****

**SAĞLIK ÇALIŞANLARI İNTİHAR RAPORU**

**(NİSAN-2018)**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İNTİHARLAR ARTIYOR**

**GÜVENCESİZLEŞEN, ÇATIŞMANIN YOĞUNLAŞTIĞI ORTAM**

**GÜVENCESİZLEŞEN SAĞLIK HİZMET ÜRETİMİ**

 **HAZIRLAYANLAR**

SES Sendika Okulu

SÇS Modülü

|  |  |
| --- | --- |
| **İÇİNDEKİLER** | **Sayfa** |
| **1. Çalışma Yaşamında İntiharlar** | 3 |
| **2. İntiharlarin İşle İlişkisi** |  |
| 2.1. İş, Meslek Ve Intiharlar Arasındaki İlişki | 4 |
| 2.2. Üretim Ve Emek Süreci ile İlgili Özellikler  | 5 |
| **3. Sağlik Emekçileri İntiharları** |  |
| 3.1. Sağlık Emekçileri İntiharlarının Epidemiyolojisi | **5** |
| 3.2. Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık Emekçisi Intiharları | **6** |
| 3.3. Sağlık Çalişanlarının İntiharinda Risk Faktörleri | **7** |
| 3.4. Kapitalistleşen Tıp ve Sağlık Emek Sömürüsü ile Intiharlar Arasında İlişki – LANET HASTANELER | **9** |
| 3.5. Güvencesizleşen Toplum ve İntiharlar | **10** |
| **4. İşçi Sağlığı Açısından İntiharlar Psikososyal Tehlike-Risklerin Bir Parçası** | **10** |
| **5. İntiharlarla Mücadele** | **14** |
| **6. İşçi Sağlığı Açısından Önlemleri Nasıl Ele Alalım?** | **16** |
| **7. Sağlik Çalışanlarının İntiharlarının Önlenmesinde Sağlık Ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikasının Önerileri** | **17** |

**1. ÇALIŞMA YAŞAMINDA İNTIHARLAR**

Çalışma yaşamında intiharlar son 30 yılda çalışılmaya başlanan yeni bir başlıktır. Her yıl 800.000'den fazla kişi intihar ederek yaşamını yitirmekte ve intihar ölümlerinin %75’i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. İntihara bağlı ölümlerin çoğunluğunu çalışma çağındaki insanlar oluşturmaktadır (İLO, 2016).

İntihar ve zihinsel bozukluklar özellikle depresyon ve maddenin kötüye kullanımı ile ilişkili bozukluklar arasındaki bağlantı iyi bilinmektedir. Sıklıkla, birkaç bireysel risk faktörü (maddi sıkıntılar, kronik ağrı ve ailede intihar öyküsü gibi) toplu olarak etki göstermekte ve bir kişinin intihar eğilimini arttırmaktadır. Bununla birlikte, araştırmalar yasal krizler, ayrımcılık, tecrit, çatışmalı ilişkiler, fiziksel veya psikolojik istismar ve akademik veya işle ilgili sorunlardan kaynaklı psikososyal risklerin intihar düşüncesine neden olabildiğini göstermektedir. İntiharların işle ilişkisi kolay kurulamamakta, çoğunlukla kişinin özel yaşantısındaki sıkıntılarıyla nedenselleştirilmektedir. Son yıllarda işle ilişkili intiharlarda bir artış olduğu gözlenmekle birlikte bildirilen intiharların kökeni ile ilgili yeterince veri bulunmamaktadır. Ancak mevcut veriler bile endişe verici düzeydedir. (İLO, 2016).

Avustralya'da yapılan bir araştırma, 2000 ve 2007 yılları arasında Victoria eyaletinde intiharların % 17'sinin işle ilgili olduğunu ortaya koymuştur. Tayland'daki ulusal kamu sağlık istatistiklerine göre, 2007'de çalışma çağındaki insanlar arasında intihar oranı % 7'dir. Japonya’da çalışan bir işçinin 1991 yılı Ağustos'unda intihar etmesi üzerine ailesi dava açmış ve uzun çalışma saatleri ile intihar arasındaki ilişki mahkeme kararıyla yasal olarak kabul edilmiştir. Karojizatsu olarak adlandırılan bu durum, işçinin dört haftadan daha fazla ardı ardına ortalama 65 saatin üzerinde ya da sekiz hafta ardı ardına ortalama 60 saatten fazla- aşırı-yoğun-hızlı çalışması sonucunda, muhakeme yeteneğini kaybetmesi ve genellikle depresyona girmesini takiben ortaya çıkan intihar/intihar girişimi olarak tanımlanmaktadır. Japonya Sağlık Bakanlığı’na göre karojisatsu için tazminat başvuruları 1997’de sadece iki iken 2011 yılında 66’ya yükselmiştir. Dahası, Japonya'da İntihar Önlenmesi üzerine Beyaz Kitap (2012) 20-59 yaş grubundaki erkeklerde işle ilgili sorunların içerinde %7.6-12.3 intihar yer aldığı (Japon kadınların iki katından fazla) bildirilmiştir. Yine 2013'te 20'li yaşlardaki ölüm nedenlerinin yarısı intihar, yaklaşık yüzde kırkı işle ilgili depresyon ve stress ile ilişkilidir. (*Health, Labour and Welfare Report forthe Realization of a Society of Health and Longevity,* 2014). Kore Cumhuriyeti'nde 1999 ve 2004 yılları arasında 23 işle ilgili intihar tazmin edilmiştir, 2010-2011 yıllarında Fransa'da yapılan bildirimde 149 tazminat davası açılmış ve bunların 43 tanesi tazmin edilmiş ve tazminat ödenmiştir (İLO, 2016).

Türkiye’de ise yasalarımıza göre işyeri içinde gerçekleşen her intihar, nedeni ne olursa olsun ‘iş cinayeti’ kapsamındadır. Ancak bugüne kadar hukuken çalışma koşullarından kaynaklanan bir intihar diye tanımlanan ölüm olmamıştır. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği (İSİG) meclisi ise hem yasal mevzuata uyarak işyeri içinde (işe bağlı olan-olmayan) gerçekleşen hem de işyeri dışında salt işe bağlı intiharları da raporlaştırmaktadır. Buna göre; 2013 yılında en az 15 işçi, 2014 yılında en az 25 işçi, 2015 yılında en az 59 işçi, 2016 yılında en az 90 işçi, 2017 yılının ilk on ayında ise 68 işçinin işyeri içinde (işyeri dışında ise işe bağlı olarak) intihar ederek yaşamını yitirdiği belirlenmiştir. 2016 yılında gerçekleşen 90 emekçi intiharının istihdam biçimlerine göre dağılımı ise şöyledir: 35’i işçi ve 14’ü memur olmak üzere 49 ücretli çalışan, 29’u esnaf ve 4’ü çiftçi olmak üzere 33 kendi hesabına çalışan intihar etmiştir. Ataması yapılmayan öğretmenler de dahil olmak üzere benzer koşullardaki 8 işsiz işçi intihar etmiştir (İSİG Meclisi, 2016).

**2. İNTİHARLARIN İŞLE İLİŞKİSİ**

İntiharların işle ilişkisi genel olarak iki şekilde ele alınmaktadır: 1. İş-meslekle ilişkisi, 2.Üretim ve emek süreci ile ilgili özellikler.

***2.1. İş-Meslek İle İntihar İlişkisi***

İntiharların bazı işler-mesleklerle ilişkisi daha fazla araştırılmıştır. Genel olarak bir mesleğin yüksek intihar riski taşıması ile ilgili üç genel neden gösterilmiştir: (i) Düşük vasıflı, düşük ücretli ve düşük iş güvenliği olan işler; (ii) Yüksek intihar riski altındaki insanların seçici olarak belirli meslek türlerini seçmesi ve (iii) Bir intihar yöntemine erişebilme veya bilgiye erişme (Windsor-Shellard, 2017).

***Kutu-1:*** Bir mesleğin yüksek bir intihar riski taşıması ile ilgili üç genel neden (Windsor-Shellard, 2017)

|  |
| --- |
| ***(i) Düşük vasıflı, düşük ücretli ve düşük iş güvenliği olan işler intihar riskini artırır***Son dönemde yürütülen araştırmalarda düşük ücretli, düşük becerili-vasıflı ve düşük iş güvenliği olan işlerde çalışanlarda intiharların daha sık olduğu gösterilmiştir (Milner et al., 2013; Agerbo et al., 2007). Burada mesleklerin etksinin az olduğu, daha çok yapılan işin vasfının düşük olması, düşük ücret ve iş güvenliği önlemlerinin alınmamasının ya da yetersizliğinin ön planda olduğuna dikkat çekilmiştir.* [Milner ve ark. (2013)](http://bjp.rcpsych.org/content/203/6/409) intihar ve meslek ilişkisini değerlendiren 34 uluslararası araştırma sonuçlarını incelemiş, en yüksek intihar oranının, en az beceri düzeyine sahip işçiler arasında (örneğin, temizlikçi, düşük vasıflı işçiler) olduğunu göstermişlerdir. Vasıflı mesleklerde (örneğin, yöneticiler, üst düzey yöneticiler, üst düzey yetkililer) çalışanlar arasında intihar oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Düşük vasıflı işçilerin, daha nitelikli işçilerden daha düşük ücret almalarıyla, iş modelleri ile iş sağlığı ve kontrolleri üzerinde daha az söz sahibi olmalarının intiharla ilişkisine yer verilmiştir.
* [Agerbo ve ark (2007)](https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/suicide-and-occupation-the-impact-of-socio-economic-demographic-and-psychiatric-differences/12CB12404F657BB9F83A551E4BBD53F6), Danimarka'da farklı meslek gruplarında intiharlar üzerine yürüttükleri araştırmada, gelir ve istihdam düzeylerindeki farklılıklar kontrol edildikten sonra, intihar riskinde meslek farklılığının etkisinin önemli ölçüde azaldığı saptamışlardır. Bu sonuç intiharlarda gerçek riskin meslek olmayabileceği, ancak düşük ücret, iş güvenliği ve belirli bir sektörde çalışan kişilerin sosyo-ekonomik özellikleri gibi işin özelliklerinin intiharlarla ilişkili olduğunu düşündürmüştür.

***(ii) Yüksek intihar riski olanların seçici olarak belirli meslek türlerini tercih etmesi*** * 1982 ile 1996 yılları arasında İngiltere ve Galler'de kayıtlı ölümler araştırılmış yüksek intihar riski bulunan kişilerin belirli mesleklerde yoğunlaştığı ortaya konmuştur.
* Bu araştırmada alkolizm gibi intihar açısından bir risk faktörü taşıyanların alkole daha rahat ulaşabilecekleri bir mesleği ya da işi tercih edebildikleri gösterilmiştir. Başka bir deyişle, önceden tanımlanmış özellikler, insanları, intihar riskini artıran bazı çalışma alanlarına çekebilir denmiştir.

***(iii) Bir intihar yöntemine erişebilmek veya bununla ilgili bilgiye erişmek, riski artırır**** 1991 ile 2000 yılları [arasında İngiltere ve Galler'de mesleki mortalite ile ilgili Ulusal İstatistik Ofisi (OFS) verileri,](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http%3A/ons.gov.uk/ons/rel/occupational-mortality/occupational-mortality-in-england-and-wales/occupational-mortality/index.html) doktorlar, dişhekimleri, hemşireler, veterinerler, çiftçiler ve tarım işçilerinin artmış intihar riski taşıdıklarını ortaya koymuştur.
* Benzer risk eğilimi, İngiltere ve Galler verilerinin yanısıra diğer yüksek gelirli ülkelerin verilerinde de bulunmuştur.
* Bunun gibi mesleklerde yüksek intihar riski konusundaki ortak açıklamalarda ölümcül ilaçlara (örneğin, sağlık uzmanları) ve ateşli silahlar (örneğin çiftçiler) kolay erişim gerekçe olarak gösterilmiştir.  Sağlık çalışanları da intihar yöntemleri (örneğin, farklı ilaç türleri, ölümcül dozlar ve bunların etkileri) hakkında bilgi sahibi olan mesleklerden olduğu için yüksek intihar riskine dikkat çekilmiştir.
 |

***2.2. Üretim Süreci-Emek Süreci İle İntihar İlişkisi***

Uluslararası Çalışma Örgütü (İLO, 2016) işle ilgili özellikler ve intihar ölümlerini inceleyen birkaç çalışmadan yararlanarak iş kaynaklı psikososyal riskleri aşağıdaki şekilde özetlemiştir:

* Mali sorunlar (işsizlik dahil)
* Çatışmalar (mobbing, zorbalık ve taciz dahil),
* Düşük kontrol veya düşük karar serbestliği,
* Düşük sosyal destek, yüksek psikolojik talepler,
* Uzun çalışma saatleri

Tayland’da yürütülen bir çalışmada çalışanların iş stress seviyelerinin yüksek olduğu ve işçilerin neredeyse %10’nun (vasıfsız işçilerden büro işçilerine) yaşam kalitelerinin düşük olması nedeniyle intiharı düşündükleri ortaya koymuştur. Gündelik ücretli (yevmiyeli) işçilerin iş güvencesizliği ve gelir güvencesizliklerinden ötürü diğer çalışma gruplarına göre zihinsel sağlık düzeyleri ile ilgili daha düşük puanlar almışlardır.

İşle ilgili intihar insidansıyla ilgili gerçek veriler, intiharı mesleki nedenli ve iş kazası olarak kabul edip tazminat ödeyen ve düzenli veri toplayan Japonya gibi ülkelerde hesaplanabilmektedir. İşle ilgili intihar olarak kabul edilen karojisatsu ile uzun çalışma saatleri, ağır iş yükü, iş kontrolünün olmaması, rutin ve tekrarlayan görevler, kişilerarası çatışmalar, yetersiz ödüller, istihdam güvensizliği ve örgütsel sorunlarla ilişkilendirilmiştir.

**3. SAĞLIK EMEKÇİLERİ İNTİHARLARI**

**3.1. Sağlık Emekçileri İntiharlarının Epidemiyolojisi**

Türkiye’de bu konu ancak bir asistan hekimin işle ilgili not bırakarak hastanede intihar etmesiyle sağlık çalışanlarının çalışma koşullarıyla ilişkilendirilmeye başlanmıştır.

ABD’de yılda yaklaşık 400 hekim intiharı gerçekleştiği ve genel nüfusun iki katından fazla olduğu bildirilmektedir. İngiltere'de sağlık çalışanlarında tükenmenin artışına ve tükenme ile intihar düşüncesi arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiştir (Lancet-Editorial, 2017). Hekimlerin erken ölüm nedenlerinin %35’i intiharla açıklanmaktadır. Uzmanlık dallarına göre intihar riski artışı hakkında kaynaklarda farklı bildirimler olmakla beraber; psikiyatristler, anestezi uzmanları, genel cerrah ve göz hekimlerinin ön planda olduğu belirtilmektedir (Can ve ark., 2013).

1991 ile 2000 yılları [arasında İngiltere ve Galler'de mesleki mortalite ile ilgili Ulusal İstatistik Ofisi (OFS) verileri,](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http%3A/ons.gov.uk/ons/rel/occupational-mortality/occupational-mortality-in-england-and-wales/occupational-mortality/index.html) doktorlar, dişhekimleri, hemşireler ve veterinerlerin artmış intihar riskine sahip meslek grupları olduğunu ortaya koymuştur(Windsor-Shellard, 2017). Benzer şekilde Skegg ve ark. (2010) Yeni Zelanda'da 1973-2004 arasındaki işle ilişkili intihar verilerinin değerlendirildiği araştırmalarında sağlık çalışanlarını da intiharla ilişkili meslek grupları arasında olduğunu gösterdi.

Milner ve ark.(2016) Avustralya’da 2001-2012 yılları arasında gerçekleşen intiharları inceledikleri araştırmalarında, sağlık profesyonellerinin diğer mesleklerle göre daha yüksek intihar hızına (IRR, 2.52;% 95 GA: 1.55-4.09) sahip olduklarını ortaya koymuşlardır. Sağlık profesyonelleri içindeki meslek grupları değerlendirildiğinde ise hemşire ve ebelerin diğer mesleklere göre daha yüksek intihar hızına (IRR, 2.65; % 95 GA: 2.22-3.15) sahip olduğunu saptanmıştır. Skegg ve arkadaşlarının çalışmasında da hemşirelerin (1.7; % 95 GA: 1.2-2.5), kadın hemşirelerin (1.3; % 95 GA: 1.0-1.6) ve kadın eczacıların (2.5; % 95 CI: 0.8-5.9) daha fazla intihar riskine sahip olduğu gösterilmiştir. Ayrıca hemşireler, doktorlar ve eczacıların, diğer istihdam edilenlere göre kendini zehirleme yöntemini sırasıyla üç, dört ve beş kat daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Agerbo ve ark. (2007) intiharları etkileyen sosyo-ekonomik, demografik ve psikiyatrik farklılıkları değerlendirdikleri çalışmada da doktorlar ve hemşirelerin kendi zehirlenme yöntemini en çok kullandıkları saptanmıştır. Reçeteli ilaçlara hazır erişime sahip sağlık uzmanları için intihar oranı, sağlık mesleği içinde bulunmayan veya sağlıkla ilgili olmayan profesyonel mesleklerde olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada doktorlarda mesleğin psikiyatrik rahatsızlıktan bağımsız bir etkisi olduğu ve hekimlerin 3.62 kat ( *p* = 0 · 007) daha riskli olduğu gösterilmiştir. Hawton ve ark. (2011) da tıbbi ilaçları, hemşireler, hekimler ve eczacıların intihar amacıyla kullandıklarını ortaya koymuştur.

Hawton ve ark. (2011) Danimarka ulusal kayıtlarından 1981-2006 yılları arasında öğretmenlere ve genel nüfusa kıyasla intihar riskinin hemşirelerde (RR 1.90,% 95 GA 1.63-2.21), hekimlerde (RR 1.87,% 95 CI 1.55-2.26), diş hekimlerinde (RR 2.10, %95 CU 1.58-2.79) ve eczacılarda (RR 1.91,% 95 CI 1.26-2.87) daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada hemşirelerde, hekimlerde ve dişhekimlerinde psikiyatrik servise başvuru öyküsü, medeni durum, brüt gelir ve işgücü piyasası durumu için düzeltmeler yapıldıktan sonra dahi yüksek riskin varlığını sürdürdüğü hatta göreli riskin daha da arttığı saptanmıştır. Sonuçların her iki cinsiyette de benzer olduğu ve artmış risklerin, daha fazla psikiyatrik hizmet kullanımı ile ilişkili olmadığı da gösterilmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, 2011 yılında ülkemizde 2677 kişi intihar sonucu hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin mesleklere göre dağılım incelendiğinde, hekimler, profesyonel meslek mensupları alt başlığı (intihar sonucu ölen 74 kişi, 60 erkek, 14 kadın olmak üzere) içerisinde yer almaktadır. (<http://tuikapp.tuik.gov.tr./demografiapp>.). (Can ve ark, Kriz Dergisi, 21:33-39).

İSİG meclisi 2016 yılı kayıtlarına göre intihar eden emekçilerin yoğunlukla çalıştıkları işkolları ticaret/büro, güvenlik, inşaat, konaklama, tarım, belediye, metal ve taşımacılık işkollarıdır. Sağlık işkolunda ise 2013-2015 yılları arasında 7 işçi, 2016 yılında 2 sağlık emekçisi, 2017 yılının ilk on ayında ise 4 sağlık emekçisi intiharı ölümü gerçekleşmiştir (İSİG meclisinden elde edilmiş bilgidir, 2017).

Akçan ve ark. (2017) 2010-2017 yılları arasında yaptığı yazılı basın taramasında 86 sağlık çalışanının intihar ettiğini saptamıştır. Bunların 43’ü erkek, 41’I kadındır. Meslek gruplarına ise 40’ı hekim, 30’u hemşire, 5’i diş hekimi, 4’ü ATT-paramedik, 2’si radyoloji teknisyeni, 2’si sağlık memuru, 2’si ebe ve birer radyoloji, anestezi ve diş teknisyenidir. İntihar edenlerin 36’sı devlet hastanelerinde, 20’si özel hastanelerde, 17’si üniversite hastanesinde, 10’u birinci basamakta sağlık kurumalarında çalışan sağlık emekçileridir. .

Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu (KESK, 2018), 15 Temmuz sonrası kamudan ihraç edilenler arasında 43 kişinin intihar ettiği (2016 yılında 24, 2017 yılında 19), bunların içinde 3 sağlık emekçisi olduğunu bildirmiştir.

En güncel veriyi CHP milletvekili Murat Emir 15 Mart 2018 tarihinde sağlıkçı intiharları ile ilgili Sağlık Bakanlığı’na verdiği soru önergesine verilen yanıtı kamuoyu ile paylaşmıştır. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü’nce 26 Aralık 2017 taririhi itibarıyla son üç yılda 431 sağlık çalışanı intihar ettiği bildiirlmiştir (2015 yılında180, 2016 yılında 129 ve 2017 yılında 122’dir). İntihar eden sağlık çalışanlarının 24’ü hekim, 180’ni hemşire ve 227’si diğer sağlık çalışanlarıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen bu sayılar hıza çevrildiğinde sağlık çalışanlarının intihar insidansı yıllara göre 2015 yılında yüzbinde 21.0, 2016 yılında yüzbinde 14.8 ve 2017 yılında yüzbinde 14.0’dır *(Hesaplamalar Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıklarında yer alan sağlık çalışanı sayısı kullanılmıştır. 2017 yılı hız hesaplanmasında 2016 sağlık çalışanı sayısı alınmıştır)*. Türkiye’de kaba intihar hızı 1970’lerden bu yana bir artış eğilimindedir. Bu hız yetmişli yıllarda yüzbinde 2’in altında iken, seksenlerle birlikte yükselişe geçmiş, doksanların sonuna doğru yüzbinde 3’e, ikibinli yıllarda da yüzbinde 4’ler civarında seyretmiştir. TUİK’in 2017 haziranında paylaştığı bülteninde 2016 yılında kaba intihar hızı yüzbinde 3.86’dır. Soru önergesine yanıt verilerine göre hesaplanan sağlık çalışanlarının intiharları ülke ortalamasının 4-5 katı olması sağlık hizmet üretiminin ayrıntılı sorgulanmasını zorunlu kılmaktadır.

**3.2.Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık Emekçisi İntiharları**

Genel nüfüsta intihar erkeklerde yaklaşık dört kat fazla görülülürken sağlık çalışanlarında kadınlarda daha sık bildirilmektedir. Örneğin ABD’de erkek hekimlerin %3, kadın hekimlerin %6,5 oranında ölüm sebebi intihardır. Kadınlarda bu derece yüksek görülmesi sıklıkla iş yeri kaynaklı stressörlere bağlanmaktadır.

ABD’de erkek hekimlerde yıllık intihar oranı yaklaşık olarak yüzbinde 36’dır. Bu oran 25 yaş üzerindeki beyaz erkeklerde de aynıdır. Buna karşılık İngiltere ve İskandinavya’da, erkek hekimlerdeki intihar oranı aynı yaş grubuna kıyasla 2-3 kat fazla bulunmuştur. ABD’de kadın hekimler arasındaki yıllık intihar oranı yüzbinde 41’dir ve 25 yaş üzerindeki tüm beyaz kadınlar arasındaki yüzbinde 12 oranının yaklaşık üç katıdır. Benzer şekilde İngiltere ve Galler’de evlenmemiş kadın hekimler arasındaki intihar oranı genel populasyondaki evlenmemiş kadınlar arasındaki orandan 2,5 kat daha fazladır (Can ve ark, 2013). Bu çalışmalardan farklı bir sonuç Milner ve ark. (2016) Avustralya’da 2001-2012 yılları sağlık çalışanlarının intiharlarını cinsiyet göre karşılaştırıldı çalışmada bulunmuştur. Erkek hemşire ve ebelerde intihar oranı daha yüksek olduğu (IRR, 1.50;% 95 GA 1.12-2.01), hekimlerde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Hekimler arasında intihar riski açısından kadın olmanın önemli bir risk faktörü olduğu 25 çalışmayı kapsayan bir meta-analizde de vurgulanmıştır (Can ve ark., 2013). Kadın hekimler ile ilgili yapılan başka bir çalışmada (Can ve ark., 2013) intihar için risk faktörleri; eşi olmamak, çocuğu olmamak, evde silah bulundurmak, alkol içmek, sağlık durumunun kötü olması veya obesite, kronik yorgunluk sendromu, madde kullanımı, yeme bozukluğu veya başka psikiyatrik sorunlar, mesai süresinin uzun olması, mesleki memnuniyetsizlik ve yüksek iş stresi olarak gösterilmiştir.

Kadın ve erkekler strese farklı yanıt verirler, farklı baş etme yöntemleri kullanırlar. 2010’da ABD’de yapılan “Amerika’da Stres” çalışmasında benzer stres düzeyine sahip kadın ve erkeklerde, kadınların duygusal ve fiziksel yakınmalarının daha fazla olduğu görülmüştür. İLO’ne göre kadın istihdamının erkeklerden %26 daha düşük olması, daha çok ücretsiz aile işçisi olarak istihdam edilmesi, kadınların karşılığı ödenmeyen ev, çocuk ve hasta bakımı gibi işlerde ikinci bir mesai yapması strese dayanıklılıklarını azaltmaktadır. Ev ve iş yaşamını dengelemedeki zorluklar özellikle gelirin düşük, sosyal destek mekanizmalarının zayıf olması durumunda stres, depresyon ve bitkinlik olasılığını artmaktadır (İLO, 2016).

Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi ve ticarileşmesiyle, hastanın müşteriye dönüştürüldüğü süreçte uygulamaya konan toplam kalite uygulamaları ve performansa bağlı ücretlendirme hasta-sağlık çalışanı ilişkisini de değiştirmiştir. Hizmet kalitesi objektif sağlık göstergeleriyle değil sadece hasta memnuniyetini değerlendiren anket sonuçlarıyla ve toplam kalite yönetimiyle denetlenmektedir. Sağlık bakım hizmeti ise, evdeki işin devamı gibi kabul edilip, hala yoğunluklu olarak kadınlar tarafından sunulmaktadır. Bu nedenle, kadın sağlık çalışanlarının duygusal emek yükü artmaktadır. Duygusal emek, hastaya tedavi sırasında işin doğalında verilen psikososyal destekten, 36 saat aralıksız çalışmadan sonra, ilacının hastanede bulunmadığını ya da o işlemin artık sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmadığını, bunu kabul etmek istemeyen bir hastaya “gülümseyerek” anlatma zorunluluğu olarak tanımlanabilir. Ayrıca, bedensel tahakküm özellikle özel hastanelerde olmak üzere kapıda, danışmalarda genç ve güzel kadınların çalıştırılması gibi uygulamalarla yaygınlaşmaktadır. Birçok araştırmada, hem hemşirelerin hem de kadın hekimlerin mesleki gerekliliğin ötesinde yoğun duygusal emek kullanımı sonucu kendilerine ve işlerine yabancılaşarak stres, depresyon, tükenmişlik gibi sorunları daha sık yaşadıkları gösterilmiştir (Davas, 2016).

Erkek egemen alanlarda çalışan kadınların kariyer gelişmelerini engelleyen birtakım engeller ile karşı karşıya kaldıkları öne sürülmüştür. Buna ek olarak, kadın profesyoneller hâlâ çocuk bakımını ve hanehalkı (ev içi üretim) rollerini üstlenmek için baskı hissedebilir ve bu da anlamlı toplumsal cinsiyet rol stresine neden olabilir. Bu öncül, genç kadın doktorların iş ve aile ile ilişkili önemli bir baskı bildirdikleri çalışmalarla desteklenmektedir. Mesleki cinsiyet normları, hemşire ve ebe için yüksek intihar oranının açıklanmasında rol oynayabilir. Bu meslekler, geleneksel olarak kadın bakımı ve bakımı davranışlarını güçlendirmek için düzenlenmiştir. Nitel araştırma, bazı erkek hemşirelerin, geleneksel olmayan kariyer seçimiyle ilişkili algılanan damgalanma hakkında endişe duyduklarını ortaya koymuştur. Bu kaygılar bu mesleklerde erkekler için intihar için bir risk faktörü oluşturabilir.(Milner et al., 2016)

**3.3. Sağlık Çalişanlarının İntiharinda Risk Faktörleri**

Hekim intiharlarını açıklamak üzere birçok hipotez kurulmuştur. Bunlar arasında psikiyatrik hastalıklar, alkol ve madde kötüye kullanımı, tıbbi uygulamaların stress oluşturması, gerçekçi olmayan beklentiler, rol karmaşası, profesyonel destek azlığı, hekimlerin yetersiz psikiyatrik tedavisi, psikiyatrik tedaviye direnç, kişilik özellikleri ve psikososyal faktörler sayılabilir.

***a) Altta yatan psikiyatrik bozukluklar***

Çalışmalar, tamamlanmış hekim intiharlarında genellikle altta yatan bir psikiyatrik bozukluğun olduğunu göstermektedir. Hawton (2004) tarafından yapılan ‘hekimlerde intihar’’ psikolojik otopsi çalışmasında 1991-1993 tarihleri arasında İngiltere ve Galler’de meydana gelen 38 intiharda ilişkili faktörler araştırılmıştır. Psikiyatrik hastalıklarla (depresif hastalıklar ve uyuşturucu veya alkol kötüye kullanımı) ile birlikte işe ilişkin önemli sorunların da var olduğu gösterilmiştir. Zihinsel hastalıklar, alkol ve uyuşturucu kötüye kullanımı, intihara giden yolda en sık rastlanan faktörler olduğu; sıklıkla evde ve iş yerinde yaşanan sorunlarla etkileşim gösterdiği bildirilmiştir. İntiharların azaltılmasında mesleki stresin azaltılması için önlemlere yer verilmiştir. Bununla birlikte psikiyatrik bozukluğun iyileştirme yönetimi ve doktorlar depresyondayken intihar araçlarına erişimin kısıtlanmasını içeren bir dizi stratejiyi gerektirdiği de belirtilmiştir(Hawton, 2004). ABD’de 17 eyaleti kapsayan bir çalışmada (Can ve ark., 2013), hekimlerde bilinen bir ruhsal hastalığın veya mesleki bir problemin olması intiharı öngörmede önemli faktörler olarak bulunmuştur.

***b) Bilgiye ve olanağa sahip olma***

Sağlık çalışanlarında, özellikle hekimlerde intiharların genel toplumdaki intiharlara göre kendi kendini zehirleme ön plandadır. Hekim intiharlarında ilaçlara kolay ulaşabilme ve ilaçlarla ilgili bilgiye sahip olmaları önemli rol oynar. Hekimlerde, hekim olmayanlara kıyasla, toksikolojik incelemeler kanda antidepresanlardan ziyade antipsikotikler, benzodiazepinler ve barbituratların önemli derecede daha ön planda saptandığına işaret etmektedir (Can ve ark., 2013)

***c) Yardım almada engeller:***

Özellikle hekim intiharlarında etkili olan bir risk faktörüdür. Bir çalışmada hekimlerin depresyon, intihar ve tedavi açısından yardım almasına engel olan faktörler: tıbbi lisanslarının tehlikeye girmesi çekincesi, mesleki gelişim ve yetkileri konusunda ayrımcılığa maruz kalma korkusu olarak saptanmıştır.

***d) İşle ilgili strese neden olan etmenler***

Sağlık çalışanları ve özellikle hekimlerle yapılan çalışmalarda ele alınan tüm risk faktörler eninde sonunda işle ilgili sorunlarla bağlantılandırılılmış ve bunların etkileşim gösterdiği belirtilmiştir. Bu sorunların ayrıntılandırılması ve son dönem neden artış gösterdiği ile ilgili nedenler bu açıdan önemlidir.

Hawton (2004)1991-1993 tarihleri arasında İngiltere ve Galler’deki hekim intiharlarında işe ilişkin önemli sorunlar olarak aşırı işyükü, uzun çalışma saatleri, idari yükler ve işin sorumluluğuyla başa çıkamayacağını hissini saptamıştır.

Hekimlerden yüksek performans beklentisinin hem hekimlerin hem de halkın zihninde var olduğu ve bu durumun yoğun stress ile beraber sağlık sorunları ve intihara bağlı ölümleri artırabileceği yönünde görüşler mevcuttur (Can ve ark., 2013).

Doktorların, işyerinde çatışma, uzun çalışma saatleri, yüksek iş talepleri ve işte hata yapma korkusu dahil olmak üzere önemli sayıda psikososyal mesleki stres yaşadığına dair güçlü kanıtlar vardır. İşle ilgili psikososyal etmenlerle anksiyete ve depresyon gibi zihinsel hastalıklar arasındaki ilişki prospektif kohort araştırmalarında gösterilmiştir. Hemşirelik de dahil bakım mesleklerinde çalışan kişiler, özellikle travmaya maruz kalabilirler, hastalar ve aileleri ile sempati geliştirerek onların sıkıntılarını vekâleten tecrübe edebilirler. Dahası, birçok uzmanın kendi muayenahanesi ya da işletmesi vardır ve bu nedenle tek çalışan olma stresini yaşayabilir (Milner et al., 2016).

# Avustralya Victoria'da işle ilgili intihar epidemiyolojisini inceleyen bir araştırmada Temmuz 2000-Aralık 2007'de 642 işle ilgili intihar eyleminin % 55'inin iş stresörleriyle bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Belirlenen işle ilgili stress kaynakları iş yükü, yakın iş kazası geçirme, işsizlik, amirler veya meslektaşlarla çatışmalardır (işyerinde zorbalık da dahil) (Routley ve Ozanne-Smith, 2012)

Yeni Zelanda'da 2015 yılından sonra İşyeri Sağlık ve Güvenlik Stratejisi’ne , psikososyal iş faktörlerini ekledi ve ulusal önceliklerden biri olarak tanımladı: aşırı iş yükü, düşük iş kontrolü, işyerinde saldırganlık ve şiddet, kronik yorgunluk, stresle ilişkili bozukluklar, alkol ve madde bağımlılığı, kalp hastalığı, üst ekstremite kas-iskelet bozuklukları ve intihar.

Yaşar ve arkadaşları hemşirelerde yürüttükleri araştırmalarında; hemşirelerin görev süresi, eğitim durumu, duygusal şiddete maruz kalma durumu, çalıştığı birim ve yaş değişkenleri ile intihar olasılığı puanları arasında anlamlı bir farklılık saptamışlardır (Davas, 2016).

**3.4.** **Kapitalistleşen Tıp ve Sağlık Emek Sömürüsü ile Intiharlar Arasında İlişki – LANET HASTANELER**

‘’Lanet hastaneler doktorlara yüklenip durmasın’’diye notunu bırakmıştı, genç hekim Ece. Hastanelerin laneti nerden geliyordu? Bir hekimi hizmet ürettiği kuruma karşı en pervasız sözcüğü kullanmasına iten ne idi? Kestirmeden söylemek gerekirse kullanım değeri (toplum ve birey yararına) için değil, değişim değeri için hizmet üretimine geçilmesi (Marx, 2017). Sağlık hizmetleri ile doğrudan sermaye birikimine katkı sağlanmasına yönelik kapitalist üretim ilişkilerinin egemen hale gelmesi (Ercan, 2013). Hasta olan insanın da, hizmet üreten sağlık emekçisinin de üretimin nesnesi haline gelmesi değersizleşmeleri sürecinin egemenliği. Yapılan işin anlamını yiitirmesi… Tüm sağlık çalışanları artık yoğunlaşan üretim baskısı olan bu ortamı mobbing diye algılamaya başlamış durumda. Üretimde kalsın diye uygulanan şiddet, şiddete dönen üretim. Performansın bizzat kendisi mobbing diye algılanıyor. Süregen şiddete dönen üretim ortamı, tüketiyor, mutsuz kılıyor. Emek yoğunlaşması diye adlandırılan iş yükünde artış, birim zamanda yapılan tanı, tedavi ve bakım işlemlerinin artması, hem de bürokrasi ile birlikte. Emek sömürüsünün derinleşmesi… Teknolojinin üretimin baskın aracı haline gelmesi, sağlık çalışanı ile hastanın arasına makinanın, bilgisayar ekranlarını girmesi, teknikleşen, algoritmalara dayalı fabrika düzeninin hastanelerde de egemen kılınması (Zencir, 2018).

Hekim intiharlarında önemli bir unsur da yabancılaşma olarak dile getiriliyor. Bir sanat/zanaat olan hekimliğin teknikleşmesi, mekanikleşmesi. Birtakım algoritmalar mecburi kılınıyor hekime. Bu, az önce bahsettiğimiz deneyimi pas geçen bir yaklaşımdır. Tanının da tedavinin de algoritma haline getirildiği, artık zanaatın yerine teknisyen hekimlerin oluştuğu bir sistem var. İkinci unsur da çalışma temposu. Günde 100-150 hasta muayene eden hekimler var. Adını bile sormadan şikayetini sorup, sonrasında ilaç yazan insanlar. Dolayısıyla aldıkları eğitimin çok ciddi bir kısmını ve kendi deneyimlerini kullanamıyorlar. Algoritmalar dayatılmasa bile onlar mecburen bir algoritma içinden işlem yapmak zorundalar. Çok hızlı karar vermek ve hızlı uygulamak zorundalar. Mesleki tatmini çok azaltan ve insanın yaptığı işe yabancılaşmasına neden olan ciddi bir durumdan bahsediyoruz. Bu yabancılaşma da tükenmişlik için çok ciddi başka bir risk faktörü (Küçükparlak, 2017).

Küçükparlak (2017) hekimlik sadece gelir amaçlı yapılmayacağı, adanmışlık gerektirdiğini vurguluyor. Tıp eğitiminin uzunluğu (uzmanlaşmak, hiyerarşinin en altından başlama, sınava hazırlanmak, sınavı kazanmak, tekrar mecburi hizmete tabii olmak) ve çalışma koşulları (nöbet, stresli iş ortamı, …) gelir açısından bakıldığı zaman rasyonel olmadığı belirtiyor. Ve, başka bir güdülenmeyi gerektirdiği, insanlara yardım eden, insanların hayatlarını kurtaran, çaresizlik için çare üretmeye çalışan bir insan olma arzusunun diğer bütün motivasyonların ötesine geçeceğine dikkat çekiyor. Toplumun bir şekilde saygı gösterdiği, sözünü dinlediği bir birey olma da bunun doğal karşılığı olduğu dile getiriyor. Bununla birlikte bu doğal karşılıkta ciddi bir erozyon olduğunu vurguluyor.Bu erozyonun politik doğasına dikkat çekerak devam ediyor.Meydanlarda doktorların yuhalatıldığı, hekimliğin, siyasi figürler tarafından, özellikle de şimdiki Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan tarafından devalüe edildiği, değeri düşürüldüğü ve söylemlerle doktorlar için ‘çıkarcı, paragöz’ gibi bir imge yaratılmaya çalışıldığının altını çiziyor. Medyanın bu süreçteki rolü ile devam ediyor, medya da bu dalganın peşine çok hızlıca takıldığına ve sağlık sisteminin hiç sorgulamadan ‘Doktor hataları’ diye başlayan haberlerin etkisine dikkat çekiyor. Küçükparlak (2017) sağlık çalışanları için önemli bir genellemede bulunuyor: Mevcut politik durum doktorların AKP’nin elitten intikam alma hevesinin elit öznesi haline getirildiğinin altını çiziyor. Tahammülün güç olduğu sağlık ortamında yegane ödül, bunun kutsal bir görev olduğu, bu kutsiyetin de toplumun geneli tarafından tartışılmadan kabul edilmesi, bozulan sağlık ortamı tükenmişliği artmasında önemli bir işlev görüyor (Küçükparlak, 2017).

Muhalif sağlık politikaları akademisyenlerinden McKinlay (2011) 1970’lerle birlikte yabancılaşma kavramından uzaklaşıldığını, üretim sürecinde yaşanan sorunları tükenme ile ele alınmaya çalışıldığı ve sorunlarının tıbbileştirildiğine dikkat çekiyor. Tıbbileştirerek ele almanın emek sürecini görünmez kıldığını ve çözüm odaklarınında sınıfsal değil tıbbi beklentilere yönlendiridiğine dikkat çekiyor. Ve sağlık hizmet üretimindeki tükenmenin altında yatan nedenselliğin yabancılaşma olduğunu ve emek süreci üzerinde konuyu ele alan çalışmalara gereksinim olduğunu vurguluyor. Sağlık alanında klinik-mesleki bağımsızlık (özerklik) diye daha çok ele alınan emeğin kontrol gücünün sınırlanması (karar serbestliğinin erozyona uğraması) tümüyle emekçilerinin kendi emek süreçlerine yabancılaşmasıdır. Mc Kinlay bürokratik kontrolün arttığı tıp kurumlarında (fabrikalarda), hekimlerin mesleki özerkliklerinin her üç bileşenin de (idari, mali ve klinik) erozyana uğratıltığı ve hekimlerin artık uygulama ortamlarının düzenlenmesini kontrol edemedikleri, çok az söz sahibi oldukları ve uygulama kılavuzları yoluyla, klinik kararların kontrolünü kaybettiklerini ve bununda hekim hoşnutsuzluğu (tükenme, iş doyumsuzluğu) ilişkili olduğunu vurguluyor.

**3.5. Güvencesizleşen Toplum ve İntiharlar**

Küçükparlak (2017) Türkiye’de hekimler, özellikle de asistanlar zaten her zaman çok ağır koşullarda çalıştığına, bununla birlikte intiharlarla karşılaşılmadığına, bunun artıran daha dışsal bir faktöre dikkat çekiyor: Toplumsal bağlam. Siyasi ortam nedeniyle Türkiye’de insanların akademiye, bilime, geleceklerine dair inançlarını sarsan bir durum yaşanıyor (Küçükparlak, 2017).

OHAL döneminin getirdiği, KHK ile daha da otoriterleşmeye giden ortamın güvencesizliği, çalışma koşullarını zorlaştırmıştır. Şu ana kadar 6 bine yakın hekim ihraç edilmiştir, ihraç edilen tüm sağlık çalışanlarının sayısı göz önüne alındığında sonuçların çok ağır olabileceği tartışma götürmeyen bir gerçeklik olarak önümüzde durmaktadır. Üstelik güvenlik soruşturması nedeniyle atanamayan ya da atanma için uzun süreli bekleme durumu sağlık çalışanları için katmerleşen bir baskı ortamı yaratmıştır. Hukuksuz-keyfi bir şekilde ihraç edilen sağlık emekçilerinin önemli bir kısmı işsiz kalmıştır. Sağlık hizmet üretimi de bu olumsuz koşullardan etkilenmiş 10,485 sağlık emekçisi ihraç edilmiştir (SES, Aralık 2017 tarihi itibarıyla). Diğer ihraçlara göre özel sektörde çalışma olanağı nedeniyle daha şanslı olsalar bile iş bulabilmede ciddi zorluklarla karşılaşmışlardır. Yaşadığı ilde iş bulabilme olanağına sahip olmayan ciddi sayıda sağlık çalışanı başka ile göç etmiş, mekansal parçalanmaya maruz kalmışlardır. Sürekli işten çıkarılma baskısını ensesinde hissetmişlerdir. Sözleşme koşulları, ücretler ve çalışma saatleri açısından ciddi sorunlar özelde istihdam edilmenin bedeli olarak sağlık çalışanlarına dayatılmıştır.

Sağlık ortamı sağlık emek gücü içinden görünümü şu şekilde özetlenebilir: İş yükünün artması, düşük ücretler, artan çalışma saatleri, alınmayan işçi sağlığı ve güvenliği önlemlerinin yanında baskı, ayrımcılık, sürgünler, cezalar, sendikal mücadelenin ve hak arayışlarının engellenmesi vb. ile muhalifler için mobbinge dönen emek rejimi. Kapitalistleşen tıbbı hizmetlerinin dayattığı koşulları da buna eklediğimizde şiddetin egemen olduğu mobbinge dönen sağlık emek rejiminden bahsedebiliriz.

**4. İŞÇİ SAĞLIĞI AÇISINDAN İNTİHARLAR PSİKOSOSYAL TEHLİKE-RİSKLERİN BİR PARÇASI**

SES, İSG hizmetlerinin stratejik bir mücadele alanı olduğu ve işçi denetiminden işçi özyönetimine giden yolda önemli bir işlev gördüğünü kabul etmekte ve yaşama geçirmeye çalışmaktadır. Bu amaçla çıkartılan Sağlık Çalışanlarının Sağlığı kitabında psikososyal tehlikeler girişi şu şekilde yapılmıştır:

… Savaş, şiddet, mobing ve iş stresi sağlık çalışanlarının neredeyse en önemli riskleri haline gelmiştir. Güvenlik, su, beslenme ve barınma gibi temel ihtiyaçların karşılanması, ait olma, sosyal adalet, kendine değer verme, benlik saygısı, öz-yeterlilik, başarı ya da özerklik insani temel gereksinimlerdir. Bu gereksinimler karşılanmadığında psikolojik stres için risk faktörü olabilirler, karşılandıklarında ise hem psikolojik hem de örgütsel iyilik hali sağlanır. Yüzyılın son çeyreğinde çalışma yaşamında olan gelişmelerse dünyada ve Türkiye’de sağlık kurumlarında bu insani gereksinimlerin karşılanmasını tehdit eder boyuta ulaşmıştır. Yani başımızdaki savaş ve ülke içindeki çatışmalar çalışma ortamında güvenliği ortadan kaldırmıştır. Son 15 yıla damgasını vuran Türkiye’deki özelleştirme ve ticarileşme girişimleri sağlık emek gücü üzerindeki denetimi arttırmıştır. Alt işveren aracılı ya da 4-B, 4-C gibi sözleşmeli çalışma yaygın istihdam biçimleri haline gelmiş, çalışanlar güvenceli çalışsalar kabul etmeyecekleri uygulamalara rıza göstermek zorunda kalmışlardır. Özel sektörde hem hemşireler hem de hekimler için sigortasız çalışmadan, hastanede çalışan bir hekimin Bağ-Kur’lu çalıştırılması gibi geniş bir yelpazede güvencesiz çalışma biçimleri denenmektedir. Çalışma saatleri kamuda özellikle asistan hekimlerde dramatik boyutlara ulaşmıştır. Daha sık özel sektörde olmak üzere tüm hemşirelerin çalışma koşulları çok ağırlaşmış, görev tanımları içinde olmayan birçok işi yapar hale gelmişlerdir. Performansa bağlı uygulamalar çalışanlar arasında rekabeti arttırmış, artan emek denetiminin çalışan üzerindeki baskısını azaltmada en etkili araç olan ekip çalışmasına zarar vererek, önemli bir dayanışma ve stresten korunma olanağı yok olmak üzeredir (Davas, 2016).

Kapitalist sistemin emek açısından üst kuruluşu işlevi gören İLO’ya kulak verirsek de yaşananların tümü psikososyal tehlikeler başlığında ele alınmaktadır (İLO, 2016).

İLO psikososyal tehlikeleri iki grupta toplayarak 10 tehlikeye yer vermektedir: (Tablo-1).

**Tablo-1: Psikososyal Tehlikeler**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tehlike grupları** | ***Tehlikeler*** | **İçerik** |
| **İşin İçeriği** | ***İş çevresi ve iş ekipmanları-donanımı*** | Ekipmanların ve olanakların* Güvenirliği
* Elde edilebilirliği
* Uygunluğu ve
* Bakım-onarımı ile ilgili sorunlar
 |
| ***Görevlerin belirlenmesi*** | * İş çeşitliğindeki eksiklik
* İşteki tekrarlayıcılık
* Parçalanmış işler
* Düşük değerli işler
* Beceri kullanımın düşüklüğü,
* Yüksek dikkat gerektiren işler
* Belirsizlikler
* Çatışmalı-çakışan talepler
* Yetersiz kaynaklar
 |
| ***İş yükü*** | İşyükü* Kantitatif (yapılan işin miktarı)
* Kalitatif (işin-çalışmanın zorluğu)
* İşin hızı *(işin bitirilmesi ve doğası ile ilgili)*
* Çalışma hızının kontrolü *(otomatik veya makine tempolu sistemler)*
* İşyerine ilişkin dikkat edilmesi gerekenler

İşyükü ile ilgili sorunlar* Çalışmanın aşırı yüklü ya da çok az işinin olması,
* İş üzerindeki kontrol eksikliği,
* Yüksek düzeyde zaman baskısı
 |
| ***Çalışma zamanı programı***  | * Vardiyalı çalışma
* Esnek olmayan çalışma programları
* Gece çalışma
* Uzun çalışma saatleri
* Öngörülmeyen saatler
* Sosyal olmayan saatlerin uzunluğu
 |
|  |  |  |
| **İş/çalışmakoşulları** | ***Örgütsel kültür ve işlev*** | * Kötü iletişim
* Problem çözme ve kişisel gelişim için sosyal desteğin düşüklüğü
* Örgütsel hedeflerin tanımlanmasında eksiklik
 |
| ***Örgütteki roller*** | * Rol belirsizliği ve rol çatışması
* Rol yükü (aşırıverilen roller)
* Rol yetersizliği
* İnsanlar (halk) için sorumluluk
 |
| ***Kariyer gelişimi*** | * Kariyer belirsizliği,
* İşte gelişim teşviklerinin çok az ya da çok fazla olması
* Düşük ücretlendirme
* İş güvencesizliği
* İşin düşük sosyal değeri
 |
| ***Karar serbestliği/kontrol*** | * Karar alma sürecine düşük katılım
* İş üzerindeki control eksikliği
 |
| ***İşte kişiler arası ilişkiler*** | * Sosyal veya fiziksel izolasyon
* Üstlerle kötü ilişkiler
* Kişilerarası çatışma
* Sosyal destek eksikliği
 |
| ***Ev-iş etkileşimi*** | * Ev ile iş arasındaki taleplerin çatışması
* Evde düşük sosyal destek
* Çifte kariyer sorunları
 |

Psikososyal tehlikeler en sık iş stresi üst başlığında tartışılmaktadır. NIOSH iş stresini işin gerektirdiği şartların çalışanın beceri, kaynak ve ihtiyaçlarıyla örtüşmediği zaman ortaya çıkan zarar veren duygusal ya da fiziksel yanıt olarak tanımlar (NIOSH, 2008). Yani kişinin bilgi ve becerileriyle uyumlu olmayan baş edemeyeceği kadar çok iş baskısı ve talepleriyle karşılaştığında verdiği yanıttır.

İş stresini açıklamaya çalışan farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bu yaklaşımlar çalışma koşulları ve bireyin yanıt kapasitesiyle ilgili özellikler arasındaki etkileşim üzerine yoğunlaşmaktadır. Bunlardan en önemli iki tanesi Karasek ve arkadaşları tarafından geliştirilen iş yükü-iş kontrolü modeli, Siegrist tarafından açıklanan çaba-ödül uyumsuzluk modelidir. Daha sonra sosyal destek bileşeninin de eklendiği Karasek’in işyükü-kontrol modeline göre psikososyal iş yükü ve iş kontrolünün etkileşimi, işin stres düzeyini belirlemektedir. İş yükü, çalışma hızını da içeren işin yoğunluğunu ve güç gerektirme durumunu tanımlamaktadır. İş kontrolü, çalışanın beceri düzeyi ve bu becerileri kullanma olanaklarını ve aynı zamanda işini yapmasında karar verme süreçlerine katılımını göstermektedir. Yüksek iş yükü ve düşük iş kontrolü olan işlerde stres düzeylerinin yüksek olacağı gösterilmiştir. Burada önemli olan iş kontrolünün iyi olmasının iş yüküne rağmen koruyucu bir etkisinin olduğunun gösterilmesidir (Davas, 2016).

İşin kaynakları

İş kontrolü

İşte destek

Adalet

Tanınma ve ödüller

İşin talepleri

Zaman baskısı

Kognitif talepler

Duygusal talepler

Rol çatışması

Kişilerarası çatışma

Değişiklikler

Şiddet ve agresyon

Dengesizlik

Sağlık kurumlarında iş stresine neden olan psikososyal etmenler Tablo-2’de sunulmuştur. AB ülkelerinde yapılan bir çalışmada (*Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention,* 2014) çalışma saatlerinin tümünde ya da çoğunluğunda iş le ilgili stres yaşayanların sıklığı %25 bulunmuştur. Bunu bizim gibi geç kapitalistleşen, bağımlı kapitalist ülkelerin emek yoğun üretim politikalarına uyarladığımızda oranın ne kadar yükseleceğini tahmin etmek zor olmasa gerek. Üstelik kapitalist üretim ilişkilerine açılan tıbbi hizmetleri ölçeğinde mevcut tehlikeleri, işteki olanaklarımız ve iş talepleri dengesine bakınca yaşanan gerçeklik çıplak olarak görülecektir. Buna bir de savaş ortamı, çatışmaların yoğunlaşması, OHAL, toplumsal bağın zayıflaması vb. eklendiğinde stres için koruyucu rolü olanların kifayetsiz kalacağını söyleyebiliriz. İşçi sağlığı perspektifinin çalışma yaşamına daraltılmadığı, ev ve toplumsal yaşam ile birlikte değerlendirildiğini de unutmamak gerekir. İşyeri dışının en az işyeri kadar baskının ve her türlü şiddetin arttığı koşulları dikkate alındığında stress toplumsal bir gerçekliktir diyebiliriz.

Artan bu bireysel ve toplumsal stres ortamına karşı bizleri ayakta tutanları daha görünür kılmalıyız. Stres kaynakları çok daha fazla biliniyor. Buna karşın bireyin ve toplumunun direnme gücü daha az ele alınıyor. Bu yaklaşımı yazının sonuna doğru biraz daha açacağız.İş stresi ile devam edelim. Stres sadece gerilim olarak durmuyor ve kendini davranış bozuklukları, hastalıklar, işle ilgili sağlık sorunları, meslek hastalıkları, ramak kala olaylar ve iş kazaları ile devam ediyor. En sık dile gelen davranış bozuklukları: Yeme bozuklukları, yetersiz fizik aktivite, uyku bozuklukları, sigara, alkol, madde bağımlılığı olarak sıralanıyor. Psikolojik sorunlar: Stres, anksiyete, depresyon, yorgunluk, sinirlilik, tükenme, madde bağımlılığı, post travmatik stres bozukluğu, işe bağlı psikozlar ve özkıyım-intihardır. Fiziksel hastalıklar: Kalp damarhastalıkları (hipertansiyon, angına göğüs ağrısı, kalp krizi, inmeler), KAROSHİ SENDROMU (aşırı çalışma bağlı kalp krizi, inme, ölümler), KAROJİSATZU (intihar), kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları (boyun, omuz, kol ve sırt kaslarında ve eklemlerinde ortaya çıkan yakınmalar), sindirim sistemi rahatsızlıkları (ülser, reflü, gastrit, dispepsi, kabızlık vb.), migren, baş ağrıları, bağışıklık sistemini düşmesi, sık hasta olma ve istemsiz düşükler…

Psikososyal tehlikeler iş kazalarını artırıyor diyor İLO.Kötü-yetersiz fiziksel çevre ve iş ile ilgili stres ilişkisi var, iş kazalarında insan faktörünün rolü düşük diye devam ediyor. Güvensiz davranışı koşullayan, motive eden etmenler olarak da şunları sıralıyor: Etkinlik, Zaman yönetimi baskısı, eğitim eksikliği. Artan kazalarla kötü-yetersiz fiziksel çevre ve iş ile ilgili stresin ilişkisi başlığında yüksek iş yükü ve iş talepleri, düşük karar serbestliği, düşük beceri kullanımı, becerilerin düşük takdir edilmesi, örgütsel destek eksikliği, denetçiler ve iş arkadaşları ile çatışmalar ve yüksek derecede monoton işler. İş kazalarında psikolojik rahatsızlıklar ve hastalıklara da (özellikle tükenme) güvensiz iş pratikleri ve iş kazası olasılığını artış ile açıklama getiriyor.

**Tablo-2: Sağlık kurumlarında iş stresine neden olan psikososyal etmenler**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etmenler** | **İçerik** |
| **İşin doğasından kaynaklananlar** | * Acil durumdaki hastalar
* Ağrılı hastayı göğüsleme
* Ölen hastaların duygusal yükü
* Fiziksel ve sosyal travmalı hastalarla baş etme
* Duygusal emek
 |
| **Çalışma koşullarıyla ilişkili olanlar** | * Alt işverenli çalışma
* Performansa bağlı ücretlendirme
* Aynı işe farklı istihdam tipleri
* Eşit işe eşit ücret olmaması
* Çalışan sayısının yetersiz olması
* Kurumların küçültülmesi
* Maliyet kısıtlamaları
* Vardiyalı çalışma
* Fazla mesai
* Ağır iş yükü
 |
| **Örgütsel etmenler ve kariyer olanakları** | * Hiyerarşik yapıda örgüt kültürü
* İSG kültürünün olmaması
* Toplam kalite uygulamaları
* Zaman baskısıyla çalışma
* Yalnız çalışma
* Görev tanımlarının olmaması
* Yeteneğe uygun olmayan işler
* İş ile ilgili karar sürecine katılamama
* İşte yükselme olanaklarının olmaması
* İşte kendini geliştirme olanaklarının olmaması
* Ekip çalışmasının desteklenmemesi
* Amir, meslektaş destek mekanizmalarının eksikliği
* Görev, çalışma saatleri vb. koşullarla ilgili adaletsiz dağılımlar
* Ödüllendirme ve teşvik mekanizmalarının yokluğu/yetersizliği
 |
| **Çalışma ortamı** | * Yetersiz donanım ve ekipman
* Gün ışığına erişememe
* Aydınlatma
* Gürültü
* İç ortam hava kirliliği
* Dar mekanlarda çalışma
* Ortamdaki kötü kokular
 |
| **Kişilerarası ilişkiler** | * İletişim sorunları
* Ekip içi sorunlar
* Yöneticilerle sorunlar
* Mobbing
* İşyerinde şiddet
 |
| **Bireysel özellikler** | * Cinsiyet,
* Yaş
* Medeni durum
* Küçük çocuk varlığı
* Göçmenlik,
* İş dışı yaşamda çatışma/sorunlar,
* Ev/iş yaşamı çatışması
* Kadınlara sosyal destek eksikliği,
* Kişilik tipi
 |

Örgüte etkileri başlığını da ele almış. Örgütü işyeri diye anlamayalım. Bu başlıkta da i**ş** devamsızlığı *(Absentizm)*, işte var olamama *(presentizm)*, iş doyumunda azalma, işe bağlılıkta azalma, motivasyon azalma, yaratıcılıkta azalması, işten ayrılma niyeti, işgücü değişim hızında artış, iç transfer ve yeniden eğitim, bozulmuş iş ilişkileri, verimlilikte azalma(?), ekonomik maliyeti ve toplumdaki kötü imaja yer vermiş.

Psikososyal tehlikeler artması ile ilgili makro nedenleri çalışma dünyasındaki küreselleşme ve dramatik değişiklikler başlığında ele almış ve bu başlıkta teknolojik gelişme, innovasyon, dijitalizasyon, çalışma organizasyonunda ve yeniden yapılanmasında yeni biçimler, istihdam ve iş ilişkilerinde yeni biçimler, yüksek iş talebi ve iş yükü, iş gücünde yaşlanma ve demografik değişiklikler ve kötü çalışma-yaşam dengesi alt başlıklarına yer vermiştir. İLO küresel krizi - ekonomik daralmanın işyerinin organizasyon değişiklikleri ve yeniden yapılanma, toplu işten çıkartmalar, geçici (istikrarsız) çalışmada artış, işi kaybetme korkusu, işsizlik, azalan iş fırsatlar ve finansal istikrarda azalma gibi aracı faktörlerle psikososyal riskleri ve sonuçlarını artırdığına ve artırmaya devam edeceğine dikkat çekmiştir.

İntiharları artan psikososyal tehlikelere bağlı gelişen sağlık sorunlarının en kötü sonuçlanma biçimi olarak ele almanın daha doğru olacaktır. Sıralanan bu sağlık sorunları yelpazesinin en az birine sahip olmayan neredeyse hiçbir işçi, sağlık emekçisi yoktur. Bu nedenle direnme odaklarını daha fazla gündeme almalıyız. Şiddetle harmanlanmış emek rejimi ve toplumsal düzeni yeniden üretmemek koşulu ile tabii ki…

**5. İNTİHARLARLA MÜCADELE**

The Lancet'de yayınlanan bir makaleye atıf yapan dergi editor yazısında intiharlarla ilgili ABD Ulusal Tıp Akademisi, klinisyen ve tüketici grupları da dahil olmak üzere 20'yi aşkın sağlık hizmeti kuruluşları ve politika belirleme yapılar, profesyonel ve eğitim kuruluşlarının klinisyenlerin refahı ve can güvenliğini arttırmak için işbirliği yaptığına yer verilmiştir.

İLO işyerinde stres raporunda intiharlarla mücadele konusunda Fransa ve İLO yaklaşımı ile ilgili bilgilere yer vermiştir. Fransa’da 2007'de otomobil endüstrisindeki intihar dalgası sonrası Temmuz 2008'de tüm Fransız sosyal ortakları, 2009'da uzatılan işe bağlı stresle ilgili ulusal mesleklararası anlaşmayı imzalamıştır. Bu anlaşmada stres kavramı tanımlanmış ve gerekli önlemleri almak için işverenleri sorumlu tutulmuştur. Fransa hükümeti Ekim 2009'da İşyerinde Stres Önleme Acil Durum Planını kabul etmiştir. Plan, dört temel hedefi içermektedir:

1. 1.000'den fazla işçi çalıştıran işletmelerde yükümlülük İş yerinde stres üzerine bir Anlaşmanın veya Eylem Planının hazırlanmasına yönelik müzakereleri başlatmak;
2. Psikososyal riskler üzerine bölgesel seminerler düzenlenmesi;
3. Psikososyal riskleri yeniden yapılandırma planlarına entegre etmek için çalışmak;
4. Çalışma Bakanlığı Genel Çalışma Departmanında psikososyal riskler konusunda bir Bölüm oluşturulması.

Özellikle bu Daire, hükümetçe araç ve gereç geliştirmek için kullanılmış olan psikososyal risklerin anlaşılması ve önlenmesi için bir model geliştirmiştir (işletmelerin, özellikle de KOBİ'lerin yükümlülüklerine uymalarına ve iç krizleri yönetmelerine yardımcı olacak rehberlik). Psikososyal riskler, İSG alanında bir üst risk olarak öncelik verildikleri 2010-2014 ulusal mesleki sağlık planına entegre edilmiştir. Bu anlaşma ile birlikte konu toplu sözleşmelerde, toplu pazarlıklarda daha fazla gündeme gelmiştir.2013'te sosyal taraflar Çalışma Hayatı Kalitesi Üzerine Bir Anlaşma da imzalamıştır. Fransa örneğinde dikkat çeken konunun intiharlara daralmayan ve psikososyal riskler başlığında ele alınmasıdır.

Psikososyal tehlike ve risklere karşı önlem konusundan İLO genel yaklaşımı da önemlidir. İLO İş Teftiş Kurulu Konvansiyonu, 1947 (No. 81) 'e göre, iş teftiş sisteminin başlıca işlevleri şunlardır: (i) işle ilgili yasal hükümlerin uygulanmasını ve işyerinde çalışırken işçilerin korunmasını sağlamak yaptıkları iş; ve (ii) yasal hükümlere uymanın en etkili yolları hakkında işverenlere ve işçilere teknik bilgi ve tavsiye sağlamak. Bu faaliyetler proaktif veya reaktif olabilir. Birincisi müfettişler tarafından önleyici hedeflerle başlatılmakta ve esas olarak bilgilendirici, eğitimli ve işveren tarafından uygulanması gereken koruyucu ve önleyici önlemlerin izlenmesi ile ilgilidir. Reaktif faaliyetler, şikayetlerin, işle ilgili yaralanmaların ve diğer olayların araştırılması da dahil olmak üzere mümkün olduğunca çabuk müfettişler tarafından ele alınması gereken belirli iddialar, uyarılar veya problemlere odaklanmaktadır. İş müfettişliği, özellikle ilgili hükümlerin ulusal yasalara yansıdığı durumlarda, değerlendirme eksikliği veya bunları önleme veya azaltma önlemleri bakımından, psikososyal riskler konusunda açık şikayetler alabilir. Bununla birlikte, şiddet, yorgunluk, çalışma süresi, aşırı çalışma yükü, sık değişimler, kötü atmosfer veya rahatsız edici bir çevre gibi bu riskleri kapsayan şikayetlerin alınması da alışılmadık bir durumdur. Reaktif teftiş, işçi intiharları, devamsızlık veya uyuşmazlıklar gibi yüksek istisnai olaylar veya iş müfettişliğine gönderilen diğer uyarılar veya uyarılar ile başlatılabilir. Bütün bu durumlarda, psikososyal risklere karşı koruyucu bir yaklaşım da uygundur. Tanımlanan riskleri ortadan kaldırmak veya azaltmak ve gelecekteki olaylardan kaçınmak için denetçiler, işveren tarafından kabul edilen risk değerlendirme ve yönetim önlemlerini kontrol etmelidirler.İLO yaklaşımında proaktif ve reaktif olarak yapılacaklar ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Sağlık alanına gelindiğinde ise teknik önlemler ve bireysel önlemler daha fazla dillendirilmiştir. Hawton (2004) tarafından yapılan ‘’Suicide in doctors-hekimlerde intihar’’ psikolojik otopsi çalışmasında şu önlemler önerilmiştir:

* *Depresyonun, işten ayrılmaya teşvik edilmesi ve uygun olduğu takdirde hastaneye kaldırılması için teşvik edilmesi gereken doktorlarda yeterli tedaviye önem verilmesine devam edilmesi.*
* *Zihinsel sağlık sorunları olan tıp öğrencilerini ve genç doktorları belirlemek ve onları eğitim yoluyla desteklemek için geliştirilmiş mekanizmalar.*
* *Hekimlerin uyuşturucu ve alkol sorunu olanların daha fazla denetimi.*
* *Şikayet prosedürlerine katılan stresin daha fazla tanınması ve doktorlar için daha iyi destek.*
* *İlaç bırakmak isteyen doktorlar için geliştirilmiş kariyer rehberliği.*
* *"Depresif doktorların tehlikeli ilaçlara erişimi sınırlandırmak.*

Hawton bu çalışmasında genç hastane doktorlarının çalışma saatlerinde bir azalma ve İngiliz Tabipleri Birliği sponsorluğunda yardım hattına dahil olmak üzere bu sorunlardan bazılarına değinen girişimlere de yer vermiştir. Çalışma süresi değişikliği sonrasında, genç doktorlar arasındaki zorluklardan kaynaklanan stres düzeylerinin düzeldiğine dair bazı kanıtlar elde edilmiştir, bununla birlikte depresyon ve kaygı düzeyleri kabul edilemez derecede yüksek kalmaya devam etmiştir (Hawton, 2004).

**6. İŞÇİ SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNLEMLERİ NASIL ELE ALALIM?**

İşçi sağlığında önlem sistematiği önemlidir ve genel kabul görmüştür. Bununla birlikte bu sistematiğin hep kenarından geçilir ya da görünmez kılınır. Bireysel veya işçinin sorumluluğunu öne çıkartan önlemlere yaslanma hali vardır.

İşçi sağlığı yaklaşımında öncelikle tehlikeyi yok et ya da daha az tehlikeli olanla değiştir yaklaşımı önceliklidir. Bunu mühendislik önlemleri ve yönetsel-idari önlemler izler. Bunların tümü işyeri odaklı yapılacaklardır. Bunu eğitimler ve kişisel koruyucu donanım izler. Bununla birlikte en çok öne çıkartılan önlem eğitimler olur. Bir işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, işyeri hemşiresi yada konunun uzmanı herhangi bir kişi-akademisyen ile işçinin farkındalığı yükseltilir. Şiddet, tükenme, mobbing, depresyon, iş stresi için çok sayıda eğitim yapılmıştır, şimdi de buna intihar eğitimlerini ekleyebiliriz. Eğitimlerin çoğunda da bireyin güçlendirilmesi ile sınırlı kalınır. Anlatılanların tümünün doğru olması gerçeği değişitirmez. Iskalanan nedensellik ve işçi sağlığı yaklaşımıdır.

İLO genel kabul gören yaklaşımına rağmen önerilerini ‘İşle İlgili Stres Önlemek İçin İşyeri Toplu Önlemler’ başlığında şu şekilde sıralamıştır (Tablo-.3):

**Tablo-3: İşle İlgili Stres Önlemek İçin İşyeri Toplu Önlemler (İLO)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Temel başlıklar** | **İçerik** |
| ***Kontrol*** | * Yeterli sayıda çalışan; işçilerin, işlerini nasıl yapacağı ile ilgili fikirlerinin alınması
 |
| ***İş yükü*** | * Zaman açısından gerekliliklerin düzenli olarak değerlendirilmesi
* Makul sürelerin tanınması
* Çalışma saatlerinin öngörülebilir ve makul olması
 |
| ***Sosyal destek*** | * İşçiler arasındaki sosyal temas için izin verilmesi
* Fiziksel ve psikolojik şiddetten arınmış bir işyeri sürdürülmesi
* Denetçiler ve işçiler arasındaki destekleyici ilişkilerin güvence altına alınması
* Denetim elemanları diğer işçiler için sorumluluk almaya ve uygun düzeyde teması için altyapı sağlamak
* İş ve ev arasında çatışmalı taleplerini görüşmek üzere işçilerin teşvik edilmesi
* İşin olumlu ve yararlı yönlerini vurgulayarak motivasyonu güçlendirmek
 |
| ***İş-işçi uygunluğu*** | * Çalışanların fiziksel ve psikolojik beceri ve yeteneklerine uygun işe yerleştirme
* Deneyim ve yetkinliğe gözeterek görevlere atamak
* Becerilerin doğru kullanımını sağlamak
 |
| ***Şeffaflık ve adalet*** | * Görevleri açıkça tanımlanması
* Rol çatışması ve belirsizliği kaçınarak, açık rolleri belirlenme
* Mümkün olduğunca iş güvenliğinin sağlanması
* Yapılan işin yeterli ücret sağlanması
* Şikayetleri ile ilgili prosedürlerde şeffaflık ve adalet sağlanması
 |
| ***Fiziksel iş çevresi*** | * Uygun aydınlatma, ekipman, hava kalitesi, gürültü seviyeleri sağlanması
* Tehlikeli maddelere maruz kalmadan kaçınma
* İşçi stres sınırlamak için ergonomik yönleri dikkate alınması
 |
| ***Eğitim ve öğretim*** | * İşçi becerileri ve işi uygun hala getirmeyi sağlamak için yeterli eğitim sağlamak
* Psikososyal riskler ve işe bağlı stres ve nasıl bunları nasıl önleneceği hakkında bilgi vermek
 |

Psikososyal tehlikelerin analizinde daha cesur davransa da önlemde alabildiğince korkalaşıyor İLO, kapitalizm içi rolünü hatırlıyor. Büyük fotoğrafı görünmez kılıyor. Genel teknik doğruları hatırlatmakla yetiniyor.

İntihar ya da psikososyal risklerde önceliği tehlikeli olanı yok etme ve değiştirmeyi öne koymalıyız. Tüm diğerlerini ıskalamadan. O zaman intiharlar için tehlike nedir sorusu anlam kazanır. Yukarıda mikro ve makro nedenler yazının izin verdiği ölçide açıklanmaya çalışıldı. Sağlık çalışanlarının intiharına daralarak konuşursak kapitalistleşen tıbbi hizmetler ve toplumsal nedenler (artan savaş, çatışma ortamı, OHAL ve toplumsal bağların zayıflaması) önceliğe almalıyız. Bu yaklaşımla bu sorunların bizzat yaratıcılarının devreye girmesi beklenemez. İşi zora sokan biraz da burasıdır. Bu durumda sistem içi seçenekler ön plan çıkar. DSÖ de zaten bunu önerir, sağlıkta kuralsız ticarileşmenin önüne gidilmesi. Yani demek istenir ki kurallara uygun olsun. Kapitalist iş ilişkisinin özü devreye girer, işçinin emeği satma konusunda gücünün artırılması ve işverenin en uygun koşullarda alma çatışması. Burada toplumsal sınıf mücadeleri devreye girer. Kapitalizm içi bile olsa siyaset, sınıf siyaseti devreye girer. Kendi bedenlerimizi sermayeye teslim etmeyeceğimize göre tehlikeyi yok edene kadar ne yapacağız sorusu önem kazanır.

Psikososyal tehlikeler konusunda sendikal mücadelenin, örgütlü karşı duruşların, dayanışmanın ve paylaşmanın rolü de birçok çalışmada gösterilmiş durumda. İşçi sınıfı da toplumsal mücadeleler tarihinde bunu sıklıkla deneyimlemiştir. Psikososyal tehlikeler konusunda emek sürecine müdahale etmenin ve sendikal mücadelenin, örgütlü karşı duruşların, dayanışmanın ve paylaşmanın etkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma yayınlanmıştır.

**7. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İNTİHARLARININ ÖNLENMESİNDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET EMEKÇİLERİ SENDİKASININ ÖNERİLERİ**

Şuradan başlayabiliriz İLO’nun önerdiklerini kim yaşama geçirecek. Temel sorumluluğun işverende olduğunu biliyoruz. Bununla birlikte işçi denetimi ve işçinin kendi için sınıf olma bilincinin çok önemli işlev gördüğünü de biliyoruz.İşveren bu sorumluluklarını İşçi Sağlığı ve Güvenliği Birimi çalışmaları ile yerine getirecek. 6331 sayılı yasanın 2011’de devreye girmesiyle birlikte sadece özel sağlık sektörünün değil kamu sağlık kurumlarının da İSG hizmetlerinden yararlanması yaşama geçti. Bununla birlikte bu birimin yapılanması ve çalışmaları için kaynak ayrılması bir türlü mümkün olmadı. Yasanın yürürlülük tarihi sürekli ertelendi. Özetle intihar başta olmak üzere psikososyal tehlikelere karşı İSG hizmetleri verecek kurum yok.

SES tarafından İSG hizmetlerinin stratejik bir mücadele alanı olduğu ve işçi denetiminden işçi özyönetimine giden yolda önemli bir işlev gördüğü kabul görmüş ve yaşama geçirilmeye çalışılmaktadır. Bu amaçla çıkartılan Sağlık Çalışanlarının Sağlığı kitabında psikososyal tehlikelerin önlenmesiyle ilgili önlemler; ulusal, kurumsal ve bireye yönelik olarak üç başlıkta toplanmıştır.

**A. Ulusal**

Bu tehlikelerle mücadelede politika yapıcıların kararlılığı, iş yasasıyla ilgili düzenlemelerin çalışanın lehine çıkarılması ve iş müfettişleri tarafından denetlenmesi en önemli basamaktır. Yasaların sadece varlığı değil denetlenmesi konusunda ulusal, bölgesel ya da il düzeyinde Çalışma ve Sağlık Bakanlıkları’nın sıkı bir işbirliği içinde olması, uygun işe yerleştirme, risk değerlendirmesi, işyeri düzeyinde alınması gereken önlemler, şiddet bildirimleri gibi birçok başlıkta izlem yapmaları gerekmektedir.

Ulusal meslek hastalıkları listesine işe bağlı psikolojik yakınma ve hastalıklar eklenmelidir.

Psikososyal tehlikelerin önlenmesinde en önemli başlıklar; iş güvencesi, hasta/çalışan sayısı, çalışma süreleridir. Bu üç başlık ne kamu ne de özel sağlık sektöründe denetlenmemektedir. Aynı işi yapan hemşire, hekim, temizlik personeli, laboratuvar teknisyeni aynı işyerinde sözleşmeli ya da kadrolu olarak keyfi biçimde görevlendirilmekte, ücret, sosyal haklar vb. gibi birçok konuda adaletsizliklere maruz kalmaktadır. Sağlık kurumlarının kapasitesinin üzerinde hasta kabulü denetlenmeli; çalışan başına düşen hasta sayısına çalışılan bölüm göz önünde bulundurularak sınırlama getirilmelidir. Asistanların nöbet sayısı sınırlandırılmalı, nöbet ertesi izinleri verilmeli, hemşirelerin yasal sınırın üzerinde artı çalıştırılmasına izin verilmemelidir.

Görev tanımları dışında en sık çalıştırılanlar alt işverene bağlı çalıştırılan temizlik işçileri, sözleşmeli hemşireler ve asistan hekimlerdir. Bu konuda yasal zorunlulukların kapsamı genişletilmeli, yöneticilerin keyfi uygulamalarına bırakılmamalıdır.

Şiddet ve mobing konusunda politik kararlılık güçlendirilmeli, şiddete tolerans gösterilmemeli, hastalara sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve hastayla ilgili sorumluluklarının sınırını anlatan bilgilendirme kampanyaları yapılmalıdır.

Psikososyal tehlikelerden korunmanın en önemli bileşeni sendikalardır. Çalışan ve işveren arasındaki güç dengesizliği önündeki tek koruyucu mekanizmadır.Tüm çalışanların ortak sorunu olan istihdam, maaş, izin, işçi sağlığı ve güvenliği, sosyal haklar gibi başlıklarla ilgili savunuculukta en etkili araçtır. Sendikalılığın yüksek olduğu işyerlerinde psikososyal tehlikeler daha az görülmektedir. Çalışanların sendikalı olması önündeki tüm engelelr kaldırılmalıdır. Yandaş sendikaya üyeleik dayatlarından vazgeçilmelidir.

**B. Kurumsal**

Psikososyal tehlikelerin bertaraf edildiği bir çalışma ortamı morali yükseltir, ekip çalışmasını ve iletişimi iyileştirir.İşten ayrılmalar, erken emeklilikler azalır, bunlar için ödenen tazminatlar, yeni çalışan yetiştirmek amacıyla yapılan eğitimler ve oryantasyon süresi için harcanan maliyetler ortadan kalkar. İş stresine karşı önlem alan işyerlerinde işe devamsızlık hızları düşüktür.

İş stresi ve sonuçları ne çalışanlar ne de işveren tarafından yeterince bilinmemektedir.Bu nedenle hem işverenlere hem de çalışanlara bu konuda bilgi verilmesi, farkındalığın arttırılması önemlidir.

İSG biriminin psikososyal tehlikeler konusunda yapacaklarını şu şekilde listelemiştir:

**Çalışan sağlığı güvenliği birimlerinin psikososyal tehlikelerle ilgili sorumlulukları;**

1. **İşyeri İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kurulu’nda** psikososyal tehlikeler ve sonuçlarıyla ilgili bir eğitim yapılmalı; çalışan ve işveren temsilcilerinin bu konuyla ilgili alınacak her önlemin hem çalışan hem de iş açısından önemini anlaması sağlanmalı; alınacak önlemlerle ilgili mutlaka yazılı onay alınmalıdır. Her toplantıda bu konu ayrıca gündeme alınmalı, hem sorunlar hem de çözüm önerileri tartışılmalıdır.
2. **İşe giriş muayenelerinde** çalışanın sağlığına uygun işte çalıştırıldığından emin olunmalıdır. Çalışanın fiziksel ve ruhsal kapasitesinin üzerinde çalışıldığı düşünülen durumlar işçi sağlığı ve güvenliği kurullarında ele alınmalı ve yeniden değerlendirilmesi sağlanmalıdır. İşyerinde ruhsal sağlık sorunları olan kişiler düzenli olarak izlenmeli, gerektiğinde psikologlardan destek almalı, bölüm değişikliği gündeme getirilebilmelidir.
3. **Risk değerlendirmesinde** psikososyal tehlikeler mutlaka ayrı bir başlık olarak değerlendirilmelidir. Değerlendirmeyi yapan ekipte sadece mühendis, hekim ya da hemşire değil, çalışan ve işveren temsilcilerinin Risk Değerlendirme Yönetmeliği’nde de belirtildiği üzere mutlaka bulunması ve görüşlerinin alınması gerekmektedir. Risk değerlendirmesinde kullanılacak az sayıda Türkçe kaynak bulunmaktadır. Bunlardan biri psikososyal tehlikeleri; yetersiz düzenleme yapılmış işler, dağılımı yetersiz iş organizasyonu, dağılımı yetersiz sosyal koşullar ve yetersiz biçimde organize edilmiş iş ve çalışma ortamı koşulları başlıklarında değerlendiren ISSA (2009)’nın hazırladığı Tehlike Değerlendirmesi – Genel Kılavuz’udur. AB İşçi Sağlığı ve Güvenliği İdaresi’nin hazırladığı rehberde, risk değerlendirmesinde; psikososyal destek, örgüt kültürü, iyi yöneticilik, nezaket ve saygı, psikolojik işyükü, gelişme ve kariyer olanakları, tanınma ve ödüllendirme, katılım ve etki, iş yükü yönetimi, örgütsel bağlılık, şiddet, yıldırma ve tacizden psikolojik korunma, fiziksel iş güvenliği, çalışanlar tarafından bildirilen stres yapan tüm başlıkların ele alınmasını önerilmektedir.

**Tablo 4. Risk değerlendirmesinde sağlık kurumlarında sorgulanması gereken bazı başlıklar**

|  |
| --- |
| 1. Bir ayda ortalama

- Ayaktan hasta sayısı, yatan hasta sayısı, yoğun bakım hasta sayısı, acil hasta sayısı, evde bakım hastası sayısı, alan çalışması sayısı |
| 1. Bir ayda ortalama çalışan

-ebe, hemşire, hekim, sağlık teknisyeni, temizlik personeli sayısı |
| 1. Nöbet/çalışan sayısı (hekim, ebe, hemşire ve diğer ayrı olarak)
 |
| 1. İzinlerde çalışan sayıları (hekim, ebe, hemşire ve diğer ayrı olarak)
 |
| 1. Aylık ortalama çalışma süreleri (hekim, ebe, hemşire ve diğer ayrı olarak)
 |
| 1. Nöbet tarihleri için çalışanların görüşü alınıyor mu?
 |
| 1. İzin tarihlerine çalışan karar verebiliyor mu?
 |
| 1. Çalışanların işyükü bireysel düzeyde düzenli olarak kontrol ediliyor mu?
 |
| 1. Son bir yılda rapor vb. nedenlerle işe gelmeyen gün/kişi sayısı
 |
| 1. Son bir yılda işten ayrılan, emekli olan, işe başlayan kişi sayısı
 |
| 1. Yazılı görev tanımları varlığı
 |
| 1. Görev tanımları hazırlanırken çalışanın görüşleri alınmış mı?
 |
| 1. Tek başına çalışma zorunluluğu olan kişi sayısı
 |
| 1. Yıllık şiddet/Beyaz Kod vaka sayısı ve yerleri
 |
| 1. Beyaz koda yanıt planı var mı?
 |
| 1. Son bir yılda Beyaz Kod ya da şiddet sonrası hizmetten çekilme hakkını kullanan çalışan sayısı
 |
| 1. Güvenlik kamerası, güvenlik elemanı, kaçış için ayrı çıkış varlığı
 |
| 1. Şiddetin sık görüldüğü yer, zaman kişi özellikleri
 |
| 1. Yıldırmayla ilgili başvuru ya da dava varlığı
 |
| 1. Farklı din, etnik köken, cinsel yönelim vb. çalışan kişi sayısı
 |
| 1. Kadın çalışanların işyerinde taciz vb. sorunları rahatlıkla iletebilecekleri belirli birim/kişi varlığı
 |
| 1. Çalışanlar arası sorun varlığı
 |
| 1. Yöneticilerle sorun varlığı
 |
| 1. Son bir yılda tüm çalışanların katıldığı bölüm toplantı sayısı
 |
| 1. Ev/iş yaşamını uyumlulaştırma için herhangi program/müdahale varlığı (kreş vb.)
 |
| 1. Gece nöbetlerde eve gidiş ve dönüşler için güvenli ulaşım varlığı
 |

Ayrıca çalışanlara belirli aralıklarla uygulanabilecek geçerliliği ve güvenilirliği çalışılmış iş stresi ve tükenmişlik ölçekleri vardır. Bazı işverenler ya da sendikalar bu anketleri çalışanlara belirli periyotlarla uygulamakta ve stresi arttıran etmenleri çalışanların yanıtlarıyla değerlendirmektedir.

1. Çalışan sağlığı birimleri ruh sağlığı sorunu olan, şiddet, yıldırma ya da cinsel taciz vb. sorunlar yaşayan çalışanlar için psikolojik danışmanlık hizmeti sunmalı ya da uygun bir sevk olanağı planlanmalıdır. Bu çalışanların işe dönüş ve uyumu için programlar geliştirmek de işverenin görevlerindendir.

**C. Bireye yönelik önlemler**

Çalışma ortamında bireyi korumaya yönelik zaman yönetimi; nefes ve gevşeme egzersizleri, yoga, kognitif ve davranışçı teknikler gibi stresle baş etme teknikleri; stres yönetimi; iletişim becerileri, zor hastayla çalışma teknikleri gibi başlıklarda eğitim verilmesi önerilmektedir. Awa ve arkadaşları tarafından yazılan bir derlemede kişiye yönelik olarak yapılan bu müdahalelerin etkisinin kısa süreli ve geçici olduğu saptanırken, işin yapılış biçimini ya da zamanını değiştirme gibi işle ilgili müdahalelerle birlikte yapıldıklarında bu eğitimlerin etkisinin daha uzun süreli ve etkili olduğu saptanmıştır.

**Sendikaların rolü**

İş güvencesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri, sendikaların varlık nedenlerindendir. İşyerinde çalışanların psikolojik iyilik haliyle ilgili önemli sorumlulukları vardır. Psikososyal sağlık ve güvenlik önlemleriyle ilgili izlem ve savunuculuk yapmak bunlardan birisidir. İşyeri sendika temsilcileri çalıştıkları kurumlarda hem risk değerlendirmesinde sorumluluk alarak hem de kendilerine gelen başvuruları kaydedip, izleyip, değerlendirerek konuyu sendikanın tüm kurullarına taşımalıdır.

İkinci olarak iş stresi, tükenmişlik ya da başka nedenlerle ruh sağlığı sorunları olan çalışanlara işyeri tarafından destek verilmesi için girişimlerde bulunmalıdır.

Sendikalar iş stresi, tükenmişlik, mobing ve şiddetle ilgili bağımsız araştırmalar yürütüp, sonuçlarına göre ulusal, işyeri ve çalışan düzeyinde çözüm önerileri geliştirmeli ve çalışanlar için gerekli müdahalelerin politikalarda yer alması için çaba harcamalıdır.

**Tablo-5: Psikososyal tehlikelerle ilgili sendikaların bazı sorumlulukları**

|  |
| --- |
| **Toplu sözleşmelerde** |
| -Çalışanların işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden faydalanmasının sağlanması-Çalışanların işçi sağlığı iş güvenliği kurullarında temsiliyetinin arttırılması-Çalışılan birime göre (cerrahi, dahili, yoğun bakım, acil, servis vb.) hasta/çalışan sayılarına zorunlu standartlar getirilmesi-Nöbet sayısı üst sınırı-Gece çalışma üst sınırı-Nöbet ertesi izinlerin kullanımı-Ev-iş yaşamını uyumlulaştırıcı sadece kadın değil erkek çalışanlar için de zorunlu kreş- Cinsiyet, din, dil, etnik köken, cinsel yönelim vb. gibi ayrımcılık olasılıklarına karşı garanti-Eşit işe eşit ücret (cinsiyete duyarlı)-Güvenceli sözleşme-Aynı işe birden fazla istihdam tipinin kaldırılması-Performansa bağlı ödemelere karşı duruş |
| **İşe girişlerde** |
| -Çalışanın becerilerine uygun işe yerleştirilmesi konusunda destek-Akıl sağlığı sorunu olanların hak kaybına ve mobinge uğramaması için takip  |
| **Kurumda** |
| -Risk değerlendirmelerine aktif katılım-İşçi Sağlığı Güvenliği Kurullarında psikososyal risklerin sunumu ve çözüm önerilerinin izlenmesi-Şiddet ve yıldırma sorunu yaşayan çalışanlara destek programı-İş arkadaşları ya da yöneticilerle sorun yaşayan çalışanlara hukuki destek birimi |

# Kaynaklar:

# Agerbo E, Gunnell D, Bonde J, Mortensen P, Nordentoft M (2007). Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. Psychological Medicine, 37, 1131-1140.

Akçan R, Yıldırım MŞ (2017). Şiddet Sarmalında Sağlıkçı İntiharları, Atölye, 15 Aralık 2017, Ankara, SES-Ankara Sendika Okulu.

Can SS, Güngör B, Aşkın R (2013). Hekimİntiharları, Kriz Dergisi, 21 (1-2-3): 33-39.

Cumhuriyet (2017). İntihar eden doktorun kahreden mektubu: Lanet hastaneler doktorlara yüklenip durmasın. 6 Kasım 2017. <http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/turkiye/860855/intihar_eden_doktorun_kahreden_mektubu__Lanet_hastaneler_doktorlara_yuklenip_durmasin.html>

Davas A (2016). Sağlik Hizmet Üretiminde Psikososyal Tehlikeler. içinde: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı (editör: Türk M), SES yayınları, Ankara, ISBN 978-975-92449-7-2, s:35-58.

Editorial (2017). Suicide among health-care workers: time to act. 389: …, www.thelancet.com Vol 389 January 7, 2017

Ercan F. (2013). Meta Neleri İçerir? Sağlık Hizmetlerinin Metalaşması. Içinde: Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır. (ed): Elbek O. Hayy Kitap, No:225, Birinci baskı, s:15-40

Evrensel (2017). Küçükparlak: **İntiharların artmasında siyasi ortam da etkili.** 8 Kasım 2017. [https//www.evrensel.net/amp/337365/kucukparlak-intiharlarin-artmasinda-siyasi-ortam-da-etkili](https://www.evrensel.net/amp/337365/kucukparlak-intiharlarin-artmasinda-siyasi-ortam-da-etkili)

Hawton K, Malmberg A, Simkin S. (2004). Suicide in doctors. A psychological autopsy study. Journal of Psychosomatic Research 57 (2004) 1-4.

[Hawton K](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hawton%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21676470), [Agerbo E](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Agerbo%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21676470), [Simkin S](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Simkin%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21676470), [Platt B](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Platt%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21676470), [Mellanby RJ](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Mellanby%20RJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21676470). (2011). Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. [J Affect Disord.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21676470) 134(1-3):320-6. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.044. Epub 2011 Jun 14.

İSİG Meclisi (2016). Mobbing, borç kıskacı, işsizlik… 2013-2014-2015 yıllarında en az 99 emekçi intihar ederek yaşamını yitirdi.

KESK (2018). OHAL-KHK İntiharları. KESK Genel Merkezinden elde edilmiştir.

Marx K. (2007). Yabancılaşma, (Derleyen Barışta Erdost), Sol yayınları, 3.baskı, Ankara

McKinlay JB, Marceau L. (2011). New wine in an old bottle: does alienation provide an explanation of the origins of physician discontent? [Int J Health Serv.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21563626) 41(2): 301-35.

Milner AJ, Maheen H, Bismark MM, SpittalMJ. (2016) Suicide by health professionals: a retrospective mortality study in Australia, 2001-2012. [Med J Aust.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27627936)2016 19; 205 (6): 260-5.

[Routley VH](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Routley%20VH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22132703), [Ozanne-Smith JE](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ozanne-Smith%20JE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22132703). (2012). Work-related suicide in Victoria, Australia: a broad perspective. [Int J Inj Contr Saf Promot.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22132703) 19(2):131-4.

[Skegg K](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Skegg%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20397784), [Firth H](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Firth%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20397784), [Gray A](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Gray%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20397784), [Cox B](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cox%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20397784). (2010). Suicide by occupation: does access to means increase the risk? TUİK (2017) Haber Bülteni, Ölüm İstatistikleri, 2016. Sayı: 24649, 7 Haziran 2017.

[Aust N Z J Psychiatry.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20397784) 44(5):429-34. doi: 10.3109/00048670903487191.

# Windsor-Shellard B. (2017). Suicide by occupation, England: 2011 to 2015. Office for National Statistics, https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/suicidebyoccupation/england2011to2015

İLO (2016). Workplace Stress: A Collective Challenge. World Day For Safety And Health At Work 28 April 2016, ISBN: 978-92-2-130642-9 (web pdf)

Zencir M. (2018). Sağlıkta İntihar Ettiren Emek Rejimi. Siyaset Dergisi, 3: 15-18.

***Not: Bu rapora zemin hazırlayan çerçeve daha once yayınlanan ‘’ Zencir M. (2018) Sağlıkta İntihar Ettiren Emek Rejimi. Siyaset Dergisi, 3: 15-18.’’ ve ‘’Davas A (2016) Sağlik Hizmet Üretiminde Psikososyal Tehlikeler. içinde: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı (editör: Türk M), SES yayınları, Ankara, ISBN 978-975-92449-7-2, s:35-58’’ makaleleridir.***