T.C.
ACIBADEM
MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BUZ DAĞININ GÖRÜNMEYENİ: MESLEK HASTALIKLARININ PSİKOSOSYAL BOYUTLARI

TUBA USSELİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Neşeriz Yeşim Yasin Erkmen

İSTANBUL-2017

Anabilim Dalı: İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı

Program: İş Sağlığı ve Güvenliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Başlığı: Buz dağının görünmeyeni: meslek hastalıklarının psikososyal boyutları

Öğrencinin Adı-Soyadı: Tuba Usseli

Savunma Sınavı Tarihi: 27 / 12 / 2017

Bu tez çalışması jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı Marmara Üniv. Tıp Fak. Prof.Dr. Sibel Sakarya

Tez Danışmanı Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Y.Doç.Dr. Neşenz Yeşim Yazıcı Ertuner

Üye Prof.Dr. Nadi Bakırcı

Üye

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez yukarıdaki jüri tarafından onaylanmış ve Sağlık Bilimleri Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Uğur Özbek

Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Tuba USSELİ

İTHAF

Sessiz çığlıklarını herkes duysun diye…

Tüm meslek hastalarına…

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Sessiz bir çığlık onlarınki. Gürültülü gündemlerin içinde sağır edici bir sessizlik aynı zamanda. Çaresizliğin, kabul edilmiş ezilmişliğin, çoğu zaman umutsuz çırpınışların yükü her birinin omuzlarında. "Yaşamak için çalışmak" zorunda oldukları, kimi zaman çok severek yaptıkları işleri yüzünden; çalıştığı için hasta olanların sessizliği bu çığlık. Kimi ölüme giden hastalıkların pençesinde, kimi sadece iş performanslarını değil hayat kalitelerini etkileyen hastalıkların. Kimi üçüncü kattaki evine yürüyerek çıkamıyor, kimi pazardan iki kilo patatesi taşıyamıyor, kimi otuzlarının başında koltuk değneği ile yürümenin, çocuğunu havaya atıp tutamamanın, torununu sıkıca kavrayamadığı için kucağından düşürmenin dayanılmaz acısını yaşıyor. Her şeye rağmen, güvencesiz iş koşullarında denetimsiz ve risk altında yıllarca çalışıp hasta olduktan sonra işverenleri için *"Bunca yıl ekmeklerini yedim, Allah razı olsun"* diyebiliyorlar. Geçim kaynakları ile kendi sağlıkları arasındaki çelişki sarmalını kırıp çıkamıyorlar bir türlü.

Burada sözü edilen, iş sağlığı ve güvenliği dediğimizde buz dağı metaforuyla anılan meslek hastalıkları. Buz dağının tehlikeli görünmezliğinin de ötesinde yer alan meslek hastalıklarının psiko-sosyal etkileri; sadece fiziksel acılar ve görünür yaralar değil; yüreğe, ruha sinen kısmı.

İnsan acısını görünür kılmaya çalışan bu tezin yazım sürecinde -doğrudan ya da dolaylı- bana eşlik eden ve destek olan pek çok kişi oldu. İlk günden itibaren sonsuz desteğini her zaman hissettiğim danışmanım Yrd. Doç. Dr. Yeşim Yasin'e edeceğim hiçbir teşekkür bana göre yeterli olmayacaktır. İncelikli ve yapıcı eleştirileri sayesinde bu tez ortaya çıktı. Sadece mükemmel bir danışman ve akademisyen olarak değil insan olarak da güvenini ve varlığını her aşamada hissettirdi. Her çaldığımda, "kapısını açık" bulduğum için minnettarım.

Anabilim dalı ve program başkanımız Prof. Dr. Nadi Bakırcı'ya yüksek lisans eğitimim sırasında kattığı bilimsel bakış açışı için çok teşekkür ederim. Bilgi

birikimi, bu bilgiyi aktarmasında kullandığı yöntemler, düşünce akışının netliği ve sonsuz nezaketi ile yolumu çizmemde her zaman çok aydınlatıcı oldu. Ayrıca tez konumun belirlenmesi sürecinde verdiği destek ve en doğru tez danışmanını önerdiği için de teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Sibel Sakarya'ya tez jürimde yer almayı kabul ettiği için çok teşekkür ederim. Bu tez onun varlığı ile çok daha değerli olmuştur.

Tanıdığım en donanımlı ve bir o kadar da mütevazı akademisyenlerden biri olan Prof. Dr. İnci User'e, niteliksel araştırmalardaki derin tecrübesinden faydalanmama izin verdiği için minnettarım. Niteliksel araştırmalara duyduğum yakınlık, misafir öğrenci olarak derslerine girme şansına sahip olduğum günlerde şekillenmiştir.

İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesindeki tüm hekimlere ve personele yardımları için çok teşekkür ederim. Sağlık Kurulu başkanı Uzm. Dr. Sebahattin Alemdağ'a yardımları ve desteği için çok teşekkür ediyorum. Kişisel ofisini ve sağlık kurulu toplantı odasını hastanede bulunduğum süre içerisinde bana açtığı, sağlık kurulu raporları için gelen hastaları bana yönlendirdiği ve sağlık kurulu toplantılarına beni de davet ederek bakış açımı ve bilgimi genişlettiği için minnet borçluyum. Uzm. Dr. Şule Dokur gibi bir hekimi tanımak benim için büyük bir onurdu. Hiç bir zaman yitirmediği profesyonel duruşu, anamnez alırken gösterdiği sonsuz hoşgörüsü, sabrı ve yaklaşımı ile tedavi ettiği birçok meslek hastasının hayatını değiştiriyor. Servisinin kapılarını bana açtığı ve yatan hastalar içerisinden bana yönlendirdiği katılımcılar ile tezin oluşmasına büyük katkısı olduğu için teşekkürü kendisine borç bilirim.

Her çıkmaza girdiğimde büyük sakinlikle yazdıklarımı okuyup, önce beni rahatlatan sonra da yapıcı eleştirileri ile daha iyisini yapmamı sağlayan ve yeni bir bakış açısı kazandıran sevgili dostum Öğr. Gör. Ayşen Pamir Aksoy'a sevgi dolu teşekkürlerimi sunarım.

Uzun zamana yayılan bu süreçte bana daima destek olan sevgili aileme ve genç birer yetişkin olan çocuklarıma çok teşekkürler. Bilgisayarını -sorun etmeden- benimle paylaşmak zorunda kalan biricik kızım Eda Deniz Usseli'ye ve yazdıklarımı okuyarak aydınlık, entelektüel ve akademik eleştirilerini "acımasızca" paylaşan sevgili oğlum Barış İmre Usseli'ye koskocaman bir teşekkür ediyorum. Onların varlıkları ve destekleri her zaman en büyük motivasyonum oldu.

Son olarak, benimle görüşme yapmayı kabul eden ve açık yüreklilikle konuşan tüm meslek hastalarına minnettarım. Onların cesareti olmasa bu tez hiç olmayacaktı. Bu tezin oluşmasında katkısı olan ve benim adını anmayı unuttuğum kim varsa hepsinden özür dilerim. Tezin içeriğinde yer alan hatalar varsa her biri benim sorumluluğumdadır.

Tuba Usseli
İstanbul, 2017

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ ONAYI	
BEYAN	i
İTHAF	ii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
TABLOLAR LİSTESİ	ix
ÖZET	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Meslek Hastalıklarını Önlemek	9
2.2. Meslek Hastalığı Nedir?	10
2.2.1.Tıbbi Tanı, Yasal Tanı	11
2.3. Meslek Hastalıklarının Türleri	11
2.4. Meslek Hastalıklarının Tanı Süreci	14
2.5. Yasal Tanı Süreci ve Türkiye'de Hukuksal Boyut	16
2.6. Meslek Hastalıkları ve Psikososyal Boyut	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
4. BULGULAR	24
4.1. Hastalığa Sebep Olan Etkenler	28
4.1.1. Çalışma saatlerinin uzunluğu, üretim ve zaman baskısı	28
4.1.2. İş kazaları	30
4.1.3. Yapılan iş-çalışan uyumu	31
4.1.4. Periyodik kontroller	33
4.1.5. İş sağlığı ve güvenliği uzmanları ve işyeri hekimleri	35
4.1.6. Kişisel koruyucu malzeme kullanımı	36
4.1.7. Denetim	38
4.2. Tanı Koyma Sürecinin Yarattığı Zorluklar	38

4.3. Hastalık Ortaya Çıktıktan Sonra Yaşananlar 41
4.3.1. Günlük aktivitenin sınırlanması 41
4.3.2. Etkilenen toplumsal cinsiyet rolleri 43
4.3.3. Meslek hastalığı ve damgalanma 44
4.3.4. Meslek hastalığı ve depresyon 45
4.3.5. Meslek hastalığı ve işsiz kalma korkusu 48
4.3.6. Meslek hastalığı ve geleceğe ait belirsizlik 49
4.3.7. Meslek hastalığı ve güven duygusu 51
4.3.8. Son temenniler 51
5. TARTIŞMA VE SONUÇ 52
6. KAYNAKLAR 64
7. EKLER 66
8. ÖZGEÇMİŞ 80

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
İSG	İş Sağlığı ve Güvenliği
KKM	Kişisel Koruyucu Malzeme
MH	Meslek Hastalığı
MHH	Meslek Hastalıkları Hastanesi
MKGAO	Meslekte Kazanma Gücü Azalma Oranı
OSHA	Amerikan İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR LİSTESİ

		Sayfa No
Tablo 1.1:	SGK Meslek Hastalıkları ve İş Kazaları İstatistik Yıllığı.....	4
Tablo 2.1:	SGK Sağlık İşlemleri Tüzüğü, Meslek Hastalıkları Listesi.....	14
Tablo 4.1:	Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri.....	24
Tablo 4.2:	Tanı Alınan Dönemde Sektör ve Meslek Dağılımı.....	25
Tablo 4.3:	Meslek Hastalıkları ve İş Kazası Dağılımı.....	25
Tablo 4.4:	İşyeri Çalışma Koşulları.....	26
Tablo 4.5:	Çalıştıkları Sektör, Geçmiş ve Şimdiki Meslekleri ile Hastalık Dağılımları	27

ÖZET

Çalışma ortamı, koruyucu önlemlerin yetersizliğine paralel olarak meslek hastalıklarına hazırladıkları zeminle çalışanları hasta etmektedir. Sağlıklarını kaybetmek bir yana, hastalıkları çalışmalarını engellerken gündelik hayatlarını da yaşanması çok zor hale getirmektedir. Bu araştırma meslek hastalığına bağlı oluşabilecek psikososyal sonuçları görmek, anlamak ve analiz etmek amacıyla yapıldı. Araştırma, niteliksel bir alan araştırması olup, meslek hastalığı tıbbi ve yasal tanısı alan 20 katılımcı ile derinlemesine görüşme yapılarak gerçekleştirildi. Örneklem; amaçlı örnekleme tekniği kullanılarak, meslek hastalığı tıbbi ve/veya yasal tanısı almış kişiler arasından, yaş ve cinsiyet ayrımı yapılmaksızın, tanı çeşitliliği gözetilerek seçildi. Bulgularda üretim baskısının yoğun olarak yaşandığı güvensiz ve denetimsiz çalışma ortamlarının, uzun çalışma saatlerinin meslek hastalığı riskini arttırdığı görüldü. Aynı zamanda meslek hastalığı tanı sürecinin başlı başına bir stres kaynağı olduğunu, çalışanların hastalık sürecinde yaşadıkları deneyimlerin ruh sağlıklarını, aile ilişkilerini, bireysel, sosyal ve günlük yaşam becerilerini olumsuz yönde etkilediğini ortaya koydu. Bu etkiler, meslek hastalığı sürecini yaşayan katılımcıların hayatında damgalanma, depresyon, sosyal uyum bozuklukları, gelecek kaygısı, işsiz kalma korkusu, toplumsal cinsiyet rollerinde ve statülerinde kayıp olarak bulgularda yer aldı.

Anahtar Sözcükler: Damgalanma, İş Sağlığı, Meslek Hastalıkları, Niteliksel Araştırma, Psikososyal Etkiler

SUMMARY

Beneath The Tip Of The Ice-Berg: Pyschosocial Aspects Of Occupational Diseases

Work environments cause occupational diseases among workers due to an atmosphere forming the basis for this kind of diseases in proportion with the insufficiency of protective precautions. Not only do they lose their health, but also their disease makes their daily life a lot more difficult while it keeps them from working. This study has been conducted in order to comprehend and analyze the possible psycho-social results related to occupational diseases. The study, which is a qualitative field research, has been realized via in-depth interviews with 20 participants who have been medically and legally diagnosed with occupational diseases. The sample has been comprised using a purposive sampling technique among those who received medical and/or legal recognition, regardless of age and gender, taking into account a variety of diagnoses. Findings have demonstrated that the risk of occupational diseases is increased by unsafe and unmonitored environments where the pressure to produce is seen intensively along with long working hours. Findings have also indicated that the process of diagnosis is a source of stress itself; the experiences they have been through while they are ill negatively affect not only their psychology and family relationships, but also their individual, social and daily life skills. These effects have ranked among the findings as stigmatization, depression, social adaptation disorders, concerns for the future, a fear of unemployment, a loss in gender roles and social status in the participants' lives, who have experienced occupational diseases.

Key Words: Occupational Diseases, Occupational Health, Psychosocial Effects, Qualitative Research, Stigmatization

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1977 yılında ortaya atılan ve "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" sloganı ile birlikte 12 Eylül 1978 yılında Alma Ata'da düzenlenen "Temel Sağlık Hizmetleri" konulu uluslararası konferansta, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve eşitlik ilkesi temel alınarak bütün insanların hizmetten yararlanma düzeyinin yükseltilmesine dönük çözüm yollarının araştırılması tartışılmıştır. Her ikisi de eşitsizlikler ve sağlık hakkı ile ilgili iki önemli uluslararası gelişmedir. Sağlıkta eşitsizliğin belirleyicilerinden biri de çalışma hayatıdır. 2017 yılında WHO, çalışan sağlığı için belirlediği küresel eylem planında* çalışanların sağlığı için politikalar tasarlamayı ve uygulamayı, işyerinde sağlığı korumayı ve geliştirmeyi, iş sağlığı hizmetlerine ulaşmayı kolaylaştırıp arttırmayı, eşitsizlikleri gidermeyi, çalışanların sağlığını diğer politikalara dâhil etmeyi hedeflemiştir.

Bu araştırma planlanırken, Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) sağlığın "sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" (WHO,1948) olarak kabul ettiği tanımı, en büyük ilham kaynağı olmuştur. WHO ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) iş sağlığının tanımını, sağlık tanımına paralel bir şekilde "...sadece hastalık veya sakatlığın bulunmaması halini değil, aynı zamanda, çalışma sırasındaki hijyen ve güvenlik ile doğrudan ilişkili olarak sağlığı etkileyen fiziksel ve zihinsel unsurları da kapsar (1)." şeklinde yapar. Tanımlarda belirtildiği gibi; ruhsal ve sosyal olarak iyilik hali, hastalık ve/veya sakatlıktan bağımsız olabileceği gibi, hasta veya sakat olmanın yarattığı fiziksel, ruhsal ve sosyal etkileri de barındırabilir.

Çalışma hayatının yol açtığı sağlık kayıplarının başında meslek hastalıkları ve iş kazaları gelir. Meslek hastalıkları, en basit tanımı ile diğer hastalık gruplarından farklı olarak, işyeri ortamındaki faktörlerin etkisi ile oluşmuş hastalıkların ortak adıdır (2). Hastalık ve meslek arasındaki ilişki öyledir ki, kişi bu işi yapmasa, bu hastalık meydana gelmeyecektir (3).

---

* http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf?ua=1

Türkiye, iş kazası sıklığı bakımından Avrupa ve dünya ülkeleri arasında üst sıralarda yer alırken, meslek hastalığı sayıları bakımından en alt sıralardadır[1]. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) istatistik yıllıkları verilerine göre Türkiye'de 2015 yılında; 241.547 iş kazası ve buna bağlı 1252 ölüm rapor edilmişken, 510 sigortalı meslek hastalığına yakalanmış görünmektedir. Meslek hastalığına bağlı ölüm gerçekleşmemiştir (Tablo 1.1). Oysa meslek hastalıklarına bağlı ölümlerin iş kazalarına bağlı ölümlerden 6 kat daha fazla olduğu, her yıl yeni MH sayısının, bin çalışan için 4-12 olmasını epidemiyolojik olarak öngörülmektedir (4). Leigh ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, 1992 yılında ABD'de kansere bağlı ölümlerin %6-10'unun, kalp ve beyin hastalıklarına bağlı ölümlerin %5-10'unun, kronik solunum yolu hastalıklarına bağlı ölümlerin %10'unun mesleki nedenli olduğu bildirilmiştir (5).

Tablo 1.1: SGK Meslek Hastalıkları ve İş Kazaları İstatistik Yıllığı

Meslek Hastalıkları ve İş kazaları, Yıllara Göre Dağılım ve Ölüm İstatistikleri							
Yıl	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Meslek hastalığı	429	533	697	395	351	494	510
Meslek hastalığı ölümleri	0	10	1	0	0	0	0
İş kazası	64.316	62.903	69.227	74.871	170.644	221.366	241.547
İş kazası ölümleri	1171	1444	1700	744	1360	1626	1252

www.sgk.gov.tr Erişim tarihi: 22.08.2017

İş kazalarının hemen görünür olması, akut bir yaralanma veya ölümlü kazanın üstünü kapatmanın zorluğundan gelir. Dünya genelinde, kayıt ve istatistik bilgilerinin düzenli rapor edildiği ülkelerde iş kazası sayıları ile meslek hastalığı sayıları

[1] http://ec.europa.eu/eurostat/statistics (Erişim Tarihi; 20.10.2017)

kıyaslandığında (yeterli olmamakla birlikte) yukarıda belirtilen oranın varlığı izlenebilir (6).

TUİK tarafından Hane Halkı İş Gücü Anketine eklenen ilki 2007 yılında yapılan ve 2013'te tekrarlanan "iş kazaları ve işe bağlı sağlık problemleri" anketinde son 12 ayda işe bağlı sağlık sorunları yaşayanların prevalansı %2.1 olarak saptanmıştır. Buna göre 2013'te 25 milyon çalışan için, mesleki sağlık sorunu olduğu düşünülen çalışan sayısı 525 bin civarındadır[1]. Meslek Hastalıkları Hastanelerinden (İstanbul, Ankara ve Zonguldak MHH) meslek hastalığı olduğu düşünülen ve dosya olarak SGK'ya gönderilen hasta sayısı 2013'te 12 bin civarında olmasına rağmen, aynı yıl yasal tanı alanların sayısı 351 olarak gözükmektedir (7). 2015 yılında tek başına İstanbul MHH'ne 3400 başvuru gerçekleşmiş, 2500'ü ayakta 850'si ise yatarak tedavi edilmiştir. 2016'da ise başvuran meslek hastası sayısı 4500'tür[2].

Türkiye'de çalışan sayısı 2017 Temmuz ayı itibari ile 28 milyon 758 bin kişi olarak gözükmektedir.[3] Tablodaki rakamlar ise bize çalışan sayısının büyüklüğüne rağmen; Türkiye'de meslek hastalığının neredeyse hiç görülmediğini ve meslek hastalığından kimsenin ölmediğini resmi kanallar eliyle göstermiş olur. Bu da iş kazalarının hemen görünür ve sayılabilir olmasının karşısında, meslek hastalıklarının görünmez olduğunun en büyük kanıtıdır. Sadece uzun zamana yayılan etkileri sebebiyle değil, teşhis, tedavi ve yasal süreçler ile ilgili yaşanan sorunlar meslek hastalıklarını görünmez kılar.

Meslek hastalıklarının, iş ortamındaki ortadan kaldırılabilir riskler sonucu ortaya çıktığı için tümüyle önlenebilir hastalıklar olduğu yıllardır kabul gören bir söylemdir. Meslek hastalıkları gerçekten tümüyle önlenebilir mi?[4] Bu soru son zamanlarda oldukça tartışılan konulardan biridir. Her durumda, iyi tespit edilmemiş riskler ile bozulan çalışma koşullarının hazırladığı zemin, tanı sistemindeki aksaklıklar önce

---

[1] http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/2013_ISKAZALARI_VE_SAGLIK_PROBLEMLERI_RAPORU.pdf (Erişim tarihi: 14.10.2017)

[2] http://www.sozcu.com.tr/2016/saglik/turkiyede-4-bin-500-kisi-daha-meslek-hastasi-oldu-1584834/ (Erişim tarihi: 14.10.2017)

[3] http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=24632 (Erişim tarihi: 17.10.2017)

[4] Bu soruya genel bilgilerde değinilip, tartışma bölümünde ayrıca cevap aranacaktır.

geçimleri sonra sağlıkları için mücadele eden çalışanların hayatında geri dönülmez izler bırakır. Bu izler sadece "meslek hastalığı tanısı" almak/almamak ve rakamsal olarak istatistiklere giriyor/girmiyor olmakla sınırlı kalmaz. Bu talihsiz tecrübeyi yaşayanlar aynı zamanda en temel hak olan sağlık ve hatta yaşam hakkı ihlal edilmiş bireylerdir. İşsiz kalma korkusunun da eklendiği (8) ekonomik, hukuki ve psiko-sosyal sorunlarla etkileşim içindedirler.

21. yüzyılın ilk çeyreğinde ülkemiz özelinde olması gereken sayıları bile konuşamıyorken, tartışmalar meslek hastalıklarını görünür kılmaya odaklanmışken, bir de meslek hastalıklarının psikososyal boyutlarına değinmeye çalışan araştırma yok denecek kadar azdır. Elbette farklı platformlarda (paneller, basında yer alan yazılar, almanaklar, vb.) meslek hastalıklarını farklı boyutları ile değerlendiren çok değerli sunumlar, araştırmalar, röportajlar[1], sorunlara değinen makaleler yer almaktadır (9,10,11). Meslek hastalıklarının yaş, cinsiyet ve sektörlere göre dağılımını, sıklık ve ağırlık oranlarını gösteren istatistikler mevcuttur. Sosyal çevrenin, kişinin alışkanlıklarının, önceden var olan hastalıkların, aile desteğinin vb. hastalık yapma potansiyeline ilişkin pek çok araştırma yapılmıştır.

Yine iş sağlığında bugüne kadar işyerinde baskının yarattığı psikososyal sorunlardan pek çok defa bahsedilmesine rağmen, meslek hastalıklarının yarattığı psikososyal etkiler ise şimdiye kadar konuşulmamıştır. Kronik hastalıkların ve işsizliğin yarattığı psikososyal sorunlar gündeme gelmiş olmasına rağmen, meslek hastalıklarının diğer kronik hastalıklardan farklı olarak yarattığı psikososyal etkilenme düzeyleri bilinmemektedir. Ülkemizde, meslek hastalıklarından bahsederken, psikososyal etkiler üzerine, işçinin hangi sektörde çalıştığına veya hangi meslek hastalığına yakalandığına bakılmaksızın yapılan bir araştırma bu tezin yazıldığı tarihe kadar yapılmış değildir.

Oysa meslek hastalıklarının ve yaralanmaların yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri vardır. Kişinin günlük aktiviteleri sınırlanır, fiziksel ve psikolojik işlevselliği, benlik saygısı etkilenir, kendine ve çevresindekilere güveni azalır, aile ilişkilerinde

[1] http://www.aljazeera.com.tr (Erişim tarihi 22.08.2017)

gerginliğe sebep olur. Damgalanmaya maruz kalabilir, toplumsal cinsiyet rolleri etkilenebilir, statü kaybı yaşayabilir. İşyerlerinde çalışan ilişkileri bozulabilir. İş kazaları ile birlikte meslek hastalıkları, büyük, çeşitli ve dağılmış etkilerine rağmen, bunlarla ilgili bilgimiz ne yazık ki hala sınırlıdır (12). Diğer yandan, iş kazaları veya hastalıklarının toplumsal sonuçlarını izole etmek ve ölçmenin zorluğu da aşikârdır. Bu durumda mesleki hastalık ve sakatlıkların çoklu ve çeşitli sosyal etkileri hakkında düşünmemizi sağlayacak çerçeve nasıl çizilebilir (13)?

Mesleki hastalıkların çok katmanlı yapısından yola çıkarak, bu araştırmanın temel amacı; "meslek hastalığı tıbbi[1] veya yasal tanısı almış kişilerin, bireysel, ailevi, sosyal etkilenmelerini, hastalık, tanı alma süreci ve sonrasında neler yaşadıklarını, hastalıklarına ilişkin bilgi, duygu, deneyim ve değerlendirmelerini tanımlayarak, hastalığa bağlı oluşabilecek psikososyal sonuçları görmek, anlamak ve analiz etmek şeklinde özetlenebilir.

[1]Tıbbi tanı kavramına hem genel bilgiler, hem de tartışma bölümünde ayrıca yer verilecek. Zira ülkemizde ve dünyada pek çok ülkede yasal tanı dışında bir tanı yöntemi yok.

2. GENEL BİLGİLER

Çalışma hayatında sağlığın iki önemli göstergesi; iş kazaları ve meslek hastalıklarının sıklığıdır. Her ikisi de çalışma hayatının neden olduğu sağlık kayıplarının içinde yer alır. Bu kayıplara neden olan etkenler iş ortamında bulunur ve kişi bu etkenler ile işin yürütümü sırasında, çalışırken karşılaşır. Çalışma hayatı, çalışanların sağlığı kadar, çevre ve toplumun sağlığını da etkiler.

Bu etkileri incelemek ve olumsuzlukları önlemeye çalışmak, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin ilgi alanında olan çok boyutlu bir hizmet zinciridir. Boyutlardan biri çalışanların sağlık sorunlarının incelenip, tanı ve tedavi yöntemlerinin içine olduğu tıbbi çalışmaları, diğeri de işyerlerinde olası sağlık ve güvenlik tehlikelerinin değerlendirildiği teknik boyutu kapsar (3). Bu hizmetler hem çalışanların hem de toplumun sağlığını koruyan ve geliştiren hizmetler olarak, halk sağlığının da içinde olduğu pek çok disiplini bir arada barındırır. Bundan yola çıkarak halk sağlığının en önemli sorunlarından birinin çalışan sağlığı olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü işçi sağlığı söz konusu olduğunda "İşçiyi işin yaratacağı tehlikelere karşı korumak" halk sağlığının en temel prensibidir.

WHO ve ILO ortak komitesinin 1950'de almış olduğu kararlar doğrultusunda işçi sağlığı hizmetleri; çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halini en üst düzeye ulaştırmayı, olumsuz çalışma koşullarının işçinin sağlığını bozmasını önlemeyi, her işçiyi fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalıştırmayı ve yapılan iş ile işçi arasındaki uyumu sağlamayı amaç edinir.

ILO kestirimlerine göre dünyada her yıl 160 milyon yeni meslek hastalığı vakası ile 317 milyon ölümcül olmayan iş kazası meydana gelmektedir. Her gün 6300, her yıl 2.3 milyon kişin iş kazaları ve işle ilgili hastalıklar sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Bu rakamın 4/5'ünü meslek hastalıkları oluşturur (1.7 milyon kişi).

İşle ilgili hastalık ve ölümlerin yarattığı ekonomik yük ile verimlilik kaybı küresel gayri safi milli hasılanın %4'ünü[1] teşkil eder.

2.1. Meslek Hastalıklarını Önlemek

ILO, her yıl 28 Nisanda kutlanan ve 2013'te Dünya İş Sağlığı ve Güvenliği Günü sebebiyle hazırladığı bildirgenin ana temasını "meslek hastalıklarını önlemek" olarak belirledi ve meslek hastalıklarını "gizli bir salgın" olarak tanımladı (14). Verilen ülke örnekleri üzerinden meslek hastalıklarının nasıl gizlendiğini çok çarpıcı bir şekilde açıkladı. Dünyada her yıl 160 milyon yeni meslek hastalığı beklentisi olduğu kestirimine rağmen; dünya nüfusunun 1/4'üne sahip Çin'de 2011 yılında meslek hastalığı sayısı 27.240'tır. Tek başına Çin örneği bile meslek hastalıklarının nasıl "gizli salgın" olduğu kanıtlar niteliktedir. Bu doküman aynı zamanda meslek hastalıklarını önleyebilmek için önce bu "gizli salgının" ortaya çıkarılması gerektiğini vurgulamaktadır. Önleme üzerine yapılan bu vurgu aslında yıllardır meslek hastalıklarının "tümüyle önlenebilir" olduğu söylemini de tartışılır hale getirmektedir.

Burada "tümüyle önlenebilirlik" nasıl sağlanabilir? Tümüyle önlenebilirlik, söylemsel düzeyde kalsa da, zararı en aza indirmek için yapılabilecekler elbette vardır. İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin temel amacının "işçiyi işin yarattığı tehlikelere karşı korumak" olduğundan daha önce bahsetmiştik. Çalışan sağlığında iki belirleyici faktör; çalışanın bireysel özellikleri ve iş yeri ortamıdır (3). İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri çalışma ortamında zararlı etkenlerin (risk) saptanması, ölçülmesi ve kontrol altına alınmasını hedefler.

Kontrol altına almak ve korumanın sağlanması Amerikan İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansının (OSHA) kontrol hiyerarşisinde[2] belirtildiği gibi en etkin olan korunma yönteminden en az etkinine doğru birkaç basamaktan oluşan bir zinciridir. Kontrol basamağının en üstünde; tehlike oluşturan maddeyi tamamen devre dışı

[1] http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--en/index.htm (Erişim tarihi 22.08.2017).
[2] https://www.osha.gov/dte/grant_materials/fy10/sh-20839-10/hierarchy_of_controls.pdf (Erişim tarihi: 24.08.2017).

bırakmak (eliminasyon), yerine tehlike yaratmayan ya da daha az zararlı bir madde kullanmaktır (ikame). Kanser yapıcı özelliği kanıtlanmış asbestin kullanımın tamamen ortadan kalkması, organik solventlerin yerine deterjan veya su bazlı temizleme çözeltisi veya buharla temizleme işleminin tercih edilmesi ya da kumlamada kum tozu yerine çelik bilyelerin kullanılması "eliminasyon ve ikame önlemleri" içine girer. "Mühendislik kontrollerini" içeren diğer basamakta, zararlı etkenden çalışanı korumak için alınan önlemler vardır; tozlu ortamlarda kapalı sistem cihazların kullanılması, madenlerde tozun yarattığı riskleri önlemek için ıslak çalışma yöntemleri, etkin havalandırma/aspirasyon sistemlerini kullanmak gibi yöntemleri içerir. Çalışanın eğitimini ve kontrolünü sağlayan kontrol yöntemleri "idari kontroller" içerisine girer. Maruz kalımı azaltmak için rotasyon usulü çalışma, prosedür ve talimatları oluşturma, kullanılan maddelerin etkileri üzerine eğitim, denetleme idari kontroller arasındadır. Bazen alınan tüm önlemlere rağmen zararlı etkenler kontrol altına alınamazlar. Bir dokuma fabrikasında gürültü ve toz, ağır metal sanayinde sıcak kaçınılmaz olabilir. Bu durumda kişisel koruyucu malzemeler devreye girer. Kontrol hiyerarşisinde son basamakta kişisel koruyucu malzemeler (Eldiven, maske, korucu elbise, kulaklıklar) kullanılmaktır.

Her şeyden önce işçinin fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalışması ve yapılan iş ile işçi arasındaki uyumun gözetilmesi sağlık yaklaşımı olarak meslek hastalıklarının önlenmesinde en önemli ayağı oluşturur.

2.2. Meslek Hastalığı Nedir?

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü gibi uluslararası kuruluşlar meslek hastalıklarını şu şekilde tanımlar; "*zararlı bir etkenle bundan etkilenen insan vücudu arasında, çalışılan işe özgü bir neden-sonuç, etki-tepki ilişkisinin ortaya konabildiği hastalıklar grubu*". (2)

Ülkemizde meslek hastalığının tanımı 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 14. Maddesinde; "*sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı, tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden*

uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürlülük halleridir." şeklinde yapılmaktadır (Resmi Gazete: 16.6.2006 Sayı: 26200).

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda ise meslek hastalığı; "mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık" olarak tanımlanır (Resmi Gazete: 30.06.2012 Sayı: 28339).

2.2.1. Tıbbi tanı, yasal tanı

Ülkemiz hukukuna göre, meslek hastalığından söz edebilmek için vücudun fiziki bütünlüğünün bozulması veya ruhsal olarak oluşan arızalar dikkate alınır. Yeter ki meydana gelen zarar iş sebebiyle ortaya çıksın, bu ilişki ispat edilebilsin ve çalışan sigortalı olsun. Bu da meslek hastalığı yasal tanımının kapsamını, tanı aşamasında tıbbi süreçlerin işlediği bilimsel yaklaşımı, sonrasında sigortacılık ve tazminat hukuku süreçlerinin işlediği ekonomik ve sosyal yaklaşımı içine alarak genişletir.

Bilimsel yaklaşım aslında "tıbbi tanıyı" kapsar. Tıbbi tanı, yasal tanı için dayanak oluşturur. İstatistiklere yansıyan meslek hastalığı sayıları tıbbi tanı ile oluşturulmaz diğer bir deyişle tıbbi tanı alanlar istatistiklere girmez. Yasal tanı ise; hastalık ve yapılan iş arasındaki illiyet bağının tıbbi ve hukuki delillere dayanarak ortaya konulup, etkilenen kişiye bazı sosyal ve hukuki kazanımlar sağladığı, pratikte iş kazaları ile aynı yasal sigortacılık mantığının işlediği geniş bir tanımdır (15). Ülkemizde meslek hastası olarak kabul edilen kişiler sigortacılık işlemleri biterek tazminat hakkı doğmuş yani "yasal tanı" almış çalışanlardır.

2.3. Meslek Hastalıklarının Türleri

ILO'nun antraksı meslek hastalığı olarak tanımlamasının (1919) üzerinden nerdeyse yüz yıl geçti. 1925 yılında yayınlanan 18 numaralı sözleşmede kurşun zehirlenmesi, cıva zehirlenmesi ve antraks olmak üzere üç tane meslek hastalığı

vardı.[1] Bu sayı 1934'te 10'a çıktı. 1964 yılında yayınlanan sözleşmenin ekinde meslek hastalıkları listesi ayrı olarak sunuldu. ILO son olarak 2010'da yaptığı güncelleme ile yeni meslek hastalıkları listesini yayınladı (2). Bu liste, meslek hastalıklarının kayıt altına alınmasında, bildiriminde, tazmin edilmesinde ve hastalıkları önlemede ülkelere yardımcı olmak üzere tasarlandı.

İş ve hastalık arasındaki ilişkiyi net olarak ortaya koymak her zaman çok kolay değildir. Meslek hastalığı tanısı koyabilmek için tıbbi ve yasal olarak işleyen süreçlerde hastalık ve meslek arasındaki ilişkinin (hukuken; illiyet bağının) kanıtlanıyor olması gerekir. Bu konu Ekim 1992 yılında Linz, Avusturya'da, ILO (ILO 1993)[2] tarafından organize edilen işle ilgili hastalıklar üzerinde uluslararası bir sempozyumda tartışıldı. Sonuçta iş ve hastalık arasındaki ilişkinin temel olarak aşağıdaki üç başlıkta toplanabileceği fikri ortaya çıkmış oldu:

I. Meslek hastalıkları (Occupational Disease); tek bir etkenle meydana gelen, hastalık ve meslek arasındaki ilişkinin güçlü bir şekilde ortaya konduğu hastalıklar.
II. İşle ilgili hastalıklar (Work Related Disease); çalışma ortamının da içinde olduğu birçok etkenin bir arada yol açabildiği ya da seyri değişen hastalıklar.
III. Çalışanları etkileyen hastalıklar (Disease Affecting Working Population); işle doğrudan ilgisinin olmamasına rağmen mesleki risklerle ortaya çıkışı artan hastalıklar (16).

İş ve hastalık arasındaki bu ilişkinin ardından ILO meslek hastalıklarını dört ana kategoride listeler:

I. Ajanlara maruz kalma sonucu oluşan meslek hastalıkları (fiziksel, kimyasal ve biyolojik ajanlar)
II. Hedef organ ve sistemlerin mesleki hastalıkları (solunum, deri, kas, iskelet sistemleri, ruhsal ve davranışsal bozukluklar)
III. Mesleki kanserler

[1] http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C018
[2] http://www.iloencyclopaedia.org/part-iii-48230/topics-in-workers-compensation-systems/36-26-workers-compensation-systems-topics-in/work-related-diseases-and-occupational-diseases-the-ilo-international-list (Erişim Tarihi: 24.08.2017)

IV. Diğer hastalıklar (madenci nistagmusu, listede belirtilmeyen, mesleğin neden olduğu ve bilimsel olarak kanıtlanmış) (17)

Türkiye'de meslek hastalıkları listesi "Sosyal Sigortalar Kanunu Sağlık İşlemleri Tüzüğü Eki"nde yer almaktadır (Resmi Gazete 22.06.1972 Sayı: 14223). İlgili mevzuatta meslek hastalıkları ile ilgili sınıflandırmalar etkene ve organa göre olacak şekilde beş ana grupta toplanmıştır:

A Grubu Hastalıklar: Kimyasal maddelerle oluşan meslek hastalıkları
B Grubu Hastalıklar: Mesleki cilt kanserleri
C Grubu Hastalıklar: Mesleki Akciğer hastalıkları
D Grubu Hastalıklar: Mesleki bulaşıcı hastalıklar
E Grubu Hastalıklar: Fiziksel etkenlerle oluşan meslek hastalıkları

Çalışma ortamında meslek hastalıklarından daha sık görülen "işle ilgili hastalıkları" da tanım içine dâhil etmek gerekir. Burada hastalık yapan temel etken işyeri dışındadır. Hipertansiyon, diyabet, iskelet kas sistemi hastalıkları, kalp hastalıkları, bazı solunum yolu hastalıkları gibi kronik ve dejenaritif hastalıklar bu gruptadır. Bu hastalıkların oluşmasındaki etken işyeri değildir, ancak işyerinde var olan etkenlerin varlığı ve sürekli maruz kalım bu hastalıkların seyrini daha da ağırlaştırabilir. (2)

Meslek hastalıkları listesi üç sütundan oluşur. Beş başlık altında toplanan hastalık gruplarından biri, listenin birinci sütununda yer alır. İkinci sütunda maruz kalım süresi, üçüncü sütunda ise her hastalığın görülmesi bakımından risk oluşturan işler mevcuttur. Yani meslek hastalığı yasal tanısı alabilmek için; üçüncü sütundaki işlerden birini yapan bir çalışanın, ikinci sütunda belirtilen süre içinde ilk sütunda belirtilen hastalıklardan birine yakalanmış olması, kısaca iş ve hastalık arasındaki illiyet bağının kurulması gereklidir. Bisinozis'in meslek hastalığı olarak kabul edilmesi için Tablo 2.1'deki koşulları sağlaması gerekmektedir;

Tablo 2.1: SGK Sağlık İşlemleri Tüzüğü, Meslek Hastalıkları Listesi, Mesleki Akciğer Hastalıkları, C-6 Bisinoz

Hastalık ve Belirtiler	Yükümlülük Süresi	Hastalık Tehlikesi Olan Başlıca İşler
İş haftası birinci gününde göğüs sıkışması duygusu, dispne, öksürük, balgam, konjonktivalarda ve burun mukozasında irritasyon, ateş, "pazartesi ateşi". Bu belirtilerin sıklaşması, sürekli hale gelmesi.	*15 gün*	Pamuk tozu ile temas, pamuk işlenmesiyle ilgili çalışmalar, öncelikle tekstil sanayiinde çırçır, harman-hallaç, tarak, vater bölümleri. Keten ve kendir işlenen işyerleri, fabrikalar, özellikle bunların ıslatma, soyma, yumuşatma ve iplik bölümlerinde çalışanlar.
Dispne, anfizem, kronik obstrüktiv akciğer hastalığı tablosu.	*3 yıl*	
Sağ kalp yetmezliği, kronik korpulmonale.	*3 yıl*	

Sosyal Sigortalar Kanunu Sağlık İşlemleri Tüzüğü Eki (Resmi Gazete 22.06.1972 Sayı: 14223)

2.4. Meslek Hastalıklarının Tıbbi Tanı Süreci

Meslek hastalığı tanısı koymak her zaman çok kolay olmaz. Aslında herhangi bir klinik tabloya tanı koyma süreci ile farklı değildir (6). Ancak hastalanan kişinin başvurduğu hekim, günlük muayenesinde sıkça karşısına çıkan bir hastalıkla karşılaşmadığı için yakınmaları çoğunlukla diğer hastalıklar ile bağdaştırır. Bir hastalık standart tedaviye cevap vermiyorsa, sebebi kestirilemiyor ve tipik demografik profile uymuyorsa mesleki bir sebebinin olabileceği düşünülmelidir. Bunun için; meslek hastalığı ve iş arasındaki ilişkinin ortaya konabilmenin en önemli ayağı ayrıntılı anamnez (öykü) alınmasıdır. En önemli ve temel soru ise kişinin sadece mesleğini değil ne iş yaptığını sorgulamaktır. Bundan 300 yıl önce Dr. Bernardino Ramazzini "De Morbis Artificum Diatriba" (İşçi Hastalıkları) isimli kitabında *"hastalarınıza ne iş yaptıklarınızı sorunuz"* diyerek meslek ve hastalık arasındaki ilişkiyi sorgulayan ilk hekim olmuştur. Bunun için belirlenmiş bazı anahtar soruların meslek hastalığı tanısını koyabilmek için sorulması gerekir (18).

Kişinin çalışıp çalışmadığını, ne iş yaptığını öncelikle sorgulamak gerekir. Sağlık sorunlarının işiyle ilişkili olup olmadığının, şikâyetlerin iş ya da evde olmasına göre değişkenlik gösterip göstermediğinin hastaya sorulması önem taşır. Çalıştığı ortamda toz, kimyasal, metal, radyasyon, gürültü gibi etkenlerin varlığını, daha önceden bu etkenlere maruz kalıp kalmadığını ve iş arkadaşlarında benzer şikâyetlerin ve bulguların varlığını öğrenmek tanı koyabilmek için önemli sorulardır.

Bir ya da daha fazla cevabın şüphe uyandırdığı durumlarda ayrıntılı mesleki anamneze geçilmelidir (19). Çalışanın bütün (halen ve eski) işlerinin tanımlanması, işyerindeki maruz kalımlarının belirlenmesi, semptomların zamanlaması, diğer işçilerde benzer semptomların olup olmadığı, iş dışı etkilenmeleri, hatta çalışanın hobilerinin bile sorgulanması gerekir.

Şimdi ve daha önce çalıştığı işlerin tanımlanması istenirken işyerinin adı yeterli değildir, hangi bölümde çalıştığı ne iş yaptığı önem arz eder. Sadece "işçiyim" demek değil, "akü fabrikasında işçiyim" demek, "kurşun plakları yapan bölümde" ya da "büroda çalışıyorum" demek tanı için önemli bilgilerdir. Solunum sıkıntısı şikâyetleri ile gelen ve gıda paketleme fabrikasında çalışan birinin, beş sene önce kot kumlama işçisi olarak birkaç senelik çalışma öyküsünü öğrenememek olası bir silikozis tanısını geciktirebilir.

Hangi maddelerle ne süredir çalıştığını, semptomların zamanlamasını sorgulamak da çok önemlidir. Pazartesi sabahları nefes darlığı yaşayan bir çalışan, pamuk işleyen bir fabrikada çalışıyorsa bisinozisten şüphelenmek kolaylaşır. Bu bilgiler alınmadan yapılan standart bir anamnezde bu tanı atlanabilir ve astım tanısı ile geçiştirilebilir.

Aynı ortamda çalışanların da benzer şikâyetlerinin olup olmadığını öğrenmek meslek hastalığı tanısında ve sonrasında alınacak önlemlerin uygulanmasında önem taşır. Çalışanın iş dışı maruz kalımlarının belirlenmesi için hobilerinin (bahçe, ağaç işleri ile uğraşır mı?), bireysel alışkanlıklarının (sigara, alkol kullanımı var mı? Spor, beslenme alışkanlıkları nasıl?) hatta oturduğu bölgenin (fabrika yakınında mı oturuyor?) öğrenilmesi, meslek hastalığı anamnezinde önemli yer tutar.

Ardından ayrıntılı bir fizik muayenenin yapılması gereklidir. Tüm bunlar tıbbi tanı için gerekli "klinik incelemeler" kapsamında sorgulanır. Ardından yapılacak laboratuvar incelemeleri, görüntüleme yöntemleri, endoskopik ve/veya patolojik incelemeler ile hastalığa tıbbi tanı konur. Gerekli görüldüğü durumlarda iş yeri ortam ölçümlerinin yapılması mesleki etyolojinin varlığını kanıtlar ki, ancak o zaman meslek hastalığı tanısı konmuş olur.

2.5. Türkiye'de Yasal Tanı Süreci ve Hukuksal Boyut

Hukuken meslek hastalığı tanısı için 31.05.2006 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 14. Maddesinde meslek hastalığının tanımının yanı sıra sigortalının çalıştığı işten dolayı meslek hastalığına tutulduğunun aşağıdaki maddelerde olduğu gibi tespit edilmesi zorunludur;

"a) Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları tarafından usûlüne uygun olarak düzenlenen sağlık kurulu raporu ve dayanağı tıbbî belgelerin incelenmesi,
b) Kurumca gerekli görüldüğü hallerde, işyerindeki çalışma şartlarını ve buna bağlı tıbbî sonuçlarını ortaya koyan denetim raporları ve gerekli diğer belgelerin incelenmesi sonucu Kurum Sağlık Kurulu tarafından"

Hastalığın ortaya çıkması için gerekli süre maruz kalım süresidir ki, SGK Sağlık İşlemleri Tüzüğü, Meslek Hastalıkları Listesinde bu süreler belirtilmiştir. Bir diğer süre de yine, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 14. Maddesinde belirtilen yükümlülük süresidir. Yükümlülük süresi; meslek hastalığına yakalanmış kişinin son iş yerinden ayrıldığı tarihten, hastalık oluştuğu zamana kadar geçen süredir. Bu süreler her bir hastalık için Kurum tarafından çıkarılan yönetmelikle belirlenmiştir. Çalışan işinden ayrılmış dahi olsa işveren, çalıştığı dönemde çalışanı hasta eden çalışma koşullarının uygunsuzluğundan sorumludur. (6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu)

Kanunda Sağlık Hizmet Sunucuları olarak bahsedilen kurumlar; meslek hastalıkları hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ve kamu üniversite

hastaneleridir. Yetkilendirilmiş hekimin, klinik araştırma ve bulguları sonucunda meslek hastalığı "şüphesi" ile (tıbbi tanı) oluşturulmuş dosya "Kurum Sağlık Kuruluna" gönderilir. Gerekli görülürse iş yeri ortam ve ölçümleri kurumun talebi ile yaptırılır. Tıbbi belgelerin ve diğer raporların incelenmesinin ardından meslek hastalığı tanısı konur. "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği"ne göre meslek hastalığı tanısı almış kişilerin kayıp oranları ve alacakları tazminat hesaplanır. İşte, resmi istatistiklere yansımış meslek hastalığı tanısı almış çalışanların sayısı tüm bu işlemlerin bitmiş olduğu kişileri yansıtır (Resmi Gazete, 11.10.2008, Sayı: 27021).

Burada mevzuatımızda çok kolaymış gibi görünen bu tanım ve kapsamların ardında; meslek hastalığı tanısı almakla ilgili aslında zahmetli ve uzun bir sürecin varlığından bahsetmek gerekir. 2006'ya kadar, meslek hastalığı tıbbi ve yasal tanı ile yetkilendirilen meslek hastalıkları hastanelerinin yetkileri, 2006 yılında kanuna giren bir üst kurul (Kurum Sağlık Kurulu) ile sınırlandırılmış, bu sınırlandırılmış yetkiler bu konuda daha sınırlı tecrübe ve birikimi olan diğer "sağlık hizmet sunucularına" dağıtılmıştır. 11.10.2008 tarihinde yasalaşan "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" ise Meslek Hastalıkları Hastanelerinin kayıp oranı verme yetkisini elinden almıştır (Resmî Gazete Sayı: 27021). Giriş bölümünde de değinilen son SGK/TUİK istatistikleri ile ülkemizde 2015 yılında meslek hastalığı tanısı almış kişilerin sayısı sadece 510 kişidir ve bu sürecin ne denli zahmetli olduğu ile ilgili ipuçlarını zaten vermektedir. ILO'nun tam olarak bahsettiği "gizli salgın"ın ülkemizdeki durumu da yansıttığı söylenebilir.

2.6. Meslek Hastalıkları ve Psikososyal Boyut

Kronik hastalıklar kişinin dengesini bozar ve hastalanan kişi günlük yaşantısında daha önce karşılaşmadığı uyum sorunları ile karşılaşabilir. Bu uyum süreci kişinin günlük yaşantısı ve gelecek planlarına ne kadar çok engel oluyorsa sorunlar da o kadar fazla olur. Bu sorunlar kişiden kişiye değişmekle birlikte basit uyum bozukluklarından klinik anlamda psikolojik problemlere kadar farklılaşan etkileri olabilir. Birçok kronik hastalıkta psikososyal sorunlar görülmektedir. Psikososyal

sorunların görülme sıklığı nörolojik bozukluklarda, cilt hastalıklarında, kalp ve kronik akciğer hastalıklarında, kanserlerde, sakatlıklarda ve artritlerde diğer hastalıklara oranla çok daha yüksektir (20) .

Kronik hastalığı olan hastalarda üzüntü, kızgınlık, çaresizlik, sık sık ağlama, ümitsizlik, kaygı, içe kapanma, rol kaybı, benlik saygısı kaybı, ölüm korkusu, başkasına bağımlı olma kaygısı, depresyon, sosyal izolasyon gibi psikososyal problemler ortaya çıkabilmektedir (21). Yapılan araştırmalar aynı zamanda kronik hastalığı olan bireyin toplumsal rol ve statü kaybına uğradığını, seksüel yetenek kaybı yaşadığını ve gelecek kaygısı duyduğunu göstermektedir (22).

Mesleki hastalıklar da kronik hastalıklardır. Meslek hastalıklarını diğer kronik hastalıklardan ayıran en önemli fark, hastalığın kişinin yaptığı işle ilişkisidir. Bu ilişki öyledir ki kişi bu işi yapmasa hastalık ortaya çıkmayacaktır. Kronik hastalıklarda hastalığın ortaya çıkması gerek hastalanan kişi gerek çevresi için daha kolay kabul gören bir durumdur. Meslek hastalığı olanlar ise sadece hastalıklarının yarattığı kronik sağlık sorunlarıyla boğuşmaz. Bir yandan da işini yapmasına engel olan bu sağlık etkilerini, işyerleri ve resmi kurumlar nezdinde ispatlamaya çalışırlar. Yukarıda anlatılan tanı süreci, kişinin inandırıcılığının sorgulandığı, kaybettiklerinin karşılığında çoğu zaman hiçbir sonuç alamadığı karmaşık ve uzun bir süreci kapsar.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez meslek hastalığına bağlı oluşabilecek psikososyal sonuçları görmek, anlamak ve analiz etmek amacıyla yapılan niteliksel bir alan araştırmasıdır. Veriler niteliksel yöntemle; derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Araştırmaya başlamadan önce Acıbadem Üniversitesi Etik Kurul'una başvuruldu ve yapılacak görüşmeler için etik kurul onayı alındı (Ek 1.1 ve Ek 1.2). Görüşmelerin tümü Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İş Sağlığı ve Güvenliği Tezli Programında yüksek lisans yapan araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Araştırmacı daha önce "Hekimlere Yönelik Şiddet" konulu niteliksel alan araştırmada görüşmeci olarak bulunmuş ve derinlemesine görüşmeler yapmıştı.

Araştırmacı, araştırmaya başlamadan önce meslek hastası olmaları dışında katılımcılar ile ilgili bir bilgiye sahip değildi. Aynı şekilde katılımcıların, araştırmacı ile ilgili yaptığı araştırmanın amaçları dışında bilgileri yoktu.

Meslek hastalığı tıbbi tanısı ve sigortacılık işlemleri biterek yasal tanı almış katılımcılar ile görüşmeler İstanbul Anadolu Güney Hastaneleri Birliğinden gerekli izinler alınarak (Ek 1.4 ve Ek 1.5) İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi'nde gerçekleşti. Meslek hastalığı tanısı koyabilen başka sağlık kurumları da olmasına rağmen en çok hasta başvurusuna sahip ve en fazla "meslek hastalığı tanısı" kaydı olan kurum olması sebebiyle, araştırma alanı olarak bu hastane seçildi. Görüşmeler Ocak 2016 başından-Mayıs 2016 başına kadar dört buçuk ayı kapsayan bir sürede, haftada en az bir, en fazla iki gün hastaneye gidilerek gerçekleşti.

Görüşme yapılacak katılımcıları belirlemek için İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi Sağlık Kurulu ve yatan hasta kayıtları kullanıldı. Örneklem, meslek hastalığı sebebiyle bu hastanede yatan, daha önce yatmış olan, meslek hastalığı tanısı konup dosya takibi yapan ve farklı hastalık tanıları almış olanlar arasından yaş ve cinsiyet ayrımı yapılmaksızın amaçlı örnekleme tekniği ile olabildiğince çeşitlilik gözetilerek seçildi. Örneklem seçilirken tanı çeşitliliğine dikkat edildi. Hastane kaynaklarından farklı olarak yıllar önce meslek hastalığı tanısı koyan hekimi aracılığı

ile ulaşılan tek kadın hasta ile önceden irtibat kurularak hastaneye geldiği bir günde görüşme yapıldı. Sağlık kuruluna başvuran ve hastanede yatan meslek hastalarının hemen hepsinin erkek olması sebebiyle tek kadın hasta bu araştırma için değerli bulundu. Bu şekilde toplamda 27 katılımcıya ulaşıldı. Katılımcılar ile yüz yüze görüşüldü.

Üç kişi görüşmeyi kabul etmedi. Görüşmeyi kabul etmeyenlerden ikisi ağır işitme kaybı olan kişilerdi. İşitemedikleri için iletişim kurmaktan özellikle çekiniyorlardı. Bu sonuca işitme kaybı yaşayan katılımcılar ile yapılan görüşmelerde varıldı. 13 yıl önce silikozis tanısı konan diğer katılımcı adayı görüşmeyi "Defalarca hastaneye yattım ve değişen hiçbir şey olmadı, seninle görüşünce ne olacak? İyileşecek miyim? Bana ne faydası olacak?" diyerek reddetti. Toplam 24 derinlemesine görüşme yapıldı.

Görüşmelerin tümü hastanede ortamında gerçekleşti. Yatmakta olan hastalar ile görüşmeler diğer hastalardan izin alarak hasta odalarında, hasta odaları uygun değilse hastane içerisindeki sağlık kurulu toplantı odasında baş başa yapıldı. Daha önceden tanı almış ve dosya teslim eden hastalara sağlık kurulu sekretaryasından ulaşıldı ve bu katılımcılar ile görüşmeler de sağlık kurulu toplantı odasında ya da araştırmacıya bu süreçte her türlü desteği sağlayan hekimlerin muayene saatleri dışında boş kalan poliklinik odalarında gerçekleşti. Bir görüşmeye silikozis tanısı 1 ay önce konmuş ve kaygı düzeyi yüksek katılımcının erkek kardeşi de girdi. Görüşme sırasında odada bulundu, ancak görüşmeye küçük hatırlatmalar dışında müdahale etmedi. Katılımcı sık sık kardeşine bakıp konuştukları ile ilgili "doğru söylüyor muyum?" onayı alma ihtiyacı hissetti. Erkek kardeş görüşmenin sonunda abisinin zekâ olarak geride olduğunu, hastalığını fazlaca dert ettiğini, strese girdiğini ve kaygılandığını anlattı. O yüzden her tür görüşmeye onunla birlikte girdiğini ifade etti.

Görüşmelerin tümünün hastane ortamında gerçekleşmesi bu araştırmanın sonuçlarını etkileyebilecek bir sınırlılık olarak söylenebilir. Görüşmeler katılımcılar taburcu olduktan sonra kendi ev ortamlarında yapılmış olsaydı bu araştırmanın sonuçları daha farklı olabilirdi.

Görüşmeler için Görüşme Bilgi Formu (Ek 2) ve Yarı Yapılandırılmış Mülakat Rehberi (Ek 3) kullanıldı. İlk üç görüşme pilot görüşme olarak yapıldı. Pilot görüşmeler sonrası ortaya çıkan "iş yeri arkadaşı maruz kalımı", "iş yeri arkadaşı ile bilgi paylaşımı", "işten çıkarılma, işsiz kalma korkusu", "geçirilmiş ya da şahit olunmuş iş kazası" ve "sendikalaşma" ile ilgili alt temalar yarı yapılandırılmış mülakat rehberine eklendi. Pilot görüşmeler çalışmaya dâhil edildi.

Her görüşme öncesinde araştırmanın amacı katılımcılara anlatıldı ve onayları (Ek 4) alındı. Her katılımcıya, verdikleri kişisel bilgilerin hiçbir şekilde üçüncü kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacağı güvencesi verildi. Görüşmelerde katılımcıların "kendilerinin belirlediği" takma isimleri kullanıldı. Kayıtlar sırasında katılımcılara takma isimleri ile hitap edildi ve hiçbirinin gerçek kimliği ya da kimliğini ortaya çıkaracak özel bilgileri bu araştırmada kullanılmadı. Görüşmeler katılımcıların onayı ile ses kayıt cihazına kaydedildi ve ardından aynı hafta içerisinde çözümlemesi yapılarak yazılı hale getirildi. Bazı görüşmelerin sonunda araştırmacı tarafından notlar alındı. Ses kayıt cihazı kapandıktan sonra söylenenler, katılımcılar ile ilgili gözlemler bu notların içeriğini oluşturdu.

Görüşmeler için hastanede geçirilen süre boyunca farklı mekânlarda önceden planlanmaksızın dolaylı gözlem yapıldı. Bunlardan ilki sağlık kurulu toplantılarıydı. Hekimlerin gelen hastaları detaylı olarak tartıştığı ve meslek hastalığı dosyalarının hazırlandığı kurul toplantıları, tanı koyma sürecini anlamak açısından aydınlatıcı oldu.

Poliklinik sıraları planlamaksızın dolaylı gözlem yapılan ortak alanlardan bir diğeriydi. Tetkik için gelen ve meslek hastalığı polikliniğine başvuran hastaları gözlemleme, kimi zaman konuşma fırsatı edinildi. Hastane kantini, pek çok defa hastalarla vakit geçirilen ve çalışma koşulları ile ilgili fikir veren yerlerden biri oldu. Görüşmelerin yapıldığı dönemde bir akü fabrikasından gelen ve kurşun zehirlenmesi sebebiyle hastaneye başvuran iki yüze yakın hasta oldu. İşçiler, işverenler, işçi temsilcileri, sendika üyeleri aynı dönemde hastanede oldular. Bu süreç gözlem yapmak açısından eşsiz bir deneyim oldu. Arkadaşlarını ya da tetkik sonuçlarını

bekleyenler ile hastane kantininde enformel sohbetler gerçekleştirildi. Her biri konuşmaya çok istekli ve dinleniyor olmaktan dolayı da mutluydular. Araştırma için görüşmeye uygun olmasalar dahi onlarla yapılan sohbetler, çalışma/yaşam koşullarını ve işveren tutumunu anlamak açısından değeri çok büyük olmuştur. Gözlemlerden sonra kısa ve genel notlar alındı.

Görüşmeler 25-55 dakika arasında sürdü. İki katılımcı görüşmeyi kabul etmelerine, kayıt altına alınmasında sakınca olmadığını söylemelerine ve onam vermelerine rağmen kimlik bilgilerinin ifşa olmasından endişe ettiler. Görüşmelere başlamadan önce verilen güvenceyi hatırlatarak isterlerse kayıtların silinebileceği vurgulandığı halde, silinmesini de kabul etmediler. Araştırmacının kimlik fotokopisini istediler. İmzaladıkları onam formunun bir kopyasını aldılar. Hastalıkları sürecinde; hem işyerlerinde hem aile içinde yaşadıkları tecrübelerden dolayı herkese karşı güvensiz olduklarını dile getirdiler. Bu katılımcılardan birine hastalık sürecinde şiddetli derecede depresif uyum bozukluğu teşhisi konmuştu.

Üç görüşme kaydı (İşitme kaybı, mesleki astım, solvente maruz kalım), ses kayıt cihazından bilgisayar ortamına aktarılırken ses dosyalarının virüs olarak algılanması sebebiyle silindi. Görüşme kaydı silinen katılımcılardan biri (mesleki astım) alınan notlar ile veri analizine dâhil edildi. Aynı işyerinden kurşun zehirlenmesi ile gelen üç kişi ile görüşüldü. Meslek hastalığı tanısı henüz konduğu ve hastalık süreçlerini yaşamadıkları için görüşme yapıldığı halde ikisi veri analizi sürecine dâhil edilmedi. Sadece biri hastalık sürecini yaşadığı için analize alındı.

Görüşmeler için baştan bir sayı belirlenmedi. Çeşitliliği arttırmak için ocak-mayıs arasında var olan 27 kişiye ulaşıldı, 24 görüşme yapıldı. Kurşun zehirlenmesi ile meslek hastalıkları hastanesine gelen hastaların olduğu dönemde, tanı çeşitliliği birkaç hafta boyunca sağlanamadığı için bu süre zarfında görüşme yapılamadı. Yapılan 24 görüşmeden analize alınan 20 kişi veri doygunluğu için yeterli oldu. Bu araştırma raporu 20 katılımcı ile yapılan görüşmelerin sonucunda oluşturuldu.

Katılımcılara yazılı metin hale getirilen görüşmeler ya da araştırma ile ilgili bir geri bildirim yapılmadı.

Bu araştırmada yapılan derinlemesine görüşmelerde ortaya çıkan tüm temalar, alt temalar ve kavramların belirlendiği kodlama işlemi herhangi bir yazılım kullanılmadan araştırmacı tarafından elle oluşturuldu. Veri analizine dâhil olan temalar önceden oluşturuldu. Pilot görüşmeler sırasında ortaya çıkan alt temalar ise daha sonra eklendi. Ana ve alt temalarda bulunmayan ancak veri analizinde ortaya çıkan toplumsal cinsiyet rolleri ile bulgular, bulgular başlığında ve tartışmada yer aldı. Veriler, görüşmeler tamamlandıktan sonra yapılan kodlama sistemine uygun biçimde düzenlenerek gruplandırıldı, ana ve alt temalar üzerinden analiz yapıldı (Ek 3.1). Gözlemlerde alınan genel notlar veri analizine dâhil edildi. Meslek hastalığı tıbbi tanısı almış olan katılımcıların "demografik bilgilerinin yanı sıra, çalışma ortamları, çalışma ortamındaki zararlı etkenler ve bu etkenlere maruz kalımları, hastalıkları ile ilgili deneyimleri, hastalıklarının kişisel, sosyal ve aile hayatına olan etkileri, temas ettikleri kişi ve kurumlar ile ilgili düşünceleri ve görüşleri" ile veri analizi gerçekleşti.

4. BULGULAR

Aşağıda niteliksel bulguları sunulacak olan araştırmada yer alan meslek hastalığı tıbbi/yasal tanısı almış 20 katılımcının; demografik özellikleri, çalıştıkları sektör ve meslekleri, iş yeri çalışma koşulları, hastalıkları ve iş kazası dağılımlarını kapsayan bilgileri ilgili tablolarda özetlenmiştir. Tablo 4.5'de katılımcıların takma isimleri ile birlikte, çalıştıkları sektörler, hastalıklarının ayrıntısı, tanı aldığı dönemki meslekleri ve tanı aldıktan sonra çalıştıkları yerleri gösteren dağılımları mevcuttur.

Tablo 4.1: Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri (n=20)

Yaş	*30-39*	**10**
	40-49	**6**
	50-59	**4**
Cinsiyet	*Kadın*	**1**
	Erkek	**19**
Eğitim Düzeyi	*Okuma-Yazma bilmiyor*	**1**
	İlkokul	**7**
	Ortaokul	**3**
	Lise	**3**
	Meslek Lisesi	**6**
Medeni Durum	*Boşanmış*	**1**
	Evli	**19**
Çocuk sayısı	*0*	**1**
	1	**1**
	2	**11**
	3	**4**
	4	**3**
Aylık Gelir	*Çalışmıyor*	**3**
	1000-1500 TL	**3**
	1500-2000 TL	**6**
	2000-2500 TL	**2**
	2500 TL üzeri	**6**
Oturduğu Ev	*Kendi*	**14**
	Kira	**6**

Tablo-4.2: Tanı Alınan Dönemde Sektör ve Meslek Dağılımı

Ağır Sanayi	*Çapak kırma*	**1**
	Dökümcü	**3**
	Çekiç Operatörü	**1**
	Makine operatörü	**1**
	Maçacı	**1**
Gemi İmalat	*Kaynakçı*	**2**
	Montajcı	**1**
Hizmet	*Temizlik İşçisi*	**1**
	Bakım-Onarım	**1**
İmalat	*Kalite Kontrol*	**1**
	Bobinajcı	**1**
Mermer	*Katrak Operatörü*	**1**
Otomotiv	*Kaynak Operatörü*	**1**
	Lastik Üretimci	**1**
Tekstil	*Kalite Kontrol*	**1**
	Kot kumlama	**1**
Diğer	*Kum Kurutmacı*	**1**

Tablo-4.3: Meslek Hastalıkları ve İş Kazası Dağılımı

Tıbbi Tanı	*İskelet-Kas Sistemi*	**11**
	İşitme kaybı	**2**
	Polinöropati	**1**
	Kurşun Zehirlenmesi	**2**
	Mesleki Astım	**1**
	Silikozis	**6**
Meslek Hastalığı Yasal Tanısı	*Var*	**4**
	Yok	**16**
Geçirilmiş İş Kazası	Var	**10**
	Yok	**10**

Tablo-4.4: İşyeri Çalışma Koşulları

Ortalama Çalışma Süresi	*20,05 yıl*	
En az çalışma süresi	*10 yıl*	
En çok çalışma süresi	*42 yıl*	
Günlük Çalışma Süresi	*8 saat*	**11**
	10 saat	**2**
	12 saat	**5**
	12 saatin üstünde	**2**
Vardiya Sistemi	*Var*	**18**
	Yok	**2**
İşe Giriş Muayenesi	*Var*	**12**
	Yok	**8**
Periyodik Muayene	*Var*	**18**
	Yok	**2**
İşyeri Hekimi	*Var*	**20**
	Yok	**0**
İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı	*Var*	**20**
	Yok	**0**
Sendika	*Var*	**6**
	Yok	**14**

Tablo-4.5: Çalıştıkları Sektör, Geçmiş ve Şimdiki Meslekleri İle Hastalık Dağılımları

Yaş	Takma İsim	Eğitim	Aylık Gelir	Hastalık	Toplam Çalışma süresi	Tanı Aldığı Dönemde Meslek	Tanı Aldıktan Sonra Çalıştığı Yer
39	Ali	Eğitimsiz	1500-2000	Silikozis	26	Kum kurutmacı	Aynı iş yerinde
38	Alper	Meslek Lisesi	2000-2500	Bilateral epikondilit, rotatif kaf sendromu, omuz darbe sendromu	16	Kalite Kontrol (Elektrik motoru)	Aynı iş yerinde
36	Arda	İlkokul	Yok	Omuz darbe sendromu, bel fıtığı, radikülopati	14	Temizlik işçisi	İşsiz
55	Ayşe	Meslek Lisesi	2500 üzeri	Karpal tünel sendromu, ulnar sinir sıkışması	20	Bobinajcı	Emekli
42	Bora	Lise	2500 üzeri	Silikozis-Karpal tünel sendromu	18	Maçacı	Aynı iş yerinde
40	Burak	Meslek Lisesi	1500-2000	Lomber disk, sekonder artroz bilateral	12	Kaynak operatörü	Aynı iş yeri/Temizlik görevlisi
51	Can	Meslek Lisesi	2500 üzeri	İşitme kaybı-Polinöropati-Ulnar sinir lezyonu	34	Kaynakçı	Emekli
34	Enes	Meslek Lisesi	1000-1500	Kurşun zehirlenmesi	10	Döktümcü	Aynı iş yerinde/Raporlu
37	Fevzi	Ortaokul	2000-2500	Karpal tünel sendromu, ulnar sinir sendromu	20	Çekiç operatörü	Aynı iş yerinde/Raporlu
38	Hakan	İlkokul	1500-2000	Silikozis	13	Döktümcü	Gıda fabrikasında
38	Hasan Ali	Meslek Lisesi	Yok	Lomber disk, radikülopati, ganglion kisti	20	Makine operatörü	İşsiz
39	Hilmi	İlkokul	1500-2000	Mesleki astım	20	Kaynakçı	Aynı iş yerinde
51	Mehmet I	İlkokul	1000-1500	Silikozis	17	Çapak kırma	Emekli
36	Mehmet II	Lise	1500-2000	Lomber disk	13	Bakım-onarım	Aynı iş yeri/Farklı bölüm
42	Murat	Ortaokul	2500 üzeri	Radikülopati, ulnar sinir sendromu, omuz darbe sendromu, karpal tünel sendromu, servikal disk, lomber disk	20	Otomobil lastik üretimci	Aynı iş yerinde/Raporlu
44	Mustafa	Ortaokul	1000-1500	Silikozis	25	Katrak operatörü	Emekli
46	Ömer	İlkokul	2500 üzeri	Kurşun zehirlenmesi	25	Döktümcü	Aynı iş yerinde
56	Sabri	İlkokul	2500 üzeri	İşitme kaybı	42	Montajcı	Aynı iş yerinde
38	Serkan	Lise	Yok	Enstrümante lomber diskopati, ulnar sinir sendromu	14	Kalite Kontrol (Kumaş)	İşsiz
43	Şahin	İlkokul	1500-2000	Silikozis	22	Kot kumlama	İmalat/Montajcı

4.1. Hastalığa Sebep Olan Etkenler

Katılımcıları hasta eden çalışma ortamları ve etkenler, bulgularda önemli bir yeri kapladı. Bu insanlar için hastalık süreçleri kadar, onları hastalığa götüren sebepler de çok önemliydi. Bir parçalarını onları hasta eden ortamlarda bırakmış gibiydiler. Gerekli önlemler alınmış olsa hastalanmayacaklarının hepsi farkındaydı. Çalışma ortamlarından bahsederken hem öfkeli, hem de üzgündüler.

"...Tabi her şey kafada kalıyo insanın. Beyinde her zaman aynı şey dönüyo. Keşke olmasaydı diyosun. Olmasın." (Hakan, 38, Silikozis)

4.1.1. Çalışma saatlerinin uzunluğu, üretim ve zaman baskısı

Katılımcıların çalışma ortamları ile ilgili düşünceleri içinde başta gelen konu çalışma saatlerinin uzunluğu oldu. Küçük işletmelerde çalışan iki katılımcı dışındaki 18 katılımcı vardiyalı çalışmıştı. Vardiyalı olmasından bağımsız bir şekilde, her iki grup da gerekli olduğunda fazla mesai yapmıştı.

"16 yıl bitti çalıştığım firmada. 15 yıl bil fiil kalite kontrol görevlisi olarak çalıştım. Bu zaman zarfında bil fiil yani mesaili çalıştık genelde. Zaten biz yıpratan da bu mesai ve sıkıştırmalar oldu. Gün geliyo 15 saat çalışıyorum. Sonra vardiya oldu. Vardiya da çok güzel bi şey değil ki. 7-7 çalışıyosun. Sabah iş başı yapıyon. Akşam 7'ye kadar, 1 Hafta. 1 Hafta da akşam 7'de işe başlıyosun sabah 7'ye kadar. Zaten bizi öldüren o oluyo." (Alper, 38, İskelet-Kas)

Meslek hastalıklarının aylar, hatta yıllar boyunca tekrarlanan maruz kalımlar sonucunda ortaya çıkan hastalıklar olduğu düşünüldüğünde, çalışma süreleri ile birlikte günlük çalışma saatlerine dikkat edilecek olursa, bu araştırmaya dâhil olan katılımcılar için en kısa çalışma süresinde bile (10 yıl) uzun süreli bir maruz kalım söz konusuydu. En uzun süredir çalışan ise 42 yıldır çalışmakta olan bir katılımcıydı (Tablo 4.4).

Uzun saatler çalışmanın, vardiyaya ya da mesaiye kalmanın her çalışan için olağan kabul edildiği görüldü. Her ne kadar katılımcıların yarısından fazlası mesai

saatlerinin 8 saat/gün olduğunu ifade etmişlerse de çoğu zaman bu sürelerin, yasal olarak belirlenen haftalık 45 saatin dışına çıkabildiğini belirtildi. Bir katılımcı aldıkları iş güvenliği eğitiminde, haftalık çalışma süresinin 45 saat olması gerektiği söylendiği halde 52-53 saat, bir diğeri ise akşam vardiyasında gündüze göre 2 saat daha fazla çalıştıklarını dile getirdi.

Katılımcıların çalışma ortamlarına ait düşünceleri içinde dikkat çeken bir diğer nokta ise, üretim baskısının bu ortamlarda fazlasıyla hissedilmesi oldu. Bir dokuma fabrikasında kalite kontrol görevlisi olarak çalışan bir katılımcı iskelet-kas sistemindeki yıpranmadan dolayı 18 ayrı ameliyat olduğunu, günde 12 saat çalıştığını ve sadece 25 dakika öğle yemeği arası olduğunu söyledi. Bunun yanı sıra, 12.30'da tezgâhının başında olmazsa sistemde gözüktüğünü ve hesap sorulduğunu ifade etti. 12 saat olan günlük çalışma süresine göre sabah ve öğleden sonra iki çay molasının olması gerekirken, gün içinde tek çay molası olan akşam çayını da kontrol yaptığı tezgâhın başında çalışmaya devam ederken içtiğini belirtti.

Zaman baskısının tüm güvenlik önlemlerini aştığı ifade edildi. Gemi imalatında kaynakçı[1] olarak çalışan bir katılımcı, işlerini yetiştirebilsinler diye boya kurumadan kaynak yaptıklarını söyledi. Bu katılımcıda iskelet-kas sistemi hastalığı ve işitme kaybının yanı sıra, kaynak dumanına maruz kalmasından dolayı ileri derecede polinöropati[2] de mevcuttu. Zaman baskısı ile birlikte gerekli önlemlerin alınmadan çalışılması ise bu katılımcının ifade ettiği gibi meslek hastalıklarını kaçınılmaz hale getirmekteydi;

"Şimdi boya kuruyunca çok rahat yanar. Hani fazla zararı olmaz kuruyan boyanın. Ama yaş boyanın her türlü zararı vardır. Fıtrat bizde var aslında, işin fıtratında yok. İki gün daha beklesek, kurusa veya iyi bi havalandırma getirsek! Yani bi yanda kaynakçının başında havalandırma olsa, bi yandan da çıkan gazı çekicek bi havalandırma olsa o fıtratı aşarız da. Biz fıtratı aşamadığımız için Avrupa'dan

[1] Türkiye kimyasal tanker siparişi alan ülkeler arasında beşinci sırada yer almaktadır. Tanker kazalarından sonra yaşanan çevre kirliliğini önlemek amacıyla gemi yapımına getirilen uluslararası standartlar akabinde 'çift cidarlı' tanker yapılması, mevcut tankerlerin bu standarda uygun hale getirilmesi gemi yapımında patlamaya yol açmıştır. Bu durum özellikle 2002-2010 yılları arasında özellikle Tuzla tersanesinde çok sayıda ölümlü iş kazasına yol açmıştır. (http://www.casgem.gov.tr)

[2] Polinöropati: Kol ve bacaklarda ilerleyen kuvvetsizlik ve/veya duyu bozukluğu ile karakterize, omurilikten çıkan sinirlerin yaygın nörolojik hastalığı.

20 yıl sonra biz fıtrata yetişiyoruz. Ama o da bizim fıtratımıza gelmiyo işte denk bize geliyo." (Can, 51, Polinöropati, İşitme kaybı, İskelet-kas)

Katılımcılar, "hedeflenen üretim sayısının" üretim baskısının en çok hissedildiği alanlardan biri olduğunu söylediler. Üretim için belirlenen kotalar, bu işi işçilerin yapabilmesinden çok, "bir kişi belirli bir sayıda yapabiliyorsa, herkes yapabilir" mantığı üzerinden yürümekte olduğunu ifade edildi. Üretimde üst sınırın olmadığını, sadece uzun yıllar ve uzun saatler çalışmanın değil, yıllar geçtikçe üretilmesi gereken sayının da giderek artmasının çalışanların üzerindeki yükü arttırdığını hemen her çalışan dile getirdi. Üstelik çalışanların hiç biri, artık işe girdikleri zamanki genç bedenlerine sahip değillerdi. Lastik üreten bir fabrikanın üretim bölümünde 20 yıl çalışmış olan katılımcı epikondilit[1], bel fıtığı, karpal tünel[2] (2 kez sol, 3 kez sağ), 3 kez de omuz darbe sendromu[3] sebebiyle toplam 10 ameliyat geçirdiğini söyledi. Günlük üretimde ulaşmak zorunda oldukları sayının 250 adet olduğunu, bu sayıya ulaşılmadığı zaman ise işveren tarafından çağırılarak sorgulandıklarını ifade etti. Bir diğer katılımcı ise işverenlerin istenen sayı ile asla yetinmediklerini söyledi;

"...senden devamlı adet isterler. Yani, sana der mesela 300 tane yap; tamam. 300 tane motor istiyorum sizden. Bu böyle değil. Sen 300'ü çıkartırsın 350 olur. 350'yi çıkartırsın 400 olur. 400'ü çıkartırsın 500 olur. Bu şekil yani. Devamlı yüklenirler sana." (Alper, 38, İskelet-Kas)

4.1.2. İş kazaları

Üretim baskısının tetiklediği güvensiz çalışma ortamlarının, meslek hastalıkları kadar iş kazalarına da hazırladıkları zeminle, işçi sağlığını tehlikeye atmaya devam ettiği görüşmelerde ortaya çıkan bir diğer bulgu oldu. Görüşme yapılan katılımcıların yarısı (n=10), bir ya da daha fazla iş kazası geçirdiklerini ifade ettiler (Tablo-4.3).

[1] Epikondilit: Dirsek üzerinde bulunan kasların zorlanma ile yırtılmasına bağlı olarak el bilek ve dirsek hareketlerini kısıtlayan bir hastalık.
[2] Karpal Tünel Sendromu: El bileğinin ortasında bulunan sinirin bası altında kalması sonucu ağrı, uyuşukluk ve güçsüzlükle kendini gösteren bir ya da her iki elin ilk üç parmağını tutan ilerleyici özellik gösteren hastalık.
[3] Omuz Darbe Sendromu: Kolun sürekli omzun üzerine kaldırılmasını gerektiren işler, tekrarlayan fırlatma hareketleri sonucunda omuz tendondalarında oluşan tahriş ve hasar.

İş kazası geçiren katılımcılardan biri şu anda bir gıda fabrikasında engelli kadrosunda çalıştığını belirtti. Dökümcü olarak çalıştığı eski işyerinde, meslek hastalığı olarak silikozisle sadece ciğerlerini değil, iş kazasında bir kolunu da bıraktığını, çalışma ortamında insanlara hiç değer vermediklerini söyledi. "Toz, toprak, pis ortam" diye tarif ettiği eski işyerine işçilerin "aynı bir hayvan gibi" gidip geldiklerini ifade etti. "Her şerde vardır bir hayır" diyerek de eğer iş kazası ile kolunu kaybetmemiş olsaydı şu anda çalıştığı yerde engelli kadrosuyla işe giremeyeceğini, silikozisli olduğu için onu kimsenin işe almak istemeyeceğini ekledi.

"İki tane demir koyarken demir kaydı, kolumun üstüne düştü. Büyük demirler, 900 derecede ısınan demirler kolumun üzerine düştü. Zaten onlar (patronlar) devamlı iş çıkmasını ister. Senin sağlığını düşünmez. Yani beş tane çıkartsan, on tane çıkart der. İş hızlandırır. O devamlı üretim ister, ne olmuş sana ölmüş mü? Onu düşünmüyo zaten. Onlar devamlı böyle." (Hakan, 38, Silikozis)

İş kazasında çalışma arkadaşının sakatlanmasına ya da ölümüne şahit olanlar da bulunmaktaydı. Çekiç operatörü olarak ağır metal sanayide çalışan, kendisi de iş kazası geçirmiş olan bir diğer katılımcı ise hemen her gün iş kazasının yaşandığı ve ölümlerin olduğu çalışma ortamının tehlikelerinden* bahsederken sıradan bir durumdan bahsediyormuş gibiydi;

"Adam çalışırken nasıl olduysa malzemeyi koyarken, öbürü de bastı parmakların beşi gitti. Her iki elinin de. Mesela Mustafa vardı kolunu gopardı. Dirsekten kolu goptu. Mesela Recai vardı eli goptu. Mesela geçen gün arkadaş vefat etti. Çekiç vurdu ona. Ciğerlerini felan parçaladı, kolunu parçaladı. Vefat etti fabrikada. Yani tehlikeli bi iş." (Fevzi, 37, İskelet-Kas)

4.1.3. Yapılan iş-çalışan uyumu

İşçinin fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalışması ve yapılan iş ile işçi arasındaki uyumun gözetilmesi de meslek hastalıklarının önlenmesinde önemli bir ayağı oluşturduğuna genel bilgilerde değinilmişti. Katılımcılar için bu tür bir gözetimin varlığından bahsetmek ise mümkün olamadı. Tüm katılımcılar "evlerine

* Demir-çelik endüstrisi 'ağır' olarak kabul edilen sanayilerden biridir. Tonaj olarak ağır ve büyük malzemelerle makinaların bir yerden diğerine sürekli taşınması, sıcaklığı 1800 dereceyi bulan erimiş metaller, toksik ve aşındırıcı maddeler, solunum sisteminin maruz kaldığı koku, duman ve maddeler ile gürültü çalışanların her gün çalıştıkları ortamlardır.

ekmek götürebilmek" amacıyla ne iş olsa yaptıklarını/yapacaklarını ifade etti. Çoğu meslek lisesi mezunu bile eğitimini aldıkları işlerde değil, bulabildikleri işlerde çalıştığını belirtti. Yaptıkları işi öğrenmek için ise -çıraklık dönemi geçiren iki katılımcı dışında- herhangi bir eğitim almadıklarını söylediler. Daha önce kot kumlamada çalışmış, şu anda mobilya aksesuar imalatında çalışan katılımcının ifade ettiği gibi; "çalışmaya mecbursunuz yani size uyumlu olup olmadığı şey değil, önemli olan para kazanmak aileye bakmak. Bugün hamal ol desen onu da yapıcan."

Meslek Lisesi Metal İşleri Bölümünden mezun olduğu halde kendisine uygun işi bulamadığı ve "yaşam şartları gerektirdiği için" av saçması üreten bir kurşun fabrikasında dökümcü olarak çalışmaya başlayan bir başka katılımcı, her ne kadar yaptığı işi tariflerken çoğul ifade kullansa da, aslında işi tek başına yaptığı ortaya çıktı. Kurşun gibi bir maddeyle çalışmadan önce tehlikeleri ile ilgili bilgilendirme yapılmadığını ve bunun yanında herhangi bir eğitim almadığını dile getirdi;

"Bu firmada dediğimiz gibi sekiz saat çalışıyoz. Sekiz saat içerisinde sadece on dakkalık bir istirahatimiz var. O da yemek molası için biri gelip değiştirdiğinde. Tek kişiyiz. Yüksek kulede çalışıyoz. 76 metre yükseklikte çalışıyoz. (...) Bi daha inemedik aşağı, orda kaldık. Zaten maddi durumlar onu gerektiriyodu. Sabredelim dedik." (Enes, 34, Kurşun Zehirlenmesi)

Katılımcıların büyük kısmının (n=11) yeteneklerine uygun olsun ya da olmasın kendilerini hasta eden işyerlerinde çalışmaya devam ettiği saptandı. Bunlardan üçü raporlu olduğu için görüşmelerin yapıldığı dönemde çalışmıyordu (Tablo 4.5). Ancak raporlarının bitiminde tekrar yaptıkları işe dönecekleri belirttiler. İki kişi ise yaptıkları işlerden alınıp daha "hafif" olarak tabir edilen, aslında "düşük statülü" işlere verilmişti. Hasta olmadan önce usta olarak çalıştığı birimde, temizlik görevlisi yapılarak kendi rızasıyla işi bırakmasını sağlamak için "yıldırma" politikası uygulanan katılımcı, durumun üzerlerinde nasıl bir etki yarattığını yutkunarak anlattı:

"Ben buradan (MHH) gittim raporları götürdüm daha ben içeri girer girmez 'seni masa başı işine verememben' dedi (İSG uzmanı). Neden dedim? 'Böyle bileklerin sorunlu ya mausu tutarken bileklerin acır diye' ... Şeye verdi, temizliğe verdi. Temizlikte dedim ben böyle (bileklerimle) temizlik yapıcam. 'E o kadarlık da yap' dedi bana. Böyle çelişkili durum. E biz de baktığımız kişiler olduğu

için, mecburen bi yerden sonra... İnsan şey yapamıyor, bırakamıyosun yani. İş bulma olayı zor olur diye. Bölüm değişti diye de bazı konularda boyun eğiyosun, yani sineye çekiyosun" (Burak, 40, İskelet-Kas)

4.1.4. Periyodik kontroller

Katılımcıların %60'ı (n=12) işe giriş muayenesi yaptırdıklarını ve işe başlamadan önce sağlıklı olduklarını ifade etti. İşe giriş muayenesi istenmemiş ya da yaptırmamış katılımcılar ise "yoktu eskiden böyle şeyler, aranmazdı" diyerek çalışmaya başlamadan önce genç ve sağlıklı olduklarını dile getirdiler.

Çöp kamyonunda on yıl toplayıcı olarak çalışan ve işini "evine namusuyla ekmek götürebildiği için" severek yaptığını söyleyen katılımcı, aşırı zorlanmaya bağlı "bel fıtığı" ve "omuz darbe sendromu" tıbbi tanısı aldığını söyledi. Belediye için taşeron hizmet veren işyerinin "artık işlerine yaramadığı ve çalıştıracak uygun birimi olmadığı için" iş akdini tek taraflı olarak feshettiğini ekledi. İlkokul mezunu olduğu için başka hiçbir yerde "seni bu halin ile çalıştırabileceğimiz bir iş yok" denilerek işe alınmadığını, işsiz olduğunu, sekiz aydır aldığı işsizlik maaşının da kesildiğini belirtti. Tıbbi tanı almasına rağmen dosyasının Kurum Sağlık Kurulu'ndan çıkabileceğini düşünmediğini ifade etti. 2005'te işe girmeden önce devlet hastanesinden aldığı sağlık raporunda; "o zaman benim belimde ne fıtık, ne omzumda yırtık vardı" diyerek "önceden sağlıklı" olduğunu ekledi.

İş yerinde periyodik muayenenin ise çok yüksek oranla (%90) neredeyse tüm katılımcılara yapıldığı kaydedildi. Ancak periyodik muayenelerin usulen yapıldığını, sonuçların işçi ile paylaşılmadığını ve işlevsel olmadığını hemen her katılımcı dile getirdi. Periyodik muayenelerin çoğunlukla anlaşmalı sağlık biriminden gelen gezici ekipler tarafından yapıldığı söylendi. Bir işyerinde ise periyodik muayeneleri sendika yaptırmış. Hangi sektör olduğuna bakılmaksızın hepsinde standart muayene söz konusuydu; akciğer filmi, (bazen) kan testi ve solunum testi, kulak muayenesi.

"Bizim her yıl kartlarımız var böyle iş yeri hekimi gelir iki tane. İşte şu var mı, bu var mı? Kart üzerinde. Yok, yok, yok, yok. Tamaam. Hadi eyvallah. Rutin kontroller öyle. Başka kontroller yok. Rutin öyle. Öyle başka bir şey yok yani." (Alper, 38, İskelet-Kas)

Bir diğer katılımcı, Meslek Hastalıkları Hastanesine (MHH) gelmese hastalığından (silikozis) haberi olmayacağını, akciğer filmleri çekildiği halde işyeri hekiminin bilgi vermediğini ve bu şekilde yıllarca çalıştırıldığını söyledi. Periyodik kontrollerin pek çoğunun baştan savma yapılmasının yanı sıra, işçilerin şikâyetlerinin de dikkate alınmadığı tespit edildi. Daha önce alüminyum ve metal sanayiinde çalışmış, tanısı konulduktan sonra granit kesmeden emekli olmuş katılımcı, semptomlarının ciddiye bile alınmadığını ifade etti;

"Doktora dedim böyle böyle rahatsızlığım var dedim, 'yok' dedi 'senin hiçbir sorun çıkmadı' dedi. 'En sağlam sensin' dedi. 'Demek ki sen mahsus yapıyon' dedi. Dedim hanı böyle böyle rahatsızlığım var dedim nefes alırken zorlanıyorum, sürekli terliyom dedim, 'hiç bi sorun yok senin' dedi. İşte buraya (MHH) geldim burda çıktı." (Mustafa, 44, Silikozis).

Kurşun zehirlenmesine maruz kalan bir katılımcı, kurşun ile çalıştığı iş yerinde periyodik olarak alınan kan örneklerinde, kurşun değerlerinin düşük gösterildiğini tesadüfen fark ettiğini belirtti. Aynı gün iki saat arayla işyerinin gezici kan aracına ve bulunduğu ildeki Hıfzıssıhha Halk Sağlığı Birimi'ne kan verdiğini ve sonuçların çok farklı çıktığını söyledi; "Aynı kişi, aynı kan, aynı gün. Yani o iş yerine verdiğim kan değerim 40 çıktı, benim orda verdiğim 67 çıktı." Bir diğer kurşun zehirlenmesi yaşayan katılımcı, kurşun ile çalıştığı halde kan bile vermediğini, periyodik muayenenin akciğer filminden ve tansiyon ölçülmesinden ibaret olduğunu ifade etti.

"Göğüsten film çekiyolar, artık iyi mi çıktı, kötü mü çıktı bize de bi şey demiyolar. Patronla konuşuyolardı." (Ömer, 46, Kurşun zehirlenmesi)

Meslek hastalıkları hastanesinde yapılan gözlem alanlarından biri de görüşmelerin yapıldığı dönemde bir akü fabrikasında çalışan ve kurşun zehirlenmesi şüphesi ile MHH'ne başvuran çalışanlar oldu. Kurşun zehirlenmesini neredeyse bir salgın gibi üretimde olan tüm çalışanlar yaşıyordu. Hastanede sadece çalışanlar değil işveren, işveren temsilcileri, işçi temsilcileri ve sendika da aynı hafta içinde

hastanedeydiler. Akü fabrikasından gelen çalışanların periyodik muayene sonuçları ile ilgili söylemleri katılımcıların söyledikleri ile benzer yöndeydi. Tetkik ya da arkadaşlarını ziyaret etmek için gelen yaklaşık 15 işçi ile hastane kafeteryasında gerçekleşen sohbetlerde bu durum herkes tarafından dile getirildi. İşçiler, işyerinde alınan kan örnekleri ile MHH'nin kan örneklerinin birbirine yakın bile olmadığını söylediler. İşveren yine de MHH'nin kan-kurşun düzeyi ile ilgili sonuçlarına inanmıyor, bir başka laboratuvarda tekrarlanması için baskı yapıyordu. Çoğu başka bir yerde iş bulmanın zorluklarından bahsederek "çoluk çocuğumuz, ödemelerimiz, borcumuz var, n'apacaksın çalışmayıp?" diyerek çalışmaya devam etmek zorunda olduklarını söylediler. Aynı dönemde hastanedeki tüm diğer hastalar, kurşun zehirlenmesi ile gelenlerin tedavisini yapabilmek için taburcu edilmiş ve tedavileri ertelenmişti.

4.1.5. İSG uzmanları ve işyeri hekimleri

Katılımcıların tamamının işyerinde, sürekli ya da yarı zamanlı (işletmenin büyüklüğüne göre değişen) İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Uzmanı ve İşyeri Hekimi olduğu saptandı. 2000'li yılların ortalarında başlayan süreçte İSG ile ilgili yapılan yasal düzenlemeler, hemen her işletmede zaman içinde İSG uzmanı ve işyeri hekimi bulundurmasını zorunlu kılarken, "sayısal" olarak başarı olarak görebileceğimiz yasal bir yaptırımdan söz edilebilir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından işyerlerinde düzenli olarak İSG eğitimlerinin yapıldığı, ancak niteliğinin yanı sıra görülen faydanın da çok sınırlı olduğu, eğitim içeriğinin "baret takın, maske takın"dan öteye geçemediği dile getirildi. Verilen eğitimlerde, bir yandan bir işin hangi koşullarda yapılması gerektiği -kısıtlı da olsa- anlatılırken, diğer yandan bu koşulların sağlanamamasının yarattığı paradoksun çalışanın kendisini değersiz hissetmesine yol açtığı görüldü. Bir katılımcı İSG eğitimlerinden alınması hedeflenen faydayı "Eğitimlerin faydası oluyo da (işçi) kendisine değer verildiğini yani ön planda tutulduğunu hissettiği zaman o aldığı eğitimleri uyguluyo. İşçi, işverenin gözünde değersiz gözüktüğü zaman işvereni umursamıyor, kendi bildiğini yapıyo" diyerek anlattı. Katılımcıların ortak kanaati ise

İSG uzmanının maaşını işveren ödediği sürece işçi lehine kararların alınamayacağı yönündeydi; "...İşveren maliyede olduğu zaman susturuyo onu. O da bi şey yapamıyo yani. Maaşını işveren verdiği için, devlet tarafından verilmediği için işçiye hiçbir faydası yok."

Aynı kanı işyeri hekimleri için de geçerliydi. Katılımcıların, iş yeri hekimlerini "patronun adamı" olarak gördükleri tespit edildi. Bir katılımcı "Onlar direkt zaten işverenle danışıklı dövüşüklü veya onun gizliden elemanıymış gibi, hiç sana değer vermiyolar." diyerek durumu tarif etti.

"Ben doktora (iş yeri hekimi) söyledim böyle böyle ben bu bileklerimden rahatsızım, belimden. Benim için bölüm değişikliğimi isteyebilir misiniz dedim? Normalde onun görevi o, benim buralara kadar (MHH) gelmeme gerek yoktu. O yukarıya bildirseydi bu adamın bölüm değişikliği olsun diye. O yapmadı neden yapmadıysa? İşte işverenle alakalı bunlar baskı yapıyolar.."(Burak, 40, İskelet-Kas)

Sadece üç katılımcı (%15) İSG hizmetlerinin "işe yarar bulduğunu" söyledi. Mühendislik kontrollerinin İSG uzmanlarıyla birlikte arttığını, işyerlerine daha güçlü emme sistemleri ile havalandırmaların yapıldığını, kullandıkları KKM'lerin kalitesinin ve koruyuculuğunun İSG uzmanları ile birlikte olumlu yönde değiştiğini dile getirdiler. Ancak her ikisi de katılımcılar için güvenilir olmaktan uzaktı.

4.1.6. Kişisel koruyucu malzeme kullanımı

İşyerlerinin, katılımcıların ifadeleri doğrultusunda eliminasyon, ikame, mühendislik kontrolleri basamaklarını atlayarak, idari kontrol ve KKM ile önlem alma eğiliminde olduğu anlaşıldı. Tüm çalışanlar tarafından, çalışma ortamlarında İSG'ne yönelik uyarı tabelalarının olduğu, koruyucu önlemlerin en son basamağında yer alan kişisel koruyucu malzeme (KKM) kullanıldığı, ancak KKM'lerin yaptıkları işe uygun olmadığı için tam koruma sağlayamadığını ifade edildi. Bu durum, her işyerinde var olan işyeri hekimi, İSG uzmanı ve KKM'lere rağmen güvensiz ve denetimsiz çalışma ortamlarında bulunduklarını düşündürdü. İşçinin başına iş kazası ya da meslek hastalığı gibi bir talihsizlik geldiği zaman ise suçluyu bulmak çok kolay olmaktaydı;

"Evet, şimdi ne oldu, maske takan sayısı yükseldi, kulaklık takan sayısı yükseldi fabrikada. E şimdi haliyle işveren de meslek hastalıkları %100 engellenebilir gözüyle bakıyorum der. İş kazalarına engellenebilir demiyolar da %90 civarında diyolar şu anda. Ama meslek hastalıkları engellenebilir. Çünkü ben diyo veriyorum kulaklığını, gözlüğünü, maskesini falan. Ama şimdi tabi ne kadar da olsa sen haliyle çıkarma ihtiyacı duyuyosun veyatta o filtrelerin dolma ihtimali oluyo, toz içeri bi şekilde geliyor. Yani ocaklardan çıkan, bizim mesela o çelik eritiliyo ocaklarda. O dumanı bi görseniz! Şimdi engellenebilir ama adi çelik kullanıyosun! Mesela adi çelik kullanınca ocakta şarj oluyo, şarj olunca erime yapıyo. Eriyince de tabi haliyle o eriyince duman meydana geliyo. Duman da fabrika içine yayılıyo. Ne kadar da biz mesela maske de taksak. Bazen var ya, gece vardiyasında, insan böyle nefes bile alamıyo." (Bora, 42, Silikozis, İskelet-Kas)

Silikozis hastası bir katılımcı, kot kumlamada beş sene çalıştıktan sonra ayrıldığı işyeri için "Maske taktım, maske taksan da bi işe yaramaz. İlk üç sene çok maruz kaldık. Sonradan İzmir'den bi yerden kabin sistemi gördüler. Sonra ona dönünce bayağı rahatladı ortam, ama iş işten geçmişti." diyerek mühendislik kontrollerinin gecikmesinin bedelini sağlığı ile nasıl ödediğini ifade etti.

Kaynak operatörü olan bir başka katılımcı, KKM olarak maske kullandıklarını, ancak maskelerin hastanelerde kullanılan kullan-at maskelerden olduğunu, kaynak dumanından korunmak için ise işyerinde önlem alınmadığı gibi yanlış yönlendirildiklerini de söyledi; "Dumana maruz kalıyoduk biz. Duman şey diyolardı mühendisler, 'bu dumanın insan sağlığına zararı yok'. O şekilde söylüyolardı bize."

Katılımcılar KKM kullanımının gerekliliğini biliyor olsalar bile, bazı durumlarda kullanımın zorluğu da gündeme geldi. İşitme kayıpları olan, tersanede farklı birimlerde çalışmış, tecrübeli iki katılımcının kulaklık kullanımıyla ilgili farklı tecrübeleri mevcuttu. Kaynakçı olan katılımcı "kulak tıkacı kullandığında etrafta düşen, yardım isteyen birini, arkadan gelebilecek tehlikeyi duymanın imkânsız olduğunu, dar şaft boşluklarında iletişim kurmayı engellediğini" söylerken, montajcı olan ise "sekiz yıldır sürekli kulaklık taktığını, yemek/çay molaları dışında çıkarmadığını ve yazarak iletişim kurduğunu" belirtti.

4.1.7. Denetim

İşyerlerinde yaşanan bu sıkıntıların belli denetim basamaklarından geçtiğini düşünmek iyimserlik sınırları içerinde kaldı. Katılımcılar tarafından denetimlerin hiç yapılmadığı, yapılsa bile denetçilerin işyerlerine girmediği, girenler için de önlemlerin çoktan alınmış olduğu kızgınlıkla ifade edildi. Zira çalışma koşulları şikâyet edilse bile denetime geleceğiz diye bir ay önceden haber verildiği, denetimlerin göstermelik olarak yapıldığı söylendi. Ortak ifade; "Denetleme geldiğinde çay çorba içiriyorlar, yemek yediriyorlar, cebine parasını koyup gönderiyorlar" oldu. Denetleme dendiğinde akıllarına önce devlet gelmekteydi. Devlet tarafından korunduklarını bilmeleri ve sahipsiz hissetmemelerinin bu süreçte onlar için çok önemli olduğu tespit edildi.

"Devlet artık el atması lazım bazı yerlere. Nasıl el atması? Fabrikaya işte çalıştığın ortama gidecesin, oraların denetlemesini yapacasın, hemi bu ortamda adam çalıştıramazsın diyecesin. Tozu kimyasalı var, kimyalı var oraya bakacasın çalıştırma ortamı ise; çalıştır! Çalıştırma ortamı yok ise; kapat git! Çalıştırma kardeşim. İnsanın sağlığı önemli. Çok öyle fabrikalar var yani. Biz yaşıyoruz yani görüyoruz. Çalıştığımız için biliyorum. Ben yıllardır bu fabrikalarda çalışıyorum." (Hakan, 36, Silikozis)

4.2. Tanı Koyma Sürecinin Yarattığı Zorluklar

Katılımcılar için resmi tanı sürecinin uzun, zahmetli, sürekli yalancılıkla suçlandıkları aşağılamalar ile dolu bir ispat sürecini içerdiğini ve katılımcıların üzerindeki psikososyal yükü en çok arttıran sebeplerden biri olduğu saptandı. Katılımcılar bir yandan hayatlarını yaşanmaz kılan hastalıklarına bir isim konsun diye hastanelere gidip gelmekte, öte yandan tedavileri sürmekte, tıbbi tanı konduğunda işvereni onu işten çıkarmak için fırsat kollamakta, bir yandan da işini kaybetme korkusu ve bu tanı ile başka bir yerde işe girememe korkusu yaşamaktaydı. Geçim kaynakları ile kendi sağlıkları arasındaki bu korkunç paradoksun altına adeta ezildikleri görüldü.

"Benden önce bu hastanede yatan bir abla vardı, o da çöp işinde süpürgecilik yapılıyordu. O ablayı, beni, benden bir ay sonra da başka bir arkadaşım hastaneye yattı, üçümüz rapor aldık diye meslek hastalıkları hastanesinden, iş hakkımızı tek taraflı fes ettiler. Herkes, biz üç kişiyi (işten) çıkardıktan sonra, korkmaya başladı. Bel fıtığı olanlar bile buraya gelemediler bizi de işten çıkartırlar diye. (...) Ben nereye gitsem bana kim iş vericek? Belde fıtık, omuzda yırtık dedim, siz bana uygun iş vermeyip çıkarıyorsanız beni hiç kimse işe almaz." (Arda,36, İskelet-Kas)

Katılımcıların ortak sorunu kendilerini tıbbi olarak bir kez bile değerlendirmeyen bir kurumun (Kurum Sağlık Kurulu) hastalıkları ile ilgili karar sürecinin en tepesinde olmasıydı. "Hiç bizi görmeyen, halimizi hatırımızı sormayan insanlar bize rapor vermeye çalışıyo. İşin en garip yanı bu. Kişiyi karşıda görüp yürüyüşüne veya kol gücüne bakmak ayrıdır. İşte böyle rapor veriyolar." Bu karmaşık sürecin, işveren de dâhil olup itiraz ettiği zaman daha da uzadığı ifade edildi.

"...İki senedir hiçbir şey alamıyorum, aylık alamıyorum. Şu anda işveren itiraz ettiği için. İşi uzatıyolar. Yani amaçları yıldırmak, bi sonraki gelen kişilere örnek olsun ki, uğraşmasınlar". (Serkan, 38, İskelet-Kas)

Meslek hastalığı 2012'de onaylanan katılımcı, "meslekte iş gücü kaybı oranı iki yıl sonraki kontrolde hesaplanacak" kararı çıktığını, üst kurula itiraz ettiğini, ancak aynı kurumun farklı birimleri diye birbirlerini ezmediklerini ve üst kuruldan da aynı kararın çıktığını söyledi. Bu süreçte emekli olduğunu ve memleketine yerleştiğini, sağlık kurulunun kararı uyarınca sürekli kontrole geldiğini, artık evinde oturup emekliliğini yaşamak istediğini de ekledi. Senede iki kez hastalığını ispatlamak zorunda kalan katılımcının sahip olduğu meslek hastalığı açısından kendi adına söyledikleri yorgunluğunu yansıtıyordu;

"Meslek hastalığı denen tanı konduktan sonra benim anladığım, bildiğim kadarıyla bu geçmeyen bi hastalıktır. İnsanları fazla mağdur etmenin bi anlamı yoktur. İlk seferde de tanı konur. İlk seferde de ne verilecekse verilir. Çünkü değişmiyo. İlerliyo, gerilemiyo. 5 yılda bir kontrole çağır, sorun değil. Ama her 3 ayda, her 5 ay git gel git gel. Karşı tarafa da anlatmak zor. Bu yaşta gelmişiz buraya. Bari biraz kalmışken yaşayalım." (Can, 51, Polinöropati, İşitme kaybı, İskelet-kas)

Tanı sistemindeki sorunlar sebebiyle sürecin uzun, yavaş ve zahmetli ilerlemesi bir yana, hasta olduklarını ispat etmek için harcadıkları çaba da tüm dengelerini bozmaktaydı. 2006'da kollarındaki aşırı zorlanmaya bağlı olarak iskelet-kas sistemi ile ilgili mesleki tanı alan ve %63 maluliyet oranı ile 2009'da emekli olan katılımcı, 2012'deki kontrolünde oranın önce %27,2'ye sonra da sıfıra düşürüldüğünü söyledi. Tanı aldığı dönemde, meslek hastalıkları hastaneleri meslek hastalığı tanısı koyabiliyor ve meslekte kazanma gücü kayıp oranı hesaplayabiliyordu.

Hastalığı ile ilgili yaşadığı zorluklar ve işyerinin baskısı sebebiyle o dönemde emekli olduğunu, işyeri ve sağlık kurulu ile hukuksal mücadelesinin hala devam ettiğini söyledi. Kurumlara karşı tüm güvenini yitirdiği bu süre içinde o kadar çok zorluk ve aşağılamaya maruz kalmış ki, hasta olması bir yana yaşadığı suçluluk duygusunu aşağıdaki gibi özetledi;

"Tamamen çöktü yani sinir sistemim. Halen de devam ediyo. O zamandan beri düzelmedim. Bazı şeyleri toparladım, ama yine de hala kendime güvensizliğim çok fazla. Öyle değildim ben. Bu işin içinden çıkamıcaksın gibine geliyo. Hasta olmayı bırak, yani suçluymuşsun gibi hissettirdiler bana kendimi. Hasta olan benim, mağdur olan benim, suçlu da olan benim. Yani öyle bi döneme getirdiler." (Ayşe,55, İskelet-Kas)

Tanı koyma sürecinin çok kritik bir ayağını da her gün onlarca hastayı gören hekimler oluşturmaktadır. Bu sürecin basamaklardan biri olan sağlık kurulları araştırmacının gözlem yaptığı alanlardan biri oldu. Teknik bir tarafı da olan "tıbbi belgelerin hazırlanma" sürecinin çok hassas basamaklardan geçtiği gözlendi. Verdikleri karar sadece meslek hastalarını değil, işverenleri ve nihayetinde onlara tazminat ödeme ihtimali olan kurumları da ilgilendirmekteydi. Hekimler, tanı koydukları yani hekimlik mesleklerini yaptıkları için işverenler tarafından şikâyet edildiklerini ve bu yüzden pek çok defa soruşturma geçirdiklerini ifade ettiler. Araştırmacının gözlemleri, (işverenlerin kanaatinin aksine) hekimlerin herkese meslek hastalığı tanısı vermedikleri gibi, son derece ayrıntılı alınan anamnez, laboratuvar incelemeleri ve tetkiklerin ardından, pek çok hekimin görüş alışverişi sonucunda bu karara varıldığı yönünde oldu. Bu karar alınırken de üzerlerinde olan baskıya rağmen doğru karar vermeye son derece özen göstermekteydiler. Hastalığın

yarattığı etkilerde konuşulacak olan damgalanma, tıpkı meslek hastaları gibi "inandırıcılıktan uzak" diyerek suçlanan ve soruşturma geçiren hekimler için de söz konusuydu.

Görüşme yapılan katılımcıların epikrizleri araştırmacı tarafından da incelendi, kendilerini muayene eden hekimlerin aldığı anamnez ile anlattıkları hastalık hikâyeleri karşılaştırıldığında bir çelişkiye rastlanmadı.

4.3. Hastalık Ortaya Çıktıktan Sonra Yaşananlar

Katılımcıların buraya kadar bahsedilen çalışma ortamları, koruyucu önlemlerin yetersizliğine paralel olarak meslek hastalıklarına hazırladıkları zeminle onları hasta etmekte, tanı sisteminin zorlukları ise kişiyi pek çok sorunla baş başa bırakmaktadır. Hastalıkları işlerini yapmalarını engellerken, sağlıklarını kaybetmenin yanı sıra gündelik hayatları da pek çok şeyle birlikte zor hale gelmektedir.

4.3.1. Günlük aktivitelerin sınırlanması

Silikozis tanısı konmuş olan katılımcı, evinin üçüncü katta olduğunu, ikinci katta soluk soluğa kalarak tıkandığını ve eşinin nefes alma sesini tanıyarak kapıyı açtığını söyledi. İşitme kaybı olan katılımcı, günlük hayatında iletişim ile ilgili sorunlar yaşadığını belirtti. Arkasından seslenen birini, hatta gelen arabanın sesini duymadığını, bağırarak konuştuğunu ve insanların rahatsız olduğunu, televizyonun sesini çok fazla açtığı için eşi ile kavga ettiğini belirtti; "Ayrı oda yaptım kendime. Onlar benim yanıma gelmez, ben onların yanına". Bir başka katılımcı periyodik muayene sonuçları kendisinden saklandığı için çok uzun süre yüksek kan-kurşun düzeyi ile çalıştığını, tedavi gördüğü halde şiddetli kas ve eklem ağrılarının devam ettiğini, ağrısı sebebiyle koltuk değneği kullandığını söyledi. Bu yüzden toplu taşımada "özürlü" muamelesi gördüğünü de ekledi. Bir diğeri, polinöropati ile birlikte yaşadıkları zorlukların, kendisi ile birlikte ailesini nasıl etkilediğini aşağıdaki gibi paylaştı.

"Şimdi benim mesela elime sigarayı yanaştırdığınız zaman siz hemen ısıyı alıp çekiyosunuz. Ben yandıktan sonra (çekiyorum), kollarım yanık. Öbür tarafta kaynak yapılıyo ısıyı hissetmemişsinizdir yanıyosunuz. (...) Yani ben şu an evime iki kilo bi şey götüremiyorum. Ellerimle tuttuğum zaman o gece uyuyamıyorum. Yani hem aileme zararı oluyo, hem bana oluyo. Yani bu zararı sadece biz çekmiyoruz. Bu acı (sadece) bizim değil." (Can, 51, Polinöropati, İşitme kaybı, İskelet-kas)

İskelet-kas sistemi hastalıklarını yaşayanların tümü, evlerine en basit görev olarak gördükleri "birkaç kilo olsun bir şey taşımayı" başaramamanın verdiği zorluğu gözleri dolarak anlattı. Hepsi geceleri yaşadıkları ağrılar sebebiyle uyuyamadıklarını, "Bırak beş kilo patates taşımayı, kızımı, oğlumu, yeğenimi tutup kaldıramıyorum kollarımın ağrısından" diyerek çaresizliklerini dile getirdiler. Tek kadın katılımcı "evde kırılmadık bir şey kalmadı" diyerek, iki-üç tabağı dinlenmeden yıkayamadığını, tencereyi tutamadığı için kaynar reçeli ayağına döktüğünü, torununu iki kez elinden düşürdüğünü anlattı. Bir başkası günlük sıkıntılarından bahsederken; "Mesela önceden çayıma şeker kullanırdım. Çay kaşığını karıştırırken, kaşık parmaklarımın arasından (kayıp) gitmiş ama ben hala karıştırmaya devam ediyorum" dedi ve bunu ameliyat olmadan önce sıklıkla yaşadığını dile getirdi. Oldukça iri yapılı olan katılımcı "Bu vücut ne hale geldi" derken daha önceden tek eliyle bir boğayı nasıl devirip yere yatırdığını anlattı. Bir diğeri vücudunun ne hale geldiğini ve yaşadığı korkuları aşağıdaki gibi ifade etti.

"Belimde platin takılcak, her iki elimde iş kazası var. Hipertansiyon var. Göğüs tansiyonum var. Sol kulakta duyma kaybım var. Ayaklarım varis. Hala uyuşmaya devam ediyo. Hatta bi ara böyle kendi kendime düşündüm. Ayaklarım kesilcek diye korkuyorum. Akşam mesela ağrılardan, diz altından ağrılardan uyuyamadım burda. Gece sabaha kadar sağa dön, sola dön uyku girmedi gözüme." (Hasan Ali,40, İskelet-Kas)

"Eskiden hiç kimseye ihtiyaç duymuyorken muhtaç duruma düşmenin" ağırlığını yaşadıkları belirttiler.

Günlük aktivitelerin sınırlanması ile ilgili olarak meslek hastalıkları hastanesinde ortak alanlarda yapılan gözlemlerden çıkan bulgular da katılımcıların anlattıklarıyla aynı yönde oldu. Poliklinik sıralarında bekleyenler ya da hastane

kafeteryasında oturanlar birbirleriyle sohbet ederken ve karşılıklı olarak hastalıklarını anlatırken benzer yakınmalarda bulundular.

4.3.2. Etkilenen toplumsal cinsiyet rolleri

Günlük aktiviteleri gerçekleştirmekte yaşanan zorlukların katılımcılar için sadece fonksiyon kaybı ile sınırlı olmadığı, toplum içerisindeki rollerinde ve statülerinde de kayba sebep olduğu bulgularda ortaya çıkan önemli bir tema oldu. Katılımcıların büyük çoğunluğu erkekti. Kendilerinin benimsediği ve "erkek" olarak toplumun onlardan beklediği rollerini gerçekleştiremedikleri, bu durumun onlar üzerinde büyük bir baskı oluşturduğu, aile içinde ve dışarıda statü kaybına, depresyona ve damgalanmaya sebep olduğu görüldü. Her şeyden önce onlar kendilerini "eksik" ve "yarım" olarak tanımladılar.

"Şimdi düşünün siz, yani nasıl söyliyim? Kendinizi yarım hissettiğiniz zaman ne düşünüyosunuz? Eşiniz sizi yarım hissettiği zaman ne düşünür? Yani şimdi devamlı hastaneye gidip yatıyosun, sende bi şeyler var. Şimdi bu aileye de yansıyo, çocuğa da yansıyo. Eşiniz de sizi yarım hissediyo. Yani şimdi siz de bayansınız. Eşinizin aslan gibi olmasını istersiniz. Bi yerde de yarım olduğu zaman... Yani insanoğlu her zaman karşısında dört dörtlük bir şey ister. Biz boşanma şeyine kadar çok geldik." (İskelet-kas)

Katılımcılar için "erkek" demek "eve ekmek getiren" demek, böylece "babalık görevini yerine getiren" demek, "kadının karşısında güçlü olmak" demekti. Bunları yapamadıkları zaman daha sinirli, daha alıngan, daha şüpheci olduklarını, kısaca istemedikleri şekilde değiştiklerini ifade ettiler.

"Evde çocuklarıma karşı babalık görevimi, eşime karşı kocalık görevimi yapamadıktan sonra, sürekli bi kendimi aciz hissettikten sonra, bi de bu süreç içersinde sürekli bi şeyleri ispatlamaya çalışıyosun. Zaten ister istemez psikolojikman bitiriyo. Çocuklara karşı zaten sabırsız davranıyom biraz. İster istemez soğukluk girdi araya. Eşime karşı dediğim gibi kocalık vazifelerimde ister istemez ihmal oluyo. İster istemez yani ilk etapta ben çalışırken önceliğim ailemdi, şu anda önceliğim sağlığım oldu. Ailemi ister istemez geri planda bırakmam gerekti. E, tabiî ki bunlarla aile de yıprandı." (Kurşun Zehirlenmesi)

Sürekli hasta olmanın, çalışamamanın, iskelet-kas sistemi hastalıkları yaşayanlar için sürekli ağrı yaşamanın "erkek" olarak tanımladıkları her şeye engel olduğu görüldü. "Kocalık görevi" ve "tam olmak" olarak tanımladıkları cinsel hayatlarının bu durumdan etkilendiği, aile içindeki otoritelerinin sarsıldığı ve sahip oldukları statülerini koruyamadıkları saptandı. Araştırmacının kadın olmasına vurgu yaparak, bedensel ve ruhsal olarak kaybettikleri ile daha da ağırlaşan yüklerini anlattılar:

"Yani şu ortamda şu zamanda hiçbir bayana (eşi için) güvenmiyorum hayatta hiçbir kimseye güvenmem. Ya o da çalışıyor. Ya çalıştığı için 'para benim para' diyo. Şimdi çalıştığın için sen de yeri geldiği zaman 'benim param' dersin. Paran olmadığı zaman mecbur eşine şey oluyosun. Bi baskı yapamıyosun. Siz ablam sayılırsınız benim, benim cinsellik bitti zaten tamamen. Tamamen gitti. Yani ruhsal olarak, şey olarak, her şeyde çöküş içindeyim. Yani benim gibi birisi var ya gerçekten intihar etmesi lazım da işte ölüm en büyük günah olduğu için yapamıyoruz."(İskelet-Kas)

Katılımcılar arasındaki tek kadının da hayatındaki zorlukları toplumun ona atfettiği roller çerçevesinde aktarması şaşırtıcı olmadı. Eşinin ona çok yardımcı olduğunu anlatmasına rağmen, kadın olarak yemek yapması, bulaşık yıkaması, evini temizlemesi gerektiğinden bahsetti, hayatın günlük zorlukları da çoğunlukla "kadınlık görevleri" üzerineydi:

"Ben yapmak zorundayım onu. Ben bi anneyim, bi kenarda eşim, evin kadınıyım. Benim o kadar milyarlarım yok hani evime hizmetçi alıyım da her şeyimi yapsın." (Ayşe, 55, İskelet-Kas)

4.3.3. Meslek hastalığı ve damgalanma

Hastalığı sebebiyle çevresindekiler tarafından dışlandığını, küçümsendiğini ya da bir yakıştırma ile etiketlendiğini düşünenlerin ve/veya böyle hissedenlerin oranı oldukça yüksekti. Katılımcıların %75'i (n=15) kanserli, veremli, hasta, yalancı, sakat, özürlü, engelli, yetersiz, deli, yarım, eksik, suçlu olarak toplum tarafından damgalandıklarını söylediler ya da kendilerini bu şekilde tanımladılar.

En çok karşılaşılan yakıştırmalardan biri "yalancılık" oldu. Özellikle iskelet-kas sistemi hastalıkları yaşayanlar çalışma arkadaşları ya da işverenleri tarafından işten

kaçmak, daha hafif işlerde çalışmak için hasta numarası yapmak ve kasıtlı olarak ameliyat olmakla suçlandıklarını söylediler. Bu yüzden işyerlerinde gördükleri dışlanma ve psikolojik baskı da sistematik olarak artmakta olduğu belirtildi.

"Tabi şimdi haliyle bizi küçük görme oldu yani insanlar ne kadar da yüzüne gülse de ne kadar da efendime söyliyim şey olmasa da tabi hissediyosun yani bunları. Dışlamalar oluyo Bi şeyi yok gibilerinden gibi düşünenler de var yani. Hafif şey de çalışmak için numara yapıyo diyenler de var." (Bora, 42, Silikozis, İskelet-Kas)

Bir katılımcı hastalığını ispat etme sürecinde yaşadıklarını "yalancı durumuna düşmek zaten en kötüsü" diyerek anlattı:

"Şu anda iş yerine gittiğimde yaklaşık dört aydır kapıdan içeri koymuyolar beni. Bunun sebebini sordum. Bi kaç tane arkadaş beni bastonla gördüğü için işi bırakmışlar. 'Biz böyle olmıcağımızın garantisi var mı? Biz böyle olcaz mı?' diyip cevap alamadıkları için işi bırakmışlar. İşyeri de kendine göre karar almış; 'Enes gelirse kimseyle görüştürmeyin, kimse görmesin'. Doktorun yanına bile gidersem güvenlik nezaretinde gidiyom, güvenlik nezaretinde çıkıyom. Gittiğimde öyle bi psikolojik baskı var ki, orda ben zaten dışlanmış hissediyom kendimi." (Enes, 34, Kurşun Zehirlenmesi)

İşyerlerinin ve çalışma arkadaşlarının aksine, aile ve yakın akrabaların geleneksel aile yapısı içinde çoğunlukla destek olmaya ve suçlamamaya özen gösterdikleri ifade edildi. Ancak bu kez de toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili ortaya çıkan bulgularda bahsedildiği gibi katılımcıların kendilerini eksik, yetersiz ve/veya yarım olarak damgalama eğiliminde oldukları gözlendi. Katılımcıların dörtte üçü (n=15) eşi ve/veya yakın aile fertleri ile sıkıntılarını paylaşabildiğini söyledi. Hastalık sürecinde ailelerinin desteği önemli bir ayağı oluşturmuştu. Aileleri için ayakta kaldıklarını, hayata bu yüzden devam edebildiklerini ifade ettiler. Ancak tedavi ve tanı süreci uzadıkça ilişkilerin giderek yıprandığı da eklediler. Çoğu "boşanma noktasına kadar geldik" diyerek zarar gören ilişkilerinden, hastalıklarının onları daha tahammülsüz, daha kırılgan, daha kırıcı, daha şüpheci, daha kötümser, daha güvensiz yaptığını söyleyerek bahsettiler. Ailesinden destek göremeyen katılımcılar da mevcuttu. "Allah kimseye göstermesin zor işler. 'Sen sakatsın' diyo mesela. 'Sen kimsin ki?' diyo. İnsanın zoruna gidiyo mesela. Kızım da diyo, ailem de diyo bazen. Yani doğrusunu söylemek lazımsa, insana dokunuyo tabiî ki."

4.3.4. Meslek hastalığı ve depresyon

Katılımcılar, ailelerinden aldıkları destekten bağımsız olarak çalışamamanın, kronik ağrı ve hastalıkların sebep olduğu diğer etkiler yüzünden "psikolojilerinin bozuk" ve "depresyonda" olduklarını dile getirdiler. Bir katılımcı bu durumu; "Sonuçta çoluğum çocuğum var. 26 aydır çalışmamak ne demek, siz düşünün. Evde oturup eşiniz yanınızda, her gün evde, psikoloji illaki bozuluyo yani" diye anlatırken, diğeri halini "ruhsal olarak her şeyde çöküş içindeyim" ifadeleriyle tanımladı.

"...sürekli hastalık içindesin çünkü canın acıyo. Yani sinirleniyosun elinde değil. Yani evin içinde artık huzursuzluklar başlıyo. Eşine karşı, çocuklarına karşı. Yani tutamıyosun kendini, çok canın yanıyo çünkü. Canın yanınca onlara karşı tavrın, ne biliyim yani, ezip geçiyosun. Çok farkında da oluyodum, ama yapıcak da bi şey yok.(Ayşe, 55, İskelet-Kas)

İçinde bulundukları durum sebebiyle depresyonda olduğunu söyleyen, ilaç desteği ve/veya psikolojik destek alan katılımcı oranı %65 (n=13) gibi yüksek bir orandı. İki kişi mesleki hastalıklarına ek olarak "depresif uyum bozukluğu" tanısı almıştı. Üç kişi intiharı sıklıkla düşündüğünü ifade etti. Bunlardan biri işyerinde ayrılması için yapılan baskıları kaldıramaz duruma geldiğini belirtti; "Ben çok zaman iş yerindeki psikolojik baskıdan dolayı kendimi asmaya kadar gittim. Niye yalan söyliyim ki? Vincin bi tanesine halat taktım. O duruma geldim." Zorluklar dayanılmaz duruma geldiğinde doktor gözetiminde ilaç kullanan bir katılımcı, bu sefer de "deli" olarak damgalandığını söyledi. "O gündür bu gündür de psikolojik depresyon ilaçları içiyorum. Bu sefer de deli diyolar."

Silikozis tanısı almış olanların ruh hallerinin, diğerlerinden farklı olarak çok daha karamsar olduğu, çevrelerinden gördükleri tepkinin işitme kaybı, iskelet-kas sistemi hastalıkları ya da kurşun zehirlenmesinin yarattığı tepkiden çok farklı olduğu söylenebilir. Silikozis hastaları daha çok "kanserli" ya da "veremli" gibi tanımlamalar ile damgalandıklarını ifade ettiler. Geleceklerindeki belirsizliğin hayatlarındaki en büyük kaygı sebebi olduğunu söylediler. Hastalığını öğrendikten sonra malulen değil, süresi dolduğu için emekli olan katılımcı "Artık bilmiyorum nasıl olcak? Düşünüyoz da yapıcak bi şey yok. Düşünüyon düşünüyon sürekli sıkıntı

stres oluyo. Panik atak da var. Stres hapı kullancan dediler. Kullanıyorum bazı faydası oluyo, bazen olmuyo." diyerek kaygılarının onu panik atak hastası yaptığını ifade etti.

Bir başka silikozis hastası yaşadıklarını, görüşme boyunca depresyonun en belirgin özelliklerinden birini sergileyerek sık sık ağlayarak anlattı:

"Tabi insan psikolojik olarak etkileniyo. Şimdi evde hanım olaraktan söyliyim, yani hakkatten çok arkamda durdu. Yani bu konularda çok şey yaptı. Bizim bi dönem çok zor geçti. Yani... Onlar hep benim arkamda durdular, yani çocuklarım olsun, ailem, hanım eşim olsun. Her şeye göğüs gerdiler. İşte zor yani bazı şeyler anlatılamıyo şey yapamıyorum yani... (sessizlik). Bazı şeyler zor, anlatılamıyor...(ağlıyor)"(Bora, 42, Silikozis, İskelet-Kas)

Kot kumlamada hastalanan bir diğer silikozis hastası, aynı zamanda çok öfkeliydi. Hastalığı sebebiyle aldığı ek 365 TL ile geçinmenin ve kendisi için malulen emekliliğin[1] imkânsız olduğunu söyledi; "%60 diyo. %60 ne demek biliyo musunuz? Ağzınız maskeli yatağa yatmak, nefes alıp ver. Başka bi şey yok!". Devletin kot kumlamada koyduğu yasaktan[2] sonra da sahip çıkmadığını dile getirdi. "Bu devletin suçu, yasaklamak yetmez" diyor. Daha insani ortamlarda çalışma imkânı verilmesini istiyor; temiz ve havadar yerlerde. Eklediği diğer şeyler tüm silikozis hastaları için geçerli olacak nitelikteydi;

"Bu iyileşebileceğiniz bi hastalık değil, onu da biliyoz, bi tedavi de yok. İnsanın siz psikolojisini düşünün artık. İnsan biraz karmaşık duygular hissediyor. Mesela, ölürsem geride bıraktıklarım ne olacak bilmiyosun. Ne olucağını da bilmiyosun! Tedavi yok diyo, sana ilaç vermiyor. Şunu ye, şunu yeme de demiyo. Sadece temiz hava diyo, başka bi şey demiyo. Senin psikolojin nasıl olur ben sana soriyim şimdi? Herkes şimdi hasta diye bakıyo sana. Mesela hastaya nasıl bakarlar o şekil." (Şahin, 43, Silikozis)

[1] Çalışma gücünün en az %60'ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı, malûl sayılır. (5510 sayılı SGK ve GSS kanunu, Madde: 25)
[2] Sağlık Bakanlığı Mart 2009 yayınladığı genelge ile kot beyazlatmada kullanılan püskürtme işleminin kum ya da silika kristalleri içeren herhangi bir madde kullanılarak yapılmasını yasakladı.

4.3.5. Meslek hastalığı ve işsiz kalma korkusu

Yapılan görüşmelerde sıkça tekrarlayan bir tema da işsiz kalma korkusu oldu. Katılımcıların %70'i (n=14) en büyük korkularından birinin işsiz kalmak ve ailesini geçindirememek olduğunu söyledi. Silikozis hastası katılımcı tanısını bir sonraki işyerinde aldığını söyledi. Yeni işvereni "Bilseydim seni bu halde işe almazdım" dediği için "ben şimdi işten çıkıyım beni bu şeylen kimse işe almaz" diye işsiz kalma korkusunu ifade etti. İskelet-kas sistemi hastalığı yaşayan bir katılımcı diğerlerine gözdağı olsun diye işten çıkarıldığını söyledi. "Adam diyor ki, önceden sağlıklıydın şimdi değilsin. Yani artık yasaların verdiği yetkiye dayanarak 25/1 maddesine göre[1] seni işten atıyor. Şu an diyor benim işime elverişli değilsin diyor. Bu kadar basit". Bir diğeri her işe gittiğinde aynı korkuyla karşı karşıya geldiğini söyledi; "artarlar mı işten? Onlan, o korkuylan gidiyosun". İşverenin ne kadar kolay işten çıkarabildiğini bir katılımcı "Bozulmuş bir oyuncak gibi bizi bir kenara atıyorlar. Oynuyor oynuyor, bozulunca da bir kenara bırakıveriyorlar" sözleriyle dile getirdi. Birçok ameliyat olan ve uzun süredir çalışamayan katılımcı, işvereninin onu işten çıkarma olasılığına kesin gözüyle bakıyordu:

"26 ay, nolucak çalışabilcek miyim? Atılcak mıyım? Hep bunu kafamda düşünmeye başladım yani. Dediğim gibi 26 ay ve 10 a yakın ameliyat yani. Şu anda oranın işvereni ben olsam ben kabul etmem kendi kendimi kabul etmem mesela."(Murat, 42, İskelet-Kas)

İşsiz kalma korkusuyla, bedenleri robotların yapması gereken işlerin altında ezilirken MHH'ne gelemeyen çalışanların varlığı söz konusuydu. Elektrik motorlarının yapıldığı fabrikada montaj bölümünde kalite kontrol görevlisi olarak çalışan katılımcı;

"Makinalar var, yardımcı robotlar var parçaları tutan. Onları kullandığı zaman işçiler, üretim gecikiyo diye onları kullandırmıyolar. Bu şekilde seri ve ağır üretim olunca da yani belde olsun, boyunda olsun, diz kapaklarında olsun, kollarda olsun, bileklerde olsun sorunlar oluyo. İş yerlerinde

[1] 4857 sayılı eski iş kanundaki Madde:25'e göre; Süresi belirli olsun veya olmasın işveren, aşağıda yazılı hallerde iş sözleşmesini sürenin bitiminden önce veya bildirim süresini beklemeksizin feshedebilir: I- Sağlık sebepleri: (1) b) İşçinin tutulduğu hastalığın tedavi edilemeyecek nitelikte olduğu ve işyerinde çalışmasında sakınca bulunduğunun Sağlık Kurulunca saptanması durumunda.

böyle sorunları olan arkadaşlar var. Onlar da cesaret edip meslek hastalıkları hastanesine gelemiyolar. İş çıkışı olur, işten atılırım, işsiz kalırım diye. Normalde makineyle yapılcak işler oluyo. Onlarla çalışıldığı zaman üretim düşüyo diye, 5-10 parça düşüyo diye insanlara yaptırıyolar."(Burak, 40, İskelet-Kas)

Gemi yapımında kaynakçı olarak çalışmış şu anda emekli olan katılımcı, hastalığı sebebiyle üç yıl işinden uzak kaldığını belirtti. Bu süre içinde sürekli işten atılma korkusu yaşadığını söyledi.

"O açıdan da psikolojiniz bozuluyo. Ben burda çok sinir hapları kullandım. Raporlarım var. Yani psikolojik olarak ta yıkılıyosunuz. Çünkü günümüz geçinme çağı. Yani hem sağlığınızdan oluyosunuz, karşılığında işten atılma riskiyle karşı karşıya kalıyosunuz. Bu adam bana yaramıyosa ben niye bakıyım hesabı olur. Ama demez bu adam benim için bu hale geldi veya benim için değil de yaptığı işten dolayı bu hale geldi. Onu kimse düşünmez maalesef. Ülkemizde bu var. Siz de biliyosunuz. Biz daha iyi biliyoruz, biz acısıyla biliyoruz.." (Can, 51, Polinöropati, İşitme kaybı, İskelet-kas)

4.3.6. Meslek hastalığı ve geleceğe ait belirsizlik

Geleceğe ait duyulan kaygının da önemli ölçüde yüksek olduğu görüldü. Bütün katılımcılar geleceğe oldukça karamsar baktıklarını ve plan yapamadıklarını ifade ettiler. Birçoğu hastalığına teslim olmuştu, kendini sahipsiz hissediyordu, hakkını aramak ile ilgili bir çabası ve hak elde etme umudu yoktu.

"Yani geleceğe dair bi umudum da yok. Valla şimdi hayatı akışına bırakmışız, belki yarın öldüm belli mi olur? Yani şimdi demek istediğim bizi savunan kimse yok, bizi dile getiren kimse yok. Hakkımızı arayan kimse de yok. Kendi başına ne kadar mücadele edeceksin? Bana doktor dedi git hakkını ara. Ben devletten hakkımı nasıl alıcam? Biraz bağırdım mı tutup seni içeri alırlar hiç gözünün yaşına bakmazlar." (Şahin, 43, Silikozis)

Bazılarının da yaşadığı tüm olumsuzluklara, karamsarlığa rağmen hakkını aramak için uğraştığı görüldü. İşyerine açtığı davaların sonuçlanmasını beklediğini söyleyen katılımcı; "Yani herkes ölünceye kadar son dakkasına kadar bir plan yapar. Kendimi toparladıktan sonra devlet bana zaten vermiş bi engelli-özürlü diye. Engelli-özürlü diye kendime göre sağlığıma el verişli iş bulup çalışıcam." diyerek iş

bulma umudunu yitirmediğini ifade etti. Bir diğer katılımcı, süreci ile ilgili internette araştırma yaptığını, notlar aldığını, yaşadığı tecrübeleri kitaplaştırarak paylaşmak istediğini söyledi. "Sadece diyorum bunlar bitsin. Olur, iyileşirsem ki inşallah da iyileşicez. Kendi mesleğimde ilerlemek isterim."

En çok korktukları durumların iyileşememek, sakat kalmak, bir daha eski haline dönememek, çalışamamak olduğu ifade edildi:

"Kalıcı bi hasar olmasından, çalışamaz hale gelmekten. Yani derdim benim emeklilik veya başka bir şey değil. Çalışıp aileme karşı sorumluluklarımı yerine getirmek. Günden güne benim sorumluluklarım artarken hiçbir şey yapamamak, elimin kolumun bağlı olması beni bitiriyo. İster istemez psikolojik olarak zaten bitirdi beni. Nereye gideceğini ben de bilmiyorum." (Enes, 34, Kurşun Zehirlenmesi)

Ölüme teslimiyet silikozis hastalarında ortaya çıkan bir bulgu oldu. Kendi durumlarını rasyonalize etmeye çalışırken geleceğe dair en büyük endişelerinin aileleri olduğu görüldü.

"İnsan yani kendini düşünmeseniz çoluğum çocuğum var diyosun. Ölüm şey değil yani. Kendini değil aileni daha çok düşündürüyosun yani. Ailen çoluk çocuğun karşına geldiği zaman çocuk ufak diyosun. Ya bana bi şey oldum mu onlara kim bakar? Başka sıkıntı oluyo insana." (Hakan, 38, Silikozis)

Geleceğe ait planlarda katılımcılar, kendilerinden çok ailelerini, çocuklarını ön plana koyduklarını ifade ettiler. Çocuklarının kendilerinden daha iyi işlere sahip olmaları için eğitim alması, özellikle kız çocuğu olan katılımcıların kızlarını okutmak için yaptığı planlar kayda değer bir bulgu olarak ortaya çıktı. Bir katılımcı, tek hayalinin iki kızını okutmak olduğunu söyledi. Diğer katılımcı yaşadıkları sürecin çocuklarını olumsuz etkilediğini ve onların bir meslek sahibi olmasını ne kadar istediğini aşağıdaki cümleleri ile aktardı;

"Ama benim en çok şey yaptığım da çocuklar. Onu (kızı) okutmak istiyorum, oğlanı iş sahibi yapmak istiyorum, okutmak istiyorum. Planlarımız bunlar, yani onlar okurlarsa, hani bi meslek sahibi olurlarsa bizim için en büyük şey bu olacak yani." (Bora, 42, Silikozis, İskelet-kas)

4.3.7. Meslek hastalığı ve güven duygusu

Meslek Hastalığı olan kişiler için adı Meslek Hastalıkları Hastanesi olan ve içinde bu işi bilen insanların varlığının, onların psikososyal desteğinde çok önemli olduğu saptandı. Zira sürekli inandırıcılıkları sorgulanan meslek hastalarının, en başta güvenme ihtiyacı içinde oldukları görüldü. Yaşadıkları onca olumsuz tecrübeye rağmen, kendilerini önemseyen, her şeyden önce "hastalıklarına inanan" insanların arasında olmanın verdiği güven hissiyle tedavilerini sürdürdüklerini söylediler. Sağlık hizmeti aldıkları başka kuruluşların da olduğunu, ancak başka yerlerde sağlık personelinin buradaki kadar ilgili ve sabırlı olmadığını belirttiler. Ancak kendilerini evlerinde hissettikleri bu hastanelerin, işçiler dışında sağlık hizmeti veriyor olmasından hoşnut değillerdi. Kendilerine "aileden biri gibi" davranıldığını söyleyen de oldu, MHH'nde önceliğin kendilerinde olması gerekirken polikliklerde sıra beklediklerinden şikâyet edenler de. Bir katılımcı bu durumu "eskiden burası bizim barınağımızdı, artık barınağım diyemiyorum" diyerek ifade etti.

Katılımcıların güvenme ihtiyaçları sadece kurumlara değil kişilere de yönelikti. İSG uzmanları ve iş yeri hekimlerinin bu güven ilişkisinin içinde yer almadığı görüldü.

4.3.8. Son Temenniler

Katılımcıların görüşmelerin sonunda "sesimiz bir yerlerde duyulacaksa" temennisiyle ekledikleri konular benzer oldu. Çalışanlar öncelikle hasta olmak istemiyorlar. Çok çalışmak ile sıkıntıları yok. Sadece kötü ve denetimsiz koşullarda çalışmayı istemiyorlar. Çünkü sağlıklarını kaybettiklerinde bunun bedelini kendilerinden başka kimsenin ödemediğini düşünüyorlar. Amaçları işverenlerinden para koparmak ya da erken emekli olmak değil; "Bana bin trilyon verse n'olur? Sağlık gittikten sonra bence kıymeti yok." Onlar sadece hastalanmadan çalışmak ve ailelerine bakmak istiyorlar. Sağlıklarını onca yıldır çalıştıkları ekmek kapılarına bırakırken, aynı şekilde "onca yıldır para kazandırdıkları" işverenleri tarafından da önemsenmek istiyorlar.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Meslek hastalıklarının yarattığı psiko-sosyal etkileri anlamak için yapılan bu araştırmanın bulguları, çalışanların meslek hastalığı teşhis ve tanı sürecinde yaşadıkları deneyimlerin ruh sağlıklarını, aile ilişkilerini, bireysel ve sosyal yaşam becerilerini önemli ölçüde etkilediğini ortaya koymaktadır. Meslek hastalığına yol açan nedenlerin başında üretim baskısının yoğun olarak yaşandığı güvensiz ve denetimsiz çalışma ortamları, uzun ve vardiyalı çalışma saatleri gelmektedir. İşsiz kalma korkusu bu araştırmada, tüm olumsuzluklara katlanmayı meşrulaştıran bir bulgu olarak ortaya çıkmıştır. Damgalanma, depresyon, sosyal uyum bozuklukları, geleceğe dair umutsuzluk, sahipsiz hissetme, meslek hastalığı sürecini yaşayan katılımcıların sıkça dile getirdikleri sorunlardır. Resmi tanı sürecinin uzunluğu ve zorluğu, hastalık süreci kadar kişinin sosyal ve işle ilgili motivasyonunu olumsuz etkilemektedir. Tıbbi tanı koyma sürecinde önemli bir ayağı oluşturan meslek hastalıkları hastanelerinin katılımcıların psikososyal desteğinde önemli bir yeri olduğu önemli bir bulgu olarak çıkmıştır. Güvenme ihtiyacı içinde olmaları ve bu kurumda kendilerini güvende hissettikleri söylenirken, diğer kurumlar için aynı etkiden bahsetmek mümkün olmamıştır. Ne yazık ki, iş yeri hekimleri ve iş sağlığı güvenliği uzmanları da katılımcılar için "güven" duyulur olmaktan uzaktadırlar.

Bu bağlamda, mesleki hastalıkların etkileri üzerine yapılacak bir tartışma ortaya çıkan bulguların eşliğinde çok boyutlu bir bakış açısını da kapsamak durumundadır. İnsan sağlığı ve hayatını ilgilendiren böylesine önemli bir konu; görünür olması pek çok faktörle neredeyse imkânsız hale geldiğinde, en temel hak olan "sağlıklı yaşam hakkını" da görünmez kılmaktadır. Bulgular, hastalık ortaya çıktıktan sonraki ispat etme sürecinde işverenleri tarafından yalan söylemekle suçlanan katılımcıların bu uzun ve zahmetli yolda yalnız kaldığını, sadece fiziksel olarak değil psikososyal olarak da tükendiklerini göstermektedir.

Toplumun önemli bir kesiminin bireysel ve sosyal hayatını onurlu bir şekilde idame ettirmek için çalışmak zorunda olduğu düşünülürse; yaptığı iş ile ilgili, işi yüzünden ortaya çıkan ya da işinin arttırdığı hastalıklarla yaşayan çalışanlarla ilgili

olarak, ülkemizde istatistiklere yansıyan sayılar (Tablo:1.1) bu hastalıkların nasıl gizlendiğinin kanıtı niteliğindedir. Bu araştırmanın bulgularında da ortaya çıktığı gibi, katılımcıların hepsi mesleksel nedene bağlı hastalıkları için tıbbi tanı aldığı halde sadece birkaçının sigortacılık işlemleri bitmiş, yani istatistiklere girmeyi başarmışlardır.

Ülkemizde başımızı kuma gömerek meslek hastalığı yokmuş gibi davranmak, bu hastalıklar ile ilgili koruyucu tedbirlerin alınmasını da engellemektedir. Oysa MH ile ilgili tüm olguların istatistiklere yansıyor olması, sadece tanı konulanlara değil çalışma arkadaşlarına ve ortamlarına ulaşılmasını sağladığı için koruma önlemlerini de sağlamlaştıracaktır.

Çalışma koşullarının çok yönlü olarak bozulması çalışanların hasta olmasına sebep olmaktadır. Güvenli çalışma ortamlarının yaratılmadığı ve hastalıkların daha ortaya çıkmadan önlenemediği, ortaya çıkmış hastalıkların çok büyük kısmının meslekle ilişkilendirilemediği, teşhis konamadığı, teşhis konanların da korunamadığı kısaca salgının görünür kılınıp, yayılmasının durdurulamadığı bir gerçektir. Saptanamayan meslek hastalıkları beraberinde yarattığı psikososyal etkilenmeleri de görünmez kılmaktadır.

Çalışma ortamlarının en başta aşırı çalışma saatleri ile çalışan sağlığını bozduğunu göstermektedir. Çalışanlar sadece vardiyalı değil, yasada belirtilen süreden çok daha uzun saatler boyunca çalışmaktadırlar. Üretim baskısının yoğun yaşandığı, çalışanın üretim sayısının sürekli izlendiği vardiyalı çalışma ortamlarında 10-15 dakikalık dinlenme molalarına bile tahammül edilmediği ifade edilmiştir. Hâlbuki sabah ve öğleden sonra yapılacak 10'ar dakikalık bir duraklamanın bile üretimi %5-12 oranında arttırdığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (23).

Vardiyalı çalışmanın insan sağlığı üzerine etkilerini inceleyen pek çok araştırma yapılmıştır. Bu etkiler sadece yemek yeme, uyku, çalışma evrelerinin değiştiği biyolojik sonuçlar yaratmaz. Barton ve Folkard tarafından geliştirilen standart vardiya çalışma endeksi (24) kaygı ve depresyonu ölçerek, vardiyalı

çalışmanın potansiyel bir psikososyal stres kaynağı olabileceğine, uzun çalışma saatlerinin zihinsel sağlık üzerinde olumsuz etkilerinin varlığına işaret eder. Aynı zamanda iş kazalarının vardiyalı çalışma ortamlarında daha sık yaşandığını belirtir.

Bulgular, uzun çalışma saatlerine güvensiz çalışma ortamları da eklendiğinde MH'nın neredeyse kaçınılmaz hale geldiğini işaret etmektedir. Önleme stratejisindeki birincil koruma, hastalık başlamadan önceki teknik (kontrol hiyerarşisi) ve tıbbi (işe giriş muayeneleri, bağışıklama, sağlık eğitimi vb.) korumayı kapsar. İSG uygulamaları kapsamında değerlendireceğimiz bu tür koruma yöntemleri meslek hastalıkları risklerini ortadan kaldırmaya yönelik girişimlerdir. Beraberinde denetim sisteminin kurulmasını ve etkin olarak işletilmesini gerektirir. Bulgular sağlık ve güvenlik önlemlerinin gerektiği gibi alınmadığını, denetimlerin usule uygun yapılmadığını göstermektedir. Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda eliminasyon ve ikame gibi önlemler söz konusu bile değilken, havalandırma, robotla çalışma gibi mühendislik kontrollerinin ve etkin KKM sağlama gibi önlemlerin de yetersiz kaldığı söylenmiştir.

İkincil korumaya yönelik girişimlerin hastalıkların erken saptanarak tedavi edilmesini, oluşabilecek daha ciddi sonuçları engellemesi beklenir. Aralıklı kontrol muayenelerinin önemi burada ortaya çıkar. Ancak bulgular bu kontrollerin işlevsizliğine işaret etmektedir. Kontroller işverenin anlaşmalı olduğu sağlık birimlerine yaptırılmaktadır. Laboratuvar sonuçları bilerek ya da bilmeyerek yanlış (eksik/fazla) gösterilmekte, akciğer filmi çekilmekte ama okunmamakta, sonuçlar genellikle çalışan ile paylaşılmamaktadır. Tüm bunların sonucunda sağlık sorunu olmadığını düşünen çalışan, başka sağlık kurumuna başvurmadığı (başvurduğu halde tanı konamadığı) için şikâyetleri katlanılmaz hale gelene kadar oyalanmaktadır. Meslek hastalığı tanısı gecikmektedir.

Birincil ve ikincil korumadaki yetersizlikler hastalıkların ortaya çıkmasını hızlandırırken, maaşı işveren tarafından verildiği için çalışanların güvenini en başta kaybeden işyeri hekimleri ve İSG uzmanları için "istemeseler de suç ortağı olabilirler mi?" sorusu akla gelmektedir. Bu araştırmada yer almasa da çalışan sağlığını gözetip

gerekli önlemlerin alınması için işverene bildirim yapan, sonuç alamayınca Çalışma Bakanlığına şikâyet eden ve bu yüzden işinden olan hekimler elbette mevcuttur.* Ancak bu durum genel tabloyu değiştirmemekte ve iş yeri hekimleri ile İSG uzmanlarının tıpkı çalışanlar gibi işsiz kalma korkusu ile hareket ettiğini düşündürmektedir. Oysa hem İSG uzmanlarının hem işyeri hekimlerinin varlıkları, mesleki hastalıkların kayıt ve bildirimine ilişkin kanun ve yönetmeliklerin gereklerinin yerine getirilmesini sağlamada kritik bir rol oynamaktadır. Güvenli çalışma ortamının yaratılmasından sorumlu olan İSG uzmanları, bu ortamların yaratılmasında etkin rol oynayamadıkları zaman her şeyden önce toplum vicdanında suçludurlar. Sağlık gözetimi yapmakla görevli olan iş yeri hekimlerinin, mesleki hastalıkların önlenmesi ve erken tespiti için yaptıkları/yapmadıkları, bu suça ortak olup olmayacaklarını belirler.

Bulgular yapılan iş ve çalışan uyumunun gözetilmediği gibi, meslek hastalığı tanısı alanların hastalığa sebep olan ortamdan uzaklaşması için "yer değişikliği" adı altında statüsü daha düşük işlere verildiklerini ortaya koymuştur. Burada amacın çalışanı işten kaynaklanan tehlikelere karşı korumak değil, yıldırma ve psikolojik baskı uygulayarak kendi rızası ile işten ayrılmasını sağlamak olduğu ortaya çıkmıştır. Hastalıklarının yol açtığı olumsuzların yanı sıra, çalışanlar işyerinde artan psikolojik baskı ile de başa çıkmak durumunda kalmaktadırlar.

Araştırmada çalışma ortamlarına ait düşünceler ve tanı odaklı bulguların fazlalığının bir nedeninin görüşmelerin hastane ortamında gerçekleşmesi nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmüştür. Görüşmeler katılımcıların kendi yaşam alanlarında yapılmış olsaydı kendi yaşamları ile ilgili daha farklı şeyler söyleyebilecekleri, ev ilişkileri, aile yaşantısı, kişisel ve sosyal sorunları ile ilgili daha farklı bulguların çıkabileceği sonucuna varılmıştır. Bu bulguların fazlalığının bir sebebinin de katılımcıların hastalık süreçleri kadar, onları bu hastalıklara sürükleyen sebepleri çok önemsemeleri olarak söylenebilir. Hiçbirinin kendilerini hasta eden ortamları

* http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/10/meslek-hastaligi-tanisi-koymak-isten-atilma-sebebi/ (Erişim Tarihi: 05.11.2017)

unutamadıkları, bir parçalarının hala onları hasta eden ortamlarda kaldığı görülmüştür.

Riskleri saptamak ve gerekli önlemleri almak, ihtiyaç duyulan eğitimlerin yapılmasını sağlayarak çalışanlarına uygulatmak en başta işverenin görevi olabilir. Ancak çalışanın sağlığının gözetilmesi, işin yarattığı tehlikelere karşı korunması ve alınan önlemlerin işlevselliğini denetlemesi her sosyal devletin görevidir. Devlet, işveren ya da denetleyen konumunda olduğu her durumda "çalışanı korumak" zorundadır. Bu durumda ortaya çıkan ihmal doğrudan ya da dolaylı olarak devletin sorumluluğundadır. Devlet bunu gerçekleştiremediği zaman, sorumluluğunun ya da aczinin görünür olmasını istemediği içindir ki, meslek hastalıkları bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde nadiren halk sağlığı sorunu olarak algılanır. (11). Ülkemiz için Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu sosyal korumanın gerçekleştiği kurumlardır. Ancak kurumlar arası gerekli koordinasyonun sağlanamaması İSG sistemimizin en büyük sorunudur.

Sosyal korumanın en önemli unsurlarından birinin, zarar meydana gelmeden önce zarara neden olan risk faktörlerini ortadan kaldırmak ve/veya önlemek olduğundan bahsedilmişti. Zarar meydana geldikten sonra tazmini yine sosyal korumayı ilgilendiren bir konudur (üçüncül koruma). Ancak önlemek için yapılacak harcamaların zarar meydana geldikten sonra yapılacak harcamalardan çok daha az olduğunu söylemek mümkündür. Zira meslek hastasının iş göremez duruma gelmesi halinde kendisine geçici ya da sürekli iş göremezlik ödeneği/geliri bağlanacak ve sağlık giderleri karşılanacaktır. Ölümü halinde ise eş-çocuk, anne ve baba gibi hak sahiplerine ölüm aylığı bağlanacaktır (25). Bu da sosyal güvenlik maliyetlerinin ve ülkelerin gayrı safi milli hasılalarına yansıyan yükün artması anlamına gelmektedir. Ayrıca hastalıklar sadece işgücü kaybına değil, bireysel ve sosyal sorunlara da sebep olmaktadır. Bir çalışanın meslek hastalığı sebebiyle önce sağlığını, çoğu zaman işini ve hatta hayatını kaybetmesi, bakmakla yükümlü olduğu ailelerine de zarar vererek onları da bakıma muhtaç hale getirmektedir. Tanı sisteminde yaşanan sorunlar çalışanları ve ailelerini sosyo-ekonomik olarak çok zor duruma düşürmektedir.

Tıp yazınında yer alan "önce zarar verme" ve "koruma tedaviden üstündür" ilkeleri hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek, önlenmiyorsa erken tanıyı öncelemek ve hastalık seyrini kontrol etmek açısından önemlidir. Doksanlı yılların ortalarından itibaren dördüncül koruma kavramı ortaya çıkmıştır. Tıbbi olarak hastaları aşırı tedavinin yaratacağı zararlardan koruma olarak tanımlayabileceğimiz kavramı (26) Akkurt çalışan sağlığı açısından farklı şekilde yorumlar. Akkurt'a göre dördüncül koruma; meslek hastalığına bağlı sosyal kayıpları olan kişilere maluliyetleri oranında uygun tamamlayıcı sosyal desteklerle bir takım sosyal hakların verilmesidir.* Bu açıdan bakıldığında MH tanısı almış olan kişiler için, tüm koruma düzeylerinde sorunlar olduğu, ancak özellikle dördüncül korumanın hiç bulunmadığı ifade edilebilir.

İş kazaları ve meslek hastalıklarının yer aldığı istatistikler bize, kaç kişinin hangi kazayı geçirdiğini ya da hasta olduğunu, bunların hangi sektörlerde yaşandığını, işten kalma oranını, maliyetini, cinsiyetlerini, yaşlarını, eğitim durumlarını söyleyebilir. Ancak iş kazası ve hastalıkların neden olduğu acı derecesi ya da sakatlıkların, çalışanların bireysel ve sosyal hayatlarına olan etkisini raporlayamazlar. Diğer bir deyişle, meslek hastası çalışan için hayati öneme sahip olan "insan acısının" sadece işe değil, aileye ve topluma katkıda bulunma becerisi açısından maliyetini ve bu acıyı azaltmanın yollarının neler olduğunu sorgulayamazlar (27).

Bu araştırmanın bulguları, hastalık sürecinde çalışanların bu acıyı nasıl yaşadıklarını anlamak açısından önemlidir. Diğer taraftan niteliksel olmasına ve istatistiklere yansımayan "insan acısını" göstermeye çalışmasına rağmen, ortaya konan veriler, meslek hastalığı olan çalışanların sayılabilir ve görünür kılınması yönündeki çabalara katkı sağlamaktadır.

Bulgular, sağlıklarını kaybeden çalışanların beraberinde işlerini kaybetme korkusunu yaşadıklarını göstermektedir. İşsiz kalma korkusunun zihinsel sağlık üzerinde önemli ve olumsuz etkiler yarattığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır

* http://www.solunum.org.tr/haber/406/prof-dr-ibrahim-akkurt-hocamizin-meslek-hastaliklari-uzerine-makalesi.html (Erişim tarihi 20.10.2017)

(8). İşsizliğin makro ve mikro sonuçları vardır. Ekonomik ve psikososyal boyut olarak tanımlanan bu sonuçlar, işsizler çalışıyor olsaydı elde edilebilecek üretim miktarının kaybı ile işsiz kalmış olan bireyler ve ailelerinin yaşayacakları psikolojik etkilenmeler olmak üzere iki önemli etki yaratır (8,28). Psikolojik etkileri anlamak için yapılan birçok araştırmada, işlerinden çıkarılmış olan bireylerin; özgüven kaybı yaşadıkları, daha fazla depresif oldukları, stres düzeylerinin yükseldiği, yaşam beklentilerinin azaldığı, genel olarak sağlık ve iyilik hallerinde bir azalma yaşandığı, kaygı düzeylerinin arttığı, umutsuzluk, çaresizlik içine girdikleri, içe kapanma, yalnızlık duygusu hissettikleri, özsaygılarının zedelendiği gözlenmektedir (29). Bu araştırmalar aynı zamanda uzun süre çalışmayanların diğer bireylere oranla kaygı düzeylerinin çok daha yüksek olduğu, düşmanca duygular beslediklerini, şüpheci davranış bozuklukları olduğunu ve somatik sağlık sorunları yaşadıklarını da ortaya koymuştur.

Bu araştırmanın bulguları katılımcıların benzer sorunları yaşadığına işaret etmektedir. Uzun süren hastalık süreçlerinde çalışamayan katılımcıların, işten çıkarılma korkusunun yanı sıra, kaygı düzeylerinin arttığı, geleceğe dair umutsuzluk yaşadıkları, çaresizlik içine girdikleri, yalnızlık duygusu hissettikleri, daha depresif olduklarını göstermiştir.

İşsiz kalma korkusu yaşayan çalışanlar işleri ve sağlıkları arasında seçim yapmaları gerektiğinde ailelerine bakabilmek için çalışmayı tercih etmekte ve bu da sağlıklarının giderek bozulmasına sebep olmaktadır. Görünür işsizliğin Temmuz 2017 itibari* ile %10.7, 15-24 yaş genç nüfusta bu oranın %20.6 olduğu düşünüldüğünde ülkemizde meslek hastasının yaptığı işi yapacak çalışan bulmak hiç zor değildir. Bu durumda işverenin yapılan iş ile çalışan uyumunu gözetmesini beklemek iyi niyetli bir yaklaşım olacaktır. Çoğu işverenin yaptığı sermaye maliyet analizlerinde çalışan sağlığı ve kârı arasında kaldığında yöneliminin ne olacağını tahmin etmek güç değildir. Bu çerçevede işveren meslek hastalıklarının önlenmesi için yapılacak bütün işlemlerin karşılığını maddi yük olarak görür ve çalışan için gerekli önlemleri alarak güvenli çalışma ortamları yaratmak için harcanacak her

* http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=24633

kuruşu kâr payını azaltacak ek maliyet olarak değerlendirir (30). Bulgular, katılımcıların işverenleri için benzer yönde söylemleri olduğunu göstermektedir. Bu durumda meslek hastalıklarının tamamen önlenebilir olduğunu söylemini tekrar tartışmaya açmak gerekir.

İş sağlığı ve güvenliği yazınında meslek hastalıklarının önlenebilir olduğuna vurgu yapılır (3). Tıbbi olarak düşünüldüğünde meslek hastalıklarını %100 önlemek mümkündür. Riskler tespit edildiğinde koruma sağlanır ve hastalık oluşmadan önlenebilir mantığı doğru bir bakış açısıdır. Ancak bu iddia, kâr menfaatinin başat olduğu neoliberal mantıkla beraber düşünüldüğünde gerçekçi olmaktan uzaktır. Sanayileşmenin gelişmekte olan ülkelerdeki riskleri arttırması, kayıt dışı istihdam, iş-çalışan uyumunun sağlanamaması, olumsuz çalışma koşulları, iş denetimlerinin yetersiz oluşu, sosyal korumanın yetersizliği, tanı sistemindeki aksaklıklar meslek hastalıklarını ve iş kazalarını arttırmaktadır.

Bulgular yapılan iş-çalışan uyumunun sağlanamaması, olumsuz ve denetimsiz çalışma koşulları nedeniyle meslek hastalıkları yaşayanların, sadece iş performansları değil günlük aktiviteleri de etkilendiği için ailelerine katkıda bulunma becerilerini kaybettiğini göstermektedir. Merdiven çıkmak, alışveriş poşetlerini taşımak, çocuğunu kucağına almak, bulaşık yıkamak, herhangi bir şeyi yerleştirmek gibi basit günlük işleri bile yaparken karşılaşılan zorluklar, özellikle iskelet-kas sistemi hastalıkları yaşayanları fazlasıyla etkilemektedir.

Çevrelerinde "yarım, özürlü, yetersiz" olarak, işverenleri ve çalışma arkadaşları tarafından da "işten kaçmak, tazminat almak için numara yapmak, yalan söylemekle" damgalanmaktadırlar. İşverenin bakış açısı; MH olan çalışanların "sahtekâr" olarak görüldükleri yönündedir. Lippel, damgalanmaya maruz kalanların özellikle tazminat sürecinde "suçlular gibi muamele gördüklerini hissettiklerini" bildirmiştir (31). Araştırma ayrıca, çektikleri acının görünmediği veya ölçülemediği için hasta kişilerin işverenler, hekimler, meslektaşları, komşuları ve aile üyeleri de dâhil olmak üzere çeşitli aktörlerden damgalanmalara nasıl maruz kaldıklarını vurgular. Bu kanallardan gelen damgalanma "şüphe ve/veya güvensizlik" olarak ortaya çıkmaktadır. Bu

durum MH olan çalışanlarda, acılarının gerçek olduğuna diğerlerini ikna edebilmek için ciddi baskı oluşturmaktadır. Bu araştırmanın bulguları arasında, hastalık ve yasal tanı sürecinde katılımcıların benzer deneyimleri mevcuttur. Özellikle işverenlerini, amirlerini ve çalışma arkadaşlarını hastalıklarının gerçek olduğuna ikna etmek durumunda kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışanların işsiz kalma korkusuna toplumsal cinsiyet rollerindeki etkilenme ve statü kaybının eklenmesi, damgalanma ile bunun pekiştirilmesi ruh sağlıklarını giderek bozmaktadır. Damgalanma sadece "inandırıcılıktan uzak olmak" ile sınırlı kalmamaktadır. Bu araştırmanın bulguları, özürlü, engelli, sakat, yetersiz, yarım, eksik, veremli, kanserli olarak damgalanan katılımcıların benlik saygısını ve kendilerine olan güvenlerini yitirdikleri gibi ailevi ve sosyal ilişkilerinin de bu durumdan zarar gördüğüne işaret etmektedir.

Geleneksel toplumsal cinsiyet rolleri ve kalıplarına göre erkeklere eve ekmek getiren rolü verilirken, kadınlar çocukların beslenmesinden ve evin bakımından sorumludur (32). Meslek hastalığı olan çalışanlar bu bağlamda yaşadıkları rol kaybıyla sahip oldukları "erkeklik" kavramını da yitirmektedirler. "Kocalık görevi" ve "tam olmak" olarak tanımladıkları cinsel hayatlarının bu durumdan etkilendiği, aile içindeki otoritelerinin sarsıldığı ve sahip oldukları statülerini koruyamadıkları bu araştırmanın bulgularında ortaya çıkan sonuçlardır. Rollerinde kayıp yaşayan katılımcıların büyük bir kısmı depresyonda olduğunu ve destek amaçlı ilaç kullandıklarını söylemiştir. Ailesinden yakın destek aldığını söyleyen katılımcılar bile bu sebeplerle evlilik birliklerinin sarsıldığını ve çoğu zaman boşanma noktasına geldiklerini ifade etmişlerdir.

Çalıştığı için hastalanan, hastalandığı için gerek iş gerek sosyal performansı önemli ölçüde düşen, bu yüzden kendini yetersiz gören, ailesine bakmak zorunda olup işini kaybetme korkusu yaşayanların bu süreçten zarar gördüğü açıktır. Günlük yaşamı sürdürmede yaşanan zorluklarla birlikte geleceğe ait kaygılar da önemli bir bulgudur. Silikozis gibi iyileşemeyeceklerini bildikleri hastalıklara sahip olanlar, daha çok geride bırakacakları aileleri için kaygılanmaktadırlar. İskelet-kas sistemi ve

diğer hastalıkları yaşayanlar ise sakat kalmaktan, bir daha çalışamamaktan, yasal tanı almaktaki güçlüklerle birlikte geride aileleri için bir maaş bile bırakamamaktan endişe duymaktadırlar.

Meslek hastalıkları aynı zamanda kronik hastalıklardır. Kronik hastalığı olan bireylerin üzüntü, kızgınlık, çaresizlik, sık sık ağlama, ümitsizlik, kaygı, içe kapanma, rol kaybı, benlik saygısı kaybı, ölüm korkusu, başkasına bağımlı olma kaygısı, depresyon, sosyal izolasyon gibi psikososyal problemler yaşadığını, toplumsal rol ve statü kaybına uğradığı daha önce belirtilmişti.

Tıpkı kronik hastalıklarda bireyin yaşadığı sorunlar gibi meslek hastalığı yaşayanların da benzer sorunları bulunmaktadır. Kronik hastalıklar kişilerin başına farklı sebeplerle gelebilir. Beslenmesine, sağlığına özen göstermeyebilir, çok sigara içebilir, genetik yatkınlığı -diyabette olduğu gibi- olabilir. Kişinin ya da ailenin kronik hastalıklarla ilgili kabul sınırları daha farklıdır. Meslek hastalıkları ise tamamen çalışma ortamından kaynaklanır. Kişi sadece yaptığı iş yüzünden hastalanmıştır. Çalışırken ya da çalıştığı için hasta olmak hem meslek hastası hem ailesi için kabul edilemez bir sonuçtur. Bu da hastalığın yarattığı psikososyal yükü daha da ağırlaştırır.

Üstelik iş-sağlık-geçim kaygısı sarmalına bir de tanı sürecinin getirdiği aslında sonu çok belli bürokratik karmaşa da eklenmektedir. Bu süreç meslek hastalarının, sağlık sunucularına ve Kurum Sağlık Kuruluna "git-gel"leriyle geçen uzun bir zamanı kapsamaktadır. Fransız sosyolog Annie Thebaud-Mony "Çalışmak Sağlığa Zararlıdır" (33) isimli kitabında -bize hiç yabancı olmayan- meslek hastalığı tanı sürecini şöyle tanımlamaktadır;

"Meslek hastalığı bildirimi ve meslek hastalığı kabul prosedürü, tuzaklarla ve aşağılanmalarla dolu zahmetli bir yoldur ve genelde; en iyi olasılıkla, gülünç miktarda bir tazminatla, en kötü olasılıkla, reddedilmeyle sonuçlanır. Redden sonra ilgili kişi ısrar ederse, bu kişinin hayatı davalarla, bilirkişi raporlarıyla, duruşmalarla geçecektir."

Yakın zamana kadar tanı koyma sürecinde sayıları sadece üçü bulan Meslek Hastalıkları Hastaneleri yetkili olmuştur. 2008'den itibaren bu yetki MHH ile birlikte, artık tüm sağlık bakanlığı hastaneleri ve kamu üniversitelerinin hastanelerine verilmiştir. Bununla MH tanısının artması beklenmiştir. MHH'lerinin tanı koyma sürecindeki rolü kuşkusuz büyüktür. Bu hastaneler MH tanısı için özel donanıma ve bu donanımı kullanabilen sağlık personeli alt yapısına sahiptir. Kuruldukları günden itibaren adı MHH olan ve çalışan sağlığı ile uğraşan bu kurumların meslek hastalarına verdiği güven hissi, araştırmanın bulgularında da ortaya çıktığı gibi oldukça önemlidir. Meslek hastası, ihtiyacı olan güven ilişkisini tanı ve tedavi süreçlerinden bağımsız olarak bu kurumlarda bulmaktadır. Dolayısıyla MHH'nin varlığı, meslek hastalarının psikososyal desteğinde önemli bir yeri kaplamaktadır.

Diğer sağlık kurumlarının gerek teknik, gerek hizmet altyapısını MHH'nin sahip olduğu gibi düzenlemek tanı koyma sürecini hızlandırabilir. Ancak tanı koymak için yetkilendirme kapasitesindeki artışa rağmen nerdeyse on yılı bulan süreçte tanı koymakla ilgili hala sorun yaşadığımızı istatistiklere yansıyan sayılardan anlaşılabilir.

Çalışma ortamlarındaki son derece görünür ve ortadan kaldırılabilir nedenlerle hasta olan çalışanların, hastalıkları gibi yaşadıkları psikososyal sorunları da görünmezdir. Meslek hastalıklarını ve insan hayatı üzerinde yarattığı bedensel-ruhsal etkilerini görünür kılmaya çalışmak toplumun tüm kesimlerinin sorumluluğundadır.

En başta politika uygulayıcılara bu konuda büyük rol düşmektedir. Meslek hastalığı tanı sürecinde ve/veya sonrasında çalışana sağlanacak rehabilitasyonun yanı sıra sosyal ve psikolojik destek, süreci insan onuruna yakışacak şekilde geçirmelerini sağlayabilir. Uluslararası sözleşmelerde yer alan "tüm çalışanların sağlığın korunması, güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları ile birlikte onurlu çalışma hakkı"na sahip olmasını gözetecek ve garanti altına alacak olanlar kanun koyucular ve uygulayıcılardır. Devlet erkinin bu konuyu önemsemesi ve kararlılığı, işverenlerin tutumunu da belirleyecektir.

Ayrıca sivil toplum kuruluşlarının bu konuda çalışanlara vereceği destek ve bilinçlendirme faaliyetleri önemli katkı sağlayacaktır. Bu konu ile ilgili yapılacak akademik ya da toplumsal çalışmaların, meslek hastalıklarının ve ona bağlı ölümlerin istatistiklere girmesini sağlamaya çalışmakla sınırlı kalmaması, "insan acısını" görünür kılarak toplum vicdanında tıpkı iş kazaları gibi iz bırakabilmesi önemlidir.

Meslek hastalıklarını ve hastalarını görünür kılmak, onların seslerine kulak vermekten de geçiyor. Her gün silikozisli eşinin nefes nefese kalan sesini iki kat yukarıdan duyarak kapıyı açan eş örneğinde olduğu gibi, sessiz çığlıklarını herkes duyabilsin istiyorlar;

"Bakıyorum şimdi etrafta, sesimiz de çıkmıyo kardeşim. Dinleyen de kimse yok. Yani çok büyük bi grup olur da dinlersin. Öyle bi şey de yok. Azınlık dediğin yani azınlıktan bile değil!"(Şahin, 43, Silikozis)

6. KAYNAKLAR

1. Uluslararası Çalışma Örgütü, 155 nolu sözleşme Madde: 3
2. Meslek Hastalıkları Rehberi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ankara, 2011
3. Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği, 3 üncü baskı, S. 187-213, Ankara, Hacettepe, 2014
4. Harrington JM, Gill FS, Aw TC. Gardiner K. Occupational Health; 4th Edition, 1998.
5. Leigh JP, Markowitz SB, Fahs M, Shin C, Landrigan PJ. Occupational injury and illness in the united states estimates of costs, morbidity, and mortality. Arch Intern Medicine 1997;157(14):1557-1568
6. Bilir N. Meslek hastalıkları tanı, tedavi ve korunma ilkeleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2011; 42:147-152
7. Meslek hastalıkları yuvarlak masa toplantısı, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2014; 51-52
8. Reichert A, Tauchmann H. The causal impact of fear of unemployment on psychological health. Ruhr Economic Papers. 2011; 266
9. İş Cinayetleri Almanağı, İstanbul, 2014-2015
10. Şavran T. Meslek hastalıklarının sosyolojik boyutu. 1. İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları Sempozyumu. Ankara, 2014
11. Yasin Y. Mavi beyaza dönerken: kot kumlama işçilerinde bir meslek hastalığı olarak silikozis. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009 (Danışman: Prof. Dr. S Karabey)
12. Boden L, Biddle EA, Spieler EA. Social and economic impacts of workplace illness and injury: current and future directions for research. American Journal of Medicine 2001; 40:398-402
13. Dembe AE. The social consequences of occupational injuries and illnesses. American Journal Of Industrial Medicine 2001; 40:403-417
14. ILO, The prevention of occupational disease. Word Day For Safety and Health At Work, 28 April 2013
15. Akkurt İ. Dünyada ve ülkemizde meslek hastalıkları tanı sistemi. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2014; 51/52: 30-38
16. Workers' Compensation Systems, Part III, Chapter 26, Encyclopaedia of Occupational Health and Safety 4th Edition [Electronic Journal] (http://www.ilocis.org)
17. ILO list of occupational diseases (Revised 2010),
18. Lax MB, Grant AD, Manetti AD, Klein R. Recognizing occupational disease- taking an effective occupational history. American Family Physician September, 1998
19. Levy BS, Wegman DH, Halperin WE. Recognizing occupational disease and injury. Occupational Health 4th Edition, Lippincott Williams-Wilkins: USA; 2000: 99-120.
20. Mete HE, Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008; 11(Ek 3):3-18.

21. Özdemir Ü, Taşcı S, Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 1 Sayı 1, 2013
22. Karadakovan A, Eti Aslan F, Dâhili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010: 99-111
23. Harrington JM. Health effects of shift work and extended hours of work. Occupational and Environmental Medicine 2001;58:68-72
24. Barton J, Folkard S, Spelton E, Totterdell P. The standard shiftwork index: a battery of questionnaires for assessing shift work-related problems.Work Stress 1995;9:4-30.
25. Karadeniz O, Dünya'da ve Türkiye'de iş kazaları ve meslek hastalıkları ve sosyal koruma yetersizliği. Çalışma ve Toplum 2012(3); 15-75
26. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: önce zarar verme, Türk Aile Hekimliği Dergisi 2017; 21 (2): 74-81
27. Keller SD, Quantifying social consequences of occupational ınjuries and ıllnesses: state of the art and research agenda. American Journal of Industrial Medicine 2001; 40:438-451
28. Darity, W. J.; Goldsmıth, A. H. (1993). Unemployment, Social Psychology, and Unemployment Hysteresis. Journal of Post Keynesian Economics, 16(1), 55-72.
29. Goldsmith, A. H.; Veum, J. R. (1996). The Psychological Impact of Unemployment and Joblessness. Journal of Socioeconomics. 25 (3). s: 333-358.
30. Topak O. Meslek hastalıkları ekonomi politiği üzerine notlar. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2014: 51-52
31. Lippel K. Workers describe the effect of the workers' compensation process on their health: a Quebec study, International Journal Of Law And Psychiatry 2007; 30:427–43
32. Moya M, Expósito F, Ruiz J, Close Relationships, Gender, and Career Salience. Sex Roles 2000; 42; 9-10, 825-846
33. Thebaud-Mony A. Çalışmak Sağlığa Zararlıdır. Çeviren: Güren A. İstanbul: Ayrıntı Kitabevi 2012: 257

7. EKLER

Ek 1- Araştırma İzni Onay Belgeleri

Ek 1.1- Acıbadem Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu Onayı-I

ACIBADEM
ÜNİVERSİTESİ

SAYI: ATADEK-2015/13
KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın Tuba Usseli

Sorumluğunu yürüttüğünüz **"Buz Dağının Görünmeyeni: Meslek Hastalıklarının Psiko-Sosyal Boyutları "** başlıklı proje 12.11.2015 tarih 2015/13 Sayılı Atadek Kurul Toplantısında görüşülmüş olup 2015-13/5 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. İsmail Hakkı ULUS
ATADEK Kurul Başkanı

Kerem Aydınlar Kampüsü Kayışdağı Caddesi 32 İçerenköy 34752 Ataşehir İstanbul T 0216 500 44 44 F 0216 576 50 74
www.acibadem.edu.tr

Ek 1.2- Acıbadem Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu Onayı-II

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU (ATADEK)

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın başlığı:
Buz Dağının Görünmeyeni: Meslek Hastalıklarının Psiko-Sosyal Boyutları

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın yürütücüsü (sorumlusu):

Tuba Usseli

Karar:

Kabul (Etik olarak uygun) (X) **Revizyon** ( )* **Etik olarak uygun değil**( )**

Toplantı Tarihi: 12/11//2015 **Karar Numarası:** 2015-13/5

Kurul Üyesi-Unvan Ad-Soyad	İmza	Karara Katılıyorum	Karara Katılmıyorum***
Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus (Başkan)		(X)	( )
Prof. Dr. Güldal Süyen (Başkan Yrd)		(X)	( )
Prof.Dr. Mert Ülgen		(X)	( )
Doç.Dr. Ükke Karabacak		(X)	( )
Doç.Dr. A.Elif Eroğlu Büyüköner		(X)	( )
Doç.Dr. Berrin Karadağ		(X)	( )
Yrd.Doç.Dr. Erdal Coşgun		(X)	( )
Yrd.Doç.Dr. Fatih Artvinli		( )	( )
Yrd.Doç.Dr. Günseli Bozdoğan		( )	( )

Ek 1.3- Acıbadem Üniversitesi Etik Kurul Onayı Üst Yazısı

ACIBADEM
ÜNİVERSİTESİ

Sayı : B.30.2.ACÜ.0.42.00.00- 300/108

14 Aralık 2015

GÜNEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

Enstitümüz İş Sağlığı ve Güvenliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuba Usseli'nin Yrd. Doç. Dr. Yeşim Yasin danışmanlığında yürüttüğü "*Buz Dağının Görünmeyeni; Meslek Hastalıklarının Psiko-Sosyal Boyutları*" konulu tez çalışmasına ilişkin Etik Kurul Kararının bir örneği ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Saygılarımla,

Prof.Dr.Mert ÜLGEN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdürü

Ek: Etik Kurul Kararı (2 sayfa)

Kerem Aydınlar Kampüsü Kayışdağı Caddesi 32 İçerenköy 34752 Ataşehir İstanbul T 0216 500 44 44 F 0216 576 50 76
www.acibadem.edu.tr

Ek 1.4- İstanbul Güney Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği Araştırma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/12/2015-29917

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 35778018-770
Konu : Araştırma İzinleri Hk.
(Tuba USSELİ)

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
(Kerem Aydınlar Kampüsü Kayışdağı Cad. No:32)

İlgi : a) 15/12/2015 tarih ve 55116 sayılı yazınız.
b) 25/11/2015 tarih ve 27998 sayılı yazımız.

Enstitünüz İş Sağlığı ve Güvenliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuba USSELİ'nin "Buz Dağının Görünmeyeni; Meslek Hastalıklarının Psiko-Sosyal Boyutları" konulu araştırmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Meslek Hastalıkları Hastanesinde yapma talebi, 24/12/2015 tarihli Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonunda incelenmiş olup, komisyonda alınan kararla çalışmanın adı geçen hastanede yapılması uygun görülmüştür.

Ancak Üniversitenizde eğitim gören yüksek lisans, doktora öğrencilerinin veya öğretim görevlilerinin Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Tesislerinde araştırma, tez ve anket çalışması yapabilmeleri için Rektörlüğünüz ve Genel Sekreterliğimiz arasında "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalanması gerekmekte olup, söz konusu protokol ilgi (b) yazımız ile tarafınıza iletilmiştir. Bu kapsamda anılan bilimsel çalışmanın protokol süreci tamamlandıktan sonra başlatılması hususunda;

Bilgilerinizi ve ilgiliye tebliği ile gereğini arz ederim.

Dr. Celal ŞAHİN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

İSTANBUL İLİ ANADOLU GÜNEY KAMU HASTANELERİ BİR...
GENEL SEKRETERLİĞİ
İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
Ebru ORAK NİKSARLI
Uzman
Güvenli Elektronik İmzalı Aslı İle Aynıdır.
...../...../ ...

31 Aralık 2015

29.12.2015 Hemşire: Emine DENİZ EĞİLLİ
29.12.2015 Uzman: Gülşen ÜZEL
29.12.2015 Koordinatör Uzman: Mustafa Çoşkun AYAN

Evrakı Doğrulamak İçin : http://ebys.iagb.gov.tr:8028/enVision/Validate_doc.aspx?V=BEL548ADK

Adres:Başıbüyük Mah. Atatürk Cad.No:1 Maltepe/İSTANBUL
Telefon:0216 421 26 26 Faks0216 421 00 05
e-Posta:emineegilli@gmail.com Elektronik Ağ:www.iagb.gov.tr
Ayrıntılı Bilgi için irtibat: Emine DENİZ EĞİLLİ
Unvanı: Hemşire

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak Doğrulaması http://ebys.iagb.gov.tr:8028/enVision/Validate_doc.aspx?V=BEL548ADK adresinden yapılabilir. (PIN:02002)

Ek 1.5- İstanbul Güney Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü

GÜNEY KAMU HASTANELERİ GENEL SEKRETERLİĞİ
ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:
Madde 1-
Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı **İstanbul İli Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği** *ile* .....ACIBADEM.....Üniversitesi.....Rektörlüğü..... arasında düzenlenmiştir.

Konusu:
Madde 2.
Bu protokol Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı verilen hizmetleri, sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

Araştırmanın Yürütülmesi:
Madde 3.

a) Kurumlar arası yapılan protokol neticesinde çalışma yapacak kişiler bağlı oldukları Üniversiteler aracılığıyla üst yazıyla Genel Sekreterliğe başvuracaktır.
b) Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği tarafından değerlendirilecektir.
c) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
d) Veri toplama sırasında hastane çalışanlarından yararlanılacak ise ayrıca Genel Sekreterlikten onay alınacaktır.
e) Çalışmada veri toplanacak kişilerin rızası alınacaktır.
f) Çalışma süresi Üniversite tarafından teklif edilecektir. Çalışma süresinin uzatılması araştırmacının veya üniversitenin resmi talebi ile mümkün olacaktır.
g) Çalışmayı üniversitenin onay verdiği kişiler yapacaktır. Yazıda teklif edilen kişiler ile sahada çalışma yapan kişiler aynı olacaktır. Çalışmaya yeni kişilerin dahil edilmesi ancak Genel Sekreterliğin onayı ile mümkün olacaktır. Aksi taktirde çalışma onayı iptal edilecektir..
h) Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca Genel Sekreterlikten onay alınacaktır.
i) Çalışma üniversite tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası elektronik ortamda ve yazılı doküman halinde Genel Sekreterliğe teslim edilecektir.
j) Her tür ilaç uygulaması veya girişim gerektiren çalışmalarda hastanın kendisi ya da yasal vasisi ile etik kurul onayı esası aranacaktır.
k) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önce de sonlandırabilecektir.
l) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Genel Sekreterlik, Hastane vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün Süresi:
Madde 4.
Bu protokol imzalandığı tarihten itibaren 2 (iki) yıl süresince geçerlidir.

İhtilafların Çözümü:
Madde 5.
Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek anlaşmazlıklar öncelikle tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir. Bunun mümkün olmaması halinde ise hakem sıfatıyla İdari Mahkemelerce çözümlenecektir.

Taraflar:
...../...../2015

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ
İçerenköy Mah. Kayışdağı Cad.
No:32 Ataşehir / İSTANBUL
Tel: (0216) 500 44 44
Kozyatağı V.D. 0050521966

...../...../2015

Doç. Dr. Ahmet Lutfullah ORHAN
İstanbul İli Güney Bölgesi
Kamu Hastaneler Birliği
Genel Sekreteri

Ek 2- "Meslek Hastalıklarının Psiko-Sosyal Boyutları" Araştırması Görüşme Bilgi Formu

Görüşme No: .....

Görüşme tarihi: ...../...../.....

Görüşülen kişi (takma ismi):.....

Görüşmeci:..... .....

(Aynı kişiyle birkaç görüşme yapıldıysa) Görüşme sayısı:.....

Görüşme yeri: .....

Görüşme süresi:.....

1. Cinsiyetiniz:
   - O Kadın
   - O Erkek

2. Yaşınız: .....

3. Doğum yeriniz: (il/ilçe/köy): .....
   - O İstanbul
   - O İstanbul dışında bir kent
   - O Bir ilçe
   - O Bir bucak
   - O Bir köy
   - O Yurtdışı

4. Kaç yıldır İstanbul'da yaşıyorsunuz? .....

5. Eğitim durumunuz (mezun olduğu okul):
   - ○ Eğitimsiz
   - ○ İlkokul/temel eğitim
   - ○ Ortaokul
   - ○ Lise
   - ○ Yüksek
   - ○ Lisansüstü
   - ○ Doktora

6. Mesleğiniz:.....

7. Şu anda çalışıyor musunuz?
   - ○ Evet
   - ○ Hayır
   - ○ İş arıyorum
   - ○ Emekliyim
   - ○ Diğer (lütfen belirtiniz): .....

8. (ÇALIŞMIYOR İSE)
   Ne kadar zamandır çalışmıyorsunuz?: .....

9. (ÇALIŞIYOR İSE)
   Ne iş yapıyorsunuz? .....
   Ne kadar zamandır yapıyorsunuz? .....

   - ○ Ev kadını
   - ○ İşçi
   - ○ Esnaf, zanaatkâr
   - ○ Devlet memuru
   - ○ Nitelikli memur

- ○ Özel sektör çalışanı
- ○ Serbest meslek
- ○ Ticaret
- ○ Tarım
- ○ Diğer

10. Medeni durumunuz:

- ○ Evli
- ○ Bekâr
- ○ Dul
- ○ Boşanmış

11. Çocuğunuz var mı?

- ○ Evet (İse: Kaç çocuğunuz var? .....)
- ○ Hayır

Görüşmeci notları:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ek 3-Meslek Hastalığı Tanısı Almış Çalışanların Hastalık ve Sürece İlişkin Görüşleri Mülakat Rehberi

1. Kişisel bilgiler

Yaş, eğitim durumu, meslek, iş, medeni durum;

(varsa) ailede yaşayan bakmakla yükümlü olduğu kişiler;

Yaşam biçimi nasıl? Beslenme alışkanlıkları, sigara, alkol kullanımı?

Yandaş bir hastalığı var mı?

Kişi kendisi ve uğraşıları hakkında neler söylemek ister?

2. Çalışma ortamına ait düşünceler:

Nerede çalışıyorsunuz?

Çalışma ortamı nasıl bir çalışma alanıdır, neleri kapsar?

Kendisine uygun bir işi yaptığını düşünüyor mu?

Ne iş yapar, yaptığı iş ile ilgili bir eğitim aldı mı?

Yaptığı işi severek yapıyor mu?

Günde kaç saat çalışıyor, çalışma saatleri nasıl, gece çalışıyor mu?

Yaptığı işi onunla birlikte kaç kişi yapıyor?

Yemeklerini nerede yiyor?

İşe nasıl gidip geliyor?

Ne kadar yıllık izin kullanıyor?

Tatil günlerinde çalışıyor mu?

Yöneticileri, amirleri, çalışma arkadaşları hakkındaki görüşleri neler?

İdeal çalışma ortamını nasıl tanımlar?

Sendikası var mı?

3. Çalışma ortamındaki zararlı etkenler hakkındaki görüşler:

Yaptığı işin riskleri var mı? Bunları biliyor mu?

İşini yaparken ne tür malzemelerle çalışıyor, hangi etkenlere, ne kadar süre ile maruz kalıyor?

Daha önceki işlerinde (varsa) zararlı etkene maruz kaldı mı?

Maruz kaldığı etkenin zararlarını biliyor mu? Bilgilendirildi mi?

Kişisel koruyucu malzeme kullanıyor mu? Kullanıyorsa/kullanmıyorsa neden?

İşyeri hekimi/hemşiresi var mı?

İş sağlığı ve güvenliği uzmanı var mı?

İşe giriş muayenesi, periyodik muayeneleri yapıldı/yapılıyor mu?

İş sağlığı ve güvenliği eğitimi ve/veya başka bir eğitim (yangın, ilkyardım vb) aldı mı? Aldıysa ne kadar? Faydasını gördü mü? Çalışma hayatında kullandı mı?

İş kazası geçirdi mi? Çalışma ortamında iş kazasına şahit oldu mu?

4. Hastalığı ile ilgili deneyimler/görüşler:

Maruz kalım öyküsü nasıl?

Hastalığı ile ilgili belirtileri ne zaman fark etti? İşyeri hekimine gitti mi?

Ne zaman tanı kondu? Nasıl bir süreç işledi?

İşyerinin, çalışma arkadaşlarının, arkadaşlarının tepkisi ne oldu?

Tedavisi ne kadar sürdü? Tedavi sürecinde neler yaşadı? Nasıl bir tedavi uygulandı?

Hastanede kendisine refakat eden biri oldu mu?

Hasta iken evin geçimini kim sağladı?

Hastanede yattı mı? Yattıysa ne kadar süre yattı?

İş yeri ile temasa geçildi mi?

(İşe döndü ise) İşe dönüş muayenesi yapıldı mı?

İş yeri arkadaşları içinde aynı maruz kalıma uğrayan var mı?

İş yerindeki arkadaşlarını bilgilendirdi mi?/ bilgilendirildi mi?

5. Hastalığının sosyal, kişisel ve aile hayatına etkileri konusundaki deneyimler:

Hastalık ve tedavi sürecinde yaşadıkları neler?

Ailesinde nasıl karşılandı?

Eşi, ailesi ve çocukları ile ilişkileri hastalık öncesinde ve sonrasında nasıl?

Arkadaşları ile ilişkileri hastalık öncesinde ve sonrasında nasıl?

Hayatı eskisine göre nasıl? Günlük rutinlerinde bir değişiklik oldu mu? Hayatının/kalitesinin değiştiğini düşünüyor mu?

İş performansı ne şekilde etkilendi?

İşe gidemediği dönemde insanların (aile, arkadaşlar vb.) onu nasıl değerlendirdiklerini düşünüyor?

Hasta, sakat, yetersiz olarak dışlandığı oldu mu ya da hissetti mi?

Ruhsal olarak sıkıntı yaşadı mı? Ne tip sıkıntılar yaşadı? Sıkıntılarını başkaları ile paylaşabildi mi?

İşten atılma, çıkarılma korkusu yaşadı mı?

Geleceğe ait kaygıları var mı? (işi ile ilgili, ailesi ve kendisi ile ilgili)

Bundan sonra hayatının nasıl olacağını düşünüyor?

Geleceğe yönelik plan yapabiliyor mu?

6. Sağlık kuruluşlarıyla ilgili deneyimler:

Hangi sağlık kuruluşlarıyla teması oldu?

Verilen hizmetten memnun kaldı mı?

Sağlık kuruluşu ile irtibatı sürüyor mu?

Sağlık çalışanları ile ilgili ne düşünüyor? (doktorlar, hemşireler, diğer sağlık personeli)

Geçirdiği süreçte tıbbi yardım dışında yardım önerildi mi?

7. SGK ile ilgili deneyimler:

Dosyası Kurum Sağlık Kuruluna gönderildi mi?

Dosyası ne zamandır Kurum Sağlık Kurulunda? Üst kurula itira etti mi?

Bu süreçte neler yaptı? Kimler ile görüştü? Kendi dışında biri/birileri ilgilendi mi?

Meslek hastalığı tanısı alabileceğini düşünüyor mu?

Alırsa/almazsa ne yapacak?

Ek 4- "Meslek Hastalıklarının Psiko-Sosyal Boyutları" Araştırması Aydınlatılmış Onam Formu

Ben Tuba Usseli, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı ve Güvenliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tezimi, meslek hastalığı tanısı almış çalışanların hayatlarının sosyal ve psikolojik olarak nasıl etkilediği ile ilgili görüş, yaklaşım ve tutumlarınızı tanımlamak amacıyla yapıyorum. Bu araştırma için, sizin gibi meslek hastalığı tıbbi tanısı almış çalışanlar ile görüşmekteyim. Görüşmemiz sırasında konuşmamızı kaydedeceğiz. Ardından bu kayıtlar yazılı hale getirilecek ve çözümlenecektir. Yapacağım kayıtlar araştırma ekibi dışında hiç kimse tarafından dinlenmeyecek, görülmeyecek ve araştırma raporu oluştuktan sonra imha edilecektir. Konuşmamız sırasında size takma isimle hitap edeceğim. Görüşmemiz yaklaşık bir saat sürecektir.

Araştırmaya katılmak için verdiğiniz onayı görüşmemiz sırasında veya sonrasında geri çekebilirsiniz. Bu durumda yaptığımız görüşme kaydını sizin gözetiminizde imha edeceğiz.

Araştırmaya katılmanızın maddi bir getirisi olmayacağı gibi maddi bir yük de oluşturmayacaktır.

Görüşmenin çözümleme sonuçları bilimsel toplantılarda sunulacak ve bilimsel yayınlarda kullanılacaktır. Ancak kimliğiniz veya kimliğinizin anlaşılmasına neden olacak kişisel bilgileriniz hiçbir yerde yayımlanmayacak ve sunulmayacaktır.

Görüşmecinin imzası:

Yukarıda araştırma için ifade edilen konuları anladım ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının ismi:

İmzası:

Tarih:

8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Tuba	**Soyadı**	Usseli
Doğum Yeri	Yenişehir	**Doğum Tarihi**	28.09.1971
Uyruğu	T.C.	**Telefon**	05326460542
E-mail	usseli@yahoo.com	tuba.usseli@acibadem.edu.tr	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi, Sosyoloji	2014
Lise	Yenişehir Osmangazi Lisesi	1988

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Uzman Eğitmen	Acıbadem Üniversitesi	2009-Halen
2.	Anestezi Teknikeri	Hacettepe Üniversitesi	1990-1997
3.			-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	İyi	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #									
AYES	KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
Başarılı									

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English AYES: Acıbadem Üniversitesi Yabancı Dil Eşdeğerlilik Sınavı

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	58.57	59.03	73.03
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office (Word, Excel, Powerpoint)	Çok iyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer