



Original Research / Orijinal Araştırma

Evaluation of Attitudes of Family Physicians towards Occupational Health and Occupational Diseases in Turkey

Türkiye'de Aile Hekimlerinin Çalışan Sağlığı ve Meslek Hastalıklarına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi

Gökmen ÖZCEYLAN¹, Giray KOLCU^{2,3}, Ayşe COŞKUN BEYAN⁴

Abstract

Introduction: The attitudes of family physicians towards occupational health and diseases are influenced by many factors. Among the most significant of these factors are the knowledge levels and awareness of family physicians about occupational diseases and worker health. This study aims to evaluate the knowledge levels, education, and attitudes of family physicians in Turkey towards occupational health and occupational diseases.

Method: The study was designed as a cross-sectional descriptive study in a quantitative research design. The dependent variable was the "Attitude Scale for Physicians on Worker Health and Occupational Diseases" score. Independent variables included age, gender, duration of work in family medicine, regional distribution, specialization status, possession of an occupational medicine certificate, and active practice in occupational medicine. Participants were selected from family physicians in various regions using a "stratified random sampling" method (n=379). Jamovi, SPSS, and JASP software were used for statistical analysis of the study. Means and frequency distributions were calculated for descriptive data. Correlation analyses, t-tests, and ANOVA tests were conducted for comparisons between groups. The results of these analyses were considered statistically significant at p<0.05.

Findings: Among the family physicians, 128 (33.8%) were specialists in family medicine. 38.8% (n=147) had an occupational medicine certificate. Only 24.5% (n=93) were actively practicing occupational medicine. It was determined that the attitudes of family physicians and specialists towards worker health and occupational diseases were independent of gender, age, duration of work as a family physician, and working region (p>0.05). Those with a certificate and those actively practicing occupational medicine had significantly higher average total scale scores (p<0.006 and p<0.001, respectively). General practitioners working in family medicine had significantly higher average total scores than specialists working in family medicine (p<0.046).

Conclusion: Approximately three-quarters of family physicians in Turkey do not practice occupational medicine. The scale scores of family physicians actively practicing occupational medicine were significantly higher. There was no difference in the scale scores of family physicians working in industrial regions, and the scale scores of specialists in family medicine were significantly lower than those of general practitioners working in family medicine.

Keywords: family practice, occupational health, occupational diseases

Özet

Giriş: Aile hekimlerinin çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları hakkındaki tutumlarını birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörlerin en önemlilerinden biri, aile hekimlerinin meslek hastalıklarına ve çalışan sağlığına yönelik bilgi düzeyleri ve farkındalıklarıdır. Bu çalışma ile Türkiye'deki aile hekimlerinin çalışan sağlığı ve meslek hastalığına yönelik bilgi düzeylerinin, eğitimlerinin ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışma nicel araştırma deseninde kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak tasarlandı. Çalışmada bağımlı değişken olarak "Hekimler için Çalışan Sağlığı ve Meslek Hastalıklarına Yönelik Tutum Ölçeği" puanı belirlendi. Bağımsız değişken olarak ise; yaş, cinsiyet, aile hekimliğinde çalışma süresi, bölgesel dağılım, uzmanlık durumu, işyeri hekimliği sertifikasına sahip olma ve aktif işyeri hekimliği yapma durumu olarak belirlendi. Katılımcılar bölgelerdeki aile hekimleri içerisinde "tabakalı rastgele örneklem" yöntemi ile belirlendi (n=379). Araştırmanın istatistiksel analizleri için Jamovi, SPSS ve JASP yazılımları kullanıldı. Tanımlayıcı veriler için ortalama ve frekans dağılımları hesaplandı. Gruplar arasındaki karşılaştırmalar korelasyon analizleri, t-testi ve ANOVA testleri ile gerçekleştirildi. Bu analizlerin sonuçları p<0,05 anlam düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Aile hekimlerinin %33,8'i (n=128) aile hekimliği uzmanıydı. %38,8'nin (n=147) işyeri hekimliği sertifikası vardı. Katılanların sadece %24,5'i (n=93) aktif olarak işyeri hekimliği yapıyordu. Çalışmada aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlarının çalışan sağlığı ve meslek hastalıklarına yönelik tutumlarının cinsiyetten, yaştan ve aile hekimi olarak çalışma sürelerinden, çalışma bölgelerinden bağımsız olduğu tespit edildi (p>0,05). Sertifika sahibi olanların ve aktif işyeri hekimliği yapanların ölçek genel toplam puan ortalamaları anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla p=0,006, p<0,001). Pratisyen hekim olup aile hekimliği yapanların, aile hekimliği uzmanı olup aile hekimliği yapanlara ölçek ortalama puanları anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,046).

Sonuç: Türkiye'de aile hekimlerinin yaklaşık dörtte üçü işyeri hekimliği yapmamaktadır. Aktif işyeri hekimliği yapan aile hekimlerinin ölçek puanları daha yüksekti. Sanayi bölgelerinde çalışan aile hekimlerinin ölçek puanlarının farklılık göstermediği, aile hekimliği uzmanlarının pratisyen hekim olarak çalışan aile hekimlerinden ölçek puanları daha düşüktü.

Anahtar Sözcükler: aile hekimliği, iş sağlığı, meslek hastalıkları

Geliş tarihi / Received: 08.10.2023 Kabul tarihi / Accepted: 24.03.2024

¹ Tekirdağ Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumaloğlu Şehir Hastanesi, Palyatif Bakım Servis Sorumlusu, Tekirdağ, Türkiye

² Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

³ Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, Türkiye

⁴ Dokuz Eylül Üniversitesi İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gökmen ÖZCEYLAN. Dr. İsmail Fehmi Cumaloğlu Şehir Hastanesi, Tekirdağ, Türkiye

E-posta: gokmenozceylan01@hotmail.com Tel: +90 5424474605

Özceylan G. Kolcu G. Coşkun Beyan A. *Evaluation of Attitudes of Family Physicians towards Occupational Health and Occupational Diseases in Turkey* TJFPMC, 2024; 18 (2) :215-222

DOI: 10.21763/tjfmpe.1372992

Giriş

Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1950 yılında iş sağlığını “Bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik durumlarının en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları” olarak tanımlamıştır. İş sağlığındaki iyilik durumunun karşılanamamasının bireysel ve toplumsal düzeylerde etkileri bulunmaktadır. Bireysel düzeyde etkiler; meslek hastalıkları ve iş kazaları iken, toplumsal düzeyde ise UÇÖ tarafından “gizli epidemiy” tanımı kullanılarak, toplumsal iş gücü kaybı ve halk sağlığı sorunlarına dikkat çekilmek istenmiştir. Meslek hastalığı tanı ve bildirimimin halen beklenenin çok altında olduğu ve bu bildirim eksikliğinin de bu etkileri arttırdığı bildirilmiştir.^{1,2} İş sağlığı ve güvenliği (İSG) alanındaki bu yaygın etkinin değerlendirilmesi için çeşitli göstergelerin kullanılması önerilmektedir. Bu göstergeler çalışan popülasyonun sağlıklılık durumunu, işle ilgili kazalarını, hastalık ve ölümlerindeki değişimi ifade etmektedir. Ayrıca İSG alanında öncelikli sorunlu alanların tahmin edilmesi, önlenabilir hastalık ve kazaların belirlenmesinde, sunulan hizmetin sonuçlarının değerlendirilmesinde göstergelerin önemi vurgulanmaktadır.³ Bu amaçla İSG alanında farklı kurum ve kuruluşlar tarafından uzlaşıya varılmış bazı İSG göstergeleri tanımlanmıştır. Örneğin DSÖ temel ve genişletilmiş İSG göstergeleri kullanılmasını önermiş ve bu göstergelerin en önemli bileşeni olarak da ‘meslek hastalığı tanısı koymayı’ belirlemiştir.⁴ Yine benzer kapsamda Ulusal ve Bölgesel Epidemiyologlar Konseyi- Council of State and Territorial Epidemiologists (CSTE) İSG alanında 24 gösterge tanımlamış ve bildirilen meslek hastalığı sayısının bu göstergelere göre kullanılmasını önermiştir.⁵ UÇÖ ise İSG göstergeleri için bildirilen meslek hastalığı tanısı sayısının önemine dikkat çekmiştir. Bütün bu kurumların ve göstergelerinin de belirttiği ortak nokta meslek hastalıklarının tanısını koymanın önemidir.⁶

Türkiye’de Toplum Sağlığı Merkezlerinin (TSM) İSG alanında hizmet sunması ile ilgili yasal düzenlemelerin yapılmış olması iş sağlığı ve güvenliği için önemli bir gelişmedir. Bu düzenlemeler ile 2010 yılının sonunda 1000’e yakın TSM, İSG hizmeti sunabilmesi için yetkilendirilmiştir. Yasal olarak az tehlikeli işletmeler için 50 ve daha az çalışanı olan işyerlerinde işe giriş muayenesi kısmi zamanlı iş yeri hekimliği yapan aile hekimleri tarafından yapılabilmektedir.⁷ Ayrıca aile hekimleri, Sosyal Sigortalar Kurumu (SGK) tarafından yetkilendirilmiş sağlık hizmet sunucularına meslek hastalığı ön tanısı ile hastalarını sevk edebilmektedir. Bu düzenleme ile aile hekimleri, SGK tarafından yürütülen meslek hastalığı tanı ve bildirim akışında önemli bir bileşene dönüşmüştür.⁸ 2017 yılında birinci ve ikinci basamak sağlık hizmet sunucularında mesleki maruziyetlerin erken tespit edilmesini sağlamak amacıyla 269 numaralı Mesleki Maruziyet Veri Paketi (MMVP), Sağlık Yönetim Sistemine (SYS) eklenmiştir. Şubat 2018 tarihinde ise Mesleki Maruziyet Sorgulama Ekranı (MMSE) Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) uygulamalarına eklenmiştir. Uygulamadan gelen veriler ise Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) platformunda önceden belirlenmiş değişkenler kullanılarak sınıflandırılmıştır. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çalışan Dairesi Başkanlığı 2021 yılında eğitim faaliyetleri kapsamında aile hekimlerinin meslek hastalığı farkındalığı için eğitim modülleri oluşturmuştur.⁹

İş sağlığı alanındaki bu gelişmeler doğrultusunda aile hekimlerinin meslek hastalığı tanı ve bildiri ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesi gereksinimi ortaya çıkmıştır. Bu çalışma ile ulusal İSG politikasında önemli bir bileşen olan aile hekimlerinin çalışan sağlığı ve meslek hastalıklarına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Aile hekimlerinin çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları hakkında tutumlarını birçok faktör etkilemektedir. Faktörlerin belki de en önemlilerinden biri aile hekimlerinin meslek hastalıklarına ve çalışan sağlığına yönelik bilgi düzeyleri, farkındalıkları ve bu iki düzeyin davranışlarına nasıl yansıdığını analiz edebilmektir. Bu çalışma ile Türkiye’deki aile hekimlerinin çalışan sağlığı ve meslek hastalığına yönelik bilgi düzeylerini, eğitimlerini ve tutumlarının geçerliliği ve güvenilirliği ispatlanmış bir ölçek ile değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem

Çalışma nicel araştırma deseninde kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak tasarlandı. Çalışma için, tasarımından sonra Süleyman Demirel Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul’undan 20.09.2022 tarih ve 18/254 numarayla etik kurulu onayı alındı.

Çalışmada bağımlı değişken olarak “Hekimler için Çalışan Sağlığı ve Meslek Hastalıklarına Yönelik Tutum Ölçeği” puanı belirlendi. Bağımsız değişken olarak ise; yaş, cinsiyet, aile hekimliğinde çalışma süresi, aile hekimlerinin çalıştıkları yerlerin bölgesel dağılımı, uzmanlık durumu, işyeri hekimliği sertifikası sahip olma durumu ve aktif işyeri hekimliği yapma durumu olarak belirlendi.

Çalışmanın evreni olarak 2020 yılında Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimleri olarak belirlendi (n:26594).¹⁰ Örnek büyüklüğü; %5 kabul edilebilir hata payı ile %95 güven aralığında 379 olarak hesaplandı (n:379). Katılımcılar bölgelerdeki aile hekimleri içerisinde “tabakalı rastgele örneklem” yöntemi ile belirlendi. Aile hekimleri bölgelere göre tabakalamadan sonra her tabakadan aynı oranda örnek seçildi.

Türkiye’de her coğrafik bölgede aile hekimliği birimine 1’den başlanarak bir numara verildi. Bu numaralardan her yirmide biri (tabakalı örneklem oranı) çalışmaya dahil edildi. Örn: (1,21,41,61, vs.). Telefonla ulaşılan aile hekimine çalışmaya katılmaya gönüllü olma durumu soruldu. Ölçek, çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere

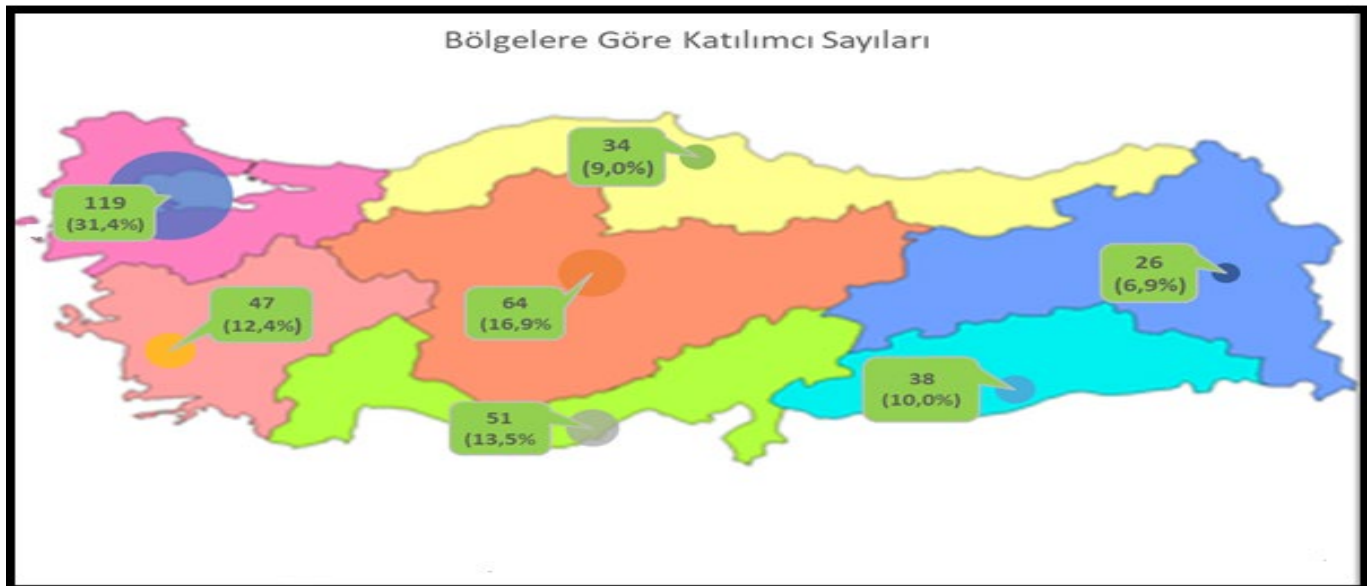
çevrimiçi ulaştırıldı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hekimlerin yerine bir sonraki birimin aile hekimi aranarak sonraki aile hekimi çalışmaya dahil edildi.

Çalışmada aile hekimlerinin çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları ile ilgili tutumlarını ölçmek için 2022 yılında Kolcu ve arkadaşları tarafından geliştirilen ‘Hekimler için Çalışan Sağlığı ve Meslek Hastalıklarına Yönelik Tutum Ölçeği’ kullanıldı.¹¹ Ölçekte hekimin çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları ile ilgili tutumunu öz-değerlendirme ile ifade etmesi hedeflenmektedir. Maddeler 5’li Likert ölçeği ile puanlanmaktadır (hiç katılmıyorum 1 puan, katılmıyorum 2 puan, orta derecede katılıyorum 3 puan, katılıyorum 4 puan ve tamamen katılıyorum 5 puan). Ölçekte negatif soru bulunmamaktadır. Ölçek toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 19 ve en çok 94 puan alınabilmektedir. Ölçek puanları ile ilgili bir kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin halihazırda kullanılmış örneği olmadığı için ölçek toplam puanı ve alt boyutları için ölçeğin uygulandığı popülasyonun puanının aritmetik ortalamasının medyan değerinin üzerinde olması tutumu destekler yönde, altında olması desteklemediği yönde değerlendirilmektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı (Cronbach’s α) değeri 0,94 olarak hesaplanmıştır. (Alt boyutların güvenirlik katsayıları: öz yeterlik alt boyutu: 0,92, hazır bulunuşluk alt boyutu: 0,92, farkındalık alt boyutu: 0,87 ve katkı alt boyutu: 0,83)

Ölçek, hekimlerin çalışan sağlığı ve meslek hastalıklarına yönelik tutumlarını konu alan uzmanlarının görüşlerinin değerlendirildiği “Delphi yöntemi” ile belirlenmiş olan 4 alt boyutta (öz yeterlik alt boyutu, hazır bulunuşluk alt boyutu, farkındalık alt boyutu ve katkı alt boyutu) ölçmektedir. Öz yeterlilik alt boyutu ile hekimin kendi davranışsal standartlarına ve hedeflerine ne kadar ulaştığı 7 soru ile değerlendirilmektedir ve bu alt boyuttan en az 7, en çok 35 puan alınabilmektedir. Hazır bulunuşluk alt boyutu ile çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları ile ilgili davranışı sergilemesi için gerekli donanımına sahip olması 4 soru ile değerlendirilmektedir ve bu alt boyuttan en az 4, en çok 20 puan alınabilmektedir. Farkındalık alt boyutu ile hekimlerin çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları ile ilgili bilinç düzeyleri 4 soru ile değerlendirilmektedir ve bu alt boyuttan en az 4, en çok 20 puan alınabilmektedir. Katkı alt boyutu ile hekimlerin çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları ile ilgili koruyucu tedbirlerinin bilimsel ve ekonomik katkıları 4 soru ile değerlendirilmektedir ve bu alt boyuttan en az 4, en çok 20 puan alınabilmektedir. Araştırmanın istatistiksel analizleri için Jamovi, SPSS ve JASP yazılımları kullanıldı. Tanımlayıcı veriler için ortalama ve frekans dağılımları hesaplandı. Gruplar arasındaki karşılaştırmalar korelasyon analizleri, t-testi ve ANOVA testleri ile gerçekleştirildi. Bu analizlerin sonuçları $p < 0,05$ anlam düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya toplam 379 aile hekimi katıldı . Çalışmaya katılanların yaş ortalamaları $37,77 \pm 8,96$ (min:27, maks:65) idi. Bu hekimlerin 247 (%65,2) si erkekti. Hekimlerin, aile hekimi olarak çalışma süresi ortalaması $7,18 \pm 4,71$ yıl olarak hesaplandı (min:1 yıl, maks:16 yıl). Çalışmaya katılan hekimlerin 182’si (%48,0) 5 yıl ve altı, 69’u (%18,2) 6-10 yıl arası ve 128’i (%33,8) 11 yıl ve üzeri yıldır aile hekimi olarak çalışmaktaydı. Hekimlerin 128’i (%33,8) aile hekimliği uzmanı, 251’i (%66,2) aile hekimiydi. Hekimlerin 147’si (%38,8) işyeri hekimliği sertifikası vardı, 232’sinin (%61,2) sertifikası yoktu. Hekimlerin sadece %24,5’i (n=93) aktif olarak işyeri hekimliği yapıyordu. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin bölgesel dağılımı harita üzerinde gösterilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin bölgesel dağılımı

Aile hekimlerinin ölçekte aldıkları toplam puan ortalaması $66,51 \pm 14,56$ (min:23, maks:95) olarak hesaplandı. Aile hekimlerinin ortalama puanlarının sadece “katkı” alt boyutunda medyan değer üzerinde olduğu, diğer alt boyutlar ve toplam puanları ortalamalarının medyan değer altında olduğu görüldü (Tablo 1).

Tablo1. Aile hekimlerinin ölçeğin alt kategorilerine göre puan ortalamaları

	Min	Maks	Ort (mean)	±	St. Sapma	Median
Özyeterlilik	7,00	35,00	21,68	±	6,56	22
Hazır bulunuşluk	4,00	20,00	14,73	±	4,01	15
Farkındalık	4,00	20,00	13,57	±	4,02	14
Katkı	4,00	20,00	16,52	±	3,24	16
Toplam	23,00	95,00	66,51	±	14,56	66

Çalışmada aile hekimlerinin aldığı toplam ortalama puanlarının ve alt kategorilerinin yaş ile ilişkisinde; yaş arttıkça alt kategorilerinden sadece farkındalığın arttığı ($p=0,043$; $r=0,104$), diğer alt kategoriler ve ölçekten aldıkları genel ortalama toplam puanların ise aile hekimlerinin yaşıyla ilişkisinin olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

Çalışmada ölçeğin alt kategorileri ve toplam ortalama puanlarının cinsiyete göre ilişkisinde ise erkek aile hekimlerinin toplam ortalama puanları kadınlardan çok az yüksek olmasına rağmen, alt kategorilerde ve toplam ortalama puanda cinsiyete göre anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Çalışmada aile hekimlerinin aldığı genel toplam ve alt kategorilerinin ortalama puanlarının, aile hekimlerinin çalışma süreleriyle (5 yıl ve altı, 6-10 yıl ve 11 yıl ve üzeri) ilişkisinde; ölçek genel toplam ortalama puanları ve alt boyut puanları ile aile hekimlerinin çalışma süresi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p=0,183$).

Çalışmada aile hekimlerinin Türkiye’de çalıştıkları bölgelere göre çalışan sağlığı ve meslek hastalığı bilgi düzeyleri ve davranışları açısından ölçek toplam puanları ve alt kategorilerinde anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Çalışmada uzmanlık eğitimi almış aile hekimliği uzmanı sayısı 128 (%33,77)’di. Aile hekimlerinin (herhangi bir uzmanlık eğitimi almamış genel pratisyen hekim) genel ortalama toplam puanları ve hazır bulunuşlukları aile hekimliği uzmanlarından anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 2).

Tablo 2. Aile hekimlerinin uzmanlık eğitimi almış olma durumlarının çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları tutum düzeyine etkisi

	A H uzmanlığı	N	Ort.(mean)	±	Std.Sapma	P	Etki büyüklüğü (Cohen’s d)
Özyeterlilik	Evet	128	20,91	±	6,73	0,101	0,179
	Hayır	251	22,08	±	6,45		
Hazır bulunuşluk	Evet	128	14,14	±	4,35	0,040*	0,224
	Hayır	251	15,04	±	3,79		
Farkındalık	Evet	128	13,76	±	4,13	0,193	0,142
	Hayır	251	13,20	±	3,97		
Katkı	Evet	128	16,70	±	3,33	0,142	0,160
	Hayır	251	16,18	±	3,19		
Genel Toplam	Evet	128	67,57	±	15,44	0,046*	0,217
	Hayır	251	64,42	±	14,01		

Bağımsız gruplarda t testi

Çalışmaya katılan aile hekimlerinden işyeri hekimliği sertifikası olanların oranı %38,79 ($n=147$) idi. Sertifika sahibi olanların olmayanlara göre katkı alt kategorisi hariç, ölçek genel toplam puanı ve diğer alt kategorilerin tümünde puan ortalamaları anlamlı olarak yüksekti (Tablo 3).

Tablo 3. Aile hekimlerinin işyeri hekim sertifikasına sahip olma durumunun ölçek toplam ve alt kategori puanlarıyla karşılaştırılması

	İşyeri hekimliği sertifikası	n	Ort.(mean)	±	Std.Sapma	P	Etki büyüklüğü (Cohen's d)
Özyeterlilik	Evet	147	22,52	±	6,26	0,046	0,211
	Hayır	232	21,15	±	6,71		
Hazır bulunuşluk	Evet	147	15,40	±	3,69	0,027	0,235
	Hayır	232	14,37	±	4,17		
Farkındalık	Evet	147	14,37	±	3,74	0,002	0,326
	Hayır	232	13,10	±	4,13		
Katkı	Evet	147	16,88	±	3,03	0,090	0,179
	Hayır	232	16,30	±	3,36		
Genel Toplam	Evet	147	69,07	±	13,44	0,006	0,290
	Hayır	232	64,88	±	15,04		

Bağımsız gruplarda t testi

Aktif olarak kısmi zamanlı işyeri hekimliği yapanlarının oranı %24,54' idi (n=93). Aktif olarak kısmi zamanlı işyeri hekimliği yapan aile hekimlerinin yapmayanlara göre ölçek genel ortalama ve tüm alt kategorilerdeki ortalama puanları anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4).

Tablo 4. Aktif olarak kısmi zamanlı işyeri hekimliği yapan aile hekimlerinin yapmayanlara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Aktif kısmi işyeri hekimliği yapma durumu	n	Ort.(mean)	±	Std.Sapma	p	Etki büyüklüğü (Cohen's d)
Özyeterlilik	Evet	93	23,04	±	6,30	0,021	0,277
	Hayır	286	21,24	±	6,60		
Hazır bulunuşluk	Evet	93	15,96	±	3,17	<0,001	0,410
	Hayır	286	14,34	±	4,17		
Farkındalık	Evet	93	15,05	±	3,43	<0,001	0,498
	Hayır	286	13,09	±	4,09		
Katkı	Evet	93	17,44	±	2,73	0,002	0,380
	Hayır	286	16,22	±	3,34		
Genel Toplam	Evet	93	71,49	±	12,29	<0,001	0,462
	Hayır	286	64,89	±	14,89		

Bağımsız gruplarda t testi

Tartışma

Çalışmada aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlarının çalışan sağlığı ve meslek hastalıklarına yönelik tutumlarının cinsiyetten, yaştan ve aile hekimi olarak çalışma sürelerinden, çalışma bölgelerinden bağımsız olduğu tespit edildi. İş yeri hekimliğini kısmi zamanlı olarak yapma durumu, süresi, işyeri hekimliği sertifikasına sahip olma durumu ise hem aile hekimlerinde hem de aile hekimliği uzmanlarında bilgi düzeylerini, davranış olarak farkındalıklarını ve bu alana dair katkılarını arttırdığı tespit edildi. Sahada aile hekimi olarak çalışan aile hekimliği uzmanlarının ölçek puanlarının genel pratisyen olarak çalışan aile hekimlerinden düşük puan aldığı saptandı. Ülkelerin meslek hastalıkları tanı ve bildirim sistemlerinde aile hekimlerinin rolü oldukça önemlidir. Birinci basamak temel sağlık hizmetinin sunumu ve gözetimi, İSG hizmet sunumu için de büyük bir fırsattır. Örneğin Hollanda'da Türkiye'deki SGK uygulamalarının aynısını yürüten Hollanda İşçi Sigortalar Kurumu (UWV) eğitim birimi, aile hekimleri için eğitimler ve çalışmalar yürüterek, meslek hastalıkları konusunda güncel kalmalarını ve sistemde aktif rol almalarını teşvik eden bir sistem yürütmektedir. Hollanda Halk Sağlığı ve Koruma birimi (Public Health and Healthcare) verilerine göre Hollanda'da aile hekimleri tarafından 430.000 meslek hastalığı bildirimi yapılmıştır. Bu sistem yani, aile hekimleri bildirim sistemi, benzer şekilde Belçika'da da meslek hastalığı bildiriminde oldukça aktiftir. Yıllık ort. 20.000 yazılı meslek hastalığı bildirimini aile hekimleri yapmaktadır. Belçika Aile Hekimleri kayıt arşivleri (Records of Family Physicians Archive) (NZR) olarak adlandırılmaktadır ve aile hekimlerinin meslek hastalığı bildirimleri, ülkedeki tüm meslek hastalığı bildirimlerinin en önemli kısmını oluşturmaktadır.^{12,13}

Carder ve ark. İş sağlığı kamu politikalarını iyileştirmek ve meslek hastalığı insidansını düşürmek için Avrupa Birliği içerisinde koordineli araştırmayı kolaylaştırmak için ülkelerde hangi meslek hastalığı sürveyan sistemlerinin mevcut olduğunu ve nasıl karşılaştırıldıklarını değerlendirmişlerdir.¹⁴ Pek çok ülkede birinci basamak hekimlerinin meslek hastalığı bildirimlerinin, ülkelerin meslek hastalığı bildirim sistemlerinin önemli bir paydaşı olduğundan bahsetmişlerdir. Finlandiya’da meslek hastalığı şüphesi bulunan bir hastaya bakan herhangi doktor, vakayı bölge iş sağlığı ve güvenliği genel müdürlüğüne bildirmekle yasal olarak yükümlüdür. Çek Cumhuriyeti’nde bir meslek hastalığı şüphesi bulunan bir hastaya bakan herhangi bir doktor, hastayı 15 yetkili meslek hastalığı merkezinden birisine yönlendirmekle ve bu durumun bildirimini yapmakla yasal olarak yükümlüdür. Gelişmiş ülkelerde meslek hastalığı sürveyan sistemleri üzerine bir inceleme başlıklı çalışmada, Carder ve ark Litvanya’da en az 36 saatlik ‘‘İşyerinde zorunlu sağlık kontrolleri ve koruyucu sağlık hizmetleri’’ tıbbi eğitimini tamamlayan ve programı Litvanya Sağlık Bakanlığı tarafından uygun bulunan aile hekimleri, iş yeri hekimlerine danışarak, bu hizmetleri yürütebilmektedir.¹⁴ Türkiye’de, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’na göre 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 özrürlük halleridir.’’¹⁵ 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa göre; ‘‘Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık’’ olarak tanımlanmıştır.¹⁶ Türkiye’deki aile hekimleri ise tam zamanlı çalıştıkları aile hekimliği birimine ek olarak belirli bir eğitimden sonra sertifikalandırılarak kendi bölgelerinde işyeri hekimliği yapma hakkı kazanıp haftada 30 saat işyeri hekimliği yapabilmektedir.¹⁷ Bu durumun sonucu olarak, Türkiye’de işyeri hekimliği yapan işyeri hekimlerinin önemli bir kısmını, aynı zamanda aile sağlığı merkezlerinde de çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Aile hekimleri, çalıştıkları aile hekimliği birimlerinde veya iş yerlerinde bu sorunun önemli bir çözüm gücü olabileceken birçok faktörün etkisiyle bu alanda yetersiz kalmaktadırlar. Bu faktörlerden birisi de aile hekimlerinin meslek hastalığı ve çalışan sağlığı konusunda bilgi düzeylerinin eksikliği ve buna bağlı ilgilerinin yetersizliğidir.¹⁸ Çalışmada kullanılan ölçek sayesinde aile hekimlerinin bu alanda hangi alt başlıklarda yeterli/yetersiz tutuma sahip oldukları değerlendirildi. Çalışmada kullanılan ölçeğin ilk kez kullanılıyor olması ve bir kesme noktası olmadığı için alınan sonuçlar tam bir bilgi düzeyi yeterlilik /yetersizliği veremese de aile hekimlerinin verdiği cevapların, ölçekte beklenen en yüksek puan olan 94 puana ulaşamaması, tüm alt kategorilerde aldıkları ortalama puanların medyan değerlerin altında kalması literatüre de uyumlu olarak, aile hekimlerinin bilgi, tutum, davranış ve bu alana katkılarının yetersiz kaldığını bize düşündürmektedir. Bu durumun da Türkiye’de meslek hastalığı bildirim yetersizliğinin diğer nedenlerinin yanında önemli bir nedeni olabileceğini düşündürmektedir. Bu ölçeğin daha fazla kullanılarak bir kesme noktası oluşturulup ve daha fazla çalışma üretilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Uluslararası literatürde işyeri hekimlerinin ve aile hekimlerinin meslek hastalığı ve çalışan sağlığı hakkında bilgi düzeylerini ve tutumlarını ölçen yeterli çalışma bulunmamakla beraber bu alandaki tutumlarının yaş ve cinsiyetle değişmediğini gösteren Delphi anketlerini inceleyen bir çalışmada bu tutum ve davranışların cinsiyete göre farklılık göstermediği ve hekimlerin davranışlarının yaş gruplarıyla değişmediğini göstermektedir.¹⁹ Türkiye’de yapılan çalışmalarda da yaşın ve cinsiyetin bu alanda etkili olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur.^{20,21} Bu çalışmada da literatüre uygun olarak aile hekimlerinin meslek hastalığı ve çalışma sağlığı hakkında bilgi düzey ve davranışlarının; yaştan, cinsiyetten ve aile hekimi olarak çalışma süresinden bağımsız olduğu sadece ölçeğin farkındalık alt boyutunun yaşla birlikte arttığı saptandı. Farkındalığın yaşla birlikte artması aile hekimlerinin meslek hastalığı ve çalışma sağlığı ile ilgili sorunlarla sahada sık karşılaştıklarını bize düşündürmektedir. Fakat çalışmada aile hekimlerinin sahada işyeri hekimi olarak çalışmasının ise ölçeğin genel puan ortalamalarının ve tüm alt boyut ortalamalarını anlamlı olarak yükselttiği de saptandı. Bu durum zamanla farkındalığı artan aile hekimlerinin çalışma alanı olarak bu alanın eğitimini alıp, bu alanda çalışmaya başlamasıyla sahada hem bilgi düzeylerini hem de bu alana dair davranışlarında pozitif yönde anlamlı bir artış sağladığını bize düşündürmektedir. Bu yüzden aile hekimlerine işyeri hekimliği sertifikası eğitimlerini almayı ve bu alanda kısmi zamanlı çalışmalarını teşvik edici düzenlemeler yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

UÇÖ verileri temel alındığında dünya genelinde bir iş kazası sonucu ölüme karşılık 5,6 meslek hastalığı sonucu ölüm beklendiği görülmektedir. Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalık kaynaklı ölümlerin %5-10’unun, kronik solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin %10’unun mesleki kaynaklı olduğu saptanmıştır. İstatistikler yaklaşık olarak her 10 ölümden birinin meslek kaynaklı olduğunu ve bu ölümlerin ve hastalıkların özellikle sanayi bölgelerinin yakınlarında daha sık gözlendiğini göstermektedir.²² Türkiye’de de benzer bölgesel dağılımı gösteren çalışmalar mevcuttur. Hem makalelerde hem de SGK istatistiklerine göre özellikle sanayi bölgelerinde iş kazalarının ve meslek hastalıklarının arttığı raporlanmaktadır.²³⁻²⁵ Çalışmada da özellikle sanayi bölgelerinde çalışan aile hekimlerinin ölçek puan ortalamalarının alt kategorileriyle beraber daha yüksek olması beklenirken sanayi bölgelerinde çalışan aile hekimlerinin diğer bölgelerde çalışan aile hekimlerinden anlamlı bir farkı olmadığı saptandı. Bu durumun özellikle meslek hastalığı tanısı koymadaki yetersizliğin bir sebebi olabileceğini düşünmekteyiz. Sanayi bölgelerinde ve yakınlarında çalışan aile hekimlerinin işyeri hekimliği sertifikasını

alması ve aktif işyeri hekimliği yapmasını özendirici çalışmalar yürütülmesi gerektiğini düşünüyoruz. Uluslararası tıp eğitiminde aile hekimliği ile işyeri hekimliği eğitimleri arasında boşluklar bulunmaktadır. Aslında bu iki alan çok yakın ilişkilidir. Tanısı koyulacak veya yaklaşımda bulunulacak her hastada mesleki durum göz önüne alınmalı ve hastalığa bu ilişki üzerinden yaklaşılmalıdır. Tüm dünyada bu alanda eksiklikler yaşanmaktadır.²⁶ Türkiye’de de benzer bir durum mevcuttur. Tıp fakültelerinin hem eğitim döneminde hem de mezuniyet sonrası dönemlerinde iş sağlığı/meslek hastalıkları konusunda standart ve yapılandırılmış bir eğitim programı bulunmamaktadır. Mevcut eğitim programlarının süresi ve niteliği yetersiz görünmektedir.²⁷ Çalışmada aile hekimliği uzmanı olarak genel pratisyen hekimlerden daha fazla süre tıp ve branş eğitimi alan aile hekimlerinin ölçek puanları daha düşük bulunmuştur. Bu durum bize aile hekimliği uzmanlığı eğitiminde meslek hastalığı ve çalışma sağlığına dair yeterli eğitim verilemediğini düşündürmektedir. Özellikle aile hekimliği uzmanlık eğitimlerinde daha fazla yapılandırılmış ve aile hekimliği uzmanlarının, hastalıkların meslekle ilintisini kurabilmelerini sağlayacak, farkındalıklarını, özyeterliliklerini arttıracak eğitim programları geliştirmek gerektiğini düşünmekteyiz.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak bu çalışma, hekimlerin çalışan sağlığı ve meslek hastalığına yönelik bilgi düzeylerini, eğitimlerini ve tutumlarının ölçülmesini amaçlayan bir ölçeğin Türkiye’de aile hekimlerine yönelik ilk uygulamasıdır. Ölçeğin geliştirilmesinden sonra ilk uygulama olması, ölçek puanlarının kesme noktalarının daha belli olmaması nedeniyle kesin sonuçlar vermektense uzaktır. Ancak bu çalışmada elde edilebilen kesin sonuçlar ise şunlardır; Türkiye’de aile hekimlerinin sahada çalışırken alacakları bir sertifika eğitim programıyla aynı zamanda aktif işyeri hekimliği yapma koşulları mevcut olmasına rağmen aile hekimlerini yaklaşık dörtte üçü işyeri hekimliği yapmamaktadır. İşyeri hekimliği sertifika programına dahil olup aktif işyeri hekimliği yapanların ölçek puanlarının tüm alt boyutlarıyla anlamlı olarak yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır. Önerimiz aile hekimlerine bu alanda çalışmalarını özendirerek uygulamalar yapılması olacaktır. Sanayi bölgelerinde çalışan aile hekimlerinin ölçek puanları diğer bölgelerde çalışan aile hekimlerine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Önerimiz özellikle sanayi bölgeleri ve yakınlarında çalışan aile hekimlerinin daha fazla bu alana katkı sağlayacağı politikalar geliştirilmesidir. Aile hekimliği uzmanlarının genel pratisyen hekim olarak çalışan aile hekimlerinden ölçek puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Önerimiz aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yapılandırılmış bir müfredat ile bu alanda dair daha güçlü eğitim programı uygulanmasıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar aralarında herhangi bir çıkar çatışması bulunmadığını beyan eder.

Finansal Destek

Çalışma sırasında herhangi bir kurumdan finansal destek sağlanmamıştır.

Kaynaklar

1. World Health Organisation. Joint ILO/WHO committee on occupational health:Second report[Internet].(1953) Erişim: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40212/WHO_TRS_66.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim tarihi: 30.07.2023
2. International Labour Organization The prevention of occupational diseases. ILO, Geneva (Switzerland) [Internet] (2013) Erişim: http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_208226 Erişim tarihi: 29.07. 2023
3. Rokho K, Lehtinen S, Rantanen J. National Profile of Occupational Health System in Finland. [Internet]. (2012) Erişim: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/160522/e96482.pdf Erişim tarihi: 29.07. 2023
4. Elms J, O’Hara R, Pickvance S, Fishwick D, Hazell M, Frank T, et.al.The perceptions of occupational health in primary care , Occupational Medicine 2005;55:523–7
5. Council of State and Territorial Epidemiologists (CSTE). The 24 Occupational Health Indicators (OHI) [Internet]. (2000) Erişim: <https://www.cste.org/page/OHIndicators>. Erişim tarihi: 29.07. 2023
6. ILOSTAT. Statistics on safety and health at work [Internet]. (2020) Erişim: <https://ilostat.ilo.org/topics/safety-and-health-at-work/> Erişim tarihi: 29.07. 2023
7. TTB Aile Hekimliği Kolu. İşe giriş raporlarında aile hekimlerinin sorumlulukları. [Internet]. (2017) Erişim: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/ise_giris_rpr.pdf Erişim tarihi: 29.07.2023
8. Kurt B, Sakallı M, Güven HNR, Çelik İ, Özden M, Güler A, et al. Meslek Hastalıkları Bildirim Rehberi:52. [Internet]. (2020) Erişim: <http://isg.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/160/2020/01/Meslek-Hastalıkları-Bildirim-Rehberi.pdf> Erişim tarihi: 29.07.2023
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü. Meslek hastalığı farkındalık eğitimi [Internet]. Erişim: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/calisansagligi-mesleki-hast/meslek-hastaliklarında-farkındalık-egitimi.html> Erişim tarihi: 29.07.2023

10. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü SBSG. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni. [Internet]. (2020) Erişim: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf> Erişim tarihi: 29.07.2023
11. Kolcu G, Coşkun Beyan A, Özceylan G. Physicians occupational health and occupational diseases attitude scale development. *J Basic Clin Heal Sci*. 2022;(1):627–36.
12. Ahmet Ö. A Report on the comparative study of occupational diseases registration practices and surveillance in Türkiye, Belgium and The Public Health Institution of Türkiye. (Internet) (2020) Erişim: [file:///C:/Users/gokme/Downloads/Attachment_0%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/gokme/Downloads/Attachment_0%20(1).pdf) 2020;(692188). Erişim tarihi: 29.07.2023
13. Şen S, Barlas G, Yakıştıran S, Derin İG, Şerifi BA, Özlü A, et al. Prevention of occupational diseases in Turkey: Deriving lessons from journey of surveillance. *Saf Health Work* [Internet]. 2019;10(4):420–7. Erişim: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2093791118304682> Erişim tarihi: 29.07.2023
14. Carder M, Bensefa-Colas L, Mattioli S, Noone P, Stikova E, Valenty M, et al. A review of occupational disease surveillance systems in Modernet countries. *Occup Med (Chic Ill)*. 2015;65(8):615–25.
15. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510) [Internet]. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510-20120101.pdf>. Erişim tarihi: 29.07.2023
16. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (6331) [Internet]. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf>. Erişim tarihi: 29.07.2023
17. Fazıl A. Avrupa Birliğinde İş Sağlığı ve Güvenliği. Ankara. Sayfa 107-109. [Internet] (2014). Erişim: <https://www.csgb.gov.tr/media/1334/avrupa-birli%C4%9Finde-i%C5%9F-sa%C4%9F%C4%B1%C4%9F%C4%B1-ve-guevenli%C4%9Fi.pdf>. Erişim tarihi: 15.02.2024
18. Mathias CG. Contact dermatitis and workers' compensation: criteria for establishing occupational causation and aggravation. *J Am Acad Dermatol*. 1989 May;20(5 Pt 1):842–8.
19. Demou, E., Lalloo, D. & Macdonald, E.B. Differences in opinions of occupational physicians on the required competencies by field of practice: results of an international Delphi study. *BMC Med Educ* 18, 62 (2018). Doi:10.1186/s12909-018-1139-9
20. Atalı G, Açar A, Tuğrul İ, Acar M. N. İşg profesyonellerinin (İşyeri hekimi, İş uzmanı, diğer sağlık personeli) Depresyon düzeyleri ve iş tatmin düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sosyal Güvence* 2023;(23): 969-987. Doi:10.21441/Sosyalgüvence.1359015
21. Osmanoğlu V, Uğraş Dikmen A. (2022). Tıp fakültesi öğrencilerinde iş sağlığı ve güvenliği bilgi düzeyi ve etkileyen faktörler. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*. 2022;3 (3): 144-152.
22. Cohen RA, Go LHT, Rose CS. Global trends in occupational lung disease. *Semin Respir Crit Care Med*. 2023;44(3):317-26. Doi: 10.1055/s-0043-1766117. Epub 2023 Apr 18. PMID: 37072021.
23. İlman EZ. Türkiye'de meslek hastalıkları. *USAYSAD*. 2015;1(1):21-36.
24. Hamzaoğlu O, Etiler N.Y, Işık C, Çağlayan Ç. "The causes of deaths in an industry-dense area: example of Dilovası (Kocaeli)," *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2011;(41)3. Doi:10.3906/sag-1007-943
25. Sosyal Güvenlik Kurumu. SGK İstatistik yıllıkları [Internet] (2019). Erişim: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> Erişim tarihi: 29.07.2023
26. Sng J, Lee SM, Koh D. Bridging the gap between occupational medicine and family medicine. *Ann Acad Med Singap*. 2008;37(2):158-61. Doi: PMID: 18327354.
27. Cımrın A, Albayrak S, Tabak L. Türkiye'de tıp eğitiminde iş sağlığı konusunun ağırlığı [Position of occupational diseases in medical education in Turkey]. *Tuberk Toraks*. 2010;58(2):142-6. Turkish. PMID: 20865566.