duyduğumuzda anlayacağımız şudur: İşgücü piyasasında koruyucu düzenlemelerin azaltılmasıdır. İş güvencesi, kıdem tazminatı, çalışma sürelerinin sınırlanmış olması, bunlar hep katı düzenlemeler olarak kabul edilmektedir. Bunların ortadan kaldırılması yoluyla işgücü piyasalarının esnekleştirilmesini sağlayacağız diyorlar iddiaları tabii bildiğimiz liberal iddia... Ne kadar esnek bir piyasa olursa o kadar işgücü piyasalarının o kadar iş sağlayacağı iddiasına dayalıdır.

Kısaca esneklik ve güvencesizlik hususunun kamuoyunda ciddi bir biçimde kamu çalışmalarındaki ilişkilerini de ciddi biçimde etkilediğinin söylemek istiyorum. Biliyorsunuz, kamuda çok değişik çalışma biçimleri var ama giderek güvencesiz olan çalışma biçimlerinin arttığını görüyoruz. Kamu doğrudan memur istihdamı- kamu görevlisi istihdamı yerine hizmet satın alma, taşeron gibi düzenlemelerle kamu hizmetini sürdürmeye çalışıyor. Önemli ölçüde kamuda güvenceyi ortadan kaldırmaktadır. Nihayet son günlerde ise kamuda iş güvencesinin sonuna fiilen gelinmiş durumdadır. KHK’lerle kamuda var olan bütün hukuksal düzen ortadan kalkmıştır ve hiçbir kamu görevlisinin iş güvencesinin olduğunu söylemek mümkün değildir OHAL süresinde. Bunun da temel nedeninin kamuyu şirket gibi yönetmek olduğunu söylemek mümkündür. Dolayısıyla kamu hiz-

meti yurttaşlık liyakat gibi meseleler artık gündem dışıdır Bunun yerine kayırma, torpil, misyon, vizyon, performans gibi düzenlemelerin getirildiğini söylemek mümkündür. Bunların tümünün güvenceli çalışmayı ortadan kaldırmayı söylemek mümkündür.

Son bir noktayla bitiriyorum. Güvenceli çalışma konusunda Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) bir kavram geliştirmiştir. İnsani iş dediğimiz bir kavramdır. Biliyorsunuz Türkiye de ILO'nun 1932 yılından bu yana mensubudur ve geçtiğimiz günlerde de Türkiye'de dünya sendikalarının boykot ettiği bir ILO toplantısı da Türkiye'de yapıldı. Yani Türkiye ILO'yu önemsiyor. Fakat ILO'nun getirdiği çalışma çerçevesiyle Türkiye'deki çalışma çerçevesi oldukça uzak. Ne diyor? Gelir güvencesi kendisine ve ailesine uygun bir gelir güvencesi, sendikal hakların tam olarak sağlanması, sosyal güvenliğin tam olarak sağlanması ve çalışanların işyerlerinde çalıştıkları ortamlarda dinlenmesi ve katılımını sağlayan bir çalışma düzeninin varlığı insani iş ya da güvenceli iş için temel faktörler olarak karşımıza çıkıyor.

Burada sözlerimi bitirmek istiyorum. Bitirirken çok kısa bir sözle bitirmek isterim. Evet, bu sözünü ettiğimiz güvencesiz çalışma ortamı ya da güvencesiz çalışma düzeni sermayenin savunduğu, benimsediği ve yerleştirmeye çalıştığı bir çalışma düzenidir. Emek örgütlerinin ise bu güvencesiz çalışma düzenine karşı ellerinde bir plan olması gerekir, aksi halde başkalarının planının bir parçası olurlar. Nitekim şu anda olunuyor da. Sözlerimi burada bitireyim, sorular varsa onları alayım.

Cavit Işık Yavuz

Çok teşekkür ediyoruz. Aziz Hocamız aslında çok güzel bir çerçeve çizdi. Çok güzel bir giriş yaptı kongreye. Özellikle güvencesizlik meselesinin kapitalizme ilişkin bir konu olduğu tespitini bizimle paylaştı ve çeşitli biçimlerde ortaya çıkan bu güvencesizleştirmeye örnekler vererek bir mekanizma olarak yerleştiğini ifade etti ve temel olarak da esnekliğin ve piyasanın güvencesizliğinden söz etti... Ve son yıllarda örneklerle her daima geçici terimini bizlere hatırlatarak çerçevesini çizmiş oldu.

Şeref Özkara

Anlatımınız ve örneklendirmeleriniz benim açımdan çok öğretici oldu, teşekkür ederim. Sorum şu: Liberalizmin bu güvencesizleştirme durumundan kapitalizmin merkez ülkelerinde pek bahsedemeyiz sanırım. Onlar hâlâ istihdamlarını düzenli yürütüyorlar. Ama anlattığınız hikâye daha çok gelişmekte olan ülkelerde görülüyor. Türkiye de Turgut Özal döneminden beri bu dönüşümü yaşadığı için Türkiye'ye özgü bir durum diye düşünüyorum, ikisini ayırmak gerekir diye düşünüyorum, ne dersiniz?

Aziz Çelik

Tam tersini söyleyeceğim. Türkiye'ye özgü değil ne yazık ki. Türkiye'ye özgü olsaydı sanayileşmeyle birlikte iyileşen bir beklentimiz olurdu. Ne yazık ki bunun öncelikle Batı Avrupa'da olmak üzere genel bir eğilim olduğunu söylemek mümkün. Türkiye gibi ülke-

lerde farklı modellerle etkisi farklı olmakla birlikte bütün dünyayı etkisi altına alan bir eğilim olduğunu söylemek mümkündür. Batıda da 2. Dünya Savaşı sonrasında sağlanmış olduğu refah devletinden önemli gerilemeler söz konusu. Esnek çalışma orada da gündeme geliyor. Buna karşın bir yandan sınıf mücadelesinin çok köklü ve eski olması, diğer yandan siyasal iktidarların seçmen davranışlarının bu konuda duyarlı olması nedeniyle batıdaki aşınma bizim gibi ülkelere göre daha yavaş seyrediyor. Yoksa genel bir aşınmadan bahsedebiliriz. Kapitalizmde özellikle 80'li yıllardan sonra genel bir aşınmanın yani bileşik kaplar gibi ve genel bir güvencesizleşmenin yer aldığını söylemek mümkün. Türkiye'ye özgü bir olgu olduğunu ne yazık ki söyleyemeyeceğim.

Katılımcı

Sağlık alanında anlattığınız bu piyasa ilişkilerinin yanında bu tür esneklikleri yaratan geleneksel ekonomilerde yok mu? Diyelim bir kişi teknisyen ya da doktor hastalığında rapor almak yerine çalışmayı tercih eder. Bir asistan olarak sağlık nedeniyle hiyerarşik olarak üstünüzden izin almanız gerekir. Biraz buradaki durum piyasa mekanizmalarının dışında bunu kolaylaştıran bir durum yok mudur?

Aziz Çelik

Sanıyorum sağlık alanında da başka çalışma alanlarında da bunu görebilmek mümkün. Daha geleneksel bağlarla çalışanlarının birbirine bağlı olduğu, hiyerarşinin önemli olduğu kimi alanlarda da çalışanların haklarını kullanmaktan imtina ettiği bir çalışma düzenine ve çalışma ilişkisine rastlamak mümkün. Sanıyorum gerek sağlık alanında gerek akademiye hiyerarşinin özelliklerinden birisi de bu. Ben akademiye geç giren birisiyim. Akademiye gördüğüm hiyerarşi ve hak kullanımı konusundan imtina etme meselesinin sanayi işçisiyle karşılaştırıldığında daha yüksek olduğunu söyleyebilirim. Bu biraz mesleklere özgü olarak ortaya çıkıyor ama aynı zamanda bu alanda örgütlülüğün zayıf olmasının bir sonucu olduğunu düşünüyorum. Çünkü genellikle otorite kamuya, devlete, işverene karşı hak arama ve kendinizi savunma eğilimi örgütlü olunmadığı zaman düşer, örgütlü olunduğu zaman yükselir. İki taraf için de, yani amir ve çalışan için de örgütlülük haklara riayet etmeyi kolaylaştırır diye düşünüyorum. Sağlık alanında da örgütsüzlüğün geleneksel değerler yanını da etkilediğini düşünüyorum.

Muharrem Baytemur

Bu sağlık çalışanları içinde 270 bin kendi adına çalışan olduğu belirtildi. Bu rakam kimleri kapsıyor.

Aziz Çelik

TÜİK'in verdiği toplam rakamdan kamu çalışanını ve ücretli çalışanı çıkardığınız zaman geriye kalan rakam... Biliyorsunuz dört çalışma türü var. Ücretli çalışanlar işçiler, memurlar, işverenler, kendi hesabına çalışanlar ve aile çalışanları var. Sağlık sektöründe

ücretsiz aile işçiliğinin olmayacağını da düşünmek lazımdır. Bu geri kalan 270 bin rakamını işveren ve kendi hesabına çalışanlardan oluşmaktadır. İşverenin cüzi bir toplam tuttuğunu düşünecek olursanız, yüzde 2-3'ü geçmez kolay kolay, buradan hareketle bunu söyleyebiliyoruz. Bunlar kendi işini yapanlar, kendi muayenehanesi olanlar, kendi hesabına çalışanlar gibi değişik kategorilere ayrılabilir ama bunun sosyal hizmet çalışanlarını da içerdiğini söyleyelim. Sadece sağlık değil, sağlık ve sosyal hizmet tek bir sektör olarak ele alınıyor. Bu nedenle tek tek bilmiyorum. Ama ücretli çalışanlar ve kamu görevlileri işçiler dışında kalanların tümü bunlar. İçinde işverenler de var ama bunlar çok cüzi. Geriye kalan rakam büyük ölçüde serbest çalışan, kendi hesabına çalışan sağlık ya da sosyal hizmet mensupları olarak ortaya çıkıyor. Ama detaylı bir veri elimde yok.

Atilla Ataç

Sanayi Devrimi sonrasında teknolojik gelişmeler arttıktan sonra robotik olaylar arttığı için istihdam sorunu ortaya çıktı. Sağlık sektöründe de bu robotlar ameliyat yapıyor. Acaba eğitimi de tüm alanlarda değiştirmek mi gerekiyor? Mesela cerrahi alanda ameliyatı robotlar yapıyor, giderek dişhekimliğinde de robotlar yer alacak. Eğitim sistemiyle istihdam arasında paralellik kurulacak mı? Kişisel görüşünüzü merak ediyorum.

Aziz Çelik

Eğitim sistemiyle istihdam arasındaki ilişkinin her zaman olduğunu düşünüyorum. Şu an Türkiye'de eğitim sistemiyle istihdam arasındaki bağın tamamen koptuğunu düşünüyorum. Özellikle çok hızlı ve yaygın bir üniversitelileşme beraberinde işsizliğin de büyümesine yol açıyor. İstihdam ihtiyacından bağımsız olarak bir gelişim var. Kendi alanımdan örnek vereyim: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri bölümü yaklaşık 30 küsur üniversitede okutuluyor. Binlerce mezun veriyor fakat bunlardan çok azı bu sektörde istihdam ediliyor. Dolayısıyla istihdamla eğitim ilişkisinin tamamen koptuğunu düşünüyorum.

Teknoloji konusunda ise, teknolojik gelişmelerin işi ortadan kaldıracağına dair fantastik de olsa teoriler de oldu. Fakat şunu gördük ki, teknolojik gelişme işi ortadan kaldırmıyor, yeni iş türleri ve iş sahaları yaratıyor. Dolayısıyla teknolojideki yeni aşamaların beraberinde yeni meslekler ve yeni beceriler konusunda eğitim gerektireceğini düşünüyorum. Yoksa istihdam teknolojik gelişmeyle beraber daralmıyor. Dünyanın en hızlı teknolojik gelişmesini yaşadığı dönemde istihdam artışı söz konusudur. Fakat bu istihdam artışı, işgücündeki artışla beraber eksik kalıyor. Burada sadece teknoloji ve eğitimle değil, çalışma sürelerinin de düzenlenmesiyle ilişkili olduğunu düşünüyorum. Herkesin çalışabilmesi için çalışma sürelerinin azaltılması gerekiyor. Fakat bu durum da kârlılığa bir düşüşü beraberinde getirdiği için ciddi bir direnç oluşturuyor. Teknolojideki gelişim sonucu oluşan verimlilik daha az çalışabilmeyi mümkün hale getirmektedir. Ve bazı ülkelerde ciddi bir biçimde çalışma süreleri düşürülürken, diğer tarafta çalışma sürelerinin arttığı ülkeler de bulunuyor. Bu anlamda süreç eşitsiz ilerliyor. Sanayi devrimi hangi fazda olursa olsun eşitsiz geliştiğini söylemek mümkün.

Mustafa Güler

Sağlık hizmetlerindeki güvencesizlik meselesinin nicelikli bir hali var. Paylaşıp sizin de fikrinizi almak isterim. Hatırlarsınız 2015 yılında seçimlerden hemen önce Meclis'te çıkan bir torba yasa vardı 6645 sayılı torba yasa. Bunun içerisinde şöyle bir hüküm var. Dediler ki, SGK'ya hizmet satan özel sağlık kuruluşları içerisinde çalışan ancak bu sağlık kuruluşlarına hizmet satan kişiler BağKur'lu sayılır ve düzenledikleri faturalar SGK tarafından ödenir. Bu durum yasaya aykırı olarak uzunca bir süredir yaşanmakta ve SGK cezalar kesmekteydi, sonra hastane sahipleri devreye girerek bunun kendilerinin istediği gibi düzenlenmesini sağladılar.

Özel hastanelerdeki kimi birimlerin hekimlere kiralanması suretiyle, hastane hizmetinin parçalanması gibi bir şey bu. Kuşkusuz bu durum yasaya aykırıydı. Çünkü orada işçi olarak çalışan kişiyi işveren gibi gösteren bir hileli durum yaratılıyordu. Çalışanların haklarını ortadan kaldıran bu durumu önlemek yerine yasallaştırmayı tercih ettiler. 5510 sayılı SSGSS Yasasına bir ek madde koydular. Dediler ki, bu şekilde olan çalışmaların karşılığı verilir, bunlar fatura karşılığı yürütülebilir.

Burada güvencesizlik şöyle bir şey: Siz orada yürüttüğünüz işi, yapılan işin niteliği gereği işçi olarak yürütürken, fazla çalışma ücreti, yıllık ücretli izin, kıdem tazminatı gibi haklara sahipken, bir anda kendinizi işveren olarak buluyorsunuz ve tabii bu haklar ortadan kalkıyor. Dışarıda size bir şirket kuruyorlar ve bir anda işveren oluyorsunuz.

Sizden öğrenmek istediğim şu: Sosyal güvenlik yasasının içine konulan böyle bir hükümle işçinin işçilik halini ortadan kaldırmak mümkün olabilir?

Yine bu yasanın içerisinde, fazla çalışma meselesinde, sağlık hizmetlerinde gece çalışmayı da çıkarmışlardı. Oradaki temel argüman şu idi, doktor ameliyata giriyor, mesaisi bitti keselim mi ameliyatı? Böylece sağlık hizmetlerinde gece çalışma yasağını da ortadan kaldırıyor. Oysa bu tür meselelerin gerekiyorsa ek istihdamla karşılanmasını savunmak daha doğru olur diye düşünüyorum.

Aziz Çelik

Teşekkürler. Çarpıcı bir örnek olarak çıktı. Hem işçi hem de işveren olunması mümkün mü? Aslında iş hukuku ve sosyal güvenlik bakımından bunların ayrıştırılması gerekir. Bu durum sadece sağlık için söz konusu değil, başka alanlarda da benzer durumlar var. Mesela hizmet alımı adı altında yapılan ihalelerin çoğu bu şekilde yapılan ihalelerdir. Yani kamu ihalesi hizmet alımı adı altında ihale açıyor. İhaleyle gelenler işveren gibi geliyorlar. Bir başka örnek daha vermek isterim sizlere. PTT AŞ ile ilgili düzenlemedir. Oradaki çalışma biçimi de şöyle ifade ediliyor: Devlet memurları yasasının iş yasası hükümlerinin uygulanmayacağı yönetim kurulu kararıyla çalışma ilişkisinin düzenleneceği şeklinde bir çalışma getiriyor. Ve son olarak sunumda da söz ettik, kiralık işçilik de buna benzer bir mekanizma olarak karşımıza çıkıyor. İşvereni işveren olmaktan

çıkıyor. Bunlar klasik iş hukuku ve sosyal güvenlik hukuku açısından baktığımızda olmayacak düzenlemeler. Fakat esnek ve güvencesiz çalışma içerisine bazen keyfi olarak sonuçları hesaplanmayan düzenlemeler olarak karşımıza çıkıyor.

Fazla çalışma konusuna tamamen katılıyorum size. Kuşkusuz her sektörün kendine özgü yanları var, fakat bu orada çalışma düzeninin bütünüyle ortadan kaldırılmasını getirmez. Dediğiniz gibi sektörün kendine özgü yanları ek istihdam yoluyla giderilebilir. Aksi halde bunun her sektörde böyle olması mümkündür. Çok ilginç bir örnek, bizde AVM'ler saat 5'ten sonra asıl iş yapar. Pek çok Avrupa ülkesinde ise AVM'leri saat 5'ten sonra ve Pazar günleri açık göremezsiniz çünkü sendikalılardır ve çalışma süreleri vardır. Şimdi, "AVM'lerin kendine özgü durumu vardır, insanlar hafta sonu alışveriş yaparlar o yüzden açık olsun" dediğiniz zaman her alanda da benzer bir keyfi çalışma düzenine yol açması mümkündür.

Teşekkür ediyorum.

SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE HER YÖNÜYLE MESLEK HASTALIĞI TÜBERKÜLOZ

Oturum Başkanları:

Tülin Kuyucu

Süreyyapaşa Göğüs Hast. ve Göğüs Cerrahisi EAH

Gönenç Ortaköylü

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Sağlık Çalışanlarında Meslek Hastalığı Olarak Tüberküloz; Dünya'daki Ve Türkiye'deki Durumu

Şeref Özkara

Ankara Keçiören Atatürk Sanatoryumu EAH

Tüberkülozda Bulaşma Ve Bulaşmadan Korunma Yöntemleri

Derya Cenger

Yedikule Göğüs Hast. ve Göğüs Cerrahisi EAH

SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE HER YÖNÜYLE MESLEK HASTALIĞI; TÜBERKÜLOZ

Tülin Kuyucu, *Süreyyapaşa Göğüs Hast. ve Göğüs Cerrahisi EAH*
Gönenç Ortaköylü, *Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi*

Tülin Kuyucu

Merhaba hoş geldiniz. Kongremizin ikinci oturumunu başlatıyoruz. Güzel bir Ankara sabahındayız. Sağlık çalışanlarının karşılaştığı riskleri konuşuyoruz. Bu riskler arasında bir bulaşıcı hastalık olan tüberkülozun, bir meslek hastalığı olarak da tanımlandığı için Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi'nde konuşulmayı hak ettiğini düşündüm. Ülkemiz tüberküloz için düşük riskli grubunda. Tüberküloz insidansı yüz binde 14'lere indi, giderek bir azalma gösteriyor. Tüberkülozlu 12 bin 700 hastamız var. Bu hastalar sağlık çalışanlarına geldiklerinde, solunum yoluyla bulaşan bir hastalık olduğu için risk altında olan grup sağlık çalışanlarıdır. Bu konuyu bu panelde işleyip sonrasında ne yapmamız gerektiği tartışmalıyız. Buyurun Gönenç Hanım.

Gönenç Ortaköylü

Öncelikle ben de teşekkür ediyorum hem de hoş geldiniz diyorum. İlk konuşmacımız Doktor Şerif Özkara. Türkiye'de hepimizin bildiği hatta dünyanın bildiği bir hekim kendisi. Tüm Türkiye'ye Sağlık Bakanlığı çerçevesinde tüberküloz eğitim verdi. Kendisi sağlık çalışanlarının meslek hastalığı olan tüberkülozun dünyadaki ve Türkiye'deki durumu anlatacak.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA MESLEK HASTALIĞI OLARAK TÜBERKÜLOZ; DÜNYA'DAKİ VE TÜRKİYE'DEKİ DURUMU

Şeref Özkara

Göğüs Hast. Uzmanı - Ankara Keçiören Atatürk Sanatoryumu EAH

Günaydın arkadaşlar. Kongreye davet ettiğiniz için çok teşekkür ederim. Gönenç'e güzel sözleri için teşekkür ederim ben o kadar önemli bir otör değilim. Bu işin biraz işçisiyim, öyle söyleyeyim. Önce dünyadaki Türkiye'deki tüberkülozla ilgili kısa bir bilgi vereyim, yoğunlaştırılmış bir bilgi vereyim sizlere. 2015 yılında dünyadaki tüberküloz sayıları tarihteki en yüksek sayılar. 10,4 milyon tüberküloz hastası tahmin ediyor Dünya Sağlık örgütü, bunlardan 6,1 milyonu kayıtlı olduğunu bildirdi. Tahmin daha çok prevalans çalışmalarına ve değişik bilimsel verilere dayanarak yapıyorlar. Olgu bulma oranı %58,6 fakat buldukları hastaların %85'i başarıyla tedavi ediliyor. Tahmini 1,8 milyon ölüm var bunun da 0,4 milyonu HIV pozitif.

İlginç olan, dünyada en çok Hindistan'da sonra da Çin'de tüberküloz var. Endonezya'da bir prevalans çalışması yapıldı ve birdenbire 400 bin olan hasta sayısı milyona çıktı. Endonezya, Çin'i sollayıp 2.sıraya geçti dünyadaki tüberkülozlu hasta sayısı açısından. Arkasından Hindistan'da prevalans çalışması yapıldı ve Hindistan'da kayıt oranları arttı. Ve yıllar içinde bunlar gerçekten çok ciddi bir hasta saptama oranı olarak ortaya çıktı. Yeşille gördüğümüz çizgi, kenarındaki bant, güven aralığını gösteriyor. Çok güvenli bir veri değil aslında biraz tartışmalı bir veri onu söylemeye çalışıyorum. İnsidansı gösteriyor. İnsidans yüz binde 170'lerden yüzbinde 150'nin altına düştü. Düşüş devam ediyor. Arada 4,3 milyon hasta kayıp. Bu çok çok büyük bir rakam ve bunlar tanı almayan hastalar, bilinmeyen hastalar. Gerçekten de dünyada tüberkülozun sürmesinde çok büyük rolü olan hastalar.

Kayıp hastalar daha çok Hindistan Endonezya ve Nijerya'da. Bakın Hindistan'da 1 milyon 174 bin kayıp hasta tahmin ediliyor. Endonezya'da 685 bin, Nijerya'da 498 bin hasta tahmin ediliyor. Burada ilginç bir şey var tabi mesela Çin çok başarılı bir program yürütüyor ve çok hızlı hasta sayısı düşüyor, çok güzel bir gidişat var. Bunu da garantileyen şey yani bu verinin sağlamlığını sağlayan şey de ciddi prevalans çalışmalarıyla bunu destekliyor. Dünya kongresinde Çin'in müsteşarı geliyor, bunları yaptık şunları da yapacağız diyor. Bize destek olun diyor, salon ayağa kalkıp alkışlıyor. Hindistan biz çok kalabalık bir ülkeyiz, özel sektör berbat vaziyette, tüberkülozun koşulları kötü, halledemiyoruz, çok sıkıntıdayız diyor, Bill Gates Çin'e milyar dolar verirken Hindistan'a 3 tane uzman gönderiyor özel sektörü araştırmak üzere, para vermiyor. Dünyada böyle acıklı bir du-

rum var Hindistan açısından. Her yılki kongrede Hindistan yine ne sıkıntılar yaşıyor diye izliyoruz. Tablonun bir ayağı bu. Bir ayağı da Afrika'nın güneyi özellikle de Güney Afrika'da çok ciddi tüberküloz var ve burada dirençli tüberküloz var. Onun sıkıntısını yaşıyoruz.

En çok öldüren hastalıklar sıralamasında solunum enfeksiyonu ve KOAH'tan sonra tüberküloz 5. sırada arkadaşlar. Gri ile taralı alan HIV ölümleri. HIV ölümlerine HIV artı tüberküloz ölümleri ve bunları HIV grubunda da görebileceksiniz aşağıda. Ama ICD-10 koduna göre bunları tüberküloza değil HIV'ye yazıyoruz. Çünkü Dünya Sağlık Örgütü böyle istiyor. Neden? Politik nedenlerle. Hangi hastalık fazlaysa oraya daha fazla para akabileceğini düşünerek HIV'yi desteklediler ama tüberküloz gerçekten çok yüksek sayıda ve HIV'ye tüberkülozu da ekleseniz yine tüberküloz ölümlerini yakalayamıyor yani tüberküloz ölümleri çok yüksek. 1,4 milyon ölümü güne bölerseniz 365'e bölerseniz günde 5000 civarında tüberküloz hastası ölüyor her gün. Bu işin dramatikliğini göstermesi açısından çok çarpıcı. Bakın en çok Afrika'nın güneyinde yüz binde 1'i geçen insidanslar var. Hindistan, hemen bitişiğinde Pakistan, Bangladeş Myanmar, Güneydoğu Asya çok korkunç bir tablo yaşıyor. Dirençli tüberküloz açısından ise Sovyetler Birliği çok korkunç. Tam olarak eski Sovyetler Birliği sınırlarını çizen bir direnç haritası var dünyada. Bunun sebebi de şu, tüberküloz kontrolünün ilkelerine bağlı, ilaç tedavilerinin standartlara bağlı olarak yürütülmesi, düzenli temin edilmesi ve bunun takip edilmesi gerekiyor. Bunların yapılmadığı uzunca bir dönemi yaşadığı Sovyetler Birliği'nin bütün ülkeleri. Bunun sonucunda direnç oranı yükseldi. Bize Azerbaycan'dan ya da Gürcistan'dan bir hasta geldiği zaman hastanın hangi dirençler var, ne yapacağız kara kara düşünmeye başlıyoruz. Türkiye'ye direnç ithal etmiş oluyoruz. Çok tehlikeli bir durumla karşı karşıyayız.

Dünyada 480.000 çok ilaca dirençli tüberküloz olduğu tahmin ediliyor, bunların sadece 4'te birine tedavi başlanıyor arkadaşlar ve tedavi de %52 başarılı yani 480 binin 50 binini tedavi ediyoruz diyelim 60 binini. Yüzde 15 falan bir rakam. Bunun çok ilaca dirençli tüberküloz yani INH-RIF direnci olanların yüzde 10'a yakını da yaygın ilaç dirençli. Çok ilaca dirençli tüberküloz şu demek; standart tedvininizle hasta iyileşmiyor. Yaygın ilaç dirençli tüberküloz ise var olan bütün ilaçlarınızla hasta iyileştirme şansımız çok düşük. Yani başarı oranınız yüzde 28 falan. Buna rağmen dünyada Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde uluslararası kuruluşların desteğiyle çok büyük parasal yardımlarla tüberküloz ölümlerinde ciddi azalma yaşanıyor. İnsidansta düşüş yaşanıyor ve 15 yılda yaklaşık 45 milyon hayat kurtarıldı. Bu tabloyu da sunmak zorundasınız. Çünkü size destek olan para veren insanlar var. Aslında iş dramatik yani tedavisi olan, iyileştiren bir hastalıktan günde 5,000 ölüyor kişinin olması yeterince dünyadaki sağlık camiası ve yöneticileri açısından ayıp bir şey. Yeni ilaçlar var, bunların bir iki tanesi şu anda ruhsatı aldı. 13 tane aşısı adayı var 1 tanesi başarısız oldu, diğerleri çalışılıyor. Yeni tanı yöntemleri var bu açıdan çok çok iyiyiz. Yeni moleküler testlerimiz var. Hastanın balgamını kartuşa koyuyorsunuz, çalkalılıyorsunuz solüsyonu ile makineye koyuyorsunuz, 2 saat sonra size tüberküloz basili var diyor. Rifampisin direnci var diyor. Çok hızla bunu daha başında da yapabiliyorsunuz. Bu tip testler Dünya Sağlık Örgütü onaylı testler dünyada çok hızla

yayıyor ve başka gelişmeler de var moleküler testler sahayı tümüyle değiştirdi. Tüm deney sekansı saatler içinde ve yani 100 liranın altında paralara yapılabilir hale geldi. İnanılmaz boyutta bir gelişme var.

Türkiye'de durum ne? Sağlık Bakanlığı'nın verileri bu bakımdan çok önemli. Dünya Sağlık örgütünün tahminleri var. 12.700 hastamız var bunlardan 870 yabancı. Yüz binde 16,2 kayıtlı olgu hızımız. 2015 rakamı bu. 2016'lar da çıktı sanıyorum ama yayınlanmadı henüz. Tüberkülozdaki tedavi başarılarımız yüzde 85. Ama yabancı hastalarda tedavi başarılarımız düşük. Çünkü bunlar çok gezgin hastalar. Bir de dil engelimiz var. Hastaya tedaviyi anlatamadığınız zaman hasta altı aylık tedaviyi düzenli dördürmesi ve size uyması biraz sıkıntı oluyor. Dünya Sağlık Örgütü'nün tahmini de şu. Gerçekten düşüşümüz var. Kayıtlı hastalarında insidans rakamlarımız birbirine çok yakın görünüyor. Yıllık yüzde 7 gibi bir düşüş var arkadaşlar. Türkiye'deki tüberküloz çalışma programının başarısını gösteren çok çarpıcı bir veridir. Dünyada örnek bir durum. Haritada 100.000'de 40'ın üzerinde insidanslar varken 7-8 yıl içinde bakın 100 binde 30'un altına düştü bütün Türkiye. Yine de başta İstanbul, Marmara Bölgesi hâlâ birinciliği hala koruyor sebepleri tartışılıyor.

Çok ilaca dirençli tüberküloz hastalarımızın sayısı 250 civarında seyrediyor. Biraz aşağı biraz yukarı ama devam ediyor. Bu dirençli hastalarla uğraşyoruz, bayağı sıkıntılı bir durumda. Bilmiyoruz yakın gelecekte ne olacak.

İlginç bir şey, Türkiye'de mikroskobik mavi kültür yeşil direnç testi de kırmızı. Göreceğiniz şey 2010'dan sonra ciddi bir artış var hepsinde yüzde 20'lik bir artış var. Türkiye çapında başka bir alanda bu kadar büyük ve hızlı gelişme olması biraz zor. Gerçekten de çok yüksek bir bakteriyolojik tanı oranı var Türkiye'de. Bu çok gelişti, mesela 78 yılında Tüberküloz Genel Müdürü kalkıyor diyor ki çok uğraştık ama mikroskobiyi artırmıyoruz diyor. Bunun herhalde bir de koşulları var yani laboratuvarları olacak, imkanları olacak uzmanları olacak, onlarla ilgili bir şey.

Şimdi dünya kongrelerine dönüyoruz yoksul ülkelerin birçoğunda bu konuda sıkıntı yaşıyorlar ama ekonomik gelişmeler ve sağlıktaki gelişme bunu etkiliyor sanıyorum hasta başına 7 temas muayenesi yapıyoruz bir hastayı saptadığımız zaman ailesini, yakınlarını iş yerindeki insanları tarıyoruz ve hasta bakım başına 1,5 kişiye koruyucu tedavi veriyoruz. Sadece akciğer tüberkülozu temaslılarını düşünürseniz bu sayı üçe yaklaşıyor. Bu da Türkiye'de tüberkülozun başarısı açısından büyük rol oynuyor. Tedavi başarılarımız yeni hastalarda yüzde 87, tedavi görmüşler de biraz düşük. Çünkü terk oranları yüksek ve son sütünü görüyorsunuz halen tedavideki grup çünkü bunların bir kısmı dirençli tedavi görüyor.

Özet olarak hasta sayımız ve olgu hızımız düşüyor, bakteriyolojik tanılarımızı artırıyor tedavi sonuçları başarılı. Daha önce tedavi görmüş hastalarla yabancı hastaların başarı oranı düşük. Buna kafa yoruyoruz uğraşyoruz temaslı muayene ve tedavi oranımız ba-

şarılı. Yabancı çok ilaca dirençli tüberküloz hasta sayısında düşüş yok.

Türkiye’de dispanserlerin uyguladığı ve sahada da uygulanan çok ciddi tüberküloz rehberleri var 2017 de yeni tüberküloz rehberi gelecek, yakında. Benim bildiğim kadarıyla aksi varsa söyleyin bu kadar riayet edilen bu kadar peşinden gidilen bir rehber Türkiye’de başka yok. Evet, bu çalışanlara rehber oluyor. İlginç meslekler diye sunulmuş ama şu anda bildiğim kadarıyla Küba’da bu yapılıyor çok hoş bir şey aslında çalışanların her şeyini düşünen bir yaklaşım var.

Tüberkülozda sağlık çalışanlarına gelince şöyle bir cümle var çok hoşuma gitti. “Sağlık çalışanı kıymetlidir ve az bulunan bir kaynaktır. Yani büyük paralar harcıyorsunuz yetiştiriyorsunuz onları büyük ölçüde korunabilecek nedenle kaybediyoruz” diyor. Bu sözü söyleyen doktorun olduğu Güney Afrika’daki klinikte 55 sağlık çalışanının 5’i bir sene de tüberküloz artı HIV’den ölüyor. Klinik şefi yani sorumlu olan kişi diyor ki klinik arkadaşlar bana HIV olduğunuzu ya da tüberküloz olduğunuzu söylemene gerek yok ayrılabilirsiniz istiyorsanız kimseye işten ayrılmıyor yani başka bir yere tayininiz yapalım diyorlar hiç kimse istemiyor. Benzer bir olayı da Malavi’den doktora anlattı. Çalışanlarımızın yüzde onunu bir sene de kaybettik dedi. Gerçekten önlenabilir bir hastalıktan sağlık çalışanlarının ölüyor olması çok acı bir şey.

Sağlık çalışanlarında Türkiye rakamını vereyim, yaklaşık toplumun 10 katı daha fazla tüberküloz görülüyor.1980- 2000 yılları arasında Türkiye’deki sağlık çalışanlarında insidans 52’den 27 ye düşüyor ama kesin tüberküloz tanısı sağlık çalışanlarında yüz binde 250 ile 670 arası. Güzel çalışmalar var, değişik üniversitelerden, hastanelerden ve bu yüz binde 250 ile 600 arasındaki rakamları buradan çıkıyor.

Bugün daire başkanının epidemiyoloji bölümünden Ayşegül Hanım’ı aradım. Slide yapmaya zaman olmadı biraz önce WhatsApp’la gönderdi. 2012’de 147, Türkiye’deki sağlık çalışanlarının tüberküloz sayısı bu. 2012’de 147, 2013’te 123, 2014’de 135, 2015’te 129, 2016’da 108. 147’den 108’e düşen bir rakam var. 108 rakamının dağılımı da şöyle, 32’si hemşire. En çok hemşirelerde doluyor hastalarda en çok içli dışlı olanlar, hastanın odası havalandırılmadan odaya girip çıkanlar hemşireler. 32 hemşire, 15 doktor, 6 sağlık memuru, 6 diş hekimi ve diş teknisyeni, 5 röntgen teknisyeni, 5 laboratuvar 10 da diğer personeli olmak üzere 108 tane 2016’da tüberküloz hastası var sağlık çalışanları arasında. Bütün tüberküloz hastaları ilaç alabilmek için dispansere gelmek zorunda çünkü piyasada ilaç yok. Piyasada ilaç yasaklanmadı sadece şu yapıldı. SGK’ye dendi ki tüberküloz reçetesini parasını ödememiz mümkün mü evet dedi SGK ödemeyelim. SGK ilaç parasını ödemedi bundan çok da haberim yoktu benim. Bir gün bir hastam geldi hocam dedi ilaç bulamıyorum. Ne ilacı? Tüberküloz ilacı. Niye? 20 tane eczane var sanatoryumun etrafında hiçbirinde ilaç yok dedi. Çok sevindim kalkıp hastayı öpecektim yani. İlacın piyasada olmaması çok güzel bir şey. Çünkü siz ilaç almak için dispansere gideceksiniz. Dispansere gitmemiz demek kayda alınmanız, tedavinizin düzene girmesi, size ailenize ve temaslarını zamanında muayene edilmesi ve bütün bilgilerin elimizde olması demek,

hastanın da garantili tedavisi demek. Bir şey daha var, mesela dispansere hasta geliyor ilaç dozları mesela iki katı yazılmış. Yanlış ilaç yazılmış, eksik ilaç yazılmış, fazla ilaç yazılmış. Dispanser rehberine en iyi uyan kurumdur. Dispanser bunları düzeltiyor. Bu da işin mükemmel olmasını sağlayan bir unsur haline geliyor. Sonuçta piyasada ilaç olmadığı için bütün hastalar kayda geçiyor kayda geçerken sağlık personeli kaydediyor bu bilgi de iyi bir bilgiyi yani bakanlık bireysel bazda topladığı için isterseniz isminizi T.C. ile beraber verebilirler. Orada bizim T.C. çok işe yarıyor mesela Brezilyalılar çok sıkıntı çekiyorlar mükerrer hastaları ayıklayamıyorlar. Bizde T.C. var tak diye ayıklıyorsunuz. 480 tane hasta mükerrer yazılmış, 3 dispanserde yazılan hasta var mesela. İlk yazıldığı yeri kaydı alıyorsunuz ve bitiyor.

Dünyada iki tane büyük meta analiz var 2016 ve 2017 meta analizler güzel çalışmalar bunların ikisi de yapan kişiler de çok güvenilir insanlar. Daha çok Kanada McGill Üniversitesi grubu bu konuda çok çalışıyor bu konuda. Latent enfeksiyonu %54 hastalık insidansı yüzbinde 69 ile değişken farklı ülkelerde ama topluma göre en az 25 kat daha fazla. 2017'de latent tüberküloz prevalansı yüzde 37, tüberküloz hastalığı insidansı 100 binde 97, topluma göre 2-3 kat daha fazla hastalık olduğu saptanıyor. Yani sağlık çalışanları toplumundan daha fazla hastalanan bir gruptur.

Güney Afrika çok özellik arz eden bir şey. bakın Güney Afrika ile Hindistan'ın bir özelliği daha var dünyada en çok yayını, en çok araştırmayı bu iki ülkeye yapıyor tüberkülozla ilgili. Ama en kötü ülkeler bunlar. Güney Afrika'ya kongreye gittik. Parıltılı çalışmalar sunuyorlar, rahip çıktı hastalarla nasıl araştırmaya destek olmaları gerektiği konusunda dini sohbet yaptığını anlattı falan böyle. Gözlerimiz parlıyor ne güzel şeyler oluyor diye. Sonra bir tane dispanser doktoru çıktı dedi ki, biz fakir bir ülkeyiz, ilaç bulamıyoruz dedi röntgen yok dedi. Bakteriyolojiye zor uğraşyoruz. Aynı ülkeden mi söz ediyorlar şaşırıldık kaldık yani inanılmaz bir şey. Gerçek tablo mesela Hindistan'da da o, Güney Afrika'da da o. Ama araştırma o dünyası bilmem de böyle parıltılar dünyadan paralar akıyor, araştıran insanlar var, bir araştırma çetesi oluşturmuş. Büyük paralar var, büyük çalışmalar var. Şunu söylüyor mesela 2 tane yeni tüberküloz ilacı bulundu mesela bedaquilin ve delamanit diye ve bu ilaçları istiyoruz. Böyle bir slogan var kongrenin esası bu. Ne yapacaksın ilaçları, Güney Afrika'da almış çalışmış bunları. Altıncı ayda bütün hastalar negatif. Tamamı negatifleşmiş ama tedavi başarısı %52 ya ne oldu? Hani tamamı negatifleşmişti? Konversiyon olmuştu. İşte hastaları yüzde otuzu terk etti... Yüzde 5'i bilmem ne oldu. Yüzde 35'i hasta nasıl terk eder? Ha ben araştırmam ben onu ilgilendirmiyor ben delamanit kullanıyorum firmadan paramı alıyorum araştırmamı yapıyorum hasta ilacı içiyor içmiyor takip etmiyorum beni ilgilendirmiyor diyor. Farklı bir dünya yani anlamak zor yani hem Hindistan için hem de Güney Afrika için çok acı bir durum.

Güney Afrika'da bakın insidans yüzde 500'ün üzerinde kayıtlı hasta, insidansı çalışanlarda ki kırmızı ve yeşil ile gösterilenler, maviler genel toplumu gösteriyor, genel toplumla ile çok yüksek. En çok meslek hastalığı olarak saptanan 3. Hastalık tüberküloz Güney Afrika'da. Birçok hukuki düzenlemeleri var ama bunların sonucunda yine de sanıyorum

tüberküloz olduğu zaman mesleki bir şey almıyorlar tazminat falan almıyorlar. Rehberler uygulanamıyor. Dünyanın bu geri kalmış ülkelerinin büyük bir çoğunluğunda rutin yapılmıyor tüberküloz hastalık taraması. Tüberküloz latent enfeksiyon taraması da yapılmıyor. Yani PPD, quantiferon gibi testler yapılmıyor. Koruma tedavisi de yeterince verilmiyor.

Birkaç noktadan daha söz edeyim tüberkülozun teorik konularıyla ilgili. Tüberkülozlu bir basili aldığımız zaman vücut doğal olarak onu yok edebilir ya da immüniteyi geliştirerek temel lenfositler uyanıp akıllanıp öğrenip bu işi, immüniteyi öteye canlandırıp edinsel bağışıklığa neden olurlar. Latent tüberküloz enfeksiyon, sub klinik ya da tüberküloz enfeksiyonu klinik tüberküloz da PPD ve Quantiferon pozitif (Tüberküloz deri testleri ya da interferon gama salınım testleri). Kültür ise ancak hastalıkta pozitif. Semptomlar işte vesaire diğer bulgular hastalık olduğu zaman. Ama sub klinik tüberküloz genellikle yeni saptanan, yeni tartışılan bir şey. Yani henüz klinikte çok fark edilmeyen ama hastalık var. Gelişmiş ama bu iki durumda tedavi gerekiyor. Bunları anlatmamız sebebi şu zaten. Latent tüberküloz hastalığı olan veya tüberküloz hastalığı enfeksiyonu olan kişide tüberküloz hastalığı gelişebilir. Ama kimde gelişir bunu bilemiyoruz bunları gösteren testimiz yok. Yani şu grupta tüberküloz gelişecek diye bilsek, yüklensek koruyucu tedaviye %90 önleriz. Ama bilemiyoruz böyle bir sıkıntımız var. Hastalığın gelişip gelişmeye gelişmeyeceğini bu testler göstermiyor çok güzel meta analizler var bu konuda.

Daha iyi nasıl kullanabiliriz? Şöyle bir şey var mesela koruyucu tedavi vereceksiniz ya da bir şey yapacaksınız tarayın. Ben bu topluluğu taradım. Ee sonra? Sonra bir şey yapmadım niye taradın bir şey yapmayacaksın. Yani koruyucu tedavi vereceksen, bir şey yapacaksın tara. O zaman yüksek riskleri test etmek, bulduğun kişilere koruyucu tedavileri vermek gerekiyor. Diğer risk faktörleri özellikle HIV, yeni konversiyon, negatifken pozitifleşmiş PPD'ler, ileri yaş ve bebek yaşları yani yaş iki uçtaki yaşlar bizim için çok önemli. Hastalığa dönüşme yani enfeksiyonun hastalığa dönüşme riski olan kişilerde tekrarlayan testler yapılmalı.

PPD mesela hep pozitif kalabiliyor. Negatifken pozitif olması bizim için çok değerli. Kalıcı konversiyon dediğimiz şey bu durumda hastalanma riski çok yüksek. Bazen konversiyon geri dönüyor yani pozitifleşip tekrar negatifleşebiliyor. Bazen de hep negatif kalıyor. Bizim için burada en değerli olan şu yeni pozitif olan kalıcı konversiyon denen grup. O yüzden tüberkülozun deri testi ya da interferon gama salınımı testi tek sefer yapmak değil birkaç sefer yapmak bizim için çok değerli. Konversiyon olanlar olmayanlardan 8 kat daha fazla hastalanıyor. Mesela şu sütunda sağdan ikinciye bakarsanız konversiyon olanlarda 1,46, olmayanlarında 0,17. 8 kat daha fazla hastalanma var ve bu genellikle de ilk 2 yılda oluyor. Yani PPD pozitifleşti o ilk 2 yıl çok değerli. O dönem hastalanma riski çok daha yüksek. Bir de quantiferon'un mesela değer var yani şu değer üzerine çıkarsa hastalanma riski daha yüksek gibi şeyler var. Bunları bilmek bizim açımızdan çok önemli. Bu arada tabii dünyadaki BCG aşı durumunu da bilmek önemli. Çok güzel bir BCG aşısı sitesi var" bcgatlas.org "diye geçiyor hangi ülke ne kadar BCG yapıyor ne zaman de-

ğiştirildi falan bu politikaları görebilirsiniz. Bunu da özellikle not almanızı isterim. Tüberküloz skin test in 3 dimention diye bir şey. Başlıklarda var bakın " tsb3d.com" buraya şunu yapıyorsunuz. Hastanın PPD'si pozitif ya da quantiferonu pozitif bu tüberküloz mu? Hastanın yaşını giriyorsunuz, BCG'sini giriyorsunuz ek hastalıklarını giriyorsunuz. Sonra diyorsunuz ki hastalanma riski nedir? Bizim enfeksiyoncuların çok önem verdiği bu quantiferon mesela pozitif ise hastanın hastalanma riski binde bir çıkıyor. Gerçekten bu tüberkülin deri testinin ya da interferon gama bize tanısal olarak çok büyük bir katkısı olmuyor hastalık tanısında. Bunu göstermesi bakımından çok değerli. Hastaları tanıdınız, bir grubu planladığınız taradınız taramalardan sonra kontrole geldiler, kontrole gelenlerin içerisinde pozitif çıkanlar oldu pozitif çıkanların içerisinde tedavi ettiklerinizi oldu. Tedaviyi tamamlayanlar oldu. Silsileyi tamamlıyorsunuz sizin tarama planladığınız 100 kişiden 19'u tedaviyi tamamlıyor. Çok ciddi kayıplar olabiliyor bu arada. Bunu da uyanık tutmak lazım. Mesela dünyaya göre biz bu bakımdan da iyiyiz. Koruyucu tedavi başladığımız hastaların yüzde 75'ini tamamlıyoruz Türkiye'de. Dünyanın en yüksek rakamlarından birisine sahibiz. Bunu sağlayan dispanserlerin saygınlığı ve güvenilirliği midir? Aile yapımız mıdır? Yoksa hasta ile beraber hasta yakınlarını temaslı muayeneleri vesaire yaparak takip etmemiz midir? Sağlık sistemimizin güvenilirliği midir? Bunları da tartışmak mümkün olabilir belki.

Şimdi asıl tartışacağımız sağlık kurumlarına bulaşmayı nasıl önleyeceğiz? Birçok ülkede bu önlemler uygulandığı zaman hasta sayıları düşüyor. Ciddi düşüşler görülüyor. Önce kavramı bilelim. Damlacık diye bir şey var bir de damlacık çekirdeği. Mesela grip oldu, domuz gribi oldu, Kuş gribi oldu. Herkese normal cerrahi maske dağıttık. Halbuki Gribin virüs daha küçük. Niye cerrahi maske kullanıyorsunuz da tüberküloz basili daha büyük. Niye özel maske kullanıyorsunuz? Solunum maskesi kullanıyorsunuz? Bunun teorisi şu. Normalde virüs 10-50 mikronluk bir partikül içinde bulunuyor. Damlacık içinde bulunuyor onun dışında bulunmuyor tek başına havada gezmiyor yani. O yüzden 10- 50 mikronu önleyecek şey cerrahi maske ama bir 5 mikronluk bir partikülün içerisinde 3 tane tüberküloz basili olabiliyor. Yani solunum sekresyonlarıyla ve dışarı saldıığımız partiküller kuruyor, damlacığının çekirdeği kalıyor Havada geziyor ve bunu ihmal edebiliyorsunuz. Onun için tüberküloz için özel maske gerekiyor. Damlacık çekirdeği için mutlaka ya N95 ya da FFF3 maskeyi kullanıyoruz. Damlacık için ise cerrahi maske... Hastaya cerrahi takıyoruz çünkü hastanın ağızından çıkan partikül 10- 50 mikronluk bir partikül hasta için cerrahi maske önleyici oluyor.

Hastadan tüberküloz bulaşmayı önleyen faktörler neler? Geç tanı koyarsanız, tedaviye geç başlarsınız, verdiğiniz tedavi yetersiz olursa, bu ne zaman oluyor mesela dirençli hastaya normal tedavi ediyorsunuz. Şimdi o bakımdan çok şanslıyız, aynı gün hastanın direncini görebiliyorsunuz. Moleküler test bize bir gün içerisinde söylüyor ve ona göre tedavi başlıyoruz. O bakımdan çok şanslıyız hastayı geç izole etmek, izolasyonun kötü yapılması, öksürük yaratan işlemler kötü havalandırma bulaşmayı artırabilir. Ne yapabiliriz? En önemli önlem yönetim ile ilgilidir. Sonra mühendislik, sonra kişisel koruyucu önlemler yani maske. Bunu tartıştığımız zaman maske niye önde değil diyorlar. Bu şuna

benziyor, bir savaş alanında tabancalar ve silahlarla bulunmak mı istersiniz yoksa güvenle bir şehirde silahsız mı bulunmak istersiniz? Şehrin güvenli olması önemli, yani güvenli bir şehirde iseniz silaha falan ihtiyaç yok. Yönetim önlemleri bu bakımdan önemli. Yani bir hastanede basil bulaşmayacağını biliyorsanız bunun önemleri alınmışsa daha güvenli bir ortam oluşturuyorsunuz. Bunlar basille karşılaşmayı önlemek için yapılan önlemler. Mühendislik önlemleri ise havayı seyrelten ya da yok eden damlacık çekirdeği yayılmasını önüyor. Şimdi yönetim önlemleri neler? Personelin eğitimi olması, bilmesi konuyu... Erken tanı konması hastalıktan şüpheleniliyorsa. Burada hemen şunu söylemek lazım, hastalığın azaldığı ülkelerde, Türkiye'de de azalıyor, artık burada sorun var çünkü uzmanlık azalıyor. Hastayı gören azalıyor bilmiyorlar şüpheleniyor. Bir ay boyunca tetkik ediliyor. Sonra tomografi çekiliyor tomografideki raporda diyor ki, tüberkülozu düşün o an aklına geliyor doktorun. Onunla kadar kimse düşünmüyor yaşadığımız tecrübe bu. Hastayı izole etmek, hızla tedaviye başlamak, basil olan yerleri belirlemek önlemler almak, hastaya cerrahi maske ya da mendil kullanmayı öğretmek, sağlık çalışanının işte diğer önlemleri alması, hasta materyallerinin imhası, hasta ziyareti görüşmelerinin belirlenmesi, personelin taranması... Bunların hepsi güvenlik ve yönetim ile ilgili. Mühendislik havalandırma ve diğer havalandırma ile ilgili konular. Bizim kullandığımız UV lambalar yerden 2 metre 10 santim yükseklikte üst oda havasına yönelik sadece orayı havalandırdığımız zaman UV lamba ile buradaki havayı temizlemiş oluyorsunuz. Değişik tipleri var bunların.

Türkiye'de kullanılan maske Avrupa standardı FFP3 maske ama bu maske de mutlaka uyum testi gerekiyor. Uyum testi olmadan maskenin surata tam oturduğunu göremiyorsunuz. Maskenin %100 filtre etme yeteneğini olması yüze çok iyi oturması bizim için çok hayati. Solda gördüğünüz Türkiye'deki maskeler. Turuncu gördüğünüz maske Amerika'daki ördek maske de denilen N95 maskeler.

Son olarak taramalardan çok kısaca söz edeyim. İşe girişte personelin işe girişinde mutlaka akciğer filmi ve semptom taraması yapıp hastalık var mı yok mu görmek lazım. Enfeksiyon için de tüberküloz deri testi yapıyorsunuz. Bir hafta sonra tekrar yapmanız gerekir. Ya da interferon gama salınım testi. Kaydediyorsunuz sonuçları yılda bir tekrarlıyorsunuz. Şimdi kişi başvurdu işe ilk başvurduğu 6 mm PPD var, dün böyle dün böyle bir Whatsapp mesajı geldi 1 yıl sonra 18 mm. Konversiyon var, koruyucu tedavi gerekiyor değil mi? Halbuki bir hafta sonra bir tane daha yaptınız 18 çıktı. Bu ne? Etki yani ilk başta yaptığımız PPD'nin aslında pozitif vücut hatırladı ve ikincisinde pozitif oldu. Burada konversiyon yok bu aslında başta da pozitif olan bir vaka. O yüzden burada koruyucu tedavi ihtiyacı pek olmuyor.

Bir kılavuzunuz olacak. Bunu uygulayacaksınız ve bunu zaman içinde geliştireceksiniz. Özetle erken tanı, kısa sürede tedaviye başlamak, hastanın izolasyonu, bulaştırıcı ortamlarla ilgili önlemler, havalandırma maske, periyodik tarama... Bu önlenebilir bir hastalık olduğu için, tedbirler de alınabildiği için burada kritik şey ülke çapında rehber, kurumlarda plan ve bu uygulamanın zaman içinde geliştirilerek ilerletilmesi lazım. Bilgi

ve farkındalık çok hayati. Bu önlemler için para gerekiyor. Para talep edebilmeniz lazım ve bunların uygulanabilmesi lazım. Bunlar yapılırsa da tüberkülozdan korunma çok mümkün olan bir şey. Çok teşekkür ederim.

Gönenç Ortaköylü

2008 yılında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde İnfeksiyon Hastalıkları uzmanlığını alan Derya Cenger, Halen Yedikule göğüs hastalıkları hastanesinde enfeksiyon hastalıkları uzmanı ve enfeksiyon kontrol hekimi olarak çalışmaktadır. Kendisi tüberküloz bulaşma ve bulaşmadan korunma yöntemleri ile ilgili konuşmasını yapacak.

TÜBERKÜLOZDA BULAŞMA VE BULAŞMADAN KORUNMA YÖNTEMLERİ

Derya Cenger

İnfeksiyon Hast. Uzmanı - Yedikule Göğüs Hast. ve Göğüs Cerrahisi EAH

Merhaba arkadaşlar bugün sizlere tüberkülozda bulaşma ve bulaşmada korunma yöntemlerinden bahsedeceğim ama temel olarak biraz teknik, biraz da sağlık çalışanlarını koruma açısından bizler neler yapıyoruz, hastane ortamlarında ya da sağlık çalışanlarının bulunduğu her ortamdan neler yapmalıyız ona bakacağız. Tüberkülozda bulaşma dediğimizde aslında kaynak, akciğer, bronş ve larenks tüberkülozu olan hastalar. Bu hastalar konuşmaları sırasında, öksürme ya da hapşırma sırasında ya da herhangi bir işlem yapıyor ise temasımız sırasında ortama partiküller saçıyorlar ve bu partiküllerin içerisinde tüberküloz basilleri yüklü. Standart ısınma gibi ortamlarında değerlendirmeler yapılmış ve bu değerlendirmelerde damlacık çekirdeklerinin yüzde yetmişinin 3 saat süreyle asılı kalabildiğini gösterilmiş ve bunlar yine hava akımıyla koridor boyunca ya da çalıştığımız yer ve ortamda yayılım göstererek bize etki edebiliyor.

Tüberküloz hastasının çıkardığı bir 5 mikron büyüklüğünde olan ve 1 ila 3 canlı basit içeren tanecikler, damlacık çekirdeği olarak adlandırılıyor. Bunların solunması ile birlikte de bulaş gerçekleşiyor. Aktif tüberkülozlu bir hasta yılda 10 ila 15 kişiye enfekte edebiliyor. Doğrudan temas ile yani yüzeyler, aynı çatal bıçağı kullanmak ve benzeri temas dediğimiz sistemle belirgin bir bulaş gösterilememiş, doğrudan temasla önlem almaya gerek yok bu nedenle. Sekonder aerosol oluşumu muhtemel değil. Yine ortadan kalkan tozlar şeklinde ifade edilen bir tanımlama.

Yine gösterilmiş ki tüberkülozu için verilebilir bir maruziyet düzeyi yok. Çünkü enfeksiyonun oluşabilmesi için bir basille karşılaşmamız bile bazen yeterli olabiliyor duyarlılığımıza göre. Kaynak kişinin bulaştırıcılığı artıran faktörleri olabiliyor. Bunlar neler? Balgamda ARB pozitifliği olması, kaviter lezyon varlığı, yaptığımız işlemle ortaya çıkan basil yükü, tanı izlenen tüberkülozlu hastalarda hastalığın tanısında gecikme olması ya da hastalığın düşünülmemesi durumunda bulaş gerçekleşebiliyor.

Yine çevre ve ortam özellikleri önemli. Kişiyle uzun süreli yakın temasın olması, yetersiz ve gecikmiş izolasyonun olması, hastanın hastalık durumunu bildirilmemesi durumunda özellikle sağlık çalışanları tüberküloz olduğunu bilmedikleri için solunum izolasyonu önlemleri almaksızın hasta ile temas etmekte ve ARB sonucu gelene kadar zaten temaslı olarak karşımıza çıkabilmekteler.

Uygunsuz ve yetersiz örnek alma işlemleri. Yine balgam örneğinin doğru şekilde alınması gerekiyor ki ARB negatifliğinin gerçekten bize ARB negatif olduğunu bize göstermesi için. Küçük hacimli ortamlarda kötü havalanmanın olması da yine hastalık bulaşı açısından oldukça riski yaratıyor.

Hedef kişiye ait faktörler, sağlık çalışanlarının sağlık taramalarında ve iş sağlığı güvenliği ile olan temaslarında altta yatan hastalıklarının immünsüpresyon herhangi bir tedavi alıyorlarsa bunları kayıt altına aldirmaları gerekir ki bu hastalar açısından risk faktörü riski yüksek olan alanlardaki çalışma planlarının yeniden gözden geçirilmesi için. Hastaların ek hastalıkları açısından dediğim gibi kayıt alınmaları oldukça önemli. Yine kişilerin daha önce tedavi görmüş olması ya da koruyucu tedavi almış olmaları da enfeksiyonun oluşması açısından etki eden diğer bir faktör.

CDC'nin risk sınıflaması açısından bakıldığında, çalıştığımız kurum ya da birimi şu şekilde değerlendiriyoruz: 200 yataktan daha düşük bir kurumda çalışıyorsak ve 3 tüberküloz hastasından daha az hasta yatıyorsa düşük riskliyiz. Ayaktan tedavi veriyoruz ve 3 tüberküloz hastasından daha az bir hasta değerlendiriyorsak yıl içerisinde yine düşük riskli olarak değerlendiriyoruz. 200 yataktan fazla yatak sayısına sahip bir kurumda ait 6 tüberküloz hastasından daha az hasta yatışı var ise yine düşük riskli grupta görünüyoruz. Çalışma ortamında baktığımızda sağlık çalışanlarında riskler belirli şekilde her basamakta yer alıyor ancak en fazla riske sahip olan grup laboratuvar çalışanları olarak değerlendirmiş.

Yine laboratuvar çalışanları içerisinde bakıldığıdaysa ilaç duyarlılık testi çalışan ekiplerin risk açısından daha fazla risk altında bulunduğu gözlenmiş.

Biz hastaneye ya da bulunduğu sağlık çalışanına bulunduğu birimlerde nasıl önlemler alıyoruz? Bunların etkinliği ve maliyet açısından baktığımızda, maliyeti düşük ama etkinliği yüksek faaliyet yönetimsel faaliyetlerdir. Maliyeti daha yüksek olan çevresel kontroller var fakat bunların etkinliği kişisel koruyucu ekipmana doğru giderek azalıyor.

Tüberküloz düşündürülen semptomu olan hastanın triyajı, tüm sağlık çalışanlarının tüberküloz hastalığının tanınması ya da bu açıdan risk teşkil eden hastayı tanıması gerekiyor. Bu nedenden dolayı da ilgili çalışma alanlarında afiş-broşür gibi parametrelerin yer verilmesi ve bunun dışında sağlık çalışanlarının mutlaka konu hakkında bilgilendirilmesi, uzun süren öksürük, ateş, terleme, kilo kaybı gibi semptomları olan hastaların ayırma işlemlerinin daha hastaneye giriş aşamasında başlamasının sağlanması gerekiyor. Şüphelenilen hastaların ya da tüberküloz hastalarının bekleme alanlarının diğer hasta alanlarından kurum içerisinde ya da birimlerde ayrı olmasını sağlamamız gerekiyor. Bunları bekleme alanlarını iyi havalandıran alanları olması yine üst UV ışınlar desteklerden alanlar olması gerekiyor. Bu alanlarda ayrıca hastaların bilgilendirici afiş-broşürlerin yer alması, cerrahi maske ve mendillere ulaşımın yönetimsel olarak bu hizmeti sağlanması

gerekiyor.

Öksürük hijyeni dediğimiz ve de afişlerle de kurumunda alanlarda temsil edebileceğimiz işlemler var. Bunları hasta bilgilendirme amacıyla yapıyoruz. Yine hastanın sağlık çalışanı tarafından daha en başında bilgilendirilmesi, öksürük ve hapşırma gibi semptomları varsa bu kişilerin cerrahi maske takarak bekleme ve diğer alanlara alınmasını sağlanması gerekiyor. Bulaştırıcı aerosollerin en aza indirilmesi için bu faaliyetin sağlık çalışanları tarafından da her basamakta desteklenmesi gerekiyor ki sağlık çalışanları yaralanmasın.

Bulaştırıcı hastalığın dolaşımını da kurum içerisinde düzenlememiz gerekiyor çünkü tüberküloz hastalarının her türlü transferinde solunum izolasyonu önemlerine uymamız gerekiyor. Tüberküloz hastalarına cerrahi maske takarak transfer işlemlerini yapıyoruz. Çünkü cerrahi maske ile partiküllerin saçılışını engelleyebiliriz.

Transferde görev alan tüm sağlık çalışanları ise FFP3 maske ile hizmet vermesi gerekiyor.

Yine hastayı transfer edeceğimiz birim önceden bilgilendirilmeli. Eğer hasta ile ilgili hastalık durumu söz konusuysa ilgili birimin de tüberküloz hastası için hazırlanmasına fırsat tanınmalıdır.

Bunun dışında hasta hareketleri sınırlamalı kalabalık alanlarda özellikle yoğun mesai dönemlerinde mesela radyoloji birimi tek alanda kullanıyorsanız bu hastanın yoğun olan dönemde değil de daha sakin bir belirli bir dönemde elektif radyoloji için mesela gönderilmesi gibi planlamaların hastaneyi ya da ilgili birim için planlanması gerekir.

Tanıda gecikmeyi azaltmayı planlıyoruz. Bu hastaların özellikle de yatmadan önce ARB sonuçlarını bilmeyi hedefliyoruz. 24 saat içerisinde ARB sonuçlarını ulaştırmak gerekiyor klinisyene, laboratuvarlar bu yönde daha hızlı sonuç verebilmek adına hizmet veriyorlar. Eğer biz tetkik sonuçlarına hızlı şekilde ulaşır istek bu hastaları hastane içerisinde ayırma işlerini yapabilmemiz ya da kliniğimizde ayırma işlemini yapabilmemiz mümkün olabiliyor.

Biz servisleri aldığımızda hastaları sembollerle temsil ediyoruz. Sarı çınar yaprağı kullanıyoruz bulunduğumuz birimlerde ve yataklı hizmet verdiğimiz kliniklerde. Sarı çınar yaprağı olan odalara solunum izolasyonu önlemleri almadan hiçbir sağlık çalışanı giriş yapmamalı.

Kişisel koruyucu ekipmanlarımız var. Solunum izolasyonu için kişisel koruyucu ekipmanların ilgili alanlarda bulunması gerekiyor yine birim sorumluları tarafından kişisel koruyucu ekipmanların alanlarda yeteri miktarda bulunuyor olmasını sağlama yükümlülüğü var. Bu yine yönetsel bir destek.

Hastanın servis izolasyonunu sağlarken akciğer dışı tüberküloz olgularında ve yayma

negatif olgularda izolasyon gerekmez. Ancak tüberküloz şüphesi olan ya da hastaneye yatması gereken tüberküloz hastalarında solunum izolasyonu önemlerini kullanıyoruz. Pozitif bakteriyolojik yayması olan olguların yayma negatif olgulardan ayrı odalarda yatması gerekiyor. Yani ARB pozitifliği olanları ayırmamız gerekiyor. Bunun dışında duyarlılık sonuçlarında direnç farklılığı olan olgular olabiliyor çok ilaca dirençli TB dediğimiz ya da TB olarak tanımlanan vakaları da yatış verdiğimiz sırada farklı alanlarda izole etmemiz gerekiyor. Bu hastaları mümkünse negatif basınçlı tuvalet ve banyosu içeride olan odalarda yerleştirmemiz gerekiyor. Havalandırma sistemlerini doğal havalandırma olarak da kullanabiliyoruz biz zaman zaman ki biz zaman kurumumuzda negatif basınçlı odaya hala sağlayamadık. Doğal havalandırma sistemleri ile de o hastaları izole ederek yatışlarını gerçekleştirebiliyoruz. İzolasyonu nasıl sonlandırıyoruz? Eğer hastamız hiçbir direnç şüphesi oluşmadıysa kanaat olarak bizde pozitif yönde düzelme gösteren bir hastaysa standart tedavi ile en az 2 hafta olmak üzere ilaç tedavisini aldıktan sonra solunum izolasyonundan çıkarabiliriz. Kohortlama yapabiliriz bu hastaları. Çünkü tek kişilik oda sayımız az olabilir ARB pozitif olan yeni hastalarımız geldiyse 2. haftadan sonra bu hastayı diğer alana alıp tek kişilik odaya ARB pozitiflere yerleştirebiliriz.

İlaç direnci kuşkusuz olan veya doğrulanmış direnci olan olgularda ise balgam yayma negatifliklerini görmemiz gerekiyor ve bunları mükerrer gördükten sonra izolasyonu alanından çıkış yapılabilir şekilde ifade ediliyor. Uygun tedavinin hızlı başlanması önemli, çünkü gösterirmiş ki tedavi başladıktan sonra basilin canlılığında olan düşme nedeniyle bulaştırıcılığı da azalmakta. Bu nedenden dolayı da hasta, kuruma girdikten sonra en kısa sürede anti tüberküloz tedaviye ulaşması sağlanmalı.

Tüberküloz hastalarının yaptığı kliniklerde ziyaretçi ve refakatçi ile ilgili standart kurallar belirlenmeli, sağlık çalışanları ve ilgili ziyaretçi ve refakatçilerin bu kuralları uyumu sağlanmalı. Ziyaret uygulamaları da dahil olmak üzere tüberküloz hastaları ile olan görüşmeler havalandırılması iyi alanlarda gerçekleşmeli. Çocuk hastalar ve ziyaretçinin özellikleri de önemli. Gelecek ziyaretçilerde mevcut immunsupresyon varlığı, gebelik durumu gibi ve benzeri bazı parametreleri de ziyaret için kısıtlamayı artıran nedenler arasında.

Nakil işlemlerinde önerilen hastaların nakil ambulansları ile nakil işlemlerinin gerçekleştirilmesi. Bu işlemlerde cerrahi maske hastanın takması ve ekibininse solunum maskesi ile transferi gerçekleştirilmesi.

Sağlık kurumlarında geçen sürede azaltmak hedefleniyor, gerek sağlık çalışanlarının yararlanması gerekse tüberküloz hastaları arasındaki çapraz bulaşmalar nedeniyle hastanedeki kalış sürelerinin azaltılması açısından çocukların hastaneye yatış sürecinin tanı ve tedavinin gerekli süre ile sınırlandırılması mümkünse. Yaymayı negatif ya da akciğer dışı tüberküloz olan hastalarda ayaktan tedavinin yapılması yönünde görüş var. Bunun olabilmesi ve hayata geçebilmesi de ayaktan tedavi ekiplerinin optimum desteği sağlanmasıyla gerçekleştirilebilir.

Riskli işlemler için özel önlemler sağlamak gerekiyor kurumlarda. Bu alanların başında laboratuvar alanları geliyor. Bu hastaların balgam çıkarma işlemi de önemlidir. Çünkü balgam çıkarma işlemi ve örnek verdiği an basili havaya saçtığı anlardan biri. Özellikle de laboratuvar alanında de yataklı klinikte hasta balgam çıkarma işlemi gerçekleştirecekse hiçbir şekilde kapalı bir alanda olmaması gerekiyor. Balgam çıkarma için farklı ülkelerde farklı alanlar oluşturulmuş. Bunlar açık alanda sınırı belirlenmiş ya da üstü ve çevresi açık kabin şeklinde oluşturulmuş alanlar ya da daha maliyet olarak fazla ama uygulanabilir bir şeyse negatif basınçlı odalar. Bu odalar içerisinde balgam çıkarma işlemini gerçekleştiriyor hastalar.

Örneği vidalı kapaklı kapalı kaplarla taşımak gerekiyor. Bu hastalardan alınan tüm örnekler bulaştırmacılık açısından riskli. Bu nedenden dolayı da transferde görevli sağlık çalışanları başta olmak üzere laboratuvar çalışanlarında da risk altındadır. Özellikle enjektörde alınan örnekler nedeniyle.

Numune taşıma çantalarında yine transfer sağlanması gerekiyor bu da kapalı kap şeklinde. Diyelim ki hastaneler arası tetkik amaçlı transfer yapmamız gerekiyor. Bu örnekleri kesinlikle tek bir kap içerisinde yollamamız mümkün değil. Bu nedenden taşıma üniteleri var üç kattan oluşan. Vidalı kapaklı kaplar içerisinde koyduğumuz örneği üzerinde emdirici maddelere sarıyoruz, onun üzerinde bulunan dış koruma kapları ve karton bir kapla da biyo güvenlik düzeyi de belirterek transfer işlemleri gerçekleştiriliyor.

Düz bir laboratuvar alanında bu işlemleri gerçekleştiremiyoruz biz, özellikle kültür ve duyarlılık işlemleri için Biyo güvenlik düzeyi iyi olan negatif basınçlı kabinlere ihtiyacımız var bu kabinlerin varlığı da yetmiyor. Bu kabinlerin mi olması gerekiyor kabinlerin çalışan güvenliği açısından periyodik olarak validasyon işlemleri yapılıyor bu validasyon işlemlerinde akredite bağımsız kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmesinin sağlanması gerekiyor.

Ameliyathane ortamlarında da sağlık çalışanları risk altında tüberküloz açısından özellikle göğüs cerrahi ameliyatlarının çok sık yapıldığı bizim hastanemizde zaman zaman ARB pozitif hastaların müdahale edilmek zorunda kalınıyor. Bu tarz ameliyatlarda eğer biz daha önceden ARB pozitif olduğunu biliyor istek hastanın önceden entübe ederek salona alınması, izolasyon alanında entübe edilmesi öneriliyor. Ameliyathanelerde negatif basınç odasına alınması mümkün olabiliyor. Negatif basınca alınması öneriliyor. Hastayı izole odada entübe edip çalışanların FFP3 maske ile çalışılması öneriliyor. Bu valfli maskeler nefesimizi dışarıya veriyor, valfli maskeyle ameliyat işlemini gerçekleştirirsek cerrahi alan enfeksiyonunun gelişmesini önleyebiliriz.

Ameliyat sonrasında ameliyat odasının tekrar kullanıma açılması için ise ameliyat odasındaki standart hava değişimini de bilmemiz gerekiyor. Ameliyat odasındaki standart hava değişimine göre, kaç saat sonra odayı açabileceğimizin planlı olması ve bunun daha

önce de biliniyor olması gerekiyor.

Bronkoskopi içerisinde de benzer şeyler söz konusu, bronkoskopide son işlem olarak planlamanın yapılması öneriliyor. İşlem odasına negatif basınç, UV desteklenmesini sağlanması öneriliyor. FFP3 maske ile bronkoskopi işlemleri yapılıyor. İşlem odalarının standart hava değişimlerinin yine bilinmesi ve bir sonraki hastanın alınması için bir süre beklenerek diğer hastanın alana alınması sağlanması gerekiyor. Yine bronkoskopi cihazının dezenfeksiyon işlemleri ile ilgili bazı dezenfektanlarda dezenfeksiyon süresi farklı olabiliyor. Buna da dikkat etmek gerekiyor.

Standart hava değişimi dediğimizde, standart hava değişimi ile tüberküloz basilinin yüzde 99 ya da yüzde yüze yakın ortadan kaldırılması için geçen süreler bu tablodaki standartlarda. Bu standarda göre bakıyoruz. Mesela bizim ameliyat odalarımızdaki standart hava değişimleri 15 dakika civarında. Bu nedenden biz alana 20 dakika sonrasında vaka alınabilir şeklinde planlama yapıyoruz ki yılda bir kez biz temiz oda validasyonu yapmamız gerekiyor bulunduğumuz kurumda. Temiz oda validasyonu ile birlikte standart hava değişimlerini zaten biliyor oluyoruz.

Sağlık çalışanlarının işe başlamada zorunlu olarak sağlık taramasına girmesi gerekiyor. Sağlık tarama işlemleri yapıldıktan sonra periyodik olarak da taramalar devam ediyor. Buradaki taramalar da standart yaklaşımla PPD negatif ise kişi, rutin olarak PPD testleri rutin taramalarda devam ediyor. İçinde bulunduğumuz kurum eğer yüksek riskli bir kurumsa eğer aktif hastalık tespiti söz konusuysa tarama sıklığı 6 aya da indirilebiliyor, iş sağlığı güvenliği birimleri tarafından sağlık çalışanlarının kayıtlarının güvenlik düzenli olarak tutulması gerekiyor.

Çevresel kontrollere baktığımızda havalandırma sistemleri bahsettik. 6-12 kez standart hava değişimini sağlandığı bir alan olması gerekiyor ki doğal havalandırma sistemi kullanıyorsak da bu odanın standart hava değişimini belirleyecek faaliyeti yapmamız gerekiyor. Eğer tüberküloz hastası baktığımız rutin polikliniklerimiz varsa.

Hasta ve sağlık çalışanları konumu açısından da hava akışının odada sağlık çalışanından hastaya doğru olmasını sağlamanız gerekiyor. Doğal havalandırma dediğimizde aslında bulunduğumuz binanın baca sistemleri ile hava akımını sağlayan bir yapısı var. Özellikle ısı yüksek olan alanlarda daha rahat kullanılıyor doğal havalandırma sistemleri ama daha kış koşullarında yaşayan daha soğuk iklimlerde doğal havalandırmadan faydalanmak daha da zor bir hale gelebiliyor. Burada standart kuralların belirlenmesi ve tüm sağlık çalışanlarının bu kurallara uyması gerekiyor. Yani koridordaki cam açık kalacak diye bir kural varsa o camı hiçbir sağlık çalışanının kapatmaması gerekiyor. Yine bacayı girişlerinin yine sağlık çalışanı tarafından kapatılmaması gerekiyor. Bu olanları bilmeleri ve buna yönelik önemli uymaları gerekiyor.

Yine doğal havalandırma hızına göre o odaya kaç hasta alınacağına planlanması ge-

rekiyor. Hava akım yönlerini duman testleriyle ve bazı cihazlarla da hava akım hızlarını hesaplıyoruz ve bu hızlar doğrultusunda da odadaki planlamayı, sağlık çalışanlarının oturma konumunu ve hastanın hangi lokalizasyonda yerleşmesi gerektiğine karar veriyoruz.

Mekanik havalandırma sistemleri ile denetlenebiliyor, havalandırma desteklenebiliyor. Her mekanik havalandırmada negatif basınçlı alanlar oluşturuluyor hastaların bulunduğu alanlarda. Air Lock dediğimiz pozitif basınçlı ara bölmeler var. Bu ara bölmeleri biz nerede kullanıyoruz? Özellikle hasta ile sağlam kişiler arasında ya da duyarlı hastalarla dirençli hastalar arasında pozitif hava odaları yer alıyor. Yine bunların da validasyonunun da yılda bir kez yapılması gerekiyor güvenilirlik açısından.

Üst ultraviyole ışınları ile desteklenmesi üst hava kısmının. Bu işlem için ultraviyole lambalar kullanıyoruz biz. Ultraviyole C ışınıyla maruz bırakılıyor alan. Ultraviyole C ışığının da özelliği 254 nanometre dalga boyuna sahip ve bu yapı nedeniyle kanserojen deride ya da gözde irritasyona neden olan etkileri var.

Üst havadaki etkisi nasıl oluyor? Tüberküloz basillerinin havada asılı kaldığını biliyoruz. Hasta odada sürekli kalması esnasında basil saçılımı ve havada damlacık çekirdeklerinin asılı kalması ile birlikte ısınan havayı yukarıya çıkıyor prensibi ile damlacık çekirdekleri de yukarıya doğru hareket ediyorlar ve üst havada biriken damlacık çekirdekleri ultraviyole C'ye maruz kalarak ortadan kaldırılıyor. Böylelikle etkinliği sağlıyor. Belirli bir teknik özelliğe göre yerleşmesi gerekiyor 2 metre 13 santim 2.13 gibi yazmış belirli seviyenin üzerinde olması gerekiyor ki orada bulunan sağlık çalışanın maruziyetinin ve zarar görmesinin önüne geçilebilsin. Ve bunun da iş sağlığı güvenlik birimleri tarafından takibinin yapılması gerekiyor.

Tesisat etkinliğini ölçmek için UVC ölçerler kullanıyoruz biz. Bu ölçerlerle birlikte hem lambanın etkinliğinin ne kadar sürdüğü, hem mesleki maruziyet limitleri değerlendiriliyor. Hem de alan güvenliği kayıt altına alınmış olunuyor. Ultraviyole sistemleri 17 standart hava değişimine eşdeğer bir etkiye sahip ancak havanın karışımının fazla olması bu etkinliği artırıyor. Kış aylarında camların kapalı olduğu ve durgun bir havanın olduğu bir ortam söz konusuysa etkinliği yüzde 80 kadar azalma gösterebiliyor.

Burada tüberküloz basilinin üzerine etkisine baktığımızda, 6 bin 200 mikrojul/ cm2 etki eden lambamız söz konusuysa %90'a yakı tüberküloz basilini öldürme gücüne sahip ki bu da bizim alanlarımızı için yeterli bir düzey 6000 sınırı olarak kabul edilmiş. 0.2 mikrowatt/ cm2 de mesleki maruziyet açısından değerlendirdiğimiz limit.

UV lambaların etkinliğinin devamlılığını sağlamak için bunların periyodik temizliklerinin de yapılması gerekiyor. Bu da sağlık çalışanları tarafından rutinde yapılan bir hizmet. % 70'lik alkol ile ayda en az iki kez siliniyor. Bu silme işlemini yapacak olan sağlık çalışanı UVC olan üst tava seviyesine çıkacaksa mutlaka UVC lambaların kapatılması lazım.

Çünkü UVC lambalar açıkken o alanda bir tamirat ya da o temizlik işlemi gerçekleştirilmeye kalkarsa sağlık çalışanı, gözlerinde ve derisinde iritasyonla geri dönüş yapıyor.

Yine belki bulunduğunuz kurumlarda karşılaşabileceğiniz küçük makineler var. Bunların havayı temizlediği ve UVC ışınından geçirdiği şeklinde tanıtılıyor. Bu makinelerin varlığı açısından baktığımızda, makinelerin mutlaka bakımlarının düzenli yapılması gerekiyor. Eğer fan sistemleri çalışmıyorsa aslında makinelerde bir ışığı görsek de o bizi korumuyor. Bu makinelerin çalışma sistemi havanın içeride akışıyla söz konusu. Hava içeriden fan sistemi ile girip diğer taraftan fan sistemi ile dışarı verilererek UVC ışınlarına maruz bırakılıyor. Ancak biz bunu duman testiyle denediğinizde, eğer fan içeri çekmiyorsa havayı UVC'den geçmiyor demektir. Bu nedenden dolayı da bakım ve takiplerinde güvenilirliklerini mutlaka kayıt altına almamız gerekiyor.

Kişisel koruyucu ekipmanlarımız maskeler, bunları solunum maskeleri olarak kullanıyoruz. Bu maskeleri belirli bir standartta temin ediyoruz. Maskelerin üzerinde FFP3 olarak yazan yazıyı kontrol etmemiz gerekiyor. FFP2 maddelerde bulunabilir FFP3 ve FFP2 maskeler arasında farklılıklar içeriye kaçan miktarı ve geçen partiküllerin miktarı.

Uyum testlerinin yapılması önemli. Nicel ve nitel testler sayısal değer olarak veren ya da bizim tadıyla karar verdiğimiz testler söz konusu. Bu parametreleri kullanarak biz her sağlık çalışanına uygun maskeyi almayı hedefliyoruz. Çünkü maskelerin yüze olan uyumu kilo ile insanın yüz şekli ile değişebiliyor. Sağlık çalışanının güvenliği için de bunu uyum testleri ile destekleyerek her sağlık çalışanı için özgü maskeyi temin etmek gerekiyor. Beni dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Tülin Kuyucu

Meslek hastalığı olarak da kabul edilmiş bir hastalıktan bahsediyoruz. Örneğin hastanelerde, yoğun bakımlarda ve acil serviste çalışan sağlık çalışanları için ek bir ödenek tanımlanmış durumda. Ama bu kadar yoğun, örneğin benim çalıştığım bölüm 34 yataklı bir tüberküloz servisi, sabahdan akşama kadar tüberküloz mikrobiyolojisi içinde çalışan bir kişiyim. Ayaktan gelen hastaların da hepsi tüberkülozlu hasta ama buna rağmen bir ek ödenek tanımlanmış değil. Bu diğer sağlık çalışanları- hemşire, görevli personel gibi için de geçerli bir kavram.

Negatif basınç odalarından bahsedildi hemen hemen birkaç yoğun bakım dışında hiçbir hastanede negatif basınç odası yok. Mevcut olan negatif basınç odaları da yoğun bakım servislerinde bulunuyor. TB servislerinde böyle bir kavram mecburiyeti yok.

Risk tanımları belli olduğuna göre tüberküloz için yüksek riskli hasta bakılan birimler ek ödenek almalı kavramına nasıl yaklaşmalıyız?

Hastanemizde ve TB hastası bakılan birimlerde doğal havalandırma, UVC lambaları ve hastalar için cerrahi, sağlık çalışanları için FFP3 kullanıyoruz. Bizler de maske olayında çok dikkatliyiz tabi ki. Ama biz ne kadar dikkatliysek biliyorum ki dış hekimleri o kadar

dikkatli değil. Genelde diş hekimleri cerrahi maske ile çalışıyor. Burada da gördük ki tüberkülozlu diş hekimi hasta sayımız da az değil. Diş hekimlerinin de N95 maske ile çalışmaları gerekiyor.

Olayı böyle ortaya koyduktan sonra salondan bize haklar yönünden bize nasıl katkı olabilir? Diğer çalışanların sadece iyi bir duyuruyla mı örneğin diş hekimleri veya radyoloji teknisyenleri olabilir yani duyurularla mı nasıl yaparak onları da eğitebiliriz? Biz bu işi biliyoruz. Ama bir grubu da eğitmemiz gerekiyor. Bu kongrelerin ışığında bunları nasıl yapabiliriz? Salondan katkı ve destekler bekliyoruz. Buyurun lütfen kendinizi tanıtır mısınız?

Nuri Seha Yüksel

Şimdi burada hastane ortamlarından bahsettik. Birinci basamakta 60 bine yakın sağlık çalışanı direkt hastalarla beraberler. Ben 17 yıldır çalışıyorum. Hiç kimse sormuyor. Hocamızın da ifade ettiği gibi kontrolü nasıl yapmalıyız? Tetkik nasıl yapıyoruz? Kaç ayda bir veya kaç yılda bir düzenli kontroller gerekiyor? Bunun değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Verem savaş dispanserlerinde en azından birinci basamak için izolasyonu yapılması iyi olacağını düşünüyorum. Yine 1. basamakta hastaları tedavi etme meselesi var. Araştırması yapıldı mı?

Gerçekten faydası olduğunu düşünülüyor mu? Çünkü verem savaş dispanserlerinde sanki tedaviye uyumu gerçekleşmiş oluyor aslına bakarsanız. Bizler bu tedavinin özetinin çok da fazla verimli olmadığı kanaatindeyim. Zaten çünkü hastalar yıllardır uyum sağlamış hastalar. Bu konunun değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Bu hastaların eğer gerçekten katkısı yoksa birinci basamağı tekrar tekrar ziyaret ederek bu bizim gözetimimizde bize o tedavilerin uygulanmasının bizler hastaları için ortamda daha büyük zarar getireceğini düşünüyorum. Bunun efektif olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum teşekkür ediyorum.

Derya Cenger

Ben bu soru için cevap verebilirim sağlık taramaları ve diğer uygulamaları açısından veya 1. Basamakta koordinasyon nasıl sağlanıyor bunu çok net bilmiyorum ancak şöyle bir durum var. Enfeksiyon kontrol hekimlerinin planlaması söz konusu yani mesela Bursa'daki Verem savaşta hekim arkadaşımız enfeksiyon kontrol eğitimi aldıktan sonra kendi birimindeki tüm alanlarda enfeksiyon kontrolü değerlendirerek yerleşimi ona göre planladı. Aslında birim sorumlusuna iş düşüyor ve yaygınlaşması gerekiyor. Alanlardaki enfeksiyon kontrol uygulamaları, planlamaları ile ilgili 1. basamaktaki ya da diş hekimliği ayağında destek verilmesi gerekiyor.

Ben dediğimize katılıyorum ama aktif enfeksiyon kontrol hekimlerinin çalıştığı alanlar hastane alanları şu anda 1. basamak içinde bu planlamanın yapılması gerçekten iyi olacaktır yani size destek olacaktır. Yapmanız gereken planlamanın ne olduğuna yönelik

birim sorumlusuna bir danışmalık hizmeti şeklinde yapıyoruz biz zaten. Planlamalar her zaman anında gerçekleşmiyor, mesela uyum testlerini gerçekleştiremedik daha ama planlamayı yaptık hani hedefleri koyup o hedefleri gerçekleştirmeyi başarıyoruz.

Şeref Özkaya

Bir meta analizin sonuçlarını yayınladılar. Amerika'dan yayınlamış, sonuç şu: Eğer hastalara gidin ilaçlarınızı kendiniz için dersiniz %60'ı yapıyor. Eğer hastaya özen uygulayıp ilaçlarını içirirseniz bu % 85'e çıkıyor. Hastaya ekonomi ve sosyal destekler verirseniz bu rakam % 90'ın üzerine çıkıyor. En son kongrede 5 yıl süreyle çalışanlar çalışma iki türlü müdahaleye karşılaştırıyor. Parasal destekle psiko-sosyal desteği karşılaştırıyor. Psiko-sosyal destek parasal destekten daha büyük iş yapıyor. Hastayı kendi haline bırakıp yüzde 60'ını tedavi etmek çok vahim bir şey. Mesela 1960'larda Yozgat'ta tüberküloz çalışması var 1970'lerde çok büyük paralarla aldı devlet. Paranın büyüklüğünü söylemek için size söyleyeyim, bir haftalık tedavi bir hemşire maaşı. Bu düzeyde bir parayla satın aldığı ve ücretsiz verdi. Ama sonuçlarını bilmiyoruz çünkü takibi yok bilmiyoruz. Bugün her hastalığın tedavi sonucu her şeyi biliyoruz her hastanın tedavisinin takibini de yapıyoruz. İşin ikinci yanı bulaştırıcılık riskleri açısından Fransız profesörün bir lafı var Peter Brox'ın 90'ında şimdi görüyorum hala. Hasta ilacı rafta gördüğü zaman bulaşma sona erer. Bu doğrudur şundan, tüberküloz tedavisinin 2. gününden sonra basil sayısının onda biri düşüyor, tedavinin birinci haftasında ise basil sayısı yüzde bire düşüyor. Sorun öksürük geçmiştir, balgam geçmiştir, kilo almaya başlamıştır, iştahı açılmıştır. Çünkü basil kırılıyor. O yüzden hasta zaten bulaştırmış değil o kafanızdaki korkuyu atın. Bu hastaya her yıl düzenli bir kere düzenli bir ilaç vererek çok hayati bir kontrol programı yaptığınızı düşünün diyor. Bu nedenle hasta olmuş aile hekimcisi yok şu an.

Derya Cenger

Ben bir şey daha eklemek istiyorum. İşyerinde sağlık çalışanları taramalarıyla ilgili bizde olmadığını ifade etmişsiniz. Yeni tasarıyla birlikte işyerlerinde işyeri hekimliği görevlendirmeleri söz konusu. Birinci basamaklarla ilgili planlamayı bilmiyorum ama hastanelerde bunu gerçekleştirmiş durumda değiliz. Çünkü bunların hem ücretlendirilmesiyle ilgili ve çalışma şekilleriyle ilgili çok bir bilgi yok. O nedenle bu alanda çalışma isteyen gönüllü arkadaşımız da çok yok. Dolayısıyla orada bir boşluk söz konusu, hastane olarak bunu çözebilmiş değiliz.

Katılımcı

Tarama olaylarına sık sık karışmış bir hekim olarak, quantiferon mu, PPD'mi? Bu konudaki düşüncenizi çok merak ediyorum. İkincisi de kendi izlenimimi söylemek istiyorum. Biz Düzc'de tüberküloz olma ihtimali olan hastaları acile yönlendiriyoruz. Bu bizim hatamız. İzolasyon odası olmadan bunun yapılması yanlış. Hastaya erken teşhis ve tedavi çok önemli ama tarama programında artık quantiferon daha mı fazla kullanılmalı bunu sormak istedim.

Şeref Özkaya

Çinliler yeni bir PPD yapmışlar adına da Çince EK (ika) demişler. Özelliği quantiferonda bulunan, BCG'den etkilenmeyen proteinlerden PPD yapmışlar. Sonuçta BCG'den etkilenmeyen ve ucuz bir şey yapmışlar. Çin teknoloji açısından iyi işler yapıyorlar ve ucuz. Son derece güzel şeyler yapmışlar...

Şu anda Dünya Sağlık Örgütü'nün validasyonunu bekliyorlar. Saha denemesini yapmışlar, moleküler testleri yapmışlar. Bu çalışmayı hazırlarken İtalya'dan ve Afrika'dan 3-4 çalışmada da PPD pozitif grubu alıyor, quantiferon yapıyor, quantiferon yaptığı zaman üçte bire düşüyor. Sonuç olarak tüberküloz için olan BCG'yi devre dışı bırakıyor. Tek ölçüt bu değil. Periyodik ölçüm yapılıyor.

Derya Cenger

Sağlık taramalarındaki uygulamalarda şöyle bir durum söz konusudur. Bunların ücretlendirmeleri yapılmıyor. Hastane bütçesiyle genelde karşılandığı için bu bağlamda fiyat devreye giriyor aslında. Sağlık taramalarında ki aksaklığın bir nedeni de budur.

Katılımcı

Türkiye'deki BCG açısının ne kadar koruyucu olduğunu ve ne kadar başarı elde edildiğini öğrenmek istiyorum. Ve quantiferon nasıl bir teknik? Onu öğrenmek istiyorum.

Şeref Özkaya

Hastadan kanı alıyorsunuz. Laboratuvarda interferon antijeni ile birleştiriyorsunuz. Birleştiği zaman quantiferonun çıkıp çıkmadığına bakıyorsunuz. Yani, vücutta tüberküloza karşı bir antikor varsa interferon salınımı olduğu için test pozitif çıkıyor. Yani aynı yöntem, aynı mekanizma ama tüple çalışıyorsunuz. Laboratuvar lazım, iyi taşıma lazım. BCG konusunda etkinliği üzerine yapılmış en iyi çalışma prevelans çalışmasıdır. O çalışmadan çıkan sonuç şu: Bütün hastalarda yüzde 72 oranında koruyuculuk var. Çocuk yaş grubunda yüzde 85 koruyuculuğu var. Zaten dünyada bilinen şey şu: Ekvatoryal bölgede tüberküloz için için BCG'nin etkisi yok. Kutuplara gidildikçe bir taraftan BCG'nin etkisi artıyor. Türkiye biraz arada kalmış bir ülke. O yüzden Türkiye'de hâlâ etkili ve bu aşırı yapıyoruz.

Katılımcı

Birinci basamak hekimiyim. Hastanelerde yoğun bakımlar aciller için aldığımız tedbirleri bence mahkum koşulları için de almalıyız. Mahkum koşulları hastanelerde en çok gözardı edilen yerler. En son yaptığımız bir incelemede Ankara'da da mahkum koşullarında yatan tüberkülozlu hastanın yanına sağlık çalışanları ve jandarmalar hiçbir koruyucu önlem alınmadan girip çıkıyordu. Bununla ilgili hepimizin sağlık çalışanları olarak özellikle kontrol komitelerinin çok dikkatli olması gerektiğini düşünüyorum. Buralara giden sağlık çalışanlarının çok büyük bir risk altında olduğunu düşünüyorum. Teşekkür ederim.

Hasan Oğan

Gerek Şeref Bey, gerekse Derya hanım esas önemli olan kısmın yönetsel önlemler olduğunu söyledi. Maske takmak önemli ama bizim çalışanlar olarak yönetsel önlemlerin alınmasını zorlamak zorundayız. Yönetsel önlemler olmadan çok fazla bireysel olarak yol kat edemeyeceğiz. Bunu nasıl yaparız diye kafa yoruyoruz.

Geçenlerde yaptığımız bir çalıştay da bu konu işlendi. Sağlık hizmetinde alınması gereken iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerini ne yazık ki güvenlik uzmanları, işyeri hekimleri ve diğer ilgililer tam ve yeterli olarak bilemiyorlar. Konu oldukça kapsamlı ve detay içeriyor. Bu nedenle SÇS Çalışma Grubu olarak ilgili kişilere yönelik bir eğitim organize etmeye çalışıyoruz.

Biraz önce Derya Hanım'ın çizdiği tüm durumlar iş sağlığı ve güvenliği kapsamında mesleki riskler çerçevesinde tespit edilmesi ve alınması gereken önlemler. Yani biz sağlık çalışanlarının değil yönetimin, işverenin alması gereken yasal, zorunlu önlemler.

Bu eğitimi bir şekilde hayata geçirmek zorundayız. Bu anlamda iş sağlığı ve güvenliği uzmanlarının, işyeri hekimlerinin ve diğer ilgililerin yapılan işe özgü tehlike ve riskleri tespit edebilmesine, bilimsel ve çağdaş önlemlerin alınmasına katkı sunmamız gerekiyor.

Tülin Kuyucu

Biz böyle bir kongrede yer bulduğumuz için sayın başkana ve kongre üyelerine çok teşekkür ediyoruz. İyi kongreler.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK

Oturum Başkanı:

Bülent Nazım Yılmaz
Türk Tabipleri Birliği

**Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliği Önleyici
Etkili Örgütsel Müdahaleler**

Aslı Davas
İzmir Dayanışma Akademisi

**Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliği Önleyici
Bireysel Müdahaleler**

Eser Sandıkçı
Toplumsal Dayanışma İçin Psikologlar Derneği

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK

Bülent Nazım Yılmaz

Oturum Başkanı, Türk Tabipleri Birliği

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi adına tüm gelen arkadaşlarımıza, konuşmacılara ve katılımcılara merhaba demek istiyorum.

Gerçekten çok değerli bir kongre gerçekleştiriyoruz. Sadece sorunları saptamakla kalmıyoruz, sorunlarımızı tartışmakla kalmıyoruz, yaşama aslında müdahale etmeye çalışıyoruz. Çünkü kongreyi aynı zamanda mücadele alanının bir parçası olarak da görüyor sağlık emekçileri. Üstelik Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi de bu kongreyi ve içindeki çalışmalarını böyle değerlendiriyor ve bunun üzerinden bir politika geliştirmeye çalışıyor ve alanımızda gerçekten örgütlülüğümüzün şu anda çalışma alanımızın en büyük önemli parçalarından bir tanesini oluşturuyor sağlık çalışanlarının sağlığı ve ona müdahale edebilmenin gücünü oluşturmak...

Çok tartıştığımız, çok konuştuğumuz bir konu olan sağlık çalışanlarındaki tükenmişliği konuşacağız. Konuşmacılarımız Doçent Doktor Aslı Davas. İzmir Dayanışma Akademisi'nden geliyor kendisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalında Doç. olarak görev yaparken, 6 Ocak 2017 tarihindeki 679 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile ihraç edilen öğretim üyesi arkadaşımız... Kendisi şu anda Türk Tabipleri Birliği içerisinde Dayanışma Akademisi'nde yine mücadelenin içerisinde. Aslında akademik mücadelenin nasıl yapılması gerektiğini bizlere gösteriyor ve bizlerle beraber bu süreci paylaşıyor. Aslında bize şu anda ayırdığı çok fazla zaman var. Her şeyden önce onu belirteyim. Kendisine buradan merhaba diyoruz. İkinci konuşmacımız psikolog Eser Sandıkçı. Toplumsal Dayanışma için Psikologlar Derneği üyesi. Çalışma yaşamının ve çalışma ilişkilerinin insanlar üzerindeki etkileri üzerine çalışıyor.

Başlayalım isterseniz ilk konuşmacılarımızla. Aslı'yı konuşması için davet ediyorum.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİĞİ ÖNLEYİCİ ETKİLİ ÖRGÜTSEL MÜDAHALELER

Aslı Davas

İzmir Dayanışma Akademisi

Ben de hepinizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum ve dayanışmanız için de çok teşekkür ediyorum. Sunum başlığımı benim burada bulunuşum aslında ironik oldu. Sağlık çalışanlarında tükenmişliği önleyici etkili örgütsel müdahaleler deyince, burada birçok sağlık meslek örgütünün bir araya gelip benim tükenmemi önlemek için bana burada bir konuşma fırsatları yaratmış olması çok ciddi bir örgütsel müdahaledir. O anlamda tekrar çok teşekkür ediyorum hepinize.

Ben size neden bahsedeceğim bugün? Son dönem aslında çok popüler konularımız neler? İş stresi, tükenmişlik, mobing, şiddet... Tükenmişlik meselesine birazcık daha vurgu yapıyoruz. Neden vurgu yapıyoruz? İntiharlar çok arttı ve biliyoruz ki intiharların bir adım öncesinde tükenmişliğin olması ve bunun neden olduğu depresyonun özellikle sağlık çalışanlarında, asistan hekimlerde ve hemşirelerde artmış olması bu vurguyu artırıyor. Bunun nedenini aslında biliyoruz. Kapitalist üretim tarzının insanın kendine yabancılaştığı bir üretim koşulları içinde hele son dönem neoliberal politikalarla ücretlerimizin performans dayalı olduğu, taşeronlaşmanın sağlık hizmetlerinde yaygınlaştığı, çalışma saatlerimizin sürekli esneklediği bir süreçten geçiyoruz, değil mi? Muayenehaneler kapatılıyor, özel hastanelerde ücretli hale geliyoruz. Bütün çalışma koşullarımız değişti. Kamuda çalışan sağlık çalışanı kadar neredeyse artık özel sektörde çalışanlarımız mevcut ve bütün bunlar da bir baskı içinde gerçekleşiyor. En önemli sorun tükenmişlik aslında. Artık bizim birim zamanda yapılan işimizin artmış olması ve çok verimli çalışan işçiler olmamız, değil mi? Daha fazla yatağa bakıyoruz, daha fazla hastaya bakıyoruz, daha fazla anjiyo çektiriyoruz. Ve bu hız içerisinde hem kendimize hem de işimize verdiğimiz anlama ilgili bir kayıp yaşıyoruz. Özetle tükeniyoruz, hastalanıyoruz hatta ölüyoruz.

Biz 2012 yılında bir üniversite hastanesinde bu tükenmişliği neler etkiliyor diye bir çalışma yapmıştık. Hipotezimizi de kurarken klasik olarak sadece cinsiyet, yaş, bireysel özellikler değil de depresyona yatkınlık gibi çalışma saatlerini, sağlıkta dönüşüm programının etkisini, işi yükünü ve örgütsel kültürü, yani kişiye verilen saygıyı değerlendirmiş-tik. Birçok ülke katılmıştı ve gördüğünüz gibi şurada Türkiye %54 tükenmişlikle Doğu Avrupa ülkeleri içerisindeki en fazla tükenmişlik saptanan ülke oldu. Biz tek tek hemşire arkadaşlarla, asistan hekim ve uzman hekim arkadaşlarımızla yürütmüştük bu çalış-

mayı. Onlarla hem derinlemesine görüşmeler yaptık hem de anket çalışması yürüttük. Onun sonucunda şunu yaptık, aslında herkes farkında. Diyor ki, “Maliyet kısıtlamaları nedeniyle benim artık malzeme kalitem düştü. İşten atılabirim o yüzden hayır diyemiyorum. Performansa bağlı ödemeler nedeniyle hızlı çalışmak zorundayım, arkadaşımın artık rekabet ediyorum” gibi aslında çalışma koşulları ile ilgili tükenmişliği etkileyen etmenleri de bu çerçevede belirlemiştik.

Meslek grupları içerisinde kim en çok tükenmiş diye baktığımızda, ilginç şekilde asistan hekimler daha çok. İkinci sırada da belki bir üniversite hastanesi olmasından dolayı hemşire arkadaşların olduğunu, uzman arkadaşların birazcık daha iyi durumda olduğunu gördük.

Çalışma yıllarına baktığımızda yine uyumlu bir şekilde artık daha erken dönemde gençlerin tükendiklerini gördük. En etkili etmen ise çalışma saatleriydi. Yani tükenmişliği biz iş yükü ve bu etkilerin karıştırıcı etmenlerini değerlendirebilmek için bir modele soktığımızda da çalışma saati tükenmişlik açısından kritikti. 51 saat ve üzerinde çalışan asistan ya da hemşire fark etmez, herkes tükenmişlik açısından daha yüksek riski altındaydı.

Yine arkadaşlarımıza Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında reform denilen uygulamanın kendilerini tükenmişlik açısından, çalışma koşulları ve stres açısından nasıl etkilediğini sorduk.

Yine orada da Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı daha olumsuz olarak tanımlayan arkadaşlarımızda tükenmenin daha fazla olduğunu, fiziksel, örgütsel, duygusal, bilişsel iş yükünün -yani o birim zamanda yaptıkları, harcadıkları hem duygusal emeğin hem fiziksel emeğin, hem akılsal emeğin arttıkça- tükenmişliğin arttığını gördük. Maslah da zaten bununla ilgili olarak 2011'de demiş ki, iş yükü iş kontrolü kişinin bulunduğu ortamda tanınması, değerli kılınması, işyerinin kimlerden oluştuğu, ekibin bileşeni, işyerinde dürüstlük ve adalet tanımlarının çalışma koşulları içerisinde nasıl değerlendirdiği ve kişilerarası değerler arasında bir çatışma olup olmamasının tükenmişlik açısından önemli olduğunu belirlemiştir.

Şu ana kadar konuştuğumuz her şey tabii tükenmişlik ile ilgili hep çok zor konular değil mi? Tükenmişliğe neyin neden olduğuna baktığımızda çalışma saatlerimiz, mesleğin iş yükü... Sanki bizim çok müdahale edemeyeceğimiz bir alandan bahsediyormuşuz gibi geliyor. Ama aslında literatürde az da olsa tükenmişlikten korunmak için bir şeyler yapmanın da mümkün olduğunu görüyoruz ve bu tükenmişliğe karşı önlemler ve bu önlem düzeyleri ile ilgili çok farklı yaklaşımlar mevcut. Bilimsel araştırma sonuçlarına göre bu önlemler farklı değerlendiriliyor. İşçi sağlığı merkezli bakan Avrupa, Amerika ya da başka ülkelerde ulusal iş sağlığı güvenliği kurumlarının bu konudaki yaklaşımları farklıdır. Meslek örgütleri ayrıca değerlendiriyor. Bir de kalite kurumları da buna girmiş durumda. Yani bunların her birinin aslında bir tükenmişlikle ilgili şunu yapalım bunu yapalım diye önerileri olduğunu görüyoruz.

Önlemler nasıl sınıflandırılıyor diye baktığımızda da tükenmişliği, önleyici önlemleri bireysel düzeyde, örgütsel ya da kurumsal düzeyde sınıflandıranlar var ya da politik hükümet düzeyinde alınması gerekenler, örgütsel düzeyde kurumsal düzeyde yapılması gerekenler ve bireysel düzeyde yapılması gerekenler olarak sınıflayanlar var. Kognitif davranışçı eğitimleri ayrı bir başlık olarak alan, bireysel yaklaşımlar, nefes tekniklerini yine ayrı bir yaklaşım olarak alan ve kurumsal yapılması gerekenleri de ayrı olarak sınıflayan yaklaşımlar olduğunu görüyoruz.

Tükenmişlik tek bir nedene bağlı değil. Tabii ki bizim bireysel özelliklerimizin de etkilediği bir süreç var ama bunun etkisi çok küçük. İşin çoğu işteki, o çok nedenli yapı ile ilgili bir şekilde geçiyor. O yüzden de aslında baktığımızda özellikle işçi sağlığı yaklaşımları ya da halk sağlığı yaklaşımları diyor ki; eğer tükenmişlik ile ilgili bir önlem geliştireceksiniz, bir müdahalede bulunacaksanız bunu her üç düzeyde yapın. Yani bireye, çalışanın kendine sorumluluk verin, bu kurumsal düzeyde olsun ve etkileşim arasında da sizin müdahaleniz o kişinin bu işleri gerçekleştirmesini olanaklı kılsın. Yine müdahalenin etkili olması isteniyorsa mutlaka personel sayısı, iş yükü iş, örgütlenmesi fiziksel çalışma koşulları ile birlikte ele alınmalı deniyor ve çalışanla işverenin burada eşit sorumlulukta, eşit mesafede roller alması da önemle vurgulanan başlıklardan biri.

Müdahalede yaklaşım da önemlidir. Biraz önceki slaytta da bahsettik. Tüm çalışanların ve temsilcilerin, sendikaların, sendika temsilcilerinin, Tabip Odası temsilcilerinin, hemşire derneklerinin temsilcilerinin entegre olması aktif olarak içinde yer alıp öneride bulunabileceği müdahaleler geliştirilmesi gerekiyor. Yine bu müdahalelerde her zaman ki gibi kültüre, cinsiyete, saygılılık ve ayrımcılık uygulamalarını göz önünde bulundurmamız gerekiyor. Çünkü bireysel özellikleri olarak baktığımızda ne kadar dışarı doğru gittiğinizde, toplumdaki o normların dışında çıktığınızda ayrımcılığa maruz kalmanın tükenmişliği artırdığını görüyoruz ve biliyoruz ki biz kadın ve erkekler farklı şekilde maruz kalıyoruz. Çalışanlar eşit işe eşit ücreti Türkiye'de kamuda dahi almıyorlar. Mesela profesyonellere baktığımızda kadın profesyoneller, erkek sağlık profesyonellerinin yüzde 67'si kadar maaş alıyor. Orada bile görevlendirmeler, nöbet sayısı ve dışa yönlendirmeden doğan birçok farklılıklar var.

Yine bu yapacağımız müdahalenin sistematik olması lazım. Sorunun tanımlandıktan sonra geliştirdiğimiz önerilerin etkinliğini değerlendirerek ve o noktada bırakmayıp bir sürekliliği içinde olması önemli.

Tükenmişliğin önlenmesi ile ilgili bilimsel literatüre baktığımızda çalışmalarını belirli aralıklarla derleyen ya da tükenmişlikle ilgili dergilerde hep bireysel müdahalelerin ön planda olduğunu, kognitif ve davranışçı etkilerin daha faydalı bulunduğunu görüyoruz ve örgütsel müdahaleler çok sınırlı. Çünkü örgütsel müdahaleler ile ilgili çalışma yapmak o kadar da kolay değil. Ne yapacağız, çalışma saatlerini 12 saatten 8 saate indirelim ya da şimdi bizim asistanlarımız bizim çalışmamızda Ege'de 320 saat çalışan asistan var-

dı, ben onu bir müdahale çalışması planlarken bunu indirip bunun etkisini değerlendirmem çok fazla mümkün değil. Dolayısıyla bu sınırlılıkta yapılıyor bilimsel çalışmalar ve yorumlamaların da bu sınırlılıklar içerisinde ele alınması gerekiyor. En son bu konuda yapılmış 7888 çalışanın dahil edildiği 58 araştırma var. 54 tanesi de randomize kontrollü çalışma. Araştırmalar kognitif davranış odaklı eğitimler, mental ve fiziksel gevşeme egzersizleri ve örgütsel müdahaleler olarak sınıflandırılmış. 6 çalışma desteğin iyileştirilmesi yani iş stresi saplanan kişiye işte psikolog desteği verilmesi orada kurumsal yapının iş sağlığı güvenliği biriminin bu şekilde güçlendirilmesi, stres ve tükenmişlik vakalarına danışman eklenmesi şeklinde yapılmış. 4 çalışma bakım içeriğinin değiştirilmesi orada hemşirenin ya da doktorun yaptığı hizmette bir değişiklik, tele medicine kullanmak falan gibi bir uygulamalar alınmış. Bir çalışmada hasta ve hekim arasındaki iletişim becerilerinin geliştirilmesi değerlendirilmiş. İki çalışma tam aslında örgütsel müdahale diyebileceğimiz çalışma koşullarına işaret etmiş. O da çalışma sürelerinin azaltılması ve mola sayısının artırılması ile ilgili müdahaleler olmuş.

Etkili olan çalışma takvimi değişimini Ali ve arkadaşları 2011'de yapmışlar. Yoğun bakım çalışanlarında her gün çalışan ve hafta sonu hiç çalışmayan grup oluşturmuşlar ve hafta sonu tabii ki hiç çalışmayan ve kendini gerçekleştirme olanağı olan grupta tükenmişliğin azaldığını saptamışlar. Yine servis hekimlerinde duygusal tükenmişlik, yaşam stresi ve algılanan kontrolü çalışmış Lukas ve arkadaşları. 80 hekimle yürütülmüş bu çalışma. 2 haftalık ve 4 haftalık rotasyonlarla servisin değiştirildiği tip denenmiş. Daha kısa rotasyonlarla değiştirilmesinin yine tükenmişliği azalttığı gösterilmiş. Everest ve arkadaşları farklı bir yöntem geliştirmişler. Davranış bozukluğu olan hastalara müdahaleyi kolaylaştırmak için psikososyal müdahale eğitimi diye hekimlere bir eğitim vermişler. İlginç bir şekilde bu hasta hekim ilişkisinde iletişimin kolaylaşması hekimlerdeki tükenmişlik düzeyinin düşmesini yine sağlamış.

Cerrahi asistanlar sadece Türkiye'de değil yurtdışında da oldukça tükenmişlik açısından riskli ve uzmanlık eğitimlerini yarıda bırakmak Avrupa ülkelerinde de sık görülen bir olgu olarak kabul ediliyor. Bunda da şöyle bir şey denemişler, uzman cerrahın kariyerleri ile ilgili deneyimlerini paylaştıkları grup toplantıları düzenlemişler ve tükenmişlik düzeyinde de anlamlı düşmeler saptamışlar. Mayo klinikte bu tükenmişlik sendromunun tanımlanması ve geliştirilmesinde önemli bilim insanlarından biri olan Schönefeld birlikte etkinlik yapmak diye bir çalışma yürütmüş. 25 hekime her hafta çalışma saatlerinden bir saati izin olarak verilmiş ve hekimlerin bir kısmı bunu eve gitmek için ya da daha çok idare görevlerini yerine getirmek için kullanmışlar. Bir grup da bir saati birlikte anlamlı olarak deneyim aktarımı yaparak değerlendirmiş. Deneyim paylaşımı grubunda tükenmişlik puanları anlamlı olarak düşmüş ve işin değeri ile ilgili puanlar artmış. Sonra da Mayo Clinic ödül olarak bu insanlara iki haftada bir dışarıda parasını Mayo Clinic'in ödediği kahvaltı, öğle yemeği, akşam yemeği etkinlikleri düzenlemeye başlamış.

Yine sağlık çalışanı reset odası diye bir şey yapmışlar. Bilgisayarı resetlemek gibi... Travmatik durumlarla karşılaştığında ya da şiddetle ile karşı karşıya geldiğinde doktorlar ve

diğer sağlık profesyonellerinin tramvatic bir olaydan sonra dinlenebilecekleri bir oda ayırmışlar. Cleveland'da da yine hastalık hekim arası geliştirilen bir eğitimin yine tükenmişliği azalttığı gösterilmiş.

Şimdi bunlar tabii daha çok hekimler ya da hemşirelere odaklı örgütsel dediğimiz ama örgütsel olmayan müdahaleler. Ama etkisi var mı? Var. Yani bunları böyle bir kalemde silip atabileceğimiz müdahaleler değil. Bu intihar oranlarında, uzun vadeli tükenmişlik oranlarında etkisi gösterilmiş. Ama etkisi sınırlı ve daha bunların sonuçlarının değerlendirilmesi kısa süreli. Mesela 6 ay sonra değerlendirildi etki tükenmişlikle düştüğü görülürken birçoğunda bu tür yaklaşımlarda 1. yılın sonunda ya da 2. yılın sonunda çalışma koşulları ile ilgili yapısal bir değişiklik yapılmadığında tekrar tükenmişliği arttığını görüyoruz.

Ne demiştik? Amerika'nın Tabipler Birliği, Avrupa Birliği'nin İşçi Sağlığı Güvenliği Kurumu, ulusal kurumlarda bu konu ile ilgili daha işçi sağlığı temelli yöntemler öneriyorlar. Bunların çoğunlukla çok fazla değerlendiremiyor etkinliği ama belli bir işçi sağlığı profesyonellerinin de tecrübesine dayalı olarak yer alıyor burada. Burada tanı doğru, öneriler yerinde ama iyi uygulama örnekleri yine de daha çok eğitim ve bununla sınırlı. Çalışma koşullarına vurgu burada daha fazla ama yeterli değil çünkü burada tek tek tükenmişliğin kapitalist üretimin çalışan üzerindeki etkisi çok fazla değerlendirilmiyor. Çalışanın buradaki güçlendirilmesi değil mi o tükenmişlik daha fazla dayanıklılığının artmasını artırabilecek örgütlülük, sendikacılık, meslek örgütlüğü, bu kısımlar genelde çalışılmamış oluyor.

Avrupa'da ağ oluşturulmuş işyeri sağlık promosyonu ile ilgili. Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili Edinburgh ve Lüksemburg deklarasyonları var, çalışma ortamı ile ilgili neler yapılması gerektiği ile ilgili. Yine Avrupa Birliği'nin önerdiği ve hatta zorunlu kıldığı, belli oranda yasalaştırdığı maddeler var. Diyor ki, hükümet tarafında sağlık kurumlarında modern ve demokratik yönetim seçimi olsun değil mi, başhemşireyi seçelim, başhekimi seçelim, yöneticilerimizi seçelim yani onlar bizim seçtiğimiz kişiler olsun.

Yine sağlık çalışanlarının çalışma süreleri, görev tanımları ve yetkileri yasal olarak çerçevesinin, sadece kurumdaki mücadeleye kalmasın, bunlar tanımlanıp yasal güvence altına alınmış ve denetlenmiş olsun. Yine bu personel eksikliği meselesinin sistemli olarak değerlendirilmesi bir taraftaki yığılmalarla diğerlerini dengeleyecek. Özellikle de artık bu çalışan sayıları üzerinde ulusal program yapabilen yerlerde bu planlamanın yapılması... Düşük maaş sonucu adil bir ücretlendirme sistemi, mesela performansa dayalı gibi değil de değil mi? Ya da profesyonel-yarı profesyonel gibi sağlık çalışan meslek gruplarının ayrıştırılmadığı, çalışanın hakkaniyetli bir şekilde ücretlendirildiği bir şey öneriliyor. Yine işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerine akıl sağlığı, ruh sağlığı hizmetlerini barındırması... Çünkü bu Avrupa'da bu belki son 5 senede arttı ama orada da yeni bir tecrübe, orada da aslında çok fazla etkin bir şekilde verilemediğini görüyoruz. Bizim ülkemizde ise bu henüz yok. Var mı? Bir tane 113 beyaz kodumuz var şiddetle ilgili. O

zaman bir psikolojik danışmanlık ya da başka bir şey oluyor. Bununla ilgili ne risk değerlendirmesinde iş yerinin değerlendirilmesi yapılmıyor.

Yine çalışanların bir arada olup zaman geçirebileceği sosyal tesislerin hükümet tarafından artırılması da Avrupa tarafından önerilen önlemlerden biridir. Hastane yönetimlerinin görev tanımları burada da açık olsun, mutlaka yeni başlayanlar için oryantasyon programları olsun, yeni başlayanlar için bir danışman atansın. Nasıl okulda bizim çocuklarımızı gönderdiğimizde rehber danışman oluyor, yeni işe başlayan hemşirelerin de hekimlerin de diğer teknisyen arkadaşların da kendi alanlarında da mesleki olarak daha tecrübeli birine danışabileceği biri mutlaka bulunsun. Ve onların ilişkilendirilmesinden bahsediyor. Çalışana uygun iş, bölüm ihtiyaçlarına göre çalışan sayısının planlaması, düzenli bölüm toplantıları... Mesela bölümde bir değişiklik yapılacaksa bunun panodan değil de yüz yüze bildirilmesi, nöbet planlamasının yapılırken çalışana bununla ilgili mutlaka soru sorulması lazım. Sen bugün uygun musun diye sorulsun. Gece vardiyasında mı çalışacaksın gündüz vardiyasında mı çalışacaksın denilsin. Bunların yapılması gerekiyor. Yöneticiler sorunlar olduğunda, mesela bir asistan hekim ya da yeni başlayan bir hemşire arkadaşın o sorunun sadece üstüne atlayarak başka bir yere nasıl aktarılabilirliğini bileceği mekanizmalar kurulması gerektiği, sürekli eğitim imkânlarının da mevcut olması gerektiğini öneriyorlar.

Bunu birkaç yerde gördüm birkaç ülke diyor ki tükenmişlik sorununu diyelim 2 yılda bir 3 yılda bir ölçmelisiniz. Bu ölçmenin kendisi bile aslında düzeltici bir şey. Çalışan üzerinde düşünülüğünü hissettiren bir durum oluyor.

Bir de şöyle bir şey saptanmış tükenmişlikle ilgili yapılan çalışmalarda liderlik meselesi ve yöneticinin kim olduğu önemli. 2800'den fazla hekimin dahil edildiği bir araştırmada bir üst amirine hekimlerin verdiği her 1 olumlu puan artışında tükenmişlikte yüzde üçlük bir azalma, iş doyumunda da yüzde dokuzluk bir artış olmuş.

İşin örgütlenme biçimini değiştirmek en çok tükenmişlikle mücadelede bahsedilen öneriler... Görev tanımları, nöbet sayısının adil dağıtılması, yaşa göre planlamanın iyi yapılması, yalnız çalışmanın engellenmesi, aynı işini hep aynı kişilerce yapılmaması. Bizde öyledir değil mi? Mesela ben idarecilik yaptığımda şöyle bir eşitsizliğe neden olduğumu şimdi daha iyi görüyorum. Eğer birine güveniyorsam en çok ona veririm iş. Aslında onu beğenirim, takdir ederim ama işlerin çoğunu ona yaptırma eğilimimiz olur. Kendi işimizi kolaylaştırmak için olan bir şey aslında. Risk değerlendirmesinde mutlaka yatak başına hemşire, poliklinik başına temizlik personeli eklenmesi gerekiyor diye düşünüyorum.

Yine Avrupa Birliği'nde önerilmiş vardiya düzenlemesinde çalışan sayısının artırılması önemli. İyi uygulama örnekleri de birazcık hazırlamıştım aslında ve onların sonuçları ile ilgili. Hemen bunları geçeceğim. Çünkü örgütsel düzeyde aslında etkin dediğimiz şeylerde tükenmişliğin önlenmesi için çalışanın güçlü olması lazım ve çalışanın hayır deme gücü önemli. Taşeron performansla bağlı ödemeler ise güçsüzleştirici ve yalnız-

laştıracı. Bizim burada mutlaka örgütlenmeyi her anlamda mesleki birliklerle, sendikalarla yapmamız lazım. Aslında tükenmişlikle mücadele ediyorsak en çok yapmamızı ve önermemiz gereken şeylerden birisi bu. Çünkü çalışmalar diyor ki, sendikalılara da bu mavi yakalılarda gösterilmiş hem iş stresi hem de tükenmişlik daha düşük. Beyaz yakada biraz karıştırıcı faktörler var. Avrupada sendikalarda bu alanda çok birçok programlar yürütüyorlar ama Türkiye’de çok az sendikanın bu alanda çalışması var. Tabii sendika bu konuda sorumluluk alırken ya da meslek örgütü temsilcileri diyeyim, onlar alırken bu anlamda kendisi de çalışanlarını eğitecek bir yapı oluşturması gerekiyor. O sendika temsilcisi burada gidip de ne yapacağını bilmeden değil de sorunlarınızı ortaklaştıracağını bilmeli, katları dolaşıp sorunlarla ilgili amirleri bulmalı, etkili çözümler sunmalı. Diğer sendikalarla yine iş birliği kurmak ve çalışan adına da savunuculuk yapmak zorunda... Çünkü çalışan bununla ilgili özellikle mobing çok yaygın olduğu bir iş kolu sağlık iş kolu, sendikacı burada kişi gündeme gelmeden sendika temsilcisinin bu savunuculuğu yapacak beceri donanım ve eğitime sahip olması gerekiyor. Öneri geliştirmesi gerekiyor. Çalışanlar neden şikâyet ediyor, gerekirse sendikacıların anket uygulaması yapması gerekiyor değil mi? Bu Tabip Odası temsilcisi de olabilir ben kendim sendikada yürüttüğüm için bu çalışmayı sendika olarak yapıyorum. Risk değerlendirilmesi yapılmış mı, bunun mutlaka takip etmesi lazım. O dosyaları yönetimden istemesi lazım. Risk değerlendirmesine temsilciler katılmış mı, sonuçlarını temsilci biliyor mu? Takip ediyor mu? Şiddet iş kazası olarak kaydediliyor mu mutlaka bunlarla ilgili bilgisinin olması gerekiyor.

Hastanenin sorunlarını çözmek için eylem planı var mı? Kanıtı dayalı önerileri neler? Yönetime bu önerileri sunmuş mu? Düzenli toplantıları takip ediyor mu? İş yükü için önerileri var mı yani? Sendika temsilcisi ne öneriyor? Yeni bir çalışan ne zaman alınacak bununla ilgili çalışanların sağlık kurumunun politikaları üzerinde bir belirleyiciliği var mı? Bunu başhekimlikle pazarlık haline getirmiş mi? Zorunlu eğitimler yapılıyor mu, hukuki destek sağlanıyor mu bunun takipçisi olması gerekiyor temsilcinin.

Yine mobinge maruz kalanlara da destek olmak sadece yanında durmak bile çok önemli burada. Mesela şiddete de olabilir bu şeylerle ilgili olarak tükenmiş insanlara da. Yine kuruma sorumluluklarını hatırlatmak ve gerektiğinde iş müfettişliğine o kişi arayamayabilir korkabilir ama sendikanın o iş sağlığı ve güvenliğini değil mi Çalışma Bakanlığı’nın burada bununla ilgili psiko-sosyal açısından riskli durumlar var deyip bunu arar haline gelmesi gerekiyor.

Bu çalışmaların hepsi çok önemli ve sendikaların kendi içinde kuracakları birimlerle temsilcilerin bütün ağlarını geliştirmesi gerekenler. Dışarıda kitabımız var, bizim SES’in belki aramızda grup ile üyelerimiz de var bir sendika okulu var. Bunun da bir sağlık çalışanlarının sağlığı modülü var. Bu modülde de yine psikososyal riskler tükenmişlik ve stresin önlenmesi ile ilgili neler yapılması gerektiği çalışan arkadaşlar tarafından tartışılıyor ve çalıştıkları yerlerde de eyleme geçiyor bu arkadaşlarımız... Diyorum ve sabrınız için teşekkür ediyorum.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİĞİ ÖNLEYİCİ BİREYSEL MÜDAHALELER

Eser Sandıkçı

Toplumsal Dayanışma İçin Psikologlar Derneği

Merhaba. Aslında Aslı'nın kaldığı yerden biraz tartışmak istediğim konu bu bireysel müdahaleler kısmı. Biraz tartışmalı, biraz hepimizin kafasında sorular olan bir nokta. Biraz kanunu önce irdeleyerek başlamak istiyorum. Tükenmişlik sendromu ilk kez 1970'lerde kullanılmaya başlanıyor bu literatürde. Aslında gündelik ha-yatta biraz fazla farklı yerlerde kullanabiliyoruz ama tükenmişlik sendromu bir iş yeri kavramı. Burnout diye geçiyor aslında, tam çevirisi yanıp bitmek gibi ya içten içe yanıp tükenmeye denk gelen bir şey. Stresle, bazen depresyonla, kaygıyla, yorgunlukla benzer anlamlarda kullanıyoruz ama tükenmişlik sendromu olması için aslında tüm bunlardan biraz farklı olması gerekiyor ve üç koşul aranıyor. Yani tükenmişlik sendromu tanımının 3 tane koşulu var. Birincisi duygusal tükenme dediğimiz bir şey. Daha çok buraya atıfta bulunuyoruz. İkincisi duyarsızlaşma. Üçüncüsü de başarı hissinde azalma. Biraz bunu açmak istiyorum. Tükenmişlik dediğimiz şey zaten çalışmalara da bakınca en ağırlıklı sağlık çalışanlarında bu araştırmaların yapıldığını görüyoruz. Çünkü tükenmişlik sendromu insanla çalışılan mesleklerde ortaya çıkan bir şey. Yani bir hizmet alan veren ilişkisi olan ve mesleğini bu şekilde sürdüren çalışma koşullarında görüyoruz. Yani mühendisler, daha çok ofis çalışanları, işi sayılarla olan, teknik olanlarda da sendromla daha çok karşılaşılıyor. Bu kişilerin muhakkak çalışma yaşamına dair sorunları var ama şu duyarsızlaşma boyutu dediğimiz şey aslında daha çok bakım altında kişinin şüpheli ve negatif tutumlarda beslemeye giden bir boyuta geçiyor. Bu daha çok eğitim sektöründe de gözleniyor. Öğretmenlerde, akademisyenlerde ama sağlık çalışanlarında bu duyarsızlaşma boyutu ve tükenmişlik yüksek boyutta. Sadece Türkiye'ye özgü bir sorun da değil. Zaten birazdan konuşacağız, ağırlıklı uluslararası çalışmalar var ve sağlık çalışmasında sağlık alanına dair ciddi sıkıntılar yaratan, sağlıkçıların sağlığına dair ve karşılıklı ilişkiler anlamında sorunlara yol açan bir şey. O yüzden bunu irdelemek önemli. Düşen bir başarı algısı... Kendinizi başarısız olarak algılamaya başlıyorsunuz yani bu üç boyut bizde tükenmişlik sendromunun geliştirilen testler de bunları ölçmeye yönelik tanımlamak için biraz bunlara bakmak gerekiyor. Bahsettiğimiz duyarsızlaşmada artık kişi karşısındaki ilişkiyi suçlamaya kadar, onun her yaptığından şüphe duymaya kadar varan bir boyuta geçiyor.

Çeşitli araştırma sonuçları var. Çok ciddi bütçeler, uluslararası araştırmalar var. Sağlık çalışanlarının sağlığı tükenmişlik sendromu... Tabii bütün yaşadığımız dünyada yani biliyorsunuz işte motivasyon vardı genelde bu çalışmalara çok ciddi maddi kaynaklar

da ayrılıyor. Birazdan bahsedeceğim, uluslararası birçok çalışma var. Orada temel motivasyon “acaba sağlık çalışanları çok zarar görebilir bunu nasıl azaltalım”dan öte tabii ki. Bunun da araştırılması gerek. Orada ciddi bir verimlilik düşüşü var. Yani en azından araştırmalar motivasyonu buradan alıyor, ciddi bir verimlilik düşüşü var sağlık hizmetlerinde. Ve bunu nasıl artırabiliriz? Çünkü çok ciddi şekilde devamsızlık, rapor alma işe gitmeme gibi psiko somatik hastalıklarla birlikte bir sürü verimlilik anlamın-da düşüşler olduğu için üniversiteler bu araştırmalara ciddi anlamda fonlar yaratıyor ve bunlar araştırılıyor.

Burada birkaç sonuçtan bahsedeceğim. Bir kere, hasta bakımları ile ilgili olumsuz sonuçları olduğu söyleniyor. Profesyonelliğini etkiliyor. Hekimin kendi sağlığı biraz daha burada asıl yoğunlaştığımız konu bu. Hekimin kendi sağlığı ve güvenliğine, iş güvenliğine zarar verici sonuçlara yol açıyor ve sağlık bakımından işleyişine zarar veriyor tükenmişlik sendromu.

Ve şimdi yapılan müdahale programlarının ne kadar verimli olduğunu birlikte konuşuruz. Buna biraz eleştirel bakmakta da fayda var ama tükenmişlik sendromu kurallarında mesela ölçümler yapıldığında azalma yani bir müdahale programından sonra belli bir miktar azalma da intihar düşüncesi ve kişinin sürekli hata yapmasına dair algısı, yani kendinin hep hata yaptığına dair algısını da ciddi bir azalma gözlenmiş. Yani bu anlamda tükenmişlik sendromunun yapılan müdahalelerinin ne kadar başarılı olduğuna dair veriliyor bunlar. Amerika’da yapılan ciddi çalışmalar var. Orada hekimlerin yüzde 50’sine dair bir orana ulaşan araştırmalar var. Aşağıda referansları da verdim. Yüzde ellisinde saptanmış tükenmişlik sendromu. Almanya’da ve İngiltere’de yakın oranlar, ikisinde de yüzde 27 oranında. Bu sadece bize özgü bir sorun değil, sağlık çalışanlarından bahsediyorumuz.

Peki, az önce gerçekten örgütsel müdahalelerden bahsettik. İnancınız, tutumunuz nasıl bilmiyorum ama tar-tışmalı bir şey bireysel müdahalelere inanıyor musunuz? Sağlıktaki tablo ortada. Sağlıkta dönüşüm uzun çalışma saatleri, siyasi bir kadrolaşma ve artıran baskılar, KHK’lar, işten atılmalar, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet gibi bir ortamda bu koşulların olduğu bir yerde bireysel müdahalelerle acaba bu tükenmişlik sendromunu azaltmada bir etkisi olabilir mi? Bunu soralım ve bu soruya cevapları arayalım.

Az önce bahsettiğim araştırma çok ciddi, yüksek bütçeli araştırmalardan biri. İki araştırmanın sonuçlarından size bahsetmek istiyorum. Bunlar çok geniş kapsamlı yapılan araştırmalar. Bu araştırma Almanya’da yapılmış. Fakat sadece Almanya değil Hollanda, İngiltere, Kanada, Finlandiya, Norveç’ten 25 çalışma yapılmış durumda. Yani uluslararası bir çalışma. Burada hem bireysel müdahaleler hem de örgütsel müdahaleler var ve bu ikisi birden inceleniyor. Araştırma şuna bakıyor aslında. Şu tezleri öne sürüyor. Bireysel müdahaleler iyileşme sağlar ama kısa süreli sağlar. Örgütsel müdahaleler ise daha uzun süreli sağlar ama en sağlıklı müdahale bu araştırma tezinde her ikisi birden uygulandığında. Şimdi kimi grupları bireysel müdahale... Bununla ne kastettiği-mi açacağım.

Kimisine örgütsel müdahalelerde bulunuluyor kimi gruplara da her ikisi birden uygulanıyor. Bireysel müdahaleden kasıt ne? Ne olabilir? Şimdi bazı grup çalışmaları yapılıyor eğitim çalışmaları bilişsel-davranışçı mesela terapi grupları oluşturuluyor, danışmanlık hizmeti veriliyor, adaptasyon çalışmaları yapılıyor. İletişim becerileri, mindfulness denenilen bir zihinsel farkındalık çalışmaları, gevşeme teknikleri gibi grup çalışmaları bireysel müdahale çalışmaları bazı gruplarda uygulanıyor. 17 araştırmada yani araştırmaların yüzde 68'de bu müdahaleler yapılıyor. Aslının bahsettiği örgütselliğin biraz daha yapılması zor, çalışma süreci yeni-den yapılandırılıyor. Bazı yerlerde çalışma azaltmayı deniyorlar. İş sürecinde bazı değişiklikler deniyorlar işin yapılmasında. Sonuç olarak şunlara ulaşıyorlar: Bireysel müdahale programlarında yüzde seksen ikisinde tükenmişlik sendromunda ciddi oranda bir azalma var. Yüzde 82, yani bireysel müdahale uygulanan gruplar-da. Bu olumlu değişim ancak 6 ay kadar sürüyor. Yani 6 aydan sonra bunların etkisi de azalıyor. Bireysel müdahalelerin yüzde atmışında da aslında en yüksek düzeyde iyileşmeye ulaşıyor. Örgütsel müdahaleler daha uzun süreli iyileşmeye yol açıyor mu, bu araştırmada doğrulayamıyorlar. Çünkü öyle bir şey bir yıldan sonra onda da etkisi azalıyor ama her ikisinin de olduğu çalışmalarda gerçekten çok olumlu etkinlik yaratılmış. Müdahalelerin %50 si en yüksek düzeyde verilere sahip.

Bu grupta ikinci araştırma bu, Almanya'da da Amerika'da yapılan bir çalışma yine bahsettiğim. Mayo klinik şöyle bir çalışma yapıyor, bugüne kadar literatürde bu tükenmişlik sendromu ile ilgili kim ne yaptıysa topluyorlar. 2617 tane çalışma buluyorlar. Hatta sadece İngilizce olmasına gerek yok farklı dillerden de bunların hepsini topluyorlar. 52 çalışmalı toplam 3630 hekim üzerinde, sağlık çalışanları üzerinde yapılmış çalışmaları seçtim. Burada da örgütsel müdahalelerde, bireysel müdahalelerin aslında etkisine bakılıyor. Yine bireysel müdahaleler bahsettiğim müdahaleler. İletişim becerileri eğitimi, küçük grup çalışmaları gibi... Müdahale gruplarında mücadele çalışması uygulanan gruplarda tükenmişlik sendromunda bir azalma var. Her grupta da %54'ten %40'a ister bireysel ister örgütsel olsun işte o bahsettiğimiz 2 puan duygusal tükenmişlik kısmında bir azalma var 23'ten. Duyarsızlaşmada bir azalma var. Anlamlı bir azalma söz konusu.

Şöyle bir şey çıkıyor burada, bireysel mi ve örgütsel mi müdahale etkili? Her ikisinde de müdahalelerin sonuçları biraz benzer çıkıyor. Ayrıca asistanlar ve uzman hekimler arasında bir farklılık çıkmıyor. Hem bireysel müdahaleler hem örgütsel müdahalelerde ciddi bir tükenmişlik sendromunda azalma var. Biri birinden daha etkin diyebilecek bir veri sayılarını ulaşılamıyor. Yani her ikisi de kendine göre etkili olduğu ulaşıyor. Ciddi bir araştırma dediğim gibi, çok uzun süreli yapılıyor, çok büyük bir bütçeyle yapılıyor.

İki araştırma sonucu sonrasında ben biraz aslında çalışmanın mantığına da dönmek istiyorum. Bahsettiğim gibi tükenmişlik aslında bir işyeri hastalığı. Yani çalışırken hastalanıyoruz ve bu bizde bir eziyet. Ki çalışmak ne-den hastalıkla bir hale gelir? Çalışmak neden hastalığa yol açacak bir sürece dönüşür sorularını sormak istiyorum. Yani ne oldu da çalışmak böyle bir sürece dönüştü? Aslında daha iyi kurgulanabilir mi sorularına da. Ama biraz çalışmanın doğasına da bakmak gerektiğini düşünüyorum. Nasıl bir

süreç olarak tanımlarsınız? Hepimizin hayatının en temel ilişkisi çalışmak. İşimiz bizim zamanımızın en ağırlıklı kesimi kimliğimizin çok bü-yük oranda belirliyor. Kendimizi o meslekle tanıtıyoruz ama baktığımız zaman ben bu resimleri şunun için seçtim. Çalışma kelimesi Latince 'de ve Eski Roma'daki 'labor' kelimesinin kökenine mesela gidersek laboriel doğumdaki sancıdan geliyor. Doğum anında çekilen sancıdan geliyor. Acı ıstırap üzerinden oluşuyor. Aynı şey emek acı ıstırap anlatıyor etimolojik olarak baktığımızda. Latince lateriel kavramı çalışma kavramı orada iş-kence aleti şu resimdeki işkence aletinden türediği bulunuyor. Aslında çalışma etimolojik kelimenin de oluşan alana baktığımızda eziyet sıkıntılardan oluşan bir süreç çalışmak. Ama günümüzde baktığımız zaman bir çalışmayı sanki biraz daha kutsanmış bütün bu süreçlerden aramış gibi düşünüyoruz. Neden çalışıyoruz sorusu aslında biraz belki günümüzde cevabına yaklaştırabilir. Neden çalışıyoruz, sadece para için mi çalışıyoruz me-sela? Genelde verilen cevap para için, geçimimi sağlamak için. Mesela şu sorulduğunda da, para olmasa yani çok paranız olsa ve çalışmak zorunda kalmazsınız da çalışır mısınız? Kendinize de bu soruyu sorabilirsiniz Çok büyük oranda kişi 'evet çalışırım' diyor. Çünkü çalışmak bir kimlik, mevki, bir tatmindir. Aynı tecrübeyi yapan insanlarla birlikte ilişki kurabilmenin bir yoludur. Aslında burada vurgulanan şey çalışmanın mantığı... Çalışmanın sorun üreten bir yapısı var bu bütün bu çalışmalarda tükenmişlik sendromu olsun diğer işyeri hastalıkları olsun bu kadar yaygın görmemiz çalışmaya dair değişen anlamla da ilgili. Çalışmak çok eziyetli, ilk çıkışında böyle bir anlama sahip iken Protestan ahlakı meselesinde de bunu görürsünüz. Şimdi ise çok kutsal, çok özel bir şey.

Burada belki bir çalışmanın bir anlam değişiminde toplama kamplarının resmini koydum. Bunlar aslında birer çalışma kampları aynı zamanda. Kapısında 'çalışmak özgürleştirir' yazısıyla karşıyorlar. Aslında Agamben'in bir sözü var. Yani Batı'nın siyasi modeli şehirler değil toplama kampları diyor aslında. Yani orada ulaşılan model kapitalist üretim ilişkileri anlamında günümüz modern dünyasında da. Aslında pure olarak ulaşılmak istenen bir modelin en böyle artık pureleşmiş hali. Yani orada mesela sermaye birikimi belki en yüksek en büyük biri-kimin sağlandığı bir dönem. Orası sermayenin bir ütopyası, çünkü ulaşmak istediği bir yer. Çünkü insanlar ücretsiz, karın tokluğuna bir tas çorba ile sabahtan akşama kadar çalıştırıyorlar uzun çalışma saatleri ile ve böyle bir çalışma şekli şu an mesela bütün Alman şirketlerinin büyümesinde o dönemki artışında elde edilen birikim var. Neredeyse ücret de almıyorlar. Bu anlamda da bir model ve bir çalışmanın aslında günümüz üre-tim ilişkilerinin belki dediğim gibi sermaye ütopyası burası. Bu anlamda da biraz toplumsal mücadelelerle biraz inceltilmiş halinde yaşasak çalışma ilişkileri Aslı'nın da çok güzel anlattığı gibi sorun yaratan bir yapıya sahip. Bu araştırmalarda uzun çalışma saatlerinin tükenmişlik sendromuna yol açtığı çok açık olarak bulunmuş ve şu söyleniyor: Gerçekten bilimsel olarak kanıtlanmış çalışma saatini düşürdüğünüz zaman tükenmişlik çok azalıyor. O zaman sosyal politika olarak uygulamak gerekiyor. Mesela şeyler de sonuna not düşmüş ama bu sonuçlar üretim karşıtı bir yere dönüşmemeli, böyle algılamamak gerekir diye. Aslında bireysel müdahalelere bu eksende baktığımızda yani çalışma yaşamının sorun üreten doğasına bireyler olarak bireysel olarak müdahale tekrar o soruna dönebiliriz. Yani bu kadar yapısal süreçler-

de bireysel olarak yapabileceğimiz bir şey var mı diye. Toplama kampları en uç nokta belki. En püre gözlemleyebileceğimiz bir nokta laboratuvar anlamında bir çalışmasını nasıl istediklerine dair. Peki, burada bile çıkan bir örnek var mesela o baş etme becerileri bireysel müdahalelerin önemine dair. Koşullar ne olursa olsun şu an çok ağır sağlık çalışanlarının çok ağır koşullar-da çalıştığını biliyoruz taşeronlaşma olsun işte sağlıktaki dönüşüm artan şiddet bahsettiğimiz bütün bu koşul-larda yapılabilecek bireysel müdahaleler hiç mi yok? Yani bizim kendimizin, bireysel müdahalemizin hiç mi anlamı yok? Bir Psikiyatrist Doktor biraz daha varoluşçu bir yerden size cevap verecek. Kendisi varoluşçu bir psikiyatrist. Toplama kamplarında kalıyor, bütün ailesini kaybediyor aynı zamanda böyle bir hikâyesi de var. Bu toplama kamplarında aslında bütün araştırması da yok ediliyor, çalışmalarını yanında saklayarak getiriyor. Onu da tabii ki yakıp atıyorlar. Kampıta kaldığı sürece şöyle düşünün bütün eşi, annesi, bütün akrabaları, ya-nındaki bütün dostları yavaş yavaş öldürülüyor. Yani o sağ kalmayı başaranlardan. Orada hayatta kalmayı başaranları da inceliyor ve sonra onun üzerine yaşama dair tezini varoluşçu bir yaklaşımla daha da geliştiriyor. İnsanın aslında her koşulda bireysel olarak kendi iç dünyasına bir film indirerek var olabileceğini söylüyor. Bu-rada birkaç noktası var mesela sanata ve mizaha vurgu yapıyor. Mizahın çok önemli olduğunu, toplama kampında bile olduğunu, sanatın orada bile üretildiğini ifade ediyor. İnsanı bir yere kapatıyorsunuz, adını bile yok, sayıdan ibaretsiz burada günde bir tas çorba yiyorsunuz o koşulda bile insanın bir özgürlük alanı bula-bildiğini söylüyor. En uç koşullarda bile bireysel müdahalelerin olabileceğiyle birlikte bireysel müdahaleler su-numunu kapamak istiyorum. Bu koşullarda da dahil dediğim gibi tinsel dünyada yapılabilecek şeyler olduğu-na inanıyor. Nietzsche'nin şu sözüne hep referans veriyor ve bunu teorisinde de kullanıyor. Yaşamak için bir nedeni olan hemen her şeye katlanabilir diyor. Bütün teorisini de bunun üzerinden geliştiriyor. Binlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Bülent Nazım Yılmaz

Her iki konuşmacımıza da katkılarından ötürü, güzel sunumlarından ötürü çok teşekkür ediyoruz. Şimdi as-lında bayağı bir zamanımız var. Salonun katkılarına ve sorularına açtık. Bu anlamda dayanışma rolleri ile ilgili tartışabiliriz. Hepimiz çok iyi biliyoruz aslında temel sorunun en ana kaynakları bunu da gözlemlerken aslında süreli tartışmanın değerli olduğunu biliyoruz. Ama kuşkusuz ki işyerlerindeki dayanışma örnekleri ve örgütlü mücadelemiz çok değerli. Salonun katkılarını alalım.

Peri Arbak

Durumdan vazife çıkararak, yaşlılardan biri olarak kısa bir anket yapmak istiyorum salonda. Çok kısa. Aslı Ho-ca'nın konuşmasına yönelik. Bir dakikanızı alacağım. Zamanınızı almayacağım. Sizce sevgili arkadaşlar işyerle-rinde Aslı hocanın anlattığı gibi tükenmişliğe karşı önlem aldığımı düşündüğünüz bir iş yerinde mi çalışıyorsunuz? Buna evet diyenler ellerini kaldırabilirler mi? Yani Aslı Hocanın ve daha sonra da sevgili psikoloğumuzun anlattığı gibi duygusal tükenmişliğe karşı iş yerinde rotasyon değişimleri, rotasyonlar, iş koşullarının size uydu-rulması bunu düşündüğünüz bir iş yerinde

çalışan var mı içimizde? Çok kötü durumayız. Dolayısıyla mücadele çok fena sınıfta kalır. Çok ütöpik bir konudan bahsetmişiz ülkemiz için. Daha çok alınacak yolumuz var. Bir küçük soru daha sorup bitiriyorum. İşyerinizde çalışanların toplanıp işyerinde çay kahve içebileceği, karşılıklı sohbet edebildiği alanların olduğu işyerlerinde çalışanlar var mı içinizde? O bile 3'te 1 kadar. Düzce Üniversite-si tamamen hastaya yönelik organize edilmiş. Çalışanların hastaların katılmadığı bir ortamda sohbet edebileceği yaklaşabileceği alanlara sahip bulunmamaktadır. O yerler araba otoparkına ayrılmıştır. Sadece bunu söylemek istiyorum.

Eylem Kaya Eroğlu

SES Ankara şube eğitim örgütlenmesindenim aynı zamanda da sendika okulu sağlık çalışanlarının sağlığı dok-tora öğrencisiyim. Aslı Hocama ve Eser Hocama gerçekten çok teşekkür ederim. Hoca'mın yaptığı ankete de şöyle bir şey söyleyeyim. İş yerlerimiz tükenmişlik sendromu ya da tükenmişlik saptamak için değil için artır-mak için tedbirler almış esas. Bunun yapısı bunun üzerine kurulmuş vaziyette şu anda iş yerlerimizin. Maale-sef şu anda yaşamaktan utanç duyuyoruz ama yapılması gereken bir şeyler var gerçekten. Aslı Hocam çok güzel söyledi örgütlenmekten başka bir çare olduğunu ben şahsen düşünmüyorum. Kendim de kişisel sorun yaşayan ve depresyona giren ve intihar süreci yaşayan bir insan olarak söylüyorum. Evet, bizi bitirmeye çalışıyorlar ve bizi gerçekten duyarsız ve gerçekten her şeyden ekarte etmeye çalışarak bir insanı yapmaya çalışıyor bu sistem. Ama bu sisteme en büyük cevap örgütlenerek ve onların bize dayattığı şekilde cevap bulacaktır. Ben kendi adıma bu tükenmişlik sendromundan çıkmak için stres yönetimine girdim. Aynı zamanda okumak için elimden geleni yapıyorum. O bireysel başarı olgusunu yakalamak için kendi bireysel önlemlerimi alıyorum. Ama bireysel önlemler bile bireysel değil. Biz bu örgütsel anlamda çalışanlara destek sunmak zorundayız. Aslı Hocam, sendikalara düşen görevi üzerimize alıyoruz SES Ankara şube olarak, evet bunları yap-mak için uğraşyoruz ama öncelikli olarak sağlık çalışanlarının bize üye olarak destek vermesi de lazım. Ve iş yerlerindeki korku imparatorluğu ya da o korkuyu ortadan kaldırmamız lazım. Sesimizi biraz daha örgütlü olarak yükseltmemiz lazım. Ama bunu yapmaktan korkuyoruz ve birbirimize selam vermekten bile çekiniyoruz. Belki birbirimizle olan dayanışmayı artırmak da tükenmişliği azaltacak önlemlerden biri olabilir. Ve bu süreçten çıkmak da mümkün olabilir. Daha çok bireysel önlemlerden ziyade toplumsal önlemlere ve bütünsel önlemlere bakmak gerektiğine inandığım ve bunları hep birlikte yapabileceğimize inanıyorum. Teşekkür ederim güzel sunumlarınız için. Sormak istediğim şeyler de var ama tükenmişlik sendromu diye meslek hastalığı tanımlaması içinde ICD-10'da içinde var mıdır? Ve bununla ilgili neler yapılmıştır Türkiye'de?

Aslı Davas

Yani meslek hastalığı olarak kabul edilmiyor bence bunun kabul edilmesi için; depresyon meslek hastalığı olarak anksiyete bozukluğu post travmatik stres bozukluğu, bunlarla ilgili örnekler var ama tükenmişlik daha çok bir risk gibi. Henüz tam sonuç olarak

kabul edilmiyor. Bir psikolojik bir durum olarak tanımlanıyor. Ama böyle bir şeyi yurt dışında da görmedim.

Mehmet Zencir

Ata Soyer Sağlık Politika Okulu ve SES sendika okulundan, aynı zamanda ihraç bir öğretim üyesiyim. 2005'den 2016'ya kadar Denizli'de tükenmişliğe yönelik 7 – 8 çalışma yaptık. Aile hekimleri, asistanlar ve hemşireleri de kapsayan. Şunu rahatlıkla söyleyebilirim. Puanları gittikçe yükseliyor. Son yaptığımız bir çalışmada tükenmişlikle işe yabancılaşma arasında bir ilişki var mı diye baktık. Sağlıkta kapitalist ilişkilerin devreye girdiğini düşünüyorduk. %60 açıklayıcı olduğunu gördük. Aslında işin özü bu. Biz sağlığı ürettiğimizde hizmet üretmek için mi yapıyoruz, yoksa bir artı değer üretmek, kazanmak için mi yapıyoruz. İşyerleri biraz değişiyor. Bunu sağlık ortamında rahatlıkla hissediyoruz. Bunun en büyük sıkıntısı meslekte yabancılaşma. Şimdi meslekte yabancılaşma başladığında hastalar bizim için bir üretim nesnesi olmaya başladığında tersten diğer olumsuz hususlarda devreye girecek. Sağlığın metalaşmasını ortaya koymak, deklere etmek zorundayız.

İkincisi kapitalist ilişkilere sınıf üzerinden bakıyorsak, sermayede bizi tüketmeye, mobbinge dönüşen bir emek sömürme sürecine dönüşmüşse hergelene şükür mü diyeceğiz kendi korunma olanaklarımızı, örgütlerimizi kuracak mıyız? Kurmayacaksak doğal olarak tükenmemiz artacak. O zaman biz ne yapabilir ile ilgili önümüze iş koymamız gerekecek. O anlamda Aslı'nın sunduğu sendikaya düşen görevler özellikle kıymetli. Bunu yapan Avrupada, Kanadada ciddi sendikalar var. Sendikaların, meslek örgütlerinin kendi üyelerinin tükenmesini bir nebze de olsa engelleyici faktör olduğunu unutmamamız gerekir. Sonuçta kendi sağlığımızı sermayeye teslim etmeyeceksek, tükenmeye razı olmayacaksak bir dönüştürme ruh halimizi olması gerekir. Mücadeleyle birleşen, değiştirmeyi de önüne koyan örgütsel hattı ortaya koymak zorundayız. Tüm tükenme çalışmalarında bu var. Nerden okursanız okuyun, dünyanın hangi ülkesinde olursanız olun örgütlenen her yerde tükenme da-ha az. Elimizde bu kadar net bir ipucu varken örgütlenmek gerekir diye düşünüyorum.

Hasan Oğan

Bundan 2-3 yıl önce tükenmişliğe yönelik bir tarama çalışması yaptık. Yapılan çalışmalarda çözüm önerileri kısmında yönetsel ve idari başlıklar bölümü var. Bu idari ve yönetsel başlık işverenleri doğrudan tanımlamıyor ve kafamızda birçok soru işareti oluşturuyor. Esasında dediğiniz gibi tükenmişlik çalışma hayatının ortaya çıkardığı ve bizi çalıştıranların bilerek ve isteyerek ortaya çıkardıkları, yaptıkları bir durum. Unutmamak gerekir ki işverenler yaptıklarını ve sonuçlarını çok iyi bilen profesyonellerdir.

Tükenmişliğe yönelik yapılan çalışmaları yapanlar arasında bizim arkadaşlarımız, meslektaşlarımız, çoğu da sağlık çalışanı. Bu çalışmalarda yönetsel çözümlerin yanı sıra yönetsel sorumlulukları, işveren kimliğini de açık olarak ortaya koymak gerekiyor. İş-

verenler yaşanan tükenmişliklerden sorumlu olduklarını bilmek ve çözüm konusunda yapılması gerekenleri yerine getirmek zorunda. Tüm sağlık çalışanlarına bu hedefi göstermek zorundayız.

Özel hekimlere, anestezi çalışanlarına ve acil çalışanlarına yönelik birçok anketler yaptık. Anketlerde tükenmişlik tespitine yönelik sorular vardı ve Yaklaşık yüzde 15 oranında depresyona girmiş, her an intihar edebilecek insanlar var. Biz de sadece sendikalar olarak değil, meslek örgütleri olarak sürekli çözüm önerileri sunmalıyız diye düşünüyorum.

Bülent Nazım Yılmaz

Önümüzdeki dönemde organizasyon komitesine yabancılaşma konusunu da önermemiz gerekiyor. Yabancılaşma sadece işe yönelik değil, kendimize yabancılaşma, topluma yabancılaşma yaşıyoruz. Ve bunun sonucunda doğan bir tükenmişlik meselesiyle karşı karşıyayız. Bir sonraki kongrede bunu daha geniş bir şekilde ele alabiliriz. Herkese teşekkür ediyorum buradan.

SÖZEL BİLDİRİLER

Oturum Başkanı:

Peri Meram Arbak

Düzce Üniv. Tıp Fak. Göğüs Hast. AD

Türkiye'de Hemşirelik Öğrencilerin Karşılaştıkları Delici Kesici Alet Yaralanması - Sistemik Review

Mevlûde Karadağ / *Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

Handan Eren / *Karamanoğlu Mehmetbey Üniv. Sağlık Yüksekokulu*

Nurcan Çalışkan / *Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fak.*

Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Risklerinin Ve Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi

Ayten Akkaya / *Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Mevlûde Karadağ / *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

Sağlık Çalışanlarında Hasta Bina Sendromu

Hilal Altınöz / *Acıbadem Üniv. Göğüs Hast. AD*

TÜRKİYE'DE HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN KARŞILAŞTIKLARI DELİCİ KESİCİ ALET YARALANMASI - SİSTEMATİK REVIEW

Mevlüde Karadağ

Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Teşekkür ediyorum Sayın Başkan. Değerli konuklar, Türkiye'de hemşirelik öğrencilerinin maruz kaldığı delici kesici alet yaralanmasına ilişkin bir sistematik değerlendirmeyi sunacağım.

Bildiğimiz üzere sağlık çalışanlarında delici kesici alet yaralanması (DKAY) önemli bir sağlık sorunudur. Dünyada her 3 saniyede 1 sağlık çalışanının yaralandığı düşünülmektedir. Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı'nın raporuna göre de her yıl 1 milyon enjektör iğnesine bağlı yaralan meydana gelmektedir. Ancak sağlık çalışanlarının bu yaralanmaların yarısını hatta üçte ikisinin bildirmedeği düşünülürse, bu oranın daha da ağır olduğu tahmin edilmektedir.

Literatürde sağlık çalışanlarında DKAY oranlarının yüksek olduğu, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinde ise bu oranın daha da yüksek olduğu belirtilmekte olup hemşirelik öğrencilerinin maruz kaldığı DKAY oranının %3 ila %100 arasında değiştiği bildirilmektedir. Bütün DKAY, sağlık çalışanları için fiziksel travma ve stresle sonuçlanmaktadır. Ancak bu yaralanma hemşirelik öğrencisinde olduğunda; öğrenci yaralanma sonrası olası riskler dışında kendini korumasız hissetmekte ve ciddi öz güven azalması gibi sorunlar yaşayabilmektedir.

Hemşirelik öğrencilerinde fiziksel ve psikolojik etkilerinin daha fazla olabileceği tahmin edilen DKAY'nin sıklığının ve tipinin belirlenmesi ile mevcut risklerin azaltılması için alınabilecek önlemlerin belirlenmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle de öğrencilerdeki delici kesici alet yaralanma oranlarının tipi ve yaralanmaya etkisiyle ilgili kanıtların yetersiz olması. Türkiye'de hemşirelik öğrencilerinin maruz kaldığı DKAY'ye ilişkin bir sistematik derlemeye rastlanılmamıştır. Bu sistematik derleme, Türkiye'deki hemşirelik öğrencilerinin maruz kaldığı DKAY durumlarını inceleyen çalışmalarını analiz etmek ve araştırmacılara somut veri sunmak amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızda Türkiye'deki hemşirelik öğrencilerinin maruz kaldığı DKAY sıklığı, tipi, hemşirelik öğrencilerinin DKAY sonrası aldıkları önlemler nelerdir? sorularına yanıt aranmıştır. Ocak 2017 yılında taramalar yapılmıştır. 2000 ile 2017 yılları arasında yayınlanmış olan çalışmalar Student nursing/nurse sharp injury, or 'sharp's' or 'sharp injuries',

or ‘needlestick’, or ‘needlestick injury’, or ‘needlestick injuries’, or ‘inoculation’, or ‘needle prick’, or ‘accidents’, or incidents’, ‘needle or stick’, or ‘occupational injury’, or ‘occupational “anahtar kelimelerle, CINAHL Plus, Medline, Türk Veri Tabanı ve Türkiye Atif Dizini veri tabanları ile Google Scholar kaynaklarından taranarak seçilmiştir. Elektronik arama ile saptanan ilgili tüm yazıların başlık ve özetleri, araştırmacılar tarafından bağımsız olarak gözden geçirilmiştir. Eğer başlık ya da özet açık değilse, çalışmanın dahil olma kriterlerine uyup uymadığının araştırılması için çalışmanın tam metni incelenmiştir. Araştırmacılar tarafından dahil edilmeyen çalışmaların dahil edilmeme nedenleri de kayıt edilmiştir. Araştırmacıların incelemeleri daha sonra karşılaştırılmış ve 629 çalışmadan 619’u inceleme dışında tutulma kriterlerine uymadığı için elenmiş, sistematik inceleme için 9 çalışmanın tam metni kaynak olarak alınmıştır.

Bulguları incelediğimizde toplam 9 çalışmada 1855 öğrencinin örneklem grubunu oluşturmaktadır. En az örneklenmenin 85, en fazla örneklemin de 473 olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin maruz kaldığı delici, kesici alet yaralanma oranının en düşük %19,4, en yüksek %84 oranında olduğu saptanmıştır. DKAY enjektör iğne ucu yaralanması ve cam öğelerinin neden olduğu bir yaralanma sonucu gerçekleştiği belirlenmiştir. Öğrencilerin yaralanmasına neden olan faktörler incelendiğinde, 5 çalışmada neden olan faktörler çalışmada bildirilmemiştir. Yaralanmaya neden olan faktörlerini bildiren çalışmaların çoğunluğunda öğrencilerin aceleci davrandıkları, dikkatsiz oldukları, ağır iş yükü nedeniyle ya da enjektör iğne kapağını kapatmaya çalışırken veya el becerilerinin yeterli gelişmemesi nedeniyle yaralandıkları ifade edilmiştir.

Yaralanma sonrası neler yaptığı çalışmaların altısında belirtilmemiş, diğer çalışmalarda ise genellikle antiseptik solüsyonla ya da su ve sabunla yıkama işlemi uygulanmıştır. Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranları belirtilen çalışmalarda düşük orandadır, genellikle kanla bulaşmış alet batması ya da temas sonucu maruziyet gerçekleşmiştir.

Dahil edilen çalışmalardaki DKAY sonrası hemşirelik öğrencilerinin olay bildirimlerine ilişkin dağılımları incelendiğinde öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun delici kesici alet yaralanması yaşadığını bildirmediği saptanmıştır. Bildirenler ise ya birlikte uygulama yaptığı klinikteki hocasına ya da servis hemşiresine bildirmiştir. Öğrencilerin yüzde 80’e yakını Hepatit B’ye karşı aşılanmıştır. Burada da Hepatit B aşılama bütünü başlangıçta birinci dozları başlanmış, yapılmış ama tamamlanma ya da tamamlandıktan sonra aşının etkinliğini değerlendiren serolojik testlerinin yapılmadığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, delici kesici alet yaralanma oranlarının hemşirelik bölümü öğrencilerinde azımsanmayacak oranda görüldüğü, çoğunluğun da cam öğeler ve enjektör iğnesi kaynaklı olduğu ve yaralanma bildirim oranlarının çok az olduğu çalışmalarda görülmüştür. Öğrencilerde delici kesici alet yaralanmalarının ciddi fiziksel fiziksel ve psikolojik etkilere neden olabilir. Bu sistematik inceleme ile Türkiye’de bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim olduğunu ortaya koyulmuştur. İlginiz için teşekkür ediyorum.

AMELİYATHANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MESLEKİ RİSKLERİNİN VE SAĞLIK SORUNLARININ BELİRLENMESİ

Ayten Akkaya

Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Merhaba. Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ameliyathane hemşiresi olarak görev yapmaktayım. Danışman hocam Mevlüde Karadağ'la birlikte bu çalışmayı hazırladık.

Bilindiği üzere, insanlar yaşamak ve gereksinim duyduğu her şeyi elde edebilmek için çalışmak durumundadır. Nitekim çalışma ortamları çeşitli risk faktörlerini barındırmaktadır. Sağlık hizmet alanı da risk ve tehlikelerin yoğun olduğu çalışma alanlarından biridir. Sağlık çalışanlarının mesleki risk ve tehlikelerle karşılaşma olasılığı mesleğine, yaptığı işe, çalıştığı bölüme ve riskler ile karşılaşma olasılığına göre farklılıklar göstermektedir. Sağlık çalışanları için zararlı faktörlerin yoğun olduğu hastanelerde özellikle ameliyathaneler riskli ortamların başında gelmektedir. Biz bu çalışmayı ameliyathane çalışan hemşirelerin mesleki risk ve sağlık sorunlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yaptık.

Araştırmamızın evrenini Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde bulunan kamu, özel ve üniversite hastanelerinin ameliyathanelerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmamızın örneklemini ise Kasım 2014 ile Şubat 2015 tarihleri arasında Ankara ili Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde bulunan, toplam hemşire sayısı 100 ve üzerinde olan 5 eğitim araştırma hastanesi, 3 üniversite hastanesi, 2 özel üniversite ve 1 devlet hastanesi olmak üzere toplamda 11 hastanede 6 ay ve daha uzun süre çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler oluşturmaktadır.

Literatürden yararlanarak elde ettiğimiz, 39 sorudan oluşan soru formu yoluyla verilerimizi topladık. Verilerimizi uygularken sorumlu hemşireler aracılığıyla formlarımızı ameliyathane hemşirelerine ulaştırıp yine sorumlu hemşireler aracılığıyla formlarımızı topladık.

SPSS 22 programını kullanarak ve uygun istatistiksel analizleri yaparak verilerimizi değerlendirdik. Verileri değerlendirirken hemşirelerin ameliyathanelerde karşılaştıklarını düşündükleri mesleki risk faktörlerinin ortalama puanları oluşturuldu. Bir hemşire herhangi bir mesleki riske hiçbir zaman maruz kalmıyorsa 0, bazen maruz kalıyorsa 1, daima maruz kalıyorsa 2 olarak tanımlanmıştır.

Çalışmamızı yaptığımız hastanelerden ve Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan araştırmanın yapılması için izin alındı. Ayrıca hemşirelerden de yazılı olarak bilgilendirilmiş onam alındı.

Genel olarak hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine baktığımızda, hemşirelerin çoğunluğunun 30-39 yaş aralığında kadın, evli ve lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Mesleki özelliklerine baktığımızda, hemşirelerin yüzde 37.6'sının meslekte 10-19 yıldır çalıştığını, yüzde 54.1'inin ameliyathanede 1-9 yıldır çalıştığını görmekteyiz. Hemşirelerin çoğunluğu kendi isteğiyle ameliyathanede çalışmakta ve ameliyathanede çalışmaktan memnun olduğunu ifade etmektedir. Hemşirelerin dinlenme süresini sorguladığımızda yüzde 62.4'ünün 16 saat ve üzeri dinlenme süresinin olduğunu, fazla mesai yapma durumuna baktığımızda da yüzde 65.4'ünün ara sıra fazla mesai yaptığını görmekteyiz.

Hemşirelerin yüzde 63.9'u ayda ortalama olarak 1 ila 5 arasında nöbet tuttuğunu ifade etmiştir.

Mesleki risk faktörleri fiziksel, kimyasal, biyolojik ergonomik ve psikososyal olmak üzere 5 başlıkta değerlendirildi.

Risk faktörlerini detaylandırarak olursak, hemşireler en fazla ergonomik risk faktörüne, sonrasında ise biyolojik risk faktörüne maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Fiziksel risk faktörleri içerisinde hemşirelerin yüzde 18'i gün ışığının uygun olmamasına bağlı, yüzde 17'si ise iklimlendirmeye bağlı sorunlarla karşılaştığını ifade etmiştir. Biyolojik risk faktörleri olarak hemşirelerin yüzde 60.2'si kesici delici ve batıcı aletlerle yaralandığını, yüzde 55.6'sı ise iğne batmasına maruz kaldığını ifade etmiştir.

Kimyasal risk faktörlerinin detaylarına baktığımızda, hemşirelerin yüzde 69.9'u anestezi gazlarına maruz kaldıklarını, yüzde 57.1'i de dezenfektanların olumsuz etkilerine maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Ergonomik risk faktörü olarak hemşirelerin yüzde 24'ü uzun süre ayakta kaldıklarını, yüzde 21'i de aynı pozisyonda uzun süre kalmaya ve hareketin kısıtlanmasına bağlı sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Psikososyal risk faktörlerine baktığımızda, hemşirelerin yüzde 22'si çalıştıkları ortamın çok stresli ve izole olmasından dolayı, yüzde 19'u da aşırı dikkat gerektiren ağır çalışma koşullarından dolayı sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Maruz kalınan mesleki riskler sonucunda hemşirelerin yaşamış oldukları sağlık sorunlarına baktığımızda, hemşirelerin yüzde 85.7'si halsizlik, yorgunluk, yüzde 75.2'si de alt ekstremitelere ait ağrı sorunları yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Sağlık sorunlarına bağlı olarak rapor alma durumunu sorguladığımızda, hemşirelerin yıllık rapor alma ortalamasının 17.75/gün olduğunu görmekteyiz. Hemşirelerin yüzde 61'i 1 ila 10 gün arası, yüzde 25'i de 21 gün ve üzeri rapor aldığı ifade etmiştir. Rapor alan hemşirelerin hangi hastalıklardan dolayı rapor aldığına baktığımızda, yüzde 5.3'ünün lumbal/servikal herni ya da lumbaljiye bağlı, yüzde 3'ünün de ayakta kalmaya bağlı rahatsızlıklardan dolayı rapor aldığını görmekteyiz. Rapor alan hemşireler kimyasal, psikososyal ve ergonomik risk faktörlerine daha fazla maruz kaldığını düşünmektedir.

Hemşirelerin yüzde 75.2'si kronik hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Kronik hastalığı olan hemşirelerin yüzde 5.3'ü lumbal/servikal disk hernisi ve tiroit hastalıkları olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin yüzde 55.6'sı sağlık kontrollerini ara sıra yaptırdığını, yüzde 82'si de sağlık durumunu iyi olarak algıladığını ifade etmiştir.

Mevcut mesleki risklerin önlenmesine yönelik hemşirelerin aldığı standart önlemleri sorguladığımızda hemşirelerin yüzde 94'ü maske taktığını, yüzde 91'i de eldiven giydiğini ifade etmiştir. Neden standart önlemleri uygulamadıklarını sorguladığımızda da hemşirelerin yüzde 26'sı malzeme yetersizliğini, yüzde 25'i de rahat hareket edememesini gerekçe göstermiştir.

Kurumlara yönelik bilgileri sorguladığımızda, kurumların yüzde 76.7'sinde iş sağlığı kurumunun olduğunu görmekteyiz.

Gün içerisinde 10 ve üzeri sayıda ameliyata giren hemşirelerde fiziksel, kimyasal, psikososyal ve ergonomik risk faktörlerine daha fazla rastlanmaktadır.

Dinlenme arasını kullanamayan hemşirelerde az önce belirtmiş olduğum 5 başlıktaki risk faktörlerinin hepsinde daha fazla artış olduğu görülmektedir.

Mesleki riskleri önlemeye yönelik hemşirelerin önerilerini sorduğumuzda, hemşirelerin yüzde 9'u çalışma koşullarının düzenlenmesini, yüzde 4.5'i de kurum ve yönetimle ilgili düzenlemeler yapılması gerektiğini belirtmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz ise ameliyathane ortamlarında çalışanlarla birlikte gerçek risk analizlerinin yapılması, ameliyathane ortamlarında fiziksel ve kimyasal risklere yönelik ölçümlerin yapılması, çalışma ortamındaki donanımların ergonomik durumlarının belirlenmesi, bireysel ve kurumsal önlem almayı etkileyen faktörlerin ve bunların çözüm yollarının saptanması ile gerekli düzenlemelerin yapılmasıdır.

Teşekkürler.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA HASTA BİNA SENDROMU

Hilal Altınöz

Özel Academic Hospital

Sağlık çalışanının sağlığı denildiğinde genellikle şiddetten, kesici delici alet yaralanmalarından, Hepatit B, C, HIV enfeksiyonlarından ya da tüberkülozdan bahsediyoruz ama hasta bina sendromundan bugüne kadar pek bahsedilmedi. Literatürde de daha yeni yeni çalışmalar var sağlık çalışanlarında hasta bina sendromu olarak. Bu durum Kişinin hava geçirgenliği olmayan binalar içinde çalışma ya da yaşama alanı olarak kullandığı binalarda, yaşadığı tüm sorunlar olarak tanımlanabilir. Genellikle spesifik bir nedeni yoktur. Farklı isimleri de var literatürde Building Related Illness ya da, Sick Building Syndrome olarak da geçebiliyor. Hepsi aynı anlamdadır.

Ne oluyor? Hasta bina sendromu o binanın içinde bulunanları etkiliyor ve binadan uzaklaştıkları andan itibaren o şikâyetleri geriliyor. Neler meydana geliyor? Akut olarak genellikle meydana gelen şikâyetler var. Boğaz kuruluğu, gözde kaşıntı, gözde kızarıklık, burun tıkanıklığı, nezle, ciltte iritasyon, halsizlik, yorgunluk, hatta nefes darlığıyla seyreden bir semptom... Genel olarak hayatımızın yüzde 80-90'ını kapalı ortamlarda yaşadığımız düşünülürse ve yeni yapılan binaların neredeyse hepsinin havalandırmasının, pencerelerinin açılmadan yapıldığı düşünülürse giderek daha çok göreceğimiz bir sendrom olduğunu düşünüyorum.

Yorgunluk işe geldikten birkaç saat içinde başlıyor genel olarak. Binayı terk ettikten birkaç dakika içinde de geriliyor ve kışın artmaya eğilimli bir semptom. Baş ağrısı oluyor. Nadiren zonklayıcı, İskandinav'da yorgunluktan çok daha sık görüldüğü bildiriliyor literatürde. Mukozal semptomların içinde de en sık burun tıkanıklığı gözüküyor. Boğaz kuruluğu, meslek olarak sesini kullanan santral çalışanı, spiker gibi insanların bulunduğu gruplarda çok daha sık. Hapşırık, nezle çok daha az. Bir de özellikle bilgisayar başında çalışanlarda gözlerde kuruma gözüküyor. Bir çalışmada iç epikantüste sıvı azalması, gözyaşı yenilenme süresinde uzama olarak tanımlanmış gözlerde kuruma.

Ciltte kuruma, binadan uzaklaştıktan günler sonra geriliyor. Ekran başında çalışanlarda tipik raş oluşuyor. Bunun da sebebi olarak yüklü iyonların yüzde birikmesi suçlanıyor.

Bazı çalışmalar bu semptomların psikolojik de oluşabileceğini ifade etmişler. Böyle çalışmalar da var. Ama sonuç olarak psikolojik ya da başka bir sebeple de olsa çalışanlar

etkileniyor, iş verimi düşüyor. Onun için bu konunun bir şekilde çözülmesi gerektiği söyleniyor.

Doğal havalandırılan binalarda çalışanların kapalı alanlara göre çok daha az şikâyeti var. Taze hava değişim hızı, yani gün içinde saatte buradaki toplam havanın kaç kere değiştiğinin miktarına bağlı. Ortamdaki nem, toz ve havanın mikrobiyolojik içeriği dışında hastanelerde sağlık çalışanlarında buna bir de lateks gibi alerjenler ve enfekte hastalar ekleniyor.

Çok önemli faktörler var bu semptomları artıran. Mesela kadın çalışan olmak... Kadın çalışanlarda Hasta Bina Sendromu'nun daha fazla görüldüğü söylenmiş. Bu bazı çalışmalarda kadınların daha duyarlı olduğu, bazı çalışmalarda abartıldığı görüşü yönünde. Ama kadınlarda bu durum daha fazla gözüküyor. Vasıfsız çalışanlarda daha fazla görülüyor. Kâğıt tozuna maruz kalanlarda, yazıcıya (printer) yakın çalışanlarda, sigara içilen ortamlarda ve bilgisayarlı çok kullananlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiş.

Bina içinde yüksek ısı varsa, özellikle 23 derecenin üstündeyse bu durum çalışanları çok fazla etkiliyor. Air condition ile havalandırılan ofislerde taze hava sirkülasyonu eğer kişi başına saniyede 10 litreden az ise, orada hasta bina sendromu riski artıyor.

Kişinin ısı ve ışık kontrolünü kendisinin yapabilmesi ya da kendisi yapamasa bile ne şekilde kimin değiştirdiğini bilmesi ve ona ulaşabilmesi çok önemli. O da hasta bina sendromunu etkileyen bir faktör. Temizliğin ve temizlenebilirliğin çalışılan ortamda az olması ve suyun kirlenmesi de bina faktörlerinden bir tanesi.

Neler yapıyoruz? Örnekler alıyoruz ve anketlerle şikâyetlerin araştırılmasıyla ortaya çıkarıyoruz. Hangi alanlarda bozukluklar varsa onun çözülmesi lazım.

Anket: Literatürde genellikle sayısal olarak değer belirlemek için Bina Semptom Endeksi diye bir endeks belirlenmiş. Bu, çalışan kişi başına düşen semptom sayısı olarak belirleniyor. Binaların kişilere etkilerinin karşılaştırılması için matematiksel bir değer. Çalışmalar bunlara göre yapılmış.

Ülkemizde de çalışanların sağlığına yönelik 17 Temmuz 2013 tarihli "İşyeri bina ve eklentilerinde alınacak sağlık ve güvenlik önlemlerine ilişkin yönetmelik" ve Dış ortam havasının kalitesini temin etmek üzere, 06 Haziran 2008 tarihli "Hava Kalitesini Değerlendirme ve Yönetme" yönetmeliği bu konuda mevcut mevzuattan örneklerdir.

Kendi yaptığımız çalışmalardan bir tanesinde İstanbul'daki üç farklı yapıda hastanede 145 çalışana anket yaptık. Yaş ortalamaları 33'tü. Yüzde 64 kadın, yüzde 36 erkek çalışan vardı. Bina semptom indeksi 4.06 ± 2 ile en düşük olan hastanede hiç air condition ile havalandırılan bir bölüm yoktu, tamamen pencere açarak havalandırılan bir bina idi. Tüm çalışanlarda kadınlarda 4.7 ile erkeklerde daha fazla di. Laboratuvarda çalışanlarda, servis ve

acil çalışanlarında daha fazla Hasta Bina Sendromu olduğu görüldü. Şikâyetler bölümlere göre değişiyor idi.

İkinci çalışmada ise tamamen air conditionla havalandırılan, aynı kurumun 3 farklı hastanesinden 387 çalışan anketimizi doldurdu. Birinci çalışmamıza benzer sonuçlar çıktı. Laboratuvar çalışanlarında yine en yüksek bina semptom indeksi görülüyordu. Acilde ve servis hemşirelerinde de yüksek idi. Anketi dolduranların yüzde 63'ü ortamın iyi havalandırılmadığını bildirdiler. “Ne yapıyorsunuz şikayetlerinizi düzeltmek için” diye sorduğumuzda da yüzde 16’sı “iş alanının dışına çıkıyorum”, yüzde 31’i “hiçbir şey yapmıyorum ya da yapmıyorum”, yüzde 17’si “binanın dışına çıkıyorum”, yüzde 16’sı da “ilaç alıyorum” dediler.

Bu çalışmaların sonuçları idarecilerle paylaşıldı ve çalışma ortamlarının düzeltilmesi anlamında kullanılması sağlandı. Unutmamalıyız ki, binaların altyapısını düzeltmek için harcadığımız para işgücü kaybına göre çok daha kost-efektiftir. Çalışanların da kendi çalışma ortamlarını düzenlemesi için yetkili kişiye ulaşabilmeleri ya da kendilerinin ısıyı, ışığı düzenleyebilmeleri çok önemlidir.

Peri Meram Arbak

Soruları alabiliriz.

Murat Demirer

Bir hastanede iş sağlığı ve güvenliği uzmanıyım. Cam kesmesi, özellikle ampul kesmesine yani ampul kırılmalarına bağlı yapılan çalışma var mıdır. Şiddeti yüksek bir olayla karşılaştım. Tendon, sinir kesilmesine kadar giden bir olaydı.

Mevlüde Karadağ

Cam kesiği dediğimizde daha çok ampülü kırarken olmaktadır. Ama daha çok öğrencilerde iğne ucu batması daha fazladır. Tek elle iğne ucunu kapatmaya çalışırken yaralanma daha fazladır. Tek başına ampul yaralanmasına ilişkin çalışmalar olabilir ama genelde yapılan çalışmalar kesici delici yaralanmalara ilişkin oldukları için tek başına ampul kesmesine ilişkin bir çalışma yaşamadım.

Murat Demirer

Şunun için söyledim, ampul kırmaya yönelik bazen kıracaklar kullanılıyor ancak genelde kullanılmıyor ve ciddi yaralanmalar oluyor. Benim söylemek istediğim bu konuda alternatif bir ürün geliştirilebilir mi?

Mevlüde Karadağ

Klasik olarak bazı kesiciler kullanılıyor, ancak onları da her zaman bulamıyorsunuz. En büyük koruyucuda kendinizi koruyacak ve sterilitiyi bozmayacak bir gazlı bez, mater-

yalle kırmak olabilir. Ancak kendine aşırı güven, acelecilik gibi durumlarda bu atlanıyor. Teknoloji çok ilerledi. Enjektörün iğne batmasını engellemek için enjeksiyonu yaptıktan sonra kendi içinde hapseden ve batmayı engelleyen materyaller yapıldı. Ampul konusunda da bunlar yapılabilir ama ben böyle bir tasarıma rastlamadım. Böyle bir çalışma yapılabilir aslında.

Katılımcı

Ben de bina sendromuyla ilgili sormak istiyorum. Binaların büyüklüğü ve işe gelinmeyen gün ile ilgili bir değerlendirme, bulgu var mı? Biliyorsunuz şehir hastaneleri yaygınlaşacak ve bu hastanelerde çalışanların baş ağrılarında artış olmuş. Sizin bu konuda İngiltere ve Almanya'da rastladığınız bir çalışma var mı? Şehir hastanelerinde hasta bina sendromuyla ilgili bir çalışma yapar mısınız? Böyle bir çalışmaya ihtiyacımız var.

Hilal Altınöz

Evet, binaların çalışma alanı hacimlerini ve büyüklüklerini sorguladık. Ancak buraya getiremedim. Hasta bina sendromu tanımında binanın büyüklüğü ilgili bir kriter yok. Çalışma da kaç kişiyle birlikte çalışıyorsunuz sorgulamasını da yapmıştık. Şehir hastanelerine yönelik özel bir çalışma yok ya da rastlamadım.

Hasan Oğan

Hasta bina sendromunda yer alan belirtilerin genel olarak bina dışına çıkıldığında geçtiği belirtiliyor. Ancak bu belirtilerin kalıcılığı ve de geçiş sürelerinin de net olarak ortaya konması gerekiyor. Yine de sekiz saatlik bir çalışma sürecinde ve genelde her gün bu septomları yaşamak oldukça sağlıklı bir durum.

Çalıştığım bir kurumda binada kullanılan malzemelerden sürekli ortama yayılan maddelerin yanısıra günde kilolarca temizlik malzemesi de solunuyor ve orada çalışanlar bunların etkilerinde kalıyor. Hastane ortamlarında kullanılan dezenfektan ve diğer temizleyici kimyasalların fazlalığı ve çeşitliliği yine bizlerce bilinen şey. Üçbin yataklı devasa şehir hastanelerinde hasta bina sendromu gerçekten önemli bir sorun olarak karşımıza çıkacaktır.

Peri Arbak

Kendime söz vererek gelecek kongre için şunu söylemek istiyorum. Hasta bina sendromu bizim geleceğimizi doğrudan ilgilendiren bir konu. Günde en az 8 saatimizi geçirdiğimiz iç ortam hava kirliliğinden söz ediyoruz. Bu bizi hipersensivite pnömonisi de yapabilir, mesleki astım da, hasta da yapabilir. Bu nedenle bir sonraki kongrede hasta bina sendromunun diğer yönlerinin de tartışılacağı bir oturum olarak yer verilmesi gerekir diye düşünüyorum.

KLİNİK UYGULAMALARDA ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN SAĞLIK RİSKLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Oturum Başkanı:

Yeter Kitiş

Gazi Ünv. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Klinik Uygulamalarda Öğrenci Hemşirelerin Sağlık Riskleri

Deniz Oruç

Düzce Ünv. Sağlık Yüksekokulu, THD

Uygulama Örneği Araştırma Sonucu

Merve Çakar

Düzce Ünv. Sağlık Yüksekokulu, THD

Sağlık Risklerinin Azaltılmasına Yönelik Çözüm Önerileri

Nuriye Yıldırım Şişman

Düzce Ünv. Sağlık Yüksekokulu, THD

KLİNİK UYGULAMALARDA ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN SAĞLIK RİSKLERİ

Deniz Oruç

Düzce Ünv. Sağlık Yüksekokulu, THD

Merhaba. Öncelikle bu toplantıya bizi davet ettiğiniz için çok teşekkür ediyorum. Bu yüzden düzenleme komitesine çok teşekkür ediyorum. Günlük uygulamalarda öğrencileri niye seçtik? Aslında bunu seçmemizdeki amacımızı sunumun sonunda daha ayrıntılı bir şekilde size açıklayacağız.

Sağlık çalışanları dediğimiz zaman işletmelerde tehlike sınıfları dediğimiz bir sınıf var. Bu tehlikeli sınıflara göre biz işletmeleri çok tehlikeli, tehlikeli ve az tehlikeli olarak sınıflandırıyoruz. Maalesef bizim çalıştığımız bütün sağlık çalışanları, burada sadece hemşireler değil, ebeler, doktorlar, diğer sağlık çalışanlarının hepsi çok tehlikeli sınıfta yer alan işlerde çalışıyorlar.

Çok tehlikeli sınıfta yer alan işler dediğimiz zaman aklımıza hep madenler, ağır kimya sanayii, metal sanayii geliyor. Fakat biz onlardan aslında daha çok tehlikelerle karşılaşılıyor. Neden? Bizim görünmez düşmanlarımız daha fazla. Özellikle bir işletmeye gittiğiniz zaman işin sahası demir çelik fabrikası olsun düşman karşınızda ve gözükür. Ona karşı önlemler alırsınız ve ona karşı alacağınız önlemler de kişisel koruyucular mühendislik önlemleri her türlü önlemi alacak makine teçhizatı yaratırsınız. Fakat sağlık çalışanlarının en büyük kişisel koruyucusu, 'bulabilirse' bir eldiven, bazen de toz maskesidir. Bunun haricinde başka bir kişisel koruyucu kullanmıyorsunuz...

Sunumda bazı gazete haberleriyle başlayacağım. Sonrasında toparlayacağım. Sunum 3 temel boyuttan oluşuyor. Ben karşılaşılan riskleri anlatacağım. Merve arkadaşımız yapmış olduğumuz çalışmada üniversite öğrencilerimizin nasıl algıladığını gösterecek. Nuri Hocamız da riskleri önlemede neler yapılabileceğini anlatacak. Üç arkadaşımızla ortak bir sunu hazırladık.

Belki karşılaştığımız, gazetelerde gördünüz. Ele iğne batması ve bir Hepatit C vakası... Yine bir meslektaşımızın KKKAdan hayatını kaybetmesi... Yine Samsun'da meydana gelen bir iğne batması sonucu bir meslektaşımızın hayatını kaybetmesi... Yine Ege'de AIDS paniği... Tabii, bunlar biyolojik risklere karşı, bunları göremiyoruz. Hastaya müdahale ediyorsunuz, özellikle yoğun olarak çalışılan servislerde acillerde, cerrahi servislerde, ameliyathanelerde bunlarla çok sık karşılaşabilirsiniz.

Son yılların en önemli konularından birisi de şiddet. Sağlıkta şiddet artarak devam ediyor. En son bu haftalarda bir dizi başladı ve onda da görüyoruz. Siyah beyaz aşk diye bir dizi var. Bir doktor hayatta kalabilmesi için bir mafyayla evlenmek zorunda. Herhalde bu da yakında bekâr hemşire veya doktorların kaçırılarak evlenmesine yol açacak. İnsanlara destek olacak bir film gibi duruyor. Bence bunlara da önlem alınmalı. Meslek kuruluşlarının bütün dizilerde, filmlerde sağlık çalışanları sanki farklı bir kişi, bunlara her şey yapabilirsiniz, bunlara her türlü davranabilirsiniz... Son yıllarda verilen subliminal mesajlar bunları sıklıkla görüyoruz.

Tabii, ne için bu şiddet haberleri verdim? Ben de sağlık camiasına Sinop Durağan Sağlık Meslek Lisesi'nde başladım. İlk iki yılım orada geçti. İyi ki üçüncü yılda bizi Yozgat'a sürdüler. Okulu kapattılar. Okulda aklınıza gelebilecek her türlü ihmal, istismar, şiddet, her şeyi yaşadık ve hepsine tanık oldum, bir kısmını kendim gördüm, bir kısmını da yaşadım. Şöyle söyleyeyim, dayak yemeden bir haftamız geçmezdi. Çünkü nerede psikopat hoca var hepsini oralara, yatılı okullara atmışlar. O yüzden öğrencileri almamızdaki bir neden de buydu. Öğrenciler daha çok risk altında. Çünkü size ne denilirse onu yapmak zorundasınız.

Sağlık çalışanlara baktığımız zaman da hemşireler çok büyük kısmı oluşturuyor. Bunun sağlık meslek liseleri var, üniversiteler var... Bunların sayısı da giderek artıyor. Biz yıllardır gerek Türk Hemşireler Derneği olsun, diğer meslek örgütlerimiz olsun sağlık meslek liselerinin kapatılması için uğraştık ama halen bunlar tekrar yeniden yeniden açılıyor.

Üniversitelerde son yıllarda diğer bölümlerde hoca arkadaşlarımız da burada, öğrenci sayımız giderek artıyor. 200-300-400 kişilik sınıflar... Bir sınıfta 400 öğrenci olur mu? Bizim Düzce Üniversitesi Hastanesi'nde 250 hemşire var, bizde 800 tane var. 800 öğrenciyi hastaneye çıkardığımız zaman başlı başına zaten herkese risk oluşturuyoruz. Ve biz bunlardan sağlıklı, güvenli çalışmalarını bekliyoruz. Bilimsel yayınlarda bir eğitmen başına en fazla uygulamalarda 8-10 hemşirenin çalıştırılması, öğrenci hemşirenin başında bulunması önerilirken, biz Nuri Hocamızla beraber staja çıkıyoruz, 100 öğrenci. 50'sine o bakıyor, 50'sine ben bakıyorum. Sadece bakmaktan başka bir şey yapamayız zaten.

Yine, silahlı yaralanmalar... Bu da moda oldu. Diyeceksiniz ki bunu niye koydun, bu da başıma geldi. 1998 yılıydı, Kocaeli Devlet Hastanesi'nde yaz stajımı gerçekleştiriyordum. 2. Sınıf öğrencisiyim. Hastanın birisi tuvalette kalp krizi geçirip hayatını kaybetti. Sonrasında içeriye iki tane beyefendi geldi. Adam Karadenizliymiş. Siz sağlıkçılar benim oğlumu öldürdünüz dedi. Allahtan yanında oğlu vardı tuttu. Tabii biz 2. sınıfız, girmişiz beyaz önlüğümüzle koridorda duruyoruz. Herkes kapıları kapattı gitti biz koridordayız, erkeğiz, uzun boyluyuz üzerimizde önlük var. Hemen önlüğü attık kaçtık arka kapıdan. Sene 98'de bu olay olmuştu ama bakıyorsunuz şimdi her ay bir doktoru hasta 'sen beni muayene etmedin' diye çekip silahını vurabiliyor.

Her tarafa girerken araniyorsunuz, hastaneye silah sokmak serbest. Yakında bomba fa-

lan her şeyi sokacaklar. İşte basına da burada da birkaç tane koydum. Silah sesleri yükseldi bir ölü! Kars'ta hastanede silahlar konuştu. Yine Bolu'da hastane müdürüne silahlı saldırı. En son İzmir'de bir operatörü biliyorsunuz bir hasta vurdu.

Bunun yanında hastanede hiç üzerinde fazla durmadığımız patlamalar da meydana geliyor. Bunlar da birkaç tane örneğini yine gazetede çıkan haberlerde görüyoruz.

Yine bir kısmımızın çalıştığı hasta nakil serviste çalışan arkadaşlarımız zamanla yarıştıkları için bu kötü yollarda hastayı sevk esnasında kendi hayatlarından olabiliyorlar.

Sağlık çalışanlarını bekleyen tehlikeler çok büyük. Özellikle öğrencileri bekleyen tehlikeler çok büyük. Öğrencileri almamızdaki bir diğer önem de şu: İş kazalarına baktığımız zaman da son 20 yıldaki istatistiklere baktığımız zaman kazaların en büyük kısmı işe başlanan ilk günde, ilk hafta, ilk ay ve bir yıl içerisinde gerçekleşiyor. Bunun da temel nedeni oryantasyon eğitimlerinin olmamasından kaynaklanıyor ve insanların bir de bizim insanlarımızın çok meraklı oluşu da buna etken. Bir kazaya geliyorsunuz herkes duruyor. Biz mesela İzmit'e döneceğim buradan, İzmit yolunda bir kaza olmuş olsa Ankara yönü tıkanıyor. Niye? Karşı taraftan gelen araçlar da duruyor izliyor çünkü meraklı bir toplumuz.

Size yine bir tavsiyem çok fazla meraklı olmayın. Uzun yaşamak istiyorsanız sadece yaşayacaksınız, meraklı olmayacaksınız, kalabalıktan uzak duracaksınız.

Bizden önceki sunularda da anlatıldı. Çalışanların biyolojik risklerle karşı karşıya kalması konusu... Evet. Allahtan bizi galiba melekler koruyor. Niçin melekler koruyor? Bizden önceki oturumda neredeyse öğrencilerin her birisi muhakkak elini kesici delici aletle yaralamış. Yaralamayan yok. Yine yapılan çalışmalara baktığımız zaman da her 4 çalışandan üçü muhakkak her yıl eline bu iğneleri veya bu materyalleri batırıyor, elini kesiyor. Allahtan bizi koruyorlar ki, kestığımız aleti kullandığımız hasta hasta değil. Zaten hasta olmuş olsa bize de bulaşacak.

Yine en fazla gördüğümüz biyolojik risklerden Hepatit B, C, HIV, sifiliz, herpes, KKKA bunlar en fazla karşılaşılan biyolojik riskler olarak karşımıza çıkıyor. Yine fiziksel riskler, bunu biraz gözardı ediyoruz. Biraz önceki oturumda da kapalı ortam kirliliğinden bahsedildi. Evet, kapalı ortam kirliliği sadece binanın ebadıyla alakalı olan bir şey değil. Dünyanın yapısında kullanılan bütün malzeme, inşaatın kumundan demirinden orada kullanılan mobilyasından, oturduğumuz sandalyenin üzerindeki döşemenin kalitesinden, üzerindeki boyanın kimyasallarından hepsinden etkileniyorsunuz. Bir de bunları kapalı ortama koyduğunuz zaman bunlar tamamen kapalı ortam içerisinde sizin sağlığınıza olumsuz yönde etkiliyor.

Bunlar nasıl sizin sağlığınıza fiziksel olarak etkiliyor? Biraz önceki sunumda dediler ki baş ağrısı şikâyeti fazla. Tabii ki fazla. Çünkü sizin çalıştığınız yerde gürültü de fazla.

Isı, o da fazla. Sıcaklık, o da fazla. Bazen bir bakıyorsunuz serviste özellikle ziyaret saatlerinde herhalde bir serviste 100-200 kişi oluyor. İçeride hava kalmıyor. Çünkü bugün yapılan hastanelerin çoğu merkezi havalandırma sistemiyle yapılıyor. Onlar yapılırken de o kadar kişinin oraya geleceği hesaplanmıyor. 10 tane hasta varsa en fazla 10-15 kişi gelir diyor adam. Ne bilsin 300 kişinin geleceğini?

Elektrik bizim için problem. Çünkü her tarafta elektrikli aletler kullanıyorsunuz. Bunlar da ortama ısı ve şıkı yayıyor. Bunun haricinde de siz bunlara takılıp düşebiliyorsunuz, elektriğe çarpılabiliyorsunuz.

Tozlar ve radyasyon en fazla fiziksel tehlikeler olarak karşımıza çıkıyor.

Kimyasal tehlikelere baktığımızda da, biz toplum olarak çamaşır suyunu çok seven bir toplumuz. Koku çok fazla olursa çok temiz olduğu anlaşılıyor. Hastanelerde görev yapan temizlik personeli de toplumdaki en bilinçsiz kesim. Siz buna günde 20 kilo çamaşır suyu verin, 20'sini de kullanır. Son yıllarda konsantre ürünler çıktı. Eskiden bir kova koyuyordunuz şimdi yarım kova koymanız gerekiyor. İnanmayıp yine bir kova koyuyorlar. Bilinçsiz kullanılan hastanelerde temizlik amacıyla kullanılan bir sürü dezenfektan var. Zaten ortam havalandırılmıyordu. Zaten yetersizdi. Kullanılan zemin malzemesi düzgün bir malzeme değildi. Ne oldu? Siz bütün bu dezenfektanları solunum yoluyla alıyorsunuz.

Yine, kullanılan antineoplastikler, kemoterapötikler, formaldehitler, bunlar da kimyasal tehlikeleri karşımıza çıkarıyor. Psikososyal tehlikeleri zaten söylemeye gerek yok. Her gün şiddete veya mobinge maruz kalmayan meslektaşımız yok. Ama bunu yaparken de hep konuşurken sistem üzerinden gidiyoruz ama biraz da iğneyi kendimize batıralım. Bizler de yapıyoruz. İçlerimizde yönetici olanlar, üst konumda olanlar var. Maalesef onlar da buna çanak tutuyor. O yüzden bizler kendi meslektaşlarımızı korumazsak yukarılara geldiğimiz zaman, bizi de gün geldiğinde kimse korumayacaktır.

Yangınlar, patlamalar maalesef çalıştığımız alanlarda fazla. Öğrencilerin kanları daha hızlı akıyor. Sayıları daha fazladır. Kontrol edemiyoruz çünkü bir hoca en az stajyere çıktığında 30-40 öğrenci düşüyor. 3-4 servise gitmek zorunda kalıyorlar. Öğrencilerle o yüzden korunmasız bir şekilde staja çıkarmak zorundasınız. Biz de bunları öğretmek zorundayız. Maalesef bunları bazı mesleklerde olduğu gibi laboratuvarında öğretmiyoruz her şeyi. Veyahut da hasta üzerinden göstermemiz gerekiyor. Öğrenci sayılarımızın çok yüksek olması da büyük bir risk... Öğrenci sayılarımız yüksek fakat akademisyen sayımız o kadar hızlı ilerlemiyor.

Teşekkürler.

UYGULAMA ÖRNEĞİ ARAŞTIRMA SONUCU

Merve Çakar

Düzce Üniv. Sağlık Yüksekokulu, THD

Herkese merhaba. Ben de sizlere hemşirelik öğrencilerinin karşılaştıkları sağlık risklerini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışma örneğinden bahsedeceğim.

Çalışma tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Eylül-Ekim ayları arasında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik öğrencileriyle yapılmıştır. Birinci ve ikinci sınıflar klinikte uzun süre zaman geçirmediikleri için 3. ve 4. Sınıftaki öğrenciler çalışmaya dahil edilmiştir ve ulaşılabilen 338 öğrenciyle çalışma yapılmıştır. Öğrencilerin yüzde 88'ine ulaşılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından bilgi toplama formu hemşirelik eğitimi stres ölçeğiyle toplanmıştır. Bilgi toplama formu araştırmacılar tarafından literatür incelemesi sonucunda oluşturulmuş 28 sorudan oluşan bir formdur ve öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf gibi tanımlayıcı özelliklerinin yanı sıra, klinik uygulamalarda karşılaştıkları sağlık risklerine ait sorular da içermektedir. Hemşirelik eğitimi stres ölçeği ise 32 maddeden oluşan bir ölçek. Akademik uygulama stresi olmak üzere iki alt boyutu var. Ölçekte de alınabilecek toplam puan 0 ve 96 arasında ve puanın yüksek olması hissedilen stresin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Bulgularımıza baktığımızda hemşirelik öğrencilerinin tanımlayıcı özelliklerini göstermektedir. Buna göre, öğrencilerin yüzde 88,2'si 19-22 yaş grubunda, yüzde 76,6'sı kadın, yüzde 50,6'sı 3'üncü sınıfa gitmekte, yüzde 49,4'ü de dördüncü sınıftadır.

Tablo 2'de hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamalarında karşılaştıkları sağlık risklerini görmekteyiz. Buna göre, öğrencilerin yüzde 89,6'sı uygulamalarda en sık iğne batmalarına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Kesici-delici alet yaralanması durumuna baktığımızda, öğrencilerin yüzde 27,8'i kesici-delici alet yaralanması yaşamıştır. Bunların yüzde 17,5'i de bir kez yaralanmaya maruz kalmıştır. Öğrencilerin yüzde 9,8'i yaralanmanın tedavi hazırlarken meydana geldiğini, yüzde 9,5'i de enjektör kapağı kapatırken meydana geldiğini belirtmiştir. Kesici-delici alet yaralanması sonrası öğrencilerin yüzde 15,4'ü sadece sabun ve suyla yıkama yapmış, yüzde 13'ü ise antiseptik solüsyonla yıkamayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Enfeksiyon etkenine maruz kalan yüzde 3 öğrencinin ise yüzde 70'i enfeksiyon komitesine hiçbir bildirimde bulunmamıştır.

Öğrencilerin yüzde 22,2'si uygulama sürecinde üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdik-

lerini belirtmiştir.

Uygulamalarda maruz kalınan fiziksel faktörlere baktığımızda ise hemşirelik öğrencilerinin yüzde 63'ü genellikle havalandırma yetersizliğine maruz kaldıklarını, yüzde 33,4'ü de aşırı sıcaklığa maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Uygulamalardaki hareketlere bağlı gelişen bazı problemlere baktığımızda, yüzde 69,5'inde alt ekstremitelerde ağrı yaşadıklarını, yüzde 48,8'le bel ağrısı yaşadıkları görülmüştür.

Öğrencilerin uygulamalardaki hareketler, bağlı tanı alan yüzde 5'i ise servikal, lumbal, herni tanısı aldıklarını belirtmişlerdir.

Uygulamada maruz kalınan kimyasal maddelerden öğrenciler yüzde 35,2 ile en çok dezenfektanlara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Ve kimyasal maddelere bağlı tanı alan yüzde 2,4 öğrenciden yüzde 50'si dezenfektan imitasyonu, yüzde 50'si de lateks alerjisine maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Öğrencilerin yüzde 7,4'ü uygulamalarda maruz kalınan travmalar olarak fiziki çevre nedeniyle düşme, çarpma gibi travmaların meydana geldiğini belirtmişlerdir.

Öğrencilerin yine yüzde 92'si ile büyük bir çoğunluğu uygulamada stres yaşama durumuna evet demişlerdir.

Strese bağlı yüzde 61,2 öğrencide yorgunluk yaşadığını ifade edilmiştir.

Uygulamada şiddet tehdidi yaşama durumuna baktığımızda, öğrencilerin yüzde 13,3'ü klinik uygulamaları sürecinde şiddet yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Şiddet çeşidi olarak da yüzde 8,6 ile sözel şiddet yaşadıklarını ve bunun yüzde 7,4'ünün hasta yakını tarafından uygulandığını ifade etmişlerdir.

Uygulamalarda sağlık risklerinin nedenleri sorulduğunda öğrenciler yüzde 58,9'u acele etmenin, yüzde 56,8'i fazla iş yükünün, yüzde 52,4'ü bilgi eksikliğinin sağlık risklerine neden olduğunu ifade etmişlerdir.

Öğrencilerin yüzde 1,2'si de stajlarda kalabalık olmanın sağlık risklerine neden olduğunu belirtmiştir.

Öğrencilerin sağlık risklerine yönelik önerileri sorulduğunda ise yüzde 10,4'ü hizmet içi eğitimin artırılması gerektiğini, yüzde 5,9'u etkin iletişimin sağlanması gerektiğini, yüzde 5,6'sı da koruyucu ekipmanın yeterli olmadığını, bunların artırılması gerektiği önerilerinde bulunmuşlardır.

Hemşirelik eğitimini stres ölçeğine baktığımızda, hemşirelik öğrencilerinin orta düzeyde akademik uygulama ve toplamda stres yaşadıkları belirlenmiştir.

Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine göre hemşirelik eğitiminin stres ölçeği puan ortalamalarına baktığımızda, cinsiyetin stres puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur. Buna göre, kız öğrenciler hemşirelik eğitimi sürecinde daha fazla stres yaşamaktadır.

Özetleyecek olursak, hemşirelik öğrencileri klinik uygulama genellikle iğne batmalarına maruz kalıyorlar ve bunu daha çok tedavi hazırlarken maruz kalıyorlar. Kesici-delici alet yaralanması sonrasıyla genellikle sabun ve suyla yıkama yapıyorlar ve bildirimde bulunmuyor.

Öğrenciler klinik uygulaması sırasında yaptıkları hareketlere bağlı alt ekstremitelerde ağrı meydana geldiğini belirtmişler ve öğrencilerin çoğunun uygulamalar sırasında stres yaşadıkları belirlenmiş.

Uygulamalar sırasında şiddet tehdidi yaşayan öğrencilerinse en çok hasta yakınları tarafından sözel şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur.

Öğrenciler, klinik uygulamalarda karşılaştıkları sağlık risklerine en çok acele etmenin ve fazla iş yükünün neden olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmaya katılan öğrencilerin orta düzeyde stres yaşadıkları kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre eğitim sürecinde daha fazla stres yaşadıkları tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, çalışma sonucunda belirlenen sağlık risklerinin bulunduğu bir ortamda bilgilerini uygulamaya dönüştürmeye çalışan öğrencilerin klinik uygulama sürecinde karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine uygun önlemlerin alınması gerekmektedir. Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim. İyi günler diliyorum.

SAĞLIK RİSKLERİNİN AZALTILMASINA YÖNELİK ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Nuriye Yıldırım Şişman

Düzce Ünv. Sağlık Yüksekokulu, THD

Merhaba. Öncelikle sabrınız için teşekkür ediyoruz. Kongrenin son oturumu... Son konuşmacısı olarak sizi çok yormadan kısaca literatürü de kullanarak çözüm önerilerini size sunmaya çalışacağım. Klinik deneyim hemşirelik öğrencileri için önemli. Teorik olarak öğrettiğimiz bilgi ve becerinin uygulamada kalıcılaştırılması ve pekiştirilmesi gerekiyor. Yasal olarak da yüzde 50 oranında uygulama saatimizin olması gerekiyor ki bu da 2300 saat gerçekten çok ciddi bir saat olarak karşımıza çıkıyor. Arkadaşlarım da söyledi, hemşirelik riskli bir meslek. Buna bağlı klinik uygulamalarına çıkan hemşirelik öğrencilerimizin de mesleki kaza ve hastalık geçirme olasılığı gerçekten çok çok yüksek. Yapılan çalışmalarda da bu oranlar ifade edildi.

Mesleğimizin riskli olması özellikle iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili uygulamaların yüksek müfredatının çok iyi entegre edilmesi gerekiyor.

Asistan çalışan güvenliği, önemli konulardan biridir. Öğrencilerimize eğitimleri sırasında bunu veriyoruz. Ama öğrencilerimiz de güvenli bir çalışma ortamında çalışmayı hak ediyorlar.

Sağlık alanında özellikle hasta güvenliği ve çalışan güvenliği önemli bileşenlerden biridir. Öğrenci güvenliği de çok bileşenli bir yapı. Tek başına öğretim elemanlarının çözebileceği bir yapı değil ne yazık ki. Sorunun farkında olsak da tek başına çözebilmemiz mümkün değil. Tüm paydaşlarla işbirliği içinde çalışmamız gerekiyor.

Klinik risklerini konuştuğumuz için ben ağırlıklı uygulamada hastaneleri aldım. Onun dışında da çıktığımız pek çok kurum var ve oralarda da sağlık problemleri var. Özellikle okul yöneticileri, eğitim olanakları öğrenci yanında hastanelerde çalışan yöneticiler, klinik hemşireleri ve iş sağlığı güvenliği birimi ve enfeksiyon komitesi bizim için önemli işbirliği paydaşları olarak karşımıza çıkıyor.

Öncelikle yapılan çalışmalar da gösteriyor ki, öğrencilerimizin çalışma ortamında güvenlik riskleri var. Buna göre planı oluşturmak zorundayız. Her okul kendi öğrencilerin güvenliğine yönelik sağlık risklerine yönelik eylem planı oluşturmakla yükümlü diye düşünüyorum. Özellikle her bir paydaşın biraz önce söylediğimiz öğrenci, öğretim ele-

manı, okul yönetimi ve hastane yönetimi, iş sağlığı birimi olmak üzere her bir paydaşın görev yetki ve sorumluluklarının yasal olarak tanımlanması gerekiyor. Özellikle hastane-okul işbirliği için protokollerin hazırlanması ve protokollerle de öğrenci güvenliğinin yer alması önemli.

Yine öğrencilerimizin özellikle yaptıkları klinik uygulamalardaki görev, yetkilerinin çok iyi açıklığa kavuşturulması ve bunun yasal zeminde ortaya konması gerekiyor ki bunlar özellikle öğrenci staj yönergelerimizin üniversitede kabul görüp hem öğrencilerimize hem çalıştığımız staja çıktığımız kurumlara da sunacağımız ortak işbirliğinde oluşturacağımız yapı içinde görev yetki ve sorumlulukların ortaya çıkması gerekiyor. Aynı zamanda öğrenci uygulamasında görev yapan eğitimcilerin de görev, yetki ve sorumluluklarının da çok iyi ortaya konması gerekiyor. Çünkü bazen öğretim elemanı sıkıntısı nedeniyle rehber, uygulama hemşiresi görevlendirmeleri var onlar için de kriter olması, en az lisans mezunu hemşirelerin olması ve öğrencilerimizin en az lisans mezunu hemşire gözetiminde işini yapması bizim için önemli.

Yine öğrenci güvenliği sürveyans sistemi önemli bir yapı diye düşünüyorum. Kayıt sistemi her zaman Türkiye'de sorun olmakta. Özellikle birden fazla kurum varsa bilgilerin tek elde toplanması ve bunun sorunun çözümüne yönelik özellikle planlamaların yapılması... Öğrenci güvenlik riskine yönelik kazalar, araştırmalar, sağlık kayıtları gibi verilerin tek elde toplanıp bunların özellikle koruma önlemi çalışmalarına yönelik zemin oluşturması, yapılan önlemlerin etkililiğinin değerlendirilmesi adına gerçekten ciddi anlamda sürveyans sistemini oluşturmak yükümlülüğümüz diye düşünüyorum.

Öncelikle risk analizinin yapılması gerekiyor. Biraz önce Merve'nin de sunduğu çalışma gösteriyor ki, öğrencilerimiz gerçekten pek çok riskle karşı karşıya. Bu riskleri belirledikten sonra artık yapmamız gereken uygulamalar önemli.

Yine klinikte yapılan kazalara yönelik raporlama sistemi çok önemli diye düşünüyorum. Çünkü bu kazaların bir daha oluşmaması gerekiyor. Bakıyoruz, çalışmamızda dört aynı kazayı yaşayan öğrencimiz var. O yüzden de bu raporlama ve önlemeye yönelik etkili bir sürecin oluşması gerekiyor. Özellikle hastanenin oluşan kazalara dair okulu bilgilendirmesi ve bildirmeye yönelik de uygulamaların yapılması önemli.

Temel bir sorunumuz bizim çalışmamızda da aynı, literatürde de aynı. Öğrencilerimiz kaza ya da yaralanma geçiriyor ama ne yazık ki bunu bizleri ifade etmiyor. Kuruma ifade etmiyor. Bu da yasal süreç içerisinde kaza raporu olarak karşımıza çıkmıyor. Bu çok önemli bir sorun. Bu konuda öğrencilerimizi gerçekten bilinçlendirmemiz gerekiyor. Yaşadıkları kaza ve yaralanmaları raporlamaları gerekiyor. Tabi bunun için bir iş akışı da gerekiyor. Çalışanlar için iş sağlığı biriminin oluşturduğu bir iş akışı var. Ama öğrencilerimiz için oluşturdukları temel bizim okulların da belki birlikte oluşturabileceğimiz bir iş akışı şemasının olması gerek öğrenci kaza olduğunda kime başvuracak ne yapacak. Hangi önlemler alınacak. Bunun çok iyi ortaya konması da önemli diye düşünüyorum.

Özellikle öğrencilerimizin iş kazası geçirdiğinde yaralanan, hastalanan öğrencilerin bakım, tedavi izlemlerinin yapılması da önemlidir. Öğrencimiz kaza geçiriyor, raporlanıyor ama sonrasını da takip etmek zorundayız. Burada da sıkıntı var. Literatür gösteriyor ki, öğrencilerin çoğu kaza yaşadktan sonra çok fazla izlenmiyor. Ne olduklarına bakılmıyor. Akut dönemde yapılsa bile daha sonra bunun uzun vadede izlenimi sağlanmıyor. Bu yüzden biraz önce söyledim çalışanlarda olduğu gibi bizim öğrencilerimizi de iş akışının oluşması, kazaların takip izlemesi yapılacağına dair bir sürecin oluşturulması gerekiyor.

Bağışıklık önemli bir konudur. Biraz önce arkadaşlarımız da söyledi. Bağışıklığı olmayan öğrencilerin bağışıklığının sağlanması ve bu kayıtların tutulması önemli çünkü gerçekten çok ciddi anlamda riskleri var.

Öğrencilerimizin sağlık muayenesinin aralıklı olarak yapılması, bu da önemlidir. Kayıtlarının tutulması, öğrencilerimizin izlenmesi gerçekten çok çok önemli ki artık İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanununda zaten aralıklı muayenelerinin yapılması hususunda ciddi anlamda etkinliği var.

Yine araştırmalar yürütmek zorundasınız ki, literatüre baktığımızda biraz önce sunan hocamız da bu konuda sıkıntılı olduğunu, az araştırmalar olduğunu söylemişti. Her okul kendi öğrencisinin geçirdiği iş kazası meslek hastalıkları, iş sağlığı ve güvenliği önlemlerine uyum gibi pek çok konuda aralıklarla araştırma yapıp bu araştırma sonucuna yönelik de uygulamalar yapmak zorunda ve bu uygulamaların etkinliğini de değerlendirmek zorunda diye düşünüyorum.

Eğitim önemli. Zaten hemşirelik eğitimi diyoruz bu eğitim içerisinde özellikle davranış değişikliği oluşturan iş güvenliğine yönelik ve sürdüren eğitimler yapmak zorundayız. Pek çok konuda öğrencilerin ihtiyacı var.

Zaten artık iş sağlığı ve güvenliği kanununa göre öğrencilerimiz staja çıkmadan önce en az 16 saatlik bir iş sağlığı ve güvenliği eğitimi almak zorunda. Bunu iyi kullanmanın gerekliliğine inanıyorum. Hem eğitimlerimizin hem de öğrenci müfredatlarında yer alan öğrenci güvenlikleri konularının özellikle verilisinin ve etkinliğinin değerlendirilmesi ve eğitim yöntemlerinin buna göre güncellenmesi gerektiği önemli bir konu.

Öğrencilerimizin eğitim ihtiyaçlarının aralıklı belirlenmesi önemli. Çünkü her sınıfta öğrencilerimiz kliniğe çıkıyor. Birinci sınıftan itibaren başlayarak ve her derste farklı kliniklere çıkıyorlar ve farklı yönleri ile farklı iş beklentileri var. O yüzden aralıklı eğitim ihtiyaçlarını saptayıp buna yönelik eksikliklerinin tamamlamak zorundayız.

Verdiğimiz eğitimlerin kayıtlarını tutmak önemli. Çünkü bazen öğrencilerimiz bu eğitimlere gelmeyebiliyor. Bunlar da önemli, sonrasında kazalara ve yaralanmalara neden olabiliyor.

Literatürde güzel örnekler var. Birkaç tane sıklımadan vereceğim. Özellikle bu çok hoşuma gitti. İş mevzuatına göre İngiltere ve Avustralya iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına göre hazırlanan risk yönetim sürecini hemşirelik okulları kendi klinik izlem ve değerlendirilmelerinde birebir uygulamışlar. Ve bu uygulamalar sonucunda öğrencilerinde ciddi düzeyde bir farkındalık oluşturduklarını ifade ediyorlar. Klinikte karşılaştıkları tehlikeleri tanımlamışlar. Öğrencilerin bunlara yönelik farkındalıklarını artırmışlar. Tehlikelerin risklerini değerlendirmişler. Zarar ve hasarın neler olabileceğini, olasılıklarını öğrencilerle birlikte hesaplamışlar.

Daha sonra bu risklerin azaltılmasına yönelik önlemler, yönetsel önlemler, kişisel koruyucu kullanma gibi önlemleri birlikte tartışmışlar. Nelerin yapılabileceğini tartışmışlar. Daha sonra da bu alınan önlemlerin değerlendirmesini yapmışlar. Ve bu süreci gerçekten öğrencilerin sistematik bir şekilde düşünmelerini sağladığını ve öğrencilerin kendi bakımlarına yönelik, süreçleri yönetmelerinde kendilerine olan güveni artırdığını göstermiş. Bu tür çalışmalar da uygulanabilir.

Yine yapılan eğitimler özellikle kas iskelet sistemine yönelik hastalıkların önlenmesine yönelik güvenli hasta taşıma modülü müfredata girmiş ABD'de. Yine simülasyon ve işlem basamaklarıyla özellikle iğne batma oranlarının ve maruziyet oranlarının düştüğü gösterilmiş ki ülkemizde de artık simülasyon kullanımı eğitimimize girmiş durumda.

Sürveyans sistemi dedik, araştırmalarda öğrenci kayıtlarından gelen verilerin özellikle okul yönetimiyle hastane yönetimiyle iş sağlığı güvenliği birimiyle birlikte değerlendirilerek çözüm önerilerinin tartışılması, risklere yönelik önlemlerin alınması ve etkilerinin izlenmesi gerçekten önemli.

Öğrencilerimizin güvenli davranışları sergilemesi için motive edebiliriz. Özellikle öğrenci güvelliğiyle ilgili katkısı olan öğrencilerimizi motive edip ödüllendirebiliriz. Öğrencilerin sağlıklarını korumak çok önemlidir. Sağlıklı bir birey etkili bir bakım verir. Yine hemşire öğrencilerimizin sağlıklı beslenmeleri, uyku ve dinlenmeleri sağlamak gerekir. Biraz önce hemşirelerin stres düzeyi orta dedik ama çoğunlukla hemşirelik çok stresli bir meslek. Teoriyi bir hastanın önünde uygulama bazından öğrencilerimizin yaşadıkları stresle baş etmeleri kuvvetlendirmek yönünde destek olmak zorundayız.

Biraz önce Deniz hocam da bahsetti, sağlık alanında öğrenci sayımız çok yüksek ve giderek artıyor. Ama ne yazık ki o alanda eğitim elemanı artmıyor. Bir öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı en son yapılan çalışmamızda 70 olarak belirlenmiş. Bu sayı dünya rakamlarına baktığımızda 5 kat fazla bir rakam. Bu da klinikte öğrenciye rehberlik ve danışmanlık yapma süremizi kısıtlıyor saha uygulamalarında. Çünkü öğrenciyle bire bir çalışma zorundasınız klinikle. Teoride grup çalışmaları olabiliyor ama klinikte bire bir çalışmak çok önemli. Bu alanda da öğrenci sayılarını azaltılması gerçekten ciddi bir isteğimiz.

Kliniklerde -biraz önce söyledim- öğretim elemanı sınırı nedeniyle eğitim hemşiresi, rehber hemşiresi ve uygulama hemşiresi arkadaşlar görevlendiriliyor. Onların görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, oryantasyon yapılması, öğrenci danışmanlığı yönünde eğitimleri gerçekten çok çok önemli.

Oryantasyon eğitimi dedik biraz önce. Öğrencimiz için de, öğretim elemanı ve rehberimiz için de oryantasyon çok önemli. Özellikle ilk defa çıkılan kliniklerde. Çünkü her kliniğin kendine özgü bir yapısı var.

Olumlu ilişkiler her zaman çok önemli ama yapılan çalışmalar gösteriyor ki, klinikteki olumlu ilişkiler öğrencilerimizin öğrenme düzeyini yükseltiyor. Bunu da sağlayacak temel yapı rehber öğretim elemanları özellikle ekip içerisinde öğrencilerimizle birlikte olumlu bir çalışma ortamı sağlamakla yükümlüüz.

Öğrencilerimizin klinikte yaşadığı güçlükleri bize kolaylıkla anlatabilmeleri için ortam sağlamak, onların görüşlerine göre önlemler almakla yükümlüüz. Hastane yönetimiyle toplantılar düzenlemek gibi...

Kısaca toparlarsam, aslında güvenlik kültürü çocukluktan aileyle birlikte başlaması, eğitim kurumlarıyla desteklenmesi, mesleki sürece geldiğinde de hemşirelik eğitiminde özellikle hasta güvenliği, çalışan güvenliği yanında öğrenci güvenliğinin de iş güvenliği kapsamında özellikle hemşirelik müfredatına girmesi ve bunun etkili bir şekilde öğrencilerimize öğretilmesi gerekiyor. Bu yapı, öğrenci kültürünün oluşturulması önemli diye düşünüyorum.

Sabrınız için çok teşekkür ediyorum.

Serap Erkan

Öğrencilerinizin yaşamış olduğu iş kazalarını iş kazası bildirimini olarak SGK'ya yapıyor musunuz?

Deniz Oruç

Öğrencileri bildiremiyoruz. Şimdi bizdeki sıkıntı şu. Bizim derslerimiz staj ve uygulama olarak iki kısımdan oluşuyor. Sadece intörlük döneminde olabiliyor. Birde dersin staj durumu var. Örneğin dahiliye dersi alıyorsunuz ve dahiliye stajı yapıyorsunuz. Bu bir ders olduğu zaman sigortalama yapamıyoruz. Ama intörn dönemine geldiği zaman intörn öğrencilerimizin sigortalarını yapıyoruz ve bildirme şansına sahip oluyorsunuz. İş kazası bildirimini şu an sadece sigortalılara yapılıyor. Kamu çalışanları için ek bir form var, o form doldurularak SGK'ya gönderiliyor. Öğrenciler staj yaptıklarında hastanelerde çalışıyor gözüküyorlar bu yüzden bildiremiyoruz.

Serap Erkan

Eğer öğrenciler staja çıkıp uygulamaya başlıyorlarsa sigortalarının da yapılması gerekir.

Deniz Oruç

Şöyle ki, biz derslerin uygulamalarını laboratuvarlarda yapıyorduk. Ama sağlıkta böyle değil. Belki biz de ilerleyen dönemlerde ilk iki yıl tüm dersleri derslikte yapıp uygulamalarını özel geliştirdiğimiz laboratuvarlarda gerçekleştirebilirsek ancak o zaman son 1,5 yılı intörn olarak bütün staj görenleri o zaman hastaneye çıkarabiliriz. Ama uygulamalarda görüyoruz ki birinci sınıf ikinci dönem bütün öğrenciler hastaneye çıkıyor.

Serap Erkan

Sağlık meslek liselerinde sigortası yapıldığı için onların iş kazası bildirimleri yapılıyor.

Deniz Oruç

Sağlık meslek lisesi öğrencileri staja çıktıkları zaman onlar stajı ders olarak alıyor. Bizde ise 2300 saat uygulama yapmak zorundasınız. Dersin büyük bir kısmı dersin uygulaması. Bize aslında denilen şu: Dersin uygulamalarını kendi beceri laboratuvarlarında yap.

Katılımcı

Hocam müsaadenizle ben de katkıda bulunmak istiyorum. Ege Üniversitesi'nde 2006'dan beri araştırma görevlisiyim. Uzun zamandır stajlara çıkıyorum. Son 2 yıldır bölümümüzde SGK yapılıyor. Hatta şöyle bir şey de var. Ayın 15'ine kadar öğrencinin devamsızlık yaptığını bildirirsek SGK'sını düşürmek gibi bir durumumuz da var. Bu yıl şöyle bir şey oldu: Geçen yıl öğrencilerin bir dava süreçleri oldu. Biz stajlardan ücret alamıyoruz, ücret almak istiyoruz dediler. Bu yıl itibariyle bazı öğrenciler iş sağlığı eğitimine gidiyorlar ve öğrenciler o belgeleri hastaneye teslim etmeleri halinde hastaneden ücret alabilecek hale geldiler. Üniversite hastanelerinden ücret almıyorlar ama devlet hastanelerinden ücret alabiliyorlar ve SGK'ları oluyor. Aynı zamanda geçen yıl iş kazası oldu bir öğrencimizin sanıyorum iğne batmayla ilgili... Bazı dokümanlar dolduruldu, iş sağlığı birimiyle üniversite arasında iletişim süreci devam etti ve iş kazası olarak da bildirim yapıldı. Böyle bir uygulamanın başladığı yönünde de bir paylaşımında bulunmak istedim.

Yeter Kitiş

Genel olarak bu konuda bir karışıklık var. Eğitimle ilgili bir çalışma yapılmıştı. Sahadan gelen örnekler birçok farklılıklar olduğunu gösteriyor. Evet, öğrencilerin sigortaları yapılıyor. Mesela Ankara'da öğrenciler alana çıktıkları andan itibaren sigortalanıyor. Ancak öğrencilere herhangi bir ücret ödemesi şu ana kadar gerçekleşmiş değil.

Yeni dönem karşımıza çıkan bir şey, kamu hastaneleri öğrencilere para vermek zorunda olduğunu düşündüğü için öğrenciyi uygulamaya almayı kabul etmiyor. Herkes intörn öğrenci istiyor, son sınıf öğrencisi. Çünkü çok ciddi bir iş gücü. Ama kimse alt sınıflar-

dan öğrenci istemiyor. Açık ve net olarak “Biz birinci sınıf istemiyoruz, ikinci istemiyoruz, üçe para vermeyiz, dört gelsin” diyorlar. Türkiye genelinde bir karmaşa var. YÖK bir düzenleme yapacak mı, bilemiyorum.

Katılımcı

Geçen ay ebelik kongresinde vardı ve kongrede bir bakanlık temsilcisi “biz hata yaptık, şapkamızı çıkartıp önümüze koyalım. Biz sayıyı çok yüksek tuttuk, olması gerekenden çok fazla sayıda öğrenci var. Şimdi YÖK’le çok yakın görüşmelerimiz var.” Hatta şöyle de bir ekleme yaptılar “ebe ve hemşire yardımcısı olanlar var. Onlar şimdi biz küçüğüz, büyüyünce ebe, hemşire olacağız diyorlar. Bir de bununla uğraşacağız bu yüzden bunları sağlık bakım teknikeri olarak tek bir isim altında toplamak gerekir ve devlete bağlı sağlık meslek liseleri kapatılmalıdır. Özel liselere sermaye yatırımı yaptıkları için bir şey yapamıyoruz” dediler.

Katılımcı

Öğrenci arkadaşlarımızın sahaya çıkması için 16 saatlik bir eğitimden bahsedildi, katılım belgesi veriyorsunuz. Normal eğitim müfredatında, lisans derecesinde iş sağlığı ve güvenliği uygulama dersi olamaz mı? Ne düşünüyorsunuz? Çünkü sağlık çalışanlarına yönelik gayri resmi yapılan çalışmalar baktığınız zaman yaralanmalar metal sektörden sonra üçüncü sırada yer alıyor. Çalıştığım kurumda altmışa yakın stajyer öğrenci var, iş kazası olduğunda kayıt sistemi yok deniyor. Bence bu konuda eğitim önemli.

Katılımcı

Bende müfredatın içerisine iş sağlığı ve güvenliği eğitiminin olmasından yanayım. Ben bir klinikte çalışıyorum. Hemşireyim. Hemşire yardımcıları ve sağlık bakım teknisyenleri çalışmaya başladılar. Görev tanımları net değil. Bu noktada personele iş yaptırıyorlar. Onlar hemşirelerden daha fazla baskı, risk altındalar. Çocuklar ve daha neyle karşı karşıya olduklarının farkında değil. Aileleri bu çocukların koli taşımaları için on bin TL para veriyorlar. Şunu da söylemek istiyorum. Güvenlik bir kültürdür. Bazı ülkelerde okulda, okul güvenliğinden başlıyor. Kanada gibi ülkelerde su güvenliği, araç güvenliği gibi birçok alanda düzenlenmiş bir şey. Bizim ülkemizde güvenlik kültürünü oluşturmak gerçekten zor. Burada da akademisyenlere çok görev düştüğünü düşünüyorum. Müfredatın içerisine işçi sağlığı ve güvenliği, aynı zamanda da hasta güvenliğinin beraberinde yerleşmesi ve bu konuda çaba harcanması gerektiğini düşünüyorum.

Deniz Oruç

Kamu Hastaneleri Birliği’nden bizden öğrenci istemiyorlar. Buna paralel olarak da hastaneler şimdi şunu istiyor. Hastaneler iş sağlığı ve güvenliği temel eğitimi aldığınıza dair belge getirin, aksi takdirde sizi stajyer olarak kabul etmeyeceğiz diye. Biz iş sağlığı hemşireliği dersini müfredatımıza almış durumdayız. Fakat bildiğiniz gibi 6331 sayılı İş Sağlığı ve İş Güvenliği Kanunu’nda biraz önce de söylediğim gibi, biz çok tehlikeli sınıfta çalışan iş yerlerinde çalışıyoruz. Dolayısıyla yılda 16 saat eğitim almak zorundayız. Dersi

birinci sınıfta koysak ikinci sınıfta yine vermek zorundasınız. Üçte ve dörtte yine vermek zorundasınız. Kurumların da işine geldiği için siz önce eğitimi alın öyle gelin diyorlar bize. Ben birçok yerde görüyorum eğitim almıştır diye geliyorlar. Okul müdürleri ve öğretmenler bir kâğıt imzalıyor ve onlar şu an giriyor. Biz öğrencilere bu yıl konferans şeklinde iki gün toplam 16 saat olmak üzere iş sağlığı ve eğitimi dersi verdik. Tabii ki bu yeterli mi? Değil, çünkü çok kalabalık bir gruptu. Sizin de tahmin edebileceğiniz gibi 700-800 kişilik bir gruba iki gün boyunca eğitim verdik. Yasa gereği bu kadar kalabalık kişiye eğitim veremiyorsunuz. Fakat 800 kişiyi 30'arlı gruplar şeklinde yaptığımız zaman 16 saat eğitim verdim diye kalktığınız zaman bu eğitimi kim verecek?

Yanlış düşünülen bir şey de şu: 16 saat üst üste almak zorunda değilsiniz. Bu bir yıl içerisinde yayılarak alabileceğiniz bir eğitim. Ve 16 saati de iş sağlığı ve güvenliği uzmanı vermek zorunda değil. Uzman belki iki saat eğitim verecek, geri kalanını işin uzmanı bir hoca verebilir. Çünkü bizim çalıştığımız servislerin her birinin riski farklı. Dahiliyede çalışıyorsanız dahiliyede sorumlu bir hocanın da riskleri anlatan eğitmenin yanında yer alması gerekiyor. Yani yıl içerisinde toplam 16 saat eğitim aldığınızda siz yükümlülüğünüzü yerine getirmiş oluyorsunuz. Ama bu bir takvim yılı içerisinde. Bizden istenen öğrencilerin 16 saat eğitim aldığına dair belge vermemiz. Dediğim gibi bizler bunları müfredatımıza koyuyoruz, bütün derslerde ana bilim derslerinde var. Mesleki riskler olarak anlatıyoruz iş sağlığı ve güvenliği olarak değil. Ama yasa şunu söylüyor, her yıl 16 saat olacak.

Peri Arbak

Bir şey söylemek istiyorum. Sevgili Hasan Hocama da söylüyorum. Hemşirelik dernekleri, Türk Tabipleri Birliği... Bütün bu kuruluşlar şu andan itibaren önlerine bir hedef koysalar, bu tür toplantılarda öğrenciler veya sağlıkçılar işçi sağlığı iş güvenliği kurallarını esprili şekilde anlattıkları eğitsel videolar hazırlasalar ve bu videolar bir yarışmayla birlikte ödüllendirilse... Çünkü Youtube'a girdiğiniz zaman, diyelim hasta nasıl düzgün taşınır çok gırgır bir şekilde anlatmışlar. Ya da hastanede karşılaşılabilecek sorunlar... Biraz önce hocalarımın biri, afiş ve okumaya dair materyali söyledi. Ancak, yeniçanın çocukları ellerinde bilgisayarlarla telefonlarla video seyrediyorlar. Ben hastanede de görüyorum. Bu eğitim materyallerini biraz çeşitlendirsek diyorum. Bunu ciddiyetle düşünmenizi isterim. Kısa, 3-5 dakikalık işçi sağlığı ve iş güvenliği konularına odaklanan eğitim videoları... Espirili bir dille de olabilir, daha ciddi de olabilir. Sözel değil, daha çok davranışsal eğitime odaklanan...

Hasan Oğan

Katılıyorum. Şöyle söyleyeyim. Bunu yarınki oturumda da öneri olarak da getireceğim. Konuyu açtığınız için teşekkürler.

Bir reklam şirketi bize sosyal etkinlik çerçevesinde şiddetle ilgili radyo spotu tarzında bir şeyler yapmaya çalıştı. Ancak maliyet ve diğer bazı nedenlerden dolayı uygulanması ol-

dukça zor. Youtube daha kolay kullanılabilir bir alan. Hemşire ve doktor arkadaşlar kendi sorularını çok doğal şekilde hazırlayabilirler. İlla ki profesyonel olarak hazırlanmasına gerek yok. Bireysel çalışmalar yapılabilir. Ersin Arslan arkadaşımızın ölümüyle birlikte birçok arkadaşımız bu tarz çalışmalar yaptılar. Kendi içtenliğimizle çözüm üretme şekline dönüştürmemiz lazım bunları.

Yeter Kitiş

Katkılarınız için çok teşekkürler. Konuşmacılarımıza da ayrıca teşekkür ediyorum. Hepinize iyi akşamlar diliyorum.

DİŞHEKİMLİĞİNE ÖZGÜ MESLEKİ TEHLİKE-RİSKLER

Oturum Başkanı:

Neslihan Sevim
Türk Dişhekimleri Birliği

Dişhekimliğinde Mesleki Solunum Hastalıkları

İbrahim Akkurt
Göğüs Hastalıkları Uzm. - İş ve Meslek Hastalıkları Uzm.

Mesleki Üst Ekstremitte Sorunları

Sinan Adıyaman
Ankara Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji AD, El Cerrahisi BD

Dişhekimliğinde Görülen Mesleki Cilt Hastalıkları

Orkun Erden
Ankara Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hast. Dermatoloji Kliniği

DIŞ HEKİMLİĞİNDE MESLEKİ SOLUNUM HASTALIKLARI

İbrahim Akkurt

Göğüs Hastalıkları Uzmanı / İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı

Teşekkürler Sayın Başkan. Değerli konuklar, hepimize öncelikle teşekkür ediyorum Pazar günü herkesin ailesiyle, çoluk çocuğuyla ya da başka aktivitelerinin olduğu bir günde zaman ayırarak geldiğiniz için. Ben bu salonda her konuştuğumda çok heyecan duyuyorum. Birincisi böyle elit bir topluluğa konuşmak ikincisi de 1986 yılında burada diplomamı aldığımdaki o heyecanı her seferinde nedense aklıma geliyor. O yüzden sesimin titremesi için şimdiden kusura bakmayın.

Diş hekimliğimde mesleki solunum hastalıklarını bu başlıklar altında çok kısaca özetlemek istiyorum. Öncelikle ‘diş hekimliğinde karşılaşılan genel riskler nelerdir?’ Şöyle bir gruplama yaptığımız zaman fiziksel riskler tabii ki ön planda. Vibrasyon, ses, ışık, ısı değişiklikleri ve solunum sistemi açısından özellikle toz burada önemli bir konu. Çalışma alanı, aygıtlar konusundaki riskleri ve etkilerini Sinan Hoca eminim bahsedecektir. Kimyasallardan, gazlar, duman, sıvı, buhar oldukça önemlidir. Ergonomik sorunlardan yine bu oturumda çokça bahsedilecektir. Biyolojik sorunlar hemen her sistemi ilgilendirebilen enfeksiyon ajanları, viral bakteriyel mantarlar, radyasyon, iyonize ışınlar ve biraz önce sayın başkanın bahsettiği çalışma yaşamının iyice artık çok seri hale dönüştüğü psikososyal riskler oldukça önemlidir. Böyle bir sınıflama bizim klasik kitaplarda hep bahsedilen bir sınıflamaydı. Ama ne ilave olmuş diye bu konuşmayı hazırlarken baktığımda bir iki ay önce Hırvatistan’dan bir yayında biyolojik, biyomekanik, kimyasal, fiziksel ve psikolojik riskleri biraz daha konsolide etmişler. Yani çerçeveyi biraz daha anlaşılır bir hale getirdiklerini görüyoruz.

Bunların kişiler üzerinde, diş hekimleri üzerinde ya da diş hekimliği uygulamaları yapan çalışanlar üzerindeki etkileri nedir diye araştırdığımda yine geçen sene Hırvatlar’ın yaptığı bir çalışmayı gördüm. Hırvatlar bu konuda son yıllarda ciddi çalışmalar yapıyorlar. Onlara ilk başta baktığımda aslında solunum sisteminin burada ilk plana alınmasını neredeyse soru işareti bırakır hale getiriyor. Yani diş hekimleri ya da diş hekimliği ile ilgilenenlerde anket çalışması sonucunda 506 kişinin söylemiyle en çok sırt bel ağrıları yaşanıyor. Yani burada en çok Sinan Hoca’ya iş düşecek. İkinci sırada görme sorunları, cilt sorunları, işitme sorunları var. Konu böyle mi diye biraz daha bakınca, diş hekimliği uygulamalarında özellikle her aşamada çalışanların sorunlarının tedavi edilebilirliğine bakınca işte burada solunum sistemi hastalıklarının da tedaviyi gerektiren dördüncü

grupta olduğunu görmüş oluyoruz. Peki, 'solunum sisteminin maruz kaldığı riskler nedir' diye irdelediğimizde en başta olan silisyum, silikatlar, alüminyum oksitler, kısmen de olsa asbest lifleri, metallere, enfeksiyon ajanları, alerjik olaylar yine ergonomik koşulların solunum sistemi üzerine olası etkileri gibi özetlenebilir. Burada dış hekimlerini konuşuyoruz ama baktığımız zaman solunum sisteminin tüm çalışanlar için şöyle birebir fizyopatolojik yaklaşımını görürsek konuyu biraz daha somutlaştırmış oluruz düşüncesindeyim.

Solunum sistemi hepimizin ya da çoğumuzun bildiği gibi dışa açık olan en büyük sistem. Yani en babayiğit kişide cilt en fazla iki metrekaareye yaklaşırken solunum sistemi yetmiş metrekaarelik bir alanla dışa açık ve o nedenle ortamda asılı bulunan her türlü toza, gaza, partiküllere maruziyeti en fazla olan bir organdır. Bu maruziyetin bir etki oluşturması, maruz kalınan maddelerin şekline bağlıdır. Eni boyuna eşit olan tozlara partikül, boyu eninin üç misliden fazla olanlara lifsel tozlar diyoruz. Bunların etkinliği daha çok partiküllerin ya da gazların, dumanların büyüklüklerine de bağlıdır. On mikrondan fazla olanlar genellikle bir arada tutuldukları için koruyucu bariyere takılırlar, solunum yollarında çok fazla etki göstermezler diye klasik kitapların hepsinde yazılmaktadır. Bunun dışındakiler yani 5 ile 10 mikron arasında olanlar üst solunum yollarında etki gösterirler. İşte 0,1 ve 5 mikron arasında olanlar alt solunum yollarında, 0,1 mikronun altında olanlar -bizim eski klasik kitaplarda denilirdi ki bunlarda 10 mikronun üzerinde olanlar kadar- etkisizdir. Çünkü aerodinamik hareketlerle solunum sistemine girdiklerinde çoğunluğu eğer kişinin solunum savunma mekanizmasında ciddi bir hasar yoksa dışarı atılırlar. Ama maalesef 10 yıl önce hatta ondan da önce bir teknoloji yaşamımıza girdi ve bu teknolojinin ana maddesi 0,1 mikronun altındaki partiküllerden oluşuyor ki buna da nano partiküller denilir. Bunun aslında o kadar masum olmadığı, hatta solunum sistemine gelmeden de etki ettiği, solunum sisteminde de ciddi etkilerinin olduğu iki ayrı bir panel konusu olabilecek çok ciddi etkilerinin olduğu görülmeye başlandı.

Maruz kalınan maddelerin yoğunlukları da çok önemlidir. Kabaca hepimiz deriz 'ortam çok tozlu, az tozlu, tozun zerresi yoktu' diye. Bunun da yine klasik kitaplardaki karşılığı çok tozlu deyince bir ortama girip göz gözü görmüyorsa ortam kabaca 10 mikrogram metre küpün üzerindedir. Her taraf toz duman içinde kalmışsa 5, sadece yerlerde hafif toz varsa kabaca 2 mg/m³ diye ifade ediliyor. Maruz kalınan her ne olursa olsun etkinliği iki özelliğe bağlı. Suda çözünabilirliğine ve solunum seviyesine ulaşılabilirliğine bağlıdır. Suda çözünürlüğü ne kadar az ise üst solunum yollarında daha ilk hedefte etki etme potansiyeli o kadar yüksektir. Solunum seviyesine ulaşılabilirlik ne kadar fazla ise etkilerin ilk maruziyetle ortaya çıkması arasında geçen sürede dakikalar saatler içinde olabilecek akut etkiler şeklinde olabilmektedir ki bu akut etkiler dediğimiz zaman da akut hava yolu patolojileri olabiliyor. Yani kişi aniden iritasyon şeklinde bir öksürük krizine maruz kalabilir ya da larenks dahil tüm solunum yollarında spazm olabilir ya da astım benzeri reaktif hava yolu disfonksiyonu diye ifade ettiğimiz nefes darlığı, hırıltı, hışırtı gibi yakınmaların dakikalar içinde ortaya çıkabilecek patolojiler olabilir.

Eğer suda çözünübilirliği bir şekilde alt solunum yollarına geçmeyi, parankime ulaşmayı sağlayacak derecede ise o zaman direkt olarak akciğerlerde çok ciddi farklı hasarlar oluşabilmektedir. Direkt akciğer parankiminin kendisi akciğerde sıvı sızıntısı yani non-kardiyojenik ödem dediğimiz (akut respiratuver distres sendromu) ya da akut kimyasal pnömoniler, hipersensitivite pnömonileri oluşabilmektedir. Bunlara çok düşük yoğunlukta, tekrarlayan maruziyetlerde ise hava yolları ve akciğer parankimim biraz sonra bir kısmından bahsedeceğim kronik etkiler yani hava yollarından kronik etkilerle bronşitler, tekrarlayan bronşitler sonucunda KOAH tablosunun gelişmesi; pnömokonyozlar oluşabilmektedir.

Şimdi bunlar kitabi olarak ifade edilen durumlardır. Ama şöyle baktığım zaman burada bir eksik yok mu diye... Literatürde çok fazla irdelemeye, araştırmaya çalıştım, 25 sene-dir meslek hastalıkları alanında aktif bulunan, hasbelkader her vatandaş gibi dış hekimi koltuğundan korkan ancak defalarca da gitmek zorunda kalan biri olarak dış hekimliği uygulamalarında daha farklı bir şeylerin olması lazım diye düşünüyorum. Niye olmasın? Kardiyovasküler hastalıklar, tromboembolik olaylar, derin ven trombozları... Çok uzun süre ayakta kalınıyor ve bu durum derin venlerde trombozon oluşumuna neden yol açmasın? 1800'lerin sonundan itibaren klasik kitaplara geçmiş olan Wirchof triadının "staz" kısmı uzun süre hareketsiz ayakta duran dış hekimlerinde neden neçerli olmasın ki... Dış hekimlerinde derin venlerde tromboz oluşmuyor mu? Oluşan bu tromboz bir yerlere atılmıyor mu, akciğere atılmaz mı? Yani mantıken fizyopatolojik olarak pulmoner tromboembolik olayların bu meslek grubunda sık görülmesi gerektiği görüşü bana çok mantıklı geliyor. Ama biraz sonra bahsedeceğim verilerin bilinçli ya da bilinçsiz olarak kısıtlığı nedeniyle literatürde dış hekimliğinde pulmoner vasküler hastalıklar, tromboembolik olaylar şu sıklıktadır diyebileceğim bir kaynağa rastlamadım.

Enfeksiyonlar; Özellikle tüberküloz dış hekimleri için bir risk değil midir? Ama bunların görülme sıklığı, oran olarak nedir? Aynı şekilde alerjik olayların görülme oranı nedir? Birebir dış hekimlerinde maruz kalınan maddelerdeki hava yolu patolojilerinin oranı nedir? Parankim patolojilerinden sıklıkla bahsedeceğim, dış hekimliği uygulamalarının elemanlarından olan dış teknisyenlerindeki pnömokonyoz en çok dünyada da bizde de gündeme gelmiş durumda. Dış hekimliğindeki malignitelerin de oranını net olarak veremiyoruz. Literatürde bunla ilgili net bir veri yok. O zaman klasik söyleme yine kitabi söyleme dönüp konuşmama devam ediyorum.

Pnömokonyozlar; Pnömokonyoz tanımlama olarak: ultra mikroskobik sliko volkano koniozis demektir. Yani yerkürenin % 70'ni oluşturan slika ve slikatların bir şekilde solunması sonucunda akciğerde birikip doku reaksiyonu oluşturması sonucunda oluşan kronik patolojilerin genel ismidir. Yani bir şekilde sadece madenlerde çalışanlar değil, madenler de dahil olmak üzere yer kabuğundan elde edilen slika ve slikatları günlük yaşamda hepimizin köşe başında kompresörle çalışan kişinin, taş kompresörü kırarken ortaya saçılan tozlardan tutun da herhangi bir tarihi çarşısı gezerken gördüğümüzde üzerine ismimizi yazdırdığımız bir cam eşyanın üstünden çıkan direkt slikanın maruz

kalması... Ya da diş hekimi teknisyeninin porseleni kum püskürterek düzleştirilmesi-parlatılması işlemleri vs

Klinik görünümüne baktığımız zaman o maruziyet sonucunda akciğerlerde nasırlaşma oluşuyorsa kolajen pnömokonyozu diyoruz ki bu kötüdür; oluşmuyorsa iyidir. İyi olan şu, çünkü geriye dönüşü vardır. Diğerinde geriye dönüş potansiyeli yok anlamındadır. Radyolojik görünümü de aşağı yukarı bu çerçevede. Akciğerde birikimi sonucunda ortaya çıkardığı doku reaksiyonu 1 cm'in altında, ufak tefek, yuvarlak ya da çizgisel görünümler yapıyorsa ona basit pnömokonyoz ya da slikoz eğer birleşip nasırlaşmalara, kitleleşmelere sebep oluyorsa komplike pnömokonyuz deniliyor.

Tanı kriteri de çok basit aslında. Belki de tanının en kolay konulabildiği meslek hastalıklarının başında gelmesi gereken bir durumdur. Birincisi yani o uzun kelimedeki olduğu gibi kişinin taş, toprak, kum vesaire gibi tozlu bir işte çalışma mazurietinin olması, ikincisi 1919'dan itibaren kurulmuş olan Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) tarif ettiği bir tanımlama var. Ona uyan bir radyolojik görüntüsünün olması. Üçüncüsü de kişide klinik, radyolojik, fonksiyonel ya da başka bulgularla bunlara sebep olabilecek bir görüntünün olmamasıdır. Tedaviler ilkeleri de hepsinde ortaktır. Spesifik bir tedavi olmadığı için oldukça önemli daha çok destek tedavisi şeklindedir. Çünkü komplikasyonlar kişinin yaşamına son verebilecek özelliktedir infeksiyöz komplikasyonlar, tüberküloz başta olmak üzere. İşte kanamalara, solunum yetmezliğine kadar giden nedenlerle pnognoz basit pnömokonyozlarda oldukça iyiiken nasırlaşma ve kitleleşmeler olduktan sonra komplikasyonların da artmasıyla pnognoz oldukça kötüdür.

Diş hekimlerinde yapılmış olan pnömokonyozla ilgili çalışmalar oldukça çoktur. Biz de Sivas'ta bulunduğum dönemde birçok çalışma yaptık bu konuda ve yüzde 13'lere varan oranda idi. Peki bunlar başta tanı koymadığımız daha sonra ise gelişen pnömokonyozlar diye baktığımızda, nerdeyse iki misline varan derecede daha sonraki takiplerde başta tanı konmayanlarda da geliyor. Ki bu oldukça önemli yani normal denilen bir grafi bir kaç sene sonra bakıldığında ince partiküllerin bir araya gelmesiyle oluşabiliyor. Bu oluşabilen partiküller ILO'nun ısrarla tarif ettiği akciğer grafisinde görünmeyebilir. İnce kesitli bilgisayarlı tomografi ile çok daha fazlası ayrıntılı olarak gösterilebilmektedir. Sivas dahil olmak üzere Türkiye'nin her yerinde bu diş laboratuvarının çok yaygın ve ihale usulü çalışması sonucunda yaygınlaştı bu işler. Özellikle Ankara'dan tutun da İzmir'e kadar ülkemizde de değişik yerlerde yapılmış olan çalışmalarda oran hiçbir zaman yüzde 10'un altında değildir.

Mesleki Astım; Diş hekimliğinde kullanılan özellikle kimyasal, metil metakrilatlar, nikel, platinyuma bağlı olmak üzere en az 3-6 aylık bir maruziyet süresinden sonra kişide astımı düşündüren öksürük, nefes darlığı, hırıltı ve bunun fonksiyonel bulgularla ortaya konulmasıyla tanınan bir durumdur. Tedavide neden olan patolojinin ortadan kaldırılması ve klasik astım tedavisidir...

KOAH; yine önemli bir solunumsal maruziyettir, bir tablodur. Özellikle de kişi sigara

içiyorsa dış hekimliğinde oldukça yaygın önemli bir durumdur.

Berilyozis; çok düşük seviyelerde de olsa değişik çalışma ortamlarında düşük seviyelerde berilyum maruziyeti oluşarak kronik berilyum hastalığı granülomatöz patolojilerde olan kronik berilyum hastalığı oluşabilmektedir. Tanı oldukça kolay olmasına rağmen maalesef ülkemizde bunun alt yapısı rutine binmiş değildir.

Sert metaller; yine yoğun maruziyette akut tablolara, düşük dozdaki maruziyetlerde ise pnömokonyozlara kadar varan tablolara, kansere sebep olabilmektedir.

Dış hekimliği uygulamalarında akciğer kanseri yapan etkenlerde özellikle krom, nikel, slika ve asbest oldukça önemlidir. Bunlar kanserojen maddelerdir. Ama buradaki olay ilk maruziyetle kanserin ortaya çıkması arasındaki süre oldukça uzun olduğu için birincil maruziyetin onu yapıp yapmadığı konusunda bir ilinti kurmak oldukça zordur. Hele hele kişi sigara da içiyorsa bu ilintiyi ortaya koymak neredeyse imkânsız hale gelmektedir.

Dış hekimliğinde bu meslek hastalıklarındaki solunum hastalığından korunmanın ilk yolu diğer meslek hastalıklarında olduğu gibi ortama saçılmayı, solunum seviyesine gelmeyi önlemektir. Bunlara maruz kalmamak ve bunun için de direkt tozun oluşumunu önleyici mühendislik önlemlerin alınması önemlidir. İkincil korumada ise hasta olanların özellikle bu maruziyetlerini önleyecek şekilde işe giriş muayenelerinin ve aralıklı kontrol muayenelerinin hedefe uygun olarak yapılması gerekir. Üçüncül koruma ise en ufak şikâyeti olanların bir hekime gittiği zaman bunların meslekle ilintisinin erkenden ortaya konulması böylece maluliyet ve yaşam süresi, yaşam kalitesi etkilenmeden ortaya konulmasıdır.

Son söz olarak dış hekimliğinde ya da tüm sağlık çalışanlarında bu bahsettiğim korumaların tam olarak işleyebilmesi için nerede, ne oluyor, kimde ne oluyor ve neye bağlıdır onu bilmemiz lazım. Şu anda maalesef onu bilecek durumda değiliz. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık İstatistik Yıllığı 2015 verilerinde 140 binden fazla hekim, 24 binden 25 bine yakın dış hekimi ve toplam 800 bine yaklaşmış sağlık çalışanı sayısı. Ve bunun neredeyse dörtte birinden fazlası ya da üçte birinden fazlası taşeron, beraberce çalıştığımız kişiler her aşamada kaydı hiç olmayan kişilerdir. Ve bunlara baktığımızda uluslararası kriterlerle her yıl kayda alınması gereken işe bağlı meslek hastalığı ya da solunum sistemi sayısı insanın korkacağı rakamlar. Ya da bizim TÜİK'in yaptığı bazen sorgulamalarla çalışanların yüzde 3'ünde işe bağlı hastalıklar oluyor tanımlamasında yine yılda en az sadece sağlık çalışanlarında 20 binden fazla olması gerekiyor. Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü'nün meslek hastalıklarını görme orantısına baktığımızda yine 3 bin ile 10 bin arasında olması gerekirken 2015 yılında bu ülkede devletin resmi kayıtlarına giren tüm sağlık çalışanlarının meslek hastalığı sayısı iki. Tıbbi meslek hastalığı sayısı yok.

Peki, biz sağlıkçımız, çevremizde gerçekten yaptığı işten kaynaklanan bir meslek hastalığına yakalanmayan kimse var mı? Ben ölenler bile biliyorum. Çalışmak sağlığa zarar-

lıdır. Oturalım mı? Hayır çalışacağız. Ama meslek hastalıkları, işe bağlı hastalıkları bir şekilde bu tuzaklarla, aşğılamalarla dolu, kayıt altına alınmamasına artık bir şekilde dur dememiz lazım. Bunu tazminat sisteminden bağımsız bir şekilde ortaya koymamız gerekiyor. Bunu her seviyede dile getirmemiz gerekiyor. 2016'da 2 bine yakın kişi iş kazasında ölmüşse bu ülkede, en az 12 bin kişi meslek hastalığına bağılı olarak ölmüştür. Bilimsel istatistikler bunu gösteriyor. Ama tek bir tane yok kayıtlarımızda. Sıfır. Neden? Çalışma yaşamının en kötü olduğu 10 ülkeden biriyiz. Performanstan bahsetti sayın başkan, performans zinciri hapsedmiş vaziyette. Çalışırken hastalanıyoruz, ölüyoruz ancak maalesef ne işe bağılı hastalıklarımız ne de bunlarla ilintili ölümümüz devletin resmi kayıtlarına alınmıyor... Sabrınız ve ilginiz için teşekkür ediyorum.

MESLEKİ ÜST EKSTREMİTE SORUNLARI

Sinan Adıyaman

Ankara Üniv. Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, El Cerrahisi AD.

Sayın Başkan, değerli katılımcılar ben ortopedi kongreleri ile karşılaşıyorum da, pazar günü bu saatte böyle bir kalabalık hakikaten çok iyi. Hepinizin ayağına sağlık, hoş geldiniz. Tekrar iyi dilekeleriniz için teşekkür ediyorum. Bugün ağız ve diş sağlığı çalışanlarında çok sık görülen üst ekstremitte problemlerinden bahsedeceğim. Benimki biraz daha hareketli olacak, çok fazla şekil, resim, görüntü var.

Şimdi bu 1995'te yapılan bir çalışma. Soldan sağa doğru gidecek olursak teşhis konulmuş karpal tünel sendromu %10'a yakın diş hekimi ya da diş hekimliği çalışanlarında bulunuyor; genel sekreterimiz de buna dahil. Ama bir türlü ameliyat olmaya gelmiyor, kaçıyor.

El ve el bileği ağrıları gördüğümüz gibi %50'ye yakın. Omuz ağrıları tam %50 civarında. Boyun ağrıları %70'lere yakın. Bel ağrısı da %70'ler civarında. Yani gördüğümüz gibi her gün çoğu diş hekimi ve ağızla ilgili çalışanlar bir gün ortopediste ya da el cerrahına mutlaka gelecek.

Biraz önce başkanla konuşuyorduk. Ergonomi çok önemlidir. İşte soruyor "ergonomi nedir?" diyor. "Çocukların yeteri kadar uzun olması" diyor babaları böyle öne doğru eğilmesin' diyor, evet ergonomi bu. Ergonomi dersi bence diş hekimliği fakültelerinde bilmiyorum veriliyor mu ama verilmesi lazım. 'Nasıl alet tutacaklar, sandalyeyi çekerken hangi ayağını basacak' bunlara çok dikkat edilmesi gerekiyor.

Sol tarafta bir tetik parmak resmi görüyorsunuz. Birazdan daha detaylı anlatacağım. Altında karpal tünel sendromu var. Aşağıda sağ tarafta el bileğinin zorlanmasına bağlı ve tekrar yukarda da sıkışmış bir tetik parmak görüyorsunuz.

Yine diş hekimlerinde çok sık görülen boyun ağrıları... Miyofibrozit diyoruz buna. Hemen yukarda sağda torasik outlet sendromu veya torasik çıkış sendromu nedir? Biraz sonra daha detaylı anlatacağım. Rotator manşet omuz ağrıları yapar. Rotator manşet sıkışması ya da yırtılması ve boyun ağrıları.

Tetik parmak nedir? Tetik parmak fleksör tendonlarının A1 pulley seviyesinde sıkışma-

sıdır. Parmakta takılma hissi olur. Daha doğrusu önce diş hekimleri çok kullanıyor ellerini özellikle işaret parmaklarını önce MP eklem dediğimiz nodülün görüldüğü yerlerde volerde bir ağrı olur. Bu birinci derecesidir. Daha sonra ufak ufak parmakta takılma hissi başlar. Ve zaman zaman artık özellikle sabahları parmağınızı kapatırsınız, açarken bir tıklama sesi ve tıklama hissiyle beraber açılır. Burada tendonlarda bir nodül vardır. Bu kullandığımız aletlere bağlı olarak gelişebilir ya da bir romatizmal hastalık da olabilir. Burada sıkıştığı için bunun giderilmesi lazım. Yani olay mekaniktir. Daha önce steroid enjeksiyonları yapıyorduk. Hâlâ yapan arkadaşlarımız var ama son çalışmalar steroid enjeksiyonunun iyi olmadığını, tendonda zayıflık yaratıp kopmalara sebep olduğunu söylediği için artık A1 pulleyin cerrahi olarak gevşetilmesiyle yaklaşık 10 dakikalık bir ameliyatla bu işi hallediyoruz.

Dorsal ganglion el bileğinin üstünde bir şişlikle ortaya çıkan bir rahatsızlık. İçinde müsin vardır. Bir sinovial kisttir. Genellikle %70'inde dorsalde skafolunat bağ dediğimiz bir bağdan, eklemde çıkar. Tendon kılıfı ya da eklemde kaynaklanan sıvıyla dolu, keskin, iyi sınırlı ve ışık geçiren bir kitledir. Bunu bir enjektörle aspire edip içine bir kortizon yapabiliriz ya da ameliyatla giderebiliriz. Ama nüks oranı diğer rahatsızlıkla ilgili biraz daha fazladır. Çünkü mesleğe devam ediyorsanız zorlamalar devam edecektir.

Torasik çıkış sendromu gördüğümüz gibi boyundaki skalen kasların nörovasküler yapıları sıkıştırmasıyla ortaya çıkan bir nöropatidir. Bayanlarda daha sık görülür. Birinci kosta ya da skalen kas, sinir ve damarlara bası, subklavian arter, axiller sinire, ulnar sinire bası yapar. Omuzun aşırı kullanılması, kolun ölçüsüz pozisyonuyla diş hekimlerinde çok sık görülüyor. Bu skalen kasların hipertrofiye uğramasına bağlı gelişen bir rahatsızlıktır. Subklavian arter ya da damara bası nedeniyle elde emboliye de sebep olabilir. Fizik tedavi yapıyoruz bunlara. Ama bazı durumlarda ameliyat gerekebiliyor geçmediği zaman. Özellikle de ulnar sinire, dördüncü veya beşinci parmakta uyuşukluk ile adalelerde zayıflama varsa o zaman bunları ameliyat ediyoruz.

Rotator manşet hastalığı, baş üstü aktivitelerle ortaya çıkan sinsi karakterde, deltoit bölgede ağrı özellikle de gece ağrısıyla ortaya çıkan bir rahatsızlıktır. Hareket açıklığında azalma olur. Abdüksiyonda omuzu kaldırırken bir zorluk hissedersiniz ya da ağrıdan dolayı kaldıramazsınız. Acromion clavicle eklemde bir patoloji olabilir. İlk fizik tedavi yapılabilir. Bazı durumda steroid enjeksiyonu yapılabilir. Veya da tam kopma varsa ya da üçte ikisi yani rotator manşetin üçte ikisi ayrılmışsa o zaman kapalı ameliyatla -bizden görüntülerini göstereceğim- artroskopik olarak ameliyatını yapabiliyoruz.

Karpal tünel sendromu genel popülasyonda %1-2 olarak gözüküyor. Daha çok gördüğümüz gibi median sinirin ön koldan el bileğine geçişi sırasında transvers carpal ligament altında sıkışmasıyla ortaya çıkıyor. Birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü parmağın radian yarısında uyuşma ile ortaya çıkar. Genellikle geceleri uykudan uyandıran uyuşukluk ve ağrı mevcuttur. Sabahları keçeli keçeli kalkarsınız. Bunun dereceleri vardır. Zamanla ilk başta hafiftir, bazen intermiktendir. Şikâyetler zaman zaman geçer, tekrar başlar. Elle-

rinden hastalar bir şeyler düşürmeye başlar. Ya da sizin ince aletleri kullanırken ağrıdan, uyuşukluktan bırakmak zorunda kalırsınız. Hatta cerrahi eldiven giymeyebilirsiniz bileğinizi sıkıştırdığı için. Buradan ortaya çıkar. Eğer zamanında tedavi edilmezse ki olay mekaniktir. Sadece birinci derecede belki geceleri bir splint takılabilir. Ama ikinci ve üçüncü derecelerde mutlaka ameliyat olması gerekir.

Tenar atrofi dediğimiz gördüğünüz gibi ağrı, parestezi, uyuşukluk, parmaklarda şişme hissi, sakarlık, bir şeyler düşürmeye başlarsanız; ataklar halinde seyreder. Eğer uzun zaman tedavi olmazsanız şu gördüğünüz kenar bölgede, başparmağın olduğu adale zayıflar. Atrofi olur, o zaman ameliyat olsanız bile bu durum düzelmez. Bu adale de bildiğiniz gibi o pozisyonu yapar. Başparmağı, ikinci parmağı döndürerek bitiştirir, sizin aletleri kullanmanız için çok önemli bir adaledir bu. Tedavide hedef nedir? Ağrı ve paresteziyi azaltmak. Kas gücünün devamı. El fonksiyonunun devamı ve hasta eğitimi. Ergonometri yani medikal tedavi gördüğünüz gibi daha çok sekonder bir sebep varsa ona yönelik tedavidir. Onun dışında 1. derecede splintleme yapılabilir geceleri ama daha sonra da mutlaka cerrahi gerekiyor.

Şiddetli semptomları olan, orta ve ciddi kompresyonda işini ve aktivitelerini değiştirme, mesleği bırakamayacağınıza göre konservatif tedaviden sonra yüksek detans değerleri devam eden hastaları ameliyat ediyoruz. Cerrahi tedavide klasik açık gevşetme, mini kesili gevşetme, endoskopik gevşetme yapıyoruz. Açık karpal tünel gevşetmesi, endoskopik gevşetmeyi daha çok herkese yapmıyoruz tabii. Bir an önce işine dönmesi gereken meslek gruplarına yapıyoruz. Bunların en başında da diş hekimleri geliyor. Endoskopik gevşetmede bir an önce ağrıyı azaltmak, rehabilitasyon dönemini kısaltmak, iş ve günlük hayata hızlı dönüştürmek için kullanıyoruz. Burada bir takım aletler var gördüğünüz gibi landmarklar var, el bileği ve avuç içinden iki tane insizyon yapıp aradan bir kanül sokuyoruz. Özel bıçaklarımız var. O özel bıçaklarla sağda gördüğünüz gibi transvers karpal ligament diyorum ya onu kesiyoruz özel bıçaklarla. Ve hasta bir an önce işine dönüyor. Bende de var iki taraflı karpal. Endoskopik karpal tünel cerrahisi geçirdim. Üç gün sonra da girdim ameliyat yaptım.

Bu bir makale, karpal tünel sendromuyla diş pratiği yapan hastalarla ilgili. 40 diş hekimliği öğrencisi 15 bayan, 25 erkek. Her iki elde EMG yapılmış ve klinik semptomları ile ilgili bir raporlama yapılmış. %17,5'unda sinir yırtılmasında azalma tespit edilmiş. %10 hastanın karpal tünel sendromu klinik semptomları takip edilmiş. Ve bunlarda yapılan çalışmalarda %87,5'u haftada 20 saatten fazla çalışıyormuş. %57'sinde 17 ve 23 yıl arasında diş hekimliği tecrübesi varmış. %14,2'sinde de 10 ve 16 yıl arasında diş hekimliği tecrübesi olduğu ortaya çıkmış. Yani tecrübe arttıkça, meslekte yıllandıkça karpal tünel sendromu çıkma olasılığı artıyor.

Ergonometri diyoruz. Bunları herhalde diş hekimliği fakültelerinde öğretmek lazım. Solda gördüğünüz yanlış alet tutumu. Sağda gördüğünüz doğru alet tutumu. Yani mümkün olduğu kadar bileği aşağıya doğru bükmeden bu aletleri kullanmamız gerekiyor.

Yine başka bir yayın. Polonya'dan gelen bir yayın bu, daha doğrusu uluslararası ortak bir yayın. Polonya'da 5 yıldan kısa bir süre önce diş hekimliği yapanlar herhangi bir semptom rapor etmemişler. Randevularınızın olması Danimarka'da boyun ve omuz ağrılarını artırıyormuş. Tayland'da bayan diş hekimlerinin omuz bölgelerinin, erkeklere oranla ağrıya karşı daha duyarlı olduğu ortaya çıkmış. Yüksek çalışma sahası, desteği olmayan ön kolla çalışma, ince ayar işi için tekrarlayan hareketler yapma, titreşimli aletleri kullanma ve statik kötü boyun pozisyonu risk faktörü olarak ortaya çıkartılmış. Burada görüyorsunuz. Statik bel, boyun ve omuz postürlerinde diş hekimlerinin çalışmalarında sebep olan pozisyonlardır bunlar. Yine küçük enstrümanları kavrayarak yapılan hareketlerin karpal tünel sendromunu artırdığı ortaya çıkmıştır. Bu İrandan yapılan bir çalışma. Diş hekimlerinde %66 ve %84 arasında omuz ve boyun ağrısı olduğu ortaya çıkmış.

Oral cerrahi yine bir faktör. Oral cerrahlar zamanının çoğunu uzun saatler boyunca ameliyathanede mikrocerrahi yapmakla geçirmektedirler. En çok etkilenen alan esas olarak bel bölgesidir. Çünkü çalışma saatinin çoğunda rotasyonlu bir pozisyonda çalışırlar. Ardından güçlü kavrama nedeniyle el bileği tutulumu gerekmektedir. Bunun nedeni desteklenmeyen ve yüksekte kollar ile ince manülatif el hareketleri yapmalarındır.

Oral patoloji, hastaların yaşadığı spesifik patolojinin tanımlanması için mikroskopların kullanımı ile uğraşan bir uzmanlık alanıdır. Bu nedenle bu diş hekimlerinin servikal fleksiyon ve rotasyonlu iş pozisyonlarından dolayı ağırlıklı olarak boyun ve sırt etkilenmelerine dikkat çekilmektedir.

Endodonti, endodontistler çoğunlukla estetik diş hekimi ve kök kanalı tedavisi yöntemleriyle ilgilenirler. Bu sayede hassasiyet gerektiren faaliyetlerde bulunurlar. Dolayısıyla el bilekleri ve baş parmağın tutulumu sık görülür. Sonu daha da artırabilecek olan tedavi seansları boyunca çoğunlukla havalı, motorlu aletler ve kavrama gerektiren ekipmanları uzun süre kullanıyor olmasıdır.

Flep cerrahisi ve diş eti sağlığıyla ilgilenen hasta hekimlerde çoğunlukla hastalarının tedavisinde el aletleri kullanan ve peridontistlerin asıl uzmanlık alanıdır. Her seansta tedavi genellikle diğer kişilere göre daha uzundur. Ve bu kişinin el ve el bileklerinde ağrı ve parestezi gelişmesine yatkınlık vardır.

Ortodontistlerin görevi telleri bükme ve bu amaçla kullanılan ayaçları yapmak gibi zor bir uğraştır. Bu kişilerin bu alanlarda kendilerini geliştirmesine yatkınlık kazandıran el bilekleri ve eli kullanmayı etkileyen patolojiler ortaya çıkar.

Şimdi ben bunu bakalım gösterebilecek miyim? Bu bir animasyon. Omzu kaldıran tuberculum minusa yapışan rotator manşeti görüyorsunuz. Bu koştugu zaman geriye doğru kaçır. Böyle bir hasta olduğu zaman mutlaka onu artroskopik olarak ameliyat etmek gerekir. Tutuyoruz artroskopik olarak birazdan daha canlısını göstereceğim. Çekiyoruz ve yerine dikiyoruz. Gerekirse bisepsi de kesiyoruz. Teşekkürler.

Mevlüde Karadağ

Burada ben bir katkıda bulunmak istiyorum. Bizim kas iskelet sorunları en sık gördüğümüz meslek hastalıkları, sıkıntılıları arasında. Burada çok önemli bir nokta biz hemşireler, sağlık çalışanları olarak psikososyal risk etmenleri çok fazla olan bir alanda çalışıyoruz. Yurt dışında yapılmış çok önemli yayınlar var. İş stresi, psikososyal risk etmenlerinin çok yoğun olduğu alanlarda kasiskelet sistemi hastalıklarında artış, daha doğrusu bağlantı açısından alarm veriyor. Yani kas-iskelet sistemi riskleri ile psikososyal risklerin birlikte yer alıyorlar. Dolayısı ile burada çok önemli bir nokta bu çalışma saatlerinin uzaması, uygun aralar verilmemesi, ergonomik kısma girmiyorum orası ayrı bir derin deniz ve de mobbing. Bir işyerinde mobbing varsa kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları mutlaka olacaktır. Beraberinde gelecektir. Şu anda sağlık çalışanları sistematik bir mobbing altında çalışıyor. Yani kas-iskelet rahatsızlıklar ile psikososyal riskler iç içe olan bir durumdadırlar.

Birde bizim illiyet bağı konusunda çok büyük bir problemimiz var. Millet olarak kondisyonuz, spor yapmıyoruz, obezis, D vitamini eksikliğimiz var. Özellikle sağlık çalışanları olarak ofis çalışması yapıyoruz, hiç gün ışığına çıkmıyoruz. Bu yüzden gün ışığında çalışmayan sağlık çalışanlarının D vitamini eksikliğine dikkat etmesi lazım. Vardiyalı çalışmadan sonra genelde çalışmalar devam ettiğinden dolayı D vitamini eksikliği daha ağır bir şekilde seyredebiliyor. Bir şekilde de gündüz evde uyuyor ve yine güneşe çıkmıyor.

Burada esas altını çizmek istediğim kasiskelet sistemi hastalıklarında bu alanda çalışanların bunun mesleksel olup olmadığı konusunda bizi ya da hastayı uyardıkları. Çünkü hak kaybına uğruyorlar. Bu konuda birçok mesleksel hastalığın adı yok, bunları istatistiğe sokmamız gerekiyor.

Atilla Ataç

Şimdi ergonomi dersleri var ama içeriği biraz tartışmalı. Özellikle el aletleri hususunda. Bir de bölümlere göre ayırdınız endotonti, ordonti gibi. Ençok postural bozuk olan bölüm benim bölüm çocuk diş hekimliği bölümü. Artık seçmeli dersler var ve ergonomi dersinde fizik tedavi yöntemleri anlatılabilir.

DİŞ HEKİMLİĞİNDE GÖRÜLEN MESLEKİ CİLT HASTALIKLARI

Orkun Erden

Ankara Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi Dermatoloji Kliniği

Merhaba, öncelikle değerli başkana, sağlık çalışanlarının sağlığını konu edinen böyle güzel bir kongrenin hem düzenlenmesine hem de devam ettirilmesinde katkı sağladığı için teşekkür ediyorum. Aynı zamanda değerli meslektaşlarıma da güzel bir pazar kahvaltısını tercih etmeyip kongreye katıldıkları için teşekkür ediyorum.

Bugün size diş hekimliğinde görülen mesleki cilt hastalıklarından bahsedeceğim. Norveç'te yapılan bir çalışmada diş hekimlerinin mesleki muayenesinde şikâyetleri sorgulanmış ve %40 dermatolojik şikâyetler; %13 göz, solunum sistemik semptomlar; %3'ünde ise kas, iskelet rahatsızlığının olduğu saptanmış. Bu çalışma da bize gösteriyor ki mesleki değerlendirmede dermatolojik şikâyetler ön planda ve önemli bir yer kapsıyor. Peki diş hekimliğinde mesleki dermatolojik hastalıklar nasıl geliyor. Hijyen ve antiseptik koşulların sağlanması sırasında, hasta ile temas yoluyla, temasta bulunan cerrahi aletler aracılığıyla, dental uygulamalarda belirli kimyasal ve materyallerle temasla ve x-ray maruziyetiyle dermatolojik hastalıklar gelişebilmektedir.

Peki, mesleki kontakt dermatit nedir? İş yerinde bulunan materyaller ile derinin teması sonucu gelişen inflamatuvar reaksiyonlardır. Şunu atladım dental personelde en sık karşılaşılan dermatolojik hastalık %80-90 sıklıkla kontakt dermatitlerdir. Ve çok sık karşımıza çıkıyor. Diş hekimlerinde ilk defa görülen mesleki maruziyet 1954 yılında Fischer tarafından saptanmış. Metakrilat maruziyeti sonucu gelişen diş hekiminde mesleki maruziyet bildirilmiş.

Mesleki kontakt dermatitleri iki grupta topluyoruz irritan kontakt dermatit ve alerjik kontakt dermatiti olarak. Daha sık olarak %80 oranında irritan kontakt dermatitleri ile karşılaşıyoruz. Vücudun her bölgesinde irritan kontakt dermatitler görülebilmesine rağmen özellikle diş hekimlerinde ellerde, kollarda ve yüzde karşımıza çıkıyor.

Alerjik kontakt dermatitler ve irritan kontakt dermatitleri kısaca özetleyecek, birbirine karşılaştıracak olursak... Alerjik kontakt dermatit genel olarak duyarlı ve genetik yatkınlığın hakim olduğu kişilerde görülüyor. İrritan kontakt dermatit daha sık tekrarlayan maruziyetle geliyor. Alerjik kontakt dermatit daha çok altta yatan immünolojik ve gecikmiş tip pensenti ile oluşuyor. İrritan kontakt dermatit de non immünolojik mekaniz-

malar sorumlu. Alerjik kontakt dermatit gelişimi için düşük konsantrasyon yeterli, irritan kontakt dermatit daha sıklıkla yüksek doz etkisi görürüz. Veya uzamış tekrarlayan düşük doz maruziyetlerle de gelişebiliyor. Alerjik kontakt dermatitte kaşıntı ön planda, irritan kontakt dermatitte yanma, iğnelenme, ağrı, sızlanma gibi semptomlar daha ön planda gördüğümüz semptomlar. Dermatolojik muayenede alerjik kontakt dermatitte daha sıklıkla vezikül ödem papüller görmekteyken irritan kontakt dermatitte daha sık deskuasyon, irritan ödemi de görmekteyiz. Alerjik kontakt dermatit maruziyet sonrası saatler ve günler içinde gelişirken irritan kontakt dermatit daha kısa sürede dakikalar, saatler içinde, daha akut bir şekilde karşımıza çıkıyor. İkisinin ayrımında kullandığımız altın standart test Patch test özellikle diş hekimlerinde kullandığımız testler standart seri yama testi, dental seri yama testi ve gereğinde metallere karşı yama testi de kullanıyoruz.

Peki bir hastada, bir diş hekiminde gelişen kontakt dermatit mesleki mi değil mi buna nasıl karar veriyoruz. Yedi kriterden dördünün pozitif olması gerekiyor. Bu kriterlerden bahsedecek olursak:

- Klinik görünümü kontakt dermatitle uyumlu mu?
- İş yerinde potansiyel irritan ya da alerjenlere maruziyet var mı?
- Döküntünün anatomik yapısı iş maruziyeti ile uyumlu mu?
- Kontakt dermatitin başlangıcı ve maruziyet arasında zamansal bir ilişki var mı?
- Neden olarak mesleki olmayan maruziyetler dışlandı mı?
- Şüpheli irritan alerjen işten uzaklaşıldığında dermatit düzeliyor mu?
- Yama testi ile provokasyon testleri ile olası bir alerjik ödem saptanmış mı?

Bu 7 kriterden 4'ü varsa biz bu hastada meslekidir diyoruz. Egzojen bir nedeni dışlamak için biz bu 7 kriteri kullanıyoruz.

Mesleki irritan kontakt dermatitlerden bahsedecek olursak, daha sıklıkla karşımıza çıkıyor demiştik. Diş hekimlerindeki prevalansı %12-67 civarında seyrediyor. Çeşitli dermatolojik hastalıklar atopik dermatit, iktiyozis gibi hastalıklar, soğuk ve kuru hava irritan kontakt dermatit gelişim riskini artıran nedenlerden. Özellikle suyla çok temas eden diş hekimleri en önemli, en sık karşımıza çıkan irritanlardan olan ıslak çalışma faktörleri diş hekimlerinde irritan kontakt dermatit gelişme riskine önemli bir zemin oluşturuyor. Özellikle günde 2 saatten fazla suyla temas ya da 20'den fazla el yıkama, ıslak çalışma olarak tanımlanır. Ve özellikle irritan kontakt dermatit gelişimi için önemli bir etyolojik faktör. İrritan kontakt dermatit bunun dışında temizleyiciler, antibakteriyeller ve spesifik dezenfektanlar önemli yer tutuyor.

Antiseptik ve dezenfektanlardan bahsedecek olursak. Antiseptiklerden fenolik ajanlar, alkol ve aldehydler, asitler, iyodlar ve iyodoforlar, klorür ve kloroforlar antiseptikler grubunda sık karşımıza çıkan irritanlardan. Dezenfektanlardan civalı bileşiklikler, gümüşlü bileşiklikler, okside edici ajanlar ve klorheksidin gibi diş hekimlerinin sık kullandığı dezenfektanlardan irritan kontakt dermatit etilojisinde rol oynayan faktörlerdir. Bu hastamızda sodyum hipoklorik kullanımı sonrası el sırtında başlayan irritan kontakt dermatit

vakasını görüyoruz. Bu hastamızda da daha şiddetli, uzun süreli sodyum hipoklorik ve çok suyla temas sonrası gelişmiş ellerdeki iritan kontakt dermatit vakasını görüyoruz.

Mesleki alerjik kontakt dermatitten bahsedecek olursak en sık bunlar yine el egzaması şeklinde görülüyor. Bunun dışında ilaç tozları, metal buharı gibi etkenler orbital bölge başta olmak üzere eirbon meslek alerjik kontakt dermatiti oluşturabiliyor. Bu hastada akrilat alerjisi sonrası parmak uçlarında gelişmiş kontakt dermatit vakasını görüyoruz resimde.

Alerjenlerden en sık karışımıza çıkan alerjenler koruyucu eldivenlerde bulunuyor. İçeriğindeki tironlar, karbomontlar, metil benzoatlar en önemli alerjenlerden. Dezenfektanlar hem iritan reaksiyon yapıyor hem alerjik reaksiyon yapıyor. Gluteraldehit, formaldehit, klorür, civalı bileşiklikler, koruyucular, koku alerjenleri, dezenfektanın içinde mevcut olan alerjenlerden. İlaçlardan özellikle antibiyotikler ve lokal anestetikler, koruyucular, koku alerjenleri, baz emilgatör maddeler gibi katkı ürünler alerjiye yol açabiliyor.

Diş protez maddeleri ve kalıp dolgu maddeleri içinde sıklıkla karışımıza akrilikler çıkıyor. Bunun dışında koku alerjenleri, öjenol, kolofonik koruyucular karışımıza diş protez maddelerinde sık karşılaştığımız alerjenlerden.

Metal aletlerden en sık nikel alerjisini görüyoruz. Bunun dışında kobalt ve krom da karışımıza çıkıyor. Tıbbi flasterler içeriğinde bulunan lastik aletlerde bulunan aynen eldiven ve karbomontlarda bulunan alerjenler alerjik kontakt dermatit etyolojisinde rol oynayan maddeler. Koruyucu eldivenler özellikle lateks içeren eldivenler diş hekimlerinde mesleki alerjik kontakt dermatit gelişimi için en önemli faktörlerdendir. İçeriğindeki maddeler daha çok tiron, karbomontlar, metil benzoatlar ve triyolara karşı alerji görüyoruz. Bu alerjenler daha az miktar lateks içeren nitril, neopren ve poliizopren eldivenlerde daha az görüyoruz. Bu triyal karbonatlar, metil mentiyozol gibi maddeler alerjiyi nitril, neopren ve poliizopren eldivenlerde daha az sıklıkta karışımıza alerjik kontakt dermatit olarak görülüyor.

Bu hastamızda eldiven kullanım sonrası ellerde görülmüş veziküler eritem yama testi sonucu tiron maddesine alerjisi saptanmış. Bu hastamızda yine eldiven kullanımı sonrası tiyazol sonrası maddesine karşı gelişen alerjiyi görüyoruz. Bu hastamızda da bazen sadece ellerde görmeyiz farklı bölgelerde de gelişen alerjiyi görebiliriz. Bu hastamızda hasta diş hekimi ama esas olarak iç çamaşırının lastik bölgesindeki alerji nedeniyle gelmiş. Hastaya alerji testi yapmışız ve tiron alerjisi saptanmış. İç çamaşırının lastik bölgesinde aynı şekilde tiron mevcut olduğu için hastada alerji gelişmiş.

Eldivenleri kısaca özetleyecek olursak lateks eldiven alerji içeriği en yüksek olan eldiven fakat koruyucu özelliği ve bariyer fonksiyonu diğer eldivenlere nazaran iyi eldivenler. Yani alerjen içeriğinin yüksek olması nedeniyle alerjik kontakt dermatit düşündüğümüz hastalara önermiyoruz.

Neopren eldivenler piyasada çok bulunmuyor. Fakat alerjen içeriğinin düşük olması, bariyer fonksiyonu ve kimyasal direncin yüksek olması nedeniyle alerjik kontakt dermatit hastalara önerilebilir. Fakat piyasa fiyatı biraz daha pahalı eldivenler.

Nitril eldivenlerin Türkiye'de diş hekimlerinin daha çok kullandığı eldivenler olduğunu düşünüyorum. Nitril eldivenlerin alerjen içeriği düşük hem bariyer fonksiyonu hem de kimyasal direnci, ele uyumu iyi olan eldivenler.

Poliizopren eldivenler bariyer fonksiyonu ve kimyasal direnci düşük, alerjen içeriği de düşük fakat bu kimyasal direncin düşük olması nedeniyle çok kullanılmıyor.

Vinil eldivenler ucuz fakat bariyer fonksiyonu ve kimyasal direnci düşük. Bu nedenle kullanılıyorlar ama genelde cerrahi işlem sırasında kullanılmasını çok önermiyoruz.

Burada lateks eldiven, nitril ve vinil eldiven görüyoruz. Daha sık önerdiğimiz nitril eldivenler hem alerjen içeriğinin düşük olması hem de kullanım kolaylığı sağlaması, ele tam uyumu nedeniyle. Lateks eldivenin diğer avantajı da kendi kendini degrade etmesi, kendi kendine doğada parçalanması. Neopren eldivenler parmak duyarlılığı, hassasiyet biraz daha zor, pahalı, piyasada çok bulunmuyor. O nedenle çok kullanılmayan eldivenler. Poliizopren eldivenler de cerrahi işlemlerde kullanılıyor fakat bariyer fonksiyonu ve kimyasal direnci düşük eldivenler.

İlaçlara bağlı mesleki kontakt dermatitlerden bahsedecek olursak direkt kontakt, airborne kontakt, foto kontakt alerjik kontakt dermatit şeklinde görülebiliyorlar. Tropikal antibiyotikler ve lokal anestezipler özellikle benzokain, lidokain, prokain, tetrakain gibi duyarlandırıcı ilaçlar alerjik kontakt dermatit etimolojisinde rol oynuyor. Hastalara özellikle sistemik uygulanan ilaçlarla temas halinde alerjik kontakt dermatit gelişebiliyor. Hemşirelerin de tabletleri kırarak hazırlamasına bağlı havaya saçılan partiküller sonucu airborne kontakt dermatit bildirilmiş vakalar mevcut. Bu hastamızda da aynı şekilde amoksisilin klavulanik asit kırılarak hazırlanması sonucu hastada airborne kontakt dermatit gelişmiş.

Ülkemizde çok merkezli kontakt dermatitlerle ilgili Doktor Oğuzhan Koçak tarafından yapılan çalışmada 461 vakanın 198'inde kontakt dermatit saptanmış. %43'üne karşılık geliyor bu yaklaşık olarak. Bu kontakt dermatit tanımlanan hastalarda alerjik ve irritan kontakt dermatit ayrımı yapmak için 65 hastaya hasta onama alınarak yama testi uygulanmış. Ve bu yama testinde hastalara hem standart seri hem dental seri yama testi yapılmış. Standart seride %20 hastada en az 1 alerjine karşı pozitif reaksiyon saptanırken dental seride %10.8 hastada en bir alerjine karşı pozitif reaksiyon saptanmış. En sık saptanan alerjenler özellikle metallere biraz sonra bahsedeceğimiz. Nikel, sülfat %12.3, akrilatlarda %6.1, etilen glukom dimaplara karşı da %3.1 oranında alerji saptanmış.

Avrupa standart serisinde dediğimiz gibi nikel, sülfata karşı en yüksek oranda alerji saptanmış. Koruyu maddelerden fregrens özellikle koku içeren ürünlerde sık bulunuyor. Peru balsamı, yine ürünlerin kokuya katkıda bulunması için kullanılan ürünlerden. Dental seride iki hastada pozitiflik saptanmış. Toplamda %6.1 hastada akrilat alerjisi yani diğer akrilatlarla birlikte %6.1 alerji saptanmış. Ojenöl, amaglam, palladium klorid gibi maddelere karşı metallere karşı da alerji saptanmış.

Akrilik alerjisinden bahsedecek olursak. Akrilikler genel olarak takma diş yapımında, protez yapımında ve onarımında, hasarlı diş restorasyonunda, dental reçine bileşikleri yapımında, dental bağlayıcı ve yapıştırıcı madde kullanımında, köprü ve kolonların yapımında kullanılır. Akrilatlar monomer haldeyken daha sık alerji yapıyor. Diş hekimlikleri özellikle monomer formuyla temas halinde buldukları için daha fazla etkileniyorlar. Polimer formu hastada artık işlem uygulandıktan sonra oluşan formu. Yapılan çalışmalarda dental personelde %5-25 oranında duyarlanmalar saptanmış. Metakrilat monomerleri koruyucu eldivenlerden geçtiği için hastaların özellikle koruyucu eldiven kullanımına dikkat etmeleri ve özellikle gereğinde çift eldiven kullanılması da gerekiyor. Özellikle akrilik alerjisini tipik olarak parmak uçlarında görüyoruz. Eldivende genellikle tüm eli saran alerjiler görürken akrilat alerjisinde daha çok parmak uçlarında görüyoruz alerjiyi. Ve hastalarda parestezi ilginç bir septom. Parestezi duyu kaybına yol açabiliyor.

Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde bizim dental seri olarak kullandığımız yama testi serisini burada görüyoruz. Yedi tane madde metakrilat akrilat grubu madde içeriyor. Bunun dışında civa, öjenol maddeleri de dental seri yama testimizde mevcut. Bunun dışında standart seri ve gereğinde metal seri yama testi de uyguluyoruz hastalara.

En sık karşımıza çıkan akrilatlar 2-hidroksietil metakrilat, pozitiflik en fazla saptadığımız alerjenler metil metakrilat ve etilen glikol dimetaktilattır. Bu hastada parmak ucunda gelişmiş akrilik alerjisini görüyoruz. Kompozit ve resimler dolgu restorasyonunda ve köprüler gibi kozmetik işlemlerde kullanılıyor. Akrilatlarla oranla daha az sıklıkla kontakt dermatit gözleniyor. Metaller özellikle diş dolguları yapımında, dental alaşımlarda, ortodontik protezlerde, takma dişlerin komparedleri ve çimentolarda, köprülerde, restoratif işlerde, dental aletlerin içeriğinde kullanılmakta. Dental personelde yapılan bir çalışmada lateks eldivenden sonra metallerin yama testinde %39'luk pozitiflikle en sık alerji kontakt dermatiti yapan etken olduğunu saptamış. En sık pozitif reaksiyona yol açan metaller nikel, kobalt, civa, palladium, krom ve kalaydır. Palladium, nikel ile çapraz reaksiyonlar verdiği için biz palladiuma karşı pozitiflik saptadığımız hastalarda nikel karşı da mutlaka araştırmamız gerekiyor. Palladium sanırsam civa yerine toksiti azaltmak için daha çok diş hekimliğinde kullanılıyor.

Bu hastamızda diş teli uygulaması sonrasında diş hekiminde gelişmiş kontakt dermatiti görüyoruz. Amalgam dolgular civa, gümüş, kalay ve eser miktarda başka metalleri içeren dolgular. Bu dolgulara karşı özellikle metal serisi alerji testini yapmakta fayda var.

Mesleki kontakt ürtiker diş hekimliğinde sık karşılaşılabiliyor. Genellikle temas sonrası özellikle bu etyolojik faktörler lateks, antibiyotikler ve tükürük. Bunlara bağlı mesleki kontakt ürtiker gelişebiliyor. Temas sonrası 30-60 dakika sonra gelişen genelde bir kaç saate gerileyen ürtiker lezyonlarla karakterize. Bazen sistemik semptomlarla da seyrediliyor mesleki kontakt ürtiker. Bu hastada el sırtında gelişmiş ürtiker plakları görüyoruz. Hastaya açık yama testi yapılmış ve latekse karşı pozitiflik saptanmış.

Peki, kontakt dermatitlerden nasıl korunuruz? Cerrahi malzeme temizliğinde ellerle temizlemek yerine makine kullanarak. Lateks olmayan eldiven kullanımının tercih edilmesiyle, nitril, neopren, poliizopren eldivenler gibi. İrritan cilt temizleyici kullanımı azaltılmalı. Özellikle dezenfektan kullanımı azaltılmalı. Çok el yıkama alışkanlığı azaltılmalı. Eller yumuşak disposable kağıt havlu ile kurulanmalı. Şu an piyasada bulunan kâğıt havluların büyük bir çoğunluğunda da formeldehit içeriyor. Bazen bu formeldehite karşı da alerji saptayabiliyoruz. Eller için düzenli nemlendirici kullanılmalı. Özellikle fragrans ve koruyucu içermeyen ürünler kullanılmalı. Alerji tespit edilen duyarlandırııcılardan uzak kalınması da en önemli koruyucu faktör. Kimyasal temastan korunmak için maske, gözlük mutlaka kullanılmalı ve çift eldiven kullanılmasına dikkat edilmeli.

X-ray maruziyeti de maalesef diş hekimlerinde özellikle bilinçsiz x-ray maruziyetine maruz kalmakla önemli cilt problemleriyle karşılaşılabiliyoruz. 1970 yılından önce melanom ve SCC skuamöz hücreli kanser prevalansı yüksekken doz kontrol önlemlerinin artırılmasıyla bu oran giderek azalmıştır.

En sık karşımıza çıkan hastalık kronik radyasyon dermatittir. Kronik radyasyon dermatiti bulguları ciltte atrofi, telenjektazi, hipo ve hipopigmentasyon, hiperkeratoz, deskvamasyon ve ülserle karşımıza çıkıyor. Deri kanserlerinde en çok skuamöz hücreli kanser, bazal hücreli kanser ve melanom ile karşılaşıyoruz. Burada koruyucu önlem olarak neler yapabiliriz. Diş hekimleri hasta ağzına tutulmamalı, bu çok önemli. Direkt radyasyon maruziyetinden sakınılmalı. Düzenli röntgen cihazı sızıntı kontrolü yapılmalı. Radyasyon maruziyeti önlenmeli. Ve maruziyet şüphesi varsa mutlaka dermatoloji takibi olmalı.

İlk resimdeki hastada kronik radyasyon dermatiti sonrası gelişmiş ciltte atrofi, kıllarda azalma ve parmaklarda telenjektazi görülmektedir. Alttaki resimde de parmakta gelişen kronik uzun süreli kümülatif x-ray maruziyetiyle gelişen skuamöz hücreli kanserli hastayı görüyoruz.

Enfeksiyöz ajanlar da dental girişim yapan diş hekimlerinde sık karşımıza çıkan mesleki cilt rahatsızlıklarından. Özellikle herpes virüslere bağlı herpes virüs veziküller dermatittir. Bunun dışında çeşitli pyodermalar özellikle oral florada bulunan bacteroides, lichenoides gibi çok sık görmüyoruz ama nadiren de koruyucu eldiven kullanmayan kişilerde gelişebiliyor. Özellikle kandida enfeksiyonları tırnaklarda ve elini sık yıkayan hekimlerde, parmak aralarında kandida enfeksiyonları gelişebiliyor.

Ahmet Doğrudemir

El yıkamadan bahsettiniz ama hastane enfeksiyonlarından korunmak içinde ne yapılmalı?

Orkun Erden

Katı sabunların kullanılması tercihimiz. Dezenfektanlardan mümkün olduğunca uzak durmak, az kullanmak gerekiyor. El yıkama konusunda da şunu öneriyorum yıkama 5 – 10 saniyeyi geçmeyecek şekilde olmalı. Nemlendirmeye çok dikkat edilmesi gerekir. Bunlara dikkat edilmeden dezenfektan kullanımına bağlı uzun yıllar sonrasında da iritasyon kontakt dermatit gelişebilir. Günde yirmiden fazla ve uzun süreli 1 – 3 dakikalık yıkama yapan arkadaşlarımız var. Bu arkadaşlarımız dikkat etmeli.

Murat Demirel

Hastanelerde yalnızca dişhekimlerinin kullandığı değil kullanılan tüm kimyasallarla ilgili bir politika geliştirilmesi gerekiyor. Genelde sonuçlar üzerinden konuşuyoruz, oysa olmadan önce ne yapmalıyız konuşmalıyız. Bir de x-ray konusundan bahsettiniz. Dişhekimlerinin de dozimetre kullanması gerekiyor mu? Bu konuda korunma politikaları var ama elimizde veri yok.

Orkun Erden

Dişhekimlerinin maruz kaldığı doz doğrudan radyoloji çalışanlarına oranla oldukça az. Ancak doz düşük olsa da sürekli çekimlerde bu önemli risk oluşturuyor. Dişhekimlerinde benim bildiğim birkaç malign vakalar var. Dişhekimleri mutlaka bir radyoloji teknikeri yoluyla çekim yapmalı. Artık diş hastanelerinde çekimleri röntgen teknikerleri yapıyor. Burada korunma baştan da söylediğim gibi eğitim ve korunma önemli.

Özlem Azap

Enfeksiyon hastalıkları uzmanıyım. Esasında burada aletlerin dezenfeksiyonu ile el dezenfeksiyonu için kullandığımız kimyasalları ayırmak gerekir diye düşünüyorum. Alet dezenfeksiyonu için kullandığımız maddeler zaten elimize temas etmemeli. Kendimizi enfeksiyonlara karşı korumak için yapmamız gereken el hijyeni el anti-septikleri ya da el yıkama ile olabilir.

Burada alkol bazlı el antiseptikleri vardır ve son derece güvenilirdir, hasta bazlı işlem yapan sağlık çalışanları açısından da el hijyeni çok önemlidir. Ayrıca her türlü yaralanmaya karşı el bakımına da gereken önemi vermek gerekir. Biz enfeksiyon uzmanları genelde özellikle sürekli krem taşırız.

Görünür kirlenme olduğunda elin mutlaka yıkanması gerekir. Birde ellerimizin hastalar arasında enfeksiyonlar açısından çapraz geçişlerde oldukça büyük önemi vardır. Buna da çok dikkat etmemiz gerekir. Birde şunu söylemek istiyorum eldiven kullanma el hijyeninin alternatifi değildir.

Orkun Erden

Esasında bizde bunun altını çizmeye çalışıyoruz. Eğer elde, ciltte herhangi bir yara ya da çizik yoksa burada sağlam cilt enfeksiyon bulaşmasına izin vermez. Bu nedenle duruma göre daha az yıkama tercih edilebilir.

İlker Cebeci

Öncelikle herkese burada olduğu için teşekkür ederim. Ben dün ve bugün yapılan konuşmalardan şunu çıkardım. Biz Dişhekimleri Birliği olarak en kısa sürede eldiven, maske ve dezenfektanlar konusunda bir çalışma yapıp üyelerimize ulaştırmamız lazım. Birde bu tür çalışmalarda, toplantılarda dişhekimlerinde göğüs hastalıkları konusunda bir artış olduğu görülüyor. Birde bunun hakikaten meslek hastalığı olarak bildirilmediği için çokta farkında olamıyoruz, kavrayamıyoruz. Gene bugün konuşulanlarla dişhekimlerinin yaşadığı hastalıklarının bildirimine ilişkin bir şey oluşturmanın gerekliliği de ortada ve bunu çok hızlıda yapmamız gerekiyor gözüküyor. Çünkü Türkiye’de şu anda 30.000 dişhekimi var ve 2025’te 70.000 dişhekimi olacak. Her yıl 75 dişhekimliği fakültesinden 4.500 dişhekimi mezun oluyor.

Bununla beraber öğrendiğimiz şeyler oldu. TDB çalışmalarında bir şey daha açığa çıktı. Pnömokonyoz bir diş teknisyeni hastalığı iken şimdi dişhekimi ve dişhekimi yardımcısı hastalığı da olabilir durumu ortaya çıktı. Çünkü tedavi uygulamalarımız geliştikçe, bu tedavi uygulamaları ile ilgili kullanılan materyallerde bizi bazen riske de sokabiliyor. Mesela diş temizliğinde kullandığımız air floor dediğimiz cihazla hastanın dişlerine püskürttüğümüzde sonuç olarak silika. Dişhekimleri ve yardımcıları da hastayla birlikte burun buruna o tozu soluyorlar. Demek ki burada dinlediklerimden dişhekimleri için silikozis ile ilgili bir farkındalık yaratmamız gerektiğini öğreniyorum.

Bununla beraber x-ray ile ilgili bir bilgi aktarmak isterim. Teknikerlerle bu iş çok fazla hafifletilemiyor. Teşhis aşamasında x-ray kullanımı çoğu kez teknisyenlerle yürütülüyor ve teknikerler daha kuralına uygun çalışabiliyorlar. Ama dişhekimleri bazen mesleki nedenlerle kendilerinin çekmesi gerekiyor durumlarında o dediğimiz hataları yapabiliyorlar. Gene burada x-ray kullanımında dişhekimlerinin ya da hastanın da parmağı ile tutmasından kurtaracak gerekli aparatların yapılması teşvik etmek gerekir.

Gülay Özdoğan

Sinan Adıyaman Hocama bir katkı olacak. Eğitime ergonomi dersleri koyalım, bizimde en çok mustarip olduğumuz bir konu kas-iskelet sistemi hastalıkları. Bize de esasında bazı şeyler öğrettiler. İşte otur, arkasına geç indirekt çalış gibi. Geçen hafta bir gün sabah 09.00 da çalışmaya başladım, ben muayenehanede serbest çalışıyorum. Önce parkinsonlu bir hasta geldi, o hastayla anlatılan şekilde çalışmak mümkün değil. İki saat kadar o hastayla uğraştım. Çalışırken çok değişik pozisyonlar almak zorunda kaldım. Hasta titriyor, ben sürekli eğiliyorum. Arkasından KOAH olan bir hastam geldi. Beni dedi yatıramazsın. Onunla da bir saat çalıştım. Onun arkasından bir çocuk geldi. Çocuk-

larla çalışanlar çok iyi bilirler. Arkasından bir hastam geldi ve koltuğa sığmıyor, yaklaşık 150 kilo kadar. Onda da olağanüstü bir eğilmeyle çalışmak zorunda kaldım. Dolayısıyla biz gün içerisinde, pratikte mümkün değil ergonomik çalışmamız. Yani gün içerisinde on hastamız oluyorsa ancak birinde ya da ikisinde ergonomik çalışabiliyorum. Bu durum muhtemelen bizim gibi hastasına daha uzun süre ayıran dişhekimleri için oldukça önemli bir sorun.

Neslihan Sevim

Bu arada bir katkıda bulunacağım. Türk Dişhekimleri Birliği dergisinde de bu meslek hastalıkları konusuna zaman zaman, sayı sayı yer vermiştik bunlara yine devam edeceğiz ve bu arada maske, eldiven kullanımı, ergonomiye yönelik rehberler hazırlayıp tüm dişhekimlerine iletmemiz gerekecek.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

SAĞLIK HİZMETİNDE RİSKLER VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Oturum Başkanı:

Sinan Usta
Türk Eczacıları Birliği

Tehlikeli İlaçlarla Çalışmada Çalışan Güvenliği

Gülдер Gümüşkaya
H.Ü. Onkoloji Hast. Kemoterapi Eczanesi

**Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı Kimyasal Tehlikeler- Anestezi Atık
Gazlara Mesleki Maruziyet**

Sema Burgaz
Gazi Üniv. Ecz. Fak. Toksikoloji AD

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Her Boyutuyla Şiddet – Çalıştay raporu

Hasan Oğan
SÇS Çalışma Grubu

TEHLİKELİ İLAÇLARLA ÇALIŞMADA ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Gülder Gümüşkaya

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hast. Kemoterapi Eğitim Hemşiresi

Biz onkoloji çalışanı olarak hastaların tedavilerini gerçekleştirmek için tanı aşamasından başlayarak tedavinin bütün basamaklarında tehlikelere maruz kalma durumuyla karşı karşıyayız. Gerek radyolojik tetkikler sırasında, gerek radyoterapi sırasında gerekse sistemik tedavi olarak değerlendirdiğimiz kemoterapi uygulamaları sırasında eğer gerekli güvenlik önlemlerini almazsak zararlı etkilere maruz kalma riskiyle karşı karşıya bulunmaktayız.

Bu oturumda “tehlikeli ilaçlar” ve “tehlikeli ilaçlarla çalışırken nelere dikkat edeceğiz” konusunu işleyeceğiz. Öncelikle tehlikeli ilaç kavramından bahsetmemiz gerekiyor. Tehlikeli ilaç, yaklaşık 10-15 yıldır dünya çapında konuyla ilgili oluşturulan rehberlerde antineoplastik ve sitotoksik ilaçlar için kullanılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Niçin tehlikeli ilaç denmiş diye baktığımızda; doğal yapısında bulunan toksisiteye bağlı olarak mesleki maruziyet açısından sağlık personeli için tehlike arz eden ajanlar tehlikeli ilaç olarak tanımlanmaktadır. Eğer bir kimyasal aşağıdaki kriterlerden en az birine sahipse;

- Karsinojenite
- Teratojenite veya diğer gelişim bozuklukları
- Üreme sisteminde bozukluklar
- Genotoksisite
- Düşük dozlarda bile organ toksisiteleri tehlikeli ilaç olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık alanında çalışanlar olarak bizler özellikle onkoloji alanında geliştirilen çok fazla miktarda yeni ilaç olduğunu görmekteyiz. Tehlikeli ilaçlarla ilgili oluşturulan rehberlerde; kullanılmakta olan ilaçlara yapısal olarak ya da toksik etki bakımından benzer olan yeni ilaçların tehlikeli ilaç olarak değerlendirilmesi gerektiği söylenmektedir.

Sağlık çalışanları tehlikeli ilaçların temini, hazırlanması, depolanması, taşınması, hastaya verilmesi ve atıklarının bertaraf edilmesi sırasında veya dökülme/saçılma durumunda inhalasyon yoluyla, sindirim yoluyla ya da cilde doğrudan temas ile bu ilaçlara maruz kalabilmektedirler.

Antineoplastik ilaçların hazırlanması ve uygulanması sırasında gerekli güvenlik önlemlerinin alınmaması, sağlık çalışanlarında uzun veya kısa dönemde bazı yan etkilerin görülmesine sebep olabilmektedir. Kısa dönemde ortaya çıkan akut yan etkiler - akut kavramı sizi yanıltmasın akut deyince hemen öyle bir kaç saat içerisinde veya bir kaç gün içerisinde beklediğimiz yan etkiler olmuyor bunlar günler, haftalar hatta bazı durumlarda aylar süresince ortaya çıkan yan etkiler de maruziyette akut yan etki olarak değerlendiriliyor- bulantı-kusma, karın ağrısı, diyare, öksürük, göz-boğaz irritasyonları, saç dökülmeleri, menstrüel siklusta değişiklikler, halsizlik, yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, ciltte alerjik reaksiyonlar olarak ele alınmaktadır.

Kronik yan etkiler dediğimiz uzun dönemde ortaya çıkan yan etkiler daha çok düzenli ve sistematik maruziyete bağlı yıllarla birlikte ortaya çıkan yan etki grubudur. Bu yan etkiler genetik materyallerde değişiklikler, sağlık çalışanında organ hasarı, kanser riskinde artış -yapılan çalışmalar özellikle lösemi ve Non-Hodgkin lenfomada artış olduğunu göstermiş- ve üreme sisteminde bozukluklar (İnfertilite, menstrüel siklusta değişiklikler, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, ektopik gebelik, düşük, konjenital anomaliler, ölü doğum) olarak sıralanabilmektedir.

Sağlık çalışanları için risk, maruz kalınan ilaçların toksisitesiyle ve bu ilaçlara maruz kalınma seviyesiyle doğru orantılı olarak değişmektedir.

Sağlık çalışanlarında maruziyeti etkileyen faktörlere daha büyük bir çerçevede bakarsak eğer, sağlık çalışanının antineoplastik ilaçlarla çalışma durumunun önem kazandığını görmekteyiz. Çalışan hangi alanda daha aktif çalışıyor; hazırlama, uygulama ve atıklar? Yapılan çalışmalar uygulama alanındaki maruziyetin %20 civarında, atıklar ve hazırlama alanında ise ayrı ayrı %40 civarında olduğunu göstermiştir.

Ayrıca işlem yapılan tehlikeli ilaç miktarı önemlidir. Takdir edilmelidir ki günde 10 ilaç hazırlayıp uygulayan bir personelle 50 ilaç ve üzerinde hazırlayıp uygulayan bir personel aynı maruziyet riskini taşımayacaktır. Yine çalışma sıklığı ve süresi maruziyet riski açısından önem arz etmektedir. Dökülmeler, saçılmalar karşısında olası bir absorpsiyon durumu değerlendirilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. İlaçların hazırladığı yerde biyolojik güvenlik kabininin olup olmaması, kişisel koruyucu donanımların aktif ve uygun kullanılma durumu, çalışanın kapalı sistem aparatı kullanıp kullanmaması da önemlidir. İş deneyimi ve kişinin eğitim düzeyi de maruziyet riskini etkileyen faktörlerdendir.

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisinde 2003 yılında yayınlanan makalede "Hemşirelerin Sosyo-Demografik Ve Mesleki Özellikleri İle Kemoterapi Hazırlama Ve Uygulamasına Yönelik Koruyucu Tutumlar Arasındaki İlişki/Fark" incelenmiş ve çıkan sonuçlara göre; öğrenim düzeyi yüksek olan, birimde çalışma deneyimi fazla olan ve kemoterapiye yönelik eğitim alan hemşirelerin koruyucu önlemleri daha aktif olarak kullandıkları görülmüştür.

Gerek hastaların ve sağlık çalışanlarının korunması, gerekse bu ilaçların hazırlayıcısı ve uygulayıcılarının güvenli çalışma ortamında hizmet vermelerinin sağlanması amacıyla kemoterapi hazırlama ve uygulamalarının belirli standartlar doğrultusunda yapılması gerekmektedir.

Yapılan çalışmalar yetersiz güvenlik önlemi alındığında sitotoksik ilaçların kontaminasyon riskinin arttığına, yine güvenlik önlemleri yeterli şekilde alındığında kontaminasyon riskinin azaldığına dikkat çekmektedir.

Bu nedenle antineoplastik ilaçların güvenli kullanımı için pek çok ülke rehber ve yönetmelik geliştirmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Müdürlüğü, 2003 yılında “Antineoplastik (Sitotoksik) İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi”ni yayımlamıştır. Bu rehberde, antineoplastik ilaçlarla çalışma sırasında alınması gereken önlemlere yer verilmiştir. Yine 2003 yılında, Türk Onkoloji Hemşireliği Derneği, “Antineoplastik İlaçların Güvenli Kullanım Standartları Rehberi” oluşturmuş ve 2009 yılında güncellenmiştir. 2005 yılında ise, Sağlık Bakanlığı tedavi Hizmetleri Müdürlüğü tarafından, ayakta ve yatan hastalara kemoterapi uygulanan hastanelerde “Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezi” kurulması konulu, 2005/167 sayılı genelge yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Bu genelgede, antineoplastik ilaçların hazırlandığı ortamın özellikleri ve konuya ilişkin önlemlere yer verilmiştir. Konu ile ilgili 2013 yılında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından “Kanserojen veya Mutajen Maddelerle Çalışmada Sağlık Ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik” yayımlanmıştır.

Konu ile ilgili en son oluşturulan rehber 2016 yılında Tüm Kamu Eczacıları Derneği’nin çıkarmış olduğu “Onkolojide Tehlikeli İlaçlarla Güvenli Çalışma ve Eczacılık Uygulamaları Rehberi” dir. Tüm bu rehberler kesinlikle ezbere geliştirilmemiş olup, dünya çapında konu ile ilgili oluşturulan rehberler ışığında düzenlenmişlerdir.

Buradan sonra konumuza bu rehberler ışığında devam edeceğiz. Kendimizi korumak için bir çalışan olarak nelere dikkat etmeliyiz, ne yapmalıyız konusuna baktığımızda esasında tüm rehberlerin ortak fikri şu: “Bir güvenlik programı oluşturun. Ve bu güvenlik programı için bir ekip oluşturun; bu ekipte tehlikeli ilaçların işlendiği her alandan bir temsilci bulunsun (eczacılık, hemşirelik, tıbbi personel, ev idaresi, nakliyat, yönetim, işçi sağlığı ve iş güvenliği birimi, klinik laboratuvar ve güvenlik, biyomedikal). Güvenlik programınız güncellemeye açık olsun. Kurumunuzda bulunan tehlikeli ilaçların envanterini çıkartın ve kritik noktaları, bu kritik noktalara bağlı alınacak önlemleri belirleyin” deniyor.

Kritik noktalara baktığımızda; kritik noktalarla bizim maruziyet riskimizin yüksek olduğu noktalar bire bir örtüşüğünü görmekteyiz. Tehlikeli ilaçlara maruziyet riski yüksek olan durumlar;

- Tehlikeli ilaç içeren ampulü kırma
- Toz halindeki ilacı sulandırma

- İlacı flakondan enjektöre çekme
- Enjektörden havayı çıkarma
- Enjektördeki ilacı serum içine verme
- İlaç bulunan serum torbasının setle bağlantısını sağlama
- İlaç bittikten sonra serum torbasını ya da seti çıkarma
- Tablet ilaçları bölme, sıvı haline getirme
- İlaç temini sırasında ilaç flakonlarının kırılması ya da sızıntı yapması nedeniyle dış yüzeylerinin ilaçla kontamine olması
- Kaza ile dökülmeler
- Zararlı ilaçla kontamine olmuş eldivenin, gömleğin ya da diğer materyallerin cilde ve/veya ele teması
- Son ürünün dış yüzeyinin kontamine olması
- Hazırlama ve uygulama esnasında tehlikeli ilaçlarla kontamine atıkları ortamdaki uzaklaştırma
- Beden sıvılarının ortamdaki uzaklaştırılması

Depolama, ilaç hazırlama, uygulama, taşıma, dökülmeler ve atıkların yönetimi konuları kritik noktalar olarak karşımıza çıkıyor. Rehberlerde kritik noktalarda dikkat etmemiz gereken durumlara yönelik öneriler bulunmakta. Şimdi sizlerle bu önerileri paylaşmaya çalışacağız.

Depolama

Önerilen ayrı depolama. Mümkünse ön oda ile korunan bir depo veya negatif basınçlı bir depo kullanılmalı, mümkün değilse ilaçların depolandığı yerde ayrı bir dolapta depolama ve güvenli yerleştirme yapılmalıdır. Tehlikeli ilaçların depolandığı alanlarda mutlaka ayırt edici etiket ve dökülme talimatı bulunmalıdır. İlaçların depolanmasından sorumlu personelin tehlikeli ilaçların dökülmesi durumunda yapılması gerekenlere yönelik eğitim alması gerekmektedir.

Hazırlama

Sağlık Bakanlığı Tedavi hizmetleri Genel Müdürlüğü, Antineoplastik İlaç hazırlama Merkezi Kurulması, 10.05.2005 tarih ve 9260 sayılı genelgede;

Günlük antineoplastik ilaç uygulama sayısı 7 ve daha fazla olan hastanelerde ilaçlar;

- Giriş çıkışların sınırlı olduğu,
- Yalnız ilaç hazırlama işleminin yapıldığı ve tercihen eczanenin bu iş için ayrılmış bir bölümünde,
- Eczanenin fiziki şartları uygun değilse yataklı tedavi kurumunun uygun bir bölümünde kurulacak Antineoplastik İlaç hazırlama Merkezinde, “Sınıf II B tipi ya da Sınıf III Biyolojik Güvenlik Kabinlerinde” hazırlanmalıdır, denilmektedir.

Biyolojik güvenlik kabini içinde kullanılmak üzere kemoterapi örtüsü, kapalı sistem ilaç nakil gereçleri, tehlikeli atık kutusu bulunmalıdır. İlaç hazırlığında kemoterapi önlüğü, eldiveni, bone ve gerekirse siperli gözlük kullanılmalı; yine kemoterapi hazırlama orta-

mında lavabo, kaza ile dökülme durumlarında kullanılacak malzeme ve dökülmelere yönelik yazılı yönergelerin bulunması gerekmektedir.

İlaç hazırlama alanında acil durumlarda göz yıkamak için göz yıkama musluğu olmalı ya da NaCl solüsyonları hazır bulundurulmalıdır.

Hazırlama ve uygulama alanında çalışan personelin eğitimi olması gerekmektedir. Buradaki eğitim sadece tehlikeli ilaçlarla çalışma konusunda bir eğitimi değil genel olarak ilaç hazırlama ve uygulama alanında yetkinliği de içeren bir eğitimi kapsamalıdır. Hazırlama alanında kesinlikle yeme içme gibi faaliyetlerde bulunulmaması ve hazırlama alanının hazırlık dışında hiçbir işlem için kullanılmaması gerekir. Dökülme talimatının görülür bir yerde asılı olması, kişisel koruyucu araçlar kullanılması önerilmektedir.

Kişisel Koruyucu Malzemeler

- Tehlikeli ilaçlarla çalışma sürecinin tüm basamakları boyunca, yapılan işe uygun olarak kullanılmalıdır.
- Çalışanlar, kişisel koruyucu donanımları giymeden önce ve sonra ellerini su ve sabunla yıkamalıdır.
- Çalışanlar, sağlam olduğunu kontrol etmek için, kullanmadan önce kişisel koruyucu donanımları görsel olarak incelemelidir.
- Kullanılan kişisel koruyucu donanımlar, tehlikeli atık olarak işlem görmelidir.

Eldiven: Pudra içermeyen, lateks, nitril, poliüretan yada neo pren içerikli eldivenler kullanılmalıdır. Kalın eldivenlerin daha iyi koruma sağladığı düşünülmese de rağmen kalınlık her zaman koruma düzeyini belirtmez, hatta işlemsel faaliyetleri olumsuz etkileyebilir. Eldivenin kalınlığından ziyade üretici firma tarafından yapılan geçirgenlik/güvenirlilik testleri dikkate alınmalıdır.

Tehlikeli ilaçların taşınması, depolanması, hazırlanması, uygulanması, atıkların yok edilmesi ve dökülmelerde çift kemoterapi eldiveni giyilmelidir. Kullanmadan önce eldivenin sağlamlığı kontrol edilmelidir. Eldivenler düzenli olarak 30-60 dakikada bir (eldiven geçirgenliğinde süre etken olduğu için) ve yırtılma ya da tehlikeli ilaçla kontamine olma durumunda derhal değiştirilmelidir. Pudralı eldivenler tozlanma yoluyla kontaminasyonu artırabileceğinden ve deri absorpsiyonunu artırdığı için kullanılmamalıdır.

Eldivenleri çıkardıktan hemen sonra eller su ve sabunla yıkanmalıdır.

Kemoterapi önlüğü: Tehlikeli ilaçların hazırlanması, uygulanması, bu ilaçlarla yakın zamanda tedavi edilmiş hastaların atıklarının yok edilmesi ve tehlikeli ilaç döküntülerinin temizlenmesi sırasında kemoterapi önlüğü giyilmelidir. Önü geçirgen olmayan ve kapalı, uzun kollu, manşetleri elastik ya da örgü şeklinde olan pamuklu kumaştan yapılmış önlük giyilmelidir. Kumaş, laboratuvar önlükleri, cerrahi önlükler ve geçirgenliği olan önlükler kontaminasyonu artıracığından kullanılmamalıdır.

Her kullanımdan sonra önlükler atılmalıdır. Önlükler sulandırma sırasında 2-3 saatten daha fazla giyilmemelidir ve zarar gördüğünde (yırılma vb) ya da kontamine olduğunda (eldiven değişiminde, ilaç dökülmesinde v.b) hemen değiştirilmelidir.

Maske: İnhalasyon yoluyla kontaminasyonu önlemek için N95 maske önerilmektedir. Cerrahi maskeler tehlikeli ilaçların hazırlanması ve uygulanmasında kullanıma uygun değildir.

Kapalı sistem ilaç nakil gereçleri:

Antineoplastik ilaç hazırlayan personelin tüm koruyucu donanımları kullanmasına rağmen sitotoksik ilaçlarla maruziyetin tam olarak engellenmediğine yönelik çalışmalar mevcuttur. Tam koruma için mutlaka kapalı sistem nakil ilaç gereçlerinin kullanılması öneriliyor. Kapalı sistem ilaç nakil gereci nedir diye baktığımızda ASHP'nin ve NIOSH'un rehberlerinde hemen hemen ortak tanımla, çevreyi kontamine edicilerin sisteme taşınmasını ve ilacın sistem dışına kaçmasını veya buharlaşmasını mekanik olarak engelleyen sistemlerdir; denmektedir.

Tehlikeli ilaçların paketlenmesinden imhaya kadar geçen sürede kapalı transfer sistemleri kullanılması önerilir.

Kemoterapi örtüsü: Üstü emici özellikte, altı geçirgen olmayan kumaştan yapılmış tek kullanımlık örtülerdir, BGK içinde kullanılır.

Tehlikeli İlaçlarla Çalışma Basamaklarında Tavsiye Edilen Kişisel Koruyucu Donanımlar

İşlem Basamağı	Eldiven	Önlük	Respiratuvar Koruma Maskesi	Yüz Koruması/ Maske	Bone	Galoş
Paket açma ve temizleme	(2 çift) ✓	✓	✓			
Depolama	(1 çift) ✓	✓				
Steril ilaç hazırlama	(2 çift) ✓	✓		✓	✓	✓
Steril olmayan ilaç hazırlama:						
• Katı oral formların sayılması	(1 çift) ✓	✓		✓	✓	✓
• Krem, merhem, oral solüsyonların hazırlanması	(2 çift) ✓	✓		✓	✓	✓
Uygulama ve ekstrevasyon	(1 çift) ✓	✓		(sıçrama riski varsa) ✓		

Katı oral formların uygulanması (tablet)	(1 çift) ✓	✓		✓		
Topikal formların uygulanması (krem)	(2 çift) ✓	✓		(sıçrama riski varsa) ✓		
Aerosol uygulanması (ribavirin, pentamidin)	(1 çift) ✓	✓	✓	(sıçrama riski varsa) ✓		
Hasta bakımı	(1 çift) ✓	✓		(sıçrama riski varsa) ✓		
Kontamine çarşafların toplanması-yıkanması	(1 çift)	✓				
Atıkyönetimi (toplamave taşıma)	(1 çift) ✓	✓				
Dökülme veya hasarlı/kırık konteyner	(2 çift) ✓	✓	✓	✓		(yerde bulaş varsa) ✓
Steril ilaç hazırlama odasının temizlenmesi	(1 çift) ✓	✓			✓	✓
Kabinin temizlenmesi	(2 çift) ✓	✓	✓	✓	✓	✓
Diğer onkoloji eczanesi alanlarının ve bakım ünitelerinin temizlenmesi	(1 çift) ✓	✓				

Uygulama

Bu alanda gerek tehlikeli ilaçlarla çalışma, gerekse mesleki yetkinlik anlamında uygulamaya yönelik eğitimli personel çalıştırılması gerekmektedir.

Girişimlerden önce ve sonra eller yıkanmalı ve uygulama esnasında kemoterapi eldiveni, önlük, gerekirse gözlük kullanılmalıdır. İlaç uygulama alanının altına tek kullanımlık, geçirgenliği olmayan örtü serilmelidir. Sağlık çalışanı uygulama yaparken göz seviyesinin altında çalışmaya özen göstermelidir. Dökülme ya da deriye temasta yapılacaklara yönelik kurum prosedürü olmalı ve standartlara uyulmalıdır. Uygulama sonrası setler serum torbasından çıkarılmadan, kontamine tüm malzeme ile birlikte tehlikeli atık kutusuna atılmalıdır. Bütün uygulamalarda koruyucu tıbbi araçlar (iğnesiz ve kapalı transfer sistemleri gibi) ve teknikler (IV setin kabin içinde serum torbasına takılması gibi) kullanılmalıdır.

Oral antineoplastik ilaçların uygulanması;

Tabletlerin veya kapsüllerin tehlikeli ilaç içeren bir toz tabakası ile kaplı olabileceğinin ve sıvı formların buharlaşabileceğinin / dökülebileceğinin farkında olunmalı ve P.O İlaç hazırlama sürecinin herhangi bir aşamasında görev alan herkes (ilaç paketini açma, eti-

ketleme, kontamine atıkların atılması) kemoterapi eldiveni, gömlek giymelidir. Tehlikeli oral ilaçlar, diğer oral ilaçlar verildikten sonra verilmeli ve ambalajından çıkarılmadan ayrı kaplarda dağıtılmalıdır.

Oral antineoplastik ilaçların; kırma ya da ezme işlemi için önlük ve çift kat eldiven giyilmeli ve işlem biyolojik güvenlik kabini içinde yapılmalıdır.

Taşıma ve Saklama

- İlaçlar eğitimli personel tarafından, delinme ve yırtılmaya dayanıklı plastik torbalarda taşınmalıdır.
- Antineoplastik ilaçların saklandığı ortam ve buzdolabında yiyecek/içecek bulundurulmamalıdır.
- Hasarlı ilaç ve ampuller artıkların yok edilme prosedürüne göre uygun şekilde yok edilmelidir.
- İlaçlar üzerinde belirtilen ısıda muhafaza edilmeli, ilaçların taşınmasında, özellikle soğuk zincir gerektiren ilaçların taşınmasına ve saklanmasına yönelik prosedür oluşturulmalıdır.
- Son kullanma tarihleri sık sık gözden geçirilmeli, miadları geçmiş ilaçlar eczaneye geri gönderilmelidir.
- Eczaneye gönderilen ilaçlar için ayrıntılı rapor tutulmalı, nasıl yok edildiği rapora eklenmelidir.

Kaza ile Maruziyet ve Dökülmelerde Alınması Gereken Önlemler

Deriye maruziyet durumunda etkilenen deri su ve sabunla derhal yıkanır. Göze maruziyet durumunda izotonik serum fizyolojik ya da çeşme suyuyla göz 15 dakika sürekli yıkanır. Bulaşmaya maruz kalan personele yönelik kayıt tutulmalı ve en kısa sürede tıbbi muayene yapılmalıdır.

Dökülmelerde dökülme seti kullanılmalıdır. Dökülme seti kolay ulaşılabilir bir yerde bulundurulmalı, dökülme meydana geldiğinde kontamine alan uygun şekilde temizlenmelidir.

Dökülme setinde aşağıdaki malzemeler bulunmalıdır;

- Dökülme olduğunu belirten uyarı işareti,
- İki çift kemoterapi eldiveni
- Bir çift lateks temizlik eldiveni
- Uzun kollu arkadan bağlı sıvı geçirmez kullanılıp atılabilen bir gömlek
- Koruyucu gözlük ve maske
- Emici özellikte iki örtü (30x30 cm)
- Galoş
- Küçük bir fırça ve kürek
- İki adet atık torbası
- Deterjan

Dökülmeler sınıf olarak baktığımızda iki grupta ele alınmaktadır. Biyolojik güvenlik kabini (BGK) içerisindeki dökülmeler ve BGK dışında ortaya çıkan dökülmeler. BGK içindeki dökülmelerde yapılan işlem durdurulmalı ve dökülme derhal temizlenmelidir. Küçük dökülmeler, emici özellikte gazlı bez kullanılarak temizlenebilir. Büyük dökülmelerde daha çok sıvı emebilecek özellikte olan geniş örtüler veya yastıklar kullanılmalıdır. Bezle / yastıkla silinen alan, güçlü alkali özellikte bir deterjanla yıkanmalı, su ile durulanmalı ve son olarak %70'lik steril izopropil alkol veya başka bir dezenfektan ajan ile silinmelidir. Hepafiltrelere bulaşma durumunda filtreler değiştirilene kadar BGK kullanılmamalıdır.

BGK dışında gerçekleşen dökülmelerde, dökülmenin gerçekleştiği alandaki personel bilgilendirilmeli ve alana giriş kısıtlanmalıdır. Dökülme kitine derhal erişilerek kişisel koruyucu donanımlar giyilmeli, eğer varsa cam kırıkları ve diğer materyaller fırça ve faraşla toplandıktan sonra, emici materyal (örtü, yastık, paspas) kullanılarak sıvıların çevreye yayılması engellenmelidir. Toz madde dökülmelerinde, yeterli miktarda emici materyal suyla ıslatılarak toz üzerine yerleştirilmeli ve tozun çözünerek materyal tarafından emilmesi sağlanmalıdır.

Temizlemeye dökülmeden etkilenen alanın dışından başlanmalı ve merkeze doğru (temiz alandan kirli alana doğru) ilerlemelidir. Dökülme olan alan deterjanlı çözeltiyle yıkanmalı, tüm atık, tehlikeli atık olarak atılmalı ve alan temiz su ile durularak kuru lanmalıdır.

Atıklar

Atıkların uzaklaştırılmasıyla görevli personel eğitilmiş olmalıdır. Atıkların kırılmayan ve parçalanmayan malzemeler olmasına dikkat edilmeli (örneğin; cam yerine torba serumlar kullanmak gibi), atıkların toplanması ve taşınması sırasında eldiven ve gömlek giyilmelidir.

Son 48 saat içinde antineoplastik ilaç alan hastanın atıkları ile bulaşmış çamaşır ayrı yıkanmalıdır. Personel, kontamine olmuş çamaşırları yıkama yaparken latex eldiven kullanmalıdır ve gömlek giymelidir. Atıkların kaza ile dökülmesi, saçılmasında dökülme prosedürü uygulanmalıdır. Atık kutularının üzerinde 'Kemoterapi Atık Kutusu' etiketi olmalıdır. Atık kontrolünü sağlayan kapalı sistem ilaç nakil cihazları kullanılmalıdır. Enjektör iğneleri kılıfına geçirilmeye çalışılmamalı, enfeksiyöz ve antineoplastik atıklar ayrı kaplarda toplanmalıdır.

Antineoplastik ajanların uygulamasında kullanılan eldiven, önlük ve atılabilir diğer materyallerin tümü (emici ped, gaz bezleri, ilaç kutuları gibi) üzerine açık şekilde belirtilmiş kemoterapi atık kabına atılmalıdır. Atıklar belediyenin ilgili personeline teslim edilene kadar, hastane içinde ayrı bir bölümde ve ağız kapalı olarak tutulmalıdır. Özel atık işareti uygun yerlerde bulunmalıdır.

Sağlık çalışanlarının tehlikeli ilaçlara olan maruziyeti ve maruziyetin doğurduğu sonuçlarla ilgili yapılan tüm bu çalışmalar, koruyucu tedbirlerin detaylandırılarak uygulanmasının gerekliliğini ortaya koymuştur.

2010 yılında İtalya'da yayınlanan bir çalışmada 5 ayrı hastanede, antineoplastik ilaçlara olan mesleki maruziyetin izlemi yapılmıştır. 10 yıldan fazla süren çalışmada, yıllar boyunca çalışma yüzeylerindeki kontaminasyon seviyesi incelenmiştir. 2003 yılında, antineoplastik ilaçlarla güvenli çalışma için önerilen prosedürlerin sağlık çalışanları tarafından uygulanmaya başlanmasının ardından yüzey kontaminasyonunda güçlü bir şekilde azalma olduğu kanıtlanmıştır. Pozitif idrar örneklerinin oranı 1990'lı yıllarda %30 oranındayken, 2000'li yıllarda %2 ye düştüğü, 2007'den sonra ise pozitif örneğe rastlanmadığı bildirilmiştir.

Personelin Tıbbi İzlemi

Tehlikeli ilaçlarla çalışan personel için işe ilk girişte, ardından yılda en az bir defa ve ilaç hazırlama biriminden ayrıldıktan sonra tıbbi izlem planlaması yapılmalıdır. Bu tıbbi izlem programı öykü, fizik muayene, tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, üre, kreatinin ve idrar analizini içermelidir. Yaşanan bir maruziyet sonrası tıbbi izlem tekrarlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Personelin Tehlikeli İlaçlarla Çalışmadan Muaf Tutulması Gereken Durumlar

Hastalık: Üst solunum yolu enfeksiyonu veya deri enfeksiyonu geçirmekte olan personeller iyileşme gerçekleşene kadar; immünosüpresif tedavi almakta olanlar kullandığı ilaçların immünosüpresif etki süresi sona erene kadar bu alanda çalışmaktan muaf tutulmalıdır.

Gebelik: Hamile olan, emzirmekte olan ve çocuk sahibi olmayı planlayan erkek ve kadın personeller tehlikeli ilaçlarla çalışmaktan muaf tutulmalıdır.

Normal Olmayan Patoloji Sonuçları: Anormal çıkan bir patoloji sonucu durumunda sebep belirlenene dek personel tehlikeli ilaç hazırlamamalıdır.

Sonuç olarak baktığımızda; antineoplastik ilaçların temini, hazırlanması, depolanması, taşınması, uygulanması, atıklarının bertaraf edilmesi sırasında hastalar ve sağlık çalışanları bu ilaçların zararlı etkilerine maruz kalabilmektedirler.

Yapılan çalışmalar güvenlik önlemi almanın sitotoksik ilaçlara maruziyet riski üzerinde önemli bir etkisi olduğuna dikkat çekmektedir. Bu sebeplerle antineoplastik ilaçlarla çalışan personelin güvenli çalışma ortamında hizmet vermelerinin sağlanması için bu ilaçların hazırlama ve uygulamalarının belirli standartlar doğrultusunda / gerekli güvenlik önlemleri alınarak yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. American Society of Health-System Pharmacist. ASHP Guidelines on Handling Hazardous Drugs. 2006;63:1172-1193
2. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP Technical Assistance Bulletin on Handling Cytotoxic and Hazardous Drugs,1996
3. Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezinin Kurulması, Sağlık Bakanlığı, 10.05.2005 Tarih ve 9260 Sayılı Genelge
4. Antineoplastik İlaçların Güvenli Kullanım Standartları Rehberi, Onkoloji Hemşireliği Derneği – 2009
5. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 28730 sayılı Yönetmelik, Kanserojen ve Mutajen Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik, 2013.
6. İSOOP, International Society of Oncology Pharmacy Practitioners
7. Medical Surveillance for Healthcare Workers Exposed to Hazardous Drugs DHHS (NIOSH) Publication Number 2013-103
8. NIOSH ALERT, Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Health Care Settings, PUBLICATION NUMBER 2004-165, September 2004. www.cdc.gov/niosh
9. Onkolojide Tehlikeli İlaçlarla Güvenli Çalışma ve Eczacılık Uygulamaları Rehberi, TÜKED, 2016
10. Personal Protective Equipment for Health Care Workers Who Work with Hazardous Drugs DHHS (NIOSH) Publication No. 2009-106
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Antineoplastik (sitotoksik) İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi, 2004.

Katılımcı

Benim sorum dökülme, saçılma durumunda rehberde belirtilen 5 birim altındaki dökülme durumlarında da iyeri hekimliğine ya da iş sağlığı güvenliği birimine başvurarak bunları kayıt altına almak ve iş kazası olarak bildirmek gerekir mi? Biz kendi kurumumuzda bunu böyle yapmaya çalışıyoruz.

Gülдер Gümüşkaya

Rehberle ilgili belirleyici herhangi bir özellik yok ama şahsen bildirilmesi gerekir diye düşünüyorum.

Katılımcı

İkinci sorumda bu dökülme durumuna maruz kalan kişinin kullandığı maske vaka bazında ne kadar süre ile kullanılmalı. Ben firmalara sorduğumda bir cevap alamadım. Yani bir mesai saati içinde bu maske ne kadar süre ile kullanılmalı?

Gülдер Gümüşkaya

Maskeler tek kullanımlıktır. Yani çıkarttığınız anda maskenin görevi biter.

Mustafa Güler

Bir düzeltme yapmak istiyorum. Dökülme saçılma durumlarında iş kazası bildiriminde bulunabilmeniz için onun bir zarara sebebiyet vermiş olması gerekir. Eğer bir zarar oluş-

muşsa mutlaka iş kazası olarak bildirilmelidir. Ramak kala durumlarında ise o başka bir bildirim olabilir. Ya da olay bildirimi olabilir.

Erdal Kart

Türk Eczacılar Birliği üyesiyim. Onkoloji eczacılığı ve hemşireliği açısından şöyle bir değerlendirme yapmak istiyorum. Geçmişte ülkemiz eczacılık perspektifini şöyle değerlendirmişti; mezun olan tüm eczacılar eczahane açmaya yönlendirilmişti. Yani kamusal alan boş bırakılmıştı. Bu bağlamda da klinik eczacılık ya da onkolojik eczacılık çok fazla önemsenmemişti. Şimdi son beş yılın içerisinde klinik eczacılık ülke genelinde başladı. Bu bağlamda da şu anda örnek veriyorum hemşire arkadaşlarla beraber çalışması gereken kamu eczacıları onkoloji eczacıları klinik eczacılık açısından ne kadar anlamlı olduğu, ne kadar başarılı olduklarını ben şahsen olarak bilmiyorum. O açıdanda şöyle bir sorun ortaya çıkıyor şimdi farmosötik teknoloji, toksikoloji derslerini almış bir grubun kamu hastanelerinde, aynı zamanda özel sektörde olmamasından dolayı bir boşluk oluşuyor. Ben o alanın düzenli ve sistematik olduğunu düşünmüyorum ve şöyle bir sorun olduğunu söylemek istiyorum bu alanın devlet tarafından özellikle boş bırakıldığından dolayı özellikle ilaçların hazırlanışının çok sağlıklı olduğunu özellikle devlet hastanelerinde ben şahsi olarak düşünmüyorum. Bu açıdanda şunu söylemek istiyorum bu alanda devlet hemşireleri yalnız bıraktı. Bir eczacı gözetiminde bunun yapılmamasından dolayı ayrıca bir sorun olduğunu düşünüyorum.

Sema Burgaz

Güliden Hanım yönetmeliklerin Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenirken, hazırlama, uygulama aşamasında Onkoloji Hemşireliği Derneği olarak yönetmeliklerin hazırlanması sırasında önemli katkılar sundu ve bende o grubun içerisinde toksilog olarak orada bulundum. Orada ilaçların hazırlanması sırasında mutlaka eczacı bulunması gerekliliği ifade edildi.

Nitekim daha sonra Sağlık Bakanlığının yaptığı düzenlemelerde, yeni çıkanda ilaç hazırlama kısmı, özel alanlar yaratılarak uygun koşullarda başta eczacılar olmak üzere, dediğiniz gibi eski yıllarda tamamen hemşire arkadaşlara bırakılmıştı, bütün sorumluluk onlarda idi. Şimdi artık eczacı arkadaşlarımız -ki bu konuda Eczacı Onkoloji Derneğinde önemli çalışmalar yapmaktadır- görev alması yönetmeliğe girmiştir. Biz eczacılık eğitimi esnasında evet doğru bir miktar eksik bıraktık, farkındayız ama son iki yıldır toksikoloji dersleri içerisinde sitotoksik ilaçlarda güvenli kullanım bir iki saat eczacı arkadaşlarımızı bu farkındalık açısından mezun olmadan böyle bir eğitim programından geçiriyoruz.

Gülde hanıma bir soru sormak istiyorum. Genelde olması gerekenlerle ilgili gayet güzel bir açıklama yaptınız. Peki, acaba Türkiye'de şu anda gerçekte uygulamada, sahada olanlar açısından olumsuzluklar var mı, söylediklerinizin tamamı yüzde yüz uygulanıyor mu, uygulanmadığına ilişkin olumsuz bildirimler, çalışmalar var mı? Bu konuda birşeyler söyleyebilir misiniz?

Gülder Gümüşkaya

Bizim hastanemizde eczacı denetiminde teknisyen, teknikerler tarafından hazırlanıyor. Hemşire arkadaşlar hazırlamıyor. Türkiye gündemi açısından bakarsak eğer yaklaşık iki hafta önce Onkolo Hemşireliği Derneği sertifika programı vardı. Bu konuyu onlarla da görüştüm ve daha önceki sertifika programları ile karşılaştırma yaparak söyleyebilirim ki ciddi anlamda ilerleme kaydediyoruz. Yani hemen hemen katılıma gelen tüm katılımcılar merkezi bir yardımla ilaç hazırladıklarını ama hemşire hazırlıyor, yani eczacı denetiminde bir hazırlama değil. Ama merkezi olarak yani her klinikte bir kabinde değil, o bile ülkemiz açısından önemli.

Sinan Usta

Bu konuda çalışan arkadaşların denetim konusunda -eczacı arkadaşlardan aldığımız bilgiye göre- hastanelerde bu çalışmaların denetlenmesi konusunda Sağlık Bakanlığının ciddi bir çalışması olmadığı, denetim yapılmadığı ifade edildi. Umuyoruz ki bu çalışmaların sağlık bir şekilde sürdürülmesi sağlanır.

TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MARUZ KALDIĞI KİMYASAL TEHLİKELER – ANESTEZİK ATIK GAZLARA MESLEKİ MARUZİYET

Sema Burgaz

Gazi Üniversitesi Ecz. Fak., F.Toksikoloji Ana Bilim Dalı

Sayın Başkan, değerli katılımcılar konuşmama başlamadan önce organizasyon komitesine, sizlerle beni buluşturma fırsatı verdiği için çok teşekkür ediyorum. Bugünkü konumuz, sağlık çalışanları ve maruz kaldıkları pek çok tehlikeler ve bu tehlikeler arasında da anestezi atık gazlarla ilgili bazı verileri sizler ile paylaşmak istiyorum. Benden önce pek çok konuşmacımızın da bahsettiği gibi ülkemizdeki sağlık çalışanı sayısı 800.000 üzerindedir ve bunun sadece Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışanları hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli olarak 250.000 olarak belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının karşılaştığı mesleki tehlikeler genel olarak 5 gruba ayrılmaktadır. Bunlar; kimyasal, biyolojik, fiziksel, psikolojik ve çevresel mekanik tehlikelerdir. Sağlık çalışanlarının karşılaştığı mesleki tehlikeler arasında kimyasal tehlikelerin toksikolojik açıdan önemli bir yer tuttuğunu söylemek mümkündür. Bu kimyasal tehlikelerden antineoplastik ilaçlar, etilen oksit, formaldehit ve anestezi atık gazları gerek ülkemizde ve gerekse yurtdışında sağlık hizmeti sunulan yerlerde sıklıkla karşılaşılacak ve önemli sayıda sağlık çalışanının maruziyetinin söz konusu kimyasal maddelerdir. Bu kimyasal maddelerin ortak özellikleri genotoksik özellikli olmalarıdır. Genotoksik özellikli kimyasalların, somatik ve üreme hücrelerinde çeşitli mekanizmalarla kanser ve üreme sisteminde bozukluklar şeklinde etkiler oluşturma potansiyelleri bulunmaktadır.

Amerika Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH) hazırladığı dokümanlarda hastanelerde kullanılan potansiyel karsinojenik, mutajenik ve teratojenik etkisi olan 135 ve yanı sıra deri ve göz irritasyonu özelliği olan 159 tane kimyasalın yer aldığı bilinmektedir.

Diğer ülkelerde sağlık çalışanlarında yapılmış çalışmalar incelendiğinde pek çok kanser türünde ve üreme sisteminde bozukluklarda bir artış görüldüğü belirtilmektedir. Ancak bu artışlarda çelişkili sonuçların olduğunu konusunda değerlendirmeler yapılmaktadır. Bu çelişkili sonuçların, sağlık çalışanlarının geçmişe yönelik maruziyet verilerinin eksik olması, denek sayısının azlığı ve istatistiksel gücü yetersiz çalışmalardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu kapsamda uçucu anesteziğin yeri nedir diye baktığımızda genel olarak uçucu anes-

teziklerde sıklıkla karşımıza çıkan; azot oksit, halotan, fluran grubu olarak izoflurandan desflurana kadar değişen çeşitli florlu anestezi maddeleri bulunmaktadır. Bu maddelere uzun süre maruz kalınması halinde bir takım advers etkilerin (düşük, prematüre doğumlar, infertilite, böbrek ve karaciğer hastalıkları ve kanser gibi) olduğu bilinmektedir. Ancak uzun süreli bu maruziyetlere bağlı etkilerin genelde yüksek düzeylerde maruziyet nedeniyle ve şu anda kullanımdan kalkmış olan eski anestezi maddeleriyle elde edilmiş olduğu belirtilmektedir.

Biraz önce sözü edilen uçucu anestezi maddelerinin in vivo ve in vitro sistemlerde genotoksik etkili olduğu çeşitli çalışmalar ile gösterilmiştir. Ancak uçucu anestezi maddelerinin genotoksik etkileri konusunda da çelişkili sonuçlar bulunmaktadır.

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC)'nın pek çok kimyasal insanlardaki karsinojenik tehlikeleri açısından sınıflandıran değerlendirme raporları bulunmaktadır. Buna göre uçucu anestezi maddeleri halen Grup 3'te yer almaktadır. Yani; insandaki karsinojenik etkisi yönünden sınıflandırılmayan gruptadır. Ancak IARC'ın bu sınıflandırmasının konuya ilişkin yeni çalışma bulguları ile süreç içerisinde yeniden düzeltilebileceğini unutmamamız gerekmektedir.

NIOSH'un değerlendirmesine göre ameliyathane ve derlenme ünitesinde yaklaşık 200 binin üzerinde sağlık çalışanının anestezi atık gazlarına maruz kaldığı hesaplanmıştır. Türkiye'de yaklaşık 5000 anestezi uzmanımız bulunmaktadır. Anestezi teknisyeni / teknikerlerin sayısının 9000 civarında olduğu bilinmektedir. Ancak anestezi hemşiresi ile ilgili herhangi bir sayısal değer bulamadım. Ancak Türkiye'de de anestezi alanında binlerce sağlık çalışanımızın anestezi atık gazlarına mesleki maruziyet riskinin olduğunu söyleyebiliriz.

Anestezi yöntemlerinde pek çok gelişmeler olduğu bilinen bir husustur. Modern iklimlendirme sistemleri, atık gaz süpürücü sistem uygulamaları büyük kapasiteli pek çok hastanede kullanılmaktadır. Ancak bunlara karşın ameliyathane çalışanlarının anestezi atık gazlara maruziyetine ilişkin veriler bilinmemektedir. Tüm bu uygulamaların dört dörtlük olup olmadığı konusunda da tartışma yapılmalıdır.

Öte yandan doğru havalandırma sistemi olmayan ya da atık gaz süpürücü sistemi olmayan-ki şu anda yasal olarak gerekli değil sanıyorum- derlenme ünitesi çalışanlarının da atık gazlara mesleki olarak maruziyetinin söz konusu olduğunu belirtmek isterim.

Anestezi atık gazların çalışma ortamında bulunmasına izin verilen eşik limit değerleri ülkeden ülkeye göre değişmektedir. Bu konuda birkaç örnek vermek gerekirse; İsveç'te, Azot oksit, Halotan, Sevofluran ve Desfluran için 8 saatlik ve 15 dakikalık maruziyetler için eşik limit değerleri sırasıyla 100 ppm ve 500 ppm; Almanya'da azot oksit için aynı süreli maruziyetler için sırasıyla 100 ppm ve 200 ppm, halotan için limit değerleri bulunmakta, ancak sevofluran ve desfluran için henüz bir eşik limit değeri tespit edilmemiştir.

Amerikan İş Sağlığı ve Güvenliği Kurumu (OSHA) nun uçucu anesteziğin risk limitleri konusunda bir değerlendirmesi bulunmamaktadır.

NIOSH'un azot oksit için kısa süreli maruziyetler için, 1 saatlik tavan değer olarak 25 ppm'e kadar, halotan, sevofluran ve desfluran için ise 2 ppm önerisi bulunmaktadır. NIOSH'un aynı zamanda azot oksit (25 ppm düzeyde), diğer florlu anesteziğin ile bir arada kullanıldığı zaman florlu anesteziğin iş yeri ortamında bulunmasına izin verilen değerini 0.5 ppm'e düşürmektedir. Pek çok Avrupa ülkesinde ve diğer kıtalarda bu tip her ülkenin kendi değerlendirmeleri bulunmaktadır. Türkiye'ye baktığımızda, kimyasal maddelerle çalışmalarda sağlık ve güvenlik önlemleri hakkındaki yönetmeliğin (12.08.2013 tarihli RG No.28733) Ek 1'de çeşitli çalışma ortamlarında bulunmasına izin verilen limitler yer almaktadır. Ek 1'de uçucu anesteziğin ile ilgili herhangi bir limit değeri bulunmamaktadır.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 'nün yaptığı değerlendirmede sağlık çalışanlarında beklenen meslek hastalığı asgari sayısı 2800 iken, Çalışma Bakanlığı'nın 2012 verilerine göre ülkemizde tespit edilmiş meslek hastalığı sayısı sadece 5 dir. Bu sayının kayıt sistemlerimizdeki ve diğer pek çok teknik nedenler dolayısıyla son derece anlamsız olduğunu ve ülkemizdeki meslek hastalığı gerçek sayısı ve sağlık çalışanlarının bunun içerisindeki payı konusunda en ufak bir fikrimizin olmadığını söylemek doğru bir yaklaşım olacaktır.

Meslek hastalıklarının önlenabilir olduğu konusunda bir fikir birliği bulunmaktadır. Meslek hastalıklarının önlenmesi konusunda moleküler epidemiyolojik yaklaşımlar, koruyucu yaklaşımlar olarak benimsenmektedir. Moleküler epidemiyolojik yaklaşımlar, insanlardaki biyolojik izleme çalışmaları ve diğer pek çok analitik, epidemiyolojik çalışmalarda maruziyet, erken biyolojik etki ve duyarlılık biyo göstergelerini kullanarak başta kanser olmak üzere ve diğer toksik etkilerden korunma konusunda bize bazı veriler sağlamaktadır. Bu tip biyo göstergeleri kullanarak çalışma ortamındaki pek çok karsinogenik ve mutajenik maddeleri teşhis edebiliriz. Kanser gelişimi öncesinde erken ortaya çıkan etkileri tespit edebiliriz. Bu tip maddelere maruz kalan popülasyon içerisinde daha riskli olanlarını tespit etme olanağımız olabilir. Bunun yanı sıra, eğer yasal düzenlemeler de varsa, yasal düzenlemelerin yararlı olup olmadığını, maruziyeti azaltmak için kullanılan etkinlikler ve bu konuda uygulanan politikaların etkinliğini izlemede yine bu biyo göstergelerden yararlanılmaktadır.

Biyo göstergelere daha yakından bakacak olursak; maruziyet biyo göstergeleri olarak, iş yeri havasında ölçüm yaparak -ki bu indirekt bir gösterge- maruziyet ile ilgili bir fikir edinilebilir. Vücuda absorbe olan dozla ilgili olarak kimyasal maddenin ya da vücutta geçirdiği değişiklik sonucu oluşan metabolitleri idrar, kan ya da nefes örneklerinde tespit ederek vücuda absorbe olan doz hakkında fikrimiz olabilmektedir. DNA katım ürünleri veya protein katım ürünlerinin tayinini yaparak biyolojik etkin doz hakkında fikrimiz olabilir. Toksik etki, karsinogenik etki ve diğer hastalıklar başlamadan önce erken bi-

yolojik etkiler konusunda bazı göstergeler yardımıyla haberci niteliğinde bilgiler elde edebiliriz. Erken biyolojik etkiler için örneğin DNA ve kromozomal düzeyde bazı analizler (Örneğin, Comet analizi, Kardeş kromatid değişikliği, Mikroçekirdek sıklığı, Kromozomal aberasyon sıklıkları gibi) yapmak mümkündür. Bunların yanı sıra karsinojenik maddelerin vücuda girdikten sonra metabolize olmasında rol oynayan enzimler, tümör baskılayıcı genler ve DNA onarımına ilişkin analizler yaparak popülasyon içerisindeki daha riskli grupları seçebilme olanağı bulunabilmektedir.

1996-2015 yılları arasında uçucu anesteziyelere mesleki maruziyet konusunda moleküler epidemiyolojik yaklaşımların esas alındığı 15 araştırma incelendiğinde dikkati çeken hususlar şu şekildedir; Bu çalışmalar Almanya, Brezilya, Çek Cumhuriyeti, Hırvatistan, Hindistan, İtalya, Mısır, Slovenya ve Tayvan'da gerçekleştirilmiş olup, genelde anestezi, anestezi teknisyeni ve hemşirelerden oluşan minimum 11 ve maksimum 153 kişilik popülasyonlarda çalışmalar yapılmıştır. Bu ülkelerde en fazla kullanılan uçucu anesteziyel gazların azot oksit, sevofluran, izo fluran, halotan ve desfluran olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmalarda erken biyolojik etki (genotoksik etki) göstergeleri olarak kan örneklerinde Comet analizi, kromozomal aberasyon sıklıkları, kardeş kromatid değişiklikleri, mikro çekirdek sıklıkları ve tek bir çalışmada da yanak epiteli hücrelerinde mikro çekirdek sıklıkları kullanılmıştır. Çalışmaların her birinde çalışma ortamında gaz süpürücü sistemin olup olmadığı gösterilmemiştir. Bu çalışmaların ortaya koyduğu genel sonuç; sağlık çalışanlarının anesteziyel atık gazlara mesleki maruziyetine bağlı olarak genotoksik etkide anlamlı artışların olmasıdır. Ancak, genelde 50 kişiyi aşan çalışma sayısının azlığı, deneklerin genel beslenme durumları ve alkol tüketimi verilerinin olmaması, çalışmaların sadece yarısında iş yeri ortamında anesteziyel gaz ölçümü olması ve bireysel olarak anesteziyel gaz maruziyet verilerinin olmaması çalışmalardaki kısıtlılıklar olarak belirtilmektedir.

Türkiye'de ise uçucu anesteziyelere mesleki maruziyet konusunda moleküler epidemiyolojik yaklaşımların esas alındığı 1992-2010 yılları arasında yapılmış 8 araştırma incelendiğinde dikkati çeken hususlar şu şekildedir; bu çalışmalar minimum 17 ve maksimum 67 kişilik genelde anesteziyel, anesteziyel teknisyeni ve hemşirelerden oluşan popülasyonlarda gerçekleştirilmiştir. Ülkemizdeki anesteziyel uygulamalarında da benzer şekilde en sıklıkla azot oksit, izofluran, sevofluran, halotan ve desfluran kullanımı olduğu bildirilmiştir. Çalışmaların sadece bir tanesinde çalışma ortam ölçüm verileri olup, bireysel maruziyet verilerine ilişkin herhangi bir veri bulunmamaktadır. Çalışmaların her birinde çalışma ortamında gaz süpürücü sistemin olup olmadığı gösterilmemiştir. Ülkemizdeki anesteziyel sağlık çalışanlarında yapılan bu çalışmalarda erken biyolojik etki (genotoksik etki) göstergeleri olarak kan örneklerinde Comet analizi ve kardeş kromatid değişiklikleri kullanılmıştır. Çalışmaların bir tanesi hariç diğerlerinde anesteziyel atık gazlara mesleki olarak maruz kaldığı düşünülen ameliyathane personeline genotoksik etkide anlamlı artışlar tespit edilmiştir. Bu çalışma sonuçlarındaki kısıtlayıcı faktörlerin yurtdışında yapılmış çalışmadakiler ile benzer olduğunu söylememiz gerekmektedir.

Araştırma grubumuzun yürüttüğü son çalışmanın henüz yayınlanmamış verilerini sizlerle paylaşma fırsatı bulduğum için seviniyorum. Bu çalışmamız Yüksek İhtisas hastanesinin gastrointestinal ve üroloji ameliyathanelerinde (3 tanesinde) ve bir adet derlenme ünitesi çalışanlarında yürütülmüş olup, 34 ameliyathane personeli (anestezist, teknisyen ve hemşire) ve derlenme ünitesinden de 12 hemşire ve aynı hastanede uçucu anestezipler ile ilişkili olmayan bölümde çalışan 21 kişi çalışmaya katılmıştır. Ameliyathanelerde sıklıkla kullanılan uçucu anestezipler azot oksit, sevofluran ve desfluran idi, atık gaz süpürücü sisteme sahip olan ameliyathanelerde periyodik gaz ölçümlerinin yapılmadığı belirtilmiştir. Derlenme ünitesindeki havalandırmanın ise, kısmen klima ve pencere açarak yapıldığı ifade edilmiştir.

Araştırma grubumuz solunum ortamına karışabilen uçucu anestezi miktarı hakkında fikir edinmek için, uçucu anesteziplerden sevofluranı indikatör olarak seçerek, ameliyathane, derlenme ünitesi ve kontrol grubu ile ilgili ortamlara yerleştirilen pasif örnekleyiciler aracılığıyla analizi yapılan sevofluran düzeyleri; ameliyathanelerde 0.32 ppm, 0.33 ppm, 0.58 ppm, derlenme ünitesinde 0.43 ppm olarak bulunmuştur. Kabaca bakıldığında ölçülen bu değerlerin diğer bazı ülkelerin belirlediği limit değerlerin altında bir düzey olduğu söylenebilir. Ancak diğer uçucu anesteziplerin (azot oksit gibi) miktarları hakkında bir verimiz bulunmamaktadır. Ameliyathane, derlenme ve kontrol grubu bireylerin anestezi madde maruziyetini belirlemek için vardiya sonu alınan idrar örneklerinde sevofluran düzeylerinin ölçümü yapılmıştır. İdrar sevofluran düzeylerinin çok yakın geçmişteki maruziyeti (son 3 saat) gösterdiği çeşitli çalışmalar ile gösterilmiştir. Çalışmamızda gerek ameliyathane personeli ve gerekse derlenme ünitesi çalışanlarının idrar sevofluran düzeyleri benzer bulunmuştur. İtalyan araştırmacılar litrede 3.9 mikrogram idrar sevofluran düzeyini NIOSH'un florlu anestezipler için önerdiği limit değer 2 ppm'e eşdeğer biyolojik limit olarak önermişlerdir. Çalışmamızda yer alan anestezist, teknisyen, hemşire ve derlenme ünitesinden toplam 23 bireyin idrar sevofluran düzeylerinin litrede 3.9 mikrogramın üstünde olması dikkat çekmektedir. Çalışma sonuçlarımız, gerek ameliyathane personeli ve gerekse derlenme ünitesi çalışanlarının uçucu anestezi maddelerden en az birisine maruziyetini ortaya koyması açısından önem taşımaktadır.

Erken biyolojik etki (genotoksik etki) göstergesi olarak kan örneklerinde ve yanak epiteli hücrelerinde mikro-çekirdek sıklığının analizi yapılmıştır. Kan örneklerindeki mikro-çekirdek sıklığının artmasının kanser riskini öngörmede yararlı bir gösterge olduğu ve yanak epiteli hücrelerinde mikroçekirdek sıklığının da genetik hasarların biyoizlenmesinde sıklıkla kullanılan bir gösterge olduğu iyi bilinmektedir. Erken biyolojik etki konusundaki sonuçlarımıza göre uçucu anesteziplere mesleki maruziyete bağlı olarak her iki dokuda da (kan ve yanak epiteli) kromozomal instabilite ve genotoksisitede artıştan söz etmek mümkündür.

Sonuçlarımız; gerek ameliyathane ve gerekse derlenme ünitesi personelinin mesleki genotoksisite riski açısından benzer durumda olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak daha fazla sayıda derlenme ünitesi çalışanında araştırma yapılması yerinde olacaktır. Ameli-

yathane ve derlenme ünitesi çevresel koşullarının periyodik olarak izlenmesi ve geliştirilmesi ve yanı sıra sağlık gözetimi ve izlemi çalışmalarının gerçekleştirilmesi gereği bulunmaktadır.

Bildiğiniz üzere Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu'nun Ekim 2013-Nisan 2014 arası 398 kişide yapılmış bir anket çalışması ile anestezi çalışanlarında bir mesleki risk değerlendirme raporu yayınlanmışlardı, kendilerini tebrik ederim. Bu rapordaki bazı sorulara verilen yanıtlara dikkatinizi çekmek isterim. Önerilerimizin karşılık bulduğunu göstermesi açısından önem taşımaktadır. Raporun 11.sorusunda 'Çalışma ortamında havalandırma yeterli mi?' yanıtı; % 44.5 hayır, 'Çalışma ortamınızda kullanılan anestezi gazlarının kokusunu algılıyor musunuz?' sorusunun yanıtı, %48 evet, %34 kısmen. 15. soru 'Çalıştığınız kurumda iş sağlığı ve güvenliği kanunu gereğince gerekli önlemler alınıyor mu?' yanıtı %60 hayır, %20 bilgim yok şeklindedir. 19. soru 'Sağlığınızı tehdit ettiğini düşündüğünüz mesleki riskleri öncelik sırasıyla yazar mısınız?' için yanıt, 'anestezik gazlar, bulaşıcı hastalıklar ve radyasyon' şeklinde verilmiştir. Konuya ilişkin yeni mesleki risk değerlendirme raporlarının araştırma sonuçlarımıza katkıda bulunacağını düşünüyorum.

Dikkatiniz için çok teşekkür ederim.

Katılımcı

Hacettepe diş hekimliğinde nitroz oksit kullanıyoruz. Genel anestezide bir cihazımız var ve orada proplem yok. Yeni bir ünite hazırlığı var ve yedi, sekiz tane nitroz oksit cihazı kurduğunuzda durum ne olaca, bunu kime soralım. Bir sınırlama var mı?

Sema Burgaz

Var. Çalışma Bakanlığının iş sağlığı merkezlerine nitroz oksit ölçtürmek istiyoruz diyebilirsiniz. Onların ölçüm cihazları var. Siz bu ölçümleri yaptırdıktan sonra güven altına almak için belirli aralıklarla, belki anestezi işini yaparken ve daha sonra ortamda, tabiki havalandırma sistemi olması lazım onlarla da ölçümler yaparsınız. Kayıtlarınızı alın, çok önemli. İş sağlığı ve güvenliği için bu önlemi almak lazım.

Nitroz oksitle yapılan son çalışmalarda düşük konsantrasyonlarda bile aslında biraz çalışan açısından problem olabileceği ile ilgili veriler var. Onun için ölçümlerin kayıt altına alınması sizin için iyi olur.

Peri Arbak

Mikroçekirdek sıklığı hasarı kalıcıdır.

Sema Burgaz

Şöyle mikro çekirdek sıklığı aslında biz ne kadar, 1 – 1,5 yıl bu hasar aslında uzun sürede tespit edilebiliyor. Daha sonra tabiki DNA onarım düzeyleri tabiki tamir edilebi-

lır. Bunlarıda bulmak lazım. Daha pekçok parametreyi etkileyerek evet bu hasar oluştu ama bu hasarı onarabilme kapasitesi bu bireyin ne idi diye onuda araştırmak gerekir. Fakat şöyle bir şey var düşük dozda ve kronik olarak maruziyet söz konusu olduğunda esasen bir miktar iş ortamından ayrıldınız tamam, sonra tekrar maruz kalırsınız yani öğle bir durum var. Tabiki vücut bunu yapabiliyor bunu vücudun onaramadığı durumlarda söz konusu olabilir, diğer başka etkenler nedeni ile.

Peri Arbak

Bunu sorma nedenim çok kısa olarak hava kirliliği ve bir dönem biber gazı ile çok ilgilendim. Orada çok özel ithamlar var. Bu tür biber gazına çok maruz kalmış insanlarda hani alınan bir analizle acaba yıllar içerisinde maruz kalmayan bir grupla kıyaslama yapılabilir mi?

Sema Burgaz

Tabi kayıtlar varsa yapılabilir

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK HER BOYUTUYLA ŞİDDET / ÇALIŞTAY RAPORU

Hasan Oğan

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu

Sağlık çalışanlarına özellikle de hekimlere yönelik şiddetle ilgili olarak çalışmalar yaygın olarak 2005 2006 yıllarında TTB ve diğer sağlık örgütlerince başlatıldı.

Şiddetin giderek artmasına bağlı olarak Türk Tabipleri Birliği ve İstanbul tabip Odası 14 Şubat 2009 yılında “Hekime Yönelik Şiddet Önlenebilir mi?” çalıştayı gerçekleştirdi. Çalıştay sonrasında ise birçok sağlık çalışanı örgütünün katılımı ile “Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu” kuruldu.

Bugüne dek sağlıktaki dönüşüme paralel olarak artan şiddet olayları sonucu bugüne kadar birçok sağlık çalışanı yaralandı, sakat kaldı ve on hekim arkadaşımızı ve de dört eczacı arkadaşımızı kaybettik.

Görüldüğü gibi artık şiddet sağlık çalışanları için en temel, mesleki ve öldürücü etkisi yüksek bir risk haline gelmiştir.

2008’li yıllarda şiddet olayları olduğu zaman hastanelere giderek basın açıklamalarına çok az kişi katılıyordu. Başhekimin umurunda değil, hasta yakınları ‘bunlar ne yapıyor?’ der gibi bakıyordu. O zaman daha fazla bir şeyler yapmamız gerekiyor dedik. Sloganlar ve basın açıklamaları şiddeti engellemiyor dedik. O zaman dedik ki, bunu iş bırakmaya kadar götürelim dedik. İş bırakma Dr. Ersin Aslan’ın ölümüyle gündeme geldi. O gün ve ertesi gün ve daha sonraki günler, yıldönümlerinde iş bırakmalar oldu. Yine de ölümlerle birlikte iş bırakma eylemlerini gerçekleştirmeye çalışıyoruz.

Yıllarca Sağlık Bakanlığı’na şiddetin artan bir mesleki risk olduğunu söyledik, şiddete dikkat edilmesi gerektiğini söyledik. Fakat ‘hayır siz abartıyorsunuz’ dediler, ‘Şiddet yok, farkındalık arttı’ dediler. Ancak ki Dr. Ersin Aslan’ın ölümüyle Sağlık Bakanlığı da artık bunu yok sayamadı. O sırada bir sürü yasal önlemler içeren şeyler gündeme geldi. 2008’den bu yana yaklaşık dokuz yıl geçmiş. Artık şiddete yönelik çalışmaları Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu yerine Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu içerisinde yürütmeye başladık.

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı çalışma grubu olarak yaklaşık 1-1,5 yıldan beri aktif olarak

bu konuda örgütlenmek, eylem yapmak ya da düşünce üretmek bazında çalışmalar yaptık ve bu çerçevede 28 Mayıs 2017 tarihinde Ankara'da bir çalıştay düzenledik.

Çalıştay iki bölümden oluşuyordu ve ilk bölüm şiddeti tanımak, anlamak, nasıl yaklaşıldığını gerektirdiğini ortaya koymaya yönelikti. İkinci bölüm ise sağlık çalışanları olarak şiddete karşı ne yapmak şeklinde idi.

Bazı arkadaşlar şunu söylediler: Şiddetin hepimiz farkındayız. Bu işin sosyolojik, felsefi, psikolojik boyutlarını öğrenip ne yapacağız?’ diye sordular. Uzun yıllardır bu işi takip ediyorum. Daha önce bizim yaptığımız çalıştay dışında başka çalıştaylar da yapıldı, mümkün olduğunca onları da izlemeye çalıştım. Gördüğüm kadarı ile Türkiye’de şiddeti çok iyi bilmiyoruz. Hepimiz birçok yaşadığımız ya da yaptığımız olayların şiddet olduğunun çok da farkında değiliz. Onun için de özellikle her şiddet çalıştayında ya da toplantısında bir bakış açısını yakalamak zorundayız. Bu açıdan Prof. Dr. Aylin Görgün Hacettepe Üniversitesi Sosyoloji’den, Prof. Dr. Harun Tepe yine Hacettepe Felsefe bölümünden ve Prof. Dr. Cem Kaptanoğlu Psikiyatrist olarak bu çalıştayda sabahki oturumda yer aldılar ve bize şiddeti anlatmaya çalıştılar.

Çalıştayda yapılan tüm konuşmalar pdf formatında Sağlık Çalışanlarının Sağlığı web sayfasında yer almakta ve içerik olarak oldukça kapsamlı.

“Sosyolojik Perspektiften Şiddet” başlıklı konuşmasında Prof. Dr. Aylin Görgün Baran;

“Şiddet, insan üzerinde bir ayrımcılık aracı ve baskı-kontrol mekanizmasıdır. Bu özelliğinden dolayı da toplumsal ve siyasal açıdan, yönetimden gündelik yaşamın sosyal pratiklerine kadar her alanda şiddeti görmek mümkündür. Bu nedenle de şiddet ve iktidar yapışık ikizlerdir.

Bir toplumda şiddete maruz kalma riski de şiddet olarak değerlendirilebileceği gibi yurttaşların karşılanabilir ihtiyaçlarının karşılanmaması –tüberküloz hastalığına karşı gerekli ve yeterli önlemleri almamak- ve yapılması gereken hizmetlerin aksaması, yapılmaması da yapısal şiddet kavramı açısından değerlendirilebilir.

Şiddeti sosyal ve ekonomik eşitsizlikler olarak ta tanımlamak mümkün olup bu eşitsizliklerin de şiddeti doğuracağı öngörülmektedir.

Şiddeti makro (yönetimsel, toplumsal, kurumsal, ekonomik, kültürel, cinsel-eril, adaletsizlik) ve mikro (bireysel) boyutlarında bazen de birlikte değerlendirmek gerekmektedir.

Mikro, bireysel şiddet ise bir anlamda herkesin kendi varoluşu adına yaptığı uygulamalar olarak görülmektedir. Bilgiye sahip olmanın dahi şiddete yol açabileceği, açtığı söylenmektedir.

İnsanın uyguladığı şiddet açısından şiddetin öğrenilen bir davranış ve eylem biçimi olduğu çerçevesinde iki kuram ön plana çıkıyor.

a. Sosyal öğrenme kuramı: öğrenme ve tanık olma

b. Güç ve kaynak kuramı: gelir sahibi olma, güzel-yakışıklı olma özelliklerine sahip olma

Şiddetle mücadele için hem yapısal olarak hem bireysel olarak yapılması gerekenler var.

Hukuk anlamında kanunlar ve mevzuat anlamında eşitsizlik ve adaletsizlikleri giderecek şekilde bir düzenlemeler bütününe ortaya koymak gerekiyor.

Bu düzenlemeler bütününe ortaya koyduktan sonra aynı zamanda uygulamada da insanlara bu düzenlemelere göre eşit davranılması ve devletin uygulamaları denetim altında tutmaları gerekiyor.”

Görüşlerini paylaştı.

“Etik Bir Sorun Olarak Şiddet” başlıklı konuşmasında ise Prof. Dr. Harun Tepe;

“İnsan şiddet kullanabilen bir varlıktır. Ama insanın başka bir yanı daha var. Aynı zamanda etik davranabilen, şiddet kullanmaktan kendisini alıkoyabilen bir varlıktır insan. İnsan bu iki yanıyla insandır.

İçinde 300 yolcusuyla birlikte bir yolcu uçağının silah olarak kullanabileceği, kullanıldığı bir zaman diliminde ise bunu insan nasıl yapabilir diye sorguladığımızda bunun ancak insan tarafından yapılabileceği gerçeği ile karşılaşırız.

İnsan bir katil olduğu gerçeğiyle hayvanlardan ayrılır. Biyolojik olsun ekolojik olsun hiçbir nedene dayanmaksızın kendi türünün ögesini öldüren, onlara işkence eden ve bunları yapmaktan haz duyan tek primat insandır.

Şiddetin olduğu yerde, şiddetin kullanıldığı yerde insanlık ya da insanı değerler bir anlamda tatile çıkar. Başka bir deyişle, şiddet ve insanlık, insanî değerler bir arada olmaz. Onun için hangi türden olursa olsun şiddet kullanılması insani değerlerle bağdaşmaz.

Her türlü şiddet bir biçimde gerekçelendirilebilir. Etik açıdan baktığımızda ise gerekçe, gerekçeler meşru olur mu? Ancak meşru müdafaa hallerinde olduğu gibi kaçınılmaz değilse şiddet kesinlikle insanlık dışıdır. Yaşam hakkının tehlikede olduğu istisnai durumlar dışında şiddet savunulamaz ve şiddet eylemleri hiçbir şekilde etik olarak haklı çıkarılamaz.

O zaman insanın etik yanını ortaya çıkarmak ve güçlendirmek gerekiyor. Bu da ancak insanın bu yanını daha fazla besleyen ve daha fazla güçlendiren bir eğitimle olabilir.

Tabi bunun için barışın koşulları ya da daha etik bir yaşam için koşulların oluşması lazım. Açlık olan bir yerde, iç savaşın sürdüğü bir yerde, ne bu yan ne de böyle insanlar ortaya çıkabilir. Aksine insanın etik yanı değil, öbür yıkıcı yanı ortaya çıkar; yani daha şiddete meyilli yanı ortaya çıkar.

Her koşul kendi insanını yaratıyor. O nedenle dünyada savaşlara değil, barışa doğru giden bir düzen oluşmadıkça, yalnız belli bir ülkede de değil bütün dünyada barışa giden adımlar atılmadıkça bunun gerçekleşmesi oldukça zor.

Kant insanın barışa giden yolu kendisinin bulabileceğini söylüyor. Ne yaparsa bulabilir? Kendi doğasına, akla uyarsa bulabilir. Kant'ın akılla kastettiği şey en basit anlamda düşünebilmektir.”

Harun Hoca şiddet açısından eğitimin önemini vurgularken barış ortamının da şart olduğunu belirtti. Yani barış ortamı olmadıktan sonra şiddetin devamlı gündemde olacağını, Suriye örneğini de vererek “Suriye’de yaşanan normal, günlük hayatta bir felsefecinin yeri yoktur. Kashiyanız, güçlüyseniz, karşıdaki insanı öldürebiliyorsanız o zaman değerli birisiniz. Ancak barış ortamında insanlar diğer özellikleriyle daha rahat olabilir.” Tümcesini kurdu.

“Şiddetin Öznel Kökenleri” Psikiyatir Dr. Cem Kaptanoğlu;

“Her şiddet tanımının vazgeçilmez unsuru olan “zarar verme” eyleminin içeriği/anlamı fiziksel şiddet ile verilen zarardan yani beden bütünlüğüne yönelik zarardan, duygusal zarara kadar tarih içinde sürekli değişmekte.

Şiddet kavramı saldırganlıkla her zaman yer değiştirebilen veya eş anlamda kullanılabilen bir kavram. Ama “saldırganlık” (aggression) kavramıyla “şiddet” (violence) kavramı birbirinden farklıdır.

Saldırganlık çok daha genel bir kavram. Hayvanlar da saldırganlıkta bulunabiliyor ama hayvanlar şiddet (violence) göstermez. Bir köpek bizi ısırırsa bana şiddet uyguladı diyemeyiz. Şiddet insani bir saldırganlıktır ve köpeği ısırırsak ona şiddete uygulamış oluruz. Öfke (anger) ise saldırganlık kavramının ve şiddetin olmazsa olmaz bir unsurudur.

Öfke şiddetle çok yakından ilişkili bir duygu durumudur ve organizmayı-beyni saldırıya ve şiddete hazırlar.

Saldırgan olma hali, psikanalitik anlamda saldırganlık kavramından biraz daha fazla eylem içiriyor. Saldırganlık, öfke, şiddet kavramları bir gökkuşağının renklerine benzetilebilir. Saldırganlık (agresyon) hepsine rengini veren, tonunu belirleyen zemindir. Birbirlerine geçişleri gökkuşağının renkleri gibidir öfkeden saldırgan olma haline ve oradan şiddete geçilebilir.

İnsanda öfke duygusunun, psiko-fizyolojik tepki şeklinde ortaya çıkan bir saldırganlık olduğunu söyleyebiliriz. Tabii öfkenin mutlaka dışa vurulması ve belli edilmesi de gerekmiyor. Öfkeyi bastırabiliriz ama psikofizyolojik tepki tamamen bastırılamaz yani kurdeşen veya ülser olunabilir.

Öfke, saldırganlığa, saldırıya hazırlanmayı sağlar. Öfkelenmeden saldırmak oldukça çok zor. Öfkeleniyorum ve öfkelenme ile beraber saldırganlık davranışıma ait bedensel değişimler ortaya çıkıyor. Saldırmak için çizgili kaslarım bir şekilde kan ile doluyor, solunum değişiyor yaralansam da saldırıyı veya kaçıışı sürdürebilmem için ağrı, acı hissimi azaltan iç morfinler/ endorfinler salgılanıyor.

Yukarıda tanımlanan süreç saldırganlığın (aggression) ortaya çıkış süreci ya da hazırlık aşaması. Bu sürecin mutlaka şiddetle sonuçlanması gerekmiyor, gittiği yönü değiştirmek mümkün. Yani öfkemize “hâkim olmak” öfkeyi yönetebilmek, tabii ki şiddet eylemlerine giden yolda bizi daha üretken, yapıcı başka alanlara yönlerebilir.

Öfke kötü bir şey mi? Saldırganlık hali çok kötü bir şey mi? Hayır o kadar da kötü bir şey değil. Dünyanın daha iyi bir dünya olmasındaki en önemli etken, bizden önceki eşitsizlik, baskı, zulüm, adaletsizlikler karşısında daha yaşanılabilir bir dünya isteyen ve bunun için şu veya bu şekilde mücadele eden insanların öfkeleri ve saldırganlıklarına dayanır.

Buna “sağ kalım yönelimli öfke veya saldırganlık” adı veriliyor. “Sağ kalmak” kendini korumak dediğimiz zaman biraz bencilce bir tepki anlaşılabilir belki. “Nefsi müdafaa” kendimi korumak için saldırganlaşabiliyorum. Kimsenin böyle bir saldırganlık veya şiddet konusunda çok tereddüdü yok. Yani hayatta kalmak için o anda hemen orada bana yönelik bir şiddet varsa, kendimi savunmak için şiddete başvurabilirim ya da saldırganlaşabilirim, “Nefsi müdafaa”, kendimi koruyorum. Bu, hukuki olarak, genel olarak kabul edilen bir şeydir. Hayatta kalma, yaşam hakkını savunma ile ilgili tepkilerimiz yalnızca bireyin yaşama hakkıyla sınırlı değildir.

Toplumsal veya bireysel ilişkilerde şiddetin tamamen sıfıra indirilemeyeceğini psikopatolojik (onu sürekli dürtten bir bilinç dışı) bir şiddetin varlığını da bilerek şiddet tamamen ortadan kaldırılamayabilir. Yani mutlak barış ve çatışmasızlık mümkün değildir, bunu mümkün kılma çabası kolayca savaşı çağırabilir.

Toplumda her zaman çatışmalar vardır ama bu çatışmaların şiddet kullanımı olup olmaması toplumsal düzenin demokratik olup olmamasıyla yakından ilişkilidir.”

Cem Kaptanoğlu şiddetin tamamen ortadan kalkmayacağını altını çizerek, şiddetin ortadan tamamen kalkması için yapılan mücadelenin de bir savaş olabileceğini, tahakküm oluşturma çerçevesinde böyle bir şey olduğunu da bize belirtti.

Peki, biz çalışma grubu olarak ne yapıyoruz, olaya nasıl bakıyoruz. O çalıştayın arkasın-

dan bir rapor yayınladık. Orada da şunları ortaya koyduk. Birincisi sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti, toplumsal şiddetten ayrı tutamıyoruz, tutmuyoruz. Böyle bir şey yok. Toplumsal şiddet ortadan kalkmadığından da bize uygulanan şiddetin ortadan kalkacağını da düşünmüyoruz. Ancak ikisine karşı yürütülecek bir mücadele sonucunda sağlık çalışanına yönelik şiddet azalabilir ya da ortadan kalkabilir. Şiddetin temel nedeninin sistemden kaynaklandığını da söyledik ve söylüyoruz. Çünkü hiç tanımadığımız birisi, hayatımızda ilk defa karşılaştığımız birisi sırf sistemden memnun olmamaktan kaynaklanan nedenlerle bize baskı yapıyor, şiddet uyguluyor. Bir şekilde sözlü ya da başka türlü şiddet uyguluyor. Burada sağlık çalışanlarına hükmetmeye çalışıyor, iktidarını kurmaya çalışıyor. Yani herkesin de bildiği gibi bize istediği ilacı, istediği tedavi yöntemlerini ya da istediği önceliği yaptırmak istiyor.

Burada altını çizmek istediğimiz bir konu var. Bunu Aylin Güngör Baran hoca ile de konuştuk. Yönetmelik şiddet bizim için çok önemli. Biraz sonra iş sağlığı iş güvenliği çerçevesinde de söyleyeceğim. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı şiddetin devamlılığını isteyen ya da buna göz yumuyor, duyarsız olan yönetmelik bir kesim var. Bunlar kimlerdir dediğimizde; tanıdığımız insanlar. Sağlık Bakanlığı'ndan tutun hastane başhekimlerine kadar ya da güvenlik birimlerinin amirine kadar böyle bir yönetmelik şiddet var. Şöyle ki, siz şiddete uğradığınız zaman şiddetin sorumlusu olarak sağlık çalışanı görülüyor. Haklı olsanız dahi yasal hakkınızı almanıza engel olunuyor, sizi barıştırmaya çalışıyorlar ve bir şekilde müşteri-hizmet kavramı çerçevesinde bazı hekim arkadaşlarımız şiddetine uğradığı hastanın bakımını dahi üstlenmek zorunda kalabiliyor. Yani esasında gözükmeyen böyle bir yönetmelik şiddetin de farkındayız.

Yine şiddet çerçevesinde şiddetin bir iş sağlığı güvenliği sorunu olduğunu söylüyoruz. Çünkü şiddet olayları çalışma ve yaşam hakkımızı doğrudan tehdit ediyor. Şiddet iş kazasıdır diye yaklaşık 5-6 yıldan beri mücadele ediyoruz. Sağlık Bakanlığı hukuk müşavirliği tarafından şiddet iş kazası değildir diye yayınlanan bir yazı var. Bunu kabul edemeyiz. Bu nedenle Türk Tabipleri Birliği üzerinden Sağlık Bakanlığı'na ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına şiddet iş kazasıdır görüşünü içeren yazılar yazıldı. Yazının cevabını bekliyoruz. Bu çerçevede de önümüzdeki süreçlerde cevaba göre, cevap gelmezse duruma göre süreci devam ettireceğiz.

İş sağlığı ve güvenliği kapsamında diğer bir önemli sorun da buradaki şiddetin esas sorumlularından bir tanesinin yöneticiler olduğunu, işveren olduğunu belgelenmesini istiyoruz. Çünkü işverenler şiddetin gerçek nedenlerine yönelik hiçbir önlem almıyorlar. Aldıkları zaman kısmen alıyorlar ya da ilgilenmiyorlar. 6331 sayılı yasayla yöneticiler her türlü önlemi almakla yükümlüler. Yöneticiler sorumlu oldukları halde hukuk karşısına çıkmıyorlar. Bunu zorlamamız gerekiyor. Hukukun önünde işveren yükümlülükleri çerçevesinde hesap vermelerini sağlamamız gerekir diye düşünüyoruz.

İstanbul Okmeydanı Hastanesi aciline 100 kişilik bir aşiret gelip hastaneyi basıyor, hekimleri ve sağlık çalışanlarını darp ediyor, kamu malına zarar veriliyor ve saldırganlara

yönelik herhangi bir hukuksal bir işlem başlatılmıyor. Oradaki hekimler sindirildi. Bu tür olaylara izin vermemek gerekiyor. Oradaki hekim arkadaşlar şikâyetçi olamaz ama Tabip Odası ya da Türk Tabipleri Birliği ya da diğer meslek birlikleri, sendikalar olabilir.

Çalıştayda yapılan tüm konuşmalar kitap (pdf) olarak yayınlanırken dile getirilen düşünceler, öneriler ve kararlar rapor olarak yayınlandı.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK HER BOYUTUYLA ŞİDDET ÇALIŞTAYI RAPORU

28 Mayıs 2017 tarihinde Ankara’da Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Şiddet Alt Çalışma Grubu tarafından 24 Haziran 2016 tarihinde katledilen Eczacı Gürsu Ulaşan – Eczacı Hikmet Türk - Eczacı İlknur Yüce - Eczacı Özler Kiriş ve diğer kaybettiğimiz sağlık çalışanları anısına düzenlenen çalıştayda aşağıdaki görüş ve öneriler dile getirilmiştir.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık çalışanları açısından şiddet (fiziksel, sözel, cinsel taciz, mobbing vd) önemli mesleki bir risktir. Genel olarak sağlık hizmeti sırasında başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanları birçok meslek grubundan çok daha fazla (16 kat) şiddet olayları ile karşılaşmaktadır.

Ancak 2002 yılından itibaren ülkemizde uygulanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birlikte sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında sayısal artışın yanı sıra çok sık ölüm olayları da yaşanır hale gelmiştir.

Mevcut durumda şiddet; sağlık çalışanları için çalışma ve yaşam hakkını ortadan kaldıracak boyuta ulaşarak en önemli mesleki risk haline gelmiştir. Yaşananlar göstermektedir ki şiddet; artık sonuçları açısından da sağlık çalışanlarına yönelik önemli mesleki bir risk olmanın ötesinde toplumsal bir sorun haline gelmiştir.

Bu bağlamda sağlık ortamında yaşanan şiddetin toplumsal şiddetten ayrı düşünülemezliği sağlık ortamında şiddetin nedenlerinin temelinde uygulanan sağlık sistemi ile birlikte toplumda yaşanan genel sorunlarında olduğu bilinmektedir.

Sağlık Bakanlığının “Beyaz Kod” verilerine göre 01 Haziran 2012 – 30 Nisan 2017 tarihleri arasında 52945 sağlık çalışanı fiziksel ve sözel şiddete uğramıştır. Bu verilerin yanı sıra 1988 yılında Dr. Edip Can Uğurlu ve 24 Mayıs 2017 tarihinde Dr. Muhammed Said Berilgen’in öldürülmesi ile birlikte şiddete bağlı öldürülen hekim sayısı 10’dur. 1988 yılından sonra 2005 yılında Dr. Göksel Kalaycı’nın ölümü ile birlikte ölüm olaylarında anlamlı bir artış olmuş ve hasta, hasta yakını şiddeti ve mobbingin yanı sıra sağlık sisteminin diğer olumsuzluklarına bağlı olarak da son iki hekim ölümü gerçekleşmiştir.

Bugüne değin sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri ile ilgili birçok bilimsel çalışma yapılmış ve aşağıda belirtilen bazı genel sonuçlara ulaşılmıştır.

- Sağlık kurumlarının fiziki yapılarının nitelikli sağlık hizmeti vermeye uygun olmaması
- Tanı ve tedavi işlemlerinin izole ortamlarda yapılamaması
- Uzun bekleme süreleri, aşırı kalabalık
- Toplumsal dil, kültür farklılıkları
- Toplumda silaha kolay ulaşabilme
- Alkol, madde kullanımı
- Psiko-sosyal rahatsızlıklar
- Nitelikli ve yeterli personel, ekipman yokluğu
- Yoğun ve uzun süreli çalışma
- Enformasyon/bilgilendirme sistemlerinin yetersizliği.

Bu nedenlere ek siyasi iktidarın sağlıkta dönüşüm programı ve uygulamalarına bağlı olarak aşağıdaki nedenlerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artırmaktadır.

- Sağlık hizmetinden beklentilerin yükseltilmesine karşın sağlık hizmetine ve sağlık çalışanlarına bu beklentileri sağlayacak, karşılayacak imkan ve olanakların sağlanmaması,
- Sevk sisteminin kaldırılması, uygulanmaması,
- Sağlık sistemine hasta müracaatı açısından kısıktılmış talep yaratılması,
- Başta özel sağlık sektörü olmak üzere kamu kaynaklarının sağlık sistemine aktarılmasına rağmen hala kamuda yetersiz altyapı ve hizmet sunumu,
- Sağlık hizmetinin ücretli (katkı-katılım payları) hale getirilmesi ve ücretlerin sürekli artması,
- Hasta, hasta sağlığı kavramları yerine müşteri ve müşteri memnuniyeti kavramlarının sürekli ön plana çıkarılması,
- Sağlık çalışanlarına yönelik mesleki değersizleştirme, itibarsızlaştırma,
- Sağlık hizmetinde kamuda performans ve özel sektörde hakediş uygulamalarının temel çalışma biçimi olarak yaygınlaşmasına bağlı çok fazla sayıda hastaya hizmet verilirken sağlık hizmetinin niteliksizleşmesi,
- Kamu kaynakları kullandırılarak özel vakıf üniversiteleri yoluyla tıp-sağlık eğitim kurumlarının artmasına bağlı tıp-sağlık eğitim ve hizmetinde niteliğin hızla düşmesi.

Yukarıda belirtilen nedenler ülkemiz açısından irdelendiğinde temel nedenin uygulanan sağlık sisteminin olumsuzlukları olduğu açık olarak görülecektir. Sorunun temeli uygulanan sağlık sistemi olmasına rağmen ne yazık ki sağlık çalışanlarının şiddete uğraması tamamen hasta ve hasta yakınının sistem adına ulaşabileceği, tepkisini ortaya kolayca koyabileceği en uç noktada olmasından kaynaklanmaktadır.

Şiddetin Sonuçları

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları sağlık çalışanlarında ve toplumda görünen ve

bilinenlerden çok daha fazla olumsuzluklara yol açmaktadır.

Sağlık çalışanı fiziki saldırılar sonucu yaralanmalarla organ kaybı, engelli olma, yaşamın sona ermesi ile karşı karşıya kalırken; sözlü tehdit, hakaret ve cinsel taciz saldırıları yoğun olarak psiko-sosyal travmalara neden olmaktadır.

Ruhsal açıdan;

- Akut stres bozukluğu,
- Travma sonrası stres bozukluğu,
- Anksiyeteli uyum bozukluğu,
- Depresif uyum bozukluğu,
- Karışık anksiyeteli ve depresif uyum bozukluğu
- Korku, tedirginlik ve takıntı oldukça sık görülen klinik tanılar arasındadır.

İşe dönüşte saldırıya tekrar uğrama, amirler ya da meslektaşları tarafından haksız eleştirilme düşüncelerin görülmesi sağlık çalışanlarında oldukça sık yaşanmaktadır.

Şiddete bağlı yaşanan ruhsal sıkıntılar bedensel olarak psikosomatik hastalıklar, başağrısı, hipertansiyon ve kolon rahatsızlıkları olarak da ortaya çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarında sigara ve alkol kullanımında artma, madde bağımlılığı (narkotik, anksiyelotik) ise giderek yaygınlaşmaktadır.

Yaşanan bu olumsuzluklar kişinin ailevi ve sosyal yaşamına da doğrudan olumsuz etki etmektedir.

Yukarıda sayılan olumsuzlukların yanı sıra sağlık çalışanlarında mesleki olarak;

- Mesleki doyumun, empatinin azalması,
- Mesleki risk almaktan kaçınma, gereksiz incelemeler, yetersiz müdahaleler,
- Ekonomik olmayan tedavi seçimlerinde bulunma, tedavi değişiklikleri,
- Tedaviyi üstlenmek istememe,
- Kuruma güvensizlik, ilişkilerde olumsuzluk,
- Tayin isteği, taşınma, kurumdan/meslekten ayrılma ile de karşı karşıya kalma görülmektedir.

Toplumsal olarak;

- Şiddetin her alanda uygulanabilir olma olgusunun toplumda giderek yaygınlaşması ve şiddetin farklı alanlara yayılması, artması,
- Hekim-hasta ilişkisinin olumsuz yönde bozulması, kopma noktasına gelmesi,
- Sağlık çalışanlarına olan güven duygusunun azalması,
- Sağlık hizmetinde aksama, durmaların yaşanması,
- Defansif sağlık hizmeti uygulamalarının giderek yaygınlık kazanması,
- Birçok açıdan önemli ekonomik kayıplar,

– Şiddet olaylarının daha da karmaşık hale gelmesi, çözümün güçleşmesi neredeyse imkansız hale gelmesi.

Sağlık Hizmetinde Şiddet; İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunudur

Sağlık çalışanlarına yönelik iş yerinde ve işyeri dışında işe bağlı gerçekleşen tüm şiddet olayları önemli ölçüde iş sağlığı ve güvenliği sorunudur ve bu nedenle sağlık çalışanları açısından şiddet iş sağlığı ve güvenliği kapsamında ele alınmalı, “iş kazası” olarak da değerlendirilmelidir.

Şiddet, ülkemizde “iş yeri risk analizleri” açısından risk faktörü olarak değerlendirilmekle birlikte gerçekleşen şiddet olguları yasal mevzuat, ilgili kurumlar ve de sağlık çalışanları(!) tarafından iş kazası olarak kabul görmemekte; iş kazası ve meslek hastalıkları ile ilgili mevzuat gereği uygulanması gereken hükümler uygulanmamaktadır.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO-2002) işyerinde şiddeti; “çalışanların işe gelip gitmeleri de dahil olmak üzere işle ilgili durumlarda istismar ve tehdit edildikleri veya saldırıya uğradıkları; güvenliklerine, sağlıklarına veya esenliklerine açık veya örtülü tehdit oluşturan olaylar” olarak tanımlamakta ve şiddet olayının işle bağlantısını açık bir şekilde belirtmektedir.

Avrupa Komisyonu ise işyeri şiddetini “çalışanların işte çalıştığı sırada herhangi bir zamanda kişilerin meslektaş, müşteri, hasta vb tarafından tehdit, saldırı veya çalışmanı riske atabilecek şekilde davranışlar sergilemesi” şeklinde tanımlamıştır

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (Madde 3 - g), 5510 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu madde 13’te iş kazası tanımı ve kapsamı açık olarak belirtilmiştir.

Tüm bu yaklaşımın yanı sıra Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun İş Kazası Kapsamı Hk. Konulu ve 87307621-622 sayılı yazısı içeriğinde; (ilgi: Hukuk Müşavirliği’nin 04.02.2015 tarih ve 1889 sayılı yazısı) “Genel olarak 6331 sayılı Kanunda yer alan tanımlar bakımından sağlık tesislerimizin işyeri ve idarelerinin işveren olarak kabulü mümkün olmakla birlikte, çalışanlara yönelik şiddet vakalarının –işyerinde ve ya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hale getiren olay- şeklindeki iş kazasının tanımının maddi unsurlarını tam anlamıyla karşılamadığı kanaati oluşmuştur” ifadesi kullanılmıştır.

Ayrıca yazıda şiddet olguları açısından 6331 sayılı Kanun ve ek uygulamalarının uygulanamayacağı ve konuyla ilgili Sağlık Bakanlığı uygulamalarının yeterli olacağı düşüncesi belirtilerek “... neticesinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarının iş kazası kapsamında değerlendirilmesinin uygun olmayacağı mütalaa edilmektedir” görüşüne yer verilmiştir.

Böylece Sağlık Bakanlığı bu görüşe dayanarak sağlık çalışanlarının uğradığı şiddet olayları karşısında işveren kimliğini, yükümlülüğünü yok saymakta, her türlü sorumluluktan kurtulmaya çalışmaktadır. Ayrıca beyaz kod uygulamalarında sağlık çalışanlarına hukuksal destek vererek mağduriyetine neden olduğu sağlık çalışanının hakkını savunan bir kimliğe de bürünmek istemektedir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında şiddet riskine karşı gerekli önlem ve tedbirleri almayarak sağlık çalışanının şiddete uğramasına neden olan ve iş kazası ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirmeyen tüm idari sorumluluğa sahip yöneticiler yasalar karşısında cezai durumlarla karşı karşıyadır.

Sağlık hizmetinin uygulamasında sağlık çalışanına yönelik şiddetin ve sonuçlarının iş kazası olarak kabul görmemesi sonucu çalışanlar açısından esas mağduriyetlerinin yanı sıra “iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde sağlanan haklar” kapsamında da önemli hak kayıplarına yol açmaktadır.

Sağlık çalışanlarının gerek kurum içerisinde gerekse kurum dışında görevli olarak yaptıkları iş gereği karşılaştıkları ve sonucunda “ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen özre uğratan olay” yani şiddet, iş kazası olarak değerlendirilmelidir.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Genel

- Sağlık sistemi ile ilgili olarak yanlış uygulamalardan vazgeçilerek, toplum sağlığı temelinde sistemin eksikliklerinin giderilmesi, düzenlenmesi gerekli.
- Sağlık hizmeti için gerekli sayıda özlük ve demokratik haklara sahip nitelikli sağlık personeli temin edilmeli.
- Yoğun iş yükünün yaşandığı hizmet alanlarında iş yükü ayarlaması yapılarak özellikle acil ve poliklinik hizmetlerinde çalışanların çalışma saatlerinde ve çalışma koşullarında iyileştirmeler yapılmalı.
- Nitelikli tedaviden çok daha fazla işlem öngören performans ve hakediş çalışma sistemlerine son verilerek yerine etik tıbbi tedavi öngören özendirici uygulamalara geçilmeli.
- Çalışanların motivasyonunu artırıcı önlemler alınmalı.
- Acil hasta ve acil müdahale kavramlarına uygun sağlık sistemi ve işleyişi oluşturularak haksız ve doğru olmayan taleplerle sağlık çalışanlarının karşı karşıya kalması engellenmeli.
- Şiddet olasılığının yoğun olduğu alanlarda hasta ve hasta yakınları açısından daha fazla sosyal hizmet uzmanı ve eğitimli profesyonellere (güvenlik, iletişimci) yer verilmeli.

Yönetimsel

- Yetkililer ve idareciler sağlık çalışanlarını suçlayıcı, hedef gösterici tutum ve davranış-

lardan kaçınmalı.

- Yöneticiler şiddet olaylarına anında müdahale ederek görevlerini adil ve gereği gibi yapmalı.
- Tüm personelin görevlendirilmesinde liyakat ve yetenek ön planda tutulmalı.
- Şiddete uğrayan sağlık çalışanına karşı daha pozitif, olumlu yaklaşım sergilenmeli.
- Alınması gereken standart güvenlik önlemlerinin alınması ve sürdürülmesi sağlanarak özellikle belirli alan ve zamanlarda güvenlik önlemleri artırılmalı.
- Sağlık çalışanı ve temsilcilerinin iş sağlığı ve güvenliği ve de diğer yasal kurullarda aktif temsil edilmesi teşvik edilmeli, sağlanmalı.
- Sağlık çalışanlarının kendilerini temsil edecek örgütlerinin seçiminde yöneticiler taraflı kalmalı, baskı uygulamamalı. Ayrıca bu tür örgütlerin sağlık çalışanları üzerinde baskı oluşturmamasına da zemin yaratmamalı.
- Güvenlik elemanları başta olmak üzere hasta ve yakını karşılamalarında çalışan personele özel eğitim verilmeli.
- Özellikle acil servislerde ve acil hizmet sunumlarında personelin deneyimli ve kalıcı olmasına özen gösterilmeli.

Çalışan sağlığı ve güvenliği

- Şiddet diğer risk faktörlerinde olduğu gibi tüm yasal hükümlere göre değerlendirilmeli ve önleyici tüm tedbirler alınmalı. Burada işverenin gereken tüm önlemlerin alınması ile ilgili olarak sorumlu olduğu unutulmamalı.
- Şiddete bağlı iş kazalarında yaşanan örneklerde de olduğu gibi her zaman ölüm söz konusu olabileceği için işyeri risk değerlendirme çalışmalarında şiddetin risk tablolarında daima orta derece riskin üzerinde olması gerektiği göz önünde tutulmalı.
- Silahlı ya da diğer ramak kala olayları mutlaka özel olarak değerlendirilmeli ve gereken tüm önlemler alınmalı.
- Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanlarının uğradığı şiddet (iş kazası) olaylarını “Hasta Ve Çalışan Güvenliği” kapsamında değerlendirmekten vazgeçerek 6331 sayılı İş Güvenliği ve Sağlığı kapsamında değerlendirmelidir.
- Sağlık Bakanlığı kurumlarında sağlık hizmetine bağlı yaşanan şiddet olaylarında 6331 sayılı kanununun 4 maddesi “işverenin genel yükümlülükleri” kısmında belirtilen tüm yükümlülüklerini, sorumluluklarını yerine getirmelidir.

Sağlık çalışanı temsilcisi kurumlar

- Mesleki birlikler, sendikalar ve dernekler üyelerinin haklarının korunması ve mesleki risklere karşı alınması gereken önlemler konusunda daha etkin ve daha fazla çaba harcayarak kendi içyapılarında şiddete özgü kurumsal yapılar oluşturmalı. Olaylar karşısında en kısa sürede sağlık çalışanına yapılması gerekenlerle ilgili bilgilendirme yaparak her türlü destek sağlanmalı.
- Sağlık çalışanlarında şiddet ve çözümü konusunda farkındalık artırılarak, çözüm süreçlerine aktif katılmalarının sağlanması yönünde çalışma yapılmalı.
- Olayların sorumlularının bulunması yönünde mevcut yasal hükümlerin sonuna kadar takip edilmesi ve aksayan kısımlarda kurumsal olarak suç duyurusunda bulunulmalı.

Sağlık çalışanlarına yönelik her türlü şiddet olayının kamusal suç niteliğinde olduğu daima göz önünde tutulmalı.

Sağlık çalışanı

- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenabilir olduğunun farkındalığı yaratılmalıdır.
- Hasta ve hasta yakınına etik yaklaşılmalı. Hekimlerin hastalara karşı paternalist yaklaşım yerine partner yaklaşımını edinmelerinin sağlanması.
- Hasta ve yakınının adalet duygusunun zedelenmemesine yol açacak davranışlardan kaçınılmalı, hasta ve yakınlarının tanı ve tedavi süreçlerindeki yanlış yaklaşımlarına karşı sağlık çalışanlarınca doğru ortak tutum ve yaklaşım sergilenmeli.
- Sağlık çalışanları kendi aralarında ki ilişkilerde daima mesleki deontolojik kuralları uygulamalı. Meslektaşlarını hedef gösterecek davranışlardan kaçınılmalı.
- Şiddet olaylarında yasal haklarını bilinmesi ve aranması yönünde sağlık çalışanlarına yönelik çalışmalar yapılmalı.
- Sağlık çalışanlarında çalışma ortamına ilişkin güven duygusunun oluşması yönünde gerekenler yapılmalı.
- Şiddet olayı ile karşılaşan ya da karşılaşma olanağı yüksek alanlarda sağlık çalışanlarına yönelik rutin psikolojik sağlık muayeneleri yapılmalı, gerekli destek ve tedavi sağlanmalı.
- Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının şiddet sonrası gereksinim duyduğu-duyabileceği psikolojik, sosyal ve hukuksal desteği, bilgilendirmeyi, yönlendirmeği yapabilecek; konusunda uzmanlaşmış, tarafsız, özerk, güvenilir ve kolay ulaşılabilir şiddet merkezleri oluşturulmalı.

Eğitim

- Mesleki eğitim sürecinde sağlık çalışanlarına şiddet başta olmak üzere mesleki tehlike, risk kavramları hakkında bilgilendirme yapılmalı ve öfke kontrolü konusunda eğitim verilerek beceriler kazandırılmalı.
- Mesleki eğitim sürecinde her kademedeki sağlık çalışanına iletişim becerileri kazandırılmalı.
- Şiddetle Başa Çıkmak Broşürünün 3. Baskına hukuksal bilgilerde eklenerek, güncellenerek yeniden basılmalı ve yaygın dağıtımı sağlanmalı.
- İlk planda "şiddet iş kazasıdır" içeriği taşıyan görseller ve şiddetle ilgili diğer görseller hazırlanmalı.

Medya

- Medyanın her koşulda tiraj ve reyting doğrultusunda hareket edeceği göz ardı edilmeden sağlık çalışanlarının olumsuz değerlendirilmesi yönündeki haberlerin basın etiği süzgecinden geçirilmeden yayınlanmaması konusunda çalışmalar yapılmalı.
- Şiddetin çözümüne katkı sunacak programlar yapılmalı, oluşturulacak olan kamu spotlarının sürekli yayınlanması sağlanmalı.
- Dizi ya da filmlerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti olağanlaştıracak anlatımlardan, görsellerden kaçınılması yönünde çaba sarf edilmeli. Kullanma halinde uyarı yapılarak gerektiğinde de adli süreç başlatılmalı.

Güvenlik

- Caydırıcı özelliklere sahip güvenlik sistemi ve önlemleri oluşturulmalı.
- Şiddete yönelik mücadelede ekip çalışması kapsamında mutlaka güvenlik unsurları da yer almalı.
- Güvenlik elemanları hasta ve hasta yakınlarına karşı etkili iletişim konusunda eğitilmeli, beceriler kazandırılmalı.

Hukuksal

- Sağlık alanına özgü cezai ve maddi yaptırımlar caydırıcılık ön planda tutularak yeniden düzenlemeli. Hapis cezalarının yanı sıra sağlık kurumlarında uygulanmak üzere kamu hizmeti cezaları ve buna benzer ek cezalar da verilmeli.
- Gittikçe yaygın hale gelen ve şiddet uygulayan suçluların neredeyse ceza alma durumunu ortadan kaldıran yani suçlu hakkında bir hukuksal sonuç doğurmayan “hükümün açıklanmasının geri bırakılması” uygulaması uygulanmamalı ya da en asgari düzeyde uygulanmalı.
- Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’ndan sağlık çalışanlarına yönelik 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nu tam olarak uygulamaları konusunda ısrarcı olunmalı, uygulama hatalarına yönelik yasal sorumlulukları hatırlatılmalı.
- Caydırıcılık ve farkındalık açısından sağlık çalışanlarının kazandığı davalar kamuoyu ile paylaşılmalı, duyurulmalı.
- Şiddet olayı sonucunda idarenin (yönetimin) ve sağlık çalışanının dava açmaması durumunda olayın kamu davası özelliği göz önünde tutularak adli makamlara sağlık çalışanını temsil eden kurum ya da kurumlar tarafından bildirimlerde bulunulmalı.

Katılımcı

Şiddet yalnızca fiziksel olarak değil, hakaret için davranışlar da olduğu söylendi. Benim merak ettiğim özel hastanelerde müşteri kaybetme düşüncesi altında fiziksel bildirimler yapılıyor belki ama diğer fiziksel olmayan olaylarının takibi nasıl yapılacak. Çünkü orada hastanenin bir kaybı olacak, bahsettiğimiz yönetsel baskı durumu ne olacak.

İkinci sorumda Sağlık Bakanlığı hastane girişlerine x – ray cihazı konulabileceğine ilişkin bir genelge yayınlamıştı. Ama olmadı. Olsa bile o silahları alamadıktan sonra o cihazları oraya koymanın ne faydası olacak, ne kazandıracak. O silahlar nasıl içeri alınmayacak.

Hasan Oğan

Özel sağlık sektörü ile kamu arasında şöyle bir fark var. Özel sağlık sektörü hastanelerinde şiddet olayları olduğunu göstermek, söylemek istemiyor. Çok özel bir olay ya da adli makamlara yansımayan bir olay olmadıkça bunu bildirmiyor. Ya da şiddete uğrayan hekim arkadaş yaşadığı olayın kaatılmasını istemiyorsa, kabullenemiyorsa tabip odasına başvuruyor ya da bireysel olarak dava açıyor.

Özel hekimlik kolu ile de ilgilendiğim için biliyorum özel sağlık sektöründe de özellikle şehir varoşlarındaki özel hastanelerde kamuda olduğu kadar olmasa da şiddet olayları sık yaşanıyor. Ama bunlar ne yazık ki kayıt altına alınmıyor. Beyaz kod özel sektör sağlık çalışanlarına da açık ancak dediğiniz gibi başvuru çok olmuyor.

X- ray cihazına gelince bu tür önlemler esas olarak temelde şiddeti önleyici önlemler değil. Ancak farkındalık ve caydırıcılık açısından az da olsa önem arz eder. Biliyorsunuz artık şehir hastaneleri açılıyor ve bunların giriş-çıkışları daha kontrollü. AVM'lerde uygulanan bu tür güvenlik önlemleride buralarda rahatlıkla uygulanabilir. Öncelikle acillerde bunu yapmak gerekiyor. Şöyle bir örnek yaşandı. Acile getirilen bir yaralının üstünden acilin içine el bombası düştü.

Katılımcı

Şiddete uğrayan sağlık çalışanın yerinde ifade vermesi gibi bir değerlendirmeniz oldu mu? Çünkü sağlık çalışanlarının ifade vermesinde birçok açıdan sıkıntılar olabiliyor. Geçenlerde bir aile sağlığı merkezinde bir şiddet olayı olmuştu. Arkadaşlar uzun süre ifade vermek için karakolda beklediler. Hekimler hasta yoğunluğundan, hastalarını bırakamaktan dolayı çoğu kez şikayet etmekten vazgeçiyorlar. Bu yerinde ifade alınması hem hastanelerde olsun hem diğer sağlık kuruluşlarında olsun böyle bir değerlendirme oldu mu?

Birde bu yönetsel şiddet çok önemli. Diğer şiddeti de körüklüyor. Bunu meslek örgütleri olarak bir deontolojik değerlendirme bir uyarı oluşturabilecek bir mekanizma ile bu şiddetin kaynağı olan bazı meslektaşlarımızı uyarmak mümkün olabilir mi? Bir şey daha belirtmek istiyorum. Ben sahada çalışıyorum ve birçok tıp fakültesi öğrencisi arkadaş mezun olmadan önce yanımıza geliyorlar. Ben şunu gözlemliyorum en azından şiddet riskini azaltmak adına iletişim becerileri konusunda arkadaşlarımızın geliştirilmesi gerekiyor.

Hasan Oğan

Yerinde ifade ile ilgili İçişleri Bakanlığının genelgesi var. Artık karakollara gidilmeden beyaz kod bildirim yapıldıktan sonra süreç karakollara gidilmeden devam ediyor. Belki uygulama binmediğinden ifade verilmeye gidilmeler olabilir. Bu konuda anladığım kadar ile bizimde bilgilendirmeyi artırmamız gerekiyor.

Şiddet konusunda iletişim önemli ve şart. Ancak konu bazen çok abartılı hale geliyor. İletişim sorunu çözülmürse şiddet ortadan kalkacak gibi bir durum yaratılıyor. Şiddetin yoğun yaşandığı bir hastanede yapılan bir risk analizi var, şiddet orta derecede risk olarak belirlenmiş çözüm önerileri içinse kamera ve güvenlik sayısının artırılması önerilmiş ve de oradaki sağlık çalışanlarına iletişim becerileri kazandırılması planlanmış. Sağlık ortamındaki şiddetin gerçek nedenlerini ortaya koymadan bu şekilde sıradan çözüm önerileri ile şiddet sorunu çözülemez. Acil kliniğinde çalışma yapan bir asistan ar-

kadaş şunları söylüyor; sabah işe insanlara yardım etme duyguları ile başlıyorum, ancak 10 hasta, 20 hasta ve 60 hastadan sonra ben yok oluyorum. Şimdi burada 60 hastadan sonra hekim arkadaşımızdan her hastaya karşı hiçbirşey yokmuş, yaşanmamış gibi iletişim kurmasını beklemek biraz zor.

Katılımcı

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sorunsalı sadece ülkemize mi özgü, daha önce de vardı da biz mi bilmiyorduk. Diğer ülkelerde de var mı?

Hasan Oğan

Şiddet sağlık çalışanları açısından diğer mesleki tehlike ve riskler gibi bu da temel mesleki bir risk. Sağlıkta dönüşüm olmadanda yaşadığımız hekim ölümleri var. Örneğin 1988 yılında bir hasta yakını tarafından öldürülen Dr. Edip Can Kürklü olayı var. Yine hemşirelere yönelik şiddet diğer meslekler açısından oldukça fazla. Bu konuda Uluslararası birçok bilimsel çalışma var. Ancak 2002 yılından itibaren bu giderek artmaya başladı ve sistematik hale geldi. Öyleki genelde sağlık çalışanları içerisinde hemşire arkadaşlara yönelik olan şiddet ülkemizde bu olay giderek hekimlere yönelik olarak ortaya çıktı. Geldiğimiz noktada günde en az 30 sağlık çalışanı (bildirime bağlı) şiddete uğruyor.

Diğer ülkelere baktığımız zaman Çin'de çok yaşanıyor. Orta ve doğu Avrupa ülkelerinde oradaki sağlıktaki dönüşüm programlarına paralel olarak çok yaşanmaya başladı. İngiltere'de daha önce yaşanan şiddet olaylarının nedeni bizdeki gibi sağlık politikaların bağlı olarak değil toplumsal-bireysel bazı nedenlerle ortaya çıkmıştı. Burada kalkınmış olmaktan çok sebep çoğu kez hizmetin kendisi ile ilgili. İngiltere'de devlet şiddete sıfır tolerans gereği şiddet uygulayanların tümüne ceza uyguladım. Bu arada hekimlerde sıfır tolerans uygulamasına destek verdiler, şikayetçi oldular ve bunun sonucu İngiltere'de şiddet olaylarında azalma oldu.

Mustafa Güler

Sağlıkta Ersin Arslan'ın öldürülmesinden sonra Meccliste bir araştırma komisyonu kuruldu. Araştırma komisyonunun kurulmasına ilişkin başlık şöyle; Sağlıkta, artan şiddetin sebeplerinin tespit edilmesi ve alınacak önlemlerin bulunmasını ilişkin. Sağlıktaki şiddetin değil, artan şiddetin, o nedenle şiddet zaten vardı, ne yapalım gibi şiddeti normalleştirme çabası o dönemde de mecliste karşılık bulmadı ve artan şiddetin araştırılması için komisyon kuruldu.

Peri Arbak

Hasan Oğan'a şöyle tam katılamayacağım. Sağlıkta şiddet üzerine yaptığımız araştırmalarda kadın çalışanların, minyon çalışanların ve eğitim kategorisinde belli bir orta düzeyde çalışanların daha fazla bir şiddet hedefi olduğu ortaya konmuş bir gerçeklik. Genelde bizde ölen hekimlerin ismi ortaya çıkıyor ama ölmeyen ve ciddi anlamda şiddete uğrayan genel topluluk tanımladığım topluluk, kadına karşı ayrımcılık, ötekileştirme

politikaları bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olduğuna göre ben gene de gelişmiş olan ülkelerde şiddet açısından daha az görülen ülkeler olduğunu, bir yerde olduklarını düşünüyorum. Sadece İngiltere ile Türkiye kıyaslaması ile bu işin bitmeyeceği, Avrupa-Türkiye kıyaslamasının Türkiye'nin aleyhine olacağını düşünüyorum.

Hasan Oğan

Avrupa derken bu Avrupa Birliğine yeni giren Bulgaristan, Romanya, Yugoslavya gibi ülkeleri kastetmiştim.

Sinan Usta

Herkese teşekkür ediyorum. Biz bugün bu oturumda sağlık ortamındaki bazı riskleri konuşmaya çalıştık. Şiddetten tehlikeli ilaçlarla çalışmaya ve de maruz kaldığımız kimyasallarla ilgili tüm riskleri konuştuk. Son olarak bu risklerle ilgili özellikle sağlık çalışanlarına uygulanan şiddette yönetsel şiddetin her daim hakim olduğunu ve önümüzdeki dönemde de hakim olacağı yönünde bir kaygım olduğunu ifade etmek istiyorum, artmasının sebebinin de bu olduğu zaten çalıştayda da çıkmıştı. Özellikle şehir hastaneleri ile ilgili gelişecek süreç sağlık çalışanları açısından ciddi bir şiddet olgusunu da barındırmaktadır.

Tekrar hepinize teşekkür ediyorum.

SÖZEL BİLDİRİLER

Oturum Başkanı:

Hasan Oğan / Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu

Sağlık Çalışanları Kendi Sağlıklarına Dikkat Ediyor Mu?

Selin Bulgurcu / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Ayşe Nur Sarı / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji AD

Pınar Günel Karadeniz / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik AD

İsmail Taş / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Shahd Rajab Basha / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Mehmet Halil İlkaya / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Mehmet Ali Çevik / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Mehmet Kılıç / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Cebrail Ünal / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Mehmet Düzkaya / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Bülent Kaplan / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Fatih Köse / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Kadir Mert Deveci / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Behzat Kemal İnal / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi

Ayşen Bayram / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji AD

Fatma Töre / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD

Özlem Soran / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD, Gaziantep ve Pittsburgh Üniversitesi
Heart and Vaskular Institute, USA

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlıkçılarının Sağlıklarına Ve Çalıştıkları Ortamdaki Risk Etmenlerine İlişkin Değerlendirilmesi

Betül Bay / Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı EAH Yenidoğan Kliniği

Makbule Tokur Kesgin / Abant İzzet Baysal Üniv. Halk Sağlığı Hemşireliği AD

Biyolojik Risklerden Korunmak Mümkün mü?

Özlem Kurt Azap / Başkent Üniv. Enfeksiyon Hast. Ve Klinik Mikrobiyoloji AD

SAĞLIK ÇALIŞANLARI KENDİ SAĞLIKLARINA DİKKAT EDİYOR MU?

Selin Bulgurcu / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, **Ayşe Nur Sarı** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji AD, **Pınar Günel Karadeniz** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik AD, **İsmail Taş** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, **Shahd Rajab Basha** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, **Mehmet Halil İlkaya** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, **Mehmet Ali Çevik** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, **Mehmet Kılıç** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, **Cebrail Ünal** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, **Mehmet Düzkaya** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, **Bülent Kaplan** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, **Fatih Köse** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, **Kadir Mert Deveci** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, **Behzat Kemal İnal** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, **Ayşen Bayram** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji AD, **Fatma Töre** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD, **Özlem Soran** / SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD, Gaziantep ve Pittsburgh Üniversitesi Heart and Vaskular Institute, USA

Toplum için rol modeli olan sağlık çalışanlarının meslek hayatlarında başarılı olup, hastalarına faydalı olmaları için önce kendi sağlıklarına dikkat etmeleri gerekir. Ülkemizde sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarına yaklaşımlarını değerlendiren çok az sayıda araştırma mevcuttur. Bu çalışmadaki amacımız hasta ve hastalık kavramıyla iç içe olan sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarına ne kadar önem verdiklerini, primer koruma ve tarama yöntemlerini kendi sağlıkları için ne ölçüde uyguladıklarını araştırmaktır.

Araştırmamız Gaziantep bölgesinde bulunan iki farklı hastanede yapılmıştır. Bunlardan ilki özel hastane statüsündeki üniversitemiz ile afiliye olan Özel Sani Konukoğlu Hastanesi, diğeri ise Kamu Birliği Genel Sekreterliğine bağlı olan Şehit Kamil Devlet Hastanesi'dir. Çalışmada yer alan sağlık çalışanlarından demografik özellikler, diyabet, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, hiperlipidemi gibi kronik hastalıkların varlığı, sağlıklı yaşam için önerilen primer koruma ve tarama yöntemlerinin ne kadar kullanıldığı hakkındaki veriler yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli etik kurul onayı SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Verilerimiz ise "SPSS Statistic23" programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmamıza toplam 179 sağlık çalışanı katılmıştır. Bunların %57'sini kadınlar, %43'ünü de erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması ise 34'tür. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yarısı özel hastane diğeri yarısı ise kamu hastanesi çalışanıdır. Katılımcıların %47'si 10 yıldan fazla süredir sağlık çalışanı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğunu hemşire, tıp doktoru ve sağlık teknisyenleri oluşturmaktadır.

dır. Her iki grubun da (kamuda ve özelde çalışan sağlık çalışanları) %60'tan fazlası haftalık 40 ile 60 saat arası çalıştığını belirtirken %10 civarı ise 60 saatten fazla çalıştığını belirtmiştir. Katılımcıların %75'i düzenli olarak spor yapmadığını belirtmiştir. American Heart Association'ın fiziksel aktivite rehberine göre, haftada 5 gün orta şiddetli 30 dakika veya haftada 3 gün yüksek şiddetli 20 dakika kardiyolojik çalışması 65 yaşın altındaki sağlıklı bireyler için önerilmektedir. Katılımcıların %25'i düzenli olarak spor yaptığını belirtmiş olsa da yaklaşık %60'ının AHA ve Türk Kardiyoloji Derneği tarafından tarif edilen ve bilimsel anlamda koruyucu olacak şekilde spor yapmadığı tespit edilmiştir. Her iki grubun da (kamuda ve özelde çalışan sağlık çalışanları) yaklaşık %60'ı 6 ile 8 saat arası uyuduğunu, %35'i de 6 saatten az uyuduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %36'sı vücut kitle indeksini (VKİ) bilmediğini belirtmiştir. VKİ değerlerini bildiğini ifade edenlerin de %27'sinin VKİ değerlerini yanlış bildiği saptanmıştır. Katılımcıların %30'u sigara kullandığını belirtirken, %47'sinde diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, astım, KOAH, romatizma vb. kronik hastalıklar bulunmaktadır. Katılımcıların periyodik sağlık muayenesi yaptırmama oranı %54'tür. Katılımcıların %50'sinin birinci derece akrabalarında hipertansiyon mevcut olmasına rağmen, %13'ü son 6 ay içerisinde tansiyonunu ölçtürmemiştir. Her yıl periyodik sağlık muayenesi yaptıran katılımcıların %75'inin lisans ve lisansüstü mezunları oluşturmaktadır. 40 yaş üzerindeki kadınların %67'si yıllık mamografi çekmediğini belirtmiştir. Kan bağı olan aile fertlerinde kolon kanseri tanısı bulunmasına rağmen, katılımcılar arasında 50 yaşın altında tarama amaçlı kolonoskopi yaptıranların oranı sadece %4'tür. Katılımcıların %60'a yakını son bir sene içerisinde check-up amaçlı elektrokardiyografi çekmediğini ancak %84'ü hepatit değerlerini bildiğini belirtmiştir. Genel olarak sorgulandığında sağlık sektöründe çalışanların yaklaşık %50'si kendisini huzursuz ve tedirgin, yorgun ve halsiz hissettiğini tariflemiştir.

Çalışmamızın sonucunda sağlık çalışanlarının sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için bilimsel olarak ispatlanmış ve önerilen, kendilerinin de primer koruma için hastalarına önermekle yükümlü olduğu sağlıklı yaşam şartlarını çoğunlukla yerine getirmedikleri görülmüştür. Sağlıklı yaşam konusunda topluma liderlik yapacak sağlık çalışanlarının bu olumsuz davranış biçimlerinin değiştirilmesi, kendilerine ve topluma daha faydalı hale getirilmesi için konuyla ilgili araştırma ve eğitim programlarının planlanması gereklidir.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIKÇILARIN SAĞLIKLARINA VE ÇALIŞTIKLARI ORTAMDAKİ RİSK ETMENLERİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Betül Bay /Zekai Zahir Burak Kadın Sağlığı EAH Yenidoğan Kliniği

Makbule Tokur Kesgin /Abant İzzet Baysal Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD

Herkese merhaba Zekai Zahir Burak Kadın Sağlığı Yenidoğan Kliniği'nden Betül ben. Bugün size Yardımcı Doçent Doktor Makbule Tokur Kesgin ile hazırladığımız Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlıkçıların Sağlıklarına ve Çalıştıkları Ortamdaki Risk Etmenlerine İlişkin Değerlendirilmesi'ne ilişkin yaptığımız araştırmayı sunacağım. Birkaç genel bilgi vereceğim size. Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü iş sağlığını bütün mesleklerde bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi olarak tanımlamış. Ve her çalışmanın sağlık hizmeti alması gerektiğini ve sağlıklı, güvenli bir ortamda çalışmasının bir insanlık hakkı olduğunu, bu hakkın yaşama hakkı sınırları içerisinde bulunduğunu her ülkenin de bu uyması gerektiğini belirtmiştir. Ancak sağlık çalışmaları gerek çalışma ortamından kaynaklanan gerekse işin doğasından kaynaklanan sebeplerle iş yerinde sağlıklarını ve güvenliklerini tehdit eden pek çok risk etmeni ile karşılaşmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanları açısından baktığımızda ise hastalıkların erken teşhisi, bağışıklama, danışmanlık, aile planlaması, çevreye yönelik koruyucu hizmetler gibi pek çok konuda toplumdaki bireylerle ilk karşılaşılan birim olması açısından sağlıklarını tehdit eden birçok risk etmenlerine maruz kalmaktadırlar. Ayrıca yaşlanan nüfus, yeni hastalıklar, mevcut hastalıkların artan yükü, çatışmaların artması ve şiddet sağlık iş gücü içerisinde yeni tehditler oluşturmaktadır. İş yeri tehlike sınıfları içerisinde tehlikeli sınıfta yer alan sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanları Dünya Sağlık Örgütü tarafından 7 başlık altında bulunun tehlike ve risklerle karşı karşıyadır. Bunları zaten söylemiştik ama tekrarlayalım: Fiziksel tehlikeler, kimyasal tehlikeler, biyolojik tehlikeler, ergonomik tehlikeler, psikososyal tehlikeler, yangın ve patlama tehlikeleri ile elektrik tehlikeleridir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her gün 59 milyon sağlık bakım çalışanı sağlık ve güvenliklerini tehdit eden bir sorunla karşı karşıyadır. OSHA sağlık sektöründe ve ilgili mesleklerde çalışan 5.6 milyon işçinin HIV, Hepatit B virüsü, Hepatit C virüsü ve diğer potansiyel bulaşıcı materyalleri de içeren, kan yoluyla taşınan patojenlere mesleki maruz kalma riskinde olduğunu tahmin etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Hepatit B ile enfekte sağlık bakım çalışmalarının %37'sinde enfeksiyon mesleksel kaynaklıdır. Yine OSHA verilerine göre her yıl yaklaşık 600 binle 800 bin sağlık personelinde perkütan yaralanmalar meydana gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde, hastalık halinde iyileştirmeye yönelik sorumlulukları olan sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için tam bir iyilik halinde olmaları açısından risk etmenlerinin belirlenmesi önemlidir. Çalışmamızda da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlıkçıların sağlıklarını ve çalıştıkları ortamdaki risk etmenlerine ilişkin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın evrenini Bolu Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde bağlı Bolu il merkezinde bulunan bir toplum sağlığı merkezi ve 29 aile sağlığı merkezinde çalışan 150 sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmanın anlamlılık düzeyi %5, güç düzeyi %90, sağlık çalışanlarının son bir yıl içerisindeki risklerle karşılaşma prevalansı %85 kabul edilerek örneklem büyüklüğü 96 olarak bulunmuştur. Basit rastgele örneklem yöntemi kullanılarak araştırmayı kabul eden 96 sağlık personeline ulaşılmıştır. Çalışmayı kabul eden 96 sağlık çalışanına 2015 Mayıs ve 2016 Temmuz tarihleri içerisinde araştırmacılar tarafından literatür incelenerek oluşturulan veri toplama formu uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ve kişisel verilerin yorumlanmasında sayı, yüzde ve Ki-Kare testleri kullanılmıştır. Bulgulara baktığımızda katılımcıların sosyo demografik özelliklerine baktığımızda %43.8'inin 34-41 yaş aralığında olduğu, %84.4'ünün kadın olduğu, %40.6'sının çalıştıkları kurumda 8 ila 11 yılları arasında çalıştığı, %47.9'unun ebe, %25'inin hemşire ve %27.1'inin hekim olduğu; eğitim durumlarına bakıldığında ise %33.3'ünün ön lisans mezunu, %39.6'sının lisans mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların %27.1'inin bir kronik hastalığı vardır. %29.2'sinin kullandığı bir ya da daha fazla ilaç vardır. Katılımcıların %65.6'sı BCG'ye bağışıkken %89.6'sı Hepatit B ve tetanosa bağışiktir.

Katılımcıların buldukları kurumların özelliklerine baktığımızda %94.8'i çalıştıkları kurumda bir yemekhanelerinin olmadığını, %68.8'i çalıştıkları ortamda dinlenme odalarının olduğunu, %69.8'i çalışma saatleri içerisinde mola hakkının olduğunu, %63.5'i çalıştıkları ortamda havalandırmanın yeterli olduğunu, %81.2'si aydınlatmanın yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Kullanılan araç gereçlerin vücut ölçüleri için uygunluk durumu değerlendirildiğinde %66.6'sı yeterli olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların birinci basamakta kaza, yaralanma geçirme durumlarına bakıldığında %12.5'i birinci basamakta bir kaza, yaralanma geçirmiş ve bunların %90.9'u kesici, delici alet yaralanması iken %9.1'i ambulansla vakaya giderken kaza geçirmiştir. Kaza, yaralanma geçirdikten sonra %33.3'ü hiçbir şey yapmazken, %41.7'si gerekli tahlilleri yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların çalıştıkları kurumda risk değerlendirmelerine bakıldığında kan ve vücut sıvılarıyla bulaş riskinin %87.5, kayma, düşme, takılma riskinin %42.7, delici, kesici alet yaralanma riskinin %66.7, fiziksel şiddet riskinin %66.7, elektrik çarpmasına maruz kalma riskinin %30.2, alerji riskinin %52.1, yorgunluk riskinin %60.4 yine ayın şekilde bel ve sırt ağrısı riskinin %60.4 olarak belirtmişlerdir.

Katılımcıların işe bağlı hastalık geçirme durumu değerlendirildiğinde %15.6'sı işe bağlı bir hastalık geçirdiğini belirtmiş. Bunların %11.5'i dermatit geçirdiklerini, %4.2'si dep-

resyon geçirdiklerini, %5.2'si alerjik rinit geçirdiklerini, %4.2'si ise boyun fıtığı geçirdiklerini, %3.1'i varis ve %1'de pnömoni geçirdiklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların mesleki yaşamlarına ilişkin özelliklerde %84.4'ü çalıştıkları kurumda iş sağlığı ve güvenliğinden sorumlu bir ekip olmadığını, %50.6'sı ise mesleki risklerle ilgili çalıştıkları kurumun orta derecede önlem aldığını belirtmişlerdir. %79.1 çalıştıkları kurumda koruyucu ekipman kullanmayı gerekli olarak görmektedir.

Katılımcıların çalıştıkları kurumda iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili %77.1'i hizmet içi eğitim aldıklarını, bu eğitimlerin %51'inin kesici, delici alet yaralanması hakkında, 29.9'unun ergonomik hakkında, %26'sının gürültü kontrolü hakkında, %49'unun iş ekipmanlarının güvenli kullanımı hakkında, %65.6'sının enfeksiyon kontrolü ve hijyen hakkında, %32.3'ünün uyarı işaretleri eğitimi hakkında, %32.3'ünün kişisel koruyucu ekipman kullanma hakkında, %49'unun iş sağlığı ve güvenliği konusundaki yasal mevzuat hakkında, %51'inin ise yangın ve yangından korunma önlemleri hakkında olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların çalıştıkları kurumda şiddete maruz kalma durumlarına baktığımızda %33.3'ü psikolojik şiddete maruz kalmaktadır ve psikolojik şiddeti uygulayanların %50'si hasta ve hasta yakını iken %50'si sağlık çalışanıdır. Fiziksel şiddete maruz kalma oranı %7.3'tür. Ve katılımcılar çalıştıkları kurumda alınan güvenlik önlemlerini %85.4 oranı ile yetersiz bulmuşlardır.

Çalışmanın sonuçlarına baktığımızda birinci basamak sağlık çalışanları çalıştıkları kurumda ruhsal, ergonomik sorunlar yaşamakta çoğunlukla kesici, delici alet yaralanmalarına maruz kalmaktadır. Çalışılan kurumların mesleki risklerle ilgili önlem alma düzeyi orta derecede ve kurumların büyük çoğunluğunda iş sağlığı ve güvenliğinden sorumlu bir ekip yoktur. Sağlık çalışanlarının psikolojik şiddete maruz kalma oranları önemli düzeydedir. İş sağlığı ve güvenliğinden sorumlu ekip bulunma durumu toplum sağlığı merkezinde daha fazla bulunmuştur. Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanları meslek hayatları boyunca farklı risklere maruz kalmaktadır. Risk etmenlerinin belirlenmesine yönelik olarak kurumların gerekli önlemleri alması ve sağlık çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitimin önem kazandığı bu çalışmamızın sonuçlarından biridir. Teşekkür ederim herkese.

BİYOLOJİK RİSKLERDEN KORUNMAK MÜMKÜN MÜ?

Özlem Kurt Azap

Başkent Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

Değerli katılımcılar, aslında yanıtını içinde barındıran bir başlık konuşmanın başlığı; tabii ki biyolojik risklerden korunmak mümkün. Sadece ana başlıklarını sıraladığım bir takım önlemleri alarak biyolojik risklerden koru-nabiliriz. Ama mesela sağlık çalışanlarında aşılama dediğimiz zaman bu bir ders konusu, akılda tutulması kolay olmayan bir başlık. Ya da kişisel korucuyu donanımı nasıl kullanılmalı? Her biri başlı başına konuşulması gere-ken başlıklar. Bunların hepsini öğrenip yapsak bile -burada sıraladığım teknik başlıkların hepsini yapsak bile- biz korunabilir miyiz biyolojik risklerden? Yani bu sıralananlar yeterli mi? Değil. Eğer ortam iyi havalanmıyorsa, baktığımız hasta sayısı 100'leri buluyorsa, elimizin altında kişisel koruyucu malzeme yoksa bunları bilmek yeterli olmayacaktır.

Korunabiliyor muyuz biyolojik risklerden? Korunamıyoruz. Korunamadığımızı da başına yansıyan haberler düzeyinde biliyoruz. Örneğin benim bildiğim kadarıyla bu slaytlarda gördüğümüz sağlık çalışanlarının hiçbiri SGK kayıtlarına bile ölüm olarak geçmiyor.

Örneğin Zafer Açıkgozöglü. Süreci gayet yakından izledi İstanbul'daki arkadaşlarımız. Normalde taşeron olarak çalışan bir temizlik işçisi... Haziran ayında hastaneyi kanalizasyon bastığı için aşağı çağırılıyor. Temizledikten sonra hastalanıyor, birçok diğer arkadaş gibi. Ve Ağustos 2014'te de ölüyor. Zafer'in kendi ağzından ne oldu-ğünü teker teker okumayacağım ama bakın şöyle diyor 'Amirim lağımın içine girip kapağı açmamı istedi ben de girip tıkalı kapağı kaldırmaya çalıştım. Bir anda çıkan basınçlı su ile yere yuvarlandım. Bütün lağım pisliği üzerimden geçti'. Bunu kendisi anlatıyor. Sonra 'bu hastalık sebebiyle çok kilo kaybettim. 43 kiloyum, 28 yaşındayım. Daha önce hiç hastalanmadım bile' diyor bu arkadaşımız. Ağustos 2013'te hastalanıyor, kara-ciğer nakli oluyor. Tekrar bir yıl sonra yine yoğun bakımda bu sefer ve şöyle diyor: 'Ben yaşarsam malülen emekli olacaktım. Çalışma Bakanlığı başta olmak üzere tüm sorumluların yasalarca cezalandırılması en büyük dileğimdir. Ceza alsınlar ki tekrar hatalar yaşanmasın.' diye bitiriyor mektubunu.

Bizim çok konuşmadığımız ama mutlaka konuşmamış gereken başlık birinci basamak aslında. Burada gördü-günüz gibi çok sayıda farklı kategoride hizmet veriliyor birinci basamakta ve bu arkadaşlarımızın bu konularla ilgili bilgilerinde eksiklikleri olduğunu

kendileri de ifade ediyor. Bu kadar çok sayıda, hastane, hasta ve sağlık çalışanına yönelik bir sürü düzenleme yapılıyor kâğıt üzerinde. Az önce arada da konuşuyorduk. Mesela Hazi-ran 2012'de 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu çıktı ve burada diyor ki: Tüm kamu-özel işyerlerinde bu hizmetler verilecek. Şu anda bildiğim kadarıyla devlet ya da üniversitesi hastanelerinde hiçbir şekilde 5,5 yıl geçmiş herhangi bir şey yok gibi görünüyor. Yasanın ardından çıkan yönetmelikte hizmetler nasıl yürütülecek, yönetmenliği vardı, risk değerlendirme yönetmenliği var. Ardından tehlike sınıfları tebliği çıktı. Biyolojik risklerin önlenmesine ilişkin kişisel koruyucu malzeme kullanımı dahil olmak üzere birçok şey yazılı olarak mevcut.

Burada sadece çok sık kullandığımız için iki kavram üzerinde çok kısaca durmak istiyorum. Tehlikeli işler yapıyoruz. Yaptığımız işler, tehlikeli zaten kategori olarak çok tehlikeli grupta yer alıyor. Ama bizim riskleri en aza indirmemiz mümkün. Yani zarar verme potansiyeli olan şeyleri, zararları, kayıpları bizim azaltmamız mümkün. Bu çok akılda kalan bir örnek olduğu için ağır kaldırmak tehlikeli ama ya da biliyorsunuz kocaman hastaları küçücük sağlık çalışanları manipüle etmeye çalışıyor. Gerekli önlemler alınarak buradaki riskler en aza indirilebilir örneğin.

Örneğin biyolojik risklerin yanı sıra katarak düşme dahil önemli bir risk. İş kazaları için yapılan tanım evden çıktıktan işe gidinceye kadar ve işte geçirdiğiniz tüm süre içinde olan her şey iş kazası. Bilmiyorum hastanede kayıp düşen bir sürü kişi olmuştur, ben de dahil. Hiç iş kazası olarak kayıt tutuldu mu, bilmiyorum. Ama bu mesela yerlerin kaygan olması başlı başına bir sorun. Buna ilişkin çok fazla bir şey de yapıyoruz.

Şunu da hatırlamak lazım kişi başına hekim başvurusu Türkiye'de 8'i geçti artık. Yani bir kişi yılda 8,5 kere dok-tora gidiyor. Milyonlarca poliklinikten söz ediliyor. Dolayısıyla bu iş ortamında diyor ki SGK 2103 yılı itibariyle Türkiye 443 tane iş kazası olmuş ve sıfır meslek hastalığı olmuş. 2012'de 131 iş kazası, 5 meslek hastalığı. Za-ten ölüm hiç yok! Dikkatinizi çekerim Zafer Açıkgözoğlu, Mustafa Bilgiç ve Arzu Öğren bu yıllarda kaybettiği-miz arkadaşlarımız. Biliyoruz, herkes biliyor ve hepimiz bu sayıları böyle izliyoruz. En son 2015 yılı verilerine baktığımızda iş kazalarının 3 bine yakın olarak rapor edildiği görülüyor. İş kazalarının rapor edilmesinde bir artış var ama gerçek sayıyı karşılıyor mu, karşılamıyor. Bugün sabah yine sunumlarda gösterildi. Meslek hastalığı sayısı hâlâ iki. Yani Türkiye'de meslek hastalığı olan sağlık çalışanı sayısı iki.

Biraz bilimsel yayınlara bakalım hızlıca. Uzmanlık tezi, 169 kişiyle yapılmış bir tez. Burada da sağlık çalışanlarının yarısından çoğu kesici, delici alet yaralanmasına maruz kalmış. Birinci basamakta yapılan az sayıdaki çalışma-lardan birisi de Trabzon'daki yaklaşık 600 sağlık çalışanına sorulduğunda başta hemşire arkadaşlar olmak üzere sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının son derece yetersiz olduğunu ifade ettiği bir çalışma. Verilerle zen-ginleştirilmiş bir çalışma. Eskişehir'den bir çalışmada da, 139 hemşirenin %76'sında iğne batma öyküsü var. %70'i bildirmemiş; 3'te biri aşılı değil. Yani aklım almıyor gerçekten. Ve sadece %5'i standart önlemlere uy-muş. Standart önlem nedir? Hız-

lıca geçeceğiz ama %5'i uymuş yani %95'i uymamış.

Bu yine Ankara'da İbni Sina'da yapılan bir çalışma. Üzerinden 12 yıl geçmesine rağmen ne kadar şey değişmiş-tir bilmiyorum. Bu çalışmadaki verilere göre çalışanlarının %64'ü en az bir kez yaralanmış; yaralananların %67'si tıbbi yardım almamış; 3'te biri de yine koruyucu önlem almamış.

SES'in çok güzel bir çalışması var. Aslında bizim haberleşme grubumuzda da paylaşıldı. Sizler de görmüşsü-nüzdür. Ata Abi ile başlayan bu kitapta çok güzel bölümler var. Başlık ve içerik olarak. Sevgili Aslı Davas'ın yazdığı sağlık rutininde biyolojik tehlikeler başlıklı bölümden çok yararlandım. Diğer başlıklarla birlikte bu bölü-mü de okumanızı öneririm.

Bundan sonrakileri hızlıca geçeceğim başlık olarak. Ama mesela burada tablonun başlığı en riskli çalışılan yer-lerde çalışanlar ve işlemler diye geçiyor. Burada mesela sonuçta diyalizde çalışan bir hemşirenin riskiyle der-matoloji polikliniğinde çalışan bir hemşire arkadaşın riski değil. Ya da aynı birimde çalışsa bile mesela temizlik işçisi olsun. Temizlik işçisi olup ameliyathanenin çöpünü toplayanla dermatolojinin çöpünü toplayan temiz-lik işçisinin riskleri ayın değil. O yüzden bu bulguları göz önünde bulundurarak risk değerlendirmesini ona gö-re yapmak gerekecek. Bu da riskleri biyolojik risklerine göre ayıran bir tablo.

Hastalık etkenlerinden korunabilmek için nasıl bulaştığını bilmek gerekir. Örneğin biz grip olan bir hastanın odasına girerken cerrahi maske takmamız yeterliyken tüberküloz, kızamık ya da suçiçeği geçiren bir hastanın odasına girerken N95 veya FFP3 maskesi takmamız gerekiyor. Mesela bunu öğrenci arkadaşlarla konuşurken biraz garip geliyor. Ne ilgisi var kızamık, suçiçeği cilt döküntüsü yapıyor diye. Tüberküloz daha makul geliyor. Öksürüyor falan ya hasta. Ama bunu bilmediği sürece kişi kızamıkla hastanın odasına kızamık geçirmeyen bir kişi girdiğinde enfekte olma olasılığı maalesef var. Hatta 2012 yılında bu ölümler olduğunda ayrıca kızamık salgını da vardı. Ve Sağlık Bakanlığı kızamık yok diyordu. Sağlık Bakanlığı bu ülkede kızamık yok derken biz kendimiz hastaneden kızamıkla hastaları tedavi ettiğimiz gibi iki tane asistan arkadaşımız da kızamık olmuştu. Hakikat kendi bilgimize ve kendi işleyişimize güvenmek durumundayız. Biz hastaların tanısını mesela tüberkü-loz diyeceksek, kızamık ya da suçiçeği diyeceksek bile ya da grip diyeceksek bile onu derinceye kadar onu gö-rüyoruz biz, hastayı muayene ediyoruz, analizi alınıyor, kan alınıyor vs. Demek ki o tanıyı alınca kadar bizim aslında her hastada uygulamamız gereken bazı önlemler var. Bunlar standart önlemler. Bunlar vazgeçilmez.

Yine ayrıntılarına girmeyeceğim. Şurada eğitim noktalarında yazılı olan bizim de çok sık söylediğimiz, tüm has-talar başlangıçta bizim için enfektendir. Hastaların Hepatit B mi, C mi, HIV mi olduğunu bilmeniz gerekmez ko-runmak için. Öyleymiş gibi davranmanız gerekir. Çünkü düşünün trafik kazası geldi. Hasta ameliyata alınacak, kanaması var; o anda standart önlemleri alacağız. O standart önlemler nedir? Hastaların hiçbir çı-

kartısına eldivensiz dokunmayacağız. Eldivensiz kan almayacağız. Eldivensiz pansuman yapmayacağız. Eldivensiz sonda takmayacağız. Eldivensiz şöyle bir yarasını elle yivermeyeceğiz. Ama ne eldivensiz yapılabilir? Mesela muayene, hastanın görünürde açık yarası yoksa veya bizim elimizde açık yara yoksa AIDS’li hastalar dahil olmak üzere hastalar eldivensiz muayene edilir. Ama hastanın bütün markırları negatif bile olsa kan alacaksınız eldivenle almanız gerekir. Bunlar pratik hayatta eksik yaptığımız işler.

Önemli bir konu kesici, delici alet yaralanmalarıdır. Biz şu iğne kapağını kapatma meselesini ne kadar anlatma-ya çalışsak da bir türlü anlatamıyoruz. Hemşirelik alanında da çok çalışma var. Yani bütün dünya biliyor ki bu iğne batmalarının yarısından çoğu kapağı kapatırken oluyor. Kapağı kapatmayın diye birçok şeyin üzerinde de vardır bu işaret. Tıbbi atık kutusunun üzerinde de vardır. Bu yapılmayıp sarı plastik kaplara atılacak. Bilmi-yorum sarı plastik kabı olmayan birim var mıdır? Ama birçok yerde artık daha kolay temin edilebildiğini sanı-yorum. Bu kesici delici aletlerimizi geçirmeyecek, onlardan etkilenmeyecek kutulara atmamız gerekiyor. Bun-ların nasıl atılması gerektiği de tıbbi atık yönetmeliğinde var.

Sağlık çalışanlarına uygulamamız gereken aşılar var. Benim amacım bunları size aktarmak değil. Ama aşılan-mamız gereken bazı hastalıklar var. Bunların belli süreleri var. Lütfen bunları kendi kurumumuzda varsa göz-den geçirelim. Yoksa olmasını isteyelim.

İş kazalarının mutlaka bildirilmesi gerekiyor. Artık nerede olursa olsun, hangi kurumda olursa olsun bildirebili-yoruz. SGK’ya bildiren sayının artmasında çok etkisi var bunun. Hangi hastalık etkeninin ne kadar bulaştığını biliyoruz. En çok HIV’den korkuluyor ama en çok Hepatit B bulaşıyor. Hepatit B %30 oranında bulaşıyor. Çok yüksek bir oran. Hepatit C %3, HIV binde üç. Akılda kalsın diye yuvarlak olarak bu rakamları veriyoruz.

İş sağlığı birimi mi var kurumunuzda, çalışan sağlığı birimi mi var; hangisi varsa o birimin işe giriş muayenesinin yanı sıra periyodik muayeneleri de yapması gerekiyor. Risk değerlendirmesi yapması gerekiyor. Çalıştığınız yere göre değerlendirilmesine bakılacak birçok şey var. Bunları kimlerin yapacağını oturumun sonunda ko-nuşacağız. Tüm bu süreçler sendika temsilcileri ile birlikte yürütülmeli. Yine eğitim notlarında sendika temsilcilerine atfedilen görevler sıralanmış durumda. Bunların üzerinde durmak çok önemli. Teşekkür ederim.

SAĞLIK HİZMETİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA KOŞULLARI, SORUNLARI

Oturum Başkanı:

Pınar İçel Çepe

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası

Konuşmacılar

İrem Cinnet

Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği

Anestezi Teknikeri - Altunizade Acıbadem Hast.

Onur Yıldırım

Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği

Radyoloji Teknikeri - Karabük Devlet Hastanesi

Adnan Arslan

Ankara Diş Teknisyenleri Derneği

Reyhan Karadeli

Genel İş Sendikası

Taşeron işçi / Ank. Üniv. Tıp Fak. İbni Sina Hast.

SAĞLIK HİZMETİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA KOŞULLARI VE SORUNLARI

Onur Yıldırım

Radyoloji Teknikeri, Karabük Devlet Hastanesi

Merhaba hepiniz hoş geldiniz. Karabük'ten geldim. İsmim Onur Yıldırım 1997 yılında Dikimevi Sağlık Hizmet-leri Meslek Yüksekokul'ndan mezun oldum. Yedi senedir grafi çekiyorum. Aynı zamanda Türk Medikal Rad-yoteknoloji Derneği Yönetim Kurulu üyesiyim. Dernek olarak Türkiye'nin birçok iline gittik. Mersin, Konya, Ankara, İzmir, Antalya. Meslek emekçilerinin temel sorunlarını konuşmak, yol göstermek, onlara kapı aralamak ve aynı zamanda da radyoloji eğitimleriyle, kaliteli çekim teknikleri ile ilgili seminerler, paneller düzenledik. Türk Medikal Radyoteknoloji Derneğinin yıl içinde yapmış olduğu ücretsiz eğitimlere ortalama 1500 meslek-taşımızın katıldığını, bu eğitimlere katılan meslektaşlarımızın tamamının ifade ettiği sorunlardan bazıları özlük haklarının gaspı, fazla mesai, fazla tetkik ve performans sistemine bağlı yorgunluk, uykusuzluk ile mutsuzluk içinde çalıştığı, buna bağlı olarak tükenmişlik sendromu ile mücadele verdikleri belirterek ayrıca Radyoloji Teknikerleri içinde artan kanser vakalarının derin depresyona yol açmıştır. Tüm bu nedenlere bağlı Radyoloji Teknikerlerinin mutsuz çalışmasının hasta memnuniyetsizliğine de yansımaktadır.

Hastane yönetimleri genelge, kanun ve yönetmeliklerde yazan ve Sağlık Bakanlığı hukuk müşavirliğinin hasta-nelere gönderdiği yazıları bir kenara koyup kendi zihinlerinde yarattıkları çalışma sistemine göre bizleri çalıştırmak istemektedirler. Yani toplum sağlığı hizmetinde bulunan KETEM'lerdeki radyoloji teknisyenlerini 7 saatin üzerinde, "Oradaki memur akşam 5'te çıkıyor sen de 5'te çıkacaksın" diyerek, bizim bir saat önce çıkma-mızı hazmedemeyen müdürlerle uğraşmaktayız. Kendi haklarımızı kullanmak, kanunda, genelgede, tüzükte yazan haklarımızı kullanmak için yani 7 saat çalışmak için aslında mahkemelere gidiyoruz. Şu an izinlerimizi vermiyorlar. Vermemekte direniyorlar. 30 gün fazla diyorlar 20 gün kullanın, 10 gün kullanın. Bu anlattıklarım özel sektör değil, kamuda oluyor yani başımızdaki insanlar devlet memurları. Biz de bu hakları alabilmek için mahkeme kapılarına giriyoruz. Mahkemelerimiz yıllarca sürüyor. Ruhen yıpranıyoruz. Benim personelde iki tane özlük dosyam var. Birinde izinlerim duruyor birinde de mahkeme kararlarım var. İşin bir diğer boyutu da çalışma ortamımızın çalışmama ortamına dönmesi.

Ben bu bölümü 20 sene önce bilerek seçtim. Çok seviyordum. El banyosundan geldim. Şimdiki radyoloji tek-nikeri arkadaşlar düğmeye bastığı an görüntü geliyor. O görüntü-

yü biz elimizle oluşturuyorduk banyolarda, o yıllarda. Her gün pantolonlarımız, üstümüz kirlenirdi, onların lekeleri de çıkmazdı. O durumdan bu durumlara geldik. Ama o zamanlar 90'lı yıllarda 100'ler seviyesindeydi. Ben SSK'ya başlamıştım o zamanlar. Az hasta gelirdi. Çok gelmezdi doktorlar da çok istemezdi. Ama şu var ki şimdi inanılmaz bir tetkik yoğunluğu var. Yani rekorlarda bizim Karabük'te. Bir 24 saat nöbetinde 1423 hasta geldi acile ve 1300'ü tetkikti. Tomografi ha-riç. Ve o gün acile sıra almaya gelen hasta sayısı 1400'dü. Bu 24 saatte. Ve hastanenin bütün bölümlerine siz bakıyorsunuz. Ameliyathane, skopi. Ortopedi doktorlarımız sağolsun puan doldurmak için ilk on gün akşam, gece 11'e kadar ameliyathanede çalışır vaziyette oluyorlar. Ameliyathanede 10 oda var. Altı tane skopi var. Hastanelerde röntgen çekim sayılarının 300-400, BT çekim sayılarının da 200'lerin üstüne çıkması, istenen bu gereksiz tetkiklerin radyoloji tekniklerinin hayatiyle oynamaktadır.

Böyle karmakarışık, birbirine girmiş durumlar var. Kimse denetlemiyor. Bu söylediğim de Karabük özelinde değil yani Anadolu'da açılan bütün eğitim ve araştırma hastanelerinin yoğunluğu böyle. Hele de tek hastane olan bölgelerde bu yoğunluk daha da fazla. Acil serviste yeşil alana gelen hastadan bir kere rutin olarak akci-ğer ve ayakta batın grafisi isteniyor. Bunun önüne geçemiyoruz. Daha sonra hasta eğer başım ağrıyor diyorsa karotis anjiyografi yapıyoruz. Göğsüm ağrıyor diyorsa pulmoner emboli tomografisini çekiyoruz. Ve genelde Türkiye'de acildeki tomografiler hizmet alımındadır. Ve bizim oradaki hizmet alımındaki tomografiye 24 saat-te 150 hasta geliyor. Tetkik demiyorum bakın, hasta geliyor. Bir abdomen 2 tetkik, bir anjiyo 4 tetkik... Bir nükleer enerji santrali kadar radyasyon yayıyoruz il geneline.

Unutulmaması gereken en önemli diğer bir konu gereksiz tetkiklerin hastalara gereksiz Radyasyon almasına sebep olduğu bu anlamda tiroide verilen yanlış ışınlamanın yüzde 3, meme çekimlerin de yapılan yanlış ışın-lamanın yüzde 8 oranının da kanseri tetikleyici etkisi olduğu unutulmaması gerektiğidir. Kısacası gereksiz tetki-kin çalışana da hastaya da olumsuz etkisi olduğu kesindir.

Şöyle de durumlar oluyor mesela, işaret parmağını hasta arabanın kapısına sıkıştırmış. Hastada tırnak batma-sı yok, ödem yok. Yeni gelen pratisyen hekimler, bizim orası mecburi hizmet bölgesinde çok film istiyorlar. İşaret parmağında sıkıntı olan hastaya 2 yönlü omuz, 2 yönlü dirsek, 2 yönlü yumruk... En son ele geliyoruz. Hastaya şikâyetini soruyorum. O kadar film çekmek istemiyorum. Bunlar da genelde hastalar çocuklar oluyor. Yazları dışarılardalar. Elini iki yönlü çekiyorum doktora gönderiyorum, doktor eksik deyip tekrar bana gönderiyor. Yirmi senedir bu işi yapıyorum. Çocuk geliyor mesela akciğer batın istemiş tek filmde çekebiliyo-rum çünkü büyük hastalarda akciğer batın dozları farklı ama çocuklarda tek seferde çıkar. Doktor hastayı geri gönderiyor. Yeşil alandaki pratisyen hekim hastayı geri gönderiyor ve batını tekrar edin diyor. Ben de aklımı kullanıyorum kopyala yapıştır yapıp. Akciğeri kesip gönderiyorum, sonra da batını kesip gönderiyorum. O zannediyor ki bir daha çektim filmi.

Bir de mukayeseli filmlerden ruhen bunaldım. Mukayeseli filmler genelde çocuklara çekilir. 60-70 yaşındaki insanlara bile mukayeseli film istiyorlar. Bu da bizi sıkıntıya düşürüyor. Bu gibi durumlarda biz hekimin yeni geldiğini anlıyoruz.

Ben kendimi tüm kişisel koruyucularımı kullanarak koruyorum ama benim radyasyon alma durumum tetkik-le doğru orantılı. Doktorlardan ricam bu çekim oranlarını düşürmeleridir. Okullarda, tıp fakültelerinde, acil eğitimini önemsememiz mi, veya acilde karşılaşılabilecek problemleri uygulamalı olarak anlatılmalı mı, 6. sınıf sadece sahada acil ağırlıklı mı olmalı bilemiyorum ama biz çözüm üretme konusunda sizin hep yanınızdayız. Ama sonuçta bu sıkıntıları çözecek de sizlersiniz. Hepinize çok teşekkür ediyorum, çok sağ olun.

Özlem Azap

Yaşadığınızı şeyi çok iyi özetlediniz. Ben enfeksiyon hastalıkları uzmanıyım. Bilmeyen arkadaşlar tetkiklerde de hiçbir seçicilik yapmıyor. Bir hastalık tanısı için on tane tetkik varsa on tane tetkiki de işaretleyip gönderiyorlar. Para daha az gider olsun diye düşünecek bir şey de yok. Tüm öksüren hastalara tomografi istiyoruz. Bizde nöroloji başı ağrıyan hastayı tomografisiz görmüyor neredeyse. Dolayısıyla bizim tıp eğitiminde anamnez ve fiziki muayene önemli ve bunun bir şekilde anlatılması gerekiyor. Bu durumun önüne nasıl geçilir gerçekten bilmiyorum. Bunu birlikte çalıştığınız doktor arkadaşlara anlatamamanız da ayrı bir sıkıntı.

Onur Yıldırım

Biz doktorlarla devamlı mücadele halindeyiz. Geçen üst üste gün dört hasta geldi. Merak ettim zaman aralıklarına baktım, 18 saniye var dört hasta arasında. 18'er saniye arayla 4 hastayı muayene etmiş, film istemiş, tahlil istemiş sonra göndermiş. Demek oluyor ki hastaya stetoskop bile kullanmamış ve röntgene göndermiş.

Özlem Azap

Bir de şunu sormak istiyorum. Dozimetreniz çok fazla hasta gördüğünüzde izleniyor mu?

Onur Yıldırım

Tabi dozimetreler iki ayda bir kontrol ediliyor. Kurula gönderiliyor. Kayıtları tutuluyor, dosyalanıyor. Aynı zamanda şua izinlerimizde döner sermaye kesintilerimiz oluyor ama herkesi mecburen şua izni-ne çıkartıyoruz. Senelik izinlerimizi yaktırmamaya çalışıyoruz. İşin yoğunluğuna rağmen radyasyona çok fazla maruz kalmamak için kendimizi 40-50 gün izin alarak o alandan uzaklaştırıyoruz. Başka türlü başa çıkamıyoruz çünkü.

Hasan Oğan

Bu konuda eğitimden çok savunmaya dayalı (defansif) tıp uygulaması ortaya çıkıyor.

Yani sorumluluktan kaçmak, işi garantiye almak gibi en büyük sorun oradan çıkıyor.

Onur Yıldırım

Evet, kendine güvenememe, karar verememe de var.

Hasan Oğan

Kendine güvenden burada çok sistemin getirdiği, hekimi zorladığı bir durum. Genelde tüm acillerde karşılaşılan bir durum.

Nezaket Özgür

En büyük sıkıntımız acil servise başvuran hastaları henüz daha doktor görmeden sağlık memuru, ATT ya da hemşirelerin yani doktor dışındaki bir grubun hemen laboratuvar tetkiklerini, tıbbi görüntülemeleri istemesi, yapması sıkıntısı var. Aslında bunun önüne geçilmesi lazım. Bununla ilgili geçen haftalarda bir hemşire, sağlık görevlisi görevden alındı. Görevi kötüye kullanma ile ilgili bir soruşturma da başlatıldı. Doktorun haberi ol-madan hastaya ağrı kesici yapıp gönderilmişti. Bu durumlarla da ilgili bir çalışma yürütülmeli.

Mevlüde Karadağ

Ben de özel bir hastanede yaptığım araştırmada yaptığım gözlemleri paylaşmak istiyorum. Sizin gibi çalışan arkadaşlar koruyucularını kullanıyorlar ve yıl izinlerini de düzenli olarak alıyorlar ama alanda, özellikle skopi gibi işlemler yapılırken ya da küçük bir hasta ya da yaşlı bir hasta olduğunda onun yanında refakaten duran bir sağlık personeli çoğunlukla hemşire oluyor onların da sık sık bu ışıklara maruz kaldığı şikâyetini bana bildirdi-ler. Ben orada iş sağlığı hemşireliği uygulaması yapıyordum bana şikâyet bu şekilde geldi. Epey bir araştırma yapmıştım o zaman. Sizin bile zorlanarak aldığınız bir takım hakların onlara hiç verilmediğini öğrenmiş oldum. Orada hatta düzenli olarak çalışan bir hemşire de vardı sizin gibi işlem yapıyor. İşlem sırasında o da ışıklara maruz kalıyor. Kurum ona 2 ay izin veriyordu. Öteki hemşire aralıklı olarak girip çıktığı için onlar bu haklardan yararlanamıyordu ve herhangi bir koruyucu hizmet yoktu. Biz ne yapacağız diye bana gelmişlerdi. Hiçbir şe-kilde bir yasal hak yok.

Onur Yıldırım

Acil hemşiresi var bizim hastanede. Acil hemşirelerinde dozimetrelerimiz var. İzinleri kullanıyorlar ama ameli-yathanelere girip çıkan hemşirelere bir şey yok. Hemşire kendi hakkını arasa, mahkemeye verse olumlu so-nuçlanabilir.

Mevlüde Karadağ

Haklarını arasalar işlerine son verilme tehlikeleri de var. O yüzden ben biraz araştırdım ama bir şey bulamadık. Hâlâ daha öyle sanırım.

Onur Yıldırım

Biz iki senedir stajyer öğrenciler önünde dozimetre istiyoruz. Çocukların listeleri gelince hemen dozimetre istiyoruz. 1-2 ay dozimetre kullanıyoruz.

Katılımcı

Ama sonuçta yönetmelikte onu destekleyen maddeler var. Biraz önce anlattığım durumda öyle bir hak yok.

Katılımcı

Ben de biraz önceki çok film isteme konusunda bir şeyler söylemek istiyorum. 1990 yılından 2005 yılına ka-dar acil serviste çalışan bir pratisyen hekimim. Son 10 senedir işyeri hekimliği yapıyorum. Fazla film çekilmesini radyolojik açıdan değerlendirdiniz ama söylerken de şu gerçeği görmeniz lazım. Bu bir sistem sorunudur. Sadece kişilerin sorunu değil. Elbette içlerinde hekimlerin de bulunduğu sağlık sisteminin çok yönlü bir prob-lemi ve hekimin tetkik isteyip istememesiyle de çözülecek bir sorun değil.

Çünkü acil serviste biz de yıllarca karşılaştık siz de zaten görüyorsunuzdur birincisi, yeni mezun arkadaşlarımız acile verildiği zaman bir tecrübe-sizlik gerçeği var. Bu gerçek nedir? Risk almamakta biraz fazla hassas davranmak... Önemli bir faktördür bu. Tabi tıp fakültelerimizde eğitimin kalitesi ve o kişinin hayata hazırlanması ayrı bir faktör. Bir taraftan hastaların talepleri ayrı bir faktördür. Bir taraftan şikâyetlerin herkese aynı ölçüde yansıtılmaması lazımdır. Örneğin hasta muayeneye geldiği zaman birkaç yerinin ağrıdığını, parmak hikâyesindeki gibi omuzundan koluna kadar omuzunu da içine dahil ederek anlatması diyelim ki hekime, ve onlar da risk almamak için omuzu da film olarak tetkik etmesi, ama size geldiğinde sadece parmak kısmını söylemesi bile bir çatışma sebebi. Bütün bunları dikkate alarak aslında bir çaba sarf etmek lazım.

Bu sorunlar var. Acemilikte var elbette, güven eksikliğinden var, hastaların şikâyetinden korunma refleksinden var ki günümüzde malpraktis konusu iyice abartılmaya başladı. Ama tabi ki bunun çözümü için devlet ne yapar bilemeyiz. Bizler onu el birliğiyle zorlamalıyız.

Radyologlar, hekimler ve hemşireler olarak... Ama hastanede bireysel çözümleri de oluşturmak lazım. Ekip anlayışı oluşturmak lazım. Biraz önce hemşire arkadaşların önceden tetkik istemesi gibi geldi mesela doktora söyle-medem. Bu tabii biraz bazı şeylerin o kişiler tarafından abartılması demek. Yani aşırı güven nedeniyle ekip için-de başkalarının yerine karar vermeyi de normal saymak gibi bir anlayış var. Bizler bunun çözümünü kendi içerimizde bulmalıyız. Hastanemizde yeni göreve gelen arkadaşlarla birlikte yeni başlayan radyolog da olsa radyoloji teknisyeni de olsa, acil hekimi de olsa o hastanedeki işleyiş hakkında hiç ben bugün görmedim ama, yeni başlayanlar için hastanenin gerçekten bir tanıtımı, işleyişin nasıl olduğu, insanlar arasında kim kimdir, ne iş yapar, nasıl yapar gibi bir iletişimin ya da orada sistemin nasıl yürüdüğü konusunda bilgilendirildiğini

gör-medim. Belki benim çalıştığım yerde yoktu. Bu gibi eksiklikler de bu konuların hem yanlış anlaşılmasına, hem de kötü kullanılmalarına ve dolayısıyla şiddete de, sağlığımızı bozan radyasyon vs gibi faktörlere de el attığını ya da sebep olduğunu görmek lazım. Bunun çözümü şu: Biz kendi içlerimizde de ekip arkadaşlarımızla ya da bir hastanede çalışıyorsak işyeri arkadaşlarımızla iyi bir diyalogla çözebiliriz diye düşünüyorum.

Katılımcı

Stajyerlerin dozimetrelerini veriyoruz dediniz. Bunların kaydı yapılıyor mu?

Onur Yıldırım

Evet. Hepsinin isimleri, okudukları okul, staj durumları, ne zaman gelip gideceklerinin formları var.

Katılımcı

Bu uygulamalar bölgesel olarak fark gösteriyor mu?

Onur Yıldırım

Radyasyon kaynağı olan her yerde dozimetrelerin tanınması gerekiyor. Stajyerlerde son zamanlarda çıktı herhalde bir genelgeye göre radyasyon kaynağı başında duran öğrencilerin dozimetre alması zorunlu hale getirildi.

Katılımcı

Yıllık izinle dozimetre iznini bir arada kullanabiliyor musunuz?

Onur Yıldırım

Kullanabiliriz. İdareciler mesela Kasımda kullandıysanız ÇKYŞ'ye girebilmek için aralıkta döneceksiniz ya Ocakta hemen izin verebiliyor. Öbür Kasımda kullanmıyoruz. Yine bir sene geçmiş gibi oluyor. O şekilde de kullanabiliyoruz veya bir sene bekliyoruz. Onda bir sıkıntı yaşamıyoruz.

Katılımcı

Şöyle bir konu vardı. Geçen yıl Kayseri Erciyes Üniversitesi ve Kocaeli Üniversitesi'nde yakın zamanda olan tiroid kanseri başlangıcıyla ilgili yapılan çalışma sonucu acaba ne oldu? Ulaşmaya çalışıyorum bilgilere ama tam anlamıyla bir sonuca ulaşamadık. Orada böyle bir durum oldu denildi, haberlere ve gazeteye de çıktı. Bir de, tıbbın gelişmesiyle birlikte CTN artık ameliyathanelerinde veya diğer tedavi birimlerinde de olduğunu gördük. Oralarda radyoloji teknikeri olarak sizler bulunmuyorsunuz tabii ki ama hemşire veya diğer çalışan sağ-lıkçılara bu dozimetrenin verilmesi tanımlaması anlamında kendi alanındaki kendi çalıştığı kurumdaki bildirim-lerde bulunuyorum. Yapabildiğim kadar yapıyorum ama idari bir iş sonuçta bu. Radyasyon önümüzdeki yıl-larda İSİG konuları içerisinde yine en çok konuşulacak konulardan birisi olacak.

Pınar İçel Çepe

Onur Hocam'a hala soru sormak isteyen arkadaşlarımız var burada görebiliyorum. Sunumun bitiminde or-tak değerlendirmeler arasına alalım ama bir kısmını erteleyerek yüz yüze şekilde sürdürelim. Yoksa bu oturu-mu tamamlayamayacağız. Adnan Arslan'a söz verelim.

SAĞLIK HİZMETİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA KOŞULLARI VE SORUNLARI

Adnan Arslan

Ankara Dış Teknisyenleri Derneği

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi'nin 6'ncısını düzenleyen komiteye ve emeği geçenlere teşekkür ediyorum. Dış teknisyenleri farklı bir meslek grubu. Sizin gibi hastanelerde çalışmadığı gibi aynı zamanda özelde ve kamuda çalışan bir meslek grubu. Bizler dış hekimlerimizin yardımcılarıyız. Ama bizim de çalışırken ve laboratuvarlarda protezleri yaparken maruz kaldığımız çok fazla risk var. Bunların bir kısmında yönetmelik bazında hem Sağlık Bakanlığı olsun, Çalışma Bakanlığı'nda olsun aşmaya çalışıyoruz ama bazen de aşamıyoruz. Onun için de sesimizi burada ve çeşitli platformlarda duyurmaya çalışıyoruz. Dış teknisyenliği bir sanattır. Teknisyenlik estetik imalat bilgisinin yanında tecrübe ve el becerisi fazla olan, işçiliğe dayalı bir meslektir. Türkiye'de yeterli eğitim var mı, yok. Şu anda sadece meslek yüksekokullarına addedildi. Yeterli sayıda meslek yüksekokulu olmadığı için şu anda mevcut dış teknisyenleri belgesiz ifade ettiğimiz bir durumda çalışıyorlar. Sağlık Bakanlığı verileri göre şu anda mevcut 3700 civarında belgeli dış teknisyeni olduğunu gösteriyor ama bizlerdeki veriler de şu anda çalışan teknisyen sayısı yaklaşık 30 bin civarında. Bunların hiçbirinin de belgesi olmadığı için de büyük bir sıkıntı yaşamaktayız. Çünkü bunların meslek hastalıklarını ve diğer sıkıntılarını konuşmacıların da anlattığı gibi, meslek hastalıklarında o hastalıklarını meslek hastalığı olarak bildirme şansımız olmuyor. Çünkü şöyle bir şey söyleyeyim. Sadece 2016'da 2 tane dış teknisyeni meslek hastalığından öldü. Bunların hiçbir şekilde verileri yok.

Dış teknisyenlerinin maruz kaldığı solunum sistemi hastalıkları var. Silikozis, ağır metal akciğer hastalıkları, cilt ve göz hastalıkları, kas ve iskelet sistem hastalıkları, işitme kaybı, titreşime bağlı hastalıklar ve koku alma opsiyonlarında bozukluklar gibi...

Şimdi dış teknisyenleri pnömokonyozu, kendimde aynı zamanda pnömokonyoz hastasıyım. Yıllarca bu işi yaptım ve bu hastalıktan sonra artık çalışmıyorum. Sağlık Bakanlığı'na bu işi kabul ettirdim ve bunun içinde bir hayli de uğraştım. En azından dış teknisyenliğini ve bu hastalığın bir meslek grubu içi hastalığı olduğunu belgelerle ortaya çıkarttık.

Dış teknisyenlerinin en büyük sıkıntılarında bir tanesi modelaj dediğimiz olayda vardır. Burada kokudan maruziyet vardır. Bazı durumlar serbest asitler ve alkoller içerir. Soluduğunuz zaman yani katı haldeki döküm metalini yüksek dozda soluduğunuzda...

Bu metallerdeki elementler nedeniyle krom, kobalt, nikel içeren alaşımlarda çeşitlik teknik özellikler kazanır, silisyum, alüminyum ve kömürden.... Çeşitli tozlara maruz kaldığınızı zaman...

Biraz önce söylediğim şey şu: Bizler çıraklıktan yetişen bir grubuz. Şimdi meslek yükseköğrenimi ve ön lisans mezunları yetişiyor ve bu açıklamalarını da o arada geçiş döneminde bizim yanımızda çalışan kişilerinin de belgesi olmadı ve belki de alamadılar. Çünkü mevcut kurallara uyamadıkları için... Şimdi onlar dış laboratuvarlarında kaçak biçimde çalışmaktadırlar.

İlker Cebeci

SGK bu kaçak istihdamı önlemek için toplantılar yapıyorlar. Orada da aslında bu durum ortaya çıkıyor. Şöyle böyle yapalım diyorlar. Biz de diyoruz ki, sizin dış teknisyenlerindeki kaçak istihdamı destekler bir sağlık politi-kanınız var. Siz kamu ihale kanununda bu mesleğe özel olarak revize etmeden en ucuz olarak hizmet satın alacak şekilde fiyat üzerinden rekabeti sağlamak durumunda götürürseniz bu istihdam kaçacağını önleyemezsiniz diyoruz. En önemli sorun teknisyenlerin sağlığını tehdit eden en önemli sorun bana sorarsanız şu anda devletin kamu ihale kanunu gibi... Çünkü o kanunla çalışmak durumunda kaldıklarında tam olarak sağlıklı koşullarda kalıyorlar.

Adnan Arslan

4734 sayılı yasayla bile şu anda zaten en büyük etkenlerden bir tanesi de hastanelerde çalışan dış hekimleri-mize verdiğimiz hizmetler. Yani bugün ihale sistemiyle yapılan bir sistemi hastaya sağlıklı protezler yapmadığını düşünerek biz hastalara sağlıklı bir şekilde takıldığı düşünülüyor ama bu takılmıyor. Çünkü imalatı kimin yaptığı belli değil. Ne malzeme kullanıldığı belli değil. Kimin yaptığı belli değil. Bunları söylediğiniz zaman şimdi bizim en büyük sıkıntımız şu: Bizi denetleyen koordine eden, bizim amirimiz yani, bizim sadece müşterimiz dış hekimi ve Sağlık Bakanlığı. Başka bir kişi değil. Dolayısıyla şimdi Sağlık Bakanlığı bizden işi aldığı zaman da bunu tamamen kimin yaptığıyla ilgili sorgulamıyor. Çünkü bu işleri kimin yaptığı ortaya çıkarsa hem halk gözünde sıkıntı yaşayacakları gibi, aynı zamanda da ihale işlerinin ortada kalacaklarını düşündükleri için de böyle bir şeyin denetimini her şeyini pasifize ediyorlar. Geçen gün Çalışma Bakanlığı'nın toplantısında idim. Şu anda dış teknisyenlerinin çok tehlikeli meslekler grubunda. Bununla ilgili şöyle bir konuşmamız gelişti. Dedim ki, şu anda firmaların iş sağlığı güvenliği uzmanlığıyla çalışıyorlar, bununla da ilgili çalışmalarınız var. Ama ihale yapma-yan firmalarda hiçbir şekilde iş sağlığı ve güvenliği uzmanlarıyla ilgili sözleşmeler ve herhangi bir şey yok. Niçin bunların üstüne gitmiyorsunuz dediğimde oradaki müdür şunu söyledi: Şu anda biz bunların üzerine gidersek zaten işsizlik var, siyasiler hiçbir şekilde kimsenin üzerine gitmeyin, en azından bu işletmeler kapanmasın diyorlar. Bizim dış teknisyenlerimizin, Çalışma Bakanlığı'nın yine raporları var. Bununla ilgili 2012 ve 2013 yılında tehlikeli meslek grubuna alındı ve bununla ilgili çalışmalar yapıldı. Çalışma Bakanlığı müfettişlerinin raporları dış teknisyenliğinin yüzde 20'si meslek has-

talıkları tehlikesi altında. Yani biz 30 bin kişi dediğimiz zaman 6 bin kişi sıkıntıda. Biz 20 sene aynı şekilde toza maruz kaldığımız için, kimyasallara maruz kaldığımız için 30 sene sonra 25 sene sonra meslek hastalığı ortaya çıktığı zamanki durum yaşanacak. Çünkü verilerin çoğu gençler tarafından, yani şu anki çalışan gençlerle ilgili alınan veriler. Ama bu işi 50 yaşın üzerinde yapan teknisyen sayısı hemen hemen yok gibi. Yani çok az.

Hasan Oğan

İşyerinde teknisyen bir patron, işveren olarak mı çalışıyor ya da sadece çalışan, işçi olarak mı çalışıyor.

Adnan Arslan

Üç kişi, beş kişi olarak çalışan işyerleri de var. 50-50 kişi çalışan da var. İzmir'de sanayi bölgesi gibi olduğu için 500-600 teknisyenin çalıştığı yerler de var.

İlker Cebeci

Vergiden muaf olarak adlandırılmış bölgelerde yurtdışına da çalışan büyük çalışma ortamları da var.

Katılımcı

Evden bozma yerler de var.

Adnan Arslan

Şu anda tamamen bizim çalıştığımız yerler Türkiye'deki en büyük dairelere sıkıştırılmış yerlerdir.

Katılımcı

Çok fazla ihale almış bir laboratuvarın çalışanlarını yaşadığı perişanlıklar da var.

Adnan Arslan

Biraz önce de anlattığım gibi, dış teknisyeni çalışıyor ama kaç saat çalıştığı belli değil. Ne kadar toz yuttuğu belli değil. Belli bir işi yapmak zorunda havalandırma olsa da, olmasa da. Saatlerce bir havalandırma düşünseniz de elektrik süpürgesini açıp sabahtan akşama çalıştıramazsınız. Bir maskeyi takıp o maskenin içinde sabahtan akşama çalışamazsınız. İster istemez çıkardığınız zaman zaten bizim sıkıntımız şu: pnömokonyoz olmamızın sebebi havada uçan tozları gözle göremediğimiz için bunu algılamıyoruz, soluyoruz. Nasıl olsa içerisi temiz diye düşünüyoruz.

Peri Arbak

Ne zaman pnömokonyoz tanısı aldınız?

Adnan Arslan

1986 yılında tüberküloz teşhisi konarak beni askerden muaf ettiler. Ben bunu araştırarak 1989 yılında ken-dim buldum. Kendim araştırdım. Pnömonokonyoz tanısı da aldım. Sekiz sene çalışma sonrası tozlu akciğer has-talığı aldım. Ben kendi işyerimde çalışıyordum. Ayrıca çalıştığım işvereni mahkemeye verme gibi bir şeyi dü-şünmedim, bana çok iyiliği olmuştu bile beni hasta edeceğini düşünmedim.

İlker Cebeci

Burada şöyle bir şey söylememde yarar var. Adnan'ın ve Adnan'ların belki de biraz büyüklerinin de geleneği şu: geçmişte usta-çırak ilişkisi vardı ve ortaokul çağlarında her yaz işe gitmeye başlar, sonra staj ve teknisyen olurlar. Teknisyenler iş getirip götürmekle özellikle o dönem onlu yaşlarda başladılar bu mesleğe. O ortamın içinde büyüme, gelişme dönemindeydiler. Ve ondan sonra da teknisyenlik yapmaya başladılar. Ve 55 yaşın üstünde çok sağlıklı teknisyen yok.

Adnan Arslan

Benim aynı ortamda çalıştığım 4 arkadaşım vefat etti.

İlker Cebeci

Geçen sene çok genç bir diş teknisyeni arkadaşımızı Ankarada kaybettik. 30 yaşındaydı. Laboratuvarlar biz-lerden çok uzakta, çok mekanik bir iş değil. Hepatit C'li, kanamalı bir hastadan kesit alıp ölçüyü onlara yollu-yorsunuz. On dakikada ellerinde. Bu çok ciddiye alınması gereken, halk sağlığını da ilgilendiren önemli bir mes-lek. Günümüzde bu çağda herhalde Türkiyede sağlık çalışanları arasındaki en yüksek kayıtsızlık oranı diş tek-nisyenlerinde diye düşünüyorum.

Özlem Azap

Benim kendi çevremden bildiğim şu: Akrabalar da işin içine çok giriyor. Diğer meslek gruplarında olmadığı kadar giriyorlar. Dayı-yeğen, baba-çocuk gibi... Bu durum da oradaki ilişkileri zorlaştırıyor. Bu durumda çok zor bir iş ama nispeten de bir gelir kaynağı olması durumu var. Akrabalık ilişkisiyle ilgili görüşünüzü merak edi-yorum. İkincisi de, yanlış hatırlamıyorsam iki tane silikozis hastası diş teknisyeni arkadaşımız tazminat mı al-mıştı? Bu örnekler artmadı mı daha? Çünkü hasta sayıları o kadar çok artıyor ki...

Adnan Arslan

Tazminat açısından şu anda mahkemede olan çok sayıda arkadaşımız var. Mevcut sistemde insanlar özel sek-törde çalıştığı için aldığı maaş üzerinden değil -sigortaları asgari ücretten yattığı için- tazminatı asgari ücret üzerinden istemeyip daha yüksek maaş aldıklarını söyleyerek bununla ilgili mahkemelere gidiliyor.

Dediğiniz doğru. Bizde çıraklık yaparken eş dost herkes birbirini yanına alarak başlıyor.

Çünkü aynı zamanda kazançlı bir meslek. Bunun yanında da meşakkatli bir meslek. İki kardeşim ve iki yeğenim var bu işi yapan. Biz onlara bıraktık bu işi. Ama çalışma ortamlarını ve diğer şeyleri bilinçli yaparak yapmaya başladık. Ben 1986'da laboratuvara başladığımdan sonra bu işin direkt üzerine giderek, havalandırma sistemlerinin neler olması gerektiğini, çalışma ortamının nasıl olması gerektiğini, bunlarla ilgili çalışmalar yapmaya başladık. Ben beş yıl önce bıraktım. Kendi laboratuvarımda da zaten teknisyenlik yapamam. Tozdan uzak kalmam gerektiği söylenmişti ama yapacak başka bir mesleğim ve başka bir gelirim de yoktu. Onun için 1986'da bırakma şansım olmadığı için bu işi yaptım ama işin çeşitli politik yönlerine ulaşmaya başladım. Bakanlıklarla birliklerle çalışmalar yaparak dış teknisyenliğini bir yerlere getirmeye çalıştım. Bunun sonucunda da ağır ve tehlikeli meslekler grubuna aldırarak en azından sesimizi duyurmaya çalıştık.

İlker Cebeci

Bu konuda isterseniz örgütlülükle ilgili bilgi aktarmaya çalışayım. Adnanlar'ın hareketleri bir noktaya gelecek yavaş yavaş. Bir federasyon seçimleri oldu. Türk Dişhekimleri kongremizi Ankarada yapacağız eylülde. Kendileriyle beraber çalışıyoruz. Teknisyenlere ilişkin bir section da olacak ve orada birkaç sunum da olmalı. Örgütlenmede emeklemeye başladılar.

Pınar İçel Çepe

Adnan Hocamız'a sunumu için teşekkür ederim. Sözü İrem Cinnete veriyorum.

SAĞLIK HİZMETİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA KOŞULLARI VE SORUNLARI

İrem Cınnet

Anestezi Teknikeri / Altunizade Acıbadem Hastanesi

Sayın oturma başkanım, saygıdeğer misafirler... Altunizade Acıbadem Hastanesi'nde 1,5 senedir veri anestezi teknikeri olarak çalışıyorum. Her ne kadar tecrübem az olsa da hem kendimin hem de çalışma arkadaşlarımla yaşadığı sorunlardan bahsedeceğim. Genelde anestezi uygulamaları güvenlik açısından en titiz davranılması gereken uygulamalar. En son yayımlanan raporlar da incelendiğinde insan faktörünün ve olumsuz olayların özellikle altı çizilmiş. İnsanların yani bizlerin bu olaylar konusunda temel faktör olduğumuz belirtilmiş. Aslında 2012 yılında yayımlanan bir kanunumuz var. Burada görev ve sorumluluklarımız tanımlı ama her hastane ve işyeri bunlara uygun bir şekilde anestezi teknikerlerini çalıştırmıyor.

Ameliyathaneler ve anestezi uyguladığımız diğer bölümlerde bir çok fiziksel tehlikeye maruz kalıyoruz. Aynı zamanda çok fazla insanla etkileşim halinde olduğumuz için emotional etkileşimimiz de hasar görüyor.

İlk olarak anestezi ve atık gazlardan bahsedeceğim. Bunlara nasıl maruz kalıyoruz? Uygun ekipmanlar kullanmıyoruz. Uygun özellikli cihazlar kullanmıyoruz. Ve bu konuda tabii ki hastanelerin daha dikkatli davranması gerekiyor. Cihazlara daha fazla dikkat etmesi gerekiyor.

Peki, bunları önlemek için ne yapabiliriz? Eğitimli personellerden bunların eğitimlerini almamız gerekiyor. Asıl görev hastanelere düşüyor. Etkin havalandırma sistemleri ve etkin merkezi sistemleri olması gerekiyor. Radyasyona sadece ameliyathanelerde değil, diğer radyoloji ve nükleer tıp gibi bölümlerde de maruz kalıyoruz. Bunun için dozimetre takibi yapılması gerekiyor ancak anestezi teknikerlerine yeterli sayıda verilmiyor. Sadece acile giden bir arkadaşımız varsa sadece onlara özellikle 1 tane veriliyor. Sürekli o arkadaşımız gidiyor. Günde 8-10 saat radyasyona maruz kalan arkadaşlarımızda işitme zorlukları ya da görme bozuklukları gibi sorunlar yaşıyoruz.

Delici kesici maddeler, enjektörler, ilaç ampulleri ile zaten tehlike altındayız. Uzun çalışma saatlerimiz var, uykusuz kalıyoruz, nöbetler tutuyoruz. Bundan dolayı umursamamak ya da gözden kaçırmak yoluyla bulaşıcı hastalıklara karşı açık vaziyetteyiz.

En önemli konulardan biri de stres. Bizlerden beklenenleri karşılamada yeterli olamayabiliyoruz. Bu yüzden de sağlık durumumuzu tehlikeye atmış oluyoruz. Stresin dezavantajları olmasına rağmen avantajları var. İşin başında uyanık olmak, farkında olmak ve adrenalinden dolayı performansımızı artırıyor. Başarılı olma hissimizi oluşturuyor. Talepkâr durumlarla baş etme gücümüzü artırıyor aynı zamanda. Ama sürekli stres altında bulunma ve stresi yönetme konusundaki eksikliklerimizden dolayı moral bozukluğu ve tükenmişlik olarak devam ediyor. Moral bozukluklarında mesleğin yeterliliklerini karşılamama hissi, ben yetersizim durumu oluşuyor. Çünkü bu işi bizden daha iyi yapan insanlar var ve insanların bu işi bu kadar iyi yapmasından dolayı kendimizi yetersiz hissediyoruz ve bu bizi demoralize ediyor. Kronik olmasına gerek yok birinin bir sözüyle de oluşabiliyor.

Tükenmişliği üç durumda incelemek gerekiyor. İlk olarak duygusal tükenme ve patlamayla oluşuyor. Hizmet veremeyecek kadar kendimizi enerjisiz ve yorgun hissediyoruz. Aslında bir duygusal boşluğa giriyoruz. Genelde çevreyle ilgili ağır iş yükümüz var. Yüksek performans bekleniyor bizden. Hiçbirimiz başarısız olmak için eğitim almıyoruz ama sorumluluk hissimiz var. Mükemmel olmamız isteniyor sürekli ve bunlardan dolayı tükenmişlik başlıyor.

Etrafımızda tükenmiş insanlar varsa bu bize de bulaşıyor. Tükenmişlik bulaşıcıdır. Sürekli bir rekabet ortamı var. Sürekli mükemmel olmamız isteniyor. Bunun sonucunda da burnout denilen bir patlama yaşıyoruz. İnsan artık kendisinden şüphe etmeye başlıyor. Kendisini suçlamaya başlıyor. İş başkasına delege etmek ya da o işi hiç yapmamak istiyor.

Burnout adanmışlık hissedilenlerde çok fazla.

Psikolojik baskı olan mobbing kavramı ilk olarak 1984 yılında Leymann tarafından kullanılmış. Kişinin kendisine karşı güvensizlik duygusu oluşturmasına neden oluyor. Korku, utanç gibi duygular yaşamasına yol açıyor. Zaman baskısı ve iş yetiştirmekten dolayı kendimize zarar veriyoruz. Pozitif feedbackler de olmuyor bize. Bu işi yapabilecek mi gibi endişelerine maruz kalıyoruz. Performansımız azalıyor, sık ilaç hataları yapmaya başlıyoruz. İşin kalitesi bozulunca hastayla olan empati ilişkimiz bozulmaya başlıyor ve işi bırakma noktasına kadar gidiyor bu durum.

Hepimiz hatasız olarak işimizi en iyi şekilde yapmak istiyoruz. Ancak eksik eğitimimiz de var ve bunlardan dolayı mükemmel olamıyoruz.

Acil ve ölümcül durumlarda ne yapabileceğimizi bilmiyoruz ve bu durum malpraktise neden oluyor. Hâlâ içimizde bir hata yapma endişesi var ve bu sürekli devam ettikçe tükenmişlik ve depresyona kadar gidiyor.

2011-2017 yılları arasında 37 anestezi arkadaşımız hayatına son verdi. Bu çok ciddi bir rakam.

Anestezi teknisyeni ya da tekniker arkadaşlarımız bu işi bırakmak istiyor ya da devlete atanmak istiyor maddi sebeplerden dolayı. Yapılan araştırmalara göre çalışmak zorunda olduğu, para kazanmak zorunda olduğu, fazla çalışmak zorunda kaldığı, arkadaşlarına karşı anlamlı iş yapmadıklarından dolayı bu işi yapmak istemiyorlar.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Katılımcı

Öğlen yemeğine çıkabiliyor musunuz?

İrem Cinnet

Bazen çıkamadığımız oluyor.

Pınar İçel Çepe

Sunumlarımıza devam ediyorum. Beyhan Karadeli. Kendisi DİSK Genel İş Sendikası'ndan geldi, temizlik işçisi.

SAĞLIK HİZMETİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA KOŞULLARI VE SORUNLARI

Reyhan Karadeli

Genel İş Sendikası

Merhaba, ben bu hastanede yedi yıldır temizlik işçisi olarak çalışıyorum. İbn-i Sina'dayım. Toplantı için tesadüf oldu. Hastaneler taşeron çalıştırmanın en yoğun olduğu ve emek sömürsünün en çok olduğu yerlerden biri. Bu yüzden çok muzdaribiz, çalışma saatlerimiz çok yüksek. Katı ve sert kurallarda çalışıyoruz ve çalıştırılan taşeron işçileri için işçi sağlığı ve güvenliği koşulları insan onuruna yakışır düzeyde olmadığı için örneğin benim bir görev tanımım yok. Yani ben temizlik işçisiyim ama yük taşıyorum, evrak getirip götürüyorum, ağır makinalarla çalışıyorum, hasta bakıcılık yapıyorum. Bu işlerin tümünü yürütüyorum. Aynı zamanda benim sekiz yaşında bir çocuğum var. Bırakacak yerim ve maddi imkânım olmadığı için hastanenin yakınlarında bir yerde okula kaydettim. Burada gizli bir şekilde bundan 1-2 ay önce bir uyarı aldım. Hastane koridorlarında büyümek zorunda kalıyorum çocuğumu ve gizleyerek büyümek zorunda kalıyorum. Benim gibi birçok arkadaşım da bu şekilde. Sağlık problemlerimiz var. Buna rağmen dile getirdiğimiz zaman özellikle şirket tarafından daha çok baskı görüyoruz. Örneğin boynumda 3 tane fitik var. Elimde bir tane fitik, kollarımda her ikisinde sinir sıkışması var. Bunları dile getirdiğim halde hala acilde çalıştırılıyorum. Benim gibi bir sürü arkadaşım var.

Huzurlu bir ortam istiyorum dediğim zaman her işiniz dört dörtlük de huzur mu istiyorsunuz diye tepki görüyorum.

Ben sırf bu işi yaptığım için kimyasal, biyolojik atıklarla uğraşıyorum. İki gündür burada konferansı takip ediyorum. Tükenmişlik sendromunu bizler de yaşıyoruz. Tıbbi atıklardan, gazlardan, bir takım kimyasal maddelerden zarar görüyoruz. Radyasyondan, radyoloji bölümünde çalışıyorum, kadrolu çalışanların haklarından bizlerde yararlanmak istiyoruz. Maalesef dozimetre takmak zaten teknisyenlere bile zor verilirken bilmiyorum artık ne kadar olur ama. Acilde çalışıyorum, acil performansı istiyoruz, cüzi ücretlerde çalışıyoruz. Sesimizi duyurmak istiyoruz biz bu alanlarda. Bu fırsatı bize verdiğiniz için de TTB'ye çok teşekkür ediyoruz. Aynı zamanda KESK ve DİSK olarak bu işin ucundan tutmak istiyoruz biz. Hep birlikte bu taşeronun üstesinden gelelim istiyoruz. Çünkü bu girdap gittikçe büyüyor. Taşeron teknisyenler, laborantlar, hemşireler, doktorlar alınmaya başlandı. Belki taşeron profesörler olacak. Eğer bu girdap büyürse hepimizin sonu olacak diye düşünüyorum. Şu anki hükümetin uyguladığı politikayla birlikte. Benim

söyleyeceklerim bu kadar. Bir kadın olarak destek istiyoruz sizlerden. TTB, KESK, DSİK gibi büyük kuruluşlardan istiyoruz. Sivil toplum örgütleri ben bu işin içerisine girdiğim zaman bu kadar başarılı olabileceklerini düşünmüyordum. Aslında bu örgütler mihenk taşları. Bu işlere çözüm bulmak istiyoruz.

Hasan Oğan

Esasında bu oturumun amacı bu, yani sizin konuşmanız. Biz bunu daha önceki kongrelerde de planladık ama çok fazla başarılı olamadık. Şu anda gerçekten bire bir sıkıntı yaşayan insanların sıkıntılarını dile getirmesini istiyorduk. Ayrıca başka bir şey daha var. Biz 2010'dan beri Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu'nu yürütürken alandaki tüm sektörün temsilcileri de bu grubun içerisine kattık. Dev Sağlık İş var, SES var, KESK var, bir sürü dernekler var... Fakat burada şu eksikliği hep yaşadık. Daha doğrusu bazen de eleştirildik. Hep burada hekimler konuşuluyor denildi. Hayır, biz yalnızca biz hekimler olarak konuşmak istemiyoruz. Biz burada birlikte özellikle bu işin temelindeki taşeron meselesini konuşmak istiyoruz aslında. Nasıl mücadele edeceğimizi konuşmak istiyoruz. Burada da DİSK'in, SES'in, özellikle Genel-İş'in burada olmasını istiyoruz. Bu amaçla Genel-İşe kaç kere gittim. Siz buraya gelince biz bu işleri daha çok yapalım diye konuşmaya başlıyoruz. Çünkü birlikte mücadele edebilirsek bir sonuca kesinlikle varacağız. Bunu bir hekim olarak söylemiyorum. Bir sağlık çalışanı olarak söylüyorum. Onun için, buraya gelin. Ne kadar çok bağırırsak, ne kadar çok taciz edersek, rahatsız edersek sorunumuzu o kadar kolay çözebileceğiz. Yoksa herkes hayatından memnun bir şekilde kalırsa sorun çözülmüyor. Ezilende biz oluyoruz.

Beyhan Karadeli

Şöyle bir durum da var. Hastaneyle, şirket yönetimi baskı altında tutmaya çalışıyor. Örgütlenme sürecinde ciddi baskılar görüyoruz. Çok yakında yaşadığımız bir olay var. Daha hâlâ atlatmış değiliz. Bu örgütlenme sürecinde hastaneye gittiğimiz zaman bizi kabul bile etmiyorlar artık. Bu şekilde sesimizi duyurmamıza yardımcı olduğunuz için tekrar teşekkür ediyoruz. Başka türlü başa çıkamayacağız.

Hasan Oğan

Doğru söylüyorsunuz. Kanser ilaçlarının hazırlanmasında, atıkların atılması ya da yerlerinin temizlenmesiyle ilgili sunumda bir soru soracaktım. Oradaki çalışan temizlik personeli de doğrudan aynı risklere maruz kalıyor. Ama oradaki çalışan insanlar olarak bu konuların eğitimini almıyorsunuz, sürekli değiştiriliyorsunuz, neyi temizlediğinizi dahi bilmiyorsunuz. Bunun için de dediğim gibi bağırarak gerekiyor.

İlker Cebeci

Benim gözlemediğim şu. Hakikaten hanımefendinin söylediği gibi, taşeronluk yayılıyor. Biz iki kere taşeron diş hekimi arayışı üzerine mücadele ettik şehir hastanelerinde... Bir tanesi Denizli'de oldu. İhaleye çıkıldı. Şu kadar diş, şu kadar protezle ilgili... Hastalığın ihalesi diyorum diş hekimliğinden ziyade. Taşeron her yere yayılıyor ve herkesin hoşuna

giden bir sistem olarak herkes sorumluluktan kaçıyor. Sosyal devlet sorumluluklarından kaçmanın bir yolu gibi diye düşünüyorum. O nedenle bir arada olmak şart. Artı, sağlık hizmetini de aksatan bir şey bu. Sağlık hizmetlerinde çalışan her personel özeldir. Temizlik personeli de özeldir. Benim üniversitelerde çalıştığım, istifa ettiğim dönem, 2008'de istifa ettim. 1990'larda çalıştığımız dönemlerde sağlık personelleri bizim kadrolu elemanlarımızdı. Bunun için de yıllar içinde aslında şimdiki kadar belki organize eğitimler olmasa bile aldıkları eğitimlerle hangi bölümde ne yapıyorlar, neye dokunmaları, dokunmamaları gerekir, aslında sağlığa ciddi katkı da veriyorlardı. Az önce söylediğiniz gibi şimdi bugün burada, yarın başka tarafta görevlendiriliyorlar. Hiçbir bilgileri olmadan hareket ediyorlar. Bu aslında sadece çalışanın değil, o hastanedeki doktorundan hizmet almaya gelen hastasına kadar herkesin sağlığını da tehdit eden bir durum var aslında. Onun için ben Hasan Abi'nin dediği gibi, buralarda olmakta, birbirimizle etkileşimde bulunmakta çok fayda var. Mutlaka güzel günler göreceğiz.

Beyhan Karadeli

Şimdi 4e bir şey çıkardılar. Biz kendi aramızda 4 yumuşak g olmadan kabul etmiyoruz artık. 4z'ye kadar kadro vermemek için elimizden geleni yapacaklar. Eğer biz biraz daha sessiz kalırsak, bu baskılardan kurtulmazsak hiçbir şey yapamayacağız. Bu yüzden diyorum ki, yan yana olalım, birbirimize destek verelim. Bir arada duralım. Hastane içerisindeki baskıyı gördüğünüz zaman eminim bana hak vereceksiniz. Taşeron arkadaşlar bir araya gelip ne istediklerini dahi söyleyemiyorlar. Öyle bir baskı var üzerimizde. Teşekkür ederim beni dinlediğiniz için.

Pınar İçel Çepe

İsterseniz şöyle yapalım. Ben son söz olarak kendime söz vereyim. Bu arada ben kendimi tanıtmadığımı fark ettim. SES Merkez Yönetim Kurulu'nda görev aldım. Aynı zamanda aile hekimi asistanıyım. Hasan Hocam'ın en son bıraktığı yerden başlayacak olursak, belki buraları doldurmuyoruz. Belki gözden kaçırdığımız nokta şu ki, sağlık çalışanlarının sağlığı meselesini aynı zamanda bütün sağlık çalışanlarının meselesi olduğunu anlatamadığımız için böyle bir yaklaşım var. Bu konuyu belki biraz daha özel belki biraz daha akademik, belki belli sağlık çalışanlar gruplarını ilgilendiren meseleler olarak hâlâ görmekte olduğumuz için muhtemelen böyle bir bilgisizlik var. Bunu da zamanla aşarız diye düşünüyorum. Bilinçlenmeyi paylaşarak bir hak algısı doğacak ve taşın altına elini sokmak isteği gelecek. O yüzden bu sitemlerinizin bir sonraki kongrede artık kalmayacağı tahmin ediyorum. Şöyle ki, sağlık çalışanlarının sağlığı meselesi temel bir mücadele alanı haline geliyor artık. Çünkü sağlık çalışanları salt çalışma koşullarından ötürü ölümle bile yüz yüze kalmak zorunda kalıyorlar bugün. Dün tamamen izleyememiştim gerçi ama bugünkü oturumlarla pek çok örneğiyle karşılaştık. Bunun bir kısmına şahit olmuştuk. Zafer Açıkgöz adlı bir temizlik işçisi çalışma koşullarından kaynaklı yaşamını yitirdi. Gencecik birisi. Aynı şekilde bir hekim arkadaşımız olan Ersin Arslan da bir hasta yakınının şiddetine uğradığı için iş cinayetine uğradı. Şu anda Muğla'da asistan hekimler açlık grevindeler. Çalışma koşullarına dikkat çekmek istiyorlar. Polonya'da aylık

400 saati geçen çalışma saatleri sebebiyle ölümler yaşanmakta. Bütün bu meseleler aslında sağlık çalışma ortamımızın bizim o emek ürettiğimiz, hizmet ürettiğimiz ortamın bizde nasıl etkileri olabildiğini gösteren durumlar diye düşünüyorum. Bu arada birkaç not almıştım. Çok alakadar olmayabilir ama kısa kısa geçmek istiyorum. Sunumlardan birinde maskeler farklı olmalı denildi. Ben bundan önce İstanbul'daydım. TUS'ta orayı kazanmıştım. Yediküle'de göğüs hastanesindeydim. Orada Tbc polikliniği çocuk kliniğinin karşısındaydı ve önlem yoktu. Bu benim dikkatle ortaya çıkarabileceğim bir şey değildi. Oradaki göğüs uzmanların şikâyeti sebebiyle ben ondan dolayı bu bilgiye sahip olmuş oldum. Hâlâ bu tarz durumlarda hem bizim için hem de hasta sağlığı gözetilmediği diye düşünüyorum.

Özellikle Onur Hocamız'ın sunumu sırasında... Beş yıllık hekimim. Yakın dönemde mezun olmuş biriyim. Pratisyen hekimlik deneyimi açısından defansif tıp sorunu açıklandı. Her şeyi isteyelim ki en azından ne çıkacağını görelim diye... Malpraktis ciddi anlamda bir endişe. En az bizim için ama. Bizim başımıza bir iş gelmediği için belki daha az endişeliyiz ama uzun sürelerdir mesleğin içinde olan arkadaşlarımızın bile bu şekilde davrandığını görebiliyoruz. Davalarla alakalı bir şey. İkinci bir mesele performans baskısı... Elbette vardır. Üçüncü mesele şiddet ortamı. Sağlık çalışanlarını öyle bir hale getirdi ki, onlar sağlık sisteminde hastayı müşteri olarak görüyorlar ve biz sağlık çalışanlarını da o gözle bakmaya zorluyorlar. Yeter ki hastanın gönlü olsun. Son bir mesele de, ben acil asistanlığı yapmaya çalışıp kısa sürede bırakmış bir insan olarak söyleyeceğim, özellikle acilde çalışan yeni mezun arkadaşlarımız için söyleyeceğim. Ben o zaman yeni mezun da değildim. Dakikalar içinde hastaya bakmak ve o hastanın herhangi bir şey... Karnı ağrıyor hastanın, gaz sancısı mı akut durum mu, seçeneklerin çok fazla olduğu, hastalara doğru düzgün muayenelerin yapılamadığı durumlarda maalesef dediğiniz şeylere yönelebiliyoruz.

Söyle toparlayayım. Dışarıda posterlerimiz vardı. Arkadaşlarımızın çalışmaları orada yer aldı. Bizim sağlık çalışanlarının sağlığı konusunda gerek TTB ile ortak, gerek kendi başımıza yaptığımız çalışmalar oldu. Öncelikle insanlarda farkındalık yaratmak, hak talep etmesini sağlamak lazım. Bu sayede örgütlenmeye geçebilmek lazım. Yapabileceğimiz her yolla o insanları örgütlememiz gerektiğini görüyoruz. Toplu iş sözleşmesi biz kamu emekçileri için iki senede bir Ağustos aylarında gerçekleşen ve çoğunlukla KESK'in masada olmadığı ya da çok etkili olmadığı ama bizim iki sene boyunca çalışma koşullarımıza karar verilen bir süreç. Biz toplu iş sözleşmesinde sağlık çalışanlarının sağlığı ve iş sağlığı ve güvenliği konusunu en önemli konumuz arasına alıyoruz. Bunda ısrar etmek şu demek. Diğer sendikaların da bunu gündemine almasına uğraşıyoruz. Bir yasa var. 6331 sayılı yasa. İşçi sağlığı ve işçi güvenliğiyle ilgili onun belli hükümlerinin uygulanması yine geri bırakıldı. 2020'ye ertelendi. Yeterli olmasa da iyi düzenlemeler getirilmesi lazım. En azından işverenin kamu içerisinde belli sorumluluklarını olduğunu kabul eden ve önlemler alma yükümlülüğü getiren bir yasa ama ısrarla erteleniyor. Gerekeceği de sanayi teşvik ve geliştirme kanunu gibi gerekeçle ertelendi. Ertelenen şey şu: Kamuda 50'den az işçi çalıştıran yerlerde işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı çalış-

tırma zorunluluğu 2020'ye ertelendi. Açıkça siz bize masrafsınız ama biz sanayi teşvik etmeye çalışıyoruz. Onun için bu durum bize maliyettir. Bu kalemden kısımımız lazım diye düşünüyorlar.

Son bir örnek vereyim. Yine kanundan bahsetmişken... Kurulabilen yerlerde biliyorsunuz iş güvenliği bileşenlerinden birisi çalışan temsilcisi olması gerekiyor. Biz bunu da söylüyoruz. O kurulların oradaki meslek örgütlerinin dahil edilmesi gerekir ve özellikle kadın çalışanların. Çünkü çalışma koşullarının kadınlara ek yükleri, ek zorlukları olabilir. Bu toplumsal cinsiyet bakış açısını geliştirebilecek bir perspektifle yaklaşabilmesi için kadın çalışanın olması gerektiğini savunuyoruz. Şu haliyle de çalışan temsilcisinin olması zorunluluğu var. Belki duymuşsunuzdur, Cemal Bilgin iş güvenliği kurulunda çalışan temsilcisi arkadaşımız. Yemeklerde bakteri olduğu üzerinden çeşitli açıklamalar yapmıştı. Bu açıklamalar iş kanununun bir maddesine dayandırılarak işine son verilmesine yol açtı. Burada soruna çözüm aramak yerine işten atmayı seçtiler. Hoşlarına gitmedi çünkü. Paylaşmak istediğim çok şey var ama son günün son oturumu olması sebebiyle hepimiz çok yorulduk. Şunu söylemek istiyorum. Birlikte mücadele edersek istediklerimiz bir şekilde hayata geçecek.

Çok teşekkür ederim beni dinlediğiniz için.

BİLDİRİLER

AMELİYATHANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KENDİ BİLDİRİMLERİYLE MESLEKİ RİSKLERİNİN VE SAĞLIK SORUNLARININ BELİRLENMESİ

Ayten Akkaya / *Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Mevlude Karadağ / *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

Bu araştırma, ameliyathanede çalışan hemşirelerin mesleki risklerinin ve sağlık sorunlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Ankara ili Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde yer alan Kamu, Özel ve Üniversite Hastanelerinin ameliyathanelerinde çalışan hemşireler; örneklemini ise toplam hemşire sayısı 100 ve üzerinde olan, çalışmanın yapılmasına izin veren hastanelerin ameliyathanelerinde 6 ay ve daha uzun süredir çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 133 hemşire oluşturmuştur.

Veriler, hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerini, görev yapılan kurum bilgilerini, mesleki özelliklere yönelik verileri, hemşirelerin ameliyathanede karşılaştıkları mesleki risk ve sağlık sorunlarını içeren soru formu kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler, bağımsız iki grup T-testi ve One-way Anova varyans testi, Ki-kare ve tanımlayıcı istatistikler kullanılarak test edilmiştir.

Araştırmada elde edilen veriler değerlendirildiğinde, hemşirelerin %94'ü ameliyathanede risklere karşı almış olduğu bireysel önlem olarak daima maske taktığını, %51,9'u ise bazen çift eldiven giydiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin %63,2'si fiziksel risk faktörü olarak gün ışığının olmamasını, %60,2'si biyolojik risk faktörü olarak kesici, delici ve batıcı aletlerle yaralanmayı, %69,9'u kimyasal risk faktörü olarak anestezi gazları ve dezenfektanların toksik etkilerini, %72,2'si ergonomik risk faktörü olarak, uzun süre ayakta ya da aynı pozisyonda kalma ve hareketin kısıtlanmasını, %68,4'ü psikososyal risk faktörü olarak ameliyathanenin çok stresli ve izole bir ortam olmasını belirtmiştir. Hemşirelerin %85,7'si halsizlik ve yorgunluk şikâyetleri yaşadığını belirtmiştir. Mesleki riskleri önlemeye yönelik görüş ve öneri olarak hemşirelerin %9'u çalışma koşullarının düzenlenmesini ifade etmiştir.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda ameliyathanenin fiziksel koşullarının iyileştirilmesi, güvenli malzeme kullanımının yaygınlaştırılması, koruyucu ekipmanların yeterli miktarda temin edilmesi, hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu ile Çalışan Güvenliği Komitesi'nin kurulması, hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve çalışma koşullarının düzenlenmesi önerilmektedir.

HASTALIĞIMIN MESLEKSEL OLDUĞUNU DÜŞÜNÜYORUM... NE YAPMALIYIM?

Dr. Canan Demir / Ege Üni. Tıp Fak., Halk Sağlığı AD, İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları BD

Dr. Meral Türk / Ege Üni. Tıp Fak., Halk Sağlığı AD, İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları BD

Çalışan nüfusta en sık görülen hastalıklar toplumda görülme sıklığı en yüksek olan hastalıklarla benzerdir. Çalışan nüfusta genel toplumda görülen hastalıkların dışında yapmakta oldukları işlere bağlı olarak genel toplumda görülmeyen başka bazı hastalıklar görülebilir. Bazı durumlarda ise, genel toplumda görülen bazı hastalıkların belli bir işkolunda çalışan işçilerde çok daha sık görüldüğünü gözlemleyebiliriz.

Meslek hastalıklarının sayı ve dağılımları ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar gösterir. Gelişmiş ülkelerde pnömokonyoz ve metal intoksikasyonları gibi klasik meslek hastalıklarının görülme sıklıkları çok azalmışken, özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu hastalıklar iş ve meslek hastalıkları profesyonellerinin hala en sık tanı koydukları hastalıklardır. Yine gelişmiş ülkelerde konulan meslek hastalığı tanı sayıları binler ile ifade edilirken, gelişmekte olan ülkelerin pek çoğunda meslek hastalıklarına henüz yeterince tanı konulmadığı gözlenmektedir. Bunun en önemli nedenleri arasında gelişmekte olan ülkelerdeki iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının yetersizliği, bu alanda yetişmiş eleman azlığı, verilen eğitimlerin yetersizliği, düşük sendikalaşma oranları, yetersiz denetim mekanizmaları, tanı koymakla görevli sağlık kuruluşlarının laboratuvar olanaklarındaki eksiklikler ve bu alanda yetişmiş uzman eksiklikleri, politika yapıcıların bu alanda politika üretmekteki yetersizlikleri ile ülkede risk ve güvenlik kültürünün gelişmemiş olması sayılabilir.

Bu kadar çok sorunun olduğu bir ortamda gelişmekte olan bir ülkede bir işçiyeniz ve var olan sağlık sorununuzun yapmakta olduğunuz iş ile ilişkili olduğunu düşünüyorsanız neler yapabilirsiniz? Bu yazıda gelişmekte olan ülkelere güzel bir örnek olarak Türkiye'deki durumu değerlendirmek istedik.

Bir işte çalışmaktayken (bazı durumlarda işten ayrıldıktan veya iş değiştirdikten yıllar sonra bile) bir sağlık sorununuz geliştiyse ilk yapmanız gereken bu durumunuzun yapmakta olduğunuz işle ilişkili olabileceğinden şüphe etmektir. Bu ilk ve en önemli basamaktır. Sonrasında dilerseniz işiniz ve çalışma ortamınızda kullanmakta olduğunuz maddelerle ilgili bulabildiğiniz kaynaklardan araştırma yapabilirsiniz. Bu aşamada mutlaka işyeri hekiminize başvurmalısınız. İşyeri hekiminiz meslek hastalığından şüphe ettiğinde sizi bu açıdan tetkik edilebileceğiniz bir sağlık kuruluşuna yönlendirilecektir.

Sağlık Kuruluşu'na başvurmadan önce mutlaka bağlı bulunduğunuz SGK Müdürlüğü'nden meslek hastalığı şüphesi açısından değerlendirilmek üzere sevk alınız. Sevksiz başvurulara gerekli tıbbi değerlendirmeniz yapılarak tanı konulsa bile yasalar ve işleyiş gereği SGK bildirim sürecinde sorun yaşanmaktadır. Eğer çalıştığınız yerde işyeri hekiminiz yoksa ya da bir şekilde kendisine ulaşmakta güçlük çekiyorsanız kendiniz bireysel olarak da SGK Müdürlüğü'ne başvurarak sevk alıp meslek hastalıkları açısından tetkik edilebileceğiniz bir kuruluşa başvurabilirsiniz. Meslek Hastalıkları Polikliniği'ne başvurduğunuzda mevcut şikayetleriniz ve sağlık sorunlarınızın yanı sıra genel bir sistem sorgulaması ve fizik muayeneden de geçirilirsiniz. Burada en doğru tutum çalışma ortamınız ve sağlık sorunlarınızla ilgili durumu abartmadan veya saklamadan olduğu şekliyle hekiminizle paylaşmanızdır. Böylece iş ve meslek hastalıkları uzmanı tarafından yapılan ilk değerlendirmenin ardından bazı tetkikler planlanacaktır. Bu süreçte malzeme güvencilik bilgi formları, operasyon kartları, işyeri sağlık kayıtlarınızı temin etme konusunda işyeri hekiminizden yardım isteyebilirsiniz. Edinilebildiği takdirde bu bilgiler hekiminiz için çok yararlı olacaktır. Bunun yanında elinizde bulunan tüm tıbbi tetkiklerinizi de hekiminizle paylaşmanız önemlidir. Yapılan değerlendirme ve tetkikler sonucu hastalığınız meslekle ilişkilendirilsin ya da ilişkilendirilmesin iş ve meslek hastalıkları yan dal uzmanı tarafından durumunuzla ilgili düzenlenmiş olan detaylı bir rapor SGK'na gönderilir. Bu raporun bir örneğini talep etmeniz halinde alabilirsiniz. Süreç tamamlandığında raporun bir örneği ve karar işyerinize de resmi yolla bildirilecektir.

Ülkemizde meslek hastalıkları tanı sürecinde çeşitli zorluklar bulunmakla birlikte kendisinde meslek hastalığı olduğundan şüphelenen her çalışanın mutlaka bu durumunun tetkiki ve varsa tespiti açısından bu alanda uzmanlaşmış birimlere ulaşması çok önemlidir.

PSİKOSOSYAL SAĞLIĞIMIZ İÇİN KREŞ İSTİYORUZ

Hamide İpek

*Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) Sendika Okulu,
Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Modülü*

Sevinç Hocaoğlu

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) Hukuk Bürosu

Sağlık çalışanlarında psikososyal tehlikelerle en sık anılan iş stresi, kronik yorgunluk, absentizm, presentizm, depresyon, psşkosomatik yakınmalar, tükenmişlik, vb.birbiriyle bağlantılıdır ve bu olgular sadece çalışanın kişisel sorunlarıyla değil çalışma koşullarıyla ve evden işe taşınan sorunlarla ilişkilidir. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği (SÇS) Birimlerinin yapacakları risk değerlendirmelerinde psikososyal tehlikeler başlığında kreş varlığı ve kreş denetimi mutlaka yer almalıdır. Kreşler çalışma yaşamında ev/iş yaşamını uyumlaştırma yönelik program/müdahaleler olarak ele alınmaktadır. Bu çalışmanın amacı Ulusal ve uluslararası mevzuatta kreş hakkıyla ilgili düzenlemeler ışığında kamuda kreş hakkını ve bu hakkın gerçekleştirilmesinin önündeki engelleri değerlendirmektir.

Gereç Yöntem: Ulusal mevzuatta kreş hakkıyla ilgili mevzuat taranmış, kamuda kreş açılmasıyla ilgili yasal zorunluluklar belirlenmiş ve kreş açılmasının önündeki engeller literatür ve sendika raporlarında araştırılmıştır.

Bulgular: Kreş hakkına ilişkin ulusal mevzuat 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 191. Maddesi; İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 30. Maddesi a bendi; Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Açılacak Çocuk Bakım Evleri Hakkında Yönetmeliği; Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmeliği; Mediko Sosyal, Sağlık Kültür ve Spor Dairesi Uygulama Yönetmeliğinin "Sosyal Hizmetler" başlıklı 15. maddesi e bendi olarak sıralanabilir. 1 Ocak 2013'te Maliye Bakanlığı'nın yayınladığı "Kamu Sosyal Tesislerine İlişkin Tebliğ" ile kreşlere kamu bütçesinden harcama yapılması yasaklanmıştır. Kreş kurulmasının önündeki engeller: 1-İşçi ve memur statüsündeki çalışanlar için ayrı mevzuat ve zorunlulukların olması; 2-İşçiler içinde de temizlik, güvenlik, büro vb. alt işveren sayısının fazla olması ve kreş açmak için gerekli sayının sağlanamaması; 3-Kreş açma zorunluluğunda sadece kadın çalışan sayısının ele alınması, erkeklerin çocuk bakımına gereksiniminin olmadığını öngören eril anlayış; 4- Farklı Bakanlıklarda da aynı ilçede farklı kamu kurumlarının ortak kreş açamaması 5-Sendikaların bu konuyu ana gündemlerine almaması ve farklı kurum sendikalarının ortak mücadele yürütememesi

Sonuç: Kreş çocuk ve ebeveyn hakkıdır, tüm çalışanları kapsamalıdır. Psikososyal sağ-

lığımız için çalışma ortamı ile ilgili önemli düzenlemelerden biri de çocuklarımızın bakımına yönelik kreşlerdir. Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası olarak tüm bu nedenlerle bir çocuk ve ebeveyn hakkı olarak ele alınan kreş ihtiyacının belirlenmesinde sağlık-sosyal hizmet kurumlarımızda çalışanların cinsiyetine bakılmadan tüm emekçiler üzerinden ihtiyaç tespiti yapılması, çocuk sayısı kriterinin kaldırılması, istihdam biçimleri yönünden de ayrılma gidilmemesi gerektiğini düşünüyoruz. İlçe ya da küçük işyerleri için sağlık-sosyal hizmet emekçilerine yönelik ortak kreşler veya tüm kamu kurumlarını gören ortak kreş kurulması yoluna gidilmelidir. Yine sağlık hizmetinin niteliği gereği 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti verilen ve nöbet usulü çalışılan işyerlerimizde, kreş hizmetinin 24 saat süreyle kesintisiz olarak sunulması göz önünde bulundurulmalıdır. Bu kreşlerin bütçesine işverenimiz olan bakanlıkların katkı yapması gerekmektedir.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ERGONOMİK BİR SORUN: KAS İSKELET SİSTEMİ BOZUKLUKLARI

Makbule Tokur Kesgin

*Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü.
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı.*

Giriş: Çalışma ortamında sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenlik durumlarını etkileyebilecek pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler çeşitli şekillerde sınıflandırılmakla birlikte en fazla; kimyasal, fiziksel, biyolojik (enfeksiyöz), ergonomik, psikososyal faktörler şeklindeki sınıflamanın yapıldığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamında sağlıklı ve güvenli bir şekilde görevlerini yapabilmeleri için belirtilen bu faktörlerin tümünde uygun güvenlik önlemlerinin alınması gereklidir. Bu önlemlerin alınması hem sağlık çalışanlarının daha verimli çalışması hem de sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bireylerin daha iyi hizmet alabilmesi ve ekonomik anlamda ülkenin sağlıkla ilgili harcamalarının azalması açısından önemlidir.

Son yıllarda üzerinde artan sayıda çalışmalar yapılan ve sağlık çalışanlarının verimliliğini etkileyen faktörlerden biri de uygun ergonomik koşullarda çalışmaktır. Uygun ergonomik koşullar, çalışanın sağlığının korunması ve güvenliğinin sağlanmasında ve iş kazalarının önlenmesinde etkilidir. İş ve çalışan uyumunun sağlanması, işyerindeki araç- gereç, donanım, mobilya ve iş akışının çalışanın boyutlarına, becerilerine ve beklentilerine uygun hale getirmek ergonominin amacıdır. Sağlık çalışanları çalışma ortamlarında uygun olmayan ergonomik koşullar nedeniyle kas iskelet sistemi sorunları, zeminden kaynaklı sorunlar yüzünden takılma, kayma ve düşmeler gibi problemler yaşamaktadırlar. Sağlık çalışanlarında kas iskelet sistemi sorunlarının oluşmasının çeşitli nedenleri vardır. Bunlar yapılan işin şekli, süresi, tekrarlayıcı ve titreşim oluşturan hareketlerin varlığı, kullanılan araç, gereç ve malzemelerin uygunluğu, dinleme molalarının varlığı, meslekte çalışma süresi, beden kütle indeksinin fazla olması ve buna benzer sebeplerden kaynaklanabilir. Burada sağlık çalışanlarında görülen kas iskelet sistemi sorunları ve bu sorunların nedenleri ve önlemleri incelenecektir.

Amaç: Sağlık çalışanlarında kas iskelet sistemi ile ilgili yaşanan ergonomik sorunların tartışılması amaçlanmıştır.

Bulgular: Hemşireler, doktorlar, laboratuvar teknisyenleri, diş hekimleri, fizyoterapistler, hasta bakıcılar, temizlik görevlileri vb. sağlık sektöründe çalışan meslek grupları kas iskelet sistemi sorunlarının oluşması konusunda yüksek risk altındadırlar. İş günü

kayıplarının üçte birinin kas iskelet sistemi sorunlarından oluştuğu bilinmektedir. Kas iskelet sistemi ile ilgili sorunların tedavisi de oldukça maliyetlidir.

Kas iskelet sistemi sorunlarının gelişmesinde bireysel özellikler (yaş, cinsiyet, beden kütle indeksi, sigara içme, fiziksel aktivite yapmama), çalışma koşulları (vardiyalı çalışma, çalışma süresi, çalışma yılı, gün içinde kaldırılan ağırlığın miktarı, uzun süre ayakta kalma) gibi özelliklerin etkili olduğu bilinmektedir. Genç, obez, deneyimsiz ve uzun saatler boyu çalışanların ve klinikte çalışanların kas iskelet sistemi sorunlarının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu sorunlar sağlık çalışanları tarafından sırasıyla en sık bel ağrısı, boyun ağrısı, omuz ağrısı, kalça/uyuk ağrısı ve dirsek ağrısı olarak bildirilmiştir. Bir araştırma sonucuna göre hemşireler kas eklem ağrılarını çalışma koşullarından kaynaklı sağlık sorunları arasında ikinci sırada belirtmişlerdir. Hemşirelerin yaptıkları işten kaynaklı sağlık tehlikeleri arasında ise ilk sırada bel ve sırt ağrısı, ikinci sırada yorgunluk yer almıştır. Fizyoterapistlerle yapılan bir çalışmada 12 ay içinde %82,1 ve son 7 gün içinde %22,8 oranında kas iskelet sistemi sorunu yaşadıkları ve her iki zaman diliminde de en fazla bel ve daha sonra boynun etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.

Garcia ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında diş hekimliği öğrencilerinin % 58,6'sı ağrı ve meslek hastalıklarını önlemek için ergonomik duruşun önemli olduğunu ancak tedavi şekilleri ve tedavinin ağız bölgesinde yapılmasından dolayı ergonomik duruş sağlama konusunda güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir (% 62,1). Mesleği aktif olarak yapan diş hekimlerinin de tıpkı diş hekimliği öğrencilerinde olduğu gibi diş tedavisi sırasındaki ergonomik duruşu bilmelerine (%59,3) rağmen %73,9'u kas iskelet sisteminde ağrı olduğunu ve bu ağrıların en fazla boyun ve sırtta yoğunlaştığını belirtmişlerdir. Özellikle prostodontistlerin kas iskelet sistemi ile ilgili sorunlara ilişkin prevalansı daha fazla bulunmuştur. Hindistan'daki diş hekimlerinin kas iskelet sistemi ile ilgili semptom bölgeleri boyun (% 75.7), el bileği (% 73.1), bel (% 72.0), omuz (% 69.4), kalça (% 29.9), sırt (% 18.7), ayak bileği (% 12.3) ve dirsek (% 7.5) olarak belirlenmiştir.

Hırvatistanda yapılan bir çalışmada da diş hekimlerindeki karpal tünel sendromu prevalansı %86,0, bel ağrısı prevalansı ise %54,0 olarak saptanmıştır. Diş hekimlerinde çalışma süresi, yaş, titreşim aletlerini kullanım, beden kütle indeksi, tedavi edilen hasta sayısı, molaların sıklığı ile kas iskelet sistemi sorunları ve karpal tünel sendromu yaşama arasında bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Diş hekimlerinin hastaları tedavi sırasında düzenli olarak dinlenme ve randevu aralıklarını uzatma, kas iskelet sistemi ile ilgili yaşayabilecekleri mesleki riskler, bu risklerin yönetimi ve kontrolü ile ilgili sağlık eğitimlerinin, güçlendirme egzersizlerinin yapılması önemlidir. Bunun yanında kullanılan aletlerin elle kavramayı ve küçük alanları görmeyi kolaylaştırıcı büyütme özelliği olan, uygun ergonomik tasarıma sahip araçların kullanılması karpal tünel sendromu ve kas iskelet sistemi sorunlarının gelişmesini önleyebilir.

Kas iskelet sistemi sorunları neredeyse tüm sağlık çalışanlarının bir sorunudur. Günay ve arkadaşları (2017) mikrobiyoloji laboratuvarında çalışan laboratuvar görevlilerinin

de %20'sinin kas iskelet sistemi rahatsızlığı yaşadığını belirtmektedir. Laboratuvar çalışanlarının en fazla sırt (%52), ayak ve bacak bölgesinde (%48) rahatsızlık hissettikleri belirlenmiştir. Çalışanlar saatte bir 5 dakika mola vererek esneme/gevşeme hareketleri yaptıklarını belirtmişlerdir (%58). Laboratuvarda kullanılan araçların ergonomik gereksinimi karşılamadığını düşünen laboratuvar çalışanı %55'dir.

Hastane temizlik personeli, sekreter, teknisyen ve hemşirelerin birlikte değerlendirildiği bir çalışmada erkek olmanın el bileği, beden kütle indeksinin büyük olmasının sırt, dirsek ve el bileği, evde geçirilen zamanın kısa olmasının ise sırt ve el bileği ağrısı için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Hekimlerde görülen kas iskelet sorunları (%47,5) ise daha çok boyun (%10) ve bel (%11,7)'dedir, bu problemlerin oluşumu yaş, ergonomi ve stres düzeyi ile ilişkilidir.

Sağlık çalışanları için kas iskelet sistemi sorunları oluşturan durumlardan biri de ağır kaldırmadır. Ağır kaldırmaların sağlık çalışanlarında çoğunlukla bel problemleri ortaya çıkardığı bilinmektedir. Sağlık çalışanları ağır ve büyük tıbbi araç gereç taşıma, hastalara bakım verirken ya da hastaların taşınması, bir yerden bir yere naklinde yardımcı olurken bel kaslarının incinmesi sorunu yaşayabilmektedirler. Belle ilgili sorun yaşamamanın çeşitli nedenleri vardır. Örneğin hasta yatağını itmek yerine çekmek, kötü postür, uzun süre oturma ya da ayakta kalma, işle ilgili stres, düşme, kayma gibi ergonomik sorunların yanında bireyin tecrübesiz olması, yaş, yorgunluk, dikkatsizlik, aceleci kişilik, kötü beslenme, sedanter yaşam gibi yaşam alışkanlıkları ile ilgili olumsuz davranışlar kas iskelet sistemi sorunlarına yol açan nedenlerden bazılarıdır. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada bel ağrısı prevalansı %75,6 bulunmuştur. Evli olma, önlisans mezunu olma, çalışma deneyimi fazla olma, doğum yapma, acil, ameliyathane, yoğun bakım ve poliklinikte çalışma, baş ağrısı, yorgunluk ve moral bozukluğu yaşama durumlarının bel ağrısını arttırdığı ortaya konmuştur. Dilek ve arkadaşlarının hekimlerle yaptığı bir çalışmada ise kas iskelet sistemi problemi %47,5 olarak bulunmuştur. Erkek olanlarda, asistan olarak çalışanlarda, hizmet yılı fazla olanlarda, çalışma ortamında ergonomik uygunsuzluk yaşayanlarda kas iskelet sistemi ile ilgili sorunlar ön plana çıkmıştır.

Bu sorunların bir kısmı alınan önleyici tedbirlerle ortadan kaldırılabilir. Sağlık çalışanların doğru postürde durmaları, belden eğilmelerinin önlenmesi, ağırlık kaldırma kurallarının öğrenilmesi, düzenli fiziksel aktivitelerin yapılması, kayma, takılma ve düşmelere yol açabilecek araç gerecin ortadan kaldırılması, ıslak zeminin hemen kurutulması, sağlık kurumlarındaki, masa, sandalye gibi malzemelerin ve hasta bakım ve tedavisinde kullanılan araç ve gereçlerin ergonomik olarak tasarlanması, hasta taşıma gibi işlemleri kolaylaştırıcı malzemelerin kullanılması, iş akışının düzenlenmesi, bel ağrısına yol açabilecek işlerin kısa sürelerle arka arkaya yapılmaması vb. önlemler alınabilir. Karpal tünel sendromu gibi el bileğini etkileyen sorunların gelişmemesi için tekrarlı el ve parmak hareketleri gerektiren işlerde saat başı ara verilerek el ve bilek egzersizlerinin yapılması sağlanabilir. Bel sağlığının korunması ve kas iskelet sistemi ile ilgili sorunların önlenmesi için belirtilen bu konularda sağlık eğitimlerinin düzenli aralıklarla verilmesi önem-

lidir. Aynı zamanda çalışanların periyodik izlemlerinin yapılarak sağlık durumlarının değerlendirilmesi de gereklidir.

Sonuç: Kas iskelet sistemi sorunları sağlık çalışanları arasında en sık rastlanan ergonomik sorunlardan biridir. Özellikle bel ağrısı oldukça yaygın görülmektedir. Bu sorunların oluşmasında ergonomik ve bireysel nedenler etkilidir. Yönetimin alacağı ergonomik tedbirler ve bireye yönelik planlanacak periyodik izlemler, sağlık eğitimleri sorunun azalmasında etkili olabilir. Kas iskelet sistemi sorunlarını önlemek için multidisipliner bir çalışma gereklidir.

Anahtar kelimeler: Sağlık çalışanı, kas iskelet sistemi, ağrı.

Kaynaklar

1. Parlar S., Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008; 7(6): 547-554.
2. Bilir, N., ve Yıldız, N. İş Sağlığı ve Güvenliği. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara. (2014).
3. Occupational Safety Health Administration, (OSHA). Categories of Potential Hazards Found in Hospitals, Erişim:20.8.2009, <http://www.osha.gov/SLTC/healthcarefacilities/hazards.html>
4. Yasobant S, Rajkumar P. Work-related musculoskeletal disorders among health care professionals: A cross-sectional assessment of risk factors in a tertiary hospital, India. *Indian J Occup Environ Med*. 2014 May;18(2):75-81.
5. Tokur Kesgin M., Kublay G.Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Yaşam Alışkanlıkları ve Çalışma Koşullarından Kaynaklı Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* (2011) 41-49
6. Abaraogu UO, Ezema CI, Nwosu CK. Job stress dimension and work-related musculoskeletal disorders among southeast Nigerian physiotherapists. *Int J Occup Saf Ergon*. 2017 Sep;23(3):404-409.
7. Garcia PPNS, Gottardello ACA, Wajngarten D, Presoto CD, Campos JADB. Ergonomics in dentistry: experiences of the practice by dental students. *Eur J Dent Educ*. 2017 Aug;21(3):175-179.
8. Gopinadh A, Devi KN, Chiramana S, Manne B, Sampath A, Babu MS. Ergonomics and musculoskeletal disorder: as an occupational hazard in dentistry. *J Contemp Dent Pract*. 2013 Mar 1;14(2):299-303.
9. Kumar VK, Kumar SP, Baliga MR. Prevalence of work-related musculoskeletal complaints among dentists in India: a national cross-sectional survey. *Indian J Dent Res*. 2013 Jul-Aug;24(4):428-38
10. Prasad DA, Appachu D, Kamath V, Prasad DK. Prevalence of low back pain and carpal tunnel syndrome among dental practitioners in Dakshina Kannada and Coorg District. *Indian J Dent Res*. 2017 Mar-Apr;28(2):126-132
11. Taib MFM, Bahn S, Yun MH, Taib MSM. The effects of physical and psychosocial factors and ergonomic conditions on the prevalence of musculoskeletal disorders among dentists in Malaysia. *Work*. 2017;57(2):297-308
12. Günay İ.C, Çakmak B, Alayurt F. N, Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında Ergonomi. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi* 5(ÖS: Ergonomi2016), 2017, 41-47
13. Sirzai, Hülya; Dogu, Beril; Erdem, Pinar; Yılmaz, Figen; Kuran, Banu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni; İstanbul Vol. 49, Iss. 2, (2015): 135-141.*
14. Dilek B, Korkmaz F, Baş G, Deniz B, Yılmaz N, Doğan S, Ada D, Ergör G, Akalın E. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde Kas İskelet Sistemi Problemleri Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Cilt 30, Sayı 1, (Nisan) 2016, 25-30*
15. Çakmak A., Tekbaş F., Güler Ç. İşle İlgili Kas İskelet Sistemi Hastalıkları, Birikimsel Zedelenmelerin Önlenmesi. *Sağlık Boyutuyla Ergonomi*. (Güler Ç. Ed.). Palme Yay. Ankara. (2004).
16. Çil Akıncı, A. Dereli, E. Sert, H. (2014). Kırklareli'nde Çalışan Hemşirelerde Bel Ağrısı ve Bel Ağrısı ile İlişkili Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5 (1). pp. 70-76.

17. Dilek, B., Korkmaz, F., Baş, G., Deniz, B., Yılmaz, N., Doğan, S., Ada, D., Ergör, G., Akalın, E. Bir üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde kas iskelet sistemi problemleri ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Deü Tıp Fakültesi Dergisi*. Cilt 30, Sayı 1, (Nisan) 2016, 25-30
18. Sabancı A., Sümer SK. *Ergonomi*. 3. Baskı. Nobel Yay. Ankara (2015).

STRESİN SAĞLIK ÇALIŞANI GÜVENLİĞİNE ETKİSİ

Yrd. Doç. Dr. Rabia Sohbet / Gaziantep Üniversitesi

Hemşire Mustafa Şahin Morcalı / Gaziantep Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Stresin sağlık çalışanı güvenliğine etkisi önemlidir. İşi insan olan sağlık personelleri sürekli stres faktörü ile baş başa kalmaktadır. Sağlık personellerinin hayatımızdaki yeri çok önemlidir. İşi insan ve can olan bu aziz mesleğin temsilcileri maalesef stres etkeni ile sürekli karşı karşıya kalmaktadırlar. Gerek hasta gerekse hasta yakınları tarafından strese maruz kalan sağlık çalışanlarının çalışan güvenliğine etkisini belirlemek amacıyla yapılan, bu çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Kilis Devlet Hastanesinde çalışan sağlık personelleri üzerinde, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırmanın evrenini, Kilis Devlet Hastanesinde görev yapan bütün sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Örneklem Nisan 2017 tarihi içerisinde devamsızlık yapmayan, raporlu olmayan, izin kullanmayan ve araştırmacı tarafından bilgilendirildikten sonra kendi isteği ile araştırmaya katılmayı kabul eden ve Stresin Sağlık Çalışanı Güvenliğine Etkisi anketini tam olarak dolduran 195 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Araştırmada veriler Sosyo-Demografik Form, Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği ve İş Stresi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi; spss paket istatistik programında t testi, tek yönlü varyans (ANOVA) ve korelasyon analizleri kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %55,4'ü (n=108) servislerde çalışmaktadır, %65,6'sı (n=128) kadın, %49,7'si (n=97) 22-31 yaş grubunda, %61,0'ı (n=119) bekar, ve %49,7'sinin (n=97) lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılardan elde edilen bulgulara göre Sağlık Çalışanı Güvenliği ölçeğinden alınabilecek maksimum puan 270 iken, sağlık çalışanlarının ölçek puan ortalamalarının 149.52 ± 42.93 olduğu, en yüksek puanın hastanelerde iş güvenliğinin sağlandığını, en düşük puanın ise hastanelerde iş güvenliğinin sağlanmadığını göstermektedir. İş Stresi Ölçeğinden alınabilecek maksimum puan 5,00 iken, sağlık çalışanlarının ölçek puan ortalamalarının 2.72 ± 0.77 olduğu, en yüksek puanın Sağlık ve verimliliği ciddi olarak tehdit eden ağır risk düzeyi, en düşük puanın Kişiyeye önemli olduğunu hissettirmeyen, onun kapasitesini kullanmasına imkan vermeyen ve yeterli uyarım sağlamayan, dolayısıyla can sıkıntısından ve önemsizlik duygusundan kaynaklanan stres düzeyi olduğu saptandı.

Sonuç: Kurumda çalışan sağlık personellerinin % 74.9 'u kurumda alınan sağlık güvenliği önlemlerinden memnundur. Ancak, hastane idarecileri sağlık çalışanlarında stresle

baş etme ve sağlık çalışanı güvenliği eğitimleri düzenlemeli, bu şekilde sağlık çalışanlarında stres ve öfke kontrolü sağlanmalı, çalışan güvenliği bilinci oluşturulmalıdır. Sağlık çalışanlarının stres ve çalışan sağlığı güvenliği konusunda eksik kaldıkları konular saptanmalı, verilen eğitiminin, olumlu davranışlarına dönüşüp dönüşmediği, bilimsel çalışmalarla belirlenmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Stres, Sağlık Çalışanı Güvenliği, Sağlık Çalışanları

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TOZLAR İLE MEYDANA GELEN HASTALIKLAR

Dr. Zeynep Doğrul, Prof. Dr. Meral Türk

Ege Üniversitesi Tıp Fak., Halk Sağlığı AD., İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı

Toz; cisimlerin parçalanmaları, kırılmaları, ezilmeleri esnasında oluşan ve cisimlerin özelliklerini taşıyan 1 mm'den küçük, hava içerisinde asılı kalabilen veya zamanla çöken parçacıklardır. Tozla Mücadele Yönetmeliği'ne göre ise; işyeri ortam havasına yayılan veya yayılma potansiyeli olan parçacıklar toz olarak tanımlanır. Maden ve metal sektörü başta olmak üzere pek çok sektörde toz maruziyeti olmaktadır.

Sağlık sektöründe toz maruziyeti, özellikle diş protez laboratuvarlarında olmaktadır. Diş protez laboratuvarı teknisyenleri, uyguladıkları işlemler gereği silika ile kobalt, tungsten gibi ağır metallerden oluşan toz karışımına maruz kalmaktadırlar. Kullanılan bu maddelerin yol açtığı pnömokonyoza “diş teknisyeni pnömokonyozu” denmektedir. Ülkemizde Kamu İhale Yasası sonrası devlete ait sağlık tesisleri, özel laboratuvarlardan protez satın alımına başlamıştır. İhale usulü olan bu satın alma laboratuvarların düşük fiyatla ihalelere girmesine neden olmuştur. Sonuç olarak da diş teknisyenlerinin, genellikle 13-14 saate varan mesailerle, havalandırma ve kişisel koruyucu donanım kullanımının yok veya yetersiz olduğu “merdiven altı” olarak tabir edilen küçük laboratuvarlarda çalışma sıklığı artış göstermiştir. Ayrıca bu laboratuvarlar, kontrol mekanizması olmadan faaliyetlerini sürdürmektedirler. Kamuya bağlı çalışan diş teknisyenlerinde pnömokonyoz görülme sıklığı daha düşük olmakla beraber yine de ciddi rakamlara ulaşabilmektedir. Bu durum devletin kendi kuruluşlarında da denetiminin eksik olduğunu göstermektedir.

Bu nedenle ister kamu ister özel sektör olsun diş protez laboratuvarlarında uygun ortam toz ölçümlerinin yapılması, uygun havalandırma koşullarının sağlanması ve kişisel koruyucu donanım kullanımının sağlanması diş teknisyenleri pnömokonyozunu önlemede en önemli etmen olacaktır.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KİMYASAL TEHLİKELER VE SAĞLIK GÖZETİMİ

Dr. Zehra Nur Töreyn, Dr. Meral Türk

Ege Üniversitesi Tıp Fak., Halk Sağlığı AD., İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı

Kimyasal maddeler, sağlık çalışanlarının yüksek dozda ve sıklıkta maruz kaldığı tehlikelerdir. Anestezikler, sitotoksik ilaçlar, antibiyotikler, sterilizasyonda kullanılan çözücüler, temizlik maddeleri, ağır metaller sağlık hizmeti sunumu sırasında maruz kalınan kimyasalların başlıcalarıdır. Bu tehlikeler, allerjik/irritan kontakt dermatit, inhalasyon hasarları, astım, mutajenite, genotoksisite, karsinogenezis gibi risklere yol açar. Kimyasalların sağlık etkilerinin en aza indirgenmesi için, çalışan sağlığı birimleri tarafından hastane bölümlerinin tanımlanması, bu bölümlerdeki iş akışının planlanarak, tehlike haritasının çıkartılması, tehlikenin yüksek olduğu noktalara yönelik önlemler alınması gereklidir. Çalışan sağlığı eğitimleri ile risk değerlendirmesi yapacak ekiptekilere eğitimler verilmesi, kimyasalların tehlike sınıfının bilinmesi, parlama, yangın gibi olumsuz koşullara yönelik acil eylem planı oluşturulması, sağlık hizmeti sunan kişilere kişisel koruyucu donanım sağlanması, kullanımı konusunda eğitim verilmesi, kimyasalların hastaneye girişi, atıkların toplanması, ayrıştırılması, taşınması ve depolanmasının uygun yöntemlerle yapılması, kullanılan her tip kimyasalın Türkçe yazılmış malzeme güvenlik bilgi formlarının bulundurulması risk ortaya çıkmadan önce alınması gereken iş sağlığı ve güvenliği önlemleridir. Tehlikenin yüksek olduğu birimlerde çalışanlarda, yıllık yapılan periyodik muayeneler içerisinde, KCFT, böbrek fonksiyon testleri, hemogram takibi, bakılabildiği durumlarda kanda ve idrarda ağır metal ve ilaç metabolitleri düzeyleri takibi yapılması önerilmektedir. Bütün önlemlere rağmen, çok tehlikeli iş yeri sınıfında yer alan hastanelerde performans sistemine dayalı sağlık hizmeti sunumu, alt işverene bağlı çalışma, uzun çalışma saatleri ve iş sağlığı ve güvenliği kültürünün ülkemizde yerleşmesinde yaşanan aksaklıklar, beraberinde dikkatsizlik ve kimyasallar ile meydana gelen iş kazası ve meslek hastalığı sıklığında artışı getirmektedir.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KENDİLERİNE YÖNELİK UYGULANMASI GEREKLİ AŞILARA KARŞI TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Araş. Gör. Dr. Ramazan Reha Erken

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sağlık hizmeti sunan kurumlar tehlikeli ya da çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır. Bu tehlikeler biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik, psikososyal, yanıcı ve patlayıcı maddeler ve elektriksel tehlikeler olarak sınıflandırılabilir. Bu tehlikeler içerisinde enfeksiyon hastalıkları önemli bir yer tutar.

Sağlık çalışanları işyerinde kazanacakları enfeksiyonu hastalara, diğer sağlık çalışanlarına, aile bireylerine ve temas halinde olduğu diğer kişilere iletebilir. Bunun yanı sıra toplumdan kazanacakları enfeksiyonu hastalarına, diğer sağlık çalışanlarına da iletebilirler.

Sağlık çalışanlarının yüksek oranda katıldığı başarılı bir bağışıklama programı, sağlık çalışanlarının immünizasyonunu sağlar, enfeksiyonların yayılmasına engel olur, işgücü kaybını engeller, salgın ve pandemiler sırasında sağlık hizmetlerinin devamını sağlar.

Çalışmamızda Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan doktor ve hemşirelerin kendilerine yönelik uygulanması gereken aşılarla karşı tutum ve davranışları ile buna etki eden faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki çalışmamızın evrenini Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan doktor ve hemşireler oluşturmaktadır. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 512'si doktor, 590'ı hemşire olmak üzere toplam 1102 doktor ve hemşire çalışmaktadır. Örneklem büyüklüğü evreni bilinen örneklem büyüklüğü hesabı ile % 95 güven aralığı, %20 sıklık ve 1.05 desen etkisi için hesaplanmış ve alınması gereken en az kişi sayısı 547 olarak bulunmuştur.

Anket temel olarak sosyodemografik özellikler, tutum ve aşılama davranışlarını sorgulayan 3 bölüm ve 49 sorudan meydana gelmektedir.

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 17 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler Ki-kare testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Birden fazla değişkenin etkisinin birlikte değerlendirilmesinde çoklu

analizler yapılmış ve %95 güven aralığı sınırları ile birlikte Odds Ratio (OR) belirtilmiştir. İstatistiksel analizlerin tümünde $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Pamukkale Üniversitesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan gerekli izinler alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 488 kişi katılmıştır. Hedeflenen birey sayısının %88,56'sına ulaşılmıştır. Katılımcıların 62'si (%12,9) biyolojik tehlikelerle, 136'sı (%29,0) bulaşıcı hastalıklarla, 223'ü (%49,3) aşılarda ilgili kurum bünyesinde sağlık çalışanlarının sağlığı kapsamında eğitim almadığını belirtmiştir. Katılımcıların 225'inin (%46,2) aşılama amacıyla çalışan sağlığı birimine daha önce hiç başvurmadığı saptanmıştır. En yüksek oranda olumlu tutum içerisinde bulunan ifadeler "Aşılama kararımı verirken o hastalığın şiddeti hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıyım" 471 kişi (%97,5), "Kendimi korumam için aşı olmam gerekir" 470 kişi (%96,9), "Aşılama kararımı verirken aşının koruyuculuk düzeyi belirleyici bir etkidir" 467 kişi (%96,5); En yüksek oranda olumsuz tutuma sahip bulunan ifadeler ise "Üst düzey kamu yöneticilerinin aşıyla ilgili tutum ve davranışları aşılama konusundaki kararımı etkiler" 262 kişi (%54,4), "Felsefi ya da dini görüşlerim aşılama hakkındaki kararımı etkiler" 130 kişi (%18,9) olarak saptanmıştır.

Katılımcıların 23'ü (%4,8) her yıl mevsimsel grip aşısı yaptırdığını, 323'ü (%67,4) 3 doz Tetanoz, 267'si (%56,0) 2 doz KKK, 398'i (%82,9) 3 doz Hepatit B, 195'i (%40,8) 2 doz suçiçeği aşı serisini tamamladıklarını belirtmişlerdir.

Çoklu analizlerde yaş, kronik hastalık durumu ve çalışan sağlığına birimine başvurma durumunun tutum puanı için; akademik ünvanın mevsimsel grip aşısı yaptırma durumu için; meslek ve yaşın KKK aşısı yaptırma durumu için; akademik ünvan ve tutum puanının Hepatit B aşısı yaptırma durumu için; yaş ve evde 65 yaş üzeri birey varlığının suçiçeği aşısı yaptırma durumu için bağımsız risk faktörleri olduğu saptanmıştır.

Sonuç

Sağlık çalışanlarının özellikle mevsimsel grip aşısı olmak üzere aşılama oranları istenen düzeyde değildir. Kurumlar sağlık çalışanlarının aşılama önündeki engelleri ortadan kaldıracak, aşılama oranlarını artıracak müdahaleler geliştirmelidir.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ ŞİDDET OLAYLARININ İNCELENMESİ

Erkan S. / PAÜ Hastanesi İşyeri Hemşiresi

Can Y. / PAÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

Özdemir C. / PAÜ Hastanesi Eğitim Hemşiresi

Uğurlu E. / PAÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D., PAÜSARUM Merkez Müdür Yrd,

Giriş ve Amaç

Sağlık kurumlarındaki şiddet “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda, sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir. Sağlık alanındaki şiddet çok olmasına rağmen; sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin önemsenmediğinden, çalışanların haklarını düzenleyen yasal düzenlenmelerin yetersizliğinden dolayı bildirim az yapılmaktadır.

Bu çalışma bir üniversite hastanesinde beş yıllık beyaz kod ile bildirilen şiddet olaylarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışmada 2013-2017 yıllarında Ege bölgesindeki bir üniversite hastanesinde yaşanan şiddet olayları değerlendirilmiştir. Şiddet olaylarına ait bilgiler, geriye yönelik kayıtlardan, dosya taraması yöntemiyle “Beyaz Kod Bildirim Formlarından” elde edilmiştir.

Bu çalışmada şiddet olayları kayıtlarda yer alan sınırlılıklar nedeniyle ancak yaş, cinsiyet, şiddetin ortaya çıkış zamanı, şiddet olayının gerçekleştiği yer, şiddete uygulayanların cinsiyetleri ve şiddetin türleri ile ilgili veriler analiz edilmiştir.

Bulgular

Araştırmamızda 2013(Ocak)-2017(Haziran) yılları arasında toplam 254 şiddet olayı yaşanmıştır. Bildirim sayısı yıllara göre 2013’de 62, 2014’de 75, 2015’de 51, 2016’da 43, 2017’de 23 kişi olup düşüş eğilimindedir. Şiddete maruz kalanların çoğunluğunun kadın (%59.8), görev unvanının asistan (%40.9), şiddet olaylarının servislerde (%31.9) olduğu belirlenmiştir. Şiddet olaylarının yarıdan fazlası (%55.9) gündüz vardiyasında (08:00-15:59 mesaisi) gerçekleşmiştir. Şiddet olayları çoğunlukla (%67.7) hasta yakınları

tarafından sözel şiddet (%85.0), fiziksel şiddet %1.6 iken sözel ve fiziksel şiddet birlikte uygulanması %13.4'tür.

Sonuç

Bir üniversite hastanesinde şiddet bildirimleri düşüş eğiliminde olsa da varlığını sürdürmektedir. Sağlık çalışanlarına karşı şiddetin nedenlerini ortaya koyan ve çözüm önerileri geliştiren çalışmalara ve politikalara gereksinim vardır.

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇALIŞAN SAĞLIĞI BİRİMİ'NDE KAYITLI İŞ KAZALARININ PROFİLİ

Ebe Yıldız Akış

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik EAH. Çalışan Sağlığı Birimi, İzmir

Arş. Gör. Dr. Mahide Demirelöz Akyüz

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İzmir

Dr. Mübeccel Günay

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik EAH. Çalışan Sağlığı Birimi, İzmir

Dr. Suzan Muz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik EAH. Çalışan Sağlığı Birimi, İzmir

Arş. Gör. Yeliz ÇAKIR KOÇAK

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İzmir

Amaç: Bu çalışma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin Çalışan Sağlığı Birimi'ne iş kazası nedeniyle başvuran sağlık çalışanlarının oranları, meslek grupları ve iş kazası profillerinin değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Çalışma kesitsel tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini hastanede görev alan tüm çalışanlar (doktor, hemşire, ebe, biyolog, tekniker ve teknisyen, temizlik personeli, klinik destek elemanı, stajyer öğrenci) oluşturmuştur (n=3.437). Araştırmanın örneklemini ise hastanenin çalışan sağlığı birimi kurulduktan sonra (son üç yıl içinde) iş kazası nedeniyle başvuran tüm kazazedeler oluşturmuştur (n:461).

Bulgular: Hastane çalışanlarının 2015 yılında %3.8, 2016 yılında %6.4 ve 2017 yılında (ilk 6 ay) %4.3 oranında iş kazası geçirdiği saptanmıştır. 2015 yılında meydana gelen 132 iş kazası içinde hemşire ve ebelerin (n=47, %35.6), stajyer öğrencilerin (n=33, %25.0) ve doktorların (n=27, %20.5) daha yüksek oranda kazazede olduğu saptanmıştır. 2016 yılında meydana gelen 218 iş kazası içinde hemşire ve ebelerin (n=52, %23.85), stajyer öğrencilerin (n=84, %38.53), temizlik firması çalışanları(n=52, %23.85) ve doktorların (n=19, %8.71), daha yüksek oranda kazazede olduğu saptanmıştır. 2017 yılında meydana gelen 111 iş kazası içinde hemşire ve ebelerin (n=40, %36.0), stajyer öğrencilerin (n=33, %27.0) ve doktorların (n=22, %19.8), temizlik personeli (n:13, %11.7) daha yüksek oranda kazazede olduğu saptanmıştır. 2015 yılında meydana gelen iş kazalarının %50.0 oranında kesici-delici alet yaralanması, %13.6 oranında biyolojik etkene maruziyet ve %36.4 oranında diğer (kas-iskelet ve ofis yaralanmaları, kedi tırmalaması, köpek

ısırmaları) kazalarından meydana geldiği saptanmıştır. 2016 yılında %76.6 oranında kesici-delici alet yaralanması, %10.1 oranında biyolojik etkene maruziyet ve %7.8 oranında düşme çarpma, %1.8 diğer (suicid girişimi, iskelet ve ofis yaralanmaları, kedi tırmalaması, köpek ısırması) iş kazalarının meydana geldiği saptanmıştır. 2017 yılı ilk 6 ayında %68.5 kesici-delici alet yaralanması, %14.4 biyolojik etkene maruziyet ve %8.1 oranında düşme çarpma, %5.4 diğer (ofis yaralanmaları, kedi tırmalaması, köpek ısırması) iş kazalarının meydana geldiği saptanmıştır.

Yaralanmaların gerçekleştiği birimlere bakıldığında ise sıklık sırasıyla; 2015 yılında kliniklerde %34.8, acil serviste %19.6, ameliyathanede %10.6, yoğun bakımda %7.5 oranında yaralanma vakası bildirilmiştir. 2016 yılında kliniklerde %47.7, yoğun bakımda %16.1, acil serviste %13.3, ameliyathanede %7.3, oranında yaralanma vakası bildirildiği saptanmıştır. 2017 yılı ilk 6 ayında kliniklerde %43.2, acil serviste %21.6, yoğun bakımda %15.3, ameliyathanede %7.2, oranında yaralanma vakası bildirilmiştir.

Sonuç-Öneriler: Sağlık personelinin kesici-delici aletlerle yaralanma riskini hasta yatağı başında kan alma, enjeksiyon, resüsitasyon gibi yaptığı girişimler esnasında ya da ameliyathane, yoğun bakım, acil servis, klinikler ve laboratuvarlarda, kısacası çalıştığı her alanda yaptığı işlem ve girişimler sırasında yaşadıkları bilinmektedir. Ancak yapılan araştırmalarda bu kazaların çoğunluğu rapor edilmemektedir. 2012 yılında 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu doğrultusunda kurulan çalışan sağlığı birimleri ile hizmet içi eğitimler düzenlenmekte, kaza kayıtları önceki yıllara göre daha düzenli tutulmakta ve çalışanlar hukuki hakları konusunda bilinçlendirilmektedir. Ancak bu birimler ülke genelinde hala tam olarak yaygınlaşmamış ve işlevselliğini kazanamamıştır. Yasanın amacına ulaşabilmesi için tüm sağlık kuruluşlarında Çalışan Sağlığı Birimi'nin yeterli sayıda personel ile kurulması, işe giriş muayenelerinin yapılması ve tüm kazazede kayıtlarının eksiksiz tutulması, hizmet içi eğitimlerin yanında çalışanların sağlığının korunması amacı ile periyodik sağlık kontrollerinin yapılması ve sağlık problemi olan çalışanların hassasiyetlerinin dikkate alınarak çalışma alanlarının belirlenmesi için yönetim ve çalışan temsilcileri ile çalışan sağlığı biriminin ortak hareket etmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çalışan Sağlığı, Sağlık Çalışanı, İş Kazası, Kazazede.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA MESLEKİ DERİ HASTALIKLARI

Dr. Seher Kurtul, Dr. Meral Türk

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İş sağlığı ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı

Sağlık sektörü dünyada ve ülkemizde ekonomik sektörün önemli bir bölümünü oluşturan iş ortamıdır. Günümüzde sağlık çalışanlarının karşılaştıkları, sağlık ve güvenlik riskleri diğer bütün sektörlerden daha fazla olup hastaneler çok tehlikeli işyeri sınıfında yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunulan kurumlar çok sayıda kimyasal maddenin kullanıldığı çalışma alanlarıdır.

Mesleki deri hastalığı sanayileşmiş ülkelerde en yaygın izlenen mesleki hastalıklarından biridir. Mesleki deri hastalıklarının %80-90'ından mesleki kontakt dermatitler sorumludur. İşyerlerinde bulunan çeşitli kimyasal etmenler, fizik veya mekanik etkilenmeler, biyolojik ajanlar bu tabloya neden olmaktadır. Mesleki deri hastalıkları tablosunda sıklıkla iritan veya alerjik bir reaksiyon söz konusudur. Mesleki kontakt dermatitlerin sık görüldüğü meslekler arasında gıda sektörü, kuaförlük, sağlık sektörü, tarım sektörü, temizlik işleri, boyacılık, sanayi makinaları kullanımı, baskı matbaa işleri ve inşaat sektörü sayılabilir. Sağlık çalışanları, çeşitli potansiyel alerjenlere (dezenfektanlar, sabunlar, deterjanlar, lateks ve kauçuk ürünler dahil), çeşitli iritanlara maruz kaldıklarından mesleki deri hastalıklarına özellikle yatkındırlar. Ayrıca biyolojik risk faktörleri olan enfeksiyon ajanları da sağlık çalışanları için önemli risk faktörleridir. Sağlık çalışanlarının bulaş önlemek amacıyla sık el yıkaması ve dezenfeksiyonu gerekmektedir ve bu nedenle sağlık çalışanları arasında en sık hemşirelerde mesleki deri hastalıkları izlenmektedir. Sağlık çalışanlarında izlenen mesleki deri hastalıkları, çalışanların yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır ve yaşamsal fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle çalışabilme durumu kötüleşir ve önemli işgücü kaybı ortaya çıkar. Tıbbi tedavi, hastalık izni, verimlilik kaybı gibi nedenlerle ve çalışanların tazminatlarıyla ilişkili ekonomik yükler oluşmaktadır.

Sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliği açısından işe girişte ve yıllık olarak periyodik muayenelerinin yapılması, çalıştıkları ortamda risk değerlendirmelerinin yapılması, değerlendirme sonucunda temas ettikleri tüm maddelerin ortaya konarak mesleki deri hastalıkları açısından yüksek riskli işlerin belirlenmesi ve uygun kişisel koruyucuların sağlanması hastane yönetiminin sorumluluğu altındadır. Mesleki deri hastalıklarında doğru tanı koyabilmek, sağlık çalışanlarını çalışma koşulları konusunda doğru bir şekilde yönlendirebilmek açısından önem taşımaktadır. Erken tanı ve tedavi, sağlık çalışanda

önlenebilir ve tedavisi mümkün bu hastalıklar nedeniyle oluşan mağduriyetlerinin en aza indirgenmesinde ilk basamaktır.

Çalışanın sağlıklı ve güvenli ortamda çalışma hakları ve buna ilişkin ödevleri, işverenin de bu ortamı ve hizmetleri sağlama yükümlülüğü vardır. Görevlendirdikleri kişi veya hizmet aldığı kurum ve kuruluşların görevlerini yerine getirmeleri amacıyla araç, gereç, mekân ve zaman gibi gerekli bütün ihtiyaçlarını karşılar.

KAMU SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET KURUMLARINDA İŞÇİ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Zencir, Aslı Davas, Meral Türk, Çoşkun Canıvar, Menderes Tutuş

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Sendika Okulu, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Modülü

Amaç: Bu çalışma Sağlık Bakanlığı'na ait bazı sağlık kurumlarında işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin değerlendirilmesi amacıyla pilot çalışma olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 2016 yılı Temmuz ayında Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) Sendika Okulu'nun düzenlediği yaz kampında Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Modülü kapsamında işçi sağlığı ve güvenliği (İSG) hizmetlerinin değerlendirilmesi konusunun işlenmesi amacıyla pilot çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Pilot olarak seçilen illerdeki SES şubeleri verileri toplamıştır. Bu iller: Adana, Adıyaman, Ankara, Batman, Diyarbakır, Düzce, İstanbul, Kayseri, Mardin, Samsun, Zonguldak. Veriler örnek olarak seçilen hastaneler, birinci basamak sağlık kurumları (TSM, HSM) ve sosyal hizmet kurumlarından toplanmıştır. İSG hizmetleri ile ilgili birimin (İSGB) yapılanması ve yürüttüğü hizmetler ve işyerini tanıtımı hakkında SES işyeri temsilcileri tarafından bilgi toplanmıştır. Bilgi toplam sürecinde doğrudan gözlem, hastane yönetimi ve sağlık çalışanları ile görüşmeler yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular: Bu pilot çalışmaya 12 hastane, 5 birinci basamak (4 TSM, 1 HSM) ve 4 sosyal hizmet birimi katılmıştır. Hastanelerin 3'ü genel hizmet, 3'ü üniversite ve 6'sı eğitim ve araştırma hastanesidir. Kurumlarda çalışan sayısı 10-6000 arasında değişmektedir. Kurumların 15'inde yetkili sendika Sağlık-Sen iken 1 tanesinde SES'dir. İki hastanede kreş vardır. Kurumların 12'sinde İSG hizmetlerin verilirken, 8'inde hiçbir hizmet yoktur. Kurumların 3'ünde hizmet sadece memurları kapsarken, 13'ünde sadece taşeron işçilere yöneliktir, 1 kurumda hem taşeron hem de memurları içeren hizmet vardır. Kurumların 9'unda bağımsız İSG birimi kurulmuşken, 2'sinde Kamu Hastane Birliği tarafından yürütülmektedir. İSGB çoğunlukla 2015 ve sonrası kurulmuştur. Birinci basamak kurumlarda ise HSM-TSM tarafından yürütülmektedir. İSGB'leri on iki hastanenin 7'sinde başhekimliğe bağlı iken 5'inde kalite birimine bağlıdır. İSGB'lerinin sadece 8'inin kendine ait mekanı vardır. İSGB'lerinin 10'unda işyeri hekimi, 8'inde iş güvenliği uzmanı, 8'inde işyeri hemşiresi ve 5'inde diğer sağlık emekçileri görev yapmaktadır. Sadece 2 işyeri hekimi ve 2 iş güvenliği uzmanı İş-katip sistemine bağlıdır.

İSG kurulları 13 kurumda yapılandırılmıştır. Bununla birlikte 3'ü hiç toplanmazken altı-

sı ayda bir kez toplanmaktadır. İSG kurullarının 5'inde işyeri hekimi, 7'sinde iş güvenliği uzmanı ve 8'inde çalışan temsilcisi bulunmaktadır. Çalışan temsilcilerin 5'i yetkili sendikadan olup hiçbir sağlık kurumunda seçim yapılmamıştır. İSG kurulu toplantılarının sonuçları 7 işyerinde hiçbir zaman duyurulmazken, 2'sinde bazen panoya asıldığı ve 4 işyerinde de internet aracılığıyla paylaşılmaktadır.

İşyerlerinin sadece 9'unda risk değerlendirmesi yapılmıştır. Risk değerlendirmesi 2 işyerinde KHB sekreterliği, 5 işyerinde kalite birimi, 2 işyerinde İSGB, bir işyerinde HSM ve bir işyerinde diğer kurumlar tarafından yapılmıştır. Risk değerlendirmelerin 6'sına hekim, 8'ine iş güvenliği uzmanı, 5'üne çalışana temsilcisi katılmıştır. İncelenen birimlerde 4'ünde tüm çalışanlardan bilgi alınırken 2'sinde başhemsire veya birim sorumlusu bilgi vermiştir. Sadece 6 işyerinde risk değerlendirmesi sürecinde ölçüm (2'sinde gürültü, 3'ünde formaldehit, 22'sinde anestezi madde ve birinde radyasyon ölçümü) yapılmıştır.

İşyerlerinin 7'sinde periyodik muayene yapılmamaktadır. Bir işyerinde sadece radyasyona maruz kalan çalışanlara, 3'ü riskli birimlerde çalışanlara ve 9'u tüm çalışanlara periyodik muayene yapmaktadır. Periyodik muayene sıklığı işyerlerinin 8'inde yılda bir kez, 1'inde iki yılda bir, 2'sinde sadece bir kez yapılmış ve 2'sinde birimlere göre değişen sıklıkta yapılmaktadır. Periyodik muayenede işyerlerinin 10'unda hemogram, 10'unda akciğer grafisi, 11'inde seroloji, 8'inde tiroid hormonları, 4'ünde periferik yayma ve 3'ünde göz incelemeleri yapılmaktadır. Yapılan tetkikler için 4 işyerinde ücret (katkı payı) ödenmektedir.

İşe giriş muayenesi sadece 10 işyerinde vardır ve tümünde muayenelerde tetkikler istenmektedir. Muayeneler SGK'ya faturalandırılmaktadır. Bu işyerlerinde her çalışan için dosya tutulmaktadır. İşe giriş muayenelerinde işe uygunluğu değerlendiren işyeri sayısı 5 ve periyodik muayenelerinde 6'dır. Özellikle gruplar (gebe, emzikli, engelli, yaşlı, kronik hastalığı olan, allerjisi olanlar vb. için) işe yerleştirmede gerekli önlemler-düzenlemeler yapılan işyeri sayısı 7'dir.

İSG eğitimleri yapılan işyeri sayısı 13'dür. Bunların sadece 3'ünde 16 saat eğitim yapılırken, 3'ünde 8 saat, 4'ünde 2 saattir. Geri kalanlarında yılda bir ya da iki yapıldığı belirtilmektedir. Eğitimler mesai saati içinde yapılmaktadır. Bir işyerinde internet ortamında eğitimleri gerçekleştirilmektedir. Eğitimler 8 işyerinde kitlesel yapılırken 3 işyerinde küçük gruplara yönelik, 3'ünde meslekeler göre farklılaşmaktadır. Sağlık hizmetleri ile bağlantı kuran İSG eğitimi verilen işyeri sayısı 5'dir, diğerlerinde genel İSG eğitimi yapılmaktadır. Eğitim öncesi ve sonrası test 8 işyerinde yapılmaktadır. Eğitim veren birim işyerinin 6'sında İSGB, 5'inde kalite, 1'inde eğitim birimidir. Eğitimler işyerlerinin 10'unda herkese zorunlu iken, 3'ünde zorunlu olup herkesi kapsamadığı ve sadece 3'ünde imza alınmaktadır.

İşyerlerinin sadece 6'sında iş kazası ve meslek hastalığı bildirim sistemi vardır. İşyerlerinin 6'sında SGK'ya bildirim yapılmazken, 9'unda tüm çalışanlar için bildirim yapıl-

maktadır. İSGB bildirim sadece 7 işyerinde mevcuttur. İş kazalarının kök neden analizi sadece 4 şyerinde yapılmaktadır. İş kazalarının azaltılmasına yönelik önlemler genellikle 6 işyerinde yok iken, 5 işyerinde yetersiz de alındığı belirtiliyor. Ramak kala olay bildirimini 5 işyerinde yapılmaktadır. Şiddet vakaları, 1111 başvuruları iş kazası olarak kabul edip, kaydeden işyeri sayısı 5'tir.

Kişisel Koruyucu Donanım listesi 11 işyeri için belirlenmiştir. Bununla birlikte KKD eğitiminin verilmediği ve KKD niteliğinin de yetersiz olduğu belirtilmektedir.

İSGB tarafından işyerlerinin 13'ünde Hepatit B, 7'sinde grip, 6'sında tetanoz, 5'inde Hepatit A, birinde Kızamık ve Tüberküloz aşısı yapılmaktadır.

Sadece 8 işyerinde yemekhane, giyinme odası vb. yerlerin sağlık kontrolleri yapılmaktadır. Dokuz hastanenin afet/acil durum planı vardır.

Sonuç: Sağlık ve sosyal hizmet kurumlarında işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri, brim yapılanması ve yürütülen hizmetler yetersizdir. Mevzuat konusundaki ertelemeler sağlık kurumlarının işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerine yoğunlaşmalarına engel olmaktadır. İşçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili hizmetlerin yaşama geçirilmesi için sağlık ve sosyal hizmet emekçilerinin ve sendikaların basınç oluşturması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Sağlık çalışanları, işçi sağlığı ve güvenliği, işyeri sağlık birimi

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA BİR ERGONOMİK SORUN: KAS İSKELET SİSTEMİ SORUNLARI

Yrd. Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü.

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Bolu

Giriş: Çalışma ortamında sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenlik durumlarını etkileyebilecek pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler çeşitli şekillerde sınıflandırılmakla birlikte en fazla; kimyasal, fiziksel, biyolojik (enfeksiyöz), ergonomik, psikososyal faktörler şeklindeki sınıflamanın yapıldığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamında sağlıklı ve güvenli bir şekilde görevlerini yapabilmeleri için belirtilen bu faktörlerin tümünde uygun güvenlik önlemlerinin alınması gereklidir. Bu önlemlerin alınması hem sağlık çalışanlarının daha verimli çalışması hem de sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bireylerin daha iyi hizmet alabilmesi ve ekonomik anlamda ülkenin sağlıkla ilgili harcamalarının azalması açısından önemlidir.

Son yıllarda üzerinde artan sayıda çalışmalar yapılan ve sağlık çalışanlarının verimliliğini etkileyen faktörlerden biri de uygun ergonomik koşullarda çalışmaktır. Uygun ergonomik koşulların sağlanması çalışanın sağlığının korunması ve güvenliğinin sağlanmasında ve iş kazalarının önlenmesinde etkilidir. İş ve çalışan uyumunun sağlanması, işyerindeki araç- gereç, donanım, mobilya ve iş akışının çalışanın boyutlarına, becerilerine ve beklentilerine uygun hale getirmek ergonominin amacıdır. Sağlık çalışanları çalışma ortamlarında uygun olmayan ergonomik koşullar nedeniyle kas iskelet sistemi sorunları, zeminden kaynaklı sorunlar yüzünden takılma, kayma ve düşmeler gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Sağlık çalışanları için kas iskelet sistemi sorunları oluşturan durumlardan biri de ağır kaldırmadır. Ağır kaldırmanın sağlık çalışanlarında çoğunlukla bel problemleri ortaya çıkardığı bilinmektedir. Sağlık çalışanları ağır ve büyük tıbbi araç gereç taşıma, hastalara bakım verirken ya da hastaların taşınması, bir yerden bir yere naklinde yardımcı olurken bel kaslarının incinmesi sorunu yaşayabilmektedirler.

Amaç: Burada sağlık çalışanlarında kas iskelet sistemi ile ilgili yaşanan ergonomik sorunların tartışılması amaçlanmıştır.

Bulgular: Hemşireler, doktorlar, laboratuvar teknisyenleri, diş hekimleri, fizyoterapistler, hasta bakıcılar, temizlik görevlileri vb. sağlık sektöründe çalışan meslek grupları kas iskelet sistemi sorunlarının oluşması konusunda yüksek risk altındadırlar. İş günü kayıplarının üçte birinin kas iskelet sistemi sorunlarından oluştuğu bilinmektedir. Kas iskelet sistemi ile ilgili sorunların tedavisi de oldukça maliyetlidir.

Kas iskelet sistemi sorunlarının gelişmesinde bireysel özellikler (yaş, cinsiyet, beden kütle indeksi, sigara içme, fiziksel aktivite yapmama), çalışma koşulları (vardiyalı çalışma, çalışma süresi, çalışma yılı, gün içinde kaldırılan ağırlığın miktarı, uzun süre ayakta kalma) gibi özelliklerin etkili olduğu bilinmektedir. Genç, obez, deneyimsiz ve uzun saatler boyu çalışanlar ve klinikte çalışanların kas iskelet sistemi sorunlarının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu sorunlar sağlık çalışanları tarafından sırasıyla en sık bel ağrısı, boyun ağrısı, omuz ağrısı, kalça/uyluk ağrısı ve dirsek ağrısı olarak bildirilmiştir. Bir araştırma sonucuna göre hemşireler kas eklem ağrılarını çalışma koşullarından kaynaklı sağlık sorunları arasında ikinci sırada belirtmişlerdir. Hemşirelerin yaptıkları işten kaynaklı sağlık tehlikeleri arasında ise ilk sırada bel ve sırt ağrısı, ikinci sırada yorgunluk yer almıştır. Fizyoterapistlerle yapılan bir çalışmada 12 ay içinde %82,1 ve son 7 gün içinde %22,8 oranında kas iskelet sistemi sorunu yaşadıkları ve her iki zaman diliminde de en fazla bel ve daha sonra boynun etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık çalışanlarının en fazla şikâyet ettiği kas iskelet sistemi sorununun belle ilgili olmasının çeşitli nedenleri vardır. Örneğin hasta yatağını itmek yerine çekmek, kötü postür, uzun süre oturma ya da ayakta kalma, işle ilgili stres, düşme, kayma gibi ergonomik sorunların yanında bireyin tecrübesiz olması, yaş, yorgunluk, dikkatsizlik, aceleci kişilik, kötü beslenme, sedantar yaşam gibi yaşam alışkanlıkları ile ilgili olumsuz davranışlar kas iskelet sistemi sorunlarına yol açan nedenlerden bazılarıdır. Bu sorunların bir kısmı alınan önleyici tedbirlerle ortadan kaldırılabilir. Sağlık çalışanların doğru postürde durmaları, belden eğilmelerinin önlenmesi, ağırlık kaldırma kurallarının öğrenilmesi, düzenli fiziksel aktivitelerin yapılması, kayma, takılma ve düşmelere yol açabilecek araç gerecin ortadan kaldırılması, ıslak zeminin hemen kurutulması, sağlık kurumlarındaki, masa, sandalye gibi malzemelerin ve hasta bakım ve tedavisinde kullanılan araç ve gereçlerin ergonomik olarak tasarlanması, hasta taşıma gibi işlemleri kolaylaştırıcı malzemelerin kullanılması, iş akışının düzenlenmesi, bel ağrısına yol açabilecek işlerin kısa sürelerle arka arkaya yapılmaması vb. önlemler alınabilir. Bel sağlığının korunması ve kas iskelet sistemi ile ilgili sorunların önlenmesi için belirtilen bu konularda sağlık eğitimlerinin düzenli aralıklarla verilmesi önemlidir. Aynı zamanda çalışanların periyodik izlemlerinin yapılarak sağlık durumlarının değerlendirilmesi de gereklidir.

Sonuç: Kas iskelet sistemi sorunları sağlık çalışanları arasında en sık rastlanan ergonomik sorunlardan biridir. Özellikle bel ağrısı oldukça yaygın görülmektedir. Bu sorunların oluşmasında ergonomik ve bireysel nedenler etkilidir. Gerekli ergonomik önlemler alındığında, bireye yönelik sağlık eğitimleri planlanıp uygun davranışlar geliştirilmesi sağlandığında kas iskelet sistemi ile ilgili yaşanan sorunların azaltılabilir. Kas iskelet sistemi sorunlarını önlemek için multidisipliner bir çalışma gereklidir.

Anahtar kelimeler: Sağlık çalışanı, kas iskelet sistemi, bel ağrısı

Kaynaklar

1. Parlar S., Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008; 7(6): 547-554.
2. Bilir, N., ve Yıldız, N. İş Sağlığı ve Güvenliği. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara. (2014).
3. Occupational Safety Health Administration, (OSHA). Categories of Potential Hazards Found in Hospitals, Erişim:20.8.2009, <http://www.osha.gov/SLTC/healthcarefacilities/hazards.html>
4. Yasobant S, Rajkumar P. Work-related musculoskeletal disorders among health care professionals: A cross-sectional assessment of risk factors in a tertiary hospital, India. *Indian J Occup Environ Med*. 2014 May;18(2):75-81.
5. Tokur Kesgin M., Kublay G.Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Yaşam Alışkanlıkları ve Çalışma Koşullarından Kaynaklı Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* (2011) 41-49
6. Abaraogu UO, Ezema CI, Nwosu CK. Job stress dimension and work-related musculoskeletal disorders among southeast Nigerian physiotherapists. *Int J Occup Saf Ergon*. 2017 Sep;23(3):404-409.
7. Çakmak, A., Tekbaş F., Güler Ç. İşle İlgili Kas İskelet Sistemi Hastalıkları, Birikimsel Zedelenmelerin Önlenmesi. *Sağlık Boyutuyla Ergonomi*. (Güler Ç. Ed.). Palme Yay. Ankara. (2004).
8. Sabancı A., Sümer SK. *Ergonomi*. 3. Baskı. Nobel Yay. Ankara (2015).

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞADIKLARI UYKU SORUNLARININ BİYOLOJİK VE PSİKOSOSYAL YANSIMASI: LİTERATÜR TARAMASI

Araş. Gör. Songül Çağlar, Yard. Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

Giriş; Canlıların biyolojik ve psikolojik sağlıklarının korunması için gün içerisinde belirli saatler arasında ve sürelerde uyumaları bir gerekliliktir. Günümüzde insanlar sadece gündüz mesai saatlerinde çalışmamakta, gece shiftlerini de içine alan vardiyalı sistemlerle görev yapmaktadır. Bu sistemler içerisinde sağlık çalışanları iş kaynaklı uyku sorunu yaşayan çalışanların başında gelmektedir. Vardiyalı sistemde kendi biyolojik saatlerine ters saatlerde çalışan sağlık çalışanlarının uyku düzeni değiştirmekte ve gece ışığının melatonin salınımını baskılaması sonucu normalden daha az süre uyumakta, daha uzun sürelerde uykuya dalmakta, kabus görme sıklığı artmakta ve sıçrama şeklinde uyanma yaşamakta, sonuçta kötü uyku kalitesine sebep olmaktadır. Kötü uyku kalitesi sonucunda ise, sağlık çalışanlarının çalışma verimi düşmekte, hasta bakımında hata yapma oranları artmakta, özellikle kesici-delici aletlerle yaralanma riski yaşamakta ve sosyal yaşamında ve aile düzenlerinde sorular yaşamaktadırlar.

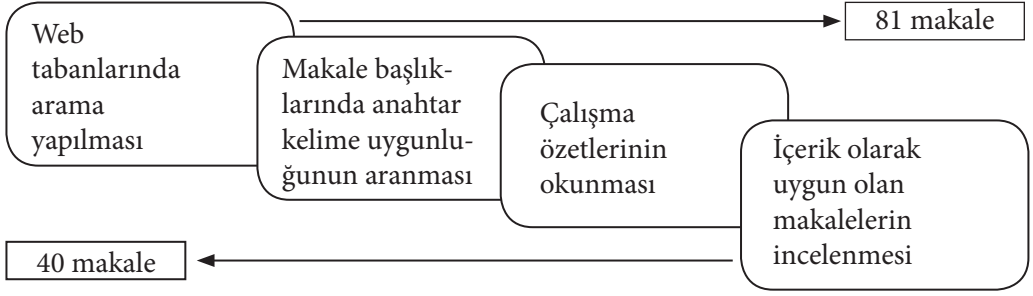
Amaç; Sağlık çalışanlarının hem kendi sağlıkları hem de ailelerine ve hasta bakımına etkileri açısından uyku sorunları yaşamaları önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu literatür taramasının amacı, daha önce yapılan çalışma sonuçları ile sağlık çalışanlarının yaşadığı uyku problemlerinin kendileri ve çevreleri üzerindeki biyolojik ve psiko-sosyal etkilerini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem; Araştırma literatür taraması tasarımıdadır. Konu ile ilgili 2010-2017 yılları arasında, Science Direct, Web of Science, Academic Search Complete, Pub Med, Scopus, Google Akademik veri tabanlarından sağlık çalışanı, uyku problemleri, insomnia, vardiyalı çalışma, vardiyalı çalışma bozukluğu anahtar kelimeleri ile tarama yapılmıştır. Derlemeye ulusal ve uluslararası alanda sağlık çalışanlarının uyku problemlerini belirlemeye ve değerlendirmeye yönelik yapılmış araştırma makalesi, poster ve sözlü sunular dahil edilmiştir. Verilerin analizinde çalışma bulguları sonuçlar ve etkileri açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular; İncelenen çalışmalarda, sağlık çalışanlarının uyku sorunlarını belirlemede en sık kullanılan veri toplama aracı Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksidir (n: 13). En büyük çalışma grubuna Tayvan'daki çalışmalarda rastlanmakta (21,095 sağlık çalışanı) ve Türkiye'deki çalışmalarda diğer ülkelere göre örneklem sayısının düşük olduğu görülmektedir.

Çalışmaların bir kısmı çeşitli gruplardaki sağlık çalışanlarını birlikte değerlendirirken,

Akış Şeması



diğerleri sadece hemşirelerle gerçekleştirilmiştir (n:18). Uyku problemi yaşayan personeller genellikle yoğun bakım ve acil gibi daha yorucu ve stresli kliniklerde çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarında vardiya çalışma bozukluğu, insomina ve zayıf uyku kalitesi sık görülen uyku bozukluklarıdır.

Sonuçlar; Sağlık çalışanlarının uyku sorunu yaşamalarının en büyük sebeplerinden bir tanesi uzun mesai saatleridir. Vardiyalı çalışanlarda özellikle daha fazla gece nöbeti tutanlarda uyku sorunu yaşama oranı yüksektir. Bunun yanı sıra, sağlık çalışanlarının uyku problemi yaşamalarında stresin de büyük etkisi bulunmaktadır. Uyku bozukluğu yaşayan sağlık çalışanları bu sorunun üstesinden gelmek için zaman zaman uyku ilaçlarına başvurmaktadır. Aksi taktirde, uykusuzluk ve düzensiz uyku neticesinde, dikkat eksikliği ve konsantrasyon kaybı hasta bakım hatalarına yol açmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanlarının zamanla daha isteksiz çalışmalarına ve meslek seçimlerinden pişmanlık duymalarına sebep olmaktadır.

Kaynaklar

1. Asaoka, S., Aritake, S., Komada, Y., Ozaki, A., Odagiri, Y., Inoue, S., . . . Inoue, Y. (2013). Factors associated with shift work disorder in nurses working with rapid-rotation schedules in Japan: the nurses' sleep health project. *Chronobiol Int*, 30(4), 628-636. doi:10.3109/07420528.2012.762010
2. Caruso, C. C. (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabil Nurs*, 39(1), 16-25. doi:10.1002/rnj.107
3. Schmidt, R. E., Cullati, S., Mostofsky, E., Haller, G., Agoritsas, T., Mittleman, M. A., . . . Courvoisier, D. S. (2015). Healthcare-Related Regret among Nurses and Physicians Is Associated with Self-Rated Insomnia Severity: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*, 10(10), e0139770. doi:10.1371/journal.pone.0139770
4. Senol, V., Soyuer, F., Guleser, G. N., Argun, M., & Avsarogullari, L. (2014). The Effects of the Sleep Quality of 112 Emergency Health Workers in Kayseri, Turkey on Their Professional Life. *Turk J Emerg Med*, 14(4), 172-178. doi:10.5505/1304.7361.2014.60437
5. Zhang, L., Sun, D. M., Li, C. B., & Tao, M. F. (2016). Influencing Factors for Sleep Quality Among Shift-working Nurses: A Cross-Sectional Study in China Using 3-factor Pittsburgh Sleep Quality Index. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, 10(4), 277-282. doi:10.1016/j.anr.2016.09.002
6. Chiou, S. T., Chiang, J. H., Huang, N., Wu, C. H., & Chien, L. Y. (2013). Health issues among nurses in Taiwanese hospitals: National survey. *Int J Nurs Stud*, 50(10), 1377-1384. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.01.012
7. Günaydın, N. (2014). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(1), 33-40.

HEMŞİRE SAYISININ HEMŞİRELERİN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Uzm. Eylem Kaya Eroğlu

*Sağlık Kurumları Yönetimi, SES Ankara Şube Eğitim ve Örgütlenme Sekreteri,
SES Sendika Okulu ŞÇS Modülü Öğrencisi*

Bu çalışma hemşirelik mesleğinin Dünyada ve Türkiye'de her geçen gün daha da ağır-
laşan çalışma koşullarına dikkat çekmek için hazırlanan bir derlemedir. Hemşirelerin
çalışma koşullarına etki eden en önemli faktörlerden birisi hemşire istihdam yetersizliği
ve buna bağlı olarak artan iş yüküdür. Yetersiz istihdamla hemşirelerin çalışma süreleri
aşamalı olarak artmakta, bu artışa paralel olarak sağlık ve güvenlikleri de azalmakta-
dır. Bu çalışmada, çalışma sürelerinin artışına neden olan temel faktörlerden biri olan
hemşire istihdam yetersizliğine odaklanılarak bu durumun yol açtığı sağlık ve güvenlik
sorunları irdelenmiştir.

Yöntem: Bu derlemede hemşire sayısı, sayı azlığının yarattığı sorunlar ve bu sorunların
yol açtığı sağlık ve güvenlik sorunları ile ilgili bir alan yazını taraması yapılmış, elde edi-
len bulgularla öngörülerde bulunulmuştur.

Bulgular: Sağlık hizmetlerinde koruyucu hizmetlerin yerine, hastaların tedavi hizmet-
lerinin hedeflenmesi, maliyet artışını da beraberinde getirmektedir. Hükümetler ve sek-
töre yatırım yapmış olan sermayedarlar, emek-gücü maliyetini düşürebilmek için esnek
üretim, esnek istihdam, talep fazlası arz gibi stratejiler uygulayarak, sağlık emekçilerinin
çok büyük kısmını güvencesiz ve düşük ücretle çalıştırmaktadırlar. Bu nedenle Dünyada
ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinde sayıca önemli bir yer teşkil eden hemşirelerin sayı-
sı giderek azalmaktadır. 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı Avrupa Birliği ortalaması
836 iken Türkiye ortalaması ise 197 olarak hesaplanmıştır. Hemşire sayısının giderek
azalması; aynı işin daha az sayıda hemşire ile ortaya çıkarılmasına, çalışma sürelerinin
artmasına, hemşirelerin giderek daha fazla mesai yapmalarına ve dolayısıyla iş yükleri-
nin artmasına neden olmaktadır. Hemşire iş yükünün artması; hata yapma sıklığını, iş
kazası meydana gelme sıklığını, iş stresini, kardiyovasküler riskleri, işle ilgili hastalığa ve
meslek hastalığına yakalanma riskini artırarak, hem işinin niteliğini, hem de sağlığını
olumsuz yönde etkilemektedir.

Sonuç ve öneriler: Hemşire sayısının yetersizliği çalışma saatlerinin uzamasına, iş yükü-
nün artmasına, sağlığının ve sosyal yaşamının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır.
Hemşirelerin sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmasının ön koşulu; yeterli sayıda hem-
şirenin güvenceli istihdam biçimleriyle çalıştırılmasıdır. Hemşirelik bakımının, sağlık

bakımı sunulmasında vazgeçilmez unsur olduğu göz ardı edilmemeli, mali kaygılarla hemşirelerin işten çıkarılmaları kontrol altına alınabilmeli, nitelikli bir bakım için gerekli olan hemşire: hasta oranları zorunlu hale getirilmelidir. Yeterli sayıda hemşire tespiti için sağlık emek gücü planlaması yapılırken, kurumlar arası eşgüdümün sağlanması uygun olacağı söylenebilir. Sendikaların hemşire sayısı yetersizliğini giderilmesi gereken ciddi bir sağlık ve güvenlik sorunu olarak kabul ettirmeleri ve toplu sözleşme taleplerinde bu soruna yer vermeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire istihdam yetersizliği, çalışma süresi, çalışan sağlığı, güvenlik, iş yükü

AMELİYATHANE ORTAMINDA ÇALIŞAN ANESTEZİSTLERİN ÇALIŞMA SÜRELERİ, İŞ KAZALARI VE KİŞİSEL KORUYUCU KULLANIM ALIŞKANLIKLARI

Elif Aylın Yüce

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Meral Türk

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Hediye Aslı Davas

İzmir Dayanışma Akademisi

Aslıhan Esra Yüksel

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Sağlık çalışanları çalışma ortamlarında işçi sağlığı ve güvenliğini tehdit eden çeşitli risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Özellikle hastaneler, risklerin oldukça yoğun olduğu çalışma alanlarındandır. Anestezi çalışanları da ameliyathanelerde fiziksel, ergonomik, kimyasal, biyolojik ve psiko-sosyal tüm risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Son yıllarda sağlık politikalarındaki değişikliklere bağlı ortaya çıkan personel eksikliği nedeniyle artan çalışma süreleri karşılaştıkları risklerin olumsuz etkilerini daha yoğun yaşamalarına yol açmaktadır.

Amaç: Ameliyathane ortamında çalışan anestezi tekniker ve doktorlarının çalışma süreleri, iş kazaları ve kişisel koruyucu kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Kesitsel tipte planlanan araştırma Ekim 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında çalışmakta olan tüm anestezi tekniker, doktor ve öğretim üyelerinden (114 çalışan) çalışmaya katılmayı kabul eden 93 çalışan ile yapılmıştır (kapsayıcılık %81,5). Veriler; demografik değişkenler, çalışma süreleri, iş kazaları ve kişisel koruyucu kullanım alışkanlıkları ile ilgili sorular içeren anket aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Ankete ek olarak Çalışan Sağlığı, Güvenliği ve Hakları birimince tutulan 2016 yılı iş kazası kayıtları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcılar mesleklerine göre 41 anestezi teknikeri, 30 asistan doktor, 10 uzman doktor, 5 yan dal uzmanı ve 7 öğretim üyesi şeklinde dağılmıştır. Çalışma grubunun yaş ortalaması $33,95 \pm 8,69$ dur. Katılımcıların %52,7 si (49) kadın, %47,3 ü(44) erkektir. Çalışanlar medeni durumuna göre incelendiğinde %59,1'i evlidir. 39(%42) çalışanın çocuğu vardır, en fazla çocuk sayısı ikidir. 17 kişinin iki, 22 kişinin bir çocuğu bulun-

maktadır. Çalışanların %15,1(14)i sözleşmeli, %81,7(76)si kadrolu, %3,2(3)si de yabancı uyruklu olarak istihdam edilmektedir.

Çalışma grubunun meslek hayatı boyunca ortalama çalışma süresi $10,72 \pm 8,34$ yıldır. Mesleğinin ilk beş yılında olanlar %37,6(35)dir. Tüm çalışanlar inhaler anestezi maddeyle çalışmışlardır, çalışma süresi ortalama 9 yıldır. İnhaler anestezi maddeyle 15 yıldan uzun süredir çalışanların oranı %24,7(23)dir. En çok kullanılmış olan anestezi madde sevoflurandır (ortanca 6 yıl).

Günlük ameliyat sayısı ortalama 8 ± 5 tir. Günlük ameliyatta geçirilen süre ortalama $7,9 \pm 2$ saattir. Günlük oturarak çalışma süresi ortalama 2,28 saat, ayakta çalışma süresi ortalama 6,69 saattir.

Gece nöbeti tutan toplam 63 kişiden(%67,7) nöbet sonrası izin kullanabilen yalnızca 17(%27) kişidir. Doktorlar nöbet sonrası izin kullanamamaktadır. Çalışanların ayda ortalama $6,03 \pm 3,13$ gece nöbeti vardır. Sadece gece çalışan ve ihtiyaç halinde gündüz de mesaiye gelen 6 anestezi teknikeri vardır. İcap nöbeti olan 58(%62,4) anestezi bulunmaktadır. Ayda ortalama $2,45 \pm 1,65$ icap nöbeti tutulmaktadır. Tüm çalışanların %75,3(70)ü hafta sonu da (%61,3(57)ü aktif , %14(13)ü icap) çalışmaktadır. Öğle molaları ortalama 27 dakikadır. Yıllık izinleri düzenli olarak kullananların oranı %28dir. Çalışanların %61(57)'i ücretsiz fazla mesaiye kalmaktadır. Ortalama $16,70 \pm 12,74$ saat ücretsiz çalışmaktadırlar. Ücretli fazla mesaiye kalan 39 çalışanın aylık ortalaması $19,46 \pm 16,18$ saattir.

Ameliyathanede çalışan anesteziistlere son yıllarda ameliyat sayısında artış varlığı sorulduğunda 76 kişi (%88,4) 'evet' olarak yanıtlamışlardır. Artış nedenleri sorulduğunda birinci sırada(42) performans sistemiyle gelen prim vakaları oluşturmaktadır. İkinci sırada(19) artan hasta sayıları ifade edilmiştir. Vurgulanan bir diğer neden de personel yetersizliğine bağlı artan iş yüküdür.

Anestezi çalışanları, çalışmaya başladıktan sonra başlayan panik atak 4(%4,3), anksiyete bozukluğu 10 (%10,8), depresyon 18(%19,4) ve tükenmişlik 17(%18,3) ifade etmişlerdir. Çalışanların %15i aktif sigara bağımlısıydı. Sosyal içicilik düzeyinde alkol tüketimi sıklığı %44 olarak ifade edilmiştir. Bir kişi herhangi bir madde kullanımına 'evet' yanıtı vermiştir.

Ameliyathanelerin fiziksel ve sosyal şartlarına ilişkin sorular, kişisel koruyucu donanım (eldiven, maske) varlığı %29; dinlenme odası varlığı %28; giyinme-soyunma odaları varlığı %22,6 ve ameliyathanede tuvalet varlığı %34,4 oranlarında 'yeterli' olarak cevaplanmıştır.

Tüm çalışanların %63,4 ünün çalışma ortamlarında skopi çekilmektedir. Çalışanların %65,6sı bazen, %18,3ü ise her zaman skopi çekilen sahada bulduklarını belirtmiş-

lerdir. Radyasyondan koruyucu donanımlar detaylı olarak sorgulandığında çalışanların %39,8(37) si kurşun yelek, %59,1(55)i tiroid koruyucu, %73,1(68)i kurşun paravanın ameliyathanelerinde bulunmadığını belirtmişlerdir.

Çalışma grubunun diğer kişisel koruyucu donanım kullanım sıklığı sorulduğunda eldiven %69,9, maske %83,9 oranında 'her zaman' şeklinde yanıtlanmıştır. Yüz siperliği, tek kullanımlık önlük, kurşun önlük, kurşun eteklik, kurşun gözlük, tiroid koruyucu ve kurşun paravan kullanım oranları oldukça düşüktür. Çalışanlar yüz siperliği %87,1 ve tek kullanımlık önlük kullanımına %64,5 'hiçbir zaman' cevabını vermişlerdir.

Katılımcılara bağışıklık durumları sorulduğunda %37,6 sı Hepatit A, %2,2 si Hepatit B, %9,7 si tetanoz, %41,9 u suçiçeği açısından aşı, geçirilmiş bağışık ya da taşıyıcı olmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışan sağlığı birimince her sene ücretsiz sağlanmasına karşın yalnızca %3,2si grip aşısı yaptırdığını ifade etmiştir.

Çalışmamızda son bir yılda çalışanların 59'u kesici-delici alet yaralanması, 59'u vücut sıvılarının sıçraması, 30'u düşme, çarpma, kayma, 14'ü kimyasal sıçraması ve biri elektrik çarpması şeklinde iş kazaları beyan etmişlerdir. 2016 yılında Çalışan Sağlığı, Hakları ve Güvenliği birimine 3 kesici-delici alet yaralanması, bir düşme, kayma ve ikide şiddet olayı bildirilmiştir. Kişisel koruyucu donanım kullanım alışkanlıkları ve bağışıklık düzeyleri dikkate alındığında iş kazalarına yönelik önlemler ve bildirim üzerinde özellikle durulmalıdır.

Sonuç: Anestezi çalışanları olumsuz çalışma koşullarına sahiptir ve risklerle karşılaşma durumları oldukça yüksektir. Çalışanların çoğunluğunun meslek yaşamlarının başında olması nedeniyle risklerle birebir ilişkili sağlık etkileri tespit edilemese de, iş kazaları ve meslek hastalıklarına yönelik koruyucu önlemlerin artırılması gerektiği görülmektedir. Çalışan sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından iş yüküne yönelik yönetimsel düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Kurumlarda iş kazaları, meslek hastalıkları ve tehlikeli durumlara ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalı, düzenli kayıt ve bildirim sistemi sağlanmalı, iç ve dış denetimler yapılmalı, işçi sağlığı ve iş güvenliği birimleri oluşturulup aktif olarak çalıştırılmalıdır.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA BİYOLOJİK RİSK ETKENLERİ KAYNAKLI MESLEK HASTALIKLARI

Dr. Nejdıye Mazıcan, Prof. Dr. Meral Türk

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD., İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

Ülkemizde İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda (No:6331,2012) meslek hastalığı, mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık olarak tanımlanmaktadır. Çalışanlar iş yerlerinde çeşitli sağlık ve güvenlik tehlikelerine maruz kalmakta, bunlar fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskler olarak sayılmaktadır. Meslek hastalıkları açısından sağlık sektörü, en riskli iş kollarından birisidir ve sağlık sektöründe çalışanlarda en sık karşılaştığımız risklerden biyolojik ajanlar başı çekmektedir.

Çalışma yaşamında biyolojik risk etkenleri denildiğinde akla, herhangi bir enfeksiyona, alerjiye veya zehirlenmeye neden olabilen (genetik olarak değiştirilmiş olanlar da dahil) mikroorganizmalar, hücre kültürleri ve insan endoparazitleri gelir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkındaki Yönetmelik'te biyolojik etkenler 4 grup olarak sınıflandırılmaktadır. Mesleki enfeksiyonlar, bakteri, virüs, mantar ve parazitler gibi mikrobiyal ajanlara işyerinde maruziyet ile oluşan hastalıklardır. Sağlık sektöründe biyolojik etmenler; kan ve kan ürünleri kaynaklı enfeksiyonlar, solunum yolu ile geçen enfeksiyonlar, enfeksiyonluyla temas sonucu çalışanlara zarar veren durumlar olarak sayılabilir. Biyolojik etmenlerden bazıları Meslek Hastalıkları Listesi'nde D Grubu olarak yer almaktadır. Tüm dünyada sağlık çalışanlarında en sık görülen biyolojik kökenli hastalıklar sırasıyla Hepatitis B, tüberküloz, hepatitis C, hepatitis A'dır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tahminlerine göre, sağlık çalışanlarının mesleki temas riski; HBV-HBC için %40, HIV için %2.5 olup, mesleki temasın %90'ı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Sağlık çalışanlarında HBV enfeksiyonu sıklığı diğer meslek gruplarına göre en az 3-6 kat fazladır. DSÖ, hastalığın endemik olduğu ülkemiz gibi bölgelerde çalışan sağlık personelinde hastanede çalışılan her yıl başına HBV enfeksiyon riskini % 0.6-1.4 olarak belirlemiştir. HCV seroprevalansı dünyada %0,5-2 ülkemizde ise değişik çalışmalarda değişik oranlar verilmeyle beraber sağlık personelinde %1,6, kan donörlerinde %0,3-0,5 olduğu bildirilmektedir. Sağlık çalışanları, birçok enfeksiyon hastalığı açısından risk altındadır. Bu enfeksiyonlar içinde kanla bulaşanlar özel bir öneme sahiptir. Bu risk faktörleri ile temas, kesici delici alet yaralanmaları gibi iş kazaları biyolojik risk faktörlerinin çalışana en sık ulaştığı yollardır. Kesici delici alet yaralanmalarına bağlı iş kazaları en sık hemşirelerde sonra doktorlarda gözükmekte, iş kazaları en sık hasta odaları, servisler daha sonra ameliyathanelerde meydana gelmektedir. Yaralanma riski; kesici aletin monte edilmesi ya da çıkarılması,

aletin ekip içinde taşınması, aletin kullanımı, iğne kapaklarının kapatılması, aletlerin atık kutularına atılması sırasında meydana gelebilmektedir.

Türkiye'de 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile çalışma koşullarının kötüleşmesi neticesinde sağlık sektöründe meslek hastalıkları ve iş kazaları sayısında artış beklenen bir sonuçtur. Sağlık sektöründe mesleki enfeksiyonları önlemede, risk değerlendirmesi, erken tanı, izolasyon, hastaların tam tedavisi, mühendislik kontrolleri, solunum hastalıkları koruma programı, eğitim, danışmanlık ve taramayı kapsayan kontrol programları mutlaka uygulanmalıdır.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETE GENEL BAKIŞ

Elif Çilesiz , Rüveyda Gökce

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğrencisi

Şiddet, günümüzün fark edilmeye başlanan toplumsal sorunlarından biridir. Dolayısıyla; şiddeti tanımlamaya çalışmak ortaya çıkış nedenini anlamak getirdiği sorunlara çözüm bulmak ise toplumun bir ihtiyacıdır.

Şiddet her çalışma adına mühim bir sorun oluşturduğu görülmektedir. Fakat son yıllarda, sağlıkla ilgili iş alanlarında istenmeyen seviyelere ulaşmış ve halen devam eden bir artış izlenmektedir. Sağlık alanındaki şiddet, sağlık alanında çalışan çoğu kişinin ortak sorunu olarak hemen hemen her gün karşımızda olmaktadır. Ülkemizde sağlık alanında çalışanlarına yapılan sözel taciz ile başlayan bu süreç zamanla darp ve cinayet aşamasına kadar getirmiştir. Bu durum sadece ülkemizde görülmez çünkü birçok ülkede önemli bir problemdir. Git gide artan şiddet eylemleri hastalar, çalışanlar, hasta ve hasta yakınları arasındaki düzeni bozmakta ve sağlık çalışanları üzerinde birçok olumsuz etki bırakmaktadır.

Yapılmış çalışmalar sonucunda şiddet geri bildirimlerinin az olmasının, geri bildirimlerde eksikliklerin ve engellerin olması ya da sadece darp gibi önemli olayların şiddet olarak algılanması şiddet türlerinin ayrımı yapıldığında diğer türlerin bildirilmemesinden kaynaklandığı belirtilmiştir. Bildirilen durumlarla sınırlı kaldığı için de şiddet oranlarının gerçek sıklığı bilinmediği belirtilmiştir (Ayrancı ve ark., 2006.)

Sağlıkta şiddetin önlenmesi için güvenli iş ortamının sağlanması için prosedürlerin düzenlenmesi, çalışanların hizmetindeki eğitimi gibi çok çeşitli konular olmakla birlikte yasal düzenlenmelerin de gerekli olduğu apaçık ortadadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Alanı İçerisinde Şiddet, Sağlık Çalışanlarına Şiddet, Sağlık, Güvenli İş Ortamı

Giriş; Şiddet kavramı, tarihin tozlu sayfalarına uzanacak kadar eski olmakla beraber birçok toplumsal ve bireysel öğeyi içeren karmaşık bir durumdur. (Kocacık, 2001).

Şiddet, bireyin kendine, bir topluma veya bir kişiye yönelik olan yaralamaya, ruhsal etkiye, gelişimsel problemlere, ölüme sebep olan ya da ortam yaratan fiziksel zorlama, kont-

rolsüz güç kullanımı ya da tehdidin bilinçli olarak uygulanması şeklinde tanımlanabilir. (WHO, 2002).

Şiddeti sınıflandıracak olursak; cinsel şiddet, psikolojik (duygusal) şiddet, fiziksel şiddet, sözel şiddet ve ekonomik şiddet olarak ayrabiliriz. Fiziksel şiddet; insanların bedensel bütünlüğüne dışarıdan uygulanan; acı verici ve sert etkiler (tokatlama ya da dayak, boğazını sıkma, yumruklama, tekmeleme gibi çirkin davranış şekilleri) olarak tanımlanabilir. Psikolojik şiddet; bireyin ruhsal iyilik halini bozan onu inciten, üzen, kendisini tehdit ve baskıya maruz kaldığını hissetmesine neden olan her türlü davranış (yalnızca mağdura ses seviyesini artırarak konuşma, bağırma, dışlama, faaliyetlerini kısıtlama, kişi hakkında başkalarına kötü bahsetme) psikolojik şiddet çatısı altında değerlendirilmektedir. Cinsel şiddet, kadına, genç bireye ve çocuğa diğer bireylere yönelik, göz korkutmak için fiziksel davranış sergilemekle ya da sözel rahatsızlıkla başlayan ve tecavüze kadar varan geniş bir platformda gerçekleşen saldırı ve cinsel taciz şeklidir. Cinsel şiddetin büyük bir kısmı aynı zamanda fiziksel şiddet başlığı altında değerlendirilmektedir.

Sözel şiddet; çirkin konuşma tarzı, bağırma, küfür, aşağılama, hakaret etme, azarlama şeklinde karşılaşılan bir şiddet şeklidir. Sözel şiddette, korku mühim bir husustur. Hakaret etme, kötü sözler söyleme, küçük görme, aşağılama, güveni sarsacak psikolojik şiddet ile birlikte istismara sebep olan davranışlar, sözel şiddet kapsamında değerlendirilir. Ekonomik şiddet; bireyi düşkün ve fakir duruma düşüren, ekonomik gelirin yani paranın kişi üzerinde elde tutma, söyleneni yaptırma ve şantaj durumlarına düşürme şeklinde kullanıldığı şiddet tipidir.(Gürkan ve Coşar, 2009)

Şiddet, tüm sektörler için risktir sağlık sektörü için bir tehdit haline gelmiştir. Sağlık alanında çalışan bireylerin başka iş sektörlerinde çalışanlara göre 16 kez daha fazla maruz kaldıkları görülmüştür (Kingmam. , 2001).

Sağlık alanında çalışanları etkileyen şiddete yönelik yurt dışı ve yurt içinde birçok çalışma yapılmıştır.

Şiddetin önlenmesi adına yapılan araştırmalarda, şiddet kavramını ele alan korunma ve önleme, etkili sağlık kurumu yönetimi araştırmalarının sıklaştırılması, riskli taşıyan durumların önceden farkına varma ya da başa çıkma gibi girişimlerin ve sağlık personelinin şiddet konusunda eğitimlerin artırılması ile şiddet riskinin azaltılmasının mümkün olduğu belirtilmiştir (Ayrancı ve ark , 2006).

Gereç ve Yöntem; Bu çalışma, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ilgili yapılmış çalışmaların geriye dönük olarak taranması ve sistematik olarak incelenmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir. Konu ile ilgili olarak Google Akademik ve YÖK Tez kullanılmıştır. Genel olarak Türkçe kaynaklar kullanılarak oluşturulan derleme makalede WHO, ILO, ICN' nin yapmış olduğu araştırmalar da kullanılmış olup makale için taranan literatür araştırmasında sağlıkta şiddet, güvenli iş ortamı, sağlık çalışanlarına şiddet, iş ortamında şiddet gibi söz

öbekleri kullanılmıştır.

Bulgular: Şiddetin uygulandığı alan olarak sağlık alanı ve sağlık çalışanlarına şiddet kısmı değerlendirilmiştir. Taranan kaynaklardaki veriler kategorize edilerek; şiddete ortam hazırlayan faktörler, şiddetin nedenleri, şiddetin türü, maruz kalma sıklığı, şiddet uygulananın yaşı, şiddet uygulayanın-uygulananın cinsiyeti, şiddetin gerçekleştiği yer, şiddetin sonuçları, şiddetin bildirilmesi, şiddetin önlenmesi için yapılanlar şeklinde sınıflandırılmıştır.

Şiddete Ortam Hazırlayan Faktörler; Kesintisiz 16-24 saat çalışma temposu, gergin aile üyeleri, çok kalabalık ortamlarda çalışmak, madde kullanımı yada şiddet öyküsü olan psikiyatrik hastalık tanısı bulunan kişilerin yatışının olduğu kliniklerde çalışıyor olmak, kliniklerde vardiya şeklinde veya tek çalışıyor olmak, saldırgan davranışların üstesinden gelmek konularında sağlık personelinde deneyim eksikliği, toplumun şiddete ilişkin davranışlarının yasalarla sınırlanmamış olması ve bunun gibi daha birçok faktör şiddet riskini arttıran sebepler arasında yer alır.

Şiddetin Nedenleri; Başlıca şiddet nedenleri; hastaların uzun süre beklemesi, hizmet almakta bekleneni karşılanmaması, 24 saat yoğun ve uzun süreli çalışma sebebiyle yıpranma, çok sayıda muayene ve teste tabi tutulmak, veya davranış bozukluğu veya ruhsal problemi olan hastaların varlığı, hasta ve yakınlarının aşırı istekte bulunması, sürekli sormanın problem oluşturması, hizmetten memnun olmaması, yüksek eğitim düzeylerine sahip olmamaları ve kurallara uymamaları, gergin hasta yakınları, hasta sayısının fazla olması sebebiyle sağlık alanında çalışanların zamanının kısıtlı olması, uzun periyotlar halinde çalışma planları tek başına çalışmalarını, kendini yeteri kadar ifade edememe şeklinde iletişim problemleri, çalışan yetersizliği, iş yorgunluğu ve yorgunluğu basında gündeme gelen asparagas haberler, yetersiz güvenlik desteği, çalışanın şiddete karşı yapması gerekeni bilmesi yani eğitim eksikliği, hasta ve yakınları ile tek kalma, yaralayıcı cisim ve silah taşımak, şiddete yönelik yasalarda bir sınırın tam olarak çizilmemiş olması olarak tanımlanabilir (Gates, 1995; Ayrancı ve ark 2002; Beechand Leather, 2006; Taş ve Çevik, 2006; Aydın ve ark. 2009; Çamcı ve Kutlu, 2011; Özcan ve Bilgin, 2011 Al ve ark. , 2012).

Şiddetin Türü; Sağlık alanında çalışanların %50'den fazlası sahada buldukları herhangi bir zaman da onlara şiddet uygulandığını bildirmiştir. Ve aynı raporda, genel olarak sağlık çalışanlarının %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0.7-8'inin cinsel içerikli, %0.8-2.7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir. (WHO, ILO ve ICN, 2002) Bu da bize uygulanan şiddet türünün en çok sözel şiddet olarak uygulandığını göstermektedir.

Ülkemizde yürütülen bazı çalışmalarda sağlık alanında çalışanların şiddetle karşılaştığı, şiddetin genel olarak sözlü, daha sonra fiziksel olarak baş gösterdiği, yanı sıra sağlık alanında çalışanların duygusal ya da cinsel şiddetle de karşılaştığı görülür (Gökçe ve Dündar, 2008).

Bir çalışma da sağlık alanında çalışanların %90'ı sözel şiddetin genellikle hasta/yakınları tarafından uygulandığını göstermiştir. (Çamcı ve Kutlu, 2011)

Öztunç ve ark. yaptıkları çalışmada sabah mesaisinde çalışan hemşirelerin sözel taciz (%70.9), sözel ve cinsel taciz (% 18.2), sözel korkutma (% 54.5) ve fiziksel saldırılara (%18.2) daha fazla uğradıklarını saptanır.

Maruz Kalma Sıklığı; Şiddetin gerçek maruz kalma sıklığı bilinmemekle beraber son bir yıl içinde bir çalışmada en az bir kez şiddete maruz bırakılma oranı % 49.5 olarak görülmüş bu oranda şiddete maruz kalındığını çok net ortaya koymuş ve olguların %48.3'inin 1-5 kez skalasında değişen bir rakamda şiddete maruz kaldıkları belirtilir.(Ayrancı ve ark., 2006)

Şiddet Uygulananın Yaşı; Bir çalışmada 30-39 yaş grubunda (%54.4) şiddet uygulama oranının yüksek olduğu saptanırken, başka bir çalışmada da şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %45'i 30 yaş ve altında iken , %30'u 40 yaş ve üzerindedir. Bu da şiddete yönelimin 30 ila 40 yaş arasında olduğunu göstermiştir.

Şiddet Uygulayanın- Uygulananın Cinsiyeti; Bir çalışmada, genel olarak şiddet uygulayan hasta ve refakatçilerin cinsiyetinin erkek, şiddet mağduru sağlık personelinin cinsiyetinin ise kadın olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada; şiddete eğilimli kişilerin özelliklerine bakıldığında cinsiyetinin erkek, düşük sosyal ve ekonomik seviyeye sahip, otuz yaş altı, yasal veya yasal olmayan nedenlerle silah bulunduran, otorite ile sorunları olan, daha önce sabıkası olan veya tutuklanma hikayesi olan kişiler olduğundan bahsedilmiştir.

Şiddetin Gerçekleştiği Yer: Acil ünitelerinin içindeki bölümler de gerçekleşen saldırıları araştırmış ve gözlem odasında sözel ve fiziksel şiddetin daha yüksek olduğu sonucunu bulmuştur.(Boz B ve ark. , 2006) Bunun dışında cerrahi klinikler, psikiyatri klinikleri, poliklinikler ve servisler şiddetin en fazla görüldüğü yer olarak bildirilmiştir. (Erkol H ve ark., 2007)

Şiddetin Sonuçları: Bir çok sonuçla karşı karşıya kalınabiliyorken, bir çalışmada, iş doyumunda azalma, sağlık çalışanlarında moral bozukluğu meslekten ayrılma yada ayrılmaya yönelme, anksiyete ve stres yüksekliği, öfke, güçsüzlük, korku, kızgınlık, uyku bozuklukları, suçluluk hissetme, arkadaş ve aile ilişkilerinde bozulma, depresyon, fiziksel yaralanma, post-travmatik problemler ve dolayısıyla işe kendini verişte düşüş ve bakım hizmet seviyesinde düşme şeklinde nedenler sayılabilir. (Parlar, 2008; Özcan ve Bilgin, 2011).

Başka bir çalışmada da, şiddete maruz kalanların %59'unun öfke, %47'sinin üzüntü, %43'ünün hayal kırıklığı ve %40'ının korku yaşadığı ve şiddet görenlerin %15'inin hastayla aynı ortamda bulunmak istemediği görülmüştür. Bu hisler, karşılaşılan çirkin

durumla nasıl başa çıkılacağına bilinmemesinden kaynaklı olabilir.(Atan ve Dönmez, 2011)

Şiddetin Bildirilmesi; Şiddeti rapor etmeme nedenleri arasında, zarar vermek için yapıldığının düşünülmemesi, şiddetin kontrol altına alınması şiddet uygulanan kişilerin özür dilemesi, büyük zararlar görülmemesi ya da bildirilmenin bir işe yaramaması gibi birçok neden sayılabilir. Bununla birlikte ICN, hemşirelerin sadece % 25'nin şiddeti raporladığı gözlenmiştir. Bir çalışmada sözel şiddete maruz kalan hemşirelerin %45.5' inin, fiziksel şiddete maruz kalan hemşirelerin %88.9'unun yasal prosedürlerin yerine getirildiğini düşünmediklerinden dolayı rapor etmedikleri görülmüştür.(Ergün ve Karadakovan, 2005)

Şiddetin Önlenmesi Adına Yapılanlar: Değerlendirilen bulgular üzerine, şiddeti yeniden ele alacak olursak yapılan çalışmalar ışığında tespit edilen bu yüzde-oranlar süregelen bir şiddetin var olduğunu ve şiddetin günümüzde hala devamlılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Şiddetin var olan bir olgu olduğu ve önlenmesi gerektiği gözle görülür bir gerçektir, bununla birlikte bir takım sivil toplum kuruluşları, sendikalar ve buna benzer kurumlar önlemeye yönelik adımlar atmışlardır.

Önlemek için bir dönem “Emeğe saygı sağlıkta şiddete sıfır tolerans” sloganı benimsenmiştir. Sonrasında, 30.06.2012 tarihi ve 28339 sayılı resmi gazete de yayımlanan İş Sağlığı ve Güvenliği ile ilgili en son düzenleme kabul görmüştür. 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu çerçevesinde bazı düzenlemelerde ise çalışan ve çalışan sağlığını koruyucu bazı tedbirler almışlardır. Ardından İş sağlığı ve güvenliği kapsamında 14.05.2012 tarihli B.10.0.SGH.0.21.00.00/951.99/6665 Sayılı “Hasta Çalışan Güvenliğinin Sağlanması” konulu genelge yürürlüğe girmiş ve önleme çalışmalarına katkısı olmuştur. Yönergenin bu zamana kadar konuyla alakalı çok kapsamlı bilgi içerdiği ve en güncel genelge olduğu söylenilebilir. “Genelgenin amacı, sağlık alanında çalışanların refahını sağlamak ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması” şeklindedir.

Genelge çerçevesi içerisinde sağlık çalışanlarına şiddeti önlemeye yönelik bir takım çözümler bulmak için önlemler şunlardır:

Beyaz kod; hastane içerisinde hizmet kalite standartlarında içerisinde belirlenmiş olası bir taciz, kavga ve sağlık personeline karşı herhangi bir tehdit durumu olması halinde , olay yerine en yakın olan güvenlik görevlilerinin olayı çözümlenmesi ve kayıt altına alınması olarak tanımlanabilir.

Bu konuya ilişkin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın “İşyerlerinde Psikolojik Tacizin Önlenmesi (Mobbing)” Alo 170 Mobbing'i önleme hattı işlev görmeye başlamıştır. (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2011)

14 Ocak 2013 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'nin şiddeti önlemeye

yönelik 66 maddelik bir rapor oluşturulup halka sunulmuştur. (TBMM, 2013)

Alınan genel önlemlerin yanında yapılan çalışmalarla hastane geneli veya hasta odaklı alınan önlemlere bakıldığında; Hastane geneli ile ilgili geniş çaplı önlemler güvenlik önlemleri, çağrı zilleri, beyaz kod uygulaması gibi sistemlerin artırılması olabilir.

Hasta odaklı bireysel önleyici yöntemler ise sözel-sözel olmayan iletişimle emosyonel destek, hastaya olan ilgiyi sürekli yerine getirme gibi görülür ve geleneksel yöntemlerin prosedürü tamamlamak için yapıldığı düşünüldüğünde gereksiz görülebilir. Bu sebeple sağlık çalışanlarını sürekli eğitimlerle yenilemek bir önlem olabilir.

Sonuç ve Öneriler

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, sağlık alanıyla ilgili bir alanda okuyan öğrencilerden başlamak üzere yıllar boyu bu meslekte yer almış birçok insanın bu durumla karşılaşması, insanların hayatını oldukça zorlaştırdığını göstermektedir. Bunun yanında birçok alana ve görsel-yazılı medyaya yansıtılışının yoğunlaşmasıyla toplumun da dikkatini çekmeye başlamış, bu da şiddetin engellenmesinin zor ve sapkın bir davranış şekli olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur. Bu sebeple gündemi meşgul ettiği fakat engellenemediği için, önlenmeye yönelik yapılanların yeterli olmadığı görüldüğünde, kanıta dayalı verilerin taranması gerektiği düşünülerek böyle bir derleme makale oluşturmak akla gelmiştir. Güvenli çalışma ortamlarında işini devam ettirmek istemeleri, sağlık çalışanlarının en doğal hakkıdır. Bunun içinde sağlık çalışanlarının en büyük problemi olan şiddet riskinin azaltılmasının gerektiği açıktır. Bu ortamların oluşturulması için birçok şekilde önlem alınabileceği gibi, medyada bu denli ses getirmek yerine şiddete karşı koyan sendika ve dernek türü kuruluşlar artırılıp, sağlık çalışanlarının haklarını sonuna kadar savunan yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Kaynakça

- Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2).
- Al, B., Zengin, S., Deryal, Y., Gökçen, C., Yılmaz, D. A., & Yildirim, C. (2012). Increased Violence Towards Health Care Staff/Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet. *Journal Of Academic Emergency Medicine*, 11(2), 115.
- Altıntaş, N. (2006). Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul*.
- Aydın, B., Kartal, M., Midik, O., & Buyukakkus, A. (2009). Violence Against General Practitioners in Turkey. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(12), 1980-1995.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., & Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 147-54.
- Ayrancı, U., Yenilmez, C., Balci, Y., & Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 276-296.
- Beech, B., & Leather, P. (2006). *Workplace Violence in the Health Care Sector: A Review of Staff Training and In-*

- tegration of Training Evaluation Models. *AggressionandViolentBehavior*, 11(1), 27-43.
- Bıçkıcı, F. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Faktörler: Bir Devlet Hastanesi Örneği.
- Boz, B., Acar, K., Ergin, A. D., Erdur, B., Kurtulus, A., Turkcu, I., & Ergin, N. (2006). Violence Toward Health Care Workers in Emergency Departments in Denizli, Turkey. *Advances in Therapy*, 23(2), 364-369.
- Büyükbayram, A., & Okçay, H. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4(1).
- Cinoğlu, A. (2015). Sağlık Kurumlarında Şiddet (Doctoral Dissertation, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Coşkun, S., & Öztürk, A. (2010). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 16-23.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2013). İşyerlerinde Psikolojik Taciz Bilgilendirme Rehberi, Ankara
- Çamcı, O., & Kutlu, Y. (2011). Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 9-16.
- Durak, T. Ç., Yolcu, S., Akay, S., Demir, Y., Kılıçaslan, R., Değerli, V., & Parlak, İ. (2014). Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanlarına Hasta ve Hasta Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 24(4).
- Erkol, H., Gökdoğan, M. R., Erkol, Z., & Boz, B. (2007). Aggression and violence towards health care providers—a problem in Turkey?. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 14(7), 423-428.
- Gökçe, T., & DüNDAR, C. (2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelere Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 15(1).
- Günaydın, N. (2012). Kutlu Y. Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşireler Arasında İş Yeri Şiddeti Deneyimi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3, 1-5.
- Gürkan, Ö. C., & Coşar, F. (2009). Ekonomik Şiddetin Kadın Yaşamındaki Etkileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 124-129.
- İlhan, M. N., Çakır, M., Tunca, M. Z., Avcı, E., Çetin, E., Aydemir, Ö., ... & Bumin, M. A. (2013). Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar. *Gazi Medical Journal*, 24(1).
- ILO/ ICN/ WHO/ PSI. (2003). Joint Programme On Workplace Violence In The Health Sector, Workplace Violence In The Health Sector Country Case Studies Research Instruments Survey Questionnaire. Geneva.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012). T.C. Resmi Gazete, 28339, 30 Haziran 2012.
- Kahrıman, İ. (2014). Hemşirelerin Sözel ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(2).
- Khun, W. (1999). *Violence In The Emergency Department: Managing Aggressive Patient In A High-Stress Environment*
- Kocacık, F. (2001). Şiddet Olgusu Üzerine. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1), 1-7.
- Moore, P. V., & Gates, D. M. (1995). Workplace Violence. *AAOHN Journal*, 43(10), 536-546.
- Nesrin, A. K. C. A., Yılmaz, A., & Oğuz, I. Ş. I. K. (2014). Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 1-11.
- Özcan, N. K., & Bilgin, H. (2011). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1442-1456.
- Öztürk, H., Babacan, E., Hemşirelik Bölümü, T., Genel, T. İ. K. H. B., & Sekreterliği, T. Hastanede Çalışan

Sağlık Personeline Hasta/Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet: Nedenleri ve İlgili Faktörler.

Parlar, S. (2008). *A Problem That Is Not Considering In Health Workers: Healthy Work Environment*. TAF-Preventive Medicine Bulletin, 7(6), 547.

Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (2012).

Serin, H. H., Serin, S., Bakacak, M., & Ölmez, S. (2015). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet*. 3MAYIS, 109.

Şenuzun Ergün, F., & Karadakovan, A. (2005). *Violence Towards Nursing Staff In Emergency Departments In One-Turkish City*. International Nursing Review, 52(2), 154-160.

Taş, F. (2006). *Çevik Ü. Konya İlindeki Pediatri Hemşirelerinin Şiddete Maruz Kalma Durumları*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3), 62-68.

Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2013). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyon Raporu* (S. Sayısı: 454),

Uzun, Ö., Kurnaz, G., & Ertin, H. (2003). *Hemşirelerin Çalıştıkları Ortamda Şiddetle Karşılaşma Durumları*. AÜ HYO VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 217-221.

Ünlüsoy Dinç N. *Hemşirelerin İş Yeri Şiddetine Maruz Kalma Durumları İle İş Doyumları ve İşten Ayrılma Eğilimleri*. [Doktora Tezi] Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2010.

Ünsal Atan, Ş. (2011). *Dönmez S. Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti*. Adli Tıp Dergisi, 25, 71-80.

Yeşilbaş, H. *Sağlıkta Şiddete Genel Bakış*

Yeşildal, N. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi*. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4(5), 280-302.

WHO. (2002). *World Report on Violence and Health: Summary*. Geneva

World Health Organization. *Violence and Health: Task Force on Violence and Health*. Cenevre, WHO, 1998.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞADIKLARI UYKU SORUNLARININ BİYOLOJİK VE PSİKOSOSYAL YANSIMASI: LİTERATÜR TARAMASI

Araş. Gör. Songül Çağlar, Yard. Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik

Amaç; Vardiyalı çalışma sistemi ve uzun çalışma saatleri tüm Dünya'daki sağlık çalışanlarının uyku düzenlerini değiştirmekte ve çeşitli uyku sorunları yaşamalarına sebep olmaktadır. Bu çalışmanın amacı, literatür ışığında sağlık çalışanlarının uyku sorunlarını ve bu sorunların çalışanlar üzerindeki biyolojik ve psikososyal etkilerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem; Araştırma literatür taraması tasarımıdır. Konu ile ilgili akademik yayınlar, Science Direct, Web of Science, Academic Search Complete, Pub Med, Scopus, Google Akademik veri tabanlarından sağlık çalışanları, uyku problemleri, insomnia, vardiyalı çalışma, vardiyalı çalışma bozukluğu anahtar kelimeleri ile taranmıştır. Derlemeye ulusal ve uluslararası alanda sağlık çalışanlarının uyku problemlerini belirlemeye ve değerlendirmeye yönelik yapılmış araştırma makalesi, poster ve sözlü sunular ve gri literatür dahil edilmiştir. Verilerin analizinde çalışma bulguları sonuçlar ve etkileri açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular; Canlıların biyolojik ve psikolojik sağlıklarının korunması için gün içerisinde belirli saatler arasında ve sürelerde uyumak bir gerekliliktir. Günümüzde insanlar sadece gündüz mesai saatlerinde çalışmamakta, gece shiftlerini de içine alan vardiyalı sistemlerle görev yapmaktadır. Bu sistemler içerisinde sağlık çalışanları iş kaynaklı uyku sorunu yaşayan çalışanların başında gelmektedir. Vardiyalı sistemde kendi biyolojik saatlerine ters saatlerde çalışan sağlık çalışanlarının uyku düzeni değiştirmekte ve gece ışığının melatonin salınımını baskılaması sonucu normalden daha az süre uyumakta, daha uzun sürelerde uykuya dalmakta, kabus görme sıklığının artmakta ve sıçrama şeklinde uyanma yaşamakta, sonuçta kötü uyku kalitesine sebep olmaktadır. Bununla birlikte, stresli bir çalışma ortamının olması da bu sonuçta etkilidir. Kötü uyku kalitesi ise, sağlık çalışanlarının çalışma verimi düşmekte, hasta bakımında hata yapma oranları artmakta, özellikle kesici-delici aletlerle yaralanma riski yaşamakta ve sosyal yaşamında ve aile düzenlerinde sorular yaşamaktadırlar.

Sonuçlar; Bu inceleme sonucunda, uyku sorunları için sağlık çalışanları arasında sıklıkla hemşirelerle çalışma yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalar da genellikle tanımlayıcı

kesitsel tipte planlanmıştır. Yurtdışında yapılan çalışmalarda az da olsa gündüz mesaisi sistemiyle çalışan tıp evlerindeki hemşirelerle vardiyalı sistemle çalışan 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşundaki sağlık çalışanları birlikte değerlendirilirken, Türkiye’de bu amaçla yapılan çalışmalar 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmiştir. En büyük çalışma grubuna Tayvandıki araştırmalarda rastlanmakta ve Türkiye’deki çalışmalarda diğer ülkelere göre örneklem sayısının düşük olduğu görülmektedir.

TÜRKİYE'DE HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİN KARŞILAŞTIKLARI DELİCİ KESİCİ ALET YARALANMASI - SİSTEMATİK REVIEW

Doç. Dr. Mevlüde Karadağ

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Arş. Gör. Handan Eren

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Doç. Dr. Nurcan Çalışkan

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Amaç: Bu sistematik inceleme, Türkiye'de hemşirelik öğrencilerin karşılaştıkları delici kesici alet yaralanmasını değerlendiren çalışmaları sistematik olarak incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmanın evrenini Ocak -Nisan 2017 tarihinde CINAHL Plus, Medline, Türk Veri Tabanı ve Türkiye Atif Dizini veri tabanları ile Google Scholar kaynaklarından taranarak ulaşılan 629 makale oluşturmuştur. İnceleme 'Student of nursing', 'student nurse', 'sharp injury', 'sharps', 'sharp injuries', 'needlestick', 'needlestick injury', 'needlestick injuries', 'inoculation', 'needle prick', 'accidents', 'incidents', 'needle stick', 'occupational injury', 'occupational injuries' anahtar kelimeleriyle son onaltı yılda yayınlanmış (Ocak 2000- Nisan 2017), yayın dili Türkçe ya da İngilizce olan ve tam metni bulunan makaleler seçilmiştir.

Bu makalelerden araştırma kriterlerini karşılayan toplam 10 çalışma incelemenin örneklemini oluşturmuştur.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen makalelerde tanımlayıcı ve kesitsel, tanımlayıcı ve retrospektif araştırma tasarımlarının kullanıldığı saptanmıştır. Yaralanma oranının %19.4 ile 84 oranında değiştiği, öğrencilerin çoğunluğunun birden fazla yaralandığı, öğrencilerin çoğunluğunun ampul ve serum şişe, enjektör iğnesiyle yaralandığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %25- 27 'si yaralanma sırasında kan ve vücut sıvılarına maruz kaldığını ifade etmiştir. Yaralanma olayının aceleci davranış, dikkatsizlik, kontamine olan nesnelerin uzaklaştırılması, deneyimsizlik nedeniyle gerçekleştiği bildirilmiştir. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun yaralanma olayını bildirmedeği, yaralanan bölgeyi antiseptik solüsyonla veya su ve sabunla yıkadığı saptanmıştır.

Sonuç: Öğrencilerde delici kesici alet yaralanmaları ciddi fiziksel ve psikolojik etkilenimlere neden olabilir. Bu sistematik inceleme Türkiye'de bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim olduğunu ortaya koymaktadır.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA MESLEK HASTALIKLARINA NEDEN OLAN FİZİKSEL ETKENLER

Dr. Yasemin Yurt, Prof. Dr. Meral Türk

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD., İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

Sağlık çalışanlarının mesleki olarak; fiziksel, ergonomik, kimyasal, biyolojik, psikososyal risklere maruz kalmaktadırlar. Fiziksel tehlikeler içinde gürültü, yüksek-düşük sıcaklık, radyasyon ve yüksek basıncı sayabiliriz.

Hastanelerde, çalışanlar hasta odaları, bekleme alanları, ameliyathane, özel bakım yerleri, dinlenme alanları, koridorlar ve idare odaları, tesisat merkezleri, asansör ve mutfak ve servis alanları, otoparklar ve garajlarda gürültüye maruz kalmaktadır. Ayrıca acil serviste, yoğun bakımda çalışanlarının gürültüden etkilendiği çalışmalarda gösterilmiştir. Hastanede servislerde hasta ziyaretleri esnasında, kalabalık polikliniklerde, laboratuvarlarda hasta yoğunluğu ya da cihazlara bağlı gürültüye maruz kalabilirler. Telefon santralinde çalışanlar, sterilizasyon çalışanları, elektrik-elektronik, mekanik sistemlerin bakım, onarım ve montajlarının yapılmasında çalışanlar, hastanenin inşaat alanlarında çalışanlar da gürültüye maruz kalırlar.

Gürültüye maruz kalma sonucu işitme kaybı, kulak ağrısı, stres, yorgunluk, zihinsel etkilerde yavaşlama, hipertansiyon görülebilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, hastanelerde gürültü düzeyinin gündüz 35 dB(A), gece 30 dB(A)'i geçmemesi gerektiğini bildirmiştir. Türkiye de resmi gazetede yataklı tedavi kurum ve kurumları, dispensler, poliklinik, bakım ve huzur evlerinde sürekli 35 dB(A) ve altı, dinlenme ve tedavi odalarında sürekli 25 dB(A) ve altı olması gerektiği belirtilmiştir. Yine resmi gazetede belirtilen, ağır ve tehlikeli işlerin yapılmadığı yerlerde gürültü şiddeti en fazla 80dB olmalıdır. Gürültülü çalışmayı gerektiren yerlerde, gürültü seviyesi 85dB ve üstünde çalışan kişilerde ise kişilere başlık, kulaklık veya kulak tıkaçları gibi uygun kişisel koruyucu donanımlar verilmelidir.

Ortamda sıcaklığın yüksek ya da düşük olması sağlığı olumsuz etkiler. Hastanenin çamaşırhane, ütü, mutfak bölümlerinde çalışanlar, yüksek sıcaklık ve neme maruz kalmaktadır. Ayrıca hastanede, aşı ve ev ziyaretleri gibi mobil hizmet veren sağlık çalışanları da hava sıcaklığına bağlı yüksek ya da düşük sıcaklığa maruz kalırlar. Hastanenin tesisat merkezlerinde, otopark alanlarında ve bahçesinde çalışanlar, inşaat alanında çalışanlar ortamın ısısına bağlı sıcak ya da soğuğa maruz kalabilir. Yüksek sıcaklıkta, aşırı terleme

ile dehidratasyon ve elektrolit bozukluğu, bilinç bulanıklığı, baş dönmesi, bulantı, kusma ve bunların sonucunda renal yetmezlik görülebilmektedir. Düşük sıcaklıkta huzursuzluk, koordinasyon bozukluğu, diürez, halsizlik, nörolojik reflekslerde azalma, hipotansiyon, unutkanlık, ajitasyon görülebilmektedir.

Nükleer tıp çalışanları, radyasyon onkolojisi çalışanları, radyoloji çalışanları ve bazı kliniklerin içindeki grafi çekimi nedeni ile radyasyona maruz kalmaktadır. Radyasyona bağlı; meme, beyin, prostat, kolon, akciğer, rektum kanseri ve lösemi, göz kuruluğu, katarakt, retinada hasar görülebilmektedir. Radyasyonla çalışanlarda haftalık çalışma saati 35 saat olarak belirtilmesine rağmen maalesef bazı hastanelerde personel yetersizliği nedeniyle bu süre aşılmaktadır. Bu da çalışanların radyasyona bağlı etkilenmelerinin artmasına neden olmaktadır.

Hiperbarik tıp uygulamalarında yüksek basınca maruz kalınmaktadır. Nitrojen gazı, atmosferik basınç arttığı zaman, dolaşımında erir ve yağ doku, kemik ve sinir sisteminde depolanır. Aniden düşük basınca geçildiğinde nitrojen gazı dolaşımında gaz balonu halinde olur. Spinal kanal ve beyin hasarı, iç kulak rahatsızlıkları, pulmoner etkiler ve dekompresyon şoku görülür. Pulmoner ödem ve şok görülebilir.

Meslek hastalıklarında bu riskler nedeniyle sağlık çalışanlarında çalıştığı ortamın riskleri ve kişinin burada çalışıp çalışmayacağıının uygunluğu iyi bilinmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.

SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET EMEKÇİLERİ SENDİKASI TOPLU İŞ SÖZLEŞMESİ GÖRÜŞMELERİNDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI

Mehmet Zencir, Aslı Davas, Meral Türk, Coşkun Canıvar, Menderes Tutuş

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Sendika Okulu, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Modülü

Amaç: Toplu İş Sözleşmesi (TİS), çok genel anlamı ile emekçilerin temsilcisi sendika ile işveren temsilcilerinin, ekonomik, özlük ve çalışma koşullarını birlikte belirlemeleridir. Bu çalışmada Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) Toplu İş Sözleşmesi görüşmelerinde sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının sağlığı konusunda nelere yer verdiği ele alınmıştır.

Bulgular: SES 2015-2017 dönemi sağlık çalışanlarının sağlığını (SÇS) stratejik bir mücadele alanı olarak ele almış, konu ile ilgili çalışmalarını yoğunlaştırmış, sağlık politikaları ve eğitim komisyonları çalışmalara destek vermiştir. 2017-2020 dönemi için de aynı kararlılık devam ettirilmektedir. Toplu İş Sözleşmesi bağlamında da SÇS gündeme getirilmiştir. 25-26 Nisan 2015 tarihinde gerçekleştirilen TİS kurultayında Sağlık ve Sosyal Hizmet çalışanlarının sağlığı ve güvenliği için bir atölye yapılmıştır. Atölye öncesi konunun tüm şube ve temsilciliklerde görüşülmesi ve önerilerle atölyeye gelmesi istenmiştir. SÇS ile ilgili görüş ve öneriler atölyede bir araya getirilip, taleplere dönüştürülmüştür.

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Toplu İş Sözleşmesi Talepleri; İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile kamu çalışanları ile paylaşılan işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri kağıt üzerinde kalan bir uygulamadan öteye geçememiştir. Çalışma Bakanlığı ve Hükümet işçi sağlığı ile ilgili önemli toplantılarda (kongre, sempozyum vb.) devrim niteliğinde değişiklik diye paylaşılmasına rağmen dağ fare doğurmuş, uygulama sürekli ertelenmiştir. Son olarak da 1 Temmuz 2017 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanan değişiklikle 2020 yılına ertelenmiştir. Zaten 6331 sayılı yasanın işçilerin sağlık ve güvenliklerini koruyamadığı biliniyorken, bu yasanın ilgili maddelerinin uygulanmasının ertelenmesi milyonlarca kamu emekçisi ve işçinin yaşam güvencelerinin bir maliyet unsuru olarak görülmesi, yok sayılması anlamına gelmektedir. Sağlık ve sosyal hizmet üretiminde radikal değişiklikler sağlık ve güvenlik açısından ciddi sorunlar ile karşılaşılmasına neden olmuştur. 2012'den bu yana uygulama için hiç bir adım atılmamıştır. Üstelik erteleme kapsamında olmayan birçok hizmet başlığı da her zaman görmezden gelinmiştir. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun kamu kurumları ve 50'den az işçi çalıştıran işyerleri için ertelenmesine son verilsin, derhal uygulanmaya başlansın.

1. Sağlık ve sosyal hizmetlerle ilgili işyerlerinin tehlike sınıflandırılmasında en üst

düzyer tehlike durumunu gözetilerek, tüm işyeri bu tehlike sınıfında kabul edilsin; işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri bu kapsamda yürütölsün.

2. Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının sağlığı ve güvenliği kapsamında tehlike kaynakları ve riskler belirlensin. Risk değerdendirme sürecinde sağlık emekçilerinin ve sendikaların katılımı sağlansın. Sağlık ve sosyal hizmet emekçileri çalışma ortamı ve emek süreci ile ilgili risk değerdendirmeleri için gerekli eğitimleri alabilsin.

3. İSG (İşçi Sağlığı ve Güvenliği) Kurulları demokratikleştirilsin; bu kurullara sendikalar ve meslek örgütlerinin katılımı 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 ilgili alınması gereken önlemler toplumsal cinsiyet bakışı ile değerdendirilsin ve kadına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ivedilikle oluşturulsun.

4. İşyerlerinde kurulacak işçi sağlığı ve güvenliği birimleri için Personel Dağılım Cetvelinden kadro istihdam edilsin ve yerinde sağlık ve güvenlik hizmetleri anlayışı öne çıkartılsın. Dışarıdan hizmet satın alınmasın.

5. İşverenin İSG biriminin yapılandırılması; risk değerdendirmelerinin 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 izlem ve tedavi edici hizmetlerin sağlanması vb. bir an önce yaşama geçilmesi sorumlulukları hızla yerine getirmesi için gerekli düzenlemeler yapılsın. İşverenin bu sorumlulukları yerine getirip getirmediği denetlensin.

6. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği ile ilgili tüm kişisel koruyucu donanımlar-KKD (önlük, maske, gözlük, ayakkabı vb.) işveren tarafından sağlansın; KKD çalışılan birime ve yapılan aktivite ile uygun nitelikte olması sağlansın

7. Başta 112 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 düzenlemeler yapılsın.

8. Tüm sağlık ve sosyal hizmet 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 çalışanlara 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 çalışanla-

rının yoğun şekilde yaşadığı tükenmişlik sendromunun azaltılması için en az yılda bir kez çalışanlara yardımcı olacak hizmetler planlansın ayrıca motivasyonu arttırmak için ikramiye verilsin.

Ayrıca 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.

Sonuç: İşverenle yapılan toplu sözleşmelerde sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının sağlığı mutlaka yer verilmelidir. İşçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili hizmetlerin yaşama geçirilmesi için toplu iş sözleşmeleri önemli mücadele aracı olarak kullanılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sağlık çalışanları, toplu iş sözleşmesi, işçi sağlığı ve güvenliği, sendika

LABORATUVAR ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Z. Günnur Dikmen

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Dr. Mehmet Şeneş

Sağlık Bilimleri Üni., Ankara Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi, Tıbbi Biyokimya Bölümü

Dr. Oytun Portakal

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Dr. Aylın Sepici Dinçel

Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Dr. Ali Ünlü

Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Dr. Gül S. Saydam

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi,
Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi, Tıbbi Biyokimya Bölümü*

Dr. Suat Hayri Küçük

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi,
Tıbbi Biyokimya Bölümü*

Dr. Doğan Yücel

Sağlık Bilimleri Üni., Ankara Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi, Tıbbi Biyokimya Bölümü

Dr. Ferhan Girgin Sığın

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Hastanede çalışan sağlık personelinin uygunsuz çalışma koşulları ve şiddete maruz kalması önemli bir iş güvenliği problemi olduğu kadar toplumsal bir problemdir. Bu anket çalışmasında, Türkiye genelinde laboratuvar çalışanlarının çalışma koşullarının ve şiddete maruziyetlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Türk Biyokimya Derneği yönetim kurulu üyeleri, konuyla ilgili olarak on-line bir anket hazırlayarak (SurveyMonkey) e-mail yoluyla laboratuvar sorumlularına gönderdi. Anket demografik bilgiler, biyogüvenlik, şiddet ve sağlıklı yaşam başlıklarında toplam 16 sorudan oluşuyordu. Ankete katılanlar sorulara uygun bir veya birden fazla cevap vererek ankete katkı verdi.

Bulgular: Anketi yanıtlayan laboratuvar sorumlularının (n=46), %80'i laboratuvar uzmanlarıydı. Yaşları genelde 40-49 arasında (%48) değişen bu uzmanlarının %44.4'ü eğitim-araştırma hastanelerinin, %33.3'ü ise üniversite hastanelerinin ağırlıklı olarak biyokimya laboratuvarlarında (%95.6) görev yapmaktadır.

Anketin sonuçlarına göre laboratuvarlarda %82.9'de biyogüvenlik eğitimi verilmektedir, ancak çalışanlar arasında önlük-eldiven gibi koruyucu ekipman kullanım oranı ise %67'dir. Laboratuvar çalışanlarının %68.3'üne HBV, HBA, HIV taraması yapıldığı ve %70'nin HBV için aşılandığı saptanmıştır. Ancak 40 yaşından itibaren zorunlu olarak düzenli sağlık taraması (mammografi, gaitada gizli kan vs) yapılanların yüzdesi sadece %9.6 olarak bulunmuştur.

Laboratuvarların %64'ünde çalışanlara yönelik sağlıklı yaşam için eğitim seminerlerinin düzenlenmediği görülmektedir. Seminer düzenlenen yerlerde ise özellikle bulaşıcı hastalıklardan korunma, temel yaşam desteği ve öfke kontrolü konularında eğitim verilmektedir. Laboratuvarların %75.6'sında elektromanyetik radyasyon, %60'ında gürültü ölçümü yapılmadığı görülmektedir. Laboratuvarların sadece %70'inde atıkların uzaklaştırılması kurallara uygun şekilde gerçekleştirilmektedir. Çalışma ortamının ergonomik koşulları (koltuk ve monitör yüksekliği, ekran filtreleri, ayak ve sırt destekleri vs) laboratuvarların %45'inde çalışanlar tarafından uygun bulunmamıştır.

Laboratuvarların % 82.9'unda laboratuvar kapısının kapalı tutulduğu ancak %63.4'de laboratuvar içinde güvenlik kamerasının bulunmadığı, %34.1'inde laboratuvara yakın bir mesafede güvenlik görevlisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Laboratuvar personelinin %34.1'nin haftada bir hasta yakınları tarafından, %20'sinin ise doktor, hemşire, intern gibi diğer hastane personeli tarafından sözlü şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Hastanelerin %61.5'inde duvarlarda sağlık çalışanlarına karşı şiddeti önlemeye yönelik panoların bulunmadığı saptanmıştır.

Sonuç: Hastane yönetimi ve laboratuvar direktörlerinin laboratuvar çalışanlarının çalışma koşullarını güvenilir kılacak şekilde optimize etmesi gereklidir. Ayrıca laboratuvar personelinin düzenli sağlık taraması da zorunlu hale getirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Laboratuvar çalışanlarının sağlığı

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ'NDE RİSK DEĞERLENDİRMESİ SIRASINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Hasan Deniz

SES Sendika Okulu, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Modülü

Amaç: Bir üniversite hastanesinde risk değerlendirmesi sırasında yaşanan sorunların belirlenmesidir.

Gereç Yöntem: 25.06.2015 yılında kurulan T.C. Sağlık Bakanlığı Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkez Bina risk değerlendirme sürecinin planlama çalışmaları 01.06.2016 tarihinde başlamıştır. Risk değerlendirmesi yapılması için yasal gereklilik ise 01.07.2016 tarihinde başlamıştır. 20 cerrahi, 8 dâhili birimi ve 9 sayıda laboratuvarı olan hastanede toplamda 62 alanda risk değerlendirmesi çalışmalarına 01 Kasım 2016 tarihinde başlamıştır. Risk değerlendirme çalışmaları hastane bünyesinde oluşturulan İş Güvenliği Kurulu Üyeleri (İşveren vekili, İşyeri Hekimleri, İş Güvenliği Uzmanları, Sivil Savunma Uzmanı, Kalite Birim Sorumlusu, Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve Çalışan Sağlığı Biriminin temsilcisi, Çalışan Temsilcisi, Sağlık Bakım Hizmetleri Md. Yard., İdari ve Mali İşler Md. Yard.,) ile ilgili birimlerde çalışan sağlık çalışanları ile birlikte gerçekleştirilmiştir. Risk değerlendirmesinde 5x5 yöntemi kullanılmıştır. Değerlendirmeyi yaparken yaşanan sorunlar idari, teknik ve çalışanların tutumu olarak üç başlıkta toplanmıştır.

Bulgular: Risk değerlendirmesi sırasında yaşanan idari sorunlar; yetkilendirme ve görevlendirmelerin zamanında yapılmaması; İSG birimine mekân sağlanmaması; birime destek personeli ve gerekli donanımın geç sağlanması; risk değerlendirme ekibinin her zaman bir araya gelememesi; gezilecek bölümlere yeterli bilgilendirme yapılmaması; çalışanların değil idarecilerin risk değerlendirmesine katılması ya da sadece çalışanların katıldığı toplantılar düzenlenememesi; çalışanların birim, ünite, servis vb içinde yer değişikliğinin sık olması; taşeron, 4-B ve kamu çalışanlarının ayrı İSG birimlerinin olması, İSG biriminin kendine özel bütçesi olmaması, belirlenen önlemlerin idare tarafından alınmamasıdır.

Risk değerlendirmesi sırasında yaşanan teknik sorunlar; hastanelere özel risk değerlendirmesi rehberi olmaması, tehlikelerin bölüm bazında mı, meslek bazında mı tanımlanacağı, hangi risk puanlama tekniğinin hastaneye uygun olduğu, puanlama sonucunda gerçek riskin ortaya konmaması; hangi ortam ölçümlerinin nasıl yapılacağıyla ilgili bil-

gi ve kaynak eksikliği; önlemlerle ilgili İSG birimi ve idarenin bilgi ve tecrübe eksikliği olarak sınıflanabilir.

Risk değerlendirmesi sırasında çalışanların tutumu; çalışanların risk değerlendirmesiyle ilgili kapsamlı bilgisi olmaması; iş yükü nedeniyle risklerin konuşulduğu toplantı ve gezilere katılamamaları ve çalışanlar sınırlı katılabildiği için bir birime birden çok ziyaret yapma zorunluluğu; risk değerlendirmesiyle ilgili puanlamada çalışanlar arasında aynı iş için çok farklı puanlamaların yapılması, çalışanların yöneticilerin varlığında risklerle ilgili bilgi vermekten çekinmesi; bazı çalışanların çalıştığı birimdeki yerini korumak için, riskleri bazen olduğundan daha fazla, bazen de olduğundan daha düşük göstermeye çalışması olarak sıralanabilir.

Sonuç: Risk değerlendirmesinin verimli yapılabilmesi için yönetim etkisinin en aza indirileceği mekanizmalar kurulması, idare tarafından gerekli zaman ve bütçenin ayrılması, çalışanlara öncesinde risk değerlendirmesinin amaçları hakkında eğitim verilmesi etkinliğini arttıracaktır.

SENDİKALARIN TOPLU İŞ SÖZLEŞMELERİYLE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞININ VE GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA KATKISI / “İŞÇİLERİN SAĞLIĞI İŞÇİLERİN ELİNDE OLMALIDIR”

Eylem Kaya Eroğlu

*Uzm. Sağlık Kurumları Yönetimi, SES Ankara Şube Eğitim ve Örgütlenme Sekreteri,
SES Sendika Okulu ŞÇS Modülü Öğrencisi, Ankara
SES Sendika Okulu Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Modülü*

Bu çalışma, her geçen gün çalışma şartları güvencesiz istihdam modelleri ve özelleştirmeler sonucu gittikçe bozulan, iş yükleri artan sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliklerinin sağlanmasında sendikaların önemli bir sorumluluğu olması nedeniyle, toplu iş sözleşmelerinde konuya ilişkin taleplerin yer alması gerektiğine dikkat çekmek için hazırlanan bir derlemedir.

İş kazaları ve meslek hastalıkları çalışma ortamında yaşanan risklerden en önemlileridir. Bu sebeple iş sağlığı ve iş güvenliği ekonomik, sosyal ve teknik nedenlerle gittikçe önem kazanmakta ve daha çok ilgi çeken bir konu haline gelmektedir. İş kazaları ve meslek hastalıklarının; devlet, işçi ve işveren bakımından pek çok olumsuz etkisinin bulunması ve sorunun çözümünün insani boyutu konunun titizlikle incelenmesini zorunlu kılmaktadır. Bu zorunluluklar, 2012 yılında “6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” çıkarılmayı başarmış fakat sermayenin baskısı, denetimlerin ve yaptırımların yetersizliğu, sendikaların suskunluğu nedeni ile yasa tam olarak uygulanmamıştır. Temelini modern işçi ve sağlığı güvenliği yaklaşımının risk değerlendirme konsepti üzerine inşa eden yasaya rağmen iş kazalarına bağlı iş cinayetleri artarak devam etmiş hatta Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın 13 Mayıs 2017’de başlattığı “Hedef Sıfır Kaza” kampanyasının ilk iki ayında işçi cinayetlerinde en az 353 işçi yaşamını yitirmiştir. İşçi sağlığı ve iş güvenliğinde işçilerin iş kazalarından ve meslek hastalıklarından korunması için ilk savunma hattını sendikalar oluşturmadığı sürece Dünya’da ve Türkiye’de durum değişmeyecektir. Bu çalışmada dünyada ve Türkiye’de işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili istatistiksel veriler ışığında konunun önemi vurgulanarak, sendikaların Anayasal güvenceye sahip toplu sözleşme özerkliği gereği normatif hüküm koyabilme imkânlarının, örgütlü yapılarının, işçi sağlığı ve güvenliği alanına yapacağı katkı ele alınmaya çalışılmakta ve uzun vadede oluşturulacak politikalara yapabilecekleri katkı irdelenmektedir.

Bulgular: Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)’nün 2015 yılı tahminlerine göre dünya’da 1,34 milyarı kadın olmak üzere 3,4 milyar iş gücü bulunmaktadır. ILO verilerine göre her 15 saniyede bir çalışan iş kazası veya meslek hastalıklarına bağlı olarak hayatını kaybetmekte ve her 15 saniyede 153 çalışan iş kazası geçirmektedir. Bunun yanı sıra, her yıl

317 milyon çalışan iş kazası geçirmekte ve 2,3 milyondan fazla insan iş kazaları ve meslek hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Eurostat 2014 verilerine göre ise; 2014 yılında EU-28 (Avrupa Birliğine üye 28 ülke) ülkelerinde bir yılda 3,2 milyon ölümcül olmayan iş kazası meydana gelmiş, bu kazaların 3739'u ölümlle sonuçlanmıştır. Bu oran yaklaşık olarak, ölümcül olmayan her 850 iş kazasının birinin ölümlle sonuçlandığına işaret etmektedir. İşle ilgili hastalık ve ölümlerin yarattığı ekonomik yük ile verimlilik kaybı, küresel GSYH'nin %4'ünü teşkil etmektedir.

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) iş kazaları ve meslek hastalıklarına ait istatistik verilerine göre ülkemizde 2014 yılında 221.366 adet iş kazası bildiriminde bulunulmuştur. Bu kazalar sonucu 1.421 çalışan malul kalmış ve 1.626 çalışan hayatını kaybetmiştir. SGK'nın 2014 istatistik yıllığında iş kazalarına bağlı 1600'den fazla ölüm kaydı varken meslek hastalıklarına bağlı ölüm sayısı 0 –sıfır-’dır. 2015 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu raporlarına göre Sağlık kurumlarında iş kazası geçiren sigortalı sayısı 6010 kişidir. İş kazası sonucu ölen sigortalı sayısı ise 7 kişidir. 2013 yılında formasyonlarına göre 590 teknik, 460 sosyal olmak üzere toplam 1150 iş müfettişi bulunmaktadır.

Türkiye'de, sendikaların, işçi sağlığı ve güvenliği kültürünün oluşmasında üyelerine katkı sağladığı güzel örnekler bulunmaktadır. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (Türk-İş), Metal Sanayi İşverenleri Sendikası (MESS), Çimento Endüstrisi İşverenleri Sendikası (ÇEİS), Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (SES) örnek çalışmalar yapmaktadır. Fakat Türkiye'de bu güne kadar yapılan yasal grevlerin hiç birinde, sendikayı greve götüren nedenler arasında işçi sağlığı ve güvenliği koşullarındaki yetersizlik gösterilmemiştir. Türkiye'deki uygulamalarda çeşitli toplu iş sözleşmelerinde işçi sağlığı ve güvenliğine ilişkin hükümlere rastlanmaktadır. Daha ziyade İş Kanununun beşinci bölümündeki hükümlerin tekrarı niteliğinde olan bu hükümler genellikle basit işçi sağlığı ve güvenliği sorunlarına ilişkindir.

Sonuç ve öneriler: İşçi, sağlığı ve güvenliği alanındaki ulusal politikanın kapsayıcı olabilmesi için, bu politikanın hazırlanmasına, pratikte uygulanmasına ve daha sonra değerlendirilmesine sosyal tarafların katılması gerekir. Bireysel ve kurumsal alanda yerleşmesi beklenen işçi sağlığı ve güvenliği bilincinin oluşturulmasında sendikalara çok önemli görevler düşmektedir. İşçi sağlığı ve iş güvenliğinde işçilerin iş kazalarından ve meslek hastalıklarından korunması için ilk savunma hattını sendikalar oluşturmalıdır. Sendikalar, toplu iş sözleşmelerine koyacakları hükümlerle, işçi sağlığı ve güvenliği alanında hazırlanan genelde soyut içerikli yönetmeliklerin işyerlerinde uygulanmasını sağlayabilirler. Anayasa ile güvence altına alınan toplu iş sözleşmesi özerkliğinin, kendilerine verdiği normatif hüküm koyabilme imkânından yararlanarak, gerek işyerlerini ilgilendiren somut düzenlemeleri gerek yasalardaki eksiklikleri gideren hükümleri getirebilirler.

Anahtar Kelimeler: Sendika, Toplu İş Sözleşmesi, İşçi Sağlığı ve Güvenliği, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği.