

ÇOK ÇALIŞMAK SAĞLIĞA ÇOK ZARARLIDIR

DR. HASAN OĞAN



İSTANBUL
TABİP ODASI

DR. HASAN OĞAN

1983 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu, mesleğini pratisyen hekim olarak sürdürmektedir.

1983 – 1987 yılları arasında mecburi ve askerlik hizmetlerini tamamlayarak 1987 – 2013 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğünde, 2013 – 2015 yılları arasında ise yine İstanbul Büyükşehir Belediyesi İş Sağlığı ve Güvenliği Müdürlüğünde görev yaptı. 2015 yılında İstanbul Büyükşehir Belediyesinden emekli oldu. Halen özel sektörde işyeri hekimi olarak görev yapmaktadır.

Kamusal görevinin yanısıra 2002 – 2004 / 2008 – 2012 yılları arasında İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulunda görev aldı ve birçok kez TTB Merkez Delegesi oldu.

Büyükşehir belediyesi çalışmaları sırasında edindiği bilgilerden hareketle 1996 yılında “Gıda, İnsan Sağlığı ve Yasal Mevzuat” kitabını yayınladı.

2008 yılında Şiddete Karşı Sıfır Tolerans Çalışma Grubu, 2010 yılında Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu ve 2013 yılında Kişisel Sağlık Verileri Çalışma Grubunu oluşturdu. Uzun süreler bu çalışma gruplarının genel koordinatörlüğünü yürüttü.

2011 yılında, 2008 yılından itibaren yürüttüğü İTO özel Hekimlik Komisyonu çalışmaları kapsamında TTB Özel Hekimlik Kolunu oluşturdu. 2013 – 2015 ve 2017 – 2019 yıllarında TTB ÖH Kolu Başkanlığı yaptı.

Çalışma grupları ve kol kapsamında birçok kongre ve toplantı organizasyonu yaparak, gerçekleşen etkinliklerin raporlarını yazdı. Ayrıca “Anestezi Çalışanları Mesleki Risk Değerlendirme-2014” ve “Acil Klinik Ortamında Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği-2015” rapor çalışmalarını yürüttü, raporladı.

Sağlık çalışanlarının sağlığına yönelik 4. Baskısı yapılan “Şiddetle Başa Çıkmak” ve “Sağlık Çalışanlarında İş Kazası ve Meslek Hastalıklarına Yaklaşım” yayınları da bulunmaktadır.

Çok çalışmak sağlığa çok zararlıdır

Dr. Hasan Oğan

Birinci Baskı
Kasım 2020, İstanbul

ISBN: 978-605-9665-59-9

Baskı ve Cilt
Ceylan Matbaa
Maltepe Mah Davutpaşa Cad.
Güven İş Merkezi No:83/317-318-319
Zeytinburnu-İstanbul
Tel: 0 212 613 1079

İstanbul Tabip Odası
Türkocağı Cd. No:9, Cağaloğlu, İstanbul
Tel: 0212 514 02 92

Çok çalışmak sağlığa çok zararlıdır*

Dr. Hasan Oğan



** Annie Th baud-Mony n, "alışmak Sağlığa Zararlıdır" adlı kitabının isminden esinlenilmiştir.*



İÇİNDEKİLER

Çalışma	11
Esnek çalışma	27
Çalışma süresi.....	33
Uzun çalışma saatleri	39
Vardiya / nöbet.....	51
Denetim.....	75
İşkoliklik	81
Uyku / uykusuzluk / yorgunluk.....	85
Stres / depresyon	95
Tükenmişlik / intihar	103
Çalışamama / iş göremezlik	125
Sağlıklı işyeri	129
Kaynaklar.....	133



ÖNSÖZ

Sağlık hizmeti biz hekimler açısından oldukça zorluklar içeren bir çalışma alanı. İnsan ve toplum sağlığını ilgilendirdiği için yoğun emek, fedakarlık, dikkat ve özen gerektirmektedir. Sağlık hizmetinin önemi ve hekimlik mesleğinin etik değerleri hekimlere ciddi sorumluluklar yüklemektedir. Covid-19 pandemi süreci, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının ne kadar önemli olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur. Hekimlerin tüm bu sorumlulukları yerine getirebilmesi için kendi sağlıklarının ve güvenliklerinin tam olması gereklidir.

Son yıllarda sağlığın metalaşması ile birlikte hekimler serbest meslek erbabı olmaktan çıkarak çalışan durumuna gelmişlerdir. Hekimlerin çalışma koşulları da olumsuz yönde değişime uğramıştır. Artık sağlık hizmeti sermaye tarafından belirlenmekte ve kontrol edilmektedir. Bu değişimler hekimleri çok daha fazla çalışmaya, sorumluluk ve risk almaya zorlamaktadır. Kamuda ve özel sağlık sektöründe hekimler kurlsız, esnek ve çok çalışmayla karşı karşıyadır.

Hekimler kendileri açısından birçok gerekçe ile çok çalışmak isteyebilirler. Ancak ister çalışma koşullarının dayatması, isterse de hekimin kendi isteği ile olsun çok çalışmanın karşılığında ağır bedeller ödeneceği bilinmelidir.

Uzun çalışma saatlerine bağlı olarak bir yandan hekimin sağlığı ve güvenliği olumsuz yönde etkilenirken diğer yandan bu durumdan hekimin kendisi ile birlikte yakınlarının ve hastalarının da etkilenmesi kaçınılmazdır.

“Çok Çalışma Sağlığı Çok Zararlıdır” başlığı altında hazırlanan bu kitapta konu birçok açıdan irdelenerek nedenler ve sonuçları ortaya konmaktadır. Çözümüne yönelik önerilerin neredeyse hiç yer alması, öncelikle sorunun varlığının, nedenlerinin kabul edilmesinin gerekliliği düşüncesine dayanmaktadır. Sorunun varlığı kabul edildiğinde, çözüm isteği ve iradesi oluştuğunda, çözüm kendiliğinden ortaya çıkacaktır.

Umarız, “Çok Çalışmak Sağlığı Çok Zararlıdır” kitabı çalışma hayatımızı yeniden değerlendirme ve düzenleme açısından yararlı olur.

Sağlıklı ve güvenli çalışma dileği ile...

Prof. Dr. Pınar Saip

İstanbul Tabip Odası Başkanı



MERHABA

Hekimler, hangi konumda olurlarsa olsun mesleklerini icra ederken çalışma hayatına ilişkin tüm tehlike ve risklerin dışında kalamazlar. Tıp eğitiminden itibaren geldikleri her noktada, hekimlik mesleğinin kendine özgü sorunlarını yaşamış ve yaşamaktadırlar.

Neoliberal politikalar ve küreselleşmeyle birlikte hekimlerin ve örgütlerinin sağlık alanındaki egemenlikleri sona ererken, sağlık hizmetinin belirleyicileri artık; uluslararası sağlık sermayesi, sağlık teknolojisi üreticileri, ilaç sanayi, bilişim teknolojileri üreticileri ve siyasi iktidarlardır. Süreçte, Uluslararası ve ulusal sağlık sermayesi daha örgütlü ve güçlü hale gelirken, özel ve kamusal sağlık hizmeti üzerindeki otoriter ve denetleyici baskıları artmıştır.

Bu değişime paralel olarak hekimler serbest meslek sahibi olma özelliklerini giderek kaybetmekte, sağlık sermayesine bağlı “ücretli çalışan” durumuna gelmektedir. Hekimlerin, özlük ve demokratik hakları yok edilirken, çalışma koşulları her geçen gün kötüleşmektedir. Hekimler, giderek daha az ücrete, daha fazla sorumluluk almaya ve daha fazla çalışmaya zorlanmaktadır.

Sağlık hizmeti, kendine özgü koşulları ve içerdiği riskler nedeniyle tehlikeli ve çok tehlikeli işler kapsamındadır. Tehlike ve riskler nedeniyle çalışmanın, sağlığa zararlı olduğu ise bilinen bir gerçekliktir. Ancak hekimler çoğu kez, çalışma koşullarına bağlı yaşadıkları sağlık sorunlarına ve hastalıklara yeteri kadar duyarlı olmamış ya da olamamışlardır. Oysa çalışma koşullarının sağlık üzerine olumsuz etkileri

bazen yaşamı tehdit edici, bazen de yaşamın sona ermesine yol açabilmektedir.

Hekimlik mesleği ve hekimler genel çalışma sisteminin dışında değerlendirilemez. Çalışma hayatına ilişkin yaşanan tüm sorunlar, gerçekler hekimler içinde geçerlidir. Hatta hekimler meslekleri gereği bazı sorunları diğer çalışanlardan çok daha fazla, ağır yaşamaktadır. Bu nedenle de yazıda genel kavramlara ve sorunlara değinerek, hekimlerin yaşadıkları ortaya konmaya çalışılmıştır. Vurgulanmak istenen, olağan çalışma düzenine ek, daha çok çalışmaya bağlı olarak mevcut tehlike ve risklerin katlanarak arttığı ve bu durumdan hekimlerin daha çok zarar gördüğü, göreceğidir.

Bu noktada; yenedünya düzeninde çalışan hekimlerin ve onları temsil eden örgütlerin çalışma sağlığı ve güvenliği konusunda geçmişte ne yaptıklarından çok, şu anda ne yaptıkları ve ne yapacakları, eskisinden çok daha fazla önemli hale gelmiştir.

Çok çalışmadan da, yaşam sürdürülebilir.

Saygılarımla.

Dr. Hasan Oğan

ÇALIŞMA



İnsanlığın ve çalışmanın tarihsel süreçleri birbirleri ile paralellik arz ederken insanların iyi olma halleri yani sağlıkları açısından çalışma aktiviteleri oldukça önemlidir. Tarihsel süreç içerisinde çalışma kavramı ekonomik gelişmelerle birlikte toplumların değerleri, normları ve inançları tarafından belirlenmiştir. Birçok değişime uğrayan çalışmanın geleceği açısından önceden kestirimlerde bulunmak, net ve dar bir tanım içerisine sıkıştırmak oldukça zordur.

İnsan var olmak ya da yaşamak adına sürekli çalışmaktadır. Çalışmak, insan yaşamının devamı için bir zorunluluk oluştururken, fiziksel ve zihinsel bir çaba içeren temel, dinamik, insani ve de amaçlı bir eylemdir.

Çalışma, bireyin bedensel ve düşünsel çabası ile gelir elde etme aracı olarak değerlendirilebileceği gibi, toplumsal alanda statü ve saygınlık elde etmenin de vazgeçilmez unsurudur. Harcanabilir gelir elde etmek açısından, çalışmak zorunludur. Bunların yanı sıra çalışmak insanın psikolojik ve sosyolojik durumu açısından da önemlidir. Bu kapsamda bireyin çalışma eylemi/etkinliği, kendisine çok yönlü fayda

sağlayan bir içeriğe sahiptir ve gelir elde etmenin çok ilerisinde bir kavramdır. Bazı toplumlarda, kesimlerde başarının tanımı, göstergesi gelir ve tüketim düzeyleri ile ölçülmektedir. Böyle bir sosyal yapı içerisinde çalışanın çok başarılı olması adına çok çalışması gerekebilir. Burada değer yargıları, bir çalışma/çalışandan çok, bir tüketme/tüketicinin değer yargılarına dönüşmüştür.

Çalışma yalnızca bireyin maddi ve sosyal kazanımlar elde etmesinin yanı sıra toplumsal bir yapı içinde var olmanın gerekliliği, aynı zamanda da yaşadığı topluma ve insanlığa karşı üstlendiği bir yükümlülüktür. Bu kapsamda ise çalışma bireyin toplum ve insanlık içinde üretim ya da hizmette bulunması olarak da görülmektedir.

Çalışma ücretli ya da ücretsiz olsun çalışan için genel olarak tehlike ve risk içerir. Bunların yanı sıra çalışan kendisine ait bir zamanı, bedensel ve zihinsel gücü çalışmaya ayırmak zorundadır. Çalışan ne kadar çok çalışır ise zorluklarla da o kadar çok karşılaşacaktır. Çalışanın kendine zaman ayırması, dinlenmesi ne kadar keyif verici ise çalışma o kişiye, o kadar acı verebilir. Bu nedenle çalışma zor, meşakkatli ve ıstıraplıdır. Bu olumsuzluklara rağmen kazanımlar ve zorunluluklar çalışmayı katlanılabilir, sürdürülebilir bir aktivite haline getirir. Çoğu kez çalışan daha fazla çalışma yeteneği olsa dahi çalışmasını belirli bir düzeyde tutabilir, bazen de azaltabilir. Genel olarak çalışanlar başta ekonomik şartlar olmak üzere bazı nedenlerle zorlanmadıkça istediğinden fazla çalışmak istemez. Ayrıca çalışanlar, hayatta kalmak için her zaman çok uzun saatler çalışmak zorunda değildir. Ancak çalışan kendisi için belirlediği yaşam standardını sağlamak, sürdürmek ve amaçlarını gerçekleştirmek için gerekenden daha çok çalışmak durumunda kalabilir. Çalışanın böylesi durumlarda yaşamının temel yapısını, yaşam tarzını, dinlenmelerini, sosyal ilişkilerini belirleyenin genelde çalışma talebinin olduğunu bilmesi gereklidir. Uzun çalışma saatleri tercih edildiğinde yaşamın diğer alanları için gerekli olan zamanının azalması kaçınılmazdır.

Gerçek çalışma kavramı Sanayi Devrimi ile ortaya çıkarken daha önce çalışanların büyük çoğunluğu köle, esir veya serflerden oluşmaktaydı. Üst sınıflar; asiller, aristokratlar, feodal veya otokrat yöneticiler

köle, esir veya serflerin gerçekleştirdiği gibi bir çalışma içerisinde değillerdi. Sanayi Devrimi ile ortaya çıkan dönemde de burjuvazinin bir çalışan -işçi- olmadığı açık ve nettir.

Tarih boyunca düşünsel alanın dışındaki özellikle fiziksel çalışmaya karşı aşağılayıcı, olumsuz bir tutum söz konusu olmuştur. Köleci toplumda ayrıcalıklı sınıflar çalışma eylemini kölelere özgü değersiz bir uğraş olarak değerlendirirken, sanayi toplumunda da özellikle bedensel çalışanlara karşı uzun bir süre bu düşünce varlığını korumuştur. Toplumlardaki ayrıcalıklı sınıfların bedensel çalışma ve çalışanlara karşı bu aşağılayıcı yaklaşımı az ya da çok hala sürdürülmektedir. Toplumların bazı kesimlerince kirli, kötü işler olarak tanımlanan, benimsenen birçok çalışma alanı vardır. Bu tür işler genellikle insan bedeninin veya onların ürünleri ile ilgili işlerdir. Çöp toplamak, yatan hasta bakımı, genel tuvaletlerin temizliği gibi işler kötü ve kirli işler olarak tanımlanır. Toplumların seçkinleri tarafından bu tür işlerde çalışanlar (azınlıklar, göçmenler) yaygın olarak aşağılanır. Ancak işin türü ne olursa olsun günümüz insanı için çalışmak artık tüketebilmek ve daha da önemlisi toplumsal hayatta var olabilmek için bir gerekliliktir. Bir şey ortaya koymak, oluşturmak, yapmak için düşünsel ve bedensel emek harcamak olan çalışmak, artık üretim sürecinin bir aşamasıdır ve bütünlüklü insani bir eylemdir. Çalışma, değişen toplum yapısında bir tercih değil, yaşamsal faaliyetleri sürdürmek adına bir zorunluluktur.

Toplumların çalışma üzerinden yapılanması, yani çalışmanın yaşamda var olmanın temel koşullarından biri haline gelmesi, çalışmayı bir hak olarak karşımıza çıkarmaktadır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun ve Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) kabul ettiği sözleşmeler ve tavsiye kararları çalışmanın hak olarak tanımlanmasına önemli katkılar sağlamış ve sosyal devletin gelişim süreci içerisinde çalışma hakkı, kendisinden daha fazla sosyo-ekonomik hakkın kullanımına temel oluşturan bir niteliğe sahip olmuştur.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 10 Aralık 1948 tarihli ve 217 A (III) sayılı kararı çalışma hayatına ilişkin olarak aşağıda hakları

açık olarak belirmiştir.

Buna göre (Madde 23);

1. Herkesin çalışma, işini özgürce seçme, adil ve elverişli koşullarda çalışma ve işsizliğe karşı korunma hakkı vardır.

2. Herkesin, herhangi bir ayırım gözetilmeksizin, eşit iş için, eşit ücret hakkı vardır.

3. Çalışan herkesin, kendisi ve ailesi için insan onuruna yaraşır bir yaşam sağlayacak düzeyde, adil ve elverişli ücretlendirilmeye hakkı vardır; bu, gerekirse, başka toplumsal korunma yollarıyla desteklenmelidir.

4. Herkesin, çıkarını korumak için sendika kurma ya da sendikaya üye olma hakkı vardır.

Bu kapsamda Madde 24; “Herkesin, dinlenme ve boş zaman hakkı vardır; bu, iş saatlerinin makul ölçüde sınırlandırılması ve belirli aralıklarla ücretli tatil yapma hakkını da kapsar” tümcesi çalışmanın yanı sıra dinlenme hakkının da altını çizer.

1965 yılında yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesi’nin birinci bölümündeki “Herkesin, özgürce edinebildiği bir işle yaşamını sağlama fırsatı olacaktır” ve “Tüm çalışanların adil çalışma koşullarına sahip olma hakkı vardır” ve T.C. Anayasası “Madde 49; Çalışma, herkesin hakkı ve ödevidir. Devlet, çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları korumak, çalışmayı desteklemek ve işsizliği önlemeye elverişli ekonomik bir ortam yaratmak için gerekli tedbirleri alır.” tümceleri çalışma hakkını açık olarak belirler.

Çalışanların bu hakkı, onların yaşam hakları ile doğrudan bağlantılıdır. Yaşam hakkının var olabilmesi, ancak çalışma hakkı ile birlikte var olacaktır. Çalışma hakkının ortadan kalkması ile birlikte çalışanın yaşam hakkı, dolaylı da olsa ortadan kalkacak, zora girecektir.

Günümüzde küreselleşme çalışma hayatında yeni bir dönüşüm başlatmıştır. Çalışmayı kâr ve verimlilik temelinde yeniden organi-

ze ederken istihdamda kurlsızlaştırma ve esnekleştirme yaklaşımı benimsenmiştir. Globalleşmenin bir ürünü olan sağlıkta dönüşüm programları, toplumun ve sağlık sisteminin gereksinimlerinden değil bizzat global sağlık sermayesinin ekonomik ve ideolojik isteklerine bağlı olarak başlatılmış ve sürdürülmektedir.

Globalleşmeye bağlı yeni nesil çalışma modellerinin temeli, kurlışlaştırma üzerine kuruludur. İştihadam ilişkilerinin giderek bireyselleştirilmesi, bireysel ücret politikaları, esnekleşen çalışma hayatı ile iřęc bir girdaba sürüklenmektedir. Globalleşmenin emeği ucuzlatmak ve çalışanların örgütlenmesini engellemek, bireyselleştirmek adına oluşturduğu birçok esnek çalışma modeli olsa da, bu çalışma modelleri sürekli değişkenlik göstermektedir. Sürecini tamamlayan modeller kaldırılarak yerine yeni modeller hızla eklenmektedir. Bu nedenle kurlışlaştırma, sermayenin vazgeçemeyeceği bir (kural) drumdur.

Küresel ve toplumsal bağlamda emeğin ve sosyal devlet anlayışının zayıfladığı günümüz koşullarında emeğin sermaye karşısında güçsüzleştirilmesi, beraberinde işsizliği, dışlanmayı, çalışma koşullarında kötüleşmeyi, sendikacılık hareketinde zayıflamayı ve ideolojik-siyasal parçalanmayı getirmektedir. Son 30 yılda kapitalist üretim ilişkilerinde yaşanan dönüşümler, sistemin hem merkez ülkelerinde, hem de vre ülkelerinde ücretlerin genel seviyesinde ki düşüşler, çalışma koşullarının gerilemesini ve emeğin örgütsüz hale gelmesine yol açmıştır.

Bu kapsamda büyük bir güce ulaşan global sağlık sermayesi, hekimlik mesleğinin tarihsel birikimini ve bu birikimden doğan haklarını yok etme eğilimindedir. Elde edilen tüm kazanımlar tasfiye edilirken, güvencesizleştirme sürecinde işsizliğin “hekimlerin kendi eksikliklerinden kaynaklanan bir sorun” olduğuna vurgu yapılmaktadır. İçinde bulunduğumuz süreçte hekimler “yarınlarının ne olacağını bilmeden yaşayan insan grupları” haline gelmiştir.

Hekimin cretli istihdamı ile hekimin emek gücü (bedensel ve zihinsel çalışma kapasitesi) metalaştırılmıştır. Hekimler bireysel çalışma kapasitelerini satarken işverenlerde bunu satın almaktadır. İşveren

hekime çalışması (emeği) karşılığında yaşamını sürdürmesi için gereken bedeli ödeyerek hekimin ürettiği tüm değerin sahibi olmaktadır. Burada hekimin, emeğinin insan sağlığı açısından yarattığı faydanın (hastanın sağlığındaki iyileşme) karşılığını belirlemek bazı durumlarda (hayat kurtarma) neredeyse olanaksızdır. Bu fayda, sağlık sermayesi için bulunmaz bir durumdur.

Hekimlerin yeni çalışma düzeninin dışında kalmaları dşnlenmez ve her çalışan gibi onlar da günümüzde prekaryalaşarak, esnek ve güvencesiz koşullarda çalışır duruma gelmiştir. Geçmiş dönemlerde emeğine ve zamanına daha fazla egemen olan hekimler, süreç içerisinde bu yöndeki egemenliklerini kaybederek işverenin denetimi altına girmişlerdir. Çalışma kavramı kapsamında başkaları için çalışanların, zgr olduklarını söylemek ise oldukça zordur.

Muayenehaneleri dışında ücretli çalışan tüm hekimlerin, gerek kamuda gerekse özel sağlık sektöründe çalışma koşulları evrensel yasalar ve sözleşmelerle korunsa da, çalışma koşullarını belirleyen genelde hekimler değil, işverenleridir. Öyle ki, işverenler bu egemenliklerini, hekimlerin sosyal yapılarına ve mesleki özerkliğine dahi hükmeder hale getirmiştir. Bu durum, hekimin mesleğini gereği gibi uygulamasına izin vermez ve süreç içerisinde hekim mesleğinden, etik değerlerden giderek uzaklaşır.

Ücretli çalışmada hekimlik mesleği ile hastalar arasına sağlık sermayesi girmiştir. Hekim retim araçlarının ve hizmet unsurlarının sahibi olmamakla birlikte bu unsurların kendi başlarına başaramayacağı bir değer üretimi gerçekleştirir. Hekimin çalışarak yarattığı bu değer ile aldığı ücret arasındaki önemli fark bulunmaktadır. Bu sağlık sermayesi tarafından el konulan değerdir ve alınabilir, satılabilir, dönüştürülebilir hale getirilerek sermayeleşir. Bu noktada hekimlerin çalışması sadece hekim emek gücü ile işveren arasında eşit olmayan bir ilişki değildir. Hekimler ile sağlık sermayesi arasındaki ilişki bir gücü ilişkisinden çok daha fazlasıdır.

Dünya Sağlık rgtnn (DSÖ) şubat 2019 tarihinde yayınladığı rapora göre, dünyada sağlık hizmeti harcamaları yılda 7,3 trilyon doları bulmuştur. Mevcut rakam ve sağlık harcamalarının her

geçen yıl artış gösterecek olması küreselleşen sağlık sermaye çevrelerinin beklentisini yükseltmektedir. Toplumların sağlık hizmeti gereksinimi; sağlık endüstrisi ve ilişkide olduğu tüm sermaye grupları açısından trilyon dolarlık devasa bir sektör oluşturma aracı olmuş durumdadır. Türkiye’de özel sağlık sektöründeki sermaye artışı, zincir hastane sayılarının artışı ve uluslararası sermaye ortaklıklarında hekimlerin emek gücünün katkısı kesinlikle yadsınamaz.

Çalışma hakkı ile birlikte anılan iş; çalışanın işgücünü, emeğini bir ücret karşılığında, bir işverene, işveren tarafından belirlenen çalışma kuralları çerçevesinde, sunması ya da kiralaması şeklinde ortaya çıkmıştır. İşin özünde çalışanın iradesine yönelik bir zorunluluk, bağlayıcılık vardır ve bu durum, bireyin serbest, bağımsız hareketini ortadan kaldırır. İş kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için, “çalışma” ve “iş” arasındaki farkın ortaya konması gerekir. İş, insanların geçimlerini sağlamalarının bir yoludur. İşin sonucunda ortaya çıkan şeyler tüketilmek için verilir, bunun yanında çalışma insanların hayatlarında kullanacakları mal ve hizmetler yaratır. İş, amaçlı bir dizi eylemliliği ve bunun için geçirilen süreyi kapsar. Bu eylemlilik çoğu kez, zorunluluk, bağlayıcılık, disipline olma, örgütsel normlara dayanma gibi biçimsel bir yapılanma üzerinde gelişir. Günümüzde iş, artık kişi için bir kimlik niteliğinde olup bireyin toplumsal ve ekonomik vatan-daşlığa kabul edilmesi anlamına da gelmektedir.

Çalışma açısından iş ve işsizlik kavramları hep birlikte var olmuştur. Çalışan açısından işin kendisi kadar işsizlik de bir o kadar önemlidir. İşsizlik, işin hep yanında var olan bir gölge gibidir. İLO işsizliği, kısa referans dönemi boyunca çalışmamış fakat çalışmaya hazır ve aktif olarak iş arayan kimseler olarak tanımlamaktadır. Ancak işsizlik kavramı bundan çok daha fazlasını ifade eder. İşsizlik sadece bir ekonomik kayıp değildir. Çünkü işsizlik bireyde ekonomik olduğu kadar, toplumsal, duygusal ve ruhsal örselenmelere de yol açmaktadır. İşsizlik, çalışmamanın ötesinde bireyde somatik sağlık sorunlarına yol açarken aynı zamanda bireyin kendisinde değer ve anlam kaybına da uğramak demektir. Birey kendisine olan saygısını yitirebilir. İş arama süreçleri olumsuz sonuçlanan ve işsiz olan bir birey, kendini toplum içerisinde fazlalık olarak görebilir.

Sermaye birikiminde kuralların değişmesi, kuralıslılığın hakimiyeti günümüzde işsizlik ya da sürekli işsizlik korkusunu artırmaktadır. İşsiz kalma kaygısı ile sağlık sermayesi karşısında mücadele ve müzakerelere gücünü kaybeden hekimler, hayatta kalabilmek adına her geçen gün daha fazla çalışma ve sömürü koşullarına boyun eğme durumu ile karşı karşıyadır.

Akıl ve beden sağlığında pek çok olumsuzluğa yol açabilen işsizlik, kişinin mutluluk düzeyini düşürmekte yaşamdan alınan doyumunu azaltmakta, ekonomik güvensizliğe, endişe ve duygusal dengesizliğe yol açmaktadır. Özellikle bu dengesizlik, depresyon, kaygı ve diğer insanlara yönelik düşmanca tutumlar, öfkeye, paranoya ya da somatik belirtilere dönüşebilmektedir. İşsizlik bireyin toplumdaki yerini sarsarken, düzenli ve öngörülebilir bir gelecek kurmasını engeller. Bu süreç bireyle birlikte aynı zamanda aile içerisinde bir sorun kaynağı olarak yaşam kalitesinin düşmesine, ailevi sorunlara da yol açabilecektir.

Bu nedenlerle sosyal devlet anlayışı içinde çalışma hakkı, ücretli çalışma ve iş; uluslararası ve ulusal çok sayıda mevzuatta somutlaşmıştır.

Bunlar arasında  ne  ıkanlar;

- Yeterli istihdam olanaklarının yaratılması,
- İşgücüne eğitim ve nitelik kazandırılması,
- İş arayanlar ile işgücü arayanların buluşturulması,
- İş yaşamında, iş güvencesi ve koruyucu şartların sağlanması,
- İş yaşamında, belirli bir gelir güvencesinin sağlanması,
-  cretlilere  rg tlenme hakkının kazandırılması,
- İşsizlik karşısında koruma,
- İşgücünü sosyal risklere karşı korumadır.

Bu uygulamalar kapsamında çalışan emeğini özgürce kullanarak, seçebileceği iş ve işverenle işini rahat ve özgürce yapabilmelidir. Çalışanlar hakları, gereksinimleri, istekleri olan insanlardır ve çalışma yaşamının düzenlenmesinde sermaye ve emek arasında dengeli, adil

ilişkilerin kurulmasını sağlayan bir zemin yaratılmalıdır. Ancak temelde çalışma koşullarını belirleyen ve çalışmayı kontrol edecek, değerlendirecek olan her daim işverendir. Hekimin her yaptığı işlem gelişen teknolojik uygulamalarla bilgisayar ortamında kayıt altına alınırken, tümüyle kontrol sermayededir. Kontrol altında olmak, istediğini yapamamak hekimin yaratıcılığı ve mesleği üzerine olumsuz yönde yansımaktadır.

Çalışanlar açısından karşılaşılabilecekleri en ciddi sorun iş kazaları, meslek hastalıkları ya da geçerli olmayan herhangi bir nedenle işlerini kaybetmek, işsiz kalmaktır. Bu nedenle iş hukukunun en önemli konularından ve amaçlarından biri de çalışanın iş sözleşmesinin devamlılığını güvence altına almaktır. Bu kapsamda 4857 sayılı İş Kanunu'nun 18. maddesi (feshin geçerli sebebe dayandırılması) düzenlenmiştir. Bu madde çalışanın iş güvencesini korumak adına işverene fesih için geçerli, haklı bir neden göstermesini ve Madde 19'da fesih bildiriminin yazılı olarak yapılmasını, metinde fesih nedeninin açık ve kesin bir şekilde belirtilmesini zorunlu kılmıştır.

Çalışan açısından iş ve işsizlik kavramlarının yanı sıra güvencesizlik kavramı da çok önemli bir anlam taşır. Güvencesizlik, çalışanda belirsizlik düşüncesine dayalı olarak işini kaybetme kaygısı doğuran durumu kapsar. İşini kaybetme riskine ilişkin algılama ve işsizlik kaygısı iş güvencesizliğinin önemli unsurlarıdır. İşsizlik kaygısı, çalışanın her an işsiz kalabileceği korkusundan kaynaklanır. Çalışanlarda işsizlikle ilgili önceki yaşanmışlıklar ve tanıklıklar kaygıyı, korkuyu artırır ve pekiştirir.

Güvencesizliğin önemli unsurlarından biri de belirsizliktir. Belirsizlik çalışanın yaşamı ve geleceğine yönelik kontrolünü, bu yöndeki duygu ve düşüncelerini azaltırken, çaresizlik duygularını da artırmaktadır. Belirsizlik yaşayan çalışanın geleceği ile ilgili ne yazık ki çoğu zaman bir planı yoktur. Güvencesizlik içindeki birey, işsizlik kaygısını azaltmak ve işi ile birlikte kaybedeceği ücret başta olmak üzere diğer sosyal ve psikolojik kayıplarını tazmin etmek amacıyla yeni iş arama davranışı, düşüncesi içerisine girecektir.

Güvencesizliğin diğer önemli bir unsuru ise algılanan tehdittir.

İşin sürekliliği ile ilgili yapılan olumsuz düzenlemeler, uygulamalar ve sonuçları çalışan tarafından kendisine yönelik bir tehdit olarak algılanır. Gelir düzeyindeki olumsuz gelişmeler, çalışma yerinin değiştirilmesi, hak ve yetkilerinin kısıtlanması tehdit olarak algılanırken paralelinde ortaya çıkan kaygı duygusu giderek artar. Kaygı duymaya başlamak, işi kaybetme öncesi yaşanan bir durumdur.

Globalleşme ve Sağlıkta Dönüşüm Programına bağlı olarak Türkiye’de kontrolsüz ve niteliksiz bir şekilde hekim sayısı giderek artmaktadır. Bu artış doğal olarak hekimlerin çalışma hayatına doğrudan yansımaktadır. YÖK verilerine göre 2019 yılı tıp fakültesi kontenjan sayısı 15.050’dir. Sağlık Bakanlığı’nın 2018 yılı verilerine göre toplam hekim sayısı 153.128’dir. Sağlık Bakanı Koca’nın 1 Ocak 2020 tarihli açıklamasına göre ise bu sayı iki yılda ortalama 5.733 artarak 164.594 olmuştur. Her yıl ortalama 5.733 hekimin çalışma hayatına katılması hekimler arası rekabeti ve güvence açısından kaygıyı artırmaktadır. Çalışma koşullarındaki bu genel değişim tüm hekimlerde geçicilik ve güvencesizlik durumunu yaratırken, hekimlerin çalışma koşul ve ortamına olumsuz etki etmesi kaçınılmazdır.

Çalışan, işini kaybedeceğine ilişkin algılama durumunda iken kendisi ile ilgili verilecek olan karara yönelik tahminler yürütür ve yeni bir iş arayıp aramama konusunda kararsızlıklar yaşar. Yapabileceği bir şeyin olmadığından hareketle umut ile umutsuzluk arasında karışık duygu ve düşünceler içindedir. Algılanan güvencesizliğin ya da öznel iş güvencesizliğinin psikolojik sıkıntılara ve somatik sağlık sorunlarına daha fazla neden olduğu belirtilmiştir. Algılanan güvencesizlik, aynı zamanda iş stresine neden olan faktörlerden biri olarak da kabul edilmektedir. İş güvencesizliği ile karşı karşıya olan hekimin yaşamı üzerinde planlama ve kontrol olanağını kaybetmesi, gerilimi artırır. Gelecek ile ilgili belirsizlik, işini kaybetmenin getirdiği kişisel ve ekonomik sorunlar, işini kaybetme kaygısı, hekimin iş yükü ile başa çıkma kapasitesini azaltırken daha iyi koşullar için harekete geçmesini de engeller.

Ekonomik kriz, rekabet koşulları, toplumsal işsizlik çalışanların sadece işleri ile ilgili değil, gelecekleriyle ilgili de kaygılara yol açarken

işyerinin satılması, şirket birleşmeleri, yeniden yapılanma, konkordato ve iflas durumları çalışanlarda güvencesizlik duygusunun artmasına neden olmaktadır. Son yıllarda özel hekimlik alanında çok sayıda hekim bu deneyimleri yaşamıştır. Her kriz dönemi sonrasında işsizliğin, yarı zamanlı istihdamın ve kayıt dışılığın artması kaçınılmaz olgulardır. Kapanan özel sağlık kurumları sonucu hekimler hak ettikleri emeklerinin karşılığını alamamış ve işsiz kalmışlardır.

Güvencesiz bir iş ortamında çalışanlarda özellikle de işine son verileceği kaygısını yüksek oranda yaşayan çalışanlarda işe bağlılık ve iş doyumunda azalma yaşanmakta, düşük iş yükü durumlarında dahi iş stresi artmaktadır. Öyle ki yapılan araştırmalarda birey üzerinde iş güvencesizliğinin işsizlikten daha fazla olumsuz etkilere yol açtığı saptanmıştır.

Güvencesizlik, çalışanlarda uykusuzluk, baş dönmesi, kalp çarpıntısı, suçluluk duygusu, üzüntü, depresyon, korku, kızgınlık, kaygı gibi psikolojik ve somatik sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Araştırmalar bu durumdaki bireylerin özgüvenlerinin de daha düşük olduğu saptamıştır. Güvencesizliğin aile içinde huzursuzluğa neden olduğu ve eşler arasındaki ilişkiyi olumsuz etkilediği, boşanma oranlarının artması ve boşanma nedenleri arasında geçim sıkıntısı ve işsizliğin önemli bir yer teşkil etmesi bunun en önemli göstergesidir. Ayrıca anne, babaları iş güvencesizliği ile karşı karşıya olan çocuklar sosyal yaşamda ve okulda çeşitli sorunlar yaşamaktadır.

Güvencesizlik bulaşıcıdır. Birilerinin iş güvencesinin olmadığı yerde o birilerinden olmayanların güvencede olduğunu düşünmek yanıltıcı olacaktır. Güvencesizliği üreten ve sürdüren koşulların varlığında güvencesiz olanlar bir süre sonra güvencede olduğunu düşünenlerin güvenceleri için bir tehdide dönüşebilecektir. Çünkü güvencesizlik sermaye tarafından güvencede olanların, güvencede olmasına hizmet ettiği için var edilmiştir. Burada amaç, düzenin korunup sürdürülmesi için çalışanların güvencesizlikle terbiye edilmesidir.

Çalışma hayatı içerisinde “tam rekabet” kavramı, çalışanlar ve işverenler arasında eşit olduğu kabul edilse de, buradaki güç dengesi daima işveren lehinedir. Çalışan istemediği takdirde sözleşmeyi im-

zalamayarak işe başlamayacağı gibi işten ayrılma hakkına, özgürlüğüne de sahip gözükmektedir. Düşünsel olarak “tam rekabet” koşulları çalışanı özgür birey olarak kabul etse de, gerçekte çalışanın böyle bir seçeneği, özgürlüğü yok denecek düzeydedir. Taraflar arasında “eşit koşullarda” imzalanmış olan sözleşmeler esasında görünümü kurtarmanın daha doğrusu işverenin haklarının ve egemenliğinin vurgulandığı, kayıt altına alındığı bir akittir. Yaşanan süreçte “süresiz iş sözleşmesi” giderek yaygınlığını, egemenliğini kaybetmek üzeredir. Her geçen gün mevcut süresiz iş sözleşmesi sayısı azalmaktadır. Globalleşme sonucu gelişen yeni istihdam biçimleri “belirli süreli” çalışma sözleşmeleri şeklindedir. Geçmişte olduğu gibi bugün de işverenler her koşulda çalışanı işten uzaklaştırma özgürlüğüne ve yasal güvencele sahiptir.

Çalışan ile işveren arasında sözlü ya da genelde yazılı olması beklenen sözleşmelerin gerçek hayatta çok fazla geçerliliği bulunmamaktadır. Her şeyden önce çalışmak isteyen hekim için öncelikle işe alınmak önemlidir. Son yıllarda özel sağlık sektöründe hekimin işe başlayabilmesi ya da iş görüşmesi öncesi kendine ait şirketin olup olmadığı, şirket üzerinden çalışıp çalışmayacağı sorgulanmaktadır. İş görüşmesinin başlaması için öncelikle hekime iş sözleşmesi ile değil, şirketi üzerinden hizmet sözleşmesi yapılacağı belirtilmektedir. Yani hekim çalışmak istediğinde bir çalışan olarak değil, bir “iş ortağı” pozisyonunda olma durumundadır. Bu kapsamda yapılan sözleşmeler matbu olarak hazırlanmakta, hekime imza için sunulmaktadır. Hekim işe başlama atmosferinde çoğunlukla sözleşmesini okumadan imzalamaktadır. Sözleşmeyle ilgili düşünceleri; kurumun yanıltıcı davranmayacağı, rutin ve alışılmış bir prosedür olduğu, içeriğin doğruluğu daha önce imzalayan hekimler tarafından benimsenmiş olduğu varsayımı yönündedir.

Sağlık sermayesi, Devlet üzerinden Sağlıkta Dönüşüm Programı ve uygulamaları ile Türkiye’de kendisine çalışan, emekçi bir hekim kitlesi yaratmıştır. Tam Gün Yasası kapsamında 26 Ağustos 2011 tarihinde yayınlanan 650 sayılı KHK ile kamuda çalışan hekimlerin serbest hekimlik yapmaları yasaklanmıştır. Bunun yanı sıra Sağlık Bakanlığı’nın 3 Ağustos 2010 tarihinde yayınladığı “Ayakta Teşhis

Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” değişikliği ile mevcut muayenehanelerin yayınlanan yönetmelik hükümlerine bir yıl içerisinde uymaları aksi durumda 4 Ağustos 2011 tarihinde faaliyetlerine son verileceği bildirilmiştir. Her ne kadar 4 Ağustos’ta muayenehaneler verilen mücadele sonucu kapatılamamış olsa da, hekimlik mesleği süreç içerisinde büyük ölçüde “serbest meslek” vasfını kaybederek “ücretli meslek” haline gelmiştir. Bir soru önermesine Sağlık Bakanlığı’nın 1 Ocak 2020 tarihinde verdiği cevapta toplam hekim sayısı 164.594’dür. Bu sayının %61’i Sağlık Bakanlığı (101.116) bünyesinde, %20,4 (33.594) üniversitelerde, %18’i ise özel sağlık sektöründe istihdam edilmiş durumdadır. Bu verilerin detayları açıklanmış değildir. Bu veriler içerisinde yer alan muayenehane hekimlerini, sağlık şirketi sahibi hekimleri, vakıf üniversitelerinde çalışan hekim sayısını bulmak mümkün değildir. Sağlık Bakanlığının elinde bulunan verilerin paylaşılmasını ise anlamak ne yazık ki mümkün değildir. Tabip odaları kayıtlarına göre kayıtlı muayene hekimi sayısı (Mayıs 2020) toplamda 4.595’dir (%2,77). Bu durum bize artık hekimliğin/ hekimlerin gerek kamusal alanda, gerekse özel sağlık sektöründe “ücretli meslek” kapsamında “ücretli çalışan” olduklarını göstermektedir. Ayrıca hekimlik mesleği, geline nokta mesleki açıdan iyi bir hekim olmanın ötesine geçmiştir. Hekim, istihdam edilebilmek adına mesleki özelliklerinin yanı sıra kendini diğer hekimlerden farklı ve üstün kılan özelliklerini de belirtmek (pazarlamak) durumundadır.

Bu uygulamalarla devlet eliyle özel sağlık sektörünün hekim ihtiyacı karşılanmaya çalışılırken özel sağlık kurumları ile muayenehaneler arasındaki rekabet ortamına da müdahale edilmek istenmiştir. Ancak esas amacın yeni muayenehane açmayı da zorlaştırarak hekimin serbest çalışmasına engel olmak olduğu yetkililerin açıklamalarında net olarak görülmüştür.

Artık hekimlerin büyük çoğunluğunun çalışana dönüşmüş olması ile birlikte hekimlerin sağlık sermayesine, işverenlerine karşı emeklerini, haklarını savunabilmek adına örgütlü olması zorunludur. Ancak işverenler tarafından çalışanların örgütlü, sendikalı olmaları istenmez. Çalışanların sendikalı olması istenmez iken devlet desteği

ile birlikte işverenler kendi aralarındaki birlik ve dayanışmayı sağlamak adına her türlü örgütlenmeyi kullanarak bu yöndeki tüm güç ve olanaklarını da birleştirmişlerdir.

Türkiye’de çalışanların sendikalaşmasını düzenleyen temel metinler 1982 Anayasası’nın 51. ve 53 maddeleri ile 2821 sayılı Sendikalar Kanunu ve 4688 sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları Kanunu’dur. Mevcut durumda çalışanların (hekimlerin) sendikalaşması önünde herhangi bir yasal engel bulunmamaktadır. 6356 sayılı Sendikalar ve Toplu İş Sözleşmesi Kanunu kapsamında Türkiye’de toplam 15 milyon 799 bin işçi bulunmaktadır. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB) Ocak 2020 istatistiklerine göre sendikalı işçi sayısı ise 1.917.893’tür. Bu verilere göre resmi sendikalaşma oranı %13,8, DİSK-AR verilerine göre fiili sendikalaşma oranı ise 12,4’dür. Sağlık ve sosyal hizmetler alanındaki işçi sayısı 468.669, sendika üye sayısı 61.384 ve resmi sendikalaşma oranı ise %13,1’dır.

4688 Sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları Ve Toplu Sözleşme Kanunu Gereğince Kamu Görevlileri Sendikaları İle Konfederasyonların Üye Sayılarına İlişkin 2019 Temmuz İstatistikleri Hakkında Tebliğde yayınlanan verilere göre Sağlık ve sosyal hizmetler alanındaki çalışan sayısı 378.847’dir. Kalkınma Bakanlığı’nın 2018 yılında yayınladığı On birinci Kalkınma Planı (2019 – 2023) içeriğinde toplam memur sayısı ise 2.449.538’dir. Bu verilere göre sendikalı sağlık personeli sayısı %15,47’dir.

Sendikalı çalışan açısından her iki çalışma alanında görüldüğü gibi sendikalı çalışan sayısı oldukça azdır. Ayrıca toplu iş sözleşmesi açısından Türkiye OECD ülkeleri arasında %7,1 ile en son sıradadır. Örgütsel zayıflık o hale gelmiştir ki “Artık herkes başının çaresine baksın” yaklaşımı egemen görüş haline gelmiştir. Her geçen gün sendikalar ve mesleki örgütler güç kaybetmektedir. İktidar paralelindeki sendikalarda ise kısmen üye artışı olsa da toplu iş sözleşmesi oranı artmamaktadır.

Böylesine bir yapı içerisinde Sağlık Bakanlığı 16 Mart 2020 verilerine göre toplamda 164.594 hekim bulunurken sendikalı hekim sayısı yok denecek kadar azdır. Kamuda çok az sayıda sendikalı he-

kimin bulunmasının yanı sıra özel sağlık sektöründe ise tek bir hekimin dahi sendikalalı olmaması, olamaması dikkat çekicidir ve üzerinde durulması gereken önemli bir durumdur. Hekimler ancak meslek örgütleri olan tabip odaları ve uzmanlık alanlarına göre mesleki derneklerde örgütlü olabilmektedir. Hekimlerin bu yapılarla olan bağları ise oldukça zayıftır. Bu durum uzun ve zor çalışma saatleri karşısında hekimi sağlık sermayesi karşısında güçsüz bırakmakta ve hak kayıplarına uğramasına neden olmaktadır. Çalışma koşulları ve ücretleri ise her geçen gün kötüye gitmektedir.

ESNEK ÇALIŞMA



Neoliberalizm, çalışma hayatını kâr ve verimlilik temelinde yeniden organize ederken istihdam biçimini, işgücünün niteliğini ve çalışma kavramını da değiştirmektedir. İstihdam kurlsız hale gelirken sosyal haklar yok edilmekte ve böylece esnek çalışma hayata geçmektedir.

Ekonomik kriz, işsizlik, teknolojik gelişmeler, küreselleşme, rekabet, sektörel yapıdameydana gelen değişmeler ve çalışanların bu değişimler karşısındaki değişmek durumunda kalan yapısı gibi nedenlerle çalışma hayatına dahil olan esnek çalışma; işçi ve işverene, yaşam ve ülke koşullarına bağlı olarak göreceli fayda ve sakıncalar sunan yeni bir sistemdir. Bu nedenle artık işletmelerden standart bir yapı yerine çeşitlilik ve karmaşıklık; büyüklük yerine yalınlık; katılık ve kuralcılık yerine akışkanlık ve açıklık; durağanlık yerine değişkenlik beklenmektedir. Bu beklenti “esneklik” olarak tanımlanmaktadır. Esneklik, her türlü değişimlere uyum sağlayabilme yeteneğidir.

Sermayenin ve üretimin küresel alanda örgütlenmesi, ticaretin serbestleşmesine bağlı olarak birçok işletme “esnek firma” anlayışı ile değişen piyasa, tüketici taleplerine hızlı ve etkili bir şekilde tep-

ki verebilmek için “esnek çalışma” modellerine geçmektedir. Bu durum, ülkelerin esneklik içeren çalışma mevzuatlarına geçişini zorunlu kılmıştır. 4857 sayılı İş Kanunu’nun yayınlanmasındaki en önemli temel gerekçelerden biri esnek çalışma olmuştur. Esneklik büyük ölçüde emredici bir hukuk kuralına çok sayıda istisnalar getirilerek sağlanmaktadır. İstisnalar kavramı, esnekliğin uygulandığı tüm ülkelerin hukuk düzeninin artık temel özelliği olmuştur. Kısmi süreli çalışma, çağrı üzerine çalışma, ödünç iş ilişkileri, iş paylaşımı modelleri, belirli süreli hizmet sözleşmesi ve alt işveren uygulamaları kanunlar içerisinde yerini almıştır. Esnek çalışma kapsamında 4857 Sayılı İş Kanunu; Geçici (Ödünç) İş İlişkisi (Madde 7), Kısmi Süreli ve Tam Süreli İş (Madde 13), Çağrı Üzerine Çalışma Ve Uzaktan Çalışma(Madde 14), Takım sözleşmesi ile oluşturulan iş (Madde 16) kavramlarını tanımlamıştır.

Bu değişimlere bağlı olarak çalışma hayatı çalışanlar açısından bir kaosa sürüklenmektedir. Artık çalışma kavramı çalışanın da anında değişime uyum sağlayabilme ve de sürekli kendini yenileme gereksinimi içerisinde olma gibi özelliklerle karakterize edilirken, çalışma süresi “mesai kavramı” dışına çıkarak çalışanın tüm yaşamını kapsar hale gelmiştir.

İşgücünün niteliği de değişime uğrayarak sermayenin kurlsız ve güvencesiz çalışma ilişkileri düzeni olan esnek çalışma için her türlü kullanıma uyumlu, esnek, çok işlevli hale getirilmiştir. Nitelsiz işgücünün yerini bilgi ve beceri düzeyi yüksek, teknolojik açıdan en üst düzeyde eğitilmiş işgücü almaktadır. Bu durum istihdam edilebilirliğin ön şartları arasındadır. Teknoloji, rekabette değer ve fark yaratan bir unsurdur. Teknoloji ve teknoloji kullanımı tek başına işi ve işgücünün niteliğini belirlemede yeterli olmamasına rağmen rekabette değer ve fark yaratan bir unsur olmasından kaynaklı olarak yüksek nitelikli bir işgücü, istihdamın en temel yapı taşı olma özelliği durumundadır. Yaşanılan bu değişimde istihdam edilebilmenin tek koşulu değişimin gerektirdiği niteliklere sahip olmak olduğundan, bu da hayat boyu çalışanın öğrenme kavramını etkilemekte, tetiklemektedir.

Teknolojinin ve özellikle iletişim-bilişim teknolojilerinin gelişme-

si, bilgi unsurunun öne çıkması, hatta merkeze alınmasıyla birlikte uluslararası sermayeye emeğin küresel bir kaynak olduğu düşünce-sinden hareketle yüksek beceriye sahip işgücünü, dünyanın herhangi bir yerinden ithal edebilecekleri bir ortam oluşturmaktadır. Artık bilgiyi kullanabilen, üretebilen işgücü aranan bir işgücü durumundadır. Küreselleşme ile ortaya çıkan bu değişim, işgücünün sınırlarını değiştirdiği ve küresel bir emek piyasasına doğru gidildiğini ortaya koymaktadır. Bu gerçeklik yaşanırken yine teknoloji ve ulaşımdaki ilerlemeler, çalışma yeri ve zamanı ile ilgili seçeneklerin artmasına yol açarak, farklı istihdam biçimlerinin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Çalışma kavramı, belirli ve düzenli çalışma saatleri arasındaki zamandan çıkmış, yer ve zaman kavramı olmadan çalışanın bütün hayatını kapsayan (biyoproleterya) bir duruma dönüşmüştür. Çalışanlar tek bir iş yapmamakta, yapılan işin, işlerin içeriği genişletilmiş ve sorumlulukları artmıştır.

Esnek çalışma, işgücünü merkez ve çevresel olarak iki gruba ayırmaktadır. Merkez işgücü, üretim sistemlerinin merkezinde, ileri teknolojiyi kullanabilenler olarak yer alırken, çevresel işgücü piyasa koşullarına göre işe alınıp, geçici süreli sözleşmelerle çalıştırılan ve daralmalara bağlı olarak işlerine son verilen, gerektiğinde yeniden işe alınabilen grup olarak tanımlanmaktadır.

Uluslararası sermaye artık klasik çalışma modelinin sonunun geldiğini öne sürerek esnek çalışma modelinin hayata geçmesi için aşağıdaki politikaları siyasi iktidarları da kullanarak uygulamaktadır.

- Bilgi, iletişim teknolojilerinin sermaye sınıfının gücünü arttırmaya yönelik kullanılması.
- Geleneksel çalışma ilişkilerinin ve kurallarının yok edilerek yerine kuralsızlaştırmanın egemen kılınması.
- Emeğe en az ödemenin yapılarak toplumsal maddi ve manevi baskılardan, yükümlülüklerden kurtulmak.
- İşçi sınıfının geleneksel çalışma biçimleri ve haklarının yok edilmesi konusunda devletin sermayenin yanında yer alması.

İş gücündeki bu değişim (esnek çalışma) çalışanlar arasında farklılıklar yaratarak onları bireyselleştirirken, örgütlenmelerine de engel olmaktadır. Çalışanın, kendi niteliğine duyduğu özgüven bireyselleşmede önemli bir etkidir. Kapitalist sistemin yarattığı değişime bağlı olarak çalışanlar için artık birçok şey anlam ve değerini kaybetmiştir. Genelde nasıl olursa olsun “Yeter ki işimiz olsun” anlayışı egemen kılınmıştır.

Bireyselleşme gerçekleşirken teknolojinin kullanılmasıyla çalışanlarda “sürekli denetim” algısı yaratılmaktadır. Geçmiş dönemde iş yerinde, zaman ve mekan üzerinden somut olarak yapılan kontrol, çalışanın bir başkası tarafından gözetleniyor olması ve istenileni sağlamadığında cezalandırılması yerini, gelişmiş teknolojik sistemler sayesinde her an gözetlenmesine ve denetlenmesine dönüştürmüştür. Kamera, internet ve diğer elektronik denetim sistemleri sayesinde, denetim artık görünmez olmuştur. Bu teknolojik gözetim sistemleri ile yaratılan algıya bağlı olarak çalışan birçok açıdan yargılanabileceğini ve bu nedenle de “kendi kendini disipline” etmek zorunda olduğu, istenilmeyen düşünce ve davranışlardan uzak durması gerektiği yargısına sahip olarak, yalnızlığı seçmek zorunda kalmıştır.

Son yıllarda öne çıkan çalışma biçimlerinden biri de serbest/bağımsız çalışma anlayışının yaygınlaşmasıdır. Bu tür çalışmada belirsiz süreli sözleşmelerin yerini belirli süreli sözleşmeler almaktadır. Sözleşmeler ise genel olarak hizmet sözleşmesi olarak gerçekleşmektedir. Çoğu zaman da işin durumuna göre herhangi bir sözleşme dahi yapılmamaktadır. İşverenler kendileri için belirsiz süreli sözleşmelerin yarattığı sorunlar karşısında serbest çalışma düşüncesine ve uygulamalarına sıcak bakmakta, çalışanlar da iş-yaşam dengeleri açısından geleneksel çalışma yerine serbest çalışmanın getirdiği esnekliği, kendileri için daha olumlu görmektedir. Bu sistemin yürütmesinde iki önemli temel bileşenin olması gerekmektedir. Birincisi, serbest çalışmayı benimseyen özellikleri olan bir global çalışan havuzunun olması. İkincisi ise, işverenlerin bu havuzdan kaynak kullanma taleplerinin olmasıdır. İşverenler açısından oldukça olumluluk içeren bu çalışma biçimi, çalışanlar için önemli riskler taşımaktadır. Her şeyden önce çalışan açısından düzenli bir iş, gelir ve sosyal haklar söz konusu

olmayacaktır. Çalışan aranan eleman olmak adına sürekli kendini yenilemek zorunda kalırken, havuza yeni katılımların olması ile de rekabet etmesi her geçen gün daha da zorlaşacaktır. Sonuçta, çalışan kendisi için iş-yaşam dengesini kurabileceği esnek bir çalışma biçimi isterken, işsizlik ve güvencesizlik riski ile karşı karşıya kalacaktır.

Esneklik kavramı birçok alt başlık içerir.

- Sayısal esneklik; değişen ekonomik ve teknolojik şartlara, piyasalardaki talep değişikliklerine ve yeni üretim tekniklerine göre, işletmeler işgücünün miktarını belirleyebilmek adına çalışanlarının sayısını kolaylıkla değiştirebilmesi ve bunun için işe alım ve de çıkarmada zorluk çekilmemesidir. Çalışanlar açısından iş güvencesi yoktur.

- Ücret Esnekliği; işletmelerin ücret yapısını ve düzeyini değişen işgücü piyasasına ve piyasa ekonomisi şartlarına göre ayarlayabilme serbestliği sağlamak adına işverenin kolaylıkla ücretlerde azaltma ve dondurma gibi uygulamaları yapılabilmesidir.

- Örgütsel Esneklik; değişen teknolojik şartlara, iş yüküne ve üretim metotlarına uyum sağlamak amacıyla işgücünün işletme içinde değişik işleri yapabilmesi ve çeşitli görevleri üstlenebilmesini sağlamak adına çalışanların görev ve yer tanımlarının ihtiyaç durumuna göre değiştirilmesidir.

- Çalışma süresi esnekliği; çalışma sürelerinin belirlenmesindeki esnekliktir. İstihdam iş yoğunluğuna ve süresine bağlıdır. İşveren işin azaldığı dönemlerde, çalışanlarını daha kısa çalışma süreleri ile istihdam eder. Esneklik türleri içinde en önemli olanı ve en çok uygulananıdır.

Bu esneklik anlayışlarına bağlı olarak ortaya çıkan uygulamalar, çalışma hayatında zaten var olan işveren ve çalışan arasındaki güç dengesizliğinin işverenler lehine daha da artmasına yol açmaktadır. Ayrıca tüm yasal düzenlemelere rağmen iktidarların bir şekilde sermayeden yana tavır alması dengeyi işveren lehine daha da bozmaktadır. Bu gerçekler ışığında çalışma yaşamı ve koşulları işveren ve çalışanların doğrudan kendilerine dahi bırakılamayacak kadar önemli olduğu anlayışı daha da fazla öne çıkar hale gelmiştir.

ÇALIŞMA SÜRESİ



Çalışma süresi, genel olarak çalışanın ücret aldığı veya bir iş sözleşmesi altında çalışması için gerekli olan zaman olarak tanımlanmaktadır. Kanun ve yönetmelikler çalışanın haftada çalışabileceği saat miktarını, bununla ilgili düzenlemeleri ve çalışanın kazandığı hakları (molalar, izin günleri, yıllık izin, vardiya) belirleyerek işyeri ve çalışan açısından sağlık ve güvenlik standartlarını sağlar.

4857 sayılı İş Kanunu çalışma süresini (Madde 63) “işçinin çalıştırıldığı, işte geçirdiği süre” olarak tanımlamıştır. İş Kanunu ve İş Kanununa İlişkin Çalışma Süreleri Yönetmeliği çalışma süresini haftada en çok kırk beş saat olarak belirlerken, günlük çalışma süresinin günde en fazla 11 saat olması gerektiğine vurgu yapar.

İş Kanunu’nun 63 ve 41’nci maddeleri içeriğinde ve Kanun kapsamında yayınlanan “İş Kanununa İlişkin Fazla Çalışma Ve Fazla Sürelerle Çalışma Yönetmeliği” haftalık 45 saati aşan çalışmaları “fazla çalışma” ve çalışma süresinin 45 saatin altında belirlendiği durumlarda bu çalışma süresini aşan ve 45 saate kadar olan (ancak yasal azami süreyi aşmayan) çalışmaları da “fazla sürelerle çalışma” olarak

tanımlamaktadır. Fazla çalışma ve fazla sürelerle çalışma için mutlaka çalışanın yazılı onayının alınması gerekir. Ayrıca Kanuna ek çıkartılan “İş Kanununa İlişkin Çalışma Süreleri Yönetmeliği” ve diğer ilgili yasal düzenlemelerle çalışma süresi ve biçimlerine ilişkin düzenlemeler de yapılmıştır. İlgili yasal düzenlemeler fazla çalışma süresinin bir yılda toplam 270 saatten fazla olamayacağını belirtmektedir. Çalışma süreleri genel olarak işverenle çalışan arasında belirleniyor olsa da, sözleşmede yer alacak süre yasalarla belirlenmiş olan sürelerin üzerinde olamaz.

Fazla çalışma olağan, zorunlu ve olağanüstü nedenlerle yapılan çalışmalar olarak üç ayrı başlık altında ortaya çıkmaktadır. Olağan fazla çalışma işin gereği olarak gerçekleşen haftalık 45 saatin üzerindeki çalışmalardır. Zorunlu nedenlerle olan fazla çalışma ise işyerindeki üretim ya da hizmetin sürdürülmesi için hemen yapılması gerekli işlerde veya zorlayıcı sebeplerin ortaya çıkmasında, işyerinin normal çalışmasını sağlayacak dereceyi aşmamak koşulu ile yapılan fazla çalışmadır. Zorunlu nedenlerle yapılan çalışmalar yıllık 270 saatlik fazla çalışma sınırının hesaplanmasında dikkate alınmaz. Zorunlu nedenlerle olan fazla çalışmada veya fazla sürelerle çalışmalarda yönetmelik hükmü gereğince çalışanın onayı aranmaz. Olağanüstü nedenlerle fazla çalışma ülkenin içinde bulunduğu koşullar nedeniyle Bakanlar Kurulu kararı ile gerçekleştirilen fazla çalışmadır ve yine burada çalışanın onayı aranmaz.

Yasalar bazı özel durumlarla ilgili olarak fazla çalışmaya kısıtlamalar getirmiştir. Hamile olan ve yeni doğum yapmış emziren çalışanlar, 18 yaşını doldurmamış çalışanlar, kısmi süreli iş akdi ile çalıştırılanlar fazla çalışma yapamazlar.

Tanımlanmış çalışma süresinin yanı sıra çalışma süresi kavramı içerisinde değerlendirilecek olan süreler ise Kanunun 66. maddesinde “günlük çalışma süresi” kapsamında belirlenmiştir.

Günlük çalışma süresi;

- Çalışanların işyerlerine toplu ve düzenli bir şekilde götürülüp getirilmeleri esnasında geçen süreler.

- İşin yapıldığı yere, alana gidiş ve dönüşlerde geçen süreler.
- Başka bir yerde çalıştırılmak üzere gönderilmeleri halinde yolda geçen süreler.
- Her an iş görmeye hazır bir halde bulunmakla beraber çalıştırılmaksızın ve çıkacak işi bekleyerek geçen süreler.
- İşverenle ilgili herhangi bir yerde çalışanın meşgul edilmesi suretiyle asıl işini yapmaksızın geçen süreler.
- Çocuk emziren kadın çalışanların çocuklarına süt vermeleri için belirtilecek olan süreler.

Yukarıda belirlenen genel durumların yanı sıra iş seyahatleri, eğitim, fazla mesai, evde çalışma, sendikal faaliyetler, çağrı bekleme gibi durumlarda geçen süreler de çalışma süresi kapsamında değerlendirilmektedir.

Çalışma süresi ile gelir arasında doğrudan bir ilişki vardır ve bu ilişki çalışmayı diğer bir deyimle çok çalışmayı yani uzun çalışma saatlerini teşvik eder. İşveren tarafından desteklenen toplum açısından da genel kabul gören “az çalışırsan az, çok çalışırsan çok kazanırsın” düşüncesi olumsuz sonuçları açısından uzun bir süredir tartışılmaktadır.

İnsanca bir yaşam için çalışma süresi, gelir düzeyi çalışanın yaşamını ve sağlığını riske atacak düzeyde olmamalıdır. Son yıllarda birçok Avrupa ülkesi insanca yaşam düşüncesi ve istihdamı artırmak adına çalışma saatlerinde azaltmaya gitmiştir. Haftalık çalışma süresinin 36 - 40 saate inmesine rağmen alınan yönetsel önlemler sonucu çalışanların gelir düzeylerinde herhangi bir azalma olmamıştır. Ancak ülkemizde insanca yaşam ya da istihdamı artırma düşüncelerinden oldukça uzak, çalışma süresinin azaltılmasının aksine fazla çalışma saatlerinin aşırı ve yaygın bir şekilde uygulanmasına göz yumulmaktadır. İşsizliğin azaltılması açısından, çalışma saatlerini azaltarak yeni istihdamların yaratılması olanaklıdır. Avrupa’da birçok ülke bu yolu tercih ederken Türkiye’de çalışanın yasal sınırların çok üzerinde, daha fazla çalışmasına (yasadışı fazla mesai) göz yumulmakta, istihdamın

artırılması yerine istidam alanı daraltılmaktadır. Çalışanlar açısından çalışma saatleri konusundaki yürütülen bu politika hem çalışanın sağlığı ve güvenliği, hem de istihdam açısından oldukça zarar vericidir.

Çalışma hayatına ilişkin son dönemlerdeki gelişmeler çalışma süresinin olağan seyrini değiştirmiştir. Artık çalışmaktan kastedilen çalışanın belirlenen zaman dilimi içerisinde işi yapmış olması değil; süre kavramı olmaksızın işini tamamlamış olmasıdır. Yeni çalışma biçimlerinin ortaya çıkışı ile birlikte sosyal yaşamlar ve anlayışlar, yeni iş ilişkilerine göre biçimlenmektedir.

Yeni ekonomik anlayışlar, çalışma sistemleri ve biçimleri, bireysel zorunluluklar, beklentiler, teknolojik gelişmeler çalışanları daha fazla çalışmaya zorlamaktadır. Ancak bu tür çalışmanın birçok açıdan bir bedelinin de olması kaçınılmazdır. Çalışanın hayatının bu nedenle olumsuz etkilenmesi ise çalışanın istemediği bir durum olmasına rağmen kaçınılmazdır.

Çok çalışma bazen bireylerin doğrudan kendi tercihi olarak gerçekleşmektedir. Asgari tüketim koşullarının yanı sıra çalışanın refah arzusu ve bu yönde teşvik edilmesi (modern toplumun ürünlerinin tüketilmesi) üretim ve tüketim ilişkileri arasındaki bağı doğrudan etkilemiştir. Normal çalışma saatleri karşılığında alınacak olan ücretin çalışanın beklentisini karşılamadığı durumda çalışanların uzun çalışma saatlerini tercih etmeleri dışında, çok fazla seçenekleri bulunmamaktadır. Özellikle son yıllarda toplumun ve bireylerin yoğun tüketim davranışları sonucu daha fazla gelir elde etmek adına “çalışma ve harcama döngüsü” içerisinde fazla çalışma yaptıkları görülmektedir. Tüketiciliği teşvik eden serbest piyasa ve rekabet kültürünün yaygınlık kazanmasına bağlı olarak özellikle orta kesimde yer alan çalışanlar geride kalmamak adına çok çalışması gerektiğini düşünmektedir. Yine özellikle küreselleşmeyle birlikte, düşük ücretli çalışanlar ile yüksek ücretli çalışanlar arasındaki farkın giderek açılmasına bağlı, farkın kapatılmasına yönelik düşük ücretli çalışanlar daha fazla çalışmayı tercih etmektedir. Harcama ve tüketim amaçlı fazla çalışmanın yanı sıra çok çalışmanın en önemli nedenlerden biri de, çalışanın kendisi ve ailesinin temel yaşam gereksinimlerini karşılayabilmek adı-

na fazla çalışmanın, hatta birden fazla işte çalışmanın zorunlu hale gelmiş olmasıdır.

Çok çalışma, genelde bir işyerindeki çalışma saatleri üzerinden değerlendirilir. Ancak ekonomik sorunlar ve çalışma koşullarına bağlı bireylerin birden fazla iş yapmaya zorlanması ile çalışma zamanı ana işte ve ikinci işte ya da daha fazla işte çalışılan toplam saatler olarak kabul edilmektedir. Bu süre içinde işe gidip gelmenin de çalışma saatlerine dahil edilmesi gerektiği dikkate alınmalıdır.

Bazı durumlarda çalışanlar çalıştığı kuruma bağlılığını göstermek, kendi eksikliklerini maskeleyerek, terfi etmek ve çok çalışmayı işin bir gereği gibi algılayarak fazla çalışma içinde olabilirler. Bu konuda işverenin çok çalışmayı teşvik edici yöntemler kullanması, çok çalışmanın örnek çalışma olarak değerlendirilmesi ve işveren tarafından övgüyle karşılanması gibi yöntemlerin uygulanıp, uygulanmadığı önemlidir. Çoğu kez işverenler çalışanın iş ahlakını çeşitli yöntemlerle fark ettirmeden kendi çıkarları için kullanır. Bu noktada, Türkiye’de bazı hekimlerin akademik kariyer edinme istekleri birçok kamu ve özel sağlık sektörü ve özellikle de vakıf üniversiteleri tarafından kullanılmaktadır. Akademik unvan karşılığında hekimler uzun yıllar çalışmalarını sorgulamadan çok düşük ücretler karşılığında uzun çalışma saatleri ile çalışmak durumu ile karşı karşıya kalmaktadır.

Mesleğe yeni başlayan genç hekimler ekonomik nedenlerle çok daha fazla çalışma isteği göstermektedir. Daha fazla nöbet tutma ve başka bir işte de çalışma, en yaygın çalışmalar arasındadır. Eğitim süreçleri içinde uzun çalışma saatleri ile karşı karşıya kalan asistan hekimlerin birçoğu ekonomik nedenlerle, özel sağlık sektöründe kendi nöbet sistemlerinin yanı sıra fazladan nöbet tutarak uzun çalışma saatlerini oldukça zorlamaktadır.

Uzun çalışma saatlerinin ücretlendirilmesi önemlidir ve yasalarca ücret kuralları da belirlenmiştir. Ancak bazı durumlarda uzun çalışma saatlerine ücret uygulanmamaktadır. Özellikle çalışanın iş kariyeri beklentileri açısından gerçekleştirdiği uzun çalışma saatlerinin çoğunda ücret ödenmeyebilmektedir.

UZUN ÇALIŞMA SAATLERİ



Normal çalışma süresinin üstünde gerçekleşen çalışmalar için çok çalışma, fazla çalışma, uzun süreli çalışma ve uzun çalışma saatleri gibi tanımlar kullanılsa da tüm bu kavramların ortak özelliği çalışan sağlığı açısından ezici, yorucu ve savunulamaz olmasıdır.

Uzun çalışma saatleri sonucu çalışanın sağlığının bozulduğuna dair dünya genelinde birçok bilimsel çalışma ve yerleşik bir kanı vardır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Avrupa Birliği (AB) gibi uluslararası kurumlar uzun çalışma saatlerinin olumsuz sonuçlarına ilişkin birçok rapor ve öneriler yayınlamıştır. Araştırmalar uzun çalışma saatlerinin olumsuz etkilerinde sürenin yanı sıra birçok farklı etkenin de devreye girdiğini, sürenin tek neden olmadığını, karmaşık bir durumun var olduğunu ortaya koymaktadır.

Uzun çalışma saatlerine yönelik yapılan araştırmalar açısından her çalışmada olduğu gibi bu konuda örneklem boyutları oldukça önem

taşımaktadır. Küçük çaplı araştırmalar, çoğu kez genel sonuçlara karşıt sonuçlar ortaya koyabilmektedir. Birçok çalışan yalnızca çalışmaktan (birden fazla iş, uzun saatler) zevk alıyor ve olumsuz sonuçları ile başa çıkabiliyor olabilir. Yine uzun çalışma saatleri uygulayan birçok işyeri çalışanlarına karşı yüksek ücret uygulaması ile iş memnuniyetlerini yüksekte tutabilir. Çalışmaların erkekler ve kadınlar olarak tek cinsiyet örnekleri ya da orantısız sayıları, yalnızca belirli meslekleri kapsayıcı olması, vardiya çalışmalarına yönelik olması çalışmanın sonuçları açısından genellemelere farklı etki edebilmektedir. Ayrıca araştırmalar açısından katılımcıların birçok nedene (farkındalık, korku, kaygı, işi kaybetmek vd) bağlı olarak çalışma saatleri, stres, zorlanma gibi diğer değişkenleri doğru olarak rapor edemeyecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışma, çalışkan olma kavramları açısından ülke kültürleri ile birlikte bireyin fazla çalışmaya olan olumlu yaklaşımı da önemlidir. Çalışanlar kendi istekleri ile fazla çalışmayı onaylayabilir ya da kabul edebilirler. Burada fazla çalışma süresinin sağlık üzerindeki etkisini, çalışanın gelir düzeyine olan etkisi ile birlikte değerlendirmek gerekir. Ancak uzun çalışma saatlerine yönelik yapılan tüm araştırmalar çalışanın sağlığı ve güvenliği konusunda olumsuz etkilerinin olduğunu göstermektedir.

Gerekçesi ne olursa olsun yapılan hiçbir iş çalışanın beden ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilememelidir. Ve ne olursa olsun fazla çalışma süresi çalışanın sağlığını ve güvenliğini tehlikeye sokacak düzeyde olmamalıdır. İnsanlar kişisel faydalarını en üst düzeye çıkarmak için çalışma saatlerini ve dinlenme zamanlarını çok fazla düşünmeyebilir, uzun çalışma saatlerinin sağlıkları üzerindeki fiziksel veya zihinsel olumsuz etkilerini fark etseler de ciddiye almayabilirler. Ancak insanların sürekli olarak çok ya da fazla çalışması doğası gereği mümkün değildir. Çalışanların sınırlı enerjisi ve sınırlı zamanı vardır. Kaslar gibi, beyninde çalışma süreleri arasında ve sonunda tam iyileşmesi için yeterli zamana, dinlenmeye ihtiyacı vardır. Tüm bu nedenlerle, çalışanların asgari olarak günlük, haftalık, yıllık dinlenme süreleri ve yeterli molaları olmalıdır. Oysa çok çalışmanın ve

bunun ardından gelen yorgunluğun, stresin çok sayıda olumsuz sağlık sorununa yol açtığı, artık tartışılmaz ve herkes tarafından bilinen gerçekler arasındadır.

Çalışan, daima haftada kaç saat çalıştığını sorgulamalıdır. Özellikle hekimler açısından görünmeyen çalışma saatleri oldukça fazladır. Çalışma süresi açısından hekimler vakalarla ilgili olarak okuma, araştırmalar ve hazırlık için çok yoğun zaman ve emek harcamaktadır. Ne yazık ki bu süreler çalışma saati olarak değerlendirilmemektedir. Ayrıca yenedünyanın tüketimi teşvik eden ideolojisi ve rekabet kültürü hekimleri doğal olarak etkilemektedir. Var olan tüketim duygusu giderek artmaktadır. Sınırlandırılmamış tüketim ve tüketicilik için zorunlu olarak hekimlerin uzun çalışma saatlerine ihtiyacı vardır. Tüketicimin gerisinde kalmamaya karar veren birçok hekim “çalışma ve harcama döngüsü” için uzun saatler boyunca çalışmaktadır.

Çalışma saati normal çalışma süresi ile birlikte işyeri için yapılan aşağıdaki işlerle birlikte hesaplanmalı ve mutlaka kaydedilmelidir.

- İş gereği seyahat süreleri,
- İşle ilgili eğitim süreleri,
- Tanımlanmış yasal dinlenme molaları ve yasal izinler,
- Fazla mesai süreleri,
- Çağrı üzerine çalışmada bekleme süreleri,
- Evden çalışmada çalışma ve bekleme süreleri,
- Geceleri yapılan çalışma süreleri.

Uzun çalışma saatleri sonucunda çalışanlarda ortaya çıkabilecek sorunlar genel hatları ile aşağıdaki gibidir.

- Fiziksel olumsuzluklar,
- Ruhsal olumsuzluklar,

- Mesleki olumsuzluklar,
- İş-yaşam ilişkilerindeki olumsuzluklar,
- Sosyal olumsuzluklar,
- Güvenlikle ilgili olumsuzluklar.

Süre dışında aşağıda belirtilen birçok faktör de olumsuzlukların ortaya çıkışında ya da daha ağır seyretmesinde yer alabilmektedirler.

- Meslek, görev
- Çalışma kültürü
- İşin türü, işyeri çalışma koşulları, ortamı, ergonomi
- Çalışma saatleri, dinlenme araları
- İş yükü ve yoğunluğu
- Seçme ve kontrol olanakları
- Bireysel faktörler (cinsiyet, yaş, kişilik vd).

Bireysel farklılıklar açısından çalışanın yaş, cinsiyet ve kişilikleri örneğin stres açısından A tipi davranışa sahip olup, olmaması önemlidir. Uzun çalışma saatlerinin erkekler ve kadınlar için farklı olarak değerlendirilmesi gerektiği de göz önünde tutulmalıdır. Uzun çalışma saatlerinin kadının hamile kalması için gereken süreyi uzatabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Bireysel tercihler, uzun çalışma saatleri ile stres arasındaki ilişki açısından oldukça önemlidir. Bireyler bazı özellikleri ve algılarına bağlı olarak uzun çalışma saatleri için çok farklı tepkiler gösterebilir. Bireysel seçim açısından uzun çalışma saatlerine bağlı olarak çalışanın ekonomik ve sosyal refah seviyesinde yükselme olduğunda burada olumsuz bir durum ortaya çıkmayabilir. Zorunlu çalışma açısından ise çalışanın mevcut işini, konumunu korumak ve rekabet adına daha uzun saatler çalışması gerekebilir.

Çalışma saatleri üzerinde, çalışanın kontrolünün varlığının uzun çalışma saatleri ve sağlık ilişkisinde önemli olduğu düşünülmektedir. Birçok işyerinde çalışanlar zorunlu, zorla uzun çalışma saatleri ile karşı karşıya kalabilmektedir. Bu tür zorunlu uzun çalışma saatlerinin uygulanması olumsuzlukları doğal olarak daha da artıracaktır. Ancak “Her hafta çalıştığınız saat sayısını seçebilirsiniz ve gelirinizi nasıl etkileyeceğini göz önünde bulundurarak, istediğiniz çalışmayı tercih edebilirsiniz” yaklaşımı ile uzun çalışma saatleri işverenlerce teşvik edilmektedir. İşverenlerin gelire dayalı teşvikinin yanı sıra, birçok çalışan iş-kariyer tercihleri nedeniyle uzun çalışma saatlerini kendileri tercih etmektedir.

Uzun çalışma saatlerinde stresin, vücutta zaman içinde ölümcül hastalığa yol açabilecek biyolojik değişiklikleri tetikleyebileceği düşünülmektedir. Bu noktada uzun bir çalışma günü sonrası ortaya çıkan etkiler ile hafta, ay ve yıl gibi süreler sonrasında ortaya çıkacak olan etkilerin, akut-kronik olma durumlarının da değerlendirilmesi gerekir. Araştırmalar uzun çalışma saatlerinin çalışanlar üzerinde doğrudan bir stres ve aynı zamanda dolaylı bir stres etkeni (daha fazla maruziyet) olduğunu belirtirken uzun çalışma saatlerinin yorucu etkilerine de dikkat çekmektedir. Uzun çalışma saatleri süresince strese bağlı olarak kan basıncında ve/veya kolesterolde artış görülebilmektedir. Bir insan herhangi bir stresle yüksek seviyelerle karşılaştığında, kalp atış hızı ve kan basıncı artabilir. Böylece stresin yüksek olduğu durumlarda kalp krizi ve kalp yetmezliği riski de artabilecektir. Bu nedenle uzun çalışma saatleri yalnızca bir zaman olarak düşünülmemelidir. Çünkü normal çalışma süresi içerisinde çalışanın yaptığı iş nedeniyle karşılaştığı tehlike ve risklere maruziyet, bu süre içerisinde artarak devam etmektedir. Her uzun çalışma saati işin türü, koşulları ve diğer faktörleri açısından daha fazla risk oluşturacaktır. Uzun süre çalışma sonucu toksik kimyasallara daha fazla maruz kalma doğal olarak mevcut riski de artıracaktır.

Uzun çalışma saatleri ile işteki güvenlik ve kazalar arasında bağlantı olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte, birkaç faktör (yaş, uyku, yorgunluk, tecrübe, eğitim eksikliği vb.) uzun çalışma saatleri

ve kazalar arasındaki bağlantıya aracılık edebilmektedir. Kötü yaşam tarzı alışkanlıkları (yüksek alkol tüketimi, fiziksel aktivite seviyelerinde azalma, obezite) uzun çalışma saatlerini kardiyovasküler bozukluğa bağlayan bir mekanizma olarak hareket edebilir veya kendi başına fiziksel bir sağlık sorunu olarak da ortaya çıkabilir. Bilindiği gibi uzun çalışma saatleri ile sigara içme şiddeti arasında da pozitif bir ilişki vardır. Sigara içme ve yüksek alkol tüketimiyle normal çalışma süresinden uzun saat çalışma süresine geçişte ilişkili bulunmuştur. Ayrıca uzun çalışma saatlerine bağlı fiziksel aktivite seviyelerinde azalma ve sağlıksız kilo alımı da görülmektedir.

Avrupa Kalp Gazetesinde yayınlanan bir çalışmada İngiltere, Danimarka, İsveç ve Finlandiya'dan 85.494 işçiden veri analizi yapılmıştır. Bulgulara göre 35 - 40 saatlik çalışma haftası olanlara göre haftada 55 saat veya daha fazla çalışanların takip eden 10 yıl içinde atriyal fibrilasyon yaşama olasılıkları %40 daha fazla bulunmuştur. Araştırmanın sonuç bölümünde "Bulgular, uzun çalışma saatlerinin, en yaygın kardiyak aritmi olan atriyal fibrilasyon riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir" tespitinde bulunulmuştur. European Heart Journal'da yayınlanan bir araştırma ise haftada 55 saat veya daha fazla çalışan kişilerin, normalde haftada 35 ila 40 saatlik çalışanlara kıyasla atriyal fibrilasyon gelişme olasılığı %40 fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Yine İngiltere'de haftada 48 saatten fazla çalışan işçiler arasında, yapılan bir çalışmada katılımcıların yarısından fazlası zihinsel tükenmeden, yaklaşık % 40'ı işte stresle baş edemediğini hissetmekten ve yaklaşık %20'si endişeli, depresyonda olmaktan söz etmektedir.

Amerika'da hemşirelere yönelik yapılan bir çalışmada 8,5 saatlik çalışmalara kıyasla 12 saat veya daha fazla çalışan hemşirelerin üç kat daha fazla hata yapma olasılığının olduğu görülmüştür. Bu çalışmaları destekleyen bir başka araştırma ise günde 11 saat veya daha fazla ve 11 saatten daha kısa 7-9 saatler veya daha az çalışmayla karşılaştırıldığında uzun çalışmanın miyokard enfarktüsü riskini artırdığını bildirmiştir. Ocak 2012'de PLoS ONE'da yayınlanan bir çalışmada günde yaklaşık sekiz saat çalışanlara kıyasla, düzenli olarak günde 11

saatten fazla çalışanların majör depresyon belirtileri iki kat daha fazla bulunmuştur. Yine bir çalışmada haftada 40 saatten az olanlara göre 61 saat veya daha fazla çalışanlarda akut miyokard enfarktüsü riskinin (AMI) arttığı belirlenmiştir. Ancak, bu araştırmacılar ayrıca yetersiz uykunun da AMI riskini artırabileceğini bildirmektedir. Haftada 48-50 saati aşan uzun çalışma saatlerinin özellikle immün yetmezlik ve diabetes mellitus gibi sağlık problemlerinde önemli rol oynadıkları saptanmıştır. Bazı araştırmalar ise erkeklerin tam gün çalıştıktan sonra gece eğitimlerine katılması sonucu kardiyovasküler ölüm riski insidansının arttığına vurgu yapmaktadır.

Japonya'da yapılan bir araştırmada insanların haftada 55 saatten fazla çalıştıklarında iş tatmini yaşadıklarını ancak çalışma saatinin artışı ile birlikte zihinsel sağlıklarında da yıpranmanın olduğunu tespit etmişlerdir. Japonya, uzun ömürlü ülkeler listesinde olmasına rağmen 1990 - 2000'li yıllardaki kriz döneminde Japon çalışanlarının sağlığının kötüleştiği tespit edilmiştir. Çalışanların sağlığıyla ilgili olarak, 1998 yılından 2001 yılına doğru ruhsal hastalıklarda önemli ani yükselişler tespit edilmiştir. 1990'ların sonunda intihar sayısındaki artışın yanı sıra iskemik kalp hastalıklarında da artan eğilimler görülmüştür. Serebrovasküler ve kardiyovasküler hastalıklara bağlı ani ölümlerin araştırılması sonucu çalışanların sözleşmeleri üzerindeki saatlerden daha fazla çalıştıkları önemli bir etken olarak değerlendirilmiştir.

Japonya'da 1988 yılında yapılan işgücü anketlerine göre, erkek çalışanların (7,8 milyon) neredeyse dörtte birinin haftada 60 saatten fazla çalıştığı tespit edilmiştir. Bu oran 1975 yılındaki çalışma saatlerine göre neredeyse 2,4 kat daha fazladır. Söz konusu istatistikler her ne kadar haftalık çalışma saatlerini 60 saat olarak belirlese de, gerçekte bu rakamın 70-90 saate kadar çıktığı bilinmektedir. Japonya'da uzun çalışma saatleri toplumun neredeyse tüm kesimleri tarafından benimsenerek ortak kültür haline gelmiştir. OECD (2017) verilerine göre yıllık en uzun çalışma saati 2.225 saat ile Meksika ilk sırada yer alırken, 1.832 saat ile Türkiye 14'üncü ve Japonya 1.713 saat ile 22 sıradadır. Ancak Japonya sivil toplum örgütleri, rakamların tümüyle kayda geçmediğini ve bu sayının çok daha fazla olduğunu öne sür-

mektedir. Japonya çalışma yasaları içerisinde haftalık çalışma saati ve fazla çalışmaya yönelik herhangi bir sınırlama getirilmemiştir. Ancak Japon hükümetinin verilerine göre, 2015-2016 mali yılı için karoshi vakalarının sayısı 1456'ya ulaşmıştır.

Karoshi, fazla çalışmaktan kaynaklanan ölüm anlamına gelmektedir ve bu tür ölümler için 1970 yılından beri Japonya'da yaygın olarak kullanılmaktadır. Karoshi, ağırlaştırılmış ağır bir iş yükü ve/veya en az 4 hafta, haftada 65 saat ve üzeri veya en az 8 hafta, haftada 60 saat veya üzeri çalışmaya bağlı olarak çalışanın ölmesi durumudur. Buna göre çoğu karoshi kurbanlarının yaş grupları genellikle 30'lu ve 50'li yaşlarda olmakla beraber son yıllarda 20'li yaşlarda da bir artış olduğu gözlemlenmektedir. Karojisatsu ise aşırı iş yükü ve stresli çalışma koşulları nedeniyle çalışanlarda meydana gelen intihar olarak bilinmektedir.

Japonya'da uzun ve ağır çalışma koşulları neticesinde karoshi ve karojisatsu kurbanları bir yılda 3,000- 3,500 saat çalışmakta “beyin felci”, “kalp krizi” ve “akut kalp yetmezliği” gibi rahatsızlıklar nedeniyle hayatlarını kaybetmiş ya da intihar etmişlerdir. Birçok yazıya konu olan karoshi kurbanlarından Bay B. (şoför) yılda 3.000 saatten fazla mesai, Bay C ise (matbaa) yıllık 4.320 saat mesai sonucu felç geçirmiş ve daha sonra da hayatlarını kaybetmiştir. Yirmi iki yaşındaki Bay D (hemşire) ayda en az 5 defa 35 saati aşan çalışmalarda bulunmuş ve kalple ilgili yaşadığı sorun sonucu yaşamını kaybetmiştir.

Japonya'da karoshi ve karojisatsu sonucu ölümler sıkça yaşanırken resmi istatistiklerde Japonya'da çalışma saatlerinin diğer ülkelerden daha az olduğu belirtilmektedir. ILO raporlarına göre 1999 yılında Japon işçilerin yılda 1.889 saat çalıştığı bu sürenin Amerika'daki çalışma saatlerinden 77 saat daha az olduğu ileri sürülmektedir. Karoshi sonucu yaşamını yitirenlerin %57'si haftanın 7 günü, günde 14 saat çalışmaktadır ve genç yaşta hayatlarını kaybetmektedir. Hatta bazı karoshi kurbanlarının haftalık çalışma saatleri 100 saati geçmektedir. Ayrıca karoshi ve karojisatsu vakalarında artan bir eğilim vardır. ILO (2013) verilerine göre 1997 yılından 2011 yılına kadar karoshi vaka-

ları 47'den 121'e, karojisatsu vakaları ise 66'ya yükselmiştir.

ILO, 2013 yılında Japonya'da her yıl binlerce çalışanın ölümüne/intiharına neden olan çalışma koşulları ile ilgili alınması gereken önlemlerin başında "çalışma saatlerinin ve iş yükünün azaltılmasının" zorunlu olduğunu belirtmiştir. Yine Japonya'da ölümler sonrasında yayınlanan bir rapor uzun çalışma saatlerinin, kronik yorgunluğun, aşırı iş yükünün ve işten kaynaklanan stresin beyin ve kalp hastalıkları ile olan ilişkisini ortaya koymuştur. Rapor ayrıca devlete, işverenlere, işçi sendikalarına ve işçilere bazı önerilerde bulunmaktadır. Öneriler arasında çalışma saatlerinin kısaltılması, fazla mesai sürelerinin yasalara uygun hale getirilmesi, dinlenme ve tatil sürelerinin artırılması, gece ve vardiya çalışanları başta olmak üzere çalışanların sık sık sağlık kontrolünden geçirilmesi ve çalışanların kendi sağlıkları konusunda yaşam tarzlarını düzenlemeleri bulunmaktadır.

Japonya'da 200'den fazla Karoshi kurbanı üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda yaşamlarını kaybedenlerin üçte ikisinin daha önce haftada 60 veya daha fazla saat ve ayda 50 saatten fazla mesai yaptıklarını, uzun saatlerin akut stres etkeni olarak kabul edilebileceği ve bu durumun ölümcül atakları tetikleyebileceği sonucuna varılmıştır. Bir başka araştırma ise uzun çalışma saatlerinin (11 saatin üstünde erkeklerde) başka risk faktörlerinin de mevcut olduğu kardiyovasküler sorunları artırdığını vurgulamıştır.

Bazı araştırmalar çalışanlarda inme riski ile normal çalışma saatlerine göre 41 ila 48 saat arasında çalışanlarda yüzde 10, 49 ila 54 saat çalışanlarda yüzde 27, haftada 55 saat veya daha fazla çalışanlarda ise % 33 oranında daha fazla karşı karşıya olduğunu belirtmektedir. Sigara içme, alkol tüketimi, fiziksel aktivite eksikliği ve genellikle stresli işlerle çalışanlarda inme riski daha da artmaktadır. Günde sadece bir saat fazla çalışma, sekiz buçuk yıl boyunca %10 oranında felç geçirme riskini artırırken, 55 saat boyunca çalışan insanlar risklerini üçte bir oranında artırmaktadır. Yapılan bir araştırmada daha uzun süre çalışan kişilerin felç olma risklerinin sürenin artması ile birlikte artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Normal çalışma saatlerinin (40 saat)

dışında çalışanlarda inme riskinin 41 ila 48 saat arasında %10, 49 ila 54 saat çalışanlarında ise %27 oranında arttığını göstermektedir. Ayrıca haftada 55 saat veya daha fazla çalışmanın % 33 daha fazla inme riski ile bağlantılı olduğu da görülmüştür. Burada uzun ve tekrarlanan stres dönemlerinin inmeye zemin hazırladığı düşünülmektedir. Ayrıca, haftada 51 saatten fazla çalışanlarda, 39 saat veya daha az çalışanlara göre yüksek tansiyona sahip olma ihtimalinin %29 arttığı da bu çalışmada vurgulanmıştır.

Uzun çalışma saatlerinin ardından meydana gelen ani ölüm, uzun ve tekrarlanan stres dönemleri nedeniyle, genellikle felçten kaynaklanır. Hekimler, uzun çalışma saatlerinin önemli derecede artmış inme riski ve belki de koroner kalp hastalığı ile ilişkili olduğunu bilmelidir. Özellikle uzun süre çalışan hekimlerin kardiyovasküler risk faktörlerine karşı özel dikkat etmeleri gerek. İşyerinde daha uzun zaman geçirenlerde kalp hastalığı gelişimi daha fazladır. Özellikle cerrahlar ortalama sürenin üzerinde çalışmaktadır.

Hekimlerin uzun çalışma saatlerinin temel nedenleri arasında hekimlerin çalışma eğilimlerinin yanı sıra sağlık kurumunun hekim ihtiyacının yeni hekim istihdamı yerine mevcut hekimleri daha fazla çalıştırarak sağlama anlayışlarının yatmasıdır. Bu durum yalnızca özel sağlık sektörü için değil kamusal sağlık alanı ve tıp fakülteleri için de geçerlidir. Kamu ya da özel sağlık sektörü yeni bir hekim istihdamının kendileri açısından maliyet getireceğini, ayrıca her bir yeni hekimin kendileri için farklı boyutlarda sorumluluk ve iş yüklerini artıracığını düşünmektedir. Bu nedenlerle sorunu en kısa yoldan mevcut hekimleri daha fazla çalıştırarak çözmeyi tercih etmektedirler. Bu düşünce yapısı içerisinde diğer işler için yardımcı personel istihdamı gerekirken o işlerin de büyük ölçüde hekime yüklenmesi yaşanan temel sorunlardan biridir. Sağlık hizmetinde sürekli işgücü sıkıntısı ve vardiya açıkları karşısında uzun çalışma saatlerinin devreye girmesi uygulanabilir bir seçenek gibi görünse de bu durum esasında hekimler, diğer sağlık çalışanları, hastalar ve sağlık kuruluşları için oldukça önemli birçok risk oluşturmaktadır. Uzun çalışma saatlerine bağlı olarak hekimlerde yorgunluk, tükenmişlik, stres ve depresif durum-

lar en genel anlamda tıbbi hatalara, hasta güvenliğine yönelik diğer tehditlere, hasta memnuniyetinin azalmasına ve sonuçta her açıdan ortaya çıkan yüksek maliyetlere neden olmaktadır.

VARDİYA NÖBET



Çalışma kapsamında çalışma süresinin yanı sıra çalışma biçimleri, uygulamaları da çalışanların sağlığı ve güvenliği açısından önem taşımaktadır. Bunlardan posta (vardiya) ve nöbet en yaygın bilinen ve sıkça uygulanan çalışma biçimleridir.

Vardiyalı çalışma esnek çalışma düzenindeki en eski çalışma biçimlerinden biridir. Posta (vardiya) çalışma biçimi büyük oranda gece ve gündüz üretimin yapıldığı ya da hizmetin süreklilik arz ettiği durumlarda çalışanların postalar (gruplar) halinde çalışmasıdır. Nöbet ise işin bir ya da birden fazla çalışan tarafından sıra ile yapılması şeklinde tanımlanmaktadır. Her iki çalışma biçimine yönelik genel mevzuatın yanı sıra işin kendisine ve çalışanın özel durumlarına özgü yasal düzenlemeler de bulunmaktadır. Vardiya ve nöbet uygulamaları arasında önemli farklılıklar olsa da günlük yaşam içerisinde tanım olarak çoğu kez biri diğerinin yerine de kullanılmaktadır.

İş Kanunu kapsamında vardiya çalışma biçimine ilişkin uygulamalar “Postalar Halinde İşçi Çalıştırılarak Yürütülen İşlerde Çalışma-

lara İlişkin Özel Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” ile düzenlenmektedir. Yönetmelik postalar halinde işçi çalıştırılarak işletilen veya nöbetleşe işçi postaları ile yapılan işlerde, çalışma sürelerine, gece çalışmalarına, hafta tatillerine, ara dinlenmesine ilişkin özel usul ve esasları düzenlenmektedir.

Nöbet açısından sağlık hizmetine özgü olarak en genel anlamda “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde” düzenlemeler yapılmıştır. Yönetmelik “Yataklı tedavi kurumlarında çalışmalar günün 24 saatinde kesintisiz devam eder” tümcesi ile hizmetin devamlılığını ve 41 ve 52’nci maddeleri ile de hekimler ve diğer sağlık çalışanlarına ilişkin nöbetleri düzenlemektedir. Yönetmeliğe göre özellikle hekimler açısından nöbet hizmetleri evde (icapçı), normal, acil ve branş nöbeti olarak belirlenmiştir.

Vardiya ve nöbet çalışmalarında zorunlu olarak çalışmanın önemli bir bölümü gece çalışması olarak gerçekleşmektedir. Çalışma süresinin yarısından çoğu gece dönemine rastlayan bir vardiya çalışması, gece çalışması sayılır. Yasal olarak gece çalışması 20.00 - 06.00 saatleri arasında gerçekleşen çalışmadır. İş Kanunu’nun yukarıda belirtilen düzenlemelerine ek olarak bu konuda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından “Kadın İşçilerin Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik” yayınlanmıştır.

Ayrıca sağlık hizmetleri açısından 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu, 2914 sayılı Yüksek Öğretim Personel Kanunu ve 5947 sayılı Üniversite Ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunla da bu yönde düzenlemeler yapmıştır. Yine 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nda devlet memurlarının çalışma süreleri haftada 40 saat iken, 2368 sayılı “Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun”da ise sağlık personeli için haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirtilmiştir. Diğer önemli bir husus ise İş Kanunu kapsamı dışındaki sağlık çalışanları açısından ilgili mevzuatlarda “gece nöbeti ve gece vardiyası” kavramına, tanımına, içeriğine ilişkin çok fazla bir açıklama bulunmamasıdır.

Temel kanunlara dayanılarak yapılan ek düzenlemeler ile vardiya ve nöbetlere ilişkin sürelerde önemli artışlar yapılmıştır. 20 Şubat 2018 tarihinde yayınlanan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ” ile kadrosunda beş ve daha fazla acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı “acil servis sorumlu tabip nöbeti” tutulur denmektedir.

Yine Postalar Halinde İşçi Çalıştırılarak Yürütülen İşlerde Çalışmalara İlişkin Özel Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmeliğin 4. maddesinde 2017 yılında yapılan bir değişiklikle “Ancak turizm, özel güvenlik ve sağlık hizmeti yürütülen işlerde ve bu işlerin yürütüldüğü işyerlerinde faaliyet gösteren alt işveren tarafından yürütülen işlerde düzenleme 24 saatte iki posta olacak şekilde yapılabilir.” hükmü eklenmiştir. Bu değişiklikler paralelinde “Kadın İşçilerin Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelikte” de 2017 yılında 5. maddede değişiklik yapılarak (RG-19/8/2017- 30159) çalışma süresinin yazılı onayın alınması ile birlikte 7.5 saatin üzerine çıkmasına onay verilmiştir.

İfade edilen normal çalışma sürelerinin yanı sıra, özellikle hekimlerin gerçek hayatta çalışma süreleri çok daha uzundur. Hekimlerin özellikle asistanların nöbet ertesi normal çalışmalarına devam etmek zorunda bırakıldığı (zorla çalışma/çalıştırma) ise bilinen önemli bir gerçekliktir.

Sağlık Bakanlığı 2018 yılı istatistiki verilerine göre kişi başı hekime müracaat sayısı yıllara göre artarak 9,5 olmuştur. Kamuda poliklinik süresi 5-6 dakikaya kadar düşerek günlük hekimin ortalama poliklinik sayısı 80 – 100 hasta olurken, acil kliniklerinde bu sayılar 200 – 300 sayılarına yükselmiştir. Özel sağlık sektöründe bir hekime 50 poliklinik hakkı tanımlanırken bu sayı çoğu kez çeşitli yollarla aşılmaktadır. Kamudaki performans ve özel sağlık sektöründeki hakedişler hekimleri daha hızlı ve çok çalışmaya zorlamaktadır.

2000 yılından itibaren sağlık hizmetinde giderek yaygınlaşan “yılın sağlık” uygulamaları hekimlerin iş yükünü ve çalışma zamanını

artırmıştır. Yalın sağlık anlayışı, hekimin üretim sürecinde emeği üzerinde denetimi artırarak daha fazla ve daha yoğun çalışmaya zorlamaktadır. Böylece yalın sağlığın uygulandığı sağlık kurumlarında hekimlerin poliklinik sayılarında önemli artışlar olmuştur.

Yalın sağlık, daha önceki üretim süreçlerinde de sıkça uygulanan despotik ve hegomonik denetim sistemleri ile bunu sağlamaya çalışmaktadır. Despotik denetim mekanizmaları (teknolojik, bürokratik, standardizasyon, kalite yönetimi, müşteri memnuniyeti) baskıyı içerirken hegomonik denetim mekanizmalarında hekimin rızası, onayı öne çıkmaktadır. Hegomonik denetimde en sık uygulanan araçlar performans ve hak edişlerdir. Burada hekime “iş ortağı”, “kazan-kazan” ve “aynı tarafta olma” düşünceleri benimsetilmeye çalışılır.

Çoğu zaman hekime her iki denetim mekanizması birlikte uygulanarak hekimden en üst düzeyde verim elde edilmeye çalışılmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetinin yeni teknolojiler üzerinden gelişmesi ve sunulması, her gün teknolojik bir yeniliğin eklenmesi hekimleri zorlamaktadır. Hekimler ister istemez teknolojik gelişmeleri yakından takip etmek ve kendi aralarında da bu gelişmelere ayak uydurarak meslektaşları ile rekabet etmek durumuyla karşı karşıya kalmaktadır. Hekimler günlük işleri yetiştirme telaşı içerisinde yeni teknolojileri de öğrenmek ve uygulamak zorunda kalmaktadır. Özellikle yeni teknolojiye geçişteki ara dönemler hekimlerin iş yoğunluğunu önemli ölçüde artırmaktadır. Teknolojik gelişmeler işleri kolaylaştırırken, hekim açısından daha fazla hasta ve daha fazla işlem yapma riskini de beraberinde getirmektedir.

İcapçı görevi-nöbeti (hazır bekleme, çağrılma ve benzeri) özellikle hastaneler ve yataklı tedavi kurumlarında oldukça yaygındır. Ve evde (icapçı), yani çağrı üzerine çalışma yukarıda sayılan nöbet uygulamalarından en çok sorunun yaşandığı uygulamadır. Bu görev sağlık personelinin yaşam düzenini sarsması, çalışma süresini uzatması, çalışma süreleri arasındaki dinlenme sürelerinin düzensizleşmesi gibi sıkıntılar yaratmaktadır. İcapçılık yöntemi o uzmanlık dalında hekimin tek ya da yetersiz sayıda olmasından kaynaklanır. Hekim sayısının azlığı doğal olarak hekimin çok sayıda icapçılık nöbeti ile karşı karşıya kal-

masına yol açmaktadır. Öyle ki sağlık kurumunda tek uzman olma durumunda hekim 7/24 icapçılık nöbeti tutmak zorundadır.

Türk Tabipleri Birliğinin (TTB) 2010 yılında gerçekleştirdiği bir anket çalışmasında hekimlerin %51'inin icapçı yükümlülüğünün olduğu görülmüştür. İcapçılık yükümlülüğü %81 oranında kamuda, %25 özel sağlık sektöründe ve %6 kamu-özelde gerçekleşmektedir. Burada %37 ile uzman hekimler yer almaktadır. Ayrıca kamu-özel sağlık hizmetinde her gün icapçılık yükümlülüğü olanlar %31, iki günde bir %10, üç günde bir olanlar ise %8 oranında gerçekleşmektedir. İcapçılık yükümlülüğünün değerlendirilmesinde %15 çok ağır, %31 ağır ve %37 makul olarak algılanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2010 yılı kayıtlarına göre toplam 261 hastanede icap nöbeti tutulmaktadır. Bu hastanelerin ortak özelliği küçük ölçekli sağlık kurumları olup hekim sayıları azdır ve bu durum zaten hekimlerin normal mesaiden daha fazla çalışmasına sebep olmaktadır. İcapçılık nöbeti bu tür bir çalışmanın üzerine gelişen artı bir çalışma olarak karşımıza çıkmaktadır. İcapçılık uygulamasında hekimleri zora sokan bir diğer önemli husus ise acil başvuru sayılarının yüksek oluşudur. Çünkü icap nöbetlerine ihtiyaç duyulan durumların başında acil vakalar gelmektedir.

Türkiye'de 2013 yılında ülke nüfusu 76 milyon iken acil kliniğine yapılan başvuru sayısı 92 milyonla (%121) 2015 yılında bu sayı ülke nüfusu 78,7 milyon iken 110 milyona (%141) artmıştır. Bu da acil hastaya müdahale için icapçı olarak çalışma durumunda olan hekimlerin işyükü ve yaşadıkları diğer sorunların artmasına neden olmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastanelerine 2014 yılında 87 milyondan fazla (87.420.079) acil hasta başvurusu gerçekleşmiş; acil muayenelerin toplam muayeneler içerisinde oranı %30'a ulaşmıştır (TKHK, 2015). Nüfusu 2011 yılında 310 milyonun üzerinde olan ABD'de hastanelerin acil servislerine 136 milyon başvuru gerçekleşmiştir (CDC, 2015). Türkiye'de ise 2014 yılında tüm acil servislere yapılan başvuru 104 milyonu geçmiştir.

İcap nöbeti sırasında geçen süreler hekimin çalışma süresi içe-

risindedir. Avrupa Birliği Sosyal Haklar Komitesi'nin 03.10.2000 tarihinde SIMAP, 09.09.2003 tarihli JEAGLER, 1.11.2005 tarihli DELLAS, 11.1.2007 tarihli VOREL kararlarında da hekimlerin icap nöbetinde işverenin emrinde beklemede geçirdiği sürelerin çalışma süresi içerisinde değerlendirilmesi gerektiği, “dinlenme süresi” olarak kabul edilemeyeceği ifade edilmiştir.

Vardiya çalışma sisteminde en önemli sorun, uyku süresinde kısıtlama ve kalitesinde bozulmadır. Vardiya ya da nöbet sistemi doğal olarak normal uyku düzenlerini geçersiz kılmakta ve çalışanlar “biyolojik saatlerini” alternatif bir uyku düzenine uyarlayamadıkları için savunmasız kalmaktadır. Vardiyalı çalışanların % 43 - 62'si uyku kaybindan şikâyetçidir. En fazla risk altında olanlar gece vardiyasında, uzun vardiyalarda veya düzensiz vardiyalarda çalışanlardır. Uyku kalitesinin bozulması işyerinde uyuklamalara ve bu da hatalara zemin hazırlayabilmektedir. Uyku yoksunluğuna bağlı olumsuzluklar normal çalışma düzenine geçilse bile uzun yıllar etkisini sürdürmektedir. Yorgunluk ise anormal çalışma saatleri olan çalışanların ortak bir yakınmasıdır ve yorgunluk en fazla gece vardiyasından sonra ortaya çıkmaktadır.

Vardiyalı çalışma özellikle anksiyete ve depresyon açısından olumsuz etkide bulunmaktadır. Vardiyalı çalışanlar genellikle kötü ruh hali, depresyon, sinirlilik, endişe, kişilik değişiklikleri ve kişisel ilişkilerle ilgili zorluk gibi psikolojik şikâyetlerde bulunmaktadır. Vardiya ve nöbet sistemiyle uzun süre çalışmanın en önemli etkilerinden biri de tükenmişlik sendromudur. Uzun süreli, vardiyalı ve nöbetli çalışma; iş doyumu, anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi, iş yaşamından memnuniyet, genel sağlık durumu, sosyal aktiviteye katılımı etkileyerek tükenmişliğe yol açmaktadır.

Vardiyalı çalışmada beslenme düzenin değişmesi, metabolik değişiklikler, sindirim enzimlerinin salgınmasındaki zamansal uyumsuzluk ve gece vardiyasında sigara içiminin fazla olması; hazımsızlık, ülser, kabızlık gibi yakınmaların artışına neden olabilir.

Vardiya/nöbet sisteminde çalışanlar kardiyovasküler rahatsızlıklar

açısından biraz daha yüksek risk altındadır. Araştırmalar vardiya sisteminin kalp-damar hastalık riskinde % 40'lık bir artışı ortaya koymuştur. 48 saatten fazla çalışan erkeklerde aterosklerotik kalp hastalığının arttığı saptanmıştır. Bu çalışmaların son yıllarda iskemik infarktüs için de bir risk artışı olduğunu bildirilmiştir.

Menstrüel döngünün bozulması ve gece vardiyası nedeniyle aile yaşamında ortaya çıkan çatışma ve stres özellikle doğurganlık çağındaki kadınlar için de özel riskler getirmektedir.

Vardiya çalışmasının kanserlere yol açabileceği belirtilmiştir. 2007 yılında, Uluslararası Dünya Sağlık Örgütü Kanseri Araştırma Ajansı sirkadiyen ritim bozukluğu nedeniyle vardiya/nöbet çalışmasının olası bir kanserin oluşmasına neden olabileceğini açıklamıştır. Gece boyunca yapılan aydınlatmanın melatonin salgılanmasını baskıladığı, bunun özellikle sağlık çalışanlarında “hormona bağlı tümörlerin” gelişmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Vardiyalı çalışanlarda en çok araştırılan kanser meme kanseridir. Birçok çalışmanın sonucu olarak gece çalışmasının kanser riskini % 48 artırdığı bildirilmiştir. 20 yıl veya daha fazla gece vardiyasında çalışan kişilerde meme kanseri riskinde istatistiksel olarak anlamlı artışlar görülmüştür. Yine araştırmalar prostat kanserinde bir artışın olduğunu da vurgulamaktadır. Ayrıca vardiya/nöbet çalışması sırasında kronik hastalığı olan kişiler semptomlarını ve hastalıklarını yönetmede daha fazla zorluk yaşamaktadır.

Vardiyalı ve nöbetli çalışma kişilerin sosyal yaşamları ve sosyal iletişimlerini de etkilemektedir. Akşamları ve değişken saatlerde çalışan bireyler, kendileri için önemli olan diğer kişilerle iletişimlerini azaldığı için sosyal izolasyon, kendilerini ailelerinden ve arkadaş çevrelerinden dışlanmış hissetmektedir.

Yukarıda belirtilen hususlar kapsamında sağlık hizmetinin temel yapı taşlarından biri olan hekimler açısından yaşanan sorunlar oldukça önem arz etmektedir. Sağlık hizmetinde toplum hekimlerden hiç hata yapmamasını beklerken, hekimler gerek temel yasalar gerekse de hekimlik mesleğine özgü etik ve yasal düzenlemeler sonucu ve hekim-

lik mesleğinin gereği uzun çalışma saatleri ile karşı karşıyadırlar. Böylesi bir süreçte hekim toplumun bu beklentisi karşısında kendisini hiç hata yapmamaya şartlandırmaktadır. Hekimler hastalara” yararlı olmak” ve “zarar vermemek” adına sıklıkla kendi güvenlik ve sağlıklarını riske atarak hasta sağlığını ve güvenliğini her şeyin üstünde tutmak zorundadır. Bu beklenti, zorunlu ve doğal olarak hekimlerin mesleki yeterliliklerinin en üst düzeyde olmasını ve nitelikli sağlık hizmeti sunma olanaklarına her açıdan sahip olmasını gerektirir. Ayrıca sağlık hizmeti diğer hizmet alanlarından farklıdır. Sağlık hizmetinin yerine başka bir hizmet konamaz ya da sağlık hizmeti ertelenemez. Bu özellikleri nedeniyle, sağlık hizmeti “her koşulda ve şartta verilmelidir” düşüncesi hekimler de dahil olmak üzere toplumun tüm kesimlerinin ortak kanısıdır. Yani başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanları her durumda ve koşulda mesleklerinin gereğini yapmak zorundadır varsayımı ortaya çıkmaktadır. Ancak nitelikli sağlık hizmeti esas olarak doğru yapılandırılmış sağlık sistemleri içerisinde verilebilir. Ülkeler nitelikli ve herkesin ulaşabileceği sağlık sistemlerini sağlık hizmetinin tüm özelliklerini göz önüne alarak yapılandırmalıdır. Tabi ki burada sağlık hizmetinin temel yürütücüleri olan hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının sağlığının ve güvenliğinin korunması daima esastır.

Hekimler meslekleri gereği dinamik bir çalışma temposu içerisindedirler ve çoğu zaman öngörülemez işlerle karşı karşıya kalabilirler. Bir, iki saniyelik kararlarla çeşitli durumlara cevap, tepki vermeye daima hazırlıklı olmalıdırlar. Böylesi bir ortamda hekimlerin uzun çalışma saatleri ile karşılaşma olasılığı oldukça yüksektir. Uzun çalışma saatleri hekimin çalıştığı sağlık kurumu (kamu, özel), diğer çalışma alanları (acil, yoğun bakım, dahili, cerrahi) ve uzmanlığına göre farklılıklar gösterir. Genel olarak uzun çalışma saatlerinden en çok cerrahi uzmanlık alanları etkilenmektedir. Cerrahi uzmanlıktaki hekimler, diğer meslektaşlarına göre haftada daha fazla (ortalama 96 saat) çalışma eğilimindedir. TTBB’nin 2010 yılında gerçekleştirdiği çalışmada, hekimlerin haftada ortalama 71 saat (pratisyen: %59, Uzman; %68, asistan; %85) çalıştığı belirlenmiştir. Yine bu çalışmaya göre hekimlerin %65’i haftada kırkbeş saatin üzerinde yine bu grubun %41’i

55 saatin üzerinde, %10'u ise 96 saat ve üzerinde çalışmaktadır. Bu araştırmaya göre uzman hekimler pratisyen ve asistanlara göre daha fazla (%60) çalışmaktadır. Yine hekimlerin %94'ü günde 8 saatten fazla (9 saat %70, 10 saat %25, 11 saat %11, 12 saat ve fazla %6) çalışmaktadır.

Burada özel sağlık kurumlarında hizmet sözleşmesi ile çalışan hekimlerin durumunu ayrıca irdelenmek gerekecektir. Hekimin çalışma şart ve koşulları doğrudan işverene bağlı olmasına rağmen birtakım yasal düzenlemeler nedeniyle hekimler "hizmet sözleşmesi" üzerinden çalışmak durumunda bırakılmışlardır. Özel sağlık sektöründe hekim istihdamı, işletme açısından en karlı sözleşmelerle sağlanmaya çalışılmaktadır. TTB Özel Hekimlik Kolu'nun yaptığı bir çalışmaya katılan hekimlerin %40'ı ücret ve hakedişleri karşılığında serbest meslek makbuzu ya da şirket faturası düzenlemekte, 4B statüsünde çalışmaktadır. Özel sağlık sektöründe hekimler, çalışan-işçi (4A) olarak iş sözleşmesi, serbest meslek makbuzu karşılığında 4B'li ve şirket faturası karşılığında yine 4B'li olarak hizmet sözleşmesi yapabilmektedir. 4B çalışma biçiminde hekimin, işverene bağlı, işçi-çalışan olarak hizmet sunmasına rağmen, çalışmaya ilişkin sözleşme iş sözleşmesi olmayıp hizmet alım sözleşmesi olarak kabul edilmektedir. Bu durumda çalışanın iş ve ücret güvencesi ortadan kalkmakta ve işine son verilmesi durumunda kıdem tazminatı ve diğer haklarından da feragat etmektedir. Çalışma sürelerine ilişkin evrensel haklardan yararlanamamaktadır. Hastalık hallerinde hastalık izni kullanamamaktadır. Kadın çalışanlar anne olmakla ilgili izin hakkından feragat etmektedir. İş kazası ve meslek hastalığı sonucu herhangi bir yasal tazminat talep hakkı olamayacaktır. Hukuki süreçler iş hukuku ve iş mahkemelerinde değil, ticaret hukuku ve ticaret mahkemelerinde sürdürülecektir. Böylece çalışanlara özgü tüm haklar ortadan kaldırılarak çalışma yasasına ilişkin hükümlerin dışına çıkılmıştır. Özellikle kadın hekimler özel sağlık sektöründe çalışabilmek adına iş sözleşmesi yerine hizmet sözleşmesi imzalayarak çalışma mevzuatının kendilerine tanıdığı tüm haklardan vazgeçmiştir. Hekimler çalışan olmaktan çıkarılarak iş ortağına(!) dönüştürülmüştür. Böylece birçok hekim açısından çalışma süresine ilişkin kavram ortadan kalkmıştır.

Gerek iş sözleşmesinde, gerekse hizmet sözleşmesinin imzalanmasında her iki tarafın da özgür olması (tam rekabet) esastır. Ancak burada hekim ile işveren arasındaki güçler dengesi açısından asimetrinin varlığı unutulmamalıdır. Hekimin eşit koşullarda iş sözleşmesi imzalaması konusunda devletin bu asimetriyi göz önünde tutarak yasalarla dengeyi eşitlemesi gerekir. Oysa hekimlerin özel sağlık kurumlarında çalışabilmesi konusunda önlerine sürülen şirket kurmaya ve iş sözleşmesi yerine hizmet sözleşmesi üzerinden sözleşme imzalamaya zorlanması kabul edilemez olup, devletin burada bu zorlamaya karşı koruyucu olması gerekirken sağlıktaki dönüşüm programı kapsamında işveren lehine düzenlemeler yapması, yasal boşluklar, açık kapılar oluşturması yine kabul edilemezdir.

Bu durumda hekimler ne kadar süreyle çalışmak durumunda olacaktır? Hekimin sağlığı ve güvenliği konusunda belirleyici neler olacaktır. Ayrıca hekimin uzun çalışma saatleri sonucunda hastanın sağlığı ve güvenliği ne olacaktır? Hekim çalıştığı süreç içerisinde karşılaşacağı işe bağlı olumsuzluklarla ilgili olarak hukuk karşısında kendisinin önce bir çalışan olduğunu ispatlamakla yükümlü mü olacaktır?

Özel sağlık sektöründe çalışan hekimler açısından güvencesiz çalışma koşulları, sosyal güvenlik sistemine yeterince dahil olmama ya da sistemi kendi açısından yetersiz görme, özel sağlık sigortası ve emeklilik gibi unsurlar ekonomik olarak ta artı yük getirmektedir. Özel sağlık sektöründe yer alan hekimler geleceklerini güvence altına almak adına daha çok çalışmaları gerektiğini düşünmektedir.

Uzun çalışma saatlerinde; işgücü kaybı, ailenin gelir getirici bireylerinin yaşamlarının kaybı, hastaların sağlığı ve güvenliğinde yaşananlar sorunlar ilk akla gelen olumsuzluklar olmasına rağmen genellikle sağlık işverenleri ve hekimler açısından ekonomik fayda yönü nedeniyle uygulanmakta ve sürdürülmektedir. Bu yönde Amerika, Japonya ve AB başta olmak üzere birçok ülke olumsuzlukların tespiti ve çözümü yönünde resmi olarak araştırmalar yapmışlardır. Çalışma yaşamının işverene ve çalışanlara bırakılmayacak kadar önemli olmasından hareketle devletlerin bu konuda düzenleyici, uygulayıcı ve kontrol edici olması zorunludur. Ülkemizde çalışma hayatına iliş-

kin önemli düzenlemeler olmasına rağmen ne yazık ki uzun çalışma saatlerine ilişkin sorunun varlığı ve sonuçlarına yönelik önemli bir araştırmanın yapıldığı bilinmemektedir.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 99. maddesi haftalık çalışma süresinin 40 saat olduğunu belirtirken yine madde içerisinde bu sürenin çıkartılacak tüzük ve yönetmeliklerle, kurumların ve hizmetin özellikleri dikkate alınarak farklı çalışma sürelerinin tespit olunacağını da söylenmektedir. Bu kapsamda yine Kanunun 101. maddesinde "Günün 24 saatinde devamlılık gösteren hizmetlerde çalışma saat ve usulünün tespiti" başlığında çalışma saat ve şekillerinin, Başbakanlık Devlet Personel Başkanlığının muvafakati alındıktan sonra kurumlarınca düzenlenir" hükmü yer almaktadır. Yasa, düzenlemeyi kurumlara bırakmış olsa da bu durum idarenin sınırsız bir düzenleme hak ve yetkisine sahip olduğu anlamına gelmez. Çünkü burada olması gereken hekimin yasalara ve hizmetin etkin ve verimli sürdürülebilme ilkelerine aykırı olarak kesintisiz çalıştırılması değil, tam tersine çalışma gün ve saatlerinin yasalara uygun ve aynı zamanda hekimin haklarını da dikkate alarak düzenlenmesidir.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 178. maddesi günlük çalışma saatleri dışında olağan dışı durumlarda ya da zorunlu hallerde yapılacak olan fazla çalışmayı düzenlenmiştir. Burada fazla çalışma/nöbet kanuni çalışma süresi dışında geriye kalan çalışma süresidir. 1983 tarihinde yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 37. maddesi ise yataklı tedavi kurumlarında çalışmaların günün 24 saatinde kesintisiz devam edeceğini belirtir. Yönetmeliğin 41. maddesinde gece nöbeti tutanlar ile hafta tatili ve resmi tatillerde nöbet tutanlara, hizmeti aksatmamak kaydıyla izin verilebileceği düzenlenmiştir. Bu maddede en önemli husus "Gece nöbeti tutanlara ertesi günü görev verilmez" ibaresidir. Bununla birlikte hafta tatillerinde ve resmi tatil günlerinde tutulan nöbet sonrasında izin verilmesi gerektiği vurgulansa da, her iki durumda da yine madde içerisinde izin konusu bazı gerekçelere dayandırılarak baştabip ya da yetkilinin tasarrufuna bırakılmıştır.

Temel yasalar çalışanın dinlenme hakkının olduğunu, zorla çalış-

tırmanın ve angaryanın yasak olduğunu açık olarak belirtirken özellikle asistan hekimlere nöbet sonrası izin kullandırmamak ve kesintisiz çalıştırmak hangi gerekçe ile olursa olsun kabul edilemezdir. Bu hukuksuz ve insanlık dışı uygulamalar ulusal yasaların yanı sıra ILO sözleşmelerine de aykırıdır. 149 sayılı Sağlık Çalışanları Sözleşmesi'nin 6. maddesine göre, sağlık çalışanları açısından haftalık çalışma saatinin 40 saat olarak kabulü zorunludur. Avrupa Birliği Parlamentosu 88/EC sayılı Direktif ile revize edilen 104/EC sayılı Direktif ile hekimlerin haftalık çalışma süresinin 40 saat olduğunu ilan edilmiştir. Hekimlerin haftalık çalışma saati 40 saati aşmayacaktır. Hekimlerin günlük çalışma süresi de 8 saat ile sınırlanacak ve zorunlu durumlarda en çok 10 saate çıkarılabilecektir.

Avrupa Birliği Mahkemesi'nin 03.10.2000 tarihli SIMAP kararı, 09.09.2003 tarihli JAEGER kararı ve 11.01.2007 tarihli VOREL kararında; hekimlerin nöbetler dahil haftalık çalışma saatlerinin en çok 48 saat olabileceği ve bu çalışmanın da her 8 veya 10 saatlik periyotlar için en az 11 saatlik dinlenmeler şeklinde planlanması gerektiği belirtilmiştir.

Uzun çalışma saatleri çoğu zaman sonuçları nedeniyle hukuksal açıdan dava konusu olmaktadır. Bu nedenle bir sözleşmede (sürel, süresiz) iş tanımı ile birlikte “çalışma süresi” yani kabul edilen çalışma zamanı mutlaka belirtilmelidir. İşverenle, çalışan arasında çalışma süresi genel olarak saat, gün, hafta, ay ve yıl olarak belirlenir. Çalışma süresinin belirlenmediği sözleşmeler sonucu hekimler çeşitli gerekçelerle uzun çalışma saatleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Çalışma süreleri ya da fazla çalışma sürelerini, birçok açıdan özellikle süre takibi konusunda konunun ispatı için çalışanın kayıt tutması gereklidir. Çalışma saatlerinin özellikle asistan hekimler tarafından tutulması hekimin hem kendi gerçeğini görmesine hem de sorunun toplumda yer almasına önemli katkı sunacaktır. Burada unutulmaması gereken fazla çalışmanın yapıldığının kanıtlanmasının çalışanın kendi yükümlülüğü (tanık beyanı) altında olduğudur.

Birden fazla işte çalışmak durumunda olan çalışanın da sağlığı ve güvenliği, çalışmanın koşulları nedeniyle daha fazla risk altında-

dır. Nedeni ne olursa olsun çalışanı korumak adına haftada çalışılan toplam saat sayısı belirlenmiş yasal sınırları aşmamalıdır. Bu nedenle kayıtların varlığı bir kez daha öne çıkmaktadır. Çalışan kadar işverenlerin de çalışanın diğer işlerde haftada toplamda kaç saat çalıştığını kendi işyerindeki sağlık hizmetinin niteliği açısından bilmesinde yarar vardır. Farklı işverenlerle yapılacak olan sözleşmelerde çalışma ve fazla çalışma sürelerinin belirtilmesi gereklidir.

Özellikle birden fazla işte çalışan hekimler ulaşım konusunda oldukça fazla hareketli olmak durumundadır. Gerek birden fazla işte çalışmada, gerekse de uzun çalışma saatlerine bağlı olarak hekimlerin işe gidiş-gelişlerinde yaşanan kazalar açısından özellikle uzun çalışma saatlerinin ve olumsuz sonuçlarının etkilerine dair önemli kanıtlar mevcuttur. Çok sayıda araştırma sağlık çalışanlarının işe giderken, dönerken veya iş sırasında uzun çalışma saatleri ile kazalar arasında önemli bir ilişki bulunduğunu ortaya koymaktadır. Yorgun ve uykusuz hekimler işe gidip gelirken kendileri kadar başkalarını da tehlikeye atmaktadır. Sürüş uzmanları, motorlu taşıt kazası riskini artıran ilk beş faktörde vardiyalı çalışma ve uzun çalışma saatlerini tanımlamaktadır. Tüm karayolu kazalarının% 20'si, uykulu sürüşle ilişkilendirilmiştir. Amerikan Hemşireler Birliği tarafından yapılan bir ankette, on hemşireden birinin, yorgunluk veya vardiyalı çalışma ile ilgili olduğuna inandıkları bir motorlu araç kazası bildirdiği tespit edilmiştir. Burada birçok kazanın yeterince bildirilmediği, ayrıca uzun çalışma saatleri ile kazalar arasındaki ilişkinin karmaşık ve muhtemelen başka birçok faktöre bağlı olabileceği de unutulmamalıdır. Ayrıca uzun çalışma saatleri ile karşı karşıya kalmış yorgun ve uykusuz hekimlerin kendi sağlık ve güvenliklerinin yanı sıra tanı ve tedavide hasta sağlığını ve güvenliğini tehlikeye sokabilecek hatalar yapma olasılığı da oldukça yüksek olacaktır. Araştırmacılar, çalışma süresi, fazla mesai süresi ve haftalık çalışma saatlerinin artmasının hatalar üzerinde önemli etkisi olduğunu bulmuşlardır. Bu kapsamda hava ve karayolu taşımacılığı hizmetlerinde çalışanların ve hizmet alanların sağlığı ve güvenliği için çalışma saatlerine yönelik yasal sınırlamalar getirilmiştir. Gelişmiş ülkelerde bu sınırlamaların takibi ve denetimi özellikle oldukça sıkı olup kurallara uyulmaması durumlarında çok ciddi yap-

tırımlar söz konusudur.

Çalışma koşullarına ilişkin Dünyada olduğu gibi ülkemizde de birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalar genel literatürü ve diğer çalışmaları destekler sonuçlara sahiptir. 2013 yılında anestezi çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışmada haftalık çalışma süresinin 41 – 50 (%30) ve 51 – 60 (%30) saat dilimlerinde gerçekleştiği ve 61 saat üzerinde çalışmanın ise toplam %15 oranında olduğu görülmüştür. Yine bu çalışmada anestezi çalışanları %36 oranında haftada birkaç kez ve %32 oranında ise hemen hergün gücünün üstünde çalıştığını hissettiğini (toplamda %68) belirtmiştir. Bu da anestezi çalışanlarının çalışma tempo ve yoğunluğunu açık olarak ortaya koymaktadır. TTB (2010) çalışmasına göre hekimlerin %8'i her hafta aile bireyleri ile (%33 çok az, %31 bazen, %26 yeterli, %1 fazlasıyla) neredeyse hiç zaman geçirememektedir. Her yıl çalışmaya ara vermek açısından hekimlerin %17'si neredeyse hiç (%41 çok az, %23 bazen, %18 yeterli, %1 fazlasıyla) ara verememektedir. Yine hekimlerin %13'ü hiç yıllık izin kullanmaz iken %18'i 1 - 7 gün, %30'u 8-14 gün, %23'ü 15-21 gün, %10'u 22-28 gün, % 4'ü 29-35 ve %2'si 35 ve üstü gün izin kullanmaktadır.

TTB Özel Hekimlik Kolu'nun 2019 yılında 1027 hekimin katılımı ile gerçekleşen anket çalışmasında haftalık çalışma saati 45 saatin üzerinde olan hekimlerin oranı % 60'tır. Pratisyen hekimlerin %66,7'si, uzmanların %58,5'i sürekli veya aralıklı olarak haftada 45 saatin üzerinde çalışmaktadır. Haftalık çalışma saatleri açısından dağılım dikkate alındığında hekimlerin %48'i 46-55 saat, %13'ü 56-65 saat, %9'u 66 saat ve üzerinde çalışmaktadır. Çalışmaya katılanların %70'i ulusal bayram ve resmi tatil günlerinde çalışma talebiyle karşılaştığını belirtmektedir. Ankete katılan hekimler arasında ikinci bir işte çalışanların oranı, ağırlıklı olarak başka bir sağlık kuruluşunda mesai sonrası çalışma, nöbet tutma ya da iş yeri hekimliği (%18) şeklindedir. Yine ankete katılan hekimlerin %75'i gelir kaybı düşüncesiyle hastalık ya da izin durumlarını ertelemektedir (%49'u izinlerini ertelediğini, %26'sı kısmen ertelediğini belirtmiştir). Çalışmaya katılan hekimlerden 327'si (%31,8) son iki yılda 10 gün ve altında, 403'ü

(%39,2) 10 ila 20 gün arasında izin kullanmıştır. Son iki yılda 30 gün ve üzerinde tatil yapan hekim sayısı 94'tür (%9,1). Günlük çalışma süresi içinde düzenli öğle tatili ve dinlenme arası bulunan hekimlerin oranı % 29, sadece öğle arası olup dinlenme arası bulunmayanların oranı %41, her ikisi de bulunmayanların oranı ise %28'dir.

Türk Toraks Derneği İş Gücü Anketine (Eylül 2011) göre uzman hekimlerin % 9'u, günlük ortalama poliklinikte 71-90 hasta, % 32'si 56-70 hasta, % 34'ü 31-55 hasta baktıklarını, genel olarak günde 30'dan fazla hasta bakmanın nitelikli sağlık hizmeti için kabul edilemez olduğunu belirtmişlerdir. Yine uzman hekimlerin % 15'i iş yükü fazlalığı nedeniyle kendilerini "tükenmiş" halde hissetmekte, % 54'ü ise iş yükünün iş kapasitelerine göre "yüksek olduğu" nu belirtmektedir. Uzman hekimlerin iş yükündeki en yoğun alanı % 70 ile "poliklinik hizmetleri", % 15 ile "acil ve konsültasyon hizmetleri", % 12 ile "servis hasta hizmeti" oluşturmaktadır. Ankette asistan hekimler günlük ortalama poliklinik sayısının % 38'i için 31-55 hasta, % 19'u için 56-70 hasta arasında olduğunu, % 61'i iş yükü fazlalığı nedeniyle kendilerini "tükenmiş" halde hissettiklerini, %35'in ise iş yükünün iş kapasitelerine göre yüksek olduğunu ve iş yükündeki en yoğun mesai alanlarını % 44 ile "servis hasta hizmeti", % 25 ile "acil" ve "konsültasyon" hizmetleri olduğunu belirtmiştir. Yine anket sonuçlarına göre anabilim dallarının, şu andaki olanak ve kapasitelerine göre, % 29'u asistan sayılarını çok yetersiz, % 62'si yetersiz olarak kabul etmektedirler. Anabilim dallarının ancak %7'si asistan sayılarını yeterli bulmaktadır. Yine anabilim dallarının hasta-hastane hizmetlerine göre, % 55'i sahip oldukları uzman hekim sayılarını çok yetersiz, % 22'si ise yetersiz olarak kabul etmektedirler. Anabilim dallarının polikliniklerinde halen hekim başına günde ortalama 49,3 hasta bakılmaktadır. Klinik şefliklerin % 23'ü asistan sayılarını çok yetersiz, % 69'u yetersiz olarak kabul etmektedirler. Klinik şefliklere ait polikliniklerde hekim başına günde ortalama 56 hastaya hizmet verildiği ve %54'ün hastane hizmetleri için sahip oldukları uzman hekim sayısını yetersiz bulmaktadır.

Acil Klinik Ortamında ki Sağlık Çalışanlarına yönelik 2015 yı-

linda yapılan bir anket çalışmasında çalışanların %18'inin 45 saat ve altında çalıştığı geri kalan %82'sinin 46 saat ve sonrası çalıştığı (%46'sı 46-60, %16'sı 61-70, %20'si 71 saat ve üzeri) bulunmuştur. Çalışmada nöbet ertesi %48 oranında izin kullanıldığı, %37'si kullanmadığını, %15 çalışan ise bazen izin kullandığını belirtirken yaşamlarında %10'u sosyal etkinliklere zaman ayırabildiğini, %64'ü kısmen ve %26'sı sosyal etkinliklere zaman ayıramadığını belirtmiştir. Yine çalışmada her gün işe gitmek ister misiniz sorusuna %48'i hiç, %42'si bazen, %8'i sık sık ve %2'si her zaman cevabını vermişlerdir. İşinizde gücünüzün üstünde çalıştığınızı hissettiğiniz olur mu, sorusuna ise %3'ü hayır, %6'sı yılda birkaç kez, %20'si ayda birkaç kez, %22'si haftada birkaç kez ve %47'si her gün cevabını vermişlerdir. Bu cevaplar sonucu acil klinik çalışanlarında yoğun çalışmanın oldukça sık yaşandığı görülmektedir.

Çalışmaların sonuçları açısından hekimlerin uzun çalışma saatlerinin yanı sıra ağır iş yükleri ile de karşı karşıya olduklarıdır. Bir hekimin günlük bakabileceği hasta sayısı sınırlıdır. Bu sınırın yüksek tutulması ya da aşılması hekimle birlikte hastanın sağlığını tehlikeye atacaktır. Türkiye'de özel sağlık sektöründe yasal sınır 50 hasta ile sınırlı ilen kamuda bu sayı 60, 70 ve 100'lere kadar çıkmaktadır. Özellikle acil kliniklerinde sayı 100 – 200'lü rakamlara varmaktadır. Ağır iş yükü ve kapasite aşımı yönünden acil servisler ve poliklinikler mercek altına alınmalıdır. Çünkü acil servislerin işleyişi genel olarak sağlık sisteminin sağlığını ve verimliliğini yansıtabilmektedir. Türkiye'de acil servisler birinci basamak sağlık hizmeti (aile sağlığı merkezi) anlayışı ile çalışırken, çalışanlar kendilerini “kömür madenindeki karnarya” olarak tanımlayabilmektedir.

Uzun çalışma saatlerinin ve sonuçlarının en iyi değerlendirileceği hekim grubu uzmanlık öğrencileridir. Uzmanlık öğrencilerinin (asistan) eğitim süreçleri dolayısıyla çalışma süreleri ve koşulları birçok ülkede ciddi tartışma konusudur. Uzun çalışma saatleri tartışmasında asistanların özel bir önemi bulunmaktadır. Daha öncede bahsedildiği gibi genç ve dinamikler. Bedensel sağlıkları daha iyidir. Yani çok çalışmanın olumsuzluklarının en az görülebileceği yaş grubudur. Asis-

tanların çalışmalarına ilişkin yasal düzenlemeler, genel kurallar getirilmiş olsa da söz konusu uzmanlık öğrencileri olduğunda bu kurallar yönetim ve yöneticilerin insafına bırakılmış ve kurallar belirsiz hale getirilmiştir.

Amerika'da 1984 yılında Libby Zion davasında Amerika Federal Mahkemesi sürekli otuz altı saatlik çalışma süresini tek kelimeyle “delilik” olarak niteleyerek asistan hekimlerin nöbet dahil, toplam haftalık çalışma süresinin 80 saati aşmasını hukuka aykırı bulmuştur. Libby Zion davası sonrasında 1987 yılında Amerika'da asistanların haftalık çalışma süresinin 80 saat ve günlük çalışma süresinin 24 saatle sınırlandırılması, birçok tartışmayı da beraberinde getirmiştir. Tartışmacılar, güvenli ve sağlıklı hizmet açısından havayolu ve karayolu taşımacılığına dikkat çekmiştir. Karşıt görüş olarak hekimlerin bir sürücü, hastalarında sürücünün yorulduğunda parka çekebileceği bir araç olmadığı ileri sürülmüştür. Değişikliklerin maliyete yol açacağı (2,3 milyar dolar) ve mevcut işgücü yerine yeni bir işgücü yaratmanın zorluğundan bahsedilerek yöneticiler, çalışma süresinin kısılması ile eğitimin de yetersiz kalacağını belirtmişlerdir.

Asistanların uzun çalışma saatlerine yönelik tartışmalar birçok ülkede genel olarak hasta sağlığı ve güvenliği, tedavi süreçlerinin devamlılığı ve de maliyet üzerinden yürütülmektedir. Amerika'da asistan hekimin uzun çalışma saatlerinin yol açtığı olumsuz durumlardan çok çalışma saati sınırlamasının (80 saat) hekim eksikliğine ve vardiya sisteme yol açacağı ileri sürülmektedir. Tartışma sorularından en önemlisi, asistanların çalışma süresinin kısılması ile tamamlaması gereken eksik işlerin kimler tarafından yapılacağı idi. Oysa tartışmanın temelinde hekimin sağlığı ve güvenliği ve de buna bağlı hasta sağlığı ve güvenliği olması gerekir. Eğer tedavinin devamlılığı, hasta sağlığı ve güvenliği için, hekimlerin uzun çalışma saatlerine gereksinim varsa bu eksiklik hekimleri daha çok ve uzun süre çalıştırarak değil, hekim istihdamı yapılarak gidermelidir. Daha fazla hekim istihdamının yapıldığı sağlık sisteminde hizmet daha güvenli ve sağlıklı olacaktır.

2003 yılında Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (ACG-ME), Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hekimler için lisansüstü tıbbi

eğitim programları kapsamında yeni standartlar geliştirdi. Klinik ve eğitim içi çalışma, tüm kurum içi klinik ve eğitimsel faaliyetler, evden yapılan klinik çalışmalar da dahil olmak üzere günlük 24 saat ve dört haftalık bir süre boyunca ortalama haftada en fazla 80 saat çalışmayı kabul etti. Ayrıca çalışma süreleri arasında 10 saatlik ve 7 günlük sürede bir günü dinlenme olarak belirledi. Yasal düzenlemeye ve olumsuz sonuçların ortaya konmasına rağmen uzun çalışma saatlerine ilişkin kayıtlarda birçok sağlık kurumunca doğru raporlamalar yapılmadı. Doğru raporlama yapılmayarak asistan hekimlerin uzun saatler çalıştırılması ve gizlenmesi, personel açığına karşı yeni istihdamların sağlanmaması, sağlık sektörünün politik tercihin asistan hekimleri yine vardiya açığını kapatmak üzere uzun çalışma saatleri ile karşı karşıya bırakacağıdır.

Tartışmanın yürütüldüğü diğer bir husus, uzun çalışma saatleri sonucunda hekimin hata yapıp yapamayacağı konusudur. Asistan hekim haftalık 80 saatlik çalışmada hata yapmıyorsa 90 saat mi çalışmalı, yine hata yapmıyorsa 100 saat mi çalışmalı. Tartışmanın yalnızca saat üzerinden yürütülmesi uzun çalışma saatlerinin sonuçlarını hafife almak, diğer bir deyimle önemli bir soruna basit bir yaklaşımdır.

Çalışma saatlerinin kolay ölçülebilir olması, tartışmaların sıklıkla çalışma süresi üzerinden yürütülmesine neden olmaktadır. Ancak burada tartışmalar açısından, çalışma süresi kadar çalışma hayatına yönelik diğer etkenlerin de (iş yükü, yorgunluk, uyku, stres) göz önünde tutulması gerekir.

Türkiye’de asistanlar açısından 33 saat kesintisiz çalışma (mesai + nöbet + mesai) yaygın olarak uygulanmaktadır. Bu süre asistanların işlerini tamamlayarak çıkma zorunluluğuna bağlı olarak 34 - 36 saate kadar uzamaktadır. Yapılan birçok çalışma özellikle cerrahi branşlarda asistanların normal mesai bitiminde işyerinden ayrılamadıklarını ortaya koymaktadır. Tam da bu noktada çalışma hayatına ilişkin olarak zorla çalışma ve angarya kavramlarının da değerlendirilmesi gerekecektir. Sağlık hizmeti sırasında birçok iş hekimlere zorla/zorunlu, birçok işte ücret ödenmeyerek angarya olarak yaptırılmaktadır.

Kavramsal olarak zorla alıştırma, zorla çalışma, zorunlu çalışma ve angarya gibi terimler kendilerine özgü farklılıklar içerse de çalışma hayatı gerçekliğinde kavram karmaşası ve iielik yaşanmaktadır. Hekimin iradesi dışında ve özellikle işvereninin yaptırım tehdidi altında yapılan birçok iş esas olarak zorla çalışmadır. Ayrıca gerek çalışma saatleri içinde gerekse de dışında bazı gerekçeler sunularak hekimlere asli görevinin haricinde yaptırılan ücretsiz işlerde esas olarak angaryadır. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 4. maddesi (kölelik ve zorla alıştırma yasağı) “Hiç kimse kle ya da kul durumunda tutulamaz” ve “Hiç kimse zorla çalıştırılmaz ve zorunlu çalışmaya tabi tutulamaz” tümcelerini kurarken T.C. Anayasası'nın 18. maddesi bazı özel durumlarda gerçekleşen çalışmaların zorla çalışma olmadığının altını çizerek, bu çalışmalar dışında kalan çalışmalar açısından insanların zorla alıştırılamayacağını ve angaryanın yasak olduğu belirtmektedir.

Nitekim ILO 29 No.lu Sözleşme'nin 2. maddesinde zorla alıştırma “herhangi bir kişinin ceza tehdidi altında ve bu kişinin tam isteği olmadan mecbur edildiği tüm iş veya hizmetler” biçiminde tanımlanmıştır. Bu Sözleşme'ye göre de zorla çalıştırmadan söz edilebilmesi için kişinin ceza tehdidi altında ve rızası bulunmaksızın çalıştırılması gerekmektedir. Genel olarak zora dayalı alıştırma, bir kimsenin serbest iradesi bulunmadan yani iradesi dışında ve yaptırım tehdidi altında çalıştırılması olarak da tanımlanabilmektedir. Çalışma hayatı içerisinde çalışanın işini kaybetme korkusunu bir yaptırım tehdidi olarak yorumlamak çoğu kez mümkün olup, çalışanın yine de çalışarak duruma rıza göstermesi zorla çalışmayı tartışılır kılmaktadır.

Çalışanın emeğinden karşılıksız yararlanma durumu ise angarya olarak kabul edilmektedir. Angaryada da zorla çalıştırmada olduğu gibi kişinin ceza tehdidi altında ve iradesi dışında çalıştırılması söz konusudur. Ancak angaryada zorla çalıştırmadan farklı olarak alıştırılana ücret de ödenmemekte veya düşük ücret ödenmektedir. Bu kapsamda yaptırım ve irade dışı çalıştırmada ücret ödeniyorsa “zorla çalıştırmadan”, ücret ödenmiyor veya ödenen ücret düşük ise “angarya”dan söz edilebilir.

Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı konuyla ilgili olarak 26.04.2014

tarihinde yayınlanan “Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği” Madde 11’de uzmanlık öğrencisine yönelik tanımlama yapmıştır. Yine bu madde içerisinde nöbet uygulamasının üç günde birden daha sık olamayacağını da belirtmiştir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde eğitim gören asistan hekimlerin “iş bırakma” eyleminin ardından Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan 15.04.2011 tarihli Genelge’de asistanlara blok şeklinde ve günaşırı nöbet tutturulmaması ve nöbet programlarının hasta ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 21.10.2016 tarihinde “Uzmanlık Öğrencileri” konulu genelgesinde 19.12.2007, 22.03.2011 ve 15.04.2011 tarihli genelgelerini iptal ederek daha önceki içerikleri bu son genelgede toplayarak yayınlamıştır.

Bu genelgeye göre uzun çalışma saatleri ve nöbetler açısından yaşanan sorunların altı çizilerek;

1. Uzmanlık öğrencilerinin nöbet uygulaması üç günde birden daha sık olmayacak şekilde düzenleneceği,
2. Uzmanlık öğrencilerine tutulan nöbet karşılığında izin kullandırılmayan hallerde nöbet ücretlerinin (en fazla 130 saat) ödemesini belirtmiştir.

Tüm haklı şikâyetlere ve yönetimlerin sorunun varlığını kabul etmesine, birçok hukuksal davaların kazanılmasına rağmen bazı kazanımlar elde edilmiş olsa da sonuçta uzun çalışma saatleri ile ilgili gerçek hayatta asistanlar açısından çok fazla bir değişim söz konusu olmamıştır.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Asistan Hekimleri tarafından hazırlanmış rapor (2011) içeriğinde aşağıdaki tespitlerde bulunulmuştur;

- Genelde asistan hekimler ortalama olarak 310 saat aktif (252-366 saat) çalışmaktadır.

Polikliniklerde ortalama saat 17.00'de, servislerde ise ortalama saat 18.30'da hastaneden ayrılabilirler. Günlük poliklinik ortalama sayıları 40 - 45 hastadır.

- Çocuk sağlığı ve hastalıklarında ortalama olarak 320 saat aktif (184-428 saat) çalışmaktadır. Günlük ortalama poliklinik sayısı genel çocuk için 63, nefroloji için 124, gastroenteroloji için 72 ve nöroloji için 35 hastadır.

- İç hastalıkları ortalama olarak 300 saat aktif (220-400 saat) çalışmaktadır. Günlük poliklinik ortalama sayıları genel dahiliye için 30, hematoloji için 50, endokrinoloji için 50, onkoloji için 35, romatoloji için 34, alerji-immünoloji için 35, nefroloji için 65 ve gastroenteroloji için 42 hastadır.

- Radyoloji bölümünde asistan hekimler ortalama olarak 337 saat aktif (208-450 saat) çalışmaktadır. Asistan hekimler, bölümlerinden ortalama olarak MR için 22.30, BT için 24.00 ve USG için 18.00'de hastaneden ayrılabilirler. Günlük yaptıkları görüntüleme sayısı; MR için 120, BT için 100, USG için 200, girişimsel radyoloji için 8, anjiyografi için 8 ve mamografi için 45 görüntülemez.

- Acil tıp bölümünde asistan hekimler ortalama olarak 226 saat aktif (186-266 saat) çalışmaktadır. Günlük poliklinik ortalama sayıları 220 hastadır.

Raporda yer alan çalışma saatleri değerlendirildiğinde haftalık çalışma süresinin ortalama 77 saat olduğu, radyoloji, çocuk ve iç hastalıkları kliniklerinde ise bu sürenin bazen haftada 100 saate kadar çıktığı görülmektedir.

Türk Tabipleri Birliği asistan hekimlik kolunun 2016 yılında yaptığı bir anket çalışmasında gün aşırı nöbetle ilgili olarak asistanların %82'si bunun yasa dışı olduğunu bilmesine rağmen %53'ünün gün aşırı nöbet tuttuğu, duruma itiraz edenlerin %93'ü mobinge maruz kaldığını, itiraz etmeyenlerin %82'sinin mobinge uğramaktan korkup sustuğunu göstermektedir

Ankara Tabip Odasının 2013 yılında yaptığı bir araştırmada kamu hastanelerinde günde en az 60 – 80 dahili poliklinik yapıldığı, bazı hastane polikliniklerinde ise bu sayıların 100 – 150’ye kadar çıktığı belirtilmiştir. Pediatri polikliniğinde bu sayının 200 rakamlarına ulaştığı ayrıca verilen rakamlar arasındadır. Bu durumda asistan hekimler polikliniklerde tek başlarına 5 – 10 dakika sürelerle hasta bakmaya mecbur bırakılmıştır.

Türk Tabipler Birliği’nin Mart 2015 tarihinde yayınladığı “Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporuna” göre devlet üniversiteleri, vakıf üniversiteleri, Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinin değişik uzmanlık dallarında 1161 kişiyle yapılan çalışmaya göre uzmanlık öğrencilerinin %73’ü ayda 20 saat ve üzerinde nöbet tutmaktadır. Haftalık ortalama kaç saat nöbet tutulduğu ile ilgili net bir veri bulunmasa da aylık nöbet sayısı 2 ile 10 arasında değişmektedir. Asistanlığa yeni başlayan hekim haftalık 40- 45 saat çalışma süresinin üzerine 176-184 saat nöbet tutmaktadır. Asistanların %76,9’u çalışma saatlerinin sosyal yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği belirtmektedir.

Yine raporda asistanların %62’si hiç ara vermeden hastanede 24-36 saat geçirdiklerini, %31’i bu sürenin 48 saatin üzerine çıktığını vurgulamıştır. Sekiz saat çalışan asistan oranı %16’da kalırken büyük yük bir çoğunluk (%64) hafta içi 9-12 saat çalışmaktadır. Asistanların %43’ü haftada 40 saat, %25’i ise 70 saat ve üstü çalışmaktadır. Asistanların %73’ü ayda 20 saat ve üstü nöbet tutarken %95’i nöbet sonrası izin kullanamamaktadır.

Asistanların %67’si hasta yüklerinin çok fazla olduğunu belirtirken, %19’u 5-10 gün arası, %67’si ise yılda 15-20 gün izin kullandıkları belirtmiştir. Tıp fakültesi asistanlara yönelik bir başka araştırmada hekimler (%64,9) sağlıklı bir yaşam sürdüremediklerini belirtmiştir. Ayrıca sosyal aktivitelere ve aile için yeterli zaman ayıramama konusunda neden olarak %35’i iş yoğunluğunu, %12’si yoğun mesai, %10,3’ü nöbetleri ve %2,6’sı yorgunluğu göstermişlerdir.

Türk Tabipleri Birliği Asistan ve Genç Uzman Hekim Kolunun 2016 yılında farklı iller ve hastanelerdeki toplam 515 asistanla yap-

tığı Tıpta Uzmanlık Eğitimi Anketi'nin sonuçlarına göre asistanların %44'ü hasta başına ayrılan muayene süresinin 5 dakikadan az, %35'i ise 5-10 dakika arasında olduğunu söylemektedir.

YÖK'ün "Tıp Dallarında Asistan Eğitimi Çalıştay Raporu" içerisinde asistanların çalışma saatlerinin standart olmadığı ve çoğu zaman mesai dışı saatlerde çalışmak zorunda kaldığı gerçeği açık olarak yer almıştır. Yaşanan bu gerçeklik içinde asistan hekimler yaşanan tüm olumsuzluklara bağlı olarak TUS tercihlerinde daha az riskli uzmanlık çalışma alanlarına yönelmektedir. Bu durum geri planda hekimlik mesleğini de olumsuz etkilemektedir. Eğer hekimlerde tükenmişlik ve intihar oranları yüksekse, hekimler mesleklerini bırakıyor ve daha az riskli uzmanlık alanlarını tercih ediyorsa, burada önemli bir sorunun var olduğu görülmelidir. Eğer bu durum sorun olarak görülüyor ve çözüm isteniyorsa öncelikle o sorunu kabul etmek ve anlamak gerekecektir.

DENETİM



Çalışma kavramı içerisinde denetimin özel bir yeri ve önemi vardır. İşverenin, işi ve çalışanları, iş sağlığı ve güvenliği koşullarını, resmi kurumların tüm çalışma koşullarını, çalışan örgütlerinin ise işyeri iç denetimleri söz konusudur. Denetimler, esas olarak amaca göre değer ve anlam kazanır. Çalışma hayatı için tek başına denetimin yapılması değil, hangi amaçla yapıldığı ve sonuçlarının nasıl kullanılacağı önemlidir. Yukarıda belirtilen denetim uygulamalarından sermayenin çalışanı denetlemesi her an ve her koşulda ön plana çıkarken, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik denetimleri neredeyse hiç yapılmamaktadır. Yine resmi kurumların zorunlu olarak yapmaları gereken denetimler özel ve önemli bir durum olmadıkça gerçekleşmemektedir. Böylece, çalışan sermayenin insafına bırakılmıştır. Çalışanların ve onları temsil eden örgütlerin (sendikaların) denetimleri ise birçok nedene bağlı olarak yok denecek kadar az, yetersiz ve anlamsız kalmaktadır. Sonuç olarak hekimlerin her geçen gün ağır çalışma koşullarında, uzun çalışma saatleri ile karşı karşıya kalmasında, denetim mekanizmalarının işlevsel olmamasının önemli bir yeri vardır.

Sermaye, temel olarak işin yürütümünü ve sonuçta ortaya çıkan değeri çalışanın iradesinden bağımsız olarak her zaman kontrol etmek ister. Burada sermayenin amacı kullanılan tüm malzeme ve

araç-gereçlerin uygun kullanımını ve sonuçta en üst düzeyde verimi (değeri) elde etmektir. Bunun içinde her türlü yöntemi, araç ve gereci kullanmaktan çekinmez. Sermayenin denetiminde ağırlık büyük ölçüde çalışana yöneliktir. Çalışan, sermaye için daima üretimin ya da hizmetin bir parçasıdır ve sermaye çalışanı denetlediğinde birçok şeyi kontrol ettiğini bilir. Çalışanlara yönelik denetimler, eskiden olduğu gibi doğrudan, somut görülebilir olmaktan çıkmıştır. Artık görülemeyen, ancak mutlaka bir gözetleyen olduğu ve gözetlenenin sürekli gözetlendiğinin bildiği bir durum söz konusudur. Böyle bir durumda hekim kendi üzerinde sürekli otokontrol uygulayarak sisteme uyum sağlamaya çalışmaktadır.

Küresel sermaye, 1980 yıllarından itibaren rekabet koşullarının zorlamasıyla; üretimde kaliteyi geliştirmenin, hataları sınırlandırmanın, üretim kapasitesini ve kârlılığı arttırmanın yolu olarak önemli bir denetim sistemi olan “toplam kalite” yönetimini oluşturmaya başlamıştır. Bu nedenle de yönetimler tarafından “modern işyeri” örgütlenmesinde denetim mekanizmaları çeşitli şekillerde devreye sokulmaktadır. Despotik denetim baskı ve zorlamaya dayalıdır. Teknolojik gelişmelerin sunduğu avantajlar karşısında despotik denetim yerini kaybederken, hegemonik denetim; her geçen gün kendini yenileyerek, ideolojik denetim aygıtlarını kullanarak, bilinç değişimleri yaratarak, kurum bilinci oluşturarak, çalışanların rızasını alarak, varlığını teknolojik gelişmelerle birlikte sürdürmektedir. Artık denetimde hedef hegemonik denetimle, sermayenin egemenliğini görünmez kılmak ve çalışanın sermayeye olan bağımlılığını arttırmaktır. Ancak denetim sistemleri içerisinde biri diğerinden ayrı düşünülemez. Dolaşısıyla, emek sürecinde daima hem baskının, hem de rızanın birlikteliği söz konusudur. Baskının, rızaya üstün geldiği rejimlerin despotik, rızanın hüküm sürdüğü, ama hiçbir şekilde baskının dışlanmadığı rejimler ise hegemonik denetim içeriğine sahiptir.

Sağlıkta neoliberalizmin egemen hale gelmesiyle, sağlık sermayesi hekim emeği üzerinde daha etkin sistematik bir denetim mekanizması oluşturmayı hedeflemektedir. Çünkü kendi değişken sürecine ayak uydurabilecek, uyum sağlayacak hekimlere ihtiyaç duymaktadır. Hekim, sözleşmeyi imzalayarak işe başladığında (kamu, özel) daha önceden belirlenmiş olan çalışma koşulları ile birlikte, denetim sis-

temlerini de kabul etmiş olacaktır. Ancak bu durum, hekimin herşeyi koşulsuz olarak kabul ettiği anlamına gelmez. Uygun olmayan her duruma karşın hekimin gerek bireysel ve mesleki, gerekse diğer meslektaşları ile birlikte (örgütsel) karşı durması, direnişleri söz konusu olabilecektir. Bu karşı çıkış ve direniş sermayenin gerek despotik gerekse de hegemonik denetleme sistemlerinin hangi yönünün ağır basacağına etkili olur. Bu nedenle de sermaye denetim sistemleri (despotik, hegemonik) iç içe geçmiştir. Ancak koşul ve durumlara göre uygulamalarının ağırlıkları değişse de despotik anlayış her zaman varlığını korur.

Son dönemde, iletişim teknolojilerindeki gelişimle birlikte ortaya çıkan elektronik denetim aygıtlarının yaygın kullanımı; bu sistemlerle rapor alma, bilgi toplama ve çözümleme yöntemleri, denetimi çeşitlendirmiş ve yaygınlaştırmıştır. Sağlık hizmetinde hekimlerin yaptıkları işlerin istatistiksel analizleri, karşılaştırmalı çalışmalarla ve raporlarla işverenlerce anlık olarak izlenebilmektedir. Ancak sağlık sermayesinin en zorlandığı kısım hekimlik mesleğinin kendine özgü koşulları ve hekimin düşünce yapısıdır. Sermaye bu nedenle özellikle rıza oluşturma açısından hekimin düşünce yapısına da girmeye çalışır.

Rıza denetim mekanizmaları içinde önemli bir yer tutar. Hekim belirli bir sınırı aşmamak koşuluyla yapılan birçok baskıya karşın yaptıklarını kendi tercihi olarak görür ve sessiz kalabilir. İşte esas olarak ta hekimler açısından içinde bulunduğumuz emek sürecinde denetim düzenlemeleri doğrudan bu alanı hedeflemektedir. Burada hekimin doğrudan denetiminden çok, dolaylı olarak “sorumlu otonomi” stratejisi uygulanması ve ideolojik mekanizmaların oluşturulması esastır. Sorumlu otonomi, doğrudan denetim stratejisinin ortaya çıkardığı istenmeyen sonuçlara karşı oluşturulmuştur. Hekim, sağlık kurumunun üretim ilişkilerini ve kar amacını düşünmeksizin, mesleğini en iyi şekilde gerçekleştirdiğini, mesleki yetenek ve iradelerini en iyi şekilde ortaya koymakta olduğunu düşünür. Bu noktada üretim ilişkileri göz ardı edilerek hekimler ile sermayenin çıkarlarının “ortak çıkar birliği” içinde olduğu (iş ortağı), çalışan ve işveren kavramlarının doğru olmadığı kazan-kazan mantığı içerisinde vurgulanır.

Performans ve hak edişe bağlı ücretteki artışın, hekimin rıza gös-

termesinde özel bir yeri vardır. Performans hedefleri belirlenirken, hedeflerin gerçekçi olup olmaması veya kim tarafından ne şekilde belirlendiği gibi konular üzerinde, hekimler söz hakkına sahip değildir. Ancak hedeflerin gerçekleşmemesi durumunda sorumlu tutulacak olan hekimdir. Performansı düşük olan hekimlerin işten uzaklaştırılması, iş güvencesizliğin yaşandığı bir ortamda geride kalanlara yönelik bir baskı aracı özelliği taşıyacaktır. Rızanın belki de en basit gerekçesi, işsizlik tehdididir. Pek çok meslek grubuna kıyasla yüksek yaşam standardına sahip hekimlerin planladıkları bir zamanda işten uzaklaştırılmaları, ayrılmak zorunda kalmaları onları oldukça olumsuz etkileyecektir.

Uzun çalışma saatlerine ilişkin sorunların yaşanmasındaki en önemli nedenlerden biri de kamu ve özel sağlık kurumlarında çalışma yaşamının resmi kurumlarca yeterince denetlenmemesidir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına yapılan şikâyetler üzerine 2016 yılında özel sağlık sektörü ile ilgili “programlı teftiş” kapsamında 254 asıl ve 13 alt işveren olmak üzere toplamda 267 işyeri denetimi yapılarak toplamda 69.102 çalışana ulaşılmıştır. Bakanlık yapılan denetimlerin sonuçlarını Eylül 2017 tarihinde yayınlamıştır.

Raporda yaşanan aksaklıklar arasında çalışma süresi ile ilgili aşağıdaki tespitler saptanmıştır;

- Fazla saatlerde yapılacak çalışmalar için işçinin onayını almamak 18%
- İşçiden serbest zaman kullanma onayı almamak 4%
- Yılda 270 saatin üzerinde fazla çalışma yaptırmak 6%
- Yedi günlük zaman içinde en az 24 saat dinlenme süresi vermemek 4%
- Yıllık ücretli izin hakkı ve sürelerine uymamak 16%
- Yıllık izin yönetmeliğinin esas usullerine aykırı olarak izni kullandırmamak veya eksik kullandırmak 43%
- Çalışma sürelerine ilişkin yönetmeliklere muhalefet etmek 64%
- Günlük çalışma sürelerini belgelememek 22%
- İşçileri geceleri 7,5 saatten fazla çalıştırmak 42%
- Postalar halinde çalışma hükümlerine aykırılık 59%

- Gece ve gündüz postalarını değiştirmemek 44%
- En az 11 saat dinlendirilmeden diğer postada işçi çalıştırmak 10%.

Yukarıda yer alan olumsuzluklardan da görüleceği üzere özel sağlık sektöründe çalışma süresine ilişkin çok önemli aksaklıklar bulunmaktadır. Ayrıca denetimin programlı bir şekilde yapılmış olması ve hedeflenen kurum ve çalışan sayısına ulaşılamaması, hedeflenen oranının %55’de kalması dikkate değer önemli bir sorundur.

Hekimlerin uzun çalışma saatlerine bağlı olarak yaşadıkları olumsuzlukların ortaya konmasındaki en önemli diğer sorun (eksiklik) veri yetersizliğidir. Mevcut resmi veriler gerçek değerleri yansıtmamaktadır. Toplanmış olan bazı veriler yok sayılmakta, göz ardı edilmektedir. Çalışma Bakanlığının sağlık çalışanlarına yönelik verileri irdelendiğinde iş kazalarının neredeyse yok denecek kadar az, meslek hastalıklarına rastlanmadığı, özellikle meslek hastalığına ve iş kazalarına bağlı ölümlerden hemen hemen hiç bahsedilmediği görülecektir.

2018 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre 153.000 hekim ile birlikte 1.016.000 sağlık personeli bulunmaktadır. SGK’nın “insan sağlığı hizmetleri” başlığı altındaki 2018 verilerine bakıldığında 4a kapsamında yani işçi statüsünde olan çalışanların 10.407 iş kazası gecirdikleri ve iş kazasına bağlı 6 ölüm olayının gerçekleştiği bildirilmektedir. 4b kapsamında çalışanlarda yani kendi adına çalışanların (muayenehane, özel sağlık sektöründe şirket üzerinden çalışma) iş kazası gecirmedikleri ve herhangi bir ölüm olayı yaşamadıkları grrlecektir. Günde binlerce delici-batıcı yaralanmanın (iş kazası) gerçekleştiği bilinirken resmi verilerin bu rakamların çok çok gerisinde kalması verilere olan güveni oldukça sarsmaktadır. Yine sağlık çalışanlarının kurumlarında yaşadıkları narkotik madde kullanımına bağlı ölümler (intiharlar) yok sayılmakta, yaşanmamış kabul edilmektedir. Böylesine somut olayların SGK kayıtlarında yer almaması hekimlerin yaşadığı diğer sorunların da açık olarak resmi verilere yansımadığını ortaya koymaktadır.

Kayıt ve denetimler, sorunların ortaya çıkarılması ve çözümün olmazsa olmazları arasındadır. Hekimlerin ve örgütlerinin kurumsal kayıt sistemlerini zorlaması, olumsuz bir durumda da kendi bireysel çalışma kayıt sistemlerini tutması şarttır.

İŞKOLİKLİK



Fazla mesai ve uzun çalışma saatleri açısından çalışanın işkolik olup, olmadığıнын belirlenmesi önemlidir. Çoğu kez çalışkan olma ile işkoliklik birlikte anılır ve birbirine karıştırılır. Ancak işkoliklik ile çalışkan olmak arasında önemli farklılıklar vardır. İşkolik olmak, az ya da çok “çalışma bağımlısı” olmaktır. İşin bitiminde başka ilgi alanı veya aktivite yoksa bu durum olumsuz duygu (hüzünlü) durumlarına yol açıyorsa iş bir bağımlılık haline gelir. İşkolik çalışır, ya da sürekli çalışmayı düşünür. Çünkü yaşamında, onun yerini alacak başka bir şeyleri yoktur. Norveç’te 16.000’den fazla yetişkinin ruh sağlığı sorunlarına yönelik yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık % 8’inin işkolik tanımına uyduğu görülmüştür.

İşkolikler genelde sürekli iş hakkında düşünür ve iş için çalışırlar. Çalışmadıklarında kendilerini suçlu, endişeli, huzursuz ve depresyonda hissederek. İşin hayatlarında her şeyden daha önemli olduğunu, mutlaka çalışmaları gerektiği düşüncesi ön plandadır. Genelde çalışmanın olumsuzluklarından yakınsalar da çalışmalarını kontrol altına alamazlar. Ne yaptıklarından, kiminle yaptıklarından çok işin kendisi

önemlidir. Öyle ki bazı çalışanlar işkolik oldukları için kendileri ile gurur dahi duyabilirler. Sürekli çalışma ya da çalışma isteği, düşüncesi artık kişiliklerinin ayrılmaz bir parçasıdır.

Çalışkanlar, işi gerekli ve bir yükümlülük olarak görür. Çalışmalarını kontrol edebilirler. Fazla zorlandıklarında ise memnuniyetsizliklerini belirtebilirler. Özel zorlayıcı nedenler yoksa sosyal yaşamlarına zaman ayırırlar.

İşkolikler çalışmayı kendilerini istenmeyen duygulardan ve ilişkilerden uzak tutmanın bir yolu olarak ta görürler. Pek çok işkolik bu kötü çalışma alışkanlıklarının farkındadır, ancak başka bir seçenekleri olmadığını da düşünmektedirler. Bazı işkoliklerde ise kariyer unsuru da devreye girebilir. Sıkı çalışırlar, terfi ederler. Ancak çoğu kez hedeflerine ulaşamazlar.

İşkolik olmak sadece uzun saatler çalışmak değildir. Daha az süre çalışmalarda da işkolikliğin tüm olumsuz zihinsel ve fiziksel sonuçları görülebilir. Süre açısından bazı durumlarda ortak bir yaklaşım olsa da esas olarak farklılık düşünsel düzeydedir. Uzun çalışma saatleri, her zaman çalışanların işkolik olduklarını göstermez. İşkoliklerde de uzun çalışma saatlerine bağlı olumsuzluklar oldukça sık görülmektedir. İşin baskılarıyla başa çıkmak için alkol veya madde kullanımı artar. İşkolik, psikolojik olarak işten ayrılmak için mücadele ederken içinde bulunduğu ruhsal durum (stres, endişe, depresyon ve uyku problemleri) işten kurtulmasını zorlaştırır, engeller. Stres seviyeleri ve yorgunlukları, bu nedenle genellikle kroniktir ve bu durum vücutta sürekli aşınmaya, yıpranmaya yol açar.

İşkolik olan çalışan sosyal etkinlik sırasında işi ve işe dönmeyi düşünür. Bu durumun tersi ise çalışan bir insanın sosyal bir etkinliği düşünmesi ya da tatile çıkması olarak değerlendirmek gerekir. İş bağımlılığı, diğer bağımlılık türleri gibi çalışana çok ciddi zararlar verebilir.

İşkoliklerle, işkolik olmayanların karşılaştırıldığı bir araştırmada işkoliklerin dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, anksiyete ve depresyon geçirme olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Normal bir işkolik çalışma süresi içerisinde bazen ça-

lışmasını bırakıp başka bir şeyler yapabilir, ancak kronik bir işkolik çalışma süresi içerisinde işini bırakamazken, çalışma süresi sonrasında da işini düşüncesinin dışına çıkaramaz, görevler veya kararlar konusunda endişeli kalacaktır.

Sağlıklı bir iş-yaşam dengesi oluşturmak için hekimlerin kendileri ile ilgili işkolik olup olmadıkları konusunda değerlendirme yapmasında yarar vardır. Hekim öncelikle sorunun varlığı kabul ederek çalışmasının amacını, hedeflerini sorgulamalıdır. Bu değerlendirmeyi yaparken içinde bulunulan olumsuzlukları olumlayan, durumu gölgeleyen amaçlara da dikkat etmek gerekecektir. Çalışmanın dışında da bir yaşamın olduğu hiçbir zaman unutulmamalıdır.

UYKU
UYKUSUZLUK
YORGUNLUK



Uykuyu doğrudan tek bir cümle ile tanımlamak oldukça zordur. Bu nedenle uykunun birçok özelliğinden birden bahsetmek gerekecektir. Uyku; metabolizma, bağışıklık, hormonal ve kardiyovasküler sistemlerin işleyişi de dahil olmak üzere beyin fonksiyonu ve sistemik fizyolojide kritik bir rol oynar. Uyku, yaşam ve sağlık için gerekli olan biyolojik bir süreçtir. Uyku organizmanın çevreyle iletişiminin değişik şiddette uyaranlar ile geri döndürülebilir geçici, kısmi, periyodik, olarak kaybolmasıdır. Uyku kendi içinde belirli bir düzeni olan etkin, aktif ve değişken bir süreçtir. Bu kapsamda uyku sağlıklı bir vücudu ve zihni korumanın önemli bir bileşenidir ve uykusuzluk obezite, kalp hastalığı, felç ve diyabet riskinin artmasına neden olabilmektedir. Derin uykuda, büyüme hormon salınmasında ki artışa bağlı olarak protein sentezi de artarken, metabolizma yavaşlar. Kardiyovasküler sistem ve solunum sistemindeki fizyolojik parametrelerde azalma oluşur. Böylece bedensel dinlenme, hücre yenilenmesi ve organizmanın onarımı sağlanır.

Normal sağlıklı uyku; uygun zamanlama, yeterli süre, iyi kalite,

düzenlilik ve uyku bozuklukları ve rahatsızlıklarının olmaması ile karakterize edilir. Sirkadiyen ritimler, uykuyu gündüz-gece döngüsü ile senkronize etmek için çalışır. Sirkadiyen ritim sürecinde 07.00 - 23.00 uyanıklık süreci iken 23.00 - 07.00 arası uyku, dinlenme sürecidir. Uykuda bozulma ile ilişkili fizyolojik değişiklikler sonucunda çok sayıda sağlık sorunu ortaya çıkar. Uyku bozukluğuna ilişkin risk faktörleri çok geniştir; biyolojik, psikolojik, genetik ve sosyal faktörlerin bir kombinasyonunu içerir.

Gönüllü bir insanın uzun uykusuzluk denemesinin 11. gününde denegin gerçekleşen ilişkisinin kopması ve psikoz benzeri bir tablo ortaya çıkması sonucu deneme sonlandırılmıştır. Bu nedenle total uyku yoksunluğu deneyleri genel olarak hayvanlarda yapılmıştır. Hayvanlarda yapılan bu deneyler sonucu;

- Başlangıçta adrenerjik sistemde aktivasyon,
- Psikomotor alanda uyarılmışlık artışı,
- Normal gıda alımına rağmen kilo kaybı,
- 6-7 hafta sonra nedeni açıklanamayan ölümler ortaya çıkmaktadır.

Uyku bozukluğu vardiyalı çalışma, nöbet, gece çalışması gibi çalışma biçimleriyle doğrudan bağlantılıdır. Bu tür çalışmalar sonucu uykusuzluk ya da aşırı uykululuk olarak ortaya çıkabilir. Sorun sıklıkla gece çalışmasının ardından, gündüz uykusunu normal sürede sürdürme güçlüğü şeklindedir. Yeterli uyku olmadan, insanlar kendilerini uykulu hissederler ve daha az uyanık olurlar. Böylesi bir durumda istemeden de olsa uykuya dalarlar. Uyku yoksunluğu beynin uykuya dalması için baskıyı arttırır. Bu durumda uyanıklıktan, uykuya geçiş ani ve hızlıdır. Beyin uyku için yüksek baskı altında iken birkaç saniye süren istemsiz kısa uyku periyotları (mikro uyku) oluştuğunda çalışan hizmet sunuyor ya da araba kullanıyorsa (kritik durumlarda) uykuya daldığında tehlikeli durumlarla karşı karşıya kalabilir. Çalışanın gözleri açık ve uyanık gözükebilir, ancak beyin fonksiyonları azalacak ya da çalışmayacak durumdadır.

Uykusuzluk çalışanın birçok performansına zarar verir. İşine yoğunlaşma özelliğini azaltır, reaksiyon süresini yavaşlatır, hatırlama ve öğrenme becerisi azalır. Uykusuzluk, aynı zamanda sinirlilik, kötü ruh hali, azalan iletişim becerilerine de yol açar. Bazı araştırmalar karar verme yeteneğinin bozulduğunu ve risk alma davranışlarının arttığını bildirmektedir. Yine bazı araştırmalar uykusuz kalan katılımcıların ne kadar düşük performans gösterdiklerini anlamadıklarını, aksine iyi olduklarını düşündüklerini göstermişlerdir. Uyku bozukluğu dikkat, karar verme, değerlendirme ve risk alma gibi birçok alanda bilişsel performansı olumsuz etkiler. Nörobilişsel performanstaki azalmalar, yorgunluğa bağlı yaralanmalarda daha yüksek oranlara ve çalışan hatalarına neden olmaktadır.

Araştırmalar, bir gecelik uyku yoksunluğunun başkalarındaki duyguları algılama ve empati kurma yeteneğini tehlikeye attığını göstermektedir. Kronik uyku yoksunluğu, duygusal zeka ve kişilerarası iletişimi olumsuz etkilemektedir. Hekimlerin ilk yılları ve sonraki yılları arasında kronik uyku yoksunluğu prevalansı % 9'dan % 43'e, duygusal tükenme % 8,5'ten % 68'e yükselirken, empati ölçüleri % 10 -% 15 düşmektedir. Bu değişikliklerin hastaları nasıl etkilediğini söylemek oldukça zordur. Ancak hasta-hekim ilişkisine zarar verdiği tahmin edilebilir. Uzun çalışma saatleri sonucunda uyku eksikliğinin yorgunluğa katkıda bulunduğu da düşünülmektedir.

Uyku bozukluğunun bu geniş etkileri çoğu zaman birbiriyle ilişkili ve çift yönlüdür. Örneğin, uyku kaybıyla ilişkili sıkıntı, uykuyu en üst düzeye çıkarmak için ek stres yaratabilir ve bu da uyku bozukluğunun kötüleşmesine (iyileştirilmesinden ziyade) katkıda bulunur. Bir derleme çalışmasında da uyku bozukluğunun depresyon gelişiminde önemli bir faktör olduğunu gösteren kanıtlar bulunmuştur. Bu kapsamda uyku bozukluğuna bağlı olarak;

- Artan stres duyarlılığı
- Psikosomatik sorunlar
- Düşük yaşam kalitesi
- Duygusal rahatsızlık
- Duygu-durum bozuklukları

- Hafıza ve performans sorunları
- Davranış problemleri sıkça yaşanır.

Gece ve vardiyalı çalışma düzeninde sirkadiyen ritim bozulur;

- Gece çalışanlarda gündüz uykuları daha kısa ve parçalıdır.
- Sıklıkla sosyal ihtiyaçlar nedeni ile sirkadiyen adaptasyon sağlamaz.

• Dönüşümlü vardiya usulü çalışanlarda; hızlı rotasyonlar uyku yoksunluğunu artırır. Yavaş rotasyonlara (3 haftalık) adaptasyon daha kolay olur.

• Faz gecikmesine doğal eğilim nedeni ile saat yönündeki rotasyonlara uyum daha kolay olur.

Yorgunluk açısından sirkadiyen ritim dikkate alınmalıdır. 24 saatlik süre boyunca ritim nedeniyle algılanan iş yüküne karşı, çalışanlarda değişkenlikler görülür. Çalışanların sirkadiyen ritim içerisinde aynı düzeydeki işlerle başa çıkmak için bazen daha fazla çaba göstermeleri gerekebilir. Gece çalışma saatleri çalışanın daha fazla yorulmasına yol açar.

Sirkadiyen ritim ve uykusuzluğun bozulması tümör oluşumunu hızlandırabilir ve kanser riskini artırabilir. 2007 yılında, Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı, sirkadiyen ritim bozulması ile vardiyalı çalışmanın olası bir kanserojen ilişki olduğunu gösteren yeterli kanıt desteğini açıkladı. Geceleri özellikle floresan ışığına maruz kalmanın melatonin üretimini azalttığı ve üreme hormonlarının üretimini artmasına neden olabileceği gösterilmiştir. Gece çalışması, uyku ve aktivite zamanlarının düzensizliği, bağışıklık sisteminin inhibasyonuna yol açmaktadır. Vardiyalı çalışanlarda en çok irdelenen kanser, meme kanseridir. Gece vardiyasında 20 yıl veya daha uzun süre çalışan insanlarda meme kanseri riskinde istatistiksel olarak anlamlı artışlar görülmüştür. 13 çalışmanın meta analizi, gece çalışmasının kanser riskini % 48 artırdığını bildirmektedir. Ayrıca hemşirelere yönelik çalışmada 10 yılda takip edilen 78.586 kadın arasında 602 olayda kolorektal kanser vakası da kaydedilmiştir. Ayrıca, uyuma problemleri olan erkeklerde, uykusuzluktan prostat kanseri

gelişme olasılığının yaklaşık iki katı bulunmuştur.

Uzun süreli uyku bozuklukları gastrointestinal hastalıkların; enflamatuar bağırsak hastalığı, irritabl bağırsak sendromu ve gastroözofageal reflü hastalığının semptomlarını kötüleştirebilir. Bozulmuş uyku, erişkinlerde kilo alımı ve diğer kilo ile ilgili konularla ilişkilendirilmiştir. Geç saatte yenen yemek doğal sistemimize uygun değildir.

Bazı araştırma çalışmaları, çalışanların işten önce 5 saatten az uyuduklarında veya çalışanların 16 saatten fazla uyanık olduklarında, yorgunluk nedeniyle iş yerinde hata yapma risklerinin önemli ölçüde arttığını göstermiştir. Hata risk oranları da sabah, akşam ve gece vardiyalarında sırasıyla artış gösterir. Peş peşe gece vardiyalarında, hata riski ikinci gece %6, üçüncü gece %17, dördüncü gecede %36'dır. Gündüz çalışanlarına kıyasla, akşam çalışmasında riskler %15, gece daha uzun saatler çalışanlarda %28 daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca 8 saatlik çalışma ile kıyaslandığında 10 saatlik çalışmada risk %13 ve 12 saatlik çalışmada risk %28 artmaktadır. Gece vardiyası çalışanlarının %32'sinde uykusuzluk, %26'sında aşırı uykululuk saptanmıştır.

Bazı araştırmalar, uyku yoksunluğunun ağır alkol almaya bağlı düzeydeki bir bozulmaya yol açabileceğini ortaya koymaktadır. Uzun uyku yoksunluğu, duygusal zekâ ve kişilerarası işleyiş ölçütlerini azaltır. Bu değişiklikler doğal olarak hekim-hasta ilişkisine zarar verecektir. Araştırmalar, uyanık kalma saatlerinin kan alkol düzeylerine benzer olabileceğini göstermiştir.

Bu yönde yapılan bir çalışma, aşağıdaki sonuçları ortaya koymaktadır.

- 17 saat uyanıklık durumu 0.05'lik bir kan alkol içeriğine eşdeğerdir.
- 21 saat uyanıklık durumu 0.08 kan alkol içeriğine eşdeğerdir.
- 24-25 saat uyanıklık 0.10 kan alkol içeriğine eşdeğerdir.

Yukarıda belirtilen değerler düşünüldüğünde uzun çalışma günü sonrasında eve dönüş sürüşünde kaza riskinin artması kaçınılmazdır.

17–19 saatten fazla uyanık olan sürücülerin yapılan testlerde performans ve refleks konusunda güvenli yasal sınırların altında kaldığı tespit edilmiştir. Doğal olarak uyku kaybı süresi arttıkça bu risk daha da artacaktır.

Kronik uyku yoksunluğunda, vücudun fizyolojik değişiklikleri onarma kabiliyeti azalır, bu da kademeli olarak biriken etkilere ve bazal değişikliklere neden olur. Uykusuzluk sonucu beyin aktivitesi, hormon salgısı, sempatik sistem ve metabolik aktivite artar. Zaman içerisinde vücudun dinlenememesinden kaynaklanan bu yüksek ve anormal aktiviteler sonucu hastalıklar ve kronik sorunlar ortaya çıkabilir. Uyku yoksunluğunda, hem performans hem de kendi kendini uyarma konusunda azalmalar olur. Bilimsel çalışmalar yetersiz uykunun çalışan için geniş kapsamlı olumsuz sağlık ve güvenlik risklerine yol açabileceğini, bunun sonucunda diğer insanları ve işi tehlikeye atabileceğini desteklemektedir.

Hekimlerin uykusuz kalmaları, yalnızca onların sorumluluğunda olan bir durum değildir. Sonuçları açısından aileleri, hastaları ve işyerleri de zarar görecektir. Bu nedenle hekimler kadar sağlık kurumları da uzun çalışma saatleri ve uyku ile ilgili genel kurallara uyulmasını sağlamak konusunda sorumluluk almak zorundadır.

Uzun çalışma saatlerinin olumsuz sonuçlardan biri de uykusuzlukla birlikte işe bağlı yorgunluktur. Çalışmanın, çalışanı yorgun veya yorgun hale getireceği açıktır. Yorgunluk; yorgunluk hissi ve enerji kaybı ile karakterize psikofizyolojik bir durumdur. Kaygı, korku, tükenme gibi çeşitli duygular da yorgunluğa eşlik eder. Ayrıca “yorgun hissetme”, “uykulu olma”, “uyku hali”, “uyuşukluk” gibi kavramlarda, yorgunluk ile birlikte ifade edilir. İşe bağlı yorgunluk ile etiolojisi bazı hastalıkların olduğu yorgunluk farklı değerlendirilmelidir.

Yorgunluk doğrudan veya dolaylı olarak ölçülebilir olsa da çoğu zaman bir kavram olarak yorgunluğu tanımlamak zordur. Yorgunluk, çalışanın kendini yorgun ve uykulu hissetmesinden çok daha fazlasıdır. Genel olarak karşımıza fizyolojik (kas yorgunluğu), duyuşsal (ekran bakma), bilişsel-entelektüel (problem çözme) yorgunlukları olarak çıkmaktadır. Uzun çalışma saatleri ve iş yükünün yanı sıra uyku

kaybı, uyku kalitesi, iş deneyimi, yaş, sağlık durumu, işe gidiş geliş süreçleri, iş ziyaretleri, çevre koşulları, ergonomik çalışma koşulları, moral-motivasyon, aile hayatı sorumlulukları gibi birçok faktör yorulmaya dolaylı ya da doğrudan etki edebilir. İş yerinde, uzun saatler çalışma nedeniyle uyku süresindeki azalma yani uykusuzluk en yoğun olanıdır. Bir ya da iki günlük fazla çalışma sonrası ortaya çıkan yorgunluk, uyku döngüsünü bozabilir. Bu süreçte, birkaç günlük çalışma bir haftalık çalışmanın yorgunluğu olarak hissedilmesine neden olabilir.

Uyku ve dinlenmenin amacı, yorgunluğun üstesinden gelmektir. İyi bir gece uykusu zorunluluktur. Yorgunluk, uzun süre yeteri kadar dinlenmeden çalışmanın sonucudur ve dinlenme olmadığı zaman katlanarak artar. Uzun çalışma saatleri sonucunda özellikle kadın çalışanlar iş dışında kalan sürede yaşamları ile ilgili diğer işlerini de yapmak zorundadır. Bu durumda iş ve iş dışı toplam çalışma süresi doğrudan artış gösterecek, uyku süresi azalacaktır. Bu nedenle kadın çalışanlar yorgunluktan daha fazla etkilenebilmektedir.

Farklı ülkelerden, farklı meslekler üzerinde bazı yorgunluk ölçütleri kullanılarak yapılan birçok araştırma uzun çalışma saatleri ile yorgunluk arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Uzun çalışma saatleri ile birlikte iş yükü, yorgunluk açısından önemlidir. Aşırı yük, yorgunluğun potansiyel nedenleri arasında yer alırken, çok öne çıkmasa da düşük iş yükü de yorgunluğun nedenleri arasındadır. Aşırı iş yükü, çalışanın kapasitesini, performansını zorlayarak daha çabuk yorulmasına yol açar. Burada diğer önemli bir husus, iş yükünün çalışan tarafından nasıl algılandığıdır.

Çalışanların yorgun olmasının en temel nedenlerinden biri de yetersiz dinlenmedir. Özellikle çalışma süresi içerisinde olması gereken dinlenme aralarının olmaması, yorulmayı hızlandırır. Çalışanların yorgunluktan kurtulmak için yeterli dinlenme zamanına sahip olmaları gerekir. Çünkü, iş günü içerisinde ya da işten sonra yeterli dinlenme süresi olmadığında, uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk birikir ve bundan çalışanın sağlığı ve güvenliği olumsuz yönde daha fazla etkilenir. Uzun süreli yorgunluğun sonucu, günlük iş yüküne

direnç giderek azalır ve bu nedenle daha fazla dinlenme gereksinimi ortaya çıkabilir.

En genel anlamda yorgunluk, akut ve biriken yorgunluk olarak karşımıza çıkar. Akut yorgunluk bir çalışma gününün sonunda, nite-likli uyku ve tam dinlenmeyle geçer. Akut yorgunluğun etkileri kısa sürelidir. Günlük (akut) yorgunlukta, gerekli dinlenme sağlanamaz ise yorgunluk bir sonraki günlere taşınmaya başlar ve biriken (kronik) yorgunluk oluşur. Bu noktada akut yorgunluk, vücudun dinlenmesi açısından önemli bir uyarı olarak kabul edilmelidir. Biriken (kronik) yorgunluk dinlenme ile rahatlamayan, süreklilik arz eden, şiddetli bir yorgunluk durumudur. Bu süreçte zamanla uyku eksikliği de oluşur ve uyku eksikliği yorgunluğu artıran nedenler arasında yeniden yerini alır. Biriken (kronik) yorgunluk özellikle kardiyovasküler fonksiyon-ların azalmasına yol açmaktadır. Öte yandan, kronik yorgunluğa bir-çok kişiye fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar da eşlik edebilir.

Yorgunluk doğrudan ölçerek belirlenebileceği gibi, dolaylı olarak performans veya sağlık etkileri açısından da değerlendirilir. Ancak bu-rada çalışanın yorgunluktan ne anladığı önem kazanır. Araştırmalar açısından çalışanın yorulduğunu vurgulaması önemlidir. Çalışanın yakınmaları temel bilgi kaynağını oluşturur. Davranıştaki değişiklik-lerin farkında olmak ve gözlemek, yorgunluğu tanımlamak için iyi bir yöntemdir. Zihinsel yorgunluk açısından konsantrasyon güç-lüğü, karar vermede güçlük çekme, düşünmenin yavaşlaması, fiziksel açıdan efor güçlüğü, rahatsız hissetme, ağrı ve motive olamama, uyku hali önemli yakınmalardır.

İşyerindeki yorgunluğun zihinsel ve fiziksel olmak üzere iki yönü vardır. Ancak bunları birbirinden ayrı değerlendirmek zordur. Bu an-lamda yorgunluk, ortaya çıkan zihinsel ve fiziksel gücün azlığı veya tükenmesi olarak da tanımlanabilir. Uzun çalışma saatleri kas-iskelet sistemi hastalıklarına önemli ölçüde yol açmaktadır. Burada risk et-kenlerine uzun süre maruz kalmanın yanı sıra uzun çalışma saatleri arasında daha az dinlenme, iyileşme süresinin bulunmaması önemli-dir. Düşünsel yorgunlukla ilişkili uzun süreli zihinsel çaba, fizyolojik stres reaksiyonlarının sürekli aktivasyonu da çalışan sağlığını olumsuz

yönde etkiler.

Yorgunluktan kurtulma, yani fonksiyonun, yani canlılığın yeniden oluşması için yeterli ve kaliteli uyku gerekir. Ancak burada yorgunluktan kurtulmanın yalnızca uykuyu içeren bir dinlenme olduğu düşünülmemelidir. Bedensel dinlenmenin yanı sıra mutlaka ruhsal ve zihinsel dinlenmede sağlanmalıdır.

Hekimlik mesleği açısından yorgunluğun özel bir önemi vardır. Hekimlerin sağlık ve güvenlikleri ile ilgili yaşadıkları uzun çalışma saatleri, dinlenme molalarının olmaması, nöbet ve vardiyalar arasındaki iyileşme sürelerine uyulmaması, yetersiz dinlenme süreleri, yorgunlukla doğrudan ilişkilidir. Birçok meslek gibi hekimlik mesleğinde dikkat, izleme, farkında olma, hafıza, hızlı karar verme ve hızlı reaksiyon önemli unsurlardır. Yorgunluk sonucu, bu özelliklerin yorgunluğun şiddetine bağlı olarak istenen düzeyde olması olanaksızdır. Bu nedenle yorgunluk, hekimin hata yapma olasılığını artırır, performansını olumsuz yönde etkiler. Yorgunluk hekimin olduğu kadar hastanın da sağlığı ve güvenliği açısından önemlidir. Yorgunluğa bağlı olarak hekimlerde kısa süreli, geçicide olsa çalışma hafızasında düşüş, öğrenme yeteneğinde azalma, eleştirel düşünme, yenilik ve öngörü üzerinde olumsuz bir etki, risk alma davranışının artması, bozulmuş ruh hali, iletişim becerilerinde azalma ve yeterli performans sağlayamama sıkça yaşanmaktadır. Uzun çalışma saatleri ve yorgunluk işle ilgili kazalar açısından (delici, batıcı yaralanmalar) bireysel güvenliği (dikkatin azalması) olumsuz yönde etkileyebilir. Bunun büyük ölçüde uzun süren bir yorgunluktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu kapsamda yürütülen tartışmalardan biri olumsuz etkilere yol açan, kendi başına uzun çalışma saatleri mi, yoksa yorgunluk mu olduğudur.

STRES DEPRESYON



Stres en genel tanımını ile kişiyi zorlayan, rahatsız eden, kişi üzerinde baskı ve gerginlik yaratan fiziksel veya psikolojik uyaran-lar karşısında bireyin geliştirdiği uyum sağlamaya yönelik tepkidir. Nesnel çevre tek başına stres yaratmaz, strese neden olan etkenin kişi tarafından nasıl algılandığı önemlidir. Stres insanın heyecanını arttırarak pozitif bir etki yaratabileceği gibi bireyin öz kaynaklarını ve baş etme yeteneklerini tüketerek insanın yaşamı olumsuzlayan, negatif bir durumdur ve stres Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından “sessiz katil” olarak adlandırılmaktadır.

Bireysel (kişilik tipleri, ailevi nedenler, beslenme ve diğer) ve çevresel nedenlerin (ulaşım, gürültü, kalabalık, ülke sorunları) yanısıra çalışma ortamına ilişkin olarak;

- İş yükünün fazlalığı
- Kötü çalışma koşulları
- Zaman baskısı
- Rol çatışması

- Rol belirsizliği
- Kişilerden sorumlu olma
- Yönetim sorunları
- Kararlara katılamama
- Yetersiz ödüllendirme
- Ücret
- Yardımcı personel yetersizliği
- Nöbet/Vardiyalı çalışma
- İş güvencesi
- Deneyimsizlik önemli stres etkenleridir.
- İşyerinde geçimsizlik,
- İş kaybetme endişesi,
- Terfi edememe,
- Vardiyaalar,
- Grev-lokavt,
- Aile içi sorumluluklar ile iş sorumluluklarının çatışması,
- Keder, sevinç vb.
- Gürültü / Sessizlik
- Titreşim,
- Basınç,
- Termal konfor
- Aydınlatma stres nedenleri arasında yer almaktadır.

İLO, “psikososyal tehlikeleri” işin içeriği ve çalışma koşulları (iş) olarak iki grupta toplamıştır.

İşin içeriği/işyükü;

- Yapılan işin miktarı (aşırı ya da çok az)

- İşin, çalışmanın zorluğu
- Çalışma hızı (otomasyon, zaman baskısı)
- Çalışma biçimleri (vardiya, gece, uzun çalışma saatleri, dinlenme azlığı)

Çalışma koşulları;

- Çalışma ortamı (iletişim bozukluğu, sosyal destek azlığı)
- Çalışma yapısı (güvencesizlik, rol belirsizliği ve çatışma, ödüllendirme, düşük ücret)

- Karar-kontrol yapısı (karar alamama, kontrol edememe)

- Sosyal ilişkiler (kişiler arası çatışma, sosyal yaşam yoksunluğu)

Sonuçta işe bağlı stres, çalışan kişilerin üzerindeki, çalışma ortamından kaynaklı veya üretim nedeniyle hissedilen fiziksel ve psikolojik yüklenmelerdir.

Gerek bireysel nedenler gerekse de işe bağlı strese, stres etkenleri organizma tarafından birer tehdit olarak algılanır ve endokrin sistem, hipotalamus, pankreas, tiroid gibi hormonları üreten bezler uyarılır. İlk etapta bir alarm evresi yaşanır ve birey stres kaynağı ile karşılaştığında “savaş ya da kaç” tepkisi gösterir. Tehlikeye karşı savaşarak ya da kaçarak bir şekilde kurtulmayı seçer. Stres devam ediyorsa, yani savaşarak ve kaçarak kurtulmak mümkün olamıyorsa, direnme aşamasına geçilir. Yine böbrek üstü bezlerin ürettiği adrenalin ve kortizol gibi hormonlarla strese uyum sağlanmaya çalışılır. Onlar, aynı zamanda gelişimi, sindirimi, doku onarımını ve üremeyi daha olumlu bir ana kadar baskılar. Tüm enerji yönlendirilerek vücudun direnci normalin üzerine çıkar. Vücut, stres kaynağını yenemeyeceğini ve kaçamayacağını anladığında, onu kontrol etmeye çalışır. Yoğun olarak enerjiye ihtiyaç duyulur. Diğer yandan hormonlar da stres süresince aşırı aktiviteden dolayı bağışıklığı zorlar. Direnme söz konusu olduğunda, birey strese karşı koymak için elinden gelen tüm gayreti ortaya koyar, stresli davranışları devam eder. Strese uyum sağlanırsa veya sorunlar çözülsün her şey normale döner, organizmadaki zararlar da onarılmaya çalışılır.

Ancak stres koşullarının devam etmesi durumunda dengelenme (homeostasis) sağlanamazsa uzun süreçte vücut yorgun düşer ve üçüncü aşamaya, nihai tükeniş-tükenme evresine geçilir. Adaptasyon enerjisinin tükendiği bu evrede, kontrol kaybolmuş ve yıkım başlamıştır. İlk evredeki alarm reaksiyonları tekrar ortaya çıkar, durum ölüm ya da psikiyatrik-psikosomatik hastalıklar ile sonuçlanır. Organizma kronik stresle artık başa çıkamamaktadır, anksiyete sürecindedir. Bu evreler, sırası ile akut stres reaksiyonu, kronik başa çıkılabilir stres ve kronik başa çıkılamayan stres olarak da tanımlanabilir. İlk iki aşama strese verilen fizyolojik yanıtlardır, üçüncü tükenme evresi ise stresin patolojik sonucudur. Artık organik ve ruhsal hastalıklar söz konusudur.

Kalp ve gastrointestinal rahatsızlıklar başta olmak üzere ruhsal sıkıntılarının yanı sıra işe gitmede isteksizlik, devamsızlık, işten ayrılma, yetersizlik duygusu, işte hata yapma, isabetsiz karar verme, işbirliği sağlayamama gibi sorunlar sıkça yaşanmaya başlar. Özellikle çalışanlarda psikiyatrik hastalıklar doğru tespit edilmediğinde ve uygun tedavi düzenlenemediğinde hastalıklar kronikleşirken, tedavi uyumu bozulmakta, kişiler arası ilişkiler ve işlevsellikler bozulmakta, intihar ve/veya kendine/çevreye zarar verme olasılığı artmaktadır. Uzun saatler süren stresin vücutta zaman içinde ölümcül hastalığa yol açabilecek biyolojik değişiklikleri de tetikleyebileceği düşünülmektedir.

Hekimlerin uzun çalışma saatleri, stres ve takım çalışmasına yönelik bazı araştırmalarda stres veya depresyon ile çalışma saatlerini ilişkilendirecek çok az kanıt bulunduğunu, burada genellikle uykusuzluk ile uyku kalitesinin sorun olduğu ve iyi bir ekip çalışmasının olumsuzluklara karşı destekleyici anahtar görevi gördüğü belirtilmektedir. Bir etkenin, hekimlerde stres oluşturan bir faktör olarak tanımlanabilmesi için, esas olarak bunun belirlenmesi, etiketlenmesi ve takip edilmesi gerekir. İş sağlığı ve işyeri güvenliği, acil klinik hekimlerinin stres düzeyine önemli ölçüde etkide bulunduğu bilinmektedir. Riskli davranışlar gösteren hasta ve hasta yakınlarına sürekli maruziyet, acil kliniklerin farklı şiddet türlerine uğrama konusunda en yüksek orana sahip alanlardan biri olması ve çalışma alanında yeterli güvenliğin sağlanamaması hekimler için kaygıyı artıran faktörler arasında-

dır. Hekimlik hizmeti sırasında hekimler meslekleri gereği hasta ya da hasta yakınının yaşadığı negatif olumsuzluklara tanıklık ederken sonrasında da kendi gerçek duygularını baskılama yönünde zorlanır. Böylece hekimler bir yandan, aşırı yorgunluk ve stres ile diğer yandan vicdani ve etik sorumluluk ile baş başa kalmaktadır.

Hekimler için önemli stres kaynaklarının biri de tıbbi ceza davasının açılması (malpraktis) ya da açılmış olan bir dava sürecidir. Bilindiği gibi, bu nedenle ortaya çıkabilecek hatalarda, hekimleri uzun hukuki ve idari soruşturma süreçlerinin stresi ve yükü beklemektedir. Burada, özellikle Türk Ceza Kanunu'nun ve yargı kararlarının ışığında, ortaya çıkabilecek ihlallerin tek sorumlusunun hekimler olmadığı, çalışma süresi ve koşullarını bu şekilde belirleyen ilgili yetkililerinde sorumlu olduğunu belirtmekte yarar vardır.

Uzun çalışma saatleri ile ilgili olarak stres ve psikolojik sağlık sonuçları çeşitli şekillerde tanımlanmış ve ölçülmüştür. Genel olarak, stres ve diğer olumsuz psikolojik sağlık sonuçları açısından kanıtlar uzun çalışma saatleri ile ilişkiye işaret etmektedir. Stresin, uzun çalışma saatleri ile çeşitli sonuçları birleştiren bir mekanizma da rolü olduğu da düşünülmektedir. Buna yorgunluk ta katkıda bulunmaktadır. Artan iş baskıları ve yorgunluk devamsızlığa yol açabilir. Bazen de hekimler normalde çalışmaması gereken hallerde çalışmaya devam etmek zorunda olabilir ya da çalışır. Ancak çalışıyor olsa da kendisini işe veremez, bir başka deyişle “işte var olamaz”.

Amerika'da son yıllarda yapılan bir çalışmada depresyonun erkek hekimlerin yaklaşık %12'sini ve kadın hekimlerin% 19,5'ini etkilediğini ve bu durumun genel popülasyonla eşit olduğunu göstermiştir. Depresyon, tıp öğrencileri ve asistanlarda (%15 - %30) daha yaygındır. Yine Amerika'da 2106 kadın hekimin katılım ile gerçekleşen bir anket çalışmasında kadın hekimlerin % 50'sinin bir ruhsal sağlık sorunu yaşadığı ancak damgalanma korkusu nedeniyle profesyonel yardım istemedikleri ortaya çıkmıştır. Uzun çalışma saatleri boyunca çalışan kadınlarda 8 saat çalışan meslektaşlarına göre depresyon gelişme olasılığı daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine Amerika'da 17.000 kadın sağlık çalışanını kapsayan bir çalışmada (WHS) stresli

kadınların, daha az stresli meslektaşlarına kıyasla% 40 oranında artmış kalp hastalığı riskine sahip olduğu bulunmuştur. Sonuçlar, hem Danimarka'da hem de Çin'de yapılan çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Danimarka'da yapılan 15 yıllık geniş bir tarama çalışması, çalışma baskısı arttıkça 52 yaşın altındaki kadınlar arasında kalp hastalığı riskinin daha yüksek olduğunu tespit etti.

Yine gelişen teknoloji nedeniyle elektronik kayıt tutma, hekimler açısından oldukça zorluk içermektedir. Burada yapılacak olan bir hatanın sonuçları, hekimlere birçok açıdan önemli yük getirecektir. Ve bu nedenle hekimler veri girişinde titiz olmak durumundadır. Bu da onları asıl işinden uzaklaştırırken, strese yol açmaktadır. TTB'nin 2010 yılında yaptığı çalışmaya göre hekimlerin %8'i mesleki stres faktörü olarak yeni teknolojileri hiç görmemiş iken, %8'i ise aşırı derecede, %24'ü az derecede, %36'sı orta derecede, %23'ü yüksek derecede stres faktörü olarak tanımlamıştır.

TTB Özel Hekimlik Kolunun 2019 yılında 1027 hekimin katılımı ile gerçekleşen anket çalışmasında, anketi yanıtlayan hekimlerin %37'si çalışma koşullarından memnun olmadıklarını, % 25'i bu konuda kararsız olduklarını belirtmiştir. Ankete katılan beş hekimden biri, şu anda çalıştığınız işyerinden ayrılmayı düşünüyor musunuz sorusuna “evet”, % 39 oranındaysa “ara sıra” yanıtını vermiştir. “Her gün işe gitmeyi dört gözle bekler misiniz?” sorusuna verilen yanıtlar, hekimlerin tükenmişlik duygularını yansıtır şekilde %19 oranında “hiç”, %28 oranında “nadir” ve %32 oranında “bazen” şeklindedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin %67'si ruhsal açıdan sağlıklarının genel olarak iyi olduğunu belirtirken, %28,1'i ruh sağlığının tedavi gerektirecek düzeyde bozuk olduğunu düşünmektedir. Ruh sağlığının kısmen de olsa tedavi gerektirecek düzeyde bozuk olduğunu düşünenlerin %31'i, 1-10 yıllık hekimdir. 1-10 yıl süre ile hekimlik yapanların %41'i, “ruh sağlığınızın tedavi gerektirecek düzeyde bozuk olduğunu düşünüyor musunuz” sorusuna, “kısmen” veya “evet” yanıtını vermiştir.

Hekimler psikolojik durumları ile ilgili olarak profesyonel müdahale gerektirmediği düşüncesiyle, tanı ve tedavi süreci ile bir şekil-

de damgalanmak istemediklerinden, stres ve depresyon tedavisinden uzak kalmayı tercih etmektedirler. Hekimler açısından damgalanma düşüncesi sorunun tespiti ve tedavinin önündeki en büyük engel olarak durmaktadır.

TÜKENMİŞLİK İNTİHAR



Çalışma hayatı üretim ve hizmet sektörü olarak ikiye ayrıldı-
ğında, tükenmişlik sendromu genel olarak hizmet sektörüne
özgü bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışma hayatına özgü
olan tükenmişlik, iş ve işyeri ile çalışan arasındaki bağlantının bo-
zulması ya da kopması durumunda ortaya çıkar. Doğrudan insana
hizmet veren ve hizmetin kalitesinde insan unsurunun çok önemli bir
yere sahip olduğu, özellikle insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde
(doktor, hemşire, öğretmen, polis, avukat vb.) tükenmişlik daha sık
görülmektedir.

Hekimlik mesleği, çok yoğun çalışma esasına dayanır ve hiçbir za-
man duygusal emeğinin karşılığı (doyumu) yoktur. Hekimlerde bunu
hiçbir zaman sorun etmezler. Ancak her gün içerisinde yaşadığı stres,
onu tükenmişliğe ve depresyona doğru iter. Hekimlerde tükenmişli-
ğin çoğu kez üniversitelerde öğrencilik yıllarında ve asistanlık dönem-
lerinde başladığı, bulguların olağan kabul edilmesine bağlı olarak da
esas sorunun gözden kaçabildiği vurgulanmaktadır.

Birçok nedenden dolayı hekimler ruhsal sorunları için tedavi ol-

mamakta, olamamaktadır. Birden fazla engel, hekimleri depresyon yardımından uzaklaştırmaktadır. Bu nedenlerin başında damgalanma, mesleki konumlarında oluşabilecek olumsuz değişimler ve özel sigorta kurumlarının yaklaşımı gelmektedir. Bu da onları kendi tanelarını koyma ve tedavi etmeye ya da başka bir isim altında tedavi görmeye yöneltmektedir.

Tükenmişlik sendromu, giderek yaygınlık ve artış göstermesi, sonuçlarının gerek hekimler, gerekse sağlık kurumları ve de toplum açısından oldukça vahim durumlar içermesi nedeniyle önemsenmesi gereken bir durumdur. Tükenmişlik sendromunu daha iyi anlayabilmek için öncelikle ülkelerde uygulanan sağlık politikalarını, hekim ve sağlık kurumu ilişkilerini, çalışma koşullarını iyi değerlendirmek gerekecektir.

Tükenmişlik sendromunun etkenleri arasında her ne kadar hekimlerle ilgili bireysel faktörlerin önemli olduğu belirtilmiş olsa da, tükenmişliği doğru değerlendirebilmek açısından öncelikle esas sorumluluğun uygulanan sağlık politikası ve uygulamaları, çalışma ortamı ve sağlık kurumların olduğu unutulmamalıdır. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 4. Maddesi işyerindeki risklerin işveren-ce tespit edilmesini ve gerekli önlemlerin alınmasını öngörmektedir. Yani tükenmişlikle ilgili bir karara varabilmek için öncelikle çalışma ortamından kaynaklanan olumsuz tüm faktörlerin değerlendirilmesi, bertaraf edilmesi ve sağlıklı, güvenli işyerinin oluşturulması zorunludur.

Sağlık hizmetine odaklanan birçok çalışma, sağlık çalışanlarının zaman baskısı, işyerinde düşük sosyal destek, yüksek iş yükü, hasta tedavisine ilişkin belirsizlik, acı çeken, ölen hastalara maruz kalma ve duygusal tepkilere yatkınlık gibi çeşitli ağır iş streslerine maruz kaldıklarını göstermiştir. Hekimler açısından uzun çalışma saatleri, yoğun iş yükü, bazen birden fazla işte çalışma, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, travmatik olaylara tanıklık (örselenme), iş yeri ilişkileri, görev paylaşımı sorunları, uyku düzeni, nöbetler, hasta yakınları ile uğraşı, ekonomik kaygılar gerginliğe ve strese yol açmaktadır. Uzun süre strese karşı korumasız kalmak, baş edememek tükenmişliğin en

önemli unsurları arasındadır.

Tükenmişlik, ilk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından insanların aşırı çalışma sonucu “işlerinin gereklerini yerine getiremez duruma gelmeleri anlamını taşıyan, duygusal tükenme, uzamış ve yoğun stresin yol açtığı zihinsel, duygusal ve fiziksel alanlarda aşırı yorgunluk durumu” olarak tanımlanmıştır.

Maslach ise 1981 yılında tükenmişliği “kişinin profesyonel iş yaşamında ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde olumsuzluklara yol açan öz saygı yitimi, kronik yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının gelişimi ile birlikte seyreden fiziksel, duygusal ve entelektüel tükenme ile karakterize” bir sendrom olarak tanımlamıştır.

Maslach ve Jackson’a göre tükenmişlik;

- a. Duygusal tükenme,
- b. Duyarsızlaşma,
- c. Kişisel başarı duygusunda azalma olmak üzere üç boyutta ortaya çıkmaktadır.

Duygusal tükenme, duygusuzluk ve ilgide azalma ile sonuçlanmaktadır. Duygusal yoğunluk yaşayan hekim, hizmet verdiği kişilere daha önceki kadar verici ve sorumlu davranmadığını ve hizmeti vermekte yetersiz olduğunu düşünmektedir. Hekim gergin ve engellenmişlik duyguları yaşamaktadır. Ertesi gün işe gitme zorunluluğu kişide büyük bir sıkıntı yaratır. Yeni bir güne başlamak için gerekli enerjiden mahrum olduklarını hissederler. Hekim kendini işine yeterince veremez, hizmet verdikleri kişilere karşı duygudan yoksun ve umursamaz bir şekilde davranır.

Duyarsızlaşma, hekimin çalıştığı ortamdaki iş arkadaşları ve hastalara karşı negatifleşmesi şeklinde ortaya çıkar. Hekim, hastalara karşı katı ve sert bir tutum izler. Diğerlerine karşı aldırma, nefret hissetme ve onlardan uzaklaşmayı da içeren davranış, insancıl olmama ile kendini gösterir. Bu genellikle, işe yönelik idealizmin kaybolması, hızla artan uzaklaşma duygusu ve hekimin hizmet verdiği kişiyi bir

nesne olarak görmesinden kaynaklanır. Duyarsızlaşma hekimin farkında olmadan yaşadığı psikolojik gerginlikle başa çıkma yöntemi, kaçma isteği olarak ortaya çıkabilir. Bu davranış bazen kriz durumlarında olumlu etki yaparak, oluşabilecek yoğun duygusal gerilimleri düşürebilir. Sonuçta hekimin kendisini yetersiz ve başarısız hissetme duygusu, hekimin özsaygısını kaybetmesine ve depresyona neden olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Mayıs 2019 tarihinde yayınladığı ve 1 Ocak 2022 yılında yürürlüğe girecek olan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması ICD 11’de tükenmişliğe “başarılı bir şekilde yönetilmeyen kronik işyeri stresinden kaynaklanan bir sendrom”, “meslek olgusu” olarak yer vermiştir. Dünya Sağlık Örgütü işyerinde tükenmişlik açısından üç ana belirtiye vurgu yapmaktadır;

1. Enerji tükenmesi ve tükenme hissi,
2. Mesleğe olan zihinsel mesafedeki bir artışın yanı sıra işiyle ilgili olumsuz ve alaycı hissetme,
3. İşyerinde daha düşük performans

ICD-11’e göre bu tanıyı koymadan önce, anksiyete, duygudurum bozuklukları ve uyum bozukluğu tanılarının elenmesi gerekiyor. Tükenmişlik sendromu tanısının sadece mesleki alanla sınırlı olması ve diğer yaşam deneyimlerini tanımlamak için kullanılmaması da belirtilenler arasındadır. Tükenmişlik mesleki alanla sınırlandırılırken, bir hastalıktan çok bir tıbbi durum (çalışanın sağlık durumu ve çalışanın sağlık hizmeti) olarak değerlendirilmiştir.

Tükenmişliğe etki eden faktörlerin bir kısmı bireylerin kendilerinden kaynaklanan kişisel faktörler olarak ele alınırken, diğer bir kısmı bireyin dışında gerçekleşen, kişinin çalıştığı iş ortamı ile ilgili faktörler olarak ele alınır.

A – Bireysel Etkenler / Kişisel Özellikler

- Mükemmeliyetçilik, kendisinden beklentisinin yüksek olması
- Kişisel beklenti düzeyi, iş doyumu

- Bireyin ego gücü
- Aşırı bağımlılık duyma
- Hassas, duygusal ve içe kapanık olma
- İdealist, inatçı
- Kendi ihtiyaçlarını gözardı edecek boyutta diğer insanları memnun etme çabası
- İşinde başarılı veya işine kendini adanmış
- Fark edilmeye, takdir görmeye gereksinim duyma, işkolik
- Çalışmanın yaşamdaki en önemli aktivite, işin en önemli amaç durumunda olması
- Sosyal yaşamın yerine çalışmanın geçmiş olması
- Kariyer, aile ve kişisel gelişim arasında yaşanan dengesizlik
- İşe ve ortama uyum sağlayamama

Tükenmişlik genelde yaygın olarak hekimlerin büyük çoğunluğunda görülmesine rağmen, hekimlerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi) açısından farklılıklar gösterebilir. Genç ve kadın hekimlerde daha sık görülebilir iken, yine genç yaştakilerin ileri yaştakilere göre tükenmişliği daha fazla yaşadıkları belirtilmiştir. Bu durum, meslekte geçen yaşam süresinin artmasıyla birlikte, sorunlara etkin çözüm stratejileri bulma becerilerinin artmasına ve genç çalışanların beklenti düzeylerinin yüksek olmasından dolayı yaşadıkları hayal kırıklığı ile açıklanmaktadır. Hekimin beklentileri ile iş ortamındaki yapı veya süreç arasındaki uyumsuzluk tükenmişliği önemli ölçüde artırır. Buradan hareketle, yaşla tükenmişlik arasında negatif bir ilişki olduğu söylenebilir.

Konuya cinsiyet açısından bakıldığında, aynı meslekte çalışan kadın ve erkekler tükenmişliğin farklı boyutlarını farklı düzeylerde yaşayabilmektedir. Yapılan çalışmalara göre kadınlar erkeklerle göre daha fazla duygusal tükenmişlik yaşamaktadır. Erkeklerde ise duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşmenin daha fazla yaşandığını ortaya koyan çalışmalar vardır. Bu durumu, kadın ve erkeklerin kişilik yapıları, çalışma ortamı ve özel hayatındaki rolleri ile açıklamak mümkündür.

Medeni durum ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiye bakıl-

dığında, bekârların evlilere göre ve çocuksuz olanların çocuk sahibi olanlara göre, daha yüksek oranda tükenmişlik yaşadıkları görülmektedir. Benzer şekilde araştırmalar hiç evlenmemiş ve boşanmış kişilerle evli fakat çocuksuz kişilerin daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadıklarını göstermektedir. Aile sahibi olmanın tükenmişlik açısından olumlu etkisi, bireyin ihtiyacı olan sosyal desteği ailesinden alabilmesi ile açıklanmaktadır.

B – Çalışma Ortamına Bağlı Etkenler

Burada işin özelliğinden kaynaklanan etkenlerin yanı sıra işin ve işleyişin iyi organize edilmemiş olması ve yöneticilere bağlı olumsuzluklar, önemli başlıklar olarak karşımıza çıkmaktadır;

- İşin niteliği ve yüksek oranda (aşırı) sorumluluk gerektirmesi
- Tüm özverili çalışmaya rağmen olumlu sonuç alamama (ölüm oranı yüksek alanlarda çalışmak)
- Hasta yakınlarına bilgi verme, onlardan gelen talepleri karşılama güçlükleri ile karşı karşıya kalma
- İşin, iş dışındaki yaşamda da devam ediyor olması
- Ağır ve yoğun iş yükü
- Çalışma saatlerinin düzensizliği
- İş güvencesinin olmaması
- Yeterince dinlenememek
- Yöneticilerin yetersizliği
- Yöneticilerden gerektiğinde yeterince destek alınamaması
- Özerklik ve kararlara katılmada sorun yaşanması
- Çalışanlar arasında ilişkilerin yetersiz ve sorunlu oluşu
- Düşük motivasyonlu kişilerle birlikte çalışmak
- Esas işin yerine diğer işleri yapmaya zorlanma, rol belirsizliği-çatışması
- Çalışma arkadaşları ve yöneticilerle kurulan ilişki ve iletişimdeki olumsuzluklar
- Çalışanlardan sürekli yüksek beklentinin olması

- Sosyal desteğin yetersizliği, olmaması
- Meslektaşlarla mesleki çatışmalar,
- Verilen emeğin karşılığını (özlük hakları-ücret) alamama
- İşyerindeki yetersizliklere bağlı hizmetin sürekli aksaması, hizmeti istediği gibi verememe
- Sosyal ihtiyaçlar için kullanılacak tesislerin yetersizliği, uygun olmayışı
- Sürekli değişken-gelişen teknolojik araç-gereç kullanmak zorunda kalmak
- Yardımcı personel yetersizliği (niceliksel-niteliksel)

İş yükü ile tükenme arasında pozitif bir ilişki vardır ve bu ilişki iş kontrolü düşük olduğunda pozitiflik en yüksektir. Bu anlamda hem iş yükü, hem de iş kontrolü çalışma koşullarının iyileştirilmesinde önemli roller oynamaktadır. Yüksek bir iş yükünün, hekimlerin yerli iş kontrolüne sahip olması durumunda, önemli endişeler yaratmadığını göstermiştir.

Tükenmişlik Sendromu Belirtileri

Yukarıda sayılan etkenlere bağlı olarak hekimlerde bedensel ve ruhsal olarak aşağıdaki belirtilerin birçoğu görülebilir.

- Doyumsuzluk, iş tatminsizliği
- Kendine, işe ve yaşama karşı negatif tutum
- İşten soğuma, işe gitmekten korkma, devamsızlık, savsaklama,
- Kendisini etkisiz, desteksiz, güvensiz hissetme,
- Sosyal izolasyon
- Nezaket, saygı ve arkadaşlık gibi pozitif duygularda azalma
- Bulantı ve gastrointestinal sorunlar
- Kas krampları, bel ağrısı
- Kısa nefes almalar, boğulma hissi
- Uyku bozuklukları
- Baş ağrıları

- Hastalıklara karşı hassaslaşma
- Öfke patlamaları, sinirlilik, huzursuzluk, gevşeme zorluğu, sabırsızlık,
- Umutsuzluk, moralsizlik
- Unutkanlık,
- Konsantrasyon güçlüğü
- Zevk almada azalma
- Yaratıcılık ve yenilik yaratmada azalma

Tükenmişlik sendromu ile çeşitli kardiyovasküler, kas-iskelet sistemi hastalıkları arasında ilişki saptanmıştır. Bu hastalıkların şiddeti tükenmişliğin ilerlemesiyle artış göstermektedir. Ayrıca Tip II Diabetes Mellitus ve Hiperlipideminin tükenmişlik bulunan çalışanlarda daha yüksek oranda görüldüğü yönünde yayınlar da bulunmaktadır.

Aşırı yoğun ve stresli bir iş temposu hekimi bir sonraki aşama olan tükenmişliğe eğilimli hale getirir. Hekim, kendi bireysel ihtiyaçlarını bile karşılayamaz hale gelmiş ise; kendisini umutsuz, bıkkın, öfkeli, sinirli hissetmeye başlar. Kronik uyku yoksunluğu duygusal tükenmeyi artırırken, empati ölçülerini düşürmektedir. Zaman içinde bu olumsuz duygular kronikleşir. Kas ağrıları, baş ağrıları, uykusuzluk, mide sancıları, kramplar, baş dönmesi, ağız ve boğaz kuruluğu, konuşmada zorlanma (kekeleyerek konuşma), ellerde titreme, dişleri sıkma, dişleri çok fazla gıcırdatma, çene kilitlenmeleri, kalp çarpıntısı, uyuşukluk, dinlenememe, enerji düşüklüğü, ilgisizlik, kendisini herhangi bir yere ait hissedememe gibi fiziksel ve psikolojik faktörlerle birleşir. Sigara, alkol tüketiminde artış başlar. Hekim, kontrolü dışında bilinçli, bilinçsiz antidepresan ilaç alır. Kâbus görme, sıçrayarak uyanma, sakarlıklar, dalgınlık, umutsuzluk, karamsarlık, memnuniyetsizlik gibi davranışlar görülür. Sonrasında, hekim başka işlerle meşgul olmak istese bile, eski haline kolayca dönemez.

Tükenmişlik sendromunda başta sözel olmayan bellekte bozulma, görsel ve işitsel dikkatte azalma olmak üzere çeşitli bilişsel bozukluklar gelişmektedir. Bu bozuklukların değerlendirilip, hastanın (hekimin) iş ve iş dışı yaşamında yaşayabileceği olası sorunlara karşı uyarılması

ve bunlara müdahale edilmesi gerekir.

Yukarıda belirtilen etkenlere bağlı tükenmişlik sendromunun ortaya çıkış sürecini Herbert Freudenberger ve Gail North, 12 aşamalı olarak teorize etmişlerdir. Bir kişide 12 aşamanın her biri gözlemlenmeyebilir, ayrıca her bir aşama öncekini takip eden bir şekilde olmayıp çeşitli anlarda mevcut bulunabilir.

1) Kendini kanıtlama çabası: Başlangıçta çoğunlukla gözlemlenen bu aşamada kişinin işiyle ilgili yoğun azmi belirgindir.

2) Daha çok çalışma: Kendini kanıtlamak veya ekibe uyum sağlamak için giderek daha çok yük alır ve kendisinden beklediği hedefleri yükseltir.

3) İhtiyaçlarını yok sayma: Aile, arkadaşlar, yemek yeme, uyuma gibi iş dışı faaliyetlere zamanı ve enerjisi kalmaz.

4) Çatışmaların yer değiştirmesi: Kişi bir şeyleri yanlış yapmakta olduğunu fark eder ama sorunun kaynağını anlayamaz. Bu aşamada çoğunlukla fiziksel belirtiler de ortaya çıkar.

5) Değerlerin gözden geçirilmesi: Kişi diğer kişilerden uzaklaşmaya, onlarla çatışmaya girmekten kaçınmaya başlar. Başka kişilere ve faaliyetlere zamanın kalmadığı yeni değerler sisteminin odağında işi vardır. Duygusal olarak küntleşmeye başlar.

6) Gelişen sorunların varlığının inkârı: Sosyal ilişkilerden olabildiğince uzaklaşır. Etrafındakiler kişinin daha öfkeli ve alaycı olduğunu fark eder. Çevresindekilerle sorunlar artar ancak kişi bu sorunların kaynağının kendisindeki değişim olduğunu pek fark edemez.

7) İçre çekilme: Sosyal ilişkiler minimuma inmiştir, kişi kendini olabildiğince izole eder. Umutsuzluk, hedeflerin kaybı olur. Alkol ve madde kullanımı eklenebilir.

8) Belirgin davranış değişimleri: İş arkadaşları, ailesi, dostları kişideki değişikliklerden endişe duyabilir.

9) Depersonalizasyon: Kendisini ve başka insanları artık değer-

li görmemektedir. Kişi kendi ihtiyaçlarının farkında değildir. Sadece şimdiki zamanda mekanik bir biçimde davranarak günlerini geçirmektedir.

10) Boşluk hissi: İçindeki boşluk hissini doldurmak için, aşırı biçimde yeme, cinsellikte aşırılık, alkol ve madde kullanımı gibi davranışlara yönelebilir.

11) Depresyon: Tipik depresyon belirtileri gelişebilir. Bitkinlik, umutsuzluk, gelecekle ilgili karamsarlık, yaşamın anlamının kalması, umursamazlık olur.

12) Tükenmişlik sendromu; Fiziksel ve duygusal olarak çöküş olur. Depresyonu bulunan bazı kişilerde durumundan kurtulmanın çaresi olarak intihar düşünceleri gelişebilir.

Tükenmişliğin Çalışma Ortamına ve Bireysel Sonuçları; Tükenmişlik hekimi olumsuz yönde etkilediği gibi çalışma ortamını ve hastaları da olumsuz olarak etkiler. West ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, tükenmişliği bulunan hekimlerin hastalarıyla ilgili daha fazla hata yaptıkları, tam tersi biçimde hastalarının tedavisinde yaptıkları hataların da, hekimlerin tükenmesini arttırdığı saptanmıştır.

Bireysel sonuçlar;

- Kronikleşmiş yorgunluk,
- Kendi kabuğuna çekilme, Diğer hekim ve sağlık çalışanları olan ilişkilerde bozulma, Geri çekilme,
- Aktif olarak diğer sağlık çalışanlarının olduğu ortamlara girmeme, izole yaşam,
- Artan bir şekilde kendini işinde yetersiz hissetme
- İş kazalarında ve yaralanmalarında artış
- Kişilik değişikliği
- Performans (iş verimi) kaybı
- Aile yaşamında sorunlar
- Kardiyovasküler, Kas-iskelet sistemi hastalıkları, Tip 2 Diabet, Hiperlipidemi

- Alkol, kötüye madde ve sakinleştirici kullanımı
- İşi bırakma, ayrılma
- Anksiyete
- Depresyon
- Özkiyımı düşünme ve özkıymı

Enerji yerini duygusal tükenmeye, birlik duygusu yerini duyarsızlaşmaya, yeterlilik ise yerini yetersizliğe bırakır. Hastalara karşı negatif davranışlar sergileme, hizmetin niteliğinde bozulma, hatalar yapma, işyerine ve işe olan ilgi kaybı, yaratıcılık kaybı, mesleki başarıda azalma, işe geç gelme ve devamsızlık, iş tatmininde ve örgütsel bağlılıkta azalmaya bağlı verim azalır.

Yapılan birçok çalışmada yaklaşık olarak hekimlerin %45'inin, hemşirelerin ise %50'sinin çalışma hayatlarının belirli bir döneminde tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir. Amerika'da 2012 yılından itibaren günümüze kadar yapılan birçok araştırma tükenmişliğin giderek arttığını, son zamanlarda hekimlerin % 43,9'unda, 2018 yılında ise asistanlar üzerinde yapılan bir çalışmada %45,2'inde haftada en az bir tükenmişlik belirtisi görüldüğü tespit edilmiştir. Bu çalışmalar sonucunda Amerika'da birçok kurumda tükenmişliğe karşı bir mücadeleye başlatılmıştır. Mücadelenin temel gerekçeleri arasında hekim kayıplarının yanı sıra en önemlisi bu kayıpların ülke ekonomisine olan yansımasıdır. Amerika'da bir doktorun uzmanlık ve deneyime bağlı olarak tahmini maliyeti 160.000 - 1.000.000 dolar arasındadır. Son yıllarda yapılan bir çalışmaya göre hekimlerde ortaya çıkan tükenmenin her yıl hekim başına 7,600 dolara veya toplamda 5 milyar dolara mal olduğu tespit edilmiştir. Tükenmişlik yaşayan hekimlerin sağlık hizmetlerinden ayrılma olasılıkları daha yüksektir.

Hekim, çalışma saatlerini azaltabilir ya da uzmanlık alanlarını değiştirebilir. Bu nedenle Amerika'da tükenmişliğe bağlı toplumsal her türlü maliyetin belirlenmesi ve önlenmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır. Hekimlerin çalışma saatlerini azaltması, daha az riskli uzmanlık alanlarına ve savunma (defansif) tıbbına yönelmeleri, mesleği bırakması, mesleğini yapamayacak ölçüde ruhsal sorunlar yaşamaması ve yaşamını kaybetmesi, hekim ve ülke ekonomisi açısından olası en

belirgin olumsuzluklardır. Bu nedenle tükenmişlik, hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının ve toplumun ortak sorunudur.

Tükenmişlik hekimler açısından genel bir sorun olmakla birlikte her uzmanlık alanı, çalışma biçim ve şekilleri, demografik özellikler için de ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Türkiye’de cerrahi ve dahili branş asistanları arasında yapılan bir çalışmada aylık çalışma süresi ve iş yükünün artmasıyla tükenmişlik düzeyi artarken, yaş ve asistanlıkta çalışma süresinin artmasında tükenmişlik düzeyinin azaldığı görülmüştür. Ayrıca cerrahi branş asistanlarının tükenmişlik düzeyi, dahili branş asistanlarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Yine bu çalışmada dahili bölüm asistanlarının aylık 302+59 saat, cerrahi bölüm asistanlarının ise 322+62 saat çalıştıkları ve de dahili bölüm asistanlarının %9,6’sı, cerrahi bölüm asistanlarının ise %16,3’ü yıllık izin kullanmadığına dikkat çekilmiştir. Yıllık izin kullanmayanlarda, duygusal ve duyarsızlık değerlerinin anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Birçok çalışma tükenmişliğin farklı şekillerde ciddi sağlık sorunlarına yol açabildiğini göstermektedir. En önemlilerinden biri bağışıklık sisteminin zayıflamasına neden olmasıdır. Böylece çeşitli enfeksiyonlarla karşı karşıya kalınabilir. Çalışmalarda nezle, grip gibi basit enfeksiyonlar, gastroenterit, insülin direnci ile karakterize Tip II Diyabet, erkeklerde sperm sayısı ve kalitesinde düşüş, kalp ve damar hastalıkları, inme atağı, anksiyete, depresyon ve özkıyım düşüncelerinde artışla ilgili ilişkiler ortaya konmuştur. Göğüs ağrısı, nefes darlığı ve baş dönmesi gibi fiziksel semptomlar tükenmişliğin ilerlediğinin belirtileridir. Uzun süren hastalıklarda da tükenmişlik sorumlu olabilir. Bu noktada mutlaka tükenmişlikle ilgili tıbbi destek almak gerekir.

Hekimler, çoğu zaman hastaları ile yaşadıkları tıbbi hatalar ve olumsuz sonuçlar karşısında psikolojik travma yaşamaktadırlar. Bir çalışma, hekimlerin % 30’unun (tüm uzmanlık alanları) “kötü sonuç” ile ilgili duygusal sorunlar yaşadığını, bir diğeri ise cerrahi çalışanlarının % 60’ının ikinci mağdur sendromu yaşadığını tespit etmiştir. Bu durum hekimi daha fazla tükenmişlik riskine sokmaktadır.

Hekimin bu noktada desteklenmesi önemlidir. Öyle ki, sorunun açık olarak sağlık sisteminden kaynaklandığı bilinse de, hekimin durumdan etkilenmesi kaçınılmaz olabilir.

Tükenmişlik sendromu tanısı, birçok açıdan halen netlik kazanmadığı için, bu tabloyu yaşayanlara “depresyon”, “uyum bozukluğu” gibi tanılar konmakta veya uyku bozukluğu, alkol-madde kötüye kullanımı ön plana çıkmaktadır. Hekimlerin önemli bir kesimi tükenmişlik ve tükenmişliğin işle olan ilişkisi yönünde yeterli bilgiye sahip değildir. Oysa hastalara (hekime) ya da hekimin kendi kendisine Bernardino Ramazzini’nin “Ne iş yapıyorsun?” sorusunu sorması, sorunun tespiti ve tanı koymayı oldukça kolaylaştıracaktır.

Tükenmişlik sendromu açısından hekimin;

- Mükemmeliyetçi, vicdanlı ve şefkatli özelliklerine bağlı olarak başkalarının ihtiyaçlarını, kendininkinin önünde gördüğü
- Durumunu kabul etmeden, işini sürdürmeye devam etme düşüncesinin ağır bastığı
- Stres ve psikiyatrik sorunlarına karşın, yardım aramaya isteksiz olacağı
- Kendine tanı koyma ve tedavi etmeden (self medikasyon) dolayı kötü hasta olduğu
- Etiketlenmekten (stigma) korktuğu unutulmamalıdır.

Tükenmişlik konusunda çözüm üretilebileceğini düşünen hekimlerin, çözüm üretilebileceğini düşünmeyen hekimlere göre daha tükenmiş durumda oldukları saptanmıştır. Bu durum onların bu konuda daha çok desteğe ihtiyaçları olduğunu düşündürmektedir.

Tükenmişliğin ek sonuçları arasında, zayıf klinik bakım, artan hatalar, hasta memnuniyetsizliği, meslektaşlar arasındaki işlevsiz etkileşimler, tükenmişliğin bulaşması, madde kötüye kullanımı, kendi kendine ilaç tedavisi, depresyon ve intihar sayılabilir. Tükenmişlik belirtileri gösteren bir hekim diğer meslektaşlarını da etkileyebilir. Olumsuz bir çalışma ortamı yaratır ve diğer hekimleri de tükenmişlik

riskine (bulaş) sokar.

Yukarıda sayılan sonuçlar her ne kadar yalnızca hekimi ilgilendirir gibi gözükse de, sonuçların hekimin yanı sıra sosyal ve ekonomik açıdan çok büyük toplumsal maliyetleri bulunmaktadır.

TTB'nin 2005 yılında 1754 hekimin katılımı ile gerçekleştirdiği anket çalışmasında, günlük çalışma saatlerinin artışına bağlı olarak (0 – 8, 09 – 16, 17 saat ve üzeri) duygusal ve duyarsızlaşma tükenme puanlarında anlamlı bir şekilde artış olduğu görülmüştür. Yine başka işte de çalışan hekimlerin aldıkları tükenmişlik puan ortalamaları, başka bir işte çalışmadıklarını beyan eden hekimlere göre daha yüksektir. TTB Özel Hekimlik Kolu anketine göre ise hekimler hastalık ya da yıllık izinlerini gelir kaybı düşüncesi ile yüksek oranda ertelemektedir. İzinlerini erteleyen hekimlerin %82'si tükenmişlik hissettiğini belirtmiştir. İstatistiksel değerlendirmede, hastalık halinde ya da yıllık izinden gelir kaybı düşüncesi ile feragat etmenin, tükenmişlik hissi oranını 3,3 kat artırdığı sonucu ortaya çıkmaktadır.

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu tarafından anestezi çalışanlarına yönelik 2013 yılında yapılan çalışmada “Son iki haftadır, günün çoğunda, hemen hemen her gün, devamlı olarak kendinizi üzgün, çökkün hissediyor musunuz?” sorusuna %57 evet, %43 oranında ise hayır cevabı verilmiştir. Yine “Son 1 ayda hayatın yaşamaya değer olmadığı şeklinde düşünceleriniz ya da ölmeyi arzuladığınız oldu mu?” sorusuna doğrudan %20 oranında evet cevabı verilmiştir. Oldukça önemli olan bu %20'lik oran çökkünlük, zevk almama, ilginin azalması oranları ile de birlikte değerlendirildiğinde anestezi çalışanlarının içinde bulunduğu olumsuz psikolojik durumu açıkça ortaya koymaktadır. Her ne kadar %80 oranında hayır cevabı verilmiş olsa da, %20 oranı içerisindeki grupta yaşanacak olaylar ve sonuçlarının önemini ortadan kaldırmayacaktır. Yine bu çalışmada “Geçen son 12 ay içinde, 3 veya daha fazla alkollü içkiyi, 3 saatlik bir süre içinde içtiniz mi ve bu durum 3 veya daha fazla sayıda oldu mu?” sorusuna %21 evet oranı bir önceki soruda ortaya çıkan tabloyu büyük ölçüde teyit etmekte ve bu grubun sorunun çözümü açısından alkollü (yoğun içicilik!) tercih etmesini (başka nedenlerle de alkol

alınmış ve soru evet olarak işaretlenmiş olsa da) ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışmada, “Geçen 12 ay içinde, kafayı bulmak, kendinizi iyi hissetmek veya ruh halinizi (mood) değiştirmek için herhangi bir madde, ilaç (anestezik ilaçlar dahil) kullandınız mı?” sorusu da sorulmuş ve madde kullanımı açısından verilen %6 evet cevabı, daha önceki verilen cevapların bir devamı olarak ortaya çıkmıştır.

Acil Klinik Ortamındaki Sağlık Çalışanlarına yönelik yapılan çalışmada (2015) %40’ı ruh sağlığının tedavi gerektirecek düzeyde bozuk olmadığını düşünürken, %60’ı (%41 kısmen, %19 evet) bozuk olduğunu düşünmektedir. Yine bu kapsamda %58’i son iki haftadır kendilerini üzgün, çökkün hissederken, %42’si hissetmemekte ve %64’ü son iki hafta içinde eskiden zevk aldıkları şeylerden çok daha az keyif aldıklarını, %36’sı ise bir değişikliğin olmadığını belirtmiştir. Çalışmada ayrıca “son bir ayda hayatın yaşamaya değer olmadığı şeklinde düşünceleriniz ya da ölmeyi arzuladığınız oldu mu?” sorusuna, katılımcıların %25’i evet, %75’i hayır cevabını vermişlerdir. Yine “Geçen son 12 ay içinde, 3 veya daha fazla alkollü içkiyi, 3 saatlik bir süre içinde içtiniz mi ve bu durum 3 veya daha fazla sayıda oldu mu?” sorusuna %37 evet, %63 hayır cevabı verirken, “Geçen 12 ay içinde, kafayı bulmak, kendinizi iyi hissetmek veya ruh halinizi (mood) değiştirmek için herhangi bir madde, ilaç (anestezik ilaçlar dahil) kullandınız mı?” sorusuna %12 evet, %88 hayır cevabını vermiştir. Verilen bu yanıtlar anestezi çalışanlarının önemli bir kesimin tükenmişlik ve depresyonla karşı karşıya olduğunu ortaya koymaktadır.

TTB Özel Hekimlik Kolunun 2019 yılındaki anket çalışmasında “Tükenmişlik sendromu (burn-out) belirtileri gösterdiğinizi hissettiğiniz oluyor mu?” sorusuna verilen yanıtlar % 33,5 oranında “evet”, %42 oranında “kısmen” olmuştur. Tükenmişlik belirtisi hissediyor musunuz sorusuna “evet” ya da “kısmen” yanıtını veren toplam hekim oranı %75,5’tir. Ankete katılan hekimlerin yalnızca dörtte biri tükenmişlik belirtileri hissetmediğini belirtmiştir. Pratisyen hekimler uzman hekimlere oranla daha fazla tükenmişlik ifade etmişlerdir ($p<0,01$). Tükenmişlik hissi kadın hekimler arasında erkeklere oranla daha fazladır ($p<0,01$). Haftalık olarak 45 saat üzerinde çalışan, iş yerinde mobbinge uğradığını düşünen, aylık kazancını mesleğini ve ya-

şamını sürdürmek açısından yeterli görmeyen gruplarda, diğer gruplara kıyaslandığında tükenmişlik hissetme oranları anlamlı olarak daha yüksektir(0,001). Hekimler, mesleğe başladıkları ilk yıllardan itibaren tükenmişlik belirtileri hissettiklerini belirtmişlerdir. Sosyal etkinliklere yeterince zaman ayırabilen özel sektör çalışanı hekimlerin oranı %13,5'tir. Yaptığı işten mesleki doyum sağladığını hissedenenlerin oranı %47,6 iken, hissetmeyenlerin oranı %26,6'dır. Tüm bu koşullar altında yeniden meslek seçme olanağınız olsa yine hekimliği seçer miydiniz sorusuna %17,43 kesinlikle hayır; %14,02 hayır; %24,05 kararsızım; %29,80 evet; %14,70 kesinlikle evet yanıtı alınmıştır.

Başta tükenmişliğe bağlı olmak üzere son yıllarda çalışma yaşamı ile ilgili intiharlara yönelik birçok açıdan ilgi giderek artsa da rapor edilen ya da edilmeyen intiharların kökenlerine inmek veri eksikliğinden dolayı oldukça zordur. Rahatsız edici bir şekilde, hekimlerin ruhsal durumları ve tükenmişliği gizlidir. Yaşadıkları ruhsal hastalıklar ve sonuçlarına yönelik çalışmalar ve veriler oldukça azdır. Burada hekimlerin kendilerini gizleme çabalarının yanı sıra ailelerinin, çalışma arkadaşlarının önemli bir payı bulunmaktadır. Hatta bazı uzmanlık alanları kendi alanlarına yönelik bu yönde çalışma yapılmasına çok sıcak bakmamaktadır. Özellikle maddenin kötüye kullanımı ve intihar olaylarında “sessizlik kültürü” anlayışı oldukça yaygın ve baskındır.

Son yıllarda kişisel sağlık verileri ile ilgili elektronik kayıt sistemlerinin devreye girmesi ve bu kayıtların kolayca istenmeyen kişilerin eline geçmesi hekimlerin ruhsal sağlıkları ile ilgili tanı ve tedaviden uzaklaşmasına etki etmektedir. Kişisel sağlık verilerinin gizli kalması her türlü koruma önlemine rağmen ne yazık ki tam olarak mümkün olamamaktadır. Sağlık ve mesleki sorumluluk sigortacıları başta olmak üzere birçok kurum ya da kişi hekimin ruh sağlığı konusundaki bilgilerine ulaşmak isteyecektir. Ayrıca hekime yönelik mesleki dava süreçleri açısından da bu bilgiler oldukça anlamlı, kıymetli olacaktır.

Hekimler yaşadıkları birçok olumsuzluğu mesleklerinin gereği olarak kabul etmekte ve olumsuzlukla birlikte yaşamayı olağan saymaktadır. Çok çalışmalarına rağmen bazen hastalarına yeteri kadar

yararlı olamadıklarını düşünerek kendilerini suçlamaktadır. Öyle ki çoğu kez kendilerinin doğrudan sorumlu olmadığı durumlar içinde, sorumluluk duymaktadırlar. Depresyon ve intihar eğiliminin tedavi edilebilir olmasına rağmen hekimler meslekleri sürecinde kendileri ile ilgili duyarsızlaşma ve ayrışma gibi psikolojik savunmalar geliştirmektedir. Bu durum, çalışmalarının duygusal yükünün çok fazla olduğunu fark etmeyi zorlaştırarak, hoşnutsuzluğunun ve intihar riskinin artmasına katkıda bulunabilir.

Fransa'da 2008-2010 yılları arasında France Telecom şirketinde çalışan 34 işçi arka arkaya intihar etmiştir. Çin'de ise Apple için üretim yapan Foxconn firmasının 400.000 çalışanından 2010 yılı ve öncesinde yaşanan 17 intihar olayı uzun çalışma saatlerine ve işyerindeki baskıya dikkat çekmiştir. İşyerinde günde 12 saat mesai ve yoğun baskı (hakaret, aşağılama) sonucu intiharlar yaşanırken çalışma koşullarına karşı 2012 yılında 150, 2016 yılında ise daha küçük bir grup toplu intihar edeceklerini dile getirerek çalışma koşullarına tepki göstermişlerdir. Ancak gerçekleşen intiharların nedenlerinin bilinmesine ve yapılan eylemlere rağmen düşük ücret, uzun çalışma saatleri, ağır çalışma koşulları sürmekte ve genç çalışanlar Foxconn firmasını hala tercih edebilmektedir.

Hekimler açısından yaşananlar da endişe vericidir. İntihar olgusuyla toplumun diğer kesimleri gibi hekimlerde karşı karşıyadır. Hekimler mesleki açıdan intihara karşı koruyucu bazı avantajlara (eğitim, farkında olma, sorun çözme, sağlık hizmetine kolay ulaşabilme) sahip olsa da intihar eğilimleri ve olguları toplum değerinden daha yüksektir.

Birçok çalışma, hekimler için intiharın önemli bir risk olduğu, genel popülasyondan daha yüksek tek ölüm nedeni olduğu, kadın hekimlerin ise erkek hekimlere göre daha yüksek intihar oranına sahip olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır. Burada depresyon, tükenmişlik ve diğer ruh sağlığı hastalıklarının tedavi edilmemiş olmaları dikkate değerdir. Toplumun diğer kesimlerinde olduğu gibi intiharla ilişkisi olabilen ruh sağlığı hastalıkları tedavi edilmez ya da tedavi yetersiz ise hekimler içinde sonuç değişmeyecektir. 2002 yılında ABD'de hekim-

ler arasında ruhsal açıdan yardım almaya yönelik yapılan bir çalışmada, hekimlerin tıbbi lisanslarının tehlikeye gireceği endişesi, mesleki gelişim ve yetkileri konusunda ayrımcılığa maruz kalacakları korkusu ortaya çıkmış ve bu nedenlerle de hekimlerin tıbbi tedavilerden uzaklaştığı görülmüştür.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) 2018 yıllık toplantısında sunulan hekim intiharlarına yönelik Amerika'ya özgü sistematik bir literatür incelemesinde genel popülasyonda toplam oran 100.000'de 12.3 iken hekimler arasındaki intihar oranının 100.000'de 28 ila 40 olduğu ve genel popülasyondakinin iki katından fazla olduğu bildirilmiştir. Sonuçlar ayrıca kadın hekimlerin genel popülasyondaki kadınlardan çok daha az intihar girişiminde bulunmasına rağmen, kadın hekimlerin tamamlanma oranının genel popülasyonun 2,5 ila 4 katını aştığını ve erkek hekimlerinkine eşit olduğunu göstermiştir. İncelemeler yaygın olarak duygudurum bozuklukları, alkolizm ve madde kötüye kullanımı işaret etmektedir. İntiharları değerlendirmek için öncelikle hekimlerde tükenmişliğin araştırılması gerekir. Ayrıca intihar dürtülerini savuşturmaya çalışan doktorlar için özel bir tehlike de, kendi yaşamlarını nasıl sona erdireceklerini tam olarak bildikleri ve genellikle araçlara kolayca erişebilecekleridir.

Amerika'da 2020 yılında yayınlanan ve 15.181 hekimin katıldığı bir çalışmada %55 oranında hekimin çalışma hayatından az ya da çok memnun olmadığı, daha az hasta görmenin kendileri için iyi olacağı ve bu yönde gerekirse daha iyi bir iş-yaşam dengesi için gelirlerinden üçte bir oranında vazgeçebileceklerini belirtmişlerdir. Yine bu çalışmaya göre %49 oranında hekimlerin depresyonda olduğu ve bu oranın dörtte biri intiharı düşünmektedir. Hekimlerin %62'si profesyonel destek istemediklerini, %52'si depresyon durumlarının profesyonel destek gerektirecek düzeyde olmadığını %42'si ise meşgul, yoğun olduklarını, %45'i kendi başarılarına çıkabileceklerini belirtmiştir.

Amerika'da yapılan 17.461 hekimin katıldığı bir çalışma da ise, hekimler mesleki zorlanmaya yol açan nedenlerin başında %29 çok fazla düzenleme ve kuralların olduğu, %17 elektronik kayıt sistemleri, %15 zor hastalar ve %14 uzun çalışma saatleri olduğunu be-

lirtmişlerdir. Yine bu çalışmada hekimleri tükenmişliğe iten nedenler arasında %55 çok fazla bürokratik görev, %33 yoğun ve uzun çalışma saatleri, %32 yöneticilerin kötü davranışları, %30 yeni teknoloji uygulamaları ve %24 özerklik olmadığı belirtilmiştir.

Birçok çalışma, hekim intiharlarının altında bir psikiyatrik bozukluğun olduğunu göstermektedir. Ancak herhangi bir ruhsal hastalığı, sağlık sorunu olmayan hekimlerde çalışma ve yaşam koşulları karşısında çaresizlik ve umutsuzluk sonucu intihar edebilmektedir. Öyle ki Amerika'da hekimlerin erken ölüm nedenleri arasında intihar %35 oranında sorumlu tutulmuştur. ABD'de erkek doktorlarda yıllık intihar oranı yaklaşık olarak 100.000'de 36'dır. Avustralya'da yapılan bir araştırma, 2000 ve 2007 yılları arasında intiharların % 17'sinin işle ilgili olduğunu ortaya koymuştur. Tayland'daki ulusal kamu sağlık istatistiklerine göre, 2007'de çalışma çağındaki insanlar arasında intihar oranı %7'dir. Türkiye'de soru önergesi üzerine Sağlık Bakanlığı 26 Aralık 2017 tarihi itibarıyla son üç yılda 431 sağlık çalışanının intihar ettiğini ve bunun 24'ünün hekim olduğunu bildirmiştir. Bakanlığın bu açıklaması oldukça genel olup, üzerinde ileri bir değerlendirme yapmak neredeyse olanaksızdır. İntiharlar konusunda TUİK verileri temel alındığında, sağlık çalışanlarının total sayıları üzerinden yıllık intihar oranı 2015 yılında yüzbinde 21, 2016 yılında yüzbinde 14,8 ve 2017 yılında yüzbinde 14'dür. Yine TUİK verilerine göre 2016 yılında toplumda kaba intihar oranı ise yüzbinde 3.86'dır. Bu da başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının intihar hızının toplum hızından oldukça yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Yasalarımıza göre işyeri içinde gerçekleşen her intihar, nedeni ne olursa olsun “iş kazası” kapsamındadır ve kayıtlara geçirilerek iş kazası bildirimi yapılmalıdır. Ancak bugüne kadar hukuken çalışma koşullarından kaynaklanan intihar diye tanımlanan ölüm (intihar) olmamıştır.

Japonya'da uzun çalışma saatleri ve ağır iş yüküne bağlı ölümler için kullanılan “karoshi” tanımının yanı sıra yine çalışma koşullarına bağlı intiharlar “karojisatsu” olarak tanımlanmaktadır. Japonya'da gerek karoshi gerekse de karojisatsu meslek kaynaklı olarak değerlendirilmekte ve tüm hukuksal zemin çalışma ortamı üzerinden yürütülmektedir.

Araştırmaların sonuçları hekimlerin tükenmişlik, depresyon ve intiharı önlemek için çabalarının yetersiz kaldığını ortaya koymaktadır. Bu durum sorunun çözüm için eğitim kurumlarının, çalışılan sağlık kurumlarının, yönetsel yapıların, mesleki örgüt ve sendikaların sorumluluk ve görev almasını zorunlu kılmaktadır. Sorunun varlığını bilmek, kabul etmekten öte, sorunun çözümü için her türlü değişime açık bir anlayışla mücadelenin sürdürölmesi hedeflenmelidir.

Gece mesai sonrasında 24 saat nöbet tutarak 36 saat sürekli çalışmak zorunda kalan 28 yaşındaki pediatri asistanın bıraktığı notta “ Hayat benim için çok zor. Bunaldım bu hayattan. Umarım ölümüm bazı güzel değişikliklere yol açar. Lanet hastaneler doktorlara yüklenip durmasın” cümleleri hekimlerin içinde bulunduğu durumu göstermektedir. Her hekim intiharının, hekimler üzerinde olumsuz etkileri, yansımalar kaçınılmazdır. İntihar davranışına tanık olmak yakınlığı olan kişilerde intihar riskini artırmaktadır. Tanık olma, doğrudan olabileceği gibi yazılı ve görsel medya aracılığı ile de olabilmektedir. Ve hekim intiharları bulaşma riski taşıyan bir trajedidir.

Tükenmişliği yaşamak ya da tükenmiş olmak hekimin bir kusuru ya da suçu mudur? Toplumsal olarak tükenmişlikten ve intihardan büyük ölçüde hekimin kendisi sorumlu tutulmaktadır. Fatura hekimine kesilmektedir. Hekim intihar ettiğinde her ne kadar üzüntüler dile getirilse de, hekim suçlu muamelesi görmekte, bu suçun geride kalan gerçek failleri hakkında ise herhangi bir işlem yapılmamaktadır.

Hekimlerde tükenmişliği var olan bir sorun olarak tespit etmek oldukça önemli. Ancak bir sorunun tespiti, çözüm için mücadele sürecinin başlatılmasıyla anlam kazanabilir. Eğer çözüm üretilmeyecek ise sorunun tespiti için yapılan çalışmalar hiçbir anlam ifade etmeyecektir. Tükenmişliğin ne olduğu bilindiğinde önleme ve çözüm kolaylaşacaktır. Birçok araştırma çalışanların tükenmişlik kavramı hakkında bilgi sahibi olduğunu, ancak kendileri ve başkaları açısından tükenmişliği tanımlarında, fark etmelerinde sorun yaşandığını ortaya koymaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken önemli bir husus tükenmişlik yaşayan hekimlerin yaşadığı sorunlardan uygulanan sağlık sistemini değil kendilerini sorumlu, suçlu tutmalarıdır.

Hekimlik mesleğinde tükenmişliğin giderek artış göstermesini hekimlerin kişisel özelliklerine yüklemek gerçeği görememek ya da görmezden gelmektir. Sorunun kök nedenlerini, tıp eğitimi ve sağlık sistemi içerisinde aramak gerekir. Sorunun çözümünde hekime sunulan bireysel stres ve tükenmişlikle mücadele yöntemlerinin, temel sorunların çözümü olmadan bir anlam ifade etmeyeceği açıktır.

Türkiye’de gerek kamuda gerekse de özel sağlık sektöründe çalışan hekimler açısından ve de tıp eğitiminde tükenmişliğe karşı önlemlerin alındığı ve bu yönde konunun tüm taraflarınca bir mücadelenin oluşturulduğu, düzenlemelerin yapıldığını, yürütüldüğünü söylemek ne yazık ki mümkün değildir. Sorunun varlığı kabul edilmekle birlikte, kalıcı çözüm çalışmaları yoktur. Çünkü beklenti, hekimin kendisinin sorumlusu olduğu tükenmişliğe, yine kendisinin çözüm bulmasıdır. Oysa sorunun temeli sağlıksız işyerleri ve sağlıksız çalışma düzenidir. Çözümde bunların sorumluları tarafından iyileştirilmesidir. Ancak bir hekimin mesleğini yapamaz duruma gelmesini ya da mesleğinden ayrılmasını sorun olarak görmeyip, işsizler ordusundan yeni bir hekimle sistemi yürütmeyi tercih eden bir anlayışla bunu gerçekleştirmek olanaksızdır.

Bu durumda hekimleri temsil eden tüm örgütlere önemli sorumluluk ve yükümlülükler düşmektedir. Eğer bu yapılarda sorunun çözümünde yer almaz ise hekim intiharları karşısında “üç maymunu” hatırlamak gerekecektir.

ÇALIŞAMAMA İŞ GÖREMEZLİK



Çalışma yaşamında uzun çalışma saatlerinin önemli olumsuz sonuçlarından biri de, tehlike ve risklere bağlı iş kazası, meslek hastalığı ya da her ikisi dışında kalan, ancak sonuçta iş görememeye, çalışamamaya yol açan durumlardır.

Uykusuzluk, yorgunluk ve stres gibi durumların iş kazalarını artırdığı, bilinen gerçekler arasındadır. Uzun çalışma saatleri, bu durumları ortaya çıkaran en önemli etkenlerden biridir. Yorgunluk ve uykusuzluğa bağlı yaşanan trafik kazası ile hekimler engelli hale gelebilirken, yaşamlarını da kaybedebilmektedir. Yine uzun ve yoğun çalışmaya bağlı kalp rahatsızlığı ya da inme durumlarında hekimler aynı sonuçlarla karşı karşıya kalabilmekte ve zorunlu olarak çalışma ortamından uzaklaşmaktadır.

İşe bağlı nedenlerle, hekimin bedensel ve ruhsal olarak hekimlik mesleğini fiilen yapamaz duruma gelmesi ya da yaşamını kaybetmesi durumunda, olayın tazmini ne yazık ki söz konusu olmamaktadır. Hekim ve yakınları istemeden de olsa sonuçları kabul etmek, katlanmak durumundadır. Daha önce bahsedildiği gibi, işe bağlı yaşanan

çok sayıdaki hekim ölümleri, intiharları işle herhangi bir bağlantı kurulmaksızın, doğrudan hekimin sorumlu olduğu düşüncesinden hareketle, sıradan ölümler olarak kabul edilmiştir. Özel sağlık sektöründe “çalışan” olmasına rağmen hizmet sözleşmesi gereği “işveren” olan hekimler bu durumlardan daha çok etkilenmektedir. Çalışmadığı süreler açısından herhangi bir ücret ya da başka bir tazmin hakları, talepleri söz konusu olamamaktadır. Ancak, işe bağlı iş görememe ya da yaşamın kaybedilmesi durumlarında hekimin sözleşmesi ne olursa olsun hekim gerçekte “çalışan” ise, çalışanlara tanınan tüm yasal haklardan yararlanmalıdır.

Olağanüstü durumlarda da (deprem, salgın vd.) hekimler tüm güçleri ile uzun ve yoğun çalışma ile karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık çalışma ortamında enfeksiyon bulaşması tüm sağlık çalışanları için bir tehlike/risk olarak tanımlanmıştır. Ancak yaşanan Covid-19 pandemi sürecinde Türkiye’de yaşanan Covid-19’a bağlı hekim ölümlerinin hiçbiri işe bağlı ölüm olarak değerlendirilmemiştir. Bu durum mesleklerini yaparken çalışamaz duruma gelen ya da yaşamlarını kaybeden hekimler açısından kabul edilemezdir. Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) haklarını yok sayması karşısında çalışan hekimler durumlarını yeniden değerlendirmek zorundadır. Çalıştığı pandemi hastanesinde, Covid-19 nedeni ile yaşamını kaybettiği bilinen bir hekimin otopsi raporundaki miyokard enfarktüs tanısı, çalışma hayatına ilişkin tüm hukuksal hakları ortadan kaldırmıştır.

SAĞLIKLI İŞYERİ



Hekimlerin çalışma koşulları ve çalışma süreleri açısından çalıştıkları sağlık kurumlarının kamu ya da özel sağlık sektörü fark etmeksizin “sağlıklı işyeri” özelliklerine sahip olmaları gerekmektedir. Sağlıklı ve güvenli bir işyeri, isteğe bağlı bir durum değildir. Bir sağlık kurumunun gerek çalışanları açısından, gerekse hastaları açısından sağlıklı işyeri özelliğinde olması zorunlu, olması gerektirir. Eğer bir işyeri yasal çalışma sürelerine uymuyor, hekimleri uzun saatler çalıştırarak onların sağlığını ve güvenliğini tehlikeye atıyorsa, bunun sonucu hastalarında sağlığı ve güvenliği tehlikeye girmiş olacaktır. Böylesi bir anlayışla çalışan sağlık kurumu sağlıklı bir işyeri değildir. Hiçbir hasta, yorgun, uykusuz, ruhsal yapısı sağlıklı, doğru karar verecek yetenekten yoksun hekime sağlığını teslim etmeyecektir. Böylesi bir durumdan doğabilecek her türlü olumsuzluktan doğrudan sağlık kurumu sorumludur. Çünkü yasa böyle bir durumun oluşmaması için işverenleri her türlü önlemi almakla yükümlü kılmıştır. Bu durum hekimlerin sağlık ve güvenli çalışma hakkının ihlalinin yanı sıra, hastalarında nitelikli sağlık hizmeti alma hakkının ihlal edilmesidir.

Uzun çalışma saatleri sonucu hekimlerde ortaya çıkan yorgunluk, tükenmişlik, depresif durum ve sağlık kurumu açısından da hasta memnuniyetinin azalması, tıbbi hatalar, hasta güvenliğine yönelik diğer tehditler şeklinde birçok risk yaratmaktadır. Bu riskler sağlık kurumuna maliyet ve hukuksal davalar olarak ta yansımaktadır.

Hastaların kendilerine niteliksiz sağlık hizmeti sunan “sağlıksız işyerlerine” karşı haklarını aramaları bu sorunun çözümündeki önemli adımlardan biri olacaktır.

KAYNAKLAR



- 4857 sayılı İş Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf>, Erişim 30 Ekim 2019
- Acil Klinik Ortamında Sağlık Çalışanları Mesleki Risk Değerlendirme Çalışması, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu, TTB Yayını, 2015
- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Asistan Hekim Sorun Raporu, <http://www.blog.usmer.org/2011/07/akdeniz-tip-fakultesi-hastanesi-asistan-hekim-raporu/>, 13 Temmuz 2011
- Anestezi Çalışanlarında Mesleki Risk Değerlendirme Raporu, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu, TTB Yayını, Ekim 2013 – Nisan 2014
- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı Asistan El Kitabı 2019-2020, <https://tuk.saglik.gov.tr/TR,53254/anesteziyoloji-ve-reanimasyon.html>, 12.10.2017
- Apple'ın Yasak Şehrinde Yaşam Ve Ölüm, <https://www.theguardian.com/technology/2017/jun/18/foxconn-life-death-forbidden-city-longhua-suicide-apple-iphone-brian-merchant-one-device-extract>, 21 Mar 2018
- Asistan Hekimin Hakları Var, Ankara Tabip Odası Yayınları, Birinci Baskı, Nisan 2019
- Asistan Hekimlerin Nöbetine İlişkin Türkiye Cumhuriyeti Kamu Başdenetçi Kararı, 25 Şubat 2014
- Aşırı Çalışmaya Bağlı Ölüm (Karoshi) Japon, Shunichi ARAKI and Kenji IWASAKI, http://www.med.or.jp/english/pdf/2005_02/092_098.pdf, JMAJ 48(2): 92–98, 2005
- Avrupa Çalışma Saatleri Karşılaştırmaları: 8 ülke için, Çalışma Belgesi - DARES 2018
- AYDOĞANOĞLU, Erkan Dr., Eğitim-Sen Eğitim Uzmanı, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-2014-Mart-2015, file:///C:/Users/drhas/Downloads/511-1990-1-PB.pdf
- BALKIZ, Özlem İrmak, Yeni Üretim/Yönetim Modelleri ve Denetim TZÜ/TKY Modelinde Hegemonik Despotizmin Yükselişi, Çalışma ve Toplum Dergisi, 2013/1, <http://calismatoplum.org/sayi36/balkiz.pdf>
- Biçer, Ayşe, Çalışma Kavramı Ve Tarihsel Süreci, October, 2017
- BUDD, John W., Çalışma Düşüncesi, Ayrıntı yayınları, 2016.
- BUDD, John W., İnsani Bir Çalışma İlişkisi, Küre Yayınları, 2018.
- CANIVAR, Coşkun, Sağlık Hizmetlerinin Metalaşması ve Yalın Sağlık, <http://atasoyersaglikpolitikaokulu.org>, 01.10.2018
- CASTEL, Robert, Ücretli Çalışmanın Tarihi, İletişim yayınları, 2017.
- Cerrahi Ve Dahili Bölüm Asistanlarında Tükenmişlik Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler, Seçil Günher Arıca ve arkd., Smyrna Tıp Dergisi, Analık 2011
- Çalışma Hakkı Kapsamında İş Güvencesi, Dr. Mustafa Kılıçoğlu, Yargıtay 9. Hukuk Dairesi Başkanı <https://www.anayasa.gov.tr/media/3628/kilicoglucalismahakki.pdf>
- Çalışma saatlerinin Sağlık Üzerine Etkisi, IZA DP No. 10524, Inés Berniell, European University Institute, Jan Bietenbeck, Lund University and IZA, January 2017,
- Çalışma Süresi Modellerindeki Değişim Ve Çalışan Sağlığı Üzerine Etkileri, Tuğçe SEZGİN
- ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi / Cilt: 1 / Sayı: 1 / Temmuz-Eylül 2013
- Çalışma Yaşamında Eğretilik, Eğreti İstihdam ve Atipik İstihdam İlişkisi, Hazırlayan: KEİG Platformu Araştırma Raporu, Temmuz 2014

Çalışma Yaşamının Geleceğinin Merkezinde Sağlık ve Güvenlik, 100 Yıllık Deneyimden Hareketle, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public---dgreports---dcomm/documents/publication/wcms_686645.pdf, ILO, 2019

Çalışma Zamanlarının Düzenlenmesine Ait Belirli Hususlara İlişkin 4 Kasım 2003 Tarihli 2003/88/EC Sayılı Avrupa Parlamentosu Ve Konsey Direktifi, ÇSGB, Yayın no:11, 2014

Çalışmanın Değişen Anlamı ve Güncel Durumuna İlişkin Tartışmalar, Nihal SAMSUM, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi Ana Bilim Dalı, Kocaeli, <https://dergipark.org.tr/tr/pub/auad/issue/34245/378475>

Çalışmanın Sonu Tartışmaları Ve André Gorz Üzerine Bir Değerlendirme, Mehmet Atilla Güler Gazi Üniversitesi, 31 Temmuz 2017

Çıraklı Ü. (2019) Türkiye'de Yataklı Sağlık Kurumlarında Poliklinik ve Klinik Hizmetlerinin 2008-2017 Yılları Arası Gelişimi ve Mevcut Durumu. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 2(1): 37-46.

Çil, ŞAHİN, 4857 Sayılı İş Kanununa Göre Fazla Çalışma Ve Fazla Sürelerle Çalışma, <http://www.calisma-toplum.org/sayi14/cil.pdf>

ÇOLAK, Murat, Çalışma Kültürü, Kitapana yayınları, 2018.

Daha Uzun Saatler Çalışan Avrupalılar Daha Üretken midir? Rachael Kennedy, 18.04.2019, <https://www.euronews.com/2019/04/17/are-europeans-that-work-longer-hours-more-productive>

Doktorlar Herhangi Bir Meslekten Daha Yüksek İmtihan Oranını Yaşar, Pauline Anderson, 07 Mayıs 2018, Medscape, <https://www.medscape.com/viewarticle/896257>

Doktorlar İmtiharla Mücadelede Genellikle Sıklıkla Başarısız Olur, 31 Temmuz 2018

DSÖ: Dünyada Sağlık Harcamalarının Yıllık Maliyeti 7,3 Trilyon Dolar, <https://tr.euronews.com/2019/02/21/dso-dunyada-saglik-harcamalarinin-yillik-maliyeti-73-trilyon-dolar>, 21.02.2019.

Esnek Çalışma Saatlerinin Kadın Çalışanların Sosyal Rollerine Ve Çalışma Performansı Üzerine Etkileri, Akdeniz Üniversitesinde Bir Araştırma, Esin GÜRKANLAR Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2010

GAULEJAC, Vincent de, İşletme Hastalığına Tutulmuş Toplum, Ayrıntı yayınları, 2013.

Güvencesiz Çalışmanın Hukuki Dayanakları, Murat ÖZVERİ Dr. "Çalışma ve Toplum" Dergisi, 19 Aralık 2018, Sayı 33

Hekim İmtiharıları, Serdar Süleyman Can, Buket Güngör, Rustem Aşkın, Kriz Dergisi 21 (1-2-3): 33-39

Hekimlerin Çalışma Koşulları, İşyükü ve İşgücüne İlişkin Ortak Görüş, Türk Tabipleri Birliği, 2010

Doktorlar İmtiharla Mücadelede Genellikle Başarısız Olurlar, <https://www.npr.org/sections/health-shots/2018/07/31/634217947/to-prevent-doctor-suicides-medical-industry-rethinks-how-doctors-work>,

ERCAN, Fuat, Sağlık Hizmetlerinin Metalaşması, <http://ses.org.tr/wp-content/uploads/2018/07/2-fuat-ercan-sa%CA%9F%CA%B1k-hizmetlerinin-metala%C5%9Fmas%C4%B1.pdf>

İŞİK EROL, Sevgi, Yrd. Doç. Dr., Japon Çalışma Hayatının İki Büyük Problemi: Karoshi Ve Karojisatsu, ÇSGB, Çalışma Dünyası Dergisi, 2015, Sayı 6

İcapçılık Yükümlülüğü, TTB, Toplum Ve Hekim, Mayıs - Haziran 2016 Cilt: 31 Sayı: 3

İçici Ruh Sağlığı, Uzun Çalışma Saatleri ve İşyeri Yönetimi, Japonya, KURODA Sachiko, YAMAMOTO Isamu, March 2016, RIETI Discussion Paper Series 16-E-017

İşini Kaybetme Kaygısı: İş Güvencesizliği, Dr. Özlem Çakır, Çalışma ve Toplum, Yrd. Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 2007/1

Kırmızıgül, Yusuf, Dr., Tıp Fakültesinde Çalışan Tıp Doktorları Ve Tıp Öğrencilerinde Tükenmişlik Sendromu Ve İlişkili Faktörler, T.C. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Denizli – 2018

Kısa Çalışma Kavramı, Çeşitli Ülke Örnekleri Ve Türkiye Uygulaması İle İŞKUR İçin Model Önerisi, Ekmele Onur Aydın, Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü, Ankara 2014

Klinik Araştırma Hemşirelerinde Tükenmişlik Ve Yorgunluk Semptomları, Umur GÖK BALCI ve arkd. Tepecik Eğitim Hast Derg 2013; 23 (2): 83-87 83

Küreselleşen Çalışma Kavramının İşgücü Üzerinde Giderek Artan Karanlık Yönleri, Öğr. Gör. Dr. Duygu ÖZYILMAZ MİSİCAN Muhasebe ve Vergi Uygulamaları Bölümü, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 5, Sayı: 59, Kasım 2017, Sinop Üniversitesi,

NHS Hizmet Şartları ve Koşulları El Kitabı / Bölüm 4: Çalışan İlişkileri / Bölüm 27: Çalışma Süresi Yönetmeliği,

Orhan Ö. Küreselleşme Süreci Ve Türkiye'de Sağlık Politikaları Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Kamu Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi 2006

Orta Derecede Uykü Yoksunluğu, Yasal Olarak Belirlenmiş Alkol Zehirlenmesi Seviyeleri, A M Williamson, Anne-Marie Feyer, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1739867/>, Ekim 2000

Özel Hastane İşyerlerinde Çalışma Ortam Ve Koşullarına Yönelik Programlı Teftiş Sonuç Raporu, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlığı İş Teftiş Kurulu Başkanlığı, Eylül, 2017

Özel Sağlık Sektöründe Hekimlerin Çalışma Koşulları, Ekonomik Ve Sosyal Durumları ile Mesleki Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi, TTB Özel Hekimlik Kolu, Dr. Emel Bayrak, Hasan Oğan, Dr. Mustafa Turan - 2019

Özel Sağlık Sektöründe Çalışma ve Ücretlendirme Biçimleri, Türk Tabipleri Birliği Özel Hekimlik Kolu, İstanbul, TTB yayını., 2018

Özkuza G, Durukan E. Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu: Sosyodemografik Özelliklerin Rolü. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2017;30:136-144 Doi: 10.5350/DAJPN2017300207

Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2018 (2019). Ankara: Sağlık Bakanlığı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>, Erişim Tarihi 31 Ekim 2019

Sağlık Çalışanları İntihar Raporu, (Nisan-2018), Ses Sendika Okulu SÇS Modülü,

Sağlıklı İşyerleri Yaratmak, <https://www.longwoods.com/content/18624/creating-healthy-health-care-workplaces-in-british-columbia-evidence-for-action>, July, 2006

Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, Kamile Marakoğlu, Nisa Çetin Kargın, Mustafa Armutlukuy, Genel Tıp Dergisi 2013

Tıp Fakültesi'ndeki Araştırma Görevlilerinde Depresyon Düzeyinin İş Doyumu ile İlişisinin İncelenmesi, Çelcer A ve ark., Konuralp Tıp Dergisi 2015;7(3):125-133 125

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Ve Asistan Hekimlerin Sorunlarının İrdelenmesi, Bir Anket Çalışması, Yasin Yılmaz ve arkadaşları Tıp Eğitimi Dünyası / Ocak-Nisan 2019/ Sayı 54 21

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu, Türk Tabipleri Birliği Yayınları - 2015

Tükenmişlik, İstihbarat, İntihar: Acil Tıpta Doktor Kaybı, Bölüm I, Christine R Stehman, Zachary Testo, Rachel S Gershaw, Adam R Kellogg, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31123550/>

Türk Toraks Derneği İş Gücü Anketi, Türk Toraks Derneği Bülteni, Haziran 2011

Türk Ve Alman Hukukunda Çağrı Üzerine Çalışma Dr. Ulaş Baysal, TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi Şubat - Mayıs 2012

Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu Ve Etkileyen Faktörler, TTB yayını, Ağustos, 2005 Ankara

Ulusal Doktor Tükenmişlik ve İntihar Raporu 2020, Medscape <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460>

Uluslararası Düzenlemelerde Fazla Çalışma Ve Ülke Uygulamaları, Kenan YILDIRIM, TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi Cilt:23, Sayı: 4 Mayıs 2011

Uzun Çalışma Saatleri, Leader: Johanna Beswick MSc Author(s): Joanne White MSc, Johanna Beswick Science Group: Human Factors, HSL/2003/02 Project

Uzun Çalışma Saatleri Ve İş Tatmini: Fazla Çalışanlar Kötü İşlerde Sıkışık Kalıyor Mu?, Mark Fabian, Robert Breunig, Kamu Politikası Okulu, Avustralya Ulusal Üniversitesi - 2016

Ücretli Emek ve Sermaye, Bağımsız Sosyal Bilimciler, Yordam Kitap, 2011.

Vardiyalı Çalışmaların ve Uzun Çalışma Saatlerinin Olumsuz Etkileri, Claire C.Caruso, Doktora, Rehabilitasyon, 2014 Ocak-Şubat

Yorgunluk Kavramı ve Yorgun Hastalara Klinik Yaklaşım, Aşlıhan SAYIN, Selçuk CANDANSAYAR

Gazi Tıp Dergisi, 2007: Cilt 18: Sayı 1: 1-8

YÖK - Tıp Dallarında Asistan Eğitimi Çalıştayı, Çalıştay Raporu, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı 16 Mayıs 2017 / Ankara

Yücesan Özdemir, Gamze, Başkaldırı, Onay Ya Da Boyun Eğme: Hegemonik Fabrika Rejiminde Mavi Yakalı İşçilerin Hikayesi -Dözya, TMMOB Ücretli-İşsiz Mühendis, Mimar Ve Şehir Plancıları Kurultayı, Toplum ve Bilim 86, Güz 2000 - 04/07/2008

ÇOK ÇALIŞMAK SAĞLIĞA ÇOK ZARARLIDIR

DR. HASAN OĞAN

“

... “Çok Çalışma Sağlığa Çok Zararlıdır” başlığı altında hazırlanan bu kitapta konu birçok açıdan irdelenerek nedenler ve sonuçları ortaya konmaktadır. Çözüme yönelik önerilerin neredeyse hiç yer almaması, öncelikle sorunun varlığının, nedenlerinin kabul edilmesinin gerekliliği düşüncesine dayanmaktadır. Sorunun varlığı kabul edildiğinde, çözüm isteği ve iradesi oluştuğunda, çözüm kendiliğinden ortaya çıkacaktır.

Umarız, “Çok Çalışmak Sağlığa Çok Zararlıdır” kitabı çalışma hayatımızı yeniden değerlendirme ve düzenleme açısından yararlı olur ...

Prof. Dr. Pınar Saip
İstanbul Tabip Odası Başkanı

”



**İSTANBUL
TABİP ODASI**