



18-20  
KASIM  
2011  
ANKARA

# Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi

KONGRE KİTABI

DEVİRİMCİ SAĞLIK İŞ SENDİKASI  
PETROL- İŞ SENDİKASI  
SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET EMEKÇİLERİ SENDİKASI  
TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ  
TÜRK EBELER DERNEĞİ  
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ  
TÜRK HEMŞİRELER DERNEĞİ  
TÜRK MEDİKAL RADYOTEKNOLOJİ DERNEĞİ  
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ  
TÜRKİYE DİYETİSYENLER DERNEĞİ  
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI ÇALIŞMA GRUBU  
[www.saglikcalisanisagligi.org](http://www.saglikcalisanisagligi.org)



# SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI

## 3.ULUSAL KONGRESİ

18-20 KASIM 2011, ANKARA

DEVİRİMCİ SAĞLIK-İŞ SENDİKASI  
PETROL- İŞ SENDİKASI  
SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET EMEKÇİLERİ SENDİKASI  
TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ  
TÜRK EBELER DERNEĞİ  
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ  
TÜRK HEMŞİRELER DERNEĞİ  
TÜRK MEDİKAL RADYOTEKNOLOJİ DERNEĞİ  
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ  
TÜRKİYE DİYETİSYENLER DERNEĞİ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI ÇALIŞMA GRUBU



## **Kongre Başkanı**

Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği – Nezaket Özgür

## **Kongre Sekreteri**

Türk Hemşireler Derneği – Özlem Özkan

Türk Tabipleri Birliği – Özlem Kurt- Azap

## **Kongre Düzenleme Kurulu**

Dev Sağlık İş -Funda Keleş

Petrol – İş - İbrahim Dođangül

SES - Onur Hamzaođlu

SES - Ümit Doğan

TDB - Serdar Sütçü

TDD - Mine Akın

TEB - Serkan Mercan

TED - Yeliz Çakır- Koçak

TED - Ummuhan Yücel

THD - Yeşim Kökođuz

TTB - Arif Müezzinoğlu

TTB - Hasan Ogan-

Nurşen Yılmaz- Badi

ISBN 978-605-5867-54-6

**BİLİM KURULU**

- Prof. Dr. Cem Çallı *Ege Ünv. Tıp Fak. Radyoloji AD*
- Prof. Dr. Cem Terzi *Dokuz Eylül Ünv. Tıp Fak. Genel Cerrahi AD*
- Prof. Dr. Çağatay Güler *Hacettepe Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Prof. Dr. Feride Aksu Tanık *Ankara Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu *Akdeniz Ünv. Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü*
- Prof. Dr. Meltem Çöl *Ankara Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Prof. Dr. Mintaze Kerem Günel *Hacettepe Ünv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizik Ted. ve Rehabilitasyon Böl.*
- Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak *Trakya Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Prof. Dr. Nermin Yamalık *Hacettepe Ünv. Diş Hekimliği Fak.*
- Prof. Dr. Nuray Özgülnar *İstanbul Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Prof. Dr. Nurettin Abacıoğlu *Gazi Ünv. Eczacılık Fak. Farmakoloji AD*
- Prof. Dr. Okan Akhan *Hacettepe Ünv. Tıp Fak. Radyoloji AD*
- Prof. Dr. Raşit Tükel *İstanbul Ünv. İstanbul Tıp Fak. Psikiyatri AD*
- Prof. Dr. Reyhan Uçku *Dokuz Eylül Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Prof. Dr. Selçuk Candansayar *Gazi Ünv. Tıp Fak. Psikiyatri AD*
- Prof. Dr. Selma Karabey *İstanbul Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Prof. Dr. Şevket Bahar Özvarış *Hacettepe Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Prof. Dr. Tayfun Uzbay *Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıbbi Farmakoloji AD*
- Prof. Dr. Zuhal Bahar *Dokuz Eylül Ünv. Hemşirelik Fakültesi*
- Doç. Dr. Alpay Azap *Ankara Ünv. Tıp Fak. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD*
- Doç. Dr. Aynur Uysal *Ege Ünv. Hemşirelik Yüksekokulu*
- Doç. Dr. Esin Çeber *Ege Ünv. İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü*
- Doç. Dr. Meltem Çiçeklioğlu *Ege Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Doç. Dr. Meral Türk *Ege Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*

- Doç. Dr. Murat Civaner *Uludağ Ünv. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD*
- Doç. Dr. Nadi Bakırcı *Acıbadem Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Doç. Dr. Nilay Etiler *Kocaeli Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Doç. Dr. Şafak Taner *Ege Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Doç. Dr. Zeliha Aslı Öcek *Ege Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
- Doç. Dr. Zuhâl Kunduraçlar *Karaelmas Ünv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü*
- Yrd. Doç. Dr. Handan Güler *Cumhuriyet Ünv. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü*
- Yrd. Doç. Dr. Hayriye Ünlü *Başkent Ünv. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü*
- Yrd. Doç. Dr. Nuran Güler *Cumhuriyet Ünv. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü*
- Yrd. Doç. Dr. Sema Yılmaz *Selçuk Ünv. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü*
- Dr. Nazif Yeşilleyen *Emekli Hekim*
- Dr. Sedat Abbasoğlu *Ankara Tabip Odası İşçi Sağlığı Komisyonu*
- Dt. Helin Aras- Tek *Ankara Dış Hekimleri Odası*
- Dt. Süha Alpay *TDB MYK Üyesi*
- Mevlüde Özcan Koç *Memorial Şişli Hast. Radyoloji AD*
- Seyhan Erdem *Gazi Ünv. Tıp Fak. Radyoloji AD*

## PROGRAM

### 18 KASIM 2011 CUMA

- 08.30 Kayıt
- 09.15 Dinleti
- 09.30 Nezaket Özgür - Kongre Başkanı Açılış Konuşması
- 10.00 Panel 1: Sağlık Hizmetlerinde Emek, Sermaye, Ücret ve Kar  
Yürütücü: Dr. Bayazıt İlhan, Ankara Tabip Odası Başkanı  
Kapitalizmin Bugünü ve Yarını  
Prof. Dr. Korkut Boratav, Emekli Öğretim Üyesi  
Emekçiler ve Sağlık Emekçileri  
Prof. Dr. Tülin Öngen, Ankara Üniv. Siyasal Bilgiler Fak.  
Artı Değer Teorileri ve Sağlık Sektöründeki Yeri  
Doç. Dr. İlker Belek, Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
- 12.00 Öğle Yemeği
- 13.30 Panel 2: Türkiye’de Kamu Hastane Birlikleri ve Kamu Özel Ortaklığı  
Yürütücü: Bedriye Yorgun, SES Merkez Yönetim Kurulu Üyesi  
Kamu Hastane Birliği, Kamu Özel Ortaklığı Nedir?  
Neden, Kim(ler) İçin Tercih Ediliyor?  
Prof. Dr. Kayıhan Pala, Uludağ Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD  
Türkiye’de Sağlık Alanında Kamu Hastane Birliği ve  
Kamu Özel Ortaklığı Hangi Aşamada, Nasıl Devam Edecek?  
Yrd. Doç. Dr. Alpaslan Türkkkan, Uludağ Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD  
Kamu Hastane Birliği ve Kamu Özel Ortaklığı Emekçilere Nasıl Yansıtılacak?  
Yrd. Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz, Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
- 15.00 Grup Çalışmaları - I
- 16.30 Ara
- 16.45 Bildiri Sunumları - I
- 18.00 Açılış Kokteyli

**19 KASIM 2011 CUMARTESİ**

- 09.00 Grup Çalışmaları - II
- 10.15 Ara
- 10.30 Panel 3: Türkiye’de Özel Sağlık Sektöründe Emekçilerin Çalışma Koşulları  
Yürütücü: Dr. Hasan Oğan, İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi  
Arş. Gör. Aysun Ekşioğlu, Ege Ün. İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu  
Mevlûde Özcan- Koç, TMRT-DER YK Üyesi  
Harun Kızılay, Türk Eczacılar Birliği Genel Sekreteri  
Doç. Dr. Özlem Özkan, Türk Hemşireler Derneği  
Doç. Dr. Arda Saygılı, İstanbul Tabip Odası  
Dt. Cengiz Tamtunalı, Türk Dişhekimleri Birliği MYK Üyesi
- 12.30 Öğle Yemeği
- 13.45 Konferans 1 – A: Sağlıkta Dönüşüm Emekçilere Nasıl Yansıyor?  
Yürütücü: Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış, HÜTF Halk Sağlığı AD.  
Yrd. Doç. Dr. Ata Soyer, Dokuz Eylül Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD  
Konferans 1 - B: Sağlık Alanında İş Kazaları  
Yürütücü: Doç. Dr. Aynur Uysal, Ege Ün. Hemşirelik Yüksek Okulu  
Doç. Dr. Çiğdem Çağlayan, Kocaeli Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
- 15.15 Ara
- 15.30 Konferans 2 – A: Türkiye’de Sağlık Emekçilerinin İstihdam Biçimleri  
Yürütücü: Prof. Dr. Mehmet Zencir, Pamukkale Ün. Tıp Fak.  
Halk Sağlığı AD  
Dr. Arzu Çerkezoğlu, Devrimci Sağlık-İş Sendikası Genel Başkanı  
Konferans 2 – B: Sağlık Alanında Şiddet  
Yürütücü: Dr. Arif Müezzinoğlu - TTB İşyeri Hekimliği Kol Başkanı  
Prof. Dr. Zeynep Solakoğlu, İstanbul Ün. İstanbul Tıp Fak. Tıp Eğitimi AD
- 17.00 Bildiri Sunumları - II

**20 KASIM 2011 PAZAR**

- 09.00 Grup Çalışmaları - III
- 10.15 Ara
- 10.30 Panel 4: Sağlık Emekçilerinin Örgütlenmesi: Engeller Ve Çözüm Önerileri  
Yürütücü: Mustafa Öztaşkın, Petrol-İş Genel Başkanı  
Dr. Eriş Bilaloğlu, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı,  
Erdoğan Çolak, Türk Eczacıları Birliği Başkanı,  
Yrd. Doç. Dr. Nazan Karahan / Türk Ebeler Derneği Başkanı,  
Nezaket Özgür, TMRT-DER Başkanı,  
Prof. Dr. Saadet Ülker, Türk Hemşireler Derneği Başkanı  
Dr. Arzu Çerkezoğlu, Dev Sağlık-İş Genel Başkanı,  
Çetin Erdolu, SES Genel Başkanı
- 12.45 Öğle Yemeği
- 13.45 Konferans 3: Sağlık Kurumlarında İşçi Sağlığı Örgütlenmesi: Türkiye ve Avrupa Örnekleri  
Yürütücü: Doç. Dr. Nadi Bakırcı, Acıbadem Üniversitesi  
İşçi Sağlığı Hizmetleri: Bazı Avrupa Ülkelerinden Örnekler  
André Burgmeier, Meral Türk, Maria Gonzalez, Jean- Francois Gehannlo,  
Alain Kantineau  
Türkiye’de Sağlık Kurumlarında İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri  
Meral Türk
- 14.45 Ara
- 15.00 Grup Çalışmaları Sunumları ve Değerlendirilmesi  
Yürütücü: Nurşen Yılmaz- Badi, Fizyoterapist, Yüksek İhtisas Hastanesi
- 16.00 Kongre Değerlendirmesi ve Kongre Kapanış Bildirisi



## ÇALIŞMA GRUPLARI

### Grup Çalışması-1

Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamındaki Fiziksel Tehlike ve Risklerle Sonuçları ve Önlemleri

Sunum : Doç. Dr. Zuhal Kunduracılar

### Grup Çalışması-2

Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamındaki Kimyasal Tehlike ve Risklerle Sonuçları ve Önlemleri

Sunum: Doç. Dr. Zeliha Öcek

### Grup Çalışması-3

Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamındaki Biyolojik Tehlike ve Risklerle Sonuçları ve Önlemleri

Sunum: Doç. Dr. Alpay Azap

### Grup Çalışması-4

Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamındaki Mekanik ve Ergonomik Risklerle Sonuçları ve Önlemleri

Sunum: Doç. Dr. Songül Vaizoğlu

### Grup Çalışması-5

Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamındaki Zihinsel Tehlike ve Risklerle Sonuçları ve Önlemleri

Sunum: Doç. Dr. Burhanettin Kaya

### Grup Çalışması-6

Sağlık Çalışanlarının İşçi Sağlığı ve Güvenliği Hukuksal Mücadelesi

Sunum : Av. Ziynet Özçelik

# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>9</b>
<b>SUNUŞ</b> .....	<b>15</b>
<b>SUNUŞ</b> .....	<b>17</b>
<b>PANEL-1 SAĞLIK HİZMETLERİNDE EMEK, SERMAYE, ÜCRET VE KAR..</b>	<b>23</b>
<b>Kapitalizmin Dünü, Bugünü</b> .....	<b>24</b>
Korkut Boratav	
<b>Emekçiler ve Sağlık Emekçileri</b> .....	<b>26</b>
Tülin Öngen	
<b>Artı-Değer Teorileri ve Sağlık Sektöründeki Yeri</b> .....	<b>27</b>
İlker Belek	
<b>PANEL-2 TÜRKİYE’DE KAMU HASTANE BİRLİKLERİ VE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI</b> .....	<b>31</b>
<b>Kamu Hastane Birliği, Kamu Özel Ortaklığı Nedir? Neden, Kim(Ler) için Tercih Ediliyor?</b> .....	<b>32</b>
Kayıhan Pala	
<b>Sağlıkta Kamu Hastane Birlikleri ve Kamu Özel Ortaklığı Hangi Aşamada, Nasıl Devam Edecek?</b> .....	<b>39</b>
Alpaslan Türkkan	
<b>Kamu Hastane Birliği ve Kamu Özel Ortaklığı Emekçilere Nasıl Yansıyacak</b> .....	<b>48</b>
Cavit Işık Yavuz	
<b>PANEL-3 TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞMA KOŞULLARI</b> .....	<b>57</b>
<b>Özel Sektördeki Ebeler</b> .....	<b>58</b>
Aysun Ekşioğlu	
<b>Özel Sağlık Sektöründe İyonizan Radyasyon Emekçilerin Çalışma Koşulları</b> .....	<b>60</b>
Nezaket Özgür	
<b>Eczane Eczacılığının Sorun Alanları ve Çözüm Önerileri</b> .....	<b>62</b>
Harun Kızılay	

<b>Özel Sağlık Sektöründe Hemşireler .....</b>	<b>63</b>
Özlem Özkan	
<b>Diş Protez Laboratuvarlarında Sağlığı Tehdit Eden Riskler Nelerdir? .....</b>	<b>65</b>
Cengiz Tamtunalı	
<b>KONFERANS-1A SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM EMEKÇİLERE NASIL YANSIYOR.....</b>	<b>69</b>
<b>"Sağlıkta Dönüşüm" ve Kamu Sağlık Çalışanları.....</b>	<b>70</b>
Ata Soyer	
<b>KONFERANS –1B SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ KAZALARI.....</b>	<b>75</b>
▪ Çiğdem Çağlayan	
<b>KONFERANS –2B SAĞLIK ALANINDA ŞİDDET .....</b>	<b>79</b>
▪ Zeynep Solakoğlu	
<b>PANEL –4 SAĞLIK EMEKÇİLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ: ENGELLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ .....</b>	<b>80</b>
▪ Eriş Bilaloğlu	
▪ Erdoğan Çolak	
▪ Nazan Karahan	
▪ Nezaket Özgür	
▪ Arzu Çerkezoğlu	
▪ Çetin Erdolu	
<b>KONFERANS –3 SAĞLIK KURUMLARINDA İŞÇİ SAĞLIĞI ÖRGÜTLENMESİ VE AVRUPA ÖRNEKLERİ.....</b>	<b>95</b>
<b>Sağlık Kurumlarında İşçi Sağlığı Örgütlenmesi: Avrupa ve Türkiye Örnekleri .....</b>	<b>96</b>
André Burgmeier, Meral Türk, Maria Gonzalez, Jean- Francois Gehannlo, Alain Kantineau	
<b>Türkiye’de Sağlık Kurumlarında İşçi Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri .....</b>	<b>98</b>
Meral Türk	
<b>SÖZLÜ BİLDİRİLER.....</b>	<b>105</b>
<b>S01- Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Sağlık Durumunun Belirlenmesi ve İş Doyumu ile İlişkisinin İncelenmesi.....</b>	<b>106</b>
Mehtap Türkay, Ercan Aydoğdu	

<b>S02- Hemşirelerde Psikolojik Yıldıрма (Mobbing), İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler .....</b>	<b>108</b>
Gülşay Yılmazel	
<b>S03- Geleneksel ve Sosyal Medyada Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet.....</b>	<b>110</b>
Asibe Özkan, Elgiz Yılmaz	
<b>S04- Gaziantep’de Çalışan Sağlıkçılarının Mobbinge Bakışı ...</b>	<b>112</b>
Rabia Sohbet, Sevgi Karabaş	
<b>S05- Çanakkale İlinde Çalışan Kamu Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Reformlarının Etkileri Konusundaki Düşünceleri .....</b>	<b>114</b>
Eftal Yıldırım, Gökhan Top, Dinçer Eker, Tanık Can, Meral Bayrak, Fatma Demirel, İsmail Yilkaya .....	
<b>S06- Sağlık Bakanlığı Çalışanlarının Sağlık Yönetimine Katkı ve Katılımlarının Değerlendirilmesi .....</b>	<b>116</b>
Kemal Macit Hisar	
<b>S07- Üniversite Öğrencilerinin Toplumdaki Kadın Profiline Bakışı.....</b>	<b>118</b>
Rabia Sohbet, Sevgi Karabaş, İpek Türkmen, Hayale Yiri, Gamze Nihadioğlu	
<b>S08- Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Epworth Skalasını Sonuçları .....</b>	<b>120</b>
Kezban Özmen-Süner, Songül Uygun, Emine Banu Çakıroğlu, Hasan Süner, Güleç-Balbay, Ali Nihat Annakkaya	
<b>S09- Sağlık Çalışanlarının Sigara Kullanma Sıklığı.....</b>	<b>122</b>
Emine Banu Çakıroğlu, Kezban Özmen-Süner, Songül Uygun, Ali Nihat Annakkaya, Peri Arbak	
<b>S10- Sağlık Çalışanlarında Kayma, Ayağın Takılması ve Düşme.....</b>	<b>124</b>
Makbule Tokur-Kesgin	
<b>S11- Diş Hekimlerinin Mesleki Hastalık Durumları.....</b>	<b>127</b>
Ömer Ekici	
<b>S12- Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 2011-2012 Eğitim Öğretim Yılı 6. Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Sağlık Durumları.....</b>	<b>128</b>
Derya Seven, Sevcan Özdemir, Seyit Çevik, Esmâ Özer, Emre Kılıç, İlke Karadağlı, Melek Yorğun, Emrah Sülün, Mehmet Güllühalı, Tamer Üçüncü, Aydın Savu, Mustafa Karakuş, Gökay Güven, Mustafa İpek Çiğdem Çağlayan	
<b>S13- Bir Üniversitenin Hemşirelik ve Tıbbi Laboratuvar Bölümünde Okuyan Öğrencilerinin Uygulama Alanlarında Mesleki Risklerle Karşılaşma Durumları .....</b>	<b>130</b>
Ülfiye Çelikkalp, Münire Temel	

<b>S14- Bursa Devlet Hastanesi Hasta ve Çalışan Riskleri</b>	
<b>Analiz Sonuçları</b> .....	<b>132</b>
Ömer Faruk Mete, Ayfer Peker, Seniye Özkul	
<b>S15- İstanbul’da Bir Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları</b>	
<b>Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerde Son 12 Aylık Bel</b>	
<b>Ağrısı Prevalansı ve İlişkili Etmenler</b> .....	<b>134</b>
Kevser Tarı –Selçuk, Celalettin Çevik, Gülay Karataş, Yeliz Mercan. Ebe	
<b>S16- Hasta ve Özel Hastanelerin Sağlık Çalışanlarına</b>	
<b>Etkileri</b> .....	<b>136</b>
İbrahim Yeral	
<b>S17- Ağız-Dış Sağlığı Hizmetlerinde Performansa Dayalı</b>	
<b>Ödeme: Niteliksel Bir Çalışma</b> .....	<b>137</b>
Zeliha Öcek, Kevser Vatanserver	
<b>S18- Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamasının Ebelerin</b>	
<b>Çalışma Koşullarına Etkisi</b> .....	<b>139</b>
Ummahan Yücel, Ayşe Yüksel	
<b>S19- Vardiya Sistemi İle Çalışan Hemşirelerin Dikkat</b>	
<b>Düzeyleri*</b> .....	<b>141</b>
Ayfer Peker. Hemşire, Süreyya Karaöz	
<b>S20- Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının</b>	
<b>İş Kazası Geçirme Prevalansı ve Kaza Geçirmeyi Etkileyen</b>	
<b>Faktörler</b> .....	<b>143</b>
Mehtap Türkay	
<b>S21- 657 Sayılı Yasa Kapsamındaki Sağlık Emekçilerinin</b>	
<b>Örgütlenmesine İlişkin Genel Bir Değerlendirme</b> .....	<b>145</b>
Özgür Müftüoğlu, Kader Mert	
<b>POSTER BİLDİRİLER</b> .....	<b>147</b>
<b>P01- Makineleşmenin ve Teknolojinin İnsan Hayatına</b>	
<b>Etkilerinin Değerlendirilmesi</b> .....	<b>148</b>
Rabia Sohbet, Leyla Delibaş, Esin Gevher, Didar Sultan Kürtül, Hatice Kızılay, Sakine Almas, Duygu Haymana, Arzu Selbi	
<b>P02- Sağlık Çalışanlarında Polisomnografi Kayıt Sonuçları</b>	
<b>(15 Olgu Denevimi)</b> .....	<b>150</b>
Kezban Özmen-Süner, Peri Arbak, Songül Binay, Emine Banu Çakıroğlu, Ali Nihat Annakkaya	
<b>P03 - Sağlık Bakanlığında İnsan Kaynakları Yönetimi</b> .....	<b>152</b>
Kemal Macit Hisar	

- P04 - Balıkesir İlinin Bir İlçesinde 2.Basamak Sağlık Kuruluşunda Çalışan Sağlık Çalışanlarında Sigara İçme Prevalansı ..... 154**  
Kevser Tari-Selçuk, Celalettin Çevik, Gülay Karataş.
- P05- Yakacak'ta Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerde Delici-Kesici Aletlerle Yaralanma Sıklığı..... 156**  
Kevser Tari-Selçuk, Gülay Karataş, Celalettin Çevik
- P06- Üniversite Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Kullanımına Bakışı..... 158**  
Rabia Sohbet, Sevgi Karabaş, Başak Karataylı, Hasan Kök, Kazım Çelik, Hasan Akçıl
- P07- Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Düşünceleri..... 160**  
Rabia Sohbet, Seher Gürdil, Sibel Kıymacı, Ümmühan Ocak, Ebru Yıldız, Burcu Bilmez
- P08- Hemşirelerin Türk Hemşireler Derneği Üyeliğine Bakışı..... 162**  
Rabia Sohbet, Seher Gürdil, Kenan Aydoğdu, Mehmet Okur, Mehmet Bakaçhan, Ömer Bağcı, Murat Bora
- P09- Hemşirelerin Meslekten Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler ..... 164**  
Rabia Sohbet, Leyla Delibaş, Fatma Yakar, Gülseren Çelebi
- Grup Çalışması-1 Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamındaki Fiziksel Tehlike ve Risklerle Sonuçları ve Önlemleri ..... 166**  
▪ Zuhul Kunduracılar
- Grup Çalışması-2 Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamındaki Kimyasal Tehlike ve Risklerle Sonuçları ve Önlemleri ..... 170**  
▪ Zeliha Öcek
- Grup Çalışması -3 Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamındaki Biyolojik Tehlike ve Risklerle Sonuçları ve Önlemleri ..... 173**  
▪ Alpay Azap
- Grup Çalışması -4 Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamındaki Ergonomik Tehlike ve Risklerle Sonuçları ve Önlemleri ..... 177**  
▪ Songül Vaizoğlu, Çağatay Güler
- Grup Çalışması-5 Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamındaki Zihinsel Tehlike ve Risklerle Sonuçları ve Önlemleri ..... 184**  
▪ Burhanettin Kaya



## SUNUŞ

Değerli Konuklar, Değerli Sağlık Emekçileri,

İlki 26-28 Kasım 1999 yılında, ikincisi 16-18 Kasım 2001 tarihinde yapılan ve bugün üçüncüsü yapılacak olan Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi'nde yeniden sizlerle bir arada olmaktan mutluluk duyuyorum.

Bu alanda sevindirici olan, sağlık emek örgütleri olarak sağlık çalışanlarının sağlığını korumaya yönelik mücadelelerin ve çalışmaların yapılmasına devam edilmesi, üzücü olan ise sorunlara yenilerin eklenerek, isim ve şekil değiştirmesi.

Sağlıkta dönüşüm programının tüm olumsuzluklarından sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alanlar olarak bire bir etkilendik, etkileniyoruz.

Biz sağlık çalışanları en değerli varlığın insanın, en kıymetli hazinesi olan sağlığının korunması görevini yerine getirmekteyiz. Ve yerine getirirken de kendi sağlığımızı kaybetmekte sağlık sorunları yaşamakla karşı karşıya kalmaktayız.

Ön görülen sağlık politikaları anlayışının dayatılmasının sonucu, biz hizmet üretmeleri değersiz ve önemsizleştirilip, sağlığa yapılması gereken yatırımı ise sağlığı geliştirmek, korumak, tedavi etmek yerine, sağlık sisteminden nasıl kar ederim anlayışı hayatımıza olağan durummuş gibi kanıksatılmaya çalışılmaktadır. Sağlığın piyasalaştırılması/metalaştırılması, sağlık emekçilerinin çalışma sürelerinin uzatılmasından, düzensizleştirilmesine, yoğun ve aşırı çalışmasına, taşeron işçi ve/veya sözleşmeli olarak istihdam edilmesine, performans ve döner sermaye gibi esnek ücretlendirilmesine, işsizlik gibi sorunlar yaşamasına yol açmaktadır.

Bizim dışımızda belirlenen ve bizlere dayatılan çalışma yaşamı, topluma sağlık hizmeti vermekle sorumlu olan biz sağlık çalışanlarının ve öğrencilerin sağlığını bozmakta, meslek hastalıklarına, iş kazasına maruz kalmamıza, bunların sonucunda biz çalışanların sakatlanmasına hatta yaşamımızın kaybolmasına neden olmaktadır.

Mikro ölçekte değerlendirme yapılırsa son üç yılda radyoloji çalışanlarının özlük hak kayıpları konuyu özetlemeye yetmektedir. Radyoloji çalışanlarının isimleri değiştirildi, çalışma süreleri uzatıldı, fiili hizmet zammında hak edilen süre kısaltıldı, emeklilik süresi uzatıldı, zorunlu çıkılması gereken sağlık/sua ve yıllık izinlerinde ek ödemeleri kesildi. Hastanelerin tüm risk faktörlerinin yanı sıra bir de iyonizan radyasyona maruz kalmalarına rağmen ek ödeme ücretlendirilmesin de riskli birim sayılmadı. Zorunlu yapılması gereken sağlık taramaları ücretlendirildi.

Emek ve demokratik toplum örgütlerinin görüşleri alınmadan yapılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan Kanun Hükmünde Kararnameler ile devam



eden Hastane Birlikleri Yasa Tasarısıyla sürececek olan sağlık politikaları, sağlık çalışanlarını ve hizmet alanları mutlu etmeyen sistemler olduklarından, faydalananlar içinde etkin olamazlar. Çalışanlar içinse mutluluk; herkes gibi sağlıklı olabilmek ve emeklerinin karşılığını alabilmektir.

Resme büyük bakışta ise karşımıza sağlık alanında suiistimale açık ve karlı bir alan, malzeme ve ekipman pahalı ve dışa bağımlılık mevcut, hastanın görüntü kalitesinden ödün verme ve az kişi ile çok iş yaparak, emeği sömürmek sağlık sisteminden karı artırmanın yolu. Oysa sağlık herkesin ulaşabileceği kaliteli, nitelikli, parasız ve eşit verilmelidir.

Emeğin örgütlenmesi sadece belirli iş kolunda çalışanların yönetim karşısındaki haklarını ve meslek saygınlıklarını değil, onurlu ve insanca yaşamı korumaya yönelik olmalıdır. Sağlık emek örgütleri olarak bizler "Sağlık Sektöründe Ücret-Emek-Sermaye ve Kar" teması işlenecek kongremizde yaşanan sorunlarımızı bilimsel verilerle görünür olmasına, bu sorunları temel belirleyicileriyle ele alınmasına ve çözüm önerileri geliştirilmesine, tartışma ve paylaşma olanağı sağlayacağını umuyoruz.

Kongremizi anlamlı ve güzel kılan farklı kollardaki sağlık emek örgütlerinin bir arada çalışmasıyla planlanmış olmasıdır. Bu çalışmaya destek veren tüm sağlık meslek örgütlerine, katılım sağlayan ve emeği geçen herkese teşekkürler.

Emeğini esirgemeyen ve teşekkür peşin olarak hak eden Kongre Düzenleme Kurulu arkadaşlarıma, TTB çalışanlarından Hülya Yüksel ve Sinan Solmaz'a çok teşekkür ederim. Emeklerine, yüreklerine sağlık.

Güzel bir Kongre diliyorum.

Dostluk ve sağlıkla kalın.

**Nezaket Özgür**

*Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği ve  
Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongre Başkanı*

## SUNUŞ

Değerli Sağlık Emekçileri,

Değerli Sağlıkçı Öğrenciler,

Değerli Sağlık Emekçisi Dostları,

Kapitalizmin küreselleşmesiyle beraber, kapitalist ve kapitalistleşen ülkelerin 1970 sonrası sağlık dahil pek çok alanı piyasalaşmış, ticarileşmiş, kısacası metalaşmıştır. Beraberinde sağlık emek-gücü de sayısal esneklik, fonksiyonel esneklik ücret esnekliği, üretim sürecinde esneklik, işyerinin esnekleştirilmesi ya da uzaklaştırma stratejileri gibi esnek üretim biçimleriyle karşı karşıya kalmıştır. Bunun sonucunda, piyasalardaki talep değişikliğine ve yeni teknolojik uygulamalara göre emek-gücünün sayısının belirlenmesi, uluslararası emek-gücü göçü, her ne kadar sağlık hizmeti üretimi kadın emeğine dayalı bir sektör olarak adlandırılrsa da son yıllarda erkek emeğinin yoğun olduğu mesleklere kadınların, kadınların yoğun olduğu mesleklere ise erkeklerin dahil olması ve bunun giderek artması söz konusu olmuştur. Bunların yanında, kamusal istihdam politikalarının kısıtlanmasına ve plansız sağlık emek-gücü yetiştirilmesine bağlı olarak özel sektörde çalışmanın artması, sağlık emek-gücünün daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerinin verildiği hastanelerde istihdam edilmesi, yoğun teknoloji kullanımı, belirli süreli sözleşme çalışma, kısmi süreli sözleşmeli çalışma, yarı zamanlı çalışma, geçici çalışma, çağrıya dayalı çalışma, zorunlu çalışma sürelerinin uzatılması ve çalışma saatlerinin düzensizleştirilmesi, yoğun çalışma, aşırı çalışma, tele çalışma, uzmanlaşma ve üst uzmanlaşmanın artması, vardiyalı/gönüllü çalışma, icapçılık, sağlık emek-gücünün iş tanımlarının esnekleştirilmesi, taşeron çalışma, performans dayalı ücretlendirme ve toplam kalite yönetimi, insan kaynaklı yönetimi gibi 'yeni' hizmet yönetim biçimleri ortaya çıkmıştır. Özde tüm bunlar sağlık emekçilerinin mutlak ve göreceli emek sömürülerini yeniden yeniden artırırken, ideolojik olarak bunlar sağlık emekçilerine olumlu, gerekli ve zorunlu durum ya da sonuçlar olarak yansıtılmıştır. Oysa, bunlar, sağlık emekçilerinin önlenebilir ve korunabilir olan, işe bağlı risklerini, meslek hastalıklarını, iş kazalarını, sakatlık, iş görmezlik durumlarını ve hatta ölümlerine yol açmıştır. Kısacası topluma sağlık hizmeti sunan sağlık emekçilerinin kendi sağlığı sağlıksızlaştırmıştır. Örneğin, 2006 yılında Çorum Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde sözleşmeli hemşire olarak çalışan 30 yaşında NY (30 yaşında), 2008 yılında Bolu Köroğlu Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşire AÖ (26 yaşında) ve 2009 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hemşirelik yapan ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Bölümü öğrencisi olan 18 yaşındaki KY (18 yaşında) işe bağlı nedenle Kırım Kongo Kanamalı

*Ateşi (KKKA)'ne maruz kalmış ve yaşamlarını kaybetmişlerdir. Daha bu şekilde yaşamını kaybeden çok sayıda sağlık emekçisi arkadaşımız vardır.*

Ne yazık ki, bu sorunlara sıkça maruz kalınması, bunların tekil, birbirinden bağımsız olaylar olarak görülüp, bir bütün olarak ele alınmaması, nedenlerinin çalışanların bilgisizliği ve eğitimsizliğine bağlanması, sorunun boyutu ve “gerçek nedenlerinin” görünür olmasını engellemekte ve bu sorunları “olağan”laştırmaktadır.

Tüm bunlar olurken, ülkemizde sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili emek örgütlerinin “Sağlık Çalışanlarının Sağlığı için önemli çalışmaları olmuştur. Bunlardan bazıları şunlardır;

1. Sağlık çalışanlarının sağlığına yönelik ilk girişim, 1988 yılında Türk Tabipleri Birliği (TTB) İşçi Sağlığı Komisyonu'nun sağlık çalışanlarının sağlığı bildirim formunu geliştirmesiyle başlamıştır. Bu form çok sayıda sağlık çalışanına ulaştırılarak, onların maruz kaldıkları meslek hastalıkları, iş kazaları ve bazı riskli durumları saptamak amacıyla kullanılmıştır. TTB Haber Bülteni'nde de 1989 yılında bu çalışma hakkında bilgi verilmiştir.
2. 1990 yılında, Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu “Türkiye İçin İşçi Sağlığı Tez Raporu” hazırlamıştır. Raporla, çalışanların üretim sürecinde inisiyatifli olmadığı ve yönetime katılmadığı sürece, gerçek koruyucu sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilemeyeceği vurgulanmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin üretim birimi temelinde örgütlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Böyle bir hizmetin ancak yeni bir emekçi ve yeni bir sağlıkçı tipi ile yaşama geçirileceğinin, sağlıkçı tipinin ise kadercı olmayan, bilimsel, demokratik ve toplumsal davranış alışkanlıklarını geliştirmiş, katılımcı, sorumluluk alan, özgüveni gelişmiş bir emekçi olduğunun altı çizilmiştir.
3. Bu ilkelere bağlı olarak, 1992 yılında ATO Halk Sağlığı Komisyonu ve Genel Sağlık-İş Sendikası “Sağlık çalışanlarının İş Risklerine Karşı Bilinçlendirilmesi ve Örgütlenmesi Projesi” geliştirmiş ve 200'ü aşkın sağlık emekçisi bu kursa katılmış ve sertifika almıştır.
4. 1995-1997 yılları arasında Türkiye'deki sağlık meslek örgütleri, Petrol-İş Sendikası, Genel-İş Sendikası ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) desteği ile kurulan “Ankara Sağlık Platformu” hastanelerde sağlık çalışanlarına yönelik eğitim programları yürütmüştür.
5. Ankara Tabip Odası ev sahipliğinde 26-28 Kasım 1999 tarihinde 11 katılımcı örgüt ile (Genel-İş, Petrol İş, SES, Türk Dış Hekimleri Birliği, Türk Diyetisyenler Derneği, Türk Eczacıları Birliği, Türkiye Fizyoterapistler Derneği, Türk Tabipleri Birliği, Türk Veteriner Hekimleri Birliği, Veteriner Hekimleri Derneği ve Veteriner Sağlık Teknisyenler Derneği) Ankara'da Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi gerçekleştirilmiştir.
6. Bu Kongre'deki bazı bildirimlerin tam metinleri, Kongre Kapanış Bildirgesi ve Kongre çalışma grubu üyeleri tarafından hazırlanan “Sağlık Çalışan-

- larının Sağlığı İçin İşyeri Örgütlenme Modeli” Toplum Hekim’in 1999, 16(6) sayısında yayımlanmıştır.
7. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi’nin Kapanış Oturumu’nda bir çalışma grubunun oluşturulması ve bu kongrenin iki yılda bir düzenlenmesi kararları alınmıştır. Bunun üzerine, Aralık 1999 tarihinde farklı sağlık çalışanlarının örgütsel ve bireysel katılımı ile oluşan Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu kurulmuştur. Bu çalışma grubunun amacı; sağlık emekçilerini emeğinin karşısında duran durum ve olgulardan haberdar etmek, örgütlülük bilincini harekete geçirmek ve nihai olarak sınıf mücadelesine katkıda bulunmaktır. Çalışmaları yaklaşık üç yıl süren Grubun başlıca çalışmaları; a) Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongrelerini yaşama geçirilmesi b) İki ayda bir Sağlığının Sağlığı Bülteni”nin yayımlanması c) SES Genel Merkezi SÇS Komisyonu’ un yürütmüş olduğu “Sağlık Çalışanlarının Sağlığı/Güvenliği İçin İşyeri Sağlık Birimi” projesine katkıda bulunulması d) Hukuksal mücadelenin de önünü açacak olan; sağlık emekçilerinin maruz kaldığı meslek hastalıkları, iş kazaları vb konularını gündeminde tutarak, bunları hukukçular ile dava konusu haline dönüştürülmesidir.
  8. 2000 yılında yayın hayatına başlayan Sağlığının Sağlığı Bülteni” 2001 yılı sonuna kadar toplam 9 sayı ve iki özel sayısı ile toplam 11 sayı yayımlanmıştır.
  9. Musa Özdemir tarafından “Hükümetin Öngördüğü Personel Rejimi” başlıklı hukuk broşürü hazırlanmıştır.
  10. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu “Sağlık Çalışanlarının Sağlığı için İşyeri Örgütlenme Birimi” konusunda teorik alt yapının oluşturulması için hazırlıklarına devam etmiştir.
  11. 16-18 Kasım 2001 tarihinde Ankara’da Sağlığa; Emek-Sermaye, Ücret-Kar” temasıyla 12 sağlık meslek örgütü (Ankara Veteriner Hekimler Odası, Biyologlar Derneği, HÜ Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Uzmanları Derneği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Hemşireler Derneği, Türk Medikal Radyoloji Teknisyenleri Derneği, Türk Psikologlar Derneği İstanbul Şubesi, Türk Tabipleri Birliği, Türkiye Diyetisyenler Derneği, Türkiye Fizyoterapistler Derneği) ve üç sendika katılımıyla (Genel-İş, Petrol-İş Sendikası, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası) Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi düzenlemiştir.
  12. 26-27 Mayıs 2001 tarihinde TTB tarafından Sosyalleştirme Genel Kurulu’nda Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Komisyonu tarafından “Sağlık Çalışanlarının Sağlığı için İşyeri Örgütlenme Birimi” ile ilgili bir sunum yapılmıştır.
  13. Bu çalışmaların da katkısıyla, 14-15 Ekim 2000 tarihinde SES 3. Olağan Genel Kurulu’nda, kamu sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanlarına

- yönelik karar önergesi kabul edilmiştir. Bu önerge: a) sağlık çalışanlarının maruz kaldığı meslek hastalıklarının, iş kazalarının ve riskli uygulamalarının ülke koşulları içinde tanımlanması ve saptanması b) tanımlanan meslek hastalıkları ve iş kazaları için bildirim sisteminin oluşturulması c) bildirim sisteminden elde edilen verilerden merkezi bir veri tabanının oluşturulması d) başta hastaneler olmak üzere, tüm sağlık kuruluşlarında sağlık çalışanları için birinci basamak sağlık hizmetleri alabilmesi, sendikal ve mesleki örgütlenmenin sağlanması için işyeri örgütlenme birimlerinin kurulması e) SES Genel Merkezi ve şubelerinde Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Komisyonları'nın kurulmasıdır.
14. Şubat 2001 tarihinden itibaren, SES Genel Merkezi'nde sağlık meslek örgütü temsilcilerinden oluşan Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Komisyonu faaliyetlerine başlamıştır. Bu komisyon tarafından hastanelerde kurulması hedeflenen işyeri sağlık biriminin hizmet alanları ve ilkeleri belirlenmiştir. Hizmetin ilkeleri: a) sağlık çalışanlarının sağlığını geliştiren, koruyan, hastalıklarını önleyen ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini yerine getiren birinci basamak sağlık hizmeti b) sağlık hizmetin planlanmasından uygulanmasına kadar olan üretim sürecinde, çalışanlara mesleki risk faktörleri konusunda her türlü bilgiye ulaşma, araştırma yapma ve sonuçlarını açıklama hakkına sahip olan c) katılımlı d) ulusal sağlık sistemi örgütlenmesi içinde e) genel bütçeden finanse edilen f) sağlık hizmetleri üretimini durdurma konusunda inisiyatifli g) sağlık hizmeti üretimi alanlarında istihdam edilen tüm emek gücünü kapsamıştır.
  15. SES Genel Merkezi'nde sağlık meslek örgütü temsilcilerinden oluşan Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Komisyonu üyelerinden Özlem Özkan tarafından 2003 yılında "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ile ilgili Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Bibliyografyası (1985-2001)" kitabı yayımlanmıştır.
  16. SES Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Komisyonu meslek hastalığı ve iş kazası bildirim formu hazırlanmıştır. Ayrıca, hastane işyeri biriminin ön uygulaması Ankara Numune Hastanesi'nde yürütülmüştür. İki ay süren ön uygulamada konu ile ilgili çalışanlara yönelik eğitim gerçekleştirilmiştir. Hastanenin yönetiminin değişimi nedeniyle, sağlık çalışanlarının meslek hastalığı ve iş kazası bildirim formu ve işyeri birimi uygulamaları yapılamamıştır.
  17. Bu çalışmaların da katkısıyla bazı üniversitelerin hastanelerinde sağlık çalışanlarının sağlığı birimleri kurulmaya başlamıştır.
  18. 2009 yılında TTB Merkez Konseyi'nin çalışma ortamında hekime ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik giderek artan şiddetin tüm boyutları ile tanınması ve önlenmesi amacıyla izlenecek yol ve yöntemleri belirlemek üzere sağlık meslek örgütlerinin katılımıyla bir Çalıştay düzenlenmiştir. Bu Çalıştay sonunda "Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu" kurulmuş-

- tur. Sağlık meslek örgütlerinden önemli bir bölümü “Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu” nu kurmuş ve meslek üyesinin şiddete maruz kaldığı durumları web aracılığıyla kayıt altına alarak mücadele etmektedir.
19. SES Genel Merkezi’nde Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Komisyonu 2009 yılının ikinci yarısından itibaren aktif olarak tekrar çalışmaya başlamıştır. Sağlık çalışanlarında meslek hastalıkları ve iş kazaları konusunda farkındalıklarını arttırmak için “İş Kazalarını ve Nedenlerini Birlikte Belirleyelim!” başlıklı el ilanı hazırlanmıştır. Daha sonra, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş kazalarının tanımlanması, nedenlerinin ve sonuçlarının belirlenmesi için daha önce geliştirilen “İş Kazası Bildirim Formu” güncelleştirilerek, ülke düzeyinde üç aylık izleme dayalı bir çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmanın verileri analiz aşamasındadır.
  20. Beş sağlık meslek örgütü (DEV SAĞLIK-İŞ, SES, THD, TMRT-DER, TTB) yürütmesiyle, 27 Kasım 2010 tarihinde İstanbul’da “Sağlık Hizmeti Üretim Alanlarında İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği” Çalıştayı düzenlenmiştir.
  21. Bu Çalıştay sonunda çıkan en önemli kararlardan birisi Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi’nin üçüncüsünün yapılması olmuştur. Tüm bu çalışmaların katkılarıyla beraber, 2010 yılında şu anda gerçekleştirdiğimiz Kongre’nin hazırlıklarına başlanmıştır.

**Özlem Özkan**

*Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongre Sekreteri*

**Özlem Kurt-Azap**

*Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongre Sekreteri*



## PANEL-1

# SAĞLIK HİZMETLERİNDE EMEK, SERMAYE, ÜCRET VE KAR

*Yürütücü: Bayazıt İlhan. Dr., Ankara Tabip Odası Başkanı. Ankara.*



# KAPİTALİZMİN DÜNÜ, BUGÜNÜ

*Korkut Boratav. Prof. Dr., Emekli Öğretim Üyesi. Ankara.*

## **Kapitalizmin Vahşi Geçmişi**

Kapitalist bir sistemde, doğrudan üreticiler (emekçiler) üretim araçları üzerindeki mülkiyetlerini yitirmiş durumdadırlar. Varlıklarını sürdürebilmek için işgüçleri bir meta haline dönüşmüştür ve bu “meta”yı, üretim araçlarının üzerinde mülkiyet tekeli oluşturmuş olan bir sınıfa (kapitalistlere, burjuvaziye) satıp satmamakta “özgür”dürler.

Burjuvazi, işgücü piyasalarının serbest (başı boş) olmasını ister. İşgücü piyasaları serbest, başı boş olduğunda; yani emekçi tek başına, korumasız olarak o piyasaya girdiği zaman kapitalizmin ideal, saf hali gerçekleşmiş olur.

Kapitalist sistem, sistematik, sürekli ve kalıcı olarak eşitsizlik yaratır. En başta üretim araçları mülkiyeti üzerinde sınıfsal tekeli olan burjuvazi ile işgücünden başka satacak hiçbir şeyi olmayan işçiyi karşı karşıya getiren işgücü piyasası için bu geçerlidir. İşçi, yarattığı değerin bir bölümüne sahip çıkamaz; bu bölüm artı değer olarak kapitaliste intikal eder. Temel bölüşüm ilişkilerinde bu eşitsizlik olunca, diğer piyasaların tümü de eşitsizlik üzerine dayanmış olur. Zira, o piyasalara her vatandaş tek bir oyla değil, cebindeki para kadar girer. Bu nedenle, mal piyasaları da temel bölüşüm ilişkisinden kaynaklanan eşitsizliği kaynak tahsisine taşır; talep ve üretimin yapısı böylece belirlenir. Bu olgular sonunda tüm piyasalar eşitsizlik üretir, eşitsizliğe dayanır ve o yüzden anti demokratiktir. Serbest piyasacı, demokrat, liberal çevrelerin piyasa övgülerinin arkasında temel bir anti demokratik sapma vardır.

Hem işgücü, hem de mal piyasalarında sistematik eşitsizlik üreten “serbest”, müdahalesiz koşulların olduğu ortam *vahşi kapitalizm* olur. Vahşi kapitalizmin siyaseti de sadece kapitalistler ve servet sahibi sınıflar için demokratiktir. Emekçi sınıflar ve kadınlar, uzun bir dönem boyunca oy verme, siyasete katılma haklarından yoksun tutulmuşlardır.

## **Kapitalizmin Yakın Geçmişi: Refah Devleti**

Fransız devriminden bu yana başta işçi sınıfı olmak üzere halk sınıfları vahşi kapitalizmi değiştirmenin, “uygarlaştırmanın”, aşmanın mücadelesini verdiler. Bu mücadelelerin içinde ve sonunda emekçi sınıflar eşitsizliği yaratan piyasa mekanizmasını kısmen düzelterek yöntemi siyasette buldular. Siyaset, eşitsizliği iki türlü hafifletir: Eğer emekçiler siyasi iktidarın oluşumuna katılma hakkını elde edememişlerse, sokaklarda meydan okumaya başlarlar; sistemi değiştirmeyi hedefleyen devrimci dalgaları oluştururlar. Er veya geç burjuvazi, emniyet siboplarını genişletmek, halk sınıflarına siyaset yapma hakkını tanımak zorunda kalır. O zaman da emekçiler, seçmen olarak ağırlıklarını koyarlar ve böylece devleti

etkilemeye başladılar. Seçmen olarak her vatandaşa eşit oy hakkı veren siyaset, piyasa mekanizmasıyla karşılaştırıldığında daha demokratiktir.

Siyasetin ekonomiye müdahalesi, devletin aktif bir aktör olarak adalet arayışını topluma taşıması anlamına gelir. Burjuvazinin devlet aygıtı üzerindeki çıplak egemenliği ne kadar hafiflerse, piyasanın sistematik adaletsizliği ve anti demokratik niteliği aynı ölçüde telafi edilmiş olur. 19 yüzyılın sonlarına doğru kapitalizm bu doğrultuda evrilmeye başladı. Sistem kapitalist niteliğini korurken, burjuvazi devlet üzerindeki kontrolünün bir kısmını emekçi sınıflarla paylaşmak zorunda kaldı. Her ülkede farklı bir çizgi izleyerek, *refah devleti* veya *sosyal devlet* düzenlemeleri böyle oluştu.

### **Kapitalizmin Bugünü: Sermayenin Karşı Saldırısı ve Neoliberalizm**

Yirminci yüzyılın son çeyreğine girildiğinde, metropol ülkelerinin egemen sınıfları farkettikleri ki, sosyal adalet sağlayan ekonomi politikaları üretim biçiminin vazgeçilmez öğeleri haline gelirse kapitalist sistemin ana parametreleri ciddi ve tehlikeli aşınmalara uğrayacaktır: Bu algılama sermayenin karşı hücum zorunluluğunu gündeme getirdi. Bu zorunluluk 1979-1980'de Britanya ve ABD'de Margaret Thatcher ve Ronald Reagan'ın iktidara gelmeleriyle adım adım hayata geçirildi. Sermayenin sınırsız tahakkümünü hedefleyen karşı saldırı, önce metropollerde, sonra ise uluslararası ekonomik ilişkilerde ve çevre toplumlarının içinde adım adım hayata geçirildi. Bu dönüşüm *neoliberalizm* diye adlandırıldı.

Üçüncü dünyada bu hikaye askeri dikta rejimleri tarafından Latin Amerika'da Şili, Brezilya, Arjantin'de başladı. Türkiye bu işin öncülüğünü Latin Amerika'dan sonra hayata geçiren ilk ülke oldu. 1961 Anayasası'nın sağladığı siyaset ortamında geliştirilen sosyal devlet kurumlarının adım adım tasfiyesini hedefleyen ilk önemli neoliberal dönüşümler 24 Ocak 1980'de başlatıldı; 12 Eylül rejimi tarafından anayasal, yasal güvencelerle ve sol muhalefetin bastırılmasının verdiği ortamdaki yararlanılarak önemli boyutlarda hayata geçirildi ve sonraki iktidarlar tarafından otuz yıl boyunca sürdürüldü; geliştirildi.

Bu dönüşümün ana öğeleri, üretim araçları ve altyapı üzerinde kamu mülkiyetinin ortadan kaldırılması; devlet müdahalelerinin tasfiyesi; tüm alanlarda kent ve kır emekçileri lehine oluşturulmuş bölüşüm ilişkilerinin ve sosyal devlet düzenlemelerinin adım adım özelleştirilerek, ticarileştirilerek ve piyasaya devredilerek tasfiye edilmesidir.

Piyasa, kapitalist bir sistemde vazgeçilemeyecek bir aygıttır; ama adaletsiz, çarpık sonuçlarının siyaset yoluyla devlet yoluyla düzeltilmesi gereken bir aygıt. Tek başına bırakılırsa sistemi gaddar ve bizi vahşi kapitalizme geri döndürmenin aracı olur. Halk sınıflarını çaresizliğe mahkum ederek siyaset dışına sürüklemenin de ana mekanizmasıdır. Piyasaya tam teslimiyet, bu nedenlerle sermayenin toplumlarımız üzerindeki sınırsız tahakkümünü sağlayacak en etkili yöntemdir.

## EMEKÇİLER VE SAĞLIK EMEKÇİLERİ

*Tülin Öngen. Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü. Ankara.*

Sınıfsal konumları en tartışmalı meslek gruplarının başında hiç kuşkusuz hizmet sektörü ile kamuda çalışan emekçiler gelmektedir. Özellikle eğitim, sağlık ve sosyal çalışma gibi kamusal hizmet alanlarında iş gören emekçilerin hangi sınıfa dahil oldukları, literatürde olduğu kadar çalışanların kendi aralarında da görüş ayrılıklarına yol açan bir konudur. Bunun başlıca nedeni, sınıfların tanımlanması konusunda birden fazla yaklaşımın bulunmasıdır.

Örneğin hakim paradigma olan Weberci kuram, sınıfları üretim süreci içindeki nesnel yerlerinden çok pazardaki geçim kaynakları/yaşam koşullarına göre birbirinden ayırt ettiğinden, doğrudan kol gücüne dayanan emek etkinliğinden (maddi mal üretiminden) ziyade zihinsel etkinliğe dayanan (hizmet sunumunda bulunan) bir işte çalışanları, işçi sınıfından (mavi yakalı) ayırmakta, orta sınıflar ('beyaz yakalı') kapsamında değerlendirmektedir. Buna karşılık sınıfları sömürü ilişkileri bağlamında tanımlayan Marksist yaklaşım, doğrudan üreticilerin kendi içinde böylesine keyfi bir biçimde bölünmesine karşı çıkmakta; ister maddi bir mal üretmek isterse hizmet sunmak biçiminde olsun artık değerün üretimine doğrudan ya da dolaylı olarak katkıda bulunan tüm çalışanları nesnel olarak işçi sınıfı üyesi (kolektif işçi) saymaktadır.

Benzer durum kamu çalışanları açısından da geçerlidir. Nitekim bazı yeni Marksistler de dahil olmak üzere Weberci düşünürlerin tamamı, sermaye yerine devlet adına iş gördükleri (dolayısıyla gelirlerini sermaye yerine devlet gelirlerinden elde ettikleri) ve çoğunlukla kullanım değeri yaratan bir emek etkinliği ortaya koydukları, ayrıca asıl işlevleri toplumsal yeniden üretimi gerçekleştirmek olup, gerek emek gerekse ürün sunumu açısından doğrudan pazar koşullarına tabi olmayan işlerde çalıştıkları için kamu çalışanlarını, ya ayrı bir sınıf ya da orta sınıf dilimi olarak görmekteyirler. Oysa Marksist yaklaşım, bazı istisnalar dışında kamu çalışanlarının da büyük bir bölümünü işçi sınıfı dahilinde değerlendirmekten yanadır.

Bildiride önce ana hatlarıyla yukarıda değinilen yaklaşım farklılıkları ile bunun pratikteki sonuçları üzerinde durulacaktır. Ardından özgül bir meslek kategorisi olan hekimler ile diğer sağlık çalışanlarının sınıfsal profilleri belirlenmeye çalışılacaktır. En son olarak da sağlık işinin çelişik doğasından kaynaklanan kimi özellikler ile bunun çalışanların bilinç ve tutumları üzerindeki etkileri değerlendirilecektir.

# ARTI-DEĞER TEORİLERİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ YERİ

*İlker Belek. Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Antalya.*

## **Kapitalizm, Sömürü ve Artı-Değer**

Kapitalist üretim ilişkilerinde toplumsal zenginliği yaratan emek-gücüdür. Emek-gücü, bunu, kapitalistlerin mülkiyetindeki işliklerde, hammaddeleri üretim araçlarında işleyerek gerçekleştirir.

Kapitalistlerin servetinin yaratıcısı da emek-gücüdür. Kapitalistler, üretim araçlarının mülkiyetine sahip olmanın kendilerine kazandırdığı “hak”la emek-gücü tarafından üretilmiş ürünün bir kısmına karşılıksız olarak el koyarak servet biriktirirler.

Artı-değer, emek-gücünün ürettiği emeğin kapitalistlerce el konulmuş kısmıdır. Artı-değer ve onun birikmiş hali olan servet bu nedenle hırsızlıktır.

Marx’ın artı-değer ve sömürü tanımları çok kısaca ve kabaca yukarıdaki gibi özetlenebilir. Kapitalist üretimin her sektöründe, her aşamasında bu ilişki geçerlidir.

Marx’tan önce zenginliğin kaynağı olarak toprak ve ticaret görülüyordu. Şüphesiz bu ilişkilendirme üretim tarzlarının tarihsel gelişim süreciyle doğrudan ilişkiydi. Feodalite döneminde, yani temel üretim biçiminin tarım olduğu dönemde, iktisatçıların zenginliğin kaynağı olarak toprağı görmeleri doğaldı. Benzer şekilde, kapitalizmin ticari aşamasında da ürünlerin karşılıklı değişimine dayanan ticari faaliyet zenginliğin kaynağı olarak değerlendiriliyordu.

Marx ise toplumsal zenginliğin, kapitalistlerin servetinin, üretim ortamındaki sömürünün ve işçi sınıfının ezilmişliğinin kaynağında doğrudan meta üretimi sürecindeki ilişkileri saptamıştır.

Bu entelektüel sıçrama doğrudan çok özel ve önemli siyasal bağlantılara sahiptir: Bunlar toplumun uzlaşmaz sınıfsal yapıda olduğu, sınıf çatışmasının toplumsal değişimin dinamiğini oluşturduğu saptamaları ve bunlardan hareketle de sınıf çatışmasının sosyalizme bağlanacağı öngörüsüdür.

## **Sağlık Hizmetlerinin Kapitalist Üretim İlişkilerindeki Yeri**

Emek-gücünün kapitalistler açısından, kapitalistlerin çıkarına olan işlevini yerine getirebilmesi için sağlıklı olması gerekir.

Aslında bu zorunluluk kapitalizmi önceleyen üretim tarzları açısından da geçerlidir. Üretim, en azından o üretimi gerçekleştirecek kadar sağlıklı ve eğitilmiş emek-gücüne gereksinim duyar.

Kapitalizmi, kendisinden önceki üretim tarzlarından ayıran şey, üretim araçlarının gelişmişliğiyle bağlantılı biçimde, sağlıklı emek-gücüne olan gereksinimin önceki üretim tarzlarına göre hem niteliksel hem de niceliksel olarak artmış olmasıdır.

Özellikle, bant tipi üretim aşamasından itibaren, tek bir işçinin herhangi bir sorununu nedeniyle bant üzerindeki yerini alamaması, bütün bandın durmasına neden olmaya başlamıştır.

İşte o aşamada, kapitalist iş ilişkileri içine iş yönetimi ve iş sağlığı gibi tartışmaların girmeye başladığını görürüz.

Kapitalist üretim ilişkilerinde, sağlık hizmetinin işlevi, üretim bandının (bant tipi üretimde), üretim hücresinin (esnek üretimde) durmasını engelleyecek şekilde sağlıklı emek-gücünün üretilmesini gerçekleştirmektir.

Üretimi gerçekleştiren emek-gücünün niteliği ne kadar yüksekse (ki bu onun gerçekleştirdiği işin niteliğiyle ilişkilidir) sağlıklı emek-gücüne olan gereksinim de o derecede yüksektir ve bu bağlamda da sağlık hizmetinin önemi artar. Bunun ötesinde işçilere sağlık hizmeti sunmak kapitalistler açısından yalnızca bir maliyettir ve sağlık hakkının genişletilmesi işçi sınıfının vereceği mücadeleye bağlıdır.

Demek ki, işçiye sunulacak sağlık hizmetinin niteliğini belirleyen iki temel faktör, emek-gücünün yaptığı işle belirlenmiş niteliği ile işçi sınıfının ortaya koyduğu sınıf mücadelesi düzeyidir. Bunun dışında yedek işçi sınıfının boyutları, yani birey olarak işçinin kendi yedekleriyle ikame edilebilirliği de işçinin değerini ve bu bağlamda da kendisine sunulma zorunluluğu bulunan sağlık hizmetinin nicelik ve niteliğini belirler.

### **Emek-Gücünün Meta Karakteri ve Bir Meta Olarak Emek-Gücünün Değerine Katılan Sağlık Hizmeti**

Kapitalizmde her şey değişim için üretilir ve değişim için üretilen ürünlere Marx meta der.

Bu anlamda emek-gücü de bir metadır.

Bir meta olarak emek-gücünün değeri, kendisinin ve bakmakla yükümlü olduğu ailesinin yeniden üretimi için gerekli emek zamanıyla ölçülür.

Emek-gücünün yeniden üretimi için gereksinimlerinin asgari düzeyde de olsa karşılanması gerekir. Kapitalistlerin asgari ücret olarak tanımladıkları ücretin objektif dayanağı da budur.

Emek-gücünün işinin başında her gün işini gerçekleştirebilecek fiziksel, ruhsal ve sosyal bütünlük halinde bulundurulabilmesi için eğitim, sağlık, beslenme, barın-

ma, eğlenme, üreme ve ulaşım ile ilgili gereksinimlerini karşılayacak bir gelirle ücretlendirilmesi gerekir.

Bunun da ötesinde, eğer kimi gereksinimler, bireysel olarak tatmin edilme inisiyatifine bırakılmayacak kadar önemliyse, o zaman kamusal güvence altına alınmaları zorunluluğu doğar.

Örneğin, barınma gereksiniminin karşılanması işçinin kendi inisiyatifine bırakılabilir. Ancak eğitim ve sağlık böyle değildir. Her ikisi de bu nedenle kamusal mekanizmalarla bir yandan güvenceye alınır, bir yandan da zorlayıcı kurallara bağlanır. Örneğin, ilköğretim zorunlu tutulur ve kimi aşların yaptırılmamasının ceza yasalarında karşılığı vardır.

### **Sağlık Hizmetinin Değeri Sağlıklı Emek-Gücünün Değeri Kadardır**

Sağlık hizmetinin değeri ürettiği sağlıklı emek-gücü kadardır. Üretilen sağlıklı emek-gücü ise üretim hattından sağlık sorunu nedeniyle kopan emek-gücünün neden olduğu üretim kaybıyla ölçülebilir.

Bu anlamda sağlık hizmetinin kendisi doğrudan bir değer üretmez. Sağlık hizmetinin değeri hizmetle üretim hattına gönderilen emek-gücünün değerine tabidir. Kapitalist, tedavi edilerek üretim hattına gönderilen emek-gücünün ürettiği değerden kendisine artı-değer ayıracağına göre, kapitalist üretim sürecinin diğer sektörlerindeki sömürü ilişkileri doğrudan sağlık hizmetinin değerini ve sağlık sektöründeki sömürü derecesini belirleyecek demektir.

Bu anlamda sağlık sektörü, kapitalist ekonomide diğer doğrudan değer üreten sektörlerin arasına sıkışmış bir karaktere sahiptir.

### **Sağlık Sektöründe Emek Sömürüsü Giderek Artacaktır**

Yukarıda tanımlanan “arada kalmışlık” sağlık sektöründe emek sömürüsünü diğer sektörlerle göre yoğunlaştıran bir ortam yaratmaktadır. Bu ortamın iki düzlemde ele alınması uygun olur:

Birincisi: Yeniden ve artan oranda vahşileşen kapitalist üretim ilişkileri zemininde, emek maliyetlerinin düşürülmesi amacıyla bağlantılı olarak sağlıklı emek-gücünün yeniden üretilmesinin de maliyetinin düşürülmesi hedeflenmektedir. Bu özellikle kamu sağlık hizmet ve harcamaları üzerinde bir baskı oluşturmaktadır.

İkincisi: Kamu sağlık sektörünün baskılanması, kaçınılmaz biçimde özel sağlık sektörünün gelişmesine neden olmakta ve özel sağlık sektörü kamu tarafından değişik mekanizmalarla özel olarak da desteklenmektedir. Ancak özel sağlık kurumlarına yatırım yapan sermaye gruplarının para kazanma amaçları, emek maliyetlerinin düşürülmesi genel hedefinin şekillendirdiği iktisadi ortamda, özel sağlık kurumlarındaki sömürü derecesini artıracak yönetim tekniklerini ayrıca harekete geçirmektedir.

Bunun dışında Türkiye açısından çok önemli bir gelişme de sağlık emekçilerinin çalışma koşullarının kötüleşmesiyle ilişkilidir. O da halkın sağlık hizmeti kullanma

sıklığındaki yüksek ivmeli artışa bağlıdır. Bu gelişme iş yükünü ve iş yoğunluğu artırmakta, çalışma sürelerini uzatmakta ve reel saatlik ücretin düşmesine neden olmaktadır.

Bugün eğitim hastanelerindeki asistanların saatlik ücreti asgari ücretin altındadır.

## PANEL-2

# TÜRKİYE'DE KAMU HASTANE BİRLİKLERİ VE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI

*Yürütücü: Bedriye Yorgun. SES Merkez Yürütme Kurulu Üyesi. Ankara.*



# KAMU HASTANE BİRLİĞİ, KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI NEDİR? NEDEN, KİM(LER) İÇİN TERCİH EDİLİYOR?

*Kayıhan Pala. Prof. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Bursa.*

## Kamu Hastane Birlikleri

Sigorta ile finansmanın sağlandığı sağlık sistemi modelleri, sağlık örgütlenmelerini gereksinimlerine uygun olarak yapabilmek uğraşı içerisinde. Sosyal sigortanın başat olduğu sistemlerde kurulmaya çalışılan kamu hastane birlikleri bu arayışın ürünüdür ve temel olarak “maliyet sınırlama” politikaları ile gündeme getirilmektedir. Adında “kamu” geçmesine karşın, bir süre sonra kurulan birlik özel bir sağlık girişimi modeline döner ve sunu/istem dengesi ile bir “piyasa” oluşması halinde yaşar; aksi halde arsası ve/veya binası ile birlikte kar maksimizasyonunun bir aracı olarak tarihin tozlu yaprakları arasında kaybolup gider.

Kamu hastane birlikleri, devletin tedavi edici hizmetlerden çekilmesinin yollarından biri olarak karşımızdadır. Bu haliyle küresel kapitalizmin gereksinimlerini karşılamaktadır. Artık “hastane” sözcüğü “sağlık işletmesi” kavramı ile yer değiştirmiş durumdadır.

Anımsanacağı gibi, Dünya Bankası (DB) Haziran 2002’de yayınladığı bir raporda “Her iki Bakanlık da, şu anda yüksek öncelik vermedikleri daha önemli görevler taşıdıkları için, mevcut yapılarının özünü oluşturan sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması işiyle gerçekte doğrudan ilgili olmamalıdır” diyerek, Sağlık ve Çalışma Bakanlıklarının sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi gerektiği ile ilgili tavrını açıkça ortaya koymuştu.

Önce Çalışma Bakanlığı SSK hastanelerini Sağlık Bakanlığı’na devrederek sağlık hizmeti sunumundan çekildi. Bu süreci “kamuda sağlık hizmeti sunumunun tek elden yönetilmesi” açısından olumlu bulduğumuzu; ancak bunun hastanelerin özelleştirilmesini kolaylaştırmak için atılan adımların öncülü olmaması gerektiğini pek çok kez vurguladık. Ardından 2004 yılında çıkarılan “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun” ile Sağlık Bakanlığı “Taşra teşkilatı kapatılan” bakanlıklar arasında yer aldı. Bu kanuna göre “Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler araç, gereç, taşıma ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine” devredilecekti. Ancak zamanın Cumhurbaşkanı tarafından Kanun veto edildi ve Hükümet aynı yasada ısrarlı olmayınca da yürürlüğe giremedi.

Sağlık Bakanlığı'nın DB'nin direktifleri doğrultusunda ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden çekilmesinin ikinci denemesi şimdi "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" ile hayata geçirilmeye çalışılmaktadır.

Kanun tasarısı hem TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu hem de TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu tarafından kabul edilmiş durumdadır. Tasarının önümüzdeki günlerde TBMM Genel Kurulunda görüşülmesi (*belki de buna gerek kalmadan bir kanun hükmünde kararname ile çıkarılması*) beklenmektedir. Tasarı genel olarak devlet hastanelerinin yönetiminin bir mütevellî heyete devredilmesi, tüm personel ile birlikte hekimlerin de sözleşmeli olarak iş güvencesinden yoksun çalıştırılması, kamu hastanelerinin de sınıflandırılması ve hastanelerin kendi gelirleriyle yaşamaya zorlanması yaklaşımını benimsemektedir.

Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı altında Hükümetin sağlık alanının özelleştirilmesi girişiminin bir parçasıdır. Hükümet, 2008 yılının son gününde Resmi Gazete'de yayınladığı Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programında bu durumu devletin sağlık alanındaki payının azaltılması biçiminde ortaya koymuştur: "Özelleştirme vizyonu çerçevesinde önümüzdeki dönemde, devletin bankacılık, hava ve deniz ulaşımı ile lokomotif ve vagon üretimi, et-balık ürünleri piyasası, şeker, tütün ve çay ürünlerinin işlenmesi, petro-kimya sanayi, malzeme alımı, elektrik dağıtım ve toptan ticareti, şans oyunları, İMKB, altın borsası, çeşitli kamu hizmetleri (araç muayene istasyonları, otoyol/köprü işletmeciliği, belediye-çöp/atık toplama ve yeniden değerlendirme), telekomünikasyon ve turizm alanlarından tamamen çekilmesi; bunun yanı sıra, elektrik üretimi, su şebekesi, kanalizasyon altyapısı, sağlık, eğitim, savunma, radyo-televizyon yayıncılığı, doğal gaz piyasası, kömür ve diğer maden işletmeciliğindeki payının azaltılması hedeflenmektedir."

Sağlık Bakanlığı 2009-2013 Stratejik Planı incelendiğinde, Bakanlığın Kamu Hastane Birliklerini 2013 yılına kadar tamamlamayı hedeflediği anlaşılmaktadır. Hükümet "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" için öne sürdüğü genel gerekçeler içerisinde verimsizliği ön plana çıkartarak; hem idari ve mali özerkliğe hem de hastanelerin yönetim anlayışındaki eksikliklere vurgu yapmaktadır. Sırayla bu gerekçeleri incelemeye çalışalım.

### **Kamu Hastanelerinin Verimsiz Olduğu Doğru mudur?**

**Hayır.** Verimlilik bir plan, program ya da projenin uygulanışı ile elde edilen sonuçların, o iş için harcanan para miktarı ile karşılaştırılıp, sonuçların harcama-ya değip değmediğini ifade etmektedir.

Neoliberal reformları benimseyenler, sağlık reformlarının etkilerini ölçmek ve sağlık sisteminin performansını değerlendirmek için tahsisat verimliliği, teknik verimlilik, sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitlik, finansman eşitliği ve finansal sürdürülebilirlik gibi göstergeleri kullanmaktadır. Hastane hizmetlerinin verimlilik ve uygunluğunun geliştirilmesine yönelik yaklaşımlar ise dört ana başlıkta toplan-

maktadır: 1) ödeme sistemleri 2) hizmet kalitesi stratejileri 3) yönetim teknikleri 4) klinik performans stratejileri.

“Kamunun verimsiz olduğu” iddiaları, bu iddiayı ortaya koyanlar açısından bile kendi içinde kimi çelişkiler içermektedir. Söz gelimi, ödeme sistemleri üzerinden her hangi bir değerlendirme yapmaksızın, kamu hastanelerini “verimsiz” olarak açıklamak bilimsel olmadığı gibi gerçekçi bir yaklaşım da değildir. Çünkü finansmanın sigorta yoluyla sağlandığı sağlık sistemlerinde, tek başına geri ödeme kurumlarının kişi başına, olgu başına ya da hizmet başına ödeme yaklaşımları bile sağlık ekonomisi açısından ayrıntılı olarak incelenmesi gereken bir özelliktir.

Hastanelerde verimlilik kavramı sağlık ekonomisi açısından pek çok parametre üzerinden değerlendirilir. En sık kullanılan ölçütlerden birisi yatak doluluk oranıdır. Kaba bir değerlendirme olmasına karşın; kamu hastanelerinin büyük bir çoğunluğunda (Siyasi gerekçelerle nüfus gözetilmeksizin açılmış hastaneleri saymazsak) yatak doluluk oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda, verimlilik ölçütleri değerlendirildiğinde kamu hastanelerinin özel hastanelerin bir çoğundan verimli olduğu ortaya çıkarılmıştır.

### **Yönetmelik Özerklik Bu Yasa ile Sağlanabilir mi?**

**Hayır.** Özerklik, Türk Dil Kurumu tarafından “*Bir topluluğun, bir kuruluşun ayrı bir yasaya bağlı olarak kendi kendini yönetme hakkı*” biçiminde tanımlanmaktadır. Felsefi olarak özerklik, bir kişinin, bir topluluğun kendi uyacağı yasayı kendisinin koyması anlamına gelmektedir. Kamu hastane birlikleri ile ilgili yasa-ya bakıldığında; hastaneleri sağlık çalışanlarının değil; sağlıkla hiç ilgisi olmayan bir heyetin yönetmek üzere görevlendirilmeye çalışıldığı anlaşılmaktadır. Dolayısıyla, bu yasanın hastanelerde özerkliği sağlamak gibi bir amacının olmadığı açıktır.

Hastaneleri yönetmek üzere oluşturulan mütevelli heyetlerde İl genel meclisi tarafından belirlenen iki üye (Hukukçu ve mali müşavir/muhasebeci), Vali tarafından belirlenen bir üye (işletme/iktisat/maliye), Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen bir üye (Hekim), Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen bir üye (Dört yıllık yüksek öğrenim mezunu), Ticaret Odası tarafından belirlenen bir üye ve İl Sağlık Müdürü/yardımcısı yer alacaktır. Mütevelli heyette yer alan yedi üyeden yalnızca birinin hekim olma zorunluluğu bulunmaktadır. Üyelerinin niteliğine bakıldığında; bu yapının kamu hastanelerinde özerkliği sağlamasının mümkün olmadığı açıktır. Üstelik Ticaret Odası temsilcisinin de içerisinde yer aldığı bu yapı kamu hastanelerinin ticari bir işletmeye dönüştürüldüğünün de açık kanıtıdır. Hastane çalışanları bırakınız kendi kendilerini yönetmeyi; tam aksine hastane kendi gelirleriyle giderlerini karşılayabilsin diye; tamamen kapitalist bir kısır döngünün içine sürüklenmiş olacaktır. Bu yasanın yürürlüğe girmesi halinde kamu hastanelerinin yurttaşlarımızın sağlık hakkını sağlamak üzere hizmet sunma anlayışı tamamen ortadan kalkabilir. Üstelik, eğer temel amaç Sağlık Bakanlığı tarafından dile getirildiği gibi “hastanelerin özerkleştirilmesi” ise; o zaman Bakanlık neden işe hastane yöneticilerinin seçimle işbaşına gelmesine yönelik bir düzenlemeyle başlamamaktadır?

## **Kamu Hastaneleri ve Mali Özerklik: Hekimleri, Sağlık Çalışanlarını ve Toplumunu Ne Bekliyor?**

Yasada “mali özerklik” ile getirilmeye çalışılan; hastanelerin kendi gelirleri ile giderlerini karşılamak zorunda bırakılmasıdır. Bir başka deyişle hastaneler tam anlamıyla bir işletmeye dönüştürülmektedir. Ya gelirleri giderlerini karşılamaya yetmezse? İlk önce sağlık çalışanlarının özlük hakları tırpanlanacak, ardından sunulan hizmetin yelpazesi daraltılacak ve son olarak da özellikle arsa/binası değerli hastaneler elden çıkarılacaktır. Bu yasa ile hekimler ve sağlık çalışanlarını uzun çalışma saatleri, düşük özlük hakları, rekabet, iş güvencesi olmaksızın çalışma ve işsizlik; toplumu ise sağlık hizmeti niteliğinde azalma, hizmete erişimle ilgili sorunlar ve arsa/bina değeri yüksek hastanelerin zaman içinde kapanma riski beklemektedir.

Yasa tasarısında en dikkat çeken maddelerden birisi; müteveli heyetlere hastane arsasının ve binalarının kiralama ve satma yetkisinin verilmesidir. Üzülerek söylemek gerekir ki; bu yasanın yaklaşımı kamu hastanelerinin elden çıkarılması ve özellikle değerli arsaların/binaların ranta teslim edilmesidir.

## **Kamu Hastanelerinin Sınıflanması Ne Anlama Geliyor?**

Tasarı ile kamu hastaneleri de hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyetine göre A’dan E’ye kadar sınıflanmaktadır. Sınıflama hastanelerle sınırlı kalmayacak, ardından yurttaşlarımız ve sağlık çalışanları da zorunlu olarak sınıflandırılacaktır. A grubu insanlar A grubu hekimlerin çalıştığı A grubu hastanelere başvurabileceklerdir. Ya diğerleri? Hastanelerin sınıflandırılması çok tehlikeli bir yaklaşımdır ve konunun tarafları ile bir uzlaşmaya varılmadan hayata geçirilmesi halinde sağlıkta yaşanan eşitsizlikler daha da artacaktır.

## **Kamu Hastanelerindeki “Kötü Yönetim” Nereden Kaynaklanıyor?**

Sağlık politikalarının temel belirleyici etkisine ek olarak, kamu hastanelerinin bir bölümünde kötü yönetimin varlığı yadsınamaz. Ancak bu kötü yönetim liyakat/kariyer yaklaşımı gözetilmeden gerçekleştirilen yönetici atamaları ve yönetim süreçlerinin izlenmemesi/denetlenmemesi ile ilgilidir. Eğer Sağlık Bakanlığı’nın kötü yönetimle ilgili bir yakınması varsa; sorun hastaneleri elden çıkararak değil, kötü yönetime yol açan kök nedenlerin ortadan kaldırılması ile çözümlenebilir.

## **Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı**

Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) her ne kadar adında “ortaklık” sözcüğü geçse bile, gerçek anlamda ortaklık olarak adlandırılmayacak bir kavramdır. Kısaca kamunun özel sektörden aldığı hizmet ve arsası kendinden olmak üzere yaptırdığı ve uzun bir süre sonra sahibi olacağı binalar karşılığında kira ödemesi biçiminde tanımlanabilir. Ortaklardan birinin diğerine kira ödemediği bir birlikteliğin ticari olarak ortaklık olarak nitelendirilmesi söz konusu olamayacağına göre; aslında bu sistemi “kamudan özel sektöre kaynak aktarmak” olarak tanımlamak daha doğru olacaktır.

KÖO “yenilikçi” ve büyük finansman gerektiren kamu hizmetleri için “kısıtlı” mali kaynakları olduğu artık hepimize ezberletilen kamuya önemli bir seçenek olarak karşımıza çıkarılıyor. Söz gelimi yüz yıllık ve artık epeyce eskimiş kamu hastanelerinin “hükümetler tarafından sağlanacak finansmanla yeniden yapılması mümkün olmadığından”, özel sektör tarafından yapılarak kamuya kira karşılığında hizmet sunması yurttaşların yeni ve çağdaş hastanelerden hizmet almasını kolaylaştıracak yepyeni bir model olarak sunulmaktadır.

Sözü fazla uzatmadan üç önemli soruyu muhataplarına yöneltmekte yarar bulunmaktadır:

1. Sağlık gibi sosyal hizmetler söz konusu olduğunda hep “kısıtlı” olduğu bilinen kamu kaynakları, konu, batan bankalar ya da şirketlere geldiğinde birdenbire nasıl oluyor da kısıtlı olmaktan çıkabiliyor ve ülkeye göre milyar/trilyon dolar tutarındaki kaynaklar banka/şirketlerin kurtarılmasına aktarılabilmektedir? 2001 ekonomik krizi sırasında Türkiye’de bankaların kurtarılması için harcanan milyar dolarlar ve 2008 krizi sırasında ABD’de banka/şirketlerin kurtarılması için kamu bütçesinden aktarılan trilyon dolarlar bu konudaki çarpıcı örnekler olarak karşımızdadır.
2. Türkiye’deki örneklerden yola çıkarsak, üç yıl içinde yaptırılıp toplam 28 yıl boyunca yüksek kira ödenecek hastanelerin bu yöntemle yaptırılmasının toplum açısından ekonomik yararı nedir? Çünkü 28 yıl boyunca yaklaşık olarak yılda üç yüz milyon TL tutarında kira ödenecek hastanelerin yapım bedeli neredeyse bir yıllık kira tutarına eşittir. Donanım ve işletme giderleriyle birlikte toplam olarak beş yıllık kira bedelinin tüm masrafları karşılayabileceği varsayılrsa bile, geriye kalan yirmi yıl boyunca aktarılacak tutar nasıl açıklanabilir? Bu yöntemin sağlık ekonomisinin temel kurallarına göre “verimsiz” olduğu açıktır ve tek başına İngiltere’deki örnekler bile bu verimsizliği ortaya koymak bakımından pek çok kanıtı ortaya çıkarmaktadır. Öyleyse bu ısrarın nedeni nedir?
3. KÖO yöntemi ülkemizde “kampüs hastaneler” kurmak yaklaşımıyla birlikte gündeme getirilmiştir. Bu yöntemle kentlerin dışında büyükçe alanlarda beş-altı hastane birden kurulacak; kent merkezlerindeki kamu hastaneleri buraya taşınacaktır. Kamu hastane birlikleri modeli ile sağlık hizmetlerinden tamamen çekilmeyi planlayan Sağlık Bakanlığı’nın, kamu hastanelerini yenilemek adına böyle bir finansman/hizmet modeli arayışına yönelmesinin gerçek gerekçeleri nelerdir? Bu soruya ek olarak, kent merkezindeki rant değeri yüksek kamu hastanelerinin arsa ve binalarının nasıl değerlendirilmesinin planlandığı da sorulabilir.

Kuşkusuz sorular yukarıdaki üç soruyla sınırlı değildir. Ancak bu temel sorulara verilecek/bulunacak yanıtlar, KÖO yöntemini anlamamızı kolaylaştıracaktır.

Öncelikle şunu söylemek zorundayız: **Kamu kaynakları yurttaşların sosyal gereksinimlerini karşılamak açısından yetersiz değildir.** Kamu kaynakla-

rını yetersiz olarak gösteren ve sınırlı hale getiren siyasi tercihlerdir. Biz bundan on yıl önce “Sağlığa ayrılan pay yetersiz” dediğimizde, kamu kaynaklarının sınırlı olduğunu iddia edenler; neoliberal sağlık reformları söz konusu olunca bu sınırlılığı birden bire unutup, küresel kapitalizmin gereksinimlerini karşılamak ve kamudan özel sektöre kaynak aktarmak amacıyla deyim yerindeyse kesenin ağzını açtılar.

İkincisi, **KÖO verimli bir yöntem değildir.** Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından 30.06.2011 tarihinde yapılan açık eksiltme ihalesi ile Ankara Etlik Entegre Sağlık Tesisi Yapım İşine ilişkin ihale yapılmıştır. İhale sonucunda Ankara/Etlik/Kasalar mevkiinde, 1.550.000 metrekarelik alanda 3056 yataklı sağlık tesisi inşa edileceği açıklanmıştır. Ayrıca İhale ile ayrıca kullanımda olan yedi hastanenin yeni tesise taşınacağı, devredilen hastane binalarının ise ihaleyi alan firmalarca ticari amaçlarla kullanılacağı açıklanmıştır. Yine bu ihale kapsamında yüklenicilere görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin de aralarında bulunduğu bazı hizmetlerin işletmesi de bu ihale ile devredilmiştir. İhale ilanına göre Ankara-Etlik’de yapılacak kampüste 504 yataklı genel, 344 yataklı kadın hastalıkları ve yeni doğan, 496 yataklı çocuk, 328 yataklı KVC, 328 yataklı onkoloji ve çocuk onkolojisi, 456 yataklı ortopedi, 300 yataklı fizik tedavi ve rehabilitasyon, 200 yataklı ruh ve sinir hastalıkları ve 100 yataklı yüksek güvenli adli psikiyatri hastanesi olmak üzere toplam 3056 yatak bulunacaktır. İlanda, ihalenin “belli istekliler arasında ihale” yöntemiyle yapılacağı açıklanmıştır. Yüklenicinin projenin finansmanı, uygulama projesini, tasarımını, inşaatını, medikal cihazlar ve diğer ekipman tedarikini ve tesis için gerekli mefruşatı sağlayacağı belirtilmiştir. İlane göre yüklenici, tesislerin bakım ve onarımı, görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetleri ile bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek dahil olmak üzere destek hizmetlerinin sunumunu sağlık hizmetleriyle uyumlu ve Bakanlık onayını alacak ticari alanların yapım ve işletmesini de üstlenecektir. Proje kamu özel ortaklığı modeli ile gerçekleştirilecek ve yapım dönemi 42 ay, işletme dönemi 25 yıla kadar olacaktır. İlanda yüklenicilerde aranan mesleki ve teknik ölçütler de açıklanmıştır. İş ortaklıklarının bu ölçütleri birlikte ya da alt yükleniciler aracılığıyla da karşılayabilecekleri belirtilmiştir. Ankara-Etlik ihalesi “açık eksiltme” yöntemiyle 30.06.2011 tarihinde yapılmış, **319 Milyon TL** yıllık kira bedeli ile “en avantajlı teklifi veren” Astaldi SPA-Türkerler İnşaat A.Ş. üzerinde kaldığı açıklanmıştır. Aynı günlerde Sağlık Bakanı Prof. Recep Akdağ, Doğu ve Güneydoğu’nun en büyük hastanesini, ‘memleketi’ Erzurum’da yaptırmaya karar vermiş ve 1200 yataklı sağlık kompleksinin bedelinin yaklaşık 260 milyon TL’ye mal olacağı hesaplanmıştır. İhale 7 Nisan 2011’de yapılmış ve bir inşaat firması **173,7 milyon TL** teklif vermiştir.

Toplam 3056 yatak için 28 yıl boyunca (her yıl güncellenmek koşuluyla) yılda 319 milyon TL kira ödemekle (Toplam olarak 9 milyar TL’den daha fazla bir para ödenecektir), 1200 yataklı hastaneye 174 milyon TL karşılığında sahip olmak karşılaştırıldığında; hangisinin verimli olduğunun tartışılması söz konusu değildir.

**Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmeti Sunumundan Çekilmektedir.** Bu çekilmenin yanı sıra bir yana, çekilmeye karşın KÖO ile çok sayıda sağlık kampüsünün kurulmaya çalışılması; tamamen küresel sermayeye kaynak aktarılması amacını taşımaktadır.

### **Son Söz Yerine**

Kamu hastanelerinin özelleştirilmesi, tek başına sağlık alanı ile ilgili bir düzenleme olmaktan çoktan çıkmıştır. Küresel kapitalizmin en başta eğitim ve sağlık olmak üzere tüm sosyal alanları “daha çok para”ya dönüştürme çabası, toplumun emekçi kesimlerinin güçlü bir biçimde direnmesi gereken ortak hattı hepimize göstermektedir. Aksi halde hayatın her alanındaki eşitsizlikler daha da derinleşecektir.

### **Kaynakça**

1. Bayer Y. 260 milyonluk ihalede 10 firma kapıştı ama...  
<http://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/18408965.asp?vazarid=42>
2. Bursa Tabip Odası (2010). Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı Ne Getiriyor, Ne Götürüyor? Sempozyum Kitabı. 5 Haziran 2010. Bursa Tabip Odası. Ulaşım adresi:  
<http://www.bto.org.tr/yayinlar/raporlar/kitapkamuhastanebirlikleri.pdf> .
3. Pala K. Kamu hastane birlikleri: Hekimleri nasıl bir gelecek bekliyor? Hekimce Bakış, 2010; Ocak-Şubat-Mart 74:33-34.

## SAĞLIKTA KAMU HASTANE BİRLİKLERİ VE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI HANGİ AŞAMADA, NASIL DEVAM EDECEK?

*Alpaslan Türkkkan. Yrd. Doç. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Bursa.*

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı altında 2003 yılında uygulamaya konan “reform paketinin” birinci ayağı, sağlık hizmet sunumu ile finansmanın ayrılarak, üç sosyal güvenlik kurumunun (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) Genel Sağlık Sigortası (GSS) çatısı altında birleştirilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin düzenlendiği Aile Hekimliği ikinci ayağı oluşturur. Programın üçüncü ayağını ise; Sağlık Bakanlığı’nı yeniden yapılandırarak, sağlık hizmeti üreten kurumdan, sağlık politikalarının belirlenmesi, koordinasyonu ve denetimden sorumlu hale dönüştürecek olan, ikinci ve üçüncü basamağa yönelik düzenleme oluşturur. Sağlıkta Kamu Hastane Birlikleri ile Kamu Özel Ortaklığı başlıkları ayrı incelenecek olmakla birlikte aynı amaç uğruna girişilen düzenlemeler oldukları saptamasının baştan yapılmasında yarar vardır.

### **Kamu Hastane Birlikleri**

İlk adı “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” olan ve 9 maddeden oluşan düzenleme 06 Mart 2007 günü TBMM Başkanlığı’na sunulmuştur. Tasarı iki komisyon (Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu ile Plan ve Bütçe Komisyonu) tarafından değerlendirilmiş, “Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı” adı ile ve madde sayısı 16’ya çıkarılarak kabul edilmiştir. Tasarının komisyonlara gönderilen halinde 40 birlik oluşturacak olan pilot uygulama, komisyonlarda “pilot uygulama” yerine, aynı anlamda “Bakanlar Kurulu’nun belirleyeceği illerde” uygulanacak şekilde 90 birlik oluşturulması şeklinde değiştirilmiştir. Son halini alan tasarının önümüzdeki günlerde TBMM Genel Kurulu’nda görüşülmesi beklenmektedir.

Tasarı Sağlık Bakanlığı’na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastaneleri; sınıflandırarak, birlik bünyesinde toplamakta, yönetimlerini meslekleri ve kimi özellikleri tanımlanmış kişilerden oluşan Yönetim Kurulu’na devretmekte, yasal statülerini değiştirerek kamu tüzel kişiliğine dönüştürmekte, tüm çalışanları sözleşmeli statüde iş güvencesinden yoksun çalıştıran, kendi gelirleri ile yaşamak durumunda kalan işletmelere çevirmektedir. Tasarıda geçmeyen “işletme” tanımı, Sağlık Bakanlığı’nın yayımladığı Türkiye SDP İlerleme Raporu’nda “idari ve mali özerkliğe sahip işletmeler” şeklinde belirtilmektedir. Tasarı özellikle sağlıkta özelleştirmeye hazırlık olduğu, sağlıktaki eşitsizlikleri artıracığı ve içeriği açısından sendika ve örgütler tarafından eleştirilerek sağlık gündemine taşınmıştır.



Yasa Tasarısı genel gerekçesinde; dünyadaki yönetim anlayışı ve yapısındaki değişim, halkın artan ve çeşitlenen talepleri, yeni beklentileri vurgulanmakta, Türkiye’de kamu yönetiminin temel sorunları olarak; uygun görev dağılımı yapılmaması, merkezi hükümete aşırı bağımlılık, katılımın sağlanamaması ve temel fonksiyonlara zaman ayıramama gösterilmektedir. Tasarıda hedef hastane hizmetlerinin kar amaçlı olmayan, verimli ve etkin şekilde sunulması olarak bildirilmektedir.

Geleceğe yönelik değerlendirme yapmaya olanak tanınması açısından Sağlık Bakanlığı stratejik planları değerlidir. Sağlık Bakanlığı 2010-2014 stratejik planı stratejik ikinci amacı “İhtiyaç duyulan sağlık hizmetinin güvenli ve kaliteli olarak sunulmasını sağlamak” olarak bildirilmiştir. Bu amacın alt başlıklarında hastane hizmetlerinin idari, yapısal ve fonksiyonel olarak geliştirilmesi, standartları yükseltmek, kaliteyi artırmak, erişilebilirlik, etkililik, verimlilik, ölçülebilirlik ve hakkaniyet ilkelerine vurgu yapılmaktadır. Stratejik planda Kamuoyundaki olumlu imaj, idareye güven ve desteğin var olması, bütün kamu/özel kurum/kuruluşlar ile ulusal ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapabilme imkânı ile SDP’nin başarılı bir sağlık politikası olarak devam etmesi Bakanlığın güçlü yönleri olarak saptanmıştır.

Sağlık Bakanlığı ironik şekilde kamu sağlık hizmetlerinin, daha katılımcı, etkili, verimli, süratli, kaliteli ve halkın talep ve beklentilerine daha duyarlı bir şekilde sunulması için, 2014 yılı sonuna kadar idari, mali özerkliğe sahip kamu hastane birliklerini oluşturacağını bildirmektedir. Bunu başarmanın yolu olarak da yasanın çıkarılması ve uygulanması gösterilmektedir. Stratejik amaç 2’de kamu hastane birliği sayısı performans göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Performans hedefi ise 2014 yılında tüm illerde birliklerin kurulmasıdır.

### **Kamu-Özel Ortaklığı**

Kamu-Özel Ortaklığı “*kamu idarelerinin özel sektör ile bir altyapı projesi veya bir hizmetin gerçekleştirilmesi amacıyla, bir projenin tasarımı, finansmanı, yapımı ve işletilmesi ile mevcut bir yatırımın yenilenmesi, kiralanması, bakım-onarımının yapılması ve işletilmesinde özel sektör katılımının sağlandığı yöntemler bütünü olarak*” tanımlamaktadır. Kamu Özel Ortaklıklarının dünyada bilinen ismi *Public Private Partnerships* kısaca *PPP*’dir. “Ortaklık” tanımlaması ile kazan-kazan durumuna, riskin paylaşılacağına işaret edilmekle birlikte gerçekte örtüşmemektedir.

Türkiye’de 1980 sonrasında ulaşım ve enerji altyapı yatırımlarında uygulanan Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) modeli, 2000’li yılların sonlarından itibaren sağlık alanında da uygulama alanı bulmuştur. Sağlık Bakanlığı yabancı proje firmalarına, 2010-2014 yatırım programında da yer alan 29 ayrı proje tasarlatmıştır. Projeler 22 ilde gerçekleştirilecek olup 17’si Yüksek Planlama Kurulu’ndan onay almıştır. Proje aşamasında ki 16 kampüsün 3-5 yıl içerisinde tamamlanması planlanmaktadır. Kampüslerin yapılacağı iller incelendiğinde, daha önce hizmet götürülen ve zaten gelişmiş yerlerde kampüs yapılacağı dikkati çekmektedir. Bu durum, KÖO modeli ile bölgesel eşitsizliklerin azalması bir yana, derinleşeceği sonucuna götürür.

KÖO projelerinde TOKİ kanalıyla bulunacak arazide müteahhitlik hizmeti özel sektöre verilecek, hastanenin işletilmesi Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacaktır. Kafeterya, otopark, yemekhane, otelcilik, alışveriş merkezi, süpermarket gibi sağlık dışı alanların işletmesi de yine özel sektöre verilecektir. KÖO modeli yatırımın inşaat yapımına odaklanmakla birlikte, yapılacak sağlık kampüslerinde oluşturulacak çok geniş bir hizmet alanı da ihale kapsamındadır. “Müşterisi” ve getirisi ortaklardan biri tarafından garantilenmiş alanda önemli bir rant alanı oluşacaktır. Bu alanda da özel şirketlerin kendi aralarında ortaklık kurarak ya da taşeron firmalardan hizmet satın alarak gerekli hizmet sunumunu sağlayacakları beklenmelidir.

Türkiye’de KÖO modeli bugün gelinen aşamasında hekimlik hizmetleri dışındaki inşaat, bakım ve otopark vb. ticari işletmecilik ile sınırlıdır. Dünyadaki eğilimin KÖO’larının inşaat ve bina-bakım alanlarından sağlık hizmetleri sunumuna doğru yayılması yönünde olduğu göz önüne alınırsa bu ayrışmanın kalıcı olmayacağı düşünülebilir. Yakın bir gelecekte yalnız inşaat ve sağlık dışındaki hizmetlere odaklanmış aşamanın aşılıp sağlık hizmetini de kapsayacak şekilde genişletilmesi beklenebilir. Riski kamuya karı özele aktarılan model gelecek dönemlerde kamu hizmetlerinin KÖO modelleri ile daha fazla piyasalaştırılarak sunulmasının yolunu açacaktır.

Henüz fazlaca dillendirilmeyen sağlık kampüslerinin yönetiminin, Kamu Hastane Birlikleri modeli çerçevesinde gerçekleştirilmesi planlanmaktadır. Konumuz dışı olması nedeniyle fazla girilmeyecek olan hastane birlikleri modelinin, işletme merkezli yapıda olduğu yalnız biri hekim olan yönetim kurulunca mali ve idari özerk şekilde ve kendi yağı ile kavrulmak zorunda bırakılan yapılar olduklarını belirtmekte yarar vardır. Hastane birliklerine geçildiğinde akla mali güçlük durumunda KÖO kira ödemelerinin ne olacağı sorusu gelmektedir. Ödemelerin devamlılığı KÖO hastanelerinin geleceği açısından önemlidir. Kendi bütçesi olan özerk hastane işletmelerine bakanlık destek olacak mıdır? Sağlık Bakanlığı, sistemin işlerliğini sağlamak için sağlık işletmelerinin güvencesi olarak “gerektiğinde” gereken rolü üstlenecektir.

Sağlık Bakanlığı Stratejik Planında Toplum ve Bölge Temelli Sağlık Hizmetleri Organizasyonunu (TTSHO) 2014 yılı sonuna kadar tamamlayarak, bölgeleri kendi içerisinde yeterli sağlık alanları haline getirmeyi amaçladığını bildirmektedir. Sağlık Bakanlığı 2010 yılı sonuna kadar Ankara-Etilik, Ankara-Bilkent, İstanbul-İkitelli, Kayseri, Elazığ, Manisa, Mersin, Şanlıurfa, Adana, Hatay, Antalya, Eskişehir, Kocaeli, Gaziantep, Bursa, İzmir ve Konya illerinde sağlık kampüslerine 2011 yılı sonuna kadar da Balıkesir (kampüs), İstanbul (Anadolu-Beyoğlu Psikiyatri hastaneleri), Isparta, İstanbul (Üsküdar), Osmaniye, Tekirdağ ve Yozgat genel hastanelerine başlamayı planlamaktadır. Projelerin tümünün tamamlanması için hedeflenen tarih 2014 yılı sonu olmakla birlikte öncelikli olarak Erzurum (RSH, YGA, FTR, KVC, Onkoloji), Samsun (RSH, YGA, FTR, KVC, Onkoloji), Diyarbakır (RSH, YGH, FTR), Trabzon (RSH, YGA) kampüslerinin tamamlanması hedeflenmektedir.

### **Sağlıkta KÖO Projelerinde durum:**

Türkiye’de sağlıkta KÖO projeleri değişik aşamalarda sürmektedir. Bunlar:

Ön Yeterlik İhalesi Yapılan Projeler: Adana Entegre Sağlık Kampüsü, FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri, Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü, Isparta Şehir Hastanesi, İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü, Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü

Nihai Teklif Sürecinde Olan Projeler : Bursa Entegre Sağlık Kampüsü, İstanbul İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü, Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü, Mersin Entegre Sağlık Kampüsü, Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözleşme Aşamasında Olan Projeler: Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü, Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü, Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü, Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi

Yapım Aşamasında Olan Projeler : Kayseri Entegre Sağlık Kampüsüdür.

Bu projeleri, büyüklüğünü ve genel gidişi kavramak için ayrı ayrı değerlendirmekte yarar vardır.

### **Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü** (Yapım Aşamasında )

Kayseri Sağlık Yerleşkesi 1048 yataklı Eğitim Araştırma Hastanesi, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1548 yataklı bir sağlık kampüsü projesidir. KÖO yatırım-finansman modeli ile gerçekleştirilecek projenin yatırım dönemi 3 yıl, işletme dönemi 25 yıldır. "**Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi**" ne ait sözleşme; Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Dairesi Başkanlığı ile YDA İnşaat Sanayi Ticaret A.Ş. & INSO Sistemi Per Le Infrastrutture Socialı S.P.A İş Ortaklığı arasında 10 Ağustos 2011 günü imzalanmıştır.

### **Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi** (Sözleşme Aşamasında)

Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi, (400 yataklı) Yapım işleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşinde açık eksiltme ihalesi 05.10.2011 tarihinde yapılmış ve en uygun teklifi veren Yda İnş. San. ve Tic. A.Ş. & Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Socialı S.P.A İş Ortaklığı finansman modeli, proje teklifi vb. konularda detaylı incelemeler başlatılmış olup ihale süreci halen devam etmektedir.

### **Elazığ** (Sözleşme Aşamasında)

Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü, 400 yataklı Bölge Hastanesi, 250 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 950 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsar. Nihai teklif 16/09/2011 tarihinde alınmış ve Sila Dan. Bilş. Eğt. İnş. Taah. Tic. ve Sağ. Hizm. Ltd. Şti. – Şentürkler Müh. İnş. Taah. Turz. San. ve Tic. A.Ş. - Medical Park Sağ. Hizm. A.Ş. İş Ortaklığı teklif vermiştir.

### **Ankara Etlik** (Sözleşme Aşamasında)

Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 1.400.000 m<sup>2</sup> arsa üzerinde Bölge Hastanesi (504 yataklı), Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi (328 yataklı), Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi (456 yataklı), Onkoloji Hastanesi (328 yataklı), Kadın Doğum Hastanesi (344 yataklı), Çocuk Hastanesi (496 yataklı), Rehabilitasyon Hastanesi (300 yataklı), Psikiyatri Hastanesi (200 yataklı) ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi (100 yataklı) olmak üzere dokuz dal hastanesini içeren, toplam 3056 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsüdür. Kampüs içerisinde; Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kongre Merkezleri ve Ticari Alanlar, Yüksek Teknoloji Merkezi ve ARGE Merkezi yer alacaktır. Avrupa ve dünyada hazırlanmış en son ve en büyük hastane projesinde otoparklar kapalı olarak bodrum katlarda tasarlanmıştır.

Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri İle Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi işine ait açık eksiltme ihalesi 30.06.2011 tarihinde yapılmış olup en avantajlı teklif sahibi Astaldi SPA - Türkerler İnş. Turz. Mad. Enrj. Ürt. Tic. San. A.Ş. İş Ortaklığı olup ihale komisyonu, firmanın finansman modeli, proje teklifi vb. konularda detaylı incelemeler başlatmış olup ihale süreci halen devam etmektedir.

#### **Ankara BİLKENT** (Sözleşme Aşamasında)

Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 1.200.000 m<sup>2</sup> arsa üzerinde Bölge Hastanesi (504 yataklı), Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi (328 yataklı), Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi(456 yataklı), Onkoloji Hastanesi (328 yataklı), Kadın Doğum Hastanesi (344 yataklı), Çocuk Hastanesi (496 yataklı), Rehabilitasyon Hastanesi (300 yataklı), Psikiyatri Hastanesi (200 yataklı)ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi (100 yataklı) olmak üzere Dokuz dal hastanesini içeren, toplam 3056 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsü olacaktır. Kampüs içerisinde; Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kongre Merkezleri ve Ticari Alanlar, Yüksek Teknoloji Merkezi ve ARGE Merkezi yer alacaktır. Projede otoparklar kapalı olarak bodrum katlarda tasarlanmıştır.

Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerinin Temin Edilmesi işine ait açık eksiltme ihalesi 10.10.2011 tarihinde yapılmış olup en avantajlı teklif sahibi **IC İctaş İnşaat San.Tic. A.Ş. - Dia Holding Fzco İş Ortaklığı İş Ortaklığı**'dir. İhale komisyonu firmanın finansman modeli, proje teklifi vb. konularda detaylı incelemeler başlatılmış olup ihale süreci halen devam etmektedir.

**Yozgat** (Nihai teklif sürecinde)

400 yataklı Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yapım işleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşinde ihaleye katılan üç firmanın nihai teklifleri istenmiştir.

**Mersin** (Nihai teklif sürecinde)

Proje; 500 Yataklı Bölge Hastanesi, 100 Yataklı Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi, 350 Yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 100 Yataklı Psikiyatri Hastanesi ve 50 Yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1100 yataklı bir Entegre Sağlık Tesisi yatırımını kapsamaktadır. Mersin Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşine ait ilk teklifi üç firma vermiştir.

**Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü** (Nihai teklif sürecinde)

Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü, 400 yataklı Bölge Hastanesi ile 400 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olmak üzere toplam 800 yataklı bir Entegre Sağlık Tesisi yatırımını kapsamaktadır. Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşine ait teklif veren dört firma vardır.

**İstanbul İkitelli** (Nihai teklif sürecinde)

Kamu Özel Ortaklığı modeli ile gerçekleştirilecek proje İkitelli-İstanbul'da yapılacaktır. Proje; 400 yataklı Bölge Hastanesi, 150 yataklı Onkoloji Hastanesi, 250 yataklı Çocuk Hastanesi, 300 yataklı Kadın Doğum Hastanesi, 150 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 250 yataklı Nörolojik ve Ortopedik Bilimler Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 10 yataklı Yanık Ünitesi, 50 yataklı Travma Merkezi ve 20 yataklı Transplantasyon Ünitesi olmak üzere toplam 1980 yataklı Entegre Sağlık Kompleksinin tasarımı, inşaatı, tefrişatı, tıbbi ekipmanın temini, tıbbi hizmet dışındaki hizmet ve alanların işletilmesini kapsamaktadır.

**Bursa** (Nihai teklif sürecinde)

Kamu Özel Ortaklığı modeli ile gerçekleştirilecek proje Bursa'da yapılacaktır. Proje; 400 yataklı Bölge Hastanesi, 200 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 200 yataklı Onkoloji Hastanesi, 100 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1200 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır. Bursa Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşine ait ilk teklifler beş firma tarafından verilmiştir.

**Kocaeli** (Ön Yeterlik İhalesi Yapıldı)

Proje; 400 yataklı Bölge Hastanesi, 100 yataklı Onkoloji Hastanesi, 250 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 100 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 100 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psiki-

yatri Hastanesi ve 100 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1150 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşİ Ön Yeterlik ihalesine dokuz firma katılmış olup ön yeterlik değerlendirilmesi devam etmektedir.

### **İzmir Bayraklı (Ön Yeterlik İhalesi Yapıldı)**

Proje; 400 yataklı Bölge Hastanesi, 100 yataklı Onkoloji Hastanesi, 300 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 200 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 150 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1.450 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşİ Ön Yeterlik ihalesine 12 firma katılmış olup değerlendirme devam etmektedir.

### **Isparta Şehir Hastanesi (Ön Yeterlik İhalesi Yapıldı)**

Proje; 400 yataklı Bölge Hastanesi ve 200 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olmak üzere toplam 600 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır. Isparta Şehir Hastanesi Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşİ Ön Yeterlik ihalesine dokuz firma katılmış olup değerlendirme devam etmektedir.

### **Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü (Ön Yeterlik İhalesi Yapıldı)**

Proje; 500 yataklı Bölge Hastanesi, 100 yataklı Onkoloji Hastanesi, 400 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 100 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 150 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1.550 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşİ Ön Yeterlik ihalesine dokuz firma katılmış olup değerlendirme sürmektedir.

### **FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri (Ön Yeterlik İhalesi Yapıldı)**

Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile gerçekleştirilecek olan proje kapsamındaki Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

İLLER		FTR	PSİKİYATRİ	YGAP
1	AFYON	150		
2	BOLU		60	
3	DİYARBAKIR	150	80	100
4	ERZURUM	150	80	100
5	İSTANBUL-BAKIRKÖY		400	200
6	KAHRAMANMARAŞ		90	
7	MALATYA	150		
8	SAMSUN	150	120	100
9	TRABZON		100	50
10	VAN	150	100	50
<b>TOPLAM</b>		<b>900</b>	<b>1030</b>	<b>600</b>
<b>GENEL TOPLAM</b>		<b>2530</b>		

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri Yapım İşleri İle Ürün ve Hizmetlerinin Temin Edilmesi İşi ön yeterlilik ihalesine altı firma katılmıştır.

#### **Adana** (Ön Yeterlik İhalesi Yapıldı)

Proje; 400 yataklı Bölge Hastanesi, 100 yataklı Onkoloji Hastanesi, 250 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 200 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 150 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1400 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

Adana Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi Ön Yeterlik ihalesine sekiz firma katılmıştır. Ön Yeterlik değerlendirmesi devam etmektedir.

#### **Son söz yerine...**

Sağlık Bakanlığı'nın Kamu Hastane Birlikleri ve KÖO modeli ile sağlık kampüsleri kurma konusundaki çalışmalarını sürmekte ve 2014 yılına kadar bu sürecin tamamlanması hedeflenmektedir. Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı, Dünya Bankası direktifleri doğrultusunda Sağlık Bakanlığı'nın ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi anlamına gelmektedir. Piyasa koşullarına uydurulmuş kar odaklı işletme yapısındaki birlikler sağlık kampüslerinin tamamlanması ile orada da uygulanabilecektir. Modelin dünyadaki eğilime benzer şekilde sağlık hizmeti sunumunu da içerecek şekilde genişletilmesi ile süreç tamamlanacaktır. Hem Kamu Hastane Birlikleri Kanunu hem de sağlık alanındaki Kamu Özel Ortaklığı uygulamaları neoliberal politikalar ile emek sömürüsü üzerinden kar oranlarının artırılması, kamudan özele kaynak

aktarılması ve sağlığın piyasalaştırılmasının bileşenleri olarak sağlık gündeminin en önemli maddesini oluşturmaktadır.

### **Kaynakça**

1. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, “Projeler. Ulaşım adresi: <http://www.kamuozel.gov.tr>
2. Bursa Tabip Odası. (2010) Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı Ne Getiriyor, Ne Götürüyor? Sempozyum Kitabı. 5 Haziran 2010. Bursa Tabip Odası. Ulaşım adresi: <http://www.bto.org.tr/yayinlar/raporlar/kitapkamuhastanebirlikleri.pdf> .
3. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014. Ulaşım adresi: <http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/spflash/flashbrosur/index.html>
4. İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ulaşım adresi: [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/ilerleme\\_raporu\\_turkiye\\_saglikta\\_donusum\\_programi\\_agustos\\_2008.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/ilerleme_raporu_turkiye_saglikta_donusum_programi_agustos_2008.pdf)
5. Güzelsarı S. Kamu-Özel Ortaklığı Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme. *Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reform*, (Der. Barış Övgün), AÜ SBF Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, Ankara, 2009. s. 43-78.



## KAMU HAŞTANE BİRLİĞİ VE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI EMEKÇİLERE NASIL YANSIYACAK

*Cavit Işık Yavuz. Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Kocaeli.*

Krizin yeniden hatırlandığı günler yaşıyoruz. Dünya 2008 yılında başlayan üçüncü büyük buhranından sıyrılmadı. Öncesinde sanki her şey normal ve iyi gidiyormuş gibi, ne olduysa 2008’de oldu hissi uyandıran bir tarzla sunuluyor olup biten. Üretimi, zenginliği paylaşmıyoruz ama krizi, maliyeti paylaşıyoruz. Sermayenin krizi toplumun krizi oluyor. Onlar krizi fırsata, bizi ise kevgire döndürüyorlar.

Bugüne gelişimizi kısaca gözden geçirirsek, 70’lerin başından itibaren özellikle de 1973-74 yıllarında doruğa ulaşan yaşanan sorunlara, daralmalara, bunları aşmak için yeni yapılanmalara (“istihdam biçimlerinin parçalanması”, emeğin “enformelleştirilmiş iş biçimlerine mahkum edilmesi” ve “sosyal dışlanmışlıkla” karşı karşıya bırakılması, ücret ve sosyal haklarda kalıcı kayıplar yaşanması, devletin sosyal işlevlerinin törpülenerek daraltılması, bu sosyal işlevlerin piyasaya, bireye, aileye ve hayır kurumlarına devredilmesi gibi değişimlere) bakmamız gerekir. Adına Neoliberalizm denilen bu yeni ideolojik yapılanma sağlığı ve sağlık alanını da derinden etkiledi ve etkilemeye devam ediyor.

Kapitalizm emekçilerin haklarını ancak mecbur kaldığı ya da ihtiyacı olduğu zaman dikkate alan bir sistemdir. Yedek ve itaatkar bir işsizler ordusuna gereksinim duyar. Kar maksimizasyonu için gereğini yapar; ucuz işgücü, mutlak sömürü oranının artırılması, yeni üretim stratejileri ve çalışma biçimleri(esnek üretim vb) gibi. Yetmişlerden sonra yeni bir çıkış umuduyla oluşturulan esnek üretim sistemi düşen kar oranlarının yeniden yükseltilmesi için hızla yaygınlaştırılmıştır. Bu esnekleşme sadece çalışma biçimleri ile ilgili olmamış, iş süreçleri de esnekleştirilmiştir. Üretim sürecinin çevre kapitalist ülkelere kaydırılması, üretim sürecinin de parçalara ayrılarak farklı coğrafyalara taşınması, özellikle Latin Amerika ülkelerinin “yatırım ve istihdam” makyajıyla üretim üssü haline getirilmeleri gibi örnekler bu anlamda sıralanabilir. Bunun yanında sermayenin finans sektörüne ve konut piyasasına yönelmesi, üretimde bulamadığı karı spekülatif mali piyasalarda araması da bir başka çıkış yolu olarak gözükmiştir.

Bu iki strateji birçok açıdan sağlığı ve sağlık çalışanlarını yakından ilgilendiriyor:

1. Sağlık üretim süreci hem içerik açısından hem de biçim açısından değişmektedir. İçerik açısından bakıldığında sağlık meslek gruplarında gerek sayı gerekse de mesleksen tür olarak ciddi bir artış söz konusudur. Sağlık Bakanlığı 2010 yılı istatistiklerine göre yaklaşık olarak 430 bin sağlık çalışanı çeşitli sektörlerde çalışmaktadır. Bu sayıya sayıları 150-

- 200 bine yaklaşan taşeronlaştırılmış hizmetlerde çalışan sağlık işçileri ve sektörün diğer kollarında çalışanlar dahil edildiğinde yaklaşık 550 bin sağlık çalışanı olduğu söylenebilir. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu'na göre, **hekim sayısının** 2015'te 130 bine, 2019'da 155 bine, 2023'te 200 bine yani yaklaşık **iki katına**, **ebe hemşire sayısının** 2015'te 238 bine, 2019'da 310 bine, 2023'te 2,5 katına yani 400 bine ve toplamda 650 bin olan sağlık sektöründe çalışan sayısının da 2015'te 715 bine, 2019'da 853 bine, 2023'te yaklaşık **iki katına** çıkarılarak 1 milyon 100 bine ulaştırılacağı belirtilmektedir.
2. Bu sayısal artışın yanında sağlık hizmet içeriği de değişime uğramaktadır. Giderek artan oranda teknolojiye bağımlı hale gelen, uzmanlaşan sağlık hizmetinin parçalara ayrılması ve her bir parçayı ya da görevi giderek farklı meslek gruplarının yerine getiriyor oluşu, otomasyon sistemlerinin iş akışlarını değiştirmesi ve belirlemesi, meslek gruplarının çalışma biçimlerini, koşullarını, mesleki unvanlarını, eğitimlerini değiştirmektedir. Yaptıkları işle ilgili inisiyatiflerini de (klinik karar alma süreçleri de dahil) kaybetmeye başlayan sağlıkçılar diğer bir çok faktörün de etkisiyle giderek “bant tipi üretim” yapar hale gelmektedir.
  3. Sağlık hizmetlerinde artan özel sektör çalışma biçimleri, maliyet ve gelir baskısı ve “kamu-özel sınırlarının” belirsizleştirilmesiyle özel sektöre benzetilmeye çalışılan kamu sektöründe “üretim sürecinde daha fazla disiplin” sağlık çalışanı sömürsünü arttırmaktadır.
  4. Sağlık çalışanları esnek çalışma biçimlerinin “çekirdek işçi/çevresel işçi” ayırımını yoğun olarak yaşamaya başlamışlardır. Bu ayırım kadrolu/sözleşmeli/taşeron biçiminde yaşanmakta ve kamuda istihdam biçimleri değişim geçirmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 4/b maddesine göre sözleşmeli statüde 84.838, 4924 sayılı Kanun'a(Çakılı kadro) göre sözleşmeli statüde 19.755 sağlık personeli bulunmaktadır.
  5. Sağlık hizmeti üretim süreci giderek daha farklı nitelikler talep ettiğinden, sağlık çalışanları kendilerini yeni teknik, teknoloji ve yöntemlere adapte etmek, gelişmeleri takip etmek ve uyum sağlama süreciyle yüz yüze bulmaktadırlar. Diğer yandan “sürekli mesleki gelişim”, “sertifikalı eğitim” gibi eğitim etkinlikleri ticarileşen bir alan olmaya başlamakta ve sağlıkçılar “eğitim” baskısını daha fazla hissetmektedirler. Serbest piyasada rekabet edebilmenin yolunu daha nitelikli olmaya çalışarak aramaya başlamaktadırlar.
  6. Finans kapitalin sağlık sektörüne ilgisi artmaktadır. Türkiye'ye yabancı sermaye girişi ve ilgisi artış gösterdikçe yapılan düzenlemelerin de kolaylaştırıcı ve çekici etkisiyle yabancı fonlar sağlık sektörüne özel bir ilgi göstermeye başlamaktadırlar. Özel hastanecilik ve özel sağlık sektöründe hastane satın alarak “zincir”ler oluşturan fonların yatırım alanları arasında sağlık sektörü başı çekmektedir. Son dönemde yaşanan bir örnekle de açığa çıktığı gibi, büyük ve marka bir hastane grubunda var olan yabancı ortağın yerini, hastane grubunu “global zincir haline getirecek stratejik ortak” almaktadır. Bu yeni fon, Malezya ve Japon iki

- farklı parçadan oluşan 5 ülkede 16 hastanesiyle faaliyet gösteren, farklı ülkelerde farklı hastane gruplarında hissesi bulunan, 2016 yılı hedefi dünya genelinde hastane sayısını 50'ye çıkararak dünyanın ikinci büyük hastane zincirini ortaya çıkarmak olan bir "küresel holding"tir. Basında yer aldığı kadarıyla satış bedeli de 2.1 milyar USD'den fazladır.
7. Bu açıdan baktığımızda ülkemizde sağlık sistemi değişiminin yeni bir aşamada olduğunu, yıllardır öngörüldüğü gibi özel sağlık sektörünün "çok uluslu şirket tekelleri" haline geldiğini, küresel hastane zincirlerinin bir parçası olduğunu görüyoruz. Artan sağlık harcamaları ve üretimsiz büyüme yabancı sermayenin iştahını fazlasıyla kabartıyor. Yapılan tahminlere göre sektörün %15'i yabancıların elinde ve özel sağlık sektörü alanında 10 yıla kadar 10 büyük grubun kalacağı öngörülmüyor.
  8. Esnek çalışma biçimlerinin yaygınlaşması ve hizmetin içeriğinin değişimi sağlık çalışanlarını örgütsel parçalanma tehdidi ile de karşı karşıya bırakmaktadır.
  9. Sağlık alanına neoliberalizmin yansımaları ise "sağlık reformu" başlığında toplanmaktadır. IMF ve Dünya Bankası (DB)'nin önemli rolleri olan bu süreç, "yapısal uyum programları" adı altında sağlık, eğitim, tarım, ulaşım, çevre vb alanlarda "düzenlemeler" içermektedir. Doksanlı yılların ortalarında Ticaret ve Tarifeler Genel Anlaşması(GATT), Hizmet ve Ticaret Genel Anlaşması (GATS), Fikri Mülkiyet Hakların Korunmasına İlişkin Anlaşma (TRIMS) gibi anlaşmalar, sağlık alanında hizmetlerin ticarileştirilmesi ve özelleştirilmesinin diğer bir deyişle piyasalaştırılmasının uluslar arası zeminini oluşturmuştur.
  10. Sağlık reformu sürecinde hizmet sunumu boyutu ile kamu/özel sınırları "muğlaklaş (tırıl)maya" başlanmıştır. Sağlık alanında kamusal harcamaların yük olarak görülmesi kadar, sağlık alanında yoğunlaşan ilaç ve tıbbi teknoloji sektörlerinin artan karlılığı ve hizmetlerin tedavi edici hekimlik üzerinden bu sektörlerle bağımlılığı da yaratılan kamu/özel muğlaklaşmasının önemli nedenlerinden olmuştur. Esas olarak sağlık reformları, sağlık hizmetlerinin finansmanına odaklanarak "harcamaların sınırlandırılması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması ve kamu dışında kaynakların yaratılması" nı öncelikli hedef haline getirmiştir. Bu anlamda finansman ile hizmet sunumunun ayrılması, devletin hizmet sunumundan çekilerek sağlık hizmetini piyasadaki "aktörlerden" satın alması, finansmanda da vergi dışı kaynakların ve özellikle sigortanın benimsenmesi temel uygulama stratejisidir.
  11. Özellikle Avrupa'da olmak üzere sağlık reformları tartışmalarında tartışmaların merkezinde yer alan temel kavram "özelleştirme"dir. Kamu tarafından sunulan hizmetlerde özelleştirme, kamu elinde bulunan kuruluşların yapılarının değişimi, kamuya yönelik hizmetlerin sunumunda ve bunun için gerekli ön koşulların, altyapının hazırlanmasında özel sektörün teşvik edilmesi, desteklenmesi ve hizmet sunumunda kamu-özel sektör işbirliğinden yararlanılması olarak tanımlanabilmektedir. Kamu sağlık kurumlarının piyasa dinamiklerine açılması ve bu dinamiklere gö-

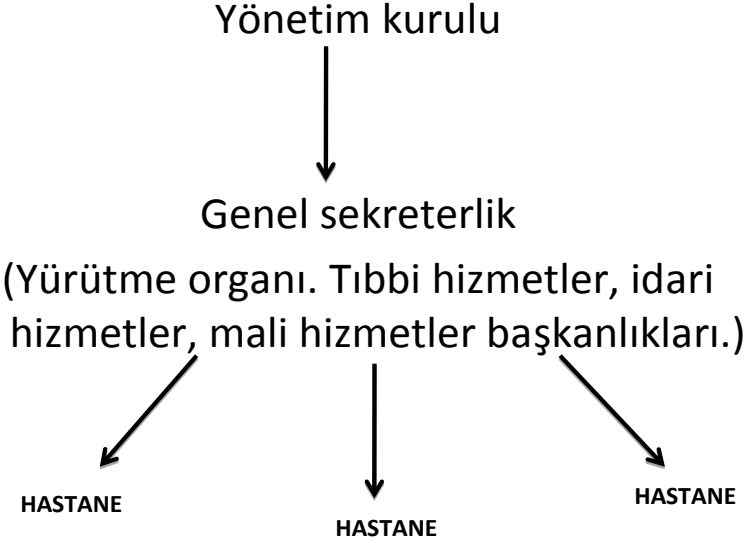
- re şekillendirilmesi beklenenden farklı eğilimler doğurmaktadır. Birleşik Krallık, İsveç, Finlandiya ve Batı Avrupa'nın bir çok diğer ülkesindeki hastane kontratlarında karşılaşıldığı gibi pazarda yer alan özel mülkiyete ait bir çok büyük şirket, sanılanın aksine birbirleriyle acımasızca rekabete girmemekte buna karşın tümüyle kamusal sahipliği bulunan yapılar, sıklıkla kendi aralarında yarışmaktadırlar.
12. Bu anlamda sağlık alanında yaşanan özelleştirme sürecinin gelişimi ve değişiminde kamusal hizmetlerin yönetimindeki anlayış değişikliğinin önemli bir payı bulunmaktadır. Bu anlayış değişikliği “yeni kamu yönetimi” adıyla anılmakta ve “üzerinde görüş birliğine varılmış bir takım unsurlar” içerdiği ve sağlık reformlarının bu anlayıştan “yoğun olarak” etkilendiği belirtilmektedir. Bu unsurlar arasında dikkat çeken ve sağlık alanında da uygulamaları hızla yaygınlaşan a) profesyonel yönetim anlayışı b) performans değerlendirilmesi c) hizmet sunumunda daha fazla rekabet ve bu ölçüde verimliliği sağlayacak ihaleci yönetim anlayışı d)maliyetleri azaltıcı ve standartları geliştirici özel sektör yönetim anlayışının benimsenmesi e) üretim sürecinde daha fazla disiplin başlıklarıdır.
  13. “Kamu sağlık hizmetlerinin performansının artırılması için” giderek artan bir sıklıkla “organizasyonel reformlar” gerekliliğinin gündeme getirildiği ve bu organizasyonel reformların da temel olarak pazarlaştırmanın(“marketization”) üç temel elementi olan otonomizasyon, korporatizasyon ve özelleştirme olduğu ve bunların da ağırlıklı olarak hastanelerle ilişkilendirildiği görülmektedir. “Organizasyonel reform” olarak nitelendirilen üç temel element de, özellikle hastaneler üzerindeki kamu kontrolünü azaltarak hastaneleri “pazar güdülerine” açmaktadır ve hastanelerin teknolojik kapasitelerinin artırılmasını hedefleyen “tıbbi ekipman ve hastane bilgi sistemleri”ne odaklanmaktadır. Burada, otonomizasyonda hastane yönetimlerine “kritik kararları” alma hakkı verilmesi(çalışanlarla ilgili karar süreçlerinden, klinik yönetsel kararlara, klinik olmayan yönetsel işlere, finansal yönetime kadar uzanana geniş bir spektrumdadır), korporatizasyonda ise kamusal sahiplikteki hastanelerin yapısal olarak “özel şirketleri taklit etmeleri” söz konusudur.

Bu çerçevede değerlendirildiğinde kamu hastane birlikleri ve kamu özel ortaklığı kamunun sağlık alanındaki rolünün değişimi paralelinde ve ekseninde ortaya çıkan düzenlemelerdir. Kamu hastane birlikleri ile kamu hastanelerinin şirket yapısına büründürülmesi, yönetimi ve işleyişinin şirketleştirilmesi söz konusudur. Düzenleme 2007 yılında TBMM'ye gelmiş ve hala yasalaşmayı beklemektedir. Bu Kanun, devlet hastanelerini “Kamu Hastane Birlikleri” adı altında mali ve idari açıdan özerk yapılara dönüştürmektedir. Bu özerk yapılar hastane binası ve arazisi dahil olmakta üzere kendilerine devredilen tüm malvarlıklarını satmak, kiralamak, işletmek yetkisine sahip olmakta personel gideri dahil tüm gelir ve giderlerini kendileri karşılamak durumunda olacak yapılara çevirmektedir. Meclis görüşmelerinde yapılan bazı değişiklikler yapılmış olsa da esasta bir değişim yoktur. Başlangıçta sağlık personelinin bütünüyle birliğe devredilmesi öngörülmüş, Meclis komisyonlarında devirden sonra beş yıl süreyle maaşların Sağlık

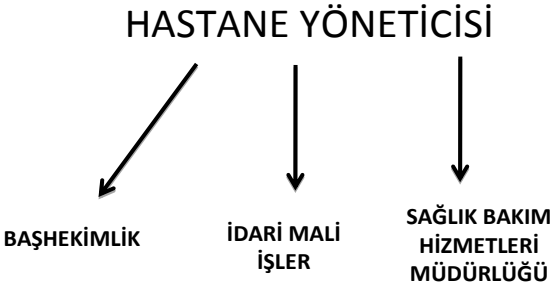
Bakanlığı tarafından ödenmesi biçiminde bir değişiklik yapılmıştır. Hastanelerin yönetim yapısı da değişim göstermektedir. Her bir hastane kendi içinde bir hastane yöneticisi tarafından yönetilmekte, hastaneler “Genel Sekreterlik” olarak adlandırılan yürütme organına bağlanmaktadır. Şirketlerdeki “CEO”luk görevine denk gelen Genel Sekreterlik ise bir yönetim kuruluna bağlı olarak faaliyet sürdürmektedir. Kamu hastane birliklerinin yönetim kurulları ise aşağıdaki üyelerden oluşmaktadır:

- İl genel meclisinin belirleyeceği iki üye:
  - Hukuk alanından bir üye
  - Yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir veya finans ve bankacılık sektöründen bir üye
- Vali tarafından belirlenen bir üye
  - Tasarının ilk halinde işletme, iktisat veya maliye alanında yüksek öğrenim görmüş bir üye biçiminde
- Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen
  - Tıp öğrenimi görmüş bir üye.
  - Sağlık sektöründen bir üye
  - İl sağlık müdürü veya yardımcıları arasından bir üye
- Ticaret ve sanayi odası (ayrı ayrı kurulmuş ise ticaret odası) tarafından belirlenen
  - Yatırım ve işletme konusunda deneyimli bir üye

## Kamu hastane birliği



## HASTANELERİN YÖNETSEL YAPISI



Yine hastaneleri ilgilendiren bir diğer başlık ise “Kamu-Özel Ortaklığı” adıyla getirilen düzenlemelerdir. Kamuoyunda “hastane kampusleri”, “sağlıkta yap-işlet-devret modeli” vb adlarla anılan bu model hastanelerdeki hizmet sunumunu etkileyecek özellikler taşıyan bir özelliكتedir. Ülkemizde 2005 yılından itibaren yapılan yasal düzenlemelerle getirilen model, bir “finansman modeli” olarak sunulmaktadır. Buna göre bu finansman modelinin uygulanması ile aşağıdaki temel unsur ve avantajların sağlanacağı varsayılmaktadır:

- Özel sektör finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılması
- Özel sektörün hızlı karar alma ve bu kararları uygulamaya koyma becerisi ile yaratıcılığının proje sürecine entegrasyonu, riskin paylaşılması
- Her kesimin en iyi bildiği ve uzman olduğu ana işini yapabileceği bir altyapının oluşturulması
- Sağlık tesisi faaliyete geçirilinceye kadar kamu adına herhangi bir maliyet üstlenilmemesi
- Ödenek yetersizliği nedeni ile kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım sürelerinin kısaltılması
- Kısıtlı kamu kaynakları üzerindeki yatırım yükünün kira bedeli ödeme düzeyinde uzun yıllara yayılması
- Tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesinin özel sektöre yaptırılmasıdır.

Bu kapsamda 2006 yılında “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” ile işleyiş ayrıntılandırılmıştır. Buna göre, Yüksek Planlama Kurulu tarafından yapılması uygun görülen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığı’nın belirleyeceği çerçevede özel sektöre yaptırabilecek, özel sektörün kendi arazisi ya da Hazine tarafından bedelsiz olarak kendisine tahsis edilen araziler üzerine yapacağı bu sağlık tesisini 49 yıllığına özel sektörden kiralayabilmesi söz konusudur. Süreç özel sektörün sadece inşaat yapması ve binayı belirli sürelerle kamuya kiralamasıyla da sınırlı değildir. Binanın donanımı da özel sektöre yaptırılmakta, ek olarak da sağlık tesislerindeki tıbbi hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi de özel sektöre verilmektedir. Bu noktada ilgili yönetmelikte “ticari alanlar ile hizmet alanlar” biçiminde ayırım yapılmıştır.

Özetle bu model kamu kaynaklarını özel sektöre daha yoğun bir şekilde açmaktadır. Uygulamalarda ülkeden ülkeye değişebilen farklılıklar olmakla birlikte kamu-özel ortaklığı kapsamında yapılacak sağlık tesislerinin tasarımı, inşaatı, finansmanı ve işletmesi kontratlar ile özel sektörce yapılmaktadır. Genel olarak süreler değişken olmakla birlikte 25-35 yıl arasında değişmektedir. Bu süre içerisinde, daha inşaat bitmeden kamu özel sektöre ödemeler başlamaktadır. Genel olarak ödemelerin %60’ını bina kirası (kullanış ödemesi) %40’ını da

hizmet ödemesi oluşturmaktadır. Burada devlet tek bir özel sektör yapısıyla kontrat yapmaktadır, kontrat yapılan özel sektör yapısı ise işi alt yüklenici ve taşeronlara devretmektedir. Bu bir yönüyle kamunun hizmet üzerindeki otoritesi kalktığı anlamına gelmektedir. Modelde kamu özel sektörün finansal risklerini yüklenmektedir. Maliyeti arttıran bu durum, özel sektörün kamu sağlık hizmetlerine yoğun ve dah büyük boyutlarda dahil edilmesinin yeni bir mekanizmasıdır. Kamu-özel ortaklığı modeli ülkemizde “hastane kampüsleri” adıyla sunulmakta sayısı binleri bulan ve geçen dev hastane kompleksleri yapılması planlanmaktadır. Bu dev hastane kampüslerinin gerek sağlık hizmet maliyeti gerekse de yapım ve işletim sürecindeki maliyet göz önüne alındığında maliyet kısıtlayıcı önlemlerin kaçınılmaz olduğunu öngörmek çok da zor değildir. Bazı ülkelerde bu önlemler kamu özel ortaklığı modeli ile yapılmış hastaneler dışındaki hastanelerin kapanmasına kadar varmıştır.

Hastanelerde taşeronlaştırılmış hizmetler sayı ve yoğunluğunun artması çalışma biçimlerini ve sağlıkçıları doğrudan etkileyecektir. Hastanelerin merkezleştirilmesi, bazı hastanelerin kapansmasına, bu birimlerde çalışan sağlıkçıların başka birimlere nakline, görev yerlerinin değişimine neden olabilecektir.

**Tablo-1:** Sağlık Bakanlığı İstatistiklerine Göre Türkiye’de Sağlık Çalışanları

Çalışan	Yıllar				
	2006	2007	2008	2009	2010
Hekim	104 475	108 402	113 151	118 641	123 447
Hemşire	82 626	94 661	99 910	105 176	114 772
Ebe	43640	47175	47673	49357	50 343
Sağlık memuru*	58473	78 439	83 993	92 061	94 443
Diğer**	41 472	43 255	44 737	45 790	47 938
<b>Toplam</b>	<b>248 060</b>	<b>371 932</b>	<b>389 464</b>	<b>411 025</b>	<b>430 943</b>

\* Sağlık Bakanlığı yıllığında sağlık memurluğu “sağlık memuru ve aşağıda belirtilen branşlarda çalışan tekniker ve teknisyenler” biçiminde tanımlanmaktadır: İlk Acil Yardım (Acil Tıp), Sağlık, Anestezi, Çevre Sağlığı, Diş Protez, Laboratuvar, Ortopedi, Röntgen, Diş, Fizik Tedavi, Kalp Akciğer Pompa, Patolojik Anatomi, Odyometri, Protez, Toplum Sağlığı.

\*\* Dişhekimi ve Eczacı



**Tablo-2:** Sağlık Bakanlığı İstatistiklerine Göre Türkiye’de Sağlık Çalışanları Toplam İçindeki Oranları (%)

Çalışan	Yıllar				
	2006	2007	2008	2009	2010
Hekim	42.12	29.15	29.05	28.86	28.65
Hemşire	33.31	25.45	25.65	25.59	26.63
Ebe	17.59	12.68	12.24	12.01	11.68
Sağlık memuru*	23.57	21.09	21.57	22.40	21.92
Diğer**	16.72	11.63	11.49	11.14	11.12
<b>Toplam</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

\* Sağlık Bakanlığı yıllığında sağlık memurluğu “sağlık memuru ve aşağıda belirtilen branşlarda çalışan tekniker ve teknisyenler” biçiminde tanımlanmaktadır: İlk Acil Yardım (Acil Tıp), Sağlık, Anestezi, Çevre Sağlığı, Diş Protez, Laboratuvar, Ortopedi, Röntgen, Diş, Fizik Tedavi, Kalp Akciğer Pompa, Patolojik Anatomi, Odyometri, Protez, Toplum Sağlığı.

\*\* Diş Hekimi ve Eczacılar

### Kaynakça

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yılığ 2010
2. [http://www.bagimsizsosyalbilimciler.org/Yazilar\\_BSB/BSB2011.pdf](http://www.bagimsizsosyalbilimciler.org/Yazilar_BSB/BSB2011.pdf)
3. <http://haber.sol.org.tr/yazarlar/ilker-belek/bu-kriz-bitmez-45228>
4. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)
5. 2 Ekim 2011 tarihli Hürriyet gazetesi
6. 5 Ocak 2011 tarihli Radikal gazetesi haberi.
7. <http://www.kamuozel.gov.tr>
8. KHB ve KÖO mevzuatı
9. Yavuz Cİ. Dünyada ve Türkiye’de neo-liberal politikaların hekim emeğine yansımaları. Hekim Emeği Çalıştayı. İstanbul Tabip Odası. 2008.

## PANEL-3

# TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞMA KOŞULLARI

*Yürütücü: Hasan Oğan. Dr., İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi. İstanbul.*

## ÖZEL SEKTÖRDEKİ EBELER

*Aysun Ekşioğlu. Ar. Gör., Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü. İzmir.*

Tarihsel olarak kadının çalışma yaşamındaki varlığı, erkeklerin çeşitli nedenlerle tercih etmedikleri ya da boşalttıkları alanları doldurmasıyla olanaklı olabilmektedir. Sağlık sektörü de son yıllarda yaşanan piyasalaşma süreciyle bunun örneklerinden biridir. Kadınlar, giderek büyüyen özel sağlık sektörünün ucuz ve güler yüzlü emek gücü olmuştur (1).

Kadın emeğinin işgücü piyasasındaki konumu, özellikleri ve kullanım biçimi; ucuz işgücü arayışında olan sermaye için önemli bir potansiyel haline gelmiştir. Sağlık Dönüşüm Programı'nın temellerinin atıldığı 2002'den bu yana Sağlık Bakanlığı çalışanı sayısı %24, özel sektörde çalışan sayısı %77 artmıştır (2,3). Ülkemizde ebeler devlet, üniversite ve özel sektörde görev yapmaktadır. Türkiye'de 43 bini Sağlık Bakanlığı bünyesinde olmak üzere toplam 48 bin ebe çalışmakta, özel sektörde ise bu sayı 4253'e ulaşmaktadır(4,5).

Sağlık hizmeti açısından devletin boşalttığı alan sağlık sermayesine bırakılmıştır. Reformun ilerlemesiyle özel sağlık sektörünün bu denli büyümesi bir rastlantı değildir ve sayıları gün geçtikçe artan özel sağlık kuruluşu, giderek büyüyen hastane zincirleri özel sektörün büyüdüğünün kanıtlarıdır (1).

Özel sektörde ya da üniversitelerde sözleşmeli kadrolarda ve özellikle asgari ücretle çalışmak zorunda kalan ebelerde işdevir hızı çok yüksektir. Görelî olarak az sayıda sağlık çalışanı ile giderek artan hizmet talebine cevap verebilme durumu söz konusudur. Az sayıda kişi ile hizmetin yürütülmesi sonucu iş yükünün artması, belirli süreli sözleşmeyle çalışma, güvencesizlik, esnek çalışma saatleri, düşük ücretlendirme hatta zamanında ödenmeyen ücretler kadın sağlık çalışanlarını öncelikle etkilemektedir (3).

Özel hastanelerde kadın sağlık çalışanlarında aranan önemli özelliklerden biri estetik emektir. Estetik emek çalışanların (çoğunlukla kadınların) bedenlerinin işletme tarafından arzulanan estetik özellikler doğrultusunda, işletmenin faydası gözetilerek yeniden üretilmesi, şekillendirilmesidir. İşe seçim sürecinde, çalışanlarda bulunan (güzellik, incelik gibi) veya atfedilen (güler yüzlülük, ağır başlılık, sevecenlik gibi) özellikler, işe girişin ardından eğitimlerle geliştirilir ve işletmenin hizmet tarzının bir parçası haline getirilir (2).

Bununla birlikte ebelerin motivasyonları oldukça düşüktür. Ebeler; çalışma koşulları ile ilgili değerlendirmelerde sözleşmeli çalışma ile motivasyonlarının etkilendiğini, iş yüklerinin çok arttığını ve nitelikli sağlık hizmeti sunma imkânının azaldığını belirtmişlerdir:

*“10 saat vardiya yapıyorum. Bazen nöbetler üst üste oluyor. Çok yorucu ve yıpratıcı. Oraya girince kendinizi bir fanusa hapsolmuş balık gibi hissediyorsunuz. Ancak bu fanusun üstü kapalı.”*

*“Hastalar sürekli ilgi istiyor. Sabahtan akşama kadar gülümse, mutlu görün. Sanki beni çok mutlu edecek koşulları varda hastanenin...”*

*“ Orada garantin yok. Sorgusuz, hesapsız, güdümlük bir koyun gibi çalışırsın.”*

*“ Birlikte çalıştığım doktor, doğum eğitimi yaparken normal doğumu çok anlatmayıp, sezaryeni anlatmamı ve daha iyi bir uygulama olduğunu söylememi belirtti. Para kazanmak her şeyden önemli tabii...”*

Aynı zamanda ebelerin çalışma koşullarının kötüleştiği, işlerini de kaybetme korkusu taşıdıkları belirlenmiştir.

## SONUÇ

İçinden geçtiğimiz yeniden yapılanma sürecinde duygusal ve estetik emeklerine daha çok başvuru kadın sağlık çalışanları giderek bir yandan güvencesizleştirilmekte ve kimliksizleştirilmekte diğer yandan görece olarak düşük ücretlerle daha yoğun çalışmaya zorlanmaktadır. Sonuç olarak, yıllardır çalışma yaşamı ile ilgili sorunlarla baş etmeye çalışan, çoğu zaman yok sayılan hekim dışı sağlık personelinin görünür hale gelmesi çok önemlidir. Nitelikli sağlık hizmeti sunumunda önemli rolü olan ebelerin; mesleki görev tanımlarının net olarak yapılması, istihdam koşullarının iyileştirilmesi, sözleşmeli çalışmanın kaldırılması ve kadro hakkının sağlanmasında mesleki güç birliğine yoğunlaşmaları ve sağlıkta dönüşüm programına karşı verilen mücadelelerde yer almaları büyük önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Urhan B, Etiler N. Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. *Çalışma ve Toplum* 2011;(2):191-216.
2. Ünlütürk-Ulutaş Ç. Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü. Ankara: NotaBene. 2011.
3. TTB Kadın Hekimlik Kolu Nalbantoğlu D. Sağlıkta dönüşüm politikalarının kadın sağlık çalışanlarının çalışma biçimlerine etkisi birinci basamak ve kadın hekimler. *Sağlıkta Kadın Emeği Sempozyum Kitabı*. 2011. s.19.
4. Bayındır Ü, Durak Hİ. Türkiye’ de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında eğitim ve İnsan Gücü Planlaması Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu. 2008.
5. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Kalkan Matbaacılık, Ankara. 2011
6. United States Agency for International Development (USAID). The Potential of Private Sector Midwives in Reaching Millennium Development Goals. 2006.

## ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İYONİZAN RADYASYON EMEKÇİLERİN ÇALIŞMA KOŞULLARI

*Nezaket Özgür, Ayşen Korkmaz. Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği (TMRT-DER).*

Radyoloji çalışanları özel sektör üç farklı grupta çalışmaktadırlar. Özel hastaneler, özel sağlık (görüntüleme) merkezleri, özel hizmet satın alma yoluyla istihdam şeklinde üç ana başlıktan oluşmaktadır. Benzer yönleri; İyonizan sağlık çalışanları özel sağlık sektöründe özlük haklarından kısmen ya da tamamen mahrum bırakılmaktadırlar. Güvencesiz ve esnek çalışma, çalışma ücretinin düşüklüğü, maaş ödemelerini düzenli zamanında alamamaları, sigorta prim katsayılarının düşük yatırılması, kıdem tazminatını düşük hesaplanarak yatırılması, izinlerini istediği biçimde ve tarihte kullanamama, izinlerde ücret ve ek ödemelerin kesilmesi, başka işlerde kullanılma, dinlenme molalarının verilmemesi, nöbet ve dinlenme odası bulunmaması gibi başlıkları temel sorunların yanı sıra radyoloji çalışanları diğer sağlık çalışanlarından farklı özlük hakları sahiptirler. Bunlar;

- Çalışma süresi
- Şua (sağlık)izni
- Fiili hizmet tazminatı
- Yıllık sağlık kontrollerinin yapılması
- Çalışma ortamlarının güvenliği
- Dozimetre kullanma ve kontrolleri yapılmaması
- Diplomasız çalışma oranı yüksekliği
- Sürekli eğitimin olmaması
- Gece nöbetinin sıklığı ve uzunluğu.

Bu sorunlar kamu alanında da karşımıza çıkan sorunlar olsa da özel sektörde daha belirgin hak kayıpları söz konusudur.

**Çalışma süresi;** Radyoloji çalışanlarının çalışma süresi haftalık 35 saattir. Sorun kanunun bu son hali ile yapılması gereken düzenlemeleri ve çalışma esaslarını belirlemesi gereken yönetmeliğin hazırlanmamış olarak çalıştırılması kamu da kargaşa yaratırken. Özel sağlık kuruluşları mesai saatlerine hiç uymamaktadırlar. İyonizan radyasyon çalışanlarını uzun süre çalışmaya zorlamaktadırlar. Radyasyondan temel korunma da temel prensip olan zaman, ihlal edilmektedir. Diğerleri ise mesafe, zırhlamadır.

**Şua( Sağlık) İzni;** Kanunen yılda kesintisiz dört hafta Şua (sağlık) iznine çıkmak zorunluluktur. Özel sektör, eleman eksikliğini kapatamadığı için şua izni kullanımdırma oranı çok düşüktür. Maaş ve ek ödemelerin kesilmesi yılda kesintisiz olarak dört hafta kullanılması gereken şua izinlerinde de kullanılmamasına neden olmaktadır.

*Fiili Hizmet Tazminatı*; 5510 sayılı Yasa'nın yürürlüğe girmesi ile özel sektörde çalışanlar da fiili hizmetten yararlanma hakkına sahip oldular. Özel sektöre, iyonizan radyasyon ile çalışan sağlık emekçilerinin fiili hizmet süresi zammından da faydalanmaları ek maliyet yarattığından düzenli yatırılmamaktadır. Bu durum fiili hizmet süresi kadar erken emeklilik haklarından da mahrum kalmaları demektir.

*Yıllık Sağlık Kontrolleri*; Özel sektörde yasal zorunluluk olan sağlık kontrolleri fazladan maliyet yarattığından yapılmamaktadır. Denetlemesi Sağlık Bakanlığınca yapılmayan bu durumdan kaynaklanan rahatsızlıkların çalışma ortamından kaynaklanıp kaynaklanmadığını da açıklanmaktadır. İşe giriş muayeneleri yapılmayan İyonizan radyasyon çalışanlarının ileriki meslek yaşamlarında karşılına çıkacak rahatsızlıkların meslek hastalığı tanısı konmasında sorunlar yaşatmaktadır.

*Çalışma ortamlarının ve güvenliklerinin sağlanması*; İyonizan radyasyon ile çalışan sağlık emekçilerinin çalışma ortamlarının hazırlanması da sektöre ek maliyet yaratmakla birlikte Özel sektör kuruluşunda ve açılışında TAEK in Lisanslama koşullarını tam uygulayıp uygulanmadığı sıkı denetim altındadır. Sorun kurumun açılışından sonraki denetlemelerin yapılmamasıdır.

*Dozimetre kullanımı*; Dozimetre kullanım oranının düşüklüğü de özel sektör de net görülmektedir.

*Yıllık izin kullanılması*; Özel sektör çalışanları yıllık izinlerini yasal süresince ve istedikleri tarihlerde kullanamadıklarını ve izinlerinde maaş kesintisi ve ek ödemelerin kesildiğini, bir kısım özel sektör çalışanı ise izine çıkan arkadaşının yerine eleman açığını kapatmak için iki kat fazla çalıştıklarını bildirmektedirler.

*Alan dışı personel çalıştırılması*; Diplomalı eğitim almış eleman yerine daha az maliyetli alan dışı eğitimsiz eleman kullanma özel sektör de sıkça rastlanılan bir durum olarak bildirilmiştir. Hizmet satın alma yoluyla hizmet veren özel sektörde bu oran daha da yükselmektedir.

*Sürekli eğitim eksikliği*; Teknolojinin hızlı gelişmesi ile hızlı değişim gösteren radyoloji elemanının da sürekli eğitimler ile desteklenmesi gerekmektedir. Teknolojik gelişimi yakından takip eden özel sektörün aynı hassasiyeti eğitilmiş eleman kullanımında ve sürekli eğitimin desteklenmesinde kullanılmadığı gözlenmektedir.

*Gece nöbetinin sıklığı ve uzunluğu*; İyonizan Radyasyon çalışanlarının yasal olarak gece nöbeti tutmamaları konusunda hüküm bulunmasına rağmen nöbet tutulmakta olup, özel sektör çalışanlarında nöbet sürelerinin uzunluğu ve sıklığının arttığı gözlenmektedir. Özetle, sağlık sektöründe de emek-gücünü sömürerek kar mekanizmasını çalıştırmaktadırlar.

### **Kaynakça**

1. Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği. 2011 Özel Sektörde Çalışan Radyoloji Teknikerlerinin Sorun Raporu

## ECZANE ECZACILIĞININ SORUN ALANLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

*Harun Kızılay, Eczacı, Türk Eczacılar Birliği Genel Sekreteri.*

Eczacılık mesleği ağırlıklı bir biçimde “serbest eczacılık” uygulamalarına dayanmaktadır. Eczane eczacılığının haricinde mesleğimizin icra alanlarını, hastanelerde sürdürülen hastane eczacılığı, Bakanlık, SGK gibi kurum ve kuruluşlarda kurum eczacılığı, ilaç sanayi eczacılığı ve son olarak üniversitelerde öğretim görevlisi/üyesi görevi üstlenen meslektaşlarımızın çalışma alanları olarak özetleyebiliriz. Bu alanlardaki (özellikle kamu, hastane eczacıları ile öğretim üyeleri)eczacılarımız; özlük haklarından ve çalışma koşullarından kaynaklı sıkıntılar açısından kamu alanında görevli olmaları sebebiyle diğer tüm sağlık personellerine benzer sorunlara sahiptirler. Bu uygulama alanlarına ek olarak Türkiye’de eczacılık fakültelerinden mezun olan öğrencilerin %80’inin tercih etmiş olduğu serbest eczacılık alanında “eczane eczacılarının” yaşamış olduğu sıkıntılar hakkında fikir verecek temel bazı noktalar bu bildirinin konusunu oluşturmaktadır. Ayrıca bildiri kapsamında eczane eczacılarının sıkıntı ve sorunlara ilişkin çözüm önerilerine de değinilecektir.

## ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HEMŞİRELER

Özlem Özkan. Doç. Dr., Kocaeli Üniv. Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği AD. Kocaeli.

Ülkemizdeki neoliberal ekonomik politikaların sağlık sistemini yeniden yapılandırmasıyla, özel sağlık kurumu sayısı ve beraberinde bu sektörde çalışan hemşire sayısı hızla artmaya başlamıştır. Özel sağlık sektörü üçünde en önemli paya sahip özel hastane sayısı; 1970’de 79, 1992’de 143, 2008’de 400 iken, 2011’de 490’a ulaşmıştır. Tüm hastanelerin içinde özel hastanelerin payı 2011 yılında %34.1, tüm yataklı tedavi kurumları içinde yatak payı ise %14’e ulaşmıştır. Özel sağlık kurumu sayısında artış, beraberinde, kamu istihdamının daraltılması, kamuda güvencesiz ve sözleşmeli çalışma uygulamaları, plansız hemşire yetiştirilmesi ve özel sağlık sektörünün daha iyi ücret ve daha olumlu çalışma koşullarına sahip olduğu algısıyla, özellikle özel hastanelerde çalışan hemşire sayısı giderek artmaya başlamıştır. Örneğin, özel hastanede çalışan hemşire payı, 1994’de %4, 2002’de %7.7 iken, 2009’da %16.5 olmuştur. Bir başka ifadeyle, son yedi yılda özel hastanede çalışan hemşire sayısı yüzde yüzden daha fazla bir artış göstermiştir.

Tüm emekçilerde olduğu gibi, hemşireler de kamuda çalışırken sağlık hizmeti meta biçimini almadığı dolayısıyla artık değer üretmedikleri için üretken emeğe sahip değildir. Ancak bu durum, özel sektörde çalışmayla değişiklik gösterir. Hemşire özel sektörde çalışmasıyla doğrudan artık değer ürettiği için -aldığı ücretten daha fazla değer üretmesi ve bu değere sermaye tarafında el konulması emekleri üretken emeğe dönüşmüştür. Bu durumda hemşire, doğrudan piyasanın esnek talebine uygun hizmet sunan ve ürettiği ürünün değeri piyasada belirlenen bir emek-gücüne dönüşür. Özlük hakları ise özel sermayenin denetimi ve kontrolündedir. Bu nedenlerle, özel sağlık kurumlarının sahipleri olan sermaye sınıfı tarafından artık değer artırılması için yine tüm sağlık emekçilerinde de olduğu gibi, hemşirelerin de çalışma süreleri uzatılır, yoğun çalıştırılır, çalışma süreleri düzensizleştirilir, az sayıda ancak “çok yönlü” emekçiler öncelenir, toplam kalite yönetimi gibi esnek hizmet yönetimi uygulamalarıyla ideolojik ve yönetsel düzeyde verimlilikleri ve üretkenlikleri sağlanarak, böylece onların mutlak ve göreceli sömürü oranları artırılır. Nitekim bilimsel çalışmalar da özel hastanelerde çalışan hemşirelerin bu ağır ve olumsuz çalışma koşullarıyla karşıya olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde hemşirelerin özel sağlık sektöründeki profilini yansıtabilecek ülkeyi temsil eder bir çalışma bulunmamaktadır. Yerel düzeyde araştırma ve tezlerden oluşan çalışmalar incelendiğinde ise özel hastanelerde çalışan hemşirelerin büyük bir çoğunluğu 25 yaş ve altındadır. Lisans mezunu hemşirelerin payı %25.6-%77.7 arasında değiştiğinden, özel hastanelerin tercihini hangi eğitim düzeyinde hemşireden yana kullandığı konusunda tahminde bulunmak zordur. Kamuya



atanamama, özel sağlık sektörünün daha olumlu koşullara sahip olduğunu düşünme ve daha yüksek ücret beklentisi özel sağlık sektöründe çalışmada ilk üç neden arasındadır. Buna karşılık, ülkemizde yürütülen bazı çalışmalarda ise özel hastanede çalışan hemşirelerin önemli bir bölümü ücretini yetersiz bulmaktadır.

Hemşirelerin yarıdan fazlasının çalışma saati 46-60 saattir. Yine yarıdan fazlasının düzensiz çalışmakta, %70'inin fazla mesai yapmakta, iş yükünün fazla, çalışma şekli yorucu, nöbet sayısı ise fazladır. Önemli bir bölümü bu yoğun çalışmanın büyük bir kısmını meslek dışı işler olduğunu belirtmektedir. Özellikle 2000 yılından sonra yürütülen çalışmalarda, hemşirelerin önemli bir bölümü, çalışanların kontrol ve baskı aracı olan toplam kalite yönetimi uygulamalarının iş yüklerini daha da arttırdığını ifade etmektedir. Özel hastanelere göre farklılık göstermekle beraber, hemşirelerin bir bölümü ya sözleşme olmaksızın çalışmakta ya da ağır sözleşme akitleri altında çalışmaktadır.

Tüm bunlar; hemşirelerin iş ve istihdam güvencesizliği yaşamasının, meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarının önemli habercisidirler. Nitelikli hemşirelik hizmetinin olanaksızlaşmasıdır. Ayrıca, örgütlenememektir. Nitekim çalışmaların sonuçları da bunu desteklemektedir. Örneğin, özel hastanede yürütülen çalışmalarda hemşirelerin sadece %1.9-%2.6 arasında THD üyesi, %0.3-%1.5 arası ise sendika üyesidir. Görüldüğü gibi, özel sağlık sektöründeki meslek ve sendikal örgütlenme hızı, kamudaki örgütlenmeden oldukça düşüktür. Ülkemizde yürütülen bazı çalışmalarda da hemşireler özel hastane politikalarının mesleki örgütlenmeyi teşvik edilmediğini, sendikal örgütlenmeden ise hiç bahsedilmediğini belirtmektedir.

Bu durumda Türk Hemşireler Derneği (THD) ve sendikaların ifade edilemeyecek kadar önemli fonksiyonları vardır. Sunumda, büyük oranda özellikle özel sağlık sektöründe bu olumsuz koşullarda çalışan hemşirelerin durumu ile THD'nin buna yönelik örgütlenme stratejileri üzerinde durulacaktır.

## DİŞ PROTEZ LABORATUVARLARINDA SAĞLIĞI TEHDİT EDEN RİSKLER NELERDİR?

*Cengiz Tamtunalı. Türk Dişhekimleri Birliği, Merkez Yürütme Kurulu Üyesi. Ankara.*

### **Diş Protez Laboratuvarlarında Çalışanların Akciğer Toz Hastalıkları Özellikle Silikozis Hakkında Bilmeleri Gereken Noktalar**

Çeşitli organik ve inorganik maddelerden aşınma, parçalanma, öğütme, yanma veya mekanik olarak kırma, parçalama, delme, öğütme işlemleri sırasında ve sonucunda oluşan, büyüklükleri değişen, kimyasal özellikleri kendisini oluşturan kimyasal maddenin yapısına benzeyen maddelere toz adı verilir. Sağlık açısından en önemli olanlar "incetozlar" veya "Solunabilir toz" adını verdiğimiz 0.5–5 mikron arasında büyüklüğe sahip tozlardır. Bu tozlar solunum yoluyla alveollere (hava kesecikleri) kadar ulaşırlar ve "pnömokonyoz" dediğimiz akciğer toz hastalıklarına neden olurlar. Diş protez laboratuvarlarında çalışan kişiler silika tozları başta olmak üzere farklı işlemler sonucunda açığa çıkan tozların oluşturduğu pnömokonyozis riskiyle karşı karşıya kalmaktadırlar.

### **Silikozis Nedir?**

Silikozis, bozukluk yaratan ve tedavisi olmayan bir akciğer hastalığıdır. Buna rağmen önlenilebilir bir hastalıktır. Silikoz içinde kristalimsi silika içeren ince tozu soluma sonucu ortaya çıkar. İlk olarak akciğerlerde başlayan bu hastalık, vücudun oksijeni verimli şekilde kullanmasına engel olur.

Kristalimsi silika içeren havayı soluma tüberküloz, böbrek rahatsızlığı ve akciğer kanseri gibi diğer hastalıklara da sebep olur. Silikozis çok az semptom ile başlar. İlk ortaya çıktığında bu semptomlar nefes alışta zorluk, sert öksürük, hırıltı ve göğüs darlığı ile devam eder. Etki ortadan kalksa bile silikozis daha da kötüleşmeye devam edebilir.

### **Dental Teknisyenler Silikozise Yakalanırlar mı?**

Evet. Silikozis dental laboratuvar çalışanlarında teşhis edildi ve onaylandı. Kişi 6 yıllık etkiye maruz kalma sonucunda hastalığa yakalanmaktadır.

### **Dental Laboratuardaki Hangi Çalışmalar Silikozise Neden Olur?**

1. Revetmana Alma: Revetmanın karıştırılması veya döküm sonrası uzaklaştırılması risk oluşturur. Karışım kristalize silikanın çok toksik bir formu olan kristobaliti yüksek oranda içerir.
2. Kumlama: Kumlama sırasında kullanılan kum %100'e yakın kristalize silika içermektedir. Özellikle işlem sırasında aygıtın sızıntı yapması riski arttırır. Eğer gerekli ise toz çöktükten sonra aygıt açılmalıdır.

3. Parlatma/Cila: Özellikle akrilik protezlerin parlatması sırasında kullanılan pomza, aygıt içinde tutulamayıp solunan havaya karıştığında sorun yaratacaktır.
4. Porselen Yükleme: Porselenin içerdiği silika içeriği çeşitlilik gösterir. Porselen tozlarını karıştırırken ya da kurumuş porseleni öğütür ya da parlatırken etki ortaya çıkabilir.
5. Temizleme/Bakım: Bölgesel havalandırma ya da toz toplama sistemlerinin bakımları sırasında filtre içinde biriken tozlar sorun yaratabilir.

### **Silikoze Sebep Olacak Etki Dental Laboratuvarında Nasıl Kontrol Altına Alınır?**

**Yer Değiştirme:** Etkiyi durdurmanın en ideal yöntemi kristalize silika içeren materyaller yerine alternatif materyallerin kullanımı tercih edilmelidir.

**Havalandırma:** Genel havalandırma sistemlerine ek olarak, tozu kaynağında toplayan bölgesel vakumlu filtreli havalandırma sistemlerinin kullanımı tercih edilmelidir.

**Solunum Yolu Koruyucuları:** Diğer kontrol yöntemlerine ek olarak çalışan kişi aktif çalışma sırasında solunum yolu koruyucuları kullanmalıdır. Tavsiye edilen, N-100 parçacık filtreli havayı-temizleyici yarım maskedir.

**Ortam Temizliği:** Islak yer silme, ıslak toz alma ve HEPA vakum ile temizlik önerilir. Tozu tekrar havaya karıştırdıkları için kuru süpürme, kuru toz alma, sıradan bir süpürme makinesi kullanımından kaçınılmalıdır.

### **Silikaya Maruz Kaldığımı Düşünüyorsam Ne Tür Testler Yaptırmalıyım?**

Silikozis vakasında, hastalık semptomları ve klinik belirtiler genellikle geç gelir. İlk etkiye maruz kalmadan itibaren 20 yıl sonra ortaya çıkabilirler. Eğer etkinin başladığını hissediyor ya da öksürük, nefes darlığı gibi belirtileri yaşamaya başladıysanız doktorunuza gitmeli ve çalışma geçmişinizi anlatmalısınız.

Doktorunuz size solunum sisteminizi incelemek üzere tıbbi testler uygulamalıdır. Bu testler akciğer fonksiyonu testlerini içermelidir. Ayrıca bir göğüs röntgeni çekirilmeli ve sertifikalı bir B-okuyucu(silikozisi gösteren röntgenlerin okunması eğitimini almış kişi) tarafından değerlendirilmelidir. Tüberküloz için de bir cilt testi yaptırılmalıdır çünkü silikozisi olan kişiler bu hastalığa eğilim gösterirler.

### **Silikozis tedavi edilebilir mi?**

Hayır. Silikozisin gelişimini durduracak ya da tedavi edecek bilinen tıbbi bir tedavi yoktur. Bu hastalık sadece silika tozuna maruz kalmaktan korunma ile önenebilir. Silikaya maruz kalan işçiler akciğer kanseri geliştirme risklerini düşürmek için sigara içmemelidirler.

## Dental Laboratuarda Çalışma ile Bağlantılı Başka Potansiyel Sağlık Tehditleri var mıdır?

Evet. Bunlar aşağıdaki gibi listelenebilir;

1. Fiziksel tehditler: Laboratuvarlarda kullanılan malzemeler (alçı, revetman, akril, pomza vb.) ve yapılan işlemler (aşındırma, kesme, kumlama, tesviye-polisaj, vb.) sonucu açığa çıkan tozlar solunum sistemimizde geri dönüşümü olmayan sorunlara neden olmaktadır. Ek olarak tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı riski daha da arttırmaktadır.

Özellikle aşındırma ve polisaj işlemleri sırasında kullanılan yüksek frekansla çalışan ve lokal vibrasyon oluşturan el aletleri, el ve parmak uçlarında dolaşımda azalma ve bozulmaya neden olabilmektedirler.

2. Kimyasal tehditler: Laboratuvarlardaki işlemler ve kullanılan malzemelerden kaynaklanan duman ve buhar, kullanılan gaz ve sıvı maddeler solunum ve deri sistemleri için risk oluşturmaktadır.

Risk oluşturan materyallerden en önemlisi olan metakrilat tozu ve likidi işlem basamaklarının her aşamasında (polimerizasyon öncesi, sırasında ve sonrasında) görme, deri ve solunum ve sinir sisteminde sorunlar oluşturabilmektedir.

3. Radyasyon tehditleri: Teknolojik gelişmelere bağlı olarak yaygın hale gelen uygulamalarla (örneğin, CAD-CAM) laboratuvarlarda yoğun olarak kullanılan bilgisayar ekranları radyasyona ek olarak, gözlerde (yorgunluk, acı, ağrı) ve kas-iskelet sisteminde (bel ağrısı, sırt ağrısı, yorgunluk vb.) sağlık sorunlarına neden olmaktadır.

4. Ergonomi tehditleri: Çalışma ortamı (ortamda bulunan kişilerin hareketine ve rahat çalışmasına izin verecek şekilde düzenlenmesi, kullanılan el aletlerinin, aygıtların ve oturma alanının ergonomik olması) ve ortam aydınlatması (görme işlevi için uygun yoğunlukta ve renkte ışık) kas-iskelet sisteminde sorunlara ve yaralanmalara neden olmaktadır.

Özellikle tekrarlanan hareketler ve küçük objelerle çalışma kol, el, omuz, boyun ve üst sırt kaslarına, tendonlara, sinirlere zarar verebilmekte, kronik ağrılara neden olabilmektedir.

5. Sosyo-psikolojik tehditler: Çalışma ortamına ve işin niteliğine bağlı (yönetimin katı denetim ve disiplin anlayışı, işçi-işveren ilişkileri, endüstriyel yorgunluk, çalışma saatlerinin düzensizliği, vb.) olarak ortaya çıkan etkenler özellikle uzun dönemde çalışanların davranış bozukluklarına ve çeşitli psikolojik sorunlara sahip olmalarına neden olabilmektedir.

6. Biyolojik tehditler: Hastadan alınan ölçüler, protez elemanları (gözenekli yapıları nedeniyle özellikle akrilik yapılar, delici özellikleri nedeniyle protetik ve ortodontik kroşeler), tesviye ve polisaj sırasında kullanılan malzeme (pomza, alçı, polisaj pastası vb.) ve aygıtlar (aşındırma - kesme

uçları, polisaj başlıkları), bakteri (pnömoni, tüberküloz, tetanoz vb.) ve virüsler (HIV, Hepatit- B, Hepatit- C vb.) için risk ortamı oluşturmaktadır. Kan veya vücut sıvıları ile bulaşabilen bu biyolojik tehditler ciddi sağlık sorunları yaratabilmektedir.

## **KONFERANS-1A**

# **SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM EMEKÇİLERE NASIL YANSIYOR**

*Yürütücü: Şevkat Bahar Özvarış. Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara.*

# “SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM” VE KAMU SAĞLIK ÇALIŞANLARI

*Ata Soyer. Yrd. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.*

Sağlıkta dönüşümle yaratılan, sadece maddi ortamın ve fiziksel koşulların bozulması değildir. İnsani ortam bozulmuştur. Sağlık hizmeti verilmesinin koşulları yitilmeye başlanmıştır.

2003 yılından bu yana uygulanan "Sağlıkta Dönüşüm" ve sonuçları üzerine, bugüne kadar çok şey söylendi. Hükümet ve hükümete yakın çevreler, liberal kesimler, "sağlıkta dönüşüm"ü överken, sağlık çalışanları sendikaları, meslek örgütleri, muhalif siyasi kesimler de kıyasıya eleştirdiler. Her kesim, kendi açısından argümanlar üretti. "Sağlıkta dönüşüm"ün kamu sağlık çalışanları üzerine etkilerini değerlendirme amacı ile SES de bir çalışma başlattı. Bu çalışmanın birkaç bileşeni vardı: 1) Sağlıkta dönüşümün kurumsal etkilerini değerlendirme amaçlı "işyeri anketi" 2) Dönüşümün kamu sağlık çalışanlarına etkilerini değerlendirme amaçlı "birey-sağlık çalışanı anketi".

"Birey-sağlık çalışanı" anketi, üç bölümden oluşmaktaydı: Sağlık çalışanının sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bölüm., çalışma ve yaşam koşulları ile ilgili (Uluslararası Kamu Çalışanları Sendikası'nın da-PSI değişik ülkelerde uyguladığı) bölüm ve çalışanların sosyo-psikolojik özelliklerini değerlendiren bölüm. SES Genel Merkezi, 9 Aralık 2010 günü, bir basın açıklaması yaparak, ilk iki bölüm ile ilgili bir ön raporu kamuoyu ile paylaştı.

## Genel Çerçeve

Araştırmanın amacı, şöyle ifade edilmişti: "2003 yılından bu yana uygulanan "sağlıkta dönüşüm programı"nın (SDP), sağlık çalışanlarının çalışma koşulları üzerine yaptığı etkileri, SES örgütlülüğü üzerinden değerlendirmek, bu değerlendirme ışığında olası müdahale araçlarını geliştirmek." Bu amaç çerçevesinde, SES üyesi tüm sağlık çalışanları üzerinden bir örnekleme seçildi. Her bölgeden 4'er il seçildi ve toplam 3768 sağlık çalışanına ulaşılmaya hedeflendi. Bu çalışanların yaklaşık yarısının sendika üyesi olmaması hedeflendi. Yine, anket uygulanırken birinci basamak sağlık hizmetleri-ikinci basamak ve üniversite hastaneleri dağılımı ile meslek dağılımına dikkat edilmesi planlandı. İllere gönderilen hedef sayılarda, basamak ve meslek dağılımı gözetilmeye çalışıldı. Çalışma, Mayıs-Ağustos 2010 tarihleri arasında yapıldı. Sonuçta, 23 ilde 2562 sağlık çalışanına ulaşıldı.

## Araştırma Bulguları:

*Katılımcıların Özellikleri:*

Katılımcıların %26'sı Marmara Bölgesi'nden iken, Ege ve Akdeniz Bölgesi'nden %12'si Karadeniz Bölgesinden %14'ü, İç ve Güneydoğu'dan %15'i, Doğu Anadolu'dan %4'ü idi. Katılımcıların %75'i Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda çalışırken, %23'ü çalışan üniversitede istihdam edilmektedir.

Katılımcıların %11'i birinci basamakta, %64'ü devlet hastanelerinde, %23'ü de üniversite hastanelerinde çalışmaktadır. Diğer kurumlarda çalışanlar ise %1.4'dür Mesleki dağılımı ise sırasıyla; hemşire (%39.5), profesyonel tıbbi personel ve tıbbi teknisyenler (%22.4) idi. Çalışanların profili, kadın ve genç ağırlıklıdır (2/3 kadın, 3/4 25-44 yaş).

Katılımcılar, yüksek eğitimlidir (3/4 lise üzeri eğitilmiş). 1/4'ünden fazlası sözleşmeli, 1/2'ye yakını 45 saatten fazla çalışmakta, 1/3 de 1500 TL/ay ve daha az ücret almaktaydı.

1. Sağlık sektörünün, diğer sektörlerle kıyaslanması. Bu amaçla sorulan "ülke koşulları düşünüldüğünde, çalışma koşullarıdır." sorusuna çalışanların %19'u katılırken, %76'sı katılmadığını ifade etmiştir. Her dört sağlık çalışanından üçü sağlık sektöründeki çalışma koşullarının, diğer sektörlerle kıyasla daha olumsuz olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular, sağlık sektöründeki çalışma koşullarının, diğer sektörlerle kıyasla daha kötü olduğunu göstermektedir.
2. Çalışma koşulları: Çalışma koşulları ile ilgili beş soru sorulmuştu. Bu beş soruyu şu şekilde birlikte değerlendirebiliriz:

Soru	Katılıyorum %	Katılmıyorum %
"Çalışma koşullarım giderek daha iyi hale getiriliyor ."	12	82
"Çalışma koşullarım 5 sene öncesine göre kötüleşti ."	62	25
"Çalışma koşullarım 10 sene öncesine göre kötüleşti ."	55	24
"Çalışma koşullarım, 5 yılda çok değişmedi ."	25	51
"Son değişiklikler, çalışma koşullarımı olumsuz etkiledi ."	64	15

Çalışma koşullarının "daha iyi hale geldiği" belirlenmesine, her beş sağlık çalışanından dördü itiraz etmektedir. Son değişikliklerin, çalışma koşullarını olumsuz etkilediğini her üç sağlık çalışanından ikisi ifade etmiştir. **Sonuç 1:** Çalışma koşullarındaki değişimin süreç içindeki algılanışı ile ilgili ise, üç sonuç söz konusudur:

Çalışma koşullarının değişmediği saptamasına her iki çalışandan biri itiraz ederken, son beş yılda çalışma koşullarının kötüleştiğini her üç çalışandan ikisi belirtmiştir. 10 yıl öncesine kıyasla olumsuzluk olduğunu ifade edenlerin oranı da, yarıdan fazladır (%55). **Sonuç 2:** Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının



kötüleşmesi ve bu kötüleşmenin süreç içinde belirginleşmesi, %50-80 arasında kabul görmektedir.

### 3. Çalışma süresi ve fazla mesai:

"Var olan çalışma süremden memnunum."

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
%	8,1	33,1	4	31,7	20,4

"fazla mesai sorunu benim için önemlidir."

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
%	35,4	34,8	9	9,4	6,8

Çalışma süresinden memnun olmayanlar, her iki çalışandan biriyken, fazla mesai sorunu olarak ifade edenlerin oranı 7/10'dur. Çalışma süresinden memnun olmayanların, "vardiya şeklinde" çalışanlar ile "taşeron" olarak çalışanlar olduğunu düşünüyorum. Fazla mesainin daha fazla çalışan açısından sorun olarak nitelendirilmesi, aslında çalışma süresi ile ilgili problemin, ifade edilenden daha büyük bir potansiyele sahip olduğunu göstermektedir. **Sonuç 3:** Çalışma süresi ile ilgili sorun, henüz sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı ile ilgili bir sorunken, fazla mesai üzerinden genişleme potansiyeli taşımaktadır.

#### 1. Ücret Sorunu: Bu konuda üç soruyu birlikte değerlendirdik.



Aldığı ücretten memnun olmayan her 5 çalışandan 4'üyken, her 10 çalışandan 7'si de 5 sene öncesine kıyasla daha az ücret aldığını belirtmiştir. Yaşamının en büyük zorluğu olarak, aldığı ücreti gösterenlerin oranı ise  $\frac{3}{4}$ 'dür. **Sonuç 4:** Kamu sağlık çalışanlarının en önemli sorunlarından biri, ücret sorunudur.

1. Tam ve zamanında ücret alamama sorunu: Bu sorunla ilgili dört soru söz konusu. "işveren, ücretimi her zaman tam olarak ödüyor ."sorusuna katılmayanların oranı %23'ken, "ücretimi her zaman tam ve zamanında alıyorum." sorusunda, bu oran %26'ya yükselmekte, "ücretimi hemen hemen hiçbir zaman tam ve zamanında alamıyorum ."sorusuna olumlu yanıt verenler ise %19 kadar olmaktadır. "en büyük sorunum zamanında ve tam ücret alamamak ."sorusuna katıldıklarını ifade edenlerin oranı da, %17'dir. Tam ve zamanında ücret almama sorunu, çok yüksek oranlarda ifade edilmemiş gibi görünebilir. Ancak, hatırlanırsa, son zamanlara kadar sektörümüzde bu sorun hemen hemen hiç söz konusu değildi. Dolayısıyla, yeni bir olgudan söz ediyoruz. Ve bu olgu, sektörümüze sözleşmeli personel ve taşeron uygulaması ile birlikte girmiştir.
2. Henüz her dört sağlık çalışanından birini ilgilendiriyor görünse ve her beş sağlık çalışanından sadece birisi için önemli bir sorun olarak algı lansa da, sektörümüz çalışanlarının kısa süre içinde daha büyük bir oranını etkileyecek gibi durmaktadır. **Sonuç 5:** Daha önce sektörümüzde yaşanmayan "tam ve zamanında ücret alamama" sorunu, sözleşmeli çalışan ve taşeron uygulaması ile, şu anda sorun haline gelmeye başlamış, kısa sürede de yayılma eğilimi gösterme noktasına gelmiştir.
3. İşsizlik Korkusu: Bu konuyla ilgili sekiz soru soruldu. Bu sorulardan beşi işini kaybetmekle ilgiliyken, üçü de işini kaybettikten sonra yeni iş bulma olasılığı ile ilgiliydi. Önce, işini kaybetme ile ilgili soruları değerlendirelim:

Soru	Katılıyorum %	Katılmıyorum%
"işimi kaybedebileceğimden korkuyorum."	66	23
"bir yıl içinde işimi kaybetmeyi bekliyorum."	21	48
"önümüzdeki 5 yıl içinde işimi kaybetmeyi bekliyorum."	39	33
"son bir yıl içinde işimin daha az güvenceli olmaya başladığına inanıyorum ."	76	14
"en büyük korkum, işimi kaybetmek."	57	29

Her dört çalışandan üç'ünün işinin daha güvenceli hale geldiğini söylemesi, iş güvencesizliğinin potansiyel bir tehlikeden öte olduğunu göstermektedir. Her üç çalışandan ikisinin işini kaybedeceğinden korkması, yarından fazla (%57) çalışanın da en büyük korkusunun işini kaybetmek olması, sektörümüzdeki işini kaybetme tedirginliğinin geldiği boyutları göstermektedir. Beş yıl içinde işini kaybe-

deceğini bekleyenlerin, bir yıl içinde işini kaybedeceğini ifade edenlerin iki misli görülmesi ise, şu anda daha az gibi algılanan tehdidin uzun dönemde büyüme seyri göstereceğine ilişkin korkunun bir ifadesi olarak yorumlanabilir. **Sonuç 6:** Sektörümüzde işsizlik korkusu nesnel bir boyuta ulaşıp görünmektedir.

Yeni iş bulma ile ilgili sonuçlar ise şöyledir: İşini kaybettikten sonra "başka bir iş bulma olasılığının düşük" olduğunu ifade edenlerin oranı %55'ken, şimdiki işinden daha kötü iş bulabileceklerini söyleyenlerin oranı %60, daha az ücretle iş bulabileceklerini belirtenlerin oranı ise yüzde 61'dir. **Sonuç 7:** İşini kaybetme korkusu ile birlikte ele alınacak bir diğer korku, başka iş bulamama veya daha kötü koşullarda iş bulma korkusudur.

1. Sağlıkta dönüşümün etkisini değerlendirme: Bu konuda üç soru vardı. Son değişikliklerin çalışma koşullarını olumsuz etkilediğini ifade edenlerin oranı %64 iken, sağlıkta dönüşümün gelecekte çalışma koşullarını olumsuz etkileyeceğini belirtenlerin oranı yüzde 84'e yükselmektedir. Bu konudaki en çarpıcı soru olan ""mevcut hükümet politikalarının, işimi daha da kötü etkileyeceğini düşünüyorum ." sorusu ise her 100 çalışanın 85'inin katıldığı bir sonuç vermiştir. **Sonuç 8:** Sağlık çalışanları, sağlıkta dönüşümün mevcut durumu kötüleştirdiğini, gelecekte ise şimdikinden daha da kötüleştireceğini çok net bir şekilde söylemişlerdir.

**Sonuçlar:** Sağlıkta dönüşümün kamu sağlık çalışanlarına etkileri üzerine yapılan çalışmada, ulaşılan 2562 sağlık çalışanın verdiği yanıtlar doğrultusunda; sağlıkta dönüşümün sağlık çalışanlarının kendilerini diğer sektörlerle kıyasla daha kötü koşullarda çalıştıkları algısı yarattığı, çalışma koşullarının kötüleşmesi, çalışma süresi ve fazla mesai sorunu yaşamaları, çok ciddi bir ücret sorunları olduğu, yeni ve sınırlı gibi görünmekle birlikte tam ve zamanında ücret alamamanın önemli bir sorun olmaya başladığı, en önemli sorunlar arasında işsizlik korkusunun hızla yükseldiği ve sağlıkta dönüşümün gelecekte koşulları daha da bozacağı saptamaları ile karşılaştık.

Sağlıkta dönüşüm ile yaratılan, sadece maddi ortamın ve fiziksel koşulların bozulması değildir. İnsani ortam bozulmuştur. Sağlık hizmeti verilmesinin koşulları yitilmeye başlanmıştır.

Müdahale edilmediği takdirde, durumun daha da kötüye gideceği, sağlık çalışanlarının çoğunluğunca kabul görmektedir. Müdahale edecek olan da, bizzat sağlık çalışanlarının kendisi ve onların örgütleridir. SES de, bu çalışmayı yaparak, bu iradenin sahiplerinden biri, hem de en önemlisi olacağını göstermiştir.

## KONFERANS –1B

### SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ KAZALARI

*Yürütücü: Aynur Uysal. Doç. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik  
Yüksekokulu. İzmir.*

*Çiğdem Çağlayan. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilimdalı, Kocaeli.*

Sağlık sisteminin en önemli bileşenini oluşturan sağlık çalışanları, bir yandan sağlık hizmetlerinin üretimini gerçekleştirirken, diğer yandan kendi sağlıkları da üretim sürecinde yer alan çeşitli etmenler nedeniyle olumsuz etkilenmektedir. Bu olumsuzluklar özellikle iş kazaları olarak karşımıza çıkmakta ve sağlık alanı neredeyse en riskli iş kollarından birini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bir sektör olarak nitelendirildiği ABD’de sağlık bakımı ve sosyal yardım sektörü hem işçi sayısının en fazla olduğu hem de ölümcül ve ölümcül olmayan iş kazalarının ve yaralanmalarının en fazla görüldüğü sektörlerden birini oluşturmaktadır. Sağlık alanı bu denli riskli olmasına karşın, işçi sağlığı ve güvenliği uygulamalarının yeterli olmadığı bir işkolu olarak ta karşımıza çıkmaktadır.

Sorununun boyutlarını ortaya koymadan önce hangi durumların iş kazası içinde değerlendirildiğini bilmek önem kazanmaktadır. Bilindiği gibi, Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) iş kazası tanımını “planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanmaya ve zarara neden durum” olarak tanımlamış ancak 1998 yılında kapsamını genişleterek “Şiddet eylemlerini de içeren, iş yada işle bağlantılı olarak ortaya çıkan, bir yada birden fazla çalışmada yaralanmaya, hastalığa veya ölüme neden olan planlanmamış ve beklenmeyen bir olay” olarak tanımlamıştır. Türkiye’de ise iş kazaları, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 13. maddesinde” a) Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, b) İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle, c) Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda, d) Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki emziren kadın sigortalının, iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda, e) Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında, meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen özüre uğratan olaydır.” şeklinde tanımlanmıştır.

Burada tanımlanması gereken diğer bir alan da sağlık çalışanlarının kimler olduğudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2006 yılında yayınladığı raporunda sağlık çalışanlarını “asıl amacı sağlığı geliştirmek olan işlerde çalışan tüm kişiler olarak” tanımlayarak oldukça geniş bir aralık sunmuştur.

DSÖ 2006 verilerine göre tüm dünyada 59 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır. Sağlık çalışanları hizmet sektöründe çalışanların %67'sini oluşturmaktadır. Yine özellikle orta ve düşük gelirli ülkelerde sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlası (hekimlerin %70'i) kamuda çalışmaktadır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre, hekim, diş hekimi, eczacı, sağlık memuru, hemşire ve ebe olarak çalışan toplam 430 943 sağlık emekçisi bulunmaktadır (MSB'de çalışanlar hariç). Ancak sağlık çalışanlarının çeşitliliğinin yaygınlığı ve taşeronlaştırılmış hizmetlerde çalışanlar da dikkate alındığında bu sayının çok daha fazla olduğunu öngörmek mümkündür.

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen pek çok risk vardır. Bunlar, biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal riskler olarak gruplanabilir. Tüm bu etkenlere iş kazası tanımında yer aldığı gibi beklenmedik veya planlanmamış bir şekilde maruz kalıp hemen ya da sonradan ortaya çıkabilecek ve sağlık çalışanını bedenlen veya ruhen zarara uğratan olaylar söz konusu olabilmektedir.

Her ne kadar ülkemizde bunu destekleyen veriler olmasa da dünyada ve özellikle sağlık hizmetlerinin istihdamdaki payının en yüksek ülkelerden biri olarak ABD'de sağlık alanı en tehlikeli sektörlerden biri konumundadır. ABD'de BLS 2008 verilerine göre “sağlık sektörü” %12.2'lik payı ve 17.834 000 çalışan sayısı ile en fazla işçi istihdam edilen sektördür. ABD'de ölümcül olmayan iş kazaları açısından sağlık bakım hizmetleri ve sosyal yardım sektörü ikinci sırada yer almakta olup 2007 yılında toplam 171 bin (%14,8) kaza meydana gelmiştir. Bu kazalardan 66 bini (19.7) kas iskelet yaralanması olup bu bakımdan ülke düzeyinde en fazla görülen sektördür. Ölümcül iş kazaları açısından bakıldığında ise tüm sektörlerin ortalaması yüzbin işçi başına 3.8 ve özel sektörde 4.3 iken, sağlık sektöründe 0.7'dir. ABD'de yapılan bir araştırmada sağlık çalışanları arasında mesleki nedenlerle ölüm hızı bir milyon işçi başına 17-57 olarak tahmin edilmiştir ve bunların yarısını enfeksiyon hastalıklarına bağlı (HIV ve HBV) ölümler oluşturmaktadır.

Türkiye'de 2009 yılında görülen iş kazalarının faaliyet gruplarına göre dağılımına baktığımızda, *İnsan sağlığı hizmetleri* başlıklı faaliyet alanında 41'i erkek 42'si kadın olmak üzere toplam 83 sağlık çalışanında iş kazası meydana gelmiştir. Bu kazalardan 4'ü sürekli iş göremezliğe neden olurken, iş kazası nedeniyle ölüm görülmemiştir. Yine aynı istatistiklere göre iki kişide meslek hastalığı görülmüş olup, meslek hastalığı nedeniyle sürekli iş göremezlik ya da ölüm görülmemiştir. Bu faaliyet alanında standardize iş kazası oranı 11.8 olup, alt sıralarda yer almaktadır. Aynı yılın istatistiklerinde meslek gruplarına göre dağılıma bakıldığında, profesyonel meslek mensupları kategorisinin alt başlığı olarak yer alan *yaşam bilimleri ve sağlıkla ilgili profesyonel meslek mensupları* arasında görülen iş kazası sayısı 64'e çıkmış olup, bunların 37'si erkek, 27'si kadındır. Bu grupta

görülen meslek hastalığı sayısı ise bir'dir. Bu kazaların nedenleri ve etkiledikleri bölgeler açısından faaliyet alanları veya meslek gruplarına göre herhangi bir dağılım yapılmadığından daha ayrıntılı bilgi elde etmek olası değildir.

Literatürde sağlık çalışanları arasında en sık görülen iş kazalarını, delici-kesici cisim yaralanmaları, kas-iskelet sistemi yaralanmaları, kayma ve düşmeler, tehlikeli kimyasallara maruziyet ve şiddet olarak gruplamak mümkündür.

Bu sunumda sağlık çalışanlarında meydana gelen iş kazaları, tanım ve kapsamı, sorunun boyutları, nedenleri ve çözüm önerileri açısından ele alınacaktır.



## KONFERANS -2B

### SAĞLIK ALANINDA ŞİDDET

*Yürütücü: Arif Müezzinoğlu. Dr., Türk Tabipleri Birliği İşyeri Hekimliği  
Kol Başkanı. Ankara.*

*Zeynep Solakoğlu. Prof. Dr., TTB Sağlıkta Şiddete Sıfır Tolerans  
Çalışma Grubu.*

Sağlık alanında şiddet son birkaç yıl içinde sağlık çalışanlarının sağlığını olumsuz etkileyen önemli unsurlardan birine dönüşmüştür. Her düzeydeki sağlık kurumunda her düzeydeki sağlık çalışanı fiziksel ve sözlü şiddete maruz kalmakta, bu maruziyet oranları katlanarak artmaktadır. Artışın ardındaki temel nedenleri arasında abartılı sağlık hizmeti talebinin yarattığı iş yükünün sağlıkçılar tarafından taşınamaması, hastaların Bakanlık tarafından bilinçli biçimde sağlık çalışanları üzerinde baskı yaratacak biçimde kışkırtılmasıdır. Bunların yanında, sağlık hizmeti sunulan kurumların güvenlik açısından doğru bir mimari ile kurulmamış olması ve ağırlıklı olarak hekimlik eğitiminin biyomedikal anlayışın ağır bastığı bir yaklaşımla yürütülmesi sayılabilir. Bu nedenler arasında Sağlık Bakanlığı'nın kendi çalışanlarına mobbing uygulama düzeyine varan çalışma koşulları dayatması ve sağlık çalışanlarını değersizleştirme amacıyla psikolojik bir savaş yürütmesi bugün için en baskın etkidir.

Sağlık ortamında şiddete ağırlıklı olarak kadınlar, acil çalışanları ve aşırı kalabalık hasta yükü olan bölümlerde çalışanlar uğramaktadır.

Şiddete uğrama mesleği bırakmaktan depresyon ve post travmatik somatik bozukluklara uzanan bir dizi sonuca yol açmakta, sağlık çalışanının iş verimini düşürmektedir.

Sağlık ortamında şiddeti önlemek üzere yapılabilecekler arasında kısa vadede iş yükünün derhal makul bir düzeye indirilmesi ve caydırıcı yasal önlemlerin alınması, bakanlığın değersizleştirici psikolojik savaşına karşı sağlıkçı etiğine dayanarak karşı bir psikolojik savaşın yürütülmesi; orta ve uzun vadede ise sağlığa daha sosyal ve insan odaklı bir bakışın geliştirilmesi için eğitim süreçlerinin düzenlenmesi ve mimari ve idari çözümlerin yaşama geçmesi gereklidir.



## PANEL -4

# SAĞLIK EMEKÇİLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ: ENGELLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

*Yürütücü: Mustafa Öztaşkın. Petrol-İş Genel Başkanı.*

*Eriş Bilaloğlu. Dr., Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı*

Alana özgü doğru tespitlerin yapıldığı, doğru hedeflerin belirlendiği ve doğru araçların seçildiği ön kabulüyle bu tartışmayı yürütmek durumundayız. Eğer bu aşamada hem fikirlik yoksa kuşkusuz ilk ve en önemli engelle karşı karşıya olduğumuz ortadadır.

“Doğru tespitlerin yapıldığı ve doğru hedeflerin belirlendiği” durumda tartışmayı anlaşılır kılmak ve kolaylaştırmak açısından özne (yani sağlık emekçileri), yaşanan ortam (ülke- çalışma koşulları) ve tüm bunları sarıp sarmalayan ideolojik atmosfer olarak kategorize etmek yerinde olacaktır.

Konuşmada yakın tarihimizin bilgisi ve deneyimi ışığında geçmişten bugüne geçerli engeller, yeni eklenenler, “çözümlerimizin” engel olmasıyla eklediklerimiz, (varsa) artık tedavülden kalkmış “çözümler” ile çözüme dair olanaklar hakkında bir tartışma yürütülecektir.

*Erdoğan Çolak. Eczacı, Türk Eczacıları Birliği Başkanı.*

Dünya ölçeğinde neo-liberal ajandanın en önemli ayaklarından birini oluşturan sağlık “reformları” ile sağlık, ilaç ve eczacılık kamusal hizmet olmaktan çıkarılarak bütünüyle piyasaya terk ediliyor. Hepinizin bildiği gibi, söz konusu politikaların Türkiye’deki yansıması 2004 yılında uygulamaya koyulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”dır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık emek gücünün yoğun sömürüsüne dayanmaktadır ve sağlık çalışanlarının çalışma ve yaşam koşullarında büyük tahribatlara yol açmıştır. Hastaları sağlık piyasasında birer müşteriye dönüştüren ve sağlıkta tasarruf yönündeki bütün iddialarının aksine, orta ve uzun vadede tüketim patlaması yaratacak olan Sağlıkta Dönüşüm Programı, bunu sağlık çalışanlarının sırtına yüklemektedir.

Bu programın sağlık çalışanları açısından sonuçlarından biri, güvencesiz ve esnek istihdam ile performansa dayalı ücretlendirmedir. Bu model kendisini taşeronlaştırma uygulamasında göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde finansman ile hizmet sunumunun birbirinden ayrılmasıyla kamu sağlık kuruluşları sağlık hizmeti satan ve sattığı bu hizmeti üretirken taşeron firmalardan hizmet satın alan birer işletme haline getirmiştir. Önceleri yemek, temizlik ve güvenlik hizmetleriyle başlayan taşeronlaştırma uygulamaları hasta bakıcı, hemşire, laborant, teknisyen, radyoloji uzmanı ve tıbbî sekreter gibi kadroları kapsayacak biçimde genişlemiştir. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu’na dayanan sözleşmeli çalıştırma biçimlerinin yaygınlaşması ve taşeronlaştırma ile birlikte devasa bir taşeron sağlık çalışanları grubu ortaya çıkmıştır. Bugün kamu sağlık kuruluşlarında çalışan taşeron sağlık işçisi sayısının 150.000’e yaklaştığı tahmin edilmektedir. Taşeron çalışanlar kamu hizmeti vermekle birlikte ucuz iş gücü olarak her türlü örgütlenme hakkından yoksun biçimde çalıştırılmaktadır. Taşeronluk uygulaması, bütün sağlık sektörünü belirleyen en önemli sorunlardan biridir. Çünkü her sektörde piyasada temel haklar, en düşük hak sahibine göre kademeli olarak belirlenir. O yüzden hepimiz taşeron işçilerin durumu ne kadar kötüleşirse bizimkinin de o kadar kötüleşeceğini bilmeliyiz. Taşeron hekim, taşeron eczacı, taşeron diş hekimi olmak istemiyorsak, taşeron hastabakıcı, taşeron memur uygulamasına da hep beraber karşı çıkmak zorundayız.

Diğer yandan içinden geçmekte olduğumuz süreç, sağlık meslek örgütlerine yönelik müdahalelerin artacağı işaretlerinin gözle görünür hale geldiği bir evreye tekabül etmektedir. Söz konusu müdahale girişimlerinin yakın dönemdeki iki örneği; 2009 yılı Eylül ayında Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu tarafından kamuoyuna açıklanan *Kamu Kurumu Niteliğindeki Meslek Kuruluşları Hakkında Alınacak Tedbirler Raporu* diğeri ise yürürlüğe konulması an meselesi olan *Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname Taslağı*’dır. Devlet Denetleme Kurulu Raporu, meslek örgütlerinin ideolojik ve politize yapılanmalar olduğunu, çok fazla miktarda finansal kaynağa sahip olduklarını, şeffaf ve demokratik olmadıklarını savunarak gerçek işlevlerine kavuşturulmaları gerektiğini belirtiyordu. Hatta Türk Eczacıları

Birliği (TEB)'nin kepenk kapatma eyleminden söz edilerek, bu eylemin siyasi olduğu iddia ediliyordu. Aslında Rapor, bir süre sonra meslek örgütlerine yönelik düzenlemelerin geleceğinin habercisiydi. Nitekim geçtiğimiz günlerde, 2004 yılında *Sağlık Meslek Mensupları Birliği Yasa Tasarısı* olarak sağlık meslek örgütlerinin önüne konulan düzenlemenin bu kez başka bir formda Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısında Değişiklik Yapan KHK Taslağı içerisinde getirildiğini görüyoruz. Türkiye'de sağlık ve ilaç hizmetlerinin sunumu ve sağlık çalışanları hakkında köklü değişiklikler içeren söz konusu KHK, şeffaflıktan uzak biçimde sağlık meslek örgütlerine danışılmadan ve Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde tartışmaya fırsat verilmeden hayata geçirilmek istenmektedir. KHK'nın 26. maddesi ile kurulması öngörülen Sağlık Meslekleri Kurulu, sağlık meslek örgütlerinin mevcut hukuksal düzenlemelerde yer alan meslekî yeterlilik, meslekî yaptırım ve etik ilkelerin belirlenmesi, uygulanması ve denetlenmesi konusundaki yetkilerini üstlenerek sağlık meslek örgütlerini yok saymakta, Sağlık Bakanlığı tek otorite haline getirilmektedir. Oysa bu yetkiler meslek örgütlerinin temel varoluş nedenlerinden biridir, dolayısıyla bu düzenleme sağlık meslek örgütlerini işlevsizleştirmeye dönük bir adımdır. Aynı düzenleme ile sağlık meslek mensuplarının eğitim içeriklerinin ve eğitimlerinin belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı'na verilmektedir. Yükseköğretime ilişkin anayasal hükümler ve yasalar bir tarafa bırakılarak bilimsel özerklik bütünüyle kâğıt üstünde kalmaya mahkum edilmektedir. Bizlerin yaklaşımı şudur: Eğitim müfredatı hazırlamak üniversite ve meslek örgütlerinin görevi olmalıdır.

Meslek örgütlerini yeniden yapılandırma adımlarının bir başka ayağını ise yeni anayasa çalışmaları oluşturmaktadır. Yeni anayasa tartışmaları bağlamında kimi çevreler tarafından meslek örgütleriyle ilgili olarak dile getirilenler, yeni anayasada 1982 Anayasası'nın 135. maddesinde tanımlanan meslek örgütlerinin "kamu kurumu niteliğinde" olma özelliklerinin ortadan kaldırılacağı, yetkilerinin kısıtlanacağı ve meslek örgütlerin siyasal iktidarların doğrudan müdahalelerine açık hale getirileceği izlenimi uyandırmaktadır. Oysaki meslek örgütleri, mesleği geliştirmeye ve meslek mensuplarının içinde buldukları koşulları iyileştirmeye çalışırken bunu toplumsal kazanımlardan bağımsız olarak ele almazlar. Bu anlamda meslek örgütleri yalnızca meslekî çıkarların peşinde koşan korporatif örgütlenmeler değil, toplumsal kazanımların savunucusu olarak kamusal hizmet veren ve demokrasinin gelişmesinde temel bir rol üstlenen öznelerdir. Söz konusu işlevlerini gereği gibi sürdürmeleri siyasal iktidardan ve sermayeden bağımsız olmalarını zorunlu kılar.

Eczacılık alanı açısından 5510 sayılı ve 2006 tarihli Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile ilaç hizmetinin sunumunda Sağlık Bakanlığı yetkili olmaktan çıkarılmış, sağlık ve ilaç konusunda herhangi bir uzmanlığı bulunmayan ve asil olarak bir geri ödeme kurumu olması gereken Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) asıl belirleyici hale gelmiştir. SGK, örneğin hangi ilaçların eşdeğer ilaç olduğuna karar verebilmektedir. Diğer yandan Türkiye'de ilacın en büyük alıcısının devlet olması, ilaç hizmetleri zincirinin en önemli halkalarından biri olan eczacıların temsilcisi Eczacı Odaları ve TEB ile devlet arasında zorunlu bir ilişkinin doğmasına neden olmaktadır. Bu ilişkinin en somut görüngüsü ise SGK

ile TEB arasında imzalanan *Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol*'dür. Ancak SGK, TEB'le imzalayacağı protokolden bağımsız olarak eczaneler ile sözleşme yapmak istemekte, bu doğrultuda protokol görüşmelerini sürüncemede bırakabilmektedir. Bu girişim TEB ile eczacılar arasındaki bağı koparılması ve bir meslek örgütü olarak TEB'in işlevsizleştirilmesi demektir. Meslek birliği ile bağı koparılarak yalnızlaştırılan eczacı ilaç ve eczacılık alanını neo-liberal politikalar çerçevesinde yapılandıran düzenlemeler karşısında savunmasız konuma düşecektir. Örneğin TEB ile imzalanacak Protokol'den bağımsız olarak eczanelerle sözleşme yapıldığında; reçete kesintilerine itiraz mümkün olmayacak, iskonto konusunda açık bir rekabet ortamına geçilecek, TEB ile yapılan Protokol'de öngörülen 60 günlük geri ödeme süresine riayet edilmeyecek, sıralı reçete dağıtım sistemleri ortadan kalkacak, fesih koşulları SGK tarafından ağırlaştırılacak ve SGK uygun görmediği eczane ile sözleşme imzalamayabilecektir.

Sağlık politikalarının iki temel öncelik göz önünde tutularak belirlenmesi gerekir: Halk sağlığının tam ve eksiksiz bir biçimde korunması ve kamu kaynaklarının bu amaca hizmet edecek biçimde akılcı kullanımının sağlanmasıdır. İlaç ve eczacılık alanında bu iki temel hedefin gerçekleştirilmesinde en büyük rolü oynayacak kişi eczacı ve eczacı örgütleridir. Eczacı örgütlerinin geri plana itildiği bir sistemde gerçekçi bir ilaç ve eczacılık politikasını yaşama geçirebilmek mümkün değildir.

Bizler, sağlık çalışanları olarak sağlıkta tasarrufa ve piyasalaştırmaya karşı, yoksulların sağlık hakkının, sağlık çalışanlarının meslek hakkının gaspına karşı, hep birlikte mücadele etmeliyiz. Öncelikle bu açık olmalıdır. Bunu her zeminde yaratacağımız ittifaklarla bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da sürdürmeliyiz. Sağlık alanında topyekün saldırıya karşı topyekün bir yanıt vermezsek, hekimler kendi, eczacılar kendi, diş hekimleri, hemşireler, herkes kendi kaderini yaşamak zorunda kalacak ve bu kaçınılmaz olacak.

Şairin dediği gibi;

“Bıçak kemikte  
eti geçti  
duydun mu  
bıçak kemikte”

Sağlık hakkımız ve meslek hakkımıza yönelik bu saldırılar karşısında dün olduğu gibi bugün de nitelikli sağlık hizmeti için çok ses tek yürek olmaya devam etmeliyiz. Eczacıların temsilcisi TEB bu mücadelede üzerine düşeni görevi yapmaya devam edecek. Organizasyon komitesine ve beni dinlediğiniz için sizlere teşekkür ediyor, kongrenize eczacılarımızın dostluk ve dayanışma mesajlarını iletiyorum.

Nazan Karahan. Yrd. Doç. Dr., Ebeler Derneği Başkanı.  
Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölüm Başkanı

Ebelik tarihin en eski mesleklerinden biridir. Yeni bir canlının dünyaya gelmesine yardımcı olmak, doğum ağrısı çeken bir annenin acısını dindirmek ve aileye istek ve özlemle beklenen birinin katılımını sağlamak, ebelerin tüm çağlar boyunca toplumlarda saygın bir yer edinmesini sağlamıştır. Tarihsel süreç, incelendiğinde insanlığın devamı için doğuma yardım görevinin daima ebelere verildiği görülmektedir. Önceleri geleneksel yöntemlerle sürdürülen ebelik mesleği, örgün eğitimin başlaması ile bilimsel temellere dayanmış ve günümüzde ebeler kadın ve dolayısıyla aile ve toplum sağlığının koruyucuları olarak çağdaş meslekler içinde yeri almıştır. Anne ve çocuk mortalite ve morbiditesini azaltmaya odaklanan ebelik, toplumun en temel gereksinimi için yaşamsal bir hizmet vermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ebelik; “gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yeni doğanın bakımını ve aile planlaması danışmanlığını yapmak” olarak tanımlamıştır. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (The International Confederation of Midwives –ICM) ebeliği; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının bakımını sağlayan, gerekli tavsiyelerde bulunan, kendi sorumluluğunda doğumu gerçekleştiren, yeni doğanın bakımını sağlayan, kadın ile işbirliği içinde çalışan, güvenilir ve sorumluluk sahibi bir profesyonel olarak tanımlar. Ayrıca ebeye yaşam boyu kadın, aile ve toplum için sağlık danışmanı ve eğitimcisi görevi verir (Adopted by the International Confederation of Midwives Council meeting, 19th July, 2005, Brisbane, Australia)

DSÖ ve UNİCEF, Ana-Çocuk Sağlığı ve Temel Sağlık Hizmetlerinin başarı ile yürütülmesinde “ebelik mesleğinin güçlendirilmesi” üzerinde ısrarla durmakta ve “21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri”nden **“Yaşama Sağlıklı Başlanması Hedefi”**nin gerçekleştirilmesinde ve Milenyum Kalkınma hedeflerinden anne ve bebek ölümlüğünü azaltma (4. Ve 5. Hedef) ve cinsel yolla bulaşan hastalık sıklığını azaltma (6. Hedef) hedeflerine ulaşabilmek için ebelik mesleğinin önemine dikkat çekmektedir.

Dünya ülkelerine bakıldığında, sezaryen ve anne/bebek ölüm oranlarının düşük olduğu Hollanda, Kanada, Almanya, İngiltere gibi ülkelerde ebeler, yüksek bir sosyal statüye sahip ve çok iyi ekonomik koşullarda çalışmaktadır. Bu ülkelerde ebeler; belli ilaçları reçete edebilmekte, temel düzeyde obstetrik ultrasonografi ile fetüsü değerlendirebilmekte, serbest çalışmakta hatta yalnızca ebelerin yönetimindeki özel doğum kliniklerinde gebelik takipleri, doğum ve doğum sonu hizmetleri sunabilmektedir. Hekimin yalnızca normalden sapma durumunda müdahale edebildiği gebenin hekim kontrolü yaptırması, ebenin yönlendirmesi ile olmaktadır. Bu ülkelerde kadınlar normal gebelik izlemleri ve normal doğum için ebeyi tercih etmektedir. Ayrıca ebeler, kadın ve dolayısıyla aile sağlığının kuru-

yucusu olarak, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini de yoğun şekilde sürdürmektedir.

Avrupa Birliği'nin 80/155/EEC sayılı konsey direktifleri, ebelik mesleği ile ilgilidir. Bu direktiflerde, ebelerden istenen asgari görevler sıralanmış ve **her ülkenin gereksinimleri doğrultusunda düzenlemeler** yapabileceği belirtilmiştir. Ebelerden beklenen bu **asgari** görevler şunlardır (EC Direktifleri 2005). a) Aile planlaması eğitim ve danışmanlığı b) Gebeliğin tanınması c) Normal gebeliklerin izlemi ve muayeneleri d) Gebelikte risklerin erken tanısı için gerekli muayene ve yönlendirme e) Hijyen ve beslenme konuları dahil ana-babalığa hazırlık programları, emzirme danışmanlığı gibi eğitim faaliyetlerinin yürütülmesi f) İntrauterin fetal durum ve travayı uygun klinik ve teknik yöntemlerle izleme g) Anneye bakım verme h) Acil makat doğumlar ve epizyotomi gerektiren durumlar dahil normal doğumları yönetme ı) Anne ve bebek için anormal bulguları belirleme ı) Hekimin yokluğunda gerekli acil önlemleri alma (özellikle plasentanın elle çıkarılması, uterus manuel muayenesi vb) ı) Yenidoğanın ilk bakım ve muayenesi, gerekirse acil resüsitasyon i) Postnatal dönemde annenin bakım ve izlemi j) Yenidoğanın bakım ve gelişiminin izlemi

Ebe hem bebek/fetüse hem de kadın/gebe/loğusa/anneye aynı anda hizmet eden ve sağlıkları ile ilgili olarak sorumluluk alan profesyonel bir sağlık çalışanıdır.

Uluslararası ebelik felsefesi; doğumun normal fizyolojik bir süreç ve kadın, ailesi ve toplum için önemli anlamlar taşıyan, etkileyici bir deneyim olduğuna inanır. Ayrıca, kanıt temelli ve bireyselleştirmiş ebelik bakımı, kadın ve ailesinin sağlığının geliştirilmesinde oldukça önemlidir. Ebenin çağdaş görev yetki ve sorumlulukları ve dünya ülkelerinde uygulanan ebelik modelleri kapsamında değerlendirildiğinde ebelerin çalışma alanları;

- Temel Sağlık Hizmeti verilen tüm kurumlar
- Doğum hastanelerinin tüm birimleri
- Yataklı tedavi kurumlarında doğum, jinekoloji ve yeni doğana ait servisler
- Gebelik, kadın sağlığı ve yeni doğana yönelik servis ve poliklinikler
- Aile planlaması ve ana çocuk sağlığı merkezleri
- İnfertilite merkezleri
- Doğum ameliyathaneleri
- Ebelik hizmetlerinin yönetimi
- Ebelerin ve ebelik öğrencilerinin eğitimi olarak özetlenebilir.

Gelişmiş ülkelerdeki durum ile ülkemizde ebeliğin durumu karşılaştırıldığında, ebelerin pek çok sorunla karşı karşıya olduğunu görmekteyiz. Mesleğimizin tam anlamıyla uygulanamaması, yasal düzenlemelerin eksikliği, görev yetki ve so-

rumlulukların belirsizliği, alanı dışında görevlendirilme, meslekte ilerleyememe, yönetici olamama, ekonomik güçsüzlük, yoğun çalışma koşulları gibi sorunlar ebelik mesleğini güçsüzleştirir.

Güç kazanmak için ebelerin sistem içindeki yerini vurgulanması büyük önem taşımaktadır. Bunu sağlamak ise kolektif bir çalışmayı gerektirir. Ebelik için örgütlenme, güç kazanma bakımından son derece önemli bir adımdır

Bir mesleğin toplumsal güç odağı haline gelebilmesi için; aynı düşünce ve inançları taşıyan belirli sayıda insanın bir araya gelerek bir örgüt oluşturması ve örgütün isteklerini otoritelere ulaştırmanın bir yapısının olması gerekmektedir

Örgüt, kolektif bir kimliği, belirli bir etkinlik programı ve amaçları, üye seçimine ilişkin kuralları bulunan sosyal bir sistemdir. Örgütlenme; dayanışmayı, işbirliği yapmayı, güçlü olmayı, otonomiye, mesleki toplumsal, ekonomik hakların savunulmasını ve grupla toplumla, dünyayla bütünleşmeyi sağlayan bir yapıdır.

Örgüt kavramının çağrıştırdığı en kuvvetli düşünce, güçtür. Güç, genel olarak “bir şeyi yapabilme ve başkalarını etkileme yeteneği” olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir tanımla güç, değerlerin potansiyellerin farkında olarak, başkalarını istedik biçimde etkileyebilmektir

Ülkemizde ortalama 48 bin ebe çalışmaktadır ve bu ebeler birlikte hareket edebildiğinde, önemli ve ciddi bir güç kaynağı oluşturmaktadır. Ebelerin, ailenin içine kadar giren en önemli sağlık personeli olduğu düşünüldüğünde **toplumsal değişim aracı** olarak da önemli bir gücü elinde tuttuğu ortadadır.

Fakat 1954 yılında Türk Ebeler Derneği olarak kurulan mesleki derneğimizin yıllar içinde pasif durumda kalması ebelik mesleğine önemli ölçüde kan kaybettirmiştir. 2006 yılında değişen Ebeler Derneği yönetimi, çalışmalarına hız kazandırmış, 600 kişi olan üye sayısını 2011 yılı itibari ile 4.352 'ye çıkarmıştır. 2015 yılına kadar 15 bin üyeye ulaşmayı hedefleyen dernek yönetimi, bilimsel, sosyal ve kültürel anlamda ülkemizdeki ebelerin sesi olmaya devam edecektir.

Örgütlenme konusunda, ebelik mesleğinde yaşanan sorunlar şu şekilde özetlenebilir.

- Toplumsal cinsiyet yapısı ve kadının toplum içindeki rolünden kaynaklanan sorunlar
- Farklı düzeyde eğitim almış meslektaşlardan kaynaklanan sorunlar
- Ebe istihdamının uygun şekilde yapılmayışına bağlı olarak, başka mesleki alanlarda örgütlenmeye bağlı sorunlar
- Mesleki örgütlenmenin önemini kavrayamamaktan kaynaklanan sorunlar
- Mesleki örgütlerin meslektaşlara tanıtımından kaynaklanan eksiklikler

- Liderlik politikasından kaynaklanan sorunlar
- Tüm ülkeyi saracak organizasyon ve iletişim ağı ile ilgili sorunlar.

Uzmanlığının farkında olan, güçlü bir mesleki bilinçle ve ebelik felsefesi ile donatılmış ebeler, mesleğin sorunlarına çözüm getirebilir, maddi ve manevi gücünü artırabilir. Tek bir kum tanesi (tek başına bir ebe) ile küçücük bir cam parçası bile kırlamazken, bir avuç kum (örgütlenmiş ebeler) bir torbaya konduğunda (birlikte hareket ederse) kırlamayacak cam, aşlamayacak sorun yoktur.

Örgütlenme bilincinin artırılmasında en önemli adımlardan biri, ebelik eğitimi sırasında öğrencilerde, hak ve özgürlükler ile örgütlenme bilincinin (yalnızca mesleki değil) öğretilmesi ve desteklenerek güçlendirilmesidir. Bir diğer adım ise, mesleki derneklerin yapacağı çalışmalar ve bu çalışmaların tanıtılması olacaktır. Dernek görevlilerinin, en uç birimde çalışan meslektaşına dahi ulaşması, dernek çalışmalarını duyurmak için yazılı ve görsel medyayı kullanması ve tüm bunlar için mali kaynağa sahip olması gerekmektedir. Bunun yanı sıra,

- Derneğin hedef ve amaçlarının açıklanması (vizyon, misyon, stratejik hedefler)
- Mesleki alana yönelik swot analizleri ve boşluk analizleri yapılarak gereksinim duyulan konulara yönelik çalışmaların yapılandırılması (sürekli değerlendirme)
- meslektaşların dernekten beklentilerinin öğrenilmesine yönelik çalışmalar yapılması, dernek çalışmalarının meslektaşlar arasında nasıl karşılandığının araştırılması (memnuniyet) ve
- bu çalışmalardan çıkan sonuçlar doğrultusunda çalışma politikalarının gözden geçirilmesi,
- dernek yönetim kurullarının sahada çalışılan tüm alanları temsil edecek şekilde oluşturulması (doğru temsil) ve her alandan gelen sorun, öneri ve eleştirilerin titizlikle değerlendirilmesi
- açık, saydam ve olumlu iletişim ağı kurulması (açık iletişim),
- vizyon sahibi liderlerin varlığı (liderlik),
- yazılı ve görsel medya ve bilişim teknolojilerinin kullanılması (tanıtım)
- Sorunun değil çözümün parçası olma ve “biz” anlayışının yerleştirilmesi mesleki derneklerin güçlenmesinde önemli parametrelerdir.



## Kaynakça

1. Arslan H, Karahan N, Çam C. Ebeliğin doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi, Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 2008; 1(1):54-59
2. Avrupa Birliği Direktifleri 2005.
3. Yıldız NK. Yeni Zelanda'da Ebelik: Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 2008;1(2): 75-80
4. Ebeler Derneği'nin Ebelik Tarihine yönelik yayınlanmamış arşiv bilgileri.
5. [www.internationalmidwifery.com](http://www.internationalmidwifery.com) (erişim tarihi 15.02.2011)
6. [www.who.int/hrh/nuring\\_midwifery/en](http://www.who.int/hrh/nuring_midwifery/en) (erişim tarihi 15.02.2011)

*Nezaket Özgür Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği (TMRT-DER)*

## **SAĞLIK EMEKCİLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ; SORUN VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği; Topluma radyasyon verme yeti ve yetki-sine sahip olan radyoloji tekniker ve teknisyenlerinin, çalışma ortamları ve bazı hakları diğer sağlık çalışanlarından farklıdır. Sağlık çalışanı olmalarına rağmen bu hakları tek bir kurumla sınırlı kalmayıp pek çok kurumla koordinelik gerekmektedir ki bu alanda temsili yet /muhatap net değildir. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Atom Enerji Kurumu, Sosyal Güvenlik Kurumu,Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı gibi.Ülkemizde kurumsal koordinasyonun olamayışı bu alanda Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği gibi sivil toplum örgütlerinin oluşmasında etken olmuştur.

Mesleki birlik ve beraberliği sağlamayı amaç edinerek, meslektaşlarının eğitim, özlük haklarını koruma ve sahip çıkma hedefi ile kurulan derneğimizde de örgütlenme konusunda sorunlar yaşamaktayız

Dernek ve yöneticilerinin de kendilerini eleştirmesi gereken durumlar olsa da bu alanda yöneticilik profesyonelce yapılmayıp gönüllülük esası ile yapılmaktadır

Ülkemizin de imza atmış olduğu ancak uygulanmayan alınacak kararlarda sivil toplum örgütlerinin görüşü alınır ilkesi son yıllarda hiçe sayılmak ta, bildirilen görüşler dikkate alınmamaktadır.

Sivil toplum görüşlerine değer verilmeden dayatılan ve çalışma yaşamlarını etkileyen kararlar emeğin örgütlenmesinde olumsuzluklar yaratmaktadır.

Arzu Çerkezoğlu Dr., DİSK/Devrimci Sağlık İşçileri Sendikası  
Genel Başkanı.

Tüm dünyada son otuz yıldır bir sermaye stratejisi olarak hayata geçirilen en büyük, en geniş kapsamlı, en akut gelişen işçileşme sürecinin sonuçları Türkiye’de sağlık alanında da yaşandı. Müksüzleştirme ve yoksullaştırma temelinde yaşanan bu süreç bir önceki döneme özgü örgütlenme ve mücadele biçimlerini etkisiz hale getirerek ilerletiliyor. Neo-liberalizm, örgütlü işçi hareketlerini, örgütsüz işçi kitlelerine empoze ettiği güvencesiz çalıştırma biçimleriyle kuşatıyor. Bu kuşatmayı, yalnızca “içeriden” direnişle, yani örgütlü emekçilerin kazanılmış haklarını savunma mücadelesiyle etkisiz hale getirmek olanaklı değil.

Bu politikaların sağlık çalışanları açısından en önemli sonuçlarından bir tanesi de sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünün hizmet satın alma adı altında taşeronlaştırılması oldu. Sağlıkta taşeronlaştırma kabul edilemez olan iki temel sonuç ortaya çıkardı:

**SÜREKLİLİK, BÜTÜNLÜK VE İSTİKRARIN ESAS OLDUĞU SAĞLIK HİZMETİNİN BÖLÜNÜP PARÇALANARAK TAŞERON FİRMALAR ELİYLE GÖRDÜRÜLMESİ SAĞLIĞIN DOĞASINA AYKIRI OLUP, HİZMETİN NİTELİĞİNİ OLUMSUZ ETKİLEMEKTEDİR.**

**TAŞERON ÇALIŞTIRMA BİÇİMİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BAŞTA İŞ GÜVENCESİ OLMAK ÜZERE EN TEMEL HAKLARINI ORTADAN KALDIRMAKTA,**

**AYNI İŞYERİNDE AYNI İŞİ YAPAN KADROLU ÇALIŞANLARLA EŞİTSİZ KOŞULLAR YARATMASI NEDENİYLE BAŞTA ANAYASA OLMAK ÜZERE EŞİTLİK İLKESİNE AYKIRILIK OLUŞTURMAKTA DİR.**

Bu nedenle, “İnsan İhaleyle çalıştırılmaz, Sağlıkta taşeron olmaz” diyerek çıktığımız yolda elde edilen başarıların önemli deneyimler barındırdığının altını çizmek gerekir. Son yıllarda Sağlıkta Dönüşüm Programı’na karşı yürütülen sağlık hakkı mücadelesi, özellikle devlet ve üniversite hastanelerinde çalıştırılan güvencesiz işçilerin mücadelesinin ve örgütlenmesinin önünü açtı.

TTB ve SES’in bu hastanelerde yürüttüğü mücadeleler, hastane yönetimleriyle sağlık emekçileri arasında bir güç dengesi oluşturdu. Bu güç dengesi, güvencesiz çalıştırma ilişkilerinin sorgulanmasını kolaylaştırdı ve yıllardır örgütlenemeyeceği, örgütlense bile mevzi kazanamayacağı düşünülen sözleşmeli, taşeron vb. güvencesiz işçiler, TTB, SES ve Dev Sağlık-İş’in “ortak mücadele-ortak örgütlenme” anlayışıyla örgütlenmeye yöneldi.

Bu mücadelede sağlanan ilerlemelerin çok sayıda özgül yönü bulunmaktadır. Mücadelenin alanı “kamu kurumlarıdır”. Bu kurumlardaki “çekirdek işçiler” kamu çalışanları sendikaları ile TTB ve diğer sağlık meslek örgütlerinde örgütlüdür. Geçtiğimiz on yıl içinde TTB ve SES’in önderliğinde gelişen ve tüm ilerici toplumsal muhalefet güçlerinin de katkı sağladığı sağlık hakkı mücadeleleri,

kamusal sağlık birimlerinde “asıl işin taşeronlaştırılması” uygulamalarına karşı mücadele için, kimi hukuksal kazanımlar da içinde olmak üzere elverişli bir ortam sağlamıştır. Bu işyerlerinde “çekirdek işçiler” taşeron işçileri açısından bir “emek denetimi unsuru” olarak kullanılamamakta ya da sınırlı rol oynamaktadırlar.

Sağlık hizmetinin özgün yapısı ve sağlık hakkı mücadelesi boyunca sağlanan hukuki ve idari kazanımlar nedeniyle, taşeronlaştırmanın, güvencesiz çalıştırmaya kılıf uydurmak için düzenlenmiş bir “muvazaa” olduğunu ortaya koyabilmeyi kolaylaştırmıştır. Öncelikle üniversite hastanelerindeki mücadelelerde elde edilen başarılarla birlikte, mücadele devlet hastanelerine ve sosyal hizmet kurumlarına da yayılmaya başlamıştır.

Kamu sağlık kurumlarındaki taşeron işçilerinin güvencesizleştirmeye karşı mücadelelerinin güncel somut taktik hedefini “taşeron çalıştırmanın yasaklanması ve güvenceli çalışma” talebi oluşturmaktadır. Alınan muvazaa kararları ve sendikali işçilerin iş kanunundan kaynaklanan haklarının kullandırılması dahi ihtiyaç duyulan personeli taşeron şirketler üzerinden çalıştırmayı giderek “pahalandırmakta”, Sağlık Bakanlığını “yeni statü” arayışlarına yöneltmektedir.

Sağlık alanında gelinen bu durum, kamu hizmetlerinde ve sanayide asıl işin taşeronlaştırılması vasıtasıyla sürdürülen işlerin tümüne uygulanabilir bir “strategjik model” oluşturmaktadır.

Kamu sağlık hizmetlerinde güvencesiz çalışmaya karşı mücadelenin başarısında rol oynayan önemli faktörlerden biri de hekimlerin meslek örgütü TTB'nin bu mücadele sürecinde etkin bir görev üstlenmesidir. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla, “işçileşmeye” zorlanan hekimlerin meslek örgütü olan TTB, hekimlerin sınıfsal dönüşüm sürecine karşılık veren bir biçimde, meslek örgütünün işlevleriyle sendikanın işlevlerini bir araya getirmeye yönelik bir mücadele anlayışıyla hareket etmektedir.

TTB, üyeleri işçileşmekte olan bir meslek örgütü olarak sendikal fonksiyonlar da üstlenmektedir. Ancak TTB bu görevi üstlenirken “meslek örgütü”ne özgü niteliklerini bir kenara atmamakta, “sendikal fonksiyonunu”, “mesleğin gereklerinden” hareketle izah etmekte ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın dayattığı çalışma rejimine karşı eleştirisini, bu programın “mesleki” eleştirisine dayandırmaktadır. TTB deneyimi, vasıflı emeğin sıradanlaştırılmasına ve güvencesizleştirilmesine karşı mücadelenin örgütlenmesinde ufuk açıcı bir örnek oluşturmaktadır. Meslek örgütleri ve sendikaların “vasıflı emeğin sıradanlaşması”na karşı mücadelede, “meslek örgütü mü sendika mı” gibi kısır ikilemlere düşmemesi büyük bir önem taşımaktadır.

Neo-liberal yeni sömürgecilik politikalarının “toplumsal yıkıcılığı”, insani, mesleki ve emek alanlarının tümünde, bir bütün olarak gerçekleşmektedir. Bu nedenle neo-liberalizmin emek siyasetine karşı direnişi, emek hareketin geçmişteki mücadele ve örgüt biçimlerine takılıp kalarak yürütebilmek olanaklı değildir.

Sağlık alanında yürütmekte olduğumuz, 13 Mart Mitingi ve 19/20 Nisan grevleriyle somutlanabilecek ortak mücadele, neo-liberalizmin emek düşmanı politikalarına karşı direnişin ancak, politik-ahlaki-bilimsel-sendikal boyutların tümünü kucaklayan bir savunma çizgisiyle yürütülebileceğini göstermektedir.

Bu “kucaklaşma”nın “fikri” düzeyle sınırlı olmadığını; aksine, anlayış düzeyinde gerçekleşmeden önce “gerçek” mücadele sürecinde yaratılmasının zorunlu olduğunu da eklemek gerekmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programına karşı mücadele, meslek örgütlerinin, sendikaların, halk örgütlerinin ve ilerici politik güçlerin “özgünlüklerini” koruyarak birlikte yürüttükleri bir mücadele haline getirmeye yönelik bilinçli çaba, halkın çıkarlarıyla sağlık emekçilerinin çıkarlarını bütünleştiren bir “sağlık hakkı” kavramının üretilmesinin başlıca itici gücü olmuştur.

Neoliberalizme karşı mücadelenin yeni dinamikler taşıması gerektiği çok açık...

Kuşkusuz geleneksel-mevcut yapıların zemini önemlidir, ancak, dönüştürücü olan; barajı aşmaya ve mevcut yasalar üzerinden toplu sözleşme yapmaya ya da yıllık «toplugörüşme/sözleşmelerde» yetkili olmaya endekli olmayan, üyelerinin anlık/dönemsel çıkarlarına uygun meslekçi yaklaşımlardan kopan bir düzenek yaratılmasıdır.

Bu alana hapsolmayan ya da en azından çıkma eğilimi taşıyan örgütlerin birleşik mücadelesi bu sürecin çizgisinin örgütlenmesinin olmazsa olmazıdır. “Devrimci/profesyonel” bir tarzda örgütlenme bu nesnel zeminin dönüştürücü manivela-sıdır.

Temel yaşamsal hakları ortadan kaldıran yeni liberal politikalara karşı işçi sınıfını ve tüm emekçileri ortak hak mücadelelerinde buluşturan, yani politik bir talep olarak güvenceli çalışma/emeğine sahip çıkma ekseninde büyütülecek «çalışma hakkı» ile eşit, ulaşılabilir, nitelikli ve parasız «sağlık hakkı» talebinin bütünleştiği bir çizgiyi büyütülebilmek bugün önümüzde duran temel görevdir.

*Çetin Erdolu. Dr., Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası  
Genel Başkanı*

## **Sağlık ve Sosyal Hizmet Alanında Kamu Emekçilerinin Sendikal Örgütlenmesi; Sorunlar, Engeller**

Sağlık ve Sosyal Hizmet alanında sendikal örgütlenme süreci de Kamu Emekçileri'nin 1989 Bahar eylemleriyle başlayan örgütlenme dönemine rastlar. Bu dönemde, hukuki ve yasal bir düzenleme olmasa da, diğer Kamu Emekçileri gibi, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri'nin de sendikal örgütlenmesi başlamıştır. Kısa zamanda meşru bir zemine oturan bu örgütlenme, giderek genişlemiş, siyasi iktidarların engellemeleri, yasal ve hukuksal baskılara rağmen kısa sürede kurumsallaşmıştır. Bu etkin örgütlenme nedeniyledir ki, siyasi iktidarlar, Kamu Emekçileri Sendikal örgütlenmesinin önündeki engelleri önce genelgeler, sonra da Anayasal düzenlemelerle kaldırmışlardır.

Tüm Kamu Emekçileri Sendikal örgütlenmesinde olduğu gibi; Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçilerinin sendikal örgütlenmesi, örgütlenmedeki sorun ve engeller iki ayrı dönem halinde değerlendirilebilir.

- 1980'lerde başlayıp, 2001 yılında yürürlüğe giren 4688 Sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları Yasası öncesi dönem,
- 2001 yılı sonrası, yani Sendika Yasası sonrası dönem.

Yapılabilecek bir başka değerlendirme de; Son dönemlerde hızlandırılan Yeni Liberal Politikalara bağlı olarak Sağlık ve Sosyal Hizmet alanında yürütülen PİYASALAŞTIRMA, TİCARİLEŞTİRME ve ÖZELLEŞTİRME uygulamalarından

- Önce ve
- Sonra olmak üzere farklı iki dönem şeklinde de olabilir.

Bu bildiride, her iki ayrı dönem iç içe olmak üzere değerlendirme yapılacak, iki ayrı dönemdeki örgütlenme, örgütlenme ile ilgili sorun ve engeller irdelenecek, tartışılacak, bunun üzerinden yeni bir örgütlenme, dolayısıyla mücadele modeli üretilmeye çalışılacaktır.

12 Eylül Darbesi'nin ağır baskı koşullarından çıkmış, bu dönemde birçok kazanımını yitirmiş Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri, görece örgütlenme özgürlüğü olan bir dönemi iyi değerlendirmiş ve hızla sendikal örgütlenmeyi başlatmıştır. Aynı hız sendikal örgütlenmenin genişletilmesi ve hak mücadeleleri konusunda da görülmüş, verilen mücadelelerle kısmen de olsa bazı haklar da elde edilmiştir. Bu dönemin kamu emekçileri açısından en önemli özelliği, kamuda çalışanların aynı statüde ve güvenceli çalışması, Anayasal ve yasal güvenceye sahip olmasıdır. Bu dönemin en belirgin sorunu, Siyasi İktidarların mülki amirler eliyle sendikaların kurulmasının önüne getirdiği engellerdir. Önemli bir sorun ise sendikaların tek gelirini oluşturacak, ama aidiyet anlayışını geliştiren aidatların toplanması sorunu olmuştur. Buna rağmen; daha homojen bir yapıya sahip olma, iş güven-

cesi ve benzer çalışma koşulları içinde olma nedeniyle, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçilerinin örgütlenmesinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

Yasa sonrası, ya da Yeni Liberal uygulamalar sonrasının en önemli özelliği, Kamu Hizmetlerinin büyük ölçüde tasfiyesi, çalışanların iş güvencesinin kaldırılarak parçalı bir yapıya dönüştürülmesidir. Taşeronlaşmanın başlatıldığı, sözleşmeli, çakılı sözleşmeli, vekil, 4/B, 4/C gibi kuralsız, güvencesiz çalışmanın uygulanmasıyla örgütlenmede de parçalanma sorunu yaşanmış, aynı işyerinde farklı statüde çalışma, sendikal örgütlenmenin önündeki en önemli engeli oluşturmuştur. Her dönemde olduğu gibi, Kamu Hizmetinin özelleştirilmesi mücadelesinden dolayı siyasi iktidarların baskıcı politikalarının ve kadrolaşmanın da bu dönem için daha yoğun yaşandığını, bunun da önemli bir örgütlenme engeli olduğunu belirtmek gerekiyor.

Küçültülmüş KAMU, piyasalaştırılmış, ticarileştirilmiş, özelleştirilmiş KAMU SAĞLIK ve SOSYAL HİZMETİ; parçalanmış, farklı statüde, kuralsız, performansa bağlı olarak çalıştırılan Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri. 1980'lerde kurulan Kamu Emekçileri Sendikal Hareketi bu yeni durumu kucaklayamaz, örgütlenmesine yanıt veremez, mücadeleyi örgütleyemez. Yeni bir örgütlenme ve yeni bir mücadeleye, Yeni Liberal Politikaların en yaygın uygulandığı Sağlık ve Sosyal Hizmet alanı başta olmak üzere tüm kamuda yeni bir sendikal yeniden yapılanmaya gerek vardır. Bu yeniden yapılanma; mücadelede savunmacı konumdan çıkıp hizmetin yeniden kamulaştırılmasını, bunun kadrolu-güvenceli kamu emekçileri eliyle, ücretsiz verilmesini talep eden, elde etmek için mücadele yürüten bir anlayış, örgütlenmede statü ayırımı olmaksızın herkesi sendikal yapı içinde örgütleyen birleşik bir emek hareketi örgütlemesi şeklinde olmalıdır. Böyle bir örgütlenme mücadelede başarılı, böyle bütünlüklü bir örgütlenmenin mücadelesi sonuç alıcı olabilir.

## KONFERANS -3

# SAĞLIK KURUMLARINDA İŞÇİ SAĞLIĞI ÖRGÜTLENMESİ VE AVRUPA ÖRNEKLERİ

*Yürütücü: Nadi Bakırcı. Doç. Dr., Acibadem Üniv. Tıp Fak.  
Halk Sağlığı AD. İstanbul.*



## SAĞLIK KURUMLARINDA İŞÇİ SAĞLIĞI ÖRGÜTLENMESİ: AVRUPA VE TÜRKİYE ÖRNEKLERİ

*André Burgmeier: MD., Institut Universitaire Santé Travail Environnement (IUSTE), Strasbourg, France. Service de Médecine du Travail du Personnel Hospitalier, Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, France.*  
*Meral Türk. Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İzmir.*

*Maria Gonzalez: Institut Universitaire Santé Travail Environnement (IUSTE), Strasbourg, France. Service de Pathologie Professionnelle et de Médecine du Travail, Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, France.*

*Jean Francois Gehanno. Service de Pathologie Professionnelle et de Médecine du Travail, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, France.*

*Alain Cantineau. Institut Universitaire Santé Travail Environnement (IUSTE), Strasbourg, France. Service de Pathologie Professionnelle et de Médecine du Travail, Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, France*

Sağlık kurumlarında sağlık ve güvenliğimizi tehdit eden çok sayıda tehlike ve riskler vardır. Örnek vermek gerekirse, enfekte kan ve kan ürünleri, potansiyel kimyasallar, ilaçlar ve anestezi gaz maruziyetleri, zorlanma, sürekli aynı biçimde tekrarlayan işlere bağlı ergonomik riskler, lazer, laboratuvar, radyoaktif materyal ve x-ray gibi tehlikelerdir. Bunlara ek olarak, büyük sağlık kurumları mekanik, tıbbi ekipman, alt yapı, temizlik, yiyecek, yönetim gibi çok çeşitli sağlık ve güvenlik tehlikeleri olan maddeler kullanır. Fakat şu anda en önemli risklerden birisi psiko-sosyal risklerdir. Eğer biz, vardiyalı, aşırı, fazla çalışmanın ve yoğun bakım birimlerinde çalışmanın strese yol açtığını bilirsek, iş organizasyonun, bir işyeri ya da endüstride verimliliğin ve yararlılığın negatif olacağını görürüz.

İşçi sağlığı hizmetleri bağımsız olarak bilinen ve bağımsızlığı politikalara yansıtıp, çalışanlara ve yöneticilere sunulan özel bir danışmanlık hizmetidir. İşçi sağlığı hizmetlerinin programı ve amacı güçlü olarak yerel sağlık örgütleri ve kültürüyle yakından ilgilidir.

Avrupa ülkelerindeki sağlık kurumlarında mevcut olan işçi sağlığı hizmetlerini ortaya koymak için kanıt özelliği olan ilgili bir makaleleri taradığımızda çok az veri olduğu gerçeği ile karşı karşıya kaldık. Ayrıca, dünyada sağlık kurumları en hızlı büyüyen ikinci sektör olmasına karşın, bu konuda ülkeler arası karşılaştırmayı sağlayacak yayımlanmış makalelerin sayısının da çok az olduğunu gördük. Bu nedenle, biz Avrupa Birliği (AB) ülkelerine odaklanmaya karar verdik. Ancak, genel yararı dikkate aldığımızda, Avrupa ülkesi olmayan ülkelerin bazılarında da odaklanmamın daha uygun olacağına karar verdik. Bu ülkelerdeki sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı hizmetlerini birbiriyle

karşılaştırırken, bu karşılaştırmanın bir ülkeyle sınırlı olması önemli bir zorluk olacaktır. O nedenle ülke sayısını arttırmak gerekirdi. Fakat bu karşılaştırmanın 27 ülkeden fazla olması da ayrı bir güçlüğü yol açacaktı. Bunun yanı sıra, bir ülkede sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı hizmetlerini sunan organizasyonlar, ayırd edici bir çelişkiye sahip değilse, bazen bunlar arasındaki gerçek farklılıkları ortaya koymak da ayrı bir sorundur. Tüm bu güçlükleri göz önüne alarak ülkelerdeki sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı hizmetlerinin değerlendirmesini yaptık.

Sağlık çalışanlarının aldıkları sağlık hizmeti konusuyla ilgili soruya yanıt vermemiz gerekirse, çalışmamız kapsamındaki ülkelerin %60'ında hizmetin alınması zorunludur. Fakat, uygulamalar arasında da çok büyük farklılıklar bulunmaktadır. Son bir çalışmada sorgulanan ülkelerin %24'ünde sağlık çalışanlarının sağlık hizmetinin sunulmasında yasal bir gereklilik olmadığı ortaya çıkarılmıştır. Örneğin, Polonya'da çalışan sayısı 100'ün üzerinde olduğu zaman işçi sağlığı hizmeti verilmesi bir zorunluluktur. Bir başka ülkede ise sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti alması gerekliliği saptaması yapıldığı halde, bu konuda herhangi bir uygulama bulunmamaktadır. Çalışmamız kapsamındaki ülkelerin %65'inde sağlık çalışanlarının sağlık hizmetleri işverenler tarafından %13'ünde ise devlet tarafından sunulmaktadır. Çoğu AB ülkesinde bu sağlık hizmetleri, internal (işyerinden verilen) hizmetler tarafından organize edilmekte ve sunulmaktadır. Fakat Belçika, Almanya bu ülkeler kapsamında değildir. Çünkü bu iki ülkede hizmet eksternal (dışarıdan satın alınan) hizmetler tarafından organize edilmekte ve sunulmaktadır. Birleşik Krallık'da bütün hastaneler Ulusal Sağlık Hizmetleri(NH) kapsamındadır. Fransa'da kamusal yapılar ve özel kurumlar büyüklüklerine göre, iç ve/veya dış hizmetler tarafından sağlanmaktadır. Fakat Fransa'daki özel ve kamu kurumlarında aynı hizmetler verilmemektedir. ABD'deki hastanelerde ise bu hizmetler NIOSH, OSHA, AHA, CDC gibi kurumlar gibi yerel, devlet ve federal düzeyde düzenlenmekte ya da onların kılavuzluğunda sağlanmaktadır. Avrupa'da da, ne yazık ki, özel ya da kamu olsun hastanede ya da sağlık hizmeti verilen yerlerde uygulanacak ortak bir sağlık ve güvenlik düzenlemesi yoktur.

Sağlık çalışanlarına yönelik sunulan işçi sağlığı hizmetleri veren kurumlar arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları hızlıca gözden geçirdiğimizde, bu konudaki sorunlara ve güçlüklerle odaklandık. Ayrıca, hangi ülke olursa olsun bu konudaki yeni ihtiyaçları tanımlamak da bir gerekliliktir. Sağlık çalışanlarına yönelik sunulan işçi sağlığı hizmetleri yüksek niteliğe sahip değilse, özel ya da sağlık kurumlarında yer alan meslektaşlarımız arasında nasıl bir işçi sağlığı hizmetleri geliştirmeye ihtiyacımız vardır? Bu konuda nasıl bir farkındalık oluşturabiliriz?

## TÜRKİYE’DE SAĞLIK KURUMLARINDA İŞÇİ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ HİZMETLERİ

*Meral Türk. Doç Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İzmir.*

Eskiden düşkünlere şifa dağıtan bir yer olan hastane, artık yüksek teknolojinin kullandığı her sosyoekonomik düzeyden hastanın bakıldığı bir hizmet üretim alanı olmuştur. Sağlık hizmeti, sosyal ve hizmet yönü ağır basan, çok yönlü ve karmaşık, teknik ve teknolojik nitelikleri ağırlık kazanan ve gittikçe daha pahalı teknik ve teknolojiler kullanmaya yönelen, sürekli ve hızlı olarak değişip gelişen, kamu malı ve hizmeti olma niteliğine sahip olması gereken bir alan olarak tanımlanabilir.

Hastane sadece sağlıktan sorumlu hekim, hemşire değil, çok sayıda mesleğin, sağlık hizmetleri dışındaki işlerin (çamaşırhane, mutfak, tamir ekipmanları, sekreterlik, santral, bahçe, vb.) gerçekleştiği bir kurumdur. Bu nedenle, hastane ortamında çalışanlar çok sayıda ve çeşitte tehlike ve risklerle karşı karşıyadır. Buna karşın, özellikle ülkemizde sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları tehlikeler, riskler ve onların yol açtığı meslek hastalıkları ve iş kazaları hakkında kapsayıcı ve ulusal düzeyde veriler de bulunmamaktadır. Hatta, sağlık çalışanlarının bir çalışan olduğu, çalışma yaşamında karşılaştıkları risklerden korunma haklarının olduğu ve eğer korunurlarsa daha nitelikli sağlık hizmetini sunabilecekleri de sıklıkla göz ardı edilmektedir (1).

Sağlık hizmeti verenlerle ilgili, örgütsel ve mesleksi açıdan en belirleyici etmen devletin sağlık politikalarıdır. Dolayısıyla, sağlık çalışanlarının sağlığı (SÇS) konusu, sağlık politikalarıyla iç içedir. Son yıllarda, sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının istihdam edildiği hastaneler de sağlıksız ve güvenliksiz hale dönüşen sağlık hizmeti üretim alanlarından biridir. Sağlık kuruluşlarının ve çalışanlarının sayısının artması, özelleştirme ve sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırmaya yönelik Sağlıkta Dönüşüm Programı, artan işyükü, kötüleşen çalışma koşulları nedeniyle sağlık çalışanlarının sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir. Sağlık çalışanları, döner sermaye uygulamasına dayanan, vardiyalı, sözleşmeli, düşük ücretle çalışan, meslek örgütleri ve sendikalardan uzaklaşan, meslek hastalığı, engellilik ve kaza halinde hukuki kazanımlarını alamayan kamu güvencesinden yoksun bir sağlık emek-gücüne dönüşmüştür.

Türkiye’de SÇS konusunda ilk çalışmalar, 1989 yılı başında Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi tarafından başlatılmıştır. “Bu bizim sağlığımız” sloganı ile yürütülen çalışmalarda, dörtlü bir yol izlenmiştir:

1. Bu konuda bilgi birikiminin geliştirilmesi
2. İşyerlerinden gelen bildirim formlarından bir arşiv oluşturulması

3. SÇS alanında yürütülecek araştırmaları özendirmek ve desteklemek adına, “TTB İşçi Sağlığı Araştırma Özendirme Ödülü” konulması

4. Tabip odaları ve SES bünyesinde SÇS kollarının ya da çalışma gruplarının kurulması.

Ne yazık ki, bu uygulamalar sürdürülememiştir. 1990 yılında Ankara Tabip Odası (ATO) Halk Sağlığı Bürosu tarafından hazırlanan “Türkiye İçin İşçi Sağlığı Tezi” çalışanların üretim sürecinde inisiyatif kullanmadıkları, yönetime katılmadıkları sürece koruyucu sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilemeyeceği, hizmetin üretim biriminde örgütlenmesi ve sağlık kurullarının sağlıkçı ile çalışanı buluşturan kurullar olması gerekliliği vurgulanmıştır. Bu ilkeler üzerinden 1992 yılında, Genel-İş Sendikası ve ATO Halk Sağlığı Bürosu “Sağlık Çalışanlarının İş Risklerine Karşı Bilinçlendirilmesi ve Örgütlenme Projesi” başlatılmış ama yaşama geçirilememiştir (2). Daha sonra 1995 yılında “Hastane Çalışanları İş Sağlığı Yönetmeliği” gündeme gelmiş ama uygulamada çok karşılık bulamamıştır.

Hastanelerde çalışanların sağlık ve güvenliğine yönelik çalışmaları yürütecek bir komitenin gerekliliği Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongreleri’nde ele alınmış, kamu hastanelerinde kurulmasına yönelik pilot çalışmalara başlanmış fakat devam ettirilememiştir (2).

29 Nisan 2009’da çıkan “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” 15. maddesinde çalışan güvenliğine ilişkin alınması gereken önlemleri sıralamış ve bir anlamda bu işlevi görececek birimlerin kurulması için bir dayanak oluşturmuştur. Sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi sonucu rekabetin artması, serbest piyasa şartlarında sağlık hizmeti sunanların kaliteli bir kuruluş olabilmek için rehber olarak kullandığı kalite belgelendirme sistemine hizmet etmek üzere, 6 Nisan 2011’de çıkan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” kamu, üniversite ve özel ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsamına almış ve bu kurumlara hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri düzenleme zorunluluğu getirmiştir. Yönetmelik sadece ikinci ve üçüncü basamağı kapsamaktadır. Ağırlıklı olarak hasta güvenliğinin ele alındığı yönetmelik kendini çalışan güvenliği ile sınırlamıştır. Yönetmelikte sayılan hizmetleri yerine getirecek bir birimden bahsedilmemektedir. Çalışan güvenliğine ilişkin yapılacaklar 7. maddede aşağıdaki şekilde sayılmıştır (3).

**MADDE 7 –** (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

a) Çalışan güvenliği programının hazırlanması b) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması

c) Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması ç) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması d) Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Ayrıntılandırılmamış olan bu düzenlemelere ilişkin yönetmelik” Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken, Daire Başkanlığı’nca hazırlanan ve Bakanlığın resmi internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır” şeklinde bir gönderme yapmaktadır (3). Genelde, Hizmet Kalite Standartları hastanın sağlığı ve çalışanların güvenliğinden ziyade çalışanların performansının artırılması, işletmeleştirilmiş olan kamu hastanelerinin kalite çalışmaları yoluyla karının artırılmasına odaklanır. Standartlar incelendiğinde, ağırlığın hasta güvenliği ile ilgili indikatörlerde olduğu görülmektedir (4).

NIOSH ve OSHA’nın önerdiği “Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesi”ni, öncelikli olarak sağlık çalışanlarının sağlığını geliştiren, koruyan, hastalıklarını önleyen ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini yerine getiren birinci basamak sağlık hizmeti olarak tanımlanmış ve görevleri aşağıdaki sıralanmıştır. Etkili bir hastane işçi sağlığı programı en azından aşağıdakileri içermelidir (5):

1. Tam tıbbi anamnez içeren işe giriş muayenesi
2. Periyodik muayeneler
3. Sağlık ve güvenlik eğitimleri
4. Bağışıklamalar
5. Sağlık danışmanlığı
6. Çevre kontrolü ve sürveyans
7. Sağlık ve güvenlik kayıt sistemleri
8. Hastane bölüm ve servisleri arasında koordine edilmiş planlama

#### **A. İşe giriş muayenesi**

1. Tüm yeni çalışanlar muayene edilmeli ve aşağıdaki işlemler yapılmalı
  - a. Rutin kan testleri
    - (1) Tam kan sayımı
    - (2) Açlık kan şekeri ya da postprandiyal 2 saat sonra seker ölçümü
    - (3) Renal fonksiyon testleri
    - (4) Kreatinin
    - (5) SGOT
    - (6) SGPT
    - (7) Syphilis serolojisi
    - (8) Rubella serolojisi

(9) Hekimin gerekli gördüğü, çalışanın tıbbi öyküsüne göre testler

- b. Rutin idrar
  - c. 35 yaş üstüne hekim gerekli görürse EKG
  - d. Akciğer grafisi posterior, anterior ve lateral
  - e. PPD
  - f. Görme testleri (yakın ve uzak) ve tonometri
  - g. Odyogram, konuşma aralığı
  - h. Kadınlar için servikal sitoloji (Pap smear)
2. Mesleki öykü kaydı işe giriş muayenesinde yer almalıdır.

## **B. PERİYODİK MUAYENE**

1. Tehlikeli ortamda çalışan işçilere
2. Kaza ya da hastalık raporu sonrası işe dönenlere
3. Başka bir bölüm ya da servise geçecek olan işçilere
4. Emekli olacak işçilere yapılmalıdır .

## **C. SAĞLIK ve GÜVENLİK EĞİTİMİ**

İşe oryantasyonun yanında, sağlık, güvenlik ve çevresel faktörlerle ilgili bilgiler verilmelidir. Bu bilgi güvenli çalışma davranışları, sağlık bilgisi ve yaralanma ve kazaların iş sağlığı birimine aktarılmasını içermelidir.

## **D. BAĞIŞIKLAMA**

1. Bağışıklama hastane çalışanları için CDC'nin belirlediği politikalara uygun olmalıdır.
2. Elektif uygulamalar epidemiler, uygun olmayan laboratuvar koşulları ya da kaza sonucu maruziyetler gibi özel durumlarda yapılmalıdır.
3. Günü geçmiş bağışıklamalar için bir telafi sistemi sağlanmalıdır.

## **E. İŞTEKİ HASTALIK VE KAZALAR İÇİN BAKIM**

1. Çalışanların tıbbi, psikolojik ve diğer danışmanlık hizmetlerini 24 saat alabileceği hastane içinde özel bir alan sağlanmalıdır.
2. Tıbbi, cerrahi, psikolojik ve rehabilitasyon hizmetlerinin tüm çalışanlara verilebileceği yeterli donanıma sahip bir birim sağlanmalıdır.
3. Yetkili bir danışma personeli çalıştırılmalıdır.
4. Aile hekimi ya da özel hekime başvuru durumları için resmi bir prosedür şekillendirilmelidir.

5. Tüm çalışanlar için bakımın sürekliliğini sağlamak amacıyla yeterli takip kriterleri sağlanmalıdır.

6. Mesleki kaza ve yaralanmaların raporlanması ve tedavisi eyalet yasalarına, OSHA standartlarına uygun olmalıdır.

## **F. SAĞLIK DANIŞMANLIK HİZMETLERİ**

1. Tıbbi, psikolojik ve sosyal danışmanlık hizmetleri için ulaşılabilir ve elde edilebilir bir program yapılmalıdır. Bu tür bir danışmanlık çeşitli bağımlılık problemleri (örneğin, sigara, alkol, ilaçlar, yemek) olan çalışanlara yardımcı içerdiği gibi HIV enfeksiyonu ve HIV epidemisi ile ilgili problemleri kapsamalıdır.

2. Birimde sağlanamayan profesyonel müdahale gerektiren problemler için bir sevk ve gözden geçirme sistemi sağlanmalıdır.

3. Sosyal hizmetler biriminin ya da psikiyatri kliniğinin olmadığı yerlerde bu konuya özel ilgi duyan veya özel eğitimler almış kişiler danışmanlık oturumlarında görevlendirilebilir.

## **G. ÇEVRE SAĞLIĞI KONTROL VE İZLEMİ**

1. Bir çevre kontrol ve sürveyans programı mesleki sağlık programının bir parçası olmalıdır ve bu birim hastanede tehlikeli olabilecek maruziyetlerin idaresi konusunda eğitilmiş ve tecrübeli bir kişi ya da danışman tarafından yönlendirilmelidir.

2. Nükleer tıp ve radyolojik faaliyetlerden tek bir kişi sorumlu olmalıdır.

3. Radyasyon ve güvenlik tehlikeleriyle ilgili hükümet ve/veya devlet düzeyinde kural ve düzenlemelere uyulmalıdır.

## **H. SAĞLIK VE GÜVENLİK KAYIT SİSTEMİ**

1. Her bir çalışanın sağlık biriminde sağlık kaydı olmalıdır. Bu kayıt, tüm muayeneleri, yaralanma ve hastalık raporlarını, hekimlere gönderilen ve hekimlerden gelen raporları ve tüm diğer sağlık ve güvenlikle ilgili konuları içermelidir.

2. Raporlar, yaralanma ve hastalık hızlarını, kazaları çevresel tehlikelerin izlem ve kontrolünü göstermek için aylık ve yıllık olarak saklanmalıdır.

3. Kayıtlar gizli olmalıdır ve sadece tahsisli personel tarafından ulaşılabilir olmalıdır.

## **I.HASTANE BÖLÜM VE SERVİSLERİ ARASINDA KOORDİNE EDİLMİŞ PLANLAMA**

1. Tüm hastane bölüm ve servislerinin temsil edildiği bir komite hastane yönetimine işçi sağlığı programı ile ilgili politika, yönetim ve ihtiyaçları konularında tavsiyelerde bulunmalı.

2. Bir mesleki güvenlik ve enfeksiyon kontrol komitesi planlamalarında tüm çalışanların sağlığını göz önünde bulundurmalıdır.

3. Hastane işçi sağlığı programının bir üyesi hem mesleki güvenlik hem de enfeksiyon kontrol komitelerinde görevlendirilmelidir.

Ülkemizdeki durumu değerlendirmek üzere, 2010 yılında HASUDER İş Sağlığı alt grubunun gerçekleştirdiği bir toplantıda, çalışan sağlığı ve güvenliği birimi kurulmuş olan hastanelerde kurulma sürecinde ve işleyiş sırasında yaşanan sorunlar paylaşılmış; temel sorunun finansman olduğu, halen adlandırmada ortak bir dile ulaşılamadığı, SUT'ta yer almadığı için ödemenin çalışana yük olduğu koşullarda tepki göreceği, işveren tarafından karşılanması gerektiği tartışılmıştır. Hastanelerde çalışan sağlığı komitelerinin halen örgütlenme, işlev ve finansman konusunda görüş birliğine ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (6).

### Kaynaklar

1. Soyer A, Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri ve sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği birimleri: Neden, nasıl?, Toplum ve Hekim Dergisi, 1999; 4(6): 458-460.
2. Özkan Ö. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı/Güvenliği için İşyeri Örgütlenme Birimi, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı. 2. Ulusal Kongre Kitabı .Ankara, 2001. s50.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına dair Yönetmelik. Resmi Gazete, Sayı 27897, 6.Nisan. 2011
4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hastane Hizmet Kalite Standartları, Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011.
5. NIOSH Publication No. 88-119: Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers, 1988.
6. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği İş Sağlığı Çalışma Grubu (İŞÇG). Hastanelerde Sağlık Çalışanların Sağlığı Örgütlenmesi Çalıştayı Raporu. 2010.





## SÖZLÜ BİLDİRİLER

## S01- Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının RUHSAL Sağlık Durumunun Belirlenmesi ve İş Doyumu ile İlişkisinin İncelenmesi

*Mehtap Türkay. Yrd. Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, İşyeri Sağlık Birimi Koordinatörü. Antalya.*

*Ercan Aydoğdu. Sağlık teknisyeni, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, İşyeri Sağlık Birimi. Antalya.*

**Giriş:** Sağlık çalışanlarının ruhsal sağlık sorunları iş doyumunu azaltmaktadır. Bu durumun en önemli sonucu ise sağlık çalışanlarının sağlığının bozulması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin sunumundaki aksama ve toplum sağlığı üzerindeki olumsuz etkileridir.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Akdeniz Üniversitesi'nde çalışan sağlık çalışanlarının ruhsal sağlık durumunun belirlenmesi ve iş doyumunu ile ilişkisinin incelenmesidir.

**Yöntem:** Kesitsel nitelikli bu çalışma, 1 Ocak–31 Aralık 2009 tarihleri arasında yürütülmüştür. Belirtilen tarihler arasında “Temel Eğitim Kursu”na katılan 1200 sağlık çalışanı bu çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmada tüm evrene ulaşılma hedeflenmiş olmakla birlikte, 1000 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve soru formunu yanıtlamıştır. Sonuçta 341 hemşire, 141 sağlık teknisyeni ve tekniker, 105 danışma görevlisi ve bilgisayar işletmeni, 188 ev idaresi personeli, dört diyetisyen ve 221 mutfak personeli çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Katılım oranı % 83.3'dür.

Çalışmada ruhsal sağlık düzeyini belirlemek için 12 soruluk Genel Sağlık Anketi (GSA-12) kullanılmıştır. David Goldberg tarafından geliştirilen ve 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri bulunan bu ölçek, ruh sağlığının değerlendirilmesinde yol gösterici niteliktedir. GSA- 12'nin her bir maddesinin ilk iki şıkkı “0”, sonraki iki şıkkı ise “1” puan verilerek değerlendirmeye alınmaktadır. Ve bu şekilde değerlendirilen toplam genel sağlık düzeyi için kesim noktası puanı 2'dir. Puan, 2'nin üzerine çıktıkça ruhsal sağlık düzeyi bozulmaktadır. İş doyumunu ise “*şu anda yapmakta olduğunuz iş size mesleki doyum sağlıyor mu*” sorusuyla değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılanlardan bu soru için “*evet, çok sağlıyor*”, “*evet, oldukça sağlıyor*”, “*evet az sağlıyor*” ve “*hayır sağlamıyor*” şeklinde oluşturulan şıklardan birini işaretlemeleri istenmiştir. Tüm veriler aritmetik ortalama ve standart sapmalarıyla verilmiş, istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın gösterilmesi için varyans analizi kullanılmıştır. Ayrıca sınıflandırılmış verilerde Ki-Kare testi uygulanmıştır. P değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan 1000 sağlık çalışanının 287 (%28.7)'si kadın, 713 (%71.3)'ü erkekti. Yaş ortalamaları ise,  $32.81 \pm 10.82$  idi. Meslek gruplarına göre genel sağlık düzeyi ortalamaları; hemşirelerde  $3.65 \pm 3.22$ , sağlık teknisyenlerinde  $2.99 \pm 2.91$ , danışma görevlilerinde  $3.41 \pm 3.40$ , ev idaresi personelinde  $2.51 \pm 2.54$ , diyetisyenlerde  $1.66 \pm 1.15$  ve mutfak personelinde  $2.57 \pm 2.99$ 'du. Meslek gruplarına göre genel sağlık düzeyi karşılaştırıldığında, en yüksek puana sahip olanlar hemşirelerdi ( $p < 0.05$ ). Sağlık çalışanlarının 330 (%33)'u şu anda yapmakta oldukları işin mesleki doyum sağlamadığını belirtmiştir. Meslek gruplarına göre iş doyumunu değerlendirildiğinde, hemşirelerin %28.7'si, sağlık teknisyenlerinin ve danışma görevlilerinin %36.2'si, ev idaresi personelinin %39.4'ü, mutfak personelinin %30.7'si yaptıkları işin doyum sağlamadığını belirtmiştir. Meslek gruplarına göre genel sağlık düzeyi ile iş doyumunu arasındaki ilişki incelendiğinde, tüm gruplarda genel sağlık düzeyi bozuldukça, iş doyumunu da azalmaktaydı ( $p < 0.05$ ).

**Sonuçlar:** Bu çalışmada, hemşirelerin genel sağlık düzeyinin diğer meslek gruplarına göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Tüm meslek gruplarında genel sağlık düzeyinin azalmasıyla iş doyumunun da azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık çalışanlarının sağlıklarının geliştirilmesi ve iş doyumunun artırılması için, çalışma ortamları yeniden düzenlenmeli, özlük haklarına yönelik iyileştirici çalışmalar yapılmalı ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde zorlayıcı ve tehdit edici nitelikte uygulamalar yerine özendirici nitelikte uygulamalara geçilmesi sağlık çalışanlarının sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Ruhsal durum, iş doyumunu, Genel Sağlık Anketi, sağlık çalışanı.

## S02- HEMŞİRELERDE PSİKOLOJİK YILDIRMA (MOBBİNG), İŞ DOYUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Gülay Yılmazel. Araştırma Görevlisi, Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu. Çorum.

**Giriş:** Psikolojik yıldırma; intihar, depresyon, mutsuzluk, kızgınlık ve umutsuzluk gibi sonuçlara yol açabilmekte, çalışanların iş doyumunu ve işe bağlılığını düşürerek, işten ayrılmalara yol açabilmektedir.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, sağlık sisteminin temel taşlarını oluşturan hemşirelerin psikolojik yıldırma (mobbing), iş doyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

**Yöntem:** Kesitsel tipte olan bu araştırma, Ağustos 2011 tarihinde Çorum Devlet Hastanesi'nde yapıldı. Evrenin tamamına ulaşılması planlandığından, örneklem seçimine gidilmeyerek 234 hemşirenin tamamı çalışma kapsamına alındı. Ulaşılabilen 129 hemşireye (araştırma evreninin %55'i) anket uygulandı. Anket formunu sosyo-demografik özellikleri sorgulayan soru formu, olumsuz davranışlar anketi ve iş doyumunu ölçeği oluşturmaktadır. Olumsuz davranışlar ölçeği (Negative Acts Questionnaire=NAQ-R), Einarsen and Raknes tarafından iş yerinde belirli olumsuz davranışlara maruz kalmayı ölçmek için kullanılan, yıldırma için farklı tipik saldırganlık davranışlarını tanımlayan 22 davranışsal terimden oluşan bir ölçektir. Her bir maddede cevaplayıcılara iş yerinde son altı ay boyunca maruz kaldıkları davranışın ne kadar sıklıkta olduğu sorulmaktadır. Cevap kategorileri “hiç”, “bazen”, “ayda bir”, “haftada bir” ve “her gün” seçenekleri ile 1'den 5'e kadar kodlanmaktadır. Minnesota Doyumu Ölçeği (MSQ), içsel (12 madde) ve dışsal (8 madde) doyum faktörlerini belirleyici özelliğe sahip olup, her bir maddenin likert tipi puanlama ile düzenlendiği ve 1'den 5'e kadar değişen; “hiç memnun değilim”, “memnun değilim”, “kararsızım”, “memnunum”, “çok memnunum” ifadelerinin olduğu 20 maddelik bir ölçektir. Genel iş doyumunu puanı 20 parametreden elde edilen toplam puanların 20'ye bölünmesi ile içsel doyum puanı içsel faktörleri oluşturan parametrelerden elde edilen toplam puanların 12'ye bölünmesi ile dışsal doyum puanı ise dışsal faktörleri oluşturan parametrelerden elde edilen toplam puanların 8'e bölünmesi ile elde edilmektedir. Araştırmanın verileri SPSS 11.5 paket programı yardımıyla değerlendirildi. Değerlendirmelerde yüzdelik, aritmetik ortalama, Independent t test, One-way Anova (Tukey-HSD) ve Pearson Simple Korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma grubunun %47.3'ü 32-41 yaş grubunda ve %58.1'i ön lisans mezunudur. Hemşirelerin %43.4'ü aile ve çevre baskısı nedeniyle mesleği tercih ettiğini, %92.2'si son altı ay içinde psikolojik yıldırma davranışına maruz kaldığını belirtmiştir. Psikolojik yıldırma davranışı puanlarının ortalaması  $37.07 \pm 11.95$ , genel iş doyumunu puanlarının ortalaması  $2.85 \pm 0.73$ 'dir. Yaş grupları arasında iş doyumunu puanları bakımından anlamlı fark bulunmuştur. 42 yaş ve üzeri grupta genel iş doyumunu ve içsel doyum puanları daha yüksektir. Kıdem yılının artmasıyla yıldırma davranışı puanlarının azaldığı ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Aynı kurumda 1-4 yıl süre ile çalıştığını ifade eden hemşirelerde yıldırma davranışı puanları daha yüksek, 9 yıl ve daha fazla çalıştığını ifade edenlerde ise daha düşük bulunmuştur. Gündüz ve nöbet usulü çalışan hemşirelerde iş doyumunu puanlarının daha düşüktür ( $p < 0.05$ ). Arkadaş ilişkilerinin ve mesleği tercih etme nedenlerinin hemşirelerin yıldırma davranışı ve iş doyumunu puanlarını etkilediği belirlenmiştir. Hemşirelerde psikolojik yıldırma davranışlarının iş doyumunu negatif yönde etkilediği, psikolojik yıldırma davranışına maruz kalma ile iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < 0.001$ ).

**Sonuçlar:** Bu çalışmada, araştırma kapsamına hemşirelerin büyük çoğunluğunun son altı ay içinde psikolojik yıldırma davranışına maruz kaldığı saptanmıştır. Psikolojik yıldırma davranışlarının hemşirelerin iş doyumunu olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Psikolojik yıldırma, mobbing, iş doyumunu, sosyal davranış, hemşire.

## S03- GELENEKSEL VE SOSYAL MEDYADA SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

*Asibe Özkan. Başhemşire muavini, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul.*

*Elgiz Yılmaz. Yrd. Doç. Dr., Galatasaray Üniversitesi, Ortaköy, İstanbul*

**Giriş:** Sağlık ortamında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda artış göstermektedir. Hastaneler sağlık çalışanları için gün geçtikçe tehlikeli ortamlar olmaktadır. Bu durumda sağlık çalışanları kendilerini güvende hissetmemektedir. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler, hastaneler artan iş yükü, gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin geleneksel ve sosyal medyaya yansımaya sıklığını saptamak ve şiddete ilişkin risk faktörlerini belirleyerek, güvenli çalışma ortamların sağlanmasına yönelik çalışmalara ışık tutmaktır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte planlanan çalışmanın verilerinin toplanmasında, Jurnal.Net'in 18.10.2011 tarihli tiraj raporuna göre Türkiye'de en fazla okunan ilk 10 ulusal gazetenin haber arşivleri ve Alexa.com'un 18.10.2011 tarihli raporuna göre Türkiye'de en çok tıklanan ilk 10 haber sitesinin arşivlerinden yararlanıldı. Haziran-Eylül 2011 tarihleri arasında yazılı basına yansıyan sağlık çalışanlarına ilişkin şiddet sıklığı veri tabanına "sağlık çalışanlarına şiddet", "tıbbi ortamlarda şiddet" anahtar kelimeleri yazılarak tarandı. Elde edilen veriler, maruz kalınan şiddetin tipi, yaşandığı yer ve şiddete uğrayan ve şiddeti uygulayan kişinin demografik özelliklerine göre sınıflandırıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 12.5 paket programından yararlanıldı.

**Bulgular:** Haziran-Eylül 2011 tarihleri arasında sağlık çalışanlarına yönelik olarak gerçekleşen geleneksel ve sosyal medyaya yansıyan 49 şiddet haberine rastlandı. Bu haberlerin altısı Sağlık Bakanlığı ve sağlık çalışanları ve tıbbi branşlarla ilgili meslek örgütlerinin şiddet olaylarına ilişkin açıklamalarına ait olduğu görüldü. Geleneksel ve sosyal medyaya yansıyan şiddet olaylarının %15'inin sözel ve %85'inin fiziksel içerikli olduğu saptandı. Haber taramasında cinsel içerikli şiddet olaylarına rastlanmadı. Bu şiddet olaylarının %83'ünün hekime ve %17'sinin diğer sağlık çalışanlarına yönelik olduğu saptandı. Ebe ve hemşirelere yönelik şiddete ilişkin habere rastlanmadı.

Çalışma sonucunda, şiddet olaylarının en sık %37 oranında acil serviste gerçekleştiği, en sık %85 oranında fiziksel saldırıya maruz kaldığı ve tamamının hastanın yakını ve/veya yakınları tarafından gerçekleştirildiği saptandı. Bu olayların bazılarının sağlık çalışanlarının ölümüyle sonuçlandığına, bazı sağlık çalışanlarının darp edildiğine rastlandı.

Taranan haberlerde şiddete uğrayanların iş gücü kaybına uğrayıp uğramadıkları konusunda detay verilmediği için net bir bulgu elde edilememiştir. Taranan haberlerde şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının tamamının isim ve/veya cinsiyet bilgileri verilmediğinden bu açıdan net bir sonuç vermek mümkün olmamaktadır.

Şiddetin türüne, şiddet sonrası iş gücü ve şiddet gerekçesine ilişkin önemli bulgulara medyada yer verilmediği için bunlara ilişkin bilgiler sunulamadı. Oysaki şiddetin türü ve altında yatan etmenin saptanması sağlık kuruluşlarının alacağı çalışan güvenliği önlemlerinin ve geliştirmekle mükellef oldukları “siyah kod” un temelini oluşturacaktır.

**Sonuçlar:** Geleneksel ve sosyal medyaya yansıyan olay sayısının gerçek şiddet olaylarının gerçek sayısını yansıtmadığı, bununda bildirim yetersizliğine bağlı olduğu düşünüldü. Bu nedenle güvenli çalışma koşullarının sağlanması, oluşabilecek şiddet riskinin azaltılması, güvenli ortamın sağlanmasında çalışanların eğitimi, mevzuatların düzenlenmesi, yöneticilerin üzerine düşen görevleri yerine getirmesi ve yasal düzenlemelere gereksinin kaçınılmazdır. Halkın bilinçlendirilmesi için kitle iletişim araçlarından yararlanılması, toplumsal farkındalık ve bilinç oluşturulması için iletişim kampanyaları yapılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Şiddet, sağlık çalışanları, geleneksel medya, sosyal medya.



## S04- GAZİANTEP'DE ÇALIŞAN SAĞLIKÇILARIN MOBBİNGE BAKIŞI

*Rabia Sohbet. Yrd. Doç. Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

*Sevgi Karabaş. Yüksek Lisans Öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Enstitüsü. Gaziantep. Gaziantep İslahiye Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisi  
Ebesi.*

**Amaç:** Sağlık çalışanlarının mobbinge bakışını ve mobbing yaşayıp yaşamadığını düşüncelerine başvurularak, yıldırma ve boyutlarını yaş, eğitim, cinsiyet, medeni durum, görev yeri gibi demografik özelliklere göre tespit etmektir. Ayrıca, belirlenen sonuçlar ilgili çalışan ve yöneticilerle paylaşarak, konuya dikkatlerinin çekilmesi ve duyarlılık kazandırılması amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, Gaziantep Üniversitesi Hastanesinde kadrolu 133 çalışandan çalışmaya katılmayı kabul eden 59'una, Şahinbey'deki 6 sağlık ocağında toplam 71 sağlık çalışanından çalışmaya katılmayı kabul eden 39'una İslahiye Devlet Hastanesinde 96 sağlık çalışanından çalışmaya katılmayı kabul eden 87'sine; toplam 185 kişiye Mart-Mayıs 2010 tarihleri arasında anket uygulanmıştır. Ankette demografik 17 soru ve Leymann'ın 45 soruluk mobbing ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 13.0 programında değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Sağlık çalışanlarının %61.6'sı 18-30 yaş grubunda, %74.1'i kadın, %29.7'si lise, %33.5'i lisans mezunu, %63.8'i ebe ve hemşire, %63.2'si evli, %25.4'ü iki çocuk sahibidir. Araştırmaya katılanların %45.9'u şu anda çalıştığı kurumda 1-3 yıldır, %20'si 4-6 yıldır çalışmaktadır. Bu çalışanların %45.9'u mobbing kavramını ilk kez duyduğunu, %51.9'u kendine mobbing uygulandığını düşündüğünü, %18.9'u 1-5 yıl, %11.9'u işe girdiğinden beri mobbing uygulandığını ifade etmiştir. Hemşirelere mobbing uygulayanların büyük bir çoğunluğu, amirleri (%28.6), çalışma arkadaşları, hastalar (%14.1) ve hasta yakınlarıdır (%5.9).

Sağlık çalışanlarının %3.8'i üstün özelliklere sahip, zeki, başarı odaklı, yaratıcı, kendini işe adanmış kişilere, %8.6'sı dürüst, insanlara güvenen, iyi niyetli kişilere, %9.2'si politik davranmayanlara, %4.9'u içine kapanık kişilere ve %7'si yumuşak başlı, kendine çok saygı duyan kişilere mobbing uygulandığını belirtmiştir. Katılanların %54.1'i mobbing uygulayan kişiyi; %1.6'sı aşırı denetleyici, korkak ve sinirli, sosyal beceri eksikliği olan kendini sürekli üstün gören kişiler, %1.1'i taşların fazla oynamamasını isteyen gelenekçi eski çalışanlar olarak nite-

lemiştir. Mobbing sonunda kurbanların, %8.1'i rapor ve izin kullandığını, %16.2'si pes ettiğini, %5.4'ü psikolojik destek aldığını, %29.2'si konuyu üstlere bildirdiğini, %2.2'si işten ayrıldığını, %1.6'sı ise karşı koyduğunu ifade etmiştir. Mobbinge uğrayanların %37.3'ü yardım almadığını ifade ederken, %21.6'sı amirlere bildirdiğini, %3.8'i hukuki yollara başvurduğunu ifade etmiştir. Yaş ile mobbing kavramını bilme ve mobbing uygulayan kişi arasında, öğrenim ile mobbing yaşanan süre ve mobbing uygulayanın kimliği, işyerinde çalışılan süre ile mobbing yaşanan süre ve mobbing uygulandığını düşünme arasında istatistik olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Araştırmaya katılan kişilerde yaş ile mobbing kavramını bilme ( $p=0.000$ ), işyerinde çalışılan süre ile mobbing uygulandığını düşünme ( $p=0.036$ ) arasında istatistik olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

**Sonuçlar:** Bu çalışmada katılanların yarısı kendine mobbing uygulandığını, uygulayanın daha çok amiri olduğunu, üçte birinin hiçbir şey yapmadığını, üçte birinin ise amirlerine bu durumu iletmediğini belirlenmiştir. Bu nedenle sağlık çalışanlarına; iş yeri şiddetini önleme, stres ve öfke yönetimi, sorun ve çatışma çözme becerileri kazandırılmalı ve yasal önlemler alınmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Mobbing, işyerinde psikolojik baskı, sağlık çalışanı, psikolojik taciz.

## S05- ÇANAKKALE İLİNDE ÇALIŞAN KAMU SAĞLIK ÇALIŞANLARININ, SAĞLIK REFORMLARININ ETKİLERİ KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİ

*Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) Çanakkale Şubesi Yönetim Kurulu Üyeleri\**

*Eftal Yıldırım, Gökhan Top, Dinçer Eker, Tarık Can, Meral Bayrak, Fatma Demirel, İsmail Yılkaya*

**Giriş:** Özellikle 1980 sonrası ülkemizde yaşanmaya başlanan sağlık reformu süreci, 2002 sonrasındaki siyasi iklimin de desteği ile “Sağlıkta Dönüşüm” programı olarak uygulamaya geçmiş ve sağlık çalışanlarının hem çalışma yaşamı hem de günlük hayatları üzerinde yadsınamayacak etkiler bırakmıştır.

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, Çanakkale ilindeki kamu sağlık çalışanlarının, sağlık reformlarının etkileri konusundaki düşüncelerinin saptamaktır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma SES Çanakkale Şubesi Yönetim Kurulu üyeleri ve iş yeri temsilcileri tarafından, gönüllü olarak katılmayı kabul eden 163 (104 kadın, 59 erkek) sağlık çalışanı üzerinde uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Bu formda sağlık çalışanlarının demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, çalışma yeri vb.) ve sağlık reformları konusundaki düşüncelerini içeren sorular bulunmaktadır.

**Bulgular:** Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması  $37.4 \pm 7.1$ , meslekte geçirilen ortalama çalışma süresi  $15.7 \pm 7.5$  yıldır. Araştırmaya katılanların %50.6’sı hemşire, %14.8’i sağlık memuru ve %8’i hekimdir. Yarıdan fazlası (%66.9) devlet hastanesi, %15.9’u toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezi ve %7.6’sı 112 istasyonunda görev yapmaktadır. Çalışanların %17’si herhangi bir sendikaya üye değildir. Üye olanların %28.1’i Sağlık-Sen ve %23.ü SES üyesidir. Büyük bir çoğunluğunun (%81.6) aylık geliri 1250 TL ve üzerindedir ve %67.3’ünün kendilerine ait bir evi vardır. Tamamına yakının (%99.3) haftalık çalışma süresi 40 saat ve üzerindedir. Çalışanların %60.1’i fazla mesaiye kaldıklarını, %59.4’ü fazla mesai karşılığında ücret aldıklarını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %70.4’ünün 30 gün yıllık izin hakkı bulunurken, sadece %11.5’i 30 gün izin kullanmaktadır. İzin kullanmama nedenleri arasında en fazla göze çarpan, %70.8 ile ek ödemesinin kesilme endişesidir. Bu çalışanların %18.1’i ülke koşullarını ve çalışma koşullarının mükemmel bulurken, %80.9’u koşulların giderek kötüleştiğini belirtmiştir. Çalışma koşullarının son beş yılda daha kötüleştiğini belirtenler %67.6, son on yılda kötüleştiğini belirtenler ise %58.2’dir. Son değişikliklerin çalışma koşullarını olumsuz etkilediğine katılanlar, %66.7,sağlıkta dö-

nüşümün gelecekte iş koşullarını olumsuz etkileyeceğine katılanlar ise %75.4'dür.

**Sonuçlar:** Bu çalışma “sağlıkta dönüşüm” sürecinin çalışma koşullarını giderek olumsuzlaştırdığını, daha fazla kazanmak için daha çok çalışma zorunluluğu getirdiğini dolayısıyla sağlık çalışanlarının izin kullanmaktan bile çekindiklerini ve buna rağmen, geçim sıkıntısı yaşadıklarını göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlıkta Dönüşüm, SES, sağlık çalışanı, kamu sağlığı kurumu, Çanakkale.

**Teşekkür:** *Bu çalışmada emeği geçen Doç. Dr. Coşkun Bakar, Necip Tokay ve Şafak Ertem'e teşekkür ederiz.*

## S06- SAĞLIK BAKANLIĞI ÇALIŞANLARININ SAĞLIK YÖNETİMİNE KATKI VE KATILIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

*Kemal Macit Hisar. Yrd. Doç. Dr., Halk Sağlığı ve Kamu Yönetimi Uzmanı,  
Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Konya.*

**Giriş:** Anayasamız birinci maddesinde Türkiye devletinin bir cumhuriyet olduğunu, 2. maddesinde de Türkiye Cumhuriyetinin, demokratik, laik, sosyal bir hukuk devleti olduğunu belirtmiştir. Demokratik devlet, halk katılımını ve yönetenlerin halka karşı sorumlu olmalarını gerektirmektedir. Bir siyasal veya yönetsel olayda rol alan bütün aktörlerin (doğal hukukun gereği olarak) karar sürecine katılma hakkı bulunduğunu kabul etmek gerekmektedir. Yönetişim, yurttaşların ve yurttaş kümelerinin çıkarlarını korumalarını, yasal haklarını kullanmalarını, yükümlülüklerini yerine getirmelerini ve ayrılıklarını göstermelerini sağlayan mekanizmaları, süreçleri ve kurumları içermektedir. İyi yönetişim, katımlı, saydam ve sorumludur. İyi yönetişim, siyasal, toplumsal ve ekonomik önceliklerin toplumda geniş ölçüde uzlaşmaya dayanmasını ve kaynakların dağıtımında en yoksulun, en savunmasızın karar verme sürecinde sesinin duyulmasını güvenceye alır. Öte yandan hem özel sektörde hem de kamu sektöründe dünyada geniş biçimde uygulanan Toplam Kalite Yönetimi olarak bilinen bilimsel yönetim anlayışında bu anlayışı belirleyen dört temel unsurun üçüncüsü olan tam katılımda çalışanlara yönetime katılma özgürlüğünün verilmesi, eğitimlerle ve motivasyon artırıcı tekniklerle çalışana organizasyon içindeki önemini anlatılması, iyileştirmeler ve geliştirmelerin bu biçimde tabana yayılması önerilmektedir.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatında hizmet üreten sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı yönetimi sürecine katkı ve katılımlarının düzeyini belirlemek, sağlık çalışanlarının bu temel hakkının düzeyini yükseltebilmesi için öneriler geliştirmektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı yönetiminde uygulanan mevzuat ve bu konuda hazırlanan çeşitli araştırma raporları değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Sağlık Bakanlığı ile ilgili mevzuat incelendiğinde ve uygulama değerlendirildiğinde, çalışanların aktif bir biçimde karar verme süreçlerinde yer almadığı görülmektedir. Karar verme süreçlerinde yer alan makamların örneğin, sağlık müdürlerinin (herhangi bir komisyon değerlendirmesine tabi tutulmadan) müşterek kararname ile atandığı, yataklı tedavi kurumlarında yönetici konumunda olan baştabiplerin ise doğrudan doğruya Sağlık Bakanı tarafından atandığı bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı hiyerarşisinde yönetici pozisyonunda yer alan bu

gibi kişiler tam yetkilidir. İlgili mevzuat gereğince çalışanların katkı ve katılımına gerek duymadan doğrudan doğruya karar verebilir ve uygulamaya geçebilirler. Oysa bu durum Türkiye Cumhuriyeti Devletinin hem demokratik, hem sosyal bir hukuk devleti olma niteliklerine aykırıdır. Ayrıca vatandaşların (dolayısıyla sağlık çalışanlarının) kamu yönetimine doğrudan katılma temel hakkı, ülkemizin imzalayıp yürürlüğe koymuş olduğu iki uluslararası sözleşmede (BM İnsan Hakları Evrensel Bildirisi madde: 21 ve BM Medeni ve Siyasal Haklar Sözleşmesi madde 25) mevcuttur. Bu haklar anayasanın 90. maddesi gereğince en geniş anlamıyla (çelişen tüm iç mevzuata rağmen) yürütme ve yargı organları tarafından kabul edilmek ve uygulanmak zorundadır.

**Sonuçlar:** Sağlık çalışanlarının devletin temel nitelikleri, ülkemizin de imzaladığı uluslararası sözleşmeler ve bilimsel yönetim ilkeleri gereği yönetime doğrudan katılma hakkı bulunmaktadır. Bununla ilgili mevzuatın bir an önce çıkarılması etkin ve verimli bir kamu sağlığı hizmeti verilmesi için zorunludur. Bu konuda uygulamaya geçilebilmesi için TBMM tarafından yasa ve Sağlık Bakanlığı'nca alt mevzuat çıkarılması zorunludur. Bu nedenle, konuyla ilgili tüm demokratik baskı örgütlerinin (Türk Tabipleri Birliği, sendikalar, hasta örgütleri, sağlıkla ilgili diğer emek/demokratik kitle örgütleri) gerekli çabayı göstererek çalışanların ve hizmet alan toplumun kamu sağlık yönetimine doğrudan katılım temel hakkını elde edebilmesini sağlaması gerekir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık Bakanlığı, yönetim, sağlık çalışanı, katılım hakkı, emek örgütü, demokratik kitle örgütü.

## S07- ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN TOPLUMDAKİ KADIN PROFİLİNE BAKIŞI

*Rabia Sohbet. Yrd. Doç Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

*Sevgi Karabaş. Yüksek lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.*

*İpek Türkmen. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

*Hayale Yiri,. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

*Gamze Nihadioğlu. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

**Amaç:** Bu çalışmada toplumumuz kadınlara verilen değeri, üniversite öğrencilerin gözünden görmek ve bu sayede eğitilmiş insanların kadınları ne derece savduklarını ve önemsediklerini kadınlara şiddet ve tacizde verdikleri tepkilerin ne düzeyde olduğunu ve bunları nasıl değerlendirdiklerini saptamak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Nisan 2011 tarihinde Gaziantep Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi öğrencisi 250'den 113 kişiye, Fen-Edebiyat Fakültesi tarih bölümü öğrencisi 150 kişiden 58 kişiye (toplam= 171 öğrenci) araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu uygulandı. Bu form, 13 açık 13 kapalı uçlu toplam 26 soru sorularak uygulandı. Çalışmaya kişisel onamları olanlar dahil edildi. Veriler 16.0 SPSS programında değerlendirildi.

**Bulgular:** Araştırmaya katılanların %83'ü 18-24 yaşında, %66.7'si kadın, %92.4'ü bekar ve %60'ı İktisadi İdari Bilimler Fakültesi'nde öğrencidir. Öğrencilerin %40.4'ü Akdeniz'de %22.2'si ise Güneydoğu'da yaşamaktadır. Annelerinin %18.7'si okur-yazar, %12.3'ü okur-yazar değil, babalarının ise %9.9'u okur-yazar, %8.8'i okur-yazar olmadığı saptanmıştır. Katılanların %58.5'ininde gelirin-gidere eşit olduğu, %52'sinin devlet yurdunda kaldığı, %45'inin kredi, %31.6'sının burs aldığı belirlenmiştir.

Öğrencilerin %14.6'sı toplumda kadın rolünü; ev işi yapmak, %11.7'si çocuklara bakmak, %25.1'i erkeğe hizmet etmek olarak tanımlamıştır. Katılanların %57.9'u kadın özgürlüğü olmadığını ve yaklaşık yarısı kadının özgür olmadığında toplumun geri kalabileceği düşüncesinde olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %31.4'ü kadın ile erkeğin eşit olduğunu, %70.8'i olmadığını, %77.8'i kadın örgütlerinin çalışmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin %29.2'si kadının erkeğin namusu olduğuna, %22.82'i kadın namustan ibaret olmadığı saptamasında

bulunmuştur. Katılanların %38.6'sı Türkiye'de kadın ile erkek arasında fırsat eşitliği bulunduğunu ifade etmiştir.

Öğrencilerin %57.9'u kadınlar siyaset için bir propaganda malzemesi cevabını vermiştir. Katılanların %79.5'inin dekolte giyen kadına taciz caiz değil dediği, %12.3'ünün kadın haklarına anayasal güvencenin yeterli olduğunu, %87.7'si yeterli olmadığını düşündüğünü; %87.7'sinin taciz ve şiddete uygulanan cezanın yeterli olmadığını düşündüğünü söylemiştir. Katılanların %46.8'i toplumda kadına biçilen role kadınların özgür bir birey olduklarını ve kadınların özgür olmadığı toplumun da geri kalmaya mahkum olduğunu söylemiştir. Katılanların %37.5'i kadının toplumda ekonomik özgürlüğü demiştir.

**Sonuçlar:** Çalışmaya katılanların çoğunluğunun kadın olduğu göz önünde bulundurulursa, cevaplarda kadınların özgür olmadığını, kadın örgütlerinin çalışmadığı ve kadınların siyasi örgütlerce propaganda malzemesi yapıldığı sonuçları dikkat çekicidir. Kadının kendini nerede gördüğünü de göstermesi açısından anlamlıdır. Katılımcıların büyük çoğunluğunda kadın haklarında anayasal güvencenin yeterli olmadığı düşüncesi hakimdir. Bunun için kadın hakları konusunda hukuksal düzenlemeler yapılması yanında; araştırmaya katılanların üniversite öğrencisi olmasına rağmen kadına şiddet ve tacizde verdikleri tepkinin istenilen düzeyde olmadığı; üniversite öğrencilerinin kadın hakları konusunda bilgi açığı olduğu, farkındalık yaratılması gerektiği düşünülmektedir. Bu konudaki eğitimlerde sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kadın, şiddet, taciz, üniversite öğrencisi.



## S08- TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EPWORTH SKALASI SONUÇLARI\*

*Kezban Özmen-Süner. Uzman Doktor, Düzce Devlet Hastanesi. Düzce.  
Songül Uygun. Dr., Ar. Gör., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Düzce.*

*Emine Banu Çakıroğlu. Dr., Ar. Gör., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Düzce.*

*Hasan Süner. Dr., Ar. Gör., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Düzce.*

*Ege Güleç-Balbay. Uzman Doktor, Düzce Devlet Hastanesi. Düzce.*

*Ali Nihat Annakkaya. Doç. Dr., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Düzce.*

**Giriş:** Çalışma koşullarının ağırlığı, gece nöbetlerinin yoğunluğu sağlık çalışanlarının uyku kalitesini bozmakta ve gündüz uykuya eğilimi artırmaktadır.

**Amaç:** Bu çalışma, bir üniversitenin tıp fakültesi hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarında uykululuk düzeyini saptamak amacıyla yürütülmüştür.

**Yöntem:** Kesitsel tip bir araştırmadır. Çalışmanın örneğini Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan toplam 182 sağlık çalışanı (93 kadın, 89 erkek) oluşturdu. Çalışanların demografik özelliklerini sorgulayan ve Epworth Uykululuk Skalası sorularını içeren bir anket hazırlandı. Veriler SPSS istatistik programında değerlendirildi.

**Bulgular:** Kadın çalışanların yaş ortalaması  $27.8 \pm 5.2$  iken, erkeklerinki  $30.1 \pm 6.1$  idi ( $p=0.008$ ). Kadın çalışanların uykululuk skoru  $5.3 \pm 3.9$ , erkeklerinki  $4.7 \pm 3.1$  idi ( $p>0.05$ ). Çalışanların %36.3'ü hemşire, %28.6'sı hekim, %8.8 büro elemanı, %4.9 intern hekim, %4.9 hastabakıcı ve kalan gruptur (radyoloji teknisyeni, anestezi teknisyeni, temizlik işçisi, güvenlik, diğer). Uykuya eğilimlilik skorları en yüksek ilk beş meslek grubu sırasıyla; intern hekimler (9 kişi,  $7.1 \pm 3.9$ ), hekimler (52 kişi,  $5.7 \pm 4.2$ ), diğer sağlık çalışanları (7 kişi,  $5.4 \pm 5.2$ ), hemşireler (66 kişi,  $5.1 \pm 3.3$ ) ve radyoloji teknisyenleridir (4 kişi,  $4.5 \pm 1.3$ ). Lineer regresyon analizinde skor üstünde sağlık çalışanlarının yaşının, mesleğinin, medeni durumunun, çocuk sayısının, gece-gündüz çalışmasının, çalışma süresinin, cinsiyetin etkili olmadığı gözlemlendi. Yalnızca eğitim düzeyi uykuya eğilimlilik skoru üstünde bağımsız olarak etkili bulundu ( $Beta=0.207$ ,

$t=2.552$ ,  $p=0.012$ ). Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi arttıkça uykuya eğilimliliği de artmaktaydı ( $r= 0.268$ ,  $p=0.000$ ).

**Sonuçlar:** Tıp eğitiminin pratiği ve sağlık çalışanı olarak çalışma koşullarının ağırlığı bireylerde gündüz uykuya eğilimlilik yaratmaktadır. Bu durumu engellemek için çalışanların çalışma koşullarının düzeltilmesi, sık nöbetlerin azaltılması önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık çalışanı, Epworth skalası, uyku, gece nöbeti, hastane.

\* *Bu bildiri 13-17 Nisan 2011 tarihleri arasında Türk Toraks Derneği 14 Yıllık Kongresi'nde e-poster olarak sunulmuştur.*

## S09- SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SİGARA KULLANMA SIKLIĞI\*

*Emine Banu Çakıroğlu, Dr., Ar. Gör., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Düzce.*

*Kezban Özmen-Süner, Uzman Doktor, Düzce Devlet Hastanesi. Düzce.*

*Songül Uygun, Dr., Ar. Gör., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Düzce.*

*Ali Nihat Annakkaya, Doç. Dr., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Düzce.*

*Peri Arbak, Doç. Dr., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Düzce.*

**Amaç:** Bu çalışmada sağlık çalışanlarının sigara kullanım sıklığını ve bunun işteki sorumluluk düzeyinden, eğitim, sosyoekonomik durum, çalışma yeri ve iş tipinden ne ölçüde etkilendiğini belirlemek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel tip bir araştırmadır. Hastane çalışanlarından ulaşılabilen toplam 316 bireye nikotin bağımlılık testi uygulandı ve bireylerin demografik verileri ile çalıştıkları yerler kayıt edildi. Kişilerin demografik özellikleri, sigara alışkanlıklarını sorgulayan bir anket hazırlandı. Sigara kullanan bireylere nikotin bağımlılık testi uygulandı. Eylül 2010 yılında üç araştırmacı ile bu anketle ulaşılabilen 316 sağlık çalışanına uygulandı. Toplanan veriler SPSS programında değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 316 sağlık çalışanının %51.3'ü kadın %48.7'si erkekti. Kadın çalışanların yaş ortalaması  $28.7 \pm 5.9$  iken erkeklerinki  $30.1 \pm 6.4$  idi ( $p=0.045$ ). Kadın çalışanların %22.2'si sigara kullanırken, %69.1'i kullanmıyordu ve %8.6'sı bırakmıştı. Erkek çalışanların %42.9'u sigara kullanırken, %48.1'i kullanmıyordu ve %9.1'i bırakmıştı ( $p=0.000$ ). Kadın çalışanların nikotin bağımlılık skoru ortalaması  $2.2 \pm 2.4$ , erkeklerinki  $2.8 \pm 2.4$  idi. Sigara kullanım oranı en yüksek olan ilk beş meslek grubu sırasıyla; laborant (%75.0), diğer hastane çalışanları-aşçı, garson vb- (%60.0), temizlik işçileri (%57.7), tekniker (%47.1), büro çalışanlarıdır (%30.4). Sigara kullanımı hekimlerde (%13.3) ve intern hekimlerde (%25) en düşük olarak bulundu ( $p=0.001$ ). Hemşirelerin sigara kullanımı %29.6 oranında idi. Çalışılan birime göre sigara kullanımının en sık olduğu ilk beş grup sırasıyla; laboratuvarlar (%56.5), diğer hastane birimleri-döner sermaye, yemekhane vb- (%44.9), radyoloji (%37.5), ameliyathane (%31.3), yoğun bakım birimleridir (%27.3). Meslek grupları ile skor ilişkisine bakıldığında, hekimlerde ortalama skor  $3.6 \pm 2.7$ , hemşirelerde  $3.2 \pm 2.9$ , büro çalışanlarında  $3.1 \pm 2.2$  olarak diğer meslek gruplarından daha yüksek seyretmekteydi. Çalışma yeri ve skor ilişkisine bakıldığında, acil birimi  $3.6 \pm 1.9$ , ameliyathane  $3.6 \pm 3.2$ , laboratuvar  $3.0 \pm 3.2$  en yüksek skorlu birimleri oluşturmaktaydı. Lineer regresyon anali-

zinde çalışanın mesleğinin (Beta=-0.249, t=-2.149, p= 0.034), eğitim durumunun (Beta= 0.223, t=2.027, p= 0.046) ve çalıştığı birimin (Beta=0.261, t= 2.242, p= 0.027) nikotin bağımlılık skoru üstünde bağımsız etkilerinin bulunduğu anlaşıldı.

**Sonuçlar:** Hekimlerde sigara kullanımı sıklığı diğer sağlık çalışanlarından anlamlı olarak az bulundu. Laborantlar sigara kullanımının en sık olduğu grup olarak dikkati çekti. Sağlık çalışanlarına yönelik sigara bırakma kampanyalarının her işyerinde anket uygulamasıyla en sık kullanılan birimlerin belirlenmesiyle yürütüldüğünde yararlı olabileceği ileri sürülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sigara kullanımı, sağlık çalışanları, hastane.

\* Bu bildiri 13-17 Nisan 2011 tarihleri arasında Türk Toraks Derneği 14 Yıllık Kongresi'nde e-poster olarak sunulmuştur.

## S10- SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KAYMA, AYAĞIN TAKILMASI VE DÜŞME

*Makbule Tokur-Kesgin. Yrd. Doç. Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Bolu.*

**Giriş:** İş ile sağlık arasında kaçınılmaz bir ilişki söz konusudur. Çalışmak, üretmek, ihtiyaç duyduklarını satın alabilmek, sosyal çevre edinmek, bir gruba ait olmak bakımından iş, çalışan için sağlık anlamına gelirken, yapılan işin özelliği, iş çevresi ve güvenliğinden kaynaklanabilecek sorunlar nedeniyle kimi zaman sağlık sorunlarının nedeni de olabilmektedir.

**Amaç:** Bakıldığında her iş kolunun kendine özel sağlık riskleri olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanları için de yaptıkları işten kaynaklanan birçok risk söz konusudur. Bu risklerden biri de kayma, ayağı takılma ve düşmelerdir. Bu makalede kayma, ayağı takılma ve düşmelerin sağlık çalışanları için oluşturduğu riskler ve bu risklere yönelik alınacak önlemlerin tartışılması amaçlanmıştır.

**Bulgular:** İşyerlerindeki tehlike ve riskler çalışılan sektöre göre değişiklik gösterebilmektedir. Sağlık hizmetlerine özgü çeşitli tehlike ve riskler de bulunmaktadır. Hastanedeki tehlike ve riskler OSHA (Occupational Safety and Health Administration) tarafından biyolojik, kimyasal, psikolojik, fiziksel, çevresel, mekanik ve biyomekanik başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

OSHA'nın sınıflamasında yer alan çevresel, mekanik, biyomekanik tehlike ve riskler kategorisine giren sorunlardan birisi de kayma, ayağın takılması ve düşmelerdir. Çalışma ortamında kayma, ayağın takılması ve düşmelerle ilgili kazalar sonucu gerçekleşen ciddi yaralanmalar; sağlık çalışanlarının uzun süreli olarak işten uzak kalmasına, yaşadıkları fiziksel sorunlar nedeniyle hastaya bakım verirken güçlük çekmesine ve pahalı tazminat davalarına yol açabilmektedir. ABD'deki Çalışma İstatistiklerine göre (2009); hastanelerde kayma, ayağın takılması ve düşmelerle ilgili kazalar nedeniyle kayıp işgünü insidansı %0038.2 çalışandır ve bu değer tüm diğer özel endüstri alanlarından (%0020.1 çalışan) daha yüksektir.

Bakıldığında hastanelerde meydana gelen bu kazaların birçok nedeni olduğu görülmektedir. Yeterli aydınlatmanın olmaması, zeminin ıslak, basamakların yüksek olması, geçiş alanlarında ve yürüme yolu üzerinde malzeme, araç ve kabloların varlığı, yürüme zemininin düzensiz olması (örneğin, eşit olmayan zemin karoları ya da kıvrılmış halı kenarı), yüksekte bir şeye ulaşmak için kullanılan taşınabilir merdivenler (kaymaya dirençli olduğu kontrol edilmelidir), hastane dışındaki zeminde düzensizlikler (örneğin, otoparkta ya da hastane girişin-

deki taşlar, çimenler arasındaki çukurlar, kaldırımlardaki yükseklik değişiklikleri), hava durumu (örneğin, donmuş zemin, ıslak zemin), bina dışında suyu kanalizasyona tahliye eden boruların yetersiz olması, kaymayı engellemek amacıyla kullanılan paspaslar eğer yıpranmış veya ek yerleri varsa takılma, kayma ve düşmelere yol açabilir. Özellikle kaygan zeminin düşmeler ile ilgili yaralanmaların %40-50'sini oluşturduğu bilinmektedir.

NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) tarafından yapılan araştırmalara göre, su gibi zemin kirleticilerinin sıklıkla kayma ve düşmeye yol açtığı belirtilmiştir. Bu kayma ve düşmelerin yarısının (%48) burkulma ve incinme ile %8'inin de kırıklarla sonuçlandığı belirtilmiştir. Bell ve arkadaşlarına göre kayma, ayağın takılması ve düşmelerle ilgili 1996-2005 yılında görülen tazminat davalarında yaralanan vücut bölümünün en fazla üst ekstremitede (%44.9) olduğu görülmüş ve bu çalışanların çoğu (%48.3) yaralanma sonunda burkulma, zorlanma, çıkık sorunu yaşadıklarını ve ağladıklarını belirtmiştir. Bu çalışmada hemşireler ve büro yönetiminde çalışanlar kayma, ayağın takılması ve düşmelerle ilgili en fazla sorun bildiren grup olmuştur.

Oysa kayma, ayağın takılması ve düşmeler engellenebilir sorunlardır. Engelleme konusunda yapılabilecekler aşağıdaki gibi sıralanabilir: 1) Yazılı bir temizlik programı sağlamak ve bunu sürdürmek 2) Zemini temiz ve kuru tutmak 3) Zemin için uygun temizleme prosedürü oluşturmak 4) Kaymaz ayakkabı giymek 5) Islak alanlara girilmesini önlemek 6) Hastane dışındaki boruların drenajının uygun olmasını sağlamak 7) Hastane içindeki zeminde takılmaya yol açabilecek çıkıntı, kabarıklık ve yükselti farklarını düzeltmek 8) Zeminde yükseklik farkı olması gerekiyorsa dikkat çekici renklerle uyarı işaretleri koymak 9) Yeterli aydınlatmayı sağlamak 10) Merdiven kenarlarında dikkat çekici renklerle boyanmış tutunma noktaları oluşturmak 11) Yürüme yolu üzerinde bulunan kabloların kaldırılması, kaldırılamazsa yere sabitlenmesini sağlamak 12) Geri çekilebilir kablo tutucular kullanmak vb. birçok önlem alınarak kayma, ayağı takılma ve düşmeler engellenebilir.

Engelleme tedbirleri işçi sağlığı ve güvenliği ekibi tarafından gerçekleştirilebilir. Özkan'ın belirttiğine göre; işçi sağlığı ile ilgili kuruluşlar 1970 yılında tüm çalışanlarda olduğu gibi sağlık çalışanlarının da sağlık hakkı olduğunu, sağlıklı ve güvenli hastane ortamında çalışmalarını gerektiğini vurgulamıştır. Bunu sağlamak için hastanelerde işçi sağlığı ve güvenliği birimleri kurulması gereklidir. İşçi sağlığı ve güvenliği biriminde çalışan ekip, bu işin teknik ve tıbbi boyutuyla ilgilenen meslek üyelerinden oluşur. Teknik boyutuyla hijyenist, güvenlik mühendisi, ergonomist, toksikolog, iş fizyoloğudur. Tıbbi boyutuyla ise işyeri hekimi, işçi sağlığı hemşiresi ve diğer sağlık çalışanlarıdır. İşçi, sağlığı ve iş güvenliği ekibinin kayma, ayağı takılma ve düşmelere yönelik yapması gereken görevlerden biri bunların izlemlerinin yapılmasıdır. Bu kazalarla ilgili olarak işçi sağlığı hemşiresinin tuttuğu kayıtların değerlendirilmesiyle hastanedeki en fazla kaza görülen bölümler belirlenebilir. Bu olayların olduğu bölümler, olayın oluş şekli dikkatlice değerlendirilerek engelleme tedbirleri alınabilir. Çevre koşulları, yürüme yüzeyinin özelliği, ortamın aydınlığı, yerde kirlilik, ıslaklık veya takılmaya yol açabile-

cek objelerin varlığı, giyilen ayakkabının özelliği (ayakkabının tipi, tabanı, yıpranma durumu), insan faktörü, olayın gerçekleşme durumu (yürürken, koşarken, bir şey taşıırken mi oldu?) olayın olmasını kolaylaştırıcı faktörlerin varlığı (yorgunluk, hastalık, ilaç kullanma, acelecilik), olayın senaryosuna, zaman diliminde gerçekleşme sıralamasına ilişkin veriler süreyans çalışmaları için önemlidir. Olay gerçekleştikten sonra yapılacaklar elbette değerli çalışmalardır, ancak en sağlıklı olanı olay olmadan önlenmesidir. Bu konuda işçi sağlığı hemşiresine düşen görevlerden birisi de çalışma ortamı ve iş akışından kaynaklı tehlike ve risklerin belirlenmesi, bunların önlenmesi, çalışma ortamının ergonomik açıdan uygunluğunun belirlenmesidir. İşçi sağlığı hemşiresi bu tespitleri yapabilmek için hastaneyi gezerek kontrol etmeli, riskli durumları kontrol listesine kayıt ederek sonuçları işçi sağlığı ve güvenliği ekibiyle birlikte değerlendirmelidir. Bunun yanında işçi sağlığı hemşiresi sağlık çalışanlarının sağlık değerlendirmelerini yaparak, kayma ve düşmelerle ilgili risk yaşayabilecek olan kişileri belirlemelidir (örneğin, görme problemlerinin belirlenmesi). İşçi sağlığı hemşiresi kayma ve düşme ile ilgili alınması gereken önlemlere ilişkin sağlık eğitimleri yapmalı ve araştırmalar planlamalıdır.

Yapılan bilimsel araştırmalar kayma, ayağı takılma ve düşmelere ilişkin alınacak önlemler konusunda yol gösterici olabilir. Akkaya'nın araştırmasında ameliyathane hemşirelerinin ve radyoloji teknisyenlerinin "kaygan zeminde düşme riskini" iş kazaları arasında dördüncü sırada belirttikleri görülmüştür. Ceylan'ın araştırmasında son bir aylık dönemde kıl payı atlatılan kazalar arasında kayma ve düşmeyi 1-2 kez atlatan hemşireler %81, kayma ve düşme sonucu doku yaralanması yaşayan hemşireler ise %66.7 olarak belirlenmiştir. Aynı araştırmada son altı ayda kayma ve düşme yaşayan hemşireler %9.6'dır. Hemşirelerin %76.9'unun bu kazaları rapor etmemiş olduğu belirlenmiştir. Bir başka araştırmada sağlık çalışanlarının %48'inin kayma nedeniyle doku travmalarına maruz kaldığı belirtilmiştir. Pompeii ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmaya göre; sağlık çalışanlarının kas iskelet yaralanmalarının %30'unun malzemeleri itme-çekme, hasta taşıma, kayma, ayağı takılma ve düşmeler sonucu gerçekleştiği belirlenmiştir. Yaralanma hızının en yüksek olduğu risk grupları; erkek ve kadın hemşire yardımcıları, ev idaresi çalışanları, kadın ev idaresi çalışanları, radyoloji teknisyenleriyken, kayıp iş günü hızı en yüksek olan gruplar ve erkek hasta taşıyıcılarıdır.

**Sonuçlar:** Kayma, ayağı takılma ve düşmeler engellenebilir sorunlardır. Bu sorunlar sağlık çalışanlarına yönelik kayma, ayağı takılma ve düşmelere ilişkin süreyans sistemi oluşturma, kaymaya neden olan etmenlere ilişkin önlemler alma ve işçi sağlığı güvenliği hizmetleri ile çözülebilir.

**Anahtar kelimeler:** Kayma, ayağın takılması, düşme, sağlık çalışanı, işçi sağlığı ve güvenliği hizmeti, tehlike, risk.

## S11- DIŞ HEKİMLERİNİN MESLEKİ HASTALIK DURUMLARI

Ömer Ekici. *Diş Hekimi, Karabük Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi. Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme- Sağlık Kurumları Yönetimi Doktora Öğrencisi. TDB, Kamu Çalışanları Komisyonu Üyesi.*

**Giriş:** Diş hekimleri profesyonel işlerini yaparken çok sayıda mesleki tehlike ve risklere maruz kalmaktadır. Diş hekimliğinde çalışma ortamından kaynaklı bu tehlikeler zamanla diş hekimlerinin fiziksel ve psikolojik sağlığını bozmakta ve çeşitli meslek hastalıklarına neden olmaktadır.

**Amaç:** Diş hekimlerinin her gün işlerinde maruz kaldıkları diş hekimliği ile ilgili mesleki riskleri belirleyerek, bu risklerin diş hekimlerinin genel sağlığını nasıl ve ne oranda etkilediğini ortaya koymaktır.

**Yöntem:** Geniş literatür incelemesine dayalı bu çalışmada, dünyada yapılmış çok sayıda araştırma sonuçları ve raporlar derlenerek, diş hekimlerinin işleri nedeniyle maruz kaldığı hastalıklar gruplandırılarak ele alınmıştır.

**Bulgular:** Çok sayıda çalışma diş hekimlerinin mesleği ile ilgili riskler sonucu hem fiziksel hem de psikolojik bozuklukların ya da hastalıkların ortaya çıktığını ortaya koymaktadır. Fiziksel bozuklukların başında kas-iskelet sistemi bozuklukları, kontak dermatit, çapraz enfeksiyon ve bulaşıcı hastalıklar, göz yaralanmaları, işitme kaybı, perkütan yaralanmalar ve radyasyon gelmektedir. Ayrıca fiziksel bozuklukların yanı sıra işle ilgili stres, gerginlik, duygusal tükenmişlik gibi psikolojik bozukluklar da diş hekimlerinin psikolojik sağlığını etkilemektedir.

**Sonuçlar:** Diş hekimleri her gün mesleğini yaparken karşılaştıkları ve karşılaşabilecekleri hastalıkların farkında olmalı ve bunlara karşı gerekli önlemleri almalıdır. Ergonomik çalışma yöntemlerini öğrenme, sterilizasyona ve dezenfeksiyona azami dikkat etme, bulaşıcı hastalıklara, kazalara ve radyasyona karşı koruyucu önlemler alma, kliniklerde güvenlik prosedürleri oluşturma, stres ile başa çıkma yöntemleri edinme alınabilecek önlemlerden bazılarıdır. Bu önlemleri aldığı takdirde, diş hekimleri fiziksel ve zihinsel sağlığını koruyabilir ve mesleğini daha sağlıklı ve güvenli bir şekilde sürdürebilirler.

**Anahtar kelimeler:** Diş hekimisi, mesleki tehlike, mesleki risk, meslek hastalığı.



## S12- KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 2011- 2012 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKSEL SAĞLIK DURUMLARI

*Derya Seven<sup>1</sup>, Sevcan Özdemir<sup>1</sup>, Seyit Çevik<sup>1</sup>, Esmâ Özer<sup>1</sup>, Emre Kılıç<sup>1</sup>, İlke Karadağlı<sup>1</sup>, Melek Yorğun<sup>1</sup>, Emrah Sülün<sup>1</sup>, Mehmet Güllühaltı<sup>1</sup>, Tamer Üçüncü<sup>1</sup>, Aydın Savu<sup>1</sup>, Mustafa Karakuş<sup>1</sup>, Gökay Güven<sup>1</sup>, Mustafa İpek<sup>1</sup>, Çiğdem Çağlayan<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Intern Doktor, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi. Kocaeli.

<sup>2</sup> Doç., Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Kocaeli.

**Giriş:** Çalışan bir kişinin sağlığı ile çalışma yaşamı arasındaki ilişkiler yoğun bir etkileşim içerisindedir. Konusunun insan olması dolayısıyla sağlık çalışanlarının çalışma yaşamı, diğer meslek gruplarına göre artmış bir biçimde kişinin sağlığına doğrudan ve dolaylı etkilerde bulunabilir. Tıp fakültesi hastanelerinde intern hekimler sağlık hizmetinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Beş yıllık eğitimleri sonrasında on iki aylık yoğun ve meşakkatli çalışmaları boyunca birçok riskle karşı karşıya kalmaktadır

**Amaç:** Bu çalışmada intern hekimlerin mesleki sağlık riskleri, bu risklerle ilgili bilgi düzeyleri ve bunlardan kaynaklanan sağlık sorunlarının boyutlarını saptamak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel tipteki bu çalışma, Temmuz –Ağustos 2011 Halk Sağlığı staj grubu tarafından 15-26 Ağustos 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmada örnek seçilmemiş olup, araştırma evreni olan toplam 77 internden 14'ü halk sağlığı stajında olduğundan, diğer stajlarda bulunan 63 öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir. Bu internlerden 56'sına (%88.9) ulaşılmış olup, 4 (%6.3) öğrenci Farabi değişim programında, 3 (%4.7) öğrenci de görev yerlerinde bulunmadığı için araştırmaya katılamamıştır. Araştırmada öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, çalışma koşulları, kesici-delici alet yaralanmaları, aşılama oranları, çalıştıkları ortamdaki biyolojik riskler hakkında bilgi durumları, beslenme ve madde kullanma durumları, ağrı yakınmaları, şiddet görme durumları değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan 56 internden %23.2'si pediatri, %23.2'si dahiliye, %16.1'i kadın doğum, %23.2'si acil-cerrahi, %3.6'sı seçmeli, %10.7'si psikiyatri bölümünde staj görmektedir. Araştırmaya katılanların cinsiyet dağılımları eşittir. Aylık ortanca nöbet sayıları yedi, nöbet süresi 24 saat, nöbet dışı günlük

çalışma süreleri günlük sekiz saattir. Beslenme özellikleri ve sağlığa zararlı diğer alışkanlıkları incelendiğinde; %75'inin en az bir öğün atladığı, %21.4'nün sigara, %25.5'nin alkol ve %14.5'nin antidepresan ilaç kullandığı saptanmıştır. İnternlerin %69.6'sı hastane ortamından kaynaklanan biyolojik riskleri bildiğini ifade ederken, HBV aşısı olmayanların oranı %8.9, tetanoz aşısını yaptırmayanların ise %78.6'dır. Son bir ayda internlerin %44.6'sı delici-kesici alet yaralanmasına maruz kalmış ve %75'i de hastaların vücut sıvılarıyla temasta bulunmuştur. Yine son bir ayda %91.1'inde ağrı yakınması olurken, en sık bacak (%62.5), sırt (%50) ve bel (%44.6) bölgesinde ağrı yakınması olduğu bildirilmiştir. Hastalar tarafından uygulanan şiddet açısından değerlendirildiğinde, en çok dahiliye servisinde (%84.6) olmak üzere toplamda %55.3 internün sözel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Son olarak internlerin tamamı rol belirsizliği yaşadıklarını ifade etmiştir.

**Sonuçlar:** Araştırmamızda elde edilen bulgulara göre, internler çok çeşitli sağlık riskleriyle karşı karşıyadır. Bu risklerin önlenmesi amacıyla tıp fakültelerinde internlere mesleksi sağlık riskleri ile ilgili eğitimin verilmesi, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulması amacıyla işçi sağlığı ve güvenliği birimlerinin kurulması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık çalışanlarının sağlığı, mesleki risk, delici-kesici alet yaralanması, intern.

## S13- BİR ÜNİVERSİTENİN HEMŞİRELİK VE TIBBİ LABORATUAR BÖLÜMÜNDE OKUYAN ÖĞRENCİLERİNİN UYGULAMA ALANLARINDA MESLEKİ RİSKLERLE KARŞILAŞMA DURUMLARI

*Ülfiye Çelikkalp. Öğretim görevlisi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu. Tekirdağ.*

*Münire Temel. Öğretim görevlisi. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu. Tekirdağ.*

*Emine Mut. 3. sınıf öğrencisi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu. Tekirdağ.*

**Giriş:** Sağlık programlarında okuyan öğrenciler, eğitimlerinin uygulamalı eğitim bölümünü ilgili sağlık kuruluşlarında öğrenirler. Bu süreç içinde öğrenciler de kurumda çalışan sağlık çalışanları gibi pek çok mesleki riskler ile karşılaşabilir. Genellikle mesleki risk kapsamında aktif çalışanlar düşünülmekte, öğrenciler ise daha az değerlendirilmektedir.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, öğrencilerin eğitimleri sırasında karşılaştıkları mesleki riskleri belirlemek ve bu konudaki tutumlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışma 2010-2011 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde 6-10 Haziran tarihleri arasında bir üniversitede okuyan hastane uygulamasındaki hemşirelik (lisans, n=164) ve laboratuvar (ön lisans, n=57) bölümü öğrencilerinden çalışmayı katılmayı kabul eden 150 (evrenin %67.8'i) öğrenci üzerinde yürütülmüş tanımlayıcı bir çalışmadır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan ve öğrencilerin uygulama eğitimleri sırasında karşılaşabilecekleri fiziksel, kimyasal ve biyolojik mesleki risklere yönelik 32 soruluk anket formu kullanılmıştır. Araştırma hemşirelik 3. sınıf öğrencisi tarafından öğrencilere sınıf ortamında uygulanmıştır. Veriler yüzdelerle dağılım ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin %74'ü kadın, %26'sı erkek, %66'sı hemşirelik bölümü, %34'ü laboratuvar bölümü öğrencisidir. Öğrencilerin %34'ü mesleki riskler konusunda eğitim aldığını, %78'i uygulamalı eğitimlerine başlamadan önce aşılandığını (Hepatit-B), %98'si uygulamalar sırasında kişisel koruyucu malzeme (eldiven, maske vb.) kullandığını ve %87.3'ü işlem yapacağı hastada bulaşıcı hastalık konusunda uyarıldığını ifade etmiştir. Öğrencilerin %43.3'nün sağlık kuruluşundaki uygulama eğitimleri sırasında kesici ve delici bir

alet ile yaralandığı, %8 sinin hasta ve/veya yakınları tarafından şiddete maruz kaldığı, %8.7'sinin çalışma ortamına bağlı bir nedenden dolayı düştüğü, %32.7'sinin hastanın vücut sıvıları ile doğrudan temas ettiği belirlenmiştir.

Hemşirelik bölümü öğrencileri sağlık kuruluşundaki uygulama eğitimlerine başlamadan önce Hepatit-B aşısını olma durumları %84.8, laboratuvar bölümünde ise %64.7'dir. Bölümler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Uygulama eğitimleri sırasında hastaların vücut sıvıları ile doğrudan temas etme durumları laboratuvar bölümü öğrencilerinde %47.1, hemşirelik bölümü öğrencilerinde % 25.3'tür. Bölümler arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Sonuçlar:** Öğrencilerin büyük bir bölümü uygulamalı eğitimleri sırasında mesleki risklerle karşılaşmıştır. Mesleki deneyimi yeterli olmayan bu grubun çalışma yaşamındaki risklerden korunmaya yönelik daha fazla bilgilendirilmeye ve yeterli önlem alınmasına ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık çalışanı, öğrenci, mesleki risk, hemşire, tıbbi laboratuvar.

## S14- BURSA DEVLET HASTANESİ HASTA VE ÇALIŞAN RİSKLERİ ANALİZ SONUÇLARI

*Ömer Faruk Mete. Doktor. Bursa Devlet Hastanesi. Bursa.*

*Ayfer Peker. Hemşire. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğrencisi. Bursa Devlet Hastanesi. Bursa*

*Seniye Özkul. Laboratuvar Teknisyeni Bursa Devlet Hastanesi. Bursa*

**Giriş:** Risk analizleri, hastanelerdeki tehlike ve riskleri tanımlamak, çalışanları bilgilendirmek, hasta ve çalışan güvenliğini her zaman ve her koşulda (rutin, acil ve olağan üstü durumlarda da) sürdürülebilir olmasını sağlamak açısından önemlidir. Hasta ve çalışan güvenliği açısından tanımlanan birçok risk faktörü, yeterince ortadan kaldırılmadığında bakım alanların ve verenerlerin güvenliğini tehdit altında bırakmaktadır. İngiltere, Yeni Zelanda, Kanada ve Avrupa’da her yıl hastanelerdeki hastaların %10’unun, Avustralya’da %16’sının “istenmeyen olaylara maruz kaldığı bildirilmiştir. Çalışanlar ise, uzun çalışma saatleri, çalışma koşulları ve çalışma ortamı nedeniyle çeşitli risklerle ve kazalarla karşı karşıya gelirler. Yapılan bir çalışmaya göre, bu kazaların sadece %60’ı rapor edilmektedir ve büyük bir bölümü önlenemez durumlardır. Risk analizi çalışmalarını önlenemez riskleri ortadan kaldırabilme imkanı sağlar.

**Amaç:** Hastanedeki sağlık çalışanlarının ve başvuran hastaların karşılaştıkları ve karşılaşılabileceği olası riskleri belirlemek, gerekli önlemleri alarak oluşabilecek hataları, kazaları en aza indirmek ve önlemektir.

**Yöntem:** Bu çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmanın evrenini Bursa Devlet Hastanesi çalışanları ve başvuran hastalar oluşturmaktadır.1.Haziran-30.Eylül 2010 tarihleri arasında bu hastaneye başvuran hasta sayısı 253.389, yatan hasta sayısı 10.187’dir. Tüm hastane çalışanlarının %25’ine ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklem bölüm sorumlular alınmış, bölüm sorumluları dışındakiler ise rastgele örneklem tekniği ile seçilmiştir. Toplam çalışan sayısı 1695 olup, görüşme yapılan çalışan sayısı 519 kişidir. 519 çalışanın; 15’i yönetici, 50’si hekim, beşi laboratuvar uzmanı, ikisi radyoloji uzmanı, beşi eczacı, birisi mühendis, üçü ayniyat depo memuru, 150’si hemşire, 15’i sağlık memuru, beşi acil tıp teknisyeni, 50’si sağlık teknisyeni, 50’si veri kayıt elemanı, 100’ü temizlik personeli, 20’si teknik atölye çalışanı, üçü vevne memuru, ikisi mutemet, ikisi istatistik memuru, ikisi arşiv memuru, üçü satın alma memuru beşi döner sermaye çalışanı, birisi sivil savunma amiri, ikisi sosyal hizmet uzmanı, ikisi diyet uzmanı, ikisi psikolog, altısı fizyoterapist, dördü biyolog, 10’u güvenlik, ikisi imam ve ikisi terzidir.

Görüşme Yapılan Çalışan Sayısı/ Toplam Çalışan SayısıX100= %

519/1695X100= % 30,61 ile görüşme yapıldı.

Bu çalışmaya başlarken hastanenin tüm birimleri hasta ve çalışan güvenliği ekibi tarafından tetkik edilerek, hastalara ve çalışanlara yönelik riskler tespit edilmiştir. Tüm birimlerin sorumlu hekimleri ve hemşirelerinden, karşılaştıkları riskleri yazılı olarak bildirmeleri istenmiştir. Ayrıca bu çalışma Bursa Devlet Hastanesinde yapılan denetim raporları, işyerinin bulunduğu bölge ve fiziki koşulları, anketler, toplantı tutanakları, açılan Düzeltici Önleyici Faaliyet Formları, uygunsuzluk tespiti, hata, olay, kaza, şiddet, panik değer bildirim raporları, şikâyetler, arıza bildirimleri mavi kod uygulaması, sözel order uygulaması, hastane enfeksiyonları, eldiven kullanımı ve el hijyeni çalışmaları enfeksiyon komitesi takipleri ve sonuç raporları, hasta düşmeleri analizi, kliniklere göre hasta ölüm oranlarındaki verilere ve hasta ve çalışan riskleri alanındaki bilimsel araştırmalar dikkate alınarak tehlike ve riskler belirlenmiştir. Elde edilen veriler Risk Değerlendirme Karar Matris Metodolojisi(L Tipi Matris) ile analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Hastanede çalışanların maruz kaldıkları başlıca tehlike ve riskler; fiziksel sağlık sorunlarına neden olan ergonomik tehlikeler ve çalışma sistemine-koşullarına bağlı tehlikeler; psikososyal sağlık sorunlarına neden olan tehlikeler/riskler, kimyasal tehlikeler, biyolojik tehlikeler, organizasyon aksaklıkları, denetim sistemleri yetersizliği ve iş kazalarıdır. Bu hastanede yatan ve ayaktan başvuran hastalar için başlıca tehlike ve riskler; yanlış ya da hatalı uygulamalar, yapılan tedavi ya da uygulamalara bağlı komplikasyonlar, düşme riski, hastalara ait ortak kullanım alanlarından kaynaklanan riskler, hırsızlık, kalabalık ve gürültülü ortama bağlı riskler, çalışan-çalışan/hasta-çalışan iletişim eksikliğine bağlı teşhis, tedavi ve bakım işlemlerinde gecikme riski, yetersiz havalandırmaya bağlı, kötü koku, toz, kimyasal maddeler vs alerjileri ve enfeksiyon riski, kimyasal tehlikeler, biyolojik tehlikeler, radyasyon riskidir.

**Sonuçlar:** Çalışma sonunda tespit edilen risklere yönelik iyileştirme çalışmaları başlamış ve devam etmektedir. Yapılan iyileştirmelerden bir kısmı şöyledir: Radyolojideki kurşun önlükler gözden geçirilip kullanılmayacak durumda olanlar kaldırıldı. Uygun olmayan kurşun önlükler tespit edilerek kaldırıldı, yenileri alındı, sayıları artırıldı. Dijital röntgen için çalışmalar başlatıldı. Ameliyathanedeki kurşun kaplı oda sayısı artırıldı. Hafif kurşun önlükler tam set olarak (örneğin, önlük, tiroid koruyucu, gözlük) talep edildi. Acil servis girişi, koridorları ve çalışma alanları kamera ile kayıt altına alınmaya başlandı. Hasta yatakları mekanik ve kumanda ile ayarlanabilir yataklarla değiştirildi. Kimyasal gaz sızıntı tehlikesi olan birimlere gaz maskeleri alınarak dağıtıldı. Pudra alerjisi olan sağlık çalışanı için pudrasız eldiven alındı.

**Anahtar kelimeler:** Hasta riskleri, çalışan riskleri, tehlike, hastane.

## S15- İSTANBUL'DA BİR DOĞUMEVİ VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERDE SON 12 AYLIK BEL AĞRISI PREVALANSI VE İLİŞKİLİ ETMENLER

*Keuser Tarı -Selçuk. Ebe, MPH, Bigadiç Devlet Hastanesi. Balıkesir.*

*Celalettin Çevik. Sağlık memuru, MPH, Atatürk Devlet Hastanesi. Balıkesir.*

*Gülay Karataş. Ebe, MSc, Yakacık Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi. İstanbul.*

*Yeliz Mercan. Ebe, MPH, Balıkesir Devlet Hastanesi. Balıkesir.*

**Giriş:** Sağlık çalışanlarının sağlığına etki eden etmenler arasında yer alan, çalışma koşulları bakımından ebe ve hemşirelerde sık görülen bel ağrısı, kesintisiz ve dikkatli çalışmayı gerektirmesi bakımından bu meslek grupları açısından oldukça önemli olan bir sağlık sorunudur.

**Amaç:** Bu çalışmada İstanbul'da bir sağlık kurumunda çalışan ebe ve hemşirelerde son 12 aylık bel ağrısı prevalansının ve ilişkili etmenlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Kesitsel tipteki araştırma, Temmuz -Eylül 2011 tarihleri arasında İstanbul iline bağlı Kartal ilçesinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Kartal'da Yakacık Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde çalışan 94 ebe ve hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örnek seçimi yapılmamış, evrenin tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada ücretsiz izin, geçici görev ve yıllık izin nedeniyle evrenin tümüne ulaşamamış, katılım oranı %93 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu yüz yüze görüşme tekniğiyle ebe ve hemşirelere uygulanmıştır. Çalışma kapsamında Beden Kütle İndeksi (BKİ), ebe ve hemşirelerin sözel bildirimlerine dayalı olarak hesaplanmış, BKİ'nin değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün sınıflandırması esas alınmıştır. Bu sınıflandırmaya göre BKİ 18.50'nin altında olanlar "zayıf", 18.50-24.99 arasında olanlar "normal", 25.00-29.99 arasında olanlar "kilolu" ve 30.00 ve üzerinde olanlar "obez" olarak tanımlanmıştır. Veriler SPSS 15.0 programında değerlendirilmiştir. Veri çözümlemede tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırma grubunun yaş ortalaması  $32.59 \pm 6.01$  olup, %92.0'si kadındır ve %67.8'si evlidir. Araştırma grubunun % 48.3'ü ebe, %51.7'si hemşire unvanıyla çalışmaktadır ve meslekte çalışma süresi ortalama  $12.41 \pm 7.00$  yıldır. Grubun %16.3'ü doğum salonunda, %15.1'i çocuk acil servisinde, %12.8'i ameliyathanede, %11.6'sı çocuk servisinde çalışmaktadır ve %75.6'sı mesai

saatleri dışında nöbet tutmaktadır. Araştırma grubunun %65.1'i spor yapmamaktadır. DSÖ'nün BKİ sınıflandırmasına göre, ebe ve hemşirelerin %29.9'u kilolu, %5.7'si obezdir. Araştırma grubunun %8.0'i araştırma tarihinde gebedir ve %40.7'si hiç doğum yapmamıştır. Araştırma grubunda son 12 aylık bel ağrısı prevalansı %73.3'tür. Son 12 aylık bel ağrısı prevalansı açısından yaş, cins, ünvan, meslekte çalışma süresi, çalışılan birim, nöbet tutma, BKİ ve spor yapma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Son 12 aylık bel ağrısı prevalansı evli olanlarda ( $p=0.09$ ) ve doğum yapanlarda ( $p=0.020$ ) anlamlı olarak yüksektir.

**Sonuçlar:** Araştırma grubunda son 12 aylık bel ağrısı prevalansı yüksek ve çalışma yaşamını etkileyecek düzeydedir. Bu nedenle bel ağrısının önlenmesi için çalışma ortamı gözden geçirilmeli, gerekli ergonomik düzenlemeler yapılmalı ve hizmet içi eğitimlerde bel ağrısından korunmaya yer verilmelidir. Çalışma sonuçlarına göre evli olan ve doğum yapanlarda bel ağrısı prevalansı anlamlı olarak yüksektir. Bu bulguya yönelik olarak bel ağrısı ile ilişkili olabilecek etmenlerin ortaya konmasını amaçlayan çalışmalar büyük örnek gruplarda ve bel ağrısı açısından iş ve ev yaşamındaki risk faktörlerinin ayrıntılı sorgulanacağı şekilde planlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık çalışanı, bel ağrısı, ebe, hemşire.



## S16- HASTA VE ÖZEL HASTANELERİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİLERİ

*İbrahim Yeral. Op.Dr., Dr., Gaziantep Özel Düztepe Yaşam Hastanesi. Gaziantep.*

1990'lerden sonra Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası'nın direktifleri doğrultusunda sağlıkta yatırım sürekli özel hastaneler yapılmaya başlandı. Bunlar yapılırken, 'bıçak parası' alıyor diye bürosu olan hekimler üzerinde ciddi baskılar oluşturulmaya başlandı. Aynı zamanda hastalar hekime karşı kışkırtılmaya başlandı. Popülist söylemlerle 'hastalarımız istediği hastaneye ve istediği doktora gidebilir' denilerek duygular okşandı. Aynı zamanda hastane 'showroom'larında son teknoloji cihazlar (Mr v.s) yerleştirilerek, tatlik tüketimi provoke edilmeye başlandı. Tüm bu yapılanlar hastaların anlayışlarını değiştirdi. İstenen de buydu. Normal koşullarda derdini anlatmak için doktora gelen hasta, bir şeyler yaptırmak için gelmeye başladı. Sağlık sistemine performans eklenince sağlık hakkı; iş-alış veriş şekline döndü. Hastalarımız kafalarına takılan bir soru işaretini çözmek için doktordan bir şeyler istemeye başladı. O artık hasta değil bir müşteridir. O doktoru değil, doktor onu bekleyecek.

Hastaneler için 'Sürümden kazanma' öncelikli olunca alan memnun -veren memnun, hekimliğin boynu kopsun durumu ortaya çıktı. Böylece bilbordlarda sıradan reklamların yanında hastane reklamlarını görür olduk. Hekim bunun neresinde?



## S17- AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE PERFORMANSA DAYALI ÖDEME: NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA

*Zeliha Öcek. Doç., Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Bornova, İzmir.*

*Keuser Vatansever. Yrd., Doç., Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı. Bornova, İzmir.*

**Giriş:** Sağlıkta Dönüşüm Programı ağız-diş sağlığı hizmetlerinde çarpıcı bir değişim süreci başlatmıştır. Sağlık Bakanlığı emek-gücü planlaması yapmaksızın yeni ağız-diş sağlığı merkezleri (ADSM) açmaktadır; 2003'te 14 olan ADSM sayısı 2011'de 123'e yükselmiştir. Bakanlık, sayıları her yıl artan yeni mezunlar ve muayenehanesini kapatmak zorunda kalanlar nedeniyle sözleşmeli çalışmaya razı hekim bulmakta zorlanmamaktadır. Hizmet sunumunda da patlama yaşanmaktadır; Bakanlık kurumlarında ağız-diş sağlığı hizmeti başvurusu 2002'de 4600, 2010'da 25000'dir. ADSM'ler ve diş hastanelerinde hizmet hacmini artırma, donanım ve personel değişiklikleriyle özelleştirme hazırlıkları tamamlanmaktadır. Bu hazırlıklarda performansa dayalı ödemenin yeri çok önemlidir.

**Amaç:** Bu çalışma ülkemizde farklı alanlarda çalışan diş hekimlerinin profesyonel kimliklerine yönelik algılarını değerlendiren daha geniş kapsamlı bir araştırmanın alt bileşenidir. Çalışmada Sağlık Bakanlığı'na bağlı çalışan diş hekimlerinin performansa dayalı ödemenin etkilerine yönelik değerlendirmelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu niteliksel araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı'na bağlı ADSM'lerde ve diş hastanelerinde çalışan diş hekimleri oluşturmaktadır. Çalışmanın fenomenolojik tipte tasarlanması nedeniyle bulguların evrene geçerli bir şekilde genellenebilmesinden çok, araştırmaya konusunu derinlemesine aydınlatılmak amaçlanmış ve örnekleme yöntemlerinden "maksimum çeşitlilik" uygulanmıştır. Hekimler, çalıştıkları illere, kurumlara, çalışma biçimlerine (sadece kamu, sadece özel, kamu+özel) ve cinsiyete çeşitlilik gösterecek şekilde seçilmiştir. Veriler derinlemesine görüşme tekniğiyle yarı-yapılandırılmış soru formu kullanarak toplanmıştır. Diş hekimleri performans sistemini formda yer alan iki soruyu yanıtlarken gündeme getirmiştir ("Mesleğinizi uygularken en çok zorlayan etmenler nelerdir?"; "Sağlıkta dönüşüm programının etkileri nelerdir?"). Tüm transkriptler okunarak "performans sistemi" ile ilgili temalar iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı belirlenmiştir. Görüşmeler veriler doygunluğa ulaşıncaya dek sürdürülmüş, 15 kişi ile görüşülmüştür.

**Bulgular:** Görüşmeler sonucunda sekiz tema belirlenmiştir; 1) İş ve gelir güven-cesi; 2) Mesleki doyum; 3) İş yükü; 4) Hizmet kalitesi; 5) Hasta-hekim ilişkisi; 6) Çalışanlar arası uyum; 7) Çalışma ortamı; 8) Sağlık sorunları

Katılımcılar sözleşmeli istihdam ve özelleştirmeye birlikte, kamunun sağladığı gelir ve iş güvencesinin ortadan kalktığını, gelecekte performans sisteminin daha acımasız uygulanacağını vurgulamışlardır.

*Özel kliniği olan bir arkadaşına geleceğimiz belli değil, beni yanına alırsın dedim. “Ben seni ne yapayım, ancak 15000 puan yapıyorsun, 40000 yapanlar var” dedi.*

Diş hekimleri gelir düzeylerini, özlük haklarını ve hastalarının kendilerine davranışlarını değerlendirdiğinde emeklerinin karşılığını alamadıklarını ve bu durumun meslek doyumlarını azalttığını belirtmektedir. Performans ödemelerinin emekliliğe yansımadağı ve sadece aktif çalışılan gün bazında hesaplandığı vurgulanmıştır. Diş hekimleri iş yüklerindeki aşırı artışın, hastaların sayıca artışından ve davranışlarındaki değişimden kaynaklandığı açıklamıştır. Aşırı iş yükü hastalara yeterince zaman ayrılamamasına, iletişim kurulamamasına ve kalitesinden memnun olunmayan işlemlerin gerçekleştirilmesine neden olmaktadır.

*...Elin kolun bağılı, özelliiksiz iş yapmak zorundasın... Çok yıpratıcı ve yorucu... İşin niteliği değil niceliğiyle sorgulanıyorsunuz. Bu da iyi hekimleri tüketiyor...*

*Bir noktadan sonra kendini tanıyamıyorsun... Kendimi kontrol etmeye çalışıyorum ama istemediğim şeyler yapabiliyorum. Verilen hastayı bitirmek zorundasın... zaman çok sınırlı. Bu beni çok mutsuz ediyor.*

Performans sistemi çalışma barışını da olumsuz etkilemiştir. Bir diş hekimi hızlı çalışmadığı için dışlandığını, bir başka hekim bir meslektaşının başhekim tarafından dövüldüğünü ifade etmiştir. Diş hekimleri kalabalık, havasız ve gürültülü çalışma ortamlarının sağlıklarını bozduğunu açıklamıştır. İki diş hekimi performans sistemi nedeniyle ciddi sağlık sorunları yaşadığını belirtmiştir.

*Sanki dört değil 14 yıldır çalışıyorum. Hem emeğimin karşılığını alamıyorum hem de sağlığımı kaybediyorum.*

**Sonuç:** Performansa dayalı ödeme sistemi ağız-diş sağlığı hizmetlerinin kalitesinde düşüşe yol açarken, çalışanların mesleki doyumunu, sağlığı ve çalışma barışında da yıkıma neden olmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Performansa dayalı ödeme, diş hekimi, ağız diş sağlığı, çalışan, sağlık sorunları, çalışma ortamı, mesleki doyum, sağlıkta dönüşüm.

## S18- TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ EBELERİN ÇALIŞMA KOŞULLARINA ETKİSİ

*Ummahan Yücel, Arş. Gör. Dr., Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Bornova, İzmir*

*Ayşe Yüksel, Ebe, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Bornova Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir*

**Giriş:** Türkiye’de son 30 yıldır sağlık hizmetleri örgütlenme modelinin yapısını değiştirmek üzere çalışmalar yapılmış ve son on yılda bu hazırlıklar tamamlanıp, uygulamaya geçilmiştir. Uygulanan sağlık reformları; hizmetin finansmanının vergilerden değil, ödeyebilenlerin primleri ve katkı payıyla karşılanmasını, sağlık hizmet sunumu ile finansmanın ayrılmasını, sağlık kurumlarının özelleştirilmesini, yerinden yönetime dayalı ve rekabeti kolaylaştıran bir sistemin oluşmasını, sağlık emek-gücü istihdamında esnekleşmenin ve performans dayalı ödemenin yaygınlaşmasını içermektedir. Bu yapısal değişikliklerin ana unsurlarından birisi de birinci basamak sağlık hizmetleri sunum şeklinin “Aile Hekimliği” uygulamasına dönüştürülmesidir. Yaşanan bu dönüşüm tüm sağlık çalışanlarında olduğu gibi ebeler mesleğini ve ebelerin çalışma koşullarını olumsuz yönde etkilemiştir.

**Amaç:** Bu çalışma, aile hekimliği uygulamasının ebeler mesleğine ve ebelerin çalışma koşullarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Aile hekimliği ile ilgili sekiz mevzuat ebelerin çalışma koşulları açısından incelenmiştir. Ayrıca aile sağlığı elemanı olarak çalışan ebeler ile kişisel görüşme yapılmıştır.

**Bulgular:** Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri, 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile kurulan sağlık ocaklarında ekip hizmeti ile sunulurken “Aile Hekimliği” uygulamasında hizmet sunumu, aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan ikili hizmet sunumuna dönüşmüştür. Aile sağlığı elemanı olarak istihdam edilen ebelerin, diğer ekip üyelerinin (hemşire, laborant, tıbbi sekreter vb) görev ve sorumluluklarını da yerine getirmek zorunda kalmaları, çoklu görev ve iş yoğunlaşması yanında, kendi mesleğine özgü vasıflarını yerine getirememelerine neden olmuştur. Ebeler mesleğini “Aile Sağlığı Elemanı” olarak tanımlamak sadece isim değişikliğinden ibaret olmayıp, mesleğin doğasında olan yetki ve sorumluluklarda da önemli değişiklikler oluşturmuştur. 224 sayılı yasa ebelerin görevleri kapsamında yer alan gebe, loğusa ve bebeğe izlemi, bağışıklama hizmetleri yeni uygulamada aile hekiminin görevleri içinde tanımlanmış olup ebeler bu hizmetlerde hekime yardımcı olma sorumluluğu verilmiştir. Aile hekimliği uygulaması, ebelerin ça-

lişma koşulları açısından ele alındığında sözleşmeli çalışma ve aile hekimliği birimi gruplandırması ile esnek istihdam ve esnek mesai gibi uygulamalardan dolayı aile sağlığı elemanları için güvencesiz çalışma koşulları getirmiştir. Ebelerin kadın sağlık çalışanı olduğu göz önünde bulundurulduğunda esnek mesai uygulaması, ebelerin aile yaşantılarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca ebelerin hekim ile birlikte tek başına hizmet sunmak durumunda kalması ve performans uygulamalarının, ebelerin yıllık izin ve doğum izni (*mevzuatta olduğu şekilde; 30 günlük yıllık izin, doğum öncesi ve sonrası ikişer ay izin*) gibi özlük haklarını kullanmalarında sorun yaratacak düzenlemeler olduğu, uygulamalarda görülen örneklerden de (*Örn: Ebenin görevlendirme ile yerine başka birinin bakması durumunda gelirinde azalma olmasını istemediği için 37. gebelik haftasına kadar çalışması*) yola çıkarak kolaylıkla söylenebilir.

**Sonuç ve Öneriler:** Aile hekimliği uygulamasında çalışmakta olan ebeler; esnek mesai, esnek istihdam, güvencesiz çalışma, artan iş yükü ve çalışma koşulları nedeni ile özlük hakları kayıpları ve bağımsız mesleki rol kayıpları yaşamaktadırlar. Ebelik mesleği, profesyonel bir meslek olmaktan çıkarılıp, aile hekiminin yardımcısı durumuna getirilmiş, meslekte olumsuz yönde köklü değişiklikler olmuştur. Ebelerin profesyonel mesleki rol ve görevlerine uygun ve güvenceli olarak çalıştırılmaları sadece ebeler için değil aynı zamanda toplum sağlığı açısından da gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimliği, Ebelik Mesleği, Aile Sağlığı Elemanı, Mevzuat

## S19- VARDIYA SİSTEMİ İLE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DİKKAT DÜZEYLERİ

*Ayfer Peker, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğrencisi. Bursa Devlet Hastanesi. Bursa.*  
*Süreyya Karaöz. Prof., Dr., Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Yüksek Okulu. Kocaeli.*

**Giriş:** Hemşirelik 24 saat çalışmayı gerektiren bir sağlık disiplindir. Bu durum vardiya sistemine dayanan çalışma düzenini beraberinde getirmektedir. İnsan organizmasının gündüz çalışmaya, gece uyumaya eğilimli olması nedeniyle, vardiya sisteminde çalışma, biyolojik dizemi bozarak, fizyolojik, mental ve sosyal sağlık üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Araştırmalar vardiya sisteminde dayanan çalışma düzeninin vücudun neredeyse tüm sistemleri üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunu, duygusal ve sosyal sorunların gelişmesini kolaylaştırdığını göstermektedir.

**Amaç:** 8 saat, 16 saat ve 24 saat çalışan hemşirelerin, çalıştıkları vardiyalarda dikkat düzeylerini değerlendirmek ve bu vardiya sisteminin hemşirelerin dikkat düzeylerine etkisini incelemektir.

**Yöntem:** Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır ve yürütülmüştür. Uygulamanın yapıldığı hastanede vardiya sistemiyle çalışan tüm hemşireler (320 hemşire) araştırma kapsamına alınmıştır ancak, ameliyathane, acil servis, iç ve dış polikliniklerde farklı çalışma biçimlerinin olması, yoğun bakım ünitelerinin çalışma koşullarının farklılığı nedeni ile bu birimler araştırma kapsamına alınmamıştır. Farklı vardiyalarda değerlendirilecek hemşireleri belirlemek için basit rastgele örnekleme tekniği kullanılmıştır. Hemşirelerden sözel onamları alınmıştır. Araştırma kapsamındaki 141 hemşireden altı hemşire araştırmanın yapıldığı süre içerisinde izinli olduğu için, 18 hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmediği için, 08-08 vardiyasında 36 hemşire, 16-08 vardiyasında 36 hemşire ve 08-17 vardiyasında 45 hemşire olmak üzere toplam 117 hemşire üzerinde çalışma yapılmıştır. 08-17 vardiyasında çalışanlara 12.00-13.00 saatleri arasında; 16-08 ve 08-08 vardiyalarında çalışanlara 04.00-05.00 saatleri arasında hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini ve dikkati etkileyen çeşitli faktörleri sorgulayan bir değerlendirme formu, dikkat, öğrenme ve kısa süreli belleği değerlendiren Sayı Dizileri Öğrenme Testi (SDÖT), sözel dikkat ve dikkati sürdürmeyi değerlendiren Digit Span Test (Sayı Menzili Testi), görsel dikkati değerlendiren Corsi Blok Test ve dikkati sebatli bir şekilde sürdürmeyi, uygunsuz yanıtı ketlemeyi değerlendiren Stroop Test sırasıyla uygulanmıştır. Veriler istatistiksel paket programda değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Gruplar, yaş, öznel uyku kalitesi, uyku süresi, algılanan stres anksiyete düzeyi, iş yükü açısından benzer bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde, 08-17 vardiyasının dikkat düzeyinin 16-08 vardiyasından daha iyi olduğu (Tek yönlü varyans analizi,  $p=0.005$ ); 16-08 vardiyasının dikkat düzeyinin de 08-08 vardiyasından daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Tek yönlü varyans analizi,  $p=0.005$ ). Dikkati etkileyen diğer faktörler açısından her grup kendi içinde sorgulandığında; yaş, uyku bozuklukları, psikiyatrik ve nörolojik bozukluklar, iş yükü, stres/anksiyete düzeyi, çalışma saatleri içerisinde dinlenme olanağı bulma durumlarının dikkat düzeylerini etkilediği tespit edilmiştir.

**Sonuçlar:** Bu çalışmada, çalışma süresi uzadıkça hemşirelerin dikkat düzeylerinde azalma görüldüğü belirlenmiştir. 08-17, 16-08 ve 08-08 vardiyalarında çalışan hemşirelerin tüm testlerden aldıkları puanların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Uyku bozukluğunun, nörolojik ve psikiyatrik problemlerin, ileri yaşın, aşırı iş yükünün, yüksek stres ve anksiyetenin, vardiya süresince dinlenme olanağı bulamamanın dikkat düzeyini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Çalışma biçimleri ve koşulları belirlenirken bu faktörlerin dikkate alınması ve bu konuda gerekli önlemlerin alınması, çalışan ve hasta güvenliğine katkı sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Vardiya, hemşire, hafıza bozuklukları, bilişsel, dikkat.

\* *Bu çalışma Yüksek lisans tezinin bir bölümüdür.*

## S20- BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ KAZASI GEÇİRME PREVALANSI VE KAZA GEÇİRMİYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

*Mehtap Türkay. Yrd. Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İşyeri Sağlık Birimi Koordinatörü. Antalya  
Ercan Aydoğdu. Sağlık teknisyeni, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, İşyeri Sağlık Birimi. Antalya.*

**Giriş:** Sağlık hizmetleri ülkemizde iş kazaları açısından riskli bir sektördür. Ancak birçok çalışmada iş kazaları kesici delici alet yaralanmalar ile sınırlanmakta ve sağlık çalışanlarının biyolojik riskleri ön plana çıkarılmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada, Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının maruz kaldığı kaza türleri nelerdir sorusuna yanıt aranmıştır.

**Amaç:** Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan sağlık çalışanlarının iş kazası geçirme sıklıkları, maruz kaldıkları kaza türleri ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel nitelikli bu çalışma Mart–Nisan 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın evreni Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde çalışan toplam 2081 sağlık çalışanıdır. Bu evrenden %95 güvenilirlik ve %5 sapma ile örneklem seçilmiş ve örnekleme 537 kişinin alınması planlanmıştır. Tabakalı örnekleme yöntemi ile sağlık çalışanları meslek gruplarına göre gruplara ayrılmış ve çalışmanın gücünün azalmaması için çalışmaya katılmayı kabul eden 545 çalışan çalışmaya dahil edilmiştir. Meslek gruplarına göre tabakalı örnekleme girecek kişiler sistematik rastgele örnekleme tekniğiyle belirlenmiştir. Sonuçta çalışmaya; 112 hekim, 93 intern hekim, 189 hemşire, 107 ev idaresi personeli ve 44 sağlık teknisyeni dâhil edilmiştir. Çalışmada, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun 11'nci maddesi uyarınca belirlenmiş olan iş kazası tanımı kullanılmıştır. Bu tanıma göre; sigortalının iş yerinde bulunduğu sırada, işveren tarafından yürütülmekte olan iş dolayısıyla, sigortalının işveren tarafından görev ile başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda, emzikli sigortalı kadına çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda, sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere toplu olarak götürülüp getirilmeleri sırasında, geçirdikleri kaza iş kazası sayılmaktadır.

Sağlık çalışanlarına üç bölüm ve 23 sorudan oluşan soru formu hazırlanmıştır. Soru formunun ilk bölümünde çalışanların görevi, yaşı, cinsiyeti, öğrenim düzeyi, çalıştığı bölüm, hizmet yılı ve haftalık ortalama çalışma süresi, kazalara karşı



ne tür önlemler aldıkları, iş kazaları hakkında eğitim alıp almadıkları sorgulanmıştır. İkinci bölümde son 3 ayda kaza geçirip geçirmediği, geçirdiyse ne sebeple olduğuna yönelik sorular sorulmuştur. Son bölümde ise iş yerinde kazaya sebebiyet verebilecek tehlike unsurları irdelenmiştir.

Veriler SPSS (13.0) programında değerlendirilmiştir. Ölçümle belirlenen sürekli veriler açısından iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi, gözlenen ve beklenen frekanslar arasındaki fark için Ki Kare testi kullanılmıştır. Çalışmada p değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının 235 (%43.1)'i en az bir kaza geçirmiştir. İş kazası geçirenlerin kaza türlerine göre dağılımı ise sırasıyla;188 (%34.5)'i kesici delici alet yaralanması, 151 (%27.7)'i enfekte sıvılar ile temas, 79 (%14.5)'i kimyasal ajanlar ile temas, 68 (%12.5)'u düşme çarpma ve 14 (%2,6)'sı elektrik çarpmasıdır. İş kazası sıklığı en fazla intern hekimlerde (%44.1) daha sonra ise sırasıyla; hemşire (%25.3) ve ev idaresi personelinde (%20.6) saptanmıştır. Kurumdaki çalışma yılı azaldıkça ( $p < 0.05$ ), haftalık çalışma saatleri arttıkça ( $p < 0.05$ ) kaza geçirme olasılığının arttığı ayrıca işçi sağlığı ve güvenliği eğitimi almayanlarının ( $p < 0.05$ ) daha fazla kaza geçirdiği saptanmıştır.

**Sonuçlar:** Sonuç olarak bu çalışmada çalışma deneyimi az olanlar, çalışma süresi diğer çalışanlara göre fazla olanlar ile işçi sağlığı ve güvenliği eğitimi almayanların kaza geçirme sıklığının arttığı saptanmıştır.

Çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışma saatlerinin azaltılması ve işçi sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin tüm sağlık çalışanları tarafından alınmasının sağlanması iş kazası sıklıklarını azaltabilir. Ancak, kaza türlerinin belirlenmesi, kazaya neden olan faktörlerin incelenmesi işçi sağlığı ve güvenliği birimlerinin görevleri arasında yer almaktadır. Bu nedenle, tüm sağlık kurumlarında işçi sağlığı ve güvenliği birimlerinin kurulması kaza sıklığını azaltmak açısından önem taşımaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık çalışanı, iş kazası, kaza tipi, işçi sağlığı ve güvenliği, hastane.

## S21- 657 SAYILI YASA KAPSAMINDAKİ SAĞLIK EMEKLİLERİNİN ÖRGÜTLENMESİNE İLİŞKİN GENEL BİR DEĞERLENDİRME

Özgür Müftüoğlu. Yrd.Doç. Dr., Marmara Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi Bölümü. İstanbul.

Kader Mert. Ar. Gör. Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.

Özellikle 1980’li yıllardan itibaren hızlanan neoliberal dönüşüm sürecinden sağlık sistemi de payını almış ve sağlık hizmetlerinin piyasa koşulları içerisinde sunumunu içeren “sağlıkta dönüşüm” programı birçok ülkelye birlikte Türkiye’de de uygulamaya konulmuştur. Sağlık hizmetlerinin piyasa koşulları içerisinde sunumu sağlık emek süreçlerinin de piyasa koşullarına göre yeniden düzenlenmesi sonucunu ortaya çıkartmış ve bu doğrultuda neoliberal dönüşüm sürecinde egemen olan emek piyasasında esneklik uygulamaları sağlık emekçileri için de geçerli hale gelmiştir. Böylece, sağlık emekçileri taşeron çalıştırma, süreli sözleşme ile istihdam, performans değerlendirme gibi esneklik uygulamalarıyla karşı karşıya kalmışlardır.

Sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte özel sağlık kuruluşlarının payının artması, bu kuruluşlardaki istihdamı da arttırmıştır ve öncelikle özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık emekçileri esneklik uygulamalarıyla karşı karşıya kalmışlardır. Piyasalaşma sürecinin kamu sağlık kuruluşlarında da hakim olması, Türkiye’de özellikle iş güvencesi sağlaması bakımından görece koruma sağlayan 657 sayılı kanun kapsamındaki de dahil olmak üzere kamu sağlık çalışanları için de esneklik uygulamalarını geçerli hale getirmiştir.

657 sayılı yasaya bağlı olarak çalışan sağlık emekçilerinin karşı karşıya kaldığı esneklik uygulamaları bir taraftan işsizlik, güvencesizlik, düşük ücret, düzensiz çalışma saatleri gibi bir takım sorunları ortaya çıkartırken, diğer taraftan da çalışanların örgütlenme ve birlikte mücadele önünde engel oluşturmaktadır. Esneklik uygulamalarının yanı sıra kamu çalışanlarının sendikalaşma hakkını düzenleyen ve sendikal faaliyetleri son derece sınırlayan bir içeriğe sahip bulunan 4688 sayılı yasa da 657 sayılı yasaya tabi olarak çalışan sağlık emekçilerinin örgütlü mücadelesine engel oluşturan diğer bir etkidir.

Sağlık sistemindeki dönüşümle birlikte sağlık emekçilerinin çalışma standartları ve sosyal haklarında ortaya çıkan olumsuz gelişmeleri durdurmak ancak sağlık emekçilerinin sendikal örgütlenmesiyle mümkün olabilecektir. Bu çalışmada sağlık emekçilerinin örgütlülük durumları Avrupa ülkelerinden de örnekler verilerek ele alınacak ve örgütlenmeye yönelik sorunlarla birlikte bu sorunların aşılmasına yönelik öneriler geliştirilmeye çalışılacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık çalışanı, 657 sayılı yasa, örgütlenme.



## POSTER BİLDİRİLER

## P01- MAKİNELEŞMENİN VE TEKNOLOJİNİN İNSAN HAYATINA ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Rabia Sohbet. Yrd. Doç Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

*Leyla Delibaş. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi. Gaziantep.*

*Esin Gevher. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep.*

*Didar Sultan Kürtül. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

*Hatice Kızılay. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

*Sakine Almas. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

*Duygu Haymana, Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

*Arzu Selbi. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

**Giriş:** İnsan yaşamında teknoloji ve makineleşme olumlu/olumsuz birçok etki sağlamaktadır. Teknolojinin günlük yaşamda kullanımı gün geçtikçe artmakta bağımlılığa dönüşmektedir. Çünkü günlük yaşamı koşullarını iyileştirmektedir. Ama kontrolsüz teknoloji ekolojik dengeyi kontrol dışı bir şekilde bozulmaya başlamıştır. Teknolojik ilerleme sonucu doğal bir dünya ve yaşamdan, yapay bir yaşama ve sanal bir dünyaya geçiş olmaya başlanmıştır.

**Amaç:** Teknolojinin toplumda nasıl algılandığı, olumlu ve olumsuz yönlerinin neler olduğu, teknolojinin insan yaşamına etkilerini araştırmak amacıyla yapıldı. Diğer bir amaç olarak ise teknoloji ve makineleşmenin insan hayatı üzerinde olumlu ve olumsuz etkilerini öğrenci bakışı ile incelemek olarak belirlendi.

**Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmanın evreni Gaziantep Üniversitesi Kredi Yurtlar Kurumu ve Mühendislik Fakültesi öğrencileri oluşturmuştur. Çalışma kapsamında basit tesadüfi örneklem yöntemi ile 268 öğrenci seçildi. Anketler 21'i kapalı 1'i açık uçlu olmak üzere 22 sorudan oluşmuş ve gözlem altında uygulandı. Verilerin istatistiksel incelemeleri SPSS 17.0 programı kullanılarak yapıldı.

**Bulgular:** Öğrencilerin %44.4'ü 18-20, %48.1'i 21-23 yaş grubunda, %56.3'ü kadın ve %95.5'i bekarıdır. Ayrıca, %81.7'sinin sosyal güvencesi bulunmakta olup, %41.8'i Akdeniz'de, %28.3'ü Güneydoğu Anadolu bölgesinde doğmuştur.

Bu öğrencilerin %71.6'sının çekirdek aile yapısında, %57.1'inin geliri gidere denk, %32.1'nin gelir giderden azdır. Katılımcıların %74.6'sı devlet yurdunda, %8.6'sı özel yurttan ve %16.8'i diğer yerlerde barınmaktadır. Yaklaşık yarısı öğrenim kredisi, beşte birisi ise burs almaktadır. Büyük bir çoğunluğu (%72.4) teknolojik gelişmelerin kültürel yozlaşmaya sebep olduğunu düşündüğü, %11.2'si ise bu konuda fikri olmadığını, %65.7'si teknolojik gelişmelerle birlikte toplumdaki sınıflar arası uçurumun arttığını düşünmektedir. Teknolojinin en büyük zararını %30.7'si tembelleğe alıştırma, %22.1'i biyolojik silahların üretilmesini artırma olarak cevaplamıştır. Öğrencilerin %21.4'ü teknoloji ile tehlikeli rekabetin arttığını düşündüğünü; teknolojinin en büyük yararına %24.4'ü ulaşımı kolaylaştırmasını, %22.6'sı hastalıkların tedavisini hızlandırmasını, %19.7'si kültürel etkileşimi sağladığını düşündüğünü ifade etmiştir. Yarısı dünyanın sonunu her geçen gün ilerleyen teknolojinin getireceğini düşündüğünü, %39.9'u teknolojinin insanları yalnızlaştırdığını, %29.1'i sosyalleştirdiğini, %52.2'si teknolojinin samimiyet-dostluk-aşkı öldürdüğünü belirtmiştir. Katılımcılar teknolojiyle %22'si çevre kirliliğinin, %21.6'sı hastalıkların ve %21.6'sı bireysellik-yalnızlığın yüzyıl sonra dünyada yaygınlaşacağını düşünmektedir. Büyük bir çoğunluğu (%82.1) makineleşen hayatta insan rolünün değiştiğini düşündüğü ifade etmiştir.

**Sonuçlar:** Teknoloji arttıkça insanların yalnızlığa yönlendiğini ve çalışma rolünde azalma olduğunu, teknolojiye ulaşan ve ulaşamayanlar arasında uçurumlar oluşmaya başlamaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Makineleşme, teknoloji, üniversite öğrencisi.

## P02- SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA POLİSOMNOGRAFI KAYIT SONUÇLARI (15 OLGU DENEYİMİ)\*

*Kezban Özmen-Süner. Uzman Doktor, Düzce Devlet Hastanesi. Düzce.*

*Peri Arbak. Doç. Dr., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Düzce.*

*Songül Binay. Dr., Ar. Gör., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Düzce.*

*Emine Banu Çakıroğlu. Dr., Ar. Gör., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Düzce.*

*Ali Nihat Annakkaya, Doç. Dr., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Düzce.*

**Giriş:** Sağlık çalışanlarında çalışma koşulları iş verimliliği ve dolayısıyla hizmet alanların memnuniyeti üzerinde önemli etkilere sahiptir. Nöbet sistemi ile ve yoğun çalışan iş kollarında uyku düzeni ve kalitesi de oldukça önemli uyku bozukluklarına neden olabilmektedir. Uyku bozukluklarının sağlık çalışanları gibi yüksek stres düzeyi olan işlerde bulunan bireylerde çeşitli bulgulara ve işgünü kaybına yol açtığı ileri sürülmektedir.

**Amaç:** Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde farklı alanlarda çalışan sağlık çalışanlarından uykuluk düzeyi yüksek saptanan grupta Obstüriktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) sıklığı polisomnografik olarak ortaya konularak, uykululuk halinin çalışma koşullarına mı yoksa OSAS'a mı bağlı olduğu ortaya konulmaya çalışıldı.

**Yöntem:** Hastanede çalışmakta olan ve ulaşılabilen 182 sağlık çalışanına Eylül 2010 ayında Epworth uykululuk skalası uygulandı. Epworth uykululuk skalası 5-10 arası olan ve onayı alınan 10 olguya ve skala sonucu 11'in üzerinde olan onayı alınan 5 olguya polisomnografi uygulandı.

**Bulgular:** Olguların 86'sı (%47.3) 5'in altında, 83'ü (%45.6) 5-10 arasında ve 13'ü (%7.1) 11 ve üstü olarak puanlanmıştı. Skala sonuçları 5-10 arası olan olguların 10'una polisomnografi (PSG) uygulandı (%12). Skala sonuçları 11 üstü olan 5 olguya PSG yapıldı (%38). Skala sonuçları 5-10 arasındaki grupta üç hemşire ve yedi hekim bulunmaktaydı. Diğer grupta ise iki hekim, iki intern hekim ve bir sekreter vardı. Epworth 5-10 arasındakilerin 4'ünde (%40) OSAS PSG çalışması ile belirlenirken, 11 ve üstünde olanların 3'ünde OSAS saptandı (%60). Epworth 5-10 arasındakilerin 6'sında horlama varken (%60), 11 ve üstünde olanların 3'ünde horlama saptandı (%60). Epworth skalasının OSAS için sensitivitesi %43, spesifitesi %75 idi. Epworth indeksi 5-10 ve 11 üstü olan grup-

lar arasında yaş ( $30.7\pm 6.1$ ;  $26.8\pm 3.1$ ), vücut kitle indeksi ( $27.1\pm 4.1$ ;  $25.5\pm 3.9$ ), AHI ( $16.9\pm 26.8$ ;  $7.3\pm 7.4$ ), desatürasyon indeksi ( $19.2\pm 25.2$ ;  $3.4\pm 3.7$ ) açısından anlamlı istatistiksel farklılık bulunmamaktaydı.

**Sonuçlar:** Sağlık çalışanlarında Epworth uyku testinin normal populasyon için uygun değer olarak bulunan 10 puan altında çıkması durumunda bile PSG çalışmasıyla %40 oranında OSAS pozitifliği gözlemlendiği saptanmıştır. Ancak sonuç küçük bir çalışma grubunu içerdiği için tartışmalıdır. Ayrıca Epworth skalasının gerçek hastaları ayırt etme özelliği düşük, hasta olmayanları ayırt etme özelliğinin daha yüksek olduğu gözlemlendi.

**Anahtar kelimeler:** Obsturiktif uyku apne sendromu, polisomnografi, sağlık çalışanları.

\* Bu bildiri 13-17 Nisan 2011 tarihleri arasında Türk Toraks Derneği 14 Yıllık Kongresi'nde sunulmuştur.



## P03 - SAĞLIK BAKANLIĞINDA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ

*Kemal Macit Hisar. Yrd. Doç. Dr., Halk Sağlığı ve Kamu Yönetimi Uzmanı,  
Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya.*

**Giriş:** Kamu çalışanlarının yönetimi, bir organizasyonun en değerli varlığı olan entelektüel birikimi yüksek etkinlikte değerlendirmek amacıyla iş-gücünün kazanılması, geliştirilmesi, motivasyonunun sağlanması ve elde tutulması için yerine getirilen tüm faaliyetlerdir. Kamu çalışanlarının yönetimi alanında kimi ortak ilkeler geliştirilmiştir. Bunlar yeterlik (liyakat), kariyer, eşitlik, güvence ve yansızlık ilkeleridir. Yeterlik ilkesi, verilen görevi başarıyla yapabilme gücünü belirtmektedir. Bunun için her göreve en uygun ve o görevi yapabilecek güce sahip kişilerin seçilerek işe alınması önem taşımaktadır. Kariyer ilkesi, kişinin işini ömür boyu sürecek bir uğraş olarak benimsemesi ve buna uygun olarak uzmanlaşmasını gerektirir. Eşitlik ilkesi, işe girişte ve yükselmelerde dil, din, soy, cinsiyet, siyasal düşünce, felsefi inanç gibi ayrılıkların dikkate alınmaması ve kimseye ayrıcalık tanınmaması anlamına gelmektedir. Güvence ilkesi, bireyin haklı gerekçeler olmadıkça işten atılmaması demektir. Yansızlık ilkesi ise kamu görevlisinin görevini yaparken kimseye ayrıcalık tanınmaması ve herkese karşı yansız davranması anlamına gelmektedir.

**Amaç:** Sağlık Bakanlığında (mevcut mevzuat ve uygulama doğrultusunda) sağlık çalışanlarının yönetimi ilkelerinin hangilerinin, hangi biçimde uygulandığını belirlemek, bu düzeyin yükseltilmesi için öneriler geliştirmektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Bu çalışmada kamu (sağlık) çalışanları yönetiminde uygulanan mevzuat (Anayasanın (70., 128/3.) maddeleri, 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 3. maddesi, Sağlık Bakanlığı Personeli Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği) ve bu konuda hazırlanan çeşitli araştırma raporları (Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi (MEHTAP), Kamu Yönetimi Araştırma Projesi (KAYA), 8. ve 9., 5 yıllık Kalkınma Planları ve Özel İhtisas Komisyonu Raporları, Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Planı, yazarca 2011 yılında yayınlanan bir bildiri) değerlendirmeye alınmıştır.

**Bulgular:** Devlet Planlama Teşkilatının (DPT) öncülüğünde hazırlanan MEHTAP (1963) ve Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresinin hazırladığı KAYA (1991) raporlarında kamu kurum ve kuruluşlarının bilimsel ilkelere uygun bir biçimde yönetilmedikleri, özellikle kamu çalışanlarının yönetiminde atama ve yükseltme işlemlerinde eşitlik, yeterlik ve kariyer gibi ilkelere dikkat edilmediği belirtilmektedir. 8. ve 9. Kalkınma Planlarının mevcut durum analizlerinde de

kamu kurum ve kuruluşlarında bu ilkelerin yeterince uygulanmadığı ifade edilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan 2010-2014 yıllarını kapsayan Stratejik Planda da durumun böyle olduğu doğrulanmaktadır. 1982 yılında yürürlüğe giren Anayasa'mızın 128/3. maddesinde belirtilen "üst düzey kamu yöneticilerin yetiştirilme usul ve esasları kanunla düzenlenir" maddesiyle ilgili hiçbir kanunun bugüne kadar çıkartılmaması, Sağlık Bakanlığı Personeli Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği'nin ilgili maddesinde bulunan il sağlık müdürü kadrosuna atanabilmek için; "tabip veya halk sağlığı uzmanı tercih edilmek kaydıyla uzman tabip olmak" koşulunun yeni yönetmelikle (2011 yılında) değiştirilmesi suretiyle 67 il sağlık müdürünün pratisyen hekimlerden seçilmesi, 11 il sağlık müdürünün ise halk sağlığı uzmanı olmayan diğer uzmanlardan atanması, ayrıca stratejik planda, Sekizinci ve Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planlarında belirtilen ilkelere rağmen, kamu sağlık yönetiminin bilimsel usul ve esaslar dahilinde yeniden yapılandırılacağına ilişkin hiçbir ifadeye yer verilmemiş olması Sağlık Bakanlığı yönetiminin "demokratik ve bilimsel ilkeler" ışığında geliştirileceğine dair hiçbir umut ışığı vermemektedir.

**Sonuçlar:** Sonuç olarak Anayasa'nın (70., 128/3.) maddelerinde, 657 sayılı Devlet Memurları Kanu'nun 3. maddesinde belirtilen ve bilimin açıkça uygulanmasını şart koştuğu kamu (sağlık) çalışanları yönetimi ilkelerinin uygulamaya geçirilmesi etkin ve verimli bir kamu sağlık hizmetinin hizmet alanlara sunulmasını sağlayacak, çalışan ve hizmet alanların memnuniyet düzeyini arttıracaktır. Bu konuda TBMM'nin Anayasa'nın 70., 128/3. Maddeleri ve 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 3. maddesinin gereği objektif ve bilimsel usul ve esaslara göre çalışacak bir kamu yönetimi için yasa yapma sorumluluğu, Sağlık Bakanlığının ise çıkarılacak bu yasa kapsamında alt mevzuat oluşturma ve bunu uygulama sorumluluğu bulunmaktadır. Konuyla ilgili demokratik baskı örgütlerinin ise (Türk Tabipleri Birliği, sendikalar, hasta örgütleri, sağlıkla ilgili diğer emek/demokratik kitle örgütleri) gerekli çabayı göstererek "demokratik ve bilimsel usul ve esaslara göre işleyen bir kamu sağlık yönetimi" için söz konusu kanunun çıkarılması ve uygulanması için gereken baskıyı yapmaları gerektiği, bunun için de öncelikle kamuoyu oluşturma sorumluluklarının bulunduğu düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık Bakanlığı, çalışan yönetimi, kamu yönetimi, halk sağlığı uzmanlığı, demokratik kitle örgütü.

**P04 -****BALIKESİR İLİNİN BİR İLÇESİNDE 2.BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNDA ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SİGARA İÇME PREVALANSI**

*Keuser Tarı-Selçuk. Ebe, MPH, Bigadiç Devlet Hastanesi. Balıkesir.*

*Celalettin Çevik. Sağlık memuru, MPH, Atatürk Devlet Hastanesi. Balıkesir.*

*Gülay Karataş. Ebe, MSc, Yakacık Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi. İstanbul.*

**Giriş:** Türkiye’de 2008 yılında gerçekleştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre sigara içme prevalansı %31.3’tür. Bu oran, sağlık çalışanlarında daha yüksektir. Sigara ile mücadelede topluma model olması gereken sağlık çalışanlarında, son dönemde yapılan yasal düzenlemelere karşın, sigara içme sıklığının yüksek olması, gerek çalışanlar, gerekse toplum açısından önemli bir sağlık sorunudur.

**Amaç:** Bu çalışmada sağlık çalışanlarında sigara içme prevalansının ve sigara içme prevalansını etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

**Gereç-Yöntem:** Kesitsel tipteki araştırma, Temmuz-Eylül 2011 tarihlerinde Balıkesir ili Bigadiç ilçesinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Bigadiç Devlet Hastanesinde sağlık hizmetleri sınıfında çalışan 111 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmada örnek seçimi yapılmamış, evrenin tümü araştırma kapsamına alınmış, ancak ücretsiz izin ve geçici görev nedeniyle evrenin tümüne ulaşılamamıştır. Araştırmanın katılım oranı %89 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Veriler SPSS 15.0 programında değerlendirilmiştir. Veri çözümlemede, tanımlayıcı istatistikler, iki oran arasındaki farkın değerlendirilmesinde ki kare testi, ortalamalar arası farkın değerlendirilmesinde t testi ve Mann Whitney u testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $34.99 \pm 7.55$  olup, %61.6’sı kadındır ve % 68.7’si evlidir. Grubun %48.5’i ön lisans mezunudur ve %29.3’ü hemşire, %20.2’si ebe %16.2’si sağlık memuru, %12.1’i uzman hekim ve %6.1’i pratisyen hekim olarak çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süresi ortalama  $13.36 \pm 7.91$  yıldır. Çalışanların %68.7’si gece nöbetleri hariç haftalık 45 saat çalışmaktadır ve %70.7’si mesai saatleri dışında nöbet tutmaktadır. Çalışanların %50.5’i gelirini giderine eşit, %26.3’ü gelirini giderinden az olarak algılamaktadır. Sağlık çalışanlarının %43.4’ü halen sigara içmektedir. Halen sigara içen ve bırakan çalışanın sigara içme süresi ortalama  $14.24 \pm 6.81$  yıldır. Günlük içilen sigara sayısı ortalama  $17.40 \pm 8.37$ ’dir ve çalışanların %32.3’ü değişen

sıklık ve miktarlarda alkol tüketmektedir. Sigara içme prevalansı açısından yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, unvan, meslekte çalışma yılı, haftalık çalışma saati ve çalışılan birime göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Gelirini giderine göre az algılayan çalışanlarda gelirini giderine eşit ya da fazla algılayanlara göre sigara içme prevalansı düşüktür ve bu fark, istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Nöbet tutan sağlık çalışanlarında sigara içme prevalansı, nöbet tutmayanlara göre yüksek olmasına karşın, iki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Alkol tüketen sağlık çalışanında sigara içme prevalansı, alkol tüketmeyenlere göre, günlük içilen sigara sayısı ortalaması erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak yüksektir ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı son dönemde sigaranın bırakılması yönünde yapılan yasal düzenlemelere rağmen, halen sigara içmektedir. Bu yüksek bir orandır ve yasal yaptırımların sigarayı bırakmaya etkisinin sınırlı olduğunu düşündürmektedir. Sigaranın bırakılması konusunda motivasyonu arttırmaya yönelik verilen hizmet içi eğitimler sıklaştırılmalı, sigarayı bırakma poliklinikleri sayıca artırılmalı ve çalışanların bu polikliniklere başvuru konusunda motivasyonu sağlanmalıdır. Ayrıca sağlık çalışanlarında sigara içimini etkileyen etmenlerin ortaya konması açısından, daha büyük örnek büyüklüğü ile bağımlı değişkenin daha ayrıntılı sorgulanacağı çalışmalar planlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık çalışanı, sigara içme, 2.basamak sağlık kuruluşu, Balıkesir.

## P05- YAKACIK'TA DOĞUMEVİ VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERDE DELİCİ-KESİCİ ALETLE YARALANMA SIKLIĞI

*Keuser Tarı-Selçuk. Ebe, MPH, Bigadiç Devlet Hastanesi. Balıkesir.*

*Gülay Karataş. Ebe, MSc, Yakacık Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi. İstanbul.*

*Celalettin Çevik. Sağlık memuru, MPH, Atatürk Devlet Hastanesi. Balıkesir.*

**Giriş:** Sağlık çalışanları, mortalite ve morbitite nedeni sayılan, perkütan yaralanmalarla bulaş riski yüksek olan Hepatit-B, Hepatit-C, AIDS gibi enfeksiyon hastalıklarına yakalanma açısından risk altındadır. Delici ve kesici alet yaralanmaları önlenabilir olmalarına karşın, halen sağlık çalışanlarının meslek riskleri arasında ilk sıralarda yer almakta, çalışan sağlığını tehdit etmeye devam etmektedir.

**Amaç:** Bu çalışmada Yakacık'ta Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelerde delici ve kesici aletlerle yaralanma sıklığının belirlenmesi ve Hepatit-B'ye karşı aşılama durumlarının saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel tipteki çalışma, Eylül-Ekim 2011 tarihleri arasında İstanbul ili Kartal ilçesinde yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini Kartal ilçesinde Yakacık Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde çalışan 94 ebe ve hemşire oluşturmaktadır. Çalışmada örnek seçimi yapılmamış, evrenin tümü çalışma kapsamına alınmış, ücretsiz izin ve geçici görev nedeniyle evrenin tümüne ulaşılamamış ve çalışmanın katılım oranı %95 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile ebe ve hemşirelere uygulanmıştır. Veriler SPSS 15.0 programında değerlendirilmiştir. Veri analizinde, tanımlayıcı istatistikler, ki-kare ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Ebe ve hemşirelerin yaş ortalaması  $32.71 \pm 5.99$  olup, % 93.3'ü kadındır ve %69.7'si evlidir. Grubun %50.6'sı hemşiredir, %37.1'i ön lisans, %43.8'i lisans mezunudur. Ebe ve hemşirelerin meslekte çalışma süresi ortalama  $12.53 \pm 7.03$  yıldır ve %15.7'si doğum salonunda, %15.7'si çocuk acil servisinde, %11.2'si ameliyathanede, %11.2'si cerrahi servisinde, %11.2'si çocuk servisinde, %10.1'i yönetim birimlerinde çalışmaktadır. Mesai saatleri dışında nöbet tutan ebe ve hemşirelerin oranı %76.4'tür. Ebe ve hemşirelerin %31.5'i intramüsküler (İM) ve/veya intravenöz (İV) ilaç uygulama, kan alma vb. uygulamalarda her zaman eldiven taktığını belirtmektedir. Ebe ve hemşirelerde son 12

ayda delici ve kesici aletlerle yaralanma sıklığı %43.8'dir. Grubun %33.3'ü tedavi sırasında, %46.2'si tedavi sonrasında kanla bulaşmış alet ile yaralanmaktadır ve %51.3'ü yaralanma sonrası herhangi bir girişimde bulunmamaktadır. Herhangi bir girişimde bulunmama nedeni olarak verilen yanıtlar arasında %90 ile "enfeksiyon riski yoktu" yanıtı ilk sırada yer almaktadır. Tam doz (3 doz) Hepatit-B aşısı olan ebe ve hemşirelerin oranı %93.3'tür. Delici ve kesici aletlerle yaralanma sıklığı açısından yaş, cins, eğitim durumu, unvan, meslekte çalışma süresi, çalışılan birim ve eldiven kullanma durumuna göre gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Yönetim birimlerinde ve polikliniklerde çalışan ebe ve hemşirelerde diğer birimlerde çalışanlara göre delici ve kesici aletlerle yaralanma sıklığı anlamlı olarak düşüktür ( $p=0.034$ ). Nöbet tutan ebe ve hemşirelerde ise delici ve kesici aletlerle yaralanma sıklığı anlamlı olarak yüksektir ( $p=0.002$ ).

**Sonuçlar:** Ebe ve hemşirelerde delici kesici aletlerle yaralanma sıklığı yüksektir. Yaralanmaların %80.0'i tedavi sırasında ve sonrasında kanla bulaşmış aletle gerçekleşmektedir. Her üç ebe ve hemşireden yalnızca biri İM ve/veya İV ilaç uygulama, kan alma vb. uygulamalarda her zaman eldiven takmaktadır. Bu durum ebe ve hemşireler için kan yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları riskini arttırmaktadır. Konu ile ilgili olarak verilen hizmet içi eğitimler artırılmalı, yerinde denetimler yapılmalıdır. Ayrıca mesai saatleri dışında tutulan nöbetlerde uyanık kalma ve dikkati toplama açısından çalışma saatleri kısaltılabilir. Çalışmamızda yönetim birimlerinde ve polikliniklerde çalışan ebe ve hemşirelerde nöbet tutma ve yaralanma sıklığı düşük oranlardadır. Bu iki değişken açısından elde edilen sonuçların anlamlı çıkması bu nedenle olabilir. Ayrıca delici ve kesici aletlerle yaralanma durumunu etkileyen etmenlerin ortaya konmasını amaçlayan çalışmalar, daha büyük örnek grupta ve bağımlı değişkenin ayrıntılı sorgulanacağı şekilde planlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Delici alet, kesici alet, yaralanma, ebe, hemşire.

## P06- ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA VE ALKOL KULLANIMINA BAKIŞI

*Rabia Sohbet. Yrd. Doç Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

*Sevgi Karabaş. Yüksek lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.*

*Başak Karataylı. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

*Hasan Kök. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

*Kazım Çelik. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

*Hasan Akçıl. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Gaziantep.*

**Giriş:** Alkollü içkiler ve sigara sektörü dünya genelinde düzenleme ve denetim kavramlarının sıklıkla kullanıldığı piyasaların başında gelmektedir. Bunda hiç şüphesiz sosyal sorumluluk temelinde halk sağlığına verilmesi gereken önem ve hassasiyet başta gelmektedir. Alkollü içki ve sigara tüketiminin halk sağlığının zararına olduğu yıllar boyunca yapılan sayısız bilimsel araştırmalarla ortaya konmuştur. Alkol ve sigara bağımlılığının yol açtığı zararlar sağlık sorunları ile sınırlı kalmayıp, sosyal hayatın çeşitli alanlarına da yayılarak; suç işleme ve intiharları arttırarak olumsuz şekilde etkilemektedir.

**Amaç:** Gaziantep Üniversitesi öğrencilerinin sigara ve alkol kullanımına bakış açılarını ölçmek ve değerlendirmektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı araştırmanın evreni Kredi Yurtlar Kurumu'nda kalan 600 öğrencidir. Basit tesadüfi örneklem tekniği ile belirlenen çalışmaya katılmayı kabul eden 200 öğrenci örnekleme oluşturmuştur. Bu çalışmanın verileri, araştırmacılar tarafından altısı açık, 22 kapalı uçlu toplam 28 sorudan oluşan anket formunun Nisan-Mayıs 2011 tarihleri arasında yüz yüze görüşmesi ile toplanmıştır. Veriler SPSS 16.0 programında analizler edilmiştir.

**Bulgular:** Öğrencilerin %44'ü 17-20, %53'ü 21-24 yaş grubunda, %32'si Güneydoğu Anadolu, %43.5'i Akdeniz bölgesi doğumlu, %53'ü kadın ve %99'u bekarıdır. Öğrencilerin %27'si mühendislik, %22.5'i fen edebiyat, %12'si iktisadi ve idari bilimler fakültesi, %16'sı eğitim, %22'si sağlık (%17'si sağlık bilimleri fakültesi, %3.5'i tıp, %1.5'i diş hekimliği) ile ilgili bölümlerde okumaktadır. Her 12 öğrenciden birisinin sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Öğrencilerin %22'sinin sigara içmeyi sevmediğini, %53.5'i sigaranın sağlığa zararlı bulduğunu

nu, %22.5'i ihtiyaç hissetmediğini belirtmiştir. %27'si sigara içtiğini, %71'i içmediğini; %74.5'i sigaraya başlamak için nedeni olmadığını ifade etmiştir. Sigara içenlerin içme nedenleri; çevre ve arkadaş ortamı (%10.5), özentisi (%8), kişisel ve ailevi sorunlar (%7) dir. Her beş öğrenciden birisi sigara fiyatındaki artışın içmede azalmaya neden olmadığını düşünmektedir. Sigara kullanmanın kansere neden olduğu sorusunu %74'ü cevapsız bırakmış, %23.5'i evet demiştir. %73'ü gelecekte sigara içme düşüncesine cevapsız kalırken, %11.5'i içmeye devam edeceklerini, %11'i bırakmayı düşündüklerini; %2'si sigara paketi üzerindeki resimleri caydırıcı bulmaktadır. Sigarayı bırakma nedenleri sırasıyla; hastalıktan korunmak (%74.5), aile ve çevre baskısı (%13'ü) ve etrafındakilerin sağlığını korumaktır (%4).. Büyük bir çoğunluğu (%82) kapalı alanda sigara yasağını beğenmektedir.

Her üç öğrenciden birisi alkol kullandığını ifade etmiştir. Alkol kullananların %12.5'i ayda bir, %11.5'i yılda bir iki, %7'si haftada bir iki kez, %2.5'i her gün içmektedir. Nedenler ise; çevre ve arkadaş ortamı (%17), kişisel sorunlar (%6.5) ve sıkıntı (%6)dır. Her on öğrenciden birisi yılda 5-99 TL, %11.5'i 100-499 arasında, %6.0'ı 500+ üzerinde ortalama alkole para verdiğini, %40.5'i alınan harçlık miktarı arttıkça alkol ve sigara kullanımının arttığını belirtmiştir.

**Sonuçlar:** Bu çalışmada Gaziantep üniversitesi öğrencilerinden, sigara ve alkol kullananların sağlıklarını olumsuz yönde etkilediklerini bilmelerine rağmen, büyük bir çoğunluğunun kullanmaya devam ettiği ve caydırıcı yöntemlerin etkisiz kaldığı saptanmıştır. Bu doğrultudan yola çıkarsak insanları sigara ve alkolden uzaklaştırmak için eğitimler verilmelidir, sağlıklarına çok ciddi boyutlarda zarar verdikleri etkiletilen yöntemlerle anlatılmalı, danışmalık verilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Sigara, alkol, üniversite öğrencisi.



## P07- SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA HAKLARINA YÖNELİK DÜŞÜNCELERİ

*Rabia Sohbet. Yrd. Doç Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

*Seher Gürdil. Ar. Gör. Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

*Sibel Kıymacı. Yüksek lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Enstitüsü. Gaziantep.*

*Ümmühan Ocak. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakül-  
tesi. Gaziantep.*

*Ebru Yıldız. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

*Burcu Bilmez. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

**Giriş:** İnsan sadece insan olmasından dolayı doğuştan bazı hakları kazanarak dünyaya adımını atmaktadır. Hak kavramı evrensel bir kavramdır. Kısaca, hak hukuk kurallarının kişilere tanıdığı yetki olarak tanımlanabilir. Birleşmiş Milletler'in kurulmasıyla İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi yayımlandı. Buna göre; herkesin özgür, onurlu hakları bakımından eşit oldukları belirtilmektedir. Hasta Hakları da temel insan haklarından birisidir. Hasta hakları konusunda yapılan çalışmalarda amaç; hastalarımızın ve hasta yakınlarının daha nitelikli daha kaliteli daha güzel sağlık hizmeti almalarını sağlamaktır. Amaç bir takım hak ve ihlalleri, mağduriyetler ortaya çıktıktan sonra olayları idari veya cezai hukuka intikal ettirmek değil, bu sorunların ortaya çıkamaması için gereken önlemleri almaktır. Sağlık çalışanları, hastalarla birebir zaman geçiren kişilerdir, hem hasta haklarını sunmalı, hem de bu hakları gözetmelidir.

**Amaç:** Bu çalışma, doğrudan hastayla iletişimi bulunan sağlık çalışanlarının hasta haklarıyla ilgili görüşlerini saptamayı amaçlamıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı araştırmanın evrenini, Gaziantep Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan 400 sağlık çalışanı (hekim, hemşire, hasta bakıcı) oluşturdu. Basit-rastgele örnekleme yöntemi ile 300 kişi seçildi. Veriler araştırmacı tarafından 5-12 Mayıs 2011 tarihleri arasında anket formu ile toplandı. Anket 10'u sosyo-demografik, 22'si araştırmaya yönelik bilgi toplayıcı olmak üzere toplam 32 sorudan oluşturuldu ve gözlem altında uygulandı. Verilerin istatistiksel incelemeleri SPSS 13.0 programı kullanılarak yapıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılanların %31.7'si hekim, %47.7'si hemşire, %20.6'sı hastabakıcıdır. %46.3'ü kadın, % 52.3'ü bekar, %58.7'si 25-29, %24.4'ü 30-34

yaşında, %25'i lise, %66.7'si lisans mezunudur. Yarıdan fazlası (%67.7) 0-4 yıl, %14.7'si ise 10 yılın üzerinde çalışmaktadır. Beşte biri 500-999 TL, %70.7'si 1000 TL ve üzerinde aylık ücret almaktadır. Sağlık çalışanların hemen hemen tümü (%94.7) hastaların haklarının olabilmesi için insan olabilmelerinin yeterli, %60'ı ise hasta hakları uygulamalarının sağlık çalışanlarının aleyhine olmadığını belirtmiştir. Çalışanların %72.3'si görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmayı gerektiğini, %58.3'ü hastaya bilgi vermek için beklenen zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık olmadığını ifade etmiştir. Çalışanların yarıdan fazlası (%66.7) hastaların çoğu kez gereksiz sorular sorduğunu, sürekli hasta haklarının öne çıkarılmasının hastaların uygun olmayan talepleri artırdığını (%55.7) belirtmiştir. Katılımcıların %50.7'si hastalara gerekli hizmet verebilmek için otoriter davranılması, %79.3'ü hastanelerde hasta şikâyetleri için özel birimler olması ve %57.3'ü hastane çalışanlarının hastalarına öncelik verilmesi gerektiğini söylemiştir. Yarıya hasta memnuniyetinin çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçüt olması gerektiğini, %64.3'ü tıbbi müdahalenin mesleki kurallara uygun yapılmasının hastanın özel durumunu dikkate almaya mani olmadığını, %68.7'si her tıbbi müdahaleden önce hastanın izni alınması, %59.3'ü hasta yoğunluğu fazla olsa dahi hastalara yeterli özen gösterilmesi ve %93.3'ü hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsinin kaydedilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

**Sonuçlar:** Katılanların çoğu, hastanelerde hasta şikâyetleri için özel birimler olması gerektiğini; sağlık çalışanlarının varlık nedenlerinin hastalar olduğunu; tıbbi müdahale öncesi hastanın rızasını almak gerektiğini düşünmektedir. Katılanların hastaya gerekli özeni gösterme; hastanın özel durumlarını dikkate alma; hastaların sorularını önemli ve gerekli bularak cevap verme; hastaların eşitlik ve adalete uygun şekilde sağlık hizmetinden faydalanmalarını sağlama; hasta agresif olsa bile hastaya agresif davranmama konularında düşük tutum düzeyine sahip olmaları ise düşündürücüdür. Katılanların hasta haklarına kavramsal olarak olumlu yaklaştığı ancak uygulamaya yönelik anlayışlarda kafa karışıklığı yaşadığı; hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç duyulduğu ve hasta hakları eğitiminde düşük tutum düzeyine sahip olunan konulara yönelmek gerektiği önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık çalışanları, hasta hakları.

## P08- HEMŞİRELERİN TÜRK HEMŞİRELER DERNEĞİ ÜYELİĞİNE BAKIŞI

*Rabia Sohbet. Yrd. Doç Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

*Seher Gürdil. Ar. Gör. Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

*Kenan Aydoğdu. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

*Mehmet Okur. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

*Mehmet Bakaçhan. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

*Ömer Bağcı. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

*Murat Bora. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

**Giriş:** Örgütlenme, kelime anlamı ile; ortak bir amacı veya işi gerçekleştirmek için bir araya gelmiş kurumların veya kişilerin oluşturduğu birlikteliktir. Ülke bazında, küresel anlamda örgütsüz bir yapılanma ile gerçekçi ve amaca yönelik hiçbir etkinlik sağlanamayacağı açıktır. Meslek örgütleri hukuki bir çerçevesi ve ekonomik yapısı olan kar amaçsız örgütler olup yarattığı katma değeri tekrar mesleğin ve meslektaşların gelişimine harcayan bu anlamda sosyal fayda yaratan kurumlardır. Yaşamın temel amacının üretmek olduğu ve bu nedenle üretmeye el verecek optimal düzeyde bir fiziksel, ruhsal ve sosyal alt yapının gerekli olduğu temel ilkesini benimseyen ve bu ilkedan hareketle sağlığın korunması ve geliştirilmesi ve hastalanan bireyin sağlığına kavuşturulması için hizmet verilen tüm ortamlarda hemşirelik bakımı verilmesini sağlayan bir meslek grubunun kamu yararına bir kuruluşu olan Türk Hemşireler Derneği'nin amacı; Hemşirelik mesleğinin toplum yararına üst düzeyde nitelikli ve güvenilir hizmet verecek özerk bir sağlık mesleği olması için çalışmaktır.

**Amaç:** Gaziantep il merkezindeki hastanelerde çalışan Hemşirelerin Türk Hemşireler Derneği (THD) Üyeliğine bakışının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı bu araştırma, 12-15 Mart 2011 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Özel Sani Konukoğlu Hastanesi ve 25 Aralık Devlet Hastanelerinde çalışan çalışmaya katılmayı kabul eden 220 hemşireye 28 sorulu anket formu araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. SPSS 16.0 bilgisayar programında verilerin dağılımı ve istatistiği yapılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin %48'i 17-25 yaş grubunda, %82.7'ü kadın, %51'i bekar, %77'si çekirdek aileye sahip, %68'i Güneydoğu Anadolu Bölgesi doğumlu, %55'inin gelir durumu giderine eşit, %47'si lisans, %31'i sağlık meslek lisesi mezunudur. Yarıısı üniversite hastanesi, %32'si devlet hastanesi, %17'si özel hastanede çalıştığını belirtmiştir. Katılanların %55'i mesleği ile ilgili meslek örgütlerini bildiğini, %77'si THD çalışmalarını takip etmediğini, %39'u THD'nin mesleğe kısmen katkı sağladığını, %76'sı THD başkanını tanımadığını, %76'sı THD'ne üye olmadığını, %66'sı yeni mezun hemşirelerin THD'ne üye olması gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin %54'ü derneğe ödenen üyelik katkı payını uygun bulduğunu, %79'u mesleksi sorunlarda derneğin destek vermesini istediğini, %49'u derneğin çalışmalarını yetersiz bulduğunu, %71'i derneğin hemşirelik mesleğini yeterince savunmadığını, %84'ü aktif olarak dernek çalışmalarına katılmadığını, %55'i dernek çalışmalarına aktif olarak katılmak istediğini ifade etmiştir. Büyük bir çoğunluğu (%81) üye sayısının artmasıyla THD'nin daha çok etkin olacağını, %20'si dernek duyuru ve çalışmalarını internet ile yapması gerektiğini, %83'ü bulunduğu şehirdeki dernek şubesini bilmediğini ve toplantılarına katılmadığını ifade etmiştir.

**Sonuçlar:** Hemşirelere meslek örgütü hakkında verilmesi, hemşirelerin THD çalışmalarını takip etmesi yönünde motive edilmesi, derneğin mesleğe katkısı ve çalışmaları ile ilgili medyada duyurular yapılması, derneğe üyeliğin teşvik edilmesi, aktif katılımın sağlanması, şube sayısının artırılması, şubelerin düzenli toplantıların yapılması ve bu toplantılara katılımın sağlanması, bu yönde yapılacak çalışmalarla THD üyeliğinin ve hemşirelik mesleğine katkının artacağı ve bu konuyla ilgili sorunların ortadan kalkacağı düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşire, Türk Hemşireler Derneği, örgütlenme.

## P09- HEMŞİRELERİN MESLEKTEN MEMNUNİYETİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

*Rabia Sohbet. Yrd. Doç Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

*Leyla Delibaş. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

*Fatma Yakar. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

*Gülseren Çelebi. Lisans öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.  
Gaziantep.*

**Giriş:** Memnuniyet içinde bulunulan durumda alınan doyumla doğru orantılı olarak artmaktadır. Çalışanların çalıştıkları meslekten duydukları memnuniyet, o meslekten alınan doyuma bağlıdır. Hemşirelik mesleğinden memnuniyet düzey de meslekten alınan doyumla ve bunlar etkileyen faktörlerle çok ilişkilidir.

**Amaç:** Araştırma hemşirelik bakım uygulamalarının incelenmesi, uzun bir eğitim sonucu hemşirelerin mesleki açıdan değerlendirilmesi, uzun çalışma hayatının etkileri, hastaya yapılan bakım hatalarının, hastayla kurulan iletişiminin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmanın evreni Gaziantep Üniversitesi hastanesinde çalışmakta olan (486 kişi) hemşireler oluşturdu. Çalışma kapsamında basit tesadüfi örneklem yöntemi ile belirlenen ve çalışmayı katılmayı kabul eden 320 hemşire alındı. Araştırmacılar tarafından hazırlanan 20 sorulu anket formu gözlem altında uygulandı. Verilerin istatistiksel incelemeleri SPSS 16.0 programı kullanılarak yapıldı.

**Bulgular:** Hemşirelerin %72'si kadın, %24'ü bekar, %52'si lisans, %32'si lise, %13'ü ön lisans mezunudur. Katılanların %42'si 0-3 yıldır, %58'i 3+ yıldır meslekte çalışmakta ve çalışılan yıl arttıkça meslekte memnuniyet azalmaktadır. Katılanların %61.9'u çalışma koşullarının uygun olmamasından, %24'ü mesleki saygınlığın olmamasından, %8.4'ü'ü hemşirelerin görevi olmayan işleri yapmasından, %5.7'si'ni diğer etkenlerden dolayı meslekten memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Büyük bir çoğunluğu (%78) hemşireliği sadece kolay bulunan iş imkanı olarak tanımlamıştır. Erkek hemşirelerin kadın hemşirelere oranla meslekten daha memnun olduğu, hemşirelik mesleğinde lisans ve lisansüstü eğitimi görenlerle lise ve ön lisans eğitimi görenler arasındaki memnuniyet açısından anlamlı fark olduğu, meslekte lisansla yeterlilik kazanmanın memnuniyet açısından bireyi motive ettiği şeklinde yorumlanabilir. Kadın hemşirelerin en çok yaptığı hataların hastane enfeksiyonu risk uygulamaları iken, erkek hemşirelerin en

çok yaptığı hataların hasta kimlik hataları olduğu belirlenmiştir. Meslekten memnun olmayanların daha fazla hatalı davranışlar yaptığı saptanmıştır.. Hemşirelerin kendini geliştirmek için; %28'inin süreli yayın takip ettiği, %62'sinin meslekten arkadaşlarına danıştığı, %10'unun televizyondaki sağlık programlarından yararlandığı belirlenmiştir. Kadın hemşirelerin hastaya yapılan bakım uygulamalarında daha dikkatli oldukları, eğitim durumunda yaşanan gelişmeyle bakım uygulamalarının arttığı, meslekten memnun olmayanların hemşirelik bakım uygulamalarına gereken önemi göstermedikleri belirlenmiştir.

**Sonuç:** Uzun yıllar çalışma, uygun olmayan ortamlarda çalışma, fazla iş yükü hemşirelerin motivasyonunu düşürmekte ve tükenmişliğe sebep olmakta, bu da verilen hasta bakım kalitesine olumsuz yansımaktadır. Ayrıca eğitim düzeyi artıkça bilinç ve meslekten alınan doyum artmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik, meslek memnuniyeti, çalışma özellikleri.

## GRUP ÇALIŞMASI-1

# SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA YAŞAMINDAKİ FİZİKSEL TEHLİKE VE RİSKLERLE SONUÇLARI VE ÖNLEMLERİ

*Zuhal Kunduracılar. Doç. Dr., Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü. Zonguldak*

Sağlık çalışanlarında kişinin anatomik, fizyolojik ve psikolojik özelliklerine, sosyokültürel faktörlere, çalışma tekniğine ve çalıştığı ortamın fiziki koşullarına bağlı olarak gelişen risk faktörleri, kas iskelet sistemi başta olmak üzere solunum, dolaşım ve diğer vücut sistemlerini olumsuz yönde etkilemektedir (1,2,3). Sağlık çalışanlarında en fazla risk taşıyan gruplar; doktor, diş doktoru, hemşire, fizyoterapist, laboratuvar çalışanları ve hastabakıcılarıdır. Çalışma ortamında çalışanın sağlıklı olması, sadece kendisini değil, aynı zamanda hizmet verdiği kişileri de etkileyecektir.

Sağlık çalışanlarında çalışma yaşamını etkileyen başlıca fiziksel faktörler ışıklandırma, aydınlatma, gürültü, iklimlendirme sistemleridir (sıcaklık, nem havalandırma, iyonize radyasyon ve ergonomik olmayan çalışma koşullarıdır). İyi aydınlatma ile görme keskinliğini artırır, iş kazaları azalır ve çalışanın verimliliği artar. Gürültü istenmeyen her türlü ses olarak adlandırılır. Ruhsal ve fiziksel sağlığı bozan gürültü, işgücü verimini olumsuz yönde etkiler. Hastaneler, sessiz ve sakin mekânlar olarak görülmelerine rağmen, özellikle yemekhane, laboratuvarlar, teknik servis, hasta kayıt birimi ve hemşire odalarında oluşan gürültünün, iş veriminde ve işe verilen dikkatte azalma, konsantrasyon bozukluğu, kısıtlanma ve hareketlerin engellenmesine yol açtığı görülmüştür. Hastane ortamlarının havalandırma sistemleri, hastaların ve hastane çalışanlarının sağlıklarının korunması ve hastane kaynaklı infeksiyonların önlenmesi bakımından önemlidir. İyonize radyasyon, X ışınları özellikle hekimler, hemşireler ve röntgen teknisyenlerinde sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (4).

Çalışma sırasındaki uygun olmayan postural adaptasyonlar, ağır çalışma koşulları, iş alışkanlıkları ve ergonomik olmayan düzenlemeler mesleki problemleri de beraberinde getirmektedir. Uzun süreli izometrik kontraksiyonlar kaslara binen stres miktarını artırmaktadır (5). Sağlık çalışanlarının kas iskelet sistemi sorunlarının en önemli nedeni, hasta ile yakın temas gerektiren aktivitelerdir. Doktor, diş doktoru, hemşire, fizyoterapist ve hastabakıcılar diğer sağlık çalışanları günlük rutin çalışmalarını sırasında sürdürdükleri aktiviteler nedeni ile kas iskelet sistemini ilgilendiren yaralanmalara ve hastalıklara sürekli olarak maruz kalmak durumundadırlar (6). ABD’de yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarının diğer sektörlerde çalışanlara kıyasla, çok daha fazla doğumsal olmayan travma ve

hastalıklara sahip olduğunu ortaya koymuştur (9). Sağlık çalışanlarında kas iskelet sistemi ile ilgili sorunlar arasında, birinci sırada bel ağrısı yer almaktadır. Bu kişilerde bel ağrısının yaşam boyu görülme sıklığı %60-90 arasında değişmektedir. Epidemiyolojik araştırmalar doktor, diş doktoru, hemşire, fizyoterapist ve hasta bakıcılarda bel ağrısı insidansının yüksek olduğunu göstermektedir (7,8). Hekimlerin çoğu kas-iskelet sistemi sorunları açısından risk altındadır. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının mesleki kökenli kas-iskelet sistemi sorunlarıyla sık karşılaştıklarını göstermiştir. Kas-iskelet sistemi sorunlarının en önemli nedeni, uzun süre ve ayakta çalışma zorunluluğudur. Mesleki etkinlikler nedeniyle tekrarlayıcı travmalar ve ergonomik riskler, “tekrarlayan travma hastalığı” adlı yeni bir hastalık grubunun tıp literatürüne girmesine neden olmuştur. Bu hastalık, fizyolojik sınırları zorlayan hareketler, zorlayıcı hareketin tekrarlanması, statik kas yüklenmesi, eklem uzun süre zorlayıcı pozisyonda tutulması gibi mekanizmalara bağlı olarak; kas, tendon zorlanmaları, yırtılmaları ve tuzak nöropatilerinden oluşur. Stres nedeniyle oluşan dikkat eksikliği ve spazm, tekrarlayan travma hastalığını tetikleyen diğer etkenlerdir. Bu hastalık kapsamında başlıca kas-iskelet sistemi sorunları; bel ağrısı, boyun, omuz ve kol ağrıları ile karpal tünel sendromudur (7).

Bel ağrılarında spesifik nedeni belirlemek kolay değildir. Ancak öne eğilme, ağırlık kaldırma, tekrarlamalı iş, statik postür gibi iş ile ilgili fiziksel faktörler ve iş memnuniyetsizliği, monotonluğu, yetersiz yönetici ve iş arkadaşı desteği, ağır iş yükü ve sorumluluğu, yetersiz iş organizasyonu gibi psikososyal faktörlerin ve kas gücü yetersizliği, fiziksel uyum bozukluğu, cinsiyet, yaş, sigara içme, spor aktiviteleri gibi kişisel faktörlerin de bel ağrısı oluşumunda rol oynadığı bilinmektedir (6). ABD’de 1572 sağlık çalışanı üzerinde yapılan çalışmada %53’ünde bel ağrısı, %46’sında yetersiz fiziksel aktivite ve % 59’unda uyku bozukluğu olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada yetersiz fiziksel aktivite ve uyku bozukluğu arasında bir ilişki bulunurken, bel ağrısı arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ancak bu çalışmada bel ağrısı arttıkça ve uyku bozukluğu olduğunda, supervizör desteğinin azaldığı, yetersiz fiziksel aktivite ile de konsantrasyonun azaldığı bulunmuştur (9). Üç farklı çalışmada, fizyoterapistlerde en fazla bel bölgesinde ağrı olduğunu bunu sırasıyla omuz, sırt, dirsek bölgelerinin izlediğini göstermişlerdir. Bu durumun uzun süre ayakta kalarak çalışma, çalışma ortamının yetersizliği, çalışma sırasındaki mesleki araçları taşıma ve manuel tedavi tekniklerinin, kullanımından kaynaklandığını belirtmişlerdir (10-14). Tunç’un yaptığı bir çalışmada doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler ve diş hekimleri arasında bel ağrısı sıklığının en fazla fizyoterapistler ve sonra sırasıyla hemşireler ve doktorlarda olduğunu saptamıştır (6).

Bu bilgiler ışığında genel olarak kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarından korunmak için ergonomik önlemler alınması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Kas-iskelet sistemi ağrılarının tanımlanmış en temel önleyici yaklaşımı ergonomidir. Ergonomi, çalışan ile çevresi arasında ilişki kuran bir anlayış olarak ortaya çıkmış; çalışanları, kullanılan aletleri, çalışma alanını ve sosyal çevreyi bir bütün olarak ele almıştır. Ergonomi, değişik sağlık problemlerinin ortadan kaldırılması ve çalışma ve-



riminin artırılması için, iş ortamının nasıl düzenleneceği ve çalışana nasıl adapte edileceğini amaçlayan bir uygulamadır. Bunun yanında sağlık çalışanlarının, tüm vücut bölümlerini içeren egzersiz yapmaları konusunda motive edilmeleri önemlidir. İdeal kiloya sahip olmak, uygun beslenme, ayak bakımı, yoğun streslen kaçınmak ve sigara kullanmamak gibi önlemlerle bel ve diğer kas-iskelet sistemi ağrıları önlenebilir (7,15).

Sonuçta sağlık çalışanlarında düzgün vücut mekaniğini koruyabilmeleri ve kas-iskelet sistemine binen olumsuz yükleri azaltabilmeleri için, mesleki risk faktörlerinin belirlenmesi, ,sağlık çalışanlarına yönelik sağlığı geliştirme programlarının planlanması ,sağlık çalışanlarının tanımlanmış tehlike ve riskler konusunda bilgilendirilmesi ve koruyucu rehabilitasyon programlarının gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

### Kaynaklar

1. Sommerich CM, McGlothlin JD, Marras WS. Occupational risk factors associated with soft tissue disorders of the shoulder: A review of recent investigations in the literature. *Ergonomics*.1993;36(6);697-717.
2. Armstrong TJ, Buckle P, Fine LJ,Hagber M, Jonnsson B, Kilbom A. et al. A Conceptual model for work-related neck and upper-limb musculoskeletal disorders. *Skandinavian Journal of Work and Enviromental Health*.1993;19:73-84.
3. Dimberg L, Olafsson A, Stefansson E, Aagaars H, Oden A, Anderson GBJ. et al. The correlation between work environment and the occurrence of cervicobrachial symptoms. *Journal of Occupational Medicine*. 1989;31(5):447-453.
4. Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı: Review article. *TAF Prev Med Bull* 2008; 7(6):547-554.
5. Büker N, Aslan E, Altuğ F, Cavlak U. An analysis study of musculoskeletal problems in medical doctors. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2006 10:5 163-170.
6. Tunç P. Sağlık çalışanlarında kas iskelet sistemi bozuklukları ile ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler.
7. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara 2008
8. Bölükbaşı, N. Sağlık çalışanlarında bel ve üst ekstremitelere ilişkin kas-iskelet sistemi sorunları. sağlık çalışanlarının sağlığı 1. Ulusal Kongresi Kongre Kitabı, Ankara, 1999; s.101-104.
9. Molumphy M, Unger B, Jensen GM, Lopopolo RB. Incidence of work related low back pain in physical
10. therapist. *Physical Therapy*. 1985;65(4):482-486.

11. [Sorensen G](#), [Stoddard AM](#), [Stoffel S](#), [Buxton O](#), [Sembajwe G](#), [Hashimoto D](#), [Dennerlein JT](#), [Hopcia K](#). The role of the work context in multiple wellness outcomes for hospital patient care workers. *Journal of Occupational Environmental Medicine*. 2011 Aug;53(8):899-910.
12. Sade AVD. Ülkemizde fizyoterapistlerin çalışma koşullarının gözden geçirilmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 1985; 4(5): 532-536.
13. Molumphy M, Unger B, Jensen GM, Lopopolo RB. Incidence of work-related low back pain in physical therapists. *Physical Therapy*. 1985; 65: 482-486.
14. Kerem M, ve ark. Fizyoterapistlerin çalışma şartlarının ergonomik açıdan incelenmesi. IV. Ulusal Fizyoterapide Gelişmeler Sempozyumu. Ankara. 8-9-10 Nisan 1992.
15. Kayıhan H, Şener G, Kerem M, Yiğiter K, Uyanık M, Armutlu K. Professional musculoskeletal problems in physiotherapists. *Advances in Applied Ergonomics* (Ed) Özak AÇFÇ. Solven dy G. *Proceedings of the 1<sup>st</sup> International Conference on Applied Ergonomics (ICAE'96)*. İstanbul. Turkey. 1996; May 21-24: 1069-1071.
16. Kırdı N. Türkiye'de fizyoterapistlerin çalışma koşulları. IV. Ulusal Fizyoterapide Gelişmeler Sempozyumu Bildiri Özetleri. Ankara. 8-9-10 Nisan 1992; 31.
17. Özcan E. İşe Bağlı Bel Ağrısı. *Bel Ağrısı Tanı ve Tedavi*. Editör: Emel Özcan. Nobel Kitabevi, 2002.

## GRUP ÇALIŞMASI-2

# SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA YAŞAMINDAKİ KİMYASAL TEHLİKE VE RİSKLERLE SONUÇLARI VE ÖNLEMLERİ

*Zeliha Öcek. Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Bornova-İzmir.*

Sağlık hizmetlerinde kullanılan pek çok kimyasal madde bir yandan hastaların sorunlarının tanı ve tedavisinde, koruyucu uygulamaların gerçekleştirilmesinde ve hijyenik önlemlerin alınmasında anahtar rol oynarken, diğer yandan sağlık çalışanlarının sağlığı açısından önemli bir tehlike kaynağı oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının defalarca ve bazen çok yoğun miktarlarda maruz kaldığı kimyasallar, dezenfektanlardan, anesteziik maddelere, sitostatik ajanlara, ilaçlara, civa gibi bazı ağır metaller ve latekse kadar oldukça geniş bir çerçevede yer alır. Benzer şekilde, etkileri de konsantrasyonlarına, temas sürelerine ve yollarına, ortamda diğer risk etmenlerinin varlığına, bireysel özelliklere, vb diğer etmenlere göre çok geniş bir çeşitlilik göstermektedir.

Dezenfeksiyon veya sterilizasyon amacıyla kullanılan kimyasal maddeler sağlık hizmetlerinde en yaygın karşılaşılan kimyasal tehlike kaynağıdır. Bunlardan bazıları, örneğin alkol, görece düşük bir toksisite gösterirken, gluteraldehit ve formaldehit oldukça düşük konsantrasyonlarda bile deri, gözler ve hava yolları açısından oldukça irritandır ve konsantrasyonun artması ile birlikte kalp atım hızında artma, akciğer ödemi gibi sonuçlara yol açabilmektedir. Ayrıca formaldehit Uluslararası Kanseri Araştırmaları Ajansı tarafından insanlarda kansere neden olduğu kesin olarak kanıtlanmış etmenlerin yer aldığı “Grup-1 Karsinogenler” arasında sınıflandırılmıştır. Sıcaklığa duyarlı maddelerin sterilizasyonunda tercih edilen etilen oksit ise toksik ve patlayıcı etkilerinin yanı sıra mutajenik ve karsinogenik özelliktedir. Üstelik sterilizasyon sağlayabilmesi için görece uzun bir süreye gereksinim duyması yol açtığı risklerin de geniş bir zaman aralığına yayılmasına neden olmaktadır.

Anesteziik gazlar çok yüksek düzeyde uçucu bileşiklerdir ve ameliyathane gibi kapalı, görece küçük ortamların havası bu gazlarla kısa süre içinde çok yoğun düzeyde kirlenebilir. Bu nedenle anestezi uzmanları, ameliyat hemşireleri, cerrahlar ve ameliyathanede çalışan diğer sağlık çalışanları açısından anesteziik gazlar (nitroz oksit, halotan, izofloran, vb.) önemli bir sağlık riski oluşturmaktadır. Etkilenim düzeyi anesteziinin uygulanma yoluna göre değişmektedir; çocuklar için kullanılan yüz maskesi sadece yetişkinlerde kullanılabilen entübasyon anesteziisine göre daha yüksek düzeyde maruziyete neden olmaktadır. Anesteziik gaz maruziyetinde hedef organ santral sinir sistemidir. Baş ağrısı, dikkat ve kon-

santrasyon kaybı en sık bildirilen ama bir bölümünün geri dönüşlü olduğu düşünülen etkilere. Diğer yandan uzun erimli etkilenimin bilişsel işlevler üzerinde kalıcı etkilere neden olduğunu gösteren çalışmalar da vardır. Fakat anestezi gazların etkileri bununla sınırlı değildir. Kendiliğinden düşükler ve konjenital anomaliler gibi sonuçlarla kendisini gösteren üreme sağlığı etkilerinin yanı sıra hepatotoksik etkileri de gösterilmiştir.

Mutajenik, klastojenik, karsinojenik, teratojenik etkilere herhangi birini gösteren ya da üreme sisteminde bir bozukluğa, ciddi organ toksisitesine ve diğer toksik etkilere neden olan ilaçlar “tehlikeli ilaç” olarak tanımlanmaktadır. Bu ilaçların büyük bölümünü sitotoksik (antineoplastik) ilaçlar oluşturmaktadır. Sağlık çalışanları tehlikeli ilaçların hazırlanması, taşınması, uygulanması, depolanması ve atıkların yok edilmesi sırasında içerdikleri kimyasal maddelere maruz kalmaktadır. İlaç içeren ampülü kırma, toz halindeki ilacı sulandırma vb işlemlerin yanı sıra kaza ile dökülmeler de etkilenim açısından önemli bir nedendir. Tehlikeli ilaçlardan çok sayıda farklı sağlık çalışanı grubu etkilenmektedir. Bu gruplar arasında başlıca eczacılar, ilaçları hazırlayan ve uygulayan hemşireler, hasta bakımından sorumlu hemşireler, temizlik işçileri, atıkları ve çamaşırları taşıyan ve işlemde geçiren personel, vb yer almaktadır. Çok sayıda çalışmada kanser hastalarıyla ve sitotoksik ilaçlarla çalışan hemşire, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarının farklı biyolojik belirteçlerinde kız kardeş kromatid değişimi, kromozom sapmaları anormalliğe işaret eden önemli bulgulara rastlanmıştır. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı tarafından yayınlanan listede çok sayıda sitotoksik ilaç (melfalan, siklofosfamid, etoposid, tamoksifen, vb) “Grup-1 Karsinojenler” arasında yer almaktadır.

Sağlık hizmetleri emek-gücü yoğun bir alandır. Üstelik bu işgücünün içinde kadın oranı diğer pek çok sektörden oldukça yüksektir. Kimyasal etkilenim açısından daha riskli işlemlerin de büyük bölümünün hemşireler gibi kadınların ağırlıklı olduğu meslek grupları tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu nedenle, sağlık alanında kullanılan kimyasalların büyük bölümünün genotoksik (mutajenik, karsinojenik ve/veya teratojenik) etki göstermesi ve üreme sağlığını etkileyerek spontan düşükler gibi sonuçlara yol açması ortaya çıkan tehlikenin bir başka boyutudur. Sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı kimyasal tehlikeleri tartışırken üzerinde durulması gereken bir diğer önemli konu da maruziyetin birikici özelliğidir. Kimyasal maddelerin gerek çalışma ortamından alınan örneklerde gerekse idrar, kan gibi biyolojik belirteçlerde saptanan düzeyleri sınır değerleri aşmasa da, yaşam boyu etkilenimin birikici özelliği nedeniyle vücutta oluşan yük beklenmedik bir zamanda ciddi sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına yol açabilir. Bunun yanı sıra kimyasal maddelerin büyük bölümünün hem çalışma ortamında hem de biyolojik belirteçlerde saptanabilmesi ile ilgili halen ciddi yöntemsel sınırlılıklar mevcuttur. Kimyasalların etkilerinin genellikle maruziyetten yıllar sonra ortaya çıkması da aradaki nedensellik ilişkisinin kurulmasını zorlaştırmaktadır.

Kimyasal risklerin büyük bölümü doğru önlemlerin alınması ve mesleki güvenliğe öncelik veren koruma stratejileri aracılığı ile olası en düşük düzeye indirilebi-

lir. Tehlike potansiyeli düşük maddeleri tercih etme, havalandırma, el yıkama, önlük, maske vb kişisel koruyucu yöntemler, eskimiş ekipmanların değişimini sağlama, ortamdan alınan örneklerin izlenmesi, biyolojik izlem alınan başlıca önlemler arasında sayılabilir. Bunların yanı sıra kimyasal maddenin özelliklerine ve risklerine göre özelleşen çok sayıda önlem de söz konusudur. Özellikle sitotoksik ilaçlara özgü çok sayıda önlemi içeren güvenlik planlarının uygulanması çok önemlidir. Fakat Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkilerinin sağlık hizmetinin tüm alanlarına ve sağlık çalışanlarının tüm yaşamına nüfuz ettiği bir ortamda alınabilecek tüm önlemlerin etkinliği tartışmalıdır. Performans sisteminin, kıskırılmış sağlık hizmeti talebinin ve maliyet azaltma kaygısının baskısı altındaki sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarının sağlığı gündeme en son getirilen konudur. Sağlık kurumlarının büyük bölümü kimyasal tehlike kaynaklarının kontrol altına alınabilmesini olanaksız hale getiren fiziksel yapıdadır. Artan iş yükü ve azalan personel sayısı nedeniyle, sağlık çalışanları daha uzun süre ve daha hızlı çalışmak zorunda kalmakta, bunun sonucunda gerek kimyasal maddelerden etkilenim süresi ve sıklığı gerekse dökülme vb. kazaların gerçekleşme olasılığı artmaktadır. İş güvencesi ve özlük hakları olmayan, aşırı uzun sürelerle çalışmak zorunda bırakılan, koruyucu önlemleri uygulamasına olanak sağlanmayan binlerce sağlık çalışanı bazen nasıl bir tehlike ile karşı karşıya olduğunu bile bile, bazen de hiç farkına varmadan kendi sağlıkları pahasına sağlık hizmeti üretmeye devam etmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının çalışma yaşamındaki kimyasal tehlikeleri kontrol altına almayı amaçlayan önlemlerin başında hem toplumun hem de sağlık çalışanlarının sağlığı açısından en büyük tehlike kaynağı olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sonlandırılması yer almalıdır.

### Kaynakça

1. Hasselhorn HM, Toomigas A, Lagerström M. Occupational Health for Health Care Workers: A Practical Guide. Elsevier Science B.V., Amsterdam. 1999.
2. International Agency for Reserach on Cancer. Agents Classified by the IARC *Monographs*, Volumes 1–102. Ulaşım adresi: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php>
3. Onkoloji Hemşireliği Derneği. Antinöoplastik İlaçların Güvenli Kullanım Standartları Rehberi. 2003. Ulaşım adresi: <http://www.onkohem.org.tr/dosyalar/1286610725.pdf>
4. Mengeot MA., Vogel, L. Üretmek ve Üremek. Gelecek Kuşakları Tehdit Eden Çalışma. Çeviri Editörü; Türk Soyer M. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara. 2008.
5. Parlar S. Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008; 7 (6): 547-554.
6. Türk Tabipleri Birliği. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara. 2008. Ulaşım adresi: [http://www.ttb.org.tr/kutuphane/sc\\_meslek\\_riskleri.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/sc_meslek_riskleri.pdf)

## GRUP ÇALIŞMASI -3

# SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA YAŞAMINDAKİ BİYOLOJİK TEHLİKE VE RİSKLERLE SONUÇLARI VE ÖNLEMLERİ

*Alpay Azap. Doç., Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD.*

Sağlık çalışanlarının karşı karşıya olduğu mesleki riskler son yıllarda gittikçe artan bir dikkate mazhar olsa da halen bu konuda yapılanlar yeterli olmaktan uzaktır. Bunda sağlık yöneticilerinin yaklaşımları kadar sağlık çalışanlarının çalıştıkları ortamın sahip olduğu risklere ilişkin bilgi ve ilgilerinin yetersiz olmasının payı da vardır. Sağlık çalışanlarının kendi çalıştıkları ortamı “güvenli” olarak algıladıkları yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Oysa hastaneler biyolojik risklerden fiziksel risklere, psikolojik risklerden radyasyona kadar çok çeşitli ve ciddi risklerin bir arada bulunabildiği tek iş ortamıdır. Bu yazı üçüncüsü düzenlenen sağlık çalışanlarının sağlığı kongresinde biyolojik riskleri ele alacak çalışma grubuna kısa bir anahtar plan sunma amacı taşımaktadır.

### **Biyolojik Riskler:**

Sağlık çalışanları meslekleri gereği pek çok biyolojik riskle karşı karşıyadır. Biyolojik riskleri çalışanlara bulaşma yollarına göre gruplamak hem anlamayı hem de alınması gerekli önlemleri belirlemeyi kolaylaştırdığından, genelde tercih edilen bir yaklaşımdır. Buna göre biyolojik riskleri; kan ve kanlı vücut sıvıları ile bulaşanlar, solunum yolu ile bulaşanlar, damlacık ile bulaşanlar ve doğrudan temas ile bulaşanlar olmak üzere dört grupta toplamak mümkündür.

#### *a) Kan ve Kanlı Vücut Sıvıları ile Bulaşan Biyolojik Ajanlar:*

Bu ajanlar, kan ve/veya kanlı vücut sıvılarının ve bazı steril vücut sıvılarının bütünlüğü bozulmuş cilde, mukoz membranlara (ağız, göz, ürogenital sistem mukozası) temas etmesi sonucu bulaşır. Bu ajanların başında viral hepatit etkenlerinden Hepatit-B virusu ve Hepatit-C virusu gelmektedir. Bular dışında daha az sıklıkla karşılaşılma beraber ciddi sonuçlar doğurabilen infeksiyon etkenleri de bulunmaktadır: İnsan bağışıklık yetmezliği virusu-HIV, Kırım Kongo Kanamalı Ateş virusu, Hepatit-D virusu. Sayılan infeksiyonlarda sadece Hepatit-B'ye karşı

geliştirilmiş etkili bir aşı bulunduğundan, sağlık çalışanlarının bu infeksiyonlardan korunmak için alması gereken diğer önlemler çok büyük önem taşımaktadır. Bu önlemlerin başında iğne yaralanmalarından korunmak için hastadan kan veya vücut sıvısı almakta kullanılan enjektörlerin doğru şekilde uzaklaştırılması gerekmektedir. Yapılan çalışmalar iğne yaralanmalarının en sık iğne kapağı kapatılırken gerçekleştiğini göstermektedir. Bu yüzden enjektörler asla kapatılmamalı ancak diğer sağlık çalışanlarının da yaralanmasını önlemek için sert plastikten yapılan keskin kutularına el değmeden atılmalıdır. İğne batması dışındaki bulaşma yolları daha az önem verilen yollar olduklarından gözden kaçabilmektedir. Oysa yine yapılan geniş çalışmalarda Hepatit-C olduğu tespit edilen sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının herhangi bir delici-kesici alet yaralanması hatırlamadıklarını göstermektedir. Bu durumda, bulaştan yüze göze sıçramalar sorumludur. Bu türden bir bulaşı önlemek için maske ve yüz siperliği veya gözlük kullanılması şarttır. Ne yazık ki bu koruyucu ekipmanlar ancak hastanın kanla bulaşan hastalığı olduğu bilinirse kullanılmaktadır. Oysa hastada henüz teşhis edilmeyen bir hastalık olabileceği unutulmamalı ve kan/kanlı vücut sıvılarının sıçrama olasılığı olan her işlem sırasında mutlaka eldiven, önlük, maske, gözlük veya yüz siperliği kullanılmalıdır. Bu grup hastalıklar içinde sadece Hepatit-B' en aşıyla korunulabilmektedir. Sağlık çalışanlarının işe başlama sırasında Hepatit-B profillerini bilmeleri ve antikör bulundurmayan veya antijen taşımayanların mutlaka Hepatit B'ye karşı aşılınması gereklidir.

#### *b) Solunum Yolu ile Bulaşan Ajanlar:*

Bu ajanlar havada uzun süre asılı kalabilen ve hava akımları ile metrelerce uzağa taşınabilen bu yüzden de son derece bulaşıcı olan biyolojik ajanlardır. Neyse ki bu ajanların sayısı azdır: Kızamık, Suçiçeği ve Tüberküloz ve SARS. Bu mikroorganizmalar, hasta kişilerin solunum sekresyonları ile dışarı atıldıktan sonra solunum parçacıklarının hızla kurumaları ile oluşan ve "damlacık çekirdeği" denilen parçacıklar üzerinde taşınırlar. Sağlık çalışanlarının bu parçacıkları solumalarıyla bulaşırlar. Bu ajanlardan tüberküloz hem ülkemizde endemik olduğu için hem de ilaca direnç geliştiren suşlarla infeksiyon sıklığında artış olması nedeniyle özel önem taşımaktadır. 2005 yılında dünya çapında salgın yaparak 8000'den fazla kişinin hastalanmasına ve çok sayıda kişinin ölmesine neden olan SARS virusunun kurbanları arasında çok sayıda sağlık çalışanı da bulunmaktaydı. Hatta hastalığı dünyaya ilk duyuran kişilerden biri olan Dr Carlo Urbani de bu hastalık nedeniyle hayatını kaybetmiştir.

Bu hastalıklardan korunmada çok özel önlemler gereklidir. Öncelikle enfekte hastalar negatif basınçlı özel odalarda takip edilmelidir. Böylelikle damlacık çekirdeklerinin dışarı çıkarak hastaneye yayılması engellenir. Bu hastaların odasına girecek sağlık çalışanlarının N95 veya benzeri bir yüksek etkinlikte maske takmaları gereklidir. Hastalar zorunlu olmadıkça oda dışına çıkartılmamalı, zorunlu durumlarda da hastaya özel maske (N95 vb) takılmalıdır.

#### *c) Damlacık Yolu ile Bulaşan İnfeksiyonlar:*

Bu ajanlar yine solunum sekresyonları ile dışarı atılan ancak çok uzun süre havada asılı kalamayan dolayısıyla uzağa gidmeden yere çöken damlacıklar üzerinde taşınırlar. Bu nedenle damlacık çekirdeği ile bulaşanlara kıyasla daha az bulaştırıcıdırlar ancak çok sayıda virus (influenza, rhinovirus, adenovirus vb) ve bakteri (meningokok, pnömokok, boğmaca bakterisi vb) bu yolla bulaşabilmektedir. Hasta kişinin solunum damlacıkları ile dışarı atılan mikroorganizmalar sağlıklı kişilere yine solunum ile veya kirli yüzeylerden elle alınarak, mukozaya temas ettirilme yoluyla bulaşır. Sıkça karşılaştığımız nezle ve grip bu grup hastalıkların başında gelmektedir. Bu hastalıklar nadiren ölümcül olsalar da ciddi işgücü kaybı ve yaşam kalitesinde kısa süreli bozulmalara neden olurlar. Sağlık çalışanları bu hastalıkların hedefi oldukları kadar aynı zamanda bakım verdikleri hastalarına bulaştırdıkları için de önem taşıyan bir meslek grubudurlar.

Bu yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için hastaları özel negatif basınçlı odalarda takip etmeye gerek yoktur. Sıradan bir odada diğer hastalardan ayrılarak yalnız başına takip edilebilir. İnfeksiyondan korunabilmek için hastaya 1 metreden fazla yaklaşılmaması, eğer 1 m'den fazla yaklaşılabilecekse cerrahi maske kullanılması gereklidir. Ayrıca tüm infeksiyon ajanlarında olduğu gibi bu ajanlardan korunmada da el yıkama büyük önem taşımaktadır. Bu grupta yer alan hastalıklardan bazılarında aşıyla korunabilmek mümkündür. Örneğin, grip (influenza), pnömokok ve meningokok için oldukça etkili ve güvenli aşılar mevcuttur. Ancak yine yapılan çalışmalar salgın durumlarında bile sağlık çalışanlarının bu aşılardan yaptırma konusunda isteksiz olduğunu göstermektedir. Bu isteksizliğin aşılardan yan etkilerinden korkulmasından kaynaklandığı birçok çalışmada ortaya konmuş genel bir bilimsel tespittir.

#### *d) Doğrudan Temas ile Bulaşan İnfeksiyonlar:*

Bu grupta yer alan infeksiyon etkenleri hasta kişiyle doğrudan temas sonucunda bulaşır. Bulaş için ciltte bütünlüğünde bir bozukluk olmasına veya mukozaya temas olmasına gerek yoktur. Hastanede yatan hastalarda ciddi infeksiyonlara sebep olan dirençli bakteriler ve uyuz gibi bazı cilt parazitleri bu grupta yer alan infeksiyon etkenleridir. Bu etkenlerin hastalık yapmasını engellemek için enfekte olduğu bilinen hastalara eldivensiz dokunulmaması, eldiven çıkartıldıktan sonra ellerin bol su ve sabunla yıkanması veya alkollü el antiseptikleri ile temizlenmesi gereklidir.

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarını biyolojik risklerden koruyabilmek için bu konuda bilgilendirmek ve risklerin takibini yapacak, ortaya çıkmalarını engelleyecek, karşılaşma durumlarında doğru şekilde müdahale edecek bir organizasyonu hastanelerde oluşturmak gereklidir.



**Kaynaklar**

1. Akova M. Sağlık personeline kan yoluyla bulaşan viral enfeksiyonlar ve korunmak için alınacak önlemler. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1.Ulusal Kongresi Özet Kitabı 26-28 Kasım 1999, Ankara sayfa:48-54
2. Baykam N. Sağlık Çalışanlarına temas, enteral ve damlacık yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ve korunma yolları. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1.Ulusal Kongresi Özet Kitabı 26-28 Kasım 1999, Ankara sayfa:62-68
3. Ergönül Ö, Işık H, Baykam N, Erbay A, Dokuzoğuz B, Müftüoğlu O: **“Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık çalışanlarının enfeksiyon riskleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi”**. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi Özet Kitabı. 26-28 Kasım 1999, Ankara. Sayfa: 177
4. Azap A, Ergönül Ö, Memikoğlu KO, Yeşilkaya A, Altunsoy A, Yılmaz-Bozkurt G, Tekeli E. Occupational Exposure to Blood and Body Fluids Among Health Care Workers in Ankara, Turkey. *American Journal of Infection Control*, 33, 48-52 (2005).
5. Azap A, Yılmaz-Bozkurt G, Temel F, Çakır B, Tezcan S. Vaccination against pandemic influenza A H1N1 among health care workers:Lessons for the next pandemic. *Saudi Med J* 32(8):2-4 (2011)
6. Gerberding JL. Management of occupational exposure to blood-borne viruses *N Engl J Med*, 332:441-51 (1995)
7. Dokuzoğuz B. İzolasyon Uygulamaları. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*; 1:69-74, (1997)
8. Ergonul O, Zeller H, Celikbas A, Dokuzoguz B. *Int J Infect Dis.* ;11(1):48-51, (2007)
9. Keskiner R, Ergönül O, Demiroglu Z, Eren S, Baykam N, Dokuzoguz B. [Risk of tuberculous infection among healthcare workers in a tertiary-care hospital in Ankara, Turkey.](#) *Infect Control Hosp Epidemiol.* 25(12):1067-71, (2004)
10. Uğurluer G, Azap A. Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri Sözlüğü. (Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Dosyası) *Toplum ve Hekim*, 21(3):197-201 (2006)

## GRUP ÇALIŞMASI -4

# SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA YAŞAMINDAKİ ERGONOMİK TEHLİKE VE RİSKLERLE SONUÇLARI VE ÖNLEMLERİ

*Songül Vaizoğlu. Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara.*

*Çağatay Güler. Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara.*

Ergonomi hekim bakış açısıyla yaşamın insana uygun hale getirilmesi, bir başka deyişle yaşamın insansılaştırılmasıdır. Kuşkusuz iş ve işçi sağlığı açısından önemi yadsınamaz. Ancak insan yaşamının üçte birini işyerinde geçirirken sadece yasalarımızda “işçi” olarak tanımlanan çalışanlar için değil “tüm çalışanlar” için önemli ilkeler getirir. Günümüzde bilgisayar teknolojisinin gelişmesi, yaşamın vazgeçilmez bir ögesi haline gelmesi “tüm insanlar ve tüm çalışanlar” için ilkeleri çok önemli bir bilim olduğu görüşünü açıkça göstermiştir.

Ergonomi tek bir disiplinin ilgi alanı olamayacak kadar disiplinlerarası bir alandır. Yani değişik bilimlerin yaklaşımlarını harmanlamaktadır. Ergonomicilerden çok bir ergonomi ekibinden söz etmek daha doğru bir yaklaşımdır. Hekimler, mühendisler ve psikoloji alanında çalışanlar bu ekibin önemli üyeleridir.

Ergonomi, insanın davranışsal ve biyolojik özelliklerini inceleyerek bunlara uygun yaşama ve çalışma ortamları yaratmayı amaçlayan bir bilim dalıdır. Amaçlı bir etkinliği sürdürmekte olan bir sistemin diğer öğeleriyle insan etkileşimini inceleyen ergonomi; insan-sistem uyumluluğunu sağlayarak insan iyiliğini ve genel sistem etkinliğini artırmayı amaçlar.

Ergonomi çalışmaları yapay ve doğal sistemlerin rahat, güvenli ve verimli birlikteliğini ve uyumunu sağlamaya yöneliktir. Ergonomi insan faktörlerini içine alan; algısal ergonomi (insan kullanımına uygun araç gereç tasarımı), antropometri (insan bedeninin ölçüleri) , biyomekanik (insanın iç ve dış uyaranlara yanıtı) ve iş ve çevre fizyolojisi gibi 4 büyük alanı olan birçok disiplini kapsayan bir bilimdir.

Ramazzini 1700 yılında “de Morbis Artificum” (İşçilerin hastalıkları) adıyla yayınladığı kitabında işle iskelet sistemi hastalıkları dahil olmak üzere travma ve hastalıklar arasındaki ilişkisinden ilk kez söz eden kişidir.

Ergonomi Esas olarak II. Dünya Savaşı sırasında bir disiplin olarak çıkarken öncelikli olarak karmaşık askeri sistemlerle insan kullanıcıların etkileşimine ağırlık vermiştir. Savaşın sona insan performansını arttırmaya ve işin fizyolojik yükünü azaltmaya yönelik çalışmalar ağırlık kazanmıştır. Daha sonra kapsamı genişlemiş ve daha güvenli ve sağlıklı çalışma çevreleri yaratmaya, çalışma yaşamının kalitesini ya yönelik çalışmalar yapmıştır.

ABD’de Benedict ve Cathcard 1913 yıllarında kassal iş etkinliğini tanımlamıştır. 1920’lerde “Harvard Yorgunluk Laboratuvarı” kurulmuştur. 1900’lerin başında Frank ve Lillian Gilbreth hareket çalışmaları ve atölye yönetimiyle ilgili çalışmalarına başlamışlardır. Onların çalışmaları ergonomi alanında yapılan öncü çalışmaların başında sayılmaktadır. Gilbreth’ler beceri geliştiren işler, yorgunluk, iş istasyonlarının tasarımı sakatlar için araç-gereç üzerinde yoğunlaşmıştır. Hastane cerrahi ekiplerinin ameliyat sırasındaki davranışlarını ayrıntılı olarak değerlendirmişlerdir. O dönemlerde cerrahlar gerekli aracı büyük bir tepside seçip alıyor ve ameliyat alanına dönerek işlerini sürdürüyorlardı. Bu nedenle gözleri bir tepsiye, bir ameliyat alanına kayıyordu. Sonuçta ortaya çıkan uyum sorunları ameliyat süresinin uzamasına, ameliyatla ilgili komplikasyonlarda önemli derecede artışa neden oluyordu. Gilbreth’lar cerrahların gerekli aracı tepside seçerek almaları yerine, sadece aracın adını söylemelerini, bu alanda yetişmiş bir yardımcı personelce istenen aracı işlevsel biçimde ellerine yerleştirilmesini önermişlerdir. Sonuçta günümüz ameliyathanelerinde gördüğümüz vazgeçilmez uygulama gelişmiştir. Böylece cerrahın ameliyat alanından ve hastadan gözünü ayırmaksızın ameliyatı yapabilmesi, ameliyat sürelerinin kısalması sağlanmıştır.

Bir mesleğin sağlıkla ilgili tipik bir soruna yol açtığı saptandığı zaman ergonomik girişimlere gerek duyulmaktadır. Bu girişimler kullanılan araç gereçlerin kusurlu tasarımından ileri gelen sorunların giderilmesi şeklinde olabileceği gibi, mesleklerin biyomekanik analizlerinin yapılması ve sonra çalışanların fonksiyonel kapasitelerine göre bu işlere yerleştirilmeleri ya da değişik işlerde sırayla çalışmalarını gibi iş ortamından ileri gelen sorunların giderilmesi şeklinde de olabilmektedir. Çalışanların ergonomisel prensipler açısından eğitimleri de yine bu girişimler arasında önemli bir yer tutmaktadır .

Günümüzde ergonominin temel ilkelerinden biri “insanın işe uydurulması değil, işin insana uydurulması, ayrıca ürünlerin kolay taşınır, kullanılabilir ve yararlanılır ürünler almasını sağlamak” biçiminde özetlenmektedir. Gelecekte ergonomi endüstri, kamu, resmi kurumlar, işçiler ve toplum bireylerince daha iyi anlaşılacak ve önemi kavranacaktır.

Ergonomiler fiziksel, bilişsel, sosyal, örgütsel, çevresel ve geçerli diğer etmenleri tümelci bir yaklaşımla ele alır. Chapanis tarafından yapılan tanıma göre insan faktörleri verimli, güvenli, rahat ve etkili bir insan kullanımı sağlamak amacıyla araç, gereç, makine, sistem, iş, çalışma akışı ve düzeni ve çevreler tasarımılamak

amacıyla insan davranışı, yetenekleri, kısıtlılıkları ve diğer karakteristikleri ile ilgili bilgileri araştırır ve uygular.

Ergonomi çalışan insanları kişi, makine, işin talepleri ve çalışma yöntemleri arasındaki karmaşık ilişkiyi anlamaya yönelik olarak inceleyen çalışma alanıdır. Bütün işler doğası ne olursa olsun insan üzerinde mental ve bedensel zorlama yapar. Bu stresler mantıklı sınırlar içerisinde tutulduğunda, çalışma performansı istenen düzeye çıkar böylece çalışanın sağlığı ve iyiliği sürdürülebilir. Eğer stres aşırı ise, hata, kaza, travma ve/veya sağlıkta kötüleşme ortaya çıkar.

### **Sağlık Çalışanlarının Ergonomik Riskleri;**

Tıp ergonomisi yeni bir alan olmakla beraber tıp ve ergonomi birbiriyle sıkı ilişki içindedir. Her ikisinin de ortak yönü hayatın insan üzerindeki zorlayıcı ve olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak ya da sınırlamaktır. Birçok ülkede sağlık uygulamalarında kullanılan araçların ergonomik özelliklerine yönelik tasarımlar giderek artmaktadır.

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar, ergonomik stres etkenlerinin yaygın olarak bulunduğu yerlerdir. Özellikle tam bağımlı olan hastaların bulunduğu birimlerde kalanlar saç tarama, elbiselerini giyinme, yemek yeme, tuvalete gitme vb günlük yaşam etkinliklerinin tümünde bağımlı olabilirler. Bu koşullarda onlara yardımcı olma durumunda olan sağlık çalışanlarının zarar görmesine yol açabilecek sorunlar ortaya çıkabilir. Özellikle hemşirelik hizmeti veren sağlık çalışanlarında aşırı yüklenmeye bağlı yaralanmalar pek çok özel iş kolundaki yaralanmalardan çok daha sık bulunmaktadır. Tüm sağlık çalışanları ergonomik sorunlar açısından risk altında olsa da, özellikle diş hekimleri, diş teknisyenleri, hemşireler, cerrahi uygulama alanındaki hekimler, mikroskopla çalışan hekimler ve laboratuvar çalışanları boyun, omuz, dirsek, el ve bel bölgesinde birikimsel zedelenme hastalıklarının en sık görüldüğü gruplardır.

Sağlık birimlerinde çalışanlarda aşağıda belirtilen uygulamalar sonucunda birikimsel zedelenme ve diğer akut kas-iskelet sistemi sorunları görülmektedir:

1. Yinelenen hareketler,
2. Kötü postürle yapılan görevler,
3. El aletleri, tutulan aletlerin kaygan olması, eldiven kullanma, mikroskop, laboratuvar malzemeleri, bilgisayar vb kullanma
3. Büyük kuvvet harcanmasını gerektiren işler,
4. Ağır kaldırma (Kaldırırken bükülme, yükün üzerine eğilme, yana bükülme vb hareketler sırasında omurga üzerindeki yük artar. Kötü postür harcanan kuvveti de artırır. Sabit kötü postürde çalışma, kas eklem, bağ ve tendonlarda zedelenmeyi artırır. )
5. Aşırı beden hareketleri
6. Düşen hastayı tutma çabası

7. Her vardiyada yirminin üzerinde kaldırma işi,

8. Tek başına hasta kaldırma (Bilinci kapalı hastaları kaldırma, dengesini sağlayamayan hastayı kaldırma, kilolu hastayı kaldırma, personelden fiziksel kapasitesinin üzerinde iş yapmasını isteme, taşıma mesafesi, taşınan hastanın personelden uzaklığı, hatalı yöntemler nedeniyle kötü postürde iş yapma, vücut mekaniği ve uygun kaldırma teknikleri ile ilgili olarak etkisiz ve yetersiz eğitim)

Çevresel nedenli ergonomik tehlikeler arasında kaygan ve ıslak zeminler, düzgün olmayan döşeme yüzeyi, döşemede seviye farkları, dar koridorlar, yürüme yolunda atıklar, iş gereksinimine uygun sayıda olmayan personel sayısı, yetersiz aydınlatma vb. sayılabilir.

### **Yapılması gerekenler**

Bu birimlerde çalışanların zedelenmelerin önlenmesine yönelik olarak sürekli eğitimi,

bütün elemanların taşıma ve kaldırma yöntemleri konusunda eğitimi, özellikle bel ve kas-iskelet sistemi ağırlarının erken dönemde bildirimini sağlanması, çalışma yeri ve biçiminin ayrıntılı biçimde analiz edilmesi; kuvvet, yineleme, kötü postür, temas stresi vb ergonomik stres etmenlerinin süre, sıklık açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. İşyeri gözlemleri çalışanlara yapılan anketler, sağlık sorunlarının epidemiyolojik olarak değerlendirilmesi, bu açıdan çok önemlidir. Ayrıca uygun araç-gereç ve donanım seçimi de çok önemlidir.

Çalışanlar kaldırma kurallarını bilmelidir. Hastalar dengesiz biçimde taşınmamalıdır

yük vücuda yakın taşınmalı, tek başına taşınmamalı, personel başına kaldırma uygulaması günlük olarak sınırlanmalı, özellikle omurga dönükken ağır kaldırma engellenmelidir, mekanik yardımın nasıl ve ne zaman kullanılacağına dair personel eğitilmelidir. Uygun araç teknik desteği sağlanmalıdır. Örneğin mekanik kaldırma araçları, askılı kaldırma mekanizmaları, yüksekliği ayarlanabilir elektrikli yataklar, yürüme kemerleri, kolları çıkartılabilen tekerlekli sandalyeler, hastanın oturur duruma getirilmesi veya ayağa kaldırılmasına yardım eden sandalyeler, hastanın kaydırılmasını sağlayan örtüler vb. .

Döşemedeki seviye farklarının giderilmesi, özellikle ıslak zeminlerin kaymayan malzemeye döşenmesi, kötü postürde çalışmanın engellenmesi, tıkanık ve dar geçitlerin önlenmesi, personel sayısının iş yüküne uygun olması, zemine atılan maddelerin hemen kaldırılması, dökülen sıvıların temizlenmesi, temizlik işlerinin mümkün olduğunca bel seviyesinde yapılması, diz çökerek çalışılması gerekiyorsa diz yastıklarının kullanılması gereklidir.

Tıbbi araçlarla ilgili tasarım hataları yaralanmalara hatta ölümlere neden olabilmektedir. Tıbbi araçlar; kullanıcının fiziksel ve sosyal karakteristikleri, algısal ve bilişsel özellikleri, beklentileri, evde ya da hastanede kullanılması gibi pek çok özellikten etkilenmektedir. Bu araçlarla ilgili ergonomik yetersizliklerin neden

olduğu olumsuz sonuçlar arasında; ölçeklerin alt birim ayrımlarının zorluğu, ameliyathanelerde oksijen ayar göstergeleri ile ilgili problemler, bazı defibrilatörlerin pedallarının yuvalarından çıkarılma güçlüğü, kadranların görünmemesi, uyarı sinyallerinin ortam koşulları nedeni ile duyulamaması, etiketleme, renk ve kodlama ile ilgili problemler sayılabilmektedir.

Batıcı –kesici aletlerin kullanıldıktan sonra özellikle sağlık personelinin eline vb batması önemli sağlık sorunlarına yol açabileceğinden zararsız hale getirilmesi çok önemlidir. Bunların atılabileceği kutular bulunmalı ve bu kutuların etkin kullanılabilmesi için kullanıcıların boyutlarına uygun yerleştirilmesi gerekir. Kullanıcıların %95'inin kullanmasına uygun biçimde yerleştirilmelidir.

Ayrıca, tıpta kullanılan yüksek teknolojik araç gereçler için iyi eğitilmiş insangücü gereklidir. Doktor, hemşire ve yardımcı personel bu tür araç gereçlerin kullanımı konusunda eğitimi, uygun iş akışı için bunların uygun büyüklük ve uygun yerde yerleştirilmesi önemlidir. Hastanelerde tanı, tedavi, hasta bakımı ve diğer birimlerin birbiriyle olan ilişkileri ve buna bağlı yerleşim düzeninin fonksiyonel olarak belirlenmesi ergonomik açıdan önemlidir.

Bu sorunların önlenmesine yönelik olarak; uygun çalışma ortamı tasarımı ve teknoloji kullanımı, mevcut araç ve koltukların ergonomik ilkelere uydurulması, çalışanların postür konusunda eğitimleri, özellikle sap kısmı geniş olan araçların tasarımı, tek bir duruş biçiminde çalışma durumunda uygun aralar verilmesi, ayarlanabilen sandalyeler, vb önerilmektedir.

Ayrıca ergonomik değerlendirme araçlarından biri olarak denetim listeleri ile çalışma ortamı ve koşullarının en üst düzeye çıkarılması için ergonomik ilkelerin gerçekleştirilmesi temelinde çalışmaya ait bütün sürecin değerlendirmesi sağlanmalıdır. Sağlık alanında da sorun alanlarının ortaya konması, çözüm için başlangıç noktalarının belirlenmesi ve sürekli izleme amacıyla ergonomik denetim listeleri kullanılmalıdır.

## **ÇALIŞTAY SIRASINDA BULUNMASI ÖNERİLEN KAYNAKLAR**

1. Güler Ç., Sağlık Boyutuyla Ergonomi; Palme Yayıncılık, Ankara, 2004.
2. Güler, Ç (ed),Ergonomiye Giriş (Ders Notları), Ankara Tabip Odası, Ankara, (Ocak) 2003.
3. Şenel B.Diş hekimleri için risk taşıyan hastalıklar ve diş hekimlerinin mesleki rahatsızlıkları. Gülhane Tıp Dergisi 2007; 49: 204-212
4. Owen B D., Kene K., Olson S., An ergonomic approach to reducing back/shoulder stress in hospital nursing personnel: a five year follow up International Journal of Nursing Studies 39 (2002) 295–302

## Kaynaklar

1. Ahoren M, Launis M, Kuorinka T. Ergonomic Workplace Analysis. Finnish Institute of Occupational Health: Ergonomics Section; 1989.
2. Andrews, G. J. A. , Kornas, B. Ergonomics, Fundamentals of senior pupils. Edinburgh: Napier College, Collington Road; 1982.
3. Ayoğlu, F.N.,Kıran, S., Güler, Ç., Ergonomide denetim listeleri, İçinde: Çağatay Güler. (ed);Sağlık Boyutuyla Ergonomi; Palme Yayıncılık, Ankara, 2004.
4. Bridger, R. S. , Introduction to ergonomics, pgs 27- 30, McGraw-Hill Inc. , New York, 1995.
5. Bridger, R. S. , Introduction to Ergonomics, McGraw-Hill Inc, New York, 1995.
6. Brouha, L; Physiology in Industry, (2 nd edition) , Pergamon Press, Riverside, NJ, 1967
7. **Chapanis, A. , Introduction to human factors consideration in system design. In C. M. Mitchell, P. Balen, and K. Moe (Eds) , Human factors considerations in system design (NASA Conference Publ. 2246) , National Aeeronautic and Space Administration, Washington, 1983.**
8. Chapanis, A. , Introduction to human factors consideration in system design. In C. M. Mitchell, P. Van Balen, and K. Moe (Eds) , Human factors considerations in system design (NASA Conference Publ. 2246) , National Aeeronautic and Space Administration, Washington, 1983.
9. Christensen, J. M. ; Topmiller. , D. A. , Gill, R. . ; Human Factors Definitions Revisited, Human Factors Society Bulletin, 31, 7-8, 1988.
10. Crawford L, Gutierrez G, Harber P. Work environment and occupational health of dental hygienists: a qualitative assessment. J Occup Environ Med. 2005 Jun;47(6):623-32
11. Dawson AP, Steele EJ, Hodges PW, Stewart S. Development and test-retest reliability of an extended version of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire(NMQ-E): a screening instrument for musculoskeletal pain. J Pain. 2009 May;10(5):517-26
12. Güler, Ç (ed) . ,Ergonomiye Giriş (Ders Notları) , Ankara Tabip Odası, Ankara, (Ocak) 2003.
13. Güler, Ç. , Ergonomiye Giriş, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No. 45, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1997.
14. Kroemer, K, H. E. , Kroemer, H. B. , Kroemer-Ebert, K. E. ; Ergonomics, pg. 5-7How to Design for Ease and Efficiency, Prentice Hall, NJ, 1994
15. Owen B D., Kene K., Olson S., An ergonomic approach to reducing back/shoulder stress in hospital nursing personnel: a five year follow up International Journal of Nursing Studies 39 (2002) 295–302

16. Özdener N., Akbaba N. , Güler, Ç., Tıp ergonomisi, İçinde: Çağatay Güler. (ed);Sağlık Boyutuyla Ergonomi; Palme Yayıncılık, Ankara, 2004.
17. Rempel, D. M. , Janowitz, I. L. , Ergonomics & the prevention of occupational injuries, in Occupational &Environmental Medicine, Joseph LaDou, (41-63) , Prentice Hall Int, Stamford, 1997
18. Sanders, M. , S. , McCormick, E. J. , Human Factors in e-Engineering and Design, (pgs 6-9) 7 th. Ed. McGraw-Hill Inc. , NY, 1992.
19. Smith DR, Mihashi M, Adachi Y, Koga H, Ishitake T. A detailed analysis of musculoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses. J Safety Res.2006;37(2):195-200. Epub 2006 May 5.
20. Stanton A N, Young M S. Giving Ergonomics Away?The Application of Ergonomics by Novices. Applied Ergonomics 2003;34: 479-490.
21. Şenel B.Diş hekimleri için risk taşıyan hastalıklar ve diş hekimlerinin mesleki rahatsızlıkları. Gülhane Tıp Dergisi 2007; 49: 204-212
22. Tekbaş, Ö.F., Güler, Ç. Ergonominin tarihçesi, İçinde: Çağatay Güler. (ed);Sağlık Boyutuyla Ergonomi; Palme Yayıncılık, Ankara, 2004.
23. Wickens, C. D (1992) . *Engineering psychology and human performance*. New York: HarperCollins. , 1992.



## GRUP ÇALIŞMASI-5

# SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA YAŞAMINDAKİ ZİHİNSEL TEHLİKE VE RİSKLERLE SONUÇLARI VE ÖNLEMLERİ

*Burhanettin Kaya. Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Ankara.*

Son yıllara egemen olan yeni liberal politikaların hem ülke düzeyindeki etkileri, hem de sağlık politikalarında yaşana aynı yöndeki değişimler sağlık çalışanlarının akıl ve ruh sağlığını etkileyen çok önemli risk etkenleri ile karşı karşıya kalmasını sağladı. Çalışma koşullarının değişimi, aşırı çalışma, güvencesiz çalışma, belirsizlik, sağlık çalışanına yönelik şiddet vb. durumlar bu etkenlerin başında geliyor. Çalışma yaşamındaki bu değişim sonucu, çalışanların kişisel davranışlarında da değişiklikler ortaya çıktığını, stres düzeylerinin arttığı, iş doyumunun azaldığı ve sağlık üzerine etkili diğer faktörleri olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Sağlıkın toplumsal belirleyicilerini saptamak amacıyla İngiltere’de kamu çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada, ulusal sağlık sisteminde çalışanların dörtte birinde iş stresine bağlı akıl sağlığı sorunlarıyla ilgili belirtilerin olduğu görülmüş, psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı %17.8 olan genel toplumla karşılaştırıldığında sağlık işkolunda psikiyatrik hatsallıkların görülme sıklığı %27.8 bulunmuştur (1). Bu çalışma İngiltere’de kamu sağlık sisteminin özelleştirmeler nedeniyle küçüldüğü ve çalışanların olası işten atılma stresi ile karşı karşıya olduğu bir zamanda yapılmıştır. Ayrıca iş ortamında sosyal desteğin azalması ve bireyin iş ortamında karar verme yetisinin azaltılması, işle ilgili sorumlulukların artması ve ödül-çaba dengesizliği ile psikiyatrik bozukluk yaygınlığı arasında ilişki bulunmuştur (2). İş yerindeki stres kaynakları kadar iş dışındaki olumsuzlukların ve kişilik özelliklerinin de önemli olduğu anımsatmak gerekir. Çeşitli ülkelerde yapılan bir çok araştırma sağlık çalışanlarında anksiyete bozuklukları, depresyon, uyum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, tükenmişlik, intihar gibi bir çok ruhsal tepki ve bozukluğun ortaya çıktığını göstermiştir.

Bu sunumda, sağlık çalışanlarının karşılaştığı riskler ve sonuçları, bu risk etkenleriyle başa çıkma yolları üzerine bir tartışma yürütülmeye çalışılacaktır.

### Kaynaklar

1. Hardy GE, Shapiro DA, Borrill CS.. 83-92, Wall, T., Bolden, R. ve ark.; 1997: 519-523
2. Stansfeld, SA., Fuhrer, R. ve ark. 1999: 302-307).