

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ HEKİMLERİN MESLEK
HASTALIKLARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE
TUTUMLARININ İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR. MELİH GAFFAR GÖZÜKARA

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. MUSTAFA NECMİ İLHAN

ANKARA 2020

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ HEKİMLERİN MESLEK
HASTALIKLARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE
TUTUMLARININ İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR. MELİH GAFFAR GÖZÜKARA

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. MUSTAFA NECMİ İLHAN

ANKARA 2020

KABUL ve ONAY

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Melih Gaffar Gözükara
Baba Adı	Mehmet Yavuz
Doğum Yeri/Tarihi	İstanbul /05.07.1989
Diploma Tarihi / Diploma No	13/07/2012 160574
Mezun Olduğu Fakülte	Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay: 0
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN BAZI
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ HEKİMLERİN MESLEK HASTALIKLARI HAKKINDAKİ BİLGİ
VE TUTUMLARININ İNCELENMESİ

JÜRİ KARARI: Tez sınavında başarılı olmuştur. Danışmanlık
bitirme sınavına girmeye hak kazanmıştır.

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN

Prof. Dr. Mustafa Necmi KUTAY

ÜYE

Prof. Dr. Zafer Akdemir

ÜYE

Prof. Dr. Ecil Özkan
Sözhan

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde büyük emeği ve bir halk sağlıkçı rol modeli olan başta tez hocam Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN olmak üzere, bana her zaman bir aile gibi davranan değerli hocalarım; Prof. Dr. Seçil Özkan, Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL, Prof. Dr. Sefer AYCAN, Dr. Öğr. Üyesi Asiye UĞRAŞ DİKMEN ve Dr. Öğr. Üyesi Hakan TÜZÜN'e,

Araştırma görevliliğim süresince beraber çalıştığım değerli arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca maddi ve manevi desteği ile yanımda olan annem Zeynep GÖZÜKARA, babam Dr. Mehmet Yavuz GÖZÜKARA, ağabeyim Dr. Öğr. Üyesi Furkan GÖZÜKARA ve sevgili kardeşim Ahmet Eren GÖZÜKARA'ya,

Öğrencilik yaşamımdan başlayarak tüm çalışma hayatım boyunca beni hep destekleyen, seven ve ileri taşıyan sevgili eşim Dr. Bilge GÖZÜKARA'ya şükranlarımı sunarım.

Dr. Melih Gaffar GÖZÜKARA

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Meslek Hastalığı Tanımı.....	4
2.2. Meslek Hastalıklarının Gelişimi	4
2.2.1. Türkiye’de ki Gelişimi ve Durumu	4
2.2.2. Dünyadaki Gelişimi ve Durumu.....	7
2.3. Meslek Hastalığının Şartları, Yasal Tanı Süreci ve Bildirimi	9
2.3.1. Bedence ve Ruhça Özre Uğrama.....	10
2.3.2. Sigortalı olma	10
2.3.3. Hastalık ve Hastalık ile Görülen İş Arasında İlliyet Bağının Varlığı	13
2.3.4. Hastalığın Yönetmelikte Yer Alması ve Belirtilen Süre İçinde Meydana Çıkması	14
2.4. İşyeri Hekimlerinin Meslek Hastalıklarının Önlenmesindeki Rollerini	16
2.5. Türkiye’de Meslek Hastalıkları Sınıflandırılması ve Hastalıklar	18
2.5.1. Sık Görülen Meslek Hastalıkları	19
2.5.2. Meslek Hastalığına Neden Olan Etkenler.....	24
2.5.3. Uluslararası Çalışma Örgütü Meslek Hastalıkları Listesi	26
2.6. Çocuklarda Meslek Hastalıkları.....	27
2.7. Meslek Hastalığı Anamnezi Nasıl Olmalıdır?	30
2.8. Meslek Hastalığı Bildirimi.....	34
2.9. Meslek Hastalıkları ile İlgili Cezai Yaptırımlar.....	34
2.10. Türkiye’de Meslek Hastalığı Uzmanlığının Durumu	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın Kapsamı	38
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı	38
3.3. Araştırmanın Tipi.....	39
3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı	39
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	39
3.5.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	39
3.5.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	40
3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı.....	40

3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli	41
3.8. Araştırmanın Uygulama Süresi.....	41
3.9. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi	41
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	43
4.BULGULAR.....	45
5.TARTIŞMA	78
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	97
7.KAYNAKÇA.....	99
8.ÖZET	105
9.ABSTRACT	107
10.EKLER	108
10.1. EK 1: Anket Formu.....	108
10.2. EK-2: Etik Komisyon Kararı	117
11. ÖZGEÇMİŞ	119

KISALTMALAR

UÇÖ: Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO-International Labour Organisation)

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SSYSK: Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu

ÇSGB: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

A.B.D: Anabilim Dalı

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Türkiye’de Kullanılan Meslek Hastalıkları Grupları.....	19
Tablo 2. Mesleki Akciğer Hastalıkları.....	23
Tablo 3. Mesleki Hastalık Etkenleri.....	25
Tablo 4. Mesleki Hastalık Yapıcı Toz Çeşitleri.....	26
Tablo 5. Nedensellik İlişki Ölçütleri.....	31
Tablo 6. Poliklinik Hizmeti Veren Kurumların ve Bu Kurumlara Sevk Gerçekleştirebilen Kurumlar, 2020.....	36
Tablo 7. Meslek Hastalığı Uzmanlığı Veren Kurumlar ve Öğrenci Sayıları, 2019.....	37
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri, Ankara, 2020.....	45
Tablo 9. Katılımcıların İşyeri Hekimliği ve Meslek Hastalıkları Eğitim Özgeçmişi Değişkenleri, Ankara, 2020.....	47
Tablo 10. Katılımcıların Meslek Hastalıkları Konusunda Tanı, Tedavi ve Hukuki Sorumluluklar Konusundaki Yeterliliklerinin Öz Değerlendirilmesi, Ankara, 2020.....	48
Tablo 11. Katılımcıların Meslek Hastalıkları Eğitim İsteği, Tanı ve Bildirim Deneyimlerinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2020.....	50
Tablo 12A. Katılımcıların Meslek Hastalıkları ile İlgili Bazı Bilgileri, Ankara, 2020.....	52
Tablo 12B. Katılımcıların Türkiye’de Meslek Hastalıkları ile İlgili Bazı Bilgileri, Ankara, 2020.....	53
Tablo 12C. Katılımcıların Uluslararası Meslek Hastalıkları ile İlgili Bazı Bilgileri, Ankara, 2020.....	54
Tablo 13A. Katılımcıların Meslek Hastalıkları Anamnezi ile İlgili Yaklaşımları, Ankara, 2020.....	57
Tablo 13B. Katılımcıların Meslek Hastalıkları Anamnezi ile İlgili Yaklaşımları, 2020.....	59
Tablo 14A. Katılımcıların Son Bir Yılda Meslek Hastalıkları Anamnezi Sırasında Hastalarına Yaklaşımları, Ankara, 2020.....	61

Tablo 14B. Katılımcıların Son Bir Yılda Meslek Hastalıkları Anamnezi Sırasında Hastalarına Yaklaşımları, Ankara, 2020.....	63
Tablo 15. Katılımcıların Meslek Hastalıkları Tanı, Tedavi ve Hukuki Bilgi Yeterliliği ile Meslek Hastalıkları Tanı Karşılaştırılması, Ankara, 2020.....	65
Tablo 16. Katılımcıların Meslek Hastalıkları Tanı, Tedavi ve Hukuki Bilgi Yeterliliği ile Meslek Hastalıkları Bildirimi Karşılaştırılması, Ankara, 2020.....	67
Tablo 17. Katılımcıların Dahili ve Cerrahi Branşa Göre Tutum Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2020.....	68
Tablo 18. Katılımcıların İş Yeri Hekimliği İlişkisi ve Meslek Hastalığı Eğitimlerine Göre Tutum Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2020.....	70
Tablo 19. Katılımcıların Bazı İş Tecrübesi ve Yeterlilik Beyanlarına Göre Davranış Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2020.....	71
Tablo 20. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tutum Puanları ile Meslek Hastalıkları Tanı ve Bildirimi Karşılaştırılması, Ankara, 2020.....	73
Tablo 21. Katılımcıların Bazı Yeterlilik Beyanlarına Göre Davranış Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2020.....	74
Tablo 22. Katılımcıların Davranış Puanları ile Tutum Durumunun Karşılaştırılması, Ankara, 2020.....	76
Tablo 23. Katılımcıların Tutum Puanları ile Davranış Soruları Puanlarının Korelasyonu, Ankara, 2020.....	77

1.GİRİŞ

“İşleyen demir pas tutmaz akan su yosun tutmaz”, “çalışmak yiğidin harmanıdır”. Bütün bu atasözlerimiz kolektif bir tecrübe sonucunda tek bir şeyi anlatmaktadır; sağlıklı yaşamak için çalışmak.

Günümüzde çalışmak; Türk Dil Kurumu tarafından “Belli bir eğitim ile kazanılan, sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, kuralları belirlenmiş iş” (1) olarak ifade edilen iş üzerinden tanımlanmaktadır. Oldukça erdemli ve masumane olan bu tanım esasında, adeta Demokles’in kılıcı gibi her zaman üzerimizde olan tehlikeleri tanımlamakta yetersiz kalmıştır.

İşyerinde sabitlenmemiş dolaplar, açıkta olan delici-kesici aletler, yürüme alanında yükseklik farkları gibi bazı tehlikeler genellikle kaza oluşana kadar aslında hep gözümüzün önündedirler. Fakat bazı tehlikeler daha sinsidir ve onları gerçekten aramazsak bulamayız. Bulamadığımız bu tehlikelerin yol açtığı kaçınılmaz sonuç ise, kanunlarımızda “sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürlülük halleri”(2) olarak tanımlanan meslek hastalıklarıdır.

Meslek hastalıklarının ilk kuramları her ne kadar yakın bir tarih olan 17. yüzyılda şair ve hekim Ramazzani tarafından ortaya koyulmuş olsa da (3), dünyanın varoluşundan itibaren çalışmak, insanoğlunun sağlığını olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir. Roma İmparatorluğunda milattan sonra ilk yüzyıldan

itibaren özellikle su, kanalizasyon sistemleri ve bir başka teoriye göre ise şarap yapımında kullanılan koruyucu maddelerden yoğun alınan kurşun, çalışanlara özgü olmasa da, geçmişe bakıldığında tanımlanan en eski meslek hastalığıdır ve bu hastalıkların ne kadar geriye gidebileceğini göstermektedir (4).

Kanunlarımızda genel hatları ile tanımlanan meslek hastalıkları, sebep olan etkenler ve gelişen hastalıklar açısından çok zengindir. Öyle ki dünyada her yıl yaklaşık 160 milyon çalışanın meslek hastalıklarına yakalandığı tahmin edilmektedir. Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği alanındaki en temel problemlerden biri mevcut durumu yansıtmayan istatistiklerimizdir. Ülkemizde 2018 yılında aktif sigortalı sayısı 22.072.840 iken meslek hastalığı tanısı ise 1044, aktif sigortalı çalışan yüz bin kişide 4,7'dir (5). Meslek hastalıklarının tanı ve bildirimi aşamasındaki eksiklikler, ülkemizde “gerçek” tablonun yansıtılabilmesinin önündeki en büyük engeldir. Oysa tahmin edilen meslek hastalığı sayısı aktif çalışan her bin kişide 4-12 arasındır (6). Bu da karşımıza en önemli soruyu çıkarmaktadır, neden bu kadar az meslek hastalığı tanısı koyuluyor?

Meslek hastalığı tanısı doğası itibari ile özel eğitim ve örgütlenme gerektirir. Ülkemizde olduğu gibi dünyanın birçok ülkesinde de meslek hastalıkları için uzmanlık programları vardır. Meslek hastalıkları her ne kadar bir uzmanlık alanı olsa da, multidisipliner doğasıyla (7) her hekimin tıbbi ve hukuki sorumlulukları vardır. Ülkemizdeki tanı azlığı sadece sorumlulukların, sorunların çözülmesine yeterli olmadığını göstermektedir. Davranışlar, bilgi ve tutumdan kaynaklanmaktadır ve ilişkileri nerdeyse yüzyıldır bilinmektedir (8-12). Meslek hayatlarının henüz başında sayılabilecek araştırma görevlilerinin uzmanlık

eğitiminde kazandığı bilgiler ve tutumların, uzmanlık hayatlarında meslek hastalıklarına karşı farkındalıklarını arttırıp meslek hastalığı tanı, tedavi ve bildirimi için gereken doğru davranışları geliştirebileceği düşünülmektedir (13).

Bu çalışmanın amacı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi almakta olan bazı araştırma görevlilerinin, meslek hastalıkları ile ilgili bilgi, tutum ve davranış özelliklerine etkili faktörleri inceleyip ve meslek hastalıklarına tanı koyma ve bildirme becerilerini geliştirmenin yollarına katkı sağlamaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Meslek Hastalığı Tanımı

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 4’üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde sayılan sigortalılar ile 5 inci maddesinin (a), (b), (c), (e) ve (g) fıkralarında sayılan sigortalılara uygulanmaktadır. Sigorta Kanunun 14 üncü maddesinin birinci fıkrasında meslek hastalığı “sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürlülük halleri” olarak tanımlanmıştır (2) ve 2006 yılında yürürlüğe girmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre ise meslek hastalıklarını işteki belirli faktörlerle ilişkinin tam olarak kurulabildiği, ilgili faktörlerin tanımlanabildiği, ölçülebildiği ve sonuçta kontrol edilebildiği bir spektrumdan, çalışma koşulları ile zayıf, tutarsız ve belirsiz bir ilişkiye kadar giden bir spektrum içinde olan, ve nerdeyse tümüyle önlenabilir hastalıklardır (14, 15).

30.06.2012 tarihli Resmî Gazete’de yayınlanan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 4857 sayılı Yasadan sonra İş Sağlığı ve Güvenliği hususunda Avrupa Birliği Yönergeleri ’ne denkliği hedefleyen ve bu alanda gerçekleştirilen son düzenlemedir. Kanunda meslek hastalığı, “Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalığı ifade eder” şeklinde tanımlanmaktadır.

2.2. Meslek Hastalıklarının Gelişimi

2.2.1. Türkiye ’de ki Gelişimi ve Durumu

Osmanlı İmparatorluğu ancak Tanzimat Döneminde modern olarak anılabilecek bir sosyal güvenlik sistemi kurulabilmiştir. 1865 yılında "Dilaver Paşa Nizamnamesi", yasal olarak işçileri koruyan yönelik ilk mevzuat olarak değerlendirilmektedir (16). Ancak bu nizamname sınırlı bir bölge için çıkarıldığı ve önceliği verimliliği arttırmak olduğundan, bu nizamnamenin gerçek bir sosyal güvenlik sistemi olduğu düşünülmemektedir. 1869 yılında çıkan tarihinde çıkarılan "Maadin Nizamnamesi" ise iş güvenliği ile ilgili hükümleri açısından daha kapsamlıdır ve Dilaver Paşa Nizamnamesinin eksiklerini gidermesi açısından önem taşımaktadır. Bu nizamname ile maden ocaklarında cebren çalıştırma yasaklanmış, ocaktaki kazalarda yaralanma veya ölüm durumunda çalışana tazminat ödenmesi, madende hekim ve eczane bulundurulması şeklinde kurallar getirilmiştir ve çalışan kusurundan bahsedilmemiş olup kusursuz sorumluluk ilkesi benimsenmiştir (17).

Ülkemiz Avrupa Sosyal Şartını kabul etmiştir ve Cumhuriyet Tarihinde ilk olarak 1964 yılında çıkartılan “506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu” ile çağdaş düzeyde bir meslek hastalığı sigortası sistemi oluşmuştur. Uluslararası İş Örgütü’nün 155 ve 161 sayılı sözleşmelerinin imzalanmasıyla iş sağlığı ve güvenliği alanında yani dolayısı ile meslek hastalıklarını önleme anlamında modern ölçüde yasal koruma sağlanmıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde 28.08.1971 tarihinde kabul edilen 1475 sayılı “İş Kanunu”, iş sağlığı ve güvenliği alanında korumalar öngörmüştür. 25.05.2003 tarihinde kabul edilen 4857 sayılı İş Kanunu’nda ise teknolojik gelişmeler dikkate alınarak iş sağlığı ve güvenliği alanındaki koruyucu önlemler günümüz koşulları ile uyumlu hale getirilmiştir. 2008 yılı ekim ayında yürürlüğe giren “5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel

Sağlık Sigortası Kanunu” ile kamu görevlileri dahil olmamak üzere, hizmet sözleşmesine tabi çalışan sigortalılar ve bağımsız olarak çalışan sigortalılar bakımından iş kazaları, meslek hastalıkları sigortası yeniden düzenlenmiştir (18).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, meslek hastalıkları konusunda işyerlerine birçok zorunluluklar kılmiştir. Tüm çalışanlara ve tüm işyerlerine sağlık ve iş güvenliği alanında;

- Meslek hastalığını önleme yaklaşımı
- İşyerlerinin tehlike durumlarına ve personel sayısına göre değerlendirilmesi
- Düzenli risk analizleri
- Aralıklı sağlık gözetimi
- Çalışanların eğitimi
- Meslek hastalığı bildirimi ve kaydı gibi konularda detaylı zorunluluklar kılmaktadır (19, 20).

Sosyal Güvenlik Kurumu istatistiklerine göre, 2016 yılında aktif sigortalı sayısı 21.131.838 iken meslek hastalığı tanısı 597, aktif sigortalı çalışan yüz bin kişide 2.8’dir. 2017 yılında aktif sigortalı sayısı 22.280.463 iken meslek hastalığı tanısı 691, aktif sigortalı çalışan yüz bin kişide 3.1’dir. 2018 yılında aktif sigortalı sayısı 22.072.840 iken meslek hastalığı tanısı ise 1044, aktif sigortalı çalışan yüz bin kişide 4,7’dir (5). Fakat ülkemizdeki gerçek meslek hastalığı sayısının bildirilenden çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. Her geçen gün teknoloji ilerlemekte ve kimyasallar çalışma hayatımıza girmekte iken mesleki maruziyet

sıklığı giderek artmaktadır. Bugün dünyada yüz binin üzerinde kimyasal tanımlanmaktadır. Birkaç bini alerjen iken 700 kadarı da kanserojendir. Biyolojik risk oluşturan mesleki etmenlerse nerdeyse 200'ün üzerindedir. Elliden fazla fiziksel risk faktörü ve en az yirmi ergonomik sorun çalışanların sağlığını tehdit etmektedir. Gelişmiş ülkelerde iş kazaları ve meslek hastalıklarının maddi yükünün, bu ülkelerin ulusal gelirleri üzerine %4 oranında etkisinin olduğu düşünülmektedir. Meslek hastalıklarının ülkenin gelişimi açısından önemli olduğu söylenebilir (21). Ülkemizde SGK istatistiklerine bakıldığında ise son 10 yıldır en çok tanı koyulan meslek hastalıkları solunum yolları ile ilgilidir (5, 22).

2.2.2. Dünyadaki Gelişimi ve Durumu

Çalışanların sağlığı ile yapılan iş arasındaki ilişkilerin araştırılmasına ilk değinenin Yunanlı tarihçi Herodot olduğu ileri sürülmektedir. Herodot çalışanların verimli çalışabilmeleri için sağlıklı olması ve kendilerinin işe göre yeterli beslenmesini belirtmiştir. Çalışanların sağlığı ve yapılan iş ilişkisi Hipokrat tarafından ileri sürülmüştür. 16. yüzyılda Agricole ve Parucelous Orta Avrupa'da maden tozlarının işçileri hasta ettiğini tespit etmişler ve korunma önlemleri önermişlerdir. İlk defa bilimsel esaslar ışığında çalışan sağlığı-yapılan iş ilişkisinden ise 17.yüzyılda İtalyan Bernardino Ramazzini bahsetmiştir. Bernardino Ramazzini, kendi tecrübesine dayanarak meslek hastalıkları kitabı yazmış (De Monbis Artificum Diatriba) ve için "Çalışana ne iş yaptığını sormak zorundayız" sorusu ile çalışan sağlığının öncüsü olarak tarihe geçmiştir (23).

Çalışma ortamında çalışanların sağlığına olumsuz etki eden birçok etmen bulunmaktadır. Çalışma ortamındaki etmenler nedeniyle çalışanlar meslek hastalıklarına yakalanmaktadır. Uluslararası İş Örgütü 2014 sağlıklı işyeri raporuna göre;

- Her gün yaklaşık 6 bin 400 kişi meslek hastalıkları ve iş kazaları sebebiyle hayatını kaybetmektedirler. Her yıl yaklaşık olarak 350 bin kişi iş kazası, 2 milyon kişi meslek hastalıklarından dolayı yaşamını yitirmektedir.

- Her sene yaklaşık 160 milyon çalışan meslek hastalıklarına yakalanmaktadır.

- Her sene özellikle gelişmekte olan ülkelerde kimyasal maddelerden dolayı 650 bin çalışan yaşamını yitirmekte, tüm cilt kanserlerinin onda birinin işyerlerindeki maruziyet sonucu olduğu belirtilmektedir. UÇÖ'ye göre bildirim eksiklikleri ve kayıt sistemindeki yetersizlikleri nedeniyle gerçek rakamların daha yüksek olması kaçınılmazdır.

- Asbest yüzünden yıllık 100 bin kişinin hayatını kaybettiği düşünülmektedir. Dünyada asbest üretimi 1970'lerden bugüne sürekli azalmasına karşın, hali hazırda temaslı bulunanlar için risk devam etmektedir.

- Bir meslek hastalığı olan silikozis dünyada on milyonlarca insanın hayatını etkilemektedir. Latin Amerika'da madencilerin üçte birinden fazlası silikozis hastalığına yakalanmıştır. Hindistan'da taş kalem işçilerinin yarısı ve taş kırma işçilerinin yaklaşık üçte biri bu hastalığa yakalanmış durumdadır (24).

Amerikan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH)’a göre en sık görülen meslek hastalığı alerjik ve iritan dermatitlerdir, sonrasında mesleki astım ve kronik obstruktif pulmoner hastalık gelir (25) fakat bu hastalık eskiden silikozisdir (26).

2.3. Meslek Hastalığının Şartları, Yasal Tanı Süreci ve Bildirimi

5510 sayılı SSGSS Kanunu’nda, meslek hastalıklarının unsurları sayılmakla beraber, genel bir tanım yapılmamıştır. Meslek hastalığının meydana geldiğinin bir sağlık kurulu raporu ile saptanması gerekmektedir. Sigortalı kişi meslek hastalığı ile ilgili doktor raporunun sonuçları ile Kuruma başvurması zorunludur. Bununla beraber Kurum’un hekimden özellikle istediği gerekli belgeleri de vermesi gerekmektedir. Kurum’un kararlarına karşı, SSYSK’ya itiraz edilmesi, bu karara karşı da iş mahkemesinde dava açılması mümkündür. Mahkeme ise, Adli Tıp Kurumu’ndan alacağı raporu esas alarak hüküm kurabilmektedir. Nitekim Yargıtay, SSYSK kararına karşı yapılan itirazı, Adli Tıp Kurumu’ndan rapor almadan karara bağlayan mahkemenin vermiş olduğu kararı, bu sebeple bozmuştur (27).

SSGSS Kanunu’nun 14’üncü maddesinde, bir hastalığın, meslek hastalığı olarak kabul edilebilmesi için sahip olması gereken unsurlar sıralanmış olup, bir hastalığın, meslek hastalığı kabul edilebilmesi için, aşağıda açıklanacak olan şartların tümünün birlikte gerçekleşmiş olması gerekmektedir. Anılan maddede sayılan unsurlardan birinin dahi eksik olması durumunda, söz konusu hastalık,

meslek hastalığı olarak değerlendirilemeyecektir (28). Söz konusu maddeler aşağıda ki başlıklarda açıklanmaktadır.

2.3.1. Bedence ve Ruhça Özre Uğrama

5510 sayılı SSGSS Kanunu'nun 14'üncü maddesine göre, bir hastalığın meslek hastalığı olabilmesi için, sigortalının yapılan işten dolayı zararlı etkiye maruz kalması tek başına yeterli olamamaktadır. Sigortalının, ayrıca, bedensel veya ruhsal bir zarara uğraması da gerekmektedir (29). Bu zarar, çalışanın beden ve/veya ruh bütünlüğüne zarar verebilir. Meslek hastalıklarında, meslek hastalığı sigortası kapsamında düzenlenen yardımlara hak kazanabilmesi için sigortalının zarara uğraması bir ön koşuldur (30). Meydana gelen hastalık, sakatlık veya ruhi arıza hallerinin geçici veya sürekli olmasının önemi yoktur (31).

2.3.2. Sigortalı olma

Kanun'un kabul edildiği ilk halinde, 4'üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olanlar da kısa vadeli sigorta hükümlerinden yararlanabiliyordu, ancak anılan hüküm, 5754 sayılı Kanun'un 65'inci maddesi ile değiştirilmiş ve kısa vadeli sigorta hükümleri yalnızca 4'üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bendi kapsamında sigortalı olanlar yani hizmet akdiyle çalışanlar ve bağımsız çalışanlar hakkında uygulanacağı hükme bağlanmıştır. Şu haliyle, 5510 sayılı SSGSS Kanunu'nun kısa vadeli sigorta hükümleri kamu görevlileri hakkında uygulanamamaktadır.

5510 sayılı SSGSS Kanunu'nda çalışanın meslek hastalığından faydalanabilmesi için iş kazasında olduğu gibi sigortalı olması gerekir. Meslek

hastalığı sigortasından yaralanmak için prim şartı aranmamaktadır. Kişi sigortalı olduğu andan itibaren aynı zamanda meslek hastalığı sigortasının koruması altına girmektedir. Meslek hastalığı, sigortalı çalışanın işyerinden ayrıldığı tarihten sonra da ortaya çıkabilir. Sigortalının meslek hastalığına yakalandığı tarihte sigortalı olması zorunlu değildir. Meslek hastalığında önemli olan çalışanın işyerinde sigortalı olarak çalışırken bu hastalığın ortaya çıkmasıdır. 5510 sayılı Kanuna göre de hangi hallerin meslek hastalığı sayılacağı Kurum tarafından çıkarılan yönetmelikle düzenlenmektedir. Anılan Yönetmelik “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kayıp Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” adı altında yürürlüğe girmiştir. Yönetmeliğin ekinde meslek hastalıklarının bir listesi yayımlanmıştır (32).

5510 sayılı SSGSS Kanunu’nun 4. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanlar, yani devlet memurları, iş kazası ve meslek hastalığı sigortasına kapsamına alınmamışlardır (33). 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun Sosyal Haklar ve Yardımlar başlıklı VI. kısmında yer alan 188’inci maddesinde “Hastalık ve analık sigortası” düzenlenmiştir. Anılan maddede; “Devlet memurlarının hastalık, analık ve görevden doğan kaza ile mesleki hastalık hallerinde gerekli sosyal sigorta yardımları sağlanır.” denmektedir. Aynı maddenin ikinci fıkrasında, sağlanacak sosyal sigorta yardımların özel kanunlarla düzenleneceği, son fıkrasında ise, bu sigortalardan tanınan hak ve sağlanan yardımlar, genel sosyal sigorta rejimleri ile kabul edilen hak ve yardımlardan az olamayacağı düzenlenmiştir(34).

657 sayılı DM Kanunu'nda hastalık ve analık sigortasını düzenleyen 188'inci maddesi, devlet memurlarına sağlanacak sosyal sigorta yardımlarının özel kanunlarla düzenlenmesi gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca yine 188'ince maddede devlet memurlarına sağlanan hak ve yapılması öngörülen sosyal sigorta yardımlarının, genel sosyal sigorta rejimleri ile kabul edilen hak ve yardımlardan az olamayacağı, devlet memurları açısından bir alt sınır olarak özellikle belirtilmiştir (35). Meslek hastalığı tanısı koyulabilecek olanlar;

- Hizmet akdi ile çalışanlar (4/a)
- Kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar ile köy ve mahalle muhtarları (4/b)
- Ceza İnfaz Kurumları ile Tutukevlerinde çalışanlar
- Aday çırak, çırak ve stajyerler
- Harp Malulleri ile Vazife Malullüğü aylığı bağlanmış malullerden Kanunun 4'üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamında çalışanlar
- Türkiye İş Kurumu kursiyerleri
- Sosyal güvenlik sözleşmesi olmayan ülkelerde iş üstlenen işverenlerce yurt dışındaki işyerlerinde çalıştırılmak üzere götürülen Türk işçileri
- İntörn öğrenciler
- Tarım ve orman işlerinde hizmet akdiyle süresiz olarak çalışan sigortalılar
- Ek 9 uncu maddede belirtilen şartlarda ev hizmetlerinde çalışan sigortalılar olarak belirtilmiştir (36)

Yukarıda bahsi geçen hükümler kapsamında sigortalı olmayanlar meslek hastalığına yakalansalar dahi, ortaya çıkan hastalık 5510 sayılı SSGSS Kanunu dolayısıyla SGK tarafından meslek hastalığı sayılmayacaktır. Başka bir deyişle, eğer kişi sigortalı değilse, meslek hastalığına yakalansa dahi, 5510 sayılı SSGSS Kanunu'nun meslek hastalığına yakalanan sigortalıya veya hak sahiplerine sağladığı yardımlara hak kazanamayacaktır.

2.3.3. Hastalık ve Hastalık ile Görülen İş Arasında İliyet Bağının Varlığı

Bir hastalığın, meslek hastalığı olarak nitelendirilebilmesi için, ortaya çıkan engellilik hali veya ölüm hali ile sigortalının yaptığı iş arasında uygun illiyet bağının bulunması gereklidir (37). Meslek hastalığının varlığından söz edebilmek için; sigortalı kişinin yaptığı işin hastalığa neden olması gerekmektedir. İşçinin, meslek hastalığına maruz kaldığının kabulü için, hastalığın; işçinin yürüttüğü iş nedeniyle, başka insanlardan daha fazla karşılaştığı özel dış etkenlerin sonucu olarak, belirli bir zaman içinde yoğunlaşarak meydana gelmesi gerekir. Örneğin, maden işçisi olarak çalışan bir kişinin silikozis hastalığına sebep olan silika maddesine maruz kalma durumu, madende çalışmayan birinin anılan maddeye maruz kalma durumundan çok daha fazladır. İş kazası ani ve dıştan gelen bir olay olmasına karşın meslek hastalığı çok uzun bir sürede oluşur. İş kazasına işyerinde veya işverenin otoritesi altında bulunduğu sırada her şey sebep olabilmesine karşın meslek hastalığına ise sadece işyerinden kaynaklanan harici bir unsur sebep olmaktadır. İş kazası kavramına her türlü dış etki girebilmesine karşın meslek hastalığı sınırlı dış etki ile gerçekleşir. İş kazası öğretide ve uygulamada çok geniş yorumlandığı halde meslek hastalıkları çok sınırlı sayıda belirlenmiştir. İş kazası

sadece işyerinde veya işverenin otoritesi altında gerçekleşirken meslek hastalıkları işten çıktıktan sonra da belli bir süre sonra vuku bulabilir(38).

Her ne kadar, madende çalışmayan biri de silikozis hastalığına yakalanabilirse de bu durum meslek hastalığı olarak kabul edilemeyecektir. Nitekim, meslek hastalığının en temel unsurlarından biri olan, mesleki sebeplerle ortaya çıkmış olması gerektiği unsurunu taşımamış olacaktır (39).

Meslek hastalığı iş kazasından farklı olarak sigortalının bünyesine zaman içinde tekrarlanarak hastalık, sakatlık, ruhsal arıza veya ölüme sebep olmaktadır. İş kazasının sigortalının yaptığı işle ilgili olması şart değildir. Ancak meslek hastalığının yapılan işin sonucunda meydana gelmesi zorunludur. Meslek hastalığının zaman içinde oluşması, hastalığın, vücudu gittikçe daha fazla etkilemesi anlamına gelmektedir ve meslek hastalığını iş kazasından ayıran en temel unsurdur. Örneğin, kulağa alınan bir darbe ile aradan geçen zaman içerisinde sağırılık oluşması, zarar hemen oluşmasa da iş kazası olarak değerlendirilirken, çalışanın, sürekli gürültülü bir ortamda çalışılması sonucu, zaman içerisinde oluşan sağırılık meslek hastalığı olarak değerlendirilir (40).

2.3.4. Hastalığın Yönetmelikte Yer Alması ve Belirtilen Süre İçinde Meydana Çıkması

Meslek hastalığı, sigortalının işten ayrılmasının ardından da ortaya çıkabilir. 5510 sayılı Kanununun 14. Maddesinin 3. fıkrası uyarınca meslek hastalığı, işten ayrıldıktan sonra ortaya çıkmış ve sigortalı olarak çalıştığı işten kaynaklanmış ise, sigortalının Kanunla sağlanan haklardan yararlanabilmesi için, eski işinden fiilen

ayrılmasıyla hastalığın ortaya çıkması arasında bu hastalık için kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikte belirtilen süreden daha uzun bir zamanın geçmemiş olması şarttır. Bu durumdaki kişiler, gerekli belgelerle kuruma müracaat edebilirler.

Herhangi bir meslek hastalığının klinik ve laboratuvar bulgularıyla belirlendiği ve meslek hastalığına yol açan etkenin işyerindeki inceleme sonunda tespit edildiği hallerde, meslek hastalıkları listesindeki yükümlülük süresi aşılmış olsa bile, söz konusu hastalık kurumun veya ilgilinin başvurusu üzerine SSYSK onayı ile meslek hastalığı sayılabilmektedir (41).

Sigortalı kişi işten ayrıldıktan bir süre sonra da meslek hastalığı ortaya çıkabileceği kabul edilirken bu durumun tüzükte belirtilen süreyi aşmamış olması gerekir. Bu durumda ilgililer gerekli belgelerle kuruma başvurabilirler. Listede yer alan, yükümlülük süresinde meydana gelen ve doktor raporuyla kanıtlandığında sigortalı çalışanın ispatına gerek kalmadan ortaya çıkan hastalığın meslek hastalığı olduğu varsayılır. Ancak sigortalı yakalandığı meslek hastalığının yükümlülük süresi dışında meydana gelmesi durumunda hastalığın yapmış olduğu işin şartlarından dolayı ortaya çıktığını ispatlamakla yükümlüdür.

Bir hastalığın, meslek hastalığı olarak kabul edilebilmesi için bir listenin oluşturulmasının hem avantajı vardır hem dezavantajı vardır. Bu durumun avantajı, sigortalının uğramış olduğu hastalığın, meslek hastalığı olduğunu ispatlama yükümlülüğü altında olmaması ve bu sayede Kanun tarafından sağlanan haklara daha kolay ulaşabilmesidir. Örnek verecek olursak; madende çalışan bir kişinin, silikozis hastalığına yakalanması durumunda, bu hastalığın meslek hastalığı olarak

kabul edilmesi gerekmektedir. Diğer bir anlatımla, meslek hastalıkları Listesi'nde sayılan bir hastalığın, sigortalıda tespit edilmesi halinde artık sigortalıdan, hastalığın kaynağının işin nitelik ve yürütüm şartlarından ileri geldiğini ispat etmesi istenmeyecek, hastalığın bir meslek hastalığı olduğu karine olarak kabul edilecektir. Anılan durumun dezavantajı ise, hastalığın listede bulunmaması durumunda ortaya çıkmaktadır. Eğer hastalık, listede bulunmuyorsa, hastalığa uğrayan kişi, bu hastalığın meslek hastalığı olduğunu ispatlamak zorunda kalacaktır. Bu hususta, teşhisin doktor raporları ve laboratuvar deneyleriyle de doğrulanması gereklidir. Bu ispatlama süreci uzun süreceğinden, sigortalı, Kanun tarafından sağlanan haklara geç ulaşacaktır (42)

5510 sayılı Kanun'un 14'üncü maddesinin ikinci fıkrasına ve Sosyal Sigortalar İşlemleri Yönetmeliği'nin 36'ncı maddesine göre; meslek hastalığına yakalanan sigortalıların, İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası kapsamında sağlanan yardımlara hak kazanabilmesi için, sigortalının çalıştığı işten dolayı meslek hastalığına tutulduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları tarafından usulüne uygun olarak düzenlenen sağlık kurulu raporu ve dayanağı tıbbi belgelerin incelenmesi ve kurumca gerekli görülmesi halinde işyerindeki çalışma koşullarını ve buna bağlı tıbbi sonuçları ortaya koyan denetim raporları ve gerekli diğer belgelerin incelenmesi sonucu kurum sağlık kurulu tarafından tespit edilmesi gerekir (43).

2.4. İşyeri Hekimlerinin Meslek Hastalıklarının Önlenmesindeki Roller

Çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamak, mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dahil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi, işyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını kontrol etmek ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlamak, risk değerlendirmesi yapmak, çalışana görev verirken çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önüne almak Kanun'un 4'üncü maddesinde düzenlenen işveren yükümlülüklerindendir (44, 45).

6331 sayılı Kanun ile düzenlenen, meslek hastalığı açısından büyük önem taşıyan düzenlemelerden bir tanesi, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleridir. İşverenler, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak amacıyla, bu konuda uzman kişileri görevlendirmekle yükümlü kılınmışlardır. Anılan bu uzman kişiler, iş güvenliği uzmanları, işyeri hekimler ve diğer sağlık personellerinden oluşmaktadır (46).

Yönetmeliğin, 34'üncü maddesinde göre, çalışanın ölümü veya maluliyeti ile sonuçlanacak şekilde vücut bütünlüğünün bozulmasına neden olan iş kazası veya meslek hastalığının meydana gelmesinde, ihmali yargı kararı ile kesinleşen iş yeri hekiminin belgesi altı ay süreyle askıya alınır ve ölüm halinde iptale kadar cezalar cardır. Yönetmeliğin 9'uncu maddesine göre, meslek hastalığı tanısı veya ön tanısı almış çalışanların uygun işe yerleştirilmeleri için gerekli sağlık muayenelerini yaparak rapor düzenlemek, bu kişilerin çalıştığı ortamdaki diğer çalışanların sağlık muayenelerini tekrarlamak zorundadırlar. Anılan Yönetmelik ile

işyeri hekimlerine getirilen en önemli yükümlülüklerden bir tanesi, Yönetmeliğin 11'inci maddesinin beşinci fıkrasında düzenlenmiştir. Anılan düzenlemeye göre, işyeri hekimi, meslek hastalığı ön tanısı koyduğu vakaları SGK tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına sevk eder (47).

Meslek hastalıklarının ortaya çıkmasını engellemek amaçlı düzenlenmiş önemli düzenlemelerden biri, 6331 sayılı Kanun'un 8'inci maddesinde düzenlenmiştir. Anılan maddeye göre işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanları yaşamsal tehlike taşıyan konularda işverenin uyarır ve gerekli önlemler alınmaz ise durumu Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndaki yetkili birimine ihbar etme görev ve yetkisi vardır (48).

2.5. Türkiye'de Meslek Hastalıkları Sınıflandırılması ve Hastalıklar

Ülkemizde Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü ve Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'nde yer alan Meslek Hastalıkları Listesi (2008) aşağıda verilmiştir. Meslek Hastalıkları Listesinde hastalıklar beş bölümde toplanmıştır (49). **Tablo 1.**'de belirtilen hastalıklar, meslek hastalıklarının birçok uzmanlık alanının içinde olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. Türkiye Meslek Hastalıkları Grupları

Gruplar	Alt Grup ve Hastalıklar
A Grubu: Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları	25 alt grupta 67 hastalık
B Grubu: Mesleki cilt hastalıkları	2 alt grupta Deri Kanseri ve Kanseri dışı deri hastalıkları
C Grubu: Pnöмокonyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları	6 alt grupta 9 hastalık
D Grubu: Mesleki bulaşıcı hastalıklar	4 alt grupta 30 hastalık
E Grubu: Fiziksel etmenlerle olan meslek hastalıkları	7 alt grupta 12 hastalık

2.5.1. Sık Görülen Meslek Hastalıkları

Mesleki Kan Hastalıkları Hematopoetik ve Lenfatik Sistem hastalıkları: Lenfo-hematopoetik sistemi kan, kemik iliği, dalak, timüs, lenf kanalları ve lenf düğümleri oluşturur. Kan ve kemik iliği birlikte hematopoetik sistem olarak adlandırılır. Lösemi, malign lenfoma ve multipl miyelom mesleki kan hastalıklarına örnektir. Lenfoma, lenfatik sistemi etkileyen bir grup kanserin genel adıdır. Lenfoma tipleri ana başlık olarak Hodgkin lenfoma ve non-Hodgkin lenfoma olarak ikiye ayrılır. Hodgkin lenfomanın birçok formu yüksek oranda tedavi edilebilir.

Mesleki Kanseler: Kanserojen maddeler solunduğunda, ağız yoluyla alındığında, deriye nüfuz ettiğinde kanser oluşumuna neden olan veya kanser

oluşumunu hızlandıran maddelerdir. Mesleki kanserler genellikle kanserojen maddeler aracılığı ile ortaya çıkar.

Grup 1. Kesin kanser yapan maddeler

Grup 2. A. Muhtemel Kanserojen maddeler

B. Şüpheli Kanserojen maddeler

Grup 3. Hayvanlarda kanserojen

Grup 4. Muhtemelen kanserojen olmayan maddeler

Mesleki Dolaşım Sistemi Hastalıkları: Dolaşım sistemi hastalıkları özellikle endüstrileşmiş ülkelerde çalışma nüfusunda hastalıkların ve ölümlerin en yaygın nedenidir. Karmaşık etiyolojilerinden dolayı dolaşım sistemi hastalıklarının çok küçük bir kısmının meslek hastalığı olduğu fark edilir. Koroner arter hastalığı, iltihaplı hastalıklar, kalp ritim bozukluğu, miyokardiyopati, hipertansiyon, aterosklerotik değişimler, fonksiyonel dolaşım bozuklukları, varisler.

Mesleki Sindirim Sistemi Hastalıkları: Sindirim sistemi vücudun verimliliği ve çalışma kapasitesi üzerine önemli bir etki gösterir ve sindirim sisteminin akut ve kronik hastalıkları iş göremezliğin ve sakatlığın en yaygın nedenleri arasındadır. Sindirim sistemi için tehlikeli faktörlerin birçoğu mesleki kaynaklıdır. Meslekli faktörler; endüstriyel zehirler, fiziksel etkenler, gerginlik, yorgunluk, anormal duruşlar, sık sık çalışma temposu değişiklikleri, vardiyalı çalışma, gece çalışması, uygun olmayan beslenme alışkanlıklarıdır (yemeklerin miktarı, kalitesi ve zamanlaması).

Mesleki Psikolojik Hastalıklar: Mesleki Psikolojik hastalıklar Türkiye Meslek Hastalıkları listesinde yer almamaktadır. İlk olarak Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO-UÇÖ) 2010 Güncel Meslek Hastalıkları Listesinde Zihinsel ve davranışsal bozukluklar olarak yer almıştır. Zihinsel ve Davranışsal Bozukluklar Mobbing (Psikolojik Taciz) kavramı üzerinden ele alınmıştır. Mobbing mağdurlarında genellikle depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve şiddet içeren davranışlar ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda hipertansiyon, koroner sorunlar, dermatit ve kas ağrısı gibi çeşitli hastalıklarda görülmektedir. Mesleki psikolojik hastalıkları tanıyı koymak zordur çünkü hastalık ile çalışma veya çalışma ortamı arasında nedensellik bağına kurmak, mesleki kökenli olup olmadığını anlamak diğer hastalıklara nazaran daha zor bir süreçtir.

Mesleki Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları: Tendon, sinir, kas ve diğer yumuşak dokularda hasar yapacak tekrarlayıcı fiziksel hareketler ile oluşmaktadır. Ana şikâyet üst ekstremitelerde, boyun, omuz, el bilekleri ve belde ağrıdır. Kas iskelet sistemi hastalıklarında, fiziksel ve psikososyal faktörler etkilidir. Kas iskelet sistemi hastalıkları genel olarak üst ekstremiteler hastalıkları (boyun, omuz, dirsek, el ve el bileği) ve bel hastalıkları olmak üzere sınıflandırılabilir.

Mesleki Sinir Sistemi Hastalıkları: Sinir sistemi hastalıklarına neden olan etmenlerin hemen hemen hepsi kimyasal etmenlerdir. Rahatsızlıkları çoğu belli bir eşik değerden sonra görülmektedir. Maruziyet ile belirtilerin başlaması arasında kuvvetli bir ilişki vardır sinir sisteminde yenilenme çok sınırlıdır. Birtakım etkilenmelerden ise geri dönüş çok zordur. Tek bir toksinden birçok nörolojik

sendromun gelişmesi mümkündür. Tanı konma sürecinde maruziyetin süresi ve şiddetinin bilinmesi gerekir.

Üriner ve Üreme Sistemi Hastalıkları: Fiziksel ve kimyasal etmenler neden olabilir. Erkek ve dişi üreme sistemi hastalıkları mesleki sağlık tehlikeleri açısından gittikçe artan bir ilgiyle incelenmektedir. Üreme toksisitesi çevresel etkenlere maruz kalma sonucu üreme sistemi üzerindeki olumsuz etkilerdir. Toksisite üreme organları ve / veya endokrin sistem değişiklikleri olarak ifade edilebilir. Bu tür toksisite belirtileri cinsel davranış değişiklikleri, kısırlık, olumsuz gebelik sonuçları ve üreme sisteminin bütünlüğüne bağlı diğer fonksiyon değişiklikleri olabilir.

Mesleki Solunum Sistemi Hastalıkları: Havadaki başlıca kirleticilerden biri olan toz, mesleki akciğer hastalıklarının temel nedenlerinden biridir. İnsan sağlığı bakımından önemli olan 0.5 – 100 mikron arasındaki büyüklüklere sahip olan tozlardır. Çünkü bu büyüklükteki tozlar solunum yoluyla alveollere ulaşarak birikirilerek “pnömokonyoz” olarak bilinen akciğer toz hastalıklarına neden olurlar. Daha büyük tozla genellikle havada asılı kalmayıp çöktükleri için insan vücuduna giremezler. En sık görülen hastalıklar **Tablo 2.**’de özetlenmiştir.

Tablo 2. Mesleki Akciğer Hastalıkları

Akut İnhalasyon Hasarı	Havayolu İrritasyonu	
	Toksik Pnömonit	
	İnhalasyon Ateşi	
Havayolu Hastalıkları	Bisinozis	
	Astım	
	Kronik Bronşit, Kronik Obstruktif	
	Akciğer Hastalığı	
Parankimal Bozukluklar	Organik	Hipersensitivite
		Pnömonisi
	İnorganik	Pnömokonyoz
Enfeksiyon Hastalıkları (Tbc, Virüs, Bakteri)		
Maligniteler	Sinonazal	
	Akciğer Parankimi	
	Plevral (mezotelyoma)	

Mesleki İşitme Kayıpları: Genel olarak üç çeşit işitme kaybı görülmektedir. İletim tipi işitme kaybı, Sensörinöral işitme kaybı, Mikst (karışık) işitme kaybı. Dış kulak ve orta kulakla ilgili hastalıklar genel olarak iletim tipi işitme kaybı yaparken, iç kulak, işitme siniri ve beyinle ilgili hastalıklar ve gürültü maruziyet sensörinöral tip işitme kaybı yaparlar. Eğer işitme yollarının sadece bir

yerinde değil birden fazla bölgesinde hastalık varsa mikst (karışık) tip işitme kaybı ortaya çıkar.

Mesleki Cilt Hastalıkları: Dünyada meslek hastalıklarının yaklaşık %30'u cilt hastalıklarıdır. Cilt hastalıklarının %90'nı kontakt dermatitlerdir. Kontakt Dermatitlerin %80' i iritan kontak dermatit, %20'si alerjik kontak dermatitlerdir. Deformasyonlar en sık elde görülmektedir. Deri kanserleri, kontakt dermatit, iritan kontak dermatit, alerjik kontak dermatit, akneiform hastalıklar, yağ aknesi, pigmenter hastalıklar, hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon, fotosesitivite, aktinit değişiklikler ve porfiri kutanea tarda dâhil olmak üzere foto-toksik reaksiyonlar, kontak ürtiker ve radyo-dermatitis mesleki etkenlere bağlı en sık görülen cilt hastalıklarıdır (50, 51).

2.5.2. Meslek Hastalığına Neden Olan Etkenler

En sık karşılaşılan kimyasal, fiziksel ve biyolojik etkenler **Tablo 3.**'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Mesleki Hastalık Etkenleri

Kimyasal Etkenler	Fiziksel Etkenler	Biyolojik etkenler (Viral, Bakteriyel, Paraziter)
Metaller ve metalsiler	Gürültü	Hepatit-B-C, SARS COV-2
Gazlar	Titreşim	Human Immunodeficiency Virus (HIV), Herpes
Çözücüler	Termal konfor	Tüberküloz
Asit ve alkali maddeler	Aydınlatma	Meningokoksik menenjit
Pestisitler	İyonize ve iyonize olmayan ışınlar	Şarbon Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
	Alçak ve yüksek basınç	Boğmaca-Kızamık- Kızamıkçık-Suçiçeği- Kabakulak

Tozlar

Tozlar kimyasal ve biyolojik özelliklerine göre sınıflandırılabilir, toz sınıflamaları **Tablo 4.**'te sunulmuştur (51, 52).

Tablo 4. Mesleki Hastalık Yapıcı Toz Çeşitleri

Kimyasal Yapılı	Biyolojik Yapılı
Organik tozlar	
Pamuk tozu Gübre tozu	İnert tozlar
Kümes hayvanı tüyü	Toksik tozlar
Mantar sporları	Alerjik tozlar
	Fibrojenik tozlar
	Kanserojen tozlar
İnorganik tozlar	
Demir	
Kömür	
Kum(silis)	
AsbestÇimento	

2.5.3. Uluslararası Çalışma Örgütü Meslek Hastalıkları Listesi

UÇÖ meslek hastalıkları listesi temel olarak 4 başlık altında ele alınmıştır;

İş Etkinliklerinden Kaynaklanan Ajanlara Maruz Kalmaya Bağlı Mesleki

Hastalıklar:

- Kimyasal Ajanlara Bağlı Hastalıklar
- Fiziksel Ajanlara Bağlı Hastalıklar
- Biyolojik Ajanlar, Enfeksiyöz veya Parazitik Hastalıklar

Hedef Organ Sistemlerine Göre Mesleki Hastalıklar:

- Solunum Sistemi Hastalıkları
- Cilt Hastalıkları
- Kas İskelet Sistemi Bozuklukları
- Zihinsel ve Davranışsal Bozukluklar

Mesleki Kanserler:

- Mesleki Etkenlere Bağlı Kanserler

Diğer Hastalıklar:

- Madenci Nistagmusu (53)

2.6. Çocuklarda Meslek Hastalıkları

Birçok çocuk çalışma hayatında yer almasa da genel olarak çocuklar hayatlarının dört aşamasında maruziyet uğrayabilirler:

- Doğum öncesi: Konsepsiyon öncesi veya gebelikte, ebeveynlerin maruz kaldığı mutajeni teratojeni nörotoksinler, psikososyal ve mekanik riskler
- İnfant dönemi: Eve götürülen maruziyet (take home exposure), ev işleri
- Çocukluk: Eve götürülen maruziyet, ev işleri, çocuk işçiliği
- Adolesan dönem: Ev işleri, mesleki eğitimler, çıraklık, çalışma hayatı

Gelecekteki annelerin ve babaların işyerinde belirli risklere maruz kalması, doğmamış çocuklarının sağlığı üzerinde ciddi bir etkiye sahip olabilir. Maruziyetler gebe kalmadan önce ve tüm hamilelik döneminde gerçekleşebilir. Bebeklik döneminde çocuklar da işle ilgili farklı tehlikelere maruz kalabilirler. Ebeveynler, kirli iş elbiseleri veya ayakkabılar (eve götürülen maruziyet "take home exposure" olarak adlandırılır) yoluyla toksik tehlikeleri eve getirebilir veya evde çalışırken çocuklarını çevresel tehlikelere maruz bırakabilirler. El yapımı züccaciye işleri veya kırsal alanlarda aile tarafından gerçekleştirilen (sebze yetiştirme veya hayvan bakımı) üzerinde yapılan çalışmalar kullanılan tüm riskleri ile beraber genellikle tüm ailenin katılımıyla gerçekleştirilir. Çocuklar için mesleki maruziyetin en doğrudan şekli çocuk işçiliğidir.

Sağlığa zarar verebilecek çocuk işçiliği özel bir ILO uluslararası sözleşmesi tarafından yasaklanmıştır fakat hekimlerin bu konuda yine de dikkatli olması gerekmektedir. Birçok ülkede, 14 yaş ve üstü ergenler yasal olarak işgücüne dahil edilmektedir. Yeterince eğitilmedikleri veya kötü çocuk işçiliği koşulları altında çalıştıkları takdirde, işyerinde yaşamlarına ve sağlıklarına zarar verebilecek risklere maruz kalabilirler.

Adolesanlar, teknik okullarda, üniversitelerde ve çıraklık eğitimlerinde çalışma becerilerini öğrenmeye ve gelecekteki çalışma hayatlarına hazırlanmaya başlarlar. Eğitim kurumları ve öğretmenleri, genç kız ve erkek çocuklarının sağlığını tehdit eden özel tehlikeler hakkında bilgi sahibi olma ve onları sağlıklı gelişimlerini ve sağlıklı ve üretken yetişkin olmaları için eğitme sorumluluğuna sahiptir. Bu nedenle, adolesanlara öğretilen iş becerileri ile birlikte, kendilerini mesleki

risklerden yeterince korumak için güvenlik önlemleri hakkında bilgi edinmeleri meslek hastalıklarından korunmalarında çok. Adolesanların yetişkinlerden farklı olarak yapmalarına izin verilen çalışmalarda katı sınırlamalar vardır ve bunlara saygı gösterilmeleridir: taşıyabilecekleri ağırlık; çalışma saatleri ve dinlenme süreleri. Adolesanlar uzun süre dikkat edilmesi gereken durumlara maruz bırakılmamalıdır; ağır makineler kullanmamalı (örneğin traktörler); veya büyük hayvanlarla (örneğin atlar, inekler) temas etmemelidirler. Çocukların tehlikeli kimyasallarla temas halinde çalışmasına asla izin verilmemelidir.

Cinsiyet olarak da dikkat edilmesi gereken durumlar vardır. Kız çocukları genelde ev işlerine çok erken yaşta başlamaktadırlar ve eril yetenekler gerektiren fiziksel ve psikolojik işler yapmak zorunda kalabilirler: Kırsal alanlarda ev işlerine ek olarak (temizlik, yemek pişirme, çamaşır yıkama, küçük kardeşe bakma vb.) tarım işçiliği ve hayvancığa da katılabilirler. Üreme çağında ki adolesanlar ise ileride gebeliklerini etkileyecek risklere maruz kalabilirler. Örneğin gebelik öncesi ve sırasında pestisit maruziyeti infertilite, genotoksisite, prenatal ölüm, spontan düşük, erken çocukluk kanserleri gibi birçok duruma yol açabilir.

Erkek çocuklar babalarına yardım ederken veya çırak olarak çalışırken çok erken yaşta risklere maruz kalabilirler. Araba tamiri, akü geri dönüşümü, pestisit uygulamaları veya çöp toplayıcılığı gibi işlerde çalışabilmektedirler. Sperm kalitelerini etkileyecek kimyasallara maruz kalıp bunları eve de taşıyabilirler. Ebeveynlerin sütünden geçen birçok madde olduğu gibi, özellikle kurşun, kadmiyum, cıva, fiberglas, asbest ve bakteriler eve götürülen maruziyet şeklinde

sıkça taşınmaktadır. Çocukların mesleki risklere karşı daha savunmasız olduğu da unutulmamalıdır (54-62).

2.7. Meslek Hastalığı Anamnezi Nasıl Olmalıdır?

Dikkatli bir iş anamnezi tanının en önemli destekçisidir. Meslek, maruziyet süresi, yoğunluğu, kişisel koruyucuların kullanımı, tipi, iş hijyeni ve koruyucu mühendislik tedbirlerinin yeterliliği, geçmiş maruziyetler sorgulanmalıdır. İş arkadaşları ve aileden de bilgi alınmalıdır. Bernardino Ramazzini (1633-1714) ilk kapsamlı meslek hastalıkları kitabını “De Morbis Artificum Diatriba” yazan bir hekimdir. Ramazzini her hastasına çalışma yaşamıyla ilgili ayrıntılı sorular sormasıyla da ünlenmiştir. Ramazzini, hastasını muayenene ederken “ne iş yapıyorsun?” sorusunun yerleşmesini sağlayan hekim olarak tarihe adını yazdırmıştır.

Meslek hastalığı tanısının konması için önemli olan iki ölçüt; işyeri ile bir hastalık arasında etmen-maruziyet ilişkisinin olması ve tanı konan hastalığın söz konusu meslek çalışanlarında toplum ortalamasına göre daha fazla görülmesidir. Etmen maruziyet ilişkisinin net bir şekilde ortaya konabilmesi için; klinik ve patolojik tanıların konması, mesleki anamnez ve iş analizi, etmen ve hastalık ilişkisini ortaya koyan epidemiyolojik veriler yararlı olmaktadır. Anamnez alırken, hastalıklarda meslekssel etiyolojinin düşünülmesini güçlendiren **Tablo 5.**'de ki sorular özet olarak yanıt gerektiren sorulardır;

Tablo 5. Nedensellik İlişki Ölçütleri

Nedensellik ilişki ölçütleri	Soru
Temporal ilişki	1. Maruziyetin başlangıcı ile semptomların ortaya çıkışı arasındaki süre nedir?
İlişki	2. Semptomlar işten uzaklaşmakla (tatil veya iş değişikliği) düzeliyor mu?
Doz-etki ilişkisi	3. Yüksek maruziyet düzeyi olan ortamlarda veya belli işlerde semptomlar ağırlaşıyor mu?
İlişkinin gücü	4. İş arkadaşlarında da aynı maruziyetler aynı semptomlara neden oluyor mu?

Aslında hastanın yaptığı işi hakkında bilgi edinmek çok zaman almaz.

Bunun için kısa ve uzun tarama soru listeleri kullanılabilir. Ama mutlaka bu hususlar sorgulanmalıdır;

Yapılan iş;

- Çalışanın sorununun işle ilişkili olduğu hakkında ki düşüncesi
- Çalışanın yakınmasının mesai zamanı veya sonrasında ki değişimi
- Maruz kalınan etkenler, sık tekrarlanan hareketler
- İş yerinde kişisel koruyucu ekipman kullanımı
- İş arkadaşlarında benzer problemler olup olmadığı

Uzun soru listelerinde ise semptomlar daha detaylı, zaman ilişkili, tüm çalışanlar ayrı ayrı, geçmişte yapılan tüm meslekler, önceki işlerden alınan rapor süreleri gibi sorgulamalar yapılmalıdır. (63-65).

Meslek hikayesi: Meslek hastalıkları anamnezi çalışma tarihleri, iş unvanları ve önemli iş görevleri, çalışılan tüm pozisyonların bir listesini içermelidir. Çünkü bazı meslek hastalıkları, özellikle işle ilgili kanserler, uzun latent döneme sahiptirler. Yapılan işin adı değil, işte ki görev ayrıca sorgulanmalıdır. Aynı titrede çalışan insanların aynı işyerinde dahi çok farklı görev ve maruziyetleri olabilir.

Her çalışanın ayrı görevleri için maruziyetleri ve tüm çevresinin incelenmesi: Anamnez alımında ikinci unsur önemli maruziyetlerin, her iş için detaylı olarak ayrı ayrı listelenmelidir. Hem dolaylı hem de ikincil maruziyetler kaydedilmelidir, çünkü hastanın sağlığı maruziyetlerden etkilenebilir işyerinin diğer bölümlerinden kaynaklanabilir. Örneğin, buji montajı yapan bir kadındaki astım, iş istasyonundan 20 metre uzakta olan bir kalıplama işleminden buharlaşan ürünlere maruz kaldığından gelişmiş olabilir. Maruz kalma kontrollerinin varlığı maruziyetin boyutunu önemli ölçüde etkileyebilir.

Maruziyet dozu değerlendirmesi: Her ne kadar bir hasta bir işyerinde kullanılan çok sayıda kimyasalın bir listesini sunabilse de bazı maddeler seyrek olarak veya çok az miktarda kullanılabilirken, diğerleri her seferinde galon olarak günlük olarak kullanılabilir.

Maruziyet azaltıcı sistemlerin kontrolü: Havalandırma çok önemli bir kontrol sistemidir ve hem genel hem de yerel sistemleri içerir. Hastaya, çalıştırılabilir kapı ve pencerelerin varlığı, hava akışını etkileyebilecek duvarların ve bölümlerin yeri ve mekanik havalandırma sisteminin konfigürasyonu da dahil

olmak üzere genel havalandırma hakkında özel sorular sorulmalıdır. Çalışanlar genellikle bir davlumbaz, bir makineye bağlı bir vakum aparatı veya bir tanktaki egzoz yuvaları gibi yerel bir egzoz havalandırma sisteminin farkındadır. Hastaya egzoz mekanizmalarının çalışıp çalışmadığı sorulmalıdır.

Kişisel koruyucu donanım kullanımı: Solunum maskeleri, eldivenler ve kulaklıklar gibi kişisel koruyucu ekipmanlar yaygın olarak kullanılan kontrol mekanizmalarıdır. Maruziyet dozajını değerlendirmek için, doktor hastanın sürekli olarak koruyucu ekipman kullanıp kullanmadığını, ekipmanı doğru bir şekilde kullanılıp kullanılmadığını (özellikle bir solunum cihazı), ekipmanın maruziyet için uygun olup olmadığını, ekipmanın doğru bir şekilde saklanıp saklanmadığını ve bakımını yapıp yapmadığını sorgulamalıdır.

Semptomların İş ile Geçici İlişkisi: İş ile ilgili semptomların zamanlaması, potansiyel bir meslek hastalığının değerlendirilmesinde çok önemlidir. Hastanın astım belirtileri işe geldikten kısa bir süre sonra ortaya çıkabilir ve daha sonra vardiyadan sonra ve/veya hafta sonlarında azalabilir. Semptomların zamanlaması daha spesifik olarak belirli bir maddeye maruziyet, spesifik bir sürecin aktivasyonu, malzeme değişimi veya diğer çalışma koşullarıyla bağlantılı olabilir. Bununla birlikte, meslek hastalıkları ilerledikçe, semptomların iş ile net ilişkisinin, işten uzakta belirgin bir iyileşmenin olmaması nedeniyle gizlenebileceğini bilmek önemlidir.

İş arkadaşlarındaki semptomlar: Hastanın iş arkadaşları benzer semptomlar yaşıyorsa, çalışma ortamının meslek hastalığına katkıda bulunma

olasılığı güçlenir. Sorgulandığında, meslek hastalığı olan hastalar genellikle benzer şekilde etkilenen diğerlerini rapor eder (64, 66).

2.8. Meslek Hastalığı Bildirimi

Meslek hastalığına yakalanıldığına dair işyeri hekimi veya sağlık hizmeti sunucuları ön tanı koyabilir. Ön tanı koyulduğu takdirde 6331 sayılı İş sağlığı ve güvenliği kanuna göre işveren, bu durumu SGK tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına sevk etmekle yükümlüdür (3 işgünü içerisinde). Kesin tanı ise 5510 sayılı kanuna göre Sigortalının çalıştığı işten dolayı meslek hastalığına yakalanması;

- S.B Meslek Hastalıkları Hastaneleri
- Eğitim ve Araştırma Hastaneleri
- Devlet Üniversitesi Hastaneleri

tarafından düzenlenecek sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmektedir. Sağlık kurulunda hastalık alanı ile ilgili tüm uzmanlıklar bulunabilir. Düzenleyen hekimin meslek hastalıkları uzmanı olma zorunluluğu yoktur. Yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları meslek hastalığı tanısı koydukları vakaları en geç on gün içinde SGK'ya bildirir (67).

Meslek hastalığı tanısı sonrasında, tazminat, iş göremezlik ödentisi, işyerine yatırım ve cezai sorumluluk getirdiği için, bildirim eksik yapılmaktadır. Bu yüzden bildirilen meslek hastalıkları sayısı ne yazık ki gerçek değerinden çok azdır(68).

2.9. Meslek Hastalıkları ile İlgili Cezai Yaptırımlar

6331 sayılı Kanunun 24. maddesi gereğince 4857 Sayılı İş Kanunu'na göre; İş kazalarının ve meslek hastalıklarının kaydını tutmamak, gerekli incelemeleri yaparak bunlar ile ilgili raporları düzenlenmemesi, ön tanı koymakla sorumlu sağlık hizmeti sunucularının meslek hastalıklarını 3 iş günü içinde SGK'ya bildirmemesi ve yetkili sağlık hizmet sunucularının meslek hastalıklarını en geç 10 gün içinde SGK'ya bildirmemesi sonucunda hastanın işyerinin tehlike sınıfı ve çalışan sayısına göre 2020 yılı itibari ile 3.516 TL ile 14.064 TL arasında para cezası uygulanır (69).

2.10. Türkiye’de Meslek Hastalığı Uzmanlığının Durumu

Türkiye’de İş ve Meslek Hastalıkları Poliklinik Hizmeti Veren Birimler ve Sevk İşlemleri 2019 yılı Nisan ayı itibariyle Türkiye’de iş ve meslek hastalıkları uzmanları tarafından poliklinik hizmeti veren birim sayısı beşi üniversite hastanesi olmak üzere ondur. Birimlerin üçü İzmir’de, ikisi Ankara’da, ikisi İstanbul’da hizmet verir iken Adana, Eskişehir ve Zonguldak illerinde birer kurumda poliklinik hizmeti sunulmaktadır. **Tablo 6**’da poliklinik hizmeti veren kurumların ve bu kurumlara sevk gerçekleştirebilen kurumların bir listesi sunulmuştur (70)

Tablo 6. Poliklinik Hizmeti Veren Kurumların ve Bu Kurumlara Sevk Gerçekleştirebilen Kurumların Listesi, 2020

Poliklinik hizmetinin verildiği kurumun adı	SGK sevki	İşyeri hekimi sevki	Diğer sağlık kuruluşu sevki	Doğrudan başvuru
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi	+	+	+	+
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	+	+	+	+
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	+	+	+	-
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	+	+	+	-
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	+	+	+	+
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi	+	+	+	-
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi	+	+	+	+
İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	+	+	+	+
Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi	-	+	+	+
Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi	+	+	+	+

İş ve meslek hastalıkları yandal eğitimi alan hekim sayısı da oldukça azdır. Ülkemizde sadece halk sağlığı, göğüs hastalıkları ve iç hastalıkları uzmanları, yandal eğitimi ile meslek hastalıkları uzmanı olabilirler. Haziran 2019 itibari ile mevcut sayılar tabloda **Tablo 7**'de belirtilmiştir (71). Şüphesiz meslek hastalıkları sadece iş ve meslek hastalıkları hekimleri ilgilenmemektedir fakat özellikli hastalıklar olan meslek hastalıkları alanında ki yetiştirilen hekim sayısı da oldukça yetersizdir.

Tablo 7. Meslek Hastalığı Uzmanlığı Veren Kurumlar ve Öğrenci Sayıları, 2019

Eğitim Kurumu	Mezun sayısı	Aktif eğiti gören uzman sayısı
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1	6
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2	7
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	3	5
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2	6
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi	0	3
Toplam	8	27

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde belirlenmiş kliniklerde çalışan bazı hekimler üzerinde yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2 Ekim 1979 yılında Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi'ne bağlı olarak kurulmuştur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi; 26 Mart 1979 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı arasında imzalanan bir protokol ile Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi'nde, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Uygulama ve Araştırma Hastanesi olarak hizmete girmiştir. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi 2019 yılı itibarı ile bünyesinde; 287 Profesör, 62 Doçent, 20 Dr. Öğr. Üyesi, 54 Öğr. Gör. Dr., 560 Araştırma Görevlisi olmak üzere 1022 Öğretim Elemanı görev yapmakta, Tıp fakültesi bünyesinde 2778 öğrenci eğitim almaktadır. 1000'in üzerinde yatak kapasitesine sahip olan hastanede, 2019 yılında; yaklaşık 1,5 milyonun üzerinde hastaya tedavi hizmeti verilmiştir. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Yenimahalle ve Çankaya ilçelerinin sınırında konumlanmıştır. Türkiye'nin her yerinden hasta sevklerinin gerçekleştiği, 3. Basamak sağlık hizmeti sağlayan bir kuruluştur.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı

Araştırmanın evrenini; Ankara ilinde bulunan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde meslek hastalıkları ile karşılaşan, tanı koyan ve bildirmekle mükellef olan; iç hastalıkları, kardiyoloji, nöroloji, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, acil tıp, göğüs hastalıkları, psikiyatri, çocuk sağlığı ve hastalıkları, çocuk ruh sağlığı, deri ve zührevi hastalıklar, göz hastalıkları, üroloji, ortopedi ve travmatoloji, göğüs cerrahisi, beyin ve sinir cerrahisi, kulak burun boğaz cerrahisi, çocuk cerrahisi, kardiyovasküler cerrahi ve genel cerrahi anabilim dallarında çalışmakta olan araştırma görevlilerinin tamamı oluşturmaktadır. Araştırmaya başlamadan 3 hafta önce tıp fakültesi akademik personel dairesinden bölümlerde çalışan hekimlerin sayısı öğrenilmiş olup, araştırmaya katılan tüm branşlarda 429 araştırma görevlisi çalışmaktadır. Araştırma evreninin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Tüm branşlarda %80 veya üstü hedefe ulaşmakla beraber araştırmaya 377 kişi (araştırma evrenini %87,9'u) katılmıştır. Çalışan listesinin tamamı üzerinden araştırmaya katılmayı kabul eden kişilere anket uygulanmıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Tutum puanı
- Davranış puanı

- En az bir defa, eğitim almakta olduğum uzmanlık alanımla ilgili meslek hastalığı tanısı koyma/hastalıkla karşılaşma durumu
- En az bir defa, eğitim almakta olduğum uzmanlık alanımla ilgili meslek hastalığı raporu düzenleme ve bildirme durumu

3.5.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Meslek hastalıklarının tanısı konusunda yeterli hissetme durumu
- Meslek hastalıklarının tedavisi konusunda yeterli hissetme durumu
- Meslek hastalıkları hukuki bilgileri konusunda yeterli hissetme durumu
- Çalışılan branş (Dahili, Cerrahi)
- İşyeri hekimliği sertifikasına sahip olma
- İşyeri hekimi olarak çalışma durumu
- Meslek hastalıkları konusunda daha önce eğitim alma durumu
- Anamnez formunda meslek hastalığı sorgulayan bölüm olması durumu
- Türkiye’de resmi olarak kullanılan meslek hastalıkları listesi hakkında yeterli bilgi hissetme durumu
- Uluslararası Çalışma Örgütü’nün meslek hastalıkları listesi hakkında yeterli bilgi hissetme durumu
- Uzmanlık alanınızdaki meslek hastalıkları hakkındaki temel bilgilere ulaşım olanaklarının yeterli olması

3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı

Araştırmada veri kaynağı olarak “Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Meslek Hastalıkları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve

Davranış Anketi” anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmayı yürüten ekip tarafından hazırlanmıştır.

Anket toplam 58 sorudan oluşmaktadır. Anket dört bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde demografik özellikler, ikinci bölümünde bilgi ve yeterliliğin kişisel olarak değerlendirildiği, üçüncü bölümde tutumun ve dördüncü bölümünde ise davranışın sorgulandığı sorular sorulmuştur. Katılımcılara meslek sorgulama sorusu, çocuk hastalar için ebeveynlerinin mesleği üzerinden olarak sorulmuştur. Anket formu EK-1’de sunulmaktadır.

3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırma, danışman eşliğinde araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Bir anketin uygulama süresi ortalama 9-10 dakikadır Anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Uygulama Süresi

Araştırma 2019 Kasım ayında literatür taramasıyla başlamıştır. 2019 Kasım-Aralık aylarında literatür taraması yapılmış ve 2020 Ocak ayında araştırma formu oluşturulmuştur. 2020 Şubat ayında araştırma verilerinin toplanması, 2020 Şubat-Mart aylarında veri girişi işlemi gerçekleştirilmiştir. 2020 Mart döneminde ise veri analizi, 2020 Nisan-Mayıs aylarında ise raporlama süreci tamamlanmıştır.

3.9. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verisi SPSS 23,0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Normal dağılımın uygunluğu, görsel (histogram ve olasılık

grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov / Shapiro-Wilks Testleri) incelenmiştir. Yapılan testler sonucu verilerin parametrik olmayan dağılıma uyduğu tespit edilmiştir. Veriler yüzde, ortanca ve minimum-maksimum değerler kullanılarak sunulmuştur. İstatistiksel yöntem olarak kategorik değişkenler için Pearson Ki-kare, Yates Düzeltmeli Testi, Fisher'in Kesin testi, iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi ve ölçümle belirtilen değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkisini değerlendirmek için Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Yapısal olarak sıfır değeri (Structural Zero) içeren tablolarda Fisher'in kesin testi kullanılıp istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (72, 73). Korelasyon katsayısının 0-0,25 arasında olması zayıf, 0,26-0,50 arasında olması orta, 0,51-0,75 arasında olması güçlü ve 0,76-1,00 arasında olması çok güçlü korelasyon olarak kabul edildi (74). İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmada ulaşılan kişi sayıları ile, $\alpha = 0,05$, etki büyüklüğü 0,5 alınarak iki uçlu anlamlılık için yapılan güç analizlerinde, p değeri anlamlı analizler için güç değerinin 0,790 ile 0,999 arasında değiştiği belirlenmiştir.

Araştırmada iç hastalıkları, kardiyoloji, nöroloji, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, acil tıp, göğüs hastalıkları, psikiyatri, çocuk ruh sağlığı, çocuk sağlığı ve hastalıkları, deri ve zührevi hastalıklar dahili branş olarak sınıflandırılmış, göz hastalıkları, üroloji, ortopedi ve travmatoloji, göğüs cerrahisi, beyin ve sinir cerrahisi, kulak burun boğaz cerrahisi, çocuk cerrahisi, kardiyovasküler cerrahi ve genel cerrahi ise cerrahi branş olarak sınıflandırılmıştır.

Anketin değerlendirilmesinde; tutum bölümünü sorgulayan 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44 ve 45 numaralı sorular değerlendirilmeye alınıp “Evet” şeklinde cevaplanmış tutum önermeleri 1 puan olarak, “Hayır” şeklinde ki yanlış önermeler ise 0 puan olarak değerlendirilmiştir. 31, 32 ve 33. sorular negatif önermeler olduğundan “Hayır” cevabı 1 puan olarak, “Evet” cevabı 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Maksimum 16 puan, minimum 0 alınabilen ankette katılımcıların tutum puanlarının ortanca değeri 12 olarak analiz edilip, katılımcılar 12 puan altı ve 12 puan ve şt olarak iki gruba ayrılmıştır ve ankette “tutum medyan puanı” bu şekilde iki gruba ayrılarak analiz edilmiştir. Ankette katılımcıların davranış özgeçmişini sorgulayan 46, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55 ve 56 numaralı sorular, “Hiçbir zaman” cevabı 1 puan, “Bazen” cevabı 2 puan, “Ara sıra” cevabı 3 puan, “oğu zaman” cevabı 4 puan, “Her zaman” cevabı 5 puan olacak şekilde puan olarak değerlendirilmiştir. Anketin “Davranış değerlendirme” kısmından maksimum 45 puan, minimum 9 puan olarak almaktadır.

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Kullandığımız anket formuna hazırlanan soruların daha önce yapılmış bir güvenilirlik geçerlilik çalışması yoktur.
- Anket uygulaması esnasında yoğun iş temposu nedeni ile ankete katılmak istemeyen veya yarıda bırakan kişiler olduğu belirlenmiştir.
- Çalışma tasarım itibarı ile neden-sonuç ilişkisini güçlü olarak belirleyememektedir.

- Araştırmanın aynı kurum çalışanları tarafından yüz yüze ortamda yapıldığından, katılımcılar gerçekte olan pratiklerinden genel anlamda daha olumlu yanıt vermiş olabilirler.

4.BULGULAR

Araştırmaya 367 araştırma görevlisi katılmıştır. Katılımcıların medyan yaşı 27’dir (24-39) Katılımcıların ortalama toplam çalışma süresi 24 (1-192) aydır. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesindeki ortalama çalışma süresi ise 18 (1-66) aydır.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri, Ankara, 2020

	Sayı	(%)*
Cinsiyet(n=367)		
Kadın	190	51,8
Erkek	177	48,2
Medeni Durum (n=367)		
Evli	169	46,0
Bekar (Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor)	196	53,4
Hekim Olarak Hizmet yılı (ay) (ortalama) (n=367)		
Gazi Üniversitesi	18 (1-72)	100
Toplam	27 (1-80)	100
Görev Alınan Bölüm (n=367)		
Acil Tıp	15	4.1
Beyin Cerrahisi	4	1.1
Çocuk Cerrahisi	11	3.0
Çocuk Ruh Sağlığı	6	1.6
İç Hastalıkları	80	21.8
Dermatoloji	5	1.4
Enfeksiyon Hastalıkları	11	3.0
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	16	4.4
Genel Cerrahi	27	7.4
Göğüs Cerrahisi	9	2.5
Göğüs Hastalıkları	11	3.0
Göz Hastalıkları	14	3.8
Kardiyoloji	14	3.8
Kardiyovasküler Cerrahi	6	1.6
Kulak Burun Boğaz	13	3.5
Nöroloji	18	5.3
Ortopedi ve Travmatoloji	23	6.3
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	64	17.4
Erişkin Ruh Sağlığı	13	3.5
Üroloji	7	1.9

*: Sütun yüzdesi

Katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri **Tablo 8**'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin %51,8 'i kadındır. Medeni duruma bakıldığında %46'sı evlidir. Çalışanların Gazi Üniversitesi Hastanesinde ortalama olarak 18 (1-71) aydır çalışmakta olup toplam hekimlik süreleri ortalama 27 (1-80) aydır. Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin %21,8'i İç Hastalıkları Anabilim Dalında, %7,4'ü Genel Cerrahi A.B.D'de, %3,5'i Kulak Burun Boğaz A.B.D'de eğitim almaktadır.

Tablo 9. Katılımcıların İşyeri Hekimliği ve Meslek Hastalıkları Eğitim Özgeçmişi Değişkenleri, Ankara, 2020

	Sayı	(%)*
İşyeri Hekimliği Sertifikası Bulunma Durumu (n=365)		
Evet	16	4,4
Hayır	349	95,6
İşyeri Hekimi Olarak Çalışma Durumu (n=16)		
Evet	6	37,5
Hayır	10	62,5
İşyeri Hekimi Olarak Çalışma ve Çalışılan Yerler (n=6)		
Kamu	1	16,7
Özel Sektör	5	83,3
Meslek Hastalıkları Konusunda Eğitim Alma Durumu (n=373)		
Evet	196	54,0
Hayır	167	46,0
Meslek Hastalıkları Konusunda Eğitim Alınma Zamanı (n=187***)		
Lisans Sırasında	156	83,4
Uzmanlık Eğitimi Sırasında	16	8,5
Hizmet İçi Eğitim	14	7,5
Diğer**	6	3,2

*: Sütun yüzdesi ** İşyeri hekimliği eğitimi sırasında ***İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir

Tablo 9.'da araştırmaya katılan bireylerin işyeri hekimliği ve meslek hastalıkları ve eğitim özgeçmişi değişkenleri sunulmuştur. Araştırmaya katılanların %4,4'ünün iş yeri hekimliği sertifikası bulunmaktadır ve %1,6'sı işyeri hekimi olarak çalışmıştır. İşyeri hekimi olarak çalışanların %83,7'si özel sektörde çalışmıştır. Katılımcıların %54'ü meslek hastalıkları hakkında eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Eğitim aldığını belirten kişilerin %83,4'ü lisans sırasında, 8,5'i uzmanlık eğitimi olarak aldığını, %7,5 'i ise hastane tarafından hizmet içi eğitimi olarak aldığını belirtmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Meslek Hastalıkları Konusunda Tanı, Tedavi ve Hukuki Sorumluluklar Konusundaki Yeterliliklerinin Öz Değerlendirilmesi, Ankara, 2020.

	Sayı	(%)*
Meslek Hastalıklarına Tanı Koymada Yeterli Hissetme Durumu (N=367)		
Yeterli	58	15,8
Yetersiz	309	84,2
Meslek Hastalıklarına Tanı Koyma Konusunda Yetersiz Hissetme Nedeni (N=299**)		
Gerekli eğitimi almadım	174	58,2
İlgi alanım değil	114	38,1
Sorumluluğum değil	40	13,4
Tecrübe azlığı	139	46,5
İşim değil	2	0,6
Meslek Hastalıklarının Tedavisi Konusunda Yeterli Hissetme Durumu (N=367)		
Yeterli	50	13,6
Yetersiz	317	86,4
Meslek Hastalıklarının Tedavisi Konusunda Yetersiz Hissetme Nedeni (N=308**)		
Gerekli eğitimi almadım	177	57,5
İlgi alanım değil	113	36,7
Sorumluluğum değil	46	15,0
Tecrübe azlığı	134	43,5
Diğer ***	4	1,3
Meslek Hastalıklarının Hukuki Açıdan Sorumluluğu Konusundaki Bilgi Durumu (N=359)		
Yeterli	36	10,0
Yetersiz	323	90,0
Meslek Hastalıklarının Hukuki Açıdan Sorumluluğu Konusundaki Bilgilerin Yetersiz Olma Nedeni (N=325**)		
Gerekli Eğitimi Almadığım İçin	217	66,8
İlgi Alanım Değil	111	34,2
Tecrübe Azlığı	122	37,5
Diğer	2	0,6

*: Sütun yüzdesi ** İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir *** Diğer seçenekler; bu konuda organize çalışılmadığı için, işim değil, sorumluluğum sadece ön tanı ile sınırlı, tedavisi ilgili uzman hastanede yapılmalı, yoğunluk olarak belirtilmiştir

Katılımcıların Meslek Hastalıkları Konusunda Tanı, Tedavi ve Hukuki Sorumluluklar Konusundaki Yeterliliklerinin Öz Değerlendirilmesi **Tablo 10.'da** sunulmuştur. Katılımcıların sadece %15,8'si kendini meslek hastalıklarına tanı koymada yeterli olarak tanımlamıştır. Yetersizlik nedenleri sorulduğunda, yetersiz hissedenlerin %58,2'si buna sebep olarak yeterli eğitimi almadığını belirtmiş, %46,5'i tecrübesizlik olarak belirtmiş ve %38,1'i ilgi alanı olmadığını belirtmiştir. Meslek hastalıklarını tedavi konusunda katılımcıların %13,6'sı kendisini yeterli hissettiğini belirtmiştir. Yetersizlik sebepleri sorulduğunda %57,5'i gerekli eğitimi almadığını, %43,5'i tecrübe azlığını, %36,7'si ise ilgi alanı olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %10,0'u meslek hastalıklarının hukuki bilgileri konusunda yeterli olduğu belirtmiştir. Yetersiz hissedenlerin %66,8'i bunun sebebi olarak gerekli eğitimi almadığını belirtmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Meslek Hastalıkları Eğitim İsteği, Tanı ve Bildirim Deneyimlerinin Değerlendirilmesi, Ankara, 2020.

	Sayı	(%)*
Meslek Hastalıkları ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Alma İsteği (N=356)		
Evet	230	64,6
Hayır	126	35,4
Meslek Hastalıkları ile İlgili Hizmet İçi Eğitim Almak İstememe Nedeni (N=50)		
Ders dinlememek için	2	4,0
İşim değil	30	60,0
Yeterli bilgiye sahibim	5	10,0
Yoğunluk	13	26,0
Uzmanlık Alanındaki Meslek Hastalıkları Hakkındaki Temel Bilgilere Ulaşım Olanaklarının Yeterli Olma Durumu (N=356)		
Yeterli	160	44,9
Yetersiz	196	55,1
Kullanılan Hasta Anamnez Formunda Hastanın Mesleğini Sorgulayan Bir Bölümün Bulunması (N=367)		
Evet	184	50,1
Hayır	183	49,9
En Az Bir Defa Uzmanlık Alanıyla İlgili Meslek Hastalığı Tanısı Koyma/Karşılaşma Durumu (N=367)		
Evet	87	23,7
Hayır	280	76,3
En Az Bir Defa Uzmanlık Alanıyla İlgili Meslek Hastalığı Raporu Düzenleme ve Bildirme Durumu (N=87)		
Evet	41	47,1
Hayır	46	52,9

* Sütun yüzdesi

Katılımcıların meslek hastalıkları eğitim isteği, tanı ve bildirim deneyimlerinin değerlendirilmesi değişkenleri **Tablo 11**'de sunulmuştur. Katılımcıların %64,6'sı hizmet içi eğitim almak istediğini belirtmiştir. Eğitim almak istememe sebepleri sorulduğunda, istemeyenlerin %60'ı meslek hastalıklarının işi olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %55,1'i

alanları ile ilgili meslek hastalıkları hakkında ki temel bilgilere ulaşımlarının zor olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %50,1'inin hasta anamnez formlarında hastanın mesleğini sorgulayan bir bölüm bulunmaktadır. Katılımcıların %23,7'si alanıyla ilgili bir meslek hastalığı tanısı koyduğunu belirtmişken, tanı koyanların %47,1'i bu hasta ile ilgili meslek hastalığı raporu düzenlemiş/düzenlenmişini sağlamış/bildirmiş/bildirilmesini sağlamış olduğunu belirtmiştir.

Tablo 12A. Katılımcıların Meslek Hastalıkları ile İlgili Bazı Bilgileri, Ankara, 2020

	Sayı	(%)*
Meslek Hastalıkları Önlenebilir Hastalıklardan Mıdır? (n=363)		
Evet	181	49,9
Hayır	182	50,1
Meslek Hastalıklarının Bildirim Zorunlu Hastalık Olduğunu Bilme Durumu (n=361)		
Doğru cevap verenler	282	76,8
Yanlış cevap verenler	79	21,5
Meslek Hastalığı Tanılı Hastaların Resmi Olarak Bildirilmesi Gereken Kurum(ların) Belirtilme Durumu (n=272**)		
Başhekimlik	60	22,0
İl Sağlık Müdürlüğü	167	61,4
İlçe Sağlık Müdürlüğü	63	23,4
SGK (Bildirilmesi Gereken Kurum)	108	39,7
Meslek Hastalıkları Hastanesi	75	27,6
Diğer ***	6	2,2
Meslek Hastalıkları Kaç Gün İçerisinde Bildirilmelidir? (n=212)		
10 gün (iş günü değil)	30	14,1
10 Gün ve altında ki cevaplar (İş günü değil)	166	77,6
Diğer cevaplar	48	22,4
Meslek Hastalığı Tanısı İçin Çalışanın SGK'ya Kayıtlı Olma Zorunluluğunu Bilme Durumu (n=367)		
Evet	37	10,0
Hayır veya bilmiyorum	330	90,0

*Sütun yüzdesi, **İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir,*** ÇSGB, Halk Sağlığı Birimleri, Hastane Meslek Hastalıkları Triaç Birimi, Sağlık Bakanlığı

Tablo 12a.'da katılımcıların meslek hastalıkları ile ilgili bazı bilgileri sunulmuştur. Araştırmaya katılanların %49,9'u meslek hastalıklarının önlenebilir hastalıklardan olduğu belirtmiştir. Katılımcıların %76,8'i meslek hastalıklarının bildirim zorunlu hastalıklarından olduğu ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %61,4'ü meslek hastalıklarının İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirilmesi gerektiğini belirtmiş, %39,7'si SGK'ya bildirilmesini belirtmiş, %27,6'sı ise Meslek Hastalıkları

Hastanesine bildirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %77,6'sı bildirilme süresini 10 gün ve altında olarak belirtmiştir. Cevap verenlerin sadece %14,1'i 10 gün cevabını vermiştir. Katılımcıların sadece %10'u meslek hastalığı tanısı için hastanın SGK'ya kayıtlı çalışan olması gerektiğini biliyorum cevabını vermiştir.

Tablo 12B. Katılımcıların Türkiye’de Meslek Hastalıkları ile İlgili Bazı Bilgileri, Ankara, 2020

	Sayı	(%)*
Türkiye’de Resmi Olarak Kullanılan Meslek Hastalıkları Listesi Hakkında Yeterli Hissetme Durumu (N=369)		
Yeterli	23	6,3
Yetersiz	344	93,7
Yasal Olarak Meslek Hastalığı Raporu Düzenleyebilen Sağlık Kuruluşları (n=338**)		
Aile hekimleri	103	30,5
Devlet Üniversitesi Hastaneleri (Düzenleyebilir)	253	74,9
Vakıf/Özel Üniversite Hastaneleri	124	36,4
Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (Düzenleyebilir)	259	76,6
Devlet Hastaneleri	154	45,6
Sağlık Bakanlığı Meslek Hastalıkları Hastaneleri (Düzenleyebilir (Düzenleyebilir))	296	87,6
Özel hastaneler	51	15,1
Özel muayeneler	17	5,0
Sadece her 3 kurumu doğru cevaplayan	50	14,8
Türkiye’de En Sık Görülen/Bildirilen Meslek Hastalıklarını Biliyor Musunuz (n=367)		
Evet	127	34,6
Hayır	240	65,4
Türkiye’de En Sık Görülen/Bildirilen Meslek Hastalığı (n=127**)		
AIDS	1	0,8
Berilyozis	2	1,6
İş kazaları	2	1,6
İşitme Kaybı	2	1,6
Kontakt Dermatit	9	7,0
Solunum Yolu Hastalıkları (Kömür İşçisi Pnömonyozu, Silikozis, Asbestozis, Mesleki Astım, Berilyozis) (En sık bildirilen hastalık grubu)	113	89,0

*: Sütun yüzdesi, **İlgili sorulara birden fazla yanıt verilmiştir

Katılımcıların Türkiye’de meslek hastalıkları ile ilgili bazı bilgileri **Tablo 12b.**’ de sunulmuştur. Katılımcıların %6,3’ü Türkiye’de geçerli olan meslek hastalıkları listesi hakkında ki bilgilerini yeterli olarak belirtmiştir. Meslek hastalıkları hakkında tıbbi rapor düzenleyebilecek kurumlar sorulduğunda

katılımcıların %87,6'sı Meslek Hastalıkları Hastaneleri, %76,6'sı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, %74,9'u Devlet Üniversitesi Hastaneleri olarak cevaplamış ve %14,8'i de her 3 kurumu doğru cevaplamıştır. Katılımcıların %34,6'ı en sık görülen meslek hastalığını bildiğini belirtmiş, bu hastalık olarak da %89,0 solunum yolu hastalıklarını belirtmiştir.

Tablo 12C. Katılımcıların Uluslararası Meslek Hastalıkları ile İlgili Bazı Bilgileri, Ankara, 2020

	Sayı	(%)*
UÇÖ (Uluslararası Çalışma Örgütü) ‘Nün Meslek Hastalıkları Listesi Hakkında Yeterli Bilgi Hissetme Durumu (n=367)		
Yeterli	17	4,6
Yetersiz	350	95,4
Dünya’da En Sık Görülen/Bildirilen Meslek Hastalığını Biliyor Musunuz (n=364)		
Evet	76	20,9
Hayır	288	79,1
Dünya’da En Sık Görülen/Bildirilen Meslek Hastalığı (n=76**)		
AIDS	1	1,3
Bel fıtığı	1	1,3
İşitme Kaybı	1	1,3
Dermatitler (En fazla bildirilen hastalık grubu)	9	11,8
Kurşun zehirlenmesi	1	1,3
Solunum Yolu Hastalıkları (Kömür İşçisi Pnömonyozu, Silikozis, Asbestozis, Mesleki Astım) (En sık bildirilen 2. Hastalık grubu)	63	82,9
Sifilis	1	1,3

*: Sütun yüzdesi, **İlgili sorulara birden fazla yanıt verilmiştir

Katılımcıların uluslararası meslek hastalıkları ile ilgili bazı bilgileri **Tablo 12c.**’de belirtilmiştir. Katılımcıların %95,4’ü UÇÖ’nün meslek hastalıkları listesi hakkında yeterli bilgiye sahip hissetmiyorum şeklinde cevaplamıştır. Araştırmaya katılanların %20,9’u dünyada en sık görülen meslek hastalığını bildiğini belirtmiştir. Bu hastalığı katılımcıların %82,9 solunum yolu hastalıkları, %11,8’i ise dermatitler olarak cevaplamıştır.

Tablo 13A. Katılımcıların Meslek Hastalıkları Anamnezi ile İlgili Yaklaşımları, Ankara, 2020

	Katılıyorum		Katılmıyorum	
	n	%	n	%
1. Her hastanın mesleğini sorgulamak <u>hekimliğim açısından önemlidir.</u> (n=367)	343	93,5	24	6,5
2. Hastanın sadece son yaptığı işteki maruziyetlerini sorgulamak <u>bana zaman kazandırıyor.</u> (n=367)	184	50,1	183	49,9
3. Kronolojik olarak hastanın daha önce çalıştığı tüm işlerdeki maruziyetlerini sorgulamak <u>gereksizdir.</u> (n=367)	63	17,2	304	82,8
4. Hastanın işinin sadece, “Kamu görevlisi, özel sektör, ev hanımı ve emekli?” gibi genel hatları ile sorgulanması <u>yeterlidir.</u> (n=367)	62	16,9	305	83,1
5. Hastanın çalıştığı iş kolu ve asıl yaptığı işler ayrıntılı olarak sorgulamak <u>önemlidir</u> (metal işçisi mi, matbaa çalışanı mı gibi detaylı olarak). (n=367)	338	92,1	29	7,9
6. Hastanın, meslek hastalığı olsun ya da olmasın, koruyucu hekimlik açısından mesleki maruziyetleri değerlendirmek <u>çalışma prensibimdir.</u> (n=367)	248	67,6	119	32,4
7. Hastaya, mesleği ile hastalığı arasında ilişki hakkındaki düşüncesini sormak <u>çok değerlidir.</u> (n=367)	289	78,7	78	21,3
8. Meslek hastalığı tanımlı hastaları hastalık alanındaki tüm hekimler takip <u>etmelidir.</u> (n=367)	138	37,6	229	62,4

*Satır yüzdesi

Katılımcıların meslek hastalıkları anamnezi ile ilgili hastalarına yaklaşımları **Tablo 13a.**'da sunulmuştur. Katılımcıların %93,5'i "her hastanın mesleğini sorgulamak hekimliğin açısından önemlidir" düşüncesine katıldığını belirtmiştir. Katılımcıların %49,9'u "Hastanın sadece son yaptığı işteki maruziyetlerini sorgulamak bana zaman kazandırıyor" görüşüne katılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %82,8'si "Kronolojik olarak hastanın daha önce çalıştığı tüm işlerdeki maruziyetlerini sorgulamak gereksizdir" görüşüne katılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %83,1'i "Hastanın işinin sadece "kamu görevlisi, özel sektör, ev hanımı ve emekli?" gibi genel hatları ile sorgulanması yeterlidir" görüşüne katılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %92,1'i "Hastanın çalıştığı iş kolu ve asıl yaptığı işler ayrıntılı olarak sorgulamak önemlidir (metal işçisi mi, matbaa çalışanı mı gibi detaylı olarak)" görüşüne katıldığını belirtmiştir. Araştırmamıza katılanların %67,6'sı "Hastanın çalıştığı iş kolu ve asıl yaptığı işler ayrıntılı olarak sorgulamak önemlidir (metal işçisi mi, matbaa çalışanı mı gibi detaylı olarak)" görüşüne katıldığını belirtmiştir. Katılımcıların %78,7'si "Hastaya, mesleği ile hastalığı arasında ilişki hakkındaki görüşünü sormak çok değerlidir." görüşüne katıldığını belirtmiştir. Araştırmamıza katılanların %37,6'sı "Meslek hastalığı tanımlı hastaları hastalık alanındaki tüm hekimler takip etmelidir." görüşüne katıldığını belirtmiştir.

Tablo 13B. Katılımcıların Meslek Hastalıkları Anamnezi ile İlgili Yaklaşımları, 2020

	Katılıyorum		Katılmıyorum	
	n	%	n	%
9. Meslek hastalığı tanılı hastaları sadece meslek hastalığı uzmanları takip <u>etmelidir.</u> (n=367)	217	59,1	150	40,9
10. Her uzman, alanıyla ilgili meslek hastalığı tanısı koyabilmesi <u>zaruridir.</u> (n=367)	289	78,7	78	21,3
11. Hastanın, iş arkadaşlarında benzer yakınmalar olup olmadığını sormak tanıda <u>fark yaratır.</u> (n=367)	348	94,8	19	5,2
12. Hastanın daha önce iş/meslek ile ilgili sağlık sorunları olup olmadığı sorgulamak <u>önemlidir.</u> (n=367)	351	95,6	16	4,4
13. Hastanın iş yerinde kişisel koruyucu donanım kullanma öyküsü tanıda <u>yardımcıdır.</u> (n=367)	343	93,5	24	6,5
14. Kişinin temasta bulunduğu kişilerin mesleklerini sorgulamak <u>önemlidir.</u> (eve götürülen maruziyet riski açısından) (n=367)	322	87,7	45	12,3
15. Meslek hastalıklarını bildirmek <u>önemlidir.</u> (n=367)	295	80,4	72	19,6
16. Hastanın şikâyetlerinin mesai saatleri içi ve dışında ki değişimi <u>önemli bir bulgudur.</u> (Hafta içi-hafta sonu) (n=367)	333	90,7	34	9,3

*Satır yüzdesi

Katılımcıların meslek hastalıkları anamnezi ile ilgili yaklaşımları **Tablo 13b.**'de sunulmuştur. Araştırmamıza katılanların %59,1'i "Meslek hastalığı tanıli hastaları sadece uzman hekimler takip etmelidir." görüşüne katıldığını belirtmiştir. Katılımcıların %78,7'si "Her uzman, alanıyla ilgili meslek hastalığı tanısı koyabilmesi zaruridir." görüşüne katıldığını belirtmiştir. Katılımcıların %94,8'si "Hastanın, iş arkadaşlarında benzer yakınmalar olup olmadığını sormak tanıda fark yaratır." görüşüne katıldığını belirtmiştir. Araştırmamıza katılanların %95,6'sı "Hastanın daha önce iş/meslek ile ilgili sağlık sorunları olup olmadığı sorgulamak önemlidir." görüşüne katıldığını belirtmiştir. Katılımcıların %93,5'i "Hastanın iş yerinde kişisel koruyucu donanım kullanma öyküsü tanıda yardımcıdır." görüşüne katıldığını belirtmiştir. Katılımcıların %87,7'si "Kişinin temasta bulunduğu kişilerin mesleklerini sorgulamak önemlidir "(eve götürülen maruziyet riski açısından)." sorusuna katılıyorum olarak cevap vermiştir. Katılımcıların %80,4'ü "Meslek hastalıklarını bildirmek önemlidir." görüşüne katıldığını belirtmiştir. Araştırmamıza katılanların %90,7'si "Hastanın şikâyetlerinin mesai saatleri içi ve dışında ki değişimi önemli bir bulgudur (hafta içi-hafta sonu)." görüşüne katıldığını belirtmiştir.

Tablo 14A. Katılımcıların Son Bir Yılda Meslek Hastalıkları Anamnezi Sırasında Hastalarına Yaklaşımları, Ankara, 2020.

	Her Zaman		Çoğu Zaman		Ara Sıra		Bazen		Hiçbir Zaman	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Son Bir Yılda Hastaların Mesleğini Sorgulama Durumu (N=365)										
Tüm araştırma görevlileri	85	23,3	144	39,5	71	19,5	28	7,7	37	10,1
Son Bir Yılda Hastalarımın Sadece En Son Yaptığı İşi ve Maruziyetlerini Sorgulama Durumu (N=367)										
Tüm araştırma görevlileri	38	10,4	133	36,2	85	23,2	52	14,2	59	16,1
Son Bir Yılda Hastaların Çalıştığı Tüm İşlerin ve Maruziyetlerini Kronolojik Olarak Sorgulanma Durumu (N=362)										
Tüm araştırma görevlileri	31	8,6	59	16,3	97	26,8	78	21,5	97	26,8
Son Bir Yılda Ki Hastalarımın Çalıştığı İşi, Sadece Kamu Görevlisi, Özel Sektör, Ev Hanımı ve Emekli Gibi Genel Hatları ile Sorgulama Durumu (n=364)										
Tüm araştırma görevlileri	29	8	108	29,7	73	20,1	63	17,3	91	25,0
Son Bir Yılda Hastaların Çalıştığı İş Kolunun ve Asıl İşlerin Ayrıntılı Olarak (metal işçisi mi, matbaa çalışanı gibi detaylı olarak) Sorgulama Durumu (N=367)										
Tüm araştırma görevlileri	46	12,5	88	24,0	101	27,5	83	22,6	49	13,4
Son bir yılda hastalarımın şikayetlerinin mesleği ile ilintili olup olmadığı düşüncesini sordum. (N=364)										
Tüm araştırma görevlileri	37	10,1	75	20,4	96	26,2	84	22,9	75	20,4

*: Satır Yüzdesi

Katılımcıların son bir yılda meslek hastalıkları anamnezi sırasında hastalarına yaklaşımları **Tablo 14a**'da sunulmuştur. Katılımcıların %23,3'ü son bir yılda hastalarının mesleğini her zaman sorgularken, %10,1 'i hiçbir zaman sorgulamadığını belirtmiştir. Son bir yılda hastaların sadece son bir yılda yaptığı işi ve maruziyetlerini sorgulama durumu sorulduğunda %10,4'ü her zaman, %36,2'si çoğu zaman, %23,2'si ise ara sıra bu şekilde anamnez aldığını belirtmiştir. Son bir yılda hastaların çalıştığı işi sadece kamu görevlisi, özel sektör, ev hanımı, emekli gibi genel hatları ile sorgulama durumu sorgulandığında %8'i her zaman, %29,7'si çoğu zaman, %13,4'ü ise hiçbir zaman şeklinde anamnez alma davranışını belirtmiştir. Son bir yılda hastaların çalıştığı iş kolunun ve asıl işlerin ayrıntılı olarak sorgulama durumu sorulduğunda katılımcıların %12,5'i her zaman, %24'ü çoğu zaman, %27,5 'i ara sıra, 13,4'ü hiçbir zaman olarak anamnez alma davranışını ifade etmiştir. Son bir yılda hastaların şikayetlerinin mesleği ile ilintili olup olmadığı düşüncesini sorgulandığın katılımcıların %10,1'i her zaman, %20,4'ü çoğu zaman, %20,4'ü ise hiçbir zaman olarak anamnez alma davranışını belirtmiştir.

Tablo 14B. Katılımcıların Son Bir Yılda Meslek Hastalıkları Anamnezi Sırasında Hastalarına Yaklaşımları, Ankara, 2020.

	Her Zaman		Çoğu Zaman		Ara Sıra		Bazen		Hiçbir Zaman	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Son Bir Yılda Hastaların İş Arkadaşlarında Benzer Yakınmaların Olup Olmadığının Sorgulanma Durumu (N=367)										
Tüm araştırma görevleri	32	8,7	69	18,8	82	22,3	78	21,3	106	28,9
Son Bir Yılda Hastaların Daha Önce İş ile İlgili Sağlık Sorunlarının Olup Olmadığının Sorgulanma Durumu (N=367)										
Tüm araştırma görevleri	33	9,0	83	22,6	106	28,9	71	19,3	74	20,2
Son Bir Yılda Hastaların İşyerinde Kişisel Koruyucu Donanım Kullanma Öyküsünü Alma Durumu (N=367)										
Tüm araştırma görevleri	32	8,7	79	21,5	83	22,6	74	20,2	99	27,0
Son Bir Yılda Hastalara Temasta Bulunduğu Kişilerin Mesleklerini Sorgulama Durumu(N=367)										
Tüm araştırma görevleri	28	7,6	51	13,9	87	23,7	79	21,5	122	33,2
Son Bir Yılda Hastalara Şikayetlerinin Mesai Saatleri İçi ve Dışındaki Değişimini Sorgulama Durumu (N=367)										
Tüm araştırma görevleri	31	8,4	66	18,0	91	24,8	74	20,2	105	28,6

*Satır yüzdesi

Katılımcıların son bir yılda meslek hastalıkları anamnezi sırasında hastalarına yaklaşımları **Tablo 14b**'de sunulmuştur. Katılımcıların %8,7'si son bir yılda hastaların iş arkadaşlarında benzer yakınmaların olup olmadığını her zaman sorgularken, %28,9'u hiçbir zaman sorgulamadığını belirtmiştir. Son bir yılda hastaların daha önce iş ile ilgili sağlık sorunlarının olup olmadığının sorgulanma durumu sorulduğunda, %22,6'sı çoğu zaman, %28,9'u ara sıra, %20,2'si ise hiçbir zaman şeklinde anamnez alma davranışını belirtmiştir. Son bir yılda hastaların işyerinde kişisel koruyucu donanım kullanma öyküsünü alma durumu sorgulandığında katılımcıların %8,7'si her zaman, %21,5'i çoğu zaman, %27,0'si ise hiçbir zaman şeklinde anamnez alma davranışını belirtmiştir. Son bir yılda hastalara temasta bulunduğu kişilerin mesleklerini sorgulama durumu sorulduğunda katılımcıların %33,2'si hiçbir zaman, %21,5'i bazen, %23,7'si ara sıra anamnez alma davranışını belirtmiştir. Son bir yılda hastalara şikayetlerinin mesai saatleri içi ve dışındaki değişimini sorgulama durumu sorulduğunda katılımcıların %8,4'ü her zaman, %24,8'i ara sıra, %28,6'sı ise hiçbir zaman şeklinde anamnez alma davranışını belirtmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların Meslek Hastalıkları Tanı, Tedavi ve Hukuki Bilgi Yeterliliği ile Meslek Hastalıkları Tanı Karşılaştırılması, Ankara, 2020

	En Az Bir Defa Uzmanlık Alanı ile İlgili Meslek Hastalığı Tanısı Koydum/Karşılaştım		Hiç Uzmanlık Alanım ile İlgili Meslek Hastalığı Tanısı Koymadım/Karşılaşmadım	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Meslek Hastalığı Tanı Yeterliliği (n=367)				
Yeterliyim	28	48,3	30	51,7
Yetersizim	59	19,1	250	80,9
$\chi^2 = 22,994$		$p < 0,001^{**}$		
Meslek Hastalığı Tedavi Yeterliliği (n=367)				
Yeterliyim	27	54,0	23	46,0
Yetersizim	60	18,9	257	81,1
$\chi^2 = 29,373$		$p < 0,001^{**}$		
Meslek Hastalıkları Hakkında Hukuki Bilgi Yeterliliği (n=359)				
Yeterliyim	15	41,7	21	58,3
Yetersizim	70	21,7	253	78,3
$\chi^2 = 7,166$		$p = 0,007^{**}$		

*: Satır yüzdesi **: Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların meslek hastalıkları tanı, tedavi ve hukuki bilgi yeterliliği ile meslek hastalıkları tanı karşılaştırılması **Tablo 15.**'te sunulmuştur. Katılımcılardan meslek hastalığı tanısında yeterliyim diye cevap verenlerin %48,3'ü en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı tanısı koymuş veya karşılaşmış iken, yetersiz olduğunu değerlendiren katılımcıların %19,1'i en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı tanısı koymuş veya karşılaşmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Araştırmamızda meslek hastalığı tedavisi konusunda yeterli olduğunu belirtenlerin %54'ü en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı tanısı koymuş veya karşılaşmış iken, yetersiz olduğunu ifade edenlerin %18,9'u en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı tanısı

koymuş veya karşılaşmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Katılımcılardan meslek hastalıkları hakkında hukuki bilgisi yeterli olanların %41,7'i en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı tanısı koymuş veya karşılaşmış iken, hukuki bilgisi yetersiz olanların %21,7'si en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı tanısı koymuş veya karşılaşmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,007$).

Tablo 16. Katılımcıların Meslek Hastalıkları Tanı, Tedavi ve Hukuki Bilgi Yeterliliği ile Meslek Hastalıkları Bildirimi Karşılaştırılması, Ankara, 2020

	En Az Bir Defa Uzmanlık Alanı ile İlgili Meslek Hastalığı Raporu Düzenleyip Bildirdim		Hiç Uzmanlık Alanı ile İlgili Meslek Hastalığı Raporu Düzenlemedim ve Bildirmedi	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Meslek Hastalığı Tanı Bilgisi Yeterliliği (n=367)				
Yeterliyim	13	22,4	45	77,6
Yetersizim	30	9,7	279	90,3
$\chi^2 = 7,621$		p=0,006**		
Meslek Hastalığı Tedavi Bilgisi Yeterliliği (n=367)				
Yeterliyim	16	32,0	34	68,0
Yetersizim	27	8,5	290	91,5
$\chi^2 = 23,024$		p<0,001**		
Meslek Hastalıkları Hakkında Hukuki Bilgi Yeterliliği (n=359)				
Yeterliyim	9	25,0	27	75,0
Yetersizim	32	9,9	291	90,1
$\chi^2 = 29,373$		p<0,001**		

*: Satır yüzdesi **: Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların meslek hastalıkları tanı, tedavi ve hukuki bilgi yeterliliği ile meslek hastalıkları bildirimi karşılaştırılması **Tablo 16.**'da sunulmuştur. Katılımcılardan meslek hastalığı tanısında yeterliyim diye cevap verenlerin %22,4'ü en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı raporu düzenlemiş ve bildirmiş iken, yetersiz olduğunu değerlendiren katılımcıların %9,7'si en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı raporu düzenlemiş ve bildirmiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,006**). Araştırmamızda meslek hastalığı tedavisi konusunda yeterli olduğunu belirtenlerin %32'si en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı raporu düzenlemiş ve bildirmiş iken, yetersiz olduğunu ifade edenlerin %8,5'i en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı raporu

düzenlemiş ve bildirmiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Katılımcılardan meslek hastalıkları hakkında hukuki bilgisi yeterli olanların %25'i en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı raporu düzenlemiş ve bildirmiş iken, hukuki bilgisi yetersiz olanların %9,9'u en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı raporu düzenlemiş ve bildirmiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Tablo 17. Katılımcıların Dahili ve Cerrahi Branşa Göre Tutum Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2020

	Tutum Puanı Grubu			
	Ortanca Puan ve Altı (≤ 12 Puan)		Ortanca Üstü Puan (>12 Puan)	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Klinik Branş (n=367)				
Dahili Bilimler	152	60,1	101	39,9
Cerrahi Bilimler	74	64,9	40	35,1
$\chi^2 = 0,776$ $p=0,378^{**}$				

*: Satır yüzdesi **: Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların dahili ve cerrahi branşa göre tutum puanlarının karşılaştırılması **Tablo 17.**'de sunulmuştur. Katılımcıların branş ayrımına göre tutum puanları karşılaştırıldığında, dahili bilimlerde araştırma görevlisi olarak çalışan araştırma görevlilerinin %39,9'u ortalanca üstü tutum puanı alırken, cerrahi bilimlerde çalışan araştırma görevlilerin %35,1'i ortalanca üstü tutum puanı almıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,378$).

Tablo 18. Katılımcıların İş Yeri Hekimliği İlişkisi ve Meslek Hastalığı Eğitimlerine Göre Tutum Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2020

	Tutum Puanı Durumu			
	Ortanca ve Altı Puan Altı (≤12 Puan)		Ortanca Üstü Puan (>12 Puan)	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
İşyeri Hekimliği Sertifikası Bulunma Durumu (n=365)				
Evet	6	37,5	10	62,5
Hayır	218	62,5	131	37,5
$\chi^2 = 4,022$		$p=0,045^{**}$		
İşyeri Hekimi Olarak Çalışma Durumu (n=16)				
Evet	0	0,00	6	100,0
Hayır	6	60,0	4	40,0
$p = 0,034^{***}$				
Meslek Hastalıkları Konusunda Eğitim Alma Durumu (n=363)				
Evet	114	58,2	82	41,8
Hayır	110	65,9	57	34,1
$\chi^2 = 2,665$		$p=0,132^{**}$		

*Satr yüzdesi ** Pearson Ki-Kare testi uygulanmıştır *** Fisher'in Kesin Testi uygulanmıştır

Katılımcıların iş yeri hekimliği ilişkisi ve meslek hastalığı eğitimlerine göre tutum puanlarının karşılaştırılması **Tablo 18.**'de sunulmuştur. Katılımcılardan işyeri hekimliği sertifikası bulunanların %62,5'i ortalanca puan üstü tutum puanı alırken, işyeri hekimliği sertifikası bulunmayanların %37,5'i ortalanca ve üstü tutum puanı almıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır değildir ($p=0,045$). Katılımcılardan sertifikalı olup işyeri hekimi olarak çalışanların %100'ü ortalanca ve üstü tutum puanı alırken, işyeri hekimi olarak çalışmayanların %70,0'i ortalanca ve üstü tutum puanı almıştır, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,034$). Meslek hastalıkları konusunda eğitim alan katılımcıların %41,8'i ortalanca üstü tutum puanı alırken, %34,1'i ortalanca üstü puan almıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,132$).

Tablo 19. Katılımcıların Bazı İş Tecrübesi ve Yeterlilik Beyanlarına Göre Davranış Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2020

		n	Puan	p
Davranış Puanı (min- maks)	İş Hekimliği Sertifikası Varlığı			
	Var	16	33 (10-45)	0,011*
	Yok	349	25 (9-45)	
	İşyeri Hekimi Olarak Çalışma Durumu			
	Evet	6	43,5 (30-45)	0,014*
	Hayır	10	27,5 (10-45)	
	Meslek Hastalıkları Konusunda Eğitim Alma Durumu			
	Evet	196	26 (9-45)	0,007*
	Hayır	167	24 (9-45)	
	Türkiye Meslek Hastalıkları Listesi Konusunda Yeterli Hissetme Durumu			
	Yeterliyim	23	29 (9-45)	0,020*
	Yetersizim	344	25 (9-45)	
	Kullandığınız Anamnez Formunda Mesleği Sorgulayan Bölüm Var Mı?			
	Var	184	28 (9-45)	<0,001*
	Yok	183	20 (9-45)	

*Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

Katılımcıların bazı iş tecrübesi ve yeterlilik beyanlarına göre davranış puanlarının karşılaştırılması **Tablo 19.**'da sunulmuştur. Katılımcılardan işyeri hekimliği sertifikası olanların ortalanca davranış puanı 33,0 (10-45) iken, sertifikası olmayanların ortalanca davranış puanı 25 (9-45)'tir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p=0,011**). Araştırmaya katılanlardan işyeri hekimi olarak çalışanların

ortanca davranış puanı 43,5 (30-45) iken, sertifika sahibi olup çalışmayanların ortanca davranış puanı 27,5 (10-45)'tir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,014$). Katılımcılardan meslek hastalıkları konusunda eğitim alanların ortanca davranış puanı 26 (9-45) iken meslek hastalıkları konusunda eğitim almayanların ortanca davranış puanı 24 (9-45)'tür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,007$). Türkiye Meslek Hastalıkları Listesi hakkında yeterli hissedenden katılımcıların ortanca davranış puanı 29 (9-45) iken, yeterli hissetmeyenlerin ortanca davranış puanı 25 (9-45)'tir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,020$). Kullandığı anamnez formunda meslek sorgulayan bölüm olan katılımcıların ortanca davranış puanı 28 (9-45) iken, bulunmayan katılımcıların ortanca davranış puanı 20 (9-45)'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Tablo 20. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tutum Puanları ile Meslek Hastalıkları Tanı ve Bildirimi Karşılaştırılması, Ankara, 2020.

Tutum Puanı Grubu	En Az Bir Defa Uzmanlık Alanı ile İlgili Meslek Hastalığı Tanısı Koyma/Karşılaşma Durumu (N=367)					
	Evet			Hayır		
	n	(%)*	n	(%)*		
	Ortanca Puan ve Altı (≤12 puan)	43	19,0	183	81,0	
	Ortanca Üstü Puan (>12 puan)	44	31,2	99	68,8	
	$\chi^2=6,7025$ p=0,009					
	En Az Bir Defa Uzmanlık Alanı ile İlgili Meslek Hastalığı Raporu Düzenleme/Bildirme Durumu (N=339)					
	Ortanca Puan ve Altı (≤12 puan)	70	30,1	156	69,9	
	Ortanca Üstü Puan (>12 puan)	84	59,7	57	40,1	
	$\chi^2=0,164$ p<0,001**					

*: Satır Yüzdesi ** **Pearson Ki-Kare Testi

Araştırmaya katılan bireylerin meslek hastalıkları tanı ve bildirimi ile tutum puanlarının karşılaştırılması **Tablo 20**'de sunulmuştur. Katılımcılardan ortalanca üstü tutum puanına sahip olanların %31,2'si en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı tanısı koymuş iken, medya ve altı puana sahip olanların %19,0'u tanı koymuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,009$). Çalışmamızda ortalanca üstü puana sahip katılımcıların %59,7'si en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı raporu düzenlemiş ve bildirmiş iken, ortalanca ve altı puana sahip katılımcıların %30,1'i en az bir defa rapor düzenlemiş ve bildirmiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Tablo 21. Katılımcıların Bazı Yeterlilik Beyanlarına Göre Davranış Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2020

		n	Puan	p
Davranış Puanı (min- maks)	UÇÖ'nün Meslek Hastalıkları Listesi Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu			
	Yeterliyim	17	33 (18-45)	<0.001*
	Yetersizim	350	25 (9-45)	
	Meslek Hastalıkları Tanısı Konusunda Yeterli Hissetme Durumu			
	Yeterliyim	58	29 (9-45)	0,004
	Yetersizim	309	25 (9-45)	
	Meslek Hastalıkları Tedavisi Konusunda Yeterli Hissetme Durumu			
	Yeterliyim	50	29 (10-45)	<0.001*
	Yetersizim	317	24 (9-45)	
	Meslek Hastalıkları Hukuki Bilgileri Hakkında Yeterli Hissetme Durumu			
	Yeterliyim	36	29 (9-45)	0,013*
	Yetersizim	323	25 (9-45)	
	Uzmanlık Alanındaki Meslek Hastalıkları Hakkında Temel Bilgilere Ulaşım Olanakları Yeterliliği			
	Yeterli	160	26 (9-45)	0,025*
	Yetersiz	196	24 (9-45)	

*Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

Katılımcıların bazı yeterlilik beyanlarına göre davranış puanlarının karşılaştırılması, **Tablo 21.**'de sunulmuştur. Katılımcılardan UÇÖ'nün meslek hastalıkları listesi hakkında yeterli bilgiye sahibim diyenlerin ortalanca davranış

puanı 33 (18-45) iken, yetersiz bilgiye sahibim diyenlerin ortalanca davranış puanı 25 (9-45)'tir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Katılımcılardan meslek hastalığı tanısı konusunda yeterli hisseden katılımcıların ortalanca davranış puanı 29 (9-45) iken, yeterli hissetmeyenlerin ortalanca davranış puanı 25 (9-45)'tir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,004$). Katılımcılardan meslek hastalıklarının tedavisi konusunda kendini yeterli hissedenlerin ortalanca davranış puanı 29 (10-45) iken, yeterli hissetmeyenlerin ortalanca davranış puanı 24 (9-45)'dür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Araştırmaya katılanlardan meslek hastalıklarının hukuki bilgileri hakkında yeterli hissedenlerin ortalanca davranış puanı 29 (9-45) iken, yetersiz hissedenlerin ortalanca davranış puanı 25 (9-45)'tir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,013$). Katılımcılardan uzmanlık alanındaki meslek hastalıkları hakkındaki temel bilgilere ulaşım olanakları yeterli olanların ortalanca davranış puanı 26 (9-45) iken, yetersiz olanların ortalanca davranış puanı 24 (9-45)'tür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,025$).

Tablo 22. Katılımcıların Davranış Puanları ile Tutum Durumunun Karşılaştırılması, Ankara, 2020

Tutum Grubu	n	Puan	p
Davranış Puanı (min-maks)			
Ortanca puan veya altı (≤ 12)	226	24 (9-45)	0,001*
Ortanca puan üstü (>12 puan)	141	27 (9-45)	

*Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

Katılımcıların tutum grupları ile davranış puanlarının karşılaştırılması **Tablo 22.**'de sunulmuştur. Katılımcılardan ortanca üstü tutum puanına sahip olanların ortanca davranış puanı 27 (9-45) iken, ortanca veya altı puana sahip olanların ortanca davranış puanı 24 (9-45)'dür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Tablo 23. Katılımcıların Tutum Puanları ile Davranış Soruları Puanlarının Korelasyonu, Ankara, 2020

**	
Davranış Puanı	
Tutum Puanı	p<0.01
	R**:.0,216
	N=367

*p<0,01 **Korelasyon katsayısı ***Spearman Korelasyon Testi

Katılımcıların tutum puanı ile davranış puanı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı şekilde (**p<0,001**) zayıf derecede pozitif korelasyon (**R=0,216**) olduğu görülmektedir. Katılımcıların tutum puanları ile davranış soruları puanlarının korelasyonu **Tablo 23.**'de sunulmaktadır.

5.TARTIŞMA

İş yeri hekimliği sertifikası alma durumu incelendiğinde katılımcıların %4,4'ü iş yeri hekimliği sertifikasına sahiptir ve yaklaşık üçte biri işyeri hekimi olarak çalışmıştır. Türkiye'de işyeri hekimliği sertifikasının mevcut hekimlerin yaklaşık %6-7'si kadardır (75) ve meslek hayatının başında sayılan araştırma görevlileri için bu oran Türkiye geneline benzer oranda kabul edilebilir fakat 3. Basamak bir hastane olan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde bu oranın daha yüksek olması beklenebilirdi.

Meslek hastalıkları eğitim durumlarına bakıldığında katılımcıların sadece %54,0'ü meslek hastalıkları konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alanların ise %83,4'ü lisans sırasında eğitimini almıştır. Lisans eğitimi ile bulguların olduğu bir çalışmada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencileri, göğüs hastalıkları dışındaki klinik stajlarında meslek hastalıklarının anlatılmadığı ve tamamına yakının 3. Sınıftan itibaren bu eğitimi almak ve olgu örnekleri görmek istedikleri belirtilmiştir (76). Lisans eğitimi sırasında fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim dalında verilen gibi İş Sağlığı stajı olan bazı fakülteler olsa da genel olarak her yerde eğitim yoktur (76). Birçok fakülte de tek bir branşın konularına (çoğunlukla göğüs hastalıkları) sığdırılmış meslek hastalıkları, bütüncül bir yaklaşım ve multidisipliner eğitim sistemi gerektirmesi nedeniyle klinik eğitimde can alıcı bir noktadadır. Ayrıca, meslek hastalıklarının gerçek sıklığına ulaşabilmek için tıp eğitiminde mutlaka temel müfredat olarak öğretilmesi önerilmektedir (77-79). Üzmezoğlu ve arkadaşlarının Ankara'da farklı üniversite hastanelerinde eğitimlerinin birinci ve sonuncu yılında olan iç hastalıkları araştırma görevlilerini

kapsayan çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların %57,6'sının lisans sırasında meslek hastalıkları eğitimi aldıklarını, fakat sadece %17,5'inin bu eğitimin yeterli olduğunu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada katılımcıların sadece dörtte biri araştırma görevliliği süreçlerinde yeterli meslek hastalıkları eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir (13). Katılımcılarımızın sadece yarısının eğitim alması iki şekilde açıklanabilir; diğer çalışmalar ile beraber düşünüldüğünde yüzeysel, yetersiz ve devamlılığı olmayan bir eğitiminin daha önce eğitim almış katılımcılar tarafından dahi eğitim alınmadığının belirtilmesi veya ülkemizdeki birçok tıp fakültesinde meslek hastalıkları eğitiminin hiç verilmiyor olması. Sadece bu bulgu ülkemizde meslek hastalıkları eğitim ihtiyacını ortaya koyabilir.

Uzmanlık eğitimi süresince meslek hastalığı alma durumuna bakıldığında, katılımcıların yaklaşık sadece onda biri kadarının uzmanlık eğitimi müddetince meslek hastalığı ile ilgili eğitim almış olduğunu belirtmesi önemli bir bulgudur. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada ise katılımcıların yaklaşık yalnızca beşte birinin uzmanlık eğitimleri süresince meslek hastalıkları eğitimi aldığı belirtilmiştir (13). Eğitim yüzdesi oldukça düşük olsa da çalışmamızdan yüksektir. Bu fark Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ki katılımcılarının alanı nedeni ile daha sık meslek hastalıkları ile karşılaşan iç hastalıkları araştırma görevlileri olması nedeniyle kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca ülkemizde son yıllarda artan tıp fakültesi sayıları sebebiyle oransal olarak daha fazla hekimin meslek hastalığı eğitimi almadan mezun olması, gelecekte iş sağlığı alanında ki yetersizliği olumsuz etkileyebilir.

Meslek hastalıkları tanısı öz yeterlilik değerlendirmesi incelendiğinde katılımcılarımızın yalnızca %15,8'i meslek hastalıklarına tanı koymada kendini yeterli hissettiğini belirtmiştir. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada katılımcıların iç hastalık uzmanlık eğitimlerinin son yılında meslek hastalıkları tanısında sadece %4,4'nün kendilerini tamamen, %54,2'sinin ise kısmi olarak yeterli belirtmişlerdir (13) ve aradaki fark çalışmanın sadece iç hastalıkları araştırma görevlilerinden oluşmasından kaynaklanabilir. Mandıracıoğlu ve Batı'nın Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde intörn doktorlar ile yaptığı çalışma da katılımcıların sadece %42,3'ünün meslek hastalıklarına tanı koymada yeterli hissettiği bulunmuştur (76). Aradaki fark çalışmanın yapıldığı grubun, mezun hekimler kadar mesleki sorumluluk almadığından kendilerini hatalı değerlendirmesinden kaynaklanıyor olabilir. Geleneksel olarak meslek hastalıkları eğitimi yetersizliği, meslek hastalıklarının her alanında ana engel olarak kabul edilmektedir (80). Mezuniyet sonrası eğitimlerin meslek hastalıklarına tanı koymada faydalı olabileceği düşünülebilir.

Meslek hastalıkları tanı yetersizliği sebepleri incelendiğinde çalışmamızda da başka çalışmalar gibi (79) tanı koymada yetersiz hisseden katılımcıların %58,2'si en yüksek gerekçe olmakla beraber gerekli eğitimi almadığını belirtmişlerdir. Birçok yazar bu sorunun nedenleri olarak, Tıp Fakültesinde araştırma görevlilerinin eğitiminin (81, 82) ve lisans müfredatında ayrılan zamanın yetersizliği olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların birçoğunun lisans eğitimi sırasında eğitim almadığı düşünüldüğünde uzmanlık eğitimleri daha da önem kazanmaktadır. Uzmanlık sürecinde de sadece onda birinin eğitim alması, katılımcıların sorumlu

eğitmenlerinin meslek hastalıklarına karşı ilgisizliğini gösterebilir. Uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatına meslek hastalıkları ile ilgili gerekli eğitim zorunluluklarının eklenmesi bu soruna çözüm olabilir.

Meslek hastalıkları tedavi yeterliliği öz değerlendirmesi incelendiğinde katılımcıların yalnız %13,6'sı meslek hastalıklarının tedavisi konusunda yeterli hissettiğini belirtmiştir. Yetersiz hissedenlerin yaklaşık üçte ikisi gerekli eğitimi almadığı için yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise eğitimlerinin son yılında olan iç hastalıkları araştırma görevlilerinin sadece %4,4'ünün meslek hastalıklarını tedavi konusunda yeterli hissettiği, %42,6'sının ise kısmi olarak yeterli hissettiği belirtilmiştir. Soru metodolojisi çalışmamızla aradaki farkın sebebi olabilir. Kimi meslek hastalıkları maruziyetten yıllar sonra ortaya çıkmakta ve tedavisi oldukça yetersiz olmaktadır. Buna ek olarak eğitim eksikliği tanı eksikliğini, bu da tedavi konusunda tecrübe ve farkındalığı azaltmakta ve bir kısır döngü şeklinde tedavide yetersiz hissettirmeyi arttırmakta olabilir.

Katılımcıların meslek hastalıklarının hukuki boyutu hakkında ki öz yeterlilikleri incelendiğinde sadece onda biri kadarı meslek hastalıklarının hukuki bilgileri hakkında bilgilerini yeterli olarak belirtmişlerdir. Üçte ikisinden fazlası bunun sebebini eğitim yetersizliği olarak belirtmiştir. Ülkemizde tıp fakültesi eğitim müfredatlarında tıp hukuku ile ilgili zorunlu ve ayrı bir müfredat yoktur. Polonya'da yapılan bir çalışmada, sağlık personellerinin sadece %5'inin lisans eğitimlerinde tıp hukuku alanında eğitim aldığı bulunmuştur (83). Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların onda birinden azı meslek

hastalıklarının hukuki boyutunda kendini yeterli olarak hissettiğini belirtmiştir (13). Birçok ülkede de, hekimlerin hukuki bilgi almaktan memnun olsalar da tıp hukuku konularında çok düşük bir farkındalık düzeyinde oldukları belirtilmiştir (83, 84). Bazı yazarlar, doktorlar arasında tıp hukuku bilgi düzeyinin farklı olduğunu da belirtmiştir. Meslek hastalıkları uzmanlığı gibi, geçerli yasal kuralların bilinciyle özel olarak bağlantılı uzmanlıklar, bu konularda ki eğitime referans bir model olabilirler (83). Halk sağlığı veya tıp eğitimi disiplini içerisinde eğitim ihtiyacını çözmeye direkt olarak yer alabilirler.

Katılımcılardan meslek hastalığı tanısında, tedavisinde ve ilgili hukuki bilgilerde kendini yeterli hissedenler “en az bir defa meslek hastalığı tanısı koyma veya görme “ve “en az bir kere meslek hastalığı raporu düzenleme ve bildirme” davranışını hissetmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) daha sık gerçekleştirmişlerdir. Bu sonuç meslek hastalıklarının tanısı, tedavisi ve ilgili hukuki bilgilerde öz yeterliliğin, meslek hastalığı tanı ve bildirimlerini arttıracaklarını düşündürülebilir.

Katılımcıların meslek hastalıkları tanı, tedavi ve hukuki boyutlarında öz yetersizlik sebepleri daha detaylı incelendiğinde, meslek hastalıkları tanısı ve tedavisi yetersizliğinde en sık ikinci neden olarak ilgi alanı olmadığını, hukuki bilgi konusunda ise üçüncü neden olarak ilgi alanı olmadığını belirtilmiştir. Oysa ki 5510 sayılı SSGSS Kanunu tüm hekimlere bu yetkileri, hukuki sorumlulukları ile beraber verilmiştir (2). Dünyanın birçok ülkesinde de tıp fakültesi öğrencilerinin genellikle meslek hastalıkları alanına çok düşük bir ilgisi olduğu düşünülmektedir (81, 85). Münih Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. Sınıf öğrencilerinde yapılan bir araştırmada da,

öğrencilerde meslek hastalıklarına karşı ilginin, bilginin ve önemsemenin az olduğu belirlenmiştir (86). Web tabanlı “sanal hasta” eğitimleri ile yapılan araştırmada meslek hastalıklarına karşı ilgi düzeyinin arttığı gösterilmiş, öğrencilerin tamamına yakını eğitimi tavsiye etmişlerdir (86). Bu ilgisizliğin ileride ki meslek hayatlarını da benzer şekilde etkileyeceği düşünülebilir. Ayrıca hekimlerin tıp hukuku alanında yeterli eğitim almaması, hali hazırda etkili olmayan meslek hastalıkları eğitimi ile birlikte, en azından hukuken zorunlu olması gereken ilginin bu şekilde azalmasına neden olabilir. Ülkemizde de farklı eğitim metotları kullanılarak ilgi arttırılabilir.

Katılımcıların meslek hastalıklarına ilgi duymaması bunun ayrı bir branşın sorumluluğunda olduğunu düşündüğünden kaynaklanabilir. Ülkemizde bir yandal uzmanlığı olan meslek hastalıkları, Birleşik Krallık gibi bazı ülkelerde uzmanlık alanıdır ve eğitimde benzer problemler yaşanmaktadır. Bu tür sorunların yaşanmaması için meslek hastalığı öğretim materyallerinin üretimi, çalışma aktivitelerinin video görüntüleri, güvenli ve güvenli olmayan çalışma sistemlerinin örnekleri, öğrenci değerlendirmesi için soru bankaları, öz-yönelimli öğrenme paketleri üretimi ve bölümler arasındaki işbirliğinin meslek hastalıkları bilim dalının himayesinde gerçekleştirilmesi önerilmiştir (78). Ülkemizde çok az yerde meslek hastalıkları bilim dalı ve yandal eğitimi verildiği düşünüldüğünde (71) bu tablo daha da önem kazanmaktadır. Üniversiteler arası iş birliği bu sorunlara çözüm üretebilir.

Meslek hastalıkları eğitim istekliliği incelendiğinde katılımcıların yaklaşık üçte ikisi meslek hastalıkları ile ilgili hizmet içi eğitim alma istekleri olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç, katılımcıların meslek hastalıklarının tanı, tedavi ve hukuki

süreçlerinde ki yetersizlik sebebi öz değerlendirmelerinde en sık sebep olarak gerekli eğitimi almama ifadesi ile beraber düşünüldüğünde oldukça anlamlı ve umut vaat edicidir. Yetişkinlerin eğitim motivasyonları özellikle kişisel olarak problem yaşadıkları alanlarda daha yüksektir ve örgün eğitimden farklı olarak gönüllük esastır. Eğitimde istekliliğin, kişisel hedeflere ulaşmada ve eğitimin etkililiği ile pozitif korele olarak bulunmuştur (87). Katılımcılarımızın eğitime istekli olması verilecek meslek hastalıkları eğitiminin çıktılarını arttırabilir.

Eğitim almama isteği olarak ise katılımcıların beşte üçü kadarı yine iş olmadığını belirtmiştir ve meslek hastalıkları tanı, tedavi ve hukuki eksikliklerdeki sebeplerle benzer olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların dörtte biri ise yoğunluktan dolayı hizmet içi eğitim almak istemediklerini belirtmişlerdir. Katılımcılarımızın meslek hastalıkları ile endişeleri için eğitim isteğinin olduğu, fakat bunun yoğunluk ve zamanla kısıtlandığını düşünülebilir. İngiltere İş Sağlığı ve Güvenliği Yöneticisi (HSE), iş sağlığı sorunlarının farkındalığını artırmak için tıp eğitiminde daha fazla zaman verilmesini önermektedir (88).

Katılımcıların eğitim materyallerine ulaşımı sorgulandığında yarıdan fazlasını uzmanlık alanındaki meslek hastalıkları ile ilgili temel bilgilere ulaşım olanaklarının yetersiz olduğu belirtmiştir. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da araştırma görevlilerinin %44,6'sı uzmanlık alanları ile ilgili meslek hastalıkları materyallerine ulaşımının yetersiz olduğunu belirtmiştir. Eğitimin

önünde engel olarak bu duruma, araştırma görevlilerinin eğitimlerinden sorumlu yöneticilerde dahil kolektif bir ilgisizliğin yol açtığı düşünülebilir.

Katılımcıların anamnez formları sorgulandığında sadece yarısını anamnez formunda hastanın mesleğini sorgulayan bir bölüm olduğu belirtmiştir. Meslek hastalığı anamnezinde ise ilk sorulacak soruların başında kişinin yaptığı iş gelmektedir. Etkili ve yeterli bir mesleki anamnez, meslek hastalıklarının tanı ve tedavisinde uzun zamandır temel bir disiplin olarak tanımlanmıştır. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da, iç hastalıkları araştırma görevlilerinin sadece %51'i anamnez formunda mesleği sorgulayan bir bölüm olduğunu belirtmiştir (13) ve çalışmamızla çok benzerdir. Tersine de geçerli olmak üzere, yanlış veya eksik anamnez alımı, başlangıç tedavisi dahil olmak üzere sonraki tüm tedavi kararlarını etkileyebilir ve tanıda yetersizlik, tedavide de yetersiz hissetmeyi getirebilir (89, 90). Anamnez formları genellikle matbu olarak basılmaktadır. Türkiye'nin köklü kurumlarından biri olan üniversitemizde dahi tüm kliniklerin anamnez formlarında meslek sorgulama bölümünün olmaması, buradan mezun olan öğrencilerde de farkındalık oluşmasına engel olabilir. Anamnez formlarında meslek hastalıkları bölümünü sorgulayan alan, bireysel tercihlere bırakılmamalıdır.

Meslek hastalıkları ile ilgili tanı ve bildirim durumları incelendiğinde katılımcıların %23,7'si' uzmanlık alanıyla ilgili en az bir defa meslek hastalığı tanısı koyma/karşılaşma davranışında bulunmuştur. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer katılımcıların yaklaşık beşte biri uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı tanısı koyduğunu belirtmiştir, fakat son yıl asistanlarında tanı koyma sıklığı anlamlı şekilde artmıştır (13). Meslek hastalıkları çoğu zaman, eksik

meslek öyküleri ve tecrübesizlik nedeniyle yetersiz teşhis edilir ve birçok meslek hastalığı diğer nedenlere veya koşullara atfedilir (79). Ayrıca, kliniğinin diğer hastalıklar arasında ki benzerlikleri; maruz kalma ve semptom başlangıcı arasındaki uzun gecikme süresi; birçok kronik meslek hastalığını çok faktörlü etiyojisi; ve işle ilgili koşulların eksik raporlanması bu sonuca katkıda bulunmuş olabilir (64). Türkiye’de bildirilen meslek hastalığı sayılarının az olması da çalışmamızla uyumludur.

Çalışmamızda meslek hastalıklarının tanı ve bildiriminde dikkat çeken diğer önemli bir bulgu ise, daha önce tanı koydum veya karşılaştım diyenlerin sadece yaklaşık yarısının meslek hastalığı raporu düzenlemiş ve bildirmiş olmasıdır. Güney Afrika’da genel pratisyenlerde yapılan bir çalışmada hekimlerin %75’inin son 6 ayda en az bir defa meslek hastalığı tanısı koyduğu, dörtte birinin hukuki sorumluluklarını bildiğini fakat sadece bir tanesinin bunu bildirdiği bulunmuştur ve katılımcıların geneli bunun hukuki bilgi eksikliğinden dolayı olduğunu belirtmişlerdir (91). Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların yarısından fazlası meslek hastalıklarını bildirme konusunda yetersiz olduklarını belirtmişlerdir (13). Bu sonuçlar; katılımcıların meslek hastalıklarının hukuki bilgileri hakkındaki öz yetersizlik değerlendirmeleri ve yaklaşık dörtte birinin meslek hastalıklarının bildirim zorunlu hastalıklardan olduğunu bilememesi, sadece %39,7’sinin bildirilecek kurumu doğru bilmesi, bildirmesi gereken süreyi %14,1’inin tam olarak doğru bilmesi ve sadece onda birinin çalışanın SGK’ya kayıtlılık zorunluğunu bilmesi, bildirim davranışlarının düşüklüğü ile oldukça uyumludur. Hekimler ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından yapılan vaka

bildirimleri aynı zamanda, potansiyel olarak tehlikeli maruziyetlere sahip çalışma sahalarının tanımlanmasını kolaylaştıran önemli bir gözetim faaliyeti olması durumun sonuçlarını kötüleştirmektedir (92). Meslek hastalıklarının bildirilmemesi özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere birçok ülkede önemli bir sorundur. Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık beşte ikisi meslek hastalıklarının bildirilmesi gereken kurum olarak SGK'yı belirtmiştir ve bu bildirim eksikliğinin nedenlerinden birisi olabilir. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların onda birinden azı meslek hastalıklarının yasal tanısı koyan kurumu (SGK) doğru olarak cevaplamıştır (13). Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında soru cevaplama metodu bilinmese de çalışmamızda sorumuzun çoktan seçmeli şık olarak sorulması bu farkı doğurmuş olabilir. Meslek hastalıklarında hastalık yükünün kurumsal ve ulusal düzeyde dağılımının kapsamlı bir resmi olmadan, iş sağlığı ve güvenliği hedefine ulaşmak zor olacaktır (93). Hekimlere uygulamalı bildirim eğitimi verilmesi, ülkemizdeki gerçek meslek hastalığı sayılarına ulaşmada ve iş sağlığını ve güvenliğinin gelişmesine katkıda bulunabilir.

Meslek hastalıklarına hâkim olmanın önemli bir parametresi olan Türkiye'de kullanılan meslek hastalıkları listesi konusunda (sadece uzmanlık alanı ile ilgili hastalıklar olmak üzere) yeterli bilgi sahibi olma durumu incelendiğinde katılımcıların sadece %6,3'ü yeterli bilgiye sahip hissettiğini belirtmiştir. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcılara uzmanlık alanında ki meslek hastalıklarının hastalık kodları (International Classification of Diseases) sorulduğunda bu oran benzer şekilde %5,9'dur (13). Hekimlerin hangi hastalıkların

listede olduğunu bilmemeleri, meslek hastalıkları tanı ve bildirim azlığına ciddi bir olumsuzluk olarak yansıyabilir.

Katılımcıların yaklaşık üçte biri Türkiye’de en sık görülen/bildirilen meslek hastalığını bildiğini belirtmiş, bildiğini belirtenlerin tamamına yakını ise hepsi doğru olmasa da çeşitli solunum yolu hastalıklarını belirtmişlerdir. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise, her ne kadar katılımcılar bu hastalıkların ilgili olduğu iç hastalıkları araştırma görevlileri olsa da, yine katılımcıların üçte birine yakını çalışmamıza benzer şekilde bu soruyu doğru olarak yanıtlamıştır (13). En sık hastalıkların genel bilgi olarak bilinmemesi, meslek hastalıkları hakkında bilgi eksikliğinin bir tezahürü olabilse de solunum yolu hastalıklarının tüm katılımcıların uzmanlık alanları içinde olmaması da bu sonuca yol açmış olabilir. Ayrıca bu soru dolaylı olarak katılımcıların meslek hastalıkları epidemiyolojisi bilgisini özetlemekte olabilir.

Çalışmamızda dikkat çeken önemli başka bir durum ise en sık görülen meslek hastalığı nedir sorusuna, hiçbir katılımcının iş ile ilişkili stresten bahsetmemiş olmasıdır. Oysa iş ile ilişkili stres oldukça sık karşılaşılan ve artmakta olan meslek hastalıklardandır (94). Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise ülkemizde dünyada en sık olarak görülen meslek hastalığı iş ile ilişkili stres belirtilmiştir (13). Araştırmaya katılan branşların ve çalışmanın yapıldığı yerin çalışma koşulları bu farklılığı doğurmuş olabilir.

UÇÖ’nün meslek hastalıkları listesinde hakkında yeterlilik durumu (sadece uzmanlık alanı ile ilgili hastalıklar olmak üzere) sorgulandığında katılımcılarımızın

sadece %4,6'sı yeterli bilgiye sahip hissettiğini belirtmiştir. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında aynı soruya katılımcıların %5,8'i bu soruya yeterliyim cevabını vermiştir ve çalışmamıza benzerdir (13). UÇÖ'nün uluslararası ve ulusal hukuk sisteminde kurulan meslek hastalıkları listesi, işçi hastalıklarının önlenmesi ve telafisinde önemli rol oynamıştır (95). UÇÖ'nün meslek hastalıkları listesi, günümüz dünyasında meslek hastalıklarının tanımlanması ve tanınmasında son gelişmeleri yansıtmaktadır. Önleme ve korumanın nerede olması gerektiğini de açık olarak belirtir ve bu liste, meslek nedeniyle uluslararası kabul gören hastalıklarla ilgili dünya çapında en son fikir birliğini temsil etmektedir (53). Her hekimimizin asgari düzeyde bilgi sahibi olması, tanı kadar, koruyucu hekimlik ve dünya ile koordinasyon açısından da önemlidir.

Araştırmamıza katılanların yaklaşık beşte biri dünyada en sık görülen meslek hastalığını bildiğini ifade etmiştir. Bildiğini ifade edenlerin onda biri kadarı cevap olarak dermatit grubu hastalıklarını belirtirken, geriye kalanların neredeyse tamamı solunum yolu hastalıklarını ifade etmiştir. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının yakın tarihte ve Ankara'daki bazı üniversitelerin iç hastalıkları araştırma görevlileri ile yaptığı çalışma sosyo-demografik olarak çalışmamıza benzese de, çalışmasında bu hastalık iş ile ilgili stres olarak ifade edilmiştir (13). Çimrin ve arkadaşlarının 1999 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi'nde 66 hekimle, sadece pediatri ve pediatrik cerrahi kliniklerinin araştırmaya katılmadığı çalışmasında, fakülteler arasında meslek hastalıklarına yaklaşım açısından fark olmadığı belirtilmiştir (79). Çalışmamızda bu sonuç, bizim katılımcılarımızın birden fazla branşa ait araştırma görevlilerinden oluşması ve meslek hastalıklarının özellikle lisans eğitiminde her

üniversitenin müfredatında yer almamasından dolayı eğitimsizlik ve ilgisizlikten kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların son bir yılda hastalarının mesleğini sorgulama durumu sorulduğunda, katılımcıların sadece %23,3'ün her zaman sorguladığı, %10,1'inin ise asla sorgulamadığı görülmüştür. En yüksek yüzde ile 39,5'i ise çoğu zaman sorguladığını ifade etmiştir. Amerika'da bir üniversite hastanesinde 1050 giriş anamnezi, 1000 ameliyat öncesi anamnez dosyası incelenen çalışmada, dosyalardan sadece %27.8'inde meslek hastalığı anamnezi alındığı belirtilmiştir (96). Kaliforniya eyaletinde üçüncü sınıf tıp öğrencilerini üzerinde yapılan bir çalışmada da, mesleki geçmiş kayıt oranının % 70 olduğu gösterilmiş fakat, bu öğrenciler sadece %8'i hastanın mesleki kaygıları ve / veya maruziyeti hakkında sorgulama yapmıştır (97). Çimrin ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %43,9'u hiç meslek anamnezi almadığını belirtmiştir (79). 1994 yılında İstanbul ilinde üç hastanede yapılan bir çalışmada, hekimlerin % 28.9'u mesleksen anamnez aldıklarını belirtmişlerdir (98). Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların %35,8'i mesleğini her zaman, %28,5'i ise asla veya nadiren sorguladığını belirtmiştir. Birçok çalışmada zaman kısıtlılığı, bilgi, motivasyon eksikliği ve konunun farkında olmamanın meslek hastalığı anamnezi almanın önündeki engeller olarak belirtilmiştir (13, 99-101). Tüm çalışmalar incelendiğinde beklenen düzeyde olmasa da ulusal ve uluslararası düzeyde son 20 yıl içerisinde meslek hastalıkları ile ilgili genel farkındalığın artmış olduğu düşünülebilir. Meslek hastalığı eğitimi ve anamnez önündeki zaman kısıtlılığı gibi engeller kaldırılarak daha iyi ve sık meslek hastalığı anamnezi alınması sağlanabilir.

Çalışmamızda bazı sorular üzerinden katılımcıların meslek hastaları ilgili tutumları incelenmeye çalışılmıştır. Bildiğimiz kadarı bu şekilde tutumun incelenmeye çalışıldığı başka bir çalışma yoktur. Katılımcıların %80'inden fazlası birçok görüşe olumlu yaklaşmaktadır. Katılımcıların neredeyse tamamı hastanın mesleğini sorgulamayı önemli bulduğunu belirtmiştir. Fakat katılımcıların yarısı hastaların hastanın sadece son mesleğini sorgulamanın kendisine zaman kazandıracağı düşüncesine katıldığını belirtmiştir. İngiltere birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyenler üzerinde yapılan bir çalışmada da katılımcıların %63'ü meslek hastalıkları anamnezi için hastaya ayrılan sürenin kendilerini kısıtladığını belirtmiştir (102). Yapılan başka bir çalışmada da katılımcılar zaman kısıtlamasının tam bir meslek hastalığı anamnezi için bilgi ile beraber en önemli engel olduğunu belirtmiştir (80). Çalışmamızda da klinisyenler, başka bir çalışmadaki gibi yoğun hasta baskısından ve hızlı çalışma koşullarından (103) dolayı bu şekilde düşünmek zorunda kalmış olabilir.

Katılımcıların yaklaşık sadece üçte birisi, tüm hekimlerin kendi alanlarındaki meslek hastalıklarını takip etmesi gerektiğini düşünmektedir ve bu düşünce ile uyumlu olarak da yine yaklaşık üçte ikisi meslek hastalıklarını sadece meslek hastalıkları uzmanlarının takip etmesi görüşüne katılmaktadır. Bu sonuç katılımcıların sadece çok az bir kısmının kendi alanı ile ilgili meslek hastalıklarının sorumluluğunu aldığını gösterebilir. Oysa yasalarımızda en azından bildirim ve sevk konusunda pratisyen, uzman veya meslek uzmanı hekimleri şeklinde, hekim sorumluluğu açısından fark bildirilmemiştir. Ülkemizde pratisyen hekimlerin meslek hastalıklarına yaklaşımları ile ilgili bir çalışma olmasa da birçok ülkede

pratisyen hekimler üzerinde yapılan çalışmalar pratisyenlerinde meslek hastalıkları ve ilgili konsültasyon hakkında zayıf olduklarını göstermiştir (104-107). Bu sonuç hukuki bilgi, meslek hastalıkları bilgisi ve tecrübe eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Meslek hastalığı anamnezi ile bilgiler sorgulandığında her ne kadar düşük te olsa, her zaman ve hiçbir zaman davranış şekli perspektifinden bakıldığında en iyi sonuçlar son bir yılda hastanın mesleğini sorma davranışındadır. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların %35,8'si hastanın sadece son işini sorguladığını, %14,6'sı her hastanın işlerini ve maruziyetlerinin kronolojik olarak sorguladığını, %3,6'sı hastaların sadece çalıştığı iş dalını sorduğu, %27,7'si hastalarını sadece kamu personeli, emekli ve ev hanımı gibi genel hatları ile sorguladığını, %12,4'ü ise hiç sorgulamadığını belirtmiştir (13). Her çalışanın ayrı görevleri için maruziyetleri ve tüm çevresinin incelenmesi, maruziyet dozu değerlendirmesi, maruziyet azaltıcı sistemlerin kontrolü, kişisel koruyucu donanım kullanımı, semptomların iş ile geçici ilişkisi, iş arkadaşları arasında semptomların sorgulanması meslek hastalıkları için doğru anamnez şeklidir. Bu anamnez kritik bir şekilde hastanın kaderini belirler; doğru tanı, doğru tedavi ve diğer çalışanları korumak.

Katılımcılar genel olarak dahili ve cerrahi bilimler olarak sınıflandırıldığında, branşlar arasında tutum puan grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,378$). En sık karşılaşılan meslek hastalıklar daha çok dahili bilimler içerisinde yer almaktadır. Hekimlerin meslek hastalıkları tutumlarını ölçmek için güvenilirliği ve geçerliliği sağlanan herhangi bir ölçek

yoktur. Çalışmamızda meslek hastalıklarına karşı tutumu iyi/kötü veya yüksek/düşük şeklinde kategorize edemeyen metodolojimizden dolayı bu sonuç iki şekilde yorumlanabilir; katılımcıların branşa göre tutumları eşit şekilde düşük veya yüksek olabilir. Branşlara göre değişiklik olmaması meslek hastalıkları farkındalığının öğrencilik döneminde edinildiğini de düşündürtebilir. Aynı zamanda hastanenin genel politikasının araştırma görevlileri arasındaki bu farklılıkla ilgisi olabilir.

Çalışmamızda tutum puanları ile meslek hastalıkları anamnezi alma davranışları incelendiğinde katılımcılardan ortanca tutum puanı üstünde olanların davranış puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,001$). Ayrıca davranış puanı ile tutum puanı zayıf derecede pozitif korele bulunmuştur ($p<0,001$ - $R:0,216$). LaPiere'in çalışması gibi eski çalışmalar (1934) tutum ile davranışın korele olmadığını ifade etmiştir (108). Fakat sonraki birçok çalışmada ise özellikle kişilerin doğal ortamlarında tutumlarının davranışlarını değişken kuvvetlerde pozitif yönde etkilediği ifade edilmiş özellikle spesifik tutumların spesifik davranışlara yol açtığı belirtilmiştir. Tecrübe ile kazanılan tutumun, öğreti ile kazanılan tutuma göre davranış değişikliği üzerinde daha etkili olduğu gösterilmiştir. Kişiye telkin yapılması söylenen davranışlar ise ikna edici bir yöntemle kalıcı davranış değişikliklerine dönüşebilmektedir. Tutum kazanımı ve davranışa etkisi ise, eğitim ortamı, o tutumun kişice kabul görebilmesi, kendisi ile ilgili olduğunu düşünmesi, menfaatleri ile uyuşması gibi değişkenlerden etkilenmektedir (9, 10, 109-113). Hekimlere lisans döneminden itibaren meslek

hastalıklarına karşı pozitif tutum kazandıracak eğitimlerin meslek hastalıkları anamnezi davranışlarına olumlu olarak yansıtacağını düşünmekteyiz.

Katılımcılardan meslek hastalığı eğitimi alanların, işyeri hekimliği sertifikası bulunanların ve işyeri hekimi olarak çalışanların, tutum puanı ve davranış puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). İşyeri hekimliği eğitimi spesifik olarak meslek hastalıklarından korunma, tanı koyma ve bildirme gibi konularda eğitimlerden oluşması dolayı katılımcıların tutum ve davranışlarına direkt olarak katkı sağlamış olabilir. İşyeri hekimliği zorunlu olmadığı için bu eğitime karşı gönüllü olunması ve işyeri hekimi olarak çalışma tecrübesi eğitim çıktılarını arttırmış, tutum ve davranış değişikliğine sebep olmuş olabilir (87). Üzmezoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da meslek hastalıkları konusunda eğitim verilen sürekli eğitimin sonunda araştırma görevlilerinin ve kazandıkları tecrübelerin meslek hastalığı tanısı koymada ve hastaları yönetmede yetkinliklerini arttırdığı bulunmuştur (13).

Araştırmamızda Türkiye’de kullanılan ve UÇÖ’nün meslek hastalıkları listesi konusunda kendisini yeterli hissedenenlerin davranış puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Meslek hastalıkları listelerinin öğrenilmesi kişinin bilgi düzeyinin yüksek olduğunu gösterip bunun yansımaları olarak meslek hastalığı anamnezi davranış düzeyini olumlu etkilemiş olabilir.

Katılımcıların davranış puanları ile kullandığı anamnez formunda mesleği sorgulayan bölüm olma durumu karşılaştırıldığında, anamnez formunda meslek bölümü olan katılımcıların davranış puanları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde

yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Çimrin ve arkadaşlarının çalışmasında da anamnez formunda meslek sorgulama bölümü olan kliniklerin daha çok meslek anamnezi aldığı bulunmuştur (79). Anamnez formlarına 1978 yıllarında dahi geliştirilmiş mesleki anamnez formlarının (114) tüm klinisyenlerin standart formlarına eklenmesi meslek hastalığı tanısına katlı sağlayabilir.

Çalışmamızda davranış puanı yüksek olan katılımcıların uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı tanısı koyma/karşılaşma ve en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı raporu düzenleme ve bildirme durumu karşılaştırıldığında, davranış puanı yüksek olanların tanı/karşılaşma ve rapor düzenleme ve bildirme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Güney Afrika'da yapılan bir olgu sunumunda ki hastanın doğru mesleki anamnez alınmadığından dolayı birden fazla kere yanlış tanı alması çalışmamız sonucuna benzer niteliktedir (115). Bu sonuç katılımcıların daha doğru anamnez almasının meslek hastalıkları tanı ve bildirimini arttırdığını gösterebilir.

Araştırmamıza katılan bireylerin yeterlilik durumları ile davranış puanları karşılaştırıldığında, meslek hastalıkları ile ilgili tanı, tedavi ve hukuki süreçlerde kendini yeterli hissedenenlerin davranış puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Her iki çalışma da hemşirelerin hastalarına sigara bıraktırma konusunu eğitim ve öz yeterlilik üzerinden inceleyen iki çalışmada (biri öğrenci hemşirelerde olmak üzere) (116), eğitimin bilgiyi ve öz yeterliliği arttırdığı, sigara bıraktırma eğitimi konusunda öz yeterliliği yüksek katılımcıların hastalarına sigara bıraktırma konsültasyonunda daha başarılı olduğu gözlenmiştir (117). Fransız hemşirelerinin sağlıklı beslenme gelişimi ve hastalık önleme üzerine öz

yeterlilikleri üzerine yapılan çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (117) .

Meslek hastalıkları eğitiminin öz yeterliliği arttıracadı bununda davranışa yansıdığı düşünülebilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bulgularının incelenmesinden ortaya çıkan bazı sonuç ve öneriler aşağıda belirtilmiştir:

Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık yarısı meslek hastalıkları ile ilgili lisans sırasında dahi eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Nerdeyse tamamı meslek hastalıkları ile ilgili tanı, tedavi ve hukuki boyutlarda yetersiz olduklarını ifade etmişler ve bunun sebebi olarak ilgili alanlarda gerekli eğitimi almadıklarını belirtmişlerdir ve yaklaşık üçte birinin eğitim isteği mevcuttur. Meslek hastalıkları eğitimi alanların ve meslek hastalıklarının tanı, tedavi ve hukuki süreçlerinde kendini yeterli hissedenenlerin davranış puanı daha yüksek ve en az bir defa uzmanlık alanıyla ilgili meslek hastalığı tanısı koyma/karşılaşma/bildirme ve raporlama sağlama durumu daha sıktır.

Hekimlerin meslek hastalıkları hakkında ki tutumları genelde olumlu görülse de birçoğu hukuken sorumlu oldukları meslek hastalıklarını kendi alanları ile ilişkilendirmemektedirler. Çalışmamızda ortanca tutum puanının üstünde olan katılımcıların en az bir defa uzmanlık alanıyla ilgili meslek hastalığı tanısı koyma/karşılaşma ve en az bir defa uzmanlık alanıyla ilgili meslek hastalığı raporu düzenleyip bildirme durumu daha sıktır.

Katılımcıların çok az bir bölümü detaylı bir meslek hastalığı anamnezi aldığı belirlenmiştir. Azımsanmayacak bir kısmı ise hastalarının mesleğini dahi sorgulamamaktadır. Katılımcıların neredeyse yarısı meslek hastalığı tanılı hastaları sadece meslek hastalığı uzmanlarının takip etmesini düşünmektedir, bu da katılımcıların meslek hastalıklarını üstlenmediklerini düşündürmektedir.

Katılımcıların yaklaşık yarısının anamnez formunda meslek bölümü alanı dahi yoktur ve anamnez formunda meslek sorgulama bölümü bulunan katılımcıların davranış puanları daha yüksektir.

Katılımcıların meslek hastalıklarına karşı tutumları ile anamnez alma davranış puanları zayıf derecede de olsa pozitif korele olarak belirlenmiştir. Bu çok önemli bir bulgudur çünkü eğitim ile tutum kazandırılabilip davranış değişikliği sağlanabileceğini düşünmekteyiz.

Lisans sürecinden başlayıp, eğitimin tüm kademelerinde ve çalışma hayatı boyunca meslek hastalıklarının tanı, tedavi ve ilgili hukuki bilgileri hakkında eğitimlerin verilmesi, hekimlerin meslek hastalıkları alanında daha yetkin olmasını sağlayıp meslek hastalıklarının tanı, tedavi ve engellemesi alanlarında ülkemizi daha ileri taşıyabilir.

Eğitim sürecinin meslek hastalıkları bilim dalları ve iş sağlığı bilim dalları gerekirse fakülteler arası iş birliği ile uygulamalı şekilde multidisipliner yürütülmesi eğitimi daha etkin kılabilir. Meslek hastalıkları eğitimi tıp fakültelerinin lisans programlarına zorunlu olarak yerleştirilmesi, meslek hastalıklarının geleceği için çok önemli bir müdahale olacaktır. Bu eğitimler sonucunda öğrencilikten kazanılan tutumların hekimlerin meslek hastalıklarının tanısı ve bildirimi hakkında ki davranışlarına yansıtacağı düşünülmektedir.

Tüm klinisyenlerin anamnez formlarına meslek sorgulama bölümü eklenmesi, meslek hastalığı anamnezi alması davranışını arttırabilir.

7.KAYNAKÇA

1. Chao EC, Henry RR. SGLT2 inhibition—a novel strategy for diabetes treatment. *Nature reviews drug discovery*. 2010;9(7):551.
2. 5510 s. Kanun m. 14/1.
3. Riva MA, Belingheri M, De Vito G, Lucchini R. Bernardino Ramazzini (1633-1714). *J Neurol*. 2018;265(9):2164-5.
4. Riva MA, Lafranconi A, D'orso MI, Cesana G. Lead poisoning: historical aspects of a paradigmatic “occupational and environmental disease”. *Safety and health at work*. 2012;3(1):11-6.
5. Yıllığı SGKİ. 2018 SGK İstatistik Yıllıkları. 2018.
6. Akarsu HV, Ayan B, Çakmak E, Doğan B, Eravcı D, Karaman E, et al. Meslek hastalıkları. Çağgem, Ankara: Özyurt Matbaacılık2013. p. 12.
7. Organization WH. Guidelines on quality management in multidisciplinary occupational health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999.
8. Corey SM. Professed attitudes and actual behavior. *Journal of educational psychology*. 1937;28(4):271.
9. Fazio RH. How do attitudes guide behavior. *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior*. 1986;1:204-43.
10. Ajzen I, Fishbein M. The influence of attitudes on behavior. *The handbook of attitudes*. 2005;173(221):31.
11. Fabrigar LR, Petty RE, Smith SM, Crites Jr SL. Understanding knowledge effects on attitude-behavior consistency: The role of relevance, complexity, and amount of knowledge. *Journal of personality and social psychology*. 2006;90(4):556.
12. Wilson TD, Kraft D, Dunn DS. The disruptive effects of explaining attitudes: The moderating effect of knowledge about the attitude object. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1989;25(5):379-400.
13. Uzmezoglu B, Ocaktan ME, Sari G, Caliskan D. Awareness of Occupational Diseases in Training Internal Medicine: The Importance of Continuing Education. *Cyprus Journal of Medical Sciences*. 2019;4(1):5-14.
14. Organization WH. Occupational health: a manual for primary health care workers. Occupational health: a manual for primary health care workers2001.
15. Akarsu HV, Ayan B, Çakmak E, Doğan B, Eravcı D, Karaman E, et al. Meslek hastalıkları. Çağgem, Ankara: Özyurt Matbaacılık2013. p. 31.
16. Güzel A, Okur AR, Caniklioğlu N. Sosyal Güvenlik Hukuku, 10. Bası, İstanbul2004. p. 33.
17. Genç H. Ereğli kömür madenleri:(1840-1920). 2007:32.
18. Tozan C. İş Kazaları ve Meslek Hastalığı Uygulamaları. Ankara: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayınları; 2011. p. 18-9.
19. Kanunu İSG. 6331 Sayılı İş Sağlığı Güvenliği Kanunu. 2012.
20. ASLAN K. MESLEK HASTALIĞI ŞÜPHESİ İLE BAŞVURAN ÇALIŞANLARIN PSİKOSOSYAL RİSK DURUMLARI: İSTANBUL MESLEK HASTALIKLARI HASTANESİ ÖRNEĞİ. Kocaeli: KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ; 2019.
21. BAKANLIĞI ÇVSG, MÜDÜRLÜĞÜ İ. MESLEK HASTALIKLARI ve İŞLE İLGİLİ HASTALIKLAR TANI REHBERİ. Ankara2012. p. 1-2.
22. ALAGÜNEY ME. Türkiye’de ve Dünyada Mesleki Akciğer Hastalıklarının Epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2019;7(2):80-9.

23. Gerek N. Türkiye'de işçi sağlığı ve iş güvenliği. Türk-Ar; 1998.
24. Safe C. Healthy Workplaces for All. ILO. 2014.
25. CDC-NIOSH. National Occupational Research Agenda 2014 [Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/96-115/diseas.html>].
26. Kuschner WG, MD Paul Stark M. Occupational lung disease Part 2. Discovering the cause of diffuse parenchymal lung disease. Postgraduate medicine. 2003;113(4):81.
27. 2010/26.
28. Şakar M. Sosyal Sigortalar Uygulaması, 10. Baskı, İstanbul. 2011.
29. Şendur KU. 5510 Sayılı Kanunda Kısa Vadeli Sigorta Kolları Yararlanma Şartları ve Hak Sahiplerine Sağlanan Haklar. İstanbul Barosu Dergisi. 2013;87:172.
30. Güzel A, Okur AR, Caniklioğlu N. Sosyal Güvenlik Hukuku, Yenilenmiş 16. Bası, Beta Yayınları, İstanbul2016. p. 437-8.
31. Güzel A, Okur AR, Caniklioğlu N. Sosyal Güvenlik Hukuku, Yenilenmiş 16. Bası, Beta Yayınları, İstanbul2016. p. 338.
32. Güzel A, Okur AR, Caniklioğlu N. Sosyal Güvenlik Hukuku, Yenilenmiş 16. Bası, Beta Yayınları, İstanbul2016. p. 346.
33. Aslanköylü R. Mülga 506 Sayılı ve Mer'i 5510 Sayılı Kanunlarda İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası. Kamu-İş İş Hukuk ve İktisat Dergisi. 2015;14(1):11.
34. Gözler K. İdare Hukuku. 2. Bursa: Ekin Yayınları; 2009. p. 747.
35. Gözler K. İdare Hukuku. 2. Bursa: Ekin Yayınları; 2009. p. 742-3.
36. T.C. AİLE ÇVSHBSGK. Meslek Hastalığı 2020 [Available from: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/emekli/is_kazasi_ve_meslek_hastaligi/kisa_va_deli_sigorta_kollari].
37. Gülel İ. İşverenin İş Kazası ve Meslek Hastalığından Doğan Tazminat Sorumluluğu. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi. 2011;1(7):338.
38. Refik Korkusuz SU. Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş. Ankara: Karahan Kitabevi; 2009. p. 223.
39. İşçi BF. Meslek Hastalığının Tanımı ve Tespiti [Yüksek Lisans]. Antalya: AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ; 2016.
40. İşçi BF. Meslek Hastalığının Tanımı ve Tespiti [Yüksek Lisans]. Antalya: AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ; 2016.
41. Özkanlı E. İş Kazası ve Meslek Hastalığından Doğan Manevi Tazminat Davası: Yüksek Lisans Tezi, Ankara; 2015.
42. Tuncay C, Ekmekçi Ö. Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, Yenilenmiş 19. Bası, İstanbul, Beta2017. p. 353.
43. İşçi BF. Meslek Hastalığının Tanımı ve Tespiti [Yüksek Lisans]. Antalya: AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ; 2016.
44. Özdemir E. İş Sağlığı ve Güvenliği Hukuku. Vedat Kitapçılık; 2014. p. 147-8.
45. Kılış İ. İş Sağlığı ve Güvenliği. Dora Yayınları; 2014. p. 83-4.
46. Kılış İ. İş Sağlığı ve Güvenliği. Dora Yayınları; 2014. p. 95.
47. Özdemir E. İş Sağlığı ve Güvenliği Hukuku. Vedat Kitapçılık; 2014. p. 191.
48. Baycık G. Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Haklarında Yeni Düzenlemeler. Ankara Barosu Dergis. (3):128-9.
49. Akarsu HV, Ayan B, Çakmak E, Doğan B, Eravcı D, Karaman E, et al. Meslek hastalıkları. Çasgem, Ankara: Özyurt Matbaacılık2013. p. 13-4.
50. Akarsu HV, Ayan B, Çakmak E, Doğan B, Eravcı D, Karaman E, et al. Meslek hastalıkları. Çasgem, Ankara: Özyurt Matbaacılık2013. p. 13-26.

51. Çalışma TC, Sağlık SGBİ, Müdürlüğü GG. Meslek hastalıkları rehberi. Birinci Baskı), Matsa Basımevi, Sayfa; 2011.
52. Akarsu HV, Ayan B, Çakmak E, Doğan B, Eravcı D, Karaman E, et al. Meslek hastalıkları. Çasgem, Ankara: Özyurt Matbaacılık2013. p. 28-30.
53. Office IL. List of Occupational Diseases (revised 2010). Identification and Recognition of Occupational Diseases: Criteria for Incorporating Diseases in the ILO List of Occupational Diseases. 2010;74.
54. Gardner MJ, Snee MP, Hall AJ, Powell CA, Downes S, Terrell JD. Results of case-control study of leukaemia and lymphoma among young people near Sellafield nuclear plant in West Cumbria. *Bmj*. 1990;300(6722):423-9.
55. Saroinsong W. Convention Concerning the Prohibition and Immediate Action for the Elimination of the Worst Forms of Child Labour 1999. *Indonesian Journal of International Law*. 2008;5(4).
56. Drozdowsky SL, Whittaker SG. Workplace Hazards to Reproduction and Development: A Resource for Workers, Employers, Health Care Providers, and Health & Safety Personnel: Safety and Health Assessment and Research for Prevention (SHARP), Washington ...; 1999.
57. Weidner IS, Møller H, Jensen TK, Skakkebaek NE. Cryptorchidism and hypospadias in sons of gardeners and farmers1998. 793-6 p.
58. Perera FP, Rauh V, Tsai W-Y, Kinney P, Camann D, Barr D, et al. Effects of transplacental exposure to environmental pollutants on birth outcomes in a multiethnic population. *Environmental health perspectives*. 2003;111(2):201-5.
59. Heeren GA, Tyler J, Mandeya A. Agricultural chemical exposures and birth defects in the Eastern Cape Province, South Africa A case-control study. *Environmental Health*. 2003;2(1):11.
60. Berkowitz GS, Wetmur JG, Birman-Deych E, Obel J, Lapinski RH, Godbold JH, et al. In utero pesticide exposure, maternal paraoxonase activity, and head circumference. *Environmental health perspectives*. 2004;112(3):388-91.
61. Bell EM, Hertz-Picciotto I, Beaumont JJ. A case-control study of pesticides and fetal death due to congenital anomalies. *Epidemiology*. 2001;148-56.
62. Alexander F, Cartwright R, McKinney P. Paternal occupations of children with leukemia. *BMJ: British Medical Journal*. 1992;305(6855):715.
63. BAKANLIĞI ÇVSG, MÜDÜRLÜĞÜ İ. MESLEK HASTALIKLARI ve İŞLE İLGİLİ HASTALIKLAR TANI REHBERİ. Ankara2012. p. 11-2.
64. Lax MB, Grant WD, Manetti FA, Klein R. Recognizing occupational disease--taking an effective occupational history. *Am Fam Physician*. 1998;58(4):935-44.
65. Alex R, Francis M, Prashanth HR, Kundavaram A. Occupational history: A neglected component of history taking. *Indian J Occup Environ Med*. 2013;17(1):29-30.
66. Landrigan PJ, Baker DB. The recognition and control of occupational disease. *Jama*. 1991;266(5):676-80.
67. Akarsu HV, Ayan B, Çakmak E, Doğan B, Eravcı D, Karaman E, et al. Meslek hastalıkları. Çasgem, Ankara: Özyurt Matbaacılık2013. p. 35.
68. BAKANLIĞI ÇVSG, MÜDÜRLÜĞÜ İ. MESLEK HASTALIKLARI ve İŞLE İLGİLİ HASTALIKLAR TANI REHBERİ. Ankara2012. p. 5-6.
69. T.C. AİLE ÇVSHBİSVGGM. 6331 Sayılı İSG Kanununa Göre 2020 Yılında Uygulanacak İdari Para Cezaları 2020 [Available from: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/isggm/hizmetlerimiz/idari-para-cezolari/>].

70. ŞİMŞEK C. IMUD Bülten. 2019;1:8.
71. ŞİMŞEK C. IMUD Bülten. 2019;1:7.
72. Hanley JA, Lippman-Hand A. If nothing goes wrong, is everything all right?: interpreting zero numerators. *Jama*. 1983;249(13):1743-5.
73. West LJ, Hankin RK. Exact tests for two-way contingency tables with structural zeros. *Journal of Statistical Software*. 2008;28(11):1-19.
74. Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik: Omega Araştırma; 2011.
75. T.C. AİLE ÇVSHB-İSVGGM. İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıt, Takip ve İzleme Programı İSG-KATİP v9.19.01.10 [20.04.2020]. Available from: <https://isgkatip.ailevecalisma.gov.tr/>.
76. Mandıracıoğlu A, Batı A. Ege Üniversitesi tıp fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin meslek hastalıkları eğitimi konusunda görüşlerinin değerlendirilmesi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2006; 21: 22. 2006;26.
77. Wynn P, Williams N, Snashall D, Aw T. Undergraduate occupational health teaching in medical schools—not enough of a good thing? : Oxford University Press; 2003.
78. Wynn PA, Aw TC, Williams NR, Harrington M. Teaching of occupational medicine to undergraduates in UK schools of medicine. *Occupational Medicine*. 2003;53(6):349-53.
79. Cimrin AH, Sevinc C, Kundak I, Ellidokuz H, İtil O. Attitudes of medical faculty physicians about taking occupational history. *Medical education*. 1999;33(6):466-7.
80. Harber P, Merz B. Time and knowledge barriers to recognizing occupational disease. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2001;43(3):285-8.
81. Castorina JS, Rosenstock L. Physician shortage in occupational and environmental medicine. *Annals of internal medicine*. 1990;113(12):983-6.
82. Pransky G. Occupational medicine specialists in the United States: a survey. *Journal of occupational medicine: official publication of the Industrial Medical Association*. 1990;32(10):985-8.
83. Zajdel J, Zajdel R, Kuna P. Knowledge of medical law amongst doctors of internal diseases. *International journal of occupational medicine and environmental health*. 2013;26(2):242-56.
84. Lazarus JV, Jaruseviciene L, Liljestrand J. Lithuanian general practitioners' knowledge of confidentiality laws in adolescent sexual and reproductive healthcare: A cross-sectional study. *Scandinavian journal of public health*. 2008;36(3):303-9.
85. Hegmann K, Barrier P, Moser JR. Occupational medicine training program surveys. *Journal of occupational medicine: official publication of the Industrial Medical Association*. 1993;35(8):768-75.
86. Hege I, Radon K, Dugas M, Scharrer E, Nowak D. Web-based training in occupational medicine. *International archives of occupational and environmental health*. 2003;76(1):50-4.
87. Sáez FM, Bustos CE, Pérez MV, Mella JA, Lobos KA, Díaz AE. Willingness to Study, Self-Efficacy and Causal Attributions in Chilean University Students. *Journal of Educational Psychology-Propósitos y Representaciones*. 2018;6(1):223-45.
88. Health and Safety Commission. Occupational Health Advisory Committee. Report and Recommendations on Improving Access to Occupational Health Support. Sudbury, Suffolk: HSE Books; 2000.

89. Alex R, Francis M, Prashanth H, Kundavaram A. Occupational history: A neglected component of history taking. *Indian J Occup Environ Med.* 2013;17(1):29.
90. Taiwo OA, Mobo Jr BHP, Cantley L. Recognizing occupational illnesses and injuries. *American family physician.* 2010;82(2):169-74.
91. Govender M, Ehrlich R, Mohammed A. Notification of occupational diseases by general practitioners in the Western Cape. *South African Medical Journal.* 2000;90(10):1012-4.
92. Freund E, Seligman PJ, Chorba TL, Safford SK, Drachman JG, Hull HF. Mandatory reporting of occupational diseases by clinicians. *JAMA.* 1989;262(21):3041-4.
93. Zhang M. *National System for Recording and Notification of Occupational Diseases: Practical guide.* Geneva: International Labour Office. 2013.
94. Organization IL. "Workplace Stress: A Collective Challenge". Occupational Safety and Health Service (LABADMIN/OSH). ILO Ginebra; 2016.
95. Kim E-A, Kang S-K. Historical review of the List of Occupational Diseases recommended by the International Labour organization (ILO). *Annals of occupational and environmental medicine.* 2013;25(1):14.
96. Politi BJ, Arena VC, Schwerha J, Sussman N. Occupational medical history taking: how are today's physicians doing? A cross-sectional investigation of the frequency of occupational history taking by physicians in a major US teaching center. *Journal of occupational and environmental medicine.* 2004;46(6):550-5.
97. McCurdy SA, Morrin LA, Memmott MM. Occupational history collection by third-year medical students during internal medicine and surgery inpatient clerkships. *Journal of occupational and environmental medicine.* 1998;40(8):680-4.
98. Malat G, Aslan V, Özden Y, Kıyan A. İş sağlığı, meslek hastalıkları eğitimi ve mesleki anamnez konusunda hekimlerin tutum ve görüşleri: bir alan araştırmasının betimleyici sonuçları. 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Didim. 1994.
99. Arnaud S, Cabut S, Viau A, Souville M, Verger P. Different reporting patterns for occupational diseases among physicians: a study of French general practitioners, pulmonologists and rheumatologists. *International archives of occupational and environmental health.* 2010;83(3):251-8.
100. Harber P, Mullin M, Merz B, Tarazi M. Frequency of occupational health concerns in general clinics. *Journal of occupational and environmental medicine.* 2001;43(11):939-45.
101. Parhar A, Lemiere C, Beach JR. Barriers to the recognition and reporting of occupational asthma by Canadian pulmonologists. *Canadian respiratory journal.* 2011;18(2):90-6.
102. Elms J, O'Hara R, Pickvance S, Fishwick D, Hazell M, Frank T, et al. The perceptions of occupational health in primary care. *Occupational Medicine.* 2005;55(7):523-7.
103. Kumaş H, Yücel Beyaztaş F. Türkiye'deki hekimlerin çalışma koşullarının irdelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2007;29(3):123-7.
104. Parker G. General practitioners and occupational health services. *Br J Gen Pract.* 1996;46(406):303-5.
105. Parker G. Occupational health and general practitioners. *BMJ.* 2004;328(7437):s73-s4.
106. Moßhammer D, Natanzon I, Manske I, Grutschkowski P, Rieger M. Cooperation between general practitioners and occupational health physicians in Germany: How can

- it be optimised? A qualitative study. *International archives of occupational and environmental health*. 2013;87.
107. Nicholson PJ, Gratton J. What occupational medicine offers to primary care. *British Journal of General Practice*; 2017.
 108. LaPiere RT. Attitudes vs. actions. *Social forces*. 1934;13(2):230-7.
 109. Schuman H, Johnson MP. Attitudes and behavior. *Annual review of sociology*. 1976;2(1):161-207.
 110. Snyder M, editor *When believing means doing: Creating links between attitudes and behavior: The Ontario Symposium. Consistency in social behavior: The Ontario symposium*; 1982: Lawrence Erlbaum Associates.
 111. Fazio RH, Chen J-M, McDonel EC, Sherman SJ. Attitude accessibility, attitude-behavior consistency, and the strength of the object-evaluation association. *Journal of experimental social psychology*. 1982;18(4):339-57.
 112. Wicker AW. Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *Journal of Social issues*. 1969;25(4):41-78.
 113. Sherman SJ, Fazio RH. Parallels between attitudes and traits as predictors of behavior. *Journal of personality*. 1983;51(3):308-45.
 114. Guidotti T, Cortez J, Abraham H, Hughson W, Krems A, Neuman T, et al. Taking the occupational history. *Annals of Internal Medicine*. 1983;99(5):641-51.
 115. Naidoo S, Ryan A, Lalloo U. Taking an occupational history its value in avoiding a misdiagnosis.
 116. Lenz BK. Beliefs, knowledge, and self-efficacy of nursing students regarding tobacco cessation. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008;35(6):S494-S500.
 117. Barta SK, Stacy RD. The effects of a theory-based training program on nurses' self-efficacy and behavior for smoking cessation counseling. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2005;36(3):117-23.

8.ÖZET

Anahtar Kelimeler: Meslek Hastalıkları, Bilgi, Tutum, Davranış

Meslek hastalıkları önlenabilir olmakla beraber, ülkemizde de tüm dünyadaki gibi tanı ve bildirim problemi yaşayan hastalıklardandır. Bu çalışmada uzmanlık eğitimi almakta olan bazı araştırma görevlisi hekimlerin, meslek hastalıkları ile ilgili bilgi, tutum ve davranış özelliklerine etkili faktörleri inceleyip meslek hastalıklarına tanı koyma ve bildirme becerilerini geliştirmenin yollarına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Araştırmamıza toplam 377 araştırma görevlisi katılmıştır. Araştırmamızda veri kaynağı olarak araştırma görevlilerinin bilgi, tutum ve davranışlarını ölçme amaçlı kendi oluşturduğumuz anket formu kullanılmıştır. Veriler yüzde, ortanca ve minimum-maksimum değerler kullanılarak sunulmuştur. İstatistiksel yöntemler olarak Ki-Kare testleri, Mann Whitney U testi ve Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $<0,05$ kabul edilmiştir.

Katılımcılar meslek hastalıkları hakkında sadece %54'ü eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Meslek hastalıkları alanında katılımcıların %15,8'si tanı, %13,6'sı tedavi, %10,0'u ise hukuku bilgileri konusunda kendilerini yeterli olarak ifade etmişken yetersizlik sebebi olarak en sık gerekli eğitimi almadıklarını belirtmişlerdir. Tanı, tedavi ve hukuk alanında yeterli hissedenlerin en az bir defa uzmanlık alanı ile ilgili meslek hastalığı tanı koyması/karşılaşması ve rapor düzenleyip bildirmesi yetersizlere göre daha sıktır ($p<0,005$). Kullandığı anamnez formunda meslek sorgulayan bölüm olan katılımcıların ortanca davranış puanı, bulunmayan katılımcıların ortanca davranış puanından anlamlı olarak yüksektir ($p<0,001$). Tutum puanları ile davranış puanları zayıf derecede pozitif yönde korele olarak bulunmuştur ($p<0,001$).

Lisans sürecinden başlayıp, eğitimin tüm kademelerinde ve çalışma hayatı boyunca meslek hastalıklarının tanı, tedavi ve ilgili hukuki bilgileri hakkında eğitimlerin verilmesi, hekimlerin meslek hastalıkları alanında daha yetkin olmasını

sağlayıp meslek hastalıklarının tanı, tedavi ve engellemesi alanlarında ülkemizi daha ileri taşıyabilir.

Tüm klinisyenlerin anamnez formlarına meslek sorgulama bölümü eklenmesi, hekimlerin meslek hastalığı anamnezi alması davranışını arttırabilir.

9.ABSTRACT

Keywords: Occupational Diseases, Knowledge, Attitude, Behavior

A total of 377 research assistants participated in our research. In our research, we used a questionnaire form that we have created to measure the knowledge, attitudes, and behaviors of research assistants as the data source.

We presented data by using percentage, median and minimum-maximum values. As statistical methods, we used Chi-Square tests, Mann Whitney U test, and Spearman Correlation test. In all analyzes, the statistical significance level was accepted as <0.05 .

Only 54% of the participants stated that they received training on occupational diseases. In the field of occupational diseases, 15.8% of the participants expressed themselves adequately on diagnosis, 13.6% on treatment, and 10.0% on law information. As the most frequent reason for inadequacy, more than half stated that they did not receive the necessary training. Participants who felt sufficient in the field of diagnosis, treatment, and the law had the experience of diagnosing/encountering and notifying an occupational disease at least once, more frequently than those who felt insufficient ($p < 0.005$). The participants who had an occupational inquiry section in the anamnesis form used the median behavioral score was significantly higher than the other participants' median behavioral score ($p < 0.001$). Attitude scores and behavioral scores were weakly correlated positively ($p < 0.001$).

Starting from the early stages of medical education, providing training on the diagnosis, treatment, and related legal information of occupational diseases could make our country more advanced in the fields of diagnosis, treatment, and prevention of occupational diseases.

Adding an occupational inquiry section to the anamnesis forms of all clinicians may increase physicians' behavior to take occupational disease anamnesis.

10.EKLER

10.1. EK 1: Anket Formu

Anket no:

Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Meslek Hastalıkları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranış Anketi

Hekimlerin meslek hastalıkları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili bilgi edinmek amacıyla tasarlanan bu anket, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan danışmanlığında, Arş. Gör. Dr. Melih Gaffar Gözüokara tarafından oluşturulmuştur.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır.

Katıldığınız ve bilimsel araştırmalara yardımcı olduğunuz için şimdiden teşekkür ederiz.

BÖLÜM 1. TANIMLAYICI SORULAR

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Cinsiyetiniz nedir? 1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar(Dul /Boşanmış/Ayrı yaşıyor)

4. Mesleğinizdeki toplam hizmet süreniz ne kadardır?

.....ay/ yıl

5. Bu hastanedeki hizmet süreniz ne

kadardır?.....ay/ yıl

6. Hangi bölümde çalışıyorsunuz? (Lütfen Anabilimdalı ve varsa Bilimdalını

belirtiniz).....

.....

7. İşyeri hekimliği sertifikasınız bulunuyor mu? 1-Evet

2- Hayır (**Lütfen**

10. Soruya Geçiniz)

8. İşyeri hekimi olarak çalıştınız mı? 1- Evet

2- Hayır (**Lütfen 10.**

Soruya Geçiniz)

9. İşyeri hekimi olarak nerede çalıştınız? 1- Kamu

2-Özel sektör 3-

Diğer.....

10. Meslek hastalıkları konusunda hiç eğitim aldınız mı? (Birden fazla seçenek

işaretlenebilir)

1-Evet (a-Lisans sırasında)

2- Hayır

b-Uzmanlık eğitimi

c-Hizmet içi eğitim

d-Diğer.....

11. Meslek hastalıkları ile ilgili hizmet içi eğitim almak ister misiniz?

1- Evet

2-Hayır (Lütfen neden almak istemediğinizi

belirtiniz.....)

BÖLÜM 2. MESLEK HASTALIKLARI HAKKINDA BİLGİ, KİŞİSEL DEĞERLENDİRME, TUTUM SORULARI

12. Meslek hastalıkları tümüyle önlenabilir hastalıklardan mıdır? 1- Evet 2-Hayır

13. Meslek hastalıkları bildirimi zorunlu hastalıklardan birimidir? 1- Evet 2- Hayır

(Lütfen 16. Soruya Geçiniz)

14. Evetse, nereye bildirilmesi gerekmektedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1-Başhekimlik 2- İl Sağlık Müdürlüğü 3- İlçe Sağlık Müdürlüğü 4- Sosyal Güvenlik Kurumu 5- Meslek Hastalıkları Hastanesi 6-

Diğer.....

15. Evetse, kaç gün içerisinde bildirilmelidir?.....gün/işgünü

16. Meslek hastalıkları tanısı almak için çalışanın SGK'ya kayıtlı olması zorunluluğu var mıdır?

1-Evet:

2-Hayır

3-Bilmiyorum

17. ILO (Uluslararası Meslek Örgütü)'nun meslek hastalıkları listesi hakkında

bilginizi yeterli hissediyor musunuz?

1-Yeterli

2- Yetersiz

18. Türkiye'de resmi olarak kullanılan meslek hastalıkları listesi hakkında bilgilerinizi

yeterli hissediyor musunuz?

1-Yeterli

2- Yetersiz

19. Meslek hastalıklarına tanı koymada kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

1-Yeterli **(Lütfen 21. Soruya Geçiniz)**

2- Yetersiz

20. Meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda neden yetersiz hissediyorsunuz?

(Birden fazla şık işaretlenebilir.)

1- Gerekli eğitimi almadığım için

- 2- İlgi alanım değil
- 3- Sorumluluğum değil
- 4- Tecrübe azlığı
- 5- Diğer.....

21. Kullandığınız hasta anamnez formunda hastanın mesleğini sorgulayan bir bölüm bulunuyor mu?

Evet: 2- Hayır

22. Meslek hastalıklarının tedavisi konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?
(Birden fazla şık işaretlenebilir.)

1-Yeterli (**Lütfen 24. Soruya Geçiniz**) 2- Yetersiz

23. Meslek hastalıklarını tedavi konusunda neden yetersiz hissediyorsunuz?

- 1- Gerekli eğitimi almadığım için
- 2- İlgi alanım değil
- 3- Sorumluluğum değil
- 4- Tecrübe azlığı
- 5- Diğer.....

24. Meslek hastalıklarının hukuki açıdan sorumluluğu konusunda yeterince bilgili misiniz?

1-Yeterli (**Lütfen 26. Soruya Geçiniz**) 2-
Yetersiz

25. Meslek hastalıklarının hukuki açıdan sorumluluğu konusunda ki bilgileri neden yetersiz hissediyorsunuz?

- 1- Gerekli eğitimi almadığım için
- 2- İlgi alanım değil
- 3- Tecrübe azlığı

4- Diğer.....

.....

26. Uzmanlık alanınızdaki meslek hastalıkları hakkındaki temel bilgilere ulaşım

olanaklarınız yeterli mi?

1-Yeterli

2- Yetersiz

27. Yasal olarak meslek hastalığı raporu düzenleyebilen sağlık kuruluşları nelerdir?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1- Aile Hekimlikleri

2- Devlet Üniversitesi Hastaneleri

3- Vakıf/Özel Üniversite Hastaneleri

4- Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

5- Devlet Hastaneleri

6- Sağlık Bakanlığı Meslek Hastalıkları Hastaneleri

8- Özel Hastaneler

9- Özel Muayenehaneler

28. Türkiye’de en sık görülen/bildirilen meslek hastalığını biliyor musunuz

1-Evet (.....) 2- Hayır

29. Dünyada en sık görülen meslek hastalığını biliyor musunuz?

1-Evet (.....) 2- Hayır

Lütfen aşağıda ki önermelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

	Katılıyorum	Katılmıyorum
30. Her hastanın mesleğini sorgulamak <u>hekimliğim açısından önemlidir.</u>		
31. Hastanın sadece son yaptığı işin maruziyetini sorgulamak <u>bana zaman kazandırıyor.</u>		

32. Kronolojik olarak hastanın daha önce çalıştığı tüm işlerdeki maruziyetlerini sorgulamak <u>gereksizdir</u> .		
33. Hastanın işinin sadece, “Kamu görevlisi, özel sektör, ev hanımı ve emekli?” gibi genel hatları ile sorgulanması <u>yeterlidir</u> .		
34. Hastanın çalıştığı iş kolu ve asıl yaptığı işler ayrıntılı olarak sorgulamak <u>önemlidir</u> (metal işçisi mi, matbaa çalışanı mı gibi detaylı olarak).		
35. Hastanın, meslek hastalığı olsun ya da olmasın, koruyucu hekimlik açısından mesleki maruziyetleri değerlendirmek <u>çalışma prensibidir</u> .		
36. Hastaya, mesleği ile hastalığı arasında ilişki hakkındaki düşüncesini sormak <u>çok değerlidir</u> .		
37. Meslek hastalığı tanılı hastaları tüm hekimler takip <u>etmelidir</u> .		
38. Meslek hastalığı tanılı hastaları sadece meslek hastalığı uzmanları <u>takip etmelidir</u> .		
39. Her uzman, alanıyla ilgili meslek hastalığı tanısı koyabilmesi <u>zaruridir</u> .		
40. Hastanın, iş arkadaşlarında benzer yakınmalar olup olmadığını sormak tanıda <u>fark yaratır</u> .		
41. Hastanın daha önce iş/meslek ile ilgili sağlık sorunları olup olmadığı sorgulamak <u>önemlidir</u> .		
42. Hastanın iş yerinde kişisel koruyucu donanım kullanma öyküsü tanıda <u>yardımcıdır</u> .		

43. Kişinin temasta bulunduğu kişilerin mesleklerini sorgulamak <u>önemlidir.</u> (“take home exposure risk (eve götürülen maruziyet riski açısından))		
44. Meslek hastalıklarını bildirmeyi <u>önemserim.</u>		
45. Hastanın şikâyetlerinin mesai saatleri içi ve dışında ki değişimi <u>önemli bir bulgudur.</u> (hafta içi-hafta sonu)		
*Hasta çocuk ise ebeveynin mesleğini sorgulama durumu sorgulanacaktır		

	Her zaman	Çoğu Zaman	Ara Sıra	Bazen	Hiçbir zaman
46- Son bir yılda hastalarımın mesleğini sorguladım.					
47- Son bir yılda hastalarımın sadece en son yaptığı işi ve maruziyetlerini sorguladım.					
48- Son bir yılda hastalarımın çalıştığı tüm işleri ve maruziyetleri, kronolojik olarak sorguladım.					
49- Son bir yılda hastalarımın çalıştığı işi, sadece kamu görevlisi mi, özel sektör mü, ev hanımı mı					

ve emekli mi gibi genel hatları ile sorguladım.					
50- Son bir yılda hastalarımın çalıştığı iş kolunu ve asıl yaptığı işleri ayrıntılı sorguladım. (metal işçisi mi, matbaa çalışanı gibi detaylı olarak)					
51- Son bir yılda hastalarımın şikayetlerinin mesleği ile ilintili olup olmadığını düşüncesini sordum.					
52- Son bir yılda hastalarımın, iş arkadaşlarında benzer yakınmalar olup olmadığını sordum.					
53- Son bir yılda hastalarımın, daha önce iş ile ilgili sağlık sorunları olup olmadığını sordum.					
54- Son bir yılda hastalarımın, eğer kullanması gerekiyorsa, iş yerinde kişisel koruyucu donanım kullanma öyküsünü aldım.					
55- Son bir yılda hastalarımın temasta bulunduğu kişilerin mesleklerini sordum. (“take-home exposure” açısından)					

56- Son bir yılda hastalarımın şikâyetlerinin mesai saatleri içi ve dışında ki değişimini sordum. (hafta içi- hafta sonu)					
	Evet		Hayır		
57- En az bir defa, eğitim almakta olduğum uzmanlık alanımla ilgili meslek hastalığı tanısı koydum/hastalıkla karşılaştım.					
58- En az bir defa, eğitim almakta olduğum uzmanlık alanımla ilgili meslek hastalığı raporu düzenledim ve bildirdim.					
*Çocuk hastaları için ebeveynin mesleğini sorgulama durumu sorgulanacaktır					

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

10.2. EK-2: Etik Komisyon Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.06.2020-E.62021



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş. Gör. Dr. Melih Gaffar GOZUKARA'nın uzmanlık tez çalışması olan '*Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Bazı Araştırma Görevlisi Hekimlerin Meslek Hastalıkları Hakkındaki Bilgi, Tutumlarının İncelenmesi*' adlı çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun 07.01.2020 tarih ve 01 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanızın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bülgünüzü rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2020-309

Ek: 1 Liste



Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No: 5/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel: (312) 202 26 57 - 0 (312) 2... Faks: (312) 202 24 79
İnternet Adresi: <http://etikkomisyonu.gazi.edu.tr/>

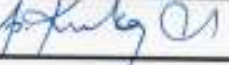
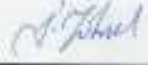
Bilgi için: E-posta: DOĞANAK
Birim: Evrak Sorumlusu
Telefon No: 03122022646

Bu belge 6079 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ÖLÇME DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU
KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 07/01/2020

TOPLANTI SAYISI : 01

ADI-SOYADI	İMZA
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN Başkan	
Prof.Dr.İsmail KARAKAYA Başkan Yrd.	
Prof.Dr.Galip YÜKSEL	KATILAMADI
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye Temel GENCER	
Prof.Dr. C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILAMADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Doç.Dr.Nihan KAFA	İZİNLI
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Necdet KARASU	KATILAMADI

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Melih Gaffar

Soyadı: Gözükkara

Doğum Yeri ve Tarihi: İstanbul-05.07.1989

Eğitimi:

2016-2020: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi

2015-2016: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Adli
Tıp Uzmanlığı Eğitimi

2015: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilimdalı, Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlığı
Eğitimi

2014: Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İç
Hastalıkları Uzmanlığı Eğitimi

2006-2012: Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Lisans Eğitimi

Yabancı Dili: Çok iyi derecede İngilizce