



turkish journal of
occupational
health and
safety

türk tabipleri birliği mesleki sağlık ve güvenlik dergisi

© **Neoliberal Politikalar
ve Sağlık Çalışanları**

© **Sağlık Alanında
Şiddet ve Mobbing**

© **Taşeron
Sağlık İşçileri**

© **Ambulans
Çalışanlarının İş Stresi**

© **Diş Teknisyenlerinin
Riskleri**



turkish medical association

ISSN 1302 - 48 - 41 üç ayda bir yayımlanır Ekim-Kasım-Aralık 2011

42



johs(turkish)
turkish journal of
occupational
health and
safety

Editörler

Dr. Celal EMİROĞLU
Dr. Levent KOŞAR

Yayın Kurulu

Dr. Arif MUEZZİNOĞLU
Denizcan KUTLU
Dr. Meral TÜRK
Dr. Nasir NESANIR
Dr. Nilay ETİLER
Onur BAKIR
Dr. Ö. Kaan KARADAĞ
Dr. Sedat ABBASOĞLU

Danışma Kurulu

Prof. Dr. Ahmet SALTİK
Prof. Dr. Alpaslan İŞİKLİ
Prof. Dr. Çağatay GÜLER
Dr. Engin TONGUÇ
Prof. Dr. Gamze YÜCESAN ÖZDEMİR
Prof. Dr. Gazanfer AKSAKÖĞLU
Prof. Dr. Güzin ÖZARMAĞAN
Av. Hacer EŞİTGEN
Fiz. Müh. Haluk ÖRHUN
Prof. Dr. İbrahim AKKURT
İsmail Hakkı KURT
Prof. Dr. Kayihan PALA
Prof. Dr. Mehmet ZENCİR
Av. Murat ÖZVERİ
Av. Mustafa GÜLER
Prof. Dr. Mustafa KURT
Kim. Müh. Mustafa TAŞYÜREK
Doğ. Dr. Nadi BAKIRCI
Dr. Nazlı YEŞİLLETEN
Psik. Dr. Nazlı Yaşar SPOR
Prof. Dr. Nevin VURAL
Dr. Nihal COŞKUN
Prof. Dr. Remzi AYĞÜN
Prof. Dr. Turhan AKBULUT
Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Yıldırım KOÇ
Dr. Yıldız BİLGİN
Doğ. Dr. Yücel DEMİRAL

Türk Tabipleri Birliği Adına Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü
Dr. Eriş BİLALOĞLU

Yazışma Adresi

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

Telefon

0 312 231 31 79 (Pbx)

Faks

0 312 231 19 52 - 53

<http://www.ttb.org.tr/msg>

e-posta: msg@ttb.org.tr

Hazırlık ve Tasarım

Yeter CANBULAT - TTB

Basımın İletişim Bilgileri ve Basım Yeri

Başak Matbaacılık ve Tan. Hiz. Ltd. Şti. Ankara
Tel: (0 312) 397 16 17

Yapım

Mucize Reklam
Tel: 0 312 417 10 56

Basım Tarihi :

Yayın Türü
Yerel Süreli (3 aylık)

Tiraj

3.000 adet

Logo ve Kapak Hakkı TTB'ye Aittir.

Dergide Yayımlanan Yazıların Tüm Sorumluluğu
Yazarlarına Aittir.

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

mesleki sağlık ve güvenlik d e r g i s i

Üç ayda bir yayımlanır Ekim- Kasım-Aralık 2011

42

EDİTÖRDEN
Celal EMİROĞLU

1

NEOLİBERAL POLİTİKALAR ve
SAĞLIK EMEKGÜCÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ
Nilay ETİLER

2

“SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM” ve KAMU SAĞLIK ÇALIŞANLARI
Ata SOYER

12

RAPOR: SAĞLIK ALANINDA ŞİDDET
SES MYK

15

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK MOBBİNG
Çağla YİĞİTBAŞ, S. Erhan DEVECİ

23

TAŞERON SAĞLIK İŞÇİLERİNİN ÖRGÜTLENME SORUNLARI
Gülçin TAŞKIRAN

29

EDİRNE'DE AMBULANS ÇALIŞANLARININ
ANKSİYETE, DEPRESYON VE İŞE BAĞLI GERGINLIK DÜZEYLERİ
Burcu TOKUÇ, Yaser TURUNÇ, Galip EKUKLU

39

ÇALIŞMA DÜNYASI:
DIŞ LABORATUVARI TEKNİSYENLERİ
N. TORBİCA, S. KRSTEV
Çeviri: Ercan DUMAN

45



EDİTÖRDEN

Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu vb direktifleriyle AKP hükümetleri döneminde son aşamaya gelen Sağlıkta Dönüşüm Projesi “sosyal güvenlikte reform” adına adım adım gerçekleştiriliyor.

Öyle bir anlayış ki; sistem, kişinin sağlık kuruluşu ile buluşmasını ve muayene olmasını sadece ‘tedavi edici sağlık hizmeti’ olarak algılıyor. Koruyucu hizmetler kişinin kendi sorunu!... İnsan yaşamı hiçe sayılırken, toplum sağlığı giderek daha da bozuluyor, fatura da tek tek bireylere kesiliyor. Katkı ve katılım payları her geçen gün biraz daha yükseliyor.

Öyle bir sağlık sistemi ki; paranın başını tutanlar “Allahın da izniyle” ABD’de Cleveland Clinic’de tedavi görebiliyor, milletvekilleri ve Anayasa Mahkemesi üyeleri prim ödemeksizin istediği yerden sağlık hizmeti alabiliyor, tüm bu hizmetlerin karşılığı bütçeden yani halkın cebinden karşılanabiliyor.

Sağlık sektörü paranın en fazla döndüğü alan haline geldi... Her yol ‘tahsilât’a çıkıyor... Kurgunun doğası gereği sağlık kuruluşları ticarethane, hastalar velinimet, çalışanlar tezgâhtar!...

Hizmeti alanlar açısından sağlık hizmetleri; erişilmesi zor, pahalı ve eşitsizlikler üzerine kurulu... Hizmeti verenlere gelince; onlar için “verimliliği ve hizmet kalitesini artırma görevi” tanımlanmış iken, uygun çalışma ortamı, iş ve can güvenliği ile gelir ve mesleki bağımsızlık güvencesi ise sağlan(a)mıyor...

Sermaye-devlet birlikteliği sağlığı metalaştırırken, bir başka olmazsa olmazı sağlık emekgücünün maliyetinin düşürülmesini hedefliyor. Hükümet, sağlık emekçilerinin ücretlerini iyileştirmemek için direniyor; bir taraftan esnek çalışma ve sözleşmeli istihdamı ile ücretleri daha da aşağıya çekerken, diğer taraftan bu ücretlerin hastaneler tarafından ödenmesini sağlamaya çalışarak ‘tasarruf’ politikaları uyguluyor.

Sağlık sektöründeki emek yoğun, teknoloji yoğun, risk yoğun çalışma ile birlikte sağlık emekçilerinin hizmeti alanlarla sürekli yüzyüze olmak durumunda kalması çalışma ortamını zorlaştırıyor. Sağlık emekçileri, çalışma ortamı sağlığı ve güvenliği konusunda önemli ölçüde haksızlığa uğruyor; bir tarafta salgın, bulaşıcı, paraziter insan hastalıkları ile diğer taraftan kimyasallar, fiziksel etmenler, ergonomik ve psikososyal risklerle aynı ortamı paylaşıyorlar.

Sağlık hizmeti üzerinden kârın maksimizasyonuna yönelik hedeflere ulaşabilmek uğruna büyük hesapların ve büyük yatırımların yapıldığı bir dönemde sağlık alanı terörize ediliyor ve sağlık kuruluşlarında şiddet kol geziyor. “Sağlıkta Dönüşüm” Başbakan ve Sağlık Bakanı’nın “hekimler iğne yapmaktan aciz” vb demeçleriyle kendine özgü bir “tarz” izlerken; her yeni bir yasa, uygulama ya da ‘demeç’ sürece yeni bir darbe daha vuruyor ve yeni yasalar sorunların çözümünü değil devamlılığını sağlıyor.

Bu sayımızda; uluslararası ve ulusal planda neoliberal politikaların sağlık emekgücü üzerindeki etkilerini sergilemeye, piyasa dinamiklerinin çalışma koşulları ve istihdam politikalarında gündeme getirdiği ‘dönüşüm’ün hangi taraftan değerlendirilmesi gerektiğinin ipuçlarını vermeye çalıştık. ‘Sağlıkta Dönüşüm’ün kamuda çalışma koşullarını nasıl bozduğunu yorumlamaya çalışırken; gerek sağlık çalışanlarına yönelik mobbing gerekse sağlık alanında cinayetlere kadar varan şiddetin bu ‘dönüşüm’de nereye denk geldiğini göstermeye çalıştık. Sağlık emekçilerinin büyük bölümünün iş güvencesiz ve düşük ücretle çalıştığı, taşeronlaşmanın had safhaya ulaştığı bir dönemde taşeron sağlık işçilerinin sorunlarını ve örgütlenmelerinin önündeki engelleri onların dilinden anlatmaya çalıştık.

Dergimizin bu sayısını; ambulans çalışanlarının iş stresi ve dış teknisyenlerinin mesleki sağlık sorunlarını kapsayan araştırmalarla bitirirken, yeni sayı/sayılarda sağlık çalışanlarının sağlığı konusunun kapsamını daha da genişleterek sizlere sunmak istiyoruz.



NEOLİBERAL POLİTİKALAR ve SAĞLIK EMEKGÜCÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Dr. Nilay ETİLER

Doç., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş

Bir toplumdaki sağlık sisteminin özelliklerinin ülkenin hatta dünyanın içinde bulunduğu siyasi atmosferle çok yakından ilişkisi olduğu pek çok kez gösterilmiştir. Kapitalizmin tarihi ile başlayan “örgütlü sağlık hizmetleri”nin zaman içindeki değişimi ve dönüşümü de kapitalizmin geçirdiği aşamalar ile paralellik göstermektedir. İçinde bulunduğumuz neoliberal dönemde yeniden şekillenen sağlık hizmetleri, piyasa dinamiklerinin etkisi altına girerek ticarileşmiştir. Diğer yandan hizmet sektörü olma özelliği taşıyan sağlık hizmetlerinde emekgücü, gelişen teknolojiye karşın yerine başka bir şeyin ikame edilemediği, vazgeçilmez, göz ardı edilemez büyük bir topluluktur. Sağlık alanının ticarileşmesiyle ortaya çıkan yeni koşullar, beklendiği gibi sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, istihdam özellikleri vb pek şeyi dönüştürmüştür. Bu yazıda; sağlık hizmetlerinin neoliberal döneme gelene kadar taşıdığı özellikler, içinde bulunduğu tarihsel dönem dikkate alınarak kısaca incelenmiş ve Türkiye’de neoliberal politikaların uygulanmaya başlamasıyla sağlık emekgücündeki dönüşüm ele alınmıştır.

Sağlık Hizmetlerinin

Tarihine Kısa Bir Bakış

Tarihin ilk dönemlerinden beri toplumda sağaltım işini gören meslekler olmasına karşın, sağlık hizmeti olarak adlandırabileceğimiz örgütlenmenin ortaya çıkışı kapitalizm ile ilişkilidir. Bilindiği gibi sanayi devriminin ardından kentlere göç eden kalabalık bir nüfus, kentlerde sağlıklı yaşam ve çalışma koşulları altında yaşamlarını sürdürmeye çalışırken büyük salgın hastalıklar patlak vermişti. İlk kez bu dönemde salgınları kontrol altına almak için devletlerin müdahale ettiği görülmektedir. Bu müdahalelerin dışında toplumun önemli bir kesimini oluşturan yoksulların daha çok dini kuruluşlar aracılığıyla hizmet aldıkları bilinmektedir.

Gerçek anlamda “örgütlü sağlık hizmetleri”nin ise 1945 sonrasında ortaya çıktığını görmekteyiz. Bi-

lindiği gibi 2. Dünya Savaşı sonrasında Birleşmiş Milletler ve buna bağlı çok sayıda uluslararası örgüt kurulmuş ve bunlar bir takım ‘sosyal haklar’ tanımlamışlardır. O dönemde son derece güçlü esen sosyalizm rüzgarı sosyal refah devletini tarih sahnesine çıkarmıştır. Sermaye ve işçi sınıfı arasında düzenleyici bir rol üstlenen devlet de aralarında ‘sağlık hakkı’ da olan pek çok sosyal hak tanımlamış, kurduğu kamusal sağlık sistemleri ile bunun altını doldurmaya çalışmıştır. Sağlığın bir vatandaşlık hakkı olarak ele alındığı bu dönem pek çok ülkede “ulusal sağlık sistemleri”nin kurulduğu, farklı biçimlerde de olsa hizmetin kamu tarafından sunulup finanse edildiği, hizmetin tüm vatandaşları kapsadığı, sağlıksızlığın toplumsal bir sorun olarak adlandırıldığı bir dönem olmuştur. Bu yaklaşımın doğal bir sonucu olarak tüm sağlık çalışanları kamu çalışanı statüsünde tanımlanmıştır. Türkiye’de de buna paralel bir süreç yaşanmıştır.

Yine bilindiği gibi, 1970’lerin ortasında genel olarak kâr oranlarının düşmesiyle başlayan “dardalma” sonrasında küresel kapitalizm dönemi başlamıştır. Küreselleşme döneminde ulus-devletin siyasi otoritesi Dünya Bankası (DB) başta olmak üzere uluslararası örgütlere devredilmiştir. Bu uluslararası örgütlerin hazırladığı ve çeşitli şekillerde ulus-devletlere dayattığı reform programları Türkiye gibi ülkelerde hükümetler aracılığıyla yaşama geçmiştir. Yeni anlayışa göre devlet, sadece eşgüdüm faaliyeti yürüten, denetleyen ve kontrol eden bir aygıt olarak tasarlanan ve serbest piyasanın kurallarına göre hareket eden ‘düzenleyici devlet’tir (1). Bu dönemde devlet, değişen rolünün gereği olarak uluslararası örgütlerin önerdiği neoliberal politikaları yine onlar tarafından hazırlanmış paket programlar ile yaşama geçirdiler. Diğer yandan ‘yerelleşme’ kavramı ile merkezi hükümetlerin pek çok işi desantralize edilerek (ademi-merkezileşme) yerel uygulayıcılara devredildi. Bu süreç aynı zamanda mülkiyetin özele devredildiği yani özelleştirmelerin yürütüldüğü bir süreçtir. Neoliberal

politikaların ilk döneminde devletin küçültülmesi gerektiği (ki böylece açılan boşluğu serbest piyasa ekonomisi dolduracaktır), kamu işletmelerinin verimsiz olduğu gibi söylemlerin hakim olduğu görülmektedir. Bu dönemi Türkiye'deki sağlık hizmetleri özelinde incelediğimizde de benzer bir tablo ortaya çıkmaktadır.

Türkiye'de neoliberal sağlık politikaları dönemi

Türkiye'deki sağlık reformunun başlangıcını 1986 yılında DB'nin yaptığı "Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması" olarak aldığımızda, 2000'lerin ilk yarısına kadar süren bir "kualsızlaştırma dönemi" karşımıza çıkmaktadır. Sağlıkta bu kualsızlaştırma döneminde, bir yandan kamu sağlık kuruluşlarının desteklenmediği tam tersine bütçelerinin azaltıldığı, kamu sağlık çalışanlarının itibarsızlaştırıldığı diğer yandan da özel sağlık sektörünün çok çeşitli biçimlerde desteklendiği görülebilmektedir. Yine bu dönemde kamu sağlık kuruluşlarında (özellikle hastaneler) destek hizmetlerinden başlayarak hizmet satın alma yaygınlaşmıştır.

Türkiye'de 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) anlamı, sağlık sistemi konusundaki planlamanın ulusal düzeyden uluslararası düzeye çıkmasıdır. Neoliberal dönemin bir özelliği olarak tam da yukarıda tanımlandığı gibi uluslararası örgütler eliyle hazırlanan reform programının devletin düzenleyici rolünün yerine geçmesinin tipik bir örneğidir. 2002 yılında iktidara gelen AKP, on yıllık iktidarı sürecinde 'neoliberal dönemin devleti'nin temel işlevini yerine getirmekte, bu anlamda görevini 'başarı'yla ifa etmektedir.

Sağlık alanı üzerinden incelemeye devam ettiğimizde şöyle bir manzara karşımıza çıkmaktadır: 1990'lı yıllardan itibaren çeşitli hükümetlerin sürdürdüğü ve "sağlık alanında kualsızlaştırma" diye özetlenebilecek dönem SDP'nin temel taşı olmuştur. Ancak bu kadarla da kalmamış, AKP hükümetleri tarafından tarumar edilen sağlık hizmetleri alanında taşlar yeniden dizilmeye başlanmıştır. Bu noktada AKP'nin piyasa dostu, girişimci, etkin devlet olarak betimlenen yani devlet ve piyasa ortaklığı rolünü oynadığı dikkat çekmektedir.

Tablo 1. Kapitalizmin dönemlerine göre sağlık sistemlerinin özellikleri

	Erken Kapitalizm Dönemi	Ulus Devlet Dönemi	Küreselleşme
Dönemin stratejileri	Sanayi Sonrası Dönem	Sosyal Refah Devleti	Neoliberal Dönem
Devletin müdahalesi	Salgın gibi felaketlerde devletin müdahalesi	Kamucu sağlık sistemleri	1. Dönem (Kualsızlaştırma dönemi) Devletin küçülmesi 2. Dönem: Neoliberal politikaların uygulanması Piyasa dostu devlet Girişimci devlet Etkin devlet Sermaye için dadı devlet
Sağlık politikasındaki genel eğilimler	- Sağlık hizmetleri örgütlü değil - Sağlık hizmetleri yardım kuruluşlarıyla sunuluyor	- Sağlık, insan hakkı - Sağlık /sağlıksızlık sosyal bir sorun - Ulusal sağlık sistemleri devlet eliyle.	- Sağlık bir gereksinim, hak değil - Sağlık/sağlıksızlık bireysel bir sorun - Kamu kuruluşlarının deformasyonu - Özel sektörün yaygınlaştırılması - İradenin ulusal düzeyden yerel düzeye devri (desantralizasyon) - Programların ulusal düzeyden uluslararası düzeye çıkması
Sağlık hizmetlerine yansımaları			Kualsızlaştırma - Kamu hizmetlerinin desteklenmemesi / çöktürülmesi - Piyasalaşma - Özelleştirmenin teşviki - Hizmet satın alma - taşeronlaşma Neoliberal sağlık reformları - Hizmet sunumunda - Finansman modelinde reformlar - Pazar oluşturma / Talep yaratma - Sağlık emekgücü düzenlemeleri - Devlet girişimciliği : kamu-özel ortaklıkları

Neoliberal politikaların ikinci dönemi olarak adlandırabileceğimiz bu dönemde devlet tam anlamıyla neoliberal devlet niteliğine bürünerek özelleştirmenin ve serbest meta ticareti ve sermaye piyasaları için uygun ortam yaratılması için çabalamaktadır (2). Sermaye için dadılık yapan AKP'nin bu ikinci neoliberal dönemde sağlık alanındaki en önemli icraatı kamu-özel ortaklığı gibi görünmektedir.

Pek çok ülkede neoliberal sağlık reformlarının “uygulama” sürecinde bir sonraki basamak sağlık emekgücü düzenlemeleri olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü bu eğilime paralel olarak 2006 yılının raporunda sağlık insan gücüne önemli bir yer ayırmıştır. Yine bu yıllar itibarıyla DB'nin sağlık insan gücü konusunda yayınladığı raporların yanı sıra Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın da konuyla ilgilendiği çeşitli çalışmalar sonucu bir takım raporlar yayınladığı görülmektedir. Önce uluslararası ardından ulusal düzeyde yürütülen bu faaliyet, örgütlenme ve finansman anlamında tamamlanmak üzere olan bir sağlık reformu sürecinde sıranın alt başlıklardan biri olan sağlık emekgücüne geldiğini, sağlık çalışanlarının da bu ticarileşmiş yeni çalışma ortamına uyumlulaştırılması gerektiğini göstermektedir.

Türkiye’de Sağlık Emekgücünde Görülen Değişimler

Türkiye’de de yukarıda ayrıntılı olarak bahsedilen devletin dönüşümü ve sağlık alanına özel reformlar bir arada yaşanmış, sağlık hizmetleri üzerinde pek çok yıkıcı etkiye neden olmuştur. Bu saldırı döneminde geline nokta da sağlık çalışanlarının etkilenmesi iki yöndedir: İlkinde; kamusal hizmetin özel sektör eliyle verilmesinin teşvik edilmesiyle hızla büyüyen bir “özel sağlık sektörü” ortaya çıkmış ve bu alanda çalışan sayısında büyük bir artış olmuştur. İkinci olarak ise kamuda özel sektör işletmecilik anlayışının uygulanmaya başlamasıyla, kamu personeli rejiminde esnekleşme olmuş, kamu içinde bazı esnek istihdam biçimleri uygulanmaya başlamıştır.

Yeni istihdam biçimleri

Sağlık reformu sürecinde sağlık çalışanlarının geleneksel devlet memuru statülerinin farklı biçimlerde istihdam edildikleri dikkat çekmektedir. İlk olarak 2003’te yapılan bir düzenleme ile sağlık hizmetleri alanında kamuda sözleşmeli çalışmanın önü açılmıştır. 27 Temmuz 2003 tarihinde Resmi Gaze-

te’de yayınlanan 4924 sayılı Kanun’da “eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personeli” tanımlanmıştır. Aynı Kanun ile 657 sayılı Kanun’un 36. maddesine “III-Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı” bendinde değişiklik yaparak “Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir.” ifadesi eklenmiştir.

Diğer yandan 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile diğer bir sözleşmeli çalışma biçimi uygulanmaya başlamıştır. Bu kanuna göre aile sağlığı merkezlerinde çalışacak sağlık çalışanları, esas kadroları ile ilişkileri kesilmeden aylıksız veya ücretsiz izinli sayılarak Sağlık Bakanlığı ile bir sözleşme yapmaktadır. Geçiş dönemi uygulaması olarak değerlendirilmesi gereken bu istihdam şeklinin reformun tamamlanmasından sonra değişeceği, hekimlerin Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapan, Sağlık Bakanlığı’nın denetiminde ancak ‘kendi hesabına çalışan’ olacağı, aile sağlığı elemanı olarak anılan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının hekimin yanında çalıştırılacağı ifade edilmektedir.

2005 yılında yapılan diğer bir düzenlemeyle sağlık çalışanlarının 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun ‘memur’ (4/A) statüsü dışında ‘sözleşmeli’ (4/B) olarak istihdamları mümkün hale gelmiştir. Bu düzenlemeden sonra sayıları hızla artan 4/B’liler 2011 seçimlerinin öncesinde 4/A statüsüne geçme hakkı elde etmişlerdir. 4 Haziran 2011’de Resmi Gazete’de yayınlanan 632 sayılı KHK ile 4/B statüsünde çalışanlar ile 4924 sayılı Kanun’a bağlı çalışanların ‘memur’ kadrosuna atanmaları konusunda bir düzenleme yapılmıştır.

Bir diğeri ise, 2005 yılında 657 sayılı Yasa’nın 86. maddesine ek yapılarak kamuoyunda vekil ebe ve hemşire olarak bilinen statünün ortaya çıkmasıdır. Açıkta atamayla alınacak bu personelin, köy sağlık evleri, sağlık ocaklarında çalıştırılması öngörülmüştür. 2006 yılında 3000, 2007 yılında da 2700 civarında personel alımı yapılmıştır. Bu personel,



vekalet ettikleri kadronun 1. derecesinin 2/3'ü oranında ücret almakta olup ücretleri 580-800 TL arasında değişmektedir (3). Ayrıca diğer sözleşmeliler arasında iş güvencesi en az olan bu gruptakilerdir. Bu istihdam türünün, aile hekimliği uygulamasının yerleştirilmeye çalışıldığı bu dönemde, boşalan ve tercih edilmeyen uzak noktalarını doldurmak için kullanılan geçici bir uygulama olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak kamu sağlık çalışanlarının günümüzde istihdam biçimleri şöyle özetlenebilir (4):

1. 657 sayılı Yasa'nın 4/A maddesine göre memur,
2. 657 sayılı Yasa'nın 4/B maddesine göre sözleşmeli,
3. 4924 sayılı Yasa'ya göre sözleşmeli,
4. Hizmet satın alma yoluyla gerçekleştirilen işlerde sözleşmeli
5. Vekil ebe ve hemşire statüsü,
6. Aile hekimliği hizmet sözleşmesine bağlı sözleşmeli.

Tablo-2'de Sağlık Bakanlığı kadrolarında 2009 yılı itibariyle farklı statülerde çalışan personelin sayıları görülmektedir. Veri kaynağında belirtilmemekle birlikte aile hekimliği sözleşmesi yapanlar (hekim, hemşire ve ebe) hâlâ memur statüsünde oldukları için 'genel bütçe kapsamındaki memur' başlığı altında sayılmaktadır.

Özel sektörün büyümesi

Neoliberal sağlık politikalarının ilk dönemi olan kuralsızlaştırma döneminden itibaren özel sağlık sektörünün desteklenmesiyle; özel sektör, sağlık çalışanlarının giderek yoğunlaştığı bir alan olmuş ve beklendiği gibi özel sektörde çalışan sayısı yıllar içinde artmıştır. Sağlık alanında kuralsızlaştırmanın yaşandığı 1990'lı yıllarda özel sağlık sektöründe çalışanların sayısındaki artış Tablo-3'te gösterilmiştir. 1994 yılından itibaren neoliberal sağlık politikalarının son etabı olan SDP başlayana kadar özelde çalışan sağlık çalışanlarının sayısı %77 artarken kamuda %24 artmıştır. Daha büyük artış, beklendiği gibi SDP sonrası dönemde olmuş, SDP öncesine göre kamuda %57, özelde ise %278 artış olmuştur. Neoliberal sağlık politikaları dönemi boyunca kamuda çalışan sayısı yaklaşık ikiye katlanırken (%94 artış) özelde 6 kata yaklaşmıştır (%571).

Tablo-3'te bu artışın meslek gruplarındaki durumu verilmiştir. Buna göre özel sektörde çeşitli meslek gruplarının tümünde artış gözlenmesine kar-

şın en büyük artış sağlık teknisyeni grubunda gerçekleşmiştir. Sağlık memuru ve teknisyeni sayısı, 1994 yılından 2008 yılına kadar kamuda 1.6 kat artarken özel sağlık kuruluşlarında 8.2 kat artmıştır. Hemşire ve ebe sayısındaki artışın kamuda hekim sayısındaki artışın gerisinde kalması dikkat çekicidir. Buna karşın özel sağlık sektöründe hemşire-ebe sayısındaki artış azımsanmayacak boyuttadır (kuralsızlaştırma döneminde %119, SDP döneminde %157 toplamda 4.6 kat). Hekim sayısındaki artışa bakıldığında da kuralsızlaştırma döneminde kamuda hekim sayısının %67, özelde ise %29 arttığı buna karşın SDP sonrası dönemde özel sektörde hekim sayısındaki artışın kamunun önüne geçtiği dikkat çekmektedir.

Özetle, neoliberal sağlık politikaları özel sağlık sektörünün büyümesine yol açmıştır. Hızla büyüyen özel sektörde tüm meslek gruplarında artış gözlenmesine karşın hekim dışında kalan sağlık çalışanlarının çok daha fazla artmıştır.

2009 yılı itibariyle SGK'ya (4a-SSK) kayıtlı "insan sağlığı hizmeti" sunan kurum sayısı 6225'tir ve 98.601 kişi bu hizmet sınıfı altında istihdam edilmektedir. Çoğunluğunun taşeron şirketlerde çalıştığı bu kitlenin %67'si kadındır. Dolayısıyla özel sağlık sektörü hem sağlık meslek mensupları hem de diğer çalışanları için hızla büyüyen bir istihdam alanı haline gelmiştir.

Kamunun hizmet satın alması

Sağlıkta özelleştirme sürecinde kamu kuruluşları, bir takım hizmetleri dışarıdan satın almaya başlamıştır. Hizmet satın alma genellikle hastanelerde olup bedeli döner sermayeden karşılanmak üzere destek hizmetler olan temizlik, güvenlik, yemek vb hizmetlerle başlamıştır. 2004 yılında yapılan bir düzenleme ile ana hizmet olan sağlık hizmetlerinin

Tablo-2: Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışan sağlık personelinin istihdam şekline göre dağılımı (2009, Haziran) (5)

İstihdam şekli	Sayı
Genel bütçe kapsamında;	
Memur	335.539
Sözleşmeli	45.879
Sürekli ve geçici işçi (657 – 4/D)	4.590
Geçici personel (657 – 4/C)	1.750
Döner sermaye kapsamında;	
Memur	4.073
Sözleşmeli	24.976
Toplam	

Tablo-3. Sağlık Bakanlığı ve özel sektörde 1994, 2002 ve 2008 yıllarında personel sayıları ve artış yüzdeleri

	1994	2002	2008	Kuralsızlaştırma Dönemi (1994-2002) Artış (%)	SDP Dönemi (2002 sonrası) Artış (%)	Neoliberal dönemin başlangıcından itibaren (1994-2008) Artış (%)
Sağlık Bakanlığı †						
Toplam sağlık çalışanı	125.469	196.740	243.621	24	57	94
Hekim	34.405	57.291	63.536	67	11	85
Hemşire- Ebe	68.386	96.991	113.622	42	17	66
Sağlık memuru ve teknisyenleri	22.678	37.041	59.846	63	62	164
Özel sektör						
Toplam sağlık çalışanı	14.562	55.048	97.639	77	278	571
Hekim	9.125	11.766	22.598	29	92	148
Hemşire - Ebe	3.432	7.522	19.314	119	157	463
Sağlık memuru ve teknisyenleri	2.005	4.478	18.365	123	310	816

† 2004 öncesi verilerine SSK Hastanelerinin çalışan sayıları eklenmiştir.

TÜİK "Türkiye İstatistik Yılı 2004" Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2005, S: 86
Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu. Ankara, 1996.

de satın alma ile görülmesinin önü açılmıştır (9). Bundan sonra sağlık taşeronlaşmanın en hızlı yaygınlaştığı sektörlerden biri olmuş, SDP'nın başladığı yıldan 2010'a gelindiğinde taşeron işçi sayısı 11 binden 116 bine çıkmıştır (10). Diğer bir ifadeyle 2002 yılında hizmet alımı ile istihdam edilen personel, toplam sağlık personelinin %4,3'ü iken, 2010 yılında %26.4'e çıkmıştır (11).

Diğer yandan hemşire, laborant vb sağlık meslek mensuplarının bir kısmının taşeron şirket çalışanı olarak istihdam edildiği de bilinmekte birlikte, bu şekilde çalıştırılan sağlık meslek mensubunun sayısı bilinmemektedir.

Sağlık kuruluşunun içinde gerek sağlık hizmetinin kendisi, gerekse destek hizmetlerin anlaşmalı taşeron şirketlere yaptırılmasından başka, özel sağlık kuruluşu ile anlaşma yapılarak hastaların bu kuruluşa yönlendirilmesiyle de hizmet satın almak mümkündür. Bu tip hizmet alma da giderek yaygınlaşmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin %93'ünün en az bir hizmetini kurum dışından hizmet satın alma yoluyla karşıladığı, daha çok klinik dışı (manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi vb) hizmetlerde buna başvurulduğu bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı, dışarıdan hizmet satın almanın giderek yaygınlaşan bir yönetim/işletme stratejisi olmasının yanında bu yolla %45-60 oranında maliyet tasarrufu sağladığını belirtmektedir (12).

Personel ücretlerinin ödeme biçimlerinde değişim

1961 yılında çıkan 209 sayılı Yasa ile yürürlüğe giren döner sermaye uygulaması, 1989 yılında yapılan yeni bir düzenlemeye kadar sadece yataklı tedavi kurumlarının bir takım gereksinimlerini karşılamak amacıyla kullanılmıştır. 1989 yılında kabul edilen KHK'ye göre kurumun döner sermaye gelirlerinden çalışanlara ek ödeme yapılması konusu düzenlenmiştir. 2001'de başka bir düzenleme ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında da döner sermaye işletmeleri kurulmuş ve bu kuruluşlarda çalışan personele ek ödeme yapılmaya başlanmıştır. Böylece döner sermaye sağlık çalışanlarının gelirleri arasında yıllar içinde giderek artan önemli bir paya sahip olmuştur.

Döner sermayenin dağıtımında performans sisteminin kullanılması ise ilk kez 2003 yılında pilot olarak 10 hastanede başlamış, daha sonra 2004'de tüm Sağlık Bakanlığı kuruluşlarına yaygınlaştırılmıştır.



Tablo-4: Yüksek öğrenimde sağlık bilimleri alanında lisans düzeyinde öğrenim gören öğrenciler arasında kız öğrenci yüzdeleri (2009-2010 Eğitim Öğretim Dönemi)

	Kız öğrenci yüzdesi
Üniversiteler toplamı	47,2
Sağlık bilimleri toplamı	55,8
Ebelik	100,0
Beslenme ve diyetetik	83,9
Hemşirelik	77,6
Diş hekimliği	54,3
Eczacılık	54,2
Sosyal hizmetler	53,2
Fiziksel tıp ve rehabilitasyon	47,1
Tıp	43,1
Sağlık idaresi	32,6
Veterinerlik	19,1
Acil bakım ve ilkyardım	13,9

Tablo-5: İnsan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetlerinde meslek grubuna göre dağılım (2011)*

	Kadın (%)
Kanun yapıcılar üst düzey yöneticiler ve müdürler	29,4
Profesyonel meslek mensupları	47,5
Yardımcı profesyonel meslek mensupları	76,7
Büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar	60,3
Hizmet ve satış elemanları	71,0
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	12,5
Tesis ve makina operatörleri ve montajcılar	0,0
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	41,7
Toplam	59,6

*19 nolu kaynaktan hesaplanmıştır

mıştır. Performansa dayalı ücretlendirme 31 Ocak 2011 tarihinden itibaren üniversite hastanelerinde de uygulanmaktadır.

Performansa dayalı ücretlendirme ile özellikle hekimlerin bir kısmının geliri oldukça artmış, ayrıca kamu sağlık çalışanlarının gelirleri arasında önemli düzeyde eşitsizlikler ortaya çıkmıştır. Böylece tam gün kamuda çalışan hekimlerin döner sermaye gelirleri, aylık maaşlarının üstüne çıkmıştır. Bu artış büyük oranda uzman hekimlerin döner sermaye gelirlerindeki artıştan kaynaklanmakta, maaşlarının yaklaşık 1,5 katı döner sermaye geliri elde etmektedirler. Döner sermaye geliri pratisyen hekimlerde maaşa yakın düzeydedir (13).

İşlevsel esneklik

Tamamen piyasa dinamikleriyle şekillenen özel sektörde hekim dışında kalan sağlık çalışanlarının artışı incelenmeye değer bir durumdur. Bunun olası

nedenlerinden biri özel sağlık kuruluşlarının kurumsallaşmasıyla hekim dışında diğer meslek mensubu çalışanların gereksiniminin ortaya çıkmasıdır. Özel sektördeki sağlık çalışanlarının dağılımına bakıldığında Sağlık Bakanlığı'nda olduğundan daha fazla bir oranda hekim olduğu görülmektedir (özelde %38, Sağlık Bakanlığı'nda %27). Diğer bir deyişle hekim dışı sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı'nda daha fazla olduğu görülmektedir. Bu orantısızlığın nedenlerinden biri özel sağlık sektöründe hastanecilik hizmetinin ağırlıklı olması, Sağlık Bakanlığı'nda ise ebe, hemşire ve sağlık memurlarının yoğun olduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarının bulunmasıdır. Örneğin Sağlık Bakanlığı'nda istihdam edilen ebelerin %39'u, hemşirelerin ise %74'ü hastanelerde, geri kalanı ise çok büyük oranda birinci basamakta çalışmaktadır (7).

Özel sektörde hekim dışı sağlık çalışanlarının istihdamındaki bu artışın diğer bir nedeni, bu meslek gruplarının işlevsel olarak esnek çalıştırılabilirliğidir. İşte esneklik "üretimdeki miktar değişikliklerine, ihtiyaç duyulan vasıf ve bilgideki hızlı değişikliklere ayak uydurabilme yeteneğini" olarak ifade etmektedir (14). Sağlık hizmetleri alanından bakıldığında da benzer bir durum dikkat çekmektedir. Özel sektörde hekim dışındaki sağlık çalışanlarının birbirinin işlerini yaptıkları görülmektedir. Örneğin bir sağlık memurunun hem acil serviste nöbet tutması hem de gerektiğinde röntgen çektiği görülebilir. Kamuda sadece küçük hastanelerde gözlenebilen bu türden durumların özel sağlık kuruluşlarında oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Yine bir devlet hastanesinde her kliniğin ayrı hemşireleri olmasına karşın çoğu özel hastanede hemşireler tüm kliniklerde görev yapabilmektedir. Böylece gece nöbetinde cerrahi servisten pediatri servisine kadar tüm yatan hastalar aynı hemşirelerin sorumluluğu altında olmaktadır. Bu işlevsel esneklik aynı zamanda sayısal esnekliği de getirmekte, böylece az sayıda sağlık çalışanı ile hastanenin işleri yapılabilir. İşlevsel esneklik pratisyen hekimler için de söz konusudur.

Vasıfsızlaştırma

Hekimlerin gerek kamuda gerekse özelde diğer sağlık meslek mensuplarına göre daha yüksek ücret aldığı bilinmektedir. Tablo-3'e göre özel sektörde hekim artışının diğer sağlık mesleklerinin gerisinde kaldığı görülmektedir. Hemşire, ebe, laborant, sağ-

Tablo-6. İnsan sağlığı ve sosyal hizmetler alanında meslek gruplarına göre aylık brüt gelirin tüm faaliyet alanlarındaki gelirle karşılaştırılması

Faaliyetler	Toplam	Yöneticiler	Profesyonel meslek mensupları	Teknisyenler teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	Büro hizmetlerinde çalışan elamanlar
İnsan sağlığı ve sosyal hizmetler	1890 TL	3530 TL	3126 TL	1481 TL	1069 TL
Tüm sektörler	1512 TL	3710 TL	2683 TL	1873 TL	1596 TL
Fark (%)	25	-5	17	-21	-33

lık teknisyeni vb gibi meslek gruplarının kısa süreli eğitimlerle hekimin yapacağı işlemleri belli bir aşamaya kadar gerçekleştirmeleri ile hekimin çalışma süresinin kısalması söz konusudur. Özel sağlık kuruluşlarında daha yaygın olarak başvurulmuş bu yol, hastane için maliyeti daha yüksek olan hekimlerin daha az sayıda ve/veya daha kısa süreli çalıştırılmalarını sağlamaktadır.

Bu durum 'kapitalist üretim biçimleri karmaşık iş süreçlerini daha küçük, daha basit ve vasıfsız işlere parçalayarak emek maliyetini düşürmek' olarak tanımlanan (15) vasıfsızlaştırmaya işaret etmektedir.

Sağlık hizmetleri alanında feminizasyon

Tarih boyunca şekillenen toplumsal cinsiyet rollerine göre her alanda bakım işi kadınların işi olmuştur. Çocuk bakımından başlayarak, yaşlı, özürlü, hasta kişilerin bakımları kadınların toplumsal cinsiyet rolleri ile örtüşmektedir (16). Toplumsal cinsiyete dayalı bu işbölümü sağlık hizmetlerinde de kendini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde operasyonel işler olarak adlandırılabilir işlerde daha çok erkeklerin kümeleniği, kadınların da daha çok bakım hizmetlerinde olduğu görülmektedir. Bu durum hekimlikte cerrahide erkeklerin, dahili alanlarda ve bakım işlerinde (hemşirelik başta olmak üzere) kadınların kümelenmesiyle sonuçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin her düzeyinde bakımın yoğun olması, günümüzde geçmişten itibaren kadınların sağlık hizmetleri alanında çalışma yaşamının geneline göre daha yoğun olmalarıyla sonuçlanmıştır.

Sağlık mesleklerine baktığımızda kadın hemşirelikte %70, ebelikte %100 ve sağlık teknisyenliğinde %72 kadın olduğu görülmektedir. Hekimlikte ise kadınlar yaklaşık yarı yarıyadır. Çalışma yaşamında bir sektörün feminizasyonu olarak tanımla-

nan kavram, o sektörde işgücünün yarısı hatta yarısından fazlasının kadınlardan oluşması durumunda ortaya çıkmaktadır (17). 2011 yılı itibarıyla sağlık hizmetlerinde çalışanların %59,6'sı kadınlardan oluşmaktadır (18) ve bu durum sağlık hizmetlerinde kadın çalışan oranındaki yüksekliğine işaret etmektedir.

Türkiye'de yüksek öğrenimdeki öğrencilerin rakamları üzerinden incelendiğinde (19), tüm üniversite öğrencileri arasında kız öğrencilerin %47 olduğu buna karşın sağlık bilimleri alanında %56'ya çıktığı görülmektedir. Sağlık bilimleri başlığı altında toplanan meslek grupları içinde de kadın-erkek dağılımı yukarıda bahsedildiği gibi toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkilidir. En fazla kadın olan üç alan ebe, diyetisyen ve hemşire mesleklerindedir (Tablo -4).

Sağlık hizmetleri alanında geleneksel olarak kadın oranının yüksek olmasının ötesinde feminizasyonun giderek artması dikkat çekmektedir (20). Yine yüksek öğrenim istatistiklerine göre 1990 yılında sağlık bilimlerindeki toplam öğrenci sayısının %40'ı kadın iken 2010 yılında kadın oranının %56'ya çıkması, kadınların yıllar içinde artışını göstermektedir (Şekil-1). TÜİK İşgücü İstatistiklerine göre insan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetinde 2011 yılında istihdam edilen toplam 693 bin kişinin %60'ı kadındır. Bu oranın 2009 yılında %55,5 olduğu bildirilmektedir.

Bu durum Türkiye'ye özgü olmayıp benzer durum çeşitli Avrupa ülkelerindeki sağlık çalışanları için de geçerlidir. İspanya, Norveç, Litvanya, Almanya ve Fransa'da kadınların sağlık insan gücü içindeki payının giderek arttığı bildirilmektedir. Eski sosyalist ülkelerde ise kadın hekim oranı eskiden beri fazla olmasına karşın sosyalizm sonrası dönemde devlet korumasının ortadan kalkmasıyla



kadın ve erkek hekimler arasında ücret farkı oluştuğu dikkat çekmektedir (21).

Hekimlikte toplumsal cinsiyet rollerine göre ayrışma daha görünür durumdadır. Erkekler daha çok cerrahi alanlarda yoğunlaşırken kadınlar daha çok dahili dallarda yoğunlaştığı görülmektedir. Bunun istisnaları da yine bu kuralı bozmamaktadır. Örneğin cerrahi alanlardan kadın-doğum ve çocuk cerrahisinde kadınların oranı diğer cerrahi dallara göre daha yüksektir. Ayrıca diğer bir cerrahi alan olan anesteziyoloji ve yoğun bakımda yine kadın oranı yüksektir.

TÜİK'in verilerin göre ülkemizde insan sağlığı ve sosyal hizmetler alanında çalışanların cinsiyet açısından özellikleri dikkat çekicidir. Bunlar;

- İnsan sağlığı ve sosyal hizmet alanı en fazla kadın çalışan oranına sahip olanıdır (23). %60'ını kadınların oluşturduğu bu alanda profesyonel meslek grupları arasında (hekim, hemşire, ebe vb) yarısından azı kadinken yardımcı sağlık çalışanları, büro çalışanları, hizmet ve satış elemanlarının önemli bir kısmı kadınlardan oluşmaktadır (Tablo-5).

- Bu çalışma alanı diğerleriyle karşılaştırıldığında en fazla çalışma süresi olan faaliyet alanıdır ve haftalık ortalama 45.2 saat çalışma söz konusudur (23). Bilindiği gibi yasal olarak haftalık çalışma süresi en fazla 45 saattir. Türkiye aynı zamanda Avrupa ülkeleri arasında sağlık sektöründe en uzun çalışma süresi olan ülke özelliği taşımaktadır (24).

- Türkiye'de sağlık alanında kadın ve erkeğin çalışma süreleri eşit olmasına karşın aylık ücreti ödenen ücret erkeklerde 201.9 saat kadınlarda ise 200.5 saattir (23).

- Bu hizmet alanında cinsiyetler arası gelir eşit-

sizliği söz konusudur ve 2006'dan 2010 yılına kadar artış göstermiştir (Şekil 2). Bunun en önemli nedeni "yatay ayrışma" olarak tanımlanan meslekler arasında kadınların ve erkeklerin işlerinin ayrılmasıdır. Bu durum genel olarak yüksek gelir getiren işlerin erkekler tarafından yapılmasıyla birliktedir (25). Yukarıda bahsedildiği gibi profesyonel meslek mensupları arasında erkekler diğerlerine göre daha yüksektir.

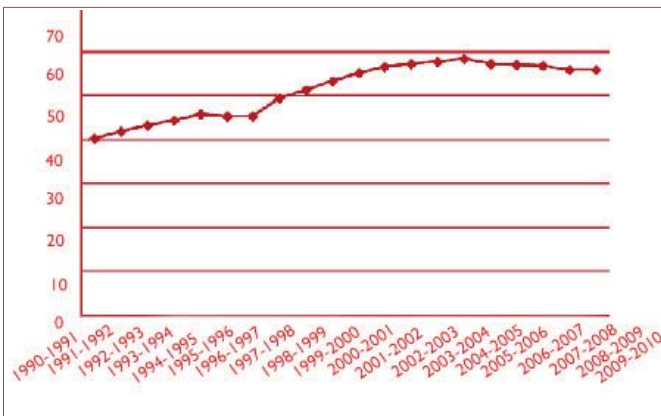
- Sağlık ve sosyal hizmetler alanında kadınların yoğunlukta olduğu meslek gruplarındaki ücretler Türkiye ortalamasından düşüktür (Tablo-6). Söz konusu alanda toplam gelir Türkiye genelinin %25'i olmasına karşılık gerek teknisyenler/yardımcı profesyonel meslek mensupları gerekse büro hizmetlerinde çalışanların ücretleri düşüktür. Bu meslek gruplarında kadınların yoğun olmasının ücretlerin düşmesine neden olduğu anlaşılmaktadır. Çünkü kadınlar erkeklerle aynı verimlilikte çalışıyor olmalarına karşın daha düşük ücret alabildikleri gibi kadınların yoğunlaştığı sektörlerde yani kadın işlerinde bir takım sosyal faktörlerin rol oynaması nedeniyle ücretler daha düşük olmaktadır (26). Özel sağlık sektörünün genişlemesiyle, kadınları bu ücret eşitsizliğinden koruyan ortam da ortadan kalkmadır. Örneğin Litvanya'da sosyalizm sonrası sağlık hizmetlerinin özelleşmesiyle birlikte kadınların ücretleri cinsiyet ayrımcılığına yönelik yasalar çıkartılmasına karşın erkeklerle göre giderek düşmektedir (yaklaşık erkeklerin %80'i) (27).

Sağlık sektöründe kadın sağlık çalışanlarının oranı giderek artması neoliberal politikaların yarattığı etkiyle sağlık hizmetleri alanında emeğin değersizleşmesine işaret eden bir bulgu olarak değerlendirilmelidir. Sağlık sektöründe gelirin düşmesi, erkeklerin bu alanı terk ederek daha yüksek gelir elde edebilecekleri işlere yönelmesine yol açmakta, böylece erkeklerin boşalttıkları alan kadınlar tarafından doldurulmaktadır.

Şiddetin Artışı

1980'li yıllardan itibaren süregelen neoliberal sağlık politikalarının diğer bir sonucu da sağlık çalışanlarına yönelen şiddettir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet bir anlamıyla neoliberal sağlık politikalarının 'istenmeyen yan etkisi' olarak son yıllarda giderek artmaktadır. Diğer yandan bu şiddet sağlıkta çalışma ortamını olumsuz hale getirmekte, sağlık çalışanlarının hizmet sundukları kişilerle ilişkisini zedelemektedir.

Şekil 1. Yükseköğretimde sağlık bilimleri alanındaki kadın öğrenci oranının yıllar içindeki değişimi (23. Kaynaktaki Tablo 54'ten oluşturulmuştur)



Neoliberal politikaların ilk dönemi olan kural-sızlaştırma döneminde; kamu sağlık hizmetlerinin kötüleştiği, kamu sağlık çalışanlarının tembelleştiği, işlerini yapmadıkları, kamu kuruluşlarının verimsizliği gibi söylemler, reform öncesi hazırlık stratejilerinden biri olarak karşımıza çıkmıştır. Bu dönemde kamu sağlık kuruluşlarının finansal olarak desteklenmemesi sonucu yaşanan aksaklıkların sağlık çalışanlarına mal edilmesiyle toplumun gözünde küçük düşürüldüğü görülmektedir. Diğer alanlardaki özelleştirmelerde olduğu gibi, bu süreçte medyanın etkin bir biçimde kullanıldığı görülmektedir. Neoliberal politikaların sadık uygulayıcılarından biri olan Tansu Çiller'in dönemin Sağlık Bakanı Yıldırım Aktuna ile birlikte sürdürdüğü "Balyoz Harekatı" bunun örneklerinden biridir. Hatırlanacağı gibi televizyon habercileri ile gece yarılarında acil servislerin basıldığı bu hareketin mekanı kamu hastaneleri, düşmanlar ise sağlık çalışanları idi. Bu hareketin, sağlığın neoliberal dönüşümünde bir köşe taşı olan Genel Sağlık Sigortası hazırlıkları döneminde yapıldığı da unutulmamalıdır.

1990'lardan itibaren kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesine paralel olarak sürdürülen "sağlık çalışanlarının itibarsızlaştırılması" SDP sonrasında daha sistematik olarak sürdürülmüştür. AKP'nin hükümet olduğu ancak henüz SDP'nin açıklanmadığı bir dönemde Sağlık Bakanı Recep Akdağ hekimlere "hastanın cebinden elinizi çekin" diye seslenerek çok yakında uygulanmaya başlanacak sağlık reform paketinin sonucunda artan cepten

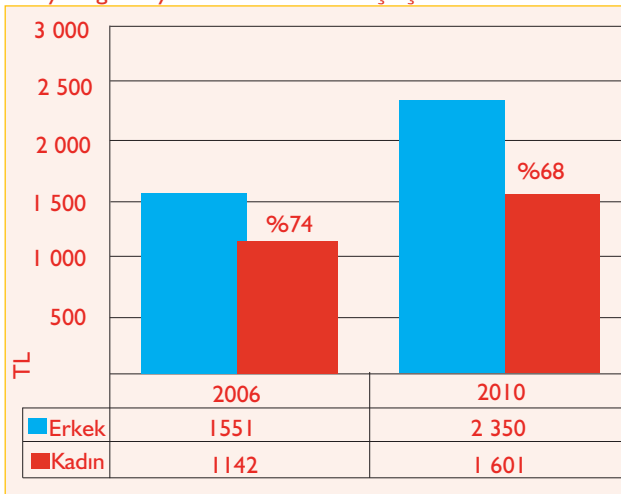
harcamaların sorumlusunu kamuoyuna ilan ediyordu. Türkiye'de neoliberal sağlık politikalarının ikinci dönemi olan SDP döneminde, Sağlık Bakanlığı tarafından vatandaşların sağlık çalışanlarını kolayca şikayet etmeleri için gerekli alt yapı hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı yapılanması içinde "hasta hakları" başlığı altında yürütülen bu çalışmalar, konuyla ilgili halka ve sağlık çalışanlarına yönelik seminerler düzenlenmesi, hastanelerde hasta hakları birimlerinin kurulması, şikayet kutularının yaygınlaştırılması, 24 saat hizmet veren Alo 184 hattının kurulmasıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın konuya bu sistematik yaklaşımı kısa süre sonra toplumda karşılık bulmuş ve sağlık çalışanlarına saldırı olayları artmıştır. Sağlık sisteminin piyasacı bir biçime dönüştüğü bu dönemde, hükümet yetkililerinin; sistemden kaynaklanan sorun olmadığı, eğer bir sorun varsa oradaki sağlık çalışanın sorumlu olduğunu her fırsatta dile getirmesiyle sağlık çalışanları hedef haline getirilmiştir.

Sonuç

Kamu sağlık hizmetleri, neoliberal politikaların en yıkıcı etkilerinin yaşandığı alanlardan biridir. Yaşanan dönüşüme paralel olarak sağlık çalışanları da çalışma koşulları açısından önemli değişimlerle karşı karşıya kalmıştır. Bu dönemde hem sağlık hizmetlerinde hem de kamuda yaşanan reformlar etkili olmuş, sonuçta kamu sektöründe iş güvencesinden yoksun esnek istihdam biçimleri ortaya çıkmıştır. Kamu kuruluşlarının özel işletmecilik kurallarıyla yönetimi, çalışanlar açısından kamu ve özel sektör arasındaki sınırın silikleşmesiyle sonuçlanmıştır. Diğer yandan özel sağlık sektöründe sayıları giderek artan sağlık emekçileri güvencesiz, örgütsüz bir ortamda çalışmaktadır. Kısaca piyasa dinamiklerinin kamu sektörüne sızması ve de devletin kamusal sağlık hizmeti sunmaktan vazgeçmesi binlerce sağlık çalışanın çalışma koşullarının, serbest piyasa kurallarına göre yeniden oluştuğu bir ortamı yaratmıştır. Bu ortam sağlık emekgücü maliyetini göz önünde bulunduran, bu maliyetin düşürülmesi için çeşitli yollara başvuran serbest piyasa ortamıdır. Böylece sağlık hizmetlerinde piyasalaşmayla esnek çalışma biçimleri, uzun çalışma saatleri ve düşük ücret gibi uygulamalar gündeme gelmiştir. Özel sağlık sektörünün büyümesine paralel olarak hızla artan sağlık çalışanlarının dağılımı vasıfsızlaştırmanın da ipuçlarını vermektedir. Bu

Şekil-2. İnsan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetlerinde çalışanların cinsiyete göre aylık brüt ücretlerin karşılaştırılması.





durum vasıfsızlaştırılmanın tipik sonuçları olan ücretler ve istihdam koşullarının alt düzeye indirilmesi, işsizlik ve güvencesizliğin yaygınlaşması ve vasıfsızlaştırılmış işleri yapan kişilerin kendi işine yabancılaştırmalarını getirmektedir.

Neoliberal politikaların kamu ve özel sektördeki sağlık çalışanları arasındaki açığı daraltan etkisi, sağlık emekgücünü bir anlamda homojenleştirmiştir. Kamuda güvencesiz çalışma biçimlerinin yaygınlaşmasıyla, devlet memuru statüsünün avantajlarının kaybedilmesi, kamu ve özel sağlık kuruluşlarındakileri çalışma koşulları açısından birbirine yaklaştırmıştır. Bu homojenleşmenin sağlık çalışanlarının emek eksenli örgütlenmesinde yeni olanaklar sunduğu da göz ardı edilmemelidir. Sağlık çalışanlarının örgütlenmesinde göz önünde bulundurulması gereken diğer bir olgu da kadın sağlık çalışanlarının oranı giderek artmasıdır. Sendikal yapılarda kadınların temsiliyetinin sağlanmasının ötesinde, kadınların özelliklerini toplumsal cinsiyet boyutuyla dikkate alan yaklaşımlara gereksinim kendini göstermektedir.

Kaynaklar

1. Bayramoğlu S. Düzenleyici Devlet Düzenlenirken: OECD Türkiye Raporu Üzerine Eleştirel Bir Çözümleme. *Praksis*, 2003;9:143-162.
2. Güzelsarı S. Küresel Kapitalizm ve Devletin Dönüşümü Türkiye’de Mali İdarede Yeniden Yapılanma. Sosyal Araştırmalar Vakfı Küreselleşme Dizisi – 8, İstanbul, 2008. S: 38-39
3. Vekil Ebe ve Hemşirelerin Maaş Cetveli. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-1854/vekil-ebehemsire-alimi.html?vurgu=vekil+ebe> (Erişim 28/7/2011)
4. Ünlütürk Ulutaş, Ç. Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü. NotaBene Yayınları. Ankara. 2011.s:197
5. Maliye Bakanlığı. Bütçe ve Mali Kontrol genel Müdürlüğü İstatistikleri 2009. <http://www.bumko.gov.tr/TR/Genel/dg.ashx?DIL=1&BELGEANAH=14059&DOSYASIM=kamulidareleriTop.xls> (erişim: 27/7/2011)
6. TÜİK “Türkiye İstatistik Yıllığı 2004” Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Ankara. 2005. S: 86
7. TÜİK. Türkiye İstatistik Yıllığı 2010. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Ankara. 2011. S: 104
8. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu. Ankara, 1996.
9. Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller. Resmi Gazete Tarih: 5.5.2004, Sayı: 25453.
10. DİSK-AR. Taşeron ve Güvencesiz Çalışma Raporu, DİSK Araştırma Enstitüsü. <http://www.disk.org.tr/default.asp?Page=Content&ContentId=1081> (Erişim:26/7/2011)
11. Ünlütürk Ulutaş, Ç. Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü. NotaBene Yayınları. Ankara. 2011.s:209
12. Sağlık Bakanlığı. Türk Sağlık Sisteminde Kurum Dışından Hizmet Alımı Uygulamaları. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara 2010. http://ekutuphane.tusak.saglik.gov.tr/kitaplar/Outsourcing_tr.pdf (01.04.2011)
13. Etiler N, Urhan B. Chapter 5: Working conditions of physicians employed in public institutions in Turkey. In: Europe’s Health for Sale: The Cost of Privatisation. (Ed. John Lister) Libri Publishing. UK. 2011.
14. Parlak Z ve Özdemir S. Esneklik kavramı ve emek piyasalarında esneklik. Sosyal Siyaset Konferansları. 2011;60(1):1-60.
15. Marshall G. Sosyoloji Sözlüğü (Çev. Osman Akinhay, Derya Kömürcü) Bilim ve Sanat Yayınları. Ankara. 1999. s:785-786
16. Gediz Gelegen D “The Gendered Climate of The Medical Profession: A Case Study of Women Doctors in Ankara”. The Graduate School of Social Sciences of The Middle East Technical University. Ankara. Yayınlanmamış Araştırma Projesi.2002.
17. İlkaracan, İ “Uzlaştırma Politikaları Yokluğunda Türkiye Emek Piyasasında Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri”, İpek İlkaracan (der) Emek Piyasasında Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Doğru İş ve Aile Yaşamını Uzlaştırma Politikaları, İstanbul. 2010.
18. TÜİK, İlgücü İstatistikleri Veri Tabanı Dinamik Sorgulama
19. ÖSYM İstatistikleri. <http://www.osym.gov.tr/dosya/1-58211/h/13ogretimalanlisansogrencisay.pdf>
20. Urhan B ve N. Etiler. Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. Çalışma ve Toplum. 2011;29:191-215
21. Rechel B, Dubois C.A., McKee M (eds) “Healthcare Workforce in Europe: Learning from Experience” World Health Organization. 2006.
22. TÜİK. İstatistiklerle Kadın, 2011. Türkiye İstatistik Kurumu. Ankara. 2012.
23. TÜİK. Kazanç Yapısı Araştırması, 2010. Türkiye İstatistik Kurumu. Ankara. 2012.
24. ILO. Terms of employment and working conditions in ealth sector reforms. International Labour Office. Geneva. 1998.
25. Ellen Guy, M ve Newman, MA. Women’s Jobs, Men’s Jobs: Sex Segregation and Emotional Labor. Public Administration Review.2004;64(3), 289-298.
26. Ecevit Y. 2. Ünite: Emek. İçinde Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları (Eds. Ecevit Y ve Kalkınır N). T.C. Anadolu Üniversitesi. Yayın No:2312. Eskişehir. S:31.
27. Padaiga Z, Starkiene L, Logminiene Z, Reamy J. Lithuania. İçinde: Healthcare Workforce in Europe: Learning from Experience. B. Rechel, C.A. Dubois, M. McKee (eds). World Health Organization. 2006. ●



“SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM” VE KAMU SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Dr. Ata SOYER
Halk Sağlığı Uzmanı

Giriş

2003 yılından bu yana uygulanan "Sağlıkta Dönüşüm" ve sonuçları üzerine, bugüne kadar çok şey söylendi. Hükümet ve hükümete yakın çevreler, liberal kesimler, "sağlıkta dönüşüm"ü överken, sağlık çalışanları sendikaları, meslek örgütleri, muhalif siyasi kesimler de kıyasıya eleştirdiler.

Her kesim, kendi açısından argümanlar üretti. "Sağlıkta Dönüşüm"ün kamu sağlık çalışanları üzerine etkilerini değerlendirme amacı ile Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası'nda (SES) bir çalışma başlatıldı.

Bu çalışmanın birkaç bileşeni vardı: "Sağlıkta Dönüşüm"ün kurumsal etkilerini değerlendirme amaçlı "İşyeri Anketi" ile dönüşümün kamu sağlık çalışanlarına etkilerini değerlendirme amaçlı "Birey-Sağlık Çalışanı Anketi".

Birey-Sağlık Çalışanı Anketi, üç bölümden oluşmaktaydı:

1) Sağlık çalışanının sosyo-demografik özellikleri.

2) Çalışma ve yaşam koşulları (Uluslararası Kamu Çalışanları Sendikası'nın da-PSI değişik ülkelerde uyguladığı).

3) Çalışanların sosyo-psikolojik özellikleri.

SES Genel Merkezi, 9 Aralık 2010 günü, bir basın açıklaması yaparak, ilk iki bölüm ile ilgili bir ön raporu kamuoyu ile paylaştı.

Genel Çerçeve

Araştırmanın amacı, şöyle ifade edilmişti: "2003 yılından bu yana uygulanan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın (SDP), sağlık çalışanlarının çalışma koşulları üzerine yaptığı etkileri, SES örgütlülüğü üzerinden değerlendirmek, bu değerlendirme ışığında olası müdahale araçlarını geliştirmek."

Bu amaç çerçevesinde, SES üyesi tüm sağlık çalışanları üzerinden bir örnekleme seçildi. Her bölgeden 4'er il seçildi ve toplam 3768 sağlık çalış-

şanına ulaşılması hedeflendi. Bu çalışanların yaklaşık yarısının sendika üyesi olmaması hedeflendi. Yine, anket uygulanırken birinci basamak sağlık hizmetleri-ikinci basamak ve üniversite hastaneleri dağılımı ile meslek dağılımına dikkat edilmesi planlandı. İllere gönderilen hedef sayılarda, basamak ve meslek dağılımı gözetilmeye çalışıldı.

Çalışma, Mayıs-Ağustos 2010 tarihleri arasında yapıldı. Sonuçta, 23 ilde 2562 sağlık çalışanına ulaşıldı.

Katılımcıların Özellikleri

Katılımcıların %26'sı Marmara Bölgesi'nden olurken, Ege ve Akdeniz Bölgesi'nden %12'ser, Karadeniz Bölgesinden %14, İç ve Güneydoğu'dan %15'er, Doğu Anadolu'dan %4 katılım söz konusu oldu.

Katılımcıların %75'i Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda çalışırken, %23 çalışan üniversitede istihdam edilmektedir.

Katılımcıların %11'i birinci basamakta, %64'ü devlet hastanelerinde, %23'ü de üniversite hastanelerinde çalışmaktadır. Diğer kurumlarda çalışan %1.4 kadardır.

Katılımcıların mesleki ağırlığı %39.5 ile hemşireler ve %22.4 ile profesyonel tıbbi personel ve tıbbi teknisyenlerdedir.

Katılımcı profili, kadın ve genç ağırlıklıdır (2/3 kadın, 3/4 25-44 yaş).

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

Araştırma Bulguları

I. Sağlık sektörünün, diğer sektörlerle kıyaslanması: Bu amaçla sorulan "ülke koşulları düşünüldüğünde, çalışma koşullarım mükemmeldir." sorusuna çalışanların %19'u katılırken, %76'sı katılmadığını ifade etmiştir. Her 4 sağlık çalışanın-



dan 3'ü sağlık sektöründeki çalışma koşullarının, diğer sektörlerle kıyasla daha olumsuz olduğunu belirtmişlerdir.

Sonuç 1: Sağlık sektöründeki çalışma koşulları, diğer sektörlerle kıyasla daha kötüdür.

II. Çalışma koşulları: Çalışma koşulları ile ilgili 5 soru sorulmuştu. Bu 5 soruyu şu şekilde birlikte değerlendirebiliriz (Tablo-1):

Çalışma koşullarının "daha iyi hale geldiği" belirlemesine, her 5 sağlık çalışanından 4'ü itiraz etmektedir. Son değişikliklerin, çalışma koşullarını olumsuz etkilediğini her 3 sağlık çalışanından 2'si ifade etmiştir.

Çalışma koşullarındaki değişimin süreç içindeki algılanışı ile ilgili ise, 3 sonuç söz konusudur: Çalışma koşullarının değişmediği saptamasına her 2 çalışandan biri itiraz ederken, son 5 yılda çalışma koşullarının kötüleştiğini her 3 çalışandan 2'si belirtmiştir. 10 sene öncesine kıyasla olumsuzluk olduğunu ifade edenlerin oranı da, yarıdan biraz fazla olmuştur (%55).

Sonuç 2: Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının kötüleşmesi ve bu kötüleşmenin süreç içinde belirginleşmesi, %50-80 arasında kabul görmektedir.

III. Çalışma süresi ve fazla mesai: Çalışma süresinden memnun olmayanlar, her iki çalışandan biriyken, fazla mesaiyi sorun olarak ifade edenlerin oranı 7/10'dur. Çalışma süresinden memnun olmayanların, "vardiya şeklinde" çalışanlar ile "taşeron" olarak çalışanlar olduğunu düşünüyorum. Fazla

mesainin daha fazla çalışan açısından sorun olarak nitelendirilmesi, aslında çalışma süresi ile ilgili problemin, ifade edilenden daha büyük bir potansiyele sahip olduğunu göstermektedir. (Tablo-2).

Sonuç 3: Çalışma süresi ile ilgili sorun, henüz sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı ile ilgili bir sorunken, fazla mesai üzerinden genişleme potansiyeli taşımaktadır.

IV. Ücret sorunu: Bu konuda üç soruyu birlikte değerlendirdik. Aldığı ücretten memnun olmayan her 5 çalışandan 4'ü iken, her 10 çalışandan 7'si de 5 sene öncesine kıyasla daha az ücret aldığını belirtmiştir. Yaşamının en büyük zorluğu olarak, aldığı ücreti gösterenlerin oranı ise ¾'dür. (Şekil-1).

Sonuç 4: Kamu sağlık çalışanlarının en önemli sorunlarından biri, ücret sorunudur.

1. Tam ve zamanında ücret alamama sorunu: Bu sorunla ilgili dört soru söz konusu "İşveren, ücretimi her zaman tam olarak ödüyor" sorusuna katılmayanların oranı %23 iken, "Ücretimi her zaman tam ve zamanında alıyorum" sorusunda bu oran %26'ya yükselmekte, "Ücretimi hemen hemen hiçbir zaman tam ve zamanında alamıyorum" sorusuna olumlu yanıt verenler ise %19 kadar olmaktadır. "en büyük sorunum zamanında ve tam ücret alamamak" sorusuna katıldıklarını ifade edenlerin oranı da, %17'dir. Tam ve zamanında ücret almama sorunu, çok yüksek oranlarda ifade edilmemiş gibi görünebilir. Ancak, hatırlanırsa, son zamanlara kadar sektörümüzde bu sorun hemen hemen hiç söz konusu değildi. Dolayısıyla yeni bir olgudan söz ediyoruz. Ve bu olgu, sektörümüze sözleşmeli personel ve taşeron uygulaması ile birlikte girmiştir.

2. Henüz her 4 sağlık çalışanından birini ilgilendiriyor görünse ve her 5 sağlık çalışanından sadece 1'i için önemli bir sorun olarak algılansa da, sektörümüz çalışanlarının kısa süre içinde daha büyük bir oranını etkileyecek gibi durmaktadır.

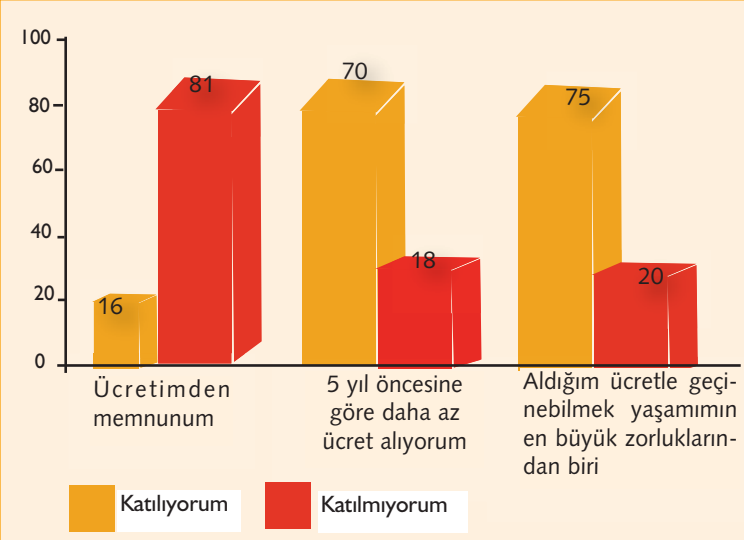
Tablo -1: Çalışma koşulları ilgili sorulara verilen yanıtlar

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

Tablo-2: Çalışma süreleri ve fazla mesai ile ilgili sorulara verilen yanıtlar

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
"Var olan çalışma süremden memnunum"	8,1	33,1	4,0	31,7	20,4
"Fazla mesai sorunu benim için önemlidir"	35,4	34,8	9,0	9,4	6,8

Şekil - I: Ücret ile ilgili sorulara verilen yanıtlar



Sonuç 5: Daha önce sektörümüzde yaşanmayan "tam ve zamanında ücret alamama" sorunu, sözleşmeli çalışan ve taşeron uygulaması ile, şu anda sorun haline gelmeye başlamış, kısa sürede de yayılma eğilimi gösterme noktasına gelmiştir.

V. İşsizlik korkusu: Bu konuyla ilgili 8 soru soruldu. Bu sorulardan 5'i işini kaybetmekle ilgiliyken, 3'ü de işini kaybettikten sonra yeni iş bulma olasılığı ile ilgiliydi. Önce, işini kaybetme ile ilgili soruları değerlendirelim:

Her 4 çalışandan 3'ünün işinin daha güvenceli hale geldiğini söylemesi, iş güvencesizliğinin potansiyel bir tehlikeden öte olduğunu göstermektedir. Her 3 çalışandan 2'sinin işini kaybedeceğinden korkması, yarıdan fazla (%57) çalışanın da en büyük korkusunun işini kaybetmek olması, sektörümüzdeki işini kaybetme tedirginliğinin geldiği boyutları göstermektedir. 5 yıl içinde işini kaybedeceğini bekleyenlerin, 1 yıl içinde işini kaybedeceğini ifade edenlerin iki misli görülmesi ise, şu anda daha az gibi algılanan tehdidin uzun dönemde büyüme seyri göstereceğine ilişkin korkunun bir ifadesi olarak yorumlanabilir.

Sonuç 6: Sektörümüzde işsizlik korkusu nesnel bir boyuta ulaşmış görünmektedir.

VI. Yeni iş bulma ile ilgili sonuçlar: İşini kaybettikten sonra "başka bir iş bulma olasılığının düşük" olduğunu ifade edenlerin oranı %55 iken, şimdiki işinden daha kötü iş bulabileceklerini söy-

leyenlerin oranı %60, daha az ücretle iş bulabileceklerini belirtenlerin oranı ise %61'dir.

Sonuç 7: İşini kaybetme korkusu ile birlikte ele alınacak bir diğer korku, başka iş bulamama veya daha kötü koşullarda iş bulma korkusudur.

VII. Sağlıkta dönüşümün etkisini değerlendirme: Bu konuda 3 soru vardı. Son değişikliklerin çalışma koşullarını olumsuz etkilediğini ifade edenlerin oranı %64 iken, sağlıkta dönüşümün gelecekte çalışma koşullarını olumsuz etkileyeceğini belirtenlerin oranı %84'e yükselmektedir. Bu konudaki en çarpıcı soru olan "Mevcut hükümet politikalarının, işimi daha da kötü etkileyeceğini düşünüyorum" sorusu ise her 100 çalışanın 85'inin katıldığı bir sonuç vermiştir.

Sonuç 8: Sağlık çalışanları, sağlıkta dönüşümün mevcut durumu kötüleştirdiğini, gelecekte ise şimdikinden daha da kötüleştireceğini çok net bir şekilde söylemişlerdir.

Sonuç

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

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

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



Rapor

MSG Yayın Kurulu; Son zamanlarda giderek artan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, sağlık hizmetlerinin sunulduğu kuruluşları iş güvenliğinin olmadığı, çalışanlar açısından tehlikeli mekanlara dönüştürmüştür. Öyle ki, bu şiddet yaralanmalar, sakatlıklar hatta ölümlere neden olmaktadır. Gelişen noktada sağlık emekçilerinin çalışma koşulları ile yaşadıkları sorunların temelinde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın olduğu artık açık seçik ortadadır. Sağlık çalışanlarının deyim yerindeyse canına kast eden bu durum hem Sağlık Bakanlığı'nu hem de sağlık meslek ve emek örgütlerini harekete geçirmiştir. Bu sayımızda konuyla ilgili olarak Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) tarafından Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Komisyonu'nun desteği ile hazırlanarak Sağlık Bakanlığı'na sunulan raporu paylaşıyoruz.

Sağlık Bakanlığı'na 17 Mayıs 2012 tarihinde sunulan bu rapor üç başlık altında yazılmıştır. İlk bölümde sağlık alanında yaşanan şiddetin boyutu, nedenleri ve yapılması gerekenler yer almış; ikinci bölümde ise Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" hakkında sendikamızın öneri ve eleştirileri paylaşılmıştır. TBMM'de kabul edilen İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile ilgili görüşlerin aktarıldığı üçüncü bölüm ayrı bir değerlendirmenin konusu olarak sunulacaktır.

SES'in aşağıda sunulan raporunda şiddet, oldukça geniş kapsamlı ele alınmıştır. Rapor'da sadece hasta ve hasta yakınlarından sağlık çalışanlarına doğru yönelen şiddete daralmayan, değişen istihdam biçimlerinden örgütlenmenin caydırılmasına kadar pek çok noktaya dikkat çekerek konuya bütünlüklü bir bakış açısı getirmekte, şiddetin önlenmesine ilişkin önerilere de yer vermektedir.

I. Sağlık Alanında Yaşanan Şiddet, Nedenleri ve Çözüm Önerilerimiz

Giriş

Sağlık alanında son yıllarda artan şiddet olayları sağlık emekçilerinin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkileyecek bir noktaya ulaşmıştır. Kamu ve özel ayırımı olmadan; her düzeydeki sağlık kurumunda, her düzeydeki sağlık çalışanı şiddete maruz kalmaktadır.

Kamuoyunda maruz kalınan şiddet sadece sağlık kurumlarına gelen hasta ve hasta yakınlarının sağlık emekçilerine yönelik fiziki şiddeti olarak bilinmektedir. Kamuoyunda oluşan bu algı üzerinden ve sağlık emekçilerinin tepkileri sonucu bu konuya dair önlemler alınma ihtiyacının Bakanlıkça görüldüğünü gözlemlemekteyiz.

Ancak şiddet olgusuna yaklaşım sadece dışsal bir şiddet olarak değerlendirildiğinde ve güvenlik sorununa indirgendildiğinde çözümde eksiklik yaşanacağı aşikârdır.

Sağlık emekçilerinin yaşadığı şiddeti;

- Hasta ve hasta yakınlarının şiddeti; Bakanlığın, hükümetin ve idarecilerin dil ve üslubu, uygulanan sağlık politikalarının etkisi,
- İstihdam modelleri, iş yoğunluğu vb,
- Mobbing,
- Atanmışların ve seçilmişlerin uyguladığı şiddet,
- İşyerlerinde kadrolaşmaya bağlı olarak çalışanlar üzerinde hegemonya kurma amaçlı baskı,
- İfade ve örgütlenme özgürlüğü karşısında sürgün, soruşturma, gözaltı ve tutuklamalar ya da siyasal şiddet gibi başlıklar altında kategorize

edebiliriz. Bu başlıkları daha da uzatabiliriz. Ülkede ve sağlıkta yaşanan gelişmelerden bağımsız olarak yapılacak her türlü değerlendirme ve bu değerlendirmeler üzerinden alınacak önlemlerin sonuç vermeyeceğini düşünmekteyiz. Bu nedenle yukarıda yazdığımız başlıkların anlaşılması açısından açılması gerekmektedir.

a) Hasta ve hasta yakınlarının şiddeti; yetkililerin dil ve üslubu, uygulanan sağlık politikalarının etkisi

Son yıllarda hasta veya hasta yakınları tarafından sağlık emekçilerine yönelik artan şiddetin sebeplerinin başında uygulanan sağlık politikaları ve yetkililerin halkla sağlık emekçilerini karşı karşıya getiren kışkırtıcı üslup büyük rol oynamaktadır. Diğer önemli unsur da uygulanan performansla göre ücretlendirme sistemidir.

Yurttaşların sosyo-ekonomik ve kültürel yapısı, işsizlik, yoksulluk gibi koşulları gözetenmeden gün gittikçe alınır satılır hale getirilen, kısacası metalaştırılan sağlık sisteminin şiddeti yaratmada önemli etkisi bulunmaktadır. Yetkililerin her gün "devrim" "reform" gibi kavramlarla yapılan uygulamaları halk lehine olumlu politikalarımız gibi yansıtmaması, halkın sağlık talebini sürekli kışkırtmaya yönelik yapılan reklamlar ve söylemler, hekimleri ve hekim dışı sağlık çalışanlarını paragöz, halk düşmanı gibi gösteren üslup ve yaklaşımla birleştiğinde durum içinden çıkılmaz bir hal almaktadır.

Yoksulluk ve işsizlik ülkenin en önemli sorunlarından birini oluşturmaktadır. Bilindiği gibi yoksulluktan kaynaklı dengeli ve yeterli beslenememe, uygun barınma olanaklarından yoksunluk ülkedeki

hasta nüfus sayısını da arttırmaktadır. Nitekim Gaziantep'te yaşanan Dr. Ersin Arslan'ın öldürülmesi olayında faalin ifadelerinin yoksulluk ve işsizlikle bağlantısı iyi irdelenmelidir. Hal böyleyken;

- Her türlü reklamla mükemmel bir sağlık hizmeti sunum sistemi yaratıldığına inanan halk sağlık kurumlarına başvurduğunda asıl uygulamaları görmeye başlamaktadır. Gördüğü bu uygulamanın sorumlusunu da sistem olarak görme yerine sağlık çalışanları olarak görmektedir.

- “Aileniz doktoru” olarak uygulama aşamasında sıkça reklamı yapılan aile hekimliği uygulaması bile paralı hale getirilmiştir.

- “Dönüşüm” politikaları sonunda her aşamada uygulanan katkı-katılım payları ve ilave ücretlerden dolayı acil servislere başvurularda artış olduğu bizzat bakanlık tarafından açıklanmaktadır, bunu engellemek için acil sağlık hizmetini paralı hale getiren “YEŞİL ALAN KODU” uygulaması da bundan dolayı uygulanmaya başlanmıştır. Yine, acil başvuruların bu ölçüde yoğunlaşması gerçek acillere başvuruda, hekim ve sağlık çalışanlarının müdahale önceliği konusunda zorlanmalarına neden olmakta ve hasta-hasta yakını ve sağlık emekçileri karşı karşıya getirmektedir.

- Gerek performans baskısı, gerekse yayınlanan genelgeler ve yapılan açıklamalarla; başvuran tüm hastalara bakılması zorunluluğu, hizmette aksaklıklar doğmasına neden olmaktadır.

- Başından beri, Sağlıkta dönüşüm Programı'nın uygulandığı her aşamada yapılan açıklamalar, kurulan internet şikâyet siteleri bu saldırı ve şiddeti arttırmaktadır.

- Her kademede uygulanan katkı-katılım payı ve ilave ücretlerin, sağlık çalışanlarına yüksek maaş ödemeleri olarak verildiği açıklamaları bu şiddetin nedenlerinin başında gelmektedir.

- Bir diğer gerilim yaratan konu da ilaç katılım ve reçete bedelleridir. Bu da çoğunlukla eczaneler ve halk arasında gerilime yol açmaktadır.

- Uygulanan performans ücretlendirme sistemi ile daha kısa süreler içerisinde daha çok hasta muayene etme, gereksiz ameliyat ve tetkik istemlerinde yaşanan artışlar sebebiyle iş yükü artmaktadır. Performanstan kaynaklı olarak meslek etiği zedelenmektedir. Bu durum çok sayıda olayda şiddet kullanımına neden olmaktadır. Bu uygulama hastalarla karşı karşıya gelmenin yanı sıra sağlık emekçilerinin de karşı karşıya gelmesini beraberinde getirmiştir.

lerin de karşı karşıya gelmesini beraberinde getirmiştir.

- Sağlık kurumlarındaki elektronik kayıt sistemlerinin geliştiği işlerin daha da rahatladığı ifade edilmektedir. Kayıt sistemi gelişse de performans uygulaması ile kayıtlar yanlış tutulmaktadır. Çünkü hastalık isimleri bile performans puanına göre girilmektedir. Yapılan her türlü işlemin bilgisayar kayıt sistemine tekrar kaydedilmesi de iş yükünü arttırmaktadır.

- Sevk zinciri uygulamasının olmaması; 2. ve 3. basamak hastanelerde gereksiz yığılmaya sebep olmaktadır. Personel eksikliği ile birlikte değerlendirildiğinde gerilimlere yol açmaktadır.

b) İstihdam modelleri, iş yoğunluğu vb.

AKP iktidarı ile birlikte “dönüşüm” adı altında uygulanan politikalarla güvencesiz çalışma temel istihdam modeli haline gelmeye başlamıştır. Bugün taşeron çalıştırmanın en fazla ve yaygın olduğu işkolu sağlık haline gelmiştir. Secim öncesi 4-B'lilerin kadroya alınması gündeme gelmiş olsa bile halen sağlık çalışanları sözleşmeli statüde istihdam edilmektedir. Bugün itibarıyla işkolumuzda aynı işi yapan sağlık emekçileri 4-A, 4-B, 4-C, VEKİL, TAŞERON gibi statülerde ve farklı ücretlerle çalıştırılmaktadır.

Farklı ücret ve statülerde çalıştırılma iş barışını olumsuz yönde etkilemekte, sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğu fikrini giderek zayıflatmaktadır. Bu durum personel arasında zaman zaman fizik şiddete kadar varan durumlara kadar ulaşabilmekte, asıl olarak da moral motivasyon açısından olumsuzluklara yol açmaktadır. Birçok örneğini gördüğümüz gibi; ifade ve örgütlenme hakkını kullanan sağlık emekçilerine kendileri de sağlık emekçisi olan ve aynı hastanede çalışan taşeron şirkete bağlı güvenlik elemanları tarafından verilen emirlerle saldırılar gerçekleştirilmektedir. Aynı kurumun personeli ve ekibin parçası olan aslında tümünün sağlık emekçisi olduğunu bilmeden çalışanların karşı karşıya gelmesi sağlık hizmeti sunumu açısından da sorunludur. Yine kadrolunun sözleşmeliye, ya da vekile karşı yaklaşımı, iş güvencesi olmayanlara yönelik amirlerin tehditleri ve itaat etme istemeleri başlı başına şiddetin farklı bir yönü olarak değerlendirilmelidir.



c) Mobbing

İşyerinde psikolojik taciz / yıldırma olarak kısaca tanımlanabilecek mobbinge mücadele bakımından doğrudan doğruya başvurulacak bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Sadece çeşitli genel hükümlerden hareketle mücadele edilebilmesi konunun Türkiye’de yeterince anlaşılmadığını ortaya koymaktadır. 1 Temmuz 2012’de yürürlüğe girecek Borçlar Kanununun 417. maddesinde düzenlenen mobbingin, kamu çalışanları açısından da anlam ifade edebilmesi için 657 sayılı DMK’da düzenleme yapılması ve gerekli yaptırımları içermesi gerekmektedir.

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunda öğretim görevlisi ve sendikamız üyesi Gülbhanu Zencir’in yapmış olduğu bir çalışma Türkiye’de hemşirelerin %70-90’ının mobbinge maruz kaldıklarını ortaya koymaktadır. Bu oldukça vahim bir durumdur. Mobbinge maruz kalarak hizmet üretmeye çalışan sağlık personelinin biran önce bu durumdan kurtarılması gerekmektedir.

d) Atanmışların ve seçilmişlerin uyguladığı şiddet

Sağlık emekçilerine yönelik işyerlerindeki amirler tarafından yaşanan psikolojik ve fiziki şiddetin dışında son dönemlerde kaymakamlar, farklı kurumlardaki il müdürleri ve milletvekillerinin şiddetine de tanık olmaktadır. Belirli statülerdeki insanların kendilerini ayrıcalıklı bir zümre olarak görme yaklaşımının yanında (a) bendinde açıkladığımız politikaların bu kişilerin şiddete meyil etmesindeki etkisinin de büyük olduğu düşünmekteyiz. Milletvekilleri açısından dokunulmazlık kalkanının ifade ve kürsü dokunulmazlığı yerine çok ayrıcalıklı bir dokunulmazlık olması, yine atanmışlar açısından da yargılanma, hesap sorma ve hesap verme mekanizmalarının çok kısıtlı olması kendilerini tümüyle ayrıcalıklı ve yurttaşlar üstü bir statüde görmelerine neden olmaktadır.

e) İşyerlerinde kadrolaşmaya bağlı olarak çalışanlar üzerinde hegemonya kurma amaçlı baskı

Türkiye’nin en önemli sorunu kamusal hizmetlerdeki siyasi vesayettir. Her iktidar olan parti kendi yandaşlarını önemli görevlere atamakta ve idarecilerde kendilerini atayan siyasi parti mensuplarına karşı el pençe durmaktadır. Siyasetle gelen siyasetle gider hesabı nedeniyle iktidar partileri kamu ku-

rumlarını ve personelini kendilerine hizmetkâr olarak görmektedir.

Siyasi vesayet bu kadar kapsamlı olunca idareciler tarafından çalışanlar arasında bile ayrımcı politikalar uygulanmaktadır. İdareciler; kendisi gibi düşünmeyen, farklı siyasal görüşlere sahip, etnik kökenini beğenmediği ve hatta kendisine ya da onu atayan kişi ve iktidara muhalif bir sendikaya üye olsa dahi çalışanlara farklı uygulamaları reva görmektedir. Sadece hükümete yakın bir sendikaya üye olanların idareci, servis sorumlusu, başhemşire, şef gibi pozisyonlara atamalarının yaygın olarak yapılması, çok basit bir tayin işi için bile insanların sendika değiştirme durumunda bırakılmaları bu durumu anlatmaya yetmektedir. Bu durum iş barışını zedelemekte, ekip ruhunu ortadan kaldırmakta, idareci ve çalışanları birbirinden uzaklaştırmaktadır.

f) İfade ve örgütlenme özgürlüğü karşısında sürgün, soruşturma, gözaltı ve tutuklamalar ya da siyasi şiddet

Ülkemizde demokrasinin tüm kurum ve kuralarıyla yerli yerine oturmaması ve bu alandaki gelişmişlikte yaşanan eksiklik işyerlerine de olumsuz yansımaktadır. Genel anlamdaki demokrasi kültürünün eksik olması, çalışanların ve halkın karar alma ile hizmet üretme süreçlerine katılamaması, işyerlerindeki ifade ve örgütlenme özgürlüğü önündeki engeller günümüzde de çalışma yaşamı açısından en büyük sorunların başında gelmektedir.

90’lı yıllardan itibaren “haklar yasalardan önce gelir” şiarıyla sağlık işkolunda yürüttüğümüz örgütlenme mücadelesinde ciddi bedeller ödedik. Binlerce üyemiz soruşturmaya uğradı. Yüzlerce üyemiz il içi ve il dışı sürgünlere maruz kaldı. Onlarca üyemiz çeşitli gerekçelerle işinden oldu. Faili meçhul cinayetlerde hayatını kaybedenler, gözaltına alınanlar, tutuklananlar, güvenlik görevlilerinin şiddetine uğrayarak sakat kalanların sayısı da azımsayacak kadar fazla. Demokrasi söylemlerinin çokça kullanıldığı günümüzde bile ölümler hariç diğer uygulamaların hepsine üyelerimiz başta olmak üzere sağlık emekçileri maruz kalıyor. Hem de son yıllarda soruşturma il içi ve dışı sürgün ile görevden atma konusunda sayılar 90’lı yılların karanlık günlerini aratmayacak düzeydedir.

Sağlık emekçilerinin maruz kaldığı bu durumu rahatlıkla siyasi şiddet olarak ifade edebiliriz.



Çünkü bu uygulamaya maruz kalanların tamamı; ya örgütlenme hakkını kullanmaya çalışmaktadırlar. Ya da uygulanan politikalara muhaliflerdir. İşyerlerinde kadrolaşmanın geldiği boyut itibari ile hükümet politikalarına muhalif olmayı idareciler kendilerine muhalif olarak görmektedirler. Emekçileri baskı altına almak, sindirmek için her türlü yol ve yöntem denenmektedir. Sendika kararı ile yapılan demokratik tepkilerin gösterildiği iş bırakma eylemleri üzerine açılan soruşturma ve verilen cezalar iş barışını bozmaktadır. İş bırakma eylemlerinde idarecilerin ve hükümetin söylemi üzerine vatandaş sağlık personeline adeta düşman kesilmektedir. Bu durum şiddete kaynaklık etmektedir.

Önerilerimiz

Sağlık hizmeti sunumu 75 milyon yurttaşı ilgilendiren temel bir hizmettir. Sağlık kurumları insanları yaşatmaya çalışan, yaşam kalitesini yükseltmek için çaba harcanan kurumlardır. Bu kurumlar doğrudan yaşama değmektedir. Halkın kurumlarıdır. Bu nedenle halktan izole edilecek, bir cezaevi, adliye ya da güvenlik kurumu olarak değerlendirilemez. Sağlık hizmetlerinin tüm ülkede yaygınlaştığı ve sosyal bir hak olarak vatandaşa sunulmaya başlandığı günden “sağlıkta dönüşüm” programı başlayıncaya kadar geçen dönem içerisinde sağlık kurumlarında herhangi bir güvenlik önlemi yoktu. Sadece hastane acillerinde adli vakalar için bir polis memuru nöbet tutmaktaydı. Buna karşılık şiddette bu kadar fazla değildi. “dönüşümle” birlikte çok sayıda alınan özel ve taşeron güvenlik elemanına rağmen şiddetin geldiği boyut içler dışıdır.

Bu nedenle de sağlıkta emekçilerine yönelik şiddetle ilgili sorunu sadece güvenlik sorunu olarak görmeden yukarıda ifade ettiğimiz temel konuları da gören bir yerden çözüm önerileri geliştirilmelidir. Bunun dışındaki güvenlik yaklaşımını sendikamız benimsememektedir. Önerilerimiz aşağıdaki gibidir:

1- Hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında görev yapan taşeronla bağlı güvenlik görevlileri başta olmak üzere tüm taşeron işçileri ve sözleşmeli çalışanlar kadroya alınarak, sağlık ekibi içerisinde olduklarının gösterilmeli ve böylece ekip anlayışı içerisinde hizmet vermeleri sağlanmalıdır.

2- Caydırıcılık ve adli işlemlerin yürütülmesi ba-

kımından sadece acil servislerde resmi üniformalı bir polisin görev yapması sağlanmalıdır.

3- Performans sistemi kaldırılarak, sağlığın bir ekip hizmeti olarak verilmesi gerçeğinden hareketle birbiri ile rekabet eden değil, birbiri ile dayanışan bir çalışma ortamı sağlanmalıdır.

4- Gerek hükümet yetkililerinin gerekse de idarecilerin kulanmış oldukları söylemi gözden geçirerek vatandaşla sağlık personeli karşı karşıya getirecek açıklama yapmamaları sağlanmalıdır. Bu konuda görev siyasal iktidara düşmektedir.

5- Şiddetin “iş kazası” olarak kabul edilmesi ve bu kavram üzerinden gerekli düzenlemelerin yapılması sağlanmalıdır.

6- Sağlık personeline yönelik şiddette bulunan veya şiddet teşebbüsünde bulunanlarla ilgili adli süreçlerin hızlı bir şekilde ilerlemesi sağlanmalıdır. Adalet Bakanlığı istatistiklerine bakıldığında kamu görevlisine mukavemet suçundan açılan davalarda oldukça büyük artışlar olmasına rağmen, sağlık personeli söz konusu olduğunda emniyetin ve savcılıkların yeterli ilgiyi göstermedikleri anlaşılmaktadır.

7- Yerel idarecilerin ve iktidar partisinin teşkilatlarının sağlık personeli üzerinde doğrudan doğruya etki yaratacak uygulamalarını önlemek için sağlık personelinin daha fazla yasal güvence altına alınması sağlanmalıdır. Siyasal kadrolaşmanın önüne geçilmesi ve idarecilerin sağlık çalışanları tarafından liyakat esaslarına göre seçimle belirlenmesi sağlanmalıdır.

8- Mesleki zorunlu mali sorumluluk sigortası ile adeta sağlık personeli korumasız bırakılmıştır. Şöyle ki olabilecek tıbbi hataların sonuçlarının tazminatla karşılanacağını düşünen vatandaş bununla yetinmeyip, ayrıca şiddet uygulamak istemektedir. Dolayısıyla bu uygulamanın gözden geçirilmesi gerekmektedir. Ayrıca hekimlerin mesleki mali sorumluluk kapsamına alınıp, diğer sağlık personelinin kapsam dışı bırakılması başka sorunlara sebep olmaktadır.

9- Sağlık sektörü en fazla eksik istihdamla hizmet veren işkoludur. Bu durum sağlık personelinin iş yükünü oldukça artırmıştır. İş yükünün fazla olduğu ortamlarda sağlık personelinin hasta ve hasta yakınlarıyla sağlıklı bir diyalog kuramamaktadır. Bu durum yanlış anlaşılmalara sebep olmakta ve vatandaşın şiddet göstermesine neden olmaktadır. Bir an önce eksik istihdam giderilmeli, daha fazla sağ-



lık personeli istihdamı sağlanarak iş yükü azaltılmalıdır.

10- Mobbinge maruz kalan sağlık personeli agresifleşmekte ve dolayısıyla hasta ve hasta yakınlarına agresif davranabilmektedir. Bu durumda da şiddete maruz kalabilmektedir. İşyerlerinde mobbing önleyecek tedbirler alınmalı, idareciler bu konuda eğitilmeli ve uyarılmalıdır. Mobbing olduğunda da gerekli yaptırımlar tereddütsüz uygulanmalıdır.

11- Sağlık personelinin ifade, örgütlenme, toplantı ve gösteri hakkına uygun davranılmalı, bu haklarını kullanmak isteyen sağlık çalışanı soruşturmaya uğramamalıdır. Kendi hakkını korumak için etkinlik yapan sağlık personeli kurumu tarafından soruşturmaya uğrarsa korunmasız bırakılır ve vatandaşın şiddetine maruz bırakılabilir.

12- Birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil servisler başta olmak üzere teşhis ve tedavide her türlü katkı-katılım payı ve ilave ücret uygulanmasına son verilmelidir. Özellikle yoksulların katkı ve katılım paylarını ödeyememeleri nedeni ile sağlık personeli ile karşı karşıya gelmeleri söz konusudur. Sağlık hizmetinin sunulmasında hastadan para alınması ya da prim borcu olana hizmet verilememesi nedenleri şiddetin sağlık personeline yönelmesine sebep olmaktadır. Şöyle ki hastane kayıt sistemleri hiçbir koşulda sağlık personeline insiyatif tanımamaktadır. Mevcut durumda güvencesizlerin, yoksulların teşhis ve tedavide sağlık personeli tarafından idare edilmelerinin olanağı kalmamıştır.

13- Sağlığa erişimin bir hak olduğundan hareketle metalaştırılmasına yönelik her türlü çalışma durdurulmalı ve sağlıklı bir tüketim aracı haline dönüştüren talep kışkırtma amaçlı politikalardan vazgeçilmelidir.

II. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik Hakkında Görüşlerimiz

Sağlık Bakanlığı tüm çalışanların sağlığı ve iş güvenliği açısından aynı normları uygulamak, soruna ortak hukuki düzenlemelerle yaklaşmak yerine pratik uygulamada karşılığı tartışılır ancak yine de 'gelişme' olarak kabul edilebilecek iki maddelik (m.6,7) Yönetmelik ile sağlık çalışanlarına özel "düzenleme" yaptı.

İlk kez 1995 yılında "Hastane Çalışanları İş Sağlığı Yönetmelik Taslağı" ile ortaya çıkan Bakanlık 2009 yılında sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik "Tebliğ" ve 2011 de "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" (6 Nisan 2011 Tarih ve 27897 sayılı Resmi Gazete) ile düzenleme yapma gereksinimi duydu. Bakanlık tarafından yürürlüğe konan Yönetmelik farklı risk ve zararlı etmenlere maruz kalan iki ayrı gurubu (hasta ve çalışan) bir arada değerlendirerek "çözüm" arayışı içerisine girmiştir.

Yönetmelik "Kamu, üniversite ve özel sektörde sağlık hizmeti sunan 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarını" kapsarken; Amaç, "Yönetmelik kapsamındaki tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemek" olarak belirlenmiştir.

Yönetmelikte geçen "Hasta ve çalışan güvenliği" tanımı "Sağlık hizmeti sunumunda hasta ve çalışanların zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçler ile ilgili alınacak tedbir ve iyileştirme uygulamalarına yönelik faaliyetler" olarak yapıldı.

Yönetmelik sağlık kurumlarına; "Hasta güvenliği uygulamaları" başlığı altında a) Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması, b) Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması, c) Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması, ç) İlaç güvenliğinin sağlanması, d) Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması, e) Cerrahi güvenliğin sağlanması, f) Hasta düşmelerinin önlenmesi, g) Radyasyon güvenliğinin sağlanması, ğ) Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması; "Çalışan güvenliği uygulamaları" başlığı altında da a) Çalışan güvenliği programının hazırlanması, b) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması, c) Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması, ç) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması, d) Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması.

ması, hususlarında gerekli tedbirleri alma ve düzenlemeler yapma görevi vermiştir.

Yönetmelik, sağlık çalışanlarını kendi içinde ayırıp birinci basamak hizmetleri ayrı tutarken, çalışma ortamı ve koşulları gereği sürekli risk altında bulunan sağlık çalışanları ile bu ortama zaman zaman giren-çıkan hastaları riskler açısından ortak ve uygulamaları/önlemleri de her iki grup açısından birlikte değerlendiriyor. Anlaşılmaz bir mantıkla her iki tarafı aynı risk grubu içinde gören Bakanlık hasta ve çalışanlar için aynı önlemleri öngörüyor.

Yönetmeliğe göre sağlık kurumları; a) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi (Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir programın hazırlanması, Hastane enfeksiyonlarının izlenmesine yönelik surveyans çalışmalarının yapılması, El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin yapılması, İzolasyon önlemlerinin alınması, Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesi), b) Laboratuvar güvenliği (Biyogüvenlik düzeyine göre gerekli önlemlerin alınması, Laboratuarda çalışan testlerin kalite kontrol çalışmalarının yapılması, Panik değerlerin bildiriminin sağlanması), c) Radyasyon güvenliği (tanı ve tedavi amaçlı radyoaktif madde kullanılan alanlarda koruyucu önlemlerin alınması), ç) Renkli kod uygulamaları (Mavi, Pembe ve Beyaz kod uygulamasının yapılması), d) Güvenlik raporlama sistemi (Güvenlik raporlama sisteminin kurulması, Bildirimi yapılacak olayların asgari ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hastaların düşmesi, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsaması, Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulamaya konulması), e) Eğitimler (sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi), f) Komitelerin (Hasta güvenliği, Çalışan güvenliği) kurulması ile ilgili olarak gerekli tedbirleri almak zorundalar.

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamından kaynaklanan fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal etmenlere maruziyeti çalışanların sağlığı ve iş güvenliği kapsamında bilimsel olarak değerlendirilmesi gerekirken; bazı risklere yaptırım uygulama biçimi belli olmayan ifadelerle değinen, bazı risklerden de hiç söz etmeyen Bakanlık, ulusal veya uluslararası literatürde karşılığı olmayan yöntemlerle çalışanlar açısından 'durumu kurtarmaya

çalışan', işletmecilik açısından da rekabet gücü, kalite ve verimlilik artışını hedefleyen düzenlemeler yapmaktadır. Bu anlamda söz konusu Yönetmelik ve Genelge'nin bilimsel düzlemde tartışılması olası değildir.

Sağlık Bakanlığı'nın "Çalışan Güvenliğinin Sağlanması" Genelgesi

Yönetmelik hükümlerine uyarlanarak yayınlanan Genelge (14 Mayıs 2012, 23 sayılı) "Sağlık çalışanlarımızın güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması" amacını Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel hedeflerinden birisi olarak tanımlıyor. Bakanlık, gerçek niyetini ifade ederek sağlık çalışanlarının güvenliği konusuna "motivasyon ve verimlilik" çerçevesinde bakılmasını istiyor.

Genelge ile Bakanlık; "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" doğrultusunda talimatlar veriyor:

"1) Çalışan güvenliği komitesinin kurulması, 2) Çalışan güvenliği programının hazırlanması, 3) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması, 4) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması, 5) Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi için düzenleme yapılması, 6) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program hazırlanması, 7) Beyaz kod uygulamasına geçilmesi, 8) Çalışanlara çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi" ... "Hizmet Kalite Standartları kapsamında çalışma ortamından kaynaklanan risklerin bertaraf edilmesi amacıyla şiddet ve iletişim konuları da kapsayacak şekilde risk değerlendirmesi yapılarak gerekli tedbirlerin alınması".

Yapılan düzenleme, sağlık kurumlarının; hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri "Hizmet Kalite Standartları"nı esas alarak gerçekleştirmesi zorunluluğunu getiriyor. Başka bir anlatımla; Bakanlık, herhangi bir işletmede olduğu gibi müşterinin çalışanlara, çalışanların müşterilere yönelik 'işletmenin imajını etkileyecek' ve dolayısıyla kârlılığı azaltacak her türlü kötü davranışa karşı önlemler alınmasını istiyor.

Bakanlıkça sorun "asayiş" sorunu olarak görüldüğü için "riskli alanlarda güvenlik tedbirleri artırılarak, genel kolluk ve özel güvenlik personeliyle güvenlik kamerası bulundurulmasının sağlanması" talimatı veriliyor. "Kişinin fiziksel ve psikolojik açı-



dan zarar görmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan sözlü veya fiili hareketler olarak tanımlanan şiddet olaylarının önlenmesi amacıyla, mevcut uygulamaların gözden geçirilmesi” isteniyor. Genelge’ye göre “Beyaz kod” uygulaması ile “Görevli müdahale ekiplerinin olay yerine en kısa zamanda ulaşması” sağlanacak ve “Gerçekleşen olayların analizi yapılarak, ilgili sağlık kurumuna özgü tedbirler” artırılarak sorun çözülecek.

Bakanlık tarafından kurulacak “Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi” talep ve şikâyetleri kabul edecek, başvuruları değerlendirerek raporlayacak, gerekli düzeltici/önleyici faaliyetlerin başlatılmasını sağlayarak talep sahibine geri bildirimde bulunacak. Bakanlık risk olarak şiddeti gördüğü ve çözümü de “asayiş” ve “iletişim” de aradığı için işyeri sağlık ve güvenlik birimlerinin ana disiplinleri olan işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı (ya da iş hijyenisti) istihdamı yerine “Birimde tercihen sosyal hizmet uzmanı, psikolog veya halkla ilişkiler uzmanı sekreteryası olarak görevlendirilecek” diyor.

Bakanlık “Risk değerlendirmesi” kavramını “güvenlik tedbirleri” ile buluşturarak; “Sağlık kurumları şiddet bakımından risk değerlendirmelerini yeniden yapacak ve riskin yüksek olduğu bölümlerde hizmet süreçleri yeniden gözden geçirilecek ve ilgili bölümdeki sağlık çalışanı sayısı yeterli hale getirilecektir” talimatını veriyor. Çözüm olarak önerilerini sıralıyor; “şiddet riskinin yüksek olduğu bölümlerin bekleme alanlarında gerekirse sayıları artırılarak yeterli güvenlik elemanı bulundurulacak” ... “kurumların tüm alanlarını gözetleyebilecek şekilde güvenlik kameraları yerleştirilecek ve kamera görüntüleri sürekli takip edilecektir” ... “Şüpheli durumlara ve kişilere bu konuda eğitilmiş özel güvenlik elemanları anında müdahale edecektir” ...

Bakanlık güvenlik önlemlerinin yetersiz kalacağı durumlar için başta güvenlik görevlileri, 112 ve acil çalışanları olmak üzere çalışanların “iletişim becerileri, öfke kontrolü ve özellikle öfkeli hasta ve hasta yakınıyla iletişim” ve “çalışanlarına şiddet davranışına karşı tedbir alma konularında” eğitimlerini sağlamak istiyor ve yeni talimatlar veriyor; “İletişim becerileri ve sorunlu hasta/hasta yakınlarını tanıma-çatışma yönetimi konularında eğitim almış kişiler, bekleme alanlarında görevlendirilecek ve ‘sorun çözücü’ olarak çalışmaları temin edilecektir”.

Tüm çözüm önerilerinin yetersiz kaldığı durum-

larda Bakanlık “Personelin alternatif çıkış yolları oluşturulacak” diyor. Yani son çare olarak alternatif kaçış kapılarının çözümü sağlayabileceği düşünüyor!

Bakanlık, “şiddete uğrayan sağlık personelinin hizmet vermekten çekilme hakkının bulunduğu” mesajını veriyor, “vatandaşa anlatılırsa şiddet azalır” diye düşünüyor. “Vatandaş, sağlık çalışanına yönelik şiddet uygulayanların mutlaka yargılanacağı ve cezalandırılacağı konusunda (pano/afiş/brosürler gibi vasıtalarla) bilgilendirecektir” diyor.

Bakanlığa göre sağlık çalışanları, kurum tarafından belirlenen yöneticiye sözlü veya yazılı olarak bildirerek “sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunabilir”. Bildirim üzerine yetkili yönetici, “olayı derhal değerlendirerek hizmetten çekilme talebinin uygun olup olmadığı hakkında gecikmeksizin karar verecek”. Yetkili yönetici, “hizmetten çekilme talebini uygun bulduğu takdirde hastanın sağlık hizmeti almasına ve tedavisinin devamına yönelik tedbirleri güvenlik tedbirleriyle birlikte alacak” ... “ilgili hastanın sağlık hizmetini devam ettirecek yeni sağlık çalışanını belirleyecek, kurum içerisinde bunun mümkün olmaması halinde hastanın hizmet alabileceği başka bir sağlık kurumuna sevkini ve hizmet alımını sağlayacak” ... “Bu süreç sırasında hastanın tedavisinin aksatılmamasına itina edilecek” ...

Kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık çalışanları gerçekleşen şiddet olaylarını “113” numaralı telefonla Bakanlık Beyaz Kod Birimine ya da www.beyazkod.saglik.gov.tr internet adresine “Beyaz Kod Bildirim Formu”nu doldurarak bildirecek. “Hukuk birimleri, işlenen suçtan mağdur olan Bakanlık personeline veya vefatı halinde kanuni mirasçılara bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini soracak ve talep etmeleri halinde Bakanlık avukatlarınca ilgili personele 28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik çerçevesinde hukuki yardım yapılacaktır” ...

Çalışanların sağlığı ve güvenliği konusunda yapılması gerekenler genel olarak şöyle özetlenebilir:

1. Kamu-özel-taşeron tüm sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşama ve çalışma hakkının sağlanmasına



yönelik asgari normlar (sağlık, hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı, işsizlik, aile, analık, malullük, ihtiyarlık ve ölüm yardımları) oluşturulmalı veya geliştirilmelidir.

2. Sağlık işyerlerinde uygulanan her türlü şiddet sosyal güvenliğin uluslararası normları çerçevesinde “iş kazası” olarak değerlendirilmelidir. İş kazası nedenlerinin tespiti ve önlenmesine yönelik çalışmalarla birlikte iş kazası sigortası hakkının gözetilmesi sağlanmalıdır.

3. Bilimsel verilere dayanarak oluşturulacak sağlık ve güvenlik önlemleri için bütçeden yeterli ödenek ayrılmalıdır.

4. Çalışanların meslek riskleri belirlenmeli ve işyerlerinde iş güvenliği ve meslek hastalıkları önlemleri alınmalıdır.

5. Belirlenen meslek risklerine uygun olarak tüm çalışanlara adil olarak “fiili hizmet ilavesi” yapılmalıdır.

6. Çalışanların “meslek risklerini bilme hakkı” gözetilmeli; tüm kamu kuruluşlarında “Mesleki

Hastalıklardan ve Kazalardan Korunma Planı” hazırlanmalı, “İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi” kurulmalı ve “İşyeri Sağlık ve Güvenlik Kurulları” oluşturulmalıdır.

7. Tüm sağlık çalışanlarının sağlık gözetimi ve biyolojik izlem bilimsel yöntemlerle yapılmalı. Meslek risklerinin tespiti için sağlıkta “meslek grupları” ve “meslek tanımı” yapılarak görev sınırları çizilmeli, her çalışana iş risklerine yönelik işe giriş muayeneleri yapılmalıdır. Çalışma koşullarından kaynaklanan risklere uygun laboratuvar testleriyle; yeni görevlendirilenler için “işe giriş tespiti”, diğer çalışanlar için ayrı ayrı “durum belirlenmesi” yapılmalıdır.

8. Tüm çalışma birimlerinde meslek risklerinin belirlenmesine yönelik durum belirleyici araştırmalar yapılmalıdır.

9. Her işyerinde “kazadan korunma ve eğitim programı” oluşturulmalı, akılcı ve çağdaş yönetim biçimlerine uygun olarak öncelikle yöneticiler eğitilmeli, eğitilemiyorsa değiştirilmelidir.●



SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK MOBBİNG

Çağla YİĞİTBAŞ

Öğr. Gör., Gümüşhane Üniversitesi

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Dr. Süleyman Erhan DEVECİ

Doç., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Özet

Mobbing, 1980'lerin ortalarından itibaren mesleki anlamda başlıca stres kaynağı olarak tanımlanmaktadır. Davranış hedef kişiyi damgalamaya yöneliktir ve birçok psikolojik travmaya neden olabilmektedir. İşyerinde mobbing, bir veya birkaç kişi tarafından bir bireyi hedef alıp sistematik bir biçimde düşmanca ve ahlak dışı davranışlar şeklinde ortaya çıkan bir çeşit psikolojik terör olarak tanımlanmaktadır. İşyerinde mobbing kamu ve özel sektörlerde çalışanların psikolojik ve fiziksel sağlıklarını bozan baskıcı davranışlardır. Hastanelerde yaşanan mobbing olayları hem hizmetin kalitesini etkilemekte hem de sağlık çalışanlarının mutsuz ortamlarda çalışmalarına neden olmaktadır. Mobbing gibi durumların önemli bir hizmet sektörü olan sağlık alanında azaltılması hasta ve çalışan memnuniyetini bir arada sağlamakta ve hastanelerden beklenen hizmet üst seviyede sağlanabilmektedir.

Anahtar kelimeler: Duygusal şiddet, mobbing, sağlık çalışanı.

Mobbing Towards Health Workers

Abstract

Mobbing has been recognized as a major occupational stressor since the mid 1980s. Such treatment tends to stigmatise the target and may cause severe psychological trauma. Mobbing in work place can be defined as a form of psychological harassment and terror arising from one or more than two person's unethical behaviour and leading to victimization of the worker. It is an increasing worldwide problem which is still largely unknown and underestimated. It can produce serious negative consequences on the quality of life, and on individuals' health, mainly in the emotional, psychosomatic and behavioural areas. Mobbing in hospitals not only diminishes the quality of service but also causes the health personnel to work in unpleasant environments. The reduction of mobbing activities

in healthcare yields patient and health personel satisfaction at the same time and ensures that the hospitals can provide the high quality services which are expected from them.

Key words: Emotional abuse, mobbing, health care worker.

Mobbing Kavramının Tanımı

Mobbing yaygınlaşan bir dışlama yöntemidir. Avrupalı uzmanlar, bu saldırıya uğrayan bir kişinin topluma maliyetinin, yıllık gelirinden fazla olduğunu ileri sürmektedir (1).

Mobbing 1980'li yılların başından itibaren İsveçli psikolog Heinz Leymann tarafından literatüre kazandırılmıştır (2,3) ve hedef olarak seçilen kişinin çevresinin kuşatılarak, kişiye fiziksel saldırıdan çok duygusal saldırılarda bulunulması anlamına gelmektedir (4-10). Avrupa Birliği'ne değişik tarihlerde, değişik ülke ve kişilerce sunulan raporlarda zorbalık, şiddet, taciz ve mobbing kelimelerinin açık tanımları yapılmış olmasına rağmen 2001/2339 (INI) nolu "işyerinde taciz" başlıklı kararda mobbingin net bir tanımı yapılmamıştır. Bunun nedeni her ülkenin sosyal yapısının farklı olmasıdır ve bu nedenle tanımların ülkelerin kendi istedikleri doğrultuda yapılmasıdır (11). Örneğin Belçika'da bu kavram işletmenin veya kurumun içinde veya dışında bilhassa; davranışlar, sözcükler, tehditler, eylemler, el ve kol hareketleri veya yazılarla açığa vurulan ve işçinin veya yasa kapsamında olan bir başka kişinin kişilik değerlerine veya ruhsal ve duygusal bütünlüğüne işin ifası sırasında zarar vermeyi amaçlayan ya da zarar veren; iş ilişkisini tehlikeye atan ya da tehdit edici, düşmanca, küçük düşürücü, aşağılayıcı veya rencide edici bir ortam yaratan tekrarlayıcı ve hukuka aykırı her fiil şeklinde açıklanmaktadır (12). Mobbing kavramı Türkiye'de; psikolojik taciz, işyerinde psikolojik terör, işyerinde psikolojik şiddet, işyerinde duygusal taciz, işyerinde manevi taciz, yıldırma gibi kavramlarla tanımlanmaktadır (10,13,14).



Mobbingin Belirleyicileri

Süreklilik ve sıklık; bir davranışın mobbing olarak nitelendirilebilmesi için o davranışın en az 6 ay ve en az haftada bir tekrarlanması gerekmektedir (12, 15). Güç dengesi; mobbing eşit düzeydeki güçler arasında başladıysa bile ima, alay ve aşağılama gibi durumlarla mobbinge maruz kalan kişi daha düşük bir pozisyona itilir (12,16).

Mobbing Süreci İçinde Rol Alanlar

1. Mobbing mağdurları: Genellikle; dürüst, çalışkan, kendilerini başkalarına beğendirmeye ihtiyacı içinde olmayan, özgüveni yüksek, girişken, çalışkan ve nitelikli, kısmen yargılayıcı, ancak suçlayıcı olmayan, kişilerle ve olaylarla değil, düşüncelerle uğraşmayı amaç edinmiş insanlardır (14).

2. Mobbing uygulayanlar: Çalışılması zor kişilerdir Düşmanlık duyguları yüksek insanlardır. Güçlü düşmanlarını zayıflatmak ve yok etmek için ellerinden geleni yaparlar; ancak düşmansız da duramazlar (15).

3. Mobbing izleyicileri: İş arkadaşları, amirler ve yöneticiler gibi sürece doğrudan doğruya katılmayan, ancak bir şekilde süreci algılayan, bazen de sürece katılan kişilerdir (8,15).

Mobbing Çeşitleri

Mobbing oyununun kuralları, kurban tarafından değil, mobbingi yapan tarafından belirlenir. Kurbanın yapmaya çalıştığı her davranış, gerçekleştirmeye çalıştığı her girişim, içinde bulunduğu durumu çok daha ağırlaştırabilir. Kurban, kuralları başkalarının belirlediği bir oyun içindeki rolünü kabullenmek zorundadır (4,15). Mobbing uygulayan hiyerarşik sıralamada bir üst, bir eşit ya da bir ast olabilir (15):

1. Yukarıdan aşağıya doğru mobbing; mobbing yapan kişi, kurbanı göre daha üst konumdadır. Rekabet ortamında kendi işlerinin devamlılığını garantilemek için mobbinge başvururlar (9,11).

2. Eşdeğerler arasında mobbing; mobbing uygulayan ve mobbing mağduru, benzer görevlerde ve benzer olanaklara sahip aynı konumda iki iş arkadaşı olabilir (3).

3. Aşağıdan yukarıya doğru mobbing; mobbing uygulayan kurbanı göre daha alt konumdadır (2,4).

Sağlık Sektöründe Mobbing

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. Bunların yanı sıra çalışma ortamında kişiler arasındaki ilişkiler önem taşımaktadır (16-18). Sağlık kurumunda şiddet; hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel veya cinsel saldırıdır (17). Araştırmacılar şiddetin, toplumda ve iş yerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, iş yeri şiddetinin ve saldırganlığının günümüzde gittikçe artan bir önem kazandığını belirtmişlerdir (18). Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışı ve yurt içinde birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulguların ortak noktası; sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu ve daha az kayda alındığıdır (19). Hastaneler sağlık çalışanları için gün geçtikçe tehlikeli ortamlar olmaktadır. Bu durumda hekimler ve sağlık çalışanları kendilerini güvende hissetmemektedir. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve sağlık insan gücünün güvenliğini sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır (17).



Gelişmiş ülkelerde cinsel tacizin de önüne geçen mobbing, çoğunlukla üst düzey yönetim kademesinde çalışanlar tarafından uygulanmakta ve üst düzey yöneticilerde bir meslek hastalığı olarak görülmektedir (20). Mobbing, hastanelerde yaygın olarak görülen ve sağlık çalışanları için tedbir alınmasını gerektiren düzeyde ciddi bir mesleki sağlık ve güvenlik riskidir. İşyerlerinde gerek yönetim, gerekse çalışanlar bakımından alınacak tedbirler ve yapılacak düzenlemeler için, bu sorunun farkındalığının sağlanması oldukça önemlidir (9,21). Araştırmalar, sağlık çalışanlarının mobbinge uğrama riskinin diğer hizmet sektörü çalışanlarına oranla 16 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (22-24). Mobbinge maruz kalan bireyler; bıkırma, yıldırma, dışlanma, kurumun hizmetlerinden yoksun bırakılma, aşağılanma, izin ve görevlendirilmelerden yararlanırlanmama, zorla tayin gibi psikolojik tacize neden olabilecek tutum ve davranışlara maruz kalabilmektedir (20). Yapılan çalışmalar mobbingin iş tatminsizliğine, depresyona, heyecana ve hatta işten ayrılmaya kadar neden olabildiğini göstermiştir (25). Sağlık sektöründe mobbingi tetikleyen etkenlerden bazıları; hasta sayısının yüksek olması nedeniyle çalışma temposunun yoğun olması, hastalar arasında statü ve ekonomik duruma bağlı ayrımcılığın yapılması, hastanelerde tıbbi olanakların çok yetersiz olması, özellikle devlet kurumlarında alınan maaşların yetersiz olması, akademik kariyer ve yükselme sırasında kayırmacılığın olması, yoğun çalışma şartları ve nöbetler nedeniyle aile hayatını devam ettirmenin zorlaşması, bürokratik engellerin çokluğu, mesleğin gereklerin tam olarak yerine getirilememesi, hemşirelerin hemen lise eğitimleri sonrası uzak diyarlarda ve küçük yaşlarda çalışmaya başlamaları ve kendilerini koruyamamaları, idareye yakınlık ve yöneticiye kişisel yaklaşım nedeniyle ayrımcılık yapılmasıdır (21,24,26-28). Yapılan çalışmalar sağlık profesyonellerinin %18 ile 37 oranında kasten mobbinge maruz kaldığını, %74 ile 91'inin bir veya birden fazla mobbing davranışıyla karşılaştığını ve çalışanların çoğunun işyerinde çalışma arkadaşlarının bu tür davranışlara maruz kaldıklarına tanık olduklarını göstermektedir (9).

Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü ve Uluslararası Hemşireler Konseyi 2002 yılı ortak raporunda, farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'si-

nin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0,7-8'inin cinsel içerikli, %0,8-2,7'sinin ise etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir. Sağlık kurumlarında yaşanan her tür şiddet davranışlarını, kadınların erkeklerden daha fazla yaşadığı tahmin edilmektedir (29). Diğer taraftan erkeklerin çoğunlukta olduğu işyerlerinde fiziksel şiddetin, kadınların yoğun olduğu işyerlerinde ise psikolojik şiddetin daha sık görüldüğü, kadınların özellikle kendi cinslerine karşı pasif-saldırgan davranışlar sergilediği belirtilmektedir (30).

Yurt dışında mobbinge ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Örneğin İngiltere, Hong Kong ve Çin'de gerçekleştirilen çalışmalar da fiziksel şiddet için bildirilen oran ortalama %5,3-21 arasında iken, sözel şiddet için bu oran %43-73 arasındadır (31). Güney Doğu İngiltere'de uygulanan çalışmada katılımcıların %38'i duygusal tacize maruz kaldıklarını ve daha da önemlisi %42'si diğerlerinin duygusal tacize uğrayışına şahit olduklarını belirtmişlerdir (32). İngiltere'de yapılan başka bir araştırmada, işyerinde mobbinge maruz kalan genç doktorların iş memnuniyetinin çok daha az olduğu belirtilmiştir. Amerika'da 1580 sağlık çalışanının %38'i işyerlerindeki çalışma şartları değişmeden önce en az bir kez mobbinge maruz kaldığı ve işyerindeki tacizlerin ciddi psikolojik strese ve iş tatmininin azalmasına neden olduğu belirtilmiştir. Güney Norveç'te 745 asistan hemşire ile yapılan çalışmada; hemşirelerin %8,4'ünün daha önceden, %4,8'inin ise şu anda psikolojik şiddet eylemlerine maruz kaldıkları, her beş hemşireden birinin ise psikolojik şiddet eylemlerine tanık olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (2,21).

Sağlık profesyonelleri, özellikle üst pozisyonadaki kişilerin sergiledikleri mobbing davranışlarını, kontrol amacıyla hiyerarşik yapı içinde bulunan pozisyonun ve mesleki uygulamaların bir parçası olarak değerlendirdiklerinden bu tür davranışlar kanıksanmaktadır (33).

Türkiye'de yapılan araştırmalarda hem sözel hem de fiziksel şiddet türlerinin en fazla hasta yakınları tarafından gerçekleştiği, uluslararası yayınların çoğunda ise hastaların, hasta yakınlarından daha fazla saldırıda bulunduğu görülmektedir (19). Ülkemizde mobbing kavramına yönelik olarak sağlık çalışanlarına uygulanan çalışmalardan bazıların sonuçlarına gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin (%18,2) fiziksel saldırılara (34); kadınların, 39 yaş ve altındakilerin, ayrıca devlet has-

taneleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların mobbinge karşılaştıkları (35); mobbingi uygulayanların daha çok üst yöneticiler oldukları; mobbinge karşı verdikleri tepkinin en fazla arkadaşlarıyla bu durumu paylaşmak olduğu (37); cinsel taciz ve özel hayatla ilgili söylentilerin özel sektörde daha yüksek oranlarda olduğu (25); çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesinin, çalışanın sağlığı ve güvenliği açısından olumlu olduğu kadar çalışan kişilerin iş verimini de olumlu yönde etkilemesi ve çalışanın sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamını sağlanması bakımından önemli olduğu (38); çalışanların mobbing davranışı karşısındaki tutumları ile kişilikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi araştırmasında bu hipotezi destekler ilişkinin olduğu (8); genel olarak psikolojik şiddet ve iş tatmini arasında olumsuz yönde bir ilişki olduğu (2); sıklıkla karşılaşılan mobbing davranışının hissettirilmeden kontrol edilme olduğu, özelde ve kamuda mağdurların en çok kullandıkları savunma stratejisi olarak uğradıkları haksızlıklara karşı konuşarak çözme yolunu seçtikleri, en az kullandıkları savunma stratejisinin ise, dava açarak haklarını arama olduğu, özel ve kamu hastanelerinde dikey ve horizontal mobbingin görüldüğü, mobbinge maruz kalan çalışanların sosyal yaşamlarının, psikolojik ve fizyolojik sağlıklarının olumsuz etkilendiği ve işyerinde yaşadıkları olumsuz olayları konuşarak çözmeye çalıştıkları (13) şeklinde sonuçlar elde edilmiştir.

Sonuç olarak;

1- Mobbinge maruz kalma durumu; öncelikle özel kurumlarda daha fazla, sonrasında ise başta devlet hastaneleri olmak üzere kamu kurumlarında çalışanların mobbinge daha fazla maruz kaldıkları görülmektedir.

2- Maruz kalınan mobbing davranışlarının; kendini gösterme ve iletişim oluşumunu etkileme, sosyal ilişkilere saldırı, kişinin yaşam kalitesi ve mesleki durumuna saldırı ve itibara saldırılar şeklinde olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalar, içinde fiziksel saldırının da olduğu “kişinin sağlığına doğrudan saldırı” grubundaki davranışların görülme sıklığını az olarak göstermektedir. Maruz bırakılan duygusal taciz davranışları kültüre, kuruma göre

farklılıklar göstermekte, en çok kendini gösterme ve iletişim oluşumunu etkileme ve kişinin yaşam kalitesi ve mesleki durumuna saldırılar şeklinde olduğunu göstermektedir.

3- Mobbinge maruz kalmada bireysel özellikler; genç yaştakilerde daha fazla görülmektedir. Genelde medeni durumla mobbinge maruz kalma arasında bir farklılığın olmadığı sadece birkaç çalışmada bekarların maruziyetlerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Çocuk sahibi olup olmamanın mobbinge maruz kalmada önemli olmadığı görülmüştür. Düşük seviyede eğitim görenlerin diğer seviyelerde eğitim görenlere oranla da fazla mobbinge maruz kaldıkları, ancak eğitim seviyesi arttıkça mobbing algısının arttığı görülmüştür. Yine elde edilen bulgular tüm mağdurların sosyal olma düzeylerinin ve iletişim becerilerinin düşük olduğunu göstermiştir.

4- Mobbinge maruz kalmada mesleki özellikler; mobbinge maruz kalanların daha çok hemşireler, sonrasında ise hekimler ve sağlık memurları oldukları görülmüştür. Meslekte hizmet süresi az olanların daha fazla mobbinge maruz kaldığı, yıl arttıkça maruziyet oranının azaldığı görülmektedir. Üst yönetimde olanların astlarına daha fazla mobbing uyguladığı görülmektedir. Hastanelerde gündüz tam zamanlı olarak çalışanların, yöneticileri, diğer sağlık ekibi üyeleri, hasta ve özellikle hasta yakınları ile daha fazla iletişim halinde olmalarından dolayı duygusal tacize maruz kalma olasılıklarının arttığı görülmektedir. Acil servis, yoğun bakım, ameliyathane gibi özelleşmiş birimlerde çalışanların daha fazla mobbinge maruz kaldıkları saptanmıştır. Bu durum, hatanın tolere edilmesinin çok zor olduğu alanlar olmasına ve hasta/hasta yakınlarıyla yoğun birlikteliğin varlığına bağlanmaktadır.

5- Mobbinge maruz kalanların memnuniyet durumları; iş memnuniyeti düzeyinde farklılıklar bulunmaktadır. Çalışanların genelde kurumlarından memnun oldukları, çalıştıkları bölümden ve çalışma şekillerinden memnun olmadıkları görülmektedir. Mobbinge maruz kalanların mesleki yaşamı ile ilgili memnun olmadığı durumların dağılımları incelendiğinde; duygusal tacize maruz kalanların; mesleklerinden memnun olmadıkları, yaptıkları işten memnun olmadıkları, meslektaşlarından memnun olmadıkları, diğer sağlık ekibi üyelerinden memnun olmadıkları görülmektedir. Fırsatları olsaydı mes-



leklerini değiştirmek istedikleri, yine bu kişilerin yöneticilerinden memnun olmadıkları da görülmektedir.

6- Mobbing uygulayan kişinin cinsiyeti; erkeklerin baskın olduğu mesleklerde kadınların, kadınların baskın olduğu mesleklerde ise erkeklerin mobbing için büyük hedefler oluşturdukları görülmektedir. Ayrıca kadınların erkeklerden daha fazla risk altında olduğu görülmektedir. Mobbing davranışlarının sağlık sektöründe daha fazla oranda görülmesinin sebebi kadın çalışanların çokluğu ile ilişkilendirilmekte ve kadınların diğer kadınlara karşı pasif-saldırgan davranışlar sergilemeyi tercih etmeleri ile açıklanmaktadır.

7- Yöneticilerin yaklaşımı; mobbinge maruz kalanların ancak yarısı durumu bir üst yöneticiyle paylaşmaktadır. Mobbing durumunda yöneticilerin etkili bir işlem başlatmadığı, üst yönetim veya diğer ilgili birimleri devreye sokmadan daha çok kendisinin uygulayabileceği çözüm yolunu seçtiği görülmektedir. Yöneticilerin, duygusal taciz mağdurunun bulunduğu servisinin değiştirilmesi en sık uygulanan çözüm yolu olduğu görülmektedir. Mobbing mağdurlarının geneli ise bu çözüm uygulamalarının memnun olmamaktadır (26, 28, 29, 34- 45).

Mobbingin Sonuçları

Yapılan çalışmalar sağlık alanında şiddetin çok sık olduğunu ancak az bildirildiğini göstermektedir. Bunun birçok nedeni olmakla birlikte genel ortak kanı özellikle ülkemizde çalışanların haklarını savunacak yasal düzenlemelerin olmamasıdır. Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler genel hükümlere tabi tutulmaktadır. Fakat görev başında yapıldığı için cezanın yarısı kadar daha arttırma yargı kararına bağlıdır. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler mobbingin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır. Amacı insanlara yardım ve tedavi olan hekimlerin ve sağlık çalışanlarının güvenli koşullarda çalışması ve olabilecek şiddet riskinin azaltılması en doğal haklarıdır. Güvenli ortamın sağlanmasında çalışanların eğitimi, mevzuatların düzenlenmesi, yöneticilerin üzerine düşen görevler gibi çok yönlü konular olmakla birlikte yasal düzenlemelerin de gerektiği aşiktir (17).

Sunulan bakımın kalitesinde bozulma, iş çevre-

sinde bozulma, çalışanlar tarafından iş bırakma, böylece genel popülasyonun sağlık servislerini kullanmada azalma, sağlık çalışanlarının işe alınmasında zorlaşma, kabul edilemez toplumsal tutumun idaresi, sağlık giderlerinin artması ve sağlık personelinde sayı olarak azalma şeklindedir (1, 2, 5, 7, 12, 21, 19).

Kaynaklar

1. Çakır B. İş Yerindeki Yıldırma Eylemlerinin (Mobbing) İşten Ayrılmalara Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.
2. Akbaş S. İşyerinde Psikolojik Şiddet (Mobbing) ve İş Tatmini İlişkisi - Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Uygulama Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
3. Tetik S. Mobbing kavramı: birey ve örgütler açısından önemi. Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2010;12(18):81-89.
4. Can Y. A Tipi ve B Tipi Kişilikler Bakımından Mobbing Kişilik İlişkisinin İncelenmesi ve Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
5. Çarıkçı İ, Yavuz H. Çalışanlarda mobbing (psikolojik şiddet) algısı: Sağlık sektörü çalışanları üzerine bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009;2(10):47-62.
6. Mercanlioğlu Ç. Çalışma hayatında psikolojik tacizin (mobbing) nedenleri, sonuçları ve Türkiye'deki hukuksal gelişimi. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi 2010;2(2):37-46.
7. Yavuz H. Çalışanlarda Mobbing (Psikolojik Şiddet) Algısını Etkileyen Faktörler SDÜ Tıp Fakültesi Üzerine Bir Araştırma. Yüksek lisans tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
8. Zorlu A. Çalışanların Mobbing Davranışı Karşısındaki Tutumları İle Kişilikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
9. Davenport N. Schwartz RD, Eliot GP. Mobbing, İşyerinde Duygusal Taciz. Çeviren: Osman Cem Önerioy. İstanbul: Sistem Yayıncılık, 2003.
10. Aralay İ. Mobbing'in Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi "Kamu Sektöründen Bir Örnek". Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
11. Kaymakçı HA. Çalışma Hayatında Mobbing (Sakarya İmalat Sektöründe Bir Araştırma). Doktora Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.
12. Dündar T. Sağlık Çalışanlarının Yıldırma Maruz Kalmalarında Hastane Etik İklimi İle Sosyodemografik Özelliklerinin Rolü: Bolu ili hastanelerinde bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe

- Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
13. Atasoy İ. Sağlık Sektöründe Mobbing: Sakarya İlinde Kamu ve Özel Hastanelerde Çalışan Ebe ve Hemşireler Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
 14. Tutar H. İş Yerinde Psikolojik Şiddet. Ankara: BRC Basım Mat. Ltd, 2004
 15. Tınaz P, Bayram F, Ergin H. Çalışma Psikolojisi ve Hukuki boyutlarıyla İşyerinde psikolojik Taciz (Mobbing). 1. Basım, İstanbul: Beta Yayınları AŞ, 2008.
 16. Gökçe TA. Mobbing: İşyerinde Yıldırma Nedenleri ve Başa Çıkma Yöntemleri. Ankara: Pegem Yayınları, 2008.
 17. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2(2):161-173.
 18. İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ ve ark. Gazi üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde Çalışan araştırma görevlileri ve intörn Doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni 2009;28(3):15-23.
 19. Özcan NK. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistematik derleme. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2011;31(6),1442-1456.
 20. TBMM: Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu Yayınları No:6 İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu Nisan 2011.http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon_rapor_no_6.pdf Erişim tarihi: 29.12.2011
 21. Arısoy A. Mobbingi Ortaya Çıkaran Faktörler: Isparta-Antalya- Burdur’da Sağlık Sektöründe Hemşireler Üzerine Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011.
 22. Atan SÜ, Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. Adli Tıp Dergisi 2011;25(1):71-80.
 23. Kingma M. “Workplace Violence in the Health Sector: A Problem of Epidemic Proportion”, International Nursing Review 2001;48 (3):129-130.
 24. Çobanoğlu Ş. Mobbing, İşyerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri. İstanbul: Timaş Yayınları, 2005.
 25. Aksoy F. Psikolojik Şiddet’in (Mobbing) Sağlık Çalışanlarına Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
 26. Belikırık D. Asistan Doktorlarda Yıldırma Algısı ve Bir Alan Araştırması. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
 27. Chen WC, Sun YH, Lan TH et al. Incidence and risk factors of workplace violence on nursing staffs caring for chronic psychiatric patients in taiwan. International Journal of Environmental Research and Public Health 2009;6:2812-2821.
 28. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(3):137-149.
 29. Fronteira I, Craveiro I, Antunes AR, Conceição C, Flores I, Santos O. Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector, Human Resources for Health 2003;1,1-11.
 30. Björkqvist K. Social defeat as a stressor in humans. Physiology & Behavior 2001;73:435-442.
 31. Yılmaz M. Kamu Kurumlarında Yıldırma Yolu Açan Eylemler; Iğdır İli Kamu Kurumlarında Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Kars: Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
 32. Chen WC, Hwu HG, Kung SM, et al. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. Journal of Occupational Health 2008;50(3):288-93.
 33. Dilman T. Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Duygusal Tacize Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
 34. Öztunç G. Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5(1):1-9.
 35. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y ve ark. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:147-154.
 36. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. J Interpers Violence 2006;21(2):276-96.
 37. Çöl SÖ. İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Çalışma ve Toplum Dergisi 2008;4:107-134.
 38. Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008;7(6):547-554
 39. Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. J Adv Nurs 2006;55(6):778-87.
 40. Leymann H. The Content And Development Of Mobbing At Work. European Journal Of Work And Organizational Psychology 1996;5(2):165-184.
 41. Şahin B, Dünder T. Sağlık sektöründe etik iklim ve yıldırma (mobbing) davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi 2011;66(1):129-159.
 42. Taş F, Çevik Ü. Konya ilindeki pediatri hemşirelerinin şiddete maruz kalma durumları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(3):62-68.
 43. Üye C. Hemşirelerin Yöneticileri Tarafından Mobbing Davranışları ile Karşılaşma Durumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
 44. Yıldırım D, Yıldırım A. Sağlık alanında çalışan akademisyenlerin karşılaştıkları psikolojik şiddet davranışları ve bu davranışların etkileri. Türkiye Klinikleri Dergisi 2010;30(2),559-570.
 45. Yıldız S, Yıldız SE, Erdağı S. Sağlık çalışanlarının psikolojik yıldırma davranışının değerlendirilmesi. Hastane Yönetimi Dergisi 2009;13(1),1-13. ●



TAŞERON SAĞLIK İŞÇİLERİNİN ÖRGÜTLENME SORUNLARI

Gülçin TAŞKIRAN

Marmara Üniversitesi

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri

Doktora Öğrencisi

Giriş

İşçiler, sosyal ve ekonomik haklarını korumak ve iyileştirmek amacıyla sendika çatısı altında örgütlenmektedir. İşçilere sağlanan temel sendikal haklar, uluslararası ve ulusal hukukta çeşitli yasalarla güvence altına alınmıştır; ancak ekonomik ve politik nedenlerle engellenmeye çalışılmaktadır. Kapitalist sistem güç kaybettiği noktada, ekonomik olarak 'emek maliyetlerinin düşürülmesi hedefiyle' atipik istihdam biçimlerine yönelmekte, işgücünün küçük parçalara bölünmesini sağlayarak örgütlenmesini engellemektedir. Bu yöntemin yetmediği noktalarda ise sistemli bir şekilde yasaları da ihlâl ederek sendikal örgütlenmelere engel olunmaktadır. Farklı istihdam biçimleriyle işgücünü ayrıştırarak sendikasızlaştırma çabasında da işten atma tehdidi, baskı, çeşitli yıldırma politikaları gibi üstü kapalı yöntemlere başvurulmaktadır.

Sendikal örgütlemeyi engellemek gibi temel bir hedefi olan taşeronluk da sistemin bu amacına ciddi bir destek sağlamaktadır. Güvencesiz bir istihdam biçimi olarak Türkiye'de hızla yaygınlık kazanan ve yeni yasa tasarılarıyla kapsamının daha da genişleyeceğine dair güçlü sinyaller veren bu sistem, emek piyasasının ikincil işgücü grubunda yer almaktadır. İşçi olmanın asgari hakları -ücret, fazla mesai, yıllık izin vb.- dahi sağlamayan, asıl işleri dışında bütün angarya işleri yapan, asıl işveren işçilerinin de işlerini yapmak zorunda kalan taşeron işçilerinin ve tüm güvencesiz işçilerin sendikal örgütlenmesi, bu işçileri piyasanın baskılarından ve tehditlerinden koruyabilecek tek yoldur. Parçalanmış istihdam biçimleriyle sınıfsal kimliğinden uzaklaştırılmaya ça-

lışılan bu işçilerin bütünleşebilmesinin yolu da, birleşik bir emek hareketi anlayışıyla örgütlenme yapan sendikaların çoğalmasındır.

Bu çalışmada, sendikal hak ihlallerinin ortaya koyulması amacıyla, sağlık sektöründe çalışan 30 taşeron işçisi ve onları örgütlenme çabası içinde olan bir sendika ile yapılan derinlemesine görüşmelerden faydalanılmıştır. Araştırmada; işçilerin çalışma koşulları, bu koşullar sebebiyle örgütlenmeye duyduğu ihtiyaç, sağlık sektöründe taşeron kullanımının sıkıntıları, işyerlerinde örgütlenmelerinin nasıl engellendiği, sendikanın örgütlenmede karşılaştığı sorunlar, sendikanın örgütlenme mücadelesi ve yöntemi ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Bu çalışma, sendikal örgütlenme hakkı olan taşeron işçilerin çalışma koşulları gereği örgütlenmeye duyduğu ihtiyacı, sendikal hak ihlallerinin hangi yöntemlerle gerçekleştirildiğini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Araştırma, taşeron işçileri örgütlenme mücadelesi veren bir sendikanın, örgütlenmenin çok zor gerçekleştirilebildiği hastane taşeronlarında karşılaştığı yasal- fiili güçlükleri, bu güçlüklerle rağmen elde edilen kazanımları ve sendikanın izlediği alternatif örgütlenme yöntemini incelemeye çalışmaktadır.

Örgütlenme Hakkının İhlali ve Türkiye'deki Yansımaları

Sendika hakkı, toplu pazarlık hakkı ve grev hakkı gibi temel sendikal haklar, demokratik bir siyasal rejim için olmazsa olmaz haklardır. Sınırsız sendika özgürlüğü, toplu sözleşme özerkliği ve grev hakkı geleneksel insan haklarının bir uzantısı du-



rumundadır (1). Uluslararası Çalışma Örgütü'ne (ILO) göre de sendikal haklar sivil haklarla bağlantılıdır ve bu hakların birlikte değerlendirilmesi gerekir (2). Buna rağmen Türkiye'de işçilerin sendikal örgütlenme hakları uzun yıllar boyunca çeşitli yasalarla engellenmiş, uluslararası ILO sözleşmelerinin ilgili maddelerine çekince konulmuştur.

Türkiye'de Anayasa'nın 51. maddesinde de yer aldığı gibi çalışanlar önceden izin almaksızın sendikalar ve üst kuruluşlar kurma, bunlara serbestçe üye olma ve üyelikten serbestçe çekilme haklarına sahiptir. Ayrıca 2821 sayılı Sendikalar Kanunu'nda da sendikaya üye olmanın serbest olduğu, hiç kimsenin sendikaya üye olmaya ya da olmamaya zorlanamayacağı (md. 22/I) hükmüyle sendika üyeliğinin bir hak olduğu belirtilmektedir. Aynı kanunun 31. maddesi ile sendikaya üye olup olmama hürriyeti teminat altına alınmıştır.

10 Aralık 1948'de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 20. maddesinde herkesin barış içinde toplanma ve örgütlenme hakkına sahip olduğu ve 23. maddede de herkesin çıkarını korumak için sendika kurma veya üye olma hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. Her iki maddede de sınırlama yapılmaksızın "herkes" bu kapsama alınmıştır.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde ve BM İkiz Sözleşmeleri olarak da bilinen Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi ile Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nde sendika hakkı ilkece herkese tanınmıştır. Avrupa Konseyi'nin ikiz belgeleri olarak da nitelenen (3) İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi (İHAS) ve Avrupa Sosyal Şartı da sendikal hakları geniş ve ileri düzeyde ele alan uluslararası belgelerdir.

18 Ekim 1961'de imzalanan Avrupa Sosyal Şartı'nın 5. maddesiyle tüm çalışanlara örgütlenme hakkı ve 6. madde ile de grev ve toplu sözleşme hakkı getirilmiştir. Türkiye bu şartın 16 Haziran 1989 gün 3581 sayılı yasa ile onaylanmasını uygun bulmuş ve 7 Ağustos 1989 gün ve 89 / 14434 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile şartı onaylamıştır. Ancak Şart'ın "sendika hakkı"1 dahil en önemli hükümlerine2 çekince koymuştur (4). 9 Nisan 2007'de Bakanlar Kurulu tarafından onaylanarak yürürlüğe giren Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı'nda da bu çekincelerle ilgili bir değişiklik olmamıştır.

Türkiye 1952 yılında onayladığı Örgütlenme ve Toplu Pazarlığa ilişkin 98 sayılı ILO sözleşmesinin gereklerini yaklaşık altmış yıldır yerine getirmektedir. Ayrıca ILO'nun 1948 yılında kabul ettiği 87 sayılı Sendika Özgürlüğüne ve Örgütlenme Hakkının Korunmasına İlişkin Sözleşme Türkiye tarafından 44 yıl sonra, 1992'de kabul edilmiştir. Ancak bu sözleşmenin de gerekleri hala yerine getirilmemiştir. Türkiye Avrupa Birliği (AB) uyum süreci çerçevesinde onayladığı bu sözleşmelerin yükümlülüklerini yerine getirmeyerek sendikal haklara (kollektif işçi hakları) karşı güçlü bir direnç göstermektedir (5). Türkiye Anayasasının 90. maddesindeki uluslararası sözleşmelerin üstünlüğünü belirten açık ve herkesi bağlayıcı hükme rağmen, bu direnç hala devam etmektedir (6).

Örgütlenme ve grev hakkının AB üye ve aday ülkelerinde uygulanması da bir siyasi kriterdir. Ancak AB bu hakların hangi araçlarla ve nasıl uy-



gulanacağına dair karar almamaktadır. AB organlarının örgütlenme özgürlüğü ve grev hakkı konusunda ayrıntılı bir düzenleme yetkisinin olmaması, aday ve üye ülkelerin bu hakları çiğneyebileceği anlamına gelmemektedir (5).

Uluslararası Sendikalar Konfederasyonu (ITUC) tarafından her yıl yayınlan Sendikal Hak İhlalleri Raporlarına göre, Tüm-Tis, Tek-Gıda İş, Limter-İş, Dev Sağlık-İş, Birleşik Metal-İş, Eğitim-Sen, SES, BTS gibi sendikaların işçileri sendikal nedenle işten çıkartılmaktadır. Bu işçiler sendikal oldukları için farklı muameleye maruz kalıp -öğle tatili süresinin kısa tutulması gibi- sendikal nedenle gösteri yürüyüş yaptıkları sırada gözaltına alınmakta ve bu işçilerin bir kısmı da tutuklanmaktadır. 2010 yılı raporuna göre de yıl içinde 61 sendikacı hapse atılmıştır (8).

Sendikal örgütlenme hakkı birçok uluslararası sözleşmeyle korunmasına rağmen her yıl çok sayıda sendikacı ve sendika üyesi işçi yoğun baskılara maruz kalmakta, işlerinden atılmakta, fiziksel şiddet görmektedir, gözaltına alınmakta, tutuklanmakta ve öldürülmektedir (7,8).

Türk-İş'in hazırladığı bir rapora göre, 2003-2005 yılları arasında 15 bin 531 işçi, sendikal örgütlenmelere katıldığı için işten atılmıştır (9). 2003-2008 yılları arasında DİSK'e bağlı sendikalara üye olduğu için yaklaşık 30 bin işçi işten atılmıştır. Yani DİSK'e bağlı sendikalara üye olduğu için yılda ortalama 5 bin işçi işten atılmaktadır (10).

ITUC verilerine göre 2011 itibarıyla de sendikal nedenle yedi kişi tutuklanmış, dört kişi hüküm giymiş, 358 kişi de işten çıkarılmıştır (11).

100. ILO Çalışma Konferansı'nda Türkiye sendikal hakları ihlal etme, ILO sözleşmelerine uymama, işten atma ve sendikacılara yönelik baskılar konusunda Swaziland, Zimbabve ve Burma gibi ülkelerle aynı kategoride ele alınmış ve geçen yıl en kötü 44 ülke arasında yer almasına rağmen bu yıl en kötü 25 ülke içerisinde yer almıştır (12). Türkiye bu şekilde Standartların Uygulanması Komitesi'nde incelemeye alınmıştır (13).

Sendika üyesi oldukları için işten atılan Casper, Mas-Daf, Kızılay, Bilgi Üniversitesi, Campana Deri, Bericap vb. işçilerinin sorunları, Genç-Sen, Emekli-Sen ve Çiftçi-Sen'e açılan kapatma davaları, sendika gösterilerindeki orantısız güç kullanımı, Çalışma Bakanlığı'nın istatistikleri dondurması sonucu Dev Sağlık-İş ve Limter-İş gibi TİS hakkı gasp

edilen sendikaların sorunları şu an Türkiye'deki dikkat çekici sendikal hak ihlalleri arasında yer almaktadır (14).

Türkiye'de yaşanan sendikal hak ihlalleri, zaten güçsüz olan sendikacılığı daha da zayıflatarak işçilerin sendikalardan uzaklaşmasına da neden olmaktadır (15).

"1980 sonrasında liberal politikaların artan etkisine bağlı olarak kamu ve özel kesimde, işverenler daha agresif sendikasızlaştırma uygulamalarına yönelmişlerdir. Sözleşmeli personel, taşeron, geçici, mevsimlik ve part-time işçi çalıştırma artmış, kapsam dışı personel uygulaması, üretimin işyeri dışına kaydırılması ve insan kaynakları politikaları gibi çok çeşitli uygulamalar yaygınlaşmıştır. Ayrıca özel sektörde işverenler, sendikaların örgütlenme çabalarını engellemek için işten çıkarma tehdidini kullanmakta, etnik ayırım, hemşerilik, akrabalık ilişkilerinin yanı sıra yüz yüze görüşmeler gibi enformel ilişkilerden yararlanarak işçileri sendikasızlığa ikna etme girişimlerinde bulunmaktadırlar" (16).

Taşeronluk sistemi

Emek maliyetinin oldukça düşürülebildiği atipik istihdam biçimlerinin yaygınlaşması sendikal hak ihlallerini arttırmaktadır. Atipik istihdam biçimleri (kısmi çalışma, çağrı üzerine çalışma, belirli süreli çalışma, evden çalışma, alt işveren işçisi olarak çalışma) işgücünün küçük parçalara bölünmesini sağlayarak örgütlenmesini engellemektedir. Atipik istihdam biçimlerinden biri olan taşeron çalıştırma da Türkiye'de sendikalaşmanın önünü tıkayan en önemli nedenlerden biridir (17).

Türkiye'de de yaygın bir şekilde kullanılan taşeron işçi çalıştırma uygulaması Gall'in sınıflandırmasına göre sendikal örgütlenmeyi engellemek için kullanılan yöntemlerden biri olan "zorluk çıkarma yaklaşımı"na dayanmaktadır. Bu yaklaşıma göre sendikanın yetki alma sürecinde hukuksal sürecin uzatılması, işlerin bir kısmının taşerona verilmesi sendikal örgütlenmeyi engellemektedir (18).

Türkiye'de işgücü piyasası sigortasız, düşük ücretli, niteliksiz, örgütsüz ve parçalı bir özelliğe sahip işçilerin çoğunluğunu oluşturduğu bir yapıya sahiptir (19). Taşeron işçiler de bu çoğunluğun içerisinde yer almakta ve içinde bulunduğu grubun sayısal çoğunluğu her geçen gün artmaktadır.

DİSK-AR'ın araştırmasına göre Sağlık Bakanlığı

ğ'na bağlı hastanelerde hemşire, radyoloji teknisyeni, laborant, tıbbi sekreter, hastabakıcı gibi sağlık emekçilerinin yapılan ihalelerle taşeron şirketler aracılığı ile çalıştırıldığı; üniversite hastaneleri ile birlikte kamu sağlık kurumlarında çalışan taşeron sağlık işçisi sayısının 150 bine yaklaştığı belirtilmiştir. Araştırmaya göre sağlık alanı başta olmak üzere eğitim, yerel yönetimler gibi kamu kurum ve kuruluşlarında taşeron şirketlerde çalışan işçi sayısı son 10 yılda büyük artış göstermiştir. Tüm işkollarının yaklaşık yüzde 60'ına yayılan taşeronlaştırma sonucu 6 milyona yakın insan iş güvencesinden yoksun bir şekilde çalıştırılmaktadır. Taşeronlaşmanın hızla yaygınlaştığı alanlardan birinin de belediyeler olduğu vurgulanan raporda, belediye çalışanlarının yüzde 22'sinin taşeron firmalarda olduğu kaydedilmiştir (20).

T.C. Sağlık Bakanlığı 2010 Mali Yılı Bütçesi TBMM Genel Kurul sunumunda, AKP hükümetlerinin 2003'ten bu yana güttüğü sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde hizmet alımı ile temin edilen personel sayısının 11 binden 116 bine çıktığından övünülerek bahsedilmektedir. Bu sayı sağlık hizmetlerinde toplamda istihdam edilenlerin yüzde 85'ini oluşturmaktadır. Bu durum sağlık sisteminde personel rejiminin önemli bir oranda taşeron sisteme dayandırılmaya çalışıldığını göstermektedir (20).

Dev Sağlık-İş Sendikası'na göre sağlık hizmeti, toplumsal bütünlüğün temelini oluşturan temel kamusal bir hizmettir ve bu hizmetin tasarruf gerekçesiyle piyasalaştırılması doğru değildir. Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin korunması, devletin başta gelen sorumluluğudur. Bu hizmetin taşeron şirketler aracılığıyla gördürülmesi, sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasının bir parçası olarak gündeme gelmektedir. Devlet, kamu hizmetlerini piyasalaştırma kararıyla işçileri temel haklarından mahrum bırakan taşeronluğu bizzat kendisi yaratmaktadır (21).

Kamuda taşeronlaşma gibi güvencesiz işçi çalıştırmayı yaygınlaştıran en önemli uygulama "kamu personeli reformu"dur. Bu reformla emeklilik, yeni personel almama, taşeronlaşma, sözleşmeli- ücretli personel uygulaması, geçici süreli sözleşmeli personel çalıştırma, geçici- mevsimlik işçilik gibi uygulamalarla kamu kesiminde istihdam son yıllarda önemli ölçüde daraltılmıştır (22). Reformun sağlık

çalışanları üzerindeki etkileri arasında az sayıda kişi ile hizmetin yürütülmesi sonucu iş yükünün artması, hizmet satın alma yoluna gidilmesiyle sağlık çalışanlarının taşeron işçiler haline gelmesi ve sözleşmeli statüyle çalıştırılma nedeniyle güvencesiz istihdamın artması yer almaktadır (23).

Haziran 2003'te kamuoyunun bilgisine sunulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı", sermayenin sağlık alanında Dünya Bankası ve IMF'nin programlarıyla uyumlu olarak yapılmak istenenlerin genel bir adıdır. Programda genel sağlık sigortası; birinci basamak sağlık hizmetinde sağlık ocaklarının yok edilmesi ve aile hekimliği sistemine geçilmesi, SSK sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devri ve özelleştirilmeleri, tüm sağlık çalışanlarının sözleşmeli personel olması yoluyla sağlık hizmetlerini tümüyle piyasa koşullarına devretmek amacı güdüldüğü açıktır (24).

Kamu sağlık kurumlarında çalışan sağlık ve sosyal hizmet çalışanları arasındaki "kadrolu", "sözleşmeli", "vekil" vb. etiketlerle yaratılan ayrımlar, taşeronlaştırma uygulaması ile daha da derinleşmiştir. Taşeron şirketler aracılığı ile çalıştırılan sağlık ve sosyal hizmet emekçilerinin (sağlık teknisyeni, hemşire, temizlik işçisi, memur, hasta bakıcı, aşçı, garson, güvenlik işçisi vb.) çalışma koşulları, özlük hakları ve ücretleri açısından katlanılamaz boyutlara ulaşan ayrımcı uygulamalar her geçen gün artmaktadır. Hiçbir güvenceleri olmayan, bir yıllık sözleşmelerle, düşük ücretle çalıştırılan taşeron sağlık ve sosyal hizmet emekçileri, iş dağılımında ve fazla mesai uygulamalarında "ikinci sınıf" insan muamelesiyle karşı karşıya kaldıkları gibi yasalardan doğan haklarını da kullanamamakta; yıllık izin, fazla mesai ücreti, kıdem tazminatı gibi haklardan yoksun; insan onuruna yaraşmayan bir çalışma ortamında çalıştırılmaktadırlar (25).

Taşeron Sağlık İşçileri Örneği

Bu çalışma kapsamında bir kamu hastanesinin taşeron temizlik firmasında görüşme yapılan işçilere hastanede örgütlenme yapan sendikanın eğitim uzmanı aracılığıyla ulaşılmıştır. Temizlik firmasında çalışan 395 işçiden 43'üne ulaşılmış, ancak işçilerin 13'ü işten atılma korkusu duyduklarını gerekçe göstererek görüşmeyi reddetmiştir.

İşçilerle yapılan yarı yapılandırılmış görüşmelerle, taşeron işçilerin çalışma koşulları, sağlık sek-



töründe taşeronluğun sakıncaları, işyerlerindeki sendikal hak ihlalleri ve sendikal faaliyetler hakkında bilgiler elde edilmiştir. Görüşmeler hastanede işçilerin çalıştıkları servislerde yapılmıştır. 21 işçinin görüşmelerinde ses kayıt cihazı kullanılmıştır ancak 9 işçi kayıt cihazı kullanılmasına izin vermemiştir. Bu sebeple bu görüşmelerde notlar tutulmuştur.

Taşeron işçileri örgütlenme mücadelesi veren Dev Sağlık-İş Sendikası Genel Sekreteri ile yapılan yapılandırılmış görüşme ile taşeronluk sisteminin sendikal örgütlenme önüne koyduğu engeller, sağlıkta taşeron kullanımının sakıncaları ve Türkiye'deki mevcut sendikaların değişen işçi profilini örgütlemekteki eksiklikleri hakkında bilgiler elde edilmiştir.

Hastanede çalışan taşeron işçiler temizlik, yemek, güvenlik ve bilgi işlem firmalarına bağlı olarak çalışmaktadır. Görüşmelerin sadece taşeron temizlik işçileriyle yapılmasının sebebi, hastanedeki sendikal örgütlenmenin temizlik işçileri arasında olmasıdır.

Araştırmada yer alan işçilerden 29'u şimdiki işlerinden önce ya taşeron olarak ya da günlük işlerde yevmiyeli olarak çalışmışlardır. Yalnızca bir işçi daha önce güvenceli ve sendikalı olarak çalışmıştır. İşçilerdeki eğitim ortalaması ortaokul seviyesidir. Çoğunun geliri, evlerindeki tek geçim kaynağıdır. Hastanede çalışan 395 taşeron temizlik işçisinin 287'si sendikalıdır. Araştırmaya dahil olan 30 işçinin de 26'sı sendikalı, 4'ü sendikalı değildir.

İşçilerin bir kısmı daha önce hastanede sözleşmeli olarak çalışmaktayken, hastane yönetimi tarafından 'eğitimlerinin yetersiz olduğu' gerekçesiyle sözleşmeleri feshedilmiş, işçiler şu an ki taşeron işlerine yönlendirilmiştir. İşçiler işsizlik tehdidi ile taşeron çalışmaya razı edilmiştir. İşçilerden biri bu durumu şu şekilde dile getirmektedir: "Taşerondan önce de hastanenin bünyesindeydik biz sözleşmeli olarak. Sonra hastane mezuniyet aradı. Tahsilimiz yok diye çıkardılar işten, taşeronla yönlendirdiler. Devrettiler daha doğrusu."

Taşeron İşçilerin Çalışma Koşulları ve Örgütlenme İhtiyacı

Taşeron işçilerin çalışma koşullarındaki sıkıntılar güvencesizlik, düşük ücret, ağır iş yükü, kadrolu işçiler tarafından dışlanma şeklinde sıralanabilir. Ya-

pılan görüşmelerde işçilerin çalışma koşullarına dair sorulan sorulara ilk cevapları "kendi işimiz olan temizlik hariç her işi yapıyoruz" şeklindedir. Hastane içindeki yapılacak her işin kendilerine yaptırıldığını, işe taşeron temizlik işçisi olarak girdiklerini ancak temizlik dışında her işi yaptıklarını dile getirmişlerdir. İşçiler asli görevleri dışındaki işleri yapmaktan, temizlik işine vakit ayıramamakta ve bu yüzden yönetimden de tepki görmektedirler. İşçinin şu sözleri dikkat çekicidir: "Temizlik dışında bütün angaryaları yapıyoruz zaten. Hasta bakımı yaptırıp, altına varana kadar temizlettiriyorlar."

Taşeron çalıştırma gibi atipik çalışma biçimleri işçilerin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Uzun çalışma saatleri, işin geçiciliği, iş güvencesinin olmayışı ve işi kaybetme korkusu işçilerde çeşitli fiziksel ve psikosomatik sorunlara neden olmaktadır (26).

Ayrıca hastanede işçilere kendi işleri olmayan, hatta hastaların sağlığını tehlikeye düşürebilecekleri işler de verilmektedir: "Benim oğlum da bu hastanede taşeron işçisi. Kan alıyor, biyopsi yapıyor, katater, idrar sondasını takıyor."

Bu cümle aynı zamanda, hastaların sağlıklarının, yapılan işle ilgili hiçbir eğitimi olmayan temizlik işçilerine bırakılmasının, yani sağlıkta taşeron işçi kullanmanın halk sağlığı açısından nasıl sonuçlar doğurabileceğinin de bir göstergesidir.

İsimleri ile değil de "personel" diye çağırılan bu işçiler, sadece yönetimden değil, kadrolu çalışanlardan da baskı ve aşağılayıcı muamele görmektedir. Bu durum, taşeronluk sisteminin çalışanlar arasında yarattığı kutuplaşmaya da bir örnektir.

Ansal'ın da belirttiği gibi esnek çalışma biçimleri işçi sınıfı içinde belirgin bir farklılaşma ortaya çıkarmaktadır (27). Kadrolu ve taşeron işçiler arasında yaratılan bu farklılaşma ile işçi-işveren arasındaki çatışmaya benzer bir çekirdek işçi-çevre işçi çatışması da doğmaktadır. Sağlık kuruluşlarında destek hizmetlerinin taşeronla verilmesi, aynı sağlık kuruluşunda ikinci sınıf bir emekçi tabakası yaratmaktadır (21).

Görüşme yapılan işçilerden bazıları on yılı aşkın süredir bu işyerinde çalıştıklarını, kendilerinin taşeron değil de hastanenin işçisi olmaları gerektiğini dile getirmişlerdir. Bu işçilerin ihale ile sözleşmeleri yenilenmekte, taşeron firma değişse de hastanedeki görevleri devam etmektedir. Bu durum, bu hastanedeki alt işveren ve hastane arasındaki iş ilişkisi-



nin muvazaalı olduğunun bir kanıtıdır. İşçilerden biri 13 yıldır bu hastanede çalışıyor olmasına rağmen, ihaleler ile sadece şirket adı değişse bile sürekli sigorta giriş-çıkışı yapıldığını dile getirmiştir: “13 yıldır bu hastaneye bağlı çalışıyorum. Taşeron firma sürekli değişti. 2-3 senede bir değişiyor. Bazen 3 yılda bir değişiyor. Değişen bir tek elbiselerimiz. Bir bakıyoruz yeni forma vermişler, o zaman anlıyoruz ki taşeron değişmiş.”

İşçiler ücretlerinin düşük olduğunu ve geçinmekte zorluk çektiklerini, çoğunun evlerindeki tek geçim kaynağının kendi ücretleri olduğunu dile getirmektedir. Ayrıca düşük ücretin dışında işten atılmalarına karşı bir güvencelerinin olmadığını, atılsalar bile ancak başka bir taşeronda iş bulabileceklerini, bu durumun onların kaderi olduğunu, güvenceli bir işte çalışabileceklerini ummadıklarını dile getirmişlerdir. Bir kadın işçinin şu cümleleri durumu açıklamaktadır: “Beni işten atarlarsa atsinlar. Ben 700 liraya her taşeronda iş bulurum. Eğer ben böyle köle gibi burada işim olmayan bir işi yapıyorsam, her yerde 500- 600 liraya temizlik yaparım. Ev temizliği yapsam sigortam olmaz ama burada kazandığımdan daha çok kazanırım. Hem de buradaki gibi her işi değil, sadece temizlik işini yaparım.”

Ancak işçiler bu çalışma koşullarının altı yıl önce (işyerlerinde sendikanın örgütlenme yapmaya başlamasından önce) şimdiki koşullarından oldukça kötü olduğunu ifade etmişlerdir. Sendikanın örgütlenmesinden önce fazla mesai ücreti alamadıklarını, yıllık izinlerini kullanamadıklarını, bayram tatillerinde fazla mesai ücreti almadan çalıştırıldıklarını iki işçi şu şekilde dile getirmişlerdir: “Sendikadan önce burada 16 saat çalışılıyordu. Dev Sağlık-İş geldikten sonra biz normal izinlerimizi kullanmaya başladık. Yıllık izinlerimiz bir haftaydı eskiden, 7 günden fazla yıllık izin kullanmadık hiç. Bayram paralarını, mesai paralarını almaya başladık. Ondan önce yoktu. Hakkımızı aramaya başladık yani sendikali olduktan sonra.”

Bu koşullar işçilerin sendikali olma ihtiyacını tetiklemiş ve işçiler sendikanın işyerindeki örgütlenme girişimine destek vermişlerdir. İşçiler sendikali olduktan sonra kendilerini daha güvende hissettiklerini, başlarına bir şey geldiğinde hemen sendika sorumlusu arkadaşlarına ilettiklerini dile getirmişlerdir. İşçiler yasalarda belirtilen en temel haklarından yoksun bir şekilde çalıştırılırken, sen-

dikanın işyerinde örgütlenmesiyle, sigortalarının düzenli yatırılmaya başladığını, çoğu zaman 16 saati bulan çalışma sürelerinin 8 saate indirildiğini, yıllık izinlerinin hakları ölçüsünde kullanılmaya başladığını, fazla mesai ücretlerinin yatırılmaya başladığını belirtmişlerdir. Bu hak kazanımları taşeron işçilerin sendikali olmalarının onlar için çok önemli olduğunu göstermektedir.

İşçilere Yönelik Sendikal Hak İhlalleri

İşçilerin örgütlenme hakkı sendikanın hastanede örgütlenmeye başlamasından önce çeşitli tehdit ve baskılarla önlenmeye çalışılmıştır. Ancak, ağır çalışma koşulları işçilerin bazılarının her şeyi göze alıp sendikanın mücadelesine destek vermelerini sağlamıştır.

Bu süreçte 70 işçinin aynı anda sendikaya üye olması, işçilerin bu hastanedeki varlıklarını kanıtlamak için attıkları ilk adım olmuştur. Ancak yönetimin bu duruma cevabı gecikmemiştir. Örgütlenmenin başını çeken iki işçinin işten atılması, sendikali olmak isteyen birçok işçinin geri adım atmasını sağlamıştır. Ayrıca, işten atılma tehdidinin yanı sıra mevcut yaşam koşulları da işçilerin örgütlenmeye yönelik girişimlerini engelleyen bir unsurdur. Sendikali olmayan bir işçinin şu cümleleri durumu özetler niteliktedir: “Benim çocuğum diyaliz hastası. Sigortam olmasa diyalize giremez. Çalışmak zorundayım. Koşullarımız çok kötü ama sendikaya üye olursam işten atarlar. Buradan iki işçiyi sendika yüzünden işten attılar. Ben çalışmazsam, çocuğuma kim bakacak?”

Bu açıdan bakıldığında taşeronlaşma, işçilerin güvencesinden yararlanamamalarına, işçilerin sürekli iş bulabilme kaygısını duymalarına ve işsizliğin çalışanlar üzerinde önemli bir baskı unsuruna dönüşmesine neden olmaktadır (32). Sendikalaşmaya öncülük eden işçilerin işten çıkartılması da Türkiye’de yoğun kullanılan bir sendikal yıldırma yöntemidir (10).

Birçok işçi, kendilerinin hastanede örgütlenme yapan sendika hakkında ‘siyasi işler yaptığına dair’ söylemlerle korkutulup, ‘onlar solcu, Kürt, aman ha’ gibi söylemlerle sendikaya yönelik güvenlerinin sarsılmaya çalışıldığını şu şekilde dile getirmiştir: “Bize başta ‘bu sendika solcudur, siyasi işleri vardır, Kürttür’ diyerek vazgeçirmeye çok çalıştılar. E buna tamah eden arkadaşlar da oldu. Yahu bu adamlar



bize burada bir sürü hakkımızın verilmesini sağladılar. Bizim için bu kadar uğraştılar, bu adamlar nasıl kötü olur? Doğu'daki arkadaşlara da 'sendikadakiler Türk, aman ha uzak durun' diyerek engel oluyorlarmış. Bu nasıl iş anlamadım!"

2009 yılında Türk-İş için hazırlanmış bir rapora göre, işçileri sendikadan uzak tutmak için sendikaları ve sendikalaşmayı karalayan söylemler geliştirme, sendikal örgütlülüğü kırmak Türkiye'de yaygın kullanılan yöntemlerden biridir (10). 100. ILO Çalışma Konferansı'nda hükümete gözetimdeki sendikacıların sorulmasına, hükümetin 'onlar teröristtir' şeklinde cevap vermesi, durumu açıklar niteliktedir (12).

Sendikanın bu hastanede örgütlenmesinin ardından, sendika üyesi olan işçilerin yönetimden tehdit ve baskı görmeye devam ettikleri ifade edilmiştir. Sendikal örgütlülüğü kırmak için yapılan bu baskılarla, işçiler yıldırılmaya çalışılmıştır. Yönetim özellikle işçilerin sendika üyesi olmamaları için tehdit edilmeleri ve bu konuda gözdağı verilmesi yöntemine başvurmuştur. Bu da birçok işçinin sendikaya üye olmayı düşünürken vazgeçmelerini sağlamıştır.

Sendikalı işçilerin görev yerlerinin değiştirilmesi de bir yıldırma politikası olarak sıkça kullanılmıştır. Bir işçi durumu şu sözlerle ifade etmiştir: "Sendikalı olan arkadaşları oradan oraya sürdüler. Çalıştıkları servisleri sürekli değiştirdiler. Mesela bugün bu işi yaparken yarın başka bir birime verdiler."

Sendikalı işçilerin iş yükünü artırma da önemli bir yıldırma politikası olarak kullanılmaktadır. İşçilerin kendi işleri dışında hastanedeki her iş için kullanılmalarının üstüne, sendikalı olmalarından kaynaklı da iş yüklerinin arttırılması ciddi bir yıldırma politikası olmaktadır.

Yönetim, sendikalı olanları fişleme yöntemine de başvurarak örgütlülüğü kırmaya çalışmıştır. Bu durum sadece sendikanın hastanede örgütlenmeye başladığı dönemde olmamış, halen yapılan eylemlerde fişlemeler devam etmekte ve işçilerin çalıştıkları servisler değiştirilmektedir. İşçilerden biri bu durumu şu şekilde dile getirmiştir: "Şimdi de (hastane bahçesine) eyleme indiğimiz zaman bakın her köşede bir şef bizi izliyorlar. Çok göze batanların çalıştığı servisleri değiştiriyorlar".

Bu yıldırma biçimleri, Türkiye'de yoğun olarak kullanılan sendikal yıldırma gibi işçilerin sendikaya

üye olmasını engellemeye yönelik kullanılan hak ihlallerine işaret etmektedir (10). Ayrıca, bazı sendikalı işçilerin işverenin tutanak tutması, çalıştığı biriminin değiştirilmesi gibi korkularla sendikal eylemlere katılmaması da bu işyerinde sendikal eylemlerin işveren baskısı ile engellendiğini göstermektedir.

Taşeron işçilerin iş güvencesi olmadığı için, sendikaya üye olmaları ya da faaliyetlerine katılmaları durumunda derhal sözleşmeleri feshedilmektedir. Sendikal üyelik başvurularında toplu işten çıkarılmalar yaşanmaktadır. Bu işçilerin örgütlenmesi, çalışma niteliğinden kaynaklı olarak tazminatsız işten çıkarılma ve mevcut taşeron ihalesi yenilediğinde işe alınmama tehdidi ile engellenmektedir.

Sendikaların Örgütlenme Sürecinde Yaşadığı İhlaller

Dev Sağlık-İş Sendikası Örneği

İşçi sınıfı içindeki büyük kitle olan güvencesizlerin örgütlenmesini hedefleyen Dev Sağlık-İş Sendikası taşeron işçilerin örgütlenmesi için yoğun bir mücadele vermektedir. Türkiye'deki sendikaların taşeron işçileri örgütlenme konusundaki çekingen ve umursamaz tavırlarına rağmen Dev Sağlık-İş örnek olabilecek bir örgütlenme sergilemektedir. Sendikanın ilk hedefi taşeron işçilerin yasalarda kendilerine tanınan, ancak işyerlerinde uygulanmayan en temel haklarının verilmesini sağlamaktadır. Sendika Genel Sekreteri bunu şu sözlerle ifade ediyor: "Bir kere bu hastanelerde bizim yasal standardı tutturmamız lazım. Yani bizim beğenmediğimiz 4857 sayılı İş Kanunu'nu uygulatmamız lazım."

Dev Sağlık-İş'in taşeron işyerlerindeki işçilerin güvenlerini kazanıp, onları ikna etmeyi başarabilmelerindeki en önemli etken sendika ve işçiler arasında bir kutup yaratmayıp kendilerini işçilerden farklı görmemeleridir. Bu durumu Genel Sekreter şu şekilde dile getirmektedir: "Sendika, sendika yöneticisi, klasik alt üst ilişkisi yok bizde. Kimse bizi, geldiğimizde ayağa kalkılacak, önünde ceket iliklecek insanlar olarak görmez. Biz onlara her zaman mücadele arkadaşımız olarak hitap ederiz bir konuşmada ya da sohbetlerde veya eğitimlerde. Böyle olması gerektiğini söyleriz ve bu onlar tarafından da böyle algılanır. Çünkü biz onlara ara sıra bir şeyler öğreten anlatan insanlar değil beraber eylem yaptır-



ğımız direniş yaptığımız, hayatın her alanında, en zor kısımlarında hep beraber olduğumuz için örgütlemeyi başarmış durumdayız.”

Türkiye’de işçilerin sendikalara olan güvenini sarsan en önemli sorunlardan biri de işçi ve sendika arasında yaratılan derin uçurumdur. Sendika başkanlarının patron gibi algılandığı, işçi ve sendika yönetiminin ücretlerinde derin uçurumların olduğu bir durum söz konusudur. Dev Sağlık-İş yönetimi bu anlayışı kırarak, hiçbir ücret almadan çalışmaktadır. Sendikacılığın salt para kazanmak için değil, bu mücadeleye inanıldığı için yapılması işçilerin de sendikaya olan güvenini, sendika yöneticilerini kendilerinden ayrı ve üst sınıf gibi görmemelerini sağlamaktadır.

Örgütlenmenin çok zor olduğu taşeronlarda sendikalara yönelik de çeşitli yıldırma politikaları uygulanmaktadır. Her yıl birçok sendika üyesinin gözaltına alındığı, tutuklandığı Türkiye’de Dev Sağlık-İş Sendikası da bu durumdan payını almaktadır. Birçok eylemlerinde işçiler gözaltına alınmakta ve sendika yönetimi de yapılan direnişler nedeniyle yargılanmaktadır: “Polisten zaman zaman dayak yediğimiz, gözaltına alındığımız veya mahkemede yargılandığımız oluyor. Diyarbakır’da ceza mahkemesinde yasadışı direniş yapmaktan genel başkan, ben (genel sekreter) ve 48 arkadaşımız yargılanıyoruz.”

Sendikaya yönelik yapılan karalamalarla işçilerin işyerlerindeki yönetimler tarafından kışkırtıldığını, örgütlenmelerinin kırılması için batıda ‘sendikacıların Kürt olup, Türk düşmanı olduğuna’ dair söylemlerle, doğuda ise ‘sendikacıların Türk olup Kürt düşmanı olduğuna’ dair söylemlerle işçilerin kışkırtıldığı dile getirilmektedir.

Birçok hastanedeki asıl işveren-alt işveren ilişkisinin muvazaalı olduğuna dair kararlar çıkarttıran sendika, bu kararların hastane yönetimleri tarafından uygulanmadığı durumlarda iş bırakma eylemleri gibi fiili mücadelelere başvurmaktadır. Ayrıca fiili mücadelelerin yasal mücadelelerden çok daha önemli ve sonuç doğurucu olduğuna inanmaktadırlar. Bugün Türkiye’de Dev Sağlık-İş’in tanınmıyor olmasını üye sayısına değil, verdikleri fiili mücadelelerle gündemi değiştirebilme güçlerine bağlamaktadırlar.

Ayrıca, Türkiye’de batıda ve doğuda birçok hastanede örgütlenme mücadelesi veren sendika, sen-

dikaların işçi sınıfı örgütlenmesinin toplumsal birliğe sağlayacağı katkıya vurgu yapmaktadır. Genel Sekreter bu durumu şu cümle ile dile getirmiştir: “Türkiye’de kardeşlik, birlik beraberliğin de aslında bir sınıf mücadelesi içindeki ipuçlarını da ortaya çıkarmış durumdayız. Her yerde mücadeleyi birlikte yürütüyoruz. Ağrı’ya gidiyoruz. Azeri, MHP’li, BDP’li Kürt işçiyle aynı masaya oturup beraber konuşabiliyoruz nasıl mücadele yapacağız diye.”

Sendika yönetimi, işçilerin hiçbir ayırım yapmadan tek çatı altında örgütlendiğinde başarı sağlanabileceğine, bunun için de birleşik bir emek hareketi oluşturmak gerektiğine inanmaktadır. Birleşik emek hareketinin yalnızca işçilerin ücretinin ya da çalışma koşullarının zemininde değil, güvencesiz işçilerin de örgütlenmesinin sağlanmasıyla olabileceğini savunan Sendika, bu durumun giderek işçi sınıfının çok büyük bir gövdesinin örgütlenmesi haline dönüşeceğine ve önemli bir kırılma noktası yaratacağına inanmakta ve buna dayalı bir örgütlenme izlediklerini belirtmektedir.

Daha geniş sosyal hak taleplerinin örgütlenmeye dahil edildiği bir süreçte oluşabileceğine dikkat çeken Dev Sağlık-İş Sendikası, toplumsal hareket sendikacılığını benimseyen³ (21), güvencesiz ve enformel çalışanları örgütlenme sürecine dahil eden; ulaşım, barınma, yerel hizmetler, eğitim gibi hakların sendikal hareketin talepleri arasında yer alması gerektiğini savunan, yeni bir örgütlenme stratejisinin benimsenmesi gerektiğini dile getiren bir sendikadır. Sendika yöneticisi, bu durumu şu cümle ile ifade etmektedir: “Yeni bir sınıf hareketi lazım. Yeni bir birleşik emek hareketi...İşçi memur ayrımı olmadan. Hepsinin tek bir çatı altında toplandığı yeni bir emek hareketi örgütlemek lazım”

Sendika ortak hareketin işçi-memur, çekirdek işçi-taşeron işçisi gibi ayrımları ortadan kaldıran, işyerinde başlayan ve ortak alanlardan ülke geneline yansıyan bir hattın oluşturulmasını mümkün kılacağına inanmaktadır (21). Ayrıca kamu hizmetlerinin piyasalaştırılmasına, güvencesizleştirilmesine ve kamusal sağlık birimlerinde asıl işin taşeronla verilmesine karşı SES, TTB ve diğer demokratik kitle örgütleri ile birlikte, birleşik bir mücadele sunmaktadır. Kamu sağlık birimlerinde ‘asıl işin taşeronlaştırılması’ uygulamasına karşı mücadele için SES ve TTB örgütlenmeye sahip olduğu işyerlerinde ‘örgütlü çekirdek emekçi’, taşeron işçilerin ‘asıl işve-



renin işçileri' sayılması için mücadele vermekte; demokratik kitle örgütleri de taşeron sağlık işçilerinin direnişlerinin mahallelere taşınmasına katkıda bulunmaktadır. Bu mücadele ile üniversite hastanelerinde başarılar elde edilmiş, mücadele devlet hastaneleri ve sosyal hizmet kurumlarına da yayılmaya başlamıştır (29).

Sonuç

Sendikaların emeğin maliyetini arttırdığı gerekçesiyle sendikal haklar tüm dünyada yaygın olarak ihlal edilmektedir. Türkiye'deki sendikal hak ihlalleri uluslararası sözleşmelere konulan çekincelerle yasal olarak; sendikacıların veya işyerlerinde sendikalaşma mücadelesi veren işçilerin gözetimine alınması, fiziksel şiddet görmesi gibi yöntemlerle fiziksel olarak engellenmektedir. En yoğun sendika hak ihlalleri de sendika karşıtı uygulamalar, sendikal nedenle işten çıkarma gibi yıldırma politikalarını içeren rafine yöntemlerle gerçekleştirilmektedir.

Türkiye'deki işçilerin örgütlenme hakkının engellenmesi ile Anayasa'nın 51. ve 53. maddeleri, 2821 sayılı Sendikalar Kanunun 22. ve 31. maddeleri, ILO 87, 98 ve 158 sayılı sözleşmeleri, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ihlâl edilmektedir. Ayrıca Anayasa'nın 90. maddesinde belirtilen uluslararası sözleşmelerin iç hukuka üstünlüğü ilkesi de ihlâl edilmektedir.

Sendikal hakların ihlal edilmesi fiili sendikal yıldırma politikaları dışında, istihdam biçimlerinin esnekleştirilip, güvencesiz bir işçi kesimi yaratılmasıyla da gerçekleştirilmektedir. Özellikle işlerin taşeronla verilmesi sendikasızlaştırmayı kolaylaştıran bir durumdur. Bu nedenle Türkiye'de her geçen gün taşeron işçi sayısının artması, sendikal hak ihlallerinin de o oranda artması anlamına gelmektedir.

Bu çalışmada taşeron sağlık işçilerinin çalışma koşulları, bu koşullar sebebiyle örgütlenmeye duyduğu ihtiyaç, sağlık sektöründe taşeron kullanımının sakıncaları, işyerlerinde örgütlenmelerinin nasıl engellendiği, sendikaların örgütlenmede karşılaştığı sorunlar, sendikaların verdiği örgütlenme mücadelesi ve yöntemi ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Taşeron işçilerle yapılan görüşmelerde sendikalı olmak isteyenler işten çıkartılma korkusu duyduklarını belirtmişlerdir. Sendika üyesi olan işçiler ise, üyeliklerinden kaynaklı iş yüklerinin arttırıldığını,

sendikal eylemleri sırasında yönetim tarafından fişlendiklerini ve çalıştıkları servislerin değiştirildiğini belirtmişlerdir. Bu uygulamalarla işçiler üzerinde psikolojik bir baskı kurularak örgütlenme hakları engellenmektedir. Ayrıca tehdit ve baskılarla üyelikten çıkmaya zorlama, üye işçilerin çalıştığı servislerin sürekli değiştirilmesi, yoğun mesai saatleri, asli işleri olmayan tüm angarya işlerin yaptırılması da işçileri yıldırma politikalarına örnek gösterilebilir.

Sendika ile yapılan görüşmede ise, yönetimin sendika hakkında 'sendikanın politik amaç güttüğü' söylemlerini yayarak işçileri sendikadan uzaklaştırmaya çalıştığı dile getirilmiştir. Diğer yandan sendika yöneticilerinin dönem dönem gözetimine altına alınıp uzun süren yargılama süreçlerine maruz bırakılması sendikaların da yıldırılmaya çalışıldığını göstermektedir.

Sendikal hak ihlallerinin dışında hastanelerde taşeron olarak çalışan temizlik işçilerine hastaların sağlığını yakından ilgilendiren ve teknik bilgi gerektiren işlerin de yaptırılması, hastaların sağlığını tehlikeye düşürmektedir. Ayrıca işçilerin asıl işleri dışındaki işlerde çalıştırılması, temizlik işini yerine getirememelerine sebep olmaktadır. Bu durum hastanelerde sunulan sağlık hizmetini olumsuz etkilemektedir. Özellikle sağlık sektöründe taşeron işçilerin bu şekilde çalıştırılması, halk sağlığını zedeleyici bir durum oluşturmaktadır.

Sendikaların güvencesiz olarak çalıştırılan taşeron işçilerini örgütlenme çabası vermemesi, bu kesimi çok daha zor koşullarda çalışmaya mahkum etmektedir. Araştırma konusu edinilen sendika, yönetimin baskılarına maruz kalmasına rağmen taşeron işçileri örgütlenme mücadelesinden vazgeçmemektedir. Sendikaların, güvencesiz işçileri birleşik bir emek hareketi yoluyla örgütlenme çabası, tüm sendikalar için örnek oluşturabilecek bir anlayıştır.

Mevcut sendikaların çok büyük bir çoğunluğu kendi üyeleriyle yetinmekte, taşeron ve güvencesiz işçilerle ilgilenmemektedir. Her geçen gün büyüyen güvencesiz işçi sınıfı, piyasanın insafına bırakılmaktadır. Ancak bu durum sadece işçilerin zararına değildir. Güvenceli işlerin azalmasından dolayı tabanı her geçen gün daralan sendikaların giderek sayıları artan güvencesiz işçileri örgütlememesi, kendi krizlerini derinleştirmesine de yol açacaktır.



Dipnotlar

1. Sözleşmeciler taraflar, çalışanların ve çalıştırılanların ekonomik ve sosyal çıkarlarını korumak için yerel, ulusal ve uluslararası örgütler kurma veya bu örgütlere üye olma özgürlüğünü sağlamak veya geliştirmek amacıyla ulusal mevzuatın bu özgürlüğü zedelemesini veya zedeleyici biçimde uygulanmasını önlemeyi yükümlenirler.
2. Adil çalışma şartları hakkı (m.2), işçi sağlığı ve iş güvenliği hakkı (m.3), sendika hakkı (m.5), toplu pazarlık hakkı (m.6), çalışan kadınların korunması (m.8), bedensel ya da zihinsel özgürlüklerin mesleki eğitimi hakkı ve mesleki ve yeniden uyum hakkı (m.15).
3. Emek mücadelesini toplumsal alanlara da taşıyan, yatay ve heterojen bir sendikal anlayıştır.

Kaynaklar

1. Güzel, A. "Roma ve Maastricht Antlaşmaları Sürecinde Avrupa Sosyal Modeli ve Türkiye", Metin Kutsal'a Armağan, Ankara: Tühis, 1998;99-127.
2. ILO, Fundamental Rights at Work and International Labour Standards, Geneva-2003.
3. Gülmez, M. "Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartına Uyum Sağlayabilecek miyiz?", Çalışma ve Toplum, 2007/1, 2007;27-52.
4. Çelik, A. "AB Sürecinin En Uyumsuz Alanı: Sosyal Haklar", Birikim, 2004;184-185.
5. Çelik, A. AB Sosyal Politikası-Uyum Sürecinin Uyumsuz Alanı, Gözden Geçirilmiş 2. Basım, İstanbul: Kitap Yayınevi 2008.
6. Çelik, A. "Ücretli Olmayanların Sendikal Hakları ve Türkiye Uygulaması", Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu, I, Bildiriler, (Yay. Haz. Nergis Mütevellioğlu, Mehmet Zambak, İlker Belek, Hale Balseven, Önder Okumuş, Cihan Camcı, Ulaş Candaş ile birlikte), Ankara: Belediye-İş Yayını, 2009;154-165.
7. IFCTU, Annual Survey Violation of Trade Union Rights, (2006) www.ifctu.org.
8. ITUC, Annual Survey Violation of Trade Union Rights, (2010) www.ituc.csi.org.
9. TÜRK-İŞ, "Türkiye'de Sendikal Örgütlenmenin Bedeli: İşten Atılmak" Raporu, (2006) www.turkis.org.tr (05.04. 2011).
10. Bakır, O., Akdoğan, D. "Türkiye'de Sendikalaşma ve Özel Sektörde Sendikal Örgütlenme", Türk-İş Dergisi, 2009;383:88-95.
11. ITUC, <http://survey.ituc-csi.org/Turkey.html?lang=en> (05.06.2011)
12. Radikal, <http://www.radikal.com.tr/Radikal.aspx?aType=RadikalDetayV3&VersionID=79764&Date=11.06.2011&ArticleID=1052442> (11.06.2011).
13. Koç, Y. "ILO'da Kara Listeye Alınmışız!" <http://www.yildirimkoc.com.tr/usrfile/1323723079a.pdf>, Aydınlık Dergisi (20.06.2010).
14. DİSK, <http://www.disk.org.tr/default.asp?Page=Content&ContentId=1170> (06.06.2011).
15. Yıldırım, E., Banu U. "İşverenlerin Sendikalaştırma Modelleri ve Türkiye Örneği", Çalışma ve Toplum, 2010;2:163- 84.
16. Urhan, B., Selamoğlu, A. "İşçilerin Sendikalara Yönelik Tutum ve Davranışları; Kocaeli Örneği", Çalışma ve Toplum, 2008;3:171-197.
17. Çelik, A. "Yeni Sorun Alanları, Eğilimler ve Arayışlar", Sazak, F. (Der.), Türkiye'de Sendikal Kriz ve Arayışlar içinde, Ankara: Epos, 2007;17-75.
18. Gall, G. "British Employer Resistance to Trade Union Recognition", Human Resource Management Journal, 2004;14:2,36-53.
19. Urhan, B. "Türkiye'de Sendikal Örgütlenmede Yaşanan Güven ve Dayanışma Sorunları", Çalışma ve Toplum, 2005;1:57-88.
20. DİSK-AR, Taşeron ve Güvencesiz Çalışma Raporu, www.disk.org.tr, (06.01.2011).
21. Dev Sağlık-İş, VII. Olağan Genel Kurul Çalışma Raporu, İstanbul-2007.
22. Eğitim Sen, Kamunun Dönüşümü ve 657 DMK Değişiklikleri Üzerine, Eğitim Sen Yayınları, Ankara-2010.
23. Urhan, B., Etiler N. "Sağlık Sektöründe Kadın Emekçinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi", Çalışma ve Toplum, 2011;2:191-216.
24. Yücesan Özdemir, G., Özdemir, AM. Sermayenin Adaleti: Türkiye'de Emek ve Sosyal Politika, Ankara: Dipnot Yayınları, 2008.
25. Dev Sağlık-İş ve SES, [www.sesankara.org/yayinlar/taseronbildiri\(6temmuz09\).pdf](http://www.sesankara.org/yayinlar/taseronbildiri(6temmuz09).pdf).
26. Ostry AS, Spiegel JM. "Labor markets and employment insecurity: impacts of globalization on service and healthcare-sector workforces", International Journal of Occupational and Environmental Health, 2004;Oct-Dec;10(4):368-74.
27. Ansal, H. "Emek Sürecinde Yeni Hedef: Esneklik Çalışanlar İçin Ne Demek?", Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran, 2004;19:3,164-168.
28. Akkaya, Y. "Küreselleşme" Kışkırtıcısında Türkiye İşçi Sınıfı ve Temel Özellikleri, Petrol- İş 2000-2003 Yılı, sy. 219- 238
29. Dev Sağlık-İş, VII. Olağan Genel Kurul Çalışma Raporu, İstanbul-2011.●



EDİRNE'DE AMBULANS ÇALIŞANLARININ

ANKSİYETE, DEPRESYON ve İŞE BAĞLI GERGINLIK DÜZEYLERİ*

Dr. Burcu TOKUÇ

Doç., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Yaser TURUNÇ

Sağlık Memuru, Meriç Toplum Sağlığı Merkezi, Edirne

Dr. Galip EKUKLU

Prof. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Özet

Bu çalışmada; Edirne'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde ambulanslarda çalışan personelde en çok iş gerginliği yaratan durumların ve personelin anksiyete ve depresyon riskinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel tipteki çalışmada Edirne'de bulunan sekiz adet 112 acil sağlık istasyonunda çalışan 71 sağlık çalışanı çalışma kapsamına alınmıştır. Katılımcılara, demografik soru formu, İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden oluşan 45 soruluk anket formu dağıtılmış ve bir gün sonrasında toplanmıştır.

Hastane öncesi acil servis çalışanlarının İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği puan ortalaması 33.9 ± 6.4 (22.0 – 51.0), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puan ortalaması 7.6 ± 3.8 (0 – 20), Depresyon puan ortalaması 5.6 ± 4.3 (0-20)'tür. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 11 ve depresyon alt ölçeği için 8 olarak alındığında 14 çalışanda (%19.7) anksiyete riski, 21 çalışanda (%29.6) depresyon riski saptanmıştır. Çalışanların 45'i (%63.1) çalışma sisteminin, 34'ü (%47.9) hastalık bulaşma riskinin, 30'u (42.3) personelin az ve yetersiz olmasının, 27'si (%38.0) araç-gereç ve tıbbi malzemenin yetersiz olmasının, 25'i (%35.2) kaynakların yetersiz olmasının, 25'i (%35.2) hastalar ve yakınları ile profesyonel iletişim kuramamanın, 19'u (%26.8) hata yapma korkusunun, 15'i (%21.1) hızla alınması gereken hayati kararların, 12'si (%16.9) hastaların zor olmasının işini yaparken kendilerinde gerginlik (stres) yarattığını belirtmişlerdir.

Acil sağlık hizmetlerinde çalışanlara iş stresine neden olan stresörü tanımaya, stresle etkin baş etme yollarını öğrenme ve problem çözme ve iletişim becerilerini geliştirmeye, kendine güvenli tutumlar geliştirmeye yönelik danışmanlık programları oluşturulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: ambulans çalışanları, işe bağlı gerginlik, ruhsal sağlık

Work Related Stress and Mental Health Levels of Ambulance Workers in Edirne

Abstract

This study is aimed to examine the levels of work-related stress and prevalence of anxiety and depression in a sample of emergency ambulance personnel in Edirne – Turkey.

Data were gathered from 71 ambulance workers in Edirne – Turkey in a cross-sectional design. The respondents completed demographic questionnaire and standardized questionnaires to assess mental health, such as the Work-Related Stress Scale, the Hospital Anxiety-Depression Scale. Work-related stressors were assessed with specific questions.

The mean score of Work-related Stress Scale of respondents was 33.9 ± 6.4 (22.0 – 51.0). Nearly one in five (19.7%) of the emergency ambulance workers reported probable clinical levels of anxiety and 29.6% reported probable clinical levels of depression based on the Hospital Anxiety and Depression Scale Scores.

Emergency ambulance workers listed the work-related stressors as; working system (63.1%), diffi-

cult patients (35.2%), lack of professional communication with patients (47.9%), infection contamination risk (47.9%), limited sources and tools (42.3%), working with limited and inadequate personnel (38%), critical decisions about emergency patients (21.1%), fear of doing mistakes while running their job (26.8%). A key imperative for any emergency service is to develop strategies for both the prevention and treatment of the significant levels of mental health problems associated with emergency work.

Key words: ambulance workers, work-related stress, mental health

Giriş

İş stresi, bireyin yeteneklerindeki yetersizliklere, fiziksel ya da psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve bireyde gerilim yaratan durum olarak tanımlanmaktadır (1). İş stresi çalışma yaşantısında kaçınılmaz bir deneyim olmakla birlikte, iş stresinin sıklığı ve süresi bireyin baş edebilme gücünden fazla olduğunda sorunlar ortaya çıkmaktadır (1).

Hastane öncesi acil sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de sık olarak ölümlerle, yaşamı tehdit edici kazalarla

ve kritik olgularla karşılaşılması nedeniyle diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir (2).

Ambulans çalışanları sıklıkla hızlı karar vermek, hızlı hareket etmek ve ölüm ile yaşam arasındaki hastalara çoğunlukla uygun olmayan ortamlarda, seyircilerin meraklı bakışları altında tıbbi bakım yapmak zorunda kalmaktadır. Üstelik bunları yaparken, çeşitli bulaşıcı hastalıklar, hastalar ya da hasta yakınları tarafından şiddet görmek gibi risklere de maruz kalmaktadırlar (3). Bu travmatik maruz kalış, mortalite riskini artırmakta, ciddi bedensel ve ruhsal sorunlara ve davranış sorunlarına yol açabilmektedir (4-6). Ambulans hizmetleri için niteliği gereği stresli olduğu varsayımına dayandığı için ambulans çalışanları “yüksek riskli” bir meslek grubu olarak tanımlanmaktadır (7).

Bu çalışmada; Edirne’de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde ambulanslarda çalışan personelde en çok iş gerginliği yaratan durumların ve personelin anksiyete ve depresyon riskinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki çalışma, Haziran-2008’de Edirne ilinde bulunan sekiz adet 112 Acil Sağlık İstasyonunun tamamında yürütülmüştür. Bu istasyonlarda çalışan, 86 personelden, çalışmaya katılmayı kabul eden acil tıp teknisyeni, paramedik, hemşire ve sağlık memurlarından oluşan 71 (%82.5) hastane öncesi acil servis çalışanı çalışma kapsamına alınmıştır. Acil Sağlık İstasyonlarında çalışan hekimler (n=24) çalışma kapsamına alınmamıştır. Katılımcılara, demografik soru formu, İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (İBGÖ), Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HADÖ)’nden oluşan 45 soruluk veri toplama formu dağıtılmış ve bir gün sonrasında toplanmıştır.

Veri toplama araçları

1. Demografik soru formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan, katılımcıların demografik ve mes-





Tablo-1: Ambulans çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre İBGÖ ve HADÖ'den aldıkları puanlar

Sosyo-demografik özellikler	İBGÖ	Anksiyete	Depresyon
Cinsiyet			
Kadın	33.1 ± 6.4	7.5 ± 3.6	4.9 ± 3.5
Erkek	35.8 ± 6.2	7.9 ± 4.4	7.1 ± 5.6
P	.121	.686	.161
Medeni Durum			
Evli	33.6 ± 6.4	7.4 ± 3.8	5.0 ± 4.1
Bekar	34.5 ± 6.5	7.9 ± 3.9	6.8 ± 4.6
P	.636	.897	.071
Meslekler			
Acil Tıp Teknisyeni	34.1 ± 6.4	7.6 ± 3.6	5.4 ± 4.3
Paramedik	33.3 ± 6.5	6.9 ± 2.7	4.7 ± 2.9
Hemşire + Sağlık Memuru	33.8 ± 7.0	8.7 ± 6.1	8.2 ± 5.6
P	.851	.759	.213

Tablo-2: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre anksiyete ve depresyon riskinin dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Anksiyete n (%)	P	Depresyon n (%)	P
Cinsiyet				
Kadın	9 (18.0)	.397	12 (24.0)	.112
Erkek	5 (23.8)		9 (42.9)	
Medeni Durum				
Evli	10 (20.8)	.500	12 (25.0)	.222
Bekar	4 (17.4)		9 (39.1)	
Meslekler				
Acil Tıp Teknisyeni	10 (21.7)	DY*	13 (28.3)	DY*
Paramedik	1 (06.3)		3 (18.8)	
Hemşire + Sağlık Memuru	3 (33.3)		5 (55.6)	
Toplam	14 (19.7)		21 (29.6)	

* DY: Bazı hücrelerde sayı azlığı nedeni ile değerlendirme yapılamamıştır.

Tablo-3: Depresyon ve anksiyete riski saptananlarda İBGÖ puan ortalamaları

	Var	Yok	p
Anksiyete riski	38.5 ± 4.8	32.8 ± 6.2	.001
Depresyon riski	39.0 ± 4.1	31.7 ± 5.9	.000

leki kimi özelliklerini belirlemeye yönelik 15 sorudan oluşan anket formudur.

2. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (İBGÖ): Sağlık alanında çalışanlarda işe bağlı gerginlik ve stresi belirlemek amacıyla Revicki ve ark. tarafından geliştirilmiş, 18 maddeden oluşan, 4'lü likert tipi bir özbebildirim ölçeğidir (8). Aslan ve ark. tarafından

sağlık alanında çalışan yedi meslek grubundan oluşan bir örneklem ile Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (8). 15. madde güvenilirlik katsayılarını belirgin biçimde düşürdüğü için Aslan ve ark. daha sonraki bir çalışmalarında bu maddeyi çıkarmışlardır. Bu çalışmada ölçeğin 17 soruluk şekli kullanılmıştır.

3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ): Kişide anksiyete ve depresyon yönünden riski ve düzeyini belirlemek için Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir. 14 maddeden oluşan 4'lü likert tipi bir ölçektir (9). Türkçeye Aydemir ve ark. tarafından uyarlanmıştır (9). Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 11 ve depresyon alt ölçeği için 8 olarak saptanmıştır (4).

İstatistiksel yöntemler

Verilerin değerlendirilmesi SPSS Ver. 13.0 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler ve Student t testi ve ki-kare testi kullanılmıştır. Veriler ortalama ± Standart Sapma olarak verilmiştir.

Çalışmanın yürütülebilmesi için Edirne Valiliği'nden gerekli izinler alınmış ve çalışma protokolü Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan hastane öncesi acil çalışanlarının 46'sı (%64.8) acil tıp teknisyeni, 16'sı (%22.5) paramedik, 5'i (%7.0) hemşire, 4'ü (%5.6) sağlık memuru'dur. Katılımcıların 50'si (%70.4) kadın, 21'i (%29.6) erkektir ve yaş ortalaması 24.8±3.5 yıldır. Çalışanların 23'ü (%32.4) bekâr, 48'i (%67.6) evlidir.

Hastane öncesi acil servis çalışanlarının İBGÖ puan ortalaması 33.9±6.4, HADÖ Anksiyete puan ortalaması 7.6±3.8, Depresyon puan ortalaması 5.6±4.3'tür. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre İBGÖ'den ve HADÖ Ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo-1'de verilmiştir.

Katılımcıların her iki ölçekten aldıkları puanlar cinsiyetlerine ve medeni durumlarına göre farklılık göstermemiştir (Tablo-2).

Tablo-4: Katılımcıların işin yürütümü sırasında kendilerinde gerginlik yarattığını söyledikleri durumların varlığında anksiyete riski saptanma oranları

Gerginlik yaratan durumlar	Evet n (%)	Hayır n (%)	P
Çalışma sistemi	9 (20.0)	5 (19.2)	.937
Hastalık bulaşma riski	16 (47.1)	5 (13.5)	.002
Personelin az ve yetersiz olması	8 (26.8)	6 (14.6)	.208
Araç, gereç ve tıbbi malzemenin yetersiz olması	4 (19.0)	10 (20.0)	.603
Kaynakların yetersiz olması	6 (24.0)	8 (17.4)	.504
Hastalar ve yakınları ile profesyonel iletişim kuramama	4 (16.0)	10 (21.7)	.562
İşin yürütümü sırasında hata yapma korkusu	6 (31.6)	8 (15.4)	.120
Hızla alınması gereken yaşamsal kararlar	6 (40.0)	8 (14.3)	.026
Hastaların zor olması	3 (25.0)	11 (18.6)	.436

Tablo-5: Katılımcıların işin yürütümü sırasında kendilerinde gerginlik yarattığını söyledikleri durumların varlığında depresyon riski saptanma oranları

Gerginlik yaratan durumlar	Evet n (%)	Hayır n (%)	P
Çalışma sistemi	13 (28.9)	8 (30.8)	.867
Hastalık bulaşma riski	9 (26.5)	5 (13.5)	.170
Personelin az ve yetersiz olması	12 (40.0)	9 (22.0)	.100
Araç, gereç ve tıbbi malzemenin yetersiz olması	10 (37.0)	11 (25.0)	.281
Kaynakların yetersiz olması	7 (28.0)	14 (30.4)	.830
Hastalar ve yakınları ile profesyonel iletişim kuramama	7 (28.0)	14 (30.4)	.830
İşin yürütümü sırasında hata yapma korkusu	6 (31.6)	15 (28.8)	.823
Hızla alınması gereken yaşamsal kararlar	5 (33.3)	16 (28.6)	.474
Hastaların zor olması	3 (25.0)	18 (30.5)	.703

HADÖ kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 11 ve depresyon alt ölçeği için 8 olarak alındığında 14 çalışanda (%19.7) anksiyete riski, 21 çalışanda (%29.6) depresyon riski saptanmıştır (Tablo-2).

HADÖ'ne göre depresyon ve anksiyete riski saptananların İBGÖ puanları, riskli olarak bulunmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo-3).

Hastane öncesi acil çalışanlarına son bir yıl içinde sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda; 48 (%67.6)'i iyi ve çok iyi, 23 (%32.4)'ü orta ve kötü olarak değerlendirmiştir. Son bir yıl içinde sağlığını orta ve kötü olarak değerlendirenlerin İBGÖ puanları, iyi ve çok iyi değerlendirenlere göre önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla 37.4 ± 6.7 ve 32.2 ± 5.5 ; $p = .002$). Katılımcıların son bir yıl içinde; 47 (%66.2)'si sırt ve bel ağrılarında, 36 (%50.1)'si

boyun ağrılarından yakınması olduğunu, 10 (%14.1)'u hastalardan bulaştığını düşündüğü bir enfeksiyon nedeni ile ilaç kullandığını, 32 (%45.1)'si çalışırken vücudunun herhangi bir yerine delici ya da kesici bir alet battığını, 51 (%71.8)'i hastalar ya da hasta yakınları tarafından sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirmişlerdir. Çalışanların 45 (%63.1)'i çalışma sisteminin, 34 (%47.9)'ü hastalık bulaşma riskinin, 30 (%42.3)'ü personelin az ve yetersiz olmasının, 27 (%38.0)'si araç-gereç ve tıbbi malzemenin yetersiz olmasının, 25 (%35.2)'i kaynakların yetersiz olmasının, 25 (%35.2)'i hastalar ve yakınları ile profesyonel iletişim kuramamanın, 19 (%26.8)'u hata yapma korkusunun, 15 (%21.1)'i hızla alınması gereken hayati kararların, 12 (%16.9)'si hastaların zor olmasının işini yaparken kendilerinde gerginlik (stres) yarattığını belirtmişlerdir. Katılımcıların işlerini yaparken



kendilerinde gerginlik (stres) yarattığını söyledikleri durumların varlığında anksiyete ve depresyon riski saptanma oranının arttığı görülmüştür (Tablo 4-5).

Son bir yıl içinde işin yürütümü sırasında kesici-delici bir tıbbi aletle yaralananlarda ve hastalar ve yakınları tarafından sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalanlarda İBGÖ puanları anlamlı bir farklılık göstermezken, son bir yıl içinde hastalardan bulaştığı düşünülen bir enfeksiyon nedeniyle ilaç kullanan personelin İBGÖ puanı diğerlerinden önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla 38.5 ± 5.4 ve 33.1 ± 6.2 , $p = .038$).

Tartışma

Bu çalışmada, hastane öncesi acil servis çalışanlarının yaşadığı iş gerginliğinin mesleklerle, cinsiyete ve medeni durumlarına göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Tel ve ark.'nın Sivas'ta yaptığı çalışmada da benzer şekilde sağlık meslek grupları arasında gerginlik düzeyi açısından farklılık saptanmamıştır (10). Sünter ve ark.'nın Samsun'da pratisyen hekimlerde yaptığı çalışmada da İBGÖ puanlarında cinsiyete ve medeni duruma göre farklılık gözlenmemiştir (11). Bu durum yapılan işin özelliği dışında cinsiyet, meslek, medeni durum gibi sosyo-demografik özelliklerin sağlık çalışanlarındaki işe bağlı gerginliği ve ruhsal sağlığı çok fazla etkilemediğini düşündürmektedir.

Acil sağlık hizmetlerinde çalışanlarda, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, hızlı karar verme ve hızlı hareket etme zorunluluğu, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalınması ve hastalardan çeşitli hastalıkların bulaşma riski gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır. Bunun yanında personel ve malzeme yetersizliği, hizmetin dengesiz dağılımı gibi nedenler de çalışanlarda gerginlik yaratmaktadır. İşe bağlı gerginlik ve stres kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal ve baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk, dikkat eksikliği gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır (5).

Çalışmada ambulans çalışanlarının yaklaşık 1/5'inde anksiyete riski, yaklaşık 1/3'ünde depresyon riski saptanmıştır ve depresyon ve anksiyete riski saptananların İBGÖ puanları, riskli olarak bulunmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bennet aynı ölçeği

kullanarak İngiltere'de ambulans çalışanlarında yaptığı çalışmada anksiyete riskini benzer şekilde (%22) bulmuş ancak depresyon riskini bu çalışmaya göre daha düşük (%10) bulmuştur (5). Streud Norveç'te ambulans personeline yaptığı çalışmada ise hem anksiyete hem de depresyon riskini bu çalışmaya göre daha düşük bulmuştur (sırasıyla %11 ve %7.2) (12). Bennet ve Sterud'un sonuçlarının bu çalışmanın sonuçlarından farklı olmasının nedenleri çalışma gruplarının daha geniş olması ve HADÖ kesme noktalarının hem anksiyete hem de depresyon için 11 olarak alınması olabilir. Ambulans çalışanlarında ruhsal sorunları saptamada Genel Sağlık Anketi kullanılarak İngiltere'de yapılan iki ayrı çalışmada ise bizim çalışmamıza benzer sonuçlar (anksiyete ve depresyon sıklığı >20) bulunmuştur (13,14).

Çalışmamızda ambulans çalışanlarının 2/3'si sağlığını kötü olarak değerlendirmiş, 2/3'si sırt ve bel ağrılarından, yarısı boyun ağrılarından yakındığını bildirmiştir. Sterud'un çalışmasında da somatik yakınmaların ruhsal belirtilerden daha fazla olduğu gözlenmiştir (%43.6) (12). Aynı şekilde Japonya'da ambulans personeline yapılan bir çalışmada acil tıp teknisyenlerinin 2/3'ünün sırt ağrılarından, 1/3'ünün ise boyun ve omuz ağrılarından yakındığını tespit edilmiştir (15).

Ambulans çalışanları çalışma düzenlerinin, hastalardan enfeksiyon bulaşma riskinin, personel, araç-gereç ve tıbbi malzemenin yetersiz oluşunun, hastalarla profesyonel iletişim kuramamanın, yamsal kararları hızla almak gerekliliğinin ve hata yapma korkusunun kendilerinde gerginlik yarattığını belirtmişlerdir. Gerginlik yaratan durumların varlığında ambulans çalışanlarında anksiyete ve depresyon riski saptanma oranları daha fazla bulunmuştur. Ploeg ve Kleber'in Hollanda'da, Aasa ve ark.'nın İsveç'te ambulans çalışanlarında yaptıkları çalışmalarda da benzer şekilde sağlık personeli çalışma şartlarının, yaralanma ya da hastalanma risklerinin, fiziksel güçlüklerin, üstlerinden destek görememenin, hata yapma korkusunun kendilerini en çok kaygılandıran durumlar olduğunu bildirmişlerdir (16,17). Ayrıca her iki çalışmada bu gerginlik yaratan durumların varlığının post travmatik stres bozukluğunun, tükenmişliğin, yorgunluğun ve baş ağrısı, karın ağrısı gibi somatik şikayetlerin artmasında belirleyici olduğunu ortaya

koymuşlardır. Tel ve ark. ise sağlık çalışanlarında işe bağlı gerginlik yaratan durumların ambulans çalışanları ile benzer olarak iş yükünün fazla olması, ekip çalışmasının olmaması, iletişim sorunları, personel ve malzeme yetersizliği, hata yapma korkusu gibi durumlar olduğunu ortaya koymuşlardır (10).

Bu çalışmada ambulans çalışanlarını en fazla kaygılandıran ve işe bağlı gerginliği anlamlı düzeyde yükselten durumun ise hastalardan enfeksiyon bulaşma riskinin olduğu görülmüştür.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı küçük bir grupta ve yalnızca istekli katılımcılarla yapılmış olmasıdır.

Sonuç

Konuyla ilgili öteki çalışmaların çoğunda olduğu gibi bu çalışmada da ambulans çalışanları, acil sağlık hizmetlerinde çalışmanın doğası gereği daha riskli ortamlarda çalışmakta ve işe bağlı gerginlikleri de yüksek olmaktadır ve bu gerginlik ruhsal ya da fiziksel sağlık sorunları olarak kendini göstermektedir. Bu nedenle acil sağlık hizmetlerinde çalışanlara iş stresine neden olan stresörü tanıma, stresle etkin baş etme yollarını öğrenme ve problem çözme ve iletişim becerilerini geliştirme, kendine güvenli tutumlar geliştirme konularında danışmanlık programları oluşturulmalıdır.

Hizmetin yürütülmesinde ambulans personelinin karşılaştığı güçlükler tespit edilmeli ve giderilmesi yönünde önlemler alınmalıdır. Personel, araç-gereç ve tıbbi malzeme eksikliklerinin oluşmasına yönelik planlamalar yapılmalı ve eksiklikler kısa sürede giderilmelidir. Ambulans hizmetlerinde çalışanların dinlenme periyodları iyi düzenlenmeli ve yoğun çalışma temposunu azaltacak önlemler alınmalıdır.

*12. Dünya Halk Sağlığı Kongresi'nde (2009) bildirisi olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Clegg A. Occupational stress in nursing: A Review of the literature. Journal of Nursing Management 2001; 9 : 101-6.
2. Ward CL, Lombard CJ, Gwebushe N. Critical incident exposure in South African emergency services personnel: prevalence and associated mental health issues. Emergency Medicine Journal 2006; 23:226-231.
3. Sterud T, Ekeberg O, Hem E. Health Status in the ambulance services: a systematic review. BMC Health Services Research 2006; 6:82.

4. Maguire BJ, Hunting KL, Smith GS, Levick NR. Occupational fatalities in emergency medical services: A hidden crisis. Annuals of Emergency Medicine 2002; 40: 625-32.
5. Bennett P, Williams Y, Page N, Hood K, Woollard M. Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. Emergency Medicine Journal 2004; 21: 235-36.
6. Mc Cammon SL. Emergency Medical Service workers: occupational stress and traumatic stress. In: Paton D, Violanti JM, eds. Traumatic stress in critical occupations: recognition, consequences and treatment. 1st ed. Springfield, IL, 1996:58-86.
7. Young KM, Cooper CL. Occupational stress in the ambulance service: a diagnostic study. Health Manpower Management 1997; 23:140-7.
8. Aslan SH, Alparslan ZN, Aslan RO. İşe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenirliği. Düşünen Adam 1998; 11(2):4-8.
9. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1977; 8: 280-7.
10. Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın Ş. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2003;3: 13-23.
11. Sünter AT, Canbaz S, Dabak S, Öz H, Peşken Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. Genel Tıp Dergisi 2006; 16(1): 9-14.
12. Sterud T, Hem E, Ekeberg O, Lau B. Health problems and help-seeking in a nationwide sample of operational Norwegian ambulance personnel. BMC Public Health 2008; 8:3
13. Alexander DA, Klein S. Ambulance personnel and critical incidents. British Journal of Psychiatry 2001; 178: 76-81.
14. Thompson J. Psychological impact of body recovery duties. Journal of Royal Society of Medicine 1993; 86(11): 628-629.
15. Okada N, Ishii N, Nakat M, Nahyama S. Occupational Stress among Japanese emergency medical technicians: Hyogo Prefecture. Prehospital Disaster Medicine 2005; 20: 115-121.
16. Van der Ploeg E, Kleber RJ. Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. Occupational and Environmental Medicine 2003; 60 (supple I):40-46.
17. Aasa U, Brulin C, Angquist KA, Barnekow-Bergkvist M. Work related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. Scandinavian Journal of Caring Science 2005; 19: 251-258.●



MSG Yayın Kurulu; Bu makale, Şubat 2006'da Occupational and Environmental Medicine dergisinde yayımlanmıştır. Makale, Sırbistan'daki diş teknisyenlerinin mesleki sağlık sorunlarına dikkat çekmek üzere yazılmış kısa bir derlemedir. Makalenin dergimiz açısından ilgi çeken yönü, bugüne kadar üzerinde konuşulmamış bir meslek grubunun işçi sağlığı sorunlarını ele almasıdır. Ülkemizde de kesin sayısı bilinmeyen, sahne arkasında küçük atölyelerde uzun çalışma saatleri boyunca çalışan ve çoğunun kadın olduğunu tahmin ettiğimiz binlerce diş teknisyenin çalışma ortamlarından kaynaklanan sağlık sorunlarının görünür hale getirilmesi için bir başlangıç olmasını umut ediyoruz.

N. TORBİCA, S. KRSTEV

Sırbistan Klinik Merkezi, Mesleki ve Radyolojik Sağlık Enstitüsü

Çeviri : Dr. Ercan DUMAN

N. Torbica, S. Krstev. "World at Work : Dental Laboratory Technicians"

Occupational and Environmental Medicine. 2006;63(2):145-148

Giriş

Toplum diş sağlığı, tüm dünyada içme suyunun florlanması ve koruyucu diş bakımı ile sağlanmaktadır. Daha önceki yıllarda tam protezler daha az, köprü ve kanal uygulamaları daha sık kullanılmaktaydı. Son birkaç yıl içinde, özellikle yaşlı nüfusun protezlere yönelik talebinde artış olmuştur.

Protezler, laboratuarlarda diş teknisyenleri tarafından yapılmaktadır. Bu iş, tüm dünyada benzer yapılmakla birlikte, mesleki maruziyet çalışma koşulları ve kullanılan malzemelere bağlı olarak değişebilmektedir.

Kaba veriler, Sırbistan'da %70'i kadın ve %30'u erkek olmak üzere yaklaşık 3800 diş teknisyeni olduğunu göstermektedir.

ÇALIŞMA DÜNYASI: DİŞ LABORATUVARI TEKNİSYENLERİ

İş Akışı

Diş hekimleri, teknisyenlere kaplama, köprü, protez, vb. yapmak üzere diş veya çenenin kalıbı olan bir parça gönderirler. Sonrasında teknisyen bu kalıbı kullanarak hastanın modelini yapar (Şekil-1).

Bundan sonraki aşama, hastanın çenesinin ısıırma ve hareketini taklit eden bu modeli aparat üzerine yerleştirmektir. Model protetik yapının temeli olarak iş görür. Teknisyenler istenen siparişi yerine getirmek için bir dizi işlem yaparlar. Çoğunlukla küçük el aletleriyle yapılan bu işlemler; alçı dökümü, balmumu kalıp oluşturulması, metal çerçeve yapımı, kumlama, boyama ve fırınlama gibi işleri içermektedir (Şekil-2). Sonrasında dişe istenen şekli ve rengi vermek için porselen kaplama uygulanır (Şekil-3).



Şekil-1



Şekil-2



Şekil-3

Ortodontik uygulamalar metakrilat polimeri ve çelik tellerle yapılır. Çıkartılabilen takma dişler (kısmi ve bütün) metakrilattan ve elde yapılır (Şekil-4).

Birçok laboratuvar da teknisyenler sadece birkaç işi yaparken, bazı laboratuvarlarda işin tüm aşamalarında görev alabilmektedirler. Yine diş teknisyenleri beş alandan birinde uzmanlaşmış olabilirler, bunlar ortodontik cihazlar, köprü ve kaplama, tam protez, kısmi protez ve porselen'dir.

Tehlikeler

Diş teknisyenleri genel olarak temiz ve iyi aydınlatılmış yerlerde çalışıyor olmakla birlikte, bu koşullar her zaman böyle olmayabilir. Teknisyenler genellikle, brülör, zımpara, boya ekipmanları ve küçük el aletlerinden oluşan kendi tezgahlarında çalışırlar. İş aşırı derecede hassas ve zaman alıcıdır. Ücretli teknisyenler çoğunlukla haftada 40 saat çalışmaktadır, kendi hesabına çalışanlar ise sıklıkla daha uzun saatler çalışmaktadır. Bu işlerde yüksek derecede el becerisi, çok iyi bir görüş ve çok iyi renk ayırtma becerisi gereklidir. Sanatçı bir yetenek ve detaylar için kusursuz bir işçilik ayrıca önemlidir.

Kimyasal Tehlikeler

Protez üretim süreci içinde çok sayıda kimyasal tehlike kaynağı söz konusudur. Bunların başlıcaları; solventler, mineral asitler, polimerizasyon, metal döküm ve porselen pişirme süresince salınan gaz ve buharlar, bunların yanı sıra alçı, metal alaşım, seramik ve akrilik reçinelerden gelen tozlardır. MAC değerleri bazen özellikle de önlemlerin yokluğunda aşılmaktadır. Örneğin bir Kore çalışması, havadaki silika konsantrasyonunun NIOSH (The National



Şekil-4

Institute for Occupational Safety and Health) ve ACGIH (American Conference of Industrial Hygienists) MAC değerlerini aştığını göstermiştir. Buna ek olarak, diş teknisyenleri işlerini kusursuz yapmalarını engelledikleri gerekçesiyle kişisel koruyucuların kullanımını da çoğunlukla ihmal etmektedirler.

Birçok kimyasal arasında, silika, butilen glikol, hekzan, etil asetat, nitrosellüloz, glutaraldehit, ben-zol peroksit, hidrokinon, korundum, bisfenol – A, kaolin, titanyum oksit, demir ve bor özellikle sayılmalıdır.

Akrilik bileşikler içinde en önemlileri; metil metakrilat (MMA), trietilenglikol di-metakrilat (TEGDMA), etilenglikol di-metakrilat (EGDMA), 2-hidroksil-etil-metakrilat (HEMA), vb.dir. Vitalyum, visil, duralyum ve vironit gibi gibi metal alaşımlar, kaplama, köprü ve protez üretiminde kullanılmaktadır. Bu alaşımlar, %35-65 kobalt, %20-30 krom, %0-30 nikel ve az miktarda molibden, silika, berilyum, bor, tantal ve diğer elementlerden oluşur. Altın – Palladium alaşımı, günümüzde nadiren kullanılmaktadır.

Solunum Sistemine Etkileri

Tozun içindeki kristal silika yüzdesi, %30'a kadar değişebilir. Mesleki Sağlık Enstitüsü (Institute of Occupational Health-IOH) tarafından bir diş laboratuvarında yapılan ölçümlerde %10 silika içeren solunabilir toz seviyelerinin MAC değerlerini metal kumlama sırasında 3.6 kat, seramik zımpara sırasında ise 2.6 kat aştığı saptanmıştır.

Yüksek silika konsantrasyonu ve kobalt-krom-



molibden alaşımı içeren toza maruziyet, pnömokonyoz riski doğurmaktadır. Diş teknisyenlerinin pnömokonyozu, sert metal tozları ve silika parçacıklarının kombine etkisi sonucu gibi görülmektedir. Mesleki astım veya romatoid sendromla ilişkili olarak interstisyel inflamasyon ve fibrozis oluşabilir. Hatta bir diş teknisyeninde kronik berilyum hastalığı rapor edilmiştir.

Diş teknisyenlerinde görülen temel bulgular; öksürük, balgam ve azalmış solunum fonksiyonlarıdır.

Allerji, Astım, Dermatit

Bazı çalışmalar metakrilat monomerlerinin baş ağrısı, kol ve bacaklarda ağrı, bulantı, iştah kaybı, yorgunluk, uyku bozuklukları, nöropati ve hafıza kaybı gibi merkezi ve periferik sinir sistemi bozuklukları ile birlikte, mukoz membran, göz ve cilt irritasyonu, allerjik dermatit ve astım gibi çok geniş bir yelpazede olumsuz sağlık etkilerinin nedeni olabileceğini göstermiştir.

Yukarıda bahsedilen laboratuvarda yapılan ölçümlerde, metakrilat monomer konsantrasyonunun Sırbistan için 410 mg/m³ olan MAC değerinin 2.4 katı kadar yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Eldiven, yüz maskesi ve sıradan gözlüklerin kullanımı, monomerlerin buharlarına karşı yeterli koruma sağlamamaktadır. Benzol peroksit, metil metakrilat diş malzemelerinin sentezinde kullanılan bir polimerizasyon başlatıcısıdır ve kontakt dermatit yapan bir alerjen olarak bilinir. Bu maruziyet, diş teknisyenlerinde önce gözleri etkiler ve göz yakınmaları sık rastlanır. Benzol peroksit buharı, insan göz fibroblastları için sitotoksik olarak bilinmektedir.

Değişik iritan ve alerjenlere maruz kalmaları nedeniyle diş teknisyenleri sıklıkla kontakt dermatit sorunu yaşarlar. Cilt reaksiyonları ise ikinci en fazla yakınılan sağlık sorunudur. Temel iritan faktörler; ıslak çalışma, alçı ile temas, mekanik sürtünme ve termal değişikliklerdir.

Fiziksel Tehlikeler

Diş laboratuvarlarında gürültü çoğunlukla zımpara, kesme ve boyama işleri ile tahliye havalandırmasından kaynaklanmaktadır. Bunlar aralıklı ama yüksek frekanslıdır. IOH tarafından yapılan ölçümlere göre, rahatsız edici gürültü özellikle metal yüzeylerin kesme ve zımparalanmasında ve alçı

döküm süreçlerinde ortaya çıkıyor ve 92 desibele kadar yükseliyor.

Diş teknisyenleri çeşitli araç gereçle çalışırken el ve kollarda titreşim maruziyeti söz konusudur. Literatür bilgilerinin azlığına rağmen, uzun süreli maruziyetin 'beyaz parmak hastalığı'na yol açtığı ileri sürülebilir. İsveç'te yapılan ve el kol titreşim sendromu tanısı alan 374 kadına ilişkin bir çalışmada birçok diş teknisyeni de bulunuyordu. Ortalama olarak, ilk semptom maruziyetten 7 yıl sonra, ilk doktora başvurma ise 11 yıl sonra olmaktadır. Bir Çek çalışmasında, diş teknisyenlerinin %9'unda pletismografik kıvrım bozukluğu, %11'inde Nervus Medianus iletim bozukluğu bildirilmiştir.

Diş teknisyenleri, ocak ve fırınlarla çalışmaları nedeniyle, aralıklı olarak yüksek ısıya da maruz kalmaktadırlar.

Diğer Tehlikeler

Diş laboratuvarı çalışanları uygun şekilde dezenfekte edilmeyen diş protezlerinden enfeksiyon edinme riski altındadır. Diş teknisyenlerini de içeren diş çalışanları üzerine yapılan araştırmalar, hepatit A virüsünün bir tehlike ve maruziyet süresiyle artan bir risk olarak değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmektedir. Amerikan askeri diş teknisyenlerinde saptanan hepatit B antikoru pozitifliği (%2.7), genel askeri popülasyona göre oldukça yüksek (%0.8) saptanmıştır. Avusturya'da diş teknisyenlerinin %20'si legionella pneumophila antikoru taşımaktadır.

Çalışma boyunca oturma pozisyonu ve küçük objelerle elle çalışma hassasiyeti sırt ağrısı ve kas iskelet sistemi zorlanmalarına neden olur. Kişisel sağlık yakınmalarını değerlendiren bir çalışma, diş teknisyenleri arasındaki en yaygın yakınmanın kas-iskelet sorunları olduğunu göstermiştir.

Uzun süreli görme zorlamaları, küçük parçaların gözlemi ve şekillendirmeleri nedeniyle, çoğunlukla büyüteç merceklerin kullanılması göz yorgunluğuyla sonuçlanmaktadır.

Kobalt krom nikel alaşımları lenfosit ve nasal hücrelerde sitogenetik hasar potansiyeli taşımaktadır.

Bu alaşımlar veya metil metakrilat veya her ikisi, diş laboratuvarı çalışanlarında koku alma fonksiyon bozukluklarının da sorumlusu olabilir.



Diş teknisyenlerindeki kanserojen riskler tanımlanmamış olmakla birlikte, metal alaşımların içinde kullanılan krom, nikel ve berilyum gibi bazı elementlerin kanserojen oldukları bilinmektedir.

Yüksek seviyelerde kristal silikaya uzun süreli maruziyet, akciğer kanseri riskini artıran bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

İş Güvenliği

Bazı araştırmalara göre, diş teknisyenleri göz yaranmalarını daha fazla yaşamaktadır. Bu araştırmalar, yüksek oranda göze yabancı cisim kaçması bildirmekte ve gözlerin korunmasına vurgu yapmaktadır.

Fırınlanmış, alevli veya kaynamış malzemelerle çalışma, cilt yanığı riskini de ortaya çıkarmaktadır.

Korunma Önlemleri

Toksik ve iritan malzemeler, mümkün olduğunca daha az zararlı etkili olanlarla değiştirilmelidir. Örneğin nikel ve berilyum içermeyen alaşımlar tercih edilmelidir.

Havayla bulaşan etkenlere karşı deri ve solunum maruziyetini önlemek için uygun lokal havalandırma sistemi kurulmuş olmalıdır. Yeterli genel havalandırma ve kapalı sistemler ayrıca önemlidir.

Göz ve solunum koruyucuları ve eldivenler giyilmelidir. Koruyucu önlemler içinde uygun eldivenlerin seçimi yaşamsal öneme sahiptir. Nitril kauçuk ve sentetik kauçuk eldivenlerin, metakrilat monomerlerden uzun süreli koruyuculuk sağladığı bildirilmiştir.

Yeme, içme ve sigara işyerinde yasaklanmalıdır. Çalışanlar, standart prosedürlere uyum göstermelidir.

Kritik bazı işlemler süresince, gürültünün 80 dB ve üzerine çıktığı anlarda işitme koruyucularının kullanılması gerekmektedir.

Titreşim yapan araçlarla çalışma yapıldığında maruziyeti azaltmak için iş rotasyonu yapılabilir. Özel anti titreşim eldivenleri de bu anlamda koruyucudur.

Kloridioksit solüsyonuyla 3 dakikalık bir temasın sonra, %4 klor hekzidin ile 15 saniye ovalama protezlerin dezenfeksiyonu için etkilidir.

Diş protezlerinin laboratuvar işlemlerinden önce dezenfeksiyonu, mikrobik bulaşmaların laboratuvarın dışında tutulmasında anahtar öneme sahiptir.

Kas-iskelet zorlanmalarından korunmak için farklı sandalye ve çalışma yüzeyleri arasında uygunluk sağlanması önerilmektedir.

İyi havalandırılmış, sessiz bir yerde daha uzun dinlenme ve egzersiz, kas-iskelet yakınmalarının azaltılmasında önerilmektedir.

İyi havalandırılmış, sessiz bir yerde daha uzun dinlenme ve egzersiz, kas-iskelet yakınmalarının azaltılmasında önerilmektedir.

Mesleki Sağlık Hizmetleri

Diş teknisyenleri, düzenli olarak tıbbi incelemeden geçmelidirler. Bu incelemelerde; akciğer fonksiyonları, cilt bozuklukları, kulak, burun ve boğaz hastalıkları, işitme ve periferik dolaşım özellikle değerlendirilmelidir. Bu kontroller sürecinde, potansiyel sağlık tehlikeleri, erken sağlık etkilerini tanıma ve güvenlik uygulamaları konusunda eğitim de verilmektedir.

Protezlerle çalışan diş teknisyenlerine, MMA, HEMA, dimetakrilat, epoksi akrilat ve üretan akrilat ile patch testi yapılmalıdır. Fakat bu test, kontakt vitiligo ve başka yan etki olasılığı nedeniyle kesinlikle dental akriliklerle yapılmamalıdır.

Sonuç

Her zaman çok belirgin olmamakla birlikte diş protez üretiminde çok sayıda sağlık tehlikesi bulunmaktadır. İşçi sağlığını korumak için, yeni diş malzemelerinin girişinden başlayarak olası tehlikelerin farkına vararak özel koruyucu önlemlerin sağlanması ve uygun sağlık uygulamalarının yapılması gerekmektedir.

Değişik kimyasal ajanların oluşturduğu mesleki kanser riskini değerlendirebilmek için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

Ekler

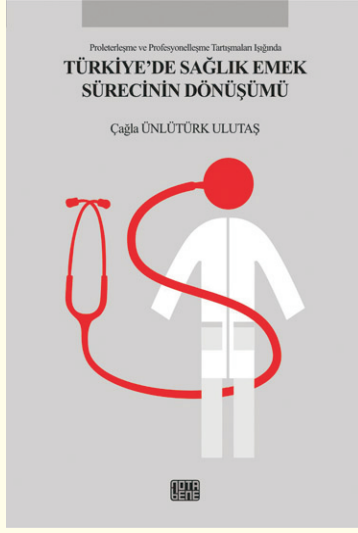
Diş teknisyenlerinin çalışmaları ile ilgili videoları, aşağıdaki bağlantılar üzerinden izleyebilirsiniz.

Video 1: Alıcı kalıp hazırlama işlemi.
<http://oem.bmj.com/content/suppl/2006/01/18/63.2.145.DC1/632145video1.mpg>

Video 2: Metal çerçeve hazırlama işlemi.
<http://oem.bmj.com/content/suppl/2006/01/18/63.2.145.DC1/632145video2.mpg>

Video 3: Protez dişin metakrilat yüzeyinin parlatılması işlemi <http://oem.bmj.com/content/suppl/2006/01/18/63.2.145.DC1/632145video3.mpg> ●

KİTAP TANITIMI



TÜRKİYE'DE SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜ

Biz hekimler; uzunca bir süre ülkemizde 1960'lar'da başlayan geleneksel kamusal sağlık hizmetlerinin, nasıl piyasalaştırdığını ve bu piyasalaştırma sürecinin hekimlerin ve sağlık çalışanlarının çalışma ve yaşam koşullarını nasıl etkilediğini tartıştık. Zamanla bu tartışmada bir eksiklik olduğunu fark ettik. Tartışmayı, kapitalizmin krizi ve sağlıktaki piyasalaşmanın toplumsal sonuçları ile ilişkilendirme konusunda olumlu adımlar atmıştık, ama sağlık alanındaki emeğin dönüşümü konusunda oldukça sınırlı ve el yordamı ile bazı saptamalar yapabiliştik. Evet, sağlık hizmetleri değişiyordu. Ama hekimlik ve sağlıksızlık da değişiyordu. Uzunca bir süredir; zaten nerede çalışacağımıza ve kaç para alacağımıza başkaları karar veriyordu. Şimdi ise, durum daha da vahimdi: Nasıl sağlıksızlık yapacağımıza da artık başkaları karar verir hale geliyordu. Klinik özerkliğimizi yitmiyorduk. Artık hastanelerimiz birer fabrika gibi olmuştuk. Şefler, ustabaşları, "vasıfsız" işçiler, performansına göre ücret, güvencesizlik... Daha önce yanı başımızdaki işyerlerinde konuşulanlar, farkına varmadan bizim de sözlüğümüze girmişti. Bize ne oluyordu? İşte Sevgili Çağla Ünlütürk Ulutaş, titiz bir sosyal bilimci duyarlılığı ve kolektif bir çalışma ile sağlık dönüşürken, sağlıktaki emeğin nasıl değiştiğini bizimle paylaşıyor: Proleterleşen, proleterleşirken de güvencesizlik dalgasına kaptıran ve mesleğini yeni koşullarda yapmaya çalışan sağlıksızları anlamamızı sağlıyor. Sağlığın sadece hekimlerin ve sağlıksızların tartışamayacağı kadar ciddi ve toplumsal bir sorun olarak görülmesi, Çağla ve daha çok sosyal bilimcinin benzeri çalışmalarını çoğaltması ile mümkün olacak...(Ata Soyer)

Sosyal araştırmacıdan maceracı olması beklenmez. Sağlık gibi, dışarıdan nüfuz edilmesi zor bir bilgi alanına uzak durulması, muhtemel ki bundandır. "Sağlıkta dönüşümü" konu alan bu eser, bu nedenle, bir yanıyla, gözü kara bir sosyal araştırmacının ürünüdür. Öte yandan eser okunduğunda araştırmacının yön gösterici bir 'pusulaya' da sahip olduğu görülecektir. Pusula, tarihsel maddeci yaklaşımdır; salt kuramsal değil metodolojik esasları ile de bu çalışmada işlemsel kılınmış olan bu yaklaşımla analiz önceliği 'sağlık reformu' politikalarına değil, doğrudan doğruya emek sürecine verilmiştir. Bu analitik öncelik nedeniyledir ki hastaneler 'sağlık reformu' sonuçlarının gözlemlendiği yerler olarak değil, söz konusu politikaların gerçekleşmesi üzerinde belirleyici olan mücadele alanları olarak kavranmıştır. Bu özgün ve öncü çalışma ile meta-biçimine bürünmemiş bir sağlık hizmeti örgütlenmesinin ne denli yaşamsal olduğu berrak bir şekilde ortaya konmuştur. (Metin Özüoğlu)

YAYIN KURALLARI

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

MSG, ICMJE tarafından belirlenen standartları ve TTB Yayın Etiği Bildirgesi ilkelerini benimser. Ayrıntı için web sayfasına (<http://www.ttb.org.tr/MSG>) bakınız

MSG'de yazılar belirli başlıklarda yayımlanır (ayrıntı için; web sayfasına bakınız) ve web sayfası aracılığı ile gönderilir.

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

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

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

Yazım Kuralları:

(Ayrıntılar için; <http://www.ttb.org.tr/MSG>)

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

Yazı bölümleri:

Yazılar Windows tabanlı Microsoft Word programı ile her kenarından 3'er cm boşluk kalacak şekilde, 2 satır aralıklı olarak tüm bölümler dahil 15 sayfayı aşmayacak şekilde yazılmalıdır. Yazının sayfaları aşağıdaki bölümlere ayrılmalıdır.

1. Başlık sayfası

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

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

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

3. Metin sayfası:

Metin aşağıdaki bölümlere ayrılmalıdır:

- 3.1. Giriş
- 3.2. Gereç ve Yöntem
- 3.3. Bulgular
- 3.4. Tartışma
- 3.5. Sonuç
- 3.6. Teşekkür
- 3.7. Kaynaklar

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

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

Kaynak makale ise: Örnek; İlhan, M.N. "Krom ve Bileşiklerinin Zararlı Sağlık Etkileri ve Korunma", TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2002;12:35-37.

Kaynak kitap ise: Örnek; İlhan, M.N. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu: Halk Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar (Ed: Aslan, D.), Ankara Tabip Odası, 2009;217-221.

4. Tablolar / Şekiller / Resimler / Grafikler sayfası

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

