

T.C.

ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ

ZONGULDAK SAĞLIK YÜKSEKOKULU



**III. ULUSLARARASI KATILIMLI
İŞ SAĞLIĞI VE İŞYERLERİ HEMŞİRELİĞİ
SEMPOZYUMU**

22-27 EYLÜL 2003

T.C.
ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ
ZONGULDAK SAĞLIK YÜKSEKOKULU



III. ULUSLARARASI KATILIMLI
İŞ SAĞLIĞI VE İŞYERİ HEMŞİRELİĞİ
SEMPOZYUMU

22-27 EYLÜL 2003



“Çalışma, insanların bedensel kuvvetlerini geliştirir, hayat için gerekli olanları sağlar. Çalışmaksızın fikrin ilerlemesi ve ahlakın gelişmesi mümkün değildir.”

**III. ULUSLARARASI KATILIMLI İŞ
SAĞLIĞI VE İŞYERİ
HEMŞİRELİĞİ SEMPOZYUMU**

22-27 EYLÜL 2003



**ZONGULDAK
KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK YÜKSEKOKULU**

**GİMS,
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Derneği
ve
İş Sağlığı Hemşireliği Derneği
Katkılarıyla**

Onursal Başkan

Prof. Dr. Bektaş AÇIKGÖZ
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Rektörü

Başkan

Doç. Dr. Ayşe OCAKCI
Z.K.Ü. Sağlık Yüksekokulu Müdürü

Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Seçil AKSAYAN
Doç. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU
Doç. Dr. Ayşe OCAKCI
Yrd. Doç. Dr. Nihal ESİN
Yrd. Doç. Dr. Ferruh N. AYOĞLU
Öğr. Gör. Ali Naci YILDIZ
Öğr. Gör. Ayşe BEŞER
Öğr. Gör. Zehra IRMAK
Öğr. Gör. Gülcem RAZI
Öğr. Gör. Sevil KIZGUT
Öğr. Gör. Sevda BAYHAN
Öğr. Gör. Hasan ÜNLÜ
Öğr. Gör. Serap KISAKÜREK
Öğr. Gör. Perihan ŞENEL TEKİN
Öğr. Gör. Nurten TAŞDEMİR
Öğr. Gör. Cemil YAVUZ
Öğr. Gör. Ayşe KUZU
Öğr. Gör. Zeynep ERDOĞAN
Öğr. Gör. Tülay KUZLU AYYILDIZ
Öğr. Gör. Şule ERGÖL
Öğr. Gör. Nurdan YALÇIN
Öğr. Gör. Hülya KULAKÇI
Arş. Gör. Meltem KÜRTÜNCÜ

Sempozyum Sekreteri

Öğr. Gör. Serap KISAKÜREK

Bilim Kurulu

Prof. Dr. Gamze Mocan KUZHEY
Prof. Dr. Gürhan FİŞEK
Prof. Dr. Nazmi BİLİR
Prof. Dr. Gülümser KUBİLAY
Prof. Dr. Ümit SEVİĞ
Prof. Dr. Nimet KARATAŞ
Prof. Dr. Zuhal BAHAR
Prof. Dr. Seçil AKSAYAN
Prof. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU
Prof. Dr. Ayşen BULUT
Doç. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU
Doç. Dr. Ayşe OCAKCI
Yrd. Doç. Dr. Nihal ESİN
Yrd. Doç. Dr. Alp ERGÖR
Yrd. Doç. Dr. Ferruh N. AYOĞLU
Öğr. Gör. Dr. Ali Naci YILDIZ
Öğr. Gör. Dr. Ayşe BEŞER

III. Uluslar arası Katılımlı İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu Açış Konuşması

Prof. Dr. Bektaş AÇIKGÖZ

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, 'III. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu'nun ev sahipliğini yapmaktan büyük bir onur duymaktadır. Üniversitemiz ve şahsım adına sempozyum düzenleme kurulu nu, katılımcılarını, değerli konuşmacıları ve konuklarımızı saygıyla selamlıyor ve başarılar diliyorum.

Sağlık-çalışma ilişkisi; yaşama hakkının, sağlıklı yaşama ve sağlıklı çalışma hakkına dönüştüğü, üretimde kâr elde etmenin ötesinde farklı değerlerin yerleştiği, odağında insan olan toplumsal sürecin temel olgusudur. Çalışanların hakkını korumak ve geliştirmek amacı sosyal hukuk devletinde temel ilkelerden biridir. İş sağlığı, bireyin sağlık tanımında vurgulanan biyolojik, psikolojik ve sosyal iyilik kavramlarının tümüne ulaşma ve sürdürülebilirlik için de toplumsal önceliklerden biridir. Gelişmekte olan ülkelerde iş sağlığı ve güvenliği, toplumsal kalkınmanın belirleyici unsurları arasında yer almaktadır. Tıpkı sağlık hakkı gibi çalışma hakkı ve güvenli çalışmanın sağlanması ile çalışanların sürdürülebilir bir refah seviyesine ulaşabilmeleri için, ülkelerin çözmek zorunda oldukları sorunların başında iş sağlığı konuları gelmektedir. Sağlıklı ve güvenli işyeri ortamı, verimli çalışmanın ön koşulu olup, beraberinde iş barışını ve hızlı kalkınmayı getirmektedir. İş Sağlığı ve Güvenliği; çalışanların ilgilendiren bu kavramlara verilen önem, ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle, toplumlar ve toplumu oluşturan bireylerin eğitim, kültür ve bilinç düzeyleriyle doğrudan ilintilidir.

Çalışma yaşamında iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi, çalışma ortam ve koşullarının sağlığa uygun hale getirilmesi, insan kaynaklarının değerlendirilmesi, geliştirilmesi ve güvensiz hareketlerin önlenmesi amacıyla bir plan dahilinde yapılan iş sağlığı hizmetleri, bütün sağlık hizmetleri gibi multidisipliner ve multiprofesyonel olmalıdır. Sağlık insan gücü bu yapıda çekirdek işleve sahiptir. İş sağlığı örgütlenmesi ulusal sağlık sistemi içerisinde yer almalı ve zengin bir ekip çalışması ile yürütülmelidir. İş Sağlığı Hemşireliği bu ekip içinde; iş sağlığı alanında belirleyici öneme sahip olan kayıt, izlem, sağlık eğitimi ve acil durumlar gibi konularda önemli işlevleri üstlenmektedir.

Standardizasyon süreçlerinde işletmeler; toplam kalite kavramı kapsamında, çalışanın sağlığı ve güvenliği için kullanılan yaklaşımlar üretmeye çabalamaktadır. Toplam kalite yaklaşımı özellikle işyerinde yürütülen sağlık hizmetlerinde çalışanları işyerinin olumsuz etkilerinden korumak, rahat ve güvenli bir ortamda çalışmalarını sağlamak için kullanılabilecek bir araçtır. Toplam kalite sürecinden; işyerinde iş sağlığı hizmetlerinin, ekip çalışması ve ekip içinde işyeri hemşirelerinin işlevi yönünden yararlanılmalıdır.

Günümüz dünyasında iş kazalarının ve meslek hastalıklarının ortadan kaldırılması, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin sağladığı olanakların ulusal sağlık sistemi içinde yer alan iyi organize olmuş iş sağlığı hizmetlerine yönelik olarak kullanılmasıyla mümkündür. Ülkemizde her yıl ortalama 140,000 iş kazası, 2,600 malûliyet, 1,500 ölümlü iş kazası meydana gelmektedir. Bu nedenledir ki, SSK istatistikleri iş kazaları ve meslek hastalıkları yüzünden her yıl binlerce insanımızın öldüğünü, bir o kadarının sakat kaldığını, on binlerce insanımızın işgöremez olduğunu yayınlar. Bütün bunların azaltılabilmesi için toplumda sağlık bilinci oluşturulmalı, İş Sağlığı ve Güvenliği kültürünün oluşması ve varolan kaderci anlayışın yıkılması için bütün olanaklar kullanılmalıdır.

Ülkemizde üniversiteler; iş sağlığı tarafları olan devlet, işveren ve çalışanlarla gerekli irade, bilinç ve sorumluluk ile bir araya gelerek, çağdaş sağlık anlayışına uygun iş sağlığına yönelik ortak anlayışlar ve çözüm önerileri üretilmesi için danışmanlık, araştırma geliştirme ve eğitim etkinlikleriyle sorumluluk altındadır. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi olarak bu sempozyum ile, buna katkı sağlamak üzere sizleri bir araya getirmekten mutluluk duyuyoruz.

Prof. Dr. Bektaş AÇIKGÖZ
Rektör

III. Uluslar arası Katılımlı İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu Açış Konuşması

Doç.Dr. Ayşe OCAKCI

Birincisini 1998 yılında, ikincisini 2001 yılında gerçekleştirdiğimiz sempozyumların bugün üçüncüsünde siz değerli katılımcılar ile birlikte olmaktan gururluyuz. Katkılarınız ve destekleriniz için hepinize teşekkür ediyorum. İlimize, Üniversitemize hoş geldiniz, onur verdiniz.

Yaşadığımız ilin emek yoğun olması başlangıçta bizi maden işkolu sağlığına yönlendirmişti, ancak her sempozyum sonu düşüncelerimiz değerli hocalarımızdan aldığımız güç ile gelişti ve bugün “ İş sağlığı Hemşireliği Derneği”nin kurulmasına temel oldu. Bu bizim başlangıçta pek düşünemeyeceğimiz güzel bir gelişmedir. Eksikliklerimizi hoş göreceğinizi ve bizleri bundan sonra daha da iyilerini düzenlemek üzere yürek-lendireceğinizi umuyorum.

Son yirmi yıldır çalışma yaşamında gerek çalışma ortamı, işin doğası ,global ekonomi gerekse sağlık sistemi alanında önemli değişiklikler yaşandı.Bu değişim rüzgarı sağlıkta gelecekte ki önceliklerin belirlenmesine yol açtı. Sağlıklı çalışan olma istemleri arttıkça **iş – sağlık birlikteliği** önem kazandı. Sonuç olarak, işe yönelik hastalıkların ve yaralanmaların önlenmesi, işyeri sağlığı kavramının gelişmesine neden oldu. Hemşirelerde, özellikle halk sağlığı hemşireleri çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli görevler aldılar. Bir erişkinin yaşamının yaklaşık dörtte biri işte geçmektedir; o halde çalışma ortamının insan üzerinde önemli ölçüde etkisi vardır.İş yerinde sağlanan güvenli ve sağlıklı ortam sağlık sistemini hastane ağırlıklı olmaktan çıkararak daha çok iş ortamında , evde ve kliniklerde sağlanan sisteme dönüştürecek ve burada çalışan hemşirelerinde tedavi ağırlıklı hastanelerde çalışmak yerine daha çok koruyucu ve geliştirici bakım verilen yerlerde çalışmalarına uygun ortam sağlayacaktır. Bu etkileşim sonucunda hemşireler işyerinde kullandıkları hastalık ve yaralanmaların önlenmesine yönelik bilgi ve becerilerini genel sağlık alanında da kullanabileceklerdir.

Amerikan Halk Sağlığı Hemşireleri Derneği İşyeri Hemşireliğini;” Her çalışma ortamında çalışanın sağlığını korumak için yapılan tüm hemşirelik ilkelerini uygulamak, hastalık ve kazaların önlenmesi, farkına varılması,ve tedavi edilmesinde; sağlık eğitimi ve danışmanlığı , çevre sağlığı, rehabilitasyon ve insan ilişkileri konusunda özel beceri gerektiren bir hemşirelik alanıdır ” olarak tanımlamaktadır (AAOHN, 1988).

İş yeri hemşireliği aslında, Amerika’da 1985 yılında Ada Mayo Stewart’ın Vermont şirketi tarafından işe alınması ve 1988 yılında da bir grup kömür madeni işçisinin Betty Moulder ‘i hastalanan işçilerin ve ailelerinin bakımı için çalıştırmaları ile ” endüstri hemşireliği”olarak başladı(Rogers 1994). Miss Stewart hastalanan işçilere, bisikleti ile evlerine giderek bakım vermiş, eşlerine çocuk bakımı konusunda eğitim vermiş, daha çok aile merkezli çalışmalar yapmıştır (Felton 1985). Endüstri hemşireliği hızla gelişti ve ikinci dünya savaşından sonra profesyonel hemşirelerin açtıkları kurslara katılmış 4000 hemşireye ulaştı(Brown,1981).

1960 – 1970’lerde çalışanların sağlığını korumak üzere yapılan yasal düzenlemeler ile Endüstri hemşireliği de gelişmeye başladı. Endüstriden teknolojiye geçiş ile işyeri hemşireliği önem kazandı. İşe yönelik sağlık sorunları bu gün; toplumda, evde ve iş ortamında görülen kompleks biyopsikososyal faktörlere çalışan bireyin tepkilerini de inceleyen geniş çalışma alanına yayılmıştır. Geleneksel Halk Sağlığı Hemşiresinin rolü gelişmiş ve işyeri hemşireliği bugün acil bakım, hastalık ve yaralanmalara neden olan risk faktörlerinin belirlenerek önlenmesi ve iş ortamında tedavi masraflarının azaltılması için yapılan çalışmaları da kapsamaktadır(AAOHN,1994).

İşyeri Hemşireleri, fabrikalarda ve endüstride, hastanelerde, küçük işyerlerinde, üniversitelerde ve devlet sektöründe çalışmaktalar.

Diliyorum ki, yasal düzenlemeler biran önce gerçekleşir ve Türk hemşireleri de mesleklerinin geniş çalışma alanını kullanabilirler.

Bu sempozyumun düzenlenmesinde bizlere maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen başta

- Üniversitemiz Rektörü Prof.Dr. Bektaş AÇIKGÖZ'e,
 - Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı ABD Başkanlığına,
 - Bilim Kurulu üyelerimize,
 - Genel Maden İş Sendikası'na ,
 - Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Vakfı'na,
 - Zonguldak İl Emniyet Müdürü Mustafa ÖNCÜ'ye
 - Ereğli Demir ve Çelik Fabrikaları T.A.Ş.'ne,
 - Üniversitemiz Genel Sekreterliğine,
 - Hasak Derneği Yönetim Kurulu üyelerine,
 - Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Araştırma Derneği
 - Zonguldak Karaelmas Üniversitesi İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Araştırma-Geliştirme Merkezi'ne
 - Zonguldak Ticaret ve Sanayi Odası Yönetim Kurulu'na
 - Kurtoğlu Ticaret'e,
 - Zonguldak esnaflarından Hüseyin ÖZDEMİR'e
 - Sempozyum sekreteri Öğr.Gör.Serap KISAKÜREK'e
 - Düzenleme kuruluna,
 - Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu çalışanlarına
 - Sempozyuma birikimleri ile destek veren tüm katılımcılara
- ıçtenlikle teşekkür ederim.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

-American Association of Occupational Health Nurses(1988):A comprehensive guide for establishing an occupational health service, Atlanta, AAOHN.

-Brown M (1981). Occupational Health Nursing . New York, MacMillan.

-Felton, J (1985). The genesis of American occupational health nursing, part1,Occup Health Nurs. No:33, pp: 615.

KURS PROGRAMI

Yer: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Konferans Salonu
22-23 EYLÜL 2003

Kurs 1: İşyeri Sağlık Birimi İlk Yardım Örgütlenmesi ve Sağlıkçı İşçi

Tarih : 22 Eylül 2003

Saat : 10:00

Eğitici : Dr. Ali Naci YILDIZ, Dr. Kadir ATLI

Kurs 2: İşyeri Durum Saptama Çalışması ve Risk Yönetimi

Tarih : 22 Eylül 2003

Saat : 14:00

Eğitici : Dr. Bülent PİYAL

Kurs 3: Yetişkinlerde Suni Solunum ve Kalp Masajı

Tarih : 23 Eylül 2003

Saat : 10:00

Eğitici : Dr. Ali Naci YILDIZ, Dr. Kadir ATLI

Kurs 4: İşyerinde Acil Hemşirelik Uygulamaları

Tarih : 23 Eylül 2003

Saat : 14:00

Eğitici : Yrd. Doç. Dr. Nihal ESİN

SEMPOZYUM PROGRAMI

Yer: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Konferans Salonu
24 EYLÜL 2003

08.30-12.30 Kayıt

09.00-09.30 Açılış ve Konuşmalar

09.30-10.15 **KONFERANS**

"İş Sağlığında Gelişme Süreci"

Prof. Dr. Nazmi BİLİR

ARA

10.45-11.30 **Dia Gösterisi**

Yrd.Doç. Dr. Ferruh N. AYOĞLU

11.30-12.00 **KONFERANS**

"İş Sağlığı Bugünü ve Yarını: Evrensel Eğilim"

DSÖ Horst MAYER

YEMEK ARASI

13.30-15.00 **PANEL**

"Küreselleşme ve İş Sağlığı"

Moderatör : Doç. Dr. Ayşe OCAKCI

Panelistler : Prof. Dr. Mümtaz SOYSAL

Prof. Dr. Ahmet SALTİK

Doç. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU

Dr. Bülent PİYAL

ARA

15.30-16.15 KONFERANS

"İşyeri Sağlık Birimi Çalışanlarının Sosyal Güvenlik Konuları ve Özlük Hakları"
Avukat Durmuş TUNÇ

17.30 **GÖKGÖL MAĞARASI GEZİSİ**
19.00 **KOKTEYL**

25 EYLÜL 2003

09.00-10.30 FORUM

İş Sağlığı Hemşireliği Eğitimi
Prof. Dr. Seçil AKSAYAN

ARA

10.45-12.00 PANEL

"İşyeri Hemşireliği Uygulama Örnekleri"
Moderatör: Yrd. Doç. Dr. Nihal ESİN
Panelistler: Procter and Gamble
Nilüfer ÖZTÜRK-Eczacıbaşı Baxter Serum AŞ
Canan ACU SARI- Amerikan Hastanesi

YEMEK ARASI

13.00-14.00 SÖZEL BİLDİRİLER

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Hilmi SABUNCU
"Zonguldak Devlet Hastanesi Ve Sosyal Sigortalar Kurumu Zonguldak Bölge Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Bel Ağrısının Yaygınlığı, Nedenleri Ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Arasındaki İlişki"
OCAKCI A., KUZLU AYYILDIZ T.

"İş Sağlığı Hemşiresi İle Birlikte Tam Zamanlı Çalışan Hekimlerin İş Sağlığı Hemşirelerinin Görevlerine İlişkin Beklentilerinin Saptanması"

TOKUR KESGİN, M., ÖRSAL Ö.

"Küçük ve Orta Boy İşletmelerde (KOBİ) İş Sağlığı Hizmetleri ve İş Sağlığı Hemşireliğinin Yeri"
ALBAYRAK, S.

"Temizlik İşçilerinin Sağlık Riskleri ve Önlemlere İlişkin Düşünceleri"
ŞENEL TEKİN, P., KÜRTÜNCÜ M., TEKİN M.

14.30 **GEZİ**
Ereğli Demir-Çelik Fabrikası

19.00 **AKŞAM YEMEĞİ**

26 EYLÜL 2003

09.00-10.30 PANEL

"İş Sağlığı ve Hemşireliğinde Araştırmalar"
Moderatör: Prof. Dr. Hikmet PEKCAN
Panelistler: Prof. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU
Yrd. Doç. Dr. Alp ERGÖR
Yrd. Doç. Dr. Ferruh N. AYOĞLU
Öğr. Gör. Dr. Ayşe BEŞER

ARA

10.45-11.15 KONFERANS

Gülay ASLANTEPE ILO Türkiye Temsilcisi

ARA

11.30-12.00 POSTER BİLDİRİLERİ

Oturum Başkanı: Öğr. Gör. Ali Naci YILDIZ

"İşçilere Yönelik Temel Yaşam Desteği Uygulamalı Eğitim Programının Etkinliğinin İncelenmesi"
ALTUĞ ÖZSOY, S., KIRAY VURAL, B., ÖZKAHRAMAN Ş.

"Kronik Toluen İntoksikasyonunda Periferik Sinir Sistemi Hasarı"
COŞKUN Ö., ÖTER Ş., KORKMAZ A., ARMUTCU F., AYOĞLU F.A.

"Olgu Sunumu: Metan Gazına Bağlı Ölüm"
ÇAĞATAY B., ÖMER C., KÜÇÜKER H., ASLAN Ö. O., YENİDÜNYA S.

"Erzurum İlinde Bir Grup Sağlık Personelinin Mesleki Beklenti, Sorun Ve Önerilerinin Saptanması"
TORTUMLUOĞLU G., DAŞTAN A., VEREP S.,

"Çalışan Çocukların Sağlıklarını Yükseltmedeki Davranış Biçimlerinin Saptanması"
EMLEK SERT Z., ALTUĞ ÖZSOY S.

"Temizlik İşlerinde Çalışan İşçilerde Bel Ağrısı Görülme Durumunun Ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi"
KARAHAN A., ÇITAK N., AK B., ESEN E., ALBAYRAK S.

"Zonguldak İl Merkezinde Kamu İşyerlerinde Çalışan Özürümlerin Sosyodemografik Özellikleri"
KALYON H., AYOĞLU F. N., OCAKCI A.

"Yatağan Termik Santrali Çalışanlarında 1995-1999 Yılları Arasında Görülen Sistem Hastalıklarının İncelenmesi"

ESMEK M., DEMİRCAN S., OFLASLI F., BAYBEK H.

YEMEK ARASI

13.30-14.15 PANEL

"Bir İşyeri Sağlık Birimi Ekip Hizmeti Uygulama Örneği"

Moderatör: Prof.Dr. Gülümser KUBILAY

Panelistler: Mannesman Boru Sanayi AŞ. Ekibi

Dr. Cem COŞKUN-İşyeri Hekimi

Ülkü KILDIROĞLU-İşyeri Hemşiresi

Şevket ERDOĞAN -İşyeri Sendika Temsilcisi

ARA

14.30-16.00 KONFERANS

"İşyerlerinde Sağlık-Güvenlik-Çevre Çıkmazları"

Prof. Dr. Gürhan FİŞEK

16.00

KAPANIŞ

27 EYLÜL 2003

09.00-12.30: MADEN OCAĞI GEZİSİ

12.30-17.30: AMASRA GEZİSİ

İÇİNDEKİLER

III. Uluslar arası Katılımlı İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu	
Açış Konuşması.....	5
Prof. Dr. Bektaş AÇIKGÖZ	
III. Uluslar arası Katılımlı İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu	
Açış Konuşması.....	6
Doç. Dr. Ayşe OCAKCI	
Konferans Metinleri	
İş Sağlığında Gelişme Süreci	15
Nazmi BİLİR	
İşyerlerinde Sağlık-Güvenlik-Çevre Çıkmazları.....	22
A. Gürhan FİŞEK	
İş Sağlığı Hemşiresinin Eğitimi	25
Seçil AKSAYAN	
Panelistlerin Konuşma Metinleri	
Küreselleşme ve İş Sağlığı.....	33
Mümtaz SOYSAL	
Refah Devletinde ve Sonrasında İş Sağlığı ve Güvenliği	36
Bülent PİYAL	
İş Sağlığı Hemşireliği: Felsefesi, Standartları, Roller ve Fonksiyonları	45
M. Nihal ESİN	
Eczacıbaşı/Baxter Hastane Ürünleri San. ve Tic. A.Ş. İşyeri Hemşireliği Uygulamaları	50
Nilüfer Öztürk	
VKV Amerikan Hastanesi İşyeri Hemşireliği Uygulamaları	53
Canan ACU SARI	
İş Sağlığı Hemşireliğinde Araştırma ve Önemi	56
Ayşe BEŞER	
Bir İşyeri Sağlık Birimi Ekip Hizmeti Uygulama Örneği	66
Ülkü KILDIRIOĞLU - Dr. Cem COŞKUN	
Bir İşyeri Sağlık Birimi Ekip Hizmeti Uygulama Örneği (II)	
İşyerinde Odiometrik Tarama Sonuçları.....	81
Cem COŞKUN - Yrd. Doç. Dr. Nilay ETİLER	
Mannesmann Boru End.T.A.Ş. İşyerinde Sendika ve İşçilerin	
İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğine Bakışları ve Beklentileri	85
Şevket ERDOĞAN	
Sözel Bildiriler	
Zonguldak Devlet Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu Zonguldak Bölge Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde	
Bel Ağrısının Yaygınlığı, Nedenleri ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Arasındaki İlişki.....	89
Ayşe OCAKCI - Tülay Kuzlu AYYILDIZ	
İş Sağlığı Hemşiresi ile Birlikte Tam Zamanlı Çalışan Hemşirelerin İş Sağlığı Hemşirelerinin Görevlerine İlişkin	
Beklentilerinin Saptanması.....	97
Tokur, Kesgin, M., Örsal, Ö.	
Küçük ve Orta Boy İşletmelerde (KOBİ) İş Sağlığı Hizmetleri ve İş Sağlığı Hemşireliğinin Yeri	103
Sevil ALBAYRAK	
Zonguldak İl Merkezindeki Hastanelerde Temizlik İşçilerinin Sağlık Risleri ve Önlemlere İlişkin Düşünceleri.....	108
Perihan ŞENEL TEKİN - Meltem KÜRTÜNCÜ - Mustafa TEKİN	
Poster Bildiriler	
İşçilere Yönelik Temel Yaşam Desteği Uygulamalı Eğitim Programının Etkinliğinin İncelenmesi	121
Süheyla ALTUĞ ÖZSOY - Bilgin KIRAY VURAL - Şükran ÖZKAHRAMAN	
Kronik Toluene İntoksikasyonunda Periferik Sinir Sistemi Hasarı	127
Ömer COŞKUN - Şükrü ÖTER - Ferah ARMUTCU - Ferruh N. AYOĞLU	
Olgu Sunumu: Metan Gazına Bağlı Ölüm.....	131
Çağatay BARUT - Ömer COŞKUN - Hüdaverdi KÜÇÜKER - Oğuz Aslan ÖZEN - Sibel YENİDÜNYA	
Erzurum İlinde Bir Grup Sağlık Personelinin Mesleki Beklenti, Sorun ve Önerilerinin Saptanması	134
Gülbu TORTUMLUOĞLU - Ali DAŞTAN - Sonay VEREP	
Çalışan Çocukların Sağlıklarını Yükseltmedeki Davranış Biçimlerinin Saptanması	141
Zuhal Emlek SERT - Süheyla Altuğ ÖZSOY	
Temizlik İşlerinde Çalışan İşçilerde Bel Ağrısı Görülme Durumunun ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi.....	151
Azize KARAHAHAN, Nevin ÇITAK - Bedriye AK, Elif ESEN - Sevil ALBAYRAK	
Zonguldak İl Merkezinde Kamu İşyerlerinde Çalışan Özürlülerin Sosyodemografik Özellikleri.....	159
Hakan KALYON - Ferruh N. AYOĞLU - Ayşe OCAKCI	
Yatağan Termik Santrali Çalışanlarında 1995-1999 Yılları Arasında Görülen Sistem Hastalıklarının İncelenmesi	164
Mehtap ESMEK - Sacide DEMİRCAN - Feyza OFLASLI - Hülya BAYSEK	

Konferans Metinleri

İŞ SAĞLIĞINDA GELİŞME SÜRECİ

Prof. Dr. Nazmi Bilir
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş

İş sağlığında temel ilgi, çalışma hayatı ile sağlık sorunları arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. Bu alandaki uğraşların amacı da çalışanların sağlığını korumak, mümkün olan en üst düzeyde sürdürmek ve geliştirmeye çalışmaktır. Burada “çalışanlar” ifadesi ile de, yaş, cinsiyet, ırk, din, dil, yapılan işin türü ve niteliği, çalışılan işyerinin özellikleri vs. bakımından herhangi ayırım yapılmaksızın bütün çalışanların kapsanması amaçlanmaktadır. Çalışma sırasında karşılaşılan çeşitli ortam faktörlerinin etkisi sonucu çalışanlar arasında sağlığı bozulanlar olduğunda, bu kişilerin tekrar sağlığına kavuşturulması amacı ile yapılacak çalışmalar da iş sağlığı uğraşlarının kapsamına girer. Böylelikle iş sağlığı alanında, işyerlerinde sağlığı bozucu ortam faktörlerinin saptanması ve kontrol altına alınması amacına yönelik olan teknik boyut (iş hijyeni) ile, ortaya çıkabilecek hastalıkların tanı ve tedavisi şeklindeki çalışmalara işaret eden tıbbi boyutun (iş hekimliği) birlikte ele alınması gerekmektedir. Ancak, iş sağlığı uğraşlarında öncelikli amacın “çalışanların sağlığının korunması” olduğu hatırlanmalıdır.

İş Sağlığında Zaman İçinde Gelişmeler

Bir bilim olarak iş sağlığı sanayi devriminden sonraki yıllarda ortaya çıkmıştır. Ancak sanayi devriminden uzun yıllar öncesinden beri iş sağlığı konularına ilginin olduğu bilinmektedir. İnsanlar ilk çağlardan beri çalışma yaşamının içinde olmuşlardır. İlk insanlar döneminde başlıca çalışma alanı avcılıktı. Buzul çağı insanının önemli uğraşısı yiyecek bulmak ve soğuktan korunma amacı ile kürklü hayvanları avlamaktı. Soğuk iklim koşulları nedeniyle, başlıca yiyecek maddeleri olan balık ve diğer su ürünleri ile sebzeler uzun zaman kar veya buz altında idi. Havaların biraz ısındığı zamanlarda bolca olan balıkların avlanması ve kış koşulları için de uygun şekilde saklanması gerekiyordu. Toplumsal rollerin paylaşımında avlanma erkeklerin, balık vb. yiyeceklerin kurutulması, tuzlanması ve saklamaya hazır hale getirilmesi ise kadınların işi idi. O önemlerde gücünden yararlanmak üzere en çok bilinen hayvan Ren geyikleri idi. Sonraları insanlar atları evcilleştirmeyi başardılar, takiben de avcılık konusundaki başarıları arttı. Toprağın işlenmeye başlaması ile tarım alanında çalışma belirdi.

İnsanların çalışma hayatı ile ilgili sorunları değerlendirmeye başlamaları, öteden beri tehlikeli iş olarak bilinen madencilik başlaması ile olmuştur. Madencilik çok eski çağlardan beri bilinen bir çalışma alanıdır ve her zaman tehlikeli bir iş türü olarak algılanmıştır. Ancak eski zamanlarda ağır ve tehlikeli olan işlerde esirler, köleler ve suçlular çalıştırılmaktaydı. Milattan önce 50 yıllarına ait kayıtlarda eski Mısır'daki altın madenlerin-

de savaş esirlerinin ve lanetlenmiş suçluların çalıştırıldığına ilişkin bilgiler vardır. Özellikle suçlular için bu çalışma bir tür cezalandırma anlamına geldiğinden ve hastalanan, kaza geçiren ve ölenlerin yerine başka suçlular veya esirler bulunabildiğinden, çalışanların sağlığının bozulması toplumda ilgi çekmemiştir.

Başlangıçta yüzeyel olarak yapılan madencilikte zamanla maden ocakları derinleşmiş ve madencilik "beceri gerektiren" bir iş haline gelmiştir. Eski dönemlerdeki madenlerde bugünkü anlamda güvenlik önlemleri ile havalandırma ve toz kontrolü gibi uygulamalar söz konusu olmadığı için madenciler uygun olmayan sağlıksız koşullarda çalışmışlar ve bunun sonucu olarak da çok hastalanmış ve kazaya uğramışlardır. O yıllarda madenlerin çok olduğu bölgelerde, kadınların yaşamları boyunca birkaç kez (bazılarının 6-7 kez) evlilik yapmış olmaları, erkeklerin madenlerde kaza ya da hastalık nedeniyle erken yaşta ölmelerinin sonucu olarak değerlendirilmiştir. Onbeşinci, onaltıncı ve onyedinci yüzyıllarda Avrupa'nın değişik bölgelerindeki madenlerde çalışanlar arasında çeşitli akciğer hastalıklarının sık görüldüğüne işaret eden kayıtlar vardır. Bu dönemlerin bilim adamlarından Agricola (1494-1555) ve Paracelsus (1493-1541) madencilerin bu sağlık sorunlarına işaret etmişlerdir. Madenciler arasında görülen akciğer hastalıklarına "madenci hastalığı" (miner's disease) adını veren bilginler, bu hastalıktan korunmak amacı ile tozlu ortamda çalışan madencilerin ağız ve burunlarını kapamalarını ve madenlerin içinde, galerilerde havalandırma düzenekleri yapılmasını önermişlerdir. Paracelsus'un "biz toprağı kazarak yeraltından altın, gümüş gibi kıymetli maddeleri elde etmek isteyebiliriz, ancak bunun karşılığı olarak sağlık sorunlarının olacağını önceden bilmeliyiz" şeklindeki sözleri, madende çalışmanın risklerine işaret etmektedir.

İş sağlığı ile ilgili gelişmelerde **Bernardino Ramazzini**'nin (1633-1714) çok ayrı bir yeri vardır. İş hastalıkları uzmanı olan ve İtalya'da fabrika hekimliği yapan Ramazzini uzun yıllar sonunda edindiği deneyim ve gözlemlerini bir kitap halinde yayınlamıştır. **De Morbis Artificum Diatriba** (Diseases of Workmen; Çalışanların Hastalıkları) adlı bu kitap, çalışanlar arasında görülen başlıca sağlık sorunlarının sistematik bir şekilde ele alındığı ilk yazılı eserdir. Ramazzini, bazı hastalıkların, insanların işyerinde karşılaştıkları bazı etkenlerden kaynaklandığını, yani işle ilgili olduğunu bildiği için bütün hekimlere, hastalarının mesleklerini de sormalarını öğütlemiştir. Günümüzde hastalardan öykü alınırken kişinin mesleğinin sorulması, Ramazzini'nin bu öğütüne dayalıdır. Hatta Ramazzini, hastalığın, kişinin işi ile ilişkili olabileceği düşünüldüğünde "ayrıntılı meslek öyküsü" (full occupational history) alınmasını da önermektedir. Ayrıntılı meslek öyküsü alınırken, kişinin son işinin yanısıra (varsa) eski işleri de sorulmalı çalışma sırasında (fiziksel, kimyasal vb.) hangi tür etmenlerle karşılaştığı, yakınmalarının çalışma ile ilişkisi olup olmadığı gibi bilgiler de öğrenilmelidir. Böylece Ramazzini, bir yandan hastalıklarla çalışma hayatı arasındaki ilişkilere işaret etmiş, öte yandan da bu konuda kapsamlı ve sistematik bir eseri yayınlamıştır. İş sağlığı konularına bu önemli katkılarından dolayı Ramazzini bütün dünyada iş sağlığının kurucusu olarak tanınmaktadır.

Sanayi devrimi

Onsekizinci yüzyılın ikinci yarısında buharın keşfi ile birlikte çalışma hayatında da önemli gelişmeler ve değişiklikler meydana gelmiştir. O güne kadar insan ve hayvan gücü ile çalıştırılan düzenekler, buhar gücü ile çalışan makinelerin yapılması sonucu fabrikalar şekline dönüşmüş, makinelerin kullanıma girmesi ile önemli üretim artışları meydana gelmiştir. Fabrikaların kurulmasını izleyen yıllarda (o güne kadar tarımla uğraşan) çok sayıda kişi çalışmak üzere fabrikalara gitmeye başlamış, böylece fabrikaların çevresinde nüfus yoğunluğu artmış ve yeni yerleşim alanları belirmeye başlamıştır. Sonuç olarak, köylerden yeni kurulan yerleşim alanlarına doğru göç olgusu yaşanmıştır. Fabrikalarda çalışmak üzere başlangıçta sadece erkeklerin köyden kente göç etmesi, ailelerin parçalanması sorununu gündeme getirmiştir. Çalışmaya giden erkekler daha çok gelir elde etmek için çok uzun süreler çalışmaya yönelmiştir. Fabrikaların çevresinde beliren yeni yerleşim alanlarında su ve tuvalet gibi temel hijyenik olanaklardan yoksun, sağlıksız koşullarda yaşayan işçiler arasında, yeterli beslenememe ve aşırı yorgunluğun da eklenmesi sonucunda salgın hastalıklar görülmeye başlamıştır. O yıllarda, çalışanlar arasında tifüs salgınları gözlemlendiğine ilişkin kayıtlar vardır. Ailelerin parçalanması sonucunda fahişelik artmış, bu da cinsel yolla bulaşan hastalıklar sorununu gündeme getirmiştir.

Yine aynı dönemde çalışma hayatı ile ilgili olarak iş kazalarında da büyük artışlar gözlenmiştir. Zira bir yandan makinaya ve fabrika çalışmasına yabancı olan, diğer taraftan eğitimsiz ve yorgun olan işçiler daha çok kazaya uğramışlardır. Sonraki yıllarda ucuz işgücü olması bakımından kadınlar ve çocukların da çalışma hayatına girmesi, özellikle çocukların sağlıklarının bozulması ile sonuçlanmıştır. Buharın keşfini izleyen dönemde makinaların ve fabrikaların gelişmesi sonucu toplumlarda meydana gelen sosyal, demografik ve sağlık olaylarının tümüne **sanayi devrimi** adı verilmektedir.

Bu dönemlerde özellikle Fransa ve İngiltere'de olmak üzere bir takım aydın fikirli ve ileri görüşlü fikir adamlarının müdahalesi ile çalışma hayatına ilişkin bazı düzenlemeler ve düzeltmeler yapılmıştır. Bu ileri görüşlü kişiler arasında, Fransa'da 1789 yılındaki Fransız Devriminin de öncülerinden olan Voltaire, J. J. Rousseau, İngiltere'de de Robert Owen, Michael Sadler, Anthony Ashley Cooper, Charles Turner Thackrah, Thomas Percival gibi aydın kişiler ve hekimler sayılabilir. Bu kişilerin çabaları sonucunda İngiltere'de 1802 yılında çalışma hayatına ilişkin ilk yasal düzenleme yapılmıştır (Health and Morals of Apprentices Act). Çocukların çalışmalarını düzenleyen bu yasada günlük çalışma süresinin 12 saat ile sınırlandırılması ve ücret konuları yer almakta idi. Sonraki yıllarda örneğin 1833 yılında çıkarılan bir başka yasa ile çocukların çalışmaya başlamadan önce bir hekim muayenesinden geçirilmesi, fizik yapı itibarıyla 10 yaşını doldurmuş olduğu ve çalışması na herhangi engel olmadığı konularının hekim tarafından değerlendirilmesi koşulları gündeme gelmiştir. Aynı yıllarda işyerlerinin de sağlığa uygun olması, işyeri ortamında bulunan risklerin kontrol altına alınması gerektiği görüşü ile işyerlerinin denetlenmesi konusunda bir başka yasa çıkarılmış ve yasa hükümlerinin uygulanmasını denetlemek üzere de ilk kez denetim örgütü kurulmuştur. Başlangıçta İngiltere'de meydana gelen bu gelişmelerin, izleyen yıllarda diğer Avrupa ülkelerinde ve Kuzey Amerika'da da olduğu gözlenmektedir. Günümüzde ise gerek sanayileşmiş gerekse sanayileşmekte olan ülkelerde çalışma hayatındaki risklerin saptanması ve önlenmesi, çalışanların hastalık ve kazalardan korunması bakımından çeşitli hukuksal düzenlemeler yapılmaktadır.

Günümüzde durum

Günümüzde çalışma hayatı ile ilgili düzenlemeler genellikle uluslararası işbirliği ile yapılmaktadır. Uluslararası düzenlemelerin sağlanmasında 1919 yılında kurulmuş olan Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO; International Labor Organization)'un önemli yeri vardır. Uluslararası Çalışma Örgütü üye ülkelerin yararlanması amacı ile "Tavsiye Kararı" (Recommendation) ve "Sözleşme" (Convention) hazırlar ve yayınlar. Bugüne kadar çeşitli konularda 200 kadar Tavsiye ve bir o kadar da Sözleşme yayınlanmıştır. ILO'nun ilk yılında yayınladığı tavsiye ve sözleşmeler çocuk ve kadınların çalışma hayatında korunmalarına yönelik düzenlemelerdir. Türkiye bugüne kadar yayınlanmış olan tavsiye ve sözleşmelerden 40 kadarını imzalayarak kabul etmiştir.

Uluslararası düzenlemelerde üzerinde durulan önemli konulardan birisi de iş sağlığının kapsamı konusundaki anlayışın değişmesi olmuştur. Geleneksel olarak, başlıca sanayi ve ticaretten sayılan işler ve bu işlerde çalışanların sağlık sorunları iş sağlığının ilgisi olarak kabul edilmiştir. Ancak çağdaş yaklaşımda iş sağlığı anlayışı, işyerinin niteliği ve büyüklüğü, yapılan işin türü ve çalışanların özellikleri dikkate alınmaksızın "bütün çalışanlar"ın iş sağlığı uğraşılarının kapsamı içinde olması gerektiği şeklindedir. Aslında iş sağlığı konusundaki çağdaş anlayışı temelleri 1789 yılındaki **Virginia İnsan Hakları Bildirgesi**'nde yer almaktadır. Bu bildirgede yer alan;

- ***iş sağlığı her işte çalışanların sağlığı ile ilgilidir***
- ***iş ile çalışanın sağlığı arasında doğrudan bağlantılar vardır***
- ***işçinin sağlığı ile ailesinin sağlığı arasında bağlantılar vardır***

şeklindeki ifadeler, iş sağlığında çağdaş anlayışın yerleşmesi bakımından belirleyici ve yönlendirici olmuştur.

İş sağlığı alanı sonuçta bir grup insanın sağlık sorunlarının önlenmesi ve korunamayanların tekrar sağlığına kavuşturulması çabaları olduğuna göre hekimler ve hekim örgütleri de konunun tarafı durumundadır. Bu alandaki ilk saptamalar ve yönlendirmeler Bernardino Ramazzini tarafından yapılmıştır. Dünya Tabipleri Birliği de 1993 yılındaki bir raporunda şu ilkelere yer vermiştir:

- sağlık üretkenliği etkilediği için, herkes sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda çaba göstermelidir,
- çalışanlar en üst düzeyde korunma olanaklarından yararlandırılmalıdır,
- hekimler işten kaynaklanan hastalık ve yaralanmaların önlenmesi konusundaki etkinliklerde yer almalıdır,
- yukarıdaki amaçları gerçekleştirmek bakımından işçi-işveren ve hükümet temsilcilerinin hekimler ve hekim örgütleri ile görüşmeler yapmasının büyük önemi vardır.

Türkiye'deki gelişmeler

Dünyada iş sağlığı ile ilgili önemli gelişmelerin ve sanayileşme sürecinin yaşandığı 18. ve 19. yüzyıllarda Osmanlı Devleti bu gelişmelerden uzak kalmış, sanayileşme ülkemize oldukça geç olarak gelmiştir. Bu nedenle çalışma hayatına bağlı sorunlar ve bu paralelde çalışma yaşamı ile ilgili kurumların oluşması da ülkemizde oldukça yakın dönemlerde olmuştur. Örneğin pek çok Avrupa ülkesinde çalışma hayatına ilişkin hukuksal düzenlemeler yaklaşık 200 yıllık bir geçmişe sahipken, ülkemizde İş Kanunu ilk kez 1936 yılında yürürlüğe girmiştir. Benzeri şekilde sendika kuruluşları da ancak 50 yıllık bir geçmişe sahiptir. Oysa çoğu Avrupa ülkesinde sendikal örgütlenmeler 100-150 yıl öncesine dayanmaktadır.

Bununla birlikte ülkemizde de özellikle Cumhuriyet döneminde çalışma hayatına ilişkin önemli gelişmeler kaydedilmiş, bu alanda diğer ülkelerin deneyimlerinden de yararlanma yoluna gidilmiştir. Ülkede henüz çalışma hayatına ilişkin bir düzenlemenin olmadığı Cumhuriyet'in ilk yıllarında çıkarılan (Medeni Kanun, Borçlar Kanunu, Belediyeler Kanunu, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu vb.) bazı temel yasalar içinde çalışma hayatını düzenleyen maddelere de yer verilmiş olduğu görülmektedir. Ülkede bir yandan sanayileşme hareketi gelişirken bir yandan da bu alanda yasal düzenlemelerin yapılması yoluna gidilmiş, üniversitelerde konu ile ilgili insan gücü yetiştirilmeye başlanmıştır.

Anadolu topraklarında da çalışma hayatı toprağın işlenmesi şeklinde başlamıştır. Sonraları ticaret ve (Gümüşhane, Ergani vb. bölgelerde) madencilik görülmektedir. Osmanlılar döneminde var olan tarım ve madencilik alanlarındaki çalışmalara el sanatları eklenmiştir. Ayrıca askeri ihtiyaçların karşılanması amacıyla yönelik olarak tophane, baruthane, fişekhane gibi iş alanları ve işyerleri açılmıştır. Yine Osmanlı döneminde 1829 yılında Karadeniz Ereğli'sinde kömür madeninin bulunmasından sonra bölgede çok sayıda kömür ocakları açılmış ve kömür madenciliği başlamıştır. Ereğli kömür havzasındaki madenlerde çalışma koşullarını düzenlemek amacı ile 1867 yılında Dilaver Paşa Nizamnamesi, arkasından da 1869 yılında Maaddin Nizamnamesi çıkarılmıştır. Her iki düzenlemede de işçilerin yatma yerleri, günlük çalışma süresi, kazaların önlenmesine yönelik önlemler, ücretler gibi konular yer almıştır.

Yirminci yüzyılın başlarında Türkiye'de 1000'den fazla çalışanın olduğu işletme sayısı çok azdı. Bunlar içinde 14000 dolayında çalışan ile Tütün işletmeleri ve 5000'in üzerinde çalışan ile Ereğli Kömür İşletmeleri ilk sıralarda gelmekteydi (Tablo 1). Bu işletmeler arasında sanayi alanındaki işletmeler olarak da üç maden ve bir tane fabrika sayılabilir. Türkiye'de 1915 yılında yapılan sanayi sayımında ise sanayi kuruluşlarının bulunduğu başlıca iller olan İstanbul, İzmir, İzmit, Manisa, Bursa, Uşak illerinde küçük işletmeler dışında 300 dolayında işyeri ve bu işletmelerde çalışan sayısının da 15000 dolayında olduğu görülmektedir (Tablo 2 ve 3). İşyerleri içinde gıda ve dokuma işkolu en fazla sayıya sahiptir.

Tablo 1. Türkiye’de Çalışan Sayısı Binden Fazla Olan Kuruluşlar (1911)

Kuruluş	Kuruluş Tarihi	Personel Sayısı
Aydın Demiryolları	1856	1607
İzmir-Kasaba ve temdidi demir	1863	1983
Osmanlı Bankası	1863	1216
Şark Demiryolları	1868	3758
Tütün Rejisi	1883	13 969
Anadolu Demiryolları	1888	2850
Ziraat Bankası	1888	1022
Ereğli Kömür İşletmesi	1892	5185
Balya-Karaaydın Madeni	1892	1018
Hicaz Demiryolu	1903	1628
Seyrisefain İdaresi	1910	1200
İmalati Hayriye Fabrikaları	-	2733
Yorgi ve Rumbaki Kömür Şirketi	-	1488

Tablo 2. Türkiye’de Başlıca Sanayi Kuruluşları (İstanbul, İzmir, İzmit, Manisa, Bursa, 1915)

İş Kolu	Kuruluşlar	
	Sayı	Yüzde
Gıda	78	28.6
Dokuma	78	28.6
Kırtasiye	55	19.4
Ağaç	24	9.0
Toprak	21	6.4
Deri	13	4.5
Kimya	13	4.5
Toplam	282	100.0

Tablo 3. Türkiye’de Çalışanların Başlıca Faaliyet Kollarına Dağılımı (1915)

İktisadi Faaliyet Kolu	Memur	İşçi	Toplam
Dokuma	103	6660	6763
Gıda	265	3651	3916
Deri İşlemi	47	1223	1270
Kağıt, Matbaa	94	1173	1267
Ağaç	21	356	377
Toprak ürünleri	34	306	336
Kimya	15	116	131
Toplam	579	13 485	14 064

ilkelerinde, özellikle de İngiltere'de 18. yüzyılın başlarında sendikal örgütlenmenin temelleri sayı-
 1 ç i kuruluşları görülmesine karşın Türkiye'de işçi sendikalarının kurulması oldukça yakın tarihlerde
 2 bununla birlikte eski yıllarda Anadolu'da el sanatları (zanaat) ve ticaretin yaygın olduğu dönemler-
 3 ekinde örgütlenmeler olduğu bilinmektedir. Ahiliğin daha çok sosyaliçerikli olduğu anlaşılmaktadır.
 4 a seyahatnamesinde ahilikle ilgili olarak şunları yazmıştır:

r biladurumda sakin Türkmen akvamının her vilayet ve belde
 esinde mevcuttur, beldeye bir misafir gelirse zaviyelerinde mihman
 er, bir kişi gelmediği halde taam için toplanıp yemek yerler, teganni
 ıksederler, sabahleyin icrai san'ata giderek kazandıklarını reise getirirler".

ik daha çok geleneklere ve "teamüllere" dayalı bir işleyişe sahip olduğu için çalışma hayatına ilişkin
 1 bir mevzuat oluşmamıştır. Osmanlı döneminde İkinci Meşrutiyet zamanında işçi örgütlenmeleri ve
 2 onuları gündeme gelmişse de II. Abdülhamit döneminde özgürlükler kısıtlandığı için sendikal hareket
 3 imemiştir. Tekstil, gıda ve kağıt işkolları işçileri bir araya gelerek 1871 yılında "Ameleperver Cemiyet-
 4 ırmuşlar, 1895 yılında da Tophane işçileri olumsuz çalışma koşullarının düzeltilmesini sağlamak üze-
 5 r Osmanlı Amele Yardımlaşma Cemiyeti"ni oluşturmuşlardır.

BMM'nin açılışından sonraki dönemde yapılan bir sayımda ülkedeki işyeri sayısı 30000, işçi sayısı da
 00 dolayında bulunmuştur. Hakim olan işkolunun ise, hem işyeri hem de çalışan sayısı bakımından ele
 1 diğinde dokumacılık olduğu görülmektedir (Tablo 4). Zonguldak ve Ereğli Kömür Havzası ile ilgili olarak
 2 1 yılında çıkarılmış olan kanunda (günlük çalışma süresinin 8 saatten fazla olamayacağı, madenlerde
 3 yaşından küçüklerin çalıştırılmayacağı, hastalanan ve kaza geçiren işçilerin işveren tarafından tedavi
 4 irileceği gibi) iş sağlığı bakımından önemli düzenlemelerin yer aldığı görülmektedir. Cumhuriyetin ilanın-
 5 n sonra Anayasa ve diğer yasalarda çalışma hayatına yön veren hükümler bulunmaktadır. Halen yürür-
 6 kteki 1982 yılında kabul edilmiş olan Anayasa'da çalışma yaşamına ilişkin olarak "zorla çalıştırma yasağı,
 7 alışma hakkı, çalışma hayatında risk grupları, sendika hakkı, sağlıklı ve dengeli çevrede yaşama hakkı" gi-
 8 mi maddeler yer almaktadır.

Tablo 4. Türkiye'de Sanayi İşyerlerinde Çalışanlar (1922)

İktisadi Faaliyet Kolu	İşyeri Sayısı	İşçi Sayısı	İşyeri Başına Ortalama İşçi sayısı
Dokuma	20 057	35 316	1.76
Deri İşleri	5 347	17 964	3.35
Metalurji	3 272	8 021	4.24
Ağaç	2 067	6 007	2.91
Gıda	1 274	4 491	3.52
Çömlek	704	3 612	1.93
TOPLAM	32 721	75 411	2.30

Türkiye’de çalışanların sendika kurma hakkı 1924 tarihli ilk anayasada yer almakla birlikte 1938 tarihinde çıkarılmış olan Cemiyetler Yasası sendika kurmayı engellediği için, sendika kurulması bu yasağın 1946 yılında kaldırılmasından sonra 1947 yılında Sendikalar Kanunu’nun çıkarılması ile mümkün olmuştur. Bununla birlikte, grev hakkı ile donatılmış toplu pazarlık hakkı ancak 1961 yılında kabul edilmiş olan Anayasa ile tanınmıştır.

İş Kanunu ile ilgili görüşmeler Cumhuriyet’in kurulmasından hemen sonra başlamış, bu konuda 1925, 1927 ve 1929 yıllarında yasa teklifleri gündeme getirilmiş, ancak ilk İş Kanunu 1936 yılında (Kanun No. 3008) kabul edilmiştir (yürürlüğe girişi 15 Haziran 1937). Zaman içinde bu yasa güncelliğini kaybedince 1967 yılında yeni bir İş Kanunu TBMM tarafından kabul edilmiş, ancak Anayasa Mahkemesi bu yasayı usul yönünden iptal etmiş, aynı kanun 1971 yılında bazı değişiklikler yapılarak 1475 sayılı İş Kanunu olarak yeniden çıkarılmıştır. İş Kanunu üçüncü kez de 22.05.2003 tarihinde (Kanun No. 4857) çıkarılmıştır. Bu kanunda da çalışma hayatı, özellikle de iş sağlığı bakımından önemli değişiklikler bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Türkiye’de İş Sağlığı Konusuna Tarihsel Bakış, N. Bilir, A. N. Yıldız; Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını, ISBN 975 946 18-4-6, Ağustos 1998.
2. İş Hekimliği Ders Notları, TTB Yayını, Ankara, 1983.
3. Encyclopedia of Occupational Health and Safety, Fourth Edition, ILO, 1997.
4. Elli Yılda Çalışma Hayatımız, T.C. Çalışma Bakanlığı Yayını, Ankara, 1973.
5. Türkiye İşçi Sınıfı Mücadeleleri Tarihi, Tüm İktisatçılar Birliği Yayını, Ankara, 1976.
6. Hunter’s Diseases of Occupations, ed. P.A.B. Raffle, W.R. Lee, R. I. Mc. Callum, Murray, Hodder, Stoughton, 1987.
7. Occupational Health, B.S. Levy, D.H. Wegman, Little Brown&Co., 1995.

İşyerlerinde Sağlık-Güvenlik-Çevre Çıkmazları

Prof. Dr. A. Gürhan Fişek

Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Genel Yönetmeni
Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Öğretim Üyesi

SEÇ ÇIKMAZLARI

1) *Sağlık-güvenlik-çevre (SEÇ) çıkmazlarının başında, “inanmak” ve “niyet etmek” eksikliği gelmektedir.*

2) *Diğer insan etmenleri*

3) *Bu inancın ve niyetin bilim-teknikğin olanaklarıyla tamamlanması gerekir.*

4) *Ekonomi*

4.1. *Bunu ekonomik olanaksızlar ve rekabette eşitsizlik izler.*

4.2. *İşsizliğin yaygınlığı SEÇ çıkmazları içinde geniş bir yer tutar.*

4.3 *Yürütülmesi gereken işin, yürütülememesinin maliyeti SEÇ önlemlerinden caydırıcı olabilir.*

5) *Kayıt, istatistik, araştırma çalışmalarında (risk analizi) yetersizlikler ve kararsız uygulamalar*

6) *Yetersiz bir örgütlenme ve danışmanlık-eğitim-planlama.*

6.1. *Eşik sınır değerlere ve çevresel ölçümlere özen gösterilmemesi*

6.2 *Biyolojik ölçümler ve periyodik muayenelerin izlenmemesi*

6.3 *Önlemlerin uygulanmaması*

Sağlık-güvenlik-çevre (SEÇ) çıkmazlarının başında, çözümlere ve başarıya olan inançsızlık yatmaktadır. Sorunları “kaderin bir oyunu”, “şanssızlık”, “boyun eğilmesi gereken bir kötülük” olarak görenler, alınacak önlemlerle sağlıklı, güvenli ve temiz bir çevre yaratılabileceğine de inanmamaktadırlar. Bu hareketsizliği, hareketsizlik örgütsüzlüğü ve sistemsizliği getirmektedir. Böylece, önlem almaya niyeti olmayan, SEÇ’i seçmeyen geniş bir çalışan-çalıştıran topluluğu ortaya çıkmaktadır. SEÇ çıkmazından kurtulmanın ilk adımı, bunu tersine çevirebilmekten geçmektedir.

Bu saydığımız inançsızlık ve niyet yoksunluğu gibi insan etmenlerine ek olarak kurallara uymak, aklına eseni yapmamak, kayıt tutmak ve hesap vermek gibi sıkıntılara katlanmak istemeyen insanlar da SEÇ’te başarıyı engellemektedir. İnsan ile robot arasında farklar vardır; ama robotların kurallara uyduğunu, üretim tehlikeleri ile insan yerine karşı karşıya geldiği düşünülürse, emek yoğun çalışmanın SEÇ çıkmazlarını arttırdığı da bir gerçektir.

O halde yapılması gereken bilimsel ve teknolojik gelişmenin olanakları ile istihdamın optimum bir noktada bulunmasının sağlanmasıdır. Optimum nokta da aslında başlı başına bir çıkmazdır. Bilimsel ve teknolojik gelişmenin sınırlarının ve istihdam zorunlulukları ile SEÇ’in sınırlanması gerektirmektedir. Bunun yanında, üretim alanına sokulan her bilimsel ve teknik gelişmenin, insan üzerinde ölçülemediği, görülemediği yan etkilerinin bulunması da söz konusudur. Bu zamanla, araştırma ve gözlemlerle ortaya çıkabilmektedir. Bu da SEÇ’te başarıyı kısıtlayabilmektedir.

SEÇ'in önemli çıkmazlarından biri ekonomiye ilişkin olanlardır. Alınacak önlemlerin (hele hele sıfır kaza hedefine yaklaştıkça artan) maliyeti, tüm tehlikelerin önlenmesi girişimlerini ve başarıyı sınırlamaktadır. Ayrıca, aynı sektörde çalışan aynı ürünleri çıkaran firmaların farklı SEÇ politikalarına bağlı maliyet farklarının da, rekabet eşitsizliği yaratacağı unutulmamalıdır. Rekabet eşitsizliği, piyasa ekonomisinde kabul edilebilir ve sürdürülebilir bir olgu değildir. Küreselleşen ve kızışan bir pazarda, SEÇ politika ve uygulamalarındaki farklılıklar, çıkmaz oluşmasında etkili olmaktadır.

Genç nüfusun çoğalması, yaşam süresinin uzaması, pazarların bütünleşmesine karşın bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler vb., işsizliğin artmasına neden olmuştur. Yedekte bekleyen bu işsizler ordusu, SEÇ önlemlerinin alınmasını güçleştirmekte, işsizleri ve işsizlik korkusunu kullanarak daha ucuza maletme iştahını kabartmaktadır. Dolayısıyla işsizlik SEÇ çıkmazlarının daha da derinleşmesinde etkili olan olgulardan biridir.

Üretim hedeflerinden önce insanların sağlığının korunması gerektiği doğrudur. Ancak, SEÇ uğruna, yürütülmesi gerektiği halde yürütülemeyen bir üretim sürecinin doğurduğu maliyet, işletmenin kaldıramayacağı boyutlara ulaşarak, caydırıcı etki yapar. Bu da SEÇ çıkmazlarının önemlilerindendir.

Bilinçli, programlı ve bütünlük gösteren çalışmalar ve bunların kararlı uygulamalara dönüştürülmesi çok önemlidir. Yoksa kişilerle ve koşullarla değişen kararsız uygulamalar SEÇ çıkmazını derinleştirir ve yanlışların kemikleşmesine neden olur. Kararlı uygulamanın ilk adımı risk değerlendirmesinin yapılmasıdır. İşin ve işyerinin insan üzerindeki olası olumsuz etkilerinin ortaya konulması, bunların izlenmesi, sonuçlarının kaydedilmesi ve geri-beslemenin sağlanması SEÇ çıkmazını aşabilmek için gereklidir.

Kararlı ve başarılı bir uygulama ancak iyi bir örgütlenme ile sağlanabilir. Risk analizi ile elde edilen "bilinçli ve bütünlük gösteren program"ların, uygulanabilmesi için şunlar gerekir: Örgüt planının oluşturulması, eşgüdümün iç yönerge ile düzenlenmesi, iç-denetim için işbölümü, iletişim ve hesap verme düzeninin kurulması gerekir. Aynı amaç için çalışan farklı birimler arasında eşgüdümün sağlanması, olabiliyorsa bunların tek bir lider çevresinde örgütlenmesi yararlıdır. Takım liderliğinin, farklı disiplinleri kapsayacak biçimde dönüşümlü (troyka yönetimiyle birlikte) yürütülmesi başarıyı arttıracak; kişisel – mesleki çekişmelerin yaratacağı çıkmazları da ortadan kaldıracaktır.

"Bugün üretim alanında insan için ne yaptın?" sorusunun yanıtını her gün yeniden düşünmek belki de SEÇ çıkmazlarından kurtulmanın en etkili yoludur. Yalnızca ormanı gören bir üretim politikasının yerine, ağaçları da tek tek gören, seven ve gözetten bir politika, onlar için elinden gelenin en iyisini de ortaya koymaya niyetli demektir.

Herkes iyi niyetli, herkes çalışkan ve herkes bilgili olsa bile, işyerinde sağlık güvenlik çevre konusunda çıkmazlarla karşılaşılacaktır.

"Sıfır risk", "sıfır kaza" kim istemez ki?! Herkes iyi niyetli, herkes çalışkan ve herkes bilgili olsa bile, bunu yakalamak hemen hemen olanaksız. Ama bu hedefe doğru koşmayı, uğraş vermeyi engellememeli.

Çıkmazları gördükçe aşmaya çalışacağız; aştıkça karşımıza yeni engeller çıkacak ve bu kez onları aşmak için çaba göstereceğiz.

Bu konudaki en temel çıkmaz, işyerlerinin "sağlık-güvenlik-çevre destek hizmet sistemi" eksikliğidir. Her işyerinin sağlık ve güvenlik konularında, bilinçli ve teknik araç-gereçle donanmış destek hizmetlerine gereksinimi vardır. Bunu yasalarımız da öngörmektedir; bilimin ulaştığı birikim de bunu gerekli saymaktadır.

Koruyucu sağlık yaklaşımını öne çıkaran "sağlık-güvenlik-çevre" (SEÇ) konusunda, işyerlerine sunulacak teknik destek programı, işçiler henüz sağlık sorunlarını hissetmeye başlamadan önce "mesleki etkilenmeyi" saptanabilir ve önlem alma olanağı yakalanabilir.

"Mesleki etkilenme" belirtilerinin ortaya çıkmadığı "erken dönem"de teknik destek programı çok önemlidir. Bunun başlıca üç aracı vardır:

1. Çevresel ölçümler ve eşik sınır değerler
2. Biyolojik ölçümler
3. Periyodik sağlık kontrolleri.

Çevresel ölçümler için belirlenmiş yöntemler ve sonuçlarının değerlendirilebilmesi için de uluslararası standartlar vardır. Sözgelimi, tehlikeli ve zararlı maddelerin insan vücudu için zararlı olmaya başladığı hava konsantrasyonlarını gösteren “eşik sınır değerler” (örneğin TLV, MAK, TWA vb) listeler halinde yayınlanmaktadır. Bizim mevzuatımızda da “Parlayıcı Patlayıcı Tehlikeli ve Zararlı Maddelerle Çalışılan İşyerleri ve İşler Hakkında Tüzük”e ekli olarak kabul edilmiştir. Ancak bu listelerin bilimsel ve teknik gelişmelerin ışığında sürekli güncellenmesi ve izlenmesi gereklidir.

Ülkemizde bu alanda bir çıkmaz vardır. Yukarıda belirttiğimiz Tüzük 1974 yılında yürürlüğe girmiş; o tarihten beri ekli listedeki sınır değerler hiç değiştirilmemiştir. Buna karşın, aradan geçen yaklaşık 20 yıl içerisinde, bir çok ülkede bir çok kez değiştirilmiş ve bizdeki değerlerin artık insan sağlığını korumadığı benimsenmiştir.

Diğer bir deyimle, bugün, bir işveren, bizim mevzuatımızdaki sınır değerlere güvenerek işyerindeki tehlikeli-zararlı madde düzeyini kontrol etse, kanuna aykırı bir uygulama yapmış olmayacak; ama yine de işçileri meslek hastalıklarına tutulacak.

Çevresel ölçümlerle ilgili çıkmaz bununla da bitmemektedir. Sözü edilen sınır değer listeleri insanlar için bir tehlike oluşturmamaktadır. Çünkü zaten ölçülmemektedir. Ülkemizde, işyerlerine kadar uzanan “sağlık-güvenlik-çevre destek hizmeti” yaygınlık kazanmamıştır. İşyerinde hava değerlerini düzenli izleyen sürekli ölçüm (monitoring) sistemleri de çok az işyerinde vardır.

Bir başka çıkmaz, biyolojik ölçümlerin süreklilik kazanmamış olmasıdır. Tüzüklerimiz, işçilerin periyodik sağlık kontrollerinde ve gerekli görüldüğünde, mesleki etkilenmelerin kanıtlanabilmesi için kişi düzeyinde ölçümler yapılmasını zorunlu görmektedir. Sözgelimi, çalışmaları sırasında bir ağır metal olan kurşundan etkilenen işçilerin üç ayda bir kan kurşun düzeylerinin ölçülmesi gerekmektedir. Bunu diğer ağır metaller, çözücüler ve gazlarla çalışanlar için de ayrı ayrı söyleyebiliriz. Öte yandan gürültülü işlerde çalışanlar için, işitme testleri (odyografi); tozlu-dumanlı işlerde çalışanlar için 6 ayda bir 35x35 boyutlu akciğer filmlerinin çekilmesi zorunludur. Maske kullanması gereken işçilerin akciğer fonksiyonlarının değerlendirilmesi de, başarı için zorunludur.

Biyolojik ölçümler ve diğer tıbbi incelemeler ile ilgili çıkmaz burada bitmemektedir. Sözü edilen ölçümlere anlam kazandıracak olan sağlık muayeneleridir. Ülkemizde işyerlerinin büyük bir bölümünde işyeri hekimliği hizmetlerinin koruyucu hekimlik ağırlıklı yürümediği; işyerlerinin %95’den fazlasını oluşturan küçük işyerlerinde ise periyodik muayenelerin hemen hemen hiç yapılmadığını düşünürsek, tüm bu incelemeler temelsiz kalır.

Gerek çevresel ve gerekse biyolojik ölçümler, mutlaka bir hekim tarafından yapılan periyodik sağlık kontrolünün uzantısı olarak yaptırılmalıdır. Çünkü tüm bu incelemeler, bir yönüyle bir belge ve bir yönüyle de hekimin değerlendirmesini tam yapabilmesi için bir kılavuzdur. Periyodik muayene olmadan yani yorumlanmadan anlam kazanmazlar. Demekki, muayenelerin olmayışı, eğer düzenli yapılmış bile olsalardı biyolojik ölçümlerin ve diğer tıbbi incelemelerin sonuçlarının boşa kalmasına yol açacaktı. İşte bu da ülkemizde SEÇ çıkmazlarından biridir.

SEÇ çıkmazları bunlarla bitmiyor. Bu çıkmazları aşmak için çok çalışmak gerek çok.

İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN EĞİTİMİ

Seçil Aksayan, Prof.Dr.
Kocaeli Üniversitesi
Kocaeli Sağlık Yüksekokulu

İş sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesinde yeterli eğitim almış hemşirelerin rolü büyüktür. Gelişmiş ülkelerde iş sağlığı hemşireliği bilimsel, teknolojik ve toplumsal gelişmelerden etkilenecek büyük bir değişim içine girmiş, işçi sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde hemşirelerin rolü ve yeri kabul edilmiştir. İş sağlığı hemşirelerinin etkinlikleri sonucunda işe devamsızlıkların azaldığı, koruyucu kullanan ve danışmanlık hizmeti alan işçilerin artış gösterdiği yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Yeterli eğitim alan hemşire çalışma alanlarında sorunları yerinde saptayabilecek, plan yapacak, amaç belirleyecek, çeşitli girişimlerde bulunacak ve sonucu değerlendirebilecektir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1988 yılında yayımladığı teknik raporda iş sağlığında çalışacak hemşirenin eğitimi ile ilgili olarak, tüm hemşirelik personelinin mezuniyet öncesindeki genel hemşirelik eğitiminin iş sağlığı hemşireliğine ilişkin temel eğitimi; mezuniyet sonrası halk sağlığı hemşireliği eğitim programlarının ise iş sağlığı ve hemşireliği konularını içermesi önerilmiştir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 'nın 1995 de "İş Sağlığı Hizmetleri" ile ilgili önerilerinde de, iş sağlığı alanında çalışacak diğer personel ile birlikte hemşirenin de konuya özel bir eğitim alması gerekliliği vurgulanmıştır.

Uluslararası İş Sağlığı Komisyonu (ICOH) ve onun alt birimi olan İş Sağlığı Hemşireliği Bilimsel Komitesi (SCOHN) nin hazırladığı 9. raporda, çeşitli ülkelerde 1990 yılında iş sağlığı alanında çalışmakta olan hemşirelerin profili ile birlikte, mezuniyet öncesi ve sonrası iş sağlığı ve hemşireliğine ilişkin eğitimlerinin belirlenmesi amaçlı araştırmanın sonuçları ve öneriler yer almaktadır. Tablo 1'de, araştırma kapsamındaki 50 ülkeden yanıt alınan 37 ülke içerisindeki genel hemşirelik eğitimlerinde iş sağlığı hemşireliği eğitimlerinin yer aldığını belirten 14 ülkeden, konuyla ilgili soruyu yanıtlayan 10'unda bu konudaki mezuniyet öncesi eğitim süreleri ve Tablo 2'de ise, 14 ülkedeki mezuniyet sonrası eğitimlerin süreleri görülmektedir.

Çalışmaya katılan ülkelerin bazılarında örneğin Finlandiya'da, iş sağlığı hemşireleri için temel zorunluluk genel hemşirelik eğitimi içeren toplum sağlığı hemşireliği iken, bazı ülkelerde genel hemşirelik eğitimi kapsamındadır. Ayrıca, iş sağlığı hemşireliği eğitiminin çoğunda iş sağlığı ve toplum sağlığı hemşireliği arasında güçlü bir bağlantı olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1: Çeşitli Ülkelerde Genel Hemşirelik Eğitim Süresi ve Bu Programlardaki İş Sağlığı Hemşireliğinin Eğitimi

ÜLKE	GENEL HEMŞİRELİK EĞİTİM SÜRESİ	EĞİTİM SİSTEMİ	İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN SÜRESİ
Avustralya		Üniversite 30 saat	
Brezilya	4 yıl	Üniversite	30-40 saat/sömestr
Danimarka	4 yıl	Üniversite	20-30 saat*
Finlandiya	3.5-4.5 yıl	Politeknik kolej / Üniversite	5-6 hafta*
Fransa	3 yıl		6 hafta*
Japonya	3-4 yıl	Üniversite ve kolej	30 saat*
Filipinler	4 yıl	Üniversite	10 saat
Portekiz	3 yıl		10 saat/gönüllü 3 hafta
İsviçre	3 yıl	Üniversite kolej	30 saat*
İngiltere	3-4 yıl	Üniversite/kolej	2 hafta

- Toplum Sağlığı Hemşireliği dersi içinde

Tablo 1’de yer alan ülkelerdeki iş sağlığı hemşireliği eğitimi şu konuları kapsamaktadır:

- İş sağlığı
- Hijyen
- Toksikoloji
- Epidemiyoloji
- Ergonomi
- İş psikolojisi
- İş sağlığı hemşireliği kavramı
- İş sağlığını (işçi sağlığı ve iş güvenliği) değerlendirme
- İşyerlerinde sağlığı geliştirme
- İş sağlığı hemşireliğinde araştırma metodolojisi
- İş sağlığı hizmetlerinin yönetimi
- İşyerlerinde mental sağlık
- İş sağlığıyla ilişkili kanun ve düzenlemeler

Tablo 2. Çeşitli Ülkelerde Mezuniyet Sonrası İş Sağlığı Hemşireliği Eğitim Programlarının Süresi

Ülke	Eğitim Süresi
Avustralya	Tam zamanlı 1 yıl
Brezilya	300-800 saat
Kanada	5 yıl içinde 100 saat
Şili	Gönüllü kurslar
Danimarka	Gönüllü kurslar
Finlandiya	a. 19 hafta b. 4.5 hafta
Fransa	Yarı zamanlı 1-2 yıl
Japonya	270 saat
Hollanda	2 yıl ve daha az
Filipinler	60 saat
Portekiz	60 saat, 1 yıl planlama dönemi
İsveç	Yarı zamanlı 40 hafta
İngiltere	Tam zamanlı 1 yıl, yarı zamanlı 2-3 yıl
Zambiya	6 hafta

İş sağlığına özel mezuniyet sonrası geliştirme kursları 21 ülkede düzenlenmektedir. Bu kurslar, 7 ülkede iş sağlığı hizmetlerine girdikten sonra zorunludur. Eğitimin süresi yaklaşık olarak Güney Kore ve Filipinler’de 1-1.5 hafta, Finlandiya’da 4 hafta, Polonya, İspanya ve İsviçre’de 8-12 hafta, Brezilya’da 20 haftadır. 13 ülkede ise mezuniyet sonrası kurslar gönüllü olarak yürütülmektedir. Gönüllü kursların süresi Japonya’da 6 gün, Zimbabwe’de 2 hafta, Hollanda’da iki yıldır.

İş Sağlığı Hemşireliği Uzmanlık Eğitimi

Diğer ülkelerde iş sağlığı hemşireliği alanında yüksek lisans ve doktora programları giderek artmaktadır. Örneğin Finlandiya'da iş sağlığı alanında yüksek lisans derecesine sahip mezunlar 1991'de verilmeye başlanmıştır.

İş sağlığında bu eğitimlerin yanısıra 13 ülkede çeşitli profesyonellerin düzenlediği ortak iş sağlığı programları vardır. Bu eğitimin süresi Kenya'da 33 saat, Meksika'da 3 ay, 4 ülkede (Avustralya, Norveç, Filipinler ve İsviçre) 1 akademik yıldır.

Türkiye'de İş Sağlığı Hemşireliği Eğitimi

Ülkemizde 2001 yılında hemşirelikte dört yıllık lisans programını yürütmekte olan 10 Hemşirelik Yüksekokuluna İş Sağlığı ve İş Sağlığı Hemşireliği eğitimiyle ilişkili 15 sorudan oluşan bir anket gönderilmiştir. Anketi yanıt veren 8 Hemşirelik Yüksekokulunda iş sağlığı ve hemşireliğine ilişkin konuların, ortalama teorik ders saati 5, uygulama süresi ise 25.4 saattir. Mezuniyet öncesi iş sağlığı ve iş sağlığı hemşireliği 8 yüksekokulda da ele alınırken, mezuniyet sonrası yüksek lisans programlarında iş sağlığı eğitimine sadece bir yüksekokulda yer verilmektedir. Mezuniyet öncesi teorik eğitimde ise ele alınan konular arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Benzer farklılıklar iş sağlığı alan çalışmaları için de geçerlidir. Bazı okullarda uygulamalara 3-11 gün arasında değişen süre ayrılır iken, bazı okullarda yarım ya da bir günlük gözlem ziyaretleri şeklinde yürütülmektedir.

Yukarıdaki araştırma sonuçları ile birlikte gözlemler, lisans eğitimi alan hemşirelik personelinin (hemşire ve sağlık memurları), eğitimlerinde toplum sağlığına ilişkin dersleri almakla birlikte iş sağlığı hizmetlerine ilişkin konuların yalnızca bu dersler içinde ortalama 4-6 saatle sınırlı kaldığını göstermektedir. Ancak lisans programlarında, diğer hemşirelik alanlarında olduğu kadar işyeri hemşireliği alanında da gerekli olan yönetim, araştırma, epidemiyoloji, biyoistatistik ve sağlık eğitimi konularında temel bilgi ve becerileri kazandırma amaçlı diğer dersler yer almaktadır. Diğer anlatımla lisans programlarında halen, işyeri hemşireliği için yalnızca gerekli **temel bilgi ve yetenekler** kazandırılmaktadır.

Diğer yandan ülkemizdeki gözlemler ve araştırmalara göre, halen işyerlerinde hemşirelik hizmetlerini yürütmek üzere çalışmakta olan personelin (hemşire ve sağlık memurları) çoğunluğunun emekliliği yaklaşmış sağlık meslek lisesi mezunu olduğu, bunlardan çokazının açık öğretimle önlisans eğitimini tamamladığı bilinmektedir. Bu personelin eğitimlerinde iş sağlığı ilke ve uygulamalarının yanısıra, işyeri hemşiresinin uygulamalarında kullanabileceği yönetim, araştırma, epidemiyoloji, biyoistatistik ve sağlık eğitimi konularına yeterince yer verilemediği için, alanda ancak kendi kişisel çabaları ile başarılı uygulamalar yapan pek az hemşire/sağlık memuru ile karşılaşilmektedir.

Bu durum genel olarak değerlendirildiğinde, hemşirelik personelinin (hemşire ve sağlık memuru) tüm eğitim düzeylerinde farklı olmak üzere temel eğitimi sonrası, iş sağlığı alanında temel bilgi ve yetenekler dışında, alanda istendik biçimde etkili çalışabilecek donanımda mezunlar verilemediği anlaşılmaktadır.

İşyerinde çalışacak hemşirenin; bakım verici ya da uygulayıcı, eğitici, danışman, yönetici, araştırmacı, savunucu gibi diğer alanlardaki hemşireler ile benzer olan rollerinin gerektirdiği fonksiyonlar ve özellikleri yanısıra, farklı özellikleri olması gerekmektedir. Örneğin; işyeri hemşiresinin hizmet verdiği kişi/grupların yaş, cinsiyet, sağlık öyküleri, sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığı ve yolları vb. açısından hem kendi içlerinde, hem de diğer alanlarda hizmet verilen kişi/gruplardan farklılıkları söz konusudur. İşyeri hemşiresi genel olarak aşağıdaki tüm kişi/gruplara hizmet vermek durumundadır:

- Çalışanlar
 - Kişisel olarak
 - Grup olarak
- Bölüm sorumluları /şefleri vb. yönetim personeli
- Şirket/kuruluş

Mavi ve beyaz yakalıların her biri kişisel olarak çalışanlar sınıfındadır. Her birinin sağlık gereksinimleri ve işlerine bağlı riskleri farklı olduğundan hemşire, kişisel sağlık gereksinimlerine göre hizmet vermek durumundadır. Ayrıca, bunlardan bazıları gerek kişisel, gerekse grup olarak iş ile ilgili aynı risklerle karşı karşıyadırlar. Hemşire, örneğin kadın, engelli, adolesan ya da yaşlı ve emekliliğe hazırlanan işçi/çalışan gruplarına özgü risk değerlendirmesini yapabilmeli ve hemşirelik hizmetleri gereksinimlerini karşılayabilmelidir. Bölüm sorumluları /şeflerine verilecek hizmetler ise, hem onların kendi kişisel sağlık risk ve gereksinimlerinin karşılanması, hem de sorumluluğu altındaki işçilerin işyerine bağlı sağlık risklerinin onlar tarafından tanımlanması ve gerekli girişimlerin yapılması için bilgilendirilmelerini, danışmanlığı içerir. Çalışanlar, genellikle 20-60 yaşlar arasında; bazıları kronik hastalıklı ya da pek azı engelli olmakla birlikte çoğunlukla sağlıklı; kronik hastalığı olanlar genellikle önerilen tedaviyi sürdüren ve durumları stabil olanlardır. Bu nedenle hemşirenin çalışmaları, diğer alanlardan farklı olarak sağlık durumunun düzeltilmesinden çok, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi ağırlıklı olmalıdır.

Şirket/kuruluş için ise, öncelikle işe devamsızlıkların azaltılması için hastalıklardan korunma, erken tanı, uygun ve yeterli tedavi, rehabilitasyonun sağlanmasında hemşirelik hizmetlerine gereksinim vardır. Halen birçok kuruluştaki sağlığı geliştirici davranışların/sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi, verimliliği artıran ve işe devamsızlığı önleyen bir faktör olarak görülmemesine karşın, hemşirenin bu amaca yönelik çalışmaların kuruluş için önemini yöneticilere ve diğer çalışanlara kavratması ve hizmetleri yürütmesi için gerekli bilgi ve beceri ile donanık olması gerekir.

Diğer yandan işyeri hemşiresi, sağlık dilinin yanında genel endüstri alanında kullanılan ve çalıştığı işyerine özel endüstri dilini iyi bilmelidir. Diğer deyişle, hemşireye sağlık alanında kullanılan dili, işyerinin diline uyarılama yeteneği kazandırılmalıdır. Bu özellik, işyerindeki sağlık personeli dışındaki gerek beyaz yakalı (yöneticiler ve büro personeli), gerekse mavi yakalı çalışanlar (işçiler) ile ve tümünün sağlıkları yararına etkili iletişim için gereklidir.

İşyeri hemşiresinin eğitiminde öncelikle verilmesi gerekenler, yukarıda sayılan farklı yeteneklerin kazandırılması yanında; epidemiyolojinin temel ilke ve uygulamaları; iş sağlığı problemlerinin farkında olma; yönetim teknikleri (program geliştirme, bütçeleme ve değerlendirmeyi içeren) konularıdır.

Bu bilgi ve becerilerin kazandırılması amaçlı eğitimin üç hedef grubu olmalıdır:

- Halen işyerlerinde çalışmakta olanlar
- İşyeri hemşiresi olarak yeni atanacak olanlar
- Bu grupların eğitimlerini yürütecek eğiticiler

İşyeri hemşiresinin yukarıda sözedilen rol ve fonksiyonlarını verimli biçimde yerine getirebilmesi için özel dal (işyeri hemşireliği) olarak "işyeri hemşireliği sertifikası" verme amaçlı eğitim programları gerekli görünmektedir. Bu programların içerik ve süreleri, işyerlerinde halen çalışan, lisans mezunu olmayan hemşirelik personeli (hemşire/sağlık memuru) için ve halen çalışmakta olan ya da ileride çalışacak lisans mezunu hemşirelik personeli için farklı olarak düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

WHO (1988) Training and Education in occupational health. Report of a WHO Study Group, Technical Report Series no. 762, Geneva

ILO (1985) Convention no. 161 and 171 concerning Occupational Health Services and Recommendation, Geneva

ICOH and SCOHN (1997) The nurse's contribution to the health of the worker: Education and training of occupational Health Nurses. Report no 9., (eds). Kitta Rossi, Christina Ekeberg, Mavis Gordon, Keiko Kono, Stockholm

Archer S.E., Fleshman R.P. (1985) Community Health Nursing 3rd. ed. Wadsworth Health Sciences, Monterey, California

Benatti CM.,Douglas JL (1996).Education of The Nurses in Workers' Health in Brazil. Education and Training of Occupational Health Nurses .Report No 9. International Commission on Occupational Health (ICOH), Scientific Committee on Occupational Health Nursing (SCOHN).Pp:27-30.

Burgel B.J(1994).Occupational health Nursing in the Workplace.Nursing Clinics of North America.1994,29(3):431-441.

Ergör A.,DemiralY.,Kıran S(1999).Türkiye'deki Tıp Fakültelerinde İş Sağlığı Eğitimi:Bir Durum Saptama Çalışması.Toplum ve Hekim.14(2):93-95.

Ekeberg C.,Rossi K.,Kono K(1996). Summary Of The Articles On The Training And Education Of OHNs From 14 Countries. Education and Training of Occupational Health Nurses .Report No 9. International Commission on Occupational Health (ICOH), Scientific Committee on Occupational Health Nursing (SCOHN).Pp:85-90.

Emiroğlu O(1992). İşçilerin İş sağlığı Hizmetlerinden Beklentileri ve İşyeri Hemşiresinin İş Sağlığı ve Güvenliği Çalışmalarındaki Yeri.Türk Hemşireler Dergisi.42(4):34-37.

Emiroğlu O.(2000).İş Sağlığı Hemşireliği ve Sorunları.Toplum ve Hekim.Mayıs-Haziran 2000,15(3):178-181.

ICOH.,SCOHN (1996).Education and Training of Occupational Health Nurses .Report No International Commission on Occupational Health, Scientific Committee on Occupational Health Nursing.

Fanchette J (1996).Education and Training of Occupational Health Nurses in France. Education and Training of Occupational Health Nurses .Report No 9. International Commission on Occupational Health (ICOH), Scientific Committee on Occupational Health Nursing (SCOHN).Pp:50-53.

Rogers B(1993).The Nature and Practice of Occupational Health Nursing. Occupational Health Nursing Concepts and Practice.W.B.Saunders Company,1993,Pp:31-35.

Rossi K(1990). Aview of Occupational Health Nursing Practice:Current Trends and Future Prospects.Recent Advances in Nursing.26,1-34

Heinonen K.,Boström Rossi K (1996). Occupational Health Nurses' Education in Finland. Education and Training of Occupational Health Nurses .Report No 9. International Commission on Occupational Health (ICOH), Scientific Committee on Occupational Health Nursing (SCOHN). Pp:42-49.

Panelistlerin Konuşma Metinleri

İş sağlığı, herhalde, iş kazasında yaralanan işçinin iyileştirilmesi ve sağlıklı olarak işe döndürülmesi demek değildir. Yalnız o açıdan bakılsa bile, konunun, hastane ve bakım düzeni yanında, mutlaka göz önünde tutulması ve birlikte ele alınması gereken daha geniş bir yönünün bulunduğu kabul edilmelidir: örneğin, iş kazalarının azaltılması ve dolayısıyla "iş güvenliği"nin sağlanması.

İş sağlığı, herhalde, her şeyden önce "işçinin sağlığı" demek olmalıdır; ama onunla sınırlı kalmaz. Çevre, işyeri hekimliği, çalışanın iyi beslenmesi, evinde ve işyerinde sağlıklı koşullar içinde yaşayıp çalışması, moralinin yüksek tutulması, kendisinin ve ailesinin sosyal güvenlik içinde olması gibi etkenlerin ötesinde, konunun genel sosyal düzene ve yaşama koşullara uzanan boyutları bireysel boyutlardan çok daha önemlidir.

Böyle olunca, sorun, ülkenin genel ekonomik ve sosyal düzeninden, sağlık sorununa siyasal bakış açısından ve sorunu ele alış tarzından soyutlanarak tartışılmaz. Dolayısıyla, bu Sempozyum'da olduğu gibi, iş sağlığını ülke çerçevesini de aşan ve onu yakından etkileyen çok daha geniş bir çerçeveye, bugünün dünyasına egemen olduğu söylenen küreselleşme kavramına oturtarak tartışmak doğru bir yaklaşımdır.

Nedir küreselleşme?

Kimilerinin tanımladıkları gibi, yalnızca insanların, malların, hizmetlerle ve sermayenin hiç sınır tanımaksızın yeryüzünde serbestçe dolaşması mı? Sosyal ve ekonomik düzenlerin bütün dünya için geçerli kurallara bağlanıp yada büsbütün kurlsızlaşıp serbestleşmesi mi?

Yoksa, özellikle Soğuk Savaş sonrasında dünyaya egemen olan birkaç büyük devletin, daha doğrusu onları etkileyen uluslararası büyük sermaye çevrelerinin iradelerini başka devletlere ve toplumlara, siyasal bloklara, kıtalar çapında birleşme akımlarına kabul ettirilmesi mi?

Teknik gelişmeler ve yeni buluşlar son birkaç yüzyıldır sürekli olarak uzaklıkları kısaltmış ve dünyayı zaten hayli küçültmüştü. Ama son birkaç on yıldaki teknolojik gelişmelerin, ulaşım ve iletişim ve bilişim alanlarındaki hızlı ilerlemelerin, medya sistemlerindeki geniş yayılmanın dünyayı "küresel köy" durumuna getirdiği yadsınamayan ve her gün her yerde yaşanan, bir olgu. Uluslar ötesi büyük sermayenin elektronik gelişmeler sayesinde dünyayı hızla dolaştığı ve artık kolayca yer değiştirdiği de bir gerçek. Ancak, küreselleşmeyi yalnız bu teknolojik sonuçlarıyla görmeyip ideolojik, kültürel, sosyal ve ekonomik yanlarını da teknolojik gelişmelerin kaçınılmaz ve vazgeçilmez sonuçları saymak ne derece doğrudur? Örneğin, özelleştirme, her alanın ticarileştirilmesi, sınırsız serbest ticaret ve kurlsızlaştırma kesinlikle büyük sermaye toplumlarının işine gelen, ama başkalarının ve hele gelişme yolundaki ülkelerin işine gelip gelmeyeceği en azından tartışmalı olan politikalar değil midir? Böyle bir tartışma, her şeyden önce, geniş bir düşünce özgürlüğünü, ekonomik ve siyasal bağılıklardan arınarak kendi toplumunun gerçeklerini ve gereklerini göz önünde tutan bir düşünce bağımsızlığını gerektiriyor.

Demek ki, Türkiye'de ve Zonguldak'ta "iş sağlığı" konusunu bu çerçeve içinde, ama düşünce alanındaki sınırlamalarından ve zorlamalarından fazla etkilenmemeye çalışarak ele almak zorundayız.

Küreselleştirici politikaların siyasal, ekonomik ve sosyal alanlardaki etkileri ayrıca anlatmaya gerek bırakmayacak kadar açık.

Sağlık alanında da kamu harcamalarını kısma, devleti küçültme, kamusal sağlık hizmetlerini ticarileştirme ve özelleştirme biçimindeki politikaların Türkiye düzeyinde ilk ve en önemli kurbanı, yasası 1961 yılında kabul edilen "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" oldu. Önce Muş ilindeki pilot uygulamayla başlayıp 1983

Plan olsaydı üretimi artırma sorununa “zarar eden bir kuruluştaki daha fazla istihdam gerektirecek ve dolayısıyla daha fazla zarar yaratacak” bir konu olarak bakılmaz ve tam tersine, daha iyi düzenleme, daha çok yatırım ve daha yeni teknolojiyle daha fazla üretim sağlanarak şimdiki durumuyla iş sağlığını tehdit eden koşullar iyileştirilirdi.

Plan olsaydı, kömüre sadece bir “yakıt” olarak bakılmaz, vaktiyle Üzümez Sömikok Fabrikası’nda yapıldığı gibi kok ve kimyasal türevlerin üretimi ve satışıyla TTK gelirleri artırılarak iş sağlığına daha fazla kaynak ayrılması sağlanırdı. Plansızlık, Çatalağzı Elektrik Santrali gibi, kurumun ürünlerini kullanan bir kuruluşun elde edebileceği geliri başka kamusal ve özel kuruluşlara aktarmak sonucunu doğurmuş, TTK’nun zararından söz edilirken bu durumlardan hiç söz açılmamıştır.

Kurum, zarar etmenin verdiği kompleksten kurtulup kendi gelirleriyle başka yatırımlara ve bu arada iş sağlığına ilişkin girişimlere el atabildiği zaman Zonguldak havzası bu alanda eskiden ortaya koyduğu örneği tekrarlamak fırsatını bulacaktır. Unutmayalım ki, Amele Birliği Hastanesi , “füzyon” öncesi ve sonrası dönemlerde iş sağlığı sorununu kendi sorumluluk sınırları içinde gören bir işletme anlayışının tesisi olma örneğini vermişti. Bu yolun yeniden denenmesi ve kömür üretimi gibi başka üretim alanlarına oranla iş sağlığı açısından çok ağır sonuçlar yaratan bir üretimde TTK’nun kendi sağlık tesislerini kurması, işyeri hekimliğinde kömür üreticiliğine ilişkin uzmanlaşmayı sağlaması, hastaneye yönelik sevk yöntemleri için ocak başlarında kendine özgü bir “sağlık ocakları” şebekesi kurması pekala mümkün olabilmelidir.

Yine Zonguldak’a özgü koşullar çerçevesinde bakıldığında zaman küreselleşmeci yaklaşımın “mikro” yansıması sayılabilecek olan “rödövans” (redevance) uygulaması iş sağlığı açısından büyük sorunlar doğurmuştur ve sistem değişmedikçe, daha doğrusu bütünüyle kaldırılmadıkça, şimdiki durumda bu sorunların çözümü için yapılabilecek çok az şey vardır.

Kayıt dışı işçi çalıştırılmasına, hatta çocuk ve kadınların iş güvenliği olmayan yarım yamalak bir üretim sürecinde kullanılmasına açık olan bir sistem, eksik denetim ya da büsbütün denetimsizlikle birleşince, işçi sağlığı açısından yapılabilecek olanlar, olsa olsa bu durumların varlığını feci biçimde duyuran kazaların yaralılarının iyi etmekle sınırlı olabiliyor.

O çeşit sözde “işyerleri”ndeki nafile ölümler ise, artık köklü değişikliklerle düzeltilebilecek bir siyasal ekonomik düzen sorunuyla karşı karşıya olduğumuzu düşündürmeye bile hizmet etmemekte. Ortam, insanlarımızı bu ölümlere de alıştırmıştır.

Sağlıksız düzende iş sağlığı ancak bu kadar oluyor.

REFAH DEVLETİNDE VE SONRASINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Dr. Bülent PİYAL

İş Yeri Hekimi

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

GİRİŞ

Sermaye birikimi kapitalizmin sürekliliğini sağlayan temel unsurlardandır. Her birikim süreci, kesintiye uğramasına yol açan unsurları da oluşturur. Bu unsurlar etkili olduğunda, kapitalizm krize girer. Kriz döneminde, devletin siyasal, ekonomik, toplumsal işlevleri, birikim sürecinin yeni gereksinimleri doğrultusunda dönüşür.

Son 25 yıldır adım adım uygulanan yeni liberal politikalar ve yaşanan siyasal ve ekonomik değişim, bu dönüşümün gereğidir. Bu dönüşüm, toplumsal yaşamın bütün alanlarını etkileyen değişikliklerle topluma ve bireye yansımıştır. Genelde sosyal güvenlik ve sağlıkta, özelde de iş sağlığı ve güvenliğinde yaşanan değişiklikler bu yansımanın sonuçlarıdır.

Üretim ilişkileri açısından Pöst Fordist olarak anılan dönemde, iş sağlığı ve güvenliğinde yaşanan değişiklikler, nedenlerini ve sonuçlarını kavramak için, Fordist olarak anılan dönemde yaşanan kriz, döneme egemen olan üretim ilişkilerinin bu krize olan katkıları ve Fordizme tepki olarak gelişen Post Fordizm döneminde, krizi önlemek için uygulanan ekonomik ve siyasal düzenlemeler tanımlanmalı ve bu düzenlemelerin üretim ilişkileri, toplumsal koruma modeli ve iş sağlığı ve güvenliği üzerindeki etkileri belirlenmelidir.

TOPLUMSAL KORUMANIN KISA TARİHÇESİ

Avrupa'da, modern devletlerin ortaya çıkmaya başladığı 15. ve 16. Yüzyıllarda, devletin toplumsal korumaya katkısı yoktur. Bu alandaki etkinlikler sürekli ve kurumsal olmayan, dini amaçlı çabalarla sınırlıdır. Devletin örgütlediği toplumsal koruma çabalarının ilki, İngiltere'de uygulanan "yoksul yasalarıdır". Bu "yasaların" amacı, kapitalist birikimin hızlandığı sanayi devrimine işgücü ve yedek işgücü sağlamak, işgücü hareketliliğini sürdürmek ve ağırlaşan yaşama ve çalışma koşullarına karşı toplumsal başkaldırıyı denetim altına almaktır.

Liberal siyasal, ekonomik, toplumsal politikaların egemen olduğu sanayi devrimi sırasında yaşanan vahşet, işgücünün ve özellikle de nitelikli işgücünün yeniden üretilmesi sorununu gündeme taşıyan toplu kırımlara yol açmış, toplumsal başkaldırı için uygun bir toplumsal ortam yaratmış ve birikim sürecinin sürekliliğini tehdit etmiştir. Yapısal ekonomik krizlerle derinleşen sorunlar, toplumsal baskı artırılarak ve toplumsal bütünleşmeyi sağlayacak; yani, işgücünü sistem içinde tutacak ya da en azından sisteme karşı çıkmasını önleyecek araçlar devreye sokularak çözülmeye çalışılmıştır.

Kapitalist birikim sürecinin ilk toplumsal koruma uygulamaları bu koşullarda biçimlenmiş, önce, çocukların çalışma yaşı, çalışma süreleri ve çalışabilecekleri işler sınırlanmış, sonra da, çalışan kadınları korumayı amaçlayan düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemeleri, çalışanları üretimde kullanılan zehirli kimyasallardan korumak için alınan önlemler izlemiş, ama, bu ve benzeri önlemler üretim alanında yaşanan kırımları önlemeye yetmemiştir.

Üretim alanında kurallara uyulmadığı görülünce, iş denetim örgütleri kurularak, denetim artırılmıştır. Denetimler etkisiz kalınca işverenlere zararı ödeme yükümlülüğü getirilmiştir.

Toplumsal koruma tarihinde, klasik dönem olarak anılan 19.Yüzyılın sonlarında ve 20.Yüzyılın başlarında, sanayide çalışan işçileri korumayı amaçlayan ve iş kazalarına ve meslek hastalıklarına odaklaşan ulusal ölçekli ilk koruma sistemleri oluşturulmuştur.

İşyerlerinde, zararı ödemenin bedelinin korumak ve önlemekten yüksek olduğu anlaşılmış, ilk sağlık ve güvenlik örgütleri kurulmuş, işyerine ve riske özel önlemler uygulanmıştır.

Almanya'da, Bismarck döneminde, güç kazanan sosyalist hareketin etkisini sınırlamak için gerçekleştirilen reformlar arasında, 1883-1889 arasında oluşturulan sosyal sigorta sistemi, toplumsal koruma alanındaki en önemli gelişmedir. İşçileri sistemle bütünleştirmeyi amaçlayan bu girişim, hem işgücünün korunmasına ve yeniden üretilmesine olanak sağlayan bir model olmuş, hem de, evrimleşerek pek çok ülkenin sosyal güvenlik sistemi için bir örnek oluşturmuştur. Zorunlu olan sistemde, sağlanan yardımlar ücretle orantılıdır. Önce, yalnızca düşük ücretli sanayi işçilerini, süreç içinde de diğer ücretlileri kapsamış, giderek, hastalık, iş kazası, sakatlık ve yaşlılık risklerine karşı koruma sağlamıştır. Sisteme, önce işçi primleriyle, sonra işçi ve işveren primleriyle kaynak oluşturulmuş, sonra, devlet de katkı yapmıştır.

1929'da başlayan Büyük Bunalım toplumsal koruma sürecini derinden etkilemiştir. Toplumun geniş kesimini yoksullaştıran, işsizliği yaygınlaştıran, yaşama ve çalışma koşullarını bozan Büyük Bunalım; liberal ekonomik ve siyasal politikalar yerine, Keynesyen ekonomik ve siyasal politikaları gündeme taşımıştır. İkinci Dünya savaşında kesintiye uğrayan uygulamalar savaş sonrasında hızla yaygınlaşmış, liberal devlet yerini refah devletine bırakmış, ekonomik ve sosyal yaşama "karışan" bir devlet modeli geliştirilmiştir.

FORDİZM ÖNCESİNDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Bu dönemde, riskler tek etmenli olarak algılanmış, işçileri risklerden korumak için etmene yönelik, olayla sınırlı ve sıklıkla etkisiz kalan teknik önlemler ile sınırlı örgütsel önlemler alınmıştır. Bu önlemler sağlık ve güvenlik sorunlarını önlemeye yetmemiştir.

REFAH DEVLETİ

Refah devleti, sermaye birikimini hızlandırmak için üretimin ve tüketimin sürekliliğini sağlayacak girişimler başlatmıştır. Bu amaçla, bu çalışmanın kapsamına girmeyen makro ekonomik politikalar uygulamaya sokulmuş; üretim süreci üretkenliği ve verimliliği artıracak biçimde dönüştürülmüştür. Tüketimi artırmak amacıyla refah uygulamaları yaygınlaşmış; tam istihdam amaçlanmış, ücretleri artırmayı amaçlayan politikalar, sosyal ücreti de artırmayı amaçlayan toplumsal koruma uygulamalarıyla desteklenmiş, toplumsal harcamalar artmıştır.

Üretim süreci teknik, örgütsel ve insani temelde değiştirilmiştir. Büyük ölçekli işletmelerde, bant tipi, tek tip kütleli üretime geçilmiş, makineler ve işlemler, üretim döngüsüne göre oluşturulan üretim bandında, işlevsel bütünlük ve süreklilik temelinde dizilerek, üretim kapasitesi ve hızı artırılmıştır. Her üretimin aşamasının ve süreçte yer alan makinelerin bir önceki ve bir sonraki aşamayı ve makinayı denetlemesi sağlanmıştır. Bu değişiklikler iş örgütlenmesindeki değişikliklerle desteklenmiştir. Pek çok yeni iş ve işlem üretime katılmış, işler ve işlemler olası en küçük parçalarına ayrılarak, birbiriyle eklemlenmiş, her iş ve işlemde belirli işçiler uzmanlaştırılmıştır. Bu yolla, iş ve işlem hızı ve yoğunluğu artırılmıştır.

Çok sayıda yeni madde, özellikle de çok sayıda zararlı kimyasal, olası sağlık ve güvenlik etkiler ve korunma yolları bilinmeden üretime katılmıştır.

Üretim sürecinin işçileri, işçilerin birbirini denetlediği bir örgütsel altyapı oluşturulurken, işçinin çalışma hızı ve yoğunluğu artırılmıştır. İşler ve işlemler basitleştiği için, üretimin işgücüne, özellikle de nitelikli işgücüne ve bu işgücünün sürekliliğine olan bağımlılığı azalmıştır. Bu sonuç, işçinin üretim sürecine bağımlılığını artırmakla kalmamış, sürecin gereklerine koşulsuz boyun eğmesine yol açmıştır.

Teknik ve örgütsel alandaki değişiklikler ödeme sistemlerindeki ve süre örgütlenmelerindeki değişikliklerle tamamlanmıştır. Ödemelerde, prim ve parça başı ödeme, ücretin bir bileşenine dönüştürülerek, üretkenlik

ve verimlilik unsuru haline gelmiştir. Çalışma ve dinlenme süreleri üretkenliği en çoklaştıracak biçimde yeniden örgütlenirken, fazla çalışma desteklenmiştir.

Bir ürünü, başından sonuna üreten, bu etkinliği sırasında bilgisini, deneyimini, ustalığını ve yaratıcılığını ürüne katan ve sonuçta ürettiği ürünü görüp, onunla gurur duyabilen vasıflı işçi, bir işin veya bir işlemin basit, tekdüze, sıkıcı ve anlamsız bir parçasını gün boyu, artan bir hızla yineleyen, makineleşmiş ve niteliksiz bir işçiye dönüşmüştür.

Bu koşullarda, işçi yalnızca, üretim tekniğini, işlemini, hızını, yoğunluğunu denetleme olanağını yitirmemiş, üretim bandının ve makinenin hızına uymaya ve iş arkadaşlarını bu hıza uydurmaya zorlanmış, işin gereklerine uyum sağladıkça, işin daha ağırlaştığını, hızlandığını, basitleştğini, anlamsızlaştığını görmüş ve bu süreçte tükenmiştir. Böylece, sanayi devriminde yaşanan ekonomik yabancılaşma, teknik ve örgütsel düzlemde yeniden üretilmiş ve verimlilik arayışıyla başlatılan değişiklikler, işçinin verimliliğini olumsuz yönde etkilemeye başlamıştır.

İşçiye teknik ve örgütsel altyapı değişikliklerine ayak uydurması için yapılan dayatma sınırı ulaşıncaya, verimliliği artırma arayışında üçüncü boyutu oluşturan insani altyapı öne çıkmış ve iş ile işçi arasında uyum sağlama çabasının ürünü olan ergonomik yaklaşım, özellikle İkinci Dünya Savaşından sonra önem kazanmıştır.

İnsani altyapıyı, teknik ve örgütsel altyapıyla, işgücü verimliliğini artıracak en uygun çalışma koşullarında buluşturmayı amaçlayan bu yaklaşım, işle işçi arasında uyum sağlama hedefiyle yola çıkmış, işin işçiye uyarlanması aşamasına ulaşmış, insan odaklı işletme anlayışında noktalanmıştır. Bu evrede, çalışma çevresi, verimliliği artıracak biçimde yeniden tasarlanmış, teknikler, işlemler, makineler insana uyarlanmış, fiziksel, kimyasal, biyolojik riskleri önlemek ve işyeri ortamında en uygun aydınlatmayı ve iklimlendirmeyi sağlamak için önlem alınmış, çalışma süreleri ve ödeme sistemleri yeniden düzenlenmiştir.

İşçilerin çalışma koşullarının iyileşmesine, sağlık ve güvenliğinin korunmasına önemli katkı yapan bu uygulamaların özünde öncekilerden farklı olmadığı ve aslında, verimliliği artırmayı amaçlayan teknik ve örgütsel önlemler sınırına ulaştığı için devreye sokulduğu, sonraki bölümde ele alınan yeni liberal politikaların uygulamaya sokulmasıyla birlikte anlaşılmıştır.

TOPLUMSAL KORUMANIN GELİŞMESİ

Sanayi Devriminin ve iki Dünya Savaşının insanlık dışı koşullarında kırıma uğrayan işçi sınıfı İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra çalışma ilişkilerinin düzenlenmesinde söz sahibi olmuştur.

Bu dönemde, işçilerin temel hakları uluslararası ve ulusal düzenlemelerle güvence altına alınmış, sendikal örgütlülük güçlenmiş, toplu pazarlık ve toplu sözleşme uygulamaları işletme ölçeğinden işkolu ve sektör ölçeğine taşınmış, ücretler ve sosyal haklar artırılmış, çalışma süreleri azalmaya başlamış, toplumsal koruma kapsamı ve kapsanan nüfus genişlemiş, hızlı büyüme sürecinde yaratılan işler sayesinde işsizlik azalmış, tam istihdam bir istihdam politikası olmuştur. Özellikle gelişmiş ülkelerde refah artmış ve yaygınlaşmıştır.

Dünya sendikal hareketinin gelişmesi ve siyasal, ekonomik ve toplumsal süreçlere ve karar alma süreçlerine katılması, bu kazanımların geliştirilmesini sağlamıştır. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün bu süreçte hazırladığı Sözleşme ve Tavsiye Kararları ile ülkelerde bu amaçla yürütülecek çalışmaların ilke ve kuralları ile yasal ve örgütsel altyapısı tanımlanmıştır.

Bu gelişmeler döneme egemen olan Keynesçi Ekonomik Politikalarla ve Fordist Üretim Modeliyle de örtüşmüştür. Kitlesele üretime ve tüketime dayanan bu modelin başarısı, birikim sürecinin sürekliliğinin sağlanmasına bağlıdır. Bunun için, işgücünü yeniden üretilmesini ve sistem içinde tutulmasını amaçlayan toplumsal koruma politikalarıyla üretim sürekliliği sağlanmalı ve tüketim gerçek alım gücünü artıracak refah politikalarıyla desteklenmelidir.

Ancak, her birikim sürecinde olduğu gibi, Fordist birikim sürecinde de, sürecin sürekliliğini sağlayan unsurlar, sürecin krize girmesinin önkoşullarını da hazırlamıştır. Keynesci makro ekonomik politikaların çıkmaza girmesi, refah uygulamalarının birikim sürecine yüklediği maliyetin artması, maliyetleri sınırlama çabalarının işçi sınıfının siyasal, sendikal örgütlerinin karşı çıkışıyla engellenmesi, 1974'de ve 1979'da iki petrol krizinin arka arkaya yaşandığı koşullarda fordist birikim sürecinin krize girmesine ve seçenek oluşturacak yeni birikim modeli arayışlarının başlamasına yol açmıştır.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Bu dönemde iş kazaları, meslek hastalıkları ve işe bağlı hastalıklar gelişmiş ülkelerde azalmamış ama başkalaşmıştır; Gelişmekte olan ülkelerde ise, eşitsiz yarışma koşullarında yürütülen sanayileşme çabalarıyla birlikte artmış ve yaygınlaşmıştır.

İşyerinde risk etmenlerinin ölçüm ve değerlendirilmesinde kullanılan teknik ve yöntemlerle birlikte bu risk etmenlerinin yok edilmesini ya da işçilerin bunlardan etkilenmemesini sağlayacak önleme ve koruma teknikleri ve yöntemleri geliştirilmiştir. Bugün bu gelişmeler üretim alanına yansıtıldığına, süregelen meslek hastalıklarının tümünün, iş kazalarının da, tüme yakınının önlenebileceği saptanmıştır.

Risklerin çok etmenli olduğu ve üretim alanında bu risklerle başa çıkabilmek için farklı uzmanlardan oluşan ekiplerin görevlendirilmesinin gerekli olduğu anlaşılmıştır.

Bu kapsamda iş sağlığına bütünsel yaklaşım öne çıkmış, iş sağlığı sorunlarının çok etmenli riskleri bütün boyutlarıyla ele alan, farklı meslek gruplarından uzmanlardan oluşmuş ekiplerin yerinde ürettiği, sürekli hizmetlerle ve önleme temelinde çözüleceği genel kabul görmüştür.

Psikososyal ve kimyasal risklerde veya mesleki akıl sağlığı sorunlarında ve kanserlerde açıkça görüldüğü gibi, risklerin ve hastalıkların birikim öncelikli üretim biçiminin doğasına içselleştiği, yani, yapısallaştığı ve bu nedenle yalnızca etmene yönelik önlem alınarak değil, üretimin doğası değiştirilerek çözülebileceği anlaşılmıştır.

REFAH TOPLUMUNUN SAĞLIK VE İŞ SAĞLIĞI ANLAYIŞI

Refah devletinin sağlık ideolojisine göre, insanın doğal bir niteliği olan sağlıklılık kaçınılmaz olarak sonlanacak geçici bir hal; tıp hizmeti de, insanı, hastalıktan ve sonuçlarından kurtaracak bir araçtır. Bu yaklaşım, insanı sağlığına yabancılaştırmış, sağlığının sürekliliğini sağlama görevini tıp hizmetine aktarmasına, niçin bozulduğunu sorgulamamasına veya bu sorgulamayı tıbbın etkinlik alanıyla sınırlamasına neden olmuştur.

Böylece, refah devleti, temel üretici gücünü oluşturan, ama, üretimin hastalık yapıcı doğası nedeniyle hasta ettiği işgücünü tıp hizmeti sayesinde üretim süreci içinde tutmuş, sürece karşı çıkmasını önlemiş, hatta, sisteme bütünleştirmiştir. Sağlığında üretici kimliği ile sömürülen işçi, hastalandığında da, tıbbi mal ve hizmet tüketimi aracılığıyla sömürülmeye başlamıştır. Bu sonuç Keynesci ekonomik politikaların üretimi ve tüketimi eş zamanlı olarak artırma ve bunu yaparken toplumsal bütünleşmeyi sağlama hedefiyle de, örtüşmüştür.

Refah toplumu bu süreçte sağlık alanını yeni bir pazar olarak örgütlemiştir. İnsan bu pazarda tıp hizmetini kendisini her türlü rahatsızlıktan; hatta giderek en doğal ruhsal ve bedensel sıkıntılardan, en temel insani acılardan arındıracak bir araç olarak görmeye başlamıştır. Bu ideolojik ortamda, tüketmek için ve tüketebildiği ölçüde varolduğuna inandırılan insan, bu amacına ulaşabilmek için ölesiye çalışmaya koşullandırılmış ve bu çalışmasına karşılık, potansiyel bir hasta olarak görüldüğü sağlıksız çalışma ortamından etkilenip hastalandığında, onu sağlığına kavuşturacak sınırsız sağlık hizmetinden yararlanacağına söz verilmiştir.

Yabancılaşmış insan bu ideolojik ortamda, tüketebilmek için yaşamış, tüketimini karşılamak için ölesiye çalışmış ve tükenmiştir. Karşılık olarak, gereksindiğinde sınırsız hizmet isteminin yerine getirilmesini beklemiş, bunu bedeli ödenmiş ve kazanılmış bir hak olarak görmüştür.

Refah Devleti, çarpık sağlık anlayışının sonuçlarıyla beklediğinden önce ve ekonomik krizin derinleştiği koşullarda karşılaşmıştır. Sağlık harcamaları, sorunlarla birlikte, talebin de artması ve tıbbi bakım maliyetlerinin yükselmesi nedeniyle hızla artarken, her ekonomik krizde olduğu gibi, bu krizde de, krizi aşmak için ilk önlem olarak sağlık harcamalarının da içinde olduğu, toplumsal harcamalar sınırlanmaya çalışılmış, ama bu çabalar, çoğunluğunu Latin Amerika ve Afrika Ülkelerinin oluşturduğu 12 ülke dışında, amacına ulaşamamıştır.

Birikim sürecinin sürekliliğini sağlamak için uygulamaya sokulan yeni liberal politikalar ve gerçekleştirilen ekonomik, siyasal ve toplumsal yeniden yapılanma, bu koşulların ürünüdür. Bu noktada, toplumsal hizmetler ile birlikte sosyal güvenlik ve sağlıkta yeniden yapılanmayı başlatan nedenin yalnızca harcama artışı olmadığı, asıl nedenin, aşağıda açıklanacak olan yeni liberal toplumsal bütünleşme ve koruma modeli olduğu vurgulanmalıdır.

FORDİZM SONRASI BİRİKİM SÜRECİ VE DEVLET

Kapitalizm, Keynesci birikim sürecinde girdiği bunalımı aşmak için, sanayi devrimine egemen olan liberal siyaseti ve ekonomiyi, bilişim devriminin ve teknolojik gelişmenin sağladığı olanaklarla, güncel gereksinimlerine uyarlayarak, yeniden yürürlüğe sokmuştur.

Ekonomik politika uyarınca, ulus ötesi sermayeye birikimini hızlandırabileceği her ülkede sınırsız ve kural-sız dolaşım hakkı tanınmıştır. Bu amaçla, pek çok ülkede, ulusal çıkarları korumak için bu hakkı sınırlayan siyasal ve ekonomik önlemleri yürürlükten kaldırması için hükümete baskı yapılmış ve amaca ulaşılmıştır.

Bu politikaya göre, devlet, ekonomiyi yeni birikim sürecinin önünü açmak için düzenlemeli, mal ve hizmet üretimine yatırım yapmamalı; kamu işlerini kapatmalı veya özelleştirmelidir. Devletin işlevi güvenlik, adalet ve dış işleriyle sınırlanmalıdır.

Küresel üretim uluslararası yeni işbölümü temelinde yeniden örgütlenmiş, gelişmiş sanayi ülkeleri bilgi ve teknoloji yoğun sektörlerde yoğunlaşırken, emek yoğun mal ve hizmet üretimi ücretlerin düşük, emeğin korunması olduğu ülkeler arasında, ülkelerin ulusal korunma düzeylerine ve piyasa olanaklarına göre paylaştırılmıştır.

Gelişmiş pek çok ülkede olduğu gibi, yeni sanayileşen ülkelerde de, tarımda ve sanayide çalışan işgücünün toplam işgücü içindeki oranı azalırken, hizmet sektörlerinde çalışanların payı artmıştır.

Sermaye dikey örgütlenmeye geçmiş; yatırımlarını durdurmuş, işletme maliyetlerini azaltmak için, varolan işletmeleri ortaklık kurarak veya satın alarak birleştirmiş ve küçültmüş, pek çoğunu kapatmıştır. Yeni işyerleri kurulmaması, kurulu olanların kapanması veya küçülmesi istihdamı azaltmış, milyonlarca işçi işsiz kalmıştır. İstihdamın esnekleştirilmesi iş güvencesini yok etmiş, çalışmakta olan işçilerin istihdam sürekliliği azalmış, işçi giriş çıkışı artmıştır. Çok sayıda işçi işsiz kalırken, pek çok işsiz eski teknolojilerin, tekniklerin, makinelerin kullanıldığı, geleneksel üretim ilişkilerinin ve sağlıksız çalışma koşullarının egemen olduğu küçük ve orta ölçekli işletmelere yönelmiştir.

Üretimini sürdüren işletmelerin teknik ve örgütsel altyapıları bilişim devriminin sağladığı olanaklarla, yatırım verimliliğini artıracak biçimde yenilenmiştir. Bu amaçla, verimliliği artırdığı her yerde makine işgücünün; çok amaçlı, bilgisayar denetimli makineler, tek amaçlı makinelerin yerini almıştır. Bu yolla, teknik altyapının işlevsel esnekliği artırılırken, üretimin işgücüne bağımlılığı azaltılmıştır.

Pek çok işkolunda, işgücüne bağımlılığı azaldığı için, üretimi gerekli işgücünün küçük bir bölümüyle sürdürmek olanaklı hale gelmiştir. "Çekirdek işgücü" olarak tanımlanan bu ayrıcalıklı azınlık, işçiler arasında yaratılmak istenen ayrışmayı desteklemiştir.

Üretimde teknolojinin payının artması, çekirdek işgücü dışında kalan işçilerin yaptıkları işi daha da basitleştirmiş, tekdüzeleştirilmiş ve anlamsızlaştırmış; bu işi ile artı değer üretimine yaptıkları katkıyı azaltmış ve değersizleşmelerine yol açmıştır. Sonuç olarak, üretim sürecine bağımlılığı artan işçinin pazarlık gücü azalmıştır.

Teknoloji yoğun üretimin önem kazanması ve üretimde bilgisayar teknolojileriyle birlikte, yeni tekniklerin ve işlemlerin kullanılmaya başlaması, yeni bilgi ve becerilerle birlikte, farklı bir çalışma disiplini gerektirmiş, bu nitelikleri taşıyan işçilerin önemi artarken, üretim alanındaki bu hızlı değişime hazırlıksız yakalanan ve geçmişin nitelikli işçilerini de kapsayan işçilerin çoğunluğu bu gerekleri karşılayamamış ve değer yitirerek üretim alanından dışlanmış ve işsizler ordusuna katılmışlar ya da kayıt dışı sektördeki niteliksiz işlere yönelmişlerdir.

Makinelerin işlevsel esnekliğinin artması, işgücünün işlevsel anlamda esnek kullanılmasına olanak sağlamıştır. İşlevsel esneklik işçinin işinin zenginleştirilmesine ve tekdüzelikten kurtarılmasına fırsat yaratmasına karşın, piyasadaki talebe uygun olarak sık sık iş değiştirmesi ve daha yoğun çalıştırılması için bir olanak olarak değerlendirilmiştir.

Aynı esneklik, çalışma süresi ve ücret alanlarına da yansıtılmıştır. İşçinin çalışma süresi ve ücret talebe göre belirlenmeye başlamıştır. Buna bağlı olarak çalışma süreleri artmış ve düzensizleşmiş, süre örgütlenmesi esnekleşmiştir. Ücret de piyasadaki talep ve işgücü verimliliği ile ilişkilendirmiş ve çalışma koşulları esnetilen işçilerde, toplam ücret azalmıştır.

İstihdam da esnekleştirilmiştir. Bu amaçla işe almayı ve işten çıkarmayı düzenleyen yasalar esnetilmiş, işletmede çalıştırılan işçi sayısının piyasadaki talebe göre artırılıp azaltılmasına olanak sağlanmıştır. Bu esneklik biçimi, işletmedeki işlerin bir bölümü alt işverenlere, kendi hesabına çalışanlara, evde çalışanlara ya da o işi yapan başka işletmelere aktararak desteklenirken, atipik ve korunmasız istihdam biçimlerini yaygınlaştırmış, korunmasız bir işgücü yaratmış ve işçilerin kazanılmış haklarını fiilen kullanılamaz duruma getirmiştir.

Hükümetlerin örgütlenme ve toplu pazarlık haklarını yok etmeye, sınırlamaya veya fiilen kullanılamaz hale getirmeye yönelik girişimleri sendikal örgütlenmeyi güçleştirirken, istihdam edilen işçiler arasındaki ayrışmanın artması; formel sektörde yer alan, rekabet gücü yüksek işletmelerde atipik istihdam biçimlerinin yaygınlaşması; esneklik uygulamalarının işgücü hareketliliğini artırması; kayıt dışı sektörün hızla büyümesi ve bu değişikliklerden beslenen post fordist üretim biçiminin, geleneksel Fordist üretim biçiminin yerini almasıyla sendikal örgütlenmenin iki temel dayanağı olan eşitlik ve dayanışmanın yerini farklılığa ve yarışmaya bırakması, sendikal hareketin, Fordist dönemin aksine, karar alma süreçlerinden dışlanmasına ve etkisizleşmesine yol açmıştır. Böylece, işçiler, en çok gereksindikleri anda, en temel mücadele araçlarından yoksun bırakılmış, yalnızlaştırılmış ve çaresizleştirilmişlerdir.

İşten atıldıkları ya da ücretleri azaldığı için daha da yoksullaşan; en temel hakları ellerinden alındığı için yalnızca toplumsal güvencelerini değil, gelecek güvencelerini de yitiren; sendikası kaldıkları için yalnızlaşan ve çaresizleşen; üretim alanında, her an yitirebilecekleri basit, tekdüze ve anlamsız bir işi, üretim sürecine ve işletme yönetimine tam bağımlı oldukları, ağır ve değişken koşullarda sürdürmek zorunda kalan işçilerin yaşama ve çalışma koşullarıyla birlikte sağlık ve güvenlik koşullarının da bozulacağı açıktır.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ SORUNLARI

İşsizliğin ve işgücü hareketliliğinin artması en önemli iş sağlığı ve güvenliği sorunudur. İşçi sınıfı ve özellikle de, işçi sınıfının piyasa ile eklemlenemeyen ezici çoğunluğu bu nedenle yoksullaşmıştır. Yaşama ve çalışma koşulları bozulan işçiler, geçim sorunları nedeniyle, koşulları ne kadar sağlıksız olursa olsun, her işi kabullenmek zorunda kalmışlardır.

İşletmelerde yapılan teknik ve örgütsel altyapı değişiklikleri işçileri her gün yinelenen teknolojilerle, tekniklerle, çok amaçlı makinelerle ve maddelerle çalışmak, basit, tekdüze bir işi, üretim sürecine tam bağımlı oldukları ve özerkliklerini yitirdikleri koşullarda ve her türlü güvenceden yoksun olarak sürdürmek zorunda kalmışlardır.

Teknik ve örgütsel altyapıların sürekli yenilendiği gelişmiş sanayi ülkelerinde, geleneksel sağlık ve güvenlik sorunları azalırken, işçiler, akıl sağlığı sorunları, kas iskelet sistemi sorunları ve mesleki kanserler gibi, tek-

nik ve örgütsel altyapıların doğasıyla yani üretim altyapısıyla ilgili yeni ve başkalaşmış sağlık sorunlarıyla, korunmasız oldukları koşullarda tanışmışlardır. Bu sorunlarda koruma ve önleme yöntemleri ve teknikleri genellikle altyapısal özelliklerle çatışmış ve etkili olamamıştır.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, büyüyen ve yaygınlaşan kayıt dışı sektörde, üretimini geleneksel üretim teknikleriyle sürdüren işletmelerde çalışan korunmasız işçilerde geleneksel sağlık ve güvenlik sorunları çeşitlenmiş, artmış ve yaygınlaşmıştır.

İşçiler, uluslararası yeni işbölümü kapsamında gelişmiş sanayi ülkelerinden yeni sanayileşmekte olan ülkelere aktarılan emek yoğun zararlı ve tehlikeli iş kolları ve iş türleriyle ve yarattıkları sağlık ve güvenlik sorunlarıyla, bütünüyle korunmasız oldukları acımasız rekabet koşullarında karşılaşmışlardır.

Bu dönemde, sırasıyla mesleki kanserler, mesleki dolaşım sistemi hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı bulaşıcı hastalıklar başta gelen mesleki ölüm nedenleri olmuştur. Bütün bu sorunlar altyapısal nitelikli, tümüyle önlenemez birden çok etmenden kaynaklanmaktadır. Ayrıca aynı özelliklere sahip mesleki zehirlenmeler azaltılamamakta ve yeni bir hatalık grubu olarak mesleki akıl sağlığı sorunları hızla yaygınlaşmaktadır.

Bu dönemde, uluslararası ve ulusal sağlık ve güvenlik standartları esnetilmiş, esnek uygulama istihdam alanı ve ucuz ara mal kaynağı olarak görülen ve çoğunluğu kayıt dışı sektörde yer alan küçük ve orta ölçekli işletmeleri desteklemenin ön koşulu olmuştur. Teknik ve örgütsel altyapı yetersizliği nedeniyle daha sağlıklı olan bu işletmeler, bu yolla standartların gereklerini yerine getirmekten ve bu amaçla yapılan denetimlerden fiilen kurtulmuşlardır.

Uluslararası ve ulusal standartlarda, risk odaklı koruma ve önlemenin yerini, bu amaçla politika oluşturulmasını ve bu politikayı uygulayacak örgütsel altyapıyı belirleyen düzenlemeler ve son yıllarda da, risk yönetimi sistemlerini ve bu sistemlerle ilgili yönlendirici ilke ve kuralları tanımlayan düzenlemeler almıştır. Bu düzenlemelerde katılım ve gönüllülük özellikle vurgulanmıştır.

Bu gelişme insan odaklı bir üretim süreci için bilimsel sayılmakla birlikte düzensizleştirmenin ve esnekleştirmenin egemen olduğu birikim odaklı bir üretim sürecinde, göreliliği öne çıkarmıştır. Getirilen bütün bu düzenlemelerin uygulanmasında, eşitsiz rekabeti önleme ve küçük ve orta ölçekli işletmelerin kurulmasını, gelişmesini ve rekabet edebilirliği engellememe ilkelerinin ön koşul olarak getirilmesi, bu uygulamaların piyasa ile eklemlenme ölçüsünde gerçekleştirileceği yani göreceli olduğu kaygılarını desteklemiştir.

Yukarıda sıralanan ve üretim ilişkilerinin düzensizleşmesine ve esnekleşmesine yol açan bütün değişiklikler devlet adına kurallara uyulup uyulmadığını denetleme ve kurallara uyulmasını sağlama görevini üstlenmiş olan iş denetimini de, etkisizleştirmiştir.

Teknik, örgütsel ve işgücü altyapılardaki sürekli değişim ve belirsizlik, işletmelerde yaşanan sağlık güvenlik sorunlarının işletme ve riskler özelinde saptanmış bir politika ve eylem programına uygun olarak ve bu amaçla üretilmiş hizmetlerle çözülmesini güçleştirmiş, büyüyen ve yaygınlaşan kayıt dışı sektörün küçük ve orta ölçekli işletmeler ve buralarda istihdam edilen korunmasız işgücü açısından da, bütünüyle olanaksızlaştırmıştır.

YENİ LIBERAL SAĞLIK İDEOLOJİSİ

Toplumsal bütünlüğü sağlama modeli ve bunun aracı olan toplumsal koruma modeli de, yeni liberal siyasal ve ekonomik yeniden yapılanmayı tamamlayacak biçimde değiştirilmiştir. Bu değişikliklerle, refah devletinin toplumsal koruma modeli kapsamında toplumsal bir değere ve temel insan hakkına dönüşen ve devlet güvencesinde olan sağlıklı yaşama ve çalışma hakkı, devlet toplumsal koruma görevinden arındırıldıktan sonra, işçinin birikim sürecine yaptığı katkı ile, başka bir anlatımla piyasa ile eklemlenme düzeyi ile ilişkilendirilmiştir.

“Nimet-külfet ilişkisi” olarak da tanımlanan bu ilişki uyarınca, sağlık ve güvenlik hakkı işletmenin ve işçilerin birikim sürecine katkı yapma ve bu amaçla piyasa ile eklemlenme düzeylerine göre farklılaşacak ve tabakalaşacaktır.

Böylece piyasa ile eklemlenen işletmelerin ve bu işletmelerin gereklerini karşılayan işçilerin sağlık ve güvenlik standartları, diğerlerinden yüksek olacaktır. İşçi, piyasaya eklemlenme kapasitesi ve birikim sürecine katkısı azaldığı ölçüde, kaçınılmaz olarak daha sağlıksız ve güvenliksiz işyerlerinde ve işlerde çalışmayı koşulsuz kabul etmek zorunda kalacaktır.

Günümüzde, rekabet gücü yüksek olan işletmeler daha sağlıklı ve güvenlidir ve risklere karşı önlem alma olanakları da yüksektir. Oysa, yeni model bu işletmelerde çalışan ve çalışma ve yaşama koşulları görece daha iyi olan işçilere daha yüksek standartlar öngörürken; rekabet gücü olmayan, çoğunluğu kayıt dışı sektörde yer alan sağlıksız ve güvenliksiz işyerlerindeki işçilere, gereksindikleri üst düzeyde korumayı değil, düşük sağlık ve güvenlik standartlarını sunmuştur. Öyleyse, yeni model toplumu ve emeği değil, birikim sürecini önlemektedir.

Sosyal güvenlik ve sağlık hizmetleri de birikim sürecine katkıya göre yeniden örgütlenmiş, katkısı çok olan, çalışma koşulları medeniyle gereksinimi daha az olan işçilere, daha kapsamlı ve nitelikli hizmet sağlanırken, katkısı az, ama çalışma koşulları nedeniyle gereksinimi daha çok olan işçilere de sınırlı ve niteliksiz hizmet sunulması öngörülmüştür.

Bu uygulamalarla, devletin toplumsal koruma amaçlı "verimsiz" harcamaları azaltılarak sağlanacak kaynakların birikim sürecine aktarılması; işgücü maliyetinin, yeniden üretimi ve sürekliliği sağlamak için yapılan harcamalar sınırlanarak, azaltılması; ilaç ve teknoloji gibi tıbbi malların kullanımı arttığı için verimli bir yatırım alanına dönüşen sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin, verimli yatırım alanları olarak, sermayeye açılması, öngörülmüştür.

Sonuçta, işçi sınıfının yüz yıllık savaşıyla elde edilen ve kişinin doğarken kazandığı temel hak ve toplumsal değer olduğu evrensel kabul gören sosyal güvenlik ve sağlık hakları; kişinin karşılığını ödediği ölçüde, yani ekonomik gücü oranında yararlanacağı bireysel haklara dönüşmüş, sağlık ve sosyal güvenlik hizmet alt-yapısı da buna göre yeniden örgütlenmiştir.

SONUÇ

Sermaye birikimi kapitalizmin sürekliliğini sağlayan temel unsurlardandır. Kapitalizmin doğası gereği, her birikim süreci, koşulları oluştuğunda krize girer. Kriz döneminde, siyaset, ekonomi ve toplum birikim sürecinin yeni gereksinimleri doğrultusunda dönüştürülür ve yeni bir birikim süreci eskinin yerini alır. Son 25 yıldır uygulanan yeni liberal politikalar ve yaşanan siyasal, ekonomik ve toplumsal değişim kadar, öncesinde yaşananlar da, bu dönüşümün gereği ve sonucudur.

İş sağlığı ve güvenliği alanında Sanayi Devriminden bu yana önemli ilerleme sağlanmıştır. Günümüzde, bilim ve teknoloji, üretim alanında yaşanan sağlık ve güvenlik sorunlarının önlenmesini ya da işçilerin bu sorunlardan korunmasını sağlayacak düzeyde gelişmiştir. İnsanlık, yeterli bilgi ve deneyime olduğu kadar, gelişmiş koruma ve önleme politikalarına, yöntemlerine, tekniklerine, araçlarına da sahiptir.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2003 Nisanında yayınladığı Güvenlik Kültürü başlıklı belgede de belirtildiği gibi, 2000 yılı tahminlerine göre, Dünyada her yıl iki milyon kişi işe bağlı nedenlerle ölmektedir. 2001 yılı tahminlerine göre, Dünya Yurtiçi Hasıla Toplamının yaklaşık %4'ü; yani 1.25 trilyon dolar, işe bağlı sağlık ve güvenlik sorunları nedeniyle yitirilmektedir ve bilimsel teknolojik gelişmişlik düzeyi temel alındığında, meslek hastalıklarının tümünü, iş kazalarının da %98'ini önlemek olanaklıdır.

Bu saptamalar, olanakların yeterli olduğunu, ama yeterince kullanılmadığını kanıtlamaktadır.

Kapitalizm, tarihi boyunca, fırsatların ve olanakların yaratıldığı, ama insan için değil, sermaye birikimi için kullanıldığı bir siyasal, ekonomik ve toplumsal iklim üretmiştir. Sosyal refah devleti döneminde, sosyalist sistemin bir seçenek üretmesi ve işçi sınıfının güçlenen sendikal ve siyasal örgütlerinin çalışma ilişkilerinde güç-

l  bir taraf olarak yer alması, emeğin birikim sürecine kendi çıkarları için müdahale edebilmesine olanak sağlamıştır. Bu sayede elde edilen kazanımlar, bir yandan dönemin Keynesci siyasal ekonomik politikalarıyla  rt   rken, diğer yandan fordist birikim sürecinin krizini de, hızlandırmıştır.

Bu süreçte genelde toplumsal koruma alanında, özelde de, i  sağlığı ve güvenliği alanında sağlanan gelişmeler, işçilerin yaşama ve çalışma koşullarını iyile tirmekle birlikte, genellikle üretim sürecinde verimliliği artırma arayı larıyla  rt      , işçi ve işçinin sağlığı ve güvenliği bu arayı larla  rt        l   de bu arayışların öznesi olabilmıştır.

KAYNAKLAR:

İ te Güvenlik Kültürü, Dünya İ te Güvenlik ve Sağlık Günü, 28 Nisan 2003, ILO, Cenevre, 2003

Yalınpala, J., Küreselleşmenin Emek Piyasası ve İstihdam  zerindeki Etkileri; Alkan Soyak ve diğerleri, Küreselleşme, Om Yayınları,2002, içinde Sf: 261-305.

Hardt M., Negri A., İmparatorluk, Ayrıntı Yayınları, 2001.

Piyal, B., "Sağlık Hizmetlerinde Kriz", **Medikal Trend**, Mart 1999, Sayı 7, s. 50

Avrupa'da Sosyal Koruma "Değişim ve Sorunlar", ETUC-ETUI Konferansı, 7-8 Kasım 1996 Brüksel, Derleyenler: Alessandra Bosco, Martin Hutsebaut, Türk Harb İ  Sendikası Yay., Aralık 1998, Ankara, s. 320

Piyal, B., "Sağlık Hizmetlerinde Krizin Ekonomi Politikası, Bilim ve  topya, Aralık 1998

The Future of Health Care Systems, Report on a meeting of trade union experts held under the OECD Labour/Management Programme, Paris:OECD 1995

İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ: FELSEFESİ, STANDARTLARI, ROLLERİ VE FONKSİYONLARI

Yrd. Doç. Dr. M. Nihal ESİN

I.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Çağdaş sağlık anlayışı sağlığı koruma , geliştirme ve sürdürme üzerine temellenmiştir. Bu anlayış Halk Sağlığı Hemşirelerine, koruyucu sağlık hizmetlerinin takipçisi, çevresel zararların saptanmasında ve giderilmesinde harekete geçirici, birinci başvuru ve sevk noktası olma gibi ileri sağlık sorumluluklarını da getirmiştir (5,6). Halk Sağlığı Hemşireliği içinde 100 yıllık tarihsel süreci olan iş sağlığı hemşireliği ilk kez ABD’de ve önceleri hasta işçilere evde bakım veren hizmetler olarak yürütülmüş, ancak günümüzde sağlığı koruyan, geliştiren, sürdüren bakım hizmetlerine temellenmiştir (5,7).

İşyeri hemşiresi, hemşirelik ilkelerini tüm iş alanlarında çalışan işçilere uygulayan kişidir. Sağlıklı ve güvenli iş ortamı oluşturma, işçinin işi ve sağlık durumu ile, işini yapabilme gücü arasındaki dengeyi sürdürme ve koruma görevi vardır. Sağlığın ve güvenliğinin düzenlenmesi, işyeri zararları, doğrudan bakım becerileri, danışmanlık, eğitim, program yönetimi ve güçlü iletişim becerileri işyeri hemşiresinin temel bilgi alanlarıdır (3,5,6).

İş sağlığı hizmetleri gelişmiş ülkelerde işyeri hemşireleri 100 yıldan beri uygulamalarını etkin bir şekilde sürdürmektedirler. İş sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesinde yeterli eğitim almış hemşirelerin rolünün büyük olduğu belirtilmektedir. Gelişmiş ülkelerde iş sağlığı hemşireliği bilimsel, teknolojik ve toplumsal gelişmelerden etkilenecek büyük değişim içine girmiş ve bunun sonucunda da iş sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde hemşirelerin rolleri ve yeri kabul edilmiştir.

İş Sağlığı Hemşirelerinin geliştirdiği ve uyguladığı iş sağlığı programlarının uzun vadeli sonuçları değerlendirilmiş ve sağlık bakım giderlerinin azaldığı, bakımın kalitesinin arttığı, işçinin moral ve üretkenliğinin arttığı ve sağlık risklerinin azaldığı bulunmuştur (5,7). Bu sonuçlar; iş sağlığı hizmetlerinde hemşirelik hizmetlerinin önemini göstermektedir.

Batı ülkelerinde işyeri hemşiresi için çeşitli roller ve işlevler tanımlanmıştır. Bu tanımlar standardize edilmiş ve ulusal sağlık sistemi içinde yasalarla yerini almıştır. İşyeri hemşirelerinin büyük çoğunluğu orta ve büyük endüstri merkezlerinde, bir kısmı ise özel ya da üniversite kaynaklı iş sağlığı merkezlerinde çalışmaktadır. ABD’de 30.000 tescilli hemşire işyeri hemşiresi olarak çalışmaktadır (5,7). Ülkemizde orta eğitim düzeyindeki mesleki standartlarla ve 1954 yılının yasaları ile şekillendirilmiş hemşirelik insan gücü bulunmaktadır. 1980 yılında yasalaşan İş Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü, işyeri hemşiresini hekimin tedavi ağırlıklı hizmetlerine yardım eden rollerle sınırlamıştır (2,4). Ancak 2003 yılında yeni yürürlüğe giren İş Kanunun kapsamında yer verilmesi düşünülen işyeri sağlık çalışanlarının görev, yetki ve sorumlulukları ile ilgili yönetmelikte iş sağlığı hemşirelerinin çağdaş görev, yetki ve sorumluluklarının yer alacağı beklenilmektedir. Çünkü 2000 yılından beri önceleri T- HASAK bünyesinde çalışan “iş sağlığı hemşireliği komisyonu” , 2003 Nisan ayında İş Sağlığı Hemşireliği Derneğinin kurulması ile birlikte çalışmalarını daha etkin olarak sürdürmekte ve Türkiye’deki iş sağlığı hemşireliğinin gelişimine yönelik faaliyetleri sürdürmektedir.

İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN NİTELİKLERİ

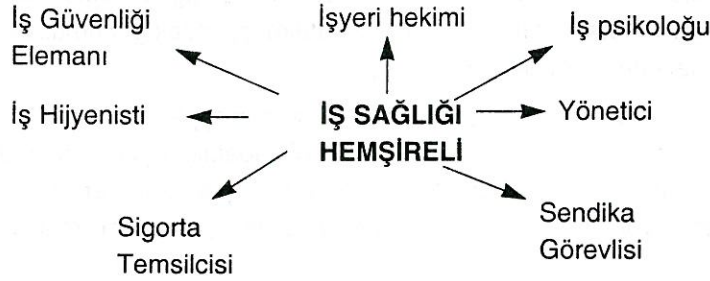
Eğitimi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) teknik raporunda (1988); iş sağlığı alanında çalışacak hemşirenin; mezuniyet öncesinde genel hemşirelik eğitiminde iş sağlığı hemşireliğine ilişkin temel eğitim almasını ve mezuniyet sonrasında ise Halk Sağlığı Hemşireliği eğitim programlarının iş sağlığı ve hemşireliği konularını içermesini önermiştir (8).

Uluslararası İş Sağlığı Komisyonu (ICOH) ve alt birimi olan İş Sağlığı Hemşireliği Bilimsel Komitesi (SCOHN) "37 ülkedeki iş sağlığı hemşirelerinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimleri" ile ilgili yaptığı araştırma sonuçlarını bir raporla açıklamıştır(8). Bu raporda iş sağlığı hizmetleri gelişmiş ülkelerde; gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası hemşirelik eğitimlerinde "iş sağlığı ve hemşireliği" ile ilgili konulara büyük oranda yer verilmektedir.

Gelişmiş ülkelerde iş sağlığı alanında yüksek lisans ve doktora programları giderek artmaya başlamıştır. Bu programlara hemşirelerin katılımlarının giderek arttığı görülmektedir.

Diğer alanlarda da olduğu gibi, iş sağlığı alanında da olumlu sonuçların elde edilebilmesi için çeşitli disiplinlerin iş birliği gerekir. İşyeri hemşiresinin profesyonel ilişki ağı Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. İşyeri Hemşiresinin Profesyonel İlişki Ağı

İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNİN AMAÇLARI

Çalışma alanında sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini sağlamak,
Yararlılık ilkesi ve kaynakların kullanımı doğrultusunda, iş sağlığı hizmetleri sunmak,
Kaliteli sağlık bakımı vermek ve çalışan hak ve yükümlülüklerinin anlaşılmasını sağlamak,
Çalışma çevresi ve çalışanlarda dinamiği sağlamak,
Sağlık ve güvenliği sağlamada çalışanlara sorumluluk vermek,
Kuruma ve çalışanlara iş sağlığı hizmetlerinin yararlarını açıklamak,
Uygulamalarda yasal ve etik ilkeleri izleyerek, profesyonel gelişimi sağlamak,
Çalışan sağlık ve güvenliğini arttırmada multidisipliner işbirliği sağlamak.

İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNİN FELSEFESİ

İş sağlığı hemşireliğinin felsefesi aşağıdaki özellikleri içerir.

Güvenli ve sağlıklı bir çalışma alanı ve çevresi oluşturan programlar düzenlemek, işe bağlı yaralanma ve kazaları azaltmak,

Etkili iş sağlığı programları geliştirmek ve çalışanların sorumluluğunu üstlenerek, işyeri sağlık hizmetlerini yönetmek. Sadece çalışan sağlığı değil, ailesini, toplumu ve ilişkili çevresel faktörleri belirlemek,

Çalışanın haklarını korumak , kazalara yönelik sağlık eğitimi yapmak,

İşyeri ve çevresinin sağlık ve güvenliğini sağlamada bilgi ve becerilerini kullanarak iş sağlığı yönetimini sağlamak,

Sahip olduğu bilgi ve becerilerini geliştirmek, çeşitli çalışma ve uygulamalara katılmak

Uygun kaynaklarını kullanımını sağlamak ve çevresel sağlığı geliştirmek,

Çalışmalarını üretimi arttıracak, maliyeti azaltacak yönde kaliteyi sürekli attırarak yürütmektir.

UYGULAMA STANDARTLARI

Kaliteyi sağlamada değerlendirme kriterleri;

*Yapısal Kriterler;

Fiziksel Çevre

Yönetim, organizasyon , sağlık bakım profesyonlarının sağlık algılayışı,

Organizasyon misyonu ve yapısı

Temel amaç ve hedefler,

İnsani ve finansal kaynaklar

Toplumsal kaynaklar

* Uygulama Kriterleri

İşin yönetimi

Karar verme süreci

İşbirliği

Hemşirelik girişimleri

Verilen hizmetler

Kayıtlar ve raporlar

* Sonuç Kriterleri

Sağlığın geliştirilmesi

Uygun girişimlerin yapılması

Morbidite ve mortalitenin azaltılması

Sağlığa ilişkin tutum ve bilgede olumlu değişimlerin oluşturulması

Hizmetlerin verilmesinde uygunluk ve başarı.

İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMA STANDARTLARI

*** Bakımın Standartları**

Tanılama : Çalışanın sağlık durumunun sistematik bir şekilde tanınması,

Tanı koyma: Hemşirelik tanısına götürecek şekilde toplanan verilerin analizi,

Çıktıların belirtilmesi: Çalışana özel beklenen sonuçlar,

Planlama: Beklentilere yönelik sağlık koruma ve geliştirme, bakım planının oluşturulması,

Uygulama: Sağlık koruma, kaza ve yaraları önleme, rehabilitasyonu sağlamaya yönelik bakım planının uygulanması,

Değerlendirme: Girişimlerin ve sonuçların sistematik,devamlı değerlendirme.

***Profesyonel Uygulama Standartları**

Profesyonel gelişim /değerlendirme: Personel değerlendirmesi, profesyonel gelişim sağlanması,

Kaliteyi oluşturma: İş sağlığı uygulamalarının etkisi ve kalitesini değerlendirme

İşbirliği: Çalışanların, yöneticilerin, diğer sağlık bakımı verenlerin ve ilişkili profesyonellerin katılımı

Araştırma: Bilimsel tabanlı, kanıta dayalı

Etik: Karar verme sürecinde etik yaklaşım

Kaynak Yönetimi: Çalışanların gereksinimlerinin karşılanmasında uygun kaynakların kullanımı (5).

İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLLERİ VE UYGULAMALARI

İş Sağlığı alanında çalışacak hemşire diğer alanlarda çalışacak hemşirelerle benzer olarak Eğitici, Araştırmacı, Bakım Verici, Savunucu, Danışman, Yönetici rollerinin gerektirdiği fonksiyonları uygularlar. Bu rollere ek olarak iş sağlığı alanına özel bilgi ve beceri gerektiren uygulamaları da yürütürler. Bu nedenle; işyeri hemşireleri Toksikoloji, Epidemiyoloji, Endüstriyel Hijyen, Ergonomi, Güvenlik, Yönetim gibi bilim dallarıyla ilgili bilgi ve beceri sahibi olmalıdırlar (1,3,4,5,7).

İşyeri hemşirelerinin temel olarak uygulaması gereken roller ve fonksiyonları aşağıda belirtilmiştir (1,3,4,5,6,7).

Bakım verici rolü ve uygulamaları

a) İşe giriş muayeneleri ve periyodik muayenelerde çalışanın kapsamlı sağlık değerlendirmesini yapar (sağlık öyküsünü alır, genel fizik, mental ve sosyal değerlendirme ve işkoluna özgü ölçümleri yapar) ve kaydederek, kayıtları saklar.

b) Çalışanı, yapacağı/yaptığı işe ve çalışma ortamına göre değerlendirir, yönetime ve/ya da ilgili birime önerilerde bulunur.

c) Çalışana özel hemşirelik tanısı koyar, hemşirelik hizmetlerini planlar, uygular ve değerlendirir.

d) Hekime ve/ya da gerekli durumlarda ilgili sağlık kuruluşuna sevk eder.

e) Çalışanlar için sağlık risklerini belirleme ve erken tanı programlarını planlar, uygular ve/ya da uygulanmasını sağlar ve değerlendirir, ileri değerlendirme ve kesin tanı için gerekiyorsa ilgili kuruma sevk eder, sağlık kurumu/uzmanlara başvuru konusunda çalışanlara danışmanlık yapar ve sonuçlarını izler.

f) Kaza, hastalık gibi acil durumlar için kolay ulaşılabilir bir yerde eksiksiz, çalışır durumdaki malzemeleri içeren bir acil dolabını ve çantasını kullanıma hazır bulundurur.

g) Acil kaza ve hastalık durumlarında ilk yardım uygulaması yapar.

h) Acil müdahale gerektiren özel durumlarda gerekli hemşirelik girişimlerini uygular, hekim ya da ilgili uzman ile iletişim kurarak önceden hazırlanmış protokoller doğrultusunda ilk tedaviyi başlatır.

i) Küçük yaralanma ve hastalıkları önceden hazırlanmış protokoller doğrultusunda tedavi eder.

j) Bulaşıcı hastalık saptandığında kaynağı ve diğer olası olguları bulmak için çalışmalar yapar.

k) Hastalık tedavilerinin gecikmeden sağlanması için hekime ve/ya da ilgili sağlık kurumuna sevk eder, sonucu izler.

l) Hastalığı/yetmezliği olanların kendi bakımlarını bağımsız olarak sürdürebilmeleri için programlar hazırlar ve değerlendirir.

m) Çalışanların ve ailelerinin, sağlık problemleri ile baş etme yeteneklerini geliştirmelerine yardım eder.

n) Çalışanların hastalık nedeniyle uzun süreli iş ortamından ayrı kalıp geri döndüklerinde, izlem gerekleri izler, yapacağı işin koşullarına göre çalışana ve ilgili birime önerilerde bulunur. o) Emekli olacak çalışanların düzenli sağlık kontrollerine ilişkin planlama yapar, uygular/uygulanmasını sağlar, değerlendirir, danışmanlık yapar.

İş ortamı ile ilgili uygulamaları:

a) İşyerinin tüm birimlerinde çalışanların sağlığına yönelik gözlem yapar, var olan ve oluşabilecek sağlık sorunları açısından iş çevresini değerlendirir, sağlıklı iş ortamının düzenlenmesinde ilgili kişi ve birimlere/yönetime gerekli önerilerde bulunur, iş çevresinin sağlıklı aydınlanma, ısınma, havalanma, temizlik gibi koşullarına uygunluğunu sağlamak için yönetim ve ilgili birimler ile işbirliği ve danışmanlık yapar.

b) Çalışma ortamını haftada en az bir kez meslek hastalığı ve iş kazaları oluşturma riskleri açısından gözlemler ve çalışanın işbaşında önerilen

uygulamaları yapma düzeyini ve koruyucu önlemlerin alınıp alınmadığı ve alınan önlemleri uyulup uyulmadığını değerlendirir, c) Sağlıklı beslenme programı, mutfak ve yemekhanenin personel ve genel temizliği konusunda sürdürülen çalışmalara katılır, denetler.

d) Portör muayeneleri için planlama yapar, uygulanmasını sağlar, değerlendirme çalışmalarına katılır ve izler.

e) Sağlıklı tuvalet, duş, dinlenme, giyinme odası, spor alanları gibi olanakların düzenlenmesinde yönetimi ve ilgili birime rehber olur.

Sağlık eğitimi ve danışmanlık rolü ile ilgili uygulamaları:

a) Çalışanların ve ailelerinin sağlığını geliştirmeye yönelik olarak sağlıklı beslenme, egzersiz, stres yönetimi gibi konularda sağlığı geliştirme programlar planlar, uygular ve/ya da uygulanmasını sağlar ve değerlendirir. b) Çalışanın meslek hastalıkları ve iş kazalarından korunmasına (kişisel koruyucuların önemi, nasıl kullanılabileceği gibi) ve temel ilk yardım becerisini kazanmalarına yönelik bireysel ve grup eğitimleri planlar, uygular ve/ya da uygulanmasını sağlar ve değerlendirir, bireysel danışmanlık sağlar.

c) Akut ya da kronik hastalığı/yetersizliği olan çalışanlara ve ailelerine yönelik eğitim programları planlar, uygular ve/ya da uygulanmasını sağlar ve değerlendirir, danışmanlık sağlar.

d) Çalışanların ve ailelerinin özel gereksinimleri doğrultusunda sağlık eğitimi programlarını planlar, uygular ve/ya da uygulanmasını sağlar ve değerlendirir, bireysel danışmanlık sağlar. e) Çalışanlara ve ailelerine sağlık ile ilgili tüm yardım isteklerinde danışmanlık sağlar.

f) Çalışanların sağlık ile ilgili haklarını korur ve gerektiğinde ilgili kişilere karşı savunur.

Araştırma rolü ile ilgili uygulamaları:

a) İş sağlığı ve hemşireliğini geliştirmeye yönelik araştırmalar planlar, yürütür, değerlendirir ve/ya da araştırmalara katılır, ilgili kişi/birim/kuruluşlara rapor eder.

b) Araştırma sürecinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde iş sağlığı ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği yapar.

c) Araştırma sürecinde çalışanların ve işverenlerin haklarını korur/korunmasını sağlar.

Halen işyerlerinde çalışan ve lisans mezunu olmayan hemşireler, araştırma ile ilgili görev, yetki ve sorumluluktan yükümlü değildir. Ancak kendi çalışmaları ile ilgili istatistikleri oluşturur ve değerlendirir.

KAYNAKLAR

Bahar Z: İş Sağlığı Hemşireliği ve Sorumlulukları, E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3;2, 1987.

Centel T: İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı, MESS Yayınları, No:251, Ebru Grafik ve Matbaacılık A.Ş., 1997.

Emiroğlu N: İşçilerin İş Sağlığı Hizmetlerinden Beklentileri ve İşyeri Hemşiresinin İş Sağlığı ve Güvenliği Çalışmasındaki Yeri, Türk Hemşireler Dergisi, 42:4, 1992.

Nahcivan N, Erdoğan S, Esin MN: Türkiye’de İş Sağlığı Hemşireliği, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2:1, 1999.

Rogers P: Occupational Health Nursing. Concept and Practice. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1994.

Swanson MJ, Albert S: Community Health Nursing. Promotion The Health of Aggregates. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1993.

Şener F: İş Sağlığı ve Güvenliği Süreçlerinde İş Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları ve Değerlendirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001.

WHO (1988) Training and Education in occupational health. Report of a WHO Study Group, Technical Report Series no. 762, Geneva

ECZACIBAŞI/BAXTER HASTANE ÜRÜNLERİ SAN. VE TİC. A.Ş İŞYERİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMALARI

Nilüfer ÖZTÜRK

Eczacıbaşı/Baxter Hastane Ürünleri San. ve Tic. A.Ş
İş Yeri Hemşiresi

KURUM ÖZELLİKLERİ

Alan: 55.000m² (17.000m² kapalı)

Çalışma sahası: Bölge M./Teknik H./Eve Teslim Birimleri

9 ana /14 tali bölge

Çalışan sayısı: Merkez- 523 bölge-164

Yaş ortalaması: 33

%60 beyaz yaka-%63 erkek

İŞYERİ SAĞLIK BİRİMİ

ÇALIŞANLAR

İşyeri Hekimi

*Dr.Mehmet Ali Sarıboyacı

İşyeri Hemşiresi/Sağlık memuru

*Nilüfer Öztürk

*Serap Akın Uyanık

*İlhan Balkanlı

NASIL ÇALIŞIYORUZ

Amacımız:

Çalışanların sağlık ihtiyaçlarını karşılayarak çalışan sağlığını korumak, geliştirmek ve yükseltmek. Çalışanın sağlık bilinç düzeyini geliştirmek amaçlı eğitimler düzenlemek. İşçi iş güvenliği ve çevre sağlığı çalışmalarına katılarak gelişmesine katkıda bulunmaktadır.

Çalışma şekli:

- 4 kişilik bir ekipten oluşan işyeri sağlık birimimiz
- 6 gün 24 saat kesintisiz hizmet verir.
- Halk Sağlığı uzmanı olan işyeri hekimi tam gün çalışmaktadır.
- Hemşire/sağlık memuru ise vardiyalı olarak (07-15-23) kesintisiz olarak hizmet vermektedir.
- Sürekli ambulans olanağı .
- İlk yardım sertifikalı 24 çalışanımız mevcuttur

Bölüm olarak İnsan Kaynakları Müdürlüğüne bağlı Sosyal İşler Kısmı içerisinde yer alan birimimiz, kuruluşumuzda uygulanan "Süreç Yönetimi" kapsamında hem İnsan Kaynakları Yönetimi hem de "Çevre, İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetimi" temel süreçlerinde yer alır. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetimi alt sürecinin sahibi işyeri hekimidir.

İşyeri Sağlık Birimi, kuruluşumuzda bulunan Ergonomi, İlk Yardım, Arama Kurtarma Takımları gibi takım çalışmalarına da destek verir.

UYGULAMALAR

Tıbbi Görevler

- İşe giriş muayeneleri
- Günlük muayeneler
- Aralıklı kontrol muayeneleri
- Gerektiğinde ek muayene
- Portör muayenesi (Üretim-Mutfak-kafeterya)
- Göz muayenesi (Gözle ürün kontrolü-Güvenlik-Sürücüler)
- Odiometri muayenesi (80dBA üzerinde çalışanlar)
- Solunum fonksiyon testi (Maske kullananlar, laboratuvar çalışanları)
- Radyolojik muayeneler 35*35 Akciğer grafileri (portör muayenesi kapsamında ve SFT yapılanlar)
- İlk yardım organizasyonu/tazeleme eğitimleri
- Koruyucu aşıların yapılması
 - Hepatit B (Sağlık personeli-Pazarlama Satış Çalışanları)
 - Tetanos (Sağlık personeli-Üretim-Bakım Onarım-Depo-Laboratuvar-Sürücü-Güvenlik)
 - İnfluenza (isteyenler ve endikasyonu olanlar)
- Sağlık bilincini artırıcı tetkikler
 - Kolesterol (isteyenler ve risk grubunda olanlar)
 - AKŞ (isteyenler ve risk grubunda olanlar)
- Olağan dışı durumlara karşı alınacak önlemler (tatbikatlar vb.)
- Koruyucu malzeme/ekipman kullanım takibi

Tıbbi teknik görevler

- Risk değerlendirmesi
- Genel hijyenin izlenmesi (su, yemekhane, duş, lavabo vb.)
- İş kazası soruşturmaları
- İlk yardım kurtarma organizasyonu
- Meslek hastalıkları izlem ve kontrolü
- İSG kurulu toplantılarına aktif katılım
- Sağlık eğitimi (kurum içi/dışı)
- Kayıt ve istatistik görevleri
- Kişisel sağlık dosyalarının hazırlanması ve takibi
- İş kazası ve meslek hastalıkları standart form tutulması
- Yıllık çalışma cetvelinde ilgili alanların doldurulması
- İstatistik kayıt ve raporlama
- Kan grubu
- Yıllara göre aylık sevk ortalaması ve sevk oranı
- Aşı ve taramalar
- Hemşirelik hizmetleri özel istatistikleri

ÇEVRE, İŞ GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI

- Atık Yönetimi
- Risk Değerlendirme
- Denetimler
- İş Kazası Önleme Çalışmaları
- Gürültü Ölçümleri
- Doğal Kaynak Kullanımı
- Atık Su Emisyonu
- Ozon Delici Maddeler
- Malzeme Güvenlik Bilgi Formları
- Olağanüstü Durum Yönetimi

VKV AMERİKAN HASTANESİ İŞYERİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMALARI

Canan ACU SARI
VKV Amerikan Hastanesi

KURUM ÖZELLİKLERİ

- Hizmet alanı: Sağlık
- Çalışan sayısı: 814
- Taşeron çalışan sayısı: 271

İŞYERİ SAĞLIK BİRİMİ

ÇALIŞANLAR

- Dr.Gülin Kırac
 - İşyeri Hemşiresi
- Canan Acu Sari

NASIL ÇALIŞIYORUZ?

AMACIMIZ

- Sağlıklı ve güvenli bir çevrede çalışanların sağlığını geliştirmek ,korumak ve geliştirmek,
 - İş ve çevresel tehlikelerden dolayı sağlığın etkilenmesini engellemeye çalışmak
 - Çalışma çevresinde çalışanın sağlığını bütüncül olarak ele almak,çalışanın sağlığını devam ettirmek ve geliştirmek
 - Bütün faaliyetlerimiz çalışma çevresi ve çalışan üzerine odaklanmıştır.
- Çevre-Sağlık –Emniyet(ÇSE)Komitesi

Yapılan tüm faaliyetler bu komite altında toplanmıştır.Bu komitenin başkanı işyeri hekimidir.Alt gruplar şu şekilde sıralanmıştır.

- Atık Yönetimi
- Dış İlişkiler
- Odp Ekibi
- Risk Değerlendirme
- Denetim/Eğitim
- Malzeme Seçim/Alım
- Performans Ölçme /Değerlendirme
- Koruyucu Hekimlik
- Radyasyon Ekibi
- Sitotoksik Ekibi
- Kaza Önleme /Araştırma
- Ergonomi
- Latex
- İnfeksiyon Kontrol

UYGULAMALAR

İşe giriş muayeneleri

Günlük muayeneler

İş gücü verimliliği

Tedarikçi değerlendirme

Kesici delici alet yaralanmaları ve iş kazaları takibi

Hastane infeksiyonları takibi ve koruyucu malzeme alım desteği

Görünme sıklığı ve artan sorunların çözüm çalışmaları(varis,infeksiyon,bel ağrıları,...)

Eğitim(kurum içi-dışı)

İstatistik,kayıt ve raporlama

Yasal mevzuat takibi ve uygulama

Kurumlar arası ilişkiler(SSK,Sağlık Md.,Tabip Odası,Verem Savaş Disp,KalDer...)

Lojman denetimi

Diğer fiziksel alanların denetimi

Çalışanlara psiko-sosyal destek

Portör takibi

Koruyucu Hekimlik uygulamaları

•Aşılar(Hepatit B,Tetanos,Grip...)

•Latex taraması

•PPD,Burun-boğaz kültür takibi

•Sağlık taraması

•Ergonomi

•Koruyucu malzemeler

Özel birimlerde çalışanların takibi

ISO 9001 ve ISO 14001 çalışmaları

Diğer projelere destek

Gelen önerileri uygulamak ve /veya uygulamasına destek olmak

Olağanüstü durum çalışmaları

KOMİTE VE KURULLAR

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulu

Hastane İnfeksiyon Kontrol Komitesi

Aylık Mutfak Toplantısı

Rutinlerin devam ettirilmesi ve geliştirilmesi çalışmaları

Risk Yönetimi(tüm çalışanların risk tablosu)

Odio Takibi

Gürültü çalışmaları

Ergonomi eğitimi

Hastaneler arası Olağanüstü durum çalışması toplantıları

Kayıt ve istatistiklerin detaylandırılması

Hastanemizi,İşyeri Hekimliği çalışanları açısından daha geniş alanlarda temsil etmek

Hastaneler arası Olağanüstü durum çalışması toplantıları

Koruyucu Hizmetler

Bina

- Çalışma ortamı ve kullanılan araçlar
- Olağandışı durumlara karşı önlemler

Çalışanlar

- Koruyucu malzemeler
- Sağlık taramaları
- Özel çalışanlar için sağlık taramaları,
- Eğitimler

TOPLANTILAR

- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulu
- İnfeksiyon Kontrol Komitesi
- Çevre Sağlık Emniyet Komitesi
- Olağanüstü Durum Çalışmaları
- Tedarikçi Yemek ve Temizlik Şirketleri

İSTATİSTİKLER

İşyeri Hekimliği Poliklinik ve Rapor

Üst Solunum Yolları Enfeksiyonlarının Görülme Sıklığı

Hemşirelik Hizmetlerine Özel Yapılan İstatistikler

Kesici/Delici Alet Yaralanmaları ve Materyal Sıçramaları

Aşı ve Taramalar

Yıllara Göre Hastalık Dağılımları

Sık Görülen Hastalıklar

Atık İstatistikleri

İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNDE ARAŞTIRMA VE ÖNEMİ

Ayşe BEŞER

Öğr.Gör.Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Hemşirelikte Araştırma Neden Önemlidir?

Sağlık çalışanlarının hizmetlerini uygun biçimde planlayabilmesi, uygun kararlar verebilmesi ve görevlerini başarılı bir şekilde yürütebilmesi için araştırma yapmaya, araştırmaları bilimsel bir temele oturtmaya ve istatistiksel yöntemlere gereksinimi vardır (Bahar Z 1990).

Sağlık çalışanları içinde hemşireler önemli bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) üye ülkeler 2000 yılında Herkese Sağlık Amacına ulaşabilmede hemşirelerin temel sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir insan gücü kaynağı olduğunu vurgulamıştır. 1980'li yıllarda ise hemşirelerin görevleri 4 ana grupta toplanmıştır. Planlama ve yönetim görevleri, denetleme ve eğitim işlevleri, doğrudan bakım ve araştırma işlevleridir.

Her profesyonel disiplinde olduğu gibi, hemşirelik uygulamalarının bilimsel bir temele oturtulması gerekmektedir. Çünkü hemşirelik kuramsal bilgi ve beceriyi gerekli kılan uygulamalı bir sağlık disiplini (Bahar Z 1990). Bu nedenle hemşireler, hemşirelik uygulamalarına ve bilgisine katkıda olacak gelişimleri yapmak zorundadır. Hemşireler sadece çalışmalarında sorunları belirlemekle kalmayıp, aynı zamanda araştırma yaklaşımı ile bilimsel olmayı ve araştırma bulgularını hemşirelik uygulamalarına geçirecek stratejileri geliştirmek zorundadır (Bahar Z 1993).

Florence Nigtingale 1985'lerde hemşireliği bir disiplin olarak kabul etmiş ve tanıtmıştır. Ardından hemşirelik bilim adamlarınca bir meslek olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle hemşirelik mesleği araştırmalarla bilimsel bir temele dayandırılmalıdır. Hemşirelik teorisyenleri hemşireliği 4 temel kavram altında ele almışlardır. Bunlar; kişi, çevre, sağlık ve hemşireliktir. Agnew J (2001), iş sağlığı hemşireliği açısından bu kavramları tanımlamıştır.

İnsan-bakım alan: Çalışan bireyler ve aileleri

Çevre: Fizik, biyolojik, sosyokültürel, kuramsal, politik, ekonomik ve kişilerarası çevreyi kapsar.

Sağlık: Sağlıklı ve güvenli olabilmedeki işçilerin yeterliliklerini yansıtır. Sağlığı, işle ilişkili kaza ve hastalıklar tehdit eder ya da bireyin iş yapabilmesini kısıtlayabilen durumlardır.

Hemşirelik: Bakım alan bireylere yönelik planlanmış eylemlerdir. İş sağlığı hemşireleri çalışan tüm popülasyona bilimsel verilere dayalı olarak planlanmış özel girişimleri sunmalıdır (Agnew J 2001).

İş Sağlığı Hemşireliğinde Araştırma Neden Önemlidir?

İş sağlığı hemşireliği, çalışanların sağlığının korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi yanında sağlıklı ve güvenilir çalışma ortamının gerçekleştirilmesinde bağımsız hemşirelik tanımları doğrultusunda karar verebilen sağlık disiplini olarak tanımlanmaktadır (Roger B 1994).

Gelişmiş ülkelerde iş sağlığı hemşireliği zaman içinde değişim göstermiş, hemşirenin otonomi kullanarak karar verme, bağımsız uygulama, sağlığı geliştirme, yönetim ve araştırma yönünde gelişme göstermiştir (Ak-sayan S ve ark 2002). Bu değişimin ortaya konulmasında hemşirelik girişim sonuçlarının kanıt olarak ortaya konulması etkili olmuştur.

Uygulamalı bir disiplin olan işyeri hemşireliğinde araştırma, hem mesleki gelişim için, hem de çalışanların sağlığının geliştirilmesi ve korunması amacıyla sürdürülen iş sağlığı hizmetlerinin planlanması, değerlendiril-

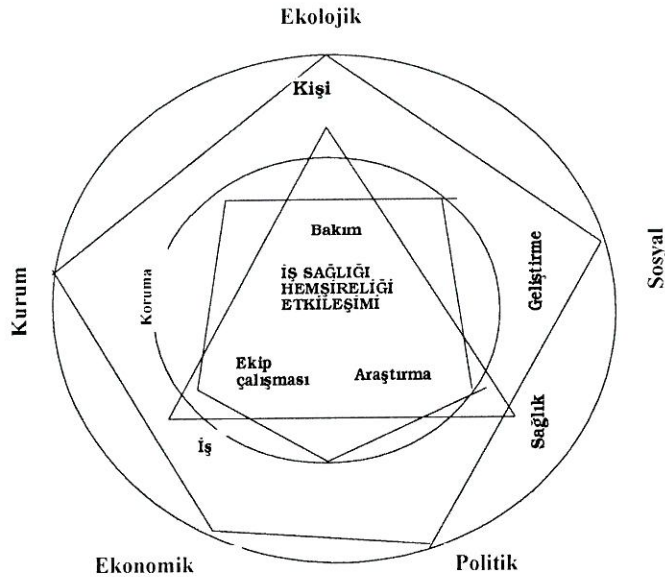
mesi ve geliştirilmesi açısından önemlidir (Aksayan S ve ark 2002). Araştırma ve uygulama daima birliktedir. Araştırmaya dayalı uygulama iş sağlığı hemşireliği için temeldir. Literatürde iş sağlığı hemşirelerinin çok sayıda yaptığı araştırmalarla uygulamalara katkı sağlayacak bilgi üretimleri vardır.

Amerikan İş Sağlığı Hemşireler Birliği (AAOHN) iş sağlığı hemşirelik uygulamalarının temelini araştırmalara dayalı olarak tanımlamış ve bunun önemini iş sağlığı hemşireliği için geliştirilen standart X'da belirtmiştir. " iş sağlığı hemşireleri, mesleği ilerletmek, uygulamaları geliştirmek ve iş sağlığı hemşireliğini bilimsel bir temele dayandırmak için uygulamalarında araştırma bulgularını kullanır " (Salazar M.K 2002).

AAOHN'ye göre, tüm iş sağlığı hemşireleri bakımından sorumlu olduğu bireylerin gereksinimlerini karşılayabilecek etkin bir bakım sunabilmek için mesleğine araştırmalarla katkı yapmak zorundadır. Bu katkı, işle ilişkili sağlık güvenlik problemlerini saptama, veri toplama, verileri analiz etme ve araştırma bulgularına dayalı olarak çeşitli programları , girişimleri başlatmayı kapsayabilir (Salazar M.K2002).

1988'de Finlandiya Hanasaari'de iş sağlığı hemşireliği üzerine uluslararası bir toplantıda "İş Sağlığı Hemşireliğinde Hanasaari Kavramsal Modeli" geliştirilmiştir. Bu model özellikle Danimarka, Finlandiya, Belçika ve İngiltere'de kullanılmaktadır. Model, temel olarak iş sağlığı hemşireliği çalışmalarında makro ve mikro düzeyde holistik bir yaklaşımı tanımlamakta ve çalışma yaşamında çalışanın sağlığını etkileyen politik, sosyoekonomik, ekolojik ve genel çevreyi içermektedir (Şekil 1).

Şekil 1: İş Sağlığı Hemşireliği Hanasaari Kavramsal Modeli



Hanasaari Kavramsal Modelin vurgulandığı alanlardan bir tanesi araştırmadır. Bu modele göre, iş sağlığı hemşireliği birey, grup ve kurumların sağlığına etki edecek yeni yaklaşımlarla ilgilenir. Bu yaklaşım, epidemiyoloji, araştırma yöntemlerini anlamayı ve uygulamaya entegre etmeyi içerir (Van Dorpe 1996).

İşyeri Hemşiresinin Araştıracığı Problem Kaynakları Neler Olabilir?

İşyeri hemşiresinin sunacağı hemşirelik hizmetlerinin planlanmasında ve gerçekçi gereksinimlere dönük eylemlerde bulunabilmesi için en etkili veri kaynaklarından birisi araştırmadır. Araştırmaya karar vermeden önce "bu bir problem midir?", "bu araştırma konusu önemli bir problem midir?", "bilgi ve uygulamalara katkı sağlayacak mı?", "iş ve işçi sağlığı açısından bir katkı sağlayacak mı?" sorularının başlangıçta yanıtlanması gerekecektir.

İşyeri hemşireleri çalışma ortamında etkin bir gözlem yapabilmeli, daha etkili uygulamalara katkı sağlayacak araştırma alanlarını saptayabilmelidir (Roger B 1994). Çalışma yaşamında her zaman bir problem vardır ve en önemli, en öncelikli olarak görülen bir problemin durumunu değiştirmek ve geliştirmek için neler yapılabileceği merak edilebilir. Örneğin, bazı işçiler koruyucularını kullanırken diğerleri neden kullanmıyor? Belirli bir danışmanlık yaklaşımı işçilerin kolesterol düzeyini düşürmeye yardım etmede daha etkili olabilir mi? Problem ne olursa olsun merak etme bir araştırma fikrini gerçekleştirmeye yardım edecektir (Roger B 1994).

İşyeri hemşiresi, sağlık/hastalık kayıtlarından, danışmanlık başvurularından, kurum içi iletişim örüntülerinden ele alınması, araştırılması gereken bir problemi belirleyebilir. Çalışanların sağlık şikayetleri ile yaptıkları iş arasındaki ilişkinin araştırılması önemlidir. Örneğin, aynı iş ortamında aynı işi yapan işçilerde benzer şikayetlerin görülmesi ya da belirli bir zaman içinde spontan düşüklüklerin artış göstermesi araştırılması gereken problemlerdir. İşyeri hemşiresi dikkatini çeken bir durumun görülme sıklığını da araştırarak elde ettiği bulgulara yönelik girişimlerini planlayabilir. Örneğin, çalışanlarda hiperkolesteremi prevelansını araştırarak, çalışanların sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik programlar planlayabilir (Rogers B 1994).

Otoriteler, sıklıkla işle ilişkili hastalıkların görülmesini saptayan, nedenlerini araştıran ve çözümleri başlatanların hemşirelerin olduğunu belirtmektedir. İşyeri hemşiresinin gerekli olduğunda araştırmalarında, araştırma süreç ve yöntemleri anlamasında danışman olarak rehberlik sağlayacak araştırmacılarla işbirliği sağlaması önemlidir. Ayrıca, iş sağlığı hemşiresinin iş sağlığı ekip üyelerindeki diğer disiplinlerle birlikte düzenlenen bilimsel çalışmalarda yer alması çeşitli avantajlar sağlar. Bunlar;

İş çevresinde araştırma becerilerinin artması ve gelişmesi için fırsat sağlar.

Çözülmesi gereken problemleri ya da gerekli soruları beraber tartışmak için yönetici ve araştırmacılar için fırsat sağlar.

Karşılıklı öğrenme ve paylaşmayla araştırma becerileri artar.

Araştırma bulgularının daha erken kullanılmasını, yayılmasını sağlar, yeni hemşirelik girişimlerine yol açar (Roger B1994).

İşyeri Hemşirelerinin Araştırma Yapmalarında Etkili Olan Faktörler Nelerdir?

Araştırma eğitimi, araştırma sürecini anlama ve kullanabilme için önemlidir. Hemşirelerin araştırabilmesi, bilimsel süreci uygulayabilmesi için temel olarak istendik düzey lisans düzeyidir. Lisans düzeyinde ise araştırma derslerinin nasıl ve hangi düzeyde öğretildiği önemlidir. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) mezun hemşirelerden araştırma aktivitesi olarak aşağıda belirtilen koşulları yapabilecek biçimde yetiştirilmesini önermektedir (Bahar Z1993).

Araştırmaları okuma, yorumlama, değerlendirme ve pratiğe uyarlayabilme

Bilimsel çalışmalara katılım

Araştırılacak problemleri belirleme

Toplanan verileri uygulamada kullanabilme

Diğer sağlıkla ilgili ve hemşirelik araştırmalarını hemşirelik bakımına uyarlama

Bulguları meslektaşlarla paylaşma (Bahar Z 1993).

Tanımlanan bu fonksiyonların yapılabilmesi için lisans eğitiminde araştırma derslerinin teorik düzeyde olmayıp uygulama fırsatlarının da yaratılması gerekmektedir. İş Sağlığı Hemşireliği Bilimsel Komitesi (SCOHN) ve Uluslararası İş Sağlığı Komitesi'nin (ICOH) Dünya genelinde çeşitli ülkelerde iş sağlığı hemşireliği eğitimi ni irdelemiştir. Üye ülkelerde örneğin, Brezilya, Finlandiya ve Norveç'te bu eğitim 30-40 saat üzerinde gerçekleştirilmektedir. İş sağlığı hemşireliği eğitiminde epidemiyoloji ve iş sağlığı hemşireliğinde araştırma metodolojisi dersleri yer almaktadır.

İş sağlığı hemşireliğinde araştırma eğitimi için bir diğer örnek ise Avrupa Birliği içinde İş Sağlığı Hemşireleri Federasyonu (FOHNEU) tarafından önerilen müfredat programı gösterilebilir. FOHNEU iş sağlığı bakımında çalışan hemşirelerin eğitimine temel bir çerçeve sağlamak için bir çekirdek müfredat geliştirmiştir. Geliştirilen müfredat 5 modülden oluşmakta olup, 5. modül;

“İş sağlığı Hizmetlerini Geliştirme ve Değerlendirme” dir.

Amacı, * araştırma prensiplerini öğretme

*işle ilişkili hastalıkları erken dönemde saptayabilmede gereken beceriler hakkında farkındalığı artırma

*kalite güvence, değerlendirme ve önemini kavrama

İçerik, *epidemioloji, araştırma prensipleri, etkinlik ve kalite güvence sistemleridir (<http://www.lcvv.nl/bav/CCPUB.doc>).

Örneklerden görüldüğü gibi iş sağlığı hemşirelerinin eğitiminde araştırmaya yer verilmekte ve mezun olduklarında araştırmanın meslekleri ve çalışanların sağlığı açısından önemini kavramaktadırlar. Ülkemizde ise iş sağlığı hemşiresi olarak çalışanların tamamını kapsayacak şekilde eğitim durumları hakkında bir veri yoktur. Ancak yapılan çalışmalarda, iş sağlığı hemşiresi olarak çalışanların çoğunluğunun sağlık meslek lisesi mezunu oldukları görülmektedir (Esin N 2001). Sağlık meslek liselerinden mezun iş yeri hemşirelerinin ise , bir araştırmayı planlayıp yürütebilecek donanımları yoktur. Eğitim düzeylerine göre iş sağlığı hemşirelerinin araştırma rolleri değişmektedir. Gerçekte hemşirelerin araştırabilmesi, bilimsel süreci uygulayabilmesi için temel olarak istendik düzey, lisans düzeyidir. O halde ülkemizde mevcut işyeri hemşiresi profilinden bilimsel anlamda bir araştırma beklemek gerçekçi bir yaklaşım olmayacaktır. Ancak birçok işsağlığı hemşireleri akademik hazırlık sürecinden geçmemesine rağmen çeşitli derecelerde yürütülen araştırmalara katılma fırsatlarına sahiptirler. Çalışma alanlarında etkili gözlemleri sonucunda olaylar arasındaki ilişkilerin sorgulamaya başlamaları ve problem alanlarını belirlemeleriyle araştırma sürecini başlatmaktadırlar.

İş sağlığı hemşirelerinin araştırma yapabilmelerinde eğitim yanı sıra etkili olan diğer faktörler şunlardır:

Araştırma deneyimi ya da başka araştırmacılarla işbirliği

Kurum yönetimiyle işbirliği (özellikle işçiler için zaman gerektiriyorsa önemlidir)

Çalışmayı yürütebilmek için araştırmacıların yeterli zamanı olması

Araştırma örneklemine ulaşabilme

Para,araç-gereç, ek personel gibi kaynaklar

Araştırmanın etik boyutlarına gereken önemin verilmesi

Araştırmanın planlanması aşamasında , dikkatli bir çalışma gereksiz çabalardan kaçınmaya yardım edecek, para, enerji ve zaman kazandıracaktır (Rogers B 1994).

Ülkemizde İş Sağlığı Hemşirelik Araştırmaları ne Düzeydedir?

Ülkemizde iş sağlığı hemşireliği alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde, çalışmaların akademisyen hemşireler tarafından yapıldığı ve sayıca oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda, genellikle işyeri hemşirelik uygulamalarına katkı sağlayacak çalışmalar değildir. Ancak ülkemizde mevcut işyeri hemşirelik uygulamalarına ilişkin ipuçları vermesi açısından değerli çalışmalardır. İşsağlığı hemşireliği alanında yapılan yüksek lisans (4 araştırma) ve doktora (3 araştırma) çalışmalarında, özellikle işyeri hemşirelik uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik tanımlayıcı çalışmalar vardır. Bunların yanı sıra hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin iş sağlığı hemşireliği alan çalışmalarında yaptıkları araştırmalar vardır. Bu araştırmalarda, öncelikle sorunlar saptanmış, ardından girişimler planlanmış ve sonuçta girişimlerin etkinliği değerlendirilmiştir. Benzer çalışmalar yurtdışı hemşirelik lisans programlarında sıklıkla yürütülmektedir.

Dünya Genelinde iş sağlığı Hemşirelik Araştırmaları ne Düzeydedir?

Hemşirelik eğitim ve uygulamalarının ileri düzeyde olduğu Amerika'da iş sağlığı hemşireliği günümüze değin önemli gelişmeler göstermiştir. Amerikan İş Sağlığı Hemşireler Birliği (AAOHN), ölçme ve tanımlamanın mesleğin gücünü belirlemesi açısından önemli olduğunu belirtmekte ve bu nedenle iş sağlığı araştırmalarını iş sağlığı hemşireliği için bir standart olarak kabul etmektedir (Smith P.S., Lusk S 2002).

Lusk, Pravikoff(1992), 'un iş sağlığı hemşireliğinin eğitim, araştırma ve teori geliştirmede geri kaldığını belirtmiştir (Smith P.S., Lusk S 2002). Böyle olmasına karşın AAOHN makalelerinde yayınlanan araştırmalarda Amerika'da iş sağlığı hemşireliğinin önemli bir gelişim gösterdiği söylenebilir (Smith P.S., Lusk S 2002).

Brown 1976'da 1300 iş sağlığı projelerini incelediğinde hiçbirinin hemşireler tarafından yapılmadığını, Justham (1982) iş sağlığı hemşireliğinde araştırma sonuçlarının yayınlarda yer almadığını, çünkü araştırma yapmadıklarını belirtmiştir. Özellikle 1985'lerden sonra iş sağlığı hemşireliğinde araştırma sonuçlarına rastlanmaya başlanmıştır (Rogers B 1994). Örneğin, Christensen ve ark (1988), çalıştıkları kurumlarda sağlığı geliştirici aktivitelerde artışlar saptamışlar, sigara içmeyi %35 oranında kontrol altına almışlardır. Taylor (1987)'de kapsamlı bir sağlığı geliştirme programının bir hemşire tarafından başarıyla yürütüldüğünü maliyeti ve absenteizmi azalttığını belirtmiştir. Conn ve Barclay (1987), tüm kurum çalışanlarının birkaç yaşam stili alanlarında farkındalıklarını arttırdığını rapor etmişlerdir. Pilon ve Renfro (1990), danışmanlık ve eğitim sınıflarını içeren hemşirelik girişimleri sonunda işçilerde kardiyovasküler risk faktörlerinde anlamlı bir azalma olduğunu verilerle ortaya koymuşlardır. Harrell ve ark(1992), tekstil iş alanında çalışan 500 ve daha fazla işçi-de kan basıncı değerlerini düşürdüklerini araştırma sonuçlarıyla kanıtlamışlardır (Rogers B 1994).

AAOHN, iş sağlığı hemşirelik araştırmaları için 1989-2000 yılı olmak üzere 2 kez öncelikli alanları belirlemiştir. Belirlenen araştırmaları en önemli araştırma alanlarına doğru iş sağlığı hemşirelerine rehberlik sağlamaktadır (Rogers B1994, (Smith P.S., Lusk S 2002). AAOHN tarafından belirlenen araştırma öncelikleri için iş sağlığı hemşirelerinin ulusal bir örnekleme sağlanmış, bunun için gelişmiş bir yöntem olan delphi tekniği kullanılmıştır. Öncelikler, Amerikan toplumunun işgücünün sağlık ve güvenliğini geliştirmeye yönelik hayati alanları yansıtmaktadır.

Tablo 1: İş Sağlığı Hemşireliğinde AAOHN Araştırma Öncelikleri

1989 Yılı Öncelikleri	2000 Yılı Öncelikleri
İşyerinde temel sağlık bakım sunumunun etkinliği	İşyerinde temel sağlık bakım sunumunun etkinliği
Sağlığı geliştirici hemşirelik girişim stratejilerinin etkinliği	Sağlığı geliştirici hemşirelik girişim stratejilerinin etkinliği
İş sağlığıyla ilişkili kompleks etik konuları ele alma yöntemleri	İş sağlığıyla ilişkili kompleks etik konuları ele alma yöntemleri
İşle ilişkili sağlık sonuçlarını minimize etme stratejileri(örn,solunum hastalıkları)	İşle ilişkili sağlık sonuçlarını minimize etme stratejileri(örn,solunum hastalıkları)
İşyerinde kimyasal maddelere sunum kalmanin sağlık etkileri	İşyerinde kimyasal maddelere sunum kalmanin sağlık etkileri
Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri (Örn,latex alerjisi,kanla bulaşan patojenler)	Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri (Örn,latex alerjisi,kanla bulaşan patojenler)
İşçi rehabilitasyonunu ve işe geri dönmeyi etkileyen faktörler	İşçi rehabilitasyonunu ve işe geri dönmeyi etkileyen faktörler
Yaralanma ve hastalıkları azaltmadaki ergonomik stratejilerin etkinliği	Yaralanma ve hastalıkları azaltmadaki ergonomik stratejilerin etkinliği
İş sağlığı programlarının maliyet etkinliği ve kalite güvence mekanizmaları	Meslek hastalıkları /yaralanmalarda vaka yönetim yaklaşımlarının etkinliği
İşçilerin moral ve üretkenlikleri üzerinde işsağlığı hemşirelik programlarının etkinliği	İşçi sağlığı ve güvenliğini etkin bir şekilde geliştirme, en üst düzeyde iyileşmeyi sağlamadaki kritik pathwayleri değerlendirme
Sağlık bakım çalışanlarının mesleki risklerden korunmalarında davranış değişikliklerine katkı sağlayan faktörler	Vardiyalı çalışmanın işçi sağlığı ve güvenliği üzerindeki etkileri
Riskleri en aza indirmeye katkı sağlayan faktörler.	Kişisel koruyucuları kullanmada işçilerin motivasyonlarını artıran faktörler

Dört öncelik dışındaki araştırma öncelikleri nispeten benzer şekilde kalmıştır. Önerilen birçok önceliklerin tanımlayıcı bir araştırmanın ötesinde bir araştırma düzeyini gerektirdiği dikkat çekicidir. Örneğin, 1989 ve 2000 yılındaki önceliklerde yer alan “iş sağlığını geliştirmedeki hemşirelik girişimlerinin etkinliklerini değerlendirmek kapsamlı bir çalışmayı gerektirmektedir.

Amerika’da iş sağlığı hemşirelik araştırmaları için birkaç kez inceleme yapılmıştır. Lusk, 1990’dan 1995’e kadar olan dönemde, işyerinde sağlığı geliştirme ve hastalıklardan korunmaya yönelik yapılan araştırma raporlarını incelemiş ve bu çalışmalarda çok azının hemşireler tarafından yapıldığını saptamıştır. Atkins,1984-1989 yılları arasında ise multidisipliner araştırma sonuçlarını incelemiştir. Son olarak, Lusk, 1990 ve 1999 yılları arasında yapılan araştırmaları incelemiştir (Smith P.S., Lusk S 2002).

On yıllık bir süre içinde AAOHN dergisinde 577 makale yayınlanmış, aylık ortalama makale sayısı 4.81 ve toplam yayınlananların %25.3’ü araştırma raporları olduğunu saptamıştır. On yıllık süre içinde 261 RNs’ı araştırma makale yazarı olarak saptamıştır. Toplam olarak araştırmacılar 29’u lisans, 123’ü master derecesi, 39’u halk sağlığı master derecesi(MBAs) ve 4’ü işletme yönetimi master derecesine sahiptir. 136 araştırmacı için doktora derecesi(PhDs) ve 16 eğitim doktorası (EdDs) olduğu belirlenmiştir. İş sağlığı hemşireliğinde sertifikasyon (COHN/COHN-s), 261 hemşirenin 51’i için belirlenmiştir. Tablo 2’de Atkins ve Lusk’un saptadığı AAOHN’de yayınlanan iş sağlığı hemşireliği araştırmalarındaki hemşire araştırmacıların dağılımları görülmektedir (Smith P.S., Lusk S 2002).

Tablo 2: AAOHN’de 1984-1989 ve 1990-1999 Yılları Arasında Yayınlanan İş Sağlığı Hemşirelik Araştırma Makalelerindeki Hemşire Araştırmacıların Dağılımlarının Karşılaştırılması

	1984-1989 (Atkins)		1990-1999 (Lusk)	
	n	%	n	%
Hemşire,tek isimli yazar	27	30	44	30
İlk yazar hemşire değil,diğer yazarlar hemşire	27	30	6	4
İlk ve diğer yazarlar hemşire	18	20	48	33
İlk yazar hemşire,diğer yazarlar hemşire değil	18	20	18	12
İlk yazar hemşire değil,diğer yazarlar hemşire ve diğer disiplin üyeleri	-	-	15	10.5
İlk yazar hemşire, diğer yazarlar hemşire ve diğer disiplin üyeleri	-	-	15	10.5
TOPLAM	90	100	146	100

Hemşirelerin bireysel olarak ve birlikte yaptıkları çalışmalarda artışlar olduğu görülmektedir. AAOHN’nin öncelikleri göz önüne alındığında, makalelerin %60’ı (n=87) 1989 AAOHN araştırma önceliklerini kapsamaktadır. Bu 87 makale 4 öncelik üzerinde özellikle yoğunlaşmaktadır. Bunlar;

Sağlığı geliştirme stratejilerinin etkinliği (%24)

Sağlık çalışanlarının riskleri (513)

Sağlık bakım sunumunun etkinliği (%12)

Risk kontrolü (%11)

2000 AAOHN ‘nin öncelikleri göz önüne alındığında ise ilk 3 özellik üzerine özellikle yoğunlaşmaktadır (Smith P.S., Lusk S 2002).

Amerika'da iş sağlığı hemşirelerinin araştırmaları mesleğin gelişimini ve iş sağlığı hizmetlerinin mevcut durumunu yansıtmaktadır. İş sağlığı hemşirelik araştırmaları 1980'lerde ,iş sağlığı hemşirelerinin uygulama alanları ve rollerinin belirlenmesi üzerine odaklanırken, 1989-90'lı yıllarda işçilerin sağlıklarını koruma ve geliştirmeye odaklanarak sağlıklı yaşam stili ve ilgili teori girişimlerini test etmeye yönelmişlerdir (Rogers B 1994).

Amerika dışındaki diğer ülkelerde iş sağlığı hemşireliği alanında yayınlanan araştırmalara ulaşmada güçlük yaşanmıştır. Bu nedenle Pub-Med tarama motoru kullanılarak 1996-2003 yılları arasında yapılan araştırmalar incelenmiştir (1996 yılından önceki döneme ait araştırmalarda ülkeler belirtilmediği için alınmamıştır). Araştırmaların incelenmesinde, ülke adının belirtilmesi ve iş sağlığı hemşirelik çalışması olduğuna ilişkin bir verinin olması kriter olarak alınmıştır. Çeşitli ülkelere yönelik verilen örnekler, mevcut durumu yansıtmamakta ancak yürütülen çalışmalara ilişkin bir fikir vermektedir.

JAPONYA

Japonya'da iş sağlığı hemşirelik aktiviteleri 1930'lu yıllarda başlamış ve günümüze değin değişen gereksinimlere göre hizmet sunulmaktadır. Japonya'da iş sağlığı hemşirelerinin görevleri 5 alanda yoğunlaşmaktadır. Bunlar;

Genel sağlık yönetimi(iş sağlığı aktivitelerinin planlanmasına katılma, iş sağlığı kontrol sistemlerini geliştirme, iş sağlığını değerlendirme)

Sağlık hizmetleri (sağlık bakım planlamasına katılma, sağlık muayeneleri, sağlığı geliştirme ve mental sağlık bakımı)

Çalışma çevresinin izlemi

İş sürecinin kontrolü

Eğitim

İş sağlığı hemşirelik araştırmalarının ise 1998-2002 yılları arasında artış gösterdiği görülmektedir. Yapılan araştırmalarda en çok ele alınan konular şunlardır;

Mental sağlık bakımı

İş çevresinin geliştirilmesi

Çalışma koşullarının geliştirilmesi

İş sağlığı hemşireliğinde profesyonellik (29 araştırma)

İş sağlığı hemşirelik eğitimi ve müfredat geliştirme (12 araştırma)

İş sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklentiler (Kono K.,Oku K 1996.,Kono K 2003., <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&D.B=PubMed>).

FİNLANDIYA

Finlandiya'da iş sağlığı hemşirelerinin pozisyonu, iş sağlığı hizmetlerinin sunumundaki farklı modellere göre değişmektedir. Belediye sağlık merkezlerinde iş sağlığı hizmetleri primer sağlık bakımının bir parçasıdır. İş sağlığı hemşireleri kendi sorumluluklarını yerine getirmekte ve oldukça bağımsız çalışmaktadırlar.Finlandiya İş Sağlığı Hizmetleri Kanunu'nda belirtilen iş sağlığı hemşirelerinin görevleri şunlardır:

Sağlık ve güvenlik risklerinin belirlenmesine yönelik iş çevresinin araştırılması

Sağlık eğitimi, sağlığı geliştirme

Sağlık muayeneleri

Sakat/yaralanmış işçilerin iş performanslarının incelenmesi

İlk yardım hizmetleri

İş sağlığı hemşireleri yukarıda belirlenen görevleri yerine getirirken en çok odaklandıkları araştırma konuları ise şunlardır:

İş sağlığı hemşireliğinde sağlığı geliştirme

Sunulan hizmetlerin kalitesi

İş sağlığı hemşirelik hizmetlerine ilişkin işçi ve işverenlerin görüşleri ve beklentileri

İşyeri hemşire ve hekimleri arasında etik değerler ve konular

İş sağlığı hemşireliğinde psikolojik yük yaratan faktörler (Rossi K.,Heinonen K.,BoströmA1996.,Ros-siK2003.,<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&D.B=PubMed>).

ISVEÇ

İsveç'te 1996 verilerine göre İsveç İş Sağlığı Hemşireler Birliği'ne kayıtlı 1800 işyeri hemşiresi bulunmaktadır. İşyeri hemşireleri çalışan bireyi, fiziksel ve psikososyal çevresiyle bir bütün olarak ele alıp holistik bir yaklaşım sergilemektedirler. İşyeri hemşirelerinin belirlenen görevleri şunlardır.

Risk gruplarının ve çalışma çevresindeki ilişkilerin araştırılması

Koruma

Rehabilitasyon

Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme

Tedavi

İlk yardım

Araştırma ve geliştirme

Yönetim, planlama ve değerlendirme

İş sağlığı hemşireliğinde yapılan araştırmaların odaklandığı konular;

İş sağlığında politikalar

İş sağlığında risk ve patolojiler

İşyerinde sağlığı geliştirme

İş sosyolojisi

Risk yönetimi ve sağlık projeleri

İş sağlığı hemşireliğini güçlendirme vb konuları üzerinde yoğunlaşmaktadır (Ekeberg C.,LagerströmM1996.,SeredaM2003., <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&D.B=PubMed>).

İNGİLTERE

İngiltere'de iş sağlığı hemşiresi olarak çalışan hemşirelerin sayısına ilişkin ulusal düzeyde bir veri olmamasına karşın, İngiltere Hemşireler Merkez Kurulu,3400 kayıtlı işyeri hemşiresi olduğunu belirtmektedir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada, iş sağlığı alanında çalışan çok sayıda hemşirenin iş sağlık bakımında tıbbi modele odaklandığı ve Hanasaari Kavramsal Model'de önerilen holistik yaklaşımı kullanmadıkları saptanmıştır. İngiltere'deki iş sağlığı hemşirelerinin sorumlulukları şunlardır.

Sağlık ve güvenlik prosedurlarını izleme

Tıbbi muayeneler

İşyerindeki problemleri saptama

Düzenli sağlık kontrolleri ve sağlık araştırması

Çevre risk değerlendirmesi

Sağlık ve güvenlik toplantılarına katılma

Rapor tutma

İş sağlığı hemşireliği alanında yapılan araştırmalar ise aşağıdaki konulara odaklanmaktadır.

İşe girişte risk değerlendirme

Hemşirelik ve sağlık için değişen değerler

İş sağlığı hemşireliğinde ilkyardım

İş sağlığı hemşirelik uygulamaları

Hemşirelik öğrencileri için işsağlığı hemşireliği eğitimi vb konular yer almaktadır (CarolB1996.,<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&D.B=PubMed>).

PORTEKİZ

Portekiz'de iş sağlığı hizmetleri, sağlığı koruma, sağlık araştırmaları ve iş risklerini önlemeye yönelik yürütülmektedir. Bu doğrultuda iş sağlığı hemşirelerinin görevleri;

Hastalık ve kazaları önleme

İş kazalarında hemşirelik bakımı , ilkyardım ve izlem

Birey ve grupların yaşam kalitelerini ve sağlıklarını geliştirmeye yönelik strateji geliştirme ve danışmanlık

İş sağlığı hemşireliği alanında yapılan çalışmalarda ise ele alınan konular şunlardır:

İş sağlığı hemşiresinin temel rolleri

İş-sağlık-hastalık sürecindeki girişimler

İşçilerin sağlıklarını koruma ve geliştirmedeki temel hemşirelik girişimleri (Guimaraes E1996.,<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&D.B=PubMed>).

Ülke örneklerinde görüldüğü gibi iş sağlığı hemşirelerinin belirlenen görev alanları, yapılan araştırmalarda ele alınan konulara yansımaktadır. İş sağlığı hemşirelerinin görevlerini yerine getirebilmesi ve problem alanlarını saptayabilmesi için çalışanı ve çalışma ortamını etkin bir şekilde sorgulaması gerekmektedir. Bu sorgulama sürecinde araştırılabilir problem alanlarını belirlemesi ise araştırma sürecinin ilk adımına katılımı demektir. İş sağlığı hemşirelik bilgisinin gelişimi araştırma aktivitelerine yoğunlaşan bir hemşirelik mesleğini sergilemeye bağlıdır. İş sağlığı hemşirelerinin çalışma ortamında gözlem yapmak, veri toplamak ve hipotezlerini test etmek için uygun fırsatları vardır. İş sağlığı hemşirelerinin çalışma ortamında düzenli olarak araştırma yapması, sonuçlarını kullanması, çalışanların sağlığına ve kurumun politikasına katkı sağlayacaktır. Sonuçların, deneyimlerinin paylaşılması, yayınlanması ise mesleki bir sorumluluktur.

KAYNAKÇA

Agnew J(2001).Scientific Foundations of Occupational and Environmental Health Nursing Practice.Core Curriculum for Occupational Environmental Health Nursing Sec.Ed,Ed, Salazar M,American Association of Occupational Health Nurses ,Pp:111-141.

Aksayan S.,Beşer A.,Emiroğlu O.,Yıldız N(2002).İşyeri Hemşireliği. Halk Sağlığı Kurumu Derneği,Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı,Teknik Rapor No:6.

Bahar Z(1990). Hemşirelik Biliminde İstatistik ve Araştırmanın Önemi.Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,6(3):37-47.

Bahar Z(1993). Hemşirelik Araştırma Sonuçlarının Duyurulması ve Yaşama Geçirilmesi.İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu III:Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu,Sy:241-256.

Bannister C (1996). Occupational Health Nursing and Professional Development in the United Kingdom. Education of and Training Occupational Health Nurses 1996.International Commission on Occupational Health (ICOH).,Scientific Committee on Occupational Health Nursing (SCOHN).Report No.9,Pp:75-77.

Ekeberg C.,Lagerström M(1996). Education and Training of Occupational Health Nurses in Sweden. Education of and Training Occupational Health Nurses 1996.International Commission on Occupational Health (ICOH).,Scientific Committee on Occupational Health Nursing (SCOHN).Report No.9,Pp:69-74.

Esin N (2001). Türkiye'de İş Sağlığı Hemşireliğinin Konumu.Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu II.Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu,Sy:32-35.

Guimaraes E(1996). Education and Training of Occupational Health Nurses in Portugal. Education of and Training Occupational Health Nurses 1996.International Commission on Occupational Health (ICOH).,Scientific Committee on Occupational Health Nursing (SCOHN).Report No.9,Pp:67-68.

<http://www.lcvv.nl/bav/CCPUB.doc>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&D.B=Pubmed>

Kono K.,Oku K (1996). Education and Training of Occupational Health Nurses in Japan.Education of and Training Occupational Health Nurses 1996.International Commission on Occupational Health (ICOH).,Scientific Committee on Occupational Health Nursing (SCOHN).Report No.9,Pp:54-58.

Kono K(kişisel iletişim,1.9.2003).

Rogers B(1994). Occupational Health Nursing Concepts and Practice.Saunders Company,Pp:410-430.

Rossi K.,Heinonen K.,Boström A(1996). Occupational Health Nurses'Education in Finland. Education of and Training Occupational Health Nurses 1996.International Commission on Occupational Health (ICOH),Scientific Committee on Occupational Health Nursing (SCOHN).Report No.9,Pp:42-49.

Rossi K (kişisel iletişim,3. 9.2003).

Salazar M.K (2002).Applying Research to Practice Practical Guides for Occupational Health Nurses.AAOHN CE Article,50(11).

Serada M(kişisel iletişim 28.8.2003).

Smith P.P.,Lusk S(2002). Occupational Health Nursing Research An Overview from January 1990 to December 1999. AAOHN Journal,50(7):315-323.

Van Dorpe P(1996). The Hanasaari Conceptual Model for Occupational Health Nursing. Education of and Training Occupational Health Nurses 1996.International Commission on Occupational Health (ICOH).,Scientific Committee on Occupational Health Nursing (SCOHN).Report No.9,Pp:20-21.

Bir İşyeri Sağlık Birimi Ekip Hizmeti Uygulama Örneği

Ülkü Kıldıroğlu (Mannesmann Boru End.T.A.Ş. İşyeri Hemşiresi)
Dr. Cem Coşkun (Mannesmann Boru End.T.A.Ş. İşyeri Hekimi)

GİRİŞ

Her yıl endüstriye katılan yeni 60.000 kimyasal maddeden, eski veya güvensiz teknoloji kullanımından Türkiye’de çalışanlar da nasibini almaktadır. Konu ile uğraşanların artışı, konunun ciddiyetinin ve boyutunun daha fazla ortaya konmasını sağlamaktadır. Meslek hastalıkları ve iş kazaları, buna maruz kalanlara sağlık-larını ve bazen de hayatlarını kaybetmeye mal olmaktadır. Bu maddi olarak ölçülemeyecek büyük bir kayıptır. Diğer yandan ise, küçük bir iş kazası bile üretimin durmasına yol açarak, büyük para miktarları ile ifade edilen ulusal servet kaybına yol açmaktadır.

Bu kayıplara engel olmak, çalışanların sağlığını korumak için, geçmişten bu güne, konu ile ilgili taraflarca bir çok çalışma yapılagelmektedir.

Devlet, işveren, işçi ana üçgeninin dışında, üniversiteler ve meslek birlikleri de bu konu hakkında faaliyet göstermektedirler.

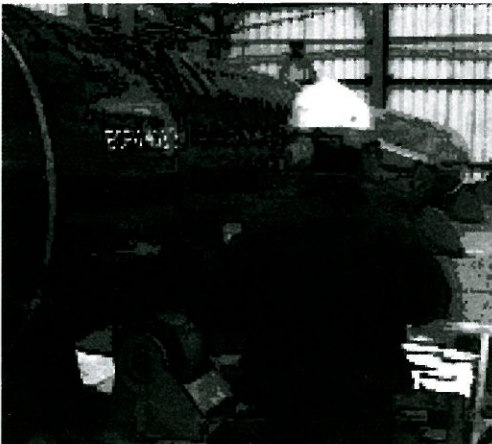
İşçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili faaliyetler içerisinde, bir işyeri sağlık birimi ekibi olarak, gelişimimizi ve yaptığımız çalışmaların bir kısmını özet olarak aktarma yolu ile, bu işin biz neresindeyiz görmek ve göstermek istedik.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği faaliyetimizde, Devlet, azımsanmayacak miktarda mevzuat ile işe şekil verirken, işveren ve işçi desteği şartı, başarılı olabilmemiz için bize gereklidir. İlgili yasal mevzuatı göz ardı etmeden ve gerekleri yerine getirerek, kendimizi denetleme sistemi oluşturmaya çalıştık. Üniversitelerle ve meslek birlikleri ile önemli derecede ilişkiler kurduk. İşimizi daha iyi yapma çabamız, öğrenmemiz ve davranış değiştir-memiz devam ediyor.

Bu sunumdaki amacımız, işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgilenenlere, doğrusu ile, eksikliği ile bir resim göstermektir. Dileğimiz tüm çalışanların iş güvenliği içerisinde sağlıklı çalışmasıdır.

İŞYERİMİZ: MANNESMANN BORU ENDÜSTRİSİ T.A.Ş. BORU FABRİKASI

Mannesmann Boru Fabrikası, 1955 yılında Sümerbank ve Alman Mannesmann Şirketi ortaklığı ile İzmit’te kurulmuş Türkiye’nin ilk boru fabrikasıdır. 1999 yılından beri de, Borusan Holding Çelik Grubu’nda yer alan şirketlerden birisidir. Borusan bünyesinde, biri



İtalya’da, diğerleri Türkiye’de 4 çelik boru fabrikası bulunmaktadır. Bu fabrikalar Borusan Mannesmann adı altında toplanmıştır ve bu şirket, boyuna kaynaklı çelik boru sektöründe Avrupa’nın en büyük 5 üreticisinden birisidir. Dünya standartlarındaki üretiminin %40’ını çok sayıda ülkeye ihraç etmektedir.

YERLEŞİM

45.000 m²'si kapalı alan olmak üzere, fabrikanın toplam yüzölçümü 90.000 m²'dir. Ayrıca 45.000 m²'lik bir alan da stok alanı olarak kullanılmaktadır. Fabrika, doğusunda SSK İzmit Bölge Hastanesi, batısında SEKA Genel Müdürlüğü ve Fabrikası, kuzeyinde E-5 karayolu ve güneyinde deniz ile sınırlıdır.

SOSYAL OLANAKLAR

Fabrika'da üretim, atölye, büro, yemekhane, banyo vb. alanları dışında, eğitim ve toplantı salonları ile sosyal tesisler de bulunmaktadır.

3 adet eğitim - toplantı salonu, uygun aydınlatma ve klimalandırma sağlanmış ve eğitsel donanımına sahip durumdadır. Binaları müstakil, tek katlı ve bahçeli, iki adet sosyal tesis vardır. Yüzme havuzu, aydınlatmalı tenis kortu, çocuk oyun parkı, masa tenisi salonu, satranç odası, aletli jimnastik salonu tüm çalışanlara açık diğer sosyal alanlardır.

Öğle ve akşam yemekleri ile gece kahvaltıları tüm çalışanlara bol çeşitli açık büfe sisteminde sunulmakta, ayrıca günde iki kez poğaça ve meyve suyu verilmektedir. Yemek yeme ortamı, temiz, düzenli ve şık donanımlıdır.

Yılda bir kez, tüm çalışanlar ve ailelerini kapsayan, eğlence içeriği zengin, ihtiyaçların tamamının işyeri tarafından karşılandığı bir piknik düzenlenmektedir. Yılda iki kez erzak dağıtımı yapılmaktadır.

Fabrikamıza ulaşım, servis otobüsleri ile sağlanmaktadır.



ÜRETİM VE KAPASİTE

"Mannesmann Boru" markaları ürünler arasında;

Galvanizli su boruları, kazan boruları, kare ve dikdörtgen profiller, gaz boruları, hassas borular, su, petrol ve doğal gaz hat boruları, koruyucu kaplamalı borular yer almaktadır.

Fabrikamızda dış çapları 17 mm. - 168,3 mm., et kalınlığı 1,0 - 8,0 mm. arasında değişen boyuna kaynaklı borular, dış çapları 219 mm. - 2540 mm., et kalınlığı 4 - 23 mm. arasında değişen spiral kaynaklı borular üretilmektedir.

Fabrikamız, boyuna dikişli çelik boru imalatı 150.000 ton / yıl, spiral dikişli çelik boru imalatı 175.000 ton / yıl kapasitelidir.

Ana ham madde rulo band halinde nakli yapılan yassı çeliktir. Üretim planına ve müşteri talebine göre, ban boru haline getirildikten sonra, galvaniz kaplama, boyama, koruyucu yağlama gibi yüzey koruma işlemleri uygulanmaktadır. Normalizasyon, gerilim giderme ve yumuşak tavlama ısı işlemleri yapılmaktadır. İzolasyon Ünivesinde ise, borulara, bitüm kaplama, polietilen kaplama, beton kaplama, epoxy

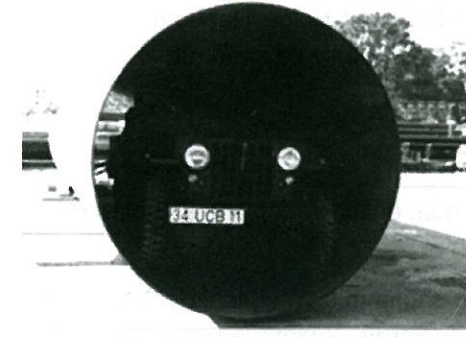
KALİTE SERTİFİKALARI

Mannesmann Boru, ISO 9001 kalite güvence sistemi dahilinde, TÜV-ISO 9001, TSE, API, DVGW, GOST, TÜV-HPO/WO' dan onaylı belgeleri ile üretimine devam etmektedir.

Ayrıca, TUV ISO 14001 ve OHSAS 18001 belgeleri de bulunmaktadır.

ÇALIŞMA DÜZENİ

Fabrikamızda mavi yakalılar için 3 vardiya sistemi uygulanmaktadır. Beyaz yakalılar için çalışma saatleri 08.00-18.00 arasındadır. Yemek paydosları mavi yakalılar için yarım saat, beyaz yakalılar için 1 saattir.



ÇALIŞMA PROFİLİMİZ

İşyerinde 49'u beyaz yaka, 335'i mavi yaka 384 kişi çalışmaktadır. Bu sayı, 128 olan müteahhit firma çalışanları ile birlikte 512'ye ulaşmaktadır.

Mannesmann Boru personeli mavi yaka çalışanların, çalıştıkları bölümlere, yaş gruplarına, öğrenim durumlarına, hizmet yılı gruplarına göre dağılımı aşağıdaki gibidir. Mavi yaka personelin tamamı erkektir.

ÇALIŞMA GRUPLARI	Çalışan Sayısı	%
HF.KAYNAK YOL.	42	12,54%
SPIRAL FABRİKA	98	29,25%
SOĞUK ÇEKME	23	6,87%
İZOLASYON	33	9,85%
SEVKİYAT, AMB.	19	5,67%
MEK. ATÖLYE	40	11,94%
ELEKTRİK ATÖLYE	15	4,48%
KAL.KONT.,SOS. HİZM.	21	6,27%
HF.İKMAL TES.	44	13,13%
TOPLAM	335	100,00%

YAŞ GRUBU	SAYI	%
18-20YAŞ	1	0,30%
21-25YAŞ	15	4,48%
26-30YAŞ	54	16,12%
31-35YAŞ	46	13,73%
36-40YAŞ	91	27,16%
41-45YAŞ	105	31,34%
46-50YAŞ	13	3,88%
≥ 51 YAŞ	10	2,99%
TOPLAM	335	100,00%

ÖĞRENİM GRUBU	SAYI	%
OKUR - YAZAR	3	0,90%
İLKOKUL	104	31,04%
ORTAOKUL	55	16,42%
NORMAL LİSE	21	6,27%
MESLEK LİSESİ	136	40,60%
TİCARET LİSESİ	3	0,90%
MESLEK Y. O.	11	3,28%
ÜNİVERSİTE	2	0,60%
TOPLAM	335	100,00%

ÖĞRENİM GRUBU	SAYI	%
OKUR - YAZAR	3	0,90%
İLKOKUL	104	31,04%
ORTAOKUL	55	16,42%
NORMAL LİSE	21	6,27%
MESLEK LİSESİ	136	40,60%
TİCARET LİSESİ	3	0,90%
MESLEK Y. O.	11	3,28%
ÜNİVERSİTE	2	0,60%
TOPLAM	335	100,00%

HİZMET YILI	SAYI	%
< 6 AY	24	7,16%
6 AY-5.5 YIL	68	20,29%
5.5-10 YIL	35	10,45%
11-15 YIL	68	20,30%
16-20 YIL	120	35,82%
21-25 YIL	20	5,97%
TOPLAM	335	100,00%

İŞÇİ SAĞLIĞI, İŞ GÜVENLİĞİ VE ÇEVRE KORUMA YÖNETİM SİSTEMLERİ

2002 yılı ortalarında belgeleri alınarak, ISO 14001 ve OHSAS 18001 yönetim sistemleri işletilmeye başlanmıştır.

Bu süreç ile birlikte, işyerinde yeni bir organizasyon şeması oluşturulmuştur. Böylece, Fabrika Müdürü'ne doğrudan bağlı İşçi Sağlığı, İş Güvenliği ve Çevre Koruma (İSGÇK) Yöneticiliği kurulmuştur. Halen, Fabrikanın tüm birimleri İSGÇK konularında bu yöneticiliğe bağlı çalışmaktadır. İSGÇK Yönetim Birimi, tam zamanlı çalışan, Yönetici ve Yardımcısı olmak üzere 2 kişiden oluşmaktadır. Görevleri İSGÇK yönetim sistemlerini işletmek, izlemek ve geliştirmektir. Bu noktada, İSGÇK konularında İşyerimizin politikalarını belirtmek doğru olacaktır.

ÇEVRE POLİTİKALARIMIZIN TEMEL UNSURLARI

Kaynakların optimum kullanılması, kullanılan hammadde ve yardımcı malzemelerde çevre kriterlerine uyum, atıkların azaltılması, maksimum geri dönüşüm, atıkların ayrılması, kanun ve yönetmeliklere uyum, acil hallerde karşı hazırlıklı olmak, sürekli iyileşme, çalışanların bu konuda eğitilmesi, çalışanlar ve toplum ile efektif iletişim şeklinde 10 maddede belirtilir.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ POLİTİKAMIZIN TEMEL UNSURLARI

Tüm çalışanlarımız önemlidir. İş sağlığı ve güvenliği konusunda her kademe sorumludur. Konuyla ilgili tüm kanunlara uyulacaktır. Zayıf yönlerimiz belirlenip bunlara karşı önlem alınacaktır. Tüm çalışanlarımız bu konuda eğitilecektir. Bu konuda sürekli gelişen bir performans sergilenecektir. Yapılan işler çalışanlarımız ile paylaşılacak ve topluma açık olacaktır. Yönetim, sistemi kurmak, uygulamak ve devamlılığını sağlamak için gereken kaynakları tahsis edecektir. Bu unsurlar da 8 maddede belirtilir.

KİŞİSEL KORUYUCULAR

Mevsime ve işe uygun verilen iş elbiseleri dışında, herkesin yaptığı işe ve gereksinimine uygun kişisel koruyucu malzeme verilmektedir. Hangi iş için, ne ve hangi nitelikte malzeme verileceği tespit edilmiş olup, malzeme verilme sıklığı sınırlandırılmamıştır.

İŞYERİ SAĞLIK BİRİMİ

Mannesmann Boru Endüstrisi T.A.Ş. İşyeri Sağlık Birimi, "Revir" veya "Sağlık Servisi" adı altında ve ağırlıklı olarak bir birinci basamak tedavi merkezi işlevi görerek, Fabrika kuruluşundan bu yana faaliyet gösterirken, 1992 yılında ekip değişimini de içine alan bir değişiklik göstermiştir. Revir adı "İşyeri Sağlık Birimi" olarak değiştirilmiştir. Bu değişim ve gelişim, koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen bir davranış değişikliğini içeririrken, Türkiye'de işçi sağlığı konusunda eğitimin yaygınlaşması ve görevin yapılışının, tanımına daha uygun hale gelmesi sürecine de eşzamanlılık göstermektedir. Halen, OHSAS 18001 yönetim sistemi içerisinde, yeni ve sürekli gelişim süreci yaşanmaya devam edilmektedir.

İşyeri Sağlık Birimi (İSB) personeli üç kişiden oluşmaktadır: 1 İşyeri Hekimi, 1 İşyeri Hemşiresi, 1 Hizmetli Personel.

SSK Hastanesinden ilaç getirme ve tıbbi atık nakil görevlerini de yürüten hizmetli personel kısmi olarak çalışmaktadır.

İşyeri Hekimi, haftada 30 saat işyerinde bulunarak, kısmi zamanlı görev yapmaktadır. Ayrıca, bir işyeri hekimi de, müteahhit işçilerinin bir kısmından sorumlu olarak görev yapmaktadır.

İşyeri Hemşiresi, mesai günleri 08-18 saatlerinde, tam zamanlı olarak işyeri sağlık biriminde görev yapmaktadır.

EKİP

İşyerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği (İSG) faaliyetlerinin yürütülmesi, işyerinde çalışanların tümünün katılımıyla sağlanmaktadır. Ancak Fabrikadaki tüm birimler bu faaliyete katılmakla birlikte, iki birimin tek işi İSG'dir. Bunlardan birisi İSGÇK Yöneticiliği, diğeri ise İSB'dir. Bu iki birim de işlerini yürütürken birbirleri ile çok sıkı ilişki ve işbirliği içerisindeyler. İSGÇK Yöneticiliği sistemin işleyişini gözlemek ve yönetmekle birlikte, endüstriyel teknik konularda ağırlıklı çalışma yürütmektedir. İSB ise sistemin içerisinde aktif olarak yer almakta, tıbbi ve tıbbi - teknik konularda ağırlıklı çalışma yapmaktadır. Sonuçta amaç birliği vardır: Çalışanların ruhsal ve fiziksel tam iyilik halinde olması, iyilik halinin devam ettirilmesi.

Bu faaliyette 3 grup çalışma yürütülmektedir. Kısmen iç içe girmiş bölümleri olsa da bu 3 grup başlıkları şöyledir:

1.grup; iş kazalarının önlenmesi. 2.grup; meslek hastalıklarının ve işe bağlı hastalıkların önlenmesi. 3.grup; sağlık ve güvenliğe yardımcı davranış ve uygulamalar.

İşyerinde bu faaliyetlerin yürütülmesinde önemli bir rol oynayan İşyeri Sağlık Birimi personeli, amaç ve hedef birliği, anlayış ve davranış benzerliği, birbirlerini tamamlayan çalışmalar ile çekirdek bir ekibi oluşturmaktadırlar. Ekip çalışması, tek tek yapılanın toplamından daha fazla ürün ve hizmet ortaya çıkarmaktadır.

EKİPTE YER ALANLARIN KİŞİSEL DONANIMLARI

İşyeri Hekimi, Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) düzenlediği, işyeri hekimliği sürekli eğitim programlarına katılmış bulunmaktadır. TTB B Tipi İşyeri Hekimliği Kursları ve bölge Tabip Odası İlk Yardım Kursları eğitici olarak faaliyet yürütmektedir. İşçi sağlığı ve işyeri hekimliği ile ilgili çok sayıda, kongre, panel, seminer vb. katılımında bulunmuş, OHSAS 18001 ve ISO 14001 yönetim sistemleri ve iç denetçi eğitimleri almıştır.

İşyeri Hemşiresi, işyeri hemşireliği, ilk yardım, solunum sisteminin korunması, OHSAS 18001 ve ISO 14001 yönetim sistemleri eğitimleri almıştır. İş tanımı ve yaptığı iş, çağdaş işyeri hemşireliği niteliğindedir.

Gerek işyeri hekimi, gerekse işyeri hemşiresi, işyerinin sunduğu eğitim olanakları sayesinde, çok sayıda, kişisel nitelik geliştirme eğitimlerine de katılmışlardır.

İSB EKİBİ; ÇALIŞMA TARZI VE İLİŞKİLERİ

Sorumluluğumuz, işyerindeki üretim süreçlerinin, ekipmanların, kimyasalların, fizik koşulların çalışana getireceği sağlık sorunlarının tespitini, giderilmesini ve sorunlar oluşmadan ortadan kaldırılmasını içermektedir.

Hedefimiz ve çabamız, işi işçiye uygun duruma getirerek ya da işçiye kendisine uygun işe yerleştirerek, işçinin işi ile fiziksel ve ruhsal uyum içinde olmasını sağlamak, işçinin fiziksel ve ruhsal iyilik durumunu ulaşılabilir en üst düzeyde korumak ve geliştirmek, işçiye, işten ya da işin yürütüldüğü koşullardan kaynaklanan ve sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek etkenlere karşı korumaktır.

"Önlemek ödemekten daha insancıl ve daha ucuzdur" ifadesini unutmuyoruz. İşimizi daha iyi yapabilmek için, diğer birimlerle iyi iletişim kurarak ve işbirliği içerisinde çalışmalarımızı yürütüyoruz. Çalışma ortamında güven sağlamak da bir diğer başarı unsurudur.

Bunun için en önemli dayanak noktamız, karar ve davranışlarımızda mesleki bağımsızlığımızı ortaya koymamız, bilimsel ve etik değerlere uygun hareket etmemizdir. İlişkilerimizde, her kademedeki insana karşı, seviyeli, kendine güvenen, güler yüzlü, daima yardıma hazır, sırdaş bir yaklaşım gösteriyoruz.

İŞYERİ SAĞLIK BİRİMİ MEKANI VE DONANIMI

İşyeri sağlık birimimiz, müstakil, tek katlı bir binada, yemekhane, banyolar, soyunma odaları vb. yerlere yakın, işçilerin kolay ulaşabileceği şekilde konuşlandırılmıştır.

Bölmeleri şu şekildedir:

Doktor çalışma ünitesi; iki çalışma masası, pc, kitaplık, 1 muayene masası, duvarda fabrika krokisi, ilan ve anımsatma panosu vardır, 17 m².dir.

Hemşire çalışma ünitesi; iki çalışma masası, pc ve diğer büro malzemeleri, kırtasiye ve basılı evrak dolabı, duvarda ecza dolaplarının, sedyelerin, ilk yardım müdahale noktalarının yerlerini gösteren fabrika krokisi, ilan ve anımsatma panoları vardır. İşyeri ortamına ait kayıtların tutulduğu dosya-klasör dolabı da burdadır, 14 m².dir.

Arşiv ünitesi; ilaç-aşı buzdolabı, tıbbi malzemeler, arşiv evrakları, gizli tutulması gereken kişisel sağlık dosyaları bu bölümdedir, 8 m².dir.

Müdahale-muayene ünitesi; lavabo, bir muayene masası, pansuman arabası, cerrahi setler, acil ilaçlar, ilaç dolabı, tıbbi malzeme dolabı, muayene aletleri, tıbbi atık kutuları vardır ve 12 m².dir.

Bekleme ünitesi; bir masa ve 6 sandalye dışında, sedye, yangın söndürme aparatı, tartı aleti, acil müdahale ve tedavi seti, örtü, havlu dolabı, İSB kütüphanesi buradadır. Duvarda aylık İSB duvar gazetesi, bilgilendirme afişleri asılıdır, 12 m².dir.

Duş, lavabo, tuvalet vardır.

İSB bölümlerinde kalorifer, split klima, sürekli sıcak su vardır. Enerji hattı hem jeneratöre hem kesintisiz güç kaynağına bağlıdır. Arşiv ünitesi halı, diğer bölümler karo fayans döşelidir. İnternet ve intranet kullanılmaktadır.

Fabrika içinde, İSB dahil tüm bölümler tarafından, telsiz ile acil durum haberleşmesi de yapılmaktadır.

Bina dış duvarında İSB ilan panosu vardır. Burada tıbbi duyurular ve bilgilendirmelerin yapılması dışında, İSB faaliyeti ve işyeri sağlık göstergeleri aylık olarak yayınlanır.

Bekleme ünitesinde kullanıma hazır tutulan, miad ve miktar kontrol formu olan, acil müdahale ve tedavi setinde; ambu çantası, oksijen tüpü, defibrilatör, entübasyon, tıbbi tedavi ve girişim çantası, sahra pansuman çantası bulunmaktadır.

İŞYERİ SAĞLIK BİRİMİ ÇALIŞMALARI

İSB çalışmaları yıllık çalışma planı çerçevesinde yürütülür. Planla - uygula – gözden geçir – düzelt – planla döngüsü tüm yıla yayılır ve sürekli iyileştirme hedefi devamlıdır. Çalışmalarımızda kullandığımız formların çoğunluğu bizim tarafımızdan üretilmiştir. Bu üretimin alt yapısını işçi sağlığı bilimi ve yasal zorunluluklar oluşturur.

İSB tarafından yapılacak veya yönetilecek çalışmalardaki harcamalar tarafımızdan belirlenir ve şirket bütçesinde yer alır.

İSB çalışmalarını tıbbi çalışmalar, tıbbi teknik çalışmalar, kayıt ve istatistik çalışmaları, inceleme, araştırma ve işyeri dış kuruluşlarla ilgili çalışmalar olarak 4 ana başlıkta inceleyebiliriz.

Kayıt, istatistik yapmak ve bunları raporlamak, yapılan çalışmaların aynası konumundadır. Yaptığımız çalışmaları kayıt altına alarak ve bu kayıtları inceleyip anlamlı sonuçlar çıkararak, ne yaptığımızı ve ne yapmamız gerektiğini görebiliyoruz.

Yıllık çalışma planı yapıldıktan sonra, her çalışma ile ilgili alt planlar yapılır. Her çalışmanın her aşamasının kim tarafından, nasıl, nerede, ne zaman yapılacağı belirlenir. Her işin nasıl yapılacağını anlatan "iş talimatları" hazırlanmıştır. Ayrıca işi takip etmemizi sağlayan kontrol formu vardır. Her işin belgelendirilmesine özen gösterilir ki; "söz uçar, yazı kalır".

Tuttuğumuz kayıtlar çalışanlara ait ve çalışma ortamına ait kayıtlar olmak üzere sınıflandırılabilir. Çalışanlara ait kişisel sağlık bilgilerinin tutulduğu kartlar ve dosyalar dışında, diğer kayıtların tutulduğu dosyalarımızın sayısı 200'ün üzerindedir. Burada başlıcalarının isimlerini sayarken, yaptığımız tıbbi, tıbbi teknik, eğitim vb. çalışmaları da ifade etmiş olacağız.

Sağlık raporları; kişisel sağlık dosyaları; işyeri sağlık birimi aylık ve yıllık çalışma cetvelleri (raporları); poliklinik SSK icmal cetvelleri; işe giriş raporları; periyodik muayene kayıtları; özel periyodik muayeneler tarama listeleri; akciğer röntgen taramaları; odyometri tetkikleri ve analizleri; kan tahlilleri; göz muayeneleri; portör muayeneleri kayıtları; meslek hastalığı ve işe bağlı hastalık kayıtları; tedavi ve poliklinik muayene kayıtları; işçi sağlığı iş güvenliği kurul toplantı tutanakları; içme suyu ve gıda analiz raporları; yemekhane ve mutfak kontrol raporları; iş yerine gıda malzemesi gönderen işyerlerinde çalışanların portör muayene raporları; malzeme güvenlik bilgi formları; iş kazaları istatistikleri; iş kazaları personel kayıtları; iş kazaları takip ve kayıt formları; iş kazaları grafikleri; ISB mesai saatleri dışı olan iş kazaları ve hastalıkların takip formları; iş kazası raporları; kronik hastalık izlemleri; kan grupları listesi; İSGÇK üst kurul toplantı karar ve tutanakları; düzeltici, önleyici faaliyet kayıtları; iç denetim kayıtları; dış denetim kayıtları; noktasal ve çevresel risk değerlendirmeleri; ortam analizleri; gürültü analizleri; yıllık planlar; alt planlar; iş talimatları; giden evrak; gelen evrak; istirahat kayıtları; sipariş kayıtları; sürekli duyurular; eğitim el broşürleri; tetanoz, hepatit B, grip aşılı kayıtları; İSG toplu eğitim tutanakları ve katılım listeleri; İSG bire bir eğitim tutanakları; aylık başvuru dağılımı; işe giriş evrakları; tıbbi atık kayıtları; acil durum planları; ilk yardım eğitimi kayıtları; oryantasyon eğitimleri; kaza analizleri; durum saptama tutanakları; proses şemaları ve tehlike kaynakları; absenteizm analizleri; müteahhit firmaların işçileri ile ilgili sağlık kayıtları; kişisel koruyucu malzeme kullanım listesi...

Çalışmalarımızdan bazı örnekler verelim.

Fabrikamızın tüm alanlarında, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından noktasal risk değerlendirmeleri yapılmış, tespit edilen 537 tehlikenin ortaya çıkma olasılığı ve ciddiyet derecesi belirlenmiştir. Bir yandan bunlarla ilgili önlemler alınırken, diğer yandan risk değerlendirme faaliyeti devam ettirilmekte ve yeni tespitler yapılmaktadır.

Benzer bir şekilde, fabrikamız bölümlerinin çevre boyut etki analizleri de yapılmış, 155 tespit yapılmıştır.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili 90 adet iş talimatı hazırlanıp, uygulamaya sokulmuştur.

55 düzeltici önleyici faaliyet takip edilmiş ve sonlandırılmıştır.

Gürültü ve emisyon ortam analizleri, 2002 yılında Boğaziçi Üniversitesi Çevre Bilimleri Enstitüsü tarafından yapılmıştır.

Fabrika üretim alanları gürültü analizinde; 133 noktada 24 saat sürekli ölçüm şeklinde gürültü kaydı yapılmıştır. Ölçülen en düşük değer 52 dB, en yüksek değer 105 dB olmuştur. 133 noktadan 64'ünde gürültü seviyesi 85 dB'in altındadır.

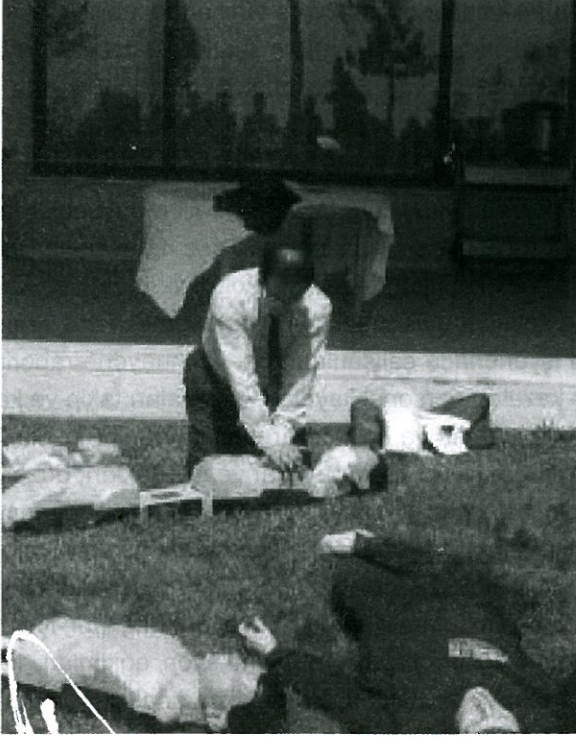
İşyerimizde işçi sağlığı ile ilgili yoğunlaştığımız 2 ana konu vardır.

Birincisi, sektörümüz gereği, ağır ve tehlikeli iş yapılan fabrikamızda, iş kazaları konusudur. İş kazalarını önleme, kaza analizleri, tıbbi yardımlar ve eğitimler çalışmalarımızda önemli yer tutmaktadır.

İkincisi de, üretim ortamındaki gürültü seviyesine bağlı olarak, çalışanların etkilenmesi ile ilgili yaptığımız çalışmalardır. Ortamda gürültüyü azaltma, çalışanı koruma, eğitim ve analiz çalışmaları, işimizin küçümsenmeyecek boyutunu oluşturmaktadır.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili 2002 yılı içerisinde 7134 adam saat eğitim verilmiştir.

İkisi 2002 yılında, biri 2003 yılında olmak üzere, üç ilk yardım kursu düzenlenmiş, 62 işçi ilk yardım eğitimi almıştır.



İşyeri dışı kuruluşlarla ilişkiler kapsamına giren çalışmalar arasında, İşyeri Sağlık Birimimizin eğitim amaçlı kullanımını ifade etmek gerekir. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı ile bağlantımız çerçevesinde, intern doktorlar, halk sağlığı stajlarının bir haftasını, işyerimizde Birimiz çalışmalarına katılarak yapmaktadırlar. Sağlık Yüksek Okulu öğrencileri halk sağlığı derslerinin bir parçası olarak, haftada iki gün Birimizde bulunmaktadırlar. Bölgemizde düzenlenen işyeri hekimliği kurslarında kursiyer hekimler, gözlemde bulunmak üzere, işyerimize ve işyeri sağlık birimize gelmektedir.

2003 YILI İLK 6 AY ÇALIŞMA ÖZET CETVELİ	OCAK	ŞUBAT	MART	NISAN	MAYIS	HAZİRAN	TOPLAM
BAŞVURU	368	805	315	283	249	264	2284
KAN.TAH.	14	10	25	26	9	23	107
RIE GRAFI	2	354	11	39	5	21	432
ODİOMETRİ	0	270	0	1	0	18	289
EKG	0	1	2	3	2	19	27
TA	32	47	39	27	37	27	209
PORTÖR	29	0	0	29	0	0	58
DİĞER.TET.	3	1	0	0	1	18	23
REÇETE	82	64	89	105	80	67	487
ENJ.	8	2	16	10	8	17	61
PANSUMAN	39	16	56	43	56	46	256
SEVK	58	36	59	89	56	10	308
İSTİRAHAT	23	10	17	18	18	27	113
SÖZ.EĞİT.	208	102	208	98	200	210	1026
YAZ.EĞİT.	2	9	18	22	19	18	88
ORY.EĞİT.	0	0	0	1	0	18	19
TETANOZ A	0	1	1	0	0	0	2
DIŞ BAŞV.	57	37	17	39	60	49	259
TOP.HAR.S.	896	1765	873	804	793	852	6048

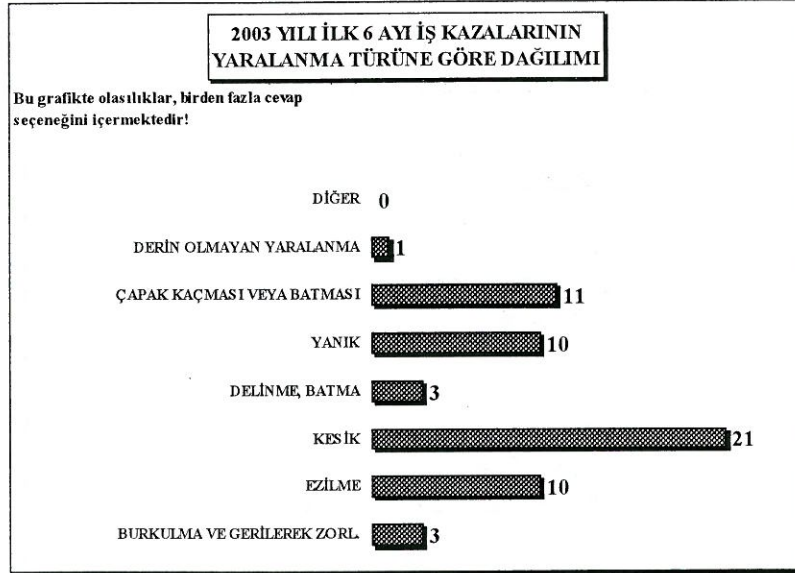
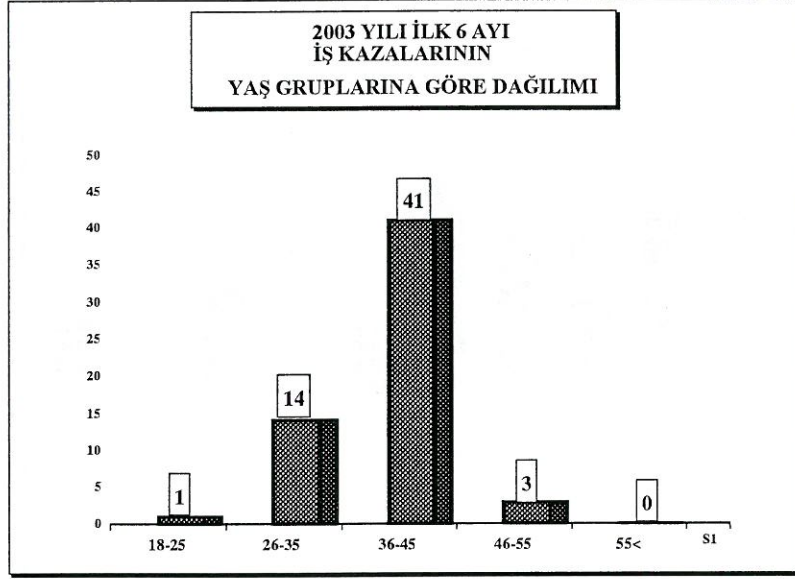
2002 YILI ÇALIŞMA CETVELİ							
	HASTALIK	HAST.KONT.	İŞ KAZ.	İ.K.KONT.	PER.MUA.	İ.GİR.DÖN.MUA.	TOPLAM
BAŞVURU	1332	726	122	274	369	179	3002
KAN.TAH.	415	13	2	0	1048	41	1519
RÖNTGEN	38	6	5	1	391	36	477
ODİOMETRİ	2	1	0	0	276	12	291
EKG	33	1	0	0	6	9	49
TA	130	207	23	3	364	178	905
PORTÖR	0	0	0	0	64	0	64
DİĞER.TET	3	3	0	0	0	0	6
REÇETE	854	329	46	9	0	0	1238
ENJ.	93	240	22	6	0	0	361
PANSUMAN	29	93	118	261	0	0	501
SEVK	44	19	23	0	0	0	86
İSTİRAHAT	35	19	33	0	0	0	87
SÖZ.EĞİT.	725	297	122	0	340	42	1526
YAZ.EĞİT.	2	4	0	0	60	0	66
ORY.EĞİT.	0	0	0	0	0	9	9
TETANOZ A	0	0	0	0	367	19	386
GRİP A	0	0	0	0	162	0	162
HEP-B A.	0	0	0	0	2	32	34
DIŞ BAŞV.	112	41	18	34	71	169	445
TOP.HAR.S.	3847	1999	534	588	3520	726	11214

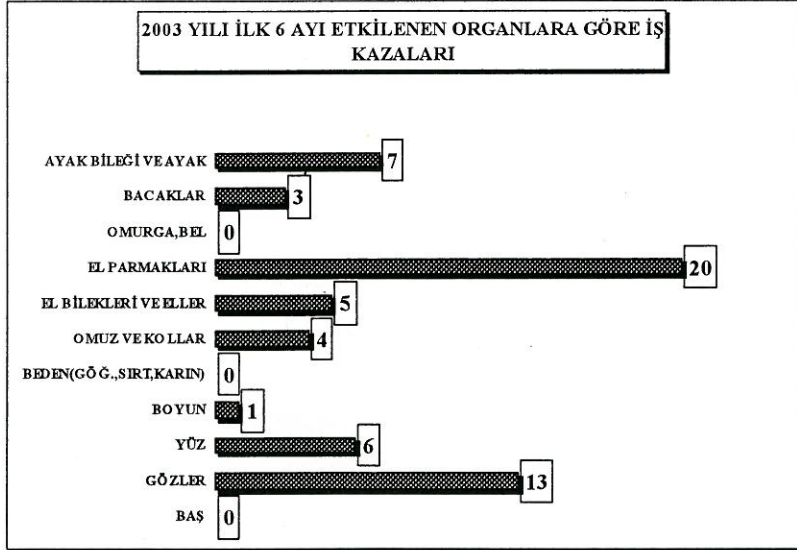
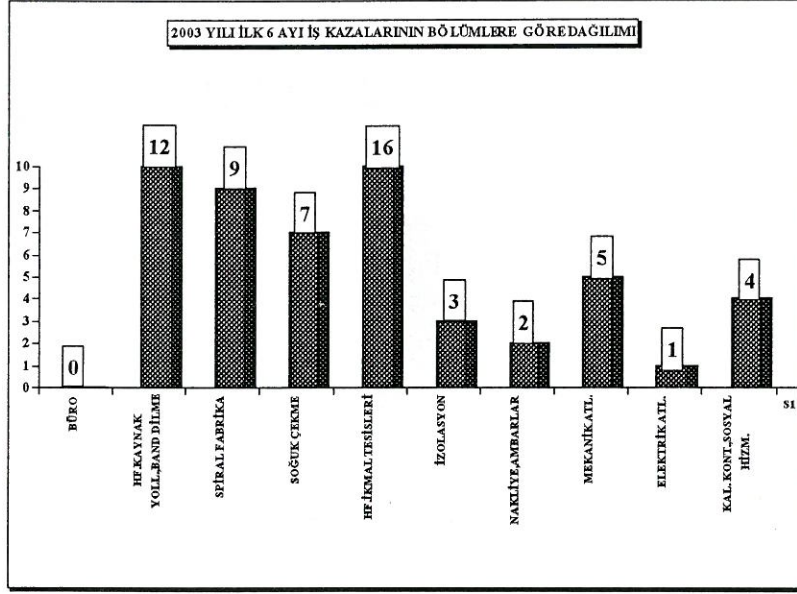
İŞYERİ SAĞLIK BİRİMİ BAŞVURULARI

2003 YILI AYLAR	ÇALIŞAN KİŞİ SAYISI	BAŞVURU SAYISI	ÜSYE K.B.B	GÖZ HAST.	KARDİYO VASKÜLER SIST.HAST.	SINDIRIM SİSTEMİ	GENİTO-ÜRİNER SIST.HAST.	NÖRO PSİKİYATRİ	DERİ HASTALIK.	ISKELET SIST.HAST.	DİĞER	İŞ KAZALARI
OCAK	368	238	51	9	37	8	7	23	41	30	17	15
			21,4%	3,8%	15,5%	3,4%	2,9%	9,7%	17,2%	12,6%	7,1%	6,3%
ŞUBAT	368	165	40	11	49	3		5	21	18	10	8
			24,2%	6,7%	29,7%	1,8%		3,0%	12,7%	10,9%	6,1%	4,8%
MART	357	268	61	8	34	13	9	22	39	25	44	13
			22,8%	3,0%	12,7%	4,9%	3,4%	8,2%	14,6%	9,3%	16,4%	4,9%
NİSAN	357	233	35	11	17	9	4	15	21	24	76	21
			15,0%	4,7%	7,3%	3,9%	1,7%	6,4%	9,0%	10,3%	32,6%	9,0%
MAYIS	356	227	52	5	15	5	5	31	18	16	61	19
			22,9%	2,2%	6,6%	2,2%	2,2%	13,7%	7,9%	7,0%	26,9%	8,4%
HAZİRAN	373	264	29	17	16	12	6	33	36	25	74	16
			11,0%	6,4%	6,1%	4,5%	2,3%	12,5%	13,6%	9,5%	28,0%	6,1%
TEMMUZ	385	251	36	14	8	12	3	38	40	26	60	14
			14,3%	5,6%	3,2%	4,8%	1,2%	15,1%	15,9%	10,4%	23,9%	5,6%
TOPLAM		1646	304	75	176	62	34	167	216	164	342	106
			18,5%	4,6%	10,7%	3,8%	2,1%	10,1%	13,1%	10,0%	20,8%	6,4%

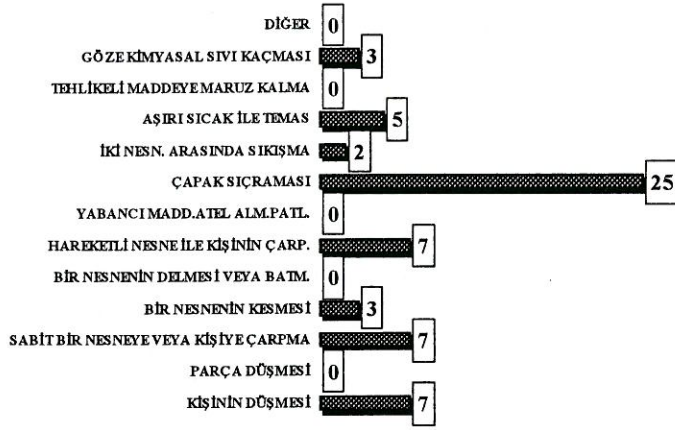
SAĞLIK NEDENLİ ABSENTEİZM TAKİBİ

AYLAR	İŞYERİ HEKİMİ				SSK HASTANESİ				
	HASTALIK KİŞİ	HASTALIK AYLIK KAYIP GÜN	İŞ KAZASI KİŞİ	İŞ KAZASI AYLIK KAYIP GÜN	HASTALIK KİŞİ	HASTALIK GÜN	İŞ KAZASI KİŞİ	AYLIK KAYIP DAKİKA	İŞ KAZASI AYLIK KAYIP GÜN
OCAK	1	3	3	15	14	137	4	215	78
ŞUBAT	1	1	0	0	7	94	1	185	11
MART	4	11	1	7	13	97	4	395	26
NİSAN	0	0	0	7	10	86	8	200	53
MAYIS	4	7	2	5	5	44	6	770	61
HAZİRAN	8	18	0	0	18	85	4	210	82
TEMMUZ	9	21	4	18	14	107	4	90	95
TOPLAM	27	61	10	52	81	650	31	2.065	406

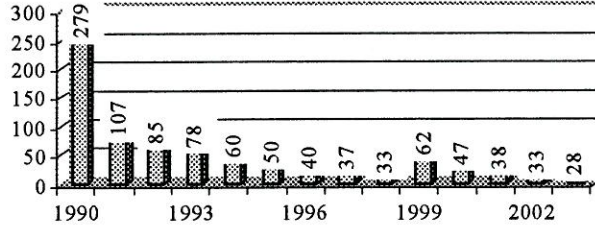




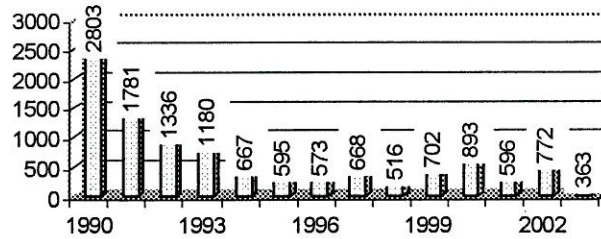
2003 YILI İLK 6 AYI
NEDENLERİNE GÖRE İŞ KAZALARI



YILLARA GÖRE KAZA SAYISI DAĞILIMI



YILLARA GÖRE KAYIP İŞ GÜNÜ DAĞILIMI



2003 YILI İLK 7 AYI İŞ KAZALARI ÖRNEK DEĞERLENDİRMESİ	
VERİLER	GÖSTERGELER
Çalışan sayısı: 344	Kaza insidans hızı: 81,3
Kaza sayısı: 28	Kaza sıklık oranı: 52,0
Kayıp iş günü: 363	Kaza ağırlık oranı: 0,67
Toplam çalışma saati: 538706	

BAZI EKSİKLERİMİZ

Sunumumuzda, tedavi edici hizmetler, koruyucu sağlık hizmetlerine göre, çalışmalarımızda küçük bir yer kaplıyor gözükmemektedir. Ne yazık ki, tedavi edici hizmetlere ayırmak zorunda kaldığımız süre, çalışma süremizin yüzde onundan fazlasını kaplamaktadır. Bunu bizim dışımızda sayısız nedene bağlayabiliriz. Ancak, kendimizin de zamanı iyi yöneterek, koruyucu sağlık hizmetlerindeki verimliliğimizi artırmamız olasıdır.

Yaptığımız çalışmalardan verim alabilme şartlarından birisi, bilimsel / istatistiksel anlamlılığı olan raporlar çıkarmaktır. Bu amaçla, şu anda kullandığımızdan kapsamlı bir bilgisayar programı edinme çalışmamız devam etmektedir.

SON SÖZ

İşyeri sağlık birimi olarak yaptığımız çalışmalarda, işyerimizde müdürden hizmetli personele kadar herkesin katkısı var şüphesiz. İşyerimiz dışından da, ortak çalışmalar yürüttüğümüz öğretim üyelerinin, meslek birliklerinin, sağlık taramalarımızda yardımcı olan özel kuruluşların, hasta ve yaralılarımızın tedavisini üstlenen SSK hastanelerinin katkılarını göz ardı etmiyoruz. Ancak bir şeyler üretebiliyorsak, sanıyoruz bunu esas olarak, küçük de olsa "BİR EKİP" olabilmemize borçluyuz.

Bir İşyeri Sağlık Birimi Ekip Hizmeti Uygulama Örneği (II)

İşyerinde Odiometrik Tarama Sonuçları

Dr. Cem Coşkun (Mannesmann Boru End.T.A.Ş. İşyeri Hekimi)
Yrd.Doç.Dr. Nilay Etiler (Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. Öğretim Üyesi)

GİRİŞ

Gürültü, işyerlerimizde karşımıza çıkan önemli bir işçi sağlığı ve çevre problemidir. İşyerinde yaptığımız sağlığı koruma faaliyetinin bir parçası çalışanları gürültünün etkilerinden korumaktır.

Bu sunumda, Mannesmann Boru End.T.A.Ş. işyerinde çalışanlara üç yıl üst üste yaptığımız odiometri testlerinin sonuçlarına daraltılmış bir açıyla baktık. Henüz bitmemiş bir çalışma olmasına rağmen, bu sonuçların çalışanları gürültüden koruma çalışmalarına katkı sağlayacağına inanıyoruz.

NEDEN ODİOMETRİ TARAMASI YAPIYORUZ?

Fabrika işçilerine, yılda bir kere, odiometri tetkiki (taraması) yapılmasının amaçları, işyeri ortamındaki gürültüden, işitme kaybı sonucuyla, etkilenenleri ortaya çıkarmak, alınacak önlemleri belirlemekte yolumuzu görmek olarak ifade edilebilir.

ODİOMETRİ TARAMA SONUÇLARINI NASIL DEĞERLENDİRECEĞİZ?

Yapılan tarama sonuçlarının analiz edilmesi, tarama yapmanın anlamını ortaya çıkarır.

Sonuçlar iki türlü değerlendirilir. Birincisi, odiometri tetkiki yapılmış her işçiye kendi durumu açıklanır ve kişisel olarak alması gereken önlemler anlatılır. Bu bireysel bir çalışmadır. İşyeri sağlık birimi tarafından yürütülür ve bütün yıl sürer.

Ancak bireysel çalışmayla işçileri gürültünün zararlarından korumaya çalışmak, taşıma su ile değirmen döndürmeye benzer. Gürültüden korunma ile işyerinde topyekün mücadele edilmelidir. Öncelikle gürültü kaynağını yok etmek, edilemiyorsa gürültünün çalışana ulaşmasını engelleyen uygulamalar yapmak gerekir. Başka çare yok ise, kişisel koruyucu kullanılması devreye sokulur. Kulak koruyucularının işçiler tarafından kullanılmasının sağlanması, işçilerin desteğini, işyerinde bir kültür oluşturulmasını, işveren kararlılığını gerektirir. Bu faaliyetin önemli ayağını işçi ve işverenleri eğitmek oluşturur. Eğitim, bire bir ve toplu görüşmeler, yazılı materyal dağıtmak, duvar afişleri asmak vb. şekilde yapılır.

Kulak koruyucu kullanılması alışkanlığı sağlamaya, tek başına anlatma eğitimi yetmemektedir,. Gürültünün zararlı etkisinin olduğunu, günlük yaşamı ve sağlığı olumsuz etkilemeye başlamadan göstermek gerekir. Bunu göstermek için, odiometri sonuçlarının toplu analizi ile ortaya çıkmak etkili olacaktır. İşte, tarama sonuçlarının değerlendirilmesi faaliyetinin ikincisi budur. Bu analiz ile, kişisel faktörleri bir yana koyarak, fabrikanın hangi bölümünde, hangi gürültü seviyesinde, ne kadar zamanda, ne kadar miktarda, işçilerin toplu ve ortalama etkilenmesi olduğunu ifade edebiliriz.

GÜRÜLTÜNÜN İNSANA ETKİLERİ

Gürültünün, işitme kaybı dışında, başka hastalıklara yol açtığını da biliyoruz. Başta kalp damar sistemi ve psikiyatrik hastalık bulguları gözükken kişiler olmak üzere, hasta muayenelerinde gürültüye maruziyet hikayesi

bulunup bulunmadığını da araştırmak gerekir. Gürültünün, hipertansiyon, hiperlipidemi-hiperkolesterolemi etkenleri arasında olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Ayrıca gürültünün psikiyatrik bozukluk etkeni olduğu da gösterilmiştir. Huzursuzluk, sinirlilik, ilgi ve dikkat kaybı, sosyal uyumsuzluk ve problemler, uykusuzluk görülenler arasındadır.

TARAMA ODIÖGRAMLARI YORUMU

Tarama odimetrisinde işitme kaybı seviyesi ve tipi belirlenir.

Her kişinin 2000,3000,4000 Hertz frekanslarından birinde veya üçünün ortalamasında bir önceki yıla göre 10 desibellik işitme kaybı olanlarla ilgili acil önlem almak gerekir. Genel olarak makina gürültüsü öncelikle 4000 Hertz frekansında etkili olur ve odiogramda özellikle bu frekansta kayıp ortaya çıkar. Yaptığımız çalışmada, her frekans için oluşan eşik değişikliği; 0-15 dB normal sınırlarda işitme olarak değerlendirilirken, 15-30 dB çok hafif, 30-45 dB hafif, 45-60 dB orta, 60-75 dB ileri, >75 dB çok ileri işitme kaybı olduğu şeklinde değerlendirildi.

ANALİZ İÇİN KULLANILAN PARAMETRELER

Taramaya katılarak odimetrisi yapılmış işçilerin listesi ve her birinin;

Yaşı, çalıştığı bölüm, bu bölümde toplam çalışma süresi, çalıştığı bölümdeki gürültü seviyesi, işitme kaybına yol açabilecek gürültü dışında bir etken varlığı, son üç yılın, sağ ve sol kulak ayrı ayrı olmak üzere, 2000, 4000 Hertzlerdeki Desibel cinsi işitme seviyeleri ve bunların ortalamaları kaydedildi. Analiz çalışmasında sağ ve sol kulak işitme seviyelerinin ortalamaları kullanıldı.

SONUÇLAR

Odiometri taramalarına; 2001 yılında 165 kişi, 2002 yılında 276 kişi, 2003 yılında 211 kişi katılmıştır. Bu rakamlara, verilerinde düzensizlik olan müteahhit firmaların işçileri dahil edilmemiştir. Sonuçları değerlendirirken, gürültü dışında etken ile işitme kaybı olduğu bilinenler, birden fazla taramaya katılmamış olanlar değerlendirme dışında tutulmuştur. En az iki taramaya katılma şartı ile, bu üç yıllık süre içerisinde işe yeni girenler ve işten ayrılanlar değerlendirmeye alınmışlardır.

Tablo 1: İşçilerin çalıştığı bölümlere göre 2000Hz'te ve 4000Hz'de işitme kaybı

Yıllar	düşük riskli bölüm ¹	yüksek riskli bölüm ²	p
	2000 Hz		
2001	13.75±8.98	14.33±9.03	p>0.05
2002	12.98±11.58	11.75±9.75	p>0.05
2003	10.20±11.22	10.07±12.35	p>0.05
	4000 Hz		
2001	24.38±14.53	31.90±16.13	p=0.01
2002	27.87±19.36	28.13±17.24	p>0.05
2003	24.48±14.69	31.26±16.85	p=0.02

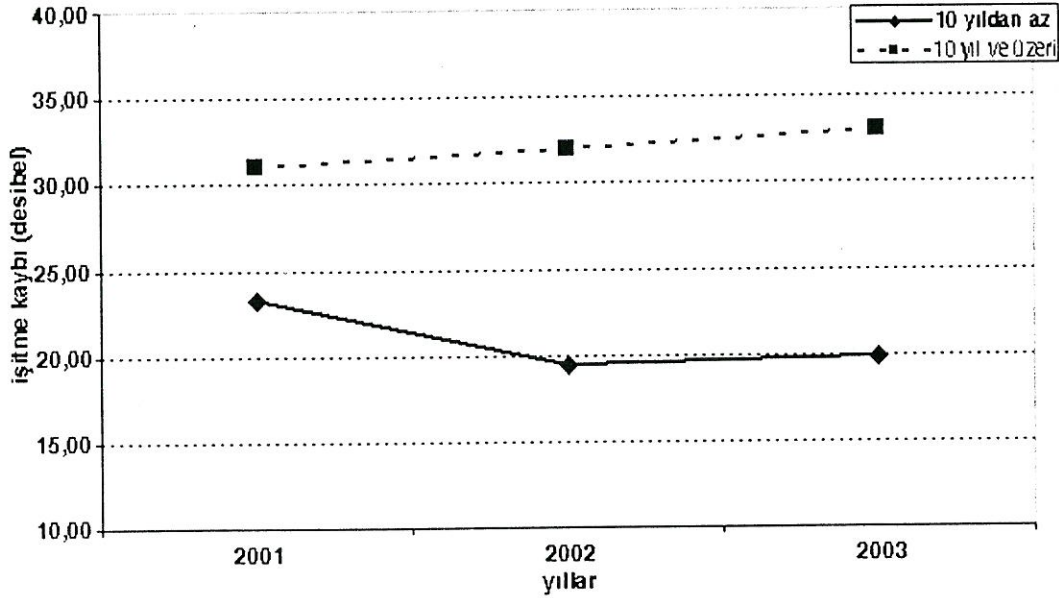
¹ düşük riskli bölümler: Personel ve sosyal hizmetler; kalite; izolasyon; atölyeler

² yüksek riskli bölümler: band dilme, kaynak yolları, ikmal tesisleri; galveniz, soğuk çekme; spiral boru üretimi ve ikmal tesisleri; ambar yükleme.

İşçilerin çalıştıkları bölümlere göre işitme kayıp seviyeleri karşılaştırılmasında, fabrika ortamı gürültü analizleri dikkate alınmıştır. Ortam gürültü seviyeleri ortalama 85 dB'in altındaki bölümlerde çalışanlar "düşük riskli bölümler" başlığında, 85dB'in üstündeki bölümlerde çalışanlarda "yüksek riskli bölümler" başlığında toplanmışlardır. Üç taramada da 2000 Htz. frekansında gruplar arasında fark bulunmazken, 4000 Htz.'de 2001 ve 2003 tarama sonuçları "yüksek riskli grup" bölümünde işitme kayıp seviyesi farklı bulunmuştur. 4000Htz. Frekansında sağ ve sol kulak ortalamalarına göre, her iki grupta ve tüm taramalarda çok hafif derecede ve hafif derecede işitme kaybı tespit edilmiştir.

Tablo 2: İşçilerin çalışma sürelerine göre 2000Hz'te ve 4000Hz'de işitme kaybı

Yıllar	10 yıldan az	10 yıl ve üzeri	p
	2000 Hz		
2001	14.56±11.22	14.06±8.09	p>0.05
2002	10.53±10.90	12.85±10.09	p=0.000
2003	9.11±13.26	10.35±11.49	p>0.05
	4000 Hz		
2001	23.28±15.47	31.02±15.57	p=0.01
2002	19.42±17.87	31.92±16.62	p=0.000
2003	19.89±14.64	33.00±15.93	p=0.000



Grafik : İşçilerin çalışma sürelerine göre 4000 Hz'de işitme kayıpları

İşçiler çalıştıkları işte 10 yıldan az çalışma ve 10 yıl ve üstü çalışma şeklinde çalışma sürelerine göre iki gruba ayrılmışlardır. Bu iki grup arasında işitme kayıp seviyeleri karşılaştırılmıştır. Buna göre; 2000 Htz.'de 2001 ve 2003 yılı taramasında fark bulunmazken, 2002 taramasında çalışma süresi uzun olanların aleyhine bir fark çıkmıştır. 4000 Htz. İncelemesinde, 10 yıl ve üstü süredir çalışanların tüm taramalarda ortalama işitme kayıp seviyeleri daha yüksek olduğu görülmüştür. Her iki grup için, 4000 Htz. Kayıp ortalamaları çok hafif ve hafif kayıp seviyelerindedir.

Tablo 3: İşçilerin yaş gruplarına göre 2000Hz'te ve 4000Hz'de işitme kaybı

Yıllar	20-29 yaş	30-39 yaş	40 yaş ve üzeri	p	
	2000 Hz				
2001	8.92±1.97	12.72±8.37	15.77±9.50	p=0.01	1. grup diğer gruplardan farklı anlamlı
2002	9.06±8.74	9.13±6.66	15.05±12.07	p=0.000	3. grup diğer gruplardan farklı
2003	10.77±16.81	6.85±9.07	12.78±12.81	p=0.001	2. grup diğer gruplardan farklı
	4000 Hz				
2001	11.07±4.76	27.50±15.44	31.17±15.55	p=0.001	1. grup diğer gruplardan farklı
2002	14.58±14.53	23.40±15.49	34.62±17.59	p=0.000	Her grup birbirinden farklı
2003	17.08±12.69	27.66±16.64	32.78±16.16	p=0.003	Her grup birbirinden farklı

Yaşlarına göre de işçiler ≤ 29 , 30-39, ≥ 40 şeklinde üç gruba ayrılmışlardır. Taramalarda 2000 Htz. Frekansda ortalama işitme seviyeleri normal sınırlar içerisinde bulunmuş, ortalama rakamlarında gruplar arasında istatistiksel anlamsız, küçük farklar vardır. 4000 Htz.de ise ≤ 29 yaş grubu ortalamaları normal işitme sınırına yakın çıkmış, diğer yaş grupları çok hafif ve hafif seviyelerde kayba uğramıştır. 2002 ve 2003 yılları taramalarında 30-39 ve ≥ 40 yaş grupları arasında da ≥ 40 grubu aleyhine fark vardır.

Bu çalışmada ortaya çıkan, genel ifade ile, tiz frekanslarda, gürültülü bölümlerde çalışanlar diğer bölümlerde çalışanlara göre, çalışma süreleri uzun olanlar kısa olanlara göre ve yaşları fazla olanlar yaşları az olanlara göre işitme seviyeleri açısından dezavantajlı durumdadırlar. Ancak tüm grupların odiogramları incelendiğinde, çoğunluk odiogramda özellikle 4000 Htz. Frekansında çentik oluştuğu görülmektedir.

Bu sonuçlar, endüstriyel gürültünün, gürültü derecesine ve gürültüye maruziyet süresine göre işitmeye karşı yaptığı olumsuz etkiler bilginizle paylaşmaktadır.

Diğer yandan, işyerinde devam eden gürültüden korunma amaçlı girişimlerin önemini altı çizilmiş bulunmaktadır.

MANNESMANN BORU END.T.A.Ş. İŞYERİNDE SENDİKA VE İŞÇİLERİN İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİNE BAKIŞLARI VE BEKLENTİLERİ

Şevket ERDOĞAN

26/11/ 1964 İzmit doğumluyum. Mannesmann Boru Fabrikası'nda 1986 yılında işe başladım. 1997 yılından bu yana işyeri baştemsilciliği görevini yapıyorum.

Sendikamız Çelik-İş, 17 Kasım 1965'te, metal sanayii işkolunda faaliyet göstermek üzere Zonguldak Karabük'te kurulmuştur. Sendikamızın 14 şubesi ve bir bölge temsilciliği olup, 70000'i kamu, 14000'i özel sektörde olmak üzere toplam 84000 üyesi vardır. Mannesmann Boru Fabrikası işyerinde 1987 yılında örgütlenmiştir.

SENDİKAMIZIN İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİNE BAKIŞI VE POLİTİKASI

Yılda ortalama 1200 kişinin yaşamını kaybettiği iş kazalarının, en sık metal iş kolunda görüldüğü, metal iş kolunun çalışanlar açısından ağır çalışma koşulları içeren yapıya sahip olduğu, çalışma ortamının, işçiler açısından her türlü yaşamsal tehdidi barındırdığı gerçeğini bilen sendikamız; İşyerlerinde varolan ve Avrupa kriterleri doğrultusunda yenilenmesi gereken "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği" kurullarının desteklenmesine, işyerlerinin etkinleştirilmesine, işyerlerindeki makine ve ekipmanların işçi sağlığına yönelik denetimin yapılmasına, işçilerin çalışma ortamlarının iyileştirilmesine, ergonomik açıdan düzenlenmesine ve işyerlerinde işçiler açısından psikolojik sorun oluşturacak etkenlerin ortadan kaldırılmasına katkıda bulunacak çalışmaların düzenlenmesi gerektiğini KARAR ALTINA almıştır.

Bu doğrultuda Mannesmann Boru işyerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili çalışmalar yürütülmektedir. Eksikleri olmasına rağmen, Mannesmann Boru, ülkemizde bu çalışmaların önemsenecek yapıldığı işyerlerinden birisidir.

Çalışanlarımızın işçi sağlığı ve iş güvenliği çalışmalarından beklentileri Avrupa standartlarının yakalanmasıdır.

Sözel Bildiriler

ZONGULDAK DEVLET HASTANESİ VE SOSYAL SİGORTALAR KURUMU ZONGULDAK BÖLGE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE BEL AĞRISININ YAYGINLIĞI, NEDENLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Doç. Dr. Ayşe OCAKCI
Öğr. Gör. Tülay Kuzlu AYYILDIZ
ZKÜ Zonguldak Sağlık Yüksekokulu

ÖZET

Bu çalışma, hemşirelerde bel ağrısının yaygınlığını, nedenlerini ve stresle başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla analitik olarak yapılmıştır. Araştırmının örneklemini, Zonguldak Devlet Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu Bölge Hastanesinde çalışan 185 hemşire oluşturmıştır. Veri toplama aracı olarak; hemşireleri tanıtıcı ve bel ağrısına ilişkin özelliklerini içeren “Anket formu” ile “Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde ki-kare ve student-t testleri kullanılmıştır. Araştırma sonucunda hemşirelerin % 72,8’i bel ağrısı olduğunu, % 89,6’ı bel ağrısının mesleğe girdikten sonra başladığını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %24,3’ü bel ağrısına yönelik tanı almışlar ve bu tanıların % 11,4’ünü diskal herni oluşturmıştır. Hemşirelerin % 93,5’i iş ortamlarının stresli olduğunu düşünmektedirler. Yaş, Beden Kitle İndeksi, ve sigara kullanma durumlarıyla bel ağrısına yönelik tanı alma arasında; stresle başa çıkma yöntemleri ölçeğinin sosyal destek boyutuyla bel ağrısı arasında istatistiksel anlamlılık olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler:Bel ağrısı, hemşire, stres

ABSTRACT

This study, has been carried out as a analytical to find out reasons, dispersion of low back pain and relationship between ways of coping with stress in nurses. The subjects of this research are 185 of nurses working at Zonguldak Public Hospital and Social Insurance Regional Hospital. As data collection tools, a “Questionnaire Form” collecting personal characteristics and complaints of back pain among them as well as “Ways Of Coping Inventor” were used. In Interpreting the statistical data, the test of Chi-square and Student-t were utilized. As a result of research, it has been found out that 72,8 % of the nurses suffer from low back pain and 89,6 % of them have expressed that started having this problem after they started work as nurses.

*Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürü

** Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

24,3 % of the nurses have been diagnosed about low back pain and 11,4 % of this diagnosis were “disc hernia”. 93,5 % of nurses have been though that their work is stressfull. It has been found that there is significant statistical relationship between age, Body Mass Indeks, smoking and diagnosed about low back pain. Also, there is a relationship between the social support dimension of Ways Of Coping Inventor and low back pain.

Keywords: Nurse, Low Back Pain, Stress

GİRİŞ

Ağrı, yaşamı boyunca her insan tarafından deneyimlenen, fiziksel, duygusal, kültürel ve sosyal yönleriyle bireyi etkileyen, korku, anksiyete ve depresyon gibi duygusal sorunlarında beraberinde yaşandığı bireysel duyum türlerinden biridir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği’nin yaptığı tanımlamaya göre “Ağrı, vücut-

un belli bir bölgesinden kaynaklanan, gerçek ya da olası doku hasarı ile birlikte hoş olmayan duyu ya da duygusal davranış şeklidir" (Karahan 2000, Kocaman 1994).

Bel ağrısı yaygın görülen ve iş gücü kayıplarına yol açabilen önemli bir sorundur. İş gücü kaybına yol açan hastalıklar arasında üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci sırayı aldığı görülmektedir (İşintaş 2000). Endüstrileşmiş ülkelerde nüfusun % 15-20'si akut ağrıdan % 25-30'u kronik ağrıdan yakınırken genel nüfus içinde baş ağrısından sonra en yaygın olarak sırt bölgesinde oluşan ağrıdan yakındığı bildirilmektedir (Zhao 2002, Kozanoğlu ve ark. 1995, Akkan 2001, Wassel ve ark.1998, Karahan 2000, Gürsoy ve ark. 2001).

Akut atakla sınırlı kalmayan hastalık, kronikleşmekte, kalıcı bir sağlık sorunu olduğu gibi, geçirilen ataklarla ciddi sorunlara da yol açmaktadır. Bu nedenle korunma önemlidir. Korunma söz konusu olunca da risk faktörlerinin saptanması gündeme gelmektedir. Araştırmalar bel ağrısının kronikleşmesinde ve klinik seyrinde psikososyal faktörlerinde önemli yeri olduğunu göstermektedir. Biyopsikososyal faktörlerin ağrının yoğunluğu, süresi yada niteliği üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu faktörler bilinmesi halinde bel ağrısının tedavisinde sonuca ulaşmak daha kolay olacaktır (Engin 1998). Ağır kaldırma, sigara içme, vibrasyon, fiziksel olarak çevreye uyum bozuklukları, işe girmeden önce bel ağrısı geçirme, mesleki koşullar, psikolojik faktörler, sportif aktiviteler, sık eğilme, durgun iş yaşantısı, sürekli oturarak çalışmak ve iş doyumsuzluğu gibi durumların bel ve sırt ağrılarına etkisi olduğu bildirilmektedir (Kozanoğlu ve ark. 1995, Wassel ve ark. 2000, Altunkaynak 1999, Croft 2000, Deyo 1998).

Bazı çalışmalarda, sağlık çalışanları arasında boyun, bel ve sırt şikayetleri prevelansı yüksek bulunmuştur. Özellikle hemşirelerde, diğer bir çok meslek gruplarından daha yüksek oranda bel ağrısı görülmektedir. Karahan'ın aktardığına göre İngiltere de yapılan bir araştırmada, hemşirelerde bel ağrısı insidansı endüstride çalışan işçiler kadar yüksek bulunmuştur (Karahan 2000, Brulin ve ark. 2000, Karadağ 1994). Karahan (2000) yaptığı araştırmada hemşirelerin %87.5' inde bel ağrısı yakınması olduğunu saptamıştır. Ülkemizde bel ağrısının prevelansını, çeşitli meslekler ve yaş gruplarındaki ağrı nedeniyle iş görememezlik oranlarını, tanı ve tedavi maliyetlerini, işçilerin aldığı rapor ve tazminatların sanayide olumsuz etkilerini araştıran, geçerli kriterlerle yapılmış retrospektif veya uzun dönem takipli çalışmalara rastlanmamıştır (Akkan 2001).

YÖNTEM

Hemşirelerin kaliteli bakım verebilmeleri için öncelikle kendi sağlıklarını korumaları gerekmektedir. Bu araştırma hemşirelerde bel ağrısının yaygınlığını, nedenlerini ve stresle başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla analitik olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini, Zonguldak il merkezinde hizmet veren Devlet Hastanesi ve SSK Bölge Hastanesi'nde çalışan toplam 380 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmada, olayın görülüş sıklığının incelenmesi için evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklemi saptamak amacıyla kullanılan formül ile Zonguldak Devlet Hastanesi ve SSK Bölge Hastanesi'nde çalışan 190 hemşire, tabakalı örneklem yöntemiyle evrenin % 50'si olarak seçilmiştir. SSK Bölge Hastanesi'nde çalışan 2 hemşireye ulaşamadığı, 3 hemşire katılımı reddettiği için örneklem dışı bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Verilerin toplanmasında kullanılan ölçme araçları aşağıda verilmiştir.

Bireye Ait Tanımlayıcı Özellikler: Araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanmış anket formu aracılığıyla elde edilmiştir. Formun ilk bölümünde bireylerin demografik özellikleri, ikinci bölümünde ise bel ağrısına neden olabilecek durumlar ve ağrının özellikleri ile ilgili toplam 27 soru bulunmaktadır.

Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Ölçeği: Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen "Ways of Coping Inventor" ölçeğinden Türkçe'ye uyarlanan "Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Ölçeğinin" ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması Hisli ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır.

Veri toplamak amacıyla geliştirilen anket formu ve stresle başa çıkma yöntemleri ölçeğinin ön uygulaması 13-17.01.2003 tarihleri arasında toplam 21 hemşirede gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamada elde edilen sonuçlar doğrultusunda anket formunda gereken düzenlemeler yapılmıştır.

Çalışma yapılmadan önce ilgili kurumlara ve servis hemşirelerine bilgi verilerek izin alınmıştır. Anketler yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Araştırma şubat- haziran 2003 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Verilerin analizi, bilgisayarda SPSS for Windows 9.0 programında yapılmıştır. Bağımlı bağımsız değişkenler belirlendikten sonra elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, Ki-kare ve Student-t testleri kullanılmıştır. Analiz sonuçları % 95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşireler çalıştıkları kuruma göre incelendiğinde, % 60'ının SSK Bölge Hastanesi'nde ve %40'nın ise Devlet Hastanesi'nde çalıştığı bulunmuştur. Hemşirelerin % 44,9'u 23-27 yaşlar arasında, % 56,2'si evli, % 45,4'ü Sağlık Meslek Lisesi, % 43,8'i Açık Öğretim Fakültesi Önlisans Programı ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü ve % 10,8'i ise lisans mezunudur. Hemşirelerin çalışma süreleri incelendiğinde % 42,2'sinin 0-5 yıldır görev yaptığı ve % 33,5'inin cerrahi ünitelerinde çalıştığı görülmektedir.

Tablo 1.Hemşirelerde Bel Ağrısı Açısından Risk Oluşturan Durumların Dağılımı

BEDEN KİTLE İNDEKSİ*	N	%
Zayıf	13	7
Normal	144	77,8
Şişman	28	15,2
SİGARA KULLANIMI		
Evet	94	50,8
Hayır	91	49,2
YÜKSEK TOPUKLU AYAKKABI GİYME DURUMU**		
Evet	83	44,9
Hayır	102	55,1
SPOR AKTİVİTESİ		
Var	7	3,8
Yok	178	96,2
DOĞUM YAPMA DURUMU		
Evet	85	81,7
Hayır	19	18,3
ÇOCUK SAYISI		
0	19	18,3
1	58	55,8
2	27	25,9
MENSTRÜEL SIKLUS		
Düzenli	145	78,4
Düzensiz	40	21,6
İŞ MEMNUNİYETİ		
Memnun	120	64,9
Memnun değil	65	35,1
İŞ STRESİ		
Var	173	93,5
Yok	12	6,5

* Beden Kitle İndeksi, Kilo/(Boy)² formülüyle elde edilmiştir.

** Literatürde 3,5 cm ve üzerindeki ayakkabı topuğu "yüksek" olarak ifade edilmektedir.

Tablo 1’de hemşirelerde bel ağrısı açısından risk oluşturabilecek durumların dağılımı yer almaktadır. Yer baskülü ile yapılan ölçümde hemşirelerin % 77,8’i, ideal kiloya sahipken, % 15,5’i şişman grubuna girmektedir. Beden Kitle İndeksi, Kilo/(Boy)² formülüyle elde edilmiştir. Karahan (2000) çalışmasında sağlık personelinin % 62,5’inin BKL’nin normal değerlerde olduğunu belirtmektedir. Bu oranın yüksek oluşu hemşirelerin, bel sağlığı yönünden olumlu bir bulgu olarak düşünülebilir.

Yapılan bir çalışmada günde 20 adetten fazla sigara içmeyle, bel ağrısı ve intervertebral disk bozuklukları arasında güçlü bir ilişki ortaya konmuştur. Bu durum hemşirelerin sigaranın yol açtığı bir çok hastalık gibi bel ağrısı yönünden de risk altında olduğunu düşündürülebilir (Karahana 2000). Hemşirelerin % 50,8 sigara içmektedir. Karahan (2000)’ın çalışmasında da hemşirelerin % 51,8’inin sigara içtiği belirlenmiştir. Hemşirelerin sağlık personeli olarak yarısından fazlasının sigara içiyor olması dikkat çekicidir.

Yüksek topuklu ayakkabının vücut ağırlığının dengeli dağılımını bozduğu ve bel bölgesinde ki yükü arttırdığı için bel sağlığı açısından uygun olmadığı belirtilmektedir (Karahana 2000). Hemşirelerin % 44,9’u yüksek topuklu ayakkabı giymektedir. Karahan (2000) topuklu ayakkabı giyme ve bel ağrısı arasında anlamlı ilişki bulmuştur.

Bel ağrıları en çok kas iskelet sisteminin güçsüzlüğünden kaynaklanan sorunlar nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Hemşirelerin sadece % 3,8’i spor yapmaktadır. Spor yapan hemşireler voleybol, koşu, yürüyüş, bisiklete binme gibi sporları yaptıklarını ifade etmişlerdir. Karahan (2000) çalışmasında hemşirelerde spor yapma oranını % 12,5 bulmuştur. Bu sonuçlar hemşirelerin düzenli spor yapmadıklarını göstermektedir.

Karahana (2000) ve Russel ve ark.(1997) yaptıkları çalışmalarda evli ve doğum yapmış kişilerde bel ağrısının daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir. Bu hem jinekolojik problemlerin evli kadınlarda daha çok görülmesinden, hem de doğum yapmanın bel ağrısı açısından önemli bir etken olmasından kaynaklanabilir. Hemşirelerin doğurganlık durumu incelendiğinde % 45,9’unun doğum yapmış olduğu ve doğum yapan hemşirelerin yarısından fazlasının tek çocuk sahibi oldukları görülmektedir. 2’den fazla çocuğu olan hemşire bulunmamaktadır. Bu sonuç çalışma kapsamına alınan hemşirelerin doğurganlık durumuna bağlı bel ağrısı açısından daha az risk altında olduğunu düşündürülebilir. Karahan (2000) çalışmasına göre French doğum yapmanın bel ağrısı için önemli bir etken olduğunu söylemektedir.

Akkan (2001) araştırmasında menstrüel düzensizliği olanlarda bel ağrısını anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur. Araştırmamızda ise hemşirelerin menstrual düzen durumu incelendiğinde % 78,4’ü düzenli olduğunu ifade etmişlerdir ve bel ağrısına yönelik tanı alma ile menstrual düzen arasında anlamlı fark bulunamamıştır.(p=0,256)

İşten memnuniyetsizlik(yada işini sevmeme) bel ağrısının etyolojisinde önemli psikolojik faktörlerden biridir (Akkan 2001, Altunkaynak 1999). Akkan (2001) araştırmasında bel ağrısı ile iş memnuniyeti arasında pozitif ilişki bulmuştur. Araştırmamızda hemşirelerin % 35,1’i işlerinden memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir ve iş memnuniyeti ile bel ağrısı arasında anlamlı fark bulunamamıştır.(p=0,771)

Literatürde de kronik bel ağrısı yaşayan kişilerin başkalarıyla ilişkilerinde sınırlılıklar ve olumsuzluklar yaşadıkları ve başkalarına bağımlılık duydukları belirtilmektedir (Karahana 2000, Akkan 2001, Engin 1998). Hemşirelerin iş ortamının stresli olma durumları incelendiğinde % 93,5’i işlerinin stresli olduklarını düşünmektedirler. Akkan (2001) araştırmasında iş ortamını stresli bulanlarda, bulmayanlara göre bel ağrısını anlamlı derecede yüksek bulmuştur. Bu sonuç çalışma kapsamına alınan hemşirelerin iş stresi durumuna bağlı bel ağrısı açısından risk altında olduğunu düşündürülebilir. Ancak araştırmamızda iş ortamı stresi ile bel ağrısına yönelik tanı alma arasında anlamlı fark bulunamamıştır.(p=0,452)

Bel ağrısı sonucunda hareket kısıtlılığı iş yaşamını ve günlük yaşamı olumsuz etkilemektedir. Ancak hemşireler iş yaşantısında tüm kısıtlamalara rağmen işlerini tamamladıklarını ifade etmişlerdir. Ancak bu durum hemşirelerin iş tamamlama zorunluluğu nedeniyle daha fazla stres yaşamalarına ve bel bölgesindeki yapıların daha fazla zorlanmalarına neden olabilir (Karahana 2000). Engin (1998) yaptığı bir araştırma da bel ağrısı ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. İşten memnuniyetsizlik (yada işini sevmeme) bel ağrısı etyolojisinde en önemli psikolojik faktörlerden biridir(Engin 1998). Altunkaynak (1999) araştırmasında

işten memnun olmama ile ağrı parametreleri arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur. Memnuniyetsizlik arttıkça ağrı artmaktadır.

Tablo 2 Hemşirelerde Bel Ağrısı Açısından Risk Oluşturan Durumlarının Dağılımı

	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.	N
Boy (cm)	1,60	5,38	1,50	1,75	185
Kilo (kg)	57,8	7,9	44,00	80,00	185
Ayakta kalma süresi (saat/gün)	6,4	2,2	2,00	24,00	185
Nöbet sayısı (gün)	1,5	0,6	1,00	4,00	174
Nöbet süresi (saat)	25,9	1,5	24,00	27,00	174
Dinlenme süresi (saat)	2,6	1,7	0,00	10,00	174
Bel ağrısı süresi (gün)	7,7	10,5	1,00	45,00	135

Tablo 2’de hemşirelerde bel ağrısı açısından risk oluşturan diğer durumlarının dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin boyları $1,60 \pm 5,38$, kiloları ise $57,8 \pm 7,9$ kg arasında değişmektedir. Hemşirelerin bir günde ayakta kalma sürelerine baktığımızda $6,4 \pm 2,2$ saatleri arasında değiştiğini görmekteyiz. Akkan (2001) yaptığı çalışmada bel ağrısı ve çalışma saati arasında anlamlı derecede bir ilişki bulmuştur. Hemşirelerin haftalık nöbet günlerine baktığımızda bunun haftada $1,5 \pm 0,6$ gün arasında, saatlerinin ise $25,9 \pm 1,5$ arasında değiştiği görülmektedir. Hemşirelerin nöbetteki dinlenme sürelerine baktığımızda $2,6 \pm 1,7$ saat arasında değiştiği görülmektedir. Hemşirelerin bel ağrısı sürelerine baktığımızda bunun $7,7 \pm 10,5$ gün arasında değiştiği görülmektedir.

Hemşirelerde bel ağrısı görülme oranı % 72,8 olarak bulunmuştur. Ancak % 24,3’ünün doktora gidip bel ağrısına yönelik tanı aldığı belirlenmiştir. Alınan tanıların %46,6’sını disk hernisi oluşturmaktadır. Karahan (2000)’in çalışmasında bu oran % 50 bulunmuştur. Disk hernisine bağlı bel ağrısının vücut mekanikleri ve postürün yanlış kullanılması sonucunda, yapıların zorlanması ve zarar görmesine bağlı olarak geliştiği bilinmektedir (Karahan 2000).

Bel ağrısı olan hemşirelerin % 98,5’i ağrının tekrarladığını ifade etmişlerdir. Karahan (2000)’in çalışmasında bu oran % 91,8 bulunmuştur.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hemşirelerde Bel Ağrısının Özellikleri

AĞRININ SÜRESİ	n=135	%
0-9 gün	100	74
10-19 gün	12	8,9
20-29 gün	5	3,8
30-39 gün	17	12,6
40+ gün	1	0,7
AĞRININ YAYILIMI		
Belde lokalize	43	31,8
Tek bacağa yayılım	34	25,2
Her iki bacağa yayılım	13	9,6
Sırtta yayılım	36	26,7
Kalçaya yayılım	9	6,7
AĞRININ ORTAYA ÇIKMA ZAMANI		
Mesleğe başlamadan önce	14	10,4
Mesleğe başladıktan sonra	121	89,6
AĞRININ BAŞLAMASINA NEDEN OLAN FAKTÖR		
Hasta kaldırma	11	8,1
Ağır kaldırma	17	12,6

Yoğun iş ortamı	43	31,8
Ayakta uzun süre kalma	37	27,4
Vücut mekaniklerine ve postüre dikkat etmeme	8	5,9
İş ortamının ergonomik açıdan uygunsuzluğu	8	5,9
Dikkatsizlik-ani hareket	11	8,1

Tablo 3'de araştırmaya katılan hemşirelerin bel ağrısının özellikleri görülmektedir. Hemşirelerde görülen bel ağrısının süresine baktığımızda % 74'ü 0-9 gün sürdüğünü ifade etmişlerdir. Bel ağrısı görülen hemşirelerde ağrının yayılımına baktığımızda % 31,8'i bel de lokalize olduğunu, % 26,7'sinin ise sırta yayılım gösterdiğini görmekteyiz. Akkan (2000) da araştırmasında bu oranı % 54,43 olarak bulmuştur.

Çalışmaya katılan hemşirelerin % 89,6'sı hemşirelik mesleğine girdikten sonra bel ağrısıyla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Karahan (2000)'ın çalışmasında bu oran % 87,5 olarak bulunmuştur. Bu oran hemşirelerde bel ağrısının görülmesinde iş etkeninin önemli olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin yaş grupları incelendiğinde 38 + yaş grubu hemşirelerin % 47,8'i, 18-27 yaş grubu hemşirelerin ise % 18,3'ü bel ağrısına yönelik tanı almıştır. Yaş grupları ile bel ağrısına yönelik tanı alma arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,011$) ve bu fark 38 + yaş grubundan kaynaklanmaktadır. Bu sonuç yaş arttıkça bel ağrısı görülme oranının arttığını ortaya koymaktadır. Literatürde bazı çalışmalarda bel ağrısı ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Karahan 2000, Kaptan 1999, Akkan 2001).

Şişmanlık karın kaslarında güç kaybına ve lomber lordozun artmasına neden olmasından dolayı bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalarda şişman kişilerde daha çok bel ağrısı görüldüğü saptanmıştır (Karahan 2000, Kaptan 1999). Çalışmamızda BKİ ile bel ağrısına yönelik tanı alma arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,008$) ve bu fark şişman grubuna giren hemşirelerden kaynaklanmaktadır. Şişman grubuna giren hemşirelerin % 46,4'ü, zayıf grubuna giren hemşirelerin % 30,8'i, normal grubuna giren hemşirelerin ise % 19,4'ü bel ağrısına yönelik tanı almışlardır.

Sigaranın bir çok sistemi ve yapıları etkilediği gibi, omurgaya olan kan akımını da azaltmaktadır. Bu bölgeye olan kan akımının bozulmasıyla, bölgenin beslenmesi bozulmakta ve zorlanmalara karşı direnci düşmektedir (Karahan 2000). Bu da bize sigara içenlerin bel ağrısına yönünden daha çok risk altında olduklarını göstermektedir. Çalışmamızda da bel ağrısına yönelik tanı alma ile sigara içme arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Sigara içen hemşirelerin % 36,2'si bel ağrısına yönelik tanı almışken, sigara içmeyen hemşirelerin % 12,1'i bel ağrısına yönelik tanı almıştır.

Bel ağrısına yönelik tanı alma ile medeni durum, çalışma yılı (0-11, 12-23, 24 + yıl), çalışılan servis (Dahili birimler, cerrahi birimler, Hemodiyaliz ünitesi, yoğun bakımlar, ameliyathane), topuklu ayakkabı giyme, doğum yapma, menstrüel siklus, iş ortamında bir günde ayakta geçirilen süre (6 saatten az-fazla), iş ortamı stresi ve iş memnuniyeti arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum bel ağrısına yönelik tanı alan grupla, tanı almayan grup arasındaki sayısal farktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Literatürde risk durumlarıyla bel ağrısı arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Bel ağrısı çeken ve çekmeyen hemşire grupları ile stresle başa çıkma yöntemleri ölçeğinin kendine güven, iyimserlik, kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşım boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak stresle başa çıkma yöntemleri ölçeğinin sosyal destek boyutuna ilişkin anlamlı ilişki bulunmuştur

($t=-2,358$, $p=0,019$, $SD=183$).

Tablo 4. Bel Ağrısı Çeken Ve Çekmeyen Hemşire Gruplarının Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Ölçeğine Göre Dağılımı.

Stresle Başa Çıkma Yöntemleri	Bel Ağrısı Var				Bel Ağrısı Yok				p
	Min.	Max.	Ort.	SS	Min.	Max.	Ort.	SS	
Kendine güvenli yaklaşım	0,29	3,00	2,00	0,55	0,86	3,00	1,97	0,47	0,798
İyimser yaklaşım	0,00	3,00	1,69	0,57	0,20	3,00	1,60	0,57	0,356
Güvensiz yaklaşım	0,13	2,88	1,20	0,54	0,00	2,25	1,24	0,50	0,668
Boyuneğici yaklaşım	0,00	7,33	0,86	0,74	0,00	2,00	0,90	0,47	0,751
Sosyal desteğe başvurma	0,75	3,00	1,93	0,46	1,25	3,00	2,12	0,49	0,019*

Deyo (1998)'nin Lampe ve arkadaşlarından aktardığına göre, hayatın zor anlarıyla bel ağrısı arasında bir ilişki vardır. Yine Deyo (1998)'nin Sarno'dan aktardığına göre, çözülmemiş duygusal sorunlar belde gerginlik yaratarak ağrıya yol açmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Zonguldak Devlet ve SSK Bölge Hastanesinde çalışan hemşirelerin

% 72,8'inde bel ağrısı saptanmıştır. Bu hastanelerde çalışan hemşirelerin bel ağrısına yönelik tanı alma durumlarına baktığımızda hemşirelerin % 24,3'ünün tanı aldığını ve bu tanılar % 46,6 oranında lumbal diskal hernisinin oluşturduğunu görmekteyiz.

Yaş, Bkl, sigara içme durumu ile bel ağrısına yönelik tanı alma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer risk faktörleriyle bel ağrısı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Hemşirelerin bel ağrısından korunmaya yönelik, düzenli fiziksel aktivitede bulunmaları, sigarayı bırakmaları önerilebilir.

Stresle başa çıkma yöntemleri ölçeğinin sosyal destek boyutuyla bel ağrısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer boyutlarıyla anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu hem ağrıyı hem de stresi etkileyen bir çok faktörün olmasından kaynaklanabilir.

KAYNAKLAR

1. Karahan A.(2000).Hemşirelerde Klinik Ortamda Vücut Mekaniklerini Kullanma ve Bel Ağrısı Görülme Durumlarının Belirlenmesi.Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi.Ankara.
2. Zhao W.(2002), Preventing Low Pack Pain in Agriculture, <http://www.Learn 2.com>.
3. Kozanoğlu M.E., Demirköser A., Adam M., Sarpel T., Göncü K.(1995), Bel Ağrılı Olgularımızın Özellikleri, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt: 22, Sayı:4, 1997, 264-267

4. Akkan A.(2001), Fabrika Çalışanlarında Bel Ağrısı Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul.
5. Wassel T.J., Gaerdner I.L., Landsittel P.D., Johnston J.J., Johnston M.J.(1998), A Prospective Study of Back Belts for Prevention of Back Pain and Injury, The Journal Of The American Medical Association(JAMA). 284:2727-2732, 2000.
6. Işıntaş M.(2000), Bel Okulu, Sağlık Rehabilitasyon, Cilt:1,2002, 33-38.
7. Gürsoy S., Şirikçi A., Kervancıoğlu S., Madenci E., Bel Ağrısı Olan Olgularda Paraspinal Kasların Ke-sitsel Alanları ile Klinik ve Radyolojik Bulguların Korelasyonları, <http://www.ftr.org.tr/Dergi/ekim2001/7Savas-gur.htm>.
8. Kaptan H.(1999), Kronik Bel Ağrılı Hastaların Etiyolojik Değerlendirmesi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.Diyarbakır.
9. Altunkaynak O.(1999), Ulaştırma Hizmetlerinde Çalışanların Bel(ve Sırt) Ağrıları Üzerine Ergonomik Koşulların Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Yayınlanmamış Dalı Doktora Tezi, İstanbul.
10. Croft P.(2000), Is Life Becoming More Of A Pain, www.bmj.com
11. Deyo, R.A.(1998) Çeviren Selçuk Aslan .Sık Karşılaşılan Bir Yakınma Bel Ağrısı.Bilim Teknik , Aralık 1998, <http://drkoray.hekim.net/belagri.php>
12. Brulin C., Winkvist A., Landgendoen S., Stress From Working Condition Among Home Care Person-nel With Musculoskeletal Symptoms, Journal Of Advanced Nursing, Vol.:31, Number:1, 181-189 ,January 2000.
13. Aksoy C., Karan A., Esen G., Bel Ağrısı: Olağan Tedavi ve Olağan Tedaviye Eklenen Tiyokolşikosid Kombinasyonunu Karşılaştıran Açık Uçlu Klinik Çalışmanın Sonuçları, <http://www.ftr.org.tr/Dergi/mayıs2002/CIHANAK.htm>.
14. Somani K.(2001), Activity and Pain Killers Best For Back Pain, <http://www.bmj.com.SomaniK>.
15. Engin N.(1998)Kronik Bel Ağrısında Ağrıya Etki Eden Psikososyal Faktörler, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Isparta.
16. Russell R., Reynolds F.(1997), Back Pain, Pregnancy and Childbirth, BMJ, 314:1062 (12 April), 1997, www.bmj.com.RussellandReynolds 314 (7087):1062
17. Hisli Şahin N. Ve Durak A.Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması:Türk Psikoloji Dergisi; 1995;10(34):56-73.
18. Kocaman G. (1994) Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları, Saray Tıp Kitapevleri, S:8, İzmir.
19. Karadağ A. (1994) Evaluation Of Intensive Care Units By Nurses In Terms Of Ergonomics, H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:8, Sayı 1, Ocak-Haziran 2001, ss:14-23.

İş Sağlığı Hemşiresi İle Birlikte Tam Zamanlı Çalışan Hekimlerin İş Sağlığı Hemşirelerin Görevlerine İlişkin Beklentilerinin Saptanması

Tokur, Kesgin, M., Örsal, Ö.

(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Araş. Gör., Uzm. Araş. Gör.)

Giriş ve Amaç:

Çalışma yaşamı gün geçtikçe gelişen ve karmaşılaşan teknolojiye uyum sağlamaya çalışan bireylerin mücadelelerini yansıtır. Bireyler yeniliklere uyum sağlama mücadelelerinde ne kadar başarılı olurlarsa olsunlar çalışanların yaptıkları işe bağlı sağlıklarını etkileyecek risk faktörleri mevcuttur. Gelişen teknolojiyle birlikte bu risk faktörleri kontrol altına alınmaya çalışılsa da henüz tam anlamıyla risksiz iş yoktur (1). Bu durumda çalışanların çalışma yaşamı dolayısıyla etkilenmelerini takip edecek bu etkilenmeleri ortadan kaldırmak için gerekli tedbirlerin alınmasını ve en az etkilenmeyi sağlayacak bireylerin sağlıklarını koruyacak, sürdürecektir ve geliştirecek bir sağlık ekibine ihtiyaç duyulmuş ve günümüzde bu ekibe işçi sağlığı ekibi denmiştir. Bu ekibi oluşturan meslek üyeleri oldukça fazla sayıda olabilir. Ancak ekibin vazgeçilmez temel iki üyesi işyeri hekimi ve iş sağlığı hemşiresidir (2).

İş sağlığı hemşiresi çalışanın verimliliğinin artması ve sağlığının iyileştirilmesi, korunması ve geliştirilmesi için genel sağlık yöntemleri ve hemşirelik uygulamalarını yapan, bu uygulamalara katkıda bulunacak olan araştırmaları planlayan, uygulayan ve değerlendiren, çalışma yaşamı ve genel yaşamın kalitesini düzeltmek için programlar ve politikalar geliştiren kişidir (3).

Değişen teknolojiyle birlikte iş sağlığı hemşirelerinden beklenen görevlerde oldukça gelişmiş ve çeşitlenmiştir. İş sağlığı hizmetleri gelişmiş olan ülkelerde, işverenin, çalışanların ve iş sağlığı ekibinin hemşirelerden beklentisi oldukça fazladır (4). Hemşirelerin birlikte çalıştıkları ekip arkadaşlarının hemşireden beklentileri de hemşirelik uygulamalarını etkilemektedir. Türkiye’de iş sağlığı hizmeti veren hemşirelerin en çok birlikte çalıştığı iş sağlığı ekip üyesi hekimlerdir. Bu nedenle işyeri hekimlerinin iş sağlığı alanında hizmet veren hemşirelerden beklentilerinin saptanması amacıyla tanımlayıcı olarak bu çalışma yapılmıştır.

Yöntem:

Araştırma Ankara ili belediye sınırları içinde yer alan 50 ve 50’nin üzerinde işçi çalıştıran ve işyeri hemşiresi ile birlikte tam zamanlı çalışan tüm hekimlerle (n:30) Şubat-Temmuz 2002 tarihleri arasında yapılmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile yüz yüze görüşme metodu kullanılarak toplanmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından ilgili kaynaklar taranarak hazırlanmıştır. Form iki bölümdür. Birinci bölümde tanıtıcı özelliklerle ilgili 7 soru, işyeri hemşiresinin görevleri ve faaliyetlerine yönelik hekimlerin gözlemlerini içeren 2 sorudan oluşmaktadır. Formunun ikinci bölümünde ise hekimlerin işyeri hemşiresinin görevlerine ilişkin beklentilerini saptamak üzere hazırlanmış olan 25 soru bulunmaktadır.

Hekimlere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş katılmak isteyenlerle anket doldurulmuştur. Araştırma sonunda anketler tek tek gözden geçirilerek veriler kodlanmıştır. Her anket yapılan kodlamalar esas alınarak bilgisayarda SPSS for Windows 9.0 paket programına geçirilmiştir. Değerlendirmede kolaylık sağlayacağı için bazı veriler sınıflandırılmıştır. Veriler yüzde olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Araştırmaya katılan hekimlerin % 56,7’si 31-42, % 43,3’ü 43-54 yaş grubundadır. Hekimlerin % 63,3’ü 5-15 yıl, % 36,7’si 16-27 yıl çalışmışlardır ve bir kişi hariç hekimlerin hepsinin işyeri hekimliği sertifikası bulunmaktadır.

Tablo 1: Araştırmaya Katılan İşyeri Hekimlerinin İşyeri Hemşirelerinin Yaptıkları Görevlere İlişkin Gözlemleri

	SAYI	YÜZDE
Poliklinik Hizmetleri		
Vital Bulgular	12	40,0
Enjeksiyon	5	16,7
Sevk	4	13,3
İlkyardım	14	46,7
Ekip ile İşbirliği Halinde Çalışmak	12	40,0
Hekime Yardımcı Olmak	12	40,0
Kayıt	11	36,7
Eğitim	9	30,0
Çevre Sağlığı	5	16,7
Periyodik Muayene	4	13,3
İlaçları Temin Etmek	3	10,0
Koruyucu Hizmetler	3	10,0
İhtiyaca Göre Hemşirelerin Uygun Yerlere Görevlendirilmesi	2	6,7
Yemeklerin Saklanması	1	3,3

* Yüzdelere n üzerinden alınmıştır

Tablo 1’de araştırmaya katılan işyeri hekimlerinin işyeri hemşirelerinin yaptıkları görevlere ilişkin gözlemleri yer almaktadır. Hekimler hemşirelerin yapması gereken görevler arasında en çok poliklinik hizmetlerini görmektedirler. Poliklinik hizmetleri içinde en fazla vital bulguların alınması hemşirenin görevi olarak görülürken, bunu enjeksiyon yapma ve sevk işlemleri takip etmektedir. Hekimlerin düşüncelerine göre hemşirelerin görevleri arasında yer alan ilkyardım yapma, ekip ile işbirliği halinde çalışma ve hekime yardımcı olma oranları ise hemen hemen birbirine yakındır. Kayıt tutma ve sağlık eğitimi hemşirelerin görevleri olarak gören hekim oranı 1/3’tür. Hekimlere göre hemşirelerin görevleri arasında yer alması gereken periyodik muayene yapma, ilaçları temin etme ve koruyucu hizmetler yaklaşık %10’dur. Çalışanın sağlığının değerlendirilmesinde, işe uygun işçi, işçiye uygun iş seçiminde önemli bir yere sahip olan işe giriş muayeneleri ise hekimlerce iş sağlığı hemşiresinin görevleri olarak görülmemektedir.

Yukarıdaki sonuçlar doğrultusunda Türkiye’de hemşirelerin çoğunlukla tedavi edici alanlarda hizmet verdiği sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik hemşirelik hizmetlerinin ise oldukça sınırlı olduğunu göstermektedir (5).

Çalışmamıza katılan hekimlerin hemşirelerden kendilerine yardımcı olacak şekilde hizmet sunumunu beklemeleri, hekimlerin hemşirelik mesleğini bağımlı meslek olarak algıladıklarını düşündürmektedir. Buna paralel olarak Dalgıç’ın “Toplumsal Hemşireliğe İlişkin Görüşleri” isimli araştırmasında çalışmaya katılan bireylerin % 91,7’si “Hemşireler doktorların yardımcısıdır” ifadesine katılmaları hemşirelik mesleğinin meslekleşme kriterleri konusunda bazı sorunlarının olduğunu vurgulamaktadır (6).

Tablo 2: İşyeri Hekimlerinin İfadeleri İle Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Yaptıkları Faaliyetler

Hemşirelerin Faaliyetleri	Yapan		Yapmayan	
	Sayı	%	S	%
Kayıt	12	40,0	18	60,0
İlkyardım	9	30,0	21	70,0
Poliklinik	8	26,7	22	73,3
İlaç temini	6	20,0	24	80,0
Aşı	5	16,7	25	83,3
Çevre sağlığı (yemekhane ve çay ocağının incelenmesi)	5	16,7	25	83,3
Periyodik muayene	4	13,3	26	86,7
Sağlık eğitimi	3	10,0	27	90,0
İş çevresine yönelik koruyucu önlemler alma	2	6,7	28	93,3
Portör muayenesi	2	6,7	28	93,3
Diğer*	14	46,7	16	53,1

* Diğer (Sevk, Yardımcı personelin nöbet listesini ayarlama, kendi gelişimini sağlama, doktor olmadığında yerine bakma, ambulansa hastaya refakat etme, hasta bakımı, gebelerin izlemi, işyeri ziyaretlerinde hekime bilgi vermek)

İşyeri Hekimlerinin İfadeleri İle Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Yaptıkları Faaliyetler tablo 2’de ele alınmıştır. Bu çalışmada hekimlerin ifadelerine göre hemşirelerin yarıya yakınının kayıt tuttuğu görülmektedir. Hemşirenin yaptığı faaliyetleri gösterebileceği, bilgi kaynağı olarak kullanabileceği, çalışanların sağlık durumunu değerlendirebileceği en önemli hizmetlerden biri de kayıt tutmaktır (2,5,8). Araştırmadan elde edilen verilere göre hemşirelerin kayıt tutmayı kendi görevleri olarak görmediklerini düşündürmektedir.

Hekimlerin üçte biri kurumlarında çalışan hemşirelerin yaptıkları faaliyetler arasında ilkyardım hizmeti vermeyi 3. sırada söylemişlerdir. Ancak işyeri hemşirelerinin sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetleri ilk sıralarda yapması beklenirken, hekimlerin ifadeleri ile hemşirelerin yaptıkları faaliyetler arasında ilk yardımı 3. sırada olması tablo 1’in tartışmasında da belirtildiği gibi sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetlerden çok tedavi edici hizmetler vermeye eğilimli oldukları sonucuna ulaştırmaktadır.

Hekimlerin % 26,7’si hemşirelerin poliklinik hizmetleri yaptığını belirtmişlerdir. Ancak onların detaylı açıklamalarında, enjeksiyon (%50,0), vital bulguların ölçümü (% 46,7), pansuman yapma (% 36,7), temel laboratuvar tetkiklerini yapma (% 16,7), bireyi muayeneye hazırlama (% 13,3), doktorun istem yaptığı ağrı kesici gibi ilaçları hastaya verme (%6,7), polikliniğe yapılan başvuruları hekime yönlendirme (% 3,3) gibi faaliyetlerin birlikte çalıştıkları hemşireler tarafından yapıldığını belirtmişlerdir. Bu sonuç hemşirelerin işyeri sağlık biriminde poliklinik hizmetlerine ağırlık vererek çalıştıklarını göstermektedir (7,8). Bir başka deyişle poliklinikte hizmet verdikleri sürelerde hemşirelerle birlikte çalışan hekimlerin işyeri hemşirelerinin poliklinik hizmetlerine ağırlık vererek çalışmalarını gözlemlemiş olmaları doğaldır. Yurt dışı çalışmalarda da çoğu kuruluşun hemşireden geleneksel rollerini uygulamalarını beklemeleri oldukça çarpıcıdır(9).

Hekimler işe giriş muayeneleri, işçi sağlığı ve güvenliğiyle ilgili hizmetleri hemşirelik faaliyetleri arasında gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Bu durum diğer çalışmalarda da belirtildiği gibi hemşirelerin işe giriş muayeneleri ve işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri ile ilgili faaliyetleri kendi görevleri olarak algılamadıkları izlenimi vermektedir (7,8). Bir başka deyişle hekimlerin bu görevleri hemşirelerin faaliyetleri arasında görmediklerini düşündürmektedir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan İşyeri Hekimlerinin İş Sağlığı Hemşirelerinin Görevlerini Etkin Olarak Yapabilmeleri Konusunda Beklentileri

Görevleri	Çalışma süresi						TOPLAM	
	5-16 yıl			17-28 yıl				
	Beklenti var		Beklenti yok	Beklenti var		Beklenti yok	Beklenti var	Beklenti yok
	s	%	s	%	s	%	s	%
Mevzuat	20	66,7	0	0,0	9	30,0	1	3,3
İletişim becerisi	18	60,0	2	6,7	10	33,3	0	0,0
Yönetim	18	60,0	2	6,7	9	30,0	1	3,3
İşyeri tehlikelerini kontrol etme ve uzaklaştırma ile ilgili işbirliği	19	63,3	1	3,3	8	26,7	2	6,7
Sağlığı geliştirme	17	56,7	3	10,0	10	33,3	0	0,0
Tehlikeleri fark edip değerlendirme	17	56,7	3	10,0	9	30,0	1	3,3
İlk yardım ve acil müdahale	16	53,3	4	13,4	10	33,3	0	0,0
Çalışana özel beslenme	16	53,3	4	13,4	8	26,7	2	6,7
Çalışanın alışkanlıklarına özel bilgi toplama	16	53,3	4	13,3	7	23,3	3	10,0
Kayıtlar	14	46,7	6	20,0	9	30,0	1	3,3
Çalışan sağlığını değerlendirebilmeli	14	46,7	6	20,0	7	23,3	3	10,0
Danışmanlık	14	46,7	6	20,0	4	13,4	6	20,0
Temel laboratuvar bilgisi	13	43,3	7	23,2	8	26,7	2	6,7
Sağlık eğitimi planlama	13	43,3	7	23,3	7	23,3	3	10,0
Sağlık eğitimi uygulama	13	43,3	7	23,3	8	26,7	2	6,7
Sağlık eğitimi sonuçlarını değerlendirme	12	40,0	8	26,7	8	26,7	2	6,7
Araştırma	11	36,7	9	30,0	9	30,0	1	3,3
Periyodik muayene	3	10,0	17	56,6	3	10,0	7	23,3
İşe giriş muayenesi yapmalı	3	10,0	17	56,6	2	6,7	8	26,7

Tablo 3'de araştırmaya katılan işyeri hekimlerinin iş sağlığı hemşirelerinin görevlerini etkin olarak yapabilmeleri konusunda beklentileri gösterilmektedir.

Tüm hekimler hemşirelerin; mevzuat, iletişim becerisi, yönetim, sağlığı geliştirme, işyeri tehlikelerini kontrol etme, bu tehlikeleri uzaklaştırma ve işbirliği konusunda görevlerini etkin yapabilmesi konusunda beklentileri vardır.

Tehlikeleri fark edip değerlendirme, ilk yardım ve acil müdahale yapma 5-16 yıl çalışma süresine sahip olan hekimlerin diğer çalışma süresine ait olanlarda farklı olarak %13,4'ü beklentilerinin olmadığı görülmektedir. Bu sonuç çalışma süresi 5-16 yıl olan hekimlerin tehlikeleri fark edip değerlendirme, ilk yardım ve acil müdahale hizmetlerinin hemşirenin görevinin olmadığını düşündüklerini göstermektedir. Oysa çalışma ortamının tehlikeler yönünden değerlendirilmemesi kazaların oluşmasında en önemli etkindir. Çalışma ortamının kazalara yol açacak risk faktörlerine yönelik değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeler sonucunda iş çevresiy-le ilgili gerekli önlemlerin alınması kazaların oluşmasını azaltmak açısından önemlidir. Bu değerlendirmele-

rin yapılması ve önlemlerin alınması hemşirenin iş çevresine ilişkin aldığı koruyucu önlemler arasındadır. Ancak oluşabilecek kazalara yönelik ilk yardım ve acil yardımı uygulamak işyeri hemşiresinin görevleri arasındadır. İşyeri hemşiresi kazalar ve yaralanmalarda ilkyardım ve acil yardımı sağlayan kişidir (10).

Çalışanın sağlığını değerlendirilmesi konusunda hekimlerin hemşirelerden beklentileri oldukça fazla iken (%80), çalışanın sağlığını değerlendirmek için yapılması gereken işe giriş muayeneleri ve periyodik muayenelerin hemşirelerden beklememeleri (%80-83,3) bir zıtlık yaratmaktadır. Ayrıca temel laboratuvar bilgisinin (%70), çalışanın alışkanlıklarına özel bilgi toplama ve çalışana özel beslenme konusunda hekimlerin hemşirelerden beklentileri oldukça fazla (%80) olması sağlığı bütüncül değerlendirme kriterlerine uymamaktadır.

Hem hizmet değerlendirilmesi hem de somut ve yasal kanıt oluşturulmasında gerekli olan kayıtların hemşirelerin yarıya yakını tarafında tutulması (tablo 2), ve bu kayıtların hemşireler tarafından tutulmasına yönelik beklentisi olan hekimlerin 2/3 oranında olması (tablo 3) iş sağlığı ile ilgili kayıtların tutulması konusuna hekimlerin ve hemşirelerin yeteri kadar önem vermedikleri sonucuna ulaştırmaktadır.

5-16 çalışma süresine sahip hekimlerin %43,6'sının hemşirelerden beklentisi danışmanlık hizmetini yapmasıdır. 17 yıl ve üzeri çalışan hekimler ise çoğu danışmanlığı hemşirenin görevi olarak beklememektedir. Bu sonuç yeni yetişen hekimlerin hemşirelik hizmetlerine ilişkin bakış açılarının olumlu yönde değiştiğini düşündürmektedir. Aslında iş sağlığı hemşiresi danışmanlık hizmetini çalışanlar işe başlamadan önce aldığı işe giriş sağlık değerlendirmeleri sırasında hem işe hem de çalışanın sağlık gereksinimleri doğrultusunda ele almalıdır (8, 10).

Hekimlerin hemşirelerden araştırma yapmaları konusundaki beklentileri %66,7'dir. İş sağlığı hemşireliğinde araştırma yapılması mesleğin gelişimi ve hemşirelik uygulamalarını kalitesinin artması önemlidir (4). Ancak yapılan çalışmalarda hemşirelerin bu konuda yeterli çalışma yaptıkları görülmemektedir (7,8).

Tabloda yer almamasına rağmen hekimlerin tamamı hemşirelerin iş ve işin sağlıkla ilişkisi, iş ortamının tehlikeleri, iş kazaları ve meslek hastalıkları, hemşirenin çalıştığı iş koluna özel iş kazaları ve meslek hastalıklarına ilişkin bilgili olmaları ve ekip ile işbirliği yapmaları gerektiğini düşünmektedirler. Hekimlerin bu düşüncelerine paralel olarak hemşireler yukarıda belirtilen konulara ilişkin bilgiye sahip olmalıdırlar (3,4). Ancak hemşirelerin gerek mesleki eğitimleri süresince, gerekse kurumları tarafından yapılması gereken hizmet içi programlarda iş ve iş sağlığına yönelik hemşirelerin eğitim almadıkları bilinmektedir (8,10).

Sonuç ve Öneriler:

Hekimlerin hemşirelerin yapması gereken görevlere ilişkin gözlemleri arasında en çok poliklinik hizmetleri yer almakta olduğu ve poliklinik hizmetleri içinde en fazla vital bulguların alınması, enjeksiyon yapma ve sevk işlemlerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hekimlerin düşüncelerine göre hemşirelerin görevleri arasında yer alan ilkyardım yapma, ekip ile işbirliği halinde çalışma ve hekime yardımcı olma oranları ise hemen hemen birbirine yakın bulunmuştur. Kayıt tutma ve sağlık eğitimini hemşirelerin görevleri olarak gören hekim oranı 1/3'tür. Hekimlere göre hemşirelerin görevleri arasında yer alması gereken periyodik muayene yapma, ilaçları temin etme ve koruyucu hizmetler yaklaşık %10'dur (Tablo 1).

Hekimlerin ifadelerine göre hemşirelerin yarıya yakınının kayıt tuttuğu ve hekimlerin üçte birinin kurumlarında çalışan hemşirelerin yaptıkları faaliyetler arasında 3. sırada ilkyardım hizmetinin olduğu bulunmuştur. Hekimlerin % 26,7'si hemşirelerin poliklinik hizmetleri yaptığını belirttikleri ancak işe giriş muayeneleri, işçi sağlığı ve güvenliğiyle ilgili hizmetleri hemşirelik faaliyetleri arasında gözlemlemedikleri sonucuna ulaşılmıştır(Tablo 2).

Tüm hekimler hemşirelerin; mevzuat, iletişim becerisi, yönetim, sağlığı geliştirme, işyeri tehlikelerini kontrol etme, bu tehlikeleri uzaklaştırma ve işbirliği konusunda görevlerini etkin yapabilmesi konusunda beklentileri olduğu, tehlikeleri fark edip değerlendirme, ilk yardım ve acil müdahale yapma 5-16 yıl çalışma süresine sahip olan hekimlerin diğer çalışma süresine ait olanlarda farklı olarak %13.4'ü beklentilerinin olmadığı görülmüştür (Tablo 3).

Çalışanın sağlığını değerlendirilmesi konusunda hekimlerin hemşirelerden beklentileri oldukça fazla iken (%80), çalışanın sağlığını değerlendirmek için yapılması gereken işe giriş muayeneleri ve periyodik muayenelerin hemşirelerden beklemedikleri(%80-83,3) sonucu bulunmuştur.

5-16 çalışma süresine olan hekimlerin %43.6'sının hemşirelerden danışmanlık hizmeti yapmasını beklediği, 17-26 ve üzeri çalışan hekimlerin ise çoğunun danışmanlığı hemşirenin görevi olarak beklemediği sonucu bulunmuştur. Hekimlerin hemşirelerden araştırma yapmaları konusundaki beklentileri %66.7'dir.

Öneriler:

İş sağlığı hemşirelerine özel sertifika programlarının açılması.

İş sağlığı hemşirelerinin yapması gereken hizmetlerin sağlık ekibi, çalışanlar, işverenler ve toplum tarafından öğrenilmesi için çalışmalar yapılması.

İşyerlerinde çalışan hemşirelerin görevlerine ilişkin bilgi gereksinimlerini saptayacak araştırmaların yapılması.

Kaynaklar

- 1) Piyal B., (1994), "İşçi Sağlığı Politikası ve Eylem Programı İçin Yöntem Önerisi" Doktora Tezi Hacettepe Ün. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- 2) Nahcivan N., Erdoğan S., Esin M. N., (1999), "Türkiye'de İşyeri hemşireliği", Atatürk Ün. Hemşirelik Yükseköğretim Dergisi, Cilt:2, Sayı:1.
- 3) Swanson J.M., Nies M.A., (1997), Community Health Nursing Promoting The Health Of Aggregates, Second Edition, By W.B Saunders Company, USA,
- 4) Naumanen T. P., (2001), "Concept Analysis of Expertise of Occupational Health Nurses Applying Rodgers Evolutionary Model" International Journal of Nursing Practice 7 (4) August
- 5) Emiroğlu C., Günay Y., (1997), "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğinde İş yeri Hemşireliğinin Önemi" Türk Hemşireler Dergisi Cilt:47, Sayı :2-3 Mart –Haziran.
- 6) Korkmaz F., (2002), "Hemşirelerin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Görüşleri" Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi Ankara.
- 7) Gölbaşı, F., (1995), Türkiye'de Dört Büyük Sanayi Kuruluşunda İş Sağlığı ve Güvenliği Hemşireliği Çalışmalarının Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi
- 8) Şener, F., (2001), İş Sağlığı ve İş Güvenliği Süreçlerinde İş Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi, I.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
- 9) Nelson Y., (2001) "Roles and Value Added Contributions of the Occupational Health Nurse. Corporate Perceptions" AAOHN J Mar;49(3).
- 10) Emiroğlu, O.N., (1990) İşçilerin İş Sağlığı Hizmetlerinden Beklentileri ve İş Yeri Hemşiresinin İş Sağlığı ve Güvenliği Çalışmalarındaki Yeri, Doktora Tezi, H.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara