



türk tabipleri birliği mesleki sağlık ve güvenlik dergisi

turkish journal of
occupational
health and
safety

- **Kapitalizm, Kriz ve Pandemi**
- **Sağlıkta Dijitalleşme**
- **Pandemide İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği**
- **Mesleki Kardiyovasküler Hastalıklar**
- **İktidarların Salgın Döneminde Sağlık Emekçilerine Yönelik Stratejileri**

turkish medical association

73-74

ISSN 1302 - 48 - 41

Üç ayda bir yayımlanır Temmuz-Ağustos-Eylül; Ekim-Kasım-Aralık 2021



johs(turkish)
turkish journal of
occupational
health and
safety

Editör

Celal EMİROĞLU
Mehmet ZENCİR

Yayın Kurulu

Sedat ABBASOĞLU
Gültekin AKARCA
Onur BAKIR
Aslı DAVAS
Nilay ETİLER
Denizcan KUTLU
Meral TÜRK

Danışma Kurulu

Prof. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU
Prof. Dr. Remzi AYGÜN
Prof. Dr. Nadi BAKIRCI
Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Dr. Yıldız BİLGİN
Dr. Nihal COŞKUN
Prof. Dr. Yücel DEMİRAL
Prof. Dr. Mustafa DURMUŞ
Av. Hacer EŞİTGEN
Prof. Dr. Çağatay GÜLER
Av. Mustafa GÜLER
Dr. Ö. Kaan KARADAĞ
İsmail Hakkı KURT
Prof. Dr. Mustafa KURT
Prof. Dr. Nergis MÜTEVELLİOĞLU
Fiz. Müh. Haluk ORHUN
Prof. Dr. Güzin ÖZARMAĞAN
Prof. Dr. Gamze YÜCESAN ÖZDEMİR
Av. Dr. Murat ÖZVERİ
Prof. Dr. Kayıhan PALA
Prof. Dr. Ahmet SALTİK
Psik. Müh. Mustafa TAŞYÜREK
Kim. Müh. Nevin VURAL

Türk Tabipleri Birliği Adına Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Rasime Şebnem KÖRÜR

Yazışma Adresi

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

Telefon

0 312 231 31 79 (Pbx)

Web

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

Hazırlık ve Tasarım

Vahdet Mesut AYAN - TTB

Basımcının İletişim Bilgileri ve Basım Yeri

Matsa Basımevi Ankara
Tel: (0.312) 395 20 54

Yapım
Mucize Reklam
Tel: 0 312 417 10 56

Basım Tarihi

Aralık 2021

Yayın Türü

TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi,
yılıda 4 kez yayınlanan, ulusal, bilimsel ve
hakemli yerel süreli bir dergidir

Tiraj

1.500 adet

Logo ve Kapak Hakkı TTB'ye Aittir.
Dergide Yayımlanan Yazıların Tüm Sorumluluğu
Yazarlarına Aittir.

Tarandığı indeksler:
ASOS İndeks,
Google Scholar Index

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

mesleki sağlık ve güvenlik dergisi

Üç ayda bir yayımlanır Temmuz, Ağustos, Eylül; Ekim, Kasım, Aralık 2021

73-74

EDİTÖRDEN

Mehmet ZENCİR

1

KAPİTALİZMİN KRİZİ VE PANDEMİ

Bahtiyar ERDEN, Batuhan BÜYÜKAYHAN, Gültekin AKARCA

2

**DİJİTALLEŞMENİN SALGINDA VE SAĞLIKTA YAYILIMI
ÜZERİNE GÖZLEMLER**

Özgür NARİN

13

**SAĞLIK ÇALIŞANLARI AÇISINDAN PANDEMİDE
İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ**

Şeref ÖZCAN

26

**COVID-19 SALGININDA İŞYERİ HEKİMLERİNİN
YAŞADIKLARI SORUNLAR**

Tuncay GÖKÇEN, Onur ERDEN, Baran KILIÇ, Nermin BİTER, Ash DAVAS

33

**COVID-19 PANDEMİSİNDE HÜKÜMETLERİN
SAĞLIK EMEKÇİLERİNE YÖNELİK STRATEJİLERİ**

Özlem ÖZKAN

41

**İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ÖN LİSANS VE LİSANS
PROGRAMLARININ DAĞILIMI**

Ali Naci YILDIZ, Güven GÖKGÖZ

58

**TÜRKİYE'DE EĞİTİM KURUMLARI ÖĞRENCİ İŞLERİ
ÇALIŞANLARININ PSİKOLOJİK SERMAYE DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ: İSTANBUL ÖRNEĞİ**

Şenay KEÇECİ

64

MESLEKİ KARDİYOYASKÜLER HASTALIKLAR

Nazan AKEL, Uğur Nadir KARAKULAK

73

Abonelik:
Derginin bir yıllık abonelik bedeli 40 TL, tek sayı bedeli 10 TL'dir.

Abone olmak için Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi'nin
Türkiye İş Bankası
IBAN: TR95 0006 4000 0014 3820 0384 75 No'lu hesabına
(40 TL) yatırılarak, derginin postalanması istenilen adres ile birlikte banka havale dekontunun fotokopisinin TTB Merkez Konseyi adresine gönderilmesi ya da dekontun
msg@ttb.org.tr adresine elektronik posta yolu ile iletilmesi yeterlidir.

Adres değişikliği dergiye bildirildikten 1 ay sonraki postalamalar için geçerlidir. Eski ve yeni adresler belirtilerek posta kodu ile birlikte yazılmalıdır.



EDITÖREDEN

Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG) olarak uzunca bir aradan sonra yeniden okurlarımızla birlikteyiz. Maalesef pandemi koşulları dergimizi bir süre çıkarmayı engelledi. Bu dönemde işçi sağlığı ile ilgili ciddi sorunlara tanıklık ettik ve etmeye devam ediyoruz. İşçilerin fabrikalara hapsedilmesi, önlem alınmaksızın (temaslı veya hasta işçilerin çalışmaya zorlanması) ve daha yoğun çalıştırılmaları, işten çıkarılması ya da ücretsiz izine ayrılımları pandemi döneminde tanıklık ettiğimiz uygulamalardır. Yine ücretlerin düşürülmesi, sendikal çalışma yapan işçilerin türlü bahanelerle işten çıkarılması işçi sınıfını baskı altında tutan ve onları ölüme terk eden yöntemlerden sadece bazılarıdır. Kapitalist devlet de işçi sınıfına ekonomik ve sosyal destek vermeyerek, mevzuat ihlallerine göz yumarak, grevleri yasaklayarak sorunların daha da derinleşmesine neden oldu. Bu zor koşullar, işçi sınıfının çalışma ve yaşam koşullarının daha da sertleşmesine yol açtı. Tüm bunların bedeli ise işçi cinayetlerinin artışı ve pandeminin yol açtığı fazladan ölümlerdi.

MSG'nin elinizdeki sayısında pandemi ana gündemimiz oldu. Bu sayımızda farklı yönleri ile pandemiye ele alan yazılara yer verdik. Bahtiyar Erden ve arkadaşlarının "Kapitalizmin Krizi ve Pandemi" yazısı, kapitalizmin yapısal krizleri ile kapitalist üretim ilişkileri üzerine sistemik etkileri olan pandeminin bu alanlara etkilerini dünya pazarı ölçeğinde ele alıyor. Görüngü düzeyinde benzer süreçlerin farklı nedensellikler sonucu bambaşka çıkış dinamikleri üretmesi yazının çarpıcı sonuçlarından. Aynı zamanda yazı dünya pazarında üretim ilişkilerinin tartışmasına bir giriş niteliğinde. "Kapitalizmin Krizi ve Pandemi" bugün farklı uluslarda görülen enflasyonist eğilimleri, tedarik zincirlerinin kırılması gibi görünümeleri anlamayı kolaylaştırıyor.

Pandemi döneminde dikkat çeken önemli bir konu da dijitalleşmedir. Pandeminin etkisi ile sağlık alanında dijitalleşmenin yaygınlaşması ve derinleşmesi, bunun sağlık hizmetlerinin üretim koşullarına etkisi, emeğin denetim altına alınmasının yanında hasta verilerinin çitlenmesi üzerinden bilişim ve finans sermayesinin derinlikli müdahalesini Özgür Narin'in yazısı ile gündeme getiriyoruz. Narin, verinin toplanması, toplanma biçimlerine, verilerin kamu yararı için kullanılıp kullanılmadığına, üretimi ve denetiminin sağlıkçının kontrolünde olmamasına dikkat çekiyor. Narin, dijitalleşme safhasında sağlık bilimi ve uygulamaları ile veri bilimi ve uygulamalarını üretenlerin birleşik sürecinin önemini altı çiziliyor.

Pandemi döneminde işçi sağlığı hizmetleri kritik önemdedir. Devlet ve patronlar bu alandaki mevzuatı pandemi döneminde tamamen unuttuğu durumdadır. Şeref Özcan, işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde önleme yaklaşımını, mevzuat ile ilişkilendirerek sağlık emekçileri örneği üzerinden ele alıyor. Bu kapsamda organizasyon, önlemler ve denetimin ihmal edilmesinin yol açtığı işçi cinayetleri gerçeğini gözler önüne seriyor. Özcan bu alanda yapılması gerekenleri bir kez daha bizlere hatırlatıyor. Tuncay Gökçen ve arkadaşları yaptıkları çalışma ile işyeri hekimlerinin pandemi döneminde yaşadıkları sorunları görünür kılıyor. İşyeri hekimlerini güvencesizleştiren politikaların etkisi pandemi döneminde daha da belirgin olarak karşımıza çıkıyor.

Sağlık hizmetleri de pandemi döneminde öne çıkan alanlardan biridir. Toplumsal yeniden üretim için kritik işlev gören sağlık hizmetleri bu dönemde artan iş zamanı ve yoğunluğu ile işçi sağlığının en çok tehdit altında olduğu alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Özlem Özkan sağlık alanında yaşanan olağanüstü dönemin sağlık emekçilerine etkisini dünya ve Türkiye açısından değerlendiriyor. Özkan, kapitalist ülkelerin pandemi döneminde sağlık emekçilerinin yaşamı pahasına, hizmet üretiminin sürekliliğini sağlamayı, emek maliyetinin düşürülmesini ve emek sömürü oranlarını artırılmasını öne çıkaran stratejileri devreye soktuğunu analiz ediyor. Özkan yazısında bu stratejilerin pandemi öncesi miras alındığını emek rejiminin devamı niteliğinde olduğunu ve müdahalelerin kalıcı özellik taşıdığını ileri sürüyor.

Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi'nin bu sayısında Naci Yıldız ve Güven Gökçöz'ün "İş Sağlığı ve Güvenliği Ön Lisans ve Lisans Programlarının Dağılımı" başlıklı makalesine yer vererek işçi sağlığı ve güvenliğinin müfredattaki yerini göstermeyi amaçladık. Şenay Keçeci'nin eğitim kurumları öğrenci işleri çalışanlarının yaşadıkları stres ve iş yoğunluğu ile nasıl mücadele ettiklerini psikolojik sermaye kavramı üzerinden değerlendiren yazısı, Nazan Akel ve Uğur Nadir Karakulak'ın "Mesleki Kardiyovasküler Hastalıklar" başlıklı makaleler ile işçi sağlığı alanına katkı koymaya çalıştık.

Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi olarak yayına ara verdiğimiz dönemi bir daha kendimize ve okurlarımıza yaşatmamak için elimizden gelen çabayı göstereceğimizi belirterek iyi okumalar diliyoruz.



Bu yazı, 23.11.2020 tarihinde COVID-19'dan kaybettiğimiz Şenol Yaşar'a ithaf olunur.

Bahtiyar ERDEN
Bilgisayar Mühendisi
Batuhan BÜYÜKAYHAN
Makine Mühendisi
Gültekin AKARCA
Hekim, MSG Yayın Kurulu Üyesi

KAPİTALİZMİN KRİZİ VE PANDEMİ

Özet

Birbirinden farklı öze sahip şeyler zaman zaman aynı görüngü ile biçim alabilirler. Tıpkı kapitalizmin yapısal krizleri ile kapitalist üretim ilişkilerine dışsal etkide bulunan Covid 19 Pandemisi'nin sistemik etkilerinin dünya pazarında benzer görünümeler üretmesi gibi. Tüm bu yanıltıcı görünüme karşın krizden ve pandemiden çıkış dinamikleri birbirinden farklı süreçleri koşullar. Bu yazı kapitalizmin yapısal krizleri ile Covid 19 Pandemisi'nin dünya pazarında benzerlikleri ve farklılıklarını nedenleri ve sonuçları bağlamında ele almaktadır.

Anahtar sözcükler: Kapitalizm, Krizler, Pandemi, Yeniden üretim.

Pandemi ve Yeniden Üretim

Bir toplum aldığı biçimden bağımsız olarak yeniden üretimini sağlamak zorundadır. Üretim ilişkileri o toplumun içerisinde bulunduğu nesnel ve öznel koşullara bağlı olarak şekil alır. Nesnel koşullar; insanların varlıklarını üretmek için gerekli olan araçlarının tümüdür. Bunlar emeğin konusu ve emek araçlarından oluşur. Her toplum kendi varlığını yeniden üretmek için topluma veri olan üretim araçlarıyla ilişkiye girer ve bunları yeniden üretir. Öznel koşullar ise üreten öznenin emek halidir. Dolayısıyla toplumsal yeniden üretimin sağlanabilmesi için emek araçları gibi emeğin de yeniden üretilmesi gerekir. Yeniden üretim sürecinin sekteye uğradığı anlar aynı zamanda toplumsal kırılma anlarıdır. Toplumsal yeniden üretimin sekteye uğraması mevcut toplumsal üretim tarzına içkin çelişkilerden meydana gelebileceği gibi bu üretim tarzına dışsal bir etki dolayısıyla da ortaya çıkabilir. Yeniden üretimi sekteye uğratan yapısal ve dışsal nedenler farklı olmasına karşın toplumsal so-

nuçları itibarıyla aynı görüngüler ile karşımıza çıkabilir. Ampirist bilim yöntemi ile yapılan gözlem sadece görüngülere odaklandığından bu iki özü birbirinden ayırt edemez. Bu çalışmada, amacımız kapitalist üretim tarzına içkin krizlerle, pandemi ile yaşanan toplumsal yeniden üretimdeki kırılmayı öz itibarıyla birbirinden ayırmak, bu iki öze ait farklı görüngü biçimlerinin benzer ve farklı yanlarını daralan ölçekli yeniden üretim çerçevesi içerisinde incelemek ve en sonunda her iki biçimde de ortaya çıkan kaosu nasıl çözümleneceğini tartışmaktır. Şurası açıktır ki, pandemiden çıkış ile kapitalizmin içsel çelişkilerine dayanan krizinden çıkış farklı dinamiklere sahiptir. Daha önceki bir yazımızda Marx'ın iki kesimli modelinden yola çıkarak pandemi döneminde yaşanan durumu daralan ölçekli yeniden üretimi kavramı etrafında incelemiştik. Pandemi dönemi kapitalizmin krizi gibi ele alınamaz. Şimdi bu sürecin devamı olarak, krizden çıkış dinamikleriyle pandemiden çıkış süreçlerini daralan ölçekli yeniden üretimden genişlemiş ölçekli yeniden üretime geçiş bağlamında ele alacağız.

Toplumsal yeniden üretim kapitalist üretim tarzında sermaye biçiminde gerçekleştirilir. Sermayenin yeniden üretiminin gerçekleşemediği koşullarda toplumsal yeniden üretim de sağlanamaz. Kapitalizme içkin olan yasaya göre her yeni üretkenlik artışıyla birlikte toplumsal artık-değer miktarı artsa da bu artış yatırılan sermayeye oranla aynı hızla olmaz. Bunun sonucunda kâr oranları genel bir eğilim halinde düşer. Kapitalizmde amaç azami kâr elde etmektir. Azami kâr elde etme biçimi, tarihsel olarak sermayenin biçimsel boyunduruğundan gerçek boyunduruğuna geçildiğinde, maliyet fiyatları üzerindeki rekabet halini alır. Maliyet fiyatlarının düşürülmesi üzerinden gerçekleşen rekabet, üretkenliğin artışı koşullar.



Üretkenliğin artışı, değişen sermayeye göre boyutları gittikçe artan değişmeyen sermaye yatırımını zorunlu kılar. Sonuç, kâr oranlarının veri düzeyinde yeni sermaye yatırımının an-lamsızlaşmasıdır. Kapitalizmde karşılaştığımız yapısal kriz, kâr oranlarının düşmesi demek değildir. Düşen kâr oranlarının artan kâr kitlesiyle telafi edilememesidir. Sermayenin devri her devir sonucu ortaya çıkan değer fazlalığının sermaye olarak tekrar üretim sürecine eklenmesini gerekli kılar. Ancak bir önceki yatırımda ortaya çıkan kâr kitlesine ulaşmak için gerekli olan sermaye yatırımı düşen kâr oranları nedeniyle çok fazla büyümüştür. Öyle bir nokta meydana gelir ki yatırılacak olan yeni sermaye bir önceki üretimde elde edilen kâr kitlesine ulaşamaz, hatta yeni devirde ortaya çıkan kâr kitlesi bir öncekinden daha düşük bir miktardadır. Tam bu nokta kapitalizme özgü kriz anını ifade eder. Toplumsal olarak aşırı bir sermaye üretilmiştir. Yeniden üretime dahil olamayan bu fazla sermaye kadar bir değer ortadan kaldırılmadıkça yeniden üretim süreci devam edemez. Bu daha önce üretilmiş olan toplumsal değerlerin yıkımı anlamına gelir. Şimdi bu değer, değersizleşmek zorundadır. Mevcut toplumsal sermayenin yıkımı kendisini; üretim araçları ve tüketim malları kitlesinin verili toplumsal değerinden daha düşük bir değerle fiyatlanması, eksik kapasite ile üretim, çürümeye bırakılmış makineler, emek yağmasına uğrayan bir işçi sınıfı, üretilmiş olan meta sermayenin para sermayeye dönüşmemesi, borçların ödenememesi, savaşlar vb. olarak ortaya koyar. Krizden çıkış ancak genel iflaslarla birlikte yeniden üretim ölçeğinin daralmasıyla mümkündür. Sermaye daha düşük bir ölçekten yeni sermaye yatırımları ile genişleyen ölçekli yeniden üretim sarmalına başlar. Aşırı sermayenin yeniden üretim sürecine dahil olabilmesi için daha önceden bağlanmış mevcut sermayenin yok olması kapitalizmdeki içsel krizden çıkışın *punctum saliens* 'idir.¹

Dışsal bir etki kapitalizmin tarihsel olarak ele aldığımız krizinden farklı bir ilişkiyi ifade eder. Sonuç itibarıyla kapitalizmin yasaları bağlamında tartışılmalıdır. Ancak süreci kriz dinamikleriyle analiz etmek bizi yanlış sonuçlara götürecektir. Toplumsal yeniden üretime dışsal etkinin güncel örneği Covid-19 Pandemisi'dir. Toplumlara tarihinde seyrek olarak benzer kimi örneklerle rastlansa da Covid-19 Pandemisi'ni bu kadar önemli ve etkili kılan şey kapitalist üretim tarzının geldiği bu aşamada dünya pazarının hiç olmadığı kadar birbirine entegre hale gelmesidir. Kapitalist öncesi üretim tarzlarında bu sorun tüm dünyanın sorunu haline gelemezdi. Ancak bugün toplumsal işbölümündeki bu iç içe geçmişlik nedeniyle dışsal etki (afet, salgın vb.), bir ulus ya da bölge ölçeğinden

den çıkıp tüm dünyayı etkisi altına alan bir soruna dönüşür.

Pandemide olan, toplumsal işgününün² kısılması nedeniyle üretilen ve üretilmesi gerekli olan değerde genel olarak bir azalmadır. Pandeminin etkisini azaltmak üzere alınan tam kapanma, bazı iş kollarında ek-sik kapasiteli üretim, kısa süreli çalışma vb. gibi önlemler, toplumsal işgününün kısılmasına ve dolayısıyla üretilen toplam değerde bir azalmaya neden olur. Pandeminin ulusal ölçekte üretim biçimine, özellikle emek üzerine etkilerini ayrıntılı bir şekilde "Pandemi Koşullarında Daralan Ölçekli Yeniden Üretim" yazımızda incelemiştik (1). Üretilen toplumsal değer azalması, toplumun bir sonraki dönemde toplumsal yeniden üretimine aynı ölçekte devam edemeyeceği anlamına gelir. Toplum yeniden üretimini pandemi koşulları devam ettiği sürece daralan ölçekte gerçekleştirmek zorundadır.

Önceki yazımızda belirttiğimiz gibi; toplumsal yeniden üretim koşulları üzerinde etkili olan dışsal etkilerin kendilerine özgü yasaları yoktur. Çünkü bunlar toplumsal ilişkilerin doğasından türemem-işlerdir. Toplum bu çıkmazı mevcut üretim ilişkileri içerisinde, bu ilişkilere egemen olan yasaların etkisi altında aşmak zorundadır. Sorun toplumsal işgününün azalmasına bağlı olarak düşen değer miktarının nereden karşılanacağıdır. Bu sorun çözülmediği sürece toplumun yeniden üretimi gerçekleşemez. Daha önceki yazımızda belirttiğimiz üzere, pandeminin emek üzerindeki etkisi nedeniyle faal işçi sınıfının bir kısmı geçici olarak yedek sanayi ordusuna dahil olmuştur. Bu nedenle meydana gelen değer kaybı kendisini aynı zamanda kullanım değerlerindeki bir azalma ile ifade eder. Çözüm daralan değer miktarının artı değerden karşılanmasıdır. Ne var ki sermayenin amacı kâr elde etmektir. Kârın kaynağını oluşturan artık değer, toplumsal işgününün azalmasıyla düşen değeri telafi etmek için kullanılması, sermayenin kâr elde etme amacıyla çelişir. Dolayısıyla sermaye dolayısıyla yapılan toplumsal yeniden üretimde pandemiden çıkış artık değer oranının artırılması veya eksik değeri yerine koyacak kadar bir fazlalığı içeren sermaye yatırımı ile mümkündür. Böylece toplum daralan ölçekli yeniden üretimden, genişlemiş ölçekli yeniden üretime geçebilir.

Bunun yanında incelenmesi gereken diğer bir önemli nokta da, pandemiyle birlikte toplumun tüketim alışkanlıklarında meydana gelen değişikliklerdir. Çünkü değişen nesnel şartlar toplumun çalışma biçimlerinde ve yaşam tarzlarındaki bir değişikliği beraberinde getirmiştir. Sonuç olarak bazı ürünlere olan talep artarken bazı ürünlere olan talep azalmıştır. Toplumsal emek süreçlerinin bir kısmı yeniden



düzenlenmiştir; bazı emek biçimleri gereksiz hale gelirken, bazıları da eskisinden daha fazla rağbet görmeye başlamıştır. Bu durum, sermayenin farklı iş kolları arasında hareket etmesi ile sonuçlanır. Toplumsal işbölümünde yeniden düzenlemeyi gerektiren bu hareket karşımıza iki biçimde çıkar. Birincisi, talebin azaldığı işkollarındaki sermayenin bir kısmı işlev göremez hale gelir ve atıl hale dönüşür. Örneğin; ulaşım sanayisine talebin azalması nedeniyle sermayenin bir kısmı atıl hale gelmiştir. Turizm sektörüne genel olarak talep azalmıştır. İkincisi, talebin arttığı işkollarına doğru henüz üretime bağlanmamış ya da üretimden çözülerek biriktirilen sermaye hareket eder. Mesela genel olarak gıda üretimine ve bilişim sektörüne bu dönemde talep artmıştır.

Buraya kadar incelememizde toplumsal yeniden üretimde kırılmaya neden olan pandemi etkisini ve kapitalizmin kendi iç çelişkilerine dayalı krizin nedenlerini ayrı ayrı ele aldık. Ne var ki iki etki de kendisini toplumsal üretim ölçeğinde bir daralma olarak ortaya koyar. Üretimin daralması ortak bir sonuç olsa da sürecin içsel dinamikleri bunları birbirinden ayırmayı zorunlu kılar. Çünkü birinde pandemi koşulları devam ettiği sürece yeniden üretim daralan ölçekte devam etmek zorundadır. Diğerinde ise daralma krizden çıkışın dinamiğidir. Bu noktadan sonra kapitalist tarzda yeniden üretim genişleyerek devam eder. Böyle olmak zorundadır çünkü daralan ölçekli ve basit yeniden üretim kapitalist üretim tarzı ile uyumlu değildir. Dolayısıyla ister pandemiye bağlı olarak, isterse de sermayeye içkin olarak ortaya çıkmış olsun, daralma genişlemeye dönmek zorundadır. Ne var ki daralan ölçekten genişlemiş ölçeğe geçiş, birinde ek sermaye yatırımı, diğerinde üretilen fazla sermaye kadar bir değer yok olmasını gerektirir. Çıkış dinamikleri açısından değerlendirildiğinde pandemi dönemi ve kapitalizmin genel krizi ayrı ayrı ele alınmalıdır.

Şimdi krizden çıkış ve pandemiden çıkış süreçlerini ayrı ayrı ele alacağız. Öncelikle kapitalizmin kriz-inden çıkış süreciyle başlayacağız. Bu nedenle Marx'ın iki kesimli modeline geri dönüyoruz. Toplumsal yeniden üretimin nesnel koşullarının üretilmesi kapitalist üretim tarzı içerisinde üretim araçlarının; öznel koşulların üretilmesi ise emek gücünün yeniden üretilmesini içerir. Böylelikle üretim kendisini iki kesimli üretim modeli olarak ortaya koyar. Yani toplumda üretim yapan işçi sınıfı bir yandan hem sömürü koşullarını hem de kapitalist mülkiyetin yeniden üretilmesine aracılık eden üretim araçlarını üretirken diğer yandan kendi geçimliğini yani insan olarak yeniden üretilmesine aracılık eden tüketim mallarını üretir. Böylece iki kesim olarak toplumun yeniden üretim koşulları da üretilmiş olur. Kesimler

arasında ve kesimlerin kendi içerisinde mübadele zorunludur. Üretim araçlarında üretim yapan işçiler makine ve hammadde yiyerek hayatta kalamayacaklarına göre onların yeniden üretimi tüketim araçlarının yapıldığı üretimden karşılanır. Aynı zamanda bu kesimde artığa el koyan kapitalistler de tüketim mallarının üretildiği kesim ile mübadele yapmak zorundadır. Öbür yanda da benzer bir durum geçerlidir. Tüketim mallarını üreten kapitalistlerin değişmez sermayesini oluşturan makine ve hammaddeler de üretim araçlarının üretildiği kesimden karşılanmalıdır. Toplum, toplumsal yeniden üretimini ancak iki kesim arasındaki mübadele birbirini dengelediği ölçüde kusursuz bir biçimde devam ettirebilir.

Toplumsal yeniden üretim ölçeğinin genişlemesi için gerekli olan talep kapitalistlerden gelir ve bu birikim oranına bağlıdır. Ne var ki kapitalist üretim tarzı baştan planlı bir ekonomi değildir. Kapitalist üretim tarzında denge *post festum*³ kurulur. Toplumsal emeğin toplumun ihtiyaçlarına uygun bir ölçekte yatırılmayan kısmı ya heba edilir ya da toplum bu mallar için gerektiğinden fazla ödeme yapmaya zorlanır. Toplumsal olarak harcanabilecek olan emeğin büyüklüğü sınırlıdır; faal olarak çalışabilecek işçi sayısı ile işgününe bağlı bir büyüklüktür. İkisi de kısa vadede değişmeyeceğine göre dengenin buna uygun olarak kurulması gerekir. Varsayalım ki toplumun 20 birim ayakkabıya ihtiyacı olsun. Eğer sermaye sırf daha önceki üretimde kârlı olduğu için buraya 40 birim ayakkabı üretebilecek bir sermaye yatırmış ise, bu durumda başka bir ihtiyacın üretilmesi için gerekli olan bir kısım emeği o üretim alanına az yatırmış olacaktır. Böylece ayakkabı üretiminde fiyatlar düşerken, ihtiyacın karşılanamadığı iş kolunda fiyatlar ve buna bağlı olarak da kârlar artacaktır. Ouroboros kendi kuyruğunu yutar. Toplum bitmek bilmeyen bir döngünün içerisinde hapsolmuştur. Ne var ki bu denge-sizlik toplumsal ölçekte meydana geldiğinde toplumsal yeniden üretimin aksamaması için dış ticaret yardımı koşar. Öyleyse dış ticaret bütün bu denge-sizliklerin içinde bir tercih değil, zorunluluk olarak kendisini ortaya koyar. Bu durum kendisini çözüm olarak ortaya koymuş gibi görünse de sorunun daha büyük bir ölçeğe taşınmasından başka bir şey değildir. Şimdi bir ülkenin sorunu sadece o ülkenin değil, bütün ülkelerin sorunu haline gelmiştir. Çünkü her ülke kendisini bu ticarete ya alacaklı ya da borçlu olarak konumlandırır.

Ülkeler arasındaki ticaret, ticari krediye dayanır. Ticari kredi bir vade ile ötelenmiş ödeme emirlerinden başka bir şey değildir ve ödemeler bu emirleri yerine getiren ödeme araçlarıyla yapılır. Vadesi gelen ödemeler yapıldığı ve ödemeler dengelendiği müd-



detçe ticaret dengeleri açısından bir sorun yoktur. 50 katlı bir binadan yere düşen bir adamın hikayesinde olduğu gibi yere çarpana kadar her şey yolundadır. Önemli olan düşüş değil yere çarpmıştır. Kriz ortaya çıktığında toplumda görülen ilk şey alacaklıların borçlularından alacaklarını talep etmesidir. Toplumsal yeniden üretim krizle birlikte sekteye uğradığında kapitalistlerin borçlarını ödeyebilmesi ve alacaklarını alması hiç olmadığı kadar önemli bir hal alır. Birbirleriyle ticaret yapan uluslar söz konusu olduğunda ise, **kriz anı ticaret bilançosu ile ödemeler bilançosu arasındaki vade farkının⁴ daraldığı veya tamamen ortadan kalktığı bir durumda kendisini gösterir. Yapılan ticaretin genel bilançosu masaya yatırılır ve ödemenin yapılması normal zamana göre çok kısa bir süre içinde talep edilir.** Pandemi ile yaşanan kaos, krize benzer bir biçimde ulusların ticaret dengesini alt üst edebilecek durumda yaşanabilir. Ama bu gerçekleşmesi muhtemel olasılıkların içerisinde yalnızca bir tanesidir. Bunun hangi koşullar altında gerçekleşebileceği daha gelişmiş bir analizi gerektirir.

Yeniden Üretim, Kredi ve Para

Kredi belirli bir vade ile ödeme vaadidir ve paranın ödeme aracı işlevinden ortaya çıkar. Tekil kişilerin arasında kurulan ve paranın ödeme aracı işlevinden köken alan bu ilişki, kendisini borçlu ve alacaklı ilişkisi olarak ortaya koyar. Ne var ki kredi ilişkisi, tekil öznelere toplumun kolektif hale gelmiş para sermayesi arasında kurulan bir ilişkidir. Biçimi tekil sermaye ile kolektif sermaye biçimine dönüşmüştür. Kredi, genel ilişkilerin özünde bir değişikliğe neden olmaz. Ancak üretimin ölçeğini genişletme aracı olarak işlev görür. Her şey yolunda gittiği sürece, hızlı birikim yani gönenç döneminde kredi alan ile veren arasındaki güven ilişkisi gelişmiştir. Ödemeler zamanı gelince yapılır ve bu güven ilişkisine bağlı olarak da üretim sürekli bir genişleme eğilimine girer. Dış ticaret söz konusu olduğunda ise ulusların sermayelerinin birbiriyle olan ticareti, peşin para ile yapılmıyorsa (ki bu durum seyrek) genellikle ticari krediye, kredi sisteminin gelişkinliği ölçüsünde de para krediye dayanır ve yıl sonunda bu ticaret dengesi vadesi gelen ödemeler ile sağlanır. Ne var ki toplumsal yeniden üretimin sekteye uğraması bu bilançoların kapatılmamasıyla veya çok kısa bir süre içinde kapatılma zorunluluğuyla sonuçlanır. Ancak sermayenin krize nasıl yakalandığına bağlı olarak bu durum farklı biçimlerde kendisini gösterebilir. Örneğin, bir ülke dış ticaret fazlası veriyor olabilir. Ülkenin vadesi gelen ödemeleri vadesi gelen alacaklarından çok fazla ise

o dönem için bu ülkeden bir para çıkışı gözlemlenir. Genel ticaret bilançosu fazla verse bile o ülkenin krizi nasıl atlatacağı veya nasıl transfer edeceği dış ticaretteki konumuna bağlıdır. Kriz döneminde bu nedenle borçlu ve alacaklı olanlar arasındaki çatışma daha görünür hale gelir. Bütün ilişkilerin arkasında yatan gizli sır ortaya çıkmıştır. Ödemede açık veren ülkenin sermayesi, aradaki farkı direkt olarak meta para yani altın ile ödemelidir. Bu farkın ödenmesi o ülkeden para çıkışı anlamına gelir.

Altının dünya ölçeğinde itibari ifadesini taşıyan para birimleri (dolar vb.) ilişkinin özünde bir değişikliğe sebep olmaz. Bu kâğıt parçaları sonuçta bir değer karşılığı olarak üretilirler ve o değer biçiminin itibarını taşırlar. Karşılığında üretilmiş değer olmayan kâğıt parçası, bu kâğıt parçasının üretimi için harcanan emeğin ve tüketilen doğa kaynaklarının israfından başka bir şey değildir. Eğer bir ülke altın ya da onun temsilcisi, uluslararası geçerliliği olan para birimlerine ait rezerve sahip değilse bu borcu ödeyemez. Ödemelerin sağlanamaması halinde kambiyo kurları değişir. Yani ödemeyi yapamayan ülkenin ulusal para birimi ile ticarete bulunduğu ulusal para birimi arasında kur farkı meydana gelir. Ödeme yapabilme veya borçlarını kapatabilecek mekanizmalardan yoksun olan ülkelerin ulusal para birimleri devalüasyona uğrar. Böylece o ülkenin pazarında dış ticaret metallerinin yaygınlığı ölçüsünde bir enflasyon görülür. Enflasyon bir ülke içerisindeki genel fiyat düzeylerinin artışı anlamına gelir. İthal edilen malların pazardaki hacmi genel fiyat düzeylerindeki artışı belirler. Benzer bir durum belirli koşullar altında ihraç edilen mallar için de geçerli olabilir. Eğer ihraç edilen ürün yurt içi pazarda da belirli bir değişim hacmine sahipse, ülke içi ülke dışı fiyat farkı ortadan kalkar. İhraç edilen ürünler ulusal para birimi ile değil; dünya parası ile pazara çıkar. İhraç mallarının ülke içindeki fiyatları da uluslararası fiyat düzeylerine göre belirlenir.⁵ Ancak bir ara mal üretiliyor ve bu ara mal ülke içinde tüketilmiyorsa bu mekanizma işlemez.

Kambiyo kurlarındaki bu değişiklik bir ülkeyi ticarete avantajlı konuma getirirken, diğer ülkeyi ise dezavantajlı konuma getirir. Böylece bir değer transferi yoluyla ödemeler bilançosu açığı uzun vadede kapatılabilir. Ancak bu dönem para birimi devalüasyona uğramış ülke için hiç kolay değildir. Dış ticaretteki açık, mutlak artı değeri arttırma eğilimlerini doğurur ve krizin faturası işçi sınıfına kesilir. İşgünü normal işgününü aşar, emek yoğunluğunun sınırları zorlanır. Zaten kurlardaki değişmeden kaynaklı enflasyonun sonucu olarak ortaya çıkan meta fiyatlarındaki ar-

tış, ücretlerin artışıyla telafi edilemez veya edilmez. Ücretler emek gücünün değerinin altına düşer ve toplumsal ölçekte emek yağması yaşanır. Yaşanan bu durum başka uluslar tarafından ihraç edilmiş sermayenin ülke dışına çıkışını da beraberinde getirebilir. Genel olarak ülke dışına sermaye çıkışının önüne geçebilmek için faiz oranları da artma eğilimi gösterir. Böylece borçlu olan ulus daha da borçlu hale gelir.

Bir ulusun sermayesini dolaştırabilmek için asgari bir dolaşım aracı miktarının bulunması gerekmektedir. Marx, bu dolaşım aracı miktarının genişletilmiş formülünü şu şekilde verir (2):

$$\frac{\text{Metalardan fiyatlarının toplamı}}{\text{Aynı adlı para parçalarının el değişimine sayısı}} = \text{Dolaşım aracı olarak işgören paranın miktarı}^7$$

Paranın toplam miktarı ise dolaşım ve ödeme araçlarının hızı veri kabul edildiğinde şu işlemin sonucuna eşittir: “Gerçekleştirilecek meta fiyatları artı, günü gelmiş ödemeler toplamı eksi, birbirini götüren ödemeler eksi, bir ve aynı para parçasının sıra ile kâh dolaşım kâh ödeme aracı olarak iş gördüğü el değiştirmelerinin sayısı” (2). Öyleyse, dolaşımda bulunması gereken miktar, dolaşımın ihtiyaçlarına göre belirlenir. Eğer dolaşımda, dolaşımın ihtiyacından daha fazla miktarda dolaşım aracı varsa, bu aracın temsil ettiği değer düşer ve böylece genel bir fiyat artışı meydana gelir. Piyasada dolaşımın ihtiyaç duyduğundan daha az dolaşım aracı varsa, bu durumda paranın devinim hızını artırabilmek için dolaşıma para sürülmesi gerekir.

Altının dünya pazarındaki ödeme aracı işlevi, onun dünya pazarındaki temsilcileri olan Dolar ve Euro gibi uluslararası para birimlerine aktarılabilir. Bu gibi para birimlerinin uluslararası ölçekte dolaşımın aracısı olabilmeleri için uluslararası piyasada çokça değiştiriliyor olmaları gerekir. Sadece bu yetmez. Aynı zamanda devlet güvencesi de bu para birimlerine olan güveni ve dolayısıyla değiştirilebilirliğini artırır. Dolaşımı rahatlatmak üzere sürülen bu türden itibari para, ulus ölçeğindeki gibi bir enflasyona neden olmayabilir. Çünkü ‘dünya itibari parası’ bir yandan bu paraya sahip olan ulusun dolaşım aracı ihtiyacını giderirken diğer yandan diğer ulusların rezerv parasını oluşturur. Tıpkı altın gibi uluslararası borçların ödenmesinde kullanılır. Ne var ki ‘dünya itibari parasının’ çoğaltılması bu parayı elinde bulunduran her ulus için basılan para miktarına denk gelecek kadar bir değer kaybını ifade eder. Bu, altın üretiminde meydana gelen doğal enflasyona benze-

tilebilir. Yeni bir altın madeni bulunduğu⁶ rezerv olarak saklanan (gömülen) altın miktarının temsil ettiği değer azalır. İtibari para söz konusu olduğunda ise dolaşıma ilave para sürme işlemi anlık olarak bir değer transferine yol açsa da kambiyo kurlarındaki değişiklik nedeniyle bu değer uzun vadede ticaretin gerçekleştiği ulusa tekrar geri akar. Bu, kriz etkilerinin bir süreliğine başka uluslara transfer edilmesinin mekanizmasını oluşturur.

Daha önce de anlattığımız gibi pandemi ile birlikte toplumsal işgününün azalmasından dolayı üretim kapasitesi düşmüştür. Bu durumda bir önceki üretim ölçeğine göre daralan ölçekte bir üretim ve bunun karşılığı toplumsal olarak daha az bir değer yeniden üretilir. Dolaşımdaki para miktarı bir önceki dönemin ihtiyaçlarını karşılayacak düzeydedir. Şimdi ise bu dolaşım aracı miktarına karşılık daha az değer üretilmektedir. Karşımıza çıkan ilk soru şudur: Bu durum enflasyona sebep olur mu? İkincisi, daralan ölçekli yeniden üretimden normalleşme sürecine geçişte bu para efektif talep üretebilir mi?

Arz, talep ve kredinin rolü pandemi dönemi ve normalleşme dönemi olarak iki ayrı dönem için incelenmelidir. Pandemi dönemi daralan ölçekli yeniden üretimin yaşandığı dönem iken normalleşme dönemi daralan ölçekli yeniden üretimden genişlemiş ölçekli yeniden üretim sürecine geçiş imler. İlk dönemde, verili formüle göre dolaşım aracı miktarı aynı iken karşılığında üretilen meta değerinde bir azalma gerçekleşeceğinden enflasyon görüleceği söylenebilir. Burjuva ekonomistlerin sandığının aksine arz ve talebin yasaları birbiri üzerinde etkisi olan ama farklı yasalarlardır. Daralan ölçekli yeniden üretim ile birlikte arz, toplumsal işgününün daralması nedeniyle düşmüştür ancak toplumsal talep azalmamıştır. ‘Pandemi Koşullarında Daralan Ölçekli Yeniden Üretim’ yazımızda bahsettiğimiz gibi, yeniden üretim sürecinin daralması ile birlikte bir kısım sermayenin atıl kalması beraberinde buna bağlı olan emek gücünü de serbest bırakır. Ne var ki ortaya çıkan yedek sanayi ordusunun varlık koşulları sermayenin genel çıkarları adına devlet tarafından sağlanmak zorundadır. Devlet bunu kredi mekanizması aracılığıyla yapar. Merkez bankasında basılan para, bankalar aracılığıyla ihtiyaç kredilerine dönüşür, kısa çalışma ödenekleri ile birlikte iş yerlerinden kısmi zamanlı olarak uzaklaşmış işçilere dağıtılır, pandemi yardımları adı altında herkesin banka hesabına transfer edilir. Yapılan şey sihirbazlıktır.



Devletin görkemli yardımseverliği toplumun sisteme bağlı kalmasını sağlar. Ancak boş şapkadan tavşan çıkmaz. Tavşan şapkada gizlidir. Gerçekte üreten tek bir sınıf vardır. Toplum bu üretken sınıfın yarattığı değeri dolaşımda paylaşır. Dolaşım aracının kendisi ancak var olan değeri temsil edebilir. Topluma verilenler aslında, bir cepten eksiltilerek diğer cebe giren değerden oluşur. Böylece, emek gücünün ücreti bir süreliğine ufak bir sihirbazlık dokunuşuyla değerinin altına indirilmiş ve aradaki fark işçi sınıfı içerisinde pay edilmiş olur.

Normalleşme döneminde ise; piyasada bulunan fazla para efektif talebe dönüşür. Efektif talep, parayla desteklenen taleptir. Daralan ölçekli yeniden üretimle birlikte ortaya çıkan ve güvence için tasarrufa yönelen para fazlası, normalleşme döneminde talebi destekler hale gelir. Talebe karşılık gelen arz, talebi karşılayacak hızda artmaz ise bu sefer efektif talepten kaynaklı fiyat artışı görülür. Arzın yasaları onun nesnel ve öznel koşullarına bağlıdır. Normalleşme sürecinde görüldüğü gibi hızlı talep artışına hammadde kaynaklarının üretimi ayak uyduramayabilir. Geçiş döneminde yaşanan petrol (3), ve çip (4) krizleri artan talebe karşılık gelmeyen arza örnek gösterilebilir. Arz karşılanmış olsa dahi bu sefer ortaya çıkan arzın lojistiği (5) yeterli olmayabilir. Bütün bu koşullar göz önüne alındığında talebin kendisi toplumsal arzın buna ayak uyduramamasıyla sonuçlanır. Bu süreç gücünü zamanla kaybeden bir sarkaç gibi bir süre devam edebilir. Daralan ölçekli yeniden üretimden, genişlemiş ölçekli yeniden üretime geçişte, üretime kamçısını veren talep sunidir. Bir sonraki üretim döneminde görece azalan talep nedeniyle bu sefer topluma çok fazla meta arz edilmiş olur. Böylece, arzın ve talebin pandemiye özgü dengesizliğinin sonucu atıl bir kapasite ortaya çıkar. Burada denge, dengesizliklerin toplamını ifade eder. Diğer yandan toplumsal yeniden üretim söz konusu olduğunda talep hem üretim araçlarına hem de tüketim mallarına karşılık gelebilir. Üretim araçlarına karşılık gelen talep aynı zamanda sermayenin genişlemesini ifade eder. Bu anlamıyla fazla para, sermayenin genişlemesi amacıyla kullanıldığında para sermaye olarak işlev görür. Bu ulus içerisindeki fazla paranın kredi mekanizmasıyla sermaye sınıfına aktarılması anlamına gelir. Şimdi cevaplanması gereken diğer bir soru ortaya çıkar: Bu para fazlası, sermayenin genişleme ihtiyaçları için yeterli midir?

Pandemi döneminde ulus içerisinde yaşanan bu duruma karşılık ABD'nin yani merkez kapitalist ülkenin para basması ise farklı dinamikleri beraberinde

getirir. Çünkü Dolar, dünya para piyasası içerisinde birçok ulus tarafından kullanılan aynı zamanda uluslararası sermayenin hareketi için ortak bir para birimi ifadesini oluşturur. Bu özellik ulusal pazarın sorunlarının çözümü için ABD Merkez Bankası'nın para basma işlevini farklılaştırır. Ne ABD doları diğer ulusal para birimleri gibi bir ulusal para birimi ne de ABD ulusal pazarı diğer ulusal pazarlar gibi bir pazardır. ABD'yi merkez kapitalist ülke kılan özellikler aynı zamanda onun ulusal saiklerle bile olsa gerçekleştirdiği her hareketin aynı zamanda dünya pazarında sonuç üretmesine neden olur. Pandemi döneminde FED'in uyguladığı para politikaları ulus içi sorunları çözmenin aracı olarak üretilmiş olsa da pandemiden normalleşme sürecine geçişte uluslararası efektif talebin oluşması için de nesnel bir zemin sağlar. ABD bu mekanizma ile hem ulus içindeki sorunu çözer, hem de sorunu diğer uluslara havale eder. Daralan ölçekli yeniden üretim sürecindeki para bolluğu şimdi normalleşme dönemine yani pandemiden çıkışa biçimini verir.

Kredi ve Kapitalist Devlet

Her borç ilişkisi güveni temel alır görünür. Her alacaklı borçlunun borcunu zamanı geldiğinde, baştan akde bağlandığı bir fazlalıkla geri ödeyeceğine güvenir. Her borçlu da zamanı geldiğinde sözünde durmayı taahhüt eder. Çünkü pazarda hiç kimse ne tek başına alacaklı, ne de tek başına borçludur. Herkes hem alacaklı hem de borçludur. İşler yolunda giderken kurulu bu güven ilişkisi, işler rayından çıktığında yerle bir olur. Bütün sözleşmeler gerisin geriye yıkılır. Eğer söz konusu ilişki bir ulusun tekil kapitalistleri arasında yaşanan bir borç ilişkisi ise devlet bu ilişkiye dışsal bir unsur olarak dahil olur; iki taraf arasında kötü niyetten kaynaklı suistimallere karşı ilişkiye güvence sağlar. Devletin rolü burada toplumun toplam çıkarları adına özel olana müdahale hakkını elinde bulundurmasından kaynak alır. Ancak ilişki tekil kapitalistler arasında bir ilişki olmaktan çıkıp da sınıfın sermayesi ile tekil sermaye arasında bir alacak verecek ilişkisine dönüşürse işler değişir. Her banka özünde sınıfın sermayesini işletir. Aldığı borcun faizi ile dağıttığı borcun faizi arasındaki fark onun kârını oluşturur. Bu anlamda aslında bir banka faiz oranı ile ilgili değildir. Onu ilgilendiren iki faiz oranı arasındaki farktır. Bir bankanın kâr oranı bankanın işletme ve öz sermayesinin büyüklüğüne, dağıtılan kredilerin miktarına, geri dönme oranına ve iki faiz oranı arasındaki farka bağlıdır. Bankanın gördüğü hizmet tekil para sermayeleri sınıfın sermayesine dönüştürmekten

ibarettir. Topladığı parayı para sermayeye dönüştürür. Kredi olarak dağıttığı para sermayenin mülkiyeti bankaya ait değildir. O mülkiyeti başkasına ait olan bir para sermayeyi, belirli bir bedel karşılığı işletir. Bankanın işlettiği para sermayenin mülkiyetinin kendisine ait olmaması devleti sınıfın toplam çıkarlarının temsilcisi olarak müdahil haline sokar. Bu nedenle her banka, herhangi bir kapitalist işletmeden farklı olarak devletin iznine ve denetimine tabidir.

Dış ticaret hukuk alanının dışındadır. Hukuk öznel olanın toplumsal olana göre düzenlenmesidir. Toplumsal olanın müdahalesine yani devlete gereksinir. Kapitalist devlet ulusal ölçeğe aittir. Dünya pazarında öznel ilişkiye müdahale edecek devlet erki bulunmaz. Bu nedenle hukuk dışıdır. Dünya pazarında düzenleyici yapılar ve kuralları taraf olan her bir ulus devletin onayına bağlıdır. Bu onay sürdüğü sürece geçerlidir. Onayın süresi ve biçimi ise tekil çıkar ve güçle/zorla belirlenir. Kapitalizmde uluslararası hukuk son sözü söylemek üzere sahneye çıkana kadar karşılıklı gücün/zorun arka planda iş gördüğü diplomasi ibarettir.

Dünya pazarında ticaret peşin parayla yapılmaz. İlişkiler tarihsel olarak ödeme aracılığıyla güncel olaraksa kredi mekanizmasıyla gerçekleşir. Hukukun olmadığı bu alanda alacaklı alacağının güvencesini devletler arasındaki ilişkide arar. Bu nedenle merkez kapitalist ülkenin uluslararası para hareketlerini düzenlemesi bir zorunluluk olarak ortaya çıkar. Merkez kapitalist ülkenin bu rolü dünya devletinin olmadığı koşullarda zorunluluktan doğan geçici bir çözümdür. Ne var ki bu çözüm belirli sınırlar içerisinde, bu rolü yerine getiren ulusa krizden çıkışı için diğer ulusların sahip olamadığı ekstra bir olanak sağlar. Her borçlu borcunu teminat altına almak, buna da devleti müşahit kılmak zorundadır. Bu nedenle dış ticarete son kertede tüm borçlar devlet borcu biçimini alır. Bu durum kriz anında, herkes alacaklı ve borçlu olarak kristalize hale geldiğinde, sorunun tekil sermayeler arası bir sorun olmaktan öte tüm toplumun sorunu haline dönüşmesini açıklar.

Dengeye Gelme Mekanizmaları

Kapitalizm krize girer girmez sonuçları ilk olarak para piyasasında görülür.⁷ Ödemelerdeki gecikmeler Marx'ın tabiriyle zinciri yüz yerinden parçalara ayırır. Krizle birlikte kârın paylaşılması değil zararın paylaşılması söz konusudur. Her ülke kaosu hakim olduğu dünya pazarında borçlularının boğazına yapışır ve ticaret bilançosunu denkleştirmeye çalışır. Genç dönemde kurulan güven yerle bir olmuştur. Her ülke

kendi kaderini yaşamaya mahkumdur. Bozulan dengeğin tekrardan kurulması gerekmektedir. Elbetteki dengeğin yeniden kurulması belirli dinamiklerle olur ve merkez kapitalist ülkede perifer kapitalist ülkeye göre daha kolaydır. Daha kolaydır çünkü merkez kapitalist ülkenin dengeye gelebilmesi için kullanabileceği olanaklar perifer kapitalist ülkeye göre çok daha fazladır. Bunalım bir ülkede ortaya çıktıktan sonra itihalat ve ihracat dengelerine göre tüm ülkeler sırasıyla bu-nalıma girerler. Kriz, pimi çekilmiş el bombası gibi bir elden başka bir ele transfer edilir.⁸ Genel olarak bombanın kimin elinde patlayacağı da ulusun krize girdiği koşullara göre belirlenir. Bir ulusun dış ticaretteki konumunu ve koşullarını diğer uluslar ile yaptığı genel ticaret bilançosunda görünür. Ticaret bilançosu ile ödemeler bilançosu arasındaki fark; ödemeler bilançosunun belirli bir vade ile kapatılması gereken ticaret bilançosu olmasıdır. Krizin meydana getirdiği şey ise ticaret bilançosu ile ödemeler bilançosu arasındaki vade farkının çok kısa bir süre içerisinde indirilmesidir (6).

Genel olarak her ülkenin ödemeler bilançosu açığı vardır. Bu nedenle sorun ödemeler bilançosunda bir ülkenin açık vermesi ile değil, krizin bu vadeyi daraltmasıyla yani ödemenin fiziki olarak yapılması zorunluluğuyla ortaya çıkar.⁹ Ödeme yapılıyor ve ödemeler bilançosu dengeye geliyorsa o ülke için bir sorun yoktur. Sorun şimdi o ülkeyle ticaret yapan başkalarının sorunu haline gelmiştir. Krizi bir ülkeden başka bir ülkeye transfer edebilme kabiliyeti o ülkenin dünya ticareti içerisindeki konumuna ve koşullarına bağlı olarak şekil alır. Merkez kapitalist ülke kapitalist dünya ticaretinin şekil vericisidir. Sermayesi tüm dünyaya yayılmıştır. Kriz bir kez ortaya çıktıktan sonra dışarıdaki görevini yerine getiren sermaye tekrar cehennemin kapılarına bekçi olması için ülkeye geri çağırılır. Söz konusu zararın paylaşılması olunca da adalet tanrıçası görünümüne bürünür. Peki, merkez kapitalist ülke nasıl dengeye tekrar kolayca gelebiliyor da perifer ülke bu kolaylıkta dengeye gelemiyor?

Kriz patlak verdiğinde ticaret bilançosu ile ödemeler bilançosunun dengeye gelmesi gerektiğinden bahsetmiştik. Öncelikle vadesi gelen ödemelerde açık verildiğinden derhal bu ödemelerin yapılması için para çıkışını görürüz. Bir ulustan ödemeler bilançosundaki açığı kapatmak üzere çıkan parayı ulusun krize girdiğinin göstergesi olarak niteleyebiliriz.¹⁰ Bu para çıkışı ödemeler bilançosunu denkleştirmek için yeterli olmayabilir. Bu durumda konsinye mal olarak gönderilmiş metalar, hızla paraya dönüşebil-



mesi için ucuza satılır. Meta sermayenin bir kısmı düşük fiyatlar ile yurt dışına ihraç edilir. Bununla beraber ülkeden para çıkışı gerçekleştiği için faiz oranlarında da yükselme meydana gelir. Diğer uluslara kredi olarak gönderilen para sermaye görev başına çağırılır. Faiz oranlarının yükselmesi nedeniyle değerli kağıtların fiyatı düşmeye başlar. Böylelikle o ulusun elinde bulunan yabancı değerli kağıtlar ucuza satılır. Ulusun dışarıda bulunan değerli kağıtları da ucuza tekrar geri satın alınır. Genel olarak iflasların yaşanması da bir çok borcu silmenin bir mekanizması olarak ortaya çıkar. Böylece merkez kapitalist ülke kriz dönemindeki ödemeler bilançosu ile ticaret bilançosu arasındaki dengeyi tekrardan kurabilir. Şimdi pimi çekilen el bombasını tutma sırası başka bir ülkeye geçmiştir. Sıradaki ulusun geçici olarak ödemeler bilançosunda fazlası var gibi görünüyordu. Çünkü para borçlarının karşılığı olarak merkezden o ulusa doğru hareket etmişti. Ancak kriz nedeniyle ödemelerin tek seferde yapılması talep edilir. Bu defa para çıktığı yere geri dönünceye kadar hareket etmeye başlar. Krizi yaşama sırası gelen ulus merkez ülkedeki gibi olanaklara sahip olmayabilir. Bu durumda dünya pazarıyla kurduğu ilişkide borçlu konumuna düşer. Söz konusu iki ulus olsaydı sorun kendisini bir ulusun ithalat fazlası diğer ulusun ihracat fazlası olarak gösterirdi.¹¹ Tüm ülkelerdeki fazla ihracatın ve buna eşlik eden fazla ithalatın görünmesi kredi mekanizması ile birlikte üretimin çok zorlanmış olmasının bir sonucudur. Bu durumda aşırı sermaye üretimi meydana gelmiştir. Kâr oranlarının düşme eğilimi yasasına bağlı olarak gelişen aşırı sermaye üretiminin, uluslararası piyasalarda kendini ortaya koyma biçimi bu şekildedir.

Eğer dış ticaretin dengeye gelme sürecinde para çıktığı yere geri dönüyorsa bir sorun yoktur. Ancak yu-ka-ridaki dinamiklere sahip olmayan perifer ülke, krizin faturasını başka bir şekilde öder. Para bunalım anında kıttır ve ödeme geri dönüşlerinde problemler vardır. Borçlu olan ülke, dünya pazarındaki konumu nedeniyle kredi bulmakta zorluk çekebilir. Eğer kredi bulunamaz ve buna bağlı olarak ödemeler yapılamazsa ülkenin sahip olduğu para birimi devalüasyona uğrar. Bu durum, o ülkede, devalüasyona eşlik eden bir enflasyon yaşanmasına neden olur. Enflasyondan alıcı ve satıcı olan kapitalistler durumlarına göre farklı etkilenir. Ne var ki her kapitalist alıcı olduğu kadar da satıcıdır da. Ancak işçi ücretleri enflasyona eşlik edecek bir biçimde yükselmez ise işçiler sınıf olarak emek yağmasına uğrar. Bu durumun kendisi eğer sınıf mücadelesini koşullamıyorsa işçi sınıfının kendini yeniden üretmediği bir noktaya kadar devam eder.

Sonuç olarak kapitalizmin içsel çelişkilerine dayanan krizden çıkış mekanizması şu şekilde özetlenebilir;

1. Kredinin aşırı zorlanması nedeniyle çok fazla ithalat ve çok fazla ihracat yapılmıştır.
2. Aşırı sermaye üretimi gerçekleşmiştir. Bunalım bu noktada patlak verir.
3. Bunalım anında, ödünç sermaye talebi artar. Bununla birlikte faiz oranları yükselir. Burada ödünç sermaye, satın alma aracı olarak değil borçların kapatılması üzerine talep edilir.
4. Para aranan bir şeydir. Ödemelerin yapılması gerektiğinden dolayı para piyasası üzerinde baskı meydana gelir. Bu durum paranın kredi parası olarak verilmesinin önünde engeldir. Kredi bulunamadığından dolayı ödemenin nakit yapılması talep edilir.
5. Ödemeler bilançosunun kapatılması için para çıkışı görülür.
6. Ödemeyi sağlayabilecek para yoksa ödemede kullanmak adına birkaç kuruluş para için metaller ucuza satılır.
7. Sermayenin değersizleşme süreci başlar. Aşırı sermaye kadar mevcut sermaye yok olur.

Krizin çözümü, üretilmiş olan aşırı sermayenin faal sermayenin buna karşılık gelen miktarının buharlaşmasıyla mümkündür. Böylelikle üretilen fazla sermaye, yeniden üretime kârlı olan işkollarında dahil olur.

Pandemide meydana gelen durum ise yukarıda anlatılanlardan farklı olarak üretimin daralmasından sonra yeniden genişleme evresinde üretken sermaye ihtiyacının ortaya çıkmasıdır. Burada dengesizlik, eksik sermaye kadar bir sermayenin işbölümüne göre yeniden şekil alan üretim sürecine eklenmesi ile çözülür. Peki pandemi döneminde serbest kalan ve normalleşme döneminde efektif talebin nesnel koşullarını oluşturan para gerçek sermaye birikimine dönüşebilir mi?

Pandemiden Çıkış

Pandemiyle birlikte üretim daralması sonucu devlet müdahalesi olmaksızın da piyasada para bolluğu görülür. Üretim ölçeğinin genişlemesini karşılayacak birikim açığa çıkar, emek gücü istihdamının daralmasına bağlı olarak yedek emek fonu küçülür, hammadde stokları azalır vb. Yani bir önceki üretim ölçeğinden genişleyen ölçeğe sıçramayı sağlayacak tüm artılar şimdi daralma ile birlikte uzay boşluğuna

na saçılır. Bireysel fonların kredi sistemini beslediği bir sistemde bu gelişim kendisini para bolluğu olarak gösterir. Genişleme sürecinde mesele öncelikle bu paranın ne zaman efektif talebe dönüşeceği. İkinci olarak ne zaman, ne kadarının ve hangi koşullarda gerçek sermayeye dönüşeceği. İlk sorunun yanıtı daha çok pandeminin seyri ile ilgilidir. Ancak paranın gerçek sermayeye dönüşümü “1) paranın basitçe ödünç verilebilir sermayeye dönüşmesi; 2) sermayenin ya da gelirin ödünç sermayeye dönüşen paraya dönüşmesidir”(6). Paranın bu iki başkalaşımı gerçek sermayeye dönüşebilir para miktarını verir. Ödünç verilebilir sermaye miktarı ile ödünç sermaye talebi arasındaki ilişki ise faiz oranlarını yönetir. Kârın girişimci kârı ve faiz olarak bölünmesini yöneten bir yasa yoktur. Ancak faiz oranlarının düzeyi dolaylı olarak ulusun kâr oranları ve sonuç olarak artı değer oranları üzerine etkide bulunur. Ölçek ülke ile sınırlı tutulduğunda özünde faiz oranları sadece toplam kâr kitlesinin -bununla aynı anlama gelmek üzere toplumsal artı değer kitlesinin- borç alanlarla borç verenler arasındaki bölüşümü ile ilgili görünür. Gelirin üretken olmayan sınıflara giden kısmı çıkıldığında geriye kalan kısmı üretken tüketime dönüşmek durumundadır. Keza, sermayenin genel çevrimi sırasında üretken sermayenin ve meta sermayenin unsuru olan yedek fonlar ve sabit sermayeden çözünen ama yeni üretim için henüz öndelenmemiş olan kısım zaten ödünç verilebilir sermayenin unsurudur. Yani toplam ödünç verilebilir sermaye büyüklüğü ve bunun yenden üretimdeki karşılığı bir ulus için baştan belirlidir. Faiz oranı bu büyüklüğü belirlemez; bu büyüklük tarafından belirlenir. Ulus içinde toplam sermaye miktarı ve sermayenin organik bileşeni veri ise üretken olmayan harcamalar göz ardı edildiğinde ulusun genişleme ölçeği belirlidir. Son tahlilde faiz oranı bu ölçek üzerine etkisizdir. Ancak mesele ulusal pazar ölçeğinde değil de dünya pazarı ölçeğinde ele alındığında durum değişir. Ulusa dışarıdan giren her para sermaye *ceteris paribus*¹² ulus içi toplam sermaye kitlesini büyütür. Burada dünya pazarından alınan kredinin üretken olmayan tüketime girmediğini ve geri borç ödemesi gibi durumlarda kullanılmadığını varsayıyoruz. Her sermaye toplam toplumsal artı değer kitlesinden pay talep eder. Şimdi bu para sermayenin gerçek sermayeye dönüştüğünü ve bir kâr kitlesi ürettiğini varsayalım. Bu kâr kitlesi girişimci kapitalist ile para sermaye arasında faiz oranına göre pay edilir. Ortaya çıkan faiz biçiminde değer ulus dışına transfer edilir. Ulus sahip olmadığı bir sermayeyi kullanmış ve para sermaye sahipleri de muhtemelen yüksek bir faiz

kitlesine ulaşmıştır. Herkes kazançlıdır. Ancak şimdi faiz oranının etkisi özü itibarıyla aynı kalmakla birlikte ulus dışından sermaye transferinde farklı sonuç üretir. Hala girişimci kârı ile para kapitalisti arasında bölüşümü belirler ancak şimdi ulusun yeniden üretim için öndelenen para sermaye büyüklüğünde değişime yol açmıştır. Bir ulusun dünya para piyasalarından borçlanması -faiz oranı girişimci kârına pay bıraktığı müddetçe- o ulusun sermayesinin çıkarınadır. Ancak ulusların eşitsiz gelişimlerinin de bir faktörüdür. Sorun şudur ki; faiz oranı ile büyüme oranı arasındaki bu ters orantı perifer ulus için fasit daire oluşturur. Buradan çıkışın yolu kâr oranının, sonuç olarak sömürü oranının artırılmasıdır. Aynı ilişki pandemiden çıkış sürecinde ulusların farklı tempolarını da açıklar.

Analizimiz gereği üzerinde durmak istediğimiz bir diğer nokta kambiyo kurlarındaki değişimdir. Kambiyo kurları, o ulustaki faiz oranındaki değişime, buna bağlı olarak enflasyon oranına, dış ticaret dengesinin sağlanıp sağlanamamasına, ulusa para girişi veya ulustan para çıkışı olup olmamasına göre değişir. Bütün bu koşullar kambiyo kurlarının aleyhte mi lehte mi değişeceğini ifade eder. Kambiyo kurlarının lehte değişmesi durumunda, paranın tamamı, talebe bağlı olarak gerçek sermaye birikimine dönüşebilir. Bu durumda üretimin genişlemesi ile meydana gelen arzın miktarı mevcut talebe ayak uydurabiliyor ise faiz oranları düşük ve enflasyon oranı da buna benzer bir biçimde düşük seviyede seyreder. Eğer, mevcut talebe oranla üretimin genişlemesiyle birlikte meydana gelen arzın miktarı düşük ise, bu durumda enflasyon artma eğilimindedir. Buna bağlı olarak para sermayeye olan talep nedeniyle faiz oranı yüksektir. Bu durum kapitalist üretim çevrimleri içerisinde çok sık karşılaşılan bir durum değildir. Faiz oranlarıyla birlikte yaşanan yüksek enflasyon dönemi bu nedenle normalleşme dönemine özgü bir biçimdir. Kambiyo kurlarının aleyhte değişmesi durumunda, gerçek sermaye birikiminin talebini karşılayacak yeterli miktarda para bulunamayabilir. Bu durumda ödünç sermaye talebi artar. Faiz oranları yükselmelidir. Dolayısıyla uluslararası kredi mekanizmasına başvurulur. Piyasada ödünç verilebilir sermaye bulunabilirse sorun yoktur. Ulus borçlanarak bir süre daha üretimin genişlemesi devam edebilir. Ancak piyasada ödünç verilebilir sermaye bulunamaz ise bu durum bir para bunalımını beraberinde çağırır. Para bunalımının ne kadar genelleşeceği uluslararası ticaret ilişkilerine bağlıdır.

Dünya Bankası Grubu tarafından 2021’de yayımlanan Uluslararası Borç İstatistikleri raporuna göre Pandemi dönemiyle birlikte; G-20 ülkelerinin dış



borcu yüzde 12 gibi yüksek bir artış göstermiştir (7). Buna karşılık gelişmekte olan ülkelere verilen ödünç sermaye miktarında bir düşüş gözlemlenmiştir. Bu durumda ödünç sermayeye olan talebin çok fazla olduğu normalleşme döneminde perifer ülkelerin kredi bulmada zorlanacağı söylenebilir. Borçlu durumda olan ülkeler ödünç sermaye talebini genellikle ödeme aracı olarak kullanmaktadır. Öyleyse ödeme aracı işlevini yitirdiği ve perifer ülkelerden vadesi gelen ödemelerin nakit olarak yapılması talep edildiği anda, bir para bunalımı yaşanacağı öngörülebilir. Görünen o ki para bunalımı ilk olarak perifer ülkeleri yani borçluları etkileyecektir. Süreç öyle bir hal alabilir ki perifer ülkelerden alacaklı olan ülkeler de bu durumdan etkilenir. Böyle bir durumda sorun çözümünü yukarıda anlatmış olduğumuz dengeye gelme mekanizmaları ile ortaya koyar.

Sonuç olarak, normalleşme döneminde perifer ülkelerin izleyeceği politika genel olarak ülkeye sermaye girişinin yapılarak eksik sermaye açığının kapatılması yönündedir. Süreç şu şekilde seyreder;

1. Pandemi nedeniyle bazı işkollarında sermaye atıl hale gelirken, bazı işkollarında sermaye birikimi hızlanır.
2. Toplumsal işbölümü yeniden şekil alır. Buna bağlı olarak işkolları arasında sermaye hareketi gözlemlenir.
3. Pandemi döneminde toplumsal işgününün azalmasına bağlı olarak para bolluğu ortaya çıkmıştır. Normalleşme döneminde bu para efektif talebin nesnel koşullarını üretir.
4. Pandemi döneminde ortaya çıkan para, normalleşme döneminde üretimin genişleme ölçeğini karşılayabilecek boyutlarda değilse ödünç verilebilir sermayeye olan talep artar. Böylece faiz oranları artma eğilimine girer. Para boldur ancak paraya olan talebin hızlı artışı nedeniyle faiz oranları da artış eğilimine girer.
5. Talep, eksik sermaye açığı kapatılsa bile üretim artışı sonucunda elde edilen arz ile karşılanamaz ise, toplumsal talep toplumsal arzın üzerinde seyreder. Böylece enflasyon görülür.
6. Üretimi genişletmek için kullanılacak olan para, uluslararası ödünç sermaye biçiminde ülke içine akamazsa bir para bunalımı olanağı ortaya çıkar.

Pandemide meydana gelen durum ile kapitalizmin içsel çelişkilerine dayalı kriz ve krizden çıkış aynı şekilde ele alınamaz. Sermayenin aşırı üretiminden kaynaklanan kriz çözümünü bir o kadar sermayenin yıkımında bulurken, pandemi nedeniyle yeniden üre-

tim sürecinin sektöre uğraması kendisini bir kriz biçiminde ortaya koymayabilir. Normalleşme döneminde ortaya çıkan sermaye talebinin karşılanması ile süreç çözüme kavuşur. Birisinde kesin olan şey diğerinde yalnızca bir olasılıktır. Pandemi döneminden normalleşme dönemine geçişte oluşan ödünç sermaye talebi ve ödünç sermayenin verilebilirliği sürece şeklini verir. Ne var ki sorun derinleşir ve ödünç sermaye talebi karşılanamaz ise krizin dengeye gelme mekanizmalarıyla aynı görüngüler ortaya çıkabilir. Pandemi ve kapitalizmin genel krizi ele alındığında meydana gelen dengesizliği üreten nedenler ve çıkış dinamikleri farklıdır. Sonuç itibarıyla bu durum kendisini uluslararası ilişkilerde borçlu ve alacaklılar arasındaki çelişki olarak ifade eder. Pandemiden de kapitalizmin genel krizinden de kaynaklı olsa uluslararası ticaret ilişkilerinin dengeye gelme mekanizmaları aynıdır. Ticaret bilançosu ile ödemeler bilançosu arasındaki ilişkidir ve oluşan denge her zaman bir sonuçtur. İşçi sınıfının genel çıkarları adına oluşturulabilecek politikalar pandemi dönemi ve kapitalizmin krizi ayrı ayrı ele alınarak üretilmelidir.

Sonuç

Kapitalizmin yapısal krizleri, toplam toplumsal sermayenin çevrimleriyle ilişkisi nedeniyle karşımıza arazi olgular olarak değil mutad, olağan olgular olarak çıkar. Sermayenin durgunluk, yavaş büyüme, hızlı büyüme, boom aşamalarından sadece birisidir kriz anları. İnsanlık belirli bir ritimle tekrarlanan görüngülerden kapitalist ilişkilerin bu doğasına aşınadır. Her ne kadar her seferinde farklı biçimler olsa bile... Ancak pandemi gibi dışsal etkenlerden kaynaklanan sistemik sorunlar, üzerinde çokça düşünülmemiş tartışma alanları üretir. Düşünce alışkanlıklarımız yeniye eski ile örtüştürerek anlama yönündedir. Bu yöntem elbette belirli kolaylıklar üretir. Fakat aynı yöntem görüngüleri görüngülerle örtüştürmekten öteye gitmediği sürece yeni olanda eskinin bir karikatürünü görmekten öte sonuç üretemez. Oysa bütünün hareket halindeki bilgisi bize olağan olanın olağan seyrini anlattığı kadar olağan dışıyı kavramamızın olanaklarını da sunar. Bu nedenle kapitalizmin yapısal krizlerini anlamak pandemi gibi kendisi kriz üretme bile üretim ilişkileri üzerinde sistemik etkiler üreten durumların anlaşılmasına zemin oluşturur. Bu çaba sadece olanı açıklamanın ötesinde praksisin ilk koşuludur. Pratiğin dönüştürdüğünü kavradığımız ölçüde dönüştürücü bir pratiğin öznesi olunabilir.

Önümüzdeki yılların tüm dünya ulusları için çalkantılı geçeceği aşıkardır. Bir yandan sermaye çev-



riminin ürettiği sonuçlar diğer yandan yeni bir çağa devriliyor olduğumuza dair beliren emareler ve en son bunlara eklenen pandemi gibi hareketin ürettiği ancak beklenmedik biçimlerde ortaya çıkan komplikasyonlar... Karmaşık olanı tüm karmaşıklığıyla kavramanın bilimin temel yönelimi olduğunuz biliyoruz. Bu yazı buna dair sadece küçük bir çabadan ibarettir ve sadece daha başka çabalara katkı sunabildiği ölçüde anlamlı olacaktır.

Dipnotlar

1. Can alıcı noktası.
2. Toplumsal işgünü: Bir toplumun belirli bir zaman aralığında üretebileceği toplam değer miktarının işgünü cinsinden ifadesi. Genel olarak tarımsal üretim bir yıllık dönemlere ayrıldığından dolayı tarihsel biçimiyle bir toplumsal işgünü yazımızda kullandığımız haliyle bir yıllık üretimin işgünü cinsinden ifadesi olarak kabul edilebilir.
3. İş isten geçtikten sonra.
4. “İki birey söz konusu olduğunda, karşılıklı ilişkilerinde her ikisinin de ödemeler bilançosu açığı verdiğini söylemek komik olurdu. Karşılıklı olarak birbirlerinin borçluları ve alacakları olmaları durumunda, alacakları denkleşmiyorsa, birinin diğerine bakiye tutarında borçlu olmak zorunda olacağı açıktır. Uluslar söz konusu olduğunda bu söylenen kesinlikle geçerli değildir. Ve geçerli olmadığı, ticaret bilançosunun sonunda denkleşmek zorunda olmasına karşın, bir ulusun ödemeler bilançosunun açık ya da fazla verebileceği önermesiyle, tüm iktisatçılar tarafından kabul edilir. Ödemeler bilançosunun ticaret bilançosundan farkı belirli bir vadede denkleştirilmesi gereken bir ticaret bilançosu olmasıdır. Bunalımların yaptığı şeyse, ödemeler bilançosu ile ticaret bilançosu arasındaki farkı kısa bir zaman aralığına sıkıştırma; ve bunalımda olan, bu nedenle de şimdi ödeme yapması gereken bir ulusta ortaya çıkan belirli koşulların kendileri bile, denkleştirme zamanındaki bu tür bir kısalmaya yol açar.” Karl Marx, Kapital Cilt III, Syf 517-518, Yordam Kitap, Birinci Basım, Haziran 2015
5. Varsayalım ki kurlar değişmeden önce 1 Türk Lirası 1 Dolara eşit iken ürünün fiyatı pazarda 10 Türk Lirası olsun. Şimdi ödemeyi yapamayan ulusun ulusal para birimi devalüasyona uğrasın ve artık yeni kura göre 3 Türk Lirası 1 Dolara eşit olsun. Bu durumda metanın fiyatı da 10 Türk Lirasından 30 Türk Lirasına yükselecektir.
6. Altın diğer bütün toprak ürünleri gibi rant yasasına tabidir. Ancak altın meta para olduğundan dolayı değerlerin ölçüsü işlevini görür. Bu işlev ona özgü biçimini verir. Diğer toprak ürünlerinden farklı olarak altın üretimine yatırılan sermaye farklılık rantı getirmez. Öyleyse altının değeri en iyi koşullar tarafından belirlenmek zorundadır.
7. “Yeniden üretim sürecinin tüm bağlantılarının krediye dayandığı bir üretim sisteminde, kredinin birdenbire durması ve yalnızca nakit ödemelerin kabul edilmesi durumunda, zorunlu olarak bir bunalımın patlak verece-

ği, ödeme araçları talebinin şiddetli bir şekilde artacağı açıktır. Bu nedenle, tüm bunalım, ilk bakışta, kendisini sadece bir kredi bunalımı ve para bunalımı olarak gösterir. Ve gerçekten de sadece poliçelerin paraya çevrilebilirliği sorunu söz konusudur. Ama bu poliçelerin çoğunluğu gerçek alım ve satımları temsil eder ve sonuçta, bütün bunalımın temelinde, bunların toplumsal gereksinimi fazlasıyla aşan genişlemesi yatar.” Karl Marx, Kapital Cilt III, syf 492, Yordam Kitap, Birinci Basım, Haziran 2015.

8. “...Elbette ki, şiddetli patlamalar, burjuva gövdesinin yüreğine, merkezine vurmadan önce, uç bölümlerinde oluşmak zorundadır, çünkü merkezde denge olanağı uç bölgelerdekenden daha fazladır...” Karl Marx, Fransa’da Sınıf Savaşları, Syf 131, Sol Yayınları, Altıncı Basım, Ağustos 2013.
9. Kredi alınarak yani borçlanarak yapılan ticaretin geri dönüşleri elbetteki kredi alınmadan yapılan ticarete göre farklı sonuçlar üretecektir. Ama bu durum konunun özünde bir değişikliğe neden olmaz.
10. “...O zaman altın çıkışı görüngüsü sırasıyla her birinde ortaya çıkar ve tam da genelliği nedeniyle, 1. altın çıkışının, bunalımın temeli değil sadece bir görüngüsü olduğunu; 2. farklı uluslarda ortaya çıkma sırasının, sadece, bu ulusların günah ve sevaplarının hesabını hangi sırayla verdiklerini, yani bunalıma ne zaman girdiklerini ve onun gizli öğelerini kendilerinde ne zaman açığa çıktığını gösterdiğini kanıtlar.” Karl Marx, Kapital Cilt III, Syf 494, Yordam Kitap, Birinci Basım, Haziran 2015
11. Veya tam tersi.

Kaynaklar

1. <http://iscisinifi.org/actual/actual-daralan-olcekli-yeniden-uretim> (Erişim tarihi: 21.11.2021)
2. Karl Marx, Kapital Cilt I, Syf 125, Yordam Kitap, Beşinci Basım, Kasım 2013
3. <https://www.trthaber.com/haber/ekonomi/kuresel-piyasalarda-petrol-fiyatlari-ikiye-katlandi-614183.html> (Erişim tarihi: 21.11.2021)
4. <https://tr.euronews.com/2021/11/06/dunyada-yasanan-cip-k-tl-g-ne-zaman-bitecek-elektronik-ve-otomotiv-sektorleri-alarm-veriyor> (Erişim tarihi: 21.11.2021)
5. <https://www.ekonomist.com.tr/haberler/tum-yonleriyle-tedarik-krizi-neden-cikti-etkileri-neler-kaos-ne-kadar-surecek.html> (Erişim tarihi: 21.11.2021)
6. Karl Marx, Kapital Cilt III, Sf 486, Yordam Kitap, Birinci Basım, Haziran 2015
7. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/36289/9781464818004.pdf?sequence=4&isAllowed=y> (Erişim tarihi: 27.11.2021).



DİJİTALLEŞMENİN SALGINDA ve SAĞLIKTA YAYILIMI ÜZERİNE GÖZLEMLER

Özgür NARİN

Dr. Öğr. Üyesi, Ordu Üniversitesi/Ünye İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Teorisi AD.

Özet

Dijitalleşme salgın ve kapanmaların ardından daha da yaygınlaştı, toplumsal yaşamın ve üretimin dokusuna daha fazla işledi. Bilgisayar başında uzaktan çalışma biçimleri, ihtiyaçları karşılamak için internet üzerinden alışveriş ve elektronik ticaret hızla arttı. Bunun sonucunda üretimden, yaşamdan toplanıp alınan sayısal veriler ve bu verilerin piyasa ve kâra yönelik işlendiği bir dünyada, bu sayısal teknolojilerle çalışma ve yaşama hali yaygınlaştı. Buna dijitalleşme dersek, yaşadığımız salgın bu sürecin bir eşik atlama-sına yol açtı.

Yazıda dijitalleşmenin salgında derinleşmesi ve bununla birlikte sağlıkta yayılımı üzerine bazı gözlemleri aktaracağız. Hayatın sayısal verilere dönüştürülmesinin başlangıcını tartışmaya çalıştıktan sonra bugünkü dijitalleşmeyi yazının sınırları elverdiği ölçüde belirli yönlerini öne çıkararak irdedeceğiz.

Anahtar sözcükler: COVID-19, Dijitalleşme, Sağlıkta Dijitalleşme

Giriş

Birleşmiş Milletler'in örgütü UNCTAD'ın 2019 raporuna göre, 2002 yılında dünyadaki veri akımlarını gösteren İnternet Protokolü (IP) trafiği saniyede 100 GB iken, 2017'de 45000 GB'ye yükselmiş durumda. 15 yılda veri akışı 450 katına çıkmış. Henüz salgın öncesinde yapılan bir tahmin, 2022'de saniyede 150700 GB olacağını, yani yaklaşık 147 Terabayt'a (TB) ulaşacağını öngörüyordu (1). Salgında yayılan ve derinleşen dijital kullanım zorunluluğu, bu trafiği 2002'ye oranla 1500 kattan daha fazla bir orana çıkarmış olmalıdır. Gerçekten de Uluslararası Te-

lekomünikasyon Birliği (ITU) raporlarına bakılırsa 2020'nin henüz ilk yarısından çıkarılan tahminlere göre, dünyadaki internet kullanımını gösteren uluslararası bant genişliği yüksekliği 2019'a göre %38 büyümüş durumdadır ve bu geçen yılki artıştan 6 puan daha fazladır (2).

Dünyanın en büyük kütüphanesinin 15 TB bilgi sakladığı söylenir. Elbette ki burada ölçülen bilginin insanlığın anlam dünyasına kattığı değil kapladığı sayfa miktarı gibi düşünülebilir. Her an saniyede 10 kütüphanelik bilgi değiş tokuşu yapılmaktadır. Bu veri akışının yaklaşık %80'inin videolar, oyunlar ve sosyal ağlarla ilişkili olduğu tahmin ediliyor (3). Ama bu bile toplumsal yaşamın her türlü verilerinin dijital bir ağa, dijital belleklere aktığını gösteriyor.

Henüz salgının başlarında 2020 Nisanı'nda bir Microsoft yöneticisi "iki ayda, iki yıla bedel dijital dönüşüm gördük" diyordu (4). Pilot olarak bile çok kolay denenemeyecek genişlikte dijital kullanım ve altyapı denemesi, salgının ilk kapanma dönemlerinde hayata geçti. Dijital toplantılar, uzaktan çalışma, eğitim, elektronik ticaret ve tüm bunlara yeterli dijital altyapının genişletilmesi ve kullanıcıların sayısının dünya çapında zorunluluklar yüzünden hızla artması dijitalleşmede çarpıcı bir artışı beraberinde getirdi.

Bunun sonucunda 2021'de dünya nüfusunun %65'i ağırlıklı olarak (%92) mobil telefonlardan internete erişim sağlamış durumdadır. Sadece 2021'in ilk 6 ayında bu oran %10 artmıştır (5).

Bankalararası Kart merkezinin verilerine göre, salgının Türkiye'de kapanmaya yol açtığı ilk iki ayda internet alışverişlerinde 5 milyon yeni kart kullanıldı.



Kişilerin birden fazla karta sahip olabileceği düşünülse bile bu sayı yaklaşık 4 milyon yeni kişinin internet üzerinden alışveriş yapması demek; ki bu da sadece dijital pazar yerinin genişlemesi anlamına gelmiyor, aynı zamanda dijital uygulama kullanımının yaygınlaşmasıyla, bütün bir üretim ve dolaşım, tüketim zincirinin altyapı ve işletim araçlarının genişlemesini beraberinde getiriyor. Yani birbiriyle zincirlemesine bağlı pek çok sektör, kargo, kurye, hizmet sektörü, uygulama üreten, geliştirenler ve internet servis sağlayıcıları... Politik ekonominin diliyle söyleyecek olursak, sadece sermayenin dijital devreleri birbirine bağlanmıyor aynı zamanda farklı sermaye devreleri de dijital pazarlar, araçlar ve hammaddele (veri dâhil) birbirine bağlanıyorlar.

Böylelikle dijitalleşmenin farklı alanlarında çalışanlar, bu araçların, bu uygulamaların denetimine, hız ve zaman çarkına çekiliyorlar. Teknolojinin bu üretim döngüsüne nüfuz etmesi, emeğin teknolojikleşmesi ya da teknoloji ile çalışması anlamına gelmiyor her zaman. Dijital alanın parlayan uygulamalarıyla satılan malları teslim etmeye çalışan motokuryeler, uygulamanın hızına erişmek için, çoğu kez navigasyon ile rota ayarlaması yapabilecek yapay zekâ donanımlarıyla değil, aksine can pazarında “bol bulunan” ucuz emekleri gözetilerek kendi sürüş “maharetleri” ile tehlikeli ve uzun çalışma saatlerine mahkûm oldular. Tam da bu yüzden kurye ve kargo işçilerinin, siparişleri yetiştirme basıncı altında yaşadıkları ile kazalar ve can kayıplarına, gerçekte iş cinayetlerine tanık olduk. İSİG Meclisi’nden Aslı Odman’ın aktardığına göre, “pandeminin ilk yılında 19’dan 190’a yükselen iş cinayeti sayılarıyla motorlu kurye işçileri, evde kalamayan çalışanların durumunu gözler önüne serdi (6).

Salgında bulaşın artması, virüsün yol açtığı ölümcül sonuçlar yüzünden denetim, gözetim işlevi yürüten bazı teknolojileri olağan gözükken ve kolay kabul gören biçimlerde yaşamımıza sokabildiğimizi gördük. HES, e-Nabız gibi uygulamalar, veri üzerine bilinçli bir toplumsal mücadelenin olmadığı bir ortamda son yirmi yıldır hızlı ve denetimsiz biçimde artan dijital veri talanının derinleşmesini ve yaygınlaşmasını getirdi.

Gözetim, Takip ve Algoritmalar

Yaşamın ironisi belki... Hekimlik tarihinin kimi önemli terimleri tıbbi alanı aşarak hayatımıza şoklarla dâhil oldu. Hasta gözetim ve takibi için kullanılan

terim, kimi zaman kullanıldığı gibi “surveillance” (gözetim, takip) bunlardan birisi. Salgında bulaşın takibi için yeniden önemli hale gelirken, tarihteki diğer anlamıyla tekrar kesiştiği bir süreçte de denk düştü. Salgındaki gözetim olanakları, piyasalaşan sağlık için dijitalleşme ile birlikte yeni “fırsatlar” sunar hale geldi. Kapitalist üretim bu piyasalaşmanın kaynağı olarak tüm alanlarda üretim, emek denetimi ve tüketim için gözetime dayanır ve bunu kâr ve satış olanağına tahvil etmeye çalışır. Salgın bunun yaşamın dokusuna, gözeneklerine işleyişini artıracak gibi gözüküyor. Kâr ve sermaye birikimine dayanan hâkim üretim ilişkisi, çalışanların “mesafeli”, örgütsüz ve dağınık durumundan yararlanarak krizi kendi lehine fırsata çevirdi. Bir halk sağlığı krizi sayesinde, hastalığın ve aslında toplumsal bedenin takibi, sadece büyük bir dijital pazar yaratmakla kalmadı, aynı zamanda üretimin, dolaşımın ve giderek yaşamın takibi de pekişti; kâr arayışı kendine buralarda yeni kanallar buldu.

Bir diğer terim de “algoritma”dır. “Detaylanmış tanı ve tedavi protokolleri”¹ ya da ayırıcı tanı koymada hekimlerin kullandıkları *algoritmalar*, bu şok dönemlerinde virüse yakalananların belirlenmesi, izlenecek yolları tarif eden “kolaylaştırıcı” ve tanıyı ayırt etmede “rasyonelleştirici”, her hekimin emek sürecini standartlaştıran uygulamalar olarak öne çıktılar. Ve elbette dijitalleşme ile yaşamımıza daha fazla giren, bizden giderek daha fazla toplanan verileri, bizim beğenilerimizi, alışkanlıklarımızı, çalışma saatimizi, hızımızı, trafiğin kullanımını analiz etmek için kodlanan algoritmaları hatırlattılar. Kimi yerlerde bunları pekiştirdiler.

En gelişkin makine öğrenme sistemleri, algoritmalar, yapay zekâ yöntemlerini kullanarak bu dijitalleşme ile bizden toplanan verileri işliyorlar. Elbette ki, işleme amacı, üretimde “performansı” artırmak, piyasayı genişletmek, yani sermaye birikimi. Aşımın üretimi ve dağıtımındaki eşitsizlik ve “aksaklık”lar, kapanmaya rağmen evde kalamayan ya da uzaktan uzun mesai saatleriyle çalışan yahut da işsiz bırakılan dünya nüfusunun çoğunluğunu oluşturan emekçileri gözetirsek, verilerin toplumsal yarar, insanlığın genel yararı için işlenmediği görülebilir. Dijitalleşmenin derinleşmesine salgının yaptığı olağandışı katkı bu yüzden önemlidir.

Dijitalleşme, emek süreçlerinin, yaşam süreçlerinin yani beğenilerimizin, hareketlerimizin, davranışlarımızın taklit edilebilir, dönüştürülebilir ve



etkilenebilir olmasını daha kolaylaştırıyor; altyapıyı derinleştiriyor. Bu salgın ile başlamadı ama salgını fırsat bilerek bu dijital tabanı genişleten bir üretim ilişkisi var. Algoritmaları, bulaşım takibinde, şeffaflık ve kamunun bilgisine sunma açısından çok daha hızlı ve güçlü kullanabilecek bu üretim ilişkisi, elbette ki bunu yapmak yerine dijitalleşmenin “meyvelerini” piyasanın, sermaye birikiminin hizmetine sunuyor.

Yaşamın sayısallaşması, dijitalleşme gerçekte bilimin evrensel birikiminin ve insan emeğinin üretken gücünün bir ürünü ve meyvesi. İnsan, kendi emeği ile kendi üretim sürecini nesnel olarak çözümlemeye, kolaylaştırmaya çalışıyor. Ancak bunu belirli bir toplumsal üretim ilişkisinde yaptığı için her zaman bu meyveler, toplumsal olarak yararı gözetecek, eşitsizlikleri, çelişkileri ortadan kaldıracak biçimde toplanmıyor, paylaşılmıyor. İnsan emeğinin bu nesnel üretici gücünün olumlu sonuçlarını tek başına alırsak, hâkim üretim ilişkileri altında kullanılışı yüzünden yarattığı eşitsizlikler ile karşılaşarak hayal kırıklığına uğramamız uzun sürmüyor. Öyle ya, salgında bilimin evrensel birikiminin, internet gibi hızlı iletişimle, tıptaki, genetikteki bilimsel, teknolojik gelişmelerle çok hızlı ve önemli aşilar üretebildiğini gördük. Hemen ardından da aşının gezegene eşitsiz dağılımını, patent altına alınmasını yaşadık. Bu sınıfsal üretim ilişkisini akılda tutarak, insanın nesnel bir üretken gücü olarak dijitalleşmenin her yere nüfuz etmesinin tarihini hatırlayabiliriz. Yaşamın sayısallaşmasının köklerinde belirli bir üretim süreci var.

“Dijital” nasıl ortaya çıktı? Emeğin Ürünü, Emeğe Etkisi

İletişimi, hareketi, belirli hesaplamaları, işleri sayısallaştırmak, iletilebilir ve işlenebilir veri olarak oluşturma ya da dönüştürmenin analog makinelerle, dişlilere, çarklara, iletim sistemlerine uzanan bir tarihi var. Bu tarihi daha ayrıntılı başka bir yerde tartışmıştık (7). Burada makinelerin iletim sistemleri ve dişlilerini kullanarak, önce tekrarlanabilir işler, sonra da hesaplar ve hesap makinesi yapma arayışının bilgisayara ve bilgileri sayısallaştırmaya evrildiğini belirtmekle yetinebiliriz. Kritik nokta şudur: bu dişliler, iletim sistemleri, dönen ve tekrarlanan, artma eksilme gibi işlemleri yapabilen hareketler, emekten ve üretimden çıkarak, ona benzeştirerek yapılıyor. İster ussal süreçler, hesaplama olsun, isterse de maharetli belirli üretim süreçlerini

taklit etmek olsun, hepsi emeğin ürünü ve emeğin kendi üzerine düşünmesinin, kendine benzeştirmesinin (analoji) bir ürünü. Makinelerin mekanik ya da analog denilen bu işleyişi, gerçekte insan emeğinin, davranışının analogisi.

Bir şeyi üretmek için gereken emek süreci, yapma becerisi; örtülü (tacit) bilgiler taşıyor; beceriler, maharetler içeriyor. Ancak bu becerilerin tamamı ya da bir kısmı, tekrarlanabilir parçalara bölünebilirse, bu işlem (ve bu bilgi) taklit edilebilir, makineler tarafından devralınabilir oluyor. Giderek de bu tekrarlar aktarılıp iletilebiliyor. Günümüzde sadece üretimin değil tüketim sürecini takip etmek için yaşamın da sayısal verilere, taklit edilebilir, pazara sürülebilir ya da tüketilebilir hale dönüşmesine varan bu dijitalleşmenin köklerini üretim oluşturuyor. Bu makinelerin ve arayüzlerin üretilmesinin tarihi, bugünün yeniliklerinin, yani algoritmaların, iş akışları ya da karar ağaçlarının (yol tarifi) oluşmasının köklerinde yatıyor.

Üretim sürecinin böyle ayrıştırılması ve optimize edilmesi, “rasyonelleşme” olarak da adlandırılıyor. Rasyonelleşme nesnel bir süreci görünümde anlatırken, bu “rasyonel”i belirleyen öznel süreci ele vermiyor. Hâlbuki üretim ilişkisinin kâr amacına ve üretimdeki emek bölümünün sınıfsal niteliğine dikkat etmek gereklidir. Bugünü ayırt eden, kâr için üretimin tüm döngüsüne, yani imalattan, dolaşıma, dağıtım ve tüketime kadar her alana bu “rasyonelleşme”nin nüfuz etmesidir.

18. yüzyılın sonlarından beri emek sürecindeki örtülü bilginin, maharetin, basit parçalara dönüştürülmesi, “rasyonelleştirilmesi” (ya da bugünkü anlamıyla “dekod” edilerek “kodlanması”) sermayeye dayalı üretim için yaşamsal önemdeydi. Böylelikle bu basit, kolay öğrenilebilir ve tekrarlanabilir parçaları yapan emeğin “maliyeti” düşecek, sermaye için verimlilik artacaktı. Üretim sürecinin analiz edilmesi, hünarlı emeğin çözümlenerek, taklit edilebilir hale gelmesi, bilimin analiz çağıyla paralellikler gösterir.

Bilimsel analiz, kimyadaki analiz gibi, parçalara ayrıştırma ve önce süreci, maddeyi, bileşimi anlamak, bu ayrıştırmanın ardından yeni bileşimler üretmeyi içerir. 1800’lerde bilimsel analiz, hem kimyasal analizle yeni bileşikler, yeni hammaddeler üretiyor, hem de doğanın, doğa bilimlerinin tüm olanaklarını, doğayı analiz ederek üretimin hizmetine veriyordu. Doğanın analizi, üretim araçlarının, aletlerin geliştirilmesini de getirdi. Bir şeyi üretmek hatta bir hesabı yapmak



için gereken süreçler önce analiz edildi, olanaklı küçük parçalara ayrıştırıldı, ardından bu küçük parçaların yerine konabilecek aletler ve makineler tasarlandı. 1830'larda Charles Babbage, zor ve karmaşık hesapları yapabilmek için bu hesapları tekrarlanabilir serilere dönüştürme (Newton'un Bölünmüş Farklar Yöntemi) fikriyle analogi kurarak, bu tekrarlanabilir işlemi bir dişli ve makine sistemine yaptırmayı düşündüğünde, aynı zamanda üretim süreçlerinin böyle küçük parçalara bölünmesini inceliyordu (8). Bunun için Babbage iktisatta ilk olarak, bu üretim süreçlerinin bölünerek, gerekli emek maliyetlerinin düşürülmesi ilkesiyle hatırlanır. Zor ve nitelikli bir işi, küçük parçalara bölebilir, örtülü bilgiyi ayrıştırabilirseniz, tekrarlanabilir basit işlerden ibaret olan küçük parçaları "vasıfsız" işçilere daha ucuza yaptırabilirsiniz. İlerde bu ayrıştırma işi dekode etmek, yani basit kodlara bölme olarak görülecekti.

Analiz, yani çözümleme çağı aynı zamanda mad-di üretimdeki bu parçaların, zihinsel algoritmalara, hesaplama ve soyut zihinsel işlemlere dönüştürülmesi anlamına geliyordu. Günümüzdeki "Büyük Veri" ve Veri Bilimi'nin parlak gelişmeleri, böyle bir yeni çözümleme çağının göstergeleridir. Makineler arası iletişim, enformasyon artık üretim sürecinin enformasyonuna ve oradan da üretimden tüketime, tüketici ihtiyaçlarını belirlemeye kadar genişledi. 1800'lerden bugüne, üretim, endüstriyel üretim, bütünün tüm parçalarını hâkimiyetine aldı, gözeneklere kadar nüfuz etti. Artık sadece imalatı değil, dolaşımı, dağıtımı, tüketimi yönlendirmek için ayrıştırmaya yöneliyor. Bunun sonucu olarak yaşamın her parçası kodlanarak, verilere dönüştürülerek, algoritmalaştırılarak sermaye birikiminin hizmetine sunuluyor. İnsanın tüketici olarak davranış kalıplarını, beğenilerini öğrenen ve taklit eden, yönlendirebilen algoritmaları, "öğrenen makineleri" üretmeye çalışan bir sermaye birikimi ile karşı karşıyayız. Üstelik basitçe temel ihtiyaçların üretilmesi üzerine dönmüyor ekonomi, aksine "yeni ihtiyaçlar" üretmek, hatta uydurmak için de ekonomi çarkları dönüyor.

Elbette ki, teknolojik gelişmeler gibi dijitalleşme de dünyada her yerde ve eş zamanlı, pürüzsüz ve türdeş gerçekleşen bir süreç değil.

Görünen, tüm yaşamın bilgi-işlemleşmesi, hesaplama (computing) çağına dönüşmesi gibi gözüküyor. Gerçekte ise görünenin ardında derin çelişkiler, eşitsizlikler ve kâr için, piyasalar için bir hesaplama ara-

yışı olduğunu çoğunluk sezebiliyor.

Burada bu tarihsel çerçeveden yararlanarak belirli gözlemler yapacağız. Algoritmalar, hâkim üretim ilişkisinin elinde, bu üretim sürecinin sayısal verilerini kullanıp bunları dönüştüren makinelere dönüşüyorlar. Hâkim üretim ilişkisi diyoruz çünkü madalyonun bir yüzünde, olumlu olan, üretimi rasyonelleştiren, akışı verimli hale getiren, bilgileri toplayarak çözümlememizi sağlayan nesnel bir sistem açık bir şekilde görünüyor. Kötü olan teknoloji ya da dijitalleşme değil. Esas bakmamız gereken nesne değil, nasıl üretildiği, hangi ilişkilerle üretildiği... Teknolojinin kullanımını, olanaklarını ve sınırlarını bu belirliyor. Bu üretim ilişkisinin hâkim güdüsü, kârı azamileştirmek olduğu sürece, sermayenin hizmetinde kullanılan, kârı, satışı ve sermaye birikimini hedefleyen bir "rasyonelleşme", performans öne çıkıyor. Ortaya çıkan geçim için çalışmak zorunda olan dünya nüfusunu, hem çalışırken hem de geçinmeye çalışırken yakalamaya çalışan bir üretim süreci oluyor. Çalışırken, verilerle, algoritmalarla emek denetimi, geçinmeye çalışırken verilerinin, yaşamsal bilgilerinin tüketmek için hedef haline gelmesi... Böyle bir üretimin çarkları dönsün diye belki bulaşın verileri, hastalar yeterince (!) takip edilmiyor ama hastalanan ve sağlık "endüstrisi"ne müşteri olanlar, olabilecekler emin olunuz ki çok sıkı takip ediliyorlar. Sermaye birikimi, bunu gerektiriyor, tüm hesaplama bunun için yapıyor.

Sağlıkta Dijitalleşme: Rasyonel yönetim mi, Yoksa Yaşamsal Verilerin Piyasanın Kontrolüne Verilmesi mi?

Sağlıkta dijitalleşme pek gündeme gelmedi ama dikkate değer ölçüde yaygın kullanıldı. Sağlıkçıların salgındaki can pahasına çabaları, çalışma koşulları haklı olarak tüm ağırlığıyla gündemi oluşturdu. Bu sırada bu dijitalleşme, kimi zaman kolaylaştırıcı olarak görüldü, kimi zaman da emek denetim mekanizması olarak... Dünyada sağlıkta dijitalleşme, 2000'lerden beri hızlanmaya başlamıştı, salgında "can havliyle" kullanımı daha hızlı ve derinleşerek gelişti. Oysa bu muazzam miktarda verinin toplanması, toplanma biçimi, "kamu yararı"na kullanılıp kullanılmadığı, üretimi ve denetimi, sağlıkçının kontrolünde değil. Enformasyon teknolojileri, bilgisayar ve veri bilimi, sağlık gibi pek çok alanın kesişiminde yer alan ve farklı uzmanlıklar gerektiren dijitalleşmenin üretimini yönetmek ve denetlemek de, sadece sağ-



lıkçılarının emeklerine sınırlı kalmaz. Onlarla birlikte, bu bilimi ve teknolojileri üretenlerin bütüncül denetimini gerektiriyor. Sağlık bilimi ve uygulamaları ile bilgisayar bilimi, veri bilimi ve uygulamalarını üretenlerin birleşik sürecinden bahsediyoruz. İşte, bütün o üretimi gerçekleştiren emekçilerin, kendi ürettikleri sağlık hizmeti ve bilgisayar algoritmaları üzerindeki denetimleri olmazsa, devletin ya da sermayenin tekelinde merkezileşen bu sayısal veri ve bilgiler, dönüp dolaşıp emek üzerindeki performans denetimi, piyasalaşan toplumsal bir hizmete “müşteri” çekmenin araçları haline geliyorlar. Bu yüzden görünenin ardındaki temel çelişkiye iyi bakmak gerekiyor. Görünen, yurttaşların kişisel sağlık verilerinin toplandığı, bunun kamusal sağlık için olumlu olduğu ve gerekli korumanın gözetildiği şeklindedir. Halbuki özel hastaneler, ilaç şirketleri ya da sigorta şirketleri ile kuşatılmış hızla piyasalaşan bir sağlık sisteminden bahsediyoruz. Yüzlerce yataklı hastaneler, veriyle kontrol edilen doktorların MHRS randevu performansları, tedavi süreleri, tetkik miktarları, ameliyat “performans”ları, “maliyetler”, “ilaç harcamaları” sağlıkçıların gündelik yaşamlarında sık duyulan terimler. Hal böyleyken, yurttaşların “kişisel sağlık verileri”nin toplanmasında salt toplumsal yarar gözetildiğini varsaymak yeterli midir?

Sağlıktaki dijitalleşmeyi dünyada ve Türkiye’de kısaca hatırlatıp, iki örnek üzerinden gözlemler yapacağız. Bu alanda dijitalleşme 2000’lerden sonra erken kapitalistleşen ülkelerden başlayıp, derin eşitsizlikleri de barındırarak dünyaya yayılmaya başladı. Bilişim teknolojilerinin ve internetin gelişmesiyle 1990’lardan itibaren tasarlanan, 2000’lerde uygulamaya konulmaya çalışıldı.

Elektronik Hasta Kayıtları (EHK) ve dijital sağlık gibi kavramların dünyada duyulması 1990’lar ile birlikte gerçekleşti. 1991’de ABD’de Tıp Enstitüsü, “bilgisayar tabanlı hasta kayıtları” olarak ilk kez adlandırdığı bir sistemin artık teknoloji yüzünden olanaklı olduğunu duyurdu (9). 2000’lerde ise pek çok raporda ulusal tabanda EHK’lara geçiş, hatta elektronik reçete, teletıp, internet sağlık bilgi sayfaları gibi elektronik sağlık sistemleri önerildi ve sağlığın piyasalaşması ile birlikte yaşama geçti. Massachusetts Teknoloji Enstitüsü’nün “Sağlıktaki İşgücüne Yeni Teknolojilerin Etkileri” başlıklı çalışma raporuna göre, 1960’larda ABD’de hastanelerin %10’undan azı, elektronik hasta kaydı tutarken, bu oran 2014’te

% 97’sine ulaşmış durumdadır (10). 2009’da Obama yönetiminin çıkardığı HITECH Yasası (Ekonomik ve Klinik Sağlık için Sağlık Bilişim Teknolojileri Yasası) ile birlikte dijitalleşme ivmelenerek arttı (10). Benzer bir gelişme İngiliz sağlık sistemi için, daha yavaş olsa da gerçekleşmektedir (9).

Elektronik hasta kayıtları, pek çok endüstrinin dikkatini hemen çekmeye başladı. İlaç, genetik, medikal cihaz endüstrisi bunlardan ilk akla gelebilecekler. Ancak oluşan verinin analizi, sigorta şirketlerinden, ilaç şirketlerine, sağlık harcamalarının finansallaşması gibi pek çok ticari alana yüksek kârlar ya da piyasada rekabet gücü hatta tekel konumu getirebilecek durumda. Öte yandan, tahlillerden, görüntülemelere, ilaç satışlarına kadar derlenen bu muazzam veri birikimi, teknoloji şirketleri için de işlenecek, her yönden kâr getirebilecek çok önemli bir hammadde. Bunun için Google (Alphabet) şirketi yöneticileri, Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemleri Topluluğu (HIMSS) gibi sağlık endüstrisinin uluslararası örgütlerinin toplantılarında sık sık ana konuşmacılar arasında yer alıyorlar.² 1961’de kurulan HIMSS, 1990’lardan itibaren teknoloji tekelleri ile kamu ve özel sağlık sektörünün bir arada, dijitalleşmeyi, sağlık sisteminin yönetimini tartıştıkları bir platform. Google, Microsoft gibi teknoloji tekelleri, genetik araştırma, tıp ve medikal elektronik şirketleri bu platforma katılıyorlar. Bilişim teknolojilerinde, Bulut Bilişim sistemleri ve Veri Analizi’nde önde olan şirketler, sağlık endüstrisine, daha “verimli işletme”, farklı hastaneler arasındaki yazılım, veri, “standart karmaşasını ortadan kaldırmak” için kendi bulut sistemlerini satmak üzere yarışa geçmiş durumdadır. Böylelikle dünyanın yaşamsal verileri, bu platformlarda ya da onlar tarafından erişilebilecek yerlerde toplanacak ve sadece sağlık endüstrisi için değil, büyük teknoloji şirketleri için de “değerlendirilebilecek” veri madenlerini oluşturacaklar. Üstelik sadece farklı ülkelerin sağlık sistemleri değil, özelleştirmeler ile kendi bilgi işlem araçlarını, standartlarını üretmekten aciz bırakılmış olan kamu kurumları da, bilgisayar, yazılım ve veri altyapılarını bu şirketlerden satın alıyorlar.

Bu yüzden dijitalleşme ve özellikle sağlıkta dijitalleşmede dönüm noktası olan 2000’ler, bilişim sistemlerinden, giyilebilir aygıtlara kadar veri toplayan sistemlerden derlenen verileri analiz eden büyük teknoloji şirketlerinin gelişimiyle beraber ele alınmalıdır. Özellikle Google (Alphabet), Microsoft, Face-



book gibi pek çok farklı kaynaktan toplanan verileri işleyebilen şirketler, müşterilerinin ilgisini çekmek ve müşteri profili oluşturup satmak konusunda adımlar attılar. Hatırda tutulması gereken, bu şirketlerin toplumsal yaşamın çok farklı yönlerinden farklı verileri derleyip analiz ettikleridir. Sağlık sistemlerine Bulut Bilişim “hizmeti” sunan büyük teknoloji şirketleri, farklı endüstrilere de yatırımlar yaptılar. Genom araştırmaları, genetik veri analizi yapan şirketlerden, ilaç şirketlerine, medikal araç tasarımına, hatta sigorta şirketlerine kadar... Tüm bunlar, elektronik hasta kayıtları ve sağlık sistemi verileriyle ilgilenmeye başladı. Hem bu verilerden hem de kendi topladıkları genom, genetik veritabanlarını karşılaştırmaktan önemli ticari beklentileri bulunuyor.

Yapay zekâ algoritmaları ve yapay sinir ağları, bu verilerdeki örüntüleri tarayıp, tanıyarak Tıp ve Genetik biliminin anlamlı sonuçlar çıkartabileceği çıkarımları yakalayabiliyorlar ve bunun için yüksek oranda veriye, veritabanında bunlara karşılık konmuş tanırlara, öykü boyunca takip edilebilecek hastalıkların izlemine ihtiyaç duyuyorlar. Bu kadar büyük bir veri toplamı, önemli bir olanak ama kâr amaçlı şirketler için paha biçilmez bir maden aynı zamanda. Radyoloji görüntülemelerinden tanıya varmak, retina taraması ve başka verileri kullanarak oftalmolojiye destek olmak gibi pek çok olanağı geliştiriyor ama aynı zamanda ticarileştiriyor.

Üstelik bu sermaye grupları, bu teknolojik araştırmaları için kamusal kurumlardan destek de alıyorlar. Google, GSK gibi teknoloji ve ilaç şirketlerinin yatırım yaptığı Genetik Test Şirketi 23andMe, 2016 yılında veritabanını genişletmek için ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü’nden 1,4 milyon dolarlık yardım aldı. Yine ABD Ulusal Kanseri Enstitüsü, Google ve Amazon’un genomları derlediği bulut sistemleri için fon verdi (11). Alınan kamusal desteklere rağmen, ortaya çıkan ürün ticari olarak pazarlanıyor, maliyeti toplumsallaştırırken, kazançlar özelleşiyor. Tıpkı salgında aşının patentini alan ilaç şirketlerinin, bilimsel araştırma sürecinde dünyadaki açık bilimden yararlanmış ve kamudan büyük parasal destek almış olmalarına rağmen bu patentin kârlarını kendilerine özelleştirdikleri gibi, kamu ile bu şirketler arasındaki “işbirliği” de salgında artarak sürüyor (25).

Türkiye’de Sağlıkta Dijitalleşme ve Salgındaki Yayılımı

Sağlıkta dijitalleşmenin salgında ve bugün ulaştığı nokta düşünülürse, özellikle Türkiye’de 2000’lerden sonra denetimsizce genişleyen dijitalleşmeye dikkat çekmek önemli. İleride göreceğimiz gibi salgın bu denetimsiz genişlemeyi katlayarak artırmış durumdadır. Böylesine yaygın ve denetimsiz bir dijitalleşme, tüm bu verileri yerli ve uluslararası piyasa için bulunmaz bir maden haline getirebilir. Bu yönüyle Türkiye geleceğe dönük önemli ipuçları verebilir. Görülen o ki, Türkiye’deki dijitalleşme, denetimsizliği tarihsel birikimi yüzünden bu kadar kolay kabul etmeyecek ülkelerce bile piyasalaşmadaki “getirileri” yüzünden “giptayla” karşılanıyor. İngiliz Sağlık Sistemi yetkilileri, yazılım şirketleri, genetik ve medikal şirketleri, Türkiye’nin dijital uygulamalarına özeniyorlar.³ Bu uygulamaları kısaca açıklayarak, sonuçlarına bakalım.

1990’larda tasarlanırsa da, Türkiye’de sağlıkta dijitalleşme adımları etkin olarak 2000’lerden başlayarak atıldı. Dünya Bankası’nın İkinci Sağlık Projesi kapsamında, 1997 yılında Türkiye’de oluşturulmaya başlanan Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS), ülke çapında elektronik ortamda Sağlık Bakanlığı personel durumunu gösteren elektronik kayıt sistemi olarak tasarlandı, 2003 yılında tüm illerde devreye girdi. 2010 yılında çevrimiçiye alınan Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) ardından İlaç Takip Sistemi, Elektronik Belge Yönetim Sistemi ve 2015’teki Sağlık Bilişim Ağı, aynı yıl içinde devreye giren e-Nabız, tüm bunları birleştiren Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS), karar destek sistemleri bu uygulamaların önemli örnekleri arasındadır. Ardından SİNA (Sağlık İstatistik ve Nedensel Analizler) sistemi ile sağlık “hizmeti” üreten kamu ve özel işletmelerinin “girdi”, “çıkı”ları, “performans”ları, personel ve hastalığa yönelik hizmetlerin performans üzerinden analizi gibi pek çok alan dijital çözümlemenin konusu haline getirildi.

2015 yılında başlayıp salgında daha da etkinleşen, önemli dijitalleşme araçlarından birisi e-Nabız uygulaması, pek çok veri kaynağının toplandığı merkezi bir dijital kayıt sistemi. Salgında kullanıcı sayısı sekize katlanmış durumda. Sağlık Bakan Yardımcısı Şuayip Birinci’nin açıklamasına göre e-Nabız sistemi kurulduğu 2015 yılında 1,5 milyon, 2018’de yaklaşık yedi milyon kullanıcı sayısına sahipken (12), şu anda



55 milyondan fazla kullanıcısı ile “dünyanın en büyük kişisel sağlık kaydı sistemi”dir (2021). Kasım 2021 itibarıyla e-Nabız’a bağlı Teletıp sisteminde 380 milyon görüntü kümesi bulunuyor (13). Bunlar, tomografi, röntgen ya da diğer radyolojik görüntüleme dosyaları. Öte yandan, Bakan Yardımcısı, e-Nabız’ın batının algıladığı gibi “kişisel bir sağlık sistemi” olmadığını “devletin yurttaşının, vatandaşın ve hekimin sağlık bilgileri” olduğunu söylüyor. Oysa onu “kamusal” kılan tüm özellikler ortadan kaldırılırken, genişleyen sağlık piyasasının “müşteri tabanı”, veritabanı haline dönüştürülüyor. İlk olarak, kamu sağlık hizmeti, piyasalaştırılarak “müşteri” tabanı genişletilmişti. Kamu artık bireysel müşteriydi. Son yıllarda ise “müşterilerin” sağlık verilerinin ve dijitalleşmenin piyasası genişletilmeye çalışılıyor.

Salgında yürürlüğe konulan ve gözetim, takip işlevlerini taşıyan Hayat Eve Sığar (HES) uygulaması da başka bir önemli veri toplama ve dijitalleşme uygulaması olarak hayata geçti. Bakanlığa göre, 79 milyona yakın insan HES uygulamasını indirmiş, 76 milyon kişi HES kodu almış durumdadır. Bakan yardımcısının aktardığına göre, HES uygulamasıyla 273 bine yakın kişinin, riskli olduğu için şehiriçi toplu taşıma kullanımı engellenmiş, 1,5 milyona yakın insanın uçağa binmesi engellenmiş durumdadır (13). Tüm bu uygulamalar İçişleri Bakanlığı ve e-devlet ile bütünlüklü. Salgının yarattığı olağanüstü hal bu denetimsiz gözetim işlevi ile de fırsata çevrildi. Ama bu iktidar ve gözetim ilişkisi ayrı ve eleştirel ele alınmayı hak ediyor ve bu yazının sınırları dışında kalıyor. Burada vurguladığımız temel yön, görüntülemelerden, tahlillere, ilaçlardan, sağlık harcamalarına kadar dijital sağlık verilerinin işlenmesinin kapitalist üretim açısından artan önemi. Bu yüzden yukarıda belirttiğimiz gibi, merkezileşmiş ve yaygınlaşmış bu dijitalleşmeyle toplanan veriler merkez kapitalist ülkelerin ve yerli, yabancı teknoloji tekellerinin ilgisini çekmektedir.

Dünya ile kıyaslandığında sağlıktaki dijitalleşmenin başka yönlerini görebiliriz. Elektronik Hasta Kayıtlarının farklı ülkelerde kullanım oranlarını kıyaslayarak yapılan araştırmada, Türkiye’nin dijitalleşme düzeyinin ABD’den sonra, Güney Kore’den önce geldiği ileri sürülmektedir (14). Üstelik Sağlık Bakanlığı’nın yetkilileri ile birlikte yapılan bu araştırma, kamu hastanelerinin tümünü kapsadığı için, bu hastanelerin dijitalleşmede önemli bir payı olduğu, hatta toplumun sağlık verilerini toplama ve dijital

dönüştürmede önemli bir manivela rolü gördüğü söylenebilir.

Sağlıkta bu dijitalleşme, basitçe veri mahremiyeti, verilerin korunması gibi bir önlemle aşılabılır mı? Temel amacı veriyi, kâra çevirecek bir maden gibi gören üretim ilişkisi düşünülürse, bu önlem yeterli olmayacaktır. Üstelik başka koşullarda işleri kolaylaştıran, toplam üretimi planlama için önemli bir olanak olan dijitalleşmeyi gerçekleştiren piyasa olunca, salgın koşullarında kâr amacı daha vahim sonuçlarıyla pek çok olguda kendini göstermektedir.

İki Vaka: Münferit Örnekler mi?

İlk vaka *Surgisphere* vakasıdır. 22 Mayıs 2020 tarihinde *Lancet* dergisinde yayımlanan makalede COVID-19 hastalarının tedavisinde hidroksiklorokin kullanımı tartışılıyordu (15). Toplanan verilerdeki hatalar, hasta ve tedavi protokollerinin homojen olmaması gibi pek çok eleştiri alan makale, *Lancet* dergisinin makalede sorun uyarısı ve verilere yönelik bağımsız bir araştırma başlatmasından kısa bir süre sonra yazarlar tarafından geri çekildi (Guardian, 3 Haziran 2020). Burada konumuzla ilgili temel bir sorunu, *Toplum ve Hekim* dergisindeki yazısında Selim Badur işaret ediyor:

“olup bitenler, veri toplamanın da ticari bir meta haline gelmesinin sakıncalarını göstermekte; saygın bir tıp dergisinde çıkan makalenin güvenilirliğinin tartışılması ve sonuçta ‘bilime’ güveni zedeleyici bir gelişmeye yol açması nedeni ile önemlidir” (15).

Tıp bilimini “Yaşam Bilimleri” disiplinine katan, Sağlık alanındaki ticarileşmenin yol açtığı örneklerle daha önce değinmiştik: Üniversite ve Tıp kurumları ile “sanayi işbirlikleri”ne giden ilaç ve araştırma şirketlerinin verileri ve ilaç deneylerindeki sonuçları yönlendirme girişimleri, oluşan ticari akademide var olmak için süratle yayın yapma baskısı ve “hakem”, “akran değerlendirmesi” işleyişinin tökezlemesi, kimi örneklerdi (16). Burada buna eklenen, bilimsel araştırmaya veri sağlayan ticari veri analizi şirkettir. Yapılan basitçe bir hizmet alımı değildir. Dijitalleşmenin parlak bir ürünü olarak ortaya çıkıveren bu Veri Analizi Şirketi *Surgisphere*’in “dünya genelinde 6 kıtadan 1200 hastaneyi içeren veritabanının 671 hastanesinden”, yaklaşık 96 bin COVID-19’lu hastadan elde edilen verilerinin araştırmada kullanıldığı ileri sürül-



müştür (17). Hâlbuki şirketin gerçek bir veri analizi şirketi olup olmadığı bile tartışma konusu, ancak bu eskiden beri karşılaşılan “vaka uydurma”, “veri dolandırıcılığı” sorunundan daha ötesidir. Aksine dijitalleşme ile birlikte ticarileşen veri analizi, münferiti değil, genel eğilimi belirleyecektir. Özel veri analizi şirketlerinin, kamusal ya da özel elektronik hasta kayıtlarını devletlerden anonimleştirilmiş olarak “alıp” kullanabildikleri bir durum, bilim dünyası ve bilimsel dergiler için olağan hale gelebilir. Ama bu durumda bilimin girdilerinin, ticarileşen bir veri biliminin ürünlerine dönüşmesi tehlikesi söz konusudur. Farklı devletlerdeki bu kişisel verilerin özel bir şirketle paylaşılıp paylaşılmadığı, paylaşıldı ise nasıl yapıldığı henüz ortaya çıkmadı. Eğer bu olağanlaşıyorsa, ikinci örneğimizle bağlantılı soruna geçiyoruz.

İkincisi, yine Lancet dergisinde Türkiye’den hekimlerin yazısı ve ardından “sağlık otoritesi”nin polemliği ile ortaya çıkan gerçektir. Türk Toraks Derneği’nden hekimler, haklı olarak salgında hastalık verilerinin halkla ve meslek örgütleriyle şeffaf bir şekilde paylaşılmaması; hatta bilimsel araştırmalara Bakanlık izni getirilerek bilimsel özgürlüklerin kısıtlanmasını eleştirmişlerdir (18). Derneğin çok merkezli bir araştırma önerisi Bakanlıkça reddedilmiştir. Daha da ötesi, Doktor Kayıhan Pala, mesleğinin gereği olarak “salgının tepe noktasının henüz yaşanmadığını” açıkladığı için hakkında savcılık ve üniversite soruşturması istenmiştir (15). Sağlık Bakanlığı’nın yanıtı ise başka bir olguyu ortaya çıkarır (19). Savunma yazısında, Sağlık Bakanlığı’nda merkezileşen verilerin anonimleştirilerek, araştırmacıların erişimine sunulduğu belirtilmektedir. Hatta Sağlık Bakanlığı’nın ilgili biriminin, 1 Eylül 2020 tarihi itibarıyla 9317 bilimsel araştırma başvurusu aldığı; başvurularda “içeriğe bakılmadan” izinler verildiği belirtilmektedir. Çok merkezli araştırmalar için de veri paylaşıldığı söylenmekte; o gün itibarıyla 20 farklı alandan 196 bilimcinin bu veritabanına erişerek araştırmalarını sürdürmekte olduğu” öne sürülmektedir. Bakanlığın elinde merkezileşen bu veriler paylaşılmaktadır ama meslek örgütleri, sağlıkçıların örgütleri ile değil... Salgın sırasında yeterli test yapılmaması, bu anlamıyla henüz başta veri toplanmaması; dijital verilerin girilmesinin engellenmesi ya da kısıtlamalar; kimi salgın verilerinin merkezden belirlenen kodlarla girilmesi; bu verilere erişimin hekimlerin pek çoğuna kısıtlanması, yani verilerin çitlenmesi, dijitalleşmenin aslında nasıl bir

merkezi veri sistemi oluşturmayı hedeflediğine dair de ipuçlarıdır. Dijitalleşme, bunlar olmadığı için eksik ve ikincil yürümüyor. Aksine dijitalleşme ve verilerin böyle merkezileşmesi bu işe yarıyorlar. Tabana dönük veri tekeline elinde tutma, merkezileşmiş veriyi ticari veri analizine, ticari bilimsel araştırmalara “çıktı” olarak verme ya da pazarlama.

2000’lerden beri süregiden dijitalleşme, olumlu biçimde kamu yararına dönüştürülebilmiş midir; yoksa merkezileşen veriler ile sağlık hizmetinin ön cephesindekilere yönelik gri alanlara mı izin verilmiştir; emek denetimi mi yoğunlaşmıştır gibi sorular açıkta kalmıştır. Sağlıkçılar, kendi ürettikleri verilerden, can sağlığı ile kendilerine başvuran hastaları ile etkileşimlerinde toplanan verilerden alıkonulmuş, bu verilerin denetiminden uzaklaştırılmışlardır.

Peki bu veriler bilimcilerle ve başkalarıyla anonimleştirilerek paylaşıyorsa, bunlar arasında Lancet dergisinin olağan karşıladığı Veri Analiz şirketleri, genom araştırma şirketleri, ilaç araştırma şirketleri olabilir mi? Bilimcilerin araştırmaları, üniversitelerle işbirliği yapan “sektör” bileşenlerinin de ortak çalışmaları olabilir mi? Tüm halktan toplanan bu veriler, piyasalaşan bir sağlık sisteminde paylaşıldığında bugün neler olabilir?

Kamusal değil Şirketlerin Elindeki Sağlık: Yapay Öğrenme, Verilerin Anonimliği!

Veri Bilimi, günümüzde her yerden toplanan “Büyük Veri”yi analiz etmek için Derin Öğrenme, Pekİştirmeli Öğrenme gibi çok önemli yapay zekâ yöntemlerine sahip. Bu yöntemlerin gözetimli öğrenme, yani bir “öğretmen gözetimi”nde öğrenmeden farkı, veriye göre kendilerini düzeltmeleridir. Bu açıdan “eleştirmen yardımıyla öğrenme” yöntemleri olarak adlandırılabilirler (20). Yani hatadan öğrenerek geriye doğru karar süreçlerini düzeltiyorlar. Muazzam veri birikimi koşullarında bu öğrenme biçimi çok önemli avantajlar kazandırıyor. Yakın zamanda Nükleer Tıp ve Radyoloji görüntülemelerinde Derin Öğrenmeyi kullanan yapay zekâların başarısının genel bir özetini yapan Decuyper ve arkadaşları, MR, PET, BT, mamografi, SPECT, Röntgen gibi pek çok görüntülemekten elde başarıları anlatıyorlar (2021). Topluma yararlı bilimsel bir araştırma için çok önemli bir olanak, insanlığın evrensel bilgi birikiminin ve emeğinin bir ürünü, ancak piyasalaşan sağlıkta şirketler için de yeni patentler, yeni ilaçlar ve tedavilerden



elde edilecek kazançları, tekel rantları anlamına da gelebilir.

Diğer yandan, yapay sinir ağlarından yararlanan algoritmalar, dolaysız verileri, başka veri kümeleri ile birleştirerek dolaylı bilgilere ya da o verileri, anonimlikten çıkarıp kişileri çıkartmaya kadar giden işlemler yürütebiliyorlar. Nasıl olmasın ki? Sağlık Bakanlığı'nın anonimleştirdiği, kimliği belirsiz radyolojik görüntüleri tanı algoritmalarında kullanan bir Bulut Bilişim şirketi, aynı zamanda kredi kartı kullanım bilgilerine sahipse ya da internet sitelerinde kamuya açık bir şekilde yer alan doktor önerilerini, değerlendirmelerini tarayacak bir algoritma tasarlayabiliyorsa, bunları karşılıklı birbirleriyle eşleyecek analizleri yapabilir. Anonimleştirilen verilerin yeniden kimliklendirilmesi (De-anonymization, re-identification) konusundaki uyarılar henüz 2000'lerde yapılmaya başlanmıştı (24). İnternette film, dizi yayını yapan özel bir şirket, 2006 yılında 500 bin müşterisinin en beğendikleri film sıralamalarını yayımlamıştı. Amaç, film önerisi sunan algoritmalarının isabetliliği konusunda kamuoyu ile yarışmak, onun meydan okumasına yanıt vermek olarak ifade ediliyordu. Üniversiteden araştırmacılar IMDB film sitesinde kişilerin açık olarak paylaştıkları beğeni listelerinden yararlanarak, "anonimleştirilmiş" bu verileri tekrar gerçek kişilerle eşleştirebildiler. Araştırmacılar şirketin yayımladığı tüm veriyi eşleştirmediler ancak örnek olarak seçtikleri alt kümeden yapılabileceğini gösterdiler.

Büyük teknoloji şirketleri, ellerinde bulut bilişim sistemlerinden, arama motorlarına, farklı mesajlaşma, sosyal medya araçlarına kadar, insan yaşamının çok farklı yönlerinden (sağlık, eğlence, sigorta, kredi harcamaları, kültür) veri toplama ve bunları kâr amacıyla kullanma olanağına sahipler. İster tüketici profillerini reklam için satsınlar, isterse de ortaklık kurdukları ilaç şirketleri, gen şirketleri ile uygun tedavi ve ilaçları tasarlamak için kâr fırsatı gözetinsinler; dikkat edilmesi gereken farklı alanlardaki verileri daha fazla merkezileştirme, birleştirip analiz etme olanağına sahipler. Örneğin sağlık alanında verilerin merkezileştiği "kamusal otorite" verileri anonimleştirerek de paylaşılsa, bu verileri farklı alanlarla birleştirerek kişiselleştirme ya da doğrudan kâr amacına dönüştürme fırsatının tekeline ellerinde tutuyorlar. Çünkü büyük veriyi toplama, üretme ve işleme araçlarını, yani üretim araçlarını ellerinde bulunduruyorlar.⁴

OECD'nin 2019 tarihli raporu, "21. Yüzyılda Sağlık: Daha Güçlü Sağlık Sistemi için Veriyi İşe Koşmak" başlığıyla verinin sağlık için önemini kapsamlı bir şekilde inceliyor. Yapay zekanın, veri işleme yöntemlerinin açacağı önemli olanakları belirtiyor. Ancak elbette ki, piyasa ve şirketlerin bu verileri kendi kâr amaçları olsa da "toplum yararı"na işleyeceğini varsayıyor. Bize Büyük Veri ile kapitalist şirketlerin politikaları arasındaki ilginç bağlantıların nedenlerini de veriyor. Teknoloji tekelleri, doğal olarak piyasalaşmanın en hararetli savunucularıken, son yıllarda "açık paylaşım", "açık yazılım" alanlarını ya da kamusal veri toplanan ortak alanları (commons) destekliyor ve burada gelişen "yaratıcı" etkinlikleri özelleştirebilecek fırsatlar, toplanan kamusal verileri ise ellerindeki verilerle birleştirip analiz edecek, yeni kâr fırsatlarına dönüştürülecek olanaklar olarak görüyorlar. Bu yüzden sağlık alanında piyasalaşma ile derinleşen elektronik hasta kayıtları, dijital sağlık kamusal bir yararı değil, eninde sonunda özel çıkarlara yönelik hedefleri ifade edebiliyorlar.

OECD'nin yukarıdaki raporu, Geisinger MyCode Sağlık İnisiyatifi örnek bir topluluk olarak veriyor. 2018'e kadar 1.5 milyon hastanın kan ve gen örneklerini toplayan "inisiyatif" araştırmalar yürütüyor. 2018'de 220 binden fazla hastanın gönüllü olarak katıldığı araştırmada Geisinger, gen varyantları ile hastalıklar arasındaki bağlantıyı anlamak için hastaların DNA verileri ile anonimleştirilmiş EHK veritabanını tarıyor, işliyor (23). Gazetelerden öğreniyoruz ki, aynı inisiyatif daha önce de salgında adı ABD eski başkanı Trump'la anılan Regeneron İlaç Şirketi ile anlaşma yaparak benzer araştırmalar yürütmüş (Guardian, "AstraZeneca to sequence 2m genomes in hunt for new drugs", 22 Nisan 2016). Sağlık gibi toplum için yaşamsal olan verilerin toplanması çok önemli ve değerli, bu veriler piyasanın tekeline teslim edilmiş olmuyor mu? Bu muazzam veriyi toplayabilecek, algoritmaları üretebilecek, başka verilerle değerlendirebilecek araç, verinin toplandığı kişilerde, çalışanlarda yokken, verilerin denetimini etik bir kurul yapabilir mi? Şeffaflık, ham verilerle ya da uzmanlık gerektiren araçların, kâr amacı güden tekellerin araçlarıyla sağlanabilir mi?

Veri Mahremiyeti ya da Etik Komiteler Yeterli Olabilirler mi?

Bu düzeyde ortaya çıkan verilerde sorun sadece denetimsizce toplanmaları değildir. Üstelik "internet



okuryazarlığı” denilen eksik ölçü bile bir gerçeği açığa vurur: İnsanların salgında sadece alış verişleri değil, gerekli yurttaşlık işlerini bile internetten yapmak zorunda kaldığı sıralarda, hangi “verilerinin” işleneceği konusundaki küçük yazıları ya da okunmayan, karmaşık gelen onam metinlerini hızlıca kabul etmeleri “yeni normal” haline döndü. Ama şirketlerin, alış-veriş sitelerinin, uygulamaların kullanıcılarından, yani bizlerden topladığı veriler o kadar hızlı farklılaşıyor, genişliyor ki, bu durumda “internet okuryazarlığı” ölçüsü yeterli kalmaz.

Oderkirk, OECD adına Sağlık alanında yürüttüğü araştırmada, ülkelerin veri koruma programlarını, Veri Koruyucu komitelerini aktarmış (21). Burada araştırma için ya da farklı nedenlerle veri paylaşımına getirilen sınırlamalarının ülkeler arasındaki farklılıklarına ve temelde Veri Yönetimi (Governance) üzerine kapsamlı bir tartışma yürütüyor. Veri Koruma komiteleri tüm ülkelerde yok; olanlarda da hükümet yetkilileri, ilgili endüstri temsilcileri var. Örneğin Singapur ve Çin’de, yetkililer, Alibaba ve Google şirketlerinin temsilcileri, üniversiteden ilgili alanda çalışmış akademisyenler var.⁵ Sendikalar, emek ve meslek örgütleri yok.

Veri koruma, ne verinin toplandığı kişilere ne de toplayan kurumlara, şirketlere, ya da etik komiteye bırakılabilir. Kamunun, çalışanların temsilcilerinin katılımı yerine ağırlıklı olarak şirketlerin bulunduğu bir kurumda hukukun “çıkar çatışması” içinde olmama kuralı bile bu eksikliği gösterebilir ama daha fazlası gereklidir. Piyasalaşan bir sistemde, “sektör temsilcileri”, hükümet yetkililerinin ya da üniversite sanayi işbirliğinden kaynak sağlayan üniversite temsilcilerinin ağırlıklı olarak yer aldığı bir kurulda, bu veriyi üretenlerin, hastaların, sağlıkçıların, yazılımcıların yani emekçilerin söz hakkı olamaz.

İlk olarak veriyi ve veri üretim araçlarını üretenlerin, birlikte yer alacakları kurullar, komiteler ancak veri üzerinde denetimi ve yönetimi sağlayabilirler. Sağlık için verdiğimiz örnekleri biraz daha ayrıntılandıralım. Sağlıkçının, hekimin, tedavi için topladığı veriler, toplum sağlığı için yaşamsal önemdedir. Bu verilerin standartlaştırılması, ortak sistemlerde birleştirilmeleri, merkezileştirilmeleri çok önemlidir. Ancak üretenlerin denetimi ve yönetimi olmadığa sürece kamusal yarar, toplum yararı değil, kâr amaçlı, rekabeti gözetken kullanım gerçekleşecektir. Muazzam bir veri, gerçek zamanlıya yakın, üre-

timin planlanması için kullanılabilecekken, buna en yaklaşılacak an, en uzak an olarak kalacaktır. Salgın gibi sağlık ve üretim planlamasının yaşamsal olduğu bir dönemde ne yazık ki bu gerçekleşti ve can alıcı sonuçları oldu.

Sorun, bireysel değildir. Kişilerin veri hakları ve mahremiyetlerinin, yetki devredilen bir kurumda korunması yeterli değildir. Veri bilimciler, yazılımcılar, yapay zekâ algoritmalarını ve uygulamalarını üreten emekçiler ve sağlıkçıları, gerek sendikaları, gerek meslek örgütleriyle birlikte, bir arada şeffaf ve hesap verilebilir bir süreçte bu sonuçları tartışıp, veri koruyuculuğunu, verileri işleme ve gerektiğinde verileri alenileştirmeyi denetlemeli ve yönetmelidirler. Kuşkusuz bu piyasalaşan bir sağlık sisteminde açık bir “çıkar çatışması” barındırır.

Sonuç: Verisi Çıkmış Dünya

Bir yanda muazzam bir veri akışı, diğer yanda salgına (Pandemics) eşlik eden kirliliği bilgi salgını (Infodemics). Bulaş ile mücadele eden sağlıkçıları, miting yapan aşı karşıtları! Dijitalleşmenin bilgi yığını ile akıldışılık yan yana var oluyorlar. Tepe taklak edilmiş bir dünya!

Bugün sağlıkçıları, dijitalleşmenin bu kuşatıcı yönlerinden çok, haklı olarak salgın dönemindeki yoğun emek yükleri, can pahasına çalışmaları, uzun saatlerle kötü çalışma koşulları ve enflasyon karşısında eriyen ücretleri ile gündemdeler. Bir yanda sağlığın piyasalaştırılmasıyla arada kalıp hedef haline getirildikleri için artan şiddet yüzünden canlarına kastediliyor. Öte yanda salgında can pahasına fedakârca çalışırken, izinlerin, istifaların yasaklandığı bir çalışma rejimi altında kaldılar. Tüm bunlar yaşanırken, Türkiye’de 2000’lerden beri artan dijitalleşmenin tedavi sürelerini denetleme, merkezi randevu sistemi gibi “performans” dayatan yönlerini görseler de rasyonelleşme, bilgilere kolay erişim gibi dijitalleşmenin olanaklarını, belki de profesyonelleşmede bir araç olarak görerek bu teknolojiyle karşılaşıyorlar. Radyolojik raporları, insandan başarılı “okuyabilen” yapay zekâ algoritmalarını, mikrocerrahi sistemlerini, “Neyim Var” gibi sağlık uygulamalarını bilseler de, kısmen haklı olarak henüz bir tehdit olarak görmüyorlar. Ama dijitalleşmenin, emek denetimi yönünün yanında, temel yaşamsal sağlık verilerini piyasalaşan bir sağlık sisteminin denetimine vererek, o emeği üretenlere yabancılaştırdığını, emek üzerindeki kontrollerini tüm-



yitmeye yol açtığını belki de kolay göz ardı ediyorlar. Sağlıkçılar arasında “profesyonelleşme”, “uzmanlaşma” ayrımları ile işçileşme gerilimi içinde yaşanan tartışmalarda, dijitalleşme işlerin akışını düzenleyen, standartlaşmayı ve evrensel normlarda bilgi alış verişini sağlayan profesyonel bir araç olarak görülebilir. Nesnel bir üretken olanak, emeğin üretici gücü olarak salt bu yönüyle bakıldığında gerçekten öyledir de... Tahlilleri, tetkikleri, görüntülemeleri derlemeyi standartlaştırıp, kolaylaştıran, bilgiyi paylaştıran yönleri gözetildiğinde sağlıkçılar kısmen haklılar ama hakikat bütündür. Resmin eksik yönünü, karşılaştıkları diğer bir gerçekle tamamlamak gerekli. Merkezileşen veriler, bütüncül bir sağlık anlayışını zedelediği gibi, bu verilerin kullanımı, erişimi de şeffaf ve üretenlerin denetiminde değil. Bu verilerin işlenmesi, “otorite”nin elinde. Öte yandan yazılım şirketlerinden, genom şirketlerine, ilaç endüstrisine kadar farklı şirketler de bu verilerin ve oluşan piyasanın talibi durumunda. OECD, AB, dev ilaç tekelleri ve teknoloji tekelleri de bu standartlaşma ve veritabanının oluşmasını istiyorlar. Bu yüzden “kamu yararı”ndan önce “maliyet”, “performans”, “sağlık hizmetine ulaşım” gibi piyasa kriterleri devrede ve bu da sermayeye ve piyasaya dayalı üretim ilişkisinin hâkimiyetinden başka bir şey değil.

Sağlık verilerinin yapay zekâ, sağlık ve genetik şirketlerinin elinde ticarileşmesi, anonimleştirilerek de olsa, piyasa için kâr getirici hale dönüştürülmesi, bilimin başarılarını, evrensel insan emeğinin birikiminden süzülen çabaların özelleştirilmesidir. Bu müşterek ve evrensel emeğin sonucu olan bilimin başarıları, patent ile özel mülkiyet altına alınmasına karşı, meslek örgütleri, sendikalar ve çalışanların müdahil olması gereklidir. Oysa salgın sırasında bu veriler çok daha fazla ve denetimsizce toplanırken, meslek örgütleri, sağlık emekçilerinin sendikaları, örgütleri ile paylaşılmadılar; onların araştırmalarına izin verilmedi.

Dijitalleşmenin nesnel yanları, verilerin toplanması, toplum yararına, emek yararına kullanılması elbette ki mümkündür. Ancak bu, bu veriyi üreten, denetleyen, ortaya çıkartan, yazılımlarını hazırlayan emekçilerin bu üretim üzerinde denetim, yönetim inisiyatifi olmadan olanaklı değil. Bir sağlık emekçisi verileri alabilir, toplayabilir, araştırmalarında yararlanabilir, toplum yararına sağlık için kullanabilir; ancak bunları derleyen, analize dönüştüren, yazılımcı, veri analizcisi gibi emekçilerin de buna katılımı, müdaha-

lesi, ürettiklerini yönetme yönündeki ortak inisiyatifi mutlaka gereklidir. Aksi takdirde, “sağlık otoritesi” tarafından merkezi olarak toplanan veriler, ağırlıklı olarak piyasalaşan sağlık koşullarında bu verilere dolaylı ya da dolaysız, anonimleştirilmiş de olsa erişim sağlayan kâr amaçlı şirketler tarafından kullanılabilir. Elbette ki, kimi zaman üniversitelerdeki eğitim araştırma hastanelerindeki hekimler, bilimciler de bu verilere ulaşabilecek şansa kavuşabilirler, ancak Pekıştırmeli Öğrenme, Derin Öğrenme gibi yapay zekâ yöntemlerini uygulayacak bilgi üretim araçları ile bu büyük veriyi derleyerek anlamlı sonuçlar çıkartabilecek veri bilimcileri bir araya getirebilecek olanaklara teknoloji şirketleri, medikal ya da genom şirketlerinin sahip olması daha olasıdır. Derin Öğrenme sistemleri, yapay sinir ağlarıyla öğrenmede olduğu gibi toplanan muazzam veriden elde edilen istatistiksel ağırlıklandırılmış sonuçlar, kimi zaman onu üreten yazılımcıları tarafından bile anlamlandırılmamakta, “kara kutu” haline gelen teknolojiye dönüşmektedir (22). Bu durumda toplumun sağlığını öne alan sağlıkçı, hekim verilerin analizindeki yapay zekâ, veri analizi yöntemlerini bilemeyecek; ona bağımlı kalacak, buradan çıkan verilerle “kararlarını” verebilecektir. Öte yandan yazılımcı da veri işleme ve programlamada kendinden beklenen talepleri piyasalaşan sağlığın kriterlerine göre alacak; ortaya çıkan “ürün”, kârı, maliyeti hesaplanmış, ona göre üretilmiş bir ticari ürün olacaktır. Ancak emek bir müşteri değildir; toplum yararı da bir meta değildir. Çalışanların, becerilerine sahip çıkması, onu geliştirmesi önemlidir ancak bu anlamıyla “profesyonelleşmesi”, departmanlara ayrılıp kendi uzmanlık alanlarında daralması hem bölünmeleri hem de yalnızlaşmaları anlamına gelir. Üstelik bu yalıtılma, bilgiyi merkezileştirip veriyi elinde toplayan sistemin, piyasalaşma hedefi doğrultusunda çalışanlar üzerinde daha sıkı emek denetimi kurmasına yol açmaktadır. Tedavi sürelerinin 5 dk gibi kısa bir süreye indirilmesi, sağlık çalışanlarının iradesiyle birlikte gözetilse toplum yararına olabilecek merkezi randevu sisteminin, algoritmaların hekimlerin ve sağlıkçıların emek süreçlerini denetler hale gelmesi bu sonuçlardan en görünenleridir. Sağlığın can katıcı emek süreci, “maliyet”, “performans” algoritmaları ile can alıcı, piyasalaşan bir süreç haline dönmektedir. Dijitalleşmenin olumlu yönleri ele alınırken, piyasalaşan üretim altındaki gerçek ve derin eşitsizlikleri, gelişikleri üreten yapısı gözlerden kaçmamalıdır.

Kapitalist toplumda bilimin, özel olarak veri biliminin ve dijitalleşmenin, bu kapitalist üretimden bağımsız kalamadığına dair örnekleri daha önce vermiştik. Ne sağlık bilimi bundan muaf kalabilir (16) ne de veri bilimi kalabilir. Üniversitelerde, sağlık, yaşam bilimleri gibi alanlardaki yüksek ticarileşme o zamandan bugüne etkilerini çok daha fazla artırdı. Dijital verilerin üniversitelerde “kamu yararına” araştırmalarla sonuçlanacağı ve bunun hâkim eğilim olacağı düşüncesi, bu yüzden pek iyimser geliyor. Üstelik bilimin insanlar üzerindeki eski “otorite”si böylelikle daha fazla sarsılıyor. Tüm bunların sonucu, güvensizleşen kitleler, verileri şeffaflaştırmak yerine güdümünde olduğu piyasaya açan, çalışanların meslek örgütlerine, sendikalarına vermeyen, böylelikle salgınla “yöneten” bir “otorite” oluyor. Bu kader değil; tepe taklak edilmiş dünyayı ayaklarının üstüne oturtmak gerek.

Yazıdaki genel önerimizin, yani sağlık çalışanları ile veri analizi, yapay zekayı üreten yazılım ve bilişim emekçilerinin birliğinin, dar kalıpları kırmak, evrensel bilim ve yaşamsal önemdeki sağlık emeğini bütüncülleştirerek açısından başka önemli bir sonucu daha var.

Kimi zaman hakikat sonrası çağı diye adlandırılan bu dönemin, gerçekte insanın kendi yaşamının, emeğinin verilerinden koparılması ile kitlelerin yalıtılarak güçsüzleştirilmesi ile bir ilişkisi var. Üstelik bu dönem, “otorite”nin ortadan kalktığı bir çağ olmasa gerek, aksine insanların kendi ürettiklerine yabancılaştıkları, kendi yapabilecekleri, ürettiklerinin kontrolünü tümüyle kaybettikleri, atomize olarak tek tek sıkıştırıldıkları alanlarda güvensizlik ve güçsüzlük ile “gerçeği” kaybederken, piyasa ve kâr tüm “otorite” ve baskısını sürdürmektedir. Öyle ki “otorite”nin kendi yaydığı bu koparıma, güçsüzleşme durumu karşısında yeri geldiğinde “bilim kurulları” kurması bile yetmiyor. Bu güçsüzleşme, piyasanın işlerini sürdürmesini kolaylaştırıyor. Aslında, kapitalist üretimi sahnenin arka planında “otorite”leştiriyor, tüm üretim ve tüketim koşullarına hükmetmesini derinleştiriyor. Otorite bir yandan elinde merkezileşen bilgiyi siyasal ortamın gereklerine göre ne kadar paylaşacağını, paylaşma biçimini belirliyor. Ne pahasına olursa olsun, çarklar dönsün diyerek insanları işe sürdüğünde, tek ve yalıtılmış çalışan insan, güçsüzleşerek, güvensizleşiyor, komplo teorilerine, hurafelere sarılıyor. Oysa güçlenmek, emeğin, üretim süreci içinde bütünleşmesi, bir-

leşmesiyle mümkündür. Verilerin anlamlı bir gerçeğe bürünmesi, otorite elinde eksik ve pragmatik toplanan, keyfe keder paylaşılan, şeffaf olmayan politik araçlara dönüşmemesi için, onu üretenlerin birleşmeleri ve süreçte denetimleri gereklidir.

Son notlar

1. “... hekim emeğinin vasıfsızlaşmasını sağlayan algoritmalar, detaylanmış tanı ve tedavi protokolleri, uzmanlaşma adı altında işyerinde teknik iş bölümünün uç biçimlere bürünmesi de yeni emek sermaye ilişkilerinin doğmasının nedenleri arasındadır” Akarca, Gültekin (2019) “Sağlık Tanımı ve Hekimin ve İşyeri Hekiminin Sınıfsal Konumu Üzerine”, *Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi*, Sayı 71, <https://www.ttb.org.tr/msg/images/files/dergi/71/71.pdf>
2. “Eric Schmidt HIMSS18 Opening Keynote” <https://www.youtube.com/watch?v=ACQes9erfsw>
3. 2-3 Aralık 2021 tarihlerinde Sağlık Bakanlığı ile İngiltere arasında, Birleşik Krallık “ev sahipliğinde” yapılan “Birleşik Krallık’ın önde gelen sağlık turizm acentelerini, sigorta şirketlerini ve sağlık kurumlarını İstanbul’da buluşturmayı amaçlayan” Sağlık İş Forumu’nda İngiliz yetkililerin ve şirketlerin, e-Nabız gibi pek çok dijital uygulama ve dijitalleşmeye “hayran kalmaları” (Yeni Şafak, 3 Aralık 2021), (DHA, Demirören Haber Ajansı, 3 Aralık 2021) bunun bir göstergesi. Ancak bu toplantıda sadece bunlar değil, genetik materyali araştırmalarda ve ticari buluşlarda kullanan genom şirketleri, yazılım şirketleri, medikal cihaz şirketleri de var.
4. “Büyük veri, gerçeği yansıtan bir kavram değil ... Ortadaki sanki nötr bir veri toplamı... Çok büyük nicelikte veriyi yığıp yığıp durduğumuz, masum bir toplam. Oysa bu verilerden değer çıkaran kapitalist üretim var. Yaptığı veri talanı, veri kazıcılığı. Gündelik yaşamımızdan veriler kazıp talan ediyor. Buna Data Extractivism deniliyor, veri talanı ya da veri madenciliği diye çevrilebilir. ... sadece İnternet’ten değil yaşamın her yanından çıkan enformasyonun kendi çıkarları için toplayarak, talan ederek kendi üretim mekanizmasının kâr realizasyonu için kullanması. Verinin her yanı kötü değil. Sağlık verilerinin toplanması gerekiyor” (8).
5. “A Push For Digital Transformation: The Global AI Investment Boom”, Forbes, 22 Aralık 2021. Komite’nin tam listesi için bkz. <https://www.imda.gov.sg/-/media/Imda/Files/About/Media-Releases/2018/Annex-A---Council-Members-of-the-Advisory-Council-on-the-Ethical-use-of-AI-and-Data.pdf>



Kaynaklar

1. UNCTAD(2019) Digital Economy Report 2019: Değer Yaratma ve Yakalama, Kalkınmakta olan Ülkeler için Sonuçları, UNCTAD/DER/2019.
2. ITU (2020) Measuring Digital Development: Facts and Figures. Geneva, Switzerland.
3. UNCTAD (2021) Digital Economy Report 2021: Sınırlar Arası Veri Akışı ve Kalkınma, Veri kimin İçin Akıyor? UNCTAD/DER/2021.
4. Rikap, Cecilia (2021) Capitalism, Power and Innovation: Intellectual Monopoly Capitalism Uncovered. New York: Routledge.
5. DOMO (2021) Data Never Sleeps 9.0 Infographic, <https://www.domo.com/learn/infographic/data-never-sleeps-9>
6. Odman, Aslı (2021) "Covid 19'un Türkiye Lojistik İşçilerine, Özellikle de Motorlu Kuryelere Etkileri.", Küresel Emek Üniversitesi (GLU) dersinde sunuş. 22 Aralık 2021, https://www.academia.edu/65875759/Motorlu_Kuryelik_Emek_Sahası_Durum_Tespiti_İşçi_Sağlığı_Örgütlenme_Alanları?email_work_card=title.
7. Narin, Özgür (2021a) "Yapay Zeka ve Öğrenen Makineler Çağında Kapitalizm", En Uzak Sahilin Kıyısında, Yeni Bir Yaşamı Kurabilir miyiz?, (Der. Ali Yalçın Göymen) içinde, Habitus Yayınları, İstanbul.
8. Narin, Özgür (2021b) "Söyleşi: Sanayi 4.0, yapay zekâ, büyük veri ve emeğin geleceği üzerine...", Sendika.org e-dergi, sayı 10 , <https://sendika.org/2021/07/ozgur-narin-ile-sanayi-4-0-yapay-zeka-buyuk-veri-ve-emeğin-geleceği-uzerine-624785/>
9. McLoughlin, I., Garrety, K., Wilson, R., Yu, P., Dalley, A. (2017) The digitalization of health-care: electronic records and the disruption of moral orders, NY: Oxford University Press.
10. Bronsoler, A., Doyle, J., Reenen, J. v. (2020) "The Impact of New Technology on the Healthcare Workforce", RB09-2020, Massachussets Teknoloji Enstitüsü Geleceğin İş Ekibi Raporu, <https://workofthefuture.mit.edu/wp-content/uploads/2020/10/2020-Research-Brief-Bronsoler-Doyle-VanReenen.pdf>
11. Sharon T (2016) "The Googlization of health research." Personalized Medicine 13(6): 563–574.
12. Birinci, Şuayip (2018) Kisisel sağlık kaydı ve Türkiye örneği: e-Nabız. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Mart-Nisan-Mayıs 2018, sayı 46, s. 24-27. <http://www.sdplatform.com/Dergi/1088/Kisisel-saglik-kaydi-ve-Turkiye-orneği-e-Nabiz.aspx>.
13. Birinci, Şuayip (2021) "Sağlık Bakanı Yardımcısı Dr. Şuayip Birinci Konuşması", 24 Kasım 2021, <https://www.youtube.com/watch?v=r7oMqT20COo>
14. Kose, Ilker, John Rayner, Suayip Birinci, Mustafa Mahir Ulgu, Ismayıl Yılmaz, Seyma Guner, HIMSS Analytics Team, et al. (2020) "Adoption Rates of Electronic Health Records in Turkish Hospitals and the Relation with Hospital Sizes." BMC Health Services Research 20, no. 1 (December 2020): 967. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05767-5>.
15. Badur, Selim (2021) "Covid-19 Pandemisi Sürecinde Doğrular ve Yanlışlar", Toplum ve Hekim, Mayıs - Haziran 2021 Cilt: 36 Sayı: 3, s. 180-189.
16. Narin, Özgür (2009) "Kapitalist Toplumda Bilim Yol Gösterici Olabilir mi?", Samsun Tabip Odası Hekim Kültür Dergisi, <https://sendika.org/2009/12/kapitalist-toplumda-bilim-yol-gosterici-olabilir-mi-donusum-surecinde-universiteler-ve-bilim-ozgur-narin-38965/>
17. Mehra, M.R., Ruschitzka, F., Patel. AN. (2020b) Retraction—Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis, Lancet, 395: 1820.
18. Bayram, H., Kokturk, N., Elbek, O., Kılınç, O., Sayiner, A., Daglı, E., on behalf of the Turkish Thoracic Society. (2020) "Interference in scientific research on COVID-19 in Turkey". Lancet 396:4623.
19. Koca, F. (2020) "Promotion of scientific research on COVID-19 in Turkey". Lancet doi. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31864-x](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31864-x).
20. Alpaydın, Ethem (2020) Yapay Öğrenme: Yeni Yapay Zekâ, Çev: Aylin Ağar, Tellekt, İstanbul.
21. Oderkirk, J. (2021), "Survey results: National health data infrastructure and governance", OECD Health Working Papers, No. 127, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/55d24b5d-en..>
22. Decuyper, M., Maebe, J., Van Holen, R., Vandenberghe S.(2021). "Artificial intelligence with deep learning in nuclear medicine and radiology", EJNMMI Phys 8, 81 . <https://doi.org/10.1186/s40658-021-00426-y>
23. OECD (2019), Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e3b-23f8e-en>.
24. Schneier, Bruce (2007) "Why 'Anonymous' Data Sometimes Isn't", Wired, 12.12.2007. <https://www.wired.com/2007/12/why-anonymous-data-sometimes-isnt/>
25. Chowdury, A., Sundaram, J. (2021) "Fikri mülkiyet, aşı emperyalizmi; ölüm ve acıya neden oluyor, toparlanmayı geciktiriyor", IDEAS, Çeviri Ekin Değirmenci, <https://www.politikyol.com/haftanın-cevirisi-fikri-mulkiyet-asi-emperyalizmi-olum-ve-aciya-neden-oluyor-toparlanmayı-geciktiriyor-anis-chow>



SAĞLIK ÇALIŞANLARI AÇISINDAN PANDEMİDE İŞÇİ SAĞLIĞI ve İŞ GÜVENLİĞİ^{1,2}

Şeref ÖZCAN
Emekli İş Başmüfettişi

Çalışmada, işçi sağlığı ve iş güvenliği konusu, pandemi sürecinde sağlık çalışanları bağlamında değerlendirilmiştir.

İlk olarak önleme yaklaşımı konu edilmiş; sonrasında ise işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından önemi de gözetilerek işyeri kavramı açıklanmaya çalışılmıştır. İnceleme yönteminin daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla, genel hatlarıyla işçi sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin temel yaklaşım üzerinde durulmuştur. Kavramlara ve yöntemlere dair yapılmış olan genel değerlendirme ve açıklamaların ardından sağlık çalışanları ve pandemi başlığı işçi sağlığı ve iş güvenliği çerçevesinde verilmeye çalışılmış; bu kapsamda organizasyon, önlemler ve denetim başlıkları değerlendirilmiştir. Önlemler başlığı altında tasarım ve uygulama süreçleri de yer almıştır. Son olarak, konu kapsamında genel bir değerlendirme yapılmıştır.

Çalışmada, pandemi sürecine yönelik olarak işçi sağlığı ve iş güvenliği bağlamında önleme yaklaşımına sahip olunmamasının neden olacağı sonuçlar özellikle vurgulanmaya çalışılmıştır. Bu konudaki yetersizliğin sonucu ise aradan geçen sadece sekiz aylık bir sürede tüm netliğiyle açığa çıkmıştır. Gerçekten de bu kadarlık bir sürede dahi kaybettiğimiz sağlık çalışanları 500'e yaklaşmıştır (1). Sadece bu veri dahi, çalışmada yer alan yaklaşımın ve buna bağlı olarak belirtilmiş olan tedbirlerin önemini koruduğunu gösterebilmektedir.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Açısından Önleme

İşçi sağlığı ve iş güvenliği konusuna ağırlıklı tazmin boyutuyla yaklaşmaktadır. Bu durum,

konunun yakıcı sonuçları nedeniyle bir dereceye kadar kabul edilebilir olarak değerlendirilmelidir. Gerçekten de, ortalama olarak her gün en az altı işçinin iş cinayetlerinde hayatını yitirdiği (2) ve bu sayının en az altı katı kadar da meslek hastalıklarından ölümlerin gerçekleştiği (3), ayrıca konudan kaynaklı yargısal süreçlerin ağırlığı da dikkate alındığında; işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından tazmin yaklaşımının neden baskın olduğu açığa çıkmaktadır.

Konu kapsamında tazmine dair yaklaşımın baskınlığı, sağlık çalışanları ve pandemi konusuna yönelik tartışmalarda da izlenebilmiştir. Bu yönde, “Sosyal Güvenlik Kurumu”nun (SGK) COVID-19’un meslek hastalığı olarak değerlendirilmeyeceği yönündeki sadece sosyal güvenlik hukukuna değil aynı zamanda sosyal devlet anlayışına da aykırı genelgesinde (4) yer alan yaklaşımın da bir sonucu olarak tartışmalar, COVID-19’un meslek hastalığı veya iş kazası olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği üzerinde yoğunlaşmıştır.

Zarar meydana gelmeden evvel zarara neden olan etkenlerin ortadan kaldırılması, haliyle tazmine ilişkin talebin de ortadan kaldırılması ya da en azından bu yöndeki gerekliliklerin azaltılması gibi bir sonuca neden olacaktır. İnsan yaşamını koruma yönündeki temel ilke ile de uyumlu olan bu yaklaşımın karşılık bulabilmesi için ise tazminden önce önlemeye dair bir politikanın geliştirilmesi (5) gerekecektir.

Aslında bir süreç olarak değerlendirilmesi gereken “önleme” kavramının tanımı, 6331 sayılı “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu”nda “işyerinde yürütülen işlerin bütün safhalarında iş sağlığı ve güvenliği ile



ilgili riskleri ortadan kaldırmak veya azaltmak için planlanan ve alınan tedbirlerin tümü” şeklinde verilmiştir.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Açısından İşyeri

İşçi sağlığı ve iş güvenliğinin amacı, ILO ve WHO tarafından “çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan (tam) iyilik (well being) halinin korunması ve geliştirilmesi yönünde yapılan çok disiplinli çalışmalar” olarak tanımlanmaktadır (6). Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere, işçi sağlığı ve iş güvenliğinin doğrudan hedefi çalışanlardır. Çalışanların iş sözleşmesine ya da statü hukukuna tabi olması ise genel önleme yaklaşımı açısından farklı bir değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Çalışanlar, işçi sağlığı ve iş güvenliği süreçlerine, bağımlılık ilişkisini kuran iş sözleşmesi ya da statü hukuku içindeki durumları ile dahil olmakta; ancak, bu dahil oluştta da yalıtılmış bireyler olarak değil çalıştıkları işyerlerinde ve yaptıkları işler kapsamında değerlendirilmektedirler.

Tanımı işyerine bağlı yerler, eklentiler ve araçlar ile oluşturulan iş organizasyonu kapsamında bir bütün olarak verilmiş olan işyerinin, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından temel birim olarak görüldüğü de ifade edilmelidir. Nitekim, sınırlı sayıda düzenleme dışında, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından işletme yapısının pek dikkate alınmadığı da ayrıca vurgulanmalıdır.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Açısından Temel Yaklaşım

İşçi sağlığı ve iş güvenliğine yönelik olarak yapılacak değerlendirmelerde, öncelikle bu disiplin açısından temel olan yaklaşımın dikkate alınması önem taşımaktadır. Konuyla ilgili temel yasal düzenleme olan “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” kapsamındaki kamu düzenine de ilişkin olan emredici hükümler dikkate alındığında, bu yöndeki yaklaşımın üç başlık altında toplanması mümkün görünmektedir:

- İş Sağlığı ve Güvenliği Organizasyonunun Kurulması
- Önlemlere İlişkin Sürecin Yürütülmesi
- İşleyen Bir Denetim Sisteminin Tesis Edilmesi.

Yukarıda değinilmiş olan iş sağlığı ve güvenliği organizasyonu başlığının, genel hatlarıyla aşağıda belirtildiği şekilde tanımlanması mümkündür:

- Çalışanların Katılımının Sağlanması

- Teknik Destek Alınması (İşyeri Hekimi+ İş Güvenliği Uzmanı...)
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulunda Gerekli Değerlendirmelerin Yapılması
- Risk Değerlendirme Ekibinin Oluşturulması

Bir sonraki başlık olan önlemlerin yürütülmesi süreci de aşağıdaki gibi genelleştirilebilecektir:

- Risk Değerlendirmesinin Yapılması
- Risk Değerlendirmesine Göre Çalışanların Bilgilendirilmesi
- Risk Değerlendirmesine Göre İşe Uygun Çalışanların Görevlendirilmesi
- Riskin Kaynağında Yok Edilmesi
- Yok Edilemeyen Risk Kaynağının Tehlikesiz Olanla Değiştirilmesi
- Tehlikesiz Olanla Değiştirilemeyen Risk Kaynağına Yönelik Olarak Tümüyle Kapalı Sistemle Çalışılması
- Tümüyle Kapalı Sistemle Çalışma Olanağı Bulunmayan Risk Kaynağının Diğer Bölümlerden İzole Edilmesi
- Havalandırma, Ekipman Koruyucusu vb. Mühendislik Tedbirlerinin Alınması
- Toplu Korunmayı Sağlayacak Tedbirlerin Alınması
- Gerekli Kişisel Koruyucu Donanımların Temin Edilip Kullanımının Sağlanması
- Gerekli İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Eğitimlerinin Verilmesi
- Gerekli Sağlık Gözetiminin Yapılması

Yapılmış olan düzenlemelerin ve alınmış olan tedbirlerin amaca hizmet edebilmesi için, tüm bu süreçler üzerinde işleyen bir denetim sisteminin tesisi ihtiyacı üzerinde de durulması gerekmektedir.

- İşleyen Bir Denetim Sisteminin Tesis Edilmesi

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Temel Yaklaşımının Sağlık Çalışanları ve Pandemi Süreci Açısından Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanlarının işyerlerini ve bu işyerlerindeki çalışma koşullarını, yukarıda kısaca özetlemiş olduğumuz temel yaklaşım açısından değerlendirme-
miz, mevcut durumun özet ama gerçek bir fotoğrafını sunacaktır. Bu amaçla da, öncelikle bazı vurguları yapmakta fayda bulunmaktadır.

Değerlendirme çerçevesini pandemi sürecinin oluşturduğu dikkate alındığında, tehlike kaynağının da “yeni coronavirus” veya “SARS-CoV-2” olduğunu, tehlike kaynağı olan bu virüse bağlı olarak da “COVID-19” hastalığının ortaya çıkabildiğini, hafif atlatılması da mümkün olan bu hastalığın uzuv kayıplarından ölüme kadar ağır sonuçlarının da olabildiğini bilmekteyiz. Burada bir risk değerlendirmesi yapılması amaçlanmadığı için, yazıda esas olarak işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından bu hastalığın neden olabileceği risklere karşı yapılması gerekenler ve mevcut yapısal durum açısından da bu yöndeki imkansızlıklar değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptığı İşyerlerinin İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Organizasyonu Açısından Değerlendirilmesi

“Sağlık Bakanlığı” tarafından COVID-19 kapsamında çok sayıda rehber yayımlanmıştır. Söz konusu rehberlerde, işçi sağlığı ve iş güvenliği organizasyonu kapsamında herhangi bir değerlendirmenin ise yapılmadığı tespit edilebilmektedir. Öyle ki söz konusu rehberler oluşturulurken, “İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü”nce yayımlanmış olan rehber ve kontrol listelerinin dahi dikkate alınmadığı saptanabilmektedir. Nitekim, söz konusu dokümanlarda, çalışanların katılımı başta olmak üzere organizasyona ilişkin diğer başlıkların da değerlendirilmediği, işçi sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin süreç yönetiminin de bir anlamda tesadüflere kalmasına neden olduğu, mevcut uygulamaların da bu tespitleri doğruladığı ifade edilmelidir.

İşyerlerinde, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından ayrıca bir organizasyonun kurulmamış olunması durumu, işleyişin, o işyerindeki hali hazırda mevcut olan organizasyon yapısıyla yürütülmesi anlamına gelmektedir. Böylesi bir durumda ise işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından uzmanlaşmamış organizasyon yapısının çeşitli yetersizliklerle karşılaşması beklenilir bir durum olacaktır. Ancak, etkin ve yeterli bir organizasyon yapısı olmasa ve sürece daha çok tesadüfler egemen olsa da kimi olumlu sonuçlar alınmasının yine de ihtimal dahilinde bulunduğu ifade edilmelidir. Nitekim, personel kalitesi, kişisel deneyimler, alışkanlıklar veya ekipmanların belli açılardan yeterli olması gibi faktörlerin de bu yönde etkili olabileceği belirtilmelidir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği açısından bir organizasyonun ve bu yönde bir örgütlenmenin yapılmamış olunması karşısında; pandemi

sürecinin, değinilmiş olan kimi olumlu faktörlerin yanı sıra tesadüflerle de birlikte yürütüldüğü izlenebilmiştir.

Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptığı İşyerlerinde Alınmış Olan İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Önlemlerine İlişkin Sürecin Değerlendirilmesi

Organizasyonel eksikliklerin mevcudiyeti nedeniyle alınan önlemlerin sürekliliğinin sağlanması konusunda sorunlarla karşılaşılması beklenilir bir durumdur. Böylesi organizasyonel eksiklik durumlarında, yeterli düzeyde önlem alınmasının önemi daha da artacaktır. Bu kapsamda, önlemlerin yürütülmesi sürecine yönelik olarak yukarıda verilmiş olan akış da dikkate alınarak, sağlık tesisleri çerçevesinde bir değerlendirme yapılması önemli olacaktır.

Risk değerlendirmesi olmaksızın, aynı anlama gelmek üzere karşılaşılabilecek riskleri açığa çıkarmaksızın alınması gereken tedbirlerin de doğru ve yeterli olarak tespitinin mümkün olmayacağı öncelikle belirtilmelidir. Nasıl ki “en kötü mimarı en iyi arıdan ayıran şey, mimarın yapısını kurmadan onu imgesinde kurabilmesi” (7) ise risk değerlendirmesi de insanın fiilini önceden tasarlama yetisinin bir ifadesi olarak değerlendirilmelidir. Doğaldır ki hem işe uygun işçinin görevlendirilmesi hem de uygun işe yerleştirilmiş olan bu işçinin gerektiği düzeyde bilgilendirilmesi için de yine amaca hizmet edecek nitelikte bir risk değerlendirilmesi yapılmasının gerekliliği (8) açıktır.

Risk değerlendirmesi ile konu edilen riske yönelik olarak alınması gereken tedbirlere ilişkin sürecin belirlenmesi de sağlanmaktadır. İnceleme konusu açısından değerlendirme yapıldığında ise risk değerlendirmesinde hedef COVID-19 hastalığı olup, bu yöndeki tehlike kaynağını da “SARS-CoV-2” virüsü oluşturmaktadır. İşin doğası gereği, pandemi koşullarında sağlık tesisleri açısından söz konusu tehlike kaynağının (SARS-CoV-2) ortadan kaldırılmasının; bir başka deyişle, riskin kaynağında yok edilmesinin mümkün olmayacağı belirtilmelidir. Aynı nedenlerle, risk kaynağının ne tehlikesiz olanla değiştirilmesi ne de tümüyle izole edilmesi de söz konusu olamayacaktır. Önlemlerin yürütülmesi sürecinin, söz konusu verili durum da dikkate alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık Tesisleri Açısından İşyerinin Tasarımı
6331 sayılı İş Sağlığı ve İş Güvenliği Kanunu öncesi



döneme ilişkin mevzuatta “kurma izni” ve “işletme belgesi” düzenlemeleri yer almaktaydı. Söz konusu düzenlemeler uyarınca, kamu ya da özel fark etmesizin bütün işverenler, kapsamdaki bir işyerini kurmadan evvel, bu işyerine ait mevcut bütün projelerini iş müfettişliğine göndermekte, söz konusu projeler de iş müfettişleri tarafından işçi sağlığı ve iş güvenliği yönünden değerlendirilmekte, yapısal (esasa ilişkin ve birinci dereceden) bir sorun olması durumunda eksiklikler belirtilerek proje iade edilmekte, yapısal bir sorun bulunmaması durumunda ise işyeri için kurma izni belgesi düzenlenerek ilgili işyerinin sunulmuş olan projeye göre kurulmasına izin verilmekteydi. Sonrasında, işyerinin tesis ve inşasının tamamlanmasının ardından, bu defa da iş müfettişliğince işyerinin gerçekten projeye uygun olarak kurulup kurulmadığı konusunda bir inceleme yapılmakta, projeye uygun şekilde kurulmuş olunması durumunda işyeri için işletme belgesi düzenlenmekte ve işverenler de ancak bu aşamadan sonra işyerini faaliyete geçirebilmekte ve ilgili kurumlardan çalışma izni alabilmekteydi. Kurma izni ve işletme belgesine ilişkin düzenlemeler, sırasıyla 2009 ve 2013 yıllarında, işyerlerinin kuruluş sürecindeki bürokrasinin azaltılması(!) gerekçesiyle kaldırılmıştır.

Kolaylıkla anlaşılabilceği üzere, faaliyette olan bir işyerinde yapılması gereken kimi değişiklikler son derece maliyetli olabilirken, kimi düzenlemelerin ise yapılma imkanı dahi bulunmayabilmektedir. Sağlık tesislerinden örnek vermek gerekirse; hastanelerin oksijen ihtiyacını karşılayan sıvı oksijen tanklarının çevreye mesafesi için bazı asgari sınırlar bulunmakta; ancak, sağlık tesisinin kurulumu yapıldıktan sonra söz konusu tanklara yer bulmak ise kimi zaman mümkün olamayabilmektedir. Benzer şekilde, çoğunlukla havalandırması yetersiz olan bölümlere yerleştirilmiş olan patoloji laboratuvarlarına yönelik olarak bu konuda çözüm bulabilmek de kimi durumlarda ancak yeni bir binaya taşınması ile mümkün olabilmektedir. Oysa ki tasarım aşamasında yapılabilecek bir inceleme ve değerlendirme neticesinde böylesi sorunlarla karşılaşılmasının önüne geçilmesi de mümkün olabilecektir.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği yönünden gerekli değerlendirmeler yapılmaksızın tesis edilmiş olan sağlık tesislerindeki yetersizliklerin sonuçları, pandemi sürecinde açıkça izlenmiştir. COVID-19 pandemisi yeni olsa da sağlık tesisleri açısından ne bulaşıcı hastalıklar ne de pandemi olgusu yeni değildir. Öyle

ki “Biyolojik Etkenlerle Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik” eklerinde sadece pandemi değil aynı zamanda “coronavirüs” grubu virüsler de konu edilmiştir. Bu açık yasal düzenlemelere rağmen, sağlık tesislerinde triaj düzenlemesinden bu tesislere ve devamla da muayene odalarına giriş çıkışların yalıtılmasına, ters basınç odalarından havalandırma sistemlerine, temiz hava kaynaklarının tanımlanmasından ortak alanların kullanımının düzenlenmesine kadar pek çok yapısal eksiklik konusunda bir iyileştirme yapılamamış; mevcut pandemi süreci ise bu sorunları ağır bir bedel karşılığı görülebilir hale getirmiştir. Böylesi dinamik bir süreçte ise kendileri de aynı zamanda birer işyeri olan sağlık tesislerine yönelik iyileştirmeler kimi zaman imkansız kimi zaman da ancak belli bir gecikme ile sağlanabilmektedir. Nitekim, pandemi sürecini son derece korumasız olarak karşılamak zorunda kalan sağlık çalışanları içinde, özellikle de pandeminin başlangıç dönemleri açısından aile sağlığı merkezleri ile (acil) polikliniklerde görev yapanların kaybında, belirtilen yönlerden kaynaklı yapısal yetersizlikler de belirleyici olmuştur.

Nitekim, sağlık tesislerinde, başta temiz hava kaynaklı veya uygun filtreli havalandırma, bölümlerin izolasyonu ile bu birimlere giriş ve çıkışlar gibi sorunlar, hali hazırda da çoğunlukla çözülebilmüş değildir. Bu nedenle olsa gerek, “Sağlık Bakanlığı” tarafından yayımlanmış olan çok sayıda rehberin içeriğinde de değinilmiş olan sorunların tespiti ve müdahale imkanları değerlendirilirken, tasarıma ve genel yapıya ilişkin hususlar üzerinde durulmadığı kolaylıkla tespit edilebilmektedir.

Sağlık Tesisleri Açısından Alınacak Diğer Tedbirler

Sağlık tesislerinin mimari yapısı ile iç yerleşiminden kaynaklı sorunların mevcudiyetine rağmen yine de alınabilecek olan kimi tedbirler bulunmaktadır. Bu konuda, belirtilmiş olan temel yaklaşım da gözetilerek, değerlendirmelere aşağıda devam edilmiştir.

Pandemi sürecinin özelliği dikkate alındığında, sağlık tesisleri açısından ne tehlike kaynağının (SARS-CoV-2) tümüyle ortadan kaldırılması, ne daha tehlikesiz olanla değiştirilmesi ne de tümüyle izole edilmesi mümkün olamayacaktır. Bu durumda, artık ilk yapılması gereken riskin bulunacağı alanların belirlenip buraların diğer bölümlerden yalıtılması olacaktır. Bu kapsamda, “izolasyon ile triaja ve alana ilişkin diğer düzenlemelerin önemi ve giderek de enfekte insanların hastaneye başvuru anından hastaneden ayrılma anına kadar diğer insanlarla temasının



kesilmesi yolu ile sağlık tesislerinin bir bulaş kaynağı olmasının ve sağlık çalışanlarının korunması” (9) sağlanabilecektir.

Sağlık tesisleri açısından yemek yeme ve dinlenme alanlarının yanı sıra tuvalet ve banyo ve diğer ortak kullanım alanları gibi sosyal birimlerin durumu ve kullanım kuralları ile gerek genel olarak ve gerekse de bu bölümlere yönelik hijyen uygulamaları da son derece önem taşımaktadır. Ayrıca, genel olarak hijyen uygulamaları dışında, doğal ve mekanik havalandırma, ters basınç odalarının tesisi gibi başlıklar da sadece alınması gereken tedbirler açısından değil; aynı zamanda, toplu korumanın sağlanması açısından da önem taşımaktadır.

Verilmiş olan temel yaklaşımdan da açığa çıktığı üzere, yine bir işveren yükümlülüğü olan kişisel koruyucu donanım temini ve kullanımının sağlanması başlığı, tedbirler sıralamasında en son sırada yer almaktadır. Bir başka deyişle, COVID-19’a yönelik maske önerisinin, ilgili mevzuat uyarınca, sağlık çalışanları açısından da ancak tüm önlemler alındıktan sonra ileri sürülmesi gerekmektedir. İzolasyon, alana ilişkin düzenlemeler, diğer koruyucu teknik tedbirler; ancak, tüm bunlardan sonra koruyucu maske... Aksi bir yaklaşımın, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından esaslı olan işveren sorumluluklarının göz ardı edilmesi anlamına geleceği de bir kez daha ifade edilmelidir.

Pandeminin başlangıcında maske konusunda sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar da bilinmektedir. Bu konuda, kişisel koruyucu olarak maske temini kadar, hangi maskenin nasıl ve ne kadar süreyle kullanılması gerekeceğinin de önem taşıdığının, bir başka deyişle bu yönlerden gerekli bilgilendirmenin yapılması ihtiyacının da vurgulanmasında fayda bulunmaktadır.

Sağlık tesislerinde alınması gereken tedbirlerin neler olduğu, bu kapsamdaki her bir sağlık tesisine özel olması gereken risk değerlendirmesinde hangi başlıkların yer alması gerektiği başlı başına ayrı bir yazının konusudur. Ancak, buraya kadar sayılmış olan tedbirlerin yanı sıra iki başlığın daha vurgulanması gereklidir; işçi sağlığı ve iş güvenliği eğitimleri ile çalışanların sağlık gözetimi.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği eğitiminin amacı, ilgili düzenlemelerde, çalışanların yaptıkları işler sırasında karşılaşılabileceği risklere ve bu risklere karşı yapılması gerekenlere yönelik olarak, davranış değişikliği sağlayacak şekilde bir bilinç oluşturulması şeklinde

tanımlanmıştır. COVID-19 riski açısından davranış değişikliğine yönelik bilincin, sistemli bir eğitimle değil, ancak yaşanan vakaların ağır sonuçları ile oluşturulduğu izlenmiştir.

Sağlık çalışanları açısından mesleki maruziyet olarak kabul edilmesi gereken COVID-19 kapsamında da gerekli sağlık gözetimlerinin yapılması zorunlu bulunmaktadır. Gerçekten de, COVID-19 sürecinde, özenli bir izleme yapılmamasının, sadece ilgili sağlık çalışanını değil yakınlarında bulunan diğer sağlık çalışanlarını ve aynı zamanda hastaları ve yine sağlık çalışanlarının aile fertlerini de riske attığı uygulama ile görülmüştür.

Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptığı İşyerlerinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Yönünden İşleyen Bir Denetim Sisteminin Tesis Edilmesi

Buraya kadar, sağlık tesisleri de gözetilerek önlemlere ve önlemlere ilişkin sürecin nasıl yürütülmesi gerektiğine ve ayrıca kısaca da olsa bu süreçte yaşanan sorunlara değinilmeye çalışılmıştır. Ancak, bir tedbirin alınması kadar alınmış olan bu tedbirin sürekliliğinin sağlanması, ayrıca bir yetersizlik olması durumunda da bunun açığa çıkarılarak giderilmesi de son derece önem taşımaktadır. Böylesi bir sürecin yürütülmesinin ise ancak işyerlerinde işleyen bir denetim sisteminin tesisi ile mümkün olabileceği ifade edilmelidir.

Denetim konusu, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu içeriğinde “işveren... işyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izler, denetler ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlar” (madde 4.1.b) şeklinde düzenlenmiştir. Konu kapsamında özellikle belirtilmelidir ki amaca hizmet edebilecek mahiyette bir risk değerlendirmesi yapılmamışsa, bu yönde alınması gereken tedbirler açıkça tespit edilip uygulamaya geçirilememişse, bir başka deyişle sürecin tesadüfler ile çalışanların alışkanlıklarına kalmasının önüne geçilememişse; doğaldır ki işyerinde işleyen bir denetim sisteminin tesis edilmesi de mümkün olamayacaktır.

Denetim konusunda, sağlık tesislerinde bu yönde açık bir çalışma gerçekleştirilmemiş; süreç, ağırlıklı “Sağlık Bakanlığı”nın merkezi yönlendirmeleri ile yürütülmüştür. Hakim olan böylesi bir yaklaşımın ise işyerine de özgü olması gereken işçi sağlığı ve iş güvenliği süreçleri açısından “işleyen bir denetim sistemi” ihtiyacı ile uyumlu bulunmasının söz konusu



olamayacağı belirtilmelidir.

Sonuç

İşçi sağlığı ve iş güvenliği alanı, esas olarak iş cinayetleri ve buna bağlı olarak da tazmin boyutuyla kendisini gündeme getirse de aslında esas olan tazmin değil önlemedir. Önlemeye dair amaca hizmet edecek bir yaklaşımın tasarlanıp hayata geçirilmesi ile tazmine dair sorunların da bir sönümlenme sürecine gireceği anlaşılabilmektedir.

Önleme yaklaşımının, işçi sağlığı ve iş güvenliğine yönelik temel yaklaşım çerçevesinde uygulamaya geçirilmesi açısından, işyerlerinin güvenli tasarım ilkeleri çerçevesinde oluşturulması, sonrasında da bu şekilde oluşturulmuş işyerlerinde gerekli önlemlerin alınması ve bu önlemlerin sürekliliği açısından da işleyen bir denetim sisteminin tesis edilmesi gerekmektedir. Ayrıca, tüm bu süreçlerde, risk değerlendirmesi yaklaşımı çerçevesinde, gerekli bilgilendirmelerin yapılması, eğitimlerin verilmesi ve sağlık gözetimlerinin sağlanması da zorunlu bulunmaktadır.

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının durumu açısından, olana bitene genel hatlarıyla ve değinilmiş olan kavramlar ile birlikte yöntem ve yaklaşım ile baktığımızda; en sonda konuşulması gereken maskenin ilk tedbir olarak öne sürüldüğünü, yeterli mesafeye sahip olmayan işyerlerinde mesafeni koru denildiğini, tasarım hatalarıyla malul bir tesiste hijyen diyerek belki de imkansızın istenildiğini görebilmekteyiz.

Maske, mesafe ve hijyene dair yapılan genel geçer önerilerin gerçekte ne denli yetersiz ve hatta kimi durumlarda da imkansız olması; durumun bu nedenlerle de aslında tesadüflere bırakılması, tesadüflere bırakılmış olan bu süreçlerin bedelini ise başta sağlık çalışanları olmak üzere insanların canları ile ödemesi; bir yanıyla da işçi sağlığı ve iş güvenliği süreçlerinin ihmalinden kaynaklanmıştır.

Pandemi, sağlıkçılar da dahil olmak üzere tüm çalışanların hayatlarına verilmeyen değeri bir kez daha görünür kıldığı gibi COVID-19'un özellikle bir işçi sınıfı hastalığına dönüştüğünü de açık bir şekilde göstermiştir. İş cinayetlerine ilişkin olarak pandemi sürecinde tespit edilen önemli artışlar; neredeyse tamamına yakınının önlenmesi mümkün olan iş kazaları ile meslek hastalıklarına yönelik olarak süregelen yontemsizliğe, tedbirsizliğe ve denetimsizliğe yönelik mücadelenin önemini de bir kez daha göstermektedir.

Dipnotlar

1. Burada, sınırlı olarak kontroller yapılarak yayımlanmış olan bu çalışma, ilk olarak "Sağlıkta Direnenlerin Etiği" (Pooyani, Ayşe Uslu [Editör], Sağlıkta Direnenlerin Etiği, Hipokrat Yayınları, 2021) kitabı içerisinde yer almıştır.
2. Bu çalışmaya yönelik olarak sevgili İbrahim Sarıkaya'nın editoryal katkısı da belirtilmelidir.
3. Yazı, ilk olarak 2021/Mart tarihinde hazırlanmıştır.
4. Resmi Gazete: 30.06.2012 tarih, 28339 sayı.
5. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu madde 3.1.n
6. Esnaf ve köylü gibi kimi kendi nam ve hesabına çalışan küçük üreticilerin de bu kapsamda değerlendirilmesi söz konusu olmakla birlikte; yazının amacı kapsamında, söz konusu edilen kesimler değerlendirmelerde dikkate alınmamıştır.
7. İş Kanunu madde 2/f.3
8. İşyeri Kurma İzni ve İşletme Belgesi Alınması Hakkında Yönetmelik'in (Resmi Gazete 17.12.2004 tarih ve 25673 sayı), İşletme Belgesi Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete 04.12.2009 tarih ve 27422 sayı) ile yürürlükten kaldırılması ile işyerleri için Kurma İzni Belgesi alma zorunluluğuna son verilmiş; İşletme Belgesi Hakkında Yönetmeliğin Yürürlükten Kaldırılmasına Dair Yönetmelik (Resmi Gazete 10.02.2013 tarih ve 28555 sayı) ile de işyerleri için İşletme Belgesi alma zorunluluğu sonlandırılmıştır.
9. Kanaatimizce, kurma izni ve işletme belgesinin kaldırılmış olunması, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından yapılmış en kötü düzenlemelerin başında gelmektedir.
10. Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik madde 7.1.m-Ek 4. (Resmi Gazete 12.08.2013 tarih ve 28733 sayı).
11. Bir sağlık tesisi ile bir deri işyerine yönelik mimari tasarımın birbirinden çok farklı olması gerekeceği ifade edilmelidir.
12. Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete 15.06.2021, 28678).
13. Bu konuda, kiralanın her binanın aile sağlığı merkezi; belli genişliğe sahip herhangi bir bölümün (acil) de poliklinik olamayacağı vurgulanarak ifade edilmelidir.
14. COVID-19'a bağlı ölümlerde, sağlık tesislerindeki yetersizliklerden kaynaklı etkenlerin mevcut olması durumunda, işverenliklere ait kusurlu fiillerin aynı zamanda taksirle ölüme sebebiyet verme açısından da değerlendirilmesi söz konusu olabile-

- cektir.
15. Söz konusu rehberlere “<https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66301/covid-19-rehberi.html>” adresinden ulaşılması mümkün bulunmaktadır.
 16. Sağlık tesisleri ve burada bulunan insanların hareketleri dikkate alındığında, her durumda mutlak yalıtma imkanı olamamakla birlikte; yapılacak olan işlemler, bir yandan riskin gerçekleşme olasılığını düşürürken, öte yandan da alınması lazım gelen diğer önlemlerin de ihmal edilmemesini gerekli kılmaktadır.
 17. Çalışma alanlarında gerekli ve yeterli mesafenin mevcut bulunmaması durumunda “mesafenizi koruyun” önerisinin çözüme dair bir karşılığı olamayacağının tespiti ve ifade edilmesi gerekli olmakla birlikte; uygulamada mevcut olmaya devam eden sorunlarla mücadele konusunda farklı çözüm yollarının aranması üzerinde durulmaktan da vazgeçilmemesi önem taşımaya devam edecektir.
 18. Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete 15.05.2013 tarih ve 28648 sayı). Söz konusu yönetmeliğin “Eğitimin Amacı” başlıklı 8. maddesi “Eğitimin amacı, işyerlerinde sağlıklı ve güvenli bir ortamı temin etmek, iş kazalarını ve meslek hastalıklarını azaltmak, çalışanları yasal hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmek, onların karşı karşıya bulundukları mesleki riskler ile bu risklere karşı alınması gerekli tedbirleri öğretmek ve iş sağlığı ve güvenliği bilinci oluşturarak uygun davranış kazandırmaktır” şeklinde düzenlenmiştir.
 19. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nun “Sağlık Gözetimi” başlıklı 15. maddesi içeriğinde “işveren... çalışanların işyerinde maruz kalacakları sağlık ve güvenlik risklerini dikkate alarak sağlık gözetimine tabi tutulmalarını sağlar” hükümleri de yer almaktadır.
 20. Denetim konusunun, asıl olarak yargı uygulaması ile geliştirildiği, sonrasında da 6331 sayılı Yasa kapsamında pozitif düzenlemeye kavuşturulduğu da belirtilmelidir.
 21. Denetim başlığı, Yargıtay kararlarında da istikrarla vurgulanmaktadır (Yargıtay 10 HD. 08/10/2020, 6384/5741 ; Yargıtay 21 HD. 12/09/2017, 3450/8127).
- ### Kaynaklar
1. <https://siyahkurdele.com> Erişim Tarihi 15.10.2021.
 2. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi. İş Cinayetleri Raporu 2020. 2020. Erişim tarihi 07.03.2021, erişim adresi www.isigmeclisi.org/site_icerik/2021/10-cak/1rapor.pdf.
 3. Akkurt, İbrahim. Dünyada ve Ülkemizde Meslek Hastalıkları Salgınlarının Gizli Kalması Nasıl Başarıldı?. 2013. Erişim tarihi 07.03.2021, erişim adresi <https://www.solunum.org.tr/haber/406/prof-dr-ibrahim-akkurt-hocamizin-meslek-hastaliklari-uzerine-makalesi.html>.
 4. Özcan, Şeref. İş Kazası, Meslek Hastalığı, Vazife Malullüğü. 2020. Erişim tarihi 07.03.2021, erişim adresi <https://www.evrensel.net/haber/420985/is-kazasi-meslek-hastaligi-vazife-malullugu>.
 5. Özcan, Şeref. İş Sağlığı ve Güvenliği Açısından Yükümlülükler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2009; 38.
 6. Özcan, Şeref. 28,29.
 7. Marks, Karl. Kapital Birinci Cilt. Sol Yayınları. 1986;194.
 8. Özcan, Şeref. 52.
 9. Canıvar, Coşkun. “Sağlıkçılara Çağrı: Hastane Salgın Komiteleri” Kuralım. 2020. Erişim tarihi 07.03.2021, erişim adresi <https://sendika.org/2020/03/saglikcilara-cagri-hastane-salgin-komiteleri-kuralim-581909>.



COVID-19 SALGININDA İŞYERİ HEKİMLERİNİN YAŞADIKLARI SORUNLAR

Tuncay GÖKÇEN

İşyeri Hekimi.Gebze Ovacık Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi
Onur ERDEN

İşyeri Hekimi.FNSS Savunma Sistemleri A. Ş, Ankara
Baran KILIÇ

İşyeri Hekimi.Mesa İmalat, Ankara
Nermin BİTER

Biyolog Dr. TİHV Akademi
Aslı DAVAS

Doç. Dr.TİHV Akademi

COVID-19 salgını kapitalist uygarlığın ekolojik, siyasal, toplumsal, patriyarkal, ekonomik tüm krizlerini derinleştirerek varlığını sürdürmekte ve emekçilerin yaşamlarını derinden etkilemektedir. Salgının öncelikle ülkelerin sanayi merkezleri denilebilecek metropollerde yaygın olarak görülmesi bir tesadüf değildir. Türkiye’de ilk vakanın görüldüğü 11 Mart 2020’den bu yana en az 1209 işçi Covid-19 nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Yaşamını yitirenlerin %85’i işçilerdir (1).

COVID-19 salgınında yaşamları en derinden etkilenenler işçiler olmuştur. Salgın birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de halk sağlığını önceleyen önlemlerle değil sokağa çıkma yasaklarıyla yönetilmeye çalışılmıştır. Birçok işyeri iflas etmiş, çok sayıda işçi işsiz kalmıştır. İşçiler salgın önlemleri ve kapanma gerekçe gösterilerek ilk üç ay işten çıkarmalarla ilgili yasaklama kararı çıkana kadar işten çıkarılmışlardır. Neredeyse üç kişiden birinin güvencesiz çalıştığı, özellikle kadın, çocuk ve göçmen işçiler işsiz kalmışlardır(2). Birçok işyerinde işçilerin aylık tüm ücreti kendi ödedikleri primlerle oluşturulan fonlardan ‘kısa çalışma ödeneği’, günlük 39 TL’lik (aylık 1177 TL) “devlet desteği” olmuş, işverenler ücretlerin kendilerine düşen kısmını ödemişlerdir. İşten atılmanın yasaklanması önlemi ise zorla ücretsiz izin kullanımayla sonuçlanmıştır.

İSİG Meclisi 11 Mart-10 Nisan Raporu’nda 81 işyerinde işten çıkarma, 303 işyerinde ücretsiz izin dayatması, 251 işyerinde işçi sağlığı ve güvenliği ihlali tespit edilmiştir. Salgında sağlık kurumlarında, kargo şirketlerinde, gıda üretiminde, marketlerde çalışma

12-14 saatlere ulaşmış, işçi sağlığı açısından risk artmıştır. Çevrimiçi alışverişin artması, kargo ve taşıma şirketlerinde çalışan işçilerin sokakta yaşadığı trafik kazası vb. sağlık risklerini en az iki kat arttırmıştır. İşyerlerine ulaşım yetersiz önlemler nedeniyle bir işçi sağlığı sorunu haline gelmiştir. Özellikle beyaz yakalılarda ama mavi yakalılarda da uzaktan çalışma artmış, evlere işyerlerinin tehlikeleri taşınmış, işyeri sağlık birimlerinin görevlerini yapmaları neredeyse imkânsız hale gelmiştir. Hem çalışma hem de işçi sağlığı ve güvenliği hakları kapsamında birçok hak kaybı yaşanmıştır.

Salgın nedeniyle çalışma koşulları ve korunma gereksinimleri değişmiş, işyerlerinde alınması gereken koruyucu sağlık önlemleri artmıştır. İşyeri hekimlerinin rutin görevleri olan; işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri kapsamında işçilerin sağlık gözetimi ve çalışma ortamının gözetimi ile ilgili rehberlik yapmak; işyerinde işçilerin sağlığının geliştirilmesi amacıyla gerekli aktiviteler konusunda tavsiyelerde bulunmak; yemekhane, soyunma odası vb. yerlerin genel hijyen şartlarının denetlenmesini sağlamak; iş kazası ve meslek hastalıklarının nedenlerinin araştırılması ve tekrarlanmaması için alınacak önlemler konusunda çalışmalar yürütmek ve önerilerde bulunmak; işçi sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapılmasıyla ilgili çalışmalara ve uygulanmasına katılmak, risk değerlendirmesi sonucunda alınması gereken sağlık ve güvenlik önlemleri konusunda işverene önerilerde bulunmak ve takibini yapmak; gebe veya emziren kadınlar, 18 yaşından küçükler, meslek hastalığı tanısı veya ön tanısı olanlar,

kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, malul ve engelliler, alkol, ilaç ve uyuşturucu bağımlılığı olanlar, birden fazla iş kazası geçirmiş olanlar gibi özel politika gerektiren grupları yakın takip ve koruma altına almak, bilgilendirmek ve yapılacak risk değerlendirmesinde özel olarak dikkate almak görevlerine salgın koruma önlemleri eklenmiştir. Halihazırda sürdürülmesi gereken bu görevler salgın nedeniyle yerine getirilememiştir.

Salgınla birlikte COVID-19 açısından riskli grupların belirlenmesi, çalışma durumunun yeniden değerlendirilmesi gibi görevlerin yanı sıra işyeri hekimleri Covid-19 hastası işçilerin tespiti, sevk, izolasyon ve karantina önlemlerine uyumu, işe geri dönüş muayenelerinde aktif sorumluluk üstlenmişlerdir. Birçok rehberde önerilen işyeri girişlerinde ateş ölçümleri, HES kodu taramalarının yapılması, çalışanlara yeterli sayı ve nitelikte maske temin edilmesi, herkesin kolayca ulaşabileceği noktalara dezenfektanların sağlanması, fabrika içerisinde fiziksel mesafeye dikkat edecek şekilde iş organizasyonlarının düzenlenmesi, kapalı ortamlardaki havalandırma sistemlerinin bulaşın önüne geçecek şekilde revize edilmesi, servisler, yemekhaneler, soyunma odaları gibi yerlerde de riskin azaltılması açısından gerekli aksiyonların alınması gibi önerilerin gerçekleşmesinde işyeri hekimleri doğrudan görev almışlardır(3).

İşverenlerin üretimin devamını incelemeleri, maliyet nedeniyle kısıtlamalar, önlemlerin uygulanma süreçlerini olumsuz etkilemiştir. Ulaşımla ilgili gerekli düzenlemelerin yapılamaması, üretim alanlarının düzenlenmemesi, bazı fabrikalarda işçilerin evlerine gitmeleri engellenerek kapalı sistem çalıştırılarak işyerlerinde kalmaya zorlanması, havalandırma sistemlerinin revize edilmemesi, yeterli sayıda ve kalitede maske sağlanmaması gibi işçilerin sağlık ve yaşam hakkı ihlallerine de yol açan birçok çalışma hakkı ihlali işyerlerinde sıradanlaşmıştır.

Bu ihlallerin birçok sonucunu, işçi sağlığı ve güvenliği alanında işçiler desteksiz bir biçimde göğüslemek zorunda kalmışlardır. Kimi işyerlerinde pandemi- de önemli bir karar mercii olması gereken işçi sağlığı ve güvenliği kurullarının düzenli toplanmaması, özel önlem alınması gereken Covid-19 açısından riskli olabilecek grupların ve karantinada olması gereken yakın temaslı işçilerin çalıştırmaya zorlanması gibi önemli sorunların da yaşandığı bilinmektedir. İzmir Tabip Odası (İTO) tarafından işyeri hekimleriyle

yürütülen çalışmada her dört hekimden üçü, yeterli olmayan kılavuzlar sebebiyle işyerinde salgın yönetiminde zorlandığını ifade etmiştir(4).

İstanbul Tabip Odası tarafından 269 işyeri hekimiyile internet üzerinden yürütülen çalışmada hekimler sorumlu oldukları 19.386 işçinin hastalığa yakalandığını, 1243 işçinin hastanede yatmakta olduğunu ve 58 işçinin yaşamını kaybettiğini bildirmişlerdir(5). TİHV Akademik Danışmanlık Programı kapsamında yürütülen, bu araştırmanın dâhil olduğu çalışmada, işyeri hekimlerinin hizmet verdikleri tüm işyerlerinde COVID-19 vakası görüldüğünü ve %29,9'u çalıştıkları işyerlerinde COVID-19'a bağlı ölüm olduğunu bildirmiştir(6).

Salgın, OSGB'lerine veya özel sektörde doğrudan işverenlere bağlı olarak çalışan işyeri hekimlerinin yaşadığı birçok sorunun derinleşmesine neden olmuştur. Kamu sağlık sistemiyle bağlarının işlerini uygun şekilde sürdürebilmeleri için yeterli olmadığını ve bunun yarattığı tehlikeleri de ortaya çıkarmıştır. İşyeri hekimlerinin işverenlere koruma önlemlerini kabul ettirmede yaşadıkları sorunlar, kamunun denetlemedeki ve hekimleri yetkilendirmekteki eksiklikleri nedeniyle ağırlaşmış, işçilerin ve işyeri sağlık çalışanlarının sağlık ve yaşam haklarının ihlalinde önemli bir rol oynamıştır. Destek eksikliğinin yanı sıra kamu sağlık kurumları ve işyeri hekimleri arasında koordinasyon uzun süre sağlanamamıştır.

Birçok Sağlık Müdürlüğü vaka sayısının yükselişi ve sağlık çalışanı eksikliği nedeniyle işyerlerine temaslılar için filyasyon ekibi gönder(e)memiştir. Kamu ya da özeld e istihdam edilen işyeri hekimlerinin diğer tüm sağlık kurumları gibi HSYS sistemini görememesi nedeniyle hasta ve temaslılardan mükerrer işlem yapılarak tetkikler yeniden istenmiştir. İlk dönemde tetkik sonuçlarının uzun sürede verilmesiyle hastalık ya da temasa dayalı çalışılmayan günlerin nasıl raporlanacağı sorun olmuştur. Mavi yakalılara iki günden fazla rapor verilememesi nedeniyle işverenler, karantina gerektiğinde işçileri kurum hekiminin onayı ile idari izinli kabul etmeye başlamıştır. COVID-19 hastalığına yakalananlar için işyeri kaynaklı bile olsa iş kazası/meslek hastalığı bildiriminde sorunlar yaşanmış, daha çok yöneticilerin tercihine bırakılmıştır(7,8). Salgın boyunca OSGB'ne bağlı hekimler için önlemlerle ilgili yetkinin OSGB ve işverenler tarafından mı isteneceğine dair belirsizlik yaşanmıştır. SB rehberlerinin sürekli değişmesi, te-



maslı-yakın temaslı tanımının belirsizliği, karantina ve izolasyon süresindeki değişikliklerin uygulamaya geçirilmesi konusunda pratikte uygulanan sorunların yanı sıra işverenlerin ikna edilmesinde yaşanan güçlükler artmıştır(8). OSGB'ne bağlı çalışan hekimler arasında bir ay içinde ellinin üzerinde işyerini ziyaret eden ve hizmet verenler bulunmaktadır. Bu hem iş yükünü arttırmış, hem de işyerlerinden hekime bulaş riski arttığı gibi hekimlerin gittikleri kurumlara bulaş riskini taşıma olasılığı da artmıştır.

İşyeri hekimleri özlük hakları açısından da birçok sorunla yüzleşmişlerdir. Hekimlerin hem işyerlerinin OSGB'lere hem de OSGB'lerin hekimlere ücret ödemelerinde sıkıntılar yaşanmıştır. Sağlık Bakanlığı Kapasite Değerlendirme Komisyonu'nun 27.03.2020 tarihli kararıyla, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli sağlık çalışanlarının üç ay süreyle görevlerinden ayrılmasının yasaklanması işyeri hekimlerini kapsamamakla birlikte bunun açık ifade edilmemiş olmaması birçok hekimin isteği dışında güvensiz ortamlarda çalışmasına neden olmuştur. Emekli hekimlerin birçoğu idari izin almakta zorlanmış, ücretsiz izne çıkarılmış, SGK'ları devam ettiği için de kamudan emekli olan ve çalışmayan hekimlere verilen ek ödemedan yararlanamamıştır(9).

Ayrıca birçok işyeri sağlık birimi koşullarının uygun olmaması, işyeri hekimlerine KKD sağlanmaması, işyeri sağlık biriminde tüm çalışanların sağlıklarını tehlikeye atmıştır. İTO Çalışması'na katılan işyeri hekimlerinin %63.8'i sağlığını korumaya uygun olmayan işyeri sağlık birimi çalıştığını, üç hekimden ikisi salgında güvensiz fiziki çalışma şartlarında hizmet verdiğini ifade etmiştir(4). İstanbul Tabip Odası çalışmasında hekimlerin yaklaşık üçte biri çalıştığı OSGB tarafından bilgilendirilmemiş ve OSGB tarafından KKD sağlanmamıştır. Bu çalışmada işyeri hekimlerinin %7'si hastalığa yakalandığını, üç hekim hastanede, iki hekim de yoğun bakımda tedavi gördüğünü ifade etmiştir(5). Alınmayan önlemler sonucunda TTB raporuna göre Eylül 2021 itibarıyla 21 işyeri hekimi COVID-19 nedeniyle yaşamını kaybetmiştir(10).

Bu çalışmada işyeri hekimlerinin COVID-19 salgınında işyerlerinde yaşadığı güçlüklerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem

Bu çalışma, TİHV Akademik Danışmanlık Programı kapsamında gerçekleştirilen "İşyeri hekimlerinin bakış açısıyla işyerlerinde yaşanan çalışma hakkı ihlalleri" çalışmasının bir bölümü yeniden analiz edilerek gerçekleştirilmiştir.

Uluslararası ve ulusal mevzuattan ve ilgili literatürden yararlanılarak çalışma haklarıyla ilgili çevrim içi olarak hazırlanan 72 kapalı uçlu sorudan 10'u bu tanımlayıcı çalışma kapsamında kullanılmıştır. Anket TTB'nin işyeri hekimleri sosyal medya gruplarında ve bağımsız işyeri hekimlerinin iş ilanlarının olduğu Whatsapp gruplarında 21.03.2021 tarihinde paylaşılmış bir ay süreyle katılıma açık olmuştur.

121 işyeri hekimi ile yapılan anket çalışmasından elde edilen veriler SPSS programı ile analiz edilmiştir. Etik Kurul Onayı TİHV Etik Kurul'undan alınmıştır.

Araştırma az sayıda işyeri hekimini kapsamaması, çevrimiçi yapılmış olması, sadece bir aylık bir dönem kapsamaması nedeniyle sınırlılıkları yüksek bir araştırmadır. Birçok basın açıklaması, meslek örgütü ve sendika raporlarıyla uyumlu bulgularının olması, bu alanda çok az araştırma olması, müdahalelere olanak tanıyacak bulgularının olması nedeniyle ayrı bir araştırma olarak paylaşılmasına karar verilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 25 ilden toplam 121 işyeri hekimi katılmıştır. %68,9'u erkektir ve yaş ortalamaları $49,8 \pm 10,8$ (28-69) tur.

Katılımın en fazla olduğu ilk 7 il sırasıyla ; İstanbul(n=31, %25,6), İzmir(n=26, %21,5), Ankara(n=16, %13,2), Kocaeli(n=7, %5,8), Denizli(n=5, %4,1), Diyarbakır(n=5, %4,1), Tekirdağ (n=5, %4,1).

Çalışmaya katılanların %87,4'ü tam ya da yarı zamanlı olarak OSGB bünyesinde çalıştığını belirtmiştir. Hekimlerin işyeri hekimliği tecrübesi ortalama $13,9 \pm 10,3$ (1-35)'tür. Araştırmaya katılan işyeri hekimlerinin tamamı toplam 1706 işyerinden sorumlu olduğunu ifade etmişlerdir. Hekim başına ortalama $14,5 \pm 19,1$ (Ortanca=5) (1-65) işyeri düşmektedir. Haftalık ortalama çalışma saati $34,4 \pm 14,8$ (4-60)'dir.

Tablo1. Yaş, çalışma saati, sorumlu oldukları işyeri sayısı ile istihdam durumları arasındaki ilişki

	N	Ortalama±SD (ortanca)	F	Sig.
Yaş			1,814	0,168
OSGB'ye bağlı	77	48,8±11,0		
İşyerleriyle bağımsız sözleşme	25	51,0±10,6		
İkisi birlikte	14	54,5±8,7		
Toplam	116	50,0±10,8		
İşyeri hekimi olarak haftada kaç saat çalışmaktasınız?			0,185	0,832
OSGB'ye bağlı	77	35,0±15,0		
İşyerleriyle bağımsız sözleşme	27	33,4±16,0		
İkisi birlikte	15	33,2±11,7		
Toplam	119	34,4±14,8		
Bir ay içinde kaç işyerinden sorumlusunuz?			5,795	0,004
OSGB'ye bağlı	74	18,2±21,5 Ort=9		
İşyerleriyle bağımsız sözleşme	27	4,11±8,5 Ort=2		
İkisi birlikte	15	15,9±17,7 Ort=9		
Toplam	116	14,5±19,1 Ort=5		

İşyeri hekimlerinin sağlığı ve çalışma koşulları

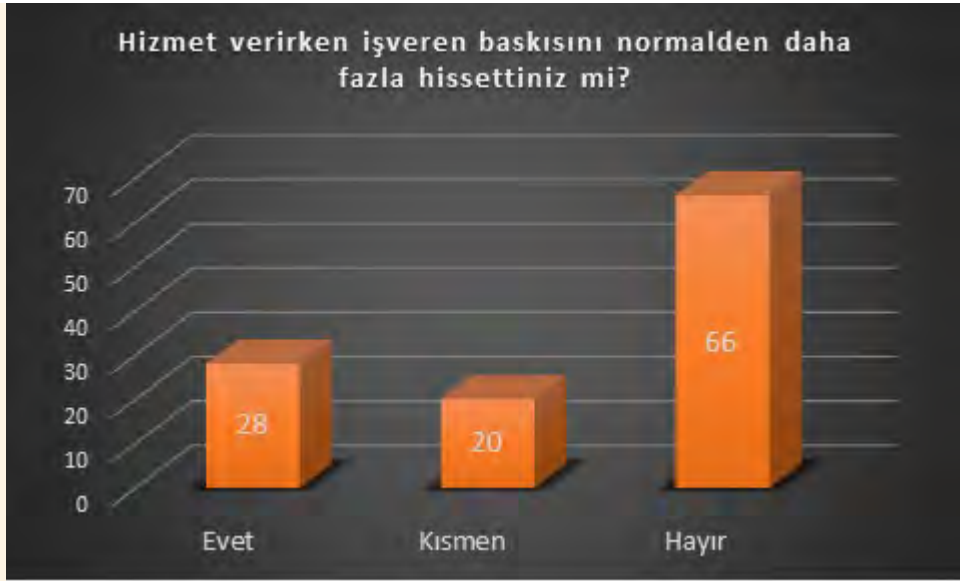
9 (%7,6) kişi işyerlerinde yeterli önlem alınmadığı için istifa ettiği işyerleri olduğunu belirtmiştir. %14,3'ünün kapatılan işyerleri olmuştur. Hekimlerin %66,7'sinin salgın döneminde İSG kurullarını topla-mayan; %65,5'inin İSG kurullarının önerilerini uygu-lamayan; %54,6'sının işçiler veya işçi temsilcilerini İSG kurul toplantısına davet etmeyen; yarısının işçi-lere İSG birimlerinin önerdiği kalitede ve sayıda KKD (Kişisel koruyucu donanım) sağlamayan; %55,5'inin işyeri sağlık birimlerine yeterli KKD sağlamayan,

%71,7'sinin periyodik muayenelerin yapılmadığı, %43,8'inin iş kazaları artan işyerleri bulunmaktadır.

“Çalıştığınız süre boyunca; bağlı olduğunuz OSGB önlem alınmadığını bildirdiğiniz işyerleri için işverenlerle görüşme yapıp sizi destekledi mi?” soru-sunu yanıtlayan 89 kişinin, %65,1'i kısmen de olsa OSGB tarafından desteklendiklerini ifade etmişler-dir. “Pandemi nedeniyle ücretli izin talebinde bulun-duysanız eğer bu talebiniz onaylandı mı?” sorusuna yanıt veren 59 hekimin %55,9'u(n=33) kısmen de olsa izin kullanabildiğini ifade etmiştir.

Tablo 2. Pandemi döneminde işyeri hekimlerinin işyerleriyle ilgili yaşadıkları sorunlar

	Evet		Hayır		Toplam
	N	%	N	%	N
Kapatılan işyeriniz oldu mu?	17	14,3	102	85,7	119
Yeterli önlem alınmadığı için istifa ettiğiniz işyeriniz oldu mu?	9	7,6	110	92,4	119
Pandemi nedeniyle ücretli izin talebinde bulundusanız eğer bu talebiniz onaylandı mı?	33	55,9	26	44,1	59



Şekil-1:İşyeri hekimlerinin işveren baskısı deneyimi

Çalışmaya katılanların %42,1'i pandemi sürecinde hizmet verirken işveren baskısını kısmen de olsa normalden daha fazla hissettiklerini ifade etmişlerdir. Baskı hissettiklerini bildirdikleri konular:

- Kısa süreli çalışmaya çıkartılma,
- Pandemi şartlarına uygun olmayan işyeri sağlık birimleri çalışmaya zorlanma,
- Yeterli KKD'nin sağlanmaması ve çalışanların KKD kullanımı,
- Özellikle taşeronla bağlı çalışanlarda olmak üzere işyerlerinde önlem aldırma da yaşanan güçlükler,
- Covid-19 yakın temaslıların tespiti ve karantina süreçlerinin işyeri tarafından onaylanmaması,
- Covid-19 açısından riskli grupların idari izinli sayılmalarını sağlama,
- Kronik hastaların işe dönüş muayenelerinde- işçilere ücretsiz izin kullandırdıklarından- işçilerin çalışma zorunluluğuyla uzman hekimlerden çalışabilir raporu alarak işyeri hekiminin kararını ve işverenin de kritik noktalarda çalışanların devamını istemesi,
- Covid-19 şüphesi olan işçilerin sağlık kurumlarına sevk (hem işveren hem de çalışanın red etmesi),
- İzolasyon sonrasında uzayan hastalık süreçlerinde zorunlu yıllık izin verilmesi,
- Mola sürelerinin düzenlenmesi ve servis sayısının arttırılmaması,
- Hasta ve temaslılar için iki günden fazla rapor verememe,
- İşverenlerin iş kazası bildirimi yapılmasına direnç göstermesi,

- Çalışanlara eğitim verilememesi, şeklinde ifade edilmiştir.

Çalışmaya katılan işyeri hekimlerinden 17'si (%14,3) COVID-19'a yakalanmıştır. İstatistiksel olarak değerlendirmeye uygun olmamakla birlikte, hastalığa yakalanan 17 hekimin 10'u OSGB'ye bağlı olarak çalışmaktadır ve yine 10'unun işyerinde COVID-19 kaynaklı işçi ölümü yaşanmıştır. Dördünün karantinde olması gerekirken yakın temaslıların çalıştırıldığı işyerleri mevcuttur. Altısının risk grubundakilerin çalıştırıldığı işyerleri mevcuttur. Dokuzunun önerdiği KKD'ları sağlamayan işyerleri mevcuttur. Ondördünün sokağa çıkma yasaklarında üretime devam eden ama zorunlu üretimi ve hizmeti gerektirmeyen işyerleri vardır. Beşinin, işçilerin dönemsel de olsa fabrika içinde ve/veya belirlenmiş otel, yurt vb. gibi farklı mekanlarda yaşamak zorunda kaldıkları işyerleri bulunmaktadır. Yedisinin bağlı olduğu OSGB, önlem alınmadığını bildirdiği işyerleri için işverenlerle görüşüp hekimi desteklemiştir. Tanı alanların 10'u işverenlerin baskısını salgın döneminde daha fazla hissettiklerini ifade etmiştir. COVID-19 tanısı alan işyeri hekimlerinden sadece ikisi önlemler alınmadığı için istifa etme girişiminde bulunmuştur. Dördü ücretli izin alabilmiştir. Dördünün kapatılan işyeri mevcuttur ve ücretlerini alamamışlardır.

Tartışma ve Sonuç

İşyeri hekimlerinin çalışma ortamını düzenleyecek öneriler geliştirme, riskli çalışanları koruma altına alma, bulaşı engelleyecek şekilde hasta ve temaslıların tespiti,



uygun sevki, izolasyonu ve karantinası konusunda bir çok görevi bulunmaktadır. İşyeri hekimleri, dünyanın her yerinde sağlık kurumları da dahil olmak üzere işyerlerinde COVID-19'dan korunma önlemlerinin alınmasında ve aktif sürveyansında sokağa çıkma yasaklarının olduğu dönemde dahi önemli sorumluluklar üstlenmiş ve ön planda çalışmışlardır. Bu çalışma, işyeri hekimlerinin hem iş güvencesi hem sağlık hem de çalışma koşullarının pandemi koşullarından olumsuz etkilendiğini ortaya koymaktadır.

İşyeri hekimliği COVID-19 açısından normal popülasyona göre daha risklidir

TTTB, İzmir ve İstanbul Tabip Odalarının araştırmalarında olduğu gibi bu araştırmada da işyeri hekimlerinde hastalığa yakalanma sıklığı genel popülasyonun üzerindedir. İstanbul Tabip Odası tarafından 269 işyeri hekimiyle yine çevrimiçi olarak yürütülen çalışmada işyeri hekimlerinin %7'si hastalığa yakalandığını, üç hekim hastanede iki hekim de yoğun bakımda tedavi gördüğünü ifade etmiştir (5). Bu araştırmada sıklığın daha farklı çıkması her iki araştırmanın da çevrimiçi araştırmalar olmasından dolayı sınırlılıklar taşıması olabileceği gibi, çalışmaya katılan işyeri hekimlerinin çoğunun OSGB'lere bağlı olarak çalışmasından kaynaklanabilir. Bu araştırmamızda OSGB'lere bağlı çalışanlar, diğerlerinden daha fazla işyerinden sorumlu olarak çalışmaktadır ve hastalanan 17 hekimin 10'u OSGB'lere bağlı olarak çalışmaktadır.

Sağlık çalışanlarının topluma ve diğer sektörlerde çalışanlara göre daha riskli olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. 120.075 çalışanın dahil edildiği bir araştırmada, çalışması zorunlu olmayan çalışanlara göre sağlık çalışanları 7,4 (5,5-10,0) kat riskli bulunmuştur(11). Sağlık çalışanları için COVID-19'un iş kazası ya da meslek hastalığı olarak kabulü, salgının başından beri tartışılan önemli bir başlık olmuş, birçok ülke sağlık çalışanları için meslek hastalığı sayılması için farklı tipte yasal düzenlemeler yapmıştır(12). Türkiye'de sağlık çalışanları için meslek hastalığı sayılma süreci bir yıldan fazla belirsiz kalmış ve birçok değişikliklerle gündeme gelmiştir. İlk etapta Sosyal Güvenlik Kurumu Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 07.05.2020 tarihinde 2020/12 sayılı genelgeyle, COVID-19 virüsünün bulaşıcı bir hastalık olduğu gerekçe gösterilerek iş kazası ya da meslek hastalığı olarak değil, genel hastalık kapsamında provizyon alınması duyurusu yapılmıştır. İşyeri hekimi Dr. Muharrem İdiz'in vefatı sonrası, İzmir Tabip Odası Hukuk Bürosunun, Dr. Muharrem İdiz'in meslek hastalığı sonucu vefat ettiğinin tespiti ve mirasçılara 5510 sayılı Kanun'un 20.maddesi uyarınca ölüm aylığı bağ-

lanması talebiyle, Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) yaptığı başvuru ilk incelemede, Covid-19'un mesleki bulaşıcı hastalıklar listesinde olmadığı gerekçesiyle reddedilmiştir. Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulu'na yapılan itiraz sonucunda SGK, Dr. İdiz'in ölümünün meslek hastalığına bağlı olduğunu kararlaştırarak eşi ve kızına meslek hastalığına bağlı ölüm geliri bağlamıştır. Halen hastalığın sağlık çalışanlarında meslek hastalığı olarak kabulü için birçok ülkenin aksine illiyet bağlanmaktadır. Birçok farklı işyerinde hizmet sunan işyeri hekimlerinde bu bağ kurmak diğer uzmanlık gruplarına göre daha güçtür. Aktif çalışan işçi sağlığı çalışanları COVID-19'a yakalandıklarında illiyet bağına bakılmaksızın meslek hastalığı tanısı alabilmelidir.

İşyeri hekimleri salgında sağlıklarını tehlikeye atan koşullarda çalışmışlardır

Hekimlerin sadece %17,4'ü salgın boyunca tek işyerinden sorumlu olmuş, geri kalanı birçok farklı işyerinde hizmet vermişlerdir. Hastalığa yakalanan işyeri hekimlerinin yarısından fazlasının işyerlerinde sokağa çıkma yasaklarında üretime devam eden ama zorunlu üretimi ve hizmeti gerektirmeyen işyerleri olması, işçi ölümlerinin gerçekleşmiş olması, karantınada olması gereken işçilerin çalıştırıldığı işyerlerinin olması, uygun olmayan koşullarda üretim yapan işyerlerinde çalıştıklarına dair önemli bulgulardır. İşyeri sağlık birimlerinin koşullarının uygun olmaması hem çalışmamızda hem de İzmir ve İstanbul Tabip Odası'nın çalışmalarında dile getirilmiştir.

Sağlık çalışanlarıyla yürütülen çalışmalarda başta maske olmak üzere, tek kullanımlık önlük, gözlük gibi KKD'ların enfeksiyon riskini azalttığı araştırmalarda gösterilmiştir(13,14). Çalışmamızda hekimlerin yarısının sağlık birimlerine yeterli sayı ve nitelikte maskeye erişemediği işyerleri bulunmaktadır.

İşyeri hekimleri görev ve sorumluluklarını yerine getirirken birçok güçlük yaşamışlardır

Hekimler, işçilerin eğitimi, servislerin düzenlenmesi, periyodik muayenelerin yapılamaması (%71,7), risk gruplarına idari izin raporlarının verilmesi, COVID-19'a yakalanan işçilerin sevki, raporu ve işe dönüş muayenelerinde sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir. İstanbul Tabip Odası'nın çalışmasında da hekimlerin %75'i periyodik muayeneleri yapamadıklarını ya da kısmen yapabildiklerini bildirmişlerdir.

Kişisel koruyucu donanımlar (KKD), işçi sağlığı koruma piramidinin son basamağında olmasına rağmen gerekli toplu korumayı sağlayacak alt yapı ve mühendislik önlemleri alınmadığında işçilerin işyerindeki sağlık ve güvenlik tehditlerinden korunmasında, iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesinde önemli bir rol üstlenirler. Hem 6331 sayılı yasa ve hem de 28695 sayılı



Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik'te işverenin uygun nitelikte ve sayıda KKD sorumluluğu açıkça belirtilmiştir. Çalışmamızda işyeri hekimlerinin yaşadıkları en önemli sorunlardan biri işyerlerinde uygun nitelik ve sayıda KKD sağlanmaması, işçi sağlığı ve güvenliği birimlerinin önerilerinin dikkate alınmaması ve bu konuda hissettikleri işveren baskısıdır.

Salgın boyunca İSG Meclisi ve sendikalar gerektiği halde üretimin durdurulmadığı veya üretim süreçlerinin uygun şekilde düzenlenmediği çok sayıda işyeri olduğunu raporlamışlardır. Bu durum Covid-19 yakın temasların tespiti, sağlık kurumlarına sevk ve karantina süreçleriyle ilgili düzenlemelerin bazı işyerleri tarafından uygulanmamasına neden olmuş, işyeri hekimleri sorumluluklarını yerine getirirken işverenlerinin baskısına maruz kalmışlardır.

Kronik hastalar, 65 yaş üstü çalışanlar ve gebelerin salgında idari izinli sayılmaları birçok işyerinde tam anlamıyla gerçekleştirilememiştir. Çalışmamızda hekimlerin %68,6'sının kısmen de olsa kronik hastaların çalıştırıldığı işyerleri mevcuttur. Bu hastalara ücretsiz izin kullandırılmayan ya da kısmen kullandırılan işyeri olanların oranı %58,7'dir. İşyeri hekimleri bu çalışanların işe dönüş muayenelerinde de sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sadece işverenler değil, gelir güvencesi açısından sorun yaşayan işçiler de riskli dönemlerde işe başlamak isteyen çalışanlar olmuştur. İşçinin sağlıklı bir şekilde, işyerindeki tehlikelere maruz kalmadan çalışması konusunda sorumluluğu olan hekimler baskı yaşamışlardır. İşçilerin çalışma koşulları hakkında bilgisi olmayan uzman hekimler tarafından verilen raporlar bu süreci ağırlaştırmıştır.

COVID-19'da hastalık sürecinin tam olarak bilinmemesi yasal olarak belirlenen izolasyon ve karantina süreçlerinin hastalık süreci uzamış çalışanlar için yeterli olmaması işyeri hekimleri açısından sorun yaratan diğer bir başlıktır. DSÖ, 12 haftaya kadar hastalık semptomlarının devam etmesi olarak tanımlanan uzamış COVID-19 hastalığının on enfekte kişinin birinde görüldüğüne; hastalık raporları, hastalık süresince maaş ödemeleri ve çalışma haklarını düzenleyici politikaların önemine işaret etmiştir(15). İngiltere'de Sendikalar Kongresi'nin Raporuna göre bir milyon hastanın COVID-19'a bağlı yakınmalarının dört haftadan uzun sürdüğü ve bunların üçte ikisinin çalışma yaşamlarında zorluk yaşadıkları bildirilmiştir. Çalışanların yarısından fazlası bu nedenle işyerinde ayrımcılığa maruz kalmış ya da dezavantajlı duruma düştüğünü, yaklaşık beşte biri semptomların etkisi ile ilgili işverenlerin şüpheli davranışlar sergilediğini bildirmişlerdir(16). Bu konu

işçi, işveren ve işyeri hekimi arasında gerilim yarattığı bildirilen başlıklardandır; sendikaların müdahalesini ve yeni yasal düzenlemeleri gerektirmektedir.

Çalışmada hekimlerin yarısından fazlasının işçi sağlığı açısından önlemlerin alınmasının teminatı sayılan işçi sağlığı ve güvenliği kurullarını toplamayan ve yine %65'inin İSG kurullarının önerilerini uygulamayan işyerleri mevcuttur. İSG kurullarında işçilerin yer alması işyerlerinde önlemlerin alınmasının yanında gerekli koşullar sağlanmadığında çalışmaktan kaçınma hakkının uygulanmasında en önemli teminatıdır. Olmadığı durumda hakların kullanımı sadece işverenin kararına bağlı kalır. Ne yazık ki araştırmada hekimlerin %54,6'sının işçiler veya işçi temsilcilerini İSG kurul toplantısına davet etmeyen işyerleri mevcuttur. Bu da gerekli önlemlerin rahatlıkla alınamamasının önemli nedenlerinden biri olabilir.

İşyeri hekimlerinin, çalışanın SGK'sından yararlanabileceği kamu kurumlarından doğrudan tetkik isteyebilme, çalışanların rızası alındıktan sonra sağlık ve filyasyon kayıtlarına erişebilme ve iki günden fazla rapor yazma hakları yoktur. Hekimlerin rapor haklarının iki günle sınırlı olması salgın boyunca işveren ve işçilerle önemli bir gerilim ortaya çıkmasına neden olmuştur. Türkiye'de işçi sağlığı hizmetlerinin kamuyla entegrasyonun bu derece düşüklüğü sadece işyeri hekimlerinin yaşadığı sorunlar olarak ele alınmamalı, salgının kontrolünü ciddi anlamda olumsuz etkilediği göz önünde bulundurulmalıdır.

İşyeri hekimleri özlük haklarıyla ilgili sorunlar yaşamıştır: İşyeri hekimlerinin OSGB'ye ve işverene bağlı olarak çalışması salgın kontrolünü zorlaştırmıştır

Salgın sonrası sosyoekonomik gelişmeler işyeri hekimlerini de olumsuz etkilemiştir. TOBB Raporuna göre salgın sonrasında 2020 yılında kapanan ve tasfiye olan şirket sayısı bir önceki yıla göre sırasıyla %24,9 ve %14,0 artmıştır(17). Bu durum işyeri hekimlerini de etkilemiştir. Araştırmamızda her yedi hekimden biri kapatılan en az bir işyeri olduğunu bildirmiştir. İşyerleri kapatılan hekimlerin %37,2'si hak ettikleri ücretlerini alamamışlardır. Salgın sürecince işyeri hekimleri hem iş hem de gelir güvencesi açısından ciddi sorunlar yaşamıştır.

9 (%7,6) kişi işyerlerinde yeterli önlem alınmadığı için istifa ettiği işyerleri olduğunu belirtmiştir. İstifa edenlerin tamamı OSGB'ye bağlı çalışmaktadır. Altısı işveren baskısını normalden fazla hissettiği belirtmiştir. Yedisi zorunlu üretimi gerektirmeyen ama üretime devam eden işyerlerinde çalışmaktadır. Altısının işyerlerinde salgın nedeniyle işçi ölümü yaşanmış-

tır. Beşinin yasal izolasyon süresi tamamlanmadan işe başlayan, altısında da karantinada bulunması gereken işçilerin çalıştığı işyerleri mevcuttur. Hekimler, bu süreçlere müdahale etmelerine olanak sağlayacak yetkileri yetersiz olduğu için sağlıkları ve geçimleri arasında seçim yapmak zorunda kalmışlardır. Çalışmaktan kaçınma hakkının pratikte kullanılamaması önemli etmenlerden biridir.

İşyeri hekimlerinin oldukça büyük kısmı OSGB'lere yani alt işverene bağlı olarak çalışmaktadır. İşveren ve hekimlerin doğrudan ilişkileri oldukça zayıf düzeydedir. Bazı OSGB'lerin işyerleriyle sözleşme yapabilmek amacıyla hekim ve İSG uzmanlarının ücretlerini düşürdüğü, aylık ücretlerin SGK'ya daha düşük gösterildiği rapor ve çalışmalarda bildirilmektedir. OSGB'lerde işyeri hekimlerinin ücret sürekliliği anlaşılan işyeri sayısına bağlıdır ve işyeri hekimlerinin sözleşmeleri kolayca sonlandırılabilir. Bu durum işverenin, alınacak önlemler konusunda OSGB'ler dolayısıyla hekimler üzerindeki kontrolünü arttırmaktadır.

İşyeri hekimleri yukarıdaki örneklerde değinildiği gibi iş güvenliği ve bununla doğrudan bağlantılı olan mesleki bağımsızlık açısından sorun yaşamakta, bu da mesleklerini gereği gibi icra etmelerini engellemektedir. Çalışmada hekimler pandemi sürecinde işveren baskısını normalden daha fazla yaşadıklarını ve OSGB'lerin bu süreçte kendilerini yeterince desteklemediklerini bildirmişlerdir.

Salgın kontrolünde işyeri hekimleri görevlerini yerine getirirken birçok sorun yaşamışlar, sağlıklarını tehlikeye atarak güvencesiz koşullarda hizmet etmek zorunda kalmışlardır. Hekimin güvencesiz koşullarda çalışması, işçilerin işyerilerindeki sağlık haklarının da ihlal edilmesine neden olmaktadır. İşyeri hekimlerinin mesleki bağımsızlıklarını koruyacak yasal düzenlemelerin gerekliliği için meslek odaları ve sendikaların etkili müdahale çalışmaları yürütmeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Covid-19 Bir İşçi Sınıfı Hastalığıdır... Salgının on Sekizinci Ayında En Az 1209 İşçi Covid-19 Nedeniyle Hayatını Kaybetti.; 2021.
2. İSG Meclisi. No Title. Covid-19 Salgını Döneminde İşçi Sağlığı ve Güvenliği Raporu-1. Published 2020. Accessed September 22, 2021. <http://isigmeclisi.org/20367-covid-19-salgini-doneminde-isci-sagligi-ve-guvenligi-raporu-1>
3. Covid-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi.T.C
4. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Bilgilendirme Platformu.; 2021. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/41415/0/covid19-toplumdasalginyonetimirehberipdf.pdf>
5. İşyeri Hekimlerinin Sorunları.; 2020. http://www.izmirtabip.org.tr/SF/3335/isih_anket.pdf
6. İşyeri Hekimlerinin COVID-19 Pandemisindeki Etkinliği.; 2021.
7. Gökçen T, Erden O, Baran K. Pandemiye İşyeri Hekimlerinin Gözlemlediği İşçilerin Çalışma Hakkı İhlalleri. In: Salgın Sonrası Dönemde İnsan Hakları Gündemi Uluslararası Sempozyumu. TİHV Yayınları; 2021. <http://sempozyum.tihvakademi.org/>
8. Birgül C. İki örnek üzerinden pandemi salgınında işyeri yönetimi. J Turkish Fam Phy sician. 2020;11(2):93-100. doi:10.15511/tjtfp.20.00293
9. COVID-19 Pandemisinde İşyeri Hekimleri İçin Rehber. Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolu; 2020.
10. İSG. İşyeri hekimlerine 15 güne kadar istirahat raporu verme hakkı tanınmalı - Ercan Yavuz ile söyleşi. <http://isigmeclisi.org/20504-isyeri-hekimlerine-15-gune-kadar-istirahat-raporu-verme-hakki-taninnmali>
11. (MSÜ) AO. Pandemiye Çalışmak Zorunda Olmak İşçi Sağlığı Yoksa, Halk Sağlığı Da Yok!; 2021. http://www.isigmeclisi.org/site_icerik/2021/1ocak/3asli_odman.pdf
12. Mutambudzi, M., Niedwiedz, C., Macdonald, E. B., Leyland, A., Mair, F., Anderson, J., ... & Demou E. Occupation and risk of severe COVID-19: prospective cohort study of 120 075 UK Biobank participants. Occup Environ Med. 2021;78(5):307-314.
13. Sandal, Abdulsamet & Yildiz A. COVID-19 as a Recognized Work-Related Disease: The Current Situation Worldwide. Safety and Health at Work. Saf Heal Work. 2021;12. doi:12. 10.1016/j.shaw.2021.01.001.
14. Chou R, Dana T, Buckley DI, Selph S, Fu R TA. Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers: A Living Rapid Review. Ann Intern Med. 2020;73(2):120-136. doi:10.7326/M20-1632
15. Chou R et al. Update Alert 9: Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers. Ann Intern Med. 2021;174(7). doi:10.7326/L21-0302
16. DSÖ. Policy Brief 39-In the Wake of the Pandemic: Preparing for Long COVID.; 2021. Accessed October 28, 2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339629/Policy-brief-39-1997-8073-eng.pdf>
17. TUC. Workers' Experiences of Long Covid.; 2021. <https://www.tuc.org.uk/sites/default/files/2021-06/Formatted version of Long Covid report - v1.3.pdf>
18. TOBB. 2020 Ekonomik Rapor.; 2021. <https://tobb.org.tr/Documents/yayinlar/2021/77ER.pdf>



COVID-19 PANDEMİSİNDE HÜKÜMETLERİN SAĞLIK EMEKÇİLERİNE YÖNELİK STRATEJİLERİ

Özlem ÖZKAN

Doç. Dr., Kocaeli Dayanışma Akademisi

I. COVID-19 Pandemisinde Sağlık Emekçileri: Eşitsizlikler Kimlerde, Nerede ve Nasıl Artıyor?

COVID-19 salgını, 11 Mart 2020'de pandemi ilân edildiğinden bu yana, kapitalist sistem içindeki ülkelerde ve toplumlarda sosyal, ekonomik, sağlık, eğitim, kısacası yaşamın tüm alanlarında tehdit olmaya devam ediyor. Sağlık emekçileri, tehdit altındaki en büyük gruplardan birisidir. Böyle olmasına karşın, ülkeleri temsil eder düzeyde, sağlık emekçilerindeki COVID-19 görülme sıklığı verisi bulunmamaktadır. Çoğu ülkede sağlık emekçileri sadece COVID-19 semptomları gösterdiğinde test olabilmektedir. Bazı ülkelerde sağlık emekçilerinin COVID-19 ile ilgili verileri kamuya açık değildir ya da kamuya paylaşılmamaktadır. Bazı ülkelerde, bu konuda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne sistemli olarak bildirim yapılmamaktadır. Bazı ülkelerde, halen standart ve sistematik surveyans sistemi kurulmamıştır. Bazı ülkelerde ise yardımcı sağlık çalışanları ve toplum sağlığı çalışanları sağlık emekçisi olarak kabul edilmediğinden, mevcut sınırlı kapsamdaki COVID-19 verilerinde bile yer alamamaktadır. Ayrıca, ülkelere göre sağlık emekçisi tanımı, kapsamı, COVID-19 raporlama teknikleri ve test stratejileri de değişiklik göstermektedir (1,2). Yukarıda sıralanan bazı nedenlerle, sağlık emekçilerinin COVID-19'a yönelik açıklanan verileri, hem buzdağının sadece görünen kısmıdır hem de kaynaklara göre tutarlılık göstermemektedir. Bu makalede de söz konusu eksikliklerin varlığı ve değerlendirilmelerinin sınırlandırıcı etkisi en baştan göz önünde bulundurulmalıdır. Bununla birlikte, mevcut bazı verileri belirtmek gerekirse;

DSÖ'nün 83 Avrupa ve Amerika ülkesinde, 14 Eylül 2020 tarihine kadar doğrulanmış COVID-19 vakalarının %14'ü sağlık emekçileridir ve bu, yüksek gelirli ülkelerde %8'in altındadır (3,4). Yine DSÖ'nün Ocak 2021 tarihinde 183 ülkeyi kapsayan raporunda, yaklaşık 37 milyon doğrulanmış COVID-19 vakasının %8'ini (1.29 milyon) sağlık emekçileri oluşturmaktadır. Başka bir veriye göre, COVID-19 pandemisinin ilk üç ayında bildirilen vakaların %10'undan fazlası sağlık emekçileri olup, bu, genel nüfustan üç kat daha yüksektir (1,2). Bir başka kaynağa göre, dünyadaki sağlık emekçileri arasında COVID-19 görülme sıklığı %2-35 (5), diğer bir kaynağa göre, 50 ülkedeki çalışmada %1-32 arasında değişmektedir (6). 31 Aralık 2020 tarihinde 34 ülkeden 1.6 milyon sağlık emekçisi üzerinde yürütülen çalışmada COVID-19 görülme sıklığı %30'un üzerindedir (7). DSÖ tarafından yaptırılan hızlı bir incelemede ise SARS-CoV-2 enfeksiyonu insidansı (PCR pozitif) %0.4-49.6, prevalansı ise %1.6-31.6 arasında değişmiştir (8). COVID-19 aşısına kadar dünyada her 30 dakikada bir sağlık emekçisi bu enfeksiyon nedeniyle yaşamını kaybetmiştir (9). Mayıs 2021 tarihine kadar dünyada bu nedenle ölen sağlık emekçisi sayısı 115.000 olup, bu sayının 180.000'e de ulaşmış olabileceği tahmin edilmektedir (10). Ülkemizde ise 26 Eylül 2021 tarihine kadar 448 sağlık emekçisi bu nedenle yaşamını kaybetmiştir (11). Tablo halen böyle ağır bir seyir göstermesine rağmen, Türkiye dâhil, çok sayıda ülkede COVID-19 sağlık emekçilerinde meslek hastalığı kabul edilmemektedir (12). Gerek dünya, gerekse ülkeler ölçeğinde kaç sağlık emek-

çisinin COVID-19 aşısı olduğu ve kaçının bu aşığı reddettiği ya da tereddütlü olduğu bilinmemektedir. Hatta başta Afrika ülkeleri olmak üzere, çok sayıdaki ülkenin sağlık emekçisi halen bu aşılara erişememektedir (1). Neredeyse tüm kapitalist ülkelerde salgının başlarında daha yaygın olsa da bugün bile kişisel koruyucu ekipmanlarda (KKE) nicelik ve nitelik sorunu yaşanmakta ve onlar kadın sağlık emekçilerine uygun tasarlanmamaktadır (13,14). Sağlık emekçileri salgının başından beri, yeterli dinlenme süresi ve izin olmaksızın, aralıksız, uzun çalışma saatleri ve ağır çalışma koşulları altında çalışmaktadır. Oysa, DSÖ sağlık emekçilerinde yorgunluğun önlenmesi için vardiya başına maksimum çalışma saatinin haftada beş ile sekiz saat her gün ya da 10 saatlik dört vardiya olması, ağır-uzun-yoğun çalışmada her bir-iki saatte dinlenilmesi ve vardiyalar arasında da en az 10 saatlik dinlenme süresinin bulunması gerektiğini önermektedir (15). Bunların yanında, gelir düşüklüğü, rutin olarak COVID-19 testi olamamaları, yeterli saygı görememeleri, 60 yaşın üzerinde, kronik hastalığı ve komorbiditesi olan sağlık emekçilerinin COVID-19 birimlerinde çalıştırılması, COVID-19'a bağlı ölen hasta ve meslektaşlarına sıklıkla tanıklık etmeleri, etkeni yakınlarına bulaştırma kaygısı vb. temel sorunlar o günden bugüne halen devam etmektedir. Sağlık hizmeti sunan sağlık emekçileri ne sağlıklarının birincil korunmasında ne de tedavisinde hak ettikleri sağlık hizmetini alamamaktadır. Bunların sonucunda, travma sonrası stres bozukluğu, yüksek düzeyde anksiyete, depresyon, stres gibi mental sağlık sorunlarından, iş bırakmaya kadar uzanan sonuçlarla karşı karşıyadırlar (2,10,13,14,16-20). Bir sağlık emekçisi, böylesi çalışma koşullarını şu şekilde özetlemiştir: "...Bir insanın, ölen hastasını bir ceset torbasına koyup, daha sonra evine gidip, her şey yolundaymış gibi davranmak zorunda kalması dayanılmaz bir acı..." (4).

COVID-19'un tüm bu etkileri ve sonuçları, sağlık emekçilerinin ülkelerine ve bölgelerine göre eşitsizlikler göstermektedir. Ve bu tablo, düşük veya orta gelirli ülkelerde daha da ağırdır. Bunun yanında, sağlık emekçilerinin sınıfsal konumuna ve o konumda yer aldığı katmana, cinsiyetine, ırkına, etnik kökenine ve göçmen olup olmamasına göre de eşitsizlikler söz konusudur ve bu faktörler pandemiyle birlikte adeta bir kesişim noktası oluşturmaktadır (8,13,21). Örneğin, dünya genelinde kadın sağlık emekçilerinin COVID-19'a maruz kalma sıklığı %68 (1), İtalya'da

%69, İspanya'da %75.5, ABD'de ise %73'tür (22). Kadın sağlık emekçileri sadece COVID-19'a maruz kalma açısından değil, aynı zamanda fiziksel, mental ve sosyal sorunlarla da karşı karşıyadır. Ayrıca, KKE'ye ve meslek içi eğitimlere daha az ulaşmaktadır. İspanya'daki özel sağlık sektöründe sağlık hizmetleri üzerindeki baskıyı hafifletme gerekçesiyle, COVID-19 ile ilgili işlerde çalışmayan ve büyük bir çoğunluğu kadın olan hemşireler işten çıkarılmıştır (13,14). Emek sürecindeki bu eşitsizliklere ve ayrımcılıklara ek olarak, kadın sağlık emekçilerinin hane içindeki emeğin yeniden üretim faaliyetlerindeki yükleri de orantısız bir biçimde artmıştır. Çünkü COVID-19'luların yaklaşık %70'inden fazlasının bakımı, tedavisi, izlemi evde ve evdeki kadınlar tarafından yapılmaktadır. Pandemiye sağlık hizmetlerinin yükünü artırmamak için olağan sağlık hizmetlerinin ertelenmesine bağlı olarak kronik hastalığı olanların ve diğer hastaların sağlık gereksinimleri yine evde kadınlar tarafından karşılanmaktadır. Özellikle salgının ilk zamanlarında SARS-CoV-2'nin eşyalarla bulaştığı algısıyla, evde artan temizlik işleri de büyük oranda kadınlar tarafından yerine getirilmektedir. Pandemiye bağlı sokağa çıkma yasakları, hareket kısıtlılıkları, neredeyse tüm kreşlerin ve eğitim kurumlarının kapanması, evdeki üyelerin işe gitmek yerine, uzaktan/dijital çalışmayla daha fazla insanın sürekli evde olması ve onların yemek, temizlik, ütü, çamaşır, bulaşık vb. toplumsal yeniden üretim faaliyetleri yine kadınlar tarafından yapılmaktadır. Dolayısıyla, kadın sağlık emekçileri pandemi boyunca bu "orantısız çifte yük"le karşı karşıyadır (13,18,21,23).

COVID-19, sağlık emekçilerinin meslekleri üzerinden de eşitsizliklere yol açmaktadır. Bir sistematik incelemede COVID-19 ve ona bağlı ölümlere en fazla hekim ve hemşirelerin maruz kaldığı bulunmuştur (8). Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN)'ne göre (2021), COVID-19 olan toplam 1.6 milyon sağlık emekçisi içinde Brezilya'da ve Meksika'da (%38, %42) en fazla olan hemşiredir (7). İtalya'da en fazla sırasıyla; hekim (%57.8), hemşire (%16.5), hemşire yardımcısı (%8.3) ve diş hekimi (%5.8) (20), Katar'da hemşire ve ebe (%32), destek hizmeti personeli (%31.3), idari personel (%14.6), yardımcı sağlık emekçisi (%12.7) ve hekim (% 5.2) (24), Brezilya'da ise hemşire teknisyen ve hemşire yardımcısı (%34.4), lisans mezunu hemşire (%14.8), hekim (%10.8) ve toplum sağlığı çalışanıdır (%6) (19).



Hindistan ve İspanya gibi ülkelerde toplum sağlığı çalışanlarıyla sağlık hizmetlerindeki atık ve temizlik işçileri COVID-19 aşısı kapsamı dışında tutulmuştur. Sağlık emekçilerinden eğitim düzeyleri düşük, göçmen, azınlık, yardımcı çalışan statüsündekiler, uzun vardiyaların ardından toplu taşıma araçlarıyla uzun süre seyahat ederek, yaşadıkları banliyölere ulaşır. COVID-19 testlerine hiç ulaşamaz, gıdaya ve KKE'ye erişimleri ise oldukça sınırlıdır (4,19). Bazı ülkelerde pandemi süresince göçmen ve azınlık konumundaki hemşireler, düşmanca politikalar nedeniyle, kendilerini güvencesiz bir konumda bulmuştur. Genellikle sözleşmeli/kayıt dışı çalışan bu sağlık emekçileri, işlerini kaybetme korkusu nedeniyle böylesi endişelerini dile getirememektedir (14). Bunların dışında, ABD'de kayıtlı hemşirelerin dörtte biri beyaz değilken, Eylül 2020 itibarıyla, sağlık emekçilerinde COVID-19'a bağlı görülen ölümlerin yarısından fazlasını (%58.2) onlar oluşturmaktadır. Yine aynı ülkede kayıtlı hemşirelerin %4'ü Filipinli iken, toplam ölümlerin yarısından fazlası (%54) Filipinli hemşirelerdir (25). İngiltere Ulusal Sağlık Sistemindeki sağlık emekçilerinin %21'i siyah, Asyalı ve diğer etnik azınlık gruptayken (BAME), ölenlerin %63'ü onlardır. Ölen hekimlerin ise %95'i BAME'lidir. BAME grubundaki tüm sağlık emekçileri KKE'ye erişememektedir (18,26).

II. Sağlık Emekçileri COVID-19 Pandemisini Nasıl Bir Mirasla Karşıladı?

Sağlık emekçilerinin yukarıda ifade edilen COVID-19'a bağlı bu etkilenimlerinin ve sonuçlarının “temel mekanizmasını-nedenini” çoğunlukla iddia edildiği gibi, “sağlık krizi, pandeminin yükü, sağlık bakanlarının yönetememesi” gibi bütüne ait parçalara bağlamak doğru değildir ve gerçeği de açıklamamaktadır. Çünkü temel mekanizma, kapitalist üretim ilişkilerinde ve onu biçimlendiren sağlık reformları patentli sağlık sistemi, eş zamanlı uygulanan esnek üretim stratejileri, tarihler boyunca devam eden ataerki ve muhafazakârlık politikalarının toplamıdır. Kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarıyla, sağlık emekçilerinin emek süreci tümüyle piyasanın gereksinimlerine göre yeniden yapılandırılmıştır. Piyasa için sağlık emekçileri ertesi gün işe gidebilecek ve gelişkin üretim araçlarını kullanabilecek kadar sağlık hizmeti alabilmesi bile maliyet unsuru olarak görüldüğünden, sağlıklarının korunması, birinci basamak

sağlık hizmetleri kapsamında işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri sunulması imkân dâhilinde olmamıştır. Bunların sonucunda örneğin, sağlık emekçilerindeki mesleki yaralanmalar imalat, inşaat ve madencilik sektörlerindeki emekçilerden bile daha yüksek olup, meslek hastalarında en çok etkilenen sekiz meslek grubu arasında altıncı sıraya yükselmiştir (27). Bunlarla beraber, kapitalist devletler ve hükümetler salgın öncesinde gerek sosyal politikalarında, gerekse sağlık emek gücü politikaları da dâhil sağlık sistemlerinde ya hiç ya da yeterince hazırlık yapmamıştır. Salgın sırasında da sağlık sistemlerini organize edememiştir. Uluslararası ve ulusal düzeyde gerekli halk sağlığı önlemleri alınmamış ve mevcut önlemler ise bireysel düzeyde/sorumluluklarla sınırlı kalmıştır. Dolayısıyla, neredeyse iki yıldır devam etmekte olan ve kapitalizmin bütün yetmezliklerini ve açmazlıklarını tüm alanlarda, tüm çıplaklığıyla ifşa eden COVID-19 pandemisini sağlık emekçileri böyle bir mirasla karşılamıştır. Sağlık emekçilerinin bugün halen COVID-19'a bağlı karşı karşıya kaldığı bu istenmeyen sonuçların kökü böyle bir mirastadır.

III. COVID-19 Pandemisinde Hükümetler Sağlık Emekçilerine Yönelik Hangi Stratejileri Uyguladı?

COVID-19 pandemisinin özellikle ilk dönemlerinde hükümetlerin de teşvikiyle ülkelerin neredeyse tamamında, sağlık emekçileri her akşam alkışlanarak, kimileri onlara mektuplar yazarak, şirketler, ünlü sporcular, oyuncular vb. kişi ve kurumlar KKE bağışları yaparak, İtalya'da olduğu gibi, bazı ülkelerde özel sektör COVID-19 nedeniyle yaşamını kaybeden sağlık emekçilerinin ailelerine ekonomik katkılarda bulunarak vb. bireysel ya da toplumsal düzeyde takdir ve teşekkür ifadeleri sistematik ve görünür hale getirilmiştir. ABD Başkanı Trump, salgında sağlık emekçilerini: “...mermiye kahramanca koşan askerler gibi ölüme koşuyorlar...” sözleriyle nitelendirmiştir. Bunlara, cumhurbaşkanı ve sağlık bakanın çağrısıyla başlayıp, üç gün gibi en kısa süren alkış eyleminin olduğu ülkemizde, “şehitlik mertebesi” de eklenmiştir. Pandeminin ilk dönemlerinde başlayıp, kısa sürede sönümlenen bu minnettarlık eylemleri ve beraberindeki kahramanlık söylemleri, sağlık emekçilerinin ne haklarına ve ihtiyaçlarına cevap verebilen politikalarla ne de onların sağlığını ve refahını gözeterek sağlık sistemlerinin dönüşmesine neden olmuştur (14,16,28).

Oysa, böylesi yaklaşımlar çoğu zaman sağlık emekçilerinin cinsiyet ayrımcılığını, ırkçılık, ağır ve insanlık dışı çalışma koşullarını ve mevcut üretim ilişkilerini sorgulamasında engelleyici faktörlerden birisi olmuştur. Ayrıca, sağlık emekçileri üzerinde “yenilmez bedenler ve sadece üretken öznelere olma” baskısını arttırarak, uysal, fedakâr ve olağanüstü ahlaki konuma yerleştirmeyi hedeflemiş, kimi zaman başarılı da olmuştur (21). Halbuki salgında, hükümetlerin ve sağlık sistemlerinin en büyük sorumluluklarından birisi, sağlık emekçilerinin çalışma ortamını güvenli hale getirmek, sağlığını korumak ve desteklemektir (29). Fakat, iki farklı çalışmada COVID-19 pandemisinde hükümetlerin bu fonksiyonu yerine getir(e)mediği açık olarak gösterilmiştir. Örneğin, Uluslararası Af Örgütü (2020) salgın sırasında sağlık ve temel hizmet çalışanları, işlerini yaparken dünya çapındaki hükümetlerin onları yeterince korumadığını (30), Brezilya’da ise kamudaki sağlık emekçilerinin yarısından fazlası hükümetin kendilerini desteklemediğini belirtmiştir (29). Bunların yanında, çeşitli ülkelerdeki sağlık emekçileriyle yapılan sayısız röportaj ve belgeselde de benzer durum ortaya konmuştur. Bu verilerden hareketle, yazının bundan sonraki bölümünde COVID-19 pandemisinde ülke örnekleri üzerinden hükümetlerin;

- istihdam ettikleri sağlık emekçilerinin sayısal eksikliği
- sosyal olarak desteklemek için aldığı özel önlemler ve
- ücretlerine yönelik kullandığı stratejiler incelenecektir.

DSÖ Avrupa Bölgesi, Avrupa Komisyonu, Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları Gözlemevi kurumları ülkelerin bildirimlerine dayalı olarak COVID-19’a yönelik yanıtlarını belirlemek için “Sağlık Sistemi Müdahale Monitörü (HSRM)’nü kurmuştur. Bu veri tabanında COVID-19 pandemisinde Türkiye dâhil 45 ülkenin bildirimleri üzerinden sağlık emekçileri, sağlık finansmanı, sağlık iletişimi, vb. olmak üzere, 15 alandaki bilgiler yer almaktadır. Makalenin bu bölümünde büyük oranda HSRM’nin bu verilerinden yararlanılmıştır (16).

III.1. Hükümetlerin istihdam edilen sağlık emekçilerinin eksikliğini gidermek için kullandığı stratejiler

Tüm kapitalist ülkelerde 1970’li yıllardan itibaren

sağlık hizmetlerinin ticari faaliyete dönüşmesiyle, sermaye sınıfı ve taraftarları sağlık emekçilerinin sayılarında eksiklik, açık, azlık, yetersizlik ve dağılımda dengesizlik (aslında eşitsizlik) sorunu olduğunu ifade etmektedir. Bu sorunun çözümü de sermayenin gereksinimleri doğrultusunda 1970’li yıllardan günümüze, kaynağı büyük oranda yardımcı sağlık emekçileri ve kadınlar olmak üzere, sayılarının hızla artırılması olmuştur. Sermaye sınıfı ve savunucuları tarafından sayıları yetersiz olarak iddia edilse de COVID-19 pandemisinde önce insan sağlığı ve sosyal hizmetlerde çalışan kişi sayısı 136.244 milyona (yarısından fazlası sağlık emekçileri) ulaşmıştır (31). Buna karşın, istihdam tiplerine (tam zamanlı/yarı zamanlı vb.), çalıştıkları yerleşim yerlerine (kır/kent), coğrafik bölgelere (Türkiye’de doğu/batı gibi), sağlık kurumlarına (hastane/birinci basamak) ve sağlık hizmetlerine (kamu/özel, tedavi edici/koruyucu) göre eşitsizlikleri kapitalizmin özü gereği, çözümsüz ve kronik bir sorun olarak halen devam etmektedir. Bir başka ifadeyle, salgın süresince bu eşitsizliklere yönelik hiçbir müdahalede bulunulmamıştır. Bu pandemide, hükümetlerin büyük bir çoğunluğu, istihdam edilen sağlık emekçilerinin eksikliğini gidermek için DSÖ’nün de belirttiği: a) büyük oranda sayılarını gereksinilen kadar artırmak yerine, onları yeniden görevlendirmek ve işlevselleştirmek b) az sayıda yeni sağlık emekçisini işe almak, daha çok öğrencileri, gönüllüleri vb. çalıştırmak üzere, iki temel strateji ve bu iki strateji kapsamında 11 müdahale hayata geçirmiştir. Birleşik Krallık (BK) bunların hepsini, Türkiye, Finlandiya, Fransa, San Marino ve Hırvatistan ise sadece bir kaçını kullanmıştır (28,32,33) (Tablo 1). Bunları ülke örnekleri üzerinden incelemek gerekirse;

III.1.a. İstihdam edilen sağlık emekçilerinin başka işlerde/yerlerde görevlendirilmesi ve işlevselleştirilmesi.

Ülkelerin çoğunun (Azerbaycan, Fransa, Kırgızistan, Rusya, Sırbistan dışındaki 40 ülke) en fazla tercih ettiği bu uygulamanın amacı, salgın sürecinde sağlık emekçilerinin kapasitesini hızla yükseltmek, tam ya da etkin olarak kullanmak olarak belirtilmektedir (Tablo 1) (16). Hatta, bir ülkenin COVID-19 krizini ne kadar iyi yönettiği, büyük ölçüde sağlık emekçilerinin ne kadar etkin kullanıldığına bağlı olduğunun altı çizilmektedir (28,32-34). Oysa bu stratejinin özü, aşağıda da görüleceği gibi, sağlık emekçilerinin çalış-



Tablo 1. Sağlık emekçilerinin eksikliğini gidermek için hükümetlerin kullandığı stratejiler (16,33).

Stratejiler	Strateji için Gerekli Girişimler	Uygulayan ülkeler
İstihdam edilen sağlık emekçilerinin işlevselliğinin artırılması (40 ülke)		
Sağlık emekçilerinin; a. Mevcut çalışma programlarının değiştirilmesi b. İhtiyaç duyulan bölge, il ve sağlık kurumlarına yeniden görevlendirilmesi c. Özel sektördekiilerin kamuda görevlendirilmesi	a.1. Sağlık emekçisi gereksinimini hafifletmek için mevzuatı ya da sözleşme düzenlemelerini askıya almak, çalışma saatlerini artırmak ve gece vardiyasını değiştirmek a.2. İzinleri iptal etmek a.3. Mesleki dernekler/birlikler ile ulusal/bölgesel düzeydeki sağlık yetkilileri arasında koordinasyon sağlamak b.1. Merkezi ya da bölgesel çevrimiçi portallar kurmak b.2. Ekstra fonlama ve geçici sözleşmelerde değişiklikler yapmak b.3. Yüz yüze veya çevrimiçi ek eğitim düzenlemek b.4. Sağlık sorunu olan ve 65 yaş üstü sağlık emekçilerinin COVID-19 hastaların olmadığı yerlerde çalışmasını sağlamak c.1. Acilen mevzuat oluşturmak c.2. İlgili sektör temsilcileri arasında koordinasyon kurmak c.3. Kamuda görevlendirilen özel sağlık sektöründeki sağlık emekçilerine kamudan ücret ödemek	Arnavutluk, Ermenistan, Avusturya, Belçika, Bosna Hersek, Bulgaristan, Kanada, Hırvatistan, Kıbrıs, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İtalya, İsrail, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Malta, Monako, Montenegro, Hollanda, Kuzey Makedonya, Norveç, Polonya, Portekiz, Romanya, San Marino, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre, Türkiye, Ukrayna, BK Özel sektördekiileri emekçilerin kamuda görevlendirilmesi: Kıbrıs, Malta, İrlanda, Kuzey Makedonya, İngiltere, Montenegro
Mevcut istihdamın desteklenmesi		
Son sınıf sağlıkçı öğrencilerin (özellikle tıp ve hemşirelik) çalıştırılması ya da erken mezun edilip istihdam edilmesi (36 ülke)	* Erken mezun etmek * Erken mezunlarının geçici kayıtlarına izin vermek * Erken geçici kayıt yaptırmak istemeyenlerin destekleyici rollerde çalışmasına izin vermek * Geçici işe alım sözleşmeleri için ilgili kurullar oluşturmak	Arnavutluk, Ermenistan, Avusturya, Azerbaycan, Belçika, Bosna Hersek, Bulgaristan, Kanada, Kıbrıs, Çekya, Danimarka, Almanya, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İtalya, İsrail, Kırgızistan, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Malta, Montenegro, Hollanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Romanya, Rusya, Sırbistan, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre, Ukrayna, BK
Sınırlı sayıda yeni sağlık emekçisinin istihdam edilmesi (17 ülke)	* Acilen mevzuat oluşturmak	Sırbistan, İsrail, İtalya, Almanya, Çekya, İspanya, Rusya, Romanya, Portekiz, Arnavutluk, Yunanistan, Portekiz, Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda, Karadağ, BK Türkiye
Sağlıkla ilgili olan/olmayan işlerde gönüllülerin çalıştırılması (15 ülke)	* Kampanyalar düzenlemek * Eğitim yapmak	Azerbaycan, Belçika, Bulgaristan, Kıbrıs, Çekya, Estonya, Fransa, Almanya, Yunanistan, İrlanda, İtalya, Kırgızistan, Litvanya, Malta, BK



Silahlı kuvvetlerdeki sağlıkçı olan/olmayan emekçilerden destek alınması (15 ülke)	* Acilen mevzuat oluşturmak * İlgili sektör temsilcileriyle koordinasyon kurmak	Avusturya, Kanada Danimarka, Estonya, İtalya, Polonya, Rusya, Sırbistan, İsviçre, Çekya, Kuzey Makedonya, İrlanda, Belçika, Almanya, BK
Emekli sağlık emekçilerinin göreve çağrılması (14 ülke)	* Geleneksel ve sosyal medyayı kullanarak ulusal ya da bölgesel düzeyde işe alım kampanyaları yapmak * Geçici kayıtlılar oluşturmak	Arnavutluk, Belçika, Bosna Hersek, Bulgaristan, Kanada, Almanya, İzlanda, İrlanda, İtalya, Litvanya, Lüksemburg, Hollanda, İspanya, BK
Aktif olmayan sağlık emekçilerinin göreve çağrılması (10 ülke)	* Geçici işe alım sözleşmeleri yapmak, istihdama geri dönme potansiyeli olan kişilerle doğrudan iletişim kurmak için ilgili meslek kuruluşları veya sağlık yetkileriyle çalışmak * Yeniden çalışmalarını teşvik etmek için çağrıda bulunmak * Çevrimiçi haberleşme kanalları oluşturmak * COVID-19 tedavisi, yönetimi ve güvenlik önlemleri hakkında çevrimiçi ya da doğrudan eğitim yapmak	Kanada, Danimarka, Estonya, İrlanda, Lüksemburg, Malta, Hollanda, İspanya, Polonya BK
Başka bir ülkede eğitim almış (göçmen) sağlık emekçilerinin çalıştırılması (9 ülke)	* O ülkenin dilinin gereksinimini azaltmak, bununla ilgili sınavlardan ücret almamak * Acilen hekimlerin destek hizmetlerde çalışmasına izin verecek mevzuat oluşturmak * Vize sürelerini koşulsuz olarak uzatmak * Ülke sınırları kapalıysa bile bu sağlık emekçileri için kaldırmak * Vizesi olan tıp ve hemşirelik öğrencilerinin çalışma saati kısıtlamalarını kaldırmak	Belçika, Avusturya, Çekya, Almanya, İtalya, İspanya, Lüksemburg, BK, Ocak 2021'den itibaren Polonya
Diğer		
Uluslararası kuruluşlardan ve başka ülkelerden yardım istenmesi	* Acilen mevzuat oluşturmak * AB genelinde sağlık emekçilerinin niteliklerin karşılıklı tanımak * Uluslararası düzeyde diplomasi yürütmek	* Fransa, Almanya, Rusya, Litvanya ve İtalya'dan sağlık emekçileri Ermenistan Norveç, Romanya, Arnavutluk Tunus, Küba, Polonya, Rusya ve İtalya, ABD, Büyük Britanya Almanya ve Çekya'ya gitti. * Sırbistan yurt dışındaki Sırp doktorları geçici olarak ülkesine geri çağırdı. * Salgının başlarında yeterli yoğun bakım ünitesi olmayan Fransa, İtalya ve Hollanda'daki hastalar tedavi için Avusturya, Almanya, Lüksemburg ve İsviçre'ye sevk edildi.
Toplam 45 ülke: Arnavutluk, Ermenistan, Avusturya, Azerbaycan, Belçika, Bosna Hersek, Bulgaristan, Kanada, Hırvatistan, Kıbrıs, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İtalya, İsrail, Kırgızistan, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Malta, Monako, Montenegro, Hollanda, Kuzey Makedonya, Norveç, Polonya, Portekiz, Romanya, Rusya, San Marino, Sırbistan, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre, Türkiye, Ukrayna, BK		



ma saatlerinin artırılmasıyla, yurt dışına gitme ve işten ayrılmanın yasaklanmasıyla, gece vardiyası ve çağrılı çalışma sonrası izinler dâhil tüm izinlerin iptal edilmesiyle ya da haftalarca aralıksız çalışmayla, öğrencilerin çalıştırılmasıyla, sermaye/işveren için emek maliyetinin düşürülmesi ve sağlık emekçilerinin emek sömürü oranlarını artırılmasıdır. Bir başka ifadeyle, sağlık emekçilerinin yaşamı pahasına, üretiminin sürekliliğinin sağlanmasıdır. Ya da ağır-yoğun-fazla-aralıksız ve dinlenmeden COVID-19 maruziyetini koşullayan çalışma yaşamına sağlık emekçilerini uyumlandırma sürecidir. İncelenen ülkelerde bu strateji kapsamında; sağlık emekçilerinin mevcut çalışma programlarının değiştirilmesi, ihtiyaç duyulan bölge, il, köy, kurum ve kliniklerde yeniden görevlendirilmesi, özel sektördeki kamuda görevlendirilmesi olmak üzere, üç uygulama bulunmaktadır (Tablo 1).

III.1.a.1. Sağlık emekçilerinin mevcut çalışma programlarının değiştirilmesi.

Bu uygulamada, salgın süresince sağlık emekçilerinin çalışma saatlerinin artırılması, nöbet ya da vardiya sonrası izinler de dâhil tümünün yasaklanması/askıya alınması, uzmanlık eğitime başlayacak hekimlerin eğitimlerinin ertelenip, COVID-19 hastalarının bulunduğu kliniklerde, birimlerde görevlendirilmesi, asistan hekimlerin dış rotasyonlarının iptal edilmesi, geçici sözleşmelerle çalışanların sözleşme sürelerinin uzatılması, vardiyaların düzenlenmesi vb. sıklıkla başvurulan uygulamalardır. Özellikle COVID-19 aşısına kadar çoğu ülkede sağlık emekçilerinin tüm izinleri iptal edilirken, Çekya, Norveç ve İsrail'de ayrıca yurt dışına çıkışları da yasaklanmıştır. Fakat, Çekya yurt dışı yasağı kararından 10 Nisan 2020'de vazgeçmiştir (16,33). Ülkemizde ise Mart 2020'nin ikinci haftasında sağlık emekçilerinin askıya alınan izinleri, 2021 yılının başında kullanılmaya başlanmış, istifa yasağı ise Temmuz 2021'de kaldırılmıştır.

Salgının özellikle ilk yılında sağlık emekçilerinin izinlerinin iptal edilmesi tüm sağlık emekçilerini onların sağlığını her boyutta olumsuz etkilerken, göçmenler başka biçimlerde de etkilenmiştir. Örneğin, Avrupa'nın bazı ülkelerinde izinleri yasaklanan göçmen sağlık emekçileri ülkelerine gidememiş, BK'de sokağa çıkma yasakları nedeniyle hemşireler çalışmak için kayıt bile olamamış, sınavlarını tamamlayamayan göçmen ebe ve hemşireler işsiz olarak uzun süre beklemek durumunda kalmıştır (35). Avusturya'da, pan-

demi süresinde hekimlerin çalışabilmesi için zorunlu kayıt süreci askıya alınmıştır. Tayland'da sözleşmeli çalışan, özellikle hemşireler kamuda memur statüsüne geçirilmiştir (34). Kuzey Makedonya başkentinde 25 Kasım 2020'den itibaren belirli süreli sözleşmeyle istihdam edilen 40 hemşirenin sözleşmeleri uzatılmıştır. İspanya, Romanya ve İsrail'de olduğu gibi çoğu ülkede, uzmanlık eğitime başlayacak/başlamış olan asistan hekimlerin dış rotasyonları askıya alınıp, pandemi kliniklerinde çalıştırılmıştır. Rusya'da mevcut sağlık emekçilerini kaybetmemek için 6 Ağustos 2020 tarihindeki bir kararnameyle salgında aktif görev yapanların bir yıllık hizmet süresi iki yıl kabul edilmiştir (Tablo 1). Letonya ve Almanya'daki Aşağı Saksonya eyaletinde sağlık emekçilerinin sert muhalefetine rağmen, günlük maksimum çalışma saati 12, haftalık 60 saate yükseltilmiştir. Sağlık emekçilerinin ve örgütlerinin sözleşmeli ve yarı zamanlı çalışmanın tam zamanlı kalıcı çalışmaya dönüştürülmesi, çalışma saatlerinin ve iş yoğunluğunun azaltılması vb. çalışma programlarının değiştirilmesiyle ilgili talepleri olsa da hükümetler tarafından dikkate bile alınmamıştır. Fakat Portekiz'de sağlık emekçileri mücadele edip, geçici statüdeki istihdam sözleşmelerini fesh etmiş, hükümet de onları kalıcı kadrolarda istihdam etmeye başlamıştır (14,16,19,33,35).

III.1.a.2. Sağlık emekçilerinin ihtiyaç duyulan bölge, il, köy, kurum ve kliniklerde yeniden görevlendirilmesi.

Yine çok sayıda ülkede sağlık emekçileri bazen hiç eğitim almadan, bazen de oldukça kısa süreli hizmet içi eğitim alıp, çoğunlukla hastanelerde, yoğun bakım ünitelerinde, acilde ve nadiren birinci basamak sağlık birimlerinde yeniden görevlendirilmiştir. Örneğin, Polonya'da anestezi uzmanı olmayan tüm hekimler üç ay süreyle bulaşıcı hastalıklar bölümlerinde, Danimarka'da cerrahi birimlerde çalışan hemşireler COVID-19 hastalarının yoğun olduğu kliniklerde istihdam edilmiştir (16,33). Tayland'da hemşireler hizmet içi eğitimlerle yoğun bakım birimlerine ve vaka yükünün yüksek olduğu illere kaydırılmıştır (34). Hemşire eksikliği ise Brezilya, Almanya gibi bazı ülkelerde meslek örgütlerinin muhalefetine rağmen, lisans mezunu olmayan hemşire yardımcıları/teknisyenleriyle ikâme edilerek giderilmiştir (16,19). Türkiye bu yeniden görevlendirmeler konusunda HSRM'ye bildirim yapmamış gibi görünüyorsa da

böyle uygulamalar yanında, kamudaki ağız diş sağlığı merkezi ve hastanelerinde çalışan neredeyse tüm diş hekimleri fiyasyon ekiplerinde görevlendirilmiştir. Hatta, salgının ilerleyen zamanlarında temaslı izlem ekiplerinde öğretmen, imam gibi sağlık emekçisi olmayanlar bile görevlendirilmiştir. İngiltere’de sağlık emekçileri üzerinde yürütülen bir çalışmada, yenden görevlendirilenlerin genellikle genç olduğu, bu şekilde çalışmayla yoğun stres, ağır iş ve duygusal yük altında oldukları ortaya konmuştur (36). Ya da sağlık emekçileri her an başka bir yerde çalıştırılma kaygısı ve belirsizliği içinde olmuştur. Sağlık emekçilerinin bu şekilde yeniden görevlendirilmesi, 1990’lı yıllarda işletmeleştirilmiş sağlık kurumlarında başlayan fonksiyonel esneklik uygulamasıdır. Salgında bile ihtiyaç duyulan kadar yeni sağlık emekçisi istihdam edilmesi yerine, mevcut istihdamdakileri birbirinin yerine ikâme ederek, iş tanımlarını kayganlaştırarak, değişik biçimlerde-çok yönlü-mobilitesini artırarak, fonksiyonel esnekliğe hız kazandırılmıştır. Fonksiyonel esnekliğin özü de emek gücünün verimliliğini maksimize ederek, sermaye sınıfının kâr oranının artırılmasına katkıda bulunmaktadır.

III.1.a.3. Özel sağlık sektöründeki sağlık emekçilerinin kamuda görevlendirilmesi.

Kıbrıs, Malta, İrlanda, Kuzey Makedonya, İngiltere, Montenegro gibi az sayıda ülkede uygulanmıştır. Örneğin, İngiltere’de bir yasal düzenlemeyle pandemi süresince özel hastaneler/klinikler binlerce çalışanıyla kamuya devredilmiştir. Malta’da özel sektörde çalışan ya da herhangi bir geliri olmayan sağlık emekçilerine çağrıda bulunulup, kamuda geçici statüyle istihdam edilmiştir (Tablo 1). Özel sağlık sektöründe çalışırken, kamuda görevlendirilen sağlık emekçileri ücretlerini de kamudan almıştır(16,33).

III.1.b. Az sayıda yeni sağlık emekçisinin istihdam edilmesi, daha çok öğrencilerin, gönüllülerin vb. çalıştırılması ve mobilize edilmesi.

Tablo 1’de de görüldüğü gibi, bu strateji kapsamında hükümetler yedi uygulamayı hayata geçirmiştir. Bu uygulamaların özü, gereksindiği kadar sağlık emekçisi istihdam etmek yerine, büyük oranda sermaye sınıfı/işveren tarafından emek maliyeti oldukça düşük gönüllülerin ve öğrencilerin çalıştırılmasıdır. Bu uygulamalar sırasıyla;

III.1.b.1. Sağlık alanında, özellikle, hemşirelik ve/veya tıp öğrencilerinin çalıştırılması.

Ülkelerde en fazla tercih edilen uygulamadır. Hırvatistan, Estonya, Finlandiya, Fransa, Yunanistan, Kuzey Makedonya, Monako, San Marino ve Türkiye dışındaki 36 ülke, sağlıkçı öğrencileri çalıştırmıştır (16,33) (Tablo 1). Bazı ülkelerde (Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda ve BK Almanya, Portekiz, Brezilya) son sınıftaki sağlıkçı öğrenciler mezun edilerek, hemen istihdam edilmiştir. Bazı ülkelerde ise her sağlık meslek grubundaki öğrenciler çalıştırılmıştır. Bu öğrenciler, İsrail’de numune almak, Bulgaristan’da bakım hizmeti yürütmek, Portekiz, Sırbistan, Bosna Hersek ve Slovenya’da COVID-19 telefon yardım hattında çalışmak, Çekya, Bosna Hersek, Malta, Karadağ, Sırbistan, Slovenya’da temaslı izlemine destek olmak, Rusya’da tıp öğrencileri ise epidemiyolojik araştırmalarda, aşı kampanyalarında ve COVID-19 hastanelerinde yardımcı olmak için yetkilendirilmiştir. Norveç’te tıp ve hemşirelik öğrencileri çalıştırılrsa da ilk ve en önemli sorumluluklarının öğrencilik olduğu dikkate alınmıştır. İrlanda’da hemşirelik öğrencileri yardımcı sağlık emekçisi olarak çalıştırılmıştır. Kanada’da 22 Nisan 2020 tarihinde uluslararası değişim programıyla gelip, okuyan sağlıkçı adayı öğrencilerin teorik dersleri sırasında haftada 20 saatten fazla çalışma yasağı kaldırılarak, daha fazla çalıştırılmaya başlanmıştır. Çekya’da sosyal hizmet uzmanı, diş hekimi, fizyoterapist, hemşire, psikolog vb. öğrenciler salgında görev alırken, meslek örgütleri tıp fakültesi öğrencilerinin çalıştırılmasının temel anayasal haklara uygun olmadığı gerekçesiyle çalıştırılmasını engellemiştir. Fakat daha sonra bu engel hükümet tarafından kaldırılmış, tıp fakültesi öğrencilerinin çalışması zorunlu tutulmuştur. Çekya, Avrupa’da sağlıkçı öğrencilerini çalışmaya zorlayan tek ülkedir (Tablo 1) (16,33). Brezilya’da da Federal Hemşirelik Konseyi öğrencilerin çalıştırılması yerine, daha önceden mezunların, işsizlerin istihdamının öncelenmesi gerektiğini belirtse de Bolsonaro hükümeti bunu dikkate almamış, ya büyük oranda son sınıf sağlıkçı öğrenciler gönüllü olarak ya da eğitim standartları gözardı edilerek az sayıda hızla mezun edilenler çalıştırılmıştır (29).

III.1.b.2. Emekli veya istihdamda aktif olmayan sağlık emekçilerinin istihdam edilmesi

Bu strateji, ikinci sırada en fazla (24 ülke) uygulanmaktadır (Tablo 1). Sıklıkla emekli ya da istihdamda aktif olmayan hekim ve hemşireler göreve geri çağırılmıştır. Fakat Polonya’da 2021 yılının başından itibaren, yasal bir düzenlemeyle, beş yıldan daha fazla süredir çalışmayan hekim, eczacı, biyokimya uzmanı, fizyoterapist, hemşire ve ebe göreve çağırılmış, yeni-



den işe başlamadan önce, eğitim alma zorunluluğundan muaf tutulmuş, istihdam edilmeye başladığında ise ilk üç ay pratisyen hekim gözetiminde çalıştırılmıştır. Bazı ülkeler ise emekli sağlık emekçilerine kısa süreli eğitim verdikten sonra (örneğin, Hollanda, Bosna Hersek ve Almanya) çalıştırmaya başlamıştır. İspanya'da emekli hekim ve hemşireler, triyaj ve evde bakım, Portekiz'de emekli hemşireler temaslı takibi, Polonya'da emekli doktorlar uzaktan/dijital sağlık danışmanlığı yapmak için görevlendirilmiştir. Çekya'da ise emekli hekimlerin işe dönüp dönmemesi konusunda bir tartışma yaşansa da hükümet tarafından resmi bir açıklama yapılmamıştır (Tablo 1) (16,33).

III.1.b.3. Yeni sağlık emekçilerinin istihdam edilmesi.

İhtiyacı ne kadar karşıladığıyla ilgili bilimsel veri olmasa da 17 ülke bu uygulamayı tercih etmiştir. Fakat işe yeni alınan sağlık emekçilerinin sayısının yeterli olmadığı gibi, çoğu ülkede geçici sözleşmelerle istihdam edilmiştir. Örneğin, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Mart ayının sonunda 18 bin süreli sözleşmeli sağlık emekçisini (11 bin hemşire, 1600 ebe, 4687 sağlık teknisyeni) 14 bin kalıcı kadroda işçi alacağını duyursa da Kasım ayı sonunda 12 bin sözleşmeli sağlık emekçisinin işe alım ilânına çıkmıştır. İspanya'da 2018 ve 2019 yıllarında sınavlarını geçip, istihdam olamayan sağlık emekçileri, Karadağ'da ise işsiz hemşirelerin bir kısmı geçici sözleşmelerle işe alınmıştır. Bunların tersine, İsrail yeni sağlık emekçisi istihdam etmek şöyle dursun, COVID-19 tedavisinde doğrudan yer almayan bazı sağlık emekçileri ücretsiz izne çıkarılmıştır. Brezilya'da yeni sağlık emekçilerinin istihdamı bir yana, bu konudaki mevzuat bile çok az sayıdadır (29). Yunanistan'da işe alımlar 26 Şubat 2020'de başlamış, San Marino'da ise yeni mezun hemşirelerin istihdam edilmesi için prosedürlere hız verildiği ifade edilmiştir (16).

III.1.b.4. Sağlıkla ilgili olan ve olmayan işler için gönüllülerin çalıştırılması.

Üçüncü en sık başvurulmuş uygulamadır (Tablo 1). Sağlık alanından olduğu gibi, dışından da gönüllüler göreve çağırılmıştır. Gönüllülere, kamusal çağrılar, sosyal medya ve sağlık bakanlıklarının dijital platformlarıyla ulaşılmıştır. Ülkelere göre farklılık göstermekle beraber, sağlık alanından sıklıkla emekli/istihdamda aktif olmayan sağlık emekçileri ve sağlıkla ilgili okullarda okuyan öğrenciler gönüllü olmuştur.

Örneğin, Yunanistan'da 8.000'den fazla gönüllü çalışırken, Çekya'da gönüllü 200 tıp öğrencisi sayısı resmi bir çağrıyla 2100'ün üzerine ulaşmıştır. Almanya'nın Saksonya eyaletinde göçmen hekimlerden mevcut hekimlere destek olması için gönüllü olması istenmiş, 300'ü gönüllü olmuştur. Fransa'da tıp ve hemşirelik öğrencileriyle emekli hekim ve hemşireler sağlık eğitimi yapmak, Lüksemburg'da eğitimciler, bakıcılar, idari ve temizlik görevlileri sağlık hizmetlerini desteklemek, Almanya'da bakıcılar sağlık hizmetlerinde hemşirelere yardımcı olmak, Kıbrıs, Estonya, Almanya, Yunanistan, İtalya, Malta, Polonya ve BK'de izolasyonda olan kişilere ilaç ve yiyecek dağıtmak gibi temel destek hizmetlere katkıda bulunmak için gönüllü olarak çalışmıştır. Tayland'da ise temaslı izlemine destek vermek için köy muhtarı ve mevcut gönüllüler tarafından seçilen yerel topluluklardan bir milyon köy sağlığı gönüllüsü 43 saatlik eğitim aldıktan sonra çalışmaya başlamıştır. Bugüne kadar, ne kadar gönüllünün olduğu, uygulamada nasıl görevlendirildiği, güvenlik standartlarının nasıl sağlandığı ve ücretlendirildiği konusunda sınırlı bilgi bulunmaktadır (16,34,33).

III.1.b.5. Başka bir ülkede eğitim almış-göçmen-sağlık emekçilerinin çalıştırılması.

Dokuz ülke (Belçika, Avusturya, Çekya, İrlanda, İtalya, İspanya, BK, Polonya, Lüksemburg ve Almanya'da bazı eyaletler) başka bir ülkede eğitimini tamamlamış, diğer bir ifadeyle, göçmen sağlık emekçilerinin çalışmasını kolaylaştırmak için düzenlemeler yapmıştır (Tablo 1). Örneğin, Kuzey İrlanda ve BK'de göçmen sağlık emekçilerinin çalışma vizeleri uzatılmıştır (33). BK'deki Hemşirelik ve Ebelik Konseyi, sınavlarını tamamlayan göçmen hemşireleri geçici statüde çalışmalarını için kayıt altına almıştır (14). İtalya'da geçici olarak çalışma izni verilmiştir. Almanya'da diplomalarının kabul edilmesine kolaylık sağlanmış olsa da yaklaşık 14.000 hekim diplomalarının tanınmasını beklemektedir. İspanya'da 30 Eylül 2020'den itibaren bu ülkede akredite edilmemiş olsalar bile, unvanlarını Avrupa Birliği (AB) üyesi olmayan herhangi bir ülkede almış sağlık emekçilerinin çalışmasına izin verilmiştir. İrlanda'da, tıbbi niteliklere sahip mülteciler ve sığınmacılar, yardımcı sağlık emekçisi gibi destek hizmetlerde çalıştırılırken, hekimlerin çalışabilmesi için kayıt ücretlerinden geçici olarak vazgeçilmiştir.

Çekya'da salgında ilân edilen olağanüstü hal süresince, hekimler meslek sınavını geçmeden, işlerine devam etmiştir. Olağanüstü hal sona erdiğinde, hekimlerin bu şekilde çalışma süresinin üç ay daha uzatılması planlanmasına rağmen, bu reddedilmiştir. Polonya'da göçmen hekimlerin diplomaların tanınması tartışılrsa da sağlık bakanlığı tarafından kabul edilmemiştir. Ancak 2021 yılından başından itibaren mesleki niteliklerini AB dışında almış hekim ve diş hekimlerinin mesleklerini yapabilmesi için Polonya'da kalma hakkını elde etmeleri gerektiği konusunda esneklik getirilmiştir (16,33).

III.2. Sağlık emekçilerini sosyal olarak desteklemek için alınan özel önlemler

COVID-19 pandemisinin sağlık emekçileri üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak ve sağlıklarını korumak için geniş kapsamlı sosyal koruma önlemlerinden ücretsiz çocuk bakımı, ulaşım, barınma, gıda desteği, gibi sosyal destek mekanizmaları büyük önem taşımaktadır. Kimileri bu salgında DSÖ Avrupa bölgesinde de bazı pratikler olarak karşımıza çıkmıştır (14). Bazı sosyal destek mekanizmalarını ülke örnekleri üzerinden ele almak gerekirse;

III.2.a. Çocuk bakımı

Sağlık emekçilerinin yarından fazlasını oluşturan kadınlarla, salgının onlar üzerindeki eşitsiz etkisi birlikte düşünüldüğünde, sağlık hizmeti sunarlarken, ailelerine ya da çocuklarına kim(ler) bakıyor sorusunun yanıtını daha da önemli hale getirmektedir. Örneğin, Kanada'da 1.7 milyon sağlık emekçisi, tek ebeveynli çocuk sahibidir ve bunun için gerekli sosyal desteğe sahip değildir. Salgından ağır biçimde etkilenen New York'da bebek bakıcıları COVID-19'a yakalanma riski nedeniyle, sağlık emekçilerinin çocuklarına bakmayı tercih etmemiştir. ABD'de çocuk bakımı maliyetinin, sağlık dâhil temel üretim alanlarındaki çalışanların gelirlerinin çok üstünde olması, erişilebilir bakımevlerinin bulunmaması, beraberinde okulların kapanması, 2020 baharında sağlık emekçilerinin yaklaşık 3.45 milyon çocuğunu bakımdan yoksun bırakmıştır. Aynı ülkedeki genç hekimlerin büyük bir çoğunluğu, çocuk bakımıyla ilgili kurumlara erişemediğini bildirmiştir (23,37). Çok sayıda ülkede de benzer nedenlerle, çift ebeveynli hanelerde evdeki hastalara, çocuklara, yaşlılara, engellilere vb. ücretsiz bakıcı olarak kimin evde kalacağı büyük bir sorun haline gelmiştir. Bazı sağlık emekçisi anneler,

salgında yoğun ve ağır çalışma koşulları nedeniyle çocuklarına yeterince bakım veremediğini düşünüp, hayal kırıklığı ve suçluluk duyduğunu belirtmiştir. Böylesi koşullar, kadın sağlık emekçileri için hem ek stres, endişe kaynağı ve uzun süren uykusuz gecelere yol açmış hem de daha önceden de belirtildiği gibi, toplumsal yeniden üretim için yükünü orantısız bir biçimde artırmıştır. Tüm bu veriler, salgında hükümet düzeyinde çocuk bakımını kamusal olarak destekleyen politikaların önemine işaret etmektedir. Sağlık emekçilerinin çocukları için kreşlerin, anaokulların ve diğer eğitim kurumlarının açık, özellikle okul öncesi eğitim kurumlarının ücretsiz olması, ebeveynlerden birisinin ücretli izinli olması en temel kamu politikalarıdır (23,35-37). COVID-19 pandemisinde hükümetlerin çoğu, sosyal politikalarının büyük bir parçası olan çocuk bakımına kayıtsız kalmıştır. Hükümetler düzeyinde kayıtsız kalmayan sınırlı sayıdaki ülkede ise sağlık emekçilerinin çocukları için okul ve çocuk bakım kurumları açık tutularak, yeterli olmasa da mali destekler sunularak çözümler üretilmeye çalışılmıştır. Ancak bu çözümler, kamusal önlemlerden vazgeçişin tarihi olan 2021 Haziran ayından itibaren hızla terk edilmiştir.

15 ülkede (Avusturya, Belçika, Çekya, Danimarka, Fransa, Almanya, Monako, Hollanda, Norveç, Portekiz, Litvanya, BK, Kanada'nın Quebec, Ontario ve British Columbia eyaletleri) okullar ve çocuk bakım kurumları kapalı olduğu halde, ülke düzeyinde sağlık dâhil zorunlu hizmetlerdeki emekçilerin çocukları için açık kalmıştır. Romanya'da hükümet, sağlık emekçisinin eşi ücretli izin alamadığı durumda, çocuk bakım masrafları için ödenek vermiştir. Malta'da salgında okullar kapalı olmasına karşın, sağlık emekçilerinin çalışma vardiyaları kolaylaştırılmış, evde kalan ebeveynin uzaktan çalışması desteklenmiş, bunlar olmuyorsa ücretli izin için mali destek verilmiştir. Ayrıca, silahlı kuvvetler üyeleri ve sağlık emekçileri için hükümet ücretsiz çocuk bakım merkezi açmıştır (16,38). Almanya, düşük gelirli ebeveynler için çocuk bakımı yardımlarına erişimi artırırken, Güney Kore, çocuk gündüz bakımından evde bakıma geçen düşük gelirli hanelere iki milyar dolar değerinde kuponlar vermiştir (4). İtalya'da hükümet, yeterli bir çözüm olmasa da sağlık emekçilerine evde çocuk bakımı için 1.000€'ya kadar bebek bakıcısı ikramiyesi vermiştir (13,16). İrlanda Hemşireler ve Ebeler Örgütü, salgının başından beri, sağlık emek-



çilerinin çocuk bakımı için ücretli izin, çocuk bakım maliyetlerinin sağlık emekçilerine geri ödenmesi, onların çocukları için kreş, anaokulu ve diğer eğitim kurumlarının açık olması gibi önerilerden hiç vazgeçmemesine rağmen, hükümet tarafından bu öneriler desteklenmemiştir. İsrail’de sağlık emekçilerinin çocukları için ülke düzeyinde bir çocuk bakımı programı bulunmaması nedeniyle, salgında bazı hastaneler ve üniversiteler çalışanların üç yaş üstü çocuklarına sürekliliği olmasa da sınırlı bazı girişimlerde bulunmuştur (38). Polonya’da hükümet düzeyinde herhangi bir müdahale olmadığından, sağlık emekçilerinin çocuk bakımı bireysel düzeyde sınırlı girişimlerle yürütülmüştür. Örneğin, öğretmenlerin de bulunduğu gönüllüler, küçük çocuklar için eğitim ortamlarını hazırlamış, ailelere ve yerel topluluklara eğitim vermiştir (16). ABD’de de hükümet destekli çocuk bakımı desteği bulunmamakta olup, zorunlu ücretli aile izni olmayan OECD’de tek, dünyada ise birkaç ülkeden birisidir. Dolayısıyla, salgın süresince, sağlık emekçileri ya bireysel düzeyde ve gelirleri ölçüsünde bu sorunu çözmek zorunda kalmış ya da içinde sağlıklı öğrencilerin de yer aldığı yeni kurulan gönüllü grupların kısa vadeli çözümleriyle geçirtilmiştir (23). Türkiye’de ise Milli Eğitim Bakanlığı’nın okul öncesi kurumları 16 Mart-1 Haziran 2020 tarihleri arasında kapalı tutulmuş, Haziran’dan sonra da aşamalı olarak tüm gün açık kalmıştır. Dolayısıyla, eğitim kurumlarında çocukları olan sağlık emekçileri, özellikle kadın sağlık emekçileri kurumsal bir bakım söz konusu olmadığından, ciddi sorunlarla karşı karşıya kalmıştır. O sorunlar başka boyutlarda da olsa halen devam etmektedir.

III.2.b. Sağlık emekçilerinin ulaşımı, barınması ve diğer sosyal destek uygulamaları

Bu salgında sağlık emekçilerinin sıklıkla başka kurumda, başka yerleşim yerlerinde yeniden görevlendirilmesi, yoğun ve ağır çalışma koşulları sonrası evlerine ulaşımı, özellikle salgının ilk zamanlarında ailelerini enfeksiyondan koruma nedeniyle barınmayı daha önemli hale getirmiştir. Gerek ulaşım, gerekse geçici barınma yerlerinin sağlanması ülkelere göre farklılık göstermekle beraber, hükümet, yerel yönetimler ya da sağlık kurumları tarafından salgın süresince ya da belirli zaman kesitinde (genellikle Haziran 2021 tarihine kadar) yeterli düzeyde olmasa da destek sağlanmıştır. Örneğin, Macaristan ve

BK’nin bazı bölgelerinde, sağlık emekçilerine toplu taşıma araçlarına ücretsiz erişim hakkı tanınırken, Ukrayna’da toplu taşıma kullanılamaz hale geldiği için, sağlık emekçilerinin ulaşımını sağlamak için ek kaynaklar tahsis edilmiştir (16,38). Türkiye’de 20 Mart 2020 tarihinde Cumhurbaşkanlığı kararnamesiyle kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık emekçilerinin ilgili belediye tarafından karar verilmesi şartıyla toplu ulaşımı ücretsiz olmuştur. Bu süre, Aralık 2021 tarihine kadar uzatılmıştır. Ayrıca, İstanbul, İzmir gibi bazı illerde, sağlık emekçileri için belediyeye bağlı otoparklardan ücretsiz yararlanma hakkı da verilmiştir. Finlandiya’nın Helsinki şehrindeki sağlık emekçilerine de sağlık kurumları yakınında ücretsiz park hakkı verilmiştir (16,38). Londra’daki kamu sağlık emekçilerine şehir genelinde ücretsiz bisiklet kiralama olanağı tanınmıştır. Gana’da sağlık emekçilerine sadece ücretsiz ulaşım ve hayat sigortası poliçeleri sağlanırken (39), Güney Avustralya’da hastanedeki sağlık emekçilerine ücretsiz otopark ve işe gidiş gelişte ücretsiz toplu taşıma hizmeti verilmiştir. Bunlara karşın, Filipinler ve Gürcistan’daki hemşireler, toplu taşımanın geçici olarak askıya alınması nedeniyle, çalıştıkları hastanelere ulaşımında sorunlar yaşamıştır (14,16).

Ücretsiz barınma sağlık emekçilerinin ailelerine/ yakınlarına SARS-CoV-2 etkenini bulaştırma riskini azaltmak yanında, sermaye sınıfı/işveren için mesaide zaman kaybını önlemek, zaman tasarrufu sağlamak ve yapılacak çağrılara süratle icabet etmek nedeniyle sağlanmıştır. Bazı ülkelerde, ev dışındaki konaklama için finansal destek sağlanmış, ABD’nin bazı eyaletlerinde olduğu gibi, sağlık emekçilerinin geçici barınması için otellerde fiyat indirimine gidilmiştir. Malta’da Tabipler Birliği, COVID-19 salgını sırasında kendi konaklama yerlerini kiralayan genç doktorlara finansal destek sağlamıştır. Çin’de dışardan gelen tüm sağlık emekçilerinin günlük ulaşımı, yiyecek ve konaklama imkânları devlet tarafından karşılanmıştır (16,33,38). Türkiye’de ise 24 Mart 2020 tarihinde Cumhurbaşkanlığı kararnamesiyle kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık emekçilerinin en yakın kamu sosyal tesislerinde (misafirhanelerde) ücretsiz kalabileceği belirtilmiştir. Bu uygulama, Aralık 2021 tarihine kadar uzatılmıştır. Bunların dışında, İtalya’da, COVID-19 salgını sırasında çalışmaya devam eden hekim, diş hekimi, hemşire ve eczacılara 2020 yılı için 50 Sürekli Tıp Eğitimi (CME) kredisi verilmiştir (38).

III.3. Sağlık emekçilerinin gelir kaybını önlemek ya da azaltmak için kullanılan stratejiler

COVID-19 pandemisinin bir diğer etkisi, emekçilerin büyük ölçekli iş ve reel gelir kaybıyla, ücret eşitsizliklerinin derinleşmesidir. Özellikle, sağlık dâhil emek yoğun ve düşük ücretli sektörlerde bu daha da açığa çıkmıştır. Bu pandeminin bir başka sonucu, Kıbrıs, Finlandiya, Almanya, İtalya, Hollanda, Portekiz, İspanya ve İsveç'te olduğu gibi, çok sayıda ülkedeki sağlık dâhil tüm emekçilerin ücret sözleşmelerinin yenilenmesinin ve müzakere edilmesinin 2020'nin sonuna ya da 2021'in başına ertelenmesidir. EPSU (The Federation of European Social Employers and the European Federation of Public Service Unions) gibi pek çok sendikanın mücadelesine rağmen, Hırvatistan'da kamu emekçilerinin ücretleri dondurulmuş, İngiltere'de Nisan-Temmuz 2020 tarihleri arasında sağlık hizmetleri için normal ödeme sistemi durdurulmuştur (40,41). Sağlık emekçileri ağır-yoğun-fazla-aralıksız uzun saatlerde ve yüksek ritimde çalışmasına karşın, hem genel krizin bir yansıması hem de sağlık hizmetlerine yönelik toplumun talebinin azalması, COVID-19'a bağlı KKE temini gibi ek harcamaların artması sonucunda; ciddi gelir kaybı ve gelir eşitsizlikleri yaşamış, yaşamaktadır. Gelir kaybı, Çekya, Estonya, İsrail, İtalya, İspanya ve İsveç vb. ülkelerde nispeten daha düşükken, Fransa'da genel pratisyen hekimlerde olduğu gibi, performans dayalı ve hizmet başı ödeme gibi büyük ölçüde geriye dönük ödeme yapılan ülkelerdeki sağlık emekçilerinin gelir kayıpları daha büyüktür (16,17). BK'de pandemi öncesi göçmen hemşirelerin düşük de olsa ücreti artmışken, pandemide onların taleplerine rağmen, herhangi bir artış söz konusu olmamıştır. Bazı ülkelerde sağlık emekçisi olarak bile kabul edilmeyen toplum sağlığı çalışanları, en düşük ve en güvencesiz koşullarda çalışmakta olup, salgında bile mali desteklerin dışında bırakılmıştır. Kenya gibi Afrika ülkesinde ise salgın süresince sağlık emekçilerinin maaşlarının ödenmesi sürekli ileri aylara ötelenmiştir (14,17).

Pandemi süresince sürekli kötüleşen çalışma koşulları karşısında, 1 Ocak 2020-31 Aralık 2020 tarihleri arasında 45 ülkedeki sağlık emekçileri 100'ü aşan sayıda iş bırakmış ya da grev yapmıştır. Onların neredeyse tamamı (%91) hastanede çalışmakta olup, ilk talepleri, "daha iyi ücret, ek ödeme verilmesi ve ücret eşitsizliklerinin giderilmesidir" (42). Ayrıca,

PSI (Public Services International), EPSU, TTB gibi pek çok emek örgütü ve BK'deki Nurses United vb. yapılar, sağlık emekçilerinin hak ettiği ücreti alması konusunda mücadele etmiştir (14). Bu mücadelelere karşın, ABD ve İsrail gibi çok sayıda ülkede hükümetler, özel sağlık kurumları sahiplerini çeşitli kamu kredileriyle desteklerken, sağlık emekçilerine herhangi bir mali destek sağlamadığı gibi, lojistik destek de sunmamıştır. Ermenistan vb. ülkelerde ise sağlık emekçilerine verilecek her türlü tazminat ve ikramiye verme inisiyatifi sağlık kurumlarına bırakılmıştır. Tuhaf bir biçimde, bir Irak valisi salgında sağlık emekçilerine ücretsiz arazi teklif etmiştir (17,38,39). Sağlık emekçilerinin ücretleriyle ilgili taleplerini hükümet düzeyinde dikkate alan ülkeler ise gelir kaybını önlemek ya da azaltmak için üç yaygın mekanizma kullanmıştır. Bunlar;

III.3.a. Dijital/e-sağlığın yüz yüze hizmetlerle ikâme edilmesi.

Bu mekanizmanın, egemenler tarafından COVID-19 pandemisinde sağlık hizmetleri sunumunun devamlılığını sağladığı, erişimini kolaylaştırdığı, aynı zamanda sağlık emekçilerinin gelir kaybını bir dereceye kadar engellediği ya da azalttığı iddia edilmektedir. Bu kapsamdaki üç uygulama; dijital/e-sağlık hizmetlerinin daha yüksek ücretlendirilmesi, bu hizmetlere yönelik kısıtlamaların gevşetilmesi ve onlar için yapılacak harcamaların hükümetler tarafından geri ödenmesidir. Danimarka, Fransa ve Estonya yüz yüze sunulan konsültasyon/danışmanlıkla, dijital/e-olarak sunulan sağlık hizmetlerinin ücretlerini eşitlemiştir. Fransa'da Mart-Nisan 2020 tarihleri arasındaki kapanmalarda sağlık emekçilerinin gelirleri dramatik bir biçimde düşünce, Zorunlu Sağlık Sigortası, COVID-19 vakasının bildirilmesi, iletişim bilgilerinin elde edilmesi, diğer kronik hastalığı olanların tedavisi, tıbbi kontrolü ve takibi için gerekli dijital/ekonsültasyonlara yüz yüze olandan daha yüksek ödeme yapmıştır. Çekya, Almanya, Lüksemburg, Hollanda, İsveç ve İsviçre dijital/e-sağlık konsültasyon/danışmanlık hizmetleriyle ilgili kısıtlamaları gevşetmiştir. İspanya ve İngiltere'deki hükümetler, genel pratisyenlerin bilgi teknolojisi kapasitesini ve ekipmanlarını kurmak, dijital/e-sağlık platformlarını iyileştirmek için yaptıkları harcamaları geri ödemiştir. Estonya'daki hastaneler, dijital/e-ayaktan hasta konsültasyonu kapasitelerini artırmak için bir defaya mahsus olmak üzere, Sağlık Sigortası Fonu'ndan



geri ödeme başvurusuna bulunma hakkına sahip olmuştur. Bu geri ödeme, ayaktan acil olmayan hizmet sözleşmesinin yıllık miktarının %1.5'ine eşittir. Ayrıca hastaneler, geçen yılın aynı dönemindeki ziyaret sayılarının en az %20'sini dijital/e-sağlık olarak yaparsa yine geri ödeme için başvurabilir. Estonya Sağlık Sigortası Fonu, dijital/e-konsültasyonları finanse etmeye devam ederken, psikiyatri hizmetleri sadece acil durumlarda dijital/e-sağlık olarak yürütülmektedir. Romanya ise Ekim 2020'nin sonundan bu yana, çevrimiçi izlenen her COVID-19 vakası için aile hekimlerine 21€ ödeme yapmaktadır (16,17,38).

III.3.b. COVID-19 nedeniyle yapılan ekstra harcamalarının telâfi edilmesi.

Sağlık emekçileri COVID-19 pandemisinde KKE satın alınması, fizik mesafe, hijyen ve güvenlik önlemleri, kliniklerin ve bekleme odalarının yeniden düzenlenmesi gibi ekstra harcamalarla karşı karşıya kalmıştır. Sağlık emekçilerinin cebinden yaptığı bu harcamalara, Türkiye gibi bazı ülkeler tümüyle kayıtsız kalırken, geri ödeme yapan ülkeler de bulunmaktadır. Geri ödeme yapan ülkeler arasında da büyük farklılıklar olmakla beraber, kimi ülkeler bu harcamaları aynı olarak, kimileri doğrudan geri ödemesini yapmıştır. Örneğin, Çekya, Almanya, İsrail ve İtalya ilkini, Estonya, Fransa, Hollanda ve İspanya ikincisini kullanmıştır. Fransa ayırdığı 475 milyon€ bütçeyi, sağlık emekçilerinin KKE, hijyen gibi ekstra harcamalarını karşılamak için kullanacağını beyan etmiştir. Sağlık emekçilerinin cepten ödediği bu harcamaların geri ödemesinin yeterli olmadığı bilinmekle beraber, yine de bu ödemelerin ne kadar süreceği ve geri ödemenin nasıl olduğu belirsizliğini korumaya devam etmektedir (16,17).

III.3.c. Gelir kaybının telâfi edilmesi.

Hükümetler tarafından karşılanmak üzere, sağlık hizmetlerine özgü olan ve olmayan iki mekanizma karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerine özgü olmayan mekanizma, kendi adına sağlık işletmesi olanlar içindir. Sağlık sektörüne özgü mekanizmalar ise ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Kamusal kaynaklardan gelir kaybının telâfi edilmesinde, bazı ülkelerde sadece sağlık emekçilerine, bazı ülkelerde hem sağlık emekçilerine hem de kendi adına özel sağlık işletmesi olanlara ödeme yapılmaktadır. Ancak, büyük kamusal destek özel sağlık işletme

sahipleri içindir. Ülkelerin çoğu gelir kayıplarını azaltmada ya da telâfi etmede hekimlere odaklanırken, bazıları sağlık emekçilerinin bir bölümünü, az sayıda da olsa bazıları tüm sağlık emekçilerini kapsamaktadır. Çekya, Estonya, Hollanda ve Fransa'da hükümetler kendi adına sağlık işletmesi olanlara kira ve çalışanları olmak üzere, sabit giderlerini karşılamak için para yardımı yaparken, bazı ülkeler hem sağlık emekçilerine hem de kendi adına sağlık işletmesi olanlara mevcut gelirleri önceki yıldan daha düşükse o gelire eşitlemek için ek ödeme vermiştir. Ülkelerin çoğunda sağlık emekçilerinin gelirini destekleyen ödemeler, genellikle genel sağlık bütçesinden "acil durum" fonlarıyla finanse edilirken, bazılarında sigortaların yasal yükümlülükleri nedeniyle, geçmiş yıllardan ya da pandemi sırasında vazgeçilen hizmetlerin kaynakları kullanılmaktadır. Gelir kayıplarını ve ek harcamaları finanse etmenin mekanizmaları da farklılık göstermektedir. Ancak hangisi olursa olsun, gelir kaybını azaltmak için yapılan geri ödemeler kendi adına çalışanlar ya da hizmet başı ödeme yapılanlar için doğrudan, ücretli çalışanlar veya kişi başı ödeme temelinde ücretlendirilenler için ise genellikle belediye, sağlık sigortaları gibi ödeme yapan kurumlara tahsis edilmiştir (16,17,38). Ülkelere göre gelir kaybını telâfi etme mekanizmaları ayrıntılı olarak incelendiğinde;

III. 3.c.1. Sabit düzeyde daha yüksek hizmet ve kişi başı ödeme:

Hollanda ve Fransa'da genel pratisyenler, Çekya'da hastaların karantinası sona erip, testlerini yapan birinci basamak sağlık emekçileri ve diş hekimleri, İtalya'da genel pratisyenler ve mesai sonrası çalışan pediatristler, Almanya'da hekimler, psikoterapistler, yardımcı sağlık emekçileri, Lüksemburg'da COVID-19 hastalarını tedavi eden genel pratisyen ve uzman hekimlerle birinci basamak sağlık emekçileri bu ödemeden yararlanmıştır. İtalya'da her sağlık emekçisi, normal maaşına ek olarak, Sivil Koruma Bakanlığı tarafından, her çalışma günü için sabit 200€ bir dayanışma primi almıştır. Fransa ve Hollanda'daki pratisyen hekimlere COVID-19 vakalarına yapacağı ziyaretleri teşvik etmek için yüksek ücret tarifeleri verilmiştir. Örneğin, Hollanda'da her ziyaret için hem kişi başı ve hizmet başı kombinasyonu gelirlerinin yaklaşık %75'i hem de performansa dayalı ücretlendirme benzeri bileşenlerle gelirlerinin %25'i kadar ödeme yapılmıştır (16,17,33).

III. 3.c.2. Hizmet başı ve performans dayalı ücretlendirmenin geçici olarak askıya alınması:

İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmetleri emekçilerinin gelir kaybını telâfi etmek için, geçici olarak performans dayalı ücretlendirme askıya alınmış, genel pratisyenler, salgın öncesindeki sabit ücretlerini almaya devam etmiştir (16,17). Türkiye’de de Şubat 2021 tarihine kadar sağlık kurumlarındaki performans dayalı ücretlendirme askıya alınıp, düzensiz, değişen miktarlarda ek ödemeler yapılmıştır. Ancak bu ödeme, hekimler ve diğer sağlık emekçileriyle onların istihdam biçimine ve mesleklerine göre büyük farklılıklar göstermiştir. Örneğin, ağız diş sağlığı merkezlerindeki sürekli iş kadrosunda çalışan veri girişi elemanları ve teknisyenleri hiçbir ek ödeme alamamıştır.

III. 3.c.3. Mevcut gelirler önceki yıldan daha düşükse o gelire eşitlenmesi için ek ödeme yapılması:

İsrail (hastanede yatan, enfekte olan ya da karantınada olan sağlık emekçileri), Estonya (Sağlık Sigortası fonuyla sözleşmesi olan hekimler), Almanya (hekimler, psikoterapistler, yardımcı sağlık emekçileri), Danimarka (pratisyen hekimler), Hollanda (yardımcı sağlık emekçileri), Fransa ve Litvanya (bütün hekimler) bu mekanizmayı kullanmıştır. Çekya’da sağlık emekçilerine bu mekanizmayla ödeme yapılması konusu ise halen tartışılmaktadır. Almanya’da hekimlerin, psikoterapistlerin, yardımcı sağlık emekçilerinin gelirleri %10, Danimarka’da pratisyen hekimlerin %30 altına düştüğünde, önceki gelirlerine eşitlenecek şekilde ödemeler yapılmıştır. İngiltere’de Ulusal Sağlık Sistemi’ne bağlı hastanelerde ve genel pratisyenlik uygulamalarında yer alan sağlık emekçilerine, önceki yılın ortalama aylık harcamasını ve enflasyonu hesaba katan bir artışla ek ödeme verilmiştir. Romanya’da Kasım 2020’den bu yana kamudaki tüm sağlık emekçileri maaşlarının %75-85’i kadar salgın riski ödeneği almıştır. Kanada ise ayda 1800 dolardan az kazananların ücretini artırmıştır (14,16,35,38). Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda BK’si özellikle hemşire ve ebe meslek örgütlerinin muhalefetine rağmen, Mart 2021 tarihinde sağlık emekçilerinin maaşlarına sadece %1’lik zam yapmıştır (14,35). Bu mekanizma, sadece emek gücünü satmak zorunda olanlara değil, aynı zamanda Fransa, Hollanda vb. ülkelerde kendi adına sağlık işletmesi olanlara da uygulanmıştır. Örneğin, Fransa’da, sokağa çıkma yasaklarının olduğu dönemde muayenehanesi olan diş hekimlerine yapılan ziyaretlerin %80, uzman hekimlerin %60 ve pratisyen hekimlerin %30, fizyoterapist ve ebelerin %40 düzeyinde bir azalma olmuştur. Bundan hareketle, hekimlere düzenli konsültasyon için 25€ yerine 35-58€ ödenmiştir. Hollanda’da sağlık sigortaları yine kendi adına işletmesi olan yardımcı sağlık emekçilerinin sabit maliyetini karşılamak için cirosunun %60-80’ini ödemiştir (16,38).

Salgın halen sürmesine karşın, yukarıda ifade edilen ödemeler ya da maaş artışları süreklilik göstermemiştir. Örneğin, hükümetler, sağlık emekçilerinin gelir kayıplarını sıklıkla ya tek seferlik ikramiyelerle ya da geçici maaş zamlarıyla (genellikle aylık maaşların belirli yüzdesi) telâfi etme yoluna gitmiştir. Hollanda, Slovenya, Avusturya, Almanya, Slovakya, Fransa, Rusya, Çekya, Letonya, Yunanistan, Kırgızistan, İspanya, Bosna Hersek, Estonya, Macaristan, İtalya, Ukrayna vb. ülkeler, bir kerelik ikramiye ve/veya düzensiz, süreklilik göstermeyen ek ödemeler yapmıştır (14,16,38,40). Bu ülkelerin bazıları sadece bu mekanizmayı, Almanya, İtalya, Hollanda bunu, diğer ödeme mekanizmalarıyla birlikte kullanmıştır (38). Hollanda, sağlık emekçilerinin hem KKE satın alması gibi ekstra harcamalarını geri ödemiş hem de 2021 yılı için her birine üç kez 500€ ikramiye vermiştir. Slovenya, 2020 yılının sonunda, sağlık ve sosyal hizmet kurumlarının gri ve kırmızı bölgelerinde çalışanların maaşına %30, geçici işçilerine %20 oranında bir kez ikramiye ödemiştir. Almanya’nın Bavyera eyaleti, 5 Nisan 2020’de uzun süreli bakım, rehabilitasyon, acil servis, engelli kurumlarındaki hemşire ve bakım emekçileri vergiden ve sosyal güvenlik katkısından muaf 500€, uzun süreli doğrudan bakım ve destek çalışanları 1.000€, mutfak ya da güvenlik hizmeti çalışanları 667€, hemşireler 600€, diğer çalışanlar ise 334€ ek ödeme almıştır. Rusya, özel ve kamu hastaneleriyle, ayaktan tanı ve tedavi edici kurumlarda çalışan sağlık ve sosyal hizmet emekçilerine, vergiden muaf, belirli süreli aylık maaşlarının %20-100’si, Letonya, tüm sağlık emekçilerine üç ay (Mart-Mayıs 2020) yine aylık maaşlarının %20-50’si kadar ek ödeme yapmıştır. Bosna Hersek, tüm sağlık emekçilerine bir kez 512€, Arnavutluk COVID-19 birimlerinde çalışan gönüllülere ve destek çalışanlarına iki kez 65.000 Lek ek ikramiye ödemiştir. Yunanistan’da Nisan 2020’de sağlık emekçileri ve sivil



koruma emekçileri aylık maaşlarının %20-50'si kadar özel Paskalya ikramiyesi, hekimler 2000€ fazla mesai almış, 2021 yılında ise sağlık bakanlığı, ulusal acil bakım merkezindeki 4.000 çalışana 1.000€ ödül vermiştir. Karadağ'da tüm sağlık emekçilerine Mart ve Nisan 2020'de iki kez %15, Gana'da Nisan-Haziran 2021 arasında gelir vergisinden muaf %50 oranında geçici zam olmuştur. Romanya'da sadece üç ay boyunca COVID-19 vakalarının gözetimi ve yönetimini yapan patoloji ve adli tıp çalışanları da dâhil tüm sağlık emekçileri aylık 500€ ikramiye almış, yöneticilerin taban maaşlarının %40'ı, diğer çalışanların %30'u kadar artış yapılmıştır. Bulgaristan, sağlık emekçilerine belirli sürede 51€ prim ödemiş ve bunun için 2021 bütçesinden 121.2 milyon€ ayırmıştır. Bunların yanında, Slovakya'da 14 Ağustos 2020'de COVID-19 ile ilk temasta olan tüm çalışanlara ikramiye verileceği duyurulsa da ayrıntıları açıklanmamıştır. Fransa'da 120 milyar dolarlık bir kurtarma paketi kapsamında, hekimlere ve hemşirelere ikramiye verileceği beyan edilmiştir (16,17,38,39).

Türkiye'de ise COVID-19 ile ilgili birimlerde çalışan sağlık emekçilerine üç ay boyunca (Mart-Mayıs 2020) tavandan %100 oranında, daha sonra Şubat 2021 tarihine kadar miktarı oldukça değişen, kesintili, kurumlararası ve sağlık emekçileri arasında adaletsizlikler gösteren ek ödemeler verilmiştir.

III. 3.d. Diğer ödemeler ve destekler

İkramiye ve maaş artışlarının dışında, Danimarka, Litvanya ve İspanya gibi bazı ülkeler COVID-19'u sağlık emekçilerinde meslek hastalığı ya da iş kazası olarak kabul ederek, ilgili mali yardımlara erişmelerini sağlamıştır. Kırgızistan, Litvanya, Büyük Britanya, Kuzey İrlanda, Romanya, İspanya, Rusya ve BK'de bir sağlık emekçisi işyeri kaynaklı COVID-19 nedeniyle yaşamını kaybederse ailelerine toplu ödeme yapılmaktadır. BK'de ödenen bu miktar 65.000 dolardır (16,39). Bu miktar fazla gibi görünse de silahlı kuvvetler personelinin ailelerine verilen miktarın %60'ı olduğundan, yeterli bulunmayıp eleştirilmektedir (43). Tayland'da COVID-19'lu sağlık emekçilerinin 20 günden daha az bir süre tedavi gerektirdiğinde, mali tazminat iki katına çıkarılıp, 300 dolar olmuştur (34). Bunun dışında, Rusya'da salgın nedeniyle izinlerini kullanamayan sağlık emekçilerine maddi tazminat, Bulgaristan'da ise sabit oranlı bir prim

ödenmiştir. Polonya'da COVID-19 müdahalesi kapsamında hizmet sunarken kasıtsız olarak hata yapan hekim ve hemşireler cezai müeyyidelerden muaf tutulmuştur. Rusya, Ukrayna, Malta ve Polonya'da karantina ve izolasyondaki sağlık emekçileri temel ücretlerinin yanında, diğer ödeneklerini de almaya devam etmiştir. Polonya'da ayrıca, Nisan-Temmuz 2020 tarihleri arasında sağlık emekçilerinin birden fazla yerde çalışmasının yasaklandığı dönemde, gelir kayıplarını telâfi etmek için aylık 2.270€ (hekimlere 1.480€, hemşirelere 682€) nakit yardım sağlanmıştır (16,17,38).

IV. Sonuç

- COVID-19 pandemisi, toplum için olduğu gibi, sağlık emekçileri için de tehdit olmaya devam etmekte, maruziyet, etki ve sonuçlar bakımından zaten var olan eşitsizlikleri giderek daha da derinleştirmektedir.
- Kapitalist ülkelerin hükümetleri, sağlık emekçilerinin eksikliğini gidermek için yenilerini istihdam etmek yerine, sağlık emekçilerinin yaşamı pahasına, hizmet üretiminin sürekliliğini sağlamak amacıyla, sermaye/işveren için emek maliyetinin düşürülmesine ve sağlık emekçilerinin emek sömürü oranlarını artırılmasına yönelik stratejiler kullanmıştır.
- Sağlık emekçilerinin gelir kaybının önlenmesine ve salgında sınırlı ölçüde gerçekleşen ücretsiz ulaşım ve barınmaya yönelik stratejiler, normalleşme olarak adlandırılan, aslında salgını yok sayan kamusal önlemlerden vazgeçişin tarihi olan 2021 Haziran ayından itibaren hızlıca terk edilmiştir.
- Sermaye/işveren için emek sömürüsü mekanizmalarından fonksiyonel esneklik ve uzaktan/dijital sağlık hizmetleri pandemi öncesinde Türkiye dâhil çok sayıda kapitalist ülkede sağlık alanından yaygınlaşamazken, pandemiyle beraber kalıcılığa başlamıştır.
- Bir diğer emek sömürüsü mekanizmalarından çalışma saatlerinin artırılması, aralıksız izin kullanmaksızın, yüksek ritimde vb. sağlığı bozan çalışma biçimleri, pandemiyle beraber yine kalıcılığa başlamıştır. Özellikle bu mekanizmalar, sermaye sınıfının krizini hafifletmede oldukça elverişlidir.

Kaynaklar

1. WHO. "COVID-19 weekly epidemiological update" 2 February 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339548>
2. WHO. "Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed Interim guidance" 12 July 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-2021.1>
3. WHO. "Coronavirus disease (COVID-19)" of 11 October 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20201012-weekly-epi-update-9.pdf>
4. ILO. "COVID-19: Protecting workers in the work place Women health workers: Working relentlessly in hospitals and at home" 2020. https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_741060/lang-en/index.htmCOVID-19
5. WHO. "Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19 Interim guidance" 30 October 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>
6. International Council of Nurses –ICN. "Protecting nurses from COVID-19 a top priority: A survey of ICN's national nursing associations" 2020. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-09/Analysis_COVID-19_survey_feedback_14.09.2020.pdf
7. ICN. "COVID-19 Update" 13 January 2021. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20COVID19%20update%20report%20FINAL.pdf>
8. Chou R, Dana T, Buckley DI, ve ark. "Epidemiology of and risk factors for Coronavirus infection in health care workers" *Ann Intern Med.*, 2020; 21;173(2):120–36.
9. Amnesty International. "COVID-19: Health worker death toll rises to at least 17000 as organizations call for rapid vaccine rollout" 5 March 2021. <https://www.amnesty.org/en/latest/press-release/2021/03/covid19-health-worker-death-toll-rises-to-at-least-17000-as-organizations-call-for-rapid-vaccine-rollout/>
10. WHO. "Director-General's opening remarks at the World Health Assembly" 24 May 2021. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-the-world-health-assembly-24-may-2021>
11. Ankara Tabip Odası-ATO. "Koronavirus." 27 Eylül 2021. <https://koronavirus.ato.org.tr/saygiyla/27-kaybettigimiz-saglik-calisanlarina-saygiyla.html>
12. Sandal A, Yıldız AN. "COVID-19 as a recognized work related disease: The current situation world wide" *Saf. Health Work*, 2021;12(1):136-138.
13. Crimi C, Carlucci A. "Challenges for the female health-care workers during the COVID-19 pandemic: The need for protection beyond the mask" *Pulmonology*, 2021; 27(1):1-3.
14. Llop-Gironés A, Vračar A, Eder B, ve ark. "A political economy analysis of the impact of COVID-19 pandemic on health workers: Making power and gender visible in the work of providing care" 2021. https://law.yale.edu/sites/default/files/area/center/ghjp/documents/phm_commentary_v2.pdf
15. WHO. "Health workers and health administrators" 2020. <https://www.who.int/teams/risk-communication/health-workers-and-administrators>
16. COVID-19 Health system response monitor-HSRM. "Country update workforce" 2021. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hsrc/all-updates>
17. Waitzberg R, Aissat D, Habicht T, ve ark. "Compensating health care professionals for income losses and extra expenses during COVID-19" *Euro health*, 2020; 26(2):83-87.
18. Lotta G, Fernandez M, Pimenta D, ve ark. "Gender, race, and health workers in the COVID-19 pandemic" *Lancet*, 2021; 3;397(10281):1264.
19. Özkan Ö. "Brezilya'nın COVID-19 pandemisine yönelik yanıtları" *Toplum ve Hekim*, 2022; 37(3):200-230.
20. Çöl M. "İtalya'da sağlık sistemi ve COVID-19 pandemisi yanıtı" *Toplum ve Hekim*, 2021; 36(5):388-400.
21. Bitencourt SM, Andrade CB. "Female health care workers and the COVID-19 pandemic in Brazil: A sociological analysis of health care work" *Ciê Saúde Colet.*, 2021; 26(3):1013-1022.
22. United Nations-UN. "Women, COVID-19: Emerging gender data and why it matters" 2020. <https://data.unwomen.org/resources/covid-19->
23. Robinson LJ, Engelson BJ, Hayes SN. "Who is caring for health care workers' families amid COVID-19?" *Acad. Med.*, 2021; 96(9):1254–1258.
24. Güner ME. "Katar sağlık sistemi ve COVID-19 pandemisi süreci" *Toplum ve Hekim*, 2021; 36(5):366-372.
25. National Nurses United- NNU "Sins of Omission. How government failures to track COVID-19 data have led to more than 1.700 health care worker deaths and jeopardize public health" 2020. https://www.nationalnursesunited.org/sites/default/files/nnu/documents/0920_Covid19_SinsOfOmission_Data_Report.pdf
26. BMA. "COVID-19: The risk to BAME doctors" 2021.



- <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/covid-19/your-health/covid-19-the-risk-to-bame-doctors>
27. Breheer LE, Sampathkumar P, Beam E, ve ark. "Revisiting the safety of health care workers" Mayo Clin Proc., 2020; 95(9):14–16.
 28. Kuhlmann E, Dussault G, Wismar M. "Health labour-markets and the 'humanface' of the health work force: Resilience beyond the COVID-19 pandemic" Eur. J. Public Health, 2020;1;30(Ek 4): iv1–iv2.
 29. Leite SN, Finkler M, Martini JG, ve ark. "Management of the health work force in facing COVID-19: Disinformation and absences in Brazil's public policies" Ciên Saúde Colet., 2021; 26(5):1873-1884.
 30. Amnesty International. "Exposed, silenced, attacked: Failures protect health and essential workers during the COVID-19 pandemic" 2020. <https://www.amnesty.org/en/documents/pol40/2572/2020/en/>
 31. UN. "Policy brief: The World of Work and COVID-19" June 2020
 32. WHO. "STRENGTHENING THE HEALTH SYSTEM RESPONSE TO COVID-19 Maintaining the delivery of essential health care services while mobilizing the health work force for the COVID-19 response" 18 April 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332559/WHO-EURO-2020-669-40404-54161->
 33. Williams GA, Maier CB, Scarpetti G, ve ark. "What strategies are countries using to expand health work forces urge capacity during the COVID-19 pandemic?" Euro health, 2020; 26(2):51-57.
 34. Nittayasoot N, Suphanchaimat R, Namwat C, Dejburum P, ve ark. "Public health policies and health-care workers' response to the COVID-19 pandemic, Thailand" Bull World Health Organ., 2021; 1; 99(4): 312–318.
 35. Llop-Gironés A, Vračar A, Llop-Girones G, ve ark. "Employment and working conditions of nurses: Where and how health in equalities have increased during the COVID-19 pandemic?" Hum Resour Health, 2021; 19:112.
 36. Miyamoto I. "COVID-19 health care workers: 70% are women" Security Nexus, 2021; Vol:20. <https://apcss.org/wp-content/uploads/2020/05/Security-nexus-COVID-19-Healthcare-Workers-miyamoto.pdf>
 37. Regenold N, Vindrola-Padros C. "Gender matters: A gender analysis of health care workers' Experiences during the first COVID-19 pandemic peak in England" Soc Sci., 2021; 10(43):1-22.
 38. Williams GA, Scarpetti G, Bezzina A, ve ark. "How are countries supporting their health workers during COVID-19?" Euro health, 2020; 26(2):58-62.
 39. Paquette D. "COVID-19 hazard pay common for health workers outside US" 4 March 2020. <https://www.becershospitalreview.com/compensation-issues/covid-19-hazard-pay-common-for-health-workers-outside-us.html>
 40. Oskar M. "Industrial relations and social dialogue. Impact of the COVID-19 crisis on wages and wage setting" 2021. Eurofound. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2021/impact-of-the-covid-19-crisis-on-wages-and-wage-setting>
 41. Waitzberg R, Quentin W, Webb E, ve ark. "The structure and financing of health care systems affected how providers coped with COVID-19" Milbank Q., 2021; 99(2): 542–564.
 42. Özkan Ö. "COVID-19 pandemisinde sağlık emekçilerinin grevleri" Pandeminin Türkiye'de Birinci Yılı. Doğa İnsan ve Geleceğimiz Uluslararası Sempozyumu. Türk Tabipleri Birliği. Sağlık Emekçileri Deneyimlerini ve Hayallerini Paylaşıyor Forumu İçinde: Çerçeve Sunuş. 14 Mart 2021 (online)
 43. McConnell D, Wilkinson D. "Compensation and hazard pay for key workers during an epidemic: An argument from analogy" J Med Ethics, 2020;0:1–4.

İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ ÖN LİSANS ve LİSANS PROGRAMLARININ DAĞILIMI

Ali Naci YILDIZ

Prof. Dr, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Güven GÖKGÖZ

Uzm. Dr, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Özet

Ülkemizde sürdürülen iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin insan gücü planlamasına, eğitimlerin niteliğinin artırılması ve standardizasyonu çalışmaları na katkı sağlamayı amaçlayan tanımlayıcı tipteki bu araştırmada, iş sağlığı ve güvenliği ön lisans ve lisans programlarının üniversite, öğretim türü, ücretlendirme, program kontenjanları, başarı sıraları ve en düşük puanlarına göre dağılımları incelenmiştir. 91 üniversitede 219 ön lisans programı yer almaktadır. Bunların %53,0'ü devlet üniversitelerinde, %65,8'i birinci öğretim programlarıdır. Ön lisans programlarının toplam kontenjanı 15.926'dır ve yerleştirme sonuçlarına göre %3,0'ü boş kalmıştır. Boş kalan kontenjanın tamamına yakını vakıf üniversitelerindedir. 16 lisans programının %75,0'i devlet üniversitelerinde, %81,3'ü birinci öğretim programlarıdır. 799 olan lisans programlarının toplam kontenjanının %38,4'üne yerleşen öğrenci olmamıştır. YKS sonuçlarına göre, ön lisans programlarının en küçük puanlarının ortalamaları devlet üniversiteleri için 2018'de $237,0 \pm 19,0$, 2019'da $228,9 \pm 16,8$; vakıf üniversiteleri için 2018'de $256,8 \pm 42,3$, 2019'da $230,4 \pm 44,4$ 'tür. Lisans programlarının en küçük puanlarının ortalamaları ise devlet üniversiteleri için 2018'de $255,3 \pm 2,1$, 2019'da $216,1 \pm 17,0$; vakıf üniversiteleri için 2018'de $233,4 \pm 9,6$, 2019'da $244,1 \pm 25,2$ 'dir. İş sağlığı ve güvenliği insan gücü planlaması yapılırken, iş sağlığı ve güvenliğinin ülkemizdeki durumu, epidemiyolojik göstergeler, öncelikli sektörler, çalışan sayıları, etki değerlendirmeleri dikkate alınmalı; gerçekçi, ekonomik kaygıları içermeyen, uzun erimli planlar

yapılması için T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Yükseköğretim Kurulu birlikte çalışmalıdır.

Anahtar sözcükler: İş sağlığı ve güvenliği, Ön lisans, Lisans

Giriş

İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri tıbbi ve teknik boyutları olan ekip hizmetidir. Tıbbi boyutu başlıca işyeri hekimleri ve işyeri hemşirelerince sürdürülürken teknik boyutta farklı ülkelerde farklı meslek grupları yer almaktadır (1). Ülkemizde ise başlıca iş güvenliği uzmanlarınca sürdürülmektedir. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıt, Takip ve İzleme Programı'nda (İSG-KATİP) 06.08.2019 tarihinde kayıtlı, 12.157'si A Sınıfı, 16.754'si B Sınıfı, 41.977'si C Sınıfı olmak üzere toplam 70.888 iş güvenliği uzmanı bulunmaktadır (2).

Ülkemizde, iş sağlığı ve güvenliği ön lisans ve lisans eğitimi 2001 yılından bu yana sürdürülmektedir. Her iki eğitim programı da Yükseköğretim Kurumları Sınavı ile öğrenci almaktadır. Bu programlardan mezun olanlar, iş sağlığı ve güvenliği teknikeri olarak adlandırılmaktadır. Ön lisans eğitimleri 2018 yılında 61'i devlet ve 25'i vakıf üniversitesi olmak üzere toplam 86 üniversitede sürdürülmektedir, 2 yıllık eğitimdir ve temel yeterlilik testi (TYT) puanı ile öğrenci almaktadır. Programın ilk yılı teorik eğitim üzerine yoğunlaşırken, ikinci yılında işyerinde hem teorik hem de uygulamalı eğitim birlikte yürütülmektedir. Aynı yıl 11'i devlet 3'ü vakıf üniversitesi olmak üzere toplam 14 üniversitede (fakülte ve yüksekokullar) ise



lisans programları yer almıştır. Lisans programları sayısal puanı ile öğrenci almaktadır (3).

Türkiye genelinde 2019 Yükseköğretim Kurumları Sınavı'nda (YKS) tüm ön lisans programlarının toplam kontenjanı 298.220 ve yerleşen öğrenci sayısı 279.224'tür; toplam kontenjanın %6,4'üne yerleşen öğrenci olmamıştır. Buna karşın lisans programlarının toplam kontenjanı 354.985 olup; yerleşen öğrenci sayısı 334.119'dur, %5,9'u ise boş kalmıştır (4).

Amaçlar

Ülkemizde sürdürülen iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin insan gücü planlamasına, eğitimlerin niteliğinin artırılması ve standardizasyonu çalışmalarına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada, T.C. Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi tarafından yayınlanan 2019 Yükseköğretim Kurumları Sınavı (YKS) Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu değerlendirilerek iş sağlığı ve güvenliği ön lisans ve lisans programlarının üniversitelere, öğretim türüne, ücret indirimi düzeyine, eğitim veren birimlere, 2019 yılı kontenjanlarına (okul birinciliği kontenjanları da dahil), 2018 yılı başarı sıralarına (0,12 katsayı ile hesaplanan ortaöğretim başarı puanı da eklenmiş haliyle) ve en düşük puanlarına göre dağılımları saptanmıştır (5). 2019 YKS Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin Sayısal Bilgiler değerlendirilerek, araştırmanın bulguları programlara yerleşen öğrenci sayıları ve 2019 yılı en düşük puanları ile karşılaştırılmıştır (4).

Bulgular

Yükseköğretim Kurumları Sınavı (YKS) Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları 2019 Kılavuzu kapsamında 63'ü devlet, 28'i vakıf üniversitesi olmak üzere 91 üniversitede iş sağlığı ve güvenliği ön lisans; 10'u devlet 2'si vakıf üniversitesi olmak üzere 12 üniversitede iş sağlığı ve güvenliği lisans eğitiminin yer aldığı saptanmıştır. Bulgular ön lisans ve lisans programları başlıklarında sunulmuştur.

Ön Lisans Programları

Kılavuz kapsamında toplam 219 iş sağlığı ve güvenliği ön lisans programı bulunmaktadır. Bu programların %53,0'u (n=116) devlet üniversitelerindedir ve bunların %67,2'si (n=78) birinci öğretim, %21,6'sı (n=25) ikinci öğretim, %6,9'u (n=8)

uzaktan öğretim ve %2,6'sı (n=3) açık öğretim programlarıdır. Ayrıca 2 üniversitede KKTC uyruklu öğrenciler için program yer almaktadır (Tablo 1).

Devlet üniversitelerindeki programların, 8200'ü açık öğretim, 4195'i birinci öğretim, 1222'si ikinci öğretim, 731'i uzaktan öğretim ve 2'si KKTC uyruklu öğrenciler için olmak üzere, kontenjanları toplamı 14.350'dir (Tablo 1). Toplam kontenjanın %2,8'i (n=395) okul birinciliği kontenjanıdır.

Toplam 219 iş sağlığı ve güvenliği ön lisans programının %47,0'si (n=103) vakıf üniversitelerindedir; bunların %64,1'i (n=66) birinci öğretim, %25,2'si (n=26) ikinci öğretim, %5,8'i (n=6) uzaktan öğretim programlarıdır ve %4,9'u (n=5) KKTC'deki üniversitelerde yer almaktadır (Tablo 1). Vakıf üniversitelerindeki kontenjanlar arasında okul birincisi öğrenciler için ayrılan yoktur.

Vakıf üniversitelerindeki ön lisans programlarının %40,8'i (n=42, toplam kontenjan 180) burslu, %28,2'si (n=29, toplam kontenjan 695) %75 indirimli, %25,2'si (n=26, toplam kontenjan 639) %50 indirimli, %1,9'u (n=2, toplam kontenjan 10) %25 indirimli ve %3,9'u (n=4, toplam kontenjan 52) tam ücretlidir (Tablo 1).

Vakıf üniversitelerindeki programların toplam kontenjanı 1576 olup; bunların 1064'ü birinci öğretim, 393'ü ikinci öğretim, 94'ü uzaktan öğretim programlarında ve 25'i KKTC'deki üniversitelerdeki programlardadır (Tablo 1).

Devlet ve vakıf üniversitelerindeki iş sağlığı ve güvenliği ön lisans programlarının, 2018 YKS sonuçlarına göre başarı sırası ortalamaları 1045718,5±241673,4 ve 871928,6±543150,2, ortancaları 1.093.000 ve 624.500; en küçük puanlarının ortalamaları 237,0±19,0 ve 256,8±42,3, ortancaları 232,3 ve 271,5'tir (Tablo 2).

Lisans Programları

Kılavuzda yer alan toplam 16 iş sağlığı ve güvenliği lisans programının %75,0'i (n=12) devlet üniversitelerindedir; bunların %75,0'i (n=9) birinci öğretim, %8,3'ü (n=1) ikinci öğretim, %8,3'ü (n=1) açık öğretim programı, %8,3'ü (n=1) KKTC uyruklu öğrenciler için (Tablo 3).

Devlet üniversitelerindeki programların, 449'u birinci öğretim, 257'si açık öğretim, 31'i ikinci öğretim ve 2'si KKTC uyruklu öğrenciler için olmak üzere, kontenjanları toplamı 739'dur ve bunun %3,0'ü (n=22) okul birinciliği kontenjanıdır (Tablo 3).

Tablo 1: İş Sağlığı ve Güvenliği Ön Lisans Programlarının Dağılımı (Temmuz-Ağustos 2019)

Üniversite		İndirim (%)	Toplam				
			Üniversite	Yüksekokul	Program	Kontenjan	Yerleşen
Devlet üniversiteleri	Birinci öğretim		59	77	78	4195	4195
	İkinci öğretim		22	25	25	1222	1222
	Uzaktan öğretim		8	*8	8	731	731
	Açık öğretim		3	**3	3	8200	8200
	KKTC uyruklu		2	2	2	2	1
Devlet Üniversiteleri Toplam			63	83	116	14350	14349
Vakıf üniversiteleri (Birinci öğretim)	Ücretli	-	2	2	2	22	6
	İndirimli	25	2	2	2	10	10
		50	17	18	18	475	252
		75	17	17	17	438	408
	Burslu	100	26	27	27	119	119
	Toplam		26	27	66	1064	795
Vakıf üniversiteleri (İkinci öğretim)	Ücretli	-	-	-	-	-	-
	İndirimli	25	-	-	-	-	-
		50	7	7	7	128	36
		75	9	9	9	226	191
	Burslu	100	10	10	10	39	39
	Toplam		10	10	26	393	266
Vakıf üniversiteleri (Uzaktan öğretim)	Ücretli	-	1	1	1	27	5
	İndirimli	25	-	-	-	-	-
		50	1	1	1	36	8
		75	1	1	1	22	10
	Burslu	100	3	3	3	9	9
	Toplam		3	3	6	94	32
KKTC'deki üniversiteler	Ücretli	-	1	1	1	3	-
	İndirimli	25	-	-	-	-	-
		50	-	-	-	-	-
		75	2	2	2	9	2
	Burslu	100	2	2	2	13	7
	Toplam		2	2	5	25	9
Vakıf Üniversiteleri Toplam			28	29	103	1576	1102
Genel Toplam			91	112	219	15926	15451
*Programlardan 1'i açık ve uzaktan eğitim fakültesinde yer almaktadır.							
**Programlardan 2'si açık öğretim fakültesi, 1'i açık ve uzaktan eğitim fakültesinde yer almaktadır.							



Tablo 2: İş Sağlığı ve Güvenliği Ön Lisans Programlarının 2018-YKS Başarı Sırası ve En Küçük Puan, 2019-YKS En Küçük Puan ve En Büyük Puan Dağılımı (Temmuz-Ağustos 2019)

	Ortalama	Ortanca	1. çeyreklik 3. çeyreklik	En küçük En büyük
Devlet Üniversiteleri				
2018 Başarı sırası (n=103)	1.045.718,5 ±241673,4	1.093.000	854.000 1.205.000	398.000 1.535.000
2018 En küçük puan (n=103)	237,0±19,0	232,3	224,6 250,4	202,6 300,2
2019 En küçük puan (n=114)	228,9±16,8	225,3	217,7 240,1	189,0 289,7
2019 En büyük puan (n=114)	301,5±40,7	295,8	274,4 330,3	205,4 425,3
Vakıf Üniversiteleri				
2018 Başarı sırası (n=70)	871.928,6 ±543150,2	624.500	519.000 1.251.000	149.000 1.728.000
2018 En küçük puan (n=70)	256,8±42,3	271,5	221,5 283,4	185,5 365,2
2019 En küçük puan (n=103)	230,4±44,4	216,1	189,5 268,0	167,7 327,8
2019 En büyük puan (n=103)	268,4±39,2	263,2	239,8 288,4	195,5 368,0

Tablo 3: İş Sağlığı ve Güvenliği Lisans Programlarının Dağılımı (Temmuz-Ağustos 2019)

Üniversite		İndirim (%)	Toplam				
			Üniversite	Fakülte	Program	Kontenjan	Yerleşen
Devlet üniversiteleri	Birinci öğretim		9	*9	9	449	308
	İkinci öğretim		1	**1	1	31	20
	Uzaktan öğretim		-	-	-	-	-
	Açık öğretim		1	1	1	257	140
	KKTC uyruklu		1	**1	1	2	-
	Devlet Toplam		10	10	12	739	468
Vakıf üniversiteleri (Birinci öğretim)	Ücretli	-	-	-	-	-	-
	İndirimli	25	-	-	-	-	-
		50	-	-	-	-	-
		75	2	2	2	52	16
	Burslu	100	2	2	2	8	8
	Vakıf Toplam		2	2	4	60	24
Genel Toplam			12	12	16	799	492

*Programlardan 2'si sağlık bilimleri fakültesi, 1'i açık ve uzaktan eğitim fakültesi, 6'sı sağlık yüksekokulunda yer almaktadır.

**Program sağlık yüksekokulunda yer almaktadır.

Tablo 4: İş Sağlığı ve Güvenliği Lisans Programlarının 2018-YKS Başarı Sırası ve Puan, 2019-YKS En Küçük Puan ve En Büyük Puan Dağılımı (Temmuz-Ağustos 2019)

	Ortalama	Ortanca	1. çeyreklik 3. çeyreklik	En küçük En büyük
Devlet Üniversiteleri				
2018 Başarı Sırası (n=3)	270500 ±7778,2	270.500	-	265.000 276.000
2018 En küçük puan (n=3)	255,3±2,1	255,3	-	253,8 256,8
2019 En küçük puan (n=11)	216,1±17,0	208,5	203,3 230,3	198,5 249,0
2019 En büyük puan (n=11)	273,8±36,5	267,1	255,4 278,9	235,6 355,3
Vakıf Üniversiteleri				
2018 Başarı sırası (n=2)	369000 ±46604,7	383.000	-	317.000 407.000
2018 En küçük puan (n=2)	233,4±9,6	230,9	-	225,2 244,0
2019 En küçük puan (n=4)	244,1±25,2	243,4	221,0 267,9	219,4 270,0
2019 En büyük puan (n=4)	263,1±18,0	262,0	246,9 280,4	245,9 282,5

Toplam 16 iş sağlığı ve güvenliği lisans programının %25,0'i (n=4) vakıf üniversitelerinde olup, tamamı birinci öğretim programlarıdır. Bu programlardan 2'si (toplam kontenjan 8) burslu, 2'si (toplam kontenjan 52) %75 indirimli olup, vakıf üniversitelerindeki toplam lisans programları kontenjanı 60'tır (Tablo 3).

Devlet ve vakıf üniversitelerindeki iş sağlığı ve güvenliği lisans programlarının, 2018 YKS sonuçlarına göre başarı sırası ortalamaları $270500 \pm 7778,2$ ve $369000 \pm 46604,7$, ortancaları 270.500 ve 383.000; en küçük puanlarının ortalamaları $255,3 \pm 2,1$ ve $233,4 \pm 9,6$, ortancaları 255,3 ve 230,9'dur (Tablo 4).

Tartışma

Tartışma ön lisans ve lisans programları için sınav sonuçları dikkate alınarak yapılmıştır.

Ön Lisans Programları

Devlet üniversitelerindeki programların toplam 14.350 kontenjanına 14.349 öğrenci yerleşmiş, yalnızca KKTC uyruklu öğrenciler için ayrılan 2 kon-

tenjandan birine yerleşen öğrenci olmamıştır. Okul birinciliği için ayrılan kontenjan 395 olmasına rağmen, yalnızca 7 öğrenci (5'i birinci, 1'i ikinci, 1'i uzaktan öğretim) bu kontenjanlar ile yerleşmiştir. Vakıf üniversitelerindeki programların toplam 1576 kontenjanına yerleşen öğrenci sayısı 1102'dir ve toplam kontenjanın %30,1'ine (n=474) yerleşen öğrenci olmamıştır (4).

Toplam 15.926 iş sağlığı ve güvenliği ön lisans kontenjanına 15.451 öğrenci yerleşmiştir. Kontenjan doluluk düzeyi %97,0'dir ve toplam kontenjanın %3,0'ü (n=495) boş kalmıştır (4). Bir önceki yıla göre toplam kontenjanda %26,8'lik bir artış olmasına karşın (2018 ön lisans toplam kontenjanı 12.560) kontenjanın büyük ölçüde dolması dikkat çekicidir (6).

Ön lisans programlarının taban puan ortalamaları, 2018 yılında devlet üniversitelerinde $237,0 \pm 19,0$, vakıf üniversitelerinde $256,8 \pm 42,3$ iken; 2019 yılında devlet üniversitelerinde $228,9 \pm 16,8$, vakıf üniversitelerinde $230,4 \pm 44,4$ 'tür. Taban puanların ortancaları ise, 2018 yılında devlet üniversitelerin-



de 232,3, vakıf üniversitelerinde 271,5; 2019 yılında devlet üniversitelerinde 225,3, vakıf üniversitelerinde 216,1'dir (4). Taban puanlardaki düşüş, açılan program sayısı ve kontenjanın önemli ölçüde artması ile ilgili olabilir.

Lisans Programları

Devlet üniversitelerindeki toplam 739 kontenjana 468 öğrenci yerleşirken, kontenjanların %36,7'si (n=271) boş kalmıştır. Vakıf üniversitelerindeki programlara toplam 24 öğrenci yerleşmiş, kontenjanın %60,0'ına (n=36) ise yerleşen öğrenci olmamıştır. Yerleştirme sonuçlarına göre 2019 yılında lisans programlarına okul birinciliği kontenjanı ile yerleşen öğrenci yoktur (4).

Lisans programlarının toplam kontenjanı bir önceki yıla göre %72,0 azalmıştır (2018 lisans toplam kontenjanı 2850) ve bu durumdaki en önemli nedeninin açık öğretim programının kontenjanındaki düşüş olduğu görülmektedir (7). 2018 yılında lisans programlarına yerleşen öğrenci sayısı 497 iken, 2019 yılında toplam 799 iş sağlığı ve güvenliği lisans kontenjanına 492 öğrenci yerleşmiştir ve toplam kontenjanın %38,4'ü (n=307) boş kalmıştır. Kontenjan doluluk düzeyi %17,4'ten %61,6'ya yükselmiş olsa da programlara yerleşen öğrenci sayısı hemen hemen aynıdır (4, 7).

Lisans programlarının taban puan ortalamaları, 2018 yılında devlet üniversitelerinde $255,3 \pm 2,1$, vakıf üniversitelerinde $233,4 \pm 9,6$; 2019 yılında devlet üniversitelerinde $216,1 \pm 17,0$, vakıf üniversitelerinde $244,1 \pm 25,2$ 'dir. Taban puanların ortancaları ise, 2018 yılında devlet üniversitelerinde 255,3, vakıf üniversitelerinde 230,9; 2019 yılında devlet üniversitelerinde 208,5, vakıf üniversitelerinde 243,4'tür (4). Bir önceki yıla göre, devlet üniversitelerindeki programların taban puanları düşerken, vakıf üniversitelerindeki programların taban puanlarının yükselmesi dikkate değerdir.

Sonuç ve Öneriler

İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin başarısı, bu alanda yetişmiş insan gücü ile yakından ilişkilidir. Bu bakımdan, mezuniyet öncesi eğitim kapsamında ön lisans ve lisans eğitimleri önem taşımaktadır. Ancak ülkemizde iş sağlığı ve güvenliğinin durumu, epidemiyolojik göstergeler, öncelikli sektörler, çalışan sayıları, etki değerlendirmeleri gibi kapsamlı konular dikkate

alınarak gerçekçi, ekonomik kaygıları içermeyen insan gücü planlaması yapılmalıdır. Bu doğrultuda T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü ile T.C. Yükseköğretim Kurulu birlikte çalışarak uzun erimli planlamalar yapılmalıdır.

İş sağlığı ve güvenliği ön lisans ve lisans eğitimi veren üniversite ve yüksekokullarda, kontenjan sayılarından öte programların içerik ve standardizasyonu, eğiticilerin niteliği, eğitim ortamları gibi konulara ilişkin gerçekçi, ihtiyaca yönelik düzenlemeler yapılmalı ve uygulanmalıdır. Bu kapsamda ilgili Genel Müdürlüğün uğraşları diğer kurum ve kuruluşlarca da desteklenmelidir.

Kaynaklar

1. Bilir N, Yıldız AN. "İş Sağlığı ve Güvenliği" Üçüncü Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayını, Ankara, 2014.
2. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. "İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıt, Takip ve İzleme Programı" <https://isgkatip.ailevecalisma.gov.tr/Logout.aspx> (07.08.2019)
3. T.C. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi Başkanlığı. "2018 Yükseköğretim Kurumları Sınavı (YKS) Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu", Temmuz 2018.
4. T.C. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi Başkanlığı. "2019 YKS Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin Sayısal Bilgiler", Ağustos 2019.
5. T.C. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi Başkanlığı. "2019 Yükseköğretim Kurumları Sınavı (YKS) Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu", Temmuz 2019.
6. T.C. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi Başkanlığı. "2018 Yükseköğretim Kurumları Sınavı (YKS) Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu", Temmuz 2018.
7. Hacettepe Üniversitesi Elektrik ve Elektronik Mühendisliği Bölümü. "ÖSYM Lisans Yerleştirme Sonuçları Analiz Sayfası" <http://web.ee.hacettepe.edu.tr/osym/index.php?selectedYear=2019&selectedUniversityCode=&selectedType=&selectedComparisonType=&selectedStatus=&selectedCombination=0&selectedShowQuotaNotFull=1&selectedKeyword1=i%FE+sa%F0l%FD%F0%FD+ve+g%FCvenli%F0i&selectedKeyword2=&selectedSortOrder=min> (13.12.2019)

TÜRKİYE'DE EĞİTİM KURUMLARIÖĞRENCİ İŞLERİ ÇALIŞANLARININ PSİKOLOJİK SERMAYE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ: İSTANBULÖRNEĞİ

Şenay KEÇECİ

Gedik Üniversitesi İş Sağlığı Güvenliği Bölümü Doktora Öğrencisi

Özet

Bireylerin çalışma hayatında karşılaştıkları zorluklar ve öngörmedikleri faktörler kimi zaman işlerine karşı soğukluk ve isteksizlik oluşturabilmekte ve zamanla ruh hallerini etkileyerek başarısızlığa neden olabilmektedir. Bu çalışmada stres ve iş yoğunluğunun yüksek olduğu eğitim kurumları öğrenci işleri çalışanlarının karşılaştıkları güç durumlarla nasıl mücadele ettikleri, psikolojik sermayelerinin hangi düzeyde olduğu ve psikolojik sermayelerinin sektörlerinde çalıştıkları süre boyunca nasıl değişim gösterdiği incelenmiştir. Araştırma, kişilerin olaylara ilişkin algı ve düşüncelerini içeren her türlü bilginin veri olarak değerlendirildiği nitel desenli olarak tasarlanmıştır. İstanbul ilinde bulunan devlet üniversiteleri ile özel üniversiteler ve çeşitli eğitim ve kurs merkezleri belirlenmiş yapılan görüşmeler sonucu araştırmada yer almayı kabul eden kurum ve çalışanlar ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Psikolojik sermaye kavramının kapsadığı alt başlıklar olan umut, dayanıklılık, öz yeterlilik ve dışadönüklük gibi bileşenlerin, çalışanların verimliliği, hizmet kalitesi, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti gibi faktörler üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmada öğrenci işleri çalışanlarının başlıca sorunlarının iş yükü fazlalığı, teknik ve donanımsal eksiksikler, çalışma ortamının fiziki koşullarının yetersiz olması, yönetim departmanının ayrımcılık içeren eylem ve davranışları olduğu görülmektedir.

Anahtar sözcükler: psikolojik sermaye düzeyi, pozitif psikoloji, öğrenci işleri çalışanları

Giriş

Psikolojik sermaye kavramı, pozitif psikolojideki teori ve araştırmalara dayanan kişilerin zayıflıklarından çok, güçlü yanlarının ortaya çıkarılması ve geliştirilmesiyle ilişkili bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır (1). Bu yeni yaklaşım ölçülebilen, geliştirilebilen ve yönetilebilen insan kaynaklarının pozitif biçimde yönlendirilmiş güçlü yönlerini ve psikolojik kapasitelerini araştırmaktadır (2).

Günümüz dünyasında hizmet sektöründe yaşanan rekabetin yüksek seviyelerde olması, insan kaynağını çalışma hayatının önemli bir faktörü haline getirmiştir. Çalışanların, çağımızda rekabet ortamında yarışabilecek yetkinliklere sahip olması artık bir tercih değil zorunluluk haline dönüşmüş olup global ve yerel ekonomik küçülmelerin etkisiyle işletmeler için mali hedeflerine ulaşmak, karlılıklarını artırmak kritik düzeyde önem taşımaktadır. Söz konusu değişim ve gelişmeler eğitim sektörü çalışanlarını da çeşitli alan ve seviyelerde etkilemektedir. Eğitim kurumları işletmelerinde, gerek artan rekabet gerekse küçülen ekonomik hacimler, artan iş yüküne karşın daha az sayıda çalışanın hizmet sunması anlayışını yaygınlaştırmıştır. Bu çalışmada, stres ve iş yoğunluğunun yüksek olduğu eğitim kurumları öğrenci işleri çalışanlarının karşılaştıkları güç durumlarla nasıl mücadele edebildikleri, psikolojik sermayelerinin hangi düzeyde olduğu ve psikolojik sermayelerinin sektörlerinde çalıştıkları süre boyunca nasıl değişim gösterdiği incelenmiştir. Psikolojik sermaye bileşenlerinin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği katılımcılarla yapılan görüşmeler aracılığıyla ortaya koyulmuş ve nasıl geliş-



tirilebileceğine dair bilgilere ulaşabilme imkânı elde edilmesi amaçlanmıştır.

Kavramsal Çerçeve

Psikolojik Sermaye Kavramı

Psikolojik sermaye, kişinin var olan veya potansiyel zor görevlerin üstesinden gelebilmesi konusunda hissettiği özgüven ile hedeflerine ulaşmada umut ve direnç gibi olumlu özellikler atfedilerek açıklanan pozitif bir ruh durumu olarak açıklanmaktadır (3). Psikolojik sermaye, işletmelerin küresel ölçekte rekabet kabiliyetlerini geliştirmesi ve sürdürmesinde, insan kaynaklarının üstlendiği önemli role vurgu yapmaktadır. Günümüz dünyasında yetenek yönetiminin her geçen gün önem kazanmasında psikolojik sermayenin de etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü çalışanların yetenek ve performansının yükselmesinin, psikolojik sermayenin sonuçlarından biri olarak kabul edilmektedir (4). Pozitif psikolojik sermaye kişisel bakımdan güçlü bir etki ve değişiklik yaratabilen bileşenlere sahiptir. Bu bileşenlerden olan umut, iyimserlik, öz-yeterlilik ve psikolojik dayanıklılık kişisel gelişim bakımından bireylerin olumlu, güçlü, başarılı, verimli davranışlar sergilenmesine yardımcı olmaktadır. Diğer bireylere kıyasla daha fazla pozitif psikolojik sermayeye sahip bireylerin örgütsel organizasyonlar ve süreçlerde daha farklı sorumluluk ve görevler üstlenebileceği söylenebilir. Bu sebeple örgütsel organizasyon tasarımları sırasında bu özelliklerin de göz önüne alındığı görülmektedir (5).

İşletmelerin sürdürülebilir rekabet avantajı yakalayamak ve örgütsel amaçlarına ulaşabilmek için insan kaynağını etkili bir şekilde kullanması psikolojik sermaye bakımından önem taşımaktadır (6). Günümüzde yapılan psikolojik sermaye araştırmaları bu kaynakların ölçülebilir olduğunu, örgütsel bakış açısıyla çalışanların bağlılığı, anlamlı işler yapmalarının desteklenmesi, anlamlı meşguliyetler ile örgütsel performansın artırıcı yönde kullanılabilmesi bakımından önemli olduğunu ifade etmektedir (7). Pozitif psikolojik sermayenin, bireylere fiziksel olarak sağlıklı olma gibi çıktılar sağlaması dışında diğer bir katkısı da iş doyumunu artırırken, tükenmişlik duygusunu azaltmasıdır. Çalışanın olumsuz ya da çalkantılı bir ruh haline sahip olması iş ortamına uyumunu zorlaştırmakta, yapılan işe konsantrasyonunu engellemekte bunun sonucunda da iş tatminsizliği, verim düşüklüğü, iş kazaları ve iş devamsızlıkta ar-

tış gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Kısaca, bireysel anlamda pozitif psikolojinin fiziki çıktıları fizyolojik ve psikolojik sağlık, kazanç artışı, yeni arkadaşlar edinme, fiziki olmayan çıktıları mutluluk, iş doyum, stres seviyesinin azalması, statü ve unvanı yükseliş, iletişim eksikliği ve tükenmişliğin ortadan kalkması, dengeli davranışlar sergileme eğilimi, duygu kontrolü, yaratıcılık ve motivasyonun, ilgi alanlarının, güvenin, rekabet edebilirlik duygusunun artması olarak ifade edilebilir (8).

Psikolojik Sermaye Çalışmaları ile İlgili Alan yazın Taraması

“Çinli İşçilerin Psikolojik Sermaye Düzeylerinin İncelenmesi” adlı yapılan bir çalışma 103 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Yaşları 22 ile 59 arasında değişen katılımcılardan 57’si erkek, 46’sı ise kadındır. Katılımcıların %292’u yönetici konumunda çalışmaktadır. Yapılan çalışma sonucu elde edilen bulgulara göre genel olarak psikolojik sermayeyi etkileyen boyutlar göz önüne alındığında iyimserliğin %17, yaratıcılığın %13, dayanıklılığın %13, özgüvenin %13, nezaket ve alçak gönüllülüğün %13, affedicilik ve şükran duygusunun %11, cesaretin %6, hırs ve umudun %5, öz sahiplenmenin %5, samimiyet veya içtenliğin %4 etkiye sahip olduğu ortaya çıkmıştır (9).

“İş, Zinde Olma ve Psikolojik Sermaye Arasındaki İliki” adlı, bir çalışma 7000 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %74’ünü çalışanlar, %3’ünü ise işsizler, % 21’ini ise çalışmadan gelir elde edenler, % 52’sini kadınlar, %48’ini erkekler oluşturmuştur. Ortaya çıkan sonuçlara göre, iş gücü piyasası ile işte iyi hissetme ve zinde olma arasında hassas bir ilişki bulunmuştur. Yapılan çalışma insanın psikolojik sermayesinin iş gücü piyasa durumunu önemli şekilde etkilediğini ortaya koymuştur. Ayrıca yaş, cinsiyet, medeni durum, ve çocuk sahibi olma gibi demografik değişkenlerin de iş gücü piyasa durumu açısından son derece önemli olduğu ortaya çıkmıştır (10).

“Pozitif Psikolojik Sermayenin İş Tavrı ve Davranışlarını Tahmin Etmede Kullanılan Pozitif İlave Değerleri” adlı, yapılan bir çalışmada, çalışma evrenini çeşitli sektörlerde çalışan 336 kişi oluşturmaktadır. Katılımcıların %38’i üst düzey yönetici konumundan çalışırken %60’ı yönetici konumunda çalışmamaktadır. Yapılan çalışma sonucu elde edilen bulgulara göre çalışanların psikolojik sermaye düzeylerinin demografik yapıları, pozitif davranışları ve işe uyumunda

önemli olduğu, organizasyon liderlerinin psikolojik sermayelerini geliştirmesinin bugün ve gelecekte karşılaşılan zorlukların aşılması bakımından son derece önemli olduğu ifade edilmektedir (11).

“Kadınların Girişimcilikle İlgili Yenilikçi Davranışlarında Psikolojik Sermayenin Rolü” adlı, yapılan bir çalışmada, çalışma evrenini yaşları 38 ile 40 arasında olan düşük eğitimli, yaşları 20 ile 60 arasında olan yüksek eğitimli 405 kadın girişimci oluşturmaktadır. Çalışma sonucunda elde edilen verilere göre yüksek yeterlilik ve iç kontrol odağına sahip kadınların girişimcilikle ilgili yenilik bakımından diğer kadınlara nazaran daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Ayrıca daha eğitimli kadınların özgüven ve yenilikçilik bakımından daha düşük eğitim seviyesine sahip kadınlara oranla kendilerine olan inançlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (12).

Psikolojik Sermaye Alt Bileşenleri

Psikolojik sermaye kavramındaki nitelikleri en iyi şekilde ifade eden dört boyut tespit edilmiş olup bu boyutlar; umut, iyimserlik, dayanıklılık ve öz yeterliliktir (13).

Umut kavramı iyi olma duygusu veren ve bireyin harekete geçmesi için bireyi güdüleyen bir özellik olarak ifade edilmektedir (14). Umut düzeyi yüksek olan bireyler, amaçlarını gerçekleştirmek için çözüm yolları arar, bazen olumsuz gibi görünen bir durumu dahi olumluya çevirmeye çalışabilir, olayları tüm yönleriyle ele almaya çaba gösterirler (15). Umut kavramı sadece amaç odaklı enerji olup istemeyi değil, yanı sıra amaca ulaşabilmek için bir yol olan metodu da kapsamaktadır. Bu metot, istenilen amaçlara ulaşmada karşılaşılan zorlukların üstesinden gelme ve alternatif çözümler bularak motive olma noktasında da kritik önem taşımaktadır (16). Yapılan bazı çalışmalar, umut düzeyi yüksek kişilerin kendilerine olan güvenleriyle yüksek başarı olasılığına sahip kararlı planlar geliştirdiklerini, öncelikli plana ek olarak, asıl planın çeşitli nedenlerle yürümemesine karşı alternatif planları da efektif biçimde geliştirdiklerini ortaya koymuştur (17).

Dışa dönüklük insanların sosyal özelliklerini kapsayan, sosyal çevre ile iletişimde halinde olma, girişimde bulunabilme, rahat ve doğal davranışlarda bulunmayı içermektedir (18). Dışadönük bireylerin iyimser ve coşkulu, sevinçli, çevreleri ile kolaylıkla uyum sağladığı, diğer bireyler ile etkili iletişim ku-

rabilen, örgüt içerisinde kolaylıkla takım kurabilen bireyler oldukları görülür (19). Dışa dönük bireylerin başarıya ulaşmak için kaynakların bulunması ve kullanılmasında diğer üyelere öncülük ettiği görülmektedir (20). Eğitim örgütlerinin dışadönüklük düzeyi yüksek bireylerinin, öğrencileri ile daha fazla ilgilediği öğrencilerinin problemlerini çözmek için gerektiğinde tüm makamlara başvurduğu, diğer bireylerle yeni fikirleri paylaşarak çözüm önerileri sağladığı ve çalışma iklimine pozitif anlamda katkılar sağladığı görülmektedir (21).

Öz yeterlilik, kişinin kendisine verilen görevleri başarıyla yerine getirmek için motivasyonu, bilişsel kaynakları ve hedeflerine ulaşmak için gereken davranış biçimini harekete geçirebilme yeteneklerine olan inancı ya da güveni olarak ifade edilmektedir. Öz yeterlilik teorik bir yanı olmasıyla itibarıyla, kavram önce bir durum olarak desteklenmiş ve ölçülmüş ve psikolojik sermayenin temel unsurlarından biri olarak değerlendirilmiştir (22). Bireylerin öz yeterlilik inançları, kendileri için belirledikleri amaçlar ve bu amaçlara ulaşabilmek için ne kadar çaba harcayacaklarını, amaçlarına ulaşma yolunda karşılaştıkları zorluklarla ne kadar süre yüz yüze kalabilecekleri ve başarısızlıkla karşılaşma halinde gösterecekleri tepkileri de etkileyebilmektedir. Kişinin yaşadığı olumlu ve başarılı deneyimler kendisiyle ilgili güçlü inançlar geliştirmesini sağlar ayrıca bireyin önceden bir yeterlilik duygusu geliştirmiş olması, karşılaştığı bir başarısızlık durumunda inancı sarısa bile mücadele duygusunu yok edemeyip, yeniden başarılı olma çabasını kendinde bulabilecektir (23).

Dayanıklılık kişinin engel, belirsizlik vb. gibi olumsuz durumlarla başa çıkma yeteneği ve başarılı olma durumu olarak ifade edilmektedir. Dayanıklılığın unsurları gerçeğin olduğu biçimde kabul edilmesi, derin bir inanç ve güçle benimsenen değerlerle desteklemesi, hayatı anlamlı kılma yeteneği olarak sıralanmaktadır. Maddi ya da manevi streslerle başa çıkma ve çaba gösterme için psikolojik dayanıklılıkta temel anahtarın psikolojik olarak sağlamlık olduğu ifade edilmektedir. Dayanıklılık seviyesi yüksek olan bireylerin, yüksek stresli bir çevrede dahi iyi olma özelliklerini devam ettirmektedirler. Aynı zamanda bireylerin, kendilerini değiştirmek durumunda kalsalar dahi duygusal, bilişsel ve davranışsal bakımdan kendilerini gerçekleştirmeye çabaladıkları görülmektedir (24).



Araştırmanın Metodolojisi

Araştırmanın Amacı

Yapılan çalışmanın amacı eğitim sektöründe öğrenci işleri ofisi çalışanlarının psikolojik sermaye kavramına olan bakış açısı ve düşüncelerini belirlemek, bu kapsamda tespit edilen mevcut sorunlara olası çözüm önerileri sunmaya çalışmak yanı sıra psikolojik sermaye kapsamında genel bir değerlendirme yapmaktır.

Araştırmanın Örneklemi ve Yöntemi

Bu amaçla İstanbul ilinde bulunan devlet üniversiteleri ile özel üniversiteler ve çeşitli eğitim ve kurs merkezleri belirlenmiş yapılan görüşmeler sonucu araştırmada yer almayı kabul eden kurum ve çalışanlar ile araştırma gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama

Araştırma, belirli amaçlar doğrultusunda gözlem ve görüşme gibi çeşitli teknikler yoluyla elde edilen ve kişilerin olaylara ilişkin algı ve düşüncelerini içeren her türlü bilginin veri olarak değerlendirildiği nitel desenli olarak tasarlanmıştır (25). Katılımcıların psikolojik sermaye düzeylerine dair görüşlerinin analiz edilebilmesi için derinlemesine görüşme tekniği ile nitel veriler elde edilmiştir. Katılımcıların çalışmakta olduğu kurumlardan alınan randevuların düzenlenmesinin ardından çalışma yarı yapılandırılmış görüşmeler şeklinde gerçekleştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi nitel araştırmalarda en sık kullanılan veri toplama araçlarından biridir. Yöntemin etkili ve verimli bir şekilde kullanılabilmesi temel özelliklerinin, güçlü ve zayıf yanlarının iyi anlaşılmasını gerektirmektedir. Görüşmeye başlamadan önce verilere ulaşmayı kolaylaştıracak bir görüşme formunun hazırlanması görüşme sürecinde göz önünde bulundurulması gereken ilkeleri bilmeyi gerektirir. Yarı yapılandırılmış görüşmeler incelenecek soruların listesini kapsamakta olup, bu yöntem benzer konularda olmak suretiyle farklı kişilerden aynı tür bilgilerin alınmasını amaçlamaktadır (26). Bu yöntemde araştırmacı hem önceden hazırladığı soruları sorabilme hem de bu sorular hakkında ayrıntılı bilgi almak amacıyla ek sorular sorma imkanına sahiptir. Soruların belirli bir öncelik sırasında olmasının zorunlu olmadığı derinlemesine görüşme tekniği, araştırma problemi ile ilgili tüm boyut ve soruların kapsamını güvence altına almak için geliştirilmiş bir yöntemdir (27).

Bulgular

Katılımcıların her birine psikolojik sermaye kavramının tanımı yapılmış ve psikolojik sermaye bileşenleri açıklanmış ardından sonra 20 ile 30 dakika arasında değişen sürelerde görüşülmüş ve katılımcıların vermiş olduğu yanıtlar analiz edilerek değerlendirilmiştir. Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo:1'de yer almaktadır. Çalışmaya katılan 28 katılımcıdan 1 yıldan az sürede sektörde çalışanların sayısı 5, 1-5 yıl arası çalışanların sayısı 15, 5-10 yıl arasında çalışanların sayısı 6, 10 yıl ve daha uzun süre çalışanların sayısı ise 2'dir. Katılımcı grubunu 17 kadın, 11 erkek çalışan olmak üzere 28 çalışan oluşmaktadır.

Tablo1: Katılımcıların demografik bilgileri

No	Katılımcı	Cinsiyet	Yaş	Sektörde Çalışma Süresi
1	K1	Kadın	19	1 yıldan az
2	K2	Erkek	26	2 yıl
3	K3	Kadın	28	4 yıl
4	K4	Kadın	34	6 yıl
5	K5	Erkek	29	3 yıl
6	K6	Kadın	22	1 yıl
7	K7	Kadın	26	2 yıl
8	K8	Kadın	36	2 yıl
9	K9	Erkek	33	4 yıl
10	K10	Erkek	38	8 yıl
11	K11	Kadın	42	12 yıl
12	K12	Kadın	27	1 yıldan az
13	K13	Kadın	33	2 yıl
14	K14	Erkek	24	1 yıl
15	K15	Kadın	23	1 yıldan az
16	K16	Erkek	27	2 yıl
17	K17	Kadın	20	1 yıldan az
18	K18	Erkek	39	5 yıl
19	K19	Kadın	43	8 yıl
20	K20	Erkek	41	6 yıl
21	K21	Kadın	25	2 yıl
22	K22	Kadın	28	3 yıl
23	K23	Erkek	45	10 yıl
24	K24	Kadın	40	7 yıl
25	K25	Erkek	23	1 yıldan az
26	K26	Erkek	29	2 yıl
27	K27	Kadın	26	3 yıl
28	K28	Kadın	44	6 yıl

Tablo 2: Psikolojik Sermaye Bileşenlerinin Yönleri ve Katkıları

Boyut	Yön	Katkı
Öz yeterlik	Şimdiki zaman ve gelecek odaklı	Zorluklara karşı açık olma ve amaç doğrultusunda çaba sarf etme isteğine sahip olunması
Dışa dönüklük	Şimdiki zaman ve gelecek odaklı	Amaçların oluşturulması ve bu amaçlara ulaşılması
Umut	Gelecek odaklı	İstenmeyen olayların, olumsuz etki ve sonuçlarına karşı koruma; istenen olayların sonucunda meydana gelen durumların pozitif etkilerini artırma
Dayanıklılık	Geçmiş ve şimdiki zaman odaklı	Geçmişteki veya şimdiki zamandaki istenmeyen olayların, olumsuz faktörlerinin iyileştirilmesi ve var olan durumun korunması

Kaynak: Polatçı, 2014

Tablo 3: Araştırma soruları

Boyut	Öz yeterlik	Araştırma soruları
Yön	Şimdiki zaman ve gelecek odaklı	- Öğrenci işleri bölümü çalışanı olarak yaptığınız işin tüm nitelik ve gereksinimlerine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz? - İşinizle ilgili karşılaştığınız zorluklarda kimlerden yardım almanız gerektiğini biliyor musunuz? - Sizde bir eğitim kurumunda öğrenci işleri ofisinde çalışıyor olmak psikolojik sermaye kavramı bakımından size uygun mu?
Katkı	Zorluklara karşı açık olma ve amaç doğrultusunda çaba sarf etme isteğine sahip olunması	
Boyut	Psikolojik dayanıklılık	- İşinizde karşılaştığınız sorunlar sizi daha azimli olmaya mı sevk ediyor yoksa işinizden uzaklaştırıyor mu? - Çalışmaya başladığınız dönemden şimdiye kadar geçen süreçte psikolojik sermayenizin güçlendiği ya da zayıfladığını düşünüyor musunuz? - Psikolojik sermayenizi geliştirmek adına kişisel çalışmalarda bulunuyor musunuz?
Yön	Geçmiş ve şimdiki zaman odaklı	
Katkı	Geçmişteki veya şimdiki zamandaki istenmeyen olayların, olumsuz faktörlerinin iyileştirilmesi ve var olan durumun korunması	
Boyut	Dışa dönüklük	- Çalışma ortamı, öğrenciler, iş arkadaşları, yöneticiler psikolojik sermayenizi pozitif veya negatif olarak nasıl etkiliyor? - Çalıştığınız kurumda bir problem olduğunda gerekirse iş arkadaşlarınız, yöneticileriniz veya ilgili kimselerle konu hakkında görüşme fikri sizin için uygun mu? - Çalışma ortamında gerçekleştirdiğiniz iş ve işlemler ile ilgili olarak bir grubu bilgilendirmeniz gerekirse bunu rahatlıkla ve kolayca yapabileceğinizi düşünüyor musunuz?
Yön	Geçmiş ve şimdiki zaman odaklı	
Katkı	Amaçların oluşturulması ve bu amaçlara ulaşılması	
Boyut	Umut	- Çalışma ortamında karşılaştığınız veya karşılaşılabileceğiniz tüm sorunları çözdüğünüzü veya bir şekilde çözebileceğinizi düşünüyor musunuz? - Çalışma hayatınızda kendiniz için belirlediğiniz hedeflere ulaşma yolunda olduğunuzu düşünüyor musunuz? - Kendinizi şu an da işinizde başarılı buluyor musunuz?
Yön	Gelecek odaklı	
Katkı	İstenmeyen olayların, olumsuz etki ve sonuçlarına karşı koruma; istenen olayların sonucunda meydana gelen durumların pozitif etkilerini artırma	



Tablo 2’de yer alan psikolojik sermaye kavramının öz yeterlilik, umut, dışa dönüklük ve dayanıklılık bileşenlerinin yönleri ve katkıları kapsamında katılımcılara yöneltilen sorular Tablo 3’te yer almaktadır.

Yapılan görüşmelerde psikolojik sermaye kavramının katılımcıların büyük bir kısmında ilgi uyandırdığı ve soruları içtenlikle yanıtladıkları görülmüştür.

Psikolojik sermaye kavramının dışa dönüklük boyutunu değerlendiren;

Çalışma ortamı, öğrenciler, iş arkadaşları, yöneticiler psikolojik sermayenizi pozitif veya negatif olarak nasıl etkiliyor? sorusuna K1, K3, K4, K11, K15, K18, K19, K20, K22, K25, K26 kodlu katılımcılar olumlu, K3, K8, K13, K15, K21 ve K25 kodlu katılımcılar ise olumsuz yönde yanıtını vermiştir.

Çalıştığınız kurumda bir problem olduğunda gerekirse iş arkadaşlarınız, yöneticileriniz veya ilgili kişilerle konu hakkında görüşür müsünüz? sorusuna K5, K6, K10, K16, K17, K21, K24 kodlu katılımcılar hayır, K1, K4, K7, K9, K13, K14, K18, K20, K25, K26 kodlu katılımcılar evet, diğer katılımcılar ise kararsız oldukları yönünde cevap vermiştir.

Çalışma ortamında gerçekleştirdiğiniz iş ve işlemler ile ilgili olarak bir grubu bilgilendirmeniz gerekirse bunu rahatlıkla ve kolayca yapabileceğinizi düşünüyor musunuz? sorusuna K1, K4, K7, K20, K25, K11, K15, K18 kodlu katılımcılar evet, K3, K5, K8, K10, K13, K17, K25 kodlu katılımcılar hayır, diğer katılımcılar kararsız oldukları yönünde cevap vermiştir.

Psikolojik sermaye kavramının umut boyutunu değerlendiren;

Çalışma ortamında karşılaştığınız veya karşılaşılabileceğiniz tüm sorunları çözdüğünüzü veya bir şekilde çözebileceğinizi düşünüyor musunuz? sorusuna K1, K8, K9, K12, K14, K20, K22, K23, K26, K28 evet, K5, K6, K10, K13, K15, K18, K25, K27 kodlu katılımcılar hayır, diğer katılımcılar ise kararsız oldukları yönünde cevap vermiştir.

Çalışma hayatınızda kendiniz için belirlediğiniz hedeflere ulaşma yolunda olduğunuzu düşünüyor musunuz? sorusuna K1, K3, K4, K7, K8, K11, K14, K17, K19, K20, K22, K25, K26 kodlu katılımcılar evet, K2, K5, K6, K7, K10, K13, K16, K18, K21, K24 kodlu katılımcılar hayır, diğer katılımcılar ise kararsız oldukları yönünde cevap vermiştir.

Kendinizi şu an da işinizde başarılı buluyor musu-

nuz? sorusuna K1, K3, K8, K9, K11, K12, K14, K17, K20, K22, K26, K28 kodlu katılımcılar evet, K2, K5, K10, K13, K15, K18, K21, K24, K27 kodlu katılımcılar hayır diğer katılımcılar ise kararsız oldukları yönünde yanıt vermiştir.

Psikolojik sermaye kavramının psikolojik dayanıklılık boyutunu değerlendiren;

İşinizde karşılaştığınız sorunlar sizi daha azimli olmaya mı sevk ediyor yoksa işinizden uzaklaştırıyor mu? sorusuna K2, K3, K4, K6, K8, K12, K14, K15, K19, K21, K23, K26, K28 kodlu katılımcılar daha azimli olmaya K1, K5, K7, K11, K13, K16, K17, K25 kodlu katılımcılar işlerinden uzaklaşmaya sevk ettiğini diğer katılımcılar ise kararsız oldukları yönünde yanıt vermiştir.

Çalışmaya başladığınız dönemden şimdiye kadar geçen süreçte psikolojik sermayenizin güçlendiği ya da zayıfladığını düşünüyor musunuz? sorusuna; K2, K4, K9, K10, K14, K19, K20, K22, K23, K24, K26, K27, K28 kodlu katılımcılar güçlendiği K1, K3, K6, K8, K13, K16, K18, K21, K23 kodlu katılımcılar zayıfladığı diğer katılımcılar ise kararsız olduklarını yönünde diğer katılımcılar ise güçlendiği yönünde yanıt vermiştir.

Psikolojik sermayenizi geliştirmek adına kişisel çalışmalarla bulunuyor musunuz? sorusuna K2, K4, K6, K8, K9, K12, K14, K15, K19, K22, K24, K26, K28 kodlu katılımcılar evet diğer katılımcılar ise hayır şeklinde yanıt vermiştir.

Psikolojik sermaye kavramının öz yeterlilik boyutunu değerlendiren;

Öğrenci işleri bölümü çalışanı olarak yaptığımız işin tüm nitelik ve gereksinimlerine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz? sorusuna K2, K4, K6, K8, K10, K11, K15, K16, K19, K20, K23, K24, K27, K28 kodlu katılımcılar evet, K1, K5, K7, K12, K13, K14, K17, K21, K22 kodlu katılımcılar hayır diğer katılımcılar kararsız oldukları yönünde yanıt vermiştir.

İşinizle ilgili karşılaştığınız zorluklarda kimlerden yardım almanız gerektiğini biliyor musunuz? sorusuna K2, K4, K6, K8, K9, K10, K15, K18, K19, K20, K23, K24, K27, K28 kodlu katılımcılar evet K1, K7, K12, K13, K16, K17, K22, K25 kodlu katılımcılar hayır diğer katılımcılar kararsız oldukları yönünde yanıt vermiştir.

Sizce bir eğitim kurumunda öğrenci işleri ofisinde çalışıyor olmak psikolojik sermaye kavramı bakımından



size uygun mu? sorusunu; K3, K4, K6, K9, K10, K11, K15, K18, K19, K20, K23, K24, K26, ve K28 kodlu katılımcılar evet yanıtını, K5, K7, K12, K16, K17, K25 kodlu katılımcılar hayır, diğer katılımcılar ise kararsız oldukları şeklinde yanıtlamaktadırlar.

Tartışma

Çalışma ortamı, öğrenciler, iş arkadaşları, yöneticiler psikolojik sermayenizi pozitif veya negatif olarak nasıl etkiliyor? sorusuna pozitif olarak etkiliyor yanıtını veren katılımcılar, yöneticilerin yürütülen iş ve işlem süreçlerinde sadece onay mekanizması olmayıp aynı zamanda lider motivasyonu ile hareket ettiğini, bu tutumunda psikolojik sermaye bakımından kendilerini olumlu bir şekilde etkilediğini, ayrıca yine bu grupta yer alan katılımcıların, öğrencilerin bir çoğunu ismen tanıdıklarını, öğrencilerle ders dışı konularda da sohbet ettiklerini, öğrencilerle iletişim halinde olmanın kendilerini psikolojik sermaye bakımından olumlu yönde etkilediğini ifade etmektedirler. Aynı soruya, negatif yönde etkiliyor yanıtını veren katılımcılar ise çalışma ortamında, çalışma koşulları ve hizmet kalitesinin artmasında iş arkadaşları ve yöneticilerin ekip ruhunu benimsemesinin çalışanların her birinin psikolojik sermayesini pozitif yönde etkileyebileceği fakat çalışma ortamında bunun aksi yönünde bir atmosfer olduğu, dolayısıyla olumsuz olarak etkilendiklerini ifade etmektedirler. Negatif yönde etkiliyor yanıtını veren katılımcılardan bazıları öğrenciler ve gençlerle iletişim halinde olmanın kendilerini yordugunu özellikle gençlerin tutum ve davranışlarında dengesizlik ve tutarsızlıklar olduğunu ve mümkün olduğunca asgari seviyede iletişim kurmak istediklerini ifade etmektedirler.

Sizce bir eğitim kurumunda öğrenci işleri ofisinde çalışıyor olmak psikolojik sermaye kavramı bakımından size uygun mu? sorusuna evet yanıtını veren katılımcıların, psikolojik sermaye kavramının öz yeterlilik boyutunun yüksek, hayır yanıtını verenlerin ise düşük olduğu görülmüştür. Evet yanıtını veren katılımcılar, öğrenci işleri ofisinde yürütülen iş ve işlemlerin, genç bireylerle yoğun ve çoğu zaman yüz yüze iletişim kurmayı gerektirmesi itibarıyla öğrenci-personel ilişkisinde gereken uyum ve beceriye sahip olduklarını ve bunu geliştirmek için gereken çabayı göstermeye gönüllü olduklarını ifade etmektedirler. Hayır yanıtını veren katılımcıların bazıları çalışma ortamının fiziksel özelliklerinin yetersizliği, öğrenci ya da idari

personelin talep ettiği iş ve işlemlerin bir takım teknik ve donanımsal eksikliklerin giderilmemesi nedeniyle seri ve hızlı bir şekilde gerçekleştirilememesi dolayısıyla baskı ve stres altındahissettiklerini ifade etmektedirler.

Çalışmaya başladığınız dönemden şimdiye kadar geçen süreçte psikolojik sermayenizin güçlendiği ya da zayıfladığını düşünüyor musunuz? sorusuna zayıfladığını düşünüyorum yanıtını veren katılımcılar, çalışma hayatında sektör değiştirmeyi planladıklarını, öğrenci işleri ofisinde yürütülen iş ve işlemlerin genç bireylerle yoğun ve çoğu zaman yüz yüze iletişim kurmayı gerektirmesi itibarıyla öğrenci-personel ve personel-personel ilişkisinin sağlıklı yürütülmesinin çalışma ortamının en önemli motivasyon unsuru olduğunu belirtmişlerdir. Yönetimin öğrencilere karşı dürüst ve şeffaf davranmayıp kayıt döneminin sona ermesinin ardından öğrenci taleplerine cevap vermeyip öğrencilerin karşılanmayan taleplerinin çalışanlardan kaynaklandığı imajının yaratıldığını ve artık sürekli kendilerini ifade etmeye çalışmaktan rahatsızlık duyduklarını ifade etmektedirler. Kayıt öncesi, eğitime dair bilgilendirmenin yapıldığı yüz yüze görüşmelerin öğrenci işleri çalışanlarıyla yapılıyor olması ve eğitim sonunda veya eğitim süresi boyunca karşılaşılan olumsuzluklar, meydana gelen değişimlerle ilgili olarak yine öğrenci işleri çalışanların muhatap gösterilmesi bir anlamda kendilerinin sorunlarla baş başa bırakılıyor olması, çalışanlarda bıkkınlık ve haksız olarak suçlanıyor olma hissi uyandırmaktadır.

Çalıştığınız kurumda bir problem olduğunda gerekirse iş arkadaşlarınız, yöneticileriniz veya ilgili kimselerle konu hakkında görüşür müsünüz? sorusuna hayır yanıtını veren katılımcılar geçmişte yaşadıkları olumsuz deneyimler nedeniyle çalışma ortamında meydana gelebilecek bir sorunla ilgili olarak iş arkadaşları ya da yöneticileriyle görüşmeyeceklerini ifade etmiştir. Çalışma ortamında doğru ve sağlıklı ilerleyen bir iletişim atmosferi olmaması nedeniyle, bir sorunu çözerek yardım etmek isterken yanlış anlaşıldıkları bu nedenle uzak durmayı tercih ettiklerini, çalışma ortamında açık ve şeffaf bir iletişim anlayışının olmaması sebebiyle çalışma arkadaşlarıyla ekip ruhu oluşturamadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışma ortamında karşılaştığınız veya karşılaşılabileceğiniz tüm sorunları çözdüğünüzü veya bir şekilde çözebileceğinizi düşünüyor musunuz? sorusuna hayır yanıtını veren katılımcılar henüz yeterince



deneyim kazanmadıkları, sektörde çalışmaya başladıkları ilk dönemlerde karşılaştıkları tüm problemleri çözebileceklerini düşünmekteyken şu an da bazı problemleri çözemeyeceklerini düşünmektedirler. Bu düşünce katılımcıların yaşadığı olumsuz deneyimler nedeniyle oluşmuştur. Bu grupta yer alan katılımcılardan biri, çalıştığı eğitim kurumunda yöneticilerden birinin öğrenci lehine kural ihlali yapılmasına göz yumduğunu, katılımcının bunun etik olmadığını belirtmesi üzerine istiyorsa işten ayrılabilceğini söyleyerek mobbing uygulamıştır. Bu deneyimin ardından katılımcı çalıştığı eğitim kurumundan ayrılmış ve tüm sorunları çözebileceğine dair mesleğe başladığı ilk zamanlardaki inancını kaybettiğini ifade etmiştir. Soruya evet yanıtını veren katılımcılar ise sorunları çözmekte öncelikle sorunun net olarak ortaya konulması ve doğru insan, doğru zaman, doğru iletişim yöntemi kullanarak karşılaşılabilecekleri sorunları çözebileceklerini düşünmektedirler.

Psikolojik sermayenizi geliştirmek adına kişisel çalışmalarında bulunuyor musunuz? sorusuna evet yanıtını veren katılımcılar güçlü bir psikolojik sermayeye sahip olmanın hem iş hem özel hayatlarında kendilerine adeta kuvvetli bir duygusal bağımsızlık sistemi sağladığını ifade etmektedirler. Bu amaçla belirli periyotlarla sosyal ve kültürel etkinliklere katılmanın, doğada vakit geçirmenin, çeşitli spor faaliyetlerinde bulunmanın kendilerini yenileme imkanı sağladığını ifade etmektedirler.

Sonuç

Yapılan çalışmada öğrenci işleri çalışanlarının psikolojik sermaye düzeyi, psikolojik sermaye bileşenleri olan umut, dayanıklılık, öz yeterlilik ve dışa dönüklük kavramlarını kapsayan sorular yöneltilerek değerlendirilmiştir. Yapılan alanyazın taramasında öğrenci işleri çalışanlarının psikolojik sermaye kavramı bakımından değerlendirilmediği görülmüştür. Bu çalışma ile söz konusu çalışanlarda psikolojik sermaye bileşenlerini etkileyen olgular irdelenmiş ve gelecekte yapılacak araştırmalara yeni bir bakış açısı kazandırılması hedeflenmiştir.

Yapılan görüşmelerde psikolojik sermaye bakımından çalışanları olumsuz etkileyen unsurların; kurum ve ya personelden kaynaklanan gerekçelerle işten çıkan ve ya çıkarılanların yerine yeni personel istihdam edilmemesi bu sebeple çalışma sürelerinin artması ve çoğu zaman fazla mesai yapmak zorunda

birakılmaları, bazı yöneticilerin görev dağılımında adiliyet unsurunu gözetmemeleri, çalışma ortamının fiziki koşullarının yetersiz olması, yönetim departmanının ayrımcılık içeren eylem ve davranışları olduğu görülmektedir.

Yöneticilerden takdir görme, çalışma ortamında etik kurallara riayet edilmesi ve cinsiyet, etnik köken veya siyasi görüşler sebebiyle ayrımcılık ve mobbinge maruz kalmama gibi unsurların ise psikolojik sermaye bakımından çalışanları güçlendiği ve bu koşulların çalışanların verimli bir şekilde çalışmalarını sürdürmelerinde etkili olduğunu görülmektedir.

Bireylerin çalışma hayatında karşılaştıkları zorluklar ve öngörmedikleri faktörler kimi zaman işlerine karşı soğukluk ve isteksizlik oluşturabilmekte ve zamanla bireylerin ruh hallerini etkileyerek başarısızlığa neden olabilmektedir. Kimi zaman ise çalışanların işlerini severek yapması, zorluklarla mücadele edebilecek güce sahip olması ve başarıyı da getirebilmektedir. Bu noktada eğitim kurumları öğrenci işleri çalışanlarının, çalışma koşullarının diğer sektörlerle nazaran psikolojik sermaye bakımından daha fazla yıpranmaya sebep olduğu, öğrenciler ve idari yapı arasında kalıp tarafların birbirlerine karşı yüz yüze ifade edemedikleri durumları öğrenci işleri çalışanlarına yansıtması fakat çalışanların bu yıpranmanın aksine bir tutum geliştirmek zorunda kalmalarının yıpratıcı olduğunu söylemek mümkündür. Psikolojik sermaye kavramının umut, dayanıklılık, öz yeterlilik ve dışa dönüklük bileşenlerinin öğrenci işleri çalışanların verimliliği, hizmet kalitesi, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti gibi faktörler üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

Kaynaklar

1. Seligman, Martin E. P., Csikszentmihalyi, Mihaly. (2000), "Positive Psychology", American Psychologist, Vol. 55, p. 5-14.
2. Turner, Nick - Barling, Julian - Zaharatos, Anthea (2002), "Positive Psychology at Work", C. Rirk Snyder - Lopez, Shane (Ed.), Handbook of positive psychology, Oxford, UK: Oxford University Press, p. 715-728.
3. Luthans, F., C. M. Youssef, (2004). "Human, Social, and Now Positive Psychological Capital Management: Investing in People for Competitive Advantage", Organizational Dynamics, ss. 143-160.
4. Luthans, F., Jensen S. M., (2002) "Hope: A New Positive Strength for Human Resource Develop-

- ment”, Human Resource Development Review, 1, 304-322.
5. Mohan, Subramaniam, Mark A. Youndt. (2005). “The Influence Of Intellectual Capital On The Types Of Innovative Capabilities.” Academy of Management Journal 48.3: 450-463.
 6. Luthans, F., Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Liw. (2005). The psychological capital of Chinese workers: Exploring the relationship with performance. Management and Organization Review, 1, 247-269.
 7. Money Kevin Carola Hillenbrand, Nuno Da Camara. (2008). “Putting Positive Psychology To Work In Organisations.” Journal of General Management 34.2 :21-36.
 8. Nazim Ali, Arshad Ali. (2014). “The Mediating Effect Of Job Satisfaction Between Psychological Capital And Job Burnout Of Pakistani Nurses.” Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences 8.2: 399- 412.
 9. Han Y, Brooks I, Kakabadse NK, Peng Z, Zhu Y (2012). A Grounded Investigation of Chinese Employees’ Psychological Capital. Journal of Managerial Psychology, 27(7), 669-695.
 10. Kenneth C, Anne D, Anita M (2009). Good for the soul: The relationship between work, wellbeing and psychological capital, The Journal of Socio-Economics 38 p: 464-474.
 11. Avey JB, Wersing T, Luthans F (2008). Can Positive Employees Help Positive Organizational Change? Impact of Psychological Capital and Emotions on Relevant Attitudes and Behaviors, The Journal of Applied Behavioral Science, 44(1), 48-70.
 12. Sundey SB, (2009). Women Entrepreneurial Innovative Behaviour: The Role of Psychological Capital, international journal of business and management vol. 4. No. 11.
 13. Karacaoğlu, K. & İnce, F. (2013). “Pozitif Örgütsel Davranışın Örgütsel Sinizm Üzerindeki Etkileri: Kayseri İlindeki İmalat Sanayi İşletmelerinde Bir Uygulama”, Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF Dergisi, 18(1): 181-201.
 14. Keleş, H., (2011), “Pozitif Psikolojik Sermaye: Tanımı, Bileşenleri Ve Örgüt Yönetimine Etkileri” Organizasyon Ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 3,2.
 15. Erkmén T. & Esen, E. (2013). “Psikolojik Sermaye Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması”, Öneri, 10(39): 23-30.
 16. Çetin, F. Basım, N. (2012), “Örgütsel Psikolojik Sermaye: Bir Ölçek Uyarlama Çalışması”, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 45, Sayı 1, Mart, S.121-137.
 17. Snyder, C. Rick - Sympson, Susie C. - Ybasco, Florence C. - Borders, Tyrone F. - Babyak, Michael A. - Higgins, Raymond L. (1996), “Development and Validation of the State Hope Scale”, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 70, No: 2, p. 321-335.
 18. İyem, C. ve Etol, E. (2013). Mesleki yönelimlerde bireylerin kişilik ve demografik özelliklerinin rolü; Sakarya Üniversitesi İşletme Bölümü örneği. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, 5(1), 137-146.
 19. Korkmaz, İ., Akbaşlı, S., ve Saban A. (2004). Göreve yeni başlayan sınıf öğretmenlerinin karşılaştıkları güçlükler. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi, 10(2), 266-277
 20. Pişkin M. (2004). “İçedönük ve Dışadönük Kişilik Yapısı.” Y. Kuzgun ve D. Deryakulu (Ed.), Eğitimde bireysel farklılıklar (ss.199-238). Ankara: Nobel Dağıtım.
 21. Tösten R. (2015) Öğretmenlerin pozitif psikolojik sermayelerine ilişkin algılarının incelenmesi. Doktora Tezi. Gaziantep Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Gaziantep.
 22. Maurer, T. J., & Pierce, H. R. (1998). A comparison of Likert scale and traditional measures of self-efficacy. Journal of Applied Psychology, 83: 324-329.
 23. Bandura, A. (2004). “Swimming Against the Mainstream: The Early Years from Chilly Tributary to Transformative Mainstream”, Behavior Research and Therapy, 42, 613-630.
 24. Terzi, Ş. (2006). Kendini toparlama gücü ölçeğinin uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(26), 77-86.
 25. Leech ve Onwuegbuzie, 2007 Leech, N. L., Onwuegbuzie, A. J. (2007). An Array of Qualitative Data Analysis Tools: A Call For Data Analysis Triangulation. School Psychology Quarterly, 22, 557-584.
 26. Polatçı, S. (2014: 118), “Psikolojik Sermayenin Görev ve Bağlamsal Performans Üzerindeki Etkileri: Polis Teşkilatında Bir Araştırma”, Ege Akademik Bakış Dergisi, 14(1): 115-124.
 27. Yıldırım A. ve Şimşek, H. (2008). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, (6.Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.



MESLEKİ

KARDİOVASKÜLER

HASTALIKLAR

Nazan AKEL

Uzm. Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı

Uğur Nadir KARAKULAK

Doç.Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Kliniği

Özet

Kardiyovasküler hastalıklar en önemli ölüm nedenleri arasında sayılmaktadır. Risk faktörleri ile mücadele edilerek yüksek oranda engellenebilir hastalıklardır. KVH için kabul edilen değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörlerinin yanı sıra mesleki maruz kalımlarda önemli risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Bazı kimyasallara, fiziksel etkenlere ve psikolojik stres kaynaklarına maruz kalım önemli mesleki risk faktörlerindendir. Bu derlemede; kardiyovasküler hastalıklar için mesleki ve çevresel risk faktörleri olan fiziksel, kimyasal, psikososyal ve diğer risk faktörleri ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Ayrıca kardiyovasküler hastalıkların iş yaşamına etkisi, kardiyovasküler hastalıklar sonrası işe dönüşün değerlendirilmesi, iş hayatının da kardiyovasküler hastalıklar üzerine olan etkisinden bahsedilmiştir. Kardiyovasküler hastalıklarda işe dönüş ve işe uygunluğun değerlendirilmesi için yeni kılavuzlara ihtiyaç vardır. Çalışanların kardiyovasküler hastalıklar sonrası işe dönüşlerinde entegrasyonu destekleyici stratejiler geliştirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Kardiyovasküler hastalıklar, mesleki maruz kalım

Abstract

Cardiovascular diseases are one of them important causes of death. They are highly preventable diseases by combating risk factors. In addition to the modifiable and non-modifiable risk factors for CVD, occupation and exposures are important risk factors, too. Exposure to chemicals, physical agents and psychological stress are important occupational risk

factors. In this review; Physical, chemical, psychosocial and other risk factors, which are occupational and environmental risk factors for cardiovascular diseases, are discussed in detail. In addition, the effect of cardiovascular diseases on working life, the evaluation of returning to work after cardiovascular diseases, and the effect of working life on cardiovascular diseases are mentioned. New guidelines are needed for the assessment of return to work and fitness in cardiovascular diseases. Integration-supportive strategies should be developed for employees to return to work after cardiovascular diseases.

Keywords: Cardiovascular diseases, occupational exposure

Giriş

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) önde gelen küresel ölüm nedenlerindendir. 2019 yılında yaklaşık 18,6 milyon ölüme neden olmuştur (1). Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar içerisinde ölümlerin en sık nedeni KVH olarak bildirilmiştir. Kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleriyle mücadele edilerek %50 oranında engellenebileceği bildirilmiştir (2).

Hastaların Değerlendirilmesi

Kardiyovasküler hastalıkların tanı aşamasında risk faktörlerinin değerlendirmesi yapılmalıdır. KVH için risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak iki gruba ayrılmaktadır. Değiştirilemeyen risk faktörleri; Yaş (Erkek >45, Kadın >55), cinsiyet (Erkek), aile öyküsüdür (birinci derece akrabalarından erkekte 55, kadında 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması). Değiştirilebilir

risk faktörleri; sigara kullanımı, hipertansiyon (kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg veya antihipertansif tedavi görüyor olmak), hiperkolesterolemi (total kolesterol ≥ 200 mg/dl, LDL-kolesterol ≥ 130 mg/dl, düşük HDL-kolesterol değeri (<40 mg/dl), diyabetes varlığıdır (3).

Kardiyovasküler hastalıkların tanısında; hastadan alınan ayrıntılı anamnez, aile öyküsü, risk faktörlerinin sorgulanması ve fizik muayene bulguları oldukça önemlidir. Elde edilen bulgular elektrokardiyografi (EKG), ekokardiyografi gibi birtakım tetkiklerle desteklenerek tanı konulmaktadır. Kardiyovasküler hastalık şüphesi olan çalışanların değerlendirilmesinde ise;

- Kardiyak semptomların işyerindeki maruz kalım ile zamansal ilişkisi sorgulanmalıdır
- Ayrıntılı bir mesleki anamnez alınmalı, risk faktörleri değerlendirilmelidir
- Ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalıdır
- Endüstriyel hijyen verileri incelenmelidir ve çalışanların maruz kalımı doğrudan izlenerek şüpheli toksik maddelere maruz kalım belgelenmeye çalışılmalıdır (4).

Kardiyovasküler Hastalıklar İçin Mesleki ve Çevresel Risk Faktörleri

Bazı kimyasallara, fiziksel ve psikolojik stres kaynaklarına mesleki ve çevresel maruz kalım, KVH için kabul edilen risk faktörleri arasındadır. KVH

vakalarının tahmini %5 ila %19'u mesleki ve çevresel faktörlerine atfedilir. KVH'ya neden olan birçok mesleki risk faktörü bulunmaktadır (Tablo 1) (5,6).

Kardiyovasküler hastalıkların mesleki nedenini belirlemek güçtür çünkü; toksik maruziyetlerin yokluğunda bile KVH yaygındır, toksik maruziyet etyolojili KVH tespit etmemize yardımcı olacak spesifik bir bulgu yoktur, şüphelenilen toksik maddelerin yüksek doku seviyelerini belirlemek çoğu zaman mümkün değildir, 20 yıl veya daha uzun süreli mesleki maruziyet seviyelerini belirlemek zordur (4).

1-Fiziksel Etkenler

Gürültü: Gürültü, işitme kaybına ek olarak işitsel olmayan sorunlara yol açan bir stres etkenidir (7). Mesleki ve toplum gürültüsüne maruz kalmanın kan basıncını artırdığına dair pek çok kanıt vardır. Yapılan bir çalışmada, mesleki gürültü maruziyetindeki her 5 desibellik artış için, sistolik kan basıncında 0.51 mm Hg artış olduğu gösterilmiştir (8).

Gürültü seviyesi ve koroner kalp hastalığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, gürültü maruz kalımı için kısa vadeli dönem olarak adlandırılan 9 yıllık takip süresince görece koroner kalp hastalığı riski 1.38 kat artmıştır. Uzun vade olarak adlandırılan 18 yıllık takipte ise koroner kalp hastalığı riski 1.54 kat artmış olarak saptanmıştır (9).

Sıcak-Soğuk Maruz Kalımı: Soğuk stresi, sempatik sinir sistemi ve endokrin sistemi aktive eder, artmış kan basıncını ve kan viskozitesine neden olur,

Tablo 1. Kardiyovasküler Hastalıklar İçin Örnek Mesleki ve Çevresel Risk Faktörleri (6)

Hastalık	Risk faktörü
Angina / Miyokard enfarktüsü	Karbon disülfid, Karbonmonoksit, Azalmış akciğer fonksiyonu, Nitratlar, Partiküller, Psikolojik gerginlik, Tütün dumanı
Ani ölüm	Anjina / miyokard enfarktüsü için yukarıdaki tüm nedenler Soğuk veya sıcak iş yerleri, Florokarbonlar, Çözücüler
Kardiyomiyopati	Arsenik, Kobalt
Hipertansiyon	Karbon disülfid, Kurşun, Kadmium, Gürültü
Periferik damar hastalığı/ Klidikasyo	Arsenik, Kadmium, Kurşun Karbonmonoksit, Titreşim
Aritmiler	Karbonmonoksit, Florokarbonlar, Organofosfat ve karbamatlıinsektisitler
Kor pulmonale	Fibrojenik tozlar



vazokonstriksiyon ile kardiyovasküler strese yol açar. Bu etkiler, işte artan fiziksel aktivite ile birlikte, önceden var olan koroner ateroskleroza, miyokardiyal iske miyi tetikleyebilir (10).

İsveç'te 194.499 inşaat işçisi ile yapılan bir çalışmada; soğuk bölgede yaşamak ve çalışmanın miyokardiyal enfarktüse bağlı mortaliteyi arttırdığı tespit edilmiştir (11). Soğuk hava depolarında olduğu gibi aşırı soğuk ortamlarda çalışmanın hipertansiyon ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (12). Çok sayıda çalışma, ısıya maruz kalan işçiler arasında hipertansiyon prevalansının, normal sıcaklıklarda çalışan işçilere göre önemli ölçüde yüksek olduğunu bildirmiştir (13).

Radyasyon: Kalp radyasyona karşı oldukça dirençli olan organlar arasındadır, radyasyona bağlı etkilenimin ortaya çıkması için genellikle uzun bir inkübasyon süresi gerekmektedir (14). Kardiyomiyopati, perikardit, koroner arter hastalığı, kalp kapak hastalığı ve ileti sistemi anormallikleri radyasyonun kalp üzerindeki etkilerinden (15).

Titreşim: Zincir testereler, kırıcılar ve öğütücüler gibi elde taşınan ekipmanların kullanımı özellikle soğuk, ıslak koşullarda Raynaud hastalığının görülme sıklığını artırmaktadır. Çalışmalardan elde edilen veriler, titreşime maruz kalmanın da sistemik etkilere neden olabileceğini göstermektedir, tekrar tekrar maruz kalma, sempatik sinir sisteminin hiperaktivitesi ve artmış kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkilendirilmiştir (16). Titreşime maruz kalma, kalpteki oksidatif stres ölçümlerinde artışla ilişkilendirilmiştir (17).

Aletlerindahaaztitreşimiçintasarlanması, ekipmanın uygun bakımının sağlanması, dinlenme molalarının verilmesi, titreşimli aletleri olabildiğince hafif kavramanın öğrenilmesi önleyici tedbirler arasındadır (6).

2-Kimyasal Etkenler

Kurşun: Kurşuna maruz kalma ile ilgili işyerinde yapılan bazı çalışmalar, maruz kalan çalışanlarda iskemik elektrokardiyografik değişikliklerin arttığını ve hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve serebrovasküler hastalık riskinin arttığını bildirmektedir (4). Kurşuna maruz kalan işçiler üzerinde yapılan bir çalışmada sistolik kan basıncındaki değişiklik yıllık ortalama 0.64 mmHg olup, bu artış kurşun dozu ile ilişkilendirilmiştir (18). Kurşuna mesleki olarak özellikle yüksek düzeyde maruz kalan kişilerde ateroskleroza teşvik edebileceği gösterilmiştir (19).

Arsenik: Arsenik kaynaklarına mesleki maruzi-

yet (eritme işlemi, böcek ilaçları, herbisitler ve odun koruyucuları) son yıllarda önemli ölçüde azalmış olsa da, içme suyundaki arseniğe maruz kalma küresel bir çevre sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (20).

Arsenik maruziyetinin, artan hipertansiyon prevalansı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (21). Subakut arsenik maruz kalımı, kardiyomiyopati ve kalp yetmezliği ile ilişkilidir. Kronik arsenik maruz kalımının, ekstremitelelerdeki büyük kan damarlarının spazmına ikincil olarak topallama ve gangren ile karakterize "kara ayak hastalığı" na neden olduğu bildirilmiştir (4). Arseniğe maruz kalmanın oksidatif stres yoluyla diyastolik işlev bozukluğu yarattığı saptanmıştır (22). Yapılan bir çalışmada arseniğe maruz kalanlarda sol ventrikül hipertrofisi, iskemik kalp hastalığı ve sağ dal bloğunun göstergesi olan EKG bulguları saptanmıştır (23).

Kobalt: Kobalt maruz kalımı ile kardiyomiyopati meydana gelmektedir (24). Kobalt üretim tesisinde yapılan kesitsel bir çalışmada, kümülatif kobalt maruziyeti ile miyokardda kobalt birikimine bağlı ekokardiyografide diyastolik disfonksiyon olduğu ortaya koyulmuştur (25).

Civa: Günümüzde, civa hem doğal hem de yapay kaynaklardan maruz kalım önemli ölçüde artmıştır. Civa toksisitesinin klinik sonuçları arasında hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, miyokard enfarktüsü, kardiyak aritmiler, azalmış kalp hızı değişkenliği, artmış karotis intima-media kalınlığı ve karotis arter tıkanıklığı sayılabilir (26). Kan civa konsantrasyonu arttıkça kan lipit düzeyinin arttığı saptanmıştır (27).

Civa, serbest radikallerin üretimini arttırarak ve çeşitli antioksidan mekanizmaları etkisiz hale getirerek insanları ateroskleroza yatkın hale getirmektedir (28). Civa maruz kalımının kardiyak parasempatik aktivite üzerinde uzun süreli etkileri sonucu kalp hızı değişkenliğini etkileyebileceği gösterilmiştir (29).

Kadmiyum: Yüksek kan kadmiyum konsantrasyonu, karotis plağının artan prevalansı ile ilişkilidir (30). Arter duvarı, kadmiyum birikimi için hedef organdır. Semptomatik karotis plağında kadmiyum konsantrasyonunun kana göre 50 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (31).

Amerikada yapılan bir çalışmada yüksek üri- ner kadmiyum seviyeleri, diyastolik ve sistolik kan basıncında artış ile ilişkilendirilmiştir (32).

Karbonmonoksit: CO (karbonmonoksit) oluşumu genellikle karbon bileşiklerinin eksik yanmasından kaynaklanır. Risk altındaki işçiler arasında

forklift operatörleri, dökümhane işçileri, madenciler, tamirciler, garaj görevlileri ve itfaiyeciler bulunur (33). Oksijenle karşılaştırıldığında CO, hemoglobine 200 kat daha yüksek afiniteye sahiptir, karboksihemoglobin (COHb) oluşturur ve miyoglobin için 50 kat daha fazla afiniteye sahiptir.(6) Karbon monoksit maruz kalan sağlıklı bireylerde dokulara oksijen verilmesinin azalması maksimum egzersiz kapasiteleri azalır.(4) Karbonmonoksit maruz kalım ile miyokard enfarktüsü riskinde artış meydana gelmektedir (34). Zehirlenme derecesi; troponin I seviyeleri, sistolik kan basıncı ve taşikardi gelişimi ile pozitif korelasyon göstermiştir (35). Karbon monoksit, deney hayvanlarında ventriküler fibrilasyon eşiğini düşürmektedir. Bu, büyük şehirlerde sisli günlerde meydana geldiği bilinmekte ve koroner arter hastalığı olan ve karbon monoksit maruz kalan insanlarda neden ani ölüm meydana geldiğini açıklamaktadır (36).

Karbon Disülfid: Kauçuk ve viskoz suni ipek endüstrilerinde bir yağ çözücü olarak yaygın olarak kullanılmaktadır. Lipoproteinleri, kan basıncını, arteriyel elastik özellikleri ve oksidatif stresi etkileyerek ateroskleroza neden olur.Çalışmalar, karbon disülfide maruz kalan işçilerde koroner kalp hastalığından ölüm riskinin 2,5 ila 5 kat arttığını göstermiştir (4,6). Bir viskoz suni ipek fabrikasında en az beş yıl boyunca karbon disülfide maruz kalan işçilerde kardiyovasküler ölüm oranlarında 4,7 kat artış olduğunu göstermiştir (37). Bir Alman rayon üretim fabrikasında yapılan çalışmada karbon disülfide uzun süreli maruz kalmanın intima-media kalınlığındaki değişiklikler için bağımsız bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (38).

Solventler: Solventlere maruz kalma, kuru temizleme, yağ giderme, boyama ve kimyasal üretim gibi endüstriyel ortamlarda yaygındır. Solventler epinefrine kardiyak duyarlılığı arttırarak ani ölüme neden olabilmektedir. Dilate kardiyomiopati, birçok kişide çözücülere mesleki maruz kalım sonucusaptanmıştır (39). Halojenli hidrokarbonlar ve diğer çözücüler kardiyak aritmi veya ani ölüme neden olabilir (4,40). Yapılan bir çalışmada, P dalgası ve QRS kompleksi değişiklikleri olan çalışanların sayısı solvent ve boya üretim endüstrisinde çalışan işçilerde anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (41).

Nitratlar:Nitratlar, koroner arterlerde ve tüm vasküler yapılarda dilatasyona sebep olur.Uzun süreli maruziyetle, sempatik sinir sistemi ve renin-anjiyo-

tensin sistemi rebound olarak aktive olur ve reaktif vazokonstriksiyon gelişir. Nitratlar kesildiğinde; anjina, miyokard enfarktüsü veya ani ölümle sonuçlanan koroner vazospazm gelişebilir. Patlayıcı endüstrisi çalışanlarında hafta sonu tatili sonrası nitrat çekilmesi ile pazartesi sabahı anjini olarak adlandırılan bir göğüs ağrısı yaşanır (4, 6).

Organofosfat ve Karbamatlı İnsektisitler:

Organofosfatlar, dünyada tarım endüstrisinde böcek kontrolü için kullanılmaktadır.Etki mekanizması; asetilkolinesteraz enziminin inhibisyonudur. Organofosfat ve karbamat insektisitlerle zehirlenmenin erken kardiyovasküler belirtileri taşikardi ve hipertansiyon, bradikardi ve hipotansiyondur (4). Organofosfatlar hipoksemi, asidoz ve elektrolit dengesizliklerine bağlı aritmilere neden olabilir, miyokard üzerine toksik etki gösterebilir, aterosklerotik plakların erozyonuna ve akut trombo-embolik olaylara sebep olur (42).

3-Psikososyal Etkenler

Stres:Kalp hastalıklarında iş stresinin rolü büyüktür.Yapılan çalışmalarda,KVH'nın %7 ila %16'sının, yüksek talep ve düşük karar niteliği olan işlerinde görüldüğü sonucuna varılmıştır (43).

İş gerginliği kan basıncında artışlara, arterlerde yapısal değişikliklere neden olur, KKH'nin öncüsü olan ateroskleroza hızlandırabilir (44). Stres etkisi ile sempatik-parasempatik denge bozularak sol ventrikül disfonksiyonu ve disritmi gelişimine sebep olur. Bir kohort çalışmasında; iş gerginliği, kardiyometabolik hastalığı olan erkeklerde ölüm riskinde önemli artışlarla ilişkilendirilmiştir (45).

Ayrıca işyerinde uygulanan mobing, şiddet, tacizde kardiyovasküler hastalıklar için önemli psikososyal risk faktörleri arasındadır.

4-Diğer Etkenler

Hareketsiz Çalışma: Sanayileşmiş ülkelerin çoğunda, çalışan nüfus, zamanlarının büyük bir bölümünü hareketsiz geçirmektedir.Yapılan bir çalışmada hareketsiz yaşama yüksek düzeyde maruz kalan belirli mesleklerin tromboembolik olaylarla ilişkili olduğu saptanmıştır (46). İş yerinde daha fazla fiziksel aktiviteye sahip bireylerde daha düşük KVH riski saptanmıştır (47).

Vardiyalı Çalışma:Vardiyalı çalışmanın sağlık

üzerindeki birincil etkisi sirkadiyen ritmin bozulmasıdır (48). Vardiyalı çalışanlarda düzensiz ışığa maruz kalım melatonin salgılanmasını bozar. Bunun sonucu olarak; hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklarda, yüksek VKİ, insülin direnci, diyabet riskinde belirgin bir artış saptanır (49).

Bir petrokimya tesisinde çalışan erkek işçiler ile gerçekleştirilen çalışmada vardiyalı çalışma süresinin artması ile hipertansiyon prevalansında önemli bir artış saptanmıştır (50).

Hava Kirliliği: Hava kirliliği; partiküler madde (PM), karbon monoksit, kurşun, nitrojen dioksit, ozon, sülfür dioksit ve bunun gibi bir takım kirleticilerden oluşmaktadır (51). Kaynakçılar üzerinde yapılan çalışmalarda, kaynakçılarda gazlar ve solunabilir partiküller nedeni ile miyokard enfarktüsü ve kardiyovasküler ölüm riskinin arttığını bildirmiştir(52). PM_{2,5} ve PM₁₀ düzeylerindeki kısa vadeli yükselişler, kalp-damar hastalığı; özellikle kalp yetmezliği, aritmi ve atriyal fibrilasyon nedeniyle hastaneye yatış riskinin artmasıyla da ilişkili bulunmuştur (53).

Kapalı Ortamda Çalışma ve D Vitamini Eksikliği: İnsanlarda temel D vitamini, güneşe maruz kalmaya bağlı derideki biyosentez ile elde edilir. Vardiyalı işçiler ve bina içi çalışanlarda D vitamini eksikliği sık görülmektedir. Özellikle SARS CoV 2 salgını sürecinde evden çalışma nedeni ile dünya çapında D vitamini eksikliği artmıştır(54). D vitamini, endotel

hücreleri ve düz kas hücrelerine etki ederek kan basıncını düzenler. Eksikliği, çeşitli KV risk faktörleri ile ilişkilendirilmiştir(55). Eksikliği, yüksek tansiyon, tip 2 diabetes mellitus ve obezite gibi risk faktörlerini tetikleyerek çeşitli kardiyovasküler problemlere yol açabilir(56).

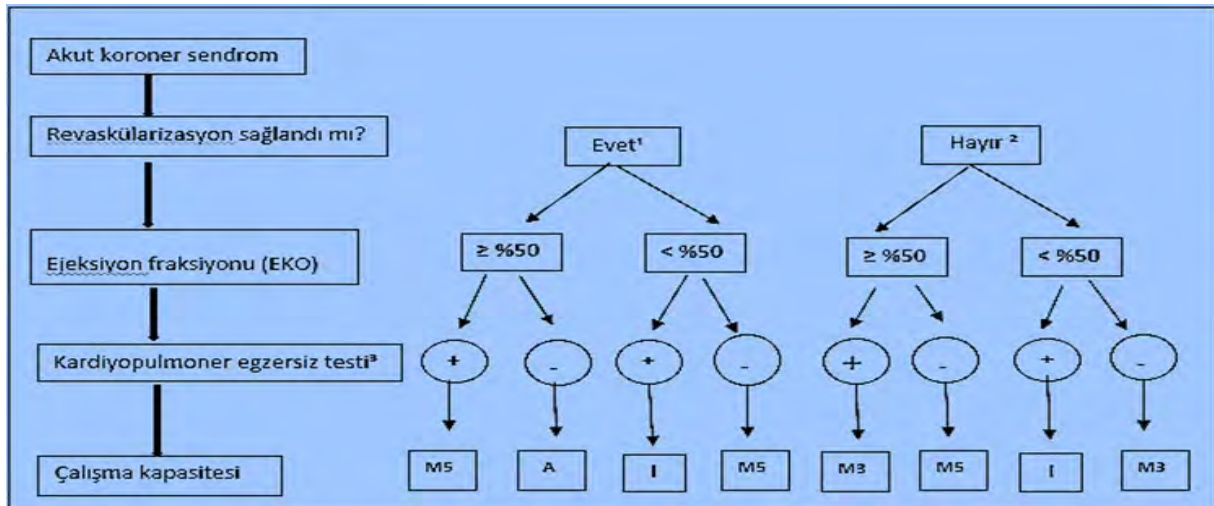
Koroner Arter Hastalığı

Kardiyovasküler hastalıklar çalışma kapasitelerini sınırlandırabilir veya ani iş göremezliğe neden olabilir. AKS'den sonraki 12 ay içinde işe dönüş oranları yaklaşık %67-93 olarak saptanmıştır(57). Akut miyokard enfarktüsünden (AMI) sonra çalışanın efora toleransı azalabilir ve fiziksel, kimyasal, biyolojik ajanlara duyarlılığı artabilir. Çalışanın kendisinin veya iş arkadaşlarının güvenliği konusunda önemli sonuçlar yaşanabilir (58).

Egzersiz kapasitesi işe dönüş için en önemli faktörlerdendir ve Kardiyopulmoner Egzersiz Testi (KPET) ile belirlenir. KPET, pik oksijen tüketimini (VO_{2 max}) ve gerçekleştirilen metabolik eşdeğerleri (MET) ilişkilendirmek için kullanılır (59).

<3 MET çok hafif işler(terzilik, otobüs şoförlüğü), 3-5 MET hafif işler (otel hizmetçiliği, montaj işçiliği), 5-7 MET orta (itfaye, oto tamirciliği), >7 MET ağır işler(çiftçilik, ağır yük taşımak) olarak sınıflandırılmaktadır (60).

Akut koroner sendromda işe dönüşün değerlendirilmesi aşamasında tedavi için uygulanan yöntem ve



Şekil-1. Akut Koroner Sendromda İşe Dönüş Değerlendirme Algoritması(61).

¹Revaskülarizasyon perkütan-cerrahi olarak sağlanmış

²Revaskülarizasyon klinik veya anatomik olarak sağlanamamış

³ >7 MET'de klinik veya EKG anormallikler (ST depresyonu > 1 mm veya ventriküler aritmi) ortaya çıkmazsa negatif

A: Her türlü işi yapabilir; I: Çalışamaz; M5: <5 MET gerektiren işleri yapabilir; M3: <3 MET gerektiren işleri yapabilir.

tedavi sonrası ejeksiyon fraksiyonu dikkate alınarak bir planlama yapılabilir (Şekil 1).

Koroner arter hastalığı sonrası stabilseyreden hastalara 6 aylık periyodlarla kontrol muayenesi, yılda en az 1 kez ilgili uzman hekim tarafından kardiyolojik muayene yapılmalıdır.

Koroner kalp hastalığından korunmak için çalışanlara; sigarayla bırakılması, daha az hayvansal gıda tüketmesi, fiziksel aktiviteyi arttırması, lipid ve kan basıncı değerleri belirli aralıklarla kontrol etmesi önerilmelidir (3).

Hipertansiyon

Erişkinlerde hekim tarafından yapılan, tekrarlanan klinik ölçümler ile sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (62). Hipertansiyon kontrol altında ise kişinin çalışma hayatı üzerine çok fazla bir kısıtlama getirmez ancak tedavinin erken evrelerinde baş dönmesi, sersemlik, dikkat kaybı gelişebileceği konusunda çalışanlar uyarılmalıdır. Yüksekte çalışma, yer altında çalışma, suda/su altında çalışma, makine operatörlüğü, profesyonel sürücülük gibi meslekler hipertansif hastaların iş kazası yaşama ihtimali yüksek olan iş kollarıdır (63).

Aritmiler

Aritmiler; taşikardi, bradikardi, supraventriküler ve ventriküler aritmiler olarak gruplandırılmaktadır. Mesleki maruz kalımların aritmi etiyolojisinde önemli bir yeri vardır. Her tür aritmi, CO ve organik çözücülere maruz kalım ile ilişkilendirilmiştir. Bazı solventler kalp kasının duyarlılığını artırarak düzensiz kalp atımlarına sebep olabilir (64). Ayrıca iş stresinin kalbin otonomik kontrolünü etkileyerek QTmesafesini uzatabileceği saptanmıştır (65). Kısa süreli aritmi ile ilişkili bilinç bozukluklarının toplu taşıma araç sürücülerinde, yüksek irtifada çalışan işçilerde ve profesyonel sporculardapotansiyel olarak tehlikeli durumlara yol açabileceği bildirilmiştir (66).

Kalp Yetmezliği

Kalp yetmezliği, kalbin yapısal veya işlevsel bozukluğu sonucu dokuların metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak yeterli oksijeni sunamaması olarak tanımlanmaktadır (67). New York Kalp Cemiyeti fonksiyonel sınıflandırması kalp hastalığı olan yetişkinlerin fonksiyonel kapasitesini ve klinik durumunu

tanımlamak için kullanılır. Sınıf I de yüksek düzeyde egzersizle semptomlar ortaya çıkmaktadır, hasta ≥ 7 MET gerektiren aktiviteleri yapabilir. Sınıf II de orta düzeyde egzersizle semptomlar ortaya çıkmaktadır, hasta ≤ 5 MET gerektiren aktiviteleri yapabilir. Sınıf III te hafif düzeyde egzersizle semptomlar ortaya çıkmaktadır, hasta ≤ 2 MET gerektiren aktiviteleri yapabilir. Sınıf IV te istirahatte semptomatiktir, hasta > 2 MET gerektiren aktiviteleri yapamaz (68). New York Kalp Cemiyeti (NYHA) kriterlerine göre; NYHA I ve II grubundaki hastalar önceki iş yaşamlarına dönebilir. Asemptomatik, komplike olmayan kardiyak hastalığı olan hastalar MI sonrası 4 hafta içinde, koroner bypass sonrası 4-8 hafta içinde, perkütan girişimler sonrası 1 hafta içinde iş yaşamlarına dönebilir. NYHA III veya IV olan hastalar için egzersiz veya başka fonksiyonel testler gerekebilir (69).

Kardiyovasküler hastalıklardan sonra çalışabilecek durumdaki tüm hastaların işe geri dönmeleri ve uygun alanlarda istihdamları sağlanmalıdır. Kardiyovasküler hastalıklarda işe dönüş ve işe uygunluğun değerlendirilmesi için yeni kılavuzlara ihtiyaç vardır (70).

Kaynaklar

1. Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, et al., American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2021). Heart disease and stroke statistics update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 2021; 143(8), e254-e743.
2. Türkiye'de Kalp ve Damar Hastalıkları Bilgi Notu. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü https://hsgm.saglik.gov.tr/hastaliklar/bilgi_notu (03.05.2021)
3. Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma Ve Tedavi Kılavuzu. İnternet): <https://tkd.org.tr/Kilavuz/K11/4e423.Htm?Wbnum=1604> (03.05.2021)
4. Durrani T.S., & Benowitz N.L. Cardiovascular toxicology. LaDou J, & Harrison R.J. (Eds.), CURRENT Diagnosis & Treatment: Occupational & Environmental Medicine, 5e. McGrawHill, 2013
5. Stewart RD, Hake CL. Paint remover hazard. *Journal of the American Medical Association* 1976; 235: 398-401.
6. Levy, B. S. (Ed.). Occupational and environmental health: recognizing and preventing disease and injury. Lippincott Williams & Wilkins, 2006
7. Münzel, T., Sørensen, M., Schmidt, F., et al., & Daiber, A. The adverse effects of environmental noise exposure on oxidative stress and cardiovascular risk. *Antioxidants & redox signaling*, 2018; 28(9), 873-908.
8. Van Kempen, E. E., Kruize, H., Boshuizen, H. C., et al., & de Hollander, A. E. The association between noise exposure and blood pressure and ischemic heart disease: a meta-analysis. *Environmental health perspectives*



- tives, 2002;110(3), 307–317.
9. Virkkunen, H., Kauppinen, T., & Tenkanen, L. Long-term effect of occupational noise on the risk of coronary heart disease. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 2005; 31(4), 291–299.
10. Emmett J. D. A review of heart rate and blood pressure responses in the cold in healthy subjects and coronary artery disease patients. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, 1995;15(1), 19–24.
11. Pettersson, H., Olsson, D., & Järvholm, B. Occupational exposure to noise and cold environment and the risk of death due to myocardial infarction and stroke. *International archives of occupational and environmental health*, 2020; 1-5.
12. A review of heart rate and blood pressure responses in the cold in healthy subjects and coronary artery disease patients. Emmett JDJ *Cardiopulm Rehabil.* 1995 Jan-Feb; 15(1):19-24.
13. Tang, Y. M., Wang, D. G., Li, J., Li, X. H., Wang, Q., Liu, N., Liu, W. T., & Li, Y. X. Relationships between micro-nutrient losses in sweat and blood pressure among heat-exposed steelworkers. *Industrial health*, 2016;54(3), 215–223.
14. Boerma, M., Sridharan, V., Mao, X. W., et al. Nelson, G. A., Cheema, A. K., Koturbash, I., Singh, S. P., Tackett, A. J., & Hauer-Jensen, M. Effects of ionizing radiation on the heart. *Mutation research*, 2016; 770(Pt B), 319–327.
15. Slezak J, Kura B, Babal P, et al. Potential markers and metabolic processes involved in the mechanism of radiation-induced heart injury. *Canadian journal of physiology and pharmacology*. 2017;95:1190-203
16. Effects of whole-body vibration on heart rate variability: acute responses and training adaptations. Wong A, Figueroa A *Clin Physiol Funct Imaging*. 2019 Mar; 39(2):115-121.
17. Krajnak, K., & Waugh, S. Systemic Effects of Segmental Vibration in an Animal Model of Hand-Arm Vibration Syndrome. *Journal of occupational and environmental medicine*, 2018;60(10), 886–895.
18. Glenn BS, Stewart WF, Links JM, et al. The longitudinal association of lead with blood pressure. *Epidemiology* 2003; 14: 30–36.
19. Prokopowicz, A., Sobczak, A., Szula-Chraplewska, M., Zaciera, M., Kurek, J., & Szołtysek-Boldys, I. Effect of occupational exposure to lead on new risk factors for cardiovascular diseases. *Occupational and environmental medicine*, 2017;74(5), 366–373
20. Naujokas, M. F. et al. The broad scope of health effects from chronic arsenic exposure: update on a worldwide public health problem. *Environ. Health Perspect.* 2013;121, 295–302
21. Amiri, A., Mokhayeri, Y., Mohammadi, R., et al. (2021). Dose-response meta-analysis of arsenic exposure in drinking water and hypertension. *Heliyon*, 7(3), e06409.
22. Karakulak, U. N., Bal, C., Gunduzoz, M., et al. Assessment of Diastolic Function and Thiol-Disulphide Homeostasis in Arsenic-Exposed Workers. *Acta Cardiologica Sinica*, 2021;37(1), 86–96.
23. Ahmad, S. A., Khatun, F., Sayed, M. H., et al. (2006). Electrocardiographic abnormalities among arsenic-exposed persons through groundwater in Bangladesh. *Journal of health, population, and nutrition*, 24(2), 221–227.
24. Umar, M., Jahangir, N., Khan, M. F., et al. Cobalt-related cardiomyopathy: A real concern! A review of published evidence. *Journal of orthopaedic surgery (Hong Kong)*, 2020; 28(2), 2309499020905993.
25. Exposure to cobalt in the production of cobalt and cobalt compounds and its effect on the heart. Linna A, Oksa P, Groundstroem K, et al. *Uitti J Occup Environ Med.* 2004 Nov; 61(11):877-85.
26. Houston M. C. Role of Mercury Toxicity in Hypertension, Cardiovascular Disease, and Stroke. *Journal of clinical hypertension*, 2011;13(8), 621-7.
27. Sohn, S. H., Heo, H. C., Jo, S., et al. The association between mercury concentrations and lipid profiles in the Korean National Environmental Health Survey (KoNEHS) cycle 3. *Annals of occupational and environmental medicine*, 2020;32, e19.
28. Liu, S., Tsui, M. T., Lee, E., Fowler, J., & Jia, Z. Uptake, efflux, and toxicity of inorganic and methyl mercury in the endothelial cells (EA.hy926). *Scientific reports*, 2020; 10(1), 9023.
29. Genchi, G., Sinicropi, M. S., Carocci, A., et al. Mercury Exposure and Heart Diseases. *International journal of environmental research and public health*, 2017; 14(1), 74.
30. Fagerberg B, Bergstrom G, Boren J, et al. . Kadmiyum maruziyetine 64 yaşındaki kadınlarda aterosklerotik plakların artan prevalansı ve gelecekteki büyümesi eşlik eder . *J Intern Med* . 2012; 272 : 601–610.
31. Borné, Y., Fagerberg, B., Persson, M., et al. Cadmium, Carotid Atherosclerosis, and Incidence of Ischemic Stroke. *Journal of the American Heart Association*, 2017;6(12), e006415.
32. Oliver-Williams, C., Howard, A. G., Navas-Acien, et al. Cadmium body burden, hypertension, and changes in blood pressure over time: results from a prospective cohort study in American Indians. *Journal of the American Society of Hypertension : JASH*, 2018; 12(6), 426–437.e9.
33. Raub JA, Mathieu-Nolf M, Hampson NB, et al. Carbon monoxide poisoning--a public health perspective. *Toxicology*. 2000 Apr 7;145(1):1-14. doi: 10.1016/s0300-483x(99)00217-6. PMID: 10771127
34. Lee KK, Spath N, Miller MR, et al. Short-term exposure to carbon monoxide and myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Environ Int.* 2020 -Oct;143:105901. doi: 10.1016/j.envint.2020.105901. Epub 2020 Jul 4. PMID: 32634667.
35. Marchewka J, Gawlik I, Debski et al. Cardiological aspects of carbon monoxide poisoning. *Folia Med Cracov.* 2017;57(1):75-85. PMID: 28608865
36. Folino, F., Buja, G., Zanotto, et al. Association between air pollution and ventricular arrhythmias in high-risk patients (ARIA study): a multicentre longitudinal study. *The Lancet Planetary Health*, 2017; 1(2), e58-e64.
37. Nurminen M, Hernberg S. Effects of intervention on the cardiovascular mortality of workers exposed to carbon disulfide: A 15-year follow up. *British Journal of*

- Industrial Medicine 1985; 42: 32–35.
38. Schramm, A., Uter, W., Brandt, et al. (2016). Increased intima-media thickness in rayon workers after long-term exposure to carbon disulfide. *International archives of occupational and environmental health*, 2016;89(3), 513–519.
39. Pan SY, Lin SL. Toluene intoxication-atrioventricular block due to hypokalemia? *J Formos Med Assoc*. 2012;111:523.
40. Himmel HM. Mechanisms involved in cardiac sensitization by volatile anesthetics: general applicability to halogenated hydrocarbons? *Crit Rev Toxicol*. 2008;38:773–803
41. Assadi S. N. Electrocardiographic changes and exposure to solvents. *Journal of arrhythmia*, 2017;34(1), 65–70.
42. Cha Y.S., Kim H., Go J., et al. Features of myocardial injury in severe organophosphate poisoning. *Clin Toxicol (Phila)* 2014;52:873–879.
43. Johnson JV, Stewart W, Hall EM, et al. Long-term psychosocial work environmental and cardiovascular mortality among Swedish men. *American Journal of Public Health* 1996; 86: 324–331.
44. Folkow B. Physiological aspects of primary hypertension. *Physiol Rev* 1982;62:347–404
45. Kivimäki, M., Pentti, J., Ferrie, J. et al. IPD-Work consortium. Work stress and risk of death in men and women with and without cardiometabolic disease: a multicohort study. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 2018;6(9), 705–713.
46. A case-control study of seated immobility at work as a risk factor for venous thromboembolism. West J, Perrin K, Aldington S, Weatherall M, Beasley RJ *R Soc Med*. 2008 May; 101(5):237–43.
47. Van Uffelen, J. G., Wong, J., Chau, J. Y., et al. Occupational sitting and health risks: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 2010;39(4), 379–388.
48. Fu L, Lee CC. The circadian clock: pacemaker and tumour suppressor. *Nat Rev Cancer*. 2003;3(5):350–61.
49. Canuto R, Garcez AS, Olinto MT. Metabolic syndrome and shift work: a systematic review. *Sleep Med Rev*. 2013;17(6):425–31.
50. Yeom, J. H., Sim, C. S., Lee, J., et al. Effect of shift work on hypertension: cross sectional study. *Annals of occupational and environmental medicine*, 2017;29, 11.
51. J. Choi, J.Y. Oh, Y.S. Lee, et al. Harmful impact of air pollution on severe acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: particulate matter is hazardous *Int. J. Chron Obstr. Pulm. Dis.*, 13 2018;pp. 1053-1059
52. Lai, C. Y., Lai, C. H., Chuang, H. C., et al. Physicochemistry and cardiovascular toxicity of metal fume PM_{2.5}: a study of human coronary artery endothelial cells and welding workers. *Scientific reports*, 2016;6, 33515.
53. Zanobetti, A., Dominici, F., Wang, Y., et al. A national case-crossover analysis of the short-term effect of PM_{2.5} on hospitalizations and mortality in subjects with diabetes and neurological disorders. *Environmental Health*, 2014;13(1), 1–11.
54. Alpalhão, M., & Filipe, P. SARS-CoV-2 pandemic and Vitamin D deficiency-A double trouble. *Photodermatology, photoimmunology & photomedicine*, 2020;36(5), 412–413.
55. De la Guía-Galipienso, F., Martínez-Ferran, M., Vallecillo, N., et al. Vitamin D and cardiovascular health. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 2020;S0261-5614(20)30700-7. Advance online publication.
56. Martins D., Wolf M., Pan D., et al. Prevalence of cardiovascular risk factors and the serum levels of 25-hydroxyvitamin D in the United States: data from the third national health and nutrition examination Survey. *Arch Intern Med*. 2007;167:1159–1165.
57. Scafa, F., Calsamiglia, G., Tonini, S., et al. Return to work after coronary angioplasty or heart surgery: a 5-year experience with the “CardioWork” protocol. *Journal of occupational and environmental medicine*, 2012;54(12), 1545–1549.
58. Tanzi, C., Moderato, L., Magnani, F., et al. Cardiopulmonary exercise testing for personalized job reintegration after acute cardiovascular attacks: a pilot cross-sectional study. *La Medicina del lavoro*, 2020;111(2), 107–115.
59. Compendium of Physical Activities <https://sites.google.com/site/compendiumofphysicalactivities/Activity-Categories/occupation> (19.05.2021)
60. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, et al. The compendium of physical activities tracking guide. Arizona State University and National Cancer Institute.
61. Alegria-Ezquerro, E., & Grima, A. Reporting on coronary patients for return to work: an algorithm. *E-Journal of Cardiology Practice*, 2012;10, 20
62. Aydoğdu, S., Güler, K., Bayram, F., ve ark. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2019;47(6):535–546
63. Alagüney M.E., Öz Ş.G. Hipertansiyon ve Çalışma Hayatı, Yıldız, A.N., Sandal A. (Ed). *İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, Hacettepe Üniversitesi Yayınları*, Ankara, 2020
64. Karadağ, Ö. K. (2015). Solvent Nedenli Sağlık Risklerinin Yönetimi. *Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi (Msg)*, 7(24).
65. Lecca, L. I., Portoghesi, I., Mucci, N., et al. (2019). Association between Work-Related Stress and QT Prolongation in Male Workers. *International journal of environmental research and public health*, 2019;16(23), 4781.
66. Reibis, R., Salzwedel, A., Abreu, A et al. Secondary Prevention and Rehabilitation of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). The importance of return to work: How to achieve optimal reintegration in ACS patients. *European journal of preventive cardiology*, 2019;26(13), 1358–1369.
67. McMurray, J. J., Adamopoulos, S., Anker, S. D. et al. Heart Failure Association. (2012). Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2012 ESC Kilavuzu. *Türk Kardiyoloji Dernegi Arsivi*, 40, 77–137.
68. Zoghi, M. Kalp yetersizliğinin tanısı, evreleri ve sınıflandırması. *Klinik Gelişim*, 2011;24, 1–5.
69. Moshe S, Levy D, Silver H. [Return to work with heart disease]. *Harefuah*. 2007 Feb;146(2):113–9, 165.
70. Sahan C. Manisa’da koroner kalp hastalığı tanısı konan hastaların tanı sonrası iş durumu değişikliklerinin ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi, *Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi/Tıp Fakültesi /Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı*, 2015.

KİTAP TANITIMI



PANDEMİ ZAYİYATI
Bir Yıldan 35 Hayat Hikâyesi
Pınar Öğünç
İletişim Yayınları

“Korku imparatorluğu”, “gaddarca”, “iğrenç”, “mobbingin Allahı”, “ekstra fedakarlık”, “paçavra”, “cendere”, “sanki köle”, “çok zor”, “berbat”, “modern amelelik”, “mide bulantısı”, “kırbaçlarcasına çalıştırılması”... Değişik sektörlerden emekçiler pandemi sürecini de içerek şekilde içerisinde tutuldıkları çalışma deneyimlerini anlatırken bu sözcük ve söz öbeklerine başvuruyor. Emekçilerin işçi sağlığına ilişkin çok şey anlatan cümlelerine de kulak verelim: “Hep bir yorgunluk”, “Moralim çok bozuk”, “Benden çok şey götürdü”, “İşsiz miyim bilmiyorum”, “Memnun olmasan ne olacak”, “Ucu birbirini tutmuyor”, “Öfkem, sinirim üçe katlandı”, “Korkum çiğ gibi büyüyor”, “Mobbing aşırı azmış durumda”, “Herkesin psikolojisi çok bozuk”, “Gerçekten kuruduk”, “Korkmaz mı insan? Pınar Öğünç’ün 2021 yılında İletişim Yayınları’nca basılan “Pandemi Zayıyatı: Bir Yıldan 35 Hayat Hikâyesi” adlı çalışması pandeminin ilk yılında emekçi deneyimlerine ışık tutuyor. Sözü Öğünç’e bırakalım: “Küresel bir halk sağlığı meselesinin yönetiliş biçiminin gerçek hayatlara nasıl dokunduğunu gösteren, seçilen yolun var olan sömürüyü, eşitsizliği, yoksulluğu nasıl derinleştirdiğini işaret eden hikâyelerdi bunlar. Beden kadar ruhu da inciten, karakteri aşındıran, mizacı dönüştüren, ‘yaşayan ölümler’ yaratmak isteyen sistemi, bir krizin tam da alarm anında tecrübeleriyle tasvir ettiler. Kendi kelimeleri, içlerinden yükselenin ritmiyle yazdılar hikâyelerini.”

Belgesel nitelikli bu röportaj kitabını, farklı işkollarından emekçilerin geçim ve çalışma ilişkilerini, duygu ve düşüncelerini, kendi ağzlarından okuduğumuz bir eser olarak ele almak mümkün olduğu gibi, bir işçi sağlığı öyküsü olarak da değerlendirmek mümkün ve hatta şart. Kapitalist üretimin sağlıksız beden ve ruhlar yaratan genel karakterine pandeminin her bakımdan boğucu atmosferinin eklenmesinin beraberinde getirdiği sonuçları olanca çıplaklığıyla dinliyoruz doğrudan deneyimleyenlerin ağzından. Bu açıdan bakınca bir emekçinin, “Kendimi değil, ekonomimi var edecek işler yaptım” cümlesi, asla sadece bir geçim ve çalışma ilişkisi değil, aynı zamanda kapitalist işin kişinin kendisini gerçekleştirmesine ket vuran yapısını ortaya koyan bir işçi sağlığı deneyimi olarak da anlam kazanıyor. Kitabın bütünü bir de işçi sağlığı penceresinden bakılarak okunduğunda, karşımıza sadece işsizlik, geçim zorlulukları, parasızlık ve yoksulluk değil, işçi sağlığının fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarındaki hiçe sayışlar, hırpalanmışlıklar, yaralar ve telâfisi neredeyse imkânsız boşluklar da çıkıyor. Eksik ve yetersiz beslenme, kötü uyku, uzun çalışma saatleri, hiç bitmeyen kaygı ve korkuların üzerine, pandeminin yarattığı mesafe ve yalnızlıkları ekleyince, ortaya kapitalist üretim ve işçi sağlığı arasındaki ilişkilere dönük büyük bir alan çıkıyor. Bu alan şüphesiz, “Bu bir sağlık meselesi değil artık, sınıf çatışması” cümlesiyle bir emekçinin özlü bir biçimde ifade ettiği gibi, ne sadece sağlığın ve sosyal politikanın ne de sadece safiktisadi ilişkilerle kapitalizmin çerçevesine terk edilebilir.

YAYIN KURALLARI

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

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

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

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

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

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, ihtilâf durumunda üç hakeme gönderilir. Gelen görüşlere göre yayın kurulunda değerlendirme yapılır.

Yazım Kuralları:

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

Yazı bölümleri:

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

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

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

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

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

3. Metin sayfası: Özgün araştırmalar için yazıda şu bölümler bulunmalıdır:

Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar.

Kaynakların metin içinde gösterimi: Kaynaklar metin içinde kullanım sırasına göre numaralandırılmalı ve 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 yazımında aşağıda belirtilen gösterim kullanılmalıdır. Yazar sayısı 3'ten fazla ise ilk üç yazar yazıldıktan sonra “ve ark.” kısaltması kullanılmalıdır. Dergi adları “İndex Medicus” a göre kısaltılmalıdır.

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

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

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

İnternette kitap ve web sitesi: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. “Çalışma Hayatı İstatistikleri 2011” http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgb/dosyalar/i-statistikler/yabanciizin_2011_15/3/2013

4. Tablolar / Şekiller / Resimler / Grafikler sayfası

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

