



**T.C. SAğLIK BAKANLIğI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**ANKARA'DAKİ AİLE HEKİMLERİNİN
MESLEK HASTALIKLARINA YAKLAŞIMLARI**

Dr. Ahmet Said GÖK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ANKARA'DAKİ AİLE HEKİMLERİNİN
MESLEK HASTALIKLARINA YAKLAŞIMLARI**

Dr. Ahmet Said GÖK

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Tarık Eren YILMAZ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA 2019

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım hayata ve mesleğe bakış açımı değiştiren, her türlü sıkıntıda desteğini hissettiğim sayın hocam, Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari sorumlusu Prof. Dr. Adem ÖZKARA'ya,

Arkadaşça ve dostça bizi kucaklayan, asistanlık süresince eğitimimiz ve gelişimimiz için yaptığı fedakârlıklarıyla ve farklı bakış açılarıyla örnek aldığım, çok şey öğrendiğim, kendisiyle çalışmaktan mutluluk duyduğum sayın hocam Doç. Dr. Tijen ŞENGZER'e,

Bilgilerinden ve tecrübelerinden çokça istifade ettiğim, sadece mesleki anlamda değil entelektüel birikimleriyle bana ışık olan, akademik anlamda çok şey katan değerli başasistanımız Uzm. Dr. İsmail KASIM'a ve değerli başasistanımız Uzm. Dr. İrfan ŞENCAN'a,

En başta bana yol gösteren, bilgi ve tecrübeleri ile akademik yolumuzu aydınlatan, her koşulda desteğini hissettiğim, değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Tarık Eren YILMAZ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca her zaman yanımda olan tüm çalışma arkadaşlarıma,

Bu yolu beraber yürüdüğümüz dostum Dr. Fatih KOYUNCU'ya,

Beni yetiştiren, bugünlere getiren, hayatımı şekillendirmeme yardım eden, maddi ve manevi her türlü desteği veren sevgili aileme,

Beni hiçbir zaman yarı yolda bırakmayan, bana her zaman güvenen ve seven, zor günlerimde beni ayakta tutan, sonsuz sabır, ilgi ve desteğiyle yanımda olan canım eşim Av. Büşra GÖK'e,

Bana tarifi mümkün olmayan en güzel duyguları yaşatan, her geçen gün yeni şeyler öğreten ve aslında beni büyüten canım kızım Ayşe Nil'e,

Sonsuz teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	vi
GRAFİK LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. TANIMLAR	4
2.1.1. Meslek Hastalıkları	4
2.1.2. İş Sağlığı ve Güvenliği Tanımı	5
2.1.3. İş Sağlığı	5
2.1.4. Maruziyet Süresi	5
2.1.5. Yükümlülük Süresi	5
2.2. MESLEK HASTALIKLARININ TARİHSEL GELİŞİMİ.....	6
2.3. MESLEK HASTALIKLARININ SINIFLANDIRILMASI.....	11
2.4. MESLEK HASTALIKLARINDA ÖNEMLİ BİR YAKLAŞIM: MESLEKİ ANAMNEZ İLE FİZİK MUAYENE VE ÖZELLİKLERİ	12
2.5. MESLEK HASTALIKLARINDA YASAL SORUMLULUKLAR VE UYGULAMALAR.....	15
2.6. MESLEK HASTALIKLARI HASTANELERİ	24
2.7. MESLEK HASTALIKLARI VE AİLE HEKİMLİĞİ	27
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	31
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	31
3.2. ARAŞTIRMANIN İZİNLERİ, SÜRESİ VE YERİ	31
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	31
3.4. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA AŞAMALARI-DEĞİŞKENLERİ	32
3.5. ARAŞTIRMA KRİTERLERİ	34
3.5.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	34
3.5.2. Araştırmaya Almama Kriterleri	34

3.5.3. Araştırmadan Çekilme Kriterleri	35
3.5.4. Araştırmaya Son Verme Kriterleri.....	35
3.5.5. Araştırmanın Anket Yöntemi.....	35
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ.....	35
4. BULGULAR.....	37
4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR	37
4.2. MESLEK HASTALIKLARINA YAKLAŞIM İLE İLGİLİ BULGULAR	39
4.3. AİLE HEKİMLERİNİN MESLEK HASTALIKLARI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYİ	44
5. TARTIŞMA	48
5.1. MESLEKİ ANAMNEZ.....	48
5.2. BİLGİLENDİRMELER, BROŞÜRLER, AFİŞLER, MESAJLAR VE ÇEVİRİMİÇİ SİSTEM	51
5.3. BAĞIŞIKLAMA	53
5.4. KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM (KKD).....	54
5.5. EĞİTİM	55
5.6. MESLEK HASTALIKLARI ÖN TANI, SEVK, BİLDİRİM.....	56
5.7. MESLEK HASTALIKLARI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİ	57
5.8. MESLEK HASTALIKLARI KONUSUNDA YETKİN HİSSETME	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
7. KAYNAKLAR	63
8. EKLER.....	70
EK-1: MESLEK HASTALIKLARI LİSTESİ	70
EK-2: İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU	77
EK-3: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	81
EK-4: ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI ONAYI.....	84
EK-5 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM VE ANKET FORMU	86
EK-6: TEZ KONUSU ONAY	91
9. ÖZGEÇMİŞ.....	93

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ATO	: Ankara Tabip Odası
ÇASGEM	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
ICOH	: International Commission on Occupational Health (Uluslararası İş Sağlığı Komisyonu)
ILO	: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
ISCO	: The International Standard Classification of Occupations (Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması)
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
İSG-KATİP	: İş Sağlığı Ve Güvenliği Kayıt, Takip Ve İzleme Programı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
M.Ö.	: Milattan Önce
M.S.	: Milattan Sonra
OSGB	: Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi
SAHU	: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi

S.B.Ü	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SIG	: WONCA Special Interest Group (Özel İlgi Grupları)
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TNO	: Netherlands Organisation for Applied Scientific Research (Hollanda Uygulamalı Bilimsel Araştırma Örgütü)
TUKMOS	: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri Birliği)
YSK	: Yüksek Sağlık Kurulu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı	28
Tablo 2: Katılımcıların Demografik Özellikleri	37
Tablo 3: Hekimlerin Meslek Hastalıkları Konusundaki Günlük Pratik Yaklaşımları	40
Tablo 4: Hekimlerin Meslek Hastalıkları İle İlgili Bilgileri Hakkındaki Kanaatleri	45

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Yıllara Göre Değişen Meslek Hastalıkları Bildirimleri – Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) İstatistikleri	2
Grafik 2: Unvan	38

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1:* Meslek Hastalıklarının Bildirimi.....	22
--	----

ÖZET

Giriş ve Amaç: Meslek hastalıkları konusunda dünyada ve ülkemizde giderek artan ciddi sorunlara rağmen Türkiye’de meslek hastalıkları bildirimleri ve ilgili kurumlara sevkleri beklenen sayıların çok altındadır. Bu konuda sorumlulukları olan tüm paydaşlarla birlikte özellikle hekimlere bir dizi sorumluluklar düşmektedir. Yaptığımız bu çalışma ile sağlık sisteminde önemli bir yere sahip olan birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimlerinin Başkent Ankara’da meslek hastalıklarına yönelik farkındalıklarının ve yaklaşımlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ankara’da bulunan Aile Sağlık Merkezleri, Üniversiteler, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri’nde çalışan tüm aile hekimlerine yüz yüze anket uygulama yöntemi ile ulaşamayanlara ise kendi şahsi e-mail adreslerine oluşturulan link adresi üzerinden gönderilerek çalışmaya özgün yapılandırılmış ve araştırmacılar tarafından hazırlanan 17 soruluk bir anket KASIM 2018 ŞUBAT 2019 tarihleri arasında gerekli izinler alındıktan sonra uygulanmıştır. Çalışmada tüm evrene (n: 2069) ulaşılması hedeflenmiş ve herhangi bir örneklem alınmayarak çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm aile hekimleri dahil edilmiştir. Anket sorularında aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda bilgi, tutum, davranış, yeterlilikleri ve yaklaşımları sorgulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza 324 aile hekimi katılmıştır. Meslek hastalıkları konusunda eğitim almış hekimlerin arasında sadece %22,9’u aldığı eğitimi yeterli bulduğunu ifade etmiştir. Aile hekimlerinden %34’ü tüm meslek hayatında en az bir kez meslek hastalığı ön tanısı koyduğunu belirtirken, hekimlerin sadece %18,5’i meslek hayatında ön tanı sonrası sevk/bildirim yaptığını belirtmiştir. Hekimler meslek hastalıklarının neden az bildirildiği konusunda en sık neden olarak “*mesleki anamnezin alınmaması*” ikinci sırada ise “*meslek hastalıklarını tanımlamada zorluk*” olarak tanımlamıştır. Aile hekimleri meslek hastalıklarıyla ilgili olarak günlük pratik yaklaşımlarında en sık mesleki solunum sistemi hastalıkları ile karşılaşmakta olduklarını bildirmişlerdir. Aile hekimlerinin %39,8’i hastaların mesleklerini anamnezde yeteri kadar sorgulamadığını ve %47,9’u ayrıntılı mesleki

anamnez konusunda yeteri kadar detaylı sorgulama yapmadığını ifade etmiştir. Aile hekimlerinin sadece %28,4'ü hastasının önceki işlerini sorguladığını belirtmişlerdir. Aile hekimleri meslek hastalıkları konusunda kendilerini yeterli hissetmemekte ve aldıkları eğitimi yeterli bulmamaktadır.

Sonuç: Poliklinik şartlarında aile hekimlerinin mesleki anamnez ve hastaları nereye yönlendireceği konusunda eksiklikleri olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla bu konu hakkında aile hekimlerinin farkındalıklarını ve bilgi seviyelerini yükseltmeyi amaçlayan yeni çalışmalara ve eğitimlere ihtiyaç duyulmaktadır. Böylelikle meslek hastalıkları konusunda ilk temas noktası olan aile hekimlerinin bilinçlendirilmesi dünyadaki istenilen seviyeye ulusal ve uluslararası boyutta ulaşılmasında önemli bir katkı sunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Meslek Hastalıkları, Aile Hekimi, Koruyucu Hekimlik, Birinci Basamak Sağlık Hizmeti



ABSTRACT

Aims and Objective: Despite the increasingly serious problem in our country and the world about occupational diseases, reported levels and referral to relevant institutions of occupational diseases in Turkey is far below the number expected. Family physicians, like all those with responsibilities, also have responsibilities in this regard. The aim of this study is to evaluate the awareness and approaches of family physicians working in primary health care services, which have an important place in health system, in Başkent Ankara for occupational diseases.

Materials and Methods: A 17-question survey prepared by the researchers was applied to the all family physicians working in the Family Health Centers, Universities, Training and Research Hospitals in Ankara by using face-to-face questionnaire method. A link to the personal e-mail addresses was sent to the family physicians who could not be reached. The survey was conducted between NOVEMBER 2018 and FEBRUARY 2019 after obtaining the necessary permits. The aim of the study was to reach the whole universe (n: 2069) and to include all family physicians who volunteered to participate in the study without taking any sample. In the questionnaire questions, knowledge, attitude, behavior, competence and approaches of family physicians about occupational diseases were questioned.

Results: 324 family physicians participated in the study. Among the physicians trained in occupational diseases, only 22.9% stated that the education they received was sufficient. 34% of family physicians stated that they pre-diagnosed at least one occupational disease in their professional life. Only 18.5% of physicians stated that they made referral / reported after pre-diagnosis in their professional life. Physicians stated that they do *"not taking occupational history"* as the most common reason why occupational diseases are underreported. Secondly, physicians described it as a *"difficulty in identifying occupational diseases"*. Family physicians reported that they are most frequently faced with occupational respiratory diseases in relation to occupational diseases. 39.8% of family physicians stated that their patients did not question their occupational history and 47.9% stated that they did not question them adequately about detailed occupational history. Only 28.4% of family physicians stated that their patients questioned their previous profession. Family physicians do not feel sufficient about occupational diseases and do not find the training enough.

Conclusion: In the outpatient clinic conditions, there are deficiencies in family physicians ' occupational history and where to refer patients. Therefore, there is a need for new studies and trainings aiming to raise the awareness and knowledge level of family physicians on this subject. Thus, raising the awareness of family physicians as the first point of contact for occupational diseases will make an important contribution to reaching the desired level in the world at national and international level.

Keywords: Occupational Diseases, Family Physician, Preventive Medicine, Primary Health Care



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Meslek hastalıkları küresel anlamda ele alındığında Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) verileri ışığında her yıl yaklaşık 2,3 milyon işçinin iş kazası ve meslek hastalıkları sebebiyle öldüğü bilinmektedir. 1.7 milyondan fazla kişinin ölümüyle bu ölümlerde en büyük pay meslek hastalıklarına aittir. Tüm ölümler içerisinde ölüm nedenlerinin %3,9'unu iş kazası ve meslek hastalıkları oluşturmakla beraber; Dünya nüfusunun %15'i iş kazası ve meslek hastalıklarıyla karşı karşıya kalmaktadır (1–3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine baktığımızda ise Dünya'da her yıl yeni 11 milyon meslek hastalığı vakasının ortaya çıktığı anlaşılmakta ve bu vakaların yaklaşık 700 binden fazlasının ölümle sonuçlandığı bilinmektedir (2). Bu durum; işletmeler, toplumlar ve ülkeler için devasa boyutlarda sosyal ve ekonomik anlamda bir yükü bize gösterir.

Ekonomik yük, sağlık sonuçları kadar önemlidir. ILO, iş kazaları ve meslek hastalıkları maliyetlerinin ülkelerin Gayri Safi Yurtiçi Hasıllarının (GSYİH) yüzde dördü kadar kayıplara neden olduğunu tahmin etmektedir. İş kazaları ve meslek hastalıkları yılda doğrudan veya dolaylı olarak 2,8 trilyon dolarlık zarara neden olmaktadır (4). Bu rakam çok ciddi bir ekonomik yükü bize gösterir. Bundan daha önemlisi ise işçiler ve aileleri açısından oluşabilecek insani ve finansal açıdan sorunlardır.

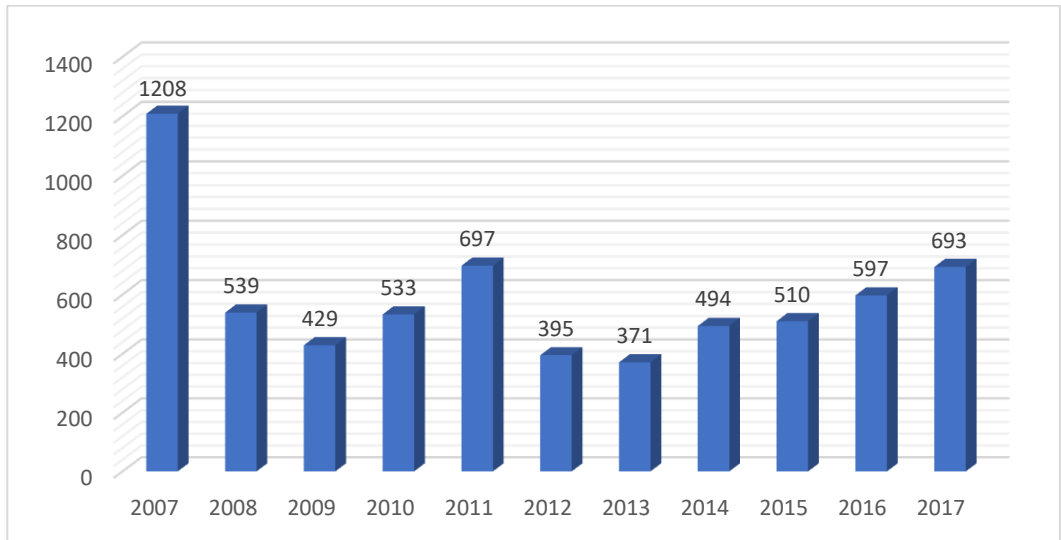
AB'de meslek hastalıkları arasında en sık kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları görülürken ikinci sırada mesleki cilt hastalıkları gelmektedir (5). Meslek hastalıkları içerisinde ölüm nedenleri arasında en sık mesleki kanserler neden olarak karşımıza çıkmakta, finansal anlamda en çok harcama yapılan meslek hastalığını ise kas-iskelet sistemi hastalıkları oluşturmaktadır (1).

Maruziyet kontrol altına alınabilir ve önlenabilir olduğundan meslek hastalıkları yüzde yüz önlenelirdir (6–9). Bu bağlamda meslek hastalıklarının önlenmesi ve erken tespit edilmesini göz önünde bulundurmak gerekir.

Meslek hastalığının adli ve sosyoekonomik yönlerini de unutmamak gerekir. İşçiye bakan yönüyle maluliyet, tazminat vb. durumlar, işverene dair sorumluluklar meslek hastalıklarına karşı önemi daha da artırmaktadır. Bu yönüyle meslek hastalıklarına karşı önlem alınması konusunda teşvik edici olacak ve işçi, işveren bu konuya daha dikkat edecek ve önem verecektir (10).

Çalışan sayısına bağlı olarak ve ülkeler arasında değişmekle birlikte yılda bin işçi için 4 ile 12 arasında yeni meslek hastalığı vakası beklenmektedir (11). Türkiye’de çalışan sigortalı sayısı 2017 SGK verilerine göre 14.477.817’dir. Bu oran düşünüldüğünde yıllık yaklaşık 58.000 ile 174.000 arasında meslek hastalığı tanısı ve bildirimi beklenmesine rağmen sadece 693 kişi hakkında bildirim yapılmıştır. Bunun yanı sıra 2017 yılında sigortalı olarak iş kazası geçirenlerin sayısı 359.866’dır (12). Avrupa’da bazı ülkelerde de aynı durum olmasına rağmen çeşitli ülkelerin meslek hastalıkları konusunda ön tanı ve bildirim sayılarına bakılacak olursa; 2017 yılında Almanya’da 75.187, Danimarka’da 18.157 (binde 6,5), şeklinde raporlanmıştır (13–15).

Türkiye istatistik verilerinde görülmektedir ki çalışan nüfusa oranla meslek hastalığı tanısı ve bildirimi beklenen düzeyin çok altındadır. (Bkz. Grafik 1)



Grafik 1: Yıllara Göre Değişen Meslek Hastalıkları Bildirimleri – Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) İstatistikleri

Maruziyet süresi ve tanı arasındaki uzun gecikme süresi, kronik hastalıkların multifaktöriyel etiyojisi, hekimler tarafından meslek hastalığının tanınmaması ve yetersiz raporlanması gibi nedenler meslek hastalıklarının gelişimindeki klinik öneminin hafife alındığının bir göstergesidir (16).

Rapor edilen meslek hastalıklarındaki uluslararası farklılıklar ve değişkenler, meslek hastalıklarının yeterince tanınmaması ve eksik raporlanması konusunun önemli olduğu gerçeğini yansıtmaktadır.

Bu konuda sağlık hizmetinin ilk temas noktası konumunda bulunan aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Meslek hastalıklarına bütüncül yaklaşım, kapsamlı ve sürekli bakım ile özgün problem çözme yetisine sahip olması beklenen aile hekimlerinin ayrıntılı mesleki anamnez alma ve koruyucu hekimlik açısından da önemli rolleri mevcuttur.

Dolayısıyla meslek hastalıkları konusunda aile hekimlerinin farkındalığının yüksek ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanmış olması ulusal bildirim sayılarının istenilen uluslararası seviyeye gelmesini de sağlayacaktır.

Bu bilgiler ışığında çalışmamızda Başkent Ankara'da birinci basamakta önemli görevler üstlenen tüm unvanlardaki aile hekimlerinin meslek hastalıklarına yaklaşım konusundaki durumlarının saptanması amaçlanmıştır. Böylelikle meslek hastalıkları konusundaki farkındalıklarının artırılması ve bu konudaki varsa boşluğun doldurulmasında ilerideki çalışmalara bir ışık tutması bu çalışma ile amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TANIMLAR

2.1.1. Meslek Hastalıkları

ILO'ya göre Meslek Hastalıkları:

1. 2002 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliği Sözleşmesine İlişkin Protokol'e (Protocol of 2002 to the Occupational Safety and Health Convention, 1981) göre, “meslek hastalığı” terimi, risk faktörlerine maruziyet sonucu iş faaliyetlerinden kaynaklı oluşan herhangi bir hastalığı kapsar.

2. ILO İstihdam Yaralanma Yararları Tavsiyesi (The ILO Employment Injury Benefits Recommendation, 1964 (Sayı 121)) Paragraf 6 (1) de belirtildiği üzere meslek hastalıkları: *“Belirli koşullar altında her üye; işlemlerde, ticari ilişkilerde ve mesleklerde maddelere ve ya tehlikeli koşullara maruz kalma sonucu ortaya çıkan hastalıkları meslek hastalıkları olarak dikkate almalıdır.”*

3. Meslek *hastalığı* tanımının iki ana unsuru vardır:

- Belirli bir iş yeri ortamında maruziyet veya iş faaliyeti ile hastalık arasındaki nedensel ilişki ve
- Hastalığın, geriye kalan popülasyon içerisinde maruziyet geçirmiş, ortalama morbiditenin üzerinde sıklığı olan bir grup içinde meydana gelmesi şeklinde belirtilmiştir (17).

DSÖ'ye göre ise:

“Meslek hastalığı”, iş aktivitelerinden kaynaklanan risk faktörlerine maruziyet sonucu olarak gelişen bir hastalıktır. “İş ile ilgili hastalıklar” ise, diğer risk faktörleriyle beraber çalışma ortamındaki faktörlerin bir araya gelerek hastalıkların gelişiminde rol oynayabileceği birçok nedene bağlı olarak gelişir (18).

Ülkemizde ise 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 14. maddesine göre “*meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürlülük halleridir.*” şeklinde tanımlanmıştır. 20/6/2012 tarihli 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’na göre ise “*Meslek hastalığı: Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalığı*” ifade etmektedir.

2.1.2. İş Sağlığı ve Güvenliği Tanımı

1950'de ILO ve DSÖ, iş sağlığının ortak bir tanımını paylaştı. 1950'deki ilk oturumunda Ortak ILO / DSÖ İş Sağlığı Komitesi tarafından kabul edildi ve 2003'teki on üçüncü oturumunda revize edildi.

2.1.3. İş Sağlığı

Her türlü meslekte çalışanların en üst düzeyde fiziksel, zihinsel ve sosyal refahının teşvik edilmesini ve sürdürülmesini amaçlamalıdır. İşçilerin çalışma koşullarından kaynaklanan sağlık kayıplarının önlenmesi; işçilerin işyerinde sağlığa zararlı faktörlerden kaynaklanan risklerden korunması; işçinin kendisine fizyolojik ve psikolojik olarak uygun mesleki ortama yerleştirilmesi ve bakımındır. Özetlemek gerekirse; **işin insana ve insanın işine adapte edilmesidir** (19).

2.1.4. Maruziyet Süresi

“*Mesleksel etkenle temasın başlamasıyla meslek hastalığı belirtilerinin ortaya çıkması için gereken en az süreyi*” ifade eder (20–22).

2.1.5. Yükümlülük Süresi

Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği’nde 4. maddenin (n) bendinde geçen şekliyle “*Sigortalının meslek*

hastalığına sebep olan işinden fiilen ayrıldığı tarih ile meslek hastalığının meydana çıktığı tarih arasında geçen en uzun süreyi” ifade eder.

2.2. MESLEK HASTALIKLARININ TARİHSEL GELİŞİMİ

Çin’deki arkeolojik kazılar sonucu madenciliğin M.Ö. 3490 dan itibaren varlığı gösterilmiştir (23). Bu bağlamda meslek hastalıklarının tarihsel gelişimi insanoğlunun varoluşuyla birlikte binlerce yıl öncesine dayanmaktadır.

Doktor, mimar, mühendis ve rahip olan M.Ö. 2700-2600 yıllarında yaşamış İmhotep mısır piramitleri yapımı aşamasında çalışanlara yönelik sağlık merkezleri oluşturmuş ve eklem ağrılarına yönelik tedavilerde bulunmuştur. İmhotep’e ait olduğu düşünülen ünlü Edwin Smith papirüsü bilinen ilk en eski yazılı cerrahi ve travma el kitabıdır (24,25).

M.Ö. 1760 yıllarında yazılı Hammurabi kanunlarında iş sağlığı ve güvenliği ile alakalı belli başlı birkaç hüküm belirtilmiştir. Çiçero tarafından “*Tarihin Babası*” olarak nitelendirilen Herodotus’un (M.Ö. 484- 425) çalışan işçilerin sağlığı ve mesleki ilişkisi hakkında ilk çalışmaları yaptığı iddia edilmektedir. Çalışan verimliliğinin artması için enerji değeri yüksek gıda tüketiminin gerekliliğini ve önemini belirtmiştir (24).

Hippokrates (M.Ö. 460-377) kurşun zehirlenmesi belirtilerini iştah kaybı, kolik ağrı, solukluk, kilo kaybı, yorgunluk, sinirlilik ve sinir spazmları olarak ilk kez tanımladı (24,26,27). Nicander bu çalışmaları geliştirmiş, belirtilerin kurşun zehirlenmesiyle ilişkisini kesinleştirmiştir (24,26). Aristoteles (M.Ö. 384-322) o dönem koşucularda ki hastalıklardan bahsetmiş, gladyatörlere yönelik diyet önerilerinde bulunmuştur. Platon (M.Ö. 254-184) çalışma pozisyonuna bağlı olarak gelişen malformasyonlardan ve şekil bozukluklarından bahsetmiştir (26).

Pliny (M.S. 23-79), kurşun işçilerinin zararlı tozlarla inhalasyonu önlemek amacıyla bir çeşit maske gibi yüzlerini gevşek torbalarla bağlanmasını önerdi (28). Galen (M.S. 130-210) Miasma Teorisi ile hastalıkların çevresel ilişkisini dile

getirmiş, kurşun ve bakırın zararlarını araştırmıştır (26,29). Juvenal ise ayakta çalışan işçilerin ayaklarında varisi ve demircilerde oluşan göz hastalıklarını tespit etmiştir (24).

Paracelsus (1493-1541) madenlerde hekim olarak çalışmış, ilk iş hekimliği kitabı olarak addedilen *De Morbis Metallici* kitabında madende çalışan işçilerde cıva ve kurşun zehirlenmelerinden bahsetmiştir (24). Tıp çevresinde bilinen “*Bütün maddeler zehirdir. Zehir olmayan hiçbir madde yoktur. Uygun doz; zehir ve ilaç arasındaki farkı ortaya çıkarır.*” ifadesi de kendisine aittir. (30) Agricola (1494-1555) “mineralojinin babası” olarak anılır ve başyapıtı *De Re Metallica*’da madencilerde ortaya çıkan hastalıklardan, maden ocaklarının havalandırılması gerekliliğinden bahsetmiştir (24,26,31).

İş sağlığının kurucusu ve babası olarak nitelendirilen Bernadino ramazzini (1633-1714), 1713 yılında “*De Morbis Artificum Diatriba*” olarak ilk meslek hastalıkları kitabını yazmıştır. Meslek hastalıklarına bilimsel olarak yaklaşan ilk kişi olarak kabul edilir. Özellikle kitabında ayrıntılı mesleki anamnezin öneminden bahsetmiş, “Ne iş yapıyorsun?” sorusu tıp camiasında anamnezin özellikleri arasında olmazsa olmaz hale gelmiştir. Günümüz şartlarında ergonomi olarak anılan çalışanın yaptığı iş ile çalışma şekli ve iş uyumunun işçi sağlığı ve verimliliği üzerine etkileri olduğunu ilk kez dile getirendir (2,24,26,32).

18. yy da Sanayi Devrimi ile birlikte çalışma koşullarında birçok büyük önemli değişiklikler meydana geldi. İngiltere’de Percival Pott (1714-1788) baca temizleyicilerinde kurum (is) ile skrotum kanseri arasındaki ilişkiyi tespit etti. Bu bağlamda kanserin çevresel bir kanserojene bağlı olabileceğini gösteren ilk bilim insanıdır (24,26,33,34). Yine İngiltere’de Charles Turner Thackrah (1795-1833) kapsamlı ve ayrıntılı bir meslek hastalıkları kitabını oluşturdu (26). Robert Owen (1771-1858) fabrikasında çalışan işçilere sanitasyon, tıbbi bakım ve eğitim imkanı verdi, çalışma koşullarını düzenledi, çalışma saatlerini azalttı (24,35).

Skrotum kanseri ile ilişkisi belirlendikten sonra İngiltere’de baca temizleyici olarak çocukların çalışmasından ötürü 1788 de Baca Temizleyicileri Kanunu

çıkarıldı. Bu yasaya göre hiçbir çocuk 8 yaşına gelmeden ve ebeveynlerinin onayı alınmadan çırak olarak çalışamayacaktı (24,36). 1802’de Çırakların Sağlığı ve Morali yasası (Health and Morals of Apprentices Act) çıkarıldı. Yasaya göre pamuk fabrikalarının uygun şekilde havalandırılmasını ve temizliğin temel şartlarının karşılanması gerektiriyordu. Çıraklara temel bir eğitim verilecek ve giysiler sağlanacaktı. Çalışma saatleri günde on iki saatten fazla olmayacak ve haftalık en fazla 58 saat olacaktı (24,37).

Bu dönemde Anthony Ashley-cooper ve Michael Sadler’ın desteklediği güçlü bir insani yardım kampanyası başlamıştı. Ashley-Cooper, 16 yaşın altındaki çocuklar için çalışma gününü azaltmayı amaçlayan 'On Saatlik Hareket'i yönetti. Michael Sadler 1832 de yasa önerisi sunmuş ve 1833 yılında “Fabrikalar Yasası”nın yürürlüğe girmesini sağlamıştır. Kanun ile birlikte çocukların 9 yaşın altında çalıştırılması ve 18 yaşından küçüklerin gece çalıştırılması yasaklandı. Bir günde sekiz saat olmak üzere 9-13 yaşları arasındakiler için haftalık maksimum 48 saatlik çalışma saati belirlendi. 13 ila 18 yaş arası çocuklar için ise günde 12 saatle sınırlandırıldı. Kanun ayrıca iş müfettişlerinin fabrikaların denetlenmesi için görevlendirilmesini düzenlenmiştir (24,38).

Cenevre’de 1919 yılında Birleşmiş Milletlere bağlı olarak ILO kurulmuş. Meslek hastalıkları, iş sağlığı ve güvenliği konularında uluslararası düzeyde birçok bilimsel çalışmanın ve yasal düzenlemenin yanında sözleşmeler de çıkarmıştır. BM ile imzaladığı antlaşma ile 1946 yılında bağımsız olarak uzmanlık kuruluşu şeklinde devam etmiştir (24,39).

Türkiye’de meslek hastalıklarının tarihsel serüveni ise ahilik teşkilatına kadar uzanır. Tanzimat öncesinde tasavvufla birlikte mesleki ilkeleri içinde barındıran *fütüvvetname* adı altında kurallar ve eserler mevcuttu (24,40). Zamanla birlikte gayrimüslim ve Müslüman esnaf ve zanaatkarların içinde olduğu organizasyonlar olarak “loncalar” şeklinde örgütlenmelerle kendi sorunlarını (hastalık, evlenme, doğum, iş kurma, işsizlik ve ölüm) kendi içlerinde çözümlemişlerdir (24). Loncalar kökenlerini ahilik teşkilatından alır.

Tanzimat ve meşrutiyetle birlikte 1865’de Dilaver Paşa Nizamnamesi tam adı “Ereğli Maden-i Hümayun İdaresinin Nizamnamesi” ile iş sağlığı ve güvenliği konusunda ilk düzenlemeler yapılmıştır. Düzenlemeyle kömür madenlerinde çalışma ve dinleme süreleri belirlenmiş, günlük en fazla 10 saat olarak çalışma saatleri sınırlandırılmıştır. Çalışma hayatına yönelik işçilerin hastalıklarının tedavi edilmesi ve ağır bir hastalık durumu söz konusu ise evlerine gönderilmesi, münavebeli çalışma gibi düzenlemeler yapılmıştır (2,41).

1869 yılında Maadin Nizamnamesi ile o dönem kömür madenlerinde yürürlükte olan zorunlu çalışma kaldırılmıştır. Dilaver Paşa Nizamnamesi’nde görülen eksiklikler giderilmeye çalışılmıştır. Modern iş yeri hekimlerine ve iş güvenliği uzmanlarına benzer şekilde madenlerde hekim ve eczane bulundurulması, mühendislerin kazalara karşı gerekli önlemleri alma ve kazaların idareye bildirilmesi, iş kazasına uğrayan kişi ve ailesine tazminat ödenmesi, sorumlu işverene ceza verilmesi gibi iş sağlığı ve güvenliğinde kapsamlı bir düzenleme getirilmiştir (2,24).

Osmanlı döneminde 1876 yılında yürürlüğe giren Mecelle’de iş sözleşmesinin temel esasları belirtilmiş, bununla ilgili olarak işverenin kusuru neticesinde doğan zarara ilişkin işveren zararı tazminle yükümlü kılınmıştır. İşçi ücretlerinin aynı olarak ödenmesi yasaklanmış, çalışmaya hazır halde işçinin bulunması koşuluyla ücrete hak kazanacağına dair hükümler düzenlenmiştir (24,42).

Cumhuriyet dönemine gelindiğinde ise sanayileşmenin de etkisiyle o dönem önemli bir merkez olan Zonguldak Ereğli bölgesine yönelik 1921 tarihinde “Zonguldak ve Ereğli Havza-i Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amele Menafi-i Umumiyesine Olarak Furuhtuna Dair Kanun” ve “Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amalesinin Hukukuna Müteallik Kanun” çıkarılmıştır (43).

10.09.1921 tarihli ve 151 sayılı *Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun* ile birlikte;

- 18 yaşından küçüklerin madenlerde çalıştırılması yasaklanmıştır.

- Günlük alışma süresi 8 saat ile sınılandırılmış, her iki tarafın rızası koşulu ile 8 saatten fazla çalışılması durumunda ücretin iki kat fazla ödenmesi gibi durumlar düzenlenmiştir.
- Maden işletmecisi işveren iş kazası geçiren ve ya hastalanan işçiyi tedavi ettirmek ve bununla birlikte maden civarında hastane, eczane ve doktor bulundurmak zorundadır.
- İş kazası sonucu ölüm meydana gelmiş ise ölen kişinin varisleri işverene karşı tazminat davası açabilmekte ve işverene cezai yaptırımlar uygulanabilmektedir.
- İş sağlığı ve güvenliği koşullarını yerine getirmeyen maden işletmelerine yönelik ruhsatname ve imtiyazları feshedilebilecektir (24,44).

1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile günümüzde hala uygulanmakta olan iş sağlığı ve güvenliği konusunda belirli büyüklükteki işyerlerinde revir bulundurulması, 50 işçiden fazla çalışan işyerlerinde hekim bulundurulması, çalışan kadın ve çocuklara yönelik koruma gibi düzenlemeler yapılmıştır (45).

İş sağlığı ve güvenliği- meslek hastalıkları konusunda yapılan düzenlemeler sırasıyla;

- İlk olarak 1936'da 3008 sayılı İş Kanunu (sonrasında 1945 tarihli 4763 sayılı Kanun ile birlikte alışma Bakanlığı kurulmuş),
- 1945 yılında 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu ve 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu,
- 1964 tarihli 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu,
- 1971 yılı 1475 Sayılı İş kanunu,
- 1973 yılında çıkartılan İşçi Sağlığı İş Güvenliği Tüzüğü,
- 2003 tarihinde 4857 sayılı İş Kanunu,
- 2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu,

- Son olarak 20.06.2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu şeklindedir.

2.3. MESLEK HASTALIKLARININ SINIFLANDIRILMASI

Hastalık ve meslek arasında nedensellik bağı olduğu müddetçe meslek hastalıklarından bahsedilebilir. Bu yüzden sınıflandırmada bu illiyet bağı oldukça önemlidir. Meslek hastalıkları öncelikle etkilediği organa ve ya sebep olan etkene göre sınıflandırılabilir. Ayrıca vücuda giriş yolu, hastalığın seyri (akut-kronik), etkilenen vücut kısmı (lokal-sistemik) gibi birçok şekilde sınıflandırılabilir.

ILO ilk olarak 1925'te meslek hastalıkları listesi yayınladı. İlk meslek hastalıkları antraks, kurşun zehirlenmesi ve cıva zehirlenmesi idi. 2002'de, endüstrilerin yapısındaki değişiklikler ile birlikte ortaya çıkan yeni kimyasallar ve artan ulusal işçi tazminatları, ILO'yu meslek hastalıkları listesini gözden geçirmesi için teşvik etti. Arada revize edilerek düzenlenen bu liste en son 2010 yılında revize edilerek ILO Meslek Hastalıkları Listesi olarak kabul edilmiştir. 2010 Tavsiye (Recommendation) 194'te (R194) eklenen ILO listesi nedenlerden ve hastalıklardan ve bunların alt kategorilerinden oluşmuştur (46,47). (Ek-1)

ILO'nun revize edilmiş 2010'da yayınladığı listeye ve DSÖ sınıflandırmasına göre meslek hastalıkları;

1. Ajanların neden olduğu hastalıklar

- Kimyasal ajanlara bağlı
- Fiziksel ajanlara bağlı
- Biyolojik ajanlara ve bulaşıcı/ paraziter hastalıklara bağlı

2. Hedef Organa göre hastalıklar

- Solunum sistemi hastalıkları
- Cilt hastalıkları
- Kas-iskelet sistemi hastalıkları

-Zihinsel ve davranışsal bozukluklar

3. Mesleki Kanserler

4. Diğer nedenler şeklinde ve daha alt gruplarda sınıflandırılmıştır (48,49).

Türkiye’de ise meslek hastalıkları sınıflandırılması;

“Sosyal Sigortalar Kanunu Sağlık İşlemleri Tüzüğü” nde yedinci bölümü madde 64’te yer almaktadır. Mevzuatta meslek hastalıkları etkene ve organa göre yapılan sınıflandırmanın birleştirilmesiyle oluşturulmuş, 5 ana grupta ve bunların alt gruplarında toplanmıştır (50). Bunlar;

- A. Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları,
- B. Mesleki cilt hastalıkları,
- C. Pnömonyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları,
- D. Mesleki bulaşıcı hastalıklar,
- E. Fizik etkenlerle olan meslek hastalıkları şeklindedir.

Ayrıca ILO’nun meslek gruplarını sınıflandırdığı ISCO vardır. ISCO, ulusal meslek sınıflandırmalarının yanı sıra öğretim, tarım ve sağlık işgücü bilgisinin raporlanması gibi belirli alanlardaki uygulamaların temelidir (48).

2.4. MESLEK HASTALIKLARINDA ÖNEMLİ BİR YAKLAŞIM: MESLEKİ ANAMNEZ İLE FİZİK MUAYENE VE ÖZELLİKLERİ

Klinisyenler iyi bir çevresel / mesleki anamnezi nasıl alması gerektiğini bilmeli ve yaygın meslek hastalıklarını, maruziyet değerlendirmesi temellerini bilmelidir (51). Meslek hastalıklarının tanı yöntemlerinden en önemlisi mesleki anamnezdır. Fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri tanıya yardımcıdır (52).

Mesleki anamnez, kapsamlı bir tıbbi değerlendirmenin ayrılmaz bir parçasıdır (53). Birçok hasta “mesleğiniz nedir?” sorusuna “serbest meslek” gibi muğlak cevaplar verse de, her hastanın mesleği mutlaka öğrenilmelidir (54). Yapılan iş ve çevre olabildiğince ayrıntılı olarak öğrenilmelidir. Kişinin esas fiilen yaptığı iş, iş ortamı, çalışma koşulları, daha önceki işleri ayrıntılı olarak öğrenilmeye çalışılmalı kaydedilmelidir. Emekli, tüccar, işçi, serbest meslek, çiftçi gibi ifadelerin bir anlamı olmamakla birlikte bunlar ayrıntılandırılmalıdır. Önceki işler geçmişe doğru sırası ile kaydedilmeli ve bu işlerde aynı şekilde ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır.

Çevresel anamnez alırken sadece şuan yaşadığı yer değil doğumundan itibaren yaşadığı bütün yerlerle birlikte bu yerlerdeki çevresel maruziyete sebep olabilecek ajanlar öğrenilmeye çalışılmalıdır. Mümkünse iş yeri görülmeli kullanılan malzemeler-maddeler, çevreden gelen solunabilir maddeler, iş ortamı olabildiğince sorgulanmalı ve anlaşılmalı çalışılmalıdır. Hastanın yakın çevresinde ve iş arkadaşlarında da benzer şikâyetlerin olup olmadığı sorgulanmalıdır. İş arkadaşlarında da benzer şikâyetlerin görülüyor olması mesleki maruziyetin sağlık üzerindeki zararlı etkilerinin ortaya konulmasında anahtar rol oynayabilir (55).

Yoğun geçen günlük poliklinik pratiklerinde meslek hastalıklarına yönelik küçük bir dizi tarama sorusu etkili mesleki anamnez almada yardımcı olabilir.

Kısaca mesleki hikâye alırken;

- Ne işle uğraşıyorsunuz (iş tanımı)?
- Sağlıkla ilgili probleminizin işinizle ilgili olduğunu düşünüyor musunuz?
- Şikâyetleriniz evde ya da işte değişkenlik gösteriyor mu? Hafta içinde ya da sonunda fark var mı?
- Radyasyon, tozlar, kimyasallar, metaller, gürültü veya sık tekrarlanan hareketler gibi bunlar ve bunlara benzer etkenlere maruz kalıyor musunuz?
 - Geçmişte bunlardan herhangi birine maruz kaldınız mı?
 - İşyerinde kişisel koruyucu donanım kullanıyor musunuz?
- İş arkadaşlarınızda benzer yakınmalar var mı?

Sorularının cevapları aranmalıdır (56,57).

Bu sorulara verilen cevaplar doğrultusunda;

- Şikâyetlerin meslek hastalıkları ile ilgili olabileceğine dair şüphe varsa;
- Hasta verilen tedavilere dirençli, hastanın sosyodemografik özellikleri hastalığıyla uyuşmuyor (sigara içmeyen, genç hastada akciğer kanseri varlığı vb.) ise;
- Etiyolojisi tespit edilememiş ve ya tedaviye dirençli egzema, hepatit, anemi, nöropati, baş ağrısı, astım, kronik akciğer hastalıkları, yeni başlangıçlı depresyon, böbrek yetmezliği, fertilite bozuklukları gibi durumlar var ise;

hastadan **kapsamlı-ayrıntılı mesleki anamnez** alınmalıdır (57).

Fizik muayenede tüm sistem muayeneleri yapılmalıdır.

Meslek hastalıklarında klinik ve laboratuvar olarak patognomonik bulgusu ve görüntüsü olan çok az sayıda hastalık vardır. Asbestozise bağlı fibrozis, akrilamide bağlı görülen periferik nöropati, bisinozise bağlı kronik bronşit, berilyozis nedeniyle oluşan granülom, silikozise bağlı nodülasyon ve ya benzen intoksikasyonuna bağlı anemi gibi örneklerin aksine **çoğu meslek hastalığında klinik ve laboratuvar da etyolojiye yönelik yeterince bulguya ulaşamaz.**

Meslek hastalığı tanısında kullanılabilecek laboratuvar testlerine gelecek olursak en çok biyokimyasal testler ve radyolojik tetkiklerden oluşur. Bunun yanında non spesifik testlerden hastalığa özgü kullanılabilecek testlere varana kadar çok geniş bir alanda tetkikler tanı için düşünülebilir.

- Çalışanın genel sağlık değerlendirmesinde hemogram, biyokimya gibi kan tetkikleri, akciğer grafisi, EKG, tam idrar tetkiki bakılabilir. İş koluna

göre risk faktörü varsa bunlara ek solunum fonksiyon testi, işitme testi planlanabilir.

- Maruz kalınan ajan ve metabolite yönelik kurşun intoksikasyonunda kanda kurşun düzeyi, toluen maruziyetinde idrarda hippurik asit gibi testler uygulanabilir.
- KOAH hastalarında etyolojide yer alan alfa 1 antitripsin eksikliği, hemolitik anemilerde kimyasal ajanlara maruziyete bağlı olabileceği düşünülerek glukoz 6 fosfat dehidrogenaz eksikliği, bazı etkenlere karşı hipersensitivite gibi durumlarda kanda 1gE, 1gG ve bunlarla birlikte bazı kimyasal maddelere bağlı oluşabilecek kromazomal değişiklikler gibi durumlarda genetik ve alerji testleri uygulanabilir (1).
- Bunların yanında patolojik incelemeler hem tanısal hem hukuki açıdan kullanılabilir.

Meslek hastalıkları konusunda Resmi Gazete’de yayımlanmış anamnez ve fizik muayene ile ilgili sahada kullanılan belge Ek-2’de ayrıca verilmektedir.

Meslek hastalığının tanı ve tedavisinde esas nokta iş hayatı ile hastalığa yol açan etkenin ilişkisidir. Meslek hastalıklarına neden olan etken iş yerindedir. Tedavide ilk iş hastayla etkenin ilişkisini kesmektir. Etkenin iş yerinden elimine edilmesi, bu mümkün değilse uygun yöntemlerle kontrol altına alınması veya hastanın iş değişikliği gerekir. Bununla birlikte hastalığa özgü spesifik ve genel destekleyici tedavilerde uygulanabilir. Meslek hastalıklarından korunmada işçilerin işe giriş muayenelerinin, periyodik sağlık muayenelerinin ve uygun işe yerleştirilmelerinin önemli rolü vardır (52).

2.5. MESLEK HASTALIKLARINDA YASAL SORUMLULUKLAR VE UYGULAMALAR

İş sağlığı ve güvenliğine yönelik iş yerlerinde hem işverene hem çalışana büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu konuda 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 30.06.2012 tarihinde Resmi Gazete’ de yayımlanmıştır.

Kanuna bakılacak olursa işverenin sorumlulukları 4. ve 5. Maddede, iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanının sorumlulukları 8. Maddede, çalışanların sorumlulukları ise 19. Maddede düzenlenmiştir. Kanunun 2. Maddesinde “tüm çalışanlarına” ifadesi ile işçi, memur, kamu, özel sektör ayırımı yapmaksızın önceki kanuna nazaran kapsamı genişletilmiştir.

Kanun maddelerine bakacak olursak;

İşverenin genel yükümlülüğü

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

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

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

c) Risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.

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

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

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

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

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

İşyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanları

MADDE 8 – (1) İşyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanlarının hak ve yetkileri, görevlerini yerine getirmeleri nedeniyle kısıtlanamaz. Bu kişiler, görevlerini mesleğin gerektirdiği etik ilkeler ve mesleki bağımsızlık içerisinde yürütür.

(2) (Değişik: 4/4/2015-6645/1 md.) İşverene iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili konularda rehberlik ve danışmanlık yapmak üzere görevlendirilen işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı, görev aldığı işyerinde göreviyle ilgili mevzuat ve teknik gelişmeleri göz önünde bulundurarak iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eksiklik ve aksaklıkları, tedbir ve tavsiyeleri belirler ve işverene yazılı olarak bildirir. Eksiklik ve aksaklıkların düzeltilmesinden, tedbir ve tavsiyelerin yerine getirilmesinden işveren sorumludur. Bildirilen eksiklik ve aksaklıkların acil durdurmayı gerektirmesi veya yangın, patlama, göçme, kimyasal sızıntı ve benzeri acil ve hayati tehlike arz etmesi, meslek hastalığına sebep olabilecek ortamların bulunmasına rağmen işveren tarafından gerekli tedbirlerin alınmaması hâlinde, bu durum işyeri hekimi veya iş güvenliği uzmanınca, Bakanlığın yetkili birimine, varsa yetkili sendika temsilcisine, yoksa çalışan temsilcisine bildirilir. Bildirim yapmadığı tespit edilen işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanının belgesi üç ay, tekrarında ise altı ay süreyle askıya alınır. Bu bildirimden dolayı işvereni tarafından işyeri hekimi veya iş güvenliği uzmanının iş sözleşmesine son verilemez ve bu kişiler hiçbir şekilde hak kaybına uğratılamaz. Aksi takdirde işveren hakkında bir yıllık sözleşme ücreti tutarından az olmamak üzere tazminata hükmedilir. İşyeri hekimi veya iş güvenliği uzmanının iş kanunları ve diğer kanunlara göre sahip olduğu hakları saklıdır. Açılan davada, kötü niyetle gerçek dışı bildirimde bulunduğu mahkeme kararıyla tespit edilen kişinin belgesi altı ay süreyle askıya alınır.

(3) Hizmet sunan kuruluşlar ile işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanları, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yürütülmesindeki ihmallerinden dolayı, hizmet sundukları işverene karşı sorumludur.

(4) Çalışanın ölümü veya maluliyetiyle sonuçlanacak şekilde vücut bütünlüğünün

bozulmasına neden olan iş kazası veya meslek hastalığının meydana gelmesinde ihmali tespit edilen işyeri hekimi veya iş güvenliği uzmanının yetki belgesi askıya alınır.

(5) İş güvenliği uzmanlarının görev alabilmeleri için; çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde (A) sınıfı, tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde en az (B) sınıfı, az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde ise en az (C) sınıfı iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip olmaları şartı aranır. Bakanlık, iş güvenliği uzmanlarının ve işyeri hekimlerinin görevlendirilmesi konusunda sektörel alanda özel düzenleme yapabilir. (Ek cümle: 4/4/2015-6645/1 md.) Sektörel düzenleme çerçevesinde maden ve yapı ile diğer sektörlerde öncelikli olarak hangi meslekî unvana sahip iş güvenliği uzmanlarının görev yapacağının ve bunların yanında görev yapacak diğer mesleklere sahip iş güvenliği uzmanlarının belirlenmesine dair usul ve esaslar, Bakanlıkça belirlenir.

(6) Belirlenen çalışma süresi nedeniyle işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanının tam süreli görevlendirilmesi gereken durumlarda; işveren, işyeri sağlık ve güvenlik birimi kurar. Bu durumda, çalışanların tabi olduğu kanun hükümleri saklı kalmak kaydıyla, 22/5/2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanununa göre belirlenen haftalık çalışma süresi dikkate alınır.

(7) Kamu kurum ve kuruluşlarında ilgili mevzuata göre çalıştırılan işyeri hekimi veya iş güvenliği uzmanı olma niteliğini haiz personel, gerekli belgeye sahip olmaları şartıyla asli görevlerinin yanında, belirlenen çalışma süresine riayet ederek çalışmakta oldukları kurumda veya ilgili personelin muvafakati ve üst yöneticinin onayı ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görevlendirilebilir. Bu şekilde

görevlendirilecek personele, görev yaptığı her saat için (200) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı tutarında ilave ödeme, hizmet alan kurum tarafından yapılır. Bu ödemeden damga vergisi hariç herhangi bir kesinti yapılmaz. Bu durumdaki görevlendirmeye ilişkin ilave ödemelerde, günlük mesai saatlerine bağlı kalmak kaydıyla, aylık toplam seksen saatten fazla olan görevlendirmeler dikkate alınmaz.

(8) Kamu sağlık hizmetlerinde tam süreli çalışmaya ilişkin mevzuat hükümleri saklı kalmak kaydıyla, işyeri hekimlerinin ve diğer sağlık personelinin işyeri sağlık ve güvenlik birimi ile ortak sağlık ve güvenlik birimlerinde görevlendirilmelerinde ve hizmet verilen işyerlerinde çalışanlarla sınırlı olmak üzere görevlerini yerine getirmelerinde, diğer kanunların kısıtlayıcı hükümleri uygulanmaz.

Çalışanların yükümlülükleri

MADDE 19 – (1) Çalışanlar, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda, kendilerinin ve hareketlerinden veya yaptıkları işten etkilenen diğer çalışanların sağlık ve güvenliklerini tehlikeye düşürmemekle yükümlüdür.

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

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

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

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

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

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

Şeklinde ifade edilmiştir.

İşverenin alması gereken tedbirler diğer maddelerde de hüküm altına alınmıştır. İlgili kanun ve yönetmeliklere bakılacak olduğunda işverenin sorumlulukları arasında:

- İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini sunmak.
- İşyerinde riskler ve tehlikeler göz önüne alarak iş organizasyonunu belirlemek.
- Çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamak için risk değerlendirmesi yapmak,
- Çalışanlara ilk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında görev ve sorumlulukları vermek,
- Çalışanların sağlıkla ilgili gözetimi yapmak, (işe giriş- periyodik sağlık muayeneleri)
- Çalışanları iş sağlığı ve güvenliği konusunda bilgilendirme, eğitimini sağlama, görüşünü alma ve katılımını sağlama yer almaktadır.

Çalışanlar ise, işyerlerinde hem kendilerinin hem de diğer çalışma arkadaşlarının sağlık ve güvenliklerini tehlikeye atmamakla yükümlüdür (58).

Meslek hastalıklarının kayıt ve bildirimi ise kanunun 14. Maddesinde düzenlenmiştir. Ayrıca Şekil 1 de bildirim ve tanı mekanizması özetlenmiştir. Kanuna göre:

İş kazası ve meslek hastalıklarının kayıt ve bildirimi

MADDE 14 – (1) İşveren;

a) Bütün iş kazalarının ve meslek hastalıklarının kaydını tutar, gerekli incelemeleri yaparak bunlar ile ilgili raporları düzenler.

b) İşyerinde meydana gelen ancak yaralanma veya ölüme neden olmadığı halde işyeri ya da iş ekipmanının zarara uğramasına yol açan veya çalışan, işyeri ya da iş ekipmanını zarara uğratma potansiyeli olan olayları inceleyerek bunlar ile ilgili raporları düzenler.

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

a) İş kazalarını kazadan sonraki üç iş günü içinde.

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

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

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

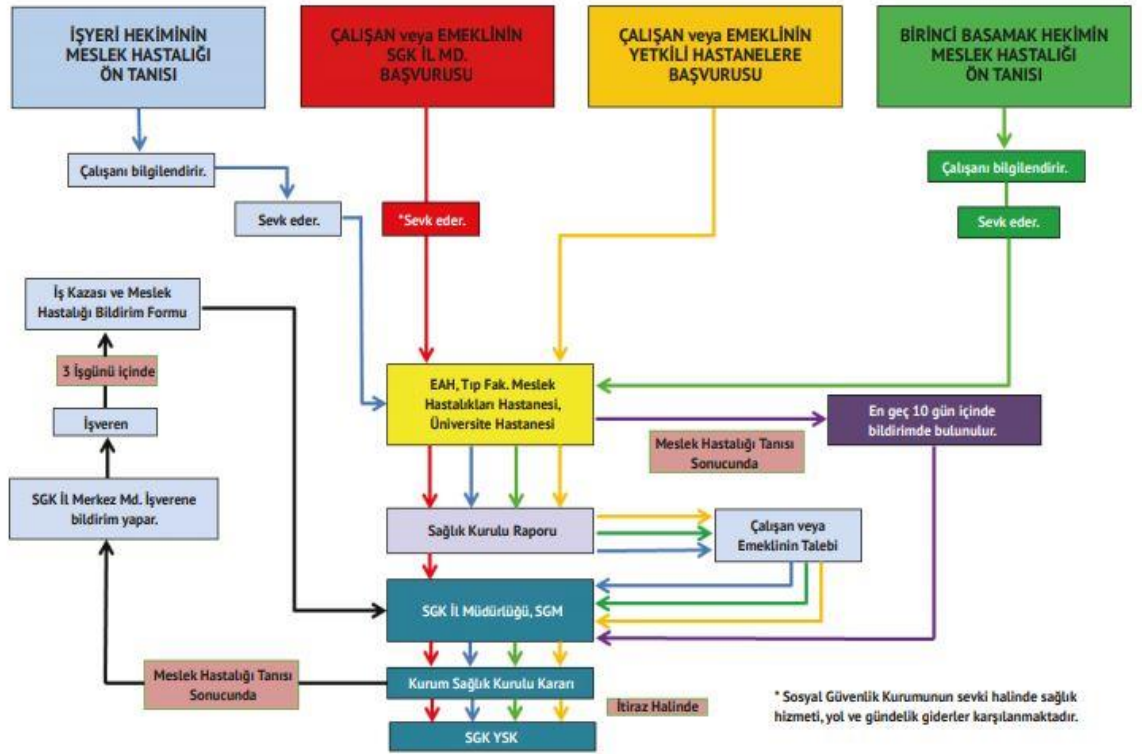
(5) Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınarak Bakanlıkça belirlenir.

İş kazası ve meslek hastalığının;

- Yasal tanımı ile ilgili Sosyal Sigortalar Kanunu ve İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda,
- Maddi tazminatlar için Borçlar Kanunu'nda,

- Cezai sorumluluklar için ise Türk Ceza Kanunu'nda düzenlemeler bulunmaktadır.

Üç tür hastanenin, meslek hastalığı teşhisi koyabilme yetkisi vardır. Bunlar; üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve meslek hastalıkları hastaneleridir (4).



Şekil 1:* Meslek Hastalıklarının Bildirimi

*Şekil 1 Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü (İSGGM), Meslek Hastalıkları Bildirim Rehberi'nden alınmıştır.

- 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'na istinaden iş kazası ve meslek hastalıkları bildirimleri sadece Sosyal Güvenlik Kurumu'na yapılmaktadır.

- Sağlık bakanlığı meslek hastalıkları hastaneleri (Ankara, İstanbul, Zonguldak), eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri meslek hastalıkları konusunda sağlık kurulu raporu vermeye yetkilendirilmiş kurumlardır.
- Bu kurumların düzenlemiş oldukları sağlık kurulu raporlarına binaen işin başlangıcından itibaren oluşan hastalıkların, hasar ve sorunların mesleki olup olmadığına ve hastalıkların ve hasarların iş gücünde / meslekte kazanma gücü oranında azalmaya sebebiyet verip vermediğine SGK Kurum Sağlık Kurulları tarafından karar verilir.
- Kişi (Çalışan veya emekli) talebi halinde meslekte kazanma gücü azalma oranının tespiti için SGK İl Müdürlüğü veya Sosyal Güvenlik Merkezlerine sağlık kurulu raporları ile birlikte başvuru yapabilir.
- Yetkilendirilmiş sağlık kurumları meslek hastalığı tanısı konulan vakaları en geç 10 gün içinde Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirmek zorundadır.
- Kurum Sağlık Kurulu tarafından verilen kararlara itirazlar Sosyal Güvenlik Kurumu Yüksek Sağlık Kurulu'na (SGK YSK) yapılabilir.
- Kurum Sağlık Kurulları tarafından meslek hastalığı tanısının tespiti halinde bu durum işverene bildirilir. İşveren ise kendisine tebliğ edildikten sonra 3 iş günü içerisinde SGK'ya bildirimde bulunmak zorundadır (59).

Meslek hastalığı tanısı konulması için:

- Ülkemiz için hastanın SGK'lı (sigortalı) olması,
- Hastalık ile yapılan iş arasında nedensellik bağının olması,
- Meslek hastalığı listesi içerisinde hastalığın yer alması
- Hastalığın yükümlülük süresi içerisinde maruziyet süresinin üstünde bir sürede ortaya çıkması
- Yetkili hastanelerde meslek hastalığı teşhisinin hekim raporu ile belirlenmesi ve Kurum Sağlık Kurulu tarafından onaylanması gerekmektedir.

SGK YSK meslek hastalıkları listesinde olmayan bir hastalığı değerlendirip istisnai olarak meslek hastalığı olarak kabul edebilir. Maruziyet ve yükümlülük sürelerini değiştirebilir (22).

İş Sağlığı Ve Güvenliği Kayıt, Takip Ve İzleme Programı (İSG-KATİP); ortak sağlık ve güvenlik birimlerinin (OSGB), İSG eğitim kurumlarının, hizmet alan işyerlerinin, İSG profesyonellerinin bakanlığa karşı bildirimle yükümlü olduğu iş ve işlemlerini, sözleşmelerini kayıt altına alınmasını ve takibini sağlayan yazılım programıdır (60).

2.6. MESLEK HASTALIKLARI HASTANELERİ

Sosyal ve toplumsal ihtiyaca binaen Sosyal Sigortalar Kurumu 1945 yılında iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası adı altında belirli bir pirim toplamıştır. Bu durum meslek hastalıklarına karşı bakış açısını değiştirmiş ve yeni gelişmeleri beraberinde getirmiştir. Bundan sonraki yıllarda meslek hastalıkları konusunda bilgi eksikliği, kurumun bu konuda işlevsiz kalışı ve artan ihtiyaç nedeni ile İstanbul Nişantaşı Meslek Hastalıkları Hastanesi 1949 yılında ilk meslek hastalıkları hastanesi olarak kurulmuştur.

1970’li yıllara gelindiğinde Meslek Hastalığı alanında SSK tarafından görevlendirilen Dr. Engin Tonguç ve Dr. Haldun Sirer, inceleme ve değerlendirme yapmak üzere İskandinav ülkelerine gönderilmiştir. Bu hekimlerimiz birçok ülke örneğini inceledikten sonra meslek hastalıkları sorununun ülkemizde ki önemini ve meslek hastalıkları konusunda *özelleşmiş hastaneler* kurulması gerekliliğini rapor etmişlerdir. Dr. Engin Tonguç ve Dr. Haldun Sirer döndüklerinde Ankara ve İstanbul da Meslek Hastalıkları Hastanelerinin kurulmasında öncülük etmişlerdir (1,61).

Ülkemizde şu anda 3 büyük meslek hastalıkları hastanesi bulunmaktadır. Bunlar:

- 1- 1978 yılında Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi, Ankara SSK Ulus Hastanesi bünyesinde kurulmuştur. Hastane Keçiören’de 2001 yılında şu

anda hizmet vermekte olduğu binasına taşınmıştır. 2002 yılından itibaren ise meslek hastalıklarının yanında genel hastane hizmetleri vermeye başlamıştır. 19.02.2005 tarihinden itibaren diğerk SSK hastaneleriyle birlikte Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 2016 yılında Ankara Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi olarak hastanenin ismi değişmiştir (62).

2- 1976 yılında İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi, Kağıthane'de meslek hastalıkları polikliniğı olarak kurulmuş, 1978 yılından 1991 yılının sonuna kadar İstanbul Kartal Meslek Hastalıkları Hastanesi olarak bugünkü Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesinin olduğı yerde hizmet vermiştir. 1992 yılından sonra daha önce Sağlık Meslek Lisesi olarak hizmet veren bugünkü binasında hizmet vermeye başlamıştır. 29.06.2018 tarihinde İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi, S.B.Ü. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesine katıldı. Günümüzde bu hastane bünyesinde Meslek Hastalıkları Ek Hizmet Binası olarak hizmet vermektedir (63).

3- 10.09.1921 tarihli ve 151 sayılı Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun ile maden civarında hastane kurulması kararlaştırılmış ve bunun sonucunda Zonguldak Uzunmehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi, ilk kez 1932 yılında Amele Birliğı Polikliniğı şeklinde açılmıştır. 1939 yılına gelindiğinde ise Amele Birliğı Hastanesi adıyla genel sağlık hizmeti amacıyla Türkiye Taşkömürü Kurumu'na bağılı olarak hizmete açıldı. 1977 yılına kadar bu şekilde hizmet veren hastane sonrasında Sosyal Sigortalar Kurumu Zonguldak Bölge Hastanesine devredilmiştir. Sonrasında bu dönemde hastane içerisinde intaniye ve göğüs hastalıkları servisleri açılmıştır. 1990 yılında sigortalıların maden tozuna bağılı meslek hastalıkları yönünden değerlendirilme yetkisi Sosyal Sigortalar Kurumunca hastaneye verilmiştir. Hastane 1995 yılında SSK Zonguldak Bölge Hastanesinden ayrılarak SSK Zonguldak Göğüs ve Meslek Hastalıkları ismiyle faaliyetlerine devam etmiştir. Şubat 2005 tarihinde SSK'dan

Sağlık Bakanlığına devredilmiş ve Zonguldak Uzunmehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi adını almıştır. Halen bu isimle faaliyetlerini sürdürmektedir (64–66).

Ülkemizde Meslek Hastalıkları Hastaneleri toksikoloji, iş psikolojisi, gezici iş sağlığı, iş hijyeni, solunum fonksiyon laboratuvarlarıyla önemli ilklere öncülük etmiştir (62).



2.7. MESLEK HASTALIKLARI VE AİLE HEKİMLİĞİ

Global planda işçiler, dünya nüfusunun yarısını temsil ederler ve ekonomik, sosyal kalkınmaya büyük ölçüde katkıda bulunurlar. İşçilerin sağlığı sadece iş yerinde bulunan tehlikelerle değil, aynı zamanda bireysel, sosyal faktörler ve beraberinde sağlık hizmetlerine erişim ile de belirlenir (67).

Dünya nüfusunun % 70'i birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim sağlayabiliyor. Bu durum her ne kadar yeterli olmasa da küresel çapta çalışanların iş sağlığı hizmetlerine erişimi daha çok endişe verici durumdadır. Çalışanların sadece % 10-15'i bu erişime sahiptir ve bu da sıklıkla en çok ihtiyacı olanları içermemektedir (68). Meslek hastalıklarının yaklaşık %80'i birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından değerlendirilir ve teşhis edilebilir. Bu uygulayıcılardan olan aile hekimleri genellikle işle ilgili mesleki hastalıkları ve iş kazalarını tanıyan ve değerlendiren ilk kişilerdir (69).

Buna rağmen aile hekimlerinin hizmet verdiği yaş grubu ve beklenen meslek hastalıkları dikkate alındığında, yönlendirme oranı çok düşüktür (4).

Birinci basamak sağlık hizmetleri kayıt dışı çalışanlarla ilgili olarak ise, bu işçilerin çalışma ve sağlık koşullarının görünmezliğini kırma ve böylece çalışanların sağlığının değerlendirilmesi ve korunması için yeni bir bakış açısı açma olanağına da sahiptir (70).

1978 tarihli Alma Ata Deklarasyonu, birinci basamak sağlık hizmetlerini insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlere mümkün olduğunca yaklaştırması yönünde çağrıda bulundu. Alma-Ata Deklarasyonuna göre: “Birinci basamak sağlık hizmeti, çalışanların yaşadığı ve çalıştığı yere mümkün olan en yakın sağlığı sağlayan bireylerin, ailenin ve toplumun ulusal sağlık sistemi ile ilk temas düzeyidir. Sürekli sağlık hizmeti sürecinin ilk unsurunu oluşturmaktadır” (18).

İş sağlığı hizmetlerine erişimi iyileştirmek için, birinci basamak sağlık hizmetlerinin iş sağlığı hizmeti sunumu için ortam sağlayıp sağlayamayacağı

düşüncesi “TNO Çalışma ve Sağlık” ve “Hollanda Sağlık ve Çalışma Bakanlıkları” tarafından ortak olarak 2011 de düzenlenen Lahey Konferansının odak noktasıydı. Lahey'deki toplantı birinci basamak sağlık hizmeti ve iş sağlığı hizmetleri dünyasının iki küresel akademik organının (WONCA-ICOH) başkanları da dahil olmak üzere hükümetlerden, sağlık hizmetlerinden, finans ve işverenlerden ve işçi örgütlerinden uzmanları bir araya getirdi. Lahey Konferansı özeti, temel iş sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmeti kapsamına dahil ederek daha fazla işçiye ulaşma stratejisini ana hatlarıyla açıklamaktadır (68). Sonrasında WONCA ve Uluslararası İş Sağlığı Komisyonu (ICOH) ortak bildirisi 3 Temmuz 2014 tarihinde Lizbon, Portekiz'deki WONCA Avrupa konferansında açıklandı. Bu bildiriyle Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) ve Uluslararası İş Sağlığı Komisyonu (ICOH), çalışanların sağlık ve güvenliği konusundaki hizmet, araştırma ve politikadaki boşlukları ele almak ve birinci basamaktaki iş sağlığını, tüm çalışanların ve ailelerinin yararına daha iyi bir şekilde bütünleştirmek için diğer kuruluşlarla (DSÖ ve ILO dahil) birlikte çalışma sözü verdi.

Ayrıca WONCA Dünya Aile Hekimleri Birliği Konseyi tarafından Kasım 2016'da “*İşçi(çalışan) Sağlığı (Workers' Health)*”na ilişkin yeni bir WONCA Özel İlgi Grubunu (SIG) onayladı (71).

Ülkemizde de meslek hastalıkları konusu T.C. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu aile hekimliği çekirdek müfredatı içerisinde de bulunmaktadır. (Tablo 1)

Tablo 1: TUKMOS Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı

Klinik Yetkinlik	Düzey	Kıdem	Yöntem
Meslek Hastalıkları	K, T	2	BE-UE-YE

- K: Hastanın birincil, ikincil ve üçüncül korunma gereksinimlerini tanımlamayı ve gerekli koruyucu önlemleri alabilme düzeyini ifade eder.
- T: Hastaya tanı koyma ve sonrasında tedavi için yönlendirebilme düzeyini ifade eder.
- TUKMOS önerilen öğrenme ve öğretme yöntemlerini üçe ayırır
 - ❖ -BE: Bağımsız ve Keşfederek Öğrenme Etkinlikleri,
 - ❖ -UE: Uygulamalı Eğitim Etkinlikleri,
 - ❖ -YE: Yapılandırılmış Eğitim Etkinlikleri ifade eder.

Tıpta Uzmanlık Kurulu; aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin BE-UE-YE eğitimleri ile birlikte meslek hastalıkları konusunda uzmanlık eğitimi sürecinde K,T düzeyinde yetkin olmasını bekler.

İş sağlığı ve birinci basamak sağlık hizmetleri, insanların ve toplumların sağlığı için önemli olan ortak değerleri paylaşır. İş sağlığı ve birinci basamak sağlık hizmetleri arasında daha oluşacak yakın işbirliği, üretkenliğe katkıda bulunma ve çalışma ömrünü uzatma fırsatlarını artıracaktır. Tüm çalışanlar, mesleki ve işle ilgili hastalıkların, yaralanmaların önlenmesi için gerekli müdahalelere ve temel sağlık hizmetlerine erişebilmelidir (72). Birinci basamak sağlık hizmetleri çevresel ve mesleki konularda hem teşhis hem de koruyucu sağlık hizmetleri noktasında büyük olanaklara sahiptir (51).

İlk olarak WONCA EUROPE 2002’de yayınlanan sonrasında en son 2011’de revize edilen aile hekimliği disiplini tanımlayan bildiride 12 temel özellikten bahsedilmiştir. Disiplini tanımlayan on iki temel özellik, her aile hekiminin ustalaşması gereken on iki yetenektir. Bu temel özelliklerde 6 çekirdek yeterlilik başlığı altında toplanmıştır (73). Bunlara bakacak olursak;

Çekirdek yeterlilikler:

- *Birinci basamak yönetimi (1,2)*
- *Kişi merkezli bakım (3,4,5,6)*
- *Özgün problem çözme becerileri (7,8)*
- *Kapsamlı yaklaşım (9,10)*
- *Toplum yönelimli olma (11)*
- *Bütüncül yaklaşım-modelleme (12)*

Temel özellikler ise:

1. *Kişilerin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur.*
2. *Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar.*
3. *Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.*

4. *Hastanın güçlenmesini teşvik eder.*
5. *Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır.*
6. *Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.*
7. *Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.*
8. *Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.*
9. *Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.*
10. *Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.*
11. *Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.*
12. *Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır. (Holistik Yaklaşım)*

Bu çekirdekler ve temel özellikler bir aile hekiminin olmazsa olmazlarıdır. Dolayısıyla bu temel özelliklere sahip aile hekimlerine meslek hastalıkları konusunda çok önemli sorumluluklar düşmektedir.

Meslek hastalıklarına bütüncül yaklaşım, kapsamlı ve sürekli bakım ile özgün problem çözme yetisine sahip olması beklenen aile hekimlerinin ayrıntılı mesleki anamnez alma ve koruyucu hekimlik açısından önemli rolleri mevcuttur. Dolayısıyla meslek hastalıkları konusunda aile hekimlerinin farkındalığının yüksek ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanmış olması oldukça önemli olup hem WONCA Dünya Aile Hekimleri Birliği Özel İlgi Grupları ve hem de ülkemizdeki Aile Hekimliği eğitim müfredatının aile hekimliği uzmanlığı yetkinliği için şart koşması bu konunun üzerinde durulduğunu göstermektedir.

Bu konudaki DSÖ ve ICOH'un da teşvikleri de gösteriyor ki; Dünya, Meslek Hastalıkları konusunda Aile Hekimlerinden önemli bir beklenti içerisinde. Bu beklentinin karşılanabilmesi adına da her türlü araştırma ve geliştirmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yaptığımız çalışmada ülkemizin başkentindeki aile hekimlerinin durumunu ilk önce tespitinin yapılmasına katkı sunacak olup sonrasında atılacak adımlara da yön vermesi bu çalışma ile beklenmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırmamız gözlemsel, tanımlayıcı, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN İZİNLERİ, SÜRESİ VE YERİ

Araştırmamız Ankara ili sınırları içerisinde bulunan hastanelerde (eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri) ve aile sağlığı merkezlerinde yapılması planlanmıştır.

Araştırma için Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19/07/2018 tarihinde E-18-2122 nolu karar (Ek-3) ile onay alınmıştır. Ayrıca Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından 31/10/2018 tarihinde 62693856-604.02 sayılı yazı (Ek-4) ile Ankara'da bulunan aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlere yönelik anket uygulaması uygun bulunmuş ve gerekli onay alınmıştır. Gerekli izinlerin alınmasına müteakiben araştırmamıza katılan gönüllü hekimlere anket uygulanması KASIM 2018 – ŞUBAT 2019 tarihleri arasındaki 4 aylık süre içerisinde tamamlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Ankara ili sınırları içerisindeki aile sağlığı merkezlerinde, eğitim ve araştırma hastanelerinde, üniversite hastanelerinde aktif olarak çalışmakta olan tüm unvanlarda ki (eğitim görevlisi- öğretim üyesi, aile hekimliği uzmanı, aile hekimliği uzmanlık öğrencisi, sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi, pratisyen aile hekimi) aile hekimleri dahil edilmiştir. Ankara ilinde aile hekimliği ana bilim dalında görevli 28 eğitim görevlisi- öğretim üyesi, 72 aile hekimliği uzmanı, 420 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi (asistan), 101 sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi ve

1448 pratisyen aile hekimi ile birlikte toplamda 2069 aile hekimi çalışmamızın evrenini oluşturmaktadır.

Çalışma öncesinde o dönemde aktif olarak çalışan 1750 civarı aile hekimi ile yapılan %95 güven seviyesinde, %5 kabul edilebilir hata payı ile ulaşılması gereken en az sayıdaki aile hekiminin 316 kişiden oluşması şeklinde bulunmuştur. Tüm evrene ulaşılması hedeflenmiş ve ona göre anketler farklı anket uygulama yöntemleri ile ilgili tüm gönüllü katılımcılara ulaşmaya çalışılmıştır. Çalışma sonrası güç analizi yeniden yapılmış %95 güven seviyesinde, %5 kabul edilebilir hata payı ile ulaşılması gereken en az sayıdaki aile hekiminin 323 olarak saptanmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA AŞAMALARI-DEĞİŞKENLERİ

Gerekli izinlerin alınmasını müteakiben Ankara ili sınırları içerisinde aktif olarak çalışmakta olan aile hekimleri çalışmamıza dâhil edilmiştir. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2013 yılında ÇASGEM bünyesinde meslek hastalıkları konusunda bir rehber yayınlamıştır. Bu bağlamda konuyla ilgili T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, ÇASGEM, Meslek Hastalıkları (Ankara, 2013) kitapçığı temel alınarak çalışmaya özgün yapılandırılmış ve araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket formu oluşturulmuştur. Çalışmaya katılan hekimlerin aydınlatılmış onamları alındıktan sonra önceden hazırlanmış olan anket formu; www.surveey.com adresi üzerinden oluşturulan link, kayıtlarımızda bulunan mail adreslerine gönderilerek veya yüz yüze görüşme yöntemiyle Dr. Ahmet Said Gök tarafından uygulanmıştır. Anket formunda;

-Sosyo-demografik özellikler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Unvan
- Mesleki tecrübe (yıl)

-Meslek hastalıkları öyküsü-geçmişı

- İş yeri hekimliğı tecrübesi
- Kendinde meslek hastalıkları geçmişı
- Yakınlarında meslek hastalıkları geçmişı

-Meslek hastalıkları ile ilgili eğitimi ve tecrübesi

- Nerede ve ne kadar süre eğitim aldığı
- Eğitimin yeterliliğı

-Mesleki anamnez özellikleri

- Yaptığı iş
- Daha önceki işler
- İş ortamı ile şikâyetlerin bağı
- Ayırıcı tanıda meslek hastalıkları
- Ayrıntılı mesleki anamnez

-Mesleki risk yönetimi

- Kişisel koruyucu donanım
- Bağışıklama

-Meslek hastalıkları bildirimi ve az bildirim nedenleri

-Aile hekimliğı polikliniklerinde karşılaşılan en sık meslek hastalıkları grubu

-Meslek hastalıkları konusunda bilgi düzeyleri

- Maruziyet ve yükümlölük süreleri
- Bildirim sorumlulukları ve süreleri
- Ön tanı sonrası sevk

-Kendini meslek hastalıkları konusunda ne kadar yeterli hissettiğı

sorgulanmıştır.

Sürekli değişkenler için genel tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri olarak özetlendi.

Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmamız için çalışmaya özgün yapılandırılmış ve araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket formu kullanılmıştır. Bu süreçte anket doldurulması için görüşme yapmak istemeyen, gönüllü olmayan ya da ulaşılamayan hekimler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.5. ARAŞTIRMA KRİTERLERİ

3.5.1. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri

Çalışmanın anket formunun uygulanma tarihleri içerisinde örneklem dâhilindeki Ankara'da hizmet veren her hastanede ve her aile sağlığı merkezinde Aile Hekimi olarak çalışan gönüllü hekimler araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.5.2. Araştırmaya Almama Kriterleri

- Aile Hekimi dışında hekim ve ya diğer hekim dışı bir meslek grubunda olmak,
- Ankara dışında farklı bir ilde veya ilçede çalışıyor olmak,
- Çalışmaya ait formların tamamlanmamış olması,

Gibi durumların araştırmaya dâhil edilmemesi planlanmıştır.

3.5.3. Araştırmadan Çekilme Kriterleri

Gönüllü olan her katılımcının istediği zaman araştırmadan çekilebilmesi sağlanmıştır.

3.5.4. Araştırmaya Son Verme Kriterleri

Tüm evrene belirtilen süre içerisinde ulaşıldığında (n: 2069) araştırmamıza son verilmesi planlanmıştır. 2069 hekime ulaşılmaya çalışılmış ancak %16,2 (337 aile hekimi)'si gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerden 13 tanesi anketleri tam doldurmamış, 324 (%15,6) tanesi anket formunu eksiksiz, tam olarak doldurmuştur.

3.5.5. Araştırmanın Anket Yöntemi

Ankara'daki aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda yaklaşımlarının değerlendirilmesi ile ilgili literatür taramaları yapılarak ve T.C. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı ÇASGEM tarafından hazırlanan Meslek Hastalıkları (Ankara, 2013) kitapçığı rehber alınarak çalışmaya özgün anket soruları sorumlu araştırmacı ve yardımcı araştırmacı tarafından hazırlandı. Hazırlanan sorular Aile Hekimliği kliniği akademik toplantılarında tartışılarak incelendi ve on yedi (17) sorudan oluşan bir anket düzenlendi. Anket sorularında amaç çalışmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik bilgilerini, meslek hastalıkları konusunda genel bilgi, tutum ve yaklaşımlarını değerlendirmektir. Çalışmamızda 98 katılımcıya kişisel mail adresleri üzerinden ulaşılarak surveey.com aracılığıyla düzenlenmiş aydınlatılmış onam ve anket formu uygulanmıştır. Ankara ilinde 239 katılımcıya ise kendi çalıştıkları aile hekimliği kliniklerinde veya aile sağlık merkezlerinde ulaşılmıştır. Anket formu (Ek-5) de bulunmaktadır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ

Aile Hekimlerince tamamlanan anketler IBM SPSS Statistics 24 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, yüzdelikler,

ortalama±standart sapma veya ortanca ve çeyrekler arası genişlik olarak verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi ve Fisher's exact testi kullanılmıştır. Aksi belirtilmedikçe $p<0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Maddi Destek ve çıkar İlişkisi

Yazarların çıkara dayalı bir ilişkisi ve çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.



4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

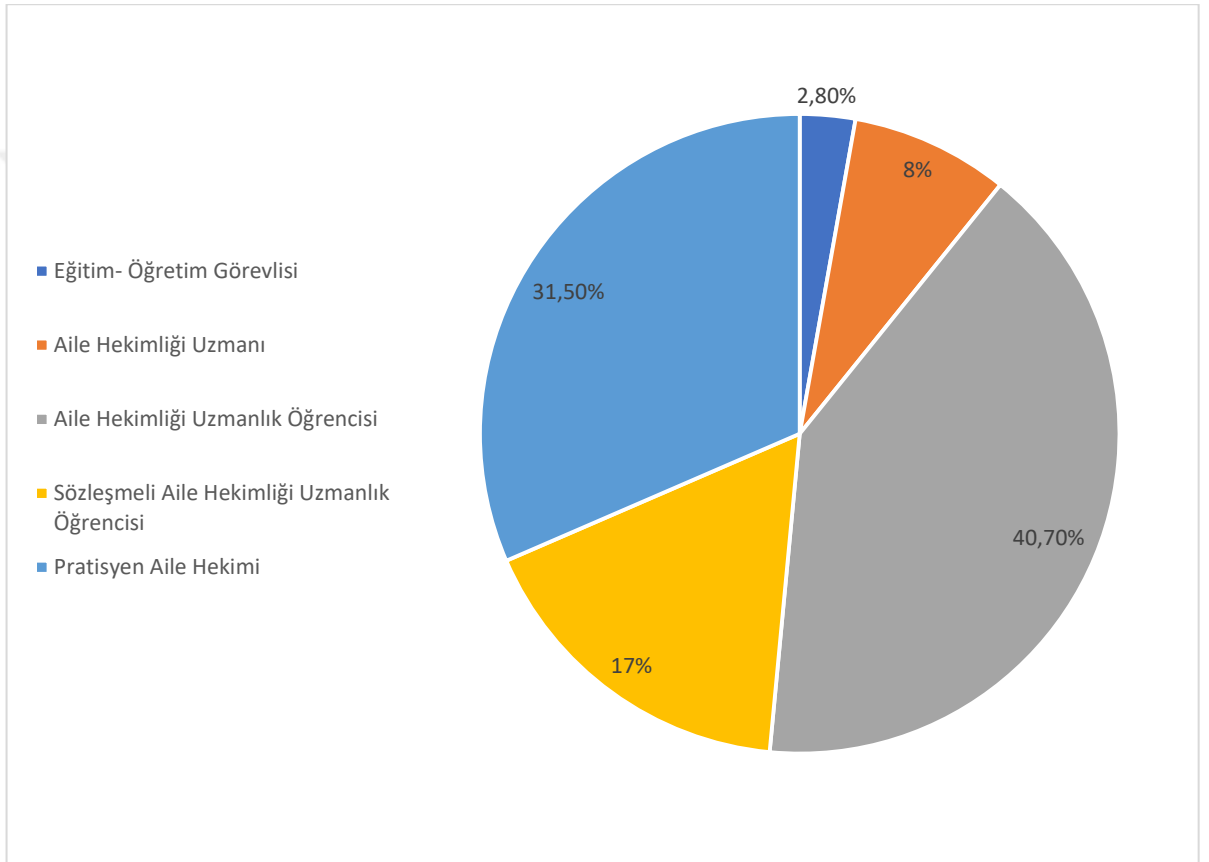
Araştırmamıza, ilgili tarihler arasında Ankara ili sınırı içerisinde bulunan bütün unvanlarda (eğitim görevlisi-öğretim üyesi (Prof., Doç., Dr. Öğr. Üyesi, Başasistan), aile hekimliği uzmanı, aile hekimliği asistanı, sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi (SAHU), pratisyen aile hekimi) olmak üzere gönüllü 337 hekim katılmıştır. 324 hekim anketi tam ve eksiksiz doldurmuş, 13 hekim ise anketi tam doldurmadığı için değerlendirmeye alınmamıştır. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin ortalama yaşı $39,51 \pm 10,78$ olup yaş ortancası 39, min. 24, maks. 66 idi. %57,4'ü kadın %42,6'sı ise erkek idi. %26,2'si bekâr, %68,2'si evli %5,6'sı dul/boşanmış idi. Katılan hekimlerin meslekte çalıştığı toplam sürelerin (hekimlik mesleğinde geçirmiş oldukları mesleki tecrübe yıllarının) ortalaması $14,68 \pm 10,81$ olup ortancası ise 14, min. 1, maks. 39 olarak bulunmuştur.

Tablo 2: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Sosyodemografik özellikler	N:324
Yaş (yıl)	$39,51 \pm 10,78$ (ort: 39, min. : 24 – maks. : 66)
Cinsiyet	Kadın: 186 (%57,4) Erkek: 138 (%42,6)
Medeni durum	Bekâr: 85 (%26,2) Evli: 221 (%68,2) Dul/Boşanmış: 18 (%5,6)
Mesleki tecrübe (yıl)	$14,68 \pm 10,81$ (ort:14, min. : 1 – maks. :39)

Katılımcıların

- %2,8'ini eğitim görevlisi-öğretim üyesi,
- %8'ini aile hekimliği uzmanı,
- %40,7'sini aile hekimliği asistanı,
- %17'sini sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi,
- %31,5'ini ise pratisyen aile hekimleri oluşturmaktadır.



Grafik 2: Unvan

Aile Hekimlerinin Meslek Hastalıkları hakkındaki bazı çarpıcı sosyodemografik bilgileri aşağıda verilmektedir:

- ❖ Katılan hekimlerden sadece %6,2'si (n:20) kendisinin meslek hastalığı geçirdiğini belirtti.

- ❖ Hekimlerin %9,3'ü (n:30) yakın çevresinde ve yakınlarında meslek hastalığı teşhisi konulduğunu beyan etti.
- ❖ Çalışmamıza katılan hekimlerin %15,4'ü (n:50) meslek hayatının belirli bir döneminde iş yeri hekimliği yaptığını ifade etti.
- ❖ Hekimlerin %59,3'ü meslek hastalıkları konusunda eğitim alırken, bu konuda eğitim almış hekimlerin sadece %22,9'u aldığı eğitimi yeterli bulduğunu belirtmiştir.
- ❖ Meslek hastalıkları konusunda eğitim alan hekimler en sık %54,7 ile iş yeri hekimliği sertifikasyon programında eğitim aldıklarını belirtirken, bunun yanı sıra lisans eğitiminde, uzmanlık eğitiminde, yüksek lisans derslerinde, kurumsal (ATO vb.) yerlerde 1 gün ile 1 yıl arasında değişen sürelerde eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

4.2. MESLEK HASTALIKLARINA YAKLAŞIM İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmamızda aile hekimlerine mesleki anamnez, koruyucu donanım, riskli gruplarda bağışıklama ile alakalı sorular da soruldu ve hiç, nadiren, ara sıra, sıklıkla, her zaman şeklinde cevapların istenildiği likert tipi cevaplama metodu kullanıldı. Verilen cevapların yüzdelik oranları Tablo 3 de ayrıca belirtilmiştir.

Tablo 3: Hekimlerin Meslek Hastalıkları Konusundaki Günlük Pratik Yaklaşımları

Sorular:	Hiç	Nadiren	Ara sıra	Sıklıkla	Her zaman
Ayırıcı tanıda meslek hastalıklarını düşünür müsünüz?	%2,2	%24,7	%42,6	%20,4	%10,2
Hastalarınızın mesleklerini anamnezlerinde sorguluyor musunuz?	%3,1	%11,7	%25	%40,4	%19,8
Hastayla benzer semptomların iş arkadaşlarında da varlığını sorguluyor musunuz?	%9	%26,9	%34,9	%21,6	%7,7
Anamnezde şikâyetlerinin iş koşullarında şiddetlenip iş harici ortamlarda şiddetinin azalması ile ilgili şikâyet – iş yaşamı ilişkisini sorguluyor musunuz?	%6,2	%19,4	%34,3	%32,7	%7,4
Hastanın daha önceki yaptığı işleri(meslekleri) sorgular mısınız?	%12	%28,1	%31,5	%22,5	%5,9
Meslek hastalığı şüphesi üzerine hastalarınızdan ayrıntılı mesleki anamnez alır mısınız?	%6,2	%17,9	%23,8	%36,7	%15,4
Meslek hastalıkları yönünden çalışan hastalarınıza mesleki koruyucu donanım açısından önerilerde bulunur musunuz?	%5,2	%17,3	%30,9	%33,3	%13,3
Riskli gruplarda hastaları bağışıklama açısından bilgilendirir misiniz?	%3,7	%8,3	%21,9	%44,8	%21,3
*En çok işaretlenen seçenekler koyu olarak belirtilmiştir.					

Daha sonra verilen cevaplar diğer önermeler ile karşılaştırılabilmesi adına verilen cevaplar içerisinde hiç, nadiren, ara sıra olumsuz bir grup, sıklıkla ve her zaman cevapları olumlu bir grup olmak üzere ayrı iki grup olarak ayrıldı. Buna göre;

“Ayırıcı tanıda meslek hastalıklarını düşünür müsünüz?”

Önermesine sırasıyla:

-Cinsiyet (Fisher’s exact test p=0,038 Pearson ki-kare p=0,031),

-Medeni durum (Pearson ki-kare $p=0,003$),

-Unvan (Pearson ki-kare $p<0,001$),

-İş yeri hekimliği geçmişi (Fisher's exact test $p=0,007$ Pearson ki-kare $p=0,004$),

-Eğitim (Fisher's exact test $p=0,041$ Pearson ki-kare $p=0,049$)

Konularında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre;

- Kadın aile hekimleri; erkeklere göre (cinsiyet),
- Bekâr katılımcılar; evlilere göre (medeni durum),
- Eğitim ve öğretim görevlisi, aile hekimliği uzmanları ve aile hekimliği asistanları; sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine ve pratisyen aile hekimlerine göre (unvan),
- İş yeri hekimliği yapmayanlar; yapanlara göre (iş yeri hekimliği geçmişi),
- Meslek hastalıkları konusunda eğitim almayanlar; alanlara göre (eğitim)

bu önermeye daha yüksek oranda olumsuz cevap vermişlerdir.

Ayrıca bu önermede katılımcılar artan yaş ve artan mesleki tecrübe ile daha yüksek oranda olumlu cevap vermiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (Pearson ki-kare $p<0,001$).

“Mesleklerini anamnezde sorguluyor musunuz?”

Anamnezde bekârların %54,1'i hastaların mesleklerini sorgulamamakta iken evlilerin %65,1'i hastaların mesleklerini sorgulamaktadır. Çalışmamızda evli katılımcılar bekârlara göre poliklinik başvurularında daha yüksek oranda bu önermeye olumlu cevap vermiştir. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Pearson ki-kare $p=0,007$).

Aile hekimliği asistanlarının %56'sı anamnezlerinde hastaların mesleklerini sorgulamazken bunun aksine diğer unvandaki aile hekimlerinden eğitim ve öğretim görevlilerinin %77'si, aile hekimliği uzmanlarının %80,7'si, sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin %69'u ve pratisyen aile hekimlerinin %70,5'i hastalarının mesleklerini sorgulamaktadır. İstatiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Pearson ki-kare $p<0,001$).

Artan yaş ve artan mesleki tecrübe ile katılımcılar daha yüksek oranda anamnezlerinde hastaların mesleklerini sorgulamaktadır ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Pearson ki-kare $p<0,001$).

Bu önermede cinsiyet, iş yeri hekimliği geçmişı ve eğitim konularında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

“Anamnezde şikâyetlerinin iş koşullarında şiddetlenip iş harici ortamlarda şiddetinin azalması ilişkisini sorguluyor musunuz?”

Bu önermede bekârlar evlilere göre, aile hekimi asistanları diğer unvandaki aile hekimlerine göre daha yüksek oranda olumsuz cevap vermiştir. Medeni durum (Pearson ki-kare $p=0,007$), unvan (Pearson ki-kare $p=0,013$) konularında bu önermede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Aynı şekilde bu önermede katılımcılar artan yaş ve artan mesleki tecrübe ile daha yüksek oranda olumlu cevap vermiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (Pearson ki-kare $p<0,001$).

“Hastanın daha önceki yaptığı işleri (meslekleri) sorgular mısınız?”

Bu önermeye kadınlar erkeklere göre, bekârlar evlilere göre daha yüksek oranda olumsuz cevap vermiştir. Cinsiyet (Fisher's exact test $p=0,018$ Pearson ki-kare $p=0,014$) ve medeni durum (Pearson ki-kare $p=0,018$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

“Riskli gruplarda hastaları bağışıklama açısından bilgilendirir misiniz?”

Evliiler bekârlara oranla daha yüksek oranda riskli gruplarda bağışıklama önermektedir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Pearson ki-kare $p=0,020$).

“Riskli gruplarda hastaları bağışıklama açısından bilgilendirir misiniz?” önermesine artan yaş ve artan mesleki tecrübe ile katılımcılar daha yüksek oranda olumlu cevap vermiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (Pearson ki-kare $p<0,001$).

Tablo 3 ile ilgili olarak belirtilenlerin haricinde aksi belirtilmediği müddetçe diğer önerme ve konularda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Hekimlerden sadece %34'ü tüm meslek hayatında en az bir kez meslek hastalığı ön tanısı koyduğunu belirtirken, hekimlerin sadece %18,5'i meslek hayatında ön tanı sonrası sevk/bildirim yaptığını belirtmiştir.

Aile hekimleri meslek hastalıkları ön tanısı olarak ürtiker, kontakt dermatit, KOAH, lumbal disk hernileri, mesleki astım, tükenmişlik sendromu, silikozis, kurşun intoksikasyonu, konjonktivit, aspergillus, tinea pedis, deri şarbonu, myalji, eklem ağrıları, işitme kaybı, brusella, pnomokonyoz, asbestozis gibi çeşitli tanıları koyduklarını yöneltilen açık uçlu soruya cevap olarak belirtmişlerdir.

Meslek hastalıklarının neden az bildirim yapıldığı konusunda birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği çoktan seçmeli soruda en sık neden olarak hekimlerin %75,3'ü **“mesleki anamnezin alınmaması”** belirtmiştir. Bunun yanı sıra %66 “meslek hastalıklarını tanımlamada zorluk”, %48,1 “maruziyet düzeyi ve süresinin değişken olması”, %46 “latens periyodun uzunluğu”, %45,4 “veri toplamada zorluk”, %42,3 “birden fazla maruziyet” %8,3 diğer nedenler (hekimlerin meslek hastalıkları konusunda bilinç ve farkındalık eksikliği, yoğun çalışma şartları, yetersiz kanunlar-

uygulamalar, kişilerin sağlık okuryazarlığındaki eksiklikler, bürokratik zorluklar, iş yeri baskısı- işten ayrılma korkusu) olarak cevaplamıştır.

Ankete katılan aile hekimlerine “Aile hekimliği poliklinik başvurularında etkilediği organa göre en sık hangi meslek hastalıkları grubuyla karşılaşıyorsunuz?” sorusu yöneltildi. Birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği meslek hastalıkları içerisinde sırasıyla;

- Solunum sistemi hastalıkları (%71,9),
- Mesleki cilt hastalıkları (%60,8) ,
- Kas iskelet sistemi hastalıkları (%58,6),
- Mesleki işitme kayıpları(%33,3),
- Mesleki kanserler (%15,4),
- Mesleki dolaşım sistemi hastalıkları,
- Sinir sistemi hastalıkları,
- Mesleki kan hastalıkları,
- Mesleki sindirim sistemi hastalıkları,
- Üreme sistemi hastalıkları,
- Diğer (göz hastalıkları (alerji, travma)),
- Üriner sistem hastalıkları şeklinde karşılaştıklarını belirtmiştir.

4.3. AİLE HEKİMLERİNİN MESLEK HASTALIKLARI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYİ

Katılımcılara meslek hastalıkları konusunda bilgi düzeyi ile ilgili önermelerde bulunuldu ve bilmiyorum, kısmen biliyorum, biliyorum şeklinde cevaplar vermesi istendi. Meslek hastalıkları bilgi düzeyi ile alakalı sorulan önermelere verilen cevaplar ve yüzdelik dağılımları Tablo4’de verilmiştir.

Tablo 4: Hekimlerin Meslek Hastalıkları İle İlgili Bilgileri Hakkındaki Kanaatleri

Sorular:	Bilmiyorum	Kısmen biliyorum	Biliyorum
1. Meslek hastalıklarının maruziyet ve yükümlülük süreleri hakkında bilgi sahibi misiniz?	%41	%53,1	%5,9
2. Meslek hastalığını bildirim yükümlülüğünün kime ait olduğu biliyor musunuz?	%39,2	%38,6	%22,2
3. Meslek hastalığı kaç iş günü içerisinde bildirim yapılmalıdır?	%61,4	%19,1	%19,4
4. Ön tanı sonrası kesin tanı için hasta nereye sevk edilmelidir?	%24,7	%39,8	%35,5
5. Sevk edilen kuruluş kesin tanı sonrası kaç gün içerisinde bildirim yapılmalıdır?	%66	%21	%13
* En çok işaretlenen seçenekler koyu olarak belirtilmiştir. ** Maruziyet süresi: Mesleksen etkenle temasın başlamasıyla meslek hastalığı belirtilerinin ortaya çıkması için gereken en az süredir. *** Yükümlülük süresi: Zararlı mesleksen etkinin sona ermesi ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçebilecek, kabul edilebilir en uzun süredir.			

-“Meslek hastalığını bildirim yükümlülüğünün kime ait olduğu biliyor musunuz?” sorusuna

- Erkekler kadınlara göre, (cinsiyet) (Pearson ki-kare $p=0,012$)
- Evliler bekârlara göre, (medeni durum) (Pearson ki-kare $p=0,034$)
- İşyeri hekimliği yapanlar yapmayanlara göre (iş yeri hekimliği geçmişi) (Pearson ki-kare $p=0,010$)

daha yüksek oranda kısmen biliyorum ve biliyorum cevabını vermiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

-“Meslek hastalığı kaç iş günü içerisinde bildirimi yapılmalıdır?”

sorusuna

- Pratisyen aile hekimleri diğer unvandaki aile hekimlerine göre, (unvan) (Pearson ki-kare $p=0,010$)
- İş yeri hekimliği yapmış olanlar yapmayanlara göre (iş yeri hekimliği geçmiş) (Pearson ki-kare $p=0,041$)

daha yüksek oranda kısmen biliyorum ve biliyorum cevabı vermiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

-“Ön tanı sonrası kesin tanı için hasta nereye sevk edilmelidir?” sorusuna

- Evliler bekârlara göre, (medeni durum) (Pearson ki-kare $p=0,017$)
- Diğer unvandaki aile hekimleri aile hekimi asistanlarına göre, (unvan) (Pearson ki-kare $p=0,024$)
- İş yeri hekimliği yapanlar yapmayanlara göre (iş yeri hekimliği geçmiş) (Pearson ki-kare $p=0,026$)

daha yüksek oranda kısmen biliyorum ve biliyorum cevabı vermiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

-“Sevk edilen kuruluş kesin tanı sonrası kaç gün içerisinde bildirim yapılmalıdır?” sorusuna

- Evliler bekârlara göre, (medeni durum) (Pearson ki-kare $p=0,001$)
- Pratisyen aile hekimleri diğer unvandaki aile hekimlerine göre (unvan) (Pearson ki-kare $p=0,037$)

daha yüksek oranda kısmen biliyorum ve biliyorum cevabı vermiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Meslek hastalıkları konusunda bilgi düzeyi ile alakalı önermelerin (tablo 4) hepsinde meslek hastalıkları konusunda eğitim almış hekimler almayanlara göre daha yüksek oranda kısmen biliyorum ve biliyorum cevabı vermiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Ayrıca son olarak aile hekimlerine "Kendinizi meslek hastalıkları yönetimi konusunda ne kadar yetkin ve donanımlı hissediyorsunuz?" sorusu yöneltildi. Buna göre ankete katılan hekimlerin %76,9'u kendilerini 10 üzerinden 5 puan ve altında derecelendirirken, %96,6'sı 7 puan ve altında derecelendirmiştir. Cevapların ortanca değeri ise 4 (min.0 maks.10), ortalaması $3,9\pm2,06$ gibi düşük bir değerde olduğu saptandı.

5. TARTIŞMA

Çalışma hayatı; insanın biyopsikososyal perspektifte sosyal, ekonomik ve kültürel yönden en önemli merkezinde yer alır. Sağlıklı olmak adına güvenli, konforlu ve tatmin edici bir iş insanın sağlık halinin sürekliliğinde önemlidir. İnsanlar günlük ortalama 8 saatini ve hayatının en az üçte ikisini işte geçirmekte bu bağlamda iş hayatında birçok tehlike ve risklerle karşı karşıya kalmaktadır (74).

5.1. MESLEKİ ANAMNEZ

Bu veriler ışığında hekimlerin günlük yaklaşımlarında mesleki anamnez, koruyucu donanım ve bağışıklama gibi konularda Tablo 3 de izlendiği kadarı ile bakılacak olursa;

- Aile hekimlerinin %50'den fazlası hastaların anamnezde mesleklerinin sorgulanması (%60,2), meslek hastalığı şüphesi üzerine ayrıntılı mesleki anamnez alınması (%52,1) ve riskli gruplarda bağışıklama önerilmesi (%66,1) gibi konularda olumlu yönde (sıklıkla- her zaman) cevap vermiştir.
- Diğer anamnez özelliklerinden meslek hastalıklarının ayırıcı tanıdaki yeri, hastayla benzer semptomların iş arkadaşlarında da varlığı, şikâyet – iş yaşamı ilişkisi (şikâyetlerin iş koşullarında şiddetlenip iş harici ortamlarda şiddetinin azalması), daha önceki yaptığı işleri(meslekleri), mesleki koruyucu donanım açısından öneriler ile ilgili konularda ise %50'den fazlası olumsuz yönde (hiç- nadiren- ara sıra) cevaplar vermiştir.

Hekimlerin meslek hastalıkları konusunda bilgi düzeyi ile ilgili Tablo 4 de ise;

- Hekimler büyük oranda ya hiç bilmediğini ya da bu konuda bilgi eksikliğinin (kısmen biliyorum) olduğunu belirtmektedir.

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2006 yılında retrospektif olarak yapılan bir çalışmada mesleki anamnezin kaydedilme sıklığı %33,9 olarak bulunmuş, bunun yanında genel anamnez içerisinde kaydedilmesi gereken bilgilerden en az kaydedilenler ise meslek ve çevre ile ilgili olan sorular olmuştur (75).

Aynı şekilde göğüs hastalıkları polikliniğine gelen hastaların retrospektif olarak hasta kayıtlarına bakılarak yapılan bir çalışmada %8,1'inin meslekleri sorgulanmamış, ayrıntılı mesleki anamnez hastaların %21,9'undan alınmış, önceki işler sadece %10,6'sında sorgulanmıştır (54) .

İngiltere'de yapılan bir çalışmada hekimlerin %25'inin anamnezlerinde hastaların mesleklerini sorgulamadığı görülmüştür (4).

Çimrin ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin %43,9'unun hastalarından mesleki anamnez almadıkları, bunun aksine standart muayene formlarının düzenli olarak kullanıldığı kliniklerde ise %81,8'inin mesleki anamnez aldıkları tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra hekimlerin %56,1'i en az bir hastayı sorgulamış, %22,7'si ise tüm hastalardan ayrıntılı bir mesleki anamnez almıştır (76). Başka bir çalışmada ise hekimlerin sadece %28,9'u hastalarından mesleki anamnez aldığını ifade etmiştir (77).

Ayrıntılı mesleki anamnez ile ilgili olarak yapılan bir çalışmada ise hekimlerin %44,1'inin ayrıntılı mesleki anamnez aldıklarını ve detaylı mesleki anamnezde en sık sorulan soruların “işiniz nedir?” ve “yaşamak için ne yapıyorsunuz?” olduğu belirtilmiştir. “İşiniz nedir, sağlık probleminiz işinizle ilgili olabilir mi, iş arkadaşlarında da benzer şikâyetler var mı, sence iş yerinde neye maruz kalıyorsun?” gibi soruların sıklığı 45 yaş üstü doktorlarda gençlere göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,001$) (4). Çalışmamızda ise anamnez içerisinde yapılan iş ve şikâyetlerin iş ortamı ile ilişkisi artan yaş ve tecrübe ile birlikte anlamlı fark bulunmuştur. Diğer cevaplarda anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencilerine yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin sadece % 15.5'i son bir ay içinde meslek hastalığı olan bir hasta gördüklerini ve sadece % 25.6'sı mesleksen anamnez aldıklarını belirtmişlerdir (78).

Literatürlerle uyumlu olarak yukarda belirtildiği üzere bizim çalışmamızda da aile hekimleri;

- %3,1 hiç, %11,7 nadiren, %25 ara sıra şeklinde toplamda %39,8'i hastaların mesleklerini anamnezde yeteri kadar sorgulamadığını ifade etmiştir.
- %6,2 hiç, %17,9 nadiren, %23,8 ara sıra toplamda ise %47,9 ayrıntılı mesleki anamnezi almadığını beyan etmiştir.
- %12 hiç, %28,1 nadiren, %31,5 ara sıra %22,5 ile toplamda %71,6 oranında hastanın önceki işlerini sorgulamadığını ifade etmiştir.

Olumsuz (hiç-nadiren-ara sıra) cevapların toplamına bakıldığında hekimlerin %39,8'i meslekleri, %47,9'u ayrıntılı anamnezi, %71,6'sı önceki işleri, %70,8'i iş arkadaşlarında benzer semptomların varlığını, %59,9'u çalışma ortamı ile hastalık ilişkisini yeterince sorgulamadığı anlaşılmaktadır. Çalışmamız sonuçlarıyla literatürde ki çalışmalar benzeşmekle birlikte poliklinik başvurularında ayrıntılı mesleki anamnez, önceki işler, çalışma ortamı- iş arkadaşları hastalık ilişkisi gibi sadece mesleki anamnez almada değil, mesleki anamnezin kapsamındaki alt başlıklarda da eksikliklerin olduğunu ve yeterince sorgulanmadığını söyleyebiliriz.

Mesleki anamnez, genellikle gözden kaçsa da meslek hastalıkları ve iş kazalarının tanısında en önemli birincil araçtır (78). Aile hekimliği temel uygulamaları içinde anamnez en önemli öğelerden biri olmasına rağmen sağlık hizmeti verilen özel grup ve konulardan meslek hastalıkları konusunda aile hekimleri uygulama yapma imkânını az bulması sebebiyle kendilerini yeterli hissetmemektedir (79).

Mesleki anamnezin alınması uzun zaman gerektirdiği ve günlük poliklinik şartlarının yoğun olmasından dolayı bununla ilgili hazır anamnez formları hazırlanıp

ya aile hekiminin kendisi ya da hastanın kendisinin doldurması bu konuda pratiklik sağlayıp mesleki anamnez konusunda farkındalığı artıracak ve meslek hastalığı teşhisinde bir başlangıç olacaktır. Ayrıca mesleki anamnez konusunda özellikle hekim yetiştiren üniversitelerde ve diğer bu konudaki eğitim veren kurumlarda eğitim müfredatları içerisinde bu konunun üzerinde yoğunlaşmaları gerektiği kanısındayız.

Birinci basamak hekimleri her hastasının mevcut sağlık sorununun iş hayatı ile ilişkili olabileceğini her daim düşünmeli aklında bulundurmalıdır. Hekimler mesleki anamnez aracılığıyla belirli mesleki maruziyetlerin tanımlanması ile klinik olarak şüpheleri ortaya çıkarmalı ve kendini benzersiz hastalıklar aramaya yönlendirmelidir.

5.2. BİLGİLENDİRMELER, BROŞÜRLER, AFİŞLER, MESAJLAR VE ÇEVİRİMİÇİ SİSTEM

Hollanda da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada işyeri hekimleri önceki meslek hastalıklarını raporlama ve bildirim davranışlarına göre raporlamayı düşünmeyenler, raporlamayı düşünenler ve raporlayanlar olarak üç gruba ayrılmıştır. Bu çalışma, raporlamayı düşünen hekimlerin diğer gruptaki hekimlerden daha fazla bilgi almaya istekli-duyarlı olduklarını ortaya koymuştur (80). Çalışmamızda “ayırıcı tanıda meslek hastalıklarını düşünür müsünüz?” sorusuna hekimler %2,2 hiç, %24,7 nadiren, %42,6 ise ara sıra cevabını vermiş olup bu bağlamda toplamda hekimlerin %69,5’i ayırıcı tanıda meslek hastalığını ön planda tutmamakta veya düşünmemektedir. Bu bağlamda aile hekimlerinin ayırıcı tanıda meslek hastalıklarını daha ön planda bulundurmasıyla bu konuda yapılacak bilgilendirmelerin, eğitimlerin daha etkili olacağını düşünüyoruz. Bunun sonucunda ise aile hekimlerine bakan yönüyle meslek hastalıkları konusunda meydana gelen problemlere bir çözüm olabileceği kanaatindeyiz.

Smits ve ark. yaptıkları bir çalışmada meslek hastalığı konusunda müdahale gurubuna 1 günlük bir çalıştay şeklinde eğitim programı uygulanmış ve sonuç olarak etkin çok yönlü bir çalıştayın meslek hastalıklarını raporlayan hekimlerin sayısının

arttırılmasında etkili olduğunu belirtmiştir. Hekimler için yapılan çalıştay, raporlama isteklerini ve bildirim sayısını artırmaktadır (81). Bu tür eğitim içerikleri, meslek hastalıklarını aktif olarak bildiren hekimlerin sayısını artırmak için kullanılmalıdır.

Bilgi içerikli ve hatırlatıcı bilgilendirme mesajları göndermenin meslek hastalıkları bildirimini ve raporlanmasını artırıcı yönde etkisine dair çalışmalar mevcuttur. Brissette ve ark. mesleki akciğer hastalıklarının bildirimini artırmak amacıyla farklı mesaj içeriklerinin etkilerini “New York State Occupational Lung Disease Registry” de değerlendirmiştir. Meslek hastalıkları konusunda yasal zorunlulukları tanımlayan mesajlar alan hekimlerin, halk sağlığı yararlarından bahseden mesajlar alan hekimlere göre raporlama ve bildirimlerinin daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Bununla birlikte halk sağlığı yararlarından bahseden mesaj içerikleri daha eksiksiz ve özenli raporların hazırlanmasına yol açmıştır. Bu yüzden bu konuda hekimlerin raporlamasını en üst düzeye çıkarmak için, hem yasal zorunluluklar hem de halk sağlığı temelinde mesajların birlikte vurgulanmaları önemlidir (82).

Türkiye’de de sağlık merkezlerinde meslek hastalığının yasal boyutu, halk sağlığı ve diğer yönlerine bakan hususlarda bilgilendirici, uyarıcı afiş, broşürler hazırlamak, meslek hastalıklarının medyada daha çok ön planda olması, hekimlere ve özellikle aile hekimlerine mesaj yolu ile bilgilendirmeler yapılması, ulusal kongreler ve çalıştayların olması bu konudaki farkındalığı artıracaktır.

Hollanda ve Belçika’da iş yeri hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada ise kendine özgü düzenlenmiş bir çevrimiçi yazılım programının, meslek hastalıkları ve işle ilgili hastalıklar yönünden işyerindeki olası sağlık sorunları ve maruziyetleri rapor etmek ve değerlendirmek için uygun olduğu sonucuna varmıştır (83). Bu çevrim içi yazılım programının raporları bize hekimlerin karşılaşılan sağlık sorunları ile ilgili endişeleri, algıları ve bilgilerindeki olası kör noktaları gösterebilir. Bu vasıta ile meslek hastalıkları konusunda bilgi aktarımı ve eğitime rehberlik edebilir.

Ülkemizde de meslek hastalıkları açısından eksiklikleri gidermek, bildirim ve sevk noktasında daha etkin olabilmek adına birinci basamakta kullanılan sistemlere

entegre çevrimiçi bir yazılım programı oluşturulabilir. Ayrıca ülkemizde kullanılmakta olan bulaşıcı hastalıklar veya yeni ters ilaç reaksiyonları bildirim sistemleri ile karşılaştırılarak sistemlerin aksayan yönlerine, sorunlarına bakarak daha etkin, devamlılığı olan ve sorunsuz bir sistem ortaya çıkarılabilir.

Aynı zamanda bu oluşturulacak sistem bir yol gösterici olarak anamnez, fizik muayene, ayırıcı tanı, hastalık kalıplarının tanınması, erken tespit edilmesi ve tedavisi gibi kolaylaştırıcı ve farkındalığı artıracak özellikte tasarlanabilir. Bu da çalışmamızda hekimlerin neden bildirimin az olduğuna yönelik verdikleri *“hekimlerin meslek hastalıkları konusunda bilinç ve farkındalık eksikliği, yoğun çalışma şartları, yetersiz kanunlar-uygulamalar, bürokratik zorluklar”* gibi cevaplara yönelik bir çözüm olacaktır.

Meslek hastalıkları önlenabilir, ancak genellikle tedavi edilemez olduğu için, meslek hastalıklarının önlenmesi ve erken tespit edilmesinin kayıt sistemlerinin amacı olarak kabul edilmesi tüm ülkeler için gereklidir. Ayrıca, tüm ülkeler için mesleki hastalık kayıtlarının ve kayıt sistemlerinin küresel ölçekte ortak özelliklerde uzlaşmaya varmaları önerilmektedir (8). Bu, ülkenin verilerini uluslararası düzeyde karşılaştırmasını sağlar.

Bu uygulamaların aynı zamanda çalışmamızda aile hekimlerinin en sık neden olarak gösterdiği mesleki anamnezin alınmaması, meslek hastalıklarını tanımlamada zorluk gibi faktörler üzerine de etkili olacağını düşünmekteyiz.

5.3. BAĞIŞIKLAMA

Çalışmamıza katılan hekimlerden %6,2'si (n:20) kendisinin meslek hastalığı geçirdiğini belirtti. Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışmada ise çalışmaya katılan hekimler hastanelerinde iş kazası ve meslek hastalıklarının nadir görüldüğünü belirtmiştir (74). Çalışmamıza katılan aile hekimleri düşünüldüğünde çıkan sonuçla yapılan çalışmanın benzer sonuçlar ortaya koyduğu düşünülebilir.

Bu bağlamda sağlık çalışanlarında meslek hastalıkları göz önüne alındığında;

Ülkemizde meslek hastalığı olarak kabul edilebilir Hepatit B'nin sağlık çalışanları arasındaki seropozitifliği yapılan çalışmalarda %1-4 arasında bulunmuştur (84–86). Riskli gruplar içerisinde özellikle sağlık çalışanlarında meslek hastalıklarından korunmada bağışıklama son derece önemlidir. Ülkemizde sağlık çalışanlarında bağışıklama durumuna yönelik yapılan bir çalışmada Diyarbakır Devlet Hastanesinde Hepatit B'ye karşı aşılanmayanların oranı %37,6 olarak tespit edilmiştir (84). Bir diğer çalışmada ülkemizde sağlık çalışanlarının hepatit C ve HIV enfeksiyonlarına yönelik bilgilerinin ve karşı karşıya kaldıkları risklere karşı alınan önlemlerin yetersiz olduğu, hepatit B aşısını yaptıрма oranının ise %50-65 arasında olduğu bulunmuştur (87). Başka bir çalışmada ise aşılanma önerilen sağlık çalışanları %10,5 olarak bulunmuştur (88).

Çalışmamızda aile hekimleri hastalarına “Riskli gruplarda hastaları bağışıklama açısından bilgilendirir misiniz?” sorusunda %3,7 hiç, %8,3 nadiren, %21,9 ara sıra, %44,8 sıklıkla, %21,3 her zaman şeklinde bilgilendirme yaptığını belirtmiştir. Bu sonucumuza bakıldığında %66,1 gibi diğer önermelere göre yüksek bir oranda aile hekimleri riskli gruplarda bağışıklama konusunda hastalarını bilgilendirmektedir. Toplumda ve özellikle risk grubunda bulunan sağlık personellerini ilgilendiren bu konuda bağışıklama ile ilgili bilgilendirmelerin artırılmasıyla birlikte bağışık olmayanların sayısının gün geçtikçe azalacağı ve bununla ilgili mesleki hastalıkların oluşmadan önlenilebileceği düşünülebilir. Bağışıklama günümüzde çok önemli bir yere sahip olmakla birlikte bu konuda tüm hekimlere ve özellikle hastalarını bu konularda takibini yapan tüm aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

5.4. KİŞİSEL KORUYUCU DONANIM (KKD)

Kişisel koruyucu donanımlar, iş hayatında çalışmaların sağlıklı ve güvenli olarak devam edebilmesini sağlamak amacıyla çalışma ortamındaki risklere karşı kullanılabilecek ürünlerdir.

Metal endüstrisinde KKD kullanımına yönelik yapılan bir çalışmada iş kazası geçiren işçilerin %51,85'inin kulaklık koruyucu kullanmadıkları, %81,48'inin ise

gözlük kullanmadıkları belirtilmiştir. Yine metal sanayiinde yapılan Gülhan ve ark. yaptığı bir çalışmada ise iş kazası nedenleri arasında KKD'lerin etkin kullanılmaması %44 oranında bulunmuştur. Serin ve ark. da iş kazası geçirenlerin bu çalışmayla benzer yönde %44,8 oranında KKD kullanmadığını tespit etmiştir (89–91).

KKD konusunda Demirbilek ve ark. yaptığı bir çalışmada çalışanların bu konuda bilgi sahibi (KKD'nin nasıl kullanılacağı, kullanma gereksinimi, karı-zararı vb.) olması durumunda tam anlamıyla koruyucu olabileceği sonucuna ulaşmıştır (92). Çalışmamızda hekimlerin %53,4'ü (hiç-nadiren-ara sıra (Tablo 3)) bu çalışmalara benzer olarak hastalarına KKD konusunda yeterli ve etkin bir şekilde öneride bulunmadığını ifade etmiştir.

Bu konu daha çok işveren ve iş yeri güvenliği uzmanının sorumluluğuna girse de özellikle toplum sağlığında koruyucu hekimliği şiar edinen aile hekimlerinin koruyucu donanım hakkında hastalarını bilgilendirmesi hastalar açısından farkındalığı ve dolayısıyla koruyuculuğu artıracaktır.

5.5. EĞİTİM

Çalışmamızda aile hekimlerinin %59,3'ü meslek hastalıkları konusunda eğitim alırken, bu konuda eğitim almış olanlar içerisinde sadece %22,9'u aldığı eğitimi yeterli bulduğunu belirtmiştir. Meslek hastalıkları konusunda eğitim alan hekimler en sık %54,7 ile iş yeri hekimliği sertifikasyon programında eğitim aldıklarını belirtirken, bunun yanı sıra lisans eğitiminde, uzmanlık eğitiminde, yüksek lisansta, kurumsal (ato vb.) yerlerde değişen sürelerde eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

Yıldız ve ark. yaptığı bir çalışmada aile hekimlerinin % 29,6'sının meslek hastalıkları konusunda eğitim aldıklarını bulmuştur (4). Singapur'da Sng ve ark. yaptığı bir çalışmada ise aile hekimlerinin % 36'sının tıp fakültesi mezuniyeti sonrası eğitim aldığını, ancak bunların yaklaşık % 80'inin bu eğitimi yeterli bulmadığını belirtmiştir (93). Bizim çalışmamızda da eğitim alanlar arasında yaklaşık %80'i aldığı eğitimi yeterli bulmamaktadır.

Bir tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmada öğrencilerden sadece %5,6'sı fakültede verilen meslek hastalıkları konusundaki eğitimin yeterli olduğunu belirtmiştir (78). Çeşitli araştırmalarda aile hekimlerinin mesleki anamnezi almadığını ve bu alanda eğitime ihtiyaç duyulduğunu göstermiştir (4).

Meslek hastalıklarının eğitim konusundaki eksikliğinin kurumlarda verilen eğitimlerin yetersiz oluşundan mı yoksa yeteri kadar eğitim almadıklarında mı olduğuna dair bu konuda atılacak yeni çalışmalara ve adımlara da ayrıca ihtiyaç vardır.

Türkiye’de aile hekimliği uzmanlığı çekirdek müfredatında meslek hastalıkları ile ilgili başlığın varlığı, üniversitelerde ders olarak verilmesi, iş yeri hekimliği yapmak için sertifikasyon programında eğitim verilmesi ve buna benzer birçok kurumda meslek hastalıkları konusunda eğitim verilmesine rağmen yetersiz hissedilmesi verilen eğitimin içeriğinin, sürekliliğinin ve denetiminin yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

5.6. MESLEK HASTALIKLARI ÖN TANI, SEVK, BİLDİRİM

Çalışmamızda aile hekimlerinin sadece %34’ü tüm meslek hayatı boyunca en az bir kez meslek hastalığı ön tanısı koyduğunu belirtirken, hekimlerin sadece %18,5’i meslek hayatında ön tanı sonrası sevk/bildirim yaptığını belirtmiştir.

Yıldız ve ark. yaptığı bir çalışmada çalışmamızla benzer beş aile hekiminden sadece birinin yani yaklaşık %20’sinin hastayı meslek hastalığı şüphesiyle sevk ettiklerini ifade etmişlerdir (4).

Bizim çalışmamızda meslek hastalıklarının neden az bildirim yapıldığı konusunda birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği çoktan seçmeli soruda en sık neden olarak hekimlerin %75,3’ü “mesleki anamnezin alınmaması” ikinci olarak ise %66 ile “meslek hastalıklarını tanımlamada zorluk” şeklinde ifade etmiştir. Yukarda

da bahsettiğimiz üzere mesleki anamnez meslek hastalıkları tanı ve bildiriminde en önemli parçadır.

5.7. MESLEK HASTALIKLARI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİ

Çalışmamızda hekimler birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği çoktan seçmeli soruda poliklinik başvurularında en sık Solunum sistemi hastalıkları (%71,9), Mesleki cilt hastalıkları (%60,8) ve Kas iskelet sistemi hastalıkları (%58,6) ile karşılaşmaktadır.

Bilgi düzeyi ile alakalı Tablo 4 de hekimler %65 ile %94 arasında değişen oranlarda maruziyet ve yükümlülük süreleri, sevk özellikleri ve yükümlülükleri ile alakalı ya hiç bilmediğini ya da bu konuda bilgi eksikliğinin (kısmen biliyorum) olduğunu belirtmiştir. Özellikle meslek hastalığı ön tanısı düşünse bile bir hekim hastasını nereye sevk edeceğini ve bu konudaki yükümlülüklerini tam olarak bilmediği ortaya çıkmıştır.

5.8. MESLEK HASTALIKLARI KONUSUNDA YETKİN HİSSETME

Çalışmamız ışığında meslek hastalıklarının aile hekimlerine bakan yönüyle aile hekimleri meslek hastalıkları konusunda kendilerini yeterli hissetmemekte ve aldıkları eğitimi yeterli bulmamaktadır. Günlük pratiklerinde hekimlerin meslek hastalıklarına yönelik yaklaşımlarında özellikle mesleki anamnez konusunda eksikliklerin olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Avantajları

Anketin en önemli kısıtlılığı, Ankara’da bulunan aile hekimlerinin sadece %15,6’sının anketi yanıtlamasıdır. Bu açıdan her ne kadar çalışmanın güç analizi %95 güven aralığında %5 hata payı ile olsa da genelleme yapmak çok mümkün gözükmemektedir. Ama fikir vermesi açısından oldukça önemli bir çalışma olmuştur. Nitekim oldukça az araştırılan ancak diğer taraftan önemli bir konu olan meslek hastalıkları alanında ülkemizdeki birinci basamakta yapılan nadir çalışmalardan biri olarak ulusal literatüre katkı sunmakta ve uluslararası çalışmalar ile mukayese etme imkânı sunmaktadır.

WONCA Dünya Aile Hekimleri Birliği’nin özellikle üzerinde durduğu ve ülkemiz aile hekimliği müfredatında bilinmesini ve etkin ve yetkin yaklaşılmasını istediği meslek hastalıkları konusunda bakılabildiği kadarı ile ilk aile hekimliği uzmanlık tezi olması sebebiyle çalışmamız diğer çalışmalara ışık tutması beklenmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimlerinin meslek hastalıklarına yönelik yaklaşık %80'e varan oranda tanı koyabilecekleri düşünülmektedir (78). Dünyada tüm nüfusun yüzde yetmişi birinci basamak sağlık hizmetlerine erişime sahiptir. Çalışan nüfus içerisinde ise bu oran %15'tir (4). Dolayısıyla bu konu hakkında aile hekimlerinin üzerine büyük yük ve sorumluluklar düşmektedir.

Aile hekimleri, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de birinci basamak sağlık hizmetlerinin ana bileşenidir. Meslek hastalıkları veya işle ilgili hastalıklar şüphesi bulunan hastalar öncelikle aile hekimlerine başvurabilmesine rağmen;

- Çalışmamızda meslek hastalıkları konusunda eğitim alan hekimler arasında sadece %22,9'u aldığı eğitimi yeterli bulduğunu ifade etmiştir. Çalışmamıza katılan aile hekimleri bu konuda verilen eğitimleri yeterli bulmamaktadır.
- -Mesleki anamnez, bağışıklama gibi konularda bulunulan bazı önermelere karşı verilen cevaplar ile cinsiyet, medeni durum, mesleki tecrübe, unvan, iş yeri hekimliği geçmişi, bu konudaki aldığı eğitim gibi durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0,05$).
- -Aile hekimlerinin günlük yaklaşımlarında mesleki anamnez ve ayrıntılı mesleki anamnez gibi konulara yeterince yer vermediği, bağışıklama konusunda ise riskli gruplara karşı bilgilendirmelere yeterince yer vermemekle birlikte diğer önermelere nazaran daha yüksek oranda bağışıklama konusunda olumlu yönde bilgilendirmelerde bulunduğu çalışmamızda saptanmıştır.
- -Çalışmamızda meslek hastalıklarının neden az bildirim yapıldığı konusunda en sık neden olarak aile hekimlerinin %75,3'ü “mesleki anamnezin alınmaması” olarak belirtmiştir. Aynı şekilde bu konuda çalışmamızda ki önermelerde aile hekimlerinin mesleki anamneze yeteri kadar yer vermemeleri göstermektedir ki mesleki anamnez bu konudaki başlıca sorun

olarak görülmesine rağmen ne yazık ki yeterince bu konuya önem verilmemektedir.

- -Katılımcıların yaklaşık üçte biri meslek hastalıkları ön tanısı koyduğunu ifade etmiştir. Aynı şekilde daha az bir kısmı ön tanı sonrasında sevk/ bildirim yaptığını ifade etmiştir. Bu bağlamda sevk ve bildirim noktasında hekimlere bakan yönüyle eksikliklerin olduğu aşikârdır.
- -Çalışmamız sonucunda aile hekimleri mesleki olarak en sık solunum sistemi hastalıkları ile karşılaşmaktadır.
- -Aile hekimleri meslek hastalıkları konusunda kendilerini yeterli hissetmemektedir.

Bu konuda atılabilecek bazı adımlar ve önemli noktalar aşağıda sıralanmaktadır:

-Birinci basamak hekimleri her hastasının mevcut sağlık sorununun iş hayatı ile ilişkili olabileceğini her daim düşünmeli aklında bulundurmalıdır. Hekimler mesleki anamnez aracılığıyla belirli mesleki maruziyetlerin tanımlanması ile klinik olarak şüpheleri ortaya çıkarmalı ve meslek hastalıklarını aramaya yönlendirmelidir.

-Hekimler ayırıcı tanıda meslek hastalıklarını her daim akıllarında bulundurmalıdır. Ayrıca polikliniğine gelen hastalara yönelik işine uygun bağışıklama ve kişisel koruyucu donanım konusunda bilgilendirme yapabilmelidir.

-Yasalar ne kadar mükemmel olursa olsun, esas olarak sahadaki uygulamalar içerisinde diğer paydaşlarla birlikte yer alan aile hekimleri meslek hastalıklarından korunma üzerindeki etkileri belirleyecektir (94).

-İşçi sağlığı ile ilgili politikaların içerisine bu konuyla ilgili sadece birinci basamakta görevli aile hekimlerinin değil tüm paydaşların dâhil olması gerekmektedir.

-İşçilerin sağlığı, günlük yaşamın ve sağlığın devamlılığının ayrılmaz bir parçasıdır.

-Sağlık ve iş eğitimi, sağlık hizmetleri içerisinde mesleki eğitimin bir parçası olmalıdır (72).

-Ülkemizde göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, halk sağlığı bölümlerinde tıpta yan dal uzmanlığı olarak bulunan “iş ve meslek hastalığı uzmanlığı” bu konunun ana merkezinde olan aile hekimliği uzmanları içinde yan dal seçeneği olmalıdır.

-Mesleki anamnezin alınması uzun zaman gerektirdiği ve günlük poliklinik şartlarının yoğun olmasından dolayı bununla ilgili hazır anamnez formları hazırlanıp ya hekimin kendisi ya da hastanın kendisinin doldurması bu konuda pratiklik sağlayıp mesleki anamnez konusunda farkındalığı artıracak ve meslek hastalığı teşhisinde bir başlangıç olacaktır.

-Türkiye’de de sağlık merkezlerinde meslek hastalığının yasal boyutu, halk sağlığı ve diğer yönlerine bakan hususlarda bilgilendirici, uyarıcı afiş, broşürler hazırlamak, meslek hastalıklarının medyada daha çok ön planda olması, hekimlere mesaj yolu ile bilgilendirmeler yapılması, ulusal kongreler ve çalıştayların oluşturulması bu konudaki farkındalığı artıracaktır.

-Ülkemizde de meslek hastalıkları açısından eksiklikleri gidermek, bildirim ve sevk noktasında daha etkin olabilmek adına birinci basamakta kullanılan sistemlere entegre çevrimiçi bir yazılım programı oluşturulabilir. Ayrıca ülkemizde kullanılmakta olan bulaşıcı hastalıklar veya yeni ters ilaç reaksiyonları bildirim sistemleri ile karşılaştırılarak sistemlerin aksayan yönlerine, sorunlarına bakarak daha etkin, devamlılığı olan ve sorunsuz bir sistem ortaya çıkarılabilir.

-Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatında meslek hastalıkları ile ilgili başlığın varlığı, üniversitelerde ders olarak verilmesi, iş yeri hekimliği yapmak için sertifikasyon programında eğitim verilmesi ve buna benzer birçok kurumda meslek hastalıkları konusunda eğitim verilmesine rağmen aile

hekimlerinin bu konuda kendilerini yetersiz hissetmesi verilen eğitimin içeriğinin sürekliliğinin ve denetiminin yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Meslek hastalığı sadece tıbbi bir tanım değildir. Aynı zamanda kanuni açıdan da bir sigortacılık tanımıdır. Bu tanı işveren tarafından iş risklerinin iyi yönetilemediğini, işçi açısından ise hastalık durumunu ifade eder. Bütün bu nedenlerle, meslek hastalığı tanısı aşamasında görevli bulunan bütün herkes özellikle aile hekimleri konuyla ilgili hem yasal konulara hâkim olmalı hem de iyi eğitilmiş olmalıdır (95).

Meslek hastalıklarının ülkemizdeki sonuçlarını ve boyutunu anlayabilmek adına politika ve stratejileri geliştirmek amacıyla yeni verilere ve çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Berk M, Önal B, Güven R. Meslek Hastalıkları Rehberi. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü (İSGGM); 2011. 11–25 p.
2. İlman EZ. Türkiye’de Meslek Hastalıkları. Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Strat Araştırma Derg. 2015;1(1):21–36.
3. ILO. Safety and health at work: A vision for sustainable prevention. International Labour Organization. 2014. 1–48 p.
4. Yıldız AN, Piskin TM, Alaguney ME, Kurt OK, Ozlu A, Basarali MK. Attitudes and behaviors of family physicians regarding occupational diseases. Arch Environ Occup Health [Internet]. 2019 Mar 4 [cited 2019 Aug 5];74(1–2):85–92. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19338244.2018.1436037>
5. Metekoğlu Ş, Melikoğlu M, Güder S, Topal İO. The state of occupational dermatoses in Turkey. Turkderm. 2018;52(3):80–4.
6. Kazantzis G. Occupational disease [Internet]. Encyclopædia Britannica, inc. [cited 2019 Jun 14]. Available from: <https://www.britannica.com/science/occupational-disease>
7. ILO. Prevention Occupational Diseases of. 2013;(April). Available from: www.ilo.org/publns
8. Davoodi S, Haghighi KS, Kalhori SRN, Hosseini NS, Mohammadzadeh Z, Safdari R. Occupational disease registries-characteristics and experiences. Acta Inform Medica. 2017;25(2):136–40.
9. WHO | Occupational health: A manual for primary health care workers. WHO [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 25]; Available from: https://www.who.int/occupational_health/publications/emhealthcarework/en/#.XRHapCS3J3Y.mendeley
10. Oğuz Ö. İş Kazası ve Meslek Hastalığında Sigortalıya Sağlanan Yardımlar. Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Derg [Internet]. 2018 Aug 31 [cited 2019 Jun 14];7(18):317–32. Available from: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.31199/hakisderg.416837>
11. Republic T, Labour MOF, Security S. National Policy Document - III and Action Plan on Safety and Health at Work 2014-2018. 2018.
12. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu [Internet]. [cited 2019 Jun 15]. Available from: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari
13. DGUV: Occupational diseases (ODs) [Internet]. [cited 2019 Jun 15]. Available from: <https://www.dguv.de/en/facts-figures/ods/index.jsp>
14. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring - Årsstatistik [Internet]. [cited 2019 Jun 15]. Available from: <https://aes.dk/da/Statistik/Arbejdsskader/Arbejdsskadestatistik.aspx>

15. Reporting of occupational diseases: issues and good practices in five European countries [Internet]. [cited 2019 Jun 15]. Available from: <https://www.eurogip.fr/en/projects/publications-d-eurogip/3933-declaration-des-mp-problematique-et-bonnes-pratiques-dans-cinq-pays-europeens-2>
16. Schwartz DA, Wakefield DS, Fieselmann JF, Berger-Wesley M, Zeitler R. The occupational history in the primary care setting. *Am J Med* [Internet]. 1991 Mar 1 [cited 2019 Aug 6];90(3):315–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/000293439180011A>
17. Geneva ILO. Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases. *merlod* [Internet]. 4:1. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/meetingdocument/wcms_116820.pdf
18. WHO. Occupational health A manual for primary health care workers [Internet]. 2019 [cited 2019 Feb 8]. p. https://www.who.int/occupational_health/activities. Available from: https://www.who.int/occupational_health/activities
19. WHO- ILO. Definition of occupational health adopted by the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health (1950) Occupational health should aim at the promotion and maintenance [Internet]. 1950 [cited 2019 Feb 11]. Available from: <http://www.iloencyclopaedia.org/part-ii-44366/occupational-health-services/10-occupational-health-services/occupational-health-services-and-practice>
20. Meslek Hastalıkları (Mayıs 2019) – Dr. Abdullah İnan [Internet]. [cited 2019 Jun 15]. Available from: <https://drabdullahinan.com/meslek-hastaliklari-1-aralik2018/>
21. Bilir V. Meslek Hastalıkları. Türk-İş Yayınları, Ankara; 2004. XV–XVIII.
22. ÇASGEM. Meslek Hastalıkları. Ankara; 2013.
23. John Dodson, Xiaoqiang Li, Nan Sun, Pia Atahan, Xinying Zhou, Hanbin Liu, Keliang Zhao, Songmei Hu ZY. Use of coal in the Bronze Age in China. *SAGE Journals*. 2014;24(5):525–30.
24. Çiçek Ö, Öçal M. Dünyada ve Türkiye’de İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi. *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Derg*. 2016;5(11):107–29.
25. Dr. Marc Barton. Imhotep – The First Physician [Internet]. [cited 2019 Feb 10]. Available from: <https://www.pastmedicalhistory.co.uk/imhotep-the-first-physician/>
26. Fişek G. Meslek Hastalıkları [Internet]. 1998 [cited 2019 Feb 12]. Available from: <https://gurhan.fisek.net/meslek-hastaliklari/>
27. Milton A. Lessler. No Lead and Lead Poisoning from Antiquity to Modern Times. *Ohio J Sci*. 1988;88(3):78–84.
28. D. A. Gidlow. Lead toxicity. *Occup Med (Chic Ill)*. 2015;65:348–56.
29. History of Miasma Theory [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: <https://www.tremr.com/bogdan-cvetkovic/history-of-miasma-theory>
30. Grandjean P. Paracelsus Revisited: The Dose Concept in a Complex World. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2016;119(2):126–32.

31. Cahn RW. Britannica- Georgius Agricola [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: <https://www.britannica.com/biography/Georgius-Agricola>
32. Committee to Assess Training Needs, States Occupational Safety and Health Personnel in the United. Safe Work in the 21st Century: Education and Training Needs for the Next Decade's Occupational Safety and Health Personnel. 2000. 236–240 p.
33. Herr HW. Percivall Pott, the environment and cancer. BJU Int. 2011;108(4):479–81.
34. Dronsfield A. Percivall Pott, chimney sweeps and cancer [Internet]. 2006 [cited 2019 Feb 13]. Available from: <https://eic.rsc.org/feature/percivall-pott-chimney-sweeps-and-cancer/2020205.article>
35. Dowd DF. Robert Owen British Social Reformer [Internet]. [cited 2019 Feb 13]. Available from: <https://www.britannica.com/biography/Robert-Owen>
36. Strange KH. The Climbing Boys: A Study of Sweeps" Apprentices 1773-1875. 1982. 41 p.
37. Early factory legislation [Internet]. [cited 2019 Feb 13]. Available from: <https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/19thcentury/overview/earlyfactorylegislation/>
38. The 1833 Factory Act [Internet]. [cited 2019 Feb 13]. Available from: <https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/19thcentury/overview/factoryact/>
39. History of the ILO [Internet]. [cited 2019 Feb 13]. Available from: <https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang--en/index.htm>
40. Fütüvvetnâme - TDV İslâm Ansiklopedisi [Internet]. [cited 2019 Jun 15]. Available from: <https://islamansiklopedisi.org.tr/futuvvetname>
41. Yüksel B. Çalışma İlişkilerine Yönelik İlk Düzenleme: Dilaver Paşa Nizamnamesi ve Çalışma Hayatına Etkileri. İş ve Hayat [Internet]. 2017 Dec 25 [cited 2019 Feb 13];3(6):155–78. Available from: http://dergipark.gov.tr/isvehayat/issue/34275/378851#article_cite
42. Akgündüz A. Karşılaştırmalı Mecelle-i Ahkam-ı Adliye (Mecelle Ta'dilleri ve Gerekçeleriyle Birlikte). 582 p.
43. Karakuzu H, Yücel N. Başbakan İsmet İnönü'nün Zonguldak Kömür Havzası Ziyaretinin Türk Basınına Yansımaları [Internet]. [cited 2019 Jun 15]. Available from: http://www.cahij.com/Makaleler/544134461_1-13.pdf
44. Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun [Internet]. [cited 2019 Jun 15]. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.151.pdf>
45. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu [Internet]. [cited 2019 Jun 15]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>
46. ILO. List of occupational diseases (revised 2010) Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases. 2010. 7–8 p.
47. Kim E-A, Kang S-K. Historical review of the List of Occupational Diseases recommended by the International Labour organization (ILO). Ann Occup Environ Med [Internet]. 2013;25(1):14. Available from: <http://aoemj.biomedcentral.com/articles/10.1186/2052-4374-25-14>

48. Classification of health workforce statistics, World Health Organization G. Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification.
49. Karjalainen A. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) in Occupational health. World Heal Organ Sustain Dev Heal Environ [Internet]. 1999;WHO/SDE/OE:1–36. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
50. Karar BK, Tarihi K, Tarihi G. Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü. 1972;1945–2096. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.5.74496.pdf>
51. uptodate. Overview of occupational and environmental health [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-occupational-and-environmental-health?search=occupational medicine&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-occupational-and-environmental-health?search=occupational%20medicine&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
52. Bilir N. Meslek hastalıkları (tanı, tedavi ve korunma ilkeleri). Hacettepe Tıp Derg. 2011;42(4):147–52.
53. Lamont Guidotti T, Cortez JH, Abraham HL. Taking the occupational history. Ann Intern Med. 1983;99(5):641–51.
54. Balbay EG, Cakiroglu EB, Arbak P, Ozmen Suner K, Binay S. Do We Question Occupational and Environmental Exposure Adequately in the Outpatient Clinic of Chest Diseases? Eurasian J Pulmonol. 2014;16(2):130–2.
55. Çimrin A. Meslek Hastalıklarına Genel Klinik Yaklaşım. Klin Gelişim. 2010;23(4):8–10.
56. İSGİP. Meslek Hastalıkları ve İş İle İlgili Tanı Rehberi.
57. Lax MB, Grant WD, Manetti FA, Klein R. Recognizing Occupational Disease-Taking an Effective Occupational History. Am Fam Physician [Internet]. 1998 Sep 15 [cited 2019 Jun 16];58(4):935–44. Available from: <https://www.aafp.org/afp/1998/0915/p935.html#>
58. ÇASGEM. Türkiye’de İş Sağlığı Ve Güvenliği Algısı Araştırma Raporu. Ankara; 2017.
59. Meslek Hastalıkları Bildirim Rehberi [Internet]. [cited 2019 Aug 10]. Available from: www.csgb.gov.tr
60. İsg Katip Nedir? [Internet]. [cited 2019 Jun 19]. Available from: <http://odakisg.com.tr/tr/Makaleler/Icerik/1335-Isg-Katip-Nedir>
61. Akkurt İ. Meslek Hastalıklarında Maluliyet Değerlendirmesi. Klin Gelişim. 2010;23(4):84–9.
62. Tarihçemiz [Internet]. [cited 2019 Jun 18]. Available from: <https://ankarameslekdh.saglik.gov.tr/TR,34715/hastanemiz.html>
63. İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi devredildi | Meslek Hastalığı [Internet]. [cited 2019 Jun 18]. Available from: <http://www.meslek Hastaligi.net/istanbul-meslek-hastaliklari-hastanesi-devredildi/>
64. Tarihçemiz- zonguldak [Internet]. [cited 2019 Jun 18]. Available from: <https://uzunmehmetghh.saglik.gov.tr/TR,145213/tarihcemiz.html>

65. Madencilerin kurduğu hastane 75 yıldır hizmet veriyor | Medimagazin Sağlık Haber Portalı | Sağlık Personeli Haberleri [Internet]. [cited 2019 Jun 18]. Available from: <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-madencilerin-kurdugu-hastane-75-yildir-hizmet-veriyor-11-681-60250.html>
66. Amelebirliği Hastanesi... - Zonguldak Haberler [Internet]. [cited 2019 Jun 18]. Available from: <http://www.pusulagazetesi.com.tr/amelebirligi-hastanesi-107368-haberler.html>
67. Kar SS, Subitha L, Kalaiselvi S, Archana R. Development and implementation of healthy workplace model in a selected industry of Puducherry, South India. *Indian J Occup Environ Med* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 18];19(1):25–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26023268>
68. Cohen D, Black DC. Primary health care: What role for occupational health? *Br J Gen Pract.* 2013;63(608):124.
69. Thompson JN, Brodtkin CA, Kyes K, Neighbor W, Evanoff B. Use of a questionnaire to improve occupational and environmental history taking in primary care physicians. *J Occup Environ Med.* 2000;42(12):1188–94.
70. Lacerda e Silva T, Dias EC, Pessoa VM, Fernandes L da MM, Gomes EM. Occupational Health In Primary Care: Perceptions And Practices In Family Health Teams (Saúde do trabalhador na Atenção Primária: Percepções e práticas de equipes de Saúde da Família). *Interface Commun Heal Educ.* 2014;18(49):273–87.
71. Global Family Doctor - WONCA Online [Internet]. [cited 2019 Feb 25]. Available from: <https://www.wonca.net/groups/SpecialInterestGroups/WorkersHealth1.aspx>
72. WHO. Connecting Health and Labour Bringing together occupational health and primary care to improve the health of working people [Internet]. 2012 [cited 2019 Feb 25]. Available from: https://www.who.int/occupational_health/publications/the-hague-summary-040512-A4web.pdf?ua=1
73. Wonca Europe. The European definition of general practice/Family Medecine 2011. 2011;1–33. Available from: http://www.woncaeurope.org/Web_documents/European_Definition_of_family_medicine/Version_2011/Definition_3rd_ed_2011_with_revised_wonca_tree.pdf
74. Öztürk H, Babacan E, Anahar EÖ. Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg* [Internet]. 2012 Oct 1 [cited 2019 Aug 7];1(4):252–68. Available from: <https://dergipark.org.tr/gumussagbil/issue/7506/98949>
75. Pınar T, Çakmak ZA, Saygun M, Ulu N. Hasta Dosyalarında Tanı ve Tedaviyi Etkileyebilecek Meslek ve Diğer Faktörlerin Tıbbi Kayıtlarda Yeralma Durumlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klin J Med Sci.* 2008;28(1):40–7.
76. Çimrin AH, Sevinc C, Kundak I, Ellidokuz H, İti O. Attitudes of medical faculty physicians about taking occupational history. *Med Educ.* 1999;33(6):466–7.
77. Malat G, Aslan VY, Özden YI KA. İş sağlığı, meslek hastalıkları eğitimi ve mesleki anamnez konusunda hekimlerin tutum ve görüşleri: bir alan araştırmasının betimleyici sonuçları. In: 4 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. DİDİM; 1994.

78. Aliye Mandıracıoğlu AHB. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinin Meslek Hastalıkları Eğitimi Konusunda Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Tıp Eğitimi Dünyası [Internet]. 2006 [cited 2019 Jun 23];21(21). Available from: https://dergipark.org.tr/ted/issue/21306/228639#article_cite
79. Yıkılkan H, Türedi Ö, Aypak C, Görpelioğlu S. Ankara ilinde eğitim alan aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi. *Cumhur Med J*. 2013;35(1):25–32.
80. Lenderink AF, Spreeuwiers D, Van Der Klink JJJ, Van Dijk FJH. Information and feedback to improve occupational physicians' reporting of occupational diseases: A randomised controlled trial. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010;83(4):381–8.
81. Smits PBA, De Boer AGEM, Kuijer PPFM, Braam I, Spreeuwiers D, Lenderink AF, et al. The effectiveness of an educational programme on occupational disease reporting. *Occup Med (Chic Ill)*. 2008;58(5):373–5.
82. Brisette I, Gelberg KH, Grey AJ. The Effect of Message Type on Physician Compliance with Disease Reporting Requirements. *Public Health Rep* [Internet]. 2006 Nov 3 [cited 2019 Aug 8];121(6):703–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003335490612100610>
83. Lenderink AF, Keirsbilck S, van der Molen HF, Godderis L. Online reporting and assessing new occupational health risks in SIGNAAL. *Occup Med (Chic Ill)* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2019 Aug 9];65(8):638–41. Available from: <https://academic.oup.com/occmed/article-lookup/doi/10.1093/occmed/kqv061>
84. Öncül A, Aslan S, Pirinçcioğlu H, Özbek E. Diyarbakır Devlet Hastanesi çalışanlarında HBV, HCV, HIV, VDRL seropozitifliğinin ve aşılama oranlarının belirlenmesi. *J Exp Clin Med* [Internet]. 2012 Dec 24 [cited 2019 Aug 7];29(4):280–4. Available from: <http://dergi.omu.edu.tr/index.php/JECM/article/view/2140>
85. Akçali A, Şener A, Otkun MT, Akgöz S, Otkun AM. Üçüncü Basamak Bir Hastanede Sağlık Çalışanlarında Hepatit B Seroprevalansı Hepatitis B Seroprevalance Among Health care Workers in a Tertiary Hospital. 2013;19(1):36–40.
86. Süda Tekin Koruk, İbrahim Koruk, Murat Şahin FD. Şanlıurfa ' da Ağız ve Diş Sağlığı Çalışanlarında HBsAg , Anti-HBs ve Anti-HCV Pozitifliği ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Klinik Derg*. 2009;22(2):55–61.
87. Altıok M, Kuyurtar F, Karaçorlu S, Ersöz G, Erdoğan S. Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınan Önlemler [Internet]. [cited 2019 Aug 7]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/239601046_Saglik_Calisanlarinin_Delici_Kesici_Aletlerle_Yaralanma_Deneyimleri_ve_Yaralanmaya_Yonelik_Alınan_Onlemler
88. Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun E, Kırbıyık S. Bir Üniversite Hastanesi Sağlık Personelinde Kesici Delici Yaralanma Epidemiyolojisi ve Korunmaya Yönelik Tutum ve Davranışlar. *Türkiye Klin J Med Sci*. 2002;22(4):390–6.
89. Ulutaş B, Özkan NF, Kahya E. Metal Endüstrisinde Kişisel Koruyucu Donanım Kullanımının

- Analizi. Selcuk Univ J Eng ,Science Technol. 2019;7(2):420–33.
90. Gulhan B, Ilhan M, Civil E. Ankara’da bir metal sanayi fabrikasında iş kazaları ve etkileyen faktörler. Türkiye Halk Sağlığı Derg. 2015;10(2):76–76.
91. Serin H, Şahin Y, Şimşek A, Durgun M. Kahramanmaraş İmalat Sanayiindeki İş Kazazedelerinin Durumu. Mühendislik Bilim ve Tasarım Derg [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 8];3(3):553–7. Available from: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/sdumuhtas/article/view/5000149565>
92. Demirbilek T, Çakır Ö. Kişisel Koruyucu Donanım Kullanımını Etkileyen Bireysel Ve Örgütsel Değişkenler. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilim Fakültesi Derg [Internet]. 2016 Jul 25 [cited 2019 Aug 8];23(2):173–91. Available from: <https://dergipark.org.tr/deuiibfd/issue/22740/242722>
93. Sng J, See ML, Koh D. Bridging the gap between occupational medicine and family medicine. Ann Acad Med Singapore. 2008;37(2):158–61.
94. Fidancı İ, Öztürk O. A General Overview on Occupational Health and Safety and Occupational Disease Subjects. J Fam Med Heal Care. 2016;1(1):16.
95. Oğuz Topal İ. Mesleki Dermatolozların Halk Sağlığı Açısından Önemi. Eskişehir Türk Dünyası Uygul ve Araştırma Merk Halk Sağlığı Derg [Internet]. 2019 Mar 11 [cited 2019 Aug 9];4:61–71. Available from: <http://dergipark.org.tr/doi/10.35232/estudamhsd.516425>

8. EKLER

EK-1: MESLEK HASTALIKLARI LİSTESİ

List of occupational diseases (revised 2010)

(In the application of this list the degree and type of exposure and the work or occupation involving a particular risk of exposure should be taken into account when appropriate.)

- 1. Occupational diseases caused by exposure to agents arising from work activities
 - 1.1. Diseases caused by chemical agents
 - 1.1.1. Diseases caused by beryllium or its compounds
 - 1.1.2. Diseases caused by cadmium or its compounds
 - 1.1.3. Diseases caused by phosphorus or its compounds
 - 1.1.4. Diseases caused by chromium or its compounds
 - 1.1.5. Diseases caused by manganese or its compounds
 - 1.1.6. Diseases caused by arsenic or its compounds
 - 1.1.7. Diseases caused by mercury or its compounds
 - 1.1.8. Diseases caused by lead or its compounds
 - 1.1.9. Diseases caused by fluorine or its compounds
 - 1.1.10. Diseases caused by carbon disulfide
 - 1.1.11. Diseases caused by halogen derivatives of aliphatic or aromatic hydrocarbons
 - 1.1.12. Diseases caused by benzene or its homologues
 - 1.1.13. Diseases caused by nitro- and amino-derivatives of benzene or its homologues
 - 1.1.14. Diseases caused by nitroglycerine or other nitric acid esters 1.1.15. Diseases caused by alcohols, glycols or ketones
 - 1.1.16. Diseases caused by asphyxiants like carbon monoxide, hydrogen sulfide, hydrogen cyanide or its derivatives
 - 1.1.17. Diseases caused by acrylonitrile

- 1.1.18. Diseases caused by oxides of nitrogen
- 1.1.19. Diseases caused by vanadium or its compounds
- 1.1.20. Diseases caused by antimony or its compounds
- 1.1.21. Diseases caused by hexane
- 1.1.22. Diseases caused by mineral acids
- 1.1.23. Diseases caused by pharmaceutical agents
- 1.1.24. Diseases caused by nickel or its compounds
- 1.1.25. Diseases caused by thallium or its compounds
- 1.1.26. Diseases caused by osmium or its compounds
- 1.1.27. Diseases caused by selenium or its compounds
- 1.1.28. Diseases caused by copper or its compounds
- 1.1.29. Diseases caused by platinum or its compounds
- 1.1.30. Diseases caused by tin or its compounds
- 1.1.31. Diseases caused by zinc or its compounds
- 1.1.32. Diseases caused by phosgene
- 1.1.33. Diseases caused by corneal irritants like benzoquinone
- 1.1.34. Diseases caused by ammonia
- 1.1.35. Diseases caused by isocyanates
- 1.1.36. Diseases caused by pesticides
- 1.1.37. Diseases caused by sulphur oxides
- 1.1.38. Diseases caused by organic solvents
- 1.1.39. Diseases caused by latex or latex-containing products
- 1.1.40. Diseases caused by chlorine

- 1.1.41. Diseases caused by other chemical agents at work not mentioned in the preceding items where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure to these chemical agents arising from work activities and the disease(s) contracted by the worker
- 1.2. Diseases caused by physical agents
 - 1.2.1. Hearing impairment caused by noise
 - 1.2.2. Diseases caused by vibration (disorders of muscles, tendons, bones, joints, peripheral blood vessels or peripheral nerves)
 - 1.2.3. Diseases caused by compressed or decompressed air
 - 1.2.4. Diseases caused by ionizing radiations
 - 1.2.5. Diseases caused by optical (ultraviolet, visible light, infrared) radiations including laser
 - 1.2.6. Diseases caused by exposure to extreme temperatures
 - 1.2.7. Diseases caused by other physical agents at work not mentioned in the preceding items where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure to these physical agents arising from work activities and the disease(s) contracted by the worker
- 1.3. Biological agents and infectious or parasitic diseases
 - 1.3.1. Brucellosis
 - 1.3.2. Hepatitis viruses
 - 1.3.3. Human immunodeficiency virus (HIV)
 - 1.3.4. Tetanus
 - 1.3.5. Tuberculosis
 - 1.3.6. Toxic or inflammatory syndromes associated with bacterial or fungal contaminants
 - 1.3.7. Anthrax
 - 1.3.8. Leptospirosis

and practice, between the exposure to risk factors arising from work activities and the disease(s) contracted by the worker

- 2.2. Skin diseases
 - 2.2.1. Allergic contact dermatoses and contact urticaria caused by other recognized allergy-provoking agents arising from work activities not included in other items
 - 2.2.2. Irritant contact dermatoses caused by other recognized irritant agents arising from work activities not included in other items
 - 2.2.3. Vitiligo caused by other recognized agents arising from work activities not included in other items
 - 2.2.4. Other skin diseases caused by physical, chemical or biological agents at work not included under other items where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure to risk factors arising from work activities and the skin disease(s) contracted by the worker
- 2.3. Musculoskeletal disorders
 - 2.3.1. Radial styloid tenosynovitis due to repetitive movements, forceful exertions and extreme postures of the wrist
 - 2.3.2. Chronic tenosynovitis of hand and wrist due to repetitive movements, forceful exertions and extreme postures of the wrist
 - 2.3.3. Olecranon bursitis due to prolonged pressure of the elbow region
 - 2.3.4. Prepatellar bursitis due to prolonged stay in kneeling position
 - 2.3.5. Epicondylitis due to repetitive forceful work
 - 2.3.6. Meniscus lesions following extended periods of work in a kneeling or squatting position
 - 2.3.7. Carpal tunnel syndrome due to extended periods of repetitive forceful work, work involving vibration, extreme postures of the wrist, or a combination of the three
 - 2.3.8. Other musculoskeletal disorders not mentioned in the preceding items where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions

and practice, between the exposure to risk factors arising from work activities and the musculoskeletal disorder(s) contracted by the worker

- 2.4. Mental and behavioural disorders
 - 2.4.1. Post-traumatic stress disorder
 - 2.4.2. Other mental or behavioural disorders not mentioned in the preceding item where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure to risk factors arising from work activities and the mental and behavioural disorder(s) contracted by the worker
- 3. Occupational cancer
 - 3.1. Cancer caused by the following agents
 - 3.1.1. Asbestos
 - 3.1.2. Benzidine and its salts
 - 3.1.3. Bis-chloromethyl ether (BCME)
 - 3.1.4. Chromium VI compounds
 - 3.1.5. Coal tars, coal tar pitches or soots
 - 3.1.6. Beta-naphthylamine
 - 3.1.7. Vinyl chloride
 - 3.1.8. Benzene
 - 3.1.9. Toxic nitro- and amino-derivatives of benzene or its homologues
 - 3.1.10. Ionizing radiations
 - 3.1.11. Tar, pitch, bitumen, mineral oil, anthracene, or the compounds, products or residues of these substances
 - 3.1.12. Coke oven emissions
 - 3.1.13. Nickel compounds
 - 3.1.14. Wood dust

- 3.1.15. Arsenic and its compounds
 - 3.1.16. Beryllium and its compounds
 - 3.1.17. Cadmium and its compounds
 - 3.1.18. Erionite
 - 3.1.19. Ethylene oxide
 - 3.1.20. Hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV)
 - 3.1.21. Cancers caused by other agents at work not mentioned in the preceding items where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure to these agents arising from work activities and the cancer(s) contracted by the worker
- 4. Other diseases
 - 4.1. Miners' nystagmus
 - 4.2. Other specific diseases caused by occupations or processes not mentioned in this list where a direct link is established scientifically, or determined by methods appropriate to national conditions and practice, between the exposure arising from work activities and the disease(s) contracted by the worker

EK-2: İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

İŞYERİNİN :

Unvanı:

SGK/Bölge Müdürlüğü Sicil No.:

Adresi:

Tel No.:

Faks No.:

E-posta:

Fotoğraf

İŞÇİNİN :

Adı ve soyadı:

T.C.Kimlik No.:

Doğum Yeri ve Tarihi:

Cinsiyeti:

Eğitim durumu:

Medeni durumu:

Çocuk sayısı:

Ev Adresi:

Tel No.:

Mesleği:

Yaptığı iş:

Çalıştığı bölüm:

Daha önce çalıştığı yerler:

İşkolu :

Yaptığı iş:

Giriş-çıkış tarihi:

1.

2.

3.

Özgeçmişi :

Kan grubu:

Konjenital/kronik hastalık:

Bağışıklama:

- Tetanoz:

- Hepatit:

- Diğer:

Soy geçmişi :

Anne :

Baba :

Kardeş :

ocuk :

TIBBİ ANAMNEZ :

1. Son bir yıl içinde aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini geçirdiniz mi?

Hayır

Evet

- Balgamlı ksrk
- Nefes darlığı
- Göğüs ağırsı
- Çarpıntı
- Sırt ağırsı
- İshal veya kabızlık
- Eklemlerde ağırı

2. Son bir yıl içinde aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?

Hayır

Evet

- Kalp hastalığı
- şeker hastalığı
- Böbrek rahatsızlığı
- Sarılık
- Mide veya on iki parmak lseri
- İşitme kaybı
- Görme bozukluğu
- Sinir sistemi hastalığı
- Deri hastalığı
- Besin zehirlenmesi

3. Son bir yıl içinde hastanede yattınız mı?

Hayır

Evet ise tanı.....

4. Son bir yıl içinde önemli bir ameliyat geçirdiniz mi?

Hayır

Evet ise nedir?.....

5. Son bir yıl içinde iş kazası geçirdiniz mi?

Hayır Evet ise nedir?

6. Son bir yıl içinde meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutulduunuz mu?

Hayır Evet ise sonuç.....

7. Son bir yıl içinde Maluliyet aldınız mı?

Hayır Evet ise nedir ve oranı.....

8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

Hayır Evet ise nedir.....

9. Sigara içiyor musunuz?

Hayır

Bırakmış ay/yıl önce ay/yıl içmiş adet/gün içmiş

Evet yıldır adet/gün

10. Alkol alıyor musunuz?

Hayır

Bırakmış yıl önce yıl içmiş sıklıkla içmiş

Evet yıldır sıklıkla

FİZİKİ MUAYENE SONUÇLARI :

a) Duyu organları

- Göz
- Kulak-Burun-Boğaz
- Deri

b) Kardiyovasküler sistem muayenesi

c) Solunum sistemi muayenesi

d) Sindirim sistemi muayenesi

e) Ürogenital sistem muayenesi

f) Kas-iskelet sistemi muayenesi

g) Nörolojik muayene

ğ) Psikiyatrik muayene

h) Diğer

-TA: / mmHg
-Boy: Kilo:

-Nb: / dk.
BMI:

LABORATUVAR BULGULARI :

a) Biyolojik analizler

- Kan

- İdrar

b) Radyolojik analizler

c) Fizyolojik analizler

- Odyometre

- SFT

c) Psikolojik testler

-Diğer

KANAAT VE SONUÇ :

1- işinde/işyerinde bedenen çalışmaya elverişlidir.

2- Raporda işaret edilen arızalar tedavi edilmek şartıyla elverişlidir.

İMZA

TARİH:/...../.....

Adı ve Soyadı

Diploma No.

EK-3: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
SBÜ Ankara Numune SUAM
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : E.Kurul -E-18-2122

2122-no'lu çalışma

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği'nden "Ankara'daki Aile Hekimlerinin Meslek Hastalıklarına Yönelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

19/07/2018


Prof. Dr. Hürrem Bodur
Etik Kurul Başkanı

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İrtibat; Etik Kurul EKadioğlu
Talatpaşa Bulvarı No:5 Altındağ/Ankara
Tel: 0 (312) 508 59 10

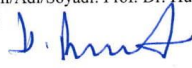
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara'daki Aile Hekimlerinin Meslek Hastalıklarına Yönelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Ankara Numune SUAM Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Talatpaşa Bulvarı No:5 Kat:1 Altındağ/Ankara
	TELEFON	0312 508 59 10
	FAKS	3125084938
	E-POSTA	aneahetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Tarık Eren Yılmaz			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Ankara Numune SUAM			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
DESTEKLEYİCİ	-			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz: Analitik Çalışma			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza: 

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	İLAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2122/2018	Tarih: 19.07.2018					
	Yukarıda bilgileri verilen SBÜ Ankara Numune SUAM Aile Hekimliği Kliniği'nden Yrd.Doç.Dr.Tarık Eren Yılmaz sorumluluğunda yapılması planlanan ve Dr.Ahmet Said Gök'ün tezi olan "Ankara'daki Aile Hekimlerinin Meslek Hastalıklarına Yönelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Hürrem BODUR					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza	
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kİ.Mikrobiyoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN	Beyin Cerrahi	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Prof. Dr. Adem ÖZKARA	Aile Hekimliği	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Prof. Dr. Işıl ÖZKOÇAK TURAN	Anestezi ve Reanimasyon	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Prof. Dr. Sezer KULAÇOĞLU	Patoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Prof.Dr. Özlem EVREN KEMER	Göz Hastalıkları	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Prof. Dr. Altuğ TUNCEL	Üroloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Doç. Dr. Doğan UNCU	Tıbbi Onkoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Doç. Dr. İsmail KARABULUT	Fizyoloji	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Doç. Dr. Tanju TÜTÜNCÜ	Genel Cerrahi	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Uzm.Dr.Şeniz S. SULUBULUT	Tıbbi Farmakoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>	
Selma KOBAL	İş İdaresi	Emekli	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza: *[Signature]*

**EK-4: ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ
BAŞKANLIĞI ONAYI**





T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 62693856-604.02
Konu : Araştırma İzni (Dr.Öğr.Üyesi Tank
Eren YILMAZ-1)

SBÜ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 11/10/2018 tarihli ve 36198255 sayılı yazı.

Hastanenizde görev yapan Dr.Öğr.Üyesi Tank Eren YILMAZ'ın "Ankaradaki Aile Hekimlerinin Meslek Hastalıklarına Yaklaşımlarının Değerlendirmesi" başlıklı ve ilgi kayıtlı araştırma izin talebi Başkanlığımız "AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından 25/10/2018 tarihinde düzenlenen toplantıda değerlendirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi 5. fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verinin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalar için bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması ile aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması ve araştırmacının personel desteği almadan kendi imkânları ile araştırmayı yapabilmesi esastır.

Söz konusu araştırmanın yapılması, yukarıda belirtilen ilkelere bağlı kalınması koşulları ile Komisyonumuzca uygun bulunmuştur. Ayrıca araştırmanın tamamlandığı tarihten sonraki 1 (bir) yıl içerisinde sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanan araştırma sonuç raporunun Başkanlığımıza 2 (iki) nüsha halinde sunulması gerekmektedir. Sorumlu Araştırmacı Dr.Öğr.Üyesi Tank Eren YILMAZ'a tebliğ edilmesi hususunda,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Adem KUCUR
Müdür a.
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Eğitim Alt Birimi
Rüzgarlı Cd. İbrahim Müteferrika Sk. No:9 Kat:1 Ulus Altında/ANKARA
Faks No:0312 309 54 32
e-Posta:emel.kilic1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.asm.gov.tr

Bilgi için:Emel KILIÇ
Unvan:ÇEVRE SAĞ. TEKN.
Telefon No:0312 302 54 41

EK-5 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM VE ANKET FORMU

Ankara’da Aile Hekimlerinin Meslek Hastalıklarına Yönelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi Onam Formu

Değerli Meslektaşım;

Yapmayı planladığımız bu anket çalışmasında Ankara’da Aile Sağlığı Merkezlerinde, Üniversitelerde, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde çalışan siz değerli Aile hekimlerinin meslek hastalıklarına yönelik yaklaşımlarınızın değerlendirilmesi amaçlamaktadır.

Birinci basamakta çok önemli yeri olan sizlerin, gerek sigortalı işçilerin gerekse ailelerinin sağlık yönünden değerlendirilmelerinde ilk başvuru mercii olmanız nedeniyle; bu çalışmamızın meslek hastalıklarının tanı, takip, tedavi ve bildiriminin birinci basamak koşullarında farkındalığı ve yaklaşımlarınız hakkında bilgi vermesi hedeflenmektedir.

Araştırmamızı oluşturan anketi cevaplamak yaklaşık 5-10 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır, herhangi bir yaptırımı olmaksızın istediğiniz zaman araştırmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak olup bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır.

Her soruyu dikkatlice okuyup sizin için uygun olan cevabı vermeniz önemle rica olunur. Yanıtlarınız konuyla ilgili sorunların saptanmasına ve çözüm üretilmesine katkı sağlayacaktır.

Değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.

Çalışmamıza katılmak ister misiniz? :

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Dr. Ahmet Said GÖK

SBÜ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

İletişim: ahmetsaid19@hotmail.com

Tel: +90 533 728 1100

Anket No:
.../.../201..

Tarih:

1. Yaşınız?

.....

2. Cinsiyetiniz?

☐ Kadın ☐ Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

☐ Bekar ☐ Evli ☐ Dul/Boşanmış

4. Kaç yıllık mesleki tecrübeniz var? (yıl)

5. Mesleki unvanınız nedir?

- ☐ Eğitim Görevlisi, Öğretim Üyesi (Başasistan, Doçent , Prof.)
- ☐ Aile Hekimliği Uzmanı
- ☐ Aile Hekimliği Asistanı
- ☐ Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi (SAHU)
- ☐ Pratisyen Aile Hekimi

6. Hiç meslek hastalığı geçirdiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

7. Meslek hastalığı teşhisi konulan yakınınız hiç var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

8. Daha önce hiç işyeri hekimliği yaptınız mı?

- ☐ Evet (Kaç yıl:.....)
- ☐ Hayır

9. Daha önce meslek hastalıkları konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet (Ne kadar süre ve nerde aldınız:.....)
(lisans eğitiminde, uzmanlık eğitiminde, iş yeri hekimliği sertifikasyonunda, yüksek lisans, kurumsal vb.)
- ☐ Hayır (Lütfen 11. Soruya geçiniz)

10. Almış olduğunuz meslek hastalıkları eğitimi sizce yeterli miydi?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Günlük aile hekimliği pratiğinizde ki poliklinik hastalarınızla alakalı uygun kutucukları işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Ara sıra	Sıklıkla	Her zaman
Ayırıcı tanıda meslek hastalıklarını düşünür müsünüz?					
Mesleklerini anamnezde sorguluyor musunuz?					
Hastayla benzer semptomların iş arkadaşlarında da varlığını sorguluyor musunuz?					
Anamnezde şikayetlerinin iş koşullarında şiddetlenip iş harici ortamlarda şiddetinin azalması ilişkisini sorguluyor musunuz?					
Hastanın daha önceki yaptığı işleri(meslekleri) sorgular mısınız?					
Meslek hastalığı şüphesi üzerine hastalarınızdan ayrıntılı mesleki anamnez alır mısınız?					
Meslek hastalıkları yönünden çalışan hastalarınıza mesleki koruyucu donanım açısından önerilerde bulunur musunuz?					
Riskli gruplarda hastaları bağışıklama açısından bilgilendirir misiniz?					

12. Daha önce meslek hastalığı ön tanısı hiç koydunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

Şayet koyduysanız tanınız ne(ler)di?

13. Daha önceden hiç meslek hastalıkları bildirimi/ön tanı sonrası sevk yaptınız mı?

☐ Evet (Kaç defa :.....)

☐ Hayır

14. Sizce meslek hastalıkları neden az bildiriliyor? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Tanımlamada zorluk
- ☐ Maruziyet (etkilenim) düzeyi ve süresinin değişken olması
- ☐ Latens periyodun uzunluğu
- ☐ Birden fazla maruziyet
- ☐ Mesleki anamnezin alınmaması
- ☐ Veri toplamada zorluk

Diğer:.....lütfen belirtiniz.

15. Aile hekimliği poliklinik başvurularında etkilediği organa göre en sık hangi meslek hastalıkları grubuyla karşılaşıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- | | |
|---|--|
| ☐ Mesleki kan hastalıkları | ☐ Mesleki kanserler |
| ☐ Mesleki dolaşım sistemi hastalıkları | ☐ Mesleki sindirim sistemi hastalıkları |
| ☐ Kas-İskelet sistemi hastalıkları | ☐ Sinir sistemi hastalıkları |
| ☐ Üriner sistem hastalıkları | ☐ Üreme sistemi hastalıkları |
| ☐ Mesleki solunum sistemi hastalıkları | ☐ Mesleki işitme kayıpları |
| ☐ Mesleki cilt hastalıkları | ☐ Diğer: (lütfen belirtiniz) |

16. Lütfen aşağıdaki sorulara uygun bulduğunuz cevapları işaretleyiniz.

	<u>Bilmiyorum</u>	Kısmen biliyorum	Biliyorum
1. Meslek hastalıklarının maruziyet ve yükümlülük süreleri hakkında bilgi sahibi misiniz?			
2. Meslek hastalığını bildirim yükümlülüğünün kime ait olduğu biliyor musunuz?			
3. Meslek hastalığı kaç iş günü içerisinde bildirimi yapılmalıdır?			
4. Ön tanı sonrası kesin tanı için hasta nereye sevk edilmelidir?			
5. Sevk edilen kuruluş kesin tanı sonrası kaç gün içerisinde bildirim yapılmalıdır?			

17. Kendinizi meslek hastalıkları yönetimi konusunda ne kadar yetkin ve donanımlı hissediyorsunuz? (0-10 puan arası lütfen belirtiniz.)

.....

EK-6: TEZ KONUSU ONAY



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Adı Soyadı	AHMET SAİD GÖK
TC Kimlik No:	
Uzmanlık Dalı(Anadal)	AİLE HEKİMLİĞİ
Uzmanlık Eğitim Kurumu:	ANKARA NUMUNE SUAM

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tez konusu, Akademik Kurulumuzda değerlendirilmiş, alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Anabilim Dalı Başkanı
Doç Dr Seçil ARICA
e-imzalıdır

Akademik Kurul Karar Tarihi:	13.08.2018
Karar No:	107 (9)
Tez Konusu:	(X) Uygundur. () Eleştirilen yönlerin giderilmesi şartıyla uygundur. Tekrar değerlendirmeyegerek yoktur () Eleştirilerin giderilmesi veya cevaplanması sonrası tekrar değerlendirilmesi uygundur. () Uygun değildir.

Ek:

1-Tez konusu onay formu

2-Tez konusu hakem değerlendirme formu

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Ahmet Said GÖK

Doğum yeri ve tarihi: 19/04/1991 Altındağ

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Evli

Askerlik durumu: Tecilli

İletişim adresi ve telefonu: ahmetsaid19@hotmail.com +905337281100

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

-Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği

-Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi - KAYSERİ

III- Mesleki Deneyimi

Çorum Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2015-2016

IV- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları:

-Siteler Mobilya Sanayi Bölgesi Semt Polikliniğinde Çalışan Tüm Branş Hekimlerinin Meslek Hastalıklarına Yönelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi
Sözel Bildiri - 12. Aile Hekimliği Güz Okulu

-Türkiye’de Aşılarla Karşı Çıkan Ebeveynlerin Aşılar Hakkındaki Düşünceleri Ve İnanışları: Kalitatif Çalışma Sözel Bildiri – 12. Aile Hekimliği Güz Okulu