



SAĞLIK HİZMETLERİ VE EĞİTİMİ DERGİSİ

JOURNAL OF HEALTH SERVICES AND EDUCATION

DERGİ HAKKINDA

Journal of Health Services and Education, Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu tarafından yayınlanan, başta akademisyenler olmak üzere tüm sağlık mensuplarına ulaşmayı hedefleyen bilimsel bir dergidir. Journal of Health Services and Education, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları'nın tüm programları başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin her alanını içeren klinik ve deneysel çalışmaları, derlemeleri, sağlık hizmetleri öğrencilerinin yaptıkları çalışmaları yayımlar. Makale değerlendirme ve yayın süreci işlemlerinde yazarlardan hiçbir ücret talep edilmemektedir. Tüm yazılar online başvuru sistemi aracılığıyla teslim edilmelidir.

Temel Hedef Kitle: Sağlık Hizmetleri alanında tüm branşlardaki akademisyenleri, tüm sağlık mensuplarını ve sağlık alanında eğitim alan öğrencileri hedeflemektedir.

Yayın Hakları: Journal of Health Services and Education'nın basılı ve web ortamında yayınlanan yazı, resim, şekil, tablo ve uygulamalar yazılı izin alınmadan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz. Bilimsel amaçlarla kaynak göstermek kaydıyla özetleme ve alıntı yapılabilir.

Periyodu: Yılda 2 sayı olarak Mart ve Eylül aylarında yayınlanmaktadır.

Yayına Başlama Tarihi: 2017

E-Yayına Başlama Tarihi: 2017

Yayın Dili: Türkçe/İngilizce

E-ISSN: 2636-8285

Makalelerin ortalama değerlendirme süresi: 1 ay

Makale takibi – İletişim:

Hülya GÜÇLÜ

(Journal of Health Services and Education)

Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

D-100 Güney Yanyolu Üzeri, Cevizli Mahallesi
34865 Kartal / İstanbul

Tel: +90 216 338 27 98

Faks: +90 216 541 00 75

E-posta: shmyo.dergi@marmara.edu.tr

Yayınevi:

Marmara Üniversitesi Yayınevi

Göztepe Kampüsü, Kadıköy 34722 İstanbul

Tel: +90 216 348 43 79, Faks: +90 216 348 43 79

E-posta: yayinevi@marmara.edu.tr

Yayın Tarihi: Mart 2018

ABOUT JOURNAL

Journal of Health Services and Education, is an academic publication of Marmara University, Vocational School of Health Services. It is an open access, double blind peer-reviewed journal. The aim of the journal is to publish papers from educational programs, primarily from Vocational Schools of Health Services which includes clinical and experimental research articles about health care. The journal publishes original research articles, review articles and also papers from students of vocational school of health services.

No fees are requested from the authors at any point throughout the evaluation and publication process. All manuscripts must be submitted via the online submission system, which is available.

Academics, health members and students in all disciplines of health related services are the main target audience.

Permission request: Manuscripts, tables, graphics, figures and pictures published in Journal of Health Services and Education cannot be reproduced, achieved in a system, used in advertisement materials, without a written permission. Citations can be included only in scientific articles with referral.

Frequency: Two times a year (March, September)

Year of first print issue: 2017

Year of first online issue: 2017

Language: Turkish/English

E-ISSN: 2636-8285

We aim to reach a decision on all manuscripts: within 1 month.

Correspondence and communications:

Hülya GUCLU

(Journal of Health Services and Education)

Marmara University, Vocational School of Health Related Services

D-100 Güney Yanyolu Üzeri, Cevizli Mahallesi
34865 Kartal / İstanbul

Tel: +90 216 338 27 98

Faks: +90 216 541 00 75

E-posta: shmyo.dergi@marmara.edu.tr

Publisher:

Marmara University Press

Göztepe Kampüsü, Kadıköy 34722 İstanbul

Tel: +90 216 348 43 79, Faks: +90 216 348 43 79

E-posta: yayinevi@marmara.edu.tr

Published Date: March 2018

Marmara Üniversitesi Rektörlüğü Adına İmtiyaz

Sahibi • Owner:

Prof.Dr. Mehmet Emin ARAT (Rektör/Rector)

Derginin Sahibi • Owner of The Journal:

Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu adına

Doç.Dr. Meral YÜKSEL (Müdür/Director)

Editör • Editor:

Meral YÜKSEL

Editör Yardımcıları • Assistant Editors:

Ayliz VELİOĞLU ÖĞÜNÇ

Nazan ATALAN ÖZLEN

Naziye ÖZKAN

Koordinatör • Coordinator:

Hülya GÜÇLÜ

Dil Editörü • Language Editor:

Neşe ÇAKIR

Teknik Destek • Technical Support:

Murat BALIKÇI

Bilim Kurulu • Editorial Advisory Board:

Neslihan BOYAN, Çukurova Üniversitesi, Adana

Olca ÇİZMELİ, Acıbadem Üniversitesi, İstanbul

Şefik DURSUN, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul

Albena GAYEF, Trakya Üniversitesi, Edirne

Turan GÜNDÜZ, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa

Şeyda ÖKDEM, Başkent Üniversitesi, Ankara

Dilek ÖZBEYLİ, Marmara Üniversitesi, İstanbul

Sevil ÖZCAN, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın

Sibel SERİN KILIÇOĞLU, Ufuk Üniversitesi, Ankara

Rüştü TAŞTAN, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli

İbrahim TÜMEN, Bartın Üniversitesi, Bartın

Necati UTLU, Atatürk Üniversitesi, Erzurum

Demet ÜNALAN, Erciyes Üniversitesi, Kayseri

Onur YARAR, Okan Üniversitesi, İstanbul

Süheyla YAZICIOĞLU, Yeni Yüzyıl Üniversitesi, İstanbul

YAZARLARA BİLGİ

1. Journal of Health Services and Education, Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun, başta akademisyenler olmak üzere tüm sağlık mensuplarına ulaşmayı hedefleyen bilimsel içerikli süreli yayın organıdır.
2. Journal of Health Services and Education, başta Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları'nın tüm programları olmak üzere sağlık hizmetlerinin her alanını içeren klinik ve deneysel çalışmaları, derlemeleri, sağlık hizmetleri öğrencilerinin yaptıkları çalışmaları yayımlar.
3. Bir yazının yayınlanabilmesi için daha önce hiçbir yerde yayınlanmamış ve yayın için başka bir dergiye gönderilmemiş olması gerekir.
4. Tüm yazılar önyargısız hakemlik sürecinden geçerek yayına kabul edilmektedir. Ancak editörler ve editörler kurulunun kurallara uygun olmayan yazıları reddetme veya doğrudan düzeltme amaçlı geri gönderme hakkı vardır.
5. Yayın kurallarına uygun olarak hazırlanmamış makaleler değerlendirmeye alınmayacaktır.
6. Yetkili yazar veya tüm yazarlarca imzalanan "Yayın Hakkı Devir Sözleşmesi" makale dosyası ile birlikte PDF dosyası olarak otomasyon sistemine yüklenmelidir.
7. Yayın için gönderilen yazıların her türlü yayın hakkı, yazılar gerekli inceleme aşamalarından geçerek kabul edildikten sonra Journal of Health Services and Education'ın olur. Yazılarda anlam ve yazım bakımından gerekli görülen düzeltmeler editörler veya danışmanlar tarafından yapılabilir.
8. Yayımlanan yazıların telif hakkı Journal of Health Services and Education'a aittir. Dergiye gönderilen eserler yayınlandığı anda Journal of Health Services and Education'ın mülkiyetine geçer.
9. Journal of Health Services and Education'da yayımlanan tüm yazılar yayıncıdan yazılı izin alınmadan çoğaltılamaz ve başka bir yerde yayımlanamaz.
10. Journal of Health Services and Education'ın basılı ve web ortamında yayımlanan yazı, resim, şekil, tablo ve uygulamalar yazılı izin alınmadan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz. Bilimsel amaçlarla kaynak göstermek kaydıyla özetleme ve alıntı yapılabilir.
11. Yazılar daha önce tez veya bildiri özeti olarak sunulmuş ise bu teşekkür ve bilgilendirme kısmında belirtilmelidir.
12. Yazıların etik kurallar dahilinde yazılmış olmasından yazarlar sorumludur. Araştırma öncesi alınan etik kurul onayları ve varsa bilgilendirilmiş onam alındığına dair bilgiler yazıların "gereç ve yöntem" kısmında yer almalıdır. Herhangi bir etik kural ihlalinde yazının kaldırılma hakkı dergiye aittir.
13. Araştırmaya yapılan yardım varsa bu yardımların hangi kurum, kuruluş, ilaç-gereç firmalarınca yapıldığı, proje destekleri, burslar, vs. teşekkür ve bilgilendirme kısmında belirtilmelidir.
14. Yazılardaki düşünce ve öneriler ile kaynakların doğruluğundan tümüyle yazarlar sorumludur.
15. Dergiye gönderilen yazılara telif hakkı ödenmez.
16. Makaleler online olarak shmyo.dergi@marmara.edu.tr adresine Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte gönderilmelidir.
17. Yazılar Editörler Kurulu tarafından incelenir ve en az biri başka kurumdan olmak üzere iki ya da daha fazla hakeme gönderilir. Editör, yazıyı reddetme ya da yazara(lara) ek değişiklikler için gönderme hakkına sahiptir.
18. Makalelerin ortalama değerlendirme süresi 1 aydır.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

1. Journal of Health Services and Education is an official periodic scientific publication of Marmara University School of Vocational Health Services that aims to reach all of the members mainly academicians and health sciences.
2. Journal of Health Services and Education publishes clinical, experimental studies and reviews. All manuscripts of Vocational Schools of Health Related Services and of healthcare students are acceptable.
3. Manuscripts submitted to Journal of Health Services and Education are only accepted on the comprehension that they have not been, and will not be fully or partially published elsewhere.
4. All articles are accepted for publication through an unbiased peer review process. However, editors and editorial board have the right to reject unsuitable articles and send them back for revision.
5. Articles that are not prepared in accordance with the publication rules will not be evaluated.
6. "Copyright Transfer Agreement" form signed by corresponding author or all authors should be uploaded to online submission system as a PDF file with the manuscript.
7. All rights of manuscript sent for publication that are approved by passing through the necessary examination steps belong to Journal of Health Services and Education. Editors and consultants have the right to make corrections in grammar that are necessary in terms of meaning and writing.
8. Copyright of published manuscript belongs to Journal of Health Services and Education. Manuscripts go to the property of Journal of Health Services and Education after the submitted works are published.
9. All published articles in Journal of Health Services and Education cannot be reproduced and published elsewhere without obtaining written permission from the publisher.
10. The articles, pictures, figures, tables and applications published in the printed and web environment of Journal of Health Services and Education cannot be printed with any means, partly or completely, without written permission. Summarization and citation can be made with reference to scientific purposes.
11. If the articles have previously been presented as a thesis or abstract, this should be indicated in the acknowledgment and information section.
12. Authors are responsible for the fact that the text was written within ethical rules. Information on ethics committee approvals and informed consent should be included in the "material and method" section. In case of any violation of the code of ethics, the journal reserves the right to remove the article.
13. If the study is supported by institution, organization, drug-equipment company, research project, scholarship etc, it should be indicated in Acknowledgement section.
14. The authors are entirely responsible for the correctness of the references and the ideas and suggestions in the articles.
15. No copyright is paid for the submitted article.
16. Manuscripts should only be submitted online at shmyo.dergi@marmara.edu.tr with Copyright Transfer Form.
17. The articles are reviewed by the Editorial Advisory Board Members and than sent to two or more peer-reviewers which one is at least from another institution. The editor has the right to reject the article or to request additional revisions from the author(s).
18. The average evaluation period of the articles is one month.

- 1-8 Küllerinden Doğan Bir Tıbbi Uygulama: Müzik Terapi**
A Medical Practice That is Rising From the Ashes: Music Therapy
Levent ÖZTÜRK, Hanefi ÖZBEK
- 9-14 Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenliği**
Employee Safety in Health Services
Asu GÜRER
- 15-24 Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi**
Risk Management in Health Institutions
Nesrin ÖZCAN
- 25-32 İş Sağlığı ve Güvenliğinde Hastane Afet Planlarının Yeri ve Önemi**
The Place and Priority of Hospital Disaster Plans in Occupational Health and Safety
Ayfer YÜKSEL
- 33-39 Öğrencilerin Gürültü ve Akustik Travma Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Odyogramlarının Değerlendirilmesi**
Students' Knowledge Levels About Acoustic Trauma and Noise and Evaluation of Audiogram
Necati UTLU, Süreyya ÖZDEMİR, Deniz ÖZTÜRK, Nuri BAKAN
- 40-46 Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Doğurganlık ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Durumlarının Belirlenmesi**
Determination of Fertility State and use of Family Planning Method in Female Seasonal Agricultural Workers
Şemsinnur GÖÇER, Mustafa Mümtaz MAZICIOĞLU, Rabiye Özlem ULUTABANCA, Demet ÜNALAN, Muhsin KARADUMAN, Kübra ŞAHİN TARHAN

Küllerinden Doğan Bir Tıbbi Uygulama: Müzik Terapi

A Medical Practice That is Rising From the Ashes: Music Therapy

Levent ÖZTÜRK¹, Hanefi ÖZBEK²

ÖZ

Türkiye’de son on yıldır bir tıbbi uygulama yönteminin giderek daha fazla kendini ortaya çıkardığı, daha çok konuşulduğu ve bu konuya özel müstakil bilimsel toplantıların düzenlendiğini izliyoruz. Tüm bu gelişmeler yaşanırken sürekli vurgulanan bir nokta var: o da bu uygulamanın geçmişimizde var olduğu ve bir nedenle zamanın belli bir döneminde terk edildiği gerçeğidir. Sözüne ettiğimiz uygulama “müzik terapi” olarak adlandırılmaktadır. Müzik terapi 1850’lere kadar Anadolu coğrafyasında yaklaşık bin yıl süreyle uygulanmış ve sonra terk edilmiştir. 2000’li yılların başlarında başlayan ve giderek ağırlığını arttıran çalışmalarla 2016 yılının son ayı içinde Sağlık Bakanlığı tarafından verilmeye başlanan müzik terapist sertifikaları ile resmi olarak yeniden doğmuştur. Bu doğumun, hararetini hiç kaybetmediği anlaşılan bir mazinin külleri üzerinden gerçekleştiğini söylemek herhalde çok hatalı olmayacaktır. Müzik terapinin erken dönem kaynakları arasında El-Kindi, Farabi, İhvan-ı Safa, İbni Sina ve Şuuri Hasan Efendi sayılabilir. Müzikterapi alanında Türkiye’de asıl ivmelenmenin 2000’li yıllarda başladığı söylenebilir. Yayınlanan kitaplar, doktora ve yüksek lisans tezleri bunun göstergesidir. İlk defa 2008 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde müzikterapi seçmeli ders olarak açılmıştır. 2014 yılından itibaren de İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ders müfredatına girmiştir. 27 Ekim 2014 tarihinde yayınlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile müzikterapi alanında ilk yasal düzenleme gerçekleşmiştir. 2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ilk müzikterapist sertifikaları verilmeye başlanmıştır. Müzik terapi uygulamaları yaşadığımız coğrafyada 800’lü yıllardan itibaren yazılı kaynaklara girmiş ve 1800’lü yıllara kadar dönemin tıp ve sağlık görüşleri içinde gelişerek, dönüşerek kullanılagelmiştir. 1850’li yıllarda terk edilen veya unutulmuş uygulamalar son on yıl içinde özellikle yoğunlaşan çalışmaların katkısı ve Devlet kurumlarının bu konudaki desteği ile yeniden başlatılmış, âdeta küllerinden yeniden doğmuştur.

Anahtar Kelimeler: Müzikterapi, Türkiye, yasal düzenlemeler, kurumlar

Levent ÖZTÜRK (✉),

¹ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Edirne -Türkiye
e-posta: leventozturk@trakya.edu.tr

Hanefi ÖZBEK

² İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul-Türkiye

ABSTRACT

It is evident that a type of medical practice has been rising in Turkey within the last decade. It has been discussed in scientific meetings devoted to this specific topic. Besides all these progress, a point of view has always been stressed: this special medical practice existed in the past history of our country but somehow it has been abandoned. It is music therapy. It had been applied for thousand years in anatolia until 1850ies. By the beginning of 2000, efforts led to rebirth of music therapy and Ministry of Health started to licence professionals in 2016. It would not be wrong to say that music therapy rised out of the ashes of history which were smoldering. The early references of music therapy include El-Kindi, Alfarabius, Brethren of Purity, Avicenna and Şuuri Hasan Efendi. It can be said that the main impetus for music therapy started to accelerate during the years of 2000s in Turkey. Published books and dissertations are surrogate measures of this acceleration. For the first time, in 2008, music therapy was included to curriculum as elective course in Trakya University Faculty of Medicine. It was also included to undergraduate curriculum in İstanbul Medipol University Faculty of Medicine by the year of 2014. The first regulation was issued on October 27, 2014 under the title of Traditional and Complementary Medicine Bylaw. In 2016, Ministry of Health started to give licence to medical professionals as music therapists. Written documents show that music therapy practice was present in this geography since the years of 800s and it was used until 1800s. Music therapy was abandoned in 1850ies, but in the last decade, it rised from the ashes by efforts of academicians, music and medical professionals, and support of governmental institutions.

Keywords: Music therapy, Turkey, legal regulations, institutions

GİRİŞ

Türkiye’de son on yıldır bir tıbbi uygulama yönteminin giderek daha fazla kendini ortaya çıkardığı, daha çok konuşulduğu ve bu konuya özel müstakil bilimsel

toplantıların düzenlendiğini izliyoruz. Tüm bu gelişmeler yaşanırken sürekli vurgulanan bir nokta var: o da bu uygulamanın geçmişimizde var olduğu ve bir nedenle zamanın belli bir döneminde terk edildiği gerçeğidir. Sözünü ettiğimiz uygulama “müzik terapi” olarak adlandırılmaktadır. Daha müzik terapinin ne olduğu, ne işe yaradığı ve sağlık alanında kullanım endikasyonları tam olarak anlaşılmadan hızla bazı sorunlar ve tartışmalar da gündemdeki yerini aldı: Müzik terapi kimler tarafından uygulanmalı ya da uygulanabilir? Müzik terapi gerçekten de bir tedavi şekli midir? Müzik tedavi eder mi? Müzik terapi bir alternatif tıp uygulaması mıdır? Uygulanacak müzik türü ne olmalıdır? Türkiye dışındaki ülkelerde yapılan uygulamalar bizim için de geçerli midir? Eğitimi kimler tarafından verilecek ve sertifikasyon nasıl olacak? Soru listesini daha da uzatmak mümkün. Tüm bu konular zaman zaman ulusal basında ve görsel medyada yer aldı. Daha yavaş ilerleyen ise konunun bilimsel ya da kanıta dayalı tıp zemininde tartışılması oldu. Bu yazıda son 10 yıldır yaşanan bir doğum süreci, bu süreci hazırlayan faktörler ve kritik noktalar verilerek özetlenmeye çalışılacaktır. Müzik terapi 1850'lere kadar Anadolu coğrafyasında yaklaşık bin yıl süreyle uygulanmış ve sonra terk edilmiştir. 2000'li yılların başlarında başlayan ve giderek ağırlığını arttıran çalışmalarla 2016 yılının son ayı içinde Sağlık Bakanlığı tarafından verilmeye başlanan müzik terapist sertifikaları ile resmi olarak yeniden doğmuştur. Bu doğumun, hararetini hiç kaybetmediği anlaşılan bir mazinin külleri üzerinden gerçekleştiğini söylemek herhalde çok hatalı olmayacaktır. Bu külleri eşelemek ve müzik terapi geleneğimizin beslediği kaynakları ortaya çıkarmak gerekmektedir. Konunun ilgililerini bekleyen bir başka görev de bu mirasın üzerinde kanıta dayalı müzik terapi uygulamalarını geliştirmek ve kurumsallaştırarak sağlık sisteminin bundan yararlanacağı kanalları oluşturmaya katkıda bulunmaktır.

Müzik terapi geleneğimizin erken dönem kaynakları

Bilim dallarının tasnifi bize eski dönem bilim adamlarının müziği nerede konumlandığı konusunda ipuçları sağlayacaktır. Müzik terapi konusunda da yazılı eser bırakan Farabi, İhvân-ı Safa ve İbni Sina, müziği riyazî bilimler adıyla bilinen matematik bilimleri içinde değerlendirmişlerdir (Cihan 2000). Riyazî bilimler temelde dört alt başlık içermektedir: Aritmetik, geometri, astronomi ve müzik. Buradan anlaşılacağı gibi müzik aslında bir matematik uğraşısı olarak görülmüştür. Bu

noktada bir parantez açılacak olursa, bin yıl önce matematik çalışmalarının bir alanı olan müziğin günümüzde sadece bir sanat dalı olarak görülmesi ve özellikle üniversite öncesi eğitimde matematiğe yönlendirilen çocuklarımızın aynı hevesle müziğe yönlendirilmemesi, müzikle ilgilenen çocuğun matematik ve fenden uzaklaşacağı düşünülmesi tuhaf bir çelişkidir. Birazdan isimleri sayılacak olan filozof ve bilim adamları müzik teorisi ile ilgilenmiş ve bu konuyu istisnasız hepsi işlemiştir.

el-Kindî (796 – 874)

Müzik terapi konusunda ilk yazılı izleri El Kindî (796 – 874)'nin müzik risalelerinde görüyoruz. Müzik üzerine on adet risale yazan El Kindî, udun dört teli ile diğer dörtlemelerin (dört mevsim, dört element, vücudun dört sıvısı, rüzgârların yönü, ayın evreleri vb) ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (Adamson 2007). El Kindî'ye göre udun telleri vücudun belli sıvılarına etki eder ve udun tellerini çalmak müziği dinleyen kişinin vücudunda bu sıvıların dengesini değiştirmektedir. Dört sıvı (*ahlat-ı erbaa*) veya humoral patoloji görüşü eski Yunan'dan alınmıştır. Kısaca söz etmek gerekirse, *İnsanın Doğası Üzerine* adlı yazılı eserinde Hipokrat (M.Ö. 460 – 370) insan bedeninin dört sıvıdan – kan, balgam, sarı safra ve kara safra – meydana geldiğini ve bu sıvılar arasındaki dengenin bozulmasıyla hastalıkların ortaya çıktığını ileri sürer (Mann 1983). Hipokrat'ın bu humoral patoloji teorisi Galen (M.S. 129 – 200/216) tarafından kabul edilerek yayılmış ve hücre teorisine kadar yaklaşık 2000 yıl boyunca tıbbi tedavi uygulamaları üzerine etkili olmuştur (Stelmack 1991). Galen'den etkilenen El Kindî ve İbni Sina gibi hekimlerin de dört sıvı görüşünü geliştirerek kullandıkları görülmektedir. El Kindî udun dört telinden *zîr* telinin sarı safrayı, *mesna* telinin kanı, *mesles* telinin balgamı ve *bam* telinin kara safrayı arttırdığını ileri sürer (Wright 2010). Yani, hekim hastalığın hangi sıvı azlığına bağlı olduğunu düşündüyse, o sıvıyı arttıracak tel üzerinden müzik terapi uygulamaktadır. İlginç olan, bağırsak veya ibrişimden yapılan bu tellerden *bam* telinin siyah, *mesles* telinin beyaz, *mesna* telinin kırmızı ve *zîr* telinin sarı renkli olmasıdır (Turabi 1996, s.70-71). Basitçe, el-Kindî hangi telin hangi vücut sıvısını etkilediğini belirlerken telin renginden ilham almış görünüyor. Ancak, el-Kindî'nin tasarladığı müzik ve sağlık ilişkisi bu kadar basit değildir. Tarif ettiği müzik makamlarını ve melodileri tarabî (oyun ve eğlenceye uygun), hamasî (atılğanlık ve güce uygun) ve kederli (hüzün ve yas tutmaya uygun) olmak üzere üç gruba ayırmıştır (Turabi

1996, s.85). Diğer yandan müzik usullerini günün vakitleri ve duygulanımlarla eşleştirmiştir. Örneğin, öğle vaktinde *mahurî* gibi atik ve güçlü ritimleri, gün sonunda *hezec*, *hafif* gibi neşeli ritimleri, uyku öncesi ise *uzun sakil* gibi kederli ritimleri uygun görmüştür (Turabi 1996, s.80-81). Son olarak, İbnü'l Kiftî'nin *İhbârü'l-'ulemâ bi-ahbâri'l-hükemâ* eseri gibi diğer kaynaklarda el-Kindî'nin hastalarını tedavi etmede müzik girişimleri kullandığını anlatan hikâyelerin bulunması onu yazılı müzik terapi geleneğimizin başlangıç noktasına koymamız için yeterli olmaktadır.

İhvân-ı Safâ (9yy – 10yy)

Kollektif çalışmanın önemli simgelerinden biri olan bu topluluk, bir grup aydın ve düşünürün bir araya gelmesiyle Basra civarında ortaya çıkmıştır. Kendilerine “arınmış veya temiz gönüllü kardeşler” anlamına gelen İhvân-ı Safâ adını vermişlerdir. Birlikte kaleme aldıkları 52 risâle içinde 5 numaralı olan risâle “müzik üzerine”dir. Bu risâlede yer alan konular arasında seslerin uyumu ve uyumsuzluğu, mizaçların seslerden etkilenmesi, organların musiki prensipleriyle uyumu ve nağmelerin türlü tesirleri sayılabilir (Turabi 2012). El Kindî’de yer alan udun tellerinin arttırdığı sıvılara ek olarak İhvân-ı Safâ’nın musiki risâlesinde udun tellerinin azalttığı sıvılardan da söz edilmiştir (Wright 2010, s.44). Örneğin, udun zîr teli sarı safrayı arttırmakta ve balgamı azaltmaktadır. Diğer yandan mesna teli kanı arttırırken kara safrayı azaltmaktadır. En tiz sese sahip tel (zîr) ateş elementine karşılık gelirken, en pest sese sahip tel (bam) toprak elementine karşılık gelmektedir. İhvân-ı Safâ topluluğunun da müzik terapi anlamında aktardığı bilgi Galenik humoralizme dayanmakta, hastalıkların vücuttaki dört sıvı arasındaki düzensizlikten kaynaklandığı ve udun uygun tellerinin bu sıvılar üzerine etki etmesiyle yeniden dengenin sağlandığı ve hastalığın düzeldiği ifade edilmektedir. Ancak, el-Kindî’nin teorisi genişletilmiş ve udun tellerinin etkisiyle artan sıvılara, azalan sıvılar da eklenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. İhvân-ı Safâ ve el-Kindî’de udun telleri ile vücut sıvıları arasındaki ilişki

	El-Kindî ve İhvân-ı Safâ	İhvân-ı Safâ
Udun teli (ve rengi)	Güçlendirdiği sıvı	Zayıflatığı sıvı
Zîr (sarı)	Sarı safra	Balgam
Mesna (kırmızı)	Kan	Kara safra
Mesles (beyaz)	Balgam	Sarı safra
Bam (siyah)	Kara safra	Kan

Farabî (872 – 952)

Müzik terapi tarihimizin çok önemli kaynaklarından biri olan ünlü Türk filozofu Farabî *el-Mûsika'l Kebir* (930 civarında yazıldığı düşünülmektedir) kitabında müzik makamlarının en etkili olduğu vakitler ve insan ruhuna etkilerinden söz etmektedir. Farabî’nin makamlar ve etkileri listesi birçok kaynakta aktarıma dayalı olarak yer almıştır. Ancak, günümüz Türkçesine çevrimi halen beklemektedir (Arslan 2014). Kitaba ilişkin en geniş açıklamayı Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi’nde Ahmet Hakkı Turabi tarafından yazılan *el-Mûsika'l Kebir* maddesinde buluyoruz. Bu maddede Turabi’nin en önemli tespitlerinden biri Farabî’nin müzikal seslerle gök cisimleri veya sayılar arasında ilişkiler kurmadığını bildirmesidir (Turabi TDV DIA Cilt 31, sayfa 256-257). Ahlat-ı erbaa teorisinin en azından müzik terapi alanında Farabî ile kesintiye uğraması önemli bir dönüm noktası gibi görünmektedir. Bunun yerine *hicaz* makamı alçak gönüllülük verir, *rast* makamı neşe ve huzur verir, *zirgüle* makamı uyku verir şeklinde açıklamalar yer almaktadır. Farabî ile birlikte, udun tellerinin yerini makam isimleri, vücut sıvılarının yerini insanın psikolojik ve duygudurum halleri almaya başlamıştır. Bu bilgiler, üzerinde düşünmek için önemli bir hareket noktası oluşturmaktadır. Günümüzde, Farabî’den hareketle belli makamların etkilerinden söz etmenin kültür mirası dışında bir anlamı yoktur. Çünkü o devirde sözü edilen “makam”ın bugün anladığımız şekliyle var olduğunu söylemenin imkânı yoktur. Bugün elimizdeki makamlar hem sayıca hem de yapı olarak çok daha kapsamlıdır. Diğer yandan geleneksel müziğimizi sadece makam seviyesine indirmek, usul, form, icra, melodik gelişim ve ritim gibi diğer müzikal unsurları dikkate almamak söz konusu değildir.

Şuuri Hasan Efendi (ölümü 1693)

Osmanlı vezirlerinden Ahmed Paşa’ya ithafen yazdığı *Ta’dilü'l-emzice* (1677 yılında yazıldığı düşünülmektedir) adlı tıp kitabında bir bölümü müzik terapi konusuna ayırmıştır (Turabi 2011). Eserinde Şuuri Hasan Efendi belli müzik makamlarının belli hastalıklara iyi geldiğini söylemektedir. el-Kindî ile başlayan yazılı kaynaklardaki geleneksel müziğimize ilişkin müzik terapi bilgisinin Şuuri ile zirveye yaklaştığını söylemek mümkündür. Önce udun dört telinin vücudun dört sıvısını güçlendirici ve zayıflatıcı etkileri şeklindeki bilgi, Farabî ile farklı makamların insan ruhuna etkileri haline dönüşmüş ve Şuuri ile hastalıkların tedavisinde makam tercihleri halini almıştır. Farabî’de neşe veren *rast* makamı, Şuuri’de felç illetini defetmektedir.

Farabî’de sükûnet ve rahatlık veren hüseyni makamı, Şuuri’de kalp ve akciğer iltihabına iyi gelmektedir. Şuuri, sadece makam ve hastalık ilişkisi kurmakla kalmamış, “makam-astrolojik burç”, “makam-tabiat” ilişkileri de kurmuştur. Bu yaklaşımlar kendisinden yaklaşık bir asır sonra gelecek hekimbaşı Gevrekzade için muhtemelen önemli bir motivasyon kaynağı olmuştur.

Gevrekzade Hafız Hasan Efendi (1727 – 1801)

Tarihsel süreçte el-Kindî ile başlayan müzik terapi yazılı tarihimiz, hekimbaşı Gevrekzâde Hafız Hasan Efendi ile zirveye erişmiştir. Gevrekzâde’ye kadar olan dönemde ilgili yazarların kitaplarında kısım ya da bölüm olarak değinilen müzik terapi, *er-Risâletü’l-musikiyye mine’d-devâi’r-ruhaniyye* adlı eserle ilk kez müstakil bir kitapta ele alınmıştır. Bu musiki risâlesinde makamların tedavi ettiği hastalıklar, makamların burçlarla ilişkisi, ten rengi, milliyet ve mesleklerle ilişkisi anlatılmıştır. Bir başka ilginç nokta da yeme-içme arttığı için artık müziğin insan ruhuna etkisinin azaldığının ileri sürülmesidir (Turabi 2015). Gevrekzâde’nin bir diğer eseri olan *Neticetü’l-fikriyye fi-tedbîri velâdeti’l-bikriyye* çocuk hastalıkları ve çocuk psikiyatrisi konularını işlemekte, kitabın ikinci makalesinde müzik makamları ile çocuk hastalıkları arasında ilişkiler kurmaktadır. Görüldüğü gibi Gevrekzâde, hem müzik terapi alanına ayırdığı bir kitabı (Musiki Risâlesi) ve diğer bir kitabının (Neticetül Fikriyye) bir bölümü ile makamsal müziğimizin tedavide kullanımı konusunda en önemli yazarlardan biri konumundadır.

Hacı Hâşim Bey (1815 – 1868)

Hâşim Bey Edvârı veya *Hâşim Bey Mecmuası* ya da kısaca *Mecmua* olarak bilinen eser, aslında bir müzik ve güfte kitabıdır; Sultan Abdülaziz’e ithaf edilmiştir. Kitapta

makamların ve usullerin tarifi verilmiştir. Ancak, kitabın bir bölümünde makamların insanlara hangi zamanda etkili olacağından söz edilmekte ve çizimle oluşturulmuş insan figürlerinden birinin üzerinde çeşitli anatomik bölümler ile makam isimlerinin eşleştirildiği dikkati çekmektedir (Tırışkan 2000). Mecmuanın bir başka ilginç yönü de “kullanılmayan makamlar” a bir bölümün ayrılmış olmasıdır. Kullanılmayan makamlar arasında pengcâh-ı zaid, mahur-ı sagir, dilküşa, nigârinek, küçek zemzeme, ramişcan, meşkûbe gülzâr, şevkengiz ve hisâr-ı kürdi gibi ilginç isimler yer almaktadır. Bu kitap, bildiğimiz kadarıyla Türk müziği makamlarının insan üzerine etkilerini ele alan *son yazılı tarihsel kaynak* olmuştur.

2000’li yıllar, doğum hazırlığı ve başlangıç

Müzik terapi alanında 2000’li yıllara kadar bazı münferit girişimler olmakla birlikte asıl ivmelenmenin bu yıllarda başladığı söylenebilir. Örneğin, diş hekimi M. Sadık Yiğitbaş’ın 1972 yılında basılan *Musiki ile Tedavi* adlı kitabı diş hekimliği alanından bir üretim olması özelliği ile ilgi çekicidir (Yiğitbaş 1972). Yetmişli yıllardan 2000’li yıllara kadar ülkemizde müzik terapinin lokomotifini olan grup, Yrd. Doç. Dr. Rahmi Oruç Güvenç tarafından 1976 yılında kurulan Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu (bilinen adıyla TÛMATA) oldu. Ancak, 2000’li yıllara geldiği zaman müzik terapi alanında çalışmalar arka arkaya gelmeye başladı. Örneğin, çeviri eserler haricinde telif eserler yayınlanmaya başladı (Tablo 2). Lisansüstü eğitimde, doktora ve yüksek lisans tez çalışmalarında müzik terapi konusunun ele alınması da üniversitelerde konuya sahip çıktığını gösterdi. Günümüze kadar 16 yüksek lisans (Tablo 3), 7 doktora (Tablo 4) ve 7 tıpta uzmanlık (Tablo 5) tezinin yapıldığı görülmektedir.

Tablo 2. Müzik terapinin doğumunu hazırlayan telif yayınlardan bazıları

Yılı	Kitabın adı	Yazarı	Yayınevi
2005	Müzikterapi: Ruh sağlığı için müzikle tedavi	Adnan Çoban	Timaş
2005	Müzik ile Terapi	Hasan Cihat Örtter	Mephisto
2006	Avrupa ve Türk-İslâm Medeniyetinde Müzikle Tedavi: Tarihi gelişimi ve uygulamaları	Ahmet Şahin Ak	Ötüken
2006	Avrupa’da müzik ile terapi	Banu Doğan	Mephisto
2009	Makamdan Şifaya	Levent Öztürk, Halil Erseven, M. Fadıl Atik	İş Bankası Kültür Yayınları
2014	Müzikle Tedavinin Merkezi: Edirne Sultan II. Bayezid Darüşşifası	Enver Şengül	Edirne Valiliği Yayınları

Tablo 3. Müzik terapi alanında hazırlanan yüksek lisans tez çalışmaları*

Yılı	Tez adı	Türü	Yazarı	Tez no
1998	Okul öncesi ve ilköğretim çağı çocuklarının eğitimine müzik terapisinin etkileri ve faydaları	Y. Lisans	İpek Gürlük	78278
1999	Cerrahi girişim yapılacak vakalarda; preoperatif dönemde müzik terapi ve dokunma terapisi içeren hemşirelik uygulamalarının hasta üzerindeki etkilerinin araştırılması	Y. Lisans	Şengül Güngör	91510
2007	Mekanik ventilatör desteğinde olan hastalarda müzik terapinin anksiyetenin fizyolojik belirtilerine etkisi	Y. Lisans	Esra Akın	224704
2007	Müzikle tedavi ve öğrenciler üzerindeki terapik etkileri	Y. Lisans	Arzu Özçevik	206896
2008	Zihinsel engelli öğrenciler için müzik terapi yöntemine göre hazırlanan sosyal beceri öğretim programının etkililiğinin incelenmesi	Y. Lisans	Deniz Çadır	215660
2010	Koroner anjiyografi uygulanacak hastalarda müzik terapisinin anksiyete düzeyine etkisi	Y. Lisans	Meltem Vizeli	247926
2012	Müzik terapinin cerrahi yoğun bakım hastalarının yaşam bulgularına etkisi	Y. Lisans	Bilsev Araç	314586
2013	Göğüs hastalıkları servisinde yatan koah hastalarında müzik terapisinin anksiyete ve bazı klinik bulgulara etkisi	Y. Lisans	Dilek Horuz	359632
2014	Müzik terapinin huzurevinde yaşayan yaşlıların yalnızlık hissi üzerine etkisi	Y. Lisans	Duygu Kurt	359846
2015	Stres ve anksiyete için alternatif ve tamamlayıcı bir model olarak müzik terapi	Y. Lisans	Kübra Arlı	427578
2015	Şizofrenik hastalarda müzik terapinin ruhsal durum üzerine etkileri	Y. Lisans	Suna Fındıkoğlu	409466
2016	Masaj ve müzik terapinin yenidoğan stres ve davranışı üzerine etkisi	Y. Lisans	Sevcan Çakı	447453
2016	Hematopoetik kök hücre nakli esnasında müzik terapinin kanser hastalarının fiziksel ve ruhsal parametreleri üzerine etkisi	Y. Lisans	Gizem İlayda Geyik	447256
2016	Müzik terapinin cerrahi uygulanan 6-12 yaş arası çocuklarda anksiyete, korku ve ağrı yönetimine etkisi	Y. Lisans	Özgür Bahadır	445241
2017	Dünya’da müzik terapi tarihi ve eğitimi	Y. Lisans	Gonca Kayım	460431
2017	Demans – Alzheimer hastalarında farklı müzik terapi uygulamalarının zihinsel, psikolojik, anksiyete ve ajitasyon etkileri üzerine karşılaştırmalı çalışma	Y. Lisans	Emine Elif Şahin Karadeniz	460429

*Bu tabloda yer alan tez çalışmalarına <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> internet adresinden erişilebileceği için ayrıca kaynaklar bölümüne eklenmemiştir.

Tablo 4. Müzik terapi alanında hazırlanan doktora tez çalışmaları*

Yılı	Tez adı	Türü	Yazarı	Tez no
2012	Müzik terapisinin hemodiyaliz hastalarının algıladıkları stresörler ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi	Doktora	Işın Cantekin	319039
2012	Koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastalarda müzik terapinin temel yaşam bulguları, ağrı, anksiyete ve hastanede kalış sürelerine etkisi	Doktora	Yeliz Cığerci	326259
2013	Mekanik ventilasyonlu hastanın aspirasyon işleminde uygulanan müzik terapinin ağrı ve fizyolojik parametrelere etkisi	Doktora	Yeşim Yaman Aktaş	342017
2015	Kemoterapi uygulanan hastalarda müzik terapinin kemoterapi semptomları ve konfor düzeyine etkisi	Doktora	Şebnem Bilgiç	408300
2015	Müzik terapisinin yaşlı kanser hastalarının anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkisi	Doktora	Kübra Gökalp	420232
2016	Türk din müziklerinin sağlıklı insanların hormonal yapıları üzerindeki etkileri	Doktora	Pınar Arslan	437162
2016	Müzik terapi, şiir terapi ve yaratıcı drama uygulamalarının üniversite öğrencilerinin benlik saygısı düzeyleri üzerine etkisi	Doktora	Esra Yücesan	429488

*Bu tabloda yer alan tez çalışmalarına <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> internet adresinden erişilebileceği için ayrıca kaynaklar bölümüne eklenmemiştir.

Tablo 5. Müzik terapi alanında hazırlanan tıpta uzmanlık tez çalışmaları*

Yılı	Tez adı	Yazarı	Alanı	Tez no
2009	Müzik, beyaz gürültü ve ortam gürültüsünün spinal anestezi ile ameliyat olan hastalarda sedasyon ve anksiyete üzerine etkileri	Nazan Köylü İlkaya	Anestezi ve Reanimasyon	243151
2012	Farklı desibellerdeki çeşitli müzik türlerinin serebral oksidatif hasar üzerine etkileri	Ülkühan Düzgün	Nöroloji	303857
2014	Müzik lisans eğitiminin dikkat eksikliği belirtileri ve çalışma belleği üzerine etkileri	Bahar Yeşil	Psikiyatri	370039
2014	Spinal anestezi altındaki hastalara müzik dinletilmesi veya ortam seslerinin engellenmesinin sedasyon ve hemodinami üzerine etkileri	Mehmet Karasakal	Anestezi ve Reanimasyon	379216
2015	Acil servise başvuran hastalarda triajda müzik yayınının ağrı ve anksiyete üzerine etkisinin araştırılması	Sami Ulusal	İlk ve Acil Yardım	417324
2015	Pediyatrik dental girişimlerde müzik dinletilmesinin sedasyon gereksinimi ve düzeyine etkisi	Özlem Özkalaycı	Anestezi ve Reanimasyon	390264
2016	Bel ağrısına yönelik girişimsel işlem yapılan hastalarda müzik dinlemenin girişimsel analjezi ve hasta konforuna etkisi	Coşkun Çifci	Anestezi ve Reanimasyon	437543

*Bu tabloda yer alan tez çalışmalarına <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> internet adresinden erişilebileceği için ayrıca kaynaklar bölümüne eklenmemiştir.

Bu çalışmalar müzik terapi üzerine düşünülmeyle başladığını, en azından bir grup akademisyen, doktor, sağlık profesyoneli ve müzisyenin müzik terapi ile ilgilendiğini bu alanı açmaya çalıştığını gösteriyordu. Makamdan şifaya kitabının yayınlanmasından hemen sonra aynı grup 5 yıl civarında süren terapi müzikleri konserlerine başladı. Bu konserler iki bölümden oluştu. İlk bölümde yapılan mini konferansta Türk Müzik Terapi geleneği anlatılıyor, daha sonra da yapılandırılmış iki bölüm halinde terapi müzikleri icrası yapılıyordu. İlk bölüm “uyku seansı” ikinci bölüm ise “enerji seansı” temasını işliyordu. Makamdan şifaya konserleri bir kamuoyu oluşturulmasına ve konunun gündemde tutulmasına önemli katkı sağladı. Kitaplar ve konserler yanı sıra bilimsel toplantı ve sempozyumlarda müzik terapi konusu işlenmeye başladı. Hatta yine Öztürk’ün girişimiyle 2008 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde seçmeli ders olarak müzikle tedavi dersi açıldı. Dersin amacı geleceğin doktorlarına daha öğrencilikleri döneminde müzik terapi konusunda açılış bilgilerini vermek ve bu uygulamanın kanıt dayalı tıp uygulamaları içinde giderek yerini aldığını anlatmaktır. 2014 yılından itibaren İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Prof.Dr. Hanefi Özbek tarafından Farmakoloji dersi müfredatına, Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç tarafından Tıp Tarihi ve Deontoloji dersi müfredatına Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ana başlığı altında müzik terapi konusu dahil edildi.

Bireysel çalışmaların hız kazandığı bir dönemde bazı önemli yasal düzenlemeler sürecin gelişmesine ciddi

katkıda bulundu. 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 663 sayılı KHK (Kanun Hükmünde Kararname) ile Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne “Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak” yetkisi verildi. Buna dayanarak hazırlanan *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği* 27 Ekim 2014 tarih ve 29158 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girdi. Bu yönetmelikte düzenlenen 15 uygulamanın (akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, kayropraktik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji) sonuncusu müzik terapi oldu. Yönetmeliğin ardından bu uygulamaları yapacak profesyonellerin yetiştirilmesi çalışmaları hızla başladı. Yönetmelik gereğince Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Bilim Komisyonunda, komisyonun asil üyelerine alt komisyonları kurma ve eğitim programı standartlarını hazırlama hususunda görev dağılımı yapıldı. Bu görev kapsamında, Prof.Dr. Hanefi Özbek’in başkanlığında müzik terapi alt çalışma grubu kuruldu. Alt komisyonun üyeleri Prof.Dr. Hanefi Özbek, Prof.Dr. Levent Öztürk, Doç.Dr. Burçin Uçaner, Yrd. Doç. Dr. Rahmi Oruç Güvenç, Yrd. Doç. Dr. Ömer Hakan Yavaşoğlu, Uzm. Dr. Diğdem Albasan ve Muharrem Fadıl Atik’ten oluşmaktaydı. Alt çalışma grubu tarafından hazırlanan *Sertifikalı Eğitim Programı Standartları* 13 Temmuz 2016 tarihinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Geleneksel ve Tamamlayıcı

Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı'nın internet sayfasında yayımlandı. Bu çalışmalar sayesinde artık her şey hazır. Sağlık Bakanlığı tarafından verilecek müzik terapist sertifikaları ile bu alan resmi olarak yeniden başlatılmış olacaktır. Gerçekten de, aynı yılın sonuna doğru ilk değerlendirmeler sonucunda 10 kadar kişiye müzik terapist sertifikası verildi. Prof. Dr. Hanefi Özbek, Prof. Dr. Şükrü Torun ve Prof. Dr. Levent Öztürk Cumhuriyet tarihinin ilk "müzik terapist" sertifikalı tıp doktorları olarak kayda geçtiler. Sertifika alan ilk grup içinde müzikoloji alanından Doç. Dr. Burçin Uçaner Çiftalöz, psikoloji alanından Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan ve müzik alanından M. Fadıl Atik de yer aldı.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Mevzuat

Müzik terapi ile birlikte diğer Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının bilimsel araştırmalarla kanıtı dayalı olarak da etkililiklerinin gösterilmesi önemli bir husustur. Böylece halihazırda yapılmakta olan uygulamaların güvenilirliğinin bilimsel bakış açısıyla yeniden değerlendirilmesi yanında bunların bilimsel yöntemlerle daha da geliştirilmesi ve yeni uygulama yollarının bulunarak hizmete sunulması mümkün olacaktır. Ancak ülkemizde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının klinik araştırmaları hakkında bir mevzuat boşluğu bulunmaktadır. İlgili diğer mevzuatın bu boşluğu yeterince dolduramamasının yanında, birçok bilim adamı ve bazı etik kurulların bu tür araştırmalara olumsuz tavır alması yüzünden bu alanlardaki bilimsel araştırmalar sekteye uğramakta, bilim adamlarının çalışma şevki kırılmaktadır. Buradaki mevzuat boşluğunu doldurmak amacı ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bilgisi dâhilinde Prof. Dr. Hanefi Özbek tarafından hazırlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkındaki Yönetmelik taslağı, ilgili tüm kurum ve kuruluşlardan görüş alma aşamasından geçmiş olup Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanma aşamasına gelmiştir. Etik düzenleme ile birlikte müzik terapi ve diğer uygulamaların yer aldığı araştırma çalışmalarında etik inceleme aşaması düzenlenerek bu çalışmaların hız kazanması sağlanacaktır.

Kurumsallaşma ve ilk müzik terapi dernekleri

Müzik terapinin güçlü biçimde varlığını sürdürmesinin kurumsallaşma ile sağlanabileceği kısa sürede anlaşıldı. 2014 yılında Doç. Dr. Burçin Uçaner başkanlığında Müzik

Terapi Derneği (MÜZTED) ve 2016 yılında Prof. Dr. Levent Öztürk başkanlığında Uygulamalı Müzik Terapileri Derneği (UMTED) kuruldu. Her iki dernek de müzik terapinin ülkemizde gelişmesi adına kısa sürede işbirliği içinde çalışmaya başladı ve aktiviteleri birlikte desteklemeye başladılar. MÜZTED kitap çevirileri, konferanslar ve atölye çalışmaları ile müzik terapi farkındalığını arttırmaya çalışırken UMTED ilk geleneksel müzik terapi kursunu 28 Ekim 2017'de Edirne'de gerçekleştirdi.

Sonuç

Müzik terapi uygulamaları yaşadığımız coğrafyada 800'lü yıllardan itibaren yazılı kaynaklara girmiş ve 1800'lü yıllara kadar dönemin tıp ve sağlık görüşleri içinde gelişerek, dönüşerek kullanılagelmiştir. 1850'li yıllarda terk edilen veya unutulmuş bu uygulamalar son on yıl içinde özellikle yoğunlaşan çalışmaların katkısı ve Devlet kurumlarının bu konudaki desteği ile yeniden başlatılmış, âdeta küllerinden yeniden doğmuştur. İleriye dönük hedefler içinde kurumsallaşan müzik terapinin güçlendirilmesi, müzik terapistlerin mesleklerini daha rahat uygulayabilecekleri ortamların ve yasal düzenlemelerin geliştirilmesi, müzik okur-yazarlığının geliştirilmesi, müzik terapi uygulamalarının sigorta kapsamına alınması ve geleneksel müziğimizin bu alandaki potansiyelinin geliştirilmesi gibi konular yer alabilir. Kesin olan bir şey var, o da müzik terapi alanının kendi gönüllülerini bekliyor olduğudur.

KAYNAKLAR

1. Cihan AK. Bilimler tasnifi ve İbni Sina. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2000;9:435-451
2. Adamson P. Great medieval thinkers: Al-Kindi. Oxford University Press 2007, p.173
3. Mann WN (Çeviri). On the nature of man. In: Lloyd G.E.R. (Ed), Hippocratic writings (pp.260-271). Harmondsworth: Pelican classics (orijinal çalışmanın yazım tarihi yaklaşık M.Ö. 460).
4. Stelmack RM, Stalikas A. Galen and the humour theory of temperament. Person Individ Diff 1991;12(3):255-263
5. Wright O. Epistles of the brethren of purity: On music, An Arabic critical edition and English translation of Epistle 5. Oxford University Press, Islamic Publications Ltd. 2010, p. 16; s.44
6. Turabi AH. El-Kindî'nin müsikî risâleleri (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İslâm Tarihi ve Sanatları Bölümü, Türk Din Musikisi Anabilim Dalı. İstanbul 1996, s.70-71; s.80-81; s.85

7. Turabi AH (çeviri). Matematik kısmının beşinci risâlesi: Musiki. Kahraman A (Editör), İhvân-ı Safâ risâleleri cilt 1, Ayrıntı Yayınları İstanbul 2012, s.129-160
8. Arslan F. Müslüman-Türk bilginlerin müzik bilimine katkıları (X-XIII.yüzyıllar). *Türkiyat Mecmuası* 2014, C24/Güz:1-21
9. 9 – <http://www.islamansiklopedisi.info/dia/pdf/c31/c310176.pdf>
10. Turabi AH. Hekim Şuûrî Hasan Efendi ve *Ta'dilü'l-Emzice* adlı eserinde müzikle tedavi bölümü. *M.Ü. İlâhiyat Fakültesi Dergisi* 2011;40:153-166
11. Turabi AH. Gevrekzâde, müzikle tedavi, Amasya Darüşşifa örneği. Amasya Belediyesi Kültür Yayınları, Amasya 2015, s.38
12. Tırışkan AG. Hâşim bey edvârı (Yüksek lisans tezi). İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Güzel Sanatlar Anadalı, Türk Sanat Müziği Alanı. İstanbul 2000
13. Yiğitbaş MS. Musiki ile tedavi. Yelken Matbaası, İstanbul 1972
14. Çoban A. Müzikterapi: Ruh sağlığı için müzikle tedavi. Timaş Yayınları, İstanbul 2005
15. Örtter HC. Müzik ile terapi. Mephisto Yayınları, İstanbul 2005
16. Ak AŞ. Avrupa ve Türk-İslâm Medeniyetinde Müzikle Tedavi: Tarihi gelişimi ve uygulamaları. Ötüken Yayınları, İstanbul 2006
17. Doğan B. Avrupa'da müzik ile terapi. Mephisto Yayınları, İstanbul 2006
18. Öztürk L, Erseven H, Atik MF. Makamdan şifaya. İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul 2009
19. Şengül E. Müzikle Tedavinin Merkezi: Edirne Sultan II. Bayezid Darüşşifası. Edirne Valiliği Yayınları, Edirne 2014

Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenliği

Employee Safety in Health Services

Asu GÜRER

ÖZ

Sağlık çalışanları yaptıkları işin özelliklerine göre farklı iş riskleriyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu riskler arasında enfekte iğne ile yaralanmalar, ilaç alerjileri, radyasyon, kronik hastalıklar, çeşitli psikososyal sorunlar yer alır. Bu durumda çalışanın iş performansı azalmakta, iş kazaları artmakta, hem çalışan hem de hasta için güvenlik sorunları ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde, sağlık çalışanın sağlığına ve güvenliğine ait “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” adlı düzenleme ile, hastanelerde çalışan sağlığı ve güvenliği komitelerinin kurulması, sağlık çalışanına bu konuda gerekli eğitimin verilmesi, çalışanın sağlık taramalarının belirli aralıklarla yapılması, koruyucu önlemlerin alınması, sağlıkta şiddeti önlemek adına çeşitli girişimler yürütülmektedir. Bu makalede çalışan güvenliğinin önemi vurgulanmış, sağlık çalışanlarının karşılaşılabileceği riskler ve alınabilecek önlemlere değinilmiştir. Bu konuda farkındalığın artırılması, güvenli çalışmanın kurum kültürü haline getirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İş, sağlık, çalışan güvenliği, sağlık çalışanı

ABSTRACT

Healthcare professionals are exposed to different business risks according to the characteristics of the job they are doing. These risks include injuries with infected needles, drug allergies, radiation, chronic illnesses, various psychosocial problems. In this case, the work performance of the employee decreases, the work accidents increase, safety problems occur for both the employee and the patient. In our country, establishment of health and safety committees working in hospitals, providing the necessary training to the healthcare workers, carrying out employee health checks at certain intervals, taking preventive measures, preventing health violence in health services is provided with “Regulation on the Ensuring Patient and Employee Safety” entitled regulation. This article emphasizes the importance of employee safety, addressed the precautions and risks faced by healthcare workers. It is thought that raising awareness on this issue and safe working needs to be brought into the corporate culture.

Keywords: Profession, health, employee safety, healthcare professionals

GİRİŞ

Sağlık terimi farklı şekillerde tanımlanabilmesine rağmen kabul gören ve evrensel bir tanım olarak karşımıza çıkan sağlık tanımını Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ-WHO) kuruluş anayasasında kullandığı sağlık tanımıdır. 1948’deki bu tanıma göre sağlık yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir (1). Bu iyilik halinin olmayışı ise hastalık olarak belirtilir. Sağlık hizmetleri ise kişilerin sağlığını korumak, hastalıkların tanı, tedavi ve bakımlarını kişisel ve kurumsal olarak yapabilmek için, kamu kurumlarının ya da özel sağlık kuruluşlarının verdiği hizmetler olarak tanımlanır (2). Sağlık çalışanları olarak ifade edilen kişiler, hastalara veya doku parçalarına, enfekte

Asu GÜRER (✉)
Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Anestezi Programı
D-100 Güney Yanyolu Üzeri, Cevizli Mahallesi, 34865 Kartal/ İSTANBUL
e-posta: asu.gurer@marmara.edu.tr

tıbbi malzemelere, hava da dahil olmak üzere, temas etme potansiyeli olan, sağlık bakım birimlerinde çalışan ücretli ve ücretsiz kişilerdir (3). Sağlık hizmetlerinin güvenli, etkili ve kaliteli sunulması, sağlık çalışanlarının kapasitesi ve hizmet sunumunda mükemmelliği destekleyen çalışma ortamına bağlı olmakla birlikte sağlık çalışanlarının sağlığı çoğu zaman ihmal edilmiştir (4,5).

Sağlık kurumları, çalışma koşulları bakımından çok riskli gruba giren kurumlardır. Sağlık çalışanları bir yandan işlerinin gereğini yaparken, aynı zamanda ciddi iş kazaları yaşayabilmekte ya da meslek hastalıkları geçirebilmektedirler. Olası tehlikeleri ve meydana gelebilecek riskleri en aza indirilebilmek için sağlık kurumlarında Akreditasyon standartlarına uyulması, kalite yönetim sistemlerinin uygulanması, olası kaza ve hastalıkların en aza inmesinde etkili olacaktır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ve sağlık kuruluşlarında uygulamanın zorunlu tutulduğu Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS) kaliteyi gerçekleştirme adına çalışan güvenliğini de dikkate alarak sağlık hizmeti sunumuna yeni bir bakış açısı getirmiştir (6). Ayrıca üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsayan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ile sağlık kurumlarında, hem hasta hem çalışanların güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunu gerçekleştirirken kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin saptanmasına, bu risklerin giderilmesi için uygun tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimlerin yapılması ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esaslar düzenlenmektedir.

Bu çalışma sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliğinin önemi ve sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları tehlike ve riskleri, oluşabilecek risk durumlarında yapılabilecekleri vurgulamakta, sağlıkta kalite standartları çerçevesinde çalışan güvenliğinin önemine değinmekte, çalışan güvenliği konusunda farkındalığın artmasını ve bu konuda yapılacak çalışmalara katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

DSÖ, “çalışan bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal durumunun üst düzeye çıkartılması, çalışanın sağlığında meydana gelebilecek risklerin en aza indirilmesi için koruyucu önlemlerin alınması ve uygulanması, çalışanın işine, işin çalışana uygun olması” şeklinde çalışan güvenliği tanımını

yapmıştır. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarındaki tehlikeler çalışanın güvenliğini tehlikeye sokmakla birlikte hastanelerde hataların oluşmasına da neden olmakta, bu durum ise hem hasta güvenliğini tehlikeye sokmakta hem de hastaların tedavilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda sağlık çalışanın tehlikelerden uzak tutulması aslında hastanın da tehlikelerden uzak tutulması anlamına gelmektedir. Bu sebeplerle çalışma ortamını olası tehlike ve risk oluşumu açısından değerlendirmek önemlidir. Bu değerlendirmelerle, olası tehlikeler ortaya çıkarılmakta ve bertaraf edilmekte, çalışanların kendilerinin göremediği problemler belirlenmekte ve yapılan kontrollerin etkinliği artmaktadır (7,8).

Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aktardığı gibi, Amerika Birleşik Devletleri Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Kurumu (National Institute for Occupational Safety and Health= NIOSH), sağlıklı, verimli, etkin ve güvenilir hastane ortamını “işin yapılması sırasında oluşan ve sağlık için zararlı olan fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik olmak üzere her türlü tehlikeler ve bu tehlikelerin neden olabileceği risklere bağlı olarak ortaya çıkan iş kazası ve meslek hastalıklarının gerçekleşmemesi hali” şeklinde ifade etmiştir (9). Ancak sağlık alanında çalışanlar kontaminasyon, toksik ilaçlar, kullanılan malzemelerden kaynaklanan ergonomik sorunlar, enfekte tıbbi atıklar, malzeme eksikliği, iş yükünün fazla olması, çalışma ortamında dikkatsiz davranışlar gibi sebeplerle çeşitli sorunlar yaşayabilmekte ve bunların sonucunda da çeşitli hastalık riskleri ile karşı karşıya kalabilmektedirler.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini arttırmaya odaklanmış, kar amacı gütmeyen Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO) kurumunun uluslararası akreditasyon hizmetleri için oluşturulmuş birimi olan Joint Commision International (JCI) ve Sağlık Bakanlığı’nın sunduğu hizmet kalite standartları, hasta ve çalışan güvenliğine işaret eden yönetmelik ile hasta güvenliğini sağlamanın yanında çalışan güvenliğinin sağlanmasına ait kriterlere de yer vermiş, konunun önemi vurgulanmış, yapılan düzenlemelerle sağlık alanında çalışanın iş güvenliği güvenceye alınmaya başlamıştır (10,11).

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MARUZ KALDIĞI TEHLİKE VE RİSKLER

NIOSH, çalışma ortamında oluşan tehlike ve riskleri fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal tehlike ve

riskler olarak sınıflandırmış ve hastanelerde 29 tip fiziksel, 25 tip kimyasal, 24 tip biyolojik, 6 tip ergonomik ve 10 tip psikososyal tehlike ve risk olduğunu tespit etmiştir (12,13).

1- Fiziksel Tehlike ve Riskler

Kanserojen, teratojen ve mutajen etkileri olan iyonizan ve non-iyonizan radyasyon riskleri, ultraviyole ışınları, laser, ultrason cihazları, bilgisayar ekranları, aydınlatma koşullarının yarattığı sorunlar, havalandırma sistemleri, gürültüye bağlı ortaya çıkabilecek sorunlar, çalışma ortamının hava kirliliği sorunları sağlık çalışanlarını olumsuz etkilemektedir (14).

DSÖ, çalışma ortamındaki gürültünün gündüz 40 Desibel (dB), gece 35 dB seviyesinde olmasını önerir. Hastaların yattıkları bölümde bu düzey 35-40 dB'i aşmamalıdır. Ses düzeyleri aşıldığında çalışan sağlığının olumsuz etkilenmesiyle birlikte çalışanın iş verimi de düşer. Fakat hastanelerin birçok biriminde ses düzeyi 51Db-90 dB civarında olabilmektedir.

Sıcaklık, fiziksel tehlike ve riskler açısından önemli bir yerdedir. Yoğun bakım ünitelerinin sıcaklığının 24-27 °C, hastaların bulunduğu odaların 22-24 °C, ameliyathanelerin sıcaklığının 20 – 22 °C olması kabul edilir. Havalandırma sistemlerinin, havayı filtre edebilmesi, uygun ısıyı ve nemi sağlayabilmesi gereklidir. Hastanelerde havalandırma sistemlerinin istenilen özelliklerde olması, filtre edebilme işlemlerini yapabilmesi çalışanların özellikle solunum yoluyla geçen enfeksiyonlardan koruması için önemlidir. Ameliyathaneler steril ortamlar olduğundan buralarda enfeksiyon riski en alt seviyede ve mikroorganizma yoğunluğu standartlar çerçevesinde tutulmalı, bunun için de hastanelere özel havalandırma sistemleri kurulmalıdır (13).

Fiziksel risklere karşı alınabilecek önlemler ve yapılabilecekler arasında;

- çalışılan alanın zemininin su, kan veya diğer sıvılar nedeniyle kaygan olmasını önleyecek malzemeden yapılması,
- zeminin ıslak bırakılmaması,
- kullanılan cihaz ve kabloların takılmaları neden olmayacak şekilde yerleştirilmesinin sağlanması,
- radyasyondan korunmak için uygun malzemelerin kullanımının sağlanması,
- çalışanın radyasyona maruziyetinin takibinin yapılması,
- ortam havalandırması,

- gürültüye maruziyete sebep olan cihazların tespit edilip önlem alınması,
- çalışılan ortam için en uygun ışık ve havalandırma sistemlerinin seçilmesi sayılabilir.

2- Kimyasal Tehlike ve Riskler

Hastane laboratuvarlarında kullanılan asit ve alkali maddeler, boyalar, uçucu organik çözücüler, hasta tedavisinde kullanılan (kanseri ilaçları gibi) çeşitli ilaçlar, sterilizasyon ve dezenfeksiyon amacı ile kullanılan çeşitli kimyasal ajanlar, formaldehit, glutaraldehit, etilen oksit gibi maddeler çalışanlar için alerji oluşumundan kansere birçok hastalığın oluşumunda önemli risk faktörü oluşturmaktadır (14).

Kimyasal risklere karşı alınabilecek önlemler ve yapılabilecekler arasında;

- dezenfeksiyon ve sterilizasyon amaçlı kullanılan kimyasallar için kolay anlaşılabilir bilgi ve kullanım talimatlarının hazırlanması,
- bu maddelerin kullanımına ilişkin uygulamalı eğitimlerin verilmesi,
- lateks alerjisine karşı çalışanların takip edilip uygun malzemenin temininin ve kullanımının sağlanması,
- kimyasal ilaçların kullanımı sonrası çalışanların gözlemlenmesi ve gerektiğinde tetkiklerin yapılması,
- oluşan alerji durumlarında çalışanların bu durumunun takibinin uygun şekilde yapılmasının sağlanması ve kayıtların tutulması,
- zararlı kimyasallar ve gazlar hakkında verilen eğitimin ardından eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlarının sağlanması,
- eğitimin etkinliğinin ölçülmesi sayılabilir.

3- Biyolojik Tehlike ve Riskler

Biyolojik tehlike ve riskler çalışma alanının hepsinde görülmekte, sağlık çalışanlarında kan veya kanla kontamine olmuş vücut sıvılarıyla temas ile HIV (Human Immunodeficiency Virus), Hepatit B (HBV), Hepatit C (HCV) gibi ciddi sağlık sorunlarının yaşanmasına neden olabilmekte, tüberküloz ve diğer çeşitli enfeksiyon hastalıklarının görülmesi sıklığı artabilmektedir (15,16,17,18).

Kesici alet yaralanmalarını önleme çalışma kitabında belirtildiğine göre; sağlık alanında kullanılan kesici-delici aletler belirtilmiş ve sağlık çalışanlarında 5 yıllık bir dönemde 5000 perkütan yaralanma olduğu belirlenmiş ve bu vakaların %62'sinin iğne batması ile gerçekleştiği, bunlarla yaralanmaların %38'inin perkütan aletlerin kullanımı esnasında, %42'sinin tek kullanımlık olan aletlerin kullanım öncesi ve bu aletleri kullandıktan sonra gerçekleştiği tespit edilmiştir (19). Ankara'da yürütülen başka bir çalışmada üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda çalışan doktor, hemşire, laboratuvar teknisyeni, radyoloji teknisyeni ve güvenlik görevlisi gibi çeşitli görevlerde çalışan 491 hastane çalışanında tüberküloz enfeksiyonu riskinin varlığı araştırılmış ve PPD pozitifliğinin %83 olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (20).

Biyolojik risklere karşı alınabilecek önlemler ve yapılabilecekler arasında;

- biyolojik ajanlara karşı denetimin, kontrolün yapılması,
- çalışan personele aşılamanın periyodik uygulanması,
- gerekli takiplerin yapılması,
- kan ve her türlü vücut sıvısı ile bulaşmaya karşı kişisel koruyucu donanımların mutlaka kullanılmasının sağlanması,
- bulaşma olduğunda ise uygun tedavinin yapılması ve takip sistemi ile mutlaka izlenmesi,
- gerekli kayıtların tutulması,
- çalışan güvenliği için gerekli olan, kesici-delici alet yaralanmaları ve iğne batmalarını önleyen kilit/emniyet sistemleri olan ürünlerin kullanılması,
- özel vakalarda koruyucu giysi ve ekipman kullanımının sağlanması,
- tıbbi atıklar için atık kaplarının kullanımının sağlanması ve atıkların uygun şekilde bertarafının yapılması,
- bu konuda çalışanlara gerekli eğitimin verilmesi sayılabilir.

4- Psikososyal Tehlike ve Riskler

Psikososyal sorunların ortaya çıkmasındaki en önemli sebepler arasında çalışma sürelerinin uzun olması, sağlık çalışanının gece de çalışmasının devam etmesi ve tutulan nöbet sayısının fazla olması gelmektedir (21). Bu durumda çok sayıda sağlık sorunu ve iş güvenliği problemleri ortaya çıkabilmektedir. Bunların başlıcaları yorgunluk, uykusuzluk ve bunlara bağlı gelişen kazalar, hafıza problemleri, yapılan işe yoğunlaşmada sorunlar, problemleri çözememe, yaralama

ve yaralanmalar, malpraktis ile karşılaşılması, kanser gibi ciddi hastalıklar yanında kronik hastalıkların da ortaya çıkması, duygu-durum bozukluğu, tükenmişlik sendromu, kendini ait hissedememe gibi sorunların yanında çalışanlar aile içi sorunlar da yaşayabilmektedirler (22,23,24).

Psikososyal risklere karşı alınabilecek önlemler ve yapılabilecekler arasında;

- stres yönetimi için çalışanın desteklenmesi, takip edilmesi ve bu konuda eğitim verilmesi, uykusuzluk, yorgunluk, dikkatsizlik gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olan uzun çalışma saatlerine karşı iş yükü dağılımlarının sistemli şekilde yapılması ve güncellenmesinin sağlanması, şiddeti önlemeye yönelik uygulanan "Beyaz Kod" gibi uygulamaların geliştirilmesi ve kapsamlı hale getirilmesi,
- tükenmişlik sendromu gibi psikolojik rahatsızlıklara karşı gerekli tetkiklerin belirli aralıklarla yapılması,
- yapılan uygulamaların kayıt altına alınması ve takip edilmesi,
- ilaç bağımlılığına karşı gerekli tedbirlerin alınması ve takibin sağlanması,
- çalışan güdülenmesi ve uyumunu sağlamak için kurum içi sosyal aktivitelerin desteklenmesi sayılabilir.

5- Ergonomik Tehlike ve Riskler

Çalışanlar hizmet sundukları alanlarda hasta kaldırma, taşıma gibi efor gerektiren işleri yaptıklarından, kullanılan tıbbi ekipmanın uygunsuz olmasından kaynaklanan nedenlerle çeşitli tehlike ve risklere maruz kalmaktadırlar. Hasta ile yakın temas gerektiren bu işleri yapmak için kullanılan uygun olmayan malzemeler nedeniyle çalışanlar sıklıkla kas-iskelet sistemini ilgilendiren sorunlar yaşayabilmektedirler. Bel ağrısı, boyun, omuz ve kol ağrıları, karpal tünel sendromu bu sorunların başında yer alır (18,25).

Ergonomik risklere karşı alınabilecek önlemler ve yapılabilecekler arasında;

- hasta taşıma ve uygun duruş teknikleri için uygulamalı eğitimlerin verilmesi,
- eğitimlerin düzenli olarak yapılması ve gerekli takibin sağlanması,
- kullanılan tıbbi ekipmanların ergonomik açıdan risk oluşturmayacak olanlardan seçilmesi,

- sağlık çalışanın kas iskelet problemlerine yönelik düzenli olarak sağlık kontrollerinin yapılması,
- çalışanların gözlenmesi ve yapılan işlemlerin kayıt altına alınıp takip edilmesinin sağlanması sayılabilir.

SONUÇ

Sağlık hizmetleri, farklı uzmanlık alanlarında çalışan kişiler tarafından sunulan emeği yoğun hizmetler olup, çalışma ortamı açısından çok riskli olarak kabul edilen birimlerde hizmet verilmekte, bu hizmeti sunan sağlık çalışanları ise kesici-delici alet ile yaralanmalar, enfeksiyon hastalıkları, ergonomik tehlikelerin varlığı ve bunlara bağlı ortaya çıkabilecek kas iskelet sistemi sorunları, alerjiler, radyasyon, kronik hastalıklar, psikososyal sorunların yaşanmasına bağlı olarak gelişebilen şiddet, stres, uyum bozukluğu, dikkatsizlik gibi çalışanın hem çalışma hem de sosyal yaşamını etkileyebilecek çeşitli durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin güvenli, kaliteli, etkili ve verimli sunulması, aynı zamanda sağlık çalışanın sağlıklı ve güvenli olmasına, çalışma kapasitesine ve çalışırken sergilediği performansa da bağlı olduğundan, sağlık hizmeti sunan çalışanın sağlığı ve güvenliği konusu üzerinde özenle durulması gereken konulardandır. Bu konuya dikkat çekmek, farkındalık yaratmak ve gerekli önlemler konusunda öneri sunmak adına çalışmalar yapılmış ve yapılmaktadır.

Vural ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada radyasyon güvenliği konusuna dikkat çekilmiş ve çalışmadan çıkan sonuçta, bu konuda ameliyathane çalışanlarının radyasyonun çalışan sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabileceğini bilmelerine rağmen koruyucu tedbirleri göz ardı ettikleri sonucuna ulaşmışlardır (26).

NIOSH 2600 hastanenin iş sağlığı servislerinin raporlarını değerlendirmiş, çalışanların en çok kas iskelet sistemi sorunları yaşadıklarını saptamıştır. Ardından gelen sorunlar arasında kesici delici aletlere bağlı travmatik yaralanmalar, çizilme ve ezilmeler, yanıklar ve fraktürlerin olduğunu belirtmişlerdir. Sık görülen hastalıklar arasında ise solunum sistemi ile ilgili hastalıkların, enfeksiyon hastalıklarının, çeşitli cilt hastalıklarının ve alerjik reaksiyonların olduğu bildirilmiştir (27,28).

Kanada'da yapılan çalışmada acil servis hizmeti sunulan birimlerde çalışanların şiddete uğrama oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yürütülen çalışmada herhangi bir zamanda şiddete uğrama oranının %60, sözel şiddetin %76, fiziksel şiddetin %86 oranında görüldüğü belirtilmiştir.

Çalışmaya katılanların %73'ü şiddete uğradıkları için hastalardan korktuklarını, %74'ü bu sorun nedeni ile iş doyumlarının azaldığını belirtmişlerdir. Şiddete uğrayanların şiddeti raporlama oranı %67 olarak bulunmuş, şiddete uğrayanların bir kısmında da iş değişikliği yoluna gidildiği belirlenmiştir (29,30).

Ülkemizde yürütülen başka bir çalışmada, bir üniversite hastanesindeki sağlık çalışanlarının tüberküloz riski incelenmiş; hastalarla yakın temas halinde çalışanlarda tüberküloz gelişme hızı; genele bakıldığında 100.000'de 200 olduğu, bu oranın hemşirelerde 100.000'de 274'e çıktığı, saptanmıştır (31). Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde ülkemizde tüberküloz görülme olasılığının 100.000'de 40,8 olduğu belirtilmiştir. Bu durumda sağlık hizmeti sunan personellerde, özellikle de hemşire olarak çalışanlarda tüberküloz gelişme hızının oldukça yüksek olduğunu söylemek mümkündür (32). Hoşoğlu ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada hemşirelerin ardından, yardımcı sağlık personelinin büyük risk altında olduğu, daha sonra ise doktorların tüberküloz gelişme riski ile karşı karşıya kaldıkları rapor edilmiştir.

Var olan yasal düzenlemeler ve sağlıkta kalite standartları çerçevesinde sağlık çalışanlarına iş sağlığı ve güvenliği (İSG) eğitiminin verilmesi, verilen eğitimin ardından ölçme-değerlendirme yapılması zorunluluğu vardır (33). Çalışanların aldıkları eğitimlerin, çalışanların İSG düzeylerinin artırılmasına olan etki ve katkısının incelenmesi gerekmektedir. Sağlık kurumu çalışanları, beklentilerin yüksek olduğu ve özverili çalışmayı gerektiren çalışma grubunu ifade etmektedir. Sağlık çalışanın ürettiği sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için geliştirilen akreditasyon ve kalite belgelendirme sistemlerinin süreçlerin belirlenmesinde çalışanların iş sağlığı ve güvenliği ihtiyaçlarının da belirlenip uygun şekilde düzenleme çalışmalarının yapılması toplam kalitenin artırılmasında büyük bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunan çalışanların sağlık ve güvenliğinin sağlanması ile etkin, verimli ve güvenli bir şekilde sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilebilir. Bu nedenlerle hastanelerde çalışan güvenliği kültürü oluşturulmalı ve örgüt kültürünün bir parçası haline getirilmeye çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. WHO, 1978, Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [Erişim Tarihi: 24.12.2017]

2. Odabaşı Y, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir 2001: 25.
3. US Department of Health and Human Services. National action plan to prevent healthcare-associated infections: roadmap to elimination. <http://www.hhs.gov/ash/initiatives/hai/hcpflu.html>, [Erişim tarihi: 24.12.2017]
4. Saygılı M. Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları İle İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
5. Meydanıoğlu A, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği, Health and Safety Of Health Care Workers, Sağlık Bilimleri Dergisi, Balıkesir, Aralık 2013: 2 (3).
6. Devedakan N., Paşalı N. Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Standartlarının Çalışan Güvenliği Açısından Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi: İzmir İlinde Bir Araştırma Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2015: 18(2): 123-142.
7. Sezgin B, Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2007.
8. Bozoğlan H. Acil Serviste Çalışan Güvenliği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
9. Öztürk H, Babacan E, Anahar E.Ö, Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2012: 1(4).
10. Joint Commission International Accreditation Standards For Hospitals, 4th Edition, Effective 1 January, 2011: 193-195.
11. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, Sayı 27897 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> [Erişim tarihi: 08.01.2018]
12. Özkan Ö. Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri İle Risk Algılarını Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Ankara, 2005.
13. Akçapınar M., İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Kalite Yönetimi Uygulanan Hastanelerin Doğumhanelerinde Çalışan Güvenliği ve Çalışan Güvenliğini Etkileyen Nedenler, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2015.
14. Sağlıkta Buluşma Noktası. Hastanelerde Hasta ve Çalışan Güvenliği Ne Boyutlarda? <http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=113> [Erişim tarihi: 29.12.2017]
15. Akkaya, G. Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007.
16. İnci M, Aksebzeci AT, Yağmur G, Kartal B, Emiroğlu M, Erdem Y. Hastane Çalışanlarında HBV, HCV ve HIV Seropozitifliğinin Araştırılması. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2009: 66 (2): 59-66.
17. Reddy S, Manuel R, Sheridan E, Sadler G, Patel S, Riley P. Brucellosis in the UK: a risk to laboratory workers? Recommendations for prevention and management of laboratory exposure. J Clin Pathol 2010: 63: 90-92.
18. Wilburn SQ, Eijkemans G. Preventing needlestick injuries among healthcare workers: A WHO-ICN collaboration. Int J Occup Environ Health 2004: 10: 451-456.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Sharp Injury Prevention Program Workbook 2008. <https://www.cdc.gov/sharpsafety/pdf/WorkbookComplete.pdf> [Erişim tarihi: 03.01.2018]
20. Yeşildal N. Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005: 4 (5): 280.
21. Bilir N., Yıldız, A N, İş Sağlığı ve Güvenliği, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2004.
22. Fişek G. Sağlık personeli sağlığı. <http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=116> [Erişim tarihi: 03.01.2018]
23. Caruso C C. Negative Impacts of Shiftwork and Long Work Hours. 2013 Association of Rehabilitation Nurses Rehabilitation Nursing 2014, doi: 10.1002/rnj.107.
24. Önder Ö R, Ağırbaş İ, Yenimahalleli G, Aksoy A. Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Geçirdikleri İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları Yönünden Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 2011: 10 (1): 31-44.
25. Altınel L, Köse KÇ, Cihan Altınel E. Profesyonel Hastane Çalışanlarında Bel Ağrısı Prevalansı ve Bel Ağrısını Etkileyen Faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi 2007: 5(3):115-120.
26. Vural F, Fil Ş, Çiftçi S, Dura AA, Yıldırım F, Patan R. Ameliyathanelerde Radyasyon Güvenliği; Çalışan Personelin Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. Aralık 2012: 1 (3).
27. Saygun M. Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları. TAF Prev Med Bull 2012: 11(4): 373-382.
28. Centers for Disease Control and Prevention. National Institute for Occupational Safety and Health. Guidelines for protecting the safety and health of health care workers. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/88-119/pdfs/88-119.pdf> [Erişim Tarihi: 08.01.2018]
29. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches In Psychiatry 2010: 2(2): 161-173.
30. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM, et al. Violence In The Emergency Department: A Survey Of Health Care Workers. CMAJ 1999: 16:161-170.
31. Hoşoğlu S., Tanrıkulu A. Ç., Dağlı C. ve Akalın Ş. Bir Üniversite Hastanesinin Çalışanlarında Tüberküloz Riski, Toraks Dergisi, (2004) 5(3): 196-200.
32. Devedakan N, Paşalı N. Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Standartlarının Çalışan Güvenliği Açısından Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi: İzmir İlinde Bir Araştırma, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2015: 18(2): 123-142.
33. <http://www.resmigazete.gov.tr> [Erişim Tarihi:01.01.2018]

Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi

Risk Management in Health Institutions

Nesrin ÖZCAN

ÖZ

Sağlık kurumlarında risk yönetimi; sağlık hizmetinin ve işletmenin varlığının devamlılığının sağlanmasında mevcut risklerin başarıyla tanınması, yönetilmesi ve azaltılmasıdır. Stratejik kararlarda belirsizliklerin, risklerin ve fırsatların kurumun iş başarısı için bir araç olarak kullanılabilirliği. Sürecin etkin yönetilebilmesi için tüm pozisyonlara ait görev, yetki ve sorumluluklar net bir şekilde belirlenerek çalışanlara bildirilmelidir ve çalışanlar da üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmelidir. Başarılı bir risk yönetimi programı tüm çalışanların risk yönetimi felsefesini anlayarak uygulaması ile mümkün olur.

Risklerin yönetilebilmesi için belli özelliklerine göre sınıflandırılması gerekmektedir. Çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından sağlık kuruluşları için oluşturulmuş taksonomiler mevcuttur, kurumlar kendi yapılarına uygun sistemler de geliştirebilirler.

Bir kurumun risk yönetimi süreçleri, piyasadaki rekabetin niteliğine ve rakiplerinin risk yönetimi süreçlerine bağlıdır. Tüm kurumlarda işe yarayacak ortak bir risk çözüm yöntemi yoktur, her kurumun sahip olduğu riskler farklı olduğu gibi bu risklerle başa çıkma yöntemleri de farklıdır. Risk yöneticileri kurumun risk dağılımını anlamalı ve olasılıklara karşı kurumu yönetmek yerine gelecekteki olasılıkları yönetecek düşünceler geliştirmeli ve hareket etmelidir. Ancak o zaman stratejik planlama ve risk yönetimi tamamlayıcı süreçler haline gelir.

Bu çalışma sağlık kurumlarında risk yönetiminin amaçlarını ve kurum içerisinde görev dağılımlarını anlamak, risk yönetiminin sağlık kurumlarında uygulanan standartlardaki yerini açıklamak ve sağlık kurumlarında uygulanabilecek bir örnek sunmak amacı ile oluşturulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta risk yönetimi, risk analizi, risk değerlendirme, risk yönetim planı

ABSTRACT

Risk management in health institutions is the successful identification, management and reduction of existing risks in ensuring the continuity of the health service and the enterprise. It is the use of uncertainties, risks and opportunities for strategic decisions used as a tool for the institution. In order to be able to effectively manage the process; the duties, authorities and responsibilities of all positions must be clearly defined and reported to the employees, and the employees must fulfill their responsibilities. The risk management philosophy's being understood by all employees is necessary for a successful risk management program.

Risks need to be classified according to their specific characteristics in order to be managed. There are taxonomies established by various institutions and organizations for health institutions, and institutions can develop systems that are appropriate for their own structures.

Risk management processes of an institution depend on the nature of the competition in the market and the risk management processes of its competitors. There is no common risk solution method that will work for all institutions; as the risks that each institution has are different, the ways of coping with these risks will also differ. For this reason, risk managers should understand the risk distribution of the firm and should develop and act on behaviors that will govern future possibilities rather than managing the institution against likelihoods. Only then strategic planning and risk management become complementary processes.

This study aims to understand the aims of risk management in health institutions and the distribution of tasks within the organization, to explain the place of risk management in the standards implemented in health institutions and to give an example that can be applied in health institutions.

Keywords: Health risk management, risk analysis, risk assessment, risk management plan

GİRİŞ

Sağlık kurumlarında risk yönetimi son yıllarda sıkça konuşulmaya başlanmış, Risk Yönetim Planlarının nasıl yapılacağı sağlık yöneticilerinin düşündükleri ve araştırdıkları bir konu haline gelmiştir. İş Sağlığı ve Güvenliği kapsamında sağlık kuruluşlarında risk planları yapılmaya başlanmıştır. Ancak risk yönetiminin organizasyonun tüm süreçlerini kapsayacak şekilde ele alınması ile ilgili gelişme henüz gösterilememiştir. Sağlık Kurumları için risk yönetimi aslında yeni bir kavram değildir; uzun zamandır dağınık şekilde gerçekleştirilen risk yönetim faaliyetlerinin bir araya toplanıp bütüncül bir şekilde sistem yaklaşımı ile ele alınmasıdır.

Sağlık kurumlarında birçok konuda riskler çok uzun yıllardır yönetilmektedir. Örneğin; laboratuvarlarda gerçekleştirilen günlük kalibrasyon, kalite kontrol faaliyetleri hatalı sonuçların çıkmasını engellemek üzere yapılan bir risk yönetimi faaliyetidir.

Kliniklerde defibrilatörün her nöbet tesliminde çalışıp çalışmadığını kontrol etmek, görünüşü benzeyen ilaçları aynı rafta tutmamak, ameliyata alınacak hastaya bir dizi tetkik yapmak, çalışanlara kişisel koruyucu ekipman temin edip kullanmalarını sağlamak özüne bakıldığında risk yönetmek üzere gerçekleştirilen sayısız faaliyete verilecek örneklerdir.

Sağlık kurumlarında risk yönetimi düşünüldüğünde merkezde her zaman hasta güvenliği ve çalışan güvenliği olmak zorundadır. Ancak sağlık kurumlarının da bir işletme olduğunu ve finansal, stratejik ve operasyonel süreçlerinin kontrol altında olması gerektiğini unutmamak gerekir. İyi yönetilen veri raporlama sistemleri ile tüm süreçlerin sistem yaklaşımıyla ele alınıp mevcut risklerin tanımlanması, değerlendirilmesi ve kontrol altına alınması gerekmektedir. Bu makale sağlık kurumlarında risk yönetimini tüm boyutları ile ele alıp, sağlık yöneticilerine örnek oluşturabilecek bir risk yönetim planını paylaşmayı amaçlamaktadır.

1. Risk Yönetimi

Sağlık kurumlarında risk yönetimi sağlık hizmetinin ve işletmenin varlığının devamlılığın sağlanmasında mevcut risklerin başarıyla tanınması, yönetilmesi ve azaltılmasıdır. Stratejik kararlarda belirsizliklerin, risklerin ve fırsatların kurumun iş başarısı için bir araç olarak kullanılabilmesidir.

Risk Yönetimi International Organization for Standardization (ISO) 31000:2009 Risk Yönetimi

Standardında risk yönetiminin organizasyonel süreçlerin ayrılmaz bir parçası olduğunu; süreç yönetimi, değişim yönetimi ve stratejik yönetimi içinde barındıran yönetimin sorumluluğu altında organizasyonel bir süreç olduğunu belirtmektedir (1).

Genel anlamda, risk yönetimi, bir kuruluşta veya kurumda varlıkları korumak ve finansal kayıplarını en aza indirmek için yapılan işlemidir. Kurumsal Risk Yönetimi, kuruluşların sistematik düşünmelerini ve işlevsel siloları ortadan kaldırmalarını gerektirir (2).

Carroll'a göre sağlıkta risk yönetimi; bakımın her aşamasındaki risklerin sinerjik etkisinin tanınması, belirsizliklerin ve değişkenliğin azaltılması, hastanın güvenliğinin artırılması; kurumun varlığını koruma, değer yaratma yoluyla yatırımın geri dönüşünün en üst düzeye çıkarılmasında yardımcı bir süreçtir (3).

Risk yönetiminde iki kavramı anlamak gerekir:

Tehlike: Potansiyel zarar kaynağı olarak tarif edilir.

Risk: Belirsizliğin hedefler üzerinde yarattığı etkidir.

Risk ihtimali ve sonuçları doğal veya artık değer olarak değerlendirilebilir. Yapısal (Doğal) risk, bir organizasyonun sahip olduğu hafifletici kontrollerin hiçbirine bakılmaksızın değerlendirilir. Artık risk, mevcut kontrol mekanizmaları ile bağlantılı olarak riski göz önünde bulundurur. Kontrol değerlendirmesi, hangi kontrollerin mevcut olduğunu ve tespit edilen riskleri yönetmek için ne kadar etkili olduklarını inceler (4).

Risk yönetimi süreci objektif-kanıta dayalı, verimli ve pragmatik bir şekilde yürütülmelidir. Riskleri değerlendirmede kullanılan verilerin bilimsel yöntemlere ve kanıta dayalı güvenilir olması gerekir. Etkin bir risk yönetimi programının arkasında iyi bir veri havuzu bulunur. Risklerin önceliklendirilmesi, azaltılması ve yok edilmesinde kullanılacak kurum kaynaklarının maksimum faydayı sağlayacak ve hedeflere ulaştıracak şekilde dağıtılması önemlidir (5).

2. Stratejik Risk Yönetimi

Bir kurumun risk yönetimi süreçleri, piyasadaki rekabetin niteliğine ve rakiplerinin risk yönetimi süreçlerine bağlıdır. Tüm kurumlarda işe yaracak ortak bir risk çözüm yöntemi yoktur, her kurumun sahip olduğu riskler farklı olduğu gibi bu risklerle başa çıkma yöntemleri de farklıdır. Bu nedenle, risk yöneticileri kurumun risk dağılımını anlamalı

ve olasılıklara karşı kurumu yönetmek yerine gelecekteki olasılıkları yönetecek düşünceler geliştirmeli ve hareket etmelidir. Ancak o zaman, stratejik planlama ve risk yönetimi tamamlayıcı süreçler haline gelir (6).

Başarılı bir risk yönetimi süreci için kurumun SWOT Analizinin etkili bir şekilde yapılmış olması ve stratejik hedeflerin mevcut riskleri ve bu risklerin değerlendirmelerini hesaba katarak belirlenerek tüm çalışanlara benimsetilmiş olması gerekmektedir.

Açıkça belirtilmiş hedefler olmadan, risk önceliklerini belirlemek için risk yönetimi programı başlatan bir kurumun bu süreci başarılı şekilde yönetmesi mümkün değildir (7).

3. Sağlık Kurumlarında Risk Yönetiminin Amacı

Sağlık kurumlarında risk yönetiminin amaçları aşağıda belirtilmiştir (8,9);

- Hastaları, hastane personeli ve hastaneye gelen ziyaretçileri fiziki ve psikolojik bakımdan olumlu etkileyecek bir ortam yaratmak
- Kazaları önleme yönünde her türlü tedbiri almak ve bu tedbirleri alırken hastane kayıplarını ve harcamalarını minimize etmek
- Yaralanma hatta ölümle sonuçlanabilecek kazalara imkan vermeyerek tazminat giderlerini asgariye indirmek
- Kurumun varlığını devam ettirmesini tehdit eden finansal riskleri belirleyip önlem almak
- Yasal düzenlemelere uyumu hızlı bir şekilde sağlamak
- Mevcut riskleri ve fırsatları kurumun fayda sağlayacağı sonuçlara yönlendirmek

4. Risk Yönetiminde Sorumluluklar

Kurumsal risk yönetimi programı tüm çalışanların risk yönetimi felsefesini anlayarak uygulaması ile mümkün olur. Sürecin etkin yönetilebilmesi için tüm pozisyonlara ait görev, yetki ve sorumluluklar net bir şekilde belirlenerek çalışanlara bildirilmelidir ve çalışanlar da üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmelidir. Ancak bazı pozisyonların risk yönetimi ile ilgili spesifik görevleri vardır (10):

4.1. Üst Yönetim

Risk yönetimi, hem reaktif hem de proaktif bir işlemdir. Beklenmedik olayların sıklığını ve şiddetini azaltmak, mevzuattaki değişikliklerin etkisini azaltmak ve yüksek güvenilirlik sağlamak üst yönetimin sorumluluğudur (11). Üst yönetim her türlü stratejik kararında risk yönetim planına göre hareket etmelidir (12). Bütüncül bir risk yönetim sürecine geçiş bir değişim süreci olduğundan risk yönetim komitesi ve risk yöneticisinin üst yönetimin desteğini alarak, kurumun vizyon, misyon ve hedefleri ile tutarlı planlamalar yapması sürecin başarısında kritik öneme sahiptir (13).

4.2. Risk Yönetim Komitesi

Sağlık kurumunun büyüklüğüne, hizmet çeşitliliğine, karmaşıklığına ve organizasyonel yapısına göre Risk Yönetimi Komitesi'nin yapısı ve üyeleri belirlenmelidir. Çok büyük ve karmaşık kuruluşlarda üst yönetimden oluşan Risk Yönetim Komitesi'nin üzerinde risk yönetim stratejilerini belirleyen ayrıca bir organ da bulunabilmektedir (14). Ülkemizdeki kurumları göz önünde bulundurduğumuzda; Risk Yönetimi Komitesi'nde Genel Müdür, Medikal Direktör, İdari Direktör, Mali Direktör, Kalite Yöneticisi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü gibi operasyonel yöneticiler, kurumda oluşturulmuş komitelerin başkanları ve birim yöneticileri mutlaka yer almalıdır. Risk Yönetim Komitesi kurumdaki tüm risklerin belirlenmesinde yönlendirici olur, süreçlerdeki risklerin birbirlerine etkilerinin ortaya konulmasında ve kurum içinde bulunan çalışanların mevcut risklerle ilgili görüşlerinin bir araya getirilmesinde rol oynar. Kısaca kurumun karşı karşıya olduğu risklerin multidisipliner bakış açısıyla değerlendirilmesini sağlar. Risklerin değerlendirilmesi ve riskle başa çıkma yöntemlerine karar verilmesi noktasında üst yönetime öneriler sunar.

4.3. Risk Yöneticisi

Risk yöneticisi bu sürecin çatısını oluşturan merkezdeki pozisyonudur. Sürecin başarısında rolü çok önemlidir ve seçilirken durumun hassasiyeti göz önünde bulundurularak tecrübeli, donanımlı, kurumu tanıyan, kurum çalışanları tarafından kabul gören ve değişimi başarıyla yönetilebilecek yöneticilere bu sorumluluğun verilmesi gerekmektedir. Yönetimsel gelişmelerle birlikte kurumsal çapta bir bakış açısıyla fırsatlar ve riskler üzerine

odaklanarak risk yöneticileri çok daha stratejik bir konuma sahip olacaktır (15).

Ülkemizde risk yönetimi süreçlerini daha çok Kalite Yöneticilerinin üstlendiğini görmekle birlikte sağlık kurumu büyüdükçe ve karmaşıklaştıkça sürecin önemi arttığından bu alanda uzmanlaşmış ve tüm ilgisini ve enerjisini bu sürece yöneltecek yöneticilerin görevlendirilmelerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Kurumsal Risk Yönetim modelinde, Risk Yöneticisi üst yönetim ekibinin tüm üyelerine sınırsız erişime sahip olmalı, tüm komitelerin ve birimlerin çalışmalarını inceleyebilmeli, finansal ve operasyonel verilere ulaşabilmeli ve süreçlerle ilgili zor soruları sorabilmelidir. Üst yönetimin desteği ile kurumun karşı karşıya olduğu tüm riskler arasında bağlantı kurarak, tüm operasyonel yöneticiler ve süreç yöneticileri ile iş birliği içinde risklerin organizasyon çapında yönetilebilmesi için politikalar ve prosedürler tasarlamalı ve yönetmelidir (16).

Risk yöneticisinin temel görevleri aşağıdaki gibidir (16):

- Risk yönetimi komitesine başkanlık eder.
- Kuruluşun risk yönetimi faaliyetleri için bir çerçeve geliştirir.
- Kuruluşun düzenlemelere tam uyum sağlamasını sağlar.
- Politika değerlendirmeleri yapar.
- Risk değerlendirmesi, planlama, finansman ve risk transferi yoluyla iş sürekliliğini (felaket durumunda operasyonları sürdürme becerisi) temin eder.
- Acil riskleri tanımlar ve izler.
- Risk ilkelerini iş stratejilerine ve süreçlere adapte eder, risk yönetimi kültürünün oluşmasını sağlar.
- Operasyonel riskin doğru bir resmini oluşturmak için gereken veri stratejisini geliştirir, tanımlamak ve ölçmek için modeller kullanır.
- Risk Yönetim Komitesi'ne ve Yönetim Kurulu'na önemli risk konularını bildirir.
- Kurum genelinde entegre bir risk haritası geliştirir.
- Kuruluşun risk toleransını belirler.
- Sigorta kapsamını değerlendirir.
- Alternatif risk stratejileri geliştirir.
- Risk yönetimi politikaları ve yapıları hakkında çalışanlara ilgili eğitimler verir ve iletişim kurar.

4.4. Birim ve Süreç Yöneticileri

Birim ve süreç yöneticileri kendi sorumluluk alanlarındaki riskleri belirleyip Risk Yöneticisi'ne ve Risk Yönetim Komitesi'ne bildirecek aksiyon planlarının oluşturulmasında aktif rol oynamalı, diğer süreçlerle risk etkileşimlerini değerlendirmeli, organizasyonel risklerin farkında olup birimlerine yansımaları ile ilgili süreleri yönetmelidir.

5. Sağlık Kurumlarında Risk Alanları

Sağlık kurumunun yapısına göre risk alanları artırılıp azaltılabilir ancak genel olarak bir sağlık kurumundaki risk alanları aşağıdaki gibi belirlenebilir (17,18):

- Stratejik riskler
- Operasyonel riskler
- Klinik/ Hasta güvenliği ile ilgili riskler
- Finansal Riskler
- İnsan Kaynakları ile ilgili riskler
- Yasal riskler
- Teknolojik riskler
- Teknik, yapısal riskler
- Diğer riskler

6. Risk Yönetimi Aşamaları

Risk yönetimi sürecini iyi yönetebilmek için idari işbirliği gereklidir, çünkü bu tür değişiklikler zaman, insan gücü ve finansal kaynaklara önemli ölçüde bağlılık gerektirir. Üst yönetim ve kurumdaki liderler örgütsel kültürün oluşumunda önemli etkiye sahiptirler ve yöneticilerin risk yönetimi ile ilgili tutum ve destekleri, risk yönetimi kültürünün oturmasında temel oluşturmaktadır (19). Her aşamada başarıyı yakalayabilmek için tüm çalışanların risk yönetimi konusunda iyi bir eğitim almış ve sürecin felsefesini anlamış olması gerekmektedir. Risk yönetimi sürecinin aşamaları (20);

1. Kayıpların tanımlanması ve analizi,
2. Risk yönetimi tekniklerinin değerlendirilmesi, kurumun işleyişine ve yapısına uygun olan teknik ya da tekniklerin seçimi
3. Seçilen tekniklerin uygulanması,
4. Risk yönetimi programının sürekli izlenmesi ve iyileştirilmesi.

7. Sağlıkta Risk Yönetimi Taksonomileri

Risklerin yönetilebilmesi için belli özelliklerine göre sınıflandırılması gerekmektedir. Çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından sağlık kuruluşları için oluşturulmuş taksonomiler mevcuttur, kurumlar kendi yapılarına uygun sistemler de geliştirebilirler. Risk yönetimi taksonomilerine örnekler (21):

• Hasta Güvenliği Olay Taksonomisi (PSET) :

2005 yılında, sağlık kalitesi ölçüm ve raporlamaya yönelik ulusal bir strateji geliştirmek ve uygulamak için Joint Commission International (JCI) tarafından oluşturulan bir taksonomidir.

• Sağlık Seviyesi 7 (HL7) – Hasta Güvenliği Grubu

Sağlık Seviyesi 7 (HL7), görevi “klinik hasta bakımı ve sağlık hizmetlerinin yönetimini destekleyen verilerin değiş tokuşu, yönetimi ve entegrasyonu” için standartlar sunmak olan gönüllü ve kar amacı gütmeyen bir kuruluştur. HL7 Hasta Güvenliği İlgi Grubu halen, bakım noktası veri sistemleri, işlem sistemleri ve güvenlik raporu veri havuzları arasında birlikte çalışabilirliğin omurgasını oluşturacak Bireysel Durum Güvenliği Raporunu geliştirmektedir. HL7, sağlık alanında faaliyet gösteren birkaç Amerikan Ulusal Standart Enstitüsü (ANSI) tarafından akredite edilmiş Standards Developing Organizations (SDO)’dan biridir. HL7’nin alanı, klinik ve idari verilerdir.

• Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Hasta Güvenliği Taksonomisi

Dünya Sağlık Örgütü, kilit hasta güvenlik terimleri ve kavramları için uluslararası kabul edilebilir bir terminoloji geliştirmektedir. Hasta güvenliğinin spesifik yönlerini iyileştirmek için “kilit eylem alanları” tanımlamıştır ve “ülkeler arasında ve dünyada sağlık bakımının daha güvenli hale getirilmesine yardımcı olmak için kaynaklar yaratılması” amaçlanmaktadır.

• Tıbbi Olay Bildirim Sistemleri

Tıbbi olay taksonomileri üzerine yerel, ulusal ve uluslararası çalışmalara ek olarak, organizasyona bağlı olarak kullanılabilen çözümler bulunmaktadır.

• Ulusal, Yerel Taksonomiler

Ulusal veya hatta uluslararası kuruluşlar tarafından oluşturulan sistemlerdir. Bu sınıflandırmaların amacı değişir; ancak genellikle karşılaştırma analizi, trend tanımlama ve analiz, performans geliştirme ve araştırmayı destekleyen veri yakalama ve raporlama yapılmasına olanak tanır.

• Kuruma Özgü Taksonomiler

Kuruma özgü olarak geliştirilen taksonomiler; tıbbi etkinlik bilgilerini toplamak ve kalite ve performans iyileştirme girişimlerini kolaylaştırmak için sağlık kuruluşları tarafından kendi yapılarına göre oluşturulmaktadır.

8. Risk Yönetiminde Veri Raporlamının Önemi

Olay bildirme risk yönetiminin ayrılmaz bir parçasıdır. Olumsuz olayların raporlanması üzerine yapılan araştırmalar sağlık uzmanlarının özellikle de hekimlerin olayları üstlerine rapor etmeye gönülsüz olduğunu göstermektedir. Sonuçlar sağlık uzmanlarının işler ters gittiğinde olayı bir meslektaşına anlatma ihtimalinin en yüksek olduğunu göstermektedir (22).

Riskin değerini belirlerken görülme sıklığı puana etki eden unsurlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple risklerin değerini doğru belirlenmesi olayların etkin, açık ve eksiksiz bir şekilde raporlanmasına bağlıdır. Kurumlarda olay raporlama ile ilgili kültürün oturmuş olması risk yönetim sürecinde yüksek öneme sahiptir.

9. Risk Yönetiminde Kullanılabilen Teknikler

Risk yönetiminde kalite araçlarının birçoğunun kullanılabilirdiği görülmektedir. Örnek olabilecek bazı teknikler şunlardır (23):

- Hata Türü Etki Analizi (FMEA)
- 6 sigma
- Kalite Çemberleri
- İstatistiksel Proses Kontrolü (SPC) Neden Sonuç Analizi
- Sıfır Hata Programı (ZFP)
- Pareto Analizi, Balık kılıcı vb. sorun belirleme yaklaşımları

10. Risk Yönetimi ve ISO 31000

ISO 31000 Risk Yönetim Sistemi, kurumun faaliyet gösterdiği sektör ve büyüklüğü gibi faktörlere bakılmaksızın etkin bir risk yönetimi için uygulanması gereken şartları tanımlayan ISO tarafından oluşturulmuş standarttır (24).

Bu standart kuruluşların genel idaresi, stratejisi ve planlaması, yönetimi, rapor verme süreçleri, politikaları, değerleri ve kültürü doğrultusunda risk yönetimi ile ilgili süreci bütünleştirmek amaçlı bir çerçeve geliştirmesini, uygulamasını ve sürekli olarak iyileştirmesini tavsiye eder (25).

ISO 31000: 2009 Riski yönetmek için prensipleri ve genel çatının oluşturulmasını kapsar.

Her sektör, faaliyet ve büyüklükteki firmaya uygulanabilir.

Belgelendirme amacı ile kullanılmaz, dış denetimlerle etkili yönetim tekniklerini kıyaslamak ve işbirliği sağlama amacı güder (26).

11. Risk Yönetimi ve JCI

Kurumsal Risk Yönetimi ile ilgili bir standardı bulunmamakla birlikte hasta güvenliği, bilgi yönetimi, tesis yönetimi gibi alanlarda risklerin sorgulanması ve gerekli önlemlerin alınması yönünde yönlendirmelerde bulunur (27).

2005 yılında sağlık kalitesi ölçüm ve raporlamaya yönelik ulusal bir strateji geliştirmek ve uygulamak için risk yönetiminin ayrılmaz bir parçası olan olay bildirimlerine yönelik Hasta Güvenliği Olay Taksonomisi (PSET) JCI tarafından oluşturulmuştur.

12. Risk Yönetimi ve ISO 9001

ISO 9001 standardının 2015 revizyonu risk temelli düşünme üzerine oturan bir kalite yönetim sistemi tarif etmektedir. Bu standardın şartlarını sağlamak için kuruluş, risk ve fırsatları belirlemek amacıyla faaliyetleri planlaması ve uygulaması gerekir. Risk ve fırsatların belirlenmesi, kalite yönetim sisteminin etkinliğinin artırılması, iyileştirilmiş sonuçlara erişim ve olumsuz etkileri önlemek için bir temel oluşturur (28).

13. Risk Yönetimi ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS)

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Risk Yönetimi başlıklı bir bölüme sahiptir ve "Hastane ve hastanede sunulan

hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir." standardının altında bütüncül bir risk yönetim sürecine ilişkin değerlendirme ölçütleri belirlemiştir (29).

14. Risk Yönetimi Uygulama Örneği

14.1. Risk Yönetimi Ekibinin Oluşturulması

Risk Yönetimi Ekibi; Başhekim, Tıbbi Direktör, İdari Direktör, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, Akreditasyon Yöneticisi ve Komite Başkanlarından oluşmaktadır.

14.2. Planlama ve Risklerin Belirlenmesi

Sağlık Kurumu bünyesinde yürütülmekte olan Kalite Yönetim Sistemi kapsamı dahilinde stratejik planlamayı etkileyebilecek ilgili taraflar, ilgili tarafların beklenti, ihtiyaçları, iç ve dış faktörler, risk ve fırsatlar üst yönetim ve birim yöneticilerinin katılımı ile gerçekleştirilen stratejik plan toplantılarında ve kalite toplantılarında belirlenir. Riskler ve fırsatlar idari ve destek hizmet birimleri tarafından, birim liderleri sorumluluğunda, tanımlanmış süreçler dikkate alınarak belirlenir ve takip edilir. Ayrıca Risk Yönetimi Ekibi tarafından Risk Yönetim Planı hazırlanır ve İç tetkiklere dahil edilerek, sonuçları Yönetimin Gözden Geçirme Toplantıları için girdi olarak veri teşkil eder. Performans göstergelerinin sonuçları, uygunsuzluk yönetim sistemi ve güvenli raporlama sistemi ile tespit edilen riskler de risk yönetim planına dahil edilir.

14.3. Risk Yönetimi Metodolojisi

Tüm süreçlerde, önemi ne olursa olsun, risklerin açık olarak dikkate alınmasını ve uygun bir dereceye kadar risk yönetiminin uygulanmasını gerektirir. Uygulama tecrübelerinden çıkarımda bulunulur ve sürekli iyileştirme için bilgi alınır. Şartları değiştirmek yararlı oldu mu, riskler elemine edildi mi, en iyi zamanlama vb. değişikliklerden doğabilecek fırsatların tespit edilmesi sağlanır.

Risklerin değerlendirmesinde ve takibinde tüm süreç ve kalite yöneticilerinin görüş ve değerlendirmelerine başvurulur.

Tehlikeler her bir süreç için ayrı değerlendirilir ve risk tanımlamaları yapılır. Mevcut risklerin birim bazında etkileri ayrı ayrı değerlendirilir ve puanlanır.

Riskin Azaltılması; Riski yaratan sebebi ortadan kaldırmaktır.

Riskten Kaçınma; Uygulama düzeyinde riskin azaltılmadığı ve risk kabul seviyesinin üzerinde olan riskler için riskten kaçınma seçeneği geçerlidir.

Riskin Kabulü/ Üstlenilmesi: Riskin var olduğunu kabul ederek faaliyetlere devam edilmesidir.

Riski diğer taraf veya taraflarla paylaşma: Riskin gerçekleşmesi durumunda oluşabilecek zararı karşılayacak çözümler bularak (örneğin sigorta yaptırmak) riskin aktarılmasıdır.

Azaltma seçeneği seçilmiş riskler için **Risk Yönetim Planı**'nda hedef ve sorumlular belirlenir.

Tehlikelerin Tanımlanması

Tehlikeler tanımlanırken çalışma ortamı, çalışanlar ve iş yerine ilişkin ilgisine göre asgari olarak aşağıda belirtilen bilgiler toplanır;

- Sağlık Kurumu tesisi ve eklentileri
- Sağlık Kurumunda yürütülen faaliyetler ile iş ve işlemler
- Hizmet süreci ve yöntemleri
- İş ekipmanları
- Kullanılan maddeler
- Artık ve atıklarla ilgili maddeler
- Organizasyon ve hiyerarşik yapı, görev, yetki ve sorumluluklar
- Çalışanların tecrübe ve düşünceleri
- İşe başlamadan önce ilgili mevzuat gereği alınacak çalışma izin belgeleri
- Çalışanların eğitim, yaş, cinsiyet vb. özellikleri ile sağlık gözetimi kayıtları
- Genç, yaşlı, engelli, gebe veya emziren çalışanlar gibi özellikli grupların durumu
- Gerçekleştirilmiş denetimlere ilişkin sonuçlar
- Meslek hastalığı kayıtları
- İş kazası kayıtları
- İşyerinde meydana gelen ancak yaralanma veya ölüme neden olmadığı halde iş yeri ya da iş ekipmanının zarara uğramasına yol açan olaylara ilişkin kayıtlar
- Ramak kala olay kayıtları

- Ürün güvenlik bilgi formları
- Ortam ve kişisel maruziyet düzeyi ölçüm sonuçları
- Varsa daha önce yapılmış risk değerlendirmesi çalışmaları
- Acil durum planları
- Vardiya düzeni
- Ekip çalışması
- Ziyaretçi veya işyeri çalışanı olmayan diğer kişiler
- Uygunsuzluk raporları
- Güvenli Raporlama Sistemi çıktıları
- Performans göstergeleri sonuçları

Bilgi toplama çalışmaları sırasında tüm birimlerden ve yöneticilerden görüş ve öneri alınır.

Risk Analizi

Tespit edilmiş olan tehlikelerin her biri ayrı ayrı dikkate alınarak bu tehlikeden kaynaklanabilecek bu risklerin hangi sıklıkta (olasılık) oluşabileceği ile bu risklerden kimlerin, nelerin, ne şekilde ve hangi şiddetle zarar göreceği belirlenir.

Olasılığın hesaplanması

Tehlikenin ortaya çıkma olasılığı için Tablo 1'de belirtilen değerlerden biri saptanarak puanlama yapılır. Bu değerler özellikle kaza istatistikleri, ramak kala olay tutanakları, işyeri sağlık-güvenlik organizasyonu, işçilerin eğitim durumu, işyerinin iş sağlığı güvenliği uygulamaları göz önüne alınarak saptanır.

Tablo 1: Olasılık Değerlendirmesi

OLASILIK		AÇIKLAMA
NİCEL DEĞERLER	NİTEL DEĞERLER	
0,2	Beklenmez	Daha önce gerçekleştiği bilinmeyen
0,5	Beklenmez fakat mümkün	Daha önce gerçekleştiği bilinen
1	Mümkün fakat düşük ihtimal	İşyerinde daha önce gerçekleşmiş
3	Nadir fakat olabilir	İşyerinde daha önce birkaç kez gerçekleşmiş
6	Yüksek	Yakın zamanda gerçekleşen
10	Çok Kuvvetli	Yakın zamanda işyerinde gerçekleşen

Sıklık Değerlendirmesi

Tehlikenin gerçekleşme sıklığına göre Tablo2’de belirtilen değerlere göre sıklık puanlaması yapılır.

Tablo 2: Sıklık Değerlendirmesi

FREKANS/SIKLIK		AÇIKLAMA
NİCEL DEĞERLER	NİTEL DEĞERLER	
0,5	Çok Seyrek	Yılda 1 veya daha az
1	Seyrek	Yılda 1-2 kere
2	Sık Değil	Ayda 1-2 kere
3	Ara Sıra	Haftada 1-2 kere
6	Sıklıkla	Günde 1-2 kere
10	Sürekli	Saatte birden fazla

Şiddetin Hesaplanması

Tehlikenin gerçekleşmesi durumunda şiddet değeri için Tablo 3’te belirtilen değerlerden biri saptanır. Daha önce meydana geldiği bilinen bir olayın analizinde puanlama olay sonucu göz önünde bulundurularak yapılır.

Tablo 3: Şiddetin Hesaplanması

ŞİDDET		AÇIKLAMA
NİCEL DEĞERLER	NİTEL DEĞERLER	
1	Dikkate Alınması Gerekli	Ramak kala, hafif, zararsız
3	Önemli	Küçük hasar, düşük iş kaybı, ilkyardım
7	Ciddi	Önemli zarar, dış tedavi, 10 güne kadar iş kaybı
15	Çok Ciddi	Sakatlık, uzuv kaybı, dış tedavi, 10 günü kadar iş kaybı
40	Çok Kötü	Ölüm, tam maluliyet, ağır çevre hasarı
100	Felaket	Birden çok ölüm, önemli çevre felaketi

Olasılık, Frekans ve Şiddet Değerlerini Kullanarak Risk Değerinin Belirlenmesi

Risk puanı, olasılık, frekans ve şiddet değerlerinin çarpılması ile elde edilerek, Tablo 4’te verilen “Risk Puanı Belirleme Matrisine” yerleştirilir.

Tablo 4: Risk Puanı Belirleme Matrisi

RİSK DEĞERİ	RİSK DEĞERLENDİRME SONUCU	TAKİP SIKLIĞI
400<R	Çok yüksek risk, Hemen gerekli önlemler alınmalı veya tesis, bina, çevrenin kapatılması düşünülmelidir.	Haftalık
200<R<400	Yüksek risk, Kısa dönemde iyileştirilmelidir, yeni benzer faaliyet başlamamalıdır. (aylık eylem planı içerisinde)	Aylık
70<R<200	Önemli risk, Eylem planına alınmalı, iyileştirilmelidir ve gözetim altında uygulanmalıdır (yıl içinde)	3 Aylık
20<R<70	Olası risk, Eylem planına alınmalıdır,	6 Aylık
R<20	Kabul edilebilir risk , Önem öncelikli değildir	Yıllık

Alınacak Önlemlere Karar Verilmesi ve Aksiyon Planı

Yerleştirme sonucunda risk Tablo 4’teki sıralamaya uygun olarak değerlendirilir. Analiz edilen riskler, kontrol tedbirlerine karar verilmek üzere etkilerinin büyüklüğüne ve önlemlerine göre en yüksek risk seviyesine sahip olandan başlanarak öncelik sıralaması yapılır ve Risk Yönetim Planı’na işlenir. Riskin tamamen bertaraf edilmesi, eğer mümkün değil ise riskin kabul edilebilir seviyeye indirilmesi için aşağıdaki adımlar uygulanır:

- Tehlike veya tehlike kaynaklarının ortadan kaldırılması
- Tehlikelinin, tehlikeli olmayanla veya daha az tehlikeli olanla değiştirilmesi
- Riskler ile kaynağında mücadele edilmesi

Karşılaştırılan tedbirlerin iş ve işlem basamakları, işlemi yapacak kişi ya da işyeri bölümü, sorumlu kişi ya da işyeri bölümü, başlama ve bitiş tarihi ile benzeri bilgileri içeren bilgiler Risk Yönetim Planına işlenir.

Risklerin Etkinlik Değerlendirmesi

Hazırlanan planların uygulama adımları düzenli olarak izlenir, denetlenir ve aksayan yönler tespit edilerek gerekli düzenleyici ve önleyici işlemler tamamlanır. Belirlenen risk için kontrol tedbirlerinin hayata geçirilmesinden sonra yeniden risk puanı tespiti ve Risk Yönetim Planına işlenir. Risk olmaktan çıkmış olan durumlar Risk Yönetim Planından çıkartılır. Daha önce var olmayan ancak değerlendirilen periyotta ortaya çıkan riskler plana eklenir. Risk Yönetim

KAYNAKLAR

1. International Standardization of Organization , ISO 31000, 2009
2. Singh B, Ghatala M H; Risk Management in Hospitals, International Journal of Innovation, Management and Technology, Vol.3,No.4, August 2012
3. Carroll R L, Risk Management Handbook for Health Care Organizations, 3 Volume Set, 2011, American Society for Healthcare Risk Management
4. American Society For Healthcare Risk Management, Enterprise Risk Management Part Two: Getting an ERM program started, 2006
5. http://www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=6&fldAuto=231, Erişim tarihi: 2 Ocak 2018
6. Scordis N A, Connecting ERM, Strategic Risk Management and Sustainability, 2012
7. American Society For Healthcare Risk Management, Enterprise Risk Management Part Two: Getting an ERM program started, 2006
8. (<https://elearning.scranton.edu/resource/business-leadership/purpose-of-risk-management-in-healthcare>, Erişim tarihi: 9 Ocak 2018
9. http://www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=6&fldAuto=231, Erişim tarihi: 2 Ocak 2018
10. American Society For Healthcare Risk Management, Enterprise Risk Management Part Two: Getting an ERM program started, 2006
11. Singh B, Ghatala M H; Risk Management in Hospitals, International Journal of Innovation, Management and Technology, Vol.3,No.4, August 2012
12. Dionne G, Risk Management: History, Definition, and Critique, Risk Management and Insurance Review, 2013, Vol.16, No.2, 147-166
13. American Society For Healthcare Risk Management, Enterprise Risk Management Part Three: The role of the chief risk officer (CRO)
14. American Society For Healthcare Risk Management, Enterprise Risk Management Part Two: Getting an ERM program started, 2006
15. American Society For Healthcare Risk Management, Monograph, Enterprise Risk Management Part One: Defining The Concept, Recognizing Its Value, 2006 a
16. American Society For Healthcare Risk Management, Enterprise Risk Management Part Three: The role of the chief risk officer (CRO)
17. American Society For Healthcare Risk Management, Enterprise Risk Management: A Framework For Success, 2014
18. American Society For Healthcare Risk Management, Healthcare Risk Management: The Path Forward, 2014
19. American Society For Healthcare Risk Management, Enterprise Risk Management Part Two: Getting an ERM program started, 2006
20. http://www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=6&fldAuto=231, Erişim tarihi: 2 Ocak 2018
21. American Society For Healthcare Risk Management, Monograph,Tackling Patient Safety Taxonomy: A Must For Risk Managers, 2008
22. Singh B, Ghatala M H; Risk Management in Hospitals, International Journal of Innovation, Management and Technology, Vol.3,No.4, August 2012
23. Aksay K, Orhan F, Kurutkan MN. Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak FMEA: Laboratuvar Sürecine Yönelik Bir Uygulama. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 121-142, 2012.
24. International Standardization of Organization , ISO 31000, 2009
25. International Standardization of Organization, A Practical Guide for SMEs ISO 31000 Risk Management, 2015
26. (<https://www.iso.org/iso-31000-risk-management.html> Erişim tarihi: 9.1.2018)
27. Joint Commission International, Joint Commission International Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları, Beşinci Edisyon, 2014
28. International Standardization of Organization , ISO 9001, 2015
29. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti – v1.1/2015

İş Sağlığı ve Güvenliğinde Hastane Afet Planlarının Yeri ve Önemi*

The Place and Priority of Hospital Disaster Plans in Occupational Health and Safety

Ayfer YÜKSEL

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, İş sağlığı ve güvenliğinde Hastane Afet Planlarının (HAP) önemini yasal dayanakları bağlamında tartışmak ve bir örnek çalışmanın ana noktalarını açıklamaktır. Çalışmada, yapılmış örnek HAP modeli üzerinden İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun (30.6.2012 tarih 28339 sayılı kanun) 11. maddesinde yer alan acil durum planları hükümleri irdelenerek HAP'nın İş sağlığı ve güvenliğindeki yeri ve önemi vurgulanmıştır.

Üniversite hastanesi için örnek bir HAP Modeli oluşturulmaya çalışılırken, daha önce bu konuda yapılmış çalışmalar incelenip var olan plan da dikkate alınarak uyarlamalar ve güncellemeler yapılmıştır. Çalışmanın daha sonra benzer bir program hazırlayacaklar için yararlı bir kaynak olabileceği düşünülmüştür.

Önerilen modelin orijinal ismi Hospital Emergency Incident Command System (HEICS = Hastane Acil Durum Komuta Sistemi) olup; Amerika Birleşik devletleri başta olmak üzere gelişmiş ülkelerde ve ülkemizde bazı üniversite, devlet ve özel hastanelerde benimsenmekte ve uygulanmaktadır. Modüler bir plan olduğundan, farklı yer ve boyuttaki afetlere uyarlama kolaylığı vardır.

Modelde; organizasyon şemasında görevler, görevliler ve bunların birbirleri ile olan bağlantıları tezin orijinalinde belirtilmiştir.

Araştırma sonucu, hazırlanan HAP Modeli, her tür ve büyüklükteki afetlerde uygulanabilir, maliyeti azdır. Plan doğrultusunda yapılacak eğitim ve tatbikatlarda geliştirilen triaj deneyimleri ile afetlerin zararları azaltılabilecektir.

Afetlerle sık karşılaşacağı tahmin edilen ülkemizde, ne zaman karşılaşacağımız bilinmese de; şekli, tipi, şiddeti ne olursa olsun; bu planların raflarda kalmayıp gelişmiş ülkelerdeki gibi eğitim ve tatbikatlarının da yapılması ile afetin zararları en aza indirebilecektir.

Anahtar Kelimeler: İş sağlığı ve güvenliği, Afet, Hastane Afet Planı, Triaj, Organizasyon Şeması

ABSTRACT

The purpose of this study is to discuss the importance of Hospital Disaster Plans (HAP) in occupational health and safety in the context of legal bases and to explain the main points of an example work. *In the study, the provisions of Emergency Plans in the Article 11 of the Law on Occupational Health and Safety (Law No. 28339 dated 30.6.2012) were examined and the place and importance of HAP in occupational health and safety was emphasized.*

While working on establishing a sample Hospital Disaster Plan Model for Hospital of University, adaptations and updates have been made by taking into account the previous studies and present Hospital Disaster Plan of Hospital. It was thought that the study could be a useful resource for those who would later prepare a similar program.

The original name of the proposed model is Hospital Emergency Incident Command System (HEICS); it is adopted and implemented in some universities, state and private hospitals in the developed countries and especially in the United States of America. Since it is a modular plan, it is easy to adapt to disasters of different location and size.

In this Model; in the organizational chart the tasks, officials and their connections with each other are described in the original.

As a result of the research, the prepared HAP Model can be applied in all kinds of disasters and costs are low. Damages of disasters can be reduced with triage experiences developed in training and exercises in line with the plan.

Our country is assumed to frequently encounter with the disasters. Whatever the size, type, destruction of such disasters is, training and educative exercises would minimize the damages of disasters like those other developed countries did.

Keywords: Occupational Health and Safety, Disaster, Hospital Disaster Plan, Field Hospital, Organization Chart

* Bu çalışma, "Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hastane Afet Planı Modeli" adlı doktora tezinden üretilmiştir.

GİRİŞ

İş sağlığı ve güvenliği önlemleri; her şeyden önce çalışanların temel bir hakkı olarak kabul edilmektedir. İş sağlığı ve

güvenliği; çalışanların normal sağlıklı hallerini sürdürmeleri için yürütülmesi gereken faaliyetlerin tümüdür. Hem çalışanların sağlık ve güvenliklerinin korunması hem de risk ve kaza faktörlerinin asgari düzeye indirilmesi ile işyerinde sağlık ve güvenlik şartlarının sürekli olarak iyileştirilmesi için alınacak önlemler iş sağlığı ve güvenliğinin temel amacını oluşturur.

Bu çalışmanın amacı; İş sağlığı ve güvenliğinde Hastane Afet Planlarının (HAP) önemini yasal dayanakları bağlamında tartışmak ve bununla ilgili yapılmış bir örnek çalışmanın ana noktalarını açıklamaktır. Bu kapsamda; çalışmada, İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun (30.6.2012 tarih 28339 sayılı kanun) 11. maddesinde yer alan Acil Durum Planları hükümleri; üniversite için yapılmış örnek HAP modeli üzerinden irdelenerek HAP'nın iş sağlığı ve güvenliğindeki yeri ve önemi vurgulanmıştır.

YÖNTEM

Üniversite hastanesi için örnek bir HAP Modeli oluşturulmaya çalışılırken, daha önce bu konuda yapılmış çalışmalar incelenip var olan plan da dikkate alınarak uyarlamalar ve güncellemeler yapılmıştır. Çalışmanın daha sonra benzer bir program hazırlayacaklar için yararlı bir kaynak olabileceği düşünülmüştür.

Önerilen modelin orijinali Hospital Emergency Incident Command System (HEICS = Hastane Acil Durum Komuta Sistemi) olup; Türkiye'de bazı üniversite, devlet ve özel hastaneler ile Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere gelişmiş ülkelerde benimsenmekte ve uygulanmaktadır. Planın modüler olması dolayısıyla, farklı yer ve boyuttaki afetlere uyarlama kolaylığı vardır.

BULGULAR

İş sağlığı ve güvenliği; bir iş sürdürülmesi esnasında ortaya çıkabilecek olan ve sağlığa zarar verecek olan koşullardan ve de güvenliği tehlikeye sokan durumlardan, fiillerden korunmak ve üretimin sürdürülebilirliğini ve verimliliğini sağlamak amacı ile yürütülen belirli bir sistem içerisinde gerçekleşen çalışmalar bütünüdür (1).

İş sağlığı ve güvenliği bir sorumluluktur. Bunun yanı sıra, evrensel hak olma unsuru nedeni ile gerek işveren tarafından gerekse kanun koyucular tarafından korunması gereken bir zorunluluktur. Dolayısıyla iş sağlığı ve güvenliği çalışma hayatı için son derece önemli bir kavramdır (1).

İş sağlığı ve güvenliği;

- (a) İş görenlerin mesleki her türlü tehditte uzak bir çalışma ortamında çalışmasını sağlar ve gerek fiziksel gerek ruhsal olarak sağlıklı ve huzurlu olmalarına katkıda bulunur,
- (b) İşverenler tarafından iş kazaları ve meslek hastalıkları nedeni ile ortaya çıkan dolaysız maliyetlerin (iş gören için ödenen tazminatlar, Sosyal Güvenlik Kurumları'na ödenen iş kazası ve meslek hastalıkları primleri, iş görenler ya da yakınları tarafından açılan davalar için ödenen avukatlık ve mahkeme masrafları vb.) azalmasına katkıda bulunur ve
- (c) Toplumsal açıdan iş barışının sağlanması, sosyal adaletin oluşması ve insan kaynağının korunmasına, ekonomik açıdan da ülke ekonomisinin uluslararası piyasalarda sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yardımcı olur (1).

İş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının en önemli amacı, iş kazaları ve meslek hastalıklarından çalışanları korumak, daha sağlıklı bir ortamda çalışmalarını ve işletme güvenliğini sağlamaktır. Hastaneler iş sağlığı ve güvenliğine yönelik düzenlemelerde çok tehlikeli sınıfta değerlendirilmektedir. Bu bağlamda sağlık sektörünün en riskli iş kolları arasında değerlendirilmesi kaçınılmaz olmaktadır (2).

Günümüzde sağlık personelleri ya da sağlık çalışanları diğer sektörlerde çalışan personellere göre daha ağır iş yapmakta ve tehlikelere karşı yüz yüze kalmaktadırlar. İşin niteliği de ayrı bir unsur olarak görülmektedir. Türkiye'de sağlık personellerine yönelik çalışmaların geçmişi eski değildir, 06.04.2011'de çıkarılan "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik" konusunda sağlık personellerinin sağlığına ve güvenliği ile ilgili önemli düzenlemeler getirilmiştir. Bu düzenlemeye göre hastanelerde çalışan personellere yönelik komitelerin kurulması, yeni ve güvenli programlarla ilgili çalışmaların yapılması, personellere yönelik eğitim, bilgilendirme sağlık taraması, çalışanlara yönelik kişisel koruyucu tedbirler, kimyasal tehlikelere karşı yapılacak önlemler ve kontroller ayrıca çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesine yönelik bir takım çalışmalar yapılmıştır. Yapılan yeniliklerle birlikte hastanelerde özel ya da kamu fark etmeden İş sağlığı ve güvenliği kurumları kurulmuştur, bazı eksiklikler olmakla birlikte personel, donanım ve hizmet hususlarında eksikliklerin tamamlanması için gerekli şartların yerine getirildiği gözlenmektedir. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği toplum sağlığını da etkileyen bir unsur olduğundan İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının acilen hayata geçirilmesi şarttır. "İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu" 30 Haziran 2012

tarihinde özel ve kamu olmak üzere tüm sağlık sektörüne de dâhil olmak üzere tüm iş yerleri için yürürlüğe girmiş ve halen bütün çalışmalar hızlı bir şekilde yapılmaktadır. Yürürlüğe giren bu yasa ile hastanelerde verilen sağlık hizmetleri çok tehlikeli işler sınıfı olarak dâhil edilmiş olup, uygulamaların nasıl yapılacağı da belirlenmiş, bunun için gerekli eğitimler ve donanımlar yerine getirilmiştir (İstanbul Tabip Odaları Birliği de sağlık personelleri için sağlıklarını ve güvenliklerini tehdit edecek hususlar için iş sağlığı ve güvenliği konusunda alınacak bu tedbirleri sürekli hatırlatmaktadır) ve bu uygulanacak hususlar özel ve kamu hastanelerine bildirilerek konunun ne kadar önemli olduğu da vurgulanmıştır. Sağlık çalışanlarının sağlığını ve güvenliğini korumak için bir takım önemli tedbirler yer almaktadır, ilgili yasa gereği iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı istihdam edilmekte ve İSG kurulunun oluşturulması, risk analizlerinin yapılması gibi konular sürekli gündemde yer almaktadır. Burada asıl amacı vurgulamak gerekirse sağlık çalışanlarının daha sağlıklı ve güvenli bir şekilde işlerini yapmalarını sağlamak ve hatalarını en aza indirmek için bu çalışmalar yapılmakta ve halen devam etmektedir (3).

Sağlık sektöründe meydana gelen iş kazası ve meslek hastalığı, diğer sektörlere oranla daha ölümcül olabilmektedir. Bu nedenle sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliğini korumak amacıyla ilk kez özel bir kanunla 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası çıkarılmış ve bu yasa ile birlikte devlet, işçi ve işverenin yükümlülükleri arttırılmış, işçi ve memur ayrımı kaldırılarak tüm çalışanlar kapsam içine alınmıştır. Bu sayede iş kazası geçirme ve meslek hastalığına yakalanma sayıları düşürülmeye çalışılmıştır. Sağlık kurumlarında meydana gelen iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi, maddi ve manevi kayıpların yaşanmaması ve personelin daha güvenli koşullarda çalışması için işletmelerin İSG kurallarına mutlak uyması gerektiği görülmüştür (4).

Aynı tarihli kanunun; acil durum planları, yangınla mücadele ve ilk yardım (ile ilgili olan).

Madde 11 – (1) İşveren;

- (a) Çalışma ortamı, kullanılan maddeler, iş ekipmanı ile çevre şartlarını dikkate alarak meydana gelebilecek acil durumları önceden değerlendirerek, çalışanları ve çalışma çevresini etkilemesi mümkün ve muhtemel acil durumları belirler ve bunların olumsuz etkilerini önleyici ve sınırlayıcı tedbirleri alır.
- (b) Acil durumların olumsuz etkilerinden korunmak üzere gerekli ölçüm ve değerlendirmeleri yapar, acil durum planlarını hazırlar.

- (c) Acil durumlarla mücadele için işyerinin büyüklüğü ve taşıdığı özel tehlikeler, yapılan işin niteliği, çalışan sayısı ile işyerinde bulunan diğer kişileri dikkate alarak; önleme, koruma, tahliye, yangınla mücadele, ilk yardım ve benzeri konularda uygun donanıma sahip ve bu konularda eğitilmiş yeterli sayıda kişiyi görevlendirir, araç ve gereçleri sağlayarak eğitim ve tatbikatları yaptırır ve ekiplerin her zaman hazır bulunmalarını sağlar.
- (ç) Özellikle ilk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında, işyeri (hastane) dışındaki kuruluşlarla irtibatı sağlayacak gerekli düzenlemeleri yapar (5).

Bir başka anlatımla; 11. Madde de açıkça belirtildiği gibi tüm işyerlerinde olduğu gibi hastanelerde de oluşturulması zorunlu olan acil durum planları; İşletmenin büyüklüğüne göre belirlenen plana uygun olarak bu konuda eğitilmiş yeterli sayıda kişinin görevlendirildiği; öngörülen belli aralıklarla tatbikatlarının yapıldığı, acil durumlarda işyeri dışındaki kuruluşlarla da irtibatı sağlayacak düzenlemelerin yapılacağı standart organize bir planı işaret etmektedir.

Hukuki Dayanak 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 2 ve 40'ıncı maddeleri Bakanlığa acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlama ve yürütme, ayrıca yetki ve sorumluluk alanına giren ve önceden kanunla düzenlenmiş konularda idarî düzenlemeler yapma yetkisi vermiştir. Bu kanunun ilgi maddeleri uyarınca Bakanlık tarafından hazırlanan Hastane Afet ve Acil Durum (HAP) Uygulama Yönetmeliği 20 Mart 2015 tarih ve 29301 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanmıştır. Bu kılavuzu müteakiben yayınlanan genelge ile HAP uygulamalarına ilişkin ayrıntılar ayrıca düzenlenmiştir (5,6,7).

Hukuki dayanak kısmında adı geçen yönetmelik, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına, üniversitelere, Türk Silahlı Kuvvetlerine, özel hukuk tüzel kişilerine ve gerçek kişilere ait yataklı tedavi hizmeti sunan tüm hastaneleri Bakanlıkça belirlenen kılavuz çerçevesinde HAP hazırlamakla görevli kılınmıştır. Yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri kapsam dışı bırakılmış ve yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri yukarıda sözü geçen genelgede belirtileceği gibi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca 18.06.2013 tarihli ve 28681 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik kapsamında acil durum planları hazırlamakla yükümlü kılınmıştır (5,6,7).

Bu arada; yukarıda hukuki dayanaklarından bahsettiğimiz iş sağlığı ve güvenliği kapsamında afet ve

acil durumlarla ilgili önemli bazı kavramların tanım ve içeriklerini açıklayacak olursak.

Afet döngüsü: Bir afet olayını izleyen ve bir sonraki afete kadar birbirini takip eden aşamaların tümünü ifade eder. Bu evreler; önleme/zarar azaltma, hazırlık, müdahale, rehabilitasyon/iyileştirme olarak tanımlanmaktadır.

Afet yönetimi: Afet yönetimi, afetlerin önlenmesi, risk ve zararlarının azaltılması, afet sonucunu doğuran olaylara zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale edilmesi ve afetten etkilenen topluluklar için daha güvenli ve gelişmiş yeni bir yaşam çevresi oluşturulabilmesi için toplumca yapılması gereken topyekûn bir mücadele sürecidir. Bütünleşik afet yönetimi, mevcut ve muhtemel tüm afet tehlike ve risklerini, afet yönetiminin tüm temel evrelerini (önleme/zarar azaltma, hazırlık, müdahale, rehabilitasyon/iyileştirme) kapsayan, tüm sektörlerden (kamu, özel, sivil, akademik) kurum ve kuruluşların, toplumun afet yönetimi süreçlerine katılımını ve tüm kaynakların seferber edilmesini ifade eden bir yaklaşımdır.

İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planı (İL-SAP): İl sınırları içerisindeki tüm sağlık kurumlarının afet yönetiminin tüm evreleri (önleme/zarar azaltma, hazırlık, müdahale, rehabilitasyon/iyileştirme) gözetilerek hazırlıklı olmasını ve sağlık hizmetlerinin kesintisiz sürdürülebilmesini sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen ve illerde uygulamaya giren, standart çerçeveye ve kılavuza sahip planlardır.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP): Ulusal sağlık sisteminin merkez ve il düzeyinde (İL-SAP) afet yönetiminin tüm evrelerini kapsayan planları çerçevesinde, hastanelerde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını, afet halinde zamanında, hızlı ve etkili müdahaleyi sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen, standart çerçeveye ve kılavuza sahip planlardır (7).

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 20.06.2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında hazırlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği ve İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik, ülkemizde iş yerlerinin afet ve acil durumlara hazırlanması konusunda önemli adımlar olarak değerlendirilmekte birlikte, yukarıda belirtilen özelliklerinden dolayı hastaneler için daha farklı nitelikte planlara ihtiyaç vardır (7).

Geçmişte ani oluşan afetlerin sadece geniş çaplı ölümlere değil, büyük sosyal sorunlara da neden olduğuna

inanılırdı. Günümüzde de insanlar, teknolojik gelişmelere veya bilimsel gelişmelere rağmen, deprem, sel, fırtına gibi afetlerin etkilerine karşı yine de güçsüzdürler.

Ülkemizde 17 Ağustos 1999'da gerçekleşen *Gölcük Depremi* sonrası yaşanan durum, afet planlama konusu ve önemini gündeme getirmiştir.

Ankara'da 2006 yılında 31 hastanede yapılmış olan bir çalışmada, hastanelerin afet(acil durum) planlarının varlığı ve afete hazır olup olmadıkları araştırılmıştır. Bu çalışmada elde edilen bulgulara; hastanelerin afet planlarının yeterli olmadığı ve afete hazırlıklı olmadıkları saptanmıştır (8).

Tüm bunların ışığı altında; acil durum planlarının mutlaka bulunması gerektiğini belirttiğimiz hastanelerimizdeki; iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini değerlendirirken ilk olarak ele almamız gereken konu; acil durumlarda hizmet verici sağlık personeli açısından olayın boyutunun:

1. Bizzat hastane çalışanlarının çalıştığı yerde oluşan acil olaylar nedeniyle hastane çalışanlarının sağlık durumunu tehdit eden durumlar,
2. Hastane çalışanlarının sadece hizmet verici olarak görev aldıkları acil durumlar,
3. Hem hastane çalışanlarının sağlığını tehdit eden ama bir taraftan da aynı hastane çalışanlarının hizmet verici olarak görev almaları gerektiği acil durumlar, şeklinde olabileceğinin hatırlanmasıdır.

Ayrıca; hastanelerin acil servislerine afet durumlarında; her zamankinden daha çok iş düşeceği dikkate alınmalı; verilecek hizmetlerin standart olmasının, mümkün olan en kısa sürede en iyi hizmetin verilebilmesinin sağlanması için de gerekli olduğu unutulmamalıdır. İşte böyle durumlarda hastanelerin verdikleri hizmetlerinin aksamaması hem de hastanede çalışanların da her tür acil duruma karşı iş sağlığı ve güvenliklerinin sağlanması; bu sürecin sağlıklı olarak sürdürülebilir olması gerektiği de unutulmamalıdır. Her durumda; sağlık hizmetlerinin aksamaması ve düzenli olarak verilebilmesi için; tatbikatlarla üzerinde çalışılmış, acil durum senaryoları üretilip, kolayca organize olmayı sağlayan, standart bir plan gereklidir.

“İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik’e göre acil durumlar; işyerinin tamamında veya bir kısmında meydana gelebilecek yangın, patlama, tehlikeli kimyasal maddelerden kaynaklanan yayılım, doğal afet gibi acil müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylardır (9).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında yer alan tüm işyerleri; çalışma ortamı, kullanılan maddeler,

iş ekipmanı ile çevre şartlarını dikkate alarak meydana gelebilecek ve çalışan ile çalışma çevresini etkileyecek acil durumları önceden değerlendirerek muhtemel acil durumları belirler ve bu durumlarda yapılacak iş ve işlemler dâhil bilgilerin ve uygulamaya yönelik eylemlerin yer aldığı bir acil durum planını hazırlar.

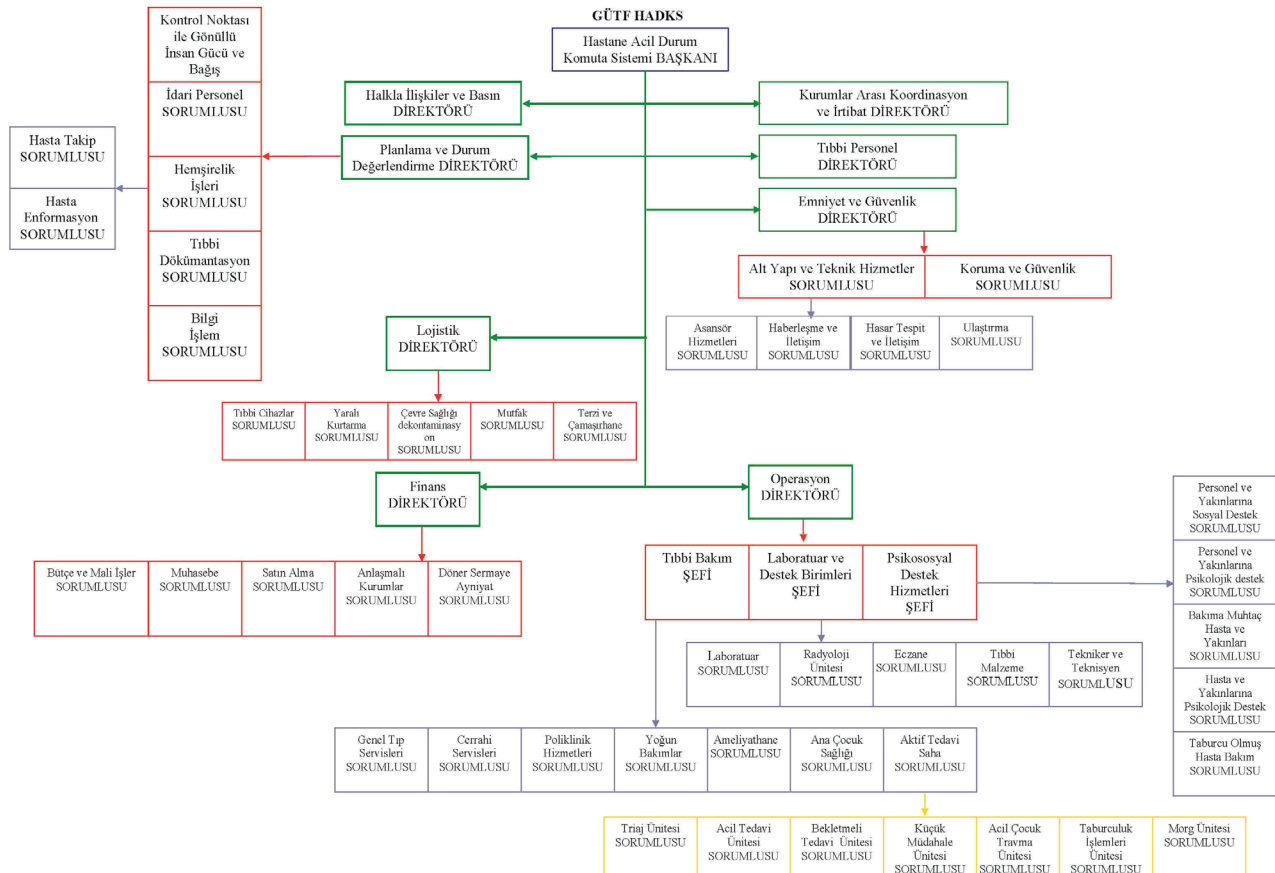
- (a) Acil durum planında muhtemel acil durumlar sıralanmalı (yangın, patlama, güç kesintisi, ilkyardım gerektiren durumlar, deprem, gıda zehirlenmesi, amonyak sızıntısı, sabotaj vs.), bu durumlara yönelik önleyici ve sınırlandırıcı tedbirler belirlenmelidir.
- (b) Her acil durum için müdahale ve tahliye yöntemlerini içeren süreç şemaları ve işletmede çeşitli konumlara asılmak üzere tahliye planları hazırlanmalıdır.
- (c) Acil durum irtibat numaralarına, acil durum ekiplerinin iletişim bilgilerine ve hazırlanan tatbikat formuna planda yer verilmesi olası bir acil durumda iletişimi kolaylaştıracaktır.

- (ç) Acil durum ekipmanlarının tam olarak ve uygun konumlarda bulundurulması ve ekipmanlara ulaşımı engelleyecek nesnelere konmaması gerekmektedir.
- (d) Çalışanların tümüne verilecek acil durum eğitimleriyle ve tatbikatlarla acil durumlar hakkında işyerindeki tüm çalışanların farkındalığı artacaktır (9).

Bir afet anında en iyi hizmetin en kısa sürede verilebilmesi için de, standart kabul edilen bu afet (acil durum) planlarının afet meydana gelmeden önce hazırlanıp; il düzeyinde, hatta ülke düzeyinde tatbikatlarla denenerek, sürekli yenilenmesi ve geliştirilmesi gereklidir. Çalışmanın daha sonra benzer bir program hazırlayacaklar için yararlı bir kaynak olabileceği düşünülmüştür (8).

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda da hastanelerde olması gerektiği söylenen tezdeki bu örnek Acil Durum Planının amacı; Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi için ulusal ve uluslararası standartlara uygun bir afet planı modeli hazırlamak olarak belirlendi (8).

Tablo 1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İçin Örnek Olarak Oluşturulmuş Hastane Afet Planı Modeli



Hastane Afet Planında Acil Durum Komuta Sisteminde önerilen yönetici ve görevli sayısı en az 36'dır. Kurumun büyüklüğüne ve şartlara göre görevli sayısı temel görevler kalmak şartıyla ayarlanabilir. Şartlar uygun ise bu sayı 50-60 arasında olabilir. Çalışmada ise bu sayı 59'dur. Bu yönetici ve görevlilerin yönettiği toplam personel sayısı 5200'ü bulabilir. Dolayısı ile hizmet sunulan üniversite çalışan sayısına uygun bir plan olduğu düşünülmektedir (8).

Söz konusu HAP Sisteminin Faydaları;

- Yatay ve düşey emir komuta zinciri içinde uygulanan bir sistem olması,
- Anlaması ve uygulaması kolay görev tanımlamalarının varlığı,
- Organizasyon şemasının esnek olması nedeni ile her tür (küçük veya büyük) afetlerde ve kurumda uygulanabilir olması,
- Hasta kayıtlarının tutulmasında başarı,
- Ortak dil herkes tarafından konuşulduğu için dışarıdan yardımın daha kolay kullanılması sağlanır, uygulamalara yönelik öncelikleri olan kontrol listelerinin olması ve
- Masrafsız bir yöntem olmasıdır (8).

Plan doğrultusunda; afet bildiri yapılar yapılmaz; Hastane Afet Planı Başkanı'na ulaşılarak durum bildirilir. Eğer başkan hastanede değil veya ulaşamıyorsa, o anda hastanede görevli en kıdemli doktor ya da idarecisi bu görevi üstlenir. Hastane afet planını yürürlüğe koymaya başkan karar verir. Hastane afet planına ulaştıktan sonra daha önce belirlenen Acil Durum Komuta Merkezi'nde yönetim kurulu üyeleri toplanır. GÜ (Gazi Üniversitesi) Rektörlüğü, GÜ acil durum komuta merkezi, GÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı, hastane başhekimliği, santrali, tüm ana bilim dalları, hastane nöbetçi amirliği ve hemşirelik müdürlüğünde bulundurulması gerekli olan ve hastane afet planında görevli tüm personel ile bütün hastane anabilim dalı başkanları ve yardımcıları ile öğretim üyelerinin ayrıca kilit rolü olan görevli personelin cep, ev ve iş telefon numaraları ve adreslerinin olduğu acil durum iletişim rehberinden personelin çağırılmasından sorumlu olan Tıbbi Personel Direktörü yardımı ile gerekli personele ulaşılır. (Acil durum iletişim rehberinin güncel kalması için bilgilerinde değişiklik olan görevli personelin GÜTF Başhekimliğine durumu en kısa zamanda bildirmeleri gerekmektedir. Rehberin 6 ayda bir yenilenmesinin uygun olduğu düşünülmektedir. Ayrıca personellerin yedeklenerek rehberde belirtilmesi gerekir). GÜTF acil

durum komuta merkezi yönetim kurulunun, ildeki diğer hastaneler, itfaiye, jandarma, emniyet, Afet İşleri Genel Müdürlüğü ve çeşitli gönüllü organizasyonları ise afetten önce görüşülerek afet planlarına entegrasyonu sağlanmış olmalıdır. Afet anında acil durum yönetim kurulunun toplanıp acil durum iletişim rehberinden personelin çağırılmasından sonra entegrasyonu sağlanmış olan bu kurumlarla kurumlar arası iletişim ve irtibat direktörü vasıtası ile irtibata geçilir.

Önerilen bu model modüler ve esnek olması nedeniyle, temeli aynı kalmak şartıyla hastanenin ve ülkenin şartlarına veya afetin tipine ve derecesine göre uyarlama yapmaya müsaittir. Ortak dili sayesinde basit, kolay anlaşılabilir, diğer kurumlarla entegre edilebilir ve ekonomik olması sebebiyle de tercih sebebi olmuştur (8).

TARTIŞMA

İş Sağlığı ve Güvenliği kapsamında önerilen modelin orijinali Hospital Emergency Incident Command System (HEICS=Hastane Acil Durum Komuta Sistemi) olup; Türkiye'de bazı üniversite, devlet ve özel hastaneler ile Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere gelişmiş ülkelerde benimsenmekte ve uygulanmaktadır. Planın modüler olması dolayısıyla, farklı yer ve boyuttaki afetlere uyarlama kolaylığı vardır. Bu bağlamda bu Tıp Fakültesi Hastanesi için önerilen görevli sayısı 59'dur. İşletmenin büyüklüğüne göre bu sayı ayarlanabilir. Hazırlanan Hastane Afet Planı (HAP) Modeli, her tür ve büyüklükteki afetlerde uygulanabilir ve maliyeti azdır. Öngörülen modelde; organizasyon şemasında görevler, görevliler ve bunların birbirleri ile olan bağlantıları belirtilmiştir.

İstatistiklere göre afetlerle sık karşılaşacağı tahmin edilen ülkemizde, ne zaman karşılaşacağımız bilinmese de; şekli, tipi, şiddeti ne olursa olsun; yapılan bu planların raflarda kalmayıp gelişmiş ülkelerde olduğu gibi eğitim ve tatbikatlarının da yapılması ile afetin zararları en aza indirebilecektir. Sağlık çalışanlarına yönelik iş sağlığı kuralları da dikkate alınarak hazırlanacak böyle bir modelle; İş sağlığı ve güvenliği koşullarına da uygun olarak işletme güvenliğinin de sağlandığı, hastane çalışanlarının sağlıklı ve güvenli ortamda kendi sağlıklarını da korudukları, organize bir sistemle en kısa sürede en iyi hizmeti vermeleri sağlanmış olacaktır (8).

Hastanelerin acil hizmetler bakımından afet durumlarında kapasitelerinin artırılması için gerekli planların hazırlanması, afetin büyüklüğüne göre

devreye girecek devlet hastaneleri, üniversite ve özel hastanelerin isimleri ve ayrıcalıkları, yatak sayılarının önceden belirlenmesi gerekir. Sağlık personeli ve afet yöneticilerinin afet planları konusunda sürekli hizmet içi eğitim programları ile kurtarma, ilkyardım, acil yardım, haberleşme, stres altında çalışma, triaj, temel yaşam desteği ve taşıma teknikleri, yasal sorumluluklar konularında bilgilendirme ve uygulama eğitimleri yapılmalıdır. Senaryolar oluşturulup bu afet programlarının tatbikatlarla uygulanması gereklidir. Eğitici eğitimleri yapılması için paket programların oluşturulması, ilkyardım, temel yaşam desteği ve taşıma teknikleri konuları başta olmak üzere halkın (işçiler, öğrenciler, sürücü adayları, vb.) ve resmi kurumlarda çalışanların eğitimi sağlanmalıdır. Eğitimler bölgesel risklere göre yönlendirilmelidir (8).

Plan doğrultusunda yapılacak eğitim ve tatbikatlarda geliştirilen triaj deneyimleri ise tecrübe kazandırmak ve hazırlıklı olmayı sağlamasının yanı sıra çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusunda farkındalıklarını artırmak yönünden de değerlidir. Ayrıca bu tatbikatlarla elde edilen tecrübelerle birlikte; kurulacak sahra hastaneleri sayesinde de afetlerin zararları azaltılabilecektir (8).

SONUÇ

İş sağlığı ve güvenliği bağlamında hastane afet planlarının modeldeki gibi görev ve tanımların önceden belirlenmesi ve yapılacak tatbikat ve eğitimlerle de pekişmesi ile afet vb. acil durumlarda kargaşa, yerini düzene bırakacak, böylece; hem hizmet sunan hem de hizmet alanlar açısından daha verimli sonuçlar alınabilecektir.

Hastane İş sağlığı ve güvenliği birimi tarafından rapor edilen riskler değerlendirilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır (10).

Özellikle tatbikat, eğitim gibi faaliyetlerin düzenlenmesi, bu faaliyetlerden tüm hastane çalışanının haberdar olması; çalışma şeklinin (özellikle nöbetlerin) yapılan eğitimlere katılmak isteyen personele göre düzenlenmesinin gönüllü katılımı ve afet bilincini arttıracığı sonucuna varılmıştır. Hastane çalışanlarını bilinçlendirmek, afet çalışmalarında gönüllü katılımlarını arttırmak, hastaneyi afet durumlarına hazır hale getirmek amacıyla; hastanenin bütün binalarını kapsayan ortak bir acil durum planı yapılması ve yine hastanede bulunan her bina için de ayrı ayrı acil durum planlarının yapılması, Acil Durum Planlarında yer alan kişilere görevleri hakkında özellikle bilgi verilmesi, tüm hastane personelinin bu

plana aşına olmasını sağlamak için yeterli sayıda masa başı tatbikatlarının yanı sıra, yılda en az bir kez operasyonel bir tatbikatın yapılması, Acil Durum Planlarında yer alan ekiplerin kurulması ve ekiplerin eğitilmesi, hastanede yapısal olmayan risklere karşı, zarar azaltma yöntemlerinin uygulanmasının gözle görülür biçimde artırılması ve hastane personelinin bu konuda eğitilmesi, hastanede afet konulu, panel, seminer, konferans gibi etkinlikler düzenlenmesi gerektiği saptanmıştır (11).

Ayrıca çalışma; hastanede rutin olarak afet konulu hizmet içi eğitimler verilmesi, afet alanında hizmet gösteren diğer kamu kuruluşlarıyla ortak çalışma ve eğitimler yapılması, tatbikatlar düzenlenmesi; afet durumunda yeme, içme ve barınma gibi konuları kapsayan karşılıklı yardım anlaşmaları düzenlenmesi, afet tehlikesi ve riskinin belirlenmesi ve afet zararlarının azaltılması konusundaki araştırma-geliştirme faaliyetlerinin öncelikli konular arasına alınması gerektiğini de gözler önüne sermiştir. Tüm bunlarla beraber hastaneler arası işbirliği yapılması ve tatbikatlar düzenlenmesi, afet alanında faaliyet gösteren gönüllü ekipler kurulması; bu ekiplerin teşvik edilmesi ve çalışmalarının desteklenmesi ve çeşitli organizasyonlarda yer alan (UMKE, gönüllü itfaiyecilik vb.) sağlık personelinin desteklenmesinin hastane afet hazırlığını arttıracığı sonucuna varılmıştır (10,11).

Periyodik olarak tekrar edilecek eğitim ve tatbikatlarla eksiklikler tespit edilmeli ve bu tespit edilen eksiklikler giderilmelidir. Ayrıca hastanelerin afet planı il genelinde yapılan planla birleştirilip ortak tatbikatla pekiştirilmelidir (11).

Türkiye’de afet ile burun buruna yaşarken, onunla başa çıkmanın en iyi yöntemlerinden birisi olan Hastane Afet Plan’ları her hastanede bulunmalı ve planlar sadece kâğıtlarda yazılı kalmayıp tatbikatlarla denenerek eksikler ve yanlışlar görülüp düzeltilmelidir. Bilindiği gibi, “*mükemmel bir afet planı yoktur*” ve “*afet; yer, kişi, zaman ve mekân ayırt etmeksizin habersizce gelir*”. Bu nedenle; afete hazırlıksız yakalanmamak için, tatbikatları yapılmış afet planları ile afetteki can ve mal kaybını en aza indirmek gerekir. Bunun için de; yöneticilerin planın hazırlanmasından tatbikatlara kadar her aşamada destek ve katılımları sağlanmalıdır. Afet yönetiminde, önceki afetlerde tecrübe kazanmış elemanların yönetim ve eğitim kadrolarında yer alması sağlanarak, tecrübelerinden maksimum fayda temin edilebilir. Bu çalışma kapsamında hazırlanan GÜTF Hastane Afet Planı Modeli de bu bakış açısıyla değerlendirilmelidir (8).

KAYNAKLAR

1. Sarıtaç, D. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Yönetimi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2014.
2. Kaya, H.B.E. Riskli Bölümlerde Çalışan Sağlık Personellerinin İş Sağlığı ve Güvenliği Önlemleri: Mersin Şehir Hastanesi Örneği. Mersin Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Mersin 2017.
3. Ünal, S. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği. İstanbul Aydın Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2017.
4. Geldi, M. Ülkemizde Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği. Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Elazığ 2017.
5. Resmi Gazete Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 20.06.2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu <http://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf> (Erişim tarihi: 09.11.2017)
6. Resmi Gazete: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Yerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/06/20130618-8.htm> (Erişim tarihi: 10.3.2018).
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Klavuzu Aralık 2015 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/854,hap-kilavuzpdf.pdf?0> (Erişim tarihi 11.03.2018).
8. Yüksel, A.E. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hastane Afet Planı Modeli. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Yardım ve Rehabilitasyon Anabilim Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara 2010.
9. Kırmızı Et ve Kanatlı Hayvan Tesislerinde İş Sağlığı Güvenliği Rehberi İş sağlığı güvenliği Genel Müdürlüğü, İş Sağlığı ve Güvenliği Araştırma ve Geliştirme Enstitüsü Başkanlığı <http://www.isgum.gov.tr/rsm/file/k%C4%B1rm%C4%B1z%C4%B1%20et%20ve%20kanatlı%C4%B1%20hayvan.pdf> (Erişim Tarihi 27.01.2018).
10. Tekin, E. Hastane Afet Planlaması, Hastane Acil Durum Komuta Sistemi ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü Hastanesi'ne Uygulanması Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Erzurum 2015.
11. Yurdakul A, Piroğlu F, Okay N. 2013. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi mevcut afet planı çerçevesinde, çalışanların afete hazırlığının değerlendirilmesi. *MAKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derisi*. 2013; 1 (2): 75-85.

Öğrencilerin Gürültü ve Akustik Travma Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Odyogramlarının Değerlendirilmesi*

Students' Knowledge Levels About Acoustic Trauma and Noise and Evaluation of Audiogram

Necati UTLU¹, Süreyya ÖZDEMİR¹, Deniz ÖZTÜRK¹, Nuri BAKAN²

ÖZ

Amaç: Çalışma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin gürültü ve akustik travma bilgileri ile odyogram ölçüm düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya, 2013-2014 eğitim-öğretim yılında, birinci ve ikinci sınıflarda eğitimlerine devam eden 200 öğrenci katıldı. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bilgi düzeyleri; hazırlanan anket formu, odyogram ölçümleri ise işitme testi yapılarak belirlendi. İstatistiksel analiz için SPSS 17.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinden işitme sorunu olanlar ile sol ve sağ kulak, işitme sorunu olanlar ile sol ve sağ kemik, gürültülü çalışma ile sağ kemik, gürültüye maruz kalma ile sol kulak ve sağ kemik, ulaşım ile sol ve sağ kemik, mekanik ile sol ve sağ kulak, konsantrasyon ile sol ve sağ kemik, yorgunluk ile sol kemik ve rekreasyon ile sol ve sağ kemik arasında istatistiksel ($p<0.05$) olarak önemli bir etkilenebilirlik olduğu bulundu. Diğer tanımlayıcı özellikler ile odyogram ölçümleri arasında etkilenebilirlik olmadığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Ses, akustik travma, odyogram

ABSTRACT

Objective: This study was planned to evaluate the knowledge of noise and acoustic trauma and audiogram measurement levels of students studying at Ataturk University, Health Services Vocational School.

Material and Method: 200 students studying in the first and second years in 2013-2014 academic year were included in the study. Descriptive features of students and their related knowledge levels were determined through questionnaires, audiogram measurements and hearing tests. SPSS 17.0 software package was used for statistical analysis.

Results: There was a significant statistical relationship ($p<0.05$) between the descriptive features of students and left and right ear; between hearing problems and left and right bone; between studying in noisy environments and right bone; between exposure to noise and left ear and right bone; between transportation and left and right bone; between mechanic and left and right bone; between concentration and left and right bone; between burnout and left bone; and between recreation and left and right bone. No relationship was observed between other descriptive features and audiogram measurements.

Keywords: Noise, acoustic trauma, audiogram

GİRİŞ

İnsanlar arasındaki iletişim yolları içinde en önemli ve en sık kullanılanı konuşarak anlaşmadır. Diğer koşulların varlığı halinde, konuşmanın öğrenilmesinde en önemli unsur işitmedir. İşitme kaybı sık karşılaşılan algılama bozukluklarından biri olup, her bin çocuktan birinde görülmektedir (1). İşitme bozukluklarının yaklaşık olarak % 50'sini çevresel faktörler teşkil ederken, diğer yarısını ise genetiğe bağlı bozukluklar oluşturmaktadır (2). Gürültü, belirgin bir yapısı olmayan, kişiyi bedensel, ruhsal olarak olumsuz etkileyen, işitme sağlığını ve algılamasını bozan, iş performansını azaltan, rahatsız

* Bu çalışma Atatürk Üniversitesi BAP (PROJE NO: 2013/063)'si tarafından desteklenmiştir.
5th International Vocational Schools Symposium – Prizren 18-20 May 2016'da sözlü bildiri olarak yayınlanmıştır.

Necati UTLU (✉)¹, Süreyya ÖZDEMİR¹, Deniz ÖZTÜRK¹
¹ Atatürk Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Erzurum-TÜRKİYE
e-posta: nutlu@atauni.edu.tr

Nuri BAKAN²

² Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Erzurum-TÜRKİYE

edici ses olarak tanımlanmaktadır (3, 4). Gürültü özel bir kavram olup, kişilere bağlı olarak değişebilir. Kimilerinin severek ve eğlenerek dinlediği müzik diğerlerini rahatsız edebilir. Mesken ve sanayi yerleşkelerinin plansız, trafik yoğunluğu, teknolojinin hayatımızın bir parçası olması, toplu yaşamının ve çevre hassasiyetinin yeterince gelişmediği, eğlence ve diğer günlük faaliyetler ve iş yerinin durumunun önemli faktörler arasında olduğu belirtilmektedir (3, 5-8). Gürültü, işitme kaybı, uyku bozukluğu, anksiyete, huzursuzluk, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, gastrointestinal hastalıklar ve bağışıklık sistemi problemleri ve erken doğum gibi sağlık sorunları ile de ilişkilendirilmiştir (5, 8-11). Genel olarak akustik aşırı uyarının neden olduğu işitme kaybı iki gruba ayrılır. Akustik travma olarak adlandırılan tip çok şiddetli kısa süreli bir sese maruz kalındığında oluşur ve ani işitme kaybı ile sonuçlanır. Diğer tip işitme kaybı ise sıklıkla gürültüye bağlı işitme kaybı olarak adlandırılır ve daha düşük şiddetteki seslere kronik olarak maruz kalma sonucu oluşur (12-14). İşitme kaybında, gürültünün şiddeti, hasarın derecesi, maruz kalınan süre, gürültünün tarzı (6, 7), damar hastalıkları, yaş ve bazı ilaçlar gibi faktörlerin önemli olduğu belirtilmektedir (5, 15, 16). Mesleki eğitim, öğrencilere mesleki bilgi yanında bu bilgileri uygulama alanına aktarabilme becerisi de kazandırmalıdır. Bu anlamda Odyometri Programı ders müfredatında mevcut teorik ve uygulamalı derslerin bir bütün olarak yapıldığında eğitimin tamamlanacağı bir gerçektir. Bu derslerde öğrenciler teorik bilgi edinmekte ve bunu beceriye dönüştürmektedirler. Temel becerilerin öğrenciye kazandırılmasında uygulamalı derslerin önemi bir rolü vardır. Öğrencilere öğretim elemanları gözetiminde yaptırılan uygulamalar, hastanelerde şahıslar üzerinde yapılacak uygulamalara yönelik beceri kazanma ve alıştırmalarda çok önemlidir. Kazanılan beceri ile hastaya daha iyi yaklaşım sağlayacak ve hastayı her türlü yanlış uygulama ve zarardan koruyacaktır (13, 14, 17). Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda eğitim gören öğrencilerin gürültü ve akustik travma bilgileri ile odyogram düzeylerinin değerlendirilmesi ve aynı zamanda Yüksekokulun Odyometri Programındaki öğrencilerinin, odyogram ölçümlere katılarak teorik bilgi ve becerilerini uygulama ile pekiştirmeleri amacıyla gerçekleştirilmiştir.

YÖNTEM

Araştırmanın yürütülebilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı. Öğrencilere çalışmanın amacı anlatıldı. Veri toplama araçları hakkında bilgi verildi. Gönüllülük esasına göre katılımın olacağı belirtildi ve katılanlardan yazılı onam alındı.

Yüksekokul, on dört program ve yaklaşık bin beş yüz öğrenci ile eğitimini sürdürmektedir. Araştırmaya 2013-2014 eğitim-öğretim yılında, birinci ve ikinci sınıflarda eğitimine devam eden 200 öğrenci katıldı. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri ile gürültü ve akustik travma hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 1.'de verilen Anket Formu ile belirlendi.

Öğrencilerin hava yolu ve kemik yolu ile işitme düzeyleri (Öğrencilerin odyogramları), odyometri uygulamaları dersinde, öğretim görevlileri nezaretinde Odyometri Programı öğrencileri tarafından odyometri cihazı (Resonance R 27 A model) ile belirlendi. Sonuçlar Kulak Burun Boğaz uzmanı tarafından değerlendirildi. Gerek görülen öğrencilerin konuşmayı ayırt etme ve konuşmayı algılama seviyeleri ise Saf Ses Odyometre cihazı ile tespit edildi. Sonuçların değerlendirilmesi SPSS 17.0 paket programında yapıldı. Önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

BULGULAR

Yüksekokulda, 2013-2014 öğretim yılında, on dört programın birinci ve ikinci sınıflarında eğitim gören, yaş aralığı 18-21 (18 yaş % 28, $n=56$; 19 yaş % 38, $n= 76$; 20 yaş % 18.5, $n=37$ ve 21 yaş %15.5, $n=31$) olan iki yüz öğrenciye uygulandı.

Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinden işitme sorunu olanlar ile sol ve sağ kulak ($p < 0.001$), işitme sorunu olanlar ile sol ve sağ kemik ($p < 0.05$), gürültülü çalışma ile sağ kemik ($p < 0.001$), gürültüye maruz kalma ile sol kulak ve sağ kemik ($p < 0.05$), ulaşım ile sol ve sağ kemik ($p < 0.05$), mekanik ile sol ve sağ kulak ($p < 0.05$), konsantrasyon ile sol ve sağ kemik ($p < 0.05$), yorgunluk ile sol kemik ve rekreasyon ile sol ve sağ kemik ($p < 0.05$) arasında istatistiki olarak önemli bir etkilenmenin olduğu bulundu. Diğer tanımlayıcı özellikler ile odyogram ölçümleri arasında etkilenmenin olmadığı belirlendi (Tablo 2. ve Tablo 3.).

Tablo 1: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Gürültü ve Akustik Travma Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Anket Formu

1. Ad Soyadı
2. Yaş
3. Medeni Durum
4. Çalışma durumu
5. Bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?
a. Evet, ise nedir? Yazınız. b. Hayır
6. İşitme ile ilgili bir sorunuz var mı?
a. Evet, ise nedir? Yazınız. b. Hayır
7. Ailenizde işitme ile ilgili bir sorun var mı?
a. Evet, ise nedir yazınız. b. Hayır
8. Kulaklarınızda ağrı var mı?
a. Evet b. Hayır
9. Kulaklarınızda çınlama var mı?
a. Evet b. Hayır
10. Kulaklarınızda dolgunluk var mı?
a. Evet b. Hayır
11. Gürültülü bir ortamda çalışma hayatınız oldu mu?
a. Evet, ise ne kadar süre ve herhangi bir işitme koruyucu kulaklık veya kulak tıkacı kullandınız mı?
b. Hayır
12. Walkman, CD, mp3 çalar gibi kişisel müzik çalarları kullanıyor musunuz?
a. Evet b. Hayır
13. Walkman, CD, mp3 çalar gibi kişisel müzik çalarları ne sıklıkla kullanıyorsunuz?
a. Ayda birkaç saat b. Haftada birkaç saat c. Günde birkaç saat
d. Günde 8-10 saat e. Saatten fazla
14. Bir günde telefonla ortalama kaç saat konuşuyorsunuz? Yazınız.
15. Konser, sinema, gece kulübü, gibi yerlere ne sıklıkla gidersiniz?
a. Hiçbir zaman b. Haftada bir kez c. Ayda 1 kez d. Her gün
16. Konser, sinema, gece kulübüne gittikten sonra kulaklarınızda dolgunluk, ağrı, çınlama oldu mu?
a. Asla b. Nadiren c. Bazen d. Sık sık e. Sürekli
17. Son 24 saat içerisinde herhangi bir gürültü ya da yüksek sese maruz kaldınız mı?
a. Evet, ise belirtiniz. b. Hayır
18. Kullandığınız kişisel dinleme cihazlarının maksimum ses şiddet seviyesini biliyor musunuz? Yazınız.
19. Aşağıda verilen gürültü örneklerinden hangisi ya da hangileri insan sağlığını olumsuz yönde etkiler işaretleyiniz.
a. Ulaşım (karayolu, demiryolu ve havayolu) gürültüleri
b. Endüstri (makine, motor, imalat) gürültüleri
c. Yapım (şantiye, yol inşaatı) gürültüleri
d. Rekreasyon gürültüsü (spor alanları, çocuk bahçeleri, yüzme havuzları)
e. Her türlü işyeri gürültüleri
f. Yüksek konuşma ve müzik sesleri
g. Ev araçları gürültüleri
h. Mekanik sistem gürültüleri (havalandırma, asansör v.b.)
20. Gürültünün insan sağlığına olan olumsuz etkilerinden bildiklerinizi işaretleyiniz.
a. Sinirlilik f. Yorgunluk
b. Baş ağrısı g. Kulak çınlaması
c. Konsantrasyon bozukluğu h. İletişim bozukluğu
d. Huzursuzluk ı. Öğrenme güçlüğü
e. Uykusuzluk i. İşitme Kaybı

Tablo 2: Öğrencilerin işitme sorunu, gürültülü çalışma, gürültüye maruz kalma ve ulaşım gibi gürültü ve akustik travma bilgileri ile odyogram düzeyleri arasındaki ilişkiler

Değişken	Odyogram Düzeyi		N	$\bar{X} \pm SEM$	P
İşitme Sorunu	Sol Kulak	Evet	13	23,54± 7,20	*
		Hayır	187	11,35± 0.38	
	Sağ Kulak	Evet	13	18,54± 6.40	*
		Hayır	187	10,90± 0.32	
	Sol Kemik	Evet	13	14,12± 4.76	**
		Hayır	187	7,687±0.55	
Sağ Kemik	Evet	13	9,65±2.10	**	
	Hayır	187	6,76±0.32		
Gürültülü Çalışma	Sol Kulak	Evet	30	12,80±1.81	NS
		Hayır	170	12,02±0.65	
	Sağ Kulak	Evet	30	12,18±1.27	NS
		Hayır	170	11,26±0.56	
	Sol Kemik	Evet	30	7,98±0.55	NS
		Hayır	170	8,13±0.70	
Sağ Kemik	Evet	30	9,55±0.97	*	
	Hayır	170	6,49±0.94		
Gürültüye Maruz Kalma	Sol Kulak	Evet	18	11,72±0.70	**
		Hayır	182	12,187±0.68	
	Sağ Kulak	Evet	18	12,1±0.66	NS
		Hayır	182	11,32±0.56	
	Sol Kemik	Evet	18	6,36±0.54	NS
		Hayır	182	8,28±0.66	
Sağ Kemik	Evet	18	6,81±0.53	**	
	Hayır	182	6,96±0.36		
Ulaşım	Sol Kulak	Evet	113	11,83±0.52	**
		Hayır	87	12,53±1.24	
	Sağ Kulak	Evet	113	11,95±0.86	NS
		Hayır	87	10,67±0.39	
	Sol Kemik	Evet	113	8,98±0.88	NS
		Hayır	87	6,97±0.77	
Sağ Kemik	Evet	113	7,45±0.52	**	
	Hayır	87	6,30±0.33		

*:p<0.001

** :p<0.05

NS: No significant

Tablo 3: Öğrencilerin mekanik, konsantrasyon, yorgunluk, rekreasyon gibi gürültü ve akustik travma bilgileri ile odyogram düzeyleri arasındaki ilişkiler

Değişken		N	$\bar{X} \pm SEM$	P	
Mekanik	Sol Kulak	Evet	72	10,76±0.73	*
		Hayır	128	12,91±0.86	
	Sağ Kulak	Evet	72	9,98±0.45	*
		Hayır	128	12,12±0.76	
	Sol Kemik	Evet	72	6,97±0.54	NS
		Hayır	128	8,73±0.89	
Sağ Kemik	Evet	72	6,24±0.47	NS	
	Hayır	128	7,34±0.44		
Konsantrasyon	Sol Kulak	Evet	137	11,47±0.46	NS
		Hayır	63	13,58±1.67	
	Sağ Kulak	Evet	137	11,79±0.73	NS
		Hayır	63	10,55±0.40	
	Sol Kemik	Evet	137	7,10±0.35	*
		Hayır	63	10,29±1.73	
Sağ Kemik	Evet	137	7,32±0.43	*	
	Hayır	63	6,14±0.47		
Yorgunluk	Sol Kulak	Evet	117	11,60±0.66	NS
		Hayır	83	12,90±1.15	
	Sağ Kulak	Evet	117	10,89±0.48	NS
		Hayır	83	12,11±1.04	
	Sol Kemik	Evet	117	7,18±0.37	*
		Hayır	83	9,41±1.34	
Sağ Kemik	Evet	117	6,93±0.43	NS	
	Hayır	83	9,41±1.34		
Rekreasyon	Sol Kulak	Evet	42	11,37±1.15	NS
		Hayır	158	12,34±0.71	
	Sağ Kulak	Evet	42	9,75±0.63	NS
		Hayır	158	11,83±0.63	
	Sol Kemik	Evet	42	10,393±2.23	*
		Hayır	158	7,50±0.48	
Sağ Kemik	Evet	42	5,64±0.71	*	
	Hayır	158	7,29±0.37		

*:p<0.001

**:p<0.05

NS: No significant

TARTIŞMA

Mevcut çalışmada öğrencilerin gürültü ve akustik travma bilgileri ile odyogram ölçüm düzeyleri arasındaki etkilenme değerleri Tablo 2. ve Tablo 3.'de sunulmuştur. Gürültünün insan sağlığı üzerine olumsuz etkileri araştırılmış ve canlı vücudunda stres oluşturarak birçok organ ve dokunun fonksiyonunu olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (18-21). Canlı vücudundaki

olumsuz etkilerinden en önemlisi, şüphesiz işitme duyusu üzerine olup, sesin düzeyine ve süresine bağlı olarak değişmektedir. Gürültülü alanların işitme duygusunu etkiledikleri, hatta bu kişilerin gürültülü iş yerlerinde çalıştıkları zaman daha kolay işitme kaybına uğradıkları belirtilmektedir (20). İşitme kaybı sesin direkt olarak iç kulakta yaptığı hasarlanmaya bağlıdır (21). Gürültünün olumsuz etkileri sadece işitme kaybı değildir, buna ek olarak canlı vücudunda birçok olumsuz etkiye de

neden olmaktadır (18, 22-24). Sıçanlar üzerinde yapılan çalışmalarda gürültünün beyinde nörotransmitterler üzerinde azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır (19). Yapılan bir çalışmada işitme kaybının gençler arasında görülme sıklığının arttığı ve bunun rock müzik ile radyo-teyp (walkman) kullanımındaki artıştan kaynaklanabileceği belirtilmektedir (25). ABD Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Taraması (NHANES) nin sağlık üzerine yapılan ankette gençlerin % 20'sinde hafif derecede işitme kaybı olduğu ve 1988-1994 yıllarında yapılan benzer araştırmaya göre bu oranın % 31 artış gösterdiği vurgulanmıştır (26-27).

Scenihr (28), bir kişinin 85 dB'in üzerinde 8 saat gürültüye maruz kaldığında işitme kaybı yaşadığını, Jansen ve Ark (29), sık sık yüksek sesli müziğe maruz kalmanın kulak çınlaması ve hiperakuziye neden olduğunu, Beach (30) boş vakitlerini rock müzik konserleri ve gece kulüplerinde geçiren kişilerin daha fazla kulak çınlamasına maruz kaldıklarını saptamışlardır. Havacılıkta işitme kaybı üzerine yapılan birçok araştırmada, çoğunda işitme kaybının gürültüye bağlı olduğunu belirtmişlerdir (32-35). Barlı (35), orman işçilerinde yaptığı çalışmada, işçilerin %47'si alçak sesleri işitmeme, %33'ü kulak çınlaması ve %40 ise gürültü nedeniyle olan sinirlilik ve baş ağrısından yakındığını belirtmektedir. Ertem ve ark (36) keten dokuma ve halı fabrikalarında 85-95 dB(A) arasında gürültü seviyesinin olduğu ve çalışanlarda %57'yi bulan işitme kaybı oranı bildirmişlerdir. Yıldırım ve ark (37) tekstil işçilerinde işitme kaybının 5-8 yıldan itibaren fark edilebilir olduğunu saptamışlardır. Ön der ve ark (38) madenlerde çalışanların, günlük yaklaşık 90-99 dB(A) gürültüye maruz kalan makinist ve kırım işçilerinde yaklaşık 4-11 yılda işitme kaybı ortaya çıktığını göstermişlerdir

Sonuç olarak, gürültünün kaynağı ne olursa olsun insanların sağlıklarını belirli düzeylerde etkilediği, bunu engellemenin ise, yasal haklar, gürültüden korunma yolları, çalışanlara temel iş sağlığı ve güvenliği eğitimi ve meslek hastalıkları hakkında bilgi verilerek olacağı önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Peter T, Sian, E. Emery's Elements of Medical Genetics. Twelfth edition. Elsevier Churchill Livingstone. London. 2005; 161-79
2. Man YK, Trolove C, Tattersall D, Thomas AC, Papakonstantinou A, Patel D, Scott C, Chong J, Jagger DJ, O'toole EA, Navsaria H, Curtis MA, Kelsell DP. A deafness-associated mutant human connexin 26 improves the epithelial barrier in vitro. *Membr Biol.* 2007; 218: 29-37.
3. Rabinowith PM. The public health significance of noise-induced hearing loss. In: Le Prell CG, Henderson D, Fay RR, Pooper AN, eds. *Noise-Induced Hearing Loss Scientific Advances.* New York: Springer. 2012; 13-25.
4. Garrioch D. Sounds of the city: the soundscape of early modern European towns. *Urban History.* 2003; 30(1): 5-25.
5. Daniel E. Noise and Hearing Loss: A Review. *J School Health.* 2007; 77 (5): 225-31.
6. Hu B. Noise-induced structural damage to the cochlea. In: Le Prell CG, Henderson D, Fay RR, Pooper AN, eds. *Noise-Induced Hearing Loss Scientific Advances.* New York: Springer. 2012; 57-86.
7. Henderson D, Hamernik RP. The use of Kurtozis measurement in the assessment of potential noise trauma. In: Le Prell CG, Henderson D, Fay RR, Pooper AN, eds. *Noise-Induced Hearing Loss Scientific Advances.* New York: Springer. 2012; 41-55.
8. Snow DJ. Noise hazards: the issues, the remedies and the trends in regulation. *Proceedings of the Institution of Mechanical Engineers, Part A: J Power & Energy.* 1999; 213 (6): 447-63.
9. Şahin E. Gürültü kontrol yöntemleri ve bir uygulama. *Gazi Üniv Müh Mim Fak Der.* 2003; 18 (4): 67-80.
10. Babisch W. Stress hormones in the research on cardiovascular effects of noise. *Noise Health.* 2003; 5 (18): 1-11.
11. Smith A. The concept of noise sensitivity: Implications for noise control. *Noise Health.* 2003; 5 (18): 57-9.
12. Çetin E, Malas MA. Fetal büyümeye etki eden çevresel faktörler. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2005; 12: 65-72.
13. Ravindran R, Devi RS, Samson J. Noise-stress-induced brain neurotransmitter changes and the effect of ocimum sanctum (Linn) treatment in albino rats. *J Pharmacol Sci.* 2005; 98: 354-60.
14. Abbate C, Concetto G, Fortunato MO. Influence of environmental factors on the evolution of industrial noise-induced hearing loss. *Environmental Monitoring and Assessment.* 2005; 107: 351-61
15. Nelson DI, Nelson RY, Concha-Barrientos M, Fingerhut M. The global burden of occupational noise-induced hearing loss. *Am J Indust Med.* 2005; 48 (6): 446-58.
16. Flamme GA, Stephenson MR, Deiters K, Tatro A, VanGessel D, Geda K et al. Typical noise exposure in daily life. *Int J Audiol.* 2012; 51 Suppl 1:S3-11.
17. Stansfeld SA, Matheson MP. Noise pollution: non-auditory effects on health. *British Medical Bulletin.* 2003; 68: 243-57.
18. Ekinci CE, Bulut T, Güler Ç. Elazığ Abdullah Paşa mahallesi gürültü düzeyinin araştırılması. *F. Ü. Fen ve Mühendislik Bilimleri Dergisi.* 2005; 17: 257-65.
19. Petrescu N. Loud music listening. *Mcgill J med. Jull.* 2008; 11(2): 169-76.
20. Derebery MJ, Vermiglio A. Facing the music: pre –and postconcert assesstment of hearing in teenagers. *Otol Neutol* 2012; 33(7): 1136-41.

21. Chung H, Roches C, Meunier J, Eavey D. Evaluation of noise – induced hearing loss in young people using a web-based survey Technique. Official journal of the American Academy of the Pediatrics. 2005; 115 (4): 861-867.
22. Tel H, Sabancıoğulları S. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin laboratuvar uygulamasında ve birbirlerine intramüsküler enjeksiyon uygularken ve klinik uygulamaların ilk gününde anksiyete durumları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 7(1): 27-32
23. Alinier G. Nursing students' and lecturers' perspectives of objective structured clinical examination incorporating simulation. Nurse Education. Today. 2003; 23 (6): 419-26.
24. Böke B, Belgin E, Köprülü H, Gökcalp S, Atacan E. Laboratuvar gürültüsü ve dış hekimliği öğrencilerinin işitme eşiklerine etkisi. OTOSKOP. 2000; 2: 61-64
25. Brenda LLM, Glen, KM. Noise-induced hearing loss. Cummings CW (editors). Cummings otolaryngology head and neck surgery. Philadelphia: Elsevier Mosby. 2005; 2906-2925
26. Jarup L, Dudley ML, Babisch W. Hypertension and exposure to noise near airports (HYENA): study design and noise exposure assessment. Environ Health Perspect. 2005; 113: 1473-78.
27. Visser O, Wijnen JHV, Leeuwen FEV. Incidence of cancer in the area around Amsterdam Airport Schiphol in 1988–2003: a population-based ecological study. BMC Public Health. 2005; 5: 127.
28. Scenihr. Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks. 'Potential health risks of exposure to noise from personal music players and mobile phones including a music playing function. Brussels: Scientific committee on emerging and newly identified health risks. European commission directorate general for health and consumers. 2008; 20-23.
29. Jansen EJ, Helleman HW, Dreschler WA, de Laat JA. Noise induced hearing loss and other hearing complaints among musicians of symphony orchestras. Int Arch Occup Environ Health. 2009; 82: 153-64.
30. Beach E, Williams W, Gilliver M. 'Estimating young Australian adults' risk of hearing damage from selected leisure activities'. Ear and Hearing. 2013; 34: 75–82.
31. Atalay H, Türkoğlu SB, Aydın E. Evaluation of Hearing Loss in Pilots. Turk Arch Otorhinolaryngol. 2015; 53: 155-62
32. Lindgren T, Wieslander G. Hearing status among commercial pilots in a Swedish airline company. Int J Audiol 2008; 47: 515-9.
33. Akan Z, Körpınar MA, Tulgar M. Effects of noise pollution over the blood serum immunoglobulins and auditory system on the VFM airport workers, Van, Turkey. Environ Monit Assess. 2011; 177(1-4): 537-43.
34. Nair LC, Mshl AV, Kashyap RC. Prevalence of noise induced hearing loss in Indian Air Force Personnel. MJAFI. 2009; 65: 247-51.
35. Barlı Ö. Orman Endüstri İşletmelerinde İnsan Sağlığını Etkileyen Fiziksel Çevre Faktörleri. Tr. J. of Agriculture and Forestry. 1998; 22: 521-4.
36. Ertem M, İlçin E, Meriç. F. Noise Induced Hearing Loss Among Cotton Textile and Carpet Mill Workers. Tr J Medical Sciences. 1998; 28: 561-5.
37. Yıldırım I, Kılınç M, Okur E, İnanc Tolun F, Kiliç MA, Kurutas EB, et al. The Effects of Noise on Hearing and Oxidative Stress in Textile Workers. Ind Health. 2007; 45(6): 743-9.
38. Onder M, Onder S, Mutlu A. Determination of noise induced hearing loss in mining: an application of hierarchical loglinear modelling. Environ Monit Assess. 2012; 184(4): 2443-51.

Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Doğurganlık ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Durumlarının Belirlenmesi

Determination of Fertility State and Use of Family Planning Method in Female Seasonal Agricultural Workers

Şemsinnur GÖÇER, Mustafa Mümtaz MAZICIOĞLU, Rabiye Özlem ULUTABANCA, Demet ÜNALAN, Muhsin KARADUMAN, Kübra ŞAHİN TARHAN

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, mevsimlik tarım işçisi kadınlarda doğurganlık ve aile planlaması yöntemi kullanım durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma; Temmuz-Kasım 2016 tarihleri arasında Kayseri ve çevresinde tarım işçiliğinde çalışmak amacıyla gelen ve çeşitli kamp alanlarında bahar, yaz ve güz mevsimi boyunca sürekli yer değiştiren mevsimlik tarım işçileri üzerinde yapıldı. Veri toplama aracı olarak kadınların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu vb. sosyodemografik özellikleri ile canlı doğum, ölü doğum, düşük, yaşayan çocuk sayısı gibi doğurganlık özelliklerini ve aile planlaması yöntemi kullanım durumlarını belirlemeye yönelik 45 soruluk anket formu kullanıldı. Veriler, araştırma ekibindeki 4 araştırmacı tarafından tarım işçilerinin çadır kurdukları bölgelerde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Bu çalışmada 141 evli kadına ait veriler değerlendirildi.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 34.2 ± 12.1 %0.7'si 18 yaş altında, %69.5'i okuryazar değildi. Evli kadınların % 50.3'ünün ilk gebelik yaşı 15-20 arasındaydı. Canlı doğum sayısı 4'ten fazla olan kadınların oranı % 62.7 idi. En az bir kez düşük yapmış kadınların oranı %42.5 iki gebelik arasında geçen süre 2 yıldan az olan kadınların oranı ise %86.5 idi. Kadınların %70.6'sının bugüne kadar hiç aile planlaması yöntemi kullanmadığı belirlendi.

Sonuç: Tarım işçisi kadınların genel topluma göre erken çocuk sahibi olduğu, çok sayıda ve sık aralıklarla gebe kaldığı, ayrıca doğum kontrol yöntemi kullanım oranının oldukça düşük düzeyde olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Mevsimlik tarım işçisi, kadın, üreme sağlığı, aile planlaması

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to determine the fertility status and the use of family planning method in female seasonal agricultural workers.

Materials and methods: This cross-sectional study was carried out on seasonal agricultural workers who came to work in Kayseri and the surrounding areas between July and November 2016 and resided in different camping sites during the spring, summer and autumn. A 45-items questionnaire including questions labor age, gender and marital status was used to determine the socio-demographic characteristics and the fertility characteristics such as live birth, stillbirth, low, number of living children, and the use of family planning method. Data were collected by face-to-face interviews by 4 researchers at camping sites. We evaluated data from 141 married women.

Findings: Mean age was 34.2 ± 12.1 . Of subjects included, 55.1% was female, 50.3% were married, and 69.5% were illiterate. Of married women, 5.0% of were under the age of 18 and age at first pregnancy was 15-20 years. The rates of women with at least one abortion and those with less than 2 years between 2 births were 42.5% and 86.5%, respectively. The rate of women with more than 4 live births was 62.7%. It was determined that no family planning method was used in 70.6% of the women.

Conclusion: It was found that women who are agricultural workers had child at younger age, higher number of pregnancy, more frequent pregnancy than general population with extremely low rates of use of contraceptive methods.

Keywords: Seasonal agricultural worker, woman, reproductive health, family planning

GİRİŞ

Tarım işçileri “sürekli, mevsimlik ve geçici tarım işlerinde ücret karşılığı bir hizmetle istihdam edilen kişiler” olarak tanımlanmaktadır (1). Mevsimlik tarım işçileri, dünyada var olan 1.1 milyar tarım işgücünün yaklaşık 450 milyonunu

Şemsinnur GÖÇER (✉), Mustafa Mümtaz MAZICIOĞLU, Rabiye Özlem ULUTABANCA, Demet ÜNALAN, Muhsin KARADUMAN, Kübra ŞAHİN TARHAN
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı – KAYSERİ
e-posta: semsinnurgocer@gmail.com

oluşturmaktadır (2). Tarım dünyada olduğu gibi ülkemizde de büyük öneme sahip olup %21.1 ile ikinci en yüksek istidam alanıdır (2). Türkiye’de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre; istihdam edilen toplam nüfusun (26 milyon 275 bin) %18.3’ü tarım sektöründe çalışmaktadır. Türkiye’deki tarım işgücünün de büyük kısmını mevsimlik tarım işçileri oluşturmaktadır (3). Genelde tarım işçileri, özelde mevsimlik tarım işçileri işin tabiatı gereği olarak iş güvenliği ve sağlıkları açısından risk altındadırlar (4). Geçici ya da gezici tarım işçilerinin günlük yaşamlarında; taşıma, barınma, sosyal güvenlik, eğitim, sağlık, beslenme, temizlik gibi pek çok konuda oldukça zorluk çektikleri bilinmektedir (5). Mevsimlik tarım işçilerinin çalışma koşullarının, ücret, konut ve beslenme olanaklarının oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Bu yetersizlik işçilerin sosyo-ekonomik yaşamları ve sağlıklarını da olumsuz yönde etkilemektedir (6,7).

Kadınlar; tarımsal işlerde üreten, değerlendiren, pazarlayan ve ev içi rolleri açısından önemli bir konuma sahiptir. Gezici veya geçici konumda çalışan kadın tarım işçileri tarımsal uğraşlarının yanı sıra, ev içi rolleri açısından da ağır bir sorumluluk altındadır. Bir yandan ailenin günlük yaşam gereksinimlerini yerine getirmeye çalışan bu kadın işçiler, bir yandan da aile ekonomisine katkıda bulunmak amacıyla çalışmaktadır (8,9). Kadın tarım işçileri ilkel barınma koşullarında tarım işçiliği yanında; yemek hazırlama, bulaşık ve çamaşır yıkama, çocuk bakımı ve su temini gibi birçok görevi de yürütmektedirler. Diğer taraftan bu gruba yönelik sağlık hizmetlerinin temininde bu işçilerin bilgi ve tutumları dışında özellikle ulaşımda da aksaklıklar yaşanmaktadır (10,11). Yetersiz koşullar nedeniyle bozuk hijyen, düşük sosyo-ekonomik düzey, genç yaşta evlenme ve beraberinde adolesan ya da erken yaşta gebelikler, çok sayıda ve sık aralıklarla gebelik ve doğum, tarım alanlarında doğum öncesi, sırası ve sonrası sağlık hizmetine erişememe annenin ve bebeğin sağlık risklerini artırmakta hatta bebek ve anne ölümlerine neden olabilmektedir (9-12).

Bu çalışmada, Kayseri İl merkezine 30 dakika ile bir saat mesafede ancak şehirden neredeyse tamamen izole çalışan ve konaklayan gezici mevsimlik tarım işçisi kadınların (MeTİK) doğurganlık özelliklerinin ve aile planlaması yöntemi kullanım durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

1. Araştırmanın Tipi

Mevsimlik tarım işçileri ile yapılan bu araştırma kesitsel tiptedir.

2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma; Temmuz-Kasım 2016 tarihleri arasında Kayseri ve çevresinde tarım işçiliğinde çalışmak amacıyla gelen ve çeşitli kamp alanlarında bahar, yaz ve güz mevsimi boyunca sürekli yer değiştiren mevsimlik tarım işçileri üzerinde yapıldı.

3. Araştırmanın Evreni

Kayseri ve çevresine çalışmamızdan bir yıl öncesi yaklaşık 4000 tarım işçisinin geldiği bilgisi Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden alındı. Buna göre bu tarım işçilerinin en az %10’una ulaşılması (400 tarım işçisi) hedeflendi. Tarım işçilerinde ele alınan değişkenlerin çok farklı çok sayıda olması nedeniyle herhangi bir değişken üzerinden örneklem büyüklüğü hesabına gidilememiştir. Araştırma kapsamına alınacak bölgeler tarımda çalışmak üzere gelen işçi profilini olabildiğince doğru yansıtacak şekilde, Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğü ile yapılan görüşmeler sonucunda belirlenmiştir. Bu belirlemede Toplum Sağlığı çalışanlarının tarım işçilerinin hareketliliği ve konaklaması ile ilgili tecrübelerinden yararlanılmıştır.

Çalışma sonunda hedeflenen nüfus üzerinden toplam 508 tarım işçisine ulaşıldı. Kayseri ve çevresine gelen tarım işçilerinin çalıştıkları alanlar, sayıları ve demografik özellikleri ile ilgili herhangi bir kayıt tutulmuyor olması ve sık yer değiştirdikleri için izlenmelerinin hiç kolay olmaması nedeniyle örneklem büyüklüğünün tespit edildiği (%10) toplam tarım işçisi popülasyonu bir önceki yıl gelenler hakkında Halk Sağlığı Müdürlüğü’ne bağlı toplum sağlığı ekiplerince yapılan tespitlere dayanmaktadır. Araştırmanın yapıldığı bölge tarım işçilerinin en yoğun oldukları ve en uzun süre kaldıkları bölgeler olması sebebiyle hedeflenen sayıya ulaşılabilmesi açısından tercih edilmiştir.

4. Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak anket formu ve doktor araştırmacı gözlemleri kullanılmıştır. Aile planlaması ile ilgili olarak da bu anket formunda yer alan sorular kullanılmıştır.

Çalışmada ayrıca bu çalışmaya konu olmayan ağız diş sağlığı, lezyonları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve psikososyal durum ile ilgili değerlendirmeler yapılması da planlanmıştır. Ayrıca tarım işçilerinin ne zaman çalışmak üzere gelecekleri ve buldukları bölgede ne kadar süre kaldıkları konaklayacakları bilgisine tarım araçları (Çavuşlar) vasıtasıyla da ulaşılmıştır. Bu ön çalışmadan sonra, hem Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğü hem de tarım araçlarıyla kurulan sürekli iletişimlerle tarım işçilerinin geldiği zaman belirlenerek daha önce hazırlanan anket formları ile araştırma bölgelerine gidilmiştir. Araştırmanın yapıldığı bölgeler il merkezine yaklaşık 45 km uzaklıktaki tarım alanlarıydı ve işçilerin çalıştıkları tarlalardan dönüş saati akşam 18:00-19:00 idi. Bu sebeple, bölgeye gitmek veri toplamak üzere öğle üzeri gidilip çalışma için tarlada olmayanlar ile ve daha sonra tarladan çalışma sonrası dönenler ile yüz yüze görüşülerek veri toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak kadınların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu vb. sosyodemografik özellikleri ile canlı doğum, ölü doğum, düşük, yaşayan çocuk sayısı gibi doğurganlık özelliklerini ve aile planlaması yöntemi kullanım durumlarını belirlemeye yönelik 45 soruluk anket formu kullanıldı. Veriler, araştırma ekibindeki 4 araştırmacı tarafından tarım işçilerinin çadır kurdukları bölgelerde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Çalışmaya dahil edilen tarım işçilerini arasında 18 yaş üzeri eksik verisi olmayan Türkçe konuşan tüm kadınlar bu çalışmaya dahil edilmiştir (n=141).

5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay ve Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır.

6. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada 141 evli kadına ait veriler değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerin analizlerinde sayı ve yüzdelik dilimler kullanılmıştır.

7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, mevsimlik tarım işçileri üzerinde yapıldığı için elde edilen sonuçlar diğer tarım işçilerine genellenemez. Sadece Kayseri merkezde üç ilçedeki mevsimlik tarım işçileri ile yapıldığı için elde edilen sonuçları tüm mevsimlik tarım işçilerine genellemek mümkün değildir. Ayrıca, toplam örnekleme tahmin zorluğu, Türkçe bilmeyen tarım

işçilerinin olması, tarım işçilerinin hareketliliği nedeniyle hedeflenen örnekleme ulaşma zorluğu araştırmanın diğer sınırlılıklarındandır.

BULGULAR

Tablo1. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

DEĞİŞKENLER	Sayı	%	
Yaş Grupları	<18	1	0.7
	18 ve üzeri	140	99.3
Öğrenim Düzeyi	Okuryazar değil	98	69.5
	Okuryazar	26	18.4
	İlkokul ve üzeri	17	12.1
Sosyal Güvence	Var	122	86.5
	Yok	19	13.5
Yaşayan Çocuk Sayısı	< 5	46	42.6
	≥ 5	95	57.4
Çalışma Süresi	<5 yıl	23	16.3
	5-9 yıl	28	19.9
	10 yıl ve üzeri	90	63.8
Gelir Düzeyi *	Yeterli	4	2.8
	Yetersiz	99	70.2
Toplam	141	100	

*38 kişi bu soruyu cevaplamamıştır.

Araştırma grubunun, yaş ortalaması 34.2±12.1 %0.7'si 18 yaş altında, %69.5'i okuryazar değil ve % 86.5'inin sosyal bir güvencesi vardı. Kadınların % 63.8'i tarım işçiliğinde 10 yıl ve daha fazla süredir çalışmakta olup %70.2'si gelirini yetersiz bulduğunu ifade etmiştir.

Tablo2. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Doğurganlık İle İlgili Temel Özellikleri

DEĞİŞKENLER	Sayı	%	
Evlenme Yaşı (n:126)	<15	13	9.2
	15-20	89	63.1
	>20	24	17.0
İlk Gebelik Yaşı (n:114)	<15	6	4.3
	15-20	71	50.3
	>20	37	26.2
İlk Doğum Yaşı (n:101)	<15	3	2.1
	15-20	64	45.3
	>20	34	24.1
Canlı Doğum Sayısı (n:110)	<4	41	37.3
	≥4	69	62.7
Düşük Sayısı(n:87)	Evet	37	42.5
	Hayır	50	57.5
İki gebelik arasında geçen süre(n:74)	<2 yıl	64	86.5
	≥ 2 yıl	10	13.5

Çalışmamızda, kadınların %9.2'sinin ilk evlenme yaşı <15, %63.1'inin 15-20 yaş arasında idi. Evli kadınların %50.3'ünün ilk gebelik yaşı 15-20 arasındaydı. İlk doğum yaşı <15 olanların oranı %4.3 iken 15-20 yaş arasında olanların oranı %45.3 idi. Canlı doğum sayısı 4'ten fazla olan kadınların oranı ise %62.7 idi. En az bir kez düşük yapmış kadınların oranı %42.5 idi.

Yaşayan çocuk sayısı 5 ve 5'ten fazla olanların oranı %57.4, ortalama sahip olunan çocuk sayısı 5.2 ± 3.20 olup, iki gebelik arasında geçen süre 2 yıldan az olan kadınların oranı %86.5 idi.

Kadınların aile planlaması uygulamasına ilişkin davranışları değerlendirildiğinde; %70.6'sının bugüne kadar hiç koruyucu yöntem kullanmadığı belirlenmiştir. Herhangi bir yöntem kullanıp da bu yöntemi bırakan

kadınların %80.0'ı çeşitli yan etkilerinden dolayı yöntemi bıraktıklarını belirtmişlerdir.

Mevsimlik tarım işçisi kadınların aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri arasında %32.5'inin bilgi sahibi olmadığı için herhangi bir yöntem kullanmadığı, %47.0'ının ise eşleri istemediği için yöntem kullanmadığı tespit edilmiştir. Gebelikten koruyucu yöntem kullananların; %61.8'i RİA, %17.6'sı hap kullanmaktaydı. Çalışma kapsamında yapılan görüşme sırasında aile planlaması yöntemi kullanma durumu %73.7 iken; bunların %42.3'ü rahim içi araç, %30.8'u tüpligasyonu yöntemi ile gebelikten korunmaktaydı.

Kadınların %55.0'si kullanılan yöntemle ilgili bilgilendirildiğini ve yöntem hakkında bilgiyi %38.9'u aile sağlığı elemanından, %50.0'si ise diğer sağlık

Tablo 3. Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Durumlarına İlişkin Özellikleri

DEĞİŞKENLER		Sayı	%
Bugüne kadar herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanım durumu (n:126)	Evet	37	29.4
	Hayır	89	70.6
Aile planlaması yöntemi kullanmama nedeni (n:83)	Çocuk istiyor	39	47.0
	Bilgi sahibi değil	27	32.5
	Eşi istemiyor	12	14.5
	Diğer	5	6.0
Bugüne kadar kullanılan aile planlaması yöntemi(n:34)	RİA(Rahim İçi Araç)	21	61.8
	Hap	6	17.6
	Tüpligasyon	5	14.7
	Kondom	2	5.9
Aile planlaması yöntemi bırakma sebebi (n:15)	Yan etkisinden	12	80.0
	Çocuk istiyor	2	13.3
	Tüpligasyonu yaptırmış	1	6.7
Şu anda aile planlaması yöntemi kullanma durumu(n:99)	Evet	26	26.3
	Hayır	73	73.7
Şu anda kullanılan aile planlaması yöntemi (n:26)	Ria	11	42.3
	Tüpligasyon	8	30.8
	Kondom	4	15.4
	Hormonal enjeksiyon	2	7.7
Kullanılan yöntemle ilişkin bilgilendirilme durumu(n:26)	Geri çekme	1	3.8
	Evet	15	57.7
Yöntemle ilgili bilgiyi nereden/kimden aldığı (n:26)	Hayır	11	42.3
	Aile hekimi	2	7.7
	Aile sağlığı elemanı	10	38.4
Yöntemle ilgili sorun ile karşılaşıldığında başvuru yeri/kişi (n:26)	Diğer sağlık kuruluşları	14	53.9
	Aile hekimi	3	11.5
	Aile sağlığı elemanı	9	34.6
Kürtaj bir aile planlaması yöntemi midir?(n:84)	Diğer sağlık kuruluşları	14	53.9
	Evet	3	3.6
	Bilmiyorum	12	14.3
	Hayır	69	82.1

kuruluşlarından aldığını belirtmiştir. Kullanılan yöntemle ilgili bir sorun yaşadıklarında %38.1'i aile sağlığı elemanına ve %52.4'ü diğer sağlık kuruluşlarına başvurmakta idi. Kadınların %3.6'sı kürtajı bir aile planlaması yöntemi olarak görmektedir (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, MeTİK'in doğurganlık özelliklerine ilişkin durumları ve aile planlaması yöntemi kullanım alışkanlıkları kesitsel bir biçimde yüz yüze görüşme yöntemiyle belirlenmiştir.

Araştırma grubunun yaş ortalaması 34.2±12.1 olup, %5.0'ı 18 yaş altında idi. Kadınların %69.5'i ise okuryazar değildi. Kadınların % 50.3'ünün ilk gebelik yaşı 15-20 arasındaydı. Canlı doğum sayısı 4'ten fazla olan kadınların oranı % 62.7 idi. En az bir kez düşük yapmış kadınların oranı %42.5 iki gebelik arasında geçen süre 2 yıldan az olan kadınların oranı ise %86.5 idi. Kadınların %70.6'sının bugüne kadar hiç aile planlaması yöntemi kullanmadığı belirlendi.

Tarımsal işlerde çalışan kadınlarda üreme sağlığı sorunları kadını olduğu kadar doğacak bebeğini de etkilediğinden daha da önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (9,11). Düşük sosyoekonomik düzey genç yaşta evlilik ve beraberinde getirdiği adölesan gebelikler, akraba evliliği, doğum öncesi bakım almamak ya da yetersiz almak vb. durumlar anne ve bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (9, 10, 13).

Araştırma grubumuzdaki kadınların % 69.5'i okuryazar değildi. TÜİK 2015 rakamlarına göre genel toplumdaki 25 yaş ve üzeri nüfusta okuma yazma bilmeyen erkeklerin oranı %1.8 iken kadınlarda ise %9.0'dır (14). Bu bulgu normal topluma göre okuma yazma bilmeme oranının mevsimlik tarım işçisi kadınlarda normal yerleşik topluma göre yaklaşık 7 kattan daha fazla olduğunu göstermektedir.

Kırsal kesimde erkeklerde altı yaş üzerinde eğitimi olmama/ilkokulu bitirmeme oranı %26.1; kadınlar arasında eğitimi olmama/ilkokul bitirmeme oranı %47.6 olduğu (15), 15 yaş üzerindeki mevsimlik tarım işçisi nüfusun % 31.4'ünün okuma yazma bilmediği, okuma-yazma bilmeme durumunun yaş ilerledikçe arttığı, 35 yaş ve üzerinde yaklaşık iki kişiden birinin okuma-yazma bilmediği belirtilmektedir (16). Eğitimin, bireyin gerek yaşamını sürdürme ve kendini geliştirmesi gerekse içerisinde bulunduğu toplumla uyum içinde yaşama noktasında önemli bir payı vardır (17). Kadınların eğitim düzeyinin erkeklerin gerisinde kalması; sağlıklı bir toplum, dengeli ve

tutarlı bir aile yapısı kurulması açısından olumsuz bir durum olarak değerlendirilmelidir (17). Türkiye'de, bütün çabalara rağmen, başta eğitim olmak üzere toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve ayrımcılığı; eğitimden çalışma yaşamına, sağlıktan karar mekanizmalarına katılıma kadar yaşamın birçok alanında kadın ile ilgili eşitsizlikler söz konusudur (17-19). Bunların yanı sıra ana çocuk sağlığı açısından da genç yaşta evlenme, adölesan gebelikler, çok ve sık aralıklı gebelik ve doğum, tarım alanlarında doğum öncesi, sırası ve sonrası sağlık hizmetine erişememe gibi sorunlar da daha sık görülmektedir (9-12). Ayrıca tarım işçisi kadınların öğrenim düzeylerinin düşük olması da bu alanda çalışan kadınlar için anne ve çocuk sağlığı açısından riskleri artırabilmektedir.

Çalışmamızdaki kadınlarda ilk evlenme yaşı 15 ten küçük olanların oranı %9.2, yaşı 15 ila 20 olan kadınların oranı ise %63.1 idi. Evli kadınların yaklaşık yarısında (%50.3) ilk gebelik yaşı 15 ile 20 arasındaydı. Yine kadınların %45.3'ünün ilk doğum yaşı 15-20 yaş arasında ve canlı doğum sayısı 4'ten fazla olan kadınların oranı ise % 62.7 idi.

Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 verilerine her yaş grubunda, kırsal alanlardaki kadınların kentsel alanlardaki kadınlara göre daha fazla çocuk doğurduğu ve 15-19 yaş arasında doğurganlık oranının %45.0, 25-29 yaşta kadınların ortanca ilk doğum yaşının ise 22.3 olduğu belirtilmektedir (21). Yine TNSA 2013 sonuçlarına göre ilk gebelik yaşı 15-19 arasında olan kadınların oranı kentte %1.2 iken kırdada %1.8 olduğu belirtilmektedir(21). Çalışmamızda evli kadınların yaklaşık yarısında (%50.3) ilk gebelik yaşı 15 ile 20 olduğu belirlenmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu 2011 verilerine göre, yükseköğretim mezunu kadınların ortalama evlilik yaşının 25-29 yaş aralığında, ilk evliliklerini 16-19 yaş aralığında yapan kadınların ise herhangi bir okul bitirmeyen ya da ilköğretim mezunu olduğu ve öğrenim düzeyi yükseldikçe evlilik yaşının yükseldiği anlaşılmaktadır (17).

Türkiye İstatistik Kurumu 2015 verilerine göre, ilk evliliğini 2015 yılında yapmış olan kadınların ortalama evlenme yaşı 23.9'dur. (TÜİK 2015) (20). TNSA 2013 de ise Türkiye'de 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ilk evlenme yaşı 21 ve erken yaşta yapılan evliliklerde, 15-19 yaş grubundaki kadınların %7'sinin evlendiği belirlenmiştir (TNSA 2013) (21). Bulgular aynı zamanda eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde 25-49 yaşlar arasındaki kadınlar içinde, hiç eğitimi olmayan kadınlar ile en az lise mezunu

kadınlar arasında ilk evlenme yaşında lise mezunları lehine yaklaşık altı yıllık bir fark bulunmaktadır.

Mevsimlik tarım işçileri ile yapılan bir çalışmaya göre bebek ve anne ölümlerinin diğer gruplara göre üç kat fazla, ölü doğum ve düşük oranlarının da daha yüksek olduğu belirtilmektedir (13). Mevsimlik tarım işçilerinin yaşam koşullarının belirlendiği bir başka çalışmada ise, üreme sağlığı sorunları, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişememe nedeniyle erken ölüm ve hastalıklara maruziyetlerinin daha sık olduğu belirlenmiştir (2).

Araştırmamızda, kadınların %70.6'sı bugüne kadar hiç koruyucu yöntem kullanmadığını belirtti. Kadınların % 32.5'i bilgi sahibi olmadığı için, %47.0'ı ise eşleri istemediği için aile planlaması yöntemi kullanmıyordu. Bugüne kadar kullanılan yöntemlerde ilk üç sırayı RİA (% 61.8), hap (%17.6) ve tüp ligasyonu (%14.7) almaktaydı.

Literatürde, 15-49 yaş evli kadınlarda herhangi bir kontraseptif yöntem kullanma %73.5, herhangi bir modern yöntem kullanma %47.4 ve herhangi bir geleneksel yöntem kullanma oranının %26.0 olduğu bildirilmektedir (21). TNSA 2013 verilerine göre 15-49 yaş evli kadınların %16.8'i RİA, % 15.8'i kondom kullandığı ve %9.4'ü tüpligasyonu yaptırmıştır (21).

Çalışmamızda kadınların sahip oldukları ortalama çocuk sayısı 5.2 ve en az bir kez düşük yapanların oranı ise %42.5 idi.

Türkiye'de 15-49 yaş evli kadınların ortalama sahip oldukları çocuk sayısının 2.23 iken (21) MeTİK'lerde 4.5 olduğu belirtilmektedir (22). Yine literatürde MeTİK'lerde ortalama çocuk sayısının 4.3 ile 6.8 arasında değiştiği (16), yaklaşık her üç kadından birinin düşük yaptığı, düşük ve ölü doğum yapmanın beş ve üzerinde gebelik yaşayanlarda ve mevsimlik tarım işçisi olanlarda daha fazla olduğu belirtilmektedir (11). Dolayısıyla bu gruptaki kadınların genel topluma göre doğurganlığın daha fazla olması; düşük, ölü doğum, erken doğum gibi riskli durumlar açısından daha fazla risk altında olduklarını göstermektedir.

SONUÇ

Tarım işçileri arasında bulunan kadınlarda genel topluma göre ilk gebelik yaşı düşük, doğum sayısı fazla ve gebelik aralıkları bir yıldan az bir süredir. Zor yaşam şartları ve çalışan nüfusun olabildiğince fazla olmasının aile yaşamına getireceği katkı nedeniyle erken çocuk sahibi olma, çok sayıda gebe kalma ve doğum kontrol yöntemlerini oldukça kısıtlı düzeyde kullanma olduğu sonucuna varılmıştır.

Ayrıca etkili doğum kontrol yöntemleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları da yüksek doğum oranına katkı sağlamış olabilir. Ayrıca düşük eğitim seviyesi, erken yaşta çocuk sahibi olma, çok ve sık doğum yapma, aile planlaması yöntemlerinin kısıtlı düzeyde kullanılması gibi sorunlar kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

ÖNERİLER

Mevsimlik tarım işçisi kadınların, genç nüfusa sahip olması üreme sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiğini açıkça göstermektedir. Bu sebeple kadınlara yönelik sunulan sağlık hizmetleri bu gruplar açısından daha önemli hale gelmektedir. Buna göre organizasyon ve hizmet sunumu planlaması yapılmalıdır.

- Araştırmanın kapsamının genişletilerek diğer tüm tarım işçilerinde de yapılması,
- Ekonomiye önemli katkıda bulunan bu grubun gereksinimlerinin tespit edilerek üreme sağlığı ve aile planlaması konuları hakkında farkındalık düzeylerinin artırılması için eğitim programları planlanması,
- Bu konuya özgün çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Kaya M, Özgülner N. Mevsimlik (Gezici/Geçici) Tarım İşçilerinin İki Yerleşim Birimindeki Yaşam Koşulları ve Sağlık Durumlarına Niteliksel Bakış. Turk J Public Health 2015;13(2): 115-126.
2. Fereli S, Aktaş Ş, Güneş FE. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Çalışma Koşulları, Beslenme Durumları ve Görülen Sorunları. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;1(3): 36-47.
3. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18645>[Erişim tarihi: 20.09.2016].
4. Jadhav R, Achutan C, Haynatzki G, Rajaram S, Rautiainen R. Review and Meta-analysis of Emerging Risk Factors for Agricultural Injury. Journal of Agromedicine 2016; 21(3): 284-297.
5. Karaman K, Yılmaz AS. Mevsimlik Tarım İşçileri Ve Enformel İlişkiler Ağı: Giresun'da Çalışan Mevsimlik Tarım İşçileri Üzerine Bir Araştırma. ZFWT 2011; 3(1):211-226.
6. Selek Öz C, Bulut E. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Türk Hukuk Sistemi İçerisindeki Yeri. Çalışma Dünyası Dergisi 2013; 1 (1): 94-111.
7. Koruk İ. İhmal Edilen Bir Grup: Göçebe Mevsimlik Tarım İşçileri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2010;10(38): 18-21.
8. Selek Öz C, Bulut E. Düzgün İş Bağlamında Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesine

- Yönelik Bir Alan Araştırması. Bilgi Dergisi 2014; 28: 99-121.
9. <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss.716.pdf>[Erişimtarihi: 15.09.2017]
 10. Hayata Destek Derneği Mevsimlik Gezici Tarım İşçiliği Araştırma Raporu, 2014.
 11. Şimşek Z. GAP Tarımda Çalışanların Sağlığı Araştırması Raporu. Şanlıurfa: Harran Üniversitesi Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2013.
 12. Özbekmezci Ş, Sahil S. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sosyal, Ekonomik ve Barınma Sorunlarının Analizi. Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi 2004; 19(3): 261-274.
 13. http://www.mevsimliktarimiscileri.com/files/dosya/1_3_635375888071845188.pdf [Erişim tarihi:10.09.2017].
 14. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24643>: [Erişim tarihi:01.09.2017].
 15. Tarım Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri Ve Risk Altındaki Gruplar. I. Tarım Sağlığı ve İş Güvenliği Sempozyumu Kitabı,6-7 Nisan Harran Üniversitesi 2012; 27-33.
 16. Çelik K, Şimşek Z, Yüce Tar Y, Kırcı Duman A. Gezici Mevsimlik Tarım İşinde Çalışan Kadınların Çalışma ve Yaşam Koşullarının İrdelenmesi. The World Bank,2013;5-23.
 17. Özyaydınlık K. Toplumsal Cinsiyet Temelinde Türkiye’de Kadın Ve Eğitim. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2014; 33: 93-112.
 18. Arat N. Kadınların İnsan Hakları. Kadın Araştırmaları Dergisi 1999; 5: 5-10.
 19. Seven MA, Engin AO. Türkiye’de Kadın Eğitimi Alanındaki Eşitsizlikler. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007; 1(9):177-188.
 20. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21519> [Erişim tarihi: 25.01.2016].
 21. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf[Erişim tarihi: 15.01.2016].
 22. Görücü İ, Akbıyık N. “Türkiye’de Mevsimlik Tarım İşçiliği: Sorunları Ve Çözüm Önerileri. Hikmet Yurdu Düşünce – Yorum Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi 2010; 3(5):189-219.

YAZIM KURALLARI

1. Yazılar Microsoft Word Programı kullanılarak 12 punto Times New Roman fontu ile, sayfanın üst, alt ve her iki yanında 2,5 cm boşluk olacak şekilde 1,5 satır aralığı ile hazırlanmış olmalıdır. Yazılar doc ve docx formatında hazırlanmalıdır.
2. Yayınlanacak yazılar shmyo.dergi@marmara.edu.tr mail adresine gönderilmelidir.
3. Orijinal makaleler; başlık sayfası, tablo, şekil, grafik ve resimler hariç 15 sayfa; derleme yazıları ise 10 sayfayı geçmemelidir. Derlemeler her sayıda sınırlı olarak yayınlanacaktır.
4. Başlık; açıklayıcı, yazının içeriğini yansıtacak şekilde ve öz olmalı, baş harfleri büyük olarak yazılmalıdır.
5. Yazarların isimleri ve çalıştıkları kurumlar ile iletişim kurulacak yazara ait iletişim adresi, e-posta adresi, telefon ve varsa faks numaraları başlık sayfasında verilmeli; çalışmayı destekleyen kurum ya da kuruluşlar varsa, çalışma bir kongrede sunulmuş ise not olarak belirtilmelidir.
6. Makalelerde; Özet, İngilizce özet (başına makalenin İngilizce başlığı eklenmelidir), Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Kaynaklar sıra ile yazılmalıdır.
7. Makale metninde sayfalar numaralandırılmalıdır.
8. Yazılarda genel kabul görmüş kısaltmalar kullanılmalı, metin kısmında kısaltma ilk geçen yerde parantez içerisinde belirtildikten sonra metin genelinde kullanılabilir. Başlık, özet, tablo başlığı, şekil açıklama ve cümle başlarında kısaltma kullanılmamalıdır. Metin içerisinde do-kuza kadar olan tam sayılar, yazı şeklinde yazılmalıdır.
9. Makale özetleri Türkçe ve İngilizce olarak 250 kelimeyi geçmeyecek şekilde ve çalışmanın tamamının anlaşılmasını sağlayacak nitelikte olmalıdır. Özet ve İngilizce Özetin altına araştırma ile ilgili 2-5 anahtar kelime (key words) belirtilmelidir. Anahtar kelimeler Index Medicus: Medical Subject Headings ve Türkiye Bilim Terimleri sözlüğü ile uyumlu olmalıdır.
10. Özet içerisinde formüllere, tablo veya kaynaklara, standart dışı veya sık rastlanmayan kısaltmalara yer verilmemelidir.
11. Makalenin tamamı Türkçe ya da İngilizce olacak şekilde hazırlanmalıdır.
12. Fotoğraf, şekil, grafik, çizim ve şemaların toplam sayısı en fazla 6 olmalıdır. Fotoğraflar JPG (veya JPEG) formatında olmalıdır ve hangi yazıya ait olduğu belirtilmelidir.
13. Birimler, Ağırlıklar ve Ölçüler Uluslararası Sistem (SI) ile uyumlu olmalıdır.
14. Şekiller numaralandırılmalıdır (Örn: Şekil 1). Şekillere ait alt yazılar ayrı bir sayfada yazılmalıdır.
15. Tablolar metinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır (Örn: Tablo 1). Her tablo ayrı bir sayfada kısa tanımlayıcı bilgisi üstte ve gerekli dipnotları tablo altında olacak şekilde verilmelidir.
16. Kaynaklar, metin içinde geçiş sırasına göre yazılmalı ve numaralandırılmalıdır. Kaynaklar bölümünde kaynak yazımında "Index Medicus" kurallarına uyulmalıdır. Kaynağın tüm yazarları belirtilmelidir.

Örnek Kaynak Yazımları

Makale

Ozkan N, Salva E, Çakalagaoglu F, Tüzüner B. Honey as a substitute for formalin. Biotech Histochem. 2012; 87: 148-53.

Kitap Bölümü

Yüksel M, Velioğlu Ogunc A, Sahin H, Gülen D: Tıbbi laboratuvar programları için yeni bir açılım: Moleküler biyoloji ve genetik yöntemler. Geçmişten Geleceğe Sağlık Teknikerliği. Editör: Rabet Gözil, Onur Matbaacılık, Ankara 2008: 133-143.

Kitap

Thibodeau GA, Patton KT. Anatomy and Physiology. Mosby-Year Book, St.Louis.1993.

İnternet Kaynağı

FDA Consumer Health Information. How to Dispose of Unused Medicines. PDF Dökümanı [Erişim tarihi: 6 Ocak 2012]

SUBMISSION GUIDELINES

1. Manuscripts should be typed with 12 pt Times New Roman font using Microsoft Word Program and 1.5 line spacing with 2.5 cm space on top, bottom and both sides of the page. Articles must be prepared in doc and docx format.
2. The manuscripts should be sent to the shmyo.dergi@marmara.edu.tr mail address.
3. The maximum page limitation for research articles excluding title page, table, figure, graphic and pictures are 15 pages and for review articles 10 pages. Reviews will be published in limited edition in each issue.
4. The title should be descriptive, essence to reflect the content of the article and should be written with capital letters.
5. The authors name and affiliations, contact information of the corresponding author including postal and e-mail addresses, telephone and fax numbers (if any) should be given in the title page. If the research is supported by a institution or organization and presented in a congress it should be indicated as a note.
6. Manuscripts should contain abstract, English abstract (including title in English), Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion and References parts respectively.
7. Pages must be numbered in the article text.
8. General accepted abbreviations should be used in the text, the abbreviations in the text can be used throughout the text only after being indicated in parentheses at the first mention. Abbreviations should not be used in titles, abstracts, table headings, figure captions and sentence headings. The full numbers up to nine should be written as text.
9. Abstracts should not exceed 250 words in Turkish and English, and should be sufficient to understand the complete work. 2- 5 keywords related to the research should be given below the abstract and English abstract section. Keywords should be compatible with Index Medicus: Medical Subject Headings and Turkish Scientific Terms dictionary and should be indicated both in Turkish and English.
10. Abstract section should not include formulas, tables or references, nonstandard or uncommon abbreviations.
11. The whole manuscript should be prepared in Turkish or English.
12. The total number of photos, figures, graphics, drawings and diagrams should not exceed 6. Photos should be in JPG (or JPEG) format indicating figure number and captions.
13. Units, weights and measurements should be compatible with International Unit System (SI).
14. Figures should be numbered consecutively (eg. Figure 1). Captions of figures should be given in separate page.
15. Tables should be numbered in order of appearance in the text (eg, Table 1). Each table should be presented in separate page with short explanatory information given above and necessary footnotes should be given below the table.
16. References should be written and numbered as line with the text. "Index Medicus" writing rules should be followed in the references section. All of the authors in the references should be specified.

Reference Writing Examples

Journal

Ozkan N, Salva E, Çakalagaoglu F, Tüzüner B. Honey as a substitute for formalin. *Biotech Histochem.* 2012; 87: 148-53.

Chapter in a Book

Yüksel M, Veliöğlü Ogunc A, Sahin H, Gülen D: Tıbbi laboratuvar programları için yeni bir açılım: Moleküler biyoloji ve genetik yöntemler. Geçmişten Geleceğe Sağlık Teknikerliği. Editör: Rabet Gözil, Onur Matbaacılık, Ankara 2008: 133-143.

Book

Thibodeau GA, Patton KT. *Anatomy and Physiology.* Mosby-Year Book, St.Louis.1993.

Website

FDA Consumer Health Information. How to Dispose of Unused Medicines. PDF Dökümanı [Date of access: 6 Ocak 2012]