



SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI
4. ULUSAL KONGRESİ

SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ
SAĞLIĞI
IV.
ULUSAL
KONGRESİ

16-17 KASIM 2013 / ANKARA

DÜZENLEYİCİ KURUMLAR

PETROL-İŞ • TÜRK EBELER DERNEĞİ • TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
TÜRK ECZACILAR BİRLİĞİ • TÜRK HEMŞİRELER DERNEĞİ
TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ • DEV SAĞLIK-İŞ
ANESTEZİ TEKNİSYENLERİ VE TEKNİKLERİ DERNEĞİ
SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET EMEKÇİLERİ SENDİKASI
TÜRK MEDİKAL RADYOTEKNOLOJİ DERNEĞİ

Sağlık alışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası, Abdülkadir Noyan Konferans Salonu
16-17 Kasım 2013, Ankara

Birinci Baskı, Şubat 2014, İstanbul
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

Yayına Hazırlayan: Dr. Hasan Oğan

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

İÇİNDEKİLER

Açılış Konuşmaları

<i>Dr. Hasan Oğan</i>	10
<i>Dr. Arzu Çerkezoğlu</i>	12

Çalışmak Sağlığa Zararlıdır	15
--	----

Sağlıkta Sermaye-Emek: Tekelleşme-Parçalanma; Gelecek?	27
---	----

Hizmet Sunma Yükümlülüğünün Sınırları Nelerdir?	45
--	----

Sağlık Çalışanlarının Meslek Hastalıkları, İş Kazaları ve Sonuçları	55
--	----

Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sağlığı: Güncel Durum / <i>Özlem Azap</i>	56
--	----

Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Karşılaştıkları Riskler ve Maruziyet Sıklıkları <i>Mevlûde Karadağ, Esmâ Kabasakal</i>	58
---	----

Sağlık Hizmetinde Riskler ve Sorumlu Kurumların Yaklaşımı	67
--	----

Kan ve vücut sıvıları ile bulaşan etkenler açısından Türkiye'de durum ve korunma yolları <i>Önder Ergönül</i>	68
--	----

Solunum yolu ile bulaşan etkenler açısından Türkiye'de durum ve korunma yolları <i>Fatma Evyapan</i>	75
---	----

Radyolojik riskler açısından Türkiye'de durum ve korunma yolları / <i>Nezaket Özgür</i>	79
---	----

Ergonomik Riskler ve Korunma Yolları / <i>Dr. Fzt. Songül Atasavun Uysal</i>	88
--	----

Anestezi ve Mesleki Sağlık / <i>Anestezi Tek. Bekir Sandal</i>	91
--	----

Sözlü bildiri sunumları	103
--------------------------------------	-----

Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Sağlık / Güvenlik Koşulları / <i>Arda Saygılı</i>	104
---	-----

Göğüs Hastalıklarında Hekime Yönelik Şiddet (Düzce Deneyimi) <i>Sinem Berik, Fatih Alaşan, Peri Meram Arbak</i>	106
--	-----

Hemşirelerle İşle İlgili Kas İskelet Problemleri ve İlişkili Faktörler; Pilot Çalışma <i>Yeter Kiriş, Ayten Şentürk Erenel, Ümrân Dal</i>	108
--	-----

Sterilizasyon Ünitelerinde Elektromanyetik Alan Maruziyeti ve Korunma Önerileri <i>Arzu Fırlarlar</i>	111
--	-----

Bir Üniversite Hastanesinde Web Tabanlı İş Kazası Bildirim İstemi Pilot Çalışma Sonuçları <i>Sabriye Özcan, Özay Işık, Gülhan Ersoy, Alp Ergör</i>	116
---	-----

Sağlık Çalışanlarının da İşe Bağlı Sağlık Sorunları, Meslek Hastalıklarının "Gerçekten Ortaya Koyabilmek" İçin Yeni Paradigma Değişikliğine, Net Terminolojik Tanımlamalara Acil Gereksinim <i>İbrahim Akkurt</i>	119
---	-----

Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Psikososyal Riskler	123
---	-----

Tükenmişlik Sendromu ve Baş Etme Yolları / <i>Reyhan Algül</i>	124
--	-----

Travma Ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Nasıl Baş Edeceğiz? / <i>Burhanettin Kaya</i>	127
---	-----

Yıldırma (Mobbing): Nedenler, Sonuçlar Ve Çözüm Yolları / <i>Nermin Gürhan</i>	131
--	-----

Sağlık Çalışanlarının Sağlığına ve Güvenliğine Yönelik Hukuksal Yaklaşım ve Uygulamalar	141
--	-----

Sağlık Hizmetinde İş kazaları ve Meslek Hastalıklarında Hukuksal Çözüm, Hukuksal Algoritma <i>Yıldız Ertuğ Ünder</i>	142
---	-----

Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı İş kazaları ve Meslek Hastalıklarında Genel Durum, Örnek Olgular <i>Şeref Özcan</i>	148
---	-----

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Örgütsel Tutum	159
--	-----

<i>Türk Eczacıları Birliği / Arman Üney</i>	160
---	-----

<i>Türk Dişhekimleri Birliği / Serdar Sütçü</i>	163
---	-----

<i>Türk Hemşireler Derneği / Oya Nuran Emiroğlu</i>	166
---	-----

<i>Türk Tabipleri Birliği / Bayazıt İlhan</i>	168
---	-----

<i>Devrimci Sağlık İş Sendikası / Özge Yuttaş</i>	170
---	-----

<i>Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası / Çetin Erdolu</i>	173
--	-----

Yazılı Bildiriler	191
--------------------------------	-----

Destekleyen Kurumlar

1. Adana-Osmaniye Tabip Odası
2. Ankara Tabip Odası
3. Aydın Tabip Odası
4. Batman Tabip Odası
5. Bursa Tabip Odası
6. Denizli Tabip Odası
7. Fişek Enstitüsü
8. Gaziantep-Kilis Tabip Odası
9. HASUDER
10. İstanbul Tabip Odası
11. İş Sağlığı Hemşireliği Derneği
12. Konya Tabip Odası
13. Manisa Tabip Odası
14. Tekirdağ Tabip Odası
15. TTB- Genel Pratisyenlik Enstitüsü
16. TTB - Halk Sağlığı Kolu
17. TTB- İşçi Sağlığı Kolu
18. TTB - Pratisyen Hekimlik Kolu
19. TTB - Sağlık Politikaları Kolu
20. TTB – Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu
21. Türk Biyokimya Derneği
22. Türk Cerrahi Derneği
23. Türk Dermatoloji Derneği
24. Türk Klinik Mikrobiyoloji Ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği
25. Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
26. Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği
27. Türk Nöroloji Derneği
28. Türk Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Derneği
29. Türk Psikologlar Derneği
30. Türk Toraks Derneği
31. Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Derneği
32. Türkiye Psikiyatri Derneği

Kongre Başkanı

Arzu Çerkezoğlu / *Dev Sağlık İş Başkanı / DİSK Genel Sekreteri*

Kongre Sekreterleri

Hasan Oğan / *TTB*

Özlem Azap / *TTB*

Düzenleme Kurulu

1. Alpaslan Türkkkan / *Türk Tabipleri Birliği*
2. Arman Üney / *Türk Eczacıları Birliği*
3. Banu Çaycı / *Türk Biyokimya Derneği*
4. Bedriye Yorgun / *Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası*
5. Celal Emiroğlu / *Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası*
6. Ercan Yavuz / *TTB - Sağlık Politikaları Kolu*
7. Figen Şahbaz / *TTB - Genel Pratisyenlik Enstitüsü*
8. Funda Keleş / *Devrimci Sağlık İş Sendikası*
9. Gamze Varol Saracoğlu / *Türk Tabipleri Birliği*
10. Gürhan Fişek / *Fişek Enstitüsü*
11. Haldun Soygür / *Türkiye Psikiyatri Derneği*
12. Hasan Kaldık / *Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası*
13. Hasan Oğan / *Türk Tabipleri Birliği*
14. Hasan Uygur Koç / *Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği*
15. İbrahim Doğan Gül / *Petrol İş Sendikası*
16. Meral Türk / *TTB - Halk Sağlığı Kolu*
17. Mevlüde Karadağ / *Türk Hemşireler Derneği*
18. Mustafa İlhan / *HASUDER*
19. Nezaket Özgür / *TMRT-DER*
20. Nurşen Yılmaz Badi / *Fizyolog*
21. Oya Nuran Emiroğlu / *Türk Hemşireler Derneği*
22. Sedat Abbasoğlu / *TTB - İşçi Sağlığı Kolu*
23. Serdar Sütçü / *Türk Dış Hekimleri Birliği*
24. Ufuk Ergün / *Türk Nöroloji Derneği*
25. Yeter Kitiş / *İş Sağlığı Hemşireliği Derneği*
26. Zafer Çelik / *TTB - Pratisyen Hekimlik Kolu*

Bilimsel Danışma Kurulu

1. Alpay Azap / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hast. ve Kl. Bakterioloji AD
2. Aslı Davas / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
3. Ayşe Beşer / Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
4. Burhanettin Kaya / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD
5. Can Atalay / Türk Cerrahi Derneği
6. Cavit Işık Yavuz / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
7. Cem Terzi / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
8. Feride Aksu Tanık / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
9. Hayriye Ünlü / Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Böl.
10. Helin Aras Tek / Türk Dişhekimleri Birliği
11. Mehmet Zencir / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
12. Meltem Çiçeklioğlu / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
13. Mintaze Kerem Günel / Hacettepe Ün. Sağlık Bil. Fak. Fizik Ted. ve Rehabilitasyon Böl.
14. Murat Civaner / Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD
15. Nuran Güler / Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
16. Nurettin Abacıoğlu / Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD
17. Oğuzhan Özcan / Türk Biyokimya Derneği
18. Okan Akhan / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD
19. Onur Hamzaoğlu / Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
20. Önder Ergönül / Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği
21. Özay Özkaya / Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
22. Özlem Özkan / Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
23. Peri Arbak / Türk Toraks Derneği
24. Raşit Tükel / İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD
25. Reyhan Uçku / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
26. Selçuk Candansayar / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD
27. Şeref Özkara / Türk Toraks Derneği
28. Şevkat Bahar Özvarış / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
29. Zuhâl Bahar / Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
30. Zuhâl Kunduracılar / Bülent Ecevit Üniv. Zonguldak Sağ. Yüksekokulu Fizy. ve Reh. Böl.

Program / 16 Kasım Cumartesi

08.30 – 09.00 Kayıt

09.00 – 09.15 Dinleti

09.15 – 09.30 Açılış Konuşması

Kongre Başkanı Dr. Arzu Çerkezoğlu / *Devrimci Sağlık İş / DİSK Genel Sekreteri*

09.30 – 10.30 “Çalışmak Sağlığa Zararlıdır”

Yürütücü: Meral Türk / *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

AnnieThebaud-Mony

Sosyolog, yazar, INSERM (Fransız Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırmalar Enstitüsü)

10.30 – 10.45 Ara

10.45 – 12.15 Sağlıkta Sermaye-Emek: Tekelleşme-Parçalanma; GELECEK?

Yürütücü: Arzu Çerkezoğlu

Kansu Yıldırım / *Ankara Tabip Odası Sağlık Politikaları Uzmanı*

Eriş Bilaloğlu / *Toplum ve Hekim Dergisi Hakem Kurulu Üyesi*

12.15 – 13.00 ARA

13.00 – 13.30 Hizmet Sunma Yükümlülüğünün Sınırları Nelerdir?

Yürütücü: Feride Aksu Tanık / *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Murat Civaner / *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD*

13.30 – 14.45 Sağlık Çalışanlarının Meslek Hastalıkları, İş Kazaları ve Sonuçları

Yürütücüler: Can Atalay / *Türk Cerrahi Derneği*

Cavit Işık Yavuz / *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*

Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sağlığı: Güncel Durum / Özlem Azap

İşe Bağlı Yaşanmışlıklar / Forum

14.45 – 15.00 Ara

15.00 – 17.00 Sağlık Hizmetinde Riskler ve Sorumlu Kurumların Yaklaşımı

Biyolojik ve radyolojik riskler/ Salon A

Yürütücüler: Helin Aras Tek / *Ankara Dış Hekimleri Odası*

Selçuk Atalay / *Ankara Tabip Odası*

– Kan ve vücut sıvıları ile bulaşan etkenler açısından Türkiye’de durum ve korunma yolları

Önder Ergönül / *Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği*

– Solunum yolu ile bulaşan etkenler açısından Türkiye’de durum ve korunma yolları

Fatma Evyapan / *Türk Toraks Derneği / Pamukkale Üniversitesi Göğüs Hast. AD.*

– Radyolojik riskler açısından Türkiye’de durum ve korunma yolları

Nezaket Özgür / *Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği*

Fiziksel ve Kimyasal Riskler/ Salon B

Yürütücüler: Zuhâl Kunduracılar

Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Ahmet Başaran / *Türk Eczacıları Birliği*

Ergonomik Riskler ve Korunma Yolları

Dr.Fzt. Songül Atasavun Uysal / *Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi bölümü*

Anestezi ve Mesleki Sağlık

*Anestezi Tek. Bekir Sandal / Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği
Gazi Üniv. Tıp Fak. Anesteziyoloji Ve Reanimasyon AD*

17.00 – 17.15 Ara

17.15 – 18.00 Sözlü bildiri sunumları

Yürütücüler: Figen Şahbaz / *TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü*

Hasan Kaldık / *Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası*

19.00 – 20.00 Kokteyl

20.00 – 22.30 Dar Ayakkabı İle Yaşamak - Ankara Sanat Tiyatrosu

17 Kasım Pazar

09.30 – 11.00 Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Psikososyal Riskler

Yürütücüler: Özge Yenier Duman / *Serbest hekim*

Mevlüde Karadağ / *Türk Hemşireler Derneği*

- Tükenmişlik Sendromu ve Baş Etme Yolları

Reyhan Algül / *PEDAMED Psikiyatri Merkezi*

- Travma Ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Nasıl Baş Edeceğiz?

Burhanettin Kaya / *Gazi Üniversitesi Psikiyatri AD*

- Yıldırma (Mobbing): Nedenler, Sonuçlar Ve Çözüm Yolları

Nermin Gürhan / *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

11.00 – 11.15 Ara

11.15 – 12.30 Sağlık Çalışanlarının Sağlığına ve Güvenliğine Yönelik Hukuksal Yaklaşım ve Uygulamalar

Yürütücüler: Arif Müezzinoğlu / *Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı Kolu*

Yeter Kitiş / *İş Sağlığı Hemşireliği Derneği*

Sağlık Hizmetinde İş kazaları ve Meslek Hastalıklarında Hukuksal Çözüm, Hukuksal Algoritma

Yıldız Ertuğ Ünder / *Serbest Avukat*

Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı İş kazaları ve Meslek Hastalıklarında Genel Durum, Örnek Olgular

Şeref Özcan / *İş Güvenliği Müfettişi*

12.30 – 13.15 ARA

13.15 – 15.45 Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Örgütsel Tutum

Yürütücüler: Alparlan Türkkkan / *Türk Tabipleri Birliği*

Aslıhan Han Özden / *Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası*

Türk Dişhekimleri Birliği / *Serdar Sütçü*

Türk Hemşireler Derneği / *Oya Nuran Emiroğlu*

Türk Tabipleri Birliği / *Bayazıt İlhan*

Türk Eczacıları Birliği / *Arman Üney*

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası / *Çetin Erdolu*

Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği / *Nezaket Özgür*

Devrimci Sağlık İş Sendikası / *Özge Yuttaş*

15.45 – 16.00 Ara

16.00 – 16.30 Kongre Değerlendirme ve Kongre Kapanış Bildirisi

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI 4. ULUSAL KONGRESİ

Hasan Oğan

Sağlık Çalışanları Sağlığı Çalışma Grubu

Bizler, sağlık çalışanları olarak hekimi, hemşiresi, teknisyeni, yardımcı hizmetlisi ve diğer personelleri ile bu ülkede en kötü koşullarda en zor şartlarda bir milyona yakın sağlık emekçisi olarak emeğimizin karşılığının dışında hiçbir beklenti olmaksızın hizmet vermekteyiz. Ancak sağlık hizmetlerini verirken ne yazık ki bir yandan da sağlığımızı kaybediyor, ölümlerle karşı karşıya kalıyoruz. Bildiğiniz gibi çok genç yaşta arkadaşlarımızı bir şekilde kaybediyorlar.

Bizler mesleklerimizi yaparken her türlü mesleki riskle karşılaşmayı bir şekilde kabul ettik.

Ancak şunu da biliyoruz ki mesleki riskler vardır fakat çözümsüz değildir. Bugüne dek sağlık çalışanlarının sağlığı konusunda birçok değerli çalışma yürütüldü. Sağlık çalışanlarının sağlığına yönelik 2010 yılında yaptığımız çalıştay sonucunda sağlık alanında örgütlenmiş bulunan 10 sağlık kurumu ile Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu'nu oluşturduk. Çalışma grubu olarak daha önceki arkadaşlarımızın başlatmış olduğu bu mücadeleyi kararlı bir şekilde ve sonuna kadar, gidebildiğimiz yere kadar sürdürmeye kararlıyız, ısrarcıyız.

Bugün ve yarın gerçekleştireceğimiz Dördüncü Ulusal Kongre'de de yine sağlık sistemini, sağlık sisteminin bizler üzerinde yarattığı sorunları bir şekilde ortaya koyarak, bilimsel analizlerini yaparak çözümler üretmeye ve buna karşı yapılacak olan mücadelenin temellerini çizmeye çalışacağız.

Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ortaya çıkarttığı ve de gittikçe ağırlaşan güvencesizlik, angarya, esnek çalışma, taşeronlaşma, şiddet ve bulaşıcı hastalıklar gibi mesleki risklerimiz her geçen gün artmakta. Bu artışa rağmen henüz sağlık çalışanları kendi sağlıklarına yeterince duyarlılık göstermiyor. Bu durum önümüzdeki dönemde çözmemiz gereken önemli sorunlardan bir tanesi. Ve bu çerçevede şunun altını çizmek istiyoruz, gerek kişi olarak gerek kurumlar olarak mutlaka sağlık çalışanlarının sağlığını

gündemimize almak ve elimizden gelecek her türlü desteği, çabayı, mücadeleyi sonuna kadar sürdürmek zorundayız.

Bugüne kadar bu mücadeleyi yürüten, destek veren arkadaşlara da gerek kuramsal olarak gerek kişisel olarak teşekkür etmek istiyorum. Kongremizin yurtdışından gelen çok değerli bir konuğu var, Sayın Annie Thebaud-Mony. Kendisi bir bilim kadını, yazar, aktivist ve dünya genelinde önemli mücadeleler yürütmekte. Kendisine de buradan teşekkür etmek istiyorum.

İyi bir kongre geçirmemizi dileyerek Sağlık Çalışanları Sağlığı Çalışma Grubu adına teşekkürler ederim.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI 4. ULUSAL KONGRESİ

Arzu Çerkezoğlu

Kongre Başkanı

Devrimci Sağlık İş Sendikası Başkanı / DİSK Genel Sekreteri

Değerli dostlar, herkese merhaba.

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi'ne hoş geldiniz. Sözlerime başlamadan önce bu kongrenin düzenlenmesinde emeği geçen tüm arkadaşlarımıza, Kongre Düzenleme Kurulu'muza, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubuna, Bilimsel Danışma Kurulu'na, kongre sekreteryasına teşekkür ederek başlamak istiyorum, tüm sağlık çalışanları ve işçi sınıfı adına.

Bugün çok önemli bir konuğumuz var. Çok uzaklardan, Fransadan Annie Thebaud-Mony bugün bizlerle birlikte. Kendisine tüm dünyada işçi sınıfının mücadelesinde bugün artık çok önemli olan bu alanda yaptığı çalışmalarla ve aynı zamanda ülkesinde önemli bir ödül olan Fransız Devlet Nişanı'nı reddederek sınıf işçi sınıfı mücadelesine çok önemli bir katkı sunduğu için teşekkür etmek istiyorum.

Sağlık piyasalaşınca, her şey ama her şey para olunca ve bütün bir sağlık sistemi piyasanın kuralları üzerinden şekillendirilince Türkiye'de son 20 yıldır, özellikle de son 10 yıldır AKP iktidarında hayata geçirilen Sağlık Dönüşüm Programı ile birlikte hem sağlık hizmetini alanlar, hem de biz sağlık çalışanları bu süreçten çok ciddi anlamda kuşkusuz etkilendik.

Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları hem de yaşam koşulları bu süreçten olumsuz olarak etkilendi. Sağlıkta piyasalaşmayla birlikte sağlık alanında yaşanan güvencesizlik ve güvencesizliğin en ağır biçimini yaşayan taşeron işçiler ve bir bütün olarak sağlık ortamının piyasalaştırılmasının yarattığı tahribat aslında sağlık çalışanlarının, bizlerin hem çalışma koşullarını hem yaşam koşullarını hem de sağlık koşullarını son derece olumsuz bir noktaya getirdi.

Bu nedenle özellikle son yıllarda yürüttüğümüz bu çalışma bizim de sendika olarak bileşeni olmaya çalıştığımız ve katkı sunmaya çalıştığımız bu çalışma aslında hem sağlık çalışanları açısından hem de bir parçası olduğumuz işçi ve emekçi sınıfın bütünü açısından son derece önemli. Çünkü bizler iş yerlerimizde çalışırken sağlığın piyasalaştırılmasının yarattığı tahribatı her gün ama her gün yaşıyoruz. Ve bizler diyoruz ki aslında sağlık çalışanlarının sağlığı aslında bir bütün olarak işçi sınıfının ve tüm emekçilerin işçi sağlığı ve iş güvenliği sürecinin aynı zamanda bir parçası. Ve bugün artık kapitalizmin bu döneminde yani bir önceki dönemki refah döneminden farklı olarak kazanılmış bazı hakların kurumsallaştığı dönemden farklı olarak, emek ve sermaye arasındaki ilişki düzeninin aslında bir bütün olarak yeniden şekillendiği ve sermayenin emek üzerindeki tahakküm alanının sermaye lehine daha da geliştirilmeye çalışıldığı bu dönemde artık işçi sağlığı ve iş güvenliği alanı çok daha önemli bir hale geldi.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği bir yanıyla bu kongrede bir bütün olarak çokça konuşacağımız, tartışacağımız ve çok önemli sonuçlara ulaşacağımıza inandığımız, bir yanıyla da bilimsel teknik bir mesele bu son derece önemli. Ama yanı zamanda yaşanan bu dönemde, sistemin bu anında, son derece önemli bir toplumsal ve politik bir mesele. Çünkü bugün bu sistem, kapitalizm artık işçi sınıfına, emekçilere hiçbir şey vadedecek durumda değil. Var olan tüm hakları ortadan kaldırmaya çalışıyor. Ve tüm emekçilerin çalışma ve yaşam koşullarını daha olumsuz bir noktaya götürmeye çalışıyor. Tam da böylesi bir dönemde aslında işçi sağlığı ve iş güvenliği alanı artık bizim açımızdan doğrudan bir mücadele ve örgütlenme alanı olarak görülmek zorunda. Bu nedenle de yürütülen tüm bu çalışmaları Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubunun ortaya koyduğu bir dizi çalışma ve bu emek sadece sağlık çalışanları sağlığı açısından değil tüm bir işçi sınıfı açısından son derece önemli ve değerli.

Öyle bir ülkede yaşıyoruz ki aslında aynı zamanda da dünyada, ama ülkemizden konuşursak bugün artık güvencesiz çalıştırma insanların tüm emekçilerin yaşamla kurduğu ilişkinin bir bütünü olarak güvencesiz hale getirildiği bu süreç başat hale geldi. Güvencesiz çalıştırma ve onun en ağır biçimi olan taşeron çalıştırma artık bugün insanların canına kast eder durumda ve artık çalışma yaşamı o kadar güvensizleştirildi ki daha birkaç gün önce işçi bile sayılmayan, sigortasız çalışmak zorunda kalan bir ev işçisi arkadaşımız İstanbul'da cam silerken dördüncü kattan düşerek yaşamını yitirdi. İnşaatlarda, tersanelerde sağlık iş kolunda güvencesiz çalıştırma artık insanların canına kast ediyor. Bunların hiçbiri tesadüf değil. Tıpkı yaşanan birçok salgında, örneğin kuş gribi salgınında yaşamını ilk kaybeden sağlık emekçisinin bir taşeron sağlık işçisi olmasının tesadüf olmadığı gibi.

Hemen yanı başımızda, karşımızdaki hastanede Türkiye'nin başkentinde Türkiye'nin en büyük tıp fakültesi hastanelerinin bir tanesinde Türkiye'de böyle bir tablo var. Yıllardır açlık sınırının bile altında bir asgari ücretle çalışmaya mahkum edilen, böyle bir asgari ücretle çocuklarını yaşatmaya mahkum edilen, her türlü hakkı elinden alınmış sağlık işçilerinin, sağlık hizmetinin bir parçası olan sağlık işçilerinin sendikalaştığı için, insanca bir yaşam ve çalışma koşulları istediği için ve bunu yüksek sesle söylediği için işten çıkartılabildiği ve 41 tane arkadaşımız bugün Hacettepe Üniversitesi yönetimi tarafından

haklarını istediği için işten çıkartıldı. Böyle bir ülkede yaşıyoruz. Herhalde daha fazla söze gerek yok. Bu yapılan çalışmalar ortadaki bu emek ve sağlık çalışanlarının sağlığı ve tüm işçi sağlığı ve iş güvenliği alanının tarihin bu döneminde bizler açısından ne kadar önemli bir mücadele ve örgütlenme alanı haline geldiğinin en açık göstergelerinden bir tanesi bugün yaşadığımız pek çok örnek ve arkadaşlarımızın yaşadığı süreç.

Ben bu nedenle tekrar bu kongrenin düzenlenmesinde emeği geçen tüm arkadaşlarımıza tüm düzenleyici örgütler adına bir kez daha teşekkür ediyorum. Ve kongremizin başarılı geçeceğine olan inancımınla Devrimci Sağlık İş Sendikası, Kongre Düzenleme Kurulu'muz ve DİSK adına sizleri sevgiyle, saygıyla selamlıyorum.

ÇALIŞMAK SAĞLIĞA ZARARLIDIR

Meral Türk

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Annie Thebaud-Mony

Sosyolog, yazar, INSERM

(Fransız Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırmalar Enstitüsü)

Aslı Odman

Mimar Sinan Üniversitesi

İstanbul İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi - Çeviri

ÇALIŞMAK SAĞLIĞA ZARARLIDIR

Meral Türk

Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD - Yürütücü

Aslı Odman

Mimar Sinan Üniv. - İstanbul İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi - Çeviri

Meral Türk

Biraz önce de belirtildiği gibi Annie Thebaud-Mony meslek hastalıkları alanında çalışmalar yapan halk sağlıkçı, sosyolog. Çok sayıda eseri var. Fransa'da Ulusal Sağlık ve Tıp Araştırmaları Enstitüsü'nün Mesleki Kanseler bölümünün başkanı. İşçi sağlığı açısından aynı zamanda Fransa, Brezilya, Kanada ve Japonya'yı karşılaştıran bir sosyoloji programının da yürütücüsü. Sağlık, iş, çevre alanında mücadeleyi desteklemek üzere kurulan Henri Pézerat Derneği'nin de başkanı. Asbestin yasaklanmasına yönelik yapılan çalışmalarda da çok katkısı var. Asbest kullanımına karşı uluslararası düzeyde mücadele eden birliklerin oluşturduğu "Ban Absestos" ağının da sözcüsü. Çok önemli olan, dikkatimizi çeken ve onur konduğumuz olarak çağırımıza yol açan 31 Temmuz 2012'de Fransa'da en tanınmış madalyalardan biri olan Légion d'honneur'ü (Lejyon donör) reddetmesi. Nedenini açıklamak üzere Bakana yazdığı mektupta işçi sağlığı ve endüstriyel suçlar konusundaki umarsızlığı protesto etmek için reddettiğini açıklamış.

2012 yılında Ayşe Güren'in dilimize çevirdiği "Çalışmak Sağlığa Zararlıdır" kitabı ile onunla tanıştık. Kitabın ilk çevirisi Türkçe olmuş. İngilizce çevirisi bile henüz tamamlanmamış. Başka eserleri de var. Başta mesleki kanseler olmak üzere, meslek hastalıkları, iş yasaları, alt işveren ilişkileri, sosyal eşitsizlikler ve halk sağlığı hizmetleri gibi geniş bir çerçevede bireysel ve kolektif çalışmalarını sürdürmekte. Diğer eserlerinden bahsedecek olursam Endüstri Toplumlarının Tersyüzü; Fransa'da Meslek Hastalıklarının Kabulü; Sosyal Güvencesizleştirme, İş, Sağlık; Nükleer Endüstride Alt İşveren, İş İlişkisi ve Kölelik; Avrupa Birliği'nde İş Organizasyonu ve Sağlık; Nükleer Kölelik; Fransız Sivil Nükleer Sanayisinde Alt İşveren İş İlişkisi ve Sağlık; İş Sağlığına Eleştirel Yaklaşım gibi farklı eserleri de var.

Size mektubundan bazı bölümler okumak istiyorum. Légion d'honneur dediğim gibi önemli bir madalya Fransa'da. Daha önce Türkiye'den Atatürk, Ali Bozer, Feridun Karakaya, Jak Kamhi, Ahmet Dinçyürek, Ekrem Akurgal gibi çok sayıda kişiye de teklif edilmiş. Annie Thebaud-Mony'nin reddetmesi o açıdan önemli. Fakat Fransa'da ciddi

ilgiyle karşılanarak iş suçu, iş suçlarının cezasız kalması, başkalarının hayatını tehlikeye atma, iş onuru sağlığı ve güvenliği, iş suçlarının tazminatlarla muhasebeleştirilmesi gibi göz ardı edilmesine alışılmış konuların gündeme girmesini sağlamış.

Mektubundan bazı bölümler;

“Bildiğiniz gibi son 30 senede halk sağlığı, işçi sağlığı ve sağlık alanında özellikle de kansere yakalanma riski açısından bakıldığında yeniden üretilen sosyal eşitsizlikler konusunda araştırmalar yapmaktayım. Şimdiye kadar yaptıklarımın kurumsal olarak tanınması yalnızca benimle, şahsi kariyerimle ilgili bir mesele olmaktan çok yeni araştırmaların yapılması elzem olan bu alanda genç bilim insanlarının yetiştirilmesiyle ilgili bir meseledir. Bu açıdan bakıldığında meslek hayatımın son 10 senesinde şahsi çalışmalarımın bloke edilmesi manalıdır. Birinci kademedeki araştırma müdürelğine olan başvurum sistematik olarak reddedildi. Bundan çok daha acı olan ise benimle çalışan pek çok genç ve parlak araştırmacının yüzüne kurumsal kapıların kapatılmış olması. Araştırmaların niteliği ne kadar yüksek olursa birim müdürleri tarafından desteklenmedikleri için daha ciddi bir mesleki ve iktisadi güvencesizlik içinde yaşamaya devam ediyorlar. Seine-Saint Denis Üniversitesi’nde 10 sene önce hayata geçirdiğimize iş kaynaklı kanserler konusunda uzmanlaşmış programlarımız her ne kadar sürdürdüğü bilimsel çalışmalarını nitelikleriyle ulusal ve uluslararası arenada gayet iyi tanınmış olsa da hala ciddi bir kurumsal belirsizlikten mustarıptır. İstisnai olarak aldığı bazı kurumsal destekler ise bu kırılmalı ve belirsiz durumu değiştirmemektedir. Tüm bu seneler zarfında programa başta resmi araştırma yönetici kadrosu verilmedi. Bu programın çalışmalarının devamlılığı sağlamak ve genç araştırmacıların istihdamına elimizden geldiğince güvence kazandırabilmek için sürekli bir kaynak arayışı içinde olmak zorundaydık. Bilimsel dilencilik olarak tanımladığım bu faaliyetin kamu faydası adına kamu fonlarıyla gerçekleştirilmesi ilkesinden ödün vermeden ve başka çıkar ilişkilerine boyun eğmeden yapmaya çalıştık.

Takdir edebileceğiniz gibi halk sağlığı alanında tüm araştırmalar somut dönüşüm ve eylem için müdahil bir bilgi türü üretirler. Bu yüzden gösterdiğim tüm çaba araştırma programımızın çalışmalarının sonuçlarının çalışma koşullarını dönüştürme ve önem stratejilerinin hayata geçirilmesi için ciddiye alınacağı umuduyla verilmiştir. Fakat şimdi geriye dönüp 30 senelik mesleki hayatım boyunca şahit olduğum dönüşümlere baktığımda çalışma koşullarının gittikçe kötüleştiğini, asbestin yarattığı insani felaketlerin fark edilmesine rağmen, bu acılı keşfin mesleki ve kanser salgınlarına karşı bir mücadele stratejisine dönüştürülemediğini, risklerin işverenler tarafından taşeronlara aktarıldığını her kesimden işçilerin, sanayi, tarım, hizmetler, kamu sektörü çalışanlarının en korumasız kısmının fiziksel, örgütsel ve psikolojik risklerin korkunç bir birleşimine umarsızca maruz kalmalarına yol açtığı görüyorum. Böyle bir anda halk sağlığı alanında çalışan bilim insanlarının sorumluluğu ise her anlamda uyarılarda bulunmaktır. İşte bu yüzden bilimsel çalışmalarım da yurttaş hareketlerindeki çalışmalarım da yapmaya çalıştığım hayat, sağlık ve onur hakkı gibi temel hak savunularına katkıda bulunmaya çalışmaktan başka bir şey değil. Ayrıca tüm angajmanlarımın bir kolektif dinamik içerisinde var olduğunu ve anlam bulduğunu hatırlatmak, yalnızca şahsıma tebliğ edilen bir nişanı bu yüzden de kabul edemeyeceğimi ifade etmek isterim.

Her ne kadar şahsıma layık görülen bu nişanın kendimi bir parçası olarak tanımladığım kolektif mobilizasyonların da tanınması anlamına geldiğini bilsem de mesleki hayatıma paralel olarak 30 senedir sanayi risklerinden dolayı sağlığınıza yöneltilmiş tehlikelere karşı mücadele ağlarında aktif olarak yer aldım. Bu mücadele ağları araştırmacılar, işçiler, çiftçiler, gazeteciler, avukatlar, doktorlar ve pek çok farklı başka kesimlerden aktivisten oluşuyor. Bu alanlardaki insanların hepsi kamu faydasının savunulması için verdiği emekten dolayı takdir edilmeyi hak ediyor. Aulnay-sois-bois'da 15 seneden beri tüm yaşam alanını bir felakete sürüklemiş, bitişiğindeki ilkokul öğrencilerinin, işçilerin, mahalle sakinlerinin hayatına mal olmuş olan asbest üretim fabrikasının kurallara uygun bir şekilde yıkılması için mücadele veren Mahalli Dernekler Kolektifi de France Télécom'da, Renault'da veya Peugeot'da iş kaynaklı kanserlerin ve işe bağlı intiharların tanınması için mücadele eden sendikacılar da, Fransa'da asbestle üretimin dehşet veren sonuçlarını ilk kez 1970'lerde kamuoyunun bilincine çıkaran ve hala kanserojenlere maruz aklan işçilerin çalışma hayatı sonrasında tıbbi ve hukuki haklarını savunmaya devam eden Amisol fabrikasının eski kadın işçileri de, kimyasallara maruz kalıp mücadele veren işçiler de, nükleer sektöründe bakım ve temizlik işlerinin çoğunu yapan taşeron işçiler de, mevsimlik tarım işçileri de, kurşun kurbanı işçiler de... Teker teker hepimiz Fransa'da ve Batı dünyasının sınırları dışında da 'ilerleme zayıfatı' olarak gözden çıkarılan o görünmez kıtayı su yüzüne çıkarmak için zamanımızı, aklımızı ve deneyimimizi veriyoruz.”

Son cümleleriyle bitirmek istiyorum:

“Bugün, kendimi parçası olarak tanımladığım yurttaş eylemlerinin öncülerinden olan Henri Pézerat ve onun adını taşıyan dernek adına, takdir edilmesini tüm kalbimle arzuladığım çağrım, gerçekten iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi için, sanayi suçlarının, yarattıkları insani bedeller ölçüsünde Fransa yargısı tarafından cezaya çarptırılmasıdır.”

Şimdi sözü Annie Thebaud'ya bırakalım. Çeviri için Aslı Odman bize yardımcı olacak.

Annie Thebaud-Mony

Öncelikle beni buraya davet eden ve iletişimi mümkün kılan bu kongrenin düzenleyicilerine ve Aslı Odman'a çok teşekkür etmek istiyorum. Bugün buradaki sunumumu işçilerin çalışanların sağlığını tehlike altına atmaktan daha farklı bir şey olmayan sanayi suçları üzerine kurmak istiyorum. Ben bir halk sağlığı uzmanıyım. Sizler sağlık çalışanlarıdır, doktorlar, eczacılar, röntgen uzmanları, hemşireler ve diğer farklı sağlık alanlarında meslek icra ediyorsunuz. Hep beraber işte bu sanayi suçu dediğim suçların işlenmesine, bunların banal, doğal kılınmasın karşı durmamız gerekiyor. İşte bu yüzden bugün burada yapmak istediğim sunumun başlığını “Halk sağlığı için büyük bir tehdit: Sanayi suçları” olarak adlandırmak istedim. Bu sunumu sizin dilinizde yapamadığım için çok üzgünüm. Bu yüzden sizlerin ve benim dertlerimiz arasındaki bu iletişimi kuracak tüm alanlardaki tercümanlara çok teşekkür etmek istiyorum.

Sunumuma çok önemli bir işçi hakları savunucusu avukattan bir alıntı ile başlamak istiyorum, Jean Paul Teissonniere. Jean Paul Teissonniere şöyle demiş: “Sanayi nasıl metala-

rı üretiyorsa aynı iş organizasyonu içerisinde aynı sanayi mantığı içerisinde iş suçlarını, çalışma suçlarını da üretiyor.” Teissonniere bu ifadeyi Total Şirketler Grubu’nun Toulouse’daki AZF şubesinde, gübre üreten AZF şubesinde 21 Eylül 2001’de gerçekleşmiş olan fabrikadaki işçilerin 21’inin hayatına mal olmuş ve Toulouse sakinlerinden binlercesinin yaralanmasına neden olmuş bir patlama sonrasında açılan kamu davasında ifade etmişti. Tam 10 yıl sonra 24 Eylül 2012’de Toulouse temyiz mahkemesi, istihkak mahkemesi fabrikanın genel müdürünü 3 yıl hapse mahkûm etti. Bu hükmün temellendirilmesinde aynen şöyle yazılmıştı: “Mösyö Biechlin, AZF fabrikalarının genel müdürü olan Mösyö Biechlin bu tehlikeli maddelerle işlem yapan ve metropoliten alan içerisinde kurulmuş olan fabrikada nitratlar ve farklı klor maddelerinin birleşiminden doğan tehlikenin farkında olamıyorum gibi bir neden sunması mümkün değildir. O yüzden doğrudan sorumludur.

2012’deki bu mahkeme hükmünde hâkim, Genel Müdür Biechlin’in pek çok konudaki umarsızlığının altını çiziyor. Hem taşeron firmalarda çalışan işçilerin maruz kaldıkları risklere dair umarsızlık, hem işletme içerisindeki atık toplama biriminin durumu hakkındaki bir umarsızlık hem de aynı zamanda farklı kimyasal maddelerin farklı şekillerde depolanması gereken kimyasal maddelerin yan yana durmasına dair bir işlem görmemesi anlamında umarsızlık. Aynı hüküm içerisinde fabrikada taşerona bağlı çalışan işçilerin formasyon ve enformasyonu konusunda, yani maruz kalacakları riskler konusunda hem bilgilendirilmeleri hem de bunlarla işlem görebilmeleri için eğitime tabi tutulmaları konusunda ciddi bir sorumsuzluk ve ihmâl tespit etmiştir. Bu noktada hükmün temellendirmesini doğrudan alıntılar yapmak istiyorum. Hâkim şöyle belirtmiş: “Burada karşı karşıya kaldığımız umarsızlık en ciddi suçlardan birini teşkil ediyor. Çünkü zira tam da bütün bu nedenlerin farkında olarak hem işyerinde çalışan her türlü ücretli ve maaşlıları risk altında bırakmak ve bu risklerle yüzleşebilecek ve bunlarla baş edebilecek bir ekipman ve eğitimden yoksun bırakma ama aynı zamanda 21 Eylül 2001 patlamasının çok iyi gösterdiği yalnızca çalışanları değil aynı zamanda fabrikanın konumlandırıldığı metropoliten alan içerisindeki tüm sakinlerin de hayatlarını tehlikeye atmak suçu işlemiştir.

24 Eylül 2012 hükmünü iki manada tarihsel olarak adlandırabiliriz. Birincisi ilk defa bir taşeronluk sözleşmesi ve taşeronluktan doğan, taşeron sistemden doğan işçi sağlığı-iş güvenliği zafiyeti bu kadar büyük bir cezaya çarptırıldı ve doğrudan yönetici kadrolar hüküm giyerek bir cezaya çarptırıldı. İkincisi Fransâda 1976 senesinden beri ilk defa bir fabrika genel müdürü bir sanayi kazasındaki dahli nedeniyle ağır hapis cezasına çarptırılmış oldu. Bu hüküm aynı zamanda işyerinde emirleri veren amirlerin şimdiye kadar işçi sağlığı-iş güvenliğine dair sorumluluklarından cezasız kalmasına dair hep alıştığımız o tabloda ciddi bir kırılma yarattı. Cezasız kalma konusunda bir gedik açıldı diyebiliriz. İşverenin, iş organizasyonunun, işçi sağlığı-iş güvenliğini sağlamasını engelleyecek şekilde yapmasının dolaylı bir argümantasyonla suça konu olduğu tasdik edilmiş oldu. Tüm bu süreci, davacıların yani işçilerin ve zarar görmüş olan Toulouse sakinlerinin avukatlarından biri olan Jean Paul Teissonniere, bir ‘ölüm uzlaşısı’ olarak adlandırıyor. Ve gittikçe hakimlerin ölüm uzlaşısı adını verdiğimiz iş organizasyonundan doğan işçi sağlığı-iş güvenliği kayıplarını bütün bu bütünsel resim içerisinde değerlendirmeye başladığını görüyoruz. Bu hem iş organizasyonunu dava süreçlerinde doğrudan analiz ko-

nusu yapıyor aynı zamanda da tehlikeli maddelerin üretilmesiyle ilgili farklı bir kamusal duyarlılık yaratıyor.

Sunumun bundan sonraki kısmında yalnızca Fransa'dan değil diğer büyük şirketlerin faal olduğu diğer büyük sanayi alanlarında ve bu ölüm uzlaşısının çoğu zaman gerçek sorumluları cezasız bıraktığı alanlardan örnekler vermek istiyorum. 'Ölümcül iş organizasyonunun göstergesi olarak iş kazası'; bundan sonraki sunumumu bu başlığın altında sunmak istiyorum.

Aralık 2007'de İtalya Torino'da hepimizin bildiği Thyssen Krupp fabrikasının Torino'daki biriminde büyük bir patlama yaşandı ve bu patlamanın akabinde oluşan yangında 7 işçi hayatını kaybetti. Almanya'daki Thyssen Krupp fabrikalarının işletilmesinden farklı olarak işletmenin karar vericileri İtalya'daki fabrikada yakında kapatmak üzere olduklarından işçi sağlığı- iş güvenliği tedbirlerinde tasarruf yapma yoluna gitmişler. Yine yakın bir zamanda 16 Nisan 2011'de Torino Ceza Mahkemesi Thyssen Krupp şirketler grubunun demir çelik biriminin genel müdürü olan Harald Espenhahn, yani bir Alman vatandaşını olası kasıt ile adam öldürme suçundan 16 yıl ağır hapis cezasına mahkûm etti, bu kazanın sonucunda oluşan can kayıplarıyla ilgili olarak. Bu mahkemede İtalyan hâkimler bu kazanın nedeninin basit iş ikame ihlalleri olmadığını veya operasyonel işlemler olmadığını, tam tersine bu şirketin yöneticilerinin tercihlerine dayandırılacak, şirketin sistematik ve yapısal politikasının parçası olarak olmuş olduklarını gösterdiler. Ve bu 16 yıllık ağır hapis cezasını bu temellendirmeye dayandırdılar.

Resmin tersine döndüğü, yani cezalandırma sürecinin tersine döndüğü başka bir örnekten bahsetmek istiyorum. Bu sene mayıs ayında, Bangladeş'in Dakka banliyösündeki Rana Plaza'da büyük batılı konfeksiyon şirketlerine fason üretim yapan bir binadaki çökme bu binada çoğu kadın olmak üzere 1127 işçinin ölmesinden bahsetmek istiyorum. Bu olayda herhangi bir savcı ya da herhangi bir hakim, doğrudan nihai üretim adreslendiği büyük markaları, büyük markalarda karar verici olan yöneticilere suç isnat etmeyi düşünemedi, düşünemeyecek. Halbuki bu markalardır ki, aracılarda işçi sağlığı iş güvenliği koşullarının sağlanmasını imkansız kılan anlaşmalar imzalıyorlar. Rana Plaza kurbanlarıyla olan dayanışma çok sınırlı kaldı. Bu büyük markaların kendilerine kamusal sorumluluk adına disipline etmelerini dileyen ve tabi sorumluluk alanlarını mistifiye eden, bağlayıcı olmayan bir anlaşma imzalanması noktasında ne yazık ki bir adım bile ileri gidemedi.

Halbuki tüketici tepkisi üzerine işleyen kamusal sosyal sorumluluk mekanizmaları mesele, bir Carrefour hissedarının çok da umurunda değil. Esas belirleyici olan büyük uluslararası firmaların hisse değerleri ve kar marjlarının korunması, rekabet edilebilirliğinin devam ettirilebilmesi için örgütlü olan bakır dünyasındaki sektörlerle, köylerin yoksul bölgelerindeki işçilerin birbirleriyle karşı karşıya bırakılarak ve rekabet ettirilerek kar marjlarının sağlanmaya çalışılmasıdır.

Şimdi işyeri intiharlarından bir örgüt riski olarak bahsetmek istiyorum. Ekim 2006'nın bir sabahında, Renault'un ana binasında, yeni modellerin tanıtımının yapıldığı bir sırada, bir mühendis kendini beşinci kattan atarak hemen orada can verdi. Ailesi davasını

sonuna kadar götürerek, ölümün bir iş kazası olarak tescillenmesini/tanınmasını ve Renault'un da ihmalden ve özür bulunamayacak bir hatadan dolayı sorumlu bulunmasını, tazminat ödemesini sağladı. Bunu takip eden işyeri intiharları, sendikaları bu konu hakkında kamusal olarak söz almayı ve işyeri intihallerıyla iş örgütleri arasındaki ilişkinin altını çizmeye yönelttiler.

Peki orada ne olmuştu? Sözleşme 2009 adı altında yaşanan bir şirket organizasyondaki değişiklikle normal iş süreçlerindeki değişikliğe dair bir performans değerlendirmesi bir çıktılar değerlendirmesine dönüştürülmüştü. Bu Teknosanks'ta çalışan işçilerin karşısına çözemeyecekleri bir ikilem çıkarmıştı. Bu iş çıktısı sorunu, performansı iş çıktısıyla işlem görme durumu, Renault'un o dönemde genel müdür olan Carlos Ghosn'un yönetim kurulu karşısında vermiş olduğu bir söze dayanıyordu. Toplam 6 sene içerisinde hisse senetlerinin değerini %250 oranında artıracığına dair bir sözleşme genel müdür seçilmişti Mösyö Ghosn.

Üretimi süreçlere bölüştürmek gerekiyordu, yönetim açısından çözüm çok kolaydı. Mösyö Ghosn'un başkanlığını ettiği bölüşüm komitesi, toplam 4 sene içerisinde, 2005-2009 seneleri arasında 800 bin araç daha fazla üretilmesi, toplam 26 yeni model lanse edilmesi konusunda bir proje çizdiler ve toplam 5 sene içerisindeki bu inanılmaz üretim artışı, karşısında her çalışan kendini, hayatın her saniyesinde bitmeyen bir iş yüküyle meşgul bıraktı.

Bu sürekli ve bireyselleştirilmiş değerlendirme, ulaşması insanlık dışına varan bu çıktı, birleştiği zaman, her çalışan üzerindeki baskının ne kadar büyük olabileceğini tahmin edebilirsiniz. Bunu öyle bir iş ortamında hayata geçirebiliyordu ki, bireysel ve kolektif gerekliliklerin arasındaki ikilemlerden bahsedecek ya da tartışacak ortam ya da atmosfer yaratılmıyor, buna imkân verilmiyordu. Bu kadar büyük bir şirket ve baskı karşısında daralan işçiler, iş intiharlarına kalkışıyorlardı.

Mesleki kanserler gönüllü bir felaket. Fransada senede yeni teşhisi konulan kanserlerin sayısı, 1990'da 150 bin iken, 2011 senesinde 365 bine çıkmıştır. Bir saniye emekçisi, bir üst düzey yöneticisinden, 10 misli daha fazla mesleki kansere kapılma riskiyle karşı karşıyadır. Halbuki bu kadar basit bir eşitsizlik göstergesine rağmen, dünyaca ünlü Epistemolog Richard Down kimya ve nükleer sanayicilerinin, saniye risklerine dair herhangi bir sorumluluk almasını imkansız hale getiren araştırmalar ve o araştırmaların bağlantı faaliyetlerinde on yıllar geçirmişlerdir. Ve kanser nedenlerinin bireysel davranışlarda, tütün, sigara kullanımı, alkol kullanımı, güneşe maruziyet gibi davranışlara dair baskın ve başat söylemlerin oluşmasında ne yazık ki çok önemli bir rol oynamışlardır.

Mesela Fransada, 2005 senesinde toplam 1795 vaka ve 320 hayat kaybı mesleki kanser olarak tanımlanmıştır. Bunların %85'i asbeste bağlı ölümler olarak kayda geçmiştir. Halbuki bir resmi gözlem enstitüsünün rakamlarına göre, mesleki kanserler, tüm kanserlerin yalnızca %0.5'ini oluşturmaktadır.

Bütün bu tutarsızlıkları daha iyi anlayabilmek için kanserin niteliklerinden de bahsetmemiz gerekiyor. Kanser hepimizin bildiği gibi, tek nedene indirgenemeyen bir hastalık

tarzıdır. Bir neden ve bir sonuca bağlanamaz. Kanser esasında bir süreçtir; insan organizmasıyla işyeri veya çevrede hali hazırda bulunan kanserojen maddelerin, insanların sağlık içerisinde farklı şekil ve zamanlamalarda birleştiği ve kişilerin sağlık hikâyesine yavaş yavaş işlendiği bir süreçtir, sonuç değil. Bazen bir kanserin ortaya çıkması için onlarca senenin geçmesi gerekiyor ve aynı kanser türü aynı şartlarda çalışan her işçide ortaya çıkmıyor. İşte tam bu zamansal ayrımdır ki, sanayicilerin, hastalığa maruziyet ve hastalığın ortaya çıkma arasındaki süreyi kullanarak, kanserin işe bağlı nedenlerine taş koymasına imkân sağlıyor. Bir bireyin kanser nedeninin ortaya koyulmasındaki sorunlar, bu yorumlama farklılıkları hala içerisindeki bulunduğumuz durumda, inanılmaz korkunç şartlarda üretimlerin devam edilmesini sağlıyor. Bunların en önemli örneği de, asbesttir.

Bu çarpıcı asbest örneğiyle ilgili İtalya'da önemli mücadeleden bahsederek sunumuma devam etmek istiyorum.

İtalya'nın çimento başkenti, akciğer kanserinin riskiyle yaşayan bir şehir. Bu kanserler yalnızca bu kentte fabrikada çalışan işçileri değil, onların ailelerini ve bu şehirde yaşayan tüm sakinleri etkilemiş. On yıllardır 30 bin nüfuslu şehir sürekli ölümlerle ve devasa olmayan hastalıklarla bir yas içerisinde yaşıyorlar ve 1980'lerden beri çok önemli ve sosyal hareket asbestin test edilmesi için mücadele veriyor. İtalyan Savcı Rafeello Guerniello inisiyatifiyle, Eternit şirketine karşı Torino'da görülen ceza davası, dünya ölçeğinde ilk defa ceza kanununa çok uluslu şirket Eternit'in yöneticilerine taammüden kolektif bir suçla yargılanmalarına imkân sağladı.

Peki böyle bir felaket nasıl olmuştu? Asbest, canlıların solunum yollarındaki zararlı etkileri 19. yüzyılın sonundan beri bilinen bir madde. 1930 senelerinde asbest sanayicileri, bu maddenin kanserojen karakterini kanıtlayan araştırmalar yapılmasına vesile oldular. Fakat sonuçlarını hepimizin çok iyi bildiği gibi gizli tuttular. Asbestin insan üzerindeki etkilerinin, 20 ila 30 sene öncesinde ortaya çıkmaması ve doğrudan etkileyecek kişilerin bilinmemesinin, sanayicilere asbestin kimyasal etkisinin gizlenmesinde teknik bir yardımı oldu.

Asbestin kanser etkilerinin kamusal olarak konuşulabilmesi için, 1960 senelerinde Serekof'un çalışmalarını beklememiz gerekti. Profesör Serekof, ABD'deki bina izolasyonunda çalışan işçilerin çok daha fazla akciğer kanserine kapılmasıyla ilgili yaptığı çalışmalarda asbestin toksit etkisini kanıtladı ve konuşulabilir hale getirdi.

Peki bu kamusal bilgidен sonra ne oldu? Asbest sanayicilerinin asbestin sağlık sonuçlarıyla ilgili dezenformasyon stratejisi, saldırgan, atak bir form aldı. 24-25 Kasım 1971'de Londra'da, toplam 11 ülkenin sanayici ve doktorlarının katılımıyla, asbestin zararlarına dair bilgilendirme adı altında bir konuşma gerçekleşti. Bu konferansı gerçekleştirenlerin en büyük amacı, asbeste dair bilimsel araştırmaların kontrol altında tutulmasıydı ve aynı zamanda asbest üreten ve tüketen ülkelerdeki kamu birliktelikleri üzerinde, asbeste karşı her türlü düzenleme veya hastalık kurbanlarının tazminat taleplerinin karşısında, bunun bir serbest üretim ve serbest piyasa haklarına müdahale olacağına dair bir ön lobi faaliyeti ve baskı grubu kurmaktı.

İşte bu tarzda kontrol altına alınması, toplam yüz küsur yıldır bilinmesine rağmen, Avrupa’da asbestin ancak 2000 senelerinde gerçekleşmesine neden oldu. 13 Şubat 2012’de Torino’da, Yargıtay kararının önemi tüm bu sürecin ilk defa açık olarak teslimi anlamına geldi ki, bu çok önemli. Bu karar, Eternit firmasının İsviçre ve Belçika birimlerinin eski genel müdürlerinin asbest kurumlarına karşı suçlardan 16 ağır hapis cezalarına çarptırılmaları, herhangi bir şekilde kamu görevi görmelerinin yasaklanması ve toplam 3 sene boyunca herhangi bir kamu birimiyle anlaşma ya da iş yapmalarının yasaklanması, son olarak da asbest kurbanlarına ciddi tazminat ödemeye çarptırıldılar. Bu, toplam 100 küsur senelik asbestin sonuçlarının kamusal alanda gizlenmesiyle ilgili suskunluğu kırdı.

Tabii ki bu karar karşısında, iki eski genel müdür de temyize başvurdu. Temyizin sonucu açıklanmadan bir hafta önce, İsviçreli müdür hayatını kaybetti, 3 Ocak 2013’te Torino Temyiz İstihkak Mahkemesi Belçikalı müdürün kolektif çevresel felakete yol açtığını hükme bağladı.

“Kolektif çevresel felakete neden olma” suçu 18 yıl ağır hapis cezasına çarptırılmasını ve maruziyet derecesi ne olursa olsun, her kurbanı 30 bin Euro ödemesine karar verdi mahkeme. Kilit nokta, maruziyet ne zaman oluşmuş olursa olsun, konunun genel çevresel felaket kıstasında ele alınması, bundan sonraki her türlü bu türden hastalığın bu şirkete atfedilmesine imkân sağlıyor. Yani çok daha uzun ve genel bir sürece yayılmış oluyor bu endüstri suçu.

Son sözlerimle sunumu toparlamak istiyorum. Artık yavaş yavaş ceza hukuku da zorlu da olsa, çok uzun yollardan da gidilse çalışma konusunda da başkasının hayatının tehlikeye atmamak ve başkasını öldürmemek konusundaki temel yasaklamalar üzerinden argüman geliştirmeye ve hüküm vermeye başladı. Çalışma hayatını da temel kamusalığın kurulduğu ceza hukuku alanına çekmeye başladı. Bizim vazifemiz sebatkar ve ısrarlı bir nöbettir. Çalışan insanların canının ve ruh sağlığının nasıl sürekli tehlike altına alındığını ve bile bile tehdit altında bırakıldığına dairdir. Sağlık çalışanları, doktorlar, sağlığın farklı alanında meslek icra edenler, araştırmacılar. Bizim kolektif ve kamusal olarak çalışmanın tüm zamanına yayılmış olan, bu suçlar ve bu risk yaratımlarına dair sürekli bir uyarı hali içinde olmamız gerekiyor.

Çalışanların sağlığı, kesinlikle birkaç uzman çevresinin alanı olmaz. Ki bu uzmanlık tıbbi, sendikal ya da dernekler alanından gelen uzmanlık olsun fark etmez. Toplam 20 seneden beri, işçi sağlığı ve iş sağlığında çok önemli alanlar oluşuyor ve çalışmaya bağlı zararları, taşeronlaşmanın ve risklerin, ölümlerin, taşeronlara ve farklı ülkelere aktarılmasına dair görünülük sağlıyorlar.

Küresel ölçekte asbestin yasaklanmasını amaçlayan Ban Asbestos, dünyadaki asbest kurbanlarının sayısı, nedenleri ve sorunları hakkında önemli ve sonuç veren kampanyalar düzenliyor. Sosyal hareketlerin militanları, bilim insanları, sağlık profesyonelleri, avukatlar, hukukçular, gazeteciler, belgeselciler; işte bunların birikimleri sanayicilerin ve büyük hissedarların çalışma hayatlarında cezasız kalan suçları hakkındaki sessizliği kırmayı başarabilirler. Şu anda sosyal ve çevresel suçlara karşı, uluslararası bir ceza mahkemesi kurulması için mobilize oluyorlar. Bu mahkemede sinsi ve sessiz bir şekilde,

işyerini ölüm yeri haline getirenlerin yargılanması amaçlanıyor. Aynı zamanda bu kamusal sorun ve suç olarak tanımlanıyor. İntiharların meslek kanserlerinin önlenmesi, işte bu temel haklar ve ilkelere bir geri dönüş getiriyor. Neydi bu temel haklar ve ilkeler? Esasında her toplumsal sistemin hukukunda olan, öldürmeyi yasaklayan ve kişisel bütünlüğe her türlü saldırıyı yasaklayan haklardan bahsediyoruz. Bu haklar demokrasinin de temelini oluşturuyorlar.

Bayazıt İlhan

Türkiye’de çok yakında sonuçlanan bir davadan söz etmek istiyorum. Mayıs 2011’de Kütahya Gümüşköy’de, maden aranan bölgede, siyanür havuzunun duvarları yıkılmıştı. Bu kaza sonrası, sulara kirlenmeler oldu, kandaki ametallerde yükselme oldu, hayvan ölümleri gerçekleşti. TTB’nin de içinde olduğu bir girişim tarafından dava açıldı. Geçtiğimiz günlerde dava sonuçlandı. Ne yazık ki şirketin yöneticileri ve sahipleri için herhangi bir ceza çıkmadı. Sadece birkaç mühendise üç ay hapis cezası verildi, onda da hüküm ertelendi. Denetim eksikliği nedeniyle yapılan suç duyurusunda kamu görevlilerinin yargılanmasına izin verilmedi. Yine çevrede yaşayan köylülerin davaya müdahil olunmasına da müsaade edilmedi. Bizim bu anlamda çok geri bir noktada olduğumuz ortada. İnsan sağlığına kasteden bu tür girişimlere karşı çok daha fazla atak olmamız gerekli. Verilen örnekler bizim hakikaten bu alanda çok daha yol almamız gerektiğini gösteriyor.

Annie Thebaud-Mony

Size bunun benzerini Fransadan da anlatabilirim, size pek çok dava, pek çok çok önemli dava, burada sunduğum tezlerden daha az acılara yol açmamış pek çok dava cezasız kalıyor. Bazen hukuka bile yansımıyor. Size burada sunduğum bu büyük sonuçlara varmış davaların hepsinin arkasında çok önemli sosyal mobilizasyon, sosyal mücadele olduğunu hatırlatmak istiyorum. Bunları ayırtıran nokta bu. Hukukun sosyal hareket içerisinde kullanılması.

İbrahim Akkurt

Kitabınızı iki kez okudum. Bu alanda 20 yıldan fazla süredir çalışan bir hekim olarak etkilendiğim bir kaç kişiden biri oldunuz. Biraz önce Beyazıt beyin sorduğu soruyla ve sizin anlatımlarınızla ilişkilendirince sorunun esas ana kaynağını işaret eden 1980’lerde yine bir Fransız doktor olmuştu. İLO’da yıllarca çalışmış olan ama sesi bir şekilde duyulamayan bir doktor. Sizin kitabınız bana ikinci böyle, bu konunun özüne işaret eden kişilikmiş gibi geldi. Ve o nedenle okuduğum günden beri tüm derslerimde, konferanslarda, panellerde konuyla ilgili olan oturumlarda nerdeyse son slaytlarım sizin kitabınızdan alıntılarla geçmektedir. Bir şekilde bir zararlı gider daha zararlılar gelir. Hani bir söz vardır, popülist bir yaklaşım; ‘bir ölürüz bin geliriz.’ Ama maalesef öyle bir çağda yaşıyoruz ki, bir zararlı gider bin zararlı gelir. Asbest gidiyor binlerce onbinlerce toksitan geliyor. Nanoteknoloji her şeyde günlük yaşamımıza girdi. Nanopartiküller geliyor. Asbestten milyon kat daha fazla etkisi olabilecek, zararlar o kadar fazla ki bunları ortaya koyabile-

cek sistem maalesef o zararları ortaya koyanlar tarafından engelleniyor. Oluşturulması engelleniyor o sistemlerin.

İşte kitabınızda gördüğüm sonuç bölümünde meslek hastalıklarına tanı konulmasında meslek hastalıkları tanısının tazmin ve yasal tanı prosedürlerinin birbirinden ayrılması tuzağına dikkat çekildiği için çok çok önem verdim. Özellikle sonuç bölümü o nedenle çok önemliydi. Çünkü 2013 Nisan'da Uluslararası Çalışma Örgütü 28 Nisan'da yayınladığı bildiriye nihayetinde meslek hastalıklarını bir gizli salgın olarak ifade etti. İş kazaları hep toplumun gündemine geliyor ama çalışma yaşamına bağlı ölümlerin %14'ünü oluşturuyor. Oysa meslek hastalıkları %86'sını oluşturuyor. Yani mobbingler, mobbinglere bağlı kalp krizleri, intiharlar, kas iskelet sistemi hastalıkları, KOAH'lar, astımlar, bunların hepsi meslek hastalığı ama maalesef sisteme girmiyor. Sisteme girmesi için işte sizin önerdiğiniz, o formül, yasal tanı tazminatla meslek hastalığı tıbbi tanı sisteminin birbirinden ayrılması ve İLO'nun bu seneki bildirisinde ifade ettiği gizli salgının ortaya çıkarılması doğrusu 20 yıldan fazladır bu alanda çalışan bir hekim olarak, konunun özü olan Dünya Sağlık Örgütü'nün bu konudaki birimine yazma ihtiyacı duydum. Ne tesadüftür ki 2 gün öncede yayınında çıktı. Meslek hastalıkların hekimlerin günlük pratiğinde bir etyolojik tanımlama olması için yeni terim ve terminolojilerin hekimlik pratiğine girmesi konusunda 500 kelimelik bir literatüre yeni bir tanımlama. Bu yeni tanımlamaları biz özellikle sağlıkçılar ve bu alanda çalışan sosyal bilimciler, halk sağlıkçılar sahiplenmek zorundayız. Bunları günlük yaşantımıza meslek hastalıklarını etyolojik bir tanımlama, tıbbi bir tanımlama olarak koymak zorundayız ki bunlar bir yerde kayda girsin daha sonra kişide, zarar, mahrumiyet, ziyan, ölümle sonuçlandığında bu dediğiniz durumlar oluşabilsin. Benim ülkemde kayda giren tıbbi meslek hastalığı sayısı '0'. Kayda giren yasal meslek hastalığı diye ifade edilen geçen sene 395'ti. Ki bunlar meslek hastalığı değil. Bir şekilde mağlul olan sakat kalanların sayısıydı. Aynı durum Fransa'da da var, AB ülkelerinde de var, Amerika'da da var ve uluslararası çalışma örgütü'nün ifade ettiği yılda 160 milyon meslek hastalığının, bir milyonunu bile dünya tanıyamamaktadır. O nedenle ben konuşmanızı çok önemsedim.

Annie Thebaud-Mony

Çok haklısınız. Mesleki kanserler bu meslek hastalıkları, kocaman okyanusun içerisinde küçük bir yer oluşturuyorlar. Ama tamda kanser üzerinden geliştirilen bu pilot argümantasyon diğer bütün hastalık alanlarının aynı şekillerde kapanmasını sağlıyor. 10 sene önce, tamda kanserle çalışmanın ilişkisini ortaya koyabilmek ve bu görünmezliği de kırabilmek için 10 sene önce sosyologlar ve doktorlar beraber bir iş başlattık. Ve Fransa'da tabii neredeyse tamamen kamusal olan sağlık alanında ve özellikle kanser tedavisi yapan hastanelerde bir anket dağıttık. Ve her tedavi gören kanser hastasının iş hikayesini, çalışma hikayesini anlatmasını rica ettik. Toplam 1200 kişi bu anketi doldurdu ve bu anket içerisinde çalışma hikayelerini ayrıntılı bir şekilde anlattılar. Biz bu çalışma hikayelerini sağlıkçı, sosyolog gözüyle gördüğümüz zaman toplam %85'inin çok ağır kanserojen maddelere maruz kaldığını gördük. %85 bu rakam. Yani rastlantısal seçilmiş 1200 kişide. Halbuki Fransa'daki resmi rakamlar kanserlerin içerisindeki mesleki kanser oranını %4 olarak veriyorlar.

Katılımcı

Ben de kitabınızı 2 kez okumuştum. Gerçekten pek çok kez de kaynak olarak da kullandık. Çok teşekkür ediyoruz. Siz az önce yanıtınızda ülkenizde sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamının kamusal olduğunu söylediniz. Bizde de herhalde tam tersi olduğunu söylemek yanlış olmaz. Tamamıyla piyasa koşullarının insafına terk edilmiş bir sağlık sisteminde hizmet vermeye çalışıyoruz. Ben 5 yıldır acil servislerde çalışıyorum. Yaklaşık bunun yarısı kamu diyebiliriz. Yarısı da özel sağlık kuruluşlarında. Kocaeli’nde koca bir organize sanayi bölgesi var. Orada sınıf düşmanlığı ve insanlık suçları herhalde yeniden yazılıyor diyebiliriz. Ben orada bir özel hastanede çalıştım ve bir genelleme yaparak şunu söyleyebilirim ki, artık patronlar kendi hastanelerini kuruyorlar ki iş kazalarını iş cinayetlerini sümenaltı edebilsinler. İş kazası geçiren işçiler kendi istemedikleri işlerine gelmeyen kurumlara başvurmasınlar, götürülmesinler diye kendi kurumlarını açıyorlar. Bende çok kısa bir süre böyle bir yerde çalışıp sonra da koşa koşa kaçmak zorunda kalmıştım. Tabi bu asgari ücret veya güvencesiz çalışan yoksul işçilerin, kaza geçiren işçilerin, sesini şu anlamda çıkaramayacağı bir düzen; özel bir hastanede masrafları karşılanarak tedavi oluyorlar ameliyat oluyorlar ama ne yazık ki %60 görme kaybı olan bir işçiye forklift verilmişti kendisine ve üzerine düşen yaklaşık bir tona yakın bir cam kütleinin düşmesi sonucunda kafa travması geçiren bir işçiyi hatırlıyorum. Mesela buna bile iş kazası raporu tutturamamıştık. Bu sebepten işten ayrılmıştım. Ben kitabınızda da bahsettiğiniz mücadelenizin içinde pek çok hekimden de bahsediyorsunuz. İşte bu alanda çalışan mücadele eden. Aynı zamanda yandaş olan. Onlardan da bahsediyorsunuz. Bu süreç içerisinde bizimle paylaşabileceğiniz somut bir yöntem geliştirebildiniz mi? Çünkü şöyle; bu piyasalaşmış sağlık sisteminde artık bizimde mesleki bağımsızlığımız yok. Artık bizimde sizin genç bilim insanlarınız gibi iktisadi güvencemiz yok. Çünkü güvencesiz çalışıyoruz. Sözleşmelerle çalışıyoruz. Buna rağmen mücadele etmeye devam ediyoruz. Hem meslek örgütlerimizle, hem sendikalarımızla ve ya bireysel olarak. Ama iş cinayetlerini belgeleyememek, iş cinayetleri konusunda yeteri kadar sesimizi çıkaramamak, aslında özellikle benim gibi kamu sağlık hizmetleri sistemlerinde hiç çalışmamış, bu piyasa koşullarında doğmuş genç hekimlerin bir derdi. Dolayısıyla siz bir yöntem geliştirebildiniz mi ya da gelişmiş bir yöntemi saptayabildiniz mi?

Annie Thebaud-Mony

Yani hızlıca ve ilk önce söylemek istediğim ya da öneri, kendi yaşamımdan yola çıkarak şu; kendinizi yalnız halk sağlığı uzmanı olarak tanımladığınız zaman, yalnızca bu konuda da uzman dergilerde yazmak gibi bir rutin içerisinde düşünüyorsunuz. Halbuki bu mesele gerçekten can ve sağlıktan daha azı değil. Yani yazılanların çizilenlerin yolda vermesi gereken, bunun doğru insanlara ulaşması içinde bir faaliyet içerisinde olmak gerekiyor. Bu da zaten araştırmayı da doğrudan etkileyen bir şey.

SAĞLIKTA SERMAYE-EMEK: TEKELLEŞME PARÇALANMA; GELECEK

Arzu Çerkezoğlu
Dev Sağlık İş - Yürütücü

Kansu Yıldırım
Ankara Tabip Odası Sağlık Politikaları Uzmanı

Eriş Bilaloğlu
Toplum ve Hekim Dergisi Hakem Kurulu Üyesi

SAĞLIKTA SERMAYE-EMEK: TEKELLEŞME PARÇALANMA; GELECEK

Arzu Çerkezoğlu

Dev Sağlık İş - Yürütücü

Kansu Yıldırım

Ankara Tabip Odası Sağlık Politikaları Uzmanı

Eriş Bilaloğlu

Toplum ve Hekim Dergisi Hakem Kurulu Üyesi

Kansu Yıldırım

Sunuma başlamadan önce bizden önceki konuşmacılar sınırları çizdiler ama ben tekrar sınırları belirlemek istiyorum. İçinde yaşadığımız sistem ekonomiden kültüre politika-dan ideolojiye kadar tamamen kapitalist üretim ilişkileri tarafından şekilleniyor. Yani bir kişinin ruh ve beden sağlığında bundan bağımsız değil. Artı değer üreten ya da bu üretime katkı sunan üretken olan ya da olmayan bütün emek çeşitleri canlı emek olarak sağlık sistemi içerisinde bir şekilde yer alıyor. Ve dolayısıyla kapitalizmin yarattığı de-zenformasyon ve deformasyondan nasibini de alıyor.

Bu sunumda sağlık alanına giren sermayenin merkezileşmesi ve yoğunlaşmasına ilişkin dair bir çerçeve sunmaya çalışacağım. Buradan bu sürecin tamamen geçişgenli ve geçir-genli olduğunu, kamudan özele, özelden kamuya, özelden özele doğru bir mal ve hiz-met akışkanlığı olduğunu, çeşitli ampirik veriler üzerinden izah etmeye çalışacağım. İlk uğraşım ise kamu dönüşümünde, kamu mimarisindeki değişim olarak sağlıkta dönü-şüm projesi olacak. Sağlıkta dönüşüm projesi bildiğiniz gibi adıyla müsemma şekilde bir dönüşümdür ancak bu dönüşüm kamu yararına değil tamamen özel sektör ve sermaye egemenliği mantığına hizmet edecek bir dönüşümdür. Burada esas olan amaç kapitalist ilişkilere maksimum derecede uyarlanmış ve ideal hale getirilmiş bir sağlık sisteminin tasavvurudur. Burada tüm sağlık hizmetleri, tüm basamakları da dahil olmak üzere alınabilir satılabilir bir metaya dönüştürülür. Burada eski dönemlere nazaran fark devlet biçimindeki neo-liberal paradigmaya göre oluşan dönüşümdür.

Önceden spekülâtifti, ama artık değil. AKP 10 yıllık iktidarında şunu başardı: Bütün meta dışı alanlar da dâhil olmak üzere (En çok HES örnekleri üzerinden biliyoruz) meta ilişkisini değer biçime tahvil edebildi. Ve bu sunuma ben 10 yıllık bir AKP iktidarı döne-miyle sınırlama çekeceğim. Şunu belirtelim; Aslında sağlıkta dönüşümün yarattığı yıkım ilk başta aleni biçimde gözükmedi. Kademeli biçimde işlettiler (acemilik, kalfalık, ustalık dediler) kamudaki neo-liberal dönüşümle birlikte sağlık sistemini yeniden şekillendirdiler.

Bu durumun iki özgün boyutu var. Birincisi kar zarar hesapları üzerinden kimin ne kadar çalıştığı, bir de ilgili kurumun ne kadar kar elde ettiği sorusuna dair yeni bir muhasebe sistemine geçtiler. İkincisi sağlık hizmeti olgusunun bizatihi politik avantajına ilişkindi. Burada kişinin emrine amade bir sağlık sistemi çerçevesi çizerek popülist bir oy kazancı vurgusu yaptılar. Bunun sonucu kamuda vasatlaştırma, özel sektörde ise vurgunlaştırma, yani kar maksimizasyonu indirgenmesine yol açtı.

Burada bir parantez açalım. Sermayeye ilişkin sağlık alanı nasıl yapılandırılacak sorusunda buradaki süreç emperyalizmden bağımsız değil. Ancak bu klasik emperyalizme göre değil yeni emperyalizme göre anlamlandırabileceğimiz bir durum. Özel sektöre alan açabilmek için doğrudan el koyarak birikim yoluna yöneldiler. Burada da kamunun elindeki bütün mal ve hizmetleri satışa çıkardılar. Hem kamu mülkiyeti üzerinde hem de sağlık çalışanlarının çalışma serbestisi üzerinde ciddi bir tahakküm oluşturdular. Ve bunu da devlet aygıtı eliyle özelleştirme aracıyla gerçekleştirdiler.

Özelleştirmelerin iki boyutu olduğunu görüyoruz. Birincisi aktif, diğeri pasif.

Aktif özelleştirmeler bildiğimiz çıkartılan yasalar, Kanun Hükmünde kararnameler ve benzer mevzuat düzenlemesiyle beraber sermayenin kar oranlarını kısa-orta-uzun vadede hesaplayarak alana talip olduğu bir sistem üzerinden işliyor. Burada satış, kiralama, devir ortaklığı, işletme devir hakkı gibi biçimlerle işleyen bir özelleştirme metodu silsilesiyle karşılaşılıyor. Ancak bu sistemde de çeşitli tıkanıklıklar yaşandı. Özellikle 2000'li yılların ortalarına doğru kapitalizmin yaşadığı yapısal mali kriz nedeniyle özel sektör kar ve zarar sorumluluklarını üzerine de almaktan itinalı davranarak kaçındı. Bunun ardından pasif özelleştirmelere başladılar. Pasif özelleştirmeler doğrudan aktif özelleştirmeler gibi olmayan, ancak özel sektör mantığına makyaj çekecek, daha doğrusu bir algı yönetimine yol açacak bir sistem. Burada kar basamakları, kariyer basamakları, rekabetin avantajları, daha çok maaş gibi söylemler eşliğinde üretici ve tüketicileri kendilerine çekerek bir cazibe merkezi oluşturmaya çalıştılar. Ancak bu da her zaman istenilen sonucu yaratmadı. Özel sektör ve hükümetler bir ortaklığı imza atarak meleze başladılar.

Bildiğiniz gibi kamu özel ortaklığında ana slogan, bizim ülkemizde de uygulandı, şu oldu. Mülkiyet hala devlette, endişelenmeyin, işletme özel sektörde diyerek insanların içlerine su serpecek açıklamalarda bulundular. Bu ortaklığın ilginç olan tarafı, kamunun hizmetin örgütlenmesi ve finansmanında sermayenin sözleşme ve özel hüküm hukukuna dayalı artık kamu yerine tamamen özel hukuk rejimine tabi olunan bir sistemin çıkmasıdır. Ve bu aslında sadece sağlıkta değil eğitim alanında da kamu özel ortaklığı kampüsler oluşturmaya çalışmaktadır.

Demin vasatlaştırmadan söz etmiştim. Bu vasatlaştırmaya ilişkin ne yaptılar, sistemi bir yeniden düzenlerken bu algı yönetimiyle ilişkili olarak kamuyu belli anlamda yeniden, içeriklendirdiler. Bununla birlikte katkı katılım payları geldi. Daha önceden AKP iktidarı döneminde gerçekleşiyordu. Önceden ücretsiz ya da 95 kuruş ile 3 lira arasında alınan bu paylar kamuda 8 özeldede 15 lira oldu. 2013 yılında sendikaların yaptığı araştırmaya göre 392 milyonun üzerinde muayene yapıldı ve bunlar sırasında katılım payı alınmaması gereken durumlar olmasına rağmen payın alındığı tespit edildi. Aynı zamanda 336

milyon üzerinde reçete yazıldı. Biliyorsunuz reçeteye de artık 3 lira ödeniyor. Bunları topladığımız zaman sadece vatandaşın cebinden bütçeye 3 milyar liranın üzerinde bir rakam gitti.

Diğer bir boyut ise tamamen sağlık hizmetindeki neo-liberal popülist erişim fetişizmi diyebiliriz. İktisat biliminde imal edilmiş talep diye bir kavram vardır. Tamda buna uygun bir strateji çizerek 2002 yılında 1. 2. 3. Basamakta hekime müracaat 3 iken bu 2011’de 7’ye fırladı. Ve Yaklaşık 611 milyon üzerinde bir muayeneye karşılaştık. Ve artık hep kötüledikleri SSK hastanelerine evet binalar yeni ancak iç mantık oraya doğru gidiyor, ona benzemeye başladı. Ve artık burada bir Mesih'e ihtiyaç var bu Mesih de özel sağlık sektöründen başkası değildir. Sağlık bakanlığının 2010-2014 ile 2013-2017 stratejik planlarına baktığımız zaman ben sadece 17 tane sayabildim. Çeşitli yerlerde özel sektörle işbirliğine yönelik açık ve aleni vurgular var.

Şimdi de zamanı gözeterek tekelleşmeye giden yolun döşenişinde özel hastaneler, ameliyat sebebi gibi genel parametreler sunmaya çalışacağım.

Özel hastaneler hem sayısı gereği, hem de ticari mali portföyü gereği sağlık sektöründe sermaye yoğunlaşmasının en önemli göstergesidir. 2002 yılında 271 idi, 2012 de ise 541 oldu. Şimdi bu resmi bir rakam değil ancak ben kendim şöyle bir şey çıkarmaya çalıştım. Özel hastane dağılımına baktığımızda yüzde ellisinin en büyük 5 ilde, yüzde 70'nin en büyük 10 ilde ve güneydoğu ile doğu Anadolu’da bir yatırım olduğunu yalnız bunun yüzde 2 ya da 3 seviyesinde kaldığını görebiliyoruz. İlaveten bildiğiniz gibi GSI ya da ISO’ya göre akreditasyon bu özel hastaneler için çok önemli. Türkiye’de resmi rakamlara göre 2012 yılı şubat ayı itibarıyla GSI ile akredite edilmiş 37 tane hastane var ve kendileri bu rakamla bizim dünyada ikinci sırada oluşumuzu özenerek söylüyorlar. Ayrıca 3 klinik laboratuvar, bir ayakta tedavi, bir nakil hizmeti olmak üzere GSI ve ISO ile onaylı toplan 42 adet sağlık kuruluşu bulunuyor.

Özel hastane sayısındaki artış şüphesiz bu liberal piyasanız sadece teşebbüs özgürlüğüyle izah edilemez. Burada ciddi bir finansal yapılanma söz konusu. Bu finansal yapıdaki değişikliki aynı zamanda bizatihi hizmet sunumunu da etkilemekte.

Bunu şöyle açıklayalım; Özel sektörde 2002 yılında 556 bin civarında yatan hasta var. Bu 2011 yılında 3 milyonu aştı. Burada önemli olan özel sektörün fastfood mantığına göre hızlı müşteri sirkülasyonunu hedeflediği durumu yatak devir hızına göre ölçebiliriz. Yatak devir hızı 2002 yılında 38,8 iken 2011 yılında 95’te ta yüzde yüzlere ulaştı. Ameliyat sayıları bakımında da durum bundan farklı değil. 2002 yılında 218 bin iken 2011 yılında 1 milyon 374 bini buldu. Tabi özel sektördeki bu sağlık hizmetinin kütesini ve nüfuzunu artıran aynı zamanda fiili ve hukuksal müdahaleler. Neler yaptılar. Sağlık bakanlığı planlama ücreti, GSS, branş anlaşmaları, teminat paketleri, tam gün yasası...

Ben burada artık finansal bağlama geçmek istiyorum.

TÜİK en son toplam sağlık harcamalarını açıkladı. 2002 yılında 18 milyar 774 milyon, 2012 yılında 76 milyar lira. Bir de küsuratı var! Bu durumun bizi ilgilendiren kısmı şu: Umut ötesi şirketlere doğrudan yabancı yatırımları için iç pazarın büyüklüğünü göstere-

cek imaj, vitrin görüntüsü oluşturabilmek.

Bu danışmanlık şirketleri uzunca bir zamandan beri gerek başbakanlık tarafından sipariş edilen, gerek yurt dışındaki şirketler tarafından ülkeye sipariş edilen ürünlere yönelik çeşitli raporlar yayınlamakta. Bu raporlarda mutabık kalınan belli noktalar var. Neler bunlar?

Frost and Sullivan isimli danışmanlık şirketi 2015 yılına kadar, dolar cinsinden toplam sağlık harcamaları 63 milyar doları geçecek diyor. Ernst and Young, Oxford BG, McKinsey gibi danışmanlık şirketleri bir vizyon çıkarıyor.

Son yirmi yıllık sosyo-ekonomik dinamiklere göre Türkiye’de kentleşme var. Bu kentleşmeyle beraber artık Türkiye ciddi bir uluslararası sektörde rekabete ev sahipliği yapıyor. Aynı zamanda bunu GSYH’ye yansımaları var. 2012 yılında 780 milyar dolarken 2010 yılında kişi başına 10 bin dolar olan milli gelirin 2025 yılında 2 buçuk katı artışla 25 bin dolara ulaşacağı beklentisi var.

Sağlık sektöründe nüfus yapısının sürekli değişmesinden bahsedilmiş. Hızlı kentleşme, modern yaşam standartlarının beraberinde getirdiği doğum oranlarındaki azalma ve nüfusun yaşlanması söz konusu. Nüfusun yaşlanmasıyla ilgili Türkiye’de ortalama yaşam beklentisinin 75’lere de çıkması var ve bu “yaşam biçimi hastalıkları” olarak nitelendirdikleri diyabet, tansiyon, obezite gibi birçok hastalığı ve diğer çeşitli hastalıkların da artışına ilişkin bir beklentileri olduğunu vurguluyorlar. İnsidans-prevalans çalışmalarına göre 2015 yılında Türkiye’de 9 milyon diyabet hastası, 24 milyon tansiyon hastası ve 1 milyon civarında kanser hastası ve bunlara alınması gereken tedavi hizmeti söz konusu olduğu zaman, burada özel sektöre bir tüketici paketi sunuyorlar resmen. SGK kapsamındaki nüfusun 2000 öncesi %50 iken bugün %90 seviyelerine ulaşması, Genel Sağlık Sigortası’yla beraber hipokratik olarak tüm nüfusun sigortalı sayılması sonucunda doğrudan Birleşmiş Milletler’in sağlık indeksinde yaptığı sıçramalar özel sektöre bir teminat sunuyor. Aynı zamanda bölgesel gelişmişlik seviyelerine göre 29 bölgede yapılan kamu-özel ortaklığı ile beraber 1500 ve 3000 arası değişen yataklı kampüs hastanelerinin ciddi bir mali pazar avantajı olduğundan bahsediliyor.

İşgücü piyasasında yapılan yeni düzenlemeler var. Bildiğimiz gibi, alt işverenlik bu. Yani taşeronluk sistemine ilişkin hükümetin verdiği teminat, sözleşmeli çalışma. Kısacası tüm bu beklentiler ve çizilen imaj aynı zamanda bizim hükümetimizin de kendisine iş çıkarmasına neden oluyor ve Başbakanlık’a bağlı olarak kurulan yatırım ve destek ajansının sitesinde yaklaşık 17 tane sektör var, bunlardan birisi de sağlık. Burada bir sibop analizi yapıyor Başbakanlık. Buna göre neler var?

Ölümcül hastalıklardaki ölüm oranlarına bakarsak düşüş var. Buna istinaden nüfusla iyileşen demografik göstergeler var. Nitelikli işgücünün varlığı var. Her geçen gün AB ile uyumlu hale gelen piyasa düzenlemeleri var ve hükümetin bizatihi sağlık sektöründe geliştirme konusunda taahhüdü var.

Zayıf noktalar: 2010 yılında kişi başı 817 ABD doları olan kişi başı sağlık harcamasının Meksika ve Şili’den sonra hâlâ da OECD ortalamasının sonlarında olması, fırsatlar

var. Burada nüfusun büyüklüğü var, yani işgücü, tüketici kitlesi olarak, daha çok sigorta primi ödeyecek insan olarak düşünelim. Tehditler var, bu tehditler de devletin bizatihi sosyal sigorta sistemindeki bütçe açığı. Zaten fark etmişsinizdir, uzun bir zamandan beri artık bütün yaptıkları istisnai sağlık hizmetleri ilave ücret alıyor, SGK'deki açıklara ilişkin. Ancak burada AKP'nin attığı somut bir adım var. O da teşvik sistemi. 2012 yılında teşvik sistemi değiştirildi. Buna göre Türkiye'yi altı coğrafi bölgeye ayırdılar ve birinci bölgeye Ankara, İstanbul, Bursa, İzmir gibi şehirleri koydular. Bu şehirlerin özelliği nedir? Enerji, turizm, hizmetler sektörü, siyaset ve ticaret gibi unsurların yoğun olarak barındırıldığı sanayileşmiş kentler. Kendi yaptıkları teşvikleri kategorizasyona tabi tuttular. Stratejik, bölgesel, büyük ölçekli ve genel. Burada neler var: KDV istisnası, gümrük vergisi muafiyeti, vergi indirimi, faiz desteği, mekân desteği gelir stopajı desteği, KDV iadesi var. Ve burada sağlık sistemini ilgilendiren teşvik sistemine baktığımızda şöyle bir şey çıkıyor: Spesifik olarak hastane yapımı, tıbbi cihaz imalatı ve sonradan Ekonomi Bakanlığı ile beraber yapılan bir protokolle beraber sağlık turizmi. Ve bunlar da mekânsal çeşitli teşvik paketleri sunuyor. Buna göre Genel Teşvik Sistemi'nde askeri sağlık yatırım tutarı, bir sağlık alanı benim saydığım teşvikten yararlanmak istiyorsa bir özel şirket, birinci ve ikinci bölgelerde 1 milyon TL, diğer bölgelerde de 500 bin TL'den aşağı olmamak üzere bir yatırıma girişmek zorunda. Ve bu mevzuata sağlık alanında verilen teşvikte ise bölgesel ve büyük ölçekli teşvikler kapsamında değerlendiriliyor.

2001 yılından 2013 yılına kadar düzenlenen teşvik düzenlemelerine baktığımızda ise yerli şirketlerin ciddi bir ağırlığı olduğunu görüyoruz. Başbakan'ın "Kriz bizi teğet geçti" dediği dönemlerde sadece sağlık alanına bakmıştım: Yapılan teşviklere baktığımızda, 2007 yılında yabancı sermayenin yok, 2008'de yok. Yaklaşık %60 civarında da 2007 ve 2008 yıllarında yerli şirketlerin aldığı teşvik neredeyse yok. Şimdi burada teşvik sisteminde şu var: 2001'den bu yana sağlık alanında 1069 adet teşvik belgesi düzenlenmiş. Yabancıların toplam oranı %60 civarında. Bunların sağlık yatırım tutarları 8 milyar TL'nin üzerinde. Yine yabancıların bu pasta büyüklüğü içerisindeki payı %35 civarında. Verilen tüm sektörlerde baktığımızda, ben enerji, altyapı ve madenle karşılaştırdım: Yaklaşık %18 ila %25 arasında tutuyor sağlık alanına verilen teşviklerin oranı. Ve bu teşvikleri ticari sır kapsamında değerlendirdikleri için herhangi bir şekilde nasıl, ne şekilde hangi bağlamda verildiğini bilemiyoruz.

Şimdi burada dolaylı bir sağlık turizmi var. Sağlık turizmine "money" diyorlar yani para konuşuyor. Ne var burada? 2010 ila 2014 Strateji Planı'nda Türkiye lider ülke olarak tanımlanmıştı ve burada sınır ötesi sağlık gibi çeşitli ibarelere yer verilmişti. Hatta hatırlayalım; vizeler de kaldırılmıştı. Ne tesadüftür ki vizelerin kaldırıldığı ülkeler sağlık turizmi akışının en fazla olduğu ülkeler. Şimdi burada sadece öne çıkanları söyleyeceğim: Mesela biri mevzuat yatırım fonunda bir şey olacak, 300 bin dolar onaylarsa veriyorlar. Hastaların fiş giderleri var, bunun için az vermişler, 1000 dolar. Tanıtım, sponsorluk reklamlarına ilişkin 500 bin dolar var, kongre, fuarların katılım maliyetleri ile ilgili olarak 15 bin dolar var. Yurt dışında eğer bir şube açarsanız 4 yıl süresince her yıl için 300 bin dolar veriyorlar. Toplamda sağlık turizmi bağlamında 1 milyon 600 bin dolar gibi toplamda teşvik veriyorlar. Şimdi burada ne var tabi, dünyada 2008 yılında sağlık turizmi de 60 milyar dolar harcanmış, 2012'de 100 milyar dolar olmuş. Şimdi ben burada Sağlık

Bakanlığı'ndan ziyade sermayenin rakamlarına güveniyorum. Türk-Amerikan İş Konseyi Sağlık Komitesi tarafından 2009 yılında yapılan bir rapora göre Türkiye'de yabancı hastaları, sağlık harcamaları 225 milyon dolarmış. Teşvik sistemine döşenen yapı taşlarını da buradan görebiliyoruz. 2014 ile 2018 yılını kapsayan 10. Kalkınma Planı'nda sağlık sistemine ilişkin özel bir yer ayrılmış. Tüm bu hukuksal pratik müdahaleler otomatik olarak doğrudan yabancı yatırımcıların, ulus ötesi şirketlerin de iştahını kabartıyor. Ulus ötesi doğrudan yabancı yatırımlarda Türkiye'de 2012 yılında 12.4 milyar dolar gibi bir giriş olmuş. Ancak bu, 2011'e göre %23'lük bir düşüşle sonuçlanmış. Ne var ki sağlık hizmetindeki uluslar arası doğrudan yabancı yatırım kesinlikle düşmemiş, çift haneli olarak artmış, 2005 yılında 74, 2010 yılında 112, 2012 yılında da yaklaşık 4.8 katında bir artışla 545 milyon dolar olmuş. Tabi şöyle bir şey var: İlaç da var bunun içinde, bizi hastaneyle ilgili sağlık yatırımları da var, sigortacılık da var. Şimdi bu noktada özel sermaye ve bazı hastane zincirlerinin alana girmesiyle beraber alanın yeniden yapılandığına tanık olabiliyoruz. Büyük balık küçük balığı yutuyor ya da küçük balığı kendi çetesine dâhil ediyor, yani tekelleşme söz konusu oluyor.

Başbakanlık tarafından 1 Ocak 2004 ile 31 Aralık 2009 yılında 12 adet satın alma gerçekleştiriyor. Bunların toplamı, açıklanan rakamlar da var açıklanmayanlar da var. 740 milyon dolar ve alıcılarına baktığımız zaman, Türkiye ortaklıklı Acıbadem olmak üzere ki, Acıbadem borsada işlem gören ilk sağlık kuruluşudur ve Körfez sermayesi olduğunu görüyoruz. Biz 2012 Ocak ve Aralık 2012'ye baktığımız zaman ise bu süre zarfında sadece 10 dakikalık işlem yapıldığını ve bunların da toplamının 838 milyon dolar olduğunu görüyoruz. Yani bu tekelleşme her seferinde daha da artarak gidiyor. Burada kompozisyonda değişim var: AB ülkeleri ön plana çıkıyor, arkasından yine Körfez sermayesi geliyor. Oradan, çok ilginçtir, doğrudan yabancı yatırımlar ve finansal birleşmelerde her zaman başını Hollanda çekiyor, daha sonra diğer AB ülkeleri geliyor. Körfez sermayesi ya ikinci ya da üçüncü sıralarda geliyor.

2012 yılında hastanelerinin ABD'li bir şirket tarafından satın alınması söz konusu. Burada ne oluyor? AKP sağlık sistemini veya tüm kamu hizmetlerini neoliberal hegemonya projesine ve evrensel sermayenin çıkarlarına uyumlaştırdığı ölçüde çeşitli raporlarda övgüler alıyor ve vizyon sunmaya devam ediyor. En son Dünya Ekonomik Forumu'nun 2012 ve 2014 küresel rekabet vizyonuna baktığımız zaman, Türkiye'yle ilgili olarak şöyle bir ibare geçiyor: "Türkiye ekonomisi kötüleşti; ancak Avrupa'nın pek çok ekonomisinden iyi ve iyileşmeye devam ediyor." Neler var burada? Geliştirmek için alanlar tespit etmiş. Sağlık uygulaması alanı 59. sırada, 148 ülke arasında, eğitim 65. sırada, emek piyasası 130. sırada, buralara daha çok dikkat edilmesi gerektiğini söylüyorlar. Ve diyorlar ki bu rekabet indeksine göre, "siz bir şeyleri iyileştirin, daha çok yatırım alabilirsiniz". Yetersiz işgücü var, verimsiz kamu bürokrasisi, kısıtlayıcı emek düzenlemeleri var, politikadaki istikrarsızlık, kötü halk sağlığı var. Hem de çok ilginç bir şekilde bize şunu demişler: Ulusal emek gücündeki zayıf çalışma ahlakı yani tipik idealist burjuva felsefesinin noktalarıyla hareket etmişler. Peki, ne yapmış bu sakat zihniyet? Verimsiz kamu bürokrasisi mi var? O zaman daya çok katlı idare sistemini. Kamu hastane birliklerinde görüyoruz bunu. Tembelliğe yatkın mıyız? O zaman emek piyasasına göre disipline edeceksin, daya performansı, TKY'ni. Kısmi emek düzenlemesi mi olurmuş, esnek ve

güvencesiz çalışmayı sağlayacak yeni mevzuat aç. Tüm bunların sonucunda şöyle bir şey yapıyorlar: “Alternatif yok”. Buraya empoze etmeye çalışıyorlar. Ama bizim bir alternatifimiz var. Tekel direnişinde vardı, 14 Mart’ta vardı, Gezi’de de var.

Eriş Bilaloğlu

Son günlerde dilime pelesenk olan Şair Gülten Akın’ın bir dizesi var:

“Ah, kimselerin vakti yok

durup ince şeyleri anlamaya”

Bu kongre, siz katılımcılar, koştururken bir sağlık çalışanının, bir işçinin hiç vakti olmayan ama ömründen vermesine sebep olan bir süreci anlamaya, ya da bildiğiniz için konuşmaya gelmiş olanlarsınız. Ne kadar kritik olduğunu yani durup bu ince şeyi anlamamanın ne kadar kritik olduğunu, Fransadan gelen konuşumumuz da dile getirdi, onunla birlikte Kansu arkadaşımız da bizi kimin hasta ettiğini söyledi aslında. Dolayısıyla naçizane bir katkı olarak bu kongreyi düzenleyen arkadaşlara kongrenin adını şöyle değiştirmeyi öneriyorum: “Kim bizi hasta ediyor?” kongresi!

Bu cümleyi “kim’i” arayarak, merakla sorabiliriz, bir de sinirlenerek “kim lan bizi hasta eden?” diye sorabiliriz. Öfkelenerek de sorabiliriz. Adı belli: sermaye. Sermaye daha fazla kâr için bizi hasta ediyor. Dolayısıyla rakamlar çok kıymetli, anlamak için bize yol gösteren şeyler. Ben daha az rakamlı, birkaç noktayı vurgulamak için bir sunum hazırladım. Emekçiler olarak, emek sürecinde yer alan, üretenler olarak zaten çok iyi olmayan ilişkilerimiz bu 10 yılda nasıl daha da bozuldu ve parçalandık meselesindeki bildiğiniz şeyleri vurgulamaya çalışacağım.

Önce yorucu kısım sayılar. Söylemekte yarar var. 2002-2012 sağlıkçı dışı personel ve hizmet alımı 84 bin ken 2012 de 230 bin olmuş. Sağlık Bakanlığında 1993 yılında kadrolu çalışan 218 bin ken 2002 de 245 bin, 2012 de 381 bin olmuş. Hizmet alımı 1993’de 6 bin ken 2002 de 11 bine, 2012’de 126 bine (sağlık bakanlığı içerisinde) ulaşmış.

Sağlık personeline farklı disiplinler yine 2002-2012 de 50 binden 122 bine çıkmış. Ebe sayısı 41 binden 50 bine, hemşire sayısı 72 binden 125 bine çıkmış. Eczacı, diş hekimi görece dörtte bir kadar artmış diyebiliriz. Ve hekim sayısı da 91 binden 124 bine çıkmış. Uzman, pratisyen, asistan olarak bunlara bakmak mümkün. Ama sonuçta 2002-2012 arasında sağlık çalışanı sayısı 378 binden 698 bine çıkmış.

Hizmet alımı 84 binden 230 bine çıkmış; 378 bin içerisindeki hizmet alımı kısmı 698 bine çıktığında sayı ve oran olarak da büyüyen ana kısmı oluşturuyor. Hiçbir zaman tamamını oluşturmayacak ama olabildiği kadarıyla, zorlayarak bütün çalışanları kapsayacak olan taşeron çalışma ya da onların versiyonları biçiminde olacak. Seyir ve eğilim buna yönelik. Toplam içerisinde hekimlerin oransal olarak düştüğünü görmek mümkün. Oransal olarak baktığımızda toplam çalışanlar içerisinde hekim ve diğer çalışanların sayıları azalmakla birlikte hizmet alımı kısmı hem sayısal hem oransal olarak artıyor. Yani taşeron olarak çalışmaya doğru gidiyoruz, götürülüyoruz.

Peki, nedir parçalanma alanları? Çalışma yaşamı aynı çalışma alanında güvenceli ve güvencesiz olarak parçalanmış durumda. Güvencelilerin ücreti de parçalanmış durumda. Eskiden sadece maaşımızı bilirdik. Döner sermaye eklenmişti 1993-2002 sürecinde. Şimdi maaşımız var, sabit diye adlandırılan “bir şey” var, performans diye adlandırılan bir ek ödeme var. Özel sektörde ise bir sabit, onun üzerine bir de ciro üzerinden aldığınız primler vs. var. Yani ücretlerimizde de bir parçalanma söz konusu. Öyle ki her biri ayrı günlerde de yatabiliyor. Hayatımız ödeyeceğimiz borçlar üzerinden de esir alındığı için akli başka bir şeyle meşgul olamayan bir hale dönüşmüş durumdayız.

Performans meselesinin bizi nasıl parçaladığını, hekimlerle hekimleri, hekimlerle hemşireleri, hekimlerle diğer çalışanları burada bulunanalara anlatmaya gerek yok... Bütün maaşlıları bir araya aldığınızda kamu sektöründe onlarla taşeron çalışanlar arasındaki ayırımın nasıl olduğunu, nasıl bir kama gibi aramıza sokulduğunu da biliyoruz.

Örneğin benim çalıştığım hastanede 1,5 yıl önce taşeron çalışanların maaşları ödenmedi. Üstelik 2 ay üst üste ödenmedi. Aynı hastanede çalışıyoruz, aynı kapıdan girip çıkıyoruz ama bizim maaşlar ödeniyordu. Biz performans ödemelerimiz gecikince kendi aramızda sohbet ediyoruz ama onların maaşlarının ödenmemesi bizim sohbet konumuz bile olamıyor!

Onların duyguları ile bizim duygularımız, ya da gerçekten samimiyetle onların bize karşı nefretleri her gün büyüyor aynı ortamda. Niye? Çünkü onların maaşlarını almamalarını dert etmiyoruz, konuşmuyoruz biz. Onların işi biraz gevşettiklerini fark ediyoruz, “arkadaşlar bu işleri yapmamız lazım” diyoruz. Parçalanma böylesine “doğal”, böylesine basit, böylesine sıradan bir biçimde ücret üzerinden büyüyor.

Örgütlenmede parçalanmaya gelirsek. Çalışanların haklarını savunma penceresinden bakınca sarı sendikalar diye bir gerçek vardı. Böyle bir parçalanma da -kabul edilsin diye söylemiyorum- vardı. Ama yeni bir şey daha var: Bide AK sendikalar eklendi. Hani sarı AK'ın yanında daha başka bir şey olmaya başladı. Örgütlenmede, günlük yaşamda kiminle nasıl yan yana geleceğimizi bir gerilim noktası haline gettirir olduk.

Üretimde taşeron hizmet alımı, sağlık hizmeti temizlik vb bir hizmet değildir diyen bir dili geçtik, ki onlar da bir sağlık işçisidir. Bir de doğrudan sağlık hizmeti diye düşündüğümüz laboratuvar, radyoloji gibi klinik hizmetleri de yaşar durumdayız.

İstihdamda kamu-özel diye adlandırılan eskiden beri istihdam alanlarındaki farklılık, parçalanmayı, kamuyu özele, özeli kamuya karşı kullanabilen bir sermaye kavrayışını biliyorduk. Ama hayat özellikle biraz önce aktarıldığı gibi çok daha fazla özelde istihdam edilen bir aşamaya getirildi. Kamu ise içinin boşaldığını bildiğimiz bir parçalanma alanını yaşamış oluyoruz.

Rekabet bir diğer parçalama aracı; her düzeyde, her anlamda bizi parçalayan ve günlük hayatın gerçeği olarak her gün daha da artarak bizi birbirimizle mesafelendiriyor.

Sağlık sektöründe hekimlerin bir pozisyon ve hiyerarşi olarak geleneksel tutumlarını tarihsel olarak biliyoruz. Bunun aşılabilirdiği noktalar vardı. Görece birinci basamak bu açı-

dan sağlık ocakları ekip olmanın görece kavrandığı yerlerdi. Orada da aile sağlığı merkezi ile birlikte ekibin kalmadığı, hekimin oranın patronu olduğu, parçalanmanın başka bir biçimde, daha çirkin biçimde ortaya çıktığı bir durum oldu.

İdrakimizde de bir parçalanma oldu. Bir bütün olma halinde neyse o olan sınıfsal çıkar ortaklığı, bir çalışan olma ortaklığı, hep birlikte paylaşarak yaşama fikrinin daha da parçalandığı bir noktayı yaşadık. Yani ideolojik olarak da parçalanma atomlarımıza kadar işledi.

Yaşadığımız 10 yıllık dönemin bence en önemli iki kırılma anı/müdahalesi var. İlki 2004 yılı Şubatı'nda performans yönergesiyle oldu. Öyle illa anayasa değiştirme falan gerekmiyor, yönergeyi çıkartıyorsun, o parçalanmanın gerekli faaliyetini yürütebiliyor. İkincisi yine 2004'te denenen o zaman hukuki olarak durdurulan hizmetlerin satın alma yoluyla gördürülmesi meselesi oldu. Yanılmıyorsam Denizli'deydi ilk ihale açıldığında, bir kadın doğum uzmanı tutarı bu kadara alacağız diyen bir çerçevede, süreç 2004'te başladı.

İşte bu iki müdahale, aslında bütün süreci ve parçalanmayı bence en fazla hızlandıran girişimler.

Üç gruba ayrıca özel bir vurgu yapmakta yarar var. Buralarda daha hızlı ya da kamuoyu tarafından daha bilinir bir şekilde parçalanma yaşandı. Bir tanesi hekimlik alanıydı. Hekimler arasında her gün rekabet ve dayanışma geriliminde bir başka şey yaşanır oldu.

“Yabancı hekim” bir parçalanma alanıdır. Emekçilerde milliyetçiliği körükler, ücret açısından seviyeyi çalışanlar aleyhine zorlar.

Bir tam gün meselesi tartışması bu parçalanma sürecinin hekimler arasındaki hem ideolojik düzeyde hem de tek tek bütün üniversitelerde “sen tam güncüsün sen değilsin, hangisi tam neyi yapar?” meselesinin tartışıldığı bir noktada yaşandı ve yaşatıldı. Ama bunlar içerisinde bence en fazla önem atfetmemiz gereken iki süreç bir tanesi 2002-2003 sonrası hekimlere özelde çalışmayı özendiren özelde poliklinik, hastane, tıp merkezi açmayı yani patron olmayı özellikle özendiren süreçle, aile hekimliği süreci çok daha özel bir tartışma ve değerlendirmeyi hak eder. Çünkü her ikisi de herhangi bir emekçinin bir diğer emekçiyle çatışmasının ötesinde “patron olma hali”nde beraber çalıştığı emekçi arkadaşıyla çatışması meselesini gündeme sokar. Dolayısıyla bir de bu düzeyde hekimler parçalanma sürecine maruz bırakıldılar.

Bence özel olarak anılmaya değer diğer grup hemşirelerdir. Saydıklarımızın yanı sıra son zamanlarda daha da görünür ve artan biçimde lise, ön lisans, lisans mezunu hemşire arttı. Özel kaç sağlık lisesi olduğunun sayısını artık bilemiyorum. Yetkililerin konuştuğu “2017'de durduralım mı öğrenci alımlarını, durdurmayalım mı?” Bu öğrencilerin hepsi oraya iyi niyetle girip bir biçimde hayatını kazanmayı düşünen insanlar elbette; bir biçimde hepsini bir diğerini parçalayan, mevcut hemşire arkadaşlarımızı da bir taraf olmaya zorlayan bir süreci yaşatıyor. Aynı şey hekimler içinde geçerli, tıp fakültesi sayısı 82'ye ulaşmış 13 tanesi onay almış, ruhsat almış kurulması öngörülüyor. Bunun dışında daha başka başvurular var.

Üçüncü grup da taşeronlar, en başta vurgulamıştım. Taşeronlaşma istedikleri çalışma biçimi.

Gelecek konusunda üç beş cümleyle bitirelim. Sağlık Bakanlığı insan kaynakları 2023 vizyonu rakamları, hekim sayısı 137 bin uzman, 19 bin pratisyen, 44 bin aile hekimi yani 200 bin civarında bir hekim sayısını hedef koymuş durumdalar. 2023'e 10 yıl var bu sürede hemşire sayısını ikiye katlayacaklar. Hazmedilmeyen hızlandırılmış bir süreç olarak yaşanmasında her yetişen öznenin parçalayıcı bir unsur olarak ne mesleği kavrayan ne de mesleğin hümaniter yanını, mesleğin ekip olma halini kavrayamayan bunların hepsinden yoksun ama eşit pozisyonda katılan öznesi olmasına yol açıyor.

Peki, gelecekte ne olacak? Gelecekte ki en yakın tehditlerden biri yardımcılık statüsü. "Dert etmeyin, biz bu kadar hızlı yetiştiriyoruz diye; biz bunları yardımcı yaparız!" diyorlar. Muhtemeldir ki bu yardımcıları asillerinin bütün yaptıkları işi yapmakla yükümlü olacaklar ama para almaya gelince yardımcı olacaklar. Muhtemelen bunlar yaptıkları her türlü hatadan da bir asil gibi sorumlu olacaklar, yapmadıkları zaman sorumlu kılınacaklar. Ama toplamda daha ucuz emek oluşmasının ve emekçiler arasında da "sen benden daha fazla alıyorsun niye?" sorularıyla, gündelik hayatın basit sözcükleriyle yaşanmasının temel aktörleri olacaklar.

Parçalanmaya dur dememiz gerekiyor. Sağlık emekçileri önce reddetmede birleşecek. Neyi ret edeceğiz? Erdoğan Bayraktar bu ülkenin bakanı biliyorsunuz ve fotoğrafta gördüğünüz gençte bir üniversite öğrencisi, kanser hastası. Edirne'de zaten hastalığıyla uğraşıyor bir de ilaç bulamıyor, sadece kendisi için değil diğer kanser hastaları için de ilaç bulamama meselesini anlatmak için bakanın yanına gidiyor. Bakan kendisine para veriyor ve hatırlıyorsunuz, üniversite öğrencisi bunu reddetti, bu onun isyanı. Sağlık çalışanları olarak önce burada birleşeceğiz. Biz böyle bir sağlık sistemi istemiyoruz da birleşirsek nasıl bir hizmet vereceğimize ve birbirimiz arasındaki ilişkileri buradan hizalayarak oluştururuz. Önce biz böyle bir sağlık sistemini reddeden sağlık çalışanları, böyle bir yönetim anlayışını reddeden insanlar olarak ortaklaşacağız. Sonrasını daha önceki yıllarda ve bugünler içinde söylememiz mümkün, yaptık ve yapıyoruz da. Önce sokaklara ufak ufak kenardan çıkıyoruz, sonra caddeleri kaplıyoruz, oralarda çoğalıp daha büyük yerleri kaplıyoruz. Aklımız ve fikrimiz doğrultusunda tartışıyoruz, konuşuyoruz ve gereğini yapmaya çalışıyoruz. Ama bu parçalanmayı engellemeye yetmiyor. Bir önce ki birleşeceğimiz yerle birlikte buradaki birleşmeden sonra bir yere gitmemiz lazım, orada patinaj yapıyorduk.

Haziran günlerine teşekkür ediyoruz. O patinajı aştırdı, artık yolumuz açık devam ediyoruz.

Arzu Çerkezoğlu

Eriş, sermaye bizi hasta ediyor dedi. Gerçek nedeni ortaya koyduğumuzda aslında bu konuda ne yapmamız gerektiği de ortaya çıkıyor. Sermaye bugünlerde aslında doğrudan hem sağlık çalışanlarını hem de tüm işçi sınıfını, emekçileri etkileyecek çok ciddi bir takım hazırlıklarda yapıyor. Örneğin, yetmiş yıllık kazanılmış bir hak olan kıdem tazmi-

natını fona devretmek yoluyla ortadan kaldırmaya çalışıyor. Taşeron çalışmayı daha da yaygınlaştıracak bir dizi düzenleme getiriliyor. Özellikle hemşire arkadaşlarımızın özel sağlık alanında çokça maruz kaldıkları bir çalışma biçimi olarak özel istihdam bürolarının çalışma biçimini faaliyet alanını daha da genişleterek sağlık alanında önümüzde ki dönemde çokça uygulanacağını düşündüğümüz bir düzenlemeye gidiyor. Çalışma Bakanı'yla her görüştüğümüzde "Biz öyle günü birlik politikalarla hareket eden bir hükümet değiliz, her alanda stratejilerimiz var" diyor. Çalışma yaşamında da var bunda ulusal strateji ve hareketi de yayınladık diyor. Hakikaten orada yazdılar bütün bunları. Ardından bir ay önce Ekim'de hükümetin orta vadede programı yayınlandı, en sonda 2 Kasım'da AKP iktidarının 2014 programı resmi gazetede yayınlandı. Oraya baktığımızda hem sağlık alanına ilişkin hem de toptan çalışma yaşamına ilişkin ne yapmak istediklerini görebiliyoruz. İş gücü piyasalarını esnekleştirmek adı altında ucuz ve güvencesiz işçiliği yaygınlaştırmak için bir dizi yasal düzenlemeye hazırlanıldığı bir dönemdeyiz sermayenin. Yani, sermayenin bizi daha fazla hasta etmek için bir dizi adım atmaya hazırlandığı bir dönemdeyiz. Sermaye bizi hasta etmekle kalmıyor aynı zamanda öldürüyor, bunun örneklerini maalesef çokça yaşıyoruz. Dolayısıyla böylesi bir dönemde, emek-sermaye arasında ki sınıf mücadelesinin çok temel alanlarından bir tanesi iş güvenliği ve işçi sağlığı alanı. Bizler açısından da çok temel bir örgütlenme alanı, başta sendikalar olmak üzere sınıfın bütün örgütlerinin, meslek örgütlerimizin attığı her adımların aslında sermaye iktidarına karşı verilen mücadele de son derece önemli yeri var.

Sağlık alanında gerçekten çok ciddi bir parçalanmayı yaşıyoruz. Öbür taraftan tüm vasıflı emeğin sıradanlaştırıldığı bir dönemde ki bu özellikle sağlık alanında hekimler hemşireler arasında çok net yaşanıyor. Olağan üstü bir parçalanma yaşıyoruz çalışma biçimleri açısından baktığımızda ama bir başka şey daha yaşanıyor ki tarihin bu döneminde güvencesiz çalıştırma dediğimiz şey, tarihin hiçbir döneminde olmadığı kadar bizi homojenleştiriyor ve birleştiriyor. Bir üniversite profesörüyle hastanedeki taşeron işçinin kaderi herhalde tarihsel olarak hiç bu kadar ortaklaşmamıştı. Böyle bir dönemdeyiz, aslında biz sağlık alanında ki örgütler olarak bir ortak örgütlenme mücadele süreci açısından da çok sıfır noktasında değiliz. Özellikle taşerona karşı verilen bir mücadelede taşeron işçilerinin örgütlenmesinde ve mücadelesinde bir bütün olarak sağlık alanının örgütlenmesinde önemli deneyimlerimiz var. Bu nedenle geleceğe biraz daha umutlu bakmamız gereken bir noktadayız. Arkamızda duran ve bugün hala devam eden Türkiye tarihinin en önemli tarihsel kırılma noktalarından bir tanesi olan Haziran İsyanı'ndan aldığımız güçle, önümüzde ki dönem açısından bir ortak mücadele çizgisi ve bir ortak örgütlenme stratejisi, politikası ve bunun araçlarını oluşturmak açısından daha umutla baktığımız bir dönemin içerisindeyiz diye küçük bir katkı yapmak istedim.

Katılımcı

ABD 2011 yılından sonra alternatif ve tamamlayıcı tıbbın çok önemli olduğunu vurgulamış. Nedeni ise şöyle açıklanıyor: Milattan önce 2000'li yıllarda "al bu otu ye" dönemi vardı. Milattan sonra 2000'li yıllarda ise artık insanlar sağlık sektörüne paraları yetmediği için "al bu otu ye" dönemine geçti. Bu yüzden bu alternatif tıp (yoga vs.) çok yaygınlaştı. Şu anda ABD'nin alternatif tıp aracılığıyla milyon dolarlar kazandığı söyleniyor.

Artık bu da tıbbın içine girdi.

Biz de ülke olarak son zamanlarda alternatif ya da tamamlayıcı tıptan bahsetmeye başladık. Benim korkum bu tıbbın bölücü bir özellik taşımasının yanında artık yakında, AKP döneminde insanlara bir üfürükçüye gidin denecek. Alternatif tıbbın içine bu sarıklıları da koyarak herhalde biz biraz daha bölüneceğiz tıpçılar olarak.

Kansu Yıldırım

Son zamanlarda, özellikle ulusal banttaki televizyon kanallarında sağlık programları yayınlanıyor. Aslında burada şöyle bir şey yapıyorlar: Halka kendi kendine evde tedavi ve teşhisin imkânını veriyorlar. Bir ara Ankara Tabip Odası'nın bir yayını için bakmıştım: 12 adet dini program var. Burada birilerini getiriyorlar ve ekrana çıkarıyorlar. Home terapi gibi bir şey öneriyorlar.

Mücahit Altıntaş

Sağlık sistemi maalesef bütüncülüğünü kaybetti. Maalesef TTB ve hekimler de bu konuda kötü bir performans sergilediler. Neden bu oldu peki? Birincisi; bildiğiniz gibi bir muayene süresi vardır ve o süreye sahip çıkamadık biz. Sahip çıkmak adına birinci basamak hekimini prestijli kılamadık da.

Bir parçalanmışlık var, ne yeterli sürede muayene var ne bilgi aktarımı var, ne uzmanlık var... Çünkü insanlar basit bir şeyde profesöre gidiyor, üniversiteye gidiyor. Bunlar hep parçalanmışlığın göstergesi. Eriş Bilaloğlu aslında kavramsal bir konuşma yaptı, bir şeyi unuttu bana göre. Parçalanmışlık bence döner sermayeyle başladı. Emek sermaye çelişkisi orada başladı. Zaten hep sistem içinde üretildi ve üretilecek. Bunun sonu yok ama orada başladı. Bir de malpraktis var. Çünkü avukatlarla bizi karşı karşıya getirdi. Ya da hastayla bizi karşı karşıya getirdi diyelim.

Şunun da arkasında durmak lazım; sağlık çalışanlarının çalışma ortamını iyi belirlemek lazım. Burayı çok atlıyoruz. Kendimizi bilimsel olarak savunamıyoruz. 15 dakika bakacağız oldubitti. Daha aşağısı yok. Bunun bilimsel yöntem olarak arkasında durmak zorundayız. Duramıyorsak o zaman iş yükünü artıracamız. Beş dakikada Beşiktaş oluyor! Uzmanlığın paylaşılmasını, bilginin paylaşımını savunmak zorundayız. Bunlar parçalanmışlığın karşısında bütünsel bir yaklaşımı gösteriyor aslında. Malpraktis de öyle; her önüne gelen doktoru şikâyet edemez. Böyle bir şey yok. Savcıyı şikâyet edebiliyor mu insanlar? Önce bağımsız bir süzgeçten geçmesi lazım. TTB'nin de kendisini her alana yayması lazım. Temel doğrular içinde çeşitli alanlarda bu bilimsel doğruları yayması lazım.

Katılımcı

Üçüncü sınıf hemşirelik öğrencisiyim. Aslında çok duygulandım, gösterilen resim beni ilk gördüğümde de çok etkilemişti. Çok üzül müştüm, şimdi de tüylerim diken diken oldu. Ben mesleğimi severek, saygı duyarak ve bilinçli olarak yaptığımı düşünüyorum. Gerçekten size çok teşekkür etmek istedim. Çünkü bize her zaman şunu öğrettiler ki, hastanede bir hiyerarşi vardır ve sizin üstünüz gelirse saygı duymak zorundasınız. Ben

bunu yaşadım ve kesinlikle doğru bulmuyorum. Buna değindiğiniz için teşekkür etmek istedim. Bunun yıkılabileceğini düşünüyorum. Bir ekip şeklinde çalıştığında hastaya, kendi aralarında birbirlerine daha sağlıklı bir şekilde ulaşabileceğini düşünen bir insanım.

Katılımcı

Kısa zamanda her şeyi özetlediniz. Merak ettiğim bir kavram var. 1917 Ekim Devrimi'nde kurulan Sovyet rejimiyle neoliberal politikaların bağlantısı nedir? Kısaca özetleyebilir misiniz?

Eriş Bilaloğlu

Tabi şöyle bir şey var. Kutuplu dünya demek bir hegemonun yapacağı bütün davranışlara bir sınır çekmek demek. Sovyetlerin yıkılışından sonra, Amerikan İmparatorluğu gayri resmi olarak kuruldu ve Amerikan özel sektör mantığı kendini bir şekilde dünyada göstermeye başladı. Örneğin üniversitelerdeki kamu yönetimi bölümü Amerika'da icat olmuştur ve amacı iyi işletmeciler yetiştirmektir. Sovyetlerin yıkılmasından sonra, karşı paradigmanın egemen oluşunu biz şu anlarda görmeye başlıyoruz. Bir söz vardı; İngiltere'de Thatcherizm, aslında Thatcher zamanında olmamıştı, Tony Blair zamanında uygulanmıştı. Belki de bizde 1980 şu anda egemen olduğu için, yeniden yapılanması ve rejim değişikliği gibi durumlarla karşılaşıyoruz. Bu, sadece üstyapı kurumlarında değil, emek piyasasında da kendini gösteriyor. Böyle anlatabiliriz herhalde.

Ercan Küçükosmanoğlu

Arkadaşlar çok önemli konulara değindiler. Kamu hizmetlerinin piyasaya açılması ve emperyalizm vurgusu yaptılar. Burada ben şunu görüyorum, kamu hizmetlerinin özelleşmesiyle elimizde olan üç-beş kuruşu da alıyorlar. Mesela diyorlar ki "bıçak parası"... İnsanlar pek çok hastalığı için devlet hastanesinde ameliyat olamıyor. Bu da resmen bir bıçak parasının gündeme resmi olarak alınması anlamına geliyor. Biz burada sağlık çalışanları olarak birbirimize düşürüldük, biz başlangıçta buna karşı çıkalım dedik ama yeterli bir tutum alamadık. Öbür taraftan arkadaşımız biraz değindi, hastalara yeterli süre ayrılması meselesi... 1989 İstanbul Tabip Odası'nda asistan hekimdim. Hastalara yeterli süre ayırmaya başladık. Bunu bir eylem değil de, normal bir davranış olarak yapmıştık. Bu kendi taleplerimizi dile getirmemiz açısından bir iş olmuştu ama sonradan bu zaman zaman dile getirilse de tutarlı bir şekilde hayata geçemedi. Çünkü tabip odaları tek başına yapmakta yeterli değil. Hekim kitesinin hepsi ya da sağlık çalışanlarına yayılmıyor. Ben bütün staj öğrencilerine söylüyorum. Hastalara yeterli süre ayıracaksınız, siz bunu yaparsanız başınıza bir şey gelmez. "Ben 40 hasta bakacağım deyip, 40 hastadan sonra bakmayın" diyorum. Başınıza bir şey gelmez. Ben bunu böyle yaptım, iki tane soruşturma geçirdim ama bana herhangi bir ceza verilemedi. Bunu, hekim arkadaşların kendilerinin yapması lazım. Ben sonuç olarak bu meseleye de siyasi olarak karşı çıkmak gerektiği düşüncesindeyim. Bu meseleye fazla siyasi bakılmıyor. Biz tabi sendika olarak bakıyoruz ama biraz da meselenin özü siyasi. Çünkü basında da çok fazla duyuyoruz

“AKP sağlıktan fazla oy alıyor” deniyor; sağlıkta çok iyi işler yapılıyor algısı yaratılmaya çalışılıyor. Bunun alt planını açıklamak ve sağlıkta yapılan kötü işleri kitlelere anlatmak gerektiğini düşünüyorum.

Yusuf Özden

Sosyal hizmet uzmanıyım. Bence kritik nokta; sermayenin emek süreçlerini parçalaması ve emekçileri bir rekabete sokması. İşgücünü rekabete sokmanın, kapitalizmin temel saç ayaklarından biri olduğunu biliyoruz. Burada mesele, “Nasıl bir sağlık hizmeti sunmalıyız?” sorusu üzerine anlaşabilmek. Bu bir bilinç düzeyini ve arka planında siyasal-ideolojik birliği gerektiriyor. Veya çalışanların ortak çıkarlarını savunmak da bir sınıf bilincini gerektiriyor. Bunun araçlarından bir tanesi elbette örgütlülüktür diyoruz, örgütlülüğe çağrı diyoruz, örgütlülük düzeyi belli, eylem düzeyi diyoruz, eyleme katılım sayısı belli. Bu araçların yanı sıra, acaba bu parçalanmışlığı aşmanın başka araçları ne olabilir? Biraz önce hemşire arkadaşıma, işyerindeki patron olmuş aile hekimi arasındaki buluşmayı nasıl sağlayabiliriz? Bunun araçlarını nasıl yaratabiliriz meselesi üzerine gitmek gerek. Galiba naçizane aklıma gelen şöyle bir şey; her iş yerinde diyelim ki Hacettepe Hastanesi’nde biz, salona gelen taşeron işçilerin, söylemiştiniz, biz onların sorunlarını konuşuyoruz demiştiniz. Eğer işyerinde en azından o işyerindeki çalışanların ortak sorunlarını ve o ortak çözüm önerilerini, orada çalışanlarla birlikte formüle edip, aynı zamanda hiçbir statü gözetmeksizin, hangi koşulda çalıştığını gözetmeksizin, ortak talepler etrafında bir işyeri meclisleri işyeri örgütlerini bu anlamda yaratarsak, sendika ayrımı gözetmeksizin bu araçları yaratabilsek, yemekhane sorunundan temizlik sorununa kadar, ortak işleri ortaklaştırıp, sendika meslek odası dernek gibi yaratabilsek (hepsi meşru ve sınıfın örgütleridir) olur. Ama galiba bütün bu örgütler arasında da bir ortak talepler manzumesi ve bu ortak talepler manzumesi etrafında ortak örgütlülükler aracı üzerinden tartışmak yararlı olur gibi geliyor.

Hasan Oğan

Burada iki şeyin altını çizmek istiyorum. Birincisi performans dediğimiz olay; esasında hedef-ciro baskısı olarak karşımıza çıkıyor. Ve daha önce sağlık hizmeti sunumunda olmayan böyle bir şey hedef-ciro baskısı. Sektörel olarak anketler bazında yanılmıyorsam 5’inci ya da 7’inci sırada yer almaya başlıyor. Burada iki türlü bir hedef-ciro baskısı var. Bir; hekimin ya da sağlık çalışanının kendisi için kazanması yönünde. İki; özel ve kamu olmak üzere kurum çerçevesinde. Özelde bu baskı daha fazla. Çünkü özel sektörün pazarlanması, kazanması, kuruma para kazandırılmasını hastane sahipleri çalışanlarına özellikle hekimlere doğrudan öneriyor, istiyor.

Diğer bir önemli durum da danışmanlık şirketleri. Onların elinde olmayan bir bilgi var. Birçok bilgiyi uluslararası sermayeye zaten aktarıyorlar ama kişisel sağlık verilerinin tamamını henüz aktaramıyorlar. Bu çerçevede sağlık bakanlığı, kişilerin ana rahmine düştüğü andan itibaren verilerinin depolanacağı bir çalışma başlattı. Biz buna TTB, Türkiye Barolar Birliği, Türk Eczacılar Birliği ve Türk Diş Hekimleri Birliği olarak da karşı çıkıyoruz. Bir çalışma grubu oluşturduk. Bunu diğer çalışma gruplarındaki arkadaşlarla

da paylaşmayı düşünürüz. Çünkü bu bilgileri ellerine geçirdiklerinde, işin etik boyutu bir kenara, her türlü planlamayı-programlamayı da yapabilecekler.

Eriş Bilaloğlu

Teşekkür etmek gerekir. Kansu'nun bahsetmek istediği, sermayenin ana yönelimlerine vurgu yapıp sizin tartışmanıza açmaktı. Bir çözüm oturumu değildi bu. Ama ben hakikaten Kansu'nun sunumunun çok veri dolu olduğuna dikkatinizi çekmek isterim bir kez daha. Katkılar çok yerindeydi bence. Kritik nokta şudur: Döner sermaye diyerek ben doğru söylediğimi düşünüyorum açıkçası. Son 10 yıllık kesitte sağlık çalışanlarının mevcut parçalanmışlıklarına ana müdahale aracı performans, burası olmuştur. Buna karşı neler yapılmalıydı, ne kadar yapıldı meselesi... Durum ortada. Dolayısıyla yarınki oturumda konuşulacak.

Dikkat çekilmesi gereken konu hukukun sosyalizasyonu meselesi, yani “Mücadele edebilmek için çok daha fazla alanda kamuoyu tarafından meşru bilinen yerlerden de dayanaklar çıkartırsak, mücadelenin sürdürülebilmesi kolaylaştırılır” diye söylendi. Katılıyorum ama buna teslim olmamak kaydıyla.

HİZMET SUNMA YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜN SINIRLARI NELERDİR?

Feride Aksu Tanık

Ankara Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD / Yürütücü

Murat Civaner

Uludağ Ünv. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD

HİZMET SUNMA YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜN SINIRLARI NELERDİR?

Feride Aksu Tanık

Ankara Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD / Yürütücü

Murat Civaner

Uludağ Ünv. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD

Murat Civaner

Ben bu konuyu çok önemsiyorum. Konu hepimizin gündeminde aslında. Ben etik alanında çalışıyorum. Etik, soyut tartışmaların yürütüldüğü bir alanın ötesinde, aslında sağlık çalışanlarını günlük pratiklerinde oldukça etkileyen bir alan. Çeşitli alanlarda, belirli durumlarda, hizmet sunma yükümlülüğümüz tartışmalı hale gelir mi, ortadan kalkar mı sorusunun önemli olduğunu düşünüyorum. Şimdi bu soru nasıl gündeme geldi, belki oradan başlanabilir.

Dünyada aslında daha çok AIDS hastalığıyla birlikte, bu sorun tartışılmaya başlanmıştır. İnsanlar AIDS'li kişilere hizmet sunarsam ve eğer diğer hastalarım bunu iştirse bir daha bana gelmezler diye hesap ettiler. “Benim bu konuda yeterince bilgim yok”, “Bu tür insanları sevmiyorum” ve “Yeterince hizmet sunamam” gibi çeşitli gerekçelerle HIV pozitif kişilere sağlık hizmeti sunmayacağını belirten hekimler oldu. Dolayısıyla onların temel argümanları buydu. Sonra 2002 senesinde başka bir hastalık geldi: SARS. Burada bir sağlık çalışanını görüyoruz, kendince bir önlem almaya çalıştı. Bu, enfeksiyon zinciri dahi tanımlanamadan, pek çok insanın ölümüne yol açan bir hastalıktı. Bizim için dramatik yanı, SARS virüsünden etkilenenlerin çoğunluğu, sağlık çalışanları ve tabii ki onların aileleriydi. Örneğin Vietnam'da ölenlerin tümü, hekimler ve hemşireler. Hong Kong'da hastaların %25'i sağlık çalışanı. Çin'de ölenlerin %22'si sağlık çalışanı. Bu dramatik durum sürerken, Kanada'da Lucy Smith adında bir hemşire dedi ki, “Ben SARS hastasına bakmayacağım. Çünkü benim küçük çocuğum var, bana bağlı. Evin tek gelir kaynağı benim. Eşimden ayrırım ve tedavi gören anneme de bakıyorum. Onun da tek güvencesi benim”. Büyük bir tartışma doğdu. Hastane sözleşmesine son veriyor, işten atıyor. Sendika dava açıyor ve geri alıyor işini. Bu noktadan sonra “Hizmet sunma yükümlülüğünün bir sınırı var mı?” tartışması alevleniyor. “Var” diyeceksek bu kez başka soruları tartışmaya başlayacağız.

Peki, Türkiye’de nasıl oldu? Doğrusunu isterseniz, özel yorumum, kuş gribi yaşandı örneğin, domuz gribi, Kırım-Kongo kanamalı ateşi. Benim bildiğim 5 hemşire yaşamını yitirdi. İnsanların yaşamlarını yitirdikleri bir salgın yaşanıyor. Bir şekilde bunlar gündeme gelmedi. Peki, nasıl gündeme geldi? Sağlıkta özelleştirmenin yansımalarıyla gündeme geldi. Burada da hemen akla gelen şey şiddet tabii. “Şiddete maruz kalan hekimin hizmet sorumluluğu var mı?” sorusu soruldu.

Bu sorudaki bir başka dinamik ise, Türkiye’de hakim olan gericileşme. “Ben kişisel değerlerimle de seçimler yapabilirim” dendi ve “vicdani ret” kavramı kirletilerek gündeme getirildi. Türkiye’de bu şekilde gündeme geldi diye düşünüyorum. Aynı şekilde sağlıkta dönüşümün başka boyutları; hasta hakları denilen kavram da bir tepki yarattı hepimizde. Çünkü piyasa aklıyla tanımlandı. Ya da işte ödeme gücü, bunları biliyoruz ama yine de bunlar hakikaten önemli bu tepkide. Seçme hakkını birincil hasta hakkı olarak tanımladılar. Televizyon satın almaktan bir farkı olmuyor bu şekilde. Aydınlatılmış onam, hepimizin arkasında durduğu insanların kendileriyle ilgili kararlara katılma hakkı, özerkliklerini hayata geçirme hakkı, bu terimi bağışlayın ama bu tür konumlandırıldığı için metafor değil diye düşünüyorum, birebir neredeyse hukukta karşılığı var, sözleşmeye dönüştü. Bilginin kendisi metalaşıyor. Hastanelerin bilgi işlem sistemlerini taşeronlaştırdıkları için, o şirketler bilginin sahibi oluyorlar. Benim bildiğim bir örnek var; şirket bir sonraki şirkete vermiyor bilgileri, benim diyor. Datayı vermiyor. Hastanenin elinde yok. Hastanın elinde zaten yok. Ve o da o bilgiye sahip olduğunu düşünüyor ve sigorta şirketlerine satmaya başlıyor. Hastanın elinden çıkıyor artık, gizlilik falan gibi tartışmalar geleneksel kalmaya başlıyor. Hizmet kaynaklı zarar, müşteri mağduriyeti olarak tanımlanıyor, yine oradan sorunları tarif ediyor. Hasta hakkı hep şikâyet ettiğimiz şeyler, hastaların haklarını arama araçları, bizim kurumlarımıza da özgü, baskı kurma aracı olarak da kullanılabilir. Sağlıkta dönüşümün etkileriyle, piyasa aklıyla hasta haklarının tanımlanması, hastaların hak arama mekanizmalarının baskı kurma araçlarına dönüştürülmesi, yine sağlıkta dönüşümün etkisiyle bizim kendi mesleğimize, tıbbı doğrudan etkileriyle bu soru tekrar gündeme gelmeye başladı. İş dünyasının anlayışı ve ölçütlerini tıbbı yedirmeye başlıyorlar. Verimlilik, kârlılık gibi. Böyle bir şey olduğu zaman hekimin mesleki kimliği de dönüşmeye başlıyor. Ben artık, sözleşmeli bir çalışırım, kârlılık benim için önemli olmaya başlıyor. Yani ekonomik değerlerin mesleki değerlerin önüne geçmesi isteniyor. Sunduğum hizmetin niceliğine bağlı kazancım. Zararlardan ben sorumlu tutuluyorum, bunun için bir zarar olursa kişisel olarak bedel ödemeliyim. Sunduğum hizmetin niteliği, toplumsal anlamda ne kadar iyileşmeye yol açtığı, hangi hastalıkların ortaya çıkmasını önlediği önemli değil. Doğrudan hizmetin niteliği değerlendirilmeyecek, ancak nicelik olarak değerlendirilecek. O anlamda yaptığım iş müşteri memnuniyeti olarak ölçülüyor. Bu da hepimizin içinde bulunduğu, işte ideolojik nitelendiriliyordu, şimdi en yakın taraftarlar, kişiler bile “bu kadar da olmaz ki” demeye başlıyor. Herhalde şimdi onlara dönüp sormak gerekiyor: “Ne kadar olur?” diye...

Hekimler hastalara ve mesleğine yabancılaşıyor. Mesleğimizin doğası değişiyor. Mesleğimizin toplumsal konumu itibarsızlaştırılıyor. Bütün bunlar hekimlerin mesleğe, hastalara bakışını ve pozisyonlarını değiştiriyor. İçinden geldiğimiz ve bize anlatılan gelenekten

pek çok noktada farklı bir durum var artık. Daha güvensiz, savunmasız ve tehdit altında hissediyoruz kendimizi. Pratikte de gördüğümüz gibi defans geliyor, hekimler bu durumu dengelemek gerektiğini düşünüyor. İşte bu müthiş tehlikeli noktaya maalesef geldik. Şu sözleri söylüyorlar artık: “Hasta haklarına göre, hekimlerin nazik ve güler yüzlü olması bekleniyor. Öyleyse hastalar da bize aynı şekilde davranmalıdır”. Ya da “Hasta da bana tam ve doğru bilgi vermek zorunda. Eğer bunu yapmıyorsa ne hasta bir daha bana gelsin, ne bir daha benden hizmet beklesin”. “Hastaya ihtiyaç duyduğu tedaviyi vermekle yükümlüyüm, o da söylediğim şeyleri uygulamak zorunda, yoksa şu haklarım var” diyor. Ve son olarak da, en fazla karşımıza çıkan; “Beni seçiyor, ben de onu seçerim” diyor. En tehlikeli noktası da burası tabii. Hiç de sahiplenilmeyecek oranda üretilen söylemlerle maalesef karşılaşılıyor. Hatta bunu, gazetelere yansıdığı için gördük, şiddet öyle boyutlara vardığı zaman, hekimler canlarını kaybettiler, yaralandılar biliyorsunuz; örneğin İzmir Tabip Odası, şiddet olayları karşısında hastalara bir form imzalatmayı, o formu imzalamayanlara da hizmet sunmamayı önerdi. Buraya kadar geldik. Bu bir gerçeklik. “Ben doktorunuz olarak size sağlık hizmeti sunacağım ama formu imzalamıyorsanız da ben bu sağlık hizmetini size vermeyeceğim” şeklinde bir durum.

Şimdi dolayısıyla bütün bunların etkisiyle bu sorun Türkiye’de de önem kazandı diye düşünüyorum. Hangi hastaya, hangi durum ve koşulda hizmet sunmalıyız? Hizmet sunma yükümlülüğümüz daima var mı? Daima varsa tartışacak bir şey yok. Sorunun yanıtı bir tane. “Bazen verilmeyebilir mi, tartışılabilir mi?” demeye başladığımız zaman da yeni yeni sorularımız oluşuyor. Kendi yaşam ve sağlığını tehlikeye atıyor olsa da, her koşulda hastaya hizmet sunma ödevi var mıdır, eğer böyle bir ödevin geçerli olması için bir sınır varsa, bunu sınırı hangi ölçüte göre çizeceğiz; hangi hastalıklar ya da durumlar bu sınırın altında üstünde kalacak. Çünkü o zaman bir paket tanımlayacağız. Üstünde kalanlar için “Ben bakmam” diyebileceğiz. Veya bakanlara “Kahraman” diyeceğiz ama bakmayanlara da “İşini yapmadı” diyemeyeceğiz. Çünkü ödevi değil. Kahramanları alkışlayacağız, heykelini dikeceğiz ama biz, meslek ahlakı açısından yapmaktaki yükümlü tutulmayacağız.

Telaffuz etmekten özenle kaçındığım sözcüğü söyleyeceğim burada: Bu bir hak mı? Hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkabileceği durumlar olabilir mi?

Bunu düşünürken, hizmet sunma yükümlülüğünün gerekçeleri nelerdir onları söylemek gerek. Neden böyle bir yükümlülüğümüz var? Elbette tabi ki, ilk söylememiz gereken toplumsal sözleşme. Ben şöyle bir alıntı yaparak bunu özetlemek istiyorum; “Hekimlik mesleği sadece hasta-hekim ilişkisinden ya da ele alınacak olan meslektaşlar ve diğer sağlık çalışanları ilişkilerinden oluşmaz. Aynı zamanda toplumla ilişkileri de içerir. Bu ilişki, toplumun hekimlik mesleğine belli hizmetler sağlaması ve mesleğin büyük oranda kendi kendini denetlemesi (Bakın bu bizim sahip çıktığımız şeylerden bir tanesi. En küçük müdahaleyi kabul etmiyoruz. Kendi kendimizi denetlemeyi, iyi ki de öyle, sürdürmek istiyoruz) gibi ayrıcalıklar tanınması karşılığında, mesleğin bu ayrıcalıklarını birinci olarak başkalarının yararına kullanacağına söz vermesi.” Hipokrat Yemini’nin anlamı da bu. Tabi ki yasal bir bağlayıcılığı yok. Toplumsal sözleşme de imzalamıyoruz, öyle hukuki şeyler değil bunlar. Ama bizim meslek ahlakımız ve değerlerimizin temelindeki şey bu. Ben 7/24 hizmet sunacağım diyerek bu mesleğin altına giriyorum ve toplum “hekim”

sifatını öyle veriyor bana.

Diğer yandan, çok önemli eğitim alıyorum. Çok özel şeyler biliyorum ve özel yetilerim oluyor. Büyük bir gücüm oluyor dolayısıyla. Ben hekimlik yapacağım diyorum ve yapıyorum da. Dolayısıyla bu beni toplumun en deneyimli ve bilgili üyelerinden biri haline getiriyor. Tıp mesleğinin geleneksel erdemleri yardım etmeyi gerektiriyor ve hizmet sunma yükümlülüğünün gerekçelerinden birisi olarak, dile getirilen şeylerden bir tanesi de, benim katılmadığım, soru işareti koyuyorum dediğim bir şey; “Sen bu mesleği seçtin, o zaman hizmet sunma yükümlülüğün var” diye de dillendiriliyor.

Hizmet sunma yükümlülüğü konusunda düzenlemeler ne kadar yol gösterici olabiliyor? Bu konuda özel bir madde var. Belli koşullar sıralamış; acilse, insani yardımsa ve bir de resmi vazifesin ifası ise, kamu görevlisiysen yapamazsın. Ama ne yazık ki, olumsuz yoruma açık olabilecek bir ifade kullanılmış; “Mesleki ya da şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir” der. Onun günümüze uyarlanmış, hem dil olarak hem kapsam olarak güncellenmiş biçimi TTB’nin Hekimlik Meslek Etiği Kuralları benzer şekilde... Fakat bu yükümlülüğün hangi koşullarda ortadan kalkabileceğini daha özenli tariflemiş: “Tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim olduğu durumlarda, hastayı ve hekimi bilgilendirerek tedaviyi üstlenmeyebilir ya da yarım bırakabilir” demiş. Yani iki tane özel düzenleme var, başka özel bir şey yok.

Şimdi “Hak sözcüğünden uzak durmaya çalışıyorum” diye söylemişim. Çünkü bu bir hak değil. Hizmet sunmayı reddetme hakkı diye bir şey yok. Oradan yürüyemeyiz, karşımıza çok fazla sorun çıkar. Çünkü zaten sağlık hakkı diye bir şey tanıyorsanız, sağlık hakkı koşula bağlanamaz. Yaptığımız şeyin adı ayrımcılık olur. İlkeler göre hekimler, sadece tıbbi ölçütlere göre ayırabilir hastalarını. Öyleyse hastaların, yararını korumak gerekçesiyle ve belli durumlarda, belli koşullar sağlandığında, Hekim Hakları Bildirgesi’nde der ki; acil girişim gerektirmeyecek ve hastanın başka bir hekime yönlendirilebilecek durumda olması şarttır. Hastanın sağlığı tehlikeye atılmayacak ve hem hekime hem de hastaya bilgilendirme yapılacak. Ayrımcılık olmaması için gerekçenin hastanın sağlığının korunması olması gerekiyor. Tekrar söylüyorum, hastanın sağlığını korumak şartıyla, belli koşullarda... İlkeler bu.

Peki hangi durumlarda olabilir? Gerekçelerine bakacağız. Şiddetle başlayalım. Şiddetle ilgili yasal düzenleme 30 Haziran 2012’de çıktı. Özel yasal düzenleme, Sağlık Bakanlığı bir genelge yayımladı biliyorsunuz. Orada “Hizmetten çekilme” diye bir madde var. Ne güzel “hak” sözcüğünü kullanmadılar. “Şiddete uğrama hali hariç, hizmetten çekilme talebinde bulunabilir” dendi. Ama onun da koşullarını şöyle bağladı; (bence bu da tartışılabilir) bir tane başhekim yardımcısı olacak, ona talebini iletcek ve başhekim yardımcısı talebi uygun görürse, aynı hizmeti hastayı aynı hizmeti alacağı bir başka hekime sevk eder ve tedavisinin aksatılmamasına itina edilir. Dolayısıyla şunu söylemek lazım; yükümlülüğü ortadan kaldıracak durumlar olabilir. Onlardan bir tanesi şiddettir. Ancak hasta yararı ile gerekçelendirildiğinde.

İkinci durum ise olumsuz çalışma koşulları. Mesela, tıbbi müdahale için gerekli mal-

zeme yoksa. Steril eldiven, gözlük yok. Biliyorsunuz Ankara’da üç araştırma görevlisi, Kırım-Kongo’lu hastaya bakarken, fişkırlarak kanadığı için, kornealarından virüs bulaştı. Maskeleri ya da gözlükleri olsaydı böyle bir şey olmayacaktı. Yahut günde 120 hastaya bakmak acaba benim hizmet sunma yükümlülüğümü ortadan kaldırır mı? Yasal düzenlemeye bakıyorum. “Hastaya bakmak üzere bir aile nezdine yahut herhangi bir kuruma çağırılan hekim, korunmayı da sağlamaya çalışır, gerekirse tedaviyi reddetmek pahasına da olsa korunma kurallarına uyulması için gayret gösterir” demiş. Elime bir enstrüman veriyor. TTB’nin Hekim Hakları Bildirgesi’ne bakıyorum, biraz daha ayrıntılı bir şey söylüyor bana; “Hekim bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda, çalışma ortamında rutin korunma araçları yok ise ve o hastalığın bulaşma riski tıbbi uygulama ile anlamlı biçimde artıyorsa hizmet sunmayı reddedebilir” demiş ama şunu özellikle oraya koyma ihtiyacı duyulmuş, HIV örneği verilmiş, en fazla ayrımcılığa uğrayan hasta grubu olduğu için; “Hekim steril eldiven bulunmaması durumunda HIV pozitif hastaya hizmet sunmayı reddedebilir çünkü steril eldiven bulunması cerrahi girişimde yeterli korunma aracı sağlar”. Böyle araştırmalar var. Çünkü eğer sağlamasaydı, şuna bakmışlar hep cerrahlar da; cerrahlar sürekli bu riskin içindeler. Biliyorsunuz bütün hastalarımızı HCV pozitif kabul ederek girişimde bulunacağız. Rutin önlemleri alsanız dahi bu riski artırıyor olsaydı, hastalığın cerrahlarda toplumun geneline göre daha fazla çıkması gerekirdi. Öyle değil ama arada fark yok. Rutin önlem alınabiliyorsa demek ki riski anlamlı oranda artırmıyor. “Bilimsel çalışmalar rutin önlem alındığında HIV pozitif hastalara girişimde bulunmanın toplumun diğer üyelerine göre fazladan bir risk oluşturmadığını göstermiştir” diye özel bir vurgu yapma ihtiyacı duymuş.

Olumsuz çalışma koşullarında preventif önlemler biliyorsunuz gündeme geliyor. Ben size iki tane örnek vereceğim. Bir de Adana’dan arkadaşlarımız varsa, kurumu yanlış anımsıyor olabilirim, Adana Devlet Hastanesi’ne Tabip Odası bir noter götürdü ve oradaki çalışma koşullarındaki olumsuzlukları tespit ettirdi. Sonrasında hekimler oradan doğacak zararlar dolayısıyla sorumlu tutulurlarsa, bir tazminat ya da ceza davası açılırsa mahkemede kullanmak üzere. İkinci örnek, bir toplantıda bir Beyin Cerrahisi uzmanı kalkıp dedi ki, “Ben hastalarımın aydınlatılmış onam almaya başladım”. Nasıl bir şey? Ey hasta, ben sana X malzemesini kullanmalıyım, bilimsel bilgi gereği, ama o malzemeyi SGK ödemiyor. Şu malzemeyi ödüyor. Ben olsam o malzemeyi kullanmazdım. Ama senin sigortan bu kadarına el veriyor. Ben bu ameliyatı yapmayabilirim. SGK’nin bana verdiği şeylerle yapabilirim. Seçim sana ait. Ben böyle bir şey başlattım diyor. Hukuki olarak ne kadar koruyucudur daha yargıya yansımadağı için bilmiyoruz ama olumsuz çalışma koşulları hekimlerden preventif bir tepki yaratmaya başlıyor yavaş yavaş. Ama aslında proaktif bir tepki de yaratmalı. Daha önce şunu söyleyelim; çok açık, iş bırakma falan diye de konuşmuyorum bunu. Belki o anlamda da tartışılabilir ama bu başlı başına bir gerekçe. “Hizmeti uygun nitelikli sunmanın koşulu yok. Dolayısıyla benim hizmet sunma yükümlülüğüm yok. Hizmet kaynaklı zarar oluşma riski yüksek çünkü” diyebiliriz diye düşünüyorum.

Şiddeti söyledik, olumsuz çalışma koşulları da hakikaten bazı koşulların da sağlanmasıyla yükümlülüğü ortadan kaldırabilir, yine hasta yararıyla gerekçelendirilebilir bir durum.

Üçüncü durum örneği. Bulaşıcı hastalıklar örneği. Az önce bahsettiğimiz SARS gibi. Yani enfeksiyon zinciri bile tam belli değil. Siz daha nereden kaynaklanıyor ondan emin olamazken insanlar yaşamlarını kaybetmeye başlıyorlar, etkin koruma ve etkin korunma yöntemi yok. Sürekli bu hastalık sorunlarıyla karşılaşılıyor ve karşılaşacağız. Yasal düzenlemeler değil ama Türk Tabipleri Birliği Hekim Hakları Bildirgesi bu konuda bir şeyler söylüyor. Diyor ki “Rutin korunma önlemlerinin yetersiz kaldığı enfeksiyon zinciri henüz tam olarak tamamlanmamış hastalıklar söz konusu olduğunda, kesin kurallar getirmek zor olmakla birlikte TTB, hekimin bilgi ve becerisi dolayısıyla, hala toplumun diğer üyelerine göre etkin girişimde bulunabilecek tek üyesi olduğunu, ayrıca tıp mesleğiyle toplum arasında bulunun sözleşmenin de gereği olarak hekime sorumluluk düştüğünü anımsatır” diye bir ifade var. Ne yapalım, nereye kadar yapalım bunlar hakikaten tartışılması zor konular. Sadece Türkiye’de değil, dünyada da böyle. Dünya Sağlık Örgütü bu soruyu yanıtlamak için özel bir çalışma grubu oluşturmuş durumda, onlar da bir çerçeve çizebilmiş değiller. Ama bizim de ciddi biçimde oturup konuşmamız lazım. Kuş gribi olduğu zaman insanları kalkıp oradan buradan gönderdiler ama bir kişi de kalkıp, “Ne oluyor, neyin içine gidiyoruz” demedi. Ne güzel bu, alkışlanacak bir şey. Ama bir taraftan bu soruları soruyor muyuz kendimize diye de merak ediyorum.

Ne yazık ki fotoğrafı bulamadım; ama Türkiye’de Kırım-Kongo’dan biliyorsunuz Esra Demir’i, Nazlı Yazıcı’yı, Arzu Ögren’i, Kübra Yazım’ı, sağlık teknisyeniydi, en son Mustafa Bilgi’yi 2012 senesinde kaybettik. Ama bu kadar dramatik şeyler yaşarken bile oturup buradan, hekimler olarak sağlık çalışanları olarak, çok ciddi biçimde bunları tartışmıyoruz. Bunları hizmet sunabilmemizin koşulları açısından tartışmalıyız. Buradan da tartışmalıyız diye düşünüyorum.

Şiddeti, olumsuz çalışma koşullarını ve bulaşıcı hastalıkları söyledik. Başta örneğini verdiğim kişisel değerler mesleki değerler çatışması meselesine geldik. Öyle bir şey olduğunda benim hizmet sunma yükümlülüğüm ortadan kalkar mı? Söyledim bunu, kişisel değerlerin bazen mesleki değerlerin önüne geçebileceğini ileri sürüyorlar. Mesela hemen akla gelen bir örnek, gebeliğin sonlandırılması. Dünyada da buna benzer düşünceler var, savunanlar var. Bazı gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılması vs. Hatta Türkiye’de de var. Kürtaj biliyorsunuz çok tartışıldı. Basına da yansıdı, bir gazeteci Van’da bir kaç hastaneye gidiyor ve hastanelerde kürtajı yapmadıklarını söylüyorlar. Şimdi hakikaten bu gericileşme dediğimiz böyle bir şey. Önce bizim mesleğimizin değerlerinin mutlak olduğunun arkasında durmamız lazım. “Tanrısaldır, değişmez” anlamında değil. Mutlaktan kastım geniş uzlaşdır. Mesleğin bazı değerlerini erozyona uğratmak mesela. Önce şunu söylüyorlar; “Bu vicdan meselesi kardeşim, herkesin vicdanı farklı mı farklı”. Hakikaten öyle, hepimizin değerleri farklı, bu açık. “Dolayısıyla kalkıp da doktora kürtaj yap diyemezsin” deniyor. Bunun anlamı şu, kişisel değerler görelidir için; isteyen yapar isteyen yapmaz. Bu da bugünlerde her şeyin içine sığdırıldığı, çoğulculuğa saygıdır, demokratik haklara saygıdır ve özgürlüktür diye savunuluyor. Sonra fakat bu iş şuraya geliyor. Mesleğin mutlak değerleri inanç temelli değerlerle ikame ettiriliyor. Önce erozyona uğrattılıyor. Bire bir yaşıyoruz, çok hızlı yaşıyoruz. Bir insan hayatı içinde bile bunu, hepimiz gözlemleyebiliyoruz. Şuraya geliyor o zaman. Önce kişiye bağlıydı, artık değil. Görelilikten o da mutlaklığa geçti. “Kürtaj cinayettir”. “Anne karnında çocuğu öl-

dürürsün, o da bir candır, kadının canından farkı yok”. Mantık şu: “Can” eşittir yaşam, eşittir insan, eşittir kişi. Bunların tümü tanıma muhtaç ve eşit olmadığına dair sağlam argümanlar üretilebilir, ama böyle mutlak bir şey bizim mesleki değerlerimizle ikame edildiği için kesinlikle reddetmemiz ve karşısında durmamız gereken bir şey. Çünkü ne hasta yararı açısından baştan söylediğim koşulu karşılamıyor ne de toplum yararına gerekçelendiremem böyle bir şeyi. Aksine sağlık, yaşam ve kişilik gibi temel haklara aykırı.

Çok açık, kişisel değerler mesleki değerlere üstün tutulamaz. Kişisel değerler mesleki değerlerinin önüne geçiyordur, bunu anlarım. Ama çözümü basit, o zaman mesleği yapmazsın. Çok açık. Bu böyle bir meslek. Çünkü işin içine bu kadar kişisel değerler koyarsak ayrımcılığın önünü almak mümkün olmaz, bu da temel haklara aykırı olduğu gibi güven ilişkisini kurmak da mümkün olmaz..

Son olarak komik bir soruyla bitirelim. Kendi içinde saçma bir soruyla. Peki ödeme gücüne göre hizmet sunma yükümlülüğü ortadan kalkar mı? Kalkar tabii! Siz ödeme gücüne göre sunarsanız baştan zaten onu söylemiş olursunuz. Ödeme gücü olmayanlar tedavi olmasın diye bir sistem kurmuş olursunuz. Dolayısıyla da hizmet sunma yükümlülüğünün koşulları, toplumsal sözleşmedir, hekimlik mesleğinin erdemleridir, en çok bilen biziz o yüzden yardım etmeliyiz gibi şeyler, ancak ve ancak çok açık ki, kamucu bir sağlık sisteminde, hizmetlerin de gereksinimlere göre sunulduğu bir sistemde temellendirilebilir. Demek ki ödeme gücüne göre sunulduğunda, temellendirilemez. Çünkü sağlık hizmetine erişim hakkı olduğu, mesleki değerlerin mutlak olduğu, kişisel değerlerin kullanılmayacağı gibi savlar pazar ortamında haklı çıkarılamaz.

Sağlık hizmeti sunmak, satılan bir şeye dönüştürülmüş, piyasa aklı hakim olmuşsa orada, alıcının alım gücü ölçüsünde ve satıcının pazar gücünün dinamiklerine göre belirlediği arzı içinde seçim özgürlüğü olur. O yüzden seçme hakkı var işte. Çok doğru söylüyorlar! O yüzden bu sistemde bir numaralı hasta hakkı, seçme hakkı olacak. Sistemin kendi doğası bu, bir şey yapamaz başka. Adaletli olamaz. Doğası böyle kurgulanmış; adaletsiz. Ayrımcılık kaçınılmazdır. İnsanların ayrımcılığa uğramalarını engellemek mümkün değil. O yüzden, aslında buraya geri dönmek için bunları söyledim, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin şu maddesine bakıp da aldanmayalım. Tekrarlıyorum, “Tabip ve diş hekimi acil yardım hariç olmak üzere, mesleki ya da şahsi sebeplerle...” yazmalarının nedeni bunun muayene hekimliğinin, veya özel hekimliğin, çok daha yaygın olduğu bir zamanda yapılması, mesleği daha fazla birbirleriyle, lokal pratiklerinde, daha özeldede yürüttükleri zamanı dikkate alması. İşte o yüzden, eğer siz bu koşulları dikkate alırsanız, hakikaten ödeme gücüne göre ayırım yapmamak mümkün olmaz. O yüzden de çok açık, “Niye? Sağlık hizmetlerinin kısmen de olsa özelleştirilmesinde ne var, işte bütün dünya yapıyor, nitelik verimlilik artıyor” türünden yaklaşımlara cevap çok açık: Mesleki değerlerimi koruyamıyorum da ondan! Öbür türlü iş kişisel erdemlere kalır, onlar da bir yere kadar; sistemle mücadele ederler, yıprana yıprana, bedel ödeye ödeye bir süre sonra sinip gider. Kahraman figürler olarak hepsi aklımızda zihnimizde yaşayacak elbette, birbirimize anlatacağız bunları, ama onun dışında bir mücadele alanı yok, içinde kalarak “hayır” demenin, “Ben bunu böyle yapmayacağım” demenin mümkünatı yok. Dolayısıyla bütün resmi görerek “hayır” demek gerekiyor. Ben de aynı sözcükle bitirdim; itiraz etmek gerekiyor diye.

Katılımcı

Haziran Direnişinde mesela, Ali İsmail Korkmaz vakasını hepimiz biliyoruz. Çocuk hastaneye başvuruyor, doktor adli bir vaka olduğu için, kendisine bakmayı reddediyor. Bunun normal prosedürünün nasıl olması gerekiyor?

İbrahim Akkurt

Benimki katkı şeklinde soru olacak. 6. madde olarak da gündemimize girecek olan, hastanın bizi aldatacağı korkusu... Yani dünyanın bir furyası vardır. Dünya Sağlık Örgütü 2013'te bir maliyet raporu yayınladı, dünya nüfusunun %15'i, yani 1 milyar kişi, dünyaki ekonomik durumla ters korelasyon nedeniyle, değişik sebeplerden maluliyet almıştır. ABD'de bu %16'larda ve Amerikan bütçesinin %25'i, 400 milyar dolar, bu gibi durumlara harcanmaktadır. Ülkemizde de hükümet, birtakım haklar veriyor şeklinde sunuluyor. O piriñler vs. Bir şekilde şu sıralar hekimlerin sırtından veriliyor. Hem verilmesi, kişinin değişik derecelerde maluliyet değerlendirmesinin hekimlerce yapılması isteniyor. Kendilerinin kuralları koyduğu çerçevede, hem de hekimler başka dönemlerde, 3 ay 6 ay bir sene sonra birtakım mahkemelerle karşı karşıya gelme durumunda kalıyorlar. Verdikleri maluliyetler, değişik kurumlar tarafından feshedilerek, o hekimler bir çete üyesiymiş ya da işte bir haksız kazanç elde ettirmiş şeklinde mahkemelerle karşı karşıya geliniyor. Taşrada şu anda o kadar arttı ki, normal hekimlik koşullarında maluliyet değerlendirmesi yaptırılarak, kendilerinin koyduğu kriterlerle, peşinden de hekimler sorgulanıyor. Günlük yaşantımızda da çok görüyoruz, en dramatik olan hastalıklardan biridir göğüs hastalıkları, karşınıza suyunuzu sıkıca taşınızı çıkaracak biri geliyor, "Bana şu kadar maluliyet vereceksin" diyor. Ve direkt olarak öyle bir değerlendirme istiyor. Siz o değerlendirmeyi yaptığınız kriterlerin güvenilirliğine bile emin olmadan öyle bir değerlendirme yapıyorsunuz. Reddetme hakkı içinde geçerli olan 6. madde olarak maluliyet değerlendirmesi, çünkü bunu oturtmuş olan ülkeler, artık bunu bir kişilik hizmeti olarak ayrı bir antite (varlık) olarak normal hastanelik hizmetinin dışında yaptırıyorlar. Çünkü mahkemeler kanalıyla kişilerin gelmesi ayrı bir hizmet sunumudur ama poliklinik koşullarında bunun yaptırılması nasıl bir yoldur? O konuda görüş istedim.

Hasan Oğan

Her ne kadar buradaki sorun hekimlik mesleği üzerinden anlatılsa da, esasında hepimizin sorumluluğu. Yani mesleğimizi yaparken bununla karşı karşıya kalıyoruz. Burada benim sormak istediğim olay şu; İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kanunu gereğince, işi durdurmaya yönelik bir yönetmelik (İş Yerlerinde İşin Durudurulmasına Yönelik Yönetmelik-30.03.2013 R.G. 28603) var. Yani herhangi bir çalışma koşullarında, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından olumsuz koşullar varsa, birtakım nedenlere bağlı olarak da başvuru yapılabilir ve iş durdurulur. Bunu sağlık hizmetinde ne kadar uygulayabiliriz, ne yapabiliriz?

Murat Civaner

Şimdi Ali İsmail'i reddetti mi, adli olduğu gerekçesiyle reddetti mi, hiç bilmiyorum. Ger-

çekten öyle olsun mesela... Orada çalışan bir pratisyen hekimdi. Yani adli hizmetlere ulaşma olasılığı varken bu işi yapmadıysa hizmette taksire girer. Ama gerçekten böyle bir durum varsa, yine de elinden gelenin en iyisini yapmasını beklerdik. “Hayır böyle bir hizmet yok, dolayısıyla veremem”, eğer böyle olduysa, kişiselleştirmeden söyleyeyim, çok da özenli bir yaklaşım gibi durmuyor açıkçası.

Maluliyet değerlendirmesi poliklinik koşullarında yapılabilir mi? Burada aslında, bizim hizmet sunmamızın iki tane temel koşulu var. Aksi takdirde “adam yaralama” bile olabiliyor TCK’ye göre. Biri onam. Diğeri de endikasyon olacak. Endikasyon yoksa benim hizmet sunma yükümlülüğüm yok. Endikasyonu ne belirliyor? Bilimsel bilgi ve en asgari çalışma koşulları. Bunun olup olmadığını değerlendirecek olan sizsiniz, olmadığına dair kendinizi geriye doğru savunacak olan da yine sizsiniz. Eğer bunu savunabiliyorsanız yapmayacaksınız diye düşünüyorum.

İşçi sağlığında olumsuz koşullar konusundaki yasal düzenlemeyi hiç bilmiyorum. Yasal düzenlemeyi bilmediğim için sorulan soru özelinde yanıt veremiyorum. Bunun yasal tarafını bir tarafa bırakalım. Diyelim ki kapsamıyor yönetmelik. Ama her durumda, hizmeti sunmak için asgari koşullar yoksa hizmeti sunmam. Çünkü hizmetin nitelikli, uygun sunulması için gerekli koşullar yok. Ben kendimi böyle savunabilirim diye düşünüyorum. Hukuken nasıl problemler çıkar bilmiyorum. Ama bu, iş bırakmanın dışında; başlı başına “olanak” yaratıyor diye düşünüyorum. Çünkü yine burada birinci ölçütüm hasta yararı. Hasta yararı için, hastaya zarar vermeme, hizmeti uygun nitelikte, gereksinimine göre almasını sağlamak için yapmıyorum o işi.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MESLEK HASTALIKLARI, İŞ KAZALARI, SONUÇLARI

Can Atalay

*Türk Cerrahi Derneği
Yürütücü*

Cavit Işık Yavuz

*Hacettepe Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
Yürütücü*

Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güncel Durum

Özlem Azap

Başkent Ünv. Tıp Fak. Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji

Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Karşılaştıkları Risklerin Ve Maruziyet Sıklıklarının Belirlenmesi

Mevlûde Karadağ

Türk Hemşireler Derneği

Esmâ Kabasakal

Türk Hemşireler Derneği

TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI VE GÜNCEL DURUM

Özlem Azap

Başkent Üniv. Tıp Fak. Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji

Bu başlığı belirlediğimizde, Türkiye'deki sağlık çalışanlarının sağlığına ilişkin güncel verileri aktarmayı hedeflemiştik fakat üzülerek söylüyorum ki, güncel derli toplu ve sistematik bir veri yok. Bu nedenle işçi sağlığı alanından verilerle başlamak istiyorum.

Türkiye'de iş kazasına bağlı yılda en az 1500 ölüm olduğunu biliyoruz. SGK ise 2012 yılında bu sayıyı 744 olarak açıklamış durumda. 2013 yılının ilk dokuz ayında ise 842'ye ulaşmış durumda. İş kazasına bağlı ölümlerden daha az görünür olan meslek hastalığına bağlı ölümler ise, 2011 yılında SGK'ye 10 olarak yansdı. Oysa gerçek sayının en az 10 bin olması bekleniyor. Yine çok zorlanılan bir alan meslek hastalığı tanısı. SGK'nin verilerine göre 2012'de yaklaşık 700, 2013 verilerine göre ise yaklaşık 400 kişi Türkiye'de meslek hastalığı tanısı almış. Gerçek sayının ise 200 bin olması bekleniyor. Genel olarak iş sağlığı alanında ifade edilebilecek birtakım veriler olmasına karşın, sağlık çalışanlarının sağlığı alanında bu veriler hiç yok.

Sağlık hizmetlerine ulaşım konusundaki fetişizmin ulaştığı boyutları, sağlık istatistikleri yıllığının 2011 yılı rakamlarında görüyoruz. Hekime yıllık başvuru sayısı 10 yılda 3.2'den 8.2'ye çıkmış durumda. Bu yoğun hekime başvuru neyi getiriyor? Sağlık çalışanlarının çalışma temposunun inanılmaz boyutlara ulaşmasını getiriyor. Yine ortak görüş, 2010 anketi verilerine göre, asistan hekimler haftada ortalama 85 saat çalışıyorlar. Hatta burada daha dramatik bir veri var: Haftada 40 saat çalışmayı talep eden asistan hekimlerin sadece binde dördü haftada 40 saat çalışabiliyor, %31'i haftada 95 saatten fazla çalışıyor.

Sağlık çalışanlarının sağlığı alanındaki riskler birçok başlık altında incelenebilir. Bu oturdumdan sonraki oturumda da iki ayrı salonda tartışmalar yürütülecek. Dediğim gibi bu alanda çok az veri var maalesef ve daha gözle görünür olduğu için biyolojik veriler ve şiddetle ilgili istatistikler daha ön planda. Biyolojik risklere ilişkin çarpıcı bir veri bir üniversite hastanesinde gözlenmiş. Yaklaşık bin sağlık çalışanının yarısından fazlası en az bir kere kesici-delici alet yaralanmasına maruz kalmış ve bu çalışanların üçte biri farklı gerekçelerle hiçbir koruyucu malzeme kullanmamış (eldiven, maske vs.). Daha da kötüsü, %67'si tıbbi yardım almamış. Yani eline iğne batmış ve "Bir şey olmaz" diyerek

çalışmaya devam etmiş. Burada hakikaten birçok sorun olsa gerek.

Türkiye verisi olmadığı için ve yine gözle görünür hastalıklardan biri olduğu için Hepatit B'ye ilişkin olarak Amerika Birleşik Devletleri verilerini söylemek istiyorum. Sonuçta sağlık çalışanlarından Hepatit B taşıyıcılığını üçte birinden fazlası sadece sağlık çalışanı oldukları için olmuş durumda. Yani mesleki maruziyete bağlı. Hiç azımsanmayacak bir oran. Yine ABD'de yılda 250 kişi mesleksi Hepatit B nedeniyle kaybediliyor. Kırım-Kongo Kanmalı Ateşi üzerinde duruldu tekrar durulacak o yüzden bu kısmı geçiyorum. Ama şunu belirtmeden geçmeyeceğim: 19 Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü'ne yazdık Kasım 2012'de, "Gelip inceleyelim" dedik, nedir durum diye, yanıt olumsuz geldi. Yani araştırarak bir şey yoktur anlamında bir yanıt geldi maalesef.

Diğer bir konu, Türkiye'de geçen yıl bir kızamık sorunu yaşadık. TTB, 11 Aralık 2012 tarihinde bir basın açıklaması yaptı ve 2 asistan arkadaşımızın kızamık olmasına dikkat çekti. Bir gazete haberinde; Sağlık Bakanlığı 10 Aralık 2012'de diyor ki, "Toplam 101 yurtdışı kaynaklı kızamık olgusu var". Halbuki 11 Aralık'ta TTB "Hayır, yurtdışı değil bunun kaynağı. Sağlık çalışanları dahil olmak üzere yerli vakalar var" diyor. 2012 yılı sağlık istatistiklerinde ise 31'i yabancı 318'i yerli toplam 349 tane de kızamık olgusunun olduğu Sağlık Bakanlığı kayıtlarına geçiyor! Tabii bu olayda -şu an çocuk felcinde de olduğu gibi- yanlış bilgilendirme nedeniyle birçok sağlık çalışanımız risklere maruz kalıyor.

İşçi Sağlığı İş Güvenliği Meclisi'nin web sayfasında gördüğüm ve etkileyici bulduğum bir haber aktarmak istiyorum. Her ne kadar biz verileri toplayamıyoruz olsak da maalesef çok sayıda olgu var hiç değilse bu olgular üzerinden taşeron işçisi arkadaşlara seslenmek istedim. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil binasını kanalizasyon suları basıyor ve kanalizasyon suyu 40 cm'ye ulaşıyor. Maalesef temizlik işçisi arkadaşlarımız bu atık suları temizlemek ile görevlendiriliyorlar. Hatta tıkanan boruyu açmakla da görevlendiriliyorlar. Tabii bundan 3-4 gün sonra ishal, bulantı ve kusma şikâyetiyle olaya müdahale eden işçiler hastaneye başvuruyor. Sonra iyileşiyorlar ancak bir işçi arkadaşımızın durumu kötüye gidiyor, karaciğer yetmezliği nedeniyle, karaciğer nakline aday hale geliyor. Başlangıçta doktorlar, başhekim çok ilgilenmiyor ama sağlık çalışanları "kanalizasyon" olayından sonra daha duyarlı hale geldiği için, işçi arkadaşın tedavisi noktasında baskı uyguluyorlar. Sonuçta, hasta karaciğer nakli olup kurtuluyor. Sağlığı da şu an iyi. Şu açığa çıkıyor, bu sağlık çalışanı üç ay önce çalışmaya başlıyor ve bir ay sonra da eline Hepatit B'li bir hastanın iğnesi batıyor; kimsenin haberi yok. Bu çalışanın en azından kan ve kan ürünleri ile bulaşabilecek bir hastalık olan Hepatit B'ye karşı bağışık olması gerekirdi.

Yarınki oturumların konusu olan hekim intiharları yine başlı başına bir sorun. Bu konuda birçok çalışma var elbette ki ama 2006 yılında Toplum ve Hekim Dergisi'nde sağlık çalışanlarının sağlığına ilişkin çok güzel bir dosya vardı ve oradaki yazıların burada kısaca aktarılamayacak kadar derinlikli olduğunu düşünüyorum. Bu metinlerin bize yol gösterdiğini düşünüyorum. Aynı şekilde Mesleki Sağlık Güvenlik dergisi de bu alanda izlememiz gereken yayınlardan biri. Bu konuda İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi'ni de önemli buluyorum.

HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMLARINDA KARŞILAŞTIKLARI RİSKLERİN VE MARUZİYET SIKLIKLARININ BELİRLENMESİ

Mevlûde Karadağ

Türk Hemşireler Derneği

Esmâ Kabasakal

Türk Hemşireler Derneği

İnsan yaşamı için her şeyi üretebilmek ve elde edebilmek için çalışmak zorundadırlar. Çalışmak yaşamın bir parçasıdır. Ve sabahki oturumda da dinlediğimiz üzere, bazen çalışırken insanlar çalıştıkları ortamlardan kaynaklanan sağlık sorunlarıyla karşılaşabilmektedirler. Oysa yaşamak doğal bir insan hakkı olduğu gibi, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak da bir insan hakkıdır.

Sağlıklı, güvenli iş ortamı ve güvenli istihdam özellikle sağlık çalışanları arasında çok önemlidir. Çünkü çalışma yaşamında kalitenin artırılması hasta bakımına doğrudan yansımaktadır. Dolayısıyla; sağlık çalışanının, yani sağlık hizmeti veren bireyin sağlıklı olması, sağlık hizmeti alan bireyin de sağlığını ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Hemşirelerin karşılaştığı mesleki risklere baktığımızda; uzun süreli çalışma süresinden başlayıp, strese ve şiddete kadar giden birçok risk faktörüyle karşılaşmaktadırlar. En çok da iş kazası olarak kesici-delici alet yaralanması, kas, iskelet sistemi yaralanması ve şiddeti yaşamaktadırlar. Biz hemşirelerin çalışma ortamlarında mesleki risklerini ve hastalıkların belirlenmesinin, bu alanda alınacak önlemler açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamız Türk Hemşireler Derneği tarafından, hemşirelerin çalışma ortamlarında karşılaştıkları riskleri, mesleki hastalıkları ve maruziyet sıklıklarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Çalışmanın evrenini Türk Hemşireler Derneği'ne kayıtlı üye hemşireler oluşturmaktadır. Örneklem grubunu ise, derneğimize kayıtlı, mail adresi bulunan üyelerimize gönderdiğimiz e-anketi yanıtlayan, klinikte çalışan 426 hemşire oluşturmuştur.

Veriler konu ile ilgili literatür rehberliğinde hazırlanan e-anketle toplanmıştır. E-ankette hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, meslek özellikleri, meslek hastalıkları, meslek riskleri ve maruziyet risklerinin sorguladığı 43 sorudan oluşmaktadır. E-anketi üyelerimize göndermeden önce, çeşitli hastanelerde çalışan meslektaşlarımızdan 40 tanesine ön uygulama yapılmış ve onlardan gelen geri bildirimler doğrultusunda düzen-

lemeler yapılmıştır. Ön uygulamaya katılan hemşireler örneklem grubuna dahil edilme- miştir.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Veriler yüzdellik, ki kare testi ile değerlendirilmiş olup sonuçlar p değeri 0,05 altında ise anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin yaş ortalaması 33.82 (SS:7.15) olarak belirlenmiştir. Çoğunluğu 26 ile 34 yaş grubu olan meslektaşlarımızın ortalama çalışma yılı 12 (SS:7.95) yıldır. Şu an çalıştıkları birimde de ortalama çalışma yılının 4 (SS:4.66) yıl olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların % 64.1'i servis hemşiresi olarak çalışmaktadır. Çalışma saatleri incelendiğinde 08.00-16.00, 16.00-08.00 olarak iki vardiya halinde çalıştıkları saptanmıştır. İki mesai arasında genellikle yeterli dinlenme süresine sahip olduklarını ifade etmelerine karşın "her zaman" seçeneğini işaretleyen grubun %38'lik bir bölümü oluşturduğunu görmekteyiz. Çalışan meslektaşlarımızın %51'i ara sıra, %34'ü ise her zaman ek mesaiye kaldıklarını belirtmişlerdir.. Günlük çalışma düzeni içerisinde öğle tatili ya da iki kez olmak üzere 15 dakikalık bir dinlenme süresi olup olmadığı incelendiğinde ise %57'sinin dinlenme arasının olmadığı, aralarda dinlenme süresi olduğunu ifade eden grubun ise bu dinlenme süresini %39'un ara sıra, %40'nın da her zaman kullandığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalışma ortamlarını ergonomik açıdan uygun bulup bulmadıkları incelendiğinde, %55'inin çalışma ortamının kısmen uygun bulunduğu, %71'inin çalıştığı ortamın gün ışığı aldığı, %70'inin ise bulunduğu ortamda havalandırmanın yeterli bulunduğunu ifade ettiği belirlenmiştir.. Hemşirelerin %50 'sinin radyasyon etkisine maruz kalmadığı ancak %36 'sinin radyasyon etkisine maruz kaldığı, %10'un ise bu konuda bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir. Radyasyon etkisine maruz kalan meslektaşlarımız için, yeterli önlem alınıp-alınmadığı incelendiğinde ise, %30'u kısmen önlem alındığını, %38'i alınan önlemlerin yetersiz olduğunu, %80 'i ise mesleki riskler ve mesleki hastalıklar konusunda bilgisi olduğu ifade etmiştir.

Hemşirelerin ifadelerine göre, %44'unun kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği kurulu , %52'sinin kurumunda ise çalışan güvenliği komitesinin bulunduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin mesleki riskleri ve hastalıkları konusunda koruyucu önlem alma durumları incelendiğinde %50 'si kurumun kısmen yeterli düzeyde koruyucu önlem aldığını, %56'si ise bireysel olarak yeterli düzeyde koruyucu önlem aldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin koruyucu aşı yaptırma oranı %82'dir. Sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırma oranı maalesef düşüktür, bu ise %28 oranındadır. Genellikle %64 oranında meslektaşımız ara sıra sağlık kontrolünü yaptırmaktadır.

Hemşirelerin son 1 yılda meslek hastalıkları nedeniyle rapor alma nedenleri ve süreleri incelendiğinde, ankete cevap veren meslektaşlarımızın %13'ü herhangi bir nedenle rapor almıştır. Hemşirelerin %46'sının kas-iskelet sistemine ait hastalıklar, %16'sinin ise solunum sistemi hastalıkları nedeniyle rapor aldıkları tespit edilmiştir. Rapor sürelerinin ise %61 oranında 1 ila 10 gün arasında %25 oranında 21 günün üzerinde olduğu,

rapor süresinin ortalamasının ise 16 gün olduğu tespit edilmiştir.

Meslektaşlarımızın karşılaştıkları en önemli üç mesleki riskleri ilişkin görüşleri incelendiğinde kas-iskelet sistemi hastalıkları, Hepatit B, AIDS gibi bulaşıcı hastalık ve enfeksiyon bulaşma riski birinci sırada, radyasyon etkisine mağruz kalma ikinci sırada, şiddetle karşılaşma riskinin üçüncü sırada olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin son 1 yılda meslek hastalığı /kazası geçirme durumu incelendiğinde %18'inin son bir yıl içerisinde herhangi bir nedenle meslek hastalığı /kazası geçirdiği tespit edilmiştir. Hemşirelerin karşılaştıkları mesleki risklerin başında ıslak kaygan zeminde, düşme, çarpma, burkulmaya bağlı yaralanma, kesici delici alet yaralanması ve kas iskelet sistemi yaralanması, iğne batması, kan ve vücut sıvılarıyla maruziyetle gelmektedir. Tabii ki bu maruziyet dereceleri bir yıl içerisinde en az üç kez olmak tekrarlı karşılaşma risklerinin olduğunu da ifade edilmişlerdir. En çok ıslak kaygan zemine bağlı çarpma kayma, tökezleme düşme ve sıkışmaya bağlı çarpma, burkulma, yaralanması, kesici alet yaralanması, uzun süre ayakta kalmaya bağlı kas-iskelet sistemi hastalıkları kan ve vücut sıvılarıyla enfeksiyon riskini görmekteyiz.

Hemşirelerin ve kurumların bu konudaki farkındalıklarının artırılması, konuya ilişkin gerekli önlemlerin alınması önerilmektedir.

Özellikle son yıllarda ben de asistan hekim camiasında temsilcilik gibi faaliyetler yürüttüğüm için çok fazla bakma ve ilgilenme fırsatına sahip oldum. Hakikaten de haftada 80-85 saat çalışıyor asistan hekimlerin çok büyük kısmı. Binde dörtte kısmı herhalde 40 saat civarında çalışıyormuş. Ankara tıpta genel cerrahideyim, çoğu zaman gün aşırı nöbet tutmak zorundayız, işte mesaimiz bitiyor ardından tekrar acil durum oluyor, kendi normal vazifemiz gibi devam ediyoruz. Bunun maddi karşılığını almadığımız gibi manevi yüküyle de boğuşmak zorunda kalıyoruz. Sağlık alanında yaşanan bütün yozlaşmanın tamamı asistanların üzerinde uygulanıyor. Eğitim anlamında herhangi bir çalışma yok aslında. Eğitimin en kötü olduğunu dönemi yaşıyoruz. Çünkü yasal düzenlemeler kurumlar, kurallar her şey sürekli olarak değişiyor. Üniversite eğitimi, araştırma görevlilerin eğitiminde de sürekli değişim ve dezenformasyon süreci mevcut. İyi eğitim alınmadığı için uygulama hataları ortaya çıkıyor. Kendine güvenin azalıyor ve problem yaşıyorsun. Geleceğe dair bakışın olumsuz oluyor. Üniversitelerde eğitim alma özelinde bir şey için gelmiş oluyorsun, karşılığını bulamayınca depresyona giriyorsun. Onun haricinde fiziki koşullar, kesinlikle herhangi bir yerde uygun değil. Dinlenme imkanı yok, yoğun bakımda sürekli kalmak zorunda kalıyorsun ve bunu da içselleştirmeye başlıyorsun. Bu benim yaşamam gereken bir şey mantığıyla hareket ediyorsun. Çalışan sayısı çok az, temizlik görevlisi ve saire, onların üzerindeki baskı unsuru veya keskin kılıç rolünü biz üstlenmek zorunda kalıyoruz. Çünkü asistan hekime bu işi yap deniyor. Yoğun bakımda hizmet vereceksin, hastanın hizmet kalitesi iyi mi kötü mü bunu senin denetlenmen isteniyor. Bu noktada idareci eğitim kadroları taşın altına elini sokmuyorlar, üst noktalarda kalmayı tercih ediyorlar. Biz toplumsal anlamda insanlarla yüz-göz olmak zorunda kalıyoruz. O ayrışmayı, kutuplaşmayı sağlamak zorunda kalıyoruz. Birkaç senedir 20 yataklı bir yoğun bakımda, 2 tane personelle 7/24 hizmet vermek zorundasın. Hastanın

altı kirleniyor, temizletmek gerekiyor, öteki hastayı taşımak gerekiyor, biri yoğun ameliyattan çıkıyor vs. İnanılmaz iş yükü ve umursamazlık tablosuyla karşılaşılıyor. Aldıkları ücretin farkındayız, yapmak zorunda oldukları için boyutunun farkındayız. Kendimiz bir duyarsızlaşma noktasına gidiyoruz. Bazı şeyleri baksak da görmüyoruz, baksak da görmüyoruz, görmemek noktasında hareket ediyoruz. Alakasız bir hasta yakını gecenin 12 buçuğunda geliyor, sorular soruyor. Yani herkes çok güzel ahkâm kesiyor ama silindirin altında kalan işçi sınıfı. Kendimiz de işçi sınıfının paydaşı olarak içerisinde görüyoruz zaten. En azından bu noktaya ulaşmış durumda asistan hekimler. O noktada şiddet başlıyor, sonuçta sağlık alanında çalışanların insanların güvenli ortamlarda olduğunu kimse iddia edemez. Her bulunduğunuz an ve koşulda şiddete maruz kalma olasılığımız var. Bundan uzaklaşmanın yolu temel eğitim yaratmak veya herhangi bir şekilde hasta yakınıyla yüzleşmemek. Eğitimimizin veya bize verilen değer getirdiği nokta.

Hepimiz bu şekilde. Artık bu sektörden nasıl kurtulabiliriz, sağlık çalışanı olmasak ne iş yapabiliriz hesabını yapar hale geldik. Her akşam birileri planlar yapıyor işte, özel sektörde ne iş yapabilirim. Kapitalizm bizi çok ciddi değiştiriyor ve dönüştürüyor. Araştırma geliştirme eğitim faaliyetleri yok zaten. Üniversite hastanesi ve eğitim ve araştırma hastanesi araştırmaların çok büyük bir kısmı basit ve günü kurtarmak üzerine yapılıyor. Zaten YÖK ve Sağlık Bakanlığı, herkes doktora yazmasın, tez yazmasın şeklinde bir açık kapı da bırakmaya çalışıyor. Bu şekilde eğitim zaten, kalitesiz olan yayınlarımız sıfır noktaya iniyor.

Şiddet noktasında özellikle acilde çalışan asistan arkadaşlarımız çok ciddi problem yaşıyorlar. Yönetici kadrolar herhangi bir şekilde sorumluluk kabul etmiyorlar. Yeni taşeron olan özel güvenlik görevlilerini almak istiyorlar. O yüzden güvelik görevlilerinin uygulamak noktasında özel bir istekleri yok. Halkı bilinçlendirme çabası yok. Toplumu yönlendirme çabasında olanlar istedikleri zaman bunu yapıyorlar ama sağlık noktasında şiddeti haklı çıkartacak şekilde herhangi bir çaba sarf etmiyorlar. Benim kendi adıma farklı noktalarda asistanlara dönük anket çalışmaları yapmaya çalışıyorum. Ben çok büyük asistan çoğunluğunun depresyonda olduğunu düşünüyorum, umursamaz olduğunu düşünüyorum. Mobbing çok ciddi anlamda var. Yapmadığımız ve yaptığımız birçok şeyden sorumlu değil, ama size eğitim vermekten sorumlu olan kadrolar, hiçbir şeyden kendilerini sorumlu hissetmiyorlar. Öyle kötü bir şeyden geçiyoruz.

Olumsuz şeylerden bahsettim ama Gezi sürecinden sonra öğrencilere dair umudumuz ve güvenimiz arttı. İçerisinden kopmak üzere olan süreçlere tekrar bağlılığımız arttı. Ve bir şeyler yapmak gerektiğinin farkındayız. Farkında olmak için bugün buradayız. Bütün paydaşlara sürekli olarak görev düşüyor. Kendi alanındaki genç kadroları, eğitim sürecinde olanları bütün sürece etkin ve bir aktif şekilde katmak zorundalar. Ve herkes bir altında çalışan insanı, kendisi o alt konumda kendisine nasıl davranılmasını istiyorsa o şekilde davranmak zorunda. Çünkü insanın insana baskı yaptığı bir süreç yaşıyoruz, başka bir şey değil. Uluslararası şirketler CEO'lar vesaire, onlar bir yönetsel güç kullanıyorlarsa farkında olmadan biz de bulunduğumuz pozisyonlarda küçük düzeyde kullanıyoruz. Bunun farkındalığını artırırsak sorunlar düzeyinde daha faydalı olacaktır.

Serpil Türkkan

Bizler Hacettepe’de uzunca bir süredir çalışan işçileriz ve haklarımızı aradığımız için atılan işçileriz. Kısaca iş kazalarına ben de değinmek istiyorum. Taşeron sistemiyle birlikte yaygınlaşan iş kazaları ve meslek hastalıklarından bahsetmek istiyorum. Biz hastanede pek çok sorunla karşılaşıyoruz. İş kazaları geçiriyoruz fakat iş kazası geçirdiğimizizin farkına bile varamıyoruz aslında. Elimize iğne batıyor, gelir geçer ya da işçinin dikkatsizliği deniliyor. Biz bunu işçilerin bilincine taşımak zorundayız. Meslek hastalıkları, dünyada bildiğim kadarıyla 40 bin tane. Ama Türkiye’de 533 tanesi tanımlanmış. Bu da gerçekten bu topraklarda işçi sınıfının örgütsüzlüğünden kaynaklanan bir şeydir. Dünyada, Avrupa’da işçi sınıfı daha örgütlü olduğu için 40 bin tanesi de tanımlanmıştır. Bizim hastanemizde de boyun fitiği olan, bel fitiği olan sinir fitiği olan çalışan arkadaşlarımız var. Fakat maalesef meslek hastalıklarından sayılmıyor. Deniliyor ki, “Bu ev kadınlarında da olabilir”.

Temmuz 2012’de bir yasa geçirildi, hepimiz biliyoruz bunu. İşçi sağlığı ve iş güvenliği diye bir yasa. Bu yasa geçerken de, bize denildi ki, “İşte bundan sonra iş kazaları azalacak ya da hiç olmayacak” gibi söylemlerle bu yasalar geçirildi. Görüyoruz ki maalesef yüzden fazla işçi ayda hayatını kaybediyor, binlercesi de sakat kalıyor.

Bir de yapılan araştırmalara göre iş kazalarının %98’i, meslek hastalıklarının da %100’ü önlenbilir. Bu kendi araştırmaları aslında ama bugün maalesef bunun böyle olmadığını görüyoruz. Bugün patronlar koruyucu ürünleri bile maliyet olarak gördükleri için, maalesef bir eldiven, bel kemeri ve daha koruyucu önlemler almayı kesinlikle istemiyorlar. Çünkü bunlar patronlara maliyet olarak görülüyor. Ben hastanelerde çalışan garson arkadaşlarımızın bir sene öncesine kadar yemekleri taşıdıkları termoboxların ağırlığı 25-30 kilodan 70-80 kiloya kadar çıkmıştı. Biz bununla ilgili çalışma yaptık ve kazanım elde ettik. Şimdi ağırlıklar değişti ve 25-30 kiloya geri döndü. Bu da mücadele eden işçilerin yaptığı bir şey.

Yine yaşadığımız bir örnekten bahsetmek istiyoruz. Tüberkülozlu bir hasta ve bu hastanın tüberkülozlu olduğu hiçbir çalışana söylenmediği için, taşeronda çalışan arkadaşlarımız şu anda hastalığı kapmış durumda. Bununla ilgili de henüz hiçbir şey yapılmıyor.

Yusuf Kerim Cinemre

Gerçekten çok kötü durumdayız şu sıralar. Bizler uzun zamandır Hacettepe Hastanesi’nde çalışan taşeron işçileriz. Yaklaşık 6 senedir kölece çalıştırılmaya karşı, DİSK’E bağlı Dev-Sağlık İş sendikasında örgütlenerek mücadelemize devam etmekteyiz.

Sizlere bu sürece nasıl geldiğinden bahsedeceğim. 20 Ekim’de İhale Teknik Şartnamesi’ni internetten indirip inceledik. Yaklaşık 13 yıldır Hacettepe’de işçiler ihaleyle alınıp ihaleyle satılıyor. Türkiye’nin her yerinde olduğu gibi. Fakat bir baktık ki, doktorluk ve hemşirelik gerektiren işler taşerona yaptırılmaya kalkışılıyor. Bunlarla ilgili birkaç örnek de verebilirim. Hasta bakımı, yaralıların bakımı, direnajların boşaltılması gibi işler taşeronlara veriliyor. İhalede zaten açık ve net bir şekilde bunu yazmışlar. Zamanınız olursa incelemenizi tavsiye ederim.

İhaleyi inceledikten sonra Rektör'den randevu talep ettik ve zorunlu olarak olumlu yanıt verdi talebimize. Görüştük kendisiyle, bize söylediği direkt şu: “Arkadaşlar burası ne kadar hastane de olsa, burası biraz ticarethane gibi”. Net şekilde söylüyorum. Hatta şahitleri de var. Burası ticarethane, buranın bir şekilde kar yapması gerekiyor.

Bizim üç talebimiz vardı, şimdi dört oldu. Taleplerimiz şunlardı: Açlık sınırının üzerinde maaş almak istiyoruz. Teknik şartnamenin kabul edilemeyeceğini ve bunun yasal prosedürlerinin olduğunu, hatta bize de sorulması gerektiğini söyledik. “Ben yaptım, yapılacak” mantığını kabul etmediğimizi dile getirdik. Sendikal faaliyetler yürütüyoruz Hacettepe’de, bazen güvenlik görevlileri tarafından dışarı atılıyor ve tartaklanıyoruz, tartışmalar yaşıyoruz. Böyle bahsettik kendisine. Dediler ki tamam biz bunları inceleyelim ve geri dönüş yapalım. Fakat oyalama, zamanı geçirmeye çalıştılar. Fakat bizim Dev-Sağlık’tan öğrendiğimiz bir şey vardı, işçiler hiçbir zaman masada bir şey kazanmamıştır. Sokaklardan, meydanlardan kazanmıştır.

Biz örgütlenmemizi yapıp, 2 Kasım’da basın açıklaması gerçekleştirdik. Bu olayı bütün kamuoyuyla paylaştık. Daha sonra tekrar bizimle görüşme yapıldı. Hacettepe’nin prestijini bozduğumuz söylendi. Açık ve net böyle söylediler. Biz de dedik ki, taleplerimiz bunlar. Ama siz bizi oyalyorsunuz. İhalenin de tarihi zaten ayın 11’indeydi, zaman da kalmadı, bir şekilde diğer hastanelerde görüyoruz bunu. Merdiven altlarında orada burada şurada, ihaleyi bir şekilde geçiriyorlar, sonra zorunlu bırakıyorlar bizi çalışmaya. Biz de bunu engellemek için 6 Kasım’da üretimden gelen gücümüzü keserek Hacettepe’de eylem yaptık. Karşılığında çok yoğun ve meşgul olan rektörümüz hemen bize bir görüşme ayarladı. Bir saat içerisinde görüştük kendileriyle. Çok olumlu konuştu bize. Çok insani şeyler istiyorsunuz, bunlar karşılansın dedi. Toplantıdan sonra bir komisyon kurulacaktı. Toplantıda işletme müdürü İsmet Bey arandı, ihale iptal edildi. İnternet baktık hemen gerçekten iptal edilmiş. Fakat aradan üç gün geçti, akşam saat 20.30’da şirketin avukatı Malatyadan bize telefon açarak iş akdiniz feshedildi diyerek bizi işten attılar.

Şimdi işten atıldık, tabii bırakacak mıyız, bırakmayacak mıyız? Kazanılmış haklarımız var. Zaten bizim yenilmemiz demek, bütün emekçilerin yenilmesi demek. Bizim ezilmemiz demek bütün emekçilerin ezilmesi demek. Bu meseleye 40 kişi olarak ya da sadece Hacettepe işçileri olarak bakmıyoruz. Ve şunu da görüyoruz, işten atılmaya devam ediyor. Bugün 40 kişiden bahsediyorlar. Yani biz iki gün Hacettepe’nin önünden ayrılırsak, 977 taşeron çalışan var, hepsini dışarı atacaklar. Böyle bir karar da aldılar. Sırf tazminat vermemek için, bütün patronların yaptığı gibi 29.maddeden herkesi atacaklar. Ondan sonra da bir dava 600 lira ediyor, 700 liraya çalışan bir insan nasıl açsın bu davayı, onu da hesaplıyorlar tabii ki. Bu şekilde direnmeye devam ediyoruz. Pazartesi günü saat 11.00’de direniş çadırımızı, Ankara’nın kalbi Hacettepe’nin merkezine kuruyoruz.

Bizim kaybetmemiz demek, tüm işçilerin kaybetmesi demek. Yani sizlerin de kaybetmesi demek. Sizleri de orada görmekten gurur duyacağız. Sizlerin de desteğini bekliyoruz. Konuşmamı şu şekilde sonlandırmak istiyorum; Dev-Sağlık İş’ten öğrendiğimiz bir şey var, işçilerin, yani bizlerin, sağlık emekçilerinin, yani sizlerin rahat edemediği yerlerde yöneticilere istirahat ettirmeyeceğiz.

Nursen Yılmaz Badi

Hastaneler gerçekten ticarethaneye dönüşüyor. Yüksek İktisat Hastanesi'nde fizyoterapist olarak çalışıyorum. Hastanedeki çalışanlara sürekli bir yıldırma politikası izleniyor. Arkadaşlar daha uzun ve izinsiz çalışma gibi ağır koşullarda çalışıyorlar. Senelik izinleri dışında bir ay alacaklı konumda olan hemşirelere günlük 25 lira ücret karşılığında izinlerinden vazgeçmeleri isteniyor. Ayrıca bize yeni gelen Kamu Hastaneleri Birliği'nin yönetimiyle ilgili teklifler sunuluyor. Hasta hastanede yatıyor, kardiyak rehabilitasyon kalp damar cerrahisinde çalışıyorum, bu tür hastalara bakıyoruz. Ama sayın yöneticimiz, başhekim yardımcımız bize, kardiyak rehabilitasyon yönteminin ücreti az olduğu için diğer yöntemleri kullanmamızı istiyor. Biz böyle bir ahlaksızlık yapmak istemediğimizde, sanal kliniğimiz var, burada yatıyormuş gibi görünüp tekrar ücretlendirmemizi istiyor. Ya da daha uzun süre hasta yatıyormuş gibi gösterilerek, hastaneden taburcu olmasına rağmen işaretlenmemiz isteniyor. Hastane değil ticarethane. Ya da bir günde bir kişinin 80 hasta alarak, kişi başına 10 bin lira kazandırmamız isteniyor. Peki bunun için şartlar hazır mı? Hayır. Yetersiz şartlarda çalışmaya zorlanıyoruz. Yakınlarda tedavi etmemiz için evlerine gidip tedavi etmemiz isteniyor. Bunun için evde bakım rehabilitasyonun resmi biriminin olduğunu, bu görevin ancak resmi bir şekilde yapılabileceğini söylememize rağmen sürekli bir baskı görmekteyiz. Bu tür ticarethane amaçlı bizi kullanmaya çalışıyorlar.

Katılımcı

Gazi Üniversitesi 3'üncü sınıf hemşirelik öğrencisiyim. Hastaneler bilindiği gibi riskli bölgeler. Enfeksiyon riski açısından hem de, birçok fiziksel riskleri taşıyan bölgeler. Ama ülkemizde ne yazık ki sağlık meslek liseleri var ve bu liselerde hemşirelik bölümlerinde okuyan öğrenciler, erken çağda 15-16 yaşında böyle riskli bir bölgenin içine atılmak zorunda kalıyorlar. Kendi kişisel gelişimlerini tamamlayamadan, başka hasta bir insanın sorumluluğunu almak zorunda kalıyorlar. Bu gerçekten acı bir durum. Biz aslında hep hasta açısından bakıyoruz. Ergen bir bireyin ona bakım verememesi açısından bakıyoruz ama bu o çocuğun kişisel, mental ve fiziksel gelişimi için de gerçekten riskli bir durum. Bunu vurgulamak istedim.

Katılımcı

Gerçekten çok riskli bir sağlık işkolunda çalışıyoruz ve aslında artık yasalar da bize yardım ediyor. En son 6331 sayılı bir yasa çıktı. Artık bence biz de birazcık kendimizi bilinçlendirmemiz gerekiyor. Hangi ekipten olursak olalım, doktor ya da temizlik görevlisi, bu işverenler bizim sağlığımızı korumak zorundalar. Peki hangi birimizin bununla ilgili bilgisi var? Elimize iğne batıyor, zaten bize bir şey olmaz. Radyasyon alıyoruz, kesinlikle bize bir şey olmaz. Hiçbir şeyin farkında değiliz. Aslında eğitilmiş insanlarız ama sağlığımıza sahip çıkamıyoruz.

Şu an neden kamunun bir iş kazası olduğunda bildirecek bir yeri yok? Neden bu kadar işkolu varken meslek hastalıkları tanımlı değil?

Katılımcı

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 3'üncü sınıf öğrencisiyim. Yeni bir üniversiteyiz, hocalarımız bizimle çok ilgileniyorlar ve kendimize dikkat etmemiz konusunda çok fazla direktif veriyorlar. Kliniğimizde çoğunlukla meslek lisesi hemşireler var. Hastaya yaklaşırken ya da hastaya tedavi uygularken kesinlikle eldiven kullanmıyorlar. Birkaç tane üniversite mezunu hemşiremiz var. Onlar daha çok dikkat ediyorlar bu konuda. Meslek lisesi arkadaşlarımız staja geliyorlar, onlara verilen direktifler doğrultusunda işlem yaparken hiç dikkat etmiyorlar, eldiven kullanmıyorlar. Bizim staja gittiğimiz günlerde “Haftada kliniğe 5 kutu eldiven geliyorsa siz 3 kutusunu bitiriyorsunuz. Hastaya yaklaşmayın ya da kendinize bakmayın” diyorlar. Bu hastanenin yönetiminin söylediği bir şeymiş.

İstemi Oral

Tabii bu sabahtan beri dinlediğimiz bütün sorunları, işyeri hekimliğinde de yaşıyoruz. Uzun yıllar önceden başlayan, gerek eğitimi noktasında alanın, TTB'nin alandan çıkarılması ve onun üzerine piyasaya açılması, şuan iş yeri hekimliği eğitiminin giderek niteliksizleştiği ve belge temini için sadece paraların belli yerlere yatırıldığı bir sürece dönüşmüş durumda.

Yine bahsedilen bir başka konu, etik değerler konusu. Mesleki bağımsızlığına sahip çıkan işyeri hekimleri, bugün uluslararası düzeyde “kendini iyi yerde konumlandırın” şirketlerden maalesef atılıyorlar. Doktor Ahmet Tellioglu'nun ismini anmak isterim, kendisi ciddi bir mücadele veriyor. Çalıştığı kurumdaki meslek hastalıklarını bildirdiği için, meslek hastalıklarını sevk ettiği için ve geri adım atmayıp direndiği için, mesleki bağımsızlık hakkına sahip çıktığı için şu anda işsiz konumda arkadaşımız.

İşin bir başka boyutu taşeronlaşma. Demin asistan arkadaşım söyledi, hekimlerin yoğun bir şekilde işçileştiği ve taşeron işçi haline geldiği alanlardan birisi işyeri hekimliği alanı. Ortak sağlık güvenlik birimlerinin açılmasıyla birlikte, artık alınan satılan, ihale ile devredilen hekimler ya da bir başka hekimin, bir başka ortak güvenlik sağlık biriminin teklif vermesiyle işsiz kalan hekim arkadaşlarımız var.

SAĞLIK HİZMETİNDE RİSKLER VE SORUMLU KURUMLARIN YAKLAŞIMI BİYOLOİK, RADYOLOJİK, FİZİKSEL VE KİMYASAL RİSKLER

Helin Aras Tek

Ankara Dişhekimleri Odası / Yürütücü

Selçuk Atalay

Ankara Tabip Odası / Yürütücü

Kan Ve Vücut Sıvılarıyla Bulaşan Etkenler Açısından Türkiye'deki Durum ve Korunma Yolları

Önder Ergönül

Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği

Solunum Yoluyla Bulaşan Etkenler Açısından Türkiye'de Durum ve Korunma Yolları

Fatma Evyapan

Türk Toraks Derneği / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.

Radyolojik Riskler Açısından Türkiye'de Durum ve Korunma Yolları

Nezaket Özgür

Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği

Ergonomik Riskler ve Korunma Yolları

Songül Atasavun Uysal

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi SBF. Fizyoterapi Bölümü

Anestezi ve Mesleki Sağlık

Bekir Sandal

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.

KAN VE VÜCUT SIVILARIYLA BULAŞAN ETKENLER AÇISINDAN TÜRKİYE'DEKİ DURUM VE KORUNMA YOLLARI

Önder Ergönül

Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği

Kısa bir süre içerisinde sizlere aslında teknik gözükken bir konuyu özetleyeme çalışacağım. Aslında tabii ki tamamen teknik değil. Kesinlikle içerisinde siyaset de var. Yettiği ölçüde ben onları da sizlere samimi bir şekilde özetleyeme çalışacağım.

Buzdağı esprisi yapıldı. Gerçekten meslek hastalıkları bir buzdağına benzetilebilir. Pek çok etkeni saptayamayız aslında. Bazen saptasak da bunun meslekle olan ilişkisini kurmak kolay değildir. Diyelim bunu da kurduk, bu kez bildirilme sorunu yaşanır. Bunlarda ve ancak çok az bir kısmı bildirilmiştir. Benim gördüğüm, size anlatacağım daha çok gördüğüm bu bilgiler. Yani buzdağının ucu olan kısmıyla ilişkili.

Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan pek çok mikroorganizma var. Bunların başında virüsler geliyor. HIV bunlardan birincisi belki. Hepatitler dünyada ve bir anda olan ateşler deyince, Bolivya kanamalı ateşi, Ebola, Marburg, Lassa, Dang, sarıhumma gibi pek çok çeşitleri var. Bütün dünyadaki sağlık çalışanları bundan mustaripler. Ama bizim ülkemizde Kırım Kongo söz konusu ve ona özellikle değineceğim. Bunun yanı sıra herpes gibi, varisella gibi kan ve vücut sıvılarından bulaşan virüsler var. Mantarlar, parazitler var. Daha nadirdir bunlar tıpta, bir ilginç vaka olarak sunulabilir. Bu düzeyde nadirdir. Kanla bulaşan ve vücut sıvılarıyla bulaşan bakteriler var elbette. HIV'de kısaca özetleyelim, HIV'deki son durum nedir; HIV'de mesleğini yapması itibarıyla HIV kapalı kişi Amerika Birleşik Devletleri'nde toplam kanıtlanmış olarak toplam 57 kişidir bugüne kadar. Biliyorsunuz HIV 1983 yılında ilk kez saptandı. 30 yıllık bir virüs toplam. Mesleki ilişkinin kesin olarak saptandığı; yani hastadan, kaynaktan ve hekim, hemşire, teknisyen her neyse, onlardaki virüsün aynı olduğunun gösterilişi Amerika'da 57, Avrupa'da 35'tir toplam. Bizim ülkemizde ise bugüne kadar bildiğimiz şüpheli birkaç vaka var ama sağlam bir kaydıma yok her zaman söylendiği gibi. Ama bu ülkedeki HIV frekansıyla, yani sıklığıyla da çok yakından ilgili. Türkiye'de HIV'in sıklığı gerçekten komşu ülkelere göre ve dünyaya göre oldukça düşük. İyi bir şey tabii ki. Herpatal yaralanma dediğimiz, yani iğneyle, diyelim ki kan dolu, HIV pozitif bir hastadan enjekte alındı ve bu enjekte battı bir kişiye, iğne batması oldu. Geçiş ihtimali nedir; elbette yapılmış bir takım çalışmaların toplanması olarak, bir meta analizi çalışması olarak ifade ediliyor, 6 bin

135 hastadan 20 tanesinde saptanmış. Yani yüzde 0,3, yani binde 3. Daha sonra CDC, Amerikan Sağlık Bakanlığı yüzde 0, 3 gibi benzer bir rakam getirmiş. Başka bir çalışma yüzde 0,2. Toplam binde 3'tür bu oran, öyle kabul edebiliriz. Peki, mukozal düzeyde bir sıçrama varsa? Yani o kan sıçrarsa, örneğin gözümüze, burnumuza sıçrarsa; yine en çok hasta takibi barındıran çalışmaya göre binde 0,9. Çok daha düşük. Yani bunu da binde 1 olarak kabul edebiliriz. Çok düşük rakamlar. CDC'nin rakamları daha da düşük. Deri temasıyla geçmediğini biliyoruz. 2 bin 712 bildirilmiş böyle bir kaza ya da temas sonrası sağlık çalışanlarından deri yoluyla bulaşma söz konusu değil. Peki, en çok kimler yaralanıyor? Ne yaparsak yaralanıyor? Elbette ki yaranın derin olması çok önemli. Ne kadar sizi derin etkilerse o derece önemli. Derin yaralanmalar diğerlerine göre 15 kat daha fazla riskli. Görünür kalması elbette önemli. Damar içine iğne yapılıyor olması önemli. Hastanın viral yükü önemli. Yani hastanın hangi safhada olduğu tabii ki çok önemli. Yani hastalık son aşamadaysa, yani viral yükü çok fazlaysa, hastanın kanında bulunan virüs sayısı çok fazlaysa ihtimalimiz daha yüksek tabii ki. Hastalığın başlangıcında olması önemli. Elbette hemşireler daha çok kan alma işlemi ya da bu tür riskli işlerde önde oldukları için, cephenin önünde olan kişiler oldukları için hemşireler ilk sırada yer alıyor. Asistan hekimler arkasından geliyor. Uzman hekimler gibi liste gidiyor. Buradaki en önemli risklerden bir tanesi, yapılmış çalışmalar var, uzun çalışma saatleri ve uykusuzluk elbette. Bizim de yine kongremizle ilgili bir konu. Elbette bu konu bu hastalığın ne kadar sık olmasıyla ilişkili. Örneğin Afrika'da da toplumda HIV pozitifli yüzde 15 çok korkunç bir rakam. Sağlık çalışanlarında da öyle, yüzde 15-17 gibi seyrediyor. Yani özel bir farklılık yok. Toplumda o kadar yaygın ki hem çalışanlar hem toplumun hemen hemen yakın gibi.

Çoğu kez biz tabii iğne batması olduğu zaman, böyle bir şey oldu mu tabii ki enfeksiyon hastalıkları birimine başvuracaksınız. Genel Sağlık Çalışanları Sağlığı Birimi'ne başvuracaksınız. Böyle olduğunda hemen profilaktik ilaçlara başlanıyor. Biz biliyoruz ki geçmişteki ilaçlara göre tabii ki, her ne kadar ilaç başlansa da toplam 21 sağlık çalışanı yine HIV pozitifli görülmüş durumda. Tabii çok göreceli bir şey çünkü çok yeni ilaçlar çıkıyor. Önümüzdeki hafta iki üç yeni ilaç daha çıkacak. Her yeni ilaç çok daha etkili çok daha düzgün.

Buradan Hepatit B, C'ye gelelim. Türkiye'de Hepatit B frekansı son olarak yüzde 3,9 tüm Türkiye'de yüzde 4 Hepatit B taşıyıcılığı söz konusu. Hepatit B'li bir hastadan korunması olmayan sağlık çalışanına yine iğne batması olursa bulaşma riski yüzde 2 ila 40. Yüksek bir rakamdır. En yüksek geçirici olan, bulaştırıcı olan mikroorganizma Hepatit B'dir aslında. Ama burada biraz şanslıyız çünkü aşısı var. Artık herkesin aşılınması kaçınılmaz, mutlaka bunu sağlamak bizim görevimiz. Burada eğer Hepatit B aşısı yoksa bir kişinin ve eline Hepatit B'li bir kişiden iğne batmışsa ciddi bir eksiklik ciddi bir sorun olarak görmek lazım. Hepatit C'nin bulaşıcılığı daha düşüktür. B ile HIV arasındadır aslında Hepatit C'nin bulaşıcılığı. Yaklaşık ortalama bir rakam verecek olursak burada görüldüğü gibi yüzde 1,8 gibi bir bulaşma riski bildirilebilir. Hepatit B'de de eğer böyle bir iğne batması varsa hemen Sağlık Çalışanları Sağlığı Birimi'ne haber verilmeli. İki aktif aşı ve serum uygulaması söz konusu. C'lerde ise aşı yok biliyorsunuz. Hepatit C'nin aşısı yok. Aslında bir bakıma daha riskli kabul edilebilir. Bunun da frekansı düşüktür. Hepatit B

için yüze 3,9'dur Türkiye için son yaptığımız bir çalışma 5 bin kişide, burada ise yüzde 1, ne fazla yüzde 1. Ama Hepatit C gelişirse kişide virüsü aldıktan sonra kronikleşme söz konusu olabilir. Kronikleşen Hepatit C de siroza kadar götürebilir. Bu şekilde sağlık çalışanı arkadaşlarımız var daha önce geçmişten bildiğimiz. Yine çok sıkı takip edilmesi gerekir. Sağlık Çalışanları Sağlığı Birimi'ne başvurmak gerekir ve bir algoritma vardır. O algoritma doğrultusunda tedavi yapılacaktır. Burada tabii çalışanın hakları var. İş kısıtlaması olacak mı olamayacak mı? Mesela HIV pozitifli bir kişi hastanede çalışabilir mi? Bizim hastanede çalışıyor, bir sıkıntı yok. Yani biliyoruz, çok az insan biliyor. Gerektiği ölçüde söylenebilir ama Türkiye'nin bütün hastanelerinde bu olmayabilir. Böyle bir sıkıntı olabilir. Yöneticiler bilir sadece. Yöneticinin bilmesi de bazen gerekmiyor tabii yöneticinin tavrı çok farklı olabilir. İşte çalışanların haklarını bu açıdan bilmek çok önemli. Normalde B, C ve hatta HIV için çalışan pozitif olan bir insan için işten çıkarmaya dair bir kural yok. Tam tersine bu yönde 2004 yılında bir karar alınmıştı. Yönetmeliklerde onu rahatlıkla bulabilirsiniz, Tabipler Birliği'nden veya Resmi Gazete'den. B ve C olan kimseler rahatlıkla çalışabilirler bu tabii ki HIV'i de kapsayabilir rahatlıkla. Buradan yavaş yavaş Kırım Kongo'ya doğru geliyoruz. Görülen viral kanamalı ateşler tüm dünya üzerinde Kırım Kongo mor renkle gösterilen, oldukça yaygın. En yaygın viral kanamalı ateş diyebiliriz. Tabipler Birliği'nin 2010 yılında hazırladığı çok kapsamlı bir raporu var. Aslında tüm soruların yanıtı var bu raporda. Tartışmalı bir rapordur, tartışmalı bir konudur aynı zamanda. İki gruba bölmüştür, pek çok şeyi böldüğü gibi son 10 yılda Türkiye her açıdan bölündüğü gibi, bu konuda da bölünmüştür, Kırım Kongo konusunda da diyerek siyasete giriyoruz yavaş yavaş. Türkiye sayı itibarıyla Kırım Kongo'nun en çok bildirildiği, tespit edildiği, saptandığı ülkedir. Kırmızılarını görüyorsunuz. Bizden hemen sonra gelen İran var. Sonra Rusya var. Özbekistan geliyor bizim arkamızdan. Sıkça vaka bildiriliyor dünyanın her bölgesinde, işte Rusya'dan da vakaların arttığını biliyoruz ama Türkiye bir numarada yer alıyor. Sağlık çalışanlarının da elbette olduğu konumuzla tamamen ilişkili. Ben bir süre Ankara Numune Hastanesi'nde çalıştım. Orada bir arkadaşımız, hatta birden çok kişi yakalanmıştı. Onun detaylarını da söyleyeceğim. Ve o döneme kadar 2008'e kadar bakın buradan sayarsak 13 kişi yakalandı ve bunların 2'si ölmüştü. Ama bu rakam arttı. Şu ana kadar Türkiye'de ölen insan sayısı 6 ya da 7 olması lazım. Bakanlık verileri çok sağlıklı sunmuyor maalesef çoğu zaman. Bu sayıları da biz tutuyoruz yine. Bu sayıları tutan insanlar işte meraklı akademisyenler olabiliyor. Ya da burası olmalı aslında hep burası olmalı. Yani istatistikleri kayıtları tutan insanlar bizler olmalıyız. Kazakistan'da görevli olduğum zaman ölen bir kişi ve Türkiye'den de Mustafa Bilgiç arkadaşımız. Bundan önce yine aynı merkezde 2008 yılında yanılmıyorsa bir hemşire arkadaşımız Kübra, kaydedilmişti. Ve tabii virüs girdikten sonra kana çoğalması var, bütün viral hastalıklarda olduğu gibi. O çoğalmayı takiben bazı kimselerde kanamalar geliyor. Bazı kimselerde de ne yaparsanız yapın belki ölüm oluşuyor ama verilen bir ilaç var Ribavirin diye alternatif bir ilaç. Ribavirin aynı zamanda Hepatit C'de de kullanılan bir ilaç. Başka bazı Lassa ateşinde, respiratuvar sinsityal virüs RSV'de kullanılan bir ilaç, anti viral. Ve erken safhada verilebilirse eğer hayat kurtarıcı olabiliyor. Yaptığımız bilimsel çalışmalar sonucunda bunu çok net ifade edebiliyoruz. Halbuki dünya da bunu kabul etmiş durumda. Dünyada bunun tartışması yok. Referans olarak da özellikle Ankara Numune Hastanesi'nde yapılmış çalışmalar gösterilmekte dünyada. Ama Türkiye'de

zaman zaman bir tartışma yaşıyoruz halen devam eden bir tartışmanın içerisindeyiz.

Burada Ankara Numune Hastanesi'nde yeni olacak bir yazı, yeni yayınlanacak bir çalışma önümüzdeki aylarda. 9 tane sağlık çalışanının Kırım Kongo'ya ilişkisi anlatılıyor. Burada erken başlanırsa ilaca ölüm hiç yok. Hatta kişinin eline iğne battı Kırım Kongolu hastadan, profilaktif olarak başlananlarda bugüne kadar ölüm tespit edilmemiş. Sadece Ankara Numune Hastanesi'nde değil, işte Pakistanda Güney Afrika'da birçok ülkede 30 ülkede görülüyor sonuç olarak. Verilen rakamlarda bir ölüm yok. Ama biz bununla sürekli karşı karşıya geliyoruz. Halen mahkemelerde, vesaire bu sözü geçen Samsun'da iki meslektaşımız neticesinde. Onlara erken safhada verilmedi. Birine hiç verilmedi, birine çok geç safhada verildi. Ama bu Türkiye'de maalesef mahkemelerde, efendim yargı sisteminde haklı görülemeyen, bilirkişisi olmayan bir durumla karşı karşıyayız. Mutlaka bir gün bu anlaşılacak, mutlaka bir gün bu açığa çıkacak. Dünya kamuoyu dünya bilim insanları bunu kabul etmiş durumda Avrupa'da ve Amerika'da. Bu da bir gün gündeme gelecektir tekrar. Gündemden düşmüş değil.

Takip konusunda yine benzer bir algoritmamız var. Tıpkı C'de olduğu gibi. Korunma nasıl olacak? Sağlık çalışanları nasıl korunacak? Böyle bir abartılı koruma olmayacak tabii ki. Laboratuvarda çalışanlar için geçerli olabilir bu tabi. Laboratuvarda eğer virüsü üretiyorsanız, virüsle uğraşıyorsanız biyo güvenlik 4 denilen bir sistemde bu şekilde girmek şart başka yolu yok gerçekten. Biz ne yapacağız? Çoğu zaman klasik koruyucu önlemler yeterli. Murat söyledi sanıyorum, gerçekten Ankara Numune Hastanesi'nde resüsitasyon yapan 3 kişilik bir ekip, 2 tane KGB asistanı, bir tane enfeksiyon asistanı, 3'ü birden Kırım Kongo oldu. Erken başladı onlar ilaca. Ölmediler, yaşıyorlar. Hatta Tarık'ı çağırdım buraya ama gelemedi herhalde. Ve Tarık'ın çok ilginç bir şeyi daha var, Ankara Tabip Odası'nın desteğiyle mahkemesini kazandı. Bu bir meslek riskidir diye. Sanırım Türkiye'de ilk şeylerden, B'yi C'yi de katarsak tazminat ya da bir dava açıldığında, detayını bilmiyorum, mahkeme kararını bilmiyorum ama "Kazandık abi" falan dedi. Bir şeyler kazanıldı mahkeme süreci sonrasında. Ve kendisi de kurtuldu, gayet iyi. Özlem'in bahsettiği bir çalışmaydı, Ankara Tıp'ta bir çalışma. Ve burada gerçekten bizim eksiklerimiz nedir bu işlerde, sistematik kontrol ve eğitim. Eğitim bir kez olacak bir şey değil. Bunun sistematik olması lazım, devamlı olması lazım. Kayıt sistemi ve Sağlık Çalışanları Sağlığı Birimi, bakın ilk kez Türkiye'de muhtemelen 1999'da gündeme getirildi. Yani Sağlık Çalışanları Sağlığı Kongresi'nde gündeme getirilmişti, Sağlık Çalışanları Sağlığı Birimi olsun. Hani o daire tabii gibi bir şey olmasın da hastanelerdeki hekimler, hekimlik; bu bir hemşirelerin, hekimlerin bir arada olduğu bir meslek birimi olsun diye gündeme getirilmişti. Daha sonra bunu sonraki bakanlıkla dikkate aldılar aslında, ilerlettiler. Bunu yaşadık gördük yani kuruldu ama içinin dolması önemli tabi. Alın size bir birim, kurduk işte, şu var bu var meselesi değil. Bunun bir disiplin olarak devam etmesi gerekiyor. Ve koruyucu önlemler aslına bakarsanız son derece basit, el yıkama elbette önemli. Maskenin, gözlüğün elbette çok uygun kullanılması önemli. Mesela böyle kullanırsanız olmaz. Kazakistan'da maske yoktu gerçekten. Mesela oradaki hemşire arkadaşlar gazlı bezleri üst üste koyarak maske yapıyorlardı. O da çok kötü bir şeye neden oluyordu. Negatif basınç yaparak tam tersine kanın daha da emilmesine neden oluyordu. Kazakistan'da Kırım Kongo'da ölen, yukarıda bahsi geçen kişinin o yüzden öldüğüne karar getirmiştik.

O da bundan kullanıyordu. Yastık gibi ama böyle gözenekli bir sistem.

Evet, sonuç. Bir kere buradan ne öğrenmeliyiz; burada yine kayıtlarımızı iyi tutmak şeklinde sözleşmek durumundayız herhalde. Yine bu bilimsel yaklaşımların nasıl olacağını, bence sivil toplum örgütleri mi diyeyim, artık ne istersek bunun teorik arka plandaki, demokratik kitle örgütleri mi denirse ama Türk Tabipler Birliği veya sendikaların önemli bir rolü olduğunu düşünüyorum. Aynı zamanda uzmanlık derneklerinin, bu açıkçası Gezi olaylarından sonra çıkarılacak derslerden bir tanesidir. Yani çok duyarız meslektaşlarımızdan da, “O da ne yapıyor”, ben uzmanlık derneğimizin başkanım da aynı zamanda, “Dernek ne yapıyor” filan gibi. Şöyle bir şey sanırlar, Dernekler, Tabipler Birliği’nde falan birileri harıl harıl çalışıyor böyle maaşlı ücretli insanlar falan. Burada insanlar fedakârca çalışırlar, kendi maaşından işinden, kariyerinden ailesinden fedakârlık göstererek çalışır arkadaşlarımız. Ve biz de o bilinçle, işte Gezi ruhunun öğrettiği o bilinçle hareket edersek o zaman parçaları birleştirebiliriz. Hatta buna bir de Bilim Akademisi’ni ekleyebiliriz. TÜBA’yı kast etmiyorum. TÜBA’dan ayrılmak durumunda kalanlar sonucunda biliyorsunuz bilim dünyası ikiye ayrılmak durumunda kaldı. İşte bizler sağlıklı ve doğru olan parçaları birleştirmek durumundayız önümüzdeki süreçte.

Katılımcı

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Halk Sağlığı Birimi’nden soruyoruz. Şimdi CDC’nin yayınlarına göre 10’un üzerinde filtre Hepatit B için yeterli bulunuyor. Ama bazı makalelerde okuduğumuza göre özellikle cerrahlar ve bazı riskli olan meslek dalları için vücut üzerinde filtreyi tutmamız gerektiği söyleniyor. Ama kesin bir kanıt en azından bizim incelemelerimizde yakalayamadık. Bununla ilgili ne önerirsiniz? Bir şey daha sorabilir miyim? Diyelim ki sağlık çalışanı geldi 3 doz aşı olmuş ama filtresi negatif. Tekrar literatüre göre, tekrar 3 doz yaptık ama tekrar negatif. Ne yapacağız?

Önder Ergönül

Hepatit B için soruyor arkadaşımız. Şöyle ki Hepatit B’de koruyucu filtre 10 internasyonal ünitedir. Bunun üstüne herhangi bir nedenle çıkarsanız bir şekilde, diyelim 90 oldu ama daha sonra baktığımızda düştü, 6-7 oldu. Teorik olarak korunma sağlanır. Çünkü hafıza hücreleri üzerinden gereken antikora ulaşacaktır bir kez daha karşı karşıya geldiği zaman vücut antijenle. Ama buna çoğu insan güvenmez. Bu teorik bilgidir. Pratikte yapılan şudur, dünyada birçok ülkede de işte “ filtre düşmüşse bir doz daha yapalım.” Açıkçası ben de bunu çok şey yapamıyorum, ikna edici olamıyorum. Teorik bir bilgi ama soyut geliyor çoğu kez arkadaşlarımıza. O zaman bir doz daha eklemek durumundayız.

Öbür soru, ilk kez aşı yaptı negatif. Şimdi aşının yüzde 1 ya da 2 oranını tutmama ihtimali vardır. İlk riskte gelenler mesela erkeklerdedir riskli gruplar, sigara içenlerde, obezitede. Çünkü obezite olasılığı olanlarda iki doz yapmak gerekiyor, birer doz yeterli gelmiyor. Ya da böbrek yetmezliği olanlarda. O zaman eğer aşı tutmazsa, sıfırdan yine ikinci bir doz yapılır. 0-1 altı. Yine tutmazsa bırakılır, öneri budur. Yani uluslararası öneri budur ama bazen insanlar devam etmek isterse de üçüncü turu da yapabilir.

Büşra Özbay Çaylı

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, enfeksiyon kontrol hemşiresiyim. Bir katkıda bulunmak istiyorum. Sağlık çalışanlarının sağlığı, sık karşılaşılan ağrı ve kesici delici alet yaralanmalarını takiplerinin hastanelerde enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından takip ediliyor. Ama bunun yanında sağlık çalışanlarının birçok riski var ve diğer riskler çok göz ardı edilen kısmın arasında giriyor. Bir de, biraz önce saydığınız nedenlerin arasında, hani sağlık çalışanlarının uykusuzluğu vesairesinin yanına bence sağlık çalışanlarının sahip olduğu kronik hastalıkları ve otoimmün hastalıkları da eklemekte fayda var diye düşünüyorum. Çünkü bunlar da ciddi etki oluşturuyor. Ve bütün hastanelerde çalışan sağlığı birimleri maalesef yok. Bu çok ciddi bir eksiklik. Biz de kendi hastanemizde böyle bir birimin olmamasından hep dert yaniyoruz. Ayrıca sağlık çalışanlarının sağlık tarama programlarına katılmama gerekçeleri, biliyorsunuz muayene katılım payı gibi bir şeyi var, mesela bir insanın eline bir iğne batıyor ve biz onu 5 kez kontrol programına alıyoruz ve sürekli kan aldırıyoruz. Her seferinde polikliniğe giriş yaptırıyoruz. İş sağlığı kanunu ve yönetmeliğinin bence bir an önce devreye girmesi, daha fazla ötelenmemesi için girişimlerde bulunmamız gerekiyor diyorum.

Önder Ergönül

Bu iş sağlığı birimlerini daha da desteklemek lazım.

Melek Demir

Sorumuz şu şekilde olacak. Bir önceki oturumla da biraz bağlantılı. Etik tartışmasıyla da biraz bağlantılı. Özellikle SARS gibi, Kuş gribi gibi hızlanma salınma seyredebilecek durumlarda, bu hastalara hizmet sunacak sağlık çalışanlarının salgının sınırlandırılabilmesi için sayının kısıtlanmasına dair bazı öneriler var. Hizmet sunacak sağlık personelinin sayısında sınırlanmalar getirilmesine dair. Bu sınırlama getirilirken bir taraftan da hizmet sunumu konusunda reddetme, tercih etme gibi konularla karşılaştık bir önceki oturumda. Buna dair sizin görüşünüz nedir? Ne yapmalıyız? Bir taraftan salgını sınırlandırmakla yükümlü olmak gibi bir sorumluluğumuz var, diğer taraftan hizmet sunumunun sınırlandırılması var. Buradan hem çalışanların tercihleri hem de kurumların tavırları konusunda sizin görüşünüz nedir?

Önder Ergönül

Şimdi bence, tabii uzun uzun tartıştık geçen oturumda da ama benim şeyim şu, sağlık hizmeti farklı bir şey aslında. Şöyle ki, biz gerçekten mutlu olabilmeliyiz, iş koşullarını düzeltmek amacıyla ama her hastaya da bakmalıyız açıkçası. Yani “Şu hastaya bakmıyorum” demek bize çok ciddi sorunlar yaratır. Örneğin HIV konusunda da ben Ankara Numune Hastanesi’nden hatırlıyorum, cerrahlara biz ameliyat ettirmedik HIV pozitifli hastaları. Ama bu acayip bir epidemi gibi yayılır. Mesela Ahmet yapmıyorsa ben de yapmıyorum der öteki filan. Ciddi bir sorun oluşturur. Ya da salgın, mesela Dünya Sağlık Örgütü beni arıyor diyor ki “Kazakistan’da salgın var. Gider misin yarı sabah?” diyor, ben gidiyorum seve seve. Hani “Gitmiyorum, ben bu tercihim kullanıyorum” demek,

bir sıkıntı gibi geliyor çünkü biz öyle yetişmişiz açıkçası. Yani belki Hipokrat'tan gelen ya da ne diyelim "bir yerde bir sorun varsa gitmeliyiz, çözmeliyiz" gibi bir etik değerle yetişmişiz. Şiddet olduğu zaman hekimin bakmama tercihini veya hemşirenin, hakikatten bunu anlayabilirim. Yani kendisine yönelik bir saldırı varsa olabilir ama burada o sorunu çözmek için yetişmiş elemanların, böyle bir eğitim almış kimselerin o görevi yapması beklenir normalde.

Melek Demir

Çok özür dilerim ona kesinlikle katılıyorum, bunu tartışmak değildi amacım. Sadece salgının zincirinin yayılmasını sınırlandırmak için. Yani ne kadar çok kişi hastayla temas ederse o kadar çok topluma yayılma riski olabilir, o nedenle hizmet sunan sağlık personelinin belli sayıda tutularak onların da takibinin daha kolay olacağı, yani kimler temas etti onu gözlemlemek amacıyla bazı kılavuzlarda öneriler var, ben bunu sormuştum. Yoksa diğer konuda aynı şekilde düşünüyorum.

Önder Ergönül

Kötü niyet yoksa iyi bir şey o dediğiniz. Yani az sayıda insanla biz bu işi yürüteceğiz niyeti, çok sistematik çalışan bir yer gerçekten elinde bulunan askerleri diyelim, yavaş yavaş cepheye sürme taktiği güdebilir. Mesela SARS'tan ölen epidemiyolog Carlo Urbani de vardı. Carlo Urbani kendisini almaya gelen kişileri uzakta tutmuştur. Onlarla temasa geçmemiştir. Çok erdemli bir davranıştır. Kendisinin hasta olduğunu fark ediyor ve ölüyor zaten sonrasında ve meslek arkadaşlarına kendisine yaklaşmamalarını, çok soğukkanlı bir şekilde kendisinin hasta olduğunu ve ölüm oranının yüzde 50 olduğunu, o dönemde yüzde 50'yi bilindiği kadarıyla SARS'ta emin olamıyoruz, uzak durmalarını söylüyor. Bu çok erdemli bir davranış. Onun gibi bir şey varsa hani...

Melek Demir

Kılavuz önerilerinde bu tip şeyler var. Çünkü hastane içinde de salgını arttırabilirsiniz. Kontrol altına almak için, o amaçla söylemişim.

Önder Ergönül

Mesela şöyledir, hastanede de yoğun bakımda enfeksiyon olduğu zaman biz mesela enfekte bölümlere belli kişileri göndeririz. Yani bu gruplandırma sistemi. O uygun olabilir.

SOLUNUM YOLUYLA BULAŞAN ETKENLER AÇISINDAN TÜRKİYE’DE DURUM VE KORUNMA YOLLARI

Fatma Evyapan

Türk Toraks Derneği – Pamukkale Üniv. Göğüs Hast. AD

Sağlık çalışanlarında inhalasyona bağlı etkenlerden bahsetmek istiyorum. Tabii ön planda enfeksiyonlar geliyor aklımıza ama aslında enfeksiyonun dışında da pek çok inhalasyon sağlık çalışanlarının solunum sağlığını tehdit etmekte. Enfeksiyonların yanı sıra hava yolu hastalıklarından ve aynı zamanda belki de aklımıza en son gelebilecek toz hastalıklarından da bahsedeceğim.

Enfeksiyonların çoğu inhalasyon yollarıyla alınan enfeksiyonlardır. Çoğu doğrudan akciğerleri etkilemektedir. Bunların bir bölümü zaten eskiden beri bilinmekteydi, tüberküloz ve şarbon gibi. Daha sonra aslında bunların yerini inahalasyon yoluyla alınan iritan gazlar, dumanlar, buharlar almıştı. Fakat 2000’li yılların başından itibaren SARS ve diğerleri gibi kanda viral yapan virüslerin ortaya çıkmasıyla inhalasyon yoluyla alınan enfeksiyon etkenleri de tekrardan önem kazanmış oldu. Sağlık çalışanlarına hava yoluyla bulaşan enfeksiyonların çoğu viral kökenlidir ve bu da hemen hemen çok hızlı bulaşıcılık nedeniyle de tüm sağlık çalışanlarını etkilemekte. Bazılarında hemşireler ve hekimler özellikle risk altında olmaktadır. Bazılarında ise özel bölümlerde örneğin göğüs servisinde çalışanlar özellikle risk altında olabilir.

Bakteriyel enfeksiyonlara baktığımız zaman en önemlileri olarak tüberküloz ve antraks karşımıza çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarındaki tüberkülozun önemini ve riskini değerlendirirken bu sağlık çalışanlarının hangi gelir düzeyine sahip ülkelerde yaşadığına bakmamız ve o ülkelerdeki tüberküloz insidans ve prevalansına da bakmamız gerekmektedir ve durumu bu şekilde değerlendirmemiz gerekmektedir. Özellikle antibiyotiklerden önce tüberküloz, sağlık çalışanları, tıp öğrencileri ve hemşirelik öğrencileri için önemli bir morbidite ve mortalite sebebiydi. Buna karşılık günümüzde gelişmiş ülkelerde önemli bir hastane enfeksiyonu olarak kabul edilmektedir. Ve özellikle yine gelişmiş ülkelerde HIV epidemisinden sonra gelişen ve MDR, yani “Çok İlaç Dirençli Tüberküloz” enfeksiyon riskinde bir artış olması dikkati çekmiştir. Bu nedenden dolayı da, özellikle MDR tüberkülozun ön plana çıkmasından dolayı tüberkülozla mücadelede oldukça pahalı ama etkin yöntemlerin uygulanması gündeme gelmiş ve bunlar uygulanmak zorunda kalmıştır. Burada tüberkülozun sağlık çalışanları üzerindeki yükünü anlayabilmek

için enfeksiyon prevalansına bakabiliriz. Aynı zamanda enfeksiyon insidansına bakabiliriz. Aynı zamanda tüberküloz hastalık insidansına da bakarak bu hastalığın sağlık çalışanları üzerinde ne kadar etkili olduğunu ortaya koyabilmemiz mümkün. Latent mikobakteriyel enfeksiyon prevalansları özellikle düşük gelirli ülkelerde bakıldığı zaman yaklaşık yüzde 30'larla yüzde 70'ler arasında değişen bir prevalansa rastlıyoruz. Medyan prevalansının ise yüzde 63 olduğunu görmekteyiz. Ve hatta bu çalışmaların, düşük gelirli ülkelerin çalışmalarının çoğunda da tahmini prevalansın yüzde 60'ın üzerine olduğu görmekteyiz sağlık çalışanlarında. En önemli faktörler yaş ve sağlık alanında uzun süre çalışmak ki burada "kümülatif maruz" diye önem kazanmaktadır. Bunun dışında latent mikobakteriyel tüberküloz prevalansı için bağımsız mesleki hız faktörleri, kliniklerde çalışmak, balgam toplama işlemede, laboratuvarlarda çalışmak, otopsiye girmek ve tabii ki tüberkülozlu hastayla yakın temas bağımsız mesleki risk faktörlerindedir.

Buna karşılık yüksek gelirli ülkelerde prevalansa baktığımız zaman yüzde 60'larda olan prevalansın yüzde 24'lere kadar indiğini görmekteyiz. Risk faktörleri ise bu gelişmiş ülkelerdeki latent enfeksiyonu için ileri yaş ve yabancı bir ülkede doğmuş olmak ve BCG aşısı yapılmış olması. Yine gelişmiş ülkelerdeki bağımsız mesleki risk faktörleri dahiliye ya da göğüs hastalıkları servisinde çalışmak sağlık sektöründe daha uzun süre çalışmış olmak tıpkı düşük gelirli ülkelerde olduğu gibi. Yine aynı şekilde tüberkülozlu hastaların sık başvurduğu bölümlerde çalışmak ve bakılan hastalar tüberküloz ve HIV pozitif hastaların fazla olması. Bir diğer bize yükü gösteren indeks sağlık çalışanlarında enfeksiyon insidansına bakabiliriz. Bu konuda çoğunlukla gelişmiş ülkelerde yapılmış olan 7 çalışma sonucunda yıllık tüberküloz enfeksiyon riskine baktığımız zaman yüzde 5,3 olduğunu görmekteyiz. Ve sadece mesleki maruziyete atfedilen risk medyan yüzde 5 olarak kabul edilmektedir sağlık çalışanlarında. 7 çalışmanın 5 tanesinde ise sadece mesleğe bağlı olarak tüberküloz riski yüzde 3'ün üzerinde kalmıştır. Yine yüksek latent tüberküloz insidansına ve bağımsız risk faktörlerine baktığımız zaman ise yine hastanede daha uzun süre çalışmak, daha fazla tüberkülozlu hasta başvurusu, tüberküloz önleminin olmaması, klinikte daha uzun süre çalışmış olması, hastabakıcı olmak, tüberküloz basiline yeni maruz kalmak ve yeni BCG aşılansına latent tüberküloz enfeksiyonu riskini arttıran bağımsız faktörlerdendir.

Gelişmiş ülkelerde ise yine genel popülasyonda yıllık latent enfeksiyon riski binde bir ile binde iki arasındadır. Sağlık çalışanlarıdaysa bu binde 2 ile yüzde 12 arasında değişmektedir. Tüberküloz hastalarına baktığımız zaman, yani hastalığa yakalanmış olan sağlık personeliyle ilgili insidansa baktığımız zaman az gelirli ülkelerde yapılan 20 araştırmanın iki tanesi haricinde nozokomiyal maruziyete bağlı hastaneden alınmış tüberküloz hastalığı riski yüz binde 25 ile 5361 gibi çok geniş bir alanda değişiklik göstermektedir. Özellikle hasta başına daha az sağlık çalışanı düşen hastanelerde, iş yükü çok daha fazla olan sağlık personelinin bu tip hastalığa yakalanma riskinin çok daha fazla olduğu şaşırtıcı bir sonuç değil tabii. Ve Türkiye'de sağlık çalışanlarında yapılan tüberküloz hastalık insidansına baktığımızda 3 çalışmanın ön plana çıktığını görüyoruz. Bunların genel hastalık insidansı çalışmanın yapıldığı yıllara göre farklılıklar göstermektedir. Örneğin tüberküloz hastalığı riski sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada 3,2 kat artmış. Başka bir çalışmada 2 kat artmış. Üçüncü bir çalışmada ise 5 kat artmış olarak ortaya çıkmak-

tadır hastalık insidansı. Hastalık risklerine yine çalışılan bölüme baktığımız zaman tabii ki taze vakalar ile çalışan radyoloji teknisyenleri, hastabakıcılar, paramedikler, servis yardımcı personeli, laboratuvar personeli gibi kişilerde çok daha yüksek çıkmakta. Buna karşılık poliklinik çalışanlarında orta düzey, kadın doğumda orta düzeyde ve cerrahi çalışanlarında ise düşüktür. Genellikle cerrahlar çok korkarlar PPD pozitif olan hastalarla ilgili. Hemen konsültasyon isterler, bu hastada hastalık var diye. Beklenebileceği üzere idari personel hastalık riski açısından en düşük risk altında. Özetle sağlık çalışanlarında tüberküloz oranı benzer sosyo-ekonomik koşullardakilere göre 2 ila 3 kat artmıştır. Fakat burada bunun gerçekten hastaneden mi alındığı yoksa toplumdan, dışarıdan mı alındığı konusunda DNA ve parmak izi analizleri birbiriyle çelişkili sonuçlar vermektedir. Bununla birlikte sadece bu değerlerle tüberkülozun sağlık çalışanları için bir meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiğini göstermektedir.

İnhalasyon yoluyla sağlık çalışanlarını etkileyen bir diğer hastalık da meslek astımı. Özellikle 1990'lı yıllardan itibaren, daha doğrusu 1980'li yıllardan itibaren eldiven kullanımında artış olması 1990'lı yıllarda lateks alerjisi ve buna bağlı gelişen meslek astımında bir pik meydana gelmesine sebep olmuştur. Sadece lateks değil bunun dışında sterilizanlar, çeşitli farmosötik ajanlar, metaller, irritan aerosolize ilaçlar ve temizleyiciler de yine meslek astımı için risk oluşturan etkenlerdir. Burada da tüm sağlık çalışanları, hekimler, solunum terapistleri, endoskopi ünitesi çalışanları, radyoloji ünitesi çalışanları, hemşireler, patoloji departmanında çalışanlar, ameliyathane çalışanları, yardımcı sağlık personeli ve temizlikçiler dahil olmak üzere tüm sağlık çalışanları risk altındadır. Genel olarak astım semptomlarını arttıran aktiviteler bekleneneği üzere aletlerin temizliği, yüzey temizleyicilerin kullanılması ve lateks eldivenlerle temas edilmesi. 2000'li yıllardan itibaren lateks eldivenlerde pudra kullanımı yasaklandı ve bu nedenle lateks antijeninin tozuyarak pudra aracılığıyla havaya yayılması engellenmiş oldu ve böylece alerjide önemli bir azalma sağlandı. Yine lateks alerjisinden burada özellikle bahsetmek istiyorum. Sağlık çalışanları için önemli bir sağlık sorunu ve lateks alerjisi yüzde 3 ila 17 arasında değişebilmekte. Alerji bunu en çok kullanan hekimler ve hemşirelerde, diğer sağlık personeline göre 3-5 kat daha fazla görülmekte. Kişinin atopik olması, astım öyküsünün bulunması, ellerde kontakt dermatit bulunması, kadın cinsiyet ve latekse karşı pozitif bir cilt testi gelişmişse, bunlarda alerji gelişimi riski daha fazladır. Önce bu hastalarda cilt belirtileri ve semptomlar başlar ve daha sonra da ilerleyerek meslek hastalığı şeklinde kendini gösterir.

Ülkemizdeki sağlık çalışanlarındaki lateks alerjisi yapılan araştırmalarda, Bolu'da yapılan bir araştırmada yüzde 20 civarındayken İzmir'de yüzde 40 bulunmuş ve İzmir'de yapılan çalışmalar daha detaylı incelendiğinde laboratuvarlarda çalışanlar, ameliyathane üniteleri ve diyaliz ünitelerinde çalışanlar en çok risk altında olanlardır. Duyarlaşmayı etkileyen faktörler ise günlük eldiven takma süresi ne kadar uzarsa duyarlaşma o kadar artıyor fakat ne kadar sık eldiven değiştirilirse bunun negatif yönde etki ettiği ortaya konulmuş. Demin de söylediğim gibi düşük proteinleri dışarıya tozutmayan pudrasız eldivenlerin kullanılması bu alerjiyi önemli ölçüde azalttı. Meslek astımıyla ilgili baştan bahsettiğim temizlik maddelerine bağlı astım son yıllarda oldukça önem kazandı. Bunlar daha çok irritan dediğimiz bu alerjide olduğu gibi duyarlılaşma yoluyla değil de hava

yollarındaki...

Astım semptomlarının temizlik gruplarına göre anormal derecede yüksek olduğunu ve hatta bazı solunum fonksiyonlarının da önemli ölçüde azalmış olduğunu ortaya koyduk. Evet, sağlık çalışanlarında belki aklımıza en son gelecek şey pnömokonyoz. Önce maden işçileri aklımıza geliyor ama gerçekten sağlık çalışanlarında da pnömokonyoz görülüyor. Ve bunlar özellikle spesifik bir adla adlandırılıyor; diş teknisyenleri pnömokonyozu. Protez çatılarının içerisinde bulunan bir takım madenlerin yarattığı etkilerle olabilir, metallerin yarattığı etkilerle olabileceği gibi. Protezlerin parlatılması sırasında slika madenine bağlı olarak da slikozis görülebilmekte. Hatta yurdumuzda iki tane üst yapılan iki akciğer transplantasyonunun olgusu slikozise yakalanmış iki diş teknisyenine yapılmıştı daha önce ilk ikisi de. Bizim yine Denizli il merkezinde yapmış olduğumuz diş teknisyenlerindeki solunumsal bulgulara baktığımızda öksürük, nefes darlığı ve gürültülü solunumun anlamlı derecede semptomların kontrol grubuna göre yüksek olduğunu ortaya koyduk. Hatta radyolojik olarak bunları değerlendirdiğimizde de yaklaşık yüzde 15,4 oranında radyolojik pnömokonyozu düşündürülen bulguların olduğunu gördük.

Sağlık çalışanları dendiğinde tabi sadece hemşirelerin, laboratuvar teknisyenleri değil aynı zamanda onlarla daha uzak ilişkisi olan, orada çalışan temizlik personelleri vs'i de aklımıza getirmemiz gerekmektedir. Hatta bu nedenle de mesleki mağduriyet çok çeşitli olabileceği gibi aklımıza gelmeyecek bir takım mağduriyetler de ortaya çıkabilmekte. Hatta bu nedenle de mutlaka çok iyi bir mesleki sorgulama yapmamız gerekmektedir. Ve bunlar endürasyon yoluyla da alındığı zaman enfeksiyonlara, meslek astımlarına ve pnömokonyozlara da sebep olabilir. Burada da geçen yıl öldürülen göğüs cerrahisi arkadaşımız Ersin Arslan'ı da anmadan geçmeyeceğim.

Katılımcı

Söylemek istediğim şey şu, bir göğüs hastalıkları uzmanı olarak. Mesleki astım şüphesi hissettiğiniz olgularda ısrarlı davranırsanız yöneticilerinize bu işin peşinde olduğunuzu etkili bir şekilde anlatırsanız çok önemli kazanımlar elde ediyorsunuz. Bunu daha önceki toplantılarda ben Nezaket arkadaşın da dinleyeceği şekilde söylemiştim. En az üç tane mesleki astım olgusu izledim ve olgulardan biri daha önce ameliyathanede çalışan bir hemşire kardeşimizdi. İsrarlı araştırmalarımız sonucunda ticks alerjisi olduğu anlaşıldı. Buna bağlı mesleki astım geliştiği anlaşıldı. Kan merkezine verilince mutlu bir sonuç yaşadı. Bir diğeri meslekle alevlenen astımdı. Eski astım olgusu mesleki maruziyetle alevleniyordu. Bu hasta bakıcı olarak hastanede temizlik malzemelerinden çok etkileniyordu. İdari eleman yaparak kurtardık. Bunun hayatı da böyle kurtuldu. Bir diğeri de anatomiye çalışan formolden etkilenen bir personelimizdi onu da yine idari göreve vererek yaşamını kurtarmış olduk. Hem yönetimle çok fazla didişmedik aslında. Sabırlı, ısrarlı bir takiple de çok önemli, kamuda çok önemli sonuç alabiliyorsunuz ama özel sektörde yeterli olmayabilir. İşten çıkartılabilir bu elemanlar. Tabi o konuda daha farklı yöntemler farklı bir mücadele seyir izlenebilir diye düşünüyorum.

RADYOLOJİK RİSKLER AÇISINDAN TÜRKİYE’DE DURUM VE KORUNMA YOLLARI

Nezaket Özgür

Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği

Öncelikle hepimize bu saate kadar kaldığımız ve bu sabrı gösterdiğiniz için hepimize teşekkür ediyorum. Buraya kadar yoruldunuz. Ben 99’dan beri sağlık çalışanları sağlığı çalışma grubunda aktif olarak görev yapmaktayım. Bugün de size radyolojik riskler açısından Türkiye’deki durumu ve korunma yollarını değerlendireceğim. Çok şanslıyım ve çok şanssızım Türkiye’deki durumu değerlendirmek veri bulmak açısından sıkıntılı olduğundan, neler bulacağımı araştırırken Sağlık Bakanlığı bize hemen bir geçenlerde sanal ortam da da rastlanan bir çalışma sundu. Bunun öncesinde Türkiye’de çok derli toplu yapılmış çalışmaların sayısı tezlerin dışında çok azdı. Ama bakanlık kendi eliyle hazırladığı çalışması bizim bugünkü gündemimize yol verecek. Bu yapılan çalışma Türk Radyoloji Derneği ile birlikte yaptırmış ve 810 bin bilgisayarlı tomografi, 699 bin MR ve 132 bin mamografi sonucu değerlendirilmiş. Ve bunlardan 3183 tomografi ve 4000 küsür MR ve mamografi değerlendirilirken 9082 hasta üzerine çalışmış. Raporlardan çok kısaca size de bahsetmek istiyorum. Türkiye’deki görünen ve görünmeyen durum. Bilgisayarlı tomografi çektirenlerin yüzde on sekizi yılda aynı hasta, aynı filmi tekrar çekirmiş. Biraz sonra tomografilerdeki riskleri ve radyasyon dozlarını açıklayacağım. Tüm bu bilgisayarlı tomografi çektirenlerin yüzde on üçünde ilk 6 ayda tekrar edilmiş. Tekrar film çekimlerinin yüzde 49’unun sebebi tanı konulamamış olarak gösterilmiş. Yine aynı raporda yüzde 28 oranında çekim standartlarına uymadığı ve bunların çoğunluğunun da özel hastanelerde olduğu ortaya çıkmış.

Görüntülemenin raporlanamamasının standartların dışında olması da yüzde 60 oranında. Çok vahim. Raporlara göre bilgisayarlı tomografide yaşananlar MR için de geçerli. Ve çok benzer şeyler mamografi için de geçerli. Raporu Türk Radyoloji Derneği değerlendirmiş ve hasta sayısının çok fazla olmasının kaliteyi düşürdüğünü, hastalardan ikinci defa radyoloji tetkik istemekle radyasyona maruz kalma riskinin yükseldiğini, Sağlık Bakanlığı ise hastaların % 15’nin çekimlerinin aynı hastanede tekrar ettiğini gördük ve hasta bilgileri de yeteri kadar açık yazılmıyor ve hastaya aslında söylemek istediği şey ‘ülkemizde hastaya yeteri kadar zaman ayrılmıyor’ ve çalışan ve hasta sağlığı düşünülmeden radyasyona dayalı görüntüleme yöntemleri ülkemizde yanlış kullanılıyor. Bunlar

Sağlık Bakanlığı'nın verileri ve Ankara Üniversitesi Nükleer Bilimler Enstitüsü'nün farklı çalışması var. Burada da yapılan çalışmalarda medikal görüntüleme cihazları; bilgisayarlı tomografi, anjiyografi, mamografi cihazları da radyasyonun uluslararası standartların üzerinde kullanıldığı tespit edilmiş. Bu düşük dozla, bu ölçekteki radyasyonların çok düşük olasılıkla da olsa kanser ve bazı hastalıkların riskini arttırabileceğini belirten araştırmacılar cihazların kalibrasyonlarının düzenli olarak yapılmadığını, incelemeleri yapan hekim ve teknisyenlerin uygulamalı bir eğitimden geçme zorunluluğu uyarısında bulunmuşlardır. Ve ne acıdır ki, yine Türkiye'deki çeşitli kuruluşlardaki cihazların görüntü kalitelerini, radyasyon dozlarını son sekiz yıldır araştıran bu merkez uluslararası doz sınırlarının üç ile beş kat Türkiye'de daha fazla olduğunu böyle bir film kalitesinde kalitesiz çekimler yaptığını kendi raporlarıyla dillendirmektedirler. Bu değerlendirmeler uluslararası referans doz seviyelerinin çok üzerinde olduğu vurgulanmıştır. Ve bu durum hastanelerde bu cihazların bilinçsiz kullanımından, kalite kontrolü ve gerekli kalibrasyonlarının yapılmamasından, inceleme sırasında radyasyondan korunmaya yönelik önlemlerin gerektiği kadar alınmamasından kaynaklandığı çalışmada raporlanmıştır. Ve bu cihazları yetişmiş teknik elemanların kullanmadığı ortaya çıkmıştır. Türkiye'de cep telefonunun kullanılması nedeniyle bazı hastalık risklerinin arttırılabileceğini iddaa edenler medikal uygulamalarda bu kadar yüksek radyasyon miktarıyla olası etkileri neden gözardı edildiğini de sorgulamışlardır. Burada yeniden bir sonuç çıkaracak olursak; ülkemizde sağlık alanında tanınmış amaçlı kullanılan radyasyon düzeyleri uluslararası standartların çok çok üzerindedir. Nedeni eğitimin yeterli olması, aşırı talep ve iş yükü, hastaya yeterince zaman ayrılmaması. Bunlar tıpta kullanılan iyonizan radyasyonla ilgili sonuçlarıdır. Bir de sağlıkçıların kullandıkları non iyonizan radyasyonla ilgili çalışmalar var. Elektromanyetik alanlar teknolojinin gelişmesiyle radyasyon yayan cihazların kullanımının artması ve buna maruz kalarak da vücut dengesinin bozulduğu ve rahatsızlıkların arttığı ortaya çıkmıştır. Özellikle günde 8-10 saat geçirilen iş yerlerindeki non iyonizan radyasyondan olumsuz etkilenen hassas kişilerde boğazda kuruluk hissi, gözde problemler, baş ağrısı, alerji, yüzde kızarıklık, uykusuzluk, seslere karşı hassasiyet, işitme zorluğu, yorgunluk gibi rahatsızlıklara yol açtığı da Gazi Üniversitesi'nin yapmış olduğu çalışmanın sonucudur. Çalışma ortamınızdaki teknolojik cihazların sayısının artması maruz kalınan non iyonizan radyasyon dozunu da arttırmaktadır. Günlük hayatımızda kullanılan telefon, bilgisayar, elektronik aletlerin masum olmadığı da unutulmamalıdır.

Ve bizler sağlık çalışanlarıyız ve sağlığı bozan etmenlerle karşı karşıyayız. Her gün hastanede farklı risklere maruz kalmaktayız. Ve sağlık çalışanları olarak sağlığı bozan etmenlerden en yüksek riske sahip olanıyız, bunlardan biri de radyasyon. Size kısaca radyasyonun neden tehlikeli olduğunu anlatacağım. Yoğunlaşabilen elektromanyetik radyasyonlar hücrenin genetik materyali olan DNA'yı parçalayabilecek kadar enerji taşımaktadırlar. DNA'nın zarar görmesi ise hücreleri öldürmekte ve bunun sonucunda da doku zarar görmekte ve DNA'da çok az zedelenme bile kansere yol açıcı kalıcı değişikliklere sebep olmaktadır. X -ışınları ya da röntgen ışınları temas ettikleri maddelerin elektron kaybetmelerine yani iyonize olmalarına neden olan yüksek enerjili radyasyonlardır. Bu ışınlar tanı amaçlı kullanılan görüntülerin oluşmasının pek çoğunda kullanılırlar. Doza bağlı olarak hücre bölünmesine ve genetik yapıda bozulmaya neden olabilirler.

Burada dikkat edilmesi gereken nokta; en çok hassas olan hücreler hızlı bölünebilen hücrelerdir. Ve bu nedenle gelişmekte olan fetus ve ona ait dokular bu ışınlardan en fazla zarar görmesi beklenen yapılardır. Radyasyon detaylarını anlatmayacağım, slaytlarım çok fazla. X ışınları, ultraviyole ışınlar, görülebilen ışınlar, kızılötesi ışınlar, mikrodalgalar, radyo dalgaları, gama ışınları elektromanyetik spektrumların farklı farklı parçalarıdır. Ve elektromanyetik alanlar frekans ve dalga boylarıyla tanımlanırlar. X -ışınları ve gama ışınları çok yüksek frekanslı olduklarından oluşan radyasyon kimyasal bağları kırabilecek enerjiye sahiptirler. Ve bunlara da iyonlaşabilen radyasyon denir. Radyasyon tipleri de iyonlaştırıcı ve iyonlaştırıcı olmayan diye ikiye ayrılır. İyonlaştırıcı olanlar, bizim sağlık alanında en çok kullandığımız X ışınları, dalga tipi iyonlaştırıcı radyasyonlardır. Hücresel hasarların derecesini belirleyen önemli faktörler radyasyonun tipidir, dokuların radyasyona maruz kalma hızıdır ve dokularda obzörbe edilen toplam enerji miktarıdır ve dokunun özelliğine de bağlıdır. Maruz kalınan radyasyon dozunun kantitatif ölçümü risk değerlendirmek için mutlaka gereklidir. Dozometrik ölçüler yapılmalıdır. Absörve edilen doz ve efektif doz mutlaka değerlendirilmelidir. Radyasyonun istenmeyen etkileri de başlıca iki gruba ayrılmaktadır. Bunlar deterministik ve nondeterministik etkilerdir. Nonsteokastik deterministik etkiler belli bir eşik dozu vardır. Bu dozun yüksek dozlarda ortaya çıkarlar. Doz ile bireysel etkiler arasında ilişkiler vardır. Katarakt ve deri gibi hastalıklara neden olabilirler. Ama stokastik etkiler istatistikler bir yol izlerler. Eşik değerleri yoktur. Doz artışıyla ilişkileri artar. Bulguların şiddeti radyasyonun dozuyla birebir ilişkili değildir. Kanser de bunlara örnektir. Radyasyonun sağlık üzerindeki etkileri bunlar Tokyo civarında yapılmış radyasyon seviyelerinin ölçümleri. Tokyo civarında radyasyon seviyesinin 1000 milisievertten az olduğu bildirilmiş. Fakat bu miktarın normalin on bin katı olduğu göz önünde bulundurulmalı ve bir diş ... filminin 10 milisieverte denk geldiğini unutulmamalıdır. Zaten insanlar doğadan belli bir miktarda radyasyon almaktadırlar. Uçak seyahatinden, rutin röntgenler ve tomografi gibi yollardan da radyasyon alırlar. Uçuş rotasına göre 40bin km yükseklikteki bir uçuş saatte 3 ile 9000 milisievert radyasyona maruz kalmaktadır. Bunlar biraz teknik isterseniz atlayacağım çünkü hepsinin karşılıkları ve değerleri var. Bir akciğer grafisine size bir birim olarak aktarırsak bir kafa grafisinin üç buçuk katı, bir pelvis grafisinin 35 katı, karın grafisinin 50, göğüs grafisinin 400, karın tomografisinin 5 ile 1000 kat akciğer grafisine karşılık geldiğini unutmamanızı ve istem yaparken bunları göz önünde bulundurmanızı isteyeceğim. Karın ultrason ve MR'da radyasyon yaymadığını belirtmek isterim. Evet, radyasyonu göremeyiz, duyamayız, işitemeyiz, tadamayız, varlığını hissedemeyiz ama vardır. Radyasyondan korunmanın temeli, eşik değer altındaki doz sınırlarını kullanarak, deterministik etkileri önlemek, stokastik etkileri azaltmaktır. Bütün radyasyonlarda gereksiz ışınları kullanmaktan sakınmak gereklidir. Uygulamalarda alara olarak bilinen kurallın sürekli olarak uygulanmasına dikkat edilmeli, 'alara'yı biz Türkçe olarak alabildiğine az doz diye vurguluyoruz. Doz ışınlarının sınırlaması uygundur 16 ile 18 yaş arasındaki stajyer öğrenciler için özel bir doz uygulaması vardır. Hamileliği belirlenmiş radyasyon görevlileri de gözetimli alanlarda çalışmaları gerekmektedir. Hamileler için eş değer doz sınırı 1 milisieverttir. Radyasyon maruziyeti açısından kritik gruplar; radyasyon çalışanları, hastalar, sağlık çalışanları ve çevresindeki kişilerdir. Çalışanların radyasyon dozunu azaltma yöntemleri olarak; zaman, uzaklık, zırhlama dır. Uygulamalı laboratuvar, ru-

tin kontroller, takipler olmalıdır. Uzaklık radyasyonla çalışma sırasında mümkün olduğunca fazla, maruz kalınan ışınlanma süreside kısa olmalıdır. Çok kısa şutlama süresi ve ne kadar uzakta durursanız radyasyondan korunmak artacaktır. Mesafeyle değişim burada görüldüğü üzere yarım litre ile bir litre arasında kafa dozu 3.2'ye kadar düşmektedir. O yüzden kaynaktan ne kadar uzakta dururmanız o derece önemlidir. Zaman, mesafe ve radyasyondan korunma uygulaması kolay ve etkili bir yöntem olmakla beraber en önemlilerinden bir tanesi de zırhlamadır. Sızıntı radyasyon dağılımları burada şekildeki gibi görülmektedir. Aynı şekilde dikey boyutuyla. Mesafeyle değişimi tekrar hatırlatmak isterim. Personel dozları açığa bağlı olarak da değişir. X ışını tüpünün pozisyonlarına göre değişir ve görüntü güçlendiricileriyle de değişir. Skopi uygulamalarında masa üstü tüp yerine masa altı tüp kullanılması çalışanların etkin dozunu 5 ile 10 kat kadar azaltabilmektedir. Eğitimli olan hekimlerin ilk sene aldıkları doz miktarının ikinci seneye göre 1.6 kat daha fazla olduğu bir çalışma burada da Radyasyondan korunma kurallarının yanı sıra eğitim ve tecrübenin önemi. Doz alımında önemli neden ise kronik anjio ünitesinde katater pozisyonu için uzun floroskopik ışınlanma olduğu tespit edilmiş. Kontrast madde enjeksiyonu için uzaktan kumandanın kullanılması kardiologların ışınlanma dozunu iki kat daha azaltmaktadır. X ışını sisteminin bulunduğu odaların kapılarının mutlaka kapalı olması ve primer X ışını demetinin yönünde hiçbir zaman kontrol masasının yönetilmemesi gerektiği önerilmektedir. Tıbbi uygulamalarda tanısal radyoloji ve radyoterapi de kullanılmaktadır. Bu alanlardaki radyasyon uygulamaları, radyasyonla görüntü elde edebilme ve radyasyonu istenmeyen hücre veya tümörleri yok edebilme yeteneğine sahip olması sebebine dayanır. Radyasyonla uğraşan kişilerin radyasyonun olası etkileri ve bu etkilerin hangi koşullarda değişeceğini bilmesi, zararlı etkileri en aza indirebilmesi için çalışma ortamında radyasyon güvenlik kurallarına uyması zorunludur. Hastanelerde radyasyon güvenlik komitesi aktif çalışmalıdır. Çoğu yerde aktif olmasa da, mevcuttur ve aktifleştirilmesi gerekir. Uluslararası efektif doz limitleri mutlaka baz alınmalıdır. Radyasyon doz birimlerini de hızlı bir şekilde geçiyorum detay bilgiler isteyenler slaytları alabilir. Radyoloji ünitesinin elemanları sadece radyasyona maruz kalmamaktadır. İyonizan radyasyona, non iyonizan radyasyona, kanla bulaşan patojenlere, ergonomik sorunlara, toksit gazlara maruz kalmakta, kayma, düşme ve alerji gibi pek çok tehlikeyle karşı karşıyadırlar. Radyasyondan korunmak için alınabilecek önlemler, cihazların doğru yerleştirilmesi gerekmektedir. X ışınının tüpünü asla doğrudan birinci ışının doğrudan kapıya, pencereye yani meşgul edilen alanlara yönlendirilmemelidir. Işına sınırlandırma yapılabilir. Faydalı ışın demetini klinik sahada sınırlandırılarak uygun tertibatlar alınmalıdır. Grafi için sadece alınacak bölge ışına maruz bırakılmalı, tüm vücut ışına maruz bırakılmamalıdır. Bulunduğu odanın uygun koruma sistemleri mutlaka yapılmalıdır. Yeterli kalınlıkta kurşun plak ya da dolma beton ile kaplanması gerekmektedir. Bu ölçüler, kalınlık, cihazın kilowatt gücüyle doğru orantılıdır. Gerektiğinde kurşun, cam paravan ve diğer aksesuarlar kullanılmalıdır. Ayrıca koruyucu aparatlar kullanılması önemlidir. Kurşun önlük, koruyucu gözlük, tiroid koruyucusu, kurşun eldiven gibi. Odalarda havalandırma sistemi mutlaka olmalıdır. Mesaisi çok ve devamlı olan yerlerde yasa gereği saatte 10 defa odanın havasını değiştirebilecek nitelikte havalandırma sisteminin uygulanması ve aşağıdan çeker, yukardan temiz hava üfler pozisyonunda havalandırma tertibatının kurulması önerilir. Cihazların kalibrasyonlarının

ve doğruluk testlerinin düzenli yapılması çok önemlidir. Cihaz da verdiğiniz, hastaya gönderdiğiniz radyasyon hastaya aynı mı gidiyor yoksa bir birim 5 birim mi gidiyor bunu doğruluk testleri ve kalibrasyonlar ile denetlemek gerekir. Çoğu yerde bu düzgün yapılmıyor ve çoğu tetkiklerin sonuçları asılmıyor. Bizim hasta olarak en doğal hakkımız da cihazların kalibrasyonlarının doğruluk testlerinin yapılıp yapılmadığını sorgulamak, gittiğimiz hastanelerde görebileceğimiz yerlerde asılmasını sağlamaktır. Ölçümlerin gönderilmesi de bir zorunluluktur. Sonuçlar dikkate alınmalıdır. Çalışanlar periyodik muayeneleri çok sorunludur. Burada 3153 yasa ve bağlı bulunduğu tüzük gereği 6 ayda bir yapılması gereken sağlık taramaları sağlık dönüşüm programları nedeniyle ücretlendirilmiştir. Ne yazıkki para yerine sağlıklarından olan teknisyen arkadaşlarımız vardır. Kontroller ücretlendirildiği için yaptırmak konusunda isteksiz arkadaşlarımız var. Ve cihazların lisanslandırılması ve kayıt altına alınması bir zorunluluktur. Uyarı işaretleri mutlaka radyasyon alanında bulunmalıdır. Aktif ışınlama sırasında kapı üstlerinde ikaz lambaları, diğer sağlık çalışanlarının sağlığı için mutlaka aktif bir vaziyette olmalıdır. Bekleme odası özellikle nükleer tıp hastaları için ayrı olması, nükleer tıpta radyasyondan korunurken radyasyon salınımının hastadan olduğu unutulmamalıdır. Bu birimlerde aynı zamanda teknolojik aletler kullanılmaktadır; bilgisayarlar, kesintisiz güç kaynağı, otomatik enjektör. Sanıyorum yapılan araştırmaya göre otomatik enjektörlerde en yüksek derecede non iyonize radyasyonlar tespit edilmiştir Gazi Üniversitesi'nde yapılmıştır bu çalışma. Yine ergonomik sorunlar tüm sağlık çalışanlarında olduğu gibi radyoloji çalışanlarında da sorundur. Olması gereken kişiye uygun aparatlar çoğu yerde bulunmamaktadır. Film kasetleri elde taşınmaktadır. Hastanın çekim için masaya alınırken, kaldırılırken yardım edilmesini riski artırmaktadır. Uygun ergonomik yapıda malzemelerle donatılması gerekirken bunlara pek uyum sağlanmamaktadır. Ve bir diğer sorunu radyoloji çalışanlarının kanla bulaşan patojenlerdir. Çünkü kontras madde kullanılması için damar yolu açılması gerekmektedir radyoloji departmanlarında. Genelde kemoterapi hastalarında ve zor damarları olanlarda bu işlem tekrarıyla kanla bulaşan patojenlere maruz kalmaktadırlar. Tıbbi görüntüleme departmanları tüm riskli birimlere hizmet verdiği için risk altındadır. Biyopsi ve girişimsel görüntülemeler de yapmaktayız. Bunlarda da kesici alet ve malzemeler kullanılmaktadır. Çalışanların bulaşı riski yüksektir. Radyoloji çalışanları toksit gazlara da maruz kalmaktadır. Buradaki tehlikeler de banyo cihazlarının çalışma odalarından uzak tutulması, banyo cihazı haznelerinin sık değiştirilmesi, banyo odalarının güçlü havalandırma tertibatıyla düzenlenmesi gerekmektedir. Radyasyonu evet göremiyoruz, koklayamıyoruz, tadamıyoruz, işitemiyoruz fakat radyasyon vardır. Ve korunmanın yollarını hep beraber yapmalıyız. Teşekkür ediyorum.

Hasan Kaldık

Ben de radyoloji teknisyeniyim ve Sağlık Emekçileri Sendikası'nın genel merkez yöneticisiyim. Nezaket arkadaşına bir tane sorum olacak. Sorularımdan bir tanesi skopi cihazıyla ilgilidir. Özellikle ameliyathanelerde kullanılan skopi cihazlarının kullanılan süreçler içerisinde skopi cihazlarının ayrı tutulmadığı. Aynı ortamda çok sayıda kadın arkadaşımızın, sağlıkçı arkadaşların da çalıştığı ve gebe kalma olasılığını çok yüksek olduğu bir ortamda skopi cihazının çok uzun süreli çalıştırıldığını biliyoruz. Ve buna

karşı korunma yöntemlerinin de alınmadığını biliyoruz özellikle hükümet ve hastane yöneticileri tarafından. Bu konuda nasıl bir yöntem ile korumaya alabiliriz ya da ayrı bir ameliyathane odası nasıl oluşturulur. İkinci sorum da 6 ayda bir radyoloji çalışanlarının taramalarının yapılmasına dair. Bunu da siz de ifade ettiniz ücrete tabii tutulduğunu. Ancak bunun ücrete tabii tutulmaması gerekir, zorunlu olmasından kaynaklı. Bu konuyla ilgili bir mücadele hattı ve radyasyondan kaynaklı sağlık çalışanlarının bir bütün olarak bu süreçler içerisinde yakalandığı hastalıklarla ilgili bir mücadele hattı böyle bir veri toplamayı bulabilirsek de ortaklaştırma noktasında bir hat örebilir miyiz? Bir örnekle hemen bitireyim; iki gün önce Bolu İzzet Baysal Üniversitesi'nde taşeron sağlık işçilerini sendikamıza üye yapmak adına gittik orada otuzun üstünde sağlık işçisi arkadaşımız sendikamıza üye oldu. Toplantı yaptığımızda 12 arkadaşımız taşeron sağlık işçisi radyoloji çalışanı olmadıkları halde bu arkadaşlarımızın ameliyathanede skopi cihazlarını kullandıklarını öğrendik. Ve bunlarla ilgili üzücü bir süreci orada da biz de fikir sahibi olduk. Ama bundan sonraki süreçte biz de bu konuyla ilgili mücadele hattını örmeye başlayacağız. Teşekkür ediyorum.

Katılımcı

Ameliyathanelerde sürekli dönüşüm var bende aslında bu soruyu hazırlamıştım skopiyle ilgili. Bugün birinci masada çalışan yarın ikinci masada çalışabiliyor. Dolayısıyla kişisel dozimetre takipleri yapılmasının zorunluluğu var mı? Ben bunu öğrenmek istiyorum o ameliyathanede bulunan tüm personel açısından.

Nezaket Özgür

Şöyle; ameliyathaneler radyasyon açısından inanılmaz içler acısı bir durumda. Yataklı Tedavi Yönetmeliğinde Skopi ve benzeri cihazları kullanma yetkisini uzman hekime veriyor. Radyoloji teknikerlerinin bu alanda çalışması yasal değil, hukuken. Ameliyathanelerde skopileri ehli olmayan insanlar kullanıyor. Sadece bizim bu birinci seneye ikinci sene arasındaki 1.6 iki kat radyasyon almak hekimlere bağlı bir çalışma örneği idi. Rutin de farklı. Sağlık bakanlığının, önce tüm ameliyathanelerde radyasyona maruz kalanlar radyasyona maruz kalma riski bulunan herkes sağlık bakanlığının son çıkardığı 10 Aralık 2012 yönetmeliğine göre radyasyon çalışanlarının haklarından faydalana bileceği söyleniyor. Çalışanların dozimetre kontrollerinin ve özlük haklarının sağlanması gerekiyor. Ama bu sorunu çözemediler. Biz uluslararası kongrelerde şöyle bir dozimetre gördük, kişiye yönelik dozimetreler değil. Orada var olan dozimetrenin parametrelerini giriyorsunuz çalıştığınız süre kadar takıyorsunuz çıkarıp diğer arkadaşımıza aynı dozimetreyi kullanarak mobil dozimetre şeklinde kullanılıyor. Önemli olan bu skopi cihazlarının kullanımını normalde ehil kimseler tarafından yapılması hatta ve hatta yasa gereği radyoloji teknisyeninin bu işi yapmaması gerekiyor. Yönetmelik derki uzman hekim tarafından kullanılır skopi ve benzeri aletler. Ameliyathanelerdeki tüm skopi aletlerinin normalde uzman kullanılması gerekir. Şu anda ki mevcut yasa gereği. Bırakın uzman radyologu, biz radyolojik teknisyeni, radyoloji teknikeri bu cihazları kullanmıyor. Ve onun dışındaki eğitim almamış herkes kullanıyor. Hastanelerdeki ameliyathanelerin tüm elemanlarının radyasyon güvenliği eğitimi mutlaka verilmeli ve o alanda çalışan-

larda bu haklardan faydalanmalıdırlar. Hasan beyin diğer sorusuna gelince; O konu mümkün değil. Ben ameliyathanede çalışmıyorum yetkin değilim, ama çalışanlarımız var. Çok skopi gerekiyor diye başka bir yere taşımak çok uygun değil hastayı. Orda yeteri kadar eleman bulundurmamak önemli olan.

Hasan Kaldık

Özellikle radyasyondan kaynaklı birçok kadın arkadaşımızın doğum öncesi ve sonrası sorunlar yaşadığını, dolayısıyla bunun önlemenin yollarının olduğunu düşünüyorum. Ve biz süreçle ilgili olarak Malatya’da çalıştığım dönemlerde, müdahale etmiştik bir hastanede, ameliyathaneyi durdurduk. Burada bu skopi çalışamaz diye. Sonra skopiye durdurduk ve ayrı bir oda yaptırıldı. Sonra diğer hastanelerde de yaptırmaya başladık. Aslında bunun koşulları var, böyle bir yöntemi var. Ama bunu bırakın, bizim ülkemizde İzzet Baysal’da taşeron sağlık işçisini, yani sen diyorsun ki ‘Ben radyasyonun zararlı olduğunu bilmiyorum. Ben sadece yoruluyorum.’ Öyle söylüyor arkadaşlar. Gerçekten de öyle ama.

Nezaket Özgür

Yasa gereği onu sadece uzman hekim yapabilir. Uygulamaların denetimsiz olduğu ortada, aşıkardır.

Katılımcı

9 Eylül Üniversitesi Hastane’sinde çalışmaktayım. Çalışan sağlığı birimimiz daha bir yıl önce kuruldu. İlk öncelikli olarak yasal zorunluluk sebebiyle radyasyon çalışanlarını muayene ederek başladık. Ve artık çalışma ortam risklerini değerlendirmeye de başladık. Ve maliyetle ilgili önce, bizim yaptığımız uygulamadan bahsetmek istiyorum; normalde bu 69-1 sayılı kanuna göre işveren çalışanın işe giriş muayenesini yapmak zorundadır. Ve bazı tetkikleri yaptırmaması gerekiyor ve periyodik olarak riskli bölgelere göre yaptırmaması gerekiyor. Ve bunları hiçbir şekilde çalışana yansıtılmaması gerekiyor. Biz bununla ilgili başhekimlikle karşılıklı olarak oturduk. Sorumlumuz ve başhekim oturdu ve döner sermaye üzerinden farklı bir ödenek sağlandı. Aslında olması gereken o. Yani hiçbir şekilde bu tür muayenelerin; hem bireysel muayenelerin hem biyolojik izlemelerin, kan tetkiklerinin hiçbir şekilde çalışana yansıtılmaması gerekiyor. Herhalde hepimiz benzer sorunlar yaşıyoruz. İlk başta radyasyonla çalışanları alınca işin içinden çıkamadık. Özellikle nükleer tıp’tan hiç çıkamadık. Mesela bizim herhalde hastane olarak yok da başkalarının var mı bilmiyorum. Radyasyonla çalışan özellikle nükleer tıpta çalışanlar için onlara sormamız daha zor oluyor. Çünkü kaynak hasta. Biz gebe ve emziren kadınlara sormakla ilgili problem yaşıyoruz. Çünkü onları hiçbir şekilde içeri sokamayacağız. Sekreterleri de alamıyoruz. E peki ne yapacağız? İçerde oturtuyoruz. İçerde isyan başlıyor eleman ek-sikliğinden. Ve çok farklı problemler yaşanıyor özellikle kadın çalışanlarımızla ilgili. Ve bu son yasal süreç ile birlikte gebelik öncesinden emzirme döneminin sonuna kadar da işler ilerleyince istihdam ile ilgili problemler yaşıyoruz. Ayrıca radyasyon çalışanlarıyla ilgili görüşmelerimiz oluyor. Bir kere hep dozimetre sonuçları aynı geliyormuş. Ve kim-

se dozimetre sonuçlarına inanmıyor. Bununla ilgili de sayısal dozimetreler çok önemli. Aslında onların aldıkları doz yine toplumun üzerindeki dozlar ama normal sınırlar içerisinde, radyasyon çalışanı oldukları için. Onu ikna etmek bile zor ve birçoğu dozimetre kullanmayı ihmal etmeye çalışıyor. O zaman ne yapacağız sayısal dozimetreyi çevirip gerçekten insanların ne kadar doz aldıklarını görmelerini sağlayacağız. Bununla ilgili tekrar başhekimlikle radyasyon güvenliği kurumu ile ilgili iletişimde bulunarak sayısal dozimetri alınmasına karar verildi.

Nezaket Özgür

Radyoloji çalışanları için şöyle de bir sıkıntı var. Şimdi bazı tetkiklerin mesela periferik yayma yaptırılmaları gerekiyor. Periferik yaymayı her hekim yapamıyor. Sadece bir hekim yapıyor. Mesela dahiliyeciyi yaptırıyor. O yüzden dahiliye polikliniğine giriş yaptırılmaları gerekiyor. Hepatit markerlarını istiyoruz. Onun için enfeksiyon polikliniğine gitmek durumundalar. Dolayısıyla dediğiniz muayene katılım payından en fazla etkilenen grup radyoloji çalışanları oluyor. Birçok yere gitmek durumunda kalıyorlar bir hekim ile bitecek iş değil. Bir de aksi gibi hastanelerde şöyle bir sıkıntı da oluyor. Bir hekim başka hekimin istediği tetkiki ne yapmak istiyor ne de ona bakıp ben istemedim diye onaylamak da istemiyor. Böyle sıkıntıları var. Bu açıdan baktığımızda radyoloji çalışanlarının bu katılım payından etkilenme oranları oldukça yükseliyor. Ama arkadaşımızın hastane yönetimi iyi niyetliymiş. Çünkü kamu kurum ve kuruluşlarında henüz iş sağlığı ve güvenliği kanunu ve yönetmeliği uygulanması ötelendi biliyorsunuz. 2014'e ertelendi. Ve birçok hastane de bu giderleri karşılama taraftarı değil. Özellikle bakanlık hastaneleri için söylüyorum bunu.

Katılımcı

Birkaç arkadaşla görüşüm de hangi maddeler ertelendi diye. Özellikle sordum. Çünkü başımızı her seferinde ağrıtıyor. Yönetimle ilgili inanılmaz ertelenmeler yaşanıyor. Aslında sadece ertelenen şeyler sadece iş sağlığı kurumunun ve iş yerinde kurulmayla ilgili erteleme var. Aslında yani gelip sizi denetleseler, şikayet etseniz suçlu konumunda olacaksınız.

Katılımcı

Gazi Üniversitesi'nde çalışıyorum. 18 yıldır radyasyon biriminde çalışan biriyim. En son bize sağlık kontrolü yapıldığında 2010 yılıydı. Bir tane halk sağlığından asistan arkadaşın tezi olarak bize sağlık kontrolü yapıldı. Bir sürü bölüme gittik gerçekten. En son bizim için, radyasyon çalışanları için, en önemli parametrelerden bir tanesi genetikte yapılan sistematik exchange tetkik vardır. Onun yapılmasıydı. Bütün tetkikler zaten bizim üzerimizden ücretlendirildiği gibi ayrıca sizin elinizle parasını ödemeniz gerekiyor. Çünkü bu özel bir tetkik. Biz bunu kurum olarak ödemiyoruz. Siz kendiniz yaptırmak isterseniz ancak bu şekilde yaptırabilirsiniz. Tabiki bunu çoğu kişi yaptırmadı. Sonrasında işte tekrar bu yönetmelik çıktıktan sonra sağlık kontrolleri tekrar yapılmaya başlandı. Bize üçüncü kez sağlık kontrolleri yapıldı. Ve bu döner sermayemizden değil

bizim kendi sağlık gvencemizden SGK'dan ödemeleri yapıldı. Ben bunu aynı şekilde başhekimlere bildirdim ama bireysel olarak bildirdiğim için çok fazla bir anlamı yok. Çünkü sorunu siz de görüyorsunuz hiç kimseye yklenmiyor. Zaten radyasyon komitesinin başkanı radyoloji anabilim dalı başkanı. Konuşmanız zaten imkansız. Kimi kime Şikayet edeceksiniz? Veya başhekimliğine gidiyorsunuz; 'hocanızı mı Şikayet ediyorsunuz size bu Şekilde oldu diye'. Yani burada bir bence karışıklık var. Bu Şekilde olmamalı.

Necla etinkaya

Enfeksiyon kontrol hemşiresiyim aynı zamanda çalışan güvenliğinde çalışıyorum. Benim bir altı yedi ay önce bakanlığa gönderdiğim soruda 'taramaları kim der? Kişi mi der yoksa kurum mu der?' diye bir soru sordum. Soruya cevap olarak; 'Bütün taramalar hastane tarafından yani döner sermayeden karşılanması gerekiyor. Ayrıca taramaların yapıldığı hangi doktorlar tarafından yapılmışsa, bu doktorlara da performans sağlanması gerekiyor' diye cevap geldi. Ayrıca hizmet satın alımlarında da hizmet satın alınan taşeron firma yaptırmak zorunda. Yani bu kişi kendi cebinden ya da kendi katkısıyla taramaları yapmak zorunda değil.

İbrahim Akkurt

Konuların hepsi birbiriyle ilintili. Davul başkasının elinde tokmak başkasının elinde. Başka başka zamanlarda çıkarılmış birbiriyle ilintisiz kanunlar sonucunda 2003'te çıkan iş kanunu tüm çalışanları için gya meslek hastalıklarının kabul etti. Ama aradan 10 yıl geçmiş olmasına rağmen tüm çalışanlar için işçi statüsünde SSK statüsünde olmalarının dışında iş kazaları ve meslek hastaları sigortacılık kolu oluşturulmadığı için bu durumların hepsi yaşandı. İş kazaları, meslek hastalıkları sigortacılık mantığına göre işveren, yani o primi yatırmakla yükümlü olan işveren, işe alırken de periyodik olarak bakarken de onları der ve riskin derecesine göre primden düşer. şu an da gerek taşeron olarak gerek memur olarak altı doldurulmadığı için bu aşamalarda bu sigortacılık konusu göz önüne alınarak bir eylem planı yapılacaksa bundan hareket edilmesinin daha uygun olacağını düşünüyorum.

ERGONOMİK RİSKLER VE KORUNMA YOLLARI

Doç. Dr. Songül Atasavun Uysal

H.Ü. SBF. Fizyoterapi Bölümü

Ergonomi, 'Ergos' (iş) ve 'Nomos'(yasa) kelimelerinden oluşan Yunanca kökenli bir kelime olup uyum, uyumluluk anlamına gelmektedir.

Ergonomi günümüzdeki tanımıyla ise; insanın davranışsal ve biyolojik özelliklerini inceleyerek bunlara uygun yaşama ve çalışma ortamları yaratmayı amaçlayan bir bilim dalıdır. İş yükü ve çalışma gücünün en iyi şekilde dengeleyerek çalışanın sağlığını koruyarak üretimin artmasını sağlar.

İş yerinde ergonomik düzenlemeler: kişiyi, çevre koşullarını ve kullanılan ekipmanlar gibi bütün düzenlemeleri içerir. Böylece, çalışma ortamındaki olumsuz fizik koşulların kaldırılması, çalışma sürecinin insanın bedensel ve mental yeteneklerine uygun hale getirilmesi, araç- gereç tasarımının kullanıma daha uygun olacak şekilde geliştirilmesi sonucunda iş yeri ortamının kişiye en uygun hale getirilmesi sağlanarak hem verimlilik artışı hem de kas iskelet sistem hastalıkları için oluşabilecek risk faktörleri en aza indirilir. Bu risk faktörlerinde önemli olan etmenler: çalışma postürü, iş yoğunluğu, hareketlerin şiddeti- tekrarı, ısı- sıcaklık, kullanılan aletlerin vibrasyon, ortamın aydınlatması vb.

Postür, minimum enerji ile maksimum yeterliliği sağlar. Kişinin kas kuvveti, dik duruşu ve düzgün postürünü koruması gibi etkenler postürün doğru kullanılmasında rol alır. Çalışma sırasında sürekli yanlış postürde durma ve bu yanlış devam ettirme zamanla postürel hataların yerleşmesine neden olur. Bu postürel hatalar kifoz, skolyoz gibi kolunna vertebralisin bütünlüğünü olumsuz etkileyecek hatalardır.

Isı ve sıcaklık ise; hava ısısının oda ortamlarında 19,4 °C-22,8°C, nem oranının ise %70 olması yönündedir. Oda her gün mutlaka havalandırılmalı ve klimalı ortamlarda klimanın açısı ve ısısına çok dikkat edilmelidir.

Aydınlatma ise hem ortamın hem de alet kullanımı için ekstra aydınlatma gerekiyorsa daha da önem kazanmaktadır. Uzun süreli bilgisayar kullanımı, bilgisayardan veya camdan yansıyan ışığa maruz kalma, oda aydınlatmasında yanlış seçimler sağlığı olumsuz etkiler. Halbuki halojen lamba kullanımı, camdan gelen ışığa göre oda dizaynı gibi küçük

önlemler alınabilir.

Yapılan çalışmalarda en fazla etkilenen sağlık çalışanlarının doktorlar, diş hekimleri, hemşireler, fizyoterapistler, laborantlar olduğu yönünde olsa da diğer sağlık elemanlarına yönelik çalışmalara da ihtiyaç fazladır. Çünkü hasta ile direkt temas eden tüm sağlık çalışanları kas- iskelet sistem hastalıklarına maruz kalmaktadır. Bunun en büyük nedenleri ise; işin tekrarlanan ve statik karakterde olması, iş uyumun ve memnuniyetin az olması, stres ve de işle ilgili yanlış ekipmanların kullanılıyor olması gelmektedir. Karpal tünel sendromu, disk hernileri, mekanik bel ağrıları, tendinit, tenosynovit bunlardan en sık görülenlerdir.

Sağlık Çalışanlarının ergonomik risklerden korunmaları konusundaki rollerine bakıldığında ise:

- Çalışanın kendisi - Kişisel risk faktörlerini bilme- acelecilik yapmama, dikkatini azaltmama..vb
- Çalışanın iş arkadaşı -Doğru alışkanlıklarda rol model olma birbirlerini uyarak düzeltme konusunda yardımcı olma
- Yöneticiler- Doğru ekipman, eğitim ve çalışma düzeni sağlayarak risk faktörleri konusunda kişileri bilinçlendirme
- Kurumdaki sağlık çalışanları/eğitmenler – yönlendirme, eğitim gibi.

Ergonomik risklerden korunmanın en iyi yöntemleri, gerek ev ortamında gerekse iş ortamında bel- boyun sağlığının korunmasına ve uygun ekipmanların kullanılmasına dikkat etmektir.

Bel boyun sağlığı açısından örneğin:

- Ağırılık kaldırırken dizleri bükerek eğilme
- Ağırlığı vücuda yakın taşıma
- Ağır cisimleri/poşetleri iki elimize eşit bölerek taşıma
- Uzun süre aynı pozisyonda kalmak yerine ağırlığı bir bacadan diğerine aktarma gibi.

Ergonomik ekipmanlar açısından ise: sandalyede dik oturma, monitor- klavye kullanımının ayarlanması (monitor uzaklığının bir kol kadar uzakta olması ve göz hizasında ayarlanması), ekran kontrastlığına ve yazı karakterine dikkat etmek, uzun süre bilgisayara bakmak yerine kısa molalar vermek, klavye ve farenin düzgün kullanılması, sandalyenin ergonomik olması (örneğin; lumbal bölge desteğinin iyi olması, ayakların yerle teması gibi) gerekiyorsa bel- ayak desteği gibi desteklerin kullanılması, hasta transferinde hastaya olabildiğince yakın her iki ayağa eşit yük taşıtarak hatta yardımcı araç kemer/lift kullanımı vb.

Ayrıca, yatma ve dinlenme koşullarının uygunluğu, kilo kontrolü, sigara kullanımının azaltılması veya bırakılması, düzenli egzersiz, stresten olabildiğince uzak durmak en önemli kurallardır.

Ergonominin hayatın her aşamasına yerleştirilerek düzenli çalışma ortamında, ev ortamında ve boş zamanlarda alışkanlık haline getirilmesi ile yaralanma riskleri azaltılmasına dikkat etmek önemlidir.

Kaynaklar:

- 1- Salvendy G. *handbook of Human Factors and Ergonomics, 4th edition, 2012, John Wiley& Sons, NJ, USA.*
- 2- Rice V.J.B. *Ergonomics and Therapy: An Introduction. In: Ergonomics for Therapists, 2008, Mosby Elsevier, St. Louis, Missouri, USA*
- 3- Spaulding S.J. *Physical Environment. In: Ergonomics for Therapists, 2008, Mosby Elsevier, St. Louis, Missouri, USA.*
- 4- Bölükbaşı N. *Sağlık Çalışanlarında Bel Ve Üst Ekstremitelere İlişkin Kas-İskelet Sistemi Sorunları. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi Kongre Kitabı. Ankara 1999:26-28.*
- 5- Molumphy M, Unger B, Jensen GM, Lopopolo RB. *Incidence of work-related low back pain in physical therapists. Phys Ther. Apr 1985;65(4):482-486.*
- 6- Tonga E., Atasavun Uysal S., Güngör H.C.: ' *Evaluation Of Occupational Musculo-Skeletal Problems And Related Risk Factors Among Turkish Dentists Working In A University Clinic' Clinical Dentistry And Research 2013; 37(3): 38-44.*

ANESTEZİ VE MESLEKİ SAĞLIK*

Anestezi Tek. **Bekir Sandal**

Gazi Üniv. Tıp Fakültesi

Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.

Ameliyathaneler ve Anestezi

- A. Maruziyet riski yüksek
- B. Risk çeşitliliği fazla
- C. Aynı anda birden fazla riske maruziyet
- D. Çalışma şartları

Maruziyet Riskleri

1. Fiziksel Tehlikeler
 - a. Anestezik gazlar
 - b. Kimyasallar
 - c. Radyasyon
 - d. Gürültü kirliliği
 - e. Çalışma saatleri ve gece çağrıları
2. Emosyonel Etkileşim
 - a. Stres
 - b. İnsan faktörleri
 - c. Madde kullanımı, kötüye kullanım ve bağımlılık

* Power Point sunumdan, metin haline getirilmiştir.

3. Enfeksiyon Tehlikeleri
 - a. Solunum virusları
 - b. Kızamık
 - c. Kızamıkçık (Rubeola)
 - d. Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS)
 - e. Viral hepatitler(hepatit B, C)
 - f. AIDS-HIV
 - g. Patojenik insan retrovirusleri
 - h. Creutzfeldt-Jakob hastalığı
 - i. Tüberküloz
 - j. Duman Bulutundaki Virüsler
 - k. Kırım-Kongo kanamalı ateşi
 - l. Stafilokok ve Streptokok enf.
 - m. Shigella ve Salmonella enf.

Enfeksiyon Tehlikeleri

Bulaşma:

1. Damlacık ve Solunum Yolu
2. Kan ve Kanlı Vücut Sıvıları

Önlemler; “Her Hastaya İnfekte Olduğu Kabul Edilerek Yaklaşılmalı!”

1. Kanla, her tür vücut sıvısı ve ter dışında her tür vücut salgısı ile mukoza ile.
2. Bütünlüğü bozulmuş ciltle temas sırasında, eldiven giyilmeli, eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanmalıdır.
3. Etrafa sıçrama ihtimali yüksek ise ek bariyer önlemleri kullanılmalı (maske, önlük, gözlük).

FİZİKSEL TEHLİKELER

Anestezik Gazlar

- İnhalasyon anesteziklerinden dietil eter, N₂O ve kloroform -1840
- Yanma ve patlama
- Anestezik ajanlara mesleki maruz kalma biyolojik etkileri -1960

Ameliyat odalarındaki anestezik düzeyleri

- Açık damla tekniği kullanıldığı zaman ameliyat odasında önemli düzeyde eter
- Linde ve Bruce 1969 da ilk defa modern anestezik gazlara mesleki maruziyet
- Anestezi makinasının POPOFF valvinden değişik mesafelerden hava örnekleri alınmışlar halotani 10 partikül/milyon(ppm) ve nitroz oksiti 130 ppm
- Anestezistlerin 24 saat sonraki ekspiryum sonu hava örnekleri alınmış 0 dan 12 ppm halotan
- 10 000 ppm %1'e eşittir
- Uygun atık sistemleri ve yeterli hava dolaşımı anestezik gaz atıkları önemli miktarda azaltmakta
- Atık anestezik konsantrasyonlarının rutin uzaklaştırıldığı modern ameliyat odalarında bulunduğundan çok düşük

Epidemiyolojik Çalışmalar

Üreme sonuçları;

- ASA 49585 ameliyat odası personeline, 23991 maruz kalmayanlar kontrol grubu operasyon odasında çalışan kadınların çocuklarında konjenital anomali ve spontan düşük riskinde artış
- N₂O - fertiliteye etkisi 418 bayan dental asistan atık systemsiz N₂O haftada >5 saat kadınlarda önemli derecede azalma
- 7000 bayan dental asistanın olduğu diğer bir çalışmada, N₂O atık sistemi olmayan ofiste haftada >3 saat çalışma ile spontan düşük oranı artmış
- Hastane çalışanları, dental asistanlar, veterinerler içeren 19 epidemiyolojik çalışma meta analizinde, anestezik gazlara mesleki maruziyet ile kadınlarda spontan düşük riskinde artma.

Temizleyici tekniklerin rutin kullanımı çevresel anestezik düzeylerini genelde düşmekte. Operasyon odasının havasında anestezik düzeylerini belirlemek ve ölçmek kolay ancak stres, çalışma şiftlerinde değişiklikler ve bitkinlik gibi diğer muhtemel faktörlerin etkilerini değerlendirmek ve ölçmek zor.

Neoplazmlar Ve Diğer Nonprodüktif Hastalıklar

Anestezistler için lenfoid malignansilerin bir mesleki tehlike destekleyecek deliller yok. 1976-1995 dönemini kapsayan anesteziist topluluğunun mortalite riski eşleştirilmiş dahiliyeciler grubu ile karşılaştırılmış. İki grup arasında kanser veya kalp hastalığı nedeniyle mortalite veya mortalite riski yönünden fark yok. Ölen kişilerin yaş ortalamaları dahiliyecilerle karşılaştırıldığında anesteziistlerde düşük (66,5 yaş yerine 69 yaş).

Selüler Etkiler

– N_2O klinik konsantrasyonlarda vit B_{12} deki kobalt atomunu aktif formdan inaktif forma irreversibl olarak okside ederek hematopoetik ve nöral hücreleri etkiler

– DNA sentezi ve myelin kılıfının oluşumu ve nörotransmitterlerde metilin yerine konması için gerekli olan methionin sentetazı inhibe eder ve metiltetrahidrofolatın tetrahidrofolatı dönüşümünü önler

– N_2O yüksek konsantrasyonlarda maruziyeti metiyonin sentetazın inhibisyonu anemi ve polinöropati.

Eser Anestezik Psikomotor Becerilere Etkisi

N_2O tek başına (500, 50 veya 25 ppm) veya halotanla (10, 1,0 veya 0,5 ppm) psikomotor testlerle değerlendirilmiş;

– N_2O ve halotana en yüksek konsantrasyonda maruz kalmadan sonra uygulanan 7 testin dördünde performans da azalma tesbit edilmiş

– İlginç olarak aynı düzeyde N_2O tek başına maruz kalınması sonrasında 7 testin 6 sında beceride azalma var

– 25 ppm N_2O ve 0,5 ppm halotan lık en düşük konsantrasyonda maruz kalma çalışmasında test ölçümlerinde her hangi bir etki görülmemiş

– Benzer protokol kullanan diğer araştırmacılar halotan veya N_2O eser konsantrasyonların maruz kalma sonrasında psikomotor test performansında etkisi olmadığını

– 1994 NIOSH sağlık çalışanlarına N_2O maruziyetinin zararlı etkileri olabileceği yönünde uyarı

Anestezi Sonrası Bakım Ünitesinde Anestezik Düzeyleri

– 1998 genel anesteziden postanestezi bakım ünitesine alınan hasta çevresinde izofluran, desfluran ve N_2O sırasıyla 1,1 ppm, 2,1 ppm ve 29 ppm

– NIOSH 'a göre PACU da anestezik gazlar

- PACU -Ameliyathane gibi yeterli oda havasının ventilasyonu
- Temiz gaz değişimi

– Operasyon odasında N_2O gazların erken kesilmesi

Meslek Güvenliği Ve Sağlık Enstitüsünün Önerileri

NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health-Ulusal Meslek Güvenliği ve Sağlık Enstitüsü) federal bir topluluk çalışanların güvenli ve sağlıklı bir çevrede çalışmalarının sağlanmasından sorumlu. OSHA (Occupational Safety and Health Administration, Mesleki Güvenlik ve Sağlık İdaresi) ise iş sağlığı standartlarının yasalaşmasından sorumludur ve standartların ihlal edilmesini araştırmakta ve mahkeme aracılığı ile standartların korunmasını zorlamakta. NIOSH'nin 1977'de yayınladığı kriterlere göre, tek başına kullanımda atık anestezi maruziyet; halojenize anestezi ajanlar için 2 ppm üzerini aşmamalıdır (1 saat için en yüksek sınır) veya beraber kullanıldığında halojenize ajanlar 0,5 ppm ve nitroz oksid 25 ppm üzerini aşmamalıdır.

Anestezi Ajanlara Mesleki Maruziyet İçin Önerilen Eşik Limit Örnekleri				
Ülke	Nitroz Oksit	Halotan	Enfluran	İzofluran
ABD (NIOSH)	25	2	2	2
ABD (ACGIH)	50	50	75	-
Büyük Britanya	100	10	50	50
Norveç	100	5	2	2
İsveç	100	5	10	10

NIOSH, National Institute of Occupational Safety and Health;
ACGIH, American Conference of Governmental Industrial Hygienists

Anestezi Gazlar

- 1 ml sıvı volatil anestezi 200 ml buhar
- 20x20x9 feet boyutlarında kapalı bir ortam dökülmesi 2 ppm konsantrasyon buhar oluşumu

Uygun tahliye sistemleri konsantrasyonu yüzde 90 azaltsa da pratikte NIOSH tarafından önerilen rakamlara ulaşmak imkansız.

Operasyon Odası Kontaminasyonunun Kaynakları

Anestezi Teknikler

- Anestezi sonunda gaz akımı kontrol valvinin kapatılmaması
- Hastaya maske yerleştirilmeden önce gaz akımının açılması
- Özellikle maske indüksiyon de uygun olmayan maske
- Dolanım flaş yapılması
- Anestezi vaporizatörünün doldurulması

- Kafsız tüp veya trakeal tüpden kaçak veya yerleşmemiş LMA
- Pediatrik devreler
- CO2 ve anestezi gaz analizi için sidestream örnekleme

Anestezi Makinası Atık Sistemi Ve Atık Temizleme Sistemi

- Açık sistem
- Hastane uzaklaştırma sisteminde tıkanıklık/bozukluk
- Hastane uzaklaştırma sisteminin vakumunda uyumsuzluk
- Yüksek basınçlı hortumlar ve konnektörler
- N2O tank bağlantısı
- CO2 absorban kanisterleri

Kimyasallar

Metil Metakrilat;

- Metil metakrilat kemik protezlerinde veya kemik defektlerin tamirinde yapıştırıcı
- Cerrahi hastasında metil metakrilatın bilinen kardiovasküler komplikasyonları hipotansiyon, bradikardi ve kardiak arrest
- Metil metakrilatın tekrarlanan mesleki maruziyetinin rapor edilmiş riskleri; allerjik reaksiyonlar ve astım, dermatit, muhtemel korneal ülserasyon içeren göz irritasyonları, baş ağrısı ve nörolojik belirtileri
- Metil metakrilata tekrarlanan mesleki maruziyet sonrası önemli alt ekstremitte nöropatisinden yakınan bir sağlık çalışanı rapor edilmiştir
- 8 saat süre ile ortamda kalmakta, ortalama müsaade edilen maruziyet 100 ppm
- Operasyon odasında metil metakrilat kullanmak için hazırlandığı zaman konsantrasyonu 280 ppm kadar yüksek ölçülmüş, fakat atık sistemler düzenli kullanıldığında çevresel pik değerleri %75 azaltılabilir

Halotan;

- Tekrarlayıcı hepatit krizlerinden halotanın direk toksik etkisinin yerine hipersensivite reaksiyonunu
- ASA halotana maruz kalan pediatrik ve genel anestezi uzmanlarından alınan serumların analizinde sitokrom P450 ve hepatik endoplazmik retikulum proteinlerine

(ERp58)karşı antikor prevalansında artış gösterilmiş.

Lateks;

- Lateks allerjisi intra-operatif anafilakside ikinci sebeptir
- Pudra lateks partiküllerinin eldivenlerin giyilme ve çıkarılma sırasında çevresel yüzeylere aerosolize olma ve personelin solunum sistemine yayılma potansiyelini artırır
- İrritan veya kontakt dermatitlerin yaklaşık % 80 i sorumlusu lateks içeren eldivenlerin giyilmesi sonucu reaksiyonlar
- Anestezi personelinin %24 ünde kontak dermatit

Lateks Alerjisi;

- Toplumun genelinde % 2.5
- Doktor ve hemşirelerde % 9-15
- Diş hekimlerinde % 4
- Laboratuvar çalışanlarında % 3
- Doğumsal idrar yolları anomalisi olan çocuklarda % 65 oranında görülür
- Anestezistler arasında lateks hassasiyetinin sıklığı %12,5 ile % 15,8

Gluteraldehit

- Kimyasal sterilizasyon malzemesi ve endoskopik malzeme sterilizasyonu
- Mukoza ve cilt üzerine çok irritan
- Sulandırıldıktan sonra raf yarı ömrü (14-30 gün)
- Glutaraldehyde cilt yada inhalasyon yolu ile maruz kalınır
- Boğaz ve akciğer irritasyonu, zor nefes alma, wheezing. Mesleki Astım ve bronşial hipersensivite en ciddi yan etki
- Kontak ve/veya allerjik dermatit
- Nazal irritation, gözlerde yanma ve konjunktivit
- Geç dönem de klinik bulgu olabilir

Radyasyon

Anestezi personelinin absorbe ettiği radyasyonun büyüklüğü üç değişkenin bir fonksi-

yonudur.

1. Total radyasyonun yoğunluğu ve süresi
2. Radyasyon kaynağına olan mesafe
3. Radyasyon koruyucu kullanımı

Radyasyon Tipleri

1. İyonlaştırıcı Radyasyon: Partiküler (alfa ve beta radyasyon) ya da elektroman-yetik dalgalar (gama ve X ışınları)

2. İyonlaştırıcı Olmayan Radyasyon: RF, mikrodalgalar, UV, lazer

Gürültü Kirliliği

Gürültü kirliliği sesin desibel (dB) olarak yoğunluğu ve maruz kalma süresinin ikisi sap-tanarak ölçülür. NIOSH güvenli gürültü maruziyetinin maksimum düzeyini 8 saat süre-de 90 dB olarak kabul etmiştir. Gürültüdeki her 5 dB artış müsaade edilebilir maruziyet süresini yarı yarıya azaltır, böylece 100 dB e günde sadece 2 saat kabul edilebilir. Bir endüstriyel ortamda maksimum müsaade edilebilir maruziyet 115 dB dir.

Birçok ameliyat odasında Ventilatörler, aspirasyon donanımları, müzik ve konuşma 75 – 90 dB düzeyde gürültüdür. Bunun üzerine düşen ekipmanlar, cerrahi testere ve matkap-lar ve monitor alarmları gibi sporadik ve beklenmeyen gürültüler eklenir. Gürültünün aşırı düzeyleri günlük ufak tefek işlerini yapma kapasiteleri üzerine olumsuz etkilere ve hatta işitsel alarmları duyma yeteneklerini engelleyebilmektedir.

Aşırı gürültüye maruz kalma ile mental verimlilik ve kısa dönem hafıza etkilenmektedir. Monitoring (izlem) ve uyanıklık gibi anesteziyoloji ile ilişkili kompleks psikomotor işler gürültü etkilerine özellikle hassastır.

Aşırı gürültüye uzun süreli maruz kalındığında kronik sonuç olarak iş verimliği azalır. Yüksek derecede gürültü irritabilite, artmış kan basıncı, stres belirtileri, işitme kaybına yol açar.

Bunun tersi olarak farklı arka plan sesi olarak müzik faydalı etkiler sağlayabilir. Müziğin cerrahi sırasında uyanık hastalar için sedasyona katkı sağlaması gibi avantajları kanıtlan-mıştır. Kişisel olarak seçilmiş arka plan müzik cerrahlarda otonomik cevabı azaltmaya katkıda bulunmakta ve onların performansını artırmaktadır.

SONUÇ

- Eser miktarda anestezi gaz için limit N_2O 25 ppm, volatil ajan için 2 ppm
- Eser miktarda anestezi gazın sağlık açısından tehdit oluşturduğuna yönelik hiçbir kesin bulgu olmasa da bunun aksini ispatlayan bir kanıt da yoktur.
- Operasyon odası ile ilgili olarak;

1. Havanın monitorizasyonu
2. Çalışanlar için eğitim programları
3. Gerekli donanım kontrolü
4. Çalışma provaları ve aletlerin bakım prosedürleri
5. Kalite artırıcı önlemler alınmalıdır.

Olgu 1

Kırkyedi yaşında, kadın, 1980'den beri anestezi uzmanı.

2000 yılında; Başağrısı, baş dönmesi, kısa dönem hafızada bozukluklar, ağır ve az hareket etme, öğrenme, okuma, heceleme, konsantrasyon ve konuşmada güçlük. Kendisi görmesinde sorun olduğunu düşünmüş

Kasım 2003'te; Denge kaybı, yer-zaman oryantasyonunda bozukluk, amnezi atakları (soyadını unutmuş).

Hastalık iznindeyken semptomların bir kısmında iyileşme gözlenmiş. Aynı ameliyathane de çalışan hemşireler de benzer sorunlardan yakınmışlar.

Kan testleri, VEP, MRI, NöroSPECT ve kardiyovasküler testler normal bulunmuş. Nörolog, nörolojik bir hastalık ihtimalini ekarte etmiş. Psikiyatrist, semptomların depresyon için atipik olduğunu belirtmiş ve davranışsal terapi önermiş. İş şartları analizinden sonra, olguya primer kronik toksik ensefalopati(CTE) tanısı konmuştur.

Tedavi; Antidepresan tedavi (Venlafaxine, tianeptine), B12 vitamini, nöropsikolojik ve ortofonik terapi. Aynı zamanda kendisi de hafıza artırma ile ilgili çalışmalar yapmış.

Çalışmayı bıraktıktan 2 yıl sonra düşünel ve motor becerileri, okuma ve öğrenme yeteneği düzelmiş. Palyatif bir bakım ünitesinde yarım gün çalışmaya başlamış. Hala anti-depresan almaktadır ve çalışma zamanı giderek artmaktadır. Çabuk yorulma, kısa dönem hafıza sorunları ve hareketlerinde yavaşlık devam etmektedir. Yaşadığı durum, Bölgesel Mesleki Hastalık Tanıma Komitesi (RODAC) tarafından mesleki CTE olarak tanımlanmıştır.

Olgu 2

Kırkyedi yaşında, kadın. 1975'ten beri anestezi uzmanı. 1997'den itibaren yıllar içinde giderek artan nonspesifik yakınmalar (başağrısı, baş dönmesi, bulantı, yorgunluk).

Duygu-durum bozuklukları; konsantrasyon güçlüğü, hafıza sorunları, hipersomni, motor becerilerde bozulma, zaman-yer dezoryantasyonu, ellerde karıncalanma, terleme ve diffüz, eritematöz, makuler, kutanöz lezyonlar.

2003 yılında psikiyatristi semptomları depresyona bağlamış ve anti-depresan tedavi başlamış. Kendisi, semptomların tatil günlerinde azaldığını, yoğun bakımda çalıştığı gece nöbetlerinde değil de ameliyathanede çalıştığı günlerde artış gösterdiğini farketmiş. Aynı ameliyathanede çalışan hemşirelerin de benzer yakınmaları olmuş.

2004'ün başlarında artan semptomları nedeniyle sadece intravenöz anestezi verilen endoskopi ünitesinde çalışmaya başlamış. Durumunda düzelme olunca yeniden ameliyathanede çalışmaya başlamış ,ancak bir gün çalışırken bayılmış. Kognitif fonksiyon bozuklukları zamanla daha da artmış. Yönelim dezoryantasyonu nedeni ile en kısa yollarda bile araba kullanamamaya başlamış. Nörolog ciddi kognitif bozukluk, yer-zaman dezoryantasyonu, motor hareketlerde yavaşlık ve mantıksız düşünce yapısı saptamış. Kendisi, okuyamadığı veya bir konuşmayı takip edemediği için duymasında bir sorun olduğu çıkarımını yapmış ve çalışmayı bırakmış.

Kan testleri, VEP, MRI, NöroSPECT ve kardiyovasküler testler normal bulunmuş.

Psikiyatrik veya nörolojik bir tanıyı ekarte eden doktoru çalıştığı koşulları göz önüne alarak CTE tanısını düşünmüştür.

Tedavi;

Antidepresan tedavi (Sertaline, Piracetam), nöropsikolojik ve ortofonik terapi. Kendisi de hafıza arttırma ile ilgili çalışmalar yapmış.

Maruziyetin bitiminden sonra, çok yavaş olarak kognitif fonksiyonlarda ilerleme görülmüş. Ellerdeki karıncalanma kaybolmuş. Kısa dönem hafızada bozukluk, kelime bulmada güçlük, çabuk yorulma, hipersomni ve hareketlerde yavaşlık düzelmemiş. Hastalığı RODAC tarafından mesleksi CTE olarak tanımlanmış. 2006'nın Eylül'ünde, yarı zamanlı olarak anestezi konsültasyonlarına gitmeye başlamış. Bu süreçte hızlı karar vermesi gerekmemektedir ve daima diğer meslektaşları tarafından izlenmektedir.

Tartışma

1. Her iki olgu da uzun yıllar pediatrik cerrahi ameliyathanesinde çalışmışlardır.
2. 3 yıl boyunca havalandırma sistemlerindeki bozukluk yüzünden ameliyathane havasında yüksek doz anestezi gaz konsantrasyonlarına maruz kalmışlardır.
3. Her iki olguda da ilerleyen duygu-durum bozukluğu ve kognitif defisitler gibi semptomlar CTE ile uyumludur.
4. Öykü, muayene, testler ve gaza maruziyet kesildikten sonra semptomların gerilemesi, primer nörolojik, endokrinolojik, metabolik, alkolik veya enfeksiyöz etiyolojiyi ekarte etmiştir.
5. Nörofizyolojik değerlendirme ve EEG bulguları CTE ile uyumludur.
6. Serebral MRI, VEP ve NöroSPECT'in normal olması CTE ile uyumlu değildir.

7. Ameliyathanede çalışanlarda ortak semptomlar olması.
8. Semptomların özellikle işgünlerinde ortaya çıkması.
9. Maruziyet kesildikten sonra semptomların gerilemesi CTE'yi göstermektedir.
10. Anestezik gazlar lipofilik olduğu ve beyindeki nöroreseptörlere bağlandığı için CTE için etken olduğu düşünülmektedir.
11. Her iki olgu da duygu-durum bozuklukları ve nonspesifik nöro-psikiyatrik bozukluklar nedeni ile çalışmayı bırakmak zorunda kalmıştır.
12. Maruziyet kesildikten sonra semptomlarda iyileşme görülse bile, sekeller hala devam etmektedir.
13. Bu olgular ameliyathanelerdeki koruyucu önlemlerin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

SÖZLÜ BİLDİRİ SUNUMLARI

Figen Şahbaz

TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü / Yürütücü

Hasan Kaldık

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası / Yürütücü

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN SAĞLIK/GÜVENLİK KOŞULLARI

Arda Saygılı

TTB Özel Hekimlik Kolu – Acıbadem Üniversitesi

16 Mayıs - 31 Ekim 2013 tarihleri arasında internet olanakları üzerinden muayenehaneler dışında kalan çalışan hekimlerin çalışma koşullarının uygunluğu, güvenliği ve çalışma hayatına bağlı olarak sağlığı konusunda bilgi toplamak ve çalışanların düşüncelerini almak amaçlı “Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Sağlık/Güvenlik Koşulları” başlıklı anket çalışması yaptık. Çalışmaya-ankete toplam 820 kişi katıldı.

Ankete doğal olarak en fazla istanbul (561), Ankara (71), Bursa (50), İzmir (36) illerinden katılım oldu. Katılımcıların %60'ı erkek, %40'ı kadındı.

%75 tam gün çalışırken, %15 tam gün ve geçici kadro dışı çalıştıklarını belirttiler. Yine %47 oranında katılımcı 8-10 saat arası, %15'i ise 10 saatin üzerinde çalışmakta. %75 oranında ise cumartesi günleride çalıştıklarını ifade etmekte.

Çalışma koşullarınız ve mesleki çalışma alanlarınız ergonomik açıdan uygun mu sorusuna %40 kısmen, %16 hayır cevabını verdi.

Son iki yılda toplam kullanılan yıllık izin süresi sorulduğunda %85 oranındaki katılımcı 20 günün altında izin kullandığını belirtti.

Yasal radyasyon izin hakkı olduğunu belirten 44 kişiden yalnızca 10 kişi kullandığını, 24 kişinin kullanmadığını ve 10 kişinin kısmen kullandığını görüyoruz.

Kurumunuz mesleki riskler ve hastalıklar konusunda gerekli önlemleri alıyor mu soruna %37 evet derken geri kalanlar hayır ve yetersiz cevaplarını vermiştir.

Tükenmişlik sendromu belirtilerini yaşadığınız oluyor mu soruna %42 evet, %26 kısmen demmiştir.

Yaşadığınız mesleki hastalıklar sorusuna hepatit B (20), TBC (9), Pnomöni (7), Tükenmişlik sendromu (4) cevapları verilmiştir.

Yani bilgi yetersizliğimiz de var bu konuda. Sağlık kontrollerimizi düzenli yaptırmıyo-

ruz. Gelir kârı düşüncesiyle izni ertelediğimiz oluyor. İşte burada bilgi yetersizliği cümlesiyle ilgili cümleler aramaya çalıştık. Tabi bunlar birer etken. Ama % 48'inin burn out belirtileri yaşıyorsa nasıl oluyor da sağlığını normal diyebiliyor? % 32 kısmen burn out'u var ki bunu topladığımızda % 70 -80 gibi bir rakam hakikaten çok ağır bir tablo. Üstelik %45'imiz mobbinge, şiddete, tacize maruz kalmışken nasıl sağlıklıydı diyebiliyoruz? Psikolojik baskı altındaysak %42'miz nasıl sağlıklıydı diyebiliyoruz? Hedef ciro baskısı evet diyorsa %30'umuz, kısmen diyorsa diğer %30umuz nasıl sağlıklıydı diyebiliyoruz? Bunu geçiyorum. Sonuç olarak korktuğumuzun başımıza gelmesinden en çok sakındığımız hastalıklar nelerdir diye sorulduğunda; 85 kişi enfeksiyon demiş. Bunlar böyle. Ama kırmızılara baktığımızda şiddet, aşırı ve yoğun çalışmayı, stresi, tükenmişlik sendromunu, yetersiz çalışma koşullarını, ciro baskısını, mobbingi, resmi tatillerde çalışmayı, depresyon, işsiz kalmak... Bütün bu rakamları topladığımızda ağır bir psikolojik baskı altında olduğumuz sonuç itibarıyla ortada. Bunu psikiyatri derneğinden arkadaşlarla konuştuğumuzda onlar; 'bu tamamiyle ortamı kolaylaştıran birer neden olacaktır' dedi. Ama bu nedenler bizim umarım sağlığımızı daha fazla bozmaz diyoruz. Çalışmak ne kadar bizi güzelleştirir onu bilemiyorum.

GÖĞÜS HASTALIKLARI'NDA HEKİME YÖNELİK ŞİDDET (Düzce Deneyimi)

Sinem Berik

Fatih Alaşan

Peri Meram Arbak

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

Sinem Berik

Düzce Üniversitesi Göğüs Hastalıkları bölümünde hekime yönelik sözel ve davranışsal saldırganlık çalışmamızı sizlere sunmak amacıyla buradayım. Şiddet bütün sektörlerde meydana gelen bir durumdur. Ancak araştırmalara bakıldığı zaman özellikle sağlık sektörlerinde çalışmaların 16 kat daha riskli olduğu ve tüm meydana gelen şiddet olaylarının dörtte birinin sağlık sektöründe meydana geldiği tespit edilmiş. Yine yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının %49 ile 91'inin şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Ve bu şiddetler kavga, dayak, darp etme, bıçaklama gibi maalesef son yıllarda öldürme şeklinde meydana gelmekte. Ersin Arslan'ı anmadan geçemiyoruz. Her geçen gün özellikle doktorlara karşı yapılan şiddet olayları üçüncü sayfa haberlerinde yer almakta. Bir kadın doğum uzmanımız saldırıya uğrayarak yoğun bakımda takip edilmek durumunda kaldı. Ambulansta kendine gelen hasta doktora saldırdı. Yine aynı şekilde bir vekil tarafından bir doktorumuz darp edildi. Ve bir profesörümüz bir kurşunla öldürüldü. Daha da bitmedi ki bunlar az bir bölümünü oluşturmakta. Rapor vermeyen doktora şiddet uygulandı. Doktorluk yapmayacağını belirten doktorumuz var yine. Kadınlar da işin içine girdiler ve hastanede hamile doktoru dövdüler. Tokat'ta özel bir hastanede oğlunda tümör olmadığını müjdesini verdikten sonra doktorumuz şiddete uğradı. Urfâ'ya doktorun dayanmadığını belirten haberler çıktı şiddet yüzünden. Ve son günlerde yaklaşık iki üç gün oldu Siirt'te doktoru sağlık ocağına kilitleyip dövdüler haberi geldi. Dış basında da yaygın Türkiye'deki bu durum ve şöyle bir manşet attılar; 'Türkiye'nin doktorları kuşatma altında!'. Son bir aydır doktorlara yönelik bir dizi saldırılar sırasında 17 yaşındaki bir çocuk büyük babasını kurtaramayan doktoru vururken bir muhalefet milletvekili ailesini tedavi eden acil servis personeline saldırdı.

Bizim amacımız 2012 yılında Ocak ve Mart aylarında yatarak tedavi gören yüz hasta ve yakınının saldırgan davranışları izlemektir. Hastaların demografik ve sosyoekonomik ve özellikleri tıbbi sekreterler tarafından doldurulurken, tanı, ana hamle süresi, şiddet gösterip göstermediği gibi bilgiler bizzat takip eden doktor tarafından dolduruldu.

Bulgularımıza göz attığımızda 67 tanesi erkekti. Ortalama yaş 65'ti. Hastalarımız ağırlıklı olarak köyde yaşamaktaydılar. Meslek durumlarına göre ev kadınları, emekliler ve çift-

çiler başta geliyordu. Hastalarımızın % 75'i evliydi. %97'si sosyal güvenceye sahipti. Ve %45'i ilkokul mezunuydu. Sadece %30'luk bir kesim aktif olarak sigara kullanmaktaydı.

Saldırganlık oranlarına baktığımız zaman %15'ti. Ki bunların 8 tanesi hasta 7 tanesi hasta yakını tarafından meydana gelmişti. Altı tehdit, altı tane aşağılama, üçü küfür şeklinde olmuştu. Saldırgan davranışlar sıklıkla hasta odasında yatışın en çok birinci ve ikinci gününde gözlenmişti. Saldırgan davranışlı olguların ilk şikayetlerinden hastaneye başvurana kadar geçen süre daha kısaydı. Ana hamle süresi saldırgan davranış gösterenlerde anlamlı olarak daha uzun izlenmişti. Saldırganlık gösterenlerin evlerinde yaşayan kişi sayısı anlamlı olarak daha azdı. Vizite geçirilen süreler baktığımız zaman anlamlı olarak daha uzun olduğunu gördük şiddet gösterenlerde. Analizde ana hamle süresinin saldırganlık üzerinde bağımsız etkisinin bulunduğunu gösterdi.

Çıkarımlarımıza baktığımız zaman; kalabalık ortamlarda yaşayan hastaların daha az saldırgan olması acaba daha mı sabırlılar, iletişimde daha mı başarılılar? İlk yakınmasından hastaneye başvurma süresi kısalıkça saldırganlığın artması acaba beklentilerinin artmasıyla mı gerçekleşti? Yine saptadığımız ana hamle süresi uzun olanlarda saldırganlığın artışının nedeni hasta ile hekim arasında negatif bir etkileşim mi oluşuyor yoksa konuşmayı mı unuttuk? Vizitte geçirilen sürenin uzamasının saldırganlığı arttırması, hasta ile hekim arasında negatif etkileşim mi oluşuyor? Hastalar kendilerini kobay gibi mi hissediyorlar? Yoksa özel alana saygısızlık gibi mi atfediyorlar?

Çalışmamızın ikinci bölümü poliklinikte hekime yönelik sözel ve diğer şiddet olaylarını içeren sonuçları.

Yine 2011 yılının Eylül ve Aralık ayları arası 231 hasta üzerinde yapıldı. Ortalama yaşları 53'tü. Yaklaşık %93'ünün sosyal güvencesi vardı. Ve sırayla emekli, ev kadını, esnaf olmak üzere sıralanıyordu. Büyük oranı %38'i ilde yaşamaktaydı. Eğitim düzeyine baktığımızda %45'i ilkokul mezunuydu. Hastalarımızın %84'ü evli ve evdeki sosyoekonomik durumlarını belirlemek amacıyla sordumuz sorulardan yaklaşık %44.6'sında televizyon ve telefon bulunmaktaydı. Polikliniğe başvuru tanılarına baktığımız zaman %21.2 gibi yüksek bir oran üst solunum yolu enfeksiyonu olduğunu gördük. KOAH, astım, akciğer kanseri bunu izlemekteydi. Hastalarımızın %23.4'ü aktif sigara içmekte, %51.5'i ise hayatlarının hiçbir dönemlerinde sigara kullanmamışlardı. Başvuru şekilleri %36.8'inin kendi istekleriyle olmuş. Kendilerine eşlik eden %62.8'inde herhangi biri bulunmamaktaydı. Hastaneye geliş sayılarına baktığımızda ortalama 9.5, göğüs hastalıkları polikliniğine başvurma sayılar 3.2'ydi. Ve mevcut yakınmalar süre olarak 163 günden ibaretti. Ana hamle süresi de ortalama olarak 10 dakika olarak belirlenmişti.

Şiddet sonuçlarına baktığımızda 14 kişi şiddet uygulamıştı. Bu % 6 gibi bir orana tekbül etmekte. Şiddet tiplerimiz alay etme, kötü davranış, tehdit ve sırasını beklememe şeklinde olmuştu. Sonuç olarak şiddet uygulayan hastaların üniversite hastanesine gelme sayıları anlamlı olarak fazlaydı. Şiddet uygulayanların evlerindeki kişi sayısı diğer hastalardan daha az olarak izlenmişti. Son söz olarak hastanın işleyen bir set sistemi ile beklentilerinin akıllı bir şekilde karşılanması bu sorunu çözmek için tarafımızca önerilmekte. Hasta için geçerli olan olumlu iletişim hakkı hekim için de geçerli kılınmalıdır.

HEMŞİRELERDE İŞLE İLGİLİ KAS İSKELET PROBLEMLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER; PİLOT ÇALIŞMA

Yeter Kitiş

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Ayten Şentürk Erenel

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Ümran Dal

Yakındoğu Üniversitesi Hemşirelik Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yeter Kitiş

Halk sağlığı hemşireliği öğretim üyesiyim. Arkadaşlarımızla yaptığımız çalışma kas iskelet problemleri ve ilişkili faktörler. Bildiğiniz gibi işle ilgili kas iskelet problemleri oldukça sık görülen sağlık sorunları arasında yer alıyor. Yaygın görüldüğü için aynı zamanda çok fazla sayıda iş gücü kaybına neden olduğu için ve aynı zamanda çok fazla harcamaya neden olduğu için önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. En önemli nedenlerini fiziksel nedenler oluşturmaktadır. O şeye göre bir iş yerinde fiziksel nedenlerinin varlığı kas iskelet hastalıklarının tanısı için, meslek hastalığı olduğunun tanısı için yeterli bir neden olarak kabul edilmektedir. Psiko-sosyal nedenlerinde bununla ilişkili olduğu, kas iskelet problemleriyle ilişkili faktörler olduğunu görüyoruz literatürde.

Hemşireler işle ilgili kas iskelet problemleri açısından yüksek riskli bir grup. Kas iskelet problemleri yapılan çalışmalarda bu grupta yüzde 30 ila yüzde 75 arasında değiştiğini görüyoruz. Bakım işlemleri sırasında bazı fiziksel zorlanmalara maruz kalıyorlar hemşireler. Bunlar, hastayı yatakta giydirme, yatakta tuvalet gereksinimini karşılama, hastayı mobilize etme ve transfer işlemleri gibi işlemler. Yapılan çalışmalar hemşire başına düşen hasta sayısının artması, yüksek riskli işlerin yapılma sıklığının artması ve hastanın kilosuyla hemşirelerdeki kas iskelet problemleri arasında ilişki olduğunu bize göstermektedir. ABD'de kas iskelet problemlerine bağlı işe devamsızlığın on binde 35 olduğu ama hemşirelerde bunun diğer çalışanların yedi katı daha fazla olduğu istatistiklere yansımaktadır. Ancak Türkiye'de her alanda olduğu gibi sağlık alanında da istatistikler yetersiz olduğu için biz bu alanda bunun etkilerini ve sıklığını bilmiyoruz. O nedenle Ankara'da bu araştırmayı yapmaya karar verdik.

Araştırmamızın evreni Ankara'daki hastaneler. Örneklemede Ankara'daki 800 yataklı hastaneler içerisinde iki devlet hastanesi iki üniversite hastanesi ve bir de özel hastane aldık. Burada çalışan toplam hemşire sayısı 2222 idi. Biz 1725'i ile iletişim kurabildik, kendileriyle konuşabildik. Özellikle devlet hastanelerinde çok sayıda semt polikliniği var ve orada çok fazla sayıda geçici göreve gidebiliyorlar hemşireler. O nedenle biraz daha

az sayıda kişiye ulaşabildik. Çalışmamızı önemli bir kısmı reddetti. Reddetme gerekçesi ben çok yoğunum. Sıklıkla karşılaştığımız bir ret gerekçesi. Zaten herkes bizim üzerimizde anket yapıyor şeklinde de hekimlere de bütün sağlık çalışanlarına da sitemlerini yansıtılar bize meslektaşları olarak. Buradan size de söylemiş olayım kendilerinin böyle bir şikayetleri var.

1305 kişi ankete katıldı. 1116'sının anketi geçerliydi. Değerlendirdik. Tanıtıcı bilgi formu, standartlaştırılmış Nordic Kas İskelet Sistemi anketi ve İsveç İşgücü Kontrol Destek Ölçeğini kullandık. Standartlaştırılmış Nordic kas iskelet anketi vücut şekli üzerinde şimdiye kadar ki son 12 ayda son 4 haftada ve değerlendirmenin yapıldığı günde ağır ağrı sızı var mı diye sorgulayan bir anket. İsveç iş yükü anketi orijinalinde 17 maddelik bir ölçek. Arkadaşların yaptığı Türkçe uyarlanmasında ise 14 maddeden oluşan bir ölçek. Araştırmadaki bağımlı değişkenimiz tabi ki vücut bölgelerindeki ağrı rahatsızlık idi. Bağımsız değişkenler, sürekli ve kategorik değişkenler olarak sınıfladık. Sürekli değişkenlerimiz yaş, çalışma süresi, boy, beden, kitle endeksi, iş yükü ve kontrol destek puanları. Kategorik değişkenlerimiz; hemşirelerin öğrenim durumu, egzersiz yapıp yapmadıkları, çalıştıkları birim ve tekrarlayan bakım işlemleri ve ağırlıklı olarak kullandıkları el, ağırlıklı olarak sağ ya da sol eli kullandıkları. Etik kuruldan onay aldık. Yazılı onaylarını aldık hemşirelerin. Ve araştırma bağ primi alanından desteklendi Gazi Üniversitesi.

Bulgulara baktığımızda hemşireler derneğinden yapılan çalışmayla da benzer şekilde yaş ortalamasının 32 olduğunu, çalışma yılının da 12 olduğunu gördük. Daha çok lisans mezunuydu. Bu da üniversite hastanelerinin çoğunlukla lisans mezunu hemşire çalıştırmamasından kaynaklanan bir yansıma olsa gerek. Boy ortalaması 163 santimetre. Burada hemşirelerin genel topluma göre fit olduklarını görüyoruz. Beden kitle indeksi ortalaması 23,5. Bulgulara devam ediyorum. Yüzde 47.9'u hiç egzersiz yapmadığını söylüyor. İş yükü puanları 11.7 maksimum 12 puan üzerinden. İş kontrol puanları 16.5 puan 20 puan üzerinden destek puanları ise 20. Tanı konulmuş kas iskelet hastalığı sıklığını yüzde 25 olarak ifade etmişler. Hemşirelerin toplamda yüzde 13'ü rapor kullanmışlar bir rahatsızlık nedeniyle. Ve bunun yüzde 77'si yirmi güne yakın raporlar diğer 20 günden daha uzun rapor kullanmışlar. Ağrı rahatsızlığım var diyenlerin yüzde 86'sı bu rahatsızlığın yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ifade etmiş. Yaptıkları işlemlere baktığımızda, hasta bakımı ile ilgili işlemlerde en fazla tekrarlayan işin bir günde veya vardiyada 5 ve üzerinde tekrarlayan işin en fazla tansiyon ölçme olduğunu görüyoruz. Diğer bakım işlemlerinin günde 4 kez tekrarlananları var. Hastanın yatak içerisinde pozisyonunu değiştirmek, hastayı yatırmak, kaldırmak, sandalyede otururken giydirmek, yıkamak, yatak pozisyonundan oturma pozisyonuna getirmek gibi işlemleri ortalama yüzde 30-38 sıklıkla hemşireler günde 4 kez yapıyorlar.

Şimdiye kadar vücut bölgesinde ağır rahatsızlık yaşadınız mı sorusuna gelen yanıtlar hangi bölgeleri olduğunu belirttiler. En fazla bel ve boyun bölgesinde rahatsızlık olduğu belirtiliyor. Diğer bölgelerde de yıl içerisinde yaşanan ya da değerlendirmenin yapıldığı günde de aynı sıralamayı görüyoruz sıklıklar değişse de. En fazla bel sonra sırt ve boyun ağrısı şeklinde devam ediyor. Her hangi bir dönemde diz ağrısı yaşayanların oranı da yüzde 42.2 olarak görülüyor. Yine 12 ay içerisinde vücut bölgelerindeki ağrı, rahatsızlık-

lara baktığımızda, dediğim gibi bel bölgesi daha başta geliyor. Sonra boyun, sırt ve omuz olarak devam ediyor.

Bu da dördüncü haftadaki ağrı sıklıkları. Ve son değerlendirmenin yapıldığı gün de yaklaşık bu rahatsızlıkların sıklıklarının yarıya inmiş olduğunu, yani o anda mevcut olan sıklığın yarısı kadar olduğunu görüyoruz toplamda yaşanan sıklığa göre. İlişkili faktörlere baktığımız zaman iş yükü en fazla ilişki gösteren, riski en fazla arttıran faktör olarak çıktı karşımıza lojistik regresyonda. Boyun ağrısını sırt ağrısını ve omuz ağrısını yani gövdenin üst kısmındaki ağrıları önemli ölçüde etkilediğini gördük. Bu etkilenmeler rölatik riski 1.2 ile 1.7 arasında değişiyor. Ve hepsi de yüzde 95 güven aralığında anlamlı bir fark yaratıyor.

Diğer bir ilişkili faktör de öğrenim durumu. Bu öğrenim durumunu açıklamakta biraz zorlanmakla birlikte lisans mezunlarına göre ön lisans mezunlarının boyun ağrısını son dört haftada ve normal bir dönemde de daha fazla yaşadıklarını gördük. Aynı zamanda yine lise mezunlarının da lisans mezunlarına göre daha fazla riski olduğunu gördük. Buna getireceğimiz açıklama buna daha verili, ayrıntılı irdeleme şansımız olmadı ama lisans mezunlarının kliniklere göre dağılımına baktığımızda kliniklerde çalışma sıklığı diğerlerinden farklı değil. Yani yönetici pozisyonunda çalışabilir diye insanın aklına geliyor ama yani öyle değil durum kliniklerde çalışıyor onlar da büyük ölçüde. Solak olma omuz ağrısı yaşamayla ilişkili gibi görünüyor. Yine sosyal destek iş yükünden sonra en fazla ilişkili faktör olarak çıktı karşımıza. Omuz ağrısı, sırt ağrısı ve bel ağrısı yaşamada sosyal destekte bir birimlik düşüşün önemli ölçüde risk artışına yol açtığı görülüyor 0.89 ile 95 arasında negatif bir ilişki olduğunu gördük. Gün içinde hasta bulunan yatak yapmada bir risk oluşturuyor. Bunun da oluşturduğu risk yüksek görünüyor, 1.76, 1.61 sırt ve bel ağrısını etkilediği görülüyor. Ve egzersiz yapmamanın bel ağrısı riskini ciddi ölçüde arttırdığını uygulamamızdan görüyoruz.

Sonuç olarak hemşireler profesyonel bir meslek grubu olarak hem beden hem beyin gücüyle çalışan kişiler. Ancak hemşirelerde rol çatışmaları sizlerin de sabahtan beri ifade edilen oturumlarda dinlediğiniz gibi eğitimdeki çeşitlilikler. Hemşirelerden beklenen roller, yasalar yönetmelikler çıkmasına rağmen alanda hala bir kaos olması, psikososyal faktörlerin hemşirelerde daha fazla kas iskelet sorununa yol açtığını bunları belirterek söyleyebilirim. Bizim çalışmalarımızın sonucu da bunu gösteriyor. Yani hemşirelerdeki fiziksel zorlamalardan ziyade psikososyal faktörlerin, iş yükünün ve destek eksikliğinin sıkıntılarını yaşamakta hemşireler. Bir yandan da hemşireleri bu sistem hasta etti diyebiliriz. Hemşirelerin rol belirsizliklerinin giderilmesi, mesleki gelişmeye önem verilmesi, geliştirici yaşam aktivitelerinin desteklenmesi, stresle baş etme, egzersiz gibi. Bakım uygulamalarında fiziksel uygulamalarda fiziksel zorlamalardan korunma konusunda bilgilendirme yapılması ve hastanelerde özellikle yatakların ergonomik tasarımda olması ve tabii ki boya göre ayarlanabilir olması bizim önerilerimiz.

STERİLİZASYON ÜNİTELERİNDE ELEKTROMANYETİK ALAN MARUZİYETİ VE KORUNMA ÖNERİLERİ

Arzu Fırlarer

Başkent Üniv. Sağ. Hizm. Meslek Yüksekokulu, İş Sağlığı ve Güvenliği Prog.

Biraz önce aslında Nezaket Hanım bir önceki oturumda elektromanyetik alanlarla ilgili bize kısa bir tanım yapmıştı. Bu sunumda olanlar biliyorlar. Tabi elektromanyetik alan dediğimiz şey aslında hayatımızın her yerinde her şekilde var. Bunu sadece bir cihaza ve tek bir sisteme indirgemek mümkün değil. Biz şunu biliyoruz. Şehir ceryanının olduğu her yerde elektrik alan oluşuyor. Ve siz gidip sisteminizi çalıştırmaya başladığınız andan itibaren de ona bir manyetik alan etkisi kazandırılıyorsunuz ve dolayısıyla elektromanyetik alan oluşuyor.

Evlerimizde ve iş yerlerimizde kullandığımız her türlü elektrikle çalışan cihazlar elektromanyetik alan kaynaklarına örnektir. Hastanelere baktığımızda ya da sağlık işletmelerine baktığımızda da her taraf elektromanyetik alan kaynağıyla dolu. Bir elektromanyetik alan bulutunun oluştuğunu söyleyebiliriz sağlık işletmelerinde. Bugün burada sadece sterilizasyon ünitelerinde yapmış olduğumuz çalışmayı size aktarmak istiyorum. Ama tabi bu demek değildir ki sadece burada elektromanyetik alan var. Hastanelerde nereye giderseniz gidin ilk giriş danışma bankosunda bulunan bilgisayardan ameliyathanelerde kullanılan çok gelişmiş sistemlere, skobi cihazına kadar, radyolojideki röntgen cihazına varıncaya kadar her noktada elektromanyetik alanlarla karşılaşılıyor. Bu alanları iyonize olan ve olmayan kısımlarla tanımlamıştık, sterilizasyon ünitesinde kullanılan elektromanyetik alanın özelliklerine de kısaca değineceğim.

Sterilizasyon ünitelerinde çok düşük frekanslı alanlar kullanılıyor. Şehir ceryanıyla kullandığımız sistemler saniyede 50 defa titreşen sistemler yani 50 Hertz frekansına sahip olan sistemler. Frekans dalga boyuyla ters orantılı olarak değişir. Ne kadar düşük bir frekans varsa aslında o sistemlerin etki alanları o kadar fazladır. Düşük frekanslarda kilometreye varan mesafelerde etki alanları söz konusu. Bunu günümüzde sıklıkla kullandığımız cep telefonlarına ya da baz istasyonlarına örnekleyecek olursak, orada da frekans çok yüksektir, 108 - 109 Hertzlere ulaşıyoruz. Frekans değeri çok yükseliyor ama bu sefer ne oluyor çok kısa bir etkilenim alanına sahip oluyor. Bu sistemlere baktığımızda evet birçok sağlık etkilerini tartışıyoruz ama şunu söylemek gerekir, benim her zaman verdiğim bir örnek; mermeri delen suyun şiddeti değil sürekliliğidir. Elektromanyetik

alanlarda iyonize olmayan kısma baktığımızda, sürekli bu alanlarla etkileşim halinde olduğumuzda doku içerisinde oluşacak kümülatif etkiler iyonize radyasyona göre aslında biraz daha fazla risk taşıyorlar o yüzden de önlem alınması gerekiyor.

Farklı sistemlere baktığımızda her sistemin frekansı değişiyor aslında güneş ışığı da bir elektromanyetik dalga röntgen de öyle. Ve birçok farklı elektromanyetik alan kaynaklarımız var günlük hayatta kullandığımız. Bunlar, az önce de bahsedildi bir kez daha söyleyeyim; bunlardan etkilenmeyi azaltmanın en önemli kaynağı uzaklaşmaktır. Genellikle 50 hertz ile çalışan sistemler ya da şehir cereyanıyla çalışan sistemlere baktığımızda etkileri uzaklığın karesiyle ters orantılı olarak değişirler. Dolayısıyla siz 3 metre alan kaynağından uzaklaştığımızda, 9 da 1'ini düşecektir elektromanyetik alan etkisi.

Medikal uygulamalarda birçok örnekler var. Özellikle fizyoterapi uygulamalarında, cerrahi uygulamalarda, manyetik rezonans. Ultrason ve manyetik rezonans dediğimiz de bunlar da elektromanyetik alanlar ve çok ciddi kaynaklar. Özellikle manyetik rezonansa baktığımızda. Çünkü manyetik rezonans sisteminde sadece düşük frekanslar değil aynı zamanda radyo frekans da kullanılır. Ultrasonda da ultrases alan kaynağını kullanarak farklı uygulamalar söz konusu. Fizyoterapide özellikle 27 megahertz diatermi ünitelerinde kullanıyoruz. Yüksek radyofrekans alana maruz kalıyor bunu kullanan fizyoterapist arkadaşlarımız. Cerrahi diatermide radyo frekans alanları kullanarak dokuyu kesmek ya da kan pıhtılaşmasını engellemek için kullanılan farklı sistemler söz konusu. Aleph ablasyon sistemi.

Ve gelelim alan etkilerine. Buradan yola çıkarak kendi çalışmamı kısaca özetleyeceğim. Sterizasyon ünitesinde kullandığımız sistemler düşük frekanslar. 0 Hz'den 300 Hz'e kadar giden bir alan içerisinde. Yapılan birçok araştırmada sağlık etkileri gözlemlenmiş. Bunlardan en çok görüneni özellikle sağlık çalışanları için bakıldığında meme kanseri ve uyku bozuklukları, melatonin hormonunun etkilenmesi en öne çıkan özellikler. Tabi yüksek gerilim hattı altında yaşayan çocuklarla yapılan çalışmalarda da bu alanların çocuk lösemisinin iki kat arttırdığı birçok çalışmayla gösterilmiş. Çocuklara baktığımızda gelişim bozuklukları ama özellikle kadın çalışanlar için baktığımızda en sıkıntılı noktalardan bir tanesi üreme bozuklukları. Hastanede en fazla gözlemlediğimiz yerlerden bir tanesi de belki aklınıza pek gelmeyecek bir nokta, yeni doğan yoğun bakım üniteleri. Bu ünitelerde çalışan hemşireleri elektromanyetik alandan en fazla etkilenenler olarak tanımlamak mümkün. Çünkü küvezlerdeki ısıtıcılar düşük frekansta yüksek alan değerlerine sahipler.

Elektromanyetik alanları dokular üzerindeki etkileri dokuların iletkenlik özelliklerine göre tanımlıyoruz. Buna baktığımızda da en fazla kan ve beyin sıvısı etkileniyor düşük frekanslarda. Bunun sonrasında da kas, göğüs, troid, gastrointestinal sistem, prostat ve testisler geliyor. Dünya Sağlık Örgütü düşük frekanslarla ilişkili olabilecek sorunları kısaca tanımladı. Bunlara baktığımızda genel yakınmalarda baş ağrısı, halsizlik, yorgunluk, huzursuzluk ve uyku bozukluğu en fazla. Sterizasyon ünitesindeki çalışanlarla yaptığımız görüşmelerde şu an çalışması da devam ediyor zaten sağlık etkileri noktasında. Şunu farkettiği, aslında sterizasyon ünitesinde çalışanların iki tane problemleri var; birincisi, uyku bozukluğu, ikincisi, dikkat eksikliği. Ve yaptıkları işi düşündüğümüz zaman aslında

en fazla dikkatli olmaları gereken yerlerden birinde çalışıyorlar ama buldukları yüksek alan etkisi nedeniyle çok ciddi dikkat eksikliği sorunuyla da baş etmek zorundalar. Sinir sistemi etkilerinde değişiklikler, EEG’de değişiklikler, hipotansiyon gibi sorunları gözlemleyebiliyoruz. Kan dolaşım sistemlerine etkileri ve reaksiyon zamanlarında değişiklikler bunlar Dünya Sağlık Örgütü’nce de tanımlanmış. Kısaca radyo frekans alanları yani cep telefonları gibi sistemlerin manyetik rezonansta kullanılan cihazların etkilerine baktığımızda burada da en etkili şeylerden bir tanesi kan beyin bariyerindeki geçirgenlik. Yüksek radyo frekans alanlarına maruz kalan kişilerde, kan beyin bariyerindeki geçirgenliğin arttığını biliyoruz. Dolayısıyla beyin en fazla etkilenen noktalardan bir tanesi, fetusla olan etkiler fazla. Cep telefonlarına baktığımızda da işitmeye etkisi mevcut. Uzun süre cep telefonu ile konuşan kişilerde belli bir süre sonra sesleri kesik kesik duymak gibi sorunlarla karşılaşabiliyoruz. Ama elektromanyetik alanların etkilerinde dedik ki dokuların özelliklerine göre bu alanlar farklılık gösteriyor. Radyo frekansında en önemli etkisi ısıtma etkisi olduğu için termal etki olduğu için sıvı dokusunun en fazla olduğu organların daha fazla etkilendiğini görüyoruz. Bunlarda özellikle göz beyin ama çok daha önemlisi var çok göz ardı ettiğimiz bir şey. Bu da diz kapakları. Parantez içinde şunu da söylemek gerekir ki dizüstü bilgisayarlar aslında diz üstünde kullanılmaması gereken cihazlardır. O yüzden kablosuz iletişimi açık olan bilgisayarlarınızı mutlaka bir sehpanın üstünde, herhangi bir şey bulamıyorsanız da bir minder ya da belli bir şey bulup onun üzerinde kullanmanız gerekecektir. Bu noktada tabii dokudaki etkileşime baktığımızda burada bir dağılımdan bahsediyoruz ama ben kısaca geçeceğim ve hızlıca çalışmama geçeceğim.

Burada bir Tıp Fakültesi hastanesi sterilizasyon ünitesi personelinin maruz kaldığı elektromanyetik alanların mesleki etkilerini ölçerek bunu uluslararası standartlar çerçevesinde karşılaştırmaya çalıştık. Ulusal standartlardan ne yazık ki bahsedemiyorum çünkü Türkiye’de elektromanyetik alanların mesleki mruzizyetlerine ilişkin değerleri henüz tanımlanmadı. Ama bunların ötesinde bunları tanımlarken ki çok yeni bir konu olduğu için ihtiyati tedbirlerin en yüksek olması gereken bir noktadayız. Bu yüzden belirlenen sağlık etkilerinin hangi değerlerde ortaya çıktığı göz önüne alınarak yapılmış bir çalışmadır bu. Onlar değerlendirilerek sağlık ve biyolojik etkileri araştırılmış. Burada cihaz başında ölçümlerde tıbbi teknolojik cihazın hemen yanında 1-2 santim uzağından, 30 santim uzağından 50 santim uzağından koridor dışından ve tüm ölçümlerin yerden en az 1 metre yukarıda olmasına dikkat edilerek ölçümler yapıldı. Buna göre tabii bu konuyla ilgili başka çalışmalara bakıldığında da az önce bahsettiğim elektromanyetik alan etkilerinde birçok çalışmada yer almış. Özellikle bir eczane çalışanında bile 0.6 ile 2.2 miligauss şiddetinde elektromanyetik alana maruz kaldıkları tanımlanmış. Ölçümlerimizi tanımlarken manyetik alan ölçümleri yaptığımızdan bahsettim. Manyetik alan birimi gauss’dur, biz de ölçümlerimizi miligauss değerinde yaptık. Lösemi etkisine baktığımızda 4 miligauss lösemi insidansını iki kat arttıran bir değerdir. Aynı şekilde yapılan bir çok çalışmada 4 miligauss bir eşik değer olarak tanımlanmış. 4 miligaussun üzerinde çalışan kişilerde özellikle dikkat eksikliği ve halisünasyon görme, intihar eğiliminin yüksek olduğu tanımlanmış ve biz de sonuçlarımızı bu çerçevede değerlendirmeye çalıştık. Yine İtalya’da fizyoterapide yapılan çalışmalar var. Farklı ülkelerde bunlarla ilgili çok faz-

la çalışmalar bulabilirsiniz. Şu anda Avrupa Birliği elektromanyetik alanların mesleki maruziyet limitlerine ilişkin bir direktif oluşturdu, aslında 2008 yılında tüm AB ülkelerinin uymak zorunda olduğu bir standart gelecekti ama erteleme aldı. Erteleme almasının nedeni de ilk yapılan çalışmada manyetik rezonans çalışmaları bu yönetmeliğe dahil edilmemişti. Şu anda manyetik rezonansla çalışanların da bu yönetmeliğe dahil edilmesi için önümüzdeki yıldan itibaren tüm Avrupa Birliği ülkelerinin uymak zorunda olduğu bir elektromanyetik alanlarda mesleki mağduriyet standardının geleceğini biliyoruz.

Biz 57 noktada ölçüm yaptık. Ve yapmış olduğumuz ölçüm sonuçlarında sterizasyon ünitesinde 0.35 ile 4 miligauss arasında değişen farklı değerler bulduk. Dolayısıyla baktığımızda aslında çalışanlar limit değer sınırında çalışmalarını yürütmektedirler. Ama belki bu sınırı biraz daha aşağı çekmek gerekiyor çünkü çok bilinçsiz olduğumuz bir alandayız. Hem çalışanlar açısından, hem yönetimler açısından hem de bu alanlardaki tüm kişiler olarak baktığımızda gerçekten bilincimizin çok az olduğu bir noktada. Dolayısıyla ihtiyati tedbirlerin çok daha fazla uygulanması gereken bir durum. Günlük çalışma süresi ortalama 6.8 saat olarak belirlendi. Çalışılan cihaz günlük yaklaşık 10 saat çalışıyor. Ve çalışılan yerle cihaz arasındaki uzaklık ortalama 38 santim olarak belirlendi. Elektromanyetik alan şiddeti cihazın hemen yanındayken 4.1 miligaussa kadar çıkıyor. 30 santim uzaklaştığımızda bu değer 1.4 miligauss'a, oda dışına çıktığımızda da 1.2'ye kadar düşüyor. Başta söylemiştik mesafenin karesiyle ters orantılı olarak manyetik alanların değerleri düşecekti. Cihazdan ne kadar uzaklaşırsak o kadar güvenli bir alana gideceğimizi gördük. Burada baktığımızda sterizasyon üniteleri, ameliyathaneye yakın ama en küçük mekana sıkılmış, sadece cihazın ve bir çalışanın sığabileceği bir alana yerleştiriliyor. Ama cihazlardan kaynaklı manyetik alan değerlerine baktığımızda güvenlik mesafesi olarak koyabileceğiniz değerlere baktığımızda o odanın en az 2-3 katına çıkması gerekiyor ki orada çalışan en az maruziyet altında olabilsin. Çünkü orada işi bile yoksa o kişi orada oturuyor, uyuyor, vakit geçiriyor, cep telefonuyla oynuyor. Oradan çıkmak istemiyor işi olmasa bile ve sürekli sistem çalışıyor, sistem çalışırken de o orda cep telefonuyla oyun oynayıp maalesef bu alana maruz kalıyor. Böyle küçük bir haritalandırma yapmak istedik ne kadar etkimiz var ama biliyoruz ki manyetik alan değeri yaklaşık 4 miligauss'a kadar çıkıyor.

Sonuç olarak neler söyleyebiliriz. Tabii ki en önemli şey çalışanların bilinçlendirilmesi. Elektromanyetik alan maruziyetinin ne olduğunu tüm bu birimlerde ve hastanedeki her birimde çalışanları bilinçlendirmek ve onlara elektromanyetik alan etkilerinin en aza indirmek için neler yapılabileceğini söylemek. Onlara giysi giydirmek mümkün mü? Evet bazı birimlerde mümkün ama düşük frekanslarda ne yazık ki mümkün değil. Burada uygulanabilecek en iyi şey bilinçlendirme ve cihazla mesafeyi arttırmak, doğru kullanımla birlikte bunu uygulamak ve bunun içinde gerekli uyarıları ya da gerekli mekanizmaları oluşturmak gerekiyor. Bu konuda hala çalışmalar devam ediyor. Her gün yeni bir bilgiyle karşılaşyoruz. Dolayısıyla şu anda zaten sağlık işletmelerinde daha öncesinde Sağlık Bakanlığı'nın istediği şu anda da Çalışma Bakanlığı'nın istediği şekilde risk değerlendirmeleri yapılıyor. Bu risk değerlendirmeleri içerisinde artık elektromanyetik alan etkileri de bir risk faktörü olarak yer almaya başladı. Dolayısıyla bu konuda evet bir standardımız yok diye kendimizi bu konudan dışarı tutamayız. Türkiye'de henüz standart olamayabilir

ama bu risktir. Dünyada bu riskle ilgili yapılan birçok çalışma vardır. Bu çalışmalarını da derleyerek mutlaka bir risk analizi içerisinde bunun hukuksal, tıbbi ve sosyal boyutlarını yer almak gerekiyor. Bunları çokça tanımladım.

Kısaca tekrar söylersek, bu yine hukuksal bir zorunluluk bence. Sağlığa zararlı olabilecek bu etmenlerin birçoğu bilinmekle birlikte elektromanyetik alan gibi etmenleri sağlık etkilerinin araştırılması devam etmekte. Bu çalışmalar devam ettiği sürece de bu tür organizasyonlar bunu dile getirmeye ve bu konuda daha fazla bilinçlendirmenin sağlanmasında bizler elimizden gelenin daha fazlasını yapmaya devam edeceğiz.

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE WEB TABANLI İŞ KAZASI BİLDİRİM SİSTEMİ PİLOT ÇALIŞMA SONUÇLARI

Sabriye Özcan

Özay Işık

Gülhan Ersoy

Alp Ergör

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

Sizlere bir üniversite hastanesinde web tabanlı iş kazası bildirim sistemi pilot çalışma sonuçlarını sunacağım. Birçok kez tekrar ettik ama ben bir kez daha tekrar edeyim dedim. Çok tehlikeli işler konumunda yer alan sağlık çalışanları fiziksel, kimyasal ve ergonomik, biyolojik, psikososyal risklere maruz kalmaktadır. Tüm bu risk faktörleri iş kazaları ve meslek hastalıkları riskini artırmaktadır. Ülkemizde sağlık iş kurumlarında tanımlanan bu risklerin sağlık çalışanlarına etkilerini ve sonuçlarını değerlendirmek için standart bir sürveyan sistemi yoktur. İş kazalarının önlenmesi için kapsayıcı bir kayıt sisteminde gereksinim vardır. Kayıtların kapsayıcılığı da etkin bir bildirim sistemine dayanır. Bunu zaten hep beraber konuşmuştuk. Hiçbir şekilde bunu çözemediğimiz ama bizim çözümümüz şu şekilde olacak.

Çalışanlara bu bildirim yaptırmanın gerekmektedir. Biz de bu şekilde yola çıkmıştık. Çalışanların bildirimleri iş kazalarını izleyebilmek iş sağlığı ve güvenliği geliştirebilmek için etkili bir araç olabilecektir. 9 Eylül Üniversitesi Hastanesi 1100'ü alt işveren olmak üzere 3900 sağlık çalışanı bulunmaktadır. Hastanemizde iş sağlığı sürveyan sisteminin önemli bir parçası olan iş kazası bildirim sistemi mevcut değildir. Amacımız hızlı, etkin güvenli, ek iş yükü getirmeyen bir iş kazası öz bildirim sistemini geliştirebilmektir. Öncelikle çalışan sağlığı birimi olarak literatür taradık sonra sorumlularıyla birlikte web tabanlı bir iş kazası bildirim sistemi hazırladık. Ve ayrıca kullanılabilirliğinin irdelenmesi için hastanemizdeki en yoğun yapı olan hemşirelik hizmetleri müdürlüğüyle bir pilot çalışma planladık. Sorumlu hemşireler ve yöneticileriyle bir toplantı yapıldı. Geri bildirimler alınarak sistemimizi yeniden yapılandırdık. Sonrasında web tabanlı iş kazası bildirim sistemiyle ilgili 9 Eylül çalışanlarına ağ üzerinden periyodik olarak duyuruldu.

Sorumlu hemşirelerden de birimlerdeki çalışanlara bilgi aktarılması istenmişti. İş kazası bildirim için hastanenin ve çalışan sağlığı birimi ağ sayfalarına bağlantı konulmuş. Çalışanların bildirimlerinin çalışanların veri tabanına anında ulaştırılması sağlanmıştır. Burada çalışanların doldurduğu form görülmekte. Burada kişiye ait bilgiler, kazanın oluş biçimi, yeri, tarih ve saati ile ilgili veriler içermektedir. Pilot çalışmamız Aralık 2012 ile Mart 2013 arasında çalışanların yaptıkları bildirimlere dayanmaktadır. Bu tarihler ara-

sında her gün veri tabanından iş kazası bildirim varlığı kontrol edilmiştir. Bildirimler çalışan sağlığı birimi ekibi tarafından çalışma ortamında incelenmiştir.

Bulgularımıza geçecek olursak üç aylık dönemde 40 iş kazası bildirimimiz olmuştur. Tüm bilgilerin doldurulduğu görülmüştür. Ve bu bildirimlerin yüzde 67.5'i hemşire yüzde 12.5'inin hekim yüzde 12.5'inin transport ve temizlik çalışanı yüzde 7.5'unun da teknisyen olduğu görülmüştür. Bildirimlerin yüzde 47.5'i ilk 3 hafta içinde olduğu görülmüştür. Ve çalışanların yüzde 62.5'i bildirim kazanın olduğu gün yapmışlardır. En fazla bildirim hepimizin beklediği üzere kesici delici alet yaralanmasıydı. Sonra sırasıyla kas sistemi incinmeleri, kan vücut sıvısıyla karşılaşmak, kimyasal mağduriyet, şiddet, düşme ve elektrik çarpması kazaları bildirimini aldık.

Çalışan sağlığı birimi olarak bunların nedenlerini inceleyip buna yönelik bir eylem planı oluşturduk. Bununla ilgili birkaç örnek vereceğim. Kesici delici aletle yaralanmayla ilgili yerden alınmada malzemeyi kesme, malzemenin içinde unutulması, hasta bakımında herhangi malzeme kesmede yaralanma olmuştur. Ampulle ilgili yaralanma da ise daha çok tedavide ampul kırmayla ilgili olmuştur. İğneyle ilgili yaralanmada ise daha çok tedaviyi hazırlarken ve eleman sayısı tabii ki her yerde olduğu gibi az ve hızlı çalışma sürecinde olduğu görülmüştür. Aynı zamanda çocuktan kan alma, damar yolu açma ve çöpe atma sırasında da görülmüştür. Eylem planı olarak çalışana yönelik bağışıklanmayı değerlendirdik. Enfeksiyon polikliniğine yönlendirdik. Ve eğitim planları yaptık. Çalışma ortamına yönelik ampul kesme aparatı, mıknatıslı sistemler, eğer yere falan düşerse diye planladık. Ve iğnesiz sistemler.

Hepiniz de hemen söyleyeceksiniz bunları yaptırabildiniz mi diye, ben olsam sorardım diye söylüyorum. Her ne kadar çalışana yönelik işlemleri gerçekleştirebilsek de yönetimle olan işlerle ilgili sürecimiz ortadan uzak tarafa doğru ilerliyor. O da farklı bir şekilde çalışma gerektiriyor hâlâ sürmekte.

Kan vücut sıvısına dair mağduriyete örneklerle bakarsak ameliyat sırasında kirli makastan kan bulaşığı. Kan şekerine bakarken göze sıçrama, enjektörün çatlak olması gibi. Bunda da gene bağışıklanma enfeksiyon izlemi, eğitim, kişisel koruyucu kullanımı.

Herhalde bu sonuçlarımızdan biri de kişiler, özellikle de sağlık çalışanlarımız bize bir şey olmaz diyerekten kişisel koruyucu kullanımını görmezden geliyorlar. Kimyasal maddeye maruziyet olarak da bir kazamız kemoterapik ilaç kreminin normalde kapalı olması gerektiği halde açık olduğu için bulaşma olmuş. Bir tanesi yine alet temizliği sırasında dezenfektan göze sıçramıştı. Ve bir servisimiz de havalandırma ile ilgili problemde kişilerde solunum problemi ve gözlerde yanma ile ilgili de bir kaza bildirimimiz geldi. Bununla ilgili de yine eylem planlarımız vardı. Ve yine biraz önceki hocamızın da kas iskelet sistemi ile ilgili sunumuyla örtüşenler de olacaktır. Ezilme, sıkışma, bunlar dolap taşıma sırasında devrilme sonucu, monitör kablosuna, aspiratör kablosuna, bahçedeki zincire takılıp düşme ve merdivenden düşme nedeniyle kas iskelet sisteminin incinmesi ve ilk kazamız da buydu. Ameliyathanede çalışan hemşire arkadaşımız steril ya geri geri giderken aspiratör kablosuna takılıp düşüyor ve kol kırığı 45 gün rapor. Yine ağır kaldırma ve çalışma alanı darlığı nedeniyle incinmeler olmuştu. Ve üç tane çalışmamızın iş gücü kay-

bı oldu. 30 ve 45 gün olmak üzere. Bununla ilgili gerçekten çok iyi mühendislik çalışmaları gerekiyor. Ama bununla ilgili de sağlık sistemini bilen iyi mühendisler olması gerekiyor. Biz burada ne iş yapıyoruz, bizim işimizi ne kolaylaştırır. Örneğin hasta kaydırma, taşıma gereci bile çok önemli. Bunu aldirmek bile uzun bir süre aldı ve hala sadece bazı birimlerde var. Sadece yoğun bakımlarda kullanılıyor. O bile bel incinmelerini bir miktar azalttı. Pilot çalışmamızı eğitim ve duyurulardan sonra ve tabanlı kaza bildirim sistemi üzerinden kaza bildirimleri başlamış ancak kaza bildirimleri birinci ayın sonunda beklenildiği üzere azalmıştır. Çalışan sağlığı birimi olarak yönetimden başlayarak duyarlılık ve farkındalık yaratmak için yönetimden başlayarak duyarlılaştırmak için periyodik eğitimler ve bilgilendirmeler yapılmasını planladık. İş sağlığı güvenlik kurumunu henüz oluşturamadık. Bir senedir çalışmalarımız sürüyor. Herhalde yakın zamanda kuracağımızı umut ediyoruz.

Çalışanların duyarlılaştırılmasıyla ilgili planlarımız ise işe giriş eğitimi ve periyodik eğitimler, hastanelerde duyuru ve bilgilendirmelerin yapılması, afiş ve broşürlerin hazırlanması, çalışma ortamında çalışanların bilgilendirilmesi ve 6 aylık süreçlerde bildirilen iş kazalarının dökümünün ve eylem planlarının çalışanlara duyurulması. Ve belki de bu şekilde bildirim arttırabiliriz diye umut ettik. Geliştirilen sistem işlemektedir ancak farkındalık, duyarlılık ve bilginin yaygınlaştırılması, yazılı politika belgeleriyle desteklenen kurumsal bir davranış biçiminde dönüşüncüye kadar düzenli aralıklarla bu sürecin canlı tutulması gerekmektedir.

Bulgulardan bağımsız olarak sağlık çalışanlarının tehlikeli ortamı ve ağır çalışma koşulları kaza riskini arttırmaktadır ve hepimiz bunları yaşıyoruz. Ancak özellikle yöneticilerin ve çalışanların iş sağlığı ve güvenliğine ve kayıt sistemine ilişkin duyarlılıkları yetersizdir. Herhalde sabahtan beri tek konuştuğumuz şey bildirimler. Peki bildirimleri hızlandırmak için ne yapmamız gerekiyor? Artık buna çalışmamız gerekecek. En son olarak şu 6331 no'lu yasa sonrasında sadece işçiler için olan yasa işçi ve memur tüm çalışanları kapsamıştır. Ve bununla ilgili diğer sistemi hızlıca değiştirmemiz gerekiyor çünkü özellikle kamuda çalışan memurlarımız iş kazası geçirdiğinin çoğu zaman farkında değil ve bildirimleri maalesef çok az.

Ben size kısaca göstermek istiyorum. Öncelikle bir algoritma oluşturduk. Bizim iki tane web sayfamız var birisi hastanenin diğeryse 9 Eylül çalışan sağlığı birimi. Bunları çalışanlara eğitimlerle verdik. Bu hastanemizin sayfasından çalışan sağlığı bilgi sisteminden ya da 9 Eylül Üniversite Hastanesinin çalışan sağlığı biriminin web sayfasından iş kazasına uğradıysanız tıklayınız sayfası açılıyor. Buradan kaza bildirim formuna ulaşılabilir. Burada kaza bildirim formunu kişiler kendileri doldurabiliyorlar. Herhangi bir kişiye bağlı kalmayacaklar. Ve çok basit bir sayfa önlerinde açılıyor. Bunların eğitimlerini veriyoruz. Bilgilerinizin tamamını mutlaka yazın ki biz size ulaşabilelim diyoruz. Çünkü biz sadece bildirim almak istemiyoruz bunları düzeltmek için çalışıyoruz. Kaza türünü doldurmaların istiyoruz. Güvenlik asla incitmez iş kazaları acı verir.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ “DA” İŞE BAĞLI SAĞLIK SORUNLARI, MESLEK HASTALIKLARINI “GERÇEKTEN ORTAYA KOYABİLMEK” İÇİN YENİ PARADİGMA DEĞİŞİKLİĞİNE, NET TERMINOLOJİK TANIMLAMALARA ACİL GEREKSİNİM

İbrahim Akkurt

Ankara AGHC EAH, Meslek Hastalıkları Kliniği

Aslında bu konuşmam ki günün son sunusudur; tüm günün bir toparlaması olacak. Şimdiye kadar muhteşem şeyler öğrendim. Gün boyunca amacımız neydi? Konuşuyoruz, konuşuyoruz, konuşuyoruz ama ortada ne var? Yani bizler sağlık alanında her birimiz birer terziyiz ama bizim de söküğümüz var; hem de işimizi yaparken bu söküklükler oluşuyor ve bu söküğümüzü dikmediğimizi de biliyoruz. Bırakın dikmeyi daha “bu söküğümüzü nasıl kayda geçireceğiz?”i bilmiyoruz. Bunu ortaya koymak gerekiyor; bu söküklüklerimizi kayda geçirmek gerekiyor. Evet, sağlık çalışanlarının da meslek hastalıklarının kayda geçmesinden bahsediyorum. Bu çok büyük bir sorun, sadece ülkemizin de değil dünyanın bir sorunudur. Bugün burada Sağlık Çalışanların Sağlığı Kongresinin 4.sü yapılıyor. Sağlık çalışanlarının meslek hastalıklarının kayda geçmesi için bir model önerisi amacıyla bu bildiri sunuyorum.

Sağlık çalışanlarının meslek hastalıklarını bu temelde geleceğe projekte etmek için hazırladığım bildirin gereç ve yönteminde tamamen ulusal ve uluslararası araştırmaların verilerinden yararlandım; bunların bir derlenmesini yapmaya çalıştım. ILO'nun 2013'teki verilerinden sabah da bahsedildi. Meslek hastalıkları konusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün maalesef çok da fazla verisi yoktur. Burada Avrupa Birliği'nin yaptığı bir anket çalışmasını görüyorsunuz. Avrupa komisyonu da geçen ay bir rapor yayınladı. Bizim ülkemizde yayınlanmış olan bir anket çalışmasını ki TÜİK'in yapmış olduğu bir çalışmadır; tablolada onları görüyorsunuz. SGK'nın ve Sağlık Bakanlığı'nın en son verileriyle neredeyiz? Şimdi önce ILO'nun 28 Şubat 2013 için hazırladığı slayt setinden dizayn ettiğim bir slayt bu. Çok çarpıcı bir şekilde ILO ilk defa bu sene, tüm çalışanlarda iş sağlığı ve güvenliği alanındaki ölümlerin yüzde 14'ünün iş kazalarına bağlı olduğu; yüzde 86'sının meslek hastalıklarına bağlı olduğu deklare edildi. Ama ortada meslek hastalıkları yok. Artık 2 tuşla dünyanın her yerdeki bilgisine girilebiliyor. ILO yıllardır her yıl-yılda 160 milyon meslek hastalığı olduğunu her sene durmadan tekrarlıyor. Dünyada ulaşılabilen tüm ülkelerin resmi meslek hastalıkları sayılarını çıkardığımda ILO'nun o 160 milyonunun ortada olmadığını, o yüzde 86'nın ortada olmadığını görüyoruz. Ortada ola ola dünyadaki meslek hastalıkları sistemine giren sayı bir milyondan az! Nasıl

bir projeksiyon bu? Biraz daha somutlaştıralım. Örneğin Çin'i ele alalım. Eğer ILO'nun dediği bu 160milyon/yıl meslek hastası doğru olsa bunun 4'te bir 5'te birini mantıken Çin'de beklememiz gerekir. Yani en iyi olasılıkla, Çin de her yıl en az 20-30 milyon yeni meslek hastası olması gerekir. Ancak baktığımızda 2011 yılında sisteme giren meslek hastalığı sayısı Çin'de sadece ve sadece 27.240'dır. Hadi Çin'in koşulları kötü diyelim; en iyi koşulları olan en çok meslek hastalığını sisteme girmesi gerektiğini bekleyeceğimiz yer Avrupa Birliği ülkeleridir; burada durum nedir? AB'nin 2011'de yaptırdığı anket çalışmalarında 27 ülkede yapılan, meslek hastalıkları araştırmasında çalışanların yüzde 8'inde so 1 yılda anamnezle işle ilgili hastalık-meslek hastalığı saptandığı bildirilmiş. Ki bunu da genele uyarladıklarında yılda 23 milyon civarında meslek hastalığı olması gerektiğini bildiriyorlar. Oysa bir iki ay önce yayınlanmış olan Avrupa Komisyonu'nun gerçek meslek hastalıklarına baktığımızda bunun çok çok altında olduğunu, 140 binin de altında olduğunu görüyoruz.

Gelelim ülkemiz verilerine; ülkemize baktığımızda, 20milyon çalışanı göz önüne aldığımızda her şey mükemmel olsa bile bizde yılda en az 80 binle 240 bin arasında meslek hastası olması gerekiyor. TÜİK'in tüm çalışanlar için yaptığı anket çalışmasını göz önüne aldığımızda ki 11 milyon kişiyi almış o çalışan olarak. Son bir yılda işle ilgili hastalık-meslek hastalığı oranının tüm çalışanların yüzde 32'ü olduğunu bizim TÜİK bildiriyor. Buna uyarladığımızda bizde yılda saptanması gereken meslek hastası sayısının kesinlikle 400 binlerin üzerinde olması gerekiyor. Oysa ülkemizde kayıtlara giren meslek hastalığı sayısı bir iki sefer bini geçti, son yıllarda 500'lerin altında. Bu slaytı hazırlayan arkadaşlarımızla bu konuda ayrışıyoruz. O ülkemizdeki meslek hastalıkları sayısını devede kulak diye sembolize ediyor; ben devenin gıdığının birkaç teli bile olmadığını iddia ediyorum. Bu slaytı sabah sevgili Eriş de gösterdi; Sağlık Bakanlığının istatistiklerinde sağlık çalışanlarının sayısı; ki görüyorsunuz bunun 3 te 1 i taşeron olarak çalışıyor. Sağlık alanındaki bu 670 bin çalışanın meslek hastalığı sayısına baktığımızda EUROSTAT projeksiyonu ile 53 bin olması gerekir; bizim ülkemizde TÜİK'in yaptığı çalışmadaki orana baktığımızda en az yılda 20 bin olması gerekir; ILO'nun değerlendirmesinde en iyi koşullarda, (ki hangimizin iyi koşullarda çalıştığını hepimiz biliyoruz ki hiç de iyi koşullar değil) en az yılda sisteme en az 2 bin 3 bin meslek hastalığının girmesi lazım. Oysa ülkemizde geçen yıl saptanan; sisteme giren ve meslek hastalığı olmayan ancak meslek hastalığı olarak uluslararası arenaya sunulan (ki meslek hastalığı değil bu SGK'nın iş kazaları ve meslek hastaları sigortacılık kolu tarafından işlemi bitmiş yani biraz sonra bahsedeceğim o girdaptan, yıllar önce girmiş ve girdaptan ancak çıkmış) sayıya baktığımızda sağlık çalışanları olarak 5 adet... Evet, Sağlık Çalışanları için 2012'de kayıtlara giren meslek hastalığı sayısı sadece ve sadece 5 -beş- adettir. Tıbbi meslek hastalığı sayısı ise 0 -sıfır- yani -yok-tur. Çünkü böyle bir sistemimiz yok...

ILO diyor ki artık bir paradigma değişikliği gerekir. Meslek hastalığı bir gizli salgındır. Bu gizli salgında zamanında dünyada da ülkemizde de ciddi yanlışlar yapıldı. Bu yanlışların yapılma nedeni o dönemler için doğrudu, öyle yapılması gerekiyordu. Ama artık ciddi bir paradigma değişikliği gerekiyor. Bunu silin kafanızdan diyor. 1919'da kurulduğunda sadece madenler vardı en riskli alanlar olarak ve o nedenle madenlere giren insanlar sağlıklı çıksın diye temel amaç birinci koruma önlemlerini almaktı. Onun yet-

mediği görülünce röntgenin de keşfinden sonra 1930larda ikinci koruma önlemlerini pnömokonyoz komitesiyle devreye soktu ki etkileri var mı yok mu? Esas hata Dünya Sağlık Örgütü'nün kurulmasıyla beraber aynı zamanda sigortacılık kolları da kuruldu. Dendi ki bir şekilde mağduriyet şekilleri saptansın. İyileşme veya ölüm olduysa bunlar tazmin edilsin diye. Yani bu üçüncül koruma diye sigortacılık kolunu kavram içine alıncı en büyük hata yapıldı. Çünkü bugün için biliyoruz ki artık o üçüncül koruma dediği tamamen bir sigortacılık kolu tanımlamasıdır. Yani bir sosyal devlet olarak mesleki olsun ya da olmasın kişinin çalışma yaşamını devam ettirememesi durumunda etkilenmesi varsa onun devamını sağlayıcı bir korumadır. ILO'nun başta söylediği üçüncü koruma aslında dördüncül korumadır. Asıl olması gereken dünyanın birçok yerinde şu an o yanlıştan dönülüyor. Ülkemize de aslında uyarladığımızda tıbbi meslek hastalığı tanımlamasını yapılan anket vs neyse işle ilgili hastalık olsun işe bağlı hastalık olsun, yasal meslek hastalığı olsun, bunun tıbbi bir kayıt sistemi altına alınması. Bunu da ülkelerde yapan yer sağlık bakanlıklarıdır. Neden Sağlık Bakanlığı tıbbi meslek hastalığını kayıt altına almak zorundadır? İki nedenle alır; birinci neden o sağlık bakanlıkları o iş yerlerinde belli hastalıklar eğer birden fazla varsa o ülkelerin çalışma bakanlığının (uygun çalışma koşullarını sağlayıcı bakanlığın) çalışma bölümünü (ISGGM- İşçi Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü) uyarırlar. O iş yerindeki çalışanları kontrolden geçirmek yani ikincil koruma sistemi açısından yapar bunu. Ancak maalesef bizde ILO'nun başta düştüğü hata ısrarla savunuldu. Özellikle son çıkarılan garabet bir iş güvenliği yasası ile bu hata daha da sistematize edildi. Ve o iş güvenliği yasasında meslek hastalıkları bildirim tam bir girdapa dönüştürüldü. Ki eski sistemi birçok ülke değiştirmeye çalışırken biz eski sistemi bu yasayla bir adım daha geriye-18. Yüzyıl mantığındaki vahşi kapitalizmin en tepe noktasına çektik. Bu yeni yasamıza göre meslek hastalığını düşündüğünüz an bir girdap oluşacak ve bu hem işyeri hekimine hem de mutlaka iş güvenliği uzmanına yansiyacak. Bir taraftan meslek hastalığını mutlaka bildireceksin deniliyor. Niye bildireceksin? Çünkü eğer meslek hastalığını bildirirsen kapının önüne konacaksın niye önlemini almadın diye... Ya da tazminat süreci olacaktır ki eğer olursa bunun sonra senden tazmin edilmesini kendin kayıt altına almış olacaksın! Oysa dünyanın bu geldiği noktada SGK'ların meslek hastalıklarının tıbbi bildirim sistemlerinde hiçbir yerinin olmaması gerekiyor. Çünkü SGK yasal anlamda bir tazmin sistemidir ve bu meslek hastalıkları girdabında illiyet bağıni araştırın, meslek hastalığı tanısını zaman zaman duyuyoruz. İşte üniversitelere yetki verildi, eğitim araştırma hastanelerine meslek hastalığı tanısı koyma yetkisi verildi şeklinde... Hayır! Ülkemizde meslek hastalığı tanısı koyma yetkisi sadece ve sadece SGK'nın iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortacılık kolunundur. O kolda her meslek hastalığının kayda girebilmesi için MKGAO (meslekte kazanma gücünün azalma oranı) nın hesaplanması gerekir. Meslek hastalıkları ülkemizde ancak MKGAO hesaplanırsa kayda girer. Çünkü bu bir sigorta mantığıdır ki kendi mantığına göre doğrudur da... Somutlaşacak olursak. Hızlıca. Neden meslek hastalıkları bir etiyolojik faktör olması gerekmektedir? Yani örneğin KOAH'ı ele alalım; iş ve meslek hastalıkları uzmanlığı dışında aynı zamanda göğüs hastalıkları uzmanı olduğum için örnek veriyorum, Göğüs hastalıkları olarak en sık gördüğümüz patolojilerin başında gelir. Ve en baba kitaplarımızda da KOAH yapıcı risk faktörleri deyince bu slaytta gördüklerimiz sayılır. Aslında kabaca nedir? Sigara ve diğerleri. Yani sigarası yoksa kişinin

eğer çevresel bir maruziyeti de yoksa; örneğin 50 yaşında bir sağlık çalışanı sabahtan akşama kadar bahsedilen kimyasallarla temizlik yapıyorsa işte tek KOAH yapıcı faktör odur. O kişide gelişen KOAH'a mesleki KOAH dememek için ortada herhangi bir neden yoktur. Ama sisteme dahil olmazsa nasıl bir önemi olacak? Korunma açısından. Sisteme dahil olmasının önemi nedir? Erkenden tedavi; erkenden maruziyet değiştirilecek olursa, kişinin progresyonu önlenecektir. Ve orada aynı maruziyeti olan başka kişiler var mı yok mu o kontrolden geçirilecektir. Ve asıl önemlisi orada primer koruma önlemleri alınarak başka kişilerin hasta olması, etkilenmesi engellenecektir. O nedenle 2001den beri durmadan çalışma bakanlığı ve sağlık bakanlığı yetkililerine ve böyle kendimi zorla kongrelerin, panellerin sonuna monte ederek şu öneriyi yapıyorum; olay çok basit; nerde olursak olalım, SGK'nın sistemi iyi de işliyor. Sağlık bakanlığının elinde yine bir ICD sistemi var. Buna ILO'nun meslek hastalıkları meslekler listesini de ilave edip hangi basamakta doktor çalışıyorsa çalışsın kişiye ciddi bir şekilde semptomla geldiğinde bu kas iskelet sistemi olsun bir fizik tedavici olsun, yada isterse psikiyatrist olsun ya da neyse, semptomlarla beraber bir şekilde maruziyetini de sorgulayacak olursak ve bir de "sen emin misin çalışma koşullarınla mı ilgili" dediği takdirde, direkt işe bağlı meslek hastalığıdır, tıbbi meslek hastalığıdır, işe bağlı meslek hastalığıdır. Burada SGK'nın vesairenin herhangi bir yeri yok çünkü yasal yol bireysel bir yoldur. Bir takım kayıtların yoludur.

Bunu farklı şekilde yapan ülkeler var. En tipik örneği (belki sistemlerinin tümünü tasvip etmiyorum ama) Hollanda örneği var. Bu slaytta bizim ülkemizle Hollanda'nın durumunu görüyoruz. Karşılaştığımızda Hollanda'nın 7milyon çalışanı var; bizde 20 milyon çalışan; Hollanda da tıbbi meslek hastalığı ortalama yılda en az 7 binden fazla, bizde sıfır. Yasal meslek hastalığı tanısını Hollanda ortadan kaldırmış, sıfır. Sosyal kaygı varsa zaten sosyal olarak kişinin bu yönündeki kayıplarını fazlasıyla gideriyorlar. Böyle bir girdaba girmiyorlar. Bizde ise yasal meslek hastalığı sayısı 500'ler civarında. Yani ortalama baktığımızda bin meslek hastasından biri kayıtlarımıza girebiliyor. Ve sabah özellikle dinledik hepimiz. Dediğim gibi yıllardır ifade ediyorum.

Bu kadar çarpıcı bir şekilde bu kadar uğraşan, sabahtan beri epey bir konuştuk. Meslek hastalıklarının tazmin girdabından kurtarmadıkça bir koruma önlemi olarak almadıkça saptamamız, tespit etmemiz mümkün değildir. Bunu hekim dışındaki bir sosyolog bile görmüştür. O nedenle böyle abuk sabuk bir konu başlığı seçme durumunda kaldım.

Sonuç sağlık çalışanlarının da gerçekten böyle bir sorunu var mı?, varsa rakamlara yansdı. Ama rakamlara yansması yok anlamına gelmiyor. Hepimiz şöyle bir düşündüğümüzde çevremizde böyle bir sorunu olan onlarca arkadaşımız vardır; kendi adıma ben en az 3-4 tane arkadaşımı meslek hastalıklarından kaybettim. Beraber çalıştıklarımız var. Tüberkülozdan kaybettiklerimiz var ama ortada -kayıtlarda- bu sorun yok. Bu bahsettiğim terimler ilk defa şu anda iki gün önce dünya sağlık örgütünün bu meslek hastalıkları ile ilgili yayınına girdi. Ve buradan yarın için ortak bir tavır alacaksa bu tavır bence "ey arkadaşlar hepimiz dünyanın yüzde 99'luk dilimindeyiz" olmalıdır. Kimimiz hekim, kimimiz hemşire olsak da bir şekilde yerinde bir terminolojiyle meslek hastalıklarının önce bir sisteme dahil edelim ve ondan sonra "hukuk tıbbi veriler ışığında sosyalleşecektir" diyorum.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞADIĞI PSİKOSOSYAL RİSKLER

Özge Yenier Duman
Serbest hekim / Yürütücü

Mevlüde Karadağ
Türk Hemşireler Derneği / Yürütücü

Tükenmişlik Sendromu ve Baş Etme Yolları

Reyhan Algül
PEDAMED Psikiyatri Merkezi

Travma Ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Nasıl Baş Edeceğiz?

Burhanettin Kaya
Gazi Üniversitesi Psikiyatri AD

Yıldırma (Mobbing): Nedenler, Sonuçlar ve Çözüm Yolları

Nermin Gürhan
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

TÜKENMİŞLİK SENDROMU VE BAŞ ETME YOLLARI

Reyhan Algül

PEDAMED Psikiyatri Merkezi

Tükenmişlik sendromu aslında sağlık çalışanlarının çok önemli bir gerçekliği, daha doğrusu iş hayatının önemli bir gerçekliğidir. Medyada yer bulması ya da daha çok üzerine konuşulması, düşünülmesi, Meryem Uzerli'nin yaşadığı tükenmişlik sendromu haberlerinden sonra başladı. Meryem Uzerli'den sonra herkes tükenmişlik sendromu nedir, bununla ilgili röportajlar araştırmalar çok daha fazla ortaya çıkmaya başladı. Aslında bizim sağlık çalışanları olarak çok önemli bir problemimiz medyada böyle bir medyatik haberle birlikte açığa çıktı. Bunu da özellikle vurgulamak istedim ve Meryem'in iki resmini koydum tükenmişlikten önce sonra gibi...

Tükenmişlik sendromu nedir? İş stresinin fiziksel ve duygusal bitkinlik yaratması, kişinin mesleğinden kopması, kendisine, çalışma arkadaşlarına ve işine karşı olumsuz tutumlar geliştirmesidir. Üç tür belirtisi var. Psikolojik, fiziksel ve zihinsel belirtiler. Psikolojik belirtilerine baktığımız zaman tükenmişlik sendromu içerisinde olan bir kişi kendisini çaresiz hissediyor, daha kolay öfkeleniyor, hayattan keyif alamıyor, büyük bir hayal kırıklığı yaşıyor işiyle ve hayatın geneli ile ilgili, kendisine saygısında düşme oluyor kendini değerli hissedemiyor. Eleştirilere kapalı olma başlıyor bunların yanında. İşine karşı, hayatına karşı yabancılaşma ve çok büyük bir ümitsizlik. Tükenmişlik sendromu yaşayan bir kişi psikolojik olarak bu tür belirtiler yaşıyor. Fiziksel belirtiler ise, yorgunluk, yorgun uyanma, sabahları kötü kalkma, sık hasta olma, enerji kaybı, geçmeyen bedensel ağrılar, baş ağrıları, solunum güçlüğü... Zihinsel belirtilerine baktığımız zaman ise karar verme güçlüğü, erteleme, dikkat sorunları gibi zihinsel faaliyetlerde bir yavaşlama ve sıkıntı olduğunu görüyoruz.

Tüm bunları yaşayan kişi davranışsal olarak ne tür sorunlar gösteriyor? Verimsiz çalışmaya başlıyor, yaptığı işe karşı ilgisini kaybediyor, işe geç kalmaya başlıyor, işte hata yapma oranları yükseliyor, performans düşüklüğü yaşıyor, sık sık rapor alma, izin bunlar artıyor, iş ortamında gerginlik yaşıyor.

Kimler risk altında diye baktığımız zaman bu sendromun ortaya çıkışı özellikle sağlık çalışanları ile ilgili. Bazı meslek gruplarının bu sendromu çok daha rahat yaşayabildiği

biliniyor. Çok daha insana dayalı sektörlerde çalışanları, geniş kitleler tarafından değerlendirilen ve eleştirilen mesleklere sahip olanlar, hemşireler, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, özel eğitimciler, sanatçılar... Sıklık olarak baktığımızda çok net veriler yok ama yüzde 40 deniyor sağlık çalışanları için iyimser bir rakam. Özellikle işverenler tarafından ya da genel sistem açısından göz ardı edildiği için bu yüzde 40'lar gerçekçi değil.

Cinsiyetler açısından da net veriler yok ama sanki kadınlarda biraz daha fazla gibi literatürün söylediğine göre. Bunu da şöyle söylüyorlar kadının mesaisi evde de bitmediği için tükenmişlik iki katı yaşıyor ve kadının bir yere gelmesi ataerkil sistemde daha zor olduğundan daha fazla olduğu söyleniyor. Tükenmişlik sendromu için kişilik de bir anahtar. Sahip olduğunuz kişilik yapısı da sendroma yakalanmanızı kolaylaştırabilir. Kimler daha çok bu sendromu yaşıyor diye baktığımızda daha idealist, sorumluluk çok alan, mükemmeliyetçi, işini seven, hassas, fedakar karakter özelliği olan kişilerin daha çok yaşayabildiği söyleniyor. Ancak ne iş yaparsak yapalım tükenmişlik sendromu için hepimiz birer adayız. Bunu yaşantısı boyunca yaşamayan ya da hissetmeyen hemen hemen yoktur.

İş ortamlarına baktığımızda iş ortamlarının kendi doğası da tükenmişlik sendromuna belirleyici zemin hazırlıyor. Çalışanların takdir edilmemesi, gergin, mükemmeliyetçi üstlerinizin olması, iş yapmayı sevmeyen astlarınızın olması, yargılayıcı ve stresli bir iş ortamınızın olması, rutin işlerin çokluğu molaların azlığı, belirsiz görev tanımları, sosyal destek eksikliği, mobbing, tükenmişlik sendromunu artıran faktörler.

Neden sağlık çalışanlarının üzerinden tanımlanıyor bu sendrom? Sıkıntısı olan hasta-ya yardım edememek, hastaların düzelmediğini görmek, sık hasta kaybı yaşamak, hasta yakınları ile sorunlar yaşamak, iş yükü ve dinlenme zamanlarının azlığı, hasta gereksinimlerinin finansal, bürokratik nedenlerle karşılanamıyor olması, yetersiz eğitim ve yönlendirme, çalışanlar arası sorunlar, hasta yoğunluğu, sağlık politikaları, taşeronlaşma, sağlık çalışanlarının tükenmişlik sendromu yaşamaları için uygun adaylar haline gelmesine yol açıyor.

Tükenmişlik sendromu işverenler tarafından göz ardı ediliyor. Çeşitli kurumlarda, bugünlerde tükenmişlik sendromu anlatıyorum, popüler bir konu olduğu için. Pek çok işveren, "aman böyle bir şey anlatmayın, çalışanlarımız uyanmasın" gibi bir söyleme giriyor. Sanki bu bireysel bir problem gibi algılanıyor. Halbuki bu, hem çalışılan kurumun, örgütün problemi, hem bireyin problemi hem de toplumsal bir problem. Sadece bireyin kendisini düzeltmesi, ya da git düzel gel demek çözüm değil. Çünkü özellikle sağlık sistemi içerisinde olan insanların bireysel olarak tükenmişlik yaşıyor olması sağlık sistemini çok etkileyecek diye düşünüyorum. Bunun hem bireysel yönleri var. hem de örgütsel bedelleri var.

Bireysel bedellerine baktığımız zaman ruh ve beden sağlığını kaybedebilir, kişiler arası ilişkileri bozuluyor, hayattan keyif alamıyor verimliliği düşüyor, istifa ile yaşanabilecek maddi-manevi kayıplar başlıyor ve iş hayatından soğuma. Aslında bir çok nitelikli insan tükenmişlik sendromu yaşadıkları için iş hayatından kopabiliyor.

Örgütsel bedellere baktığımız zaman işlerin yavaşlaması, aksaması söz konusu oluyor.

Tükenmişlik sendromu yaşayan bir kişinin verimli çalışması beklenemez. Raporlar ve izinler artar, müşteri, hizmet alan kişi ya da hastaya karşı özensizlik ve memnuniyetsizlikte artış başlıyor. İş verimi düşüyor. İstifaların artması ve nitelikli iş gücü kaybı meydana geliyor. Bazı araştırmalarda tükenmişlik sendromu bulaşıcıdır deniyor. Çevrenizde herkes bundan etkileniyorsa sizin de etkilenme olasılığımız daha fazla artıyor.

Neler yapılabilir? Hem bireysel hem de örgütsel bazda yapılabilecek şeyler var. Sağlık sistemi ya da genel politika içerisinde yapılabilecek şeyler var. Burada biraz daha bireysel ve örgütsel çözümlerden bahsetmeye başlayacağım. Gerçekten örgütlere, işverenlere çok iş düşüyor. Bireysel olarak görmemek gerekiyor. Bireysel olarak baktığımızda kişinin psikolojik destek alması, sosyal desteğinin artması, hobi edinmesi, hedef belirlemesi, tatil ve izinler, kendini rahatlatılabileceği aktiviteler, rahatlatma ve nefes teknikleri gibi. En son çözüm olarak da istifa. İstedığımız bir şey değil ancak kişi çıkışsızsa ve baş edemiyorsa istifa da bir seçenektir deniliyor.

Örgütsel olarak baktığımızda işverene çok iş düşüyor. Çalışanı güçlendirmek, görev tanımlarının belirli olması ve bunlara bağlı kalınması, iş modifikasyonu, çalışanların kararlara katılımı, eşit sorumluluk dağıtımı, çalışanı övme iş hayatında çok eksik olduğumuz bir nokta, performansla ilgili geri bildirim, açık bir iletişim ortamı, iş yerlerinde genellikle iletişim şeffaflığı yok, çalışma koşullarında iyileştirme. Kapitalizm içerisinde çok zor bu çözümler çünkü daha çok çalışıp daha az kazanmaya başlıyoruz, emek sömürüsü vb... problemler var. Çalışma yönetimine ağırlık verilmesi, özel seminerlerin verilmesi ve bunun bir kurum kültürü olarak benimsenmesi, kariyer danışmanlığı, bu insanların beklentileri nedir, nereye gidebilirler, bununla ilgili kurum içi sosyal etkinliklerin olduğu söyleniyor. En önemlisi sistemsel olarak bazı şeylerin değişmesi, bunun da bireysel olarak algılanmasından ziyade hepimizin yaşayabileceği bir durum olarak kabul edip kişinin bilinçlenmesi çok önemli.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TRAVMA VE RUHSAL BOYUTLARI

Burhanettin Kaya

Gazi Üniversitesi Psikiyatri AD

Travma Türkiye'nin gerçekliği. Birçok alanda etkisini kalıcı bir şekilde hissettiğimiz bir kavram. Sağlık çalışanları için de önemli fakat ihmal edilmiş bir kavram. Aslında şiddeti ben sadece son gündemimiz olarak hekime şiddet diye algılamayın. Şiddeti içeren her türlü deneyimin orta yerinde hayatı savunan bir meslek olarak acaba nasıl travmatize oluyoruz, nasıl yaşıyoruz bundan bahsedeceğim.

Sunumumda önce travma kavramından söz edeceğim. Travma, bireyin varlığını, fiziki bütünlüğünü, yaşamını tehdit eden, dehşete düşüren, çaresiz bırakan, herkes için sıkıntı kaynağı olabilecek deneyimleri anlatır. Bu deneyimler gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi olabilir. Bireyin kendine özgü bir kesit olması yanında tanıklık olabilir. Yakınının ölmesi, öldürülmesi gibi deneyimler olabilir ki son dönemlerde görsel mecrada izlemek bile travma yaratabiliyor. Bir anlamıyla travma kişinin kendi güçsüzlüğü ile yüz yüze gelmesidir. Çünkü karşısında ister doğal felaket olsun ister insan eliyle oluşturulan bir şey olsun yenilmesi güç bir yapı olarak travmatize edilir. Bireyin hayatı anlamı anlamlandırma, bilgi işleme süreçlerini bozar. Zihinsel işlemlerini bozar ve bireyin kendine, hayat, dünyaya bakışını değiştirir travma. Özellikle Türkiye gerçeği olan karmaşık travmada, Güneydoğu'da yaşanan savaş, aile içi şiddet, işkence, ardı ardına gelen polis şiddeti gibi, tepkiler de aynı derecede karmaşıktır. Bireyin kişilik, bilinç yapısını bozacak şekilde etkiler gösterir.

Travmayı biz üçe ayırıyoruz. İnsan eliyle istemli oluşturulanlar: İşkence, savaş gibi... insan eliyle ama istemsiz oluşturulanlar, araç kazaları gibi... Doğa ile oluşan deprem sel gibi... Bu travmalarla mücadele biçimi ayrımı ortadan kaldırıyor. Mesela depremde belirli kesimlerin önce kurtarılması, yardımlarda ayrımcılık, doğal felaketi birden insan eliyle oluşturulan felakete dönüşüyor. Böyle bir geçiş de var. Yaşayış biçimi de önemli. Depremde etkisi çok yüksek oluyor ama zaman içinde o kendiliğinden iyileşme süreci daha hızlı. Ama cezaevi yaşantıları, işkence, toplama kampları, göçmenlerin yaşadıkları, cinsel şiddet, enstest vs... birey bir miktar kestirebilir travmayı ama sonrasındaki tahrip edici etkisi çok daha yüksektir.

Peki, ne tür psikososyal etkileri var? Travma yaşayan bir kişi ama ailesi ve çevresi de bundan etkileniyor. Korku, güvensizlik, aile içi dinamiklerde bozulma, bireyin toplumsal ilişkilerini bozan bir şey oluyor. Ki travma bireyin, duygu, düşünce ve davranışlarını değiştirirken bunu bir kompleks içinde yapıyor. Travma bütün örgüsü ile bireyi etkiliyor. Bir çok etkisi var. Duygu, düşünce, davranışlar, umutlar, beklentiler, tasarımlar, değerler, inanç sistemleri, kendini ifade etme biçimleri, güven duygusu, bağımsızlık, tüm bunlarda olumsuz etkiler yapıyor. Tek başına yapmıyor. Bunu yaparken bireyin travmaya yüklediği anlam, travmanın biçimi, içinde bulunduğu yaş dönemi, sosyal destek önemli, belirleyici unsur. Türkiye'de finansal ya da kurumsal destek etkilemiyor travmayı ama aile desteği etkiliyor. Biz deprem döneminde bir çalışma yaptık ve şunu gördük, aile desteği azalınca travma artıyor ama devlet desteği azalınca artmıyor. Zaten devlete güven olmadığı için aile belirleyici oluyor.

Değişik belirtiler var travma oluşumunda, travmanın yeniden yaşantılanması yani travmatik sahne yeniden anımsanıyor. Rüya olarak, kabus olarak... Toplumsal geri çekilme, bellek bozuklukları, uzaklaşmak kendinden, aşırı öfkelenme, küçük şeyleri büyütme, aşırı dikkatlilik gibi belirtiler ortaya çıkıyor ve bunlar bireyi biçimliyor. Bir çok hastalıkta görülen ruhsal ve bedensel, cinsel sorunlar, maddeye yönelme gibi durumlar ortaya çıkıyor. Bir çok bozukluk ortaya çıkıyor.

Genel olarak stres bozukluğunun toplumda görülme oranı yüzde 1 ile 14 arasında değişiyor. Farklı risk gruplarında yüzde 100'e varabiliyor. Özellikle savaş gibi işkence gibi olgularda artıyor. İkinci dünya savaşı mağdurlarında 40 yıl sonra bile yarısında devam ediyor. Tıbbi kayıtlara göre... Son derece kronikleşmeye müsait bir hastalık.

Peki, işle ilgili neler diyebiliriz? İşle travma ilişkisi oldukça önemli. Sağlık çalışanları, arama kurtarma ekipleri sürece müdahale ederler ama bütün dikkat mağdur ya da maruz kalanın ruhsal dünyası üzerinedir. Uzun dönem diğerleri göz ardı edildi. Son yıllarda ikincil travmatizasyon dediğimiz kavram gündeme geldi. Özellikle travma mağdurlarıyla görüşen psikologlar, hekimler, çocuk koruma merkezlerindeki ekipler, sağlık çalışanları, acil serviste çalışanlar, yoğun bakım hemşireleri, travmaya maruz kalan grubu oluşturuyor. Bunlar dolaylı travma, vekaleten travma da deniyor. Neler belirleyici? Yaptığımız iş ne kadar yaşamı tehdit eder nitelikteyse. Yani biz hayat kurtarıırken ne kadar hayati riske giriyorsak. Ne kadar parçalanmış bedenlere, ölü bedenlere, ağır yaralılara, ani kayıplara maruz kalıyor, çalışırken iş arkadaşlarımız kaybediyorsak çok daha fazla travmatize oluyoruz, etkileri kalıcı oluyor.

Şiddet ülkenin bir olgusu, son dönem gerçekliğimiz sağlık çalışanlarına şiddet, böyle bir durumda travmatize olmamız mümkün değil. Türkiye'de oran son derece yüksek. Çok fazla insan kamuda ya da özelde çalışan şiddete maruz kalıyor. Kadın hekimler yüksek oranda kalıyor. Biz sağlık çalışanları ikincil travmaya maruz kalıyoruz. Son yıllarda Ersin'i kaybettiğimiz günden beri daha görünür halde birincil travma mağduruuz. Yani sadece travma mağdurlarına yardım ederken etkilenen değil doğrudan travmaya maruz kalan insanlarız. Ruhsal bozukluğumuzun şiddeti de ona göre yüksek. Oranlar da öyle gösteriyor. Kadınlar travmaya daha yoğun tepkiler veriyor. Çalışma süreleri de önemli. Dinlenme aralarının olmaması, uzun çalışmalar, sosyal destek, kurumsal destek olma-

ması önemli etken. Başhekim ya da yöneticilerin hekimi koruyup kollaması o sistemin içinde onları koruyucu bir görev üstlenmesi önemli. Çoğunlukla Sağlık bakanlığı da şiddeti üretenlerin yanında bir duruş sergilemiştir, idare de bu bireysel bir sorun gibi bir refleks geliştirmiştir. Hazırlıksız yakalanma da önemli. Bilgimiz, deneyimimiz eksikse, daha önce bu konuda eğitilmemişsek zarar görmüşsek, geçmiş bir travmamız varsa ve etkileri sürüyorsa, bu deprem ya da ihmal olabilir, tüm bunlar belirleyici oluyor.

Yaygınlık açısından bakıyoruz. İtfaiyelerde hukuk çalışanlarında önemli oranlar var. Hukuk çalışanları mesela İHV’de biz onlara kazıcılar diyoruz, adli tıpçılar, hakikatçiler diyoruz, travmanın özünü anlamaya çalışan, mezarları kazan, oradaki kemiklerle uğraşan, o kemiklerin sahibinin anneleri, babaları dinleyen arkadaşlarımız çok ağır travmatik süreçler yaşıyor. Yine adli tıp çalışanları, 11 Eylül kurtarma ekiplerinde yüzde 19’muş oldukça yüksek oran. Bu benim yaptığım çalışma Sivas’ta, sağlık çalışanlarında oran yüzde 18’di. Oldukça yüksekti ve artıyordu. Akut evrede yaralananları görenlerle ölenleri görenler arasında ciddi fark yoktu, kronik evrede fark ediyordu. Marmara Depremi’nde yüzde 2’lerden yüzde 19’lara varan oranda bir görünüm sergiliyor. İtfaiye çalışanlarında durum yüksek. Bir asistanımın araştırması var, acil bakım çalışanlarında durum nasıl diye merak ettik, bazı hastaneler idari nedenlerle hekimlerle görüşmemizi engelledi. Toplam 123 acil çalışan hekim ve hemşire, 139 yoğun bakım çalışanı ağırlığı hemşire, şunu gördük acil grubunda yüzde 28,8 bulundu. Yoğun bakım grubunda yüzde 15. Görüyoruz ki bu gruplar ciddi risk grubu oluşturuyor.

Peki, etkenler nelerdir? Olumsuz yaşam olayları fazla boyutta. Olumsuz çalışma koşulları yüksek. Ölümcül hastaya daha yoğun biçimde bakım veriyorlar. Yaralılarla, beden travması olan hastalarla çok karşılaşıyorlar. Çocuk ve genç insan ölümlerine, intihara tanıklık ediyorlar. Saldırgan hastalarla karşılaşıyorlar ve şiddete uğruyorlar.

Birçok ülkede yapılan çalışmalar yaygınlık oranının azımsanmayacak ölçüde olduğunu gösteriyor. Meslek hastalığı olabilir mi? Evet bu bizim meslek hastalığımız olarak kabul edilmeli. Çalışırken yaşadığımız travma, özlük haklarımızın içinde tazminat talep etmemiz gereken bir hastalıktır, bunu böyle görmemiz gerekir.

Yapmamız gereken neler?

Bunun iki boyutu var. bireye yönelik ve örgütsel çalışmalarımız var, sistemden kaynaklananlar var, travma konusunda sağlık çalışanlarının eğitilmesi gerekiyor. Bir araştırma var, poliklinik bazında yapılmış, tanısını yüzde 3 koymuşlar sonra dönüp bakmışlar yüzde 38 aslında başvuran hastalarda. Çünkü hekim gelen hastaya şiddet gördün mü daha önce, evde kocan seni dövüyor mu diye sormuyor ama sorulduğunda ortaya çıkıyor. Anlatılan travma bununla ilgili. Bir vakam var, 63 yaşında eski bir sendikacı, 20 yıldır romatizmal hastalıklar ile ilgili yapılmadık tetkik kalmamış, gitmediği hekim kalmamış, bir keresinde tesadüfen cezaevinde bir şeyler yaşadım demiş, 31 yıldır kimseye anlatılmamış ağır işkence öyküsü var, tüm belirtiler bununla ilişkili. Bunu sormadığınız müddetçe 31 yıllık paketlenmiş travma bugünün fiziksel sağlığını belirleyen unsur olarak devam ediyor.

Travma sonrası sosyal destek hizmetleri güçlendirilmelidir. Sınır tanımayan hekimler göçmenlerle çalıştığı zaman mesailerine uyarlar. 5 saat sonra ekip değişir. Çünkü bilirler ki travmatize olacaklar. Ötekini dinlendirip hazırlayarak daha uzun vadede bu hizmeti vermesi sağlanır. Biz 36 saat aç, susuz çalışırız, sonra hızla tükeniriz ve başka sorunlar başlar. Çalışma koşullarının düzenlenmesi gerekiyor. Gereğinde sağlık çalışanlarının psikolojik destek alması sağlanmalı. Burada bize düşen etik bir meslek örgütüdür. Sağlık hizmetleri ile ilgili çok ciddi eğitimler vermekteyiz. Bu konuda duyarlılığı artırmalıyız. Özellikle ilgili meslek grupları, uzmanlık dernekleri, başka örgütler, bu temel noktada sivil sağlık otoritesini tutum almaya zorlayıcı bir çalışma yürütmemiz gerekiyor.

MOBBİNG = YILDIRMA

Nermin Gürhan

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Mobbing diye başladım ama aslında daha çok biz yıldırma'yı kullanıyoruz Türkçede en çok uyan kelime. Şiddeti bir şemsiye olarak kabul edersek şiddetin altında mobbingi, zorbalığı, kadına doğaya, çocuğa hayvana şiddetin tamamını şiddet altında toplayabilmekteyiz. Yıldırma nedir diye baktığımızda bu şiddet şemsiyesi altında, bir kere yıldırma kesinlikle iş yerinde olması gerekiyor. TDK'nin bir çok mobbing tanımına yönelik zorbalık, psikolojik taciz, duygusal taciz diye koymuş ama ülkemizde yıldırma oturmuş bir kavram olarak duruyor.

Nedir yıldırma?

Caydırma, sindirme, mağdurun kişiliğini öldürme gibi anlamlara geliyor. Yıldırma olayı sözlü, dolaylı ya da kasıtlı olarak yapılıyor. Kavramın ilk ortaya çıkışı 1984 yılında İsveç'te iş hayatında güvenlik ve sağlık isimli bir raporun içinde Leymann tarafından psikolojik duygusal taciz olarak ilk kez kullanılmıştır. Mesleki şiddet vakalarında çoğunlukla fiziksel şiddet vakaları öne çıkmaktadır. Yıldırmada ise mesleki şiddetin tekrarı, psikolojik ve yönetsel olarak kavramsallaştırma diyebilmeliyiz. Yıldırmada kişinin yeterliğini küçültücü davranışlar vardır. mesleki becerisini küçültecek hakaretler, kişinin mesleki becerisini tartışmalı hale getirerek çevresinde bir güvensizlik halkası oluşmasına neden olur. Hedef seçilen kişinin yaptığı iş değersizdir, bu nedenle işi yapanın kendisi de değersiz hale getirilir. Yani çalışanın kendisine de şiddet uygulanarak kişinin içinden çıkılması mümkün olmayan karanlık bir kuyuya doğru ilerlemesine neden olur. Mağdurun performansı, kendi yeteneği ve becerisi yüksek olmasına rağmen yetersiz gibi gösterilir veya daha önce şikayet edilmeyen çok basit ufak hatalar büyük sorunlarmış gibi ele alınmaya başlanır. Kurban işinin hakkını vermesine rağmen yaptığı hiçbir iş takdir edilmez, olması gereken toplantılara çağrılmaz unutulur ya da unutulmuş gibi yapılır. Zamanla yetkileri elinden alınır ve sürekli işini kaybetme korkusu ile yaşamaya sağlanır. Yani kişiye, mesleki bir şiddet uygulanarak, isinde huzursuz ve mutsuz olması sağlanır.

Yıldırma mağdurunun, örgüt içindeki yerini incelerken belirttiğimiz, yalnız kişi, farklı (acayıp) kişi, başarılı ve yeni kişi olusu bu aşamada ilan edilir bu ilanlarla birlikte kişiye kadar empati ve diyalog reddi. Ötekileştirme ortaya çıkar. Sürekli mobbinge maruz kalan kişinin; sağlığı, görüntüsü ve düşünce biçimi bozulur. Tekrarlanan saldırılar, normal akıl yürütme ve ilerisim yollarını değişime uğratar. Kurbanlar anlamsız şeylere anlam vermeye çalışır. Korkuları ve ihanete uğramışlık duyguları hem davranışlarını hem de öz denetimlerini olumsuz etkiler. Kurban kimseye güven duymamaya başlar.

Davalara konu olan yıldırma vakalarına baktığımızda genellikle amir konumundaki kişinin mağduru işini yapmamakla suçlaması, mağduru yetersiz olarak değerlendirip aşağılaması, en basit olaylarda dahi yazılı savunma isteyerek taciz edilmesi, işverenin kişisel nedenlerle birlikte çalışmak istemediği işçiyi psikolojik olarak o işten ayırmaya zorlaması gibi davranış biçimlerinde kendini göstermektedir. Kişiler bu şekilde damgalanmaya başlar. Damgalanma o kişinin gözden düşürülmesi, diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesidir. Toplumdaki damgalanmanın içselleştirilmesi bireylerin örselenmesine yol açabilmektedir.

Nefret ya da ön yargı suçu olarak almaktayız yıldırma olayını. Niye nefret suçu olarak yargıda alınıyor, birey cezai bir konuyu içerecek bir davranış uyguluyor. Diğer taraftan kişi her şeyi ile ötekileştiriliyor. Tüm bunlar hukuk kavramında nefret suçu olarak kabul ediliyor ve günümüzde davalarda nefret suçu olarak ele alınabilmektedir. İlki Nisan 2011'de eşitlik ve fırsat komisyonu tarafından Meclis'te yıldırma, mobbing kavramı olarak kabul edilmiş ve bir rapor hazırlanmıştır. Daha sonra içinde benimde katıldığım ve bir çok sağlık çalışanının ve kurum kuruluşlarının birlikte katıldığı Kasım ve Aralık 2012 ayında mecliste sağlık komisyonu grubunun sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili yaptığı toplantı sonucunda bir rapor hazırlandı. Bu rapor TBMM'de Ocak 2013'te de resmi olarak gazetede yayımlandı. Rapor aynen şunu söylüyor. "Psikolojik şiddet içerecek şiddet türlerinden birisini de mobbing oluşturmaktadır. Mobbing bir işyerinde hedef seçilen bir çalışana, asıl maksat gizlenerek, bir kişi ya da bir grup tarafından insan onuru ile bağdaşmayan eylem ve işlemlerle sürekli ve/veya sistematik olarak belirli bir süre hukuk ve etik dışı yollarla yapılan ve mağdurun psikolojik, ekonomik veya sosyal statüsünde olumsuzluklar meydana getiren uygulamaların bütünüdür" diye tanımlanmıştır. Neden sağlık iş kolu diye baktığımızda, sağlık iş kolunda şiddetlerin tümünün yüzde 25'ini oluşturmakta. Yine sağlık iş kolunda şiddet, tüm ülkelerde tüm sağlık meslekleri arasında yaygın. Sağlık iş kolunda çalışanların yarısından fazlası, sözel psikolojik şiddet gibi şiddetin bazı türleriyle karşılaşmaktadır. Ülkemizde yıldırma yönelik bir verimiz yok. Ancak 2002 yılında bazı ülkelerde yapılan şiddete yönelik bir çalışmaya baktığımızda yıldırma en fazla yüzde 31'le en fazla Bulgaristan sonra Lübnan sonra da Güney Afrika göstermekte. Sözel şiddet ise en fazla oranda Avustralya 67, Güney Afrika 52, Tayland 48 olarak görülmekte. Bizim ülkemizde yıldırma yönelik ülke genelini temsil edecek bir çalışma yok. Tayland'da hemşirelerin yüzde 19,8'i yıldırma maruz kaldığını belirtmiş, Bosna'da doktorların yüzde 76'sının yıldırma maruz kaldığı, Kütahya'da bir hastanede yapılan çalışmada yüzde 28,8 yıldırma maruz kaldığı saptanmış. Muğla'da birinci basamak sağlık çalışanlarının yüzde 31'inin yıldırma maruz kaldığı yıldırma uygulayanların yüzde 70'i sağlık çalışanı, yüzde 56,8'i de erkek olarak saptanmış.

Kimlere uygulanıyor? Yüzde 39’la başta hemşireler ve sağlık memuru, yüzde 24 doktorlar, sistem böyle devam ediyor. 19 mart 2011’de Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nda Alo 170 hattı kuruldu. Bir yılda bu hatta müracaat eden 1723 ihbar saptanmış. Bu ihbarlara baktığımızda kamu hastaneleri başta geliyor 112 ile. MEB ikinci sırada, mağazalar 93 vaka, özel hastaneler 85, üniversiteler 52, taşeron şirketler 49...

Sağlık çalışanlarına yine baktığımızda Bursa’da sağlık, eğitim, emniyet çalışanlarına bakılmış, en çok sağlık çalışanlarının yıldırımaya maruz kaldığı saptanmış. Muğla devlet Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin yüzde 26’sı yıldırımaya 22’si cinsel tacize, 77’si sözel şiddete, 24,7’sinin ise fiziksel şiddetle karşılaştığı vurgulanmakta. Çalışanların yüzde 54’ü üstlerinin kendilerini ifade etmelerine izin vermediklerini, 40’i kendilerine yetkinliği olmayan işler verildiği, 49,5’inin iş yerinde kendisine yüksek sesle bağırıldığı vurgulanıyor. Yıldırma kurbanlarının yüzde 64,9’unun işe yoğunlaşmadığı, yüzde 50’sinin adli birimlere şikayet ettiği, yüzde 43’ünün yıldırma karşısında hiçbir iş yapmadığı 37,8’inin duyumsuzluğu yaşadığı vurgulanmıştır. Yıldırma bildirimlerinden sonra çoğunlukla %66,6 olarak saptanıyor. Kurum tarafından hiçbir önlem alınmamıştır. Şu açıdan bizim verilerimiz çok önemli yine Doktor Leymann’ın İsveç’te yaptığı çalışmada öz kıyım girişimlerine bakmış ve İsveç’teki öz kıyım girişimlerinin %15’i yıldırımadan kaynaklandığı saptanmış. Eğer ülkenizde yıldırımaya bu kadar maruz kalma istatistiği varsa o zaman son zamanlarda olan sağlık çalışanlarının öz kıyımlarının mobbing yani yıldırımadan kaynaklandığını düşünebiliriz.

Neden mobbing veya yıldırma dediğimiz kavram her geçen gün veba gibi yayılarak büyüyor? Aslında burada tanıklarında ele alınması lazım, yani seyirciler. Herhangi bir çevrede davranış standartlarını belirlemede normlar önemlidir. Birçok toplulukta anti sosyal ve saldırgan davranışlar norm dışıdır. Bireyler, onaylanmamak ve kınanma korku ile bu tip davranışlar yönelmezler, eğer bu korku ortadan kalkar ise toplumsal normları koruma arzusu da azalır. Bazen bireyler bir grubun üyesi olarak hareket ettiklerinde kendi kişisel değerleri üzerine düşünmek yerine, grubun saldırgan ve anti sosyal davranışları içinde koyduğu kurallara bakarlar. Eğer bu konuda bir yasaklanma yoksa ya da tam tersine normlar bu tip davranışları destekliyorsa bireyler saldırgan ve anti sosyal tarzda hareket eder. Normların içinde en önemli norm sessizlik normudur. Ve grup üyelerinin normlar hakkında konuşması ve normları değiştirmesini engeller sessizlik. Psikolojik taciz tanıkları grubunda tacizi inkar etme ve sessiz kalma kuralı varsa hiçbir şekilde konuşmayacaktır, bir adım öne çıkmayacaktır ve hiçbir şekilde mağdura destek olmayacaklardır. İlk aşamada tanıklar ne olup bittiğini anlayamadıkları için destek olamayabilirler. Daha sonra saldırgan mağdurun hatalı davranışlarına dikkat çekerek yaptığı manipülasyonlarla tanıkları kendi tarafına çekmeyi başarır. Ve bazen tanıkların gerçeği fark etmesi çok uzun zaman alabilir. Farkına vardıklarında ise sessizliğe devam ederler. Çünkü vaktinde tepki vermedikleri için suçluluk duymaya başlarlar. Ama bunun sorumluluğunu da almak istemezler. Eğer saldırgan yönetici ise karşı çıkmak hiçte kolay değildir. Aynı şeylerin kendi başına geldiğinden korktuğu için sessizliğe devam eder. Bununla birlikte tanıklar mağdurun görevlerini üstlenmeye başlamış ve oradan nemalanmaya başlamışsa hiçbir şekilde konuşmaz ve tacizi görmezden gelir. Yine tanıkların en fazla kullandığı savunma düzeneği inkârdır. Ve tepki vermeyen tanıklarda sıklıkla

görülen savunma mekanizmasıdır. Baktığımızda insanlar bu kadar kötü olmaz tarzında bir idealistlik uğruna inkâr ederler. “Benim için her şey yolunda, bana kötü davranılmıyor” düşüncesiyle egoist bir inkâr söz konusu olabilir. “Herkes böyle davranılmıyor demek ki o bunu hak edecek bir şeyler yaptı” yorumu inkâr getirebilir. “Kimse bir şey söylemiyor, şimdi insanlarla ters düşmenin anlamı yok” diyerek inkârı kullanabiliriz. En vahim olanı yöneticilerin tanıklığıdır. Yöneticilerin tacizi görmezden gelmesi, teşhis ve müdahalede bulunma zayıflığı, tacizin büyümesine ve yayılmasına neden olur. 2001 yılında çok güzel bir benzetme yapılmış “güneş yanığı” benzetmesi yapılmış yıldırma ile ilgili. Deniyor ki tacize düşük düzeyde maruz kalma 1.derece yanık gibidir. Sıklıkla oluştuğu fakat kolaylıkla iyileştiği söylenebilir. Daha yoğun olan uzun süreli bir maruziyet sonucunda 2.derece yanık gibidir. Fazla acı vericidir çoğunlukla profesyonel bir yardım ve tedavi gerektirir. 3.derece yanıklar ise kalıcı zararlar ve derin yaralar açar. Tacizde aynı şekilde kalıcı psikolojik hasarlar açar ve uzun süreli psikolojik rehabilitasyonlar gereklidir. O zaman ne yapalım? Her şeyden önce sağlıklı çalışma ortamı ile yıldırma ortamının farkında olmalıyız ve çalışma ortamlarını sağlıklı çalışma ortamlarına döndürmek gerekir. Baş etmek için bazı önerilerimiz; bir kere her şeyden önce iş dışında yaşam alanları geliştirmek lazım. Eğer hayat sadece işle ev arasındaysa yıldırmadan çok büyük darbeler alınmakta. İş çıkışında rahatlatıcı aktivitelerde bulunulması. Günlük yaşamda nükte ve mizah dergilerinin kullanılması okunması. Evde sakinleşecek kendini rahatlatıcak bazı mekânların oluşturulması. Aile düzeyinde öneriler; iş dışındaki yaşamda ailenin ve diğer yakın kişilerin desteği vazgeçilmezdir. Ayrıca bu yolla kişi işi dışında var olduğu ve takdir edildiğinin de farkına varır.

Yine “ Karhan “ şöyle öneriyor nasıl korunması gerektiğini, diyor ki; her şeyden önce kurban rolünü kabul etmeyin. Yani siz kendinizin kurban olduğunuzu kabul ettiğiniz anda savaşı kaybedersiniz, kurban rolünü kabul etmeyin. Yönetimi süreçten haberdar edin. Hemen üstünüzdeki yönetici size yıldırma yapıyordur. Daha üstüne, daha üstüne ve daha üstüne. Size yıldırma yapıyorlar bile tüm üste ileriye yönelik veriniz açısından bilgilendirin. Duygularınızı ve yaşadıklarınızı içinize hapsetmeyin. Çünkü bastırılmış duygular size zarar verir. İfade edin. Önce düşünmek ve veri toplamak gerekir. Düşünün konuda ve veri toplayın her şeyi yazılı isteyin. Bütün verileri doneleri toplamaya çabalayın. Olayın arka planını, bağlantılarını, inceliklerini düşünün. En büyük hata karşı tarafın savaş alanına girmektir diyor. O kişi sizin duygusal tepki vermenizi istiyor. Savaş alanına girdiğinizde, duygusal tepki verdiğinizde kaybetmeye başlarsınız. Tam tersine siz düşünerek tepki verirsiniz siz onu düşündürmüş olursunuz, düşündürmeye zorlarsınız. Yıldırma uygulayanı düşündürterek, düşündürecek yollar bulmak en iyi çözümdür. Bu arada öz eleştiri yapıp kendinizi sorgulamanız, sorunu sorumluluğunda kendinizi algılayabilmemiz ve bunu hissettiğinizde olumlu tepkiler verirsiniz. Öncelikle tüm çalışanlar yıldırma konusunda bilgilendirmelidir, oluşmasını önlemek için. Temel iletişim becerileri, çatışma çözümleri, problem çözme, öfke kontrolü gibi konularda çok iyi eğitilmek lazım. Nereye, nasıl müracaat edecekleri konusunda bilgilendirilmeliler. Önce bölgesel olmak üzere yıldırma merkezleri oluşturulmalı. Ama bunlar reklam için oluşturulmamalı. Bu merkezlerde iş psikologu, psikiyatrist, uzman psikiyatr hemşireleri ve yıldırma alanında uzman danışmanlar yer almalı ve kişilere yardımcı olmalıdır. Kayırma burada çok

önemlidir. Kayrılan kişi üst ya da as olabilir. Kayrılan kişi amir konumunda ise arkasında onu koruyan bireylerin bulunduğu emindir. Gücüne güvenmektedir ve istediği her şeyi yapabileceğine inanır. Karakteri, zekâsı, çalışkanlığı, fikirleri ve ya herhangi bir özelliği kendisine uymayan bir asıyla istediği gibi uğraşabilir. Ancak kurnaz olması gerekir. Bu süreci başlatırken arkasındaki gücüde daima yanında hissettirmelidir. Bu nedenle aslı düşmanca davranışa sevk edebilmek ve sanki kişi ikisinin arasında hiçbir sorun yokmuş gibi izlenim yaratmak ve yıldırmaı başlatmak için bulunabilecek en güzel bahanedir.

Bir olay karşısında susuluyor ise o olayın kabul edildiği unutulmamalıdır. Einstein sözü “dünya kötülük yapanlar yüzünden değil, seyirci kalıp hiçbir şey yapmayanlar yüzünden tehlikeli bir yerdir”. Şu karikatürü yapan ve altına yorum yapan kişiyi çok seviyorum ve her yerde kullanıyorum. Kendine güven, alışılmış kalıpların dışına çık, çözüm yolu yanı başındadır. Filleri koyduk, çünkü yaşadığım bir şeyde özellikle beni simgeler hale geldi filler, bakın çok basittir yıldırma. Şöyle bir atasözülle bir yıldırma; “dikkat et filler tepişir çimler ezilir” dendi. Biz büyük insanlarız, biz güçlüyüz, biz üstte tepişebiliriz siz çimensiniz sizi ezeriz. Ve şöyle bir cevap verdiğinde tabi koptu ipler evet tabi haklısınız, filler tepişir, çimenler ezilir kabul ediyorum ama çimenlerin ıslak olmadığına dikkat edelim, kayarsa filin düşmesi ve kalkması zordur. Ve en sonda “bir insanı ahlaken eğitmeden sade zihnen eğitmek topluma bela kazandırmaktır” diyorum Roosevelt’in sözüyle.

Mevlüde Karadağ

İlk soru hakkını kendime veriyorum izninizle. Konuşmacılarımızın sundukları tükenme, mobbing ya da travma ile ilişkin bilgilerin ışığında aslında sağlık çalışanları olarak hepimizin psikososyal risklerle karşı karşıya olduğumuzu ve çokta yoğun bir şekilde yaşadığımız açıkça ortaya çıkıyor. Benim sormak istediğim birçok sağlık çalışanı özellikle hemşirelerde sağlık meslek lisesi düzeyinde verilen adölesan yaşta verilen bir eğitim ve sonra da adölesan yaşta mesleğe başlama. Bu psikososyal risklerin ortaya çıkmasında, daha mesleğe başlamadan bir aday haline gelmesinde bir etken midir?

Burhanettin Kaya

Ben sunuda vurguladım, hazırlıklı olma konusunda. Özellikle sağlık liselerinde okuyan sağlık çalışanlarının yani hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının erkek-kız sağlık öğrencilerinin en önemli sorunları etiketlenme durumu ile karşı karşıya kalmalarıdır. Daha mesleğe başlarken aslında tıp fakültesi, tıp eğitimi çok önemli bir bilgi klasına sahip olmakla beraber çok ikincil, sadece yardımcı elemanmış gibi algılanmaları onların örselenmeye çok uygun bir zeminde başlamalarına yol açıyor. Oysa bizim sağlık hizmeti içindeki en önemli iş arkadaşlarımız. Ama zihinsel bir alt yapı var hemşirelere yönelik özellikle zemin hazırlığı diyebiliriz bir de bu sadece sağlık eğitimi ile ilgili değil genel eğitim içeriğine baktığımız zaman ilkokuldan itibaren ötekileştirmeyi, şiddeti üretmeye çok uygun bir yapı var. 4+4+4 biraz daha bunu içinde bu da çok tartıştık. Zaten eğitim kendi içinde daha seksist, daha erkek egemen bir söylemde var kullanılan eğitim materyallerine baktığımızda. Şiddeti zihinde daha meşru kılan bir eğitim tarzı var bu bir faktör.

Nermin Gürkan

Ben şöyle bir katkıda bulanayım aynı zamanda. Sağlık meslek liselerine baktığımızda gerçekten çok küçük yaşta klinik çalışmasına başlıyorlar. Tıp eğitimi, birçok sorumluluk ve yük getiren bir eğitim. Küçük yaşta, bizlerin sokakta oynadığı yaşlarda onlar hastanelerde çok büyük ağır hastaların ağır bakımları daha öğrencilik yaşta veriliyor. Aynı zamanda çok küçük yaşta kliniklere çıkmak kazalara da sebep oluyor. Yani henüz daha kendini korumayı, kendini savunmayı öğrenememiş yaşta 15, 16, 17 yaşındaki, çocuk denecek yaştaki insanlara başka insanların haklarını, hukuklarını savunması isteniyor. Kendisinin henüz sağlığını koruyabilecek yaşta değilken, başka insanların sağlığını koruması isteniyor. Ve sistem içerisinde özellikle kliniklere gittiklerinde, uygulama alanlarının da henüz çok küçük yaşta oldukları için hekimde, hemşire olarak da ya da klinikteki büyük kişiler ya da kliniğin hâkimi olan kişiler lise düzeyindeki bu çocuklara genellikle daha angarya işler daha hastanın dışında olan işleri vermeye çalışıyorlar. Bütün bunlar onları ister istemez yıldırma neden oluyor ve ruh sağlıklarına etken oluyor. Bu yüzden sağlıkta olan eğitim lise düzeyinde olamaz. Önce kişinin büyüme ve gelişiminin tamamlaması ve o gelişimi tamamladıktan sonra kendi iradesi ile bir mesleği seçmesi ve o mesleği icra etmesi gerekiyor. Bu yüzden sağlık meslek liselerinin aciller, ambulanslar falan deniyor nerede istihdam edilecekleri belli değil birçok alanda sağlık meslek lisesinin var hiçbir şekilde sağlığı koruyan değil tam tersine çocukların sağlığını bozan bir sistem.

Yaşar Bilge

Adli Tıp uzmanıyım. Sunumun geliştirilmesi babında açıklama yapmak istiyorum. O da kentsel saldırı ve cinsel istismar kelimelerinin tecavüz kelimeleriyle tercih edilmesiyle ilgili. Üçüncü söylemem gereken hadise de özellikle ölümle ilgili süre izleyen kişiler için. Ülkemizde diğer ülkelerde olduğu gibi, pozitivist bir yapılanma ile bu süreci daha kolay atlatılması yönünde çalışma yapılma gereğinin olduğu bir süreci bildirmek istedim.

Ercan Küçükosmanoğlu

Bir iki soru sormak istiyorum. Bu sorular da konuşmaya gerekli katkıyı içeriyor. Burhanettin hocam travma sonrası ses bozukluğundan bahsetti. Şimdi birkaç olay var. 12 Eylül'den sonra işkence görenlerden bahsettik. Şimdi bu işkenceciler mahkûmiyet anlamında bir ceza görmediler. Kenan Evren yargılanıyor ama arkasında bir şey yok. Sanki insanlara öyle bir hava verilmek istendi ama bunlar esasında yargılanmıyor. Yargılanmalar nasıl olur diye sormak istiyorum. Bunun örnekleri var mı? Dünya da bunun örnekleri var. İnsanlar da işkencecilerin yargılandığını görünce o ses bozukluğu geçiyor mu? İstanbul, Körfez ve Van depreminde de oldu. Buradaki müteahhitler doğru düzgün yargılanmadı. Eğer yargılansa, ceza olsa orada ki mağdurlar, ses bozukluğunu yaşayanlar ses bozukluğunu daha çabuk atlatılabilir mi? Bunları atlatabilenler olmuş mu? Nermin hocama da bir şey sormak istiyorum. Türkiye de 12 Eylül öncesini de biliyoruz. Mercii hükümetlerin zamanında çok büyük kadrolaşmalar oldu ve büyük bir öğretmen kıyımı özellikle Milli Eğitim tarafından gerçekleştirildi. Şimdiki kadrolaşma bu 10- 11 yıldır çok daha büyük. Yani herhangi iki yıllık doktor başınıza başhekim olabiliyor. Ya da tüm

fen liselerinde yandaş memur öğretmenler daha fazla para almak için fen liselerine tayin ediliyor. Milli Eğitim’de, sağıkta tecrübesiz insanlar yönetimde. Benim çalıştığım hastane de herhangi bir insan gelip şef olabiliyor. Oysa Tecrübeli birçok doktor var şef olması gereken. Böyle bir düzen kurmaktan bahsetmediniz. Böylesi bir siyasi anlayışı, bu hükümetin getirdiğini... Esas olay burada ki komiklikten kaynaklanıyor. Benim kendi alanımda yaşadığım pek çok şey de var. Başka yaşayan arkadaşlarımız da var. Doçent oldum 3 yıldır ve doçent kadrom verilmiyor. Pek çok insan buna benzer şeyler yaşıyor. Burhaneddin hocamın da profesörlüğü verilmiyormuş. Şimdi böyle bir şeyden çok fazla bahsetmediniz. Konumuzla çok ilişkisi var. Bahsettiğiniz 170 hattını ben ilk defa duyuyorum. Bu hak ile gerçekten bir şeyler yapılıyor mu? Yani bizim pek çok tanıdığımız insan mobbinge uğruyor ve 170 hattına öyle bir başvuru yapılmış mı, onu öğrenmek istiyorum.

Nermin Gürkan

Son sorudan başlayarak gideyim. Şimdi önce alo 170 hattını söyleyeyim. Sosyal güvenlik bakanlığının kurduğu hat daha çok istatistikî olarak çalışıyor. Fakat bu sene satılmak isteniyor veri toplamak için. Ama bazı psikologlar, bazı iyi niyetli çalışmak isteyen kişiler var. Bu bir kaç ay içerisinde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından mobbinge ilgili bazı kitaplar ülke genelinde dağıtılmaya başlandı. Bilinçlenmeye doğru adımlar attı. Ama bu 170 hattı çok fazla duyulmadı. Haklısınız. Birçok kişi böyle toplantılarda, konferanslarda söylediğimiz de duyuyorlar. Sosyal Çalışma Bakanlığı’nın toplantısına katıldım. Burada çok fazla aktif olarak iş yapan ve kişilere yardım eden değil. O yüzden biraz önce değinmiştim ki, merkezler çok önemli ama göstermelik olmamalı. Bir yerlerde bir şeyler yapıyor gibi olmamalı. Merkezlerin yapması gerekenleri vurguladım. Böyle bir merkezi yapı yok. Türkiye de de hiçbir yerin bahsettiğim tarzda merkezi bir yeri yok. Umarım bunları halletmiş olacağız. Burhaneddin ile birlikte merkezi noktaya bu sistemin içerisinde bir duruş sergileyerek ve iyi bir şekilde gitmek istiyorum. Diğer yandan haklısınız, yani insanlar yıldırılmaya maruz kalmıyor değil. Ben 4 yıldır yıldırılmaya maruz kalan bir kişiyim. Birçok davalarım var ve birçok davaları kazandım. Bu konuyla ilgili baktım olacak gibi değil” A dan Z’ ye Mobbing” diye bir kitap yazdım. Şuanda Sosyal Güvenlik Kurumu ülke genelinde dağıtıma aldı kitabı. İçerikte hukuksal boyutuyla ele alıyorum. Her yerde var. Ben mümkün olduğu kadar genel bilgilerle yıldırılmayı önlemeye çalıştım. Söylerken de dediğim gibi. Arkadaki, gücünü bilir bunu bildiği içinde çok rahatlıkla yapar. Ama benim arkamda rektör var, bakan var milletvekili var diye söylemez, arkasındaki gücü göstermez. Sanki çok basit bir olaymış gibi aramızda da hiçbir sorun yok aslında seninle benim. Biz neden sorun yaşıyoruz havası gösterip arkadan size bunu uygular. Nedeni ille de dediğiniz gibi toplulaşma, örgütlenme değil. Fiziğinizden hoşlanmaz yıldırma yapar. Ekonomik gücünüzden rahatsız olur mobbing yapabilir. Mesela ben söyleyeyim. Üniversiteden arkadaşşıma dekanın yaptığı yıldırılmaya, mobbinge uzun süredir tanık oluyorum. Yıldırmanın nedeni ne biliyor musunuz? Dekan ufak tefek, arkadaşşı boylu poslu bir bayan. Şuna bak. Boylu poslu, endamlı. Gıcık oluyorum diye yıldırma başlamış. Yani boylu poslu endamlısın senden hoşlanmıyorum.

Burhanettin Kaya

Mobbinge ilgili bir şey söyleyerek bana sorulan soruya döneyim. Dediğiniz gibi mobbingi sadece bireysel ya da ast-üst altında yaşanan, sistemden bağımsız bir olay olarak görmek son derece de yanlış. Son dönemde mobbingin artmasının temel nedeni neo-liberal politikalarıdır. Rol belirsizliği, çatışması, güvencesiz çalışma riskli ortamlarda çalışma, özlük haklarındaki gerilemelerin hepsi mobbingi üreten bir zemin yaratmıştır. Bağımsız düşünülmemesi gerekir. Mobbingi savunmak aslında sağlık emekçileri arasındaki dayanışmayı da parçalayan bir şey. Sanki sorun emekçiler arasındaymış gibi algılatılan bir zemin hazırlanıyor. Mobbing sınıfsal bir konudur. Sınıf dışı bir kavram değildir. Yani bireysel bir noktadan bakmamak durumundayız. Nermin'in bir dernek kurma çabası var ve destek veriyorum. Çünkü şuana kadar olan dernekler çoğunlukla bu olaydan bir miktar kendilerine özgü bir rant alanı yarattılar. Sistemde karşı duruş sergileyen bir örgüt kurmak bu konudaki diğer yapılarla temas etmek gerekiyor. O açıdan bu çaba önemli.

Travmaya gelince, işkence konusu ve 12 Eylül'den söz ettiniz. Bir defa travmanın etkilerinin olmasının en önemli konusu adaletin tecellisidir. Travma dünya inancını bozar. Onun yeniden kurulması ancak adaletin tecellisinde olur. Travmayı üretenler sadece kişiler değildir. Sistem yargılanmaz ve ceza almazsa o travmanın etkileri kronolojikleşir. Bu 12 Eylül içinde geçerli. O yüzden AKP'nin bu dönemde 12 Eylül yargılamasının anlamı yok. Çünkü Kenan Evreni yargılayıp ceza verseniz de üç beş işkence yapan polisi alıp hapse atsanız da, sistemin kendi içerisindeki sorumluluğunu yargılamaz ve cezalandırmazsanız, bunun bir anlamı yok. Çünkü bununla ilgili bir konuşma da söylemiştim. 12 Eylül 32 yıldır devam ediyor. Bu yargılama göstermeliktir. Eğer gerçekten onun etkilerini yok edecekse toplumsal travmanın yasalarını değiştirsin. Halen 12 Eylül yasalarıyla bu sistem kendini var ediyor, seçimleri kazanıyor. 12 Eylül faşizminden söz ediliyor ama şuanda daha çok kendini gören olan bir faşizm örülüyor ve yeni yeni şiddetler örülüyor. Son süreçte Gezi de olduğu gibi. Çok açık şekilde standartlara aykırı orantısız şiddet kullanmaya istekli olduğunu dünyadaki tüm biber gazı potansiyelini boşaltmaya hazır olduğunu gösteren bir süreç. Bu travmanın geçeceğini düşünmek yanlış. Travma sonrası olmayan, sürekliliği olan bir şey.

Depremle ilgili bir şey dediniz galiba, onarılabilir mi diye. Evet, şöyle onarılır. Sadece sistem adaletin tecellisinde faktör, ama sosyal destek sistemde son derece önemli. Özellikle sağlık çalışanları açısından... Önceden hazırlıklı olmak kadar travmatize olmayı destekleyen, onun yeniden topluma uygunluğunu arttıran çalışmalar yapmalıyız. Tedavi grubu en düşük olan grup sağlık çalışanlarıdır. En ihtiyacı olan grup olduğunu son dönem yaşananlar gösteriyor. Kendilerini tedavi etmek konusunda daha isteksiz oluyor hekimler.

Hasan Oğan

Hepimiz, tüm sağlıkçılar ve hekimler sağlık emekçisiyiz. Tükenmişlikle, mobbinge baş etmenin yollarını söylediniz ama burada tedavi olmak konusunda büyük tereddütlerimiz var. Meslek kuruluşları olarak kritik noktayı belirleyip sağlık çalışanlarına önerilerde bulunabilir miyiz? Yani bir eşik nokta var mıdır? Bilimsel olarak açıklayıp önerilerde

bulunursak isteyen yardım alır ya da almaz. Ancak olayı genelde kendi seyrine bırakıyoruz. Sağlık çalışanları ileri durumlarda tedavi olmayla karşı kaşıya kalabiliyor. Tüm meslek grupları da bu öneriler çerçevesinde sağlık çalışanları ile ilgili kendine bir yol çizmeli.

Psikolojik baskı kavramına genel bir yaklaşım var. Bu baskıyı, mobbing uygulamasını iş yerinde olarak tanımlarken hayatın diğer alanlarında da mobbing uygulanmakta mıdır?

Özkıyımaya yönelik anestezi çalışanlarıyla ilgili bir çalışmaya başladık. Belirli sonuçlara ulaştık. Bu duruma gelen arkadaşlar açısından psikolojik destek almaları önemli. Gerek mobbing, gerekse sağlık çalışanlarının ruhsal sorunları için mesleki psikolojik destek birimleri oluşturulabilir mi? Sağlık çalışanlarına çözüm önerilerimiz ne olabilir?

Reyhan Algül

Çok doğru bir noktaya temas ettiniz. Zaten toplumumuzda psikolojik destek alma kültürü yeterince oturmamış. Daha yeni yeni oturmaya başlıyor. Birçok meslek grubuyla çalışıyorum ben psikolog olarak. Ama sağlık mensupları geldikleri zaman ister hemşire olsun ister doktor olsun “işte bende sağlıkçıyım ama bunu çözemedim” diyerek geliyorlar. Yani ona o kadar zor geliyor ki psikolojik destek için başvurmuş olmak. Hâlbuki hangi meslekten çalışır olursanız olun buna ihtiyacınız vardır. Hatta psikologun da psikologa ihtiyacı vardır. Biz kendi aramızda deriz ki herkesin bir psikologa, bir psikologun iki psikologa ihtiyacı vardır. Bu çok normal bir şey. Bir kere öncelikle sağlıkta, eğitimde bu kültürü oluşturmak, psikolojik desteğin bir gereksinim olduğunu, insanların bundan faydalanması gerektiğini yerleştirmek gerekiyor. Sağlık çalışanları çok daha az başvuruyorlar. Şunu da çok görüyoruz. İşte ben kendi kendime spralex'e başladım. Ya da bir arkadaşım var ona sordum. Hâlbuki sağlık çalışanlarının çok daha bilinçlenmeleri gerekiyor. Bu da eğitimle başlayacak bir şey diye düşünüyorum.

Nermin Gürkan

Mobbing iş yeri dışında olabilir mi sorusuna gelirsek... Şimdi benim ilk başta iş yeri temsilciliği kurma nedenim oydu. İş yerinde oluyorsa mobbing diyoruz. Okulda yani lisede oluyorsa yani çocukların kendi arasında bir şiddet oluyorsa 'buring' (akran zorbalığı) evde oluyorsa kadına şiddet diyoruz. Yani şiddetin altında olmalı. Yıldırma iş yerinde olduğu için iş yeri diye söylüyoruz. Siyasi şiddet. Yani ODTÜ'de olan mobbing. Burası bir iş yeri ve üst bir amir tarafından beklenmedik şeyler yapılıyor. Bir de mobbing merkezleri bir sürü yerde. Gazi Üniversitesi'nde, merkezinde mobbing uygulanan kişileriz. Merkezi olması şikâyetlerde biraz gazının alınması anlamına geliyor.

Kezban Atakoğlu

Emekli hemşireyim. Bugün sağlık çalışanları sağlığı 4. ulusal kongresinde sabahtan bu yana tükenmişlik sendromu, şiddet ve mobbing konularını işledik. Reyhan Hanım, sizi konferansa çağıran yöneticilerin tükenmişlik sendromu konusunu istemediğinizi söylediniz. Çok haklılar. Biz sağlık çalışanları olarak 15 yıldır yaklaşık hizmet içi eğitimlerimizde, konferanslarımızda tükenmişlik ve mobbing konularını işliyoruz. Sunumdan

çıkan insanlarda farkındalık yaratmayı amaçlıyoruz.

Meğer biz neler yaşıyormuşuz yıkılmışlığı ile çıkılıyor bu eğitimlerden. Benim söylemek istediğim şu; biz çalışma hayatının iyileşmesi anlamında tükenmişlik ve mobbingi ne kadar kavramsallaştırdık, ne kadar çalışanların kazanımları içine katabildik. Ve sendikal mücadelelerin içine katabildik. Hala hiçbir kazanım yok. Bir arpa boyu yol kat edilmiş değiliz. Sadece terim olarak büyüdüğünü biliyorum. Benim de bu konuda öğüdüm Hasan hocam gibi tüm sağlık çalışanları ve alanda faaliyet gösteren sendikaların birlikte çalışmasından yana. Ama bizim dilimize bile sinmiş bir ayrımcılık, şiddet olduğunu biliyorum. Mesela şöyle diyelim. Tüm çalışanları meyveler olarak düşünelim. Elmalarda sağlık çalışanları olsun. Biz sürekli şöyle diyoruz doktor ve diğer sağlık çalışanları. Böyle bir ifade size dil bilgisi kuralları mantığı açısından doğru geliyor mu? Elmalar ve yeşil elmalar diyor muyuz? Doktor sağlık çalışanı değil mi? Doktor ve diğer sağlık çalışanları gibi bir çirkin bir kalıbı kullanmaktan vazgeçerek, ortaklaşmayı önererek sözlerimi bitiriyorum. Çalışma hayatında kazanım olarak bu kavgaların neresindeyiz?

Nermin Gürkan

Çalışma hayatında kavramların neresindeyiz? Ben çok kötümser değilim. Ama her şeyin daha iyi olduğu, toz pembe olduğunu da söylemiyorum. Daha önce yıldırma, mobbing denilince kimse bir şey anlamıyordu. Sağlık Çalışma Sosyal Bakanlığı hiç el atmıyordu, meclis toz kondurmuyordu. En azından mecliste konuşulmaya eğitimler alınmaya başlandı. Farkındalıklar olmaya başladı. Biraz önce de dediğim şey. Bizim kavramdan çok tanıkları ele almamız lazım. Bizler burada tanıştık. Her zaman toplum olarak bana dokunmayan yılan bin yaşasın diye düşünüyoruz. Bu zihniyetle gittiğimiz sürece daha uzun sürelerde yol alacağız. Ama ben çok olumsuz olarak bakmıyorum. Biraz önce söylediğim atasözü de bir yıldırma, özellikle verdim. Biz insanın yolda giderken yüzüne bakarak yere tükürüp, yalnızlığını eziyor gibi yapmamız da bir yıldırma şiddettir. İş yerinde amirin yaptığı bir tavır. Bence güzel gidiyor ve iyi gidecek.

Burhanettin Kaya

Ben sendikalarla ilgili bir şey söyleyeceğim. Sendikalar çok önemli. Ama ülkemizde çok önemli bizim bildiğimiz savunduğumuz sendika mobbingi üreten sendikalar içindedir. Sendikalara karşı kazanılmış mobbing davaları vardır. Hala sendika çalışanı olup mobbing görenler vardır. Sendikalar erkek egemen kültürün çok baskın olduğu örgütlerdir. Ki DİSK'in içerisinde kadın genel sekreterimiz var. Bu nedenle mobbingi sendika süreci önleyecek mi sorusuna diyeceğim şudur. Onlarında kendilerine çuvaldızı biraz batırmaları gerekiyor.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞINA VE GÜVENLİĞİNE YÖNELİK HUKUKSAL YAKLAŞIM VE UYGULAMALAR

Yeter Kitiş

İş Sağlığı Hemşireliği Derneği / Yürütücü

Arif Müezzinoğlu

Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı Kolu / Yürütücü

Sağlık Hizmetinde İş kazaları ve Meslek Hastalıklarında Hukuksal Çözüm, Hukuksal Algoritma

Yıldız Ertuğ Ünder

Hekim - Serbest Avukat

Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı İş kazaları ve Meslek Hastalıklarında Genel Durum, Örnek Olgular

Şeref Özcan

İş Güvenliği Müfettişi

SAĞLIK HİZMETİNDE İŞ KAZALARI VE MESLEK HASTALIKLARINDA HUKUKSAL ÇÖZÜM, HUKUKSAL ALGORİTMA

Yıldız Ertuğ Ünder

Hekim - Serbest Avukat

Dünden beri değişik biçimde ortaya konulan sağlık sektöründeki sağlık çalışanlarıyla ilgili sıkıntıları bir de hukuksal açıdan toparlama ve tekrar bu sunum. İş kazaları ve meslek hastalıkları genel olarak çok ciddi bir sorun bizim ülkemizde de. Sağlık çalışanları açısından ise durum daha da vahim. Daha önceki sunumlarda da bir biçimde dillendirildi. İş kazasının meslek hastalığı olduğunun farkında dahi olmayan sağlık çalışanı kitlelerimiz var. Yeni yeni farkındalık yaratmaya başladık. Başkalarının sağlığını korumaya çalışırken uğradığımız zararları bilmiyor değiliz. Bilip de belki bir şey yapılamayacağı karamsarlığından kaynaklı durum. Bir net algılama da yok. Neyse ki son zamanlarda giderek farkındalık artıyor. Sevindirici olduğunu düşünüyorum. Bu noktada hukukun önemli bir işlevi olduğunu düşünüyorum, Uzun yıllar sağlık çalışanı olarak birçok yerde, birçok birimde çalışan biri olarak. Hukuksal müdahaleler, hukuksal taleplerimiz aslında hastanelerde ve diğer sağlık birimlerinde ki çalışma koşullarımızı her anlamda değiştirip, iyileştirebilecek birer araç. Tabii ki sadece hukuksal çözümle bir yere varamayacağımızı biliyoruz. Ama önemli bir araç olduğunu unutmayıp onu en iyi şekilde kullanmak gerektiğini düşünüyorum. Şimdi burada bir süre önce yürürlüğe giren iş sağlığı ve iş güvenliği kanunumuz var 6331. Öncelikle adından dolayı sevmediğimiz işçi sağlığı, iş güvenliği olması gerektiğini, öznesinin insan olması gerektiğini düşündüğümüz bir yasa. Ancak bir takım olumlu yanları var. Bizim kullanmamızla, bizim işlerlik kazandırma-mızla çok daha olumluya dönüşebilecek bir yasa. Özellikle sağlık çalışanlarının da iş kazası, meslek hastalığı ve mobbing durumlarında yararlanabileceği bir kanun. Burada tümünü okumayacağım. Kimlerin dâhil olduğunu belirten bir kanun. Daha önce çok ciddi bir sorunumuz vardı. Öldürülen sağlık çalışanı arkadaşlarımız, şiddete uğrayan, hastalanan sağlık çalışanı arkadaşlarımız, kamu hizmetinde çalışıyorlarsa bunların dava edilmesi ciddi bir sorundu. İdarenin işverene, sorununa gidebilmesi ciddi bir sorundu. Çünkü iş kanunu kapsamında değillerdi. Bir ucube vardı ortada. Bu kanunun iyi bir yanı tüm çalışanları bir çatı altına toplaması. Kamu'da da çalışıyor olsak tüm çalışanlar bu kanun hükmünden yararlanmak zorundalar. Çok ciddi bir avantaj sağladı bize. Burada bu kanunla ilgili birkaç istisna var. MİT de TSK' da çalışanlar kanun istisnalarından. Ama şuna değinmeden geçemeyeceğim. Ev hizmetlerinde çalışanları ve hükümlü- tutuklu-

luklarında ceza işçiklerinde çalıştırılanların bu kanun kapsamı dışında bırakıldığını görüyoruz. Burada çok ciddi bir eksiklik var. Bu konuda mücadele veren dernekler var.

İş kazası tanımı yasa da açık. İşveren tarafından yürütülmekte olan bir iş nedeniyle veya işverenin görevli olarak işçiyi başka bir yerde, işçiyi çalışan olarak başka bir yere gönderdiğinde, asıl işini yapmaksızın zaman geçiriyorsa, bu trafik kazaları başka yere göndermede ki bu kapsama giriyor. Taşıyla gidip-gelmeler sırasında tüm bu işle ilgili bir şey yaparken meydana gelen sigortalıyı o anda veya sonradan bedenen ya da ruhsal açıdan zarara uğratan olay diye tanımlıyoruz. İş kazası sayılıp sayılmaması kuruma bırakılmış. Devletin ya da kontrol ile yetkilendirilen memurlar, bakanlar ya da müfettişler tarafından soruşturulmaktadır. Bu konuda değişiklikler var. Burada genellikle yoğunluktan dolayı iş kazalarıyla ilgili dosya üzerinden araştırma yapılmakta, işveren bildirmek zorunda. Bildirdikten sonra dosya üzerinde özel bir durum içermiyorsa iş kazası dosya üzerinden karar verilebilmekte. Dosya üzerinden karar verilemeyen istisnai durumlarda ünitenin, kurumun yeterli açıklamayı, yeterli veriyi sağlayamadığı dosyalar şüpheli görünen olayları uzun süreli tedavi gerektiren dolayısıyla tedavi geliri ödediği mahremiyet ya da ölümle sonuçlanan iş kazalarının denetimini, çalışma sosyal güvenlik bakanlığı müfettişleri ya da sosyal denetmenler üstlenmiş durumda. Bu bir süredir sosyal güvenlik denetmenlerine devredildi. Bunun ciddi bir sakıncası olduğunu düşünüyorum. Müfettişlerin konudaki çok yoğun ve özel birikiminin olmadığı bir grubun elinde değerlendirilmeye başlanacak. Çalışan sağlığı açısından oldukça sakıncalı olduğunu düşünüyorum. İş kazalarında kusur oranları önemli. İşverenin veya çalışanın kendisinde olayla kusuru olup olmadığı veya üçüncü kişinin kusurlu olup olmadığı çok önemli. Tazminat davalarında veya ceza davası açılmışsa kazaya neden olan kişiler arasında kusur çok önemli. Kusur raporlarıyla ilgili sıkıntılar var. Bu konuda farklı kurumun farklı rapor verdiği, dava açılmışsa mahkemelerden gelen bilirkişi raporlarının farklı olduğu birçok dava dosyası var. İş kazalarının bildirimine gelince... İşveren üç gün içinde bildirmek zorunda. Yeni yasa ile birlikte çalışma bakanlığına bildirim kalktı sadece SGK'ye bildirim sözü. 3 gün içinde bildirilmesi söyleniyor ama bu konuda da ciddi sorunlar var. Bir kere sağlık çalışanları açısından çok net gördüğümüz, duyduğumuz, içinde olduğumuz ortam neredeyse hiç iş kazası hatta meslek hastalığı bildirilmediği, (neredeyse diyorum zaten sağlıkçı, hastanesinde bir şekilde meydana gelen yaralanma herhangi sıkıntıyı vs. kendisini de sağlık sektöründe olduğu için gidermekte) kayıtlara da iş kazası ya da meslek hastalığı olarak geçmemekte. Bir önlem alınmamakta. İdarenin de bu konuda bir yaptırıma maruz kalmadığı ortada. Bunun değişmesi için çaba harcamamız önemli.

6331 sayılı yasa ile birlikte gelen çok önemli şeylerden bir tanesi dün bir toplantıda dillendirildi. Yapabileceğimiz bir şey yok yasalar, mevzuat yeterli değil. Biz nasıl değiştiririz olumsuz koşulları? Bizi meslek hastalığına ya da iş kazasına ya da her türden zarara karşı koruyacak önlemleri nasıl isteyebiliriz? Özellikle kamuda çalışanlarda bir kufayetsizlik, bir şey yapamama duygusu vardı çünkü konuşmada. Bu yasayı uygun biçimde değerlendirerek, kullanıma açarak bu konuda bir dolu şeyi değiştirme şansımız var. Bu yasanın getirdiği risklerden korunma ilkelerimiz değerlendirmesi diye basında da duyduğunuz, artık kuaförlerde yapacak diye söylenen şeyi sağlık müdürlüğünce mutlaka yapılması gerekli.

En çok iş kazasına diğer bulaşıcı hastalıklar veya meslek hastalıkları türünden işin yürütülmesi nedeniyle meydana gelen hastalıklar için çok açık bir alan. Bu alanda riskli değerlendirilmesi yapılırsa, bunu talep etme hakkınızda var. İşveren de yapmak zorunda. Çalışanlar sıfatıyla bunu biraz irdelemek lazım. Bu risk değerlendirmesi yapılırsa oradaki her birimin kendine özgü bütün risk faktörleri tespit edilmiş, saptanmış ve buna göre önlem alınması için ilk adım atılmış olacak. Buradaki önlemleri işveren almak zorunda. İşverenin bu yasa risklerden korumayla ilgili görevleri var. Hem risklerden kaçınacak hem kaçınması mümkün olmayan riskler varsa bunlardan kaçınacak, hem de risklerle kaynağında mücadele edecek. Bu alanda İş güvenliği uzmanlarıyla, teknik ekiple mühendislik alanındaki ergonomi anlamında uygulananlarla iş birliği yapmak çalışanın işe en iyi şekilde kendisine en az zarar verecek şekilde uyum sağlanmasıyla görevli. Burada en temel ilkelerden biri nasıl yapacağız diye konuştuğumuz şeylerden birinin cevabı burada yine. İş güvenliği anlamında tehlikeli olan ya da tehlikesiz ya da en azından daha az tehlikeli olanıyla değiştirmek gibi temel bir iş güvenliği kuralı var. Bunlara uyulduğu takdirde çok zorlanmadan bazı değişiklikler yapılabilecek.

Yine bu yasa iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı bulundurma yükümlülüğünü yüküyor. Hastaneler için şimdi bu durum ütöpik gibi görüyor. Yapan, yapmaya başlayan birkaç örnek var. Oysaki işçileri hekimlerle iş güvenliği uzmanı bulunmayan yerlerde asıl kazaların iş kazalarının yüzde 56'sının olduğu TMMOB tarafından saptanmış. Bu risk değerlendirmesi noktasında çok önemli bir şey var. Sağlık çalışanı ve diğer çalışanlar içinde söz konusu. Sağlık çalışanının olaya doğrudan katılabilmesi ve istediklerini yaptırabilmesi için bu yasanın öngördüğü iş sağlığı ve güvenliği kurulu olarak geçen kurula katılma talebi var. Çalışan temsilcilerinin mutlaka bu kurulda yer alması, iş denetiminin iş güvenliği uzmanı ya da idareyi temsil eden kişilerin bulunması gerekiyor. Bunların düzenli olarak ayda bir bazı durumlarda daha seyrek toplanması ve riskleri değerlendirip, risklerin en kısa sürede daha sorunsuz hale getirilmesi için çalışma yapması gerekiyor.

Benim doğrudan önerim, yapılabilecekler konusunda asıl olan konuyu, hekimlikse burada da iş kazası mesleki hastalık meydana gelip hukuksal seyri kovalamadan önce olmasını engellemek. Yerinde ve kaynağında bir kazanın veya bir meslek hastalığını bir zararın olmasını engellemekse derdimiz ki öyle, o zaman bu istisnalar iş güvenlik kurullarının her birimde oluşturup sağlık ocağı, hastaneler ve diğer birimlerde oluşturup bunların aktif bir rol almasını sağlamak. Bu zor değil. Yasa çok net emrediyor bunu. Yasanın emrediciliğinden yararlanarak bu kurumları işlevsel hale getirmek birinci adım olmalı. Zaten bu olduktan sonra diğer aşamalar gelecektir. Denizliden Mehmet hoca kendi birimlerinde bunu oluşturduklarını hep birlikte çalışanlarla riskleri değerlendirdiklerini ve kazanım elde ettiklerini söyledi. Anestezi, ameliyathane çalışanları açısından lateks eldivenlerin yarattığı sorunların bir dolu zararı var. Bunun yerine maliyeti çok da yüksek olmayan sağlıklı olanıyla değiştirilmesini üniversite yöntemine kabul ettirdiklerini söyledi. Bunları şimdi birkaç aylık süreç de yapabildiklerini bundan sonrası içinde hedef belirlediklerini söyledi. Kendileri gibi başka üniversitelerde bunun için çalışan kurulların işlevsel olmasını çalışan birimler olması gerektiğini söyledi. Çok keyif verici bir örnekti. Kendisi bugün yok ben iletirim demiştim.

İş kazaları ve meslek hastalıklarının bildirilmesinden söz etmiştim. İşverenin bunları normal yoldan e-posta ile elektronik ortamda göndermesi mümkün. Uzun kayıtlara gerek yok. Formu doldurup göndermesi yeterli. Meslek hastalıklarında da yine 3 gün (buradaki 3 gün hekimlerin ya da sağlık hizmeti sunucularından öğrenildiği tarihten sonra 3 gün olarak geçiyor) sağlık hizmeti sunucusu ön tanı olarak meslek hastalığı tanısı koymuşsa, bunu sosyal güvenlik kurumun yetkilendirdiği sağlık hizmet sunucularına sevk ediyor. Meslek hastalıkları hastaneleriyle ilgili sorun herhalde hepimiz tarafından biliniyor, çok az sayıda var. Çok işlevsiz diyebileceğimiz bir noktada. O nedenle bir süredir eğitim hastanelerinin ve devlet hastanelerinin listede belirtilen hastane de alınan raporların kullanılabilceği yönünde bir uygulama var. Ancak onlar maluliyet raporu vermiyorlar. Durumu saptıyorlar. Maluliyetle ilgili yüksek sağlık kurumuna gitmek durumunda ama ilk etap olarak meslek hastanesine ulaşmak yerine sorunu saptamak adına bu listede yazılan hastanelerden durumu belirlemek önemli, zaman kazandırıcı. En azından ilk aşama hızla geçiliyor. Biraz önce söz ettiğimiz yasa iş sağlığı ve iş güvenliği yasası. Burada önemli bir öneriyi dönüştürebileceğimizi düşündüğümüz nokta bu. İşçiler ve diğer çalışan işçiler içinde geçerli olanı. Sağlık çalışanlarının da uygulaması gerekir. Çalışma sırasında edinilmiş hastalıklar ve ya zararlarla ilgili bir noktaya varılacaksa ve işverenin sorumluluğundan söz edilecekse bizim o işe başladığımız zaman aynı zamanda sağlam olduğumuzu da kayıt altına almamız lazım. Ya da sağlam değilsek ne ile ilgili sorunlarımız olduğunu. Bunların ne kadarının işten kaynaklandığının tespit edilmesi gerekiyor hukuki açıdan. Bu anlamda yüklenen yükümlülük memurlar ve memur kapsamında diğer sağlık çalışanları içinde geçerli. İş değişikliklerinde uzun raporlar sonrasında bunların belgelenmesinde ciddi bir yarar var.

Meslek hastalıklarıyla ilgili birkaç şey daha söylemek istiyorum. Sağlık ücretiyle ilgili bir madde. Bunu açıkçası kamuda doktor olarak çalışan sağlık çalışanları için buraya ekledim. Tümünü okumanıza gerek yok. Buradaki sorun şu. Ek görevler yüklüyor kamu da çalışanlara. Aynı zamanda iş güvenliği uzmanı sıfatıyla çalışanlara da kamu da çalışana ek görev olarak bundan sonra bu yasanın emrettiği iş yeri hekimliği ve iş yeri uzmanlığı görevlerinin ek görev olarak verebileceğini, onların ek görev nedeniyle nasıl ödeme yapılacağını göstermiş. 80 saat sonrası çalışılsa da dikkate alınmaz denmiş. Bu kamuda çalışan ve iş yeri hekimliği görevi verilecek olan doktor çalışanları açısından çok büyük bir yük getirecek ve ciddi bir mobbing nedeni olacaktır. Bu yasanın iyi yanlarından biri ama zaten bir görevi olan kişiye ek görev niteliğinde verilecek. Ek görevin önemi layıkıyla zaten yerine getirilemeyecek zamansal nedenlerle. Hem de aynı kurum içinden olan bir kişinin iş yerine hekimi sıfatıyla arkadaşlarına rapor vermesi, meslek hastalığı ya da zararları tespit etmesi, iş kazası varsa bildirmesi hiyerarşi nedeniyle ciddi bir sıkıntı olacak. Dışarıdan bir iş yeri hekiminde de buna benzer sıkıntı olmakla birlikte, kamuda çalışan personel için ciddi bir mobbing nedeni. Yasanın etkilerini uygulatmaya çalışmak gerekli. Hem iş yeri hekimi hem de çalışan olarak. İş kazaları ve meslek hastalığı ile ilgili hukuksal yapılabilecekler cephesinde iki boyut var. Bir tanesi ceza hukuku alanının da diğeri ise tazminat hukuku alanında.

Ceza hukuku iş kazası ya da meslek hastalığına sebep olduğunu düşündüğünüz kişiler hakkında suç duyurusunda bulunmak. Ceza yargılaması yapılıyor ve kusuru oranında

kişi cezalandırılıyor.

Tazminat hukuku ise buradaki zararın bir şekilde tazminin sağlanması için hukuk mahkemelerinde açılan bir diğer dava çeşidi. Genel bedensel zararlar kapsamında geçiyor.

Taksirden söz ediliyor çok sık. Dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık neticesinde bir davranışın ön görülme neticesi. Taksiri kabaca hata sonucu, kasıtlı olmayan durumdan söz ederek tanımlayabiliriz. Bizim için önemli olma nedeni iş kazası, meslek hastalıklarında taksirle adam öldürme ya da adam yaralamadan dava edilir insanlar. Oysa çok ciddi basına yansıyan örneklerden biliyoruz ki bilinçli taksirden söz edilebilecek kadar pervasız, hiçbir önlemin alınmadığı, katliam derecesinde iş kazaları var. Meslek hastalıkları konusu çok örtük olduğundan şu anda bilemiyoruz. Suyun altında kalan kısmı çok devasa. Bu bilinçli taksirden yargılanmalarını sağlamaya çalışmak hukukçular ve davaları takip edenler açısından kritik öneme sahip. Kişi neticeyi öngörüyor. Farz edelim iş yerinde elektrik kablosu açıkta, biri değerse ölebilir (işverenden söz ediyoruz) fakat nasıl olsa bir şey olmaz diyor. Evet, birisi gelsin bundan zarar görsün, elektrik çarpsın demiyor ama ona çok yakın bir pervasızlık, özensizlik, ihmal ile hata ile nasılsa bir şey olmaz ihtimaline bırakıyor. Bu bilinçli taksir, kasttan bir derece daha hafif bir tanımla dava etmek de yarar var. Cezalar çok ciddi bir şekilde değişiyor. Ayrıca taksirle yaralamada şikâyete bağlı suç iken biz bilinçli taksir durumunda iddiada bulunuyorsak, şikâyete bağlı değil doğrudan kovuşturulmasına geçilebilir. Tazminat kısmında maddi ve manevi tazminat talep etme hakkı var. Maddi tazminat da uğradığı zararlar, tedavi giderleri, bundan sonra hayatında çalışamayacağı dönemler, eğer çalışırsa mağdur olduğu süre olan zarar talep ediyoruz. Manevi tazminatta uğradığı kazada çektiği sıkıntıların sembolik olarak tazmininden söz ediliyor. Manevi tazminat da yakınlarına, ancak ölüm halinde tazminat veriliyordu. Borçlar Kanununun da yakınlarına, ciddi bedensel rahatsızlıkta da tazminat getirildi. Kusur oranlarının tespit konusunda çok ciddi raporlar var. Bağımsız bilirkişilik kurumları ne yazık ki yok ve çok uzun sürede sonuçlanıyor raporlar. İşin yürütülmesi ve işin yapılması sırasındaki tekrarlayıcı nedenlerle, kişide meydana gelen her türlü sağlık problemi meslek hastalığı kapsamında sayılabilir. Ama meslek hastalığı olarak değerlendirilmesi için bunu SGK'nin kabul etmesi gerekiyor. Bunun için çözümler var. Belirtilen sürede belirtilen vaziyetlere maruz kalmasını da kabul ediyor. Etmezse dava açarak kabul ettirmeye çalışıyoruz.

Şiddet ve mobbing ile ilgili iki ayrı kısım çalışanlar açısından çok önemli. Şiddet ile ilgili iş yerinde maruz kalınan şiddeti mutlaka iş kazası kapsamında değerlendirmek, iş kazası hükümlerine göre sorumluların kusuru oranlarının belirlenmesi gerekiyor. Bu yasa kamuda çalışanlar açısından buna olanak sağlayacak. Bu yasa bağlamında iş kazası hükümlerine göre idarenin bakanlığın gerekli önlemleri almamak, değerlendirmesi, çalışanların güvenliğini sağlamak mevzuat da birçok şey var. Bunları sağlamadığı için idarenin, yani bakanlığın doğrudan dava edilmesi gerekli. Uğradıkları iş kazaları ve meslek hastalıkları açısından. Özel hastanelerde başka bir problem. Onların sözleşmeleri var. Özel açısından aynı şekilde iş kazası ve meslek hastalığı normal hastanenin sorumluluğu üzerinden gidilerek dava edilmesi gereken durumlar. Bunlardan hukuki anlamda ciddi sonuçlar alınacağı, iyi ve olumlu sonuçlar çıkarılacağını düşünüyorum. Temel olarak da

bitirirken hukuk ile ilgili herkes hukuku öğrenmeye çalışıyor son dönemde olanlar yüzünden. Bir noktada öğrenmekte yarar var ama asıl olan, bizim hangi hakları nasıl değiştirmemiz gerektiğini öğrenirsek, problemlerini kaynağında çözersek, bunları idareden talep etme hakkımız var. İdare Hukukunda idarenin kusursuz sorumsuzluğu dediğimiz şey idare her koşulda herhangi kusuru olmasa bile iş yerinde ortaya çıkan ölümden, iş kazasından doğrudan sorumludur. Bunu özellikle vurgulayarak takip etmek uzun vadede iş yerimizin iyileşmesinde katkı sağlayacağını düşünüyorum.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞADIĞI İŞ KAZALARI VE MESLEK HASTALIKLARINDA GENEL DURUM, ÖRNEK OLGULAR

Şeref Özcan

İş Güvenliği Müfettişi

Yıldız arkadaşımız iş sağlığı güvenliği kavramından çok da hoşnut olmadığımızı belirterek başladı. Ama sanırım biz bu kavramı da tanıyacağız. Şimdi sorun işçi sağlığında iş sağlığı açısından da çalışma sorunlarına doğru gidiyor. Bu konuda da mevzuatla ilgili çalışmalar var. İş sağlığı bazı meslek gruplarında herhangi bir sorun tanımlanırken bu kendisiyle ilgili çok fazla ilgili görmeyebiliyor. Bir önceki oturumda sağlık çalışanlarının psiko-sosyal testlerle ilgili yaklaşımında bunu gördük. Aslında sağlık çalışanları iş sağlığı güvenliğinin de kendisiyle çok da ilgili olduğunu yeterince değerlendirmediklerini düşünüyoruz. Bunlarla ilişkisini kısaca bir sunumda olabileceği kadarıyla, yeri gelince bazı örneklerle aktarmaya çalışacağım.

Bizde kabaca bir yaklaşım vardır. Hani her şeyin başı eğitim derler ya ben Haber iş sendikasının toplantısına katılmıştım. Haber iş nedir bilirsiniz. Akademik eğitim olarak son derece düşüktür. Ama öyle sorular geldi ki bizim mühendislerle yaptığımız toplantılardan daha iyiydi. Sorun biraz da farkında olmak. Yine bizim sunumlarda çok sık kullandığımız bir örnek vardır. Biliyorsunuz benzin olan bir kazanı lehim yaparsanız, kaynak yaparsanız patlar. Bununla ilgili tersanelerde kazalarda yaşadık 4-5 işçinin hayatını kaybettiği kazalar. Bu konuda birçok örnek vardır. Bir tanesi gecekonduya yalnız yaşayan bir kadın. Gaz sobasını yakmak isterken gecekonduya yangın çıkarıp hayatını kaybetti. Aynı kaza bir oto tamirhanesinde usta bir makine mühendisi bir de makine mühendisi bir öğretim üyesi tarafından yapıldı. Aracın akaryakıt tankından lehim yapmak isterken yangın çıkarmışlardı. Farkındalık olmazsa sanki bilgimiz bizi sorunlardan muaf tutuyormuş gibi bir rahatlığımız oluyor. Çalışma bakanlığına gelen şikâyetlerde de bunları görüyoruz. Eğitim seviyesi yükseldikçe bazı şeylerden muaf olduğumuz gibi bir sonuca varıyoruz. Şurada 4/a dediğimiz haklarda çalışanlar (asıl olarak 4a ve 4c ile ilgili konumuz) Kamu çalışanları ve kamu sözleşmesiyle çalışanlar. 4/b de çalışan memurlar genelde kendi risklerini kendileri çözmesi gereken iş sahipleri. Yasada aynı kapsamda değerlendirmiş. Burada değinebileceğimiz bütün risklerde iş yeri sahipleri de var. Bunun kritik sonuçlarını da kot kumlamada gördük. Slikozis diye medyada yansıdı. Bir vaka vardı müfettiş arkadaşımızın incelediği. Küçük bir iş yeri burası, küçük bir kompresörü

var. Bir hava akımıyla kotlar çok dar bir alanda kumlama yapılıyor. İşçilerin çoğu zaten yan odada kalıyorlar. İşvereni, işçiler hepsi silikoz olmuştu. 4/b’li olmak çoğu zaman çok da riskleri ardında bırakmıyor. Sıkça rastlıyoruz. Değerlendirmelerimizde hem mevzuat hem de yeri geldiğinde uygulama örneklerle aktarmaya çalışacağız. Konuya girmeden önce bir sıkıntıdan daha bahsetmek istiyorum. Bizim için bu alanda bir dil var. Bir önceki oturumda diğer sağlık çalışanı kavramına bir arkadaşımızın itirazı vardı. Bu dilde çok şey var. Bundan daha kötüsü de var. Meslek elemanından bahseder bizim iş güvenliği ile ilgili konumuzda. Bizim mühendisler destek eleman da...

Şimdi öncelikle önlemek gerçekten bu anlamda ucuz mudur? Teknik olarak he zaman ucuz değildir. İstanbul Tıp Fakültesi depremle ilgili bakıma alındı. Orada iş sağlığı açısından bir sistem kurmanız için o hastaneyi yıkıp sağlam bir hastane yapmanız lazım. Hiç de öyle ucuz bir faaliyet değil. Kavrama insan sağlığı söz konusu olduğu için biraz daha farklı yaklaşmak lazım.

Hep istatistiklerle konuşuyoruz. Dünya’da üçüncüyüz, Avrupa’da birinciyiz, yılda şu kadar insan hayatını kaybediyor. Kaybedilen insan olunca rakamlarla geçiştirmek de bu alandaki ayrı bir sıkıntı. Bizler davranış analizleriyle iş kazaları ve meslek hastalıklarını değerlendiririz. Bu çerçevede de iş kazalarının nedenlerini çok duyarız. Genelde iş kazalarında posterlere baktığımızda çok da akıllı olmayan işçinin fotoğrafında, kafasında baret, elinde eldiven yoktur. Hâlbuki iş sağlığında temel olarak kişisel koruyucu sevilmaz. Yani baret takmak insanın olağan davranışını engeller ve iyi bir şey değildir.

Davranış analizlerinde meydana gelen olaylar %80–90 davranıştan ya da işçiden meydana gelir. %5 ile %20 arasında da tehlikeli durum dediğimiz işverenden kaynaklanır denir. Gerçek böyle mi? Yankı ya da idari uygulamaya baktığımızda oranlar tam tersini söyler. İşveren sorumluluğunu bizler %80-95 civarı görüyoruz. İşçi sorumluluğunu da yine aynı şekilde tam tersi görüyoruz. Sosyal güvenlik alanında ABD’de yapılan araştırmalarda bana daha tehlikeli gelen genetik yatkınlık gibi teoriler de ortaya çıkmış. Bunu sigortada tazminatla ilişkilendirdiğimizde çok da hoş sonuçlarla karşılaşmıyoruz. Bizim amacımız tanımlarken bir sistem kurabilmek ve bir sonuç alabilmek. Asıl olan bu.

Ben 1993 yılında Çalışma Bakanlığı’nda çalışmaya başladım. O tarihlerde iş güvenliği uzmanı -en azından bu kavramla- yoktu. Sadece fenni nezaretçiler ve fenni mesuller vardı. Çok az işyeri hekimi vardı. Tabip odasının bu konudaki çalışmalarını gözlemledik. Neredeyse hiç hekim yokken bu konuda çok iyi adımlar atıldı. En son birkaç gün önce yaptığım taramaya göre şu anda 40 bin civarı uzman varmış. Fakat ben çalışmaya başladığımda da günde 4 işçi hayatını kaybediyor deniyordu. Şimdi de yine 4 işçi hayatını kaybediyor. Bu konuda işçi sayısı arttığından ölümler oran olarak düştü dense de ölüm her zaman ciddi bir şeydir.

Bizim sıkıntımız, düzenlemeleri yapıyoruz, mevzuatla çoğu Avrupa ülkesinden bile iyi olan yanlarımız var ama bunların sorun çözme kabiliyetinin olmadığını da görüyoruz.

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nda sorun esas olarak işçi ve işveren arasında paylaştırılmış. Çalışanın sorumluluğu, işverenin aldığı önlemlere uymak olarak belir-

lenmiş. Yani önlem alma görevi çalışana değildir, çalışan sadece bir önlem alınmışsa bunlara uymakla yükümlüdür.

İşverenin sorumluluğu ise son derece geniş tutulmuş. İşveren için “Çalışanın işle ilgili sağlık ve güvenliği sağlamakla yükümlüdür” denilmiş. Hiçbir sınırlama yok, her türlü önlemi alacaktır. Yani mevzuatta olmasa da çalışanın sağlığı söz konusu olduğu için önlem alması gerekiyor.

Burada bazı başlıklar yer almış: mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi, her türlü tedbirin alınması, araç gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi, mevcut durumun iyileştirilmesi... Yani arka arkaya geliyor. Deminde dediğim gibi mevzuatın uygulanması bakımından sorun olsa da pozitif hukuk açısından bu önemlidir.

Yine biz herhangi bir olaya temel bir yaklaşımımız var bizim: iş kazası ve meslek hastalığında filmi tersine sarmak lazım. Yani şimdi ben buraya geldim ve burada elektrikle çalışan bir şey var. Bu şeyin bağlantıların topraklama olmasa beni çarpabilir. Burada filmi tersten sararak “ne olsa bu konuşmacıyı elektrik çarpmaz” diye düşünmek lazım?

Bununla ilgili tipik yaşanmış bir örnek var. Bir otelde, bir grup turist kafilesi çıkarken yüklü miktarda döviz bırakıyor. Finans Müdürü döviz para sayma makinesi ile sayarken para sıkışıyor. Onu düzeltmek isterken elektrik çarpıyor ve bu kişi hayatını kaybediyor. Biz ise “O adam niye elini o aletin içine soktu?” demektense “Ne olsa bu olay yaşanmaz?” diye soracağız.

İşveren her türlü önlemi nasıl alacak? Biliyorsunuz, işveren iş yerini birkaç yönden örgütlüyor. Kar elde etmek, ya da kamu çalışanlarını düşünürsek hizmet sunmak için bir örgütlenme yapılıyor. Bununla ilgili hizmetin işleyişine, finansa, pazarlamaya dair gibi örgütlenmeler olabilir. İş sağlığı ve güvenliği açısından da iş yerinin bütünsel biçimde örgütlenmesi gerekiyor. Bunun için de çok önemli bir kurum var, o da çalışan temsilcisi. Çok önemli yetkiler tanınmış kendisine. İş yerinin, meslek sırrı denilenler de dâhil olmak üzere iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bütün bilgilerine ulaşma imkanı var.

Bir kurumumuz var ve bu kurumda iki teknik personelimiz var. Bunlar iş güvenliği uzmanı ve iş yeri hekimi. Bir de işverenin oradaki çalışmaları yönetmesi için, personelin durumunu kontrol etmesi, bununla ilgili mali işleri değerlendirmesi için bulunduğu görevliler var. Çalışan temsilcileri var. Bunlar ne yapacaklar? Önemli olan bir olay başımıza geldikten sonra “Bu niye oldu” demek değil, neler olabileceğini önceden tespit edebilmektir. Bu yüzden yeni yasanın en önemli kurumlarından biri risk değerlendirmesidir. Kanun bu alan için bir yönetim kurmak istiyor, bunun için de risk değerlendirmesi yapması gerekiyor.

Burada iki önemli nokta var. Birincisi bu işi bir ekip yapacak. İkincisi bu ekibin bu işi yapabilmesi için bilgilere ulaşması sağlanacak. Bu ekipte çalışan temsilcisi de var. Ama ne yazık ki bizim mevzuatımız buraya ilk yardım personelini, itfaiye personelini dâhil etmemiş. Yine iş yerindeki bölümlerden sorumlu kişilerin de o bölümle ilgili değerlendirmelere dâhil olması gerekiyor. Bu tabii gerek sanayini dağınıklığı, gerek kamunun si-

yasi ve otoriter yanını düşündüğümüzde uygulanması oldukça zor bir şey. Bunun içinde sadece çalışanların değil meslek örgütlerinin de bu sürece dâhil olup çaba harcaması gerekiyor.

Bu değerlendirme için çok kısaca söylersek, hangi makineler, ekipmanları kullanıyoruz. Kullandığımız kimyasalların içeriğinde ne var (Bunlara bazen meslek sırrı deniliyor ama Türkçe olarak bunların açıklamalarının bulunması yasal zorunluluktur)? Söz konusu iş yerlerinde ne yangına yol açar, ne patlamaya yol açar, bunların muhakkak bilinmesi lazım. Özellikle kimyasal olarak patlama özelliği olan maddeler, ya da nihai mal olarak çıktığında patlama özelliği kazanan maddelerin bilinmesi lazım. Ortam ölçüm değerleri de bizim için son derece önemli. Bir de yapılan işle ilgili olan sağlık gözetimi. Bunlarla ilgili bilgilerin çalışan temsilcisine ya da varsa sendika ve diğer çalışanlara ulaştırılması gerekiyor.

Riskler tespit edildikten sonra temel bir anlayışla, mümkünse tehlikeyi ortadan kaldırmaya çalışıyoruz. Tehlikeyi ortamdaki kaldırmazsak durumu daha az tehlikeli olanı, ya da tehlikeli olmayana değiştiriyoruz. Tehlikeleri kaynağında yok etmeye çalışıyoruz. Güvenli çalışma yöntemlerinin uygulanmasını tercih ediyoruz. Yani, önemleri alan, gerekli ekipmanı veren işveren, daha sonra bunlarla ilgili eğitimi verecek ve işlerin nasıl gittiği üzerine de bir denetim sistemi kuracak.

Çalışırken, çalışma ortamında çok da müdahale edemediğimiz sorunlar vardır. Bunlardan yapısal unsurlar diye bahsedebiliriz. Bunlardan birincisi işyeri binaları. Örneğin birçok binanın deprem ve kaçış gibi konularda sıkıntıları var. Kimi yerlerde çalışma sahasında olan, kimi yerlerde çalışma alanının alt katında olan kazan daireleri var. Mevzuatımızda kazanların çalışma alanının alt katında olması istenmez. 2002’de, Beykoz’daki bir özel tıp merkezinde kalorifer kazanı patlamıştı. Ölüm olmamıştı ama 11-12 sağlık çalışanıyla hasta ve ziyaretçilerden yaralananlar olmuştu. Yine önemli bir nokta da iş yerinin yanında ne olduğu sorusu. Yanımızda kimya tesisi mi var, yoksa başka kaynaklar mı var, bunlar hakkında da bilgimiz yok. Maruz kalacağımız durumları bilmemiz gerek.

İşyerleri için yangın konusu da çok önemli. Kalabalıkla yangından kaçış zorluğu arasındaki ilişkiyi bir düşünün. Yine iş yerlerinde asla bilmediğimiz yangın yükü konusu var. “Burada ne yanar, nasıl yanar?” sorusuna cevap verebilmek gerekli. Yangın söndürme sistemi ya da algılama sistemi var mı? Yangın eğitimi verilmiş bir yangın ekibi var mı? Bu konu diğer işyerlerinin olduğu gibi sağlık işyerlerinin de en zayıf olduğu alanlardan biri.

Elektrik de çok temel bir konu. Elektrik kaçakları son derece yaygın bir sorundur. Ev yangınlarında da bu nedenden kaynaklanmalar çok olur. Bununla ilgili elektriğin geçtiği yerlerde koruma bölmelerine, topraklama sistemlerine çok ciddi ihtiyaç var.

Kimyasal etkenlerde, iş yerleri için biz hangi kimyasalların olduğunun tespit edilmesini isteriz. Sağlık işyerlerinde, hastanelerde sanırım tehlikeli olmayan kimyasalımız yok. Örneğin patoloji laboratuvarlarında çok ciddi sağlık sorunlarına neden olabilecek kimyasallar vardır.

Fiziksel etkenlerde ise gürültü genel bir sorundur. Radyasyonda ciddi bir sıkıntı var. Örneğin bir incelememizde ameliyathanede kullanılan bir radyasyon cihazına rastlamıştık. En azından kurşunla kaplı bir alanda kullanılması gerekirken herhangi bir koruma altında olmadan muhafaza alanda bulunduruluyordu. Bununla ilgili bir tarihte Göztepe eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin röntgen bölümünde çalışan kişilerde kanser vakalarına rastlanmıştı. Radyasyondan korunmak için kurşunla kapladığımız duvarlara çivi çakılabilir, ya da delik açılabilir, havalandırmamız olmayabilir. Bu tip durumlar da bizim açımızdan sağlıkçılarla ilgili olan çok ciddi bir sorun.

Bulaşıcı hastalıklarla ilgili de sorunlar var. Ön önlem alınmazsa özellikle sağlık alanında önemli sorunlar açığa çıkabilir. Tıbbi atıklar konusu ise biraz daha iyi sanırım. Çocukken oyun için bizim en sevdiğimiz yer Cerrahpaşa hastanesinin çöplüğüydü. Sapan için oradan serum lastiği toplardık. Şu anki acilin olduğu yer açık çöp alanıydı bizim çocukluğumuzda.

Yine koruyucu havalandırma sistemleri son derece önemli. Kimyasal depoları işyerlerinde ahşap dolaplarda, merdiven altlarında olabilir. Bir diğer ilginç şey ise oksijen tankları. Hemen hemen her hastanede var. Bu tankların patlama şiddeti son derece büyüktür. Bunlar kontrolsüz olarak kimi hastanelerde araçların yanından geçtiği bir yerde bulunuyor. Bir de bunların gövdeleri son derece sağlam olsa da bağlantı yerleri de bir o kadar zayıftır. Bir çakmakla ortaya bir felaket çıkabilir.

Bir laboratuvarında risk değerlendirmesi yapılmamış, tehlikeli kimyasallarla ilgili malzeme güvenlik formları yok, eğitim verilmemiş, sağlık çalışanlarının işe uygunluğu konusunda sağlık raporu alınmamış, elektrikle ilgili sorun var, kimyasal maddelerde havalandırma yok (havalandırma sistemleri olanlar da kontrol edilmiyor), depolamada sıkıntı var, ortam ölçümüle istediğimiz değerler yok, kişisel koruyucu yok. Bunlarla karşılaştık.

Konuşmamın başında değinmiştim. İşyeri hekimliği, sağlık ve sağlık gözetimi, sağlık çalışanlarına ihtiyaç var. Tükenmişlik sendromu bir önceki sunumda zaten değerlendirildi.

Şiddet konusuna demin değinildi. Şiddet olayını biz adli olay gibi düşündük ama aslında orada birkaç yön var. Şiddet aynı zamanda bir iş yerinde olunca bir iş kazası da sayılmalı. İş kazasıyla ilgili de işyerinin önlem alma yükümlülüğü vardır. Şimdi hastanelerde güvenlik görevlilerinin arttığını görüyoruz. Bu önlemlerden birisidir. Bu arada belki gerilimi önlemesi bakımından oradaki çalışanlara eğitim verilmesi, hastayı karşılama birimlerinin oluşturulması gerekebilir. Ama en önemlisi hastanenin şiddete karşı riskleri değerlendirmesi, önlemleri saptaması ve gereğini yapması lazım. Bunların hepsi bir idari yaptırım konusudur. Bu konularda şikâyet geldiğinde biz hep adliyeye yönlendiriyoruz. Hâlbuki sağlık işyerlerinde muhatapların bu konuda yapması gerekenler var bu durumlar idari para cezalarına bağlanmıştır. Ayrıca iş kazalarıyla ilgili bunları Güvenlik Kurumu'na bildirilmemesi de para cezasına bağlanmış bir husustur.

Daha önce iş yeri hekimlerinde ciddi bir atış olduğunu belirtmiştim. İş güvenliği uzmanlarına göre iş yeri hekimlerinin kalitesini değerlendirsek daha iyidir. Çünkü iş güvenliği uzmanlarında TMMOB'nin doğrudan bir denetimi yok. Bundan sonra TTB'nin de bu

denetimi ortadan kalkıyor. İş yeri hekimliğiyle ilgili eski yönetmeliğimizde hekim müfettişi iş yeri hekimi denetler diyorduk. Çalışma Bakanlığı'nda şu anda bir iş yeri hekimi müfettişi var. O da komisyonlardan dolayı uygulamada çok fazla denetim yapmakta zorlanıyor. Bu kaldırıldı. TTB'nin katkısı azalıyor dedik. Bu da son derece önemli bir konu.

Yaşar Bilge

“İş sağlığı ve güvenliği” yerine “işçi sağlığı ve güvenliği” kavramının tercih edilmesi gerektiğini düşünüyorum. İkinci söylemek istediğim, meslekte kazanma gücünün kayıp oranının hesaplanmasıyla ilgili ülkemizde ciddi bir sorun yaşanmaktadır. Bu nedenle de mevcut tüzüğün değiştirilmesi ve düzenlenmesi konusunda da çalışma yapmamız gerekiyor.

Bir de biz bazı konuları biliyoruz fakat iş birliği yapmada, disiplinler arası çalışmada biraz sorunlarımız olduğunu hissettim. Bu sebeple bunlardan bir tanesi kusurla ilgili konunun anlaşılması için bir örnek vermek istiyorum. Bir işyerinde hızlı bir şekilde temizlik yapılması gerekiyor ve bunun için de tiner kullanılıyor. Tinerin kullanılmaması gerektiğini herkes biliyor. Buna rağmen işveren bunu aldırıyor, firma bunu sağlıyor. Bunu kullanan kişiler yere bol miktarda dökerek hızlı biçimde temizlemek için kullanıyorlar. Bu da yetmiyor, bu yanar mı iddiasına giriyorlar ve 3 kişi ölüyor.

Mahkemede kusurlu kimdir dediğimiz zaman baştan aşağı hepsini kusurlu diye yazdık ama önemli olan hadisede işbirliği yapmada, basamaklar arasındaki korelasyonu sağlamada birazcık daha uğraş vermemiz gerektiğini vurgulamak için söz aldım.

Aslıhan Han

Son dönemde iş kazaları artı ve aslında son dönemde 4 işçi değil, günde 9-10 işçi ölüyor ve bu da sanırım hükümetin çok da gündeminde değil. Örneğin Salı günü yapılan grup toplantılarıyla aynı saatlerde 9 işçi ölmüştü ve Meclis'teki parti başkanları konuşmalarında buna hiç yer vermemişti.

İşçiler ölüyor ve biz bunu televizyonlardan görüyoruz fakat sağlık çalışanları açısından zamana yayılan bir süreç var. Maruz kaldığı radyasyondan, kimyasal maddeydi, tozdu; belki 10 yıl sonra açığa çıkacak bir süreç söz konusu. Bu yüzden işe başladıkları zaman raporlar ve sağlıkla ilgili bazı ölçümlerin yapılmasının bir süre boyunca açığa çıkacak sorunların belirlenmesi açısından önemli olduğunu düşünüyorum.

Tehlikeli, çok tehlikeli işler kapsamına alınma diye bir şey var. Dış protez teknisyenleri bu kapsama alındılar fakat onların kendi çalıştıkları ortamlar için bununla ilgili fiilen bir düzenleme yapılmadı. Hatta bu kişilerin ayda 22 parçaya kadar iş yapması gerekirken bu sayı 80 parçaya kadar çıkarıldı. Yani uğradıkları bu duruma daha yoğun biçimde devam etmelerinin önü açıldı. Aynı şekilde radyoloji çalışanları da 5 saat çalışırken 7 saat çalışmaya başladı.

Her iki konuyla da ilgili örneklere SES dava açtı. Hukuksal açıdan her ikisinde de son derece olumsuz bir süreçle karşılaşıyoruz. Biz SES olarak sağlık çalışanlarının bu tip du-

rumlarla karşılaşmaması için gerçekten çok ciddi mücadeleler yürütüyoruz. Ama bu iş ne hukuksal mücadeleyle, ne de hükümetin yaptığı bazı düzenlemelerle olacak iş değil. Mücadele etmek ve örgütlenmek bu açıdan önemli.

Silikozis hastası olan bir diş teknisyeni arkadaşımızı için açtığımız davayı kaybettik. Gerekeceği olarak da arkadaşımızın sigara içmesi gösterildi. Bir üst mahkemeye başvurumuzu yaptık. Belki 6-7 yıl önce bu itirazlara iyi kararlar verme ihtimalleri vardı ama şimdi hukuksal mücadelede de çok gerilere düştüğümüzü düşünüyorum. Onun için de sağlık çalışanlarının bir bütün olarak ağır v tehlikeli işler kapsamına alınması ve meslek hastalıklarının sayılması için birlikte hareket etmemiz gerektiğini düşünüyorum.

Mücahit Altıntaş

Sistemin kendi uygulamasında riskleri vurgulamaya çalışacağım. Siyasetin hegemonya riski var. Sağlıkta dönüşüm de bur riskle başladı. Biliyorsunuz Kanun Hükümünde Kararname önümüze geldi ve sürekli değişiyor.

İş sağlığı ve işçi sağlığı da önemli konular. Çünkü iş sağlığı bana “İşin akışında bir sorun var mı?” sorusunu çağırıyor. Bakıyoruz, mevzuatta yasalarla çelişkili durumlar var. Örneğin bir hekimin yapacağı iş yükü tanımlanmamış durumda. Bu bir risk aslında. Bir hekim bir hastaya kaç dakika ayırır, bunun bir tanımlaması yok.

Asistan olarak çalışırken kapıya 50-100 tane hasta koymaya başladılar. Ben de bir dilekçe verdim ve başhekim beni çağırdı. “Bu ne demek?” dedi. Başka bir siyasi partinin görevlisi olarak oraya gelmişti zaten ve bana ceza verdi. Bizim de aklımızda hiç yoktu tabi, hastalara doldur boşalt bakmaya başladık. Hala da öyle bakıyoruz. Bu aslında çok ciddi risk getiriyor.

Hastaya bakmak için gerekli fiziki ortam yok. Hadi bunu geçtik hastaya bilgi vermemiz gerektiği kuralı var. Peki, hekimin hastaya bilgi vermesi için gerekli zamanı yaratıyor musunuz? O zaman hasta haklarını çıkaramazsınız. Önce hekimin çalışma ortamını düzeltmeniz lazım. Bu da siyasetin çözülmemiş bir meselesi olarak karşımızda duruyor.

Aynı zamanda performans sistemi. Bu sistemi çıkarıyorsanız bir hekimin günde kaç hasta bakması gerektiğine dair bilimsel olarak kayıt tutmanız lazım. Bunun zerinden bir veri elde edebilirsiniz. Oysa bilimsel doğrular var ki bunlar hastaya en az 15-20 dakika ayırmamız gerektiğini söylüyor. Peki, bunu sağlamdan nasıl bu sistemi çıkarabiliyorsunuz? Sonuç ne oldu? Aslında siyasetin hegemonyasının en büyük risk olduğuna geldik. Hekime yönelik özen ve dikkat etmesi gerektiğini söyleyen bir yasa var. Mesleki özen ve dikkate aykırı değil mi performans sistemi?

Kamuran Türker

Çalışan güvenliği bizde hukuk diye bir şey olmadığı için sorundur. Mücahit bey çok haklı; ne kendimize ne de çevremize sağlık sağlayamıyoruz. Alım gücümüz her geçen gün azalıyor. Dünyanın en pahalı şeyi ise sağlık. Sağlık yatırımları da gün geçtikçe artıyor. Ama bakın sağlıkta çalışan sayıları aynı. Hiçbirimizin yanında polikliniklerde hem-

şire yok. Bu büyük bir suç. Sadece doktora iş yükü bakımından değil. Yanınızda tanık yok. Yazılı belge yok çünkü hepsi dijital ortamda. O kadar fazla elimiz kolumuz bağlandı ki. Birçok kişi iş sebebiyle travma ve stres yaşıyor.

Ben aynı zaman da çalışan sağlığı güvenliği komitesinde, enfeksiyon hastalıkları uzmanlığımın da gereği olarak bütün personeli tarıyorum ve aşılama yapıyorum. Ama Sağlık Bakanlığı da siz taramaları SGK üzerinden yapamazsınız diyor. Fakat benim kurumum Sağlık Bakanlığı. Çalışanlar da ben de bakanlığa bağlıyız. Yani bu köpeğin kuyruğunu kovalaması gibi bir şey. Bu tür taramaların şeyi sizden çıkabilir uyarıları geliyor. Ben bu konuda ne yapmalıyım?

Hasan Oğan

Özellikle son yıllarda acil tıp teknisyenleri çok ciddi ölüm olayları ve yaralanmalarla karşılaşılıyorlar. Bunlarla ilgili hukuksal süreçlerden ise ne yazık ki çok fazla bilgimiz yok. Teknisyenlerin örgütlülükleri de yok. Gerçek bir iş kazası olmasına rağmen onlar bunun karşısında haklarını hukuksal olarak kazanamıyorlar. Bu konuda sağlık çalışanları olarak bir duyarsızlığımız var. Samsun'da Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığından ölen bir arkadaşın ailesine ne yazık ki iş kazası kapsamında dava açmalarını kabul ettiremedik. Yani bu tip konularda bizlere çok büyük görevler düşüyor, bunun altını çizmek istedim.

Yıldız Ertuğ Ünder

Aslında sorular durum saptamaları ve şikâyetleri dillendiriyor. Onların sorunları benim ya da herhangi bir konuşmacı arkadaşın çözebileceği sorunlar değil. Bunları ancak birlikte mücadele ederek çözebiliriz. Bir toplumsal ve sınıfsal sorundan söz ediyoruz.

Sağlıkçıların ve özellikle de doktorların o eski dönemden kalma kendilerini üstten bir yerde görmelerini önemi var. Sağlık çalışanları çok zor ve önemli bir iş yapıyor. Doktor da kendini o ekibin başı saydığı için veya yetki ve sorumluluğu daha fazla olduğu biraz daha fazla olduğu için o kendisine verilen yetki ve sorumluluğu biraz abartıyor doktorlar, açık söylemek gerekirse.

Temel sorun şu: doktor da dâhil olmak üzere herkes işçidir, çalışandır. Genel sınıf mücadelesi içerisinde herhangi bir çalışan olarak her birimiz bu neo-global denilen öğretici sistemden payımızı alıyoruz. Bunlar bundan 10-15 sene önce sesimizi çıkarmadığımız için bugün bu aşamaya gelindi. Bunlar süreç içinde örüle, örüle geldi.

Demin bir arkadaş dedi, yasa çıkarıyorlar diye. Haklı tepkileri ama affına sığınarak söylüyorum; çıkarırlar, çıkarıyorlar da. Ama çıkarılan yasalar her zaman adaleti temsil eder mi? Etmez.

Bizim yapacağımız bu yasalar çıkarken mücadele etmemiz. Hasta hakları tabii ki çıkacak. Türkiye'de ölen ölür kalan kalırdı. Ben 25 yıllık hekimim aynı zamanda. İyi hekimliği ve kötü hekimliği ayırmak gerekir, şimdi ipin ucu kaçtı. Hakikaten sağlık çalışanları üzerindeki kabul edilebilir bir yük değil ama dediğim gibi sistemin bir parçası. Bizim de mücadele edip kendi yasalarımızı çıkarmamız lazım. O doktorların kendilerini diğer

sağlık çalışanları ve toplumdan ayrıcalıklı gördüğü, para da kazandığı eski dönemler geçti artık. Mücadele etmek zorundayız, sistemi değiştirmek, az ve iyi hasta bakabilmek için mücadele etmek zorundayız. Hukuku, örgütlülüğü kullanacağız. Tek başına hiçbirleriyle bir yere varmamız mümkün değil.

Slikozisle ilgili bir şeyler söylendi. Burada çok isteksiziz. Benim de şu anda yürüttüğüm bir diş teknisyeninın davası var, ben bir tek onu zannediyordum, sizin açtığınızdan haberim yoktu. İzmir Diş Hekimleri Odası bütün avukatlık masraflarını karşılamak üzere diş teknisyenlerinin ve silikozise yakalanmışların davasını üstlenmeye teklif ettiği halde açılmış bir tane bile dava yok. Teknisyen açmıyor. Kamu davası olarak açılmaz, kişinin iş kazası olarak başvurması lazım.

Niye öyle bir karar çıkmış. Çünkü Türkiye’de bağımsız bilirkişilik grubu yok. Sigara ile silikozisi ilişkilendirmek, ölçümlere ve başka bilimsel şeylere itibar etmemek tamamen kafadan. Muhtemelen hâkim bir şey sormuştur üniversitenin birine, oradan da kafadan bir yanıt gelmiştir. Karşı çıkmak lazım, o karar oradan döner.

Katılımcı

Yanıtını bulmayan bir şey var, o konuda sizden bir iki cümle rica edeceğim Sayın Ünver. Bireysel mücadele, örgütlü mücadelenin yanında elbette çok fazla bir anlam ifade etmiyor ama örnek olması açısından katılımcılardan biri demişti ki “benim çalışmak için minimum şartlarım oluşmuyor”. O nedenle bu konuda çalışmayı ya da hasta bakmayı reddediyorum diyebilir miyiz? Yasal olarak bu noktada insan hakları ya da o hastanın bizden alacağı hizmetle ilgili haklarını da gerekçe göstererek ben bu koşullarda kaliteli hizmet veremediğim için bunu vermeyi reddediyorum diyebilir miyim? Yasal olarak bir dayanağım var mı bununla ilgili?

Ercan Küçükosman

Ben yapmayacağım dedim ve hastama yeterli süre ayırdım, kimse bana bir şey diyemedi. Açılan soruşturma da sonuçsuz kaldı. Benim bu konuyla ilgili okuduğum yazarlar da her ne kadar ceza alsanız da bir üst makama itiraz edin diyorlar. Bizler şu kadar hasta bakabiliriz demeliyiz ve bu tavırdan da kesinlikle taviz vermemeliyiz diye düşünüyorum.

Yıldız Ertuğ Ünder

Koşullar uygun olmadığı için işten kaçınmanın kamu çalışanlarına yönelik çok ciddi kısıtlamaları var. En son bir Danıştay kararı çıktı kamu çalışanları işi yapmaktan kaçınamazlar diye. Bu bence genel hukuk ve insan haklarına aykırı ama böyle çıktı. Bir aile hekimi sürekli şiddet ve tehdide uğruyor, değiştirilmesini istiyor kendisini tehdit eden kişinin. Dava bunun üzerine açılmış. Kamu çalışanının her koşulda, diğer sağlık çalışanları için ise acil durum dışında kaçınmasını yasaklıyor. Kamu çalışanı burada diğer çalışanlar gibi haklara sahip değil. Ciddi bir kısıtlama var.

Ama ne yapılmalı? Bence zorlanmalı. İdareye bildirim yapılmalı, topluca yapılmalı ki hangi biriyle uğraşsınlar. Bunlar yapılamaz değil. Bu koşullarda çalışılmayacağı, hastaya

gerekli özenin gösterilemeyeceği ve bu nedenle hastada oluşacak durumlardan idarenin sorumlu olacağına dair dilekçeler verilip kayıtlar tutulabilir.

Ne olur? Bunlar size idari baskı olarak dönebilir. Sürgün vs. süreçlerle karşılaşılabilir. Ama hepsi mücadele meselesi ve bir süreç.

Şeref Özcan

Sağlık çalışanları olarak ağır ve tehlikeli işler kapsamına alınalım denildi. Buna gerek kalmadı çünkü girişler kalktı artık. İş kazaları önemsenmiyor dendi. Çok önemseniyor. Geçen sene biliyorsunuz pirimler %6,5'den %2'ye çekildi. Çok ciddi hukukçu hocalardan işyerinde iş kazasının olmasından dolayı işverenin sorumluluğu olmaması gerekir diyen makaleler yayımlanıyor. Bu alan önemseniyor yani.

Bize teftişle ilgili taşeron işçilerden de talep geliyor. Bu teftiş talep edilebilir. Mesela en son performansla ilgili yönetmelikte 3 gruba ayrıldı işyerleri.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KONUSUNDA ÖRGÜTSEL TUTUM

Aslıhan Han Özden

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası / Yürütücü

Alparslan Türkkkan

Türk Tabipleri Birliği / Yürütücü

Serdar Sütçü

Türk Dişhekimleri Birliği

Oya Nuran Emiroğlu

Türk Hemşireler Derneği

Bayazıt İlhan

Türk Tabipleri Birliği

Arman Üney

Türk Eczacılar Birliği

Çetin Erdolu

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası

Nezaket Özgür

Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği

Özge Yurttaş

Devrimci Sağlık İş Sendikası

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KONUSUNDA ÖRGÜTSEL TUTUM

Aslıhan Han Özden

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası / Yürütücü

Alparslan Türkkan

Türk Tabipleri Birliği / Yürütücü

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

Arman Üney

Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği dendiğinde bugünlerde aklımıza ilk başta sağlık çalışanlarına yönelik şiddet geliyor. Oysa bundan on yıl kadar önce sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği dendiğinde akla şiddet değil, çalışma ortamından kaynaklanan riskler ve söz konusu risklerin azaltılmasına yönelik çalışmalar geliyordu. On yıl önce sağlıkta dönüşüm programının uygulamaya konulmasıyla sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği meselesinin ekseninin şiddete kaydırıldı. En son tamamlayıcı sağlık sigortasının bütün çıplaklığıyla ortaya koyduğu gibi 'hastaya paran kadar sağlık' diyerek onu bir müşteriye sağlık çalışanlarını ise salt bir hizmet tedarikçisine dönüştüren, bir yandan da sağlık ve ihraç harcamalarında tasarruftan dem vururken diğer taraftan ilaç harcamalarında diğer taraftan tüketim talebinin kısıktırılmasıyla performans, yetkinlik, verimlilik gibi sihirli kavramlarla bunun bütün yükünü sağlık çalışanlarının sırtına yıkan bir on yıldan söz ediyoruz.

Bu süreçte sağlık çalışanlarına yönelik şiddet yıllar içerisinde giderek artan bir seyir izledi. Ve geldiği yer itibarıyla sağlık çalışanlarının yaşamlarını tehdit eder hale geldi. Geçtiğimiz yıl Gaziantep'te Dr. Ersin Arslan'ın öldürülmesi sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti bir kez daha gündeme getirdi. Bu acı olayın sağlık çalışanlarında ve kamuoyunda yarattığı etki Sağlık Bakanlığı'nı harekete geçirmeye zorladı. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet bütünsel olarak mücadele edilmesi gereken bir konudur. Söz konusu mücadelenin sonuç alıcı olabilmesi için de bir yandan şiddetin sebeplerini açığa çıkaracak ve ortadan kaldıracak politikalara oluşturulmaya yönelinmesi diğer yandan da hekim, eczacı, hemşire, ebe kısacası sağlık alanının tüm bileşenlerini kapsamaya zorunluluğu var. Bu konuda Sağlık Bakanlığı ve İç İşleri Bakanlığı'nın ortak çalışmasıyla açığa çıkan genelgenin olumlu bir adım olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın çalışan güvenliği genelgesi de bu konuda atılacak köklü değişiklikler adına gerekli olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturulan beyaz kod biriminin etkin bir şekilde çalışarak alanın fotoğrafını tam olarak çekebilmesi ve kayda değer çözümler yaratabilmesiyle belki önemli kazanımlar elde edilebilir. Ancak bu alan-

da yapılacak müdahale ve alınacak tedbir ve önlemlerin ayrı bir şekilde tanımlanmış bir programda, örneğin; sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle mücadele programı gibi, birlikte kurgulanması mutlaka daha kalıcı bir çözüm olacaktır. Bu programın hedefleri doğrultusunda ceza kanununda yapılacak değişiklikler ile çok daha caydırıcı bir ortam sağlanmasına katkı sağlanacaktır. Sağlık Bakanlığınca hazırlanmakta olan eylem planının bu doğrultuda önemli bir adım olabileceğini düşünüyoruz. Açıktır ki hükümeti sendikaları ve meslek örgütlerini de içine alan tüm tarafların ortak çalıştırılmasıyla oluşturulması gerek bu programla birlikte ciddi yasal önlem ve cezalardan oluşturulmuş ceza kanununun ivedilikle ortaya çıkarılması gerekmektedir. Tüm bu müdahalelerin amacı sağlık çalışanına yönelik sözel ve fiziksel saldırının oluşmasının önlenmesi olmalıdır. Önleyici müdahaleler ile yaratılan koşulların yetersiz kaldığı durumlarda ise ceza kanununda değişiklik yapılmış ilgili maddelerin ivedilikle uygulanması gerekmektedir.

Sağlık alanının en önemli bileşeni olan eczacılar da maalesef kör şiddetin hedefi konumdadırlar. Serbest eczane eczacılığı yapmayan meslektaşlarımız için genel olarak tüm sağlık çalışanlarına yönelik program uygulanabilirken eczane eczacılığı yapan meslektaşlarımız içinse ayrı bir program ve ayrı bir düzenleme yapılması gerektiğini düşünüyoruz. Çünkü eczane eczacısı kimi zaman istenilen ilacı vermediği için kimi zaman aslında devlet tarafından tahsis etmekle yükümlü olduğu muayene ücretlerini ve katılım paylarını almak zorunda kaldığı için sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalabilmekte hatta öldürülebilmektedir. Özellikle nöbetçi eczaneler bakımından bu risk daha da artmakta nöbetçi eczanede gece ilaç ve eczacılık hizmeti vermeye çalışan eczane çalışanlarının can güvenliği bulunmamaktadır.

Diğer yandan eczacı odası yöneticilerimiz eczacılık mesleğinin kanayan yarası olan eczacı kişilerin kiralık diplomayla eczane açma olgusu. Yani muvazaa ile mücadelelerinden dolayı sürekli şiddetle karşı karşıya kalmaktadırlar.

Bu şiddet vakalarından birkaç örneği burada sizinle paylaşmak istiyorum. Mart 2007'de Burdur'da Eczacı Halil Kavas uyuşturucu bağımlısı iki er tarafından yeşil reçeteye verilen ilaçları vermemesi nedeniyle boğazı kesilerek öldürülmüştür. Mart 2010'da Mersin'de Eczacı Reşit Tok'un kafasına ilaç vermediği için kurşun sıkılmış, ağır yaralanan Tok mucize eseri hayatta kalabilmiştir. Mayıs 2010'da Gaziantep Eczacı Odası Başkanımız Eczacı İrfan Demirci'nin arabası muvazaalı eczane işletilen kimseler tarafından kundaklanmıştır. 2011 Şubat'ta Diyarbakır Eczacı Odası başkanımız Ahmet Alp evine geleceği sırada muvazaalı eczane açan kimseler tarafından darp edilmiştir. Yine Mart 2010 Batman Eczacı Odası genel sekreterimiz Vasif Ağırman muvazaalı eczane işleten kimseler tarafından saldırıya uğramıştır. Haziran 2011'de Mardin Eczacı Odası Midyat ilçe temsilcisi Abdülkadir Ceylan muvazaalı eczane işleten kimselerin saldırısına uğramıştır. Şubat 2012'de Lüleburgaz'da nöbetçi eczaneye giderek uyuşturucu etkisi olan ilaç isteyen üç kişi eczacı Banu Baş ve eşini darp etmişlerdir.

Örneklerin de açık şekilde gösterdiği gibi sağlığa ilişkin etik değerlere bağlı kalarak, özveriyle görevlerini yapmaya çalışan eczacıların hiçbir can güvenliği bulunmamaktadır. Bu bağlamda sağlık alanında yaşanan şiddeti durdurmaya yönelik bir yasanın sadece hekimleri değil eczacıları ve diğer sağlık çalışanlarını da kapsamaması elzemdir. Türk Ec-

zacıları Birliği sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması ve tüm tarafların katıldığı belirli bir program dahilinde önleme çalışmalarının geliştirilmesine, sağlık çalışanlarının kamu hizmeti veren niteliklerinin özellikle sağlık otoritesi tarafından altının çizilmesi sağlık çalışanları temsilcileri ve sağlık otoritesi arasındaki olası gerginliklerin onların saldırlabilir olduğu izlenimi verecek şekilde medyaya yansımamasına dikkat çekilmesi, ceza kanunlarında ilgili düzenlemeler yapılarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddete verilecek cezaların arttırılması, hastane ve eczanelerin daha güvenli yerler haline getirilmesi için gerekli mekânsal ve insani önlemlerin alınması, örnek; taşınabilir acil butonu güvenli bölmeler, acil ve yoğun bakım alanlarının gözden geçirilmesi gibi, ve kamunun mutlaka burada bir teftiş uygulaması. Özellikle hastanelerde güvenlik güçlerinin sayısının arttırılması, nöbetçi eczanelere yapılan devriye ziyaretlerinin mutlaka sıklaştırılması, sağlık çalışanları hakkında yapılan şikayetlerin ya da tehdit bildirimlerinin kolluk ve diğer makamlar tarafından öncelikli olarak ve ciddiyetle ele alınması. Bunlara ek olarak sağlık çalışanlarının ağır süre ve çalışma koşullarının bir an önce iyileştirilmesi. Performansa dayalı sistemin yarattığı baskı ve buna bağlı oluşan hataların en aza indirilmesi için sistemin gözden geçirilmesi, eczacıların çalışma saatleri ve ekonomisinin bir an önce düzenlenmesini önermektedir. Değerli katılımcılar öte yandan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve çalışma ortamından kaynaklanan risklerin aslında anayasada, yasalarda ve uluslararası sözleşmelerde güvence altına alınan çalışma hakkının ihlali olarak görmek ve bunun altını ısrarla çizmek gerekiyor. Türkiye'nin taraf olduğu, Avrupa Sosyal Şartlı Taraf Devletleri çalışanlarının sağlıklı ve güvenli koşullarda çalışma hakkı için gerekli koşulları yaratmakla mükellef tutmuştur.

Eğer şiddetten uzak, sağlıklı bir çalışma koşulları yaratmak mevcut değilse orada hakkın özü ortadan kalkmış demektir ve bu durumda çalışma hakkından bahsedilemez. Hak kavramı içeriğiyle gerçek niteliğine kavuşur. Sağlık meslek örgütleri olarak bizim temel zorunluluğumuz zengin ittifaklar oluşturmak ve geliştirmek aynı zamanda sağlık meslek mensupları olarak birbirimizden öğrenme, işbirliği konusunda ufukumuzu sürekli geliştirme, farklılıklarımızı iletişimsel olarak müzakereci ve dayanışmacı usullerle zaman içerisinde genişleyen ortak bir paydayla kuşatma, çoklu karar alma ve uygulama yordamlarımızı yetkinleştirebilmektir. Bu bağlamda meslek örgütleri arasında eş güdüme rastlanan yeni bir yasallaşma yaratabilmeliyiz. Beni dinlediğiniz için sizlere teşekkür ediyorum. Kongremizin sağlık çalışanlarının güvenli yarınlarına ışık tutacak sonuçlara yaratmasını temenni ediyorum.

Katılımcı

Yıllara göre eczacıların maruz kaldığı şiddette bir artış var mı? Böyle bir istatistiğiniz var mı? Diğer konuşmacılara da aslında aynı soruyu sormak isterim çünkü sağlık çalışanlarının sağlığı açısından ve sağlık sisteminin sağlığı açısından bir gösterge bence bu. Ne kadar şiddet demek ki sistemde o kadar sorun var şeklinde bir sonuç çıkarıyorum ben. Çünkü bu buzdağının görünen en üst kısmı çünkü şiddet oluyor. Yani rahatsızlık, huzursuzluk ve şiddet. Böyle bir elinizde bir veri var mı acaba? Yani eczacılara karşı artan bir şiddet verisi var mı?

Hasan Oğan

Ben bunları sunumlarınızdan öğrendim. Gerçekten bu alanda çalışma yürüten kurumlar arasında bir büyük bir eksiklik var. Bir de eczacılarında sağlık ve iş güvenlikleri ve şiddetin dışında çok önemli sorunları var. Bunların bu kongrelere yansıtılması bizim de bakış açımızı daha da zenginleştirecektir. Bunlara katkılar sunmanız önümüzdeki kongre açısından bizim için önemli diye düşünüyorum.

Arman Üney

Şimdi bu mevcut şiddet ile ilgili artış değerlendirilirse bir veri olarak yani. Bundan on yıl önce bu kadar oluyordu şimdi bu kadar oluyor şeklinde net bir veri elimde yok açıkçası. Ama şunu değerlendirebilirim. Çok uzun süredir meslek odalarında yani, Eczacı Odası'nda, daha sonra Türk Eczacılar Birliği'nde yöneticilik yaptığım için, meslektaşlarımla sürekli irtibat içinde olduğum için şunu söyleyebilirim; özellikle bu sağlıkta dönüşüm rüzgarlarından sonra sağlıkçıların yaşadığı sıkıntılar tüm Türkiye'de ortak olarak arttı. İnsanların yapmak durumunda kaldığı yani asıl görevleri haricindeki yükümlülükler üzerine yüklendiği için, en basiti; eczacılar için şu an en büyük bela muayene ücretleri konusu, bununla ilgili yaşadığımız sıkıntıları size anlatamam. Yani sayıldığı zaman burada 10'un üzerinde katkı payı var. Bunlardan bir kısmını biz eczanelerden tahsis etmek zorunda kalıyoruz. Bunu her gittiğim yerde örnek veriyorum; bazen yaşlı bir teyze geliyor, teyzecim işte 15TL muayene ücreti çıktı deyince, oğlum sen beni muayene mi ettin niye muayene ücreti istiyorsun diyor. Yani bu çok sık yaşadığımız şeyler. Geçmişten kaynaklı muayene ücretleri, katkı payları, sürekli kullandığı bir tansiyon ilacını alıyor ama arada çıkan farktan dolayı, aradaki farkı ödemesi gerektiği, sürekli kullandığı ilaçlar için insanların fark ödemeleri bu şekildeki zorluklar insanları gerçekten oldukça öfkeliyor. Ve öfkelerini ne yazık ki sağlık çalışanlarıyla paylaşıyorlar. Bu bizim çok büyük sıkıntımız. Sağlıkta dönüşüm olaylarından sonra bu mevcut olumsuzlukların arttığını görüyoruz. Muvazza ile ilgili sıkıntılar önceki dönemlerde de vardı. Ama muvazza ile ilgili mücadelenin yoğunlaştırılması, daha ciddi şekilde mücadele edilmesi tabi ki karşından gelen tepkinin daha fazla arttırılmasını sağlıyor. Yine yasal bir düzenleme yaptık; orada muvazalı eczanenin tespit edilmesi halinde buraya böyle bir şeye kalkışan birisi 5 yıl süreyle eczane açamıyor. Dolayısıyla bu tip durumların tespitlerinde birilerinin mesleği elden gideceği için bu tip saldırıların da, bu tip tepkilerin de arttığı yönünde geri dönüşler var. Hasan Bey'in kendisine çok teşekkür ediyorum. Sağlık çalışanlarının sağlığı kongresi vesilesiyle kendisiyle tanıştım. Daha sonra da kişisel sağlık verileriyle ilgili olan uygulamalarda da kendisiyle birlikte çalışıyoruz. Bu vesileyle memnuniyetimi de ifade etmek istiyorum. Kesinlikle söylediklerinin hepsinin altına imza atıyorum.

TÜRK DIŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ

Serdar Sütçü

Öncelikle sorulan soruya dış hekimleri açısından da cevap vermek istiyorum. Şimdi şiddet yönüyle baktığımız zaman Hasta Hakları Kurumu'na gelen şikayetlerin dış hekimle-

riyle ilgili olan kısmı %8. Ve burada bunun %60'a yakını hastaneden gerekli hizmeti alamama ve itibar görememe kısmı yatıyor. Bugün itibariyle Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri Bakan beyin açıklamasıyla üç milyon dolgu yaptık dediği zaman toplumun tedavi gereksiniminin %5'ine yanıt verebiliyor. Yani dolayısıyla toplumun tedavi ihtiyacı çok çok daha fazla. Dolayısıyla buradaki şiddetle ilgili TBMM'de diş hekimlerine yönelik veya sağlık çalışanlarının tümüne yönelik, hepsini birden değerlendirdiğimiz zaman orada randevu veren taşeron çalışanı dahil olmak üzere performanstan kaynaklanan, dedik işte bu hasta yoğunluğu, insanlara yeterince zaman ayıramama, nitelikli sağlık hizmeti verememe konusunda bir sunum yapmıştık. Tabi başhekim milletvekili yeterince performans konusunu ve bu yoğunlukla ilgili tatmin olmadığını söylemişti. Burada biraz önce gündemdeki bir konuya da dikkat çekmek istiyorum hasta hakları ile ilgili; 1998 yılında bu hasta hakları yönergelerinin yanlış çıktığını burada meslek örgütü temsilcisinin bulunmamasının çok büyük bir yanlış olduğunu, dolayısıyla hasta hakları kurumlarında endikasyonların tartışıldığını, dolayısıyla hasta hakları kurumlarının raporlarına baktığımız zaman hiçbir önleyici ve düzenleyici çalışma yoktur. Çünkü burada hasta haklarına neden olan nedenler ortaya konulmuyor dolayısıyla düzenleyici, önleyici faaliyetler yapılmıyor. Hasta hakları konusunda önleyici düzenleyici çalışma yapılacak olsa önce sorunu ortaya koymak lazım. Artan iş yükünü, performansları, bunların devreye girmesi lazım.

Ankara Diş Hekimleri Odası Başkan Vekili iken hastanede bir kadın arkadaşına yönelik hakaret olayına karşı hasta hakları kurumlarının iptali için mahkemeye bir dava açmıştık. Dava hala bir duruşma olarak zaman içerisinde sonuçlanacak. Bunu da umarım duyuracağız. Şimdi biz bu konuda bugünkü oturumların halk sağlığı meclisindeki işte o kararların çıktığı bir forum şekline dönmesi açısından daha yararlı olacağını düşünerek kısa bir sunum yapacağım. Bu sunumda da özellikle sağlık çalışanlarına yönelik sağlığını riske atan bir tablo üzerinden değerlendirme yapacağım. Ondan sonra zaten bununla ilgili olarak ortaklaşa söz söyleyeceğiz.

Diş Hekimliği uygulamalarına baktığımız zaman, bu uygulamalar özellikle ve özellikle iyi duyma, derinlik anlayışı, el becerisiyle birlikte psikomotor beceri, uzun süreli işlemler nedeniyle de bedeninin genel duruşunun korunması gibi çeşitli fiziksel, zihinsel dikkat, fiziksel nitelikler, doğru karar verme yeteneği, iyi bir iletişim gibi beceriler gerektiriyor. Dolayısıyla zaman içerisinde bu yeteneklerden azalma olması da verimliliği düşürüyor. Çok dar bir alanda çalışıyoruz. Bu da fiziksel ve mental olarak ciddi çalışma gerektiriyor. Bu yorucu koşullar özellikle zaman içerisinde sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına yol açıyor. Mesleki tehlike kavramı kişinin mesleğini yapma sırasında maruz kaldığı riskleri tanımlıyor. Bu ekte yer alan bütün çalışanların karşılaştığı risk faktörlerine baktığımız zaman, güvenlik riskleri, fiziksel tehditler, biyolojik tehlikeler, kimyasal ergonomik tehlikeler ve psikolojik tehlikeler yer almakta ve bunlar da ciddi sağlık problemleri yaratmaktadır. Enfeksiyon, hastalıklar açısından büyük bir risk grubu.

Bütün çalışanların karşılaştığı risk faktörlerine baktığımız zaman; güvenlik riskleri, fiziksel tehditler, biyolojik, kimyasal, psikolojik ve ergonomik tehlikeler yer almaktadır. Bunlar da ciddi sağlık problemleri yaratmaktadır.

Enfeksiyon, hastalıklar açısından büyük bir risktir. Enfeksiyonlar açısından bir örnek ve-

receğim. Girişimsel işlemler sırasında sağlık personeline Hepatit B virüsü geçme olasılığı milyonda 2400. Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda sağlık çalışanlarında Hepatit C virüsü sıklığının yüzde 0,2 ile yüzde 2,6 arasında olduğu görülmüş. Diş hekimliği çalışanlarında yüzde 0,5 ile yüzde 2,1 arasında olduğu bulunmuştur.

250 diş hekimi arasında yapılan çalışmalarda yüzde 82 kas ağrıları, varisler yüzde 30 ve 11 yıl üzeri çalışanlarda bu risklerin artan oranlarda oluştuğunu gözlemekteyiz. Yine Kızamık, kabakulak gibi virüslere sıklıkla karşılaşılmaktadır.

Görme problemleri. Özellikle sağlık çalışanları ve teknisyenlerde ve diş hekimlerinde de gördüğümüz göze yabancı cisim kaçması. Göz problemlerinin yüzde 32'sinin sonradan geliştiği araştırmalarda ortaya çıkmış. Yine titreşimlerle ve sesli çalışan aletlerle ilgili olarak işitme kayıpları söz konusu. Alerji açısından baktığımızda ise yüzde 20 eldiven alerjisi, yüzde 5 dezenfektanlar ve yüzde 4,8 de deterjanlara karşı bir rahatsızlığın çıktığı gözlemlenmiştir.

Özellikle bir paragraf açmak istediğim konulardan biri de diş teknisyenleri konusu. En önemli risk grubu olan diş teknisyenleri için de durum çok çok olumsuz gözükmekte. Sosyal Güvenlik Kurumu'nda yapılmış ve dışa hiç yansıtılmamış bir çalışma var. Biraz önce de söyledik, bir troid koruyuculuğu olmaması nedeniyle panoramik radyografilerdeki şeylerin troid kanserine yol açacağı konusunda bir profesörün açıklaması, alt yapı araştırılmadan bir haber ajansına birinci dereceden haber olarak verildi. Ama teknisyenlerin iş yükünün hemen arttırılması, radyoloji çalışanlarının günlük çektikleri radyografi sayısının arttırılması tabii ki hiçbir itibar görmesi. Bunu da olayların yansıtılmaması ve insanların farkındalığının azalması konusunda önemli bir nokta olarak görüyorum.

Diş protez yapımı çeşitli aşamalardan oluşmakta ve bunların her aşamasının toksik olduğunu görmekteyiz. Biraz sonra açıklayacağım bir tabloda olduğu gibi alçı işlemi yaptığımız zaman alçı tozlarından, mum çalışmasında çıkan dumandan, döküm aşamasında ise bor, berilyum gibi elementlere maruz kalınıyor ve yine bitim aşamasında da birçok kimyasalla karşı karşıya kalınıyor. Bu işlemler sırasında metal slika ve akrilik tozlar ortam havasına karışıyor ve diş teknisyenleri bunu solumak zorunda kalıyor. Metal döküm, tesviye ve kumlama sırasında ise metal tozlarına, oksitlerine, slika tozlarına maruziyetler söz konusu oluyor. Akrilik ise yaygın kullanım alanı olan çok önemli bir risk faktörü. Daha önce de toksik maddeler ifade edildi. Bunlar özellikle ucuz ihaleler ve toplu ilerde alımlarda bunlar çok önemli oluyor.

Silikosis'in nedeni olan silika ve slikaatlar diş protez malzemelerinin uygulamalarının birçoğunda karşımıza çıkıyor. Özellikle döküm malzemelerindeki rövetman malzemelerinin yapısında da bunlara rastlamak mümkün.

Risk, mesleklerinin ilk yıllarında, en cahil zamanlarında korunmasız çalışanlarda ortaya çıkıyor. Diş teknisyenlerinde de bu öykünün mevcut olduğunu görüyoruz. Özel sektörde ise kamu kesiminden daha fazla miktarda bunlar ortaya çıkmış. Bunun nedeni ise özel sektörün 200 bin parça iş ihalesi alması. Örneğin 50 bin kişilik iş kapasitesine 200 bin kişilik iş alınabiliyor ama bunu devlette yapmak mümkün değil. Çalışma saatleri vs. var.

Baktığımız zaman özel sektörde çalışanlarda 2 kişiden birinde, kamuda ise 10 kişiden birinde pnömokonyoz gözleniyor. Yine burada diğer cilt, göz, kas sistemi hastalıklarından söz edebiliriz.

Son olarak bir müfettişin raporundan bahsedeceğim. Bakıldığı zaman pnömokonyoz ve gürültü kaynakları açısından 2011 yılında 4 kişini hayatını kaybettiğini biliyoruz. Ankara, Adana gibi çeşitli illerde 81 laboratuvar inceleniyor. Burada 272 kişiden 41'inde, yani yüzde 15'lik önemli bir oranda hastalık görülüyor. Adana'da 157 kişiden 38'inde, bu da yüzde 24,2'lik bir oranla çok önemli. Toplam olarak baktığımız zaman ise silikozis şüphesi olan insanların oranı yüzde 10'larda. Çok önemli sayılarda değerlerimiz var.

Bu laboratuvarlar hakkındaki değerlendirme sonuçlarına bakıldığı zaman yüzde 64'ün de mesela genel havalandırma ile ilgili bir sistemin olduğu gözlenmiş ama bunların yüzde 72'sinde sistemin kontrol edilebilerek sağlıklı çalışıp çalışmadığı incelenmiş. Malzeme güvenlik formlarında ise incelen laboratuvarların yüzde 3'ünde kimyasal tozların üzerinde bilgi etiketinin olduğu gözlenmiş. Ağır ve tehlikeli işlerde çalışanlar için düzenlenecek sağlık raporuna 2 laboratuvar da olumlu olarak rastlanmış. Kumlama cihazı güvenliğine baktığımız zaman toz tutma donanımının 81 laboratuvar içerisindeki 26 laboratuvar da doğru olarak çalıştırıldığı gözlemlenmiş. 1196 mevzuata aykırı durum tespit edilmiş. Noksansız iş yeri yok. Yani 81 laboratuvarın birinde bile her şeyin düzgün gittiği tespit edilememiş. Yüzde 95'inde havalandırma yok, yüzde 95 kimyasal güvenlik formu yok, yüzde 94 yangın önlemi yok, kişisel koruma önlemlerinde yüzde 95...

Şimdi, diyoruz ki "dış protez yapım işleri ihaleden çıkarılmalıdır". Bizim de bu ihaleleri alan yerlerin fiziksel yeterliliklerinin olup olmadığını kontrol etmemiz şarttır. Yeni yapılacak ihalelerde dezenfektanlar, ölçü alım maddeleri... hepsi bu laboratuvarlara yükleniyor ve iş daha da karmaşık hale gelecek. En düşük teklife işin verilmesi olayı ortadan kaldırılmalı. Maliyeti düşürmek adına kalitesiz malzemelerle kayıt dışı ve uzun süreli çalıştırma olmamalı. İş yüküne göre tek bir laboratuvar dan alınan hizmet kaliteyi düşürüp önlemlerin alınmasını ve uygulanmasını güçleştirmekte.

İhale sisteminde ruhsatlı laboratuvarlar dışında başka bir şart aranmıyor bugün. Oranın fiziksel bina durumu, havalandırma vs. gibi şartları incelenmiyor. İhaleyi veren kişinin de bunları mutlaka göz önünde bulundurması gerekiyor.

TÜRK HEMŞİRELER DERNEĞİ

Oya Nuran Emiroğlu

Daha önce konuşan iki sağlık emekçi grubunun sorunlarından çok farklı değil bizim sorunlarımız da. Hemşirelik mesleğinin sağlık ve güvenliği ile ilgili risklere baktığımızda sorunların bilimsel literatürde çok büyük bir yığın oluşturduğunu görebiliyoruz. Bunların dışında evrensel nitelikte hemşirelik mesleğinin son yıllarda önemle ele aldığı sorunlara bakacak olursak iş doyumunda azalma, tükenmişlik duygusu ve işten ayrılmanın gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde meslek adına en önemli sorun olduğunu göre-

biliyoruz. Bunların çözümüne ilişkin araştırma sonuçları hemşirelik eğitim düzeyinin artması bunlara bir ilaç olabiliyor. Mesleki otonominin kullanılması bunlara ilaç olabiliyor. Ayrıca ücret politikaları üzerinde duruluyor diyebiliriz. THD, hemşirelerin sağlık ve güvenliği konusunda ne yapıyor, nasıl bir tutum içinde ve ne yapılmalı sorularından yola çıkacak olursak sağlığın belirleyicileri içinde politik yapı, sosyal yapı ve sağlık hizmetlerinin sunumuna doğru ilerleyerek hemşireliğe özgü sağlık sorunlarının temelinde yer alan faktörlere değinmenin zorunlu olduğunu görebiliyoruz.

Buradan baktığımızda Hemşirelik Kanunu'nu özetle tekrarlayarak işe başlamakta yarar var. 1954 yılında hemşirelikle ilgili kanun çıkması belki sağlık meslek grupları içinde kanuna sahip tarihi bir meslek gibi görülebilir ama işler hiç öyle değil. Yıllarca birçok mesleğe özgü sorunların kaynağında da bu yasanın yetersizliği hep gündeme gelmiştir. Yasa 2007 yılında meslek mensupları açısından istenilen düzeyde olmasa da bir düzenlemeden geçmiş olmasına karşın yaşanan bazı problemlere ne yazık ki yanıt verememiştir. Bunlardan en önemlisi hemşirelik eğitiminde, tıpkı bir mehter marşı gibi süresinin ve niteliğinin bir ileri iki geri şeklinde ilerlemesi. 90'lı yıllarda bir düzenleme düşünürken 2000'li yıllarda siyasi iktidarın kaygıları nedeniyle tekrar farklı yapılarda eğitim düzeyinin, uygulama alanında yeni bir eğitim düzeyinin farklı bir kargaşaya doğru bizi götürdüğünü görebiliyoruz. 2007 yılındaki kanunun olumlu getirilerinden bir tanesi lisans mezununu hemşire olarak tanımlamasıydı. Ama bunun yanında hemşire açığı söylentisi -ki bu siyasi bir söylem- nedeniyle kapatılmış olan sağlık meslek liselerinin tekrar 5 yıllık açığı kapatmak üzere devam ettirilmesi yönünde bir karar alındı. Daha sonra 5 yıl geçince açık kapatılmadı, devam edelim derken sağlık meslek liselerini çok yaygınlaştığının ve özel sağlık meslek liselerinin büyük bir yarış içinde olduğunu ve hemşire öğrencileri çekmek için çok farklı propagandalar yapıldığını gördük.

Gene bu yasanın getirdiklerinden, görevlere ilişkin tam istediğimiz düzeyde olmayan "hemşirelik girişimleri" şeklinde ifade etmesi ve hemşirelik tanıma-tanımlama sürecine çok üstü kapalı olarak değinmiş olmasına karşın biraz mesleki otonomiyi kapısını aralar gibi gözüküyor denilebilir. Mesleki otonomiye müdahale etme biçiminin bu yasadaki düzenlemedeki anlaşılabilir, kapalı ifadenin dışında hükümetleri, özellikle de sağlıkta dönüşümle birlikte daha önceki birçok girişimlerde de hemşirelik mesleği algısının önemli olduğunu görüyoruz.

Bunun değişimi için çabalar gösterilirken yasanın da katlettiği, yönetmeliklerle bunun açılacağı yönündeki saptamanın çok gerçekçi olmadığını ve uygulamada da bunun böyle yaşanmadığını söyleyebiliriz.

İlk örneğimiz sağlıkta dönüşümle birlikte aile hekimliği çerçevesinde ilgili yönetmelikte hemşirelik "aile sağlığı elemanı" denilerek hemşirenin kastedilmesiyle ilk şokunu yaşadı. Adı bile elinden alınmış durumda. Görevlerine baktığımızda ise o kapalı yasadaki çerçeveden bile çok uzak olduğunu ve onunla çelişkilerini görebiliyoruz. Yine Kamu Hastaneleri Birlikleri yasa tasarısında Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nün -eski adıyla başhemşirelik- yok edildiğini görebiliyoruz. Bunun gibi birkaç yönetmelikten söz edeceğim. Evde bakım yönetmeliklerine baktığımızda yine hekimi önceliğini, hemşirenin görevlerinin yetersiz kaldığını ve orada da bir evde bakım elemanının ötesine geçeme-

diğini görebiliyoruz. İş yeri hekimi ve diğer sağlık personeliyle ilgili yönetmelikler zaten bizim yargıyla değiştirmeye çalıştığımızda maalesef daha da büyük bir ceza kesildiğini ve diğer sağlık personeli olarak adlandırdığını, içine bu alanla hiç ilişkisi olmayan, çok farklı bir eğitimden geçen acil tıp teknisyenlerine de bu alanda yer verildiğini görüyoruz.

Özel şirketler tarafından yürütülen sertifika eğitim programları sonucunda da Bakanlık tarafından hazırlanan sertifikanın “Diğer Sağlık Personeli” şeklinde hazırlanıp verildiğini görüyoruz. Hemşirenin yasalarda varlığı bu anlamda sorgulanabilir. Ülkemizde başka böyle bir meslek grubu var mıdır diye düşündüğümde kendi mesleğim dışında bir yanıt bulamadım. Evrensel boyuttaki hemşirenin görevleriyle ülkemizdeki görevleri arasında çok büyük bir fark var. Elbette bu çalışma koşullarında, ama sadece bunlar değil eğitim alanında da özellikle son yasal düzenlemeyle hemşirelik eğitiminin temeli kabul edilen lisans programlarının içinde de bilimsel bilginin aktarılmasında bizleri sıkıntıya düşürebilmekte.

Çalışma koşullarındaki bu sıkıntılar başta görev belirsizliği, meslektaşlarımızın yabancılaşması, yalnızlaşması, tükenmişlik ve işten ayrılmaya ile birlikte sağlığının daha çok psiko sosyal boyutuna değinilmesinin gerekliliğini ortaya çıkarıyor. Bu nedenle hemşirelik eğitimi, yasal düzenlemeler ve uygulama arasındaki kısır döngünün kırılabilmesi için eğitimin çok iyi olması, eğer yasal düzenlemeler buna elverişli değilse uygulamanın da sıkıntılı olabileceğini hatırlatarak hemşirelik eğitimi doğrultusunda TDH'nin tüm üyelerini, meslek mensubunu kucaklamaya çalışarak hemşireliği ele alarak bilinçlendirme yönünde; siyasi yapıyla hem eğitim hem de yasal düzenlemeler konusunda büyük uğraşı içinde olduğunu söyleyebiliriz. Burada amaç, hemşirelik meslek grubunu ele almada internet aracılığı ile de hemşirelik algısını yükseltmek. Çünkü buradaki eğitim ve yasal düzenlemelerin maalesef birçok meslek mensubumuz tarafından bilinçli bir şekilde ele alınmadığını görebiliyoruz. Bu nedenle de sağlık çalışanlarının sömürsü içinde eğitim düzeyindeki farklılıklar ve gerçek sorunu görmeyip farklı alanlara kayma hemşirelikte sömürünün gerçekleşmesine neden olabilmekte.

Eğitim ve yargı üzerinden mesleğin sorunlarının alt yapısını oluşturmaya çalıştığımızı söyleyebiliriz. Bu noktada güçlü mesleki örgüt olabilmesi için de kendi meslek örgütümüz olan THD'ye sahip çıkmalıyız. Bu kongrenin düzenlenmesinde de somut olarak yaşadığımız gibi son yıllardaki işbirliğimiz TTB, TEB, TDB ve diğer kurumlarla sürmekte. Bunun yanında öncelikle mesleki örgütlerin bir dayanışma içinde çalışmalarını ile birlikte sendikal örgütlenmelerin de bu alanda hareket edilmesi gereken örgütler olduğuna inançla teşekkür ediyorum.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

Bayazıt İlhan

Sağlık çalışanların sağlığı başlığında TTB olarak yaklaşık 20 yıldır özellikle yürüttüğümüz faaliyetler var. Bu kongremiz 4. kongre. İlki 1999'daydı ilk yaptığımız. Ankara Tabip Odası'nın içinde yer aldığı kongreler bunlar. Çok yakıcı bir başlık olduğunun farkın-

daydık. Ancak son 2 yılda yaşadıklarımız sorunun büyüklüğünü ve özellikle hekimlerin ve sağlık çalışanlarının nasıl bir tehlikeyle yüz yüze olduklarını bize bütün çıplaklığıyla gösterdi.

Nedir bunlar? Doktor Ersin Arslan'ın şiddete maruz kalarak ölmesi, Doktor Melike Erdem'in eline tutuşturulan bir soruşturma yazısının ertesinde elinde savunma yazısıyla birlikte bir hastanenin 6. katından atlayarak intihar etmesi ve yine başka bir genç hekim Doktor Mustafa Bilgiç'in acil servislerinin hep bildiğimiz keşmekeşi, telaşlı çalışma ortamı, bitmek bilmeyen iş yükü, dinlenmeden çalışmak zorlukları içerisinde bir hastanın enfekte olan iğnesini eline batırması sonucu yaşamını yitirmesi. Gerçekten hekimleri öldüren, genç sağlık çalışanlarını öldüren kötü bir çalışma biçimiyle karşı karşıyayız. Buna hep birlikte itiraz edecek yöntemleri bulmamız gerekiyor. Bu konuda hiç kuşku yok. Ankara Tabip Odası yeni bir çalışma yaptı arkadaşlar. Ankaradaki hekimler arasında çok çarpıcı sonuçları var ama burası için özellikle vurgulanması gereken Ankaradaki hekimlerin yüzde 96'sının geleceğe umutla bakmadığını gösteriyor. Gerçekten mutsuz, ağır iş koşulları altında dinlenmeden çalışan ve verdiği sağlık hizmetinden de memnun olmayan bir hekim grubuyla karşı karşıyayız. Bunun çok nesnel ne yazık ki sebepleri var. Yine aynı çalışma gösteriyor ki, hekimlerin yüzde 94'ü nitelikli sağlık hizmeti vermediğini düşünüyor. Ne verdiği hizmetten memnun, ne çalıştığı koşullardan memnun, ne ücret alma biçiminden memnun. Dolayısıyla bu geleceğe umutla bakmamasına sebep oluyor. Değişik bölgelerde karşılaştığımız hekim intiharları olarak karşımıza çıkıyor. Gerçekten acı bir tablo. Hekimlerin eğitim süreçlerinden başlayarak başta performans sistemi, hastaya nitelikli zaman ayıramama gibi çalışma koşullarının verdiği ağırlıklar umutsuz olmalarının en önde gelen sebepleri çok açık ki. Hekime yönelik sağlık çalışanlarına yönelik şiddet 2 gündür çok konu edildi. Öteden beri ediyoruz. Artık Sağlık Bakanlığının kurduğu "beyaz kod" adlı bir hat var biliyorsunuz. Oradan dönem dönem açıklamalar geliyor ancak görüyoruz ki günde 30 sağlık çalışanı şiddete maruz kalıyor. Bunlar resmi rakamlar. Bunun buz dağının görünen yüzü olduğunu biliyoruz. Pek çok sağlık çalışanının uğradığı şiddeti bu hatta bildirmediklerini biliyoruz. Önemli bölümü fiziksel şiddet olmak üzere çok değişik şiddet biçimleriyle sağlık çalışanları karşı karşıya. Daha 2-3 gün önce Siirt'te yine bir aile hekiminin yaşadığı şiddet bizim açımızdan çok çarpıcıydı. Genç bir aile hekimi, daha bir haftalık evli, hiç olmadık bir sebepten, ambulansın park etmesi gereken yere park eden bir hasta ve hasta yakını, bir köyden bahsediyoruz, park sorunu olan bir yer de değil. Siirt'in bir köyü. Baba-oğul eşinin gözünün önünde aile hekimine hakaretler yağdırıp tekme tokat dövüyorlar. Hekim kaçamasın diye kapıyı kilitliyorlar. İnsanlar camı kırıp hekimi kurtarmak zorunda kalıyorlar. Böylesine hekimliğin itibarsızlaştırıldığı, sağlık çalışanlarının itibarsızlaştırıldığı, pek çok yönden hedef olarak gösterildiği acı bir ortamla karşı karşıyayız. Hep söylediğimiz bir şey var. Çalışan sağlığı ve güvenliği meselesinde örgütsel tutumumuzu daha da netleştirmemiz gerekiyor. Ama bunu da kapsayacak biçimde önümüzdeki döneme ilişkin mücadele biçimlerini sizlerle birlikte belirlememiz gerekiyor. Ben bu oturumun buna katkı sunmasını diliyorum, hepimizi TTB adına saygı ve sevgiyle selamlıyorum.

DEVRİMCİ SAĞLIK İŞ SENDİKASI

Özge Yurttaş

Konuşmamda işçi sağlığı ve güvenliği sorununun sınıf mücadelesi açısından anlamı üzerinde duracağım.

Sağlık çalışanlarının sağlığı ve işçi sağlığı güvenliği sorununda bizim örgütsel bakışımızın temelini 2 ayrı boyut oluşturuyor: Birincisi bizim açımızdan aslında işçi sağlığı ve güvenliği sorunu, güvenceli çalışma hakkının bir parçası olarak bir mücadele konusu. Bir diğer boyutu da bu mücadelenin, taşeron işçilerin kimlik mücadelesinin bir parçası olması.

Birçoğumuzun da bildiği gibi biz sağlık kurumlarında taşeron işçilerin örgütüyük. Neden taşeron işçilerini örgütlüyoruz, çünkü Türkiye’de son 10 yılda sayıları neredeyse 12 kat artan taşeron işçi gerçeği var. Sağlık iş kolu taşeronlaştırmanın en yoğun yaşandığı iş kollarından birisi. Şu an Türkiye’de rakamlara baktığımız zaman 650 bini kamu kurumunda, 500 bini de özel sektörde olmak üzere 1 milyon 100 bin taşeron işçi var. Ve bunların 180 bine yakını sağlık bakanlığına bağlı kurumlarda ve üniversitelere bağlı hastanelerde çalışıyorlar. Bu rakam bundan yaklaşık 20 yıl önce sağlık bakanlığı açısından söylemek gerekirse 7 bindi. Bakanlıkta Son 20 yılda taşeron işçilerin sayısı 150 bine ulaştı. Bu rakam sağlıkta yardımcı hizmetlerin neredeyse bütünüyle taşeron işçiler yardımıyla yapıldığını gösteriyor. Haliyle ortaya taşeron çalıştırma sorunu diye bir sorun çıkmış oluyor ve bu özellikle sağlık iş kolunda beraberinde ciddi sorunları getiriyor. Taşeron çalıştırma bizim açımızdan yalnızca bir istihdam biçimi değil. Emegın örgütlenme süreci. Çalışma hayatının işçinin katılım biçimine dair temel değişim anlamına geliyor. Taşeronun mantığı işçiye en çok işi en düşük maliyetle yaptırmak. Hal böyle olunca taşeron çalıştırma, çok az zamanda çok iş yetiştirmeye çalışılması anlamına geliyor. Bir diğer yanı da düşük maliyet stratejileri oluşturuyor.

Burada düşük maliyet stratejisinden kastım sadece ucuz işgücü, düşük ücretler değil. Aynı zamanda işçilerin temel haklarından ve özlük haklarından mahrum bırakılması anlamına geliyor. İş yoğunluğunun fazla olması ve düşük maliyet stratejisi taşeron işçileri sağlık konusunda da korumasız bırakıyor. Sizin de basından takip ettiğiniz üzere, aslında iş cinayetlerinde hayatını kaybeden işçilerin çok büyük bir kısmını taşeron işçiler oluşturuyor. Bunun da tabii sebepleri var. Sağlık işkolunda yapılan araştırmalara göre, taşeron işçilerinin yüzde 80’i, çalıştıkları işe dair ve iş güvenliğine dair hiç bir eğitim almadan işbaşı yaptırılıyor ve çalışma süresi de hiç bir denetime tabi tutulmuyor. Çünkü bu faaliyetler hem zaman kaybı olarak görülüyor, hem de maliyet olarak görülüyor. Bunu yanı sıra iş güvenliğinin sağlanması açısından ihtiyaç duyulan temel ekipmanlar maliyet ve ihaleler gerekçe gösterilere verilmiyor veya daha ucuz ekipmanlar veriliyor.

Yapılan çalışmalar taşeron işçilerin iş yoğunluğu ve düşük yaşam kalitesi nedeniyle hem bedenen hem de ruhen kadrolu işçilerden daha fazla yıprandığını gösteriyor. Bizim üyelerimizin birçoğunun iş yerinde karşılaştığı temel sorunlara baktığımız zaman, iş yetiştirme telaşında yaşanan iş kazaları ön plana çıkıyor. Neredeyse taşeron sağlık işçilerinin yüzde 60’i iş kazasıyla karşı karşıya kalıyor. En sık yaşanan şeyler, kullanılmış iğne ucu-

nun batması ve tıbbi atıkların taşınması sırasında yaşanan sıkıntılar, kazalar. Taşeron sağlık işçileri ekipman maliyetleri nedeniyle korunaksız bir şekilde çalışmaya zorlanıyorlar. Enfeksiyon yine en çok karşılaşılan sorunlar arasında gösteriliyor. Sorunlara baktığımız zaman işin teknik boyutu önemli. Sağlık işkolunun getirdiği riskler ortada. Fakat en temelde bu tip çalışma biçimini, yani güvencesiz çalışma biçimlerin kazaları artırdığını, taşeron işçilerin hem yaşam kalitesini düşürdüğü hem de maruz kaldıkları riskleri ve tehlikeleri artırdıklarını görüyoruz.

Bu yüzden güvenceli çalışmayı çalışma hakkının bir parçası olarak görüyoruz. İş güvencesi talebini taşeron işçiler açısından da iş yerinde de onurlu çalışma, güvenceli çalışma talebiyle birlikte anlamlandırıyoruz.

Zaten bizim sendikal örgütlenmemiz ücret ve toplu sözleşme odaklı değil, daha çok onurlu ve güvenceli çalışma koşullarına dair talepler bizim öncelikli gündemlerimizi oluşturuyor.

Baktığımız zaman angarya iş, ağır yük taşıma gibi aslında sağlık işkolunda temizlik işçilerine veya hastabakıcılarına tanımlanmayan işlerin yapılması en fazla iş kazasına neden olan durumların başında geliyor. Örneğin, öğleden önceki oturumda Şerif hoca bahsetti, bir vaka var. Çapa Tıp Fakültesi'nde taşeron temizlik işçisi görevi olmadığı halde kanalizasyon temizlerken bir kaza geçirdi ve bu kaza sonucunda karaciğer nakli yapılmak zorunda kalındı. Baktığımız zaman muvazaalı bir çalıştırma ilişkisi var. Tanımsız bir iş yapılıyor ve bu yüzden de işçiler zaten eğitimin almadıkları ve kendilerinin görev tanımını içinde olmayan bir işi yaparken çok ciddi bir kazayla karşılaşılıyor. Birçok kişinin de benzer sorunları bize yansıyor. Üyelerimiz aslında temizlik işçisi, tıbbi kayıt sekreteri ya da hastabakıcı olarak da tanımlanıyor. İhalelerde böyle geçiyor. Aldıkları ücret bunun üstünden hesaplanıyor ama yaptıkları iş özel eğitim ve donanım gerektiren bir sağlık hizmeti olabiliyor. Birçoğumuz kendi iş yerlerinizde de benzer şeyi yaşıyorsunuz. Temizlik işçilerine pansuman yaptıran hastaneler var. Bir takım tıbbi cihazlar kullandıran hastaneler var. Bunlar beraberinde sıkıntı getiriyor.

Tam da bu noktada aslında işin ikinci boyutu yani sağlık çalışanlarının sağlığı sorunu olarak göreceğimiz 2. boyutu ortaya çıkmış oluyor. O da, taşeron sağlık işçilerinin kimlik mücadelesi sorunu. Şimdi, ben böyle bahsedince kimlik mücadelesi sorunu, herkesi aklında soru işareti olabilir.

Sağlık hizmeti üretim sürecinde önemli bir sorun olarak gördüğümüz ve sendikamızın da çok yakıcı olarak yaşadığı bir sorun söz konusu. Bugün burada sağlık çalışanlarının sağlığı kongresindeyiz. Ekip arkadaşlarımız biz taşeron işçileri bu işin bir parçası olarak görüyorlar. Fakat sağlık bakanlığı ve çalışma bakanlığı bunu böyle görmüyor. Az önce de söylediğim gibi sağlık işkolunda 150 binden fazla taşeron sağlık emekçisi var. Fakat çalışma bakanlığı kayıtlarına göre taşeron sağlık işçisinin sayısı 20 bin. Aradaki 130 bin işçi kim ve ne iş yapıyor?

İşte bizim sorunumuz tam da bu noktada başlıyor. Taşeron çalıştırma biçimi keyfi bir çalıştırma biçimi. Taşeron işverenlerin keyfiyetine bağlı olarak birçok uygulama hayata

geçiyor. Temel hakların kağıt üzerinde kalmasıyla başlayan bir süreç var. Kıdem tazminatı, yıllık izin, fazla mesai gibi haklar taşeron işçiye keyfiyete göre veriliyor. Yeri geldiği zaman siz taşeron işçisisiniz böyle bir hakkınız yok deniliyor. Şirket değişiklikleri gerekçe gösterilerek temel haklar yok sayılıyor.

Hastanelerde birlikte çalıştığımız ve sağlık hizmeti ürettiğimiz arkadaşlarımızın birçoğu taşeron şirketlerin keyfiyetine göre farklı işkollarında çalışan işçiler olarak gösteriliyor. Örneğin yine Cuma günü orada bir toplantıdaydım, Çapa tıp fakültesinde tıbbi sekreterler inşaat işçisi olarak görülüyor. Kağıt üzerinde sağlık işçisi olarak tanımlanmıyorlar. Benzer bir biçimde Uludağ Tıp Fakültesi'nde çalışan çoğu işçi nakliye iş kolunda çalışan işçiler olarak görülüyor. Yani, yasal olarak sağlık işçisi statüsünde değiller. Bu beraberinde ne getiriyor. Birincisi, sağlık işçisinin yararlanabileceği temel haklardan yararlanamıyorlar. Sağlık işçisi muamelesi görmüyorlar ve en önemli kısmı da sendikal haklardan mahrum bırakılıyorlar. Hastanelerde çalışıyorlar, bir sağlık sendikasına üye olmak istiyorlar doğal olarak ama işkolu uyumsuzluğu gerekçe gösterilerek sendika üyelikleri kabul edilmiyor. Şu an bizim mahkeme verilerine göre 8000'e yakın üyemiz var. Ama çalışma bakanlığının en güncel kayıtlarına göre 874 üye görünüyor. Sadece 58 iş yerinde örgütlüüz. Bu iş yerlerinden sadece 3 yerde, Adana, Kocaeli ve Hacettepe üniversitesinde şirket kendisini sağlık şirketi olarak tescil etmiş. Sadece bu hastanelerde çalışan temizlik işçileri hastabakıcılar ve taşeron işçiler sağlık işçisi olarak görülüyor, sendikamıza üye olabiliyor. Geri kalan iş yerlerinde işçiler hem sendikal haklarından mahrum bırakılıyor, hem de sağlık işçisi olarak görülüyor.

Burada sendika hakkından mahrum bırakılmak sendika açısından değil, taşeron işçiler açısından bir sorun. Çünkü siz de biliyorsunuz aslında çalışma hayatında karşılaştığımız birçok zorluğun üstesinden ancak örgütlü mücadeleyle geliyoruz. Bu taşeron işçiler açısından 2 kat önem taşıyor. Çünkü işçi kendisini işveren karşısında taşeron şirket karşısında tek başına hissediyor. Örneğin bizim üye olduğumuz yerlerde işçiler işne batması veya benzer sorunlar karşısında bunu tutanakla kayıt altına geçirme, hakkını arama yoluna gidiyor. Çünkü öbür durumda şirket karşısında tek başına kalıyor. İşveren karşısında tek başına kalıyor. Zaten iş güvencesi işverenin 2 dudağı arasında. Doğal olarak arkasında bir güç olmadan hem hukuki hem de fiili bir güç olmadan işçi sağlığı ve güvenliği konusunda yaşadığı hak ihlalleri karşısında sessiz kalıyor. Bu işin bir boyutu.

Bir diğer boyutu da bir iş yerinde işçi sağlığı ve güvenliği konusunda normlara uyulup uyulmadığının denetlenmesi ancak oradaki örgütlenme yapısına düşüyor. Çünkü çalışma bakanlığının birçok kurumu başta iş müfettişleri olmak üzere lağvedildi, işlevsizleştirildi. Hukuki mücadele süreci çok uzun sürüyor. Taşeron meselesi zaten bir takım ayak oyunları maddi ve hukuki süreçleri uzattığı için ancak biz sorunlara fiili olarak müdahale edebiliyoruz. Ne gibi? İş yerinde angarya iş yaptırılmaması, iş tanımının dışında iş yaptırılması karşısında mahkeme yoluna gitmek ya da hukuki süreç başlatmak yerine doğrudan oradaki üye arkadaşlarımızla ortak hareket ederek, işveren karşısında üretimden gelen gücümüzü bir yaptırım olarak kullanarak sorunların üstesinden geliyoruz. Doğal olarak da bizim açımızdan burada konuştuğumuz sağlık çalışanlarının sağlığı, son kertede işçi sağlığı ve güvenliği sorunu temelde bir sınıf mücadelesi sorunu

olarak öne çıkıyor.

Demin de söylediğim gibi taşeron işçilik bu noktada özgün bir şey ve bizim üyelerimiz sağlık işkolunda en zayıf halkayı oluşturuyor Çünkü en güvencesiz olanlar onlar. Doğal olarak en ucuza çalıştırılan onlar. Doğal olarak en fazla hak kaybı yaşayan kesim de onlar.

İş kazalarına iş cinayetlerine karşı mücadele son 4-5 yılda sınıf mücadelesinin en çatışmalı geçtiği alanlarından birisini oluşturuyor. Biz bu sorunları bu ekseninde tartışıyoruz. Her durumda hukuki haklarımız ve mücadelemiz saklı kalmak kaydıyla fiili mücadeleyi, örgütlü gücümüzü işverenler karşısında masaya koyuyoruz. Bu sorun, yani işçi sağlığı ve güvenliği sorunu bir sınıf mücadelesi sorunudur. Temelde düşük maliyetli çalışma stratejilerinin hayatımıza soktuğu bir sorundur. O yüzden biz iş güvencesinin, güvenceli çalışma hakkının bir parçası olarak değerlendiriyoruz. Sağlık iş koluna özgün olarak da aslında taşeron işçilerin sağlık işçisi olarak kabul edilmesinin kavgası olarak görüyoruz.

Aslıhan Han Özden

Bu arada bir parantez açacağım. Geçen hafta basından da biliyorsunuz Hacettepe Üniversitesi'nde çalışan 40 sağlık işçisi işten atıldı. Çok yoğun bir haftalık eylem süreci geçirildi ve eyleme katılan biriyle sohbet ederken şöyle ifade etti: “Ben sendika üyesi değilim. Ama beni tanımayan insanların benim için eylem yapıyor olması beni çok etkiledi. Onun için sendika üyesi olmaya karar verdim” demişti. Bazen acı deneyimler insanlara bir arada davranabilmeyi öğretiyor ne yazık ki.

Serdar Sütçü

Geçen iki hafta içerisinde Kütahya Genel Sekreterliği bir ihaleye çıktı. 1 milyon 500 bin SUT puanı karşılığı ayda 90 bin puanı geçmemek üzere dış hekimliği hizmeti, dış hekimliği ise taşeron bir firmada alınması ile ilgili bir ihaleye çıkıldı. Biz Dış Hekimleri Birliği olarak ve sağlık meslek örgütleri olarak bu konuda girişimlerimizi yaptık ve sonuçta bu ihale iptal edilmek zorunda kaldı. Yani bu ihalenin boyutları daha da büyümeye başladı. Yani bu anlamda bunu ifade etmek istedim.

SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET EMEKÇİLERİ SENDİKASI

Çetin Erdolu

İki günlük sunumlarda söyleyeceğimiz şeylerin birçoğu hemen hemen söylendi. Ben sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili örgütsel tutumdan çok, biraz daha farklı bir yerden bakarak sizlerle bir şeyler paylaşmak istiyorum.

Sendika olarak elbette ki sağlık çalışanlarının sağlığına yönelik tutuma ilişkin bir takım değerlendirmeler yaptık. En azında bilgi olsun diye aktarayım. Örneğin bizim sendikamızın genel merkez düzeyinde sağlık çalışanlarının sağlığı, merkezi komisyonumuz var ve bunlar periyodik olarak bir takım çalışmalar yürütüyor. Biz daha çok tüm sağlık çalışanlarının, emekçilerinin sınıf ve mücadele örgütü olarak olaya bakma ve bilhassa onun

üzerinden bir değerlendirme yapmaya ihtiyacımız var diye düşünüyorum. Bu nedenle böyle bir çerçeve içinde sizlerle düşüncelerimizi paylaşmak istiyorum. Elbette ki işçi sağlığı ve iş güvenliği sorununun ve iş yerlerinde bu kurulların oluşturulması ki iki gündür ifade ediliyor, 6331 sayılı yasanın formatı bir olanaktır. Önemlidir. Bunun kullanılması gerekir şeklinde bir takım şeyler söyleniyor. İş yerlerinde bu birimlerin oluşturulması, bu birimlerin oluşturulduktan sonra buna yönelik olarak bir takım risk analizlerinin yapılması ve bu analizler doğrultusunda önlemlerin alınmasının mutlaka ve mutlaka önemli ve anlamlı olduğunu ifade etmek, ama esas olarak yürütülecek mücadelenin daha çok farklı bir kulvarda olması gerektiğini söylemek istiyorum. İki gündür yapılan oturumlarda ve yapılan sunumlarda salondan katkıların ve sorunların daha çok bireysel itirazlarda yoğunlaştığını görmek hakikaten sağlık çalışanlarını sağlığının örgütlenmesi açısından üzücü bir şey olduğunu ifade etmek istiyorum. Elbette ki bireysel itirazların yani mesela bir hastaya 15 dakika gibi, 20 dakika gibi bir sürenin verilmesi olayının önemli ve anlamlı olduğunu, ama bunun performans baskısı altında çalışmakta olan ya da performans tutsağı haline gelmiş olan tüm hekimler üzerine yapılamayacağını da ifade etmek gerekiyor. Bu nedenle burada bireysel izletme durdurma gibi 15-20 dakika gibi her hastaya 15-20 dakika süre verilmesi gibi bir takım örgütlü çalışmaların ya da mücadelelerin yürütülmesinin önemli olduğunu, ama bunun bütünü kapsayan bir mücadele olmayacağını söylemek gerekiyor. Bu nedenle tüm sağlık emekçilerini sürece katmanın mutlak yollarını aramak zorundayız.

Sevgili dostlar, hepimizin biraz önce büyük ölçüde ifade ettiğim, performans baskısı altında çalışma ve performansa karşı bir mücadele yürüttüğümüz açık. Dün yapılan sunumlarda Tekel işçilerinin mücadelesinin ve biraz daha günümüze getirilerek Haziran isyanının buna yönelik bir yol gösterici olduğu ifade edildi. Elbette ki yol göstericiliği var. Ama isterseniz Tekel direnişine geri gidelim. Tekel direnişi hepimizin bildiği gibi Tekel işçileri 4-C gibi ucube, güvencesiz ve esnek kuralızsız çalışma biçimine karşı bir mücadeleydi. Eğer Tekel işçileri Tekel'in özelleştirilme sürecinde verdiği mücadelenin belki de çok daha azını yapsalardı 4-C gibi bir çalışma sistemi olur muydu diye ifade etmek lazım. Bu nedenle bize şimdi performansa karşı mücadelenin büyük ölçüde güvencesiz bir ücret olması ve emekliliğe yansımaması nedeniyle performansın bizatihi kendisine, yani döner sermaye uygulamasına karşı çıkan bir mücadelenin bütünleyici bir mücadele olacağını ifade etmek gerekiyor. O nedenle biz Tekel mücadelesinin Tekel'in özelleştirilmesinden geçen bir mücadelenin büyük bir sonuç alıcı bir mücadele olduğuna inanıyorsak, sağlık emekçileri olarak mücadelenin performansa karşı değil, ya da adaletli performans için değil, ya da hekim merkezli olan performansın aynı zamanda hemşire-ebe-sağlık teknisyenlerine yaygınlaştırılmasına değil, tersine buna karşı çıkan, emekliliğe yansıyacak ücreti talep eden bir yerde mücadeleyi birleştirmek ve mücadeleyi ortaklaştırmak zorundayız. Bunu somut bir yere getirmek istiyorum. İşçi sağlığı ve iş güvenliği yasal düzenlemesi yapıldı. Gerçekten önemli bir kazanım Türkiye için. ABD ve Avrupa ülkelerine baktığımız zaman buradaki örgütlenmenin ve buradaki yasal mevzuatın çıkış tarihi büyük ölçüde Fransa'da 1945'lere kadar dayanıyor. ABD'de biraz daha geç olmakla birlikte genellikle bu tip mevzuat ve uygulamaların daha çok kapitalizmin ya da sermayenin büyük ölçüde krizini aşmak üzere emekçilere bir takım sosyal haklar ver-

diği ya da emekçilerin mücadeleleri ile bir takım sosyal hakları kazandıkları Keynesyen döneme ait olduğunu görürüz. Ama Türkiye’de buna yönelik olarak düzenlemelerin ve biraz da uygulamaların daha çok neoliberal dönüşüm politikalarının etkin bir biçimde uygulandığı bir döneme rastladığını görmek gerekiyor. Hâlihazırda Amerika kıtası ve Avrupa ülkelerinde uygulanma belli bir kural haline getirilmiş olan işçi sağlığı ve iş güvenliği meselesi uygulamada önemli bir yer etmiş olmakla birlikte neoliberal dönüşüm sürecinde de artık hizmet alıma yönelik ya da bu hizmetin de piyasalaştırılması sürecine girdiğini söylemek mümkün.

Elbette Türkiye’de yapılan yasal düzenlemede de, mevzuat düzenlemesinde de benzer bir piyasalaştırma olduğu, özellikle işyeri hekimliği uygulamasında rastladığımız ve yaşadığımız bir şey olduğunu ifade etmek istiyorum. O nedenle biz burada elbette ki iş yerlerinde birimler oluşturulması, risk analizlerinin yapılması ve iki gündür ifade edilen bir takım uygulamaların hayata geçirilmesi konusunda vereceğimiz mücadelenin önemini bir kenarda bırakmamak, tersine bunun büyük bir ölçüde önemli olduğunu vurgulamak ama esas ölçüde piyasalaştırmaya karşı verilecek olan mücadelenin önemli bir ölçüde işçi sağlığı ve güvenliği meselesini belli bir raya oturtacağını söylemek gerekiyor. Eğer biz bu işin taşeronlaştırılmış olmasını ortadan kaldırmak istiyorsak, taşeronlaştırmanın temelinde yatan neoliberal dönüşüm politikalarına karşı, ya da tümüyle birlikte neoliberal bir dönüşüm anlamına gelen sağlıkta dönüşüm politikalarına ve uygulamalarına karşı mücadele vermek zorundayız. Biz bu güne kadar mücadeleyi sağlık alanındaki emek ve meslek örgütleri olarak elbette ki yürüttük. Ama bu yürüttüğümüz mücadelenin son dönemlerde artık gerçekten ivmesi düşmüş bir mücadele olduğunu söylemek gerekiyor. Oysaki daha Haziran isyanının üstünden çok fazla zaman geçmedi. Bizim önemli eksikliklerimiz var. Sağlı emekçileri olarak Haziran direnişinin ruhunu iş yerlerine ne kadar taşıyabildik bu bizim eksikliğimiz olarak bir tarafa yazılmalıdır. Ama eğer bunu taşıyamamışsak, şimdiden itibaren bu mücadeleyi alana taşımalı, neoliberalizme karşı verilecek olan mücadelede birleştirmenin gerekli olduğunu söylemek istiyorum.

Burada ifade etmek istediğim şey şudur: Elbette bizi ortaklaştıran iki önemli konu var. Birincisi, taşeronlaştırma başta olmak üzere güvencesizleştirmenin merkezinde olduğu ama en önemlisi gelecek güvencesi ve ödeme güvencesi olmayan, gelecek güvencesi sağlamayan döner sermaye uygulamasına karşı doğrudan verilecek olan mücadele sağlıkta dönüşüm programının bütününe karşı verilecek olan mücadele olmalıdır. Bu kongrenin düzenleyicileri olan örgütler bu kongrenin düzenlenmesinde bir araya gelebiliyorsa ve şu anda bu örgütlerin tümünün neredeyse temsilcileri buradaysa, iş yerlerindeki temsilcilerin de bir araya gelerek oluşturacakları işyeri meclisleri üzerinden yürütülecek olan bir mücadelenin bütünlüklü ve sonuç alıcı, en azından bu saldırıları püskürtücü bir mücadele olduğunu söylersek herhalde haksız olmayız. Bu nedenle ben burada mevcut olan tüm örgüt temsilcilerinin önümüzdeki süreçte yürütülecek olan mücadelenin büyük ölçüde iş yerlerinde gücümüzü birleştiren ve ortaklaştıran, ama en önemlisi sağlıkta dönüşüm programının neoliberal dönüşüm programına karşı yürütülecek olan mücadelede ortaklaştırılması ve bu ortaklaşma üzerinden de mücadeleye giderek hizmet alanlarında katılmasını sağlayacak bir mücadeleyle evrilmesine ihtiyaç var.

Bunu elbette yapabiliriz. Yapabileceğimizi geçmişte gösterdik. 13 Mart 2011’de gösterdik arkadaşlar. 19-20 Nisan 2011’de gösterdik. 21 Aralık 2011’de gösterdik. 17 Nisan tarihinde sevgili Ersin Arslan’ın ölümü sırasında gösterdik ve geçtiğimiz 2013 yılı 17 Nisan’ında da gösterdik. Bundan sonra göstermememiz için hiç bir neden yok. Ben gücümüzün, birikimlerimizin ve verdiğimiz mücadele deneyimlerimizin buna yeteceğine inanıyorum. Sizlerin bu sürece katılarak bu mücadelenin çerçevesini çizerek içeri dolduracak önerilerle zenginleştirmenizi diliyor, hepimizi sendikam adına sevgi ve saygıyla selamlıyorum.

Dün sevgili konuğumuz Mony bize demokrasinin ve hukukun olduğu ülkelerdeki kazanımlardan bahsetti. Oldukça sevindik, umutla başladık. Sonra yüreğimize su serpmek için dedi ki, bizde de sizlerdeki gibi örnekler yaşanıyor. Bir parça rahatladık. Şimdi, altından kalkamayacağımız sorunların üzerine gitmenin bir anlamı yok. Bu sorunun altından kalkabilir miyiz? Büyük halk sağlığı sorunun çözmek mümkün mü? Basamaklı basamaklı incelemeliyiz. Birinci basamak var olan sorunun farkında olup olmama durumu ve biz bu sorunun farkında mıyız? Farkındayız. Performanstan bahsedildi, şiddetten bahsedildi, ne kadar yorulduğumuzdan bahsedildi. Burhanettin dünkü sunumunda toplumsal karmaşık travma yaşadığımızı anlattı ve bunun meslek hastalığı olduğunu söyledi. Ben de inanıyorum buna gerçekten. Ayrışmadan bahsedildi bu çok önemli. Birleşmek gerektiğini, bu sistemi reddetmek gerektiğini, kanserli bir üniversite öğrencisinin örneğinden söyledi. Gerçekten biz sorunun farkındayız. Birinci basamağı başarıyoruz. İkincisi sorun neden yaşanıyor? Bu nedeni biliyor muyuz? Yine Erişe atıfta bulunacağım. Üç cümle söyledi. “Bizi hasta eden nedir lan” diye başlayan, sermayeyi hedef olarak gösteren... Evet. Diğer konuşmacılar da sorunun neden yaşadığımızı da çok net ortaya koydular. 2. basamağı geçtik. Üçüncü basamakta sorunla ne kadar başa çıkılabileceğinin olanaklarını değerlendirmek gerekiyor. Gene Mony şunu da söylemişti. Eğer toplumsal bir hareket haline gelirse her sorun aşılabılır. Kişisel deneyimlerden de bunu biliyoruz. Sorunlarla başa çıkabileceğimizi, Çetin Abi de başardığımızı tarihleriyle verdi. 4. basamakta sorunun önemini algılatmak hem çalışanlara hem de topluma mümkün mü? Murat’ı hatırlatacağım. Murat, Eriş’in ret dediği şeyi itiraz olarak tanımladı. Dedi ki, itiraz etmek zorundayız çünkü biz artık mesleki değerlerimizi koruyamaz hale geldik. Bunun farkındayız. Bir toplumda odağına bu kadar fazla insanı almış meslek grubu yok. Odağından insan ya da başka bir meta olabiliyor insanların yaşamlarında. Hekimlerin ve sağlık çalışanların odağında insan var ve bu insanları artık şiddete uğruyor hale geldikleri için bıçak kemiğe de dayandı. Bu değerler duygusal olarak toplumda ve son basamak, politik bir kararlılık var mı? Bakın karşınızda 6 tane örgütün temsilcisi oturuyorlar ve hemen hemen aynı şeyi söylüyorlar. Buradan aslında bir çerçeve programı çıkmasını ben de umut ediyorum ve bekliyorum. Geçen sene de katılmıştım. Bu kongre beni çok etkiliyor. Kendimi çok rahat hissediyorum. Böyle söyleşi ve dertleşme ortamı olduğu için çok keyif alıyorum. Dileğim sizlerden gelecek bildirimlerle, bilgilerle yol haritasının netleşmesi. Söz sizde.

Ersan Yıldırım

Düzenleyici ekibe birkaç önerim var. Öncelikle bu emeğe tekrar saygı duymak ve kutlamak gerektiğini bir kez daha ifade etmek istiyorum. Bütün katılan örgütler, bileşenlerle

aktivistlerle, üyelerle bu direnci sürdürenlere gerçekten teşekkür ediyorum. Düzenleyici ekibe özellikle geçmiş kongrelerden farklı olarak daha öncekilerde bir grup çalışması formatı vardı. Bu, çalışmanın yararlı olduğunu daha önceki senelerde görmüştük. Bundan sonraki kongrelerde de bu grup çalışmalarının yapılmasının yararlı olacağını düşünüyorum. Örgüt temsilcisi arkadaşlara gerek yönetici düzeyinde, gerek katılımcı düzeyinde benim de söylem ve gözlemlerim var. Ben de şu anda bir örgütün temsilcisiyim. Yalnız, geçmiş kongrelerden fark olarak görebildiğim, buradaki kongreye merkezi örgüt düzeyindeki katılım içeriğinin biraz az olduğu. Katılımcı profiline biraz değiştiği şeklinde. Önceki kongrelerde Türkiye'nin geneline yaygın katılım ve örgüt temsilcilerinin üyelerle beraber katıldığını ve bunu geri bildirim olarak illerine taşıdığını gözlemliyorduk. Şimdi biraz merkezi katılımı sınırlı kalmış olduğunu görüyorum. İldeki yönetici arkadaşlarım ve katılımcı sayısının az olduğunu görüyorum. Bu beni üzdü biraz. Bir de yürütücülerin isimleri ve profilleri değişiyor ama bir sevindirici olay benim için, katılımcıların özellikle gördüğüm kadarıyla özellikle Ankara merkezli sağlık öğrencisi arkadaşların bu kongreye ilgi duyduklarını sevinçle gözlemledim. Kısaca tekrar bir teşekkür ve bu önerilerin dikate alınması dileğiyle.

Katılımcı

Gerçekten çok şey öğrendik. Bir kısmını biliyorduk, bir kısmını pekiştirmiş olduk ama bazı çelişkili noktalar var. Ben bunları yüksek sesle düşünerek sizlere ifade edeceğim. Aslında konuşulacak o kadar çok şey var ki. Sağlık sisteminin çok geriden gelen sorunları var. Bunların tekrar altını çizelim. Gerçekten sağlıklı bir sağlık sistemi yok Türkiye'de ve belki de hiç olmadı. Bir aile hekimliği öncesi pratisyen hekimlik birinci basamak uygulaması vardı ama orada da çeşitli sebeplerle tam uygulanamadı bu. Son 10 yıl öncesinden de aslında sağlıkta genel bir sorun birikimi var. Son 10 yılda bunun üstüne çok şeyler eklendi. Birçok kamburlar eklendi. Performans sistemi geldi, ücretler düştü. Sağlık maliyetleri arttı, şu anda bu siyasi olarak tolere ediliyor ama bir kriz çıktığında çok daha sıkıntılı süreçlerle karşı karşıya hem halk, hem de biz kalacağız. Öyle anlaşılıyor. Çünkü bakıyorsunuz son 10 yılda sağlık harcaması 8-10 kat arttı. Sağlık hizmeti sunumu 3 kat arttı. Sağlık personeli 2 kat arttığı halde yeteri kadar bir memnuniyet oluşmadığını ben düşünüyorum. Gerçi halk ulaşabildiği için, eskiden hiç ulaşamıyordu. Biraz da hekimlerin yanlış tutumları vardı. Tam gün tartışmaları vardı, üniversite dışında hizmet vermenin bazı sorunları vardı. Bunlar hala tartışılıyor aslında. Özgürlük alanı olarak da kimileri tarafından görülebiliyor ama bu süreçte çeşitli sorunlar eklendi. Ben hep şunu vurguluyorum. Biz yaptığımız işe nitelik anlamında sahip çıkmalıyız. En azından ezilmeyiz o zaman. Bunu çok önemsiyorum. Bir hekimin 15 dakikadan az hizmet veremeyeceğinin bu siyasi iktidarın, egemenlerin, ya da her kimse onların bunu anlaması lazım. Buna hakkımız var. Bunun için hukuksal olarak gücümüz de var. Bilimsel standartlar dünya ölçeğinde var. Böyle bir sistemde hekimlere performansı dayatmanın bir ahlaksızlığı var. Biz bu ahlaksızlığı anlatmak zorundayız. Sanıyorum anlatamadık. En başta biz yuttuk, görmezden geldik. Durup dururken döner sermaye sistemi çıkmıştı hatırlarsanız. Biz bunun için mücadele etmedik. Kendi kendine verildi gibi hatırlıyorum. Bu aslında özelleşmenin önünde bir adımdı. Daha sonra performansı da yuttuk. Üniversiteler nasıl yuttu ben onu anlayamıyorum. Sonuçta kambur kambur üstüne oldu. Bu da nitelik

ve kalite kaybını getirdi. Tabii ardından bunun siyasi bir dönüşümü oldu. 12 Eylül'ün getirmiş olduğu bir sürü şey var. Ben buradaki katılımı çok yetersiz görüyorum. Türkiye'de ya da Ankara'da yapılan çalışmada hekimlerde yüzde 90'larda memnuniyetsizlik varsa, gelecekte mutsuzluk varsa buranın tıklım tıklım olması gerekirdi eğer mücadele varsa. Mücadeleye niyet varsa. Ama yok. Bakıyorsunuz çok içe dönük gözüküyor. Dedikleriniz çok doğru. Ben 2 gündür hiçbirini kaçırmadım toplantı hariç. Çok içine kapanıkız. Bunca hak kaybına rağmen biz anlatamıyoruz sorunu. Şimdi iş sağlığı ve güvenliği kanununa bakıyorsunuz, iş sağlığı diye bir şey yok. Sağlıklı bir iş modeli tanımlanmamış. Sevk sistemi yok, aktarım yok. Bunların hiç biri yok. Özetle, kötü bir sağlık sistemi var ve bence sağlık sistemi şu anda iflas etmiş durumdadır. Bunu anlatmamız lazım.

Önerim şudur. Burada çok güzel toplantı düzenlendi. Gerçekten çok güzel bilgiler verildi ve ben de çok faydalandım. Keşke daha öncekilere de katılsaydım. Yalnız, böyle bir toplantıyı düzenlerken, derneklerin buraya gelmesini sağlamak zorundasınız. Bütün dernekler gelecekler. Neden geldiklerine dair bilgi verecekler. Sağlık çalışanlarının sağlığını konuşuyoruz, niye dernekler yok? Bize hesap versinler. Olmaları lazım. Eğer dernek başkanları bu kongreye hesap veremiyorsa o zaman bizim hesap sormamız lazım. Öyle değil mi? Şunu demek istiyorum. Önerilerim şunlar: Bizim bu sorunlarımızı değişik siyasi alanlara aktarmamız lazım. Bütün siyasi gruplara. AKP de, MHP de, BDP de gelsin. Onları da çağırıp bunları anlatmamız lazım. Sağlık onları da ilgilendiriyor. Bakın, ABD yakın zamanda krize girdi. Bizim ülkemizde hem kaynağımız çok kısıtlı, hem de bir sağlık sistemini bir tüketim şekline dönüştürdük. Niteliğini kaybetti. Gereksiz harcamalara neden oluyor. Yakında krize sokacak bizi. Bunu anlatmamız lazım, bu ülkede yaşayan bütün insanlar bundan zarar görecek. Ama anlattığımızı sanmıyorum. Anlatsak daha çok farklı yerlerden katılım olurdu diye düşünüyorum. Mutlaka çağırmamız gerekiyor, mutlaka onlara sağlık çalışanlarının sağlığı dahil bu ülkede yaşayan insanların sağlığının tehlikede olduğunu anlatmamız gerekiyor.

Ercan Küçükosman

İki gündür aslında verimli bir toplantı oldu diye düşünüyorum. Değişik görüşler salondan arkadaşlar da görüşlerini paylaştılar herkesle. İyi bir tartışma ortamı olduğu düşüncesindeyim. Son olarak örgütlerin konuşmalarında niye böyle oluyor, sağlık çalışanlarının sağlığına sahip çıkamıyoruz noktasına gelince, gerçekten bir işçi sınıfı mücadelesi vermenin gerekliliği ortaya çıkıyor. Şimdi, burada biraz da şunu yapmak lazım. İğneyi kendimize batırmamız gerekir diye düşünüyorum. Bir tarafta Çetin Hocam da dedi, Gezi ruhunu katalım mücadelemize dedi. İş yerlerine bu ruhu katalım dedi. Gerçekten de bu Haziran ayındaki direniş bize bir takım ipuçları veriyor aslında. Biri de şu. Özellikle demokrasiye sahip çıkma meselesidir aslında Haziran direnişi. Direniş, yaşam tarzına müdahaleye karşı çıkmaktır. Yaşam tarzına müdahalede de bizim sağlık alanında yaşanan şey ne? Sağlık alanında türbanlı hasta bakma ve kamu iş yerlerinde türbanın girmesi ve buradaki ortaya çıkan sonuçlar. Afganistan meselesi. Afganistan'da bugün pek çok kadın, kadın doğum uzmanı olduğu için hayatını kaybediyor. Kadın doğum uzmanları hayatını kaybediyor. Bu anlamda KESK olarak hiçbir zaman laiklik konusunda doğru dürüst bir ifade bulunulmadı. 10 yıldır KESK laiklik konusunda doğru bir adım

atamıyor. TTB, 4-5 yıl öncesinde adımlar attı ama söylem düzeyinde kaldı. Türkiye niye Afganistan'daki gibi böyle bir radikal İslamcı bir uygulama Türkiye'ye niye gelmesin? Oralardan bir farkımız yok. Bu anlamdaki bu ayrılmazlığı doğru bulmuyorum. Çıvaldızın bir tanesi de gerçekten biz demokrasiye ve laikliğe sahip çıkma meselesini 2010'da da yaşadık. Buradaki özellikle hem TTB ve KESK, ikisi de bulunduğum teşkilatlar. Merkez yönetimleri 2010 referandumuna hayır diyemediler. Bu da demokraside büyük bir kırılma noktasıdır. Madem demokrasiye sahip çıkacağız, buna sahip çıkalım. Ondan sonra bugün taşeron işçiler örgütlenemiyor. Bunu 12 Eylül yasaları sağlıyor. 12 Eylül 2010'daki referandumda yargıdaki bağımsızlık kalktı. Grev hakkımız elimizden alındı. KESK'te buna ilişkin karşı çıkış olmadı. Bir de işin diğer tarafı, yani 12 Eylül'den önce 1961 Anayasası vardı. 12 Mart'ta ortadan kaldırılrsa bile, epeyce bazı yasaları. Bugün 27 Mayıs ve arkasından gelen 61 anayasasıydı. Buna sahip çıkmak zorundaydık. Türkiye işçi sınıfı 15-16 Haziran'da 1961 anayasasına sahip çıkmıştır. Bugün pek çok yerde 1961 anayasası kötüleniyor. Güneydoğu illerinin tabip odasında yine 61 Anayasası'na senden başka sahip çıkan yok dedi. Gelinek nokta bu. Elimizde olan bir demokratik haklar var zaten. Bunlara sahip çıkmadık. Bunlara söz olarak da sahip çıkalım. Demokrasi ve laikliğe sahip çıkmak gerekiyor. İşçi sınıfı ve kamu çalışanları içerisinde sınıf mücadelesine tekrar sahip çıkmak gerekiyor. Farklı münazaralarla gerçekten meseleye sınıfsal bakış dışındaki bakışlarla bakıp bir sonuç çıkartmamız çok zor. Karşımızda emperyalizm var. Buna karşı mücadele etmeliyiz. Bu eskiden beri var olan bir şey. Türkiye'de 1991'den sonra tek kutuplu olarak yaşandığı için bunları yaşıyoruz. Daha önceki düzende bizim elimizdeki haklar Sovyetler Birliği'nde sosyalist düzen olduğu için çalışanlara da bir takım haklar verilmişti. 1991'den sonra artık emperyalist düzen işçi sınıfının elinden hakları alıyor. Bu açıdan bizim de meselelere sınıfsal düzeyde bakmamız ve sınıf açısından değerlendirmemiz gerekiyor. İşçi sınıfıyla birlikte sağlık çalışanları da bu sürecin içinde ve sahip çıkmalıyız diye düşünüyorum.

Ayşe Sema Yılmaz

Meslek hayatımın 32. yılındayım. Ankara Tıp Fakültesi mezunuyum. Bu salona adımımı attığımdan beri 38 yıl geçti. Ben ilk sosyal çalışmaları işçi sağlığında anketör olarak birinci sınıfta başlamıştım. 38 yıldır ben ne işçi sağlığında ne de hekim sağlığı konusunda çok belirgin bir ilerlemeyi gözlemedim açıkçası. Ama burada biraz sizin de sorgulamanız ve Tabipler Odası olarak kendinize de özeleştiri getirmeniz gerektiğini düşünüyorum. Çünkü her geçen gün buraya gelen insan sayısı azalıyor. TTB ve Ankara Tabip Odası şimdiye kadar genel demokrasi adına çalışmalar yaparak meslek erbabının, sağlık elemanlarının özlük haklarını biraz geride bırakmıştır. Bundan sonra dayanışma olarak arkanızda insan görmek istiyorsanız, 38 yıllık bir birikimim olarak, hekimlerin çok yıprandığını görerek onların yıpranma paylarını bir şekilde polisler en azından denk getirerek özlük hakkını bir şekilde yıpranma tazminatı şeklinde emekliliğe yansıyacak şekilde, örneğin bir buçuk sene olacak şekilde ya da çok nöbet tutan insanların yıllık izinlerini bir şekilde artırarak düzenlemenin arkanıza insan almak konusunda faydasının olabileceğini düşünüyorum. Bunun haricinde şu anda mesela sağlık personelinin süt izinleri kaldırıldı. Bu konuyla ilgili bir çalışmanız var mı? Talebiniz var mı? Bununla ilgili saha çalışmalarınız var mı?

Eğer bir şekilde hekim ya da hekim-hemşire-sağlık personeli daha geniş bir alanı taban olarak ortak çalışma konusunda ortak davranma konusunda katılım payını artırmak istiyorsanız o insanların haklarını da savunmanız gerekecektir. Bugün hekimler o kadar çok çalışıyor ki almış oldukları performansları sadece yakınları yiyor. Onlar sabahtan akşama kadar çalışıyor çünkü. Hekimlere sorun bakalım kaç tanesi kazandığı parayı harcayabiliyor? Ben şu anda hekimlik yapmıyorum, başka uğraşlarla ilgiliyim. Birinci senede sonlandırmak zorunda kaldım. Muayene açmadım, gönüllü çalıştım. Benim devletten 18 bin TL mesai alacağım var. Benim arkamda da kendi meslek odamı göremedim hiç bir dönemde. Mecburi hizmetteyken ben kaçırılmaya çalışıldım. Yasal olarak ne yapabilirim diye Tabip Odası'na geldim, odadan hiçbir insan arkamda yoktu. Ankara Tabip Odası, Kastamonu Tabip Odası... Biraz artık hekimlerin arkasına geçin... Bu teorik söylemleri biraz azaltın artık.

Alparslan Türkkkan

Arkadaşlarıma cevap için söz vereceğim. Ben tabip odasının bir aktivistiyim. Odanın yönetim dışındaki her kademesinde çalıştım. Kendi adıma cevap veriyorum. Ben arkamda hekim istemiyorum. Hekimler yanımda olmalı. Çünkü benimle sizin aranızda hiç bir fark yok. Biz birlikteyken TTB oluyor. Katılıyorsunuz, hep beraber yan yana bir şey yapmaya çalışıyoruz.

Gazi Üniversitesi 3. Sınıf Hemşire Öğrencisi:

Ben değinmediğiniz bir konuya değinmek istiyorum şimdi. Bu da koruyucu sağlık hizmetleri. Özellikle bir hemşire adayı olarak konuya değinmek istedim. Çünkü hemşirelerin bir görevi de hasta eğitimidir. Yani hastaya hastanede nasıl bakım verimiz, bunu elbet yaparız ama bireye hastalıklardan nasıl korunulur, bunu da öğretmemiz gerekir. Örnek vermek istiyorum. Taburculuk eğitimi iyi planlanan bir hastanın tekrar aynı şikâyetle hastaneye gelmesini engelleyebiliriz ve böylece hastane sirkülasyonunu azaltabiliriz. Ancak ne yazık ki son 10 yıldır koruyucu sağlık hizmetleri öldürülmüş durumda. Sağlıkta dönüşüm sistemi dolayısıyla performansta da öngördüğü gibi, ne kadar çok hızlı tedavi uygularız, ne kadar daha çok bakım verebilirize eğildiğimiz için koruyucu sağlık hizmetlerine ne yazık ki yeterli önemi vermiyoruz. Oysa ki gerek hekimler, gerek hemşireler, gerek diğer sağlık personelleri hastanelerin eğitiminden oldukça şikâyetçi. Bu koruyucu sağlık hizmetleriyle daha rahatlatılabilir en azından. Aile hekimliği sisteminde hemşirelerin özerklik alanları kısıtlandığından bu durum çok da mümkün olmuyor. Son olarak da şunu söylemek istiyorum. Evde bakım hizmetleri de istendiği kadar düzeyde değil ülkemizde. Bu konu son zamanda özel şirketler tarafından oldukça gündemde ve buradan da para sirkülasyonu hedefleniyor. Sosyal devlet anlayışına da hiç uymayan bir bakış açısıyla yaklaşmış oluyoruz. Biz Türk Hemşireler Derneği öğrenci komisyonu olarak buradayız. Gençler geleceğe umutsuzluğa karşı yapabileceğimiz bir şeyler olduğunu düşünüyoruz. İki gündür burada çok umutsuz konuşmalar duyduk ama biz çalışmaya ve bir şeyler için çabalamaya devam edeceğiz. Bunu bilin istedim.

Hasan Kaldık

Şimdi, iki günlük bir tartışmada şunları gördük. Sunum yapan arkadaşlarımızın büyük bir kısmı sorunların nereden nasıl geldiğini 3 aşağı 5 yukarı tarifledi. Bakıyoruz, siyasi iktidar sağlığını bozmuş. Bakıyoruz neoliberal politikalar sağlığını bozmuş. Bakıyoruz, halkın sorunlarıyla ilgilenmediğimizden dolayı halkla aramızda sorun gelişmiş. Şiddet açığa çıkmış. Derken bütün bunları ortaya koyduk. Şu çok önemli; eğer demokrasiyle ilgili kurumların söylemi olmayacaksa, eğer demokrasi demokratikleşmeyle ilgili kurumların söylemleri ya da mücadelesi olmayacaksa kurumlar sadece kendi meslekleri ile ilgili ya da kendi iç sloganlarıyla ilgilendikleri zaman o zaman bu ülkenin sorunlarıyla hiç bir şekilde ilgilenemez ve bir adım da atamaz...

Katılımcı

... dolayısıyla benim bakış tarzımda çok nettir. Sunumlarda da gördüm...

İnsanlara önce Tabipler Birliği olarak, Eczacılar Birliği olarak bir şeyler vermeye çalışacağız. Aslında hepimizin sendikası var. Bu nedenle çok büyük bir güç. Şuandan itibaren yeni üye katılmamış bile olsa mevcut üyelerin sayısı ile çok şey başlatılabilir gibi geliyor bana. Her kapıyı çalmamız lazım.

Benzetmek gibi olmasın ama siyasi iktidar nasıl diyorsa “Benim her valim kapıları çalacak” diye... Bunu da hoş bir şey olmadığından demek istemiyorum ama insanlara kendimizi anlatmamızın yolu onlarla bir şeyler yapmak. Kısa kısa ve yerel yerel eğitim çalışmaları yapmamız gerekiyor. Buna başladığı zaman mutlaka arkası gelecektir, gelişecektir.

Böyle bir toplantı olduğu zaman her kapının, hatta siyasi iktidarların bile kapısının çalınması gerekir. Biraz daha çok uğraşmamız gerekiyor diye düşünüyorum. Tüm bu çalışmalar için çok teşekkür ediyorum. Ben kendi açımdan yapabileceğim her şeyi bundan sonra yapmayı düşünüyorum.

Başkent Üniversitesi Hemşirelik Öğrencisi 3. Sınıf

Sağlık çatısı altındaki bütün çalışanlar grup ayırmaksızın şiddet görüyor. Fiziksel ya da sözlü şiddet. Medya ise bunu olduğu gibi yansıtmıyor, insanlar da yansıtılan kadarıyla yetiniyor. Artık insanlar bunu olağan bir şeymiş gibi görüyor.

Hastalar artık bir evin çocuğu gibi ve aile ona ne kadar verirse o da itaat ediyor. Hastanede doktoruna nasıl bir uygulama verirse aynısını yapıyor. Özel hastanelerde bir hasta geliyor: “Benim param bu kadar, senin değerim bu kadar” anlayışı içerisinde olunduğunu görüyoruz.

Sağlıkta grup fark etmeksizin herkese şiddet var ve bu normal olarak karşılanıyor. Bazı durumlarda “hak etmişti” gibi yaklaşımlarla da karşılaşılıyor. Buna değinmek istemiştim.

Arif Müezzinoğlu

Arkadaşımızın bıraktığı yerden bende birkaç şeye değinmek istiyorum. Şiddet oldukça önemli. Şeref hocamız daha önceki oturumda çok açık seçik biçimde ifade etmişti: şiddet bir iş kazasıdır. Dolayısıyla biz iş kazaları ya da meslek hastalıklarını öncelikle görünür hale getirebilmeliyiz. Bunun için ise yaşananların Çalışma Bakanlığı'na işverenler tarafından bildirilmesini sağlamak faaliyeti yapılabilir. Böylelikle iş yerinin işverenin sorumluluğu altında olduğu ve her türlü olumsuzluğun da işverenin sorumluluğu altında olduğu gerçeğine yönelik basınç yapacak bir pozisyonda durmamız gerek. Meslek hastalıkları için de bu geçerli.

Yaşanan her şeyi bizim sayfamızda insanların bir hayat hikâyesi biçiminde görmesi için bunları yayınlamamız da gerekiyor. Türkiye'nin herhangi bir yerindeki meslek mensubu böylelikle "Beni bekleyen sorun ne?" sorusuna ve buna karşı yapılması gerekenlere yanıt bulmuş olur.

Eriş Bilaloğlu

Çözüm önerileri söylendi. Demokrasi, laiklik... Mesele meslek hastalıklarıyla çözümün arasını nasıl kapatacağımız meselesi. Arif'in önerilerinin de buna yönelik olduğunu düşünüyorum.

Toplantıda bir moralsizlik ve umutsuzluk meselesinden bahsedildi. Hakikaten üzüldüm, çünkü bu toplantıya geliyor olmak demek umutlu olmak demek zaten. Dolayısıyla böyle bir şey olduğunu düşünmüyorum. Sık verdiğim bir örnek: Celal Şengör, deprem konusunda dünyaca tanınan uzman bir isim. Dünyadaki bir numaralı adamı ise kendi çalıştığı üniversiteye konuşmacı olarak getiriyor. Makul bir büyüklükte salon istiyor millet kaçacak diye. Aynı gün Hülya Avşar da üniversitede bir konferansa çağırılıyor. Şengör ise kendisi ve adam hariç 4 kişiyle konferans yaparken Hülya Avşar da ise bütün öğretim üyeleri, öğrenciler birbirlerini ezerek oturuyor. Böyle bir tablo var.

Buradaki heyet azdır, çoktur; ama çok kıymetlidir, büyür. Nasıl? Örgüt temsilcilerinin yürüttüğü bir karne meselesi var. İnsanlar katılmaktan imtina ediyor "Başıma bir iş gelir" diye. O nedenle bu kurumsal olarak karşılıkları olan yapılar, önce kendi illerindeki hastanelerden başlayarak 8-10 ölçüt üzerinden karne verebilir. Örneğin Numune Hastanesi'nde son bir yılda hiç iş kazası bildirilmiş mi? Sıfır. Meslek hastalığı yok. Çalışan bu kadar, ameliyat bu kadar, poliklinik bu kadar... Tonlarca insan girip çıkıyor, ne iş kazası var değil mi?

İki, hastalara yeterli süre ayrılıyor mu? Bu hastane ya bu da hastane. Ayrılıyorsa ayrılıyor deyin ayrılmıyorsa ayrılmıyor deyin. Bir sağlık hizmetlerinin ön adımı yapılıyor mu? 3-5-6 yazın. İşte burası hasta yararına mı, kar amaçlı çalışıyor mu? Dün söylendi. Dev Sağlık-İş'ten işçi arkadaşımız dedi. Hacettepe rektörü kendilerine "Burası ticarethane" demiş. Dolayısıyla bunları da alt alta koyun. Her hafta bir tanesi basın toplantısında açıklayın. Adana 'da Adana SES desin ki devlet hastanesinde şu kadar insan çalışıyor. Ne bir iş kazası var ne meslek hastalığı var. Hastalara yeterli süre ayrılmıyor. Başka? Kar

amaçlı çalışıyor. Buranın adı ne? Dünden beri anladığım o ki, bu hastanelerin maden ocaklarından tek farkı grizu patlamaları olmaması. Onun dışında her türlü bela başta radyoloji teknisyeni olmak üzere hepsinin başında. Böyle bir şey. O zaman burada maden ocağı ya da kârâ bağlı çalışan bir yer, kâr hane. Nerede çalışıyoruz diye sorduğumuzda biz cevap vereceğiz. Herkese ya maden ocağındayız, ya da kâr hanede çalışıyoruz diyeceğiz. Kamuoyuna ilan edeceğiz. Numune şu, bilmem ne bu. Buralarda adeta insanlar maden ocağında göçük altında kalır gibi kalıyor, küt diye bir yerine bir şey batıyor. Bunları madem teknik insanlar veremiyor, arzu etsek ki o hastanedeki insanlar bildirseler neyse durum. İyiyse iyi, burası cillop gibi, bütün herkese söyleyelim. Ankara'da gidiniz, Numune Hastanesi'nde muayene olunuz diyelim. Çünkü hastalara yeterli süre ayrılıyor, iş kazası olduğunda bildiriliyor, her türlü iş güvenliği iş sağlığı riski açısından önlemler alınmış, kâr içinde çalışılmıyor, işte burası hastane gidin! Değilse de söyleyelim. Üzerimize çullansın herkes. Çalışanlar bile açıklama yapsın. Hayır, bizim hastanemiz çok güzel. Güvencesiz çalışma var mı bir ölçüsü de bu olsun. Güvencesiz çalıştırılıyorlar mı? Maaşlarında bir gecikme oluyor mu? Oluyorsa biz işaretleyip ilan edelim. Biz de bunun görünür olmasını sağlayalım. Çünkü nerede çalışıyoruz? Farkındalığa katılıyorum ama bu farkındalığı daha üst düzeyde görünür hale getirelim. Bunu bir kampanya değil de sürekli bir faaliyet olarak görelim. Adana'da 10 tane kamu ve özel hastane vardır. Özel hastaneler en büyük kâr haneler. Sadece yeterli süre ayırdığı için oradaki hastaneleri hastane adıyla adlandırma şansımız ve haklılığımız yok. Orada çalışanlar da oranın ne olduğunu herkes bilecek. Toplum eğer bunları istiyorsa buralarda devam ederiz, kâr üzerine onların acılarından sıkıntılarından hastalıklarından kâr elde eden yerlerde çalışırız. Adımız ne olur? Ya da başka bir yöne doğru sevki yaparız. Bence Aralık'ın 15'inde başlanabilir. Ankara'da hastane çoktur. Her hafta bir tane. Adana'da azdır, orada 15 günde 1 hastanenin profilini kamuoyuna açıklarlar ve herkes bilir nerede çalıştığını ve sağlık hizmetinin meslek hastalığı bildirmeyen, iş kazası bildirmeyen, kurulu olmayan yerli yerinde duyururuz. Bu bir farkındalık sağlarsa bunun üzerinden bir başka aşamayı iç içe geçmiş şekilde Çetin Abi'nin söylediği eylem sürecini eş zamanlı yürüten bir şeye giderim. Ben bu Gezi meselelerine ilişkin, ülkede bir deprem olmuştur. Onun etkisi herkeste bir biçimde yansır. Biz bu süreçleri buralarda yürütürsek onlar bir yerlerde bir biçimde buluşur diye düşünüyorum. Türkiye elbette çok sıkıntılı ama herkes açısından umut verici bir yer. Biz de kendi adımıza kendimize sahip çıkarak bu yolda yürürüz diye düşünüyorum. Son cümle; ben ilk olarak fakülteyi bitirdikten bir sene sonra hekimlikten atıldım. Arkanda, yanında, önünde ilki Çankırı'ydı, yanımda kimin olduğu değil, sen kendine ve sorunlarına sahip çıktığında sana sahip çıkan kurumlar dostlar her zaman ortaya çıkıyor. Ondan sonra süreç yürüyor. Dolayısıyla kimse arkamıza dizilmesin, herkesle birlikte yan yana yürümek istiyoruz.

Katılımcı

TTB'nin sayfasında bu konuşmaları yayınlayabilir miyiz? Mümkün mü böyle bir şey? Bunları mutlaka farklı alanlara iletmemiz gerekiyor. Bunların pratik yolu bizde varsa yapalım. Çok önemli bir şey. Ancak bu şekilde, şimdi bakın. Bazı şeyleri biliyoruz ama maalesef konuşulmayınca gündemi farklı şeyler olabiliyor. Bunu yapmalıyız.

Bahar Akdemir

Ben Hacettepe Hemşirelik 3. sınıf öğrencisiyim. Oya Hoca'ya şunu sormak istiyorum. Biz hocalarımızdan öğrendiğimiz kadarıyla Türk Hemşireler Derneği'ne kayıtlı üye sayısı 7 binken Türkiye'de çalışan hemşire sayısı 120 bin. Yaklaşık olarak bu civarda. Bu sayılar arasındaki fark gerçekten çok düşündürücü. Bunu azaltmak adına Türk Hemşireler Derneği ne yapıyor? Mezun hemşirelerin kendilerine katılımını mı bekliyor, onları kendilerine katmak için ekstra bir şeyler yapıyor mu? Çünkü 2 gündür örgütlenmenin öneminden bahsediyoruz ve hiçbirimiz hepimiz kadar başarılı olamayız. Bunun önemi-ne değinmek için ekstra etkinlikler yapıyor mu? Bunu merak ettim.

Şadiye Çetintaş

36 senelik hekimim. Bunun 6 senesinde bir özel hastanede tam gün iş yeri hekimliği yaptım. Türkiye'de sanıyorum tek örnektir. Burada işe batmalarından bir örnek vereceğim. Ben ayda en az 3-4 iş kazası bildirim yapıyordum ve her kazanın ardından SSK'dan bana hangi parmağa battı diye bir soru geliyordu. Hastane iş kazalarına SSK'nın, o zamanki SSK'nın yaklaşımı bu. Ben bu karne konusunu çok önemsedim Hakikaten çok önemli bir nokta. Ama ben işi biraz daha ileriye götürüp derim ki bu karneyi bizler değil halk versin. Yani tüm yaşayanlar versin. Ama onların bu karneyi verebilmesi için de bizim üzerimize çok önemli bir görev düşüyor. Sağlık okuryazarlığı. Biliyorsunuz artık her alanda bu okuryazarlık konusu gündemde. Hukuk okuryazarlığı, medya okuryazarlığı vs. Ama biz sağlık okuryazarlığı konusunda hiç adım atmadık. İnsanlarımız bir sağlık hizmeti alırken neler alması gerektiğini ne vermesi gerektiğini bilmiyor ve biz bunu öğrettığımız zaman o hastaneler, o politik merkezler, merciler gerçek karnelerini alacaktır. Bunu bir düşünelim diyorum.

Aslınur Taşkın

Burada bulunmaktan çok mutluyum. Başkent Üniversitesi 3. Sınıf öğrencisiyim. Birçok arkadaşımız buradaydı. Bazı sebeplerden dolayı ayrılmak zorunda kaldılar. Şunu söylemek istiyorum özellikle. Özellikle Eriş Bey'in söylediği gibi, İnci arkadaşımızın söylediği gibi asıl problem birlikte olmak. Ben şunu özellikle belirteceğim. Ben ve sınıf arkadaşlarımın hepsi YÖK bursuyla gelmemize rağmen Başkent Üniversitesi'ne, zorunlu hizmete tabi tutulmak isteniyoruz. Biz bunu zorunlu değil de kendi isteğimizle çalışmak ya da çalışmamak gibi bir tercih içinde olmak istiyoruz. Ama bunda öyle bir problem var ki biz kendi içimizde bile bir bütün olamıyoruz. 3-5 arkadaşımız bir araya geldiğinde şunları söylüyorlar. Evet, biz zorunlu hizmet yapmak istemiyoruz. Kaç defa dilekçe gönderilmesine rağmen bize denen tek şey duyarsızca, umarsızca tekrar tekrar gelin yok imza toplayın vs. Biz bir arkadaşımızı kaybettik iki yıl önce. Tek erkek öğrenciydi o sınıfta. Ben o zaman birinci sınıftaydım. Ve biz bu durumda çok sarsılmıştık. Anlatmak istediğim şu. Gerçek anlamda bir sınıf olarak 57 kişi bile bir arada olamazken, tutup buradaki insanların bir olmasını ya da Türkiye'deki, Ankara'daki ya da diğer şehirlerdeki insanların bir olmasını beklemememiz için önce bizim bir şeyler yapmamız gerekiyor. Mesela ne? İlkokullardan tutun da ortaokullardan tutun da, liselerden tutun tüm ilkökul, ortaokul,

lise hepsinin tüm kurumlarına gidip herkese tek tek eğitim vermemiz gerekiyor. Başkent Üniversitesi bana çok şey kattı. Ben orada çok şey öğrendim, öğrenmeye devam ediyorum. Tek sevmediğim nokta bu zorunlu hizmet konusuydu. Benim değinmek istediğim şeylerden bir tanesi de şu: Biz diğer okulların belki de göndermediği ama bizim gittiğimiz çok eğitim kurumu oldu. Birinci sınıftayken, ikinci sınıftayken biz sağlık taraması için kreşlere gittik. Başlangıçta bize ne alakası var biz hemşireyiz, bizim kreşte ne alakamız var diye gitmişken, orada o çocuklara o bakımları yaptığımızda o kadar tatmin olmuşuk, o kadar duygulanmışık ki sonra anladık bu hocalarımızın haklı olduğunu. Sadece bizim üniversitemizin değil, elbette diğer üniversitelerin de vardır ama bunu herkese yaymak önemli olan. Diğer üniversitelerde eğer yoksa bunun önemli bir şekilde artırılması gerekiyor ve buradaki herkesin buna mutlaka onay vermesi gerekiyor. Eriş Bey ben size özellikle çok teşekkür ediyorum. Gerçekten konuşmanızdan doyum aldım. Çok sağ olun, iyi ki gelmişsiniz. Tanıştığımıza da çok memnun oldum. Birlikteliğin sağlanması için bundan sonra da Eriş Bey'in dediği gibi, arka arkaya değil, yan yana olmamız gerekiyor. Biz bunu sınıfımızda yapmaya çalışıyoruz. Hemşirelik Fakültesi olarak Başkent Üniversitesi'nde bir topluluğumuz var. Örneğin doğu-batı etkinliğine gittik, inanır mısınız o kadar az öğrenci vardı ki, çoğunluk kadın kanserleri ile ilgili bir etkinlikti. Hacettepe Üniversitesi kampüsünde bir yürüyüş şeklinde yapıldı. Yine orada bir eğlence düzenlenmişti. Orada bile çok az katılım vardı. Kadın kanseri, düşünebiliyor musunuz, ne kadar önemli bir şey. Ben söz verdiğiniz için çok teşekkür ediyorum. Birlikteliğin sağlanması için herkesin elinden geleni yapmasını istiyorum.

Alparslan Türkkkan

Ben bir örnek vereyim size. Öğrencilerime genellikle seminer hazırlatırken bir gruba 663'ü anlatmalarını istiyorum. Baştan aşağıya bir felakettir. 663'ü anlatacak 5 tane kız öğrencinin aslında anlatırken taraf olabileceklerini ve savunacaklarını düşünmüştüm. Bir seminer düzenlediler. İnanılmazdı. En çok taraf olabilecek diye düşündüğüm öğrenci dedi ki ben bu yasada, çıkışından sonuna kadar kesinlikle bir iyi niyet göremiyorum. Öğretim üyeleri olarak orada çok etkilendik. Şunu söylediler: Hocam bunu üniversitedeki hocaların hiç birisi bilmiyor. Gerçekten sonra tabip odasını devreye sokarak onu doktorlara anlatmalarını istedik öğrencilerin. 663. Onunla yönetiliyorsunuz ama hocalar bile bilmiyor. Sayıya takılmamak lazım ama. Burada oturan herkesin şimdi yapacakları kafalarında netleşti. Biz de düzenleme Kurulu oluşturduğu çerçeveyi çeşitli kanallardan yayacaktır.

Oya Nuran Emiroğlu

Ben Yönetim Kurulu'nda değilim. Ama size şöyle cevap verebilirim. Son yıllarda üye sayısının artışından bir ivme kazandığını söyleyebilirim, bunda da hemşirelik değerlerinin yönetimin yaptığı çalışmaların çok etkili olduğunu. Şöyle örnek verebilirim. Türkiye'nin her bölgesinde hastane ya da birinci basamak nerede çalışırsa çalışsın tüm meslektaşlarımıza çok kolay ulaşabiliyorlar ve dernek başkanının ben bizzat tanık olduğum için söyleyebilirim, bütün e-mailleri çok dikkatli okuyup bire bir cevap verebiliyor. Bu anlamda çok sıkı bir iletişim içindeler. Ama hemşirelikte sayının istenilen düzeye gelmesinde biz

eğiticiler olarak da hemen hemen 7 yıldır tüm derslerde mesleki örgütlenmenin önemini, ben öğrencilerime verdim. Bütün eğitimdeki arkadaşların da bunu pekiştirdiğini biliyorum. Dernek yönetiminde bunu kolaylaştırmak için web sayfasından herkesin üye olmasını sağlayan bir sisteme geçti. Mezun olur olmaz ilk yaptığı şey mesleki örgüte üye olmak.

Bayazıt İlhan

Ben de tüm katılımcılara bu önemli mesajları için teşekkür ediyorum. Tabi ortaklaşmamız gerekiyor mücadelemizi. Burada bulunan emek ve meslek örgütleri, sağlık alanında faaliyet gösteren, hep böyle bir çaba içerisindeyiz. Pek çok yaptığımız işi birlikte sağlık alanına aktarmaya çalışıyoruz. Aile hekimliği sürecinde güvencesiz çalıştırma, birinci basamağın parçalanması meselesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin burada olumsuz etkileneceği meselesi her zaman TTB olarak öne çıkardığımız başlıklardandı. Ama aynı zamanda birlikte hizmet ürettiğimiz hemşirelerin, ebelerin, acil tıp teknisyenlerin o mesleki tanımlarından çıkartılıp birer aile sağlığı elemanı olarak tanımlanmaları da gerçekten üzerinde durduğumuz başlıklardandı. Bu konuyu bıkmadan usanmadan dile getirmeye devam etmemiz gerekiyor. Sizin söylediklerinizden bunu anlıyorum. Her şeyi bir kenara bırakalım, aldığımız mesleki eğitime, mesleki tanıma hakaret bu. Tanımınızın ortadan kaldırılması ve bir elemana dönüşüyor olmanız gerçekten değersizleştirilen, hiçleştirilen bir yaklaşım.

Tabipler Birliği, tabip odaları dönem dönem hekimler tarafından bizim sorunlarımızla ilgilenmiyorsunuz, bizim özlük haklarımız konusunda hiçbir şey yapmıyorsunuz gibi eleştirilere maruz kalıyor. Tabi buna biz bir yandan örgüte olan ihtiyacın bir göstergesi olarak görüyoruz. Bir yandan da hiçleştirme dili, hiçbir şey yapmıyorsunuz ama dilinin altında başka şeyler yattığını da ne yazık ki görüyoruz. Hep beraber üretim yapmaya ihtiyacımız var. Tabipler Birliği, tabip odaları, burada bulunan bütün emek ve meslek örgütleri alandan aldıkları destekler ölçüsünde ağırlığını koyabilen yapılar. Dolayısıyla Doktor Hanım dâhil olmak üzere tüm meslektaşlarımızı içinde yaşadığımız emek ve meslek örgütlerinde bir araya gelmeye, üye olmaya, kollarda komisyonlarda aktif çalışmaya, eksiklik fark ettikleri alanlarda bizzat görev alarak eksikliği gidermek adına destek olmaya çağırıyoruz. Ben de hakikaten umutsuzluğa yer olmadığını ve birlikte yapacağımız mücadeleyle sağlık alanındaki birçok olumsuz şeyi olumluya çevireceğimizi düşünüp sizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum yeniden.

Serdar Sütçü

Ben de karamsar değiliz diyerek konuşmaya başlayacağım. Biz performansla ilgili birçok yerde konuşmaya başladığımız zaman buna inanın ki kendi meslektaşlarımız açısından 2012 yılında arkadaşlar evet bu meslek hastalıkları riskine yakalanma, güvencesiz bir ödeme biçimi için haklıymışsınız dediler. Yani tabii ki karamsar değiliz 2012'de bunu söylemek açısından. Bizim konuşmalarımızda nitelikli sağlık hizmeti verilmesi konusunu çok çok konuştuk. Dünya Dış Hekimleri Birliği'nin söylediği, siz hasta başına para kazanıyorsunuz... Bir muayenehanede nitelikli sağlık hizmetinin sunulabilmesi için has-

ta değil, 15-20 girişimsel işlem yapılabilir diyor. Biz hep bundan bahsettik. 15-20 girişimsel işlem nitelikli sağlık hizmetinin verilmesi açısından ve buna inanın ki her yerde yaptığımız konuşma sonunda arkadaşlar mutlaka meslek odasına ve bir sendikaya üye olunuyor. Tabii ki mücadeleyi ortaklaştırıcı. Ama hep dikkat ederim ama bundan sonra bir kez daha fazla dikkat edeceğim bir konu var ki, terminoloji konusunda dış hekimleri, hekimler, hemşireler demeyelim, artık bundan sonra çok çok dikkatli olarak sağlık çalışanları diye bunu bir kez daha kendime söz veriyorum. Çok çok daha dikkatli olacağım. Bundan sonra bütün konuşmalarım da hep sağlık çalışanı olarak anacağım. Bu konuda herkesin böyle ortaklaştırma anlamında terminolojiyi kullanması gerektiğini düşünüyorum. Türk Dış Hekimleri Birliği ailesi olarak hepimizi saygıyla selamlıyorum.

Özge Yurttaş

Aslında bana soru soran arkadaşı göremiyorum ama bu tartışmaların tamamına denk gelen birkaç şey söylemek istiyorum. Özel hastanede çalışan bir arkadaşım sendikanın kendilerine ulaşmadığını söyledi. Burada da genel olarak tartışmaları sürdürürken şeye dikkat çektik. Hep daha fazla insanla nasıl buluşuruz. Nasıl daha fazla sesimizi duyurabiliriz? Bizim kendimizi duyurmakla ilgili bir sorunumuz var gibi algılanıyor. Aslında bu sorun bir hegemonya sorunu. Şu an karşımızda muhteşem bir sağlık hizmeti sunduğunu sanan, her türlü sağlık hizmetinin alınıp satılabileceğine inanan bir iktidar var ve doğal olarak da bu iktidarın dayandığı elindeki medya kurumlarla, hukuki yönetim aygıtlarıyla yarattığı bir hegemonya var. Biz aslında bu kuşatmayı yarmak için elimizden geleni var gücümüzle ortaya koyuyoruz. Sendikaların sağlık alanı da aslında sendikalaşma oranının en düşük olduğu işkollarından birisi. Mevcut kayıtlarda 280 bin sağlık çalışanı görünüyor. Bunların artık çok büyük bir kısmı özel hastane çalışanı. Fakat sağlık işkolunda sendikalaşma oranı yüzde 3'ü bile bulmuyor. Bunun bir nedeni de sağlık hastanesi sahiplerinin son derece örgütlü olması. Bir diğer sebebi de bu sektörün son 10 yılda sağlıkta dönüşümle birlikte, sağlığın piyasalaşmayla birlikte büyümesi. Fakat ortada bir de sınıf bilinci, mücadelesi sorunu var. Bir önceki oturumda aslında bahsedildi. Sağlık iş kolunda durum bu. Özel hastane çalışanlarının birçoğu, doktordan hemşirelere kadar aslında sağlık çalışanı statüsüne giriyor. Fakat bir işçi sendikasına üye olma konusunda mesafeli duruyorlar. Burada konuşan arkadaşımız Vehbi Koç Hastanesi'nden geldiğini söylemişti. Biz ilk olarak örgütlenme deneyimimizi son 5 yılda Acıbadem Sağlık Grubu'nda yaşadık. Tanışma günü düzenledik. Bir haftada toplantıyı düzenleyen 30 işçiden 5'i işten atıldı Bursada. Yarı özel hastaneler açısından da bu böyle. Ücret ödenmemesi, uzun çalışma saatlerine karşı sağlık çalışanlarından örgütlenme talebi geliyor. Biliyoruz hastanelerin birçoğunda sağlık emekçileri işten atma tehdidiyle karşı karşıya kalıyor. Başka sorunlarla da karşılaşılıyor. Ben sunumumu yaparken taşeron işçilerin sağlık işçisi sayılmama sorununu anlatırken aslında sendikasızlaştırılıyorlar derken aslında bir şeyin altını çizmeye çalıştım. Hem sağlık çalışanlarına hem de bütün sınıflara yönelik çok ağır bir saldırıyla karşı karşıyayız. Demin de söylediğim hegemonya sorunu gibi. Ve bu saldırı karşısında bizim elimizdeki silahlar tek tek alınmaya çalışılıyor. Sendikalarımız, meslek örgütlerimiz, meslek onurumuz, etik değerler dahil hepsi elimizden alınmaya çalışılıyor. Doğal olarak sendika sorunu sermayeye karşı bir varlık yokluk sorunumuz. Aslında bugün insan olmanın bütün koşullarını savunma alanı olarak görmek gerekiyor. Onun

dışında sendikalaşmak işverenlerle ciddi çatışmaya girmek demek. Bunları göğüslemek gerekiyor ki bu hayata devam edelim. Son bir şey söyleyeceğim. Ortak mücadeleden bahsediliyor. Konfederasyonumuz vesilesiyle diğer iş kollarındaki durumu da biliyoruz. Sağlık alanı aslında ortak mücadele deneyiminin en zengin ve en köklü olduğu alanlardan birisi. Son 5 yılda yan yana gelerek yaptığımız eylemler de bunu gösteriyor. Diğer iş kollarında maalesef pek benzer bir durum yok. Bizim pek çok yerde de önümüzde bu ortak mücadele deneyimi var. O açıdan şanslı bir noktadayız.

Çetin Erdolu

Salondan söz alanların bazıları konuşmalarının içinde bir takım sorulara işaret ettiler. Ben de konuşmamın içinde onlara da sadece yanıt vermek açısından buradayım. Karşılıklı polemik olarak algılanmamalı. Belki bazıları özeleştiri, bazıları da bilgi paylaşımının aksaklığı nedeniyle biraz da yanıt verme anlamını taşısın. İki günlük çalışmanın içinde büyük ölçüde salonun da üstünde durduğu ve konuşmacıların tümünün birleştiği durum var. Sınıfın parçalanması süreciyle karşı karşıya olduğumuz ve bu sınıfın parçalanmışlığının temelinde hem istihdam biçimi, hem mesleki ayrılıkların derinleştirilmesi, hem karşılıklı çalışma hayatının getirdiği rekabet, neoliberal dönüşümün getirdiği rekabet ve anti demokratik uygulamalar. Yani siyasal mobbing dediğimiz, büyük ölçüde kadrolaşmanın getirdi ve kadrolaşmanın yarattığı baskıları tatmak. Hatta büyük ölçüde arkadaşımızın ifade ettiği o laiklik üzerinden büyük ölçüde bilimsel tıbbi ve bilimsel sağlık hizmetini bir kenara bırakıp alternatif tıbbı ve gericileştirmeye kadar giden bir takım dönüşümlerin bunu sağladığını söylemek gerekiyor. Dolayısıyla sınıfın parçalanmasını engellemeye yönelik yürütülecek sınıf mücadelesinin tümünün, bunların hepsiyle mücadeleden geçtiğini söylemek lazım. Bunların bir tanesini bir tanesinin önüne getirmek, diğerini öncelemek belki stratejik olarak mümkün ama birbirinden ayırmak mümkün değil. Kesinlikle bu mücadelenin bütünlüklü yürütülmesinden yana, hepimizin ifade ettiği bir konu var. Bu konu elbette sadece ve sadece sağlık çalışanlarının, sağlık emekçilerinin bütün meslekleri sağlayan tüm istihdam biçimlerini kapsayan bir bütünlükle aşılabilecek, belli bir yere getirilecek bir süreç. Bunu da kabul etmek lazım. Mutlaka ve mutlaka bunun hizmet alanların mücadelesiyle birleştirilmesi gerektiği, dolayısıyla hizmet alanların da mücadeleye katılmasının yolunun yönteminin mutlaka bizler tarafından bulunması gerektiğini ifade etmek lazım. Bu da yetmez. Mutlaka bu mücadelenin siyasallaştırılmasına ihtiyaç var. Bu siyasallaştırma şöyle bir siyasallaştırmaysa elbette ki mevcut olan parlamento içi-dışı siyasetlerin bu sürece katılmasını sağlamak ya da bunları bilgilendirmek ve bilgilendirme üzerinden mücadelesini sağlamakta. Şu anda burada bulunan örgütlerin hepsinin temsilcileri bunu yeterince yaptık, mecliste bağırmadığımız çağırmadığımız kalmadı, partileri ziyaret edip bu sunumların birçoğunu paylaştığımızı söylemek istiyorum. Hala daha bunu yaptık diye buradaki bir düşüncemiz yok, yapmayı da sürdürmek lazım. Ama mutlaka ve mutlaka bu mücadelenin siyasallaştırılmasına ihtiyaç var. Ben sadece özel bir durum olduğu için söylemek istiyorum. Sağlık çalışanları, sağlık emekçileri ya da diğer tüm emekçilerle ilgili süt hizmetiyle ilgili bir düzenleme yok. Tersine iyileştirme var. Bu iyileştirme büyük ölçüde bir takım alt hedefler taşıyorsa ki kadın istihdamını büyük ölçüde ortadan kaldırmak, belki de AKP'nin sermayenin ihtiyaçları doğrultusunda toplumu şekillendirmek adına nüfus planlamasını ortadan kal-

dıran, bir ölçüde de erken evlilikleri motive eden bir düzenlemeyle birlikte hayata geçirilen bir şey. Ama bu konuda değişen bir şey yok. Son cümleyi söylemek istiyorum. Şiddet dahil sağlık çalışanlarının sağlığı açısından karşı karşıya olduğumuz olumsuzlukların tümü sağlık çalışanlarının sağlığı mevzuatı dahil tüm uygulamalar neoliberal dönüşümün bir parçasıdır. Ben çok fazla uçaştırmak adına söylemeyeceğim ama şu anda sağlık çalışanlarının sağlığı açısından hastanelerde konulacak olan işçi sağlığı ve işyeri birimlerinin bileşenlerini bir göz önüne getirin. Bunlardan biri hastane yöneticisi temsilcisi, bunların içinden sadece birimi temsilen çalışanları temsilen bir çalışan, bir sendika temsilcisi. Bu sendika temsilcisinin de yetkili sendika temsilcisi olduğu ve dün Eriş Bey'in sunumunda ifade ettiği o sendikal yandaşlık ya da sarı sendikacılık kavramını da sürecin içine kattığımız aman o birimin de gerçekten mevzuatta yer alan işleri getirebileceğini ifade etmek istiyorum. Bu nedenle bu mevzuat da dahil tüm bu uygulamalar naoliberal dönüşümün, yani sağlıkta dönüşüm programının sonuçlarıdır demek mümkündür. Bu nedenle de parçalar halinde değil, parçalanmışlığı ortadan kaldıran, bütün halinde, ortak birleşik bir sınıf mücadelesi tarzında bir mücadeleye ihtiyacımız var. Gerek yapılan sunumlar, gerekse burada yapılan sunumlar, gerekse salonun yaptığı katkılar doğrultusunda oluşturulacak bir mücadele programına ihtiyacımız var. Bu mücadelede öğrencisinden öğretim üyesine kadar tüm sağlık emekçilerin mutlaka sürece alınmasına ihtiyaç var. Tersine, ayrıca halkın değil, öncelikle eğitim emekçisinin, öncelik büro emekçisinin, öncelikle taşeron emekçilerinin tümünün birlikte mücadelesine ihtiyaç var. Ben 5 yıldır birlikte yürütülen mücadelenin deneyimlerinin bizi ileriye taşıyacağı düşüncesindeyim. Tekrar sizi saygıyla, sevgiyle selamlıyorum.

Hasan Oğan

İki günlük kongre süresince 317 katılımcı kayıt yaptırdı. Yapılan tüm konuşmalar görüntü ve ses olarak kayıt altına alındı. Bunlar en kısa sürece çözümlenerek PDF formatında sağlık çalışanlarının sağlığı web sayfasında ve diğer kurumsal web sayfalarında yer alacak. Yine konuşmaların kitap baskısı da yapılacak. Ve yine web sayfamızda görüntülü olarak da ses kayıtları da yer alacak.

Herkese teşekkür etmek istiyorum. Özellikle kongre öncesinde ve kongre sürecinde her türlü teknik desteği sağlayan TTB çalışanlarına ve diğer katkı sunan tüm arkadaşlara. Yine özel olarak bu kongrenin rengini değiştiren hemşirelik öğrencilerine de ayrıca çok teşekkür ediyorum. Onlar gerçekten bu kongrenin geleceği oldular. Çok teşekkürler.

YAZILI BİLDİRİLER



Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve İlişkili Etkenler

Erkan Baysak¹, Burhanettin Kaya², Çisem Utku³

¹*Erkan Baysak, Etimesgut Devlet Hastanesi, Ankara*

²*Burhanettin Kaya, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara*

³*Çisem Utku, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara*

Giriş

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) kişinin fizik bütünlüğüne yönelik tehdit içeren travmatik yaşantılar sonucu gelişen özgül belirtileri tanımlamaktadır (1). Olağan ya da olağandışı nitelikte olsun bireyde dehşet duygusu yaratan ve çaresi bırakan bu yaşantılar sonucu oluşan TSSB'nin süregelenleşme eğilimi göstermesi en önleme ve tedavi açısından en önemli özelliğidir. Travmatik yaşam olaylarına doğrudan maruz kalan bireylerin dışında mağdurla yakın etkileşimde bulunan yardım çalışanlarında da sıklıkla TSSB belirtileri gözlenmektedir. Yardım çalışanlarında ortaya çıkan TSSB yaygınlığı araştırmanın yapıldığı travma sonrası evreye ve yaşana travma biçimlerine göre değişiklik göstermektedir. Veriler daha çok ilk yardım ve kurtarma ekiplerinden elde edilmiştir. Sağlık çalışanlarından elde edilen veriler görece daha azdır. Bu araştırmaların bulgularına göre TSSB yaygınlığı %2 ile %52 arasında değişmektedir (2, 3, 4, 5, 6). TSSB gelişimi travmanın özellikleri, travma ile karşılaşma biçimi dışında, bireyin ekonomik ve sosyal koşulları, çalışma koşulları, önceki travmalar, psikiyatrik öyküsü, sosyal destek sistemlerinin düzeyi ve stresle başa çıkma becerileri gibi değişkenler ile ilişkilidir. Ülkemizde bu alanda yapılmış araştırma sayısı son derece sınırlıdır. Bu çalışmada acil servis ve yoğun bakım çalışanlarında TSSB yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve ilişkili etkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Ankara'da üniversite ve eğitim hastanelerinin acil ve yoğun bakım birimlerinde çalışan sağlık çalışanları alınmıştır. Bu sağlık kurumlarında çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ve anketleri eksiksiz biçimde dolduran 262 kişi çalışmaya alınmıştır. Olguların % () Acile servis (n=123) % () ise yoğun bakım çalışanlarından oluşmuştur. Kontrol grubu olarak travmatik deneyimlerle doğrudan karşılaşmayan tıp dalları, eczacılık fakülteleri, hastane ve sağlık kurumlarında çalışan yaş ve cinsiyet açısından eşitlenmiş, doktor, eczacı, diş hekimi, hemşire, teknisyen, hasta bakıcı ve diğer hastane çalışanlarından oluşan 133 kişi alınmıştır. Katılımcılar sosyodemografik veri formu (SDF),

Travma sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ile değerlendirilmiştir (7).

İstatistiksel değerlendirmede ikili grupların bağımsız değişkenler açısından karşılaştırılmasında Student T testi, üçlü grupların karşılaştırılmasında Tek yönlü varyans analizi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki kare kullanılmıştır. Veriler ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir, anlamlılık $p < 0.05$ üzerinden değerlendirilmiştir. .

Bulgular

Acil serviste çalışanların yaş ortalaması 31.1 ± 5.8 , Yoğun bakım çalışanlarının 29.9 ± 5.6 , kontrol grubunun ise 31.7 ± 6.6 olarak bulunmuştur. Acil çalışanlarında kadın çalışan sayısı, meslekte çalışma süresi, buldukları birimde ve günlük çalışma süreleri, ölüm olaylarıyla karşılaşma oranları ve canlandırma işlemi yapma olayları daha fazladır. Çalışma ortamında ölü, yaralı, bilinci kapalı hasta, ekstrem durumlar, çocuk ve genç yaştaki bireylerin ölümüne tanıklık etme, parçalanmış beden ve ceset görme, intihara tanıklık, eskite hasta görme oranları, genel vücut travmaları işle karşılaşma durumları kontrol grubuna göre çok yüksektir. Yaralılarla karşılaşma, çocuk ve genç yaştaki bireylerin ölümüne tanıklık, intihara tanıklık, eskite hastalarla karşılaşma, genel vücut travmaları işle karşılaşma ve ekstrem durumlar yaşama acil çalışanlarında daha yüksek orandadır. Acil servis çalışanlarında TSSB yaygınlığı %23,6, yoğun bakım çalışanlarında ise %15,8 bulunmuştur. Kontrol grubunda ise TSSB yaygınlığı %6 bulunmuştur. Acil servisi grubunda mesleğini icra ederken yaralanan, fiziksel zarar gören bireylerde TSSB daha yüksek oranda görülürken, yoğun bakım çalışanlarında çocuk ve gençlere ölüm sırası yada sonrasında tıbbi girişimde bulunan, eskite hastalara müdahale eden, ekstrem durumlar yaşayanlarda, ekip arkadaşlarından yeterince destek almayanlarda TSSB yaygınlığı yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

TSSB tanısı konanların pasif başa çıkma tarzları kullandıkları görülmüştür. Acil çalışanları özellikle çaresiz yaklaşımı kullanırken, yoğun bakım çalışanlarının çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları kullandıkları, güvenli ve iyimser yaklaşımları kullanma düzeylerinin düşük olduğu gözlenmektedir. Ayrıca TSSB tanısı konan bireylerde depresyon ve anksiyete düzeyleri, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri daha yüksektir. Tükenmişlik düzeyleri acil çalışanlarında yoğun bakım çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tartışma

Acil ve Yoğun bakım çalışanlarında TSSB yaygınlığını daha fazla bulunması travmatik olaylara maruz kalan yardım çalışanlarının ruhsal bozukluklar açısından risk altında olduğunu göstermektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular çalışma ortamı ve iş koşullarının ruhsal bozuklukların ve özellikle TSSB'nin gelişimi açısından önemli bir etkenin olduğunu göstermektedir. Bu bulgular sağlık çalışanlarında TSSB'nin öngörülenden daha yaygın ve önemli ve sıklıkla ihmal edilen bir sağlık sorunu olduğunu göstermiştir. Her iki risk grubunda elde edilen stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve diğer ruhsal

bozukluklara ilişkin bulgular da bu alanda çalışanlara yönelik koruyucu ve tedavi edici yaklaşımların ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Sınırlı sayıda araştırmanın bulunduğu bu alanda bu bulguların desteklenmesi için TSSB gelişimi ve stresle başa çıkma tarzlarının ilişkisine yönelik açıklayıcı sonuçlara ulaşılmasına katkı sağlayacak uzunlamasına çalışmalara gereksinim vardır (8).

KAYNAKLAR

1. Kaya B, Doğan S. *Travma sonrası stres bozukluğunda seyir ve prognoz*. İn. Aker T, Önder ME, *Psikolojik Travma ve sonuçları*. 5 US Yayınları, 2003.
2. Ursano RJ, Fullerton CS, Kao TC, Bhartiya VR. *Longitudinal assessment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death*. *J Nerv Ment Dis*. 1995, 183(1):36-42.
3. McFarlane AC, Williamson P, Barton CA. *The impact of traumatic stressors in civilian occupational settings*. *J Public Health Policy*. 2009 Sep;30(3):311-27.
4. Huizink AC, Slottje P, Witteveen AB, Bijlsma JA, Twisk JW, Smidt N, et al. *Long term health complaints following the Amsterdam Air Disaster in police officers and fire-fighters*. *Occup Environ Med*. 2006; 63(10):657-62.
5. Guo YJ, Chen CH, Lu ML, Tan HK, Lee HW, Wang TN. *Posttraumatic stress disorder among professional and non-professional rescuers involved in an earthquake in Taiwan*. *Psychiatry Res*. 2004;127(1-2):35-41.
6. Mealer M, Burnham EL, Goode CJ, Rothbaum B, Moss M. *The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses*. *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1118-26.
7. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, PerrKJ. *The validation of a self report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale*. *Psychological Assessment* 1997, 445-451.
8. Yılmaz, B. *Yardımcı çalışanlarında travmatik stres*. *Klinik Psikiyatr* 2007, 10: 137-147.

Hemşirelerin Vardiyalı Çalışma Koşulları ve Sağlığı

Canan Birimoğlu

Çalışma hayatı insan yaşamının vazgeçilmez bir parçasıdır. Çalışma yaşamı bireye, toplum içinde belli bir rol, statü ve ekonomik bir güç sağlamaktadır. Bu yüzden çalışma ortamı çalışanın sağlığı açısından oldukça önemlidir. Yaşam şartları, sosyal ve ekonomik durum, gündüz çalışmaya ek olarak, gece saatlerini de içine alan vardiyalı sistemde çalışmayı gerektirmektedir. Sağlık çalışanları vardiyalı sistemde çalışan kişilerin büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır. Hemşirelik mesleği, üstlenilen hizmet bakımından oldukça önemli ancak çalışma koşulları açısından güç ve yoğun bir iş gerektiren bir meslek olmasının yanında, sunmuş oldukları sağlık hizmeti gereği vardiyalı çalışmadan da kaynaklanan bir dizi iş güçlükleri taşımaktadır. Hemşireler, yaptıkları iş nedeniyle günlük yaşam alışkanlıklarının çoğunu ertelemekte bunun yanında çalışma çevresinden kaynaklanan olumsuz koşulların etkisiyle de birçok sağlık sorunu yaşamaya başlamaktadır.

Yapılan araştırmalar vardiyalı çalışmanın, hemşirelerin fizyolojik, ruhsal ve sosyal sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığını göstermektedir. Fizyolojik etkiler arasında en sık görülen uyku bozuklukları, bu da hemşirelerde enerji kaybı, unutkanlık, konsantrasyon eksikliği ve ilgi kaybına yol açmakta, ruhsal boyutta ise düşük benlik saygısı, huzursuzluk, anksiyete, depresyon gibi birçok problem yer almaktadır. Vardiyalı sistemde gece de çalışmak zorunda kalan bireylere serebrovasküler hastalıklar, koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, diyabet ve diğer sağlık problemleri, gündüz düzenli çalışanlara göre daha sık görülmektedir. Vardiyalı sistem sadece fiziksel ve ruhsal sağlıkları ile değil, sosyal yaşamlarını etkileyen bayram, tatil, hafta sonu gibi özel günlerde çalışmak zorunda kalarak sosyal sağlıklarına da olumsuz etki etmektedir. Ruggiero ve Janino'nun vardiyalı çalışanlar üzerinde yaptıkları çalışmada hafta sonları ve özel günlerde çalışmanın bireylerin sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Ayrıca sağlık ekibi içinde önemli bir kilit rol oynayan hemşire sadece sağlık sorunları ve kendi yaşam kalitesini etkilemekle kalmamakta iş veriminin düşmesine, işe devamsızlık nedeniyle görev yaptığı kurumların ekonomik kayıplar yaşamasına, bakım verdiği bireylerin riske girmesine de neden olmaktadır. Bu nedenlerle, vardiyalı çalışma biçimi hemşirelerin alışılmış çalışma ve yaşama biçiminde değişikliklere neden olmaktadır. Schönfelder ve Knauth'ın dediği gibi, vardiyalı çalışma, sonuçları açısından, hemşirenin sağlığı, refahı, sosyal yaşamı, fizyolojik uyumu ve iş başarısını üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır.

Hemşirelerin vardiyalı çalışma koşullarından kaynaklanan olumsuzluklar kanun ve yönetmeliklerle düzenlenmeli, vardiya planlarının uygun organizasyonu ve sağlık gözetiminin etkin bir şekilde uygulanıp, hemşireliğin çalışma hayatına yansıtılmalıdır.

Hastanemizin Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Çalışanlarının Etilen Oksit Cihazı Hakkında Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi

Cennet Yalçın TOPBAŞ¹, Arzu Ateşoğlu AYDOĞAN¹,

¹Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Özel Dal Hemşireliği

AMAÇ: Hastanemiz Merkezi Sterilizasyon Ünitesi çalışanlarının Etilen Oksit cihazı ile ilgili riskler hakkında, farkındalık düzeylerini ölçmeyi ve arttırmayı amaçladık.

YÖNTEM: 16 MSÜ çalışanına eğitim öncesi 8 çoktan seçmeli sorudan oluşan bir anket ile bilgi düzeyleri saptanmaya çalışılmıştır. Konu ile ilgili eğitim düzenlendikten 1 ay sonra tekrarlanan anketle karşılaştırma yapılarak prospektif olarak incelemeyi amaçladık.

BULGULAR: Etilen oksit cihazının yanıcı patlayıcı özelliği, etilen oksit cihaz odasının ayrı havalandırmasının olması ve cihaz çalıştırıldıktan sonra havalandırma sürelerine uyulması, cihazın dedektör ile düzenli takibi, dedektör alarm verdiğinde yapılması gerekenler, cihazı çalıştıran personelin mutlak koruyucu ekipman kullanımı, etilen oksit cihazının kartuşundan doğabilecek bir patlamanın yaratacağı hasar gibi durumları içeren 8 soru, personel tarafından eğitim öncesinde cevaplandırılmıştır. Eğitim öncesinde uygulanan anketin sonuçlarına göre; etilen oksit cihazının yanıcı patlayıcı özelliği olduğu %40'ı, koruyucu ekipman gerekliliği %30'u, dedektör takibi ve önemi %50'si, havalandırma süresi %50'si, etilen oksit cihazındaki patlamanın yaratacağı hasar %20'si tarafından doğru cevaplanmıştır. Anket uygulandıktan sonra hastanemiz Çalışan Güvenliği Hemşiresi ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından personele, 'Etilen Oksit Cihazının Kullanımı Ve Doğabilecek Riskler' konulu eğitim düz anlatım, demonstrasyon, soru-cevap teknikleriyle slaytlar eşliğinde sunulmuştur. Eğitim verildikten hemen sonra ve 1 ay sonra yapılan anketlerle, personelin bilgi düzeyi ölçülmüş ve eğitim öncesi anketle karşılaştırıldığında, tüm sorulara doğru cevap verdikleri, bilgi düzeylerinin verilen eğitimle orantılı olarak arttığı görülmüştür.

SONUÇ: Hastanemizin Merkezi Sterilizasyon Ünitesi'nde Etilen Oksit cihazı bulunması çalışan güvenliği açısından büyük bir risk oluşturmaktadır. Çalışanların nitelikli personellerden oluşması büyük önem arz etmektedir. Yapılan periyodik eğitimlerle, çalışanların bilgi düzeylerinin arttırılabileceği, farkındalık bilinci oluşturulabileceği ve böylece çalışanların iş ortamından kaynaklanan risklerden korunabileceği ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Merkezi Sterilizasyon Ünitesi, Etilen Oksit Cihazı, Çalışan Güvenliği

Isparta'da Acil Sağlık Hizmeti Veren Hekimlerde Tükenmişlik Durumu

Isparta-Burdur Tabip Odası

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği Çalışma Grubu

Amaç

Tükenmişlik kavramı Freudenberger tarafından uzun dönemde karşılanmamış iş ile ilgili stresin ardından gelişen zihinsel ve fiziksel enerji tükenmesi ile karakterize bir terim olarak tanımlanmıştır. Tükenmişlik sendromunun duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği gibi boyutları bulunmaktadır.

Gereç ve yöntem

Çalışma Maslach tükenmişlik ölçeğini de içeren bir anketin Isparta'da acil sağlık hizmeti veren hekimlerle yüzyüze görüşülerek doldurulması yoluyla yürütüldü. Isparta ilinde acil sağlık hizmeti veren hekimlerin % 55'i (43 hekim) çalışmaya katıldı.

Bulgular

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 34.05 ± 7.38 olup, katılımcıların 14'ü erkek, 29'u kadındır. Çalışmaya katılanların meslekte çalışma süresi 9.77 ± 8.37 yıl, şu an çalıştıkları kurumda çalışma süresi ise 3.14 ± 2.73 yıldır. Aylık ortalama çalışma süresi 197.9 ± 26.80 saattir. Çalışmada duygusal tükenmişlik toplam puanı 17.09, duyarsızlaşma toplam puanı 9.88, kişisel başarı toplam puanı ise 20.23 olarak bulunmuştur.

Sonuç

Isparta ilinde acil sağlık hizmeti verilen birimlerde çalışan hekimlerin 2005 yılında TTB (Türk Tabipleri Birliği) tarafından yapılan çalışmayla karşılaştırıldığında ortalama duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha yüksek, kişisel başarı puanları ise daha düşük olarak bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarında HBV, HCV ve HIV seroprevalansı

Dr. Hava Tunay¹, Dr. Serap Pamukçuoğlu¹, Hemş. Yasemin Yıldırım¹, Hemş. Büşra Özbay Çaylı¹, Hemş. Ayşe Daşpınar¹, Dr. Hanife Uzel Taş²

¹Sağlık Bakanlığı Afyonkarahisar Devlet Hastanesi

²Afyon Kocatepe Üniversitesi Halk Sağlığı A.B.D.

Amaç

Hepatit B, hepatit C virüs ve HIV enfeksiyonları, kan ve kan ürünlerinin nakledilmesi sırasında doğrudan, enfekte ortamlarla temas vb. nedenlerden ise dolaylı olarak sağlık çalışanlarının hayatını tehdit eden önemli bir halk sağlığı problemidir. Sağlık çalışanlarının kan ve kan ürünlerinden kaynaklanan patojenler ile karşılaşma olasılığı daha yüksek olduğu için bu etkenlerle enfekte olma riski de daha fazladır. Bu çalışmada hastanemizde çalışan sağlık personelinde HBV, HCV ve HIV seropozitifliğinin araştırılması planlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Hastanemiz 2013 yılı sağlık çalışanlarının tarama amacıyla alınan kan örneklerinde HBsAg, anti-HBs, anti-HCV ve anti-HIV sonuçları laboratuvarımızda kemiluminesans esasına dayanan ELISA yöntemi ile çalışılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya 222(%70.7) hemşire ve 65(%20.1) yardımcı sağlık personeli (temizlik personeli, tıbbi sekreter, teknisyen) olmak üzere toplam 324 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. 140 (%43.2) erkek ve 184(%56.8) kadın sağlık çalışanın yaş ortalaması 36.03 (± 7.15)'dir. Çalışma alanları incelendiğinde dahili servislerde 49(%15.1), cerrahi servislerde 81 (%25.0), ameliyathanede 58 (%17.9), acil serviste 34 (%10.5), yoğun bakım ünitelerinde 46 (%14.2), radyoloji ünitesinde 31 (%9.6), kan alma bölümünde 7 (%2.2) ve diyaliz ünitesinde 17 (%5.2) sağlık çalışanı çalışmaya alınmıştır. Hepatit B virüsü açısından yapılan tarama sonuçları değerlendirildiğinde personelin 26(%8.02) aşısız olduğu saptanmıştır ve aşılama programına alınmıştır. Aşılı personelin ortalama anti-HBs değeri ise 406.35 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm sağlık çalışanlarında %0.3 oranında HBsAg pozitif saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının hiçbirinde anti-HCV ve anti-HIV pozitifliğine rastlanmamıştır. Aşılı olmayan sağlık çalışanları aşılama programına alınıp, taşıyıcı olanların takipleri yapılmaktadır.

Sonuç

Tüm sağlık çalışanları kan ve temas yoluyla geçen hastalıklar açısından risk altında bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının aralıklı olarak seropozitiflik açısından taranması, HBV açısından seronegatif olanların aşılama programına alınması büyük önem taşımaktadır.

Hemşirelikte Mesleki Örgütlenmenin Değerlendirilmesi: Ankara, İstanbul ve İzmir Örnekleri

Kader Mert

Arş.Gör. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Kocaeli

Nursel Vatansever

Öğr. Gör. Dr., Uludağ Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bursa

Her meslek grubu, ortak bir çatı altında güç birliği oluşturmak ve ortak kararlar alarak mesleğini geliştirmeye ihtiyaç duyar. Ülkemizde hemşirelik derneklerinin sayısı, 2000’li yıllardan günümüze hızlı bir artış göstermiştir. Dernek sayılarında ve bu derneklere kayıtlı üye sayılarındaki artış, Türk Hemşireler Derneği’nin toplam üye sayılarına aynı oranda bir artış olarak yansımamıştır. Ülkemizde Dernekler Daire Başkanlığı’na kayıtlı 61 hemşirelik derneği olup, bu derneklerin toplam 18289 üyesi bulunmaktadır. İzmir, İstanbul ve Ankara’daki hemşirelik dernekleri, ülke genelindeki toplam hemşirelik derneklerinin % 67.2’sini oluşturmaktadır.

Amaç

Bu çalışma, İzmir, İstanbul ve Ankara illerinde bulunan hemşirelik derneklerinin kuruluş yılları, amaçları, üye sayıları, derneklerin yönetim kurulu yapıları, bilimsel etkinlikleri, diğer denekler ile ilişkileri ve yurt dışı bağlantılarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, 14 Temmuz-30 Eylül 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen bir soru formu aracılığıyla, Dernekler Daire Başkanlığına email ile yazılı başvuru, web sayfası olan derneklerin web sayfalarından, web sayfası olmayan dernekler ile de telefon aracılığıyla iletişim kurularak toplanmıştır. Soru formunda; derneklerin kuruluş yılı, amacı, üye sayısı, derneklerin yönetim kurulu yapıları, bilimsel etkinlikleri, diğer dernekler ile ilişkileri ve yurt dışı bağlantılara yönelik sorular yer almaktadır. Araştırma verileri, bilgisayarda istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Ülkemizde İzmir, İstanbul ve Ankara illerinde toplam 41 hemşirelik derneği ve bu derneklere kayıtlı toplam 15017 üye bulunmaktadır. Bu illerde kurulan derneklerin % 58.5’i 2000 yılından sonra kurulmuştur ve bu derneklerin % 43.9’u İstanbul ilinde bulunmaktadır. Derneklerin % 68.3’ü dal derneği, % 14.6’sı genel hemşirelik derneği, % 4.9’u hemşirelikte araştırma derneği, % 2.4’ü hemşirelik eğitimi derneği, % 7,3’ü mezunlar derneği, % 2.4’ü de öğrenci hemşire derneğidir. Derneklerin % 78’i bilimsel etkinlikler düzenlemekte olup, % 41,5’unun diğer dernekler ile işbirliği bulunmaktadır. Derneklerin yönetim kurulu üyelerinin % 58.5’ini akademik personel, % 17.1’i alanda çalışan

hemşireler, % 22'sinin hem akademik hem de alanda çalışan hemşireler ve % 2.4'ünü de öğrenci hemşireler oluşturmaktadır. Derneklerin % 63.4' ünün web sayfası aktif olarak kullanılmakta olup, % 9.8'inin şubesi bulunmaktadır. Derneklerin % 17.1'inin yurt dışı bağlantıları vardır.

Sonuç

Hemşirelik derneklerinin çoğunluğunu, dal dernekleri oluşturmaktadır. Derneklerin yaklaşık yarısı, diğer dernekler ile işbirliği sağlarken, derneklerin yurt dışındaki dal dernekleriyle işbirliği konusunda yetersizlik mevcuttur. İzmir, İstanbul ve Ankaradaki Türk Hemşireler Derneği şubelerine kayıtlı üye sayılarının toplamı, aynı illerdeki diğer hemşirelik derneklerinin üye sayılarının toplamından azdır. Bu durum, ülkemizde bütünsel mesleki örgütlenmenin yetersiz olduğunu, parçalı mesleki örgütlenmenin yaygınlaştığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, hemşirelikte mesleki örgütlenme

Stajyer Sağlık Çalışanları Grubunun Çalışma Öncesi Tarama Sonuçları

Kamuran Türker¹, Zeynep Akdaş¹, Bilge Özdemir², Pınar Bulut², Fatma Ekşi Polat¹

¹Bağcılar Eğitim araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü

²Bağcılar Eğitim araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Bölümü

Amaç

Bulaşıcı hastalıklar sağlık çalışanlarının en önemli mesleki hastalıklarını oluşturmaktadır. Her yıl tıptaki gelişmelere bağlı olarak yapılması önerilenlere bir yenisi eklenerek artan aşularla; sağlık çalışanlarını bu bulaş riskine maruz kalmadan bağışıklamak, çalışan güvenliği çalışmaları önceliği açısından ilk sırada yer almaktadır.

Yöntem

Hastanemizde Mayıs 2012- Eylül 2013 tarihleri arasında staj yapan, hemşire, acil tıp teknisyeni, hasta bakım hizmetlileri, biyolog, laboratuvar teknisyenlerinin kanları alınarak serumlarından hepatit B antijen ve antikor (HBsAg, AntiHBcAb, AntiHBs), AntiHIV, hepatit A (AntiHAVIgG), kızamık (Kızamık IgG), kızamıkçık (Rubella IgG), kabakulak (Kabakulak IgG) ve suçiçeği (Varicella IgG) antikorları ELİSA yöntemiyle tarandı.

Çalışmaya alınanların 31'i erkek, 234'ü kadın toplam 265 kişiydi. Yaş ortalaması 19,8 (en küçük 16 en büyük 49) idi. 180 kişi 16-20 yaş grubunda (%67,9), 79 kişi 21-25 yaş grubunda (%29,8) idi. HBsAg pozitif 2 kişi(%0,7) vardı. Hepatit B açısından aşılı olup koruyuculuğu devam eden 184 (% 69,4), aşılama periyodunda olan 42(%15,8), rapel ihtiyacı hissedilen 36(%13,5), enfeksiyonu geçiren 1(%0,4) ve taşıyıcı olarak 2(% 0,8) kişi tesbit edildi. HAVIgG pozitifliği 92 kişide (%34), negatifliği 172 kişide (%64,9) bulundu; 1 kişiye (%0,4) bakılamadı. Kızamık antikor 88 kişide negatif(%33,2), 174 kişide(%65,7) pozitif bulundu; 3 kişiye(%1,1) bakılamadı. Kızamıkçık antikor 260 kişide(%98,1) pozitif, 1 kişide(%0,4) negatif bulundu; 4 kişiye(% 1,5) bakılamadı. Kabakulak antikor 217 kişide(%81,9) pozitif, 45 kişide(%17) negatif olarak bulundu; 3 kişiye(%1,1) bakılamadı. Suçiçeği antikor 250 kişide pozitif(%94,3), 12 kişide negatif(%4,5) bulundu; 3 kişiye(0,2) bakılamadı.

Seronegatif olguların hepsi ve test bakılamayan grupta kabul edenler öncelikle KKK (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak) aşısı ile aşılandı.

Sonuç

Hepatit B açısından oldukça iyi bir oranda aşılama oranlarına ulaşıldığı 262 kişi(%98,8), hepatit A açısından yaklaşık %65'lik grupta negatiflik olduğu, kızamık antikorlarının %33'lük grupta negatif olduğu, kabakulak antikorlarının %17'lik grupta negatif olduğu, suçiçeği antikorlarının %4,5'lik grupta negatif olduğu saptanması, özellikle hepatit A ve kızamık için adolesan ve genç erişkin grupta duyarlı büyük bir kesimin olduğu, bu iki hastalık için sadece sağlık çalışanlarının değil toplumun diğer kesimlerinin de bir an evvel aşılama kampanyaları ile bağışık duruma getirilmesinin gerekli olduğunu düşündürmüştür.

Mesleki bulaşıcı olabilen hastalıklar nasıl önlenir?

**Kamuran Türker¹, Zeynep Akdaş¹, Fatma Ekşi Polat¹, Derya Yıldız¹,
Meryem Kocuk¹**

¹Bağcılar Eğitim araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü

Amaç:

Sağlık çalışanlarının en çok maruz kaldıkları mesleki hastalıkların başında bulaşıcı hastalıklar gelmektedir. Çalışan güvenliği çalışmalarıyla bu hastalıkların sağlık çalışanlarına bulaşını nasıl azaltırız sorusuna yanıt bulmayı amaçladık.

Yöntem:

Hastanemizde 2012 yılı ve 2013 Ekim ayına kadarki periyotta kesici delici alet yaralanmaları (KDAY) ve kontamine vücut sıvıları ile bulaş olduğu bildirilen dosya kayıtları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:

2012 Yılı içerisinde 95, 2013 Ekim ayına kadar 76 KDAY ve kontamine vücut sıvısıyla bulaş ile yaralanma olayı bildirildi. 2012 yılında en çok iğne ucu(66), bistüri(3), kateter(7), diğer(19) ile yaralanma bildirildi. 2013 yılında benzer şekilde en çok iğne ucu(45), bistüri(6), kateter(1), diğer(7) ile yaralanma bildirildi.

Sonuç:

Hastanemiz(Bağcılar Eğitim Araştırma) yaklaşık 2200 civarında personel ile 3 milyon civarında bir nüfusa hizmet etmektedir. Yatak sayısı 500, günlük polikliniğe başvuran hasta sayısı 7000, acil servise başvuran kişi sayısı 3000 civarındadır. Bu denli yoğun olan bir hastanede yapılan bulaşıcı hastalıklara maruziyet bildiriminin aslında tüm olguların aysbergin su üstünde kalan kısmı gibi çok küçük bir bölümü olduğu aşikardır.

Öncelikle sağlık çalışanlarının hastalarla yoğun olarak karşılaşan ve bulaşıcı hastalıkları kapma olasılığı yüksek olan birimlerin tesbiti ve yoğun aşılama programları oluşturma ve uygulama; olay sonrası profilaktik tedavi için başvurma amacı ile güvenilir sağlıklı işbirliği yapma; yaralanmaların önlenebilecek nedenleri açısından yapıcı önlemlerin alınması örneğin: maske, önlük, eldiven, gözlük gibi bariyer önlemlerinin alınması; çalışan

sayısının ve devamlılığının optimal sayılarda tutulması; hasta sirkülasyonunu azaltıcı çözümler bulunması gerekmektedir.

Önce sorunu iyi belirleme sonrasında yapıcı önlemler alma ana amacımız olmalıdır.

Sağlık Çalışanlarının Sağlık Risklerinin Belirlenmesi

Kemal Macit Hisar

Yardımcı Doçent Doktor, Tıp Doktoru, Halk Sağlığı ve Kamu Yönetimi Uzmanı, İnşaat Mühendisi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Konya

Gökhan Dağlı

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi, Konya

İnsan için iş kaçınılmaz bir zorunluluktur. Çünkü insan, yaşamı için gerekli olan her şeyi üretebilmek ve elde edebilmek için çalışmak zorundadır. Çalışmak ise yaşamın bir parçasıdır. Ancak bazen insanlar yaptıkları işten ve çalıştıkları ortamdaki kaynaklanan sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedirler. Oysa yaşamak nasıl bir insan hakkı ise, sağlıklı ve güvenli bir ortamda da çalışmak da bir insan hakkıdır. Çalışanın sağlığı ile çalışma ortamı arasında iki yönlü bir etkileşim vardır. Sağlık; çalışma yaşamını, çalışma yaşamı da sağlığı etkiler. Bugün sağlığın tanımı yapılırken, yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedenen, ruhen ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik durumudur deyiminde yer alan “sosyal” kavramı içinde kişinin önce işsiz olmaması, ardından işine uyumu ve sağlıklı bir ortamda çalışması tanımlamaları vardır. İş sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmetleri alanıdır. Sağlık hizmetlerinin birçok alanında özellikle de hastanelerde çalışanların sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen pek çok risk faktörü vardır. Hastaneler, birçok iş kolunu bünyesinde barındıran kuruluşlardır. Hastaneler haricinde hiçbir iş yerinde elektrikli-elektronik cihazların sürekli kullanımı, ağır malzemelerin taşınması, kimyasal maddeler ile işlemler, radyoaktif maddelerin kullanımı, enfeksiyon riski taşıyan biyolojik materyal, kesici-delici aletler bir arada bulunmamaktadır. Hastane içinde binlerce kişi için üç öğün yemek hazırlayan mutfak, sürekli temiz malzeme sağlama gereken çamaşırhane, sterilizasyon ünitesi, çeşitli bürolar, depolar bulunduğu gibi, büyük bir alışveriş merkezinin hafta sonunda görülebilecek kalabalığı da yer almaktadır. Tüm bu etmenlerle birlikte yoğun çalışma temposu, uzun süreli ve kesintisiz çalışma, ergonomik olmayan çalışma ortamları ve iş gerilimi sağlık çalışanlarının diğer iş kollarında çalışanlara göre çok daha çeşitli meslek riskleri ile karşılaşmasına ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır. Sağlık çalışanlarının meslek riskleri ile karşılaşma olasılığı mesleğine, yaptığı işe, çalıştığı bölüme göre değişiklik göstermektedir. Örneğin; radyoloji ve nükleer tıp bölümlerinde çalışanlar için radyasyon, sterilizasyon ünitelerinde çalışanlar için cıva ve glüteraldehid maruziyeti risk oluştururken ameliyathane çalışanları için toksik gazların etkisi olmaktadır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının sağlık risklerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, literatüre dayalı, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Bulgular, Sonuç ve Öneriler

Sağlık personelinin eylemlerinin çoğunluğu insanlara doğrudan hizmet sunmaya yönelik olduğundan, yapılacak olan en ufak bir hata düzeltilmesi mümkün olmayan sonuçlara yol açabilir. Sağlık çalışanlarında; aralıklı kontrol muayeneleri, bağışıklanmaları, çalıştıkları ortamların ve çalışma koşullarının değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Ancak sağlığın korunabilmesi için öncelikle sağlığı bozan etmenlerin iyi bilinmesi, korunma önlemlerinin alınması ve bu etmenlere yönelik bilgilendirmenin yapılması gereklidir. İşyerlerinde sağlık üzerinde olumsuz etkiler yapabilecek çeşitli faktörler bulunduğuna göre, bu faktörlerin neler olduğu ve işyeri ortamında hangi düzeyde bulunduğu, işyerinde kaç kişiyi etkilemekte olduğu gibi özelliklerin ortaya konması gereklidir. Amerika Birleşik Devletlerinde Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Kurumu (NIOSH), sağlıklı ve güvenli bir hastane ortamını “işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, mekanik tehlikelerin, tehlike ve risklere bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu” olarak tanımlamıştır. Oysa sağlık çalışanları hastanelerde enfeksiyonlar, ilaçlar, malzemelerin yarattığı tehlikeler, atıklar, ergonomik tasarım eksikliği, çalışma koşulları ve malzeme yetersizliği, iş yükü fazlalığı, çalışanların dikkatsiz davranışları vb. nedenlerle birçok tehlike, kaza ve hastalık riskleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle hükümet, siyasi partiler, sivil toplum örgütleri, sendikalar, medya ve endüstriyel kurumlar ve sağlık kuruluşları işyeri sağlık risklerini belirleyebilecek ve ortadan kaldıracak şekilde işbirliği içinde çalışmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Personeli, İşyeri, Sağlık Riskleri, Risk Analizi, Risk Yönetimi

Bir Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Eğitimleri Ve Gelecekleri İle İlgili Görüşleri

Kemal Macit Hisar

Yardımcı Doçent Doktor; Tıp Doktoru, Halk Sağlığı ve Kamu Yönetimi Uzmanı, İnşaat Mühendisi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Konya

Giriş ve Amaç

Meslek, insanlara yararlı mal ya da hizmet üretmek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, belli bir eğitimle kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, kuralları toplumca belirlenmiş etkinlikler bütünüdür. Mesleki eğitim ise toplumsal hayatın her alanında ihtiyaç duyulan mesleklerde kalifiye teknik elemanlar yetiştirilmesi için gerekli bilgi ve becerilerin verildiği eğitimdir. Mesleki eğitimin amacı, toplumun hedefleri ve/veya kamu veya özel iş çevrelerinin talepleri doğrultusunda bireylere belirli bir mesleğin gerektirdiği bilgi, beceri ve uygulama yeterliliklerinin kazandırılmasıdır. Tıp eğitimi de bu kapsamda değerlendirilmektedir. Toplumca yararlı hekimler yetiştirmenin ana koşulu altı yıllık tıp eğitimi boyunca öğrenciyi çağdaş standartlarda eğitmek, mezun olduğunda bilgi ve beceri açısından kendini yeterli bulan; bu nedenle kendine güvenen bir hekim olmasını sağlamaktır. Bu bilgilerin ışığı altında bu çalışmanın amacı Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin (internler) aldıkları eğitim ve mesleki gelecekleri ile ilgili görüş ve önerilerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2012-2013 öğretim yılında mezun olacak toplam 32 interne yüz yüze anket yöntemiyle araştırmacı tarafından 2013 Mayıs ayının son haftasında (fakülteyi bitirmelerine yaklaşık bir ay kala) uygulanmıştır. Çalışma tanımlayıcı tiptedir. Çalışmanın evreni mezun olacak 36 interndir. Bu durumda evrenin % 88,9'una ulaşılmıştır. Anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde internlerle ilgili demografik ve bazı kişisel 5 soru yer almaktadır. İkinci bölümde (39 soru) internlerin aldıkları eğitimi ve mesleki geleceklerini değerlendiren sorular yer almaktadır. 3. bölümde çözüm önerilerini serbestçe ifade edebilecekleri alan bulunmaktadır. Toplam 44 kapalı uçlu ve bir açık uçlu soru bulunmaktadır. Veriler 5'li cevaplar numaralandırılarak ve gruplandırılarak (1-Kesinlikle katılmıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum), SPSS 16 Paket Programı kullanılmak suretiyle değerlendirilmiştir. Değerlendirmede sayı, yüzde ve ortalama kullanılmıştır. Ortalamalar 3 puan ve altı ise olumsuz kabul edilmiştir. Bul-

gular bir ve daha önceki yılın anket bulgularıyla kıyaslanarak tartışılmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Araştırmaya katılan internlerin yaş ortalaması 24,9, % 56,2'si kadın, çoğu Anadolu Lisesi mezunu, çoğu ilk 3 sınıfı Meram Tıp Fakültesinde, 4. ve 5. sınıfı ise Selçuklu tıp fakültesinde okumuşlardır. İnternler sadece 4. ve 5. sınıfta aldıkları teorik eğitimi yeterli görmüşlerdir. 6. Sınıf stajları hakkındaki memnuniyet ortalamalarına bakıldığında en yüksek memnuniyet ortalamasının seçmeli stajında olduğu görülmektedir. Zorunlu olarak alınan stajlarda ise en yüksek memnuniyet halk sağlığı stajındadır (2012'de acil). En az memnuniyet ortalamasının ise iç hastalıkları stajında olduğu görülmektedir. İntern doktorlar mesleklerinin gereğini yapabileceklerini düşünmektedirler. İnternlerin iş konusunda fazla kaygılarının bulunmadığı söylenebilir. İnternler kendilerine yetebilecek ücreti uzman hekimlikte alabileceklerini düşünmektedirler. Onlara göre toplumsal açıdan ve kendileri açısından uzman olmak bu yıl da çok önemlidir. En çok Sağlık Bakanlığı hastanelerinden uzmanlık almayı tercih etmektedirler. ASM'lerin Sağlık Ocaklarına göre daha fazla tercih edildiği ortaya çıkmaktadır. Hekimlik mesleğinin geleceği bu yılda parlak görülmemektedir.

Sonuç ve Öneriler

İnternler bir yıl öncesine oranla fakülteadaki çeşitli açılardan iyileştirmelere ve bunlara ilişkin memnuniyet düzeyleri puanlarının artmasına rağmen aldıkları eğitimleri hala yeterli bulmamaktadırlar. Buna karşın mesleklerinin gereklerini yeterince yapabileceklerini düşünmektedirler. İnternlerin iş bulma konusunda fazla kaygılarının bulunmadığı söylenebilir. Sonuç olarak pratik ve teorik eğitimlere daha fazla önem verilmelidir. Her staj için görev tanımları yapılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Tıp Fakültesi Eğitimi, Eğitimde Kalite, İnternler.

Bir Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Profesyonellik Düzeyinin Belirlenmesi

Kemal Macit Hisar

Yardımcı Doçent Doktor; Tıp Doktoru, Halk Sağlığı ve Kamu Yönetimi Uzmanı, İnşaat Mühendisi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Konya

Giriş ve Amaç

Profesyonellik, bir mesleğe bağlılık ve mesleğe ait kimlik düzeyini belirtmek anlamına gelmektedir. Profesyonelleşme, bilgi ve beceri düzeyinin artması, çalışma yaşamına yönelik düzenlemelerin objektif standartlar temelinde oluşturulmaya başlanması ve buna dayanarak lisans, sertifika sisteminin yerleşmesi, hizmet sektörünün genişlemesi, profesyonelleşme sürecini yaratan nedenlerden bazılarıdır. Buna göre profesyonellik vasıfları; bilimsel bilgi birikimi, uygulamada teori kullanma, toplumsal değerleri paylaşma, etik kodlar, yaşamsal değeri olan konular üzerine odaklanma, mesleki örgüte sahip olma ve otonomidir. Tıpta profesyonellik hızla değişen sağlık bakımı alanında meslekte deneyimli hekimler yerine profesyonellik düzeyi daha yüksek hekimlerin olmasını gerekli kılmıştır. Çünkü sağlıkta etik değerlerine sahip çıkan, otonomisi yüksek ve bilimsel gelişmeleri takip eden hekimlerin olması hasta bakım kalitesinin artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle bu çalışmanın amacı tıp fakültesi 6. sınıfında olan öğrencilerin profesyonellik düzeyini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evrenini, 2012-2013 eğitim-öğretim yılının bahar döneminde, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıfında eğitim gören tüm öğrenciler (n=36) oluşturmuştur. 4 öğrenci katılmak istemediğinden sadece otuz ikisine anket uygulanabilmiştir (%88,9). Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak planlanmış olup verileri araştırmacı tarafından toplanmıştır. Verilerin toplanmasında tanıtıcı özellikleri içeren ve profesyonellik ile ilgili sorulardan oluşan 5'li likert tipi 2 ayrı form kullanılmıştır. 1 en düşük, 5 ise en yüksek değer olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizinde istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilen değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama gibi tanımlayıcı istatistiki işlemler kullanılmıştır.

Bulgular

Katılımcıların %59,4'ü kadın, %40,6'sı erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 24,4

(min:22, maks: 28) olup, %68,8'i Anadolu Lisesi mezunudur. Öğrencilerin %37,5'inin kendi isteği ile, %25'inin çevresinin (aile, arkadaş vb) isteği ile bu mesleği tercih ettiği, %46,9'nun bilimsel faaliyette bulunduğu, %34,4'ünün toplumsal faaliyette bulunduğu ve %50'sinin seçme olanağı olsa bu mesleği tekrar seçmeyeceği belirlenmiştir. Profesyonellik ile ilgili sorulardan en yüksek değer alanıyla ilgili husus uluslar arası mesleki örgütlere üye olmayı düşünüyorum ifadesidir (Ort.=4,04; min=1, mak=5), en düşük ortalama ise hastane yönetim kurullarının içinde mutlaka hekimler olmalıdır ifadesidir (Ort.=1,50; min=1, maks=5). Öğrenciler, profesyonellik soru formunun alt başlıklarından en yüksek ortalama işbirliğinden (Ort.= 3,86; min=1, maks=5), en düşük ortalama ise otonomiden (Ort.=1,60; min=1, maks=5) almıştır.

Sonuç ve Öneriler

Öğrencilerin profesyonellik tutumlarının çoğu beklenenden düşük çıkmıştır (Ortalama-ların çoğu 3 ve 3'den az çıkmıştır). Bu durum tıp eğitiminde daha fazla profesyonelliği geliştirici eğitim ve uygulamalar yapılmasının gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Profesyonellik, Tıp, Tıp Eğitimi.

Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Profesyonellik Davranışlarının Belirlenmesi

Kemal Macit Hisar

Yardımcı Doçent Doktor; Tıp Doktoru, Halk Sağlığı ve Kamu Yönetimi Uzmanı, İnşaat Mühendisi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Konya

Giriş ve Amaç

Profesyonellik, bir mesleğe bağlılık ve mesleğe ait kimlik düzeyini belirtmek anlamına gelmektedir. Profesyonelleşme, bilgi ve beceri düzeyinin artması, çalışma yaşamına yönelik düzenlemelerin objektif standartlar temelinde oluşturulmaya başlanması ve buna dayanarak lisans ve uzmanlık eğitiminin yerleşmesi, hizmet sektörünün genişlemesi, profesyonelleşme sürecini geliştiren nedenlerden bazılarıdır. Buna göre profesyonellik vasıfları; bilimsel bilgi birikimi, toplumsal değerleri paylaşma, etik kodlar, yaşamsal değeri olan konular üzerine odaklanma, mesleki örgüte sahip olma ve otonomidir. Tıpta profesyonellik hızla değişen sağlık bakımı alanında meslekte deneyimli sağlık çalışanları yerine profesyonellik düzeyi daha yüksek bireylerin yer almasını gerekli kılmıştır. Çünkü sağlıkta etik değerlerine sahip çıkan, otonomisi yüksek ve bilimsel gelişmeleri takip eden sağlık çalışanlarının olması hasta bakım kalitesinin artmasına neden olmaktadır.

Bu araştırma birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının profesyonelliğe ilişkin davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evrenini Konya il merkezinde birinci basamak hizmeti veren kurumlardaki (Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Hekimlikleri, Verem Savaş Dispanseri) sağlık çalışanları oluşturmuştur. Örneklem seçimi yapılmayıp araştırmaya 12-29 Ağustos 2013 tarihleri arasında çalışan bireyler alınmıştır. Anket soruları araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik özelliklere ait sorular ve profesyonellik durumlarını değerlendiren sorulardan ibarettir. 1-7'nci sorular katılımcıların demografik özelliklerini, 8-46'ncı sorular ise profesyonelliğe ilişkin soruları içermektedir. Verilerin toplanmasına başlanmadan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulundan ve il sağlık müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca katılımcılara araştırma hakkında bilgilendirmek için veri toplama formunun kapak sayfasında araştırmaya ilişkin açıklama yazısı konulmuştur. Veriler 12-29 Ağustos 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler halk sağlığı stajı yapan intern

doktorlar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 11.5 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan birinci basamak çalışanlarının ortalama yaşının $37,5 \pm 6.9$ olduğu, %47,1'inin doktor, %28,3'ü hemşire, %65,9'unun ASM'de çalışmakta olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan birinci basamak çalışanlarının %70,7'sinin sertifika sahibi olduğu, %52,4'ünün mesleki derneklere üye olduğu, %25,6'sının bilimsel dergi aboneliğinin olduğu, %50'sinin kendi alanlarıyla ilgili araştırmaları okumadığı, %96,3'ünün proje çalışmasının bulunmadığı, %11'inin ellerinde mesleki etik kotlarının olduğu, %13,4'ünün araştırma çalışmasında bulunup dergilere yazı gönderdiğini, %45,1'inin toplum yararına faaliyetlerde bulunduğu ve %48,8'inin alanı ile ilgili bilimsel kitap satın aldığı belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının profesyonelliğe ilişkin davranışlarının düşük olduğunu ortaya koymuştur. Profesyonellik davranışlarının geliştirilmesine yönelik hukuki düzenlemelerin yapılması ve teşvik programlarının başlatılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak, Sağlık Çalışanları, Profesyonellik

Obamacare, Kapitalist Bir Ülkede Bir Sosyal Devlet Projesi mi?

Kemal Macit Hisar

Yardımcı Doçent Doktor; Tıp Doktoru, Halk Sağlığı ve Kamu Yönetimi Uzmanı, İnşaat Mühendisi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Konya

Giriş ve Amaç

Kapitalizm, özel mülkiyetin, üretim araçlarının büyük bölümüne sahip olduğu ve işlettiği; yatırım, gelir dağılımı, üretim, mal ve hizmet fiyatlarının arz ve talebin bulunduğu piyasa ekonomisi tarafından belirlendiği sosyal ve ekonomik sistemdir. Bu sistemde genellikle bireylerin ya da grupların oluşturduğu tüzel kişiliklerin ya da şirketlerin emek, yer, üretim aracı ve para ticareti yapabilmeye hakkı vardır. Feodalizm sona erdiğinden beri kapitalizm Batı dünyasındaki egemen sistemdir, bütün dünyaya da İngiltere başta olmak üzere Avrupa'dan yayılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) kapitalist ülkelerin en başında gelmektedir. Bu nedenle kurumsal yapılar, sosyal güvenlik politikaları ve sağlık sistemi buna göre şekillendirilmiştir. Buna karşın sosyal devlet, devletin sosyal barışı ve sosyal adaleti sağlamak amacıyla sosyal ve ekonomik hayata aktif müdahalesini gerekli ve meşru gören bir anlayıştır. Diğer bir görüşe göre sosyal devlet, hukuk devletin ileri aşamasıdır. Kısaca sosyal devlet, toplumdaki güçsüzleri güçlüler karşısında koruyarak gerçek eşitliği, yani sosyal adaleti ve toplumsal dengeyi sağlamakla yükümlü devlettir. Yukarıda belirtilen bilgilerin ışığında bu çalışma kısaca Obamacare olarak adlandırılan ABD sağlık reformu yasasının sosyal devlet anlayışına uygun bir yasa olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı tipte bir literatür çalışmasıdır. Konuyla ilgili internet siteleri kaynak olarak bu çalışmada kullanılmıştır.

Cumhuriyetçiler, 'Health Care' yerine reforma 'Obamacare' dediği için kamuoyunda reform bu adla anılmaya başlanmıştır. Reform sağlık sistemine aşağıda belirtilen etkileri yapacaktır:

1-Çocuklar 26 yaşına kadar anne babalarının sigortalarına dahil olabilecekler.

2-Hastalar: Mevcut yasanın yürürlüğe girmesinden 3 ay sonra, sözleşme öncesinde mevcut hastalığı olduğu için sigorta şirketlerinin sigorta yapmadığı 'pre-existing condition' olarak anılan kişiler, yeni yüksek risk programı ile sigorta kapsamına alınacak.

3-Zenginler: Sağlık sigortası reformununun faturasını yükselteceği Amerikalılar da var. Bunların başında ise zenginler geliyor. Yıllık geliri 250 bin doların üstündeki Amerikalılara, 2013 yılından itibaren yüzde 3,8 oranında ek vergiler geliyor.

4-Sağlık sigortası olmayanlar: Şüphesiz yeni reformun en kazançlı kesimini hiçbir sağlık sigortası bulunmayanlar oluşturacak.

5-MEDİCAID'in kapsamı genişletiliyor.

6-İşini kaybeden sigortasını kaybetmeyecek.

7-Halen sigortası olanlar: Büyük işyerlerinde sigortalı olarak çalışanların sigortalarında çok önemli değişiklik olmayacak.

8-MEDİCARE'de büyük değişiklik: Yeni reform paketi ile MEDİCARE sisteminde yapılan en büyük değişim reçeteli ilaç programı olacak.

9-İşverenler: 2014 yılından geçerli olmak üzere 50 kişiden fazla işçi çalıştıran işyerleri çalışanlarına sağlık sigortası yaptırmak ya da sigorta için ücret ödemek zorunda olacak.

10-Sigorta şirketleri: Her ne kadar reform paketinin başında gündemde olan en korkulu rüyaları 'public option (İsteyen Amerikalıların özel şirketler yerine gönüllü olarak devletten sigorta alması)'dan kurtulsalar da, sigorta sektörü yine de karlı işleyişinden büyük geri adımlar atmak zorunda kalacak.

11-Hastaneler: Hastane ve ilaç sektörü de yeni reformdan en karlı çıkan gruplardan biri olacak. Çünkü reform, bu sektöre 32 milyon yeni müşteri kazandıracak. Doktorlar da yeni reform paketinden yararlanacak gruplardan. Bu sebeple Amerikan Tabipler Birliği (AMA), geçen hafta reformu desteklediğini açıklamıştı.

Sonuç

Sosyal devlet, toplumdaki güçsüzleri güçlüler karşısında koruyarak gerçek eşitliği, yani sosyal adaleti ve toplumsal dengeyi sağlamakla yükümlü devlet olduğuna göre Başkan Obama'nın seçimlerde vaat ettiği ve hayata geçirmeye çalıştığı bu yasanın sosyal devletin gereği olan bir proje olduğu söylenebilir. Ancak, bu proje henüz uygulamaya geçmediği ve sonuçları somut olarak görülemediği için üstte belirtilen dezavantajlı kesimlerin sağlık standartlarını nasıl yükselteceği henüz belli değildir. Ayrıca bir devlet sadece sağlık alanında değil, toplumu ilgilendiren tüm alanlarda dezavantajlı kesimlerin durumlarını iyileştirmeye yönelik reformları yapmadığı sürece sosyal devlet olarak değerlendirilemez. ABD'nin kapitalist vasfının sadece tek bir sosyal devlet projesiyle sosyal devlete dönüşmesi, bu şekilde vasıflandırılması bugün için olanaksız görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obama, Kapitalizm, Sosyal Devlet, Sağlık Reformu

Türkiye, İsviçre Ve Küba Sağlık Sistemleri Hakkında Karşılaştırılmalı Bir Değerlendirme

Kemal Macit Hisar

Yardımcı Doçent Doktor; Tıp Doktoru, Halk Sağlığı ve Kamu Yönetimi Uzmanı, İnşaat Mühendisi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Konya

Melike Yalçın Gürsoy

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi, Konya

Giriş ve Amaç

Sağlık alanındaki talebin saptanması ve karşılanması, toplumun sağlık sorunlarının belirlenmesi ve bunların çözümü, sağlık hizmetlerinin planlanması ve oluşturulacak sağlık politikalarına yol göstermesi amacıyla; ülkemizin diğer ülkelerle sağlık göstergeleri bakımından karşılaştırılması ve nasıl bir konumda olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışmada; sağlık durumu yüksek gelirli liberal ekonomiye sahip ülkeler düzeyinde olan Küba ile yaşanılacak en iyi on yerden biri olarak seçilen İsviçre'nin sağlık sistemlerinin incelenmesi, ülkemiz ile benzerlik ve/veya farklılıklarının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, literatüre dayalı, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Bulgular ve Tartışma

Türkiye'de sağlık hizmetinin üretimi ve sunumu aşamasında gerek kamu, gerekse özel sektöre ait birçok kurum faaliyet göstermektedir. Sağlık Bakanlığı (SB), söz konusu bu kurumların faaliyetlerinin denetlenmesinden ve kurumlar arası eşgüdümün sağlanmasından sorumludur. İsviçre sağlık sistemi federal bir yapı üzerine kurulmuş, sorumluluklar bir yandan federal ve kanton yetkililerinde, bir yandan da özel sektörde toplanmıştır. İsviçre'de federal düzeyde bir SB yoktur. Küba'da sağlık sistemi; ulusal, eyalet ve belediye düzeyinde olmak üzere üç düzeyde organize edilmiştir. Ulusal düzey SB tarafından temsil edilir. Her üç ülkede de Aile Hekimliği sistemi mevcut olmakla beraber işleyiş farklılıkları mevcuttur. Küba'da bir aile doktoru yaklaşık 500, İsviçre'de 1.700, Ülkemizde ise 3.700 kişiye sağlık hizmeti sunmaktadır. Ülkemizde olduğu gibi İsviçre'de de sağlık hizmetleri; doğrudan, sigorta primi ve genel vergilerle finanse edilirken; Küba'da sağlık sistemi tümüyle devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Herhangi bir aile ödemesi, özelleştirmenin herhangi bir biçimi, sağlık sigortası ya da katkı payı yoktur. Sağlık düzeyi göstergeleri açısından; doğumda beklenen yaşam süresi 2011 yılında kadınlarda (K)

77, erkeklerde (E) 72 yıl, İsviçre’de, 85(K), 80(E) yıl, Küba’da ise 80(K), 76(E) yıldır. Türkiye’de doğurganlık hızı nüfus ikame eşik değeri olan 2.1 iken İsviçre ve Küba’da 1.5’tir. Bu da Türkiye’nin diğer ülkelere göre daha genç bir nüfus yapısına sahip olduğunun bir göstergesidir. Bebek ölüm hızı (BÖH) ve Anne ölüm hızı (AÖH) bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren temel sağlık göstergelerindendir. BÖH Türkiye’de 2000 yılında binde 28 iken, 2011 yılında binde 12’ye düşmüş olup, İsviçre’de binde 4, Küba’da binde 5’tir. AÖH ise Türkiye’de binde 20, İsviçre’de binde 8, Küba’da ise binde 73’tür. Gelişmiş ülkeler Gayri Safi Yurtiçi Hâsıllarından (GSYH) her geçen yıl daha fazla pay ayırabilmektedirler. 2011 yılında İsviçre ve Küba’nın sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı sırasıyla % 10.9 ve %10 iken Türkiye’de bu oran % 6.1 idi. Kişi başına düşen sağlık harcamaları ise; İsviçre’de 5.564 dolar, Türkiye’de 1.160 dolar, Küba’da ise 430 dolardır. Günümüzde gelişmiş ya da belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insan gücüne yapılan yatırım olması nedeni ile sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için her yıl daha fazla kaynak tahsis etmektedirler. Türkiye’de 10000 kişiye 17.1 doktor düşmekteyken, İsviçre’de 40.8, Küba’da 67.2’dir. Türkiye’de 10.000 kişiye 24, Küba’da 90.5, İsviçre’de 174.9 hemşire-ebe düşmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye’de sağlık durumu son yıllarda hızlı bir iyileşme göstermesine rağmen ortalama yaşam süresi diğer ülkelere göre daha düşük olup, bebek ve anne ölüm oranları hala yüksek seyretmektedir. Ayrıca hekim ve hemşire-ebe sayılarının yetersizliği sağlık sistemimizin önemli bir sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık sistemimizin sorgulanarak iyileştirilmelerin (reformların) yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemleri, Sağlık Düzeyi Göstergeleri, Sağlık Harcamaları

Bursa İli Halk Sağlığı Müdürlüğünde Görev Yapan Personelde Sigara Kullanma Sıklığı Ve Bazı İlişkili Faktörler

**Uz.Dr. Nilgün DÜNDAR¹, Uz.Dr. Mehmet GÜLAY², Dr.Mine ÖZTÜRK¹,
Dr.Kadriye Demir², Dr. İrfan OĞUZ¹, Uz. Dr.Resül ÖZBEK¹**

¹Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü

²Bursa Osmangazi Toplum Sağlığı Merkezi

Giriş

Tütün kullanımı toplumda herkes açısından önemli olmakla birlikte toplumsal alanda “Rol modeli” olarak tanımlanan sağlık çalışanlarının tütün kullanımı bakımından özel rolleri ve sorumlulukları vardır. Bu düşünceden hareketle çalışmamızda, Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü’nde görev yapan tüm sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığının ve bazı ilişkili faktörlerin tanımlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel nitelikte olan bu çalışma, Mayıs 2013 tarihinde Bursa İl Halk Sağlık Müdürlüğünde görev yapan toplam 2390 personele araştırmacılar tarafından hazırlanan anket soruları ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulandı. Araştırmanın bağımlı değişkeni sigara kullanımı, bağımsız değişkenleri ise demografik özellikler, kronik hastalık, ailenin sigara kullanma özellikleri, sigaraya başlama nedenleri, nikotin bağımlılık düzeyleri ve katılımcıların sigarayı bırakma konusundaki düşünceleri olmuştur. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenle olan ilişkileri ki-kare testi ile bazı değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisi korelasyon analiziyle değerlendirilmiş ve ileri analizlerde lojistik regresyon kullanılmıştır.

Bulgular

Halk Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının ankete cevap verme oranı %54,2 (1303) idi. Katılımcıların %65’i kadın, %35’i erkek, %40.3’ü 34–43 yaş grubunda, %27.3’ü tabip, %25.2’si ebe, %17.7’si hemşiredir.

Araştırma nüfusunun ortalama yaşı 39.1 ± 8.6 ’dır. Sigaraya ilk başlama yaşı ortalama 20.4 ± 5.1 dir. Sigara içenlerin %55.7’si çok az, %19.3’ü az bağımlı olmakla birlikte %11.7’si yüksek, %7.0’i çok yüksek derecede bağımlıdır.

Araştırmaya katılanların %26.7’si halen sigara içmekte, %23.3’ü sigarayı bırakmış, %50’si

sigarayı hiç içmemiştir. Katılımcıların %15.6'nın kronik hastalığı olup, %78'inin büyüdüğü evde aile bireyleri tarafından sigara içilmiştir.

15 yaş altı sigarayı deneme oranı %21.7'dir. Sigara içmeye başlatan etmenler arasında ilk sırada sosyal çevre %29.0 gelmekte, bunu merak (%21.1), özentî (17.7), stres ve üzüntü (%12.9) izlemektedir.

Sigara içme isteğini artıran etmenler yemek (%32.1), çay ve kahve (%30.2), stres (%27.4) ve alkol (%4.9)'dür. Halen sigara kullananların %44.8'i sigarayı bırakmayı düşündüğünü ve denediğini, %29.2'si düşündüğünü ancak denemediğini, %26.0'sıda sigarayı bırakmayı düşünmediğini belirtmiştir. Hastalanma korkusu (%30.0) sigarayı bırakmayı istemenin başta gelen nedenidir.

Sigara içme sıklığı arttıkça kronik hastalık sıklığı artmaktadır ($x^2=14.120$ $p<0.05$). Sigara içme durumu ile diyabet ($x^2=11.364$ $p<0.05$) ve hipertansiyon ($x^2=11.288$ $p<0.05$) arasında da benzer bir ilişki söz konusudur.

Sigara içen ve bırakanlar ile hiç sigara içmeyenler karşılaştırıldığında sigara içme sıklığı genç yaşlarda daha düşük, 34-43 yaş aralığında daha yüksek ve 44 yaş sonrasında daha düşüktür ($x^2=41.198$, $p<0.05$). Bununla birlikte sigara içenler arasında kadınlar daha büyük çoğunluk ise de kadınların arasında sigara içme oranı erkeklerden daha düşüktür ($x^2=40.117$, $p<0.05$). Aynı şekilde büyürken evde sigara içiliyor olması sigara içme sıklığı açısından önemli bir risk faktörüdür ($x^2=15.488$, $p<0.05$).

Sonuç

Sağlık çalışanlarında sigara içme oranı %27.6 olup genel toplumun sigara kullanma sıklığına yakındır. Çalışanların çoğunluğunun sigarayı bırakma istediği ve bağımlılık düzeylerinin düşük olduğu dikkate alındığında sigara ile savaşta topluma "rol model" oluşturacağından, sigarayı bıraktırma çalışmalarının öncelikle sağlık personelinin başlaması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlık Çalışanları, Sigara, Bağımlılık

Hemşirelerde Kültürel Mobbingin Oluşturduğu Etik İkilem

Nurfan Sayılğan

Muş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Baş Hemşiresi

Giriş ve Amaç

Bu çalışma Muş, Bitlis, Elazığ, Bingöl, Diyarbakır ve Erzurum illerinin devlet hastanelerinde çalışan 180 hemşirenin üzerinde kültür farklılıklarının oluşturduğu mobbingden dolayı genel psikolojik durumlarının bazı etkenlerle ilişkilerinin belirlenmesi hedeflenmektedir.

Kültür, insanların belirli bir toplum içinde öğrendikleri, paylaştıkları ve anlam inşa etmeye çalıştıkları bir yaşam düzeni olarak ifade edilebilir. Anlam inşası pek çok etkinliği kapsamaktadır ve bu etkinlikler kültürün genel olarak ikiye ayrılan boyutlarını oluşturmaktadır. Bunlardan birincisi, teknoloji, üretim araçları, ekonomik-finansal-sosyal altyapı, sanat vb. gibi unsurları içeren maddi kültür; ikincisi ise dil, din, ahlak anlayışı, değer yargıları, adet ve gelenekleri içeren manevi kültürdür. Aslında kültür kavramı ile işaret edilen genellikle manevi kültür olmaktadır. Manevi kültür bir topluluğu, halkı ya da milleti diğerinden ayıran gelenekler, kolektif davranışlar, toplumsal kurallar, değer yargıları ve zihniyettir. Bu bağlamda kültürlerarası iletişimin konusunu daha çok manevi kültür oluşturmaktadır [1].

“Mobbing” terimi ilk kez Heinz Leymann tarafından organizasyonlarda çalışan insanlara yönelik saldırıları özetleyen bir terim olarak kullanılmıştır. Alman endüstri psikoloğu Heinz Leymann’ın 1984 yılında hazırladığı raporda, mobbing işyerinde psikolojik şiddet, işyeri zorbalığı anlamında kullanılmış ve bugün de bu anlamda kullanılmaktadır [2].

Mobbing; İngilizce “mob” kökünden gelmekte olup, “Mob” sözcüğü, aşırı şiddetle ilişkili ve yasal olmayan şiddet uygulayan kalabalık, çete anlamındadır. Sözcük Latince “mobile vulgus”dan türemiştir. İş yaşamında maddi manevi çok büyük zarara yol açan duygusal taciz, yakın geçmişte tanımlanmış ve Kuzey Amerika’dan Avrupa ülkelerine, oradan Japonya’ya kabul gören ‘Mobbing’ ismi kabul görmüştür. Mobbing literatüre yeni giren bir kavram olduğu için, Türkçe karşılığı konusunda henüz bir netlik bulunmamaktadır. Türkçe karşılık olarak “işyerinde psikolojik şiddet”, “işyerinde psikolojik taciz”, “işyerin-

de manevi taciz”, “duygusal şiddet”, “yıldırma” gibi kavramlar kullanılmaktadır. Türk Dil Kurumu tarafından işyerinde psikolojik taciz olgusu, “Bezdiri” olarak tanımlanmıştır [3].

Etik ikilem bir eylem sırasında karar verilmesi gereken bir durumda iki değer arasındaki karmaşadan kaynaklanır. Hemşire hasta için en iyi olan duruma karar verirken, kendi değerleri ve yargıları arasında karmaşa yaşadığında etik ikilemle karşılaşır. Hemşireler bu ikilemleri çözmek için zamanın büyük bir kısmını harcamaktadır[4].

Etik ikilem, iki veya daha fazla yarışan değer çatışma halinde olmasıdır. Eğer, çatışan bu değerlerden birisi korunursa, diğeri korunamamaktadır ya da bir veya daha fazlasını koruyabilmek için, diğerlerini göz ardı etmek zorunluluğu bulunmaktadır[5].

Günümüzde, hemşirelik eğitimine kısmen de olsa giren kültürel içerikli bakıma yönelik teorik bilgi yeterli olsa da kültürel içerikli bakım yeterli düzeyde uygulanmamaktadır [6-8]. Bireylerin sağlık gereksinimleri, kültürel yapılarına göre farklılık gösterir. Farklı kültürlerdeki insanların kendi kültürel varlıklarını açıkça belirtmeleri temel insan hakkıdır ve saygı duyulmalıdır[9-11]. İnsanları derilerinin rengine, şive, aksan, giysi gibi özelliklere göre gruplandırmak hatalı bir hemşirelik yaklaşımıdır[12]. Çok kültürlü toplumlarda kültürel çeşitliliğe dayalı karmaşık, benzer ve farklı kültürel anlayışlar yaygındır. Bu kültürel anlayışlar; yaş, cinsiyet, ırk, etnik özellikler, sosyoekonomik sınıf, dinsel kimlik, seksüel davranışlar, eğitim, tarih gibi pek çok faktörlerle şekillenir. Diğer bir deyişle her birey, dünyayı kendi kültür penceresinden algılar. Kültürel özgeçmişimiz, sağlık inançlarımızın, değerlerimizin ve sağlık davranışlarımızın oluşmasında önemli bir role sahiptir [13].

Hastanın kültürel değerleri, inançları ve uygulamaları bütüncül hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Küreselleşen dünyada artık hemşirelik mesleği, tüm topluma ve etnik gruplara birey merkezli bakım vermenin gerekliliğini ve sorumluluğunu benimsemiştir. Bu nedenle, toplumun kültürel gereksinimlerine yanıt verecek kültürel bilgi ve becerilere sahip hemşirelerin yetiştirilmesi giderek önem kazanmaktadır [14]. Hemşirelerin kaliteli bakım vermeleri yasal ve ahlaki bir sorumlulukları olup, kaliteli bakım, kültürel açıdan uygun bakımı gerektirir. Bireyin kültürü ve inançları bakımda hemşire tarafından göz önüne alınmadığı sürece, hemşirelik uygulamalarının etik olabileceği de kabul edilemez [15].

Transkültürel Hemşirelik, farklı kültürlerdeki bireylere bakım verme gereksiniminden ortaya çıkmıştır. Transkültürel Hemşireliği; “hemşirelik bakımında kültürel evrensellik ve kültüre özgünlük sağlayan, farklı kültürlerin karşılaştırmalı araştırma ve analizi üzerine temellenen, sağlık, hastalık, bakım, inanç ve değerlere saygılı bir şekilde, dünyada alt kültür ve kültürlerindeki farklılıkları analiz eden ve karşılaştırmalı çalışma üzerine odaklanan hemşireliğin bir kolu veya alt dalı” şeklinde tanımlanır[16].

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada, Muş ilinden 55 Erzurum dan 35, Van dan 40, Elazığ dan 20, Bitlis den 10 ve Diyarbakır dan 25 olmak üzere devlet hastanelerinde çalışan toplam 180 hemşire ile

yüz yüze yapılan görüşmelerde, kültürel farklılıklardan dolayı mobbinge uğrayan hemşirelerin davranışlarında anketlerle ortaya çıkan etik ikilemlerin analizinde hemşirelerin % 67 si 20-25 yaşları arasında, %22 si bekar olup, %76 sı evli %2 si boşanmış ve %68 i çocuğa sahiptir. Anket formunda 12 soru yöneltildi, verdikleri cevapların analizi yapıldı. Kültürel farklılıklardan dolayı mobbinge uğrayan hemşirelerin davranışlarında ortaya çıkan etik ikilemlerin analizi yapıldı.

Bulgular ve Tartışma

Muş, Bitlis, Elazığ, Bingöl, Diyarbakır ve Erzurum Devlet Hastanelerinde çalışan kültürel mobbinge uğrayan 180 hemşireden % 38 'i 20-25 yaşları arasında, %36 si bekar olup, %62'i evli %2'i boşanmış ve %59 sı çocuğa sahip, %78' i serviste çalışan, %68 sı nöbet sistemi ile çalışan hemşirelerdir. Hemşirelerin % 72 sı farklı kültürel mobbingden dolayı bazı davranış bozuklukları ortaya çıktığı tespit edilmiştir. En çok belirtilen sorun sağlık profesyonelleri, hasta ve hasta yakınları ile iletişim kuramamadan kaynaklı davranışlar-da oluşan etik ikilemdir.

Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemler konusunda 180 hemşirenin katılımıyla yapılan bu çalışmada katılımcıların kendilerine yöneltilen sorulara verdikleri cevaplar üzerinden şu sonuçlara ulaşılmaktadır:

Klinik ve servislerde çalışan hemşirelerin ne çeşit bir bezdiri ile karşılaştıkları ve davranışlarında ne tür bir etki yarattığı sorusuna % 43'ü yönetime yakın personelin servislere dağılımında eşitlik ilkesine uyulmadığını sorun olarak görürken % 34'ü hemşire başına düşen hasta sayısının fazlalığını sorun olarak belirtmiştir. Hemşirelerin % 5'i atamaları yapılan personelin bu bölgede göreve geç başlamasını ve bölgeden olmayanların birkaç yıl çalışarak tayinlerini aldirmek veya kendi memleketlerinde çalışmak istemelerini, % 2'si ise servislerde çalışan bayan personelin doğum izinlerinin uzun süreli olmasını sorun olarak göstermişlerdir.

Hasta-doktor-hemşire ilişkilerinde yaşadığınız şiddet konusundaki soruya hemşirelerin %56'sı sağlık hizmetlerin yürütülmesinde önemli görevleri olan hemşirelerin, psikolojik olarak bezdiriye maruz kaldıkları, % 7'sinin fiziki şiddete uğradığı, % 27'si şimdiye kadar hemşirelere yönelik uygulanan şiddetin ve gayri ciddi davranışların gündeme getirilememesini ve bunlar için önlem alınamamasını, % 4'ü ise moral Distress'i (yoğun stres yaşayan hasta bireylere hizmet verme güçlüğü ve bu alanda görev yapanların günlük çalışmalarında sık sık stres yaratıcı olaylarla karşı karşıya kalması), % 6'i hemşirelerin, mesleki uygulamaları sırasında hastalar ve hasta aileleri ile yasaların geleneklerin dini inançların karıştığı değer çatışmalarını yaşamasını sorun olarak görmektedir.

Hemşirelerin hastaların yararına en doğru kararı verirken karşılaştıkları sıkıntıların ana kaynağı konusunda hemşirelerin % 30'u doktorun, hemşirenin görüş ve önerilerini dikkate almamasını ve bunun hastada bıraktığı olumsuz izlenimi neden olarak gösterirken hemşirelerin % 26'sı hasta sahibinin hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasını, % 16'sı hastanın durumu hakkında anlayabileceği biçimde bilgilendirilmesi bilgi verilip seçenekler sunulduktan sonra kendisi hakkındaki son kararı vermenin ona

bırakılmasını, % 16'sı sağlık hizmetlerinin dağılımında kurumsal bürokrasinin etkin rol oynamasını, hekim hemşire ilişkilerindeki çatışmaların sürmesini, % 12'si sağlık personeline duyulan güvensizliği (hastanın değerleri ve beklentileri ile hemşirenin değer ve ödevlerinin çatışması) neden olarak görmektedir.

Hasta ve yakınlarının hemşireleri algılayışındaki sıkıntıların neler olduğu konusunda hemşirelerin % 50'si sağlık sisteminin bir bütün olarak ele alınamadığını sadece hekim temelli bir anlayışın olmasının etkili olduğunu belirtirken % 20'si görev tanımlarının belirsizliğini (hemşireliğin iyi tanımlanmamış bir disiplin olmaktan yoksun oluşu), % 17'si hasta ve hasta sahiplerinin meslek hakkında yeterli bilgiye sahip olamamasını, % 13'ü ise bölgeler ve iller arası kültür farklılıklarından doğan yanlış anlaşılmalara belirtmektedirler.

Hastaların tedaviyi reddetmesine ilişkin ya da tedavileri sürecinde karşılaşılan sorunların neler olduğu konusunda hemşirelerin % 60'ı teşhis aydınlatması, hekimin hastasını muayenesi neticesinde elde ettiği bulgular kapsamında vardığı teşhis konusunda hastasını yeterince aydınlatmadığını ve hastaların bu aydınlatmayı hemşireden belediklerini sorun olarak belirtirken % 22'si hastanın tedavi konusunda bilinçlendirilmemesi, hastaya güven verme tedavinin olumlu ve olumsuz etkileri hakkında bilgi verilmemesini, % 6'sı kullanılan malzemenin hasta tarafından beğenilmemesini, % 10'u hastayla iletişim kurmadaki eksiklikleri (hastaya anlayabileceği şekilde günlük dilde kullanılan kelimeleri kullanarak anlatmak, % 2'si hastanın isteklerinin tam olarak anlaşılmadığını sorun olarak belirtmektedir.

Aydınlatılmış onama (hastaya yapılacak herhangi bir işlemde hastayı bilgilendirme) ilişkin hemşirelerin karşılaştıkları sorunlar olarak hemşirelerin % 39'u onam verecek olan kişinin verilen bilgileri anlayıp değerlendirebilecek, bunlara dayalı olarak karar verebilecek yeterlilikte olmamasını, % 21'i hemşirelerin ve tedavi altında olan hastalar arasındaki kavram kargaşasından dolayı oluşan iletişimsizliği, % 22'si tedavi görecekt kişilerin hastalık hakkında eğitim seviyelerinin yetersiz olmasını, % 9'u hastaya işlem hakkında bilgi vermeme ve hastanın bu hakkını yok saymayı, % 9'u hastalık hakkında bilgi kirliliğinin önlenmemesini (bilgilendirme aşırı bir yönlendirme çabası içermemelidir) sorun olarak belirtmektedirler.

Hemşirelerin idari personelle yaşadığı sıkıntıların neler olduğu konusunda hemşirelerin % 34'ü hemşirelik hizmetlerinin en üst düzeyde sorumlusu olan başhemşirenin yetki alanının oldukça sınırlandırılmış olmasını, hemşirelik hizmetlerinin organizasyonunda ve yürütülmesinde başhekimlik kanalı ile hekimlerin belirleyici olmasının getirdiği sıkıntıları yaşanan sıkıntılar olarak belirtirken % 21'i hemşirelerin meslek dışı işleri yapmak zorunda bırakılması ve bunun idare ve hemşireler arasında çatışma yarattığını, % 11'i başhekimliğe bağlı idari organların görev ve yetkileri düzenlenirken tutarlı davranmamasını, % 18'i alt üst ilişkilerinin bilinmemesini (hemşireler gönülsüzce hasta bakımı adına daha yüksek bir otoriteye itaat etme zorunda kaldıklarını hissetmeleridir.) ve % 14'ü yönetici hemşirelerin öncelikle hemşirelik hizmetler grubunu bağımsız olarak yönetememe ve üst makamdan onay alma zorunluluğu belirtmektedir.

Hastane idaresi ile sağlık personeli arasında malzeme alımı konusunda karşılaşılan problemlerin neler olduğu konusunda hemşirelerin % 48'i hemşirenin hastalar için kullanacağı malzemenin zamanında temin edememesini ve personelin zamanında malzemeyi alamamasını, % 20'si malzeme alımında ucuz malzemenin alınmasını, % 12'si kullanılan malzemenin belirtilen niteliği konusunda hemşirelerin görüşünün alınmamasını ve % 20'si malzeme alımında hemşirelerin görüş ve fikirlerinin alınmamasını karşılaşılan problemler olarak görmekte-dirler.

Doktorlar arasındaki tedavideki fikir ayrılığının hemşireler üzerinde yaşattığı etik ikilemler neler olduğu konusunda hemşirelerin % 53'ü hekimlerin tedavi ve hasta bakımı konusunda hemşireleri pasif pozisyonda tutmak istemelerine karşın hemşirelerin tedavi ve bakımda aktif olmak istemelerini etik ikilem nedeni olarak görmekte-dirler. Hemşirelerin % 22'si tedaviye başlarken, hastanın tedaviden göreceği muhtemel yararları, % 19'u tedavinin yaşam kalitesine katkısı ve mevcut olanakların kaynakların durumunun hemşirelerle birlikte değerlendirilememesini, % 6'sı hasta bireyin ya da onun adına karar vermek durumundaki kişilerin önerilen tıbbi uygulamayı kabul etmemesini, sağlık profesyoneline, özerkliğe saygı göstermekle yarar sağlamak arasında ikilem yaşanıldığını belirtmektedirler.

Hemşirenin hastaya yaptığı tedavinin hekim tarafından kontrolü sırasında yaşanan çelişkilerin neler olduğu konusunda hemşirelerin % 43'ü hemşireler ve doktorlar arası güvensizliği (hekimler ve hemşireler ve diğer sağlık çalışanları aynı yolda yürüyen, farklı yaşam felsefeleri veya farklı yetiştirme tarzları olsa da aynı yüce amaç etrafında insana hizmet ilkesi etrafında kenetlenmesi gereken topluluk düşüncesini hakim olması gerektiği) çelişki nedeni olarak görürken % 21'i sağlık personeliyle iyi bir iletişimin kurulmamasını (sağlık çalışanları arasında huzursuz iş ortamı, hastanın tedavi tanı işlemlerinde gecikme, hasta hakkında çelişkili bilgilere sahip olma, hizmetin kalitesinin düşmesi), % 19'u hekim ve hemşirelerin, temel eğitimleri sırasında ve meslek yaşantılarında iletişim ve ekip çalışması hakkında eğitim almaları ve buna ek olarak ekip üyelerinin rol ve sorumluluklarının tanımlanması ve ayrıca tüm ekip üyelerinin birbirlerinin rollerini anlamalarında eksiklikler olmasını, % 11'i sağlık çalışanları bir bütünün parçasıdır düşüncesinin hekimlerde mevcut olmamasını ve % 6'sı sağlıkta dönüşüm programının sağlık çalışanı arasında rekabeti artırarak motivasyonun düşmesine ve barış ortamının bozulmasını çelişki olarak gördüklerini belirtmektedirler.

Çalışma ortamında en çok karşılaştığınız davranış sorusuna % 59'u hasta ve yakınları tarafında yüksek sesle azarlandım. ,% 17'si yaptığı işin haksız yere eleştirildi. % 13'ü yaptığım iş değersiz ve kıymetsiz görüldü. % 11'i verdiğim karar ve öneriler eleştirilerek ret edildi.

Sonuç ve Öneriler

Hemşirelerin Kültürel mobbinge maruz kalmaları davranışlarında etik ikilem oluşturmaktadır. Dolayısıyla toplum ve hemşire arasındaki kültürel farklılıkları en az seviyeye düşürmek için eğitim reformu yapılandırılmalı. Küreselleşen dünyada artık hemşirelik mesleği, tüm topluma ve etnik gruplara birey merkezli bakım vermenin gerekliliğini ve

sorumluluğunu benimsemiştir. Bu açıdan bakıldığında hastanelerde çalışan hemşireler için güçlük ve gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelerin psikolojik durumunu düşünerek kolayca ulaşabilecekleri psikolojik danışma merkezleri kurularak, memnuniyetsizlikleri araştırılıp çözüm yolları aranmalı. Hemşirelerin çalışma sistemi özel yaşamlarını etkilenmeyecek şekilde düzenlenmeli. Kendilerine uygun olan birimlerde çalıştırılmalı. İş bölümü açısından dengeli bir dağılım sağlanmalı.

Sağlık sadece fiziksel, biyolojik, zihinsel, duygusal ve sosyal iyilik hali olmayıp aynı zamanda da siyasal iyilik hali dediğimiz özgür irade ve güvenliliğin tehdit altında olma durumudur. Mevcut zihniyetin yarattığı bütün sağlıksız sonuçların doğru ve başarılı pratiklerle aşılabacağına inandığımı ifade etmek isterim. Çarpık bir sağlık politikası yerine Ekolojik, Toplumcu ve Doğal sağlık algısının oluşması, bölgesel ihtiyaçların belirlenmesi ve giderilmesine yönelik bir dizi kararların alınması zorunlu hale gelmiştir.

Anahtar Kelimeler: Mobbing, Etik ikilem, Kültür.

Kaynaklar

- [1] Aksoy Z. Uluslararası Göç ve Kültürlerarası İletişim, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2012, Cilt: 5 Sayı: 20 Volume: 5 Issue: 20.
- [2] Leymann H, Gustafsson A. *Mobbing at Work and the Development of Post-traumatic Stress Disorder. European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996;5(2), 251-275.
- [3] İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu. *Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu Yayınları* 2011, No:6, Nisan.
- [4] Elçigil A. *Hemşirelerin karşılaştıkları Etik İkilemlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; 14: 2
- [5] Sayılğan N., *The Effects of Ethical Behaviors On Nurses In Providing Quality Service ICNE 13 th International Nursing Ethics Conference 2012 October 4-6.*
- [6] Henkle O, Kennerly SM (1990) *Cultural diversity: a resource in planning and implementing nursing care. Public Health Nurs.*, 145-149.
- [7] Pinikahana J, Manias E, Happell B (2003) *Transcultural nursing in Australian curricula. Nursing and Health Sciences*, 5:149-154.
- [8] Poss JE (1999) *Providing culturally competent care: Is there a role for health promoters? Nurse Outlook*, 47,30-36.
- [9] Amandah L (1994) *Nursing in today's multicultural society: a transcultural perspective. Journal of Transcultural Nursing*, 20:307-313.
- [10] Birol L (2000) *Hemşirelik Süreci. Bozkaya matbaacılık. İzmir.*
- [11] Campinha-Bacote J, Yahle T, Langenkamp M (2000) *The challenge of cultural diversity for nurse educators. J Contin Educ Nurs*, 27, 59-64.

- [12] Bekar M (2001) *Kültürlerarası (Transkültürel) hemşirelik. Toplum ve Hekim*, 16(2):136-141.
- [13] Clark MJ (2003). *Community Health Nursing Caring for Populations. Prentice Hall, New Jersey. Fourth ed.USA.*
- [14] Jeffreys M R (2000). *Development and psychometric evaluation of the transcultural self-efficacy tool (TSET): A synthesis of Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11: 2
- [15] Eliason MJ (1993). *Ethics and transcultural nursing care. Nursing Outlook* 41:225-8.
- [16]Leininger M (1997) *Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years. Image J:Nurs. Sch :341-347.*

Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması

Aysel KARACA*, **Nuriye YILDIRIM***, **Handan ANKARALI****,
Ferhan AÇIKGÖZ*, **Dilek AKKUŞ***

**Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü,*

** *Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı*

Amaç

Bu araştırma ile hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri sırasında yaşadıkları stres konusunda yürütülecek araştırmalara önemli bir katkıda bulunulacağı düşünülen, Hemşirelik Eğitimi Stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Metodolojik tipteki araştırmanın verileri Nisan – Haziran 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın verilerinin toplandığı tarihlerde 4 okulda okula devam eden toplam 967 öğrenciye veri toplama aracı uygulanması planlanmıştır. Bunlardan eksiksiz doldurulan ve uç değer içermeyen 774 form değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma örneklemini oluşturan bir hemşirelik okulunda, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 71 hemşirelik öğrencisine “Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği” iki hafta ara ile iki kez uygulanmıştır. Anketleri eksiksiz dolduran 52 öğrencinin verisi kullanılmıştır. Uygulama ortalama 10 dakika sürmüştür. Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği, 4'lü Likert tipte, 32 maddeli, 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Türk diline uyarlaması yapıldıktan sonra, geçerlik için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, güvenilirliği için iç tutarlık analizleri (Chronback α katsayısı, madde toplam puan korelasyonu, sınıfıçı güvenilirlik katsayısı, Kappa katsayısı, korelasyon katsayısı) kullanılmıştır.

Bulgular

Analiz sonucunda KMO değerinin 0.93 olduğu belirlenmiştir. Bartlett küresellik testi sonucuna göre elde edilen ki-kare değerinin manidar olduğu görülmüştür ($X^2(774) = 7050.137$; $P < 0.001$). Öz değeri 'birin' üzerinde olan iki faktör tarafından açıklanan toplam varyans %32.27'dir. Ölçek maddelerinin faktör yük değerleri 0.33 ve üzerinde değer almıştır. Doğrulayıcı faktör analizine göre, değişkenlerin hata varyanslarının 0.88 ve altında değerler aldığı, yüksek hata varyansının olmadığı belirlenmiştir. Cronbach Alpha güvenilirlik katsayılarının 0.81 – 0.93 arasında, ölçek toplam ve alt boyutları arasındaki

sınıf içi korelasyon katsayılarının 0.76 ve üstü, madde toplam puan korelasyon katsayılarının 0.30'un üstü değerler aldığı, ölçek maddelerinin sınıf içi korelasyon katsayıları çoğu ölçek maddesi için orta ve iyi düzeyde bulunurken ölçeğin 9 maddesi için daha düşük bulunmuştur. Kappa katsayısı değerleri fena olmayan ve zayıf uyum gösterirken, 5 madde için kötü uyum gösterdiği bulunmuştur.

Sonuç

Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği, Hemşirelik lisans öğrencilerinin eğitimleri sırasında yaşadıkları stresi belirlemek için kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir araçtır. Farklı örneklerde denenmesi ve hemşirelik öğrencilerinin yaşadıkları stresin belirlenmesine yönelik çalışmalarda kullanılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Stres, hemşirelik öğrencileri, geçerlik, güvenilirlik, Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği

Hemşirelik Öğrencileri İçin Algılanan Stres Skalası, Biyo-Psiko-Sosyal Cevap Skalası Ve Stresle Baş Etme Davranışları Ölçeklerinin Türkçeye Uyarlanması

Aysel KARACA*, Nuriye YILDIRIM*, Handan ANKARALI**, Ferhan AÇIK-GÖZ*, Dilek AKKUŞ*

*Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, iletişim: nuriye3@gmail.com

** Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı

Amaç

Bu araştırma Hemşirelik lisans öğrencilerinin klinik uygulamalar sırasında algıladıkları stres türü ve derecesi, strese verdikleri biyo-psiko-sosyal cevapları ve stresli durumlarla baş etme davranışlarının belirlenmesi için geliştirilen 3 ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacı ile yapılmıştır

Gereç ve Yöntem

Metodolojik tipteki araştırmanın örneklemini Hemşirelik Lisans Programında öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Ölçeklerin Türk diline uyarlaması yapıldıktan sonra, geçerlik için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, güvenilirliği için iç tutarlık analizleri (Chronbach α katsayısı, madde toplam puan korelasyonu, sınıfiçi güvenilirlik katsayısı, Kappa katsayısı, korelasyon katsayısı) kullanılmıştır.

Bulgular

Analiz sonucunda 3 ölçeğin KMO değerleri sırası ile 0.94, 0.93, 0.87 olarak belirlenmiştir. 3 ölçeğinde Bartlet küresellik testi sonucuna göre elde edilen ki-kare değerinin manidar olduğu görülmüştür. Ölçek maddelerinin faktör yük değerleri (1 ölçek maddesi dışında) 0.32 ve üzerinde değer almıştır. Doğrulayıcı faktör analizine göre, değişkenlerin hata varyanslarının 0.94 ve altında değerler aldığı, yüksek hata varyansının sadece bir ölçek maddesinde olduğu belirlenmiştir. İlk 2 ölçek için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayılarının 0.67 – 0.93 arasında değerler alırken Stresle Baş Etme Davranışları Ölçeği'nin 2 alt boyutunun Cronbach Alpha değerleri katsayıları (0.04 – 0.40) bulunmuştur.

Sonuç

Türkçeye uyarlaması yapılan 3 ölçek Hemşirelik lisans öğrencilerinin klinik uygulamaları sırasında yaşadıkları stresi, strese verdikleri cevapları ve baş etmelerinin belirlenmesi için kullanılacak geçerli ve güvenilir bir araçtır. Farklı örneklerde denenmesi

ve hemşirelik öğrencilerinin yaşadıkları stresin belirlenmesine yönelik çalışmalarda kullanılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Stres, hemşirelik öğrencileri, geçerlik, güvenilirlik

Antineoplastik İlaçlarda Çalışan Sağlığı

Oğuz UYAN

Nobel İlaç

Amaç

Antineoplastik ilaçların toksik etkileri 1940'lı yılların başlarından beri bilinmektedir. Bu tür ilaçların sadece kanserli hücreleri hedef almaması, bunun yanı sıra normal hücrelerde de toksik etki yaratması sağlık çalışanlarının bu ilaçlara maruziyeti ile birlikte yüzyüze geldikleri riskleri ortaya koymaktadır. 1970'li yıllardan beri sağlık çalışanlarının maruz kaldığı bu tür ilaçların etkileri çeşitli ülkeler tarafından belgelenmektedir. Uluslararası ajansların aldığı güvenlik önlemlerine rağmen bu tür etkilerin azalmadığı gözlenmektedir. Bu çalışmada, klinik uygulamalarda kullanılan antineoplastik ilaçların sağlık çalışanları için oluşturduğu risk ve tartışılmış, alınan önlemler ve yapılan çalışmalar derlenmiştir.

Gereç ve Yöntemler

2004 yılında theNational Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) antineoplastik ilaçlar ile ilgili bir bildiri yayınlamıştır. Çalışma kapsamında, bu bildiri temel alınarak bu tür ilaçların sağlık çalışanlarına verdiği zarar ve alınması gereken önlemler ulusal ve uluslararası yayınlar taranarak derlenmiş ve günümüzdeki durum tartışılmıştır.

Bulgular

Son yıllarda yapılan çalışmalar kanser vakalarının gittikçe arttığını ve 2020 yılında kanser vakalarının 16 milyon gibi bir sayıya ulaşacağını göstermiştir (1). Kanser vakaları için uygulanan 100'e yakın farklı antineoplastik ilaç mevcuttur. Bu ilaçların en yaygın bilinen etkileri hepatik ve renal toksisite, kardiyotoksikite, hematopoietik toksisite, pulmoner toksisite, immünotoksikite, ototoksikite, dermal toksisite, genotoksik etkiler, doku tahribatı ve üremeye yönelik risklerdir (2-8). İlaçlara solunum, dermal veya enjeksiyon yoluyla maruz kalabilmektedirler. International Agency for Research on Cancer (IARC) tarafından bu ajanlar karsinogenik olduğu bilinen (Arsenic trioxide, Azathioprine, Chlorambucil, Chlornaphazine, Cyclophosphamide, Myleran, Melphalan, Semustine, Tamoxifen, Thiotepe, Treosulfan, MOPP ve ECB), karsinogenik olması muhtemel (Azacitidine,

BCNU, CCNU, Chlorozotocin, Cisplatin, DoxorubicinHCIN-Ethyl-N-nitrosoarea, Etoposide, MechlorethamineHCIN-Methyl-nitrosoarea, ProcarbazineHCl ve Teniposide) ve sınıflandırılmayan ajanlar olarak ayrılmıştır (9). Bunların yanısıra 45 antineoplastik ilaç hamilelikte kategori D, 5 ilaç kategori X'de sınıflandırılmıştır.

Sonuçlar

NIOSH'un raporuna göre eczacı, eczacı teknisyenleri, hemşireler, evde bakım uygulayan hemşireler, ameliyathane personeli, atık boşaltım personeli, bakım personeli ve doktorlar bu ilaçlara ve yan etkilerine ilaçların hazırlanmasından uygulanması ve ilacın atılmasına kadar çeşitli basamaklarda maruz kalmaktadırlar. Bunun için uygulanan güvenlik önlemleri yine NIOSH, American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) ve Occupational Safety & Health Administration (OSHA)'a göre belirlenmiştir. Antineoplastik ilaçların alınması ve depolanması, hazırlanması, taşınması, uygulanması, atıkların yok edilmesi ve tıbbi denetim gibi basamaklarda ne gibi işlemlerin yapılacağı da alınması gereken genel önlemler arasında sıralanmıştır. Ancak bu önlemlere rağmen personelin maruz kaldığı ilaçlarla ilgili yapılan çalışmalarda halen artışlar gözlenmektedir. Bu durum ilaç kullanımında fayda-zarar dengesinin tekrar gözden geçirilmesini gündeme getirmektedir.

Kaynakça

1. World Health Organization. *Cancer: WHO cancer control programme*. Available at: <http://www.who.int/en/>. Accessed September 18, 2006.
2. Barton-Burke M, Wilkes GM. *Cancer Therapies*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
3. Connor TH, McDiarmid MA. Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic Drugs in Health Care Settings. *CA Cancer J Clin* 2006;56:354–365
4. Kopjar N, Zeljezić D, Kasuba V, Rozgaj R. Antineoplastic drugs as a potential risk factor in occupational settings: mechanisms of action at the cell level, genotoxic effects, and their detection using different biomarkers. *Arh Hig Rada Toksikol*. 2010 Mar;61(1):121-46.
5. McDiarmid MA., Kolodner K., Humphrey F., Putman D., Jacobson-Kram D (1992). Baseline and phosphoramid mustard-induced sister-chromatid exchanges in pharmacist handling anti-cancer drugs. *Mutat res* 279; 199-204.
6. Sessink PJM., Cerna M., Rossner P., Pasorkova A., Bavarova H., Frankkova K., Anzion RBM, Bos RP (1994). Urinary cyclophosphamide excretion and chromosomal aberrations in peripheral blood lymphocytes after occupational exposure to antineoplastic agents. *Mutat res*. 309,193-199.
7. Skov T., maarup B., Olsen J., Rorth M., Winthereik H., Lyng E (1992). Leukaemia and reproductive outcome among nurses handling antineoplastic drug. *Br J Ind Med*. 49, 855-861.
8. Harrison BR (2001). Risks of handling cytotoxic drugs. In: Perry MC ed., *The chemotherapy sourcebook*. 3 rd. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins, pp. 566-582.
9. International Agency for Research on Cancer. *IARC Monographs Database on Carcinogenic Risk to Humans*. Available at: <http://monographs.iarc.fr/>. Accessed September 18, 2006.

Bir Tıp Fakültesi Çalışanlarında Psikolojik Belirtiler Ve İlgili Faktörlerin Değerlendirilmesi

*Pınar Duru, **Mine Esin Ocaktan, ***Ümit Çelen

* Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu, Arş. Gör.

** Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doç. Dr.

*** Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.

Giriş ve Amaç

Çalışma yaşamı çalışanların fiziksel ve psikolojik durumlarını etkilerken, çalışanların fiziksel ve psikolojik durumları da çalışma yaşamını etkilemektedir. Sağlık sektörü mevcut çalışma ortamı ve sunulan hizmetlerin temel özellikleri nedeniyle stres yaratıcı olaylar açısından, diğer çalışma ortamlarından farklılık göstermektedir. Bu nedenle; sağlık çalışanlarının psikolojik belirtilerinin konu açısından riskli bir alanda çalışılması planlanmıştır. Çalışmanın amacı, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi(ESOGÜ) Tıp Fakültesi çalışanlarının strese bağlı psikolojik belirtilerini ve bu belirtileri etkileyen faktörleri değerlendirmektir. GEREÇ ve

Yöntem

Çalışma ESOĞÜ Tıp Fakültesi'nde 2012 yılında yürütülmüş olan kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evreni, 1433 kişiden oluşmaktadır. Araştırma için gereken minimum örneklem hacmi 275 bulunmuş, araştırmanın 400 kişi üzerinde yapılması planlanmış, bu sayı mevcut çalışanların meslek/unvan/görevlerine ve çalıştıkları bölümlerine göre tabakalanmıştır. Örneklemeye girecek kişiler sistematik yöntemle belirlenmiştir. Çalışma 355 kişi(61 öğretim üyesi, 64 araştırma görevlisi, 124 hemşire, 106 idari personel) ile tamamlanmıştır. Katılım yüzdesi %88,75'tir. Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır. KSE'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak(1994) tarafından yapılmıştır. ESOĞÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay, Tıp Fakültesi Dekanlığından izin alınmış, yine araştırma grubu bilgilendirilerek, sözlü onamları alınmıştır. Veriler Mann Whitney-U, Kruskal Wallis-H analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular

Araştırma grubunun yaş ortalaması $33,7\pm 8,7$ (min.20,mak.63), %67'si (n=238) erkektir. Grubun KSE ortalama puanı $37,02\pm 35,02$ 'dir. Çalışanların KSE alt ölçeklerinden aldığı;

anksiyete ortalama puanı $7,88 \pm 8,90$, depresyon ortalama puanı $9,82 \pm 9,52$, olumsuz benlik alt ölçeği ortalama puanı $7,96 \pm 8,43$, somatizasyon alt ölçeği ortalama puanı $4,56 \pm 5,20$, hostilete ortalama puanı $6,78 \pm 5,65$ 'tir. Ölçek genel puanı olan rahatsızlık ciddiyeti indeksi ortalama puanı $0,69 \pm 0,66$ 'dır. Belirti toplamı indeksi ortalama puanı $21,10 \pm 1,42$ 'dir. Semptom rahatsızlık indeksi ortalama puanı $1,48 \pm 0,63$ 'dür. Sağlık çalışanlarının psikolojik belirti düzeylerinde etkili olduğu bulunan değişkenler; cinsiyet, yaş, ekonomik durum, kronik hastalık varlığı ve ruhsal hastalık varlığıdır (Her biri için; $p < 0,05$). Öğrenim durumu, medeni durum, çocuğu olma durumu, meslek, yönetim görevi olma durumu, meslekte çalışma (kıdem) süresi, kurumdaki çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, iş yeri değişikliği yapma durumu ile KSE ve alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (her biri için; $p > 0,05$).

Sonuç ve Öneriler

Kadınların, gençlerin, ekonomik durumu iyi olanların, kronik ve ruhsal bir hastalığı olmayanların KSE ortalama puanları daha düşüktür. Bu nedenle, erkeklerin, mesleğinde uzun yıllar çalışmış, yaş almış, ekonomik durumu kötü olan, kronik ve ruhsal bir hastalığı bulunan kişilerin ruhsal ve psikolojik açıdan desteklenmeleri gerekmektedir.

Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Karşılaştıkları Meslek Riskleri Ve Önlemleri

Sabriye AYDIN

Kırklareli Devlet Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü

Amaç

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı meslek hastalıkları ve iş kazaları sonucunda dünyada her yıl birçok insan hastalanmakta, yaralanmakta, sakatlanmakta ve yaşamını yitirmektedir. Son 20 yılda sağlık çalışanlarının başlıca karşılaştıkları sorunlar olan kan ve vücut sıvısına maruz kalma, kan ve vücut sıvılarının muköz membranlara sızması, kayma-düşme, Hepatit B hastalığı, tüberküloz, bel ağrısı, varis, iş stresi, kas-iskelet sistemi yaralanmaları, şiddet ve kötü muamelelerin ciddi şekilde arttığı bildirilmiştir (ILO, 2002). Bu çalışma Türkiye’de sağlık çalışanlarının karşılaştıkları meslek riskleri ile ilgili Türkiye’deki mevcut durumun incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntemler

Konuyla ilgili yapılmış ulusal ve uluslararası yayınların taramaları sonucu sağlık çalışanları ile ilgili yapılan çalışmaların bulguları toparlanarak genel bir değerlendirme yapılmıştır. Sağlık çalışanları, radyasyon çalışanları, hastane, meslek hastalıkları, meslek riskleri, eğitim, Türkiye, hemşire, şiddet, taciz, saldırı, yıldırma gibi anahtar kelimeler hem Türkçe hem İngilizce versiyonlarında çeşitli kombinasyonlarla Pubmed, Science Direct, Medline, ULAKBİM Türk Tıp Dizini gibi arama motorlarında taramalar yapılmış ve bu kapsama giren makaleler değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaların sonucu derlendiğinde meslek risklerinin, kazalarının ve hastalıklarının eğitim almamış personelde eğitim almış personele göre çok daha sık rastlandığı tespit edilmiş, yoğun iş süresi ve ağır iş yükünün yine bu riskleri arttırdığı gözlenmiştir. Çalışmalarda özellikle hemşirelerin iş kazasına uğramalarında etkili olan temel sebeplerin gece çalışma ve iş yoğunluğu olduğu gösterilmiştir. Bunun yanında çalışma yılı, kurumda çalışma süresi, iş kazaları konusunda bilgilendirilmeme, riski yüksek birimlerde çalışma gibi faktörlerin de iş kazalarını arttıran unsurlar arasında olduğu tespit edilmiştir (Tabak 2006, Ceylan 2009).

Sonuçlar

Yapılan çalışmalara göre sağlık çalışanları için risk ve tehlike oluşturan faktörler biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olarak gruplandırılmış ve hastanelerde 29 tip fiziksel, 25 tip kimyasal 24 tip biyolojik, altı tip ergonomik ve 10 tip psikososyal tehlike ve risk olduğu gösterilmiştir (Özkan, 2005; Özkan ve Emiroğlu, 2006; Pullukçu, 2009). İş kazaları ve riskleri ile ilgili çalışmalar iş kazalarının kişisel, fizyolojik, psikososyal nitelikler gibi %98’inin insana ve çevresel nedenlere bağlı meydana geldiğini ortaya koymuştur (Uçak, 2011). Türkiye’de yapılan çalışmaların anket sonuçları personelde eğitim öncesi döneme göre eğitim sonrası dönemde kesici-delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas, alerjik reaksiyon, zehirlenme, şiddet ve diğer kazalarla karşılaşma durumunda anlamlı bir düşüş olduğunu göstermiştir. Türkiye koşullarında sağlık çalışanlarının meslek risklerini azaltmak için atılması gereken en önemli adımlardan biri personele verilecek “Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları” konulu eğitimlerdir. İşyeri Güvenliği ve Sağlığı Birimi yetkililerinin ve sorumlu hekimlerin çalışan sağlık personellerini uarmaları, doğabilecek riskler karşısında bilgilendirmeleri, gerekli eğitimleri vererek riskleri minimuma indirmeleri ve sağlık çalışanlarının sağlığı konusunda risk önleme stratejileri geliştirmeleri son derece önemlidir.

Kaynakça

- Ceylan C. (2009) Hastanede çalışan hemşirelerin bildirimlerine dayalı iş kazalarının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009, İzmir.
- ILO Public Services International (2002) Healthcareprivatization: Workers’ insecurities in EasternEuropean. Workshop report. www.ilo.org
- Özkan Ö (2005) Hastanede çalışan hemşirelerin iş ve çalışma ortamı tehlike ve riskleri ile risk algılarının saptanması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özkan Ö ve Emiroğlu ON. (2006) Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, , 10 (3): 43-51.
- Pullukçu H (2009) Hastane personelinin nozokomiyalinfeksiyonlardan Korunması, Sağlıkta Birikim, 1 (4): 60-66.
- Tabak N.,Shiaabana A.M. et Shasha S. (2006) “TheHealthBeliefs of HospitalStaffandTheReporting of NeedlestickInjury” Journal of ClinicalNursing 15:1228–1239
- Uçak A, Kiper Sibel ve Karabekir HS (2011) Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları iş kazaları ve eğitimin iş kazalarını azaltma durumuna etkisi. Bozok Tıp Dergisi, 1(3): 7-15

Kızamık Salgını Sırasında Ankara Üniversitesi Hastaneleri Çalışan Sağlığı Biriminde Yapılanlar

Hemş. Sevim Çalış, Hemş. Ayten Şayli, Prof.Dr.Alpay Azap
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi

Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölgesi'nde yaptığı araştırmalar sonucunda 2005 yılından itibaren çeşitli bölgelerde salgınlar yaşandığına dikkat çekmiştir. Ülkemizde de 2011 yılında 111 olan kızamık olgu sayısı 2012 yılında ortaya çıkan salgının etkisi ile tırmanışa geçmiş ve 2012 yılı 371 olgu ile kapanmıştır. 2013 yılında ise DSÖ rakamlarına göre (Eylül 2013 itibariyle) ülkemizde 6983 doğrulanmış vaka tespit edilmiştir.

Salgın dönemlerinde sağlık çalışanları da önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır. Buradan hareketle İbn-i Sina ve Cebeci Hastanesi Çalışan Sağlığı Birimleri olarak, kızamık profilaksisini sağlamak için çalışmalar başlattık. Başhekimlik aracılığıyla kliniklere duyurular yapıp, tamimler yayınlandı. Kızamık şüpheli olguların başvurma olasılığı yüksek olan ünitelerin (Pediatri, Enfeksiyon Hastalıkları, KBB, Acil Servis, Dermatoloji) sorumlularına telefonla ulaşılarak öncelikle 1980-1992 tarihleri arasında doğmuş tüm çalışanların birimlerimize başvurmaları ve aşılınmaları sağlandı. Ardından hastanelerin diğer birimlerinde çalışanlar, klinik stajlara başlamış olan Fakültemiz 4-5-6. sınıflarda okuyan öğrencilerimiz ve taşeron firma çalışanlarından 1980-1992 tarihleri arasında doğmuş olanlar için çağrılar yapıldı ve aşılınmaları sağlandı. Daha sonra Ankara Üniversitesi'nde okuyan ve aşılınmak isteyen tüm öğrenciler ile sağlık çalışanları (doktor, hemşire, yemek ve temizlik şirketi çalışanları, laborant, biyolog, memur, teknisyen, tekniker vb.) ile devam edildi. Aşılama çalışmalarımız halen devam etmektedir. Tabloda 2013 yılında KKK aşısı yapılan sağlık çalışanları yer almaktadır.

KKK İLE AŞILANAN SAĞLIK PERSONELLERİ	TEK DOZ AŞI YAPILANLAR	İKİ DOZ AŞI YAPILANLAR
Ankara Üni. Öğrencileri	732	172
Doktor	112	12
Hemşire	85	11
Şirket Çalışanları	44	-
Diğer Sağlık Çalışanları	104	4
TOPLAM	1077	199

Bu aşılama çalışmalarımıza karşın 2013 yılı içerisinde Ankara Üniversitesi Hastaneleri'nde kızamık tanısı konup, tedavi edilen 4'ü intern doktor ve 1'i KBB doktoru olmak üzere 5 kişi tespit edilmiştir

Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde Çalışan Sağlık Personellerinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

*M. Türkan IŞIK, *Sümbüle KÖKSOY

*Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Mersin.

Amaç

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı.

Yöntem

Gerekli izinler alındıktan sonra Ağustos/Aralık 2008 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde çalışan toplam 238 sağlık personelinden araştırmaya katılmayı kabul eden 170'i ile görüşülerek yapıldı. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan 21 soruluk anket formu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile toplandı. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği son 4 haftayı kapsayan ve sekiz alt boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır. Her bir skala için 0-100 arasında skorlama yapılmaktadır. En düşük puan, en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir. Verilerin analizinde yüzdellik, ki-kare testi yapıldı.

Bulgular

Araştırmaya katılanların % 81,1'i hemşire, % 14,1'i ebe ve %4,7'si ambulans acil servis teknikeri idi. Katılımcıların %95,9'u kadın, %51,8'i evli ve % 73,4'ü çocuk sahibiydi. Yaş ortalamaları 28,56'±4,7, %20,6'sının bir kronik hastalığı vardı ve %17,6'sı sürekli ilaç kullanmaktaydı. 1-4 yıldır nöbet tutanlar % 28,2'i, 10 yıl ve üzerinde nöbet tutanlar ise % 9,4 idi. Haftada 48 saat çalışanlar % 81,8, 56 saat çalışanlar % 1,8 idi.

Yaşam kalitesi ölçeğinin boyutlarından alınan puanlar sırasıyla; fiziksel fonksiyon; 71,0, fiziksel rol güçlüğü; 62,6, ağrı; 41,1, genel sağlık; 52,9, canlılık-yaşam enerjisi (vitalite); 38,6, sosyal fonksiyon; 56,2, duygusal/emosyonel rol güçlüğü; 68,0, mental sağlık; 53,0' idi.

Evli olanlarda yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ($p=0,001$) ve yaşam enerjisi ($p=0,024$) boyutları ortalaması, bekar olanlara göre daha düşüktü. Meslek grupları, çalışma yılı,

vardiya zamanı ve çocuk sahibi olma durumları ile yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($P>0,05$).

Katılımcıların %76,5'i herhangi bir sosyal aktivitede bulunmadığını belirtti. En az bir sosyal aktiviteye katılanların, fiziksel fonksiyon ($P=0,009$), fiziksel rol güçlüğü ($p=0,066$), ağrı ($p=0,002$), genel sağlık ($p=0,008$), (vitalite) canlılık- yaşam enerjisi ($p=0,000$), sosyal fonksiyon ($p=0,000$) ve mental sağlık ($p=0,000$) boyutlarından aldığı ortalama puan ile herhangi bir sosyal aktivitede bulunmayanların ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

En sık görülen kronik hastalıklar disk hernisi (%25) ve periferel venöz yetmezliği (%18,8) idi. Kronik hastalığı olanların yaşam kalitesinin; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve yaşam enerjisi boyutlarından aldığı puanların düşük olduğu görüldü.

Sonuç

Haftada 48 saat ve üzerinde çalışan sağlık personelinin sosyal aktivitelere zaman ayıramadığı ve bunun sonucunda da yaşam kalitesi boyutlarının olumsuz etkilendiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi SF-36, Hemşire, Ebe, Ambulans acil servis teknikeri.

İş-Aile Yaşam Çatışmasının Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Bir Özel Hastanede Çalışan Hemşireler Örneği

Tuğba MERT¹, Alev İŞERİ¹, Leyla DOĞAN¹

¹Özel TOBB ETÜ Hastanesi, Ankara

İş ve aile yaşam alanlarının sürekli değişken yapıda olmaları, çalışanların iş ve aile yaşamları arasında sağlıklı bir denge kurarak; bir yandan iş hayatında verimli çalışmalarını öte yandan özel yaşamlarında mutlu olmalarını etkilemektedir. Örgütler açık sistemler olduklarından, çalışanların iş yaşamlarını şekillendiren faktörlerin değişime açık unsur ve süreçler olduğu söylenebilir. Kişinin yaşamında çatışma yaratma olasılığı olan iş-aile yaşam çatışmasının etkin bir şekilde yönetilmesi gerekir.

Amaç

İş-aile yaşam çatışmasının çalışanların örgütsel bağlılığı üzerine etkisini belirlemek için, Ankara ilinde bir özel hastanede çalışan hemşirelerin iş-aile yaşam çatışmasının; çalışanların örgütsel bağlılık düzeyine etkisini incelemektir.

Yöntem

Çalışanların iş-aile yaşam çatışması düzeylerini ölçmek üzere Netemeyer, Boles ve McMurrian (1996) tarafından geliştirilen iş-aile yaşam çatışması ölçeği ve Mowday, Steers ve Porter (1979) tarafından geliştirilen Huselid ve Day (1991) tarafından kısaltılan örgütsel bağlılık ölçeği, ayrıca demografik değişkenlerin yer aldığı form kullanılmıştır. Verilerin analizinde pearson korelasyon ve doğrusal regresyon analizi yöntemleri kullanılmıştır. İş-aile yaşam çatışması kavramının (alt boyutları iş-aile ve aile-iş çatışması), örgütsel bağlılık kavramıyla ilişkisini belirlemek için korelasyon analizi ve ANOVA yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırmanın örneklemini hastanede çalışan 134 hemşire oluşturmaktadır. Anketler dağıtılmış, 80 anket (%60) geri dönmüştür. İş-aile yaşam çatışmasının (alt boyutlarının) örgütsel bağlılık üzerindeki etkileri değerlendirilirse, öncelikle iş-aile yaşam çatışması ve aile-iş çatışmasının örgütsel bağlılık üzerindeki olumsuz etkisini gösteren bulguların bu araştırmanın varsayımlarını doğruladığı söylenebilir. Ayrıca çalışanların demografik

değişkenlerine (yaş (p 0,446), meslekte çalışma süresi (p0,298), eğitim durumu (p0,081), unvan (p0,176), çalışma şekline (vardiya) (p 0,106), medeni durum (p0,098), cinsiyet (p0,030), kurumda çalışma süresi (p0,001), pozisyon (p0,042),çocuk sayısı (p0,001), aylık gelir (p0,005), bakmakla yükümlü aile bireyleri (p0,026), vb.) göre tutum ve davranışları etkileyerek örgütsel bağlılıkta rol oynadığı söylenebilir.

Sonuç ve Tartışma

Çalışanın aile yaşantısına önem vermesi ve öncelikli görmesi durumunda, iş-aile yaşam çatışması yaşayan çalışanın aile yaşamını ön planda tutarak düşük düzeyde örgütsel bağlılık sergilemesi anlamlıdır. Öte yandan, iş-aile çatışmasının örgütsel bağlılık üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı, ancak demografik değişkenlerin örgütsel bağlılık üzerinde etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına dayanılarak, bulgularının kuramsal açıdan tartışılması gerekmektedir. İş-aile yaşam çatışmasını konu alan çalışmalarda; çalışanların örgütsel bağlılık düzeylerini etkilemek amacıyla yönetim uygulama ve politikaları geliştirilirken çalışanların iş-aile yaşam çatışması düzeylerini değerlendirmeleri, yöneticilerin çalışanların örgütsel bağlılığını etkilemek için sadece iş yeri sınırlarını değil, aile yaşamlarını da kapsayan kapsayan iyileştirmeler yapmaları önerilebilir.

Kadının Statüsü ve Hemşirelik

Yasemin Gümüş, Yeter Kitiş

İnsanlık tarihi boyunca kadınlar ve erkekler dünyayı eşit olarak paylaşamamışlar ve bu eşitsizliğin olumsuz sonuçları en çok kadınları etkilemiştir. Eski çağlarda kadın; eğitim ve çalışma imkânı olmayan, nüfus sayımlarında sayılmayan, mirastan pay alamayan, seçme ve seçilme hakkı olmayan, kendisinden beklenen değişmez görevi yani doğurganlığını yerine getiren bir birey olarak algılanmıştır.

Sonraları kurnazlığı, güzelliği ve cilvesiyle sanata konu olan kadın cinselliği ile erkeği baştan çıkartıcı, günahkâr bir varlık olarak görülmüş olup, şeytani-yılan gibi benzetmelere maruz kalmıştır. Kadın emeğinin “ev içi” emeği olarak görülmesi, genellikle kadınların mesleki platformlarda söz, yetki ve karar sahibi olamamaları, kadının toplumsal birçok rolünün erkekler tarafından belirlenmesi, kadının tarihsel süreç boyunca toplumsal rollerde ve büyük projelerde önünün kapatılması kadının ikincil varlık olarak görülmesinin günümüzde de sürdüğünün yansımalarıdır. Günümüzde kadın, adeta 3K üçgenine (Kinder-Küche-Kirche) sıkışmış olarak tanımlanan Nazi Almanya’sındaki kadının pozisyonundan çok fazla ileriye gidememiş, ikincil ve edilgen yapısını sürdürmektedir.

Bu doğrultuda kadınların çoğunlukta olduğu hemşirelik mesleği toplumun cinsiyetle ilgili kalıp yargılarından ve kendisine biçilen ikincil statüden etkilenmiştir. Hemşirelik uzun yıllar kadınlara özgü bir meslek olarak kalmıştır. Hemşirelik mesleğinin yavaş ilerlemesinin önemli bir nedeni toplumsal cinsiyet faktörü olan “kadın”lıktan kaynaklanmaktadır. Hemşire ve kadın sözcüklerinin otuz dilde ne anlama geldiğini ortaya koyan bir araştırmanın sonucuna göre; bu iki sözcüğün iyi ve aktif olarak algılanmakla birlikte duygusal ve zayıf anlamına da geldiği ve dolayısıyla hemşire sözcüğünün anlam olarak kadın sözcüğü ile özdeşleştiği belirlenmiştir.

Kadının cinsel bir obje olarak görülmesi ve medyanın da bunu desteklercesine yayınlar yapması meslek üyelerinin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum hemşirelerde anksiyete, çaresizlik, depresyon gibi ruhsal sorunların görülmesi yanında iş motivasyonunun ve iş veriminin düşmesine, işi bırakma olgularının artmasına neden olmaktadır. Ayrıca bu duruma sözleşmeli çalışma, esnek istihdam ve

esnek mesai gibi uygulamalardan kaynaklı güvencesiz çalışma koşulları, artan iş yükü nedeniyle özlük hakları kayıpları, vardiyalı ya da nöbet çalışma sistemi ve bağımsız mesleki rol kayıpları da eklenince meslek üyeleri tükenme noktasına gelmektedir. Bu olumsuz koşullar verilecek hizmetin kalitesini düşürmekte, meslek üyelerinde psikolojik yorgunluk, işten ayrılma, işte doyumsuzluk yaşamalarına sebep olurken, meslekte ilerlemeye engel olmaktadır. Ayrıca hemşirelerde bu durumun saldırgan davranışlar meydana getirdiği gözlenmektedir. Günümüzde pek çok sosyal sorunun çözümünün kadının statüsünü yükseltmekten geçtiği kabul edildiği halde, yasal olarak hemşirelik mesleğinin koşullarının düzenlenmesinde yetersizlik halen devam etmektedir.

Genelde kadının ve özelde hemşirenin sosyal statüsünü belirleyen kültürel faktörleri bugünden yarına değiştirmek mümkün olmamakla birlikte, sorunun çözümüne kısa vadede en önemli katkı sağlayacak yaklaşım ulusal ve uluslararası mevzuatta yer alan hemşirelik hizmetlerinin niteliği ile bağdaşan hükümlerin hemşirelik çalışma hayatına yansıtılmasıdır. Aksi halde bu durum, özelde hemşirelik mesleğinin bağımsızlığına ve onuruna genelde kadının statüsüne ve toplum sağlığına zarar vermeye devam edecektir.

Afyon Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Sağlık Personelinde HBV, HCV ve HIV Seroprevelansı

Zerrin Aşcı

Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Afyonkarahisar

Amaç

Kan ve vücut sıvıları ile virüs bulaşını önlemede evrensel önlemler, hepatit B'ye karşı bağışıklama, meslek içi eğitimler ve güvenli tıbbi malzemelerin kullanılması en temel yaklaşımlardır. Aşılınmamış bireylerde herhangi bir kesici delici yaralanma sonrası bulaşma riskinin %2-40 arasında olduğu belirtilmektedir. HBV geçiş riski, aşılama ile %90-%95 oranında önlenir. Fakat sağlık çalışanlarının 14.4% -1.4% sinin HBV ve HCV ile enfekte olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hastanemiz sağlık çalışanlarında HBV, HCV ve HIV seroprevalansının araştırılması, HBV'ye karşı bağışıklık durumlarının belirlenerek, seronegatif çalışanların bilgilendirilerek aşılama programına alınması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmada hastanemizde görev yapmakta olan 275 sağlık çalışanının Enfeksiyon Kontrol Komitesince takip edilerek, 2012-2013 yıllarında arşivlenen sağlık taramaları incelenerek, HBV, HCV ve HIV seroprevalansının araştırılması planlandı.

Bulgular

Çalışmaya alınan 275 çalışanın 45'i erkek (%16,36), 230'u kadın (%83,63) idi. Çalışmaya dahil olanların 19'u doktor (%6,91), 146'sı hemşire, ebe yada sağlık memuru (%53,09), 16'sı sağlık teknisyeni (%5,82), 67'si temizlik personeli (%24,36), 27'si bilgi işlem personeli (%9,82) idi. Anti-HCV ve Anti-HIV pozitifliğine hiçbir olguda rastlanmamıştır. HBsAg pozitiflik oranı % 1,09 saptanmıştır. Anti-HBs pozitiflik oranı % 84 hesaplanmıştır. Erkeklerde hepatit B bağışıklık oranı %84,44 iken, kadınlarda %83,91'dir. Hepatit göstergelerinin mesleklere göre dağılımı tablo 1'de gösterilmiştir. İki hemşirede aşı programı uygulanmış olmasına rağmen aşılama sonrası anti-HBs pozitifliği saptanamamıştır.

Tablo 1. Hepatit göstergelerinin mesleklere göre dağılımı

MESLEK	cinsiyet	HBsAg (n)		Anti HBs (n)		Anti HCV (n)		Anti HIV (n)	
		Pozitif	negatif	pozitif	negatif	pozitif	negatif	pozitif	negatif
DOKTOR	K	-	9	9	-	-	9	-	9
	E	-	10	9	1	-	10	-	10
HEMŞİRE -EBE- SAĞLIK MEMURU	K	2	130	128	4	-	132	-	132
	E	-	14	12	2	-	14	-	14
LABORATUVAR/ RÖNTGEN/ ANESTEZİ TEKNİSYENİ	K	1	9	8	2	-	10	-	10
	E	-	6	6	-	-	6	-	6
TEMİZLİK PERSONELİ	K	-	53	32	21	-	53	-	53
	E	-	14	10	4	-	14	-	14
BİLGİ İŞLEM PERSONELİ/ TIBBİ SEKRETER	K	-	26	16	10	-	26	-	26
	E	-	1	1	-	-	1	-	1
TOPLAM (n)		3	272	231	44	0	275	0	275
TOPLAM %		1,09	98,91	84	16	0	100	0	100

Sonuç

Sonuç olarak, sağlık çalışanları kan ve vücut sıvıları ile bulaşan birçok mikroorganizma, özellikle de HBV, HCV, HIV açısından enfeksiyon riski ile karşı karşıyadır. Önlenilebilir meslek hastalığımız olan enfeksiyonlarla mücadelede; evrensel izolasyon önlemleri, hepatit B'ye karşı bağışıklama, meslek içi eğitimler ve güvenli tıbbi malzemelerin kullanılması en temel ve güvenilir yaklaşımlardır. Özellikle hastaneye yeni başlayacak personelin işe giriş esnasında bilgilendirilmeleri, tarama tetkiklerinin yapılarak mevcut durumlarının tespiti, aşılı olmayanların aşılınması, hepatit olanların rutin takiplerinin ve tedavilerinin yapılması çalışan ve hasta sağlığı açısından son derece önemlidir.







