T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Serdar ÖZTORA

AİLE HEKİMLERİNİN MESLEK HASTALIKLARI KONUSUNDA BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Selime KARTAL

EDİRNE – 2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde büyük emeği geçen başta Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN ve tez hocam Prof. Dr. Serdar ÖZTORA olmak üzere, bana her zaman bir aile gibi davranan değerli hocalarım, Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN ve Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'e,

Trakya ailesine ait değerli çalışma arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca maddi ve manevi desteğini benden esirgemeyen annem Ava KESECİ, babam Mehmed KESECİ ve ağabeyim Şaban KESECİ'ye,

Hayatımızı birleştirdiğimizden beri, beni hep destekleyen sevgili eşim Şenol KARTAL'a ve uzmanlık eğitimimi neşelendiren canım kızıma şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 4

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ TANIMI 4

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ TARİHÇESİ 4

İŞ VE HASTALIK İLİŞKİSİ 5

MESLEK HASTALIĞIN TANIMI VE ÖZELLİKLERİ 5

MESLEK HASTALIKLARININ SINIFLANDIRILMASI 6

MESLEK HASTALIKLARININ TESPİTİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER 8

MESLEK HASTALIKLARININ TANISI VE BİLDİRİLMESİ 9

MESLEK HASTALIKLARINA KARŞI ALINACAK ÖNLEMLER 12

MESLEK HASTALIKLARININ ÖNLENMESİNDE TARAFLARIN YÜKÜMLÜLÜKLERİ 16

İŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ SAĞLIK RAPORLARI VE AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLİŞKİSİ 19

MESLEK HASTALIKLARI 20

GEREÇ VE YÖNTEMLER 34

BULGULAR 36

TARTIŞMA 64

SONUÇLAR 70
ÖZET 72
SUMMARY 74
KAYNAKLAR..... 76
EKLER.....80

SİMGE VE KISALTMALAR

AHB: Aile Hekimliği Birimi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

GİS: Gastro-İntestinal Sistem

İSG: İş Sağlığı ve Güvenliği

İLO: İnternational Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KİP: Kömür İşçisi Pnömokonyozu

OSGB: Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi

PSM: Periyodik Sağlık Muayenesi

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SSGSSK: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

SSYSK: Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulu

SGKYSK: Sosyal Güvenlik Kurumu Yüksek Sağlık Kurulu

SSS: Santral Sinir Sistem

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GİRİŞ VE AMAÇ

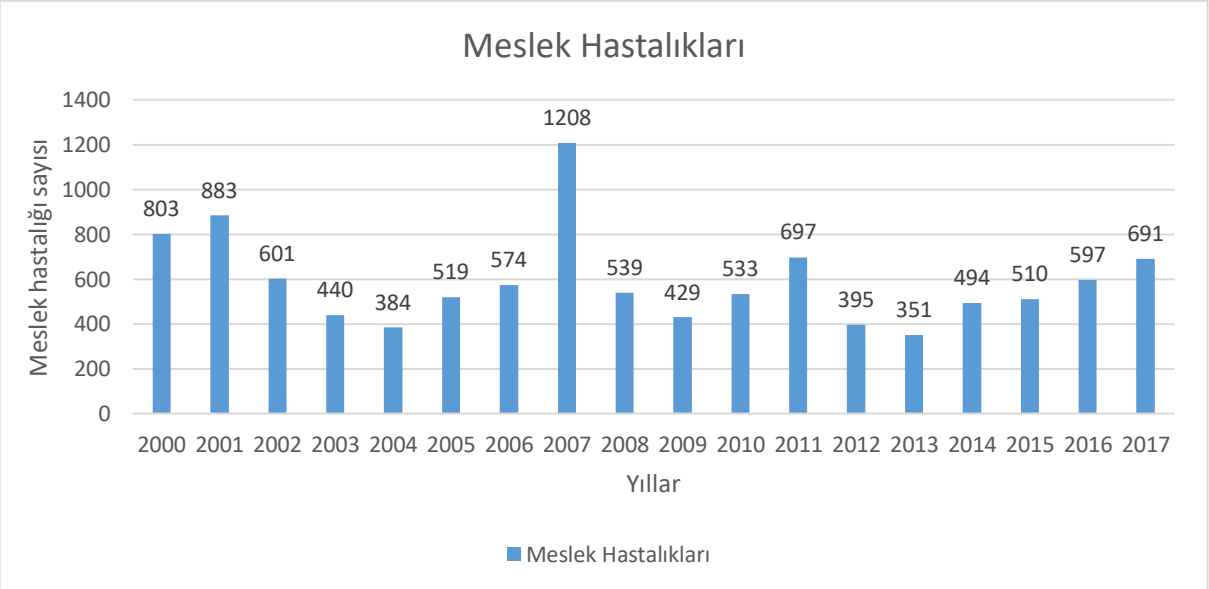
İnsanlığın varoluşundan beri çalışma hayatı da vardır. Sanayileşme ile beraber meslek hastalıkları da görülmeye başlanmıştır. Sağlıklı olma hakkı olduğu gibi sağlıklı çalışma hakkı da evrensel insan haklarındandır. 1919 yılında tüm dünyada çalışan insanların haklarını korumak adına Uluslararası Çalışma Örgütü (İLO) kurulmuştur. Ülkelerin iş sağlığını ve güvenliğini takip eden bu kuruluşun verilerine göre, her gün yaklaşık 6000 işçi iş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütünün tahmini raporlarına göre her yıl 160 milyon kişi ölümcül olmayan meslek hastalığına yakalanmaktadırlar (1,2). Ayrıca her sene 1,7 milyon çalışan meslek hastalığı nedeniyle hayatını kaybetmektedir (3). İLO, bazı ülkelerin ve bölgelerin meslek hastalığına ve iş kazalarına bağlı ölüm istatistiklerini kullanarak, dünya genelinde bir tahmin raporu yayınlamıştır. Bu rapora göre, 2002 yılında 2 milyon meslek hastalığı ölümle sonuçlanmış iken, 2003 yılında 360,000 iş kazası ölümle sonuçlandığı tespit edilmiştir. Buna göre meslek hastalıklarına bağlı ölümler, iş kazalarına oranla yaklaşık 5,5 kat daha fazladır (4,5).

İş kazalarına karşın, meslek hastalıkları çoğu zaman geç fark edilmektedir. Bu süre içerisinde hastalık ilerlemektedir, verilen tedaviler ağırlaşmaktadır ve aynı iş kolunda çalışan işçiler risk taşımaktadır. Bu nedenle İLO, meslek hastalığı için "gizli salgın" ifadesini kullanmıştır (2,6). Meslek hastalıklarının ve iş kazalarının dünyadaki milli hasılatın %4'ü kadar olduğu tahmin edilmektedir. Küresel ekonomik maliyetlerde yaklaşık 2,8 trilyon dolar kadar zarara neden olmaktadır (2,7).

Ülkeler arasında değişim göstermekle beraber, senede her bin işçi için 4-12 meslek hastalığı vakası beklenmektedir. Bu bağlamda ülkemizde sigortalı çalışan sayısını baz alarak, her yıl 20,000-60,000 yeni meslek hastalığı olgusu saptanması beklenmektedir (6). Fakat Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) istatistik yıllıklarına baktığımızda, 18 yıllık verilerine göre, toplamda 10,648 meslek hastalığı bildirilmiştir. Şekil 1' de 2007-2017 yılları arasında bildirilen meslek hastalığı sayıları gösterilmiştir. Bu rakamlar yasal tanı almış meslek hastalığı sayısını yansıtmaktadır. Tıbbi tanı almış olup, henüz yasal tanı almamış meslek hastalıkları SGK istatistik yıllıklarına eklenmemiştir (8).

Diğer yandan gelişmiş ülkelerin meslek hastalıklarının ve iş kazalarının sayılarına baktığımızda, birbirine yakın değerler olduğu görülmektedir (9). Oysa ülkemizde iş kazaları belirgin olarak daha yüksektir. Örneğin 2017 yılında 359,653 iş kazası bildirilmiş iken, aynı yılda 691 meslek hastalığı bildirilmiştir (10). Bu rakamlar Türkiye'de meslek hastalıkları ya az görülmektedir ya da tanı ve bildirim aşamalarında sorunlar yaşandığını göstermektedir. İş kazaları sayıları ile kıyaslayacak olursak ülkemiz iş sağlığı ve güvenliği konusunda pek de ileri düzeyde olduğu söylenemez. Ayrıca iş sağlığı ve güvenliğin kapsamındaki iş yeri hekimleri bu konuda yetersiz olduğu düşündürmektedir.

İş kazalarının ve meslek hastalıklarının ülkemize getirdikleri ekonomik maliyeti, 2005-2014 yıllık süre içerisinde 67,887,000,000 TL olarak tespit edilmiştir (7).



Şekil 1: 2007-2017 yılları arasında bildirilen meslek hastalığı sayıları. Kaynak: SGK İstatistik Yıllıkları (10, 11).

Sağlık sisteminin ilk giriş noktası olan aile hekimliği, herhangi bir ayırım yapmadan, tıbbi bakım arayan herkese sürekli ve kapsamlı bakım sağlamaktadır (12,13). Aile hekimliği uygulama kapsamında hem düşük prevalans hastalıklarıyla hem de yüksek prevalans hastalıklarıyla karşılaşabilmektedir. Bu çeşitliliği yönetebilmek için aile hekimleri, Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) karşılaşabilecekleri her sağlık sorununu yönetebilmeli, özgül problem çözebilme potansiyelinde olmalıdırlar (14).

Aile hekimlerinin görevleri arasında sağlığı geliştirmek, koruyucu bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunmak yer almaktadır (12). Bu noktada, meslek hastalıklarının halk sağlığını tehdit eden bir durum olmaları, önlenebilir olmaları, erken tanındıklarında sadece o bireye yararı olmayıp, diğer risk altındaki kişilere de yararlanabilme olanağı sağlayabilmeleri ve hastalık sonrası kişinin desteklenmesi için uygulanan işlemler bakımından meslek hastalıklarını birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardan ayrılamaz bir parça haline getirmiştir.

Bu amaçla planlanan anketimizdeki sorularda, aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda eğitim durumları, işle ilişkili sorunlarla Aile Hekimliği Birimlerine ne kadar hasta başvurduğu, meslek hastalıkları ile karşılaştıklarında nasıl bir yol izledikleri ve ne önlemler aldıkları sorgulanmaktadır. Buradan elde edilen bilgilerle Edirne il merkezindeki aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusundaki farkındalık düzeyleri hakkında bilgi sahibi olunmak hedeflenmiştir. Çalışmanın sonuçlarıyla meslek hastalıkları konusunda olası bilgi eksiklikleri ortaya konularak, alınacak önlemlere öncülük edilmesi ve halk sağlığının korunmasında faydalı olunmak amaçlanmaktadır.

GENEL BİLGİLER

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ TANIMI

Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) komisyonu tarafından yapılan tanımlamaya göre, *''iş sağlığı, tüm mesleklerde çalışan bireylerin bedenen, ruhen ve sosyal refahlarını en üst düzeye çıkarmak, sürdürmek ve geliştirmek için yapılan çalışmadır''*(3).

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ TARİHÇESİ

Dünyada İş Sağlığı ve Güvenliği Tarihçesi

İş sağlığı tarihçesi M.Ö. 384 yılına kadar dayanmaktadır (15). Paracelsus (1493-1541) "De Morbis Metallicis" adlı eserinde bugünkü pnömokonyozların klinik bulgularından bahsetmiştir. İş yeri hekimliğinde ilk eser olarak sayılmaktadır. Agricola-George Bauer (1494-1555) "De re Metallica" isimli kitabında maden ocaklarındaki işçilerin maske kullanmasını önermiştir. Tozdan korunma yöntemlerinden bahsetmiştir (16). İtalyan Epidemiyolog Bernardino Ramazzini "De Morbis Artificum Diatribata" adlı kitabında meslek hastalıkların ve iş kazaların önlenmesi için iş yerlerinde koruyucu güvenlik önlemlerinin alınmasını önermiş olup modern iş sağlığı ve güvenliğinin kurucusu olarak anılmıştır.

Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği Tarihçesi

Türkiye'de ilk defa 1865 yılında yayımlanan ve kömür madenlerindeki koşulları düzenleyen Dilaver Paşa Nizamnamesidir (9). Maaddin Nizamnamesinde (1869) iş kazaları sonucunda tazminattan bahsedilmiştir (16). Türkiye'de ilk meslek hastalıkları hastanesi İstanbul'da 1949 yılında açılmıştır (15).

Günümüze kadar iş sağlığı ve güvenliği konusunda birçok yasalar, kanunlar ve düzenlemeler yapılmıştır. En son 30 Haziran 2012 tarihinde yürürlüğe giren İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (İSG Kanunu) ile kapsam genişletilerek, iş sağlığı ve güvenliği tüm işletmelerde zorunluluk haline getirilmiştir.

İŞ VE HASTALIK İLİŞKİSİ

Meslek hastalığı, temelinde bir hastalıktır ancak belli hastalığın meslek hastalığı olarak değerlendirebilmesi için yapılan iş, iş ortamı ve iş koşulları ile hastalık arasında güçlü bir bağ olması gerekmektedir. Fakat her zaman bu ilişkiyi belirlemek kolay değildir. Bu nedenle iş ve hastalık ilişkisini daha iyi anlayabilmek için tasnif etmeye ihtiyacı duyulmuştur;

Meslek Hastalığı

Hastalık ve iş arasındaki bağlantı güçlüdür ve meslek hastalığına neden olan etmen genellikle tektir. Genel toplumda bu hastalıklar görülememektedir. Örneğin bisinozis sadece pamukla uğraşan işçilerde görülebilen bir meslek hastalığıdır.

İşle İlgili Hastalıklar

Burada hastalık-iş arasındaki ilişki daha karmaşık ve kompleks bir etiyolojiye sahiptir. Kişinin fizyolojik özellikleri (genetik yatkınlık, yaş, cinsiyet vb) ve çevresel faktörlerin yanında, çalışma ortamındaki faktörler de rol oynamaktadır. Bu faktörler hastalığın seyrini etkileyebilmektedir. İşle ilgili hastalıklar genel toplumda da görülebilen hastalıklardır. Örneğin astım hastalığı, hem astım yapıcı bir işte çalışanlarda hem de genel toplumda görülebilen hastalıktır.

Çalışan Popülasyonu Etkileyen Hastalıklar

Bu hastalıklar doğrudan mesleğe bağlı olamasa da işyerindeki zararlı etkenlerle tetiklenebilir. Belli hastalığın çalışan popülasyonunda genel topluma göre daha fazla görülmesidir (3,17).

MESLEK HASTALIĞININ TANIMI VE ÖZELLİKLERİ

Meslek Hastalığının Tanımı

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa göre meslek hastalığı "*Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalıktır"*(18).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa (SSGSSK) göre ise, "*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 halleridir" (19).

İLO ve WHO ortak komisyonun yaptığı tanımlamaya göre, meslek hastalıklarının iş yerinde bulunan zararlı etken ile hastalık arasında güçlü bir neden-sonuç ilişkisi olmalıdır. Genellikle meslek hastalığına sebep olan zararlı etken tektir ve bu etken işyerinden kaynaklanmaktadır (17,20).

Meslek Hastalığının Özellikleri

Meslek hastalıklarının etmeni net bilindiği için tamamıyla önlenebilen hastalıklardır. Önlem alınamazsa ilerlerler, tedavileri zorlaşır ve aynı işkolunda diğer çalışanlar için risk oluşturmaktadır.

Meslek hastalığı tespit edilen tüm olgular adli vakadır ve bildirimleri zorunludur. Tazminat gerektirdikleri için yasal boyutu da vardır. Bu anlamda hekimlere meslek hastalıklarını tanıma ve bildirme sorumluluğu getirmektedir (4,20).

Meslek hastalıklarından bahsedilecekse iki önemli hususu unutmamak gerekir. Birincisi maruziyet süresi, ikincisi de yükümlülük süresidir.

Maruziyet süresi: hastalık etkeni ile temasın başlaması ile hastalık belirtilerinin baş göstermesi arasında geçen en kısa süre olarak tanımlanmaktadır. Örneğin gürültüye bağlı işitme kaybı meslek hastalığı olarak sayılabilmesi için, işçinin sürekli (her gün 8 saat) ve en az iki yıl gürültülü işlerde çalışmış olması gereklidir.

Yükümlülük süresi: hastalık yapan etkene maruziyetin sonlandırmasıyla hastalık çıkması arasındaki en uzun süre olarak tanımlanmaktadır (örn; gürültü için yükümlülük süresi 6 aydır). Bulaşıcı hastalıklar için bu süre kuluçka süresi kadardır (20).

MESLEK HASTALIKLARININ SINIFLANDIRILMASI

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün Sınıflandırılması

İLO tarafından oluşturulan ve 2010 yılında revize edilen meslek hastalıkları listesinde, meslek hastalıkları üç ana gruba ele alınmıştır.

a) İş ortamından kaynaklanan etkenlere bağlı meslek hastalıkları:

- Kimyasal,
- Fiziksel,
- Biyolojik etkenlere bağlı meslek hastalıkları

b) Hedef organa bağlı meslek hastalıkları:

- Solunum sistemi meslek hastalıkları,
- Cilt hastalıkları,
- Kas iskelet sistemi bozuklukları,
- Zihinsel ve davranışsal bozukluklar.

c) **Mesleki kanserler ve diğer meslek hastalıkları** şeklinde 3 ana gruba ele alınmıştır.

Meslek Hastalıkları Neden Olan Etmenlere Göre Sınıflandırılması

a) **Kimyasal etmenlere bağlı meslek hastalıklar:**
   - Metaller,
   - Solventler (çözücüler),
   - Gazlar,
   - Pestisitler,
   - Asit ve alkali maddeler.

b) **Fiziksel etmenlere bağlı meslek hastalıkları:**
   - Gürültü,
   - Titreşim,
   - Basınç,
   - Termal konfor,
   - Tozlar,
   - Radyasyon.

c) **Biyolojik etkenlere bağlı meslek hastalıkları:**
   - Bakteriler,
   - Virüsler,
   - Biyoteknolojik etkenler,

d) **Psikososyal etmenlere bağlı meslek hastalıkalrı:**
   - Monoton iş,
   - Uzun süre dikkat gerektiren işler,
   - Yöneticilik vb.

e) **Ergonomik nedenlere bağlı meslek hastalıkları:**
   - Ağır kaldırma veya taşıma,
   - Ağır bedensel hareket,
   - Uygun olmayan postür (3,21,22).

Türkiye'de Meslek Hastalıklarının Sınıflandırılması

Sosyal Sigortalar Kanunu Sağlık İşlemleri Tüzüğünde meslek hastalıkları organ ve etkene göre yapılan sınıflandırmaları 5 ana gruba birleştirilerek yapmıştır (23).

Türkiye'de Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Tespit İşlemleri Yönetmeliğin ekinde yer alan meslek hastalıkları listesi Tablo 1' de gösterilmiştir (20).

Tablo 1. Türkiye'de meslek hastalıkların sınıflandırılması

Ana Grup	Alt Grup
A Grubu: Mesleki Kimyasal Hastalıklar	25 alt grupta 67 hastalık
B Grubu: Mesleki Cilt hastalıkları	2 alt grupta Deri Kanseri & Kanser dışı deri hastalıkları
C Grubu: Mesleki Solunum Sistemi hastalıkları ve Pnömokonyozlar	6 alt grupta 9 hastalık
D Grubu: Mesleki Bulaşıcı Hastalıkları	4 alt grupta 30 hastalık
E Grubu: Fiziksel Etmenlerle Olan Meslek Hastalıkları	7 alt grupta 12 hastalık

MESLEK HASTALIKLARININ TESPİTİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Meslek Hastalıkları Listesi

Türkiye yasal çerçevesinde hangi hastalıkların meslek hastalığı sayılacağı Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğün hükümlerine göre ve Tüzüğe ekli meslek hastalıkları listesine göre tespit ve tayini ile yapılmaktadır. Ayrıca çalışanın fiilen işten ayrıldıktan sonra ortaya çıkan hastalıklarının yükümlülük sürelerini belirleyerek meslek hastalığı olarak kabul edileceğine yönelik bu Tüzüğün çerçevesinde yapılmaktadır.

Liste usulünde, çalışanın maruz kaldığı hastalığının meslek hastalığı olup olmadığını ispat etmesine gerek yoktur. Hastalığın listede yer alan bir hastalık olduğunun ispatı yeterlidir.

Meslek Hastalıkları Listesinde Yer Almayan Hastalıklar

Tespit edilen hastalık listede yer almıyor ise ve meslek hastalığı sayılıp sayılmayacağı konusunda çıkan uyuşmazlıklar söz konusu ise Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulunca (SSYSK) inceleme yapılır ve karara bağlanır (24).

Sosyal Sigorta İşlemeleri Tüzüğün 63. Maddenin ek fıkrasında *"Ek fıkra: 7/16989 - 12.11.1978) Herhangi bir meslek hastalığının klinik ve laboratuvar bulgularıyla kesinleştiği ve*

meslek hastalığına yol açan etkenin, işyeri incelenmesiyle kanıtlandığı hallerde, meslek hastalıkları listesindeki yükümlülük süresi aşılmış olsa bile, söz konusu hastalık, Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun onayı ile meslek hastalığı sayılabilir." (23).

Ülkemizde meslek hastalıkların tespitinde her iki yöntem de kullanılmaktadır.

MESLEK HASTALIKLARININ TANISI VE BİLDİRİLMESİ

Çok az sayıda meslek hastalığı patognomonik klinik ve laboratuvar prezantasyon ile karşımıza çıkmaktadır (örn: benzen intoksikasyonunda-anemi, asbeste bağlı fibrozis, beriliyuma bağlı beriliyozis granuloma, silikaya bağlı silika nodülleri vb.). Çoğu meslek hastalığının tanısı klinik ve laboratuvar bulgularla kolay konulamamaktadır. Bu noktada büyük önem taşıyan mesleki maruziyet öyküsüdür. Laboratuvar testleri tanıya yardımcıdır (3).

Diğer tıbbi durumlarda olduğu gibi, meslek hastalıkların tanısı da öykü, fizik muayene ve laboratuvar yöntemleri kullanılarak yapılmaktadır. Meslek hastalığın tanısında önemli olan, hastalığa yol açan zararlı etkenin işyerinden kaynaklandığını kanıtlanmasıdır (25).

Meslek Hastalığı Tanısı Konulmasında Gerekenler

a) Hastalığın yapılan işle zorunlu illiyet bağının olması,
b) İşçinin sigortalı olması,
c) Çalışanın, belirlenen maruziyet süresinin üzerinde bir maruziyet süresinde çalışmış olması,
d) Belirlenen yükümlülük süre sınırlarının içerisinde olması,
e) Hastalığın yetkilendirilmiş sağlık kuruluş tarafından sağlık raporu ile kanıtlanmış olması,
f) Hastalığın Kurum Sağlık Kurulu tarafından onaylanmış olması.

Gerekli görülmesi halinde Sosyal Güvenlik Kurumu Yüksek Sağlık Kurulu (SGK YSK) tarafından hastalık incelenir, listede olmayan hastalığı, maruziyet süresinin altında veya yükümlülük süresinin dışında vakaya göre meslek hastalığı kapsamına alabilmektedir (24).

Meslek Hastalıklarının Tıbbi Tanısı

Meslek hastalıklarının tanınmasında tıbbi öykünün yanında mesleki ve maruziyet öykülerinin alınması büyük önem taşımaktadır (3). Hekimler mesleki anamnez alırken dört temel soru ile meslek hastalığını mesleki olmayan hastalıktan ayırt edebilmektedir. Zaman ilişkisini anlamak için, maruziyet başlangıcı ve semptomların başlaması arasındaki süre sorgulanmalıdır. Doz-etki ilişkisini anlamak için, zararlı etkene maruz kalındığı ve kalınmadığı

dönemlerde semptomların kötüleşip kötüleşmediği sorgulanmalıdır. Aynı iş kolunda çalışan diğer işçilerde benzer etki olup olmadığı, mesleki etkenle güçlü ilişkinin göstergesidir (17,26). Meslek hastalığın tespitinde fiziki muayene ve laboratuvar tetkikleri tanıda yardımcıdır (25).

Meslek hastalıkların tanınmasında kullanılan laboratuvar testler:

a) Kan sayımı, akciğer grafisi, elektrokardiyografi, tam idrar tetkiki gibi rutin sağlık tarama testleri.
b) Özgül olmayan testler (solunum fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri vb).
c) Özgül testler (tolüen maruziyetinde idrarda hippuric acid tayini, kanda inorganik kurşun düzeyi vb).
d) Genetik ve alerjik testler: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında serum alpha 1 antitripsin düzeyi, kimyasallara bağlı hemolizde glükoz 6- fosfat eksikliği tayini, hipersensitivitede Ig E ve Ig G gibi) (3).

Meslek Hastalıklarının Yasal Tanısı

Meslek hastalıklarının tanı sürecinde ve bu süreçte yürütülecek işlemler, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinde yer almaktadır.

Meslek hastalığı ön tanısı ile sigortalının Sosyal Güvenlik Merkezine başvuru yolları:

a) İşyeri hekimince sigortalının sevk edilmesi,
b) Sigortalının SGK 'ya şahsi başvurusu,
c) Sigortalının meslek hastalığı iddiası ile yetkili hastanelere şahsi başvurusu,
d) Sağlık hizmeti sunucuları (aile hekimi, poliklinik, tıp merkezi, özel hastane vb.) tarafından sigortalının sevk edilmesi.

Meslek hastalığı olup olmadığı kararı ve buna bağlı sürekli iş göremezlik tespiti, SGK sağlık kurulunca, Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğin hükümlerine göre yapılmaktadır.

Meslek hastalığı sonucunda maluliyet oranı tespit edilmesi talebinde bulunan sigortalı, bağlı bulunduğu SGK İl Müdürlüğüne ya da Merkez Müdürlüğüne başvurmalıdır.

Meslek hastalığın tespitinde sağlık kurulu rapor düzenlemek üzere, kurumca yetkilendirilmiş sağlık hizmeti sunucularına sevk eder. Yetkilendirilmiş sağlık sunucuları; Sağlık Bakanlığı Meslek Hastalıkları Hastaneleri (Ankara, İstanbul, Zonguldak), Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleridir. Sevk sonucu düzenlenen sağlık raporu,

hastalığa ilişkin tıbbi belgeler ve SGK tarafından düzenlenen işyeri analizi belirtir rapordan oluşan dosya hazırlanmaktadır.

Meslek hastalığı kararı ve mevcut hastalığın çalışma gücünde ve meslekte kazanma gücü oranında kayba yol açıp açmadığı oran tespiti için hazırlanan bu dosya Kurum (SGK) Sağlık Kuruluna gönderilir (27). Burada sürekli iş göremezlik %0-%100 aralığında bir maluliyet derecesi hesaplanmaktadır. Tespit edilen oran %10 ve üzerinde ise sigortalı sürekli iş göremezlik gelirini hak kazanmaktadır. Oran % 60 ve üzerinde olması ve sigorta şartları karşılaması halinde malul sayılan sigortalıya emekli aylık bağlanmaktadır (28).

Sigortalı meslek hastalığı nedeniyle hayatını kaybetmiş ise hak sahiplerine ölüm geliri bağlanmaktadır (29).

Kurum Sağlık Kurulunca verilen karara karşı yapılan itirazlar, SSYSK' ya yapılmakta ve incelemeye alınmaktadır (Şekil 2) (27).

Meslek Hastalıklarının Bildirimi

Meslek hastalıklarının bildirimi 6331 sayılı İSG kanunun 14.maddesinde belirlenen hususlara göre yapılmaktadır;

"(2) İşveren, aşağıdaki hallerde belirtilen sürede Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirimde bulunur:

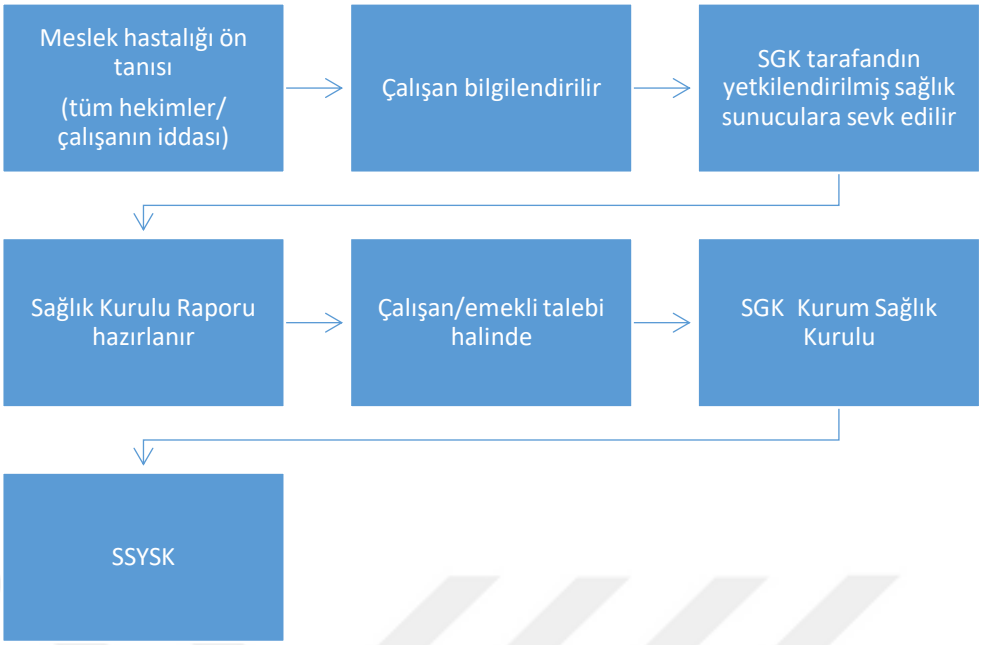
a) İş kazalarını kazadan sonraki üç iş günü içinde.

b) Sağlık hizmeti sunucuları veya işyeri hekimi tarafından kendisine bildirilen meslek hastalıklarını, öğrendiği tarihten itibaren üç iş günü içinde.

(3) İşyeri hekimi veya sağlık hizmeti sunucuları; meslek hastalığı ön tanısı koydukları vakaları, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına sevk eder.

(4) Sağlık hizmeti sunucuları kendilerine intikal eden iş kazalarını, yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları ise meslek hastalığı tanısı koydukları vakaları en geç on gün içinde Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirir.

(5) Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınarak Bakanlıkça belirlenir" (18).



Şekil 2. Meslek hastalıklarının sevk ve bildirim aşamaları.

Meslek Hastalıklarının Erken Tanı Tespiti ve Hekimlerin Rolleri

Periyodik sağlık muayenelerine (PSM) verilen önem ile hastalığın erken tanı arasında doğru orantılı bir ilişki mevcuttur. PSM meslek hastalıklarının erken tanısı için de aynı önemi taşımaktadır. Meslek hastalığın erken tanı tespitinde hekimin, çalışma ortam ve hastalık arasında illiyet bağının kurması gereklidir. Bunun için hekimin işyerinde olan riskleri iyi bilmelidir.

İşyeri hekimi bulunmayan işyerlerinde, Ortak Sağlık Güvenlik Birimi (OSGB) hekimi, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) hekimi, aile hekimi ve ikinci basamak hastanelerinde çalışan tüm hekimler meslek hastalığından şüphelendiğinde, çalışanları yetkilendirilmiş sağlık kuruluşlarına sevk etmelidir (30).

MESLEK HASTALIKLARINA KARŞI ALINACAK ÖNLEMLER

İş Sağlığı Gözetimi

İş sağlığı gözetimi kavramı, çalışan sağlığı gözetimin yanında çalışma ortamın gözetimini de kapsamaktadır. Çalışan sağlığı korunması ve geliştirilmesi amacıyla yapılan tıbbi muayeneler, tetkikler ve bağışıklamayı içermektedir. Bunun yanında kayıt, değerlendirme,

bildirim, ilkyardım, acil tedavi, rehabilitasyon gibi bir çok hizmet iş sağlığı gözetimin kapsamındadır (30).

6331 Sayılı Kanunun 15. Maddesi uyarınca işveren, işyerinde sağlık ve güvenlik risklerini dikkate alarak, çalışanlarını sağlık gözetimine tabi tutmaktadır. Çalışanlar, işe girişinde, iş değişikliğinde, tekrarlanan işten uzaklaşmalar sonrasında işe dönüşlerinde talep etmeleri halinde ve Bakanlıkça belirlenen düzenli aralıklarla (az tehlikeli işyeri için 5 yılda bir, tehlikeli sınıfı için 3 yılda bir, çok tehlikeli sınıfı için her yıl) sağlık gözetimine tabi tutulmaktadır.

Zararlı etkenin çalışma ortamından yok edilmesi, kontrol altında alınması veya çalışanlarla temasının kesilmesi, meslek hastalıklarından korunmak tam olarak mümkündür. Güvenli bir iş ortamı oluşturulabilmesi için yapılan asıl işin insan sağlığı üzerindeki etkilerini iyi bilinmesi gerektirmektedir (25). Bu bağlamda alınacak teknik ve tıbbi önlemler önem taşımaktadır.

Kaynağa Yönelik Teknik Önlemler

Meslek hastalıklarına karşı önlemler alınırken öncellikli olarak toplu korunma yöntemleri uygulanmaktadır. Hastalık veya kaza başlamadan önce var olan riskler ve nedensel etkenler kontrol altına alınmaktadır. Çalışanların sağlığı ve güvenliğini sağlamak, sağlığı sürdürmek ve geliştirmek amacıyla, işveren, risk değerlendirilmesi yapmak ve yaptırmakla yükümlüdür.

Risk değerlendirilmesi aşamaları:

Tüm risklerin değerlendirilmesi ve tehlikelerin belirlenmesi, iş yerin kuruluş ve tasarım aşamalarında başlamaktadır. Tehlikeleri tanımlanırken, çalışma ortamında bulunan ve çalışan sağlığını etkileyecek olan tüm kaynaklar (fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikososyal, ergonomik vb.) dikkate alınmaktadır. Tespit edilen tehlikelerden kaynaklanabilecek risklerin ne sıklıkta oluşabileceği, kimleri etkileyeceği, nelerin, ne şeklinde ve hangi şiddette zarar görebileceği belirlenmektedir ve analiz edilmektedir. Analiz edilen bu risklerin kontrolü için planlama yapılmaktadır. Risk kontrol tedbirlerinin kararlaştırıldıktan sonra, tehlikeler yok edilmektedir, yok edilemiyorsa, kabul edilebilir düzeyde azaltılmaktadır veya daha az tehlikeli etken ile değiştirilmektedir.

Risk değerlendirilmesi tehlike sınıfına bağlı olarak belli aralıklarla tekrarlanmaktadır. Çok tehlikeli, tehlikeli ve az tehlikeli işyerlerinde sırayla iki, dört ve altı yılda bir yenilenmektedir (31).

Tıbbi Önlemler

İşe giriş muayenesi:

Çalışanı uygun işe yerleştirmek amacıyla yapılmaktadır. İşçinin çalışacağı işyerinde var olan tüm riskler dikkate alınarak bu risklere yönelik anamnez, fizik muayene ve tetkik yapılmalıdır. Bu nedenle işe giriş raporu veren hekim, işyerini çok yönlü tanıması gerekmektedir.

Kontrol muayeneleri:

a) Erken kontrol muayenesi:

İşe giriş muayenesinden sonraki en erken muayenesidir ve işe giriş muayenesi olduğu gibi, durum tespiti amacıyla yapılmaktadır. Adaptasyon muayenesi olarak da adlandırılmaktadır. Yasal olarak işe giriş muayenesinden 1 yıl sonra yapılmaktadır ancak bazı iş kollarında süreler daha kısa tutulabilmektedir. Erken dönemde çalışma ortamından kaynaklanabilecek (kimyasal madde vb.) veya sigortalının kronik rahatsızlığı nedeniyle meslek hastalığını tetikleyebilecek durumlar belirlenmektedir. Bu muayene ile çalışanın işle uyumunu biyopsikososyal açıdan tekrar değerlendirilmektedir. Gerektiğinde iş değişimi yapılmaktadır (30).

b) Periyodik muayenesi (aralıklı kontrol muayenesi):

Diğer tüm hastalıklar olduğu gibi, periyodik muayeneler, meslek hastalığın erken tanı tespiti için de yapılmaktadır. İşe giriş muayenesinin devamıdır. Periyodik muayeneler erken dönemde, çalışma ortamından kaynaklanabilecek etkileşimleri belirleyerek zamanında önlem almayı amaçlamaktır (32).

c) İşe dönüş muayenesi:

Hastalık sonucu veya herhangi bir nedenle işten uzun süre ayrıldığında, çalışanların işe dönüşlerinde performanslarını tekrar değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Bu muayene ile işçi iş uyumu tekrar gözden geçirilmektedir (Şekil 3).

Özeliği olan muayeneler:

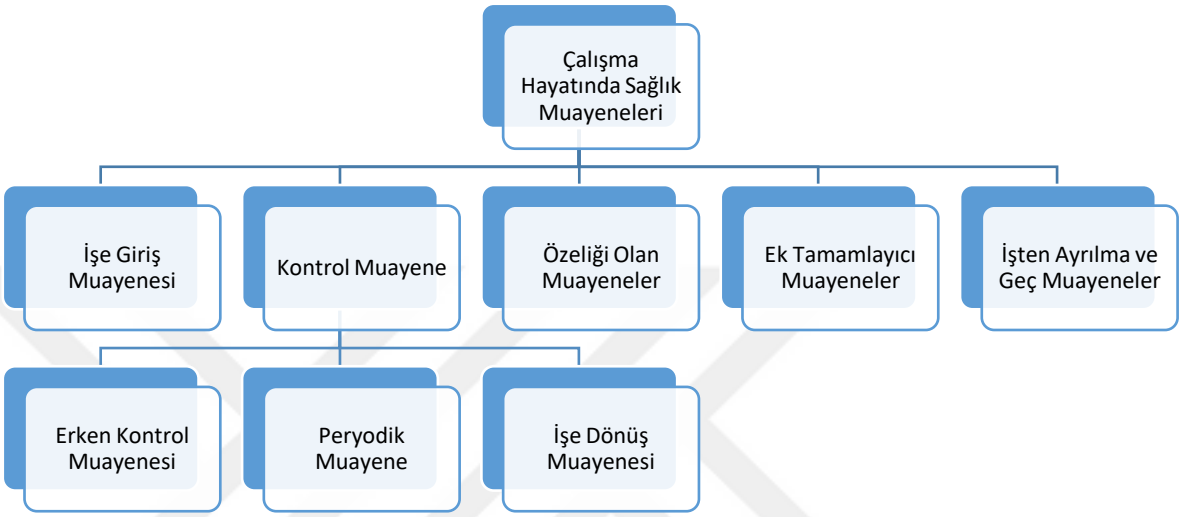
İşe giriş ve periyodik muayenelerin yetersiz kaldığı bazı iş kollarında yapılmaktadır. Örneğin; gıda işlerinde çalışacak olanlar için portör muayenesi, şoförlük yapacak olanlar için ek psikoteknik değerlendirme ve psikiyatri uzman muayenesi vb (Şekil 3).

Ek tamamlayıcı muayeneler ve testler:

Bazı işkollarında çalışan işçilere işe giriş muayenesi ve periyodik muayenelere ek olarak tamamlayıcı muayeneler ve/veya testler yapılmaktadır. Tehlikeli kimyasallar, gürültü, yüksek basınç, tozlu ortam, radyoaktif maddelerle çalışan işyerleri buna örnektir (Şekil 3).

İşten ayrıldıktan sonra ve geç muayeneler:

Meslek hastalıkların yükümlülük süreleri hastalığa göre 3 gün ile 15 yıl arasında değişmektedir. Bu nedenle işten ayrılırken ve sonrasında çalışanlar izlenmelidir. İşten ayrılırken yapılan muayenelerin yasal zorunluluğu nedeniyle yapılsa da devamında geç muayeneler için herhangi bir düzenleme olmadığından yapılmamaktadır (Şekil 3).



Şekil 3. Çalışma hayatında sağlık muayeneleri.

Çalışma Hayatında Sağlık Eğitimleri

Sağlık eğitimi ile sadece meslek hastalıkları değil, bütün hastalıklardan korunma, sağlığı geliştirme ve çalışanlarda olumlu davranış değişikliği sağlamak bakımından gereklidir. Çalışma ortamındaki tehlike kaynakları, riskler, korunma yolları, acil durumlar, iş kazaları, meslek hastalıkları vb. konularda çalışanlara yapılacak eğitimler tüm işyeri çalışanlarını kapsamalı, işverenler ve diğer yöneticiler de sorumluluk ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirilmelidir (24,30).

Çalışma Hayatında Bağışıklama

Biyolojik etkenlere maruz kalan çalışanların sağlık gözetimi yapılırken, maruz koşulları belirlenir ve gerektiğinde, biyolojik etkene karşı henüz bağışıklığı olmayan çalışanlar için koruyucu aşılama yarar zarar oranları göz önünde bulundurularak yapılmaktadır (33).

İş Hijyeni

İş hijyeni, çalışma ortamında ve çevresinde, çalışan sağlığına zarar verebilecek ve iyilik hallerini bozabilecek tehlikelerin ve risklerin önceden tahmin edilmesi, değerlendirilmesi ve kontrol altına alınmasıdır. Bu işlemler için biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik, psikolojik

gibi tüm etmenlere karşı tedbir alınmalıdır. Çalışanların kişisel ve grupsal eğitimleri bu uygulamaların temelindedir (34).

Çalışma Hayatında Beslenme

Çalışanların sağlık riskleri ve çalışma koşulları göz önüne bulundurularak dengeli beslenme programı hazırlanmalıdır. Yapılan işin ağırlık derecesine göre günlük enerji gereksinimleri belirlenmelidir. Bunu karşılayacak şekilde günlük, haftalık ve aylık beslenme programları düzenlenmelidir (30).

Tıbbi Rehabilitasyon

Rehabilitasyon, doğuştan veya sonradan kazanılmış hastalık, kaza ya da yaralanma nedeniyle yeteneklerinin bir kısmını kaybetmiş bireylerin, kendilerine, ailelerine, topluma daha yararlı olmalarını sağlamayı amaçlayan, kalıcı sakatlıkların sonuçlarını en aza indirmek için düzenlenen ve yaşam kalitesini en üst düzeye ulaştırmayı hedefleyen tedavi edici bir çalışma sürecidir (35).

Mesleki Rehabilitasyon

"Mesleki rehabilitasyon; yaralanma, bozukluk veya bir hastalık sonrası, kişinin işe dönmesi için karşılaştığı bariyerlerin üstesinden gelinmesi sürecidir"(36).

Mesleki rehabilitasyon hizmeti, bireylerin mesleklerinde ilerlemeleri mesleki rehberlik, yeni meslek edinme çalışmaları, mesleki eğitimler gibi bir çok uygulamaları kapsamaktadır.

Mesleki rehabilitasyonun, tıbbi rehabilitasyonundan temel farkı, kişinin bulunduğu sağlık durumunu iyileştirmek değil, bireye mevcut sağlık durumuna uygun mesleği bulmaktır (30,36).

Çalışana Yönelik Önlemler

Risklerin, toplu korunmayı sağlayacak önlemlerle tam olarak engellenemediğinde ve çalışanın sağlığını tehdit etmesi durumunda çalışana yönelik önlemler alınmaktadır. Bu amaçla kişisel koruyucu donanımlar (KKD) kullanılmaktadır. KKD'ler, "*kişilerce bir veya birden fazla sağlık ve güvenlik riskine karşı korunmak amacıyla giyilmek veya tutulmak üzere tasarlanmış ve imal edilmiş donanım"* olarak tanımlanmaktadır. KKD kullanımıyla meydana gelebilecek risk ve tehlikelerin en aza indirilmeye amaçlanmıştır (37).

MESLEK HASTALIKLARININ ÖNLENMESİNDE TARAFLARIN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Meslek Hastalığın önlemesinde, Devlet, işveren ve çalışanlara bazı görevler düşmektedir. Üç taraftan da bu görevler yerine getirildiğinde başarılı sonuçlar elde edilecektir.

Devletin Yükümlülükleri

Devlet, işveren ve çalışanları kollamalı ve gözetmelidir. Çalışan haklarını koruyarak, çalışma şartlarını düzenleyerek, çalışanların hayat seviyelerini yükseltmek amacıyla uygun ortamlar oluşturmak için gerekli tedbirler alarak ve çalışanların lehine mevzuatlar çıkartarak bu görevini yerine getirmektedir. Gerektiğinde denetlemeler yapar ve işverenlere uyarılarda veya cezai yaptırımlarda bulunabilmektedir.

İşverenin Yükümlülükleri

İşverenin genel yükümlülükleri ve risklerden korunma ilkeleri 6331 sayılı İSG kanunun 4. ve 5. Maddesinde belirlenmiştir;

"İşverenin genel yükümlülüğü

MADDE 4 – (1) İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu çerçevede;

a) Mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dâhil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapar.

b) İşyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izler, denetler ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlar.

c) Risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.

ç) Çalışana görev verirken, çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önüne alır.

d) Yeterli bilgi ve talimat verilenler dışındaki çalışanların hayati ve özel tehlike bulunan yerlere girmemesi için gerekli tedbirleri alır.

(2) İşyeri dışındaki uzman kişi ve kuruluşlardan hizmet alınması, işverenin sorumluluklarını ortadan kaldırmaz.

(3) Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği alanındaki yükümlülükleri, işverenin sorumluluklarını etkilemez.

(4) İşveren, iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin maliyetini çalışanlara yansıtamaz.

"MADDE 5 – (1) İşverenin yükümlülüklerinin yerine getirilmesinde aşağıdaki ilkeler göz önünde bulundurulur:

a) Risklerden kaçınmak.

b) Kaçınılması mümkün olmayan riskleri analiz etmek.

c) Risklerle kaynağında mücadele etmek.

ç) İşin kişilere uygun hale getirilmesi için işyerlerinin tasarımı ile iş ekipmanı, çalışma şekli ve üretim metotlarının seçiminde özen göstermek, özellikle tekdüze çalışma ve üretim temposunun sağlık ve güvenliğe olumsuz etkilerini önlemek, önlenemiyor ise en aza indirmek.

d) Teknik gelişmelere uyum sağlamak.

e) Tehlikeli olanı, tehlikesiz veya daha az tehlikeli olanla değiştirmek.

f) Teknoloji, iş organizasyonu, çalışma şartları, sosyal ilişkiler ve çalışma ortamı ile ilgili faktörlerin etkilerini kapsayan tutarlı ve genel bir önleme politikası geliştirmek.

g) Toplu korunma tedbirlerine, kişisel korunma tedbirlerine göre öncelik vermek.

ğ) Çalışanlara uygun talimatlar vermek"(18).

Çalışanların Yükümlükleri

Çalışanların yükümlülükleri, 6331 sayılı Kanunun 19. Maddesinde belirtilmiştir;

"(1) Çalışanlar, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda, kendilerinin ve hareketlerinden veya yaptıkları işten etkilenen diğer çalışanların sağlık ve güvenliklerini tehlikeye düşürmemekle yükümlüdür.

(2) Çalışanların, işveren tarafından verilen eğitim ve talimatlar doğrultusunda yükümlülükleri şunlardır:

a) İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tehlikeli madde, taşıma ekipmanı ve diğer üretim araçlarını kurallara uygun şekilde kullanmak, bunların güvenlik donanımlarını doğru olarak kullanmak, keyfi olarak çıkarmamak ve değiştirmemek.

b) Kendilerine sağlanan kişisel koruyucu donanımı doğru kullanmak ve korumak.

c) İşyerindeki makine, cihaz, araç, gereç, tesis ve binalarda sağlık ve güvenlik yönünden ciddi ve yakın bir tehlike ile karşılaştıklarında ve koruma tedbirlerinde bir eksiklik gördüklerinde, işverene veya çalışan temsilcisine derhal haber vermek.

ç) Teftişe yetkili makam tarafından işyerinde tespit edilen noksanlık ve mevzuata aykırılıkların giderilmesi konusunda, işveren ve çalışan temsilcisi ile iş birliği yapmak.

d) Kendi görev alanında, iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için işveren ve çalışan temsilcisi ile iş birliği yapmak."

İŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ SAĞLIK RAPORLARI VE AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLİŞKİSİ

Kişinin bir işe başlayabilmesi için gerekli olan rapor süreci hekime başvurması ile başlayıp, hekim tarafından kişinin, iş güvenliği ve işçi sağlığı için giriş yapmak istediği işe fiziken ve ruhen uygunluğu açısından değerlendirilmesidir.

6331 sayılı Kanunun 15. maddesinin ikinci fıkrası uyarınca "*Tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işlerde çalışacaklar, yapacakları işe uygun olduklarını belirten sağlık raporu olmadan işe başlatılamaz. Bu Kanun kapsamında alınması gereken sağlık raporları işyeri hekiminden alınır. 50'dan az çalışanı bulunan ve az tehlikeli işyerleri için ise kamu hizmet sunucuları veya aile hekimlerinden de alınabilir. Raporlara itirazlar Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen hakem hastanelere yapılır, verilen kararlar kesindir"* denilmektedir (18).

İlgili hüküm kapsamında tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işlerde çalışacaklar için işe uygunluk raporları almaları şartı getirilerek, sağlık raporlarının da işyeri hekimlerinden alınacağı belirtilmiştir. Ancak 50'dan az çalışanı bulunan ve az tehlikeli işyerleri için ise kamu hizmet sunucuları veya aile hekimlerinde rapor düzenleyebileceği ibaresi ile işe uygunluk raporu sürecine aile hekimleri de dahil edilmiştir. Buda birinci basamak olan Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) ve hastanelerde görev yapmakta olan aile hekimlerini ve aile hekimliği uzmanlarına ek bir sorumluluk getirmiştir. Bu durum aile hekimlerinin tamamı tarafından benimsenmeyerek, ileride yaşanabilecek olumsuz sonuçların kendilerine hukuksal olarak bir cezai yaptırım getirebileceği endişesinin yanında, iş sağlığı ve güvenliği eğitimi noktasında kendilerini yeterli bulmamaktadırlar. İşe uygunluk raporlarının aile hekimlerince düzenlenmesi ile aile hekimliğinin tartışma konusu haline gelmiştir (38).

Diğer yandan aile hekimliği uygulamaları, günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Aile hekimliği ve iş sağlığın, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirmesi açısından benzerlik göstermektedir (39). Aile hekimleri, kendilerine bağlı nüfusu uzun vadede takip etmekte, bireylerin geçmişte ne işle uğraştıkları ve hali hazırda çalıştıkları alanları çoğunlukla iyi bilmektedir. Dolaysıyla, hastaların ne tür maruziyet altında oldukları tahmin edebilmektedir. Meslek hastalıkları yavaş ortaya çıkan hastalıklar olması, bireylerin uzun vadede takiplerini sağlayan aile hekimleri, diğer branş hekimlerine göre daha kolay bir şekilde meslek hastalığın ön tanısını koyabilmektedir. Buralardaki iş güvenlik uygulamaları, direkt toplum sağlığını etkileyecek düzeyde olduğundan büyük önem taşımaktadır. Burada tartışma yaratacak başka bir nokta ise aile hekimleri, iş yerlerinin fiziki ortamı ve çalışma koşullarını çok iyi bilmemesidir. İş sağlığı ile ilgili sağlık raporları düzenleyebilmesi ve bireyin

işe uygunluğuna karar verebilmesi için, hastasının komorbiditeleri bilinmesi ve işyerinde ne tür maruziyetlerde kalacağı tahmininde bulunması yeterli olmayıp aynı anda çalışma yerinin fiziki koşulları hakkında da bilgi sahibi olmalıdır (38). Bu bağlamda ülkemizdeki yasal düzenlemeler yeterli olmadığını düşündürmektedir.

MESLEK HASTALIKLARI

Bu bölümde ülkemizde meslek hastalıkları tanısında kullanılan meslek hastalıkları listesi ağırlıklı olarak incelenecektir. Temel kaynak olarak, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının ve İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğünün birlikte hazırladığı " Meslek Hastalıkları ve İşle İlgili Hastalıklar Tanı Rehberi" kullanılmıştır.

Kimyasal Maddelerle Oluşan Meslek Hastalıkları

Kimyasala etmenlerle oluşan meslek hastalıkları metaller, çözücüler, gazlar, pestisitler, alkali ve asit maddelere bağlı gelişebilmektedir.

Kimyada "*Elde edilen ve doğal olarak kullanılan element, bileşik veya karışımlara kimyasal madde denilmektedir"*.

Kimyasal maddelerin üretilmesi ve kullanılması bugünkü hayatımızın ayrılamaz bir parça haline gelmiştir. Günümüzde kimyasal maddeler neredeyse tüm alanlarda kullanıldığından, gerek dolaylı olarak (pestisitler, gübreler, katkı maddeler), gerekse de doğrudan alındığında insanların sağlığını etkilemektedirler (40).

Kimyasal maddelerin insan sağlığı üzerine yaptığı etkilere bakıldığında; alerjik, aşındırıcı (koroziv), tahriş edici, toksik, mutajenik, kanserojenik, teratojenik ve üreme sistemi üzerindeki etkilerden bahsedilmektedir (41).

Kimyasalların zararlarını belirleyen bazı etmenler bulunmaktadır. Bunlardan biri maddenin fiziksel ve kimyasal (patlayıcı, parlayıcı, oksitleyici) özelikleridir. Kimyasalın moleküler yapısı biyolojik aktivitesini belirleyebilmektedir. Maddenin fiziksel özellikleri (moleküler ağırlık, çözünürlük gibi) hedef organ üzerindeki etkisini ve vücuttan atılımını etkileyebilmektedir.

Kimyasalların maruz kalınma şekli ve süresi açısından bakıldığında yine belli bir maddenin organizmaya giriş yolu (solunum, sindirim, deri veya göz), maruz kalınan süre ve sıklığı o maddenin toksisitesi üzerinde etkisi mevcuttur.

Maruziyet altında kalan kişinin fizyolojik özellikleri (genetik yatkınlık, yaş, cinsiyet, beslenme durumu vb.) de kimyasalın toksik etkisini belirleyen faktörler arasında yer almaktadır.

Çevresel ortam özellikleri de (sıcaklık, basınç vb.) kimyasal maddelerin toksisitesini etkileyebilmektedir (40).

Metallere bağlı oluşan mesleki kimyasal hastalıklar:

a) Arsenik ve arsenik bileşiklerine bağlı hastalıklar:

Arsenik, metalloid (metal ve ametal özeliği taşıyan) bir elementtir. Doğada organik, inorganik ve arsin gazı formlarında bulunmaktadır. En zehirli arsin gazıdır.

Arsenik, insan vücuduna solunum, sindirim ve cilt yoluyla girmektedir. Vücuda girdikten sonra başlıca karaciğer, akciğer, böbrek ve kalpte birikmektedir (42).

Arseniğin akut zehirlenmesi nadirdir ve genellikle kaza sonucu görülmektedir. Akut zehirlenmede taşikardi, hipotasiyon, şok, bilinç değişiklikleri, nefeste ve vücut sıvılarında sarımsak kokusu ve kolera benzeri GİS (Gastointestinal Sistem) semptomları görülmektedir.

Kronik zehirlenme ciltte dermatit, hiperpigmente alan üzeride hipopigmente punktat lekeleri, Bowen hastalığı, karaciğerde siroz, böbrekte tübüler ve glomerüler hasar görülebilir. Solunum sisteminde nazal septum perforasyonu, kronik bronşit, akciğerde bazal fibrozis. Ensefalopati, konvülzyon, nörit, tremor gibi birçok nörolojik sistem etkileri de vardır. Hematopoetik sistemde normokrom ve aplastik anemi yapabilmektedir (20,43).

b) Civa (Hg) ve bileşiklerine bağlı hastalıklar:

Doğada organik, inorganik ve elementel civa olmak üzere üç formda bulunmaktadır. Elementel civa oda ısısında sıvı formdadır, yavaş buharlaşır ve inhalasyon yoluyla alınarak %80 emilmektedir.

Civa, proteinlerin ve enzimlerin sülfür ve sülfhidril gruplarına kovalan bağlanarak indirgenir, böylece bunları inaktive ederek hücreyi oksidan hasara duyarlı hale getirmektedir.

Başlıca SSS (Santral Sinir Sistemi), üriner sistemi ve üreme fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir. Böbrek, karaciğer, dalak ve kemikte birikmektedir. Elementel ve inorganik cıva kan beyin bariyerini ve plasentayı geçmektedir. İnorganik civa beyinde infarktüse neden olabilmektedir. Organik metil civa ise Minamata hastalığına neden olabilmektedir (20).

Minamata hastalığı, 1956'da Japonya, Kumamoto Bölgesi, Minamata Körfezi civarında keşfedilmiştir. Metil civa ile kontamine balık ve kabuklu deniz ürünlerin tüketilmesiyle oluşmaktadır. Bu hastalıkta serebral ve serebellar kortekslerde ve periferik duyu sinirlerinde patolojik değişiklikler gözlenmiştir (44).

c) Kurşun (Pb) ve bileşiklerine bağlı hastalıklar:

Kurşun, doğada organik ve inorganik formda bulunan, endüstriyel olarak yaygın kullanılan bir ağır metaldir. Organik kurşun uçucu olup, çoğunlukla gıda maddeleri ve içme suyuna karıştığından canlı organizmalar üzerinde etkisi daha fazladır.

Kurşunun vücuda başlıca giriş yolları sindirim ve solunum sistemleri aracılığı ile olmaktadır. Ağızdan alınan kurşunun %10'u emilirken, inhalasyonla alındığında %40-90 oranında absorbe olmaktadır. İnsan vücuduna giren kurşunun büyük bir kısmı eritrositlerin membranlarına bağlanır (%85-90), az bir kısım albümine bağlanarak taşınır ve % 1' lik bir kısım serbest olarak kalır.

Öncelikle yumuşak dokularda ve parankimal organlarda dağılım gösterir. Uzun süreli maruziyet sonucunda kurşun başlıca kemik ve dişlerde depolanır. Kurşun toksisitesini sinir sistemi üzerinde gösterir. Bunun yanında HEM biosentezinde giren ALA dehidratz ve Ferroşelataz enzimleri inhibe ederek Hb sentezini etkilemektedir.

Kurşunun uzun süre vücutta birikimi ile çeşitli sorunlara neden olabilmektedir (iştahsızlık, karın ağrıları, kabızlık). Kurşun, kalsiyum iyonu taşıyıcıları tarafından taşındığı için kalsiyumla yarışır. Sinir dokusunda mitokondrial solunumun ve normal işlevlerin bozulması, kurşunun membran bağlanma alanları için kalsiyum ile yarışmasından kaynaklanmaktadır. Nöropsikiyatrik etki olarak saldırganlık ve anti sosyal davranışlar, zeka geriliği, hafıza kaybı, öğrenme güçlüğü gibi belirtiler görülebilmektedir. Kurşun, böbreklerde renal tübüler hasar yapabilmektedir. Plasentadan geçtiğinden fetüsü etkilemektedir. Ayrıca fertilite üzerinde olumsuz etkisi mevcuttur (45).

d) Nikel (Ni) ve bileşiklerine bağlı hastalıklar:

Paslanmaz çelik üretiminde kullanılan manyetik bir metaldir. Genellikle nikelin duman ve toz partiküllerin inhalasyonla alınması ile vücuda girmektedir. Plazmada albümine ve metalloproteine bağlanarak taşınır. Akciğerde ve böbreklerde birikmektedir. Klinik olarak, nikel cilt ile temas sonucunda alerjik reaksyonlara neden olabilmektedir. Solunum sisteminde, metal dumanı ateşi yanı sıra alerjik, irritan ve kanserojen etkisi mevcuttur.

e) Krom (Cr) ve bileşiklerine bağlı hastalıklar:

Krom, aşınmaya dayanıklı bir metaldir. Vücuda en önemli giriş yolu solunum sistemidir, daha düşük oranda cilt, mukozalar ve GİS'ten olmaktadır. Kromun organizma üzerinde başlıca etkisis irritasyon, korozyon ve alerjik etkilerdir. Kronik maruziyette KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) ve akciğer kanserlerine neden olabilmektedir.

f) Kadmiyum (Cd) ve bileşiklerine bağlı hastalıklar:

Kadmiyum organizmaya solunum, sindirim ve cilt yoluyla girmektedir. Vücutta başlıca karaciğer ve böbrekte birikir. Kadmiyumun akut zehirlenmelerinde Metal Dumanı Ateşi (influenza benzeri semptomlar), Akut bronkopnömoni, pulmoner ödem, görülebilmektedir. Kronik krom maruziyetinde nefropati, KOAH, akciğerde fibrozis, kemiklerde demineralizasyon, kemik ağrıları ('Itai Itai' hastalığı).

g) Manganez (Mn) ve bileşiklerine bağlı hastalıklar:

Manganez çoğunlukla çelik üretiminde kullanılan bir metaldir. Vücuda başlıca girişi inhalasyonla olumaktadır. Akut zehirlenmelerde metal dumanı ateşi, kimyasal pnömoniye neden olabilmektedir. Kronik etkileri daha çok SSS üzerindedir. Manganizm yüksek maruziyetten 3-36 ay sonra ortaya çıkmaktadır. Manganizm'da Parkinson benzeri ekstrapiramidal semptomlar görülmektedir (20).

h) Antimon (Sb) ve bileşiklerine bağlı hastalıklar:

Başlıca pil yapımında, kozmetik ürünlerinde, kalay-kurşun alaşımlarında, matbaa işlerinde kullanılan bir metaldir. Bunun yanında leişmaniazis ve şistozomiazis tedavisinde kullanılmıştır. Antimon, solunum, sindirim ve cilt yoluyla vücuda girmektedir. Mesleki maruziyet sonucunda solunum yolu irritasyonu, pnömokonyoz, ciltte antimon lekeleri ve gastrointestinal semptomlarına neden olabilmektedir. Antimon trioksit insanlar için muhtemel kanserojendir (46).

i) Vanadyum (V) ve bileşiklerine bağlı hastalıklar:

Cam, seramik, kimya endüstrisinde, kaynakçılık atıklarında kullanılan bir metaldir. Çözünebilir vanadyum solunum yoluyla vücuda alınır. Emildikten sonra tüm vücuda dağılmaktadır. Vücuttan başlıca atılımı böbrekler tarafından sağlanmaktadır. Vanadyumun akut etkileri genellikle irritan ve alerjendir, kronik maruziyette ise dilde yeşil renklenme tipiktir.

j) Berilyum (Be) ve bileşiklerine bağlı hastalıklar:

Berilyum, maden cevherinin çıkarılması, uzay endüstrisi, otomotiv sanayi, nükleer enerji, medikal ve elektronik endüstrisinde kullanılan nadir bir metaldir. Vücuda başlıca giriş yolu inhalasyonla olmaktadır. Genellikle akciğerde kalır ve berilyozise neden olmaktadır. Berilyozis, kronik berilyum maruziyetin sonucunda gelişen immünolojik bir reaksiyonudur. Granülomlarla seyreden bu durum, akciğerde progresif hasar oluşturur.

k) Kalay (Sn) ve bileşiklerine bağlı hastalıklar:

Kalay, organik ve inorganik formları insan sağlığı üzerinde etki eden, genellikle kaplamacılıkta kullanılan bir metaldir. Organik bileşikleri, solunum, ağız yoluyla alınması ve cildle temasla absorbe olabilmektedir. Ağızdan alındığında, genellikle feçes ile atılmaktadır. Emilen kalay karaciğer, dalak gibi organlarda birikmektedir. Eritme işlemleri sırasında inhale edebilmektedir. Kronik inhalasyon maruziyetinde kalaya bağlı pnömokonyoz (stannozis) görülebilmektedir.

l) Çinko (Zn) ve bileşiklerine bağlı hastalıklar:

Çinko, çelik ve diğer metallerin galvanizasyonunda kullanılan bir metaldir. Biyolojik olarak esansiyel bir element olup birçok enzim sisteminde koenzim olarak rol oynamaktadır. İnsan vücuduna solunum, sindirim ve cilt yoluyla girmektedir. Çinko oksit dumanına maruziyet sonucunda metal dumanı ateşi görülmektedir. Cilt ile teması sınucunda kimyasal yanıklar görülmektedir. Gastrointestinal sistem irritasyonuna bağlı olarak bulantı, kusma ve ishale neden olabilmektedir.

m) Bakır (Cu) ve bileşiklerine bağlı hastalıklar:

Bakır, iletkenliği nedeniyle genellikle elektrik endüstrisinde kullanılan bir metaldir. Vücuda giriş yolları başlıca solunum ve sindirim sistemleri vasıtasıyla olur. Akut bakır maruziyeti hafif ise bulantı, kusma (mavi-yeşil kusma tanısaldır), ishal, kırgınlık yapar iken daha ciddi zehirlenmelerde hematemez, melena, dehidratasyon, şok, hemoliz gibi tablolar çıkabilmektedir. Kronik bakır maruziyetinde akciğerde KOAH, histiyositik granülom, adeno kanseri görülebilmektedir. Cilt ile kronik temasında tırnak, saç ve dişlerde yeşil renklenme görülmektedir (20).

Asit ve Alkali Maddelerle Oluşan Hastalıklar

İnorganik asitlerden en sık sülfürik, hidroklorik, nitrik ve fosforik asittir. Bunların ortak özelliği koroziv etki gösterdikleridir. Asitlerin toksik etkileri, serbest hidrojen iyonlarından

kaynaklanmaktadır. Genellikle mukozalarda irritasyon ve kimyasal yanıklara neden olmaktadır.

Solventlere Bağlı Oluşan Hastalıklar

Solventler birçok alanda kullanılan kimyasal maddelerdir (boya, yapıştırıcı, baskı mürekkepleri, lastik, polimer ve ilaç üretiminde, endüstriyel temizlik, kuru temizleme, yağ giderme, boyama ve kaplama işleri). Solventler arasında, n-hekzan, benzen, ksilen, trikloretilen, toluen sıralanabilmektedir. Uçucu olduklarından, vücuda başlıca giriş yolu solunumsaldır. Ciltten de önemli miktarda absorbe olmaktadır. Çözücülerin hedef organları genellikle yağdan zengin ve kanlanması fazla olan organlardır. Solventlerin metabolitleri ana maddeden daha toksik olabilmektedir. Sigara, alkol gibi maddeler çözücülerin etkilerini arttırabilmektedir.

Solventlerin, SSS (genellikle toksik ensefalopati, periferik nöropati), solunum sistemi (irritasyon, pulmoner ödem), kardiovasküler sistem (aritmojenik), karaciğer ve böbrek üzerinde etkileri vardır.

Gazlara Bağlı Oluşan Meslek Hastalıkları

Karbon monoksit, flor, hidrosiyanik asit, ozon, azot oksitler, fosgen gibi gazlar daha sık karşımıza çıkabilmektedir.

Flor: Yeşil-sarı renkli, keskin kokulu bir gazdır. Çimento, emaye, porselen üretiminde kullanılmaktadır. Solunum yolu vücuda başlıca giriş yoludur. Florun akut etkileri solunum yollarında irritasyon, bronkospazm, laringospazm. Kemiklerde osteoskleroz, ligamanlarda kalsifikasyonlar ise kronik etkileri arasındadır.

Karbon monoksit: Renksiz, kokusuz, tatsız bir gazdır. Garaj personeli, itfaiyeciler, tünel çalışanları, petrol, metalurji, gaz ve kimya endüstrisinde çalışanlar risk altındadır. Vücuda başlıca giriş yolu solunumsaldır. Kanda Hb'e bağlanır ve karboksi Hb oluşturarak doku hipoksisine neden olmaktadır. Akut maruziyetinde baş ağrısı, efor dispnesi görülebilmektedir. HbCO %20 üzerinde çıktığında kronik etkilenmeden bahsedilmektedir ve nörolojik ve davranışsal bozukluklar görülmektedir.

Ozon: Renksiz, keskin kokulu, irritan, reaktif bir gazdır. Yüksek voltajlı elektrik ekipman işerinde, kaynak işlemleri, cam üfleme, sıcak metal işlemleri, fotokopi ve projeksiyon cihazları gibi UV (ultraviyole) yayımı yapan işler yapan çalışanlar risk altındadır. Vücuda başlıca inhalasyonla ve cilt yoluyla girmektedir. Oznun vücuda akut maruziyet sonucunda

solunum yollarında ve mukozalarda irritasyon, başağrısı, bulantı, kusma, göğüste sıkıntı hissi, nefes darlığı, akciğer ödemi ve ölüm görülebilmektedir. Temas ile soğuk ısırması yapmaktadır. Kronik maruziyet, distal havayollarında remodeling, respiratuvar bronşiyolit, astım ve KOAH alevlenmesi yapabilmektedir.

Hidrosiyanikasit: Renksiz, acı badem kokulu, 26° C'de sıvılaşan yanıcı ve patlayıcı bir gazdır. Rodentisit, insektisit, tütsü olarak, plastik ve sentetik lif üretiminde kullanılmaktadır. Genellikle solunum ve cilt yoluyla vücuda girmektedir. Lokal etkileri irritasyondur. Sistemik etkiler; Ağızda acı badem tadı, metabolik asidoz ve buna bağlı semptomlar görülebilmektedir. Kronik etkileri; prekordiyal ağrı, efor dispnesi, bradikardi, hipotansiyon, polistemi, dispepsi, karaciğer fonksiyonlarında bozulma, hipotiroidi, allerjik dermatitlerdir.

Azot oksitleri: Azot monoksit: renksiz, suda zor çözünen, **azot dioksit** ise tatlı-ekşi kokulu kırmızımsı kahverengi, suda zor çözünen bir gazdır. Motor egzoz gazları, boya ve patlayıcı üretiminde kullanılmaktadır. Azot oksitlerin akut etkileri irritandır. Yüksek dozlarda akciğer ödemi ve ölüme neden olabilmektedir. Kronik maruziyetinde, KOAH, kronik bronşit, methemoglobinemi görülebilmektedir.

Fosgen: renksiz, küflü saman kokusunda bir gazdır. Başlıca solunum ve cilt ile alınmaktadır. Boya, reçine, katran, pestisid üretiminde çalışanlar risk altındadır. Solunum yoluyla alındığında alt solunum yollarına kolay erişebildiğinden alveollerde ve parankimde nekroz ve inflamasyona neden olmaktadır. Cilt için çok irritandır (20).

Mesleki Cilt Hastalıkları

Türkiye'de meslek hastalıkları listesinde B grubunda yer almaktadırlar. Deri kanserleri ve kanser dışı cilt hastalıklar olarak iki alt gruba incelenmiştir (23).

Mesleki cilt hastalığı, mesleki maruziyet sonucunda ortaya çıkan herhangi bir cilt rahatsızlığı olarak tanımlanmaktadır. Avrupa Birliğinde mesleki kas-iskelet hastalıklarından sonra ikinci en sık görülen meslek hastalığı türüdür ve tüm meslek hastalıkların arasında %10-50'ni oluşturmaktadır.

Türkiye'de mesleki cilt hastalıkların yıllık insidansı ortalama 100,000 beklenirken, 2009-2015 yılları arasında SGK tarafından sadece 41 vaka bildirilmiştir (47).

Kanser dışı deri hastalıkları: Mesleki egzemalarının tanı ve tedavi sürecinde dermatolog ve işyeri hekimi yanında aile hekimlerine de düşen görev büyüktür. Çoğu zaman bu şikayetleri olan hastaların ilk başvuru noktası birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır (48).

Mesleki dermatozların içerisinde %90 oranında kontakt dermatitler görülmektedir. Bunların %80'i irritan kontakt dermetit ve %20 ise alerjik kontakt dermatitlerdir. Büyük oranda ellerde görülür (20,47).

Çoğunlukla ekzojen ajanlarla (kimyasallar, fiziksel etkenler, biyolojik etkenler) temas sonucunda ortaya çıkarlar ve farklı şekillerde belirtiler verebilirler (eritem, ödem, papül, bül, püstül vb) (20).

Mesleki dermatozların mesleki olmayanlardan ayırımında en önemli husus mesleki öykülerinin (lezyonların yeri, işyerinde maruziyet olup olmadığı, aynı iş kolunda çalışanlarda benzer lezyonların olup olmadığı, işten uzaklaşınca şikayetlerinin gerileyp gerilmediği vb) ayrıntılı alınmasıdır. Klinik tanıda Mathias kriterleri yardımcı olabilir (15,48).

Mesleki cilt hastalıklarından korunmada işyerinde alınması gereken önlemler (çalışanların eğitimi, teknik korunma yöntemleri, zararlı maddenin zararsız veya daha az zararlı madde ile değiştirilmesi vb) ve işçilere hijyen kuralları, koruyucu eldiven kullanımı, bariyer kremler ve giysiler, nemlendiriciler ve diyet konusunda bilgilendirilme yapılmalıdır (20).

Mesleki deri kanserleri: Mesleki deri hastalıklarının yaklaşık 17%'sini oluşturmaktadır. Deri kanserleri 3 türdür: skuamöz hücreli kanser, bazal hücreli kanser ve malign melanomdur. Polisiklik aromatik hidrokarbonlar ve arsenik kullanılan iş kollarında, katran kömürü, zift, asfalt gibi kimyasal etmenler, biyolojik ve fiziksel etmenlere maruziyet sonucunda mesleki deri kanserleri gelişimi için risk faktörüdür. Mesleki deri kanserlerinin yerleşim yerleri genellikle temas noktalarında ortaya çıkmaktadır. Bazı durumlarda vücudun maruz kalmayan yerlerinde ortaya çıkmaktadırlar (20,43).

Pnömokonyozlar ve Diğer Mesleki Solunum Sistemi Hastalıkları

Pnömokonyozlar ve diğer mesleki solunum yolu hastalıkları Türkiye'de meslek hastalıkları listesinde C grubunda yer almaktadır.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün kısa tanımına göre pnömokonyozun "akciğerlerde toz birikimi ve buna karşı oluşan doku reaksiyonları"dır (49).

İnorganik tozlara bağlı mesleki akciğer hastalıklar:

Silikozis: Silika partiküllerinin kronik inhalasyonla ortaya çıkan irreversible bir durumdur. Silikozis, maruziyetin ilk birkaç haftadan sonra 30 yıla kadar değişen bir sürede ortaya çıkabilmektedir. Silika partikülleri akciğer parankiminde nödüler fibrozise neden olmaktadır. Pnömokonyozların spesifik bir muayene bulgusu olmadığından ayrıntılı mesleki öykü alınmalıdır. Taş kırma, patlatma, kum kırma, cam yapımı, kumlama, döküm, taş ve seramik kollarındaki çalışanlar risk altındadır.

Silikotüberkülöz: Silikaya maruz kalan çalışanlar, silikozisten bağımsız, tüberkülöz mikobakterinin enfeksyonu açısından riski artmıştır. Semptomlar ve radiyolojik bulgular yanıltıcı olabilmetedir bu nedenle tanıda mesleki maruziyet ayrıntılı sorgulanımalıdır.

Asbestozis: Asbest başlıca inhalasyon yoluyla vücuda girmektedir. Asbestozis, maruziyetin başlangıcından 20 ile 30 yıl sonra ortaya çıkmaktadır. Akciğerde yaygın fibrozise neden olmaktadır. Bunun yanında mutajenik ve karsinojenik etkisi de mevcuttur. Malign mezotelyoma, bazı GİS kanserlerine neden olmaktadır. Sigara içenlerde asbestozis riski artmaktadır. Asbestli çimento üretimi, gemi yapımı, otomobil yapımında çalışanlar risk altındadır (20).

Kömür işçisi pnömokonyozu: Kömür işçisi pnömokonyozu (KİP) maden kömürü işletmelerinde, uzun süre kömür tozuna maruziyet sonucunda akciğerde oluşan siyah maküller ile seyreden meslek hastalığıdır. Semptomlar diğer obstrüktif akciğer hastalıkları ile benzerlik göstermektedir. Sigara kullanımı semptomları ağırlaştırmaktadır. KİP'in spesifik muayene bulgusu yoktur. Radyolojik olarak 10 mm'de küçük opasiteler varlında basit KİP, 1 cm'den daha büyük opasiteler olması halinde komplike KİP'ten bahsedilmektedir. Lezyonlar genellikle üst loblarda veya alt lobların üst segmetinde yerleşim göstermektedir. Patolojik olarak, respiratuar bronşiyoller etrafında kömür tozu birikimi ve çevrede fibrozis görülmektedir. Solunum fonksyon testinde obstrüktif bulgular görülebilmektedir. Tanıyı mesleki maruziyet öyküsü büyük ölçüde kolaylaştırmaktadır (50).

Organik tozlara bağlı mesleki akciğer hastalıklar:

Bisinoziz: Bissinozis pamuk, keten, kenevir tozlarına maruz kalan çalışanlarda görülmektedir. İzin dönüşü sonrasında (pazartesi ateşi) göğüste sıkışma hissi, öksürük, balgam ve nefes darlığı semptomları ile karakterize bir klinik tablodur.

Hipersensitivite pnömonisi: Mantarlar, bakteriler, hayvan proteinlerinden kaynaklanan çeşitli organik toz partikülleri veya düşük molekül ağırlıklı kimyasallara tekrarlayan maruziyetler sonucu ortaya çıkan bir tablodur. Alveolleri ve interstisyumu tutan immünolojik granülomatöz inflamasyonla seyreden bir durumdur.

Toksik inhalasyon hasarı: İnhalasyonla alınan irritanlarının solunum sisteminde oluşturdukları nonspesifik inflamatuvar cevabı ve buna bağlı oluşan klinik tabloların tümüne inhalasyon hasarı denilmektedir. Genellikle kaza sonucu gerçekleşen ani kimyasal madde maruziyeti sonucunda gelişir. Klinik olarak hafif üst solunum yolu irritasyonundan akut respiratuvar disstres sendromuna kadar (ARDS) değişebilen klinik tablolarla karşımıza çıkabilmektedir (20).

Mesleki hava yolu hastalıkları

Astım: Doğrudan veya dolaylı olarak uyaranlara karşı gelişen hipersensitivte ile ilişkili kronik hava yolu inflamasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Risk faktörleri arasında genetik (kişisel yatkınlık) ve çevresel faktörler yer almaktadır. Mesleki astıma neden olan 300'den fazla madde bulunmuştur. Mesleksel astıma genellikle IgE aracılı ve hücresel immün yanıt ile gelişmektedir. Daha nadir olarak çok yüksek dozlardaki irritan maruziyeti sonucunda atopik bünyesi olmayan kişilerde de astım ortaya çıkabilmektedir (51).

KOAH (kronik obstrüktif akciğer hastalı): Hava akımı kısıtlanması ile karakterize progresiv, irreversible bir hava yolu hastalığıdır. KOAH'ın başlıca nedenler arasında sigara dumanı (kesin risk faktörü), hava kirliliği, mesleki toz ve dumanlara maruziyet sayılabilmektedir (52).

Mesleki solunum yolu hastalıkları, fizik muayene ile diğer mesleki olmayan solunumsal hastalıklarından ayrıt edilemediğinden tanıda laboratuvar tetkiklerin yanında ayrıntılı mesleki öykü alınması gerekmektedir (20).

Diğer pnömokonyozlar

Sideroz (demir maruziyetine bağlı pnömokonyoz), alüminyum, talk, mika vb. maddelere bağlı pnömokonyozlardır (20).

Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar

Mesleki enfeksiyon hastalıkları, ülkemizde meslek hastalıkları listesinde D grubunda yer almaktadır. Virüsler, bakteriler, mantarlar ve parazitler başlıca etmenleridir. Bazı meslekler

bulaşıcı hastalıklar açısından daha çok risk taşımaktadır (sağlık çalışanları, gıda sektöründe çalışanlar, veterinerler vb.).

Enfeksiyoz etkenlerin vücuda giriş yolları cilt, solunum ve sindirim sistemi aracılığı ile olmaktadır.

Deriden geçen bulaşıcı etmenler genellikle bütünlüğü bozulmuş ciltten gerçekleşmektedir. Kuduz, tetanoz, gibi etmenler buna örmektir. Brucella, şarbon, leptospia, tularemi, shistozoma gibi enfeksiyoz ajanlar ise sağlam ciltten de geçebilmektedir.

Koksidiomikozis, histoplazmozis, ornitozis, Q humması, tüberküloz gibi ajanlar damlacık yoluyla vücuda girmektedir.

Bazı etkenler (örn: enterovirüsler, brucella baktersi) ise kontamine su veya gıdaların ağızdan alınması ile bulaşmaktadır.

Fiziksel Etmenlerine Bağlı Meslek Hastalıkları

Fiziksel etmenlere bağlı meslek hastalıları ülkemizde meslek hastalıkları listesinde E grubunda yer almaktadır.

Gürültü: Bireyler ve toplum üzerinde olumsuz etki yapan ve istenmeyen herhangi bir sese gürültü denilmektedir (53).

Gürültüye bağlı işitme kaybı, korunmasız, günde sekiz saat ve 90 dB'den yüksek gürültüye maruz kalan işçiler risk altındadır. Mesleki işitme kaybı genellikle bilateral, simetrik, yavaş ilerleyen, nörosensorial tipte, irreversible olarak seyretmektedir. Yavaş ilerlediği için yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan işitme kaybından zor ayırt edilmektedir. Kayıp daha çok 3-6 kHz frekanslarındadır. Erken dönemde odyometrik grafide 4000 Hz cıvarında kayıp başlamaktadır.

Akut akustik travmadaki (bir sefer çok yüksek gürültüye maruziyet) işitme kaybı nörosensoriyal veya mikst tipte, simetrik ya da asimetrik olabilmektedir.

Sanayi çalışanları, tersane işçileri, inşaat çalışanları, askeri personeller mesleki işitme kaybı açısından risk altındadır (20,54).

İyonize Radyasyon: Alfa, beta ve nötron partikülleri ile X ışını ve gama ışınından oluşmaktadır. İyonlaştırıcı radyasyon enerjisinin, canlı dokular tarafından absorbe edildiğinde dokuda iyonlaşma, uyarılma ve serbest radikallerin oluşmasına neden olmaktadır. Serbest

radikaller çeşitli enzimatik reaksiyonlara girerek moleküler, genetik, hücresel, doku ve sistem düzeyinde insan sağlığına olumsuz etkilemektedir. Radyasyon yanıkları, aplastik anemi, kemik kırılmaları, malign tümörler, infertilite, kalıtımsal bozukluklardır (20,55).

Non-İyonize Radyasyon: Etkileşime girdiği dokularda iyonlar oluşturmayan radyasyondur. Radyo dalgaları, mikro dalgalar, kızıl ve mor ötesi ışık ve görünür ışık UV ışınları bu tip radyasyona örnekleridir. UV ışınları hem doğal (güneş ışığı) hem de yapay kaynaklı (civalı lambalar, lazerler, elektrik kaynağı) olabilmektedir. Non iyonize ışınlarının başlıca etkiledikleri organlar cilt ve gözlerdir. Ciltte güneş yanıkları, gözlerde ise katarakt, kornea hasarı, retina lezyonları gibi klinik tablolara neden olabilmektedir.

Titreşim: Merkezi bir sabit konumun salınım hareketleri ile tüm vücuda veya el kol gibi lokalize bölgelerin etkilerine bağlı gelişen klinik tablolardır. Tüm vücut titreşimine maruz kalındığında ilk semptomlar mide ağrısı, göğüs ağrısı, baş ağrısı, bulantı ve denge kaybı iken uzun vadede omurga rahatsızlıkları ortaya çıkmaktadır. El kol gibi vücudun bölgesel maruziyetinde, vasküler hastalıklar (mesleki raynaud fenomeni), periferik nöropati, osteoartiküler hastalıklar, kas hastalıkları görülmektedir. Uçak, otomobil, inşaat, elektrikli aletler vb. işkollarında çalışanlar risk altındadır (20).

Basınç: Hava basıncının değişikliklerine bağlı gelişen patolojiler iki ana gruba incelenebilmektedir;

1. **Doğrudan basınçla ilişkili patolojiler:**

Barotravmalar, yüksek basınç sinirsel sendromu, hiperbarik artralji doğrudan basınçla ilişkili patolıjilerdir.

İniş barotravma: Pulmoner iniş barotravma, yüksek basınç sonucunda, akciğerin rezidüel volümün (RV) altına sıkıştırılmasıdır. Akciğer parankimide hasar ve intraalveolar kanama görülebilmektedir. Kulak **(**iç, orta, dış kulak), paranasal sinüs, dental barotravmalar da otaya çıkabilmektedir.

Çıkış barotravma: Pulmoner çıkış barotravma, yüksek basınç altında alınan havanın dışa verilmeden, düşük basınçlı ortama çıkılması sonucu gelişen hava hapsidir. Alveoler rüptür, mediastinal ve supkütanöz amfizem, pnömotoraks, hava embolisi görülebilmektedir. Kulak (orta kulak), paranasal sinüsler, dental ve sindirim sistemi barotravmaları da gelişebilmektedir.

Yüksek basınç sinirsel sendromu: Ellerde, kollarda veya tüm vücutta görülen tremorla seyreden klinik tablodur. Genellikle çok derinlere yapılan dalışlarda (> 150 m) görülen bir durumdur (56).

2. Solunan gazların parsiyel basınçlarının artışı ile ilişkili patolojiler:

Dekompresyon hastalığı, disbarik osteonekroz, nitrojen nekrozu, oksijen zehirlenmesi başlıca görülen klinik tablolardır.

Dekompresyon hastalığı: Hızlı basınç farkı sonucu gelişen, kan ve dokularda nitrojen kabarcıklarının oluşmasıyla karakterize bir klinik tablodur (57).

Disbarik osteonekroz: Yüksek basınç altında çalışanlarda görülen, genellikle uzun kemikleri tutan bir aseptik kemik nekrozudur (20).

Mesleki Kas İskelet Hastalıkları

İşyerinde monoton ve zorlamalı hareketler, vücudun kötü postürü ve ergonomik nedenler mesleki kas iskelet hastalıkların oluşmasında rol oynamaktadır. Sıklıkla görülenler, birikimsel travmalar, bel ağrıları, bursitlerdir.

Birikimsel travma hastalıkları: Sinirlerin irritasyonu, arter ve venlerde kan akımı yavaşlaması ile oluşan hastalıklardır. Uygunsuz postür, hareketsiz duruş, monoton iş, ağır efor gerektiren işlerde görülmektedir. Karpal tünel sendromu, epikondilit, tenisçi dirseği, pronator teres sendromu, radiyal tunel sendromu vb. birikimsel zedelenme hastalıklarına örneklerdir.

Mesleki Kanserler

Tüm kanserlerin %3-8 oranında iş yerinde bulunan etkenler nedeniyle meydana gelmektedir. Mesleksel kanserlerin, diğer meslek hastalıkları olduğu gibi en önemli özelliği, önlenebilir olmasıdır. Ancak klinik olarak diğer kanserlerden ayrıt etmek güçtür. Bu bağlamda bazı belirteçler (kanda, idrarda, balgamda vb. etken maddenin bulunması) kullanılmaktadır. Yine de bu belirteçler kesin ilişkiyi göstermeyip maruziyetin göstergesidir. Mesleki kanserleri düşündüren bazı özellikler (maruziyet öyküsü, beklenen yaştan önce ortaya çıkması, aynı işkolunda çalışanlarda belli bir kanserin insidansı fazla olması gibi) tanıda yardımcı olabilmektedir.

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı 415 maddeyi insan için kanserojen ajan olarak tanımlamıştır. Bazı kanser türlerin ve güçlü ilişkisi olduğu bilinen kanserojen maddeler Tablo 2'de gösterilmiştir (20).

Psikososyal Faktörlere Bağlı Meslek Hastalıkları

Psikososyal risk etmenlerine bağlı rahatsızlıklar ülkemizde meslek hastalığı listesinde olmasa da İLO'nun güncel listesinde davranışsal hastalıklar başlığı altında yer almaktadır. İşyerindeki stresörler (vardiyalı çalışma, fazla mesai, iş yoğunluğu, aşırı sorumluluk, mobbing, iş kaybetme korkusu vb.) bireyin sağlığı üzerinde olumsuz etkilemektedir (20).

Tablo 2. Kanserojen maddeler ve ilişkili olduğu maligniteler

Kanserojen Türü	**Malignite**
Metaller	
Arsenik	Mesane, akciğer, cilt
Berilyum	Akciğer
Kadmiyum	Akciğer
Krom	Nazofarinks, akciğer
Nikel	Nazofarinks, akciğer
Aromatik aminler	
2-naftilamin	Mesane
4-aminobifenil	Mesane
Tozlar	
Asbest	Mezotelyoma, larinks
Siliyum	Akciğer
Ahşap tozu	Nazofarenks, nazal, akciğer
Radyasyon	
İyonize radyasyon	Lösemi, kemik, cilt, tiroid
Non-iyonize radyasyon	Lösemi, meme
UV ışınları	Cilt
Reaktif Kimyasallar	
Etilen oksit	Lösemi
Vinil klorid	Karaciğer
Çözücüler	
Benzen	Lösemi, NHL
Trikloroetilen	Karaciğer, biliyer sistem, RCC

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma, Edirne il merkezinde bulunan ve Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan tüm aile hekimler üzerinde yürütüldü.

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

Edirne İl Sağlık Müdürlüğü ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesine başvurularak gerekli çalışma izinleri ve etik kurul onay alındı. Trakya Üniversitesi etik kurul onay yazısı Ek-1'de sunulmuştur. Edirne İl Sağlık Müdürlüğünden alınan çalışma izni Ek-2'de sunulmuştur.

Veriler 10.08.2019 – 01.10.2020 tarihler arasında toplanmaya planmış olup planlanan evreninin tamamına ulaşmaya hedeflendi.

Çalışmada kullanılan anket formu araştırmayı yürüten ekip tarafından hazırlandı. Anket toplamda 34 sorudan ve dört bölümden oluşturuldu. Birinci bölümünde aile hekimlerinin demografik özellikleri, mezuniyet sonrası meslek hastalıkları konusunda eğitim alma, işyeri hekimliği yapma ve meslek hastalığı ön tanısı koyma durumları incelendi. İkinci bölümünde işyerlerinden çeşitli sebeplerden dolayı (işe giriş raporu, tetkik istemi, periyodik sağlık muayeneleri vb) AHB'lere başvuran hasta durumları incelendi. Anketin üçüncü kısmında, katılımcıların, meslek hastalıkları hakkında farkındalığını değerlendirmek için meslek hastalıkların önlenmesi, erken tanı tespiti ve ülkemizde yasal düzenlemeler hakkında kişisel görüşleri sorgulandı. Anket formun son bölümünde meslek hastalıkları ve ülkemizde yasal düzenlemeler ile bazı bilgi sorgulayan sorular sorgulandı. Anket formu Ek-3'de sunulmuştur. Ziyaret sonunda meslek hastalıkları hakkında tespit edilen sorunlar ile ilgili aile hekimine bilgi verildi.

Dahil olma kriteri olarak Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimliği uzmanı veya aile hekimi olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmek olarak belirlendi.

Çalışmaya katılmayı kabul etmemek. Aile sağlığı merkezlerin dışındaki görev alan hekimler çalışmaya dahil edilmemiştir.

İstatistiksel veri analizi SPSS 24.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri için normal dağılıma uyan verilerde ortalama ve standart sapma, normal dağılıma uymayan verilerde ortanca ve minimum-maksimum kullanılarak gösterildi. Araştırmada kategorik değişkenler n (kişi sayısı) ve yüzde (%) kullanılarak gösterildi. Verilerimiz istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistikler ile birlikte iki kategorik değişkenler arasında ilişki olup olmadığı araştırmak için Ki-Kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

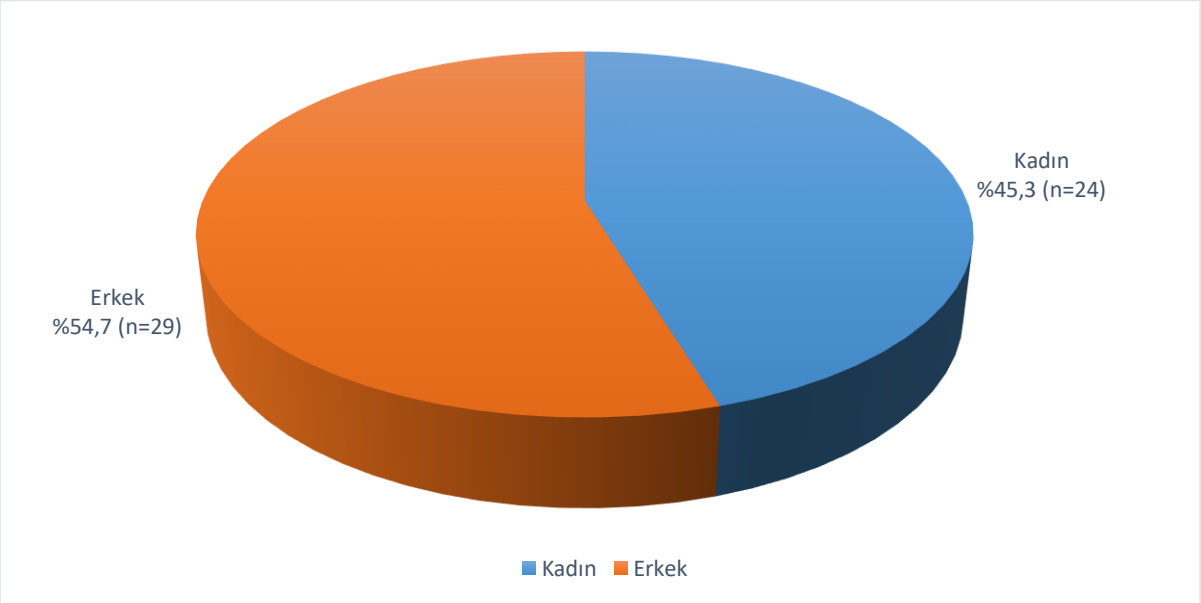
- Araştırma, sınırlı evren üzerine uygulanması
- Anket çalışmasında hazırlanan soruların daha önce yapılmış bir güvenilirlik ve geçerlilik çalışması olmaması,
- Anket uygulaması esnasında yoğun iş temposu nedeni ile ankette bulunan bilgi soruların üzerine yeterince yoğunlaşamamalarından dolayı, bazı bilgi sorularına yüksek oranda yanlış yanıtlar verilmiş olasılığı olması,
- Çalışma tasarım itibarı ile neden-sonuç ilişkisini güçlü olarak belirleyememesi, çalışmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilmektedir.

Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Halk sağlığını etkileyen ve önlenebilen bir hastalık grubu olan meslek hastalıklarının, aile hekimleri üzerine araştırma yapılması, fikir vermesi açısından oldukça önemlidir.
- Ülkemizdeki birinci basamakta yapılan, nadir çalışmalardan biri olarak, farkındalık açısından ulusal literatüre katkı sunmakta ve uluslararası çalışmalar ile mukayese etme imkânı sunmaktadır.

BULGULAR

Edirne il merkezinde sözleşmeli tüm aile hekimleri çalışmaya katılmıştır. Katılımcıların %54,7 (n=29) erkek, %45,3 (n=24) kadın olduğu saptanmıştır (Şekil 4).



Şekil 4. Aile hekimlerin cinsiyet dağılımı.

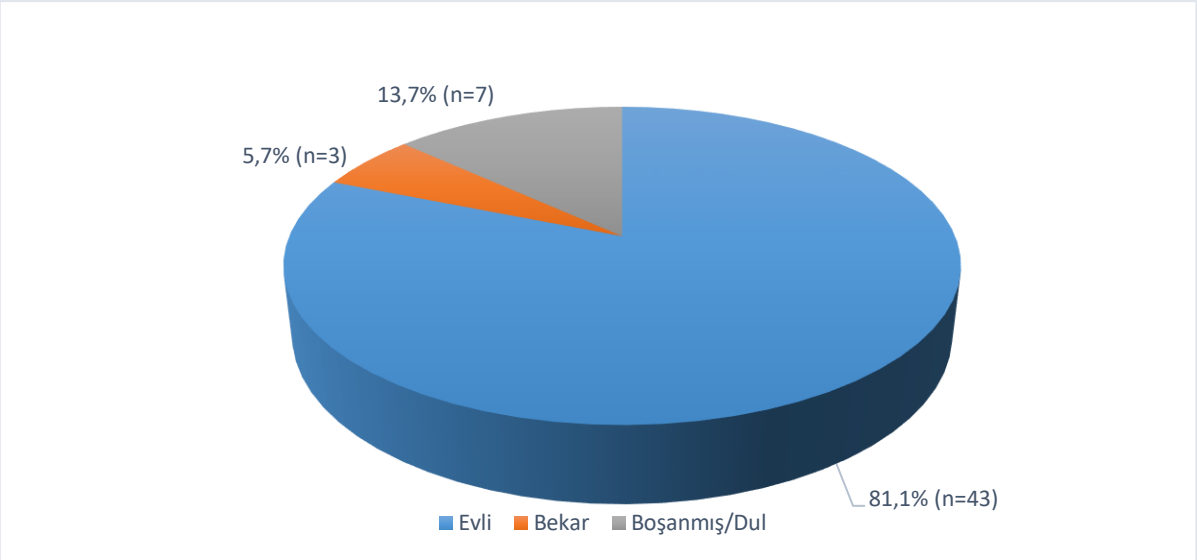
Hekimlerin yaş ortalaması 47, standart sapma 5,8, ortanca 48 olarak tespit edilmiştir. En düşük 35 en yüksek 56 yaş olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin yaşları

n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum
53	47,0	5,8	48,0	35,0	56,0

n:kişi sayı, SS: standart sapma

Medeni durumlarına bakıldığında, katılan aile hekimlerin 43'ü (%81,1) evli, 7'si (%13,7) dul veya boşanmış, 3'ü ise (%5,7) bekar olduğu beyan etmiştir (Şekil 5).



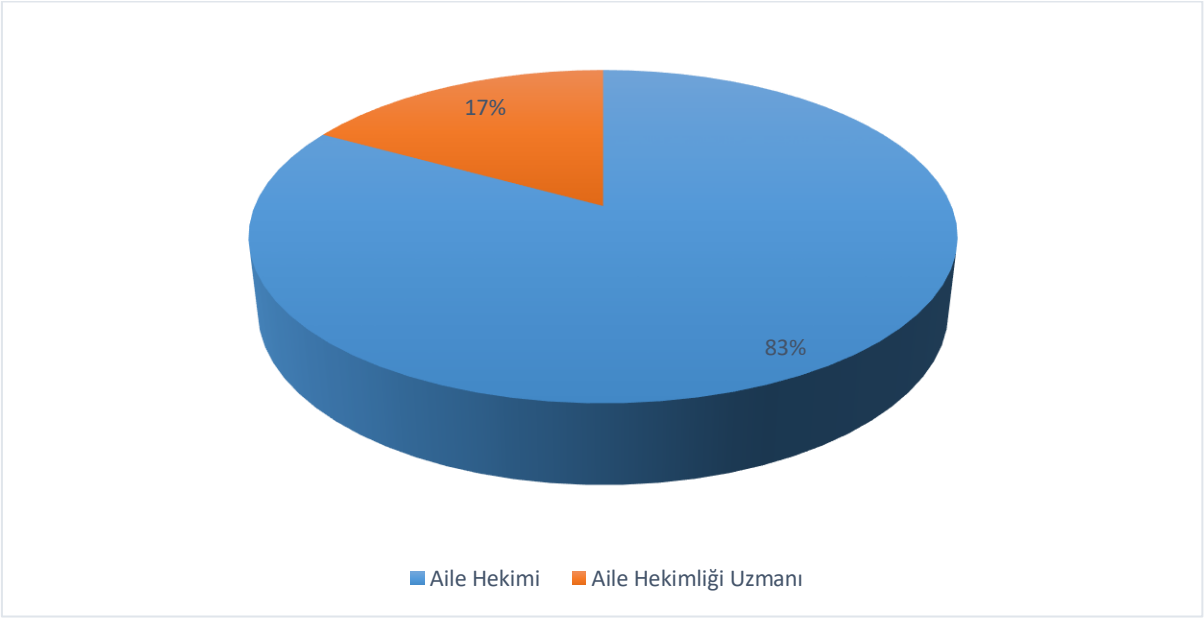
Şekil 5. Aile hekimlerin medeni durum dağılımı.

Aile hekimlerinin 48'i (%90,6) çocuk sahibi olduğu, 5'i (%9,4) çocuk sahibi olmadığı beyan etmiştir (Şekil 6).



Şekil 6. Aile hekimlerin çocuk sahibi olma durumları.

Katılımcıların işiniz/unvanınız sorusuna %83 (n=44) aile hekimi, %17 (n=9) aile hekimliği uzmanı olduğu beyan etmiştir (Şekil 7).



Şekil 7. Aile hekimlerin unvanlarına göre dağılımı.

Araştırmaya katılan bireylerin meslekte çalışma süresi ortalama 21,9 yıl olarak saptanmıştır. Meslekte çalışma süresi ortanca 22 yıl olarak tespit edilmiş olup minimum çalışma süresi 5 yıl maksimum çalışma süresi 31 yıl olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Aile hekimlerinin meslekte çalıştığı süreleri (yıl)

n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum
53	21,9	6,4	22,0	5,0	31,0

n: kişi sayısı, SS: standart sapma

Çalışmaya katılan bireylerin aile hekimliğinde çalışma sürelerine bakıldığında 38 kişi (%71,7) 10-15 yıl, 8 kişi (%15,1) 5-10 yıl, 7 kişi (%13,2) 0-5 yıl olarak tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin aile hekimliğinde çalışma süreleri

Yıl	n	(%)*
10-15	38	71,7
5-10	8	15,1
0-5	7	13,2
>20	0	,0
15-20	0	,0
Toplam	53	100,0

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi

Katılımcılarının haftalık ortalama çalışma süresi 40,8 saat, minimum 40 saat, maksimum 50 saat olarak tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Aile hekimlerinin haftalık çalışma süreleri

n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum
53	40,8	2,1	40,0	40,0	50,0

n: kişi sayısı, SS: standart sapma

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin aile hekimliği birimlerine günlük başvuran hasta sayısı ortalama 66,8 olarak tespit edilmiştir. Günlük minimum 35, maksimum 150 hasta başvurmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcılarının aile hekimliği birimlerine günlük başvuran hasta sayısı

n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum
53	66,8	23,3	70,0	35,0	150,0

n:kişi sayı, SS: standart sapma

Aile hekimliği birimlerine haftalık olarak işe giriş raporu için başvuran hasta sayısı ortalama 5,8 olarak tespit edilmiştir. Minimum hasta sayısı 1, maksimum 20 olarak saptanmıştır, ortanca 5 hasta olarak tespit edilmiştir (Tablo 8).

İş ile ilişkili periyodik sağlık muayeneler için başvuran hasta sayısı haftalık ortalama 0,9, minimum 0, maksimum 10 hasta olarak tespit edilmiştir (Tablo 8).

İşyerlerinden, sadece tetkik istemi için yönlendirilen hasta sayısı haftalık ortalama 2,3 olarak saptanmıştır. Standart sapma 2,9, minimum 0, maksimum 15 hasta olarak saptanmıştır (Tablo 8).

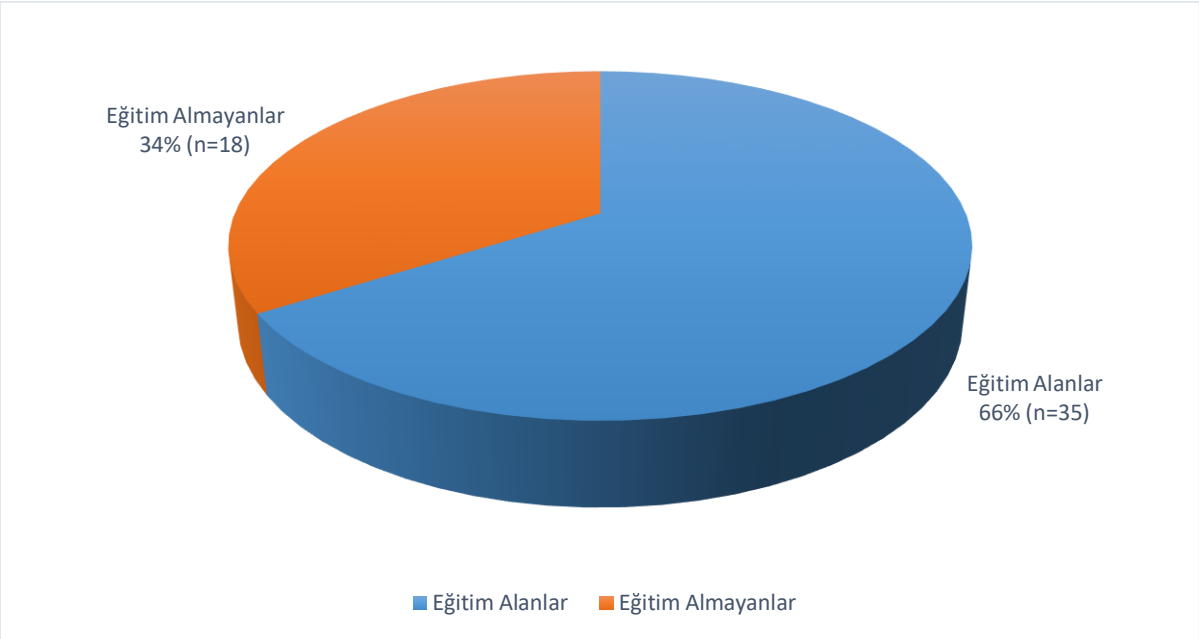
Haftalık olarak işten kaynaklanan sebeplerden dolayı iş göremezlik raporu için (meslek hastalığı, işle ilgili hastalık, iş kazası vb.) aile hekimliği birimlerine başvuranların ortalaması 1 olarak saptanmış olup minimum 0 maksimum 20 hasta olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Çeşitli sebeplerden dolayı işyerlerinden aile hekimliği birimlerine yönlendiren hasta sayısı (haftalık)

	n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum
İşe giriş raporu için başvuranlar	53	5,8	5,0	5,0	1,0	20,0
Periyodik sağlık muayene için başvuranlar	53	,9	1,9	,0	,0	10,0
Tetkik istemi için başvuranlar	53	2,3	2,9	2,0	,0	15,0
İş göremezlik raporu için başvuranlar	53	1,0	3,1	,0	,0	20,0

n: kişi sayısı, SS: standart sapma

Meslek hastalıkları konusunda mezuniyet sonrası eğitim alma durumlarına bakıldığında, 35 katılımcı (%66) mezuniyet sonrasında eğitim aldığı, %34 (n=18) ise eğitim almadığı beyan etmiştir (Şekil 8).



Şekil 8. Aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda mezuniyet sonrası eğitim alma durumları.

Katılımcıların %49,1'i (n=26) mezuniyet sonrası meslek hastalıkları konusunda işyeri hekimliği sertifika programlarından, %39,6'sı (n=21) hizmet içi eğitim programlarından eğitim almıştır. %1,9 (n=1) meslek hastalıkları ile ilgili yurtdışı eğitim almıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Meslek hastalıkları konusunda eğitim alan aile hekimlerinin katıldıkları eğitim programları (ilgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir)

	n	(%)*
İşyeri hekimliği sertifika programı	26	49,1
Hizmet içi eğitim	21	39,6
Diğer**	1	1,9
Doktora programı	0	0

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi, **diğer: meslek hastalıkları ile ilgili yurtdışında alınan eğitim.

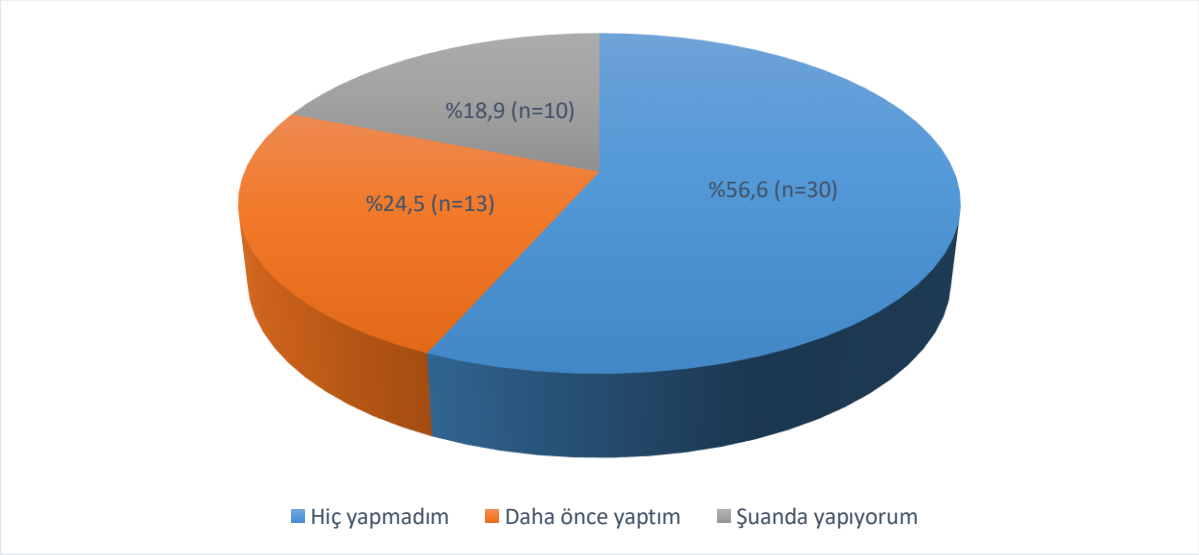
Katılımcıların %56,6'sı (n=30) meslek hastalıkları bilgi konusunda orta/kararsız derecede olduğu, %28,3'ü (n=15) yeterli derecede bilgi sahibi olduğunu beyan etmiştir. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %15,1'i (n=8) meslek hastalıkları konusunda yetersiz bilgi sahibi olduğu beyan etmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda öz yeterliliklerinin değerlendirilmesi

		n	(%)*
Meslek hastalıkları bilgi konusunda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?	Orta/kararsız	30	56,6
	Yeterli	15	28,3
	Yetersiz	8	15,1
	Çok yeterli	0	,0
	Çok yetersiz	0	,0
	Toplam	53	100,0

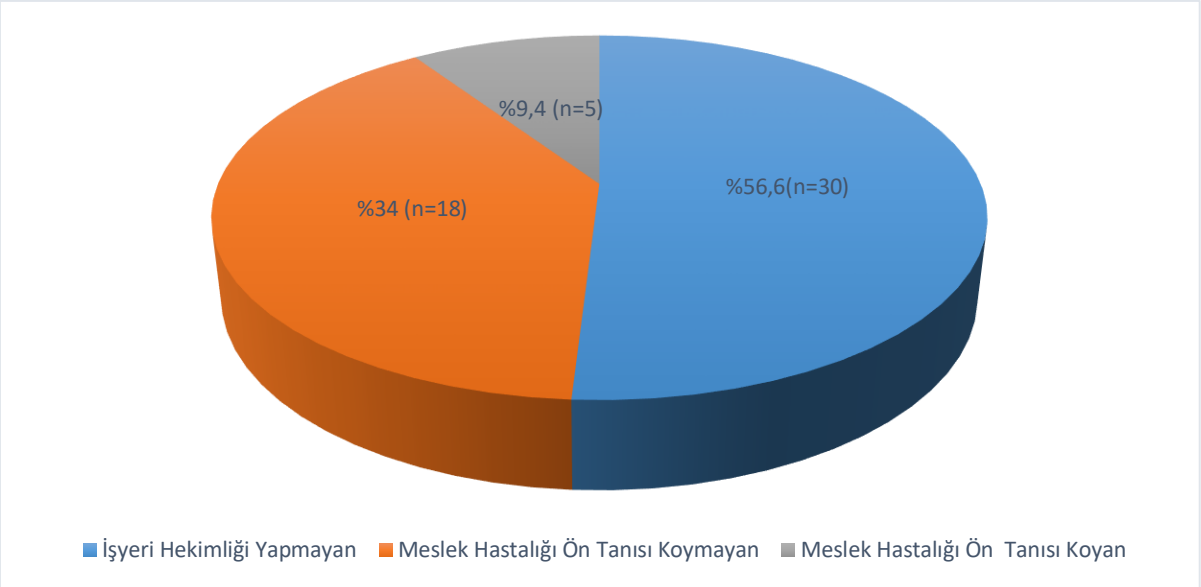
n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin "aktif olarak işyeri hekimliği yapıyor musunuz veya yaptınız mı?" sorusuna %56,6'sı (n=30) hiç işyeri hekimliği yapmadığı belirtmiştir. % 24,5 (n=13) katılımcı daha önce ve %18,9 (n=10) şu anda işyeri hekimliği yaptığını beyan etmiştir (Şekil 9).



Şekil 9. Aile hekimlerinin aktif olarak işyeri hekimliği yapma dağılımı.

Şekil 10'da "işyeri hekimliği yaptıysanız, görev sürenizde meslek hastalığı ön tanısı koydunuz mu?" sorusuna, katılımcılarının %9,4 (n=5) ön tanısı koyduğu, %34'ü (n=18) ise meslek hastalığı ön tanısı koymadığı belirtmiştir. %56,6 (n=30) ise hiç işyeri hekimliği yapmadığı beyan etmiştir.



Şekil 10. İşyeri hekimliği yapanların meslek hastalığı ön tanısı koyma durumları.

Tablo 11'de çalışmaya katılan aile hekimlerinin, "meslek hastalığına yakalandığını düşündüğünüz hastalarınız ile ilgili nasıl bir yol izliyorsunuz?" sorusu incelenmiştir. İlgili soruya birden fazla yanıt verilmesine müsaade edilmiştir. Meslek hastalıklarıyla ilgili hem bilgi hem de farkındalık düzeyini ölçmeye yönelik sorulan bu soruya, katılımcıların %66'sı (n=35) ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara sevk etiği belirtmiştir. %45,3'ü (n=24) Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına (Sağlık Bakanlığı Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (EAH) ve Devlet Üniversite Hastaneleri) sevk etiği belirtmiştir. Katılımcıların %35,8'i (n=19), işçinin çalıştığı kurumda işyeri hekimi bulunuyorsa, işyeri hekimine sevk ettiklerini beyan etmiştir. Aile hekimlerinin % 9,4'ü (n=5) hastalarını işverene yönlendirdiği , %3,8'i (n=2) ise gerekli tetkikleri kendi isteyip kesin tanıyı koyduktan sonra tedaviyi düzenlediği beyan etmiştir (Tablo 11). İlgili soruya, katılımcıların %17'si (n=9) tek başına "Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına sevk." seçeneği işaretleyerek ülkemizdeki mevcut olan sevk kanallarını bilmektedir.

Tablo 11. Aile hekimlerin, meslek hastalığı ön tanısı koyduklarında başvurdukları yollar (ilgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir)

	n	(%)*
İkinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara sevk.	35	66,0
Çalıştığı kurumda işyeri hekimi bulunuyorsa, işyeri hekimine sevk.	19	35,8
Çalıştığı kurumda işyeri hekimi bulunmuyorsa, işverene haber vermek.	5	9,4
Gerekli tetkikleri kendim isterim, kesin tanıyı koyduktan sonra tedaviyi düzenlerim.	2	3,8
Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına (Sağlık Bakanlığı Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (EAH) ve Devlet Üniversite Hastaneleri) sevk. **(ülkemizde meslek hastalığı ön tanısı konulduğunda, sevki bu seçenekte yer alan kurumlara yapılmaktadır)** **	24	45,3
Diğer	1	1,9

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi, **Ülkemizde meslek hastalıkları ile ilgili mevcut sevk zinciri

Tablo 12'de aile hekimlerinin meslek hastalıkların önlenmesi hakkındaki sorumluluk öncellikle kimde veya kimlerde olduğu konusunda kişisel görüşleri incelenmiştir. İlgili soru açık uçlu olarak hazırlanmış olup katılımcılara kişisel fikirlerini ve birden fazla yanıt verilmesine müsaade edilmiştir. Verilen yanıtlar incelenmiş olup sekiz gruba kategorize edilmiştir. Katılımcılar en fazla %60,4 ile (n=32) sorumluluk öncelikli olarak işverende olduğu belirtmiştir. %54,7'si (n=29) meslek hastalıkların önlenmesindeki primer sorumluluk işyeri hekimlerinde olduğu beyan etmiştir. Takiben %37,7 (n=20) oranı ile bu sorumluluğun öncelikli olarak kamu kuruluşlarına ait olduğu beyan etmiştir. Bu grupta verilen yanıtlar Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Devlet şeklindeydi. Çalışmaya katılanların %17'si (n=9) ise meslek hastalıklarının önlenmesinde birincil sorumluluğun çalışanın kendisinde olduğunu düşündüğü saptanmıştır. %9,4'ü (n=5) bu sorumluluk aile hekimlerinde/birinci basamak hekimlerinde olduğunu düşündüğü tespit

edilmiştir. Aynı oranla (%9,4) sorumluluk tüm hekimlere ait olduğu saptanmıştır. Aile hekimlerin %7,5'i (n=4) meslek hastalıkların önlenmesinde öncelikli olarak iş sağlığı ve güvenliği uzmanlarında (İSG Uzmanı) olduğunu düşündüğü belirtilmiştir. En düşük yüzdesi ile %5,7 (n=3) sivil topluluk örgütleri (sendikalar) meslek hastalıkların önlenmesinde primer sorumluluk taşıyanlar olarak saptanmıştır.

Tablo 12. Aile hekimlerinin meslek hastalıklarının önlenmesinde sorumluluğu kimde/kimlerde olduğu hakkındaki kişisel görüşlerin değerlendirilmesi (ilgili soru açık uçlu bırakılmıştır)

	n	(%)*
İşyeri hekimi	29	54,7
İSG uzmanı	4	7,5
Çalışan	9	17
İşveren	32	60,4
Aile hekimi/1.basamak hekimleri	5	9,4
Tüm hekimler	5	9,4
Sivil topluluk örgütleri**	3	5,7
Kamu kuruluşları***	20	37,7

n:kişi sayı, *:sütun yüzdesi,**: sendikalar, *** Devlet, Sağlık Bakanlığı, ÇSGB, SGK

Tablo 13'te "Sizce meslek hastalıklarının erken tanı tespitinde hangi hekimlerin rolü vardır?" sorusu incelenmiştir. İlgili soru açık uçlu olarak hazırlanmış olup katılımcılara kişisel fikirlerini ve birden fazla yanıt verilmesine müsaade edilmiştir. Verilen yanıtlar dört gruba gruplandırılmıştır. Katılımcıların %96,2'si (n=51) meslek hastalıklarının erken tanı tespitinde en büyük rol işyeri hekimlerine ait olduğu belirtmiştir. Takiben %32,1 (n=17) oranı ile aile hekimleri/birinci basamak hekimleri gelmektedir. Katılanların %5,7'si (n=3) işverenler ve %3,8'i (n=2) tüm hekimler meslek hastalıkların erken tanı tespitinde rol aldığı belirtmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların meslek hastalıklarının erken tanı tespitinden sorumlu hekimler kimler olduğu hakkındaki kişisel görüşleri (ilgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir)

	n	(%)*
İşyeri hekimi	51	96,2
Aile hekimi/1.basamak hekimleri	17	32,1
Tüm hekimler	2	3,8
İşveren	3	5,7

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi

Tablo 14'de katılımcılara meslek hastalıkların önlenmesinde alınabilecek tedbirler neler olduğu sorgulanmıştır. İlgili soru açık uçlu olarak hazırlanmış olup, meslek hastalıkları tedbirleri kapsamındaki farkındalıklarını ölçmek için katılımcılara kişisel fikirleri sorgulanmıştır. Verilen yanıtlar incelenmiş olup benzer sonuçlar kategorize edilmiştir ve altı grupta ele alınmıştır. %47,2'si (n=25) meslek hastalıklarına karşı alınabilecek önlem olarak önleyici ve koruyucu tedbirler olduğu belirtmiştir. Önleyici ve koruyucu tedbirler kapsamında verilen yanıtlar; "çalışma ortamına yönelik tedbirler, tehlikelerin saptanması, işyerinde iş güvenliğin sağlanması, teknik önlemler, ergonomik önlemler, koruyucu donanımlar (KKD'ler), fiziksel, sosyal ve psikolojik önlemler, periyodik sağlık muayenelerin düzenli ve tek elden yapılması, biyolojik etkenlerle çalışanların aşılanması, meslek hastalıkları konusunda farkındalığı arttırılması" gibi yanıtlar verilmiştir.

Katılanların %39,6'sı (n=21) meslek hastalıklarına karşı alınması gereken önlemler olarak, genel denetim ve kontrol olduğunu belirtmiştir. Genel denetim ve kontrol grubunda verilen yanıtlar "genel denetim, yasal düzenleme uygulamalarının denetlenmesi, alınan önlemlerin işyeri hekimlerince, iş güvenliği uzmanlarınca ve çalışanlarınca uygulamanın sağlanması ve denetlenmesi, işyeri hekimi tarafından alınan önlemlerin işverence yerine getirilmesi, yapılan işe giriş ve periyodik muayenelerin prosedür olmaktan çıkıp düzenli olarak yapılmanın sağlanması ve denetlenmesi, periyodik muayenelerin zamanında yapılması, kayıtların düzenli olarak tutulması, standartlara uyulması" şeklindeydi.

Çalışmaya katılanların %30,2'si (n=16) meslek hastalıkların önlenmesinde personel kriterleri ve mesleki eğitim olduğu beyan etmiştir. Personel kriterleri ve mesleki eğitim grubunda verilen yanıtlar; "yetkili personel, işyeri hekimi statüsünün iyileştirilmesi, tüm

işyerlerinde işyeri hekimi ve yardımcı personel bulunması, işyeri hekimine eğitim, çalışan eğitimi, toplum eğitimi, hizmetiçi eğitim verilmesi," şeklindedir.

Katılımcıların %28,3'ü (n=15), meslek hastalıkları tedbirleri kapsamında alınması gereken önlemler yasal düzenlemeler olduğu beyan etmiştir. Yasal düzenlemeler grubunda yer alan yanıtlar; "yasal düzenlemelerin (6331 sayılı kanun, mevzuat, yönetmelik) yapılandırılması, hekimlerin meslek hastalıklarını bildirimde bulunmalarının desteklenmesi, aile hekimlerin iş ortamını bilmediklerinden rapor vermelerinin engellenmesi," şeklindedir.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %9,4'ü (n=5) ilgili soruya İSG finansmanının değerlendirilmesi yanıtı vermiştir. Bu grupta yer alan yanıtlar "işyeri hekimlerin ve iş güvenliği uzmanların işverenden maddi olarak bağımsız olması, işyeri hekimleri için ayrı fon oluşturularak işverenden bağımsız olarak maaş alması" gibi yanıtlar verilmiştir.

Katılanların %9,4'ü (n=5) soru hakkında görüş bildirmemiştir. İlgili soruya verilen yanıtlar "fikrim yok, bilmiyorum" şeklindedir.

Tablo 14. Katılımcıların meslek hastalıklarına karşı alınabilecek önlemler hakkındaki farkındalıkları/bilgileri incelenmiştir (ilgili soru açık uçlu bırakılmıştır ve katılımcılara kişisel görüşleri ve birden fazla yanıt verilmesine olanak sağlanmıştır)

	n	(%)*
Önleyici ve koruyucu tedbirler	25	47,2
Genel denetim ve kontrol	21	39,6
Personel kriterleri ve mesleki eğitim	16	30,2
Yasal düzenleme	15	28,3
İSG finansmanının değerlendirilmesi	5	9,4
Soru hakkında görüş bildirmemiş	5	9,4

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi

Tablo 15'te katılımcıların meslek hastalıkları ile ilgili bazı bilgi düzeyleri incelenmiştir; Katılanların %96,2'si (n=51) meslek hastalığı tanımını içeren ifadeye doğru, %3,8'i (n=2) ise yanlış yanıtlamıştır (Tablo 15). 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda meslek hastalığın tanımı için "Meslek hastalığı: Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalıktır." İfadesi kullanılmıştır (18).

“6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa göre, 50’den az çalışanı bulunan ve az tehlikeli işyerleri için alınması gereken sağlık raporları aile hekimlerinden de alınabilir.” ifadesine %79,2’si (n=42) ‘evet’ seçeneğini işaretleyerek doğru yanıtı vermiş iken %20,8’ (n=11) yanlış yanıtı vermiştir (Tablo 15) (18).

Katılımcılar yanlış bir ifade olan “Meslek hastalıklarının genellikle birden fazla nedeni vardır.” sorusuna %20,8’i (n=11) doğru cevap vermiştir. 39 kişi (%73,6) yanlış yanıtlamıştır, 3 kişi (%5,7) ise fikri olmadığı bildirmiştir (Tablo 15). Meslek hastalıklarının nedeni genellikle tektir ve hastalık ile etken arasında güçlü bağ vardır (20).

İşe giriş muayenelerin amacına yönelik sorulan soruya, doğru yanıt veren %67,9 (n=36) katılımcı olmuştur. Bu ifadeye 15 kişi (%28,3) yanlış yanıt vermiştir. 2 kişi ise (%3,8) bu ifade hakkında fikri olmadığını beyan etmiştir (Tablo 15). Hekimlerce yapılan işe giriş muayenelerin amacı, işçiyi fiziksel ve psikososyal yönden değerlendirilerek, işçinin yapılacak işe uygunluğunu tespit etmektir (32).

Çalışmaya katılanların “Periyodik sağlık muayeneleri meslek hastalıkların erken tanısı için de yapılır.” ifadesine %92,5 (n=49) ‘evet’ seçeneğini işaretleyerek doğru yanıt vermiştir. 3 kişi (%5,7) bu ifadeye yanlış cevap vermiştir. 1 kişi (%1,9) ise bilmediğini beyan etmiştir. Diğer tıbbi hastalıklarının erken tanı tespitinde olduğu gibi, meslek hastalıkların erken tanısı için de periyodik sağlık muayenelerin büyük önem taşımaktadır (32).

Yanlış bir ifade olan “Meslek hastalıklarının bildirimi zorunlu değildir.” sorusuna doğru cevap verilenler %81,1 (n=43) saptanmıştır. 5 kişi (%9,4) bu ifadeyi yanlış yanıtlamıştır. 5 kişi (%9,4) de fikri olmadığı belirtmiştir (Tablo 15). Ülkemizde meslek hastalıklarının bildirimi zorunludur (20).

Katılımcıların meslek hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyini ölçmeye yönelik diğer bir ifade olarak “Meslek hastalıkları tümü ile önlenebilen hastalıklardır.” sorusuna %62,3 (n=33) ‘evet’ diyerek doğru yanıtı vermiştir. %26,4’ü (n=14) yanlış yanıt vermiştir. 6 kişi (%11,3) ise bu soru hakkında fikri olmadığı belirtmiştir (Tablo 15). Meslek hastalıklarının neden olan etmenler net bilinmektedir. Bu nedenle etmen ortadan kaldırıldığında meslek hastalığın ortaya çıkması tamamen engellenmiş olunmaktadır (20).

Yanlış bir ifade olan “Brucella bakterisi sadece bütünlüğü bozulmuş ciltten geçebilir.” sorusuna %69,8’i (n=37) doğru yanıtı vermiştir. %20,8 katılımcı (n=11) yanlış cevap vermiştir. 5 kişi (%9,4) ise bilmediğini beyan etmiştir (Tablo 15). Cildi tutan Brucella bakterisi sağlam ciltten de geçebilmektedir (20).

Ülkemizde biyolojik etkenlerle çalışanlara, aşılanması önerilmekte olup zorunlu değildir (33). Bu bağlamda sorulan soruya katılımcıların %11,3'ü (n=6) "Biyolojik etkenlerle çalışanlara, çalıştıkları etkene karşı immünizasyon mevcut ise aşı yaptırılması zorunludur." ifadesine doğru seçeneği işaretlemiştir. 40 kişi (%75,5) ilgili soruya yanlış cevap vermiştir. 7 kişi (%13,2) ise 'fikrim yok' yanıtını tercih etmiştir (Tablo 15).

Yanlış ifade olan "Gürültülü işlerde çalışanlarda, iletim tipte işitme kaybı, en sık görülen meslek hastalığıdır." sorusuna katılımcıların sadece %5,7'si (n=3) 'yanlış' seçeneğini işaretleyerek doğru yanıt vermiştir. %86,8 (n=46) katılımcı ilgili ifadeye yanlış cevap vermiştir. 4 birey (%7,5) bu ifade ile ilgili fikri olmadığı belirtmiştir (Tablo 15). Gürültüye maruz kalma sonucunda genellikle sensorinöral tipte işitme kaybı görülmektedir (20).

Katılanların %73,6'sı (n=39) "Mesleki solunum hastalıkları, fizik muayene ile diğer mesleki olmayan solunumsal hastalıklarından ayırt edilebilir." ifadesine 'hayır' yanıtı vererek doğru olarak cevaplamıştır. %15,1 (n=8) bu ifadeyi yanlış yanıtlamıştır. 6 kişi (%11,3) 'fikrim yok' seçeneğini tercih etmiştir. Mesleki solunum hastalıkları, diğer mesleki olmayan hastalıklardan fizik muayene ile ayrılması oldukça güçtür (20).

Tablo 15. Katılımcıların meslek hastalıkları ile ilgili bilgi sorularına cevap dağılımları

	Doğru		Yanlış		Fikrim yok		Toplam	
	n	(%)*	n	(%)*	n	(%)*	n	(%)*
Meslek hastalığı: Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalıktır.	51	96,2	2	3,8	0	0	53	100
6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa göre, 50'den az çalışanı bulunan ve az tehlikeli işyerleri için alınması gereken sağlık raporları aile hekimlerinden de alınabilir.	42	79,2	11	20,8	0	0	53	100
Meslek hastalığın genellikle birden fazla nedeni vardır.	11	20,8	39	73,6	3	5,7	53	100
İşe giriş muayenelerin amacı, çalışanı uygun işe yerleştirmektir.	36	67,9	15	28,3	2	3,8	53	100
Periyodik sağlık muayeneleri meslek hastalıkların erken tanısı için de yapılır.	49	92,5	3	5,7	1	1,9	53	100
Meslek hastalıklarının bildirimi zorunlu değildir.	43	81,1	5	9,4	5	9,4	53	100

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi

Tablo 15. (devamı) Katılımcıların meslek hastalıkları ile ilgili bilgi sorularına cevap dağılımları

	Doğru		Yanlış		Fikrim yok		Toplam	
	n	(%)*	n	(%)	n	(%)*	n	(%)*
Meslek hastalıkları tümü ile önlenebilen hastalıklardır.	33	62,3	14	26,4	6	11,3	53	100
Brucella bakterisi sadece bütünlüğü bozulmuş ciltten geçebilir.	37	69,8	11	20,8	5	9,4	53	100
Biyolojik etkenlerle çalışanlara, çalıştıkları etkene karşı immünizasyon mevcut ise aşı yaptırılması zorunludur.	6	11,3	40	75,5	7	13,2	53	100
Gürültülü işlerde çalışanlarda, iletim tipte işitme kaybı, en sık görülen meslek hastalığıdır.	3	5,7	46	86,8	4	7,5	53	100
Mesleki solunum hastalıkları, fizik muayene ile diğer mesleki olmayan solunumsal hastalıklarından ayırt edilebilir.	39	73,6	8	15,1	6	11,3	53	100

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi

KARŞILAŞTIRMALI BULGULAR

Katılımcıların meslek hastalıkları konusunda eğitim alma durumları ve meslek hastalıkları bilgi konusundaki özgüven ilişkisi değerlendirilmesi Tablo 16'da sunulmuştur.

Meslek hastalıkları ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim alanların %11,4'ü meslek hastalıkları konusundaki özgüven açısından kendilerini yetersiz hissederken, %51,4'ü orta/ kararsız ve %37,1'i yeterli hissetmektedir.

Eğitim almayanların %22,2'si kendilerini meslek hastalıkları konusunda yetersiz hissederken, çoğunluğu (%66,7) orta/karasız cevap vermiştir ve %11,1'i yeterli yanıtı vermiştir. Meslek hastalığı ile ilgili eğitim almış ve almamışlar arasında meslek hastalıkları bilgi konusunda özgüvenleri sayısal olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,119) (Tablo 16).

Tablo 16. Meslek hastalıkları konusunda eğitim almış ve almamış aile hekimlerinin meslek hastalıkları bilgi konusunda özgüvenlerinin karşılaştırılması

Meslek hastalıkları bilgi konusunda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?	Meslek hastalığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?				P
	Hayır		Evet		
	n	(%)*	n	(%)*	
Çok yetersiz	0	,0	0	,0	0,119**
Yetersiz	4	22,2	4	11,4	
Orta/kararsız	12	66,7	18	51,4	
Yeterli	2	11,1	13	37,1	
Çok yeterli	0	,0	0	,0	

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi, **: Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Tablo 17'de katılımcıların eğitim durumları ile meslek hastalıkları konusunda bazı bilgi düzeyleri arasında fark olup olmadığı incelenmiştir. Meslek hastalığının tanımını doğru bilen %94,3 (n=33) katılımcı, daha önce meslek hastalığı konusunda eğitim almış iken, aynı soruya

eğitim almamış bireyler, ilgili soruya % 100 (n=18) oranda doğru yanıt vermiştir. P değeri 0,543 saptanmış olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiş olsa da sayısal olarak iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 17. Katılımcıların meslek hastalıkları ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim durumları ile bazı bilgi düzeyleri ilişkisinin değerlendirilmesi

Meslek hastalığı: mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalıktır.	Meslek hastalığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?				P
	Hayır		Evet		
	n	(%)*	n	(%)*	
Yanlış	0	,0	2	5,7	0,543**
Doğru	18	100,0	33	94,3	
Fikrim yok	0	,0	0	,0	

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi, **: Fisher'in Kesin Testi uygulanmıştır.

Tablo 18'de katılımcıların eğitim alma durumları ve ülkemizdeki İş Sağlığı ve Güvenliği hakkındaki mevzuat ile ilgili ifadeye doğru yanıt verme oranları karşılaştırılmıştır. Eğitim almış katılımcıların %80'i (n=28) ilgili soruya doğru yanıt vermişken %20'si yanlış cevaplamıştır. Eğitim almayan grup incelendiğinde, %77,8'i (n=14) ilgili soruya doğru yanıt vermiş iken %22,2'si yanlış cevaplamıştır. Her iki grup arasında doğru sayı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bunu istatistiksel olarak karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=1,00).

Tablo 18. Katılımcıların meslek hastalıkları ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim alma durumları ve bazı bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa göre, 50'den az çalışanı bulunan ve az tehlikeli işyerleri için alınması gereken raporlar aile hekimlerinden de alınabilir.	Meslek hastalığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?				P
	Hayır		Evet		
	n	(%)*	n	(%)*	
Yanlış	4	22,2	7	20,0	1,000**
Doğru	14	77,8	28	80,0	
Fikrim yok	0	,0	0	,0	

n:kişi sayısı, *:sütun yüzdesi, **: Fisher'in Kesin Testi uygulanmıştır.

Tablo 19'da katılanların eğitim durumları ve meslek hastalığın nedenleri incelenmiştir. Eğitim almış katılımcıların %22,9'u ilgili soruya doğru yanıt vermiştir, %71,4'ü yanlış yanıtlamıştır. %5,7 ise fikri olmadığı belirtmiştir. Meslek hastalıkları ile ilgili eğitim almamış kişilerin %16,7'sı ilgili soruyu doğru yanıtlamıştır, %77,8'i yanlış cevap vermiştir. %5,6'sı ise 'fikrim yok' seçeneğini tercih etmiştir. İstatistiksel olarak her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,867).

Tablo 19. Katılımcıların eğitim durumları ile meslek hastalıkları konusunda bazı bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Meslek hastalığın genellikle birden fazla nedeni vardır.	Meslek hastalığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?				P
	Hayır		Evet		
	n	(%)*	n	(%)*	
Doğru	3	16,7	8	22,9	0,867**
Yanlış	14	77,8	25	71,4	
Fikrim yok	1	5,6	2	5,7	

n:kişi sayısı, *:sütun yüzdesi, **Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Tablo 20. Aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda mezuniyet sonrası eğitim alma durumları ve meslek hastalıkları konusunda bazı bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

İşe giriş muayenelerin amacı, çalışanı uygun işe yerleştirmektir.	Meslek hastalığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?				p
	Hayır		Evet		
	n	(%)*	n	(%)*	
Yanlış	7	38,9	8	22,9	0,318**
Doğru	11	61,1	25	71,4	
Fikrim yok	0	0	2	5,7	

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi, **: Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Tablo 20'de katılımcıların mezuniyet sonrası eğitim alma durumları ile işe giriş muayenelerinin amacı sorgulayan ifade incelenmiştir. Eğitim alanların %71,4'ü (n=25) ilgili soruya doğru yanıt vermişken, %22,9'u yanlış cevaplamıştır. %5,7'si ise bilmediklerini ifade etmişlerdir. Eğitim almayan gruba bakıldığında %61,1'i (n=11) doğru yanıtı seçmiştir, %38,9'u yanlış cevap vermiştir. Eğitim alan ve almayanlar arasında doğru cevaplayan kişi sayısı arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bunu istatistiksel olarak karşılaştırıldığımızda anlamlı fark gözlemlenmemiştir (p=0,318).

Tablo 21. Aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda mezuniyet sonrası eğitim durumları ve meslek hastalıkları ile ilgili bazı bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Periyodik sağlık muayeneleri meslek hastalıkların erken tanısı için de yapılır.	Meslek hastalığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?				p
	Hayır		Evet		
	n	(%)*	n	(%)*	
Yanlış	1	5,6	2	5,7	0,371**
Doğru	16	88,9	33	94,3	
Fikrim yok	1	5,6	0	,0	

n:kişi sayısı, *:sütun yüzdesi, **: Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Katılımcılara periyodik sağlık muayenelerin amacı sorgulandığında, meslek hastalıkları ile ilgili eğitim alanların %94,3'ü (n=33) ilgili ifadeye doğru yanıt vermişken %5,7'si yanlış cevap vermiştir. Eğitim almayan katılımcıların %88,9 (n=16) ilgili soruya doğru yanıt vermiştir, %5,6'sı yanlış cevap vermiştir ve %5,6'sı ilgili soruya fikri olmadığı belirtmiştir. Meslek hastalıkları ile ilgili eğitim almış olma ile doğru sayı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Her iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamıştır (p=0,371) (Tablo 21).

Katılımcılara meslek hastalıklarının bildirim zorunluluğu ile ilgili sorulan soruya, eğitim almış katılımcıların %82,9'u (n=29) doğru yanıt vermişken, %8,6'sı yanlış cevaplamıştır. Aynı oranla (%8,6) ilgili soru hakkında fikri olmadığı belirtmişlerdir. Eğitim almamış katılımcıların %77,8'i (n=14) ilgili soruya doğru yanıt vermiştir. %11,1 yanlış cevap vermişlerdir. Aynı oranla (%11,1) 'fikrim yok' seçeneğini tercih etmişlerdir. İki grup arasında eğitim alanların doğru yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,905) (Tablo 22).

Tablo 22. Aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda mezuniyet sonrası eğitim durumları ve meslek hastalıkları konusundaki bazı bilgi düzeylerin karşılaştırılması

Meslek hastalıklarının bildirimi zorunlu değildir.	Meslek hastalığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?				p
	Hayır		Evet		
	n	(%)*	n	(%)*	
Doğru	14	77,8	29	82,9	0,905**
Yanlış	2	11,1	3	8,6	
Fikrim yok	2	11,1	3	8,6	

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi, **: Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Tablo 23'te 'Meslek hastalıkları tümü ile önlenebilen hastalıklardır.' ifadesine, eğitim almış aile hekimlerin %54,3'ü doğru yanıt vermişken, %31,4 yanlış cevap vermiştir. %14,3 ise fikir belirmemiştir. Eğitim almayanların %77,8'i doğru, %16,7 yanlış yanıtlamıştır. İstatistiksel olarak her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,242). İlgili ifadeye doğru cevap veren kişi sayısı açısından incelendiğinde, mezuniyet sonrası eğitim alanların almayanlara göre sayıca fazladır.

Tablo 23. Aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda mezuniyet sonrası eğitim durumları ve meslek hastalıkları bazı bilgilerin karşılaştırılması

Meslek hastalıkları tümü ile önlenebilen hastalıklardır.	Meslek hastalığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?				p
	Hayır		Evet		
	n	(%)*	n	(%)*	
Yanlış	3	16,7	11	31,4	0,242**
Doğru	14	77,8	19	54,3	
Fikrim yok	1	5,6	5	14,3	

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi, **: Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Brucella bakterisinin cilt tutulumu ile ilgili soruya verilen yanıtlar incelendiğinde, mezuniyet sonrası meslek hastalıkları konusunda eğitim almış ve almamış gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiş olsa da (p=0,246) doğru sayı olarak anlamlı fark saptanmıştır. Eğitim almış bireylerin %74,3'ü (n=26) ilgili soruya doğru cevap vermiştir. %14,3'ü yanlış yanıtlamıştır. Eğitim almamış grubundaki bireylerin %61,1'i (n=11) doğru yanıt vermişken %33,3'ü yanlış cevaplamıştır (Tablo 24).

Tablo 24. Aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda mezuniyet sonrası eğitim durumları ve meslek hastalıkları konusunda bazı bilgilerin karşılaştırılması

Brucella bakterisi sadece bütünlüğü bozulmuş ciltten geçebilir.	Meslek hastalığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?				p
	Hayır		Evet		
	n	(%)*	n	(%)*	
Doğru	11	61,1	26	74,3	0,246**
Yanlış	6	33,3	5	14,3	
Fikrim yok	1	5,6	4	11,4	

n:kişi sayısı, *:sütün yüzdesi, **Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Tablo 25'te biyolojik etkenlerle çalışanların aşılama zorunluluğu ile ilgili bilgiler incelendiğinde, eğitim almış aile hekimlerin sadece %11,4'ü ilgili soruya doğru cevap vermiştir. Büyük çoğunluğu (%74,3) ilgili soruya yanlış yanıt vermiştir. Benzer şeklinde, mezuniyet sonrasında eğitim almamış bireylerin %11,1'i ilgili soruya doğru yanıt vermişken, %77,8'i yanlış cevaplamıştır. İstatistiksel olarak karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,946).

Tablo 25. Aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda mezuniyet sonrası eğitim durumları ve meslek hastalıkları bazı bilgilerin karşılaştırılması

Biyolojik etkenlerle çalışanlara, çalıştıkları etkene karşı immünizasyon mevcut ise aşı yaptırılması zorunludur.	Meslek hastalığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?				p
	Hayır		Evet		
	n	(%)*	n	(%)*	
Doğru	2	11,1	4	11,4	0,946**
Yanlış	14	77,8	26	74,3	
Fikrim yok	2	11,1	5	14,3	

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi, **: Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Tablo 26'da gürültülü işlerde çalışanlarla ilgili bazı bilgi düzeyleri, eğitim alma ve almama arasındaki ilişki incelenmiştir. Eğitim almış katılımcıların yalnızca %5,7'si ilgili soruya doğru yanıt vermiştir. Çoğunlukla (%88,6) ilgili soruya yanlış yanıt vermiştir. Eğitim almayanlarda da benzer oranlar saptanmıştır (%5,6-doğru, %83,3-yanlış). İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,780).

Tablo 26. Aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda mezuniyet sonrası eğitim durumları ve meslek hastalıkları konusunda bazı bilgilerin karşılaştırılması

Gürültülü işlerde çalışanlarda, iletim tipte işitme kaybı, en sık görülen meslek hastalığıdır.	Meslek hastalığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?				p
	Hayır		Evet		
	n	(%)*	n	(%)*	
Doğru	1	5,6	2	5,7	
Yanlış	15	83,3	31	88,6	
Fikrim yok	2	11,1	2	5,7	0,780**

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi, **: Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Tablo 27'de mesleki solunumsal hastalıklar fizik muayene ile diğer mesleki olmayan solunum sistemi hastalıklarından ayırt etme ile ilgili sorulan soruya, eğitim almış ve almamış bireylerin karşılaştırıldığında, eğitim alanların %85,7 ilgili ifadeye doğru yanıt vermişken eğitim almayanların %50'si doğru yanıtlamıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,013).

Tablo 27. Aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda mezuniyet sonrası eğitim durumları ve meslek hastalıkları bazı bilgilerin karşılaştırılması

Mesleki solunum hastalıkları, fizik muayene ile diğer mesleki olmayan solunumsal hastalıklardan ayırt edilebilir.	Meslek hastalığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?				**p**
	Hayır		Evet		
	n	(%)*	n	(%)*	
Doğru	9	50,0	30	85,7	**0,013****
Yanlış	6	33,3	2	5,7	
Fikrim yok	3	16,7	3	8,6	

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi, **: Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Aile hekimlerin meslek hastalıkları konusunda eğitim alma durumları ile meslek hastalığı ön tanısı durumunda, sevk ile ilgili tutumları incelenmiştir. Eğitim alanların büyük çoğunluğu (%65,7, n=23) ikinci basamak sağlık kuruluşlarına, %51,4 SGK tarafından yetkilendirilmiş sağlık hizmeti sunucularına, %40 ise çalışanın işyerinde işyeri hekimi bulunuyorsa, işyeri hekimine sevk ettiği belirtmiştir. Eğitim almayanların %66,7'si (n=12) ikinci basamak sağlık kuruluşlarına, %33'ü SGK tarafından yetkilendirilmiş sağlık kuruluşlarına sevk etmektedir. Eğitim alma ve alamama durumları ile sevk tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ülkemizde meslek hastalığı ön tanısı durumunda sevkleri, SGK tarafından yetkilendirilmiş sağlık kuruluşlarına yapılmaktadır. Eğitim alma ve alamama durumu ile sevk işlemleri arasındaki tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamış olsa da kişi sayısı olarak incelendiğinde, eğitim alanların, almayanlara göre sevk işlemlerin doğru şekilde yapılması anlamlı bir şekilde yüksektir (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların meslek hastalığı ile karşılaştıklarında nasıl bir yol izledikleri ile meslek hastalıkları konusunda eğitim alma durumları arasında ilişkinin değerlendirilmesi

		Meslek hastalığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?				p
		Hayır		Evet		
		n	(%)*	n	(%)*	
İkinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara sevk ederim	Hayır	6	33,3	12	34,3	0,945**
	Evet	12	66,7	23	65,7	
Çalıştığı kurumda işyeri hekimi bulunuyor ise, işyeri hekimine sevk ederim	Hayır	13	72,2	21	60,0	0,380**
	Evet	5	27,8	14	40,0	
Çalıştığı kurumda işyeri hekimi bulunmuyor ise, işverene haber veririm.	Hayır	16	88,9	32	91,4	1,000**
	Evet	2	11,1	3	8,6	
Gerekli tetkikleri kendim isterim, kesin tanıyı koyduktan sonra tedaviyi düzenlerim.	Hayır	18	100,0	33	94,3	0,543**
	Evet	0	,0	2	5,7	
SGK tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına sevk ederim.	Hayır	12	66,7	17	48,6	0,210**
	Evet	6	33,3	18	51,4	
Diğer	Hayır	17	94,4	35	100,0	0,340**
	Evet	1	5,6	0	,0	

n: kişi sayısı, *: sütun yüzdesi, **: Ki-Kare testi kullanılmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan aile hekimlerin yaş ortalaması 47 idi, çoğunluğu erkekti (%54,7), evliydi (%81,1) ve çocuk sahibiydi (%90,6). Katılımcıların ortalama kıdem süresi 21,9 yıl saptandı. Aile hekimliğinde ise büyük çoğunluğu (%71,7) 10-15 yıl arasında olduğu saptandı.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin, aile hekimliği birimlerine günlük en az 35, en fazla 150 hasta başvurmaktadır (ortalama 66,8 hasta). Günlük başvuru yapan hastaların yaklaşık %1,2' si iş ile ilgili başvurulardı (işe giriş raporu/PSM/iş göremezlik raporu vb.). Bu oranın düşük olmasının sebebi, çalışmamızın, il merkezinde yürütülmüş olması, çoğu işyerlerinde işyeri hekimi bulunuyor olması ve hastaların bu gibi işlemler için ASM'lere başvurmamasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca anket uygulama sırasında, bazı aile hekimlerinin, çalışma şartları ve işyeri ortam düzeni konusunda bilgi sahibi olmadıklarını belirtip, bu gibi işlemleri (işe giriş raporu, periyodik muayeneler vb) yapmaktan kaçındıklarını belirtmişlerdir. Oysa ki 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa baktığımızda, 50 çalışan altında ve az tehlikeli işyerleri için alınması gereken raporlar kamu hizmetleri sunucuları veya aile hekimlerinden de alınabilir, ifadesi bulunmaktadır. Bu bağlamda, ülkemizde meslek hastalıkları ile ilgili yasal düzenlemelerin yeterli düzeyde olmadığı düşünülebilir. İş sağlığı ve güvenliği konularında, aile hekimlerine uygun eğitimlerin verilmesi veya tüm işletmelerde işyeri hekimi bulundurma zorunluluğu getirilmesi, bu sorunun çözümü olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcılarımızın çoğu (%66) meslek hastalıkları konusunda mezuniyet sonrası eğitim almıştır. Bu eğitimi daha sık işyeri hekimliği sertifika programlarından (%49,1) almışlardır. Türkiye'de işyeri hekimliği sertifikası olan hekimlerin, mevcut hekimlere oranı yaklaşık

%1,3'ü kadardır (58) ve bu oran Türkiye geneline benzer oranda kabul edilebilir. Fakat il merkezi için bu oranın daha yüksek olması beklenebilirdi.

Çalışmamızda aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda öz yeterlilik değerlendirmeleri incelenmiş olup, katılımcılarımızın 'orta/kararsız' yanıtı verme olasılığı daha yüksekti (%56,6). Benzer bir şekilde, Gök ve arkadaşlarının, yaptığı bir çalışmada, aile hekimlerinin meslek hastalıklarını yönetme konusunda öz yeterlilikleri sorgulanmış ve katılımcılardan 10 puan üzerinden öz değerlendirilmeleri istenmiştir. Ortalama puan 3,9 bulunmuş olup, katılan hekimlerin %76,9'u kendilerine 10 üzerinden beş puan veya daha az puan vermiştir (59). Üzmezoğlu ve arkadaşlarının, 20 farklı dahili disiplinde, birinci ve son yılında olan asistan hekimlerin üzerine yaptığı diğer bir çalışmada, katılımcılar, meslek hastalıkları teşhisi, tedavisi, sosyal yönü ve önlenmesi hakkındaki bilgi düzeylerini "kısmen yeterli" olarak değerlendirmişlerdir (60).

Biçer ve arkadaşlarının Ankara ilinde, birinci basamakta çalışan hekimler üzerine yaptığı çalışmada, katılımcıların %28,2'si meslek hastalıkları konusunda kendilerini yeterli hissetmediğini ifade etmiştir (61). Bizim çalışmamıza katılan aile hekimlerinin %15,1'i meslek hastalıkları konusunda kendini yetersiz hissettiği bulundu. Mezuniyet sonrası meslek hastalıkları ile ilgili eğitim alan aile hekimlerinin %11,4'nün de kendini yetersiz hissettiği saptandı. Bu bulgular ülkemizde meslek hastalıkları konusundaki eğitimin yüzeysel, yeterliliği ve devamlılığı olmayan bir eğitim olduğunu düşündürmektedir. Gök ve arkadaşlarının çalışmasında, eğitim almış aile hekimlerin sadece %22,9'u aldıkları eğitimin yeterli olduğunu belirtmiştir (59).

Çalışmamıza katılanların yarısından fazlası (%56,6) hiç işyeri hekimliği yapmamış, %43,4'ü mesleki hayatın bir döneminde işyeri hekimliği yapmıştır. İşyeri hekimliği yapmış olan aile hekimlerinden sadece %9,4'ü meslek hastalığı ön tanısı koymuştur. Gök ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılanların %34'ü hayatında en az bir kez meslek hastalığı ön tanısı koymuş ve %18,5'i meslek hastalığı ön tanısı almış bir hastayı sevk/bildirimde bulunmuştur (59). Güney Afrika'da pratisyen hekimler üzerine yapılan diğer bir çalışmada, hekimlerin %75'inin son 6 ayda en az bir defa meslek hastalığı tanısı koyduğu bulmuştur (62).

Çalışmamızda, aile hekimlerinin meslek hastalığı ön tanısı koyduklarında, hastalarını doğru yönlendirme/sevk etme hususunda farkındalığı incelendiğinde, katılımcıların sadece %45,3'ünün (n=24) meslek hastalığı ön tanısı alan hastalarını usulüne göre yönlendirdiği saptandı. Çoktan seçmeli bu soru daha dikkatli incelendiğinde, Türkiye'de meslek hastalıkları için mevcut olan sevk kanallarını tek başına işaretleyen aile hekimi oranı yalnızca %17 (n=9)

dir. Çalışmamızda meslek hastalığı ön tanısı koyan hekim sayısı da oldukça az (%9,4) saptandı. Meslek hastalığı ön tanısı konulsa bile, hastasını usulüne göre sevk etme/yönlendirme farkındalığı oldukça düşük olduğunu düşünmekteyiz. Govender ve arkadaşlarının çalışmasında, hekimlerin %24'ü meslek hastalıklarının sevk/bildirim ile ilgili hukuki sorumluluklarını bildiğini, fakat sadece bir hekimin bunu uygun bir şekilde uyguladığı bulmuşlardır (62). Bu bağlamda aile hekimlerin meslek hastalıkları ile ilişkili sevk kanalları ve bildirim yolları konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin arttırılması gerektiği kanaatindeyiz.

Yıldız ve arkadaşlarının, Türkiye genelinde yaptığı ve aile hekimlerinin meslek hastalıkları ile ilgili tutum ve davranışlarını inceleyen bir çalışmada, aile hekimlerin meslek hastalığı şüphesi durumlarında, katılımcıların sevk etme tutumları incelenmiştir. En fazla oranla %76,8 ile Sağlık Bakanlığı Hastanelerine, %31,2 Üniversite Hastanelerine, %20,9 ise Meslek Hastalıkları Hastanelerine sevk ettiklerini belirtmişlerdir. Beş aile hekiminden sadece biri (%19,5) meslek hastalığı şüphesiyle bir hastayı sevk ettiğini belirtmiştir (1). Bizim çalışmamızda en yüksek oranla (%66) ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara, SGK tarafından yetkilendirilmiş sağlık hizmeti sunucularına (Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Devlet Üniversite Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri) sevki %45,3 oranında tespit edildi.

Çalışmamızda, aile hekimlerinin meslek hastalıklarını erken tanı tespitinde sorumluluk farkındalığı incelendiğinde, çoğunlukla işyeri hekiminde (%96,2) olduğu, %32,1'i birinci basamak hekimlerinde/aile hekimlerinde olduğu belirtilmiştir. Katılanların yalnız %3,2'si (n=2) bu sorumluluk tüm hekimlerde olduğunu belirtmiştir. Bu noktada katılımcılarımızın, meslek hastalıklarını erken tanınması sorumluluğu konusundaki farkındalığı beklenen düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Yasalarımızda da (5510 sayılı SSGSS Kanununda) tüm hekimlere bu yetkiler, hukuki sorumlulukları ile birlikte verilmiştir. Çalışmamızın bu bulguları, aile hekimlerinin meslek hastalıklarını kendi alan konusu ile ilgili olmadığı düşüncesinden kaynaklamış olabilir. Oysaki aile hekimliğinde hastalık ayırımı yapmaksızın sürekli ve kapsamlı bakım uygulanmaktadır. Meslek hastalıkları erken tanındıklarında birçok bireye yarar sağladığından dolayı birinci basamakta atlanmaması gereken önemli hastalık gruplarından sayılabilir. Birçok ülkede pratisyen hekimler üzerinde yapılan çalışmalarda, meslek hastalıkları ile ilgili danışmanlık konusunda zayıf olduklarını göstermiştir (63-65). Bu sonuç hukuki bilgi, meslek hastalıkları bilgisi ve tecrübe eksikliğinden kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Hekimlerin farkındalıklarına yönelik açık uçlu olarak hazırlanan ve meslek hastalıklarına karşı alınabilecek önlemlerin neler olduğunu, yazmaları istenen diğer bir soruda, sıklıkla (%47,2) meslek hastalıklarına karşı alınabilecek önlem olarak, önleyici ve koruyucu

tedbirler olduğu belirtmişlerdir. İtalya'da Cegolon ve arkadaşlarının meslek hastalığı tanısı ile ilgili birinci basamak hekimleri üzerine yaptığı bir çalışmada, birinci basamak sağlık hizmeti uygulamalarında, doğru bir tıbbi öykünün alınmasının öneminden bahsetmişlerdir. Mesleki maruziyet öyküsünün alınması, meslek hastalığının sadece erken tanısı için değil, aynı zamanda önleyici tedbirler alınması açısından önem taşıdığını belirtmişlerdir (66). Biçer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, meslek hastalıklarına karşı alınabilecek önlemler arasında, en yüksek oranla (%89,8) hasta muayenesi sırasında mesleki öykünün alınması, olduğu bulunmuştur (61). Çalışmamıza katılan aile hekimlerin hiçbiri, mesleki öykünün öneminden bahsetmemiştir. Bunun sebebi, katılan hekimlerin, AHB'lerine kayıtlı bulunan nüfus hakkında genel çerçevede öngörülebilir bilgiye sahip oldukları düşünülmektedir. Diğer bir sebep ise, hekimlerin meslek hastalıkları ile ilgili farkındalığın veya bilgi düzeyinin yeterli derecede olmamasından kaynaklanmış olabileceği değerlendirilmiştir. Aile hekimlerin anamnez formlarına meslek sorgulama bölümü eklenmesi, meslek hastalığı anamnezi alması davranışını arttırabilir.

Katılanların %39,6'sı, meslek hastalıklarının önlenmesinde, genel denetim ve kontrolün daha fazla yapılması gerektiği yönünde cevap vermişlerdir. Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği denetimlerinin yeterliliğini nicel olarak değerlendiren bir çalışmada, ülkemizde iş teftişi oranları, denetlenen işyeri sayısı ve çalışan sayısı açısından yeterli düzeyde olmadığını bulmuşlardır (2012 yılında teftiş oranı %0,75, 2013 yılında denetlenen işyeri oranları %0,55) (67). Bu çalışmada, bizim katılımcılarımızın vermiş olduğu cevapları destekler niteliktedir.

%30,2'si (n=16) meslek hastalıklarının önlenmesinde personel kriterleri ve mesleki eğitim olduğunu beyan etmişlerdir. %28,3 (n=15) katılımcı, meslek hastalıkları tedbirleri kapsamında alınması gereken önlemler olarak, yasal düzenlemelerin yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. En düşük oranla %9,4'ü (n=5) ilgili soruya, İSG finansmanının yeniden değerlendirilmesi gerektiği cevabı verilmiştir. Genel olarak aile hekimlerin, meslek hastalıklarına karşı alınacak önlemler konusundaki farkındalığı olumlu yönde görülse de, birçoğu hukuken sorumlu oldukları meslek hastalıklarını kendi alanları ile ilişkilendirmemekte ve hastalarına bununla ilgili yeterli bilgilendirme yapmadığı düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin bilgi düzeylerine yönelik hazırlanan sorular incelendiğinde, en fazla oranla (%96,2) doğru cevaplanan soru, meslek hastalığın tanımını içeren sorudur. Takiben %92,5 oranı ile periyodik sağlık muayenelerin amacına yönelik hazırlanan sorudur. Mezuniyet

sonrası meslek hastalığı konusunda eğitim alma ve almama konusunda, hazırlanan sorulara verilen doğru cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Genel olarak doğru cevaplanan üçüncü soru (%81,1) ise meslek hastalıklarının bildirim zorunluluğu ile ilgili sorulan sorudur. Genel olarak bakıldığında, çalışmaya katılan aile hekimlerinin büyük bir kısmı meslek hastalıklarının bildirilmesi gerektiği konusunda bilinçlidir. Ülkemizdeki bildirilen vaka sayısına bakıldığında, bildirilen meslek hastalığı oranları oldukça düşüktür. Bunun sebebi olarak, SGK istatistik yıllıklarında bildirilen meslek hastalıklarının, tıbbi tanısı konulduktan sonra, istatistik yıllıklarında yayınlanmamasından kaynaklanıyor olabilir. Belli bir meslek hastalığın istatistik yıllıklarında yer alması için hem tıbbi hem de yasal olarak meslek hastalığı tanısı almış olmalıdır. Diğer yandan katılımcıların çoğu meslek hastalıkların bildirilmesi gerektiği konusunda bilgili olsa da bildirim kanalları konusunda bilgileri yeterli düzeyde görülmemektedir.

Bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulan diğer bir soru da, meslek hastalıklarının önlenebilirlik oranlarını sorgulayan sorudur. Çalışmamızda ilgili soruya %62,3 oranı ile doğru yanıtlanmıştır. Mezuniyet sonrası meslek hastalıkları konularında eğitim alma ve almama ile bu sorunun doğru cevaplanması arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının dahili branşlarda çalışan hekimler üzerine yaptığı çalışmada meslek hastalıklarının önlenebilir olması ile ilişkili soruya %87,1 oranı ile doğru cevap vermişlerdir (60).

Bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulan ve en yüksek oranla yanlış cevaplanan (%86,8) "gürültülü işlerde çalışanlarda, iletim tipte işitme kaybı en sık görülen meslek hastalığıdır" içeren ifadesine aittir. Meslek hastalıkları ile ilgili eğitim almış ve almamış aile hekimleri ile doğru cevaplama arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır. Literatürde, kıyaslayacak benzer bir çalışma bulunmamıştır.

Yüksek oranda yanlış yanıtlanan diğer bir soru ise biyolojik etkenlerle çalışan işçilerin aşılanma zorunluluğu ile ilgiliydi. Katılımcıların %75,5'i biyolojik etkenlerle çalışanların aşılanmasının zorunlu olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde infeksiyöz ajanlarla çalışanlarda aşılama önerilmekte olup, bir zorunluluğu yoktur (33). Ancak biyolojik etkenlerle çalışan işçilerin aşılanmasının zorunlu hale getirilmesi, infeksyonlara bağlı meslek hastalıklarının önlenmesinde önemli bir adım olacağı düşünülmektedir.

En sık üçüncü yanlış cevaplanan diğer bir soru ise meslek hastalıklarının nedensel ilişkisini sorgulayan ifade yer almaktadır. %73,6 katılımcı, meslek hastalığının nedeni birden

fazla sebepten kaynaklandığı belirtmiştir. Bunun nedeni, aile hekimlerinin ‘meslek hastalığı’ ve ‘işle ilgili hastalık’ kavramlarının tam olarak bilmemesinden kaynaklanmış olabilir (20).

SONUÇLAR

Çalışmamız Edirne İl merkezinde, Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan 53 aile hekiminin gönüllü katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma, aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda bilgi ve farkındalık düzeylerini incelemeyi amaçlanmıştır. Bu bağlamda tarafımızca düzenlenen ve 34 sorudan oluşan bir anket kullanılmıştır.

Çalışmamızın bulgularını incelenmesinden ortaya çıkan sonuçlar aşağıda belirtilmiştir;

1. Katılanların çalışma süreleri; meslekte ortalama 21,9 yıl, aile hekimliğinde ise 10-15 yıl olarak saptandı.
2. İş ile ilgili sebeplerden dolayı aile hekimliği birimlerine günlük başvuran hasta sayısının %1,2 kadardır.
3. Çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlası meslek hastalıkları ile ilgili lisans sonrası eğitim aldığı belirtmişlerdir (%66).
4. Eğitimler sıklıkla işyeri hekimliği sertifika programlarından (%49,1) veya hizmet içi eğitimlerden (%39,6) alınmıştır.
5. Katılımcıların çoğu hiç işyeri hekimliği yapmamıştır. %24,5 daha önce, %18,9'u şu anda yaptığı belirtmiştir.
6. Katılan aile hekimlerinin sadece %9,4'ü meslek hastalığı ön tanısı koymuştur.
7. Katılımcıların yarısından fazlası (%56,6) meslek hastalıkları konusunda (tanı, tedavi ve hukuki boyutlarda vb) özgüvenleri orta derecede olduğu ifade etmişlerdir.

8. Meslek hastalıkları konusunda kendini yeterli hisseden katılımcı sadece %28,3 saptanmıştır.
9. Meslek hastalıkları ile ilgili kendini yeterli derecede hisseden aile hekimlerin eğitim durumlarına bakıldığında, %37,1 (n=13) eğitim almış, %11,1 (n=2) eğitim almamıştır. İstatistiksel olarak her iki grup arasında fark saptanmamış olsa da sayısal olarak anlamlı fark saptanmıştır.
10. Katılımcılar, meslek hastalığı ön tanısı koyduklarında sıklıkla (%66) hastalarını ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara sevk ettiği bulunmuştur.
11. Hekimlerin % 45,3'ü Türkiye'de meslek hastalığı ile ilgili mevcut sevk kanalları bilmektedir. Bilenlerin çoğu, mezuniyet sonrası meslek hastalıkları ile ilgili eğitim almış bireylerdir.
12. Bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulan sorular incelendiğinde, doğru yanıt veren oranlar çoğunlukla mezuniyet sonrası eğitim almış aile hekimlerine ait olduğu saptanmıştır.
13. Hekimlerin meslek hastalıkları hakkındaki farkındalıkları genel olarak olumlu görülse de birçoğu hukuken sorumlu oldukları meslek hastalıklarını kendi alanları ile ilişkilendirmemektedirler.
14. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan meslek hastalıkları, birinci basamak sağlık hizmetlerinde irdelenmesi gereklidir. Erken tanı ve gerekli müdahalelerin yapılması meslek hastalıklarından doğan sorunların büyümesini engelleyeceği düşünmekteyiz.
15. Aile hekimlerinin anamnez formlarında meslek hastalıkları bölümü konulması, farkındalık açısından yararlı olabileceği düşünülmektedir.

ÖZET

Aile Hekimliği uygulamaları, günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Meslek hastalıkları önlenebilir olması toplum sağlığı düzeyinde önem taşımaktadır. Bu çalışmada Edirne il merkezinde Aile Sağlığı Merkezlerinde görev alan aile hekimlerin, meslek hastalıkları konusunda bilgi ve farkındalık düzeylerini inceleyip meslek hastalıklarına tanı koyma ve hastalarını doğru yönlendirme becerilerini geliştirmenin yollarına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Araştırmamıza toplam 53 aile hekimi katılmıştır. Araştırmamızda veri kaynağı olarak aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda bilgi ve farkındalık düzeylerinin incelemek için tarafımızca hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Veriler yüzde, ortanca ve minimum-maksimum değerler kullanılarak sunulmuştur. İstatistiksel yöntemler olarak Ki-Kare testleri kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi <0,05 kabul edilmiştir.

Katılımcılar meslek hastalıkları hakkında sadece %66 eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Mezuniyet sonrası meslek hastalıkları alanında eğitim alan katılımcıların %28,3'ü kendilerini yeterli hissettiği belirtmiştir.

Meslek hastalıkları konusunda eğitim almış aile hekimlerinin bilgi ve farkındalık düzeylerinin eğitim almamış aile hekimlerine göre, istatistiksel olarak fark saptanmamış olsa da, sayı olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır.

Aile hekimlerine, meslek hastalıkları konularında alınacak önlemler, erken tanı, tedavi ve ilgili hukuki bilgileri hakkında eğitimlerin verilmesi, meslek hastalıkları alanında daha yetkin olmalarını sağlayıp ülkemizi daha ileri taşıyabilir.

Anahtar kelimeler: meslek hastalıkları, bilgi, farkındalık, aile hekimliği.

SUMMARY

Today, Family Medicine practices constitute the basis of primary health care services. Prevention of occupational diseases is important at the level of public health. The aim of this study has been to examine the knowledge and awareness levels of family physicians who work in Family Health Centers in Edirne city center. The study has for purpose to contribute to the improvement of family physicians' work in diagnosing occupational diseases and in giving their patients accurate and clear guidance.

The number of the family physicians who took part in the study is 53. To measure the family physicians' knowledge about and awareness of occupational diseases, a questionnaire thoroughly prepared by us for this purpose has been used. The presented data is in percentages, median and minimum-maximum values. Furthermore, Chi-square tests have been used as statistical methods. The accepted statistical significance level in the analysis has been <0.05.

According to the data taken from the participating in the study physicians, 66% of them received training on occupational diseases; and only 28.3% of the participants, who received training in the field of occupational diseases after graduation, have declared to feel sufficiently competent.

Although statistically the family physicians who received training in occupational diseases do not differ much in practice from the ones without training, the difference between the physicians with training and the ones without in numbers is significant.

Offering and providing family physicians training on the measures that need to be taken in occupational diseases as well as on early diagnosis, treatment and relevant legal information,

will not only contribute to the family physicians' enhanced competence, but also will contribute to the overall national development in the respective medical field.

Keywords: Occupational diseases, knowledge, awareness, family medicine.

KAYNAKLAR

1. Yildiz AN, Piskin TM, Alaguney ME, Kurt OK, Ozlu A, Basarali MK. Attitudes and behaviors of family physicians regarding occupational diseases. Archives of environmental & occupational health. 2019;74(1-2):85-92.
2. Akkurt İ. Dünyada ve Ülkemizde Meslek Hastalıkları Tanı Sistemleri: Yeni Bir Model Önerisi. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2014;14(51):30-8.
3. Fidancı İ, Ozturk O. A general overview on occupational health and safety and occupational disease subjects. Journal of Family Medicine and Health Care. 2015;1(1):16-20.
4. Şimşek DC. Meslek Hastalıklarımızı Neden Tanıyamıyoruz? Karatahta İş Yazıları Dergisi Sayı: 3/ Aralık 2015 (s: 219-228).
5. Bayramlar OF, Ezirmik E, İşsever H, Bayramlar Z. Standardization Of The Numbers Of Work Accidents, Occupational Diseases And Mortality Rates According To Social Security İnstitution's 2010-2015 Years Data Based Upon Cities. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2019;82(1):29-39.
6. Karadağ ÖK. Meslek Hastaliklarinda Tespit Sorunu Çeşitli Ülkelerde İlgili Ölçütler ve Türkiye'de Durum. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2015;3(11):26-9.
7. Bekar İ, Deniz O, Bekar E. İş Kazası ve Meslek Hastalıklarının Maliyeti (2005-2014). Uluslararası Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 2017;3(3).
8. Canıvar C. Bir Olgu Üzerinden Türkiye'de Meslek Hastaliklari Tani Sistemi. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2015;14(51):39-42.
9. Ilıman EZ. Türkiye'de Meslek Hastaliklari. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi.1(1):21-36.
10. SGK İstatistik Yıllıkları [Internet]. Available from: http://www.sgk.gov.tr.2020.
11. İstatistik yıllıkları [Internet]. Available from: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/devredilen_kurum_istatistikleri/ssk_devredilen.2020.

12. Öztora S. Aile Hekimliğinde Ulaşılabilirlik. Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2016;7(6):29-31.

13. Avrupa W. aile hekimliği Avrupa tanımı Türkçe çevrisi. Basak O. Saatçi E.(Eds). Türkiye aile hekimliği uzmanlık derneği yayınları no: 4. 2011. 2016.

14. Çözme AHDÖS, Yeterliğinin Ç. Rewieving the Specific Problem Solving Core Competency of Family Medicine Discipline Along with a Case. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care. 2015;9(3):125-9.

15. Topal İO. Mesleki Dermatozlarin Halk Sağlığı Açısından Önemi. Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi.2019;4:61-71.

16. Meslek Hastalıkların Tarihçe ve Epidemiyoloji [Internet]. Available from: http://www.anadoluissagligi.com .2020.

17. Lesage M. Work-related diseases and occupational diseases: the ILO international list. Encyclopaedia of occupational health and safety. 1998;1:26.2-.6.

18. Kanunu İSG. 6331 Sayılı İş Sağlığı Güvenliği Kanunu. 2012.

19. Gazete R. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. 2006.

20. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. Meslek Hastaliklari ve İşle İlgili Hastaliklar Tani Rehberi.2019.

21. Niu S. ILO list of occupational diseases and health care workers. Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety. 2010;17(2):34-8.

22. İLO List Of Occupational Diseases [Internet]. 2010. Available from: http://www.ilo.org.

23. Gazete R. Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü. 1972.

24. Çalışma ve Sosya Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi, Meslek Hastalıkları. 2013.

25. Bilir N. Meslek hastalıkları (tanı, tedavi ve korunma ilkeleri). Hacettepe Tıp Dergisi 2011; 42:147-152

26. Cegolon L, Lange JH, Mastrangelo G. The Primary Care Practitioner and the diagnosis of occupational diseases. BMC public health. 2010;10(1):405.

27. Meslek Hastalıkları Bildirim Rehberi [Internet]. 2020. Available from: http//www.çsgb.gov.tr.

28. Sözen Ş, İnce H, Dikici F, Diraçoğlu D, İnce N. Maluliyet (meslekte çalışma gücü kayıplarının) hesaplanması. Editörler: Prof Dr Sermet KOÇ Yrd Doç Dr Muhammet CAN. 2009:235.

29. Güvercin A, Mil Hİ. İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortasının Meslek Hastalığı Boyutunun Analizi. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;9(27/3):82-100.

30. Atlı K, Froneberg B, Matisane L, Yıldız N, Şimşek C, Demirkol D. Çalışma Yaşamında Sağlık Gözetimi Rehberi. Baskı Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. 2010:181-2.

31. Gazete R. İş Sağlığı Ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi. 2012 (28512).

32. Emiroğlu C. İşe Giriş Muayeneleri ve İşe Yerleştirme. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG). 2015;1(2).

33. Gazete TR. Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Sayısı.28678.

34. Tözeren A, Hijyeni İ. İş Hijyeni. İş Sağliği ve Güvenliği. 2015:3.

35. Beyazova M, Kutsal YG. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016.

36. Kayihan H, Köse B. Türkiye'de ve dünyada mesleki rehabilitasyon. Turkiye Klinikleri Psychology-Special Topics. 2018;3(1):30-41.

37. Gazete R. Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Yayın tarihi. 2013;2:2013.

38. Vural R, Yaman H. Aile Hekimliği ve İşe Giriş Raporlari. Duzce Medical Journal. 2016;18(3).

39. Sng J, Lee SM, Koh D. Bridging The Gap Between Occupational Medicine And Family Medicine. Annals-Academy of Medicine Singapore. 2008;37(2):158.

40. Demir S. Tehlikeli kimyasal maddelerin iş sağlığı ve güvenliği yönetimi: Fen Bilimleri Enstitüsü; 2010.

41. Kimyasal Maddelerle Çalişmalarda Sağlik ve Güvenlik Önlemleri Hakkinda Yönetmelik. Resmi Gazete. 2013 12.08.2013.

42. Çalişkan MB, Ayşegül P. İçme Sularinda Arsenik Kirliliği: Ülkemiz Açisindan Bir Değerlendirme. Pamukkale Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Dergisi. 2009;15(1):69- 79.

43. Arda F, Özşahin A. Kimyasal Maddelerle Oluşan Mesleki Deri Hastaliklari ve Korunma Yollari. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG). 2015;6(21).

44. Eto K. Minamata disease. Neuropathology. 2000;20:14-9.

45. Özbolat G, Abdullah T. Ağır metal toksisitesinin insan sağlığına etkileri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2016;25(4):502-21.

46. Sundar S, Chakravarty J. Antimony toxicity. International journal of environmental research and public health. 2010;7(12):4267-77.

47. Metekoğlu Ş, Melikoğlu M, Güder S, Oğuz Topal İ. Türkiye'de mesleki dermatozların durumu. TÜRKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi. 2018;52(3):80-4.

48. Göncü EK, Melikoğlu M, Tarikçi N, Tamyürek M, Toprak D, Demir FT, et al. Mesleki egzamalara yaklaşım: Dermatologlar, işyeri hekimi ve aile hekimlerinin tutum farklılıkları. Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm. 2016;50(1).

49. ILO. Guidelines for the Use of the ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconioses. International Labour Office Geneva; 1980.

50. Saygun M, Tunçbilek A, Karabıyıkoğlu G. Pnömokonyoz olgularında radyolojik bulgular, solunum fonksiyon testleri, EKG ve arter kan gazları sonuçlarının değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2001;49(3):359-72.

51. Derneği TT. Astim. Official Journal of the Turkish Thoracic Society. 2016;17.

52. Mollahaliloğlu S, Maimaiti N. Türkiye'de Mesleki Hastalıklar Kapsamında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Fibrozisin Değerlendirilmesi. Turkiye Klinikleri Pharmacology-Special Topics. 2018;6(2):140-3.

53. Güler Ç, Çobanoğlu Z, Baskı B. Gürültü. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi. 1994;19.

54. Lie A, Skogstad M, Johannessen HA, Tynes T, Mehlum IS, Nordby K-C, et al. Occupational noise exposure and hearing: a systematic review. International archives of occupational and environmental health. 2016;89(3):351-72.

55. Coşkun Ö. İyonize radyasyonun biyolojik etkileri. Teknik Bilimler Dergisi. 2011;1(2):13-7.

56. Aktaş Ş. Yüksek basınçla ilişkili patolojilere yaklaşım. Yoğun Bakım Dergisi. 2005;5(4):208-20.

57. Ataman K. Dekompresyon Hastalığı (Vurgun). Turkiye Klinikleri J Emerg Med-Special Topics. 2018;4(2):127-32.

58. T.C. Aile, Çalişma ve Sosyal Hizmetler Bakanliği - İş Sağliği ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıt, Takip ve İzleme Programı İSG-KATİP v9.19.01.10 [Internet]. 2021. Available from: http://www.isgkatip.ailevecalisma.gov.tr.

59. Gök AS, Yilmaz TE, Kasim I, Sencan I, Özkara A. Occupational Health and Disease Knowledge and Practices of Family Physicians. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2020;62(11):e625-e9.

60. 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.

61. Biçer BK, Yildiz AN, Yücel A, Aksoy M. Birinci Basamakta Hizmet Sunan Hekimlerin İş Sağliği ve Güvenliği Konusundaki Bazi Bilgi ve Tutumları. 2019.

62. 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.

63. Parker G. General practitioners and occupational health services. British journal of general practice. 1996;46(406):303-5.

64. Parker G. Occupational health and general practitioners. BMJ. 2004;328(7437):s73-s4.

65. Nicholson PJ, Gration J. What occupational medicine offers to primary care. British Journal of General Practice; 2017.

66. Cegolon L, Lange JH, Mastrangelo G. The Primary Care Practitioner and the diagnosis of occupational diseases. BMC Public Health. 2010;10(1):1-4.

67. Yilmaz F. Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği Teftişlerinin İstatistiksel Açidan Değerlendirilmesi. Is, Guc: The Journal of Industrial Relations & Human Resources. 2015;17(2).

EKLER

EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2020/34	
	PROTOKOL ADI	Aile Hekimlerinin Meslek Hastalıkları Konusunda Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Serdar ÖZTORA	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:02/04**		**Tarih:20.01.2020**
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Selime KARTAL'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H
Avukat Emine NURLU Üye		T.C. Rektörlüğü	K	E H	E H
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR Nurgül ARDA Fakülte Sekreteri

T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan

EK-2

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2020/3

Karar: 2020/3

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 20/02/2020 tarih saat 11:00'da İl Sağlık Müdürlüğü Gülden YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosyaları inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

1- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi Dr.Züleyha Güler MEMİ'nin **"Edirne İl Merkezindeki Aile Hekimlerinin Klinik Uygulamalarında Kılavuzları Kullanım Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi "** konulu Uzmanlık tezi ,

2- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi Dr.Selime KARTAL'ın **" Aile Hekimlerinin Meslek Hastalıkları Konusunda Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi "** konulu Uzmanlık tezi

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

[redacted]

Dr. Selma H[redacted] YILMAZ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

[redacted]

Dr. Ö[redacted] ÇAKAR
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısı

[redacted]

Dr. Ü[redacted] BAKAR
Toplum Sağlığı Birim Sorumlusu

[redacted]

Uzm. Dr. Eşi[redacted] SEÇGİN SAYHAN
Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı

[redacted]

Yıldıray ÇETİNTAŞ
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birim Sorumlusu

[redacted]

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 464f9da8-577a-445b-879c-1c9dfc023edb kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3

AİLE HEKİMLERİNİN MESLEK HASTALIKLARI KONUSUNDA BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ

ANABİLİM DALI

Arş. Gör. Dr. Selime Kartal

Danışman: Prof. Dr. Serdar Öztora

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Aile Hekimlerinin Meslek Hastalıkları Konusunda Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi" isimli, hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Anket No:

1. Cinsiyetiniz?

1. Kadın 2.Erkek

2. Yaşınız? ……..

3. Medeni durum;

1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış /Dul

4. Çocuğunuz var mı?

0.Hayır 1. Evet

5. İşiniz/ Ünvanınız nedir?

1. Aile Hekimliği Uzmanı 2. Aile Hekimi 3. Diğer: ……..……..

6. Meslekte kaçıncı yılınız? ……

7. Aile Hekimi olarak çalışma süreniz? ..... ……ay / yıl

8. Haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuz? …….....

9. Aile Sağlığı Biriminize günlük ortalama kaç hasta başvurmaktadır? …….....

10. Meslek hastalıkları konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?

0. Hayır 1. Evet

11. Meslek hastalıkları konusunda eğitim aldıysanız bu eğitimi nereden aldınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

0. Eğitim almadım 1. İşyeri hekimliği sertifika programı

2. Doktora programı 3. Hizmet içi eğitim

4. Diğer:…….....

12. Meslek hastalıkları bilgi konusunda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

1. Çok yetersiz 2. Yetersiz 3. Orta/kararsız 4. Yeterli 5. Çok yeterli

13.Aktif olarak işyeri hekimliği yapıyor musunuz veya yaptınız mı?

0. Hiç yapmadım 1. Daha önce yaptım 2. Şu anda yapıyorum

14. İşyeri hekimliği yaptıysanız, görev sürenizde meslek hastalığı ön tanısı koydunuz mu?

0. Hayır 1. Evet 2. İşyeri hekimliği yapmadım

15. İşe giriş raporları için hastalarınız size ne sıklıkta başvururlar?

Haftada ortalama …… kişi

16. İş ile ilgili periyodik muayeneleri için hastalarınız size ne sıklıkta başvururlar?

Haftada ortalama …… kişi

17. İşyerinden sadece tetkik istemi için yönlendirilen hastalar size ne sıklıkta başvururlar?

Haftada ortalama …… kişi

18. İşyerinden kaynaklanan sorunlarından dolayı (meslek hastalığı, işle ilgili hastalık, iş kazası) çalışanlar iş göremezlik raporu düzenlemeniz için size ne sıklıkta başvuruyorlar?

Haftada ortalama …… kişi

19. Meslek hastalığına yakalandığını düşündüğünüz hastalarınız ile ilgili nasıl bir yol izliyorsunuz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. İkinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara sevk ederim.
2. Çalıştığı kurumda işyeri hekimi bulunuyorsa, işyeri hekimine sevk ederim.
3. Çalıştığı kurumda işyeri hekimi bulunmuyorsa, işverene haber veririm.
4. Gerekli tetkikleri kendim isterim, kesin tanıyı koyduktan sonra tedaviyi düzenlerim.
5. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına (Sağlık Bakanlığı Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (EAH) ve Devlet Üniversite Hastaneleri) sevk ederim.
6. Diğer……

20. Sizce ülkemizde meslek hastalıkları konusundaki yasal düzenlemeler ne derecede yeterlidir?

1. Çok yetersiz 2. Yetersiz 3. Orta/kararsız 4. Yeterli 5. Çok yeterli

21. Sizce meslek hastalıkların önlenmesi öncellikle kimin/kimlerin sorumluluğundadır?

……
……..

22. Sizce meslek hastalıkların erken tanı tespitinde hangi hekimlerin rolü vardır?

……
……..

23. Sizce meslek hastalıklarına karşı alınabilecek önlemlerin neler olduğu kısaca yazınız.

……
……
……
……

Lütfen doğru olduğunu düşündüğünüz kutucuğu işaretleyin, konu ile ilgili fikriniz yoksa "fikrim yok" kutucuğunu işaretleyiniz.

	HAYIR	**EVET**	**FİKRİM YOK**
24. Meslek hastalığı: Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalıktır.			
25. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa göre, 50'den az çalışanı bulunan ve az tehlikeli işyerleri için alınması gereken sağlık raporları aile hekimlerinden de alınabilir.			
26. Meslek hastalıklarının genellikle birden fazla nedeni vardır.			
27. İşe giriş muayenelerin amacı, çalışanı uygun işe yerleştirmektir.			
28. Periyodik sağlık muayeneleri meslek hastalıkların erken tanısı için de yapılır.			
29. Meslek hastalıklarının bildirimi zorunlu değildir.			
30. Meslek hastalıkları tümü ile önlenebilen hastalıklardır.			
31. Brucella bakterisi sadece bütünlüğü bozulmuş ciltten geçebilir.			
32. Biyolojik etkenlerle çalışanlara, çalıştıkları etkene karşı immünizasyon mevcut ise aşı yaptırılması zorunludur.			
33. Gürültülü işlerde çalışanlarda, iletim tipte işitme kaybı, en sık görülen meslek hastalığıdır.			
34. Mesleki solunum hastalıkları, fizik muayene ile diğer mesleki olmayan solunumsal hastalıklarından ayırt edilebilir.			