

HASTANELERDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI

Aslı DAVAS*

Özet: Sağlık çalışanları iş kazası ve meslek hastalıkları açısından birçok ülkede en riskli gruplardan biri kabul edilmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, son yıllarda verimliliğin ve kalitenin artırılması, performansa bağlı çalışma, sözleşmeli çalışma, daha az çalışanın daha fazla işi daha hızlı yapması gerekliliği gibi yeni uygulamalarla ağırlaşmıştır. Yapılan araştırmalar bu durumun, sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları, iş kazaları, işe bağlı sağlık sorunlarını, sakatlık ve iş görmezlik durumlarını arttırdığını, yenilerini oluşturduğunu ve çeşitlendirdiğini göstermektedir. Türkiye’de ise sağlık çalışanlarının iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili durum; iş sağlığı güvenliği hizmetlerinin özellikle kamu kurumlarında henüz yeni gelişmeye başlaması, işyeri hekimi ve mühendisi çalıştırma zorunluluğunun ertelenmesi, iş sağlığı ve güvenliği kurullarının olmayışı ya da işlememesi, iş kazaları ve meslek hastalıklarıyla ilgili süreyans sistemlerinin yetersiz olması gibi nedenlerle ihmal edilmiş durumdadır. Sağlık çalışanlarının sendikalarının bu alanda daha fazla sorumluluk alması sağlık çalışanlarının sağlığı için yaşamsal öneme sahiptir.

Anahtar sözcükler: sağlık çalışanlarının sağlığı, iş sağlığı ve güvenliği birimleri, hastane

Health Workers’ Health Services in Hospitals

Abstract: Health workers are recognized in many countries as constituting the most under-risk group in terms of occupational accidents and diseases. Working conditions of health workers have become heavier in recent years with some new approaches and practices including drive to improve quality and efficiency, performance-related work, on-contract employment and increased speed in procedures. Studies conducted suggest that this new state of affairs have made health workers further exposed to occupational diseases, work accidents, profession related health problems and disabilities, bringing along new and more diverse problems. The status of health workers in Turkey with respect to occupational accidents and diseases have long been overlooked due to several reasons including only recent improvements in occupational safety and health services especially in the public sector, postponement of the obligation to employ workplace doctors and engineers, absence of safety and health norms and insufficient systems of surveillance in regard to occupational accidents and diseases. The stance of the unions of health workers in this field and their undertaking of further responsibilities is of crucial importance for the health and well-being of health workers.

Key words: health status of health workers, occupational safety and health sciences, hospital

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) en çok etkilediği kurumsal yapılardan biri de hastanelerdir. Hastaneler, Kamu Hastaneleri Birlikleri haline gelmiş birçok fonksiyonunu özelden hizmet satın alma yoluyla gerçekleştiren, hizmetlerini SGK’ya satarak gelir elde eden, çalışan ve alt yapı giderlerini kendi kazancıyla karşılayan kurumlara dönüşmüşlerdir. Kamu- özel ortaklığıyla yürütülecek entegre sağlık kampüsleriyle, birçok fonksiyonu alt işverene devretmiş, çok büyük fabrika tipi hastaneler de hizmete başlayacaklardır. Bu yeni hastane tiplerinde hem risklerin mekânsal dağılımı değişmiş, hem de örgütsel düzeyde ilişkiler karmaşıklaşmıştır (Soyer, 2011).

Süre giden reformlar nedeniyle sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında önemli değişiklikler olmuştur. Sağlık çalışanlarında güvencesiz ve esnek çalışma artmıştır. Taşeron aracılı çalışma, yarı zamanlı

çalışma, sadece gece çalışma gibi farklı sözleşme biçimleri gündeme gelmiştir. Aynı işyerinde, aynı işi yapan, aynı eğitime ve kıdeme sahip sağlık çalışanları farklı maaşlarla çalıştırılmaya başlanmıştır. Daha önce memur ya da süresiz sözleşmelerle çalışan sağlık çalışanları, yıllık ya da daha kısa süreli sözleşmelerle istihdam edilmeye başlamıştır. Özellikle gider payı artan özel sektörde sosyal güvencesi dahi olmadan çalışan sağlık çalışanları mevcuttur. Hem kamuda hem de özelde, “kazan kazan” felsefesine dayalı olarak uygulamaya konan döner sermayeye ve performansa dayalı hizmet/vaka/işlem başına ödeme biçimleri hem ay içinde belirsiz maaşlarla çalışmaya neden olmuş hem de emeklilik maaşlarını olumsuz etkileyerek gelecek kaygısını arttırmıştır (Soyer, 2006; Etiler, 2012). SES’in 2010’da Sağlıkta Dönüşümün kamu sağlık çalışanlarına etkisinin değerlendirildiği araştırmasında sağlık çalışanlarının %76’sı “son bir yıl içinde işimin daha az güvenceli

*Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

olmaya başladığına inanıyorum.” diye ifade etmiştir (Soyer, 2011). Performansa dayalı ödeme biçimi rekabetçi bir ortam yaratmış, performansa dayalı ödeme alan hekim-hekim arasında rekabete neden olduğu gibi, daha fazla ücret almak için daha fazla işlem yapmaya güdülenmiş hekim ve diğer sağlık çalışanları arasında da ilişkinin zarar görmesine neden olmuştur.

Çalışanların çalışma saatleri artmıştır. SES araştırmasında çalışanların %52’si çalışma saatlerinden, %70’i fazla mesaiden memnun değildir (Soyer, 2011). Performansa bağlı çalışma, sağlık çalışanlarını daha “verimli” olmak adına daha hızlı ve daha fazla çalışmaya zorlamaktadır. Sadece hekim, hemşire, teknisyen gibi doğrudan sağlık hizmeti verenlerin iş yükü artmamış, yeterli mesleki eğitimi olmadan hastanelerde çalışan temizlik görevlileri, hastabakıcılar gibi çalışanların sorumlu olduğu poliklinik vb. gibi hizmet alanlarını arttırmış, biyolojik, kimyasal ve radyasyon gibi tehlikelere daha fazla sunuk kalmalarına neden olmuştur. Hastanelerde uygulanan toplam kalite sistemleri sağlık çalışanları üzerinde baskı aracı olarak kullanılmaya başlamış, tıbbi ve bürokratik işlemleri arttırarak iş yükünde önemli bir artışa neden olmuştur.

Kamuda bütçe kısıtlamaları nedeniyle uygulanan “maliyet etkin” uygulamalar, sağlık çalışanlarının tanı, tedavi tercihlerine ve reçete edilebilen ilaçlarda uygulanan kısıtlamalara neden olmuş mesleki bağımsızlıklarını olumsuz etkilemiştir.

Sağlık çalışanları giderek daha fazla ve daha kompleks teknolojiye dayalı tanı ve tedavi yöntemleriyle çalışmaktadır. Sağlık çalışanları rakabetçi bir ortamda bu teknolojileri yeterli eğitimleri almadan kullanmak zorunda kalmaktadır. Giderek artan oranda kullanılan BT ve MR gibi ileri görüntüleme yöntemleri ve skopi gibi uygulamalar çalışanların sağlık ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Her sene piyasaya sürülen ilaç, dezenfeksiyon malzemesi, anestezi gaz çeşidi artmıştır. Bazılarının sağlık çalışanları için olumlu etkileri olmasına rağmen çoğunun sağlık üzerine etkileri olumsuzdur ya da yeterince çalışılmamıştır (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2014).

Hastane hizmetlerinin ticarileşmesi, sağlığın metalaşması sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişimi bozmuş, hasta-hekim ilişkisi, hasta-tüketici ilişkisine dönmüştür. Sağlık alanında çalışanlara yönelik şiddet hem dünyada birçok ülkenin, hem de Türkiye’nin önemli bir sorunu haline

gelmiştir (SESMYK, 2011). Hastalar SDP ile yürütülen sağlık politikalarının olumsuz tüm sonuçlarıyla ilgili sorunlarını karşılına ilk çıkan sağlık çalışanına yansıtılmaktadır. Sağlık çalışanlarında şiddet sıklığı ülkeden ülkeye değişmektedir ama sağlık personelinin şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörlerinde daha fazla olduğu saptanmıştır. Şiddete en sık hemşireler maruz kalmaktadırlar (Pıçakçıefe, 2014). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı verilerine göre “Beyaz Kod uygulamasına” 1 Haziran 2012 ile 20 Mayıs 2014 tarihleri arasında gelen toplam şiddet başvuru sayısı 20 bin 159’dur. Bu nedenle Türkiye’de iş cinayetleri de gündeme gelmiştir. 2005 yılında bir genel cerrahi profesörü, 2008, 2012 yılında iki hekim çalıştıkları hastanelerde hasta yakınları tarafından öldürülmüşlerdir (TTB Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Grubu, 2014).

SDP eliyle yürütülen piyasalaşma ve özelleştirme politikaları yoğun bir sağlıkçı emek sömürüsüne dayanmaktadır. Çalışma yaşamında süre giden bu değişimler ağır ve tehlikeli kabul edilen hastane çalışanlarının sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Hastane çalışanlarında sık görülen sağlık sorunları ve kazalar

Hastaneler Türkiye dahil birçok ülkede madenler ve inşaat sektörü gibi en tehlikeli çalışma alanlarından kabul edilmektedir. Avrupa Birliği’nin 27 ülkesinde çalışma koşullarıyla ilgili yürütülen araştırmada sağlık ve sosyal hizmetler son 12 ayda işle ilgili sağlık problemlerinin en sık görüldüğü üçüncü sektördür (European Commission Directorate, 2011). 2011’de ABD’de iş kazası nedeniyle işgünü kayıpları 10 000 tam zamanlı çalışan başına 157,5’dir, inşaat (147,5) ve imalat (1181,8) sektörlerinden fazladır. 2003-2011 yılları arasında ABD’de sağlık hizmetlerinde görülen en sık görülen ölümlü iş kazaları trafik (96), şiddet (76), zararlı maddelere maruziyet (37) ve düşme (35) nedeniyledir (OSHA, 2013). TTB tarafından yayınlanan Sağlık Çalışanları için İşçi Sağlığı ve Güvenliği kitabında 2004-2014 yılları arasında 40 sağlık çalışanının, 27’si ambulans kazası olmak üzere mesleki nedenlerle yaşamını kaybettiği bildirilmiştir (TTB Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Grubu, 2014).

Avrupa’da iş kazalarının en sık gerçekleştiği sektörlerden biri sağlıktır. Hasta taşıma, nakil gibi ergonomik riskler en sık kas iskelet sistemi yaralanmalarına neden olmaktadır. Bunu kesici, delici alet yaralanmaları izlemektedir. ABD’de NIOSH’in 2600 hastaneyi kapsayan raporunda sağlık çalışanlarında en sık rastlanan iş kazaları kas, iskelet

sisteminde burkulma ve zorlanmalardır. Türkiye’de yürütülen araştırmalarda hemşirelerde kesici delici alet yaralanmaları ilk sırada yer almaktadır (**Kıran, 2003; Davas, 2005; Özarlan, 2009**). Kamuda iş kazası bildiriminin hala tam olarak başlamaması, zorunluluğunun yakın zamanda gelmesi, çalışanların konuyla ilgili özlük haklarını bilmemeleri, iş yoğunluğu gibi nedenlerle Türkiye’de hastanelerde iş kazalarıyla ilgili sorunun gerçek boyutlarının bilinmemesine yol açmaktadır.

Sağlık çalışanlarında biyolojik riskler önemli bir yer tutmaktadır. ABD’de her yıl sağlık çalışanlarına 400 yeni Hepatit B, 50-150 Hepatit C tanısı konduğu, mesleki enfeksiyonlara bağlı olarak da 17-57 sağlık çalışanının öldüğü tahmin edilmektedir. DSÖ verilerine göre SARS salgınında tüm vakaların %21’i ve ölenlerin %9,6’sı sağlık çalışanıdır (**Sepkowitz, 2005**). Polonya’da 1998-2002 yıllarını kapsayan bir araştırmada 4153 mesleki enfeksiyon hastalığının %63’ünün sağlık çalışanlarına ait olduğu bunların da %33’ünün de hemşirelerde saptandığı gösterilmiştir (**Pepłońska, 2003**). Kanla bulaşan en az 30 hastalık farklı ülkelerde de olsa meslek hastalığı listelerine girmiştir. Bunun yanında tüberküloz, grip, kızamık gibi solunum ve damlacık yoluyla, bit, uyuz gibi temas yoluyla bulaşan hastalıkların sağlık çalışanlarında normal topluma göre daha fazla oranda görüldüğü bilinmektedir. İzmir’de sağlık çalışanları arasında tüberküloz hastalığı riskinin araştırıldığı bir çalışmada, göğüs hastalıkları kliniğinde çalışanların, diğer kliniklerde çalışanlara göre tüberküloz hastalığı riskinin 6,37 kat meslek grupları içinde de hemşirelerin doktorlara göre 2,63 kat daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır (**Kılıncı, 2000**).

Türkiye’de 38 hastanenin enfeksiyon ve mikrobiyoloji birimlerinde yürütülen bir araştırmada 667 çalışanın %5,8’inin laboratuvar kaynaklı brusella hastalığına yakalandığı bildirilmiştir (**Sayın-Kutlu, 2012**). Daha çok Hepatit B, C ve HIV’le anılan biyolojik riskler, küreselleşme nedeniyle hem yeni enfeksiyonların gelişmesi hem de var olanların daha önce görülmediği coğrafyalarda saptanmasıyla daha büyük bir sorun haline gelmiştir. Sadece Kırım Kongo nedeniyle Türkiye’de hekim, hemşire ona yakın sağlık çalışanı hayatını kaybetmiştir, 2012’den beri sürmekte olan kızamık salgınında çoğu araştırma görevlisi olan pek çok sağlık çalışanı kızamığa yakalanmıştır.

Her ne kadar sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları sadece biyolojik risklerle ilişkilymiş gibi

düşünülse de hem kanserlerin hem de kronik hastalıkların topluma göre daha yüksek oranlarda olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Çalışma koşullarının ağırlığı doğrudan işle ilişki olmayan hastalıkların daha erken dönemde ortaya çıkmasına ya da daha ağır seyretmesine neden olmaktadır. NHS konsültan hekimlerinin 1962-1992 yılları arasında ölüm nedenlerinin değerlendirildiği bir araştırmada, malign tümörler, enfeksiyöz parazitler, özellikle diyabet olmak üzere endokrin sistemi, dolaşım sistemi, serebrovasküler, genito üriner sistem, sindirim sistemi, kas iskelet sistemi hastalıkları ile yaralanma ve zehirlenmeler nedeniyle standardize ölüm hızlarının topluma göre anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermişlerdir (**Carpenter, 1997**).

Adi Klein-Kremer ve arkadaşları, İsrail Ulusal Kanser Veritabanınının 1980–2007 arasındaki verilerinden yararlanarak yürüttükleri, 37,789 hekimin (%88.37 Yahudi, %11.63 Arap) dahil olduğu çalışmalarında, Yahudi hekimlerde meme kanseri ve melanomun, Arap hekimlerde de tüm kanserlerin toplumun geneline göre daha yüksek sıklık saptamışlardır (**Adi Klein-Kremer, 2014**).

Radyologlarda lösemi riskinin arttığı epeydir bilinmektedir (**Smith, 1981; Logue, 1986**). Beyin kanseri riskinin patolojilerde artmış olduğunu vurgulayan araştırmalar mevcuttur (**Hall, 1991**). İnhale anesteziğin hem karsinogenik hem de hepatotoksik etkileri literatürde gösterilmiştir (**Cohen, 1980**).

Vardiyalı çalışmayla kardiyovasküler hastalıklar, glukoz ve lipit metabolizması bozuklukları arasında ilişki ortaya konmuştur. Sık vardiya, gastrointestinal yakınmaları arttırmakta, üreme sağlığı sorunlarına neden olmaktadır (**Costa, 2010; Carpenter 1997**). Yakın zamanda yapılan bir araştırmada uzun çalışma saatleri ve gece vardiyasında çalışmanın hemşirelerde menstrüel siklus bozukluklarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (**Lawson, 2014**).

2007 yılında IARC, gece vardiyasında çalışmayı meme kanseriyle olan ilişkisi nedeniyle olası karsinogen olarak sınıflandırmıştır ve kadınlarda meme kanseri riskini arttırdığını yayınlamıştır. Özellikle hemşirelerde benzer sorunu işaret eden araştırmalar mevcuttur (**Megdall, 2005; Lie, 2011, Caruso, 2014**). Son dönem tüm dünyadaki reformlar nedeniyle hemşirelerin genelde çalışma saatleri dolayısıyla gece çalışma saatlerinin arttığı düşünüldüğünde meme kanseri insidansının hemşirelerde

artacağı iddia edilebilir. Kadınlar toplumsal cinsiyete dayalı rolleri nedeniyle evde de çalışmaya devam etmektedir. Uzun çalışma saatlerinin sağlığa olan olumsuz etkileri bu nedenle kadınlarda daha fazla görülmektedir.

Antineoplastikler, gluteraldehit gibi kimyasalların kromozom kırılmalarına neden olduğu, bazı kanserlerle ilişkileri literatürde gösterilmiştir (Türk, 2006). Latex alerjisi sağlık çalışanlarında yaygın bir sorundur.

Sağlık çalışanlarının değişen çalışma koşullarının en önemli etkilerinden biri de iş stresidir. Literatürde sağlık çalışanlarında iş stresinin nedenleri olarak belirtilen işi kaybetmekten korkma, ekonomik güçlükler, aşırı iş yükü, iş kontrolünün olmaması, fazla mesai, çalışma hızı, mesleki bağımsızlık gibi etmenlerin neredeyse tamamı sağlık reformlarının ağırlaştırdığı çalışma koşullarıdır (Toh, 2012; Harry, 2014; Donnelly, 2014; Türk, 2014). Stres; tükenmişliğe neden olmakta, depresyon ve anksiyete sıklığını arttırmakta, alkol, sigara ve madde kullanımında artışa neden olmaktadır. İşyerinde şiddet ve mobingin stresin hem nedeni hem de sonucu olabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Cooper, 2008). Tükenmişlik intiharlara da neden olabilmekte, vardiyalı çalışan hemşirelerin iki kat daha fazla riskli olduğu bildirilmektedir (Pflege, 2014). Türkiye’de hem asistan hekimlerde hem de hemşirelerde tükenmişliğin çok yüksek düzeyde olduğunu ve bunun çalışma koşullarıyla ilişkisini gösteren pek çok araştırma mevcuttur (Dikmen-taş, 2011; Almila, 2007; Altay, 2010; Partlak, 2010). İstanbul’da 2012 yılında hasta şikayeti nedeniyle savunma yazan bir doktor çalıştığı eğitim araştırma hastanesinin altıncı katından atlayarak intihar etmiştir.

Hastanelerde işçi sağlığı uygulamaları

Hastanelerde, çalışanların sağlığıyla ilgili önlemler 20. yüzyılın ikinci yarısında konuşulmaya başlamıştır. İlk uygulamalar, hastanelerdeki iş kazaları ve işe giriş muayeneleri ile ilgili olmuş, örneğin Almanya’da 1956’da iş kazaları alanında bazı önlemler alınmaya başlanmış, işe giriş muayeneleri uygulamaya konmuş; Fransa’da sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yasal güvenceleri 1960-1965’lerde gündeme gelmiştir (Özarlan, 2009).

Sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin oluşturulması 1985 yılında ILO

tarafından önerilmiştir (Özkan, 2006). DSÖ, sağlık çalışanlarıyla ilgili ILO sözleşmeleriyle uyumlu bir şekilde hazırladığı Çalışanların Sağlığı Küresel Eylem Planıyla üye ülkeleri sağlık çalışanlarını korumak için iş sağlığı programları geliştirmeye çağırmıştır (DSÖ, 2007).

Türkiye’de SÇS konusunda ilk çalışmalar, 1989 yılı başında Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi tarafından “Bu bizim sağlığımız” sloganı ile yürütülen çalışmalarla başlatılmıştır. 1990 yılında Ankara Tıp Odası (ATO) Halk Sağlığı Bürosu tarafından hazırlanan “Türkiye İçin İşçi Sağlığı Tezi” çalışanların üretim sürecinde inisiyatif kullanmadıkları, yönetime katılmadıkları sürece koruyucu sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilemeyeceği, hizmetin üretim biriminde örgütlenmesi ve sağlık kurullarının sağlıkçı ile çalışanı buluşturan kurullar olması gerekliliği vurgulanmıştır. Bu ilkeler üzerinden 1992 yılında, Genel-İş Sendikası ve ATO Halk Sağlığı Bürosu “Sağlık Çalışanlarının İş Risklerine Karşı Bilinçlendirilmesi ve Örgütlenme Projesi” başlatılmış ama yaşama geçirilememiştir (Özkan, 2001). Daha sonra 1995 yılında “Hastane Çalışanları İş Sağlığı Yönetmeliği” gündeme gelmiş ama uygulamada çok karşılık bulamamıştır.

Hastanelerde çalışanların sağlık ve güvenliğine yönelik çalışmaları yürütecek bir komitenin gerekliliği TTB ve SES öncülüğünde bir çok mesleki oda ve birlik tarafından düzenlenen Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongreleri’nde ele alınmış, kamu hastanelerinde kurulmasına yönelik pilot çalışmalara başlanmış fakat devam ettirilememiştir (Özkan, 2006).

Türkiye’de hastanelerde işçi sağlığı hizmetleri çok uzun süre sadece özel sektörde 50 işçiden fazla çalışanın olduğu durumlarda zorunlu olmuştur. Kamu çalışanlarının İş Kanunu’na değil, 657’e bağlı olması ve bu kanunda çalışan sağlığıyla ilgili yeterli düzenleme olmaması nedeniyle çoğunluğu kamuda çalışan sağlık çalışanlarının bu hizmetlerden yararlanamamıştır. Sağlık Bakanlığı, uluslararası kalite ve akreditasyon kurumlarıyla çalışmaya başladıktan sonra hasta bakım kalitesinin önemli bir bileşeninin sağlık çalışanının sağlığı olması gerekçeyle kalite rehberlerinde çalışan sağlığı bölümleri yer almaya başlamıştır. Hiçbir uygulama olmaması nedeniyle Bakanlık bu konuda sıkıntıya düşmüş, ilgi göstermeye başlamıştır. Pek çok alanda sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını ağırlaştıran sağlıkta kalite ve akreditasyon süreçleri, çalışan sağlığı ve güvenliğinin pratikte olmasa bile mevzuatta yer almasını sağlamıştır.

Sağlık Bakanlığı ilk kez 2009 yılında yayınladığı "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" ile ilaç güvenliği, iletişim güvenliği, kan transfüzyon güvenliği gibi bir çok konunun yanında altıncı maddede kamu ve özel tüm sağlık kurumlarında çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması, hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınmasını zorunlu kılmıştır. Madde 15'te de çalışanları olası risk ve tehlikelere karşı korumak amacıyla yapılması gerekenler, periyodik muayene, riskli alan belirlenmesi, antineoplastik çalışma ilkeleri, bağışıklama, radyasyonla çalışma ve koruyucularla ilgili sekiz başlıkta özetlenmiştir. Bu tebliğin nasıl, nerede uygulanacağı, finansal kaynağı ve personel alt yapısı belirtilmediğinden, yapılan her bir hizmetin iş kontrol listeleriyle değerlendirildiği kalite uygulamaları nedeniyle hastanelerde çalışan sağlığı uzunca bir süre kağıt üzerinde kalmaya mahkum olmuştur. Bu yönetmelik Türkiye genelinde başarısızlığa uğrasa bile bu alana gönüllü emek koymakta olan sağlıkçıların birkaç sağlık kurumunda da olsa İSGB kurmalarına olanak sağlamıştır.

2011 yılında yayınlanan "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik"te çalışan güvenliğine daha fazla yer verilmiş, çalışan güvenliğiyle ilgili program hazırlanması, beyaz kodun da yer aldığı renkli kod uygulamalarının yapılması, güvenlik raporlama sisteminin kurulması, sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi, hasta çalışan güvenliği komitesi kurulması gibi birçok başlık açık olarak belirtilmiştir. Bu yönetmelikte de işçi sağlığı biriminin kurulma zorunluluğu belirtilmekle beraber nerede, nasıl kurulacağı, kamuda harcamaların hangi kalemden karşılanacağı, kimin görevlendirileceğine ilişkin bilgiler yer almamıştır. Kalite değerlendirmeleri açısından bir yer ve tabela belirlenip, kağıt üzerinde de hekim ve hemşire görevlendirmesiyle sonuçlanmıştır.

2012 yılında çıkarılan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu sadece İş Kanunu'na bağlı olanları değil tüm çalışanları kapsama iddiasıyla çıkmış, kamu ya da tüm işyerlerine işyeri sağlık birimi ve komitesini kurma, işletme, hekim ve mühendis çalıştırma, risk değerlendirmesi, sağlık gözetimi yapma, gerekli koruyucu önlemleri alma, gereğinde işi durdurma gibi oldukça geniş görevler tanımlanmıştır. Özelden işçi sağlığı ve güvenliği hizmeti satın alma yolunun da açık olduğu bu kanunun

işyeri hekimi ve mühendisi çalıştırma zorunluluğuyla ilgili maddeleri kamu çalışanları için 2016'ya ertelenmiş, ama işyeri sağlık ve güvenlik birimi, komitesi kurma, risk değerlendirmesi, çalışanlara işçi sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin verilmesi, sağlık gözetimi bağışıklama vb. kanunda yer alan diğer tüm görevleri yapma zorunluluğu devam etmiştir. Bu kanunun ilgili yönetmeliklerince hastaneler çok tehlikeli sınıfında yer almış, iki senede bir risk değerlendirmesi yapma zorunluluğu getirilmiştir. 6331'e bağlı olarak, biyolojik, kimyasal, risklerle ilgili, radyasyondan korunmaya dair, çalışma ve fazla mesai süreleri, gebe ve emziren kadınların çalışma koşulları vb. birçok yeni yönetmelik çıkarılmıştır. Kamuda, 2016'ya kadar sadece işyeri hekimi ve güvenliği mühendisi çalıştırma zorunluluğunun ertelenmesi, özelden hizmet alımının serbest olması, kurumlarda hali hazırda çalışan hekim ve mühendislerin işveren tarafından görevlendirme yolunun açık olması nedeniyle bir çok kamu hastanesinde işçi sağlığı ve güvenliği birimleri bir gecede oluşturulmuş, görevlendirilen sağlık çalışanları gerekli altyapı ve olanaklar sağlanmadan hizmet sunmaya başlamışlardır.

Son olarak 6 Ağustos 2013'te Sağlık Hizmet Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik yayınlanarak Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. Bu yönetmelik çalışan sağlığıyla ilgili tüm gereklilikleri Hastane Kalite Standartları (HKS) Rehberi'ndeki oldukça az sayıdaki maddeyle sınırlandırmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın bu alandaki yegane görevinin kural koyma ve denetleme olduğuna vurgu yapan HKS bu alandaki tüm yükümlülükleri hastane başhekimliklerine devretmiştir.

Hastanelerde İşçi Sağlığı ve Güvenliğiyle ilgili sorunlar

Genel olarak birimler yönetimin bu konudaki ilgi ve bilgi eksikliği, yeter sayıda personelin istihdam edilmemesi, yer ve donanım yokluğu, çalışanların katılımının sağlanmaması gibi nedenlerle işçi sağlığını geliştirici neredeyse hiçbir önlemi alamamaktadır. Birimler işlevlerinin çok azını yerine getirebilmekte, yapısal bazı çözümler getirilmedikçe de sağlık çalışanlarının sağlığına katkı sağlayamayacak durumdadır. Bu hizmetlerin çalışma ortamını tanımayan bir OSGB'den satın alınması da hizmet sunumunu güçleştirmektedir. Aşağıda hastanelerde İSG hizmetleriyle ilgili bazı sorunlu başlıklar ele alınacaktır.

İstihdam Farklılıkları

Temizlik işçileri, 4-B çalışanları, 657'ye, 2547'ye bağlı çalışanlar, stajyer hemşire ve hekimler hepsi aynı hastanede çalışmalarına, üst işverenleri aynı olmalarına rağmen istihdam tipleri farklıdır. Bu çalışanların İSG hizmetlerinden üst işveren sorumlu olmasına rağmen farklı birimlerden hizmet almaları söz konusudur. Bu çok başlılık hastane risklerin tanımlanmasını dolayısıyla hizmet sunumu farklılaştırmakta, niteliğini düşürmektedir. Aynı hastanede çalışan temizlik çalışanlarının bağlı olduğu taşeron firma risk grupları tebliğine göre az tehlikeli grupta yer alırken, hemşire, hekim diğer sağlık çalışanları çok tehlikeli grupta yer almaktadır. Bu firmanın çalıştırmak zorunda olduğu iş yeri hekimi, hemşire, mühendis sayısını belirlemede, risk değerlendirmesi, sağlık gözetimi için ayrılması gerekli zamanı azaltmaktadır. Temizlik çalışanları sıklıkla iş tanımları dışında çalıştırıldıkları, iş güvencelerinin yokluğu nedeniyle itiraz edememeleri nedeniyle en ağır işleri yapmakta ama İSG hizmetlerinden en az oranda yararlanmaktadırlar. 2014 yılında İstanbul Üniversitesi'nde taşeron işçisi bir temizlik çalışanı kanalizasyon taşmasına bağlı laboratuvar temizliği sırasında edindiği enfeksiyon nedeniyle yaşamını yitirmiştir (**TTB Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Grubu, 2014**).

657, 2547'ye bağlı çalışanlar ile stajyer öğrencilerin işveren tarafından ödenen iş kazası meslek hastalıkları primleri yoktur. Son dönemde intörn hekimlerin primleri bazı hastanelerde ödenmeye başlanmakla birlikte hemşirelik öğrencileri ikinci sınıftan, tıp öğrencileri de dördüncü sınıftan itibaren hastanelerde çalışmaya başlamaktadır. Stajyerler mesleki deneyimsizlik, çalışan sağlığıyla ilgili eğitim eksiklikleri, çalıştıkları ortamın sürekli değişmesi gibi nedenlerle mesleki olarak önemli bir risk grubundadır. Ama İSG hizmetlerinden yararlanmamaktadırlar.

Tüm çalışanların risk grubu teke indirilmeli, tek bir birimden İSG hizmeti alması sağlanmalıdır. İşveren ve alt işverenlerin en azından işçi sağlığı ve güvenliği kurulları ortaklaştırılmalı, kurullara her bir sözleşme tipinden, her bir sendikadan, öğrenciler de dahil olmak üzere temsilci eklenmelidir.

Çalışanların ve Hizmetlerinin Finansmanı

İSG hizmetleri için bütçeden hiçbir kalem ayrılmamıştır. Başhekimliklerin döner sermaye bütçelerinden karşılaması gerekmekte ama Maliye Bakanlığı buna olanak sağlayan gerekli

düzenlemeleri yapmamıştır. İşe giriş muayeneleri, işi girişte ya da iş kazası sonrası işverenin yaptırmaması gereken tahlil ve tetkikler için bir bütçe tanımlanmamıştır. Bu nedenle bazı hastaneler bu hizmetlerin bedellerini döner sermayeden karşılamakta bir çoğuyorsa çalışanın GSS'si üzerinden yaptırmakta dolayısıyla her durumda çalışanlar cepten ödeme yapmaktadır. Bütçeden İSG hizmetleri için ödenek ayrılması, Maliye tarafından ödeme usullerinin tanımlanması sorunun çözülmesi açısından en öncelikli sorunlardan biridir.

Kamuda işyeri hekimi ve iş güvenliği mühendisi istihdam etme zorunluluğu yoktur. Ama işveren 6331'de işçi sağlığı ve güvenliğiyle ilgili tüm sorumluluklarını yerine getirmek zorundadır. Bunun için kamuda hekim ve mühendisler ek bir iş olarak bu birimlerde görevlendirmektedir. Maliye ek görevlendirme ödemelerini tanımlamadığı için bu hizmetler karşılıksız sunulmaktadır. Buna rağmen 6331'de işyeri hekimi ve iş güvenliği mühendisinin birçok yasal sorumluluğu olmasına ve yerine getirmediği durumlarda işverenin rücu hakkı olmasına rağmen görevlendirmeler yapılmaktadır. Hastaneler farklı büyüklüktedir. Şu anki durumda 4000 kişilik bir hastaneye de 150 kişilik hastaneye de görevlendirilen hekim ve mühendis sayısı eşittir. Bu konuda hiçbir denetim yapılmamakta, ama iş kazası ortaya çıktığında hizmet sunumundaki aksaklıklar denetlenmekte ve Çalışma Bakanlığı tarafından ceza kesilmektedir.

Risk değerlendirilmesi

Risk değerlendirilmeleri iki yılda bir yapılmakta, çalışanların katılımı sağlanmamaktadır. Aynı hastanenin taşeron çalışanları için risk değerlendirmesinin üç, diğer çalışanlar içinse iki yılda bir yapılması gerekmektedir. Üst ve alt işverenin çok başlı hizmet sunumu, çalışanlar için eşit olmayan, mükerrer ve etkin olmayan hizmete neden olmaktadır. Belirlenen risklerin düzeltilmesiyle ilgili Birim'in yaptırımı yoktur, yasa olarak da zorlayıcılık sınırlıdır. Sürekli maliyet etkin çalışmaya çalışan, bütçe sorunları yaşayan hastanelerde belirlenen risklerin giderilmesi için de ayrı bir kaynak ve işgücü gerekmektedir.

Eğitimler

6331'e bağlı olarak çok tehlikeli işyerleri için çalışanlara her yıl 16 saatlik işçi sağlığı ve güvenliği eğitimi zorunluluğu getirilmiştir. Bu eğitimlerin çalışma süreleri içinde yapılması öngörülmüştür. Hastanede çalışan sayılarının fazlalığı, yedeksiz çalışma nedeniyle işyerinden ayrılma zorluğu bu eğitimlerin verilmesini güçleştirmekte, niteliğini

düşürmektedir. Hizmetlerin dışarıdan satın alınması, çalışma ortamını tanımayan kişilerin uygun olmayan eğitimler vermesine neden olmaktadır.

İşe uygunluk değerlendirmeleri, iş kazaları, mesleki risklerin bildirim

Hastaneler hiyerarşik yapılardır, profesörler, hekimler, hemşireler, teknisyenler, temizlik çalışanları arasında hem dikey hem de yatay hiyerarşi vardır. Hastanelerde hemen hemen her zaman çalışan eksikliği olması, hastalık, gebelik vb. durumlarda yedeklemenin yapılamaması mesleki riskler nedeniyle de olsa yer değişikliğini zorlaştırmaktadır.

2012'den itibaren kurulması zorunlu olan İSGB'lerinin temel işlevlerinden biri iş kazası ve meslek hastalığı kayıdır. Gelecek risklerin önlenmesinde, risk değerlendirmesinin de önemli bir parçası olarak bu kayıtların yaşamsal önemi vardır. Yukarıda belirtildiği gibi etkinleştirilmemiş İSGB sonucu olarak sağlık çalışanlarının meslek hastalığı ve iş kazası başvuru, bildirim ve kayıt oranları çok düşüktür. SGK'nın 2012 verilerine göre iş kazası bildirimini 131, meslek hastalığı tanısı ile kayıt altına alınan sağlık çalışanı sayısı ise sadece 5'tir (**TTB Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Grubu, 2014**).

Sendikaların rolü

6331 sayılı kanun ve ilişkili yönetmeliklerine göre çalışan temsilcisi tanımlanmış, Yetkili sendika temsilcilerinin çalışan temsilcisi olabileceği bildirilmiştir. Çalışan temsilcilerinin tüm işçi sağlığı güvenliği kurul toplantılarına, risk değerlendirmesinde tüm birim ziyaretlerine ve rapor yazımına katılabileceği, işçi sağlığı ve güvenliği kuruluna sorunları yazılı olarak aktarabileceği belirtilmiştir. Kurullara katılabilecek çalışan temsilcisi sadece bir kişi olarak tanımlanmıştır. Türkiye'de binin üzerinde çalışan olan pek çok hastane mevcuttur. Çalışan temsilcilerinin sorunlarını ortaklaştırabileceği ayrı bir komite ve toplantı düzenlemesi de tanımlanmamıştır. Bu nedenle işçi sağlığı ve güvenliği kurullarında çalışanların daha fazla sayıda temsil edilmesi, sadece yetkili sendika değil, tüm sendika temsilcilerinin katılabilmesi için yasal girişimlerde bulunulmalıdır.

Sendikalar bu alanda hızla örgütlenmeli, hastanelerinde işçi sağlığı birimlerinin kurulması, çalıştırılmasında etkin roller almalı, hizmetlerin takipçisi olmalı ve İSG kurullarına katılmalıdır. Hastanelerde işyeri düzeyinde çalışma koşulları ve bozulan sağlık ilişkisini görünür kılanın yegane yolu bu olacaktır.

Sonuç olarak, sağlık reformları hastanelerde çalışma koşullarını ağırlaştırmış, sağlık çalışanlarının sağlığını da olumsuz etkilemiştir. Son yıllarda kalite uygulamalarının bir parçası olarak hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği birimleri kurulması ve faaliyet göstermeye başlaması olumlu bir gelişme olmakla birlikte işlevsiz durumdadır. Sağlık çalışanlarının kendilerinin ve sendikalarının daha fazla sorumluluk alması sağlık çalışanının sağlığı için yaşamsal öneme sahiptir.

Kaynaklar

- Adi-Klein-Kremer, A., Liphshitz, MA., Haklai, Z., Linn, S., Barchana M** (2014) *Cancer incidence among physicians in Israel*, *Isr Med Assoc J*, 16 (7):412-7.
- Altay, B., Gönener, D., Demirkıran, C.** (2010) *Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteginin Etkisi*, *Fırat Tıp Dergisi*;15 (1): 10-16.
- Almula, E., Aybala, S., Şeref, G.** (2007) *Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumunu ve depresyonla ilişkisi* *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8 (4):241-247.
- Aksan, DA., Tanık, FA.** (2009) *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelere Yönelik İş Kazası Kayıt Sisteminin Geliştirilmesi, Uygulanması ve İzlenmesi*. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 33: 32-41.
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health** (2014) *Radiation Emissions from Computed Tomography: A Review of the Risk of Cancer and Guidelines* Erişim Tarihi 04/01/2015 http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/makale/sistematik_derleme.pdf.
- Carpenter, LM., Swerdlow, AJ., Fear, NT.** (1997) *Mortality of Doctors in Different Specialties: Findings From a Cohort of 20000 NHS Hospital Consultants*. *Occup Environ Med* 54 (6):388-95
- Caruso, CC.** (2014) *Negative Impacts of Shiftwork and Long Work Hours*. *Rehabil Nurs*. 39 (1):16-25. doi: 10.1002/rnj.107. Epub 2013 Jun 18.
- Cohen, EN., Gift, HC., Brown, BW., Greenfield, W., Wu, ML., Jones, TW., et al.** (1980) *Occupational Disease in Dentistry and Chronic Exposure to Trace Anesthetic Gases*. *JAm Dent Assoc*;101:21-31.
- Cooper, CL., Swanson, N.** (2008) *Workplace Violence in The Health Sector* Erişim Tarihi: 05/01/2015 http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf.
- Costa, G., Haus, E. Stevens, R.** (2010). *Shift work and cancer – considerations on rationale mechanisms, and epidemiology*. *Scand J Work Environ Health* 36: 163-79.
- Dikmentaş, E., Top, M., Ergin, G.** (2011) *Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi* *Türkiye Psikiyatri Dergisi* 22 Erişim Tarihi 04/01/2015 <http://www.turkpsikiyatri.com/Data/UnpublishedArticles/2aa66u.pdf>.
- Donnelly, T.** (2014) *Stress Among Nurses Working in An Acute Hospital in Ireland*. *Br J Nurs*. Jul 10-23;23 (13):746-50. doi: 10.12968/bjon.2014.23.13.746.
- Ergönül, Ö., Çelikbaş, A., Tezeren, D., Güvener, E., Dokuzoğuz, B.** (2004) *Analysis of risk factors for laboratory-acquired brucella infections*. *J Hosp Infect*. 56: 223-227.
- Eriksson, M., Hardell, L., Malke, H., Weiner, J.** (1998). *Increased Cancer Incidence in Physicians, Dentists, and Health Care Workers*. *Oncol Rep* 5: 1413-18.

- Etiler, N.** (2011) Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerine Etkileri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Ekim, Kasım, Aralık: 15-22.*
- European Commission Directorate,** (2011) Occupational health and safety risks in the healthcare sector Luxembourg: Publications Office of the European Union, Erişim Tarihi 04/01/2015 http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/INSHT%20en%20Europa/destacados_Documentacion/Ficheros/GuiaUE%20SectorSanitario%202011.en.Pdf.
- Hall, A., Harrington, JM., Aw, TC.** (1991) Mortality study of British pathologists. *Am J Ind Med* 20:83-9.
- Harry, E.** (2014) Stress and The Healthcare Worker. As Complicated or As Simple As Fear and Hope *J Med Pract Manage.* 30 (1):28-30.
- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik.** (2011) *Resmî Gazete Sayı: 27897, 6 Nisan 2011.*
- Kılınç, O., Uçan, ES., Çakan, A., et al.** (2000) İzmir'de Sağlık Çalışanları Arasında Tüberküloz Hastalığı Riski: Tüberküloz Meslek Hastalığı Olarak Kabul Edilebilir mi? *Toraks Dergisi 1 (1): 19-24.*
- Kıran, S.** (2003) Sağlık Çalışanlarında Mesleki Etkenlerle Karşılaşma Düzeyleri. ve Hastalık-Yakınma İlişkinin Değerlendirilmesi. Doktora. İzmir: 9 Eylül Üniversitesi.
- Lawson, C., Johnson, C., Chavarro, J., Lividoti Hibert, E., Whelan, E., Rocheleau, C., Grajewski, B., Schernhammer, E., Rich-Edwards, J.** (2014) Shift Work, Long Working Hours, and Physical Labour in Relation To Menstrual Function: the Nurses' Health Study 3. *Occup Environ Med. Jun;71 Suppl 1:A13.*
- Lie, JA., Kjuus, H., Zienolddiny, S., Haugen, A., Stevens, RG., Kjarheim, K.** (2011) Night Work and Breast Cancer Risk Among Norwegian Nurses: Assessment By Different Exposure Metrics. *Am J Epidemiol* 173: 1272-9.
- Logue, JN., Barrick, MK., Jessup, GL.** (1986) Mortality of Radiologists and Pathologists in the Radiation Registry of Physicians. *J Occup Med;28:91-9.*
- Mahoney, MM.** (2010) Shift Work, Jet Lag, And Female Reproduction. *Int J Endocrinol* 2010: 813764.
- Malker, H., Weiner, J.** (1998) Increased cancer incidence in physicians, dentists, and health care workers. *Oncol Rep* 5: 1413-18
- Megdal, SP., Kroenke, CH., Laden, F., Pukkala, E., Schernhammer, ES.** (2005) Night work and Breast Cancer Risk: a Systematic Review and Meta-analysis. *Eur J Cancer; 41: 2023-32*
- OSHA,** (2013), Facts About Hospital Worker Safety Erişim Tarihi: 4/01/2015 https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.2_Factbook_508.pdf.
- Özarslan A.** (2009) Ankara'da Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde İş Kazası Sıklığı Yüksek Lisans Tezi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kazaların Demografisi ve Epidemiyolojisi Anabilim Dalı.
- Özkan, Ö.** (2001) Sağlık Çalışanlarının Sağlığı/Güvenliği için İşyeri Örgütlenme Birimi, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı. 2. Ulusal Kongre Kitabı .Ankara.. s50
- Özkan, Ö., Emiroğlu, ON.** (2006) Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 10 (3): 43-50.
- Partlak Günüşen, N., Üstün, B.** (2010) Türkiye'de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi *DEUHYO ED* 2010, 3 (1), 40-52.
- Peplonska, B., Szeszenia-Dabrowska, N.** (2003) Epidemiologic analysis of infectious diseases identified as occupational diseases in Poland in the years 1998-2002 *Med Pr.* 54 (6):521-8.
- Pflege Z.** (2014) Shift Work Increases Suicide Risk. Physically Demanding Work Also Has Negative Consequences - Nurses Are Doubly Affected *67 (9):518.*
- Pıçakçefe, M.** (2014), Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Sıklığı, Hasuder Türkiye Sağlık Raporu.
- Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ.** (2009) *Resmî Gazete sayı: 27214. 29 Nisan 2009.*
- Sayın-Kutlu, S., Kutlu, M., Ergonul, O., Akalin, S., Guven, T., Demiroglu, YZ., Acicbe, O., Akova, M.** (2012) Laboratory-acquired Brucellosis in Turkey. *J Hosp Infect.* 80 (4):326-30.
- Sepkowitz, K., Eisenberg, L.** (2005) Occupational Deaths among Healthcare Workers Emerging Infectious Diseases *11 (7): 1003-1008.*
- SES MYK** (2011) Rapor Sağlık Alanında Şiddet . *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Ekim, Kasım, Aralık: 2-11.*
- Smith, PG., Doll R.** (1981) Mortality From Cancer and All Causes Among British Radiologists. *Br J Radiol* 54:187-94.
- Soyer, A.** (2011) "Sağlıkta Dönüşüm" ve Kamu Sağlık Çalışanları. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Ekim, Kasım, Aralık: 12-14.*
- Soyer, A.** (2006) Ata Soyer: Sağlıkta Dönüşüm ve Sağlık Çalışanları.
- Spurgeon A, Harrington J, Cooper CL,** (1997) Health and Safety Problems Associated with Long Working Hours: A Review Of The Current Position. *Occupational and Environmental Medicine* 54:367-375.
- Toh, SG., Ang, E., Devi, MK.** (2012) Systematic Review On The Relationship Between The Nursing Shortage and Job Satisfaction, Stress and Burnout Levels Among Nurses in Oncology/Haematology Settings. *Int J Evid Based Healthc.* 10 (2):126-41
- TTB Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu,** (2014), editör: Oğan H Sağlık Çalışanları için İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kitabı, Ankara .
- Turk, M., Davas, A., Tanik, FA., Montgomery, AJ** (2014) Organizational Stressors, Work-Family Interface and the Role Of Gender in the Hospital: Experiences from Turkey. *Br J Health Psychol.* 2014 May;19 (2):442-58. doi: 10.1111/bjhp.12041. Epub 2013 Mar 28.
- Türk, M., Çiçeklioğlu, M., Davas, A., Saçaklıoğlu, F.** (2006) Antineoplastiklerle Çalışan Hemşirelerde Maruziyetin Değerlendirilmesi. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi.* 28: 41-48.
- WHO,** (2007) Workers' Health: Global Plan Of Action Sixtyeth World Health Assembly Erişim Tarihi: 05/01/2015. http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf.