

**DOSYA/DERLEME****ÖZELLEŞTİRMELER, SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE PSİKOSOSYAL ETMENLER***Tolga BİNBAŞI\*, Burhanettin KAYA\*\****Giriş**

Bir hizmet sektörü olan sağlık işkolu, kapitalist ülkelerde son 30 yıl içinde, ana eksenini özelleştirme ve piyasaya açılma olan bir değişim sürecinden (sağlık dönüşüm/reform) geçmektedir. Bu değişim içinde sağlık çalışanları II. Dünya Savaşı sonrasında şekillenen sağlık örgütlenmeleri ile elde ettikleri birçok güvenceyi kaybetmekte ve işsizlik, eksik istihdam ve esnek üretim gibi göreceli olarak daha belirsiz koşullarda çalışmakla karşı karşıya kalmaktadır. Belirsizlik, güvencesizlik ise iş ve çalışma kaynaklı psikososyal etmenlerin önemini hem farklılaştırmakta hem de arttırmaktadır. Ülkemiz sağlık hizmetleri ve sağlık örgütlenmesinin geçirdiği değişim süreci sağlık çalışanlarını psikososyal etmenler açısından da yeni risklerle karşı karşıya bırakmaktadır. Bu yazıda söz konusu değişimin çalışma ortamı içinde ortaya çıkardığı psikososyal riskler ayrıntılandırılmaya çalışılacak ve akıl sağlığını etkileme biçimleri tartışılacaktır.

**Sağlık Çalışanları için Güvencesiz Çalışma**

Yüzyılın son çeyreğinde kapitalist üretim sürecinin sermaye sınıfı tarafından düşen kar oranlarını telafi etmek üzere yeniden biçimlendirilmesi sonucu (Armağan, 2000; Belek, 2005; Binbaş, 2006) çalışanları doğrudan etkileyen bazı önemli gelişmeler ortaya çıkmıştır. Birincisi dünya çapındaki kapitalist ekonomilerin tamamında tam

istihdam koşulları sağlanamamış ve kapitalist üretimin motor gücü konumundaki OECD ülkelerinde bile %5-20 arasında gezinen kronik bir işsizlik oluşmuştur. İşsizliğin toplumların bir parçası haline gelmesi sağlık çalışanlarını da etkilemiş ve örneğin Avrupa Birliği ülkelerinde hekim işsizliğinin yaşanması kaçınılmaz olmuştur (Binbaş, 2005). Yüksek işsizlik oranlarının yanı sıra ikinci bir değişim de istihdamın biçiminde olmuştur; istihdam işçi sınıfının göreceli olarak daha kolay örgütlenebildiği ve daha kolektif çalışabildiği imalattan uzaklaşarak hizmet sektörüne kaymıştır. Üçüncüsü hizmet sektörü standart dışı düzenlemelerin, sendikasızlık ve düşük ücretlerin yaygın olduğu yerler haline gelmiştir. Örneğin Türkiye’de sağlık hizmetlerinde önce temizlik, güvenlik gibi tıpla doğrudan ilişkili olmayan işlerde güvencesiz istihdam yaratılmış ve hasta bakıcılık, hemşirelik hizmetlerinden sonra sıra hekimlik hizmetlerine gelmiştir. Son olarak işlerde gerekli uzmanlık/vasıf düzeyinde bütünüyle bir artış özellikle vasıfsız işlerin işe girişte engellerinin artmasıyla (belge enflasyonu gibi) birlikte olmuştur (Ostry, 2004).

Ayrıca atipik, standart-dışı, marjinal ve istikrarsız istihdam gibi terimlerin altında toplanan çalışma şekilleri olan yarı süreli pozisyonlar, sabit süreli çalışma sözleşmeleri, kısa süreli çalıştırma (iş bitene kadar) ve birden çok işte çalışma giderek yaygınlaşmaktadır. Tahminlere göre dünyadaki işçilerin %25-30’u (750-900 milyon), daha kısa bir zamanda daha fazla iş üretilesi istenen koşullar anlamına gelen “standart dışı sözleşmeler” ile istihdam edilmiştir. Standart dışı çalışma düzenlemeleri özellikle emek piyasasına giren yeni kuşak işçiler arasında yaygındır ve bu işlerin kalıcı pozisyonlara

\*Araş. Gör. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

\*\*Doç. Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

dönüşmesi de giderek zorlaşmaktadır (Ostry, 2004). Ayrıca ekonominin iyileşme döneminde işsizlikte azalma olmamasına (ki olmayabilmektedir) karşın yarı süreli çalışma yüksek düzeylerde kalmaya devam etmektedir.

İstikrarsız işlerin ve iş güvensizliğinin artması, iş üzerinde kontrolün ve işte sosyal desteğin azalması çalışan nüfusta sağlık üzerine ciddi olumsuz etkilere yol açan bir dizi karmaşık olayı başlatmaktadır (Demiral, 2005). Yapılan çalışmalar işsizlik tehdidinin de sağlığı bozduğunu göstermiştir. İşsizlik tehlikesi ile yüz yüze olanlar ile iş güvencesi olanlar karşılaştırılmasında, işsizlik tehdidi altında olanlarda kan basıncının ve koroner kalp hastalıkları belirtilerinin daha fazla olduğu, depresyon, anksiyete ve stresin arttığı, hekime başvurunun arttığı, akıl sağlığının ve genel sağlık durumunun bozulduğu, sağlık sorunlarının artmış olduğu görülmektedir (Kaya, 2006). Çalışan sayısını azaltma sürecinde işini kaybetmeyen çalışanlar da sağlık tehlikeleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu süreçte geride kalanlarda iş doyumunun, örgütsel uyumun azaldığı, stresin arttığı gösterilmiştir. İşyerlerinde sayı azaltma ve yeniden yapılanma ile geride kalanlar zorunlu olarak yeni teknolojiler, yeni çalışma süreçleri ve çalışma saatleri, farklı fiziksel ve psikososyal maruziyetler (otonominin azalması ve iş yoğunluğunun artması, sosyal ilişkilerin özelliklerinde değişiklikler gibi) ile karşı karşıya kalmaktadır. Çalışma yaşamındaki bu değişim sonucu çalışanların kişisel davranışlarında da değişiklikler gözlenmekte ve diyet, sigara içme, alkol tüketimi, egzersiz ile uyku değişiklikleri ortaya çıkmaktadır. Sıklıkla yeniden yapılandırmanın ardından gelen sendikasızlaşma veya işçinin örgütlü etkisinin, gücünün azalması ile işçilerin yeni oluşan fiziksel ve psikososyal koşulları değiştirebilecek olanakları sınırlandırılmaktadır (Ostry, 2004). Pek çok araştırma standart dışı çalışma ile kaza hızının ve stres düzeylerinin arttığını, iş doyumunun azaldığını ve diğer sağlık üzerine etkili faktörleri olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir.

1980'ler ve 90'lar boyunca sağlık hizmetlerinde uygulanan bütçe kısıtlamaları ile kamusal olarak yürütülen sağlık ve sosyal hizmetlerindeki özelleştirmeler iş güvencesizliğini büyütülmektedir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan yeniden yapılanma ile yeni çalışma şekillerinin ve iş tanımlarının ortaya çıkması, ayrıca yeni teknolojilerin uygulamaya konulması, çalışma koşullarını kısmen değiştirmiştir. Hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarında sistematik olarak personel sayısının azaltılması nedeniyle, sağlık emekçileri artık işsizlik tehlikesi ile karşı karşıyadır. Değişim bu nedenle farklı fiziksel ve psikososyal risk etmenleri ortaya çıkartmıştır. Özel sağlık sektörü bu işsizliğin avantajlarını ücretleri düşürmek için kullanmaktadır. Türkiye'de kamu ile bağlantısı olmayıp sadece özel sektörde çalışan hekim sayısı 1998 yılı itibarıyla 10 bin civarındadır. Aynı yıl için hekimlerin %35-40'ının hem kamuda hem de özelde çalıştığı tahmin edilmektedir (Soyer, 1998).

Sağlık hizmetlerinde var olan gece çalışması, vardiya yöntemiyle çalışma, nöbet, vb. uygulamalar sağlık

personelinde olası akıl sağlığı sorunlarının meydana gelmesini kolaylaştırmaktadır. Normal çalışma süresi dışında kalan gece çalışması, vardiya, acil nedenlerle çağırılma, nöbet, vb. uygulamalar "fazla çalışma" olarak nitelendirilmektedir. Türk Tabipleri Birliği tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin büyük bir çoğunluğu (%41) ikinci bir işte çalıştıklarını belirtmişlerdir. Sıklıkla ifade edilen ikinci işler nöbetçi hekimlik, özel çalışma (%56) ile işyeri hekimliği (%41) olmuştur. Başka işte çalışma nedenleri arasında ise en sık neden ek gelir elde etmek (%94) olmuştur (Aslan, 2005). Bu durum sonucunda hekimlerin özellikle fiziksel ve zihinsel potansiyellerini zorlanması da söz konusu olabilir. Ayrıca, ikinci işte çalışan hekimler öncelikli olarak çalıştıkları kurumlarda performanslarının tamamını kullanmayabilirler ve bu durumun yarattığı sorunlarla da karşı karşıya kalabilirler.

#### Sağlık İşkolunda Psikososyal Riskler ve Akıl Sağlığı

Birçok çalışma sağlık çalışanlarında farklı etmenlerden köken alan yüksek düzeyde stres bulunduğunu göstermiştir. Bu çalışmaların sonucuna göre artmış psikolojik stres ağır iş yükü ve bunun iş dışı yaşama yansımaları, iş basıncı, hastaların ve yakınlarının yakınmaları, şiddet riski, yetersiz yönetim tarzı, yetersiz kaynaklar, yetersiz eğitim, iş üzerindeki kontrolün düşük olması, işle ilgili karar vermede düşük kontrol, düşük iş doyumu ve taciz ile yakından ilgili bulunmuştur (Jex, 1991; Richardsen, 1993). Sağlığın toplumsal belirleyicilerini tespit etmek için yapılan Whitehall çalışmasının ikinci aşaması, iş kaynaklı psikososyal etmenlere odaklanmıştır. Bu çalışma 35-55 yaş arasındaki 10 308 İngiliz kamu çalışanı arasında yürütülmüştür. Bu çalışmada ulusal sağlık sisteminde çalışanların dörtte birinde iş stresine bağlı akıl sağlığı sorunlarıyla ilgili belirtiler olduğu görülmüştür ve psikiyatrik hastalık morbiditesi %17,8 olan genel toplumla karşılaştırıldığında sağlık işkolunda psikiyatrik morbidite %27,8 bulunmuştur (Hardy, 1997; Wall, 1997). Özellikle bu son çalışma, İngiltere'de kamu sağlık sisteminin özelleştirmeler nedeniyle küçüldüğü ve çalışanların olası işten atılma stresi ile karşı karşıya olduğu bir zamanda yapılmıştır. Ayrıca aynı çalışmada işteki düşük sosyal destek ve düşük karar serbestliği, yüksek iş gereklilikleri ve ödül-çaba dengesizliği artmış psikiyatrik bozukluk ile ilişkili bulunmuştur (Stansfeld, 1999). Aynı çalışmada akıl sağlığı puanlarındaki düşüklük ile psikiyatrik bozukluk yaygınlığı, hem iş stresi hem de evde yaşanan stresle de ilişkili bulunmuştur (North, 1996).

Ancak belirti varlığının çalışmanın stres yaratan doğasına atfedilebilir atfedilemeyeceği tam olarak açık değildir. Bir vaka-kontrol araştırmasında sağlık çalışanları için iş yerindeki stres kaynakları kadar iş dışındaki olumsuzlukların ve kişilik özelliklerinin de önemli olduğu saptanmıştır. Bu bireyler, iş yaşamı dışında daha çok ilişki ve evlilik sorunları yaşadıklarını, şiddetli ve süregelen nitelikte stresli yaşam olaylarıyla karşılaştıklarını bildirmişlerdir. İş stresi, rol çatışması ve karmaşası, iş yükünde artış,

yöneticilerle sorun yaşama, iş ile ilgili işsel ödüllerin kaybı gibi değişkenleri de içeren etmenler depresif bozuklukla ilişkili bulunmuştur (Weinberg, 2000). Ancak sağlık çalışanları ilgili iş dışı strese ya da kişisel yatınlığa odaklanmış az sayıda çalışmanın verileri çalışma kaynaklı stresin önemini ve etkilerinin önemini azaltmamaktadır. İş yaşamında stres yaratıcı çalışma süresinin azaltılmasının, sağlık çalışanlarında anksiyete ya da depresyonun kaynaklarını ortadan kaldırmak açısından çok önemli olacağı belirtilmektedir (Hotopf, 1997; Reynolds, 1997).

Tayvan'da yapılan bir araştırmada hemşirelerin %24,5'inin aşırı düzeyde çalıştığı saptanmıştır. Olguların %48'inde ise minör psikiyatrik bozukluklar tanımlanmış ve aşırı çalışma, yetersiz sosyal destek ve algılanan sağlık düzeyinin düşüklüğü minör psikiyatrik bozuklukların oluşumunda anlamlı değişkenler olarak saptanmıştır. Bu bulgulardan yola çıkarak yazarlar hemşirelerde psikolojik sıkıntı yaygınlığını azaltmanın en iyi yolunun iş stresini azaltıcı organizasyonel düzenlemelere odaklanmak, etkili sağlığı geliştirme programlarını yaşama geçirmek, özellikle yönetici rol verilen hemşirelere yönelik daha çok yardım programları oluşturmak olduğunu vurgulamışlardır (Sang, 2004). Ancak sağlık işkolunda yaşanan değişimin doğrultusu, bu tür kurum içi düzenlemelerin çalışanların aleyhinde olmasına neden olmaktadır ve yaşanan zorluk derecesini arttırma olasılığını getirmektedir.

Klinik çalışma ortamında hemşireleri büyük ölçüde etkileyen, sağlık bütçesinde dramatik kesintilerin olması, tıbbi teknolojideki hızlı değişimler, ağır iş yükü, ölüme yol açan uygulamaların artması, hekimlerle yaşanan çatışmaların artması, belirsiz tedavilerin varlığı gibi bazı aşırı çalışma ve iş yükü kategorileri olduğu belirtilmektedir. Bu tanımlanan aşırı çalışma ile ilişkili kaynaklar hemşirelerin kendilerini iyi hissetme durumunu ve iş doyumunu etkileyebilmektedir (Bakker, 2000). Gece çalışması ile ilgili yapılan bir çalışmada ise bir grup anestezi asistanında gece vardiyasından sonra bilişsel fonksiyonlara ilişkin testlerde düşme saptanmıştır ve olası hataları azaltmak için gece vardiyasında çalışan asistanların daha yakın izlemi ve daha fazla dinlenmelerini sağlamanın yararlı olabileceği önerilmiştir (Sarıcaoğlu, 2005).

Hekimlik ve hemşirelik meslekleri intihar ile de yakından ilişkilidir. Bu mesleklerde diğer meslek gruplarıyla yapılan karşılaştırmalarda hem intihar riski daha fazladır (doktorlar için odds oranı: 2,33) hem de tamamlanmış, yani ölüme sonuçlanmış intiharlar daha fazladır. Hekimler ve hemşireler toplum tarafından yaygın olarak tüketilen alkol gibi maddelerin bağımlılığı riski altında oldukları kadar toplumun ulaşamayacağı reçete ile satılan ilaçların bağımlılığı riski altındadır (Wilhelm, 2004). Ayrıca sağlık çalışanları toplumsal felaketler ve bireysel travmalardan da etkilenme riski ile karşı karşıyadır. Travmayı birebir yaşamaları ve travmadan etkilenen kişilere yardımcı olmaya çalışmaları yaşadıkları psikolojik travmanın boyutlarını değiştirmektedir ve sağlık çalışanlarının bazıları çalışmalara gönüllü katılırken, bazıları zorunlu olarak yer almaktadır (Aker, 2006). Deprem sonrası 3. yılda Kocaeli

Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanları arasında dört yüz on üç kişinin katıldığı kesitsel çalışmada, TSSB %2.7 ve MD %1 olarak saptanmıştır. Ancak çalışanlar, sağlıkçılar ve yardımcı hizmetliler olarak karşılaştırıldığında TSSB ve depresyon oranları sağlıkçılarda belirgin olarak daha yüksek tespit edilmiştir (Acicbe, 2003). Toplumsal felaketin yarattığı belirsizliğin, iş güvencesizliği ve özel sektörde çalışmanın yarattığı belirsizlik ile nasıl etkileştiği ise ileri bir çalışma olarak beklemektedir.

### Tükenmişlik: Değişimin Bedeli mi?

Çalışma kaynaklı önemli bir psikiyatrik durum olan tükenmişlik ise sağlık çalışanlarının güvencesiz, zorlu iş koşullarında çalışmasının sonuçlarından birisidir. Tükenmişlik daha çok doğrudan insana hizmet veren, hizmetin yürütülmesinde insan etmeninin önemli bir yere sahip olduğu alanlarda görülmektedir. Tükenme kavramı ilk olarak Freudenberg tarafından ortaya atılmış ve daha sonra Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir. Uzun dönemli iş stresinin tükenmişliğe yol açtığını söyleyen Maslach, tükenmişliği çalışanların mesleğin özgün anlamı ve amacından kopması, hizmet verdiği insanlarla ilgilenmekte zorlanması ya da aşırı strese tepki olarak kişinin kendini psikolojik olarak işinden geri çekmesi olarak tanımlamıştır. Tükenmişliğin ana belirtilerini enerji kaybı, motivasyon eksikliği, diğerlerine karşı negatif tutum ve aktif olarak diğerlerinden geri çekilme oluşturmaktadır (Kaçmaz, 2005). Bu durum sunulan hizmeti, hizmetin kalitesini doğrudan olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalar tükenmenin iş kaybından aile içi ilişki sorunlarına, psikosomatik hastalıklardan alkol-madde-sigara kullanımına ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarına uzanan çeşitli sonuçları olduğunu göstermektedir.

Türkiye'de uzman ve pratisyen doktorlar, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, sağlık teknisyenleri ve ebelerden oluşan 7255 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada, özellikle pratisyen hekimler ve hemşirelerde, Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (Ergin, 1996). Bir diğer çalışmada ise özellikle bekar ve genç hemşirelerde tükenme düzeyinin daha yüksek olduğu ve tükenmenin özellikle çalışma süresi, dönüşümlü ya da yalnız gündüz çalışma, günlük uyku saatleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Özellikle meslekle ilgili beklentileri düşük olanlarda duygusal tükenme puanları daha yüksek bulunmuştur (Aslan, 1996).

Türk Tabipleri Birliği tarafından Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı uzman ya da pratisyen olarak çalışmakta olan bir grup hekimin tükenmişlik düzeylerinin saptanması amacıyla 1750 hekim arasında yapılan bir diğer çalışmada ise erkek hekimler duyarsızlaşma alt başlığında, kadın hekimler ise kişisel başarı alt başlığında daha yüksek tükenme düzeyleri belirtmişlerdir. Tükenmişlik en yüksek oranda 25-34 yaş grubunda saptanmıştır. Günlük çalışma saatlerinin uzunluğu da tükenmişliğin ortaya çıkmasında etkili bulunmuştur. Bireye ilişkin değişkenler önemli olmakla

birlikte çalışma sisteminin yapısı ve özellikleri önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. İş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin uzunluğu, kronik ve ölümcül hastalar ile uğraşmak, iş yerinde ilişki ve görev paylaşımı sorunlarının yaşanması tükenmede rol oynamaktadır. Ayrıca yaşam zorlukları da bireylerin tükenmişliğine katkıda bulunmaktadır (Aslan, 2005).

Sivas'ta hemşirelerde tükenmişlik sendromunu araştıran bir çalışmada da özellikle asgari ücretle çalışan hemşirelerde tükenme puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Vakıf işçisi olarak tanımlanan ve taşeron firma bağlantısıyla çalışan bu bireylerde tükenmişlik daha çok mesleki onurun zedelenmesi ve iş yaşamına ilişkin beklentileri düzeyinde yaşadıkları hayal kırıklıklarına bağlanmıştır (Mollaoğlu, 2003). Bu açıklama ortaya çıkan tükenmişliği açıklamak için yeterli değildir. Asgari ücret karşılığında soysal güvence olmadan, gelecek kaygısı ile vasıfsız işçi olarak çalışmak ihmal edilmemesi gereken bir durumdur. Bu çalışmada hizmet süresi ile tükenmişlik arasında gözlenen negatif yöndeki ilişki dikkat çekicidir. Hizmet süresinin artması ile tükenmişlik düzeyinin azalması, mesleki deneyim sayesinde stresle başa çıkma becerisinin artmasına bağlanmıştır. Fakat uzun hizmet süresi olan hemşirelerin kadrolu çalışan ve özlük hakları görece korunmuş hemşireler olduğu gözden kaçmamalıdır. Bu çalışmada dikkat çeken bir diğer bulgu da günlük bakım verme süresinin artışının tükenmişlik düzeyini artırmasıdır. Bu da olumsuz çalışma koşullarının bir göstergesi olarak ele alınmalıdır. Bu bulgular tükenmişliğin ortaya çıkmasında bireysel değişkenler kadar bireyin dışında çalışma ortamı ile ilişkili değişkenlerin önemini göstermek açısından önemlidir.

Tükenmenin ortaya çıkmasında bireysel nedenler kadar kurumsal nedenlerinde etkisine vurgu yapılmıştır. Bir işyerinde tükenmişliğin ortaya çıkmasında şiddetlenmesinde rol oynayan yönetsel yapıya ilişkin başlıca uygulamalar demokratik olmayan, hiyerarşik ve merkeziyetçi bir yapı, yapıcı olmayan bir eleştiri biçiminin varlığı, nesnel ödüllendirme araçlarını olmayışı, adil davranmama, mesleki açıdan gelecek güvencesinin olmayışı, belirsizlik ve engellenmeler, sürekli eğitim olanaklarının yetersizliği, bürokratik işlerin yoğunluk ve çalışanların dinlenme olanaklarının olmayışına vurgu yapılmıştır (Özguven, 2004). Sağlık işkolunda son yıllara damgasını vuran istihdam politikaları, vardiya usulü çalışma, sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak düşük ücretlerle çalışmaları, sosyal güvence sistemindeki yetersizlik, iş güvencesinin ortadan kalkışı tükenmişliğin ortaya çıkmasına neden olabilecek tipik örnekleri oluşturmaktadır.

### Tartışma ve Sonuç

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin merkezinde bulunan hekimler ve hemşireler stres, artmış iş yükü, iş ortamının riskleri, yönetimin sergilediği olumsuz tutumların kurbanı durumundadır. Bu durum diğer sağlık çalışanlarını da

belirli ölçülerde etkilemektedir. Türkiye'de sistemin en hızlı değişen ve en çok müdahale edilen kısmı sağlıktır. Bu değişimler sağlık hizmetlerinin sunumundan istihdam politikalarına, özlük haklarından özelleştirmelere kadar sürekli değişmektedir (Buğdaycı, 2005). Özellikle son yıllarda neo-liberal politikaların kısıcındaki sağlık bu değişimden ve tahribattan fazlasıyla payını almıştır. Temel motivasyonu sağlığı metalaştırma olan, bunu çalışma yaşamının çeşitli yönlerine müdahalede bulunarak sağlık çalışanının emeğinin sömürsü üzerinden de yürüten bu politikalar sağlık çalışanını etkileyen psiko-sosyal risklerin değişimi ve çeşitlenmesini artırmıştır. Bu durum hekim ve tüm sağlık çalışanları üzerinde aşırı yüklenme yapmakta ve onu uyum yapma zorluğuyla karşı karşıya bırakmaktadır. Bu uyum sağlama sürecinde hekim ve tüm sağlık çalışanları artık yeni kavramlarla, sıkıntılarla, psikiyatrik bozukluklarla, duygusal tepkilerle ve olumsuz yaşam ortamlarıyla karşılaşmaktadır. Sağlık çalışanları daha yoksul, daha güvencesiz, daha kaygılı ve daha fazla tükenmiş olma riski altındadır; öreleyici tanıklıkların kısıcında kronik bir travma sonrası stres bozukluğu mağdurdur. Bu makalenin yazarlarına göre sağlıkta dönüşüm sürecinde sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri, iş stresi kaynaklı bedenselleştirme bozuklukları, stres bozuklukları, depresyon ve kardiyovasküler hastalık gibi sağlık sorunları giderek artacaktır.

Günümüzde egemenliğini sürdüren üretim ilişkilerinin ortaya koyduğu koşullar çalışanların üretim süreçlerine, ürettikleri mal ve hizmetlere yabancılaşmalarına neden olmaktadır. Bu yabancılaşmanın sağlık çalışanındaki tipik görünüşü ise genellikle tükenmişlik biçimindedir (İlhan, 2005). Bu yabancılaşmış evrende kaybetmeye başladığı benliğini aramaya çalışan sağlık çalışanı depresyon, anksiyete bozuklukları ya da uyum bozuklukları içinde yaşamaktan başka bir çözümü kendi örgütlü etkinliğinde üretmek zorundadır.

Bu yazı yeni politikalar bağlamında sağlık çalışanının maruz kaldığı psiko-sosyal riskler konusuna bir giriş yapma amacındadır. Bu konuya ilişkin kaynaklar gözden geçirildiğinde sağlık çalışanının akıl sağlığı ile ilgili araştırmaların yetersizliği ve sınırlı sayıda konuya ağırlık verildiği dikkat çekmiştir. Araştırmalar sıklıkla iş doyumu ve tükenmişlik konularına odaklanmış, çalışanların hem çalışma hem de yaşam koşullarını belirleyen politik değişmelerin uzun erimli etkileri yeterince ilgi alanına girmemiştir. Akademik dünyanın yaklaşımı sıklıkla tükenme ile ilişkili görülen bireysel değişkenleri araştırmaya yöneliktir. Bu eğilim sağlık çalışanlarının mesleki örgütlenmelerinin yaşanılan sorunlara yönelik evrensel bir tutum sergilemelerine olanak verecek nesnel bilimsel verilerin oluşmasını engellemektedir. Bu alana ilişkin daha kapsamlı, uzun erimli, geniş bir evreni olan ve temel politik sorunlara yeterli yanıtı üretmeye olanak verecek yöntem ve bilimsel olgunlukta araştırmalara gereksinim vardır. Sağlık sisteminin tüm aşamalarında görev yapan tüm hekimler ve sağlık çalışanları bu sorumluluğu taşımaktadır. Herkesin kendi küçük depremelerini yaşaması için...



## KAYNAKLAR

**Acicbe, Ö., Aker, T. ve ark.** (2003), Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çalışanlarında Ruhsal Travma ve Etkileri, 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildiri, Antalya.

**Aker, T.** (2006), 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi, 17(3): 204-212

**Armağan, D.** (2000), Son Devrim Çağı; Gelenek, 63: 41-73.

**Aslan, D., Kiper, N. ve ark.** (2005), Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara

**Aslan, H., Alpaslan, N. Z. ve ark.** (1996), Hemşirelerde tükenme, iş doyumu ve ruhsal belirtiler, NöroPsikiyatri Arşivi, 33:192-199

**Bakker, A.B., Killmer, C.H. ve ark.** (2000), Effort-reward imbalance and burnout among nurses, Journal of Advanced Nursing, 31: 884-891

**Belek, İ.** (2004), Esnek Üretim-Derin Sömürü, NK Yayınları, İstanbul

**Binbay, İ. T.** (2005) Avrupa Birliği, Hekim İşsizliği ve Sağlıkta Eşitsizlik, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 20 (4): 250-253

**Binbay, İ. T.** (2006), İş Stresi ve Akıl Sağlığı, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, TTB Yayını, 25: 26-31

**Buğdaycı, R., Kurt, A. Ö. ve ark.** (2005) Mersin İlinde görev yapan pratisyen ve uzman hekimlerde ruhsal tükenmişlik durumu ve etkileyen faktörler, Sağlık ve Toplum, 15 (2): 25-32.

**Demiral Y.** (2004), Çalışma yaşamında psikososyal etmenler; Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, TTB Yayını, 20: 22- 26

**Ergin, C.** (1996), Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Türkiye sağlık personeli normları, 3P Dergisi, 4: 28-33

**Hardy, G. E., Shapiro D. A., Borrill C. S.** (1997), Fatigue in the workforce of National Health Service Trusts: levels of symptomatology and links with minor psychiatric disorder, demographic, occupational and work role factors, Journal of Psychosomatic Research, 43: 83-92

**Hotopf, M., Wessely, S.** (1997), Stress in the workplace: unfinished business, Journal of Psychosomatic Research, 43: 1-6.

**İlhan, M. N., Tüzün, H. ve ark.** (2005) Aynayı kendine doğrultmak: Bir tıp fakültesi araştırma görevlilerinde kişisel özellikler ve çalışma koşullarına ilişkin değişkenlerin tükenmişlik sendromu ile ilişkisi, Toplum ve Hekim, TTB Yayını 20: 455-462

**Jex, S. M., Hughes, P. ve ark.** (1991), Behavioral consequences of job related stress among resident

physicians: the mediating role of psychological strain, Psychologic Report 69: 339-349

**Kaçmaz, N.** (2005), Tükenmişlik (Burnout) Sendromu, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 68 (1): 29-32

**Kaya, B., Binbay, İ. T.** (2006), Akıl Sağlığı Penceresinden İşsizlik, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 21 (2) [Baskıda]

**Mollaoğlu, M., Yılmaz, M. ve ark.** (2003), Hemşirelerde Tükenmişlik (Burnout) Sendromu, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 18 (4): 289-292

**North, F.M., Syme, L. ve ark.** (1996), Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study, American Journal of Public Health, 86: 332-340

**Ostry A.S., Spiegel J.M.** (2004), Emek Piyasası ve İstihdamın Güvensizliği; Küreselleşmenin Hizmet Sektörü ve Sağlık Sektörü İşgücüne Etkileri. [Çeviren: Dr. Nilay Etiler; Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi; Ocak-Şubat-Mart 2005, 7-11] International Journal of Occupational and Environmental Health 10: 368-374

**Özgüven, H. D., Haran, S.** (2004), Tükenme ve Tükenme İle Baş Etme, *Bireyden Topluma Ruh Sağlığı* içinde, editör Işık Sayıl, İstanbul, Erler Matbaacılık, sf. 165-180

**Reynolds, S.** (1997), Psychological well-being at work: is prevention better than cure?, Journal of Psychosomatic Research, 43: 93-102.

**Richardson, A. M., Burke, R.J.** (1993), Occupational stress and work satisfaction among Canadian women physicians, Psychologic Report 72: 811-821

**Sang, M. S., Pan, S.M. ve ark.** (2004), Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 58: 636-641

**Sarıcaoğlu, F., Akıncı, S. B. ve ark.** (2005), Gece ve Gündüz Vardiya Çalışmasının Bir Grup Anestezi Asistanının Dikkat ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 16 (2): 106-112

**Soyer A., Belek İ.** (1998), Türkiye'de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme, Toplum ve Hekim, TTB Yayını 13 (1): 35-46

**Stansfeld, S. A., Fuhrer, R. ve ark.** (1999), Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study, Occupational and Environmental Medicine, 56: 302-307

**Wall, T., Bolden, R. ve ark.** (1997), Minor psychiatric disorder in NHS Trust staff: occupational and gender differences, British Journal of Psychiatry, 171: 519-523

**Weinberg, A., Creed, F.** (2000), Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff, Lancet 355: 533-537

**Wilhelm, K., Kovess, V. ve ark.** (2004), Work and Mental Health, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39: 866-873.