



türk tabipleri birliği

mesleki sağlık ve güvenlik dergisi

turkish journal of
occupational
health and
safety

- © Meslek Hastalığı Tartışmaları
- © Pandemi İşyeri Hekimleri
- © COVID-19 Sonrası İşe Dönüş
- © Sosyal Cinayet Boyutuyla Pandemi

turkish medical association

ISSN 1302 - 48 - 41 üç ayda bir yayımlanır Ocak-Şubat-Mart 2022

75



johs(turkish)
turkish journal of
occupational
health and
safety

Editör

Celal EMİROĞLU
Mehmet ZENCİR

Yayın Kurulu

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

Danışma Kurulu

Prof. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU
Prof. Dr. Remzi AYĞÜN
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. Dr. Nazlı Yaşar SPOR
Kim. Müh. Mustafa TAŞYÜREK
Prof. Dr. Nevin VURAL

Türk Tabipleri Birliği Adına Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Rasime Şebnem KORUR

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

Basım

OnAda Tanıtım Basım Ltd. Şti.
www.onada.com.tr

Basım Yeri

Atalay Matbaacılık
47911

Tarihi

Ağustos 2022

Yayın Türü

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

Tiraj

500 Adet

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

Tarandığı İndeksler:

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

75

Üç ayda bir yayımlanır Ocak-Şubat-Mart 2022

EDİTÖRDEN

Mehmet ZENCİR

1

MESLEK HASTALIKLARINDA DURUM:
COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİ VE GERÇEKLERLE YÜZLEŞME
Celal EMİROĞLU

2

COVID-19 PANDEMİSİNDE İŞYERİ HEKİMLERİNİN SÜRECE DAİR
DEĞERLENDİRMELERİ, YAŞADIKLARI SORUNLAR
Selçuk ÇELİK, Onur ERDEN, Tuncay GÖÇEN, Buket GÜLHAN, Celal MESÇİOĞLU, Vahide BİLİR ÖZBAN

13

COVID-19 SONRASI İŞE DÖNÜŞ
Özgür BİLEK

25

COVID-19 PANDEMİSİ: SOSYAL CİNAYETTEN SOSYAL KIRIMA
Mehmet ZENCİR

30

AKUT KORONER HASTALIĞI ARTER SONRASI İŞE DÖNÜŞ
DEĞERLENDİRMESİ
Esra AYDIN ÖZGÜR, Yücel DEMİRAL

42

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



EDİTÖRDEN

Pandeminin altıncı dalgasını yaşadığımız günlerde Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi'nin 2022 yılı ilk sayısını sizlerle buluşturuyoruz. Aşılarla rağmen SARS-COV2 vaka sayısı hâlâ çok fazla ve sanılanın aksine fazladan ölümler de... Bilim ışığında verilmeyen kararlarla erken dönemde rafa kaldırılan toplumsal önlemler nedeniyle COVID-19 eşitsiz bir şekilde işçi sınıfını ve ötekileştirilenleri vurmaya devam ediyor. Ne yazık ki bu toplumsal sınıflar virüsün bulaşma potansiyelini artıran kalabalık ortamlarda çalışma, bağışıklık sistemini olumsuz etkileyen iyi beslenememe, kötü barınma koşulları vb. birçok dezavantajla yaşıyorlar.

Ekonomik krizle birlikte, önlemlerin rafa kaldırılması cinayetlere neden oluyor. Kapitalizme içkin bu tanıdık durum, sağlık tehditlerini işçi sınıfı ve ötekileştirilenlere dayatıyor. Engels'in gündeme getirdiği "sosyal-toplumsal cinayet" kavramsallaştırması pandemi döneminde tüm çıplaklığı ile karşımıza çıkıyor. Kapitalist sistem, sosyal cinayetlerle yığınları öldürmeye devam ediyor, sosyal cinayetler kırma dönüşüyor. Pandemi ile bir kez daha kapitalizmin bile bile sosyal cinayetlere zemin hazırladığını ve doğası gereği önlem almadığına tanıklık ediyoruz. Bu sayımızda tartıştığımız başlıklardan biri sosyal cinayetler.

TTB-İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kolu'ndan işyeri hekimi arkadaşlarımız fabrikalarda, işliklerde salgın kontrolüne yönelik deneyimlerini sizlerle paylaşıyorlar. Bu yazıda farklı işkollarında çalışan ve değişik olanaklara sahip işyeri hekimleri arkadaşlarımızın önlemleri yaşama geçirme potansiyellerinin tabloyu nasıl değiştirdiğine de tanık oluyoruz.

İşyeri hekimlerinin yaşadığı önemli sorunlardan biri olan COVID sonrası işe dönüş muayeneleri ve çalışmaya başlatılmalarıyla ilgili önerileri içeren bir derlemenin yanında akut koroner yetmezlikler sonrası işe dönüş ve izlemeler ilgili bağimsız bir makalemiz de mevcut.

Annie Thebaud'un Çalışmak Sağlığa Zararlıdır kitabı, neoliberal kapitalist emek rejiminin meslek hastalıklarına neden olduğunu ve bunları görünmez kıldığını bizlerle paylaşıyor. Kitap, büyük oranda taşeronlaştırılan çalışma düzeni ile dünyanın dört tarafına dağılan işçilerde maruziyetin ortaya konmasında yürütülen mücadeleye adanmış durumda. Kitap, çok yönlü mücadele dinamiklerinin birleştirilmesi ile sermayeye bedel ödetirilmesinin yeniden gündemimize almamız için iyi bir hatırlatma olacaktır. Hepimizin gündeminde olan Aliğa'ya getirilen atık deposu uçak gemisi bu hatırlatmanın ne kadar önemli olduğuna iyi bir örnektir. Annie Thebaud'un da vurguladığı gibi, bir yandan çevre tahribatı ile sağlığı tehdit ederken öte yandan çalışma yaşamında iş kazaları ve meslek hastalıklarını artırarak yeni işçi cinayetlerine neden olacak bu gemi, mücadelede öncelikli bir yere sahip olmalı. São Paulo Uçak Gemisi ile birlikte Türkiye'de yükselen muhalefetin yapacakları açısından bu kitap derslerle dolu.

Merkez kapitalist ülkelerden ithal edilen tehlikeli atıkların en ağır bedeli meslek hastalıklarıdır. COVID-19 pandemisi ve São Paulo Uçak Gemisi ile meslek hastalıkları yeniden gündeme oturdu. Tanısı bir türlü konulamayan meslek hastalıkları mücadelesinde mevzuat tartışması yerine meslek hastalıklarının ardındaki ekonomi politığın anlaşılması ve çalışma ilişkilerinin sorgulanması ve mücadelenin önemi kendini göstermektedir. Bu konuyu ve yaklaşımı Celal Emioğlu, yeniden tartışmaya açıyor. Emiroğlu, COVID-19'un sadece mevzuat kapsamında meslek hastalığı olarak ele alınmasının sınırlarını gösteren yazısıyla bu konudaki deneyimlerimize de ışık tutuyor.

En kısa sürede bir sonraki sayı ile sizlerle buluşmak dileğiyle, iyi okumalar.



MESLEK HASTALIKLARINDA DURUM: COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİ VE GERÇEKLERLE YÜZLEŞME

Celal EMİROĞLU

Dr., TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Editörü

Giriş

Meslek hastalıklarının çok boyutlu tanı ve tespit sorununu alanın dinamikleri -emek cephesi de dâhil- çözümlemiyor. Daha doğrusu sorunun boyutları dahi bilinmiyor. Türkiye’de meslek hastalıkları sorununun çalışma ilişkileriyle bağı kurulamazken, diğer tarafta çalışma ortamından kaynaklı hastalıklar görmezden geliniyor ve meslek hastalığı tanısı yeterince konulamıyor. Sorunlara ikna edici çözümler bulunamazken, COVID-19 pandemisi ile birlikte durum çok daha karmaşık bir tablo halinde karşımızda duruyor.

Esasen COVID-19 enfeksiyonu da dâhil meslek hastalığından korunma ve tanı yeterli bilgi ve donanımına sahip profesyoneller tarafından sıradan bir iş olarak yapılabilir; koruyucu önlemler ve erken tanı olanakları ile sorun teknik anlamda çözülebilirdi. Kapitalist sistem, riskli durumlarda korunmayı artı değeri düşüren bir maliyet unsuru olarak görürken, ideolojisine uygun olarak bu tür durumlarda çalışanları korumak gibi bir kaygı taşımak yerine, sorunun çözümünü kamusal hizmetten uzaklarda tek tek bireylerin sorumluluğuna devrederek aradı. Bu koşullarda meslek hastalıklarında yaşananlar COVID-19 pandemi döneminde de aynen tekrar etti. Başta SARS-CoV-2 olmak üzere ortaya çıkan pandemik ve epidemik viral enfeksiyonlar meslek hastalığı olarak sağlık emekçilerini vururken özellikle işyerinde emekçileri silindir gibi ezdi/eziyor/ezecek.

Meslek hastalıkları konusunda çözümsüzlüğe mahkûm edilen sorunlar COVID-19 pandemi döneminde kartopu gibi büyürken bugüne kadar yazılan-söylenenleri tekrardan hafızalarda yenilemek istedik. Konu, Türk Tabipleri Birliği (TTB) ortamında hep tartışıldı. 2002 yılında “Meslek Hastalıkları Sempozyumu” düzenlendi.¹ Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)

yaşanan sorunlara çözüm aramak üzere yoğun emekle “Yuvarlak Masa” (08.12.2013 TTB) tartışması yürüttü ve sonuçları MSG’de yayınlandı (1). Sorunun ekonomi politiğine ilişkin başlatılan tartışma Makine Mühendisleri Odası İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kongresi’nde yapılan sunumla daha da geliştirildi (2).

Kapitalist sistemin çalışanları risklere karşı korumadığı/koruyamayacağı bir ortamda, politik tartışmalara olan gereksinimi içinde barındıran meslek hastalıkları sorunu nedeniyle; bu makalede işçi sağlığı ile kapitalist üretim ilişkileri arasındaki çelişkinin ekonomi politiği verili durum üzerinden bir kez daha tartışılacaktır.

“Meslek Hastalığı” Tanımı ve Hukuk Üzerine

Acaba sorunun nedenlerini yanlış yerlerde mi arıyoruz? Soru biçimini nesnelleştirerek değiştirelim; Meslek hastalıkları sayısının sorunun özüne ilişkin önemi nedir? Meslek hastalıkları sayısının niceliksel artması neyi değiştirir? Çalışma ilişkilerinden bağımsız olarak; sorun, işverenlerin eksikliği, iyi veya kötü niyeti ya da duyarsızlığı mıdır? Sorunun kaynağı çalışanların bireysel sorumsuzluğuna ya da bilgisizliğine bağlanabilir mi?

Sorulara yanıt verirken alanda değişik boyutlardaki yanılsamaları da görebiliyoruz. Bir zamanlar sorunun kaynağı olarak gösterilen yasal düzenlemeler yeniledikçe mevcut durum daha da geri plana gidiyor... Meslek hastalıkları konusu, Sağlık Bakanlığı denetiminde olması gerekirken Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ile birlikte iki başlı yönetim açmazında trajikomic bir hale geldi. Sağlık Bakanlığı “koruyucu sağlık” hizmetlerini gündemine dahi almazken, ÇSGB marifeti ile “meslek hastalıkları tanı sistemi” bilinmez (!) kılındı... Bu arada meslek hastalıkları tanımı üzerinden sorunlara çözüm araması için kurulan kamu kurumlarının



(Meslek Hastalıkları Hastaneleri, İSGÜM, YODÇEM vb) içinin boşaltıldığını da görüyoruz.

“Meslek hastalığı” tanımı bilimsel ortamlarda; “İşçinin, çalıştığı işin niteliğinden dolayı; sosyal durumunu, vücut bütünlüğünü veya sağlığını etkileyen her türlü bozukluk hali...” olarak yapılmaktadır. Esasen bütünlüklü sağlık durumu, bu tanıma ilaveten yani çalışma ortamlarında beden ve ruh sağlığı ile birlikte; beslenmeden barındığı konuta, aldığı ücretten sosyo-ekonomik durumundaki iyilik haline kadar geniş bir yelpazede düşünülmeli gerekirdi. Son elli yıllık mevzuatta biçimsel olarak zaman zaman yenilense de öze dokunmayan yasal tanım; “Meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleri...” (m.14) olarak yapılıyor (3).

Toplumsal eşitsizlikler meslek hastalıklarının yasal tanımındaki sınırlamalarla/kısıtlamalarla daha da derinleşmiştir. Bunlardan birincisi; meslek hastalığı tanımı “hastalık, sakatlık veya ruhi arıza” halleri ile sınırlandırılıyor. Yani vücutta henüz fonksiyonel ve/veya organik kayıplar oluşturmamış durumlar (örneğin erken evre meslek hastalığı) ile işle ilgili hastalıklar (örneğin kanser olguları) veya işin ortaya çıkardığı hastalıklar (örneğin COVID-19) kapsam dışında kalıyor ve bu durumlarda birçok meslek hastalığı olgusu yok sayılıyor. İkincisi; meslek hastalığı hukuku, egemen güçlerin tercihi ile adına prim yatırılan bir grup “sigortalı” ile sınırlandırılıyor (örneğin, emek sömürsünün en yoğun yaşandığı enformel sektörde meslek hastalığı tespiti olanaksız). Üçüncüsü; mevzuatta yapılan meslek hastalığı tanımı tüm sigortalıları kapsıyor gibi görünse dahi adına iş kazası meslek hastalığı sigorta primi yatırılmayan kamu çalışanları 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (İSG) kapsamında olmalarına rağmen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS) kapsamı dışında tutuluyor. Kendi hesabına çalışanlar (Bağ-kur) adına iş kazası ve meslek hastalığı sigorta primi yatırılmasına rağmen gelişecek meslek hastalığının sorumlusu da kendileri kabul edildiğinden (!) olsa gerek işgöremezlik haklarından yararlanamıyorlar. Yasa koyucu, kamu çalışanı sigortalı (madde 4/c) için meslek hastalıklarını İSG kapsamında kabul ediyor ancak SSGSS’de dışlıyor. Tüm bu kısıtlamalara ilaveten meslek hastalığı konusunda her şey mevzuata uygun olsa dahi hastalık (örneğin COVID-19) ile yapılan iş arasındaki “illiyet bağı” kurulamadığı gerekçesi ile tanı kesinlik kazanamıyor.

SSGSS’de yapılan “meslek hastalığı” tanımı ile birlikte yasa gereği çıkartılan Yönetmeliğin (4) “Meslekte Kazanma Gücü Azalma Oranı Tespitine İlişkin Usul ve Esaslar” bölümünde (m.17) Meslek Hastalıkları Listesi’ne (Ek-2) göre “hangi hastalıkların meslek hastalığı sayılacağı” belirtilmektedir. “Herhangi bir meslek hastalığının klinik ve laboratuvar bulgularıyla kesinleştiği ve meslek hastalığına yol açan etkenin, işyeri incelenmesiyle kanıtlandığı hâllerde, meslek hastalıkları listesindeki yükümlülük süresi aşılmış olsa bile, söz konusu hastalık, Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun kararı ile meslek hastalığı sayılabilir.” deniliyor.

Mevzuat, “kısıtlamalar” hariç tüm sigortalılar için “iş kazası ve meslek hastalıkları” (COVID-19 dahil) konusunda bir düzenleme getirmektedir. Kısıtlamalar üzerinden “sigortalı sayılmayanlar” ayrı bir tartışma konusu olmakla birlikte; SSGSS kapsamında 4üncü maddeye göre çalışan “sigortalılar” için yapılacak düzenlemelerle kısıtlamaları önleyen bir “denge” sağlanabilirdi. Bir işveren tarafından hizmet akdiyle çalıştırılanlar (4/a bendi) ile kendi hesabına çalışanlar (4/b bendi) için “iş kazası ve meslek hastalıkları primi” ödenirken, kamu idaresinde çalışanlar (4/c bendi) adına “iş kazası ve meslek hastalığı primi” ödenmemesi nedeniyle bu sigortanın sağladığı “haklardan” 4/c kapsamındakiler yararlanamamaktadırlar. Konu ile ilgili TTB içerisinde bir grup tarafından hazırlanan “Kanun Teklifi Taslağı” kabul edilmesi durumunda iç denge sağlanabilecekken böyle bir “teklif” TBMM’de gündeme dahi gelmemiştir (Ek 1: Kanun Teklifi Taslağı).²

COVID-19 Meslek Hastalığıdır

Yukarıda konu olan “Meslek Hastalıkları Listesi” içerisinde; “D Grubu: Meslek bulaşıcı hastalıklar” (m.18) yer almakta ve “Mesleki bulaşıcı hastalıkların, görülen işin gereği olarak veya işyerinin özel koşullarının etkisiyle oluşması ve enfeksiyonun laboratuvar bulguları ile de kanıtlanması” (m.19) vurgusu bulunmaktadır. Ayrıca “Bu listede yer almayan fakat görülen iş ve görev gereği olarak bulaştığı kesin olarak saptanan diğer bulaşıcı hastalıklar da meslek hastalığı sayılır. Bu husustaki teşhisin laboratuvar deneyleriyle kanıtlanması gereklidir. Hastalığın en uzun kuluçka süresi yükümlülük süresi olarak alınır.” ifadeleri tartışmayı noktalandırıyor.

İSG’de yapılan “meslek hastalığı” tanımı ile birlikte yasaya uygun “Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik” çıkartıldı (5). Bu Yönetmelik, “Avrupa Birliğinin 18/9/2000 tarihli ve 2000/54/EC sayılı Konsey Direktifi’nin Türkiye’de iç hukuka uyarlanması ile hazırlanmıştır (m.3/b).



Ek 1. Kanun Teklifi Taslağı

Madde 1- 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 14. maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"Sağlık hizmetlerinde görevli olan ve 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalıların, enfeksiyon hastalıklarına yakalanması halinde, birinci ve ikinci fıkroda belirtilen şartların varlığına bakılmaksızın meslek hastalığına tutulmuş kabul edilir."

Madde 2- 5510 sayılı Kanun'un 47. maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki cümle eklenmiştir.

"Sağlık hizmetlerinde görevli olanların malullüğü enfeksiyon hastalıklarına yakalanmaları nedeniyle ortaya çıkmış ise, bunun sigortalıların vazifelerini yaptıkları sırada meydana geldiği kabul edilir."

Madde 3- 5510 sayılı Kanun'a aşağıdaki madde eklenmiştir.

Geçici Madde – Kanun'un 14 ve 47 nci maddelerine bu kanunla eklenen hükümler, 01/01/2010 tarihinden itibaren malül olanlar hakkında da uygulanır. Bunların mali hakları 01.01.2020 tarihinden itibaren tahakkuk eder ve bu kanunun yürürlüğe girdiği tarihten başlayarak 45 gün içinde hesaplanıp hak sahiplerine ödenir.

Madde 4- 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanununun mülga 45. maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki cümle eklenmiştir.

"Sağlık hizmetlerinde görevli olanların malullüğü enfeksiyon hastalıklarına yakalanmaları nedeniyle ortaya çıkmış ise bu durum iştirakçilerin vazifelerini yaptıkları sırada vazifelerinden doğmuş kabul edilir."

Madde 5- 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanununa aşağıdaki madde eklenmiştir.

Geçici Madde – 45 inci maddeye eklenen cümle, 01/01/2010 tarihinden malül olanlar hakkında da uygulanır. Bunların mali hakları 01.01.2020 tarihinden itibaren tahakkuk eder ve bu kanunun yürürlüğe girdiği tarihten başlayarak 45 gün içinde hesaplanıp hak sahiplerine ödenir.

Bu Yönetmeliğin amacı (m.1) "çalışanların işyerindeki biyolojik etkenlere maruziyetinden kaynaklanan veya kaynaklanabilecek sağlık ve güvenlik risklerinin önlenmesi ve bu risklerden korunmasına dair asgari hükümleri düzenlemektir". Bu Yönetmelik; a) "6331 sayılı Kanun kapsamına giren işyerlerinde; çalışanların yaptıkları işlerden dolayı biyolojik etkenlere maruz kaldıkları veya maruz kalabilecekleri işleri", b) "Biyolojik etkenle doğrudan çalışılmayan veya biyolojik etkenin kullanılmadığı ancak, çalışanların biyolojik etkene maruziyetine neden olabilecek Ek-I'de yer alan işleri kapsar". Ek-1'de biyolojik etkenlere maruziyetin olabileceği bazı işyerleri ile birlikte "Sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerde, karantina dahil morglarda çalışma ve mikrobiyolojik teşhis laboratuvarları dışındaki klinik, veterinerlik ve teşhis laboratuvarlarındaki çalışma" bulunmaktadır. Yönetmelik, risk düzeyini 4 grup olarak (m.5) belirliyor. Bunlardan "4. grup biyolojik etkenler" (m.5/ç) "İnsanda ağır hastalıklara neden olan, çalışanlar için ciddi tehlike oluşturan, topluma yayılma riski yüksek olan ancak etkili korunma ve tedavi yöntemi bulunmayan biyolojik

etkenler" olarak tanımlanıyor. Ölümle sonlanan ya da ağır komplikasyonlarla maluliyet oluşturan COVID-19 enfeksiyonu tam da bu gruba denk gelmektedir. "İnsanda ağır hastalıklara neden olan, çalışanlar için ciddi tehlike oluşturan, topluma yayılma riski bulunabilen ancak genellikle etkili korunma veya tedavi imkânı olan" COVID-19 enfeksiyonu ise 3. grup (m.3/c) içerisinde değerlendirilmelidir.

Sonuçta; Koronavirüs (COVID-19) hastalığı oluşturan SARS-CoV-2 virüsü, Avrupa Birliği Konsey Direktifi ve Türkiye'de bu Direktif esas alınarak kabul edilen Yönetmelikte meslek hastalığına neden olan biyolojik etkenler arasındadır. Bu Yönetmelik, belirlenen risklerin değerlendirilmesinin "İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği"nde yer alan hükümler (m.6) çerçevesinde yapılmasını öngörüyor ve biyolojik etmenlere maruziyet durumunda "işverenlerin yükümlülükleri" (m.7,8) düzenleniyor. Yönetmelikte, toplu önlemlerin yanı sıra COVID-19 enfeksiyonu için alınması gereken hijyen ve kişisel korunma önlemleri (m.10) ile birlikte çalışanların eğitimi ve bilgilendirilmesi (m.11)



ve sağlık gözetiminin hangi koşullarda ve nasıl yapılacağı (m.16) anlatılıyor.

Yukarıda bahsedilen yasal düzenlemeler kapsamında; sağlık çalışanlarının doğrudan doğruya COVID-19 hastaları ile temas etmeleri ve karşılaştıkları risk nedeniyle bu ve benzer bulaşıcı hastalıklara yakalanma durumunda laboratuvar destekli “meslek hastalığı” tanısı konulmalı ve SGK tarafından meslek hastalıkları sigortası çerçevesinde maddi ve manevi tazminat ödemesi yapılmalıdır. Mevzuat üzerinden “illiyet bağı” kurulduğunda, meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gereken COVID-19 enfeksiyonu yoğun bakım servislerinde çalışanlarda dahi yaptığı iş ile hastalık/maluliyet/ölüm arasında illiyet bağı bir dizi hukuki süreç sonrasında kısmen kurulabilmektedir. Ancak uygulamada birçok riskli çalışma ortamlarında COVID-19 meslek hastalığı olarak kabul edilmiyor, sadece kısa vadeli “hastalık sigortası” üzerinden tedavi giderleri karşılanıyor. Ölüm veya maluliyet durumunda da meslek hastalıklarına göre uzun vadeli sigorta işlemleri uygulanmıyor.

Diğer hizmet sektörlerinde de her gün işe gitmek zorundaki grupların gerek ulaşım, gerekse üretim esnasında sürekli yakın temas nedeniyle pandemiden orantısız bir şekilde etkilendiği, daha yüksek düzeyde enfeksiyon ve ölüm yaşadıklarına dair kanıtlar bulunmaktadır. Bu gruplar için “evde kal” söylemi bir anlam ifade etmezken işe gitmesi nedeniyle önu kesilemeyen bulaş durumu da “işle ilgili veya işin ortaya çıkardığı hastalık” olarak kabul edilmiyor. Çünkü COVID-19 enfeksiyonu ile işyeri arasında illiyet bağına ispat etme yükümlülüğü çalışana bırakılıyor. COVID-19 hastaları, ücretli sağlık harcamaları ve uzun süreli bakım masrafları durumunda da sosyal koruma ve sigorta haklarından yararlanamıyor.

COVID-19 konusunda Avrupa ülkelerindeki gelişmelere baktığımızda; Türkiye’nin de yasal dayanak olarak kabul ettiği Avrupa Birliği Konsey Direktifi (18/9/2000 tarihli ve 2000/54/EC sayılı) birçok ülkede otomatik olarak devreye girerek yol gösterici olmuştur.

Avrupa Kamu Hizmeti Sendikaları Federasyonu (EPSU), kişinin işi ile ilgili aktivitelerinin onları toplumun genelinden daha yüksek risk ile karşı karşıya bıraktığı durumlarda, COVID-19’un bir meslek hastalığı olarak tanınması ve tazmin edilmesi gerektiğini savunuyor. Avrupa Sendikalar Enstitüsü (ETUI) ise COVID-19’un birçok ülkede mesleki sağlıktan ziyade halk sağlığı sorunu olarak görüldüğünü ifade etmiştir (6).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) içerisinde; İsveç, İspanya, Avusturya, Almanya ve Fransa’nın COVID-19’u mesleki hastalık olarak tanıdığını görüyoruz. Bu ülkelerde COVID-19’a yakalanan işçiler; hastalık izni, ücret kayıplarının karşılanması, tıbbi

bakım ve tedavilerinin sağlanması gibi olanaklardan yararlanıyorlar. COVID-19 İspanya’da meslek hastalığı olarak kabul edilme koşullarını karşılarken, İtalya’da iş kazası olarak kabul ediliyor. Finlandiya ve İsveç’te tablo daha olumludur. Fransa’da haklarını talep eden işçiler için adli süreçler takip ediliyor. Romanya’da sınırlı bir yasal çerçeve, çok az sayıda vakanın tanınma koşulu karşılanıyor. Çek Cumhuriyeti’nde, işçilerin hastalığın fiilen iş performansı ile doğrudan bağlantılı olarak ortaya çıktığına dair kanıt sunmaları gerekli değildir. Birleşik Krallık’ta, COVID-19, var olan meslek hastalıkları “blok” listesine dâhil edilmedi. İrlanda, COVID-19’u meslek hastalığı olarak tanımıyor. Yunanistan’da meslek hastalıklarının tanınma kriterleri belirli hastalıkların “blok” listesine dayanmaktadır. COVID-19’un özellikle sağlık çalışanlarında meslek hastalığı olarak tanınmaya uygun olduğu gösterilirken, vakaların mesleki kökenlerine ilişkin resmi bir kayıt yoktur, bugüne kadar hiçbir COVID-19 vakası meslek hastalığı olarak tanınmamıştır. Benzer şekilde, Bulgaristan ve Malta’daki sistemlerde COVID-19 meslek hastalığı olarak kabul edililirken, bugüne kadar hiçbir vakada illiyet bağı kurulmamıştır (6).

Avrupa İstatistik Ofisi Eurostat “çoğu Avrupa devletinin COVID-19’u meslek hastalığı olarak tanıdığını” söylüyor, ancak ETUI durumun “karmaşık olduğunu ve farklılıklar gösterdiğini” belirtiyor (6).

Sonuç olarak; pandeminin ilk günlerinden itibaren EPSU, Avrupa Sendikalar Konfederasyonu (ETUC) ile birlikte COVID-19’un meslek hastalığı olarak tanınması için çağrıda bulunuyor (6).

Gerek Türkiye’de gerek Avrupa ülkelerinde COVID-19 meslek hastalığı olarak kabul edilsin ya da edilmesin; kapitalist sistemin yapısal sorunları nedeniyle (COVID-19 bulaşında da görüldüğü gibi) işçi sınıfının meslek hastalıklarından korunmayacağı bu yazının devamında “Kapitalist sistem neden koruyamaz” başlığı altında irdelenecektir.

Türkiye’de “Meslek Hastalıkları İstatistikleri” Üzerine

Türkiye’de yüzbinlerle ifade edilmesi gereken meslek hastalığı sayısı yukarıda anlatılan tanı sistemi ve kısıtlamalar ve tutulan kayıtlardaki manipülasyonlarla birkaç yüze kadar indirildi.

Yıllara göre meslek hastalığı (MH) sayıları ve oranlarını incelediğimizde enteresan bir durumla karşılaşıyoruz; 1972-1981 yılları arasında (10 yıllık dönem) SSK istatistiklerine yıllık ortalama 385 meslek hastalığı tanısı girilmiştir (7). Bu dönemdeki meslek hastalığı sayısının aynı dönemdeki sigortalı sayısına oranlanması duru-



munda ortalama yüz binde 19,1 gibi bir değer bulunmaktadır. 2011-2020 yılları arasındaki (10 yıllık dönem) SGK istatistiklerine (8) baktığımızda ortalama 678 meslek hastalığı tanısı olduğu ve bu dönemdeki meslek hastalığı sayısının aynı dönemdeki sigortalı sayısına oranlanması durumunda ortalamanın yüz binde 4,7 olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Meslek hastalıkları sayısının 1970'li yıllardan 2010'lu yıllara kadar %76 oranında arttığı hesaplansa da bu iki dönemdeki aktif sigortalı sayılarına oranlandı-

ğında meslek hastalığı sayısının aradan geçen dönemde %75 oranında azaldığı görülmektedir (Tablo 1).

ÇSGB, iş sağlığı ve güvenliği konusunda 2009–2013 (beş yıllık) döneminde ulaşılması planlanan hedeflerini sıralamış; “Ülkemizde beklenen ancak tespit edilememiş meslek hastalığı vaka sayısının, düzenlenen mevzuat ve tanı sistemindeki gelişmeler ışığında ilgili tarafların konuya ilişkin duyarlılık ve bilgi düzeylerinin geliştirilmesi ile beş yılın sonunda toplam %500 artırılması sağlanacaktır.” (9) iddiasında bulunmuştur. Maalesef, söz ko-

Tablo 1: 1972-1981 ve 2011-2020 yılları arasındaki (10 yıllık) meslek hastalıkları sayı ve oranlarının karşılaştırılması.

Yıl (1972-1981) (7)	Sigortalı sayısı*	Meslek Hastalığı tanı sayısı	MH sayısının sigortalı* sayısına oranı (100.000 kişide)	Yıl (2011-2020) (8)	Sigortalı sayısı**	MH tanı sayısı	MH sayısının sigortalı** sayısına oranı (100.000 kişide)
1972	1.411.691	248	17,6	2011	11.547.134	697	6,0
1973	1.649.079	159	9,6	2012	12.527.337	395	3,2
1974	1.799.998	150	8,3	2013	12.484.113	351	2,8
1975	1.823.338	305	16,7	2014	13.240.122	494	3,7
1976	2.017.875	677	33,6	2015	13.999.398	510	3,6
1977	2.191.251	362	16,5	2016	13.775.188	597	4,3
1978	2.206.056	504	22,9	2017	14.477.817	691	4,8
1979	2.152.411	341	15,8	2018	16.054.759	1044	6,5
1980	2.204.807	528	24,0	2019	16.010.002	1088	6,8
1981	2.228.439	573	25,7	2020	17.358.140	908	5,2
Ortalama	1.968.495	385	19,1	Ortalama	14.147.401	678	4,7

*Aktif çalışan SSK sigortalı. **Aktif çalışan SGK (4/a) sigortalı.

nusu 2009-2013 yılları arasında meslek hastalıklarının sayısı %500 artacağına 429'dan 351'e inerek %18,2 azalma göstermiştir.

Sayılar tartışmalı olsa da 2011-2020 yılları arasında meslek hastalığı sonucu ortalama 188 (eski-yeni toplamda) işgöremezlik ödeneği alan sigortalı tespiti olmasına rağmen, bunlardan sadece 30,5'i yeni tespit, 157,5'i önceki yıllardan kalma hasta olarak sürekli işgöremezlik

geliri almaya hak kazanmıştır (8) (Tablo 2).

Meslek hastalığına bağlı ölümler üzerine birçok tartışma ortamında ironi yaparcasına “konuşmaya bile değmez rakamlara düştü/düşüyor” denilse de durumun ne kadar dramatik olduğu detaya indiğimizde daha iyi görüyoruz. Tablo 2'deki “meslek hastalığı nedeniyle yıl içindeki işgöremezlik geliri bağlanan sigortalı sayısının” Tablo 3'deki “meslek hastalığı sonucu yıl içinde ölüm



geliri bağlanan hak sahibi sayısı” ile kıyasladığımızda ilginç durumlarla karşılaşyoruz. SGK, 2013 yılı öncesinde geçmiş yıllardan bekleyen dosyalar ve o yıl tespit edilen yeni meslek hastalığı sayılarını birlikte yayınlamıştır. Ayrıca tartışılabilir bu konunun dışında ilk defa 2013 istatistik yılı ile karşımıza çıkan “Meslek hastalığı sonucu ölüm sayıları” incelendiğinde, karşımıza çıkan “meslek hastalığı sonucu ölüm dosya sayısı” ve “ölüm geliri bağlanan hak sahibi sayısı” üzerinden eksik de olsa bir başka durumu tespit edebiliyoruz. Meslek hastalığı sonucu ölüm sayıları bugüne kadar 8 yıl (2013-2020)

yayınlanmış ve bu dönemde SGK İstatistik Yıllıklarında ölüm rakamları ayrıca verilmiştir; 2013-2020 yılları arasında “meslek hastalığı sonucu ölüm sayısı” 5 kişi olarak yazılmasına rağmen aynı yıllar arasında “meslek hastalığı sonucu ölüm dosya sayısı” 2.126 olarak karşımıza çıkmıştır (Tablo 3) (8).

Tazminci Uygulama Caydırıcılık Sağlar mı?

Tespit edilmeyen yüzbinlerce meslek hastalığı giderlerinin “tanı eksikliği” nedeniyle “hastalık sigortası” üzerinden GSS tarafından karşılandığını, tescil edilme-

Tablo 2: 2011-2020 yılları arasındaki meslek hastalıkları sayıları ve ölüm oranlarının karşılaştırılması.

Yıllar (8)	Meslek Hastalığı tanı sayısı	MH sayısının sigortalı* sayısına oranı (100.000 kişiye)	MH sonucu ölüm sayısı	MH sonucu iş göremezlik geliri alan sigortalı sayısı (yeni/ eski tanı)
2011	697	6,0	10	?/123
2012	395	3,2	1	?/173
2013	351	2,8	0	3/31
2014	494	3,7	0	17/71
2015	510	3,6	0	11/152
2016	597	4,3	0	35/160
2017	691	4,2	0	32/207
2018	1044	6,5	0	46/248
2019	1088	6,8	0	51/295
2020	908	5,2	5	49/115
Ortalama	678	4,7	1,6	30,5/157,5
*Aktif çalışan SGK (4/a) sigortalı.				

yen meslek hastalıklarının maddi-manevi tazminat boyutunun ise hiç gündeme gelmediğini görüyoruz. Son dönemde COVID-19 pandemisi döneminde yaşananlar Türkiye’de meslek hastalıklarında hep yaşandı...

Diyelim ki; kayıtlar ‘güvenli’ hale geldi, yönetenlerce söylenenler de gerçekleşti, kayıtlara geçen “hastalık” tanıları düzeltildi ve zaman içerisinde meslek hastalığı

tanısı artıyor/artacak olsun! Bu durumda şöyle de söylenebilir; “tazminat” olarak ödenen paranın miktarı sermaye cephesinde caydırıcı etki yapacak düzeyde olursa işverenler “koruyucu” önlemleri önceler!

Meslek hastalığı tanısının artmasının olası sonuçlarından birincisi, işçinin ya da yakınlarının alacağı “iş göremezlik ödeneği ve tazminatı”, ikincisi ise işverenin

Tablo 3: SGK'lı (4/a) sigortalıların 2013-2020 yılları arasındaki meslek hastalıkları sonucu ölüm sayısı, ölüm dosya sayısı ve ölüm geliri bağlanan hak sahibi sayısının karşılaştırılması.

Yıllar	Meslek Hastalığı tanı sayısı	MH sonucu ÖLÜM sayısı	MH sonucu ÖLÜM DOSYA sayısı	MH sonucu yıl içinde ölüm geliri bağlanan hak sahibi sayısı + önceki yıllardaki ölümler nedeniyle gelir bağlanan hak sahibi sayısı	MH sonucu yıl içinde ÖLÜM GELİRİ bağlanan toplam hak sahibi sayısı
2013	351	0	227	159+99	258
2014	494	0	230	147+133	280
2015	510	0	264	165+146	311
2016	597	0	314	186+149	335
2017	691	0	284	197+159	356
2018	1044	0	239	46+248	294
2019	1088	0	265	128+172	300
2020	908	5	303	133+231	364
Ortalama	710	0,6	265,8		312,3
Toplam	5.683	5	2.126		2.498

bedel ödemesinin caydırıcılığı sonucu “koruyucu önlemler”in artırılmasıdır. İşçinin tazminat almasına gerekçe gösterilecek “iş göremezlik oranının belirleyicisi” ise meslek hastalığının evresidir. Bir başka gerçeklik de hastalık evresinin ilerlediği ya da işgöremezliğin arttığı oranda da işçinin ömrünün kısalıyor olmasıdır. Meslek hastalığının ilerlemesiyle orantılı olarak işçinin alacağı tazminatın parasal miktarı artarken, işçi hastalığın terminal döneminde azap verici bir döneme girecektir. Hastalık evresinin düşük olduğu dönemde ise işçiye işgöremezlik ödeneği ve tazminat ödenmeyecek, işverene de yaptırım uygulanmayacaktır. Hastalık ağırlaşıp ölüm yaklaştıkça ödenen paranın miktarında dramatik bir artış olarsa işçi nasıl bir tercih yapar? Buradan çıkartılacak yegâne sonuç şudur; meslek hastalığına yakalanan ve her durumda beden bütünlüğü az veya çok bozulan işçi açısından meslek hastalığı tanısı ve hastalık evresinin getirisi yoktur, sadece yakınlarına parasal olarak sağlayabilir.

Meselenin etik boyutu “tazmincilik” tartışmasının tam da merkezindedir. Meslek hastalıkları sistem sorunu olarak çözümsüzlük açmazında ilerlerken, işçi cınayeterlerine kadar gidebilen olguların işyeri hekimi ya da iş

güvenliği uzmanı olarak profesyonel çalışan yakın görgü tanıkları da olabiliyor. Hekimlik belleğimizle baş başa kaldığımızda; hasta için azap verici pnömokonyozların geri dönüşünün olmadığını, silikozisin, asbestozis ya da mezotolyamanın durup dururken çalışma ortamında alınmayan önlemler uğruna ölümcül hastalıklara neden olduğunu zorlanmadan hatırlarız...

Meslek hastalığı tanısının ikinci sonucuna yani “caydırıcılık” meselesine baktığımızda; öncelikle devlet aracılığıyla meslek hastalığı tanısı adeta olanaksızlaştırılarak işverene yönelik cezai uygulamanın önü kesilirken, caydırıcılık bir yana “korunmama hali” adeta teşvik ediliyor! Sermayedar, devlet tarafından kurgulanan bu sistem sayesinde meslek hastalığı nedeniyle zarar görmüyor. Tüm toplumu ilgilendirmesine rağmen meslek hastalıkları sorununun toplumsal duyarlılıkla algılanamaması nedeniyle süregelen sistem değişime zorlanamıyor. Bu nedenlerle de bedel ödemeyen işveren ‘huyundan’ vazgeçmeksizin koruyucu önlemlerin artırılmasına gereksinim duymuyor. Tüm bunlara rağmen bir işyerinde meslek hastalıkları tanısı konulursa; “haber salınıyor” işçi ya da işyeri hekimi işten atılıyor!



Meslek Hastalıklarının “Sigortacılık” ve “Korunma Boyutu”

Kapitalist sistem; iki nedenle “sigortalı” çalıştırmayı savunuyor! Birincisi; sigortasız çalıştırma farklı sermaye grupları arasında ‘haksız rekabet’ anlamına geldiğinden, sermayedarın kendi otokontrolünü sağlayacak hukuka uyulması isteniyor. İkincisi; işçiye iş kazası ve meslek hastalığı sigortası yapılması durumunda; iş kazası ya da meslek hastalığı sonucu iş göremezlik söz konusu olursa mesele “sigortacılık” felsefesine indirgeniyor ve egemen sınıflar “sigorta sistemi” içerisinde çözümü buluyorlar. Başka bir ifadeyle; devlet, çalışma ortamında koruyucu sağlık hizmetleri yerine sadece “tazminat” olan “sigortacılık” kültürünü ikame ediyor. Siyasi erk marifetiyle meslek hastalığı tanısı/tespiti adeta olanaksızlaştırılırken, hasbelkader meslek hastalıkları tespiti halinde ise “tazminat hukuku” çerçevesinde sermayedarın zarar görmeyeceği icraatlarla “sigortacılık” devreye giriyor. Sonuçta; meslek hastalıklarının mali yükünü her durumda SSK/SGK kamu adına ödedi/ödüyor (10).

Sermayedar gözüyle; işçi, “iş kazaları ve meslek hastalıkları” bakımından sigortalı yapılmalı, iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu iş göremezlik kayıt altına alınmışsa iş göremezlik tazminatını kamu sigorta sistemi ödemeli... Diğer taraftan meslek hastalıkları tanısı/tespit mekanizması işlemediği sürece meslek hastalığı olguları yok hükmünde sayılmalı, meslek hastalıklarının tanısı ve tedavisi giderleri ise “hastalık sigortası” üzerinden ödenmeli...

Devlet, bu sistemin koordinasyon görevini üstlenirken, SGK iş göremezlik tazminatlarını ödeyecek ancak sermayedara rücu davası açmayacak, sürüncemede kalan yargılamalarda hep aynı son yaşanacaktır!

Meseleye başka bir boyutu ile baktığımızda; siyasi erk meslek hastalığı tanısı konusunda tüm sağlık kuruluşlarını değil sadece kontrol altında tutabileceği belirli sağlık kuruluşlarını yetkili kılıyor. Hangi hastalığın meslek hastalığı sayılacağını da “Meslek Hastalıkları Listesi” üzerinden SGK belirliyor, konu ile ilgili uzman incelemesini de SGK yapıyor, iş göremezlik oranına da SGK karar veriyor. Uyuşmazlık durumunda ulaşabileceğiniz tek merci “Yüksek Sağlık Kurulu” ki o da SGK’ya bağlı çalışıyor. Sonuçta, her konuda yetkili olan SGK, ödediği hastalık giderlerini ve tazminatları isterse kusurlu işverene rücu ediyor, istemezse de rücu etmiyor. Daha doğrusu hukuken davaların açılmasından imtina ediliyor.

SSK’nın öncülü İşçi Sigortalıları Kurumu’nun kurulduğu 1946 yılından bu yana sigortalı işçi çalıştıran işveren; iş kazaları ve meslek hastalıklarının mali yükünü işçi sigorta kurumuna (2008 yılından sonra da SGK’ya) yükledi. Ancak istatistiklere baktığımızda giderek azala-

lan bir oranda (son yıllarda yüzbinde 5 düzeyinde) meslek hastalığı tespit edildiğini görüyoruz (Tablo 2). Normal izlekte sayı az da olsa tespit edilen meslek hastalıklarının tanı, tedavi ve iş göremezlik ödeneklerinin meslek hastalıkları sigortasından karşılanması, maddi bedelin sigorta sistemine maliyet olarak yüklenmesi, işyeri denetimleri sonrasında ise sorumluların tespiti gerekirdi.

Tespit edil(e)meyen meslek hastalıklarının tanısı ve tedavi boyutu ayrı bir tartışma konusudur. Yüzbinlerce meslek hastalığının tanısı ve tedavi giderleri; tanısı sisteminin belirsizleştirilmesi nedeniyle “hastalık” boyutuyla ele alınıyor ve “meslek hastalığı sigortası” yerine “hastalık sigortası” üzerinden GSS tarafından karşılanıyor. Meslek hastalıklarının maddi-manevi tazminat boyutu ise tanısı tescil edilmediği için hiçbir zaman gündeme gelmiyor. Dolayısıyla ‘şişen’ hastalık sigortası maliyeti GSS bilançosunda ‘kara delik’ misali açılıyor ve bu açık bezdiren tasarruf politikalarına rağmen genel sağlık sigorta fonundan karşılanarak bir şekilde toplumun geneline havale ediliyor (10).

Çarpıcı Örnek; Mesleki Kanseler

Maddi-manevi en fazla sorun yaratan mesleki kanserlere baktığımızda inanılması güç bir tablo ile karşılaşırız. Örneğin, Sağlık Bakanlığı 2017 yılı istatistiklerine göre Türkiye’de nüfusun (80.810.525) %50,3’ünü kapsayan verilere göre 180.288 hastaya yeni kanser tanısı konulduğu görülmüştür. Bunlardan 105.067 erkek hasta (yüzbinde 259,2’si) ve 75.315 kadın hasta (yüzbinde 187’si) kanser tanısı almıştır (11). Uluslararası çalışmalara göre “tüm kanserlerin erkeklerde %8’i, kadınlarda %1’i işle ilgili” olarak kabul edilmektedir (12). Türkiye’de 2017 yılı (40.535.135 erkek, 40.275.390 kadın) verilerine göre bir hesap yaparsak 9.158 (8.405+753) hastada mesleki kanser olgusu tahmin edilebilir. Ancak 76 yıllık SSK/SGK tarihinde tespit edilen tek bir mesleki kanser örneği bulunmamaktadır.

SGK istatistiklerinde; 2011-2020 yılları arasındaki meslek hastalıklarına bağlı ölüm sayısına baktığımızda 10 yılda toplam 16 (yıllık ortalama 1,6) kişinin meslek hastalığı sonucu yaşamını yitirdiği görülmektedir (Tablo 2). 2019 yılı istatistiklerine göre Türkiye’de erkeklerde yüzbinde 0,9, kadınlarda yüzbinde 0,5 oranında mezotelyoma hastası tespit edilmiştir. Bu tablodan da anlaşıldığı kadarıyla çalışılan işle ilgili olarak gelişebilecek

Meslek hastalığı sonucu işçinin alacağı işgöremezlik ödeneği ve tazminat oranı ile hastalık evresi arasında doğru orantılı, işçinin ömrü ile ters orantılı bir artış vardır.



mezotelyoma hastaları meslek hastalığı değil “hastalık” tanısıyla istatistiklere yansımıştır. Diğer taraftan sadece mezotelyoma nedeni ile 2019 yılında kayıtlara geçen (kayda geçmeyen bilinmiyor) 443 olgu tespiti bulunmaktadır (13).

Kapitalist Sistem Neden Koruyamaz

Kapitalizm, tarihi boyunca işçiyi emek gücünden başka bir varlık olarak görmedi. Karl Marks’dan bugüne yapılan değerlendirmelerde; insanın insanca yaşaması, toplumsal işlevini yerine getirmesi, fiziksel ve ruhsal yaşam günlerini özgürce kullanması için gereken zaman sermaye açısından “safсата” olarak görüldü. İşçinin, başta işsizlik olmak üzere sosyoekonomik sorunları ile birlikte istihdam koşulları, güvencesiz çalışma, çalışma sürelerinin uzunluğu ve dinlenme sürelerinin kısalığı vb gibi durumlar meslek hastalıklarının en önemli nedenleri arasında olması gerekirken daha çok koruyucu önlemler öne çıkartıldı.

Kapitalist sistem, günlük hedeflerine işgününü uzatarak, insanın yaşam süresini kısaltarak varır. İşçiyi normal manevi ve fiziksel gelişme ve işleme koşullarından yoksun bırakarak onun sağlığını kaybettirmekle kalmaz aşırı çalışma ile bizzat emek gücünün zamanından önce tüketilmesine ve ölümüne de sebep olur. COVID-19 için de geçerli olan meslek hastalıklarından korunmanın olmazsa olmazı dinlenme süreleri ile başlamalıdır. Bir insan, 24 saat günlük sürede; çalışma süresi (örneğin 8 saat), sonrasında yeterince uyuyarak dinlenmesi (örneğin 8 saat), sosyal yaşam için zaman ayırabilmesi (örneğin 8 saat) durumunda daha sağlıklı olabilir. Kapitalist mantıkla bakıldığında dahi “verimli olması” istenen emek gücünün yeniden işe koşulabilmesi için dinlenme/uyku ile birlikte sosyal yaşamına da zaman ayırması gerekir. Ancak sermayedar, 24 saatin tamamını kontrolünde tutarak işçinin dinlenme/uyku dışında kalan maksimum süreleri üretime ayırmasını bekliyor. Dinlenemeyen işçinin yaşam süresi bazen işçi cinayeti, bazen iş kazası bazen de meslek hastalığı nedeniyle kısalıyor. Sermayedar “İşçinin belli bir zaman aralığındaki üretim süresini, onun yaşam süresini kısaltarak uzatır” (14). Bu da emek gücünü öncelikle sosyal anlamda devamında fiziksel anlamda tümünden tüketmek anlamına gelir. Pandemi sürecindeki ağır hastalık ve ölüm durumları da aynen bu zeminde yaşanmıştır.

Benden sonra tufan! “Her kapitalistin ve kapitalist ülkenin parolası budur. Bundan dolayı toplumdan gelen bir zorlama olmadığı sürece, sermaye, işçinin sağlığına ve ömrünün uzunluk veya kısalığına karşı kayıtsızdır” (14). Bu nedenle uzun ve aşırı çalışma sonucu işçinin beden ve ruh sağlığının bozulması ya da zamansız ölü-

mü, bütün yönleriyle ele alındığında, “meselenin tek tek kapitalistlerin iyi ya da kötü niyetlerine bağlı olmadığı da görülür.” Tüm yaşananların kapitalizmin üretim yasalarıyla doğrudan ilgisi vardır ve tek tek kapitalistler bu yasalara boyun eğmek zorundadırlar (14).

“Sermaye ölçü tanımayan hırsıyla artık emeğe duyduğu kurtlara özgü açlıkla işgününün manevi üst sınırını aşmakla kalmaz, fiziksel üst sınırını da aşıp geçer. İnsan bedeninin büyümesi, gelişmesi ve sağlıklı tutulması için gereken zamanı gasp eder. Sermaye, temiz hava alması ve güneş ışığı görmesi için gereken zamanı işçinin elinden zorla alır. Yaşam gücünün toplanması, yenilenmesi ve zindelik kazanması için gereken sağlıklı uyku, mutlak olarak tükenmiş bir organizmanın canlılığını tekrar kazanabilmesi için zorunlu olan süreye indirilip dondurulmuştur.” (14). Sözüün kısası işçinin yaşamının ne kadar süreceği sermayenin umurunda bile değildir. Sermaye bakışıyla; işçi için, ertesi gün işe gelmesini sağlayacak (işini yapacak) optimal düzeyde sağlık hizmeti ve asgari korumak (!) yeterlidir.

Bir başka bakışla; “Sermayenin ölçü tanımaz değerlendirme dürtüsüyle zorunlu olarak harcadığı çaba doğrultusunda işgününün doğaya aykırı şekilde uzatılması, tek tek işçilerin ömürlerini ve dolayısıyla onların emek güçlerinin ömürlerini kısalttığına tükenen emek gücünün daha hızlı bir şekilde yenilenmesi gerekir ve emek gücünü yeniden üretmenin maliyeti artar.” Bu anlamda sermayenin işçiyi dinlendirme ve koruma gibi bir zorunluluğu da vardır (14).

Meslek Hastalıklarının Ekonomi Politikası:

Meslek Hastalıklarının Mali Boyutu

İşçiyi korumaya yönelik önlemler alınabilir ve bu önlemlere karşılık meslek hastalıkları riski de azaltılabilir. Ancak meslek hastalıklarından koruma sermayedara ek maliyetler getirmektedir. Örneğin, nitelikli kimyasal madde kullanımı ya da kişisel koruyucu donanım maliyet unsuru olarak görülebilmektedir. Maliyetin kârın maksimizasyonuna aykırı olması ve artı değer oranlarını düşürmesi nedeniyle ‘teknik korunma’ tercih edilmeyebiliyor. Diğer taraftan kapitalist sistem, “ülkenin ekonomik kalkınması” adına söz konusu olan verimliliği üst düzeylere çıkartırken paradoksal bir şekilde iş kazaları ve meslek hastalıkları gibi istenmedik durumların yaşanmasını da istemiyor. Yukarıda da ifade edildiği gibi ‘koruma’ yerine tercih edilen ‘sigortacılık’ sisteminde iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı işçinin korunduğu söylene de esasen işveren ‘kendini koruma’ hakkından yararlanmaktadır. SSK/SGK bilançoları incelendiğinde iş kazaları ve meslek hastalıkları primlerinin ‘korunma’ amaçlı kullanılmadığı, ya



da işçiyi koruyan işvereni teşvik edecek bir düzenleme yapılmadığı, bütçenin önemli bir kısmının iş göremezlik ödeneği olarak kullanıldığı, kalan kısmının ise diğer sigorta kollarına (örneğin hastalık sigortası) aktarıldığı görülecektir.

Bu durumun izahı şudur; sermayedar, iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı önlemlerini alacak, buna rağmen gelişecek iş göremezlik ya da ölüm durumunda işçiye veya yakınlarına bedel (tazminat maliyeti de sermayedar için ek maddi yük, yani artık değeri eksiltiyor) ödeyecektir. Ancak sigorta primlerini ödemek 'koruma' görevini yapmamayı gerektirmez. Yaşanan odur ki sermayedar her iki duruma da uymadığı zaman, bedeli ya bedeniyle ya da alamadığı tazminat kayıplarıyla her durumda işçi ödeyecek, ödenmeyen bedel SSK/SGK üzerinden tüm topluma yansıtılacaktır. Önlemlerin maliyeti ile sermayedarın kârı uzlaşmazlık oluşturanından tazminat ya da korumaya yönelik ayracağı parayı artık değer hanesinde tuttuğu zaman iş kazaları ve meslek hastalıkları da kaçınılmaz olarak, bilinçli tercih yapıldığında taammüden yaşanacaktır. Aslına bakarsak İş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu sigorta sistemi üzerinden bedel olarak tazminatların işçi tarafından alınması da alınmaması da kapitalist sistemin tercihidir ve bedelin iş göremezlik veya tazminat olarak ödenip ödenmemesi işin özünü değiştirmez; her iki durumda da işçi bedensel bütünlüğünü kaybedecektir.

Başka bir anlatımla politik/ideolojik kurgu şöyledir; kendisine zarar gelmeyeceğinden emin olarak iş kazaları ve meslek hastalıkları önlemlerini almayan sermayedar artık değer üzerinden korunma önlemlerine ayracağı parayı kendi hanesine kâr olarak yazarken işçinin emeğini misliyle sömürmüş olur. Bu nedenle hükümetler değişse de kapitalist politik akıl değişmemektedir. Devlete ödettirilen, dolayısıyla toplumsallaştırılarak tüm toplum bireylerinin emeğinin sömürülmesine kadar giden yol sigortacılık tarihinde hep aynı kaldı (10). İşverenin doğrudan tazminat ödemesi sonucu işçinin para alması sadece bu bedelin toplumsallaştırılmasının önünü keşer. Nitekim daha gelişmiş merkez kapitalist ülkelerde gelişen toplumsal duyarlılık işin ekonomi politikliğini bu anlamda etkilerken tazminatların kısmen de olsa sermayedar tarafından ödenmesini ve toplumun kısmen de olsa daha az zarar görmesini sağlamaktadır.

Korunmama durumunda çıkan sorun hukuka yansıyor. İşin hukuki boyutu da ayrı bir muamma; yargıda "meslek hastalıklarının önlenebilirliği" iddianameye dahi girmiyor ve "tazminci yaklaşım" tek seçenek olarak dava konusu oluyor. Tazminatın çözümsüzlüğü bir tarafta dursun, tazminat almanın ön şartı meslek hastalığı tanısı olacaktır. Tanı yoksa tazminat da hiçbir şe-

kilde olmayacak. Tanı varsa geciken tazminatlar ancak (raporlar... kararlar... itirazlar... vs) bitimsiz bir süreç sonucunda yargı yoluyla alınırken; yargısız "telafi hakkı" ya da "kan bedeli" gibi adlandırılan ödemeler taraflara daha çekici gelebiliyor. Her şey para olunca iş kazaları ve meslek hastalıklarında ölümlü durumlarda sermayedar kaybedilen bedenin "parasal" karşılığında uzlaşma arayabiliyor. Sonuçta, yaşananların hukuki karşılığı olmamasına rağmen "tazminat ödemek" suç niteliğini ve suçlunun sorumluluğunu ortadan kaldıran uygulama olarak meşrulaşıyor.

Son Söz Yerine

Kapitalist sistem; işçinin, çalışma kapasitesini artırmayı ve çalışma zorluklarıyla baş edebilme yeteneklerini geliştirmeyi ve dolayısıyla "verimli/üretken" olmasını istiyor. İşletmenin verimliliği için işyerlerindeki öldürücü riskler kabul (işin fitratı) edilebilirken, öldürmeyecek kadar "korunma" ve optimal düzeyde "sağlık" devletin sübvans ettiği "sigorta" sistemi ile sağlanabiliyor!

Diğer taraftan, işsizlik/güvencesizlik gibi nedenlerle örgütlenemeyen emek gücü sağlıklı ortamları kabul leniyor. Sürekli ağır çalışmak zorunda kalan işçiler sorunlarını ötelirken, meslek hastalıkları daha da artıyor. Meslek hastalığı nedenleri rastlantısal olmadığı gibi teknik bir hata da değildir, önlenemez hiç değildir. Sorun, toplumsal eşitsizlikler üzerinden "emek-sermaye" çelişkinin merkezinde aranmalıdır. Egemen/ekonomik akıl, sosyal güvenlik sistemini de tüm kurumlarıyla kendi hizmetine sokarken, meslek hastalığı tanımında getirdiği kısıtlamalarda da görüleceği gibi yarattığı toplumsal eşitsizlikler üzerinden besleniyor.

Meslek hastalıkları tanı ve tedavisinin ekonomik maliyetinin boyutları bilinmiyor. Bilinmeyen maliyeti sorguladığımızda; sigortacılık tarihi boyunca tanı ve tedavi maliyetlerinin dışsallaştırılarak devlet aracılığıyla SSK/SGK üzerinden toplumsallaştırıldığını, ödemelerin topluma fatura edildiğini söyleyebiliriz.

Yıllardır çalışma ilişkilerini sorgulamadan meslek hastalıklarını tartışan, "meslek hastalığı tanısı artırıl-sın" ya da "hiç olmazsa tazminat al" söylemini tekrar eden sendikaların/meslek örgütlerinin korporatist bakış -bu makalede anlatıldığı gibi- sistemin "sigortacılık" yaklaşımını meşrulaştırıyor. Meşrulaşan sistem, meslek hastalıkları sorununun toplumsal ve politik duyarlılıkla algılanmasının önünü keserken süregelen sistem değişime zorlanamıyor. Bu nedenlerle de bedel ödemeyen sermayedar çalışma ortamlarının iyileştirilmesi ile birlikte işçinin beden ve akıl sağlığını gözetken önlemlerin artırılmasına gereksinim duymuyor.



Pandemi döneminde de görüldüğü gibi emek gücü, işçinin yeniden üretimi ya da işçi sınıfı soyunun sürdürülebilmesi için duyulan gereksinim; ‘kısmen dinlendirme’, ‘kısmen koruma’ ya da ‘sistemin sürekliliğini sağlayacak kadar korunma’ olarak algılanıyor. İşçiye; hem üret, hem de “maske-mesafe-hijyen” koruyucu önlemleri al, buna rağmen hasta olursan sorunlarını çözümle, aynı zamanda hastalığın süresinde sorun da çıkarma dediler! Sorunu/sorumluluğu işçiye yıkan egemen anlayış; işçilerin çalışma koşullarını düzeltmeden “her şeye rağmen üretim” artışını krizden çıkmanın olmazsa olmazı olarak gördü. Sonuçta COVID-19 sonucu sürekli artan krizin faturası işçiye kesildi. Üretimin teminatı olan işçiyi üretim sistemi içinde tutmak, verimliliği yani artı-değer sömürüsünü artırmak “ülkenin ekonomik korunması” ya da krizden çıkışı olarak gösterilirken, işçiyi meslek hastalıklarından işini yapacak kadar korumak “olağan” karşılandı! Amaca ulaşabilmek uğruna pandemiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, içeriği boşaltılarak sınırlandırıldı. Özetle; işverenler, boyutları bilinmeyen(!) COVID-19 meslek hastalığı sorunu ile ilgili önlem almamakta, devlet de denetlememekte direndi.

Geldiğimiz yerde; iş kazaları, meslek hastalıkları ve işçi cinayetleri yeniden yeniden üüyor...

Dipnotlar

1. Muzaffer Aksoy Meslek Hastalıkları Sempozyumu, Türk-İş, Hak-İş, DİSK, KESK, TMMOB ve TTB, 13-14 Nisan 2002.
2. TTB tarafından Temmuz 2020’de hazırlanan bu taslak, TBMM’de Kanun Tasarısı haline getirilememiştir.

Kaynaklar

1. MSG Yayın Kurulu, “Meslek Hastalıkları Yuvarlak Masa toplantısı”, TTB MSG Sayı 51-52, s 10-30, Ocak-Haziran 2014.
2. Emiroğlu C. “Türkiye’de meslek hastalığı tanısı neden konulamıyor? Meslek hastalıklarında durum: ironi mi? Kapitalizmin gerçeği mi?” Panel: İş Kazası ve Meslek Hastalıklarının Hukuki ve Toplumsal Boyutu, Makine

Mühendisleri Odası İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kongresi, Adana, 30.11.2017.

3. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 31/5/2006 tarih ve 5510 sayılı.
4. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, Resmi Gazete; 11.10.2008 tarih 27021 sayılı.
5. Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete: 15.06.2013 tarih ve 28678 sayılı.
6. COVID-19’un Bir Meslek Hastalığı Olarak tanınması, Avrupa Kamu Hizmeti Sendikaları Federasyonu (EPSU), <https://kesk.org.tr/wp-content/uploads/2022/04/Bir-meslek-hastaligi-olarak-COVID19-TR.pdf> (Erişim tarihi: 24.04.2022).
7. Şahin DM. “Türkiye’de İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının İstatistiksel Analizi” Türk-İş Yayınları, No: 149. 1983. <http://kutuphane.turkis.org.tr/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=1cc6c2298d6eb58bdb2e4df8dddefc9f2> (Erişim tarihi: 30.04.2022).
8. SGK İstatistik Yıllıkları, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari
9. T.C. Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Politika Belgesi II (2009–2013).
10. Topak O. “Meslek Hastalıklarının Ekonomi Politikası Üzerine Notlar” MSG Sayı 51-52, Ocak-Haziran 2014, s.2-10.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017 ANKARA, 2021. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf (Erişim tarihi: 29.04.2022)
12. Marie-Anne Menegeot, Mesleki Kanserler, TTB yayını, 2011.
13. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?0> (Erişim tarihi: 18.4.2022)
14. Marks K. Kapital I. Cilt, s.259-264, Yordam Kitap, 2010.



Bu çalışma, TTB İşçi Sağlığı İşyeri Hekimliği Kol Başkanı Dr. Metehan Akbulut'un koordinasyonunda işyeri hekimi arkadaşlarımızın katkıları ile hazırlanmıştır.

COVID-19 PANDEMİSİNDE İŞYERİ HEKİMLERİNİN SÜRECE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİ, YAŞADIKLARI SORUNLAR

Selçuk ÇELİK
Onur ERDEN
Tuncay GÖKÇEN
Buket GÜLHAN
Celal MESİCİOĞLU
Vahide BİLİR ÖZBAN

MSG Yayın Kurulu

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), salgının artık bir pandemiye dönüştüğünü 11 Mart 2020 tarihinde açıkladı. Aynı gün ülkemizde de resmi olarak ilk COVID-19 vakasının tespit edildiği duyuruldu. Pandemi o günden bu yana işyeri hekimliğinin, işçi sağlığının ve iş güvenliğinin en önemli gündemlerinden biri oldu.

İşyeri hekimleri pandemi boyunca önemli sorunlar yaşadı. İşyeri hekimlerinin mesleki bağımsızlıklarının güvence altında olmaması, çalışma koşullarının kötüleşmesi, ekonomik, özlük, demokratik... Birçok sorunu önceden de vardı. Pandemiyle birlikte bu sorunlar daha da derinleşti ve yeni sorunlar ortaya çıktı. İşyeri hekimleri, pandemi döneminde her türlü riski göze alarak canla başla çalıştılar; aralıksız çalışmaya devam eden sektörlerde işçilerin sağlığını korumak ve salgının yayılmasını engellemek açısından çok büyük sıkıntılar ve zorluklar yaşadılar. Sorunların ağırlaşması işyeri hekimlerini isyan noktasına getirdi.

Pandemi öncesinde de emekçiler, güvencesizliğin, esnek çalışmanın ve kayıt dışılığın belirgin olduğu ve aynı zamanda işçi sağlığı ve iş güvenliği uygulamaları açısından oldukça yetersiz koşullarda çalışıyorlardı. Ancak sorunlar pandemiyle daha çok ağırlaştı. Çünkü çok az sayıdaki işyeri dışında “çalışma hayatı”, “her şey normalmiş gibi” devam ettirildi. Üretimin sürmesi (çarkların dönmesi) adına, işçiler “işim mi, sağlığım mı” ikileminde çalışmayı tercih ettiler. Fabrikalarda, şantiyelerde, depolarda, marketlerde, atölyelerde, tarlalarda, bürolarda çalışmak zorunda kaldılar. Üretimin ve hizmetin sürdüğü işyerlerinde ve işe gelip giderken salgına karşı korunmasız kaldılar. Pandemi önlemleri sermaye tarafından “maliyet yükü” olarak görüldü. COVID-19 pandemisi emekçilerin üstüne bir kâbus gibi çöktü.

AKP-MHP iktidarı, aklın ve bilimin rehberliğinde halkın sağlığını önceleyen, şeffaf, tutarlı, bütünlüklü bir salgınla mücadele politikası izlemedi. Hastalığın yaygınlığına rağmen Çanakkale Dardanel fabrikasında il

Umumi Hıfzıssıhha Kurulu'nun üretime ara verme kararını almaması ardından “kapalı devre çalışma sistemi” (toplama kampı) adı altında yeni bir çalışma modelinin devreye sokularak işçilerin fabrikaya hapsedilmeleri, Manisa Vestel fabrikasında COVID-19 testi pozitif çıkan yüzlerce kişi olmasına rağmen TSE'nin işletmeye “COVID-19 Güvenli Üretim Belgesi” vermesi gibi trajikomik olaylar yaşandı. Egemen sınıfın ve iktidarın ihtiyaçlarına hizmet eden pandemi yönetiminin bir sonucu olarak binlerce insanımızı kaybettik.

Gerek vaka gerekse ölüm sayıları açısından salgının bedelini en ağır ödeyen ülkeler arasında ilk sıralardayız. Bu ağır bedelin ödenmesinde, sermayenin isteğiyle AKP-MHP iktidarının, yeterli önlemler alınmadan “çarklar dönmek zorundadır” politikasını ısrarla uygulamasının rolü büyük oldu. Kapitalist dünyanın hemen her ülkesinde, yeterli önlemler alınmadan, benzer uygulamalarla çarklar döndürüldü.

Bulaşıcı hastalıklar, salgın (epidemi) ve küresel salgın (pandemi) halini aldıkları dönemlerde insanlık ile uygarlık tarihinde derin izler bırakıyor; gündelik yaşam alışkanlıklarından, toplumların siyasi, ekonomik ve kültürel yapılarına kadar uzanan köklü değişikliklere neden oluyor. Sadece insanları değil aynı zamanda içinde yaşadığı toplumu, doğayı, diğer canlı türlerini ve toplumsal yapıları da etkiliyor. Toplum hafızasında ve psikolojisinde derin izler bırakıyor.

COVID-19, sadece salgına neden olan bir hastalıktan ibaret değil. Politik, sosyal, ekonomik, kültürel ve ideolojik boyutlarıyla ele almalı/değerlendirmeliyiz.

Pandemi sonrası işyeri hekimlerini ve alanını hangi olanaklar ya da hangi tehlikeler bekliyor? Son yıllardaki teknolojik gelişmeler ve pandemiyle birlikte daha da belirginleşen davranış kalıplarındaki değişiklikler neyi ifade ediyor? Teknoloji, olanaklar sunarken beraberinde neleri götürüyor? Tartışmamız gereken ana başlıklar, bir başka yazının önemli konu başlıkları.



Kısaca çerçevesini çizmeye çalıştığımız pandemi sürecinde, işyeri hekimi arkadaşlarımız tüm zorluklara karşın işçilerin sağlıklarını korumaya çalıştılar. Değişik üretim sektörlerinde çalışan işyeri hekimi arkadaşlarımızdan mesleki pratiklerini uygularken yaşadıkları sorunları (alınmaya çalışılan önlemler, işçilerin önlemler karşısındaki tutumları, patronların sürece yaklaşımları, aşılama ve pandeminin yarattığı diğer sorunları), deneyimlerini bizimle paylaştılar.

Emek veren tüm işyeri hekimi arkadaşlarımıza MSG yayın Kurulu olarak teşekkürlerimizi iletiyoruz.

Dr. Selçuk Çelik

Pandeminin ilk 1,5 yıllık kısmında tedbirler konusunda hem işveren hem de işçilerin işyeri hekiminin önerilerini dinlediği ve uyduğu bir dönem yaşadık. Bu dönemde insanların pandemi konusundaki duyarlılıkları yüksek seviyede idi. İşveren, işyeri hekiminin önerdiği tedbirleri uygulamaya istekliydi. Bu süre zarfında DSÖ, CDC gibi kurumların yanı sıra TTB, HASUDER, KLİMİK gibi ulusal kurumların işyerleri hakkında önerdikleri tüm tedbirleri hayata geçirme şansımız oldu.

Bilimsel önerilere uygun fiyasyon, hasta ve temaslı olma durumunda işe gelmeyen işçinin idari izinli sayılması, kamudakine benzer şekilde riskli gruptaki kronik hastaların işyerine getirilmeyerek idari izinli sayılması, personel servislerinde azami %50 doluluk kuralı, yemekhanede tekli masalarda oturma düzeni, beyaz yakalı çalışanların bölümlerinde evden çalışma için asgari kota kuralı gibi tedbirleri hızla hayata geçirdik.

Pandeminin ilk dönemlerinde nitelikli tıbbi maskeye erişim konusunda sıkıntı yaşadık. Maskeleri ancak fahiş fiyatlarla temin edebildik. İşçilere her süreçte mutlaka standartlara uygun tıbbi maskelerin işveren tarafından verilmesini önerdik ve bu önerimiz tam anlamıyla uygulandı. Yine pandeminin ilk dönemlerinde virüsün yüzeyden bulaşma ihtimalinin çok düşük olduğuna dair bilimsel veriye sahip değildik; bu sebeple ciddi ve gereksiz miktarda antiseptik maddelerin uygulanması söz konusu oldu. CDC'nin yüzeyden bulaşma ihtimalinin 1/10000'den az olduğu konusundaki bilgilendirmesinden sonra bu uygulamaları büyük oranda durdurduk.

Pandeminin ilk döneminde işvereni, işçilerin hak ve ücret kaygısı yaşamaması durumunda hastalıklarını veya temaslı olma durumlarını bildirmekten kaçınabileceklerini, bu sebeple işyerindeki taşeron işçiler dâhil bu gibi durumlarda idari izinli sayılmaları gerektiği konusunda ikna etmeyi başarmıştık. Hastalığın işyerinde yayılması konusundaki en önemli tedbirin hala bu olduğunu düşünmekteyiz.

Hükümet tarafından alınan normalleşme kararları sonrasındaki süreçte işverenin ve hatta işçilerin pandemi konusundaki duyarlı davranışları büyük ölçüde geriledi. İşyeri dışındaki sosyal hayatta neredeyse hiçbir

tedbirin uygulanmadığı bu dönemde işyeri içerisindeki tedbirlerin uygulanması konusunda dirençle karşılaştık.

İşyerindeki yöneticilerle aylık olarak yaptığımız "COVID-19 Farkındalık ve Bilgilendirme" toplantılarında, aşılar daha deneme aşamasındayken bilgilendirme yapmaya başladık. Aşılamanın ülke çapında başladığı ilk dönemde işyerinde, işçilerin de öznesi olduğu bir aşılama kampanyası yürüttük. Aşı yaptırmak için gönüllü olan ve sırası geldiğinde ilk olarak yaptıran "öncü" işçilerin fotoğraflarının yer aldığı "Tereddütlü olma, Aşı ol" sloganıyla bir görsel iletişim çalışması yaptık. Aşıların bilimsel yararlarına dair yapılan çalışmaların sonuçlarını işyerinde işçilerle paylaştık. Tereddütlü olanların sağlık birimine başvurarak merak ettiği soruları sormaları için teşvik ettik. Aşılamanın başladığı bu ilk süreçte aşı olmak için tereddüt yaşayan işçiler için herhangi bir yaptırımın gündeme gelmesine izin vermedik.

Biontech mRNA aşılarını işyeri sağlık biriminde yapabilmek için ilçe sağlık müdürlüğüne başvurduk. İlçe sağlık müdürlüğü tarafından sağlık birimindeki hekim ve hemşirelere eğitim verildi. Sonrasında işyerindeyken aşı olmak isteyen işçilerin işyeri sağlık biriminde tarafımızca aşılanmasını sağladık. İşyerinde aşılama yapmaya başladığımızda, atölyede beden gücüyle çalışan işçilerin özellikle işyerinde aşı yaptırmayı tercih ettiklerini gözlemledik. Bu durumun sebeplerinin şunlar olduğu konusunda değerlendirmemiz oldu:

- Beden gücüyle çalışan işçilerin mesai sonrası yorgunlukları,
- Mesai saatleri içerisinde işyerinde olan işçilerin Aile Sağlığı Merkezlerinden sağlık/aşılama hizmeti alamama durumları,
- Evlerine yakın olan ASM'lerden hizmet alamayan işçiler açısından hastanelerin uzak mesafede bulunmaları (Bu konuda özellikle şehir hastaneleri işçiler açısından dezavantajlı durumda. Sağlık ve dolayısıyla aşılama hizmetinin en geniş çapta yapıldığı yer Ankara'da Bilkent Şehir Hastanesi. Daha çok şehrin periferinde yaşamakta olan işçilerin şehir hastanesine ulaşmalarının zor olduğu değerlendirilmesi rahatlıkla yapılabilir)

İşçilerin büyük kısmını aşı olmak için ikna ettiğimizde kalan kısmının aşı olmayı ancak bir zorunluluk durumunda kabul edeceğini gözlemledik. İşverenin, aşı olmayan işçilerden düzenli PCR testi yaptırmasını isteyebileceğini içeren genelge sonrasında bu grupta kalan işçilerin büyük kısmı aşı olmayı kabul etti. Sonrasında, sürekli evden çalışmakta olan ve işyerinde fiziken bulunmayan çalışanların tamamı aşılanmış oldu.

Yasal olarak işyerinde bulunması gereken işyeri hekimi sayısı, tehlike sınıfı ve işçi sayısı parametrelerine göre belirlenmektedir. Tam zamanlı işyeri hekiminin bulunduğu işyerlerinde ise "diğer sağlık personeli" çalıştırma



zorunluluğu bile bulunmuyor yasal açısından. Mevcut durumda, işçi sağlığı hizmetleri veren sağlık emekçileri çok ciddi bir iş yükünün altında kalmışlardır. Bazı işyerlerinde, işveren pandemi süresince ek sağlık personel çalıştırma tasarrufunda bulunsun bile özellikle işçi sağlığı hizmetleri OSGB eliyle taşere edilen işyerlerinin çoğunda bu mümkün olmamıştır.

Bireysel sözleşmeli bir işyeri hekiminin görevlendirildiği işyerlerinde, hekim arkadaşlarımız hasta veya temaslı olma durumunda bu süre zarfında işyerindeki işçi sağlığı hizmetlerinin nasıl yürütüleceği sorunsalı ile karşı karşıya bırakılmıştır. Nitelikli işçi sağlığı hizmetlerinin verilebilmesinin önündeki en büyük engellerden biri olan OSGB'ler bu durumu avantaja çevirerek işverenleri kendileriyle sözleşme yapmak için ikna etmeye çalışmışlardır. Fazla iş yükünün altında ezilen, virüsle burun buruna çalışan işyeri hekimleri bu süreçte ekstra olarak iş güvenliği kaygısını da hissetmek durumunda bırakılmışlardır.

Pandemi ve aşılama ile ilgili bakanlığın işyerleri ile ilgili tüm tasarrufları işverenin “iyi niyeti”ne bırakılmıştır. Pandemi tedbirlerine uyum durumu etkin olarak bakanlıklarca denetlenmemiştir. Mevcut yasal düzenlemeler, işyeri hekimlerini mesleki bağımsızlıklarını tehlikeye düşürecek şekilde işverenlere karşı savunmasız bırakmaktadır. İş güvencesinden yoksun şekilde, çoğu taşeron işçi statüsünde çalışmak zorunda kalan işyeri hekimlerinin işçi sağlığını etkin şekilde koruyabilme-ri bu şartlarda mümkün değildir. Mesleki ve insani sorumluluklarının bilincinde pandemi sürecini yürütmeye çabalayan işyeri hekimlerinin etkin fiyasyon ve hasta takibi yapma çabaları da maalesef yine işverenin “iyi niyeti”ne bırakılmıştır. Sonuç olarak işçi sağlığı ve güvenliğini kurumsal politikaları nedeniyle önemseyen az sayıdaki işyeri dışında kalan milyonlarca işçi maalesef hastalanmış ve tamamen önlenilebilir bir hastalık olan COVID-19 sebebiyle İŞİG Meclisi verilerine göre en az 1400 işçi hayatını kaybetmiştir. İşçilerin hastalığı taşıdığı hanelerde ise bu sebeple ne kadar insanın hayatını kaybettiğinin hesabı ise belki hiçbir zaman yapılamayacaktır.

Pandemi süresince bakanlık tarafından “evde kal”, “sosyal mesafeye uy” sloganlarının atıldığı ülkemizde işçi yatakhanelerinde işçiler yan yana yatmak zorunda kalmış, yemekhanede dip dibe oturmuşlardır. İş organizasyonları fiziksel mesafeyi gözeterek şekilde düzenlenmemiştir. Standartlara uygun tıbbi maskeler işçilere temin edilmemiştir. Daha sürecin en başında “kutsal” üretimin asla durmayacağı söylenmiş, işçiler asla evde kalamamışlardır. Meslek örgütümüz TTB'nin “COVID-19 Bir İşçi Sınıfı Hastalığıdır” tespiti tüm haklılığıyla ortada bulunmaktadır.

Medyaya konu olacak sansasyonel olaylar olmadığı müddetçe pandemi ve işçi sağlığı gündemi maalesef ne toplumun ne de işçi sendikalarının gündeminde ye-

terince yer edinememiştir. Sağlık emekçilerinin dahi COVID-19'a yakalanması durumunda meslek hastalığı sayılıp sayılmayacağı konusu “illiyet bağı” adı altında muammaya bırakılmışken; fabrikalarda, şantiyelerde hastalanıp ölen işçilerin vebalı biz geride kalan işçilerin ve işçi sağlığı mücadelesini verenlerin omzunda durmaktadır.

Dr. Onur Erden

Pandemi ilan edildiğinde İstanbul'un Tuzla ilçesinde bulunan bir tersanede OSGB ile anlaşmalı bir şekilde çalışmakta idim. Öncelikle ilk şaşkınlığım pandemi yönetmesini beklediğimiz Sağlık Bakanlığı'nın ilk vakanın bulunduğu yeri açıklamaması ve o şehri karantinaya almaması oldu. Böyle bir hamle beklerken bir yandan da beraber çalıştığımız işyeri hekimleri ile o dönem maskeyi kimlerin kullanması gerektiği üzerine tartışmalar yürütüyorduk. Pandemi boyunca en çok karşılaştığım sorun bu oldu: Bilimsel, nitelikli ve uygulanabilir bilgilere ulaşmakta hep güçlük yaşadık. Özellikle Sağlık Bakanlığından bu bilgilendirmeleri beklemekte iken daha çok CDC ve TTB gibi örgütlerin çalışma raporlarından faydalandım. O dönem herkesin maske takması zorunlu değildi ve hangi maskenin kullanılması gerektiği tartışılıyordu. Ayrıca maske fiyatları hızla yükselmeye başlamıştı. İşverenlere konuyla ilgili endişemizi dile getirdiğimizde OSGB asıl işvereni, asıl işveren ise OSGB'yi işaret ediyordu. Birkaç gün bu belirsizlik sürdükten sonra maskeyi asıl işverenin diğer kişisel koruyucu donanımları ise OSGB'nin temin etmesi yönünde bir anlaşmaya varıldı. Ancak bu sefer de bu donanımların kalitesi ve koruyuculuğu üzerine şüpheler oluşmaya başladı. Basın ve kamuoyunda ise bu şüpheleri besleyecek haberler yer almaktaydı. Yeterli sayıda, yeterli kalitede kişisel koruyucu donanıma ulaşım sıkıntısı uzun bir müddet çözülmedi ancak yoğun talep ve ısrarlarımız üzerine çözülebildi.

İşçilerin koruyucu özellikte yeterli sayıda maskeye ulaşımı çok daha zor bir konuydu. Özellikle taşeron firmada çalışan işçilerin koruyucu bir maskeye ulaşması çok güçtü. İnsanlar koruyuculuğu test edilmiş maskeler yerine nerede, hangi malzemeyle üretildiği belli olmayan bez maskeleri kullanmak durumunda kalıyordu. Bunun sebebi tek kullanımlık tıbbi maskelerin ciddi bir ekonomik yük getirmesi idi, bu nedenle yıkanıp tekrar kullanılabileceği iddia edilen bez maskeler daha fazla rağbet görüyordu. Uzunca bir süre bu problem çözülemedi ancak sağlık birimi olarak yaptığımız uyarılar üzerine asıl işveren herkese maske temin etmeyi kabul etti.

Sorumluluğu bende olan 22 taşeron firma mevcuttu. Tüm işverenlere pandemiye karşı gerekli önlemleri alması hususunda uyarılarımı elektronik posta ve öneri tespit defteri yoluyla yaptım. Bu esnada iş güvenliği uzmanları ile birlikte risk değerlendirmesini ve acil durum eylem planlarını güncelledik. Sayıca bu denli çok işçi



ve firmaya bakmam sebebiyle oldukça yorucu bir süreç yaşadım. Taşeron şirketlerin fazlalığı ve poliklinik yükü nedeniyle İSG kurulları yeterli sıklıkta toplanamazken pandemi ile birlikte bu sıklık daha da azaldı. Pandemi'nin getirdiği stres, işçilerde dikkat kaybı yaratarak iş kazalarının sıklığında artışa neden olmuştur. Özellikle maske kullanımı ile buğulanan gözlüklerin kullanımı azalmış, bu da gözde yabancı cisim gibi tersanede sıkça karşılaştığımız kaza tipinin sayıca artmasına neden oldu. Bu dönemde buğulanmaya dirençli gözlük temin edilmesi yönündeki çağrılarımız işverenler tarafından cevapsız bırakıldı.

Asıl işveren, bir süre sonra sağlık biriminden bir işyeri hekimi de dâhil ederek temsilen yaptığı toplantılarla pandemi sürecini yürütmeye çalıştı. Ancak toplantı sonucunda diğer işyeri hekimleri direkt asıl işveren tarafından değil, temsilci işyeri hekimi tarafından bilgilendiriliyordu. Bu dolaylı aktarımın dezavantajını ilk şu şekilde yaşadım. Şirketteki ilk pozitif vakanın haberini tesadüfî bir şekilde öğrendim. İlk ben öğrenmiş gibi olayı anlamaya çalışırken, vakanın işverenler ve temsilci işyeri hekimi tarafından tanı aldığı günden itibaren bilindiğini ve bir işyeri hekimi olarak ben dâhil diğer bütün işçilerden saklandığını öğrendim. Pandemi yönetiminin şeffaf olması gerektiği yönünde uyarılarımı yaptım. Sonrasında bilgi paylaşımı bir nebze daha şeffaflaştı.

İşçilerin pandemiye ve alınan önlemlere uyumu bir hayli zor oldu. Üretim durmaksızın önlemler alınmaya çalışılıyordu. Bu da yeterli planlama ve eğitim için imkân vermiyordu. İşverenlerinin çoğunluğu da işin yetişmesini daha öncelikli gördüğü için bu konuda direnç göstermekteydi. Servisler, soyunma odaları, tuvaletler, çalışma alanları ve yemekhanedeki planlamalar mevcut fiziki koşullar üzerinden yapılmaya çalışılıyor ancak etkili olunamıyordu. Asıl işverene bağlı işçilerle alt yüklenici işverene bağlı işçilerin koşulları arasında bariz farklar mevcuttu. Bu eşitsizlik hali özellikle taşeron işçilerde güvencesizliği daha derinden hissettirmekteydi. İş yerinde vakalar ve yakın temaslı işçilerin görülmeye başlaması ile birlikte sorunlar da arttı. Vakalar raporlu olsa bile rapordan dolayı yaşanan maddi kaybı bazı işverenler karşıladı ancak bazıları karşılamadı. Bu durum nedeniyle özellikle de taşeron işçiler hastalık semptomu gösterse, yakın teması olsa veya PCR testi vermiş olsa bile ekonomik olarak kayıp yaşamamak için işyerine gelmeye devam ettiler. Bu da salgın kontrolünü daha da güç bir hale getirdi. Bunun yanı sıra pandeminin ilk dönemlerinde yakın temaslı takibi bakanlık tarafından eksiksiz bir biçimde yapılamıyor, işçiler istirahat raporu alamıyor ya yıllık izinlerini kullanmak zorunda kalıyor ya da maaş kesintisi ile karşılaşıyordu.

İşyerinde yaşanan bariz yakın temaslı vakalar hasta olduğunda bu hastaların iş kazası olarak bildirilmesi gerektiğini savundum ve bunu tespit öneri defterine

tavsiye olarak not düştüm. Ancak işverenler bu hususta direnç gösterdi ve SGK'nın genelgesinden sonra tartışma konusu olarak dahi görmediler.

Kısacası pandemi dönemi işçi sağlığı için olumsuz, işyeri hekimlerinin iş yükünün daha fazla arttığı bir dönem oldu. Bir işyeri hekimi olarak en çok çalıştığım dönem pandemi döneminde olmuştur. Üretim süreçlerinin bulunduğu yerden gözlemediğim kadarıyla yavaşlamadığını, normal seyrinde devam ettiğini söyleyebilirim. Çalışma alanları pandemiye göre düzenlenmeden, aynı çalışma temposunun ve hatta daha fazlasının olması, işçilerin hem bulaşıcı hastalığa karşı hem de hâlihazırda mevcut risklere karşı korunmasını güçleştirmiştir. İşyerlerinde iş yükü ve hastalık riski artmış işyeri sağlık emekçileri ise fazlasıyla yorulmuştur.

Dr. Tuncay Gökçen

İki yılı aştı Sağlık Bakanı'nın Türkiye'de görülen ilk COVID-19 vakasının görüldüğü bilgisini vermesinden bu yana. Bu iki yılda her ne kadar Bakanlığın açıklamış olduğu istatistikler kuşkuyla dahi olsa (Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilgilendirme Platformunda yer alan genel koronavirüs tablosundaki rakamların birbirini tutmaması, vaka-hasta ayrımının yapılması vb.) incelendiğinde 25 Mart 2022 tarihi itibarıyla ülkedeki toplam vaka sayısı 14.775.634, toplam vefat sayısı 97.666 şeklinde görülmektedir. Önlenebilir, korunabilir bir nedenden dolayı 100 bine yakın insanımızı ne yazık ki kaybetmiş durumdayız. İSG Meclisi'nin yayınladığı raporlar incelendiğinde salgının ikinci yılında en az 1400 işçi COVID-19 nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Hem bu rakamların bize gösterdiği hem de ülkemizdeki genel pandemi stratejisi (üretim-sermaye odaklı) değerlendirildiğinde iş yerlerinde pandemi sürecinde yaşananların dile getirilmesi, her bir iş yeri hekiminin bunları kâğıda dökerek deneyimlerini paylaşması hem bir hafıza oluşturmak hem de işçi sağlığı mücadelesine katkı sunması adına son derece önemlidir.

Öncelikle ifade etmek gerekir ki yazıda söz konusu olan durumlar birden fazla iş yerinde yaşananların genel toplamıdır. Bunun sebebi bilindiği gibi iş yeri hekimlerinin çoğu OSGB'ler üzerinden çalışmakta ve mevzuatta yer alan kişi başına düşen çalışma sürelerinin (5-10-15 dk.) yetersizliğinden kaynaklı toplam sürenin doldurulması için birden çok iş yeri ile ilgilenmek durumunda kalınmasıdır.

COVID-19 vakalarının ülkede görülmeye başlamasıyla beraber İSG kurulları toplanarak alınacak önlemler ile ilgili kararlar alındı. Acil Durum Planı ve Risk Değerlendirmeleri yapıldı. Öncelikli olarak maske, mesafe, hijyen konularında hızlıca adımlar atılmaya çalışıldı.

Bazı yerlerde sonradan çözülmüş olsa dahi sürecin başlarında maske temininde eksiklikler yaşandı. Cerrahi maskenin temin edilemediği ilk dönemlerde DSÖ'nün de önerisiyle belli bir süre bez maskeler kullanılmak



zorunda kalındı. Hijyen tedbirleri kapsamında sabunlu suya erişimde güçlük yaşanabilecek noktalara dezenfektan temini sağlandı.

Mesafe konusunda fabrika giriş-çıkışlarında, yemekhane gibi kalabalık sıra bekleme noktalarında uyarıcı görsellerle alanlar düzenlendi. Kalabalıkların önüne geçebilmek adına yemekhane, soyunma odalarına giriş saatlerinde düzenlemeler yapıldı. İşletme içerisinde vaka sayılarının arttığı dönemlerde kumanya sistemine geçilip sayılar azaldığında tekrardan yemekhanenin açılması gibi bir süreç yaşandı. Soyunma odası, yemekhane gibi noktalarda mesafe önlemleri alınabilmesine karşın üretim sahası içerisinde bunu tam olarak sağlayamadığımız noktalar oluyordu, keza iş yeri servislerinde de aynı sorunu yaşıyorduk. Sürecin başlarında servislerin yarı kapasitelerde çalışması sağlanmışsa da sürecin uzaması ile birlikte yeterli servisin bulunmaması, maliyetlerin artışı önlemlerde gevşetmeye neden oldu. COVID-19 hastası ile birlikte yakın temas olabilecek kişilerin maske takması durumunda yakın temas kategorisinden çıkarılması, önlemlerin gevşetilmeye başlanması, metro, metrobüs, dolmuş vb toplu taşımalarda da seyreltme durumunun uygulanmaması nedeniyle bu önlem sürdürülemezdir. Bahar ve yaz aylarında servis içerisinde pencere açılarak yeterli havalandırma sağlansa da kış aylarında yeterli havalandırma sağlanamaması, İstanbul-Kocaeli gibi büyükşehirlerde servis sürelerinin uzun olabilmesi nedeniyle riskin arttığı belirtilip kapasitelerin azaltılması önerilmişse de UKOME tarafından servisler açısından bu yönde bir karar olmadığı belirtilerek bu konuda önlem alınmamıştır.

Kapalı alanlardaki havalandırmaların içerdeki havayı döndürecek şekilde değil de %100 temiz hava beslemesi yapacak şekilde düzenlenmesi gerekmesine karşın, havalandırma sistemlerinin yeniden dizaynı belirli bir zaman ve bütçe gerektiğinden yaşama geçirilememiştir. Alternatif olabilecek UV filtre önerileri de uygulanamamıştır.

Eğitimler konusundan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın da önerisiyle bazı işyerlerinde çevrimiçi eğitime geçilmesine karşın bazı firmalar ile küçük ölçekli firmalarda bu durum sağlanamamıştır. Eğitimlerin bir kısmı fiziki şartları uygun revirlerde (geniş, doğal havalandırmanın sağlanabildiği) herhangi bir sebeple revire uğrayan işçilere birebir COVID-19 üzerine eğitimler gerçekleştirilmiştir. Kimi yerde ise açık alanda küçük gruplar halinde eğitimler sağlanmış olsa da kimi yerde ise riskli olmasına karşın topluca eğitim verilmek durumunda kalınmıştır.

Genel olarak işçilerin önlemlere uyum noktasında süreç içerisinde dalgalanmaların yaşandığı söylenebilir. Bu dalgalanmalar ise gözlemsel olarak bakıldığında ülke yöneticilerinin, Sağlık Bakanı vb. kişilerin salgın ile ilgili söylemlerine paralel gittiği görülebilir. Rehavete yol açacak söylemlerin olduğu zamanlarda işçilerin de ön-

lemlere uyumsuzluğunun arttığını söyleyebiliriz. Bunun dışında özellikle ara molalarında maskesiz geçen süreçlerde fiziki mesafeye uyulmadığını görüp uyardığımızda işçilerden alınmayan tedbirlerle ilgili (servis vb.) örnek verilerek tepkisel yaklaşımların geliştiğini gördük.

Toplumsal bağışıklık ve pandeminin kontrolü açısından büyük önem taşıyan aşılamanın ise yine siyasilerin aşı tereddüdüne sebep olabilecek söylemlerinin sahada yansımalarını ne yazık ki gördük. Aşı programına ne zaman dâhil edileceği, etkinlik durumu, bilimsel verileri bilinmemesine rağmen sürekli yerli aşı söylemleri kimi zaman işçilerin yerli aşığı beklemelerinden kaynaklı aşılama süreçlerini ertelemelerine sebep olmuştur. Saha ziyaretlerinde aşılama ile ilgili bilgilendirmelerle bu durum kısmen aşılsa da Çalışma Bakanlığı'nın 2 doz aşı zorunluluğunu getirmesi aşılama sürecini hızlandırmıştır. İlçe sağlık müdürlükleri ile de ortaklaşa aşı kampanyalarıyla işçilerin aşılama süreçlerine dâhil edilmesi çalışılmıştır.

Pandemi sürecinde en çok zorlandığım noktalardan biri İşçileri Bakanlığı'nın kronik hastalığı olanların sokağa çıkma yasağı genelgesiydi. Her ne kadar Sağlık Bakanlığı sürece sonradan dâhil olmuş olsa da İşçileri Bakanlığı'nın genel bir tabirle kronik hastalık tanımlaması işçiler arasında karmaşaya, işverenler açısından da belirsizliğe sebep olmuştur. Bu karmaşa ve belirsizliğin çözümü, biz işyeri hekimlerinde aranmıştır. Diğer önemli bir sorun ise çalışma sürelerinin az olabildiği veya işçi giriş/çıkış sirkülasyonunun fazla olduğu firmalarda kimlerin hastalandığının takip edilememesidir. Ayrıca eklemek gerekir ki özellikle firma bünyesindeki alt işveren olarak çalışma yürüten firmaların hastalık durumlarını düzenli bildirmeyişlerinden takiplerinin yetersiz kalışı olmuştur. Fakat olumlu olarak da söyleyebileceğim etkin fiyasyon çalışması yapabildiğimiz firmalarda bulaş kaynağı olabileceğini düşündüğümüz fakat semptom vermeyen pozitif kişilerin yakalanması olduğunu belirtebilirim.

Başka bir yazının konusu olmakla birlikte kısaca bahsetmek gerekirse genel olarak değerlendirildiğinde pandemi süreci işçi sağlığı mücadelesi açısından emeğin üretim sürecinde yaşadığı zorlukları çok çarpıcı bir şekilde ortaya koymuştur. Eve sığ(a)mayan hayatları bizlere açık seçik göstermiştir. Biz işyeri hekimlerinin toplumsal ve siyasal iyilik hali açısından işçi sağlığı mücadelesinde safını daha da netleştirmiştir diye düşünüyorum.

Dr. Buket Gülhan

Metal sektöründe imalat ve montaj işi ile uğraşan bir işyerinin işyeri hekimiyim. İşyerim bir gruba bağlı çalışmaktadır. 2019 Eylül ayında işyerimizde İşyeri hekimleri olarak influenza pandemi planı hazırlamıştık. 2020 başında SARS COV-2 salgınına başlaması ve COVID-19 pandemisi olarak WHO tarafından duyurulması ile birlikte işyeri 2 hafta tüm üretimi durdurdu. Bu dönem-



de İşyeri hekimleri İSG uzmanları ve insan kaynakları ekibi ile birlikte çevrimiçi toplantılar yaparak İnfluenza Pandemi eylem planımızı COVID-19 eylem planı haline çevirdik. Tüm Fabrika alanlarını içeren COVID-19 pandemisi risk analizi yaptık. Risk analizinde çıkan riskli alanlar için çözüm önerilerini tartıştık ve çözüm önerilerinin hayata geçirilmesi için insan kaynakları ekibi ile paylaştık.

Bu süreçte şirketin bağlı olduğu grup tarafından bir enfeksiyon hastalıkları profesörü başkanlığında olmak üzere her işletmeden bir işyeri hekiminin katılımı ile bir pandemi çalışma grubu oluşturuldu. Bu çalışma grubunun aldığı kararlardan ilki, Sağlık Bakanlığı COVID-19 riskli hastalıklar listesi temel alınarak bu hastalıklara sahip çalışanlarımıza ve çalışanların aynı evde yaşayıp bu listedeki kronik hastalığı olduğunu sağlık merkezine bildiren çalışanlara uzaktan çalışma izni ya da ücretli idari izin verilmesinin sağlanması oldu. Kronik hastalığı olan yakını ile aynı evde yaşadığı için uzaktan çalışabilen ya da ücretli idari izinli olan çalışanların Haziran 2020 tarihinde Sağlık bakanlığının açıkladığı yeni normal kriterleri temel alınarak işe geri dönmelerini sağladık. Bu süreci İşyeri hekimleri olarak KVK kanununa uygun olarak yürüttük. Bu süreçte hamile olan çalışanlarımızda Sağlık Bakanlığı rehberleri baz alınarak ücretli idari izinli olmalarını sağladık ve sağlık durumlarını Sağlık Merkezi olarak takip ettik. Daha sonra Cumhurbaşkanlığının yayınladığı COVID-19 pandemi riskli hastalıklar listesine göre çalışanlarımızın bazılarının işe dönüşlerini sağladık. Listeye göre riskli grupta olan çalışanlarımız iki doz COVID-19 aşısı olduktan 2 hafta sonra işe başladılar.

Çalışanların duruş sonrası işe döndüklerinde işyerinde uymaları gerekli yeni pandemi kuralları olan maske (günde 4 adet paketli olarak işyeri tarafından verildi, işyerine giriş yaparken herkes istediği kadar alabildi), mesafe (tüm alanlara işaretlerle mesafe uyarıları konuldu) ve hijyen (tüm alanlara ekipman dezenfektanı ve el dezenfektanı konuldu) önlemleri için işbaşı konuşma formları, sağlık bültenleri ve bilgilendirici SMS mesajları hazırlayıp tüm çalışanlara iletilmesini sağladık. Alanda çalışanlara COVID-19 tedbirlerine uyum için eğitimler verdik ve denetimler yaptık. Bu eğitimlere tüm idareciler destek verdi.

Temasın sık olma ihtimali olan soyunma odalarında 10 dakika ara ile renk uygulaması ile aralıklı iş kıyafeti değişimi yapılması sağlandı ve bu uygulamaya devam edilmekte. Yemekhanede masalar flexi ile 4 bölüme ayrıldı ve çapraz oturma düzeni ile yemek saatleri yeniden düzenlenerek çalışanların yemek yemeleri sağlandı ve uygulama devam etmektedir.

Tüm çalışan servisleri için servis oturma planı uygulaması hayata geçirildi ve servislerde her sıraya bir çalışan oturarak işe gelmesi ve işten evine gitmesi sağlandı. Bu uygulama 1 Nisan 2022 tarihinde sonlandırıldı.

Sağlık Merkezi olarak gerekli iş güvenliği ekipmanlarımızı kullanarak işyerine girişte ateş takibi yaptık ve işyerine girişte triaj konteynırı oluşturarak, hastaneye sevk edilmesini sağladık. Hastane sevk için pandemi başında 112 ambulans ile sevk sağlanırken, il genelinde hasta sayısı artınca bu çözüm yeterince yürümediğini gördüğümüz için bir şirket aracı özel bölüm oluşturularak ile pandemi hasta nakil aracı haline getirildi ve olası hasta şüphesi olan çalışanların bu araç ile naklini sağladık. Çalışırken kendini hasta hisseden çalışanların sevk sonrası çalıştığı alanın dezenfekte edilmesi için dezenfeksiyon ekibi oluşturuldu.

Hastaneye hastalık şüphesi ile sevk edilen hastaların sonuçları ve temas durumları sağlık merkezi tarafından takip edilerek işbaşı yapmaları ya da hastaneye gitmeleri yönünde 24 saat destek verildi. Bu uygulamamız devam etmektedir.

Bulaş şüphesi olan kişilere ve şikâyeti olmayan pozitifleri saptamak için işyerinde PCR testi taramaları yaptık. Daha sonra bu taramaları hızlı antijen testi kullanılarak sağlık merkezinde yapmaya devam ettik. Bu uygulamaya devam etmekteyiz. COVID-19 hızlı antijen testlerinin sensitivitesi % 85 dolayında gibi tespit ettik, testi negatif olsa da şikâyetleri belirgin olan çalışanları hastaneye PCR testine yönlendirdik.

Haziran 2020 tarihinde metal sektöründe TSE COVID-19 güvenli üretim belgesi alan ilk işyeri olduk.

Çalışanlar, işyerinde hızla alınan önlemler ve bu önlemlere herkesin uyması için gösterilen kararlılık nedeniyle sorun olduğunu düşündükleri alanları bizlere bildirdiler ve birlikte yeni çözümler ürettik.

Her ay yapılan İSG kurulunun başlangıcında işyerinin aylık pandemi raporunu yayınladık.

Aşılama çalışmaları kapsamında bağlı bulunduğu Sağlık Bakanlığı İlçe Sağlık Müdürlüğü ile iletişime geçerek değişik zamanlarda işyerinde aşılama yapılması sağlandı. Aşılar konusunda tereddüt yaşayan çalışanlarımıza aşılar hakkında bilgi verdik. Aşılanmanın artmasının ardında "halı saha maçına aşı olanlar katılacak" duyurusunun olmasına şaşırdık kaldık. Bu çalışmalar ile iki doz aşılanma oranı %99 oldu.

Pandemi süresince yenilenen Sağlık Bakanlığı rehberlerinde ki kararlar her hafta toplanan pandemi sağlık kurulu tarafından değerlendirilerek tüm işyeri hekimlerine değişiklikler iletilerek süreç yürütüldü ve yürütülmeye devam ediyor.

İşyeri hekimleri sağlık merkezindeki tüm hemşire ve ATT arkadaşlarımızla birlikte pozitif ve temaslı çalışanların sağlık durumlarının 24 saat nöbet usulü çalışarak takibini sağladık, sağlamaya devam ediyoruz. Bu iş yoğunluğu nedeniyle iş yükümüz arttı. İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yürütme çalışmalarını da aksatmadan yapmaya çalıştık. 2021 yılında periyodik testleri pandemi riski nedeniyle yaptıramadık. Periyodik muayene hizmetlerini de aksayarak yapabildik.



İSG uzmanı arkadaşlarımız risk analizi güncellemelerini yaparken ve TSE COVID-19 güvenli üretim belgesi alımı ve ara denetimler sürecinde hep destek oldular. Bu süreçte İSG uzmanları ile birlikte “Pandemi el kitabı” hazırladık ve pdf formatında mail ile paylaşılmasını sağladık.

Pandemi süresince, ilk baştaki duruş dışında hep çalışıldı. Sağlık Bakanlığının “EVDE KAL” sloganı çalışanlar için geçerli olmadı. Bu dönemde yeni işe alımlar bile yapıldı. Üretim alanında saha çalışanları çalışmaya devam etti. Ofis çalışanları için uzaktan çalışma yaygın hale geldi.

Alınan ve denetimi sürekli yapılan “maske, mesafe, hijyen önlemleri ile çalışanlarımızdan COVID-19 olan çalışan sayımız il genelinden düşük seyretti. En sık artış olan zamanlar toplu izin sonrası dönüş ve Omicron var-
yantı salgını ile birlikte yaşandı.

Yasal zorunluluk olan İSG eğitimleri uzaktan çalışanlara çevrimiçi olarak verildi. Üretim yapan çalışanlara ise mesafeli olarak oturumları sağlanarak verildi.

Dr. Celal Mescioğlu

Bir OSGB çalışanı İşyeri Hekimi olarak az tehlikeli, tehlikeli, çok tehlikeli birçok işyerinde, birçok iş kolunda çalışmaktayım bu çerçevede HİZMET (bir gıda market zincir deposu) sektörü özelinde pandemi sürecinde yaşadıklarımı özetlemeye çalışacağım.

Öncelikle şunu ifade etmeliyim ki bana bağlı 24 işyerinden sadece bir tanesi (bebe ayakkabısı üreticisi) pandemi başlangıcında kapanmakla beraber 2 ay sonra açıldı.

Pandemi başlangıcında Devlet otoriteleri tarafından kamu sektörü için getirilen önlemleri kamu-özel sektör çalışanı ayrımı olamayacağından ben de tüm İYH arkadaşlarım gibi gittiğim tüm işyerlerinde olduğu gibi Market Deposu olan 228 çalışanlı işyerimde de uygulamak istedim. Ki bu işyerinin %18'i emekli, % 8 kadarı 65 yaş üzeri çalışandı.

Öncelikle kronik hastalığı olan çalışanlarımıza, 65 yaş ve üzeri çalışanlarımıza evde kalın dedik. Fakat bu evde kalanlara çalışanların işsizlik sigortasından olan ödemeler kesilmeden yani ancak 2 ay kadar sürdürülebildi. Bu noktadan sonra özellikle emekli çalışanlarımızın neredeyse hiçbiri herhangi bir hastalık nedeniyle bana başvurmamış gibi, gelen PCR + listelerinde de adları hiç yer almadı. Çünkü biliyorsunuz ki emekli çalışanlar rapor aldıklarında SGK ödemesi alamazlar. Bu durum karantina-izolasyon süreçlerinde de geçerli olduğundan bu çalışanlarımızın ailelerinde de biri hariç hiç COVID + bilgisi İK tarafından iletilmedi.

Aşılama uygulamasına geçmeden Kamuda uygulanan, uzun süre uygulanan 24 haftalık gebelerin eve gönderilmesi uygulamasını da uygulayamadık. İşin ilginç tarafı Kadın Doğum polikliniklerine gittiklerinde doğuma üç hafta kalıncaya kadar çalışabilir raporu da almaktaydılar. Fakat bu süreçte yaşadığım 5 gebe

çalışandan ancak birini ikna ederek kendi isteği ile en azından doğumuna 8 hafta kala eve gönderebildim.

Bu arada işe alım sürecimiz hiç hız kesmedi. Ama pandeminin PCR istenmesi durduruluncaya kadar hiç değil ise emekli, 60 yaş üstü, gebe çalışanı işe almazlar. PCR istenmesinin durdurulması ile tüm önlemler bırakılarak eskiye döndüğünü maske kullanımının bile işçinin istemine bağlı olarak neredeyse % 15 lere düştüğünü ifade etmeliyim.

Maske demişken; özel maske kullanımı gerektiren işyerilerimde zorlukla uygulayabildiğim, ancak tüm çalışana uygulayamadığım maske kullanımı, COVID MASKE ile değişti, kimse uygun KKD sınıfında maske kullanmaz oldu diyebilirim.

Söz konusu depo işyerimde özel KKD sınıfında maske kullanımı gerekliliği yoktu ve pandemi ile tüm çalışanlar maske kullanmaya başladı diyebilirim. Yukarıda da ifade ettiğim gibi PCR zorunluluğu kaldırılana kadar.

Pandeminin 4. ya da 5. ayında servisler artırılarak servislerde ki işçi sayıları 1/3 oranında azaltıldı. Ama bu uygulama da 2021 yılı ilkbaharında kaldırılarak eskiye döndü. Neyse ki çalışanlarımız arasında bizimde yaptığımız salgın hakkında ve aşılama hakkında ki bilgilendirme çalışmalarımız sayesinde aşılama yapılmaktaydı.

Aşılama çalışmalarımıza gelince. Konan yaş sınırlamalarına uyularak aşılama 40 yaşa inene kadar %90-95 oranında çalışanlar tarafından uyulduğunu söyleyebilirim. Bu durum işe alımlarda da geçerliydi. İşe alınacak çalışan yaşı aşılama sınırında ise aşısız işe almıyorduk. Bakanlığın aşısız çalışanlardan PCR istenmesi uygulaması geldiğinde 228 çalışanı olan işyerimde aşılanmamış 32 tek aşı 13 çalışan vardı. Bakanlığın PCR zorunluluğu getirmesi ile hızla bu sayı sadece 2'ye indi fakat işveren bu çalışanlardan da haftada en az bir PCR istemedi. Ben bu iki çalışana poliklinik hizmeti için işverenden tek kullanımlık önlük, yüz koruyucusu istedim. O zamana kadar temin edilmiş olan maske ve yüz siperliğine ek olarak çalışma masamın önüne plastik siperlik de konuldu fakat tek kullanımlı önlük verilmediğinden bu çalışanlara poliklinik hizmeti vermedim. Bu durum PCR zorunluluğunun kaldırılması ile bitti ve neredeyse 3. Hatırlatma dozu gereken çalışanlarımızın sadece % 22-23 kadarına hatırlatma dozu uygulanabildi. Şu anda işe alım sürecinde de aşı sorgulaması kaldırılmış durumdadır.

Pandemide ölenler, hastalananlar sayılara dayanarak bu dosyada incelenecektir ve görülecektir ki PANDEMİ bir işçi sınıfı sorunu olmuştur.

Hatta gündelikçi çalışanlar, taşeronlar kamu – özel sektör çalışanları arasında yukarıda ifade ettiğim farklılıklardan da öte sanki doğal olarak COVID'e karşı dirençliyidiler, onlar topluma uygulanan karantinadan muaftılar, hafta sonu, gece demeden çalışıyorlardı. So-
kağa çıkma yasakları onlar için geçerli değildi.

**Dr. Vahide Bilir Özban**

Çok tehlikeli iş kolunda bulunan, işyerinde yaklaşık 1500 kişi (ekonomik sıkıntılar nedeni ile dönem dönem işçi çıkarma, tekrar alma nedeni ile yaklaşık kelimesini kullanıldı) çalışmaktadır. 2 hekim, 6 sağlık memuru ile 24 saat açık iki revirde işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmeti verilmektedir.

1 B sınıfı İSG Müdürü, 4 iş güvenliği mühendisi (C sınıfı), (çevre mühendisleri iş güvenliği sertifikası almış) ile İSG Müdürlüğü bünyesinde birlikte çalışılmaktadır. Revirler, Genel Müdür Yardımcısına bağlı olarak hizmet vermektedir. Hekimler tam gün, sağlık memurları ise 3 vardiya olarak çalışmaktadır.

Sağlık ekibi olarak koruyucu hekimliği vazgeçilmez öncelik olarak belirleyerek, her çalışanın çok iyi bildiği "Koruma, insanı, en etkili, en ucuz yöntemdir" söylemi ile çalışmalarını yürütmektedir.

2019 yılında takip edilen bilim insanlarından ve literatürden öğrenerek, (çağımızın viral bir çağ olduğu Prof. Dr. Esin Şenol), bilinmeyen bir hastalığa karşı dikkatli olunması ve toplumda önlemler alınması gerektiği öngörülerini ile çalışmalarına başlanıldı.

İşyerinde, her yıl seçilen konular ile 30-40 kişilik gruplara 16 saat yüz yüze eğitimler verilmektedir. Bu eğitimler mesai sonrası, fazla mesai ücretleri ödenerek (4 saat olarak) gerçekleştirilmektedir. İşyerinde okuryazar (temizleme bölümü), 2 yıllık yüksek okul mezunu, (makine fabrikası) çalışanları olduğu için eğitimler çok değerli olarak görülmektedir.

Bilinmeyen hastalıklar (2019) nedeni ile korunma konusunda hızlıca, öncelikle ustabaşlarından başlayarak, fabrika içi hazırlanan bültene yazılar yazarak, farkındalık oluşturulmaya çalışılmıştır.

11 Mart 2020- 30 Mart 2022 tarihleri arasında, işyerinde 1 çalışan ve 8 çalışan yakını (eş, anne, baba) COVID nedeni ile hayatını kaybetti. COVID tanısı alan 584 çalışan izlendi.

11 Mart'ta resmi olarak, COVID vakaları olduğu kabul edilince işyerinde Pandemi Acil Durum Birimi (AD grup) kurularak Üst Yönetim, İnsan Kaynakları Müdürlüğü, İSG Müdürlüğü ve 2 Hekim ile çalışmalar başladı. Çalışanların işyerinde servislere adım atıldığı andan itibaren, alınması gereken önlemler listesi yayınlanarak (Tablo 1), bu önlemleri hayata geçirecek çalışmalar planlandı.

Çalışmalar sırasında, maske kullanımına genelde uyuldu. Cerrahi maske üzerine FFP2 ventilli maske kullanıldı. (Çok tehlikeli sektörde zaten FFP2 maske kullanılıyordu). Genel Müdür'ün, hızla sipariş açılması ve 1 yıllık maske alınması talimatı satın alma müdürlüğü tarafından aynı hızla sağlanamadı, maske tedarikinde zaman zaman sorunlar yaşandı. Sipariş edilen maskelere el konulması gibi farklı sorunlarla karşılaşıldı.

Servisler sürekli denetlenerek el dezenfektanları taktirildi. %50 kapasite ile taşıma sağlandı. Maske zo-

runluluğu konusunda eğitimler yapıldı. Servisler, taşeron firma olduğu için zaman zaman uyum sorunları yaşandı. Servislerde, kişisel durum bilgilerini içeren kısa soruların olduğu bir form ile değerlendirmeler yapıldı ve işe girişte yapılan ateş ölçümlerinde, hastalık belirtisi gösterenler değerlendirildi, duruma göre hastaneye sevk edildi. İşyerinde tespit edilen/şüphelenilen vakalar için bir karantina odası belirlendi ve vakaların takibi ile gönderilmesi talimatı hazırlandı (Tablo 2).

Yurt içi ve yurt dışı ziyaretçilerin, fabrikaya getirilmesi sırasında önlemler alındı. (Şirket araçlarında özel bölümler yapıldı). Her ziyaretçi sonrası, satın alınan makineler ile araç dezenfeksiyonu yapıldı.

Hastaneye sevk edilen ya da kendisi şüpheli temaslı /hastalık bulguları ile hastaneye gidenlerde çeşitli sorunlar yaşandı. Hastane kayıtları sonrası devreye giren filyasyon ekipleri ve alınan kararlardan 1 örneği çok çarpıcı idi.

İşyeri 3 farklı bölgede hizmet vermekte ve fabrikalar 1-2-3 olarak adlandırılmakta. 3 nolu fabrikada çalışan 1 işçi, geçici görev ile 2 nolu fabrikaya gönderiliyor. 2 nolu fabrikada çalışırken, eşi ile birlikte hastaneye başvuruyor, nerede çalıştığı, çalıştığı yerde kaç kişi olduğu sorularına cevap veriyor. İşçinin 26 gündür çalıştığı lokalizasyon değil, farklı bir lokasyondaki 3 nolu fabrikanın müdürü dâhil, filyasyon ekipleri kararı ile toplam 124 kişinin 14 gün karantinaya alındığı bilgisi geldi. Sağlık Müdürlüğü ile iletişim kurmaya çalışıldı, görüşmeye giden genel müdür yardımcısı ve insan kaynakları müdürü, sağlık müdürlüğüne alınmadı (COVID-19 önlemleri).

Acilen, doktorlar olarak devreye girildi, sağlık müdürlüğünün ilgili birimlerinden denetim yapılması istenildi, bilim kuruluna ulaşıldı, filyasyon konusunun doğru yönetilmediğini, 1 aydır 2 nolu fabrikada geçici görevle çalışan bir işçi COVID-19 pozitif olduğu için 3 nolu fabrikanın tümüyle karantinaya alındığı anlatıldı. (Karantina tedbirlerine uymayan kişinin 3000 TL ceza ödeyeceği filyasyon ekiplerince çalışanlara tebliği edildiği için çalışanlar çok tedirgin oldu). Karantina bilgileri, bilgisayar ortamında düzenlendiği için kararı geri çektilerine kadar 26 kişi olmayan temas, nedeni 14 gün işe gelemedi. Görüşmeler sonrası hiç temaslı olmayan diğer çalışanlar müdürlüğün takip listesinden çıkarıldı. Bu doğru olmayan filyasyon kararı herkesi çok uğraştırdı.

Fabrika denetimlerine ekiplerin davet edilmesi ve Sağlık Müdürlüğü ekiplerinin denetimlere gelmesi alınan önlemlerin yerinde görülmesinin çok yararı oldu. Her denetim sonrası teşekkür edildi ve salgının ilk dönemi yaşanan filyasyon sıkıntısı bir daha yaşanmadı.

Salgının çok arttığı dönemlerde yemek servisinde kumanya dağıtım yöntemine geçildi. Yemekhane açıldığında 4 kişi kullanılan masalar 2 kişi kullanacak şekilde separatör ile ayrılarak düzenlendi.

Kapalı ortamda çalışanlarda, evden çalışabilecekler için özel programlarla evden çalışma kararı alındı. (Ev-



den çalışma konusunun ortaya çıkardığı sorunlar ayrı bir çalışma konusu olmalıdır.)

Evden çalışamayacak olanlar için, işyeri ortam denetimleri, KKD kullanımı, hastalık ön tanısı / temaslı olanların sevk, izlemi, hastalananların izlemi, havalandırma, sosyal binanın denetlenmesi, yemekhanede kumanya verilmesi, yemekhanenin düzenlenmesi çalışmalarına devam edildi.

Yıllık planlanan eğitimler 2020-2021-2022 yılında uzaktan eğitim olarak planlandı ve uygulandı.

Periyodik tetkikler için özel şartnameler hazırlanarak hizmet satın alındı. 2020-2021-2022 yılında, meslek hastalıkları uzmanlarına danışılarak, solunum fonksiyon testi yapılması programdan çıkarıldı.

Aşı çalışmaları; COVID aşılı il ve ilçe sağlık müdürlüklerinin desteği ile işyerinde yapıldı.

Dünyada aşı stratejisinde, tek aşı olarak inaktif aşığı çeşitlendirmeyen tek ülke olduk, inaktif aşılarından sonra gelen mRNA aşılı ile aşı çalışmaları planlandı ve uygulandı.

1500 kişi içinde 18 kişi aşı olmayı kabul etmedi.

Tetanoz aşısı, işe girişlerde mutlaka, daha sonrasında 5 yılda bir uygulandı.

Grip aşısı, olmak isteyenler için çalışma planlandı ve uygulandı.

COVID sürecinde, kapalı toplantılar yapılmadı, bahçede açık alanda toplantı yerleri düzenlendi.

Hastaneye COVID nedeni sevk edilenlerin, PCR testi yaptırırken zorluk yaşamaları nedeniyle; 2021 yılında özel sektörden hizmet satın alındı. Mutfak çalışanları ve bunun gibi her çalışan ile yüz yüze görüşen guruba PCR testi anlaşmalı kurumlara yaptırıldı.

Ayrıca şüpheli olarak değerlendirilenler PCR testi için anlaşmalı kurumlara yönlendirildi.

Ziyaretçilerden PCR testi ve aşı kartı istendi. Yurt dışı ziyaretçilerinden healthy pass istendi.

Son dönemde hızlı Ag testi ile kontrol grupları izlenmeye devam edilmektedir.

Bu çalışmaların, hastaneye sevk edilenler + temaslı olanlar + ziyaretçiler takip edildi ve raporlandı. (Tablo 3 ve Tablo 4).

Revir çalışmaları; üstü kapalı olan açık alanda hasta karşılaması planlandı. Revirde aralıksız vardiyalı çalışan 3 sağlık memuru maske, siperlik, koruyucu kıyafet kullanmasına rağmen, ne yazık ki değişik zamanlarda COVID (+) oldu.

Karantina süreci başlangıçta 14 gün, devam ederse 7 gün olarak uygulandı. Sonrasında karantina süresinin toplam 7 güne (PCR (-) negatif çıkarsa) 5 güne indirilmesinin açıklanmasında, çok ciddi sıkıntı yaşandı.

Karantina eski ve etkinliği bilinen bir yöntem ama uzun sürede çok ciddi psikolojik etkileri oldu. Özellikle çalışanları evinde birlikte yaşadığı 65+ ve çocuklar (çocuklu çalışanlar) çok sıkıntılı süreçler yaşadı.

Bu sürede;

- Fabrika içi 4 bulaş saptandı. Bu fabrika içi bulaş yasak olduğu halde, kapalı alanda toplantı yapılması sonucu oldu.
- Diğer hastalık ve temaslıların kaynağı işyeri dışında idi. (Aile, okul, AVM, cenaze vb.)
- 2021 yılının 2. yarısında dezenfeksiyon işlemleri bırakıldı. (Çok özel koşullar dışında). Dezenfeksiyon nedeni sorunlar ortaya çıktı. (Astım benzeri tablo, temas dermatitleri vb.)
- Yemekhanede, bir masada 2 kişi ve separatörler ile yemek servisi devam etmektedir.
- Maske kullanımı işyerinde ve servislerde devam etmektedir.
- Aşı çalışmaları, eksik aşıhlarda devam etmektedir.
- Ziyaretçilerden aşı kartı ve healthy pass sorulması devam etmektedir.
- Salgın bitmediği için, korunma önlemlerine dikkat edilmesi konularında eğitimler devam etmektedir.
- COVID-19 nedeni zorluklarla mücadele etmeye devam ederken, işyerinde, ülkenin yanı başında yaşanan savaş kaynaklı zorluklar da ortaya çıktı. (Ukrayna-Rusya)
- Hammadde sevkியatının yapıldığı Ukrayna'daki tesisler vurulduğu için, üretimde hammadde sıkıntısı yaşanmaktadır.
- Yönetememe, savaş, artan enflasyon nedeniyle çalışanların 2021 yılında sendikaları aracılığı ile imzaladıkları toplu sözleşme hakları ücret artışları eridi. İşten çıkarmalar, ücret artışlarının enflasyona yenilmesi, hammadde sıkıntısı nedeni ile üretimde yaşanan sıkıntılar psikososyal risk etmenlerini arttırdı.
- Bu sorunlar nedeniyle, Mart ayında iş kur üzerinden işe başlayan son işe alınanlar işten çıkarıldı.
- Ayrıca enerji kısıtlamaları, işyerlerinde yeni birçok sorunun ortaya çıkmasına neden oldu. (Doğalgaz, elektrik kesintileri)
- İSG kurulları da alınan kararlar gereği online olarak yapıldı. Bu durum iş kazaları ve meslek hastalıkları konusunda yapılan paylaşımların yüz yüze yapılırken sağladığı etkiyi karşılamadı.
- Kaza ve meslek hastalığı sonrası önlemlerle, özenle takip edilmektedir.
- İşyeri, bilimsel çalışmaya değer veren, sağlık çalışanlarına saygılı, risk değerlendirmeleri ve önlemler konusunda çalışmaları önemseyen ve kaynak ayırmaya gayret eden bir işletmedir.
- Bu koşullar; ücretlerin erimesi (2022 yılı %31 -40 zam uygulandı) çalışma koşullarındaki zorluklar, iş güvencesi konusunda ortaya çıkan belirsizlikler vb., genel bir tükenmişlik halini ortaya çıkardı. Son 10 yılın en zor dönemi, bu dönem oldu.



Korona ve pandemi dönemi sağlık sistemleri ve bu sistemlere ait tedarik sistemlerinin yarattığı, yaşamsal farkları açığa çıkardı.

Bu süreçte ülke olarak hep birlikte, sorumluların pandemiye yönetememesi sonucunda, gerçekleşen yaşam kayıpları çaresizlik duygularını arttırdı. Korunmanın değerini ve korunmayı ortadan kaldıran, sağlıkta dönüşüm politikaları nedeni ile hastalığı alanda değil, hastanede karşılama politikalarının yıkımı, meslektaşlarımızı ve binlerce canımızı, daha fazla insanımızın yaşadığı sağlık sorunları, bu süreçte çaresizce izlenildi.

Pandemi döneminde Türk Tabipleri Birliği'nin yol göstericiliğinde; COVID-19'un meslek hastalığı sayılması çalışmaları, bilimsel verilere ulaşma, halk sağlığına yönelik öneriler ve aşı çalışmalarının desteklenmesi, işyerinde planlanan çalışmalara güç verdi, yol gösterdi.

"Her biri bir can, her biri bir insan, her biri bir anne, bir baba, bir eş, bir dost, bir arkadaş, bir sevgili, bir çocuk!

Her birinin acısını yüreğimizde taşıyoruz. Korunması ve önlenmesi mümkün olan bir hastalık yüzünden öldüler."

Herkes için; barışın etkili olduğu, ekonomik krizlerin son bulduğu, insan onuruna yaraşır koşullarda yaşadığımız bir dünya mümkün.

Meslek hastalıkları önlenabilir hastalıklardır.

COVID-19 meslek hastalığıdır.

Söz bu kadardır.

COVID-19 Şüphesi Olan Vaka Yönetimi:

Tesis Girişinde Saptanan Vaka

Girişte yapılan değerlendirme sırasında semptom ya da bulgusu olan ve enfeksiyon yönünden şüpheli olan durumda, çalışan taksi vasıtasıyla hastaneye yönlendirilir. Kesinlikle tesise alınmaz. Kişinin hastane sonucu takip edilir, hastane önerilerine uyulur. Aynı servisi kullanan çalışanlar takibe alınır, çıkan test sonucuna göre hareket edilir.

Tesiste Saptanan Vaka

Çalışma esnasında şikâyetleri olan ya da semptom veya bulgusu tespit edilmesi durumunda; Kişi karantina odasına alınır, taksi çağırılır, hastaneye yönlendirilir. Kişinin hastane sonucu takip edilir, hastane önerilerine uyulur. İşyerinde kimlerle temas halinde olduğu ayrıntılı olarak sorulur ve temaslı listesi çıkartılır.

Tablo 1. Koronavirüs Salgınında İşyerlerinde Alınması Gereken Önlemler

Sıra	Önlemler	Karar	Sonuç
1.	Çalışanlara Koronavirüs ile ilgili bilgilendirme, korunma konularında işbaşı konuşmaları hazırlanması ve kişisel maille bilgilendirme yazıları paylaşılması gibi düzenlenmelerin sağlanması.	Önerildi	Uygulandı
2.	İşyerine girişte uzaktan lazer ölçer ile ateşi 37,6 derece ve üzeri olan çalışanların evlerine gönderilmesi, evde kontrol edilerek, ateşi, solunum sıkıntısı, nefes darlığı bulguları eklenirse hastaneye yönlendirilmesi	Önerildi	Uygulandı
3.	Hastalık belirtileri taşıyan kişiler işyeri hekimi tarafından yapılacak olan ilk muayeneden sonra gerek duyulması halinde hastaneye sevk edilmesi	Önerildi	Uygulandı
4.	Tesise giriş yapacak olan personelin, ateşi, soğuk algınlığı vb. gibi durumları olması durumunda, takibe alınması ve günlük sağlık durumu hakkında Sağlık Personelleri tarafından takip edilerek raporlanması	Önerildi	Uygulandı
5.	Ateşi, öksürüğü ve solunum sıkıntısı olan çalışanların, son 14 günde yurt dışından gelen çalışanların, bir yakını son 14 günde yurt dışından gelen çalışanların, Sağlık Birimine bilgi vererek işe gelmemelerinin sağlanması	Önerildi	Uygulandı
6.	Yemekhane girişine yemek yemeden önce, mutlaka 20 sn. süreyle el yıkamanın önemini hatırlatan yazılar asılması	Önerildi	Uygulandı
7.	Yemek saatlerinde oluşacak kalabalığı azaltmak için çalışanların 15 dakika ara ile yemekhaneye girmesinin sağlanması	Önerildi	Uygulandı
8.	Yemek sırasında 1-1,5 metre ara ile işaretleme yapılarak yemek alınmasının sağlanması	Önerildi	Uygulandı
9.	Yemekhanelerde masalar arası, mesafelerin açılması, 4 kişilik masaya çapraz olacak şekilde 2 kişinin oturtulması	Önerildi	Uygulandı
10.	Yemek ve çay servisinde çalışanların servis yaparlarken eldiven, maske ve gerekli koruyucu malzemeleri kullanılması	Önerildi	Uygulandı



11.	Hamile çalışanlar, kreşe, okula giden çocuğu olan çalışanların idari izinli olması	Önerildi	Uygulandı
12.	Çalışanlarda, kronik hastalığı olanlar, 1,2 ve 3 grupta hastalıklarına göre riskli çalışan olarak ayrılabilir.	Önerildi	Uygulandı
	A- 1. Riskli grupta olması öngörülen hastalıklar: immünosupressif tedavi alan ve kortizon tedavisi kullanan (kanser, multipl skleroz, KOAH, Behçet hastalığı, ülseratif kolit, ankilozan spondillit vb.) hastalığı olan çalışanlar	Önerildi	Uygulandı
	B- 2. Riskli grupta olması öngörülen hastalıklar: Tip 1 DM, astım, stentli KAH, kontrolsüz hipertansiyon, kalp ritim bozuklukları,	Önerildi	Uygulandı
	C- 3. Riskli grupta olması öngörülen hastalıklar: KAH, kontrollü hipertansiyon, immünosupressif tedavi almayan ve kortizon tedavisi kullanmayan oto immün / romatolojik hastalığı olan çalışanlar (FMF, ülseratif kolit, ankilozan spondillit gibi)	Önerildi	Uygulandı
13.	1. risk grubundakilerin, çalışma şartlarına göre evden çalışması ve/veya süresiz idari izinli sayılması	Önerildi	Uygulandı
14.	2. ve 3. Risk grubundakilerin evden çalışma durumlarının gözden geçirilmesi	Önerildi	Uygulandı
15.	İşyerlerinin düzenli olarak havalandırılması ve tuvaletler, kapı kolları, merdiven trabzanları, çalışma masalarının temizleme sıklığı ile ilgili çalışma yapılması	Önerildi	Uygulandı
16.	Ofis kapı kollarının temizliği, tüm hafta boyunca, her vardiya da 3 kez, insan sağlığına zarar vermeyecek dezenfektan ile yapılması	Önerildi	Uygulandı
17.	Tuvaletlerin ve kapı kollarının temizliği tüm hafta boyunca her vardiya da 3 kez, insan sağlığına zarar vermeyecek dezenfektan ile yapılması	Önerildi	Uygulandı
18.	Yemekhane, dinlenme alanı ve trabzanların temizliği tüm hafta boyunca her vardiya da 3 kez, insan sağlığına zarar vermeyecek dezenfektan ile yapılması	Önerildi	Uygulandı
19.	Masa yüzeylerinin temizliği tüm hafta boyunca her vardiya da 1 kez, insan sağlığına zarar vermeyecek dezenfektan ile yapılması	Önerildi	Uygulandı
20.	Koltuk kolçaklarının silinmesi, tüm hafta boyunca her vardiya da 1 kez, insan sağlığına zarar vermeyecek dezenfektan ile yapılması	Önerildi	Uygulandı
21.	PC, maus ve klavyenin silinmesi, tüm hafta boyunca her vardiya da 1 kez, insan sağlığına zarar vermeyecek dezenfektan ile yapılması	Önerildi	Uygulandı
22.	Personel taşıyan tüm servislere, el dezenfektanı ve cerrahi maske bulundurulması	Önerildi	Uygulandı
23.	Servislerde koltuk kolçaklarının silinmesi, tüm hafta boyunca her vardiya da 1 kez, insan sağlığına zarar vermeyecek dezenfektan ile yapılması	Önerildi	Uygulandı
24.	Çay alanları, yemekhane, tuvalet çıkışları ve çalışanların ulaşımının kolay olduğu alanlar belirlenerek, el dezenfektanlarının konulmasının sağlanması	Önerildi	Uygulandı
25.	5 kişiden daha çok kişi ile bir araya gelinmemesi, küçük ve kısa toplantılar yapılması	Önerildi	Uygulandı
26.	Hasta çalışanların evde kalmasının sağlanması, Akut solunum yolu hastalığı olan hastaların, hastalıklarını doğrulamak veya işe dönmeleri için bir sağlık uzmanının raporuna ihtiyaç duyulmaması gerekir. Çünkü sağlık merkezlerinin ve tıbbi tesisler çok yoğun olabilir ve ayrıca risk oluşturabilir.	Önerildi	Uygulandı
27.	Çalışanların hasta bir aile üyesine bakmak için evde kalmalarına izin veren uygulamalar gereklidir.	Önerildi	Uygulandı
28.	Tesise giriş yapacak tüm personel ve taşeron firmaların personellerinin Sağlık durumu hakkında ki bildirim ve tahhüt ettikleri formu imza atarak, kayıt altında tutulması	Önerildi	Uygulandı



Tablo 2. COVID-19 şüphesi olan vaka yönetimi

Tesis Girişinde Saptanan Vaka

Girişte yapılan değerlendirme sırasında semptom ya da bulgusu olan ve enfeksiyon yönünden şüpheli olan durumda, çalışan taksi vasıtasıyla hastaneye yönlendirilir. Kesinlikle tesise alınmaz. Kişinin hastane sonucu takip edilir, hastane önerilerine uyulur. Aynı servisi kullanan çalışanlar takibe alınır, çıkan test sonucuna göre hareket edilir.

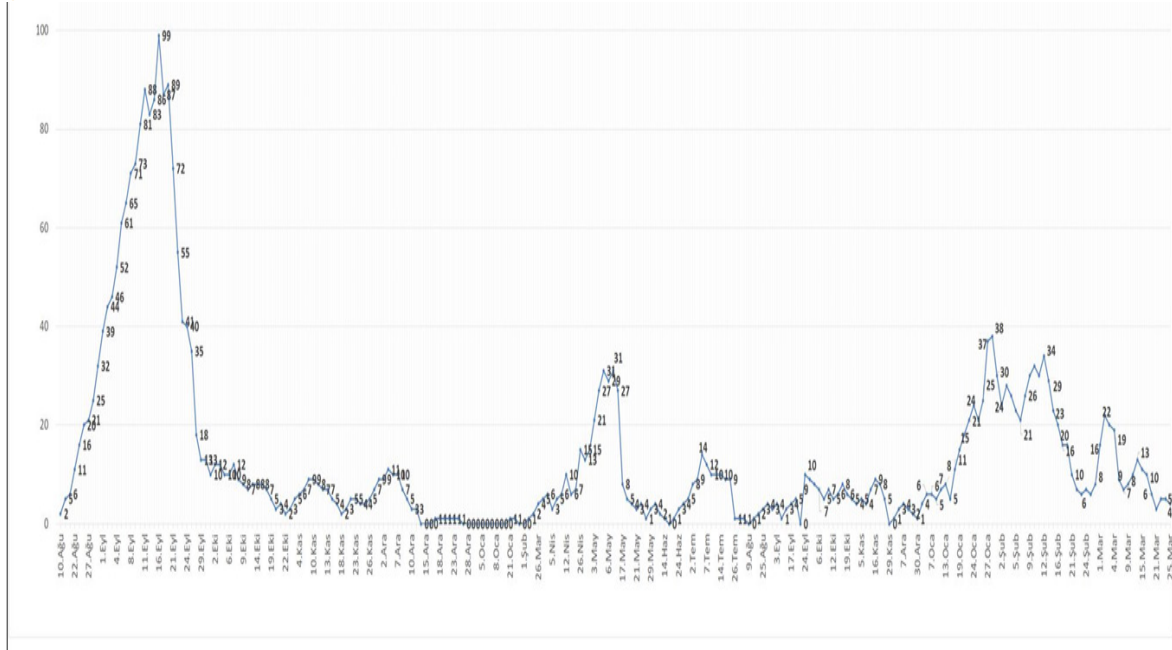
Tessite Saptanan Vaka

Çalışma esnasında şikâyetleri olan ya da semptom veya bulgusu tespit edilen durumda; Kişi karantina odasına alınır, taksi çağırılır, hastaneye yönlendirilir. Kişinin hastane sonucu takip edilir, hastane önerilerine uyulur. İşyerinde kimlerle temas halinde olduğu ayrıntılı olarak sorulur ve temashı listesi çıkartılır.

Tablo 3. COVID-19 vakalar ve toplamaları

Pozitif vaka genel toplam	Kişi	Gün	Şüpheli temas karantina vaka genel toplam	Kişi	Gün
	584	6413		451	5212

Şekil 1. Ağustos 2020-Mart 2022 COVID-19 (+) Hasta Sayısı





COVID-19 SONRASI İŞE DÖNÜŞ

Özgür BİLEK

Dr., Mardin İl Sağlık Müdürlüğü İSG Birimi

Orcid No: 0000-0003- 0026-296X

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi ilan edilen COVID-19 hastalığı, milyonlarca vaka ve ölüme neden olan bir halk sağlığı sorunu olmasının yanı sıra, hastalık kaynaklı izolasyon süreci, işyerlerinin geçici kapanması ve uzaktan çalışma gibi durumlar nedeniyle çalışanların işten uzaklaşmaları ve işe dönüş süreçleri açısından da ciddi bir işçi sağlığı sorunudur (1). Özellikle de COVID sonrası işe dönüş, COVID-19'dan iyileşen kişilerde çeşitli belirtilerin devam etmesi nedeniyle, dünya çapında önemli bir meseledir.

“İşe dönüş (return to work-RTW)” terimi, disiplinler ve sosyal, yasal bağlamlara göre değişkenlik göstermekle birlikte, genel olarak, çalışanın bir hastalık izni döneminden sonra eski iş görevlerine ve çalışma saatlerine geri dönmesi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, bazı araştırmacılar, çalışanların eski iş işleyişine dönebilmesini ve bu durumun sürdürülebilir olmasını işe dönüş sürecinin kalitesi ile ilişkilendirmektedirler (2). COVID-19'un doğal seyri itibarıyla, hastalanan çalışanların, hastalığın başlangıcından itibaren en fazla dört haftaya kadar olan dönemde tamamen iyileşmesi beklenmekte ve işe dönüşleri planlanmaktadır. Ancak, DSÖ ve Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önlem Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC), hastaların %10-20'sinde nedeni bilinmeyen bir şekilde birçok belirtinin orta ve uzun vadede devam edebildiğini veya iyileşmeden sonra başlayabildiğini belirtmektedir (3, 4).

Farklı kaynaklarda farklı tanımlar yapılmakla beraber, Türk Toraks Derneği, yayınladığı son raporunda, COVID-19 belirtilerinin hastalığın başlangıcından itibaren 4 haftaya kadar devam ettiği dönemi ‘Akut-COVID’, 4 ila 12 hafta arasındaki dönemi “Sub-akut-COVID”, belirtilerin devam ettiği veya yeni belirti ve bulguların eklendiği 12 haftadan sonraki dönemi “Post-COVID” ve Subakut COVID ile Post-COVID dönemlerinin ikisini birden “Long COVID” olarak

tanımlamaktadır (5). “COVID sonrası durum”, “kronik COVID” veya post-akut COVID sendromu gibi farklı terimlerle de tanımlanan uzun süreli COVID belirtilerinin, kişilerin ev işlerini veya işyerlerindeki iş-görev aktivitelerini gerçekleştirme yeteneklerini etkileyebildiği vurgulanmaktadır (3, 4).

Yapılan çalışmalar, uzun süreli COVID belirtileri olan çalışanların çoğunun uzun süreli hastalık izni kullanılarak bir süre işlerine döneemediklerini, eski işlerine dönmek için bir süre fiziksel ve mesleki terapiye ihtiyaç duyduklarını ve bir kısmının ise işlerini değiştirdiklerini, işsiz kaldıklarını ya da sürekli iş göremez hale geldiklerini ortaya koymuştur (6, 7). Dahası, uzun süreli COVID-19 ile ilişkili belirtilerin varlığının, işe dönen çalışanların işçi sağlığı ve güvenliğini olumsuz etkilemesi ve hatta iş kazası geçirme riskini arttırması da muhtemeldir. Bu yüzden, uzun süreli COVID belirtileri gösteren çalışanların işe dönüş süreçleri ve bu sürecin işyerlerinde uygun bir şekilde değerlendirilip takip edilmesi özellikle önem arz etmektedir.

İşçi sağlığı profesyonelleri işe dönüşü planlanan çalışanların sağlık durumlarını erken dönemde değerlendirerek ve yürütülmesi gereken işçi sağlığı ve güvenliği (İSG) uygulamaları ve ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri konularında işverenlere tavsiyelerde bulunarak bu süreçte kilit rol oynayabilirler. İşçi sağlığı profesyonellerinin bu rollerini yerine getirmeleri için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları kritiktir ve bu konuda bilgilendirici dokümanların, araç veya rehberlerin sağlanması önemlidir (8). Bu bağlamda, ulusal ve işyeri düzeyinde, COVID 19 sonrası işe dönüş süreçlerine odaklanmış İSG politikalarının ve pratik kılavuzların geliştirilmesi ve uygulamaya geçirilmesine ihtiyaç vardır. Ancak, birçok ulusal ve uluslararası kuruluş tarafından COVID sonrası işe dönüşlerde yöneticilere ve çalışanlara yönelik bilgiler ve rehberler yayınlanmış olmasına rağmen, işe dönüşlerin nasıl yönetileceği konusunda işçi sağlığı profesyonellerine rehberlik edebilecek kaynaklar kısıt-



lıdır. Bu yazıda, işçi sağlığı profesyonelleri için COVID sonrası işe dönüş süreciyle ilgili önerilere yer verilmiştir.

İşçi Sağlığı Profesyonelleri için Öneriler

İSG hizmetleri, temelde, sağlık ve iş arasındaki etkileşim hakkında tavsiyelerde bulunarak çalışanları işyerinde bulunan zararlardan korumayı ve çalışanların sağlık ve iyilik hallerini en üst düzeye çıkarmayı amaçlar. Çalışma yaşamı özelliklerinde alışılmadık birçok değişikliğe neden olan bu pandemi döneminde de işçi sağlığı profesyonelleri, pandeminin işyerlerinde yayılmasını önlemek için faaliyette bulunmada, çalışanların sağlığının izlenmesinde ve güvenli bir işe dönüş için pratik kılavuzlar geliştirmede kilit bir rol oynayabilir (9).

İSG uygulamaları, yöneticilerin ve çalışanların katılımını gerektiren çok boyutlu, kademeli bir yaklaşım gerektirir. Nitekim COVID sonrası işe dönüş süreciyle ilgili yönetici ve çalışanlara yönelik yayımlanan rehberler de çalışan ve yöneticilerin sürekli iletişim halinde olmalarının, işçi sağlığı profesyonellerinin tavsiyelerine başvurmalarının ve uygulanabilir bir işe dönüş planı üzerinde anlaşmalarının en iyi yaklaşım olduğunun önemine değinmektedir (10, 11). Bu açıdan, paydaşların temsiliyetinin sağlandığı İSG kurulları benzersiz bir fırsat sunmaktadır.

İşçi sağlığı profesyonelleri, İSG kurullarının belli aralıklarla düzenli bir şekilde toplanmasını teşvik ederek işyerindeki mevcut korunma önlemleri, yapılan planlı değişiklikler ve işe dönüş sürecine ilişkin sağlık gözetimleri, fiziksel ve mesleki terapi gibi uygulamaların nasıl işleyeceği konularında bilgilendirme yaparak tavsiyelerde bulunabilirler. Ayrıca, bu kurullar, COVID-19 kaynağının işyeri olması durumunda, işyerindeki risk değerlendirmesinin ve alınması gereken korunma önlemlerinin güncellenmesi ve çalışanların eksiklik görülen İSG konularında yeniden eğitilmesi gibi gerekli düzenleyici ve önleyici faaliyetlerin yürütülmesine ilişkin önerilerde bulunmak için de bir fırsattır.

İşe dönüş sürecindeki en kritik nokta, çalışanın işe tekrar başlamak için hazır olup olmadığı kararının alınmasıdır. İşe dönüş, iyileşme sürecinin bir parçası olsa da tam bir iş yüküne veya ilk başta esnek ve aşamalı olsa bile işe çok erken dönmenin, tam olarak iyileşmeyen çalışanların sağlığını kötüleştirebileceği ve diğer çalışanların güvenliği açısından da risk oluşturabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle, çalışanların mali ve sosyal nedenlerle işe dönmesi gerekse bile yeterince iyileşinceye kadar işten uzak kalmaları ve yöneticilerin de çalışanlarla sürekli iletişim halinde olmaları, çalışanlarına işe geri dönme ve işte kalma konusunda en iyi şans

vermeleri, gerektiğinde ücret kaybına neden olmayacak şekilde aşamalı bir işe dönüş sürecini düzenlemeleri ve çalışanların iş görevleriyle başa çıkmalarını sağlamak için gerekli düzenlemeleri yapmaları önemlidir. Bu aşamada, çalışan ile yöneticinin, öncelikle, çalışanın işe nasıl ve ne zaman döneceği veya aşamalı bir işe dönüş ihtiyacı olup olmadığı, işe dönme konusunda sahip olunan endişeleri ve işyerinde sunulan işçi sağlığı hizmetlerinin durumu hakkında iletişime geçmelerini sağlamak ve bu konular hakkında tavsiyelerde bulunmak faydalı olacaktır (10, 11).

COVID-19'dan sonra güvenli bir şekilde işe dönüş için en iyi uygulama, çalışanın artık bulaşıcı olmadığı ve klinik olarak iyileştiği aşamanın doğru bir şekilde tanımlanması ve işe dönüşünün sağlanmasıdır. Ancak, bulaştırıcılığı olan herhangi bir çalışanın işyerine girmesini/ işe dönmesini engellemede en iyi denilebilecek bir stratejinin bulunmadığı da belirtilmektedir (12). Özellikle, viral bulaştırıcılığın süresine ilişkin bilimsel anlaşmazlık, çalışanların işe dönüş yönetiminde ciddi zorluklar yaratmaktadır. DSÖ ve CDC, önerilen izolasyon sürelerinden sonra yapılan RT-PCR (Real Time Polymerase Chain Reaction) testleri pozitif olsa da belirtileri düzelen hastaların bulaştırıcı olmadığını vurgularken (13, 14), bazı araştırmalar çalışanların COVID sonrası işe geri dönüş sürecinde test edilmesinin koruyucu bir strateji olduğunu öne sürmektedir (15).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı izolasyon süresi bitenlerin maske takma gibi korunma önlemlerine uyması şartı ile test yaptırmadan işe başlayabileceklerini belirtirken (16), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tedavisi yapılan çalışanın, sağlık kuruluşu tarafından işe başlamasında sakınca bulunmadığına dair (işe dönüş) rapor ile işverenini bilgilendirerek işine devam edebileceğini ve istenmesi halinde işyeri hekimi tarafından sağlık muayenesi yapılmasının sağlanması gerektiğini belirtmektedir (17). Ancak, tedavisi yapılan çalışanın işe başlamasında bir sakınca bulunmadığına dair işe dönüş raporu, pratikte, çok yaygın olarak PCR testi ile negatif (-) sonucu istenmesi biçiminde işlemekte ve bu yeterli kabul edilmektedir. İzolasyon süresinin sona ermesinin ve yapılan PCR testinin (-) çıkmasının, hastalığın bulaştırıcılığının sona erdiği anlamına geldiği ama bunun hastanın iyileştiği ve çalışabilir olduğu anlamına gelmediği açıktır. Bu nedenle, işe başlatma kararı verilmeden önce, COVID-19 ile hastalanıp işe geri dönmek isteyen bütün çalışanlar için PCR testi sonucundan bağımsız bir şekilde ayrıntılı bir işe dönüş muayenesinin planlanması faydalı olacaktır.

İşe dönüş muayenesinde, ayrıntılı bir öykü alınmalı, kapsamlı bir fizik muayene yapılmalı, gerek görülmesi



halinde tamamlayıcı tetkikler istenmeli ve bulgular ile çalışanların işyerindeki iş görevleri arasındaki etkileşim göz önünde bulundurularak, işe dönüşe uygunluk kişiye özel olarak değerlendirilmelidir. Yapılan değerlendirme sonrasında, tamamen iyileştiği tespit edilen çalışanların işe dönüşü geciktirilmemeli ve en kısa zamanda işe başlamaları sağlanmalıdır. Hafif-orta derecede belirtileri olan veya belirtilerinde iyileşme gösteren çalışanların işe işyerindeki iş görevleri de göz önünde bulundurularak tam bir iş yüküne dönüşleri değerlendirilmelidir. Ancak, bu çalışanların, işe döndükten sonra rollerine ve devam eden belirtilerine bağlı olarak, sağlıklarının kötüleşebileceği ve bu açıdan farklı seviyelerde desteğe ve daha fazla hastalık iznine ihtiyaç duyabileceği unutulmamalıdır.

Günlük çalışma saatlerinin azaltılması, sık aralıklarla uzun dinlenme aralarının ya da izin günlerinin verilmesi, iş temposunun yavaşlatılması, iş görevleri kapsamında daha az veya hafif işlerin verilmesi, işyerinde daha hafif farklı işlerin geçici verilmesi, gündüz saatlerinde çalışacak şekilde vardiyaların değiştirilmesi, çalışma arkadaşı verilmesi (buddy sistem) veya evden (uzaktan) çalışma gibi esnek ve aşamalı işe dönüş uygulamaları; çalışanların, tam bir iş yüküne dönmesini sağlayacak seviyede belirtileri iyileşene kadar aşamalı bir şekilde işe dönüşlerine yardımcı olabilir (10, 11). Yine de aşamalı bir şekilde olsa bile, çalışmanın iş sağlıklarını olumsuz etkileyeceği değerlendirilen çalışanların işe dönüşleri ertelenmelidir. Ağır veya işe başlayamayacak şiddette uzun süreli COVID belirtileri olan çalışanların, çalışanın ve yöneticinin farklı talebi olsa bile, işe başlatılmamaları önerilmeli ve kişiye özel bir iyileşme ve rehabilitasyon planı oluşturulmalıdır.

Uzun süreli COVID belirtilerinin yaygınlığı, mekânizması, süresi, şiddeti ve ilişkili risk faktörlerini incelemeye yönelik araştırmaların devam ediyor olmasına rağmen, kimlerin en çok risk altında olduğu, belirtilerin ne zaman başlayacağı veya ne kadar süreceği konuları hâlâ tartışmalıdır. Bununla birlikte, araştırma sonuçları, belirtilerin ilk hastalıktan itibaren devam edebileceğini veya iyileşmeden sonra başlayabileceğini, zamanla tekrarlayabileceğini, bazı günler iyileşebileceğini ya da kötüleşip çalışanların tekrar işten ayrılmalarını gerektirebileceğini ve COVID-19'u takip eden haftalar veya aylar boyunca devam ederek kalıcı hale gelebileceğini göstermektedir (3,4). Bu nedenle, COVID sonrası işe yeniden başlatma kararının alınması kadar çalışanların sağlık durumlarının düzenli olarak takip edilmesi ve alınan işe başlatma kararının sürekli tekrar değerlendirilmesi de işe dönüş sürecinin önemli bir parçasıdır.

COVID-19 Sonrası Sağlık Gözetimi

COVID sonrası dönemde herkes için en sağlıklı ve güvenli şekilde işe dönüşlerin sağlanmasında, çalışanların hangi belirtileri ve sınırlamalarının olduğunu, bunların çalışanların işlerini yapma yeteneğini nasıl etkilediğini, işe başlamanın sağlık durumları üzerinde nasıl bir etkide bulunduğunu, belirtilerin tedavi edilmesi ve çalışanların sağlığının geliştirilmesi için hangi sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunu belirlemeye yönelik sağlık gözetimi programının yapılması esastır. Ancak, çalışanlara yönelik işçi sağlığı değerlendirmelerinin hangi aralıklarla yapılması ve nasıl yönetilmesi gerektiği meseleleri hâlâ da net değildir.

İdeal olarak, işçi sağlığı profesyonelleri, gerekli uzmanlara danışarak, çalışanların belirtilerine, altta yatan tıbbi ve psikiyatrik durumlara, kişisel ve sosyal durumlara ve tedavi hedeflerine dayalı kapsamlı bir sağlık gözetimi programı oluşturmalıdır. Diğer taraftan, uzun süreli COVID belirtileri, COVID-19 ile hastalanan herkeste görülebilmekte ve belirtilerin türleri, şiddeti ve süresi hastadan hastaya değişiklik göstermektedir. Bu yüzden, COVID sonrası sağlık gözetimlerinin sıklığı ve kapsamı, mevcut belirtilerin şiddeti, hastanın yaşı ve ciddi hastalık için sahip olunan risk faktörleri gibi klinik özellikler göz önünde bulundurularak çalışana özel belirlenmelidir. Örneğin, yaşlı hastalar ile altta yatan sağlık sorunları olan kişilerde ciddi hastalık riski daha yüksek olduğu belirtildiğinden (4), bu kişilerin daha sık aralıklarla ve mümkün oldukça yüz yüze takip edilmeleri daha uygun olacaktır. Genç hastalar ile hafif-orta derecede belirtileri olan veya belirtilerinde iyileşme gösterenler ise daha az aralıklarla veya belirtilerinde ani kötüleşme olması/yeni belirti gelişmesi nedeniyle sağlık gözetimi talep etmeleri durumunda takip edilebilirler.

COVID sonrası sağlık gözetimlerinde, özellikle de ilk takip değerlendirmesi sırasında, hastalık zaman çizelgesi, COVID-19 test sonuçları, tedavi stratejileri, uzun süreli COVID belirtilerinin varlığı/şiddeti, belirtilerin başlamasından bu yana geçen süre ve yaşam kalitesi durumu dâhil olmak üzere bir öykü alınmalı ve bulgular kaydedilmelidir. Bu amaçla, önceden hazırlanmış COVID sonrası sorgulama anketlerinin kullanılması kayıt ve izlemde kolaylık sağlayabilir. Çok sayıda sorgulama anketi bulunmakla beraber, Kanada'nın İl Sağlık Hizmetleri Kurumu (Provincial Health Services Authority-PHSA) tarafından yayınlanan ve 10 bölümden oluşan sekiz sayfalık anket en kapsamlı örneklerden bir tanesidir (18). Ayrıntılı bir öyküden sonra, belirti ve bulguların değerlendirildiği kapsamlı bir fizik muayene yapılmalı ve gerekli tetkikler istenmelidir.



Uzun süreli COVID belirtileri, COVID hastalığına karşı geliştirilen sistematik anti-inflamatuar yanıtın uzun sürmesi ve çoklu organ sistemlerini etkilemesiyle ilişkilendirilmektedir. Etkilenen vücut sistemine göre değişmekle birlikte, yorgunluk, halsizlik, tükenmişlik, nefes darlığı, öksürük, eklem ve kas ağrıları, baş ağrısı, denge bozukluğu, bilişsel işlev bozuklukları (örneğin kafa karışıklığı, unutkanlık ve zihinsel odaklanma eksikliği), ruh hali değişiklikleri, uyku sorunları ve bozulmuş günlük işlev ve hareketlilik en sık bildirilen belirtilerdir. Ek olarak, uzun süreli COVID belirtileri olan hastalar sonrası etkilerini yaşayan hastalar, sıklıkla anksiyete, depresyon veya duygu durum değişiklikleri belirtileri de gösterebilmektedir (4). Bu bağlamda, erken dönemdeki takiplerde, akut COVID-19 ile ilgili komplikasyonları tespit etmeye ve yönetmeye, daha sonraki takiplerde ise kalıcı belirtilerin değerlendirilmesine ve yönetimine odaklanmak önemlidir.

Türk Toraks Derneği, COVID sonrası dönemde hastaların takip edilmesinde, belirtilerin taranması amacıyla 'laboratuvar araştırması', 'radyolojik değerlendirme', 'fonksiyonel durumun değerlendirilmesi' ve 'sübjektif belirti ve yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi' şeklinde tanı yöntemlerinin kullanılmasını önermektedir. Erken dönemde, devam eden belirtilerin nedenlerini belirleme ve ciddi sorunları dışlama amacıyla laboratuvar tetkikleri (tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri gibi) incelenmeli ve başlangıç değerleri ile karşılaştırılarak anormal bulguların olup olmadığı değerlendirilmelidir. İlerleyen dönemlerde, hastalık ile ilişkili kalıcı hasarların, fonksiyon bozukluklarının ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerin değerlendirilmesi amacıyla görüntüleme yöntemleri, solunum fonksiyon testi, holter takibi, elektrokardiografi, ekokardiyografi gibi ileri incelemeler 6 dakika yürüme ve artan hızda mekik yürüme testleri gibi objektif parametreler ve geçerliliği kanıtlanmış objektif ölçekler kullanılabilir (5). Çalışanların yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumlarını belirlemek amacıyla kullanılan 6 dakika yürüme testi, artan hızda mekik yürüme testi, el gücü muayenesi ve ölçekler sağlık gözetimleri kapsamında işyerinde de yapılabilir.

Sağlık gözetiminde nihai hedef çalışanların sağlığını ve yaşam kalitelerini en uygun hale getirmek olmalıdır. Birçok belirti mevcut semptomatik tedavi yaklaşımları yoluyla iyileştirilebilir olsa da uzun süreli COVID belirtileri olan hastaların altta yatan sorunlarının fiziksel, nörolojik ve mesleki terapi, psikolojik destek ve beslenme, uyku ve stres yönetimine ilişkin önerileri içeren multidisipliner bir yaklaşım ile tedavi edilmesi gerekmektedir. Özellikle de kalıcı çoklu sistem şikayet-

leri veya 12 haftadan uzun süren belirtileri olan tüm çalışanların, mümkünse uzmanlaşmış bir "Post-COVID" polikliniğinde veya spesifik belirtilerle ilgili bir alt uzmanlık kliniğinde değerlendirilmesi sağlanmalıdır (19).

Sonuç

COVID-19'dan iyileşen kişilerde çeşitli belirtilerin devam etmesi dünya çapında önemli bir sağlık sorunudur ve bu sürecin işyerlerinde uygun takip ve değerlendirilmesi de bir işçi sağlığı sorunudur (20). İşçi sağlığı profesyonelleri, uzun süreli belirtileri olan çalışanların işe dönüşlerinde rehberlik rolünü oynamalı ve sürecin gerekliliklerine uygun kapsamlı bir COVID-19 sonrası sağlık gözetim programı oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın işe dönüş sürecinin nasıl yürütülmesi gerektiğine ilişkin çalışmalar yürüterek rehberler, bilgilendirici dokümanlar hazırlaması sorunun çözümüne katkı sunacaktır.

Kaynaklar

1. European Agency for Safety and Health at Work. (2020). COVID-19: Back to the workplace-Adapting workplaces and protecting workers. Erişim: 5 Mayıs 2022. https://oshwiki.eu/wiki/COVID-19:_Back_to_the_workplace_-_Adapting_workplaces_and_protecting_workers
2. Hees, H. L., Nieuwenhuijsen, K., Koeter, M. W., Bültmann, U., & Schene, A. H. (2012). Towards a new definition of return-to-work outcomes in common mental disorders from a multi-stakeholder perspective. *PLoS One*, 7(6), e39947.
3. World Health Organization. (2021). Coronavirus disease (COVID-19): Post COVID-19 condition. Erişim: 28 Nisan 2022. [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-post-covid-19-condition](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition)
4. Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Post-COVID Conditions: Information for Healthcare Providers. Erişim: 28 Nisan 2022. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-conditions.html>
5. Türk Toraks Derneği. (2021). COVID-19 Tanı ve Tedavisinde Kanıta Dayalı Öneriler ve Türk Toraks Derneği COVID-19 Görev Grubu Görüş Raporu. Erişim: 29 Nisan 2022. <https://www.toraks.org.tr/site/community/news/10458>
6. Vanichkachorn, G., Newcomb, R., Cowl, C. T., Murad, M. H., Breeher, L., Miller, S., ... & Higgins, S. (2021, July). Post-COVID-19 Syndrome (Long Haul Syndrome): Description of a Multidisciplinary Clinic at Mayo Clinic and Characteristics of the Initial Patient Cohort. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 96, No. 7, pp. 1782-1791). Elsevier.
7. Carenzo, L., Dalla Corte, F., Haines, R. W., Palandri,



- C., Milani, A., Aghemo, A., ... & Cecconi, M. (2021). Return to work after coronavirus disease 2019 acute respiratory distress syndrome and intensive care admission: Prospective, case series at 6 months from hospital discharge. *Critical care medicine*, 49(11), e1157.
8. Supporting occupational health and wellbeing professionals. (2021). COVID-19 return to work guide: For recovering workers. Erişim: 29 Nisan 2022. <https://www.som.org.uk/covid-19-return-work-guide-recovering-workers>
 9. Rueda-Garrido, J. C., Vicente-Herrero, M. T., Del Campo, M. T., Reinoso-Barbero, L., de la Hoz, R. E., Delclos, G. L., ... & Fernandez-Montero, A. (2020). Return to work guidelines for the COVID-19 pandemic. *Occupational Medicine*, 70(5), 300-305.
 10. European Agency for Safety and Health at Work. (2021). COVID -19 infection and long COVID – guide for managers. Erişim: 1 Mayıs 2022. <https://osha.europa.eu/en/publications/covid-19-infection-and-long-covid-guide-managers>
 11. European Agency for Safety and Health at Work. (2021). COVID -19 infection and long COVID – guide for workers. Erişim: 1 Mayıs 2022. <https://osha.europa.eu/en/publications/covid-19-infection-and-long-covid-guide-workers>
 12. Rueda-Garrido, J. C., Vicente-Herrero, M. T., Del Campo, M. T., Reinoso-Barbero, L., de la Hoz, R. E., Delclos, G. L., ... & Fernandez-Montero, A. (2020). Return to work guidelines for the COVID-19 pandemic. *Occupational Medicine*, 70(5), 300-305.
 13. World Health Organization. (2020). Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation. Erişim: 2 Mayıs 2022. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/criteria-for-releasing-covid-19-patients-from-isolation>
 14. Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Ending Isolation and Precautions for People with COVID-19: Interim Guidance. Erişim: 2 Mayıs 2022. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>
 15. Garzillo, E. M., Cioffi, A., Carta, A., & Monaco, M. G. L. (2022). Returning to Work after the COVID-19 Pandemic Earthquake: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4538.
 16. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). COVID-19 (Sars-cov-2 enfeksiyonu) Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon. Erişim: 2 Mayıs 2022. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/41623/0/covid-19rehberitemaslitakibievdehastazilemivefilyasyon-021021pdf.pdf>
 17. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. (t.y.). Yeni Koronavirüs Salgını ile Mücadele Kapsamında İş Sağlığı ve Güvenliği Yönünden Sıkça Sorulan Sorular ve Cevapları. Erişim: 2 Mayıs 2022. https://www.csgeb.gov.tr/media/68258/covid_sss_26022021.pdf
 18. Provincial Health Services Authority. (2021). Post COVID-19 Recovery Clinic Baseline Questionnaire. Erişim: 3 Mayıs 2022. http://www.phsa.ca/health-info-site/Documents/post_covid-19_recovery_clinic_baseline_questionnaire.pdf
 19. Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Management of Post-COVID Conditions Evaluating and Caring for Patients with Post-COVID Conditions: Interim Guidance. Erişim: 3 Mayıs 2022. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-management.html>
 20. Müezzinoğlu, A. (2021). COVID-19 sonrası işe dönüş. Erişim: 28 Nisan 2022. <https://www.meslek Hastaligi.net/covid-19-sonrasi-ise-donus/>



COVID-19 PANDEMİSİ: SOSYAL CİNAYETTEN SOSYAL KIRIMA

Mehmet ZENCİR
Ata Soyer Sağlık ve Politika Okulu

Giriş

SARS-COV2, daha bilinen adı ile COVID-19 pandemisi yaşamı alt üst etmeye devam ediyor. Uzun süren pandemi, yaşamın her alanında ciddi tartışmaları ve radikal çıkışları da birlikte getirdi. Pandeminin erken dönemlerindeki enfeksiyonun eşitlikçi olduğu, toplumun her kesimini etkilediği yanılsaması kısa süre sonra ortadan kalktı. Pandeminin etkisinin işçi sınıfı, ezilen halklar, mülteciler, ötekileştirilenlerde daha sert olduğu öne çıktı. “Pandemi işçi sınıfı hastalığıdır” (1, 2, 3), saptaması dillere pelesenk oldu. Gerek çalışma koşulları gerek çalışma zorunluluğu gerekse de barınma-ulaşım ve yaşama koşulları açısından işçi sınıfının pandemiden daha fazla etkilendiği kısa sürede görüldü. Tüm bunlara sağlık hizmetlerinden yararlanma konusundaki eşitsizlikler de eklendiğinde, pandeminin yukarıda sıralanan toplumsal kesimleri daha ciddi etkileme gerçeği gözlerden saklanamadı.

Çalışma yaşamı bağlamında “evde kalamayanlar” vurgusu üzerine şekillenen, riskli ortama rağmen çalışmaya devam etmek zorunda bırakılan işçi sınıfının kayıpları, ölümlü iş kazaları ve meslek hastalıkları tartışmasını da alevlendirdi. Salgın “sosyal cinayet-toplumsal cinayet” kavramlarıyla birlikte tartışılmaya başlandı ve dünyanın önde gelen bilimsel tıp dergilerden BMJ’nin editörü Abbasi’nin de yaşadıkları “Sosyal Cinayet” olarak tanımlaması, bu tartışmanın daha geniş ve farklı kesimlerin gündem haline getirmesine katkı sağladı (4).

Bu makalede pandemi gerçekliğinde Engels’in gündeme getirdiği “sosyal cinayet” kavramı çeşitli yönleriyle ele alınmaya çalışılmıştır. Yapılmak istenen pandemi döneminde yaptığımız sunumlarda (5, 6) yer verdiğimiz “sosyal cinayet” kavramını bu yazıda daha da ayrıntılandırarak okurla buluşturmak.

Kapitalizmin Şafağında Sosyal Cinayet

Engels 1845 yılında kaleme aldığı “İngiltere’de Emekçi Sınıfının Durumu” adlı eserinde o dönem emek örgütlerinin sık olarak kullandığı “sosyal cinayet” kavramına da yer veriyor. Bu kavramın haklı ve yerinde kullanıldığını göstermek ve altında yatan kapitalist gerçekliği ortaya koymak için kitap boyunca gözlemlerinden, raporlardan, haberlerden, meclis tutanaklarından yararlanıyor. Burada kritik olan, tanımlama ile sınırlı kalmaması ve çözümlemeye gitmesidir. Engels’e atıf yapılarak sıklıkla kullanılan bu değini şu şekilde (7):

“Bir insan, bir başkasına ölüme yol açan bedensel bir zarar verdiği zaman buna adam öldürmek diyoruz; saldırgan vereceği zararın öldürücü olduğunu önceden biliyorsa o zaman buna cinayet diyoruz. Ama toplum’ yüzlerce proletari, çok erken yaşta doğal olmayan bir ölümlerle yani kılıç ya da kurşunla ölüm gibi zorba yollardan ölümlerle karşı karşıya gelebileceği bir konuma koyduğu zaman, toplumun o yaptığı bir bireyin yaptığı gibi ve aynı kesinlikle cinayettir; toplum binlerce insanı yaşamın gereklerinden yoksun bıraktığı, içinde yaşayamayacakları konumlara soktuğu -kaçınılmaz sonuç olan ölüm gelinceye dek o koşullarda yaşamın güç eliyle zorladığı- bu binlerce mağdurun yok olacağını bildiği ve gene de bu koşulların sürmesine izin verdiği zaman, toplumun o yaptığı, bir bireyin yaptığı gibi ve aynı kesinlikle cinayettir; örtülü, kasıtlı cinayettir; hiç kimsenin kendisini savunmadığı bir cinayettir; kimse katili görmediği için, mağdurun ölümü doğal görüldüğü için cinayet gibi olmayan cinayettir, çünkü suç bir şeyi yapmaktan çok yapmamanın sonucudur. Ama cinayettir. Şimdi İngiltere’de emekçi örgütlerinin tam bir isabetle toplumsal cinayet diye niteledikleri şeyi toplumun her gün, her saat yapageldiğini kanıtlamam gerekiyor; işçileri, ne sağlıklarını korumalarına ne uzun yaşamalarına elvermeyen koşullar altında tuttuğunu kanıtlamam gerekiyor; o koşulların. İşçilerin yaşamsal gücünü yavaş yavaş,



ucun ucun tahrip ettiğini ve zamanından önce onları mezara koşturduğunu kanutlamam gerekiyor. Ayrıca, işçilerin sağlığı ve yaşamı açısından bu koşulların ne kadar zarar verici olduğunu toplumun bildiğini, ama o koşulları düzeltmek için hiçbir şey yapmadığını da kanutlamam gerekiyor. Yaptığının sonuçlarını bildiğini, bu nedenle eyleminin basitinden adam öldürme değil cinayet olduğunu, resmi belgeleri, parlamento ve hükümet raporlarını suçlamamın belgeleri olarak ortaya koyduğum zaman kanutlamış olacağım.”

Kapitalizmin şafağında mülksüzleştirilerek, kan ve yağma ile işçileştirilen küçük üreticiler ve köylüler, kapitalizmin tüm tarihi boyunca değişik boyutlarda da olsa bu sosyal cinayetler ile yaşamını kaybetmeye devam etmiştir. Koşulların iyileşmesi tamamen işçi sınıfının mücadelesi ile şekillenebilmiştir. Mücadele, çalışma yaşamı dahil çeşitli uluslararası düzenlemelere de katkı sağlamıştır. Bununla birlikte işçi sınıfının mücadelesinin basıncı azaldıkça bu düzenlemelerin hiçbirinin yaşama geçirilmediğine pandemi döneminde tanıklık ediyoruz.

Kapitalizm ile yaşanan tüm yıllarda sosyal cinayetler, dönemlere ya da erken-ve geç kapitalistleşen ülkelerde farklılaşarak devam etmiştir. Kapitalist üretim ilişkilerinin şekillendirdiği toplumda burjuvazi dışındaki tüm toplumsal kesimler bu sosyal cinayetten payını almıştır. Bu durum farklı dönemlerde cinayetten daha öte kırım dönüştür. Sosyal kırıma emperyalizm döneminde faşizm, kirli savaş, kontrgerilla vb. ile tanık olurken felaket kapitalizmine evrilen neoliberal kapitalist dönemde de farklı veçhelerle sosyal kırım devam etmektedir. Kapitalizmin saçıldığı her yerde sosyal cinayetler-kırımlar, sömürü ve tahakkümün en sert biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Pandemi Döneminde İşçi Sınıfı

Yazının bu kısmı ile ilgili çok sayıda istatistik vermek mümkün. İşçi sınıfının pandemi koşullarında ölüme terk edildiğine dair hemen her ülkede çok sayıda örnek verebiliriz. Bu yazılar arasında işçi sınıfının durumu ile sosyal cinayetler arasında bağlantı kuran yazılar da yer almaktadır (8, 9). Bu yazılarda çalışma yaşamına aktif katılan işçiler yanında tüm nüfusu içine alan değerlendirmeler yapılmıştır.

COVID-19 pandemisinde işçi sınıfının kapitalist sömürü ve tahakküme dayalı şiddet ile yaşamlarını kaybetmesi belirgin olarak karşımıza çıkmıştır. Bu dönemin özgünlüğü, bu ölümlerin önlenemez olduğunun tüm çıplaklığı ile görünür olması ve sosyal cinayetten sosyal kırıma dönmesi olmuştur. Resmi rakamlara göre 6 milyon geçen, gerçekte bunun en az 2-3 katı olan can kayıplarını ‘sosyal kırım’ olarak nitelemek mevcut durumu daha net tanımlamaktadır.

Ölümlerin kitleselliği, tüm dünyanın gözleri önünde gerçekleşmesi ve bulaş tehdidinde rağmen çalışma-

nın dayatılması “sosyal cinayet” gerçeğinin yansımasıdır. İşçi sınıfı mücadelesinin tarihin en zayıf günlerini yaşamasının ardında “sosyal cinayet”lerin kırıma dönmesinin rolünü de unutmamalıyız.

Pandemi Döneminde “Sosyal Cinayet” Yeniden Gündeme Geldi

Pandeminin erken döneminden bu yana Türkiye’den ve dünyadan pandemide yaşanan can kayıplarını sosyal cinayet olarak dile getiren pek çok yazar ya da kurum karşımıza çıkıyor. Türkiye’de Sosyal Haklar Derneği (SHD) ve Türk Tabipleri Birliği (TTB) bu alanda öne çıkan iki kurum.

Bu tartışmayı gündeme ilk taşıyan kurum olan SHD, 12 Ekim 2020 tarihinde yaptığı açıklamada kötü salgın yönetimi ile sosyal cinayet kavramını ilişkilendirerek sunlara yer verdi: “Saray Hükümeti, koronavirüsü de kendi kurasız yönetimi için araçsallaştırıyor. Bir yandan işine gelmeyen etkinlikleri, toplantıları koronavirüs gerekçesiyle iptal ediyor; bir yandan da çarpıtma rakamlarla başarı hikayeleri yazıp, gerekli önlemleri almayarak halkın sağlığını tehlikeye atıyor. Açıkça söylüyoruz. Bu, taammüden cinayet işlemeye teşebbüstür. Ülkemizde adı konmayan bir sürü bağışıklığı uygulanmaktadır. Koronavirüs yüzünden ölen/öldürülen yurttaşlarımız bu toprakların gördüğü en büyük sosyal cinayetlerden birine kurban ediliyorlar. Bu sosyal cinayetin faili, salgın yönetimindeki yanlış politikaların uygulayıcılarıdır” (10).

Ardından Türk Tabipleri Birliği pandemi dönemi kayıplarını sosyal cinayet olarak tanımlamaya başladı: “Toplumsal düzeyde bulaşıcılık önlenemedi. Bilimin ışığında akılcı bir pandemiyle mücadele olmadı. Algılar üzerinden giden bir savrulmanın ortasındayız. Pandemi hızla yayılırken, toplum her gün artan bedeller ödüyor. Yanlış sağlık politikalarında ısrar, sosyal cinayettir!” (11). “Haftada en az bin 500 insanımızı önlenemez bir hastalıktan kaybediyoruz. Sosyal cinayete dönüşen COVID-19’a bağlı ölümler önlenemiyor. Salgına karşı pandeminin başından beri yaptığımız öneriler dikkate alınmalı, halk sağlığı önemsenmeli, aşılama ve filyasyon çalışmaları güçlendirilmeli, ölümler kanıksanmamalıdır” (12), “Önlenemez ölümlere sessiz kalarak yaşam hakkı, sağlık hakkı yok sayılıyor. Sosyal cinayetler bu belirsizlik yaratan siyasi tutumla sosyal kırıma dönüşüyor” (13).

Gereğçelendirme aynıydı: Kötü salgın yönetimi.

Bu konuyu gündemleştiren yazarlardan Necati Çıtak ‘Pandemide İşçi Sınıfının Durumu: Toplumsal Cinayet Olarak Pandemi’ başlıklı makalesiyle Siyasal İktisat web sayfasında ve Ayça Söylemez ‘Toplumsal cinayet’ başlıklı köşe yazısı sosyal cinayet kavramı ile pandemiyi ilişkilendiren yazıları kaleme aldılar.

Söylemez (2021), köşe yazısına “Salgın, işçiler ve en alttakiler için toplumsal cinayet halini aldı” diye başlıyor



ve bunu büyüyen gizli işsizliğin getirdiği hayat koşullarında bu kesimlerin umutsuzluk ve geleceksizliğe mahkum edildiğini; çalışan nüfusun her gün toplu taşımada, ofislerde, fabrikalarda her an endişesiyle yaşadığına dikkat çekiyor ve yaşananın toplumsal depresyon olduğunu vurguluyor. Bu süreci, ekonomik kriz sonrası gelen pandeminin patronlar tarafından fırsata çevrilmesi olarak nitelendiriyor. Aç kalmaktansa hastalandığını saklayan işçilere, işçi sınıfı için belirsizlik endişesinin hastalık korkusunun önüne geçtiğine ve artan intiharlara, sayısını bile bilemediğimiz can kayıplarına dikkat çekiyor. Söylemez köşe yazısını 'Nasil ki iş kazası değil, "iş cinayeti" diyorsak, bu ölümlerin de toplumsal bir cinayet olduğunu kabul etmeliyiz. Hayatta kalanlar olarak da bu uzun süreli toplumsal cinayetin şahitleriyiz' ifadesi ile bitiriyor ve yazının dipnotunda Engels'in İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu kitabından "Burjuvazi bu olaylarda gerçeği konuşmaya cesaret edemez, çünkü kendini suçlamış olur. Oysa doğrudan olmaktan çok, dolaylı biçimde, birçok kişi, açlık sonucu ölmüştür; çünkü, uzunca bir süre doğru-dürüst gıda alamamak öyle bir güçsüzlük yaratmıştır ki başka türlü olsa açığa çıkmayacak olan nedenler, öldürücü ciddi bir hastalık getirmiştir. İngiliz emekçiler buna 'toplumsal cinayet' diyorlar ve tüm toplumumuzu bu suçu sürgit işlemekle suçluyorlar. Haksızlar mı?" alıntısına yer veriyor (14).

Çıtak (2021b) ise COVID-19'a ve onun sonuçlarına sebep olan şeyin virüsün kendisi değil, üretim ilişkilerindeki bozulma olduğunu altını çizerek salgını, politik ve toplumsal örgütlenme tarafından üretilen kusurların ürünü olan suni bir salgın olarak nitelendiriyor. Kapitalist üretim ilişkilerindeki bozulmanın toplumsal eşitsizlikleri ortaya çıkardığını ve bu hem salgının nedeni hem de sonuçlarına etki eden en önemli faktör olduğuna dikkat çekiyor. Yine neoliberal kapitalist dönemde gerçekleşen sağlık reformları nedeniyle salgının kontrol altına alınmadığına ve daha da büyüdüğüne dikkat çekiyor. Çıtak, pandemi döneminde emekçi sınıfların "ya açlık ya kölelik/hastalık/ölüm" dayatmasına/ikilemine maruz kaldığını ve bu dayatmanın sonucunda milyonlarca emekçinin erken yaşta önlenebilir bir hastalığa ve doğal olmayan bir ölüme sürüklediğini ve bu ölümleri toplumsal cinayet olduğunu beş gerekçe açıklıyor: "Birincisi, sınıfsal olarak tabakalanmış şehirlerin 'dibinde' ölü ve ölmekte olan bedenler daha çoktur. İkincisi, işçi sınıfı ölüm ve hastalık oranlarının yüksek oranlarını açıklayacak kapitalist üretim tarzının 'ebedi doğal yasaları' ve sağlıksız özellikleri, emekçilerin aşırı kalabalık konutlarda yaşama ve emekçi evlerinin kötü barınma şeklindeki zararlı yönleri gibi akılcı ve gerçek mekanizmalar vardır. Üçüncüsü, önceden beri devam eden düşük gelir ve dengesiz gelir durumu hastalıklara karşı en iyi önleyici yöntemler olan iyi beslenmenin, iyi ruhsal duruma sahip olmanın, yeterli dinlenebilmenin, tatil yapabilmenin önündeki en önemli engellerdir. Dör-

düncüsü, işçi sınıfının neredeyse tamamı evden çalışmaya uygun bir alanda çalışmamaktadır. Beşincisi, evde kalamayan emekçiler için kasıtlı veya en azından ağır ihmâl içeren yasalar ve genelgeler çıkarılmıştır. Bu koşullar altında yaşayan ve en gerekli geçim araçlarını bile zorlukla elde edebilen bir sınıfın pandemiden önce de sağlıklı olmadığı ve bu nedenle pandemiye daha çok hastalanıp öleceği apaçıktır." Çıtak yazısının ilerleyen kısımlarında bu beş gerekçe için İngiltere, ABD ve Türkiye'den pandemi dönemindeki çalışmalara dayalı bilimsel kanıtlara yer veriyor. Çıtak mevcut kapitalist düzenin pandemiden önce ve salgın boyunca emekçileri yaşamın gereklerinden yoksun bıraktığı ve içinde yaşayamayacakları konumlara soktuğu için; ve pandemi döneminde hastalık ve ölüm gelinceye dek o koşullarda kalmaya elindeki güçle zorladığı için cinayetten suçlu olduğunu vurguluyor. Yine pandemi döneminde belirgin olan bu cinayetlerin pandemiden önce de var olduğunun ve pandemiden sonra da devam edeceğinin altını çiziyor. Çıtak, yazının sonunda Engels'in "İşçi seçimini yapmalıdır; ya kaderine razı olmalıdır, 'iyi' bir işçi haline gelmeli, burjuvazinin çıkarlarını 'sadakatle' gözetmelidir, ki böyle bir durumda kesinlikle bir hayvan haline gelir; ya da isyan etmeli, insanlığı için sonuna kadar savaşmalıdır; bunu da ancak burjuvaziye karşı savaşarak yapabilir" sözlerine yer vererek bu sosyal cinayetlerin önlenmesinde işçi sınıfının rolüne dikkat çekiyor (9).

Türkiye gibi dünya literatüründe de pandemi ölümlerini sosyal cinayet kavramı ile ilişkilendiren birçok yazı yer aldı. Özellikle ABD, İngiltere, Hindistan ve Brezilya'da sert geçen pandemiye analiz eden bu yazılarda sosyal cinayet kavramı, kapitalizmle ve neoliberal sağlık politikaları ile ilişkilendiriliyor. Dünya Sosyalist Web Sitesi (WSWS) ve Dördüncü Enternasyonal'in Uluslararası Komitesi (DEUK) tarafından 1 Mayıs'ta düzenlenen uluslararası çevrimiçi toplantısında Brezilya'daki Sosyalist Eşitlik Grubu'nun önderlerinden Tomas Castanheira Brezilya'da pandemiye bağlı ölümleri "sosyal cinayet" olarak tanımlayarak bunu Brezilya'nın faşizan Devlet Başkanı Jair Bolsonaro'nun salgın politikası ile ilişkilendiriyor. Castanheira (2021) Brezilya egemen sınıfının salgına müdahale konusunda isteksizliği ve acizliği yanı sıra Bolsonaro'nun tüm nüfusun hastalığa yakalanması ve kapitalist kârları engelleyen hiçbir önlem alınmaması gerektiğini savunan, işçi sınıfına karşı diktatörlük önlemlerini her zamankinden daha ısrarlı şekilde dayatan ve baskı yoluyla kapitalist sürü bağışıklığı politikasını sürdürmeye çalışan, otoriter yönelimli salgın stratejisi ile ilişkilendiriyor. Bu yönelime örnek olarak Bolsonaro'nun ordunun sokakları işgal etmeye ve "çalışma hakkı" dediği şeyi güvence altına almaya hazır olduğunu dile getirdiği röportajını veriyor (15).



Pandemi Döneminde Sosyal Cinayet Nasıl Ele Alınıyor?

İki kriminoloji profesörü (Liverpool John Moores Üniversitesi'nden Profesör Joe Sim ve Açık Üniversite'den Profesör Steve Tombs) Engels'in vurguladığı ihmal suçları ile Boris Johnson hükümetinin "sistemik kayıtsızlığı ve kolektif yetersizliği" olarak tanımladıkları suçlar arasındaki paralelliklere dikkat çekti. Bu iki bilim insanı, hükümetin ve patronların salgının arttırdığı tehlikelerin erken ölümlere neden olabileceği bilinmesine rağmen, çalışmanın dayatılmasını, Engels'in sosyal cinayet kavramının güncel örneği olduğunu dile getirdiler. Bu sosyal cinayetlerin yapısal şiddet, sosyal zarar ve belirli bireylere yönelik sistematik kurumsal kayıtsızlık ile ilişkili olduğunun altını çizdiler (8).

Gelir eşitsizliğinin ve ayrımcılığın belirgin olduğu toplumsal kesimlerde pandemi daha yıkıcı, "sosyal cinayet" daha görünür olmuştur. ABD'de bu gerçeklik 'siyah, Asyalı, etnik azınlıklar', Latin Amerika'da yerliler ve göçmenler, Türkiye'de Kürtler ve dünyanın hemen her yerinde mülteciler, evsizler, ötekileştirilenler olarak karşımıza çıkmıştır.

İşçi sınıfının üretimde, toplumsal yaşamın örgütlenmesinde olduğu gibi pandemi yönetiminde de karar süreçlerinde yer al(a)maması "sosyal cinayetlere" davetiye çıkarmıştır. Mavi yakalılar, güvencesizler vb. daha dezavantajlı işçiler ve toplumsal yeniden üretimde kritik önemdeki sektör çalışanları (tedarik, sağlık, belediye, gıda, enerji, vb.) buluş tehdidi biline biline hem de pandemi öncesine göre daha fazla süreli ve yoğun iş yüküyle çalıştırıldılar. Toplumsal yeniden üretimin, pandemi koşullarında nasıl planlanacağı devlet ve sermaye tarafından belirlendi. Ölüm pahasına üretimin, sermaye birikiminin devamlılığı temel strateji olarak benimsendi.

Sosyal Cinayetlerin Kökeninde Kapitalist Sermaye Birikimi Var

Seim (2021) COVID-19 pandemisinde lider konumunda olan ABD'deki yüksek vakaların sosyal hiyerarşinin en altında yer alanlarda yoğunlaştığına, bu vakaların altında yatan temel suçlunun kapitalizm (beyaz üstünlüğü ve diğer sömürücü ve dışlayıcı sistemlerle birlikte) olduğuna dikkat çekiyor. Seim (2021) makalesinde ölümleri Engels'e atıf yaparak "sosyal cinayet" olarak nitelendirip, bunun gerekçelerine yer veriyor. Engels'in, ölümleri cinayet olarak nitelendirmesinin üç iddiaya dayandığına yer veriyor, bunlar: Kutuplaşmış şehrin en diplerindeki yaşam; kötü çalışma koşullarının hakim olduğu fabrikalar ve kötü konutlar; kasıt ve ihmal. Seim'e göre pandemiden daha çok etkilenmeye yol açan yapısal çelişkiler birkaç başlıkta toplanıyor. Birincisi, toplumsallaştırılmış üretim ve kapitalist temellükteki

çelişkidir. Bunu gıda, giyim, sağlık hizmetleri, genel hizmetler ve daha fazlasının metalaştırılmasında görebileceğimizi, bununla birlikte Las Vegas gibi birçok şehirde, boş otellerin gölgesinde evsiz cesetler yattığının altını çiziyor. Barınmadaki çelişki, otelleri mülksüz kitlenin yapmasına ve sürdürmesine karşın, mülk sahibi bir azınlığa ait olması ve en çok ihtiyacı olanların yararlanamaması, reddedilmesidir. İkinci çelişki, merkezi ve federal hükümetlerin, hastalık ve işsizlikten oluşan çifte kriz sırasında, işveren destekli kapsamı ve kapsayıcılığı daha iyi bir sağlık sigortası rejimini yaygınlaştırma ya da gereksinimi olanlara pandemi sonrası sosyal ve ekonomik destekleri sağlama ve arttırma yerine insanların acı çekmesi pahasına kapitalizmin serbest düşüşünü önlemeye çalışmasıdır. Üçüncüsü, tıbbın kendine özgü çelişkileridir. Seim tıbbi hizmetlerin sosyal cinayetleri önlemedeki yerinin sınırlı olduğuna şu sözlerle yer veriyor: "*Hastaneler yeterli iş gücü ve ekipmanla dolu olsa bile, COVID-19'un yarattığı sefaletle karşı koymak için mücadele eden doktorları, hemşireleri ve diğerlerini görmeye devam edeceğiz. Marksist Dr. Howard Waitzkin'in The Politics of Medical Encounters'da belirttiği gibi kapitalizm altında tıp son derece ironiktir: Sağlık çalışanları gerçekten insanların acısını azaltmak isterler, ancak bunu yapacak araçlardan yoksundurlar. Daha da kötüsü, müdahalelerinin çoğu, insanları hasta eden güçler için bir tür Gramsci'nin rızasını ortaya çıkarmaya yardımcı olur. Bunun nedeni kısmen, klinik müdahalelerin acı çekme eleştirisini bedene odaklaması ve Engels'in "kötülüğün kökü" olarak tanımladığı şeyden uzak olmasıdır"* (16).

Seim (2021) pandemi ile üretim tarzı ilişkisini gösteren çalışmalara dikkat çekiyor. Endüstriyel tarımın halk sağlığı riskleri yaklaşımını aşan bir yerden sermayenin müdahaleleri olan toprakların gasp edilmesi ve ormansızlaştırma, gıda endüstrisi ve pazarı gibi kök nedenleri ortaya koyan Rob Wallace'ın araştırmalarına yer veriyor. Önlenemeyen salgının hızla yayılmasını da kapitalizmin insanları küresel bir sermaye akışı, uluslararası bir iş bölümü, geniş bir turizm endüstrisi ve daha fazlasıyla birbirine bağlaması ile ilişkilendiriyor. Moody'ye atıf yaparak, kapitalizmin yalın üretiminin ve "tam zamanında" lojistiğe bağımlılığının, virüsün ana tedarik zinciri yollarından hızla akmasına izin vermesine dikkat çekiyor. Yine neoliberal kapitalist dönemin özelliği olarak kitleler (kamu) için onlarca yıllık kemer sıkma ve zenginlere yönelik sübvansiyon politikalarının yayılımı durdurmak için hazırlıksızlığa neden olduğunu vurguluyor (16).

Montly Review (2021), editör yazısında Kapitalizm Altında Sosyal Cinayet Ansiklopedisi'nin yazılmasının gerekliliğini vurgulayarak işçi sınıfı, yoksul ve azınlık nüfuslarının COVID-19'a ve diğer sağlık tehlikelerine karşı duyarlılığını etkileyen temel faktörler iyi bilindiği, ancak kapitalist sömürünün temellerini oluşturduğu için bunların ele alınmadığını, eşitsizliğin azalmak yeri-



ne arttıkça daha da kötüleştiğine yer veriyor. Kapitalist sınıfın ve destekçilerinin her gün, her saat çeşitli şekillerde sosyal cinayetleri devam ettirdiğine dikkat çekiyor. COVID-19 salgın kontrolünde kritik önemde olan aşıda dahi küresel ölçekte aşı emperyalizminin karşımıza çıktığını, kapitalist sermaye birikimi uğruna aşının yaygın üretimini ve tüm insanların erişimini engelleyerek sosyal cinayetlerin devam etmesine yol açtığının altını çiziyor (17).

Sosyal Cinayetlerde Irksal Hiyerarşi ile iç içe Geçen Sınıf Hiyerarşisi

Nogrady (8) Engels'in "sosyal cinayet" kavramını kullanırken ırk ve etnisiteye yer vermediğine dikkat çekiyor ve eşitsizlikle ilgili çalışan bilim insanlarının ırkçılık ve etnisiteye dayalı ayrımcılık ve dışlanmanın sağlıktaki eşitsizlikleri derinleştiren bir rol oynadığına dair saptamalarına yer veriyor. Eşitsizlik literatüründe öne çıkan Prof. Dr. Marmot eğitim, meslek, gelir ve cinsiyetin yanı sıra ırk ve etnisitenin de sağlıktaki eşitsizlikte önemli olduğuna yer veriyor. New York City Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümü'nde çalışan Profesör Steffie Woolhandler, 400 yıllık ırkçılık ve soykırım, 40 yıllık neoliberalizm ve dört yıllık Başkan Donald Trump yönetiminin halk sağlığı hizmetlerinde ciddi yetersizliklere zemin hazırladığını ve bunların Amerika Birleşik Devletleri'nde COVID-19 vaka ve ölüm sayısının yüksek seyretmesinde rol oynadığına dikkat çekmektedir. Göçmenlerin sığınma hakkının reddedilmesi, sağlık güvencesinin zayıflatılması, gıda yardımı programlarının zayıflatılması ve kaynakların sosyal programlardan askeri harcamalara veya iş için vergi indirimlerine kaydırılması benzeri politikaların yaşama geçirilmesinin on yıllarca süren eşitsizliklerde ve sistematik ırkçılıkta rol oynamıştır (8).

Seim (2021), COVID-19 pandemisinde karşımıza çıkan "sosyal cinayet" kavramıyla ilgili Engels'in çerçevesinde birkaç değişiklik yapmak gerektiğini ileri sürüyor. Bu değişiklikleri, beyaz ırkın üstünlüğü ve diğer baskıcı sistemlerle bağlantısı; proletaryanın atomize yapısı (ücretli emekteki derecelenme, ücret ve özerklikteki eşitsizlikler) ve aşırı sömürülenler, prekarya (kapitalizm tarafından ücretli emeğin çekirdeğine dahil edilmeden kapitalizmin sömürdüğü nüfus) olarak sıralıyor. Seim toplumsal hiyerarşinin en altında ölü ve hasta cesetlerin yoğunlaştığına ve tüm işçilerin aynı riskle karşı karşıya olmadığına dikkat çekiyor. Riskli olduğu bilinen sektörlerin (market çalışanları, lojistik çalışanları, toplu taşıma çalışanları, sağlık emekçileri gibi) yanı sıra emek gücünü daha yüksek oranlarda satabilen ve daha fazla özerkliğe sahip işlerde çalışabilen birçok profesyonelin, evden çalışarak riskleri azaltabildiğini vurguluyor. Bu kesimlerin dahi COVID-19'a karşı, astlarının bölünmüş emeğiyle geçinen CEO'lardan ve büyük kamu kurumlarının başkanlarından daha savunmasız olduğunun altını çiziyor (16).

Seim (2021) de Woolhandler gibi sınıf hiyerarşisinin ırksal bir hiyerarşiyle iç içeliğine dikkat çekiyor. Bunun biyoloji kaynaklı olmadığı ve yaşam şansları ile ilgili olduğunu belirtiyor. Kanıt olarak CDC verilerini gösteriyor. Bu verilere göre siyahlar beyazlara göre daha fazla COVID-19 nedeniyle hastaneye yatmakta ve ölmektedir. Siyahların Chicago nüfusunun üçte birinden azını oluşturmalarına karşın COVID ölümlerini yaklaşık dörtte üçünü oluşturması nedeniyle Seim (2021) bu durumu "Kara Ölüm" diye adlandırıyor. Bu ırkçı hiyerarşinin Engels'in Manchester incelemesinde yer almadığına ve elli yıl sonra Du Bois tarafından Philadelphia Negro'da yapılan sağlıktaki eşitsizlikler incelemesi ile benzerlik gösterdiğine dikkat çekiyor. Du Bois, eşitsizlikleri sadece ekonomik sömürüyle ilişkilendiren Engels'den farklı olarak eşitsizliklerin sömürünün yanısıra dışlanmayla bağlantılandırıyor. Du Bois'e göre, renk çizgisi siyahların çalışma ve yaşam koşullarını kötüleştirdi. Beyaz emekçiler de siyah meslektaşlarının ekonomik olarak dışlanmasından yararlandı ve Philadelphia'da birçok sanayi sektöründe beyaz renkleri korumak ve güçlendirmek için arsızca örgütlendi. Ancak bu durumdan asıl yararlananlar beyaz işverenler oldu, ırk sınırı sınıf mücadelesini de engelledi ve uzun vadede tüm emekçilerin ücretlerin düşmesine aracılık etti. Seim'e (2021) göre ırksallaştırılmış sömürü ve dışlama mirası güncel COVID-19 pandemisiyle de devam etmiş ve siyah ve kahverengi renkli insanları daha fazla etkilemiş ve öldürmüştür. Sürekliliği olan bu miras "sosyal cinayetler" için ciddi kanıt niteliği taşımaktadır (16).

Sosyal Cinayetler Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kaynaklı Değil! Kapitalizme İçkin

Sanayileşmenin ve hızlı kentleşmenin ortaya çıkarttığı çalışma ve yaşam koşulları, yani erken dönem kapitalizmin yeşerdiği koşullar, "[işçilerin] ne sağlıklarını koruyabilecekleri ne de uzun yaşayabilecekleri koşullar"dı. Halk sağlığı yazınına hakim olan alışık olduğumuz bu söylem, aynı zamanda bulaşıcı hastalıklar, engellilikler, yaşam süresinin kısalığı vb. sağlık sorunları ile ilişkilendirilip halk sağlığı ve işçi sağlığı hizmetlerinin gelişimine aracılık etmesi ile de sıklıkla dile getirilmektedir. Güncel duruma ait değerlendirmelerde sıklıkla "sağlığın sosyal belirleyicileri" terimi karşımıza çıkmaktadır. Belirli gruplar için sağlığı ve yaşamı doğrudan veya dolaylı olarak sınırlayan koşulları ifade eden bu belirleyiciler, sosyal düzlem (sosyoekonomik konum veya sınıf), stres, sosyal dışlanma, iş, sosyal destek, yiyecek ve ulaşım vb. olarak sıralanmaktadır. Ne erken ne de geç dönem kapitalizme ait özellikleri değil de bunların sonuçlarını ele alan bu yaklaşım kapitalizmi görünmez kılması ile de DSÖ dahil uluslararası pek çok kuruluş tarafından rahatlıkla kullanılabilir.



Seim (2021), “sağlığın sosyal belirleyicileri” söylemini tehlikeli bulduğunu söyleyerek, sosyoekonomik statüdeki eşitsizlikler ve ırk sağlığı eşitsizlikleri yazınında Engels ve Du Bois’in toplumsal gerçekliği deşifre eden yaklaşımlarının görmezden gelindiğine, Marksizm’in yok sayıldığına (Michael Marmot örneğinde olduğu gibi) dikkat çekiyor. Seim’e (2021) göre, “COVID-19 ile ilgili olarak, meslek, gelir veya servete göre enfeksiyon, hastaneye yatış veya ölüm risklerini vurgulamak yeterli değildir. Temel bir neden olarak “sosyoekonomik statüden” kopmalı ve COVID-19’un kapitalizm içindeki ve kapitalizm boyunca yayılan kökenleriyle boğuşmalıyız (16).

Seim (2021), sömürü ve dışlama ile yapılandırılan COVID-19 sorunsalının kasıtlı mı olduğu sorusuna da yanıt arıyor. Engels’in en fazla güce sahip olanların nihai sorumluluğu taşıması gerektiğine yer vererek kapitalistlerin yararlandıkları ve yukarıda tanımlanan yapısal çelişkilerin açıkça insani sefaleti yarattığını ve bu gerçekliğin iktidarı elinde tutan sınıfın farkında olduğunun altını çiziyor. Bu çelişkileri bilmekle kalmayıp onları korumak, sürdürmenin kapitalistler için kritik önemde olduğunu vurguluyor. Kasıtlı, sistematik ve müdahale edilmeyen sosyal cinayetlere zemin hazırlayan koşullar ile karşı karşıya olduğumuzu belirtiyor (16).

Sosyal Cinayetlerde Yapısal Şiddetin Rolü

McGibbon (2021), pandemi gerçekliğinde sosyal cinayetlerin gündelik mekanizmaları üzerine yazdığı makalesinde ‘baskı döngüsü’ kavramını kullanarak bir analiz yapıyor. Kanada’da iki ayrı pandemi gerçekliğine tanık olduğumuzu istatistiklerle ortaya koyuyor. BIPOC (siyah, yerli, renkli insanlar) olarak adlandırdığı grupların ve azınlıkların, daha yüksek vaka ve ölüm hızlarına sahip olduğunu vurguluyor. Sosyal cinayetin günlük yapı taşlarının köklerinin, kapitalizmin muhafazakâr ekonomisinde yattığına (örneğin, ekonomik, sosyal faaliyetlerde devlet müdahaleciliğinin azaltılması; işgücü ve finansal piyasaların kuralılaştırılması ve ticaretin, emeğin hareketliliğinin önündeki sınırları/engelleri ortadan kaldırarak yatırımları teşvik etmesi, finansal sermaye, mallar, hizmetler) yer veriyor. Bu nedenlerin kendini sosyal adaletsizliğin ölüm tarlaları ve fabrikalarında sosyal cinayet olarak gösterdiğinin altını çiziyor. McGibbon’a göre COVID-19 gündelik ölümleri cinsiyete dayalı, ırksallaştırılmış ve sınıf temelli egemen ilişkiler içerisinde gerçekleşir. Egemen ilişkiler, organize ve baskın uygulamalar olarak tanımlanabilir ve bunlar hükümet, hukuk, iş ve finans yönetimini ve bu çoklu iktidar alanlarına nüfuz eden söylemleri ve metinleri içerir. Sosyal cinayeti yaratmak, sürdürmek ve yeniden konuşlandırmak liberal refah devleti politik ekonomisinin devamlılığını sağlar. Bu egemen ilişkilerin gündelik

mekanizmaları için McGibbon ‘baskı döngüsü’ dediği bir modeli önerir. Model ‘klişeleştirme, önyargı, ayrımcılık ve baskı’ olarak tanımlanan dört bileşeninden oluşuyor. Bu mekanizmada baskı döngüsel bir modelde işlese de, bu süreçler, bir yapbozun tamamen birbirine bağlı parçaları gibi, herhangi bir verili politika oluşturma durumunda eşzamanlı olarak ortaya çıkar. Basmakalıp (klişe), önyargı ve ayrıcalık, sosyal cinayet için günlük iskelelerdir. Bu yapısal olarak yerleşik anlatılar olmadan, sosyal cinayet, kamu politikasında olduğu gibi gelişmez. Baskı ve toplumsal cinayet biraz soyut kavramlardır; bununla birlikte, içinde yaşadığımız maddi dünyada, gerçek insanlar, özellikle de kamu politikası alanında faaliyet gösterenler tarafından (yeniden) tasavvur edilir ve (yeniden) icra edilirler (18).

McGibbon, geliştirdiği modelin bileşenlerini şu şekilde açıklıyor.

Klişeleştirme (basmakalıp, stereotipler): Aşırı, basitleştirilmiş sabit görüntü(ler), genellikle olumsuz. Bireyler, gruplar, politika yönetim sistemleri (politik, ekonomik, yasal, eğitim, sağlık, medya...).

Ön yargı: Stereotiplere dayalı yanlı düşünme ve anlama yolu. Politika güdümlü, yönetici güç ilişkileriyle güçlendirilmiş, yerleşik, sistemik, yapısal güç (politik, ekonomik, yasal, eğitim, sağlık, medya...).

Ayrımcılık: Önyargıya dayalı bireysel ve toplu eylemler. Politika güdümlü, egemen güç ilişkileri tarafından yaratılan, sürdürülen, yeniden konuşlandırılan, sistemik, yapısal güç.

Baskı: Politikalara içkin güç ilişkileri tarafından yedeklenen ayrımcılık, sistemik, yapısal güç. Yapısal şiddet sistemlerinde sonuçlar; toplumsal cinayet, izmler, yavaş şiddet, kurumsallaşmış şiddet, epistemik şiddet.

Stereotipler abartılı, aşırı basitleştirilmiş sabit görüntülerdir ve genellikle olumsuzdur. Politika ölümcüllüğüne daha fazla katkıda bulunan politika oluşturma, hala büyük ölçüde pozitivist ve depolitize edilmiş bireycilik kavramlarına dayanmaktadır. Pozitivist politika yapımının doğasında var olan tarafsızlık iddiaları mantıksızdır, çünkü politika yapıcılar bizlerle aynı klişelere gömülüdür: Yerli halklar, “vahşi, alkolik, kültürsüz, şiddet yanlıdır...”; siyah insanlar, “uyuşturucu bağımlısı, pezevenk, basit fikirli, şiddet düşkünüdür...”; Asya’lılar “güvenilmez, vicdansız, tehditkar, insanlık dışı...” ve yoksulluk içinde yaşayan insanlar “tembel, motivasyonsuz, iş ahlakı zayıf ve büyük miktarda vergi doları tarafından destekleniyor!” Klişeleştirilmiş, önyargılı düşünceler, egemen ilişkiler ve yapısal güç kullanımıyla (örneğin, siyasi, ekonomik, yasal, eğitim, sağlık, medya vb.) yerleşir. Politikaya dayalı baskıcı güç ilişkileri tarafından desteklenen, sosyal cinayet gibi yapısal şiddet sistemleriyle sonuçla-



nan sistemik bir ayrımcılıktır. İlk olarak Johan Galtung (1969) tarafından tanımlanan yapısal şiddet, aktör(ler) in doğrudan tanımlanabildiği, yumruk, silah veya bıçakla hasar veya ölüm gibi kişisel veya doğrudan şiddetten ayırt edilir; yapısal şiddette (toplumsal yapıların içine yerleştirilmiş, yerleşik) böyle araçlar yoktur. Galtung için, yapısal şiddet aynı zamanda insanları boyun eğdirmek için tehdit amacıyla kullanılan bir plandır. Yapısal şiddet (kurumsal-kurumsallaşmış şiddet) marjinalleştirilmiş ve ırksallaştırılmış topluluklarda nüfus politikaları, yoksulluğu artıran yasa tasarıları ve bunun sonucunda ortaya çıkan politikalar gibi kamu tarafından kabul edilen, meşru yollarla organize edilir ve yönetilir (19). Pandemi döneminde yavaş ve etkisiz COVID-19 politika müdahaleleri, büyük ölçüde epidemiyolojik ve halk sağlığı biliminin inkârına dayanan yapısal şiddet biçimleridir. Aynı zamanda kurumsal (veya kurumsallaşmış) şiddet nedeniyle, sağlığın sosyal belirleyicilerinde yer verilen tüm ırk ve sınıf temelli risk faktörleri COVID-19 pandemisi başlamadan çok önce stratejik olarak mevcuttu. McGibbon'a göre "sosyal cinayet", ölümcül, politika kaynaklı hastalık ve hastalıkların derinden yerleşik ve tarihsel bir geri dönüşümdür. Bir ülkenin politik ekonomisinin örgütsel birikimi de dahil olmak üzere politik gücün kalıcı manzarası, eşit olmayan COVID-19 sağlık sonuçlarını teşvik eder ve yeniden üretir. Sonuç, yalnızca kişinin erken ölmeme ihtimaline yönelik bir saldırı değildir. Ayrıca bizi hayatta tutan insan fizyolojisine yönelik sinsi bir saldırıdır. Kapitalist ekonomi politikalara bağlı insanların her gün yeniden yaşadığı stress sürekli hale gelir. Yoksulluk ve ırkçılığa dayalı yaşanan bu kesintisiz stress sonucunda, vücudun başa çıkma sisteminin aşırı yüklenmesiyle diyabet, kardiyovasküler hastalık ve zayıflamış bağışıklık sistemleri gibi durumlar ortaya çıkar ki işte bunlar görülmeyen "sosyal cinayet" örnekleridir (18).

Sosyal Cinayet ve Yabancılaşma

Saha (2021), çalışmasında sosyal cinayet ile dijital emek üzerinden yabancılaşmanın rolünü ortaya koyuyor. Saha, sosyal cinayetleri Marx'ın yabancılaşma kuramı ile ilişkilendirerek analiz ediyor (20).

Saha (2021), Engels'in sosyal cinayetleri, işçi sınıfının kontrolünde kullanılan bir şiddet aracı olarak tanımlamasına atıf yaparak bu durumun neoliberal kapitalist dönemde dijital kapitalizm aracılığıyla işçilere hükmetme ve onları kontrol etme aracı olarak kullanıldığını vurgular. Saha'ya göre dijital emek, faşizmin gösterici biçimine dönüştürülür ve toplumsal varlıklarını kontrol etmek için bir araç haline getirilir. Faşist biçim, devletin zorlayıcı aygıtı aracılığıyla hem sosyal cinayet hem de toplumsal şiddet koşulunu yaratır, egemen üretim tarzının pasif kabulünü ve işçi sınıfları adına onun meşrulaştırıcı ideolojisini sağlar.

Saha (2021), sosyal cinayetlerin, sanayi kentleri veya kapitalist ülkelerle sınırlı olmayıp, sömürge coğrafyalara da yayıldığını, sömürgelerdeki veba ve kıtlıkların çokluğunun ancak kapitalist yabancılaşma ile açıklanabileceğini ileri sürer. Burada yabancılaşmanın rolünü, işçilerin sisteme katılmaya devam etmeleri için bir motivasyon işlevi olarak açıklar. Saha, modern dijital toplumda atılabilirlik politikasının yeni sosyal cinayet koşulları yarattığına dikkat çeker. Neoliberal politikaların milyonlarca insanın mülksüzleştirilmesiyle sonuçlandığına ve sürekli olarak ekonomi politığın saldırılarına maruz kalan prekarya olarak da nitelenen artık nüfusun artışına dikkat çeker. Bu durumun insan israfı olarak kategorize edildiğini ve zombi siyaseti olarak adlandırıldığına yer verir. Yirmi birinci yüzyılda sosyal cinayetin, akıllı telefonlarımızın ve televizyonlarımızın ekranlarında canlandırılan ve haber odası tartışmalarıyla güçlendirilen bir biçim aldığının altını çizen Saha, dijital emek ve yabancılaşma üzerinden gerçekleşen sosyal cinayetleri şu şekilde açıklıyor: "Dezenformasyon endüstrisi bilgiyi tahrif ederken, gösterişli hale getirirken ve yanlış temsil ederken, açık oturum sunucusunun görevi, hem gerçeği hem de kurguyu eşit derecede geçerli olarak sunmaktır. Bu altüst olmuş dünyada, ücretsiz sağlık hizmeti talebi, doktorları ve hemşireleri kendi istekleri dışında çalışmaya zorlamakla aynı şeydir. Eğitim maliyetinin düşürülmesi talebi ve külfetli eğitim kredilerinin iptali, kredilerini ödemeyi başaranların çalınmasıyla aynıdır. Yaşama ücreti talebi, ekonomiyi yok etmeye yönelik komünist bir komplodur. Daha fazla polis sorumluluğu talebi suça teşviktir. Irak'ta Amerikan güçlerinin işlediği savaş suçlarını ifşa etmek veya vatandaşların geniş çaplı gözetimini ifşa etmek vatana ihanettir. Sağlık hizmeti eksikliğinden, polis vahşetinden, nefret suçlarından veya emperyalist savaşlardan kaynaklanan ölümler, kesinlikle Engels'in tanımladığı gibi toplumsal cinayetler olarak tanımlanabilir. ...Sosyal cinayetin en yaygın biçimi, Engels'in belirttiği gibi, sağlık, çevresel felaketlere karşı koruma veya sağlığın kirleticiler yoluyla bozulması gibi varoluş gereksinimlerinin aktif olarak inkar edilmesidir. Ancak bu şiddete fiziksel ve sosyal şiddet de eşlik etmektedir" (20).

Dezenformasyon endüstrisi, COVID-19 pandemi döneminin neredeyse tüm süreçlerine hakim oldu. Erken dönem Çinlilerin damgalanması, ardından komplo teorileri, en günceli de aşı tartışmalarında dijital kapitalizmin yarattığı yankı odaları toplumsal kutuplaşmayı artırdı. Dezenformasyon salgın kontrolünde Türkiye'de algı yönetimi ile de karşımıza çıktı. Hakikati ortadan kaldıran yalanı toplumla buluşturan müdahaleler, TTB tarafından gerçekleştirilen "Pandeminin Türkiye'de Birinci Yılı, Doğa İnsan ve Geleceğimiz Sempozyumu", "Pandemide Buharlaştıran Hakikat" oturumunda Dinçer Demirkent, Etienne Balibar, Burak Arıkan, Kayıhan Pala ve Nilgün



Toker tarafından dile getirildi (21). Dahası tüm pandemi sürecinde TTB ve tabip odaları tarafından hakikatin karartılması ile ilgili çok sayıda basın açıklaması, konferans, eylem yaşama geçirildi.

Salgının Kontrolü ve Sermaye

Salgın kontrolüne yönelik alınan önlemler, sermaye ve devlet politikalarının yol açtığı ölümler, “sosyal cinayetlerin” bir yansımasıdır. Sermaye birikiminin devamlılığı, bulaş tehdidinin en fazla olduğu dönemde bile üretimin kesintisizliğine öncelik vermesi açısından hem merkez kapitalist hem de perifer kapitalist ülkelerden çok sayıda örnek vermek mümkün. Literatürde “sosyal cinayet” ile bağlantı kurulmuş birkaç örneğe yazıda yer vereceğiz.

İlk örnek, Jordan’ın (2021) dile getirdiği Kanada’da salgın önlemleri ile ilgili kısıtlamaların kaldırılması konusunda Kanada İş Konseyi, Ticaret Odası ve Quebec İşverenler Konseyi’nin de yer aldığı 61 kuruluşun 2021 Mayıs sonunda Başbakan Justin Trudeau ve liberal hükümetine yazdığı açık mektuptur. Mektup’ta pandeminin bir “dönüm noktasına” ulaştığına, yaz ortasında, Kanadalı yetişkinlerin dörtte üçünün en azından kısmen aşılanmış ve beşte birinin tamamen aşılanmış olacağına yer verilerek kısıtlayıcı önlemleri gevşetmeye başlamanın mümkün olabileceği dile getiriliyor. Yine İngiltere, Avrupa Birliği ülkelerinde ve ABD’de maske zorunluluğunun kaldırılmasına dikkat çekilerek pandemi sonrası toparlanmaya odaklanma ve ekonomiyi yeniden açma çağrısı yapılıyor. Jordan (21) açık mektubun yayınlandığı dönemde salgının henüz kontrol altında alınmadığını, salgının işyerlerini vurmaya devam ettiğini, işçi sınıfının salgının etkisinde olduğunu gösteren istatistiklere yer vererek açık mektubun fazlaca iyimser olduğuna ve yeni vaka ve ölümlerin görmezden gelindiğine, nüfusun hala %80’inin enfeksiyona karşı korunmasız olduğuna dikkat çekmiştir. Ne yazık ki sendikalar da salgının tümünde olduğu gibi bu dönemde de “ortak çıkar” diyerek “sosyal cinayet” politikalarına destek vermişlerdir. Sendika ile sermaye arasındaki işbirliği o kadar ileri noktaya taşınmıştır ki Kanada İşçi Kongresi Başkanı Hassan Yussuff, Ticaret Odası Başkanı Perrin Beatty ile birlikte, işveren, hükümet ve sendika temsilcilerinden oluşan bir ulusal ekonomik görev gücünün kârlılığı artırmak ve Kanada’nın küresel çıkarlarını ilerletmek, “iyileşmeyi” denetlemek üzere bir makale kaleme almıştır. Salgın boyunca sendikalar, tehlikeli çalışma koşullarına karşı işçiler arasındaki tüm muhalefeti bastırması ve güvenli olmayan tesislerin kapatılması için grev çağrılarını “yasadışı” olarak nitelendirmiştir (22).

Jordan (2021), makalesinde sendikaların sermaye ile ortak davranması konusunda Brezilya örneğine Castanheira şu sözleriyle yer veriyor: “Pandemi sırasında

sendikalar, ölüm saçan kapitalist politikaya karşı işçi sınıfı direnişini fülen sona erdirmeye çalıştılar. Ülkenin en büyük sendika federasyonları CUT ve Força Sindical, fabrikaların güvenli olmayan koşullarda yeniden açılmasını savunmalarına ek olarak, yıl sonunda yeni bir korporatist oluşum olan IndustriAll Brezilya biçiminde birleştiler. İlan ettikleri hedef, Brezilya kapitalizminin rekabet gücünü savunmak ve büyük sermaye örgütleriyle işbirliği yapmaktır. Bu yozlaşmış sendikalar, pandemi sırasında varlıklarını yüzde 70’den fazla artıran Brezilya mali oligarşisinin sosyal ayrıcalıklarını savunmaya odaklanmış durumdadır. Sendikaların yakından bağlantılı olduğu İşçi Partisi ve müttefikleri, bugün, yönettikleri eyaletlerde okulların ve ekonomik faaliyetlerin yeniden açılmasını dayatarak suç işliyorlar” (22).

Hindistan salgın kontrolüne yönelik ani alınan karantinanın yol açtığı koşullarla gündeme geldi. Hindistan Başbakanı, sağ görüşlü Hindu milliyetçisi Hindistan Halk Partisi’nden (BJP) Narendra Modi, 24 Mart 2020’de dünyanın en katı karantina politikalarından birinin uygulamaya konduğunu duyurdu. 1,4 milyarlık bir nüfusa, diğer şeylerle birlikte, ekonomik faaliyetlerin ani ve kapsamlı bir şekilde durdurulmasını ve insanların evinden çıkmasının tamamen yasaklanmasını da içeren benzeri görülmemiş bir yaşam kesintisine hazırlanması için dört saat verildi. Ulusal karantina, ekonomik hayatın aniden durdurması sonucu birçoğu kırsal ve kentsel alanlar arasında dolaşan 120 milyondan fazla göçmen işgücüne ait olan Hindistan’ın geniş kayıt dışı sektöründe çalışan yoksullar arasında çok büyük sorunlara neden oldu. Mart sonu ile Nisan 2020’nin ilk haftası arasında kentsel alanlardaki işsizlik yüzde 8,66’dan yüzde 30,93’e kadar %22’den fazla arttığı için işsizlik bir gecede arttı. Modi’nin “şu anda ülkede nerede olursanız olun kalmaya devam edin” tavsiyesine uymak yerine, geçim kaynakları ortadan kalktıktan sonra yaklaşık 10 milyon insan yoksulluk yardım programlarına erişebilecekleri umuduyla yürüyerek evlerine gitti. Bine yakın göçmen işçinin eve dönerken, trafik kazalarında, yorgunluktan, yetersiz beslenmeden ve intihardan öldüğü bildiriliyor. Kayıt dışı sektördeki işçiler, işlerini doğrudan kaybetmediklerinde bile, kazançların zaten çok düşük olduğu bir bağlamda ortalama %40-50 arasında büyük gelir kayıpları bildirdiler. Sonuç olarak, pandeminin şoku ve sokağa çıkma yasağı gıda ve tüketim güvensizliğini şiddetlendirdi ve borçluluğu derinleştirdi. Nielsen’e (2021) göre Hindistan ekonomisinin, Friedrich Engels’in on dokuzuncu yüzyıl İngiltere’sinde çalışan yoksullar üzerine yaptığı çalışmasında sosyal cinayet olarak adlandırdığı şeyin bir makinesi olduğunu ifade ediyor. Nielsen’e göre pandemi ve ulusal karantina sırasında tanık olduğumuz şey, yalnızca Hindistan işçi sınıfını on yıllardır rahatsız eden yavaş yavaş alevlenen bir krizin büyümesi değil, aynı zamanda bu işleyişleri üreten güç ilişkilerinin daha



ileri ve oldukça kasıtlı bir şekilde pekiştirilmesidir. Dahası pandemi döneminde sermayeyi teşvik eden birçok düzenlemenin yanında neoliberal politikaları daha da pekiştiren örneklerle (tarım ve yeni iş yasaları) ve Hintli milyardelerin pandemi döneminde ulusal gelir ve servetteki paylarını artırdığına tanık oluyoruz (23).

Salgın kontrolünde kritik önemde yer alan aşıya erişim konusunda gerek fikri mülkiyet hakları ile patentin korunması gerekse de aşı üretiminin tekelleşen özel aşı şirketlerinin inisiyatifinde olması aşıya erişim ve hızlı aşılama konusunda ciddi eşitsizlik ve ayrımcılıklara yol açtı. Sermayenin hızla geliştirdiği aşılarla, büyüyen pazarla ve tekel olmasının gücüyle de kârına kâr eklediği tüm çıplaklığı ile ortaya çıktı. Bu trajedi tüm dünyanın gözleri önünde oynandı. Dahası dünyanın tüm coğrafyalarında toplum başışıklığı için hedeflenen nüfus ne yazık ki aşılanmadı. Bunun sonucu Delta varyantı, Omicron varyantı ile pandeminin devamını da peşinden getirdi. Aşıya erişemeyen toplumsal kesimlerin COVID-19 ile ilgili doğrudan ve dolaylı can kayıpları sosyal cinayetlere en iyi örnek olsa gerek.

Sosyal Cinayetler Kapitalizm Kaynaklı: Ampirik Kanıt

Eswaran ve Rogall (2021), Ocak 2020'den Mart 2021'e kadar olan verileri kullanarak, COVID-19 salgını sırasında bireylerin ölümlerinde kapitalizmin rolü olup olmadığını ampirik olarak analiz eden araştırmaları ile sosyal cinayet kavramsallaştırmasına analitik kanıt oluşturuyor. Araştırmacılar kapitalizm dışında kafa karıştırıcı etkisi olabilecek başta demokrasi olmak üzere çok sayıda faktörü (kişi başına düşen GSYİH, nüfus büyüklüğü, yaşlı nüfus, nüfus yoğunluğu, Gini katsayısı, işsizlik, işgücüne katılım, sağlık harcamaları, halk sağlığı harcamaları, etnik bölünme gibi çeşitli sosyoekonomik göstergeleri ile coğrafi özellikler, kalp damar hastalıkları ve diyabet prevalansı, risk faktörleri -sigara-, gibi) kontrol eden bir tasarımı gerçekleştiriyor. Çalışmanın sonucunda kapitalizm ile COVID-19 ölümleri arasında güçlü bir ilişki gösteriliyor. Kapitalist hükümetlerin, potansiyel olarak kârlara zarar verebilecek katı önlemler alma olasılığının daha düşük olduğu ortaya konuyor. Kapitalist katılık önlemleri (yani, kârları olumsuz etkilemesi muhtemel olanlar) dönem boyunca azaldığı ve önemli ölçüde olumsuz bir düzeyde sabit kaldığı belirleniyor. Çalışmada ileri analizlerle kapitalizmin pandemik ölümler üzerindeki zararlı etkisini büyüten veya hafifleten bazı faktörleri belirleniyor. Birincisi gelir eşitsizliğinin, kapitalizmin etkisini büyük ölçüde artıran bir faktör olduğunu kanıtıyor; ayrıca, küreselleşme, emek piyasalarının kuralılaşlaştırılması ve askeri harcamalar, kapitalizmin kolaylaştırıcıları, zararlı etkilerini büyüten faktörlerdir. Buna karşılık demokrasi ve toplumdaki güçlü akrabalık bağlarının kapitalizmin zararlı etkisini azaltan faktörlerdir (24).

Eswaran ve Rogall (2021), neoliberal dönem ile birlikte GSYİH'nin küçük bir azınlıkta toplanmaya başladığına, üretim sürecinin uluslararasılaştığı, bu ulusötesi sermayenin Dünya Ekonomik Forumu, Dünya Ticaret Örgütü, Uluslararası Para Fonu ve çok sayıda çok uluslu firma gibi kurumlar aracılığıyla neoliberal bir ideolojiyi de yerleştirdiğine, işçi sınıfına yönelik refah harcamalarının kesintiye uğradığına dikkat çekerek pandemi döneminde sermayenin vatandaşların felaketi pahasına salgının sermayeye olumsuz etkisini en aza indirecek politikaları benimsediğine yer veriyor. Araştırmacılar kapitalizmin uygulanan politikaları nasıl çarpıtılabileceğini ve potansiyel olarak pandemide aşırı ölümlerle sonuçlanabileceğini göstermenin kritik olduğunu düşünüyorlar. Araştırmada kapitalizmin etkisini ortaya koymak için Heritage Foundation'dan yatırım yapma özgürlüğünü ölçen bir endeksi ve demokrasiyi karakterize eden çeşitli siyasi yönleri, yani sivil özgürlükler, siyasi rekabet, eşit haklar vb. özetleyen The Economist Intelligence Unit'in toplu bir endeksi kullanılıyor. Çalışmanın verileri 14 aylık dönemi içeriyor. Pandeminin erken dönemindeki (ilk iki ay) ölümlerdeki kapitalizmin etkisini gösteren regresyon katsayısının, ilerleyen 12 aylık dönemde daha da yükseldiği tespit ediliyor. Bu bulgu pandemi sürecinde kapitalizmin etkisinin azalmadığı, hatta arttığı anlamı taşıyor. Elde edilen bu sonucun altında yatan mekanizmaları ortaya koymak için hükümetlerin pandemi karşısında uyguladığı katı önlemler araştırılıyor. Katı önlemler, karlılığı etkileme olasılığına sahip önlemler ('kapitalist katı politikalar'), aşı Ar-Ge'sine yatırım veya gelir desteği ('yatırım katılığı politikaları') ve halka açık toplantıları vb. yasaklanması ('diğer katı politikalar') olarak gruplandırılıyor. Hayat kurtarıcı politikalarla kapitalizmin kapitalist katı politikalar arasında anlamlı negatif yönlü ilişki olduğu gösteriliyor. Eswaran ve Rogall, kapitalist katılık politikalarının COVID-19 ölümleri üzerindeki varsayılan etkisinin, kapitalizmin ölümler üzerindeki etkisini tamamen ortadan kaldırmak için inanılmaz derecede yüksek olması gerektiğini kanıtları ile ortaya koyuyor. Bu sonuç kapitalizmin muhtemelen bağımsız bir etkiye sahip olduğunu da gösteriyor. Araştırmacılar, ölümlülüğün olağan şüphelilerini (yoksulluk, eşitsizlik, tıbbi müdahalelerin mevcudiyeti, vb.) bir araya getirmek, kapitalizmin ekonomik sisteminin kendisinin bir şüpheli olma olasılığı gözden kaçırılabilirliğinin de altını çiziyor (24).

Kapitalizmin ölümler üzerindeki etkisini yumuşatan faktörler arasında demokrasi, güçlü akrabalık bağları ve tarım sektörünün büyüklüğü yer alıyor. Yine kapitalizmin ölümler üzerindeki etkisini interaktif etkiler yoluyla büyüten faktörler arasında siyasi küreselleşme, askeri harcamalar, imalat sektörünün büyüklüğü, işgücü piyasası serbestisi, ekonominin açıklığı ve



turizm sayılıyor. İmalat sektörünün büyüklüğü, çalışanların yakınlığı nedeniyle virüsün bulaşmasını artırıyor. Tarım sektörünün boyutu tam tersi etki yapıyor, bulaşı azaltıyor. Emek özgürlüğü endeksinin (sermayenin pazarlık gücünün emeğe göre artması) kapitalizmle etkileşiminin COVID-19 ölümlerini artırdığı saptanıyor. Araştırmacılar ülkeler içindeki eşitsizlik, COVID-19 ölümleriyle gözle görülür bir şekilde ilişkili görüldüğünden, eşitsizliğin etkisinin kapitalizm içinde nasıl ortaya çıktığını incelemeye özel bir önem verdiklerini belirtiyor. Yüksek gelir düzeyine sahip ülkeler için, ölümler ile kapitalizm ve eşitsizlik arasındaki etkileşim arasında güçlü bir pozitif ilişki tespit ediliyor. Literatürde, COVID 19 ölümlerinin sayısının, bir ülkenin kişi başına düşen GSYİH'sı ile pozitif olarak ilişkili olduğu gösterilmesine karşın, bu çalışmada kapitalizmin rolünü ve etkileşimlerini açıkça hesaba kattığımızda, kişi başına GSYİH ile ölümler arasındaki korelasyonun önemsiz hale geldiği belirlenmiştir. Yine COVID-19'un zengin ülkelerde yoksullara göre daha fazla yıkıma neden olduğu tespit edilmiştir. Araştırmacılar bunu kapitalizmin daha yerleşik olmasından kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir. Eswaran ve Rogall(2021), mevcut çalışmadan elde edilen sonuçlara göre siyasi rejimin COVID-19 ölümlerinde ikincil bir rol oynadığını, asıl itici gücün kapitalizm olduğunu vurguluyor. Araştırmacılar pandemi öncesindeki günlük varlığımızda bile, kapitalizmin doğrudan veya dolaylı olarak sorumlu olduğuna, fark edilmeyen sayısız ölüme yol açtığına dikkat çekiyor. Bu ölümlere alıştığımızı, olayların kabul edilebilir doğal seyri gibi görüldüğünü ve bir değerlendirme için gerekli verileri sağlayarak onları daha net bir şekilde odaklamak için COVID-19 kadar yıkıcı bir pandeminin fırsat yarattığının altını çizerek ABD'nin kapitalizmin yol açtığı sosyal cinayetlerin ana tedarikçisi olduğunu belirtiyor (24).

Sosyal Cinayetlere Yol Açan Koşullar Aynı mı Kaldı?

Chernomas ve Hudson (2009), pandemi öncesi kapitalist ekonomi ile sosyal cinayet arasındaki ilişkiyi ortaya koyan makaleler yazıyor. Bu makalelerde muhafazakar iktisat teorisinin ayırt edici özelliği, firmaların kâr peşinde koşarken devlet tarafından kısıtlanmamaları gerektiğine, firmalar 'piyasanın' iradesine uymak zorunda oldukları için devlet müdahalesine gerekli olmadığını vurgulayarak kapitalizmin erken aşamasında hem ekonomik teori hem de hükümet politikasına bu muhafazakar fikirlerin hakim olduğuna yer veriyor. Bu anlayışın sonuçlarının felakete yol açtığı, bunun da 1848-1854 yılları arasında Büyük Britanya Sağlık Kurulu Komiseri Chadwick tarafından Londra'nın batısındaki yoksul sınıfların sürekli ve kesin hastalık ve kendilerine özgü ölüm nedenlerine maruz kaldıklarını şu veciz sözlerle

açıklandığına yer veriyor: "Sonuç, sanki bu insanlardan her yıl yirmi otuz bin kadarı sefil yurtlarından çıkarılıp ölüme terk edilmiş gibidir." Engels'in "büyük kentlerdeki" işçilerin şeytani yaşam koşullarını sosyal cinayet ile ilişkilendirdiği tespitlerle uyumlu olduğunu görürüz. Chadwick'in bu tespiti sonrası sağlık mühendisliği önlemleri (günümüzde çevre sağlığı önlemleri diye bilinen) hükümet tarafından yaşama geçirilir. Bu tespitle birlikte şunu da not etmekte yarar var. Engels "İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu" adlı kitabı yazarken gözlemlerinin yanında o döneme ait çok sayıda sağlık raporu ve sağlık haberlerinden de yararlanıyor. Engels'in özgünlüğü bu belgeler ile kapitalizm arasında ilişkiyi kurmasıdır. Burjuvazinin hükümetleri de boş durmamış, sağlıksızlık yaratan koşulları ortadan kaldırmaya yönelik halk sağlığı hizmetlerini devreye sokmuştur. Müdahale sadece bununla sınırlı değildir. Engels, İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu kitabının İngilizce baskısına 1892 yılında yazdığı önsözde işçi sınıfının durumu ile ilgili şu bilgilere yer veriyor: "Kolera, tifüs, çiçek ve öteki salgın hastalıkların tekrar tekrar ortaya çıkması, İngiliz burjuvaya, eğer kendini ve ailesini bu hastalıklardan koruyacaksa, kasaba ve kentlerde sağlık koruma kurallarına hemen uyulması gerektiğini göstermiştir. Böylece bu kitapta anlatılan en göze batar rezillikler ya tımden ortadan kalkmış ya göze daha az çarpar olmuştur. Kanalizasyon, varsa iyileştirilmiş, yoksa yeniden yapılmıştır; betimlemek zorunda kaldığım en kötü 'gecekondu'ların bir başından öteki ucuna geniş cadeler açılmıştır. Küçük İrlanda ortadan kalkmıştır; yıkılıp açılacak mahalleler listesinde sırada 'Seven Dials' vardır (s:31)". Burjuvazinin tutum değişimi ile ilgili olarak da şunları dile getiriyor: "İngiltere'nin sinai ilerleyişinin devcesine ve benzersiz olması, çok doğal; öyle ki, bu gelişmeyle karşılatıldığı zaman 1844'teki durum ilkel ve önemsiz kalıyor. (...) Bir imalatçının öteki imalatçıyla kendi işçileri üzerinden adi hırsızlıklarla rekabet etmesi artık bir değer ifade etmez oldu. (...) Dahası işletme ne kadar büyüse ve orada ne kadar çok işçi çalışıyorsa, patronla çalışanlar arasındaki her anlaşmazlık daha büyük rahatsızlık ve daha büyük yitik nedeni oluyordu; bu yüzden patronlara, gereksiz sürtüşmelerden kaçınmalarını, sendikalarının varlığını ve gücünü kabul etmelerini ve son olarak da -uygun zamanlarda- grevlerde bile kendi amaçlarına hizmet edecek güçlü yöntemler bulmalarını öğreten yeni bir ruh egemen oldu. (...) hakkaniyet ve insanseverlik adına verilen tüm bu ödünler, sermayenin birkaç elde yoğunlaşmasını hızlandırmaktan öte bir amaç taşıymıyordu (s:29-30)" (25).

Kapitalizmin gelişimi, sermayenin yoğunlaşması ve burjuvazinin tutum değişimi yanında 1844-1892 yılları arasında işçi sınıfı mücadelesinin yaşam ve çalışma koşullarında değişiminde belirleyici olduğunu not etmek gerekiyor. Bu konuda mevcut gelişmeleri Chernomas ve Hudson (2009), şu şekilde özetliyor: "Bu korkunç ko-



sullara maruz kalan insanlar, pasif bir şekilde oturup kadere razı olmadılar. Sonraki yüz yıl, kapitalizmin daha güçten düşürücü koşullarını hafifletmek için -ya yasal yasaları çıkarmış olan devleti kullanarak ya da sendikalar gibi şeyler yaratarak devletin dışında kalan- kurumlar yaratmak için amansız bir savaş oluşturdu. Bunu yaparken, her fırsatta bu kârdan taviz veren kurumların herhangi birinin ekonomiyi mahvedeceğini düşünen muhafazakar teorisyenler ve iş sınıfıyla savaşmak zorunda kaldılar. Genellikle şiddetli direnişe rağmen ilerleme kademeli olarak sağlandı. Sonunda çalışma haftası kısaltıldı, çocuk işçiliği yasaklandı, güvenlik ve sağlık düzenlemeleri uygulandı ve yoksullara devlet yardımı arttı. Bununla birlikte, büyük kazanımlar yalnızca, nüfusu devlet desteklerinde ısrar etmeye teşvik eden Büyük Buhran'ın sosyal felaketi ile İkinci Dünya Savaşı'nın tam istihdamının bir araya gelmesiyle elde edildi. Bu, işçi sınıfını, iş dünyasının direnişine rağmen taleplerini zorlayacak kadar güçlü bir konuma yerleştirdi. 1980'den beri bu eğilim tersine döndü. Toplumun koruyucu kurumları yontuldu. On dokuzuncu yüzyılın başlarında olduğu gibi, bu, toplumun geri kalanı pahasına patronları güçlendirmeyi içerir” (25).

Chernomas ve Hudson (2009), güncel değişime yönelik muhafazakar ekonomi politığın temel direğinin, sanayi lobi gruplarının baskısı altında, hükümetlerin düzenleyici rejimlerini kısıtlayarak öldürme özgürlüğünü yasal olarak genişlettiğine ve bu durumun hepsi ölümcül etkilere sahip çok çeşitli endüstrilerde meydana geldiğine yer veriyor ve şu örnekleri paylaşıyor: “ABD’de ilaç şirketleri, bağımsız çalışmalar yerine kendi araştırmaları temelinde FDA tarafından onaylanıyor. Gıda denetim kurumlarının izleme ve denetim faaliyetleri kısıtlanmıştır. İş Sağlığı ve Güvenliği Örgütü’nün bütçesi kısıldı ve 1980’lerde, onun görevine karşı olan bir muhafazakar tarafından yönetiliyordu. Sonuç olarak ilaç, otomobil, lastik, sigara, kurşun ve kozmetik şirketleri, ürünlerindeki kusurlu tasarım veya zehirlilik nedeniyle müşterilerinin belirli bir yüzdesini güvenilir bir şekilde öldürüyor” (25). Yazarlar en çarpıcı değişikliklerin çevre düzenlemeleri ile ilgili olduğunu oldukça ayrıntılı bilgilerle açıklıyor. Son dönem gerek bulaşıcı olmayan hastalıkların gerekse bulaşıcı hastalıkların ekolojik tahribatla ilişkisinin daha net ortaya konduğunu düşündüğümüzde sosyal cinayetlere tuğla taşıyan neoliberal düzenlemelerin izini sürebiliriz.

Günümüzde sosyal cinayetlere zemin hazırlayan koşullar değişmiş olsa da mekanizmaların varlığını sürdürdüğünü görüyoruz. Kapitalizme içkin olan bu özelliklerin kapitalizm ortadan kalkmadan değişmesini beklemek saflık olacaktır. Yazının tümünde değişen koşullara ait değiniler olduğu için daha detaylı bir değerlendirme yapmayacağız. Bununla birlikte son dönem kritik olan bir konu Eswaran ve Rogall (2021) tarafından da dile getirilen güncel toplumsal eşitsizliklerin sağlık hizmet-

lerinde erişimdeki eşitsizlikle derinleşerek sosyal cinayetlere yol açmaya devam etmesidir. Bu cinayetler COVID-19 ölümlerinde ayan beyan ortaya çıkmıştır. Bu gerçeklik ancak bilerek, isteyerek görmezden gelinebilir.

Sosyal Cinayetlere Karşı Ne Yapmalı?

Abbasi (2021), halk sağlığı önlemlerini devreye sokmayarak (eylemsizlik, ihmal) ya da kötü halk sağlığı uygulamaları nedeniyle devlet yetkililerinin kamu görevini kötüye kullandıklarını, insanlığa karşı suç işlediklerini öne sürüyor. Abbasi, bu konunun aydınlatılması için raporlaştırmalar ve suçluların netleştirilmesi, siyasi lobicilik faaliyetlerinin yürütülmesi, suçluların istifasının istenmesi veya uluslararası mahkemelerin devreye sokulması yollarının izlenmesi gerektiğini savunuyor. Bunlar yapılmadığında seçilmişlerin hesap vermemeye devam edeceği ve pişmanlık dahi duymayacağını altını çiziyor (4). Eylemsizlik ve kötü halk sağlığı pratiği üzerine şekillendirilen sosyal cinayet okuması haklı olarak bunun müsebbibi olan yöneticileri hedef alıyor ve bunların hesap vermesinin önemine odaklanıyor. Abbasi her ne kadar Engels’e atıf yapmış olsa da sosyal cinayetin kolektif bir suç olduğunu, kapitalizme içkin olduğunu ve burjuvaziyi bağladığı gerçeğini göz ardı etmektedir. Çözüm önerilerini de sistem için yetkililerin değiştirilmesi ya da cezalarını çekmesi ile sınırlı tutmaktadır. Bu kavrayış pandemiye daralmış bir sosyal cinayet ve halk sağlığı hizmetlerinin yetersizliği ile sınırlandırılan bir kavrayışı ortaya koyuyor. Dahası Abbasi’nin önerdiği çözümlerin değişik ifadelerle, alıntı da yapılarak birçok yazıda benimsendiğinin altını çizmek de yarar var.

Hedges (2021), pandemiyi ele alan ve ekolojik kriz ile de genişleten yazısında yüksek sayıdaki ölümleri şu şekilde tanımlıyor “Bu olup bitenler bir ihmalkârlık yüzünden değil. Beceriksizlikten de değil. Başarısız bir siyaset sonucu da değil. Düpedüz cinayet bu. Cinayet, çünkü önceden tasarlanmış bir iş. Cinayet, çünkü küresel hakim sınıfların hayatı korumak yerine yok etmek üzere yaptıkları bilinçli bir seçim söz konusu. Cinayet, çünkü kesin istatistiklere, iklimde giderek artan bozulmalara ve bilimsel modellerle rağmen kâr insan hayatının ve insanların sağ kalmasının üstünde tutuluyor.” Engels’e atıf yaparak cinayetin sorumlularını yönetici elitler, “sosyal ve siyasi denetimi elinde tutanlar” olarak gösterir ve bu suçun kolektif işlendiğine yer verir. “Bu toplumsal cinayeti mümkün kılan kötülük kolektiftir. Bunun uygulayıcıları iş idaresi yüksek okullardan, hukuk fakültelerinden, iş yönetimi programlarından ve elit üniversitelerinden yetişen renksiz bürokratlar ve teknokratlardır. Bu sistem yöneticileri, sömürîye ve ölüme işlerlik kazandıran yaygın, karmaşık sistemlerin gerekli kıldığı işleri adım adım gerçekleştirirler. Bizim kişisel verilerimizi dijital tekeller için, güvenlik ve gözetim devleti için toplarlar, depolarlar ve manipüle ederler.” Hedges yazısında nasıl direneceğiz sorusuna da şu şekilde yanıt verir: “... harekete



geçemezsek, yani megamakinayı kırmak amacıyla şiddetsiz sivil itaatsizlik eylemlerini ısrarla sürdürmezsek bu, ruhen ölmek demektir. Bu toplumsal cinayetin failleri olan sistem yöneticilerini ve teknokratları insan dışlıları haline getirmiş olan kara alaycılığa, zevk düşkünlüğüne ve uyuşukluğa teslim olmak demektir. İnsanlığımızdan vazgeçmek demektir. Suç ortağı olmak demektir” (26).

Öneriler daha da genişletilebilir. Bununla birlikte öneriler, sıklıkla eylemsizlik ve kötü halk sağlığı pratiği ile ilişkilendirildiği, sosyal cinayetlerin faşist ve otoriter liderlerle (Bolsanaro, Trump, Modi, Johnson gibi) sınırlı tutulduğu, kapitalizm ile ilişkilendirilmediği ve kapitalizmle hesaplaşmayı, onu alaşağı etmeyi içermediği gözlenmektedir. Her gün her saat tüm coğrafyalarda yaşanan, ama görünmez kılınan sosyal cinayetler pandemi döneminde ‘sosyal kırıma’ döndü ise kapitalizmden kurtulmak, sessiz kalmamak en gerçekçi yaklaşım olacaktır. Yoksa pandeminin gelişimine zemin hazırladığı aşıkâr olan ve salgını kontrol edemeyen, dahası pandemiye fırsata çevirerek krizini atlarmaya çeviren kapitalizm doğal olmayan erken ve önlenebilir ölümler ile dünyayı kocaman bir mezarlığa dönüştürecek... Sosyal cinayet kavramsallaştırmalarını yaygınlaştıran Friedrich Engels’i, yaşamını vakfettiği komünizm mücadelesi ile birlikte hatırladığımızda sosyal cinayetleri durduracak panzehirin bilinmez olmadığı gerçeği ile de yüzleşmiş oluruz.

Dipnotlar

1. Burjuvazi, toplumun egemen gücü, sosyal ve siyasal denetimi elinde tutan sınıf.

Kaynaklar

1. TTB (2021a), TTB Pandemi Bülteni #11 - COVID-19 Bir İşçi Sınıfı Hastalığıdır. 4 Ağustos 2021, https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=99c2e966-f51b-11eb-b36a-a9b697cf4c0b
2. İŞİG Meclisi (2021) COVID-19 Bir İşçi Sınıfı Hastalığıdır...<https://www.isigmeclisi.org/20684-COVID-19-bir-isci-sinifi-hastaligidir-salginin-on-sekizin-ci-ayin>
3. Çıtak N. (2021a) Toplumsal Eşitsizlikler ve COVID-19. Toplum ve Hekim Dergisi, 36 (3): 198-217,
4. Abbasi K. (2021) COVID-19: Social murder, they wrote—elected, unaccountable, and unrepentant. BMJ 2021; 372: n314, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n314>
5. Zencir M. (2021) Pandemi ve İşçi Sağlığı. Ankara Tabip Odası, İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Komisyonu, online, 16 Mart 2021.
6. Zencir M. (2021) Ne Yapmalı, Pandeminin Türkiye’de Birinci Yılı, Doğa İnsan ve Geleceğimiz, 19 Mart 2021, online toplantı
7. Engels F. (1997) İngiltere’de Emekçi Sınıfın Durumu. Çeviren: Yurdakul Fincancı, Sol Yayınları, Birinci Baskı, Ankara.
8. Nogrady B. (2021) Is this what social murder looks like? <https://medicalrepublic.com.au/is-this-what-social-murder-looks-like/47149>, Erişim tarihi: 3 Eylül 2021
9. Çıtak N. (2021) Pandemide İşçi Sınıfının Durumu: Toplumsal Cinayet Olarak Pandemi. [10. Cumhuriyet \(2021\) Sosyal Haklar Derneği: Önlenebilir her ölüm sosyal cinayettir! <https://www.cumhuriyet.com.tr/haber/sosyal-haklar-dernegi-onlenebilir-her-olum-sosyal-cinayettir-1772928>, erişim tarihi: 17 Ekim 2021
 11. TTB \(2021b\) İktidara Uyarımız, Topluma Çağrımızdır: “Yanlış Sağlık Politikalarında İsrar, Sosyal Cinayettir!” 9 Nisan 2021, \[https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=de3e8198-992e-11eb-9133-550828b203f6\]\(https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=de3e8198-992e-11eb-9133-550828b203f6\),
 12. TTB \(2021c\) Ölümler sosyal cinayete dönüştü. <https://www.birgun.net/haber/olumler-sosyal-cinayete-donustu-365098>
 13. TTB \(2021d\) COVID-19 Salgın Yönetimine Kapsamlı Bakış Ve Kritik Öneriler, Basın açıklaması, 3 Aralık 2021. \[https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/3aralik2021_basinciklamasi.pdf\]\(https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/3aralik2021_basinciklamasi.pdf\)
 14. Söylemez A. \(2021\) Toplumsal cinayet. <https://www.birgun.net/haber/toplumsal-cinayet-315613>, erişim tarihi 3 Aralık 2021
 15. Castanheira T. \(2021\) Brezilya egemen sınıfının toplumsal cinayet politikası ve işçi sınıfı. <https://www.wsws.org/tr/articles/2021/05/17/mdtc-m17.html>, 17 Mayıs 2021, erişim: 30 Kasım 2021
 16. Seim J \(2021\) Sosyal Cinayet Olarak COVID-19 Kapitalizmi Yargılamak, <https://spectrejournal.com/COVID-19-as-social-murder/>, Erişim Tarihi: 9 Eylül 2021
 17. Montlyreview \(2021\) by The Editors. April 2021 \(Volume 72, Number 11\). \[https://monthlyreview.org/2021/04/01/mr-072-11-2021-04_0/\]\(https://monthlyreview.org/2021/04/01/mr-072-11-2021-04_0/\), Erişim tarihi: 10 Eylül 2021
 18. McGibbon E. \(2021\) The COVID-19 Pandemic: On the Everyday Mechanisms of Social Murder. Erişim Tarihi: 9 Eylül 2021
 19. Galtung, J. \(1969\). Violence, Peace, and Peace Research. Journal of Peace Research, 6\(3\), 167-191.
 20. Saha A. \(2021\) Engels’s Theory of Social Murder and the Spectacle of Fascism: A Critical Enquiry into Digital Labour and its Alienation. tripleC 19 \(1\): 52-67, 2021
 21. TTB \(2021e\) Pandemide Buharlaştıran Hakikat. <https://www.youtube.com/watch?v=T4cbpgWi35s&t=1034s>,
 22. Jordan R. \(2021\) Kanadalı büyük şirketler, eyaletler kalan COVID-19 kısıtlamalarını kaldırmaya çalışırken sosyal cinayet politikasını savunuyor. <https://www.wsws.org/en/articles/2021/05/22/cabi-m22.html>, Erişim tarihi: 9 Eylül 2021
 23. Nielsen AG. \(2021\) Hindistan’da Salgın ve Toplumsal Cinayet. <https://www.gazeteduvar.com.tr/hindistan-dasalgin-ve-toplumsal-cinayet-haber-1519164>, 14 Nisan 2021, Erişim tarihi: 3 Eylül 2021
 24. Eswaran M, Rogall T. \(2021\) Death by Capitalism: Quantifying ‘Social Murder’ Using Cross-Country Data on COVID-19 Fatalities, Erişim tarihi: 3 Eylül 2021
 25. Chernomas R, Hudson I. \(2009\) Social murder and conservative economics. Criminal Justice Matters, 77:1, 2-3, Centre for Crime and Justice Studies, DOI: 10.1080/09627250903138852, erişim tarihi: 8 Kasım 2021
 26. Hedges C. \(2021\) “Toplumsal cinayet çağı” Nur Deriş Ottoman \(Çev.\) <https://acikradyo.com.tr/ceviri/toplumsal-cinayet-cagi> Erişim tarihi: 3 Ağustos 2022.](https://www.siyasalik-

</div>
<div data-bbox=)

AKUT KORONER ARTER HASTALIĞI SONRASI İŞE DÖNÜŞ DEĞERLENDİRMESİ

Esra AYDIN ÖZGÜR

S.B.Ü Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği

Yücel DEMİRAL

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

Özet

Akut ve kronik hastalıklar çalışanların işe ara vermelerine neden olabilir. Hastalık sonrası çalışanın işe uygunluğuna karar verme, maluliyet-iş göremezliğe yönlendirme, işyerinde uygulanması gereken düzenlemeleri belirlemek için işe dönüş değerlendirmesi yapılmalıdır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kalp ve damar hastalıkları en sık görülen bulaşıcı olmayan hastalıklardır ve çalışan nüfusu da büyük oranda etkilemektedir. Kalp damar hastalıkları içinde hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve iskemik kalp hastalıkları en sık görülen ilk üç hastalıktır (1). Bu yazıda çalışanın akut koroner arter hastalığı sonrası işe dönüşünün değerlendirilme ilkeleri tartışılmış ve öneriler sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: işe dönüş, koroner arter hastalığı, maluliyet

EVALUATION OF RETURN TO WORK AFTER ACUTE CORONARY ARTERY DISEASE

Abstract

Acute and chronic diseases can cause workers to interrupt to work. After the disease, a return to work assessment should be made in order to decide for ability for work, to referal disability-incapacity to work, and to determine the reorganization that should be applied in the workplace. Cardiovascular diseases are the most common non-communicable diseases in our country as in the world and also substantially affect the worker population. Among the cardiovascular diseases, hypertension, coronary artery disease and ischemic heart diseases are the most common diseases, respectively. In this article, the principles of evaluating the return to work after acute coronary artery disease are discussed and recommendations are presented.

Key words: return to work, coronary artery disease, disability

Giriş

Kronik hastalıkları içinde en sık görülen kalp damar hastalıklarının prevalansı yaşla beraber artmaktadır. Kalp krizi ya da kalp hastalığına bağlı göğüs ağrısı veya inme geçirmiş olma yüzdesi 15-29 yaş %1,3 iken 60-69 yaşları arasında %15,2'lere kadar yükselmektedir (1,2). 2019 TÜİK verilerinde göre 15-54 yaş arası istihdam edilen kişi sayısının 24.627.000 olduğu düşünüldüğünde, kalp damar hastalığı beklenen çalışan sayısı 650.000-750.000 kişi olduğu tahmin edilmektedir(3). Koroner arter hastalığı ya da akut koroner sendrom ülkemizde kalp damar hastalıkları içinde en yüksek mortaliteye (%39) ve morbiditeye neden olan hastalık grubudur.(4) Akut koroner sendromlu olguların işe dönüşü ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Farklı çalışmalarda bir yıl içinde olguların %80-%91 arasında işe döndüğü belirtilmektedir (5,6). Ülkemizde bu konuda sınırlı sayıda çalışma vardır. Yapılan bir çalışmada bir yıl içinde işe dönüş oranı %75,6 olarak bildirilmiştir (7).

Koroner arter hastalığı etiyolojisinde yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, fiziksel egzersiz, beslenme, obezite, ek hastalıklar (hiperlipidemi, diyabet, hipertansiyon) gibi faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir (1). Hastalık tanısı sonrası çalışan, işe dönüşü etkileyen tüm faktörler açısından objektif olarak incelenmeli ve çalışana işine dönüp dönemeyeceği ya da hangi koşullarda dönebileceği konusunda öneride bulunulmalıdır. Bu dönemde yaşanan belirsizlik sonrasında erken işe dönüş, uygun olduğu halde işe dönmeme ya da yanlış işe dönüş nedeni ile yaşanan sorunlarla sonuçlanabilir. İşyeri ortamında hastalığın doğrudan nedeni olabilecek, hastalığı gelişimini hızlandıran ya da seyrini değiştirebilecek birçok etken bulunmaktadır. Sadece çalışanın kardiyak fonksiyonel durumu değil, işyerindeki bu faktörler de (psikososyal riskler, kimyasal ve fiziksel riskler...) işe dönüşü önemli oranda etkilemektedir. Bu etkenler dört ana gruba; fonksiyonel, iş ile ilişkili, psikososyal ve sosyodemografik faktörler olarak ayrılabilir (8)



Fonksiyonel faktörler

İşe dönüşte fonksiyonel uygunluk öncelikli olarak kalbi besleyen damarların tıkanıklık durumu, ejeksiyon fraksiyonu (EF) ve egzersiz stres test sonuçları ile değerlendirilmektedir.(9) Fonksiyonel faktörlerin işe dönüş üzerine etkisi incelendiğinde hastalığın prognozu ve ağırlığı ile ilişkili birçok faktörün ilişkili olduğu gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada hastalık sonrası gelişen komplikasyonların (kalp yetmezliği) ve eşlik eden komorbiditelerin (diabetes mellitus) işten ayrılma oranlarını artırdığı belirtilmektedir(6). Diğer bir çalışmada ise hastalığın prognozu ile ilişkili olarak non-Q MI geçirme, başlangıçta perkutanöz transluminal anjioplasti uygulanması ve diabetes mellitus tanısının olması uzun dönemde (5 yıl sonrası) işe devam etmeme ile ilişkili olarak bulunmuştur (10). Worcester ve ark. diyabet dışı komorbiditelerin, cerrahi prosedür uygulanmış olguların, başlangıçta göğüs ağrısı semptomu olanların ve uzun süre hastane yatışının işe dönüşte gecikme ile ilişkili olduğunu saptamıştır (11). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan diğer bir çalışmada, bir yıllık izlemde işe devam etmeme ve işten ayrılmanın fonksiyonel nedenleri olarak sık hospitalizasyon, taburculuk sonrası kanama komplikasyonu ve hipertansiyon belirtilmiştir (12). MI ve koroner by-pass cerrahisi (CABG) geçirmiş hastalar işe dönmeme nedenleri açısından karşılaştırıldığında MI hastalarında infarktüs sayısı, göğüs ağrısı varlığı, ek komorbiditeler en önemli nedenleri oluştururken, CABG hastalarında ise göğüs ağrısı, güçsüzlük, düşük egzersiz toleransı en önemli nedenler olarak saptanmıştır (13). Kardiyak rehabilitasyon birçok bileşeni içerebilmektedir ve tek başına egzersiz bazlı kardiyak rehabilitasyonun egzersiz kapasitesini, çalışma hayatı ve tedaviye uyumu artırdığına dair yayınlar mevcuttur (14). Diğer faktörler ile karşılaştırıldığında aslında fonksiyonel durumun işe dönüş üzerindeki etkilerinin daha az olduğu düşünülmektedir. Doktorlar hastaların işe dönüşü ile ilgili kararlarında fonksiyonel durumu esas alırken, hastaların işe dönüş kararı verirken daha çok psikososyal faktörlerden etkilendiğini gösteren çalışmalar da literatürde mevcuttur (15).

İş ile ilişkili faktörler

İş ortamında karşılaşılabilecek tüm tehlikeler kardiyak açıdan risk oluşturma potansiyeli açısından değerlendirilmelidir. Bir kısmı direkt olarak koroner arter hastalığının nedeni olabileceği gibi, hastalığın prognozunu etkileyen potansiyele de sahip olabilirler. İşyerinde kullanılan kimyasallar incelendiğinde solventler, alkol ve aldehydler (metanol, isopropil alkol, aseton), halojenli hidrokarbonlar (flurokarbonlar), me-

taller (kadminyum, kurşun, kobalt, mangan, nikel, lantan, baryum klorid, arsenik) ve çevresel hava kirliliğinin (PM10, PM2,5, NO2) kardiyotoksiteden sorumlu olabileceği belirtilmiştir. Özellikle karbonmonoksit (CO), karbondisülfid, kadminyum, arsenik, aromatik hidrokarbonlarınvasküler yapıyı etkileyerek ateroskleroz ve iskemik kalp hastalıklarına zemin hazırladığı bilinmektedir (16). İşyerindeki fiziksel risklerden gürültü ile ilgili yapılan çalışmalarda özellikle trafik (hava, kara, demiryolu) ile ilişkili maruziyet ile iskemik kalp hastalıkları arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Kara trafiğinde bu ilişkinin daha belirgin olduğu, her 10 dB (L_{DEN}) (L_{DEN} değeri $L_{Aeq,16hr}$ veya $L_{Aeq,24hr}$ değerlerinden hesaplanan, gündüz-akşam-gece düzeyi, A ağırlıklı uzun süreli ortalama ses düzeylerinden elde edilen ve dış çevre gürültülerinin düzeyini gösteren değer) için rölatif riskin 1,08 olduğu hesaplanmıştır (17). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2009 yılında yayımladığı rehberde (Night Noise Guidelines for Europe) ise çalışmalarda 65-70 dB (A) üzerindeki gürültü seviyelerinde iskemik kalp hastalıklarında artış olduğu ve rölatif riskin 1,1-1,5 arasında değiştiği belirtilmektedir (18). Yine fiziksel risklerden titreşimin sempatik tonus atışı, kalp hızında artışa ve kalp hastalıklarına neden olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (19,20).

İş koşulları açısından incelendiğinde vardiyalı çalışma ile kalp hastalığı gelişmesi arasında ilişki bulunmuş, özellikle vardiya sayısı arttıkça (üç vardiya) ve düzensiz vardiyada kolesterol seviyesi ve santral obezite riskinin arttığı gösterilmiştir. Vardiyalı çalışmanın yaşam tarzı faktörleri (uyku düzeni, düzenli beslenme) ile ilişkili olarak kalp hastalıklarına eğilimi artırdığı düşünülmektedir (21).

İşyerinde termal riskler incelendiğinde aşırı sıcak maruz kalım sonrası ısı çarpması ile ilişkili olarak riski arttığı belirtilse de orta derece sıcak maruz kalımlarda ($30.0 \pm 0.9^\circ C$) riskin artmadığına dair yayınlar da mevcuttur (22,23). Soğuk maruz kalımı ise $+20^\circ C$ ve altındaki sıcaklık değerlerinde yapılan çalışmalarda vazokonstriksiyon ve sonucunda artmış myokardiyal iskemi sonucu koroner arter hastalığı riskinde artışı gösteren kanıt düzeyi yüksek çalışmalar literatürde mevcuttur (24,25).

Psikososyal faktörler

İşe dönüşte psikososyal faktörlerin (iş yükü, iş kontrolü, motivasyon, özyeterlilik,) ve psikolojik durumun (depresyon, anksiyete, hastalığa bakış) işe dönüşte önemli faktörler olduğu düşünülmektedir. MI sonrası anksiyete skorlarının yüksek bulunduğu ve anksiyetenin iyileşmede gecikmeyi etkilediği saptanmıştır (26).



Yine kardiyak transplant hastalarında pozitif beklenti tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini artırmaktadır (27). Depresyonun uzun dönem işe dönüşte (6-12 ay) en önemli belirleyicilerden biri olduğu ve depresyon şiddeti arttıkça işe dönüş oranlarının azaldığı bildirilmektedir (28). Bu nedenle depresyonun erken dönemde tespiti ve tedavisinin yapılması ve kardiyak rehabilitasyonun mutlaka multidisipliner olarak planlanması ve fizyolojik destek yanında çalışanlara işe dönüş ile ilgili psikolojik desteğin de sağlanması önerilmektedir (29). Hastaların hastalığı nasıl algıladıkları, genel beklentileri ve özyeterlilik (bir duruma hakim olma yeteneğine inanç) durumlarının da işe dönüşü etkilediği ve işe dönüş sağlansa bile çalışmakta zorlandıkları belirtilmektedir. Bir müdahale çalışmasında MI geçiren olguların hastalık algılarının geliştirilmesi ile 3 ay sonra kontrol grubuna göre kaygı seviyesinde azalma, işe dönüşte belirgin artış, tedaviye ve rehabilitasyona uyum ve daha az hastane başvurusu izlenmiştir (30).

Diğer risklerde olduğu gibi işyerinde de karşılaşılan psikososyal riskler de kardiyak hastalığın direkt ya da dolaylı olarak nedeni olabilir. İş stresinin otonom sinir sistemi aktivasyonu, hipotalamik-hipofiz ve adrenal aks üzerinde etkisi ve kortizol sirkadian ritminde bozulma nedeni ile kalp hastalıklarına neden olduğu belirtilmektedir. 50 yaş altı çalışanlarda bu ilişkinin daha belirgin olduğu ve %32'sinin hormonal nedenler dışında iş stresi kaynaklı davranış bozuklukları ve gelişen metabolik sendrom nedeni geliştiği saptanmıştır (31). Benzer şekilde işyerinde ödül-çaba dengesizliğinin erkeklerde anjina riskini arttırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (32). Daha öncede belirtildiği gibi psikososyal riskler hastalar açısından işe dönüş kararı vermeleri ile ilgili en etkili faktörlerdir. Bu nedenle işe dönüşte mutlaka değerlendirilmesi, patolojilerin saptanması ve rehabilitasyon sürecinde desteklenmesi gerekmektedir (15).

Sosyo-demografik ve ekonomik faktörler

Düşük sosyoekonomik özelliklere sahip olgularda iskemik kalp hastalıkları daha fazla görünmekte ve işe dönüş oranları da azalmaktadır. Özellikle mavi yaka çalışanların istihdam oranları hastalık sonrası azalmaktadır (33). Cinsiyet ve işe dönüş ile ilgili yapılan çalışmaların sonucu çelişkilidir. Bazı çalışmalarda MI sonrası kadın cinsiyetinin işe dönüş oranlarının daha düşük olduğunu gösterilmekle beraber demografik özellikler, iş koşulları ve sağlık durumu açısından kadınların daha dezavantajlı olduğu ve bu değişkenlerin etkisi ortadan kaldırıldığında işe dönüş açısından aslında iki cinsiyet arasında fark olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (34,35). Evli olmanın da işe dönüşü artırdığı gösterilmiştir (35).

MI sonrası işe dönüş sonrası bir yıl sonra gerçekleşen olumsuz değişikliklerin en önemli nedenlerinden biri de düşük yaşam kalitesi ve ilaçları almakta yaşadığı maddi zorluk olarak saptanmıştır (12). Kadınlar arasında yaş ve erkekte mavi yaka olma uzun süreli hastalık nedeni ile izni artırırken, her iki cinsiyet için kendi işinin yöneticisi olması riski azaltmaktadır.

İşe dönüşte kardiyak fonksiyonların değerlendirilmesi

KAH sonrası kardiyak fonksiyonların değerlendirilmesi ile ilgili farklı rehberler ve algoritmalar bulunmaktadır (8,36). Güncel rehberlerde işe dönüş süresi daha da kısaltılmış ve MI sonrası 4 hafta içinde ve perkütanöz işlemlerden (kardiyak stent) sonra 1 hafta içinde asemptomatik ve komplikasyonsuz olguların işe dönebileceği belirtilmiştir (37). Avrupa Kardiyoloji Topluluğu'nun geliştirdiği algoritmada çalışanın kardiyak fonksiyonları ekokardiyografi, egzersiz stres testleri ve kardiyak vasküler yapının durumu değerlendirilerek, dakikadaki metabolik eşdeğer zamanı (MET) değeri hesaplanır (Şekil 1) (36). MET değeri kişinin dakikada yakabileceği en yüksek enerji miktarıdır. Fonksiyonel değerlendirmede MET değeri önemli bir gösterge olarak kullanılmaktadır. Çalışanın işteki ortalama MET değeri de hesaplanarak çalışanın kardiyak fonksiyonlar açısından bu iş için uygun olup olmadığına karar verilir. İş ortamındaki MET değerleri standardize edilmiş meslek tablolarından hesaplanabileceği gibi işyerindeki tüm aktivitelerin tek tek MET değerleri bulunarak zaman ağırlıklı ortalaması alınabilir. Yapılan işler M1, M2...ve bu işlerdeki süreler t1, t2...olarak ele alınırsa çalışanın ortalama MET değeri aşağıdaki formüle göre hesaplanabilir.

$$t1 + M2 \times t2 + \dots + Mx \times tx / (t1 + t2 + \dots + tx)$$

Örneğin şoförlük mesleğinin ortalama MET değeri 1,93 bu tablolarda yer alırken saatte 2 mil sert zemin ve yavaş tempoda yürüme ortalama 2,5 MET olarak hesaplanmaktadır (38,39). Bazı özel meslek grupları ile ilgili çalışmalar mevcut olup, iş sırasında yapılan tüm aktivitelerin farklı MET değerleri mevcuttur. Bahçıvanlarla ilgili yapılan bir çalışmada portable bir kalorimetri izleme cihazı kullanılarak kazma, ot temizleme, budama, toprak karıştırma gibi birçok aktivitenin ayrı ayrı ortalama MET değeri ve standart sapmaları hesaplanmıştır (40). Bazı işler pik egzersizi içermediğinden, özellikle çalışma sırasında koroner olaylardan sonra revaskülarize hastalarda iskemi riski düşüktür. Fakat yapılan bir çalışmada rutinde düşük fiziksel aktiviteli bir işte çalışan zaman zaman ağır yük kaldıran erkeklerde iskemik kalp hastalığı-



nı oranının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (41). Bu nedenle pik egzersiz MET değerlerinin de ortalama MET değerleri gibi göz önünde bulundurulması önerilmektedir. Efor kapasitesini değerlendirmede bisiklet ergometri testi, 6 dakika yürüme testi, merdiven çıkma testi, kardiyopulmoner egzersiz testi gibi testler kullanılabilir. İşe dönüşte efor kapasitesini belirlemede en önemli parametrenin ekokardiyografide sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (EF) olduğu, egzersiz kapasite için de kardiyopulmoner egzersiz testindeki dakika ventilasyonunun değerlendirmenin önemi vurgulanmıştır (8).

Diğer faktörlerin değerlendirilmesi

Fonksiyonel değerlendirme sonrası iş ile ilgili kardiyolojik açıdan risk oluşturabilecek diğer faktörler de değerlendirilerek işe dönüş ile ilgili karar verilir. Sağlığı açısından tehdit olan riskler kontrol altına alındıktan sonra ya da iş ile ilgili bazı değişiklikler yapıldıktan sonra da kardiyak fonksiyonları uygun olan hasta işe dönebilir. Yalnız yapılan bu değerlendirme yukarıda da belirtildiği gibi komplikasyonsuz koroner arter hastalıkları için uygundur. Komplikasyon gelişen olgularda işe dönüş değerlendirmesi komplikasyon (ritm bozukluğu, kalp yetmezliği...) kontrol altına alınıp, tedavisi düzenlendikten sonra yapılmalıdır.

Erken işe dönüş

Çalışmalarda kardiyak olay sonrası en kısa sürede işe dönüş değerlendirmesi ve işe dönüşün sağlanması gerektiği, uzun süreli hastalık izninin işe dönüşü azalttığı belirtilse de erken işe dönüşün de sakıncaları mevcuttur. Yapılan bir çalışmada MI geçiren hastalık izni kullanan ve kullanmayan grup karşılaştırıldığında, izin kullananlarda ciddi koroner olay görülme insidansının iki kat arttığı belirtilmektedir (42). Hasta çalışanların işteki risklere karşı sağlıklı çalışanlara göre daha duyarlı olduğu izlenmiştir. Tam iyileşmeden çalışmaya dönmek veya fonksiyonel olarak uygun olduğu halde çalışma konusunda yetersiz hissetme işyerinde presentizmi de beraberinde getirmektedir (43). Presentizmin sonucu olarak üretimde azalma, iş kazalarında artma ve mevcut hastalığın kötüleşmesi ya da yeni hastalıklar görülmektedir. İşyerinde presentizmin kardiyovasküler hastalıkla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (44).

Klavuzlar ve algoritmalar

Avrupa Kardiyoloji Birliği'nin 2012 yılında yayınladığı algoritmada yapılan kardiyak testler ve revaskülarizasyon durumuna göre çalışanların işyerinde fiziksel aktivitelerinde en fazla hangi ortalama MET değeri için uygun olduğu değerlendirilmektedir. Bu algorithmada sa-

dece kardiyak fonksiyonel değerlendirme mevcut olup, pik MET değerleri ve işe dönüşü etkileyen diğer faktörlerle ilgili bir değerlendirme bulunmamaktadır. (Şekil 1)(36) 2019 yılında Avrupa Kardiyoloji Birliği'nin yayınladığı diğer bir derlemede ise işe dönüşü etkileyen parametreler fonksiyonel, psikososyal, iş ile ilişkili ve bireysel olarak dörde ayrılmıştır (Şekil 2) (8). İşe dönüş değerlendirmesinin rehabilitasyondan sonra yapılması, sadece fonksiyonel parametrelerin değil, diğer üç parametrenin de ayrıntılı ve yapılabilirse nicel yöntemlerle ölçülüp değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Sonucunda çalışma ile ilgili kısıtlama olup olmadığının tespiti, gerekirse eğitim, yeniden rehabilitasyon ya da işe entegrasyon gibi müdahaleler uygulanarak çalışanın işe dönüşünün desteklenmesi önerilmektedir (8).

Rehabilitasyon

Kardiyak rehabilitasyon, kardiyak hastalığı olan hastaların multidisipliner bir sağlık ekibi tarafından optimum fiziksel ve psikososyal sağlığı elde etmek ve sürdürmek için teşvik edildiği ve desteklediği bir süreç olarak tanımlanmıştır.(45) Perkutan koroner girişim sonrası kardiyak rehabilitasyon kılavuzlarda kanıt düzeyi A olarak önerilmektedir.(46) Ayrıca stabil anjina, myokard infarktüs ve koroner arter bypass sonrası da mortalite ve morbiditede iyileşme nedeni ile rehabilitasyon tavsiye edilmektedir.(47) Egzersiz programları, psikolojik müdahaleler, eğitim (diyet) ve tavsiyeler (sigara bırakma) gibi birçok komponenti içerebilir. İşe dönüşte birçok faktörün özellikle de psikososyal faktörlerin önemli olduğu düşünüldüğünde multidisipliner uygulanan rehabilitasyon programının önemi yadsınamaz. Fakat çalışmalar egzersiz bazlı rehabilitasyonun tek başına uygulanmasının bile hayat kalitesinde artış ve aerobik egzersiz kapasitesinde %20-30 arası iyileşmeye neden olduğunu göstermiştir (14,48,49). Gecikmiş kardiyak rehabilitasyonun uzun süreli hastane yatışı, hayat kalitesinde düşüş ve işten ayrılma ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle rehabilitasyonun erken dönemde başlatılması, sonrasında işe dönüş değerlendirmesinin tekrar yapılması ve desteklenmesi önerilmektedir (50).

Sonuç

Koroner arter hastalığı çalışan nüfusta en sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. Ülkemizde emeklilik yaşının ilerleyen yaşlara kayması ile gelecekte daha fazla çalışan iş yaşamında bu hastalıkla karşılaşacağı öngörülmektedir ve bu olguların işe dönüşünün değerlendirilmesi daha da önem kazanacaktır. Koroner arter hastalığı olan çalışanların objektif kriterlere dayanarak değerlendiril-

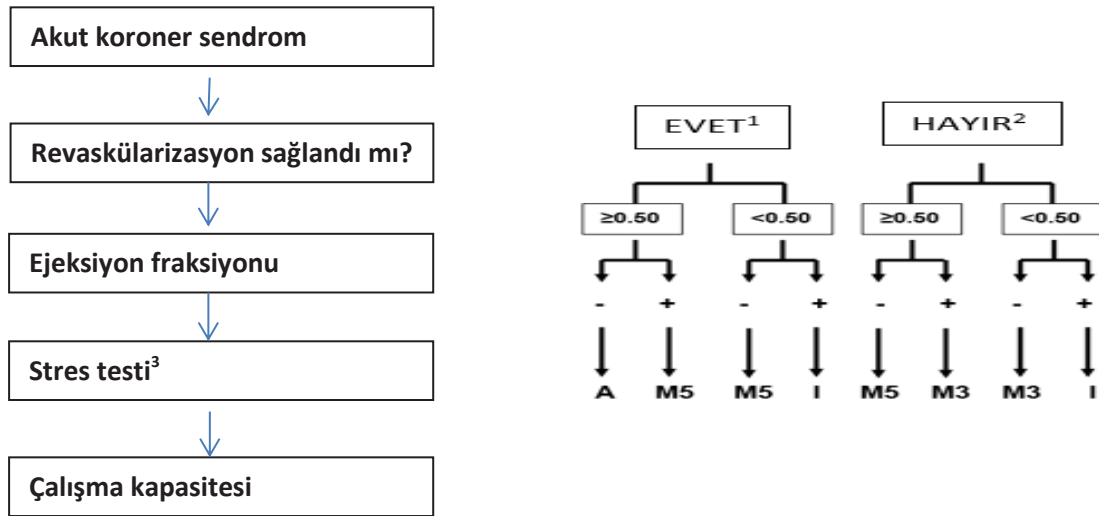
meleri ve işe dönüş kararında bu kriterlerin kullanılması çalışanlar, aileleri ve işveren açısından önemlidir. Ölçütlerin kullanılmaması öznel değerlendirmelere ve belirsizliklere neden olacaktır. Her hastalık sonrası olduğu gibi, koroner arter hastalığı sonrası da işe dönüş değer-

lendirme sürecinin standartizasyonu için araştırmalara ve ülkelere özel rehberlerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmanın ana hatları

Bu çalışmada akut koroner sendrom sonra işe dönüş değerlendirilmesinin nasıl yapılması gerektiği ve dikkat

Şekil 1: Koroner kalp hastalarının işe dönüşlerinin netleştirilmesinde kardiyak değerlendirme için algoritma (36)



edilmesi gereken hususlar özetlenmiştir. Tüm kronik hastalıklar da olduğu gibi akut koroner sendrom sonrası bu değerlendirme sürecinin daha doğru yapılabilmesi için rehberler ve algoritmalar oluşturulması gerektiği vurgulanmıştır.

1-Tamamen ya da klinik olarak anlamlı, perkütan ya da cerrahi

2-Revaskülarizasyon gerçekleşmemiş, suboptimal, klinik ya da anatomik kriterlere uygun değil

3-Semptom sınırlı egzersiz stres testinin negatif olması: klinik olmaması, EKG anormalliklerinin olmaması(ST depresyonu > 1 mm veya ventriküler aritmi) ve >7 MET's ulaşılması

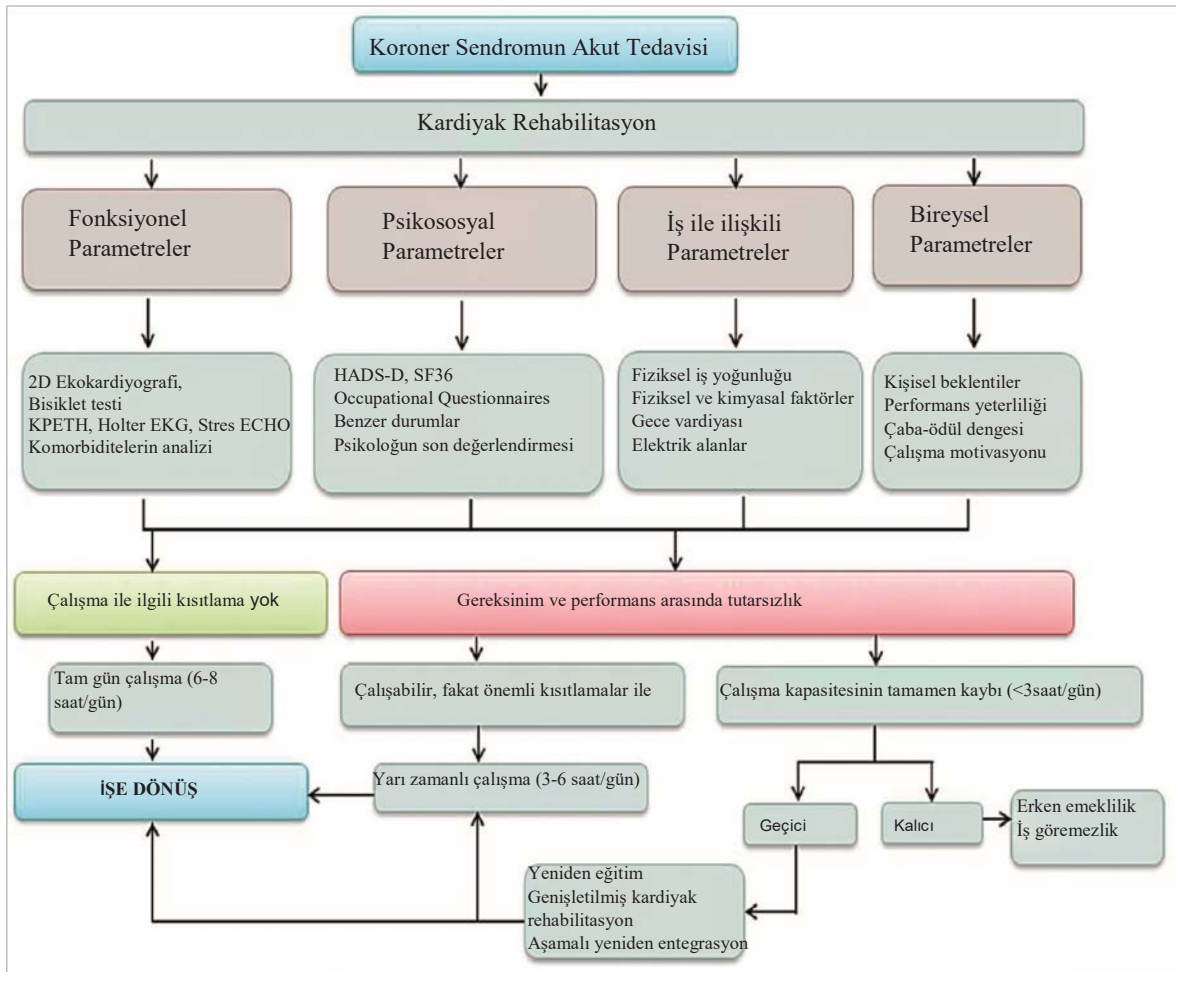
A-Herhangi bir iş için uygun

M5- 5MET skorundan daha az fiziksel aktivite gerektiren işleri yapabilir

M3- 3MET skorundan daha az fiziksel aktivite gerektiren işleri yapabilir

I- Herhangi bir iş için uygun değil

Şekil 2. Akut koroner sendrom hastalarının yeniden entegrasyonu için kardiyak rehabilitasyon uzmanlarının etkileşimi (8)



Kaynaklar

1. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020). Ankara 2015.
2. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri, 2017.
3. TÜİK işgücü İstatistikleri, Ocak 2019.
4. TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2017.
5. Bhattacharyya MR, Perkins-Porras L, Whitehead DL ve ark. 'Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome' Eur Heart J. 2006;28(2):160-5.
6. Smedegaard L, Numé A, Charlot M ve ark. 'Return to Work and Risk of Subsequent Detachment From Employment After Myocardial Infarction: Insights From Danish Nationwide Registries' J Am Heart Assoc. 2017 Oct 4;6(10):e006486.
7. Sahan C, Demiral Y. 'Social and Work-Related Factors on Employment Status of Coronary Heart Disease Patients' J Basic Clin Health Sci. 2020; 1:44-50.
8. Reibis R, Salzwedel A, Abreu A ve ark. 'The importance of return to work: How to achieve optimal reintegration in ACS patients' Eur J Prev Cardiol. Eylül 2019;26(13):1358-69.
9. Alegria-Ezquerro E and Grima A. 'Reporting on coronary patients for return to work: an algorithm' E-Journal of Cardiology Practice. 2012; 10:20.
10. Drory Y, Kravetz S, Koren-Morag N ve ark. 'Resumption and Maintenance of Employment after a First Acute Myocardial Infarction: Sociodemographic, Vocational and Medical Predictors' Cardiology. 2005;103(1):37-43.
11. Worcester MU, Elliott PC, Turner A ve ark. 'Resumption of Work After Acute Coronary Syndrome or Coronary Artery Bypass Graft Surgery' Heart Lung Circ. 2014;23(5):444-53.
12. Warraich HJ, Kaltenbach LA, Fonarow GC ve ark. 'Adverse Change in Employment Status After Acute Myocardial Infarction: Analysis From the TRANS-LATE-ACS Study' Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2018;11:e004528.
13. Mital A, Desai A&Mital A. 'Return to Work After a Coronary Event' Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation. 2004;24:365-373.
14. Korzeniowska-Kubacka I, Bilińska M, Piotrowska D ve ark. 'Impact of exercise-based cardiac rehabilitation on attitude to the therapy, aims in life and professional work in patients after myocardial infarction' Med Pr.



- 2019;70(1):1-7.
15. Mittag O, Kolenda K-D, Nordmann K-J ve ark. 'Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting: patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later' *Soc Sci Med*. 2001;52(9):1441-50.
 16. Curtis D, Klaassen, PhD(2008). 'Casarett and Doull's Toxicology: The Basic Science of Poisons, Seventh Edition' p:718-741. USA, The McGraw-Hill Companies.
 17. Kempen E van, Casas M, Pershagen G ve ark. 'WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review on Environmental Noise and Cardiovascular and Metabolic Effects: A Summary' *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(2).
 18. World Health Organization. 'Night Noise Guidelines for Europe' Copenhagen, Denmark: 2009.
 19. Egan CE, Espie BH, McGrann S ve ark. 'Acute effects of vibration on peripheral blood flow in healthy subjects' *Occup Environ Med*. 1996;53(10):663-9.
 20. Wong A, Figueroa A. 'Effects of whole-body vibration on heart rate variability: acute responses and training adaptations' *Clin Physiol Funct Imaging*. 2019;39(2):115-21.
 21. Nakamura K, Shimai S, Kikuchi S ve ark. 'Shift work and risk factors for coronary heart disease in Japanese blue-collar workers: Serum lipids and anthropometric characteristics' *Occup Med*. 1997;47(3):142-6.
 22. Price AE. 'Heart disease and work' *Heart*. 2004;90(9):1077-84.
 23. Sheldahl LM, Wilke NA, Dougherty S ve ark. 'Cardiac response to combined moderate heat and exercise in men with coronary artery disease' *Am J Cardiol*. Temmuz 1992;70(2):186-91.
 24. Ikäheimo TM. 'Cardiovascular diseases, cold exposure and exercise' *Temp Austin Tex*. 2018;5(2):123-46.
 25. Rodger JC, Railton R, Parekh P ve ark. 'Effect of cold stimulation on myocardial perfusion. An investigation using thallium-201 scintigraphy' *Br Heart J*. 1984;52(1):57-62.
 26. De Jong MJ, Chung ML, Roser LP ve ark. 'A Five-Country Comparison of Anxiety Early after Acute Myocardial Infarction' *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2004;3(2):129-34.
 27. Leedham B, Meyerowitz BE, Muirhead J ve ark. 'Positive expectations predict health after heart transplantation' *Health Psychol*. 1995;14(1):74-9.
 28. Fiabane E. 'Return to work after an acute cardiac event: the role of psychosocial factors' *Prevention and Research*. 2014; 3(4):137-141.
 29. O'Neil A, Sanderson K, Oldenburg B. 'Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence' *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8(1):95.
 30. Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J ve ark. 'Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial' *J Psychosom Res*. 2009;67(1):17-23.
 31. Chandola T, Britton A, Brunner E ve ark. 'Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms?' *Eur Heart J*. 2008;29(5):640-8.
 32. Chandola T. 'Do changes in effort-reward imbalance at work contribute to an explanation of the social gradient in angina?' *Occup Environ Med*. 2005;62(4):223-30.
 33. Holland P, Burström B, Möller I, Whitehead M. 'Socioeconomic inequalities in the employment impact of ischaemic heart disease: a longitudinal record linkage study in Sweden' *Scand J Public Health*. 2009;37(5):450-8.
 34. Brink E, Brändström Y, Cliffordsson C, Herlitz J ve ark. 'Illness consequences after myocardial infarction: problems with physical functioning and return to work' *J Adv Nurs*. 2008;64(6):587-94.
 35. Dreyer RP, Xu X, Zhang W ve ark. 'Return to Work After Acute Myocardial Infarction: Comparison Between Young Women and Men' *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2016;9:S45-52.
 36. Reporting on coronary patients for return to work: an algorithm: European Society of Cardiology; 2012. Erişim adresi: <http://www.escardio.org/Guidelines-&Education/Journals-and-publications/ESC-journals-family/E-journal-of-Cardiology-Practice/Volume-10/Reporting-on-coronary-patients-for-return-to-work-an-algorithm>.
 37. Moshe S, Levy D, Silver H. 'Return to work with heart disease' *Harefuah*. 2007;146(2):113-9, 165.
 38. Singer RH, Stoutenberg M, Gellman MD ve ark. 'Occupational Physical Activity and Body Mass Index: Results from the Hispanic Community Health Study / Study of Latinos' *PLOS ONE*. 2016;11(3):e0152339.
 39. Tudor-Locke C, Ainsworth BE, Washington TL ve ark. 'Assigning metabolic equivalent values to the 2002 census occupational classification system' *J Phys Act Health*. 2011;8(4):581-6.
 40. Park S-A, Lee K-S, Son K-C. 'Determining Exercise Intensities of Gardening Tasks as a Physical Activity Using Metabolic Equivalents in Older Adults' *HortScience*. 2011;46(12):1706-10.
 41. Petersen CB, Eriksen L, Tolstrup JS ve ark. 'Occupational heavy lifting and risk of ischemic heart disease and all-cause mortality' *BMC Public Health*. 2012;12(1):1070.
 42. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE ve ark. 'Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study' *Am J Public Health*. 2005;95(1):98-102.
 43. Järvholm B. 'How should methods for return to work be evaluated?' *Scand J Work Environ Health*. 2012;38(2):89-91.
 44. Kim K, Cho S-I, Paek D. 'Association of discrimination and presenteeism with cardiovascular disease: the Fourth Korean Working Conditions Survey' *Ann Occup Environ Med*. 2019;31:e28.
 45. SIGN(Scottish Intercollegiate Guidelines Network) Executive Royal College of Physicians. SIGN 57 (Cardiac Rehabilitation). <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign57.pdf> http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN57_cardiac_rehab_review.pdf (accessed March 28, 2013).
 46. Levine GN, Bates ER, Blankenship JC ve ark. '2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions' *Circulation*. 2011;124(23):2574-609.
 47. Leon AS, Franklin BA, Costa F ve ark. 'Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease: An American Heart Association Scientific Statement From the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in Collaboration With the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation' *Circulation*. 2005;111(3):369-76.
 48. Heran BS, Chen JM, Ebrahim S ve ark. 'Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease' *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;2016(1):CD001800.
 49. Hamm LF, Wenger NK, Arena R ve ark. 'Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disability: Role in Assessment and Improving Functional Capacity' *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2013;33(1):1-11.
 50. Babić Z, Pavlov M, Oštrić M, Milošević M ve ark. 'Re-initiating professional working activity after myocardial infarction in primary percutaneous coronary intervention networks era' *Int J Occup Med Environ Health*. 2015;28(6):999-1010.

KİTAP TANITIMI



1700'lerde Ramazzini, “De morbis artificum diatriba” adlı kitabında birçok zanaatın icra edenler için adeta ağrı/hastalık kaynağı olduğunu ve zavallı zanaatkârların kendilerinin ve ailelerinin yaşam desteği olarak gördükleri zanaatlarından en kötü hastalıklara yakalandıklarını görerek nankör mesleklerinden nefret ederek öldüklerini” anlatmıştır.

Tarihsel süreçte meslek hastalıklarının başlangıcı insanın doğayı dönüştürmeye yönelik bir faaliyette bulunmaya başladığı zaman olarak tanımlanabilmektedir. Çalışmayı doğayı dönüştürme faaliyeti olarak tanımladıktan sonra çalışma ve toplumsal işbölümü, üretimin organizasyonu üretilen mal ve hizmetlerde uzmanlaşmayı doğurduğu gibi farklı meslekleri ve buna bağlı gelişen meslek hastalıklarını da beraberinde getirmiştir.

Olgularla Meslek Hastalıkları, ülkemizde genç bir uzmanlık alanı olan İş ve Meslek Hastalıkları uzmanları tarafından yazılmış, işçi sağlığı profesyonellerinin şüphelendikleri iş kaynaklı sağlık sorunlarını ele alırken göz atacakları pratik bir rehber olmayı hedeflemiştir. Meslek hastalıkları tanı sürecinin nasıl işlediğini anlatan ilk bölümlerden sonra mevcut meslek hastalıkları listesinin her başlığına ilişkin genel bilgi verilmiş ve her bir meslek hastalığı grubundan en sık karşılaşılanlara ilişkin kısa kısa notlar düşülmüştür. Bu notlar hastalığın/etkilenimin hangi işkollarında görüldüğü, etkenin yarattığı olumsuz sağlık etkileri, klinik tablo, tanısal muayene, tanısal testler, maruzkalım şekli ve değerlendirilmesi, tedavi, meslek hastalıkları listesindeki yeri ve korunma/önlemede izlenecek yol başlıkları altında ele alınmıştır. O etkene/ hastalığa ilişkin birer örnek olgu ile deneyim paylaşımında bulunulmuştur.

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 sayfayı 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 cümlenin 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 “Index 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: Ünütürk Ulutaş Ç. “Evin İç İşyeri: Ev Hizmetleri, Ücretli Emek ve Göçmen Kadın Emegi” içinde: 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.csgeb.gov.tr/csgebPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgeb/dosyalar/i-statistikler/yabanciizin_2011\(15/3/2013\)](http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgeb/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.

