



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İSTANBUL'DAKİ AİLE HEKİMLERİNİN MESLEK HASTALIKLARI HAKKINDA BİLGİ VE TUTUM DEĞERLENDİRMESİ

Dr. Mücella Germeç

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2023





T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İSTANBUL'DAKİ AİLE HEKİMLERİNİN MESLEK HASTALIKLARI HAKKINDA BİLGİ VE TUTUM DEĞERLENDİRMESİ

Dr. Mücella Germeç

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **iii**

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **iv**

TABLOLAR VE ŞEKİLLER ..... **v**

ŞEKİL VE GRAFİKLER ..... **viii**

ÖZET ..... **ix**

ABSTRACT ..... **xi**

1.GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2.GİRİŞ **3**

2.1. MESLEK HASTALIKLARI TANIM **3**

2.2. MESLEK HASTALIKLARI İSTATİSTİĞİ **4**

2.3. MESLEK HASTALIKLARI TIBBİ VE YASAL TANI SÜRECİ **5**

2.3.1. Meslek Hastalığı Tanısı Konulması İçin Gerekenler 5

2.3.2. Meslek Hastalıkları Tıbbi ve Yasal Tanı Süreci 5

2.4. İŞ KAZALARI VE MESLEK HASTALIKLARI BİLDİRİMİ **6**

2.6. SIK GÖRÜLEN MESLEK HASTALIKLARI **8**

2.6.1. Mesleki Kan Hastalıkları Hematopoetik ve Lenfatik Sistem 8

2.6.2. Mesleki Kanserler 8

2.6.3.Mesleki Dolaşım Sistemi Hastalıkları 9

2.6.4. Mesleki Sindirim Sistemi Hastalıkları 9

2.6.5. Mesleki Psikolojik Hastalıklar 9

2.6.6. Mesleki Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları 10

2.6.7. Mesleki Sinir Sistemi Hastalıkları 10

2.6.8. Üriner Sistemi Hastalıkları 10

2.6.9.Üreme Sistemi Hastalıkları 11

2.7. ÇOCUKLARDA MESLEK HASTALIKLARI **11**

2.8. MESLEK HASTALIKLARI VE AİLE HEKİMLİĞİ **12**

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 15

3.1. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ 15

3.1.1. Örneklem Büyüklüğü 15

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN FORMLAR VE VERİLERİN TOPLANMASI 15

3.2.1. Sık Görülen Meslek Hastalıkları ile İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Hekimlerin Tutumları Anketi 16

3.3. İSTATİKSEL ANALİZ 17

3.4. ETİK KURUL ONAYI 17

4. BULGULAR 18

5. TARTIŞMA 42

7. SONUÇ VE ÖNERİLER 49

KAYNAKÇA 50

EKLER ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

EK-1. ETİK KURUL KARAR FORMU ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

EK-2-VERİ TOPLAMA FORMU ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

ÖZGEÇMİŞ ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde büyük emeği geçen, öğrencisi olmaktan onur duyduğum, aile hekimi olmanın önemini, değerini bize anlatıp hissettiren çok değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e ,

Eğitimim süresince birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, deneyimleriyle bana yol gösteren, kliniğimizin kıymetli uzmanlarına,

İstanbul'daki ailem gibi hissettiren başta sevgili çalışma arkadaşlarım Dr Fatma Büşra, Dr Seda, Dr Mihriban, Dr Müberra ve Dr Ayşenur olmak üzere kliniğimizin asistan doktorlarına ve hemşirelerine, beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum hastanemizin uzman ve asistan doktorlarına, hemşirelerine ve diğer sağlık çalışanlarına,

Hayatım boyunca maddi manevi yanımda olan destek ve sevgilerini her zaman hissettiğim aileme; çalışkanlığı ve azmiyle bana hep örnek olan sevgili babam Ahmet Germeç'e, kıymetli annem Ayşe Germeç'e ve değerli ablam Emine Kabakcı ve abim Mustafa Germeç'e teşekkür ederim.

Dr. Mücella GERMEÇ

İstanbul,2023

SİMGELER VE KISALTMALAR

AHU: Aile Hekimi Uzmanı

ÇASGEM: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi

DDT: Diklorodifeniltrikloroetan

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FEV 1: Zorlu ekspiryum manevrasının (FVC'nin) 1. saniyesinde akciğerlerden litre atılan hava miktarıdır.

HIV: Human Immunodeficiency Virus

ILO: International Labour Organization

MH: Meslek Hastalığı

NIOSH: Amerikan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimi Uzmanı

PCB: Poliklorlu Bifeniller

SFT: Solunum Fonksiyon Testi

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SPSS: Statistical Package fort he Social Sciences

SSGSSK: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

UÇÖ: Uluslararası Çalışma Örgütü

YSK: Yüksek Sağlık Kurulu

TABLOLAR VE ŞEKİLLER

Tablo 1: İş Kazası ve Meslek Hastalığı İstatistikleri -(4a).Sosyal Güvenlik Kurumu, İstatistik Yıllığı, 2021 4
Tablo2: Türkiye'de meslek hastalıkları sınıflandırması..... 8
Tablo3: Mesleki kanserlerin en sık görüldüğü sektörler ve sebep oldukları kanser türleri (Meslek Hastalıkları, ÇASGEM 2013) 9
Tablo 4. Sık Görülen Meslek Hastalıkları ile İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Hekimlerin Tutumları Anketlerine İlişkin Crombach Alpha İç tutarlılık Katsayısı 16
Tablo 5. Katılımcıları ile İlgili Sosyodemografik Veriler (n=246) 18
Tablo 6. Katılımcıların Çeşitli Değişkenlerine İlişkin Veriler (n=246) 21
Tablo 7. Hekimlerin Meslek Hastalıkları Hakkındaki Bilgi Sorularına Ait Doğru ve Yanlı/Fikrim Yok Yanıtlarının Frekans Dağılımı (N=246) 23
Tablo 8. Tekrarlayan Solunum Yolu Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumlarına İlişkin Frekans Dağılımı 24
Tablo 9. Tekrarlayan Kas-Eklem Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumlarına İlişkin Frekans Dağılımı 24
Tablo 10. Tekrarlayan Dermatolojik Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumlarına İlişkin Frekans Dağılımı 25
Tablo 11. İşitme Kaybı Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumlarına İlişkin Frekans Dağılımı..... 26
Tablo 12. Anketlerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler..... 27
Tablo 13. Katılımcılara Uygulanan Anket Puanları ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Analizi Sonuçları 28
Tablo 14. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun Cinsiyet Değişkeni Açısından Karşılaştırılması 29
Tablo 15. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun Medeni Durum Değişkeni Açısından Karşılaştırılması..... 30
Tablo 16. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun Asistanlık Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılması..... 31

Tablo 17. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "Meslekte Kaçıncı Yılınız" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması.....32
Tablo 18. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "Asistanlıkta Kaçıncı Yılınız" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması 33
Tablo 19. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "Daha önce meslek hastalıkları konusunda eğitim aldınız mı?" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması 34
Tablo 20. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "Aile hekimliği asistan eğitimi kapsamında meslek hastalıkları olmalı mıdır?" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması 35
Tablo 21. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "İş yeri hekimliği sertifikanız var mı?/eğitim aldınız mı?" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması 36
Tablo 22. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "İş yeri hekimi olarak çalışıyor musunuz?/çalıştınız mı?" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması 37
Tablo 23. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "Daha önce meslek hastalığı düşündüğünüz hastanız oldu mu?" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması 38
Tablo 24. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "Meslek hastalıklarına tanı koymada aile hekimlerinin rolü olması gerektiğini düşünüyor musunuz ?" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması 39
Tablo 25. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi

Skorunun “Meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?” Değişkeni Açısından Karşılaştırılması.....40

ŞEKİL VE GRAFİKLER

Şekil 1: Katılımcıların cinsiyet dağılımları 18
Şekil 2: Katılımcıların asistanlık durumu..... 19
Şekil 3: Katılımcıların mesleki deneyim yılı..... 19
Şekil 4: Çalışmaya katılan hekimlerin asistanlık süresi 20

ÖZET

Amaç: Sanayileşmenin artmasıyla birlikte hızla artan meslek hastalıklarının ülkemizde ve dünyada tanı ve bildirim oranları beklenenden çok düşüktür. Meslek hastalıkları tamamen önlenebilir hastalıklardır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden olan aile hekimleri, meslek hastalığının tanınmasının iyileştirilmesinde, önlenmesinde ve diğer çalışanların korunmasına katkıda bulunmada önemli bir rol oynayabilir. Çalışmamızda İstanbul'daki aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusundaki farkındalık düzeyleri hakkında bilgi sahibi olunmak hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: İstanbul'da tam zamanlı / yarı zamanlı olarak çalışmakta olan 246 aile hekimine meslek hastalıkları hakkında bilgi ve tutumu ölçmek amacıyla literatür taramasının ardından oluşturulan anket formu etik kurul onayından sonra 15.11.2022-16.12.2022 tarihleri arasında online/yüzyüze olarak uygulandı. Anket formunda sosyokültürel özellikler, meslek hastalıkları hakkında genel bilgiler ve tutum hakkında sorular soruldu. İstatistiksel analiz için SPSS 25.0 paket programı kullanılmış, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 246 aile hekimi katılmıştır. Yaş ortalaması 29,65±4,46 idi. Katılımcıların %69,1'inin kadın, %86,6'sının tam zamanlı aile hekimi asistanıydı. Çalışmamızda katılımcıların %82,1inin daha önce meslek hastalıkları hakkında eğitim aldığı, %48,3'ünün iş yeri hekimliği sertifikasının olduğu görülmüştür. Hekimlerin %91,9'unun meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda kendini yeterli hissetmediği belirlenmiştir. Kendisini tanı koyma konusunda yeterli hissetmeyen hekimlerin neden yeterli hissetmediği incelendiğinde sırasıyla en çok; %71,3'ünün tecrübe azlığı, %61,3'ünün gerekli eğitimi almadığı için ve %15,8'inin ilgi alanı olmadığı için yanıtlarını verdiği belirlenmiştir. Hekimlerin %54,1'inin daha önce meslek hastalığı düşündüğü bir hastasının olmadığı ve %98,0'ının daha önce hiç meslek hastalığı bildirimi yapmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların kişilerin mesleki anamnez alırken yaptığı işi sorgulama oranları yüksek olsa da iş arkadaşlarında benzer şikayetlerinin olup olmadığını sorgulama oranları düşüktü.

Sonuç: Mezuniyet öncesi dönemde meslek hastalıkları ile ilgili tıbbi ve hukuki bilgilerin ilgili branşlarda klinik eğitim sırasında bildiriminin uygulamalı olarak gösterilmesinin katkı sağlayacağına inanıyoruz. Hekimlerin günlük pratiklerinde kullandığı anamnez formlarına mesleki anamnezin de eklenmesi bu konuda farkındalığı artırabilir ve meslek hastalığının farkedilme olasılığını artırabilir.

Anahtar sözcükler: Meslek hastalıkları, Aile hekimliği

ABSTRACT

Aim: The diagnosis and notification rates of occupational diseases, which are increasing rapidly with the increase of industrialization, are much lower than expected in our country and the world. Occupational diseases are completely preventable diseases. Family physicians, one of the most critical components of primary health care services, can play an important role in improving the recognition and prevention of occupational disease and contributing to the protection of other workers. Our study aimed to have information about the awareness levels of family physicians in Istanbul about occupational diseases.

Materials and Methods: The questionnaire, which was created after the literature review to measure the knowledge and attitude about occupational diseases, was applied to 246 family physicians working full-time/part-time in Istanbul, between 15.11.2022-16.12.2022 online / face-to-face after the approval of the ethics committee. In the questionnaire, questions were asked about socio-cultural characteristics, general information about occupational diseases, and attitudes. SPSS 25.0 package program was used for statistical analysis, $p<0.05$ was considered statistically significant.

Results: 246 family physicians participated in the study. The mean age was 29.65±4.46. 69.1% of the participants were female and 86.6% were full-time family physician assistants. In our study, it was observed that 82.1% of the participants had received training on occupational diseases before, and 48.3% had a workplace medicine certificate. It was determined that 91.9% of the physicians did not feel sufficient in diagnosing occupational diseases. When examining why the physicians who do not feel competent in diagnosing themselves do not feel adequate, the most; It was determined that 71.3% of them gave the answers because they had little experience, 61.3% did not

receive the necessary education and 15.8% gave the answers because they were not interested. It was determined that 54.1% of the physicians did not have a patient that they thought of as an occupational disease before, and 98.0% had never reported an occupational disease before. Although the rate of questioning the work of the participants while taking the occupational anamnesis was high, the rate of questioning whether they had similar complaints to their colleagues was low.

Conclusion: We believe that it will contribute to the practical presentation of medical and legal information about occupational diseases during clinical training in related branches in the pre-graduation period. Adding occupational anamnesis to the anamnesis forms used by physicians in their daily practice may increase awareness of this issue and increase the probability of detecting occupational disease.

Keywords: Occupational diseases, Family medicine

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Hızla gelişen bilim ve teknoloji, sanayileşme sürecini beraberinde getirmiş ve böylece toplumsal değişimlere yol açmıştır. Her ülkenin sanayileşme süreci o ülkenin çalışma hayatını iş sağlığı ve güvenliği konusunda farklı boyutlarda etkilemiştir.

Sağlık kavramı algısı ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre önemli farklılıklar göstermekle birlikte Dünya Sağlık Örgütü tarafından "sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali" olarak tanımlanmıştır (1).

Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1950 yılında yaptığı tanıma göre iş sağlığı, bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmalarıdır. Tanımlanan iyilik halinin sağlanamadığı durumlarda iş-sağlık ilişkisi, iş-hastalık ilişkisine dönüşmektedir. Bu sonuçlardan meslek hastalığı (MH); zararlı bir etkenle insan vücudu arasında, maruz kalıma özgü bir neden-sonuç ilişkisinin ortaya konabildiği hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. "iş ile ilişkili hastalık" ve "çalışanları etkileyen hastalık"larda ise hastalığın ana sebebi olmamakla birlikte hastalığın seyrini değiştiren, şiddetlendiren ya da ortaya çıkışını artıran yardımcı nedenler çalışma yaşamından kaynaklanmaktadır (2).

Ülkeler arasında değişmekle birlikte, yılda her bin çalışandan 4-12 sinin meslek hastalığına yakalanma ihtimali olduğu bilinmektedir (6). 2010 yılında yüzbinde 15 olan MH insidans hızının 2013 yılında yüzbinde 2 ye düşmüştür. Bu veri MH tanı ve bildirimi sisteminin yetersiz olduğunu ve olumsuz yönde ilerlediğini göstermektedir (2).

Bu varsayıma göre; ülkemizde 2014 yılı verilerine göre beklenen meslek hastalığı vaka sayısı yaklaşık 52-158 bin arasında iken tespit edilen vaka sayısı 494'tir. Ülkemizde meslek hastalığı istatistiklerinin bu denli yetersiz olmasında tıbbi, yasal ve sosyal nedenler öne çıkmaktadır (3).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden olan aile hekimliği ülkemizde 2010 yılından beri uygulanmakta ; bireylere koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları tarafından verilmektedir (4).

Aile hekimleri, kişilere aileleri, toplumları, kültürleri bağlamında sürekli, koordine ve kapsamlı sağlık hizmeti sunarlar. Bu temel özellikler onlara bireylerle en

sık, en yakın ve en uzun süreli ilişki kuran sağlık çalışanı olma özelliği kazandırdığından, aile hekimleri sağlığı koruma ve geliştirmede çok elverişli konumdadırlar (5).

Aile hekimleri, meslek hastalığının tanınmasının iyileştirilmesinde, kendi hastalarında ilerleyici hastalık ve sakatlığın önlenmesinde ve benzer şekilde maruz kalan diğer çalışanların korunmasına katkıda bulunmada önemli bir rol oynayabilir. Bu rol, hekimlerin işyeri hastalığına yönelik şüphe düzeylerini yükseltmeleri, meslek öyküleri alma becerilerini geliştirmeleri ve iş sağlığı kaynaklarına rutin erişim sağlamaları durumunda en üst düzeye çıkarılabilir (6).

Çalışmamızda İstanbul'daki aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusunda bilgi ve tutumu üzerine anket formu düzenlenmiş olup buradan elde edilen bilgilerle İstanbul'daki aile hekimlerinin meslek hastalıkları konusundaki farkındalık düzeyleri hakkında bilgi sahibi olunmak hedeflenmiştir. Çalışmanın sonuçlarıyla meslek hastalıkları konusunda olası bilgi eksiklikleri ortaya konularak, alınacak önlemlere öncülük edilmesi ve halk sağlığının korunmasında faydalı olunmak amaçlanmaktadır.

2.GİRİŞ

Sağlık kavramı algısı ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından "sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali" olarak tanımlanmıştır (1).

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte yeni kimyasallar kullanılmaya başlanmış; 100.000 üzerindeki mevcut kimyasalların 700'den fazlası kanserojen, birkaç bini alerjendir. 200'den fazla mesleki biyolojik risk faktörü bulunmaktadır. 50'nin üzerinde fiziksel risk faktörü, 20'den fazla ergonomik sorun çalışan sağlığını kötü etkilemektedir. "İşe uygun insan, insana uygun iş" kavramı çalışanı sağlıklı kalmasını sağlama ve bunu devam ettirme, çalışanları işten kaynaklı olabilecek sağlığa zararlı etkilerden koruma ve çalışanı bedensel ve ruhsal durumuna göre uygun işe yerleştirmektir. İş sağlığı hizmetlerinin amacı bunu sağlamaktır (7).

2.1. MESLEK HASTALIKLARI TANIM

ILO tanımına göre meslek hastalığı tanısı koymak için gerekli 2 ana faktör bulunmaktadır:

-Hastalık ile çalışanın maruz kaldığı ortam ve yapılan iş arasında spesifik bir ilişki,

-Hastalığın, sık sık maruz kalan bir grup insanda nüfusun geri kalan kısmına göre daha sık ortaya çıkması (8)

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na (SSGSSK) göre meslek hastalığı; sigortalının çalıştığı veya yaptığı işten dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel ve ruhsal özürlülük halleri olarak tanımlanmıştı (9).

Tanımlardan da anlaşılacağı gibi, meslek hastalıkları etkeni belli hastalıklardır. Meslekle spesifik veya güçlü ilişki gösterirler ve çoğu zaman nedensel faktör tektir. Kendilerine özgü klinik tabloları vardır. Aynı meslekte çalışanlarda görülme sıklığı daha yüksektir, yani mesleki kümelenme gösterirler. Etken veya metabolitlerinin biyolojik ortamlarda saptanması olasıdır. Deneysel olarak oluşturulabilirler. Etkene

maruziyetin başlangıcı ile hastalık semptom ve bulgularının ortaya çıkması arasında sessiz bir dönem vardır (7).

2.2. MESLEK HASTALIKLARI İSTATİSTİĞİ

Amerikan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH)'a göre dünyada en sık görülen meslek hastalığı alerjik ve irritan dermatitlerdir, sonrasında mesleki astım ve kronik obstruktif pulmoner hastalık gelir (10).

Türkiye'de meslek hastalıklarının erkeklerde görülme oranları kadınlarda daha yüksektir (11). SGK 2021 istatistiklerine göre en çok görülen meslek hastalığı solunum sistemi hastalıklarından pnömokonyozdur. 150 erkekte görülmüştür. 4-a sınıfı, sigortalılığı bittikten sonra tanısı koyulan 150 si erkek 19 kadın olmak üzere 169 kişi; 4-b sınıfı, sigortalı olanlarda 2 sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı 2'dir (12,13).

Tablo 1: İş Kazası ve Meslek Hastalığı İstatistikleri -(4a).Sosyal Güvenlik Kurumu, İstatistik Yıllığı, 2021

TANI	ERKEK	KADIN	TOPLAM
Kan ve kan yapıcı hastalıkları ve immün sistemin bazı bozuklukları	1	0	1
Mental ve davranışsal bozukluklar:	1	0	1
Sinir sistemi hastalıkları	19	29	48
Kulak ve mastoid çıkıntı hastalıkları (iç kulakta gürültünün etkileri)	54	1	55
Dolaşım sistemi hastalıkları	1	0	1
Solunum sistemi hastalıkları	199	10	209
Sindirim sistemi hastalıkları	1	0	1
Deri ve derialtı dokunun hastalıkları	10	6	16
Kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları	93	53	146
Listede olmayan bir başka hastalık	402	155	557
Bilinmeyen	2	1	3
Sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı	150	19	169
Toplam	933	274	1207

2.3. MESLEK HASTALIKLARI TIBBİ VE YASAL TANI SÜRECİ

2.3.1. Meslek Hastalığı Tanısı Konulması İçin Gerekenler

• Hastalıkla çalışmanın veya çalışma ortamının arasında zorunlu nedensellik bağı olması,

• Kişinin SGK'lı olması,

• Hastalığın;

− Meslek hastalığı listesinde olması,

− Kişinin maruziyet süresinin ilgili hastalık maruziyet değerinin üstünde olması, (Maruziyet Süresi; sigorta mevzuatına göre bir hastalığın meslek hastalığı olarak sayılması için gerekli en az etkilenme süresidir).

− Hastalığın yükümlülük süresi içinde çıkması, (Yükümlülük Süresi; sigortalının meslek hastalığına neden olan işinden fiilen ayrıldığı tarih ile meslek hastalığının ortaya çıktığı tarih arasındaki en uzun süredir).

− Yetkili hastanelerde doktor raporuyla belirlenmesi,

•Kurum Sağlık Kurulu tarafından onaylanması,

•Aynı şartlar altında deneysel olarak meydana getirilebilen hastalıklar olması

İstisnalar; SGK YSK listede olmayan bir hastalığı inceleme sonrası meslek hastalığı olarak kabul edebilir, maruziyet değerleri vakaya göre değişkenlik gösterebilir.

2.3.2. Meslek Hastalıkları Tıbbi ve Yasal Tanı Süreci

• İş-Meslek Hastalığı İlişkisinin Kurulması;

− Meslek Hastalığı tanısında ilk adım klinik değerlendirmelerdir.

− Çalışma hikayesinin değerlendirilmesi,

− Fizik muayene ve laboratuvar testleri,

− İşyeri alanındaki ölçümler

• Hekimin sorması gereken soru: Ne iş yapıyorsun?

• Çalışanın çalışma öyküsü, meslek hastalığı tanısında çok önemlidir!

Çalışma Öyküsü Neleri İçermektedir?

• Bütün İşlerin Tanımlanması: Hastanın günümüze kadar çalışmış olduğu bütün işlerin aslı ve maruziyet miktarı öğrenilmelidir. Çalışılan kimyasallar ve alınan koruyucu önlemler sorgulanmalıdır.

• Belirtilerin Zamanla İlişkisi: Hastalık belirtilerindeki artış ve azalışın çalışılan dönem ve işin temposuna bağlı olup olmadığı ve çalışma saatlerine göre değişiklik gösterip göstermediği takip edilmelidir.

• Benzer Belirtilerin Başka İşçilerde Gözlemlenmesi: Hastada görülen belirtilerin, kendisiyle aynı ortamda çalışan işçilerde de görülmesi hastalık-meslek ilişkisinin kurulması açısından önemlidir.

•İş dışı etkenlerin varlığı: Kişinin çalıştığı iş dışında yaptığı diğer faaliyetleri meslek hastalığı üzerinde etkili olabilir. Bazı hobiler ve alkol sigara alışkanlıklarının da çalışma ortamındaki maruziyetlerin kişi üzerindeki etkisinin daha fazla ortaya çıkmasına sebep olabilir.

Meslek hastalığı ön tanısını işyeri hekimi veya sağlık hizmeti sunucuları koyabilir (1).

2.4. İŞ KAZALARI VE MESLEK HASTALIKLARI BİLDİRİMİ

İşveren iş kazaları ve meslek hastalıklarının kaydını tutmalı ve bir çalışanına meslek hastalığı tanısı koyulduğunu öğrendikten sonra 3 iş günü içinde Sosyal Güvenlik Kurumu'na bildirmelidir.

İşyeri hekimleri veya bir sağlık kuruluşunda çalışan doktor tarafından Meslek hastalığı ön teşhisi koyulan çalışanlar, kesin tanı için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yetkilendirilmiş Sağlık Bakanlığı meslek hastalıkları hastaneleri, Eğitim ve araştırma Hastaneleri veya Devlet Üniversite Hastanelerinden birine sevk edilirler.

Meslek hastalığı kesin tanı koyulduğunda yetkilendirilmiş sağlık hizmeti sunucularının 10 gün içerisinde Sosyal Güvenlik Kurumu'nu bilgilendirmesi gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları iş kazalarını da aynı süre içinde bildirmek durumundadır

Çalışan veya emekli kişi de doğrudan meslek hastalığı şüphesiyle kuruma başvuru yapabilmektedir. Yetkili hastanelerden birinde başvuru değerlendirilmesinin ardından Teşhis ve tazminat konuları Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yetki ve sorumluluğundadır (11,14).

2.5. TÜRKİYE'DE MESLEK HASTALIKLARI SINIFLANDIRMASI

İşyerlerinde farklı nedenlere bağlı olarak oluşan sağlık sorunlarına çok sayıda ve değişik türde faktörlerden dolayı farklı meslek hastalıkları meydana gelebilir. Meslek hastalıkları etkilediği organlara ve meslek hastalığına neden olan etkene göre iki şekilde sınıflandırılır. Birinci yaklaşım; hastalık tablosuna göre yapılan incelemedir. Hastalıkta görülen belirtilere ve tutulan organa bakıldığında ilk sırada mesleki deri hastalıkları, ardından mesleki solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır. İkinci yaklaşım ise; daha yaygın olarak kullanılan hastalığın nedenine göre yapılan incelemedir. Nedenlerine göre; fiziksel, kimyasal, biyolojik etkenler, ergonomik nedenler ve tozlarla meydana gelen meslek hastalıkları olarak sınıflandırılmaktadır (9).

Türkiye'de meslek hastalıkları listesi "Sosyal Sigortalar Kanunu Sağlık İşlemleri Tüzüğü" ekinde yer almaktadır. Meslek hastalıkları listesi; hastalıklar ve belirtileri, yükümlülük süresi hastalık tehlikesi olan başlıca işler olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

Mevzuatta hastalıklar 5 ana grupta toplanmıştır (15).

Tablo2: Türkiye'de meslek hastalıkları sınıflandırması

Gruplar	Alt Grup ve Hastalıklar
A Grubu: kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları	25 alt grupta 67 hastalık
B Grubu : mesleki cilt hastalıkları	2 alt grupta Deri Kanseri &Kanser dışı deri hastalıkları
C Grubu: Pnömokonyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları	6 alt grupta 9 hastalık
D Grubu: Mesleki Bulaşıcı Hastalıkları	4 alt grupta 30 hastalık
E Grubu: Fiziksel etkenlerle olan meslek hastalıkları	7 alt grupta 12 hastalık

Meslek hastalıkları listelerinde yer almayan ve fakat görülen iş ve görev icabı olarak alındığı kesin olarak tespit edilen diğer enfeksiyon hastalıkları da meslek hastalığı sayılır. Bu hususstaki teşhisin laboratuvar deneyleriyle teyit edilmesi gereklidir. Hastalığın azami kuluçka süresi yükümlülük süresi olarak kabul edilir (16).

2.6. SIK GÖRÜLEN MESLEK HASTALIKLARI

2.6.1. Mesleki Kan Hastalıkları Hematopoetik ve Lenfatik Sistem

İki büyük lenfoma tipinden biri olan non-Hodgkin lenfoma ile pestisit maruziyeti arasındaki pozitif korelasyon birçok çalışmada bildirilmiştir. Mesleki Kan Hastalıkları İçin Riskli Sektörler Plastik imalatı, kuru temizleme, çözücülerin kullanıldığı kimyasal tesisler, boya imalatı, mobilya imalatı riskli sektörlerdir (1,17).

2.6.2. Mesleki Kanserler

Kanserojen madde: Solunduğunda, ağız yoluyla alındığında, deriye nüfuz ettiğinde kanser oluşumuna neden olan veya kanser oluşumunu hızlandıran maddelerdir.

Tablo3: Mesleki kanserlerin en sık görüldüğü sektörler ve sebep oldukları kanser türleri (Meslek Hastalıkları, ÇASGEM 2013)

Sektör	Kanser Türü
Kauçuk imalatı	Mesane
Boya sektörü	Mesane
Metal kaplama	Burun boşluğu, akciğer
Plastik imalatı	Karaciğer, akciğer, kan, lösemi
Ahşap endüstrisi	Burun boşluğu
Petro-kimya	**Cilt**
Kimyasal ara ürün, sterilant üretimi	Lösemi
Kâğıt endüstrisi	**Akciğer**
İnşaat-yapı malzemeleri üretimi	Cilt, akciğer, mesane
Cam endüstrisi	Akciğer, deri
Havacılık endüstrisi	Akciğer
Tekstil sektörü	Akciğer, plevra, karın zarı
Madeni yağ	Cilt
Metalurji	Burun boşluğu, akciğer
Taş yontma, heykeltraşlık	Akciğer
Çözücü, kuru temizleme	Akciğer, lenfoma, yemek borusu

2.6.3.Mesleki Dolaşım Sistemi Hastalıkları

Dolaşım sistemi hastalıkları özellikle endüstrileşmiş ülkelerde çalışma nüfusunda hastalıkların ve ölümlerin en yaygın nedenidir. Karmaşık etiyolojilerinden dolayı dolaşım sistemi hastalıklarının çok küçük bir kısmının meslek hastalığı olduğu fark edilir.

2.6.4. Mesleki Sindirim Sistemi Hastalıkları

Endüstriyel zehirler, fiziksel etkenler, gerginlik, yorgunluk, anormal duruşlar, sık sık çalışma temposu değişiklikleri, vardiyalı çalışma, gece çalışması, uygun olmayan beslenme alışkanlıkları nedenlerindendir. (Yemeklerin miktarı, kalitesi ve zamanlaması) (1).

2.6.5. Mesleki Psikolojik Hastalıklar

Mobbing mağdurlarında genellikle depresyon ve post travmatik stres ve şiddet içeren davranışlar ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda hipertansiyon, koroner sorunlar, dermatit ve kas ağrısı gibi çeşitli hastalıklarda görülmektedir. Çalışmalarda organik çözücü ve pestisit maruziyeti olan kişilerde daha yüksek oranlarda

anksiyete/uykusuzluk ve şiddetli depresyon; elektromanyetik alana maruz kalan işçiler arasında depresyon, kaygı, düşmanlık, paranoya, kişilerarası duyarlılık ve saplantı-zorlama gibi semptomların arttığı görülmüştür.

Mesleki psikolojik hastalıkları tanısı koymak zordur çünkü hastalık ile çalışma veya çalışma ortamı arasında nedensellik bağını kurmak, mesleki kökenli olup olmadığını anlamak diğer hastalıklara nazaran daha zor bir süreçtir (1,18–20).

2.6.6. Mesleki Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları

Bildirilen meslek hastalıklarının yüzde 60'ından fazlası, işle ilgili çeşitli türlerde kas-iskelet sistemi bozukluklarıdır (21). Lokalize sinir sıkışması (örneğin, karpal tünel sendromu), tendinit (örneğin, lateral epikondilit, de Quervain tendiniti), kas gerilmesi ve daha az iyi tanımlanmış bölgesel ağrı sendromları gibi spesifik teşhisler, sektörün tüm sektörlerindeki işlerle ilişkilendirilmiştir. Tekrarlama, zorlama, garip veya statik duruşlar, titreşim, çalışma hızı ve kısıtlı görevler, bu rahatsızlıkların gelişimine katkıda bulunabilecek iş faktörleridir (22).

2.6.7. Mesleki Sinir Sistemi Hastalıkları

Sinir sistemi hastalıklarına neden olan etmenlerin hemen hemen hepsi kimyasal etmenlerdir. Rahatsızlıkların çoğu belli bir eşik değerden sonra görülmektedir. Maruziyet ile belirtilerin başlaması arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Tek bir toksinden birçok nörolojik sendromun gelişmesi mümkündür. Tanı konma sürecinde maruziyetin süresi ve şiddetinin bilinmesi gerekir.

Sinir sistemi, organik çözücüler (örn. toluen ve klorlu hidrokarbonlar), metaller (örn. kurşun ve manganez) ve böcek ilaçları (örn. organofosfatlar) dahil olmak üzere toksinlerin sıklıkla hedefidir ve toksik ensefalopati nedenidir.

Riskli Sektörler: Polimer üretimi, toprak stabilizasyonu, jel kromatografı, kağıt üretimi, gıda ve su işleme süreci, tarım sektörü, pestisit üretimi, boya sektörü, demir çelik sanayi, petrokimya, tekstil (1,23).

2.6.8. Üriner Sistemi Hastalıkları

Fiziksel ve kimyasal etmenler neden olabilir

2.6.9.Üreme Sistemi Hastalıkları

Erkek ve dişi üreme sistemi hastalıkları mesleki sağlık tehlikeleri açısından gittikçe artan bir ilgiyle incelenmektedir. Üreme toksisitesi çevresel etkenlere maruz kalma sonucu üreme sistemi üzerindeki olumsuz etkilerdir. Psikolojik faktörlerin, metaller(kurşun, cıva), pestisitler, etilen glikol, eterler, östrojenler, radyasyon ve ısının sperm parametrelerini bozduğu, solventler, toz ve pestisitlerinde kadın infertilitesinde rol oynadığı ve endometriozisle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Anne veya babanın üreme sistemini etkileyen etmenlerin sebep olduğu sonuçlar gelecek kuşaklara aktarılmakta ve sağlıksız bireyler doğmaktadır. Dolayısıyla üreme sistemi üzerindeki riskler sağlıklı toplumların meydana gelmesine engel olduğu için ayrıca önemlidir (1,24,25).

2.7. ÇOCUKLARDA MESLEK HASTALIKLARI

Birçok çocuk çalışma hayatında yer almasa da genel olarak çocuklar hayatlarının dört aşamasında maruziyete uğrayabilirler:

1) Gebelik öncesi dönemde anne veya babanın germ hücrelerine,
2) Gebelik sırasında transplasental yolla gelişmekte olan fetüse
3) Doğum sonrası dönemde kontamine anne sütü veya ebeveynlerin çevresel kontaminasyonu ile çocuklarda kanserojen veya mutajenik hasar oluşabilir. İş kıyafetinden veya solunum yoluyla bulaşması bunlardan biridir.
4) Çocukluk çağı ergenlik/ adolesan döneminde ise yine aileden çevresel kontaminasyonla ve doğrudan maruziyetle meslek hastalıkları ortaya çıkabilir (26).

Gebelik öncesinde/sırasında radyasyona ve kimyasallara maruz kalma, antepartum fetal ölüm, doğum kusurları, gebelik yaşına göre küçük (SGA) ve kürtaj tehdidi ile ve hamilelik sırasında pestisitlere maruziyet ise SGA riski ve kürtaj tehdidi ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, hamilelikten önce kimyasallara ve hamileliğin ilk üç ayında pestisitlere maruz kalan kadınlarda merkezi sinir sisteminde beklenenden daha fazla sayıda konjenital anomali tespit edildi. Hamilelik sırasında mesleki gürültüye maruz kalmak ile çocuklarda işitme bozukluğu arasında bir ilişkili bulunmuş ve antepartum fetal ölüm riskini artırmıştır (26–28).

Adolesanların bir işte yaptıkları çok sayıda ve çok çeşitli görevler göz önüne alındığında tek bir işyerinde bir ergen birden fazla tehlikeye maruz kalabilir.

Gürültü: Yapılan çalışmada çiftlikte aktif olarak çalışan öğrenciler, hafif ve erken gürültü kaynaklı işitme kaybı riski daha fazla görülmüştür (29).

Çevresel tütün dumanı (ETS): Astım, artmış immünoglobulin E seviyeleri, SFT de FEV1 de azalma, kronik öksürük, artmış balgam üretimi, horlama, kronik orta kulak iltihabı ve yaşamın herhangi döneminde meydana gelebilecek akciğer kanseri insidansında artış ile ilişkili bulunmuştur (30).

Kan yoluyla bulaşabilecek hastalıkları: Hepatit B ve HIV, huzurevlerinde çalışan ergenler ve fast-food servisi dahil herhangi bir işte temizlik yapanlar için risk oluşturabilir (31).

Endokrin Bozucular: Ergenlik, hızlı yeni hücre büyümesini içeren hızlı bir büyüme dönemidir. Pestisitlerin bir alt kümesi olan endokrin bozucular, doğal olarak oluşan hormonların mekanizmalarını taklit eden veya bozan kimyasallardır. Birçoğunun östrojenik etkileri vardır. Diklorodifeniltrikloroetan (DDT) bir örnektir. Maruz kalma genellikle yutma olarak düşünülse de, tarlada çalışırken maruziyet deri yoluyla veya solunarak olabilir. Bu kimyasalların endokrin (poliklorlu bifeniller [PCB'ler] tiroidi etkiler) ve üremeye zararlı etkileri vardır (32,33).

Dermatitler, lateks alerjisi, yanıklar ve donmalar, kimyasal çözücü ve temizleyicilere maruziyet, kimyasal yanıklar da ergenlerin karşılaştığı mesleki hastalıklardandır (31).

2.8. MESLEK HASTALIKLARI VE AİLE HEKİMLİĞİ

Mesleki maruziyetler birçok hastalığın morbidite ve mortalitesine katkıda bulunur. Bununla birlikte, meslek hastalıkları, her yıl tahmini 860.000 hastalık ve 60.300 ölümden sorumlu olmalarına rağmen, yeterince tanınmamaktadır. Aile hekimleri, meslek hastalığının tanınmasının iyileştirilmesinde, kendi hastalarında ilerleyici hastalık ve sakatlıkların önlenmesinde ve benzer şekilde maruz kalan diğer çalışanların korunmasına katkıda bulunmada önemli bir rol oynayabilir. Bu rol, hekimlerin işyeri hastalığına yönelik şüphe düzeylerini yükseltmeleri, meslek öyküleri alma becerilerini geliştirmeleri ve iş sağlığı kaynaklarına rutin erişim sağlamaları durumunda en üst düzeye çıkarılabilir (6).

Muhtemelen işle ilgili bir hastalığı olan hasta, sıklıkla başlangıçta bir aile hekimine başvurur. Hekimin iş ve hastalık arasında olası bir bağlantı olduğunu fark etmesi, sıklıkla uygulanan tanısal testleri ve önerilen tedaviyi belirler. Meslek hastalığının erken teşhisi, mesleki astım gibi durumlardan kaynaklanan ilerleyici morbidite ve sakatlığı önleyebilir ve kurşun gibi maddelere maruz kalmanın olumsuz etkilerinin tersine çevrilmesini kolaylaştırabilir (34). Bir hastada meslek hastalığının saptanması, hekime benzer maruziyetlere sahip diğer hastaları koruma fırsatı da sağlar (35).Toksinlerin sağlık üzerindeki etkileri hakkında öğrenilecek çok şey olduğundan, aile hekimi meslek hastalıkları hakkında yeni bilgilere katkıda bulunmak için çok önemli bir konumdadır (6).

Mesleki hastalıkların ve yaralanmaların teşhis edilmesi birkaç nedenden dolayı zor olabilir:

1) mesleki ve mesleki olmayan maruziyetler arasındaki klinik prezentasyon ve patofizyolojideki benzerlikler;

2) maruz kalma ile semptom başlangıcı arasındaki zamanın uzun olması;

3) birçok kronik hastalığın multifaktoriyel etiyolojisi ve,

4) işle ilgili koşulların eksik bildirilmesi (36).

Bu nedenlerden bazıları da hekimlerin işçi tazminatı sistemiyle uğraşırken karşılaşabilecekleri zorlukları, hastaların bir sağlık sorununu işleriyle ilişkilendirme konusundaki isteksizliklerini (esas olarak işlerini kaybedeceklerinden korktukları için) ve tam bir mesleki geçmişin alınması için gerekli zamanın sağlanamamasıdır (37–39).

Standart tedaviye yanıt vermeyen, tipik demografik profile uymayan (yani, sigara içmeyen 40 yaşında bir akciğer kanseri) veya kaynağı bilinmeyen bir hastalıkta mesleki etiyoloji akla gelmelidir. Çıkan yeni kimyasal madde ve malzemelerinden kaynaklı işyeri maruziyetlerinin çoğunun sağlığa etkileri hakkında az şey biliniyor. Sonuç olarak, aile hekimleri, maruziyetler ve belirli hastalıklar arasında şüphelenilmeyen bağlantıların tanınmasında çok önemli bir rol oynamaya devam etmektedir.

Her hastaya sorulan yukarıda bahsedilmiş bir dizi soru, mesleki geçmişin elde edilmesine yardımcı olup, hastalık ve meslek arasındaki bağlantıyı anlamanın en önemli yöntemidir (6).

Anahtar Tarama Soruları

1. Ne tür bir iş yapıyorsun?
2. Sağlık sorunlarınızın işinizden kaynaklandığını düşünüyor musunuz?
3. Semptomlarınız evde ve iş yerinde farklı mı?
4. Şu anda kimyasallara, toza, metallere, radyasyona, gürültüye veya tekrarlayan işlere maruz kalıyor musunuz? Geçmişte maruz kaldınız mı?
5. İş arkadaşlarınızda da benzer semptomlar var mı?

Bu sorulardan bir veya daha fazlasına verilen yanıtlar, hastanın semptomlarının işle ilgili olduğunu veya hastanın tehlikeli maddelere maruz kaldığını gösteriyorsa, kapsamlı bir meslek öyküsü alınmalıdır (36).

Hastanın çeşitli iş görevlerinin her biri için maruziyetler kaydedilir. Bu maruziyetler arasında metaller, kimyasallar, tozlar, fiziksel faktörler (yani tekrarlayan hareket, gürültü, radyasyon), mikroorganizmalar ve stres yer alabilir. Hem dolaylı hem de ikincil maruziyetler kaydedilmelidir çünkü hastanın sağlığı işyerinin diğer bölümlerinden kaynaklanan maruziyetlerden etkilenebilir.

Askerlik hizmeti de iş geçmişine dahil edilmelidir. Askeri ortamlarda tehlikeli maruziyetler yaygındır (6).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ

Bu çalışma 15.11.2022-16.12.2022 tarihleri arasında, İstanbul' da olan ve araştırmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan gönüllü bireylerle yapıldı. Çalışmada, İstanbul'daki aile hekimlerinin meslek hastalıları hakkındaki bilgi ve tutumunu değerlendirmek hedeflendi. Çalışmaya katılan kişilere sosyodemografik bilgilerle birlikte literatür taranarak oluşturulan meslek hastalıkları ile ilgili genel ve hukuki bilgilerden ve sık görülen mesleki hastalıklara karşı tutumu sorgulayan 28 soruluk anket oluşturuldu. Anket online ve yüz yüze görüşme metoduyla uygulandı. Bu çalışmanın tek merkezli, kesitsel nitelikte olması planlandı.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1) İstanbul'da görev yapan aile hekimleri

2) Çalışmaya katılmayı kabul edenler

Çalışmadan Hariç Tutulma Kriterleri:

1) İstanbul dışında görev yapan aile hekimleri
2) Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler

3.1.1. Örneklem Büyüklüğü

Çalışmada İstanbul'da tam zamanlı / yarı zamanlı olarak çalışmakta olan toplam aile hekimi asistanı sayısı 670 olup, %95 güven aralığı ile hesaplanmış olan örneklem büyüklüğü 244 olarak belirlendi.

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN FORMLAR VE VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmaya katılan kişilere sosyodemografik özellikleri incelemek üzere yaş, cinsiyet, medeni durumu, meslek hastalıkları hakkında ve işyeri hekimliği hakkındaki eğitim durumu, meslek hastalıkları hakkında genel ve hukuki bilgileri içeren ve sık görülen meslek hastalıklarına karşı tutumu sorgulayan 28 soruluk bir anket formu hazırlandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden onamları alındıktan sonra 246 katılımcıya online ve yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

3.2.1. Sık Görülen Meslek Hastalıkları ile İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Hekimlerin Tutumları Anketi

Çalışmada araştırmacı tarafından literatür ışığında tutum anketi oluşturmuştur. Tutum anketi 3'lü likert tipinde (0-Asla, 1-Bazen, 2-Her zaman) sadece toplam puan elde edilen ve 5 maddeden oluşan bir ankettir. Anketin her bir maddesinden elde edilen puanlar toplanarak tutum toplam puanı hesaplanmıştır. Anketten alınabilecek en düşük toplam puan Sıfır (0) iken, en yüksek toplam puan 10'dur. Anketten alınan toplam puanların yükselmesi katılımcıların meslek hastalıklarının sorgulanmasına ilişkin tutumlarının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ayrıca anketten elde edilebilecek bir kesme puanı belirlenmemiştir. Sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara hekimlerin tutumları anketinin bu çalışma için doğru ölçme yapıp yapmadığı Crombach alpha (α) katsayısı hesaplanarak belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Sık Görülen Meslek Hastalıkları ile İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Hekimlerin Tutumları Anketlerine İlişkin Crombach Alpha İç tutarlılık Katsayısı

Anket	Madde sayısı	Crombach Alpha
Tekrarlayan Solunum Yolu Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumları	5	0.717
Tekrarlayan Kas-Eklem Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumları	5	0.724
Tekrarlayan Dermatolojik Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumları	5	0.714
Tekrarlayan İşitme Kaybı Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumları	5	0.774

Tablo 4'de görüldüğü üzere sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara hekimlerin tutumları toplam puanlarına ilişkin crombach alpha katsayılarının 0.714 ile 0.774 arasında değiştiği görülmektedir. Bu değerin, literatürde önerilen 0.50 (Bowling & Ebrahim, 2005) ve 0.70 (Nunnally & Bernstein, 1994) olan sınır değerler üstünde olmasından dolayı anketin iç tutarlılığının bu çalışma için yeterli düzeyde olduğu görülmektedir.(40,41)

3.3. İSTATİKSEL ANALİZ

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS sürüm 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois,ABD) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tablolarda sürekli değişkenler Ort±SS olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler sayı (N) ve yüzde (%) halinde sunulmuştur.

Çalışmanın sürekli verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, hem örneklem sayısının 200'ün üzerinde olmasından dolayı normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2001). Bundan dolayı ölçek toplam ve alt boyut puanları ile katılımcıların sosyodemografik ve çeşitli verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere 2 gruplu değişkenler için parametrik testlerden Independent Samples t testi ve 3 ve üzeri gruba sahip değişkenler için One-Way ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc testilerinden sidak testi tercih edilmiştir. $p<0,05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir (42,43).

3.4. ETİK KURUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı tarafından 15.11.2022 tarihli ve 3719 protokol onay numarası ile etik kurul onayı alınmış olup, Ek-1'de sunulmuştur.

4. BULGULAR

Tablo 5. Katılımcıları ile İlgili Sosyodemografik Veriler (n=246)

Demografik değişkenler		N veya Median (Min-Max)	% veya Ort. ±SD
Yaş		29,00 (25,00-50,00)	29,65±4,46
Medeni durum	Evli	106	43,1
	Bekâr/Dul/Boşanmış	140	56,9

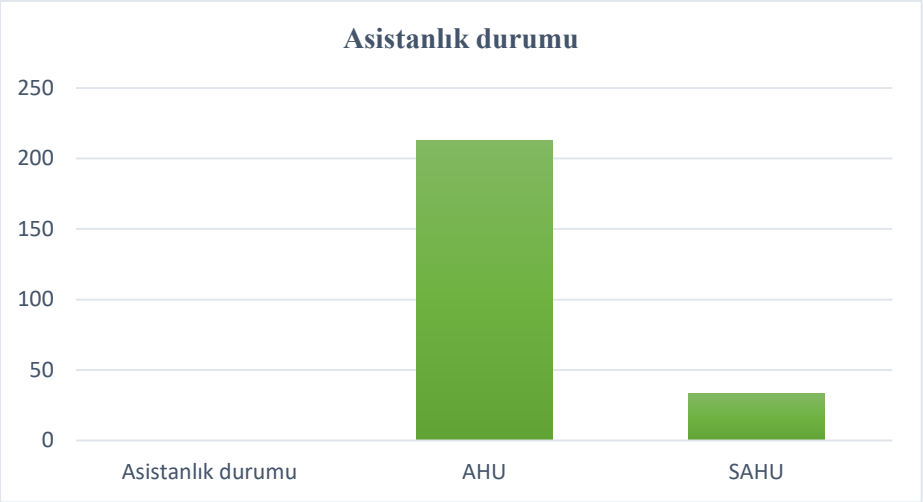
n=Sayı, %=frekans, Medyan=Ortanca, Min=Minimum, Max=Maximum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma

Tablo 5'de katılımcıların demografik verilerine ilişkin frekans dağılımı verilmiştir. Çalışmamıza 25-50 yaş arasında 246 kişi katılmış, yaş ortalamasının 29,65±4,46 olduğu %56,9'unun bekâr/dul/boşanmış olduğu belirlenmiştir.



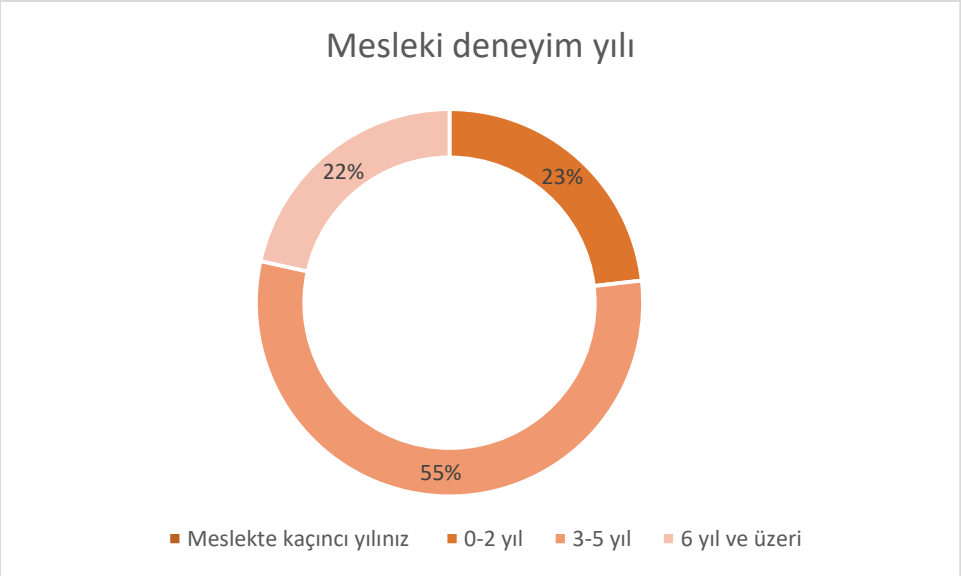
Şekil 1: Katılımcıların cinsiyet dağılımları

Katılımcıların %69,1'i kadın(n=170), %31'i erkekti(n=76).



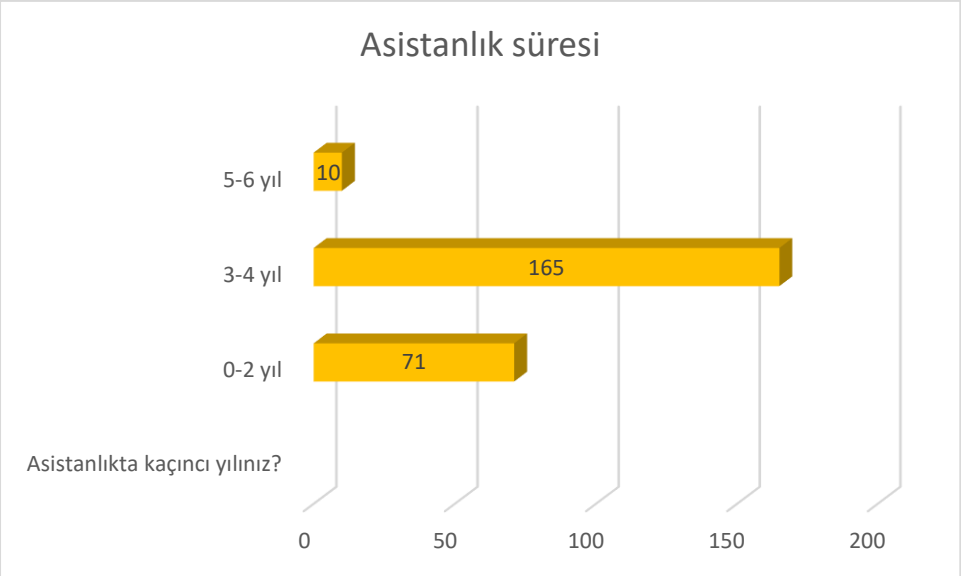
Şekil 2: Katılımcıların asistanlık durumu

Katılımcıların %86,6'sının tam zamanlı aile hekimi asistanı olduğu, %13,4'ünün ise sözleşmeli aile hekimi asistanı olduğu görüldü.



Şekil 3: Katılımcıların mesleki deneyim yılı

Katılımcılarımızın %23,2 sini 0-2 yıl, %55,3'ünün 3-5 yıl, %21,5%ini ise 6 yıldan fazla meslek deneyimine sahip olduğu belirlendi.



Şekil 4: Çalışmaya katılan hekimlerin asistanlık süresi

Asistanlık eğitim sürelerine baktığımızda %28,9'unun ilk 2 yılında, %'67,1'inin 3-4 yıl arasında, %4,1'inin ise 5-6 yıl asistanlık yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Çeşitli Değişkenlerine İlişkin Veriler (n=246)

Demografik değişkenler	N	%
Daha önce meslek hastalıkları konusunda eğitim aldınız mı?*		
Hayır	44	17,9
Evet	202	82,1
Meslek hastalıkları konusunda eğitimi nerden aldınız?*		
Lisans eğitimi sırasında	153	76,1
Uzmanlık eğitiminde	17	8,5
Hizmet içi eğitimle	19	9,5
İş yeri hekimliği kursunda	88	43,8
Toplam	**277**	**137,8**
Aile hekimliği asistan eğitimi kapsamında meslek hastalıkları olmalı mıdır?		
Evet	217	88,2
Hayır	29	11,8
İş yeri hekimliği sertifikanız var mı?/eğitim aldınız mı?		
Evet	119	48,8
Hayır	127	51,6
İş yeri hekimi olarak çalışıyor musunuz?/çalıştınız mı?		
Evet	15	6,1
Hayır	231	93,9
İş yeri hekimliği yaparken hiç meslek hastalığı ön tanısı koydunuz mu? (n=15)		
Evet	6	40,0
Hayır	9	60,0
Meslek hastalıklarına tanı koymada aile hekimlerinin rolü olması gerektiğini düşünüyor musunuz?		
Evet	186	75,6
Hayır	60	24,4
Meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?		
Evet	20	8,1
Hayır	226	91,9
Hayır, ise nedeni nedir?*		
Gerekli eğitimi almadığım için	147	61,3
İlgi alanım değil	38	15,8
Sorumluluğum değil	35	14,6
Tecrübe azlığı	171	71,3
Toplam	**391**	**162,9**
Daha önce meslek hastalığı düşündüğünüz hastanız oldu mu?		
Evet	113	45,9
Hayır	133	54,1
Daha önce hiç meslek hastalığı bildirimi yaptınız mı?		
Evet	5	2,0
Hayır	241	98,0

n=Sayı, %=frekans

Tablo 6'te katılımcıların çeşitli değişkenlerine ilişkin frekans dağılımı verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre katılımcıların %82,1'inin daha önce meslek hastalıkları

konusunda eğitim aldığı ve eğitim alanlarında en çok sırasıyla %76,1'inin lisans eğitimi sırasında, %43,8'inin iş yeri hekimliği sırasında aldığı belirlenmiştir.

Katılımcıların %88,2'sinin aile hekimliği asistan eğitimi kapsamında meslek hastalıklarının olması gerektiğini düşündüğü, %51,6'sının iş yeri hekimliği sertifikasının/eğitiminin olmadığı, %6,1'inin iş yeri hekimi olarak çalıştığı ve iş yeri hekimliği yapanların %40,0'ının meslek hastalığı ön tanısı koyduğu belirlenmiştir.

Hekimlerin %75,6'sının meslek hastalılarına tanı koymada aile hekimlerinin rolünün olması gerektiğini düşündüğü ve hekimlerin %91,9'unun meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda kendini yeterli hissetmediği belirlenmiştir. Kendisini tanı koyma konusunda yeterli hissetmeyen hekimlerin neden yeterli hissetmediği incelendiğinde sırasıyla en çok; %71,3'ünün tecrübe azlığı, %61,3'ünün gerekli eğitimi almadığı için ve %15,8'inin ilgi alanı olmadığı için yanıtlarını verdiği belirlenmiştir.

Hekimlerin %54,1'inin daha önce meslek hastalığı düşündüğü bir hastasının olmadığı ve %98,0'ının daha önce hiç meslek hastalığı bildirimi yapmadığı belirlenmiştir.

Tablo 7. Hekimlerin Meslek Hastalıkları Hakkındaki Bilgi Sorularına Ait Doğru ve Yanlı/Fikrim Yok Yanıtlarının Frekans Dağılımı (N=246)

	Yanlış n(%)	Doğru n(%)
M1. Dünya'da en sık görülen meslek hastalıkları nedir?	115 (46,7)	131 (53,3)
M2. Ülkemizde en sık görülen meslek hastalıkları nedir?	76 (30,9)	170 (69,1)
M3. Lütfen doğru olduğunu düşündüğünüz kutucuğu işaretleyin, konu ile ilgili fikriniz yoksa "bilmiyorum" kutucuğunu işaretleyiniz		
a)Meslek hastalıkları tamamen önlenebilir hastalıklardır.	107 (43,5)	139 (56,5)
b)Meslek hastalıkları bildirimi zorunlu hastalıklardandır.	47 (19,1)	199 (80,9)
c)Çalışanın meslek hastalığından faydalanması için sigortalı olma şartı vardır	117 (47,6)	129 (52,4)
d)Stajyerler ve internler de meslek hastalığından faydalanabilirler	77 (31,3)	169 (68,7)
e)Çocuklarda da meslek hastalığı görülebilir.	93 (37,8)	153 (62,2)
f)Gebelik döneminde etkilenen bir annenin çocuğunda meslek hastalığı görülebilir.	97 (39,4)	149 (60,6)
g)Aile hekimi meslek hastalığı ön tanısı koyabilir.	25 (10,2)	221 (89,8)
h)Aile hekimi meslek hastalığı kesin tanısı koyabilir.	106 (43,1)	140 (56,9)
M4. Meslek hastalığı raporu düzenleyebilen sağlık kuruluşları nerelerdir?		
1)Aile hekimlikleri	39 (15,9)	207 (84,1)
2)Devlet Üniversite Hastaneleri	73 (29,7)	173 (70,3)
3)Vakıf/Özel Üniversite Hastaneleri	114 (46,3)	132 (53,7)
4)Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	51 (20,7)	195 (79,3)
5)Devlet Hastaneleri	102 (41,5)	144 (58,5)
6)Sağlık Bakanlığı Meslek Hastalıkları Hastaneleri	23 (9,3)	223 (90,7)
7)Özel Hastaneler	40 (16,3)	206 (83,7)
8)Özel Muayenehaneler	13 (5,3)	233 (94,7)
9) Devlet Üniversite Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Sağlık Bakanlığı Meslek Hastalıkları Hastaneleri (Doğru olan 3 şıkkı birden işaretleyenler)	214(87)	32(13)
M5. Tanı bildirimi hangi kuruma yapılır?	218 (88,6)	28 (11,4)
M6. Tanı koyulduktan sonra kaç gün içinde bildirim yapılmalıdır?	198 (80,5)	48 (19,5)

n=Sayı, %=Frekans

Tablo 7'te katılımcıların meslek hastalıkları hakkındaki bilgi sorularına verdikleri doğru ve yanlış yanıtların frekans dağılımı verilmiştir.

Tablo 8. Tekrarlayan Solunum Yolu Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumlarına İlişkin Frekans Dağılımı

	Asla n (%)	Bazen (%)	Her Zaman (%)
M1.İşini sorgularım	8 (3,3)	29 (11,8)	209 (85)
M2.İş arkadaşlarında da aynı şikayetlerin olup olmadığını sorgularım	29 (11,8)	35 (14,2)	182 (74)
M3.Evdeki bireylerde de aynı şikayetlerin olup olmadığını sorgularım	12 (4,9)	20 (8,1)	214 (87)
M4.Daha önce benzer şikayetlerinin olup olmadığını sorgularım	1 (0,4)	9 (3,7)	236 (95,9)
M5. Şikayetinin mesai ilişkili olup olmadığını sorgularım	30 (12,2)	41 (16,7)	175 (71,1)

n=Sayı, %=Frekans

Tablo 8'te katılımcıların tekrarlayan solunum yolu şikâyeti ile gelen hastalarda hekimlerin tutumlarına ilişkin verdikleri yanıtların frekans dağılımı verilmiştir.

Tablo 9. Tekrarlayan Kas-Eklem Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumlarına İlişkin Frekans Dağılımı

	Asla n (%)	Bazen (%)	Her Zaman (%)
M1.İşini sorgularım	18 (7,3)	32 (13)	196 (79,7)
M2.İş arkadaşlarında da aynı şikayetlerin olup olmadığını sorgularım	90 (36,6)	40 (16,3)	116 (47,2)
M3.Evdeki bireylerde de aynı şikayetlerin olup olmadığını sorgularım	97 (39,4)	39 (15,9)	110 (44,7)
M4.Daha önce benzer şikayetlerinin olup olmadığını sorgularım	6 (2,4)	13 (5,3)	227 (92,3)
M5. Şikayetinin mesai ilişkili olup olmadığını sorgularım	33 (13,4)	45 (18,3)	168 (68,3)

n=Sayı, %=Frekans

Tablo 9'da katılımcıların tekrarlayan kas-eklem şikâyeti ile gelen hastalarda hekimlerin tutumlarına ilişkin verdikleri yanıtların frekans dağılımı verilmiştir.

Tablo 10. Tekrarlayan Dermatolojik Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumlarına İlişkin Frekans Dağılımı

	Asla n (%)	**Bazen (%)**	**Her Zaman (%)**
M1.İşini sorgularım	20 (8,1)	31 (12,6)	195 (79,3)
M2.İş arkadaşlarında da aynı şikayetlerin olup olmadığını sorgularım	65 (26,4)	36 (14,6)	145 (58,9)
M3.Evdeki bireylerde de aynı şikayetlerin olup olmadığını sorgularım	17 (6,9)	29 (11,8)	200 (81,3)
M4.Daha önce benzer şikayetlerinin olup olmadığını sorgularım	6 (2,4)	15 (6,1)	225 (91,5)
M5. Şikayetinin mesai ilişkili olup olmadığını sorgularım	56 (22,8)	43 (17,5)	147 (59,8)

n=Sayı, %=Frekans

Tablo 10'de katılımcıların tekrarlayan dermatolojik şikâyeti ile gelen hastalarda hekimlerin tutumlarına ilişkin verdikleri yanıtların frekans dağılımı verilmiştir.

Tablo 11. İşitme Kaybı Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumlarına İlişkin Frekans Dağılımı

	Asla n (%)	Bazen (%)	Her Zaman (%)
M1.İşini sorgularım	18 (7,3)	24 (9,8)	204 (82,9)
M2.İş arkadaşlarında da aynı şikayetlerin olup olmadığını sorgularım	68 (27,6)	38 (15,4)	140 (56,9)
M3.Evdeki bireylerde de aynı şikayetlerin olup olmadığını sorgularım	108 (43,9)	45 (18,3)	93 (37,8)
M4.Daha önce benzer şikayetlerinin olup olmadığını sorgularım	19 (7,7)	18 (7,3)	209 (85)
M5. Şikayetinin mesai ilişkili olup olmadığını sorgularım	56 (22,8)	40 (16,3)	150 (61)

n=Sayı, %=Frekans

Tablo 11'de katılımcıların tekrarlayan işitme kaybı şikâyeti ile gelen hastalarda hekimlerin tutumlarına ilişkin verdikleri yanıtların frekans dağılımı verilmiştir.

Tablo 12. Anketlerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

Değişkenler		in.	aks.	rt.	S
Tekrarlayan Solunum Yolu Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumları	46	,00	1 0,00	,80	,85
Tekrarlayan Kas-Eklem Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumları	46	00	1 0,00	,32	,52
Tekrarlayan Dermatolojik Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumları	46	00	1 0,00	,04	,31
Tekrarlayan İşitme Kaybı Şikâyetleri İle Gelen Hastalarda Hekimlerin Tutumları	46	00	1 0,00	,14	,77
Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyinizi Skoru	46	,00	4 ,00	,95	,65

Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyinizi Grup	N	%
Çok az	57	23,2
Az	143	58,1
Yeterli	45	18,3
Çok yeterli	1	0,4

n=Sayı, %=Frekans, Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma

Tablo 12'da katılımcıların anketlerden ve çeşitli değişkenlerden aldıkları puanlara ilişkin minimum, maximum, ortalama, standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 13. Katılımcılara Uygulanan Anket Puanları ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Analizi Sonuçları

1-Solunum yolu hastalıklarına karşı tutum	1						
2- Kas eklem hastalıklarına karşı tutum	,554**	1					
	0.001						
3-Dermatolojik hastalıklara karşı tutum	,576**	,695**	1				
	0.001	**0.001**					
4-İşitme kaybı hastalıklarına karşı tutum	,486**	,678**	,626**				
	0.001	**0.001**	**0.001**				
5- Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?	(,097	(,03	(,047	129*			
	(,129	(,636	(,465	**,044**			
6-Yaşınız (Yıl)	(,051	(,102	(,052	(,109	,072	1	
	(,426	(,111	(,42	(,089	,262		
7-Meslekte kaçıncı yılınız?	(,047	(,101	(,034	(,116	,075	,909**	1
	(,462	(,115	(,593	(,07	,24	**0.001**	
8-Asistanlıkta kaçıncı yılınız?	-0,05	-0,091	-0,083	(,023	,088	,260**	,280**
	(,434	(,156	(,196	(,719	,168	**0.001**	**0.001**

Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)

Tablo 13'da katılımcılara uygulanan anket puanları ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hekimlerin solunum yolu hastalıklarına karşı tutum puanı ile kas eklem hastalıklarına karşı tutum puanı($r=0,554$ $p<0.001$), dermatolojik hastalıklara karşı tutum puanı($r=0,576$ $p<0.001$) ve işitme kaybı hastalıklarına karşı tutum puanı($r=0,486$ $p<0.001$) arasında pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Hekimlerin kas eklem hastalıklarına karşı tutum puanı ile dermatolojik hastalıklara karşı tutum puanı (r=0,695 p<0.001) ve işitme kaybı hastalıklarına karşı tutum puanı (r=0,678 p<0.001) arasında pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Hekimlerin dermatolojik hastalıklara karşı tutum puanı ile işitme kaybı hastalıklarına karşı tutum puanı (r=0,626 p<0.001) arasında pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Hekimlerin işitme kaybı hastalıklarına karşı tutum puanı ile "Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?" skoru arasında pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,129 p=0.044).

Tablo 14. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun Cinsiyet Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		***n***	***Ort±SS***	***t***	***p***
Solunum yolu hastalıklarına karşı tutum	Erkek	76	8,96±1,56	0,960	0.339
	Kadın	170	8,74±1,98		
Kas eklem hastalıklarına karşı tutum	Erkek	76	7,43±2,29	0,436	0.663
	Kadın	170	7,28±2,62		
Dermatolojik hastalıklara karşı tutum	Erkek	76	7,99±2,22	-0,244	0.808
	Kadın	170	8,06±2,36		
İşitme kaybı hastalıklarına karşı tutum	Erkek	76	7,39±2,50	0,954	0.341
	Kadın	170	7,03±2,89		
Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru	Erkek	76	2,20±0,69	3,912	**<0.001**
	Kadın	170	1,85±0,61		

Independent Samples Test, p<0.05

Tablo 14'de katılımcıların sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=3,912 p<0.001). Erkeklerin kadınlara kıyasla meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 15. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun Medeni Durum Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		*n*	*Ort±SS*	*t*	*p*
Solunum yolu hastalıklarına karşı tutum	Evli	106	8,80±1,83	-0,022	0.983
	Bekâr/Dul	140	8,81±1,89		
Kas eklem hastalıklarına karşı tutum	Evli	106	7,19±2,59	-0,760	0.448
	Bekâr/Dul	140	7,44±2,47		
Dermatolojik hastalıklara karşı tutum	Evli	106	8,01±2,27	-0,184	0.854
	Bekâr/Dul	140	8,06±2,35		
İşitme kaybı hastalıklarına karşı tutum	Evli	106	7,34±2,61	0,970	0.333
	Bekâr/Dul	140	6,99±2,9		
Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru	Evli	106	1,91±0,64	-1,117	0.265
	Bekâr/Dul	140	2,00±0,67		

Independent Samples Test, p<0.05

Tablo 15'de katılımcıların sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile medeni durum değişkeni açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile medeni durum değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 16. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun Asistanlık Durumu Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		*n*	*Ort±SS*	*t*	*p*
Solunum yolu hastalıklarına karşı tutum	AHU	213	8,80±1,87	-0,145	0.885
	SAHU	33	8,85±1,84		
Kas eklem hastalıklarına karşı tutum	AHU	213	7,23±2,55	-1,497	0.136
	SAHU	33	7,94±2,30		
Dermatolojik hastalıklara karşı tutum	AHU	213	8,02±2,34	-0,296	0.768
	SAHU	33	8,15±2,17		
İşitme kaybı hastalıklarına karşı tutum	AHU	213	7,09±2,77	-0,694	0.498
	SAHU	33	7,45±2,83		
Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru	AHU	213	1,93±0,66	-1,526	0.128
	SAHU	33	2,12±0,60		

Independent Samples Test, p<0.05

Tablo 16'te katılımcıların sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile asistanlık durumu değişkeni açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile asistanlık durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "Meslekte Kaçıncı Yılınız" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		*n*	*Ort±SS*	*F*	*p*	*Post-Hoc*
Solunum yolu hastalıklarına karşı tutum	1)0-2 yıl	57	8,49±2,11	1,084	0.340	-
	2)3-5 yıl	136	8,92±1,78			
	3)6 yıl ve üstü	53	8,85±1,75			
Kas eklem hastalıklarına karşı tutum	1)0-2 yıl	57	7,28±2,85	0,209	0.811	-
	2)3-5 yıl	136	7,27±2,48			
	3)6 yıl ve üstü	53	7,53±2,28			
Dermatolojik hastalıklara karşı tutum	1)0-2 yıl	57	8,21±2,45	0,215	0.806	-
	2)3-5 yıl	136	7,97±2,37			
	3)6 yıl ve üstü	53	8,04±2,01			
İşitme kaybı hastalıklarına karşı tutum	1)0-2 yıl	57	6,72±3,14	1,283	0.279	-
	2)3-5 yıl	136	7,15±2,67			
	3)6 yıl ve üstü	53	7,57±2,61			
Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru	1)0-2 yıl	57	1,75±0,58	4,462	**0.012**	**1<3 0.012**
	2)3-5 yıl	136	1,99±0,66			
	3)6 yıl ve üstü	53	2,11±0,70			

One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

Tablo 17'te katılımcıların sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "Meslekte Kaçıncı yılınız" değişkeni açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "meslekte kaçıncı yılınız" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=4,462 p=0.012). Meslekte 6 yıl ve üzeri görev yapan hekimlerin diğer gruplara kıyasla meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre meslekte 0-2 yıl arasında görev yapanlar ile 6 yıl ve üzeri görev yapanlar arasında istatistiksel açından anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.012).

Tablo 18. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "Asistanlıkta Kaçıncı Yılınız" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		*n*	*Ort±SS*	*F*	*p*	*Post-Hoc*
Solunum yolu hastalıklarına karşı tutum	1)0-2 yıl	71	9,03±1,81	0,771	0.463	-
	2)3-4 yıl	165	8,70±1,88			
	3)5-6 yıl	10	8,90±1,85			
Kas eklem hastalıklarına karşı tutum	1)0-2 yıl	71	7,68±2,64	1,163	0.314	-
	2)3-4 yıl	165	7,16±2,48			
	3)5-6 yıl	10	7,70±2,21			
Dermatolojik hastalıklara karşı tutum	1)0-2 yıl	71	8,34±2,35	0,970	0.381	-
	2)3-4 yıl	165	7,90±2,30			
	3)5-6 yıl	10	8,30±2,06			
İşitme kaybı hastalıklarına karşı tutum	1)0-2 yıl	71	6,99±3,05	0,163	0.849	-
	2)3-4 yıl	165	7,20±2,66			
	3)5-6 yıl	10	7,30±2,87			
Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru	1)0-2 yıl	71	1,87±0,58	2,025	0,134	-
	2)3-4 yıl	165	1,98±0,68			
	3)5-6 yıl	10	2,30±0,67			

One Way ANOVA Test, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

Tablo 18'te katılımcıların sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "Asistanlıkta kaçıncı yılınız" değişkeni açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "Asistanlıkta kaçıncı yılınız" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 19. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "Daha önce meslek hastalıkları konusunda eğitim aldınız mı?" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		*n*	*Ort±SS*	*t*	*p*
Solunum yolu hastalıklarına karşı tutum	Hayır	44	8,55±1,95	-1,022	0.308
	Evet	202	8,86±1,84		
Kas eklem hastalıklarına karşı tutum	Hayır	44	7,27±2,90	-0,164	0.870
	Evet	202	7,34±2,44		
Dermatolojik hastalıklara karşı tutum	Hayır	44	8,27±2,49	0,735	0.463
	Evet	202	7,99±2,27		
İşitme kaybı hastalıklarına karşı tutum	Hayır	44	7,66±2,87	1,365	0.173
	Evet	202	7,03±2,75		
Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru	Hayır	44	1,73±0,62	-2,618	**0.009**
	Evet	202	2,01±0,65		

Independent Samples Test, p<0.05

Tablo 19'da katılımcıların sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "Daha önce meslek hastalıkları konusunda eğitim aldınız mı?" değişkeni açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "Daha önce meslek hastalıkları konusunda eğitim aldınız mı?" arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-2,618 p=0.009). Daha önce meslek hastalıkları konusunda eğitim alan hekimlerin almayanlara kıyasla meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 20. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "Aile hekimliği asistan eğitimi kapsamında meslek hastalıkları olmalı mıdır?" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		***n***	***Ort±SS***	***t***	***p***
Solunum yolu hastalıklarına karşı tutum	Evet	217	8,89±1,80	2,071	**0.039**
	Hayır	29	8,14±2,17		
Kas eklem hastalıklarına karşı tutum	Evet	217	7,45±2,35	1,568	0.127
	Hayır	29	6,41±3,46		
Dermatolojik hastalıklara karşı tutum	Evet	217	8,2±2,11	2,223	**0.034**
	Hayır	29	6,83±3,24		
İşitme kaybı hastalıklarına karşı tutum	Evet	217	7,27±2,65	1,464	0.109
	Hayır	29	6,17±3,46		
Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru	Evet	217	1,99±0,65	2,068	**0.040**
	Hayır	29	1,72±0,65		

Independent Samples Test, p<0.05

Tablo 20'de katılımcıların sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "Daha önce meslek hastalıkları konusunda eğitim aldınız mı?" değişkeni açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hekimlerin solunum yolu hastalıklarına yönelik tutum puanı ile "Daha önce meslek hastalıkları konusunda eğitim aldınız mı?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,071 p=0.039). Meslek hastalıkları konusunda eğitim alan hekimlerin almayanlara kıyasla solunum yolu hastalıklarına yönelik tutum puanı daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin dermatolojik hastalıklara yönelik tutum puanı ile "Daha önce meslek hastalıkları konusunda eğitim aldınız mı?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,223 p=0.034). Meslek hastalıkları konusunda eğitim alan hekimlerin almayanlara kıyasla dermatolojik hastalıklara yönelik tutum puanı daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "Daha önce meslek hastalıkları konusunda eğitim aldınız mı?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,068 p=0.040). Meslek hastalıkları konusunda

eğitim alan hekimlerin almayanlara kıyasla meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 21. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "İş yeri hekimliği sertifikanız var mı?/eğitim aldınız mı?" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		***n***	***Ort±SS***	***t***	***p***
Solunum yolu hastalıklarına karşı tutum	Evet	119	8,71±2,00	-0,736	0.463
	Hayır	127	8,89±1,72		
Kas eklem hastalıklarına karşı tutum	Evet	119	7,32±2,73	-0,059	0.952
	Hayır	127	7,34±2,32		
Dermatolojik hastalıklara karşı tutum	Evet	119	8,08±2,39	0,285	0.776
	Hayır	127	8,00±2,24		
İşitme kaybı hastalıklarına karşı tutum	Evet	119	7,19±2,91	0,278	0.781
	Hayır	127	7,09±2,66		
Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru	Evet	119	2,11±0,66	0,547	**<0.001**
	Hayır	127	1,82±0,62		

Independent Samples Test, p<0.05

Tablo 21'de katılımcıların sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "İş yeri hekimliği sertifikanız var mı?/eğitim aldınız mı?" değişkeni açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "İş yeri hekimliği sertifikanız var mı?/eğitim aldınız mı?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=0,547 p<0.001). İş yeri hekimliği sertifikası olan veya eğitimini alan hekimlerin almayanlara kıyasla meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 22. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "İş yeri hekimi olarak çalışıyor musunuz?/çalıştınız mı?" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		*n*	*Ort±SS*	*t*	*p*
Solunum yolu hastalıklarına karşı tutum	Evet	15	8,67±2,09	-0,297	0.767
	Hayır	231	8,81±1,85		
Kas eklem hastalıklarına karşı tutum	Evet	15	7,20±3,03	-0,204	0.838
	Hayır	231	7,34±2,49		
Dermatolojik hastalıklara karşı tutum	Evet	15	7,53±2,80	-0,877	0.381
	Hayır	231	8,07±2,28		
İşitme kaybı hastalıklarına karşı tutum	Evet	15	7,33±2,69	0,275	0.784
	Hayır	231	7,13±2,79		
Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru	Evet	15	2,40±0,63	2,717	**0.007**
	Hayır	231	1,93±0,65		

Independent Samples Test, p<0.05

Tablo 22'da katılımcıların sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "İş yeri hekimi olarak çalışıyor musunuz?/çalıştınız mı?" değişkeni açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "İş yeri hekimi olarak çalışıyor musunuz?/çalıştınız mı?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,717 p=0.007). İş yeri hekimi olarak çalışan hekimlerin çalışmayanlara kıyasla meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 23. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "Daha önce meslek hastalığı düşündüğünüz hastanız oldu mu?" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		*n*	*Ort±SS*	*t*	*p*
Solunum yolu hastalıklarına karşı tutum	Evet	113	9,07±1,64	2,117	**0.035**
	Hayır	133	8,58±2,01		
Kas eklem hastalıklarına karşı tutum	Evet	113	7,56±2,37	1,310	0.191
	Hayır	133	7,14±2,64		
Dermatolojik hastalıklara karşı tutum	Evet	113	8,10±2,21	0,354	0.724
	Hayır	133	7,99±2,4		
İşitme kaybı hastalıklarına karşı tutum	Evet	113	7,69±2,48	2,936	**0.004**
	Hayır	133	6,68±2,94		
Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru	Evet	113	2,07±0,70	2,480	**0.014**
	Hayır	133	1,86±0,60		

Independent Samples Test, p<0.05

Tablo 23'de katılımcıların sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "Daha önce meslek hastalığı düşündüğünüz hastanız oldu mu?" değişkeni açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hekimlerin solunum yolu hastalıklarına karşı tutum puanı ile "Daha önce meslek hastalığı düşündüğünüz hastanız oldu mu?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,117 p=0.035). Daha önce meslek hastalığı düşündüğü hastası olan hekimlerin olmayanlara kıyasla solunum yolu hastalıklarına karşı tutum puanı daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin işitme kaybı hastalıklarına karşı tutum puanı ile "Daha önce meslek hastalığı düşündüğünüz hastanız oldu mu?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,936 p=0.004). Daha önce meslek hastalığı düşündüğü hastası olan hekimlerin olmayanlara kıyasla işitme kaybı hastalıklarına karşı tutum puanı daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin meslek hastalıklarına karşı tutum puanı ile "Daha önce meslek hastalığı düşündüğünüz hastanız oldu mu?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,480 p=0.014). Daha önce meslek hastalığı

düşündüğü hastası olan hekimlerin olmayanlara kıyasla meslek hastalıklarına karşı tutum puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 24. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "Meslek hastalıklarına tanı koymada aile hekimlerinin rolü olması gerektiğini düşünüyor musunuz ?" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		***n***	***Ort±SS***	***t***	***p***
Solunum yolu hastalıklarına karşı tutum	Evet	186	8,92±1,78	1,663	0.100
	Hayır	60	8,43±2,05		
Kas eklem hastalıklarına karşı tutum	Evet	186	7,44±2,36	1,087	0.280
	Hayır	60	6,98±2,97		
Dermatolojik hastalıklara karşı tutum	Evet	186	8,21±2,13	1,783	0.078
	Hayır	60	7,52±2,76		
İşitme kaybı hastalıklarına karşı tutum	Evet	186	7,26±2,69	1,088	0.280
	Hayır	60	6,78±3,01		
Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru	Evet	186	1,97±0,68	0,578	0.564
	Hayır	60	1,92±0,59		

Independent Samples Test, p<0.05

Tablo 24'de katılımcıların sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "Meslek hastalıklarına tanı koymada aile hekimlerinin rolü olması gerektiğini düşünüyor musunuz ?" değişkeni açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "Meslek hastalıklarına tanı koymada aile hekimlerinin rolü olması gerektiğini düşünüyor musunuz ?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 25. Sık Görülen Meslek Hastalıkları İle İlgili Şikâyetlerle Gelen Hastalara Yönelik Hekimlerin Tutum Puanları ve Meslek Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyi Skorunun "Meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?" Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		***n***	***Ort±SS***	***t***	***p***
Solunum yolu hastalıklarına karşı tutum	Evet	20	9,45±1,32	2,193	**0.037**
	Hayır	226	8,75±1,89		
Kas eklem hastalıklarına karşı tutum	Evet	20	8,55±2,11	2,278	**0.024**
	Hayır	226	7,22±2,53		
Dermatolojik hastalıklara karşı tutum	Evet	20	9,20±1,51	3,397	**0.002**
	Hayır	226	7,94±2,34		
İşitme kaybı hastalıklarına karşı tutum	Evet	20	8,45±1,82	3,176	**0.004**
	Hayır	226	7,03±2,82		
Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru	Evet	20	2,65±0,75	5,159	**<0.001**
	Hayır	226	1,90±0,61		

Independent Samples Test, p<0.05

Tablo 25'de katılımcıların sık görülen meslek hastalıkları ile ilgili şikâyetlerle gelen hastalara yönelik hekimlerin tutum puanları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "Meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?" değişkeni açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hekimlerin solunum yolu hastalıklarına karşı tutum puanı ile "Meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,193 p=0.037). Meslek hastalıkları konusunda kendisini yeterli hisseden hekimlerin hissetmeyenlere kıyasla solunum yolu hastalıklarına karşı tutum puanı daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin kas-eklem hastalıklarına karşı tutum puanı ile "Meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,278 p=0.024). Meslek hastalıkları konusunda kendisini yeterli hisseden hekimlerin hissetmeyenlere kıyasla kas-eklem hastalıklarına karşı tutum puanı daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin dermatolojik hastalıklara karşı tutum puanı ile "Meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?" değişkeni

arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=3,397 p=0.002). Meslek hastalıkları konusunda kendisini yeterli hisseden hekimlerin hissetmeyenlere kıyasla dermatolojik hastalıklara karşı tutum puanı daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin işitme kaybı hastalıklarına karşı tutum puanı ile "Meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=3,176 p=0.004). Meslek hastalıkları konusunda kendisini yeterli hisseden hekimlerin hissetmeyenlere kıyasla işitme kaybı hastalıklarına karşı tutum puanı daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru ile "Meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=5,159 p<0.001). Meslek hastalıkları konusunda kendisini yeterli hisseden hekimlerin hissetmeyenlere kıyasla meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru daha yüksek bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada İstanbul'daki aile hekimlerinin demografik özelliklerle birlikte meslek hastalıkları hakkında bilgi ve tutumu ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Tablo 6'te katılımcıların çeşitli değişkenlerine ilişkin frekans dağılımı verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre katılımcıların %82,1'inin daha önce meslek hastalıkları konusunda eğitim aldığı ve eğitim alanlarında en çok sırasıyla %76,1'inin lisans eğitimi sırasında, %43,8'inin iş yeri hekimliği eğitimi sırasında aldığı belirlenmiştir. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının dahiliye asistanlarında yapmış oldukları 139 kişilik çalışmada katılımcıların %57.6'sının tıp fakültesinde; %21.8' inin ise uzmanlık eğitimi sırasında meslek hastalıkları konusunda eğitim aldığı görülmüş. Mandıracıoğlu ve arkadaşlarının Ege üniversitesi tıp fakültesinde 6. Sınıf öğrencilere yapmış olduğu çalışmada; öğrencilerin sadece halk sağlığı ve göğüs hastalıkları sırasında eğitim gördüğü, %99 unun 3. Sınıftan itibaren her yılda bu konuda eğitim almak istediği ve vaka örnekleri görmek istediğini belirtmiştir. Meslek hastalıkları pek çok kimyasala bağlı olarak solunum sistemi dışında diğer sistemleri de etkilemektedir. Klinikte multidisipliner yaklaşım kazanmak, tıp eğitiminde hayati önem taşımaktadır. Geleneksel olarak, yetersiz eğitim, meslek hastalığının tanınmasının önündeki en büyük engel olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada da öğrenciler göğüs hastalıkları dışındaki klinik stajlarda da meslek hastalıkları konusunun anlatılmasını istemektedir (44,45).

Aile hekimleri uzmanlık eğitimlerinde meslek hastalıkları konusunda resmi bir eğitim almazlar. Meslek hastalıkları ile ilgili eğitim sonrası eğitimleri ancak ilgili oldukları takdirde alabilirler (46). İzmir'deki aile hekimlerinin eğitim gereksinimlerini inceleyen bir araştırmada da meslek hastalıkları eğitimine en az gereksinim duyulan 5 konu arasında yer almıştır (47). Çalışmamızda ise katılan aile hekimlerinin meslek hastalığı eğitim oranı yüksek olmasına rağmen katılımcıların %91,9'unun meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda kendini yeterli hissetmediği; %88,2'sinin aile hekimliği asistan eğitimi kapsamında meslek hastalıklarının olması gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir. İzmir'deki çalışma ile karşılaştırdığımızda sorulan diğer konuların daha sık karşılaşılan diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklar olması olabilir. Yine Gözükara ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi hekimlerin meslek

hastalıklarını meslek hastalıkları uzmanlarının takip etmesi görüşüne katılıyor olabilirler (48).Tanı konusunda yeterli hissetmeme nedenlerini sorduğumuzda %61,3 ü gerekli eğitimi almadığını belirtmiştir. Buradan yola çıkarak verilen eğitimin pratik uygulama konusunda yetersiz kaldığı düşünülebilir. Nitekim hekimlerin %71,3 ü de tecrübe eksikliği nedeniyle tanı koyma konusunda kendisini yetersiz hissettiğini belirtmiştir. Üzmezoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da mezuniyet öncesinde meslek hastalıkları eğitimi alan hekimlerin %17,1 i eğitimin yeterli olduğunu ifade etmiştir (49) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde intörn doktorlar ile Mandıracıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da katılımcıların sadece %42,3'ünün meslek hastalıklarına tanı koymada yeterli hissettiği bulunmuştur (44). Gök ve arkadaşlarının yapmış olduğu 324 aile hekimin katılmış olduğu çalışmada ise %59,3'ü meslek hastalıkları konusunda eğitim almış ve bu hekimlerin sadece %22,9'u bu eğitimin yeterli olduğunu belirtmiştir(50). Yıldız ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da Aile hekimlerinin %67,4'ü meslek hastalıkları konusunda eğitim almak istediğini belirtmiştir (46). Çalışmamızda ise hekimlerin %18,3'ü meslek hastalıkları bilgisi konusunda kendisini yeterli olarak görmüştür.

Yıldız ve arkadaşlarının 3000'den fazla hekimle yaptığı bir çalışmada aile hekimlerinin beşte birinin meslek hastalığı şüphesiyle hastasını sevk ettiklerini belirtilmiştir. 45 yaş altı hekimlerin meslek hastalığı tanısı için gerekli dosyaların bilinmesi konusunda 45 yaş üstü hekimlere göre daha az bilgili olduğu görülmüştür (46). Çalışmamızda hekimlerin %45,9'unun daha önce meslek hastalığı düşündüğü bir hastasının olduğu ve %2'sinin meslek hastalığı bildirimi yaptığı görülmüştür. Bizim çalışmamamızdaki bildirme oranının az olması çalışma grubunun %80'e yakınının mesleki tecrübesinin ilk beş yılı içinde bulunması olabilir. Literatüre bakıldığında vakaları bildirmenin önündeki en önemli engeller hekimlerin bildirim ilke ve prosedürlerine ilişkin bilgi eksiklikleri ve iş kaybına ilişkin etik ikilemleri, doktorların düşük farkındalığı, uzmanlara zamanında erişimin olmaması ve zaman eksikliğiydi. Teşhis için uzmanlara sevk edilmenin ana nedenleri arasında kişisel uzmanlık eksikliği, test olanakları ve işçi tazminatı hakkında bilgi eksikliği yer alıyordu (51–53).

Meslek hastalıkları ile ilgili yönelttiğimiz çoktan seçmeli birden çok cevaplı 'Meslek hastalığı raporu düzenleyebilen sağlık kuruluşları nerelerdir?' sorusuna katılımcıların %70,3 ü Devlet Üniversite Hastaneleri, %79,3ü Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, %90,3ü Sağlık Bakanlığı Meslek Hastalıkları Hastaneleri cevabını vermiş, 3 ünü birden işaretleyenler ise katılımcıların %13'ünü oluşturuyordu. Yıldız ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise katılımcıların %61,5'i Devlet Üniversite Hastaneleri, %72,4ü Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, %93,4ü Meslek Hastalıkları Hastaneleri cevabını vermiştir. Çalışmamızla sonuçlar benzerdir.

Türkiye'de meslek hastalıkları bildirimi Devlet Üniversite Hastaneleri, Meslek Hastalıkları Hastanesi ve Eğitim ve Araştırma Hastaneleri aracılığıyla SGK'ya bildirilmektedir. İş yeri hekimleri, aile hekimleri ve 2. basamakta çalışan uzman hekimler ise vakalarını doğrudan SGK ya bildirememekte ve yetkili hastanelere sevk etmekle yükümlüdürler (54). Çalışmamızda 'Tanı bildirimi hangi kuruma yapılır?' sorusunu %11,4'ü; 'Tanı koyulduktan sonra kaç gün içinde bildirim yapılmalıdır?' sorusunu ise %19,4'ü doğru cevaplamıştır. Aile hekimlerinin meslek hastalığı kesin tanısı konusunda yetkili olmayıp ön tanı koyarak sevk etme yükümlülükleri olduğundan bu soruların doğru cevap oranları düşük çıkmış olabilir. Katılımcıların nerdeyse yarısının iş yeri hekimliği eğitimi , % 80 e yakınının da mezuniyet öncesi eğitimde meslek hastalıkları eğitimi aldığı düşünülürse bu oranlar düşüktür. Mevcut bilgilerin korunabilmesi hem de güncel bilgilerin öğrenilmesi açısından için aralıklı eğitimlerin devam etmesi uygun olabilir.

Katılımcıların %48,8'inin iş yeri hekimliği sertifikasının/eğitiminin olduğu, %6,1'inin iş yeri hekimi olarak çalıştığı ve iş yeri hekimliği yapanların %40,0'ının meslek hastalığı ön tanısı koyduğu belirlenmiştir. Yıldız ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %72 sinin iş yeri hekimliği sertifikasının olduğu fakat yarıya yakınının iş yeri hekimliği yapmadığı görülmüş (46). Türkiye'de işyeri hekimi

sayısı mevcut hekimlerin yaklaşık %32'si kadardır (55). Çalışmaya katılan hekimlerin iş yeri hekimliği sertifikası olmasına rağmen iş yeri hekimi olarak çalışmama nedeni henüz asistanlık eğitimi içinde olmalarından dolayı olabilir.

M1. Dünya'da en sık görülen meslek hastalıkları nedir?	115 (46,7)	131 (53,3)
M2. Ülkemizde en sık görülen meslek hastalıkları nedir?	76 (30,9)	170 (69,1)
M3. Lütfen doğru olduğunu düşündüğünüz kutucuğu işaretleyin, konu ile ilgili fikriniz yoksa "bilmiyorum" kutucuğunu işaretleyiniz		
a)Meslek hastalıkları tamamen önlenebilir hastalıklardır.	107 (43,5)	139 (56,5)
b)Meslek hastalıkları bildirimi zorunlu hastalıklardandır.	47 (19,1)	199 (80,9)
c)Çalışanın meslek hastalığından faydalanması için sigortalı olma şartı vardır	117 (47,6)	129 (52,4)
d)Stajyerler ve internler de meslek hastalığından faydalanabilirler	77 (31,3)	169 (68,7)
e)Çocuklarda da meslek hastalığı görülebilir.	93 (37,8)	153 (62,2)
f)Gebelik döneminde etkilenen bir annenin çocuğunda meslek hastalığı görülebilir.	97 (39,4)	149 (60,6)
g)Aile hekimi meslek hastalığı ön tanısı koyabilir.	25 (10,2)	221 (89,8)
h)Aile hekimi meslek hastalığı kesin tanısı koyabilir.	106 (43,1)	140 (56,9)

Meslek hastalıkları hakkında sorduğumuz genel bilgilerle ilgili katılımcıların büyük kısmı doğru cevap vermiştir. Meslek hastalıkları konusunda eğitim düzeyinin yüksek olması ve katılımcıların yaklaşık %80'inin son 5 yılda mezun olması ile açıklanabilir.

Meslek hastalıkları yaygın ve maliyetlidir. Bununla birlikte meslek hastalıkları sadece işçi sağlığı ve kişisel ekonomiye değil, aynı zamanda işletmelerin verimlilik ve karlılığına; sonuçta tüm toplumun refahına olumsuz bir etkiye sahiptir (56). Schwartz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya katılan hastaların neredeyse %75'inin önceden iş yerinde en az bir potansiyel toksik maddeye maruziyeti bildirilmiştir (57). Meslek hikayesi, önleyici ve koruyucu sağlık çalışmaları için köşe taşıdır (58). Özellikle birinci basamakta doğru bir tıbbi öykü alınması önemlidir çünkü bu, bir hastanın meslek

hastalığının tanınması ve uygun şekilde saptanması/tanımlanması için tek şansı olabilir. Bu tür hastalıkların nedensel doğasının doğru bir şekilde tanımlanması, maruz kalmaya karşı gelecekteki vakaların ortadan kaldırılması ve kontrol edilmesi, epidemiyolojik raporlama ve çalışmalar (özellikle hastalık oranlarının belirlenmesinde), düzenleyici raporlama gereklilikleri ve sigorta tazminatı için önleyici tedbirler oluşturmak için önemlidir (59).

Çalışmamızda Türkiye'de sık bildirilen hastalıklarla ilgili polikliniğe sık başvuran hastalardan mesleki öykü alma durumunu sorguladığımızda tekrarlayan solunum yolu şikâyetleri ile gelen hastalarda hekimlerin %85 i; tekrarlayan kas-eklem şikâyetleri ile gelen hastalarda %79,7si; tekrarlayan dermatolojik şikâyetleri ile gelen hastalarda %79,3 ü; işitme kaybı şikâyetleri ile gelen hastalarda %82,9 u her zaman işini sorgularım cevabını vermişti (Tablo 8-11). Aksoy ve arkadaşlarının Ankara'daki 1. Basamak hekimlerine yapmış olduğu çalışmada hekimlerin hastalarına halen yaptığı işi sorduğu (%88,3), arkadaşlarında benzer şikâyetlerin bulunma durumu ise hekimlerin %11,3'ü her zaman sorduğunu ifade etmiştir (60). Sonuçlar çalışmamızla benzerdir. Çimrin ve arkadaşlarının farklı illerdeki hekimler üzerinde 269 kişilik yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %43,9 u hiç mesleki öykü almadığını, %22,7 si her zaman mesleki öykü aldığını belirtmiştir. (61). Üzmezoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin %35,5 i anamnez alırken mesleğini her zaman sorduğunu, %28,3ü de nadiren/hiç sorduğu ortaya konmuştur (49). Pınar ve arkadaşlarının Kırıkkale üniversite hastanesinde retrospektif olarak yaptığı çalışmada tüm polikliniklerde 16 yaş ve üzeri grupta meslek hikayesi kaydedilme sıklığı %33.9 olarak görülmüş; anamnez alınırken sorulan soruların sıklığına bakıldığında en az oran meslek ve çevreyle ilgili olan sorulardadır. Çalışma yılı %2.4, önceki işi %2.5 ve çevresel zararlılara maruziyet %3.9 sıklıkta sorulmuş ve kaydedilmiştir (58). Amerika'da yapılan bir çalışmada ise doktorların hastalarının sadece %27,8'inde meslek öyküsünü tamamladıkları görülmüş (62). Literatürde yine hekimlerin mesleki anamnez konusunda, toksik madde maruziyeti ile hastalık arasındaki ilişki ve meslek hastalığı yönetimi konusunda yetersiz olduğu bildirilmiştir (63,64). Çalışmamızdaki hekimlerin mesleki öykü alma oranları literatüre göre daha yüksek çıkmıştır. Ontario'da yapılan aile hekimi ve göğüs hastalıkları uzmanlarında yapılan çalışmada mesleki öykü almanın önündeki en büyük engelin zaman kısıtlanması olduğu belirtilmiştir (53). Walters ve arkadaşlarının yapmış olduğu

çalışmada sağlık profesyonelleri tarafından işle ilgili semptomlar ve işin hakkında sorgulamanın sınırlı olmasının nedenleri arasında yine zaman azlığı olduğu belirtilmiştir (65). Birçok sağlık kuruluşunda meslek anamnezinin önemi vurgulanmasına karşın konuyla ilgili eğitim ve uygulama oldukça sınırlıdır (60).

Çalışmamızda hekimlerin yukarıda bahsedilen sık bildirilen hastalıklara karşı tutum puanları değerlendirilmiştir. Min 0, max 10 olan puanlamada, solunum yolu hastalıklarına karşı tutum puan ortalaması 8,8, kas eklem hastalıklarına karşı tutum puan ortalaması 7,32, dermatolojik hastalıklara karşı tutum puan ortalaması 8,04, işitme kaybı hastalıklarına karşı tutum puan ortalaması 7,14 olarak tespit edildi. Yıldız ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 'Mesleğiniz nedir?, ne iş yaparsınız ? sağlık probleminizin işinizle ilgili olabileceğini düşünüyor musunuz, sağlık durumunuz değişiyor mu? işte olup olmamanız, iş arkadaşlarınızın benzer sağlık sorunları var mı ve nelere maruz kalıyorsunuz? gibi soruların sorulma sıklığı '45 yaş üstü hekimlerde genç gruba göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir (46). Üzmezoğlu ve arkadaşlarının dahiliye asistanları arasında yapmış oldukları çalışmada ilk yıl asistanları ile son yıl asistanları arasında mesleki öykü alma konusunda anlamlı bir fark görülmemiş (49) olup bizim çalışmamızda da yaş ile tutum puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda yaş aralığının fazla olmaması, katılımcıların çoğunun üniversitede meslek hastalıkları hakkında eğitim gören yeni mezun hekimlerden oluşması nedeniyle olabilir. Tutum puanı verilen hastalıkların "Meslek hastalıklarına tanı koyma konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?" değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 25). Meslek hastalıkları konusunda kendisini yeterli hisseden hekimlerin hissetmeyenlere kıyasla hastalıklara karşı tutum puanı daha yüksek bulunmuştur. Kendisini yeterli hisseden hekimlerin bilgi düzeyi daha yüksek olabileceğinden mesleki anamnez alma konusunda tutumunu pozitif yönde etkilemiş olabilir. Yıldız ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada iş yeri hekimliği sertifikası bulunmasıyla hekimlerin detaylı mesleki anamnez alma konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüş ve sertifikası bulunan hekimlerin anamnez alma konusunda daha başarılı olduğu görülmüştür (46). Bizim çalışmamızda ise hekimlerin mesleki anamnez alma tutum puanı ile iş yeri hekimliği sertifikası/ eğitimi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi.

Hekimlere ‘Meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?‘diye sorduğumuzda %58,1 oranında az , %18,3 oranında da yeterli cevabını verdi. Verilen cevaplar 1’den 4’e puanlandığında min 1, max 4, ortalama 1,95±0,65 olarak belirlendi. Meslekte 6 yıl ve üzeri görev yapan hekimlerin diğer gruplara kıyasla meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi konusunda kendisini daha yeterli hissettiği görülmüştür. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre meslekte 0-2 yıl arasında görev yapanlar ile 6 yıl ve üzeri görev yapanlar arasında istatistiksel açından anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.012). İş yeri hekimliği sertifikası olan veya eğitimini alan ve iş yeri hekimi olarak çalışan hekimlerin diğerlerine kıyasla meslek hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyi skoru daha yüksek bulunmuştur. İş yeri hekimliği sertifikasının mezuniyet sonrasında ve isteğe bağlı olarak alınıyor olması hekimlerin bilgi düzeyini artırarak kendilerini daha yeterli hissetmelerini sağlamış olabilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun daha önce meslek hastalıkları hakkında eğitim aldığı yaklaşık yarısının iş yeri hekimliği sertifikasının olduğu görülmüştür. Fakat buna rağmen büyük çoğunluğu aile hekimliği asistan eğitimi kapsamında meslek hastalıkları eğitimi olması gerektiğini düşünmektedir. Çoğunluğu meslek hastalıkları konusunda aile hekimlerinin rol olması gerektiğini düşünürken çok büyük çoğunluğu kendisini meslek hastalıkları tanısı konusunda yetersiz hissetmektedir. Bunun en büyük nedenleri de gerekli eğitim alınmadığı ve tecrübe azlığı olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların yarıya yakını daha önce meslek hastalığı düşündüğü hastası olmasına rağmen sadece %2 oranında bildirim yapmışlardı. Birtakım hukuki bilgilerin az oranda bilinmesi de bildirim oranının az olmasını destekliyor. Hekimlere yönelttiğimiz meslek hastalıkları ile ilgili genel bilgiler konusunda doğru bilme oranları yüksekti. Katılımcıların kişilerin mesleki anamnez alırken yaptığı işi sorgulama oranları yüksek olsa da iş arkadaşlarında benzer şikayetlerinin olup olmadığını sorgulama oranları düşüktü.

Çalışmamızdaki hekimlerin eğitim oranları yüksek olmasına rağmen genel bilgilerde doğru bilme oranı yüksek olsa da tanı bildiriminin az sayıda oluşu pratiğe yönelik eğitimin az olabileceğini düşündürmektedir. Meslek hastalıkları oranının beklenenin altında olduğu ve bildiriminin az olduğu ülkemizde de mezuniyet öncesi dönemde meslek hastalıkları ile ilgili tıbbi ve hukuki bilgilerin ilgili branşlarda klinik eğitim sırasında bildiriminin uygulamalı olarak gösterilmesinin katkı sağlayacağına inanıyoruz. Eğitimin kurum içi ve uzmanlık sürecinde de desteklenmesiyle birlikte bildiri ve tanı oranlarının artmasıyla meslek hastalıklarının önüne geçilebilir. İş yeri hekimliği kurslarının da yerinde eğitimle hekimlere uygulamalı olarak verilmesi meslek tecrübeyi artırabilir. Hekimlerin günlük pratiklerinde kullandığı anamnez formlarına mesleki anamnezin de eklenmesi bu konuda farkındalığı artırabilir ve meslek hastalığının farkedilme olasılığını artırabilir.

KAYNAKÇA

1. MESLEK HASTALIKLARI. 2013 Available from: https://www.csgb.gov.tr/media/1340/meslekhastaliklari.pdf
2. MESLEK HASTALIKLARI VE SÜRVEYANS, 2016. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/821474
3. M E S L E K HASTALIKLARI BİLDİRİM REHBERİ [Internet]. Available from: www.csgb.gov.tr
4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri [Internet]. [cited 2022 Sep 10]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri.html
5. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği.
6. Lax MB, Grant WD, Manetti FA, Klein R. Recognizing occupational disease - Taking an effective occupational history. Am Fam Physician. 1998 Sep 15;58(4):935–44.
7. MESLEK HASTALIKLARI TANIMA REHBERİ. Available from: https://www.csgb.gov.tr/medias/4597/rehber20.pdf
8. LIST OF OCCUPATIONAL DISEASES (revised 2010) Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases.
9. Yeşiltepe A, Karadağ G. Meslek Hastalığının Boyutları ve Meslek Hastalıklarından Korunmada İş Sağlığı Hemşiresinin Rolleri* [Internet]. Vol. 12. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/831115
10. Ulusal Mesleki Araştırma Gündemi: Hastalık ve Yaralanma | NIOSH | HKM [Internet]. [cited 2022 Dec 5]. Available from: https://www.cdc.gov/niosh/docs/96-115/diseas.html#Fertility%20and%20Pregnancy%20Abnormalities
11. Bilir. İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ PROFİLİ TÜRKİYE [Internet]. Available from: www.ilo.org/publns
12. 2021 YILLIK BÖLÜM 3-1 İş Kazası ve Meslek Hastalığı İstatistikleri -(4a).xlsx.

    Available from: https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/
13. 5510 Sayılı Kanunun 4-1/b Maddesi Kapsamındaki Sigortalılardan Meslek Hastalığına Tutulanların Tanılarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı, 2021 [Internet]. Available from: https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/

14. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KANUNU, MADDE 14. Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf

15. Zeynep E, Gazi I, Sosyal Ü, Enstitüsü B. TÜRKİYE'DE MESLEK HASTALIKLARI [Internet]. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/153587

16. Kurulu B, Tarihi K. SOSYAL SİGORTA SAĞLIK İŞLEMLERİ TÜZÜĞÜ.

17. Schinasi L, Leon ME. Non-Hodgkin Lymphoma and Occupational Exposure to Agricultural Pesticide Chemical Groups and Active Ingredients: A Systematic Review and Meta-Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health 2014, Vol 11, Pages 4449-4527 [Internet]. 2014 Apr 23 [cited 2022 Dec 1];11(4):4449–527. Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/11/4/4449/htm

18. Böckelmann I, Pfister E, Peters B, Duchstein S. Psychological effects of occupational exposure to organic solvent mixtures on printers. Disabil Rehabil. 2004 Jul 8;26(13):798–807.

19. Malekirad AA, Faghih M, Mirabdollahi M, Kiani M, Fathi A, Abdollahi M. Neurocognitive, Mental Health, and Glucose Disorders in Farmers Exposed to Organophosphorus Pesticides. Archives of Industrial Hygiene and Toxicology. 2013;64(1):1–8.

20. Yousefi H, Nasiri P. Psychological Effects of Occupational Exposure to Electromagnetic Fields. 2006 [cited 2022 Dec 2];6(1):18–21. Available from: http://journals.umsha.ac.ir/index.php/JRHS/article/view/303

21. Occupational health : recognizing and preventing work-related disease and injury | WorldCat.org [Internet]. [cited 2022 Dec 1]. Available from: https://www.worldcat.org/title/occupational-health-recognizing-and-preventing-work-related-disease-and-injury/oclc/ 41527859

22. Nunes IL, Bush PM. Work-Related Musculoskeletal Disorders Assessment and Prevention. [cited 2022 Dec 1]; Available from: www.intechopen.com

23. Kim Y, Kim JW. Toxic encephalopathy. Vol. 3, Safety and Health at Work. Elsevier Science B.V.; 2012. p. 243–56.

24. JSTOR'da Mesleki Riskler ve Kadın Kısırlığı Riski [Internet]. [cited 2022 Dec 2]. Available from: https://www.jstor.org/stable/44995212

25. Sheiner EK, Sheiner E, Hammel RD, Potashnik G, Carel R. Effect of Occupational Exposures on Male Fertility: Literature Review. Ind Health. 2003;41(2):55–62.

26. Parental Occupational Exposure to Hydrocarbons and Risk of Acute Lymphocytic Leukemia in Offspring1 | Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention | American Association for Cancer Research [Internet]. [cited 2022 Oct 19]. Available from:

https://aacrjournals.org/cebp/article/8/9/783/277734/Parental-Occupational-Exposure-to-Hydrocarbons-and

27. Zhang J, Cai W -W, Lee DJ. Occupational hazards and pregnancy outcomes. Am J Ind Med [Internet]. 1992 Jan 1 [cited 2022 Nov 30];21(3):397–408. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ajim.4700210312

28. Selander J, Albin M, Rosenhall U, Rylander L, Lewné M, Gustavsson P. Maternal occupational exposure to noise during pregnancy and hearing dysfunction in children: A nationwide prospective cohort study in Sweden. Environ Health Perspect [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2022 Oct 19];124(6):855–60. Available from: http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1509874.

29. Broste SK, Hansen DA, Strand RL, Stueland DT. Hearing loss among high school farm students. Am J Public Health. 1989 May;79(5):619–22.

30. Gitterman BA, Bearer CF, Olden AK. A DEVELOPMENTAL APPROACH TO PEDIATRIC ENVIRONMENTAL HEALTH.

31. Pollack SH. ADOLESCENT OCCUPATIONAL EXPOSURES AND HOME EXPOSURES PEDIATRIC-ADOLESCENT TAKE. Vol. 48. 2001.

32. Balk S, Etzel R. Handbook of pediatric environmental health / author, Committee on Environmental health, American Academy of Pediatrics ; Ruth A. Etzel, editor ; Sophie J. Balk, associate editor . American Academy of Pediatrics. 1999;420–420.

33. Pestisitler ve PCB'ler: Kanıtlar bunların çocukların sağlığını tehdit ettiğini gösteriyor mu? [Internet]. [cited 2022 Dec 1]. Available from: https://www.contemporarypediatrics.com/view/pesticides-and-pcbs-does-evidence-show-they-threaten-childrens-health

34. Landrigan PJ, Baker DB. The Recognition and Control of Occupational Disease. JAMA [Internet]. 1991 Aug 7 [cited 2022 Oct 20];266(5):676–80. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/390968

35. Rutstein DD, Mullan RJ, Frazier TM, Halperin WE, Melius JM, Sestito JP. Sentinel Health Events (occupational): a basis for physician recognition and public health surveillance. Am J Public Health [Internet]. 1983 [cited 2022 Nov 30];73(9):1054. Available from: /pmc/articles/PMC1651048/?report=abstract

36. Taiwo OA, Ben M;, Mobo HP, Cantley L. Recognizing Occupational Illnesses and Injuries. 2010;82(2). Available from: www.aafp.org/afpAmericanFamilyPhysician169

37. Rosenstock L. Role of the physician in environmental and occupational asthma. Chest [Internet]. 1990 Dec 31 [cited 2022 Nov 30];98(5 SUPPL.):162S-164S. Available from: https://eurekamag.com/research/033/273/033273518.php

38. Lax MB. OCCUPATIONAL MEDICINE: TOWARD A WORKER/PATIENT EMPOWERMENT APPROACH TO OCCUPATIONAL ILLNESS. International Journal of Health Services. 2002;32:515–49.

39. Berlitz Q. Occupational and Environmental Health Recognizing and Preventing Disease and Injury [Internet]. [cited 2022 Nov 30]. Available from: https://www.academia.edu/29499142/Occupational_and_Environmental_Health_Recognizing_and_Preventing_Disease_and_Injury

40. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory (3rd ed.). 1994.

41. Bowling A, Ebrahim S. Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis. 2005.

42. Mayers A. Introduction to statistics and SPSS in psychology. 2013;

43. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics (4th ed.). 2001;

44. Mandıracıoğlu Aliye, Batı A. Hilal. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN MESLEK HASTALIKLARI EĞİTİMİ KONUSUNDA GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.

45. Philip Harber, Brenda Merz. Time and Knowledge Barriers to Recognizing Occupational Disease. Journal of Occupational and Environmental Medicine . 2001 Mar;43(3):285–8.

46. Yildiz AN, Piskin TM, Alaguney ME, Kurt OK, Ozlu A, Basarali MK. Attitudes and behaviors of family physicians regarding occupational diseases. Arch Environ Occup Health. 2019 Mar 4;74(1–2):85–92.

47. Tıp Dergisi Araştırma Makalesi İzmir İlinde Eğitim Alan Aile Hekimliği Asistanlarının Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi S, Geroğlu B, Merter Alanyalı F, Gök Balcı U, Gülsün Ateş A, Yılmaz B, et al. Smyrna Tıp Dergisi 28 Evaluation of Training Needs of Family Physician Residents at Training and Research Hospitals in Izmir.

48. Gözükara M. Gaffar, İlhan M.Necmi. BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ HEKİMLERİN MESLEK HASTALIKLARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ İNCELENMESİ.

49. Uzmezoglu B, Ocaktan ME, Sari G, Caliskan D. Awareness of Occupational Diseases in Training Internal Medicine: The Importance of Continuing Education. Cyprus Journal of Medical Sciences [Internet]. 2019 Apr 29;4(1):5–13. Available from: http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_50133/cjms-4-5-En.pdf

50. Gök ASMYTEMKİMŞİMÖAM. Occupational Health and Disease Knowledge and Practices of Family Physicians. J Occup Environ Med. 2020 Nov;62(11):625–9.

51. Verger P, Viau A, Arnaud S, Cabut S, Saliba ML, Iarmarcovai G, et al. Barriers to Physician Reporting of Workers' Compensation Cases in France. Int J Occup Environ Health. 2008 Jul 19;14(3):198–205.

52. Parhar A, Lemiere C, Beach JR. Barriers to the Recognition and Reporting of Occupational Asthma by Canadian Pulmonologists. Can Respir J. 2011;18(2):90–6.

53. Holness DL, Tabassum S, Tarlo SM, Liss GM, Silverman F, Manno M. Practice Patterns of Pulmonologists and Family Physicians for Occupational Asthma. Chest. 2007 Nov 1;132(5):1526–31.

54. Alaguney ME, Yildiz AN, Demir AU, Ergor OA. Physicians' opinions about the causes of underreporting of occupational diseases. Arch Environ Occup Health. 2020 Apr 2;75(3):165–76.

55. https://isgkatip.csgb.gov.tr/anasayfa).

56. Balbay EG, Binay S, Ozmen Suner K, Cakiroglu EB, Arbak P. Do We Question Occupational and Environmental Exposure Adequately in the Outpatient Clinic of Chest Diseases? Eurasian Journal of Pulmonology. 2014 Sep 2;16(2):130–2.

57. Schwartz DA, Wakefield DS, Fieselmann JF, Berger-Wesley M, Zeitler R. The occupational history in the primary care setting. Am J Med. 1991 Mar;90(3):315–9.

58. Hasta Dosyalarında Tanı ve Tedaviyi Etkileyebilecek Meslek ve Diğer Faktörlerin Tıbbi Kayıtlarda Yeralma Durumlarının Değerlendirilmesi- PDF Free Download.

59. Cegolon L, Lange JH, Mastrangelo G. The Primary Care Practitioner and the diagnosis of occupational diseases. BMC Public Health. 2010 Dec 9;10(1):405.

60. AKSOY B. BİRİNCİ BASAMAKTA HİZMET SUNAN HEKİMLERİN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ BAZI BİLGİ VE TUTUMLARI. The Journal of Turk-Islam World Social Studies. 2019;23(23):53–63.

61. Cimrin AH, Sevinc C, Kundak I, Ellidokuz H, Itil O. Attitudes of medical faculty physicians about taking occupational history. Medical education. 1999;33(6):466-7.

62. Politi BJ, Arena VC, Schwerha JJ, Sussman N. Occupational medical history taking: How are today's physicians doing? A cross-sectional investigation of the frequency of occupational history taking by physicians in a major U.S. teaching center. J Occup Environ Med [Internet]. 2004 Jun [cited 2022 Nov 30];46(6):550–5. Available from: https://journals.lww.com/joem/Fulltext/2004/06000/Occupational_Medical_History_Taking__How_Are.9.aspx

63. Shofer S, Haus BM, Kuschner WG. Quality of Occupational History Assessments in Working Age Adults With Newly Diagnosed Asthma. Chest. 2006 Aug;130(2):455–62.

64. Landrigan PJ, Baker DB. Using occupational history to pinpoint the diagnosis. Geriatrics. 1991 Jun;46(6):61–7.

65. Walters GI, Barber CM. Barriers to identifying occupational asthma among primary healthcare professionals: A qualitative study. BMJ Open Respir Res. 2021 Aug 6;8(1).