

# 2.ULUSAL İŞÇİ SAĞLIĞI KONGRESİ

4-5-6-7 Nisan 1988 Ankara



Dizgi  
REGAL Bilgisayar Grafik ve Dizgi Servisi  
1310 Sk. No. 35/A Çankaya - İZMİR  
Tel : 13 69 56

Basım Yeri  
Doğruluk Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.  
1310 Sk. No. 35 Çankaya - İZMİR  
Tel : 14 31 30 - 13 69 56 Fax : 14 31 30

Basım Tarihi : Haziran 1991

Türk Tabipleri Birliği'nin düzenlediği II. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi çalışmalarına 4 Nisan 1988 Pazartesi günü saat 9.00'da Ankara'da Türk-İş Salonlarında (Bayındır Sokak No. 10. Kızılay) başlayacaktır. Kongre, 7 Nisan 1988 Perşembe günü saat 17.30'da sona erecektir. Programı, çağrımızın öteki sayfalarında inceleyebilirsiniz.

Kongremize katılma olanağı bulmanız umu-  
duyla, sağlık ve esenlikler dileriz.

Kongre Bilim Kurulu :

Prof. Dr. Turhan Akbulut

Doç. Dr. Nazmi Bilir

Doç. Dr. A. Gürhan Fişek

Dr. Bülent Piyal

Dr. Engin Tonguç

Doç. Dr. İsmail Topuzoğlu

Kongre Çalışmalarına Diğer Katkıda

Bulunanlar :

Sultan Bike

Dr. Derman Boztok

Dr. Uğur Cilasun

Burak Ekmekçi

Mustafa Kutlutürk

Haluk Orhon

Dr. Ata Soyer

## **TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ (TTB)**

### **II. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi**

**14-7 Nisan 1988**

**Türk-İş Salonları Ankara**

#### **4 Nisan 1988 Pazartesi**

##### **I. Salon I. Oturum**

9.00 - 9.40 Açış Konuşmaları

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi

Başkanı

Prof. Dr. Nusret H. Fişek

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı

Sayın İmren Aykut

Sağlık ve Sosyal Yardım bakanı

Sayın Bülent Akarcalı

#### **10.00-13.00 PANEL**

##### **"İşçi Sağlığının Boyutları"**

Oturumu Yöneten : Prof. Dr. Turhan Akbulut (Emekli Öğretim Üyesi Türk-İş Aile Planlaması Proje Müdürü; TTB)

Konuşmacılar :

Erhan Acar (Mimar)

Doç. Dr. Nazmi Bilir (Hacettepe

Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. A. Gürhan Fişek (Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı Kolu Başkanı)

Mesut Odabaşı (Milli Prodüktivite Merkezi)

Atilla Özsever (Milliyet Gazetesi)

Doç. Dr. Sarper Süzek (Ankara

Üniversitesi Hukuk Fakültesi)

Hüseyin Avni Yardımcı (Teletaş İş

Güvenliği Uzmanı)

#### **14.30 - 15.45 I. Salon - II. Oturum**

Oturum Başkanı : Doç. Dr. Ferruh Korkut  
(İstanbul Tabip Odası Başkanı)

Bildiriler :

Dr. Uğur Cilasun (Türk Tabipleri Birliği

Genel Sekreteri) : Türk Tabipleri Birliği'nin

İşçi Sağlığı Politikası.

Cevdet Selvi (Eskişehir Milletvekili) : İşçi

Sağlığı İş Güvenliği Konusunda Devletin

Denetimi

Hüsnü Çuhadar (Ankara Dış Hekimleri

Odası Genel Sekreteri) : İşyerlerinde

Ağız ve Diş Sağlığı Sorunu

Doç. Dr. Efşin Pınar, Dr. Meltem Altınörs

(SSK Ankara Meslek Hastalıkları Hasta-

nesi) : Zonguldak'ta Kömür İşçileri

Pnömokonyozu Hakkında Bir Saha

Araştırması.

Meral Ekim (BANKS Genel Başkanı) :

Bankacılık İşkolunda İş Sağlığı.

#### **16.15-17.30 I. Salon - III. Oturum**

Oturum Başkanı : Dr. Şükrü Güner

(İstanbul Tabip Odası Genel Sekreteri)

Bildiriler :

Ali Ekber Güvenç (Basın-İş Genel Başkanı) : Sorunun Kaynağı Olarak Örgütsüzlük  
Prof. Dr. Güler Kanra (İSGÜM Müdiresi) : İSGÜM Çalışmalarına Genel Bakış  
Prof. Dr. Övat Güray, Kim. Müh. Dr. Le-man Demir, Y. Doç. Dr. Rian Dişçi : Kurşuna Maruziyetin Yoğun Olduğu İşyerlerinde Periyodik Kontrollerin İşçi Sağlığı Yönünden Önemi  
Prof. Dr. İzzet Barış (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi) : Sanayide Asbest Sorunu.  
Doğan Duman, Necati Altunkaynak (Kristal-İş Genel Sekreteri) : İşçi Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri.

#### **5 Nisan 1988 Salı**

#### **9.00 - 13.00 II. Salon - IV. Oturum (Tartışma Grubu)**

Konu : İşçi Sağlığı İş Güvenliği Kurulları  
Oturum Başkanları : Prof. Dr. Sevinç Oral (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi)  
Dr. Ergin Atasü

#### **9.00 - 10.45 I. Salon - V. Oturum**

Oturum Başkanı : Dr. Orhan Süren (İzmir Tabip Odası Başkanı)

Bildiriler :

Doç. Dr. Bedrettin Türkel (D.B. Deniz Nakliyatı A.Ş.) Denizci Sağlığı  
Dr. Gufran Bakırcı, Doç. Dr. İsmail Topuzoğlu : Bir Fabrika İşçilerinin Sağlık Sorunlarına İlişkin Araştırma.  
Dr. Ömer Mutlu : Yenice İş Sağlığı Merkezi Çalışmalarına Genel Bakış.  
Sabahattin Şen (Türkiye Maden-İş) : İş Kazalarına İlişkin İstatistik Araştırma.  
Prof. Dr. Ayan Gülgönen (TISK-Mikrocerrahi ve Rekonstrüksiyon Vakfı): İş Kazalarında Yaklaşım.  
Dr. Arslan Ebiri (Türkiye Taş Kömürleri İşletmesi) : İş Kazalarında İnsan Psikolojisi Faktörü.

Dr. Yaşar Spor, Prof. Dr. Turhan Akbulut, A. Türkbıkmaz, A. Akayoğlu, N. Morgül (İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi) : İş Kazalarında Ruhsal Etmenlerin Metalden Eşya İmalî İşkolunda Araştırılması.

#### **I. Salon - VI. Oturum**

Oturum Başkanı : Dr. Sıtkı Ünal (Eskişehir Tabip Odası Başkanı)

Bildiriler :

Haluk Orhon (Şeker-İş) : Makine Sanayinde İş Kazası Değerlendirmesi.  
İzzet Şipal (Demiryol - İş) : Demiryolu İşkolunda İş Kazaları ve Maliyetleri.  
Saim Yoloğlu (İnönü Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi) : İş Kazaları ve Absenteizm.  
Dr. Çağatay Güler, Doç. Dr. Nazmi Bilir (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi) : İşçi Sağlığı Değerlendirme Aracı Olarak Harvard Basamak Testi.  
Oktay Öğünç (TMMOB) : Yapı İşlerinde İşçi Sağlığı.  
H. Avni Yardımcı (Teletaş İş Güvenliği Uzmanı) : İletişim ve İşçi Sağlığı  
Doç. Dr. Nazmi Bilir (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi) : Mesleki Kanseler

#### **I. Salon - VII. Oturum**

14.30-17.30 "İşçi Sağlığı ve İşçi Sendikalarının İşlevleri"

Bildiri : Doç. Dr. A. Gürhan Fişek

PANEL :

Oturumu Yöneten : Yıldırım Koç

Konuşmacılar :

Münir Ceylan (Petrol-İş Genel Başkanı)  
Bayram Meral (Yol-İş Genel Başkanı)  
Mustafa Orhon (Türkiye Maden-İş Genel Başkanı)  
Mustafa Özbek (Türk Metal Genel Başkanı)  
Mustafa Başoğlu (Türk-İş Genel Eğitim Sekreteri)

## **6 Nisan 1988 Çarşamba**

### **9.00-13.00 II. Salon-VIII. Oturum**

Konu : İş Hekimliği ve İşyeri Sağlık

Örgütlenmesi

Oturum Başkanları : Doç. Dr. Arslan Tunç-

bilek (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Dr. Haldun Sirer

### **9.00-10.45 I. Salon - IX. Oturum**

Oturum Başkanı : Dr. Selim Ölçer (Ankara

Tabip Odası Başkanı)

Bildiriler :

Ayşe Döler, Y.E. Karakulukçu, N.

Gökhan : İstanbul İki Tersanede Belirli

İş Kollarında Çalışan İşçilerin Fizyolojik

Açıdan Solunum Parametreleri.

Dr. Yıldız Pekşen, Dr. Muhlise Alvir (19

Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi) : Si-

gara İçme ve Sigara Harmanlama İşinde

Çalışmanın Carcinoembryonik Antigen

Düzeyine etkisi.

Ş. Dursun, B. Barutçu, M. Terzioğlu, E.

Yurdakoş, Ö.B. Seçkin, S. Bayoğlu :

Belli Yüksekliklerde, Tomruk Yükleme

İşleminde Çalışan Orman İşçilerinin Ka-

lori Tüketimleri ve İş Verimlerinin

Karşılaştırılması.

Haluk Orhon (Şeker-İş) : Kişisel korun-

ma Araçları Standardizasyon.

Dr. Gufran Bakırcı : Çalışan Hanımların

Annelikle İlgili Sağlık Sorunları.

Doç. Dr. A. Gürhan Fişek : Çocuk

İşçilerin Mediko-Sosyal Sorunları

Araştırması.

Dr. Ergin Atasü : İşçi Sağlığı İş Güvenliği

Kurulları Konusundaki Tartışma Gru-

bu'nun Çalışmalarına İlişkin Rapor

### **11.15-13.00 I. Salon - X. Oturum**

Oturum Başkanı : Dr. Ali Caner (Denizli

Tabip Odası Başkanı)

Bildiriler :

Mahmut Karakoç (Otomobil-İş) : İşçi

Sağlığını Korumada En Geniş Katılımın

Sağlanması.

Mustafa Taşyürek (Kordsa İş Güvenliği

Uzmanı) : İşçi Sağlığı İş Güvenliği ve

Çevre İşleri Çalışmaları.

Hacer Tuna (Petrol -İş) : Krom Üreten Bir

İşyerinde İşçi Sağlığı İş Güvenliği.

Dr. Sinan Budak (Beyoğlu Hastanesi) :

Derinin Üretim Sürecinde Ortaya Çıkan

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Sorunları.

Şaban Tören (Deri-İş) : Deri İşkolunda

İşçi Sağlığı Sorunları ve Çözümleri.

Ziya Ustaoglu (Koop-İş) : Fikir İşçilerinin

Sağlık Sorunu.

İlgi Varış : Sağlık İşkolunda Çalışanların

Sağlık ve Güvenlik Konusundaki Hukuki

Güvenceleri.

### **I. Salon - XI. Oturum**

14.30-17.30 : "Sağlık Alanında Çalışanların

Sağlık ve Güvenliklerinin Korunması"

Bildiri : Doç. Dr. Nazmi Bilir

PANEL :

Oturumu Yöneten : Dr. Erdal Atabek (TTB

Merkez Konseyi Eski Genel Başkanı)

Konuşmacılar :

Doç. Dr. Doğan Benli (Hacettepe

Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Cengiz Güleç (Hacettepe

Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Alpaslan Işıklı (SBF Eski

Öğretim Üyesi)

Dr. Ata Soyer (SSYB Ankara Numune

Hastanesi)

Nimet Karataş (Hacettepe Üniversitesi

Hemşirelik Yüksek Okulu)

## **7 Nisan 1988 Perşembe**

### **9.00-13.00 II. Salon-XII. Oturum**

(Tartışma Grubu)

Konu : İşçi Sağlığı İş Güvenliği Eğitimi

Oturum Başkanları : Prof. Dr. Güler Kanra

(İSGÜM) Dr. Derman Boztok

### **9.00-10.45 I. Salon - XIII. Oturum**

Oturum Başkanı : Dr. Osman Çiftçi (Sivas

Tabip Odası Başkanı)

Konuşmacılar :

Ayfer Karadakovan, Doç. Dr. Çiçek Fadiloğlu (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu) : Gürültülü Ortamda Çalışmanın Kan Basıncı ve Nabız Hızına Etkisinin incelenmesi.

Doç. Dr. Hilmi Sabuncu (İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi) : İşyeri Ortamında Fiziksel Etkenler-Gürültü.

Doç. Dr. H. Nevzat Özgüven, Doç. Dr. Mehmet Çalışkan (ODTÜ Makine Mühendisliği) : Endüstriyel Gürültü, Kontrolunda Uygun Yöntemlerin Seçimi.

Doç. Dr. Mehmet Çalışkan, Doç. Dr. H. Nevzat Özgüven (ODTÜ Makine Mühendisliği) : Endüstriyel Gürültü. Gürültü Yönetmeliği ve Uluslararası Standartlar.

Dr. Suzan Cemri Çetin (İstanbul Tabip Odası) : İşyeri Hekimleri İle Yapılan Anket Çalışması ve Sonuçları.

Halil Altunay (Laspetkim-İş Genel Sekreteri) : Siyasal İktidarın İşçi Sağlığı İş Güvenliği Konusundaki Yaklaşımı  
Dr. Haldun Sirer : "İş Hekimliği ve İşyeri Sağlık Örgütlenmesi" Konusundaki Tartışma Grubu'nun Çalışmalarına İlişkin Rapor.

#### 11.15-13.00 I. Salon-XIV. Oturum

Oturum Başkanı : Dr. Uğur Cilasun (TTB Genel Sekreteri)

Bildiriler :

Gazanfer Akçin (Tarım-İş Genel Başkanı)

Tarımda Mesleki Sağlık Sorunları.

İlgi Varış (Petrol-İş) : Meslek Hastalığı İş Hastalığı.

F. Saçaklıoğlu, S. İtegin, Doç. Dr. Gazanfer Aksakoğlu (9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi) : Narlıdere Bölgesi Yelki Köyünde Tarımda Çalışanların Tarım İlaçlarının Kullanımı Saklanması ve Zararlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi.

Dr. Necmettin Erkan (Ege Yatırım Grubu) : İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Sorunlarına Toplu Bakış.

Kenan Durukan (Harb-İş Genel Başkanı) : İşçi Sağlığı ve Disiplin Uygulaması  
İzzet Şipal (Bilar A.Ş.) : İşçi Sağlığı İş Güvenliği Politikalarında Sendikalara Düşen Görevler.

Dr. Derman Boztok : "İşçi Sağlığı İş Güvenliği Eğitimi" Konusundaki Tartışma Grubu'nun Çalışmalarına İlişkin Rapor.

#### I. Salon XV. Oturum

14.30-17.30 "Türkiye'de İşçi Sağlığı ve Güvenliği Sorunları ve Çözüm Yolları"

Bildiri : Doç. Dr. İsmail Topuzoğlu (Emekli Öğretim Üyesi ; TTB)

PANEL :

Oturumu Yöneten : Dr. Engin Tonguç (Emekli SSK Genel Müdür Yardımcısı; TTB)

Konuşmacılar :

Dr. Ergin Atasü (Eski İşçi Sağlığı Genel Müdürü)

Haluk Orhon (SSYB Ankara Onkoloji Hastanesi)

İhsan Otağ (TMMOB)

Dr. Bülent Piyal (TTB)

Dr. Haldun Sirer (Emekli İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi Başhekimisi; TTB)

## ÖNSÖZ

Türk Tabipleri Birliği (TTB) nin 4-7 Nisan 1988 günlerinde düzenlediği İkinci Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi kitabını uzunca süren bir aradan sonra yayımlama olanağı buluyoruz. Bilindiği gibi, ulusal kongreler kendi konularında belli bir döneme ait çalışmaların bileşkesi niteliğini taşır. Kongre, sağlanan katılımın boyutları oranında değer kazanır ve yeni etkinliklere hız verir, güç katar; TTB'nin 1988 yılında oldukça dar olanaklarla düzenlediği kongrenin bugün sonuçları bakımından kendi çapında verimli geçtiğini söylemek yanlış olmayacaktır.

Gerçekten Birinci ve İkinci Ulusal İşçi Sağlığı Kongreleri arasında geçen 1978 - 1988 dönemine ait on yıl işçi sağlığı alanında daha çok bir durgunluğu ve sessizliği yansıttığı halde, 1988 sonrası en azından TTB yönüyle işçi sağlığında bir canlanmaya sahne oldu. 1988 - 1991 yılları arasında TTB yerel Tabip Odalarının coşkulu işbirliği ile ülkemizin hemen her köşesinde işyeri hekimleri için sürekli eğitim başlattı ve işyeri hekimliği kursları düzenledi. Yaklaşık (7000) hekimin kurslara katılımı sağlandı. Bu etkinliğin, işçi sağlığı konusunda belli işlevleri ve yükümlülükleri bulunan öteki kanatlarına; işçi ve işveren kuruluşlarıyla, Devlet kesimine, üniversitelere belli ölçülerde yansması elbet olmuştur. Gelecekte bu etkinin daha nesnel biçimde değerlendirileceğini umuyoruz.

Kongre Kitabımızın kimi teknik sorunlar yüzünden eksikleri bulunmaktadır. Örneğin ses almadaki kusurlar nedeniyle kimi panel başkanlarının ve panelistlerin konuşmaları tam olarak kayıtlara geçmemiş dolayısıyla konularda istenilen düzeyde bütünlük sağlanamamıştır. Ayrıca tartışma gruplarının kimi raporlarında konu zamanında yeterince derlenmemiştir. Bildiri metinlerinin bir bölümüne eklenen çok sayıda kaynakçalar kitabın orantılı düzenini etkileyecek nitelikte görülmüş ve kaynakçaları yayım dışı bırakma zorunluluğu doğmuştur. Tüm bu eksiklikleri ilgililerin hoşgörüsü ile karşılayacaklarını umuyoruz.

Herşeye karşın kongre kitabını ülkemiz 1978 - 1988 dönemi işçi sağlığı etkinliklerine -olumlu olumsuz yönleriyle, bir ölçüde ışık tutacağına inanıyoruz ve tarihsel bir belge niteliği taşıyacağı görüşüyle yayımlıyoruz.

T. T. B. İşçi Sağlığı Kolu

Mayıs 1991 - ANKARA





**4 Nisan 1988 Pazartesi**

**AÇIŞ KONUŞMALARI**

**Konuşmacılar**

**Prof. Dr. Nusret H. FİŞEK**  
(Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı)  
II. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi'ni Açış Konuşması

**İmren AYKUT**  
(Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı)

**Bülent AKARCALI**  
(Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı)  
(Kongreye katılamadığı için konuşma metni basılamamıőtır)



**Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı**  
**Prof. Dr. Nusret H. FİŞEK'in**  
**II. Ulusal İŞçi Sağlığı Kongresi'ni Açış Konuşması**

Sayın Bakan, Konuklar ve Arkadaşlarım,

Türk Tabipleri Birliği'nin dzenlediği II. Ulusal İŞçi Sağlığı Kongresi'ne hoş geldi-  
niz. On yıllık bir aradan sonra ikincisini dzenlediğimiz işçi sağlığı kongrelerinin en önemli  
özelliklerinden biri de katılımdaki yükseklik ve coŐku olmaktadır. Bu kongre için  
gönderdiğimiz ilk çağırıya verilen yanıtlar, gönderilen bildirimler ve bu gün burada toplanan-  
lar bunun kanıtıdır. Bu güne değin elimize ulaşan yüz yirmiyeye aşkın bildiriden bir  
bölümüne ne yazık ki, Kongremizde yer veremedik. Ancak Kongre Bilim Kurulu'nun ince-  
lemesinden sonra, kısa bir gelecekte yayınlanacak Kongre Kitabı'nda bunlardan  
seçilenlerine yer verebileceğimizi sanıyoruz.

Kongremize katılanlara ve sunulan bildirimlere gözetildiğinde, bunların içinde sen-  
dikaların 1/3'lük bir pay tuttuğu gözlenmektedir. Bu düzeyde bir katılım da bizi sevindiren  
ve ileriye umutla bakmamızı sağlayan bir olgudur.

Hazırlık çalıŐmalarımızın başından beri bizi destekleyen yüreklandiren kişi ve ku-  
ruŐlara sonsuz teşekkürlerimi sunmadan geçemeyeceğim. Ayrıca Sayın Türk-İŞ  
yöneticilerine de gösterdikleri kolaylıklardan ve verdikleri desteklerden ötürü teşekkür  
ederiz.

Bu Kongre'yi Türk Tabipleri Birliği dzenlemiş olabilir. Ama Şu bilinmelidir ki, biz bu  
Kongre'yi yalnızca bizim çabamızın değil, kolektif bir çabanın ürünü olarak görüyoruz.  
Bu kolektif çaba, ülkemizde işçi sağlığı iş güvenliği konularına ne denli ilgi duyulduğunu  
da göstermiştir. Biz, gizli kalmış potansiyelin su yüzüne çıkmasını ve Kongre boyunca bu  
alandaki iŐbirliđinden geliştirilmesini amaçladık. Eldeki göstergelere bakarak, bunun  
başarıldığı anlaşılmaktadır.

Bildiğiniz gibi, Türk Tabipleri Birliği, Anayasamızın merkezi ve yerel yönetim  
yanında kurduğu özerk kamu kuruluşlarından biridir. TTB yasası bize, hem hekimlerin  
haklarının korunmasını; hem hekimliğin kamu ve kişi yararına uygulanması ve  
geliştirilmesini sağlamak görevini vermiştir. Bizim işçi sağlığı ve iş yeri hekimliği ile ilgilen-  
memizin nedeni budur.

Biz, insan sağlığının korunmasında da, işçi sağlığı iş güvenliği konusunda da her  
türlü ayrımcılığa karşıyız. Sözelimi, yalnızca İŞ Kanunu kapsamına giren kişileri "işçi"  
diye niteleyip, yalnızca onların sağlığını korumak olmaz. Bu kanunun kapsamı dışında ka-  
lan, tarımda çalışanların, çırakların, stajyer öğrencilerin, memurların, hizmetlilerin, tüm  
sağlık personelinin ve işsizlerin sağlık ve güvenliklerini sorumluluk alanımızda  
gördüğümüzü belirtmekte yarar görüyorum.

Yasamız işyeri hekimlerinin atanmaları, denetlenmeleri, desteklenmeleri ve korun-  
malarını Tabip Odalarına görev olarak vermiştir. Bundan ötürü, işyeri hekimliğinin kamu  
hizmetlerinin arasında özel bir yeri vardır. Biz işyeri hekimlerini, uygulamanın kilit eleman-  
ları olarak görüyoruz. Bundan ötürü de, bilgi ve deneyim sahibi hekimlerin işyeri hekimli

olması gerektiğinde ısrar ediyoruz. Bu, aynı zamanda, bir yasa hükmüdür. İşçi sağlığı hizmetinin bilgi ve deneyim sahibi hekimler eliyle yürütülmesini sağlamak için, "İş Hekimliği Sertifika Kursu" uygulamasını başlattık. İstanbul'da 38 hekimimiz, sürekli eğitim temelinde, bu sertifika kursunu başarıyla tamamlayarak belgelerini almıştır. Bundan böyle, tabip odaları, kendilerine başvuran işyeri hekimlerinden, bu sertifikaya sahip olmayanlara çalışma izni vermeyecektir.

Birliğimiz, kamu hizmetlerinin ilgili tüm kurum ve kişilerin işbirliği ile; her kurum, kuruluş ve kişinin kendi payına düşen hizmeti yapması ve birbirini desteklemeleri ile yürüyeceği ve gelişeceği görüşündedir. Bu nedenle, bu Kongre'nin en geniş katılımı toplanmasına çaba gösterdik. Bu nedenle, "İş Hekimliği Sertifikası" uygulamasında, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın işçi ve işveren sendikalarının katkılarını bekliyoruz.

Türk Tabipleri Birliği olarak, işyerlerinin sağlıklı ve güvenli koşullara kavuşturulması için, İş Yasası'nın 73. maddesinde öngörülen işveren yükümlülüklerini yakından izleyeceğiz. Devletin bu konudaki denetim gücünü temsil eden Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın iş teftişi dahil, tüm etkinliklerini de yakından izleyeceğiz. Sözgelimi, işyeri hekimliği kurumunun geliştirilmesi için çok önemli bir yere sahip olan hekim iş güvenliği müfettişleri konusundaki çalışmalarımızı yoğunlaştıracağız. Bugün tüm Türkiye'de çalışan işyeri hekimlerini denetlemekle görevli olan bir tek hekim iş güvenliği müfettişi vardır. Bu inanılmaz bir durumdur. Üstelik hekim iş güvenliği müfettişlerinin tek görevi, işyeri hekimi denetimi değildir. İşçi sağlığı iş güvenliği denetimleri yapan teknik ekibin bir elemanı olarak işyeri denetimlerine katılmaları da gerekmektedir.

Gelecek yıl yine bu aylarda yalnızca Sosyal Sigortalar Kurumu'nu konu alan bir Kongre'nin hazırlıklarına başladık. İşçi sağlığı iş güvenliği yönünden kilit bir role sahip olduğu hepimizce bilinen bir Kurum'un geliştirilmesi ve yasasının öngördüğü tüm işlevleri yapabilecek bir yapıya kavuşturulması için de var gücümüzle çalışacağız.

İşçi sağlığı iş güvenliği konusunda gerçeklerin ortaya çıkmasından yana olanların, işçilerin sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini içten isteyenlerin, her zaman yanında ve bu uğraşın içinde olacağımızın bilinmesini isterim.

Kongreye emeği geçen tüm arkadaşlarıma, bildirileri ve tartışmaları ile Kongre'yi zenginleştiren değerli konuşmacılara ve Kongre'ye katılan sayın izleyicilere ve basın mensuplarına, Merkez Konseyimiz ve kendi adıma teşekkürlerimi sunarım.

## **Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Sn. İmren AYKUT'un Konuşması**

Sayın Başkan, Değerli Konuklar, Basın ve TRT'nin seçkin temsilcileri,

Türkiye'de çalışanlar arasında yaklaşık 3.5 milyon kişi hizmet akdiyle, yani işçi olarak çalışmaktadır. Böylece denilebilir ki faal nüfusumuzun en büyük bölümünü işçilerimiz oluşturmaktadır. Bunların önemli bir kısmı memur, esnaf ve sanatkar, çiftçi gibi diğer çalışanlara göre çalışma esnasında daha çok ve çeşitli risklerle karşı karşıyadır. Ayrıca işçinin sağlığı ülke ekonomisi bakımından da önem taşımaktadır. Hastalanan işçinin bir an önce tedavi ve bakımının yapılması işinin başına döndürülmesi gerekmektedir. Çünkü, bu nedenle kaybedilen her saat, üretimden koparılan bir parça niteliğindedir.

Bütün bunlar, işçi sağlığının önemini ve ülkemizin genel olarak sağlık hizmetleri ve sorunları içindeki yerini açıklıkla ortaya koymaktadır.

Türk Tabipleri Birliği'nin bu önemli konunun bir Kurultay'da ele alınmasını sağlanmasından memnuniyet duyduğumu belirtir, değerli yöneticilerine içten teşekkür ederim.

Değerli Konuklar,

İşçi Sağlığı konusunu genel sağlık çalışmalarında olduğu gibi ikiye ayırmak yanlış olmayacaktır. Bunlardan birincisi koruyucu işçi sağlığı çalışmaları, ikincisi tedavi edici işçi sağlığı çalışmalarıdır.

Dünyada ve ülkemizde sanayileşme ve teknolojik gelişmelere paralel olarak özellikle işyerlerinde üretken faktör olan çalışan kişilerin sağlığı ve güvenliği ile ilgili bir takım sorunlar ortaya çıkmıştır. Başlangıçta fazla önemsenmeyen bu sorunlar iş verimini ve işletmeyi tehlikeye sokmasıyla önem kazanmış ve üzerinde düşünülmesi gerekliliği doğmuştur. Bu aşamada yapılan çalışmalar sonucunda işyerlerinde çalışma düzenini ve koşullarını kapsayan bir takım kurallar ve kanunlar yürürlüğe konmuştur.

Ancak geçen zaman içinde, bu düzenlemelerin yetersiz olduğu görülmüş ve sorun daha değişik açılardan yaklaşılması gerekliliği baş göstermiştir. Bunun üzerine yapılan çalışmalar ve araştırmalar sonucunda "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği" kavramı doğmuş, konuya bilimsel olarak yaklaşılmaya başlanmıştır. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği tıbbın, tekniğin ve diğer bilim dallarının çalışma alanı olmuştur. Teknolojik gelişmenin ve sanayileşmenin süreklilik arz etmesi nedeniyle hergün çalışma alanlarına katılan yeni iş kolları, kimyasal maddeler, makina ve teçhizatlar bu konu üzerindeki çalışmaların kesintisiz olmasını gerektirmektedir.

İşyerlerinde işin yürütülmesi sırasında, çeşitli nedenlerden kaynaklanan sağlığa zarar verebilecek koşullardan korunmak amacı ile yapılan sistemli ve bilimsel çalışmaları "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği" olarak tanımlayabiliriz.

Bu konudaki çalışmaların ana amacı şüphesiz işçinin sağlığını korumak, rahat ve güvenli bir ortamda çalışmasını sağlamaktır. Başka bir ifade ile çalışanları iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı koruyarak ruh ve beden bütünlüklerini sağlamaktır.

Bu konudaki hizmetlere, en az tedaviye yönelik hizmetler kadar önem vermek zorundayız. Hastalanan işçiyi tedavi etmek gereklidir ama, önce işçinin hastalanmasına neden olan koşulları düzeltmek daha insani, kolay ve ekonomiktir.

Ülkemizin işçi sağlığı ve iş güvenliği bakımından iyi durumda olduğunu söylemek elbette mümkün değildir. Sosyal Sigortalar Kurumu İstatistiklerine göre, 1987 yılında 158.836 işkazası sonucu 1.149 işçimiz hayatını kaybetmiş ve 2.521.478 işgünü kaybedilmiştir. Görüldüğü gibi, işkazaları nedeniyle kaybedilen işgünü sayısı, serbest toplu pazarlık sistemine geçildiğinden bu yana en büyük miktarı oluşturan geçen yılki grevler nedeniyle meydana gelen 1.961.940 işgünü kaybindan daha fazladır. Tabiidir ki, bu yüzden milyonlarca lira maddi kayıp da sözkonusudur.

Buna rağmen, son yıllarda alınan etkin önlemlerle iş kazaları ve meslek hastalıklarının azaltılması yolunda olumlu gelişmeler de kaydedilmektedir. Nitekim, yapılan istatistikler, sanayi sektöründeki işkazaları ve meslek hastalıkları oranının 1984 yılında % 6.8 iken 1987 yılında % 5.1'e düştüğünü göstermektedir.

Konunun, işyerlerinde alınacak önlemlerden, bunların denetimine, işçi ve işverenlerin eğitilmesinden, bilimsel inceleme ve araştırmalara kadar çok çeşitli yönleri bulunduğunu, bu önemli konuda ilgili kamu kuruluşları ile sendikalarımızın ve işverenlerin işbirliği yapması gerektiğini belirtmek isterim.

Bakanlığım bir yandan denetim çalışmalarını yürütürken, diğer yandan eğitime büyük ağırlık vermektedir. Bakanlığımıza bağlı Yakın ve Ortadoğu Çalışma Eğitim Merkezi çeşitli işyerlerinde işçi, ustabaşı, mühendis, tekniker gibi üretimle doğrudan ilgili elemanları bir araya toplayarak, çalıştıkları işkolunda alınması gereken tedbirlerle ilgili teorik ve pratik eğitim yapmaktadır.

İşçi, işveren ve diğer ilgili kişilerin eğitilmesi, bilinçlendirilmesi, konunun öneminin kamu oyuna anlatılması amacıyla geçen yıl ilk defa 11 ilde "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Haftası" düzenlenmiştir. Bu yıl Hafta, 67 il'de yoğun etkinliklerle değerlendirilecektir.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Enstitümüz ise işyerlerini taramakta, inceleme ve araştırmalar yapmaktadır. Enstitü tarafından son bir kaç yıl içinde;

- Akü ve matbaa işkollarında çalışan 5157 işçi kurşun taramasından geçirilmiş, bunlardan etkilenme görülen 2289'u meslek hastalıkları hastanelerine sevk edilmiş, 164'ü tedaviye alınmıştır.

- Polyester atelyelerinde çalışan 578 işçi de benzen taramasından geçirilmiş, benzen ihtiva eden 206 çözücü analiz edilerek sonuçları ilgili kuruluşlara bildirilmiştir.

- 5000 kömür işçisi pnömokonyoz denilen akciğer toz hastalığı taramasından geçirilmiş, hastalık tesbit edilen 675 işçi tedaviye alınmıştır. Hedefimiz bu yıl Zonguldak kömür havzasında çalışan 10 bin maden işçisini daha taramadan geçirmektir.

- İlaç fabrikalarında 235 işçi taramadan geçirilmiş, 120 işçi tedaviye alınmıştır.

- Sigara fabrikalarında 768 işçi nikotin taramasından geçirilmiş, 312 işçide etkilenme tesbit edilmiştir.

- Çay fabrikalarında çalışan 328 işçi gürültü sonucu işitme kaybı taramasından geçirilmiş, bunlardan sadece 49'unun işitme düzeyinin normal olduğu diğerlerinin ise hafif ve ileri derecede işitme kaybına uğradığı saptanmıştır.

Ayrıca, heksan, pamuk tozu taramaları sürdürülmektedir. İnşaat işkolunda da kaza nedenlerinin araştırılması amacıyla kapsamlı bir çalışma yapılmıştır.

Değerli Konuklar,

Bildiğiniz üzere, Ülkemizde tedaviye yönelik işçi sağlığı hizmetleri Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından yürütülmektedir.

Sigortalılar, emekliler, bunların eş ve bakmakla yükümlü buldukları çocukları, ana ve babaları, dul ve yetimleri olmak üzere, nüfusumuzun yaklaşık üçte birine sağlık hizmeti veren, 21.019 yatak kapasiteli SSK Sağlık Tesislerinde geçen yıl 23 Milyon ayakta, 709.337 yatarak tedavi, 233.360 ameliyat yapılmış ve 129.676 doğum olmuştur.

Bu rakamlar da göstermektedir ki, SSK'nın bu alandaki hizmetleri ülkemiz için gerçekten büyük ve vazgeçilmez niteliktedir.

Ancak, SSK Sağlık hizmetlerini ülkemizin genel sağlık sorunlarından soyutlamak mümkün olmadığından bu hizmetlerde önemli aksaklıklar bulunduğunu da belirtmek zorundayız. Özellikle, büyük şehirlerimizdeki polikliniklerde izdihamla karşılaşmakta, hekim ve sağlık personeli açığı, fiziki kapasite yetersizliği açık bir şekilde görülmektedir. Bu tesislerde hizmet veren hekimlerimizin de, hastalar kadar sıkıntı çektiklerini yakinen biliyorum.

Bakanlığımız, Hükümet Programımızın da bir gereği olarak sağlık hizmetleri konusunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile sürekli işbirliği halinde olacak ve sorunların üzerine gidecektir. Yaptığımız temaslar sonunda SSK tesislerinde çalıştırılmak üzere daha çok hekim ve diğer sağlık personeli alınmasına başlanmıştır.

Özellikle, büyük illerdeki hastanelerimizin rahatlatılması için hastaların sağlık ocağı ve dispanserlerden geçerek hastanelere sekinin sağlanmasına önem vereceğiz. Ayrıca, ihtiyaç duyulan yerleşim bölgelerinde yeni sağlık istasyonları ve dispanserler kuracağız.

Değerli Konuklar,

Son olarak, meslek hastalıkları konusuna ve Meslek Hastalıkları Hastanemize değinmek istiyorum.

Sosyal Sigortalar Kurumu'nun halen İstanbul - Kartal'da 300, Ankara'da 50 yataklı iki meslek hastalıkları hastanesi ile Zonguldak Hastanesi bünyesinde 24 yataklı Meslek Hastalıkları Kliniği, Kütahya'da 30 yataklı Tunçbilek Meslek Hastalıkları Kliniği ve Dispanseri bulunmaktadır. Bu tesisler, tedavi edici sağlık hizmeti yanında, oluşturulan ekiplerin endüstri işyerlerini tarayıp sağlık şartlarına uygun olup olmadıklarını denetlemesiyle koruyucu sağlık hizmetlerine de yardımcı olmakta, hastalığa yakalandığı tesbit edilen işçiler hastaneye sevk edilmekte ve işyeri hakkında gerekli işlemler yapılmaktadır.

Kabul etmek gerekir ki SSK İstatistiklerine son derece az sayıda meslek hastalığı vak'ası geçmektedir. Bu durum, meslek hastalıklarının hekimlerimizce yeterince tanınmasının ve benzer hastalıklarla karıştırılmasının bir sonucudur.

Sanayileşme yolunda ve günümüz teknolojisinin kullanılmasında büyük aşamalar yapan ülkemizde meslek hastalıkları konusuna bilim çerçevesinde, üniversitelerimizde gerektiği gibi önem verilmesi, bu alanın bir ihtisas dalı olarak benimsenmesi ve böylece meslek hastalıkları uzmanlarının yetiştirilmesi zamanının geldiğine inanıyorum.

İşçi sağlığı konusundaki diğer sorunlar yanında bu noktanın da kurultayda ele alınarak tartışılmasını diliyorum.

Sayın Başkan,

Burada gerek bilimsel, gerekse sağlık politikası ile ilgili olarak yapılacak konuşmaların, tartışmaların Bakanlığımızca titizlikle değerlendirileceğini, yapıcı eleştirilerin alacağımız önlemlerde bize yol göstereceğini içtenlikle ifade etmek isterim.

Kurultaya başarılar diler, hepinizi saygıyla selamlarım.

**4 Nisan 1988 Pazartesi**

**I. PANEL**

**"İşçi Sağlığının Boyutları"**

**Oturumu Yöneten**

**Prof. Dr. Turhan AKBULUT**

**(Emekli Öğretim Üyesi; Türk-İş Aile Planlaması Proje Müdürü)**

**Konuşmacılar**

**Doç. Dr. Nazmi BİLİR**

**(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)**

**Doç. Dr. Sarper SÜZEK**

**(Ankara Hukuk Fakültesi)**

**Hüseyin Avni YARDIMCI**

**(Teletaş İş Güvenliği Uzmanı)**

**Doç. Dr. A. Gürhan FİŞEK**

**(Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı Kolu Başkanı)**

**Mesut ODABAŞI**

**(Milli Prodüktive Merkezi Danışmanlık Bölümü Başkanı)**

**Erhan ACAR**

**(Mimar)**

**Atilla ÖZSEVER**

**(Milliyet Gazetesi)**



**Başkan : Prof. Dr. Turhan AKBULUT**  
**(Emekli Öğretim Üyesi; Türk - İş Aile Planlaması Proje Müdürü)**

Sağlık kongresinin ilk günkü panelini açıyorum.

Çok değerli katılanlar hepinizin de bildiği gibi 18 inci yüzyılın sonundaki endüstri devriminin ortaya çıkarmış olduğu işçiler çeşitli sorunlarla karşı karşıya kaldılar. Sosyal, politik ve özellikle tıbbi sorunlar hem düşünürlerin, hem politikacıların, hem sendikacıların ve hem de bütün kamu oyunun ilgisini çekti. Bunun sonunda da çok çeşitli mücadeleler oldu. Bu mücadelelerin sonunda dünyada rahat ve huzurun ancak işçilerin, çalışanların her bakımından gelişmiş bir toplum olmasıyla mümkün olacağını düşünen Birleşmiş Milletler, Uluslararası Çalışma Örgütü adını verdiği kuruluşu kurarak işçilerin sosyal, hukuki ve tıbbi sorunlarına, ekonomik sorunlarına çözüm yolları bulmaya çalıştı. Her ülke de bu akım içerisinde kendine düşeni yapmaya gayret etti. Ülkemizde işçi sağlığı sorunu çeşitli boyutları ile ele alındığı zaman, dünya düzeyinde, uluslararası düzeyde üzümlere söylemek mecburiyetindeyiz ki; en aşağıda bir yer işgal etmektedir. Bunu sağlığın ölçülmesinde kullanılan çeşitli kriterleri ele alarak somut bir şekilde vurgulamak ta mümkün. İşçi Sağlığının Boyutları konulu bir panelle kongreye başlamakla, işçi sağlığının ne halde olduğunu, ne olduğunu bütün açıklıklığı ile ortaya koymaya gayret edeceğiz. Panelin organizasyonunu şöyle düşündük; 7 panelist var bunlara 15 er dakikalık bir turda konuşma imkanı verdikten sonra, ikinci bir 5 dakikalık hak daha vereceğiz ve sayın katılanlar arzu ederlerse yazılı olarak sorularını verebilecekler. İlk konuşmayı, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi ve Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı Kolu üyelerinden olan Sayın Doç. Dr. Nazmi Bilir'e bırakıyorum.

**Doç. Dr. Nazmi BİLİR**  
**(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)**

Değerli dinleyiciler, 15 dakikalık süre içerisinde sizlere işçi sağlığının tıbbi boyutlarını sergilemeye çalışacağım. İşçi sağlığının tıbbi boyutu denilince, iş ve insan sağlığı arasındaki ilişkiler anlaşılacaktır. İş ve insan sağlığı arasındaki ilişkiler, sıklıkla işin, çalışma hayatının, çalışma ortamının insan sağlığı üzerindeki etkileri şeklinde algılanmaktadır. Böyle bir tartışmaya başlarken öncelikle bu ilişkilerin çerçevesini belirlemeyi düşünüyorum. İş ve insan sağlığı arasındaki ilişkiler, biliyoruz ki en azından iki yönlü bir ilişkidir. Yani hem iş insan sağlığı üzerinde etkilidir, işyeri ortamında bulunan birtakım faktörler insan sağlığı üzerinde etki yaparlar, hem de insanın sağlığı iş üzerinde etki yapar. Kısaca söylersek, sağlıklı bir insan nitelikli üretim yapar, verimli çalışır. Sağlıksız bir kişi daha verimsiz çalışır. Nitelsiz üretim yapar. İş ve insan sağlığı ilişkileri denildiğinde, işin, çalışma ortamının, çalışma koşullarının insan sağlığı üzerindeki etkileri,

sıklıkla da olumsuz etkileri algılanır. Ancak işin insan sağlığı üzerinde olumlu etkisinin de varlığını biliyoruz. Kendi niteliklerine uygun bir işte çalışan bir kişi, eğer iş yeri ortamındaki olumsuz faktörler de etkili bir şekilde kontrol altına alınmışsa, sağlığı olumlu yönde etkilenmiş kişidir. En azından çalışmak bir fiziksel aktivite gerektirmektedir. Fiziksel aktivitenin insan sağlığında önemli bazı aksaklıkların önlenmesinde yararlı olduğunu biliyoruz. Tabii uygun koşullarda çalışan bir kişinin üretim yaptığı için, bir ürün ortaya koyduğu için ruhsal sağlığı da olumlu etkilenecektir. Bir başka yönüyle eğer belki, çalışmayan bir kişi ile kıyaslırsak çalışan kişi gelir elde edecektir. Geliri olan kişi daha iyi beslenme olanağı bulacaktır. Kendisine daha iyi çalışma, daha iyi yaşama koşulları sağlayabilecektir. İş ile sağlık arasındaki olumlu etkileşimi kısaca özetledikten sonra, işin insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini tanımlamaya çalışacağım.

İş ve insan sağlığı arasındaki ilişkilerin tarihçesi çok eskidir. Eğer bilimsel tıbbi Hipokrat ile başlıyor diye kabul ediyorsak, Hipokrat döneminden beri çalışma koşullarının insan sağlığı üzerinde birtakım olumsuz etkileri olduğu şeklinde bilgilerimiz var. Daha sonraki dönemlerde, yüzyıllar geçiyor aradan, günün çok geçerli olan iş türü madencilik işlerinde çalışanlarda birtakım önemli hastalıklara işaret edildiğini görüyoruz 15 inci, 16 ncı yüzyıllarda, tabii konuya gerçek bilimsel ve sistematik yaklaşımı yapan ünlü Ramazzini; 1700 yılında Ramazzini ilk kez çalışanlardaki sağlık sorunlarını sistematik bir şekilde incelemiş ve dile getirmiştir. O dönemden bu yana süregelen gelişmeler ışığında çevrenin ve bu arada iş çevresinin insan sağlığında önemli bir yer aldığını biliyoruz. Çünkü insanlar yaşamlarının önemli bir bölümünü iş ortamı içerisinde geçirmek durumundalar. İş yeri ortamında bulunan pek çok faktör; insan sağlığı üzerinde, çalışanın sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yapmaktadır. Bu faktörlerden etkilenimde çalışan kişinin özellikleri; çalışanın yaşı, cinsiyeti ve çalışanın bireysel sağlık özellikleri önem taşıyor. Çok kısa olarak ve sistematik bir şekilde bu sağlık etkilenimlerini gözden geçirmek istiyorum.

Çalışanlarda en sık görülen sağlık bozulmalarının bir gurubu solunum sistemi rahatsızlıklarıdır. İş yeri ortamında bulunan pek çok zararlı madde, gazlar şeklinde olsun, tozlar şeklinde olsun, kimyasal maddeler şeklinde olsun, solunum sistemi üzerinde olumsuz etki yapabilmektedir. İnsanlar günde solunumla yaklaşık 20 metreküp dolayında havayı ciğerlerine alırlar ve boşaltırlar. Bu hava içerisinde bulunan birçok madde insanın solunum yollarına, ciğerlerine dolar ve boşalır, bu dolma, boşalma sırasında bir bölümü akciğerlerde çöker ve olumsuz etkiler yapabilir. Akciğerlerde meydana gelen rahatsızlıkların bir bölümü akut olarak ortaya çıkan rahatsızlıklardır, yani etkenle karşılaşıldığında hemen ortaya çıkıp, sıklıkla etkenden korunulduğunda da yok olan kendi kendine kaybolan rahatsızlıklardır ama bir takım solunum sistemi rahatsızlıklarının bir-kime bağlı olduğunu, uzun zaman sonra ortaya çıkabildiğini biliyoruz, hatta bazen kanser şeklinde de görülen solunum yolları rahatsızlıkları olduğunu biliyoruz.

İkinci sıklıkta görülen rahatsızlıklar, deri ile ilgili rahatsızlıklardır. Deri de insan vücudunun dış ortamla ilişkisinde temel bir organımızdır. Geniş bir yüzeyi kapladığından çevre etkilerine en açık organdır. Bu nedenler çalışanlarda deri rahatsızlıkları sık görülür ve çoğunlukla dış ortamdaki faktörlerle doğrudan temas sonucu ortaya çıkan çoğu allerjik tabiatta hastalıklardır. Daha az rastlanan deri hastalıkları ise, kimyasal madde etkisiyle ve radyasyon etkisiyle gelişen deri kanserleridir.

Kas ve iskelet sistemi de sıkça rastladığımız bel ağrıları ve disk kaymaları ile hedef sistemlerdendir. Çoğunlukla ağır yük kaldırmak ve taşımak nedeniyle ve bir takım ergonomik sorunlardan kaynaklanan bu tür rahatsızlıklar, uzun süreli işgöremezlik nedenidir. Hareket sistemi ile ilgili olarak daha çok kimyasal maddelere maruziyet sonunda oluşan bir takım kemik hastalıkları da vardır.

Bu üç sistem, solunum, deri ve hareket sistemi çalışanların sağlık sorunları denildiğinde en sıklıkla etkilenenlerdir.

Sindirim sistemi ile ilgili sorunlarda işyeri ortamına ya da yenilen yemeklere bağlı olarak gelişebilmektedir.

İşyerinde kurşun, benzen v.b. maddeler kemik iliği üzerinde, kan yapıcı sistem üzerinde olumsuz etkiler meydana getirmekte ve kansızlığa yol açmakta hatta benzen örneğinde olduğu gibi kan kanserine kadar gidebilen değişimler karşımıza çıkabilmektedir.

Yine, kurşun örneğinde bildiğimiz gibi ya da civa zehirlenlerinde olduğu gibi akut olarak ortaya çıkan böbrek yetersizlikleri, boşaltım sistemi hastalıkları içerisinde yer almakta, boşaltım sistemi ile ilgili olarak belki mesane kanserlerini de hatırlamakta yarar var, lastik sanayiinde ve boya sanayiinde çalışan işçilerin sorunu olabilen mesane kanserleri burada dikkate değerdir.

Daha az sıklıkla görülmekle birlikte birtakım sinir sistemi hastalıkları da çalışanların sağlık sorunları arasında yer almaktadır.

Pek çok gazlar karbonmonoksit örneğinde olduğu gibi ya da benzen, kurşun örneklerinde olduğu gibi, akut olarak ortaya çıkan sinir sistemi rahatsızlıklarına yol açabilmekte bu kişilerde havaleler, komalar ortaya çıkabilmekte, bu şekilde merkezi sinir sistemini, beyni ilgilendiren sinir hastalıkları, felçler ortaya çıkabilmektedir.

Bir başka sistematik inceleme dolaşım sistemi ile ilgili olabilir. Çok uzun zamandan beri bir takım dolaşım sistemi hastalıklarının, bu grupta büyük yer tutan koroner kalp hastalıklarının çalışma koşulları ile ilişkili olduğunu biliyoruz. Çok eski yıllarda bundan 30 yıl 40 yıl kadar önce İngiltere'de, belediye otobüs şoförleri ile belediye otobüs biletcileri arasında kalp hastalığı sıklığının farklı oluşu ile konuya eğilmeye başlamışlardır. Yine dolaşım sistemi ile ilgili olarak vibrasyonun ellerde yarattığı, tehlikeli dolaşım bozukluğu yapıcı etkilerinden de söz etmek mümkün. Bütün bunlar işçilerde görülebilen hastalıklardır.

Tabii, iş ve insan sağlığı, ilişkisi dediğimiz zaman bir önemli konu da kazalardır. İşyerlerinde çalışanlarda sıklıkla görülebilen kazalar, çoğunlukla kesiklere ve eziklere yol açarlar ve pek büyük kısmı el ve ayaklarda zedelenmeye neden oldukları için çalışanlarda önemli işgöremezlik nedeni olan sağlık sorunlarıdır.

Nihayet iş ve çalışan kişi arasındaki ilişkiler denildiğinde, son yıllarda belki dikkati daha çok çeken bir konu, çalışma hayatı nedeniyle uğranılan bazı maruziyetlerin insanların üreme sistemi üzerindeki etkileridir. Gebe kadın işçiler bir takım kimyasal maddelere, fiziksel zorlanmalara maruz kaldıklarında gebelikleri düşükle sonlanabilmekte, ya da erken doğumlar, ölü doğumlar meydana gelebilmekte hatta dahası doğan çocukta bir takım anormallikler oluşabilmektedir. Erkeklerde ve kadında bu tür kimyasal maddelere maruziyet sonunda kısırılık ortaya çıkabilmektedir.

İş ve insan sağlığı arasındaki sağlık ilişkileri yalnızca çalışanlar üzerindeki etkileri ile sınırlandırılmaz. Olay aslında bütün toplumu ilgilendiren bir sorundur. İş ve insan sağlığı arasındaki ilişkiler bir halk sağlığı sorunudur. Neden iş ve insan sağlığı arasındaki ilişkiler halk sağlığı sorunudur dediğimizde, belki şunları düşünebiliriz. Toplumlar sanayileştikleri ölçüde daha çok kişi sanayide çalışır hale gelmektedir. Dolayısıyla daha çok kişinin sağlık sorunu haline gelmektedir. Bunların eş ve çocukları, aileleri ve çevreleriyle birlikte olayı değerlendirdiğimiz zaman konunun bir halk sağlığı sorunu olduğunu görebiliriz. Bu saptamamıza bir diğer kanıt, sanayinin çevreye olan etkisidir. İnsanların hastalıklarında yaşadıkları çevrenin önemli rolü olduğunu biliyoruz. İster dar çerçevede yani, iş yeri ortam ölçüğünde, ister geniş çerçevede yani doğal toplumsal çevre ölçüğünde ele alalım, sanayileşme önlem alınmadığında insanların yaşadığı çevreyi olumsuz etkilemektedir. Değişik, katı, sıvı, gaz atıklarıyla sanayileşme çevreyi bozmaktadır. Çevreyi bozma etkisi nedeniyle de dolaylı olarak sanayileşme bir halk sağlığı sorunu olarak karşımızdadır.

**BAŞKAN** : Dr. Nazmi BİLİR'e teşekkür ederek sözü Ankara Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Sarper SÜZEK'e bırakıyorum.

**Doç. Dr. Sarper SÜZEK**  
**(Ankara Hukuk Fakültesi)**

Teşekkür ederim Sayın Başkan. Efendim bu panelde bana düşen görev işçi sağlığı, iş güvenliğinin hukuki boyutuna eğilmektir. Her şeyden önce tespit edilmesi gereken önemli bir husus var hukuksal açıdan. O da işçi sağlığı, iş güvenliği sorununu bir anayasal sorun olduğudur. Yani, bir başka deyişle işçi sağlığı ve iş güvenliği hakkı bir anayasal haktır. Anayasamızın değişik maddelerinde, doğrudan veya dolaylı olarak işçi sağlığı, iş güvenliğini anayasal düzeye yükselten hükümler vardır. Anayasamızın 11 inci maddesinde belirtildiği biçimde, işçi sağlığı, iş güvenliğinin gerçekleştirilmesi yasamaya, yürütmeye, idare makamlarına, yargıya ve kişilere düşen bir görevdir. Bu gözden kaçırılmaması gereken bir husustur. Başka deyimle, yasalar yapılırken idari tasarruflar ortaya konulurken, işçilerle işverenler arası ilişkiler de, her yönüyle işçi sağlığı ve iş güvenliği hukukumuzda geçerliliğini duymalıdır.

Şimdi Anayasamızın getirdiği, bunu bir temel hak niteliğine yükselten hükümler karşısında bir işçi sağlığı, iş güvenliği mevzuatı ülkemizde öngörülmiştir. Bizim işçi sağlığı, iş güvenliği mevzuatımız aslında bütün hukuk dalları içinde kapsam açısından bakıldığında en geniş mevzuattır, buna hiç kuşku yok. Fakat, konuyu kanun düzeyinde, uluslararası sözleşme düzeyinde, tüzük düzeyinde, yönetmelik düzeyinde ele alan bu mevzuat karşısında acaba bir değer yargısına varmak istersek, yani çağdaş doğrularla kıyasladığımızda bu iş güvenliği mevzuatı hakkında ne söylenebilir? Şöyle bir yukarıdan baktığımızda, tespit ettiğimiz husus şudur : İş güvenliği mevzuatımız, yani sadece teknik

iş güvenliği mevzuatını kasetmiyorum, denetimden, teşkilattan, sendikalara düşen görevlere kadar böyle bir geniş yelpaze içinde hukuki, idari, cezai yaptırımlara kadar bakıldığında, böyle global olarak yeterlidir veya yetersizdir denmesi benim kişisel kanaatime göre mümkün değildir. İş güvenliği mevzuatımız içinde, şöyle ayrıntılı olarak daha yakından olaya bakıldığında, gerçekten çağdaş normlara uygun, yeterli ve uygulanan hükümlerin varlığını tespit ettik. Buna karşılık ikinci tür hükümler var ki bunlar da çağdaş niteliktedir, ancak uygulamaya yeteri kadar geçirilememektedir. Bu sorun önemlidir. Yani gerekli hukuki mekanizmaların oluşturulması suretiyle var olan normları yaşama geçirmek işçi sağlığı, iş güvenliği konusunda adım atabilmemiz açısından çok uygun olacaktır. Buna karşılık üçüncü kategori olarak nitelediğim hükümler var. Bunlarla ilgili olarak da yaşamaya, yürütme organına düşen görevler vardır; bu normların düzeltilmesi.

Şimdi, şüphesiz bu genel girişten sonra işçi sağlığı, iş güvenliği konusuna hukuk-sal açıdan yaklaşıldığında, bir kere mevzuatın değerlendirilmesi, arkasından teşkilata ilişkin, denetime ilişkin hükümlerin ele alınması, daha sonra işyeri örgütlenmesi sorununun ele alınması gerekir. İşyeri örgütlenmesi de çok önemli bir noktayı teşkil eder, çünkü bütün işçi sağlığı, iş güvenliği literatüründe bilindiği gibi, önleme her şeyden önce işyerinden başlar. Dolayısıyla en önemli nokta budur. Denetim, yaptırım hususları şüphesiz daha ikinci plandadır. Ancak onlar da etkilidir. İşyeri örgütlenmesi konusunu daha dikkatle ele alıp geliştirmek gerekir, yeni işçi sağlığı ve iş güvenliği kurallarının, işyeri sağlık birimlerinin işletilmesi gerekir. İş güvenliği mühendisliğinin bir meslek haline getirilmesi gerektiği kanısındayım. Aynı işyeri hekimleri gibi, bir çok yabancı ülkede iş güvenliği mühendislerinin işyeri büyüklüğüne göre, o oranda çalıştırılması zorunluluğu getirilmiştir işyerlerinde. Dolayısıyla zannediyorum işyeri teşkilatlanması çok önemli bir konudur ve ayrıntılarıyla ele alınmalıdır.

Ayrıca Sosyal Sigortalar Kurumu'nun şüphesiz esas görevi kaza meydana geldikten sonra güvence götürmektir, ama bir çok ülkede SSK dolaylı bir biçimde, çünkü kendisini de nihayet etkilemektedir, önlemeye de katkıda bulunmaktadır. En başta hiç şüphesiz prim sistemleri, bizde ne yazık ki uygulanmıyor. İş kazaları, meslek hastalıkları prim tarifesinde hükümlerimiz var, fakat bunlar da uygulansa bile, son derece marjinal etki yapabilecek dar bir çerçevede hükümler getiriyor. Aslında yine örnekler verebilirim, bir çok ülkede iş kazalarını azaltan işyerlerini ödüllendirmek, arttıran işyerlerini dedaha fazla prime tabi tutmak biçiminde yaptırım uygulanmak suretiyle prim sistemlerindeki oynamalarla önlemeyi de etkilemek mümkün olabilmektedir. Böyle bir sistemin getirilmesinde yarar vardır. Bu da ayrıntılarıyla tartışılabilir. Ayrıca, tabii, hukuk biraz da kaçınılmaz bir biçimde yaptırım demektir. Dolayısıyla işçi sağlığı, iş güvenliği söz konusu olduğunda ayrıca hukuki, idari, cezai yaptırımlar üzerinde de durmak gerekir. Nihayet devletin, işverenlerin görevlerinin dışında, sendikaların mevzuattan doğan hukuki görevleri de tartışılmalıdır.

Gördüğüm kadarıyla programımızda bu konuların ayrıntılarıyla, değişik yönleriyle ele alınacağını tespit etmiş bulunuyoruz. Şüphesiz ehliyetli diğer meslektaşlarımız bu konuları dile getirip, tartışacaklardır. Şimdi, vaktimizin azlığı nedeniyle ben tabiatıyla bütün bu konulara ayrıntılarıyla giremeyeceğim, ancak şunu belirtmek isterim: İşçi sağlığı, iş güvenliği bütün dünyada kendi içinde bir bütünlüğü olan bir sistem olarak kabul edilmiştir. Bununla şunu kastediyorum : Bir sistem eğer söz konusu ise, bu bir zincir

halkaları gibidir, dolayısıyla zincirin halkalarının hepsinin belirli güçte, sağlamlıkta olması gerekir. Zincirin halkalarından birinin zayıflığı, uygulamada bunu da görüyoruz, halkalarındaki bir eksiklik sistemin bozulmasına yol açacaktır. Dolayısıyla belki en üst düzeyde değil, tabii bu nihayet bir eğitim, mali imkan, ekonomik yeterlik meselesi, başka sorunlar da şüphesiz var, ama hepsinde belirli bir aşamaya gelmek gerekir. Asgari normları en azından tutturmak gerekir kanaatini taşıyorum. O nedenle bu yaklaşım içinde, genel yaklaşım içinde buna göre zincirin güçlü halkaları da var ülkemizde; ama zayıf halkası da var, çok zayıf halkaları da var. O nedenle hukuksal açıdan en zayıf olduğunu düşündüğüm bir konuya buradaki konuşmamda değinmek istiyorum.

Bana göre, tabii tartışılabilir, işçi sağlığı, iş güvenliği sorunumuzda, zincirin en zayıf halkalarından birisini ceza yaptırımları oluşturuyor. Gerçekten yaptırımın aslında biraz önce de belirttiğim gibi, ilk anda düşünülmesi gerekmez, ama ceza yaptırımlarının etkisi dalga dalga diğer noktaları da etkiler. Şimdi burada bir durum tespiti yapmak istiyorum müsaade ederseniz. Bir kere ülkemizde ceza yaptırımları nedir onu tespit etmek lazım. Daha açık görmek amacıyla bir de ileri yabancı ülkelerde, işçi sağlığı, iş güvenliği konusunda gerçekten mesafe almış ülkelerdeki cezai yaptırımlar nelerdir ona temas etmek istiyorum. Bizde bilindiği gibi, ceza yaptırımları işçi sağlığı, iş güvenliği konusunda ikiye ayrılmaktadır. Bir kısmına İş Kanunumuzda yer verilmiştir. Özellikle 101 inci madde bu konuda dikkatimizi çeker. İşçi sağlığı, iş güvenliği konularında tamamlanmayan her eksiklik için en az 30 bin lira para cezası getiren ve bu tedbirler alınmadığı oranda tekrarını öngören bir yaptırım türü getirilmiştir 1983 yılında. Buna karşılık Türk Ceza Kanununda yaptırımlar var, sakatlık veya ölüm meydana geldiği takdirde hapis ve para cezaları öngörülmüştür. Yalnız burada belirteyim, hapis cezası derken tabii bu bir taksirli suç teşkil ettiğinden bunların paraya çevrilmesi gene uygulamamızda yerleşmiştir. Şimdi burada önemli olan işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından daha doğrudan etkili olan yaptırım İş Kanununda yer alanıdır, çünkü bu yaptırım kaza meydana gelmeden devreye girmekle önleyici bir işleve sahiptir. Ceza Kanunumuzdaki yaptırımlar ise ölüm veya sakatlık meydana geldikten sonra ortaya çıkan yaptırımlardır.

İş Kanunundaki yaptırımı esas almak suretiyle, müsaade ederseniz 1986 yılında yayınladığım İş Güvenliği Hukuku kitabımızdan, bir mukayese imkanı sağlamak üzere, bu konuda ileri gitmiş ülkelerde getirilmiş yaptırımları sizlere okumak istiyorum. Gerçekten fark çarpıcı olarak ortaya çıkmaktadır, bunu belirtmek isterim. Şu zihniyetle ağır yaptırımlar bu ülkelerde getirilmiştir. Aslında bir tazminat söz konusu olsa mağdura verilen zararlar hukukta orantılı olması gerekir bunun. Ama bir ceza, yani para cezası, daha doğrusu hukuk yaptırımı değil ceza yaptırımı söz konusu olduğunda alınması gereken kriter, hiç şüphesiz bu fiili işlemle elde edilen menfaate verilen cezanın eşit olması, en az onun kadar olması veya ondan yüksek olmasıdır. Aksi takdirde, ceza yaptırımının caydırıcılığı kalmaz. Ceza yaptırımını ödemeyi daha ekonomik bulabilirsek kendi açımızdan o önlemleri almaz, ceza yaptırımını ödemeyi tercih ederiz. Bir örnek vermek gerekirse mevzuatımızda, vergi cezalarını düşünelim, bir vergi kaçakçılığı söz konusu ise, kaçırılan miktarın üç misli tutarındadır. Dolayısıyla bu mantıktan ceza politikası hareket etmiştir. İşte yabancı ileri ülke baktığımızda gerçekten aynı görüntüyle karşılaşırız.

Fransız Hukuku'na bir göz atmak gerekirse, Fransız İş Kanunu'nun 163'üncü

maddesinde aynen şu hüküm yer alıyor : "İşçi sağlığı ve iş güvenliği kurallarını ihlal eden işverenler 500 franktan, 8000 franka kadar para cezası ödemek zorundadır". Ayrıca şu husus çok önemli, bu yaptırım iş güvenliği kuralı ihlal edilen işyerindeki her işçi için ayrı ayrı uygulanır. Yani, kaç işçi varsa, onunla çarpılmak suretiyle uygulanır. Gerçekten fiilen uygulanan çok ağır bir para cezası yaptırımıdır. Suçun tekrerrüü halinde 2 aydan 1 yıla kadar hapis ve veya 2 bin franktan, 60 bin franka kadar para cezasına hükmolunur. Ayrıca, bununla da yetinmiyor Fransız İş Yasası, işyerinde işin durdurulmasına ilişkin kararın yanında, yani bir idari yaptırım uygulanmışsa, işverenlerin iş güvenliği önlemlerini yerine getirmediikleri her gün için ayrıca önemli bir miktar para cezası ödeyeceklerine de hükmedilir. Böylelikle bir an önce o önlemlerin alınmasını da teşvik etmek amacı güdüür.

Amerika Birleşik Devletlerin'den örnek vermek istiyorum. Bilindiği gibi, 1970 yılında bağımsız İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kanunu çıkarmışlardır ve iyi işleyen bir yasa olduğunu gene literatürden izliyoruz. Bu ülkede de gerçekten çok ağır yaptırımlar vardır. Yani, ülkemiz açısından mutlaka bu kadar ağır yaptırımlar uygulansın demiyorum şüphesiz, ama bunları bize ışık tutucu göstergeler olarak nitelendiriyorum. Amerika Birleşik Devletleri'nde İş Sağlığı ve İş Güvenliği Yasası, iş güvenliği kurallarına yönelen her ihlal için 1000 dolardan 10 bin dolara kadar para cezası öngörüyor. Bunlar bizim paramızla milyonlarla ifade edilen para cezasıdır dikkat edilirse. İşveren, iş güvenliğini kasıtlı davranışıyla ihlal etmiş, ortaya çıkan iş kazası sonunda işçi ölmüşse, en az 6 aya kadar hapis ve veya 10 bin dolara kadar para cezasına hükmolunur. Aynı Fransız Hukukundaki yaptırımı burada da görüyoruz. Bu ülkede de işverenlerin gerekli iş güvenliği önlemlerini alıncaya kadar her gün için 1000 dolar para cezasına mahkum edilmeleri de mümkündür. Nihayet İngiltere'den örnek vermek gerekirse, orada da İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği yasınının 33 üncü maddesinde 400 sterline ve / veya 2 yıl hapse kadar yükselebilen cezai yaptırımlar getirilmiştir. Her gün için ceza yaptırımı burada da karşımıza çıkıyor. Belirli hallerde mevzuata aykırı durum giderilinceye kadar her gün için 50 sterlin para cezasına hükmediliyor.

Şimdi, bu yaptırımlara bakıldığında şunu belirtmek isterim : Burada hapis cezaları geçmektedir ama hapis cezaları uygulanmamaktadır. Tabii hapis cezalarını ben de savunmuyorum, çünkü çalışma barışını bozması ya da işyerinin kapatılmasına giden sonuçları yaratması bakımından sakıncalı. Ama hiç kuşkusuz şu yaptırımlarla kıyaslandığında bizdeki yaptırımların hiç etkin olmadığını, etkinlikten çok uzak olduğunu belirtmek isterim. Bir kere her iş güvenliği eksikliğine getirilecek yaptırımın daha yüksek olması, sağlanan menfaati en azından karşılaması, ayrıca cezai yaptırıma hükmedildikten sonra, her gün için uygulanan belirli miktar ceza yaptırımının teşvikçi olması açısından getirilmesinde yarar görüyorum.

**BAŞKAN** : Teşekkür ederim Sn. Sarper SÜZEK, şimdi sözü Teletaş İş Güvenliği Uzmanı Sn. Hüseyin Avni YARDIMCI'ya bırakıyorum.

**Hüseyin Avni YARDIMCI**  
**(Teletaş İş Güvenliği Uzmanı)**

Değerli dinleyenler, bugünkü konuşmamda ülkemizde ve dünyada işçi sağlığı iş güvenliği uygulamalarında mühendislik disiplinlerinin yerinin ne olduğunu ne olması gerektiğini açıklamaya çalışacağım. İlke olarak ülkemizde herhangi bir sorunun temel sorunlardan soyutlanmadan incelenmesi gerektiği inancında olduğumu belirtmek isterim. Burada işçi sağlığı ve iş güvenliği sorununun ülkemizin sağlık sorunlarından ve bu konuda uygulanan sosyal politikalardan ayrı düşünülmemeyeceği kesindir.

Denetim alanında çalışmış, üretimi sağlayan insanların işçi sağlığı ve iş güvenliği sorunlarını izleyen bir profesyonel olarak önce üretimden söze başlamak istiyorum. Biliyorsunuz ki, üretimin iki amacı vardır. Bunlardan birisi daha kaliteli, daha etkin bir üretim planlamak, ikincisi ise; insanın refahı ve bu refahın yaygınlaşması. Her şeyden önce üretimi gerçekleştiren insanın üretimin meyvalarını toplamaktan uzak tutulması sorunu çözümlenmeden sorunlara köklü bir çözüm bulunacağı kanısında değilim. Mühendislerin, işçi sağlığı, iş güvenliği konusundaki eğitimleriyle tartışmaya girmek istiyorum. İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetini üretecek olan iş güvenliği mühendisliği konusunda ülkemizde eğitim veren kuruluş yoktur. Bu durum daha yolun başına bile gelemediğimizi göstermeye yeter. Bu kongrede üzerinde durmamız gereken en önemli olaylardan birisi iş güvenliği mühendisliği konusunun, üniversitelerimizde ele alınıp bir mühendislik disiplini olarak tüm öğrencilere öğretilmesi, iş güvenliği mühendisliği dalının ise ülkemizde ayrı uzmanlık dalı olarak yerleştirilmesidir. Öte yandan iş güvenliği mühendisliği uygulaması yalnız işyerinde sağlığın ve güvenliğin korunması için değil, çevre için de önem taşımaktadır. İkinci Dünya Savaşından sonra, kimya endüstrisinin gelişmesi, sadece çalışma çevresini değil, genel olarak çevrenin kirlenmesi gibi önemli bir sorunu ortaya çıkardı ve bugün dünyada 600 binden fazla kimyasal madde kullanıldığı söylenmektedir. böylece meselenin çevre kirliliği ve işyeri kirliliği açısından önemi daha da açık görülmektedir. Bu nedenle, daha bir işyeri planlanırken, kurulma aşamasında eğer kimyasal maddelerle ya da benzeri tehlikeli maddelerle çalışacaksa, planlama, kurma aşamasında bunun önlemleri belirtmeli, çeşitli projeler de geliştirilerek hem işyerinin, hem de işyeri çevresinin korunması sağlanmalıdır. Burada büyük görev devlet, işveren, işçi üçgeni içinde devlete düşmektedir.

Zararlı maddelerle çalışmanın sonuçları bu maddelerle uzun dönem çalıştıktan sonra ortaya çıkmaktadır. Daha önceleri zehirlenme sonuçları hızlı bir şekilde meydana çıkardı ve zehirlenme kaynakları belliydi. Bu gün ise zehirlenme kaynakları çeşitlilik göstermiştir, çoğalmıştır; etkenin tanımlanma süresi de kat kat uzamıştır. Endüstride çözümlenmemiş sorunların olduğundan bahsederken, bunları çözmek için gerekli araç gereçten, bilgiden, insan gücünden yoksun olduğumuzu da belirtmek gerekiyor. Neler yapılabilir, somut örneklerle sunmak istiyorum.

Zararlı maddelerin mümkün olan her yerde zararsız ve güvenli olanlarla değiştirilmesi gereklidir. Örnek olarak benzol yerine toluen kullanılması zorlanmalıdır. Diğer bir sorun makinalarda karşılaştığımız sorundur. Güvenlik anlamında standart ma-



kine örneklerinin seçilmesi, bu örnekler dışında makine üretiminin yasaklanması gereklidir. Satın alınan makinaların güvenlik standartları yönetmeliklerine, çevre koruma yasalarına ve ülkede yürürlükte olan diğer standartlara uygun hale getirilmesi zorunluluğu aranmalıdır. Yine çarpıcı bir örnek vereyim : Dışarıdan çok güzel bir makine ithal ediyoruz; fakat o makineler tehlikelerini ortadan kaldıracak güvenlik parçaları satın alınmadan ülkeye sokuluyor. Bu parçalar bize lüks geliyor. Daha sonra o makinede iş kazaları çoğaldığı zaman bu sefer önlem almaya kalkıyoruz. Tabii ki, bu makinenin orijinali üzerinde, orijinal makinenin orijinal koruyucularının olmayışı sonradan yapılan koruyucuları da tesirsiz kılmaktadır. Bunun önlenmesi için Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı'nın koruyucusuz makine ithalini ve ülke içinde de üretimini yasaklaması gerekmektedir.

Bir diğer uygun yöntem, zararlı teknolojilerin ve üretim yöntemlerinin zararsız olanlara değiştirilmesidir. Bu yöntem halen amonyak, nitrik asit, amonyum nitrat üretiminde kullanılmaktadır.

Bir diğer sorun ise işçilerin büyük bir çoğunluğunun kişisel koruyucuları kullanmaktaki isteksizlikleridir. Nefes almayı zorlaştırıyor diye gaz maskelerini, deriyi nemlendiriyor diye eldivenleri, başağrısı yapıyor diye kulak tıkaçlarını ya da takılan kulaklıkları kullanmamaktadırlar. Bu noktada etkin bir eğitim gereklidir. Mesai, prim ve benzeri teşviklerle, ağır çalışmayı, ve daha fazla üretmeyi kabul eden işçilerimiz güvenlik kurallarına yeterince uymakta zorluk çekmektedirler.

Konuşmamın sonunda işyeri ortamında karşılaştığımız kimyasal etkenler için belirlenmiş MAC ve TLV değerlerine değinmek istiyorum. Ülkelerin belirledikleri MAC ve TLV değerleri arasında, özellikle bazı kimyasal maddelerde büyük farklılıklar var. Biz hangi değerleri benimseyeceğiz ya da elimizdeki teknolojik olanakların el verdiği ölçüde bu maddelerin en alt sınırlara çekilmesini zorlayacağız. Bu konuda bir diğer sorun sayıları 50-60.000 i bulan kimyasal maddelerin yalnızca 2000'i için standart getirilmiş olması. Diğerlerinin kabul edilebilir en yüksek değerleri bilinmiyorsa, bunlarla çalıştığımız işyerlerinde neyi esas alacağız?

Bu soruların yanıtlarını konuşmanın 2. bölümünde tartışmak üzere hepinize teşekkür ediyorum.

**BAŞKAN :** Teşekkür ederim Sayın Hüseyin Avni YARDIMCI. Şimdi sözü T.T.B. İşçi Sağlığı Kolu Başkanı Sn. Doç. Dr. Gürhan FİŞEK'e veriyorum.

**Doç. Dr. A. Gürhan FİŞEK**  
**(Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı Kolu Başkanı)**

Sayın Konuklar, bugün burada birbirinden farklı boyutlarıyla işçi sağlığı, iş güvenliği konusunu tartışıyoruz. Gerçekten tarihsel olarak işçi sağlığı, iş güvenliği birçok ayrı bilim dalının içinde gelişmiş, gelişmesini sürdürmüş ve günümüze kadar gelmiştir. Günümüzde bunların tek bir potada eritilmesi, bütünleştirilmesi süreci yaşanmaktadır. Bugün karşılaştığımız başlıca sorun budur.

İşçi sağlığı, iş güvenliğini tüm boyutlarıyla kavrayabilmek için ilk defa şu saptamayı yapmak zorundayız. İşçi sağlığı, iş güvenliği iş kazası artı meslek hastalığı değildir. Yani, iş kazalarını ve meslek hastalıklarını üst üste koyarak işçi sağlığı, iş güvenliği konusunda her şey yapılmıştır denilemez. Ben size başka başka konulardan çarpıcı örnekler vereyim. Bu konuyla ilgilenen bir kişi hiçbir şekilde işin yürütümü dediğimiz ve hekimlerle mühendislerin pek ilgilenmediği, çalışma süreleri v.b. konulara girmeden bu konuda çözüm üretmez. Çalışma süresini ele alalım. Bir işçinin 8, 10, 12 saatin üstünde çalışması işçi sağlığı, iş güvenliğiyle yakından ilgili değil midir? Bu iş kazalarını arttıran, kişinin enerjisini tüketen bir sorun değil midir? Bunun günlük enerji kaybını hesaplayıp yerine koymaya çalışırken acaba çalışma süresini hesaba katmak zorunda değil miyiz?

Diğer bir konu ücret : Bu işçinin gelir dilimini ailesindeki kişi sayısına göre hesaplamadan ona işçi sağlığı, iş güvenliği yönünden nasıl hizmet vereceğiz? Sağlığını nasıl kollayıp geliştirebileceğiz? Bu noktada bir tek şeyin üstünde daha durmak istiyorum. İşçi sağlığının korunması diye bir kavram vardır, giderek bu terk edildi, şimdi bizim mevzuatımızda görülen işçi sağlığı iş güvenliği deyimini daha çok benimsiyoruz. Çeşitli görüşlerle karşılaşacaksınız, hiç önemli değil yalnız işçi sağlığının korunmasıyla ilgili bir ikilem var. Kısaca ona dikkatinizi çekmek istiyorum. Biz burada savunma durumunda değiliz. Yani, bütün gayemiz aman işçinin sağlığı korunsun değil, işçinin sağlığı korunsun ve geliştirilsin. Dolayısıyla bu tamamen bir savunma güdüsüyle yapılan hareket değildir. O zaman demek ki, iş kazaları artı meslek hastalıklarının çok ötesine geçiyoruz. İşçiyi sağlam girdiği işyerinden sağlam çıkartmak gayretini yeterli görmüyoruz, daha üst düzeyde yenilenerek işyerinden çıksın diye gayret ediyoruz. Bu nokta son derece önemlidir.

Toplu iş sözleşmeleri bizi ilgilendirir. Toplu iş sözleşmeleri yasamanın getirdiği minimum standartları geliştirmeye yönelik olarak kullanılacak en önemli araçlardan biridir. İşyerlerinde işçi sağlığı, iş güvenliği konusunda ayrıntılı önlemler alınmasını sağlayabilecek çok değerli belgelerdir. Bu bakımdan işçi sağlığı, iş güvenliğiyle ilgilenen bir insanın toplu iş sözleşmesi görüşmeleri, toplu pazarlık beni ilgilendirmez demeye hakkı yoktur. Dolayısıyla konunun boyutları böyle çeşitlendikçe, geliştikçe karşımıza bir ekip hizmeti kavramı çıkıyor. İşte işçi sağlığı, iş güvenliğinde en önemli konulardan biri de bu demin söylediğim aynı potada eritme ve bütünleştirmeyi sağlayabilmek için iki hizmetin birlikte geliştirilmesi gerekir. İşte ekip kavramı bize aynı zamanda uzmanlıklara saygı konusunu da getiriyor. Bir doktor konuya geniş açıdan farklı boyutlarıyla bakabilmelidir; ama kendisini hiçbir zaman bir mühendisin yerine de koymamalı; elektrik tertibatını kontrol etmeye kalkışmamalıdır. Elektrik mühendisi de kalkıp tıbbi konulara karışmamalıdır. Ekip hizmeti çok önemlidir. Dolayısıyla ekibin içindeki uzmanlara saygı da çok önemlidir. Ülkemizde ekip hizmetinin geliştirildiğini söylemeye olanak yok. Zaman zaman denemeler yapılmıştır, başarılı sonuçlar alınmıştır, eleştiri de gelmiştir. Ama Türkiye'de şu anda işçi sağlığı, iş güvenliğinde ekip hizmeti verilmektedir, demeye olanak yok. Önce kafalarımızda hizmeti bütünleştirmemiz gerekmektedir. İşçi sağlığı, iş güvenliği hizmetlerinin işyeri düzeyinde bütünleştirilebildiği çok ender örnekler verildi. Bilebildiğimiz bir - iki işyeri var, o kadar. Onun dışında hizmetler ayrı ayrı birimler halinde yürütülmektedir. İşin hekimlik yönü başkadır, mühendislik yönü başkadır diye yapay ayrımlara gittiğiniz zaman hem hizmetin gücünü bölmektesiniz, hem ekip çalışmasını bölmektesiniz, hem de

ara şekil diyebileceğimiz, yani hem hekimin, hem mühendisin bir arada çözümleneceği sorunları dışlamış oluyorsunuz. Dolayısıyla ülkemizde ilk yapılması gereken şeylerin başında işçi sağlığı, iş güvenliğinin çok boyutlu oluş kavramını potansiyelimizde iyice eritememiz, bütünleştirmemiz ve bunu ekip hizmetine dönüştürmemiz gerekmektedir.

Bir başka önemli konu da işçi sağlığı, iş güvenliğinin sadece işyerinin sınırlarıyla sınırlı bir sorun olmadığını kavramamızdır. Zaman zaman görmüşsünüzdür. Deriz ki, yaşama ve çalışma koşulları birbirinden ayrılamaz, yani işçi kapıdan çıktıktan sonra, işyerinin kapısından çıktıktan sonra, bizi ilgilendirmez diyemezsiniz. Bunun çok çarpıcı örnekleri vardır. Ben bunlardan bir tanesine değineyim : Kış vakti işçi fabrikanın kapısından çıktı, evine gitti. Barınma koşulları yetersiz, kömür alamamış, peki bu işçi nasıl dinlenecektir? Uyuduğu takdirde kömürü olmayan bir evde yetersiz barınma koşulları içinde vücudun tam dinlenmesine olanak var mı? Kasların gevşemesine, bir sonraki gün için çalışmaya hazır hale gelmesine olanak var mıdır? O zaman siz işçiyi ertesi gün aynı güçte nasıl karşınızda bulacaksınız. O zaman yaşama koşullarını dışlayarak işçi sağlığı iş güvenliği hizmeti verilemez.

Bir başka önemli konu : İşsizlik, işçi sağlığı, iş güvenliğiyle ilgilenen kişilerin konusu mu? İşsizlik konusu da bizim konumuz, çünkü çalışılan ve çalışılmayan dönemler bir bütündür. Kişi çalışmadığı dönem içinde bedensel, ruhsal, toplumsal olarak sağlıksızlaşacak, bir süre sonra da işçi olarak karşımıza gelecektir. Daha ileri götürüyorum kavramı, işçi çalışmıyor ya da çok yetersiz bir ücret alıyor. Aileye yaklaşıyorum, ne olacaktır? Ayda belirli bir geliri almak için eşi, çocukları çalışmaya başlayacaktır. Çocuklar çok küçük yaşta çalışmaya başladıkları için o işçinin yaşam beklentisi, kendi çocuklarını okutma yönünde olduğu halde, bundan fedakarlık edecek ve çocuklarını çalışma yaşamına sürecektir. O zaman ne olacaktır? Düşünün ki, en kötü koşullarda çalıştırılan bir işçi, çalışma koşullarının düzeltilmesi talebiyle sendikaya üye olabilecektir, işverenin karşısına çıkabilecek midir? İşveren istersen çalış, istersen çalışma kapıda bir sürü adam bekliyor dediğinde ne yapacaktır? O zaman işsizliğin yarattığı baskı, işçi sağlığı, iş güvenliği önlemlerinin alınması bakımından çok önemli bir engeldir. İşte konumuzun boyutlarından bir diğeri işsizliğin kendi konumuzdur. Konuşmanın ikinci bölümünde, diğer konu başlıklarını vurgulamak üzere teşekkür ediyorum.

**BAŞKANI** : Teşekkür ediyorum Sn. Gürhan FİŞEK, sözü şimdi de MPM Danışmanlık Bölümü Başkanı Sayın Mesut ODABAŞI'ya veriyorum.

**Mesut ODABAŞI**  
**(Milli Prodüktivite Merkezi Danışmanlık Bölümü Başkanı)**

Verimlilik ile işçi sağlığı ve iş güvenliği arasında ilk bakışta söylenebilecek şöyle bir ilişki var : Bütün öteki teknik ayrıntılardan soyutlayacak olursak, işgücünün gitgide daha çok makina ve ekipman kullanması, daha ileri teknoloji ile çalışması verimliliğin artmasının başlıca koşulu ve belki de tanımı oluyor. Daha çok makina ve ekipman kullanan

işgücü de, elbette eğer öteki koşullar yerine getirilmemiş ise, daha çok iş kazasına uğrama ya da meslek hastalıklarına yakalanma riski ile karşı karşıya kalabiliyor.

Ancak, bu yargının doğruluğunu hemen kabullenmemek gerekiyor. Sözgelimi, ABD'de yapılan birtakım araştırmalarda, ilk bakışta sanılanın tersine, verimlilik arttıkça iş kazalarında da gerilemelerin ortaya çıktığı anlaşılmış. Bunun birtakım nedenleri sıralanıyor; ama hepsini özetleyen ana neden şu : Bir işletmede geçici sürelerde değil, kalıcı biçimde verimliliğin artması demek, o işletmenin kaynaklarının rasyonel kullanan bir işleme, daha kısa bir anlatımla, rasyonel çalışan bir işletme olması demektir. Rasyonel çalışan işletme ise işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında gereken önlemleri alabilen işletmedir. Peki, ilişkiye bir de öteki yönden bakıldığında, neler söylenebilir? İş kazaları verimliliği nasıl etkiliyor? Bir kez, işgücü verimliliğinin artması, aynı işgücünün birim zamanda daha çok üretim yapması olduğuna göre, çalışmayı yavaşlatan hatta durduran iş kazalarının azaltılması, işgücü verimliliğini olumlu yönde etkileyici bir nitelik taşır. Öte yandan, verimliliğin artması, teknolojik gelişmeyle, işgücünün daha fazla makine kullanmasıyla ilgilidir. İş güvenliğinin sağlandığı bir ortamda, makine kullanımı da çok daha etkili ve akılcı bir biçimde gerçekleşir; verimlilik artar.

Bizim MPM'de yaptığımız bazı araştırmalar da bu doğrultuda sonuçlar vermiştir. Birkaç örnekten söz etmek istiyorum. Ancak, hemen şunu belirtmek yararlı olacak : Ülkemizde meslek hastalıkları ile ilgili istatistik bilgiler hemen hemen hiç olmadığından, bu araştırmalarda yalnız iş kazaları ele alınıyor.

Araştırmaların ilki, 1970-84 arasındaki 15 yıllık dönemi ve tüm imalat sanayiini kapsıyor: Araştırmaya göre, iş kazalarının ağırlığı ve kazaya uğrama olasılığındaki değişimler, toplam verimlilikteki değişmelerin % 63'ünü açıklayabilmektedir. Her iki değişkenle toplam verimlilik arasında ters yönde bir ilişki var : Kazaya uğrama olasılığı ve kazaların ağırlığı azaldıkça toplam verimlilikte de bir artış ortaya çıkıyor ve tersi, kazalar arttıkça toplam verimlilikte bir azalma görülüyor. Tüm imalat sanayiinde kazaların ağırlığında ve kazaya uğrama olasılığında ortaya çıkabilecek % 1'lik bir azalma, imalat sanayiinde toplam verimliliği % 2,6 oranında arttırabiliyor.

Benzer bir çalışmayı bir kez de tek bir işletme düzeyinde, İstanbul'da imalat sanayiinde faaliyet gösteren bir özel işletmede gerçekleştirdik. Bu işletme, tarihinin belli bir dönemine kadar iş güvenliği ve işçi sağlığı konusunda hemen hemen hiçbir düzenleme yapmamış. Belli bir noktadan sonra ise işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda ciddi adımlar atmaya, önemli tedbirler almaya başlıyor. O düzenlemelerden sonra ortaya çıkan gelişmeyi incelemeye çalıştık ve emek verimliliği ile kaza tekrarı ve kaza ağırlığı oranları arasındaki ilişkiyi araştırdık. Tıpkı tüm imalat sanayiinde olduğu gibi, ters yönde bir ilişki ortaya çıktı; işletmede iş kazaları azaldıkça, verimlilik düzeylerinde yükselme ortaya çıkıyor ve gerek kaza tekrarı gerekse kaza ağırlığı değişkenleri, emek verimliliğindeki değişmelerin aşağı yukarı % 40'ını açıklayabilecek güçte görünüyor. Aynı işletmede kazalarla başka bazı göstergeler arasındaki ilişkiyi de araştırdık. Acaba işe devamsızlığı, işgücü devrini iş kazaları nasıl etkiliyor?

Bu işletmede kaza tekrarları arttıkça işe devamsızlığın da arttığını görüyoruz. İşe devamsızlığın % 60'ını kazalardaki artış ve azalışlar açıklamak mümkün. Ayrıca, o işletmedeki işçi devir üzerinde de kazaların çok önemli bir etkisi var. İşçi devirindeki değişmelerin aşağı yukarı % 62'sini iş kazalarındaki artış ve azalışlarla açıklamak

mümkün. İkisini birden toparlayarak söylersek, işletmedeki işçilerin kazaların artışına karşı tepkileri işe devam etmemek ya da işten ayrılmak şeklinde ortaya çıkıyor.

Sonuç olarak şu söylenebilir : Çalışma temposunda yavaşlama ve duraklamalara, iş düzeninde bozulmalara, çalışanların morali ve çalışma gücü üzerinde yıkıcı etkilere yol açan yetersiz işçi sağlığı ve iş güvenliği koşullarının verimliliği düşürdüğü açıktır. Yapılan araştırma ve gözlemler de bunu doğrular niteliktedir. Sağlıksız ve güvenliksiz işyeri ortamlarında yüksek verimlilik beklemek, hem haksız ve hem de gerçekçi olmayan bir tutumdur. Dolayısıyla, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından gereken bütün önlemlerin alınması, verimlilik artışının vazgeçilmez ön koşullarından biri olmaktadır.

Milli Prodüktivite Merkezi'nin 1980'li yıllarda belli bir yoğunluk kazanan işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili çalışmaları sonunda ulaşılan ve ilgili kesimlerce büyük ölçüde paylaşıldığı belirlenen başlıca sonuçlarını bir öneriler demeti biçiminde, şöyle özetleyebiliyorum :

\* Konu siyasal iktidar değişikliklerinden olabildiğince az etkilenecek biçimde, sürekli bir "devlet politikası" olarak ele alınmalıdır.

\* Devletin desteği ve belki de öncülüğüyle, bu alanda bilgi birikimi, bilgi ve deney alışverişi ve ilgili kuruluşlar arasında eşgüdüm sağlayacak merkezi bir örgütlenmenin yaratılması şarttır.

\* Koruyucu sağlık hizmetlerinin hızla geliştirilmesi şarttır.

\* İşyeri hekimliğini işlevine uygun bir örgütlenme içinde ele alan yasal düzenleme ve uygulamaların gerçekleştirilmesi zorunludur.

\* Konuyla ilgili olarak, öncelikle işçiler ve iş güvenliği görevlileri, ama onların yanı sıra her düzeydeki işletme yöneticisi ve işverenler de sistematik, yaygın ve sürekli olarak eğitilmelidir.

\* Hem işletmelerin kendi iş güvenliği ve denetim görevlilerinin, hem devletçe yürütülen denetim hizmetlerinin nitelik ve nicelik açısından bugünkünden çok daha ileri düzeylere ulaştırılması gereklidir.

\* İşçi sağlığı ve iş güvenliği sorunları ele alınırken, işçi-işveren-devlet üçlüsüne dayanan bir yaklaşım egemen olmalıdır.

\* Birçok olumlu hükümleri de barındırmakla birlikte, artık önemli ölçüde eskimiş durumdaki yasal düzenlemelerin geliştirilmesi ve günümüzün koşullarına uygun duruma getirilmesi bir ihtiyaç durumundadır.

\* İş kazalarına ve şu andaki bilgilerin neredeyse hiç düzeyinde olduğu meslek hastalıklarına ilişkin güvenilir ve düzenli istatistiklerin, işyerleri düzeyinde ve bir örnek yöntemlerle tutulması sağlanmalıdır.

\* Kaza olasılıklarına karşı kullanılması zorunlu olan koruyucu araç gereçlerle ilgili standartlar geliştirilmeli ve bu araç-gereçlerin üretiminde belirlenmiş standartlara uygunluk gözetilmelidir. Ayrıca, üzerinde koruyucularla birlikte imal edilmesi gereken makinele- rin bu niteliği taşıyıp taşımadığı, imalat ya da ithalat aşamasında denetlenmelidir.

\* Kazaların gerçek nedenlerinin belirlenmesi ve gelecekteki benzer kaza olasılıklarına karşı gereken önlemlerin alınması bakımından son derece önemli olan işyerlerindeki kaza araştırmalarının ciddi biçimde ve açık yüreklilikle yapılması, bunu engelleyici nitelikteki uygulama ve alışkanlıkların düzeltilmesi gereklidir.

\* Özellikle ağır sanayide çalışan işçilerin 8 saatlik işgünü sonrasındaki yaşantılarının, işgününün bitiminden sonraki yaşama, dinlenme, beslenme biçimlerinin işyerindeki çalışma ve davranışlarını etkilediği hatırlanarak bu konuda inceleme ve iyileştirmeler yapılması üzerinde durulmalıdır.

\* İş kazalarının önlenmesi ya da azaltılması, toplumun sağlığını etkilemesi bakımından, öncelikle, insancıl ve toplumsal yanı ağır basan bir sorundur. Bununla birlikte, ekonomik yanı da kesinlikle gözden uzak tutulmamalıdır. Bu yüzden, özellikle devlet ve işverenler açısından, iş kazalarını önlemeye yönelik önlemler için yapılacak harcamalar, bir gider kalemi olarak değil, uzun olmayan bir dönemde kendisini karşılayacak ve önemli gelirler sağlayacak ekonomik yatırımlar olarak görülmelidir.

Bu amaçla özellikle işletme düzeyinde, iş kazalarının, ya da daha doğru bir deyişle yetersiz işçi sağlığı ve iş güvenliği koşullarının yol açtığı maliyetlerin belirlenmesine ve izlenmesine yönelik çalışmalar yapılmasında büyük yarar vardır. Böylece, bir yandan iş ortamlarını gerçekte rasyonel yatırımlar olduğunu inandırıcı biçimde göstermek; öte yandan, işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında sağlanacak gelişmelerin maliyetler üzerindeki geriletici etkisini ortaya koymak mümkün olacaktır.

Ama, herşeyden önce, tıptan endüstri psikolojisine, ergonomiden çeşitli mühendislik dallarına, işletme yönetiminden hukuka, hatta iktisata kadar birçok bilim dalını ilgilendiren işçi sağlığı ve iş güvenliğinin, gerçek anlamda "disiplinlerarası" bir alan olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Gerek sorunların belirlenmesinde, gerek çözüm önerilerinin geliştirilmesinde bu disiplinlerin her birinin yapabileceği vazgeçilmez katkılar vardır. Ancak, bu katkılar, adı geçen disiplinlerin büsbütün kendi yaklaşımlarıyla ve birbirlerinden bağımsız olarak yapacakları çalışmalardan çok, birlikte yürütülecek çalışmalarla gerçekleştirilebilir. İşbirliği ihtiyacının temelinde yatan gerçeklerden biri budur. Bir ikincisi ise işçi sağlığı ve iş güvenliği konusundaki sorunların teşhisi ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi bakımından olduğu kadar, bu önerilerin sonuç alıcı biçimde uygulamaya konulması bakımından da değişik kesimler ve kuruluşlar arası işbirliğinin kaçınılmaz olmasıdır.

Son olarak, bu toplantıdan birkaç gün önce Sayın İsmail Topuzoğlu ile MPM'de bu konuda söyleşirken aklımıza takılan bir noktayı burada gündeme getirmek istiyorum. Dr. Topuzoğlu ile birlikte üzerinde konuştuğumuz konu şuydu : Her zaman olduğu gibi bugün de, her yerde olduğu gibi Türkiye'de de devletin ya da siyasal iktidarın çeşitli araçlarla, doğrudan yahut dolaylı biçimde ekonomik hayata müdahale etmesine tanık olunuyor. Bu müdahale araçlarından biri, Türkiye'de özellikle son 10 yıldır en çok başvurulanlardan biri, özendiriciler, alışılmış sözcükle "teşvikler" oldu. Türkiye'de hem işletmeler, hem de ekonomi bürokrasisi bu aracın kullanımında, ustalık denmese bile, bir alışkanlık kazandı. Öyleyse, bütün sakıncalarına karşın, bu alanda da özendiricilere başvurmak neden düşünülmesin? Neden, sözcülemi, işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından kayda değer iyileştirmeler sağlayan işletmeler için çeşitli vergi indirimlerinden yararlanma hakkı gibi özendiricilere başvurulmasın? Bu tür bir öneriyi, gerektireceği teknik hazırlıkları ve uygulamada ortaya çıkarabileceği güçlükleri öne sürerek tartışmak, mümkündür; ama herhalde hiç kimse böyle bir düşünceyi tümünden reddedemez. Uğrunda bunca teşvik sağlanan ihracatı artırmak önemli de, çalışanların işteki sağlığını ve güvenliğini geliştirmek önemsiz mi?

**Erhan ACAR**  
**(Mimar)**

Sanayide yer alan bir işkolu için ayrı üretim koşulları düşünebilirsiniz. Tekstilde mekik gürültüsü olabilir, kompresörlerin uğultusu olabilir. Kimya Sanayiinde kimyasal maddelerden kaynaklanan yoğun bir koku olabilir. İplik fabrikalarında işçiler için pek yararlı olmayabilir; ama iplik için gereklidir, yoğun bir rutubet ortamı duyarsınız. Her işkolu için ayrı bir koşul düşünebilirsiniz. Bu koşul adeta o ortamda kendine özgü bir evren, bir dünya havası yaratmaktadır. Üretimde çalışan insanların kendi dışlarında kabul ettikleri ezici bir gerçek olarak varlığını duyumsatmaktadır. Benim edindiğim izlenim şu ki : İşgüvensizliği, iş kazalarına yol açan koşullar, iş sırasında rahatsız edici koşullar, gürültü, koku, rutubet, sıcak, örneğin dökümhanelerde ya da şişe fabrikalarında, cam fabrikalarında izlediğimiz insan yapısı cehennemler hakikaten normal yaşam koşullarından çok farklı ısı koşulları; bütün bu koşullar burada çalışan insanlar üzerinde kasıtlı demeye dilim varmıyor; ama varlığına göz yumulur biçimde bir baskı yaratmaktadır. Yani, bu baskı, aslında askerlikte de izlediğimiz yapay da olsa sürekli bir savaş, tehlike ortamında yaşayabilmeye koşullandırmak içindir. Askerlikte var olmanın tek biçimi emirlere boyun eğmektir. Üniformanın koşullarına uymaktır. Çevredeki, kendi dışındaki koşulların baskısına boyun eğip, bunları dert edinmemektedir. Çünkü, bunlardan çok daha büyük başka gerçekler, çıkarlar söz konusudur. Yani, sözü vardırımak istediğim nokta şu : Benim izlenimim şu ki : Gürültü, rutubet, sıcak gibi ağır koşulların yıldırıcı, bezdirici etkileri, montaj bantında çalışmanın montaj bantında sürekli vida sıkmanın, başka düşünceye ne zaman, ne güç bıraktıran koşulları, insanları hiçbir şeyi düşünmeden, ne yaptığını düşünmeden çalışır hale getirir. Tıpkı olmayan bir savaşın askerleri gibi. Bütün bu koşullar, insanları kendi sağlıklarına yabancılaştıran, çalışma koşullarına fazla direnç onları en önemlisi boyun eğmeye yatkın insanlar haline yöneltmektedir. Dolayısıyla bu panel sırasındaki tartışmaları izlerken, ben örneğin ekonomik nedenlerle karşılanamayan, ya da karşılanmayan güvenlik koşullarının, ya da Batı'daki örneklerine pek yetişemediğimiz biçimde yorumladığımız konuların bunlardan öte, anlam taşıdığını düşünüyorum. Bir toplumun kendi genel baskıcı yapısına uygun koşulların çalışma ortamında da üretilmesi olarak görüyorum.

Şimdi, kendi konum açısından, yani kentler, konut, yaşam çevreleri açısından da gerek yaşam standartları olarak, gerek çevre koşulları olarak yoğun baskılar, kişiliğimiz üzerinde, insanlığımız üzerine yoğun baskılar yönelten ortamlarda yaşadığımızı düşünüyorum. Yani, gecekonduların alanlarında olsun, kentin daha gelişmiş kabul edilen alanlarında olsun var olan standartlar; yaşam koşulları, rahatsızlıklar, is, pis, toz, gürültü bütün bu koşullar aslında çalışma alanlarından işyerlerindeki çalışma koşullarından çok farklı değildir. Şöyle düşünüyorum ki, işyerlerindeki koşullar adeta dalga dalga o işyerlerinden yayılarak, yaşadığımız kentlerin konut alanlarını oluşturuyorlar. Bunun somut örneklerini örneğin, çevresinde işçileri yerleşmiş kimi fabrikalarda görebiliriz. Benim gezmek fırsatını bulduğum bu tür bir fabrika Giresun'un Aksu Vadisi'ne, yeşilliklerin içine yerleşmiş SEKA'nın kağıt fabrikasıydı. Fabrikaya yaklaşırken bile, biz dışarıdan gelmiş yabancılar olarak dehşete kapıldık, çünkü akıl almaz bir kompresör gürültüsü, bırakınız

fabrikayı, tüm vadiyi sarmıştı. Vadi ile birlikte tabii yakın çevrede yaşayan bütün işçilerin hatta teknisyenlerin ve yöneticilerin konutlarını da bu gürültünün bir akıl almaz boyutları gürültülerin sandığını gördük. Konuyu bizi gezdiren arkadaşına sorduk nedir bu nasıl katlanıyorsunuz dedik. "Canım SEKA o kadar çok yarar getirdi ki, insanlar bu gürültüye de alışmayı göze alıyorlar" dedi. Hakikaten fabrikanın kapısından içeri girince bu gürültünün ne kadar gerekli olduğunu da gördük, çünkü içerideki gürültü dışarıdakinin kat kat fazlasıydı. Bu koşullarda çalışabilmek için elbetteki o koşullarda yaşamak lazım. Elbette ki o gürültünün sizin için sadece o yeşil görüntüsü kalmış doğanın, adeta bir parçası olması lazım ki, Gürhan arkadaşın belirttiği gibi, sadece dinlenmiş olarak değil iş koşullarına boyun eğmeye biraz daha alışmış olarak işe girebilirsiniz. Fakat, gecekondu alanlarını düşündüğümüzde, işçi arkadaşlarımızın çoğunluğunun yaşadığı alanlardaki koşulları düşündüğümüzde bu koşulları bir an soyutlasak, yani kışın çamurlu, yazın tozlu yolların, pis havanın, dumanın, evlerde olmayan; uzaktan taşınması gereken suyun, bütün bunların yerine bir an soyut bir cennet koysak, bunlar su kenarında villalar olsa, yeşil alanlar içinde tüm olumlu yaşam koşullarını buraya yakıştırsak acaba böyle bir ortamda yaşayan bir insan ertesi gün nasıl bir işyerinde çalışabilir? Yani, bugün alıştığımız koşullarda bir işyerinde mi çalışır, yoksa yaşam koşulları bu derecede iyileşmiş bir emekçi sınıfı bugün işyerlerindeki baskı ortamını talep etmez mi? Dolayısıyla, vurgulamak istediğim nokta şu; çalışma koşulları, işyeri koşulları ile yaşam çevresi koşulları, çalışanların yaşam çevresi koşulları birbirinden soyutlanamaz. Her iki açıdan da soyutlanamaz. Daha doğrusu işyerinde bu koşulların daha fazlasını vermeye hazır olmayan bir toplum, yaşam çevresinde de daha iyi koşulları vermeye hazır değildir.

Bundan çıkardığımız sonuç şu : Eğer daha iyi bir yaşam istiyorsak, hepimiz için, sadece fabrikalarda çalışanlar için değil, bu kentleri paylaşan hepimiz için öncelikle doğrudan işyerlerindeki çalışma koşullarının iyileşmesi, daha iyi koşullarda çalışmanın ve daha iyi koşullarda yaşamının, daha iyi koşullarda çalışmaya hazırlanmak üzere daha iyi koşullarda yaşamının genel toplumsal bir var oluş biçimi olması konusunda hep birlikte taleplerimizi ileri sürmeli, mücadele vermeliyiz.

Teşekkür ederim.

**BAŞKAN** : Teşekkür ederim Sayın Erhan ACAR. Şimdi de 5'er dakikalık 2. tur konuşmaları için sözü Sayın Sarper SÜZEK'e veriyorum.

**Sarper SÜZEK**  
**(Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi)**

Efendim, ben bu turdaki konuşmamı daha ziyade çok değerli diğer konuşmacıların vurguladıkları önemli bazı hususları teyiden yapacağım konuşmayla sürdürmek istiyorum. İlk önce üniversiteler. Sayın Hüseyin Avni Yardımcı'ya gerçekten teşekkür ederim, üniversitelerin bu konudaki görevini vurguladıkları ve özellikle işgüvenliği mühendisliği mesleğinin oluşturulması yönündeki katkıları nedeniyle. Tamamen aynı kanaatteyim,



yalnız memnuniyetle şunu belirtmek isterim, Siyasal Bilgiler Fakültemizde bu dersi ben bağımsız bir ders olarak İş Hukuku'nun dışında veriyorum. Bu konunun çok daha kapsamlı bir biçimde ele alınmasını arzu ediyorum.

Standartlardan söz ettiler, gene Sayın Yardımcı, gerçekten bu da çok önemli bir konu. Yalnız ben şu hususu da belirtmek istiyorum : Bizim işgüvenliği mevzuatımız, hukuksal açıdan son derece dağınık bir görüntü arz eder . Bunun içinden uzmanların bile çoğu kez güçlüklerle çıktığını görüyoruz. Benim bu konudaki somut önerim, bağımsız bir işçi sağlığı, iş güvenliği yasaasının öngörülmesidir. Teknik işgüvenliği önlemleri dışında kalan tüm hususların Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de olduğu gibi, bağımsız, herkesin haklarını, borçlarını rahatlıkla görebileceği bir yasada düzenlenmesi, derli toplu halde getirilmesidir. Böyle bir yasa bu konudaki bilinçlenmeye de çok olumlu katkılar getirebilecektir. Burada işveren kesiminin haklı bir şikayetine değinmek isterim. Yargıtay uygulamamız işverenleri mevzuatta yer almayan önlemlerden sorumlu tutmaktadır. Dolayısıyla yol gösterici olmak görevi şüphesiz kamu organlarına düşmekte, bu mevzuatın süratle yenilenmesi gerekmektedir.

İş güvenliği müfettişlerimizin sayısı çok güzel dile getirildi, Sayın Fişek tarafından. Yalnız burada bir hususu objektif kalmak endişesiyle belirtmek isterim. Aslında dünyanın her yerinde araştırmalarımız bunu gösteriyor, işgüvenliği müfettişlerinin sayısından bile şikayet var. Ama tabii bu daha mükemmel bir işçi sağlığı, işgüvenliğinin sağlamak içindir. Bizdeki işçi sağlığı, işgüvenliği müfettişi sayısı bunlarla kıyaslandığından son derece düşüktür.

Bir diğer soruna basın mensubu Atilla Özsever bey işaret ettiler, gerçekten yaşamsal önem taşıyan bir konudur. O da sendikaların görevleri. Ben burada sendikaların görevlerine kendi araştırmalarımıza dayalı olarak değinmek istiyorum. Biz, bu konuda araştırma yaparken, toplu sözleşmeleri mevcut toplu sözleşmeleri taradık ve gerçekten eski deyimle bu sözleşmelerde işçi sağlığı, iş güvenliği konusunda "sadre şifa" diyebileceğimiz hükümlere rastlamayamadık. Oysa ki, Batı örnekleri son derece ileri, biraz önce belirttiğim iş güvenliği mevzuatının eksiklerini telafi edecek yönde hükümler yer almaktadır. Tabii ki, bu da bir araştırma meselesi, çok iyi değindikleri gibi, sendikaların araştırma kurulları bunları getirecekleri önerileri olarak toplu sözleşmelere sokacaklardır. Dolayısıyla bu eksiklik görülmektedir.

Bir diğer husus grevler açısından yaptığımız araştırmalarda ortaya çıkmıştır. Ülkemizde 63'ten bu yana bir çok grev yapıldı. Ancak grev nedenlerine baktığımızda bir tek sendikanın yaptığı grevde çok arkalarda yer alan bir nokta olarak yer alıyor, ama bunun dışında hiçbir grev işçi sağlığı, iş güvenliği koşullarının eksikliğine dayalı olarak yapılmamış veya sebepler arasında bu yer almamıştır. Ayrıca komisyonlara üye seçmek, işçi sağlığı ve işgüvenliği kurullarının oluşturulmasını sağlamak da görevleri arasındadır. Bir çarpıcı örnek olarak şu söylenebilir : İşin durdurulması komisyonlarına sendikalar önceden üye seçmek zorundadırlar. 1987 yılında çıkan işin durdurulması tüzüğünden önceki dönemde bir tek sendikanın dahi bu komisyonların üyesini önceden seçmediklerini tespit etmiş olduk. Dolayısıyla sorun gerçekten çok boyutlu gerçekten devlet, işçi, sendika ve işveren ilişkisini her yönüyle ilgilendiriyor.

Son bir noktaya açıklık getirmek istiyorum. Yine Sayın Atilla Bey'in belirttiği husus, bu işi bırakma konusu. Şimdi, şüphesiz işçi sağlığı, işgüvenliği önlemleri işyerinde

alınmamışsa, bu İş Kanunu'nun 16 ncı maddesinin ikinci bendi anlamında işçilere haklı nedenle iş aklının feshi imkanının verir. Kıdem tazminatı almak suretiyle işlerinden ayrılabilirler, ama bu yeterli bir koruma sağlamaz şüphesiz, çünkü işçi işini kaybetmiş olacaktır. Toplu olarak işi bırakmaya gelince, böyle bir nedenle işin bırakılması, pozitif hukuk uygulamasında yasa dışı grev olarak nitelendirilme tehlikesiyle karşı karşıyadır. Yargıtayımıza göre böyle bir durum ortaya çıktığı takdirde bu yasa dışı grev olarak nitelendirilecektir. Pozitif hukuk açısından onu belirtmek isterim. Aslında bu konu gerçekten ilginç, çünkü işçi sendikaları eğer gerçekten işçi sağlığı, iş güvenliği sorununun üzerine gitmek isterlerse ellerinde bir yaptırım gücü olması lazım. Bu da grev biçiminde ortaya çıkabilir. Bilindiği gibi, grevler hak grevi ve menfaat grevi olmak üzere ikiye ayrılır. İş güvenliği önlemlerinin alınmamasının bir grev nedeni olabilmesi için bir ülkede hak grevinin kabul edilmiş olması gerekir. Yani, toplu sözleşme düzeni kurulduktan sonra işveren mevzuattan veya toplu sözleşmeden doğan hakları yerine getirmese, grev imkanının doğması, bizim de mevzuatımızda gerek anayasayla, gerek Toplu İş Sözleşmesi Grev ve Lokavt Kanunuyla yasaklanmıştır. Dolayısıyla yapılabilecek olan menfaat grevidir. Menfaat greviden anladığımız şu oluyor : toplu sözleşme yapılırken, ancak bu safhada, işçi sağlığı iş güvenliği sorunu ortaya getirilebilir, burada bir takım işçi sağlığı iş güvenliği önlemlerinin toplu iş sözleşmesine konması sağlanmaya çalışılır. Ancak bu noktada bir ihtilaf olursa, bu takdirde arabuluculuk yolundan geçmek suretiyle, greve gitme imkanı vardır. Demek ki, işçi sağlığı ve iş güvenliği nedeniyle grev, toplu sözleşmenin sadece yapılması safhasında olabilir. Toplu sözleşmeye konduktan sonra işletilmezse, bu noktada grev hakkına sahip değildir işçi sendikası mevzuatımıza göre. Mahkemeye gitmek suretiyle o hükümleri dava yoluyla işletmek hakkına sahiptir.

Ancak 155 sayılı uluslararası sözleşme ülkemiz tarafından onaylanırsa bu takdirde iş güvenliği önlemlerinin alınmadığı bir işyerinde işin toplu olarak bırakılması hukuken mümkün olabilecektir. Teşekkür ederim efendim.

**BAŞKAN** : Teşekkür ederim. Buyurun Sayın Dr. Nazmi BİLİR

**Doç. Dr. Nazmi BİLİR**  
(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)

Efendim, ben Sayın Gürhan FİŞEK'in açtığı bir kapıdan girmek suretiyle biraz daha ilerlemek istiyorum. Belki oradan bir sonuca bağlayacağım. Dedi ki, Gürhan FİŞEK, "İşçi sağlığı konusu yalnızca iş kazası ve meslek hastalıkları konusu değildir" çok haklı görüyorum tabii. İşçi sağlığı konusu, iş kazası ve meslek hastalıklarıyla sınırlı kalırsa çok dar bir kapsamda ele alınmış olur. Çalışan bir kişinin sağlık sorunları neler olabilir diye biraz önce geniş bir liste vermeye çalıştım. Şöyle bir gruplama yapmak da mümkün : Bir grup diyebiliriz ki, doğrudan iş nedenli olan sağlık sorunlarıdır. Bunlar iş kazası ve meslek hastalıkları, yani bu sağlık sorunlarında sağlık sorununun nedeni doğrudan doğruya işyerindedir ve ortam koşullarındadır. Bir başka grup sorun var ki, bunlar toplumda belki

daha sık görülen sağlık sorunları, kalp hastalığı gibi yüksek tansiyon kanser gibi, kronik bronşit gibi toplumda daha sık görülen sağlık sorunları ve genellikle bunlar çok nedenli sağlık sorunları, oluşunda birden fazla nedenin olduğu sağlık sorunları, bu birden fazla etkenler kompleksi içerisinde işyeri ortamında bulunan bazı faktörler de söz konusudur. Bu grup hastalıklara da işle ilgili hastalıklar diye bir ad veriyoruz. Tabii bir üçüncü grupta genel hastalıklar diye değerlendirmek mümkün. Yani, iş yerinde çalışan kişi de işyeri ortam koşullarıyla tümüyle ilgisiz olmak üzere, mesela grip olabilir, ya ishal olabilir, ya da trafik kazası geçirebilir. Bu şekilde ve tabii ki, işçiyi, işyeri ortamındaki işçiyi ya da kişiyi işyeri ortamında ayrı bir nitelikte, işyeri ortamı dışında ayrı bir nitelikte diye değerlendirmemiz kişiyi bölmemiz söz konusu değil. Kişi 24 saatlik bir güne sahiptir. Bu 24 saat içerisinde karşılaşılabileceği her tür sağlık sorunu işçi sağlığı sorunudur. İster işyeri ortamındaki koşullardan kaynaklansın, isterse başka kaynaklardan, amacımız kişinin sağlığını korumak ve geliştirmek olmalıdır. Sağlık hizmetinin amacı bu şekilde somutlaştırılabilir. Hatta bunun uygulamalarında da işçinin sağlığını koruma ve geliştirme konusunda bir üçlü yaklaşımımız vardır. Üç düzeyde yaklaşım, üç düzeyde korunmadan söz ederiz. Çok kısaca bu üç düzeyin, işçi sağlığı alanına nasıl uygulanabileceğine örnekler vermek istiyorum : Birincisi etkene yönelik olan korunmadır. Yani, bir sağlık bozulmasının nedenini ne kadar iyi saptarsak, bu etkenden o kadar iyi korunabiliriz, bu ölçüde de hastalıklardan etkili, kesin korunmayı sağlamış oluruz. Buna birincil korunma diyoruz, primer korunma adını veriyoruz. İşçi sağlığı konusunda nasıl uygulanır, işçi sağlığı konusunda uygulanabilmesi için iki nokta var. Birincisi kişinin niteliğine uygun bir işe yerleştirilmesidir. Bu işe giriş muayenesinde sağlanır. Her işe aday olan kişi öncelikle bir sağlık değerlendirilmesinden geçirilir ve bunun sonucunda yaşına, cinsiyetine ve fiziksel kapasitesine göre uygun bir işe yerleştirilir ki, işyeri ortamında bulunacak bir sağlık riskinden etkilenmesin. Bu yönüyle tabii birincil korunma ağırlıklı olarak tıbbi bir hizmet şeklinde görülmektedir. Olayın ikinci boyutu mühendislik yönüdür, teknik yönüdür. İşyeri ortamında bulunacak sağlık risklerinin saptanması, ölçülmesi ve bunlara karşı önlemler alınması daha az zararlı madde kullanılması şeklinde olabilir, havalandırmalar olabilir, kontrol çalışmaları, makina koruyucuları, kişisel koruyucular olabilir. Bunların hepsi mühendislik hizmetleridir ve birincil korunma kapsamı içine girmektedir. Biz bu birincil korunma önlemlerini ne kadar etkili şekilde ortaya koyarsak, sağlık sorunlarının ister iş kazası olsun, ister meslek hastalığı olsun en etkili, en başarılı şekilde korunmayı sağlamış oluruz.

Buradan ikincil aşamaya, ikincil düzeye geçiriyorum. Bütün çabamıza rağmen işyerindeki bu sağlık risklerini etkili şekilde kontrol altına alma çabamıza rağmen, yine de çalışan kişinin bazı faktörlerden etkilenmesi söz konusu olacaktır ve bu etkilenme sonucu birtakım sağlık sapmaları, sağlık bozulmaları ortaya çıkabilecektir. İkincil korunmada amaç bu sağlık sapmalarını erken dönemlerde, erken yakalamaktır. Erken tanı adını veriyoruz bu tür yaklaşıma ve biliyoruz ki, bir hastalığı biz ne kadar erken dönemde yakalarsak, o kadar erken tedaviye alırız ve o kadar başarılı sonuçlar alırız tedavilerimizden. İkincil korunma konusu işçi sağlığı alanında başlıca periyodik muayenelerle yapılır. Çalışan kişiler belli aralıklarla muayeneden, sağlık kontrolünden geçirilmek suretiyle olabilecek sağlık sapmaları, henüz hastalığın önemli belirtileri, ileri belirtileri ortaya çıkmadan önce hastalığın erken döneminde yakalanmış olur.

Üçüncü düzeydeki korunma hastalara yönelik olan yaklaşımlardır. Bunlar aslında hastalıktan değil de, hastalık artık ortaya çıktığına göre, hastalığın olumsuz sonuçlarından korunma anlamına gelmektedir. En iyi şekilde yöneltilen tedavisi ve rehabilite edilmesi anlamına diye ifade edebiliriz. Tabii burada meslek hastalıkları tedavisinin de özellikler gösterdiğinin altını çizmek lazım ve bir de rehabilitasyon konusunda işçi sağlığına yönelik, işçi sağlığına özgü mesleki rehabilitasyon konusunun vurgulanması gerekmektedir.

Şimdi, olayın tıbbi bir yönü olduğu ortaya çıktı, korunma konusuna baktığımızda, yalnızca bir tıbbi yönü olduğu ortaya çıktı, bir mühendislik yönü olduğu ortaya çıktı. Bu önlemlerin alınması ve uygulanması işverene ödev olarak verilmiştir. Herhalde sınırları belli olmakla birlikte bazı yükümlülüklerin ortaya konması bakımından ve denetimlerin yapılması bakımından, olayın bir de yasal boyutu olduğunu biraz önce de dinledik Sayın Süzek'ten. Yine iş kazası, meslek hastalığı, ya da herhangi bir nedenle sağlık bozulması yüzünden uğranılan işgünü kayıpları olayın bir de ekonomik boyutu olduğunu gösterdi, yine korunma konusunda yapılan çalışmalarda eğitim aktiviteleri olacak, her düzeydeki kişiye korunma konusunda eğitimler yapılacaktır, o halde bir de olayın eğitim yönü olduğu ortaya çıktı. Çevre yönü olduğu ortaya çıktı. Yani sonuç olarak işçi sağlığı konusu nereden bakarsak bakalım çok yönlü bir sorundur. Ve çözümlerin de böyle ancak çok yönlü yaklaşımlarla ortaya konması gerekir, bu şekilde başarıya ulaşır. Teşekkür ederim efendim.

**Hüseyin Avni YARDIMCI**  
**(Teletaş İş Güvenliği Uzmanı)**

Efendim, ben birinci bölümde üzerinde duramadığım; fakat kanımca çok önemli bir konuya değinmeden geçmek istemiyorum. Gelişmekte olan ülkeler, gelişmiş ülkelerin yeterince denenmemiş, sağlık etkileri kesinleşmemiş ürünleri için kobayı oluyorlar. Yine kendi ülkelerinde çevre kirliliğini önlemek ve kendilerine ucuz işgücü temin etmek için bu tekeller çevreyi kirleten, insan sağlığını bozan teknolojileri geri ülkelere taşımaktadırlar. Örneğin Japon tekellerinin bazı fabrikaları Tayvan'a taşınması veyahut da Amerika veya Batı Alman şirketlerinin yüksek düzeyde kirlenme faktörü taşıyan petro-kimya, selüloz ve benzer fabrikalarını kurabilme izni almak için Latin Amerika Ülkeleriyle sıkı pazarlıklara girmesi. Şimdi bu firmalar tehlike gösteren işyerlerini daha az kısıtlayıcı ve böylesi kuralları bulunmayan ülkelere taşımayı yeğlemektedirler. Bugün Amerikan Birleşik Devletleri'nden özellikle Üçüncü Dünya Ülkelerine doğru bir tehlikeli işletmeler göçü devam etmektedir. Bu açıdan ülkemizi bu sorun üzerinde önemle durmalı, teknoloji, makina ve madde girişini özenle denetlemelidir. Aynı sorunun bir değişik görüntüsü ise geri teknolojilerdir. Ekonomik ömürleri tükenmiş teknolojiler ikinci ülkelere satılırken, daha baştan bu ülkeler rekabet olanaklarını yitirmiş olmaktadır. Ya da rekabet için işçilerin çok ağır ve yoğun çalışma koşullarını hem de düşük ücretlerle kabullenmeleri gerekmektedir.

Şimdi, diğ er bir konu çalışma koşullarının insan sağlığına zarar vermeyecek şekilde rasyonel olarak değiştirilmesi, başlarken kısaca özetle belirttiğim gibi, ülkemizin bu geri kalmışlık yazgısından soyutlanacak bir husus değildir. İşçiler için güvenlik önlemleri alınması veya kimyasal maddelerin zararlı etkilerinin kontrol edilmesi henüz bir zaman ve kaynak kaybı olarak görülmektedir.

Nihayet işçi, işveren, devlet üçgenine düşen ayrı ayrı görevler neler olmalıdır? Sendikaların yapmaları gerekenleri benden önceki arkadaşlarım gayet güzel açıkladılar. İşçilerin kendi meselelerine sahip çıkmaları, kendi sorunları için araştırma yapmaları ve bilim adamları veya üniversitelerle diyalog kurmaları, diğ er çalışmalar içine katılmaları gerekmektedir.

Devletin yaygın bir denetim faaliyetiyle birlikte destekleme faaliyetlerinde bulunması gerekir. Nedir bu destekleme faaliyetleri : Örneğin kanda kurşun ölçümü ya da kanda diğ er toksik maddelerin ölçümü devlet eliyle sağlanan bir olanak; fakat maalesef bunlardan işyerleri olarak bizler yeterince faydalanamamaktayız. Benim alıştığım fabrikada 400 kadar işçinin kan kurşun düzeylerinin saptanması için meslek hastalıkları hastanesine başvuruda bulunduk; fakat ne yazık ki, meslek hastalıkları hastanesi bize haftada ancak 10 kişilik bir kontenjan ayırabildi. Takdir edin 400 kişilik bir işçi grubunun haftada 10 kişiden ne kadar bir zaman periyodu içinde kurşun tahlilini yaptıracaksınız ve oradaki periyodik muayenelerin gerektirdiği işleri nasıl yerine getireceksiniz. Meslek hastalıkları hastanesinde iki tane atomik absorpsiyon cihazı var, ikisi de çalışmamakta, yeni olmalarına rağmen çalışmamaktadırlar. Sebep, bürokratik birtakım engeller neticesi bunlara yedek parça alınamayışıdır. Diğ er destek konusu kimyasal maddelerdir. Devlet sanayide kullanılan maddelerin sağlık zararlarını, bunlardan korunma yollarını belirlemeli ve bu bilgileri işçilere aktarmalıdır.

İşveren işe meseleye ekonomik açıdan bakıyor. İşçi sağlığı iş güvenliği yatırımlarının karlı yatırımlar olduğunun işverene anlatılması gerekiyor. Benim kanımcı işverenlerin bu bilince sahip olmaları gerekir.

**BAŞKAN** : Sn. Hüseyin Avni Yardımcı'dan sonra sözü, Dr. Gürhan Fişek'e veriyorum.

### **Gürhan FİŞEK** **(Türk Tabipler Birliği)**

Şimdi ben bir noktadan daha bir saptama yapmak istiyorum. Hukuka saygı bir bütündür. Yönetim bu konuda herkese örnek olmak zorundadır. Yani, Katma Değer Vergisi Kanunu'nu büyük bir titizlikle izleyip, işçi sağlığı, iş güvenliğiyle ilgili kanunları izlemek ne devlete yakışır, ne hukuka saygıya yaraşır. Devlet, işçi sağlığı, iş güvenliği hukukunu izlemek bakımından bir denetim sistemi geliştirilmiştir. Bizim yasalarımızda geliştirilen denetim sistemini iki yönden irdeleyebiliriz. Bir işyeri düzeyindeki otokontrol mekanizmaları, bir de devletin denetim organları. Taşıma suyla değerimen dönmez derler. Dolayısıyla otokontrol mekanizmaları işletilmeden de devletin götürdüğü denetim hizmet-

lerinin etkin olması beklenemez; ama tulumbayı harekete geçirebilmek için de mutlaka su dökmek zorundasınız. Demek ki, ne devletin denetim elemanlarından vazgeçebiliyoruz, ne otokontrol mekanizmasından vazgeçebiliyoruz. İşyerlerindeki en önemli otokontrol mekanizmaları işyeri hekimleri, iş güvenliğiyle ilgili teknik kişiler ve bunların da katıldığı iş güvenliği kurullarıdır. Sayın Özsever'in demin söylediği ulusal düzeyde işçi sağlığı, iş güvenliği kurallarının bütünleştirilmesi projesi 1978 - 1979 yıllarında Çalışma Bakanlığı'nda ortaya atılan ve geliştirilmeye çalışılan, halen de güncelliğini koruyan bir projedir. Öte yandan devletin denetim elemanlarının bu konudaki önemi Türkiye'de hala büyük bir ağırlık taşımaktadır. Bu denetim sisteminin işleyebilmesinin de ön koşulu bunun ülke düzeyinde eşit olarak dağılması ve etkin biçimde yürütülmesidir. Az önce bunu belirttim. Daha önceki toplantılarda Çalışma Bakanlığı'nın yetkilileri söylediği için kullanıyorum. 122 tane teknik müfettiş olduğunu ifade ettiler. Bunu en iyimsel hesaplarla, işyeri sayılarına böldüğümüz zaman işyerlerinin ancak işyerlerinin ancak yüzde 3,5'unun yılda bir kez denetlenebildiklerini görüyoruz. Yüzde 3,5 oranında bir denetim neyi ifade eder. Bu ifade yüz işyerinden 96,5'ine ulaşamadıklarını gösterir. Yüzde 3,5'lük işyeri nasıl bir denetim görmektedir. 96,5'ta denetim görmemektedir. Şimdi düşününü 10 tane ayakkabı imalathanesinden siz 0.3'ünü, diyelim ki, onda birini dahi denetlemiş olsanız geri kalan 9 işyeri bu denetim zincirinden uzak kalmıştır. Dolayısıyla o bir tek işveren kamu denetim elemanlarının isteklerini yerine getirebilmek için işçi sağlığı, iş güvenliği mevzuatını uygulayabilmek için maliyetini artırmak zorunda kalmaktadır. Birtakım önlemler almaktadır. Öbür taraftan 9 işyerinin ise, amliyetinde bir değişiklik yoktur; ama bunlar aynı piyasada çarpışıyorlar. Ekonomik darboğazın bu denli yoğunlaştığı bir ülkede, işverenler arasında böyle bir rekabet eşitsizliği soktuğunuz zaman bunlardan birisini ölüme mahkum ediyorsunuz demektir. O zaman bu işveren ya zorunluluktan ya da insan sevgisinden bu önlemleri sürdürecektir, ya da ben enayimiyim diyecek o da yapmamaya başlayacaktır. Dolayısıyla işçi sağlığı, iş güvenliği alanındaki uygulamaları hayata geçirebilmenin koşulu denetim sisteminin ülke düzeyinde eşit ve etkin olarak dağıtılmasının sağlanmasıdır. Bugün Türkiye'de bunu görememekteyiz. Dolayısıyla da, hukuka saygıyı bu alanda bir bütün olarak gördüğüm hukuka saygıyı bu alanda gösterecek maddi ortam oluşmamıştır.

**BAŞKAN** : Teşekkür ederim Sn. Gürhan Fişek. Şimdi de sırada Sn. Mesut Odabaşı var. Buyurun Sn. Odabaşı.

**Mesut ODABAŞI**  
**(Mili Prodüktivite Merkezi)**

Ben bu 5 dakika içinde iki noktayı vurgulamak istiyorum. Bunlardan bir tanesi şu: İlk turdaki konuşmamda bunun ana teması şuydu aslında : Eğer işçi sağlığı, iş güvenliği sorununa ekonomik açıdan bakabilirsek, ekonomik açıdan ortaya çıkardığımız sorunları yeteri açıklıkta ortaya koyabilirsek bu sorunların çözümü konusunda adımlar atılması bakımından destek sağlayabiliriz, çeşitli düzeylerde kamuoyu oluşturma bakımından

daha güçlenebiliriz. Örneğin iş kazalarının ulusal ekonomide yol açtığı maliyetleri biz ortaya koyabilirsek ki, çok zor değil ortaya koymak, çok basit hesaplamalarla ortaya koymak yetersiz de olsa mümkün olabiliyor. O zaman bu sorunun ülkemizde ulaştığı boyutları çok çeşitli kesimlere başta hükümetler olmak üzere anlatmak bakımından iyi avantaj elde edebiliriz. Örneğin eğer siz bir yılda iş kazalarının ulusal ekonomiye yol açtığı maliyetler, ulusal ekonominin bu nedenle uğradığı kayıplara uğramamış olsaydık, birkaç tane Pendik Tersanesi yapabileceğimizi, birkaç tane İskenderun Demir Çelik Fabrikası kurabileceğimizi söyleyebilirsiniz, eğer son yıllarda iş kazaları, meslek hastalıkları nedeniyle her iş gününün dörtte, hatta üçte birinin çalışılmadan geçtiğini ortaya koyabilirsiniz çok çetışli kesimlerden bu sorunun ulaştığı boyutların düzeyini ortaya koymak ve bu sorunun çözümü konusunda yapılması gerekenleri yapmak üzere adımlar atmamak bakımından kamuoyu oluşturmanız daha kolay olabilir. İşin bir yanı bu.

İkinci yanı da şu : İşletmelerde mutlaka iş kazalarının meslek hastalıklarının daha genel bir ifadeyle yetersiz işçi sağlığı, iş güvenliğinin koşullarının doğurduğu maliyetleri izlemek ve ortaya koymak gerekiyor. Bunları izleyip ortaya koyduğunuz zaman işverenleri, ya da işletme yöneticilerini işçi sağlığı, iş güvenliği koşullarını geliştirme bakımından gerekenleri yapmak, bunun için para harcamak, yatırım yapmak konusunda ikna etme bakımından daha avantajlı duruma gelebilirsiniz. Son olarak, bir sorunu soru olarak ortaya atmamak istiyorum. Biliyorsunuz son yıllarda, son yıllar demiyeyim planlı, bütün planlı dönem boyunca neredeyse çeyrek yüzyıldır Türkiye'de iktisadi politikalar alanında teşvikler gelmiş geçmiş bütün hükümetlerin şu ya da bu ölçüde uyguladıkları iktisadi politika kararları arasında yer alıyor. Çok çeşitli düzeylerde teşvikler uygulanıyor, çok çeşitli alanlarda. Yatırım teşvikleri uygulanıyor, özellikler son 8 yıldır çok büyük ölçüde, hatta olağanüstü hükümetler, ihracat teşvikleri uyguluyorlar. Burada soru olarak ortaya atmamak istediğim şey şu : İhracatın artırılması için işletmelere, sanayi işletmelerine ve başka alanlarda faaliyet gösteren işletmelere belirli teşvikler uygulanıyor yatırım indirimleri, vergi iadeleri, gümrük indirimleri pek çok teşvikler, bugün Devlet Planlama Teşkilatının yayınladığı teşvik tedbirleri bunları üst üste koysanız neredeyse şu kürsünün yüksekliği kadar olur. Sekiz-dokuz yılki tutuyor. Acaba işçi sağlığı, iş güvenliği konusunda geliştirici, iyileştirici önlemler alan, bunun için harcamalar yapan, yatırımlarda bulunan işletmelere bu tür teşvikler uygulanamaz mı? Yatırım düzeyinde olabilir, vergi iadesi yoluyla olabilir, başka tür teşvikler olabilir. Sanıyorum, bu tür teşviklerin uygulanması bu konuda işletmeleri ekonomik açıdan özendirici olacaktır. Oldukça kısa dönemde, oldukça önemli bu alanda iyileştirici önlemlerin alınması bakımından oldukça önemli yatırımların yapılmasını kolaylaştırıcaktır diye düşünüyorum. Bunu teklif halinde sunabileceğimiz de düşünülebilir, geliştirilebilir ne tür önlemler, ne tür teşvik önlemlerin geliştirilebileceği sorusuna çeşitli cevaplar kolaylıkla bulunabilir. Yeterki bu konuda büyük bir irade ortaya konabilsin.

**BAŞKAN** : Sn. Mesut Odabaşı'ya teşekkür ediyorum, sözü Sn. Atilla Özsever'e bırakıyorum.

**Atilla ÖZSEVER**  
**(Milliyet Gazetesi)**

Bu işçi sağlığı konusunda Batı'nın sorumluluğu nedir. O konuya değinmeden önce çok kısa olarak Sayın Hocam da değindikleri için iş bırakma olayına tekrar örneklerle devam etmek istiyorum. Türk-İş'in son aldığı Başkanlar Kurulu kararları içerisinde işçi sağlığı, iş güvenliğine aykırı çalışma koşulları olması nedeniyle işçilerin işi durdurması yönünde aynı tarzda iki karar var. Bunun dışında 1986 yılında ilginç bir olay oldu belki hatırlıyorsunuzdur, bilmiyorum. Demiryollarında çalışan makinistler, bunlar aslında fiilen işçi olmalarına rağmen statü makinistler, bunlar aslında fiilen işçi olmalarına rağmen statü itibarıyla memurdurlar. Bu memurlar, sekiz saatten fazla çalıştıkları halde 4 saat mesai de yapıyorlar. 12 saat ediyor. Daha fazla çalıştırmaya kalktılar banliyö trenlerinde tren makinistlerini dolayısıyla makinistler "12 saatten fazla çalışmıyoruz" dediler. ve gerçekten banliyö trenlerini bıraktılar ve geceyarısı saat 1-2 dolayında polisler tarafından zorla işbaşı yaptırıldı bu makinistler ve ondan sonra iş mahkemeye intikal etti, Uzun süren yargılama sırasında bu makinistlerin belki de yasada yönetmelikte olmasına rağmen 8 saatten fazla çalışma imkanı yok, Çünkü kaza yapıyoruz. Psikolojik olarak yoruluyoruz. İşçi sağlığı koşullarına gerçekten aykırı verimsiz koşullarda kaza yaptığımız zaman hem kendimiz için, hem yolcular için, hem de malzeme açısından son derece sorumlu durumlara düşürüyoruz. Bu nedenle "Biz 12 saatte işi bıraktık" dediler. Yargılanma sonucunda 1 yıldan az bir cezaya çarptırıldılar ve ondan sonra o da para cezasına çevrildi, fakat bu işin üzerinde duruyorlar. Yani, demek istiyorum ki, bazen yönetmelikleri dikkatle incelemek lazım. Bu arada yine İETT çalışanlarından şoförlerin Belediye-İş'e bağlı İETT şoförlerinin yaptığı bir eylem var. Geçen sene veya evvelki sene Belediye-İş sözleşmeleri ilgili görüşmeleri bazan çıkmazlara giriyor. Ben de gazeteci olarak hakikaten izliyorum, polisler geldi ellerinde bir tane İETT şoför talimatnamesi var, talimatnamede deniyor ki "30 kilometreden fazla hız yapmak yasaktır. Bu araçlar diğer araçları sollayamaz" diyor, "Buyurun polis bey" talimatnameyi gösteriyorlar, başka bir araçta sollamıyorlar gerçekten talimata uymak suretiyle seslerini duyurdular. Basın da olaya iyi yer verdi ve hakikaten sözleşmelerini bu suretle, yani çalışma koşullarından kaynaklanan bazı mevzuatı bilmek ve ona itibar etmek suretiyle sendikal eylemlerine katkıda bulundular.

Efendim, önce sorun işçi sorunu olduğu için sendikalar kendi bünyelerinde biraz önce söylediğim gibi, bir işçi sağlığı bilinci oluşturacaklar, Sonra olan biteni gazeteciler aracılığı ile basına aktarmaları lazım. Bunun bugün için sağlanması lazım, çünkü gazeteci ne olduğunu ne bittiğini bilemez.

Son olarak önerim şu : Gazetelerde maalesef en önemli sorunlardan bir tanesi uzman gazetecilik sorunudur. Yani, bugün gazetelerde zaman zaman yanlış, yahut eksik haberler çıkıyorsa, bunun temelinde yatan en önemli konulardan bir tanesi de uzman gazetecilerin, nitelikli kadroların az olmasıdır. Dolayısıyla özellikle işçi sağlığı konusunda uzman gazeteci olarak önerim şu : Türk Tabipleri Birliği, yahut Türk Tabipleri Birliği'nin organizasyonunda bir kurul gerçekten bu alanda çalışan gazetecilere bir eğitim versin. Ga-



zetecilerin sendikası var. Türkiye Gazeteciler Sendikası TGS, desin ki, TGS'ye TGS, çünkü işçi sağlığı konusunda hakikaten hem sosyal formasyon olarak hem de politika konusunda yetersizdir, TTB ile birlikte ilgili gazetecilerin işçi sağlığı, iş güvenliği konusundaki eğitimlerini yürütelim.

İşçi sağlığı konusu gerçekten çok güzel ve dolayısıyla bu konuda benim bir formasyonum olmasına rağmen bu konuda yine çok eksiklerim var. O nedenle, kurumun, Türk Tabipleri Birliği'nin gerçekten TGS kanalıyla işçi sağlığı konusunda bir uzmanlık eğitimi vermesi, yerinde olacaktır. Aslında diyeceksiniz ki, bu gazetelerin, yani gazetelerde hem işverenlerin, hem de sendikaların meslek içi eğitimleriyle ilgili bir konu. Ama bu gazetelerin yöneticisi yapıyor, yapamıyor, bütün bunların ötesinde gerçekten kurum olarak, Türk Tabipleri Birliği böyle bir hizmet verirse, böyle bir eğitim çalışması yaparsa, hakikaten gazetecilerin işçi sağlığı konusundaki tutumları değişir, katkıları artar. Bunu sadece Türk Tabipleri Birliği değil, Barolar Birliği yapmalı. eğitim kurumları yapmalı, yani gazetecilerin de becerikli bir gazeteci olmasını, uzman gazetecilik alanında daha önemli niteliklere sahip olmaları konusunda böyle bir katkıda bulunurlarsa çok yararlı olur. Örnek vereyim : Mesela, Deniz Ticaret Odası, ne yapıyor bilir musunuz efendim? Deniz Ticaret Odası ilgili muhabirlere bütün bir Türkiye turu yapıyor, bütün limanların hepsini gezdiriyorlar, hatta yabancı limanlara götürüyorlar gazetecileri, ellerine güzel dokümanlar veriyorlar. Ondan sonra tabii deniz ticaretiyle ilgili, o konularla ilgili daha iyi çalışmalar yapabiliyorlar. Geçenlerde Tekel Kayseri'de şarabın tadını anlamak için sergi yaptılar. Tekel bir kamu kuruluşu olmasına rağmen bütün gazetecileri aldı, Kayseri'ye kadar götürdü. Demek istemiyorum ki TTB de aynı işi yapsın. Ama önerim bu. Teşekkür ederim sayın Başkan.

**BAŞKAN** : Ben de Sn. Atilla Özsever'e teşekkür ediyor, sözü sayın Erhan Acar'a veriyorum.

**Erhan ACAR**  
(Mimar)

Atilla Beyin arkasından mikrofonun kalıbını doldurmak güç oluyor; ama ben de daha önce belirttiğim bir noktayı biraz daha ileri götürmek istiyorum. Daha sağlıklı, insanca çalışma koşulları sağlamaya hevesli olmayan bir toplumun, daha sağlıklı, insanca yaşamaya koşullarını sağlamaya çalışmakta da hevesli olmayacağı kanısını belirtmişim. Bana öyle geliyor ki, genellikle çözüm olarak önerilen her şey işyerlerinde de, kentlerde de zehirlenmiş ağızlara bir kase yoğurt çalmaktan çok öteye gitmiyor. Gürültüye karşı işçi arkadaşlara kulaklık takmasını önerdiğimizde, zaten gürültüden dolayı yan yana çalışırken bile birbirleriyle bir tek laf konuşamaz hale gelen iki insana kulaklık takılınca, hiç konuşamaz oluyorlar, üstüne üstlük başağrısı yanlarına belki de kar kalıyor. Birçok örneği bu şekilde niteleyebiliriz, başlık takmak, önlük giymek, gözlük takmak, yani, başta değiştiğim o militarist görünüm. İşçileri olmayan bir savaşın askerlerine

dönüştürüp, bireyliğini, kişiliğini büsbütün yitirmek; önlemden çok yeni sorunlar gibi gözüktüyor. Aynı paraleli kentlerde izlemek istiyorum. Sağlıksız, altyapısız, zor yaşam koşulları içeren gecekondu olarak getirdiğimiz toplu konut alanları da, bu tür kulaklıklardan, gözlüklerden, başlıklardan, önlüklerden ve bir kase yoğurt almaktan öteye gitmiyor. Sadece sanırım yeni sorunlar yaratıyor. Yani, nasıl işçi arkadaşlar işbaşında yanındakiyle konuşmayı, bir toplumsal ilişkiyi asgari düzeyde sürdürmekten men edilip, sadece üretmeye zorlanıyorsa, birbirinin aynısı, sıra sıra, bölük bölük hücre toplu konut alanlarında da insanlar ellerinden geldiği, güçlerinin yettiği ölçüde sadece tüketmeye zorlanıyorlar, yaşamaya değil. Yani, toplumun tüketim malları piyasası bir bakıma yeniden üretilmeye, çalışıyorlar. Dinlenme anlarını insanlar kendilerini yenilemek, geliştirmek için değil, ertesi gün üretim alanında karşılaşılabilecekleri ağır koşullara hazırlamak için kullanmaya çalışıyorlar.

Ben yaşamla ilgili taleplerin aynen işyerlerindeki gibi ücretlerin yükseltilmesinden öteye gidip, insanca çalışma koşullarının, hatta giderek yaşarken üretme koşullarının sağlanmasına yönelmesi gerektiğine inanıyorum. Bu noktada yaşam çevresi de çalışma ortamı kadar önem kazanıyor. Yaşam çevrelerinde de sadece fiziksel günlük ihtiyaçları karşılayacakları bir ortam, yani boğaz tokluğunu giderecek bir mekan, soğuktan, sıcaktan koruyacak bir kabuk ötesinde, insanların, insanlıklarını daha büyük ölçüde gerçekleştirebilecekleri, kişiliklerini gerçekleştirebilecekleri bir ortam yaratmak gerekiyor. Bu üretimde de bir sorundur, yani üretimde aslında bir çok kişi bir araya gelmektedir, topluca bir şey üretmektedirler. Bu askerlikteki gibi, bölükler halinde yapıldığı zaman bence çok daha asgari bir üretim olmaktadır. Ortaya çıkan ürünler de hiçbir çeşitlilik, zenginlik içermeyen sıradan ürünler olmaktadır ve bu sıradanlık, çeşitsizlik günlük yaşantımızı da belirlemektedir. Yaşam çevreleri de insanların kendi kişiliklerini, çeşitliliklerini ifade edebilecekleri, yaşayabilecekleri ortamlar olmalıdır. Yani, yaşamın bütünü hakkında hem toplumsallığımızı, hem kişiliğimizi çok daha etkili bir şekilde ortaya koyabileceğimiz koşulları bir bütün halinde, hem işyerinde, hem işbaşında, hem yaşam çevrelerinde, iş dışında talep etmeyi, bir mücadele amacı olarak hepimizin paylaşması gerekmektedir. Sağolun.

**BAŞKAN :** Sayın konuşmacılara değerli görüşleri, sayın dinleyenlere de ilgi ve sabırları için teşekkür ederek panelimizi sonlandırıyorum.

4 Nisan 1988 Pazartesi

II. OTURUM

BİLDİRİLER

Oturum Başkanı

**Doç. Dr. Ferruh KORKUT**  
(İstanbul Tabip Odası Başkanı)

Konuşmacılar

**Dr. Uğur CİLASUN**  
(Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri)  
Türk Tabipleri Birliği'nin İşçi Sağlığı Politikası

**Cevdet SELVİ**  
(Eskişehir Milletvekili)  
İşçi Sağlığı İş Güvenliği Konusunda Devletin Denetimi

**Dt. Hüsnü ÇUHADAR**  
(Ankara Diş Hekimleri Odası Genel Sekreteri)  
İşyerlerinde Ağız ve Diş Sağlığı Sorunu

**Doç. Dr. Efşin PINAR, Dr. Melten ALTINÖRS**  
(SSK Ankara Meslek Hastalıkları Uzmanı)  
Zonguldak'ta Kömür İşçileri Pnömokonyozu Hakkında  
Bir Saha Çalışması

**Meral EKİM**  
(Banks Genel Başkanı)  
Banka İş Kolunda İşçi Sağlığına İlişkin Başlıca Sorunlar



**Türk Tabipleri Birliği'nin İşçi Sağlığı Politikası**  
**Dr. Uğur CİLASUN**  
**(Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri)**

Türk Tabipleri Birliği halkın sağlık sorunlarının tümünü öncelikleri ölçüsünde ilgi alanı içerisinde görmektedir. Bu sorunlar arasında endüstrileşmeye koşt olarak ağırılık kazanan işçi sağlığı sorunlarının çözümüne yönelik katkıların gerçekleştirilebilmesi için konsey bünyesinde "İşçi Sağlığı Kolu" oluşturulmuş ve özet amacı "İşin İşçiye, İşçinin İşe Uyumunun Sağlanması" biçiminde belirlenen işçi sağlığı etkinliklerinin yürütülmesiyle görevlendirilmiştir.

Amaçları açıkça belirlenmiş olmasına karşın tıp fakültelerinde işçi sağlığı konusunda yeterli eğitim verilmemektedir. Konu ile ilgili kuruluşlar arasında da bu konuda işbirliği ve eşgüdüm yoktur.

Sağlık eğitimi koruyucu sağlık hizmetinin temel yapıtaşdır. İşverenler bu nedenle yasalarca belirlenen "İşe giren herkesi eğitmek" yükümlülüklerini düzenli aralıklarla ve sürekli yerine getirmeli, işçi ve işveren sendikaları da sendikalar yasasının tanıdığı olanaklarla bu etkinliği sürdürmelidir.

Kitle iletişim araçları da toplumun bu konudaki duyarlılığını arttırmak için yayınlarında işçi sağlığı sorunlarına daha fazla yer vermelidir.

İşyeri hekimliğinin önemi yeterince kavranmamıştır. "İşyeri Sağlık Birimi" yasal düzenlemelerin öngördüğü biçiminde işyeri hekimi, işyeri hemşiresi ve sağlıkçı işçilerin katılımı ile oluşturulmalı, bu birim yasal düzenlemelerde tanınmış yetkileri kısıtlamalarla karşılaşmadan kullanabilmeli, bilimin gösterdiği yolda özgürce çalışabilmelidir. Bu çalışmalar ülke ölçeğinde tüm işyerlerine yaygınlaştırılmalı ve ilgili kişi ve kuruluşlarca desteklenmelidir. Aynı kapsamda işyerlerinde kurulması zorunlu bulunan "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları"nın "yasak savıcı çalışma anlayışından kurtarılması ve gerçek amaçlarına; öz-denetim sağlama amaçlarına yönelmeleri sağlanmalıdır.

Bu etkinliklerde ağırlığı olan işyeri hekiminin tıp fakültesinde yeterli eğitim almadığı ve bu görevi yalnızca sınırlı sürelerde yürütülen bir ek görev olarak algıladığı düşünülürse bu görevi gereğince yerine getiremeyeceği açıktır.

Tabip Odaları işyeri hekimlerinin sürekli eğitimlerini ve gereksinim duydukları destek hizmetlerini sağlamalıdır. Tabip odaları işyeri hekiminin yasal düzenlemelerce belirlenmiş yetkilerini kullanabilmesi, görevlerini yerine getirebilmesi, uygun çalışma koşullarına kavuşabilmesi, yasal desteklerden yoksun iş güvencesinin sağlanması için gerekli çalışmaları yürütmelidir.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği ile ilgili denetimlerde yasal düzenlemeler bir bütün olarak ele alınmalı, kimi düzenlemelerin gözönüne alınıp kimilerinin gözardı edilmesi biçiminde ortaya çıkan seçmeci anlayış terkedilmelidir. Bu yasal düzenlemelerin sınırlarını zorlayan genelgeler çıkarılmamasına özen gösterilmelidir. Denetimler tüm ülke ölçeğine ve işkollarına dengeli biçimde dağıtılmalı ve etkinleştirilmelidir. Bu amaçla iş

güvenliği ve özellikle de hekim iş güvenliği müfettişı sayısı gereksinilen düzeye çıkarılmalı, müfettişlerin sürekli hizmet içi eğitimleri sağlanmalıdır. Denetim anlayışı işyerlerinin eksiklerine ilişkin düzenli bir destek hizmetinden yararlandırılmalarına yönelik olarak değiştirilmelidir. Denetim sonuçları düzenli olarak yayınlanmalıdır.

Sosyal Sigortalar Kurumu'nun yasal öz savunma olanaklarını kullanarak işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerini almaktan kaçınan işyerleri üzerinde caydırıcı etkinlik kurması, gerekli önlemlerin alınmasını sağlayarak da giderlerini azaltması olanaklıdır. Öte yandan da meslek hastalıkları hastanelerinin sayılarının öngöröldüğü biçimde arttırılması, hizmet olanaklarının günün gereklerine uygun biçimde arttırılması gereklidir.

**İşçi Sağlığı İş Güvenliği Konusunda Devletin Denetimi**  
**Cevdet SELVİ**  
**(SHP Eskişehir Milletvekili)**

Ülkemizde ve dünyada, ister kafa, ister kol emekçisi olarak, ister sanat ister hizmet sektöründe çalışalım, iş ünvanımız ne olursa olsun, yaptığımız iş toplumsal olan üretimin bir parçası, bir bölümüdür. Bir başka deyişle ne üretirsek üretelim, sadece kendimiz için değil toplum için üretmekte yani kamu görevi yapmaktayız. Bu sebeple kamu görevlileriyiz. Aynı zamanda zihin emeği ile birlikte doğal servetlerin, insanımız ve insanlık için yararlı bir biçime dönüştürülmesinin temel unsuru olarak, ülkenin ve dünyanın en yüce, en yaratıcı, en değerli milli ve evrensel servetiyiz.

Sanayi devriminin ve klasik liberal öğretinin yarattığı, sadece kar amacıyla üretim anlayışının, genç, çocuk, yetişkin, yaşlı insanın feda edilmesi gibi insanlık onuru ile bağdaşmadan sonuçları karşısında, başta işçi sınıfı olmak üzere diğer emekçi kesimlerde gelişmeye başlayan bu bilinç ve bu bilinçle verilen mücadele sonunda, işçinin, emekçinin yani üreten insanın güçlü olanlara karşı devlet tarafından korunması anlamına gelen "Sosyal Devlet" anlayışı, "Liberal Devlet" ilkesi yerine egemen olmuştur.

İşte, "İşyerleride işin yapılması sırasında fiziki ve çevre koşulları nedeniyle işçilerin karşılaştıkları sağlık sorunlarının ve mesleki tehlikelerin ortadan kaldırılması veya azaltılması" şeklinde tanımlanabilecek olan "İşçi Sağlığı İş Güvenliği" veya kısaca "İş Güvenliği" hakkı ve kavramın oluşması oldukça uzunca bir süreç içinde verilen mücadelelerle sağlanabilmiştir. Bu sebeple bir bakıma iş güvenliği kavramı sosyal devlet kavramının oluşmasının sebeplerinden biri, iş güvenliği hakkı da sosyal devlet anlayışının bir sonucudur diyebiliriz.

Bildirimizin konusu geniş kapsamlı olmakla birlikte zamanın kısıtlı olması sebebiyle ancak konunun bizce en can alıcı bazı noktalarına değinmekle yetineceğiz.

**Ülkemizde İş Güvenliği Hakkının Anayasal Dayanağı:**

1982 Anayasasının 2. maddesinde Türkiye Cumhuriyeti'nin bir sosyal hukuk devleti olduğu öngörülmüştür. Sosyal devlet ekonomik ve sosyal yaşama ağırlığını koyarak, toplum yararına kendisinden beklenen görevleri yerine getirirken sosyal adalet ve eşitliği gerçekleştirmeye çaba gösterecektir. Anayasa Mahkemesi'nin bir çok kararında sosyal devlet eşitlikçi yönüyle tanımlanmıştır. Yüksek Mahkemeye göre, "sosyal devlet" gerçek eşitliği yani sosyal adaleti ve böylece toplumsal dengeyi sağlamakla yükümlü olan devlettir.

Sosyal devletin bireyi özgürleştirme görevi 1982 anayasasının 5. maddesinde yerini bulmuştur. Bu hükme göre, "Devletin temel amaç ve görevleri... İnsanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmaktır. "Öte yanan anayasasının 17. maddesinde de "herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip bulunduğu" belirtilmiştir. Anayasa yaşama hakkını sağlık hakkı ile tamamlamak üzere, herkesin sağlıklı bir çevrede yaşama hakkına sahip bulunduğunu

ve devletin de "herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak" zoruunda olduğunu belirtmiştir. (Anayasanın 56/1,3 mad.)

Anayasanın 50. maddesinde "Kimse yaşına cinsiyetine ve gücüne uymaan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar." "Dinlenmek çalışanların hakkıdır. Ücretli hafta ve bayram tatili hakkı ile ücretli yıllık izin hakları ve şartları kanunla düzenlenir" denilmektedir. Anayasanın 60. maddesi ise "Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar." hükmünü getirmiş bulunmaktadır.

İşte Anayasa'nın bu hükümlerinin gereği olarak, Devlet "iş kazaları ve meslek hastalıklarını önlemek amacıyla, hukuki düzenlemeler getirmek, önleyici mevzuatın uygulanmasını sağlamak için yasal zorlayıcı önlemler almak yetkisine sahiptir. İşçilerin de bu önlemlerin alınmasını devletten istemek hakları vardır. Kısaca iş güvenliği istemek işçilerin ve sendikaların hakkı, bunu yerine getirmek de devletin görevidir.

Devletin işçi sağlığı ve iş güvenliği konusudaki görevlerini özetlersek;

- Yasa, tüzük, yönetmelik gibi hukuki normlarla düzenlemeler yapmak,
- Bu düzenlemelerin ve yasakların uygulanmasını sağlamak içindenetim yapmak,
- Uygulanmama halinde yaptırımlar uygulamak,
- İşyerlerini denetleme ve işyerlerini cezalandırmakla kalmayıp, geliştirdiği uzmanlık servisleriyle, işyerlerinin sağlık ve güvenlik koşullarına uydurulmasında teknik yardımlar sağlamak, sübvansiyon ve krediler vermek. Ayrıca işçi sağlığı, iş güvenliği alanında bilimsel araştırma ve incelemelerle iş denetimini desteklemek.

Ülkemizde devletin son olarak saydığımız bu görevi hemen hemen hiç yerine getirilmemektedir.

#### **İşçi Sağlığı İş Güvenliği Mevzuatı:**

Devletin denetim görevini günümüzde nasıl yaptığını anlatabilmek için öncelikle, denetim konusu olan kurallara, mevzuata kısaca değinmekte yarar görmekteyiz.

Hukukumuzda işçi sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin kurallar çok dağınıktır. Tarihleri 1930'lara varan Belediye Kanunu ile Umumi Hıfzıssıhha kanunu da içinde olmak üzere 10'u aşkın kanun, bir o kadar uluslararası sözleşme ile 20'yi aşkın tüzük ve çok sayıda genelgelerle bu konuda kurallar getirilmiş bulunmaktadır. Ayrıca bu kuralların denetimini yapacak kamu kurum ve kuruluşları da dağınık ve birbirinden kopuktur.

O halde ülkemizde herşeyden önce iş güvenliği mevzuatının dağınıklıktan kurtarılarak, tutarlı ve sistematik bir düzene kavuşturulması zorunluluğu vardır.

#### **Denetim yapan kurum ve kuruluşlar:**

Uygulamada en çok aksayan yönlerden biri, işçi sağlığı ve iş güvenliği mevzuatının uygulanmasını sağlayan denetim mekanizmasıdır. İş denetimi devlet adına esas itibariyle Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın görevidir. Ancak Çalışma Bakanlığı'nın kurulmasından önce, sanayileşmenin yeni yeni başladığı yıllarda çıkarılan bazı kanunlarla bu konuda denetim görevi diğer bazı kurum ve kuruluşlara da verilmiş bulunmaktadır. Bu kamu kurum ve kuruluşları şunlardır.



A) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı: Tasnif edilmemiş olan küçük işyerlerini Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda anılan hükümler açısından denetleme ödev ve yetkisine sahiptir. Ancak bugün uygulamada bu bakanlık daha çok gayri sıhhi müesseselerin açılmasına ilişkin görevlerini yerine getirmeye çalışmakta, küçük işyerlerinin denetimini tamamen unutmuş gözükmetedir. Kaldı ki, gayri sıhhi müesseselerin açılmasına ilişkin görev ve yetkileri de iç içe geçmektedir. 1930'larda yapılan gayrisıhhi müessese tanımı ülkemizin bugün sanayileşmede ulaştığı düzey bakımından yetersizdir.

B) Milli Savunma Bakanlığı: Kara, Deniz, Hava Kuvvetleri Komutanlıkları ile İçişleri Bakanlığı, Jandarma Genel Komutanlığınca doğrudan işletilen işyerleri sadece Milli Savunma Bakanlığının askeri iş müfettişlerince denetlenebilmektedir.

C) Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı: 6309 sayılı Maden Kanunu'nun 90 ve devamı maddeleri gereğince iş güvenliği konusunda bu bakanlığa da görevler yüklenmiştir. Madenlerde işçi sağlığının ve yaşamının tehlikeye düşmesini önlemek amacıyla bakanlık gerekli önlemleri almak yetkisine sahiptir. "Maden ve Taş Ocakları İşletmelerinde Alınacak İş Güvenliği Önlemlerine İlişkin Tüzük" hükümlerinin uygulanmasını denetleme görevi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına aittir. Her iki bakanlık arasında eşgüdüm sağlanmasını öngören tüzük hükümlerine rağmen bu eşgüdüm sağlanmamıştır.

D) Bayındırlık Bakanlığı tarafından düzenlenen inşaat işlerine ait şartnamelerde de işçi sağlığı iş güvenliğine ilişkin hükümler bulunmaktadır. Ancak bu hükümlerin düzenlenmesinde de Çalışma Bakanlığı ile eşgüdüm sağlandığı söylenemez. Kaldı ki şartnamelerde yer alan bu hükümlere uyulması için Bayındırlık Bakanlığının denetim yaptığını söylemek de mümkün değildir.

E) 1580 sayılı kanunun 15. maddesi gereğince, Belediyeler, tüm sanayi müesseselerinin ve fabrikaların elektrik tesisatının, makina ve motorlarının, kazan, ocak ve bacalarının düzenli bir biçimde fenni denetimlerini yapmakla görevlendirilmiştir. Ayrıca belediyeler fabrika, işyerleri ve işçi konutlarının sağlık açısından denetimlerini yapmakla da yükümlüdürler. Ancak uygulamada denetimlerin etkin bir şekilde yapıldığı söylenemez. İşçi Sağlığı İş Güvenliği Tüzüğünde belediyelerin denetim alanına giren konularda ayrıntılı düzenlemeler getirilmiş olmasına karşın Belediyeler bundan habersizdir. Fenni gereklerin ne olduğu kendileri tarafından da tesbit edilmemiştir. Ayrıca denetimi yapacak uzman elemanlar da istihdam edilmemektedir. Belediye sınırları içinde kalan ve İş Kanunu'nun 2. maddesi tanımına uygun ve en fazla üç kişi çalıştıran işyerleri belediyeler tarafından denetlenmektedir. Küçük işyerlerinin sayısı çok büyük rakamlara ulaşmaktadır. Üstelik bunların önemli bir bölümü iş kazaları ve meslek hastalıklarının oluşmasına çok elverişli nitelikler taşımaktadır. Bu işyerlerinin teknik bilgilere sahip olmayan belediye zabıta memurlarınca denetlenmesi göstermelik denetimden öteye gitmemektedir.

Mevzuatımızda bir işyerinin kurulması ve işletilmesine izin vermeye yetkili merciler işletmenin türüne göre başta Belediyeler olmak üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile diğer bazı kamu kurum ve kuruluşlarıdır. Sadece bu konuda bile mevzuat çok dağınıktır ve gerçekten kırtasiyecilik, bir anlamda da işlevsiz bürokratik karmaşa söz konusudur. Bu karmaşanın mutlaka giderilmesi gerekmektedir. Ancak bu karmaşa "kurulmuş olan işyerleri için kurma izin belgesinin ikinci bir emre kadar aranmayacağı"nın bildirildiği 8 Nisan 1987 tarih 987/7 sayılı Çalışma Bakanlığı genelgesi ile giderilemez. Ak-

sine, işyerleri kurulmadan bu işyerlerinin sağlık ve güvenlik koşullarına uygunluğunun sağlanması için İşyeri Kurma ve İşletme Belgelerinin verilmesinde Çalışma Bakanlığının diğer kurum ve kuruluşlarla koordinasyonlu, titiz ve ciddi incelemeler ile denetim yapmasıyla sağlanabilir. İş Kanununun 92. mad. gereğince; "Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca Kurma İzni ve İşletme Belgesi verilmemiş işyerlerine, belediyeler ve diğer ilgili makamlarca da kurma veya açılma izni verilemez. "Bu hükme göre daha başlangıçta Çalışma Bakanlığı ile başta belediyeler olmak üzere ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşları arasında işbirliğinin sağlanması öngörülmüştür. Ancak yasanın bu hükmüne rağmen bugüne kadar, bu konuda kamu kurum ve kuruluşları arasında bürokrasiyi azaltan buna karşın işçi sağlığı ve iş güvenliğinin sağlanması için mevcut kuralların uygulanmasını denetleyerek, kurma izni ve işletme belgesi vermeye yönelik eşgüdümlü çalışma sağlanamamıştır.

F) Sosyal Sigortalar Kurumu: 506 sayılı yasa gereğince, Sosyal Sigortalar mevzuatı uygulamasının denetimi, sigorta müfettişlerince yapılmaktadır. (SSK 130/1. mad.) Bu denetimlerden işçi sağlığı ile ilgili olanı, iş kazası ve meslek hastalığının meydana gelmesinden sonra, müfettişlerce olayda kusurlu olanın tesbitine ilişkin olarak yapılan denetimdir. Bu denetim sırasında müfettişler iş güvenliği kurallarına aykırı çalışma koşulları ile karşılaşılırsa, durumu tesbit ederek işgüvenliği teşkilatına intikal ettirmekle yükümlüdürler. Ancak bu görev yerine getirilmemektedir. SSK'nın bu konuda görevlendirdiği müfettişler iş güvenliğinin gerektirdiği teknik bilgilerle donatılmış uzmanlar olmaktan çok uzaktır. Genellikle, hukuk, iktisadi ve ticari bilimler fakültesi mezunu olan bu müfettişlerin teknik bilgi yetersizliği etkin bir denetim yapmalarını engellemektedir. Kuşkusuz kurumun bu müfettişlerin uzmanlık alanını ilgilendiren denetim konuları da mevcuttur. Ancak kurum iş güvenliği konusunda uzmanlaşmış yeterli sayıda müfettiş istihdam etmemektedir. Bu uygulama kurumun kusurlu işverenden işkazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan işçiye yapmış olduğu sağlık yardımları ile, bağladığı geçici veya sürekli iş göremezlik ödeneklerini rücuen tahsil etmesi imkanını ortadan kaldırdığı gibi, işçinin daha sonra işveren aleyhine açacağı tazminat davasını da olumsuz yönde etkilemektedir.

Esasen SSK Genel Müdürlüğü'nün bugünkü politikası, iş kazası ve meslek hastalığı sebebiyle işveren aleyhine dava açamamak yönündedir. Bu sebeple iş güvenliği konusunda teknik bilgi sahibi uzman denetçi ihtiyacı da duyulmamaktadır.

Bilindiği gibi meslek hastalığı tanısı koymaya yetkili tek kuruluş SSK dır. Bu kurum içinde de Meslek Hastalıkları Hastaneleridir. Ancak bu hastanelerin bugün içinde buldukları durum ise yürekler acısıdır. Sayısı iki olan bu hastanelerden Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesinde Sağlık kurulunu oluşturacak sayıda bırakınız uzman hekimi, hekim yoktur. İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi ise, aynı zamanda diğer sigorta hastanelerinin görev ve işlevlerini yüklenmek suretiyle meslek hastalıkları konusundaki çalışmalarını asgariye indirmiştir. Bu uygulamalar/gerçekte yayınlanan kurum istatistiklerinde yer alan meslek hastalığı vaka sayısının çok üstünde seyreden vakaların tesbit edilmesini bilinçli bir şekilde önlemeyi amaçlamaktadır, dersek haksızlık etmiş olmayacağız. Çünkü, kurum inançla yasanın kendisine vermiş olduğu yetkiyi kullanarak, meslek hastalıklarının üzerine giderse, bundan zararlı çıkan kusurlu işverenler olacaktır. Kurum, dolayısıyla devlet, görevini yapmamak suretiyle kusurlu işverenleri kollamaktadır. Sonuç

itibariyle de insanların en temel, en vazgeçilmez hakkı olan sağlık ve yaşama hakkını hiçe saymaktadır. Ayrıca da çoğu meslek hastalığı olan ancak kurumun görevini yapmaması sebebiyle meslek hastalığı tanısı konulamayan vakalar için kurumca yapılan giderler iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası yerine hastalık sigortasından karşılanmakta ve kusurlu işverenden rücu tahsiline gidilemediği için kurum çok ağır bir şekilde zarara sokulmaktadır. Asıl önemlisi bu uygulama sebebiyle tazmin borcundan kurtulan işverenlerin işçi sağlığı iş güvenliği konusunda iyice duyarsızlaşmalarıdır.

Meslek hastalığı tanısının konulabilmesi için, hasta işçinin çalıştığı işyerinin bütün şartları itibariyle, bilimsel yöntemlerle ve bu işin uzmanları tarafından incelenmesi gerekmektedir. Ancak SSK Meslek Hastalıkları Hastaneleri bugünkü haliyle hem araç ve gereç ve hem de uzmanlaşmış personel bakımından çok yetersizdir. Çalışma Bakanlığı'nın bir birimi olan İSGÜM ile eşgüdümlü çalışma da yapılmamaktadır.

#### **G : Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı :**

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Tekilat ve Görevleri Hakkında Kanun'un 2/g.h maddelerine göre "Ülke çapında işçi sağlığı iş güvenliği faaliyetlerini planlamak, denetlemek ve yürütmek" bu bakanlığın görevidir.

İşçi Sağlığı ve İş güvenliği faaliyeti bugün uygulamada Bakanlığın iki ayrı organı tarafından sürdürülmektedir.

I- İş teftiş Kurulu

II- İşçi Sağlığı Daire Başkanlığı

I- İş Teftiş Kurulu: Bu kurul kadrosundaki müfettişlerle hem işin yürütümüne ve hem de işçi sağlığı iş güvenliğine ilişkin denetimleri yerine getirmektedir. Ancak gerek müfettiş sayısı ve gerekse müfettişlerinin nitelikleri itibariyle Türkiye genelinde etkin bir iş güvenliği teftişi maalesef yapılmamaktadır. Yapılması için umut verici ipuçları da üzelerek ifade etmek isteriz ki yoktur. Bakanlık denetimler konusunda fevkalade duyarsızdır. Sürdürülmekte olan denetimler ise yetersiz ve aşağıda belirtmeye çalışacağımız sebeplerle etkisiz olmaktadır.

- İş güvenliği müfettişleri uygulamak durumunda buldukları iş güvenliği mevzuatı bakımından yeterli bilgiye sahip değillerdir.

- Yeterli mesleki ve teknik bilgi ile donatılmamışlardır. Ayrıca bu kadrolarda istihdam edileceklerde aranması gereken, ikna kabiliyeti, akla uygun davranma yeteneği, dürüstlük, tutarlılık, verilen kararların sabırla izlenmesi gibi nitelikler konusunda özen gösterilmemektedir.

- Müfettişlerin siyasal iktidar karşısında güvenceleri sadece devlet memuriyeti güvencesidir. Bu ise yeterli değildir. Yeterli ücret ve iş güvencesi sağlanmadığı sürece etkin denetimden söz edilemez.

- İş güvenliği müfettişlerinin sayısı yeterli değildir. Bugün için her iş güvenliği müfettişine yılda 3360 işyerinin teftişi görevi düşmektedir. Ancak bu işyerlerinin yalnızca % 7.1 denetlenebilmekte, % 93'ü ise denetim dışı kalmaktadır.

Denetlenen işyerleri için ne idari ve ne de cezai yaptırım uygulanmamaktadır. Yaptırımların uygulanmasını düzenleyen mevzuat yeniden gözden geçirilerek etkin hale getirilmeli ve işlerlik kazandırılmalıdır.

## II- İşçi Sağlığı Daire Bakanlığı:

İşçi Sağlığı Daire Başkanlığı ise "İşçi Sağlığı iş güvenliği, iş kazaları ve meslek hastalıkları konusunda inceleme, araştırma, eğitim ve mevzuatla ilgili çalışmalar yapmakla" görevlendirilmiştir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği koşullarının olumlu bir düzeye getirilmesi için araştırma yapmakla görevli olan İSGÜM'de, bu daire başkanlığına bağlıdır. Ancak bugünkü haliyle bu daire başkanlığı tamamen işlevsiz bir durumdadır. Görevlerine ilişkin ne kısa ve ne de uzun vadeli programları olduğunu sanmıyoruz. Olsa bile, bu konuyla ilgili olan başta sendikalar olmak üzere diğer kurum ve kuruluşların bu programdan haberi bulunmamaktadır. Esasen bu programın oluşturulması için sendikalarla iletişim de kurulmamıştır.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği koşullarının ileri ve olumlu bir düzeye getirilmesi için araştırma yapmakla görevli olan İSGÜM'de işçilerden kesilen ceza paraları ve İLO'nun katkılarıyla alınan teknik cihazlar, kullanacak deneyimli eleman olmadığı ve yedek parça temin edilemediği için kullanılamamaktadır. Ayrıca bugünkü haliyle İSGÜM'ün çalışanlar kadrosu nitelik ve nicelik itibarıyla kendisine yüklenen görevleri yerine getirecek düzeyde değildir.

## SONUÇ VE ÖNERİ

Etkin bir işçi sağlığı iş güvenliği denetimi için;

1- İşçi sağlığı iş güvenliği mevzuatı dağınıklıktan kurtarılarak mevzuat birliği sağlanmalıdır.

2- Çeşitli Kamu kurum ve kuruluşları arasında paylaştırılmış bulunan denetim yetkisi, günün koşullarına göre gözden geçirilerek yeniden düzenlenmeli, denetim birliği ilkesi, personel tasarrufu ve denetimde etkinlik ilkeleri ile kamu kurum ve kuruluşları arasında eşgüdüm sağlanmalıdır.

3- Hepsinden önemlisi, İşçi sağlığı iş güvenliği sorununa Ulusal bir sorun olarak yaklaşılmalı, siyasal iktidar değişikliklerinden etkilenmeyecek kalıcı ve etkin bir denetim mekanizmasının kurulup işletilmesi için 3. Beş Yıllık İcra Planı'nın öngördüğü Ulusal İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurumu'nun kurulması için bu konuyla ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından müşterek bir çalışma başlatılmalıdır.

**İşyerinde Ağız ve Diş Sağlığı Sorunu**  
**Dt. Hüsnü ÇUHADAR**  
**(Ankara Diş Hekimleri Odası Genel Sekreteri)**

**GİRİŞ**

İnsan sağlığının en önemli bölümlerinden biri olan ağız ve diş sağlığı yıllardır ihmal edilmiş, bu konuda sürdürülen çabalar sorunun çözümünden uzak kalmıştır.

Vücudumuzun bir parçası ve onun giriş kapısı olan ağızın bakımı ve dişlerin korunmasının önemi üzerinde çok durulmuş, konunun ihmalinin genel sağlık üzerinde yarattığı sorunlar çok defalar belirtilmiş olmasına karşın çözümü için etkin önlemler alınmamıştır.

İnsan sağlığının bir bütün olduğu ve genel sağlığın bir parçası olan ağız ve diş sağlığı için yapılan çalışmaların, diğer sağlık sorunlarının çözümü için yapılan çalışmalara iyi entegre edilmemiş, ya da ondan ayrı düşünülmüş olmasının, bu konudaki sorunların çözümünü geçleştiren bir etken olduğunu söylemek gerekir.

Ayrıca ağız sağlığı ve dişlerin korunmasına ilişkin eğitici ve koruyucu hizmetler halka götürülemediği, bu konudaki çabalar yeterli olmamıştır. Toplumun büyük kesimini oluşturan kırsal bölge ve kentlerdeki gecekondu insanımız, sadece dişi ağrıdığı zaman, dişini çektirmek için dişhekimine başvurmakta veya ehliyetsiz kişilere dişini çektirmeyi düşünmektedir.

Dişeti hastalıkları ve diş çürükleri bugün toplumda en çok görülen hastalıkların başında gelmektedir. Bu iki konuda erken teşhis ve tedavinin yararı çok büyüktür. Asıl olan, diş etleri hastalanmadan, diş çürümeden onun sağlığını korumaktır. Bu da yaygın ve uygulamalı eğitim yolu ile olacaktır. Bu konuda en büyük görev dişhekimine düşmektedir.

Ancak şu anda uygulanmakta olan dişhekimliği hizmetleri ve dişhekimisi sayısı (kamu kuruluşlarındaki) buna olanak vermemektedir.

1986 yılı istatistik verilerine göre tüm Türkiye'deki dişhekimisi sayısı 8410'dur. Bunlardan 1531'i Ankara'da, 2667'si İstanbul'da, 764'ü İzmir'de olmak üzere toplam 4962 dişhekimisi üç büyük şehrimizde görev yapmaktadır (1).

1986 Aralık ayı sonu verilerine göre, dişhekiminden 1148'i SSYB'de 137'si üniversitelerde, 350'si SSK'da, 123'ü diğer kamu kuruluşlarında, 6652'si de serbest çalışmaktadır (2).

Kurumlardaki dişhekimisi sayısı değişik kaynaklara göre farklılık göstermektedir. Örneğin SSK. da 1986 yılında 408 diş hekimisi, üniversitelerde de 470 olarak belirtilmektedir (3).

Yukarıda belirttiğimiz rakamlar yetkili sağlık kuruluşlarının sorunun ne denli uzağında kaldığının açık bir örneğidir.

Devletin ağız ve diş sağlığı konusundaki yanlış uygulamalarının kamu kuruluşlarında görev almak isteyen diş hekimlerini özel muayenehane açmaya özendirdiğini ya da boşa gezer durumda bıraktığını belirtmek gerekir.

Ağız ve diş sağlığı konusunda hekim dışı personel eğitimi ise hiç ele alınmamış, büyük yararı olduğuna inandığımız diş teknisyenliği kendi haline bırakılmış, diş sağlığı hemşireliği ise hiç düşünülmemiştir.

Yaptığımız araştırmadaki konuların büyük bir bölümünü oluşturan dişeti hastalıkları (Cingivitis - Periodontitis) ve diş çürüklerinin etyolojisinden kısaca bahsetmek yerinde olacaktır.

## **DIŞ ETİ HASTALIKLARININ (Gingivitis,Periodontitis) ETYOLOJİSİ**

Gingivitis, sağlıklı dişetin belirteceğimiz genel bir etkene bağlı olarak veya lokal (yerel) bir iritasyon ve irkilme sonucu iltihaplanmasıdır. Periodantitis, tedavi edilmeyen gingivitislerin ileri bir aşaması ve diş kayıplarının en önemli nedenlerinden biridir.

Normal görünümünü kaybeden dişeti, kızarıklık, dişeti papilinde şişme patolojik cep teşekkülü ile başlayan gingivitislerin ilerleyerek iltihabın periodontal ligamentlere kadar ulaşması ve dişi alveol kemiğine bağlayan bu ligamentlerin tahribi sonucu dişin lükse olması ile ağızdan düşmesine kadar varan önemli bir hastalık olmaktadır.

Dişeti hastalıklarının oluşmasındaki genel ve lokal (yerel) etkenler.

### **1. GENEL ETKENLER :**

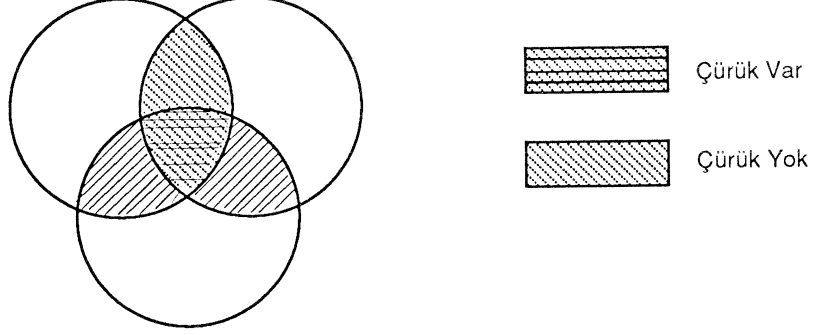
1. Sistemik bozukluklar,
2. Hormonel dengenin bozulması,
3. Genetik faktörler,
4. Bazı kan hastalıkları,
5. Vitamin eksikliği
6. Psikosomatik durumlar,
7. Beslenme noksanlığı ve yanlış beslenme,

### **II- LOKAL (YEREL) ETKENLER**

1. Mikroorganizmalar,
2. Calculuslar (Diş taşları)
3. Food debris (Gıda birikintileri - Plak)
4. Çapraşık dişlilik, kapanış bozuklukları, ortodontik problemler
5. Dişlerin şekil bozukluğu
6. Sigara,
7. Dudak açıklığı, ağızdan soluma ve ağız kuruluğu,
8. Sıcak yiyecekler ve asitli içecekler,
9. Eksik fonksiyon,
10. Dişler arası kontakt noktalarının eksikliği (diastama)
11. Keskin kavite kenarları, diş çürükleri,
12. Taşkın dolgular, uygunsuz protezler, kusurlu dişhekimliği,
13. Dişhekimliğinde tedavi amacı ile ve sistemik olarak kullanılan bazı ilaçlar,
14. Mesleki ve endüstriyel zararlar,
15. Anormal frenilum ve adele uzantıları,

## DIŞ ÇÜRÜKLERİNİN ETYOLOJİSİ

Diş çürüklerinin oluması şeklinde görülen üç faktörün birarada bulunmasına bağlıdır.



Diş çürüğünün oluşmasında bir çok teoriler ortaya atılmıştır. Ancak bugün üzerinde en çok durulan, ağız ortamındaki karbonhidratların asit yapan bakteriler tarafından parçalanarak asit oluştuğu ve bu asidin diş minesini eriterek çürük ezyonunun başlamasına neden olduğudur.

Diş çürüklerinin oluşmasındaki etkenleri de Genel ve Lokal (yerel) etkenler diye iki bölümde inceliyoruz.

### I. GENEL ETKENLER

1. Yaş ve cinsiyet,
2. Irk,
3. İrsiyet,
4. Medeniyetin ilerlemesi,
5. Çevresel faktörler,
6. Psikosomatik durum,
7. Hormonal denge ve vitamin karansı,
8. Sistemik bozukluklar,
9. Kötü beslenme, Malnütrüsyon.

### II. LOKAL ETKENLER

1. Mikroorganizmalar (Dişlerin üzerindeki bakteri plakları ve streptokoklar, laktobasiller, aktinomicesler, maya mantarları v.s.)
2. Calculuslar (Diş taşları)
3. Food debris (Gıda birikintileri - Plak)
4. Dişlerin durumu ve minenin strüktürü,
5. Yanlış beslenme (şekerli yiyecek ve içecekler)

6. Asitli içecekler,
7. Sigara,
8. Çapraşık dişlilik, kapanış bozuklukları, ortadöntik problemler,
9. Eksik fonksiyon,
10. Tükrüğün miktarı ve viskozitesi
11. Mesleki nedenler,
12. Dişetlerinin durumu

Ozal hijyenin bozuk olması, iyi bir ağız ve diş temizliğinin yapılamayışı, dişeti hastalıkları ve diş çürüklerinin önemli bir nedenidir. Diş fırçalama ile sağlanan iyi bir ağız ve diş temizliği, dişeti hastalıkları ve diş çürüklerindeki pek çok lokal iritasyon ve etkiyi ortadan kaldıracığı için koruyucu bir yöntem olarak büyük önem taşımaktadır.

### **AMAÇ**

1. Ağız ve diş sağlığına ilişkin sorunların çarpıcılığını ve önemini bir kez daha vurgulamak,
2. Bu konuda yeni bir araştırma ortaya koymak,
3. Araştırmada çıkardığımız sonuçlardan, sorunun çözümüne ilişkin öneriler ve düşünceler öne sürmek,
4. Peryodik taramalarda ağız ve diş sağlığı yönünden tedaviye muhtaç olanları tespit ederek polikliniğimize davet etmek,

### **GEREÇ ve YÖNTEM**

Tarama muayeneleri Çubuk Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki Yenice İş Sağlığı Merkezi (YİSME)'nin üç ayrı fabrikasındaki işçilerin genel sağlık muayenelerinin ve kültür taramalarının ayrı yapıldığı işyeri periyodik muayenesi sırasında ekteki forma (ağız ve diş sağlığı tarama formu) göre yapılmıştır. Tarama yapılan fabrikalar ORSAN Mobilya Fabrikası, COCA COLA Fabrikası, ECS (Elektrik Cihazları Sanayii) fabrikasıdır.

Taramaların bölgedeki sanayi kuruluşları arasından bu üç fabrikada yapılması, işçi sayısı, üretim alanları ve ulaşım durumları gözlenerek seçilmiştir.

Üç fabrikadaki işçilerin büyük çoğunluğu ÇUBUK ve AKYURT bölgesindeki çevre köylerden bir bölümü de Ankara'dan gecekondü yerleşim bölgelerinden gelmektedir.

Taramalar sıra ile ORSAN Mobilya Fabrikasında, COCA COLA fabrikasında, ECS (Elektrik Cihazları Sanayii) işyerininin periyodik muayenelerinin de yapıldığı sağlık servisinde, diğer sağlık ekibinin çalışmaları ile birlikte yapılmıştır. Bu çalışmada sağlık ekibinden doktor, dişhekim, hemşire, laboratuvar teknisyeni ve sağlık memuru bulunmuştur.



Tablo 1: İşyerlerindeki İşçi Sayısı, Cinsiyetleri ve Yaş Durumları

	Yaş grupları	13 - 18	19 - 24	25 - 30	31 - 36	37 ve Yukarı	Toplam
ORSAN	Erkek	37	49	33	9	8	136
	Kadın	3	3	0	1	0	7
COCA COLA	Erkek	1	35	65	31	30	162
	Kadın	1	1	0	1	0	3
ECS	Erkek	11	25	7	4	8	55
	Kadın	0	2	1	0	0	3
	Toplam	53	115	106	46	46	366

## BULGULAR

Yapılan taramada 366 kişiden 246'sında 1184 eksik diş tespit edilmiştir. Eksik diş olanlar toplam tarama yapılan işçilerin % 67.4'ünü oluşturmaktadır. Eksik diş bulunan 246 kişiden 23'ünde kron-köprü, 12'sinde modern parsial protez, 4'ünde klasik parsial protez, 1 kişide de total protez bulunmaktadır. Eksik diş bulunan 246 kişiden 40'ında protez bulunmaktadır (%16.2'sinde). Ağızdaki protezlerin birçoğu bozuk ve hijyenik değildir. Kron-köprü protezlerden 8'inde altın, 13'ünde krom kobalt ve 2'sinde de akrilik kullanılmıştır. İşçilere sorulduğunda bir çoğu protezlerini teknisyene yaptırdıklarını belirtmişlerdir.

Bu konuda, dişhekimi Cemil ARABACIER'in NA-CE (Makina Aletleri Yapım ve Montaj) fabrikasında 370 işçide yaptığı araştırmada 1374 eksik diş olduğu, bunlardan 129 kişinin prozetinin bulunduğu tesbit edilmiştir. (4). (Kaç kişinin eksik diş olduğu belirtilmemiştir)

246 işçiden 2064'sının eksik diş olmasına karşın (40 kişiden kaçının protezinin uygun olup olmadığı tespit edilemedi) protezleri yoktur. Bu işçilerin ağızları çiğneme fonksiyonunu gerektiği gibi yerine getirememektedir. İşçiler maddi olanaksızlıklar ve SSK hastanelerinde de rotez yapılmadığı için protez yaptıramadıklarını belirtmektedirler.

Taramada işçilerin ağızında fakal enfeksiyon kaynağı olabilecek, aşırı kron harabiyeti ve aşırı lüksasyonu olan, çekilmesi gereken diş sayısı; ORSAN Mobilya Fabrikasında 54 kişide 93 diş, COCA COLA Fabrikasında 71 kişide 225 diş, ECS Fabrikasında 31 kişide 64 diş vardır. Toplam 156 kişide 382 çekimi gereken diş vardır. İşçiler ağızlarındaki bu dişlerden bir zarar görmediklerini, kendilerini rahatsız etmediğini belirterek diş hekimine gitmediklerini söylemektedirler.

Üç fabrikadaki toplam 366 işçiden sadece 18 kişinin dişhekimine kontrol alışkanlığı vardır. Bu sayı tüm işçilerin % 4.92'sini oluşturmaktadır.

Tablo 2: Fırçalama Alışkanlığı ile Dişeti Hastalıkları  
(Gingivitis, Periodontiti) durumu :

Diş Fırçalama Alışkanlığı	Normal	Atipik Hiperemik Gingiva	Dişeti İltihabı	İltihap Cep Teşekkülü	İleri Periodontitis	Toplam
VAR	47	4	-	-	-	51
	% 92.16	7.84	-	-	-	100
	% 18.50	5.13	-	-	-	13.92
YOK	207	75	17	9	7	315
	% 65.71	23.81	5.40	2.86	2.22	100
	% 81.50	94.87	-	-	-	86.07
TOPLAM	354	79	17	9	7	366
	% 69.40	21.59	4.64	2.46	1.91	100
	% 100	100	100	100	100	100

(x) Tablodaki birinci yüzdeler satır yüzdesi, ikinci yüzdeler de kolon yüzdesini belirtmektedir.

Diş fırçalama alışkanlığı olan 51 kişiden 16 sı bilimsel fırçalamayı biliyor. Bunlardan 3 kişi günde 2 defa, 1 kişi de 3 defa diş fırçalamaktadır. Her üç fabrikada el yıkamak için işçilere kullandığı yeterli sayıda lavabo olmasına karşılık, bu lavaboların diş fırçalamak için kullanılmadığı öğrenilmiştir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi diş fırçalama alışkanlığı olanlardan sadece 4 kişide hiperemik atipik gingive görülmektedir. İşçilerin alınan hikayelerinde, çoğunun diş fırçalamanın dişlerinin sağlığına bir faydası olduğunu bilmedikleri, bilenlerin de fırçanın dişlerini kanattığı ve ağrı yaptığı için diş fırçalamadıkları öğrenilmiştir. Ayrıca işçilerin diş fırçalamayı benimsemedikleri ve buna zaman ayırmadıkları için bu işi yapmadıkları tespit edilmiştir.

Yaş gruplarına göre diş fırçalama alışkanlığı ekteki Tablo 3'de gösterilmiştir.

(x) Çürük dişi olanlara ve çürük diş sayısına total protezi olan bir kişi katılmamıştır.

Tablodaki yüzdeler satır yüzdesini belirtmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ileri derecede periodontisi olan 7 kişi 37 ve yukarı yaş grubundandır.

Tablo 3'ün yanındaki EK TABLO da o yaş grubundaki kişilerin ağızındaki toplam çürük sayısı verilmiştir. İleri yaşlarda ağızdaki diş sayısı azaldığından çürük diş sayısı düşük bulunmuştur.

Çürük diş sayıları; çürük kavitelesinin mikroorganizmaların barınabildikleri elverişli yer (Vasat ortam) oldukları ve bu durumdaki ağız ortamlarının dişeti hastalıkları ile ilişkisini açıklamak için bu bölümde belirtilmiştir.

Tablo 3 : Yaş Gruplarına Göre Dişeti Hastalıkları (Gingivitis - Periodontitis)

Yaş Grupları	Normal	Atipik Hiperemik Gingiva	Dişeti İltihabı	İltihap Cep Teşekkülü	İleri Periodontitis	Toplam	EK TABLO Çürük diş Sayısı
13-18	S 42	9	2	-	-	53	157
	% 79.25	16.98	3.77	-	-	100	
19-24	S 95	19	1	-	-	115	470
	% 82.61	16.51	0.87	-	-	100	
25-30	S 65	30	6	5	-	106	663
	% 61.31	28.30	5.66	4.72	-	100	
31-36	S 32	8	4	2	-	46	203
	% 69.57	17.59	8.70	4.35	-	100	
37 ve yukarı	S 20	13	4	2	7	46	147
	% 43.48	26.09	8.70	4.35	15.22	100	
Toplam	S 254	79	17	9	7	366	1640 (x)
	% 69.40	21.59	4.64	2.46	1.91	100	

Tablo 4 de değişik derecede dişeti hastalığı olanların tümü birleştirilerek dişeti hastalığı VAR - YOK diye sınıflandırılarak diş taşları (Calculus) ile ilişkisinin önemli olup olmadığı araştırıldı, gruplar arasındaki ilişki önemli çıktı. Yani diş taşları (Calculuslar) dişeti hastalıklarına neden olmaktadır.

Tablo 5 : Dişeti Hastalıkları İle Diş Taşlarının İlişkisi

Diş taşı (Culculus)	Dişeti Hastalığı		Toplam
	Yok	Var	
Yok	168	22	190
Var	85	90	175
Toplam	253	112	565 (X)

X<sup>2</sup> : 68,2      P < 0,05      (ÖNEMLİ)

(X) Total protezi olan 1 kişi tablodan çıkarılmıştır.

Taramalarda ortodontik problemler ve kapanış bozuklukları prognatizm retrognatizm, çapraşık dişlilik, açık kapanış, mal oklüzyon, diastama ve örtülü kapanışlar incelenmiştir. Damak ve dudak yarığı görülmemiştir.

Ortodontik problem ve kapanış bozuklukları ile dişeti hastalıklarının ilişkisi; ortodontik problem ve kapanış bozukluğu olan 117 kişiden 32 sinde hiperemik-atipik gingiva, 5 inde dişeti iltihabı, 4 ünde iltihap - cep teşkülü, 1 inde de ileri derecede periodantitis görülmüştür. Bunlardan diş fırçalama alışkanlığı olanlardan sadece 1 kişide hiperemik-atipik gingiva vardır.

Ortodontik problemi ve kapanış bozukluğu olan kişilerde ağız normal fizyolojik temizliğini yapamamaktadır. Bu durum ağız hijyenini bozarak dişeti hastalıklarına ve diş çürümelerine neden olmaktadır. Ortodontik problemi ve kapanış bozukluğu olan kişilerinde diş fırçalamaya daha çok özen göstermeleri gerekmektedir. Yukarıdaki sonuç bize, bu tür problemi olanların, diş fırçalama ile dişetlerinin sağlığını nasıl korunabildiğini göstermektedir.

Değişik derecede dişeti hastalığı olanların hepsi birleştirilerek dişeti hastalığı VAR, dişeti hastalığı olmayanlara da YOK diye sınıflandırılarak, diş eti hastalıkları ile sigaranın ilişkisi incelenmiş gruplar arası ilişki önemli bulunmuştur.

Tablo 5 : Diş Eti Hastalıkları İle Sigaranın İlişkisi

	Dişeti Hastalığı		Toplam
	Var	Yok	
Sigara içen	84	157	241
Sigara içmeyen	28	96	124
Toplam	112	253	365 (X)
$X^2 : 5,5$	SD : 1	P < 0,05	(ÖNEMLİ)

(X) Total protezi olan 1 kişi tablodan çıkarılmıştır.

Sigaranın sıcak dumanının dişetleri üzerine iritan etkisi ve nikotinin - katranın ağız hijyenini bozması dişeti hastalıklarına neden olmaktadır. Tablodaki sonuç da bu konunun önemini belirtmektedir.

Tablo 6 : İş Yerleri İle Dişeti Hastalıklarının (Gingivitis-Periodontitis) İlişkisi

İş Yeri	Normal	Atipik Hiperemik Gingiva	Dişeti İltihabı	İltihap Cep Teşekkülü	İleri Periodontitis	Toplam
COCA	95	46	11	8	5	165
COLA	57.58	27.87	6.67	4.85	3.03	100
ECS	43	8	5	-	2.	48
	74.14	13.79	8.62	-	3.45	100
ORSAN MOB.	116	25	1	1	-	143
FAB.	81.12	17.48	0.70	0.70	-	100
TOPLAM	254	79	17	9	7	366
	69.40	21.59	4.64	2.46	1.91	100

(Tablodaki yüzdeler satır yüzdesini belirtmektedir.)

Coca Cola fabrikasındaki işçilerin yemekleri sırasında Coca Cola içtikleri gözlenmiş, sorulduğunda birçoğunun günde ortalama 4-5 Coca Cola içtikleri öğrenilmiştir.

Bu durum bize colalı ve asitli içeceklerin dişeti hastalıkları ve ileride belirteceğimiz gibi diş çürüklerinin yaygınlığı konusunda çarpıcı bir örnek olmaktadır.

Ayrıca ORSAN mobilya fabrikasında toz asbiryasyonunun olmadığı kesim bölümünde çalışan işçilerin saçlarında, kaş, kiprik ve bıyıklarında ağaç tozu birikmesi olduğu görülmüştür. Bu işçilerin yapılan ağız içi muayenesinde, bir çoğunun üst anterior bölgedeki gingival mukozanın atipik, hiperemik olduğu tespit edilmiştir. Bu işçilerin burun deliklerinin girişindeki kılların çevresi tozla dolu olduğu için ağızdan soludukları belirlenmiştir. Teneffüs edilen ortamın tozlu olması ve ağızdan solumanın da etkisi, gingival mukozada çok küçük ağaç tozlarının ve partiküllerinin mikro trovmatik darbe ile gingivayı irite ettiği düşünülmüştür. Ancak bu konunun değişik örneklerle yeni bir araştırma konusu olabileceğini belirtmek gerekir.

Diş fırçalama alışkanlığı ile diş çürüklerinin bölgelere göre dağılımı Tablo 7, 8, 9, 10 da gösterilmiştir.

Tablo 7 : Üst Anterior Bölgede Diş Fırçalama Alışkanlığı ve Diş Çürüklerinin Dağılımı.

Diş Fırçalama Alışkanlığı	Çürük Yok	1 Çürük	2 Çürük	3 Çürük	4 Çürük	Toplam
Var	S 51	-	-	-	-	51
	% 15.13	-	-	-	-	13.93
Yok	S 286	21	5	2	1	315
	% 84.87	100	100	100	100	86.07
Toplam	S 337	21	5	2	1	366
	% 100	100	100	100	100	100

Tablo 8 : Alt Anterior Bölgede Diş Fırçalama Alışkanlığı ve Diş Çürüklerinin Dağılımı

Diş Fırçalama Alışkanlığı	Çürük Yok	1 Çürük	2 Çürük	Toplam
Var	S 50	-	1	51
	% 13.93	-	50.00	13.93
Yok	S 309	5	1	315
	% 86.07	100	50.00	86.07
Toplam	S 359	5	2	366
	% 100	100	100	100

Tablo 9 : Üst Postarar Bölgede Diş Fırçalama Alışkanlığı ve Diş Çürüklerinin Dağılımı.

Diş Fırçalama Alışkanlığı	Çürük Yok	1 Çürük	2 Çürük	3 Çürük	4 Çürük	5 Çürük	6 Çürük	7 Çürük	8 Çürük	Toplam
Var	S 23	10	8	4	3	2	1	-	-	51
	% 17.04	13.33	13.33	4.70	9.09	15.38	33.33	-	-	13.93
Yok	S 112	65	52	42	30	11	2	-	1	315
	% 82.96	86.67	86.67	91.30	90.91	84.52	66.67	-	100	86.07
Toplam	S 135	75	60	40	33	13	3	-	1	366
	% 100	100	100	100	100	100	100	-	100	100

Tablo 10 : Alt Posteris Bölgede Diş Fırçalama Alışkanlığı ve Diş Çürüklerinin Dağılımı.

Diş Fırçalama Alışkanlığı	Çürük Yok	1 Çürük	2 Çürük	3 Çürük	4 Çürük	5 Çürük	6 Çürük	7 Çürük	Toplam
Var	S 10	6	9	12	7	5	1	1	51
	% 15.87	12.50	15.00	14.81	10.29	18.52	5.88	50.00	13.93
Yok	S 53	42	51	69	61	22	16	1	315
	% 84.13	87.50	85.00	85.19	89.71	81.48	94.12	50.00	86.07
Toplam	S 63	48	60	81	68	27	17	2	366
	% 100	100	100	100	100	100	100	100	100

((x) Dört tablonu yzdeleri de kolon yzdelerini belirtmektedir.)

Yukarıdaki tablolarda görüldüğü gibi, diş fırçalayan 51 kişide, ağızın değişik bölgelerinde toplam 194 çürük diş mevcuttur. Toplam çürük diş sayısı 1640 olduğuna göre, diş fırçalamanın dişlerin sağlığının korunmasında ne kadar önemli olduğu görülmektedir.

Taramada yapılan 3 fabrikadaki toplam 366 işçiden sadece 39 kişinin ağızında çürük diş bulunmamaktadır. (Bunlardan 1 kişinin total protezi vardır.) 327 kişinin ise ağızında toplam 1640 çürük diş tespit edilmiştir.

Çürük dişi olmayan kişileri genellikle genç ve dişlerini büyük ölçüde kaybetmiş ile-ri yaştaki işçiler oluşturmaktadır. Çürük dişi olanların yzdesi % 89,3 dür ve çürük dişi olan 327 kişinin ağızında ortalama 5 çürük diş bulunmaktadır.

Çürük dişlerin iş yerlerine göre dağılım ise şöyledir.

Coca Cola fabrikasında 165 kişiden 157 sinde toplam 849 çürük diş vardır. Üst anterior bölgede 16 kişide 23 çürük diş, üst posterior bölgede 121 kişide 349 çürük diş, alt anterior bölgede 5 kişide 6 çürük diş, alt posterior bölgede 150 kişide 501 çürük diş vardır. Bu fabrikadaki çürük dişi olanların oranı %95 dir ve çürük dişi olanların ağızında ortalama 5,4 çürük diş mevcuttur.

ECS fabrikasında 58 kişiden 55 inde toplam 247 çürük diş vardır. Üst anterior bölgede 4 kişide 6 çürük diş, üst posterior bölgede 41 kişide 93 çürük diş, alt anterior bölgede çürük yok, alt posterior bölgede 52 kişide 148 çürük diş vardır. Bu fabrikadaki çürük dişi olanların oranı %94,8 dir ve çürük dişi olanların ağızında ortalama 4,4 çürük diş mevcuttur.

Orsan mobilya fabrikasında 143 kişiden 116 sinda toplam 544 çürük diş vardır. Üst anterior bölgede 9 kişide 12 çürük diş, üst posterior bölgede 69 kişide 144 çürük diş, alt anterior bölgede 2 kişide 3 çürük diş, alt posterior bölgede 101 kişide 385 çürük diş vardır. Bu fabrikadaki çürük dişi olanların oranı %81,1 dir ve çürük dişi olanların ağızında ortalama 4,6 çürük diş mevcuttur.

Çürük dişlerin yaş gruplarına göre dağılımı ek II deki tablo 2, 3, 4, 5 de gösterilmiştir.

Yukarıdaki açıklamalardan ve ekteki tablolardan da anlaşılacağı gibi orta yaşlılarda çürük diş sayısı ve oranı yüksektir. Ve posterior dişlerde daha fazla çürük vardır. Posterior dişler diye belirttiğimiz çiğneyici dişlerin anatomik özelliklerinden dolayı, üzerlerinde yemek artıkları ve besin birikintilerinin tutunabileceği retansiyon bölgelerinin daha fazla olması ve temizlenmelerinin zor olması, bu bölgedeki dişlerde çürük sayısını ve oranının artırmaktadır.

Ayrıca Coco Cola fabrikasındaki çürük diş sayısı ve oranı dikkat çekicidir. Daha evvel de belirttiğimiz gibi Coca Cola fabrikasındaki işçiler çok fazla Coco Cola içmektedirler. Bu durum bize colalı içeceklerin, dişeti hastalıklarında olduğu gibi diş çürüklerinde yaptığı olumsuz etkiyi göstermektedir.

Çürük dişlerin dağılımı yukarıda belirttiğimiz gibi çok düşündürücü olmasına karşılık, tedavi edilen, dolgulu diş sayısı ise çok düşüktür. Coca cola fabrikasında 9 kişinin 31 dolgulu dişi ECS fabrikasında 12 kişinin 25 dolgulu dişi, Orsan mobilya fabrikasında 5 kişinin 9 dolgulu dişi vardır.

Dolgulu dişi olan ve diş hekimine kontrol alışkanlığı olanları genellikle kültür ve eğitim düzeyi yüksek, ekonomik gücü yeterli olan yöneticiler oluşturmaktadır. İşçiler S.S.K. polikliniklerinde dolgu yapılmadığını ve başkasına yaptıracak paraları olmadığı için dolgu yaptıramadıklarını, bazıları da dolgunun bir faydası olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 11 : Diş Taşları (Calculus) İle Diş Çürüklerin İlişkisi

Diş Taşı (Calculus)	Çürük Yok	Çürük Var	Toplam
Yok	26	164	190
Var	12	163	175
Toplam	38	327	365 (X)
$X^2 : 4,5$	SD : 1	P < 0,05	(ÖNEMLİ)

Tablo 12 : Food Debris (Gıda Birikintileri - Plak) İle Diş Çürüklerinin İlişkisi

Food debris) (Gıda Bir. Plak)	Çürük Yok	Çürük Var	Toplam
YOK	31	209	240
VAR	7	118	125
TOPLAM	38	327	365 (X)
$X^2 : 4,4$	SD : 1	P < 0,05	(ÖNEMLİ)

(X) Her iki tabloda total protezi olan 1 kişi çıkarılmıştır.



Diş taşları ve dişler üzerindeki gıda birikintileri mikroorganizmaların barınabildikleri yer vasat ortam oluşturdıkları için diş çürümelerinde önemli rol oynamaktadır. Dişler üzerine yapışan gıda birikintileri içine yerleşen bakteriler burada BAKTERİ PLAKLARINI oluşturacak dişin minesini eriterek çürüğü başlatmaktadır. Tablodaki sonuçlar da bu durumun önemini belirtmektedir.

Tablo 13 : Ortodontik Problem - Kapanış Bozuklukları İle Diş Çürüklerinin İlişkisi  
(X) Total protezi olan 1 kişi tablodan çıkarılmıştır.

Ortod. Prob. ve Kapanış Boz.	Çürük Var	Çürük Yok	Toplam
Var	115	2	117
Yok	212	36	248
Toplam	327	38	365 (X)

P : 0.00003649      P < 0,05      (ÖNEMLİ)

Ortodontik problemi - Kapanış bozukluğu olan ve çürüğü bulunmayan 2 kişi diş fırçalaması yapmaktadır.

Tablo 13 deki sonuçlar bize diş çürüklerinin nedenlerinden birini açık şekilde göstermektedir. Çünkü bu tür ağızlar besin artıklarının birikmesi için çok elverişli bölgeler oluşmakta, ayrıca ağız normal fizyolojik temizliğini yapamamaktadır. Bir de buna iyi bir ağız ve diş bakımının olmayışı eklenince sonuç çarpıcı bir şekilde karşımıza çıkmaktadır.

Sigara içenler ile diş çürükleri arasındaki ilişki tablo 14 de incelenmiş ve gruplar arası ilişki önemli bulunmuştur.

Tablo 14 : Sigara İle Diş Çürükleri Arasındaki İlişki.  
(X) Total protezi olan 1 kişi tablodan çıkarılmıştır.

	Çürük Var	Çürük Yok	Toplam
Sigara içmiyor	103	21	124
Sigara içiyor	224	17	241
Toplam	327	38	365 (X)

X<sup>2</sup> : 6,5      SD : 1      P < 0,05      (ÖNEMLİ)

Yapılan taramalarda üst lateral dişlerdeki kama dişler dışında anomaliye raslanmadı. 27 kişinin 

6	1	1	6
6	1	1	6

 nolu dişlerde hipoplazik diş tespit edildi.

Eksik dişi bulunan ancak protezi bulunmayan ağızları da hasta olarak kabul edersek 366 kişiden sadece 17 kişinin ağız ve dişleri normaldir. Total protezi olan bir kişiyi de bu sayıya katarsak 18 kişinin ağız ve dişleri sağlıklıdır. Ancak protezi olanlardan kaç kişinin protezinin uygun olup olmadığı tespit edilememiştir. Ağız ve dişleri sağlıklı olanlar tüm işçilerin %4,9 ünü oluşturmaktadır. Bu sonuç işçilerin ağız ve diş sağlığı yönünden ne denli bakıma muhtaç olduklarını göstermektedir.

### SONUÇ ve ÖZELLİKLER

Bu taramadan sonra karşımıza çıkan sonuçlar çok düşündürücüdür. Yaptığımız araştırmada ağız ve diş sağlığı yönünden hasta olanların oranı % 95,1 ve 366 kişiden 348 kişi hasta durumdadır. Toplumumuzda hiç bir hastalık oranı bu kadar yüksek değildir. Bu insanların hastalıklarının kendi kendine şifaya kavuşması olanağı da yoktur. Sorunun önemi kavranıp çözümü için etkin önlemler alınmaz ve tedavi olanakları yaratılmazsa sorunun daha da büyük ulaşması kaçınılmazdır.

Yaptığımız taramada bu iş yerlerinde çalışan insanların ağız ve diş sağlığı yönünden eğitim düzeylerinin çok düşük olduğu görülmüştür. İnsanların toplu bulunduğu bu gibi yerlerde ağız ve diş sağlığı eğitimi ve koruyucu hizmetler çok büyük önem taşımaktadır. Diş sağlığı yönünden erken teşhis ve tedavinin, beslenmenin, belli aralıklarla dişhekimine kontrolün, diş fırçalamanın önemi anlatılmalıdır. Diş sağlığının anne karnındayken başladığı öğretilmelidir. Ağızın sağlığı ve dişlerin korunması, diş kaybının önlenmesi koruyucu ve eğitici hizmetlerin yaygınlaştırılması ile mümkün olacaktır.

Ağız ve diş sağlığına ilişkin sorunların bu kadar önemli olmasına karşın, sorunun çözümü için yapılan çalışmaların ve verilen hizmetin yetersizliği üzerinde durmak gerekir. S.S.K. nun sigortalı işçi sayısı 1986 yılı istatistik verilerine göre 2.815.230 dur. Bu sayıya S.S.K. nun sağlık güvencesindeki yaşlılık, malullük, ölüm sigortalarından yararlanan 1.156.621 işçi ve S.S.K. nun güvencesi altında bulunan işçilerin eş ve çocuklarını da eklersek S.S.K. nun hizmet götürmekte olduğu insan sayısı tahminen 15.000.000 a yaklaşmaktadır (5).

Nüfusumuzun bu kadar büyük bir kesimine S.S.K. u bünyesinde hizmet veren dişhekimisi sayısı 1985 yılında 405 tir. Bu sayı 1986 yılında sadece 3 artarak 408 olmuştur. Eldeki bu verilere göre bir dişhekimine 36.765 kişi düşmektedir. (6).

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerini yürütmekte olan dişhekimisi ve poliklinik sayıları da bu hizmetin verilmesine olanak vermemektedir. Hizmetin etkin ve sorunun çözümüne uygun verilemeyeşine hekim dişi personelin eksikliğini ve araç gerek noksanlığını da eklemek gerekir.

Bu durumda S.S.K. na bağlı sağlık kuruluşlarındaki diş poliklinik hizmetleri muayene, tıbbi tedavi ve diş çekiminden öteye gitmemektedir. Proteze ihtiyacı olan veya çürük dişini tedavi ettirmek için başvuran işçiler serbest çalışan diş hekimine sevk edilmektedir. Bu hizmetin karşılığı sigortalı işçinin kendisi para ödemekte ve kendisine fatura

verilmektedir. Ancak işçi protez veya diş dolgusu için ödediği paranın tümünü S.S.K dan alamamakta, S.S.K nun tepit ettiği fiat üzerinden kendisine ödeme yapılmaktadır.

Bu durumda serbest diş hekiminin fiatlari ile S.S.K. nun ödediği ödentiği arasındaki fark işçinin kendisi tarafından ödenmektedir. Bu uygulama ile zaten geçim sıkıntısı içinde olan işçi hizmetten yararlanamayarak kendi haline terk edilmiş ve sorunu ile başbaşa bırakılmış olmaktadır. Ayrıca serbest çalışan diş hekimliği hizmetlerinden kısızlı da olsa yararlanabilen işçiler için S.S.K. nun ödediği mali külfet de konununun ayrı bir yönünü oluşturmaktadır.

Daha evvelde belirttiğimiz gibi ağız ve diş sağlığının korunmasında en önemli konunun, konuya ilişkin eğitim hizmetlerinin olduğunu belirtmiştik. Basın yayın yılı ile yapılan eğitici hizmetlerin yetersiz kaldığı bir gerçektir. Bu hizmetin halkın ayağına götürülerek uygulamalı bir şekilde eğitmenin gerekliliği ortadadır. Ancak S.S.K. u bünyesindeki diş hekimi sayısı ve hizmet anlayışı ile bunu başarmak mümkün değildir.

Ağız ve diş sağlığının korunmasına ilişkin öneriler :

1. S.S.K. bünyesindeki Diş Hekimi sayısı yeterli düzeye çıkarılarak eğitici ve koruyucu hizmetlere önem verilmeli.
2. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri yaygınlaştırılarak hizmet halkın ayağına götürülmelidir.
3. Hekim dışı personel (Diş teknisyeni, diş sağlığı hemşiresi) eksikliği ve araç gereç gereksinmesi karşılanarak hizmet daha etkin bir şekilde verilmeli.
4. Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın bir parçası olarak ele alınmalı.
5. İşyerlerinde (fabrika, sanayi kuruluşları, atölyeler) çalışan işçilerin periyodik muayenelerinde ağız ve diş sağlığına ilişkin eğitici, koruyucu, erken teşhis ve tedaviye yönelik çalışmalar yapılmalı, iş sağlığı ve iş güvenliği tüzüğü'nün 3. maddesinde görülen sağlık eğitimini işçinin diş hastalıklarından korunmasını ve erken tanısını da içermelidir.

**Zonguldak'ta Kömür İşçileri Pnömkonyozu Hakkında**  
**Bir Saha Çalışması**  
**Doç.Dr. Eşin PINAR**  
**(SSK Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi**  
**Başhekimisi Göğüs Hastalıkları Uzmanı)**  
**Dr. Meltem ALTINÖRS**  
**(SSK Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi**  
**Hekimi Göğüs Hastalıkları Uzmanı)**

**GİRİŞ, GENEL BİLGİLER**

Tozlarla meydana gelen akciğer hastalıkları "Pnömkonyozlar" ana başlığı altında toplanır.

Pnömkonyoz, toz halindeki yabancı cisimlerin solunum yoluyla akciğerlere girerek, akciğerlerin küçük anatomik ünitelerinde kalıcı birikimleri sonucu en azından, en çoğuna kadar oluşan fibrozisle karakterli doku reaksiyonları ve diğer patolojik değişiklikleri niteleyen bir terimdir.

Pnömkonyoz oluşumu için bazı şartların gerçekleşmesi gerekmektedir.

Bunlar;

1- Tozla ilgili faktörler

- a) Tozun fiziksel özelliği, yarı çapı: (Pnömkonyozu oluşturan boyut 0,5-5 mikron arası)
- b) Tozun kimyasal yapısı (Silis dioksit)
- c) Toz konsantrasyonu: kTozların zararlı olma sınırı MAK (Maksimum Allowable Contentration)

Üst sınır  $1\text{ m}^3$  havada bulunan zararlı maddeyi mg olarak ifade eder.

TLV (Threshold Limid Value

İşyeri havasındaki zararlı maddeyi hacim, ağırlık ve parçacık blirimleri ile belirler.

Bu kriterlere göre işyerlerini;

Tozsuz  $0-2\text{ mg/m}^3$

Az tozlu  $2-4\text{ mg/m}^3$

Tozlu  $4-5\text{ mg/m}^3$

Çok tozlu  $5-10$  şeklinde ayırabiliriz.

d) Toza maruziyet (Karşılaşma) süresi: En az 3++ genellikle 10++ yıl.

e) Kişisel duyarlık

## BÖLÜM II

### MATERYAL VE METOD

Bu tarama SSK Ankara Meslek Hast. Hastanesi, İşçi Sağlığı ve Güvenliği Merkezi (İSGÜM), SSK Zonguldak Hastanesi işbirliği ile Temmuz-Kasım 1986 tarihleri arasında yapılmıştır. Tarama Kapsamına Zonguldak Kömür Havzasında bulunan çeşitli kömür müesseselerinden (Kozlu 1500, Üzülmaz 1500, Karadon 1000, Amasra 500, Armutçuk 503) toplam 5003 kömür işçisi alınmıştır.

Tarama Göğüs hastalıkları uzmanı, Kimya Mühendisi, Maden Mühendisi ve röntgen teknisyeninden oluşan bir ekip tarafından gerçekleştirilmiştir.

İşçilere önce kısa bir anket-muayene formu uygulanmıştır. Ankette işçilerin sosyo-demografik özellikleri ile, sigara içme ve çalışma öykülerine ilişkin sorular yer almıştır. Ayrıca fizik ve radyolojik muayene bulguları da aynı forma işlenmiştir.

İşçilerin klinik ve radyolojik muayeneleri SSK Zonguldak Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Akciğer grafileri 35 x 35 cm ebadında Organomatik 502 Siemens röntgen Cihazı ile çekilmiş, akciğer fonksiyon testleri Minolta 500 digital solunum cihazıyla yapılmıştır.

Akciğer grafileri önce SSK Zonguldak Hastanesinde görevli Dahiliye, Göğüs Hastalıkları ve Radyoloji uzmanlarınca değerlendirilmiştir.

Daha sonra dosyaların tümü SSK Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesinde Göğüs Hastalıkları uzmanlarınca tek tek gözden geçirilerek kesin değerlendirmeler yapılmıştır.

### BULGULAR

Tablo 1: Taramaya Katılan İşçilerin Çalışma Sürelerine Göre Akciğer Şikayetleri (Zonguldak Kömür Havzası, 1986)

Çalışma Süresi (YIL)	AKCİĞER ŞİKAYETLERİ (%)		Toplam	
	Var	Yok	Sayı	%
0-4	11.1	88.9	434	100.0
5-9	14.3	85.7	1084	100.0
10-14	16.6	83.4	1001	100.0
15-19	16.3	83.7	1554	100.0
20-24	21.3	78.5	678	100.0
25-29	18.0	82.0	206	100.0
30,+	30.4	69.6	46	100.0
TOPLAM % Sayı	16.4 820	83.6 4183	5003	100.0

### ÇALIŞMA SÜRESİ:

Tablo 1'de işçilerin kömür madeninde sürelerine göre akciğer şikayetleri değerlendirilmiştir. Burada şikayet olarak öksürük, balgam çıkarma, nefes darlığı, hırıltılı solunum, göğüs ağrısı bildirilmiştir. Bunlardan en az bir tanesi varsa işçinin akciğere ilişkin şikayeti var olarak kabul edilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi tüm işçilerin % 16.4 ünün herhangi bir akciğer şikayeti vardır. Şikayeti olan işçi oranı çalışma süresi ilerledikçe artmakta olup 30 yıl ve daha uzun süre çalışanların hemen hemen üçte birinin yukarıda sayılan şikayetleri vardır.

Tablo 2: Taramaya Katılan İşçilerin Çalışma Ortamının Toz Yoğunluğuna Göre Akciğer Şikayetleri (Zonguldak Kömür Havzası, 1986)

Çalışma Ortamı Toz Yoğunluğu	Akciğer Şikayetleri (%)		Toplam	
	Var	Yok	Sayı	%
Çok Tozlu	16.8	83.2	744	100.0
Orta Tozlu	16.0	84.0	2548	100.0
Az Tozlu	16.4	83.6	1315	100.0
Tozsuz	17.9	82.1	396	100.0
TOPLAM % Sayı	16.4 820	83.6 4183	5003	100.0

Tablo 2 de işçilerin çalıştıkları işkolunun ve bölümünün toz yoğunluğuna göre akciğer şikayetleri incelenmiştir. Görüldüğü gibi toz yoğunluğu ile akciğer şikayetleri arasında önemli bir bağ yoktur. Tozlu veya tozsuz ortamda çalışan tüm işçilerde benzer oranlarda akciğer şikayeti vardır.

Tablo 3: Taramaya Katılan İşçilerin Akciğerle İlgili Şikayetleri ve Radyolojik Teşhisler (Zonguldak Kömür Havzası, 1986)

Akciğer Şikayetler	Radyolojik Teşhis (%)								Toplam	
	Normal	Pnömo- konyoz	Bronşit	TBC	KOAH	Pakiplö rit	Amfizem	Plörezi	Sayı	%
Var	66.6 (14.2)	16.0 (19.4)	12.3 (28.8)	1.0 (33.3)	3.3 (52.9)	0.6 (20.0)	0.1 (12.5)	0.1 (6.7)	820	100.0
Yok	79.1 (85.8)	13.0 (80.6)	5.9 (71.2)	0.4 (66.7)	0.6 (47.1)	0.5 (80.0)	0.2 (87.5)	0.3 (93.3)	4183	100.0
TOPLAM % Sayı	77.0 3854	13.5 675	7.0 351	0.5 24	1.0 51	0.5 25	0.2 8	0.3 15	5003	100.0

Tablo 3'de görüldüğü gibi yine akciğer şikayeti olanlarda (% 33.4) radyolojik olarak patolojik teşhis oranı olmayanlardan (% 20.9) daha yüksektir. Bu oran pnömokonyoz için sırasıyla % 16.0 ve % 13.0 dür. Bronşit tüberküloz ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanların üçte bir ile yarıdan fazlasının akciğerle ilgili şikayeti olduğu halde pnömokonyozu olanların sadece % 19.4 ünde akciğer şikayeti vardır ve bu oran radyolojik olarak akciğeri normal olanlarınkine (% 14.2) yakındır. Bu bulgu ise klasik bilgilerle uyumludur. Şöyleki kömür işçileri pnömokonyozunda klinik belirti ve şikayetler ya yok denecek kadar az veya çok hafiftir.

Tablo 4: Taramaya Katılan İşçilerin Yaş Gruplarına Göre Radyolojik Teşhisleri (Zonguldak Kömür Havzası, 1986)

Yaş	Radyolojik Teşhis (%)								Toplam	
	Normal	Pnömo- konyoz	Kr.Bronşit	TBC	KOAH	Pakiplö- rit	Amfizem	Plörezi	Sayı	%
20-24	91.7	8.3	-	-	-	-	-	-	12	100.0
25-29	90.5	4.1	3.9	0.2	0.7	0.2	0.4	-	463	100.0
30-34	84.3	7.9	6.3	0.3	0.7	0.4	0.1	-	1538	100.0
35-39	74.6	15.3	7.6	0.4	0.9	0.5	0.2	0.5	1659	100.0
40-44	67.7	21.3	7.2	0.9	1.6	0.7	0.1	0.5	956	100.0
45,+	65.1	20.3	10.9	0.8	1.8	0.8	-	0.3	375	100.0
TOPLAM%	77.00	12.5	7.0	0.5	1.0	0.5	0.2	0.3	5003	100.0
Sayı	3854	675	351	24	51	25	8	15		

Tablo 4'de kömür işçilerinin yaş gruplarına göre radyolojik teşhisleri görülmektedir. Tüm işçilerin % 13.5 inde pnömokonyoz, % 7.0 sinde kronik bronşit, % 2.5 inde de diğer akciğer patolojileri tesbit edilmiştir. Pnömokonyoz ve kronik bronşit ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. Bu artış pnömokonyoz için 35 yaşından sonra belirginleşmektedir.

Tablo 5: Taramaya Katılan İşçilerin Çalışma Sürelerine Göre Radyolojik Teşhisleri  
(Zonguldak Kömür Havzası, 1986)

Çalışma Süresi (Yıl)	Radyolojik Teşhis (%)								Toplam	
	Normal	Pnömo- konyoz	Bronşit	TBC	KOAH	Pakiplö- rit	Amfizem	Plörezi	Sayı	%
0-4	91.2	3.5	3.7	-	0.7	0.5	0.2	0.2	434	100.0
5-9	83.6	7.9	6.9	0.5	0.5	0.3	0.3	-	1084	100.0
10-14	80.3	10.7	6.9	0.7	0.7	0.3	0.2	0.2	1001	100.0
15-19	73.5	16.0	7.8	0.3	1.1	0.7	-	0.6	1554	100.0
20-24	65.0	24.0	7.1	0.9	2.2	0.4	0.2	0.2	678	100.0
25-29	68.5	19.4	9.7	0.5	-	0.9	0.5	0.5	206	100.0
30,+	52.2	34.7	2.2	-	6.5	2.2	-	2.2	46	100.0
TOPLAM % Sayı	77.0 3854	13.5 675	7.0 351	0.5 24	1.0 51	0.5 25	0.2 8	0.3 15	5003	100.0

Tablo 5'de işçilerin çalışma sürelerine göre radyolojik teşhisleri incelenmiştir. Yine çalışma süresi arttıkça akciğerin radyolojik incelemesinde patolojik bulgu oranı da artmıştır. Bu durum özellikle pnömokonyoz teşhisi alanlar için belirgindir, 4 yıl ve daha az süre çalışan işçilerin sadece % 3.5 u radyolojik olarak pnömokonyoz teşhisi almışken, aynı oran 10-14 yıl çalışanlarda % 10.7 ye, 20-24 yıl çalışanlarda % 24.0'e, 30 yıl ve daha uzun süre çalışanlara % 34.7 ye ulaşmaktadır.

Tablo 6: Taramaya Katılan İşçilerin Akciğer Fonksiyon Testi Bulgularının yaş Gruplarına Dağılımı (Zonguldak Kömür Havzası, 1986)

Yaş	Akciğer Fonksiyon Testi Bulguları (%)				Toplam	
	Normal	Rest	Obst.	Comb.	Sayı	%
20-24	100.0	-	-	-	12	100.0
25-29	94.2	2.8	2.8	0.2	463	100.0
30-34	93.6	2.4	3.6	0.4	1538	100.0
35-39	90.3	4.3	4.1	1.3	1659	100.0
40-44	87.4	5.3	5.5	1.8	959	100.0
45,+	77.9	8.5	10.1	3.5	375	100.0
TOPLAM % Sayı	90.2 4541	4.1 204	4.5 227	1.2 58	5003	100.0



Tablo 6'da kömür işçilerinin akciğer fonksiyon testi bulgularının yaş gruplarına göre dağılımı sunulmuştur. Tüm işçilerin % 9.8'inin akciğer fonksiyon testi patolojik bulunmuş olup, bu patolojinin % 4.1'i restirktif % 4.5'i obstrüktif tiptedir. Genç yaş gruplarında (25-34) patolojik bulgu oranı % 6 civarında iken giderek artmakta, 35-39 yaş grubunda % 9.7, 40-44 yaş grubunda % 12.6, 45 ve üzerindeki yaşlarda % 22.1'e ulaşmaktadır.

Tablo 7: Taramaya Katılan İşçilerin Çalışma Ortamı Toz Yoğunluğuna Göre Akciğer Fonksiyon Testleri (Zonguldak Kömür Havzası, 1986)

Çalışma Ortamı Toz Yoğunluğu	Akciğer Fonksiyon Testi Bulguları (%)				Toplam	
	Normal	Obst	Rest	Comb	Sayı	%
Çok Tozlu	91.3	4.7	3.1	0.9	744	100.0
Ortalı Tozlu	90.8	4.3	3.9	1.0	2548	100.0
Az Tozlu	89.2	4.6	4.6	1.6	1315	100.0
Tozsuz	87.6	5.6	5.3	1.5	396	100.0
TOPLAM % Sayı	90.2 4514	4.5 227	4.1 204	1.2 58	5003	100.0

Tablo 7'de ise çalışma ortamı toz yoğunluğuna göre akciğer fonksiyon testi bulguları sunulmuştur. Yine patolojik bulgu oranı toz yoğunluğu ile ilgili olarak değişmemektedir.

Tablo 8: Taramaya Katılan İşçilerin Akciğerle İlgili Şikayetleri ve Akciğer Fonksiyon Testi Bulguları (Zonguldak Kömür Havzası, 1986)

Akciğerle ilgili Şikayetler	Akciğer Fonksiyon Testi Bulguları (%)				Toplam	
	Normal	Rest	Obst	Comb	Sayı	%
Vor	78.3 (14.2)	7.8 (31.4)	9.7 (34.8)	4.2 (58.6)	820 (16.4)	100.0
Yok	92.6 (85.5)	3.3 (68.6)	3.5 (65.2)	0.6 (41.4)	4183 (83.6)	100.0
TOPLAM % Sayı	90.2 4514	4.1 204	4.5 227	1.2 58	5003	100.0

Tablo 8'de görüldüğü gibi akciğerle ilgili şikayeti olanların % 21.7 sinin, olmayanların ise sadece % 7.4 ünün akciğer fonksiyon testi patolojik bulunmuştur. Diğer taraftan akciğer fonksiyon testi bulgusu normal olanların sadece % 14.2 sinin şikayeti varken akciğer fonksiyon testinde hem de obstrüktif (kombinatip) patoloji olanların % 58.6 ının şikayeti vardı.

Tablo 9: Taramaya Katılan İşçilerin Çalışma Sürelerine Göre Akciğer Fonksiyon Testi Bulguları (Zonguldak Kömür Havzası, 1986)

Çalışma Süresi (Yıl)	Akciğer Fonksiyon Testi Bulguları (%)				Toplam	
	Normal	Rest	Obst	Comb	Sayı	%
0-4	94.0	2.3	3.2	0.5	434	100.0
5-9	93.6	2.6	3.4	0.4	1084	100.0
10-14	91.0	4.1	4.0	0.9	1001	100.0
15-19	90.2	4.2	4.4	1.2	1554	100.0
20-24	84.4	6.1	6.7	2.8	678	100.0
25-29	84.9	6.3	7.3	1.5	206	100.0
30,+	69.6	13.0	13.0	4.4	46	100.0
TOPLAM % Sayı	90.2 4514	4.1 204	4.5 227	1.2 58	5003	100.0

Tablo 9'da işçilerin akciğer fonksiyon testi bulguları görülmektedir. Çalışma süresi arttıkça işçilerin akciğer fonksiyon testi sonucu da artan oranlarda patolojik bulunmaktadır. Patolojik bulgu oranı 4 yıl ve daha az çalışanlarda % 6 iken, 10-14 yıl çalışanlarda ise % 30.4 e ulaşmaktadır.

Tablo 10: Taramaya Katılan İşçilerin Çalışma Ortamı Toz Yoğunluğuna Göre Akciğer Fonksiyon Testleri (Zonguldak Kömür Havzası, 1986)

Çalışma Ortamı Toz Yoğunluğu	Radyolojik Teşhis (%)								Toplam	
	Normal	Pnömo-konyoz	Bronşit	TBC	KOAH	Pakiplö-rit	Amfizem	Plörezi	Sayı	%
Çok Tozlu	77.1	11.8	8.1	0.3	1.1	0.7	-	0.4	744	100.0
Orta Tozlu	76.4	14.6	6.8	0.4	1.1	0.3	0.2	0.2	2548	100.0
Az Tozlu	77.8	12.9	6.5	0.4	1.1	0.8	0.2	0.3	1315	100.0
Tozsuz	77.3	11.6	8.3	1.5	0.3	0.5	-	0.5	398	100.0
TOPLAM % Sayı	77.0 3854	13.5 675	7.0 351	0.5 24	1.0 51	0.5 25	0.2 8	0.3 15	5003	100.0

Tablo 10'da da radyolojik teşhislerde pnömokonyoz oranının toz yoğunluğuna göre farklılık göstermediği dikkati çekmektedir.

Çalışılan ortamdaki toz yoğunluğunun pnömokonyoz oluşmasında önemli bir faktör olduğu belirtilmişti. İlk bakışta bu klasik bilgi ile taramanın bulgularının birbirine uymadığı görülmektedir.

Tablo 10: Taramaya Katılan İşçilerin Çalışma Ortamı Toz Yoğunluğuna Göre Akciğer Fonksiyon Testleri (Zonguldak Kömür Havzası, 1986)

Akciğer Fonksiyon Testi Bulguları	Radyolojik Teşhis (%)								Toplam Sayı	%
	Normal	Pnömo-konyoz	Bronşit	TBC	KOAH	Pakiplö-rit	Amfizem	Plörezi		
Normal	79.9 (93.6)	12.9 (86.2)	5.8 (74.6)	0.4 (75.0)	0.2 (17.6)	0.4 (72.0)	0.1 (50.0)	0.3 (100.0)	4514	100.0
Rest	56.9 (3.0)	22.6 (6.8)	13.7 (8.0)	2.5 (20.8)	1.5 (5.9)	1.9 (16.0)	0.9 (25.0)	-	204	100.0
Obst	48.0 (2.8)	14.1 (4.7)	22.1 (14.3)	-	13.2 (58.8)	0.4 (4.0)	1.8 (25.0)	-	227	100.0
Comb	37.9 (0.6)	19.0 (2.2)	20.7 (3.1)	1.7 (4.2)	19.0 (17.6)	1.7 (8.0)	-	-	58	100.0
TOPLAM % Sayı	77.0 3854	13.5 675	7.0 351	0.5 24	1.0 51	0.5 25	0.2 8	0.3 15	5003	100.0

\* Parantez içindeki rakamlar sütun şüzdelileridir.

Tablo 11'de ise akciğer fonksiyon testi bulguları ile radyolojik teşhisler karşılaştırılmıştır. Radyolojik bulgusu normal olanların % 93'ünün akciğer fonksiyon testi de normaldir. Radyolojik incelemede patoloji saptananların yaklaşık dörtte birinin fonksiyon testleri normaldir. Radyolojik olarak kronik abstrüktif akciğer hastalığı teşhisi alanların sadece % 17.6'sının fonksiyon testi normal bulunmuştur ki bu da beklenen bir bulgudur. Pnömokonyoz tanısı olanların ise % 86.2'sinin akciğer fonksiyon testleri normaldir. Burada da önemli olan pnömokonyozun derecesidir. İleri vakalardan büyük çoğunluğunun fonksiyon testlerinin bozuk olması beklenir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Zonguldak kömür havzasında bulunan çeşitli kömür ocaklarında, çalışan 5003 işçide yapılan bu sağlık taramasında işçilerin % 16.4'ünün solunum sistemi ile ilgili şikayeti vardır. İşçilerin % 9.8'inin akciğer fonksiyon testleri patolojik bulunmuştur. Radyolojik incelemelerde ise % 23'ünün akciğerinde herhangi bir patoloji tesbit edilmiştir. Bu patolojiler yaş, çalışma süresi arttıkça artmaktadır. Ayrıca sigara içenlerde ve bırakanlarda da, içmeyenlere göre akciğerde patolojik bulgu oranları daha yüksektir. Bu

bulgular ışığında işçilerin sağlık düzeylerinin korunması ve iyileştirilmesi için aşağıda sunulan önlemlerin alınması gereklidir.

1) İşçilere yönelik önlemler

a- İşe giriş muayeneleri: Kömür madeninde çalışmak üzere başvuran işçi adayları, Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı sağlık kuruluşlarında sistemik bir sağlık kontrolünden geçirilmelidirler. Böylece sistemik bir hastalığı özellikle akciğerlerinde bir problemi olanlar işkolunda çalıştırılmamalıdır. Böylece kömür işçilerinin daha sonra çalıştıkları işle ilgili olarak sağlıklarının olumsuz etkilenip etkilenmediği kesin olarak söylenebilir.

b) Periyodik muayeneler: Kömür madeninde çalışan işçiler belirli aralıklarla sağlık kontrollerinden geçirilmelidir. Bu kontroller akciğer hastalıkları özellikle pnömokonyozlar yönünden dikkatle yapılmalıdır. Mesela yeraltında çalışan işçilerin her yıl akciğer fonksiyon testleri ve radyolojik tetkikleri yapılarak, bu konunun uzmanlarınca değerlendirilmelidir. Akciğerinde radyolojik olarak patolojik bulgu tesbit edilenlerle çözüm fonksiyon testleri bozuk olanların patolojinin derecesine göre tedavilerine başlanması ve yakın takibe alınmaları veya tozlu ortamdan uzaklatırılmaları gerekmektedir.

c) Sağlık eğitimi: İşçilere genel sağlık kurulları konusunda ve özellikle kömür madeni ile ilgili sağlık tehlikeleri, korunma yolları hakkında bilgiler verilmelidir. Bu eğitim hem işe yeni girenlere hem de çalışmakta olanlara uygulanmalı ve belirli aralıklarla tekrarlanarak, bilgileri tazelenmelidir. Eğitim konuları içinde kişisel temizlik kuralları, sigara içmenin zararları, kişisel koruyucuları, (Maske) kullanmanın önemi, akciğer hastalıkları ve pnömokonyozlarla ilgili belirtiler (nefes darlığı, öksürük, balgam vb.) vurgulanmalıdır.

2. Çalışma ortamına yönelik tedbirler

a) Toz kontrolü: Kömür ocaklarında en etkili tedbir kömür üretimi için toz kontrolü yapılan tekniğin kullanılmasıdır. Bu da kömür üretiminde "yaş yöntem" denilen tekniktir. Burada kömür tabakaları kazılırken su sıkılır ve toz çıkması önlenir. Böylece de pnömokonyoz denilen akciğerde toz depolanması hatalığı büyük ölçüde önlenmiş olur.

b) Çalışma ortamında hava analizleri: Kömür madeninin çeşitli bölümlerinde belirli aralıklarla havadaki toz konsantrasyonları ölçülmelidir. Böylece toz yönünden müsaade edilen azami konsantrasyonlarının aşılmaması belirlenmeli ve aşılırsa o bölümde gerekli önlemler alınmalıdır.

c) İşçilerin kişisel koruyucuları kullanmaları: Kömür madeni çalışma ortamında kullanılacak özel maske, başlık, elbise gibi kişisel koruyucular temin edilmesi ve işçilerin bunları mutlaka kullanmaları sağlanmalıdır.

d) Diğer tedbirler: Kömür işçilerinin sağlığını, korumak, hasta olanların tedavi ve takiplerinin yapılabilmesi için yasalar ve yönetmeliklerde belirlenen yükümlülüklere işverenlerin tam olarak uymaları sağlanmalıdır. Bunun için kömür üretimi işyerleri işyeri müfettişlerince muntazaman denetlenmelidir. Sağlığa uyulmayan işyerlerinin düzeltilmesinin sağlanması bu yapılamıyorsa yasal olarak daha zorlayıcı tedbirlere başvurularak çalışanların sağlığı mutlaka korunmalıdır.

**Banka İş Kolunda İşçi Sağlığına İlişkin Başlıca Sorunlar**  
**Meral EKİM**  
**(Banks Genel Başkanı)**

Ülkemizdeki çalışma ve yaşam koşullarının her geçen gün biraz daha ağırlaşmasıyla birlikte sağlık sorunları bir çığ gibi büyümekte ve çözüm beklemektedir. Ülke düzeyinde yaşanan bu olumsuzluklar banka işkoluna da yansımaktadır. İşkolumuzun niteliğinden kaynaklanan bir takım sorunların da bu sorunlara eklenmesiyle birlikte işkolumuz emekçilerinin sağlık sorunları gitgide ağırlaşmaktadır. Çalışma koşullarının iyileştirilmesini ve işçi sağlığını korumaya yönelik önlemlerin alınmasını, işverenler bir maliyet unsuru olarak ele almakta ve karlarını daha da yüksek tutabilmek için böylesi düzenlemeleri ve önlemleri gözardı etmektedirler.

Bu tür olumsuzluklar işkolumuzda iş kazalarına oranla ağırlıklı olarak meslek hastalıklarının oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum, banka işkolunun hizmet sektöründe yer almasından kaynaklanmaktadır.

İşkolumuzda meslek hastalıklarına yol açan en önemli nedenlerden birisi, işkolumuzdaki hızlı çalışma temposudur. İş hacminin her geçen gün dev boyutlarda artmasına karşın personel sayısının aynı oranda artmaması, personel başına düşen iş hacmi miktarını arttırmakta ve böylelikle de çalışma temposu her geçen gün biraz daha hızlanmaktadır. Hızlı çalışma temposu, banka emekçilerini ruhsal ve fiziksel açıdan her geçen gün daha büyük tehlikelerle karşı karşıya bırakmaktadır.

Hızlı çalışma temposunun yarattığı olumsuzlukların önlenmesi için yıllık ücretli izin sürelerinin artırılması ve günlük çalışma sürelerinin kısaltılması gibi bir takım düzenlemelere gidilmelidir. Böylesi düzenlemelerle yeni kadroların istihdamı sağlanarak, kadro yetersizliği sorunu çözümlenebilir.

Kadro yetersizliğinin yol açtığı fazla mesailere karşı da aktif bir mücadele yürütülmesi gerekmektedir. Buun için günde 3 ve yılda 270 saat olan yasal fazla çalışma sürelerine uyulması sağlanmalı; ayrıca bu konu doğrultusunda işyerlerinde iş müfettişlerince yapılan teftişler sıklaştırılmalı, devlet tarafından bu konuda yeterli kadrolar istihdam edilmeli ve sağlıklı bir teftiş mekanizması kurulmalıdır.

İşkolumuz emekçilerinin sağlığını tehdit eden bir diğer olumsuzluk ise, işyerlerinde kullanılmaya başlanan ekranlı ünitelerden kaynaklanmaktadır. Ülkemizde 1980 sonrası getirilen ekonomik düzenlemelerle, Türk Ekonomisinin dünya ekonomisine entegrasyonu çerçevesinde bankaların iş ve işlem hacminde büyük artışlar olmuş; bunun yanı sıra yabancı bankaların da ülkemizde faaliyete geçmesiyle birlikte bankalar arası rekabet hızlanmıştır. Bu çerçevede rekabet güçlerini arttırabilmek ve büyüyen iş ve işlem hacmini karşılayabilmek amacıyla bankalar yeni teknolojilerden yararlanma yoluna gitmişlerdir. Bu amaçla işkolumuzda kullanılmaya başlayan bilgisayarlar, iş güvenliği ve işçi sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Bilgisayar kullanımının iş ilişkilerinde yarattığı değişiklikler çalışanların sağlığını dolaylı yollardan etkilemekte, ayrıca bu aletlerin başında çalışan işçilerin sağlıkları da bu aletlerle olan direkt ilişkilerinden dolayı çok büyük tehlikelerle karşı karşıya bulunmaktadır.

Bilgisayarların banka işkolunda kullanılmaya başlamasıyla işkolumuzdaki işçiler çalışma yerlerini kaybetme tehlikesiyle karşı karşıya gelmişlerdir. Örneğin, bilgisayar uygulamasıyla muhasebe ve muhaberat işleri ortadan kalkmakta ve burada çalışan işçiler başka bir alanda istihdam edilmektedir. Gerekli önlemlerin alınmaması durumunda ileride banka işkolunda yoğun bir şekilde işten çıkarmaların yaşanacağı bugünden görünen bir gerçektir. Yeni teknoloji kullanımının işçilerin iş güvencesini tehdit etmesi, işçiler açısından ergonomik sorunları arttırmakta, teknolojik gelişmelere karşı olumsuz bir hava yaratmakta ve yoğun bir strese yol açmaktadır. Bilgisayar kullanımıyla ayrıca işçinin niteliksizleşmesi tehlikesi de ortaya çıkmaktadır. Nitelikli bir işçinin yapması gereken görevlerin bilgisayar tarafından yapılmaya başlaması, işçinin daha önce edindiği bilgi, beceri ve deneyimin önemsizleşmesine neden olmakta ve işçi giderek bilgisayarın bir uzantısına dönüşmektedir. Böylesi bir uygulamayla işçiler yeteneklerini, bilgilerini ve buna bağlı olarak kişiliklerini iş ortamında özgürce geliştirebilme olanağından yoksun kalmaktadırlar. Bu uygulamayla işkolumuzda çalışan işçilerin hareket ve karar verme alanları giderek daralmaktadır.

İşçinin çalışma temposu ve çalışma yöntemi tamamen bilgisayarın kapasitesine bağlı olarak düzenlenmektedir. Ekanlı ünitelerde özellikle veri aktarması ve fiş işlemesi gibi vasıfsız işleri yerine getiren işçiler işin düzenlenmesi ve çalışma hızlarının belirlenmesi konusunda hibir inisiyatifte sahip değildirler. Kısacası bu uygulamayla çalışanın iş üstündeki inisiyatifi ortadan kalkmakta ve bu ünitelerde çalışan banka emekçileri otomasyon boşluğunu dolduran basit bir araç düzeyine indirgenmektedir. Böylesine basitleşen ve tekdüze bir hale gelen işler sonucunda ortaya çıkan monotonluk, işe yabancılaşma, işi ve organizasyonu benimsememe gibi sorunlar, çalışanlar üzerinde aşırı gerilime (strese) neden olmaktadır. Ekranlı ünitelerde çalışan üyelerimiz arasında gerçekleştirdiğimiz bir anket sonucuna göre monotonluk, işe yabancılaşma ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan mutsuzluk ve doyumsuzluk oranı yüzde 47 düzeyindedir.

Banka işkolunda ekranlı ünitelerin kullanılmaya başlamasıyla işçinin iş üzerindeki kontrolü azalırken işverenin işçi ve işçinin yaptığı iş üzerindeki kontrolü daha da artmaktadır. Bilgisayarlar, işçinin çalışma hızını işe başlama ve bitiş saatlerini, yanlış düzeltme oranlarını ve verimle ilgili diğer bilgileri hafızasına kaydetmektedir. İşverenler bu bilgileri personel ve verimlilik ölçümlemesinde temel olarak almakta ve bilgisayarlar yoluyla işçiler çok sıkı bir şekilde kontrol edilmektedir. Ücretlerin verime dayalı olarak belirlendiği durumlarda bu veriler temel alınabilmekte, disiplinle ilgili konularda kanıt olarak kullanılabilir. Ayrıca bu veriler işçilerin yükselme ve ilerleme durumlarının belirlenmesinde ölçüt olarak gözönünde bulundurulmaktadır. İşçiler üzerindeki böylesine yoğun bir denetim işçiler arasındaki rekabeti arttırmakta ve yoğun bir strese neden olmaktadır. Sürekli stres yalnızca psikolojik sorunlara değil, buna bağlı olarak fiziksel sorunlara da yol açmaktadır. Strese bağlı olarak oluşan fiziksel rahatsızlıklar ise sırt ve adeste ağrıları, yüksek tansiyon, mide rahatsızlıkları, kronik hastalıklar gibi süreç içinde oluşan ve yapılan işin niteliğinden kaynaklanan bir takım hastalıklardır.

Ekranlı ünitelerin kullanımına bağlı olarak çalışma ortamında yapılan bir takım değişiklikler ve fiziksel çevrede yapılan yeni düzenlemelerle işçiler birbirlerinden soyutlanarak, kendi yalnızlıklarıyla başbaşa bırakılmakta ve bu durum çalışanların üretim süreci içinde biraraya gelerek sorunlarına ortak çözüm yolları arayıp bu doğrultuda

yöntemler geliştirmelerine engel olmaktadır. Kısacası işyerlerinde sosyal iletişimin yerini teknik iletişim almaktadır. Ekranlı ünitelerde çalışan üyelerimiz arasında gerçekteştiğimiz anketin gösterdiği bir başka sonuca göre de böyle bir çalışma sisteminin beraberlik, dayanışma ve ekip çalışmasını önemli ölçüde ortadan kaldırdığı ve üyelerimizin yüzde 49'unun böyle bir durumdan şikayetçi oldukları anlaşılmıştır.

Üretimde bilgisayar kullanımının iş ilişkilerinde yarattığı değişiklikler sonucu oluşan olumsuzlukların yanısıra ekranlı ünitelerde çalışan işçilerin yeterli sağlık ve güvenlik önlemlerinden yoksun bir şekilde bu aletlerle direkt bir ilişki iinde bulunmaları, bu ünitelerde çalışan işçilerin sağlıklarını önemli bir şekilde etkilemekte ve ciddi meslek hastalıklarının oluşmasına yolaçmaktadır. Bu durumdan kaynaklanan sorunların başında, görsel sorunlar anatomik yapıyla ilgili sorunlar ve genetik yapıyla ilgili sorunlar gelmektedir. Ayrıca yine bunlardan kaynaklanan bir başka sorun ise deri rahatsızlıklarıdır.

Ekran başında çalışanların en çok şikayet ettikleri sağlık sorunları görme bozuklukları, göz yanmaları ve bağ ağrılarına neden olan göz yorgunlukları biçiminde sıralanabilir. Ekranlı ünitelerde çalışanların bakışlarının evrak, klavye ve ekran arasında sürekli bir şekilde gidip gelmesi, gözlerin aşırı bir şekilde yorulmasına neden olmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre böyle ünitelerde çalışan işçilerin sekiz saatlik bir süre içersinde 12.000 ile 30.000 defa arasında bakışlarını değiştirmek zorunda kaldıkları ortaya konulmuştur. Ayrıca ekranlardaki titreme, yansıma ve parlamalar da göz yorgunluklarına neden olan diğer etkenlerdir. Bu konuda alınması gereken önlemlerin en başında ekran başında çalışan işçilerin periyodik olarak göz muayenesinden geçirilmesi gelmektedir. Bu konuda sendikamız BANKS imzaladığı toplu iş sözleşmesiyle işçilerin ekranlı üniteye göreve başlamadan önce işverence göz muayenesinden geçirileceği ve ekran başında çalışanların yılda en az bir kez göz muayenelerinin yapılacağı hükmünü getirmiştir.

Ayrıca ekranlı ünitelerin işbilimi esaslarına uygun bir şekilde düzenlenmemesi de anatomik yapıya ilişkin bir takım sorunların oluşmasına neden olmaktadır. Ekranlı ünitelerde çalışan işçilerin sağlık kurallarına uygun olmayan bir konumda çalışması, vücudunu olumsuz yönde etkilemekte ve anatomik yapısında süreç içersinde oluşan önemli ve kalıcı bir takım rahatsızlıklara yol açmaktadır. Özellikle oturma biçiminden kaynaklanan ense ve sırt ağrıları şikayet konusu olarak en başta yer almaktadır. Bu ünitelerde çalışan üyelerimiz arasında gerçekteştirilen anket sonucuna göre ense ağrılarında şikayetçi olan üyelerimizin oranı yüzde 65, sırt ağrılarında şikayetçi olan üyelerimizin oranı ise yüzde 75'dir. Anatomik yapıyla ilgili sorunlar salt ekranlı ünitelerde çalışan işçilerin değil, özeld e tüm banka emekçilerinin genelde ise tüm büro emekçilerinin ortak sorunlarıdır. Yapılan işin niteliğinden kaynaklanan hareketsizlik, vücudun sağlıksız bir biçimde uzun süre aynı konumda hareketsiz kalmak zorunda olması gibi bir takım olumsuzluklar anatomik yapıyı ciddi olarak tehdit etmektedir. Sürekli oturarak çalışma, kan dolaşımının yavaşlamasına dolayısıyla erken yorulmaya ve adale kasılmalarına neden olmaktadır. Ayrıca hareketsizlik süreç içersinde eklemlerin kireçlenmesine yol açmaktadır. Oturma biçiminin sağlıksızlığı, midenin sürekli bir şekilde vücudun basıncı altında kalmasına neden olmakta ve bu durum da süreç içersinde sindirim bozukluklarına ve mide rahatsızlıklarına yol açmaktadır.

İşkolumuzda işin niteliği gereği sürekli tekrarlanan hareketlerin yol açtığı rahatsızlıklar da önemli boyutlardadır. Özellikle seri bir şekilde daktilo ve klavye kullanımı el bilek kol ve parmak ağrılarına neden olmakta, sinir ve kas ezilmesi gibi durumlarla karşılaşmaktadır. Bu tür olumsuzluklar karşısında da çalışanların periyodik muayenelerden geçirilmesi zorunludur.

Elde yeterli bilimsel veri bulunmamakla birlikte ekranlı ünitelerin hamile kadın işçiler arasında görülen düşük, erken ve sakat doğum gibi bir takım olumsuzluklar yarattığından da söz edilmektedir. Ekranlı ünitelerin yaydığı radyasyonun cenin üzerinde zararlı etkiler yaptığı ileri sürülmektedir. Bu durum kadın işçiler arasındaki tedirginliği arttırmakta ve oldukça sık görülen düşükler,erken ve sakat doğumlar ekran başında çalışmaya bağlanmaktadır. Radyasyon yalnız hamileleri değil, İbu tür ortamlarda çalışan tüm insanları tehdit etmektedir.

Ekran başında çalışmanın yarattığı bir başka olumsuzluk da ekran yüzeyinde oluşan statik elektrik yüklerinin yüz ve el derisinde bir takım tahrişlere neden olmasıdır.

Ekran başında çalışmanın yarattığı olumsuzlukların giderilebilmesi için bu ünitelerdeki çalışma, toplam işgününün yarısından fazlasını aşmamalıdır. Ayrıca ekran başında çalışma kesintili olmalı, zorlanan organların dinlendirilebilmesi için yoğun çalışmalarda saatte 15 dakika daha az yoğunluktaki çalışmalar için de iki saatte 15 dakika ara verilmelidir. Bunun yanısıra çalışanların ruh ve akıl sağlıklarının korunabilmesi amacıyla ekran başındaki çalışma süresi değişik çalışma düzenlemeleriyle çeşitlendirilmeli, ekran başındaki çalışma, tek düzelikten kurtarılmalı bu ünitelerde çalışanların bilgisini, birikimini, deneyimini kullanabileceği bir çalışma sistemi oluşturulmalıdır.

İşkolumuzdaki taşeron eliyle işçi çalıştırma uygulamasıyla da banka işkolunda çalışanların sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir. İşverenler, sendikasızlaştırma yöntemlerinden biri olan bu uygulamayla banka işkolunda kadrolu olarak istihdam edilmekte olan hizmetli kesimini tasfiye etmeye çalışmakta ve temizlik işlerini özel şirketlerden kiraladıkları işçilere yaptırmaktadır.

Böyle bir uygulamanın başlatılması, eskiden kadrolu hizmetliler eliyle yapılan sürekli bir düzenli temizliğin, belli aralıklarla düzensiz bir şekilde yapılmasına neden olmaktadır. Kimi zaman bu işçilere yaptırılan temizlik, mesai saatlerine denk gelmekte ve temizlik işleminden dolayı oluşan toz gürültü vs. gibi etkenler çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Ağırlıklı olarak yeni teknolojilerin ve özellikle işkolumuzdaki ekranlı ünitelerin işçi sağlığı üzerindeki etkisine değinmemizin nedeni, bu sorunun yeni bir sorun olarak ülkemiz gündemine girmesi ve içerdiği tehlikenin boyutlarının henüz gerektiği gibi anlaşılammış olmasındandır.

Gelecek günlerin halkımıza güzel ve sağlıklı günler getireceğine olan inancımla, hepimizi saygı ve dostlukla selamlıyor; 2. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi'nin emekçilerin sağlık sorunlarının çözümü konusunda değerli katkılarda bulunacağına inanıyor ve Kongreye başarılar diliyorum.



**4 Nisan 1988 Pazartesi**

**III. OTURUM**

**BİLDİRİLER**

**Oturum Başkanı**

**Dr. Şükrü GÜNER**  
**(İstanbul Tabip Odası Genel Sekreteri)**

**Konuşmacılar**

**Ali Ekber GÜVENÇ**  
**(Basın-İş Genel Başkanı)**  
**Sorunun Kaynağı Olarak Örgütsüzlük**

**Prof. Dr. İzzettin BARIŞ**  
**(Hacettepe Ü. Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları Anabilim Başkanı)**  
**Sanayide Asbest**

**Doğan DUMAN**  
**(Kristal-İş Sendikası Merkez Avukatı)**  
**İşçi Sınıfının Görüyle II. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi**

**Necati ALTUNKAYNAK**  
**(Kristal-İş Sendikası Genel Sekreteri)**  
**Doğan DUMAN**  
**(Kristal-İş Sendikası Merkez Avukatı)**  
**İşçi Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri**



**Sorunun Kaynağı Olarak Örgütsüzlük**  
**Ali Ekber GÜVENÇ**  
**(Basın-İş Genel Başkanı)**

**I- GİRİŞ**

Çalışma yaşamının içinde bulunduğu somut durum, uygulanan ekonomik-siyasal-sosyal politikalardan bağımsız düşünülemez. Özellikle işçi sağlığı gibi doğrudan yaşama hakkı ile bağıntısı olan bir ana sorunu bağımsız ve tek bir konu olarak irdelemenin hiç bir olanağı yoktur.

Çalışma yaşamı, uygulanan tüm politikaların bir ürünüdür ve bir bütündür. Bütünü oluşturan parçalar ve elemanlar hasta ve kullanılmıyor ise; hastalıklı bir yapının varlığından söz edebiliriz.

Bugün içinde bulunduğumuz ortam tam böylesi bir hastalıklı yapıyı andırıyor.

Kapitalizmin geçirmiş olduğu krizler ve bu krizleri önlemek için geliştirilen politikalar, çalışma yaşamının belirlenmesinde önemli roller oynuyor. Sömürü düzeni kendini katlayarak sürdürürken çalışan kesim gözle görülür bir yoksullaşma döneminin içindedir ve halen de yoksullaşma hızlı bir ivmeyle gitmektedir.

Siyasal katılım süreçleri ve dinamikleri bir bir budanmış, depolitizasyon politikası temel bir yaklaşım tarzı olarak günlük yaşama koyulmaya çalışılmıştır.

Demokratik haklar ortadan kaldırılmış, anti demokratik yapı yeni kurumlarla kendini iyice perçinleyebilmiştir.

Tekellerin kar oranları katmerlenerek artmış, sömürü çarkının dişlileri daha da fazla çalışmaya başlamıştır.

Sözünü etmeye çalıştığımız tüm bu ekonomik ve sosyal politikalar sonucunda özgün bir çalışma yaşamı ortaya çıkmıştır. İşte biz de böylesi bir özgün yapı içinde "İşçi Sağlığı" üzerinde görüş bildireceğiz. Tartışacağız.

Eğer bir ülkede anti demokratik oluşumlar egemen ideoloji çerçevesinde geliyor ve sonuçlanıyorsa o ülkede açık bir demokrasi düşmanlığı vardır.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği gibi, doğrudan işçi kuruluşlarını, işvereni ve hükümeti ilgilendiren bir konu, özünde örgütlenme özgürlüğü ile çözüme kavuşturulmaya çalışılır. Bu evrensel bir olgudur.

Sendikalaşmaya karşı getirilen anti demokratik zincirler öylesine kurumlaşmıştır ki, işçi sağlığı bu alanda gündeme gelmeyen önemli bir konuyu meydana getirir.

**II- ÖRGÜTLENME ZORUNLUDUR**

İşçi sağlığının çözüme ulaştırılması için başta işçilerin örgütlenme özgürlüğüne kavuşması zorunludur. Sorunların tek tek ele alınması ve bireysel başvurular çözüm getirmez. İşçinin kendi sağlığına daha duyarlı olabilmesi, daha uygun koşullarda emeğini pazarlayabilmesinde kendi sorunlarına sahip çıkmasının önemli yanları vardır.

Depolitizasyon süreci özünde işçinin bir köle gibi çalışmasını öngörür. Örgütlenmesini ve hakkını almasını kesinlikle istemez. Kapitalist çarkın dönmesi, kar oranlarının daha da artması, örgütlenme özgürlüğünün ortadan kaldırılmasıyla mümkün olabilmıştır. 1980'den sonra tekellerin kar oranlarının böylesi büyük tırmanışlar göstermesi bu görüşümüzü destekleyen temel bulgulardır.

Örgütlenme aynı zamanda sömürüyü sınırlandırma demektir. İşçi sağlığı gibi önemli bir konu da ancak sömürü düzeninin sınırlandırılmasıyla gündeme gelebilir. Bu bağlamdan hareketle: Örgütlenme özgürlüğü doğrultusunda mücadele edilmesinin zorunlu olduğunu ifade ediyoruz.

Örgütlenme ile ilgili olarak kendi işkolumuz; daha farklı bir özellik taşır. Matbaacılık mesleği, tam anlamıyla uzmanlaşmış bir meslek olmadığından dağınık ve manüfaktür düzeyinde küçük işyerlerinden oluşur. Babadan oğula geçen bir meslek görünümündedir. Böyle bir yapı işçi sağlığı açısından oldukça olumsuz özellikleri bağrında taşımaktadır.

İşçi örgütlü olmadığından işçi sağlığı gibi direkt kendi yaşamıyla ilgili bir konuda gerekli özeni gösterememektedir. Sürekli olarak kurşunu teneffüs ederek zehirlenmekte ama bu olgunun farkına bile varamamaktadır.

Matbaalar genellikle bodrum katlarında faaliyet gösterir. Havasız ve olumsuz çalışma ortamları vardır. 5-10 kişinin çalıştığı bu işyerleri gizli bir cinayet şebekesi gibi işlev görür.

Tüm bu gerçekliklerden hareketle örgütlenmenin zorunlu olduğuna ve çözüm için olanak yaratacağına inanıyoruz.

İşçileri kendi sorunları etrafında bütünleştirebilecek örgütlenmelerin; kendi politikalarıyla alternatifler yaratacağına gönülden inanıyoruz.

Zira 40 yıldır yazılan çizilen bir "kurşun zehirlenmesi"nin halen üstünde duruyor, anlatmaya çalışıyoruz. Fakat hiç bir çözüm yolunun bulunduğu inancını da taşımıyoruz.

Her türlü yasal yollar belirtilmesine, işveren tarafından alınması gereken önlemler bilinmesine ve işçilerin uyması gereken önlemler anlatılmasına rağmen kurşun zehirlenmesi en çok görülen meslek hastalığı olma özelliğini halen sürdürüyor.

Demek ki işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda yaklaşım tarzları konusunda eksik bilgilenmeler ve yetersiz girişimlerimiz var.

Bu olumsuz tabloyu ancak daha fazla somut adımlar atarak anlayabiliriz. Ön şartımız örgütlenmek ve işçiyi kendi sorunu karşısında daha bilinçli ve daha duyarlı bir niteliğe ulaştırmak olmalıdır. Kendi sorunları etrafında birleşebilen insan kümeleri sorunlarının çözümü için bizzat kendileri her türlü politikalar üretirler.

Yeter ki demokratik yaşamımız böyle bir olanağı toplum güçlerine çok görmesin.

Sorun, demokrasi ve örgütlenme özgürlüğü sorunudur.

### **III- İHRACATA YÖNELİK SANAYİLEŞME YENİ SEKTÖRLER DOĞURMUŞTUR**

Ülkemizde uygulanan ekonomik politika 1980'li yıllardan sonra bir yapı değişikliği içine girmiş, "ithal ikameci" anlayış yerini "ihracata yönelik sanayileşme"ye bırakmıştır.

Bu temel olgu da yeni bir işbölümü doğurmuştur. Tekstil ve Gıda işkolları daha da ön plana çıkmıştır. 1980 öncesi yıllarda hemen hiç adından söz edilmeyen Ambalaj Sanayii sözünü ettiğimiz çerçeve ile birlikte büyük bir gelişme içinde olmuş ve beraberinde de büyük sorunları getirmiştir.

Ambalaj sanayiinde, alüminyumun işlenmesinden elde edilen folyonun temizlenme aşamasında solventler kullanılır. Sinir sistemine etki eder, beynin yağlı dokusunu etkileyerek, alkol ve eter sarhoşluğu gibi sarhoşluk meydana getirirler. Ses kısıklığı, baş dönmesi ve baş ağrılarına sebep olurlar. Benzol maddesinin akut ve kronik etkilerinin olduğu ispat edilmiştir.

Gerekli yasal önlemler alınmasına rağmen örgütlülük seviyesi son derece düşük olduğundan soruna çözüm bulunamamakta, olumsuz çalışma koşulları alabildiğine çoğalmaktadır.

İşçinin çalışma dünyası sadece 8 saatle sınırlı değildir. İşçinin aile yaşamını ve çevresiyle olan ilişkilerini de etkilemektedir. Ambalaj sanayiinde çalışan bir işçimiz, sürekli olarak solvent soluduğunu söyleyerek "Ağız kokusundan karımla yatamıyorum" demiştir.

Demek ki işçimiz 8 saatte depoladığı solventi, eve geldiğinde solumakta ve evdekileri de zehirlemektedir.

Yeni gelen bu sektör gerçekten işçi sağlığının açısından oldukça önemli ve düşündürücü sonuçları ve sorunları beraberinde taşımaktadır.

Uygulanan ekonomik politika işçi sağlığı gelişimi ile oldukça önemli paralellikler taşımakta ve sağlığı belirlemektedir. Ambalaj sektörü de bunun güzel ve özgün bir örneğidir.

#### **IV- YENİ TEKNOLOJİ YENİ SORUNLAR DEMEKTİR**

Üretim sürecinde sürekli olarak yeni teknolojiler devreye girmekte, üretim daha hızlı yapılmaktadır. Üretim sürecinde yeni teknolojiler yeni sorunların yapı taşlarını oluşturur.

Basım Sanayii de böylesi bir gelişimin hızlı bir ivmesini yaşamaktadır. Geçmişin tipo baskı tekniği yavaş yavaş yerini ofset tesislerine bırakırken kurşunla çalışan dizgi makineleri da yerini "Compugraphic" adı verilen ekranlı elektronik dizgi makinelerine bırakıyor.

Bu yeni teknoloji basım sanayinde önemli sorunları gündeme getirmiştir. Tüm çalışma gününü elektronik cihazların başında geçiren işçilerde özellikle fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları gündeme gelmiş ve giderek de büyük boyutlara ulaşmıştır. Ekranlı dizgi makinelerinin en çok, görme bozukluklarına, kas ve iskelet zorlanmalarına, gebelik ve doğum sorunlarına sebep oldukları bilinmekle beraber daha bir çok sorunu da bağrında taşıdıkları anlaşılmaktadır.

Türkiye'de bu teknoloji baş döndürücü bir hızla gelişmektedir. Başta Basım İşkolu-Gazetecilik işkolu, Bankacılık ve Hava işkolunda hızla kullanılmaktadır. Yeni bir teknoloji olduğundan derinlemesine bilgilenme de mevcut değildir.

Bu teknolojinin iyi tanınması ve doğurduğu sonuçların tartışılması ve ortak önlemler alınması gerekir. Bunun için de önümüzdeki günlerde, söz konusu işkollarının örgütleri, sağlık kuruluşları, demokratik kitle örgütleri ve Üniversiteler ile bir "TEKNOLOJİ VE SAĞLIK" adlı bir konferans düzenlenerek; teknolojiin getirdiği ve doğurduğu sonuçların tartışılması ve ortak önlemlerin geliştirilmesi gündeme getirilmelidir.

## **V- NELER YAPILABİLİR**

Çalışma yaşamı ile ilgili sorunlar bir bütünü oluşturur. Genel anlamda demokratikleşme hayata geçirilmeden işçi sağlığının ne tartışılmasına ne de sorunlara çözüm olacağına inanıyoruz.

Ülkede varolan kurumlar demokratik birer kurum haline gelmeden; ekonomik-demokratik ve kültürel mekanizmalar çağdaş hale getirilmeden gündeme getirdiğimiz işçi sağlığı sadece ve sadece teknik bir konu olarak hekimleri ilgilendirir. Bu olgu ise alabildiğine yanlış, geri ve tek boyutlu bir atmosfer yaratır.

- Toplumun tüm yaşamını belirleyen siyasal katılım ve örgütlenme özgürlüğünü temel alan bir demokratikleşme diyoruz.

- Çağdaş bir sendikal yaşamı hedef alan bir çalışma ilişkisi geliştirilmeli, bu olgu çerçevesi içinde yasal ve anayasal kısıtlamalar ortadan kaldırılmalıdır diyoruz.

- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi bağımsız ve özerk bir kuruluş olmalı, işçi, işveren ve hükümet üçgeni çalışanlar lehine demokratikleştirilmelidir, diyoruz.

- İşçi sağlığı merkezleri işkolları esasına göre düzenlemeli ve bu alanda yeterli uzmanlaşma sağlanmalıdır diyoruz.

- Sendikaların kendi aralarında kolektif çalışmalarını hayata geçirmesini ve özellikle yeni teknolojinin üretimde kullanılmasıyla ortaya çıkan sorunların tartışılmasının gerekliliğini söylüyor ve bu doğrultuda somut adımlar atılmalı diyoruz.

- Çalışma yaşamına ilişkin "İLO"nun getirmiş olduğu yaptırımlar en alt sınır olarak kabul edilmeli ve çalışma yaşamımızda uygulanmalıdır diyoruz.

- İşçi sağlığı ile ilgili maddeler işveren tarafından uygulanmazsa hiçbir anlamı kalmaz. Yasal yükümlülüklerin yerine getirilmemesi giderek yaygınlaşmaktadır.

İşverenlerin bu tutumlarına karşı yaptırım gücü olan yasalar yürürlüğe sokulmalıdır, diyoruz.

- Sendikalar kendi işkollarıyla ilgili olarak "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları" kurarak kendi sorunlarının çözümü için alternatifler yaratmalıdır diyoruz.

- Sendikalar yalnızca ücret arttıran kurumlar değildir. En temel hak olan yaşama hakkının savunulmasının da sendikaların temel görevlerinden biri olduğunu söylüyor ve bu temel görevin de özgür toplu sözleşme ve grev hakkı için mücadelenin kazanılmasıyla başarılabileceğini ifade ediyoruz.

## **VI- BASIN-İŞ'İN GİRİŞİMLERİ**

Basın-İş Sendikası işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda üstüne düşeni yapmaya özen göstermeye çalışmıştır. Meslekte, Kurşun zehirlenmesi'ni önleyeceği inancıyla tüm işyerlerimizde süt ve yoğurt yardımı yapılmaktadır.

Toplu sözleşmelerimizin hepsinde işçi sağlığı ve iş güvenliğiyle ilgili hükümler bulunmakla birlikte, yeni teknolojilerin üretime sokulmasıyla beraberinde ortaya çıkan sorunlar araştırılmaktadır.

Özellikle ekranlı dizgi makinalarının etkileri, işçi sağlığı üzerinde tahribatları ve alınabilecek önlemler irdelenmektedir. Ortaya çıkan temel bulgular esas alınarak Toplu Sözleşme düzeninde işçi sağlığı konusu özenle gündeme gelecektir.

Sendikamız Basın-İş 2098 sayılı yasanın tüm matbaacılara uygulanmasında önemli hukuki mücadele vermiş ve "Erken Emeklilik yasası" diye tanınan yasanın çıkartılmasında somut adımlar atmıştır.

Ambalaj sektöründe kullanılan çözücü nitelikteki kimyasal maddeler işçilerimiz üzerinde önemli derecede izler bırakmakta ve sağlık koşullarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Türkiye'de yeni bir gelişme sürecinde olan bu sektör işçi sağlığı açısından gözden geçirilerek bir bütün olarak neler yapılabileceği ve nelerin Toplu Sözleşmelerde ön plana geçirileceği araştırılacak, çözümler için ortak hususlar saptanacaktır.

Eğitim çalışmaları çerçevesi içinde meslek hastalıkları ve iş kazalarıyla ilgili eğitimler uygulamayı ve daha da geliştirmeyi; bununla ilgili olarak Video aracı ile eğitici bilgiler vermeyi planlamış durumdayız. Önümüzdeki günlerde de hayata geçirilecektir.

## VII- SONUÇ

Emek sermaye çelişkinin yarattığı tarihin ilk sınıf mücadelesi, iş güvenliği ve işçi sağlığı talepleri ile gündeme gelmiştir.

Bu temel gerçeklik kendini daha farklı alanlarda da göstererek, mücadele boyutları da alabildiğine gelişmektedir. Haftalık çalışma süresinin 35 saate indirilmesi, çevrenin kirletilmesine karşı ve işsizliğin önlenmesine karşı politikalar geliştirilmekte ve mücadele devam edip gitmektedir.

Anamalcı sınıfın gelişmesi sömürü çarkının daha da artmasıyla mümkündür. Kapitalizmin doğası ve varlığı ancak bu temele dayanmaktadır.

İşverenler, işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili harcamaların kâr oranlarını düşüreceklerinden genellikle ilgili harcamalardan sürekli olarak kaçınırlar.

Türkiye'mizde işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili atılan adımlar olmakla birlikte yetersiz kalmıştır. Meslek kuruluşları ile işbirliği geliştirilememiş ve "işçi sağlığı" unutulmuş bir yara olarak kalmıştır.

Çalışma yaşamının belirlenmesinde işçi sağlığı, doğrudan yaşama ve çalışma hakkını ilgilendiren çok boyutlu ve hassas bir olgudur.

Konunun sosyal-kültürel-ekonomik yönleri vardır. Yeni teknolojilere uyum nasıl sosyal sonuçlar doğuruyorsa, yeni ekonomik yaklaşımlar da yeni sektörlerin oluşmasına sebep olmakta bu olgu da kültürel sonuçların doğmasına sebep olmaktadır.

İşçinin yaşamı bir bütündür. İşçiyi parça parça düşünmek son derece saygısız bir tutumdur.

Çalışma yaşamımızda işçi sağlığı ile ilgili istatistiklere bakıldığında yok olan işgücü grevlerde geçen kayıp iş gücünden bir hayli fazladır. Bu temel gerçeklikte bize içten içe kanayan bir yaranın varlığına işaret ediyor. Ve tehlike sinyallerini veriyor.

Öncelikle kendi sağlığına özen gösteren ve sorunlarına sahip çıkan işçi niteliğini hedef almak bizce sorunun çözümü için ilk adımı atmak demektir.

Öyle ise anti demokratik tüm oluşumlar ortadan kalkmalı, depolitizasyon politikalarından vazgeçilmelidir. Ya da mücadelenin bir boyutunu da bu olgu oluşturmalıdır.

Sendikalar, demokratik kitle örgütleri, sağlık kuruluşları ve İLO ile işbirliği esas alınmalıdır.

Konuşulan, tartışılan ve gündeme gelen tüm temel bulguların günlük yaşamımızda da uygulanması ancak ve ancak örgütlülük ile mümkün olabilir.

Sorunu büyüten ve çok boyutlu sosyal yara olarak ivme kazandıran temel etmen örgütsüzlüktür.

Öyle ise sorunun kaynağı olarak örgütsüzlük aşılmalıdır...



**Sanayide Asbest**  
**Prof.Dr. İzzettin BARIŞ**  
**(Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Başkanı)**

Lifsel yapıda bir silikat minerali olan asbest, Yunanca yanmaz anlamındaki "Asbestinon" kelimesinden isimlendirilmiştir. Değişik yapısal özellikleri nedeniyle, taş devrinden beri kullanılmakta olduğu arkeolojik çalışmalarla gösterilmiştir. Milattan 4 bin yıl önce ilk kez Finliler tarafından, çanak, çömlek yapımında kullanılmaya başlamış ve sonra diğer kuzey ülkeleri ve Ruslar aynı gaye için asbestten yararlanmışlardır. Önceleri, daha çok yanmazlığından ve ısı geçirmeme özelliklerinden yararlanılarak, masa örtüsü, kandil fitilleri ve hatta kefen yapımında bu mineralden istifade edilmiştir. Yunanistan'daki kutsal Akropolis tapınağındaki meşalenin fitilli asbesttir Tarihte arap askerlerinin, üzerlerine örttüğü bir asbestli kumaş yardımıyla, ellerindeki yanmakta olan bombalarla savaştıkları bilinmektedir.

Asbestin sanayide kullanılışı 19 uncu yüzyılın sonunda başlamış ve tüketim I ve II inci Dünya savaşında hızla artmıştır. İnsan sağlığına zararı ancak 1960 yılında Güney Afrika Cumhuriyetinde çalışan Wagner ve arkadaşları tarafından ortaya çıkartılmıştır. Bundan sonraki yayınlar, asbest işleyenlerde, başta mezotelyoma olmak üzere, akciğer, larenks ve sindirim sistemi kanserleri olmak üzere, akciğer fibrozisi (asbestosis), plevra hastalıklarına yol açtığı anlaşılmıştır. 1970 yılından sonra, asbest üzerinde epidemiyolojik ve deneysel çalışmalar hızlandırılmış ve bu mineralin fibrojenik ve karsinojenik olduğu kanıtlanmıştır. Yetmişli yılların sonunda Birleşik Amerika'da, İsveç'te, Hollanda'da kullanımı ve üretimi hemen hemen tamamen yasaklanmıştır.

Dünyada asbest üretimi yılda 5 bin milyon tonu geçmektedir. Bunun 2250 milyon tonu Sovyetler Birliği, 829 milyon tonu Kanada, 221 milyon tonu Güney Afrika Cumhuriyeti ve 149 milyon tonu da Brezilya tarafından üretilmektedir. Öte yandan, daha az miktarlarda Çin, Avustralya, İtalya, Zimbabve ve Güney Kıbrıs da üretime katılmaktadır. Türkiye ancak yılda 3 bin ton asbest çıkartmaktadır. Ülkemizde, Mihallıççık, Sivas ve Bursa yörelerinde ekonomik değeri olabilecek asbest yatakları varsa da tüketimi karşılayacak miktarlar üretilmemektedir. Türkiye'de asbest işleyen fabrikalar, asbesti Sovyetler Birliği'nden, Kanada'dan ve Brezilya'dan ithal etmektedir. İthal edilen asbestin büyük bir kısmı Chrysotile az bir kısmı ise Crocidolit türü asbest olup, genellikle, çatı örtü malzemesi, basınçlı su boruları yapımı, fren balataları üretimi gibi işlerde kullanılmaktadır.

**ASBEST TÜRLERİ VE BUNLARIN ÖZELLİKLERİ:** Asbest mineralinin, yün gibi eğri lifli (Serpantin) ve düz lifli (Amfibol) grupları vardır. Serpantin grubunu endüstride beyaz asbest olarak da anılan Chrysotile asbest temsil etmekte ve sanayide kullanılan asbestin % 95'ini temsil etmektedir. Kimyasal terkipteki magnezyum, akciğerlerde liflerden ayrıldığından, chrysotile asbestin patojen özelliğinin bu nedenle kaybolduğu iddia ediliyor. Öte yandan, beyaz asbest, eğri ve yün gibi olduğundan, akciğerlerin periferik kısımlarına geçmesi zor olmaktadır. Amfibol grubunun içinde, demir ve sodyum alimün silikat içerikli Crocidolite (Mavi asbest), demir ve magnezyum yapısında Amosit ya da

kahverengi asbest,terkiplerinde kalsiyum bulunan ve ekonomik değeri olmayan, Actinolit, Anthophyllite ve Tremolite asbestler vardır. Son üç tür asbest, genellikle kırsal bölgelerdeki yüksek oranda, plevra kalınlaşması ve kireçlenmesinden sorumludur. Bunların lifleri genel olarak kalın ve büyüktür. Avrupada, Finlandiya, Bulgaristan ve Yugoslavyadaki bazı endemik yerlerde, bölgenin toprağındaki Actinolit, Anthophyllite ve Tremolite asbeste bağlı benign tabiatlı hastalıklara endemik olarak rastlanmıştır. Eskiden çanak çömlek yapımında kullanılmıştır. Crocidolit ve Amosit asbest lifleri, ince ve uzun olduğundan en fazla karsinojenik özelliğe sahiptirler ve bu nedenle bir çok ülkelerde üretimi ve kullanımı yasaklanmıştır. Anthophyllite, actinolit ve tremolite türü asbestlerin sanayi değeri yoktur ve beyaz asbest veya talk gibi minerallerin içinde karışmış olarak bulunur. Bunlar genellikle akciğerlerde benign natürlü plevra değişikliklerine sebep olurlar. Tremolite asbestin uzun lifli çeşidinin kanserojen olduğu kabul ediliyor, ülkemizdeki çevresel kökenli mezotelyomaların oluşmasında, çevrede bulunan tremolite asbestinin sorumlu olduğu anlaşılmıştır.

Sanayide kullanılan asbestin % 95'ini teşkil eden beyaz asbest en çok Rusya, Kanada, Brezilya, Güney Afrika Cumhuriyetinde; mavi ve kahverengi asbestin ise, Güney Afrika Cumhuriyeti ve Avustralya'da üretilir.

Dünyada asbest kadar övülen ve bu nedenle 3000 sanayi dalında kullanıldığı için, "Asrın mucize minerali" diye anılan; "öldürücü toz" diye kötülenerek, hakkında yazı yazılan, araştırma yapılan bir başka mineral yoktur. Asbestin aranmasının nedenleri:

- 1) YANMAZLIĞI
- 2) YÜKSEK ISIYA DAYANIKLILIĞI
- 3) ISI GEÇİRMEMESİ
- 4) ASİTLERE VE ALKALİ MADDELERE DAYANIKLILIĞI,
- 5) ORGÜSEL YAPISI NEDENİYLE KOLAY İŞLENMESİ
- 6) ELEKTRİĞE DİRENÇLİ OLMASI,
- 7) SÜRTÜNMEYE DAYANIKLILIĞI
- 8) MİKROORGANİZMALARA DİRENÇLİ OLMASI VE
- 9) SÜRTÜNMEYE DAYANIKLI OLMASI.

Asbest yukarıdaki özellikleri nedeniyle sanayide çok kullanılan bir mineral olmuştur. Başlıca kullanım yerleri: Asbestli çimento şeklinde inşaat sektöründe: Binaların dış kaplamaları, sıvaları, izolasyon yerleri, çatı örtü malzemesi, sıhhi tesisatları, tersanelerde gemi sanayiinde, demir çelik endüstrisinde yüksek fırınların kaplamalarında, oto sanayiinde; izolasyon, yalıtım dallarında, fren debriyaj balatalarında, uçaklarda, yer karolarının yapımında, vs. Asbestin kullanıldığı ilginç yerler arasında, akü kasaları, sigara filtreleri, ayakkabı yapımı, dişçilikte kaplama malzemesi hazırlanması, sinema perdeleri yapımı, ses düzenini sağlayan perdeler, çeşitli ilaç, içeceklerin bakterilerden arındırılması için gerekli filtreler, gaz maskeleri yapımı sayılabilir.

Asbest üzerinde yapılan, klinik, epidemiyolojik, in vivo ve in vitro çalışmalarla, fibrojenik ve karsinojenik olduğu gösterilmiştir.

ASBESTİN NEDEN OLDUĞU HASTALIKLAR: Bunlar aşağıdaki tabloda görülüyor

A- MALİĞN HASTALIKLARI:

I. MALİĞN MEZOTELYOMALAR: Plevral, Peritoneal, Perikardial

II. AKCİĞER KANSERLERİ

III. DİĞER ORGAN KANSERLERİ: Larenks ve sindirim sistemi

B- ASBESTOSİS

C- BENİĞN PLEVRA HASTALIKLARI:

I. ASBEST PLÖREZİSİ

II. KRONİK FİBRÖZ PLÖRİTİS

III. HYALİNİZE, KALSİFİYE PLEVRAL PLAKLAR

Bu hastalıklar içinde en önemli olanlar maliğn gruptakilerdir. Asbestin her çeşidi karsinojenik değildir. Kanser yapıcı karaktere sahip asbest liflerinin özelliklerinin bilinmesi çok önemlidir. Bunlar şu şekilde özetlenebilir:

1) Solunan asbest lifi akciğerlerde uzun süre kalabilmeli. Amphibol grubu asbestler böyledir. Buna karşın, chrysotile asbest akciğere girince terkibindeki Mg.yi kaybederek, non-patojen hale gelir.

2) Lifin ince ve kısa olması gereklidir. Boyları 5-35 mikron, çapları 1.5 mikrondan küçük lifler çok tehlikelidir. Beş mikrondan küçük lifler, kolaylıkla makrofajlar tarafından fagosite edilip zararlı hale getirilirler. Uzun ve kalın liflerin aşağı solunum yollarına girme şansı azdır.

3) Lifin boyunun, çapına oranı önemlidir. Bu oran 48.in üstünde olursa, daha zararlı lif demektir.

4) Ortamdaki solunan liflerin konsantrasyonu önemlidir. Akciğer kanserlerinin ve asbestozisin oluşmasında, doz ve cevap ilişkisi lineerdir. Yani ne kadar lif yutulmuşsa, bu iki hastalığın gelişme şansı o kadar fazladır.

5) Lifin kimyasal yapısı da önemlidir. Bugün için lifsel minerallerden en fazla kanserojen olanı, Nevşehir yöresindeki Karain, Tuzköy ve Sarıhıdır köylerindeki lifsel yapıdaki Zeolit (Erionit) ve onu takiben crocidolit ve amositir.

Asbestin kanserojen ve fibrojenik etkisi solunum yoluyla alınmasıyla gelişiyor. Optimal ölçülerdeki solunan liflerin uzun olanları, makrofajlarla sarılarak etrafı demir-mukoprotein karışımı bir madde ile çevrilir. Buna asbest cisimciği (Asbestos Body) diyoruz. Öte yandan solunan liflerin büyük bir kısmı yalın olarak akciğerde kalır. Asbest cisimciklerinin ışık mikroskopu ile görülmesine karşın, yalın lifler küçük olduğundan ancak skanning mikroskop veya elektron mikroskopla tespit edilir. Asbeste temaslı kişilerde, ya da işçilerde, akciğerin 1 gm. kuru ağırlığında, 0.2-3 milyon arasında lif bulunur. Buna karşın, şehirlerde yaşayan, asbestle ilişkisi olmamış kimselerde bu miktar 200-300 bin civarındadır. Kişilerin asbestle ilişkileri:

1) Asbest maden ocaklarında, asbestli malzeme üreten, işlenen yerlerde. Buna mesleksi karşılaşma denir.

2) Asbest işçisinin yakınları: Eşi, çocukları, anne ve babası, işçinin elbise ve çamaşırları ile eve taşıdığı asbesti solurlar. Buna paraoccupational karşılaşma denir.

3) Asbest madeninin, değirmenin veya fabrikasının yanındaki yerleşim yerlerinde bulunanlar.

4) Boş zamanlarını evdeki tezgahta, marangozluk gibi işlerle değerlendirenler.

### **ASBESTLİ İŞ YERİNDE ALINMASI GEREKEN TEDBİRLER:**

Mümkün olduğu kadar, asbestin en tehlikelisi olan mavi ve kahverengi asbesti üretmemek, kullanmamak gerekir. Bugün ülkemizde, çatı malzemesi ve tazyikli boru üreten asbest fabrikalarının hepsi, beyaz asbestin yanında az da olsa mavi asbesti kullanmaktadırlar. Tehlike, bunları yapan işçilerdedir, öte yandan bu malzemelerin döşenmesi esnasında yapılan kesme, delme gibi ameliye esnasında da kişi asbest so-luyabilir. Bu malzemelerin içindeki asbest, çimento veya plastik madde içine gömülü olduğundan, kullananlar için zararlı değildir. Kanada da ve Birleşik Amerikada, içindemilyonlarca ton asbest bulunan şebeke suyunun ve bunu taşıyan asbestli boru-ların sağlığa yan etkisi gösterilmemiştir. Bu konuda yapılan epidemiyolojik ve deneysel çalışmalar bu görüşü kesin olarak desteklemiştir.

Asbest fabrikalarında, 8 saat süreyle membran filtre ile toplanan hava toz örneklerinde, ancak 1 ml. havada 2 adet, 5 mikrondan büyük life müsaade edilmektedir. Bu sayının, mavi asbest için 1 yerine 0.2 ye indirilmesi idealdir, işçiler mutlaka maske kullanmalı, işten çıkarken, elbiselerini çıkartmalı, banyolarını alıp temiz olarak evlerine gitmelidir, fabrika içindeki artık maddeler, hurdalar, su ile ıslatılarak, yere gömülmelidir. Denize, etrafa atılmamalıdır. Toz toplama işlemi, merkezi aspiratörlerle yapılmalı ve özel çuvallarda biriktirmelidir. Fabrikaya gelen asbest çuvaları sağlam olmalı. Yırtılmış çuvalar tehlikeli boyutlarda toz saçar. Asbest işçilerinin sağlık kontrolleri, klinik mua-yene, akciğer fonksiyon testleri ve radyolojik tarama şeklinde periyodik olarak yapılmalı, işçiler asbestin yan etkileri yönünden uyarılmalı ve kesin olarak sigara içmemelidirler. Si-gara içen asbest işçisinin, akciğer kanserine yakalanma şansı, içmeyen ve başka daldaki işçiden 90 misli fazladır. İşçiler bunun bilincine varmalıdırlar.

İleri ülkeler, asbestin yaptığı hastalıkların bilincindedir. Bu nedenle asbest yerine, onun yerini alacak, diğer lifsel minarelleri (MMM = Man made mineral fibers) da denilen, cam yünü (Glass wool), Rock Wool, Ceramic glass fiber gibi maddeleri kullanmaktadırlar. Her ne kadar bu lifsel maddelerin deney hayvanlarında kanserojen olduğu gösterilmişse de, epidemiyolojik incelemeler bunu desteklememiştir. Bu mineraller, asbestin, yan-mazlığını, asit ve alkalilere dirençliliğini, ısıya, elektriğe direncini üstlerine alıyorsa da, henüz asbest gibi sürtünmeye dayanıklı, bir madde bulunmadı.

Bugün asbest yönünden dünyadaki ülkeler ikiye ayrılmış durumdadır. Rusya, Ka-nada ve Güney Afrika Cumhuriyeti gibi ülkeler, beyaz asbestin sanayiye katkısını, fay-dasını ve insan sağlığı için zararsızlığını savunmaktadırlar. Asbestle ilgili hastalıkların, artık tarihe kavuştuğunu, zira o devirdeki işyeri ortamında 1 ml. havada 200'ün üstünde lif olduğunu, şimdi ise alınan tedbirlerle 1 ml. de en fazla 2 lif bulunduğunu ve bunun da hastalık yapmayacağını, kendi yayınlarıyla, araştırmalarıyla yayınlamaktadırlar. Onlara göre şu andaki sanayi beyaz asbeste muhtaçtır. Bu ülkelerin ana gayesi, ülkelerindeki asbesti dışarıya satmaktır. Birleşik Amerika, İskandinav ülkeleri ve bazı Avrupa ülkeleri asbeste karşıdırlar. Esas nedeni, ülkelerinde asbest yoktur ve bunu sanayileri için

dışarıdan almak zorundadır. Örneğin, Birleşik Amerika, tükettiği asbestin ancak % 20'sini kendi kaynaklarından temin ediyor. Bu ülkelerde, asbestin yerini tutacak endüstri dalları gelişmiştir. Şebeke suyunu taşıyacak, başka vasıtaları vardır. İşçi sendikaları çok kuvvetlidir ve aldıkları tazminat çok yüksek düzeydedir. Bunlar, beyaz asbeste de karşıdırlar. Zira, endüstride kullanılan chrysotil ile asbestin içinde her zaman amphibol grubu asbestin bulunabileceğini bilirler. Kendilerine göre araştırmaları, yayınları, bildirimleri vardır. Kozmetik sanayinde kullandıkları talkın bile saf, asbestten tamamen arınmış olmalarını isterler.

Türkiye'de asbest sanayininin kurulması yeni sayılır. Henüz asbestle ilgili hastalıkların oluşması için gerekli süre (mezotelyoma için ortalama 37 yıl) geçmemiştir. Buna karşılık, ANADOLU'NUN DAĞI TAŞI ASBESTTİR. Ülkemizde endemik bir şekilde asbestle ilgili hastalıklar bulunan köyler vardır. Biz daha bu tip bulaşmanın önüne geçemedik, önce bu sorunun çözülmesi gerekiyor.

**İşçi Sınıfının Gözüyle II. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi**  
**Doğan DUMAN**  
**(Kristal-İş Sendikası Merkez Avukatı)**

I. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi bundan tam 10 yıl önce, 19-21 Ekim 1978 tarihinde, İstanbul'da toplanmıştı. Ülkemizde demokrasi kesintiye uğratılmamış olsaydı, II. Kongrenin toplanması için bu kadar uzun bir süre beklemek zorunda kalmayacaktık.

II. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi, ülke ekonomisinin yıkıma uğratıldığı, bütünderokrazi isteyen güçlerin susturulduğu, örgütlenme haklarının gaspedildiği, tek suçu, yurdunu, ülkesini sevmek olan insanların tutuklandığı, işkencelerden geçirildiği, açlığın ve sefaletin diz boyu olduğu, ekonomik çöküşün yol açtığı sosyal ve ahlaksal çöküşün giderek derinleştiği, işsiz sayısının 5 milyonu aşığı iş cinayetlerinden yılda bin-en fazla işçinin öldüğü, üçbinden fazla işçinin sakat kaldığı, ülkemizin her geçen gün daha çok kan kaybettiği koşullarda toplandı.

Böylesine ağır sorunların yaşandığı ülkemizde genel sorunların bir parçası olan, işçi sağlığı ve iş güvenliği sorunlarının çözümüne katkıda bulunmak amacıyla gerçekleştirilen kongrenin ülkemize ve işçi sınıfımıza yararlı olacağı tartışma götürmez bir gerçektir. Bu nedenle, işçi sağlığı sorunlarından en fazla zarar gören çözümünde de en fazla çıkarı olan işçiler adına bu kongreyi düzenleyen Türk Tabipleri Birliği'ne teşekkür ediyoruz.

Kongrede ortaya çıkan olumlu sonuçlara geçmeden önce, gözlemleyebildiğimiz kadarıyla tespit edebildiğimiz bazı eksikliklere işaret etmek istiyoruz:

Öncelikle bu kongrenin hazırlanışı sırasında, I. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresinin kararlarında da belirtildiği gibi, işçi sendikalarının katkısı gerçekleştirilebilir, düzenleme kurulunda temsil edilmeleri sağlanabilirdi. Aynı şekilde diğer demokratik kitle örgütlerinin de katkıları gerçekleştirilebilseydi daha yararlı sonuçlar ortaya çıkabilirdi.

Açış konuşmalarında, bir sendika temsilcisine yer verilebilirdi. Örneğin; Türkiye'deki 2 milyon sendikalı işçiden 1.600.000 ini temsil eden Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu, Türk-İş yöneticilerinden birisi işçiler adına açış konuşması yapabilirdi.

Kongreye katılan izleyicilerin sayısını daha da arttırmak olanaklıydı. Kongrenin daha geniş kesimlerin katılımıyla düzenlenmesi durumunda, bu sorunun da çözüleceği kanısındayız. Merkezi Ankara'da bulunan sendikaların, çabalarını biraz daha arttırmaları durumunda, kongreye daha çok sendikacı ve işçi temsilcisinin katılmasını sağlayabileceklerini düşünüyoruz.

Kongreye, Tabipler, Sendikalar ve Üniversiteler dışındaki kesimlerinde her düzeyde, daha aktif katılmaları, kongrenin başarısını yükseltmeye yardım edebilirdi. Aynı şekilde, programlarında, işçi sağlığı sorunlarını çözeceğini iddia eden ve yasal çalışma haklarına sahip olan siyasi partilerin kongreye katılmamalarını da eleştiriyoruz.

İşveren kuruluşlarının, işçi sağlığı sorunlarını çözme doğrultusunda, önemli işlevi olabilecek olan bu kongreye katılmamalarını, işçi sağlığına verdikleri önemin bir belirtisi olarak değerlendiriyoruz.

Basının ve TRT'nin kongre ile ilgili yeterli haber vermemesi de eleştirdiğimiz bir diğer tutumdur. Zaten 1980-1985 arası Türkiye'deki tüm gazetelerin, işçi sağlığı ile ilgili vermiş olduğu haber sayısı 24 iken, yoğun bir ilgi patlaması beklemiyorduk. Ancak bundan sonra özgür olmaya çalışan basınımızın ve halka hizmet verme amacıyla kurulmuş olan TRT'nin genel olarak işçi sorunları özelde işçi sağlığı sorunlarına daha fazla yer vereceğini umuyoruz.

Kongrenin ortaya çıkardığı sonuçları ise, şu kısa başlıklarda toplayabiliriz.

I. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi, 10 yıl gibi uzun bir aradan sonra toplanmasına rağmen, günümüzde gelecekte yapılacak kongrelere bağlayacak bir kilometre taşı olmuş, oldukça umut verici görüşlerin ortaya çıktığı, nitelikli bir kongre hüviyetini kazanmıştır.

Kongrede sıkça, bundan 10 yıl önce dile getirilen sorunların tekrarlanmasından da anlaşılıyor ki, bu sorunlar hala çözülebilmemiş değil. Üstelik daha da ağırlaşmıştır. Bu sorunların temel nedeni üretimin toplumsal oluşu ile, üretim araçları üzerindeki mülkiyetin özel oluşu arasındaki çelişkidir. İşçi Sağlığı sorunlarının tam çözümü ancak bu çelişkinin ortadan kaldırılabilmesiyle olanaklıdır. Bizim ülkemizde işçi sağlığı sorunlarının diğer kapitalist ülkelerdekenden çok daha ağır oluşu ise, Emperyalizme çok yönlü bağımlı oluşumuz ve bu bağımlılıktan kaynaklanan geriliktir.

İşçi Sağlığı sorunlarının tam ve kesin çözümü hiç kuşkusuz sömürünün olmadığı koşullarda gerçekleşebilir. Ancak bu günden, bu sorunların çözümü doğrultusunda kapsamlı, çok yönlü ve katkıda bulunmak isteyen bütün güçlerin ortak çabasıyla mücadele yürütülmelidir. Bu noktada en çok sevindirici gelişme bu sorunun asıl sahipleri olan işçilerin, öz sınıf örgütleri, sendikaları aracılığıyla, eskisinden daha çok sahip çıkmalarıydı. Sendikalar önceki kongreye nazaran hem nicelik hem de nitelik olarak daha gelişkin bir düzeyde katılmışlardır. Yaklaşık 50 tekliğin sunulduğu kongreye katılan 13 sendika, bu tebliğle 17 sini sunarak, 1/3 oranına ulaşan bir katılma seviyesine yükselmiştir. İnanıyoruz ki, gelecekte bu katılım daha da artacak ve işçi sağlığı sorunlarının çözümünde öncülük yapacaklardır.

Kongrede ortaya çıkan istemlerin tamamını kısa olması gereken bu yazıya sığdırabilmek mümkün değildir. Ancak öne çıkan üzerinde daha çok görüş birliğine varılan ve görece daha önemli olan istemler kısaca şunlardır:

Öncelikle, geleceğini ülkemiz topraklarına bağlamış, ulusal güçlere dayanan tüm emekçi sınıf ve katmanların, bütün demokrasi güçlerinin, güçleri oranında temsil edilebilecekleri, bütün temel hak ve özgürlüklerin güvence altına alındığı bir demorasiyi kazanmak gerekmektedir. Çünkü demokrasi olmadan, elde edilebilmiş ve edilecek olan hiçbir demoratik hak güvence altında olmayacaktır. Ancak demokratik hakların elde edilmesi için mücadele verilmeden de demokrasiye ulaşmak mümkün değildir.

Ülkemizde uygulanan sağlık politikası, köklü bir biçimde değiştirilmeli sağlık hizmetlerinin, sadece parası olanlara değil, tüm halka parasız verilmesi amaçlanmalı. Bütçedeki silahlanmaya ayrılan ve % 25'lere ulaşan pay azaltılmalı sağlık harcamalarına ayrılmalıdır.

İşçi sağlığına bakış açısı da bu çerçevede değiştirilerek önce kar değil işçi sağlığı hedeflenmeli, giderici değil, koruyucu hekimlik başa alınmalıdır.

İşçi sağlığı sorunlarının çözümü için en küçük birim olan işyerlerinden ülke düzeyine kadar örgütlenme gerçekleştirilmelidir. İşyeri işçi sağlığı ve iş güvenliği kurulları işçilerin ağırlıklı katılımıyla demokratikleştirilmeli, il ve bölge düzeyinde işçi sağlığı ve iş güvenliği komiteleri oluşturulmalı, ülke düzeyinde ise, başta işçi sendikaları olmak üzere, Türk Tabipleri Birliği, ilgili bakanlıklar, üniversiteler, TMMOB, Türkiye Barolar Birliği, SSK ve işveren temsilcilerinin katılımıyla, etkin yaptırım gücü olan özerk ve demokratik, ulusal işçi sağlığı ve iş güvenliği komitesi oluşturulmalıdır.

Özbe öz işçi malı olan SSK özerk ve demokratik bir yapıya kavuşturulmalı yönetim ve denetiminde işçiler ağırlıkta olmalı, işçilere daha nitelikli hizmet vermesi sağlanmalıdır.

İşyeri hekimlerinin, Hipokrat yeminine bağlı, bilim adamları olarak çalışabilmeleri için, işverenlere olan bağımlılıktan kurtarılmalı, ücret ve özlük hakları güvence altına alınmalıdır. İşçi sağlığı hekimlerinin uzmanlık düzeyi yükseltilmeli ve bu konuda düzenlenecek eğitimlerden geçme zorunluluğu getirilmelidir.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği eğitimi ülke çapında yaygın olarak yapılmalı, önce bu eğitimi verecek olanların eğitilmesi, sonra doğrudan doğruya işyerlerinde, işçilere eğitim verilmesi amaçlanmalıdır. Eğitim Seferberliğinde sendikalar birinci derecede sorumluluk almalı, Türk Tabipleri Birliği ve Üniversitelerle sıkı bir işbirliği gerçekleştirilmelidir.

Bütün bu hedefler doğrultusunda, sorumluluk duyan bütün güçlerin işbirliği yaparak, birlikte mücadele yürüteceklerine inanıyoruz.



**İşçi Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri**  
**Necati ALTUNKAYNAK (Kristal-İş Sendikası Genel Sekreteri)**  
**Doğan DUMAN (Kristal İş Sendikası Merkez Avukatı)**

Sayın konuklar, II. Ulusal işçi sağlığı kongresinin Değerli delegeleri, özgür olmaya çalışan basınımızın temsilcileri, kurşun zehirlenmesi, yüksek fırınlar karşısında kavrulma, sağır olma, sağlığını kaybetme pahasına bizlere cam mamulleri üreten evine kristal bir bardak dahi götüremeyen cam işçileri adına, toz ve toprak içinde çalışıp, her tür akciğer hastalıklarına tutulma pahasına, çimento, tuğla, seramik üreten başını sokacak bir ev sahibi dahi olmayan çimento, toprak, seramik işçileri adına, hepinizi saygı ile selamlarım.

Kristal-İş Sendikamızın Genel Sekreteri, biraz önce sizlere işkolumuzda yaşanan işçi sağlığı sorunlarıyla ilgili kısa bir özet sundu. Şunu çok iyi biliyoruz ki, işkolumuzda yaşanan sorunlar, ülkemiz genelinde yaşanan sorunlardan bağımsız değildir. Bize yansımaları farklı farklı olsada, nedenleri, sorunun, asıl kaynağı aynıdır. Eğer sineklerden rahatsız oluyorsak bataklığı kurutmamız gerekir. Sinekleri teker teker öldürerek onlardan kurtulamayız, işyerlerinde ortaya çıkan işçi sağlığı sorunlarının da teker teker çözmekle bitiremeyiz, sorunun kaynağına inmeli ve köklü çözümler getirebilmeliyiz. Eğer hatalığı tedavi etmek istiyorsak önce çok iyi teşhis koymalıyız.

İşte Sendikamız hem teşhisin konulmasında, yani ülkemizdeki işçi sağlığı ve işgüvenliği sorunlarının nedenlerinin araştırılıp, tartışılıp, ortak görüşlere varılmasında, hem de tedavi safhasında, yani, bu sorunun çözülmesini isteyen güçlerle birlikte çıkarılacak ortak programın yaşama geçmesinde üzerine düşen bütün yükümlülükleri yerine getirmeye hazırdır.

Bu amaca hizmet etmesi umuduyla, görüşlerimizi ve çözüm önerilerimizi tartışmaya açıyor, sorumluluk duyan herkesten, her kurumdan eleştiri, bekliyoruz. Eğer bu görüşlerimizle, ortaya çıkacak düşünce zenginliğine, ortak programa biraz olsun katkıda bulunabilirsek ne mutlu bize.

İşkolumuzdaki sorunlar sıralanırken ipuçlarını bulabileceğiniz gibi, ülkemiz genelinde de, varolan ve değiştirilmesi gereken önemli yanlışlıklardan birisi, işçi sağlığına bakış açısıdır. İşverenler ve hükümet, daha fazla "kar" yapmaya öncelik tanımakta, işçiyi bir meta, bir makina parçası gibi görmektedirler. İşçiler ikinci, hatta üçüncü planda yer almaktadır, zira, kırılan bir makinanın yerine yenisini koymaları oldukça zor hatta bazı durumlarda mümkün değil, ancak ölen, ya da sakat kalan bir işçinin yerine yenisini koymak oldukça kolay ve daha ucuza malolmaktadır. İşveren çevrelerinin temel hedefi daha az masraf, daha çok kar olduğu için işçi sağlığına yapılan harcamalar, masraf hanesini arttıran gereksiz harcamalar olarak görülmektedir. Oysa işçi sağlığına ayrılacak paralar zaten işçinin çoktan hak ettiği paralardır. İşverenlerin bu temel bakış açısı, hasta olunduktan sonra müdahaleyi gerektiren tedavi edici hizmet anlayışını egemen kılmıştır. Bugün bütün sağlık kuruluşlarının yürütülen sağlık hizmetlerinde yaygın olan bu yanlış anlayış yüzünden her yıl onbinlerce işkaza olmakta, binlerce işçi meslek hastalığına yakalanmakta sürekli işgörmezlerin ve ölenlerin sayısı binleri geçmektedir.

1975 ve 85 yılları arasında, sadece SSK istatistiklerine yansıyan 1.876.782 işkazası, 5.679 meslek hastalığı gerçekleşmiş, 30.329 işçi sakat kalarak sürekli iş-göremez durumuna düşmüş, 13.062 işçimiz ise hayatını kaybetmiştir. Üstelik bu rakamlar çalışan yaklaşık 20 milyon insandan sadece 2,6 milyon sigortalıyı kapsamaktadır.

### İŞ KAZALARI VE GREVLERDE YITIRILAN İŞ GÜNLERİ

Yıllar	İş kazaları sonucu yitirilen işgünü	Grevler sonucu yitirilen işgünü
1963	1.183.473	12.225
1964	1.207.689	192.842
1965	1.349.118	240.554
1966	2.256.791	409.809
1967	1.756.005	203.779
1968	1.960.636	192.196
1969	4.088.127	357.799
1970	2.068.150	260.338
1971	2.225.823	295.950
1972	2.269.400	147.585
1973	2.504.289	479.857
1974	2.620.139	470.088
1975	5.098.048	1.102.682
1976	2.787.219	1.768.201
1977	3.204.068	5.778.205
1978	3.091.218	1.598.905
1979	2.687.755	2.217.347
1980	2.369.182	5.408.618
1981	2.331.485	--
1982	2.148.944	--
1983	2.270.888	--
1984	2.380.420	4.947
1985	2.267.439	194.269

Yıllar	Sigortalı işçi sayısı	Meslek hastalıkları olgu sayısı	Sıklık (binde)	Sürekli iş göremez sayısı	Ölüm
1975	1.823.338	305	0.16	204	183
1976	2.017.875	677	0.33	528	166
1977	2.191.251	362	0.16	331	174
1978	2.206.056	504	0.22	234	203
1979	2.152.411	341	0.15	252	398
1980	2.204.804	528	0.24	171	306
1981	2.228.439	573	0.25	107	235
1982	2.264.788	551	0.24	116	157
1983	2.327.245	586	0.25	168	254
1984	2.439.016	599	0.25	2	212
1985	2.607.865	653	0.25	199	198
Toplam:	24.463.091	5.679		2.312	2.486

#### YILLARA GÖRE

Yıllar	Sigortalı işçi sayısı	Meslek hastalıkları olgu sayısı	Sıklık (binde)	Sürekli iş göremez sayısı	Ölüm
1975	1.823.338	182.601	10.01	2.560	855
1976	2.017.875	196.341	9.73	2.659	947
1977	2.191.251	199.961	9.12	3.123	1.135
1978	2.206.056	193.998	8.79	2.841	975
1979	2.152.411	186.089	8.65	2.653	1.050
1980	2.204.807	159.600	7.24	2.406	1.014
1981	2.228.439	165.101	7.4	2.300	938
1982	2.264.788	147.118	6.5	1.881	831
1983	2.327.245	145.296	6.24	2.592	1.070
1984	2.439.016	152.650	6.25	2.543	884
1985	2.607.865	148.027	5.67	2.549	877
Toplam:	24.463.091	1.8876.782		28.017	10.576

Kaynak: SSK istatistik yıllıkları

Ortalama her gün 5 işçi arkadaşımız işkazası ve meslek hastalığından ölmekte, 10 tanesi ise sürekli iş göremez duruma düşmektedir, iş kazaları ve meslek hastalıklarında her yıl 3 bin işçi arkadaşımız ağır derecede sakat kalıyor bin tanesi ise yaşamını yitiriyor. Peki her yıl iş kazası ve meslek hastalığından kaç işveren sakat kalıyor, kaç işveren ölüyor.

İşçi sağlığının işverenler tarafından ciddiye alınmadığını bu göstergeler kanıtlamıyor mu, işverenler her fırsatta işçilere "millet olarak nimet ve külfetlerde ortak" olduklarını söylüyorlar, üstelik bu 1982 Anayasasında da ifade ediliyor. Nimet ve külfetlerde ortak olmak böylemi olur?

Biz, işverenlerde aynı sayıda kurban versin istemiyoruz. Ama hiçbir işçi arkadaşımızda işkazalarından meslek hastalığından ölmesin, sakat kalmasını istiyoruz. Bunun için gerekli önlemler alınsın istiyoruz. Zaten bu önlemlerin alınmasında uzun vadede işverenlerinde çıkarı vardır. Bu önlemlerin alınabilmesi için işçi sağlığına bakış açısı değiştirilmeli, işçi sağlığı üçüncü değil birinci hedef olmalı, giderici değil koruyucu hekimlik başa alınmalıdır.

Hükümet ve işveren çevrelerinin işçi sağlığına bakış açısı, genel olarak halkımızın sağlığına bakışlarından farklı değildir. Sağlık harcamalarının bütçedeki payı, % 2 civarlarında seyretmektedir. Oysa silahlanmaya ayrılan pay % 25'leri bulmuştur. 1987 yılı itibarıyla yılda kişi başına düşen sağlık harcamaları 3,4 dolardır. 1988'de bu rakam 1,8 dolara düşmüştür. Oysa, en yakın komşumuz Yunanistan kişi başına 64,3 dolar ile sağlığa bizden 30 kat daha fazla para ayırmakta, dış borcu bizden daha fazla olan Brezilya da bile kişi başına 99,5 dolar sağlık harcamaları yapılmaktadır.

#### 1987 Yılında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları

F. Almanya	596.7	dolar
İngiltere	384	dolar
ABD	373.1	dolar
Brezilya	99.5	dolar
Yunanistan	64.3	dolar
Peru	3.4	dolar

Çalışanların giderek daha iyi yaşamayı istediği, silahsızlanma ve barışın sağlanması isteğinin güç kazandığı bir dünyada, silaha değil, insanları daha sağlıklı, daha iyi ve daha uzun yaşatacak önlemlere ihtiyaç vardır. Bu nedenle, işverenlerin ve hükümetin anlayışlarını değiştirerek bütçede silaha ayırdıkları payı bundan sonra sağlık harcamalarına ayırmalıdır.

İşçilerin daha sağlıklı koşullarda yaşayabilmeleri, daha sağlıklı ortamlarda çalışabilmeleri amacıyla çıkartılmış bazı yasal düzenlemeler vardır. Bu yasal düzenlemeler bata Anayasa, iş yasası, işçi sağlığı ve işgüvenliği tüzüğü olmak üzere, 50'den fazladır. Ancak bütün bu yasaların yaptırım gücü son derece zayıf olduğu için pratikte uygulanmamaktadır.

İşçi kesimi olarak şunu soruyoruz. Bu yasal düzenlemelere işveren uymazsa ne olur? İşvereni bu yasalara uymaya nasıl mecbur edebiliriz? 30 bin TL para cezası ile bunu sağlayabilir miyiz? Elbetteki hayır, zira bu güne kadar yasayı ihlal eden işverenleri, oldukça etkisiz olan bu para cezasına çarptırmak için, hemen hemen hiçbir işçi yargı yoluna başvurmadı. Başvurması anlamsızdır. Çünkü işverenin vereceği para cezası, genellikle alması gereken önlemin çok küçük bir miktarı kadar olduğundan hiçbir caydırıcılığı olmayacaktır.

Eğer gerçekten yasalarla getirilen düzenlemelere uyulması isteniyorsa, işverenlere işçi sağlığı konusunda önlemler aldırılmak isteniyorsa, bu yasalar etkili yaptırımlarla kuvvetlendirilmelidir. Aksi halde Batılı ülkelere "Bizim işçiyi koruyan, işçi sağlığını gerçekleştirmeye yarıyan yasalarımız var" diyerek onları kandırmaktan başka hiçbir işe yaramayacağı gibi emekçilerin hukuka olan saygısının da zedeleyecektir.

Gerek bu yasaların etkili bir şekilde uygulanabilmesi, gerek işçi sağlığı sorunlarının tam çözümü yoluna yönelmesi için çeşitli organizasyonlara ihtiyaç vardır. Ancak var olan kurumlar, bu amacı gerçekleştirebilmekten oldukça uzaktır, işyerlerinde oluşturulması gereken işçi sağlığı ve işgüvenliği kurulları, çoğu işyerinde kurulmadığı gibi, oluşturulan işyerlerinde de kendisinden bekleneni verememektedir. Çünkü 7 kişiden oluşan kurulda işçiler bir kişi ile temsil ediliyorlar. En çok işçiyi ilgilendiren işçi sağlığı sorunlarının çözümü amacıyla oluşturulan bu kurulun anti demokratik bileşimi, onu işlevsiz kılmaktadır.

İşyerlerindeki sorunların çözümü o işyerinde örgütlü olan, işçi sendikasının inisiyatifi elinde bulundurup bulundurmamasına, güçlü olup olmamasına bağlı kalıyor. Son dönemlerde sendikalar üzerinde yoğunlaşan anti demokratik baskılar yüzünden, genel olarak sendikaların gücü ve inisiyatifi azaltıldığı için işyerlerindeki işçi sağlığı sorunları da tamamen işverenlerin inisiyatifine kalmış, yani çözümsüz bırakılmıştır. Gerek işyerlerinde, gerek bölge düzeyinde, gerekse ulusal düzeyde, işçilerin yeterli ağırlıkta temsil edilecekleri, adil, demokratik, özerk, yapılanmalara, işçi sağlığı ve işgüvenliği kurullarına ihtiyaç vardır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları, işçi sağlığı sorunlarının çözümü doğrultusunda görev yapması gereken başlıca kurumlardır. Ancak bu bakanlıklar, ne ihtiyaca cevap verecek yasal düzenleme önerileri üretebiliyorlar, ne, varolan yasaları uygulatabiliyor, ne de gerekli denetimi sağlayabiliyorlar. Her yıl işçi sağlığı ve işgüvenliği haftasında işçileri suçlayıcı broşür yayınlıyorlar ve takvim bastırarak, üzerlerine düşen görevi icra ettiklerini sanıyorlar.

İşçilerin alınteriyle, verdikleri paralarla kurulup işçilere hizmet verme amacıyla oluşturulan en büyük sosyal güvenlik kuruluşu Sosyal Sigortalar Kurumunun hali ise içler acısıdır. Bugün 2.800.000 Sigortalı ve yakınlarıyla beraber yaklaşık 14 milyon kişiyi kapsayan SSK'nın verdiği hizmetlerin kalitesinde muazzam bir düşüş vardır. SSK kuruluşları ülke nüfusunun yaklaşık 1/4'üne hizmet vermektedir. Ancak sağlık personeli sağlık tesisi ve araç gereçleri oldukça yetersizdir.

1985 yılı raporuna göre SSK'nın 81 yataklı kuruluşu, 20.414 yatak kapasitesi, 95 dispanser, 142 sağlık istasyonu, 8 diş tedavi merkezi, 36.936 sağlık personeli vardır. Günümüzde bilimsel ölçülere göre bir hekim günde en çok 25-30 hastaya yararlı olabilecekken hekimlerimiz günde 80-100 hastaya bakmak zorunda kalmaktadırlar. Aynı yıl bu

sağlık kuruluşlarında, 19.7 milyon poliklinik yapılmış olup, yatak gün sayısı 5 milyondur. Bunlara sağlık kuruluşları işletme giderleri 84.5 milyar TL'sidir. Aynı yıl SSK'nın toplam geliri 672.9 milyar TL, gideri ise 247.1 milyar TL'sidir. 425.8 milyar gelir farkı bulunmaktadır. Ancak bu gelir işçilere hizmet olarak yansımamaktadır, işverenlerin SSK'ya olan prim borçları ise yaklaşık olarak 400 milyar TL'sidir. Bütün bu paralar SSK tarafından tahsil edilememekte, işverenler tarafından ucuz kredi olarak kullanılmaktadır. İşverenlerin SSK'ya olan borçlarını ödememesi yüzünden SSK'nın verdiği hizmetlerin kalitesi oldukça düşmüştür. Bu duruma hükümetinde seyirci kalması, bize, işçilerin malı olan SSK hastanelerinin, önce tek elde toplanması bahanesiyle devlete devredilmesi daha sonrada özel sektörü satılmasını kolaylaştırmak amacıyla hazırlanmış bir istikrarsızlaştırma programı gibi görünüyor. Gerçekten de, bu yöntemi işverenler daha önce pek çok yerde denemişlerdir. Örneğin KİT'le özel sektöre satılmasını kolaylaştırmak için KİT ürünlerine yapılan suni zamlarla, halkın KİT'lere olan ihtiyacını ortadan kaldırmaya çalışmaktalar, çıkarılan sözleşmeli personel yasası ile de KİT içinde direnebilecek güçleri ezmeyi planlamaktadırlar, yani minareyi çalacaklar kılıfını hazırlıyorlar. 1980 de demokrasiyi çalarlarkende aynı yolu kullanmamışlar mıydı.

SSK'ya göz dikenler bu yolda bazı adımlar daha atmışlardır. Yönetim ve denetim mekanizmalarında işçilerin söz haklarını ellerinden alarak anti demokratik yapıyı derinleştirmişlerdir. Her yıl yapılan genel kurulların 3 yılda bir yapılmasını kararlaştırarak, işçilerin kendi kurumlarına sahip çıkma yollarını tamamen tıkamak istemektedirler.

Ülkemizde sağlık personeli, sağlık araç gereçleri oldukça yetersizdir, örneğin (1983 rakamlarına göre) doktor başına düşen nüfus İspanya'da 332, Mısır'da 760, Bulgaristan da 373, Yunanistan'da 357 kişi iken ülkemizde 1465 kişiye bir doktor düşmektedir. Her 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı İspanya'da 50, Mısır'da 24, Bulgaristan'da 91, Yunanistan'da 60 iken bizim ülkemizde 22 dir.

1980 ile 1985 rakkamlar

	Almanya Dem.Cum	ABD	SSCB	İspanya	Meksika	Mısır	Bulg.	Yunan.	Türkiye
Dokt. başına düşen nüfus	463	450	258	332	1260	760	373	357	1.465
10 bin kişiye düşen hastane yatağı	102	111	127	50	10	24	91	60	22.3
Devletin ulusal bütçede sağlık har. kişi baş.	340.60	383.50	113	8.80	8.90	10.00	84.60	160.80	6.20
Ortalama yaşam süresi Erkek	69.1	71.8	61.9	71	63.9	55.9	68	72.2	60.3
süresi Kadın	75.1	78.8	72	77.5	68.2	58.4	74	76.4	64.9

Sağlık istatistiklerinde hep sonuncu gelirken silahlanmada birinciliği kimseye bırakmıyoruz. Ülkemiz genelindeki sağlık personeli ve araç gereci yetersizliği işçi sağlığını da doğrudan etkilemektedir. Uzman personel sayısı son derece azdır. İşyeri hekimleri genellikle işçi sağlığı konusunda uzman olmadıkları gibi, özel kurs ya da eğitimden dahi geçirilmemişlerdir. Üstelik işverenlerin baskı ve güdümü altında kaldıklarından mesleklerinin gerektirdiği şekilde davranmamakta, bilim adamı özelliklerinden taviz vermeye zorlanmaktadır. İşçilerin sağlık durumlarının işyeri çalışma koşullarının kontrolü, koruyucu tedbirlerin alınması işçilerin sağlık eğitimi, ilk yardım hizmetleri, gibli başta gelen görevlerini yapabilmesi için işyeri hekimlerinin, işverenlerden bağımsızlaştırılması, maddi durumlarının güvence altına alınması gerekmektedir.

Bu gün dünyada varolan toplam kimyasal madde sayısı 6 milyondur. Bunlardan 70 ile 90 bin tanesi günlük kullanımdadır. Her yıl bir tondan ağır 200 ile 1000 arasında yeni çeşit kimyasal madde piyasaya sürülmektedir. Bu kimyasal maddelerin insan sağlığı üzerindeki zararları ne yazık ki genellikle bilinmemektedir. Meslek hastalığına yol açtığı ILO tarafından belirlenen toksit madde sayısı 1.246'dır. Dünyada yalnızca tarım ilaçlarının yol açtığı zehirlenmeler yılda 3 milyonu bulmakta, ölen işçilerin sayısı ise 220 bine ulaşmaktadır. 2.500 kişinin ölümüne 100 binden fazla insanın yaralanmasına ve sakat kalmasına yol açan Bihopal trajedisi unutulmadı.

Yaklaşık 5.000 kimyasal maddenin kansere yolaçtığı bilinmektedir. Dünyada her yıl 1 milyondan fazla işçi çalışma ortamı nedeniyle kansere yakalanmaktadır. Ve bu sayı giderek artmaktadır. Kimyasal maddelerden kaynaklanan, meslek hastalıklarını azaltmanın yollarından birisi, eşik değerler tespit etmektir.

Bazı Ülkelerde Bazı Kimyasal Maddeler İçin Kabul Edilen Eşik Değerler

Etkenin adı	SSCB	BULG	ÇEK	POL	ABD	ALM	İSVİÇRE	İNGİLTERE
Aseton	200	200	800	200	2400	2400	2400	2400
Ksilen	30	100	200	100	435	870	430	435
Metanol	5	50	100	50	-	-	-	-
Kurşun	0.01	0.01	0.05	0.05	0.1	0.20	0.15	0.15
Stiren	5	5	200	50	420	420	420	420
Toluen	50	100	200	100	375	750	380	375
Trikloretilen	10	50	250	50	535	260	260	535
Karbonmonoksit	20	30	30	30	55	55	55	55
Vinilklorür	30	30	-	300	770	260	260	770

İş kazalarında durum aynı ölçüde trajiktir. Yılda ortalama 3.5 milyon iş kazası olmakta, bu işkazalarında yaklaşık 75 bin işçi yaşamını yitirmektedir. Ülkemizdeki meslek hastalığı riskleri ve işkazaları, dünyadaki rakamlardan farklı değildir. Ülkemizde her yıl yaklaşık 150 bin iş kazası olmakta, bu işkazalarında 2.500 civarında işçi sürekli işgöremez durumuna düşmekte, ortalama 1.000 işçide hayatını kaybetmektedir. Bu kazaların nedeni olarak işçilerin dikkatsizliğini ileri süren işverenler gerçeği tersine çevirerek, kendilerini sorumluluktan kurtarmaya çalışıyorlar. Elbetteki bazı ülkelerde olduğu gibi gerekli önlemler alınarak, işçilerin dikkatsiz anlarında dahi onları iş kazası yapmaktan koruyacak, çalışma koşulları yaratılabilir. İşçilerin çalışma ve yaşam koşullarının kötü oluşu iş kazaları ve meslek hastalıklarının arttırıcı, işçi sağlığı sorunlarını ağırlaştırıcı etki yapmaktadır. Ücretleri ve satın alma gücün düşük olan işçilerimiz kendilerine ve ailelerine yeterli ölçüde bakamamakta, her tür hastalığa açık konuma gelmektedirler. Avrupalı bir cam işçisinin bir kilo et alabilmesi için ortalama 40 dakika çalışması yeterliyken aynı işi yapan bizim işçilerimizin bir kilo et alabilmesi için neredeyse bir tam gün çalışması gerekmektedir. Sürekli zamlarla ücreti giderek küçülen işçi bu açığı kapatmak için fazla çalışmaya zorlanmaktadır. Yasal sınırların üzerine çıkılarak yaygın şekilde uygulanan fazla çalışmalar, ülkede varolan işsizliği de arttırmaktadır. Ara dinlenmesinin kısa oluşu, yoğun fazla çalışmalar, işçiyi bitkin düşürmekte hertür iş kazasına ve meslek hastalığı riskine açık hale getirmektedir. Boş zamanı hemen hemen hiç olmayan işçilerin sosyal ve kültürel yaşamdan da giderek uzaklaşmaları kaçınılmazdır.

Sağlık deyince, bedensel, ruhsal ve toplumsal iyilik halini anladığımızı göre ülkemizde işçilerin sağlıklı olduğunu söylemek mümkün değildir. Standartlara uygun olmayan, elverişsiz çalışma koşullarında, bedensel yönden kayıplara uğrayan işçiler aynı zamanda sosyal ve psikolojik yönde de oldukça büyük zararlara uğramaktadırlar. Bugün kaç işyerinde işçilerin spor yapabilecekleri, yeterli tesisler vardır, kaç işyerinde işçilerin sosyal ve kültürel ihtiyaçlarını karşılayacak sosyal tesisler vardır, küçük çocuklarımızı emanet edebileceğimiz kreşler yapılmıştır, kaç işyerinde işçilere besleyici değeri yüksek, yeterli ve doyurucu yemek verilmektedir. Kaç işçinin standartlara ve sağlık koşullarına uygun bur konutu vardır, işçilerin oturdukları hangi semtlerin yol, su, elektrik, kanalizasyon gibi alt yapı hizmetleri eksiksiz sağlanmıştır, çevre sorunları çözülmüştür. Kaç işyerinde, işçilere işçi sağlığı ve işgüvenliği konusunda eğitimler verilmiştir.

Bu soruları daha da çoğaltabiliriz, ama hepsi için alacağımız yanıt, işverenlerin bu sorunları çözmediği, çözemeyeceği gerçeğidir. Çünkü işverenler bu tür sorunları çözmeye yetenekli olmadıkları gibi istekli de değildirler. Yaşadığımız son 8 yıl bunun için açık kanıtıdır. Bu sorunları ancak ve ancak bu sorununsahipleri bu olumsuz koşullardan en çok zarar gören en çok canı yananlar, yani işçiler çözebilir.

Değerli Delege Arkadaşlarım;

İşçi sağlığı ve işgüvenliği sorunları ülkemizde sosya ekonomik yapıdan kaynaklanmaktadır. Üretim araçları üzerinde özel mülkiyetin olduğu bütün diğer ülkelerdeki işçi ve emekçiler, gibi bizim ülkemizde yaşayan emekçilerde bu sorunun pençesinde kıvrılmaktadır. Üretimin toplumsal olmasına karşın, üretim araçları üzerindeki mülkiyetin özel olması sorunun kaynağıdır. İşverenlerin daha fazla kar yapma isteği ile işçilerin daha fazla sağlıklı yaşama isteği, birbiriyle çelişiyor, ve bu çelişki ancak sömürünün olmadığı, emek-sermaye çelişkisinin kalmadığı, koşullarda tam anlamıyla çözülebilir.



Pekçok batı ülkesinde, hatta geri bırakılmış ülkelerde işçi sağlığı ve işgüvenliği sorunları olmasına karşın hemen hiçbirinde bizim ülkemizdeki, kadar ağır değildir. Bunun nedeni ülkemizin emperyalizme bağımlı oluşu ve bu bağımlılıktan kaynaklanan geriliktir. Uluslararası tekeller, askersel sanayii kompleksleri ve bazı finans kuruluşları geri bırakılmış ülkeleri daha fazla sömürebilmek için onlara yeni reçeteler dayatıyorlar. Örneğin ABD kaynaklı uluslar ötesi tekellerin bizim ülkemiz gibi geri bıraktıkları ülkelerdeki yurtdışı faaliyetlerinde, ABD imalat sanayiinde istihdam edilen işgücünün yarısı kadar bir işgücü istihdam etmektedir. Ve bunların yıllık cirosu ABD gayri safi milli hasılasının % 40'ına yakın bir miktarı oluşturmaktadır, yani 1.5 trilyon dolara ulaşmaktadır. Bu tür emperyalist kuruluşlar, demokrasinin olduğu, demokratik koşullarda seçilmiş bir parlamentonun en yetkili kurum olarak varlığını sürdürdüğü ülkelerde reçetelerini uygulamamaktadırlar. Bu nedenle bu uğursuz reçetelerini uygulamaya karar verdikleri ülkelerde kendilerine bağlı, baskıcı, gerici diktatörlük rejimleri kurmak isterler. Ancak, bütün ulusal, yurtsever güçlerin demokrasiden çıkarı olan kesimlerin susturulduğu böyle bir rejim altında o ülkenin ulusal ekonomisi talan edilebilir, malum emperyalist kuruluşların reçeteleri uygulanabilir. Bu tür ülkelerde, ekonomi can çekişmekte, yüksek enflasyon ve hayat pahalılığı altında dar gelirli ezilmekte, emekçilerin üretimden aldıkları pay hızla düşmekte, altyapı, eğitim sağlık gibi harcamalar en aza inmekte, emekçilerin alınteriyle, canları ve kanlarıyla yaptıkları üretim yok pahasına dışarıya ihraç edilmekte, sömürüyü azami boyutlara çıkarabilmek için serbest bölgeler oluşturulmakta, ulusal ekonomik kuruluşlar, özelleştirme adı altında emperyalist kuruluşlara entegre edilmekte, ulusal sanayiciler yıkıma uğratılmakta, bu gidişten zarar gören kesimlerin örgütlü muhalefet yapmalarını engellemek için örgütsüzleştirme, sendikasılaştırma politikası yaygınlatılmakta, silahlanmaya ayrılan pay her geçen gün daha da artarak ülke ekonomilerinin dayanamayacağı boyutlara varmaktadır.

Bütün bunlar, bizim ülkemizde de 24 ocak ekonomisi adı altında uygulandı. İşçiler için daha çok çalışma, daha az ekmek, daha az sağlıklı yaşama demek olan bu ekonomik politikanın, demokrasi koşullarında uygulanamayacağını gören emperyalist kuruluşlar, 1980'de önce elimizden demokrasiyi almışlardır. Ve bugüne kadarda reçetelerini acımasızca uygulamışlardır. İşte bizim ülkemizde, işçi sağlığı sorunlarının diğer kapitalist ülkelere göre çok daha ağır olmasının, temel nedeni budur.

Sayın Konuklar, II. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresinin Değerli Delegeleri;

Ülkemizin en ciddi problemlerinden biri olan işçi sağlığı ve işgüvenliği sorunları ve bu sorunların nedenleri hakkında Sendikamızın tartışmaya sunduğu görüşleri bunlardır. Bu sorunların çözümlerini, işçi sınıfımıza, halkımıza karşı sorumluluk duyan herkesle, birlikte arayıp, birlikte bulmak ve birlikte uygulamak istiyoruz. Bu arayışa katkıda bulunmak amacıyla olan sendikamızın işçi sağlığı sorunlarına getirdiği çözüm önerileri şunlardır:

1- Ülkemizde 8 yıldır uygulanan politikalardan zarar gören, bütün demokrasi güçlerinin, geleceğini bu topraklara bağlamış bütün ulusal güçlerin, ortak mücadelesiyle, tüm temel hak ve özgürlüklerin güvence altına alındığı, yasakların yasak olduğu, demokrasi isteyen bütün sınıf ve katmanların güçleri oranında temsil edildiği, demokratik seçimlerle oluşan parlamentonun en üst karar organı olduğu, demokrasiden geri dönüş yollarının tıkalı olduğu, bütün kurum ve kurallarıyla işleyen demokrasinin kazanılması gerekmektedir.

2- İşçi sağlığını üçüncü planda gören anlayış değiştirilmeli, işçi sağlığının gerçekleştirilmesi amacı başa alınmalıdır. İlke "daha çok kar değil daha çok sağlık" olmalıdır. Giderici değil koruyucu hizmetler başa alınmalıdır. Çalışan insanların sağlığının bir ülkenin en önemli serveti olduğu düşünülerek ve hükümetin bütçeden sağlık ve silahlanmaya ayırdığı paylar yer değiştirilerek sağlık hizmetlerine ayrılan pay arttırılmalıdır. Sağlık personeli sayısı, sağlık araç gereçleri ve tesisleri yeterli hale getirilmeli nitelikleri iyileştirilerek, modernleştirilmelidir. Sağlık hizmetleri tüm halka parasız olmalıdır. Ülkemiz meslek hataları, sakatlar ve hastalar ülkesi olmaktan çıkarılarak fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı insanların yaşadığı bir ülke haline getirilmelidir.

3- İşçi sağlığıyla ilgili bütün yasalar başta işçi sınıfı olmak üzere tüm demokrasi güçlerinin katkısıyla yeniden oluşturulmalı, ve işçi sağlığını gerçekleştirmek amacıyla çıkartılmış yasaların eksikleri giderilerek iyileştirilmelidir.

Bu sorunun çözülmesini isteyen tüm güçlerin, katkısıyla çıkarılacak yasalar etkili yaptırımlara sahip olmalı, işverenleri uymaya mecbur etmeli, yüksek bir caydırıcılığa sahip olmalıdır.

Bu yasaların yapılması sırasında uluslararası normlardan da yararlanmalı, uluslararası çalışma örgütü ile yakın işbirliğine girilerek bu konuda kabul edilen sözleşmeler onaylanmalı, tavsiye kararlarına uyulmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü ile ve Uluslararası işçi kuruluşlarıyla, Uluslararası Hür İşçi Konfederasyonu, Dünya Sendikalar Federasyonu ve Dünya İş Konfederasyonu ile işçi sağlığı konusunda karşılıklı işbirliği ve yardımlaşma gerçekleştirilmelidir.

4- İşçilerin ekonomik, demokratik ve sosyal haklarını korumak ve geliştirmek için kurulan Sendikalar, işçi sağlığı sorunlarına birinci derecede sahip çıkması gereken örgütlerdir. Bu nedenle sendikalar işçi sağlığı ile ilgili her kurumda ağırlıklı olarak temsil edilmeli, bu kurumlarda etkin denetim işlevini de yerine getirmelidir.

Sendikalar bünyelerinde işçi sağlığı uzmanları istihdam etmeli, bunlar aracılığıyla işçileri aydınlatmalı, yayın faaliyetlerine hız vermelidir.

5- Anti demokratik bileşimi nedeniyle işlevsiz kalan işyeri işçi sağlığı ve işgüvenliği kurulları demokratikleştirilmeli, işçi ve işverenler eşit sayıda temsil edilmelidir.

6- İl ve bölge düzeyindeki işçi sağlığı sorunlarını çözmek üzere, işçilerin yoğun olduğu illerde ve görece daha az olan birkaç ilin birleşmesiyle oluşturulacak bölgelerde işçi sağlığı ve işgüvenliği komiteleri oluşturulmalıdır. Bu komiteler işçi sendikalarının temsilcileri, ilgili bakanlıklar, Tabip Odaları, Meslek Odaları, Barolar, Üniversiteler, SSK, Belediyeler ve işveren sendikalarının temsilcilerinden oluşmalıdır.

7- Ulusal düzeyde işçi sağlığı sorunlarını çözmek için etkin yaptırım gücü olan, mali ve idari özerkliğe sahip ulusal işçi sağlığı ve işgüvenliği komitesi oluşturulmalıdır. Bu komitede başta, ağırlıklı olarak işçi sendikaları yer almalı, ilgilibakanlıkların temsilcileri, Türk Tabipleri Birliği, T.M.M.O.B., Türkiye Barolar Birliği, üniversite, SSK ve işveren sendikası temsilcilerinden oluşmalıdır.

Bundan sonraki işçi sağlığı kongreleri bu komite tarafından toplanmalıdır. Bu komite bilimsel çalışmalar yürütmek için gerek gördüğünde işçi sağlığı enstitüleri kurabilmelidir.

8- Göçmen işçilerin ve onların çocuklarının sağlık uyum ve rehabilitasyon hizmetlerine gerekli ağırlık verilmelidir.

9- İşçilerin yoğun oldukları bölgelerde iş kazası ve meslek hastalıkları için dispanserler kurulmalıdır.

10- Sosyal Sigortalar kurumu tam anlamıyla özerk ve demokratik bir yapıya kavuşturulmalıdır. Kongrelerini her yıl toplamalı ve kendi yöneticilerini seçmelidir. Kongre bileşiminde ve yönetimde işçiler ağırlıkta olmalıdır. Sigortasız işçi çalıştırılması kesin bir şekilde önlenmeli, işverenlerden birikmiş olan sigorta primleri derhal tahsil edilmeli, ucuz kredi olarak kullanılmasına izin verilmemelidir. Sigorta primlerinin tamamı işçilerden kesilmeli, zaten işçilerin parasıyla kurulan bu özbe öz işçi kuruluşturması gerçek hüviyetine kavuşturulmalıdır. Sigorta primlerinin tamamının işçilerden kesilmeye başlanması sırasında işçilerin net gelirleri de herhangi bir azaltma yapılmaksızın bir sefere mahsus prim miktarının tamamı kadar ücret artışı gerçekleştirilmelidir.

SSK'nın verdiği hizmetlerin kalitesi yükseltilmeli gerekli personel, sağlık araç gereçleriyle takviye edilerek vmodernleştirilerek, tüm işçilere ve ailelerine hakettikleri sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini götürmelidir.

11- İşyeri doktorlarının çalışma ve yaşama koşulları iyileştirilmeli ve işverene bağımlılıktan kurtarılmalıdır. İşyeri doktorları, işyerinde gerekli koruyucu önlemlerin alınması, işçilerin sağlık durumlarının ve işyeri çalışma koşullarının kontrol edilmesi, işçilere, işyeri sağlığı eğitimleri verilmesi ve gerektiğinde ilk yardımlarda bulunması gibi hizmetleri daha nitelikli verebilmeleri için kendi alanlarında uzmanlaşmalıdırlar, işyeri hekimlerine Türk Tabipleri Birliği ve Üniversitelerin işbirliği ile düzenlenecek işyeri hekimliği kurslarından mezun olma zorunluluğu getirilmelidir.

İşyeri hekimleri bölge ve ulusal işçi sağlığı ve işgüvenliği komiteleriyle koordineli çalışma yürütmelidir.

12- Her yıl üretim yaşamına dahil olan binlerce yeni kimyasal madde işçi sağlığını tehdit etmektedir. Bu kimyasal maddelerin insan sağlığına zarar vermeyecek ölçüdeki eşik değerleri saptanıp kesinlikle uygulanması sağlanmalıdır. Yeni kurulacak işyerlerinin sağlık şartlarına uygun olup olmadığı denetlenerek, izin şartı getirilmelidir.

13- İşyerlerinde yaptırılması gereken periyodik muayeneler aksatılmadan yapılmalı, ihmal durumunda etkili cezai yaptırımlar uygulanmalıdır.

14- Kadın işçilerin sağlık sorunlarına gerekli önem verilmeli, doğum öncesi ve sonrası ücretli izinler artırılmalı kadınların çalıştığı her işyerinde kreş kurulmalı, birbirine yakın küçük işyerleri, birlikte ortak bir kreş kurma yoluna da gidebilirler. 16 yaşından küçük çocukların çalıştırılması yasaklanmalı, 16-18 yaş arasındakiler normal çalışma süresinin yarısı kadar çalıştırılmalıdır.

15- İşyerleri de işçilerin sağlıklı çalışma ve yaşama koşullarına sahip olması için gerekli temizlik içme suyu, yemekhane, lavabo, yıkanma yerleri ve duşlar, tuvalet ve soyunma yerlerinin sağlık standartlarına uygun olması sağlanmalıdır.

16- İşyerlerinde işçilerin dinlenme zamanlarını değerlendirebilmeleri için gerekli spor tesisleri kurulmalıdır. Sendika ve işverenlerin ortak katkısıyla dinlenme kampları ve tesisleri organize edilmelidir.

17- Son 8 yıldır satın alma güçleri olağanüstü geriletilen ve açlık sınırında yaşamaya mahkum edilen işçilerin kendilerine ve ailelerine gerektiği gibi bakabilmeleri için ücreti ve ekonomik koşulları iyileştirilmelidir.

18- İşçilerin işten atılma korkusundan uzak ve geleceğe güvenle bakabilmesi için işten çıkarmalar yasaklanarak iş güvencesi sağlanmalıdır.

19- Haftalık çalışma süresi 40 saate indirilmeli, işçiyi bitkin düşüren, sosyal yaşamdan koparan fazla çalışma uygulamaları yasaklanmalı, hafta dinlenmesi tatilleri iki gün olmalı, ara dinlenmeleri en az bir saate çıkarılmalıdır.

20- İşyerlerinde verilen yemekler yemekhane komiteleri tarafından belirlenmeli kalorisi ve besleyici değeri yüksek doyurucu olması sağlanmalı gerekli doktor kontrolleri yapılarak toplu zehirlenmelerin önüne geçilmelidir.

21- İşçilerin sağlık koşullarına uygun konutlarda yaşayabilmeleri için, konut sorunu çözümlenmelidir. İşçilerin yaşadıkları semtlerde altyapı tesisleri, yol, su, elektrik, kanalizasyon sağlık ve eğitim tesisleri öncelikle kurulmalı, işçilerin sağlıklı bir çevrede yaşamaları sağlanmalıdır.

22- Sendikalar vasıtasıyla ve Tabipler Birliği üniversiteler bölgesel ve ulusal işçi sağlığı ve işgüvenliği komiteleriyle işbirliği içinde işyerleride doğrudan işçilere işçi sağlığı ve işgüvenliği eğitimleri verilmelidir. İşverenler bu eğitimler için işçilere gerekli izni veremeli, işyerlerindeki tesislerden de yararlandırmalıdır.

Sayın Konuklar, Değerli Delegeler,

Kristal-İş Sendikası olarak ülkemizdeki işçi sağlığı ve işgüvenliği sorunları ve çözümleri hakkındaki görüşlerimiz bunlardır. Her eylemden, her görüşten birşeyler öğrenmeye çalışıyoruz. Bu ortak hedefte arayışlarımızı birlikte sürdürmek istiyoruz. Ortaya atılan her düşünce her önerinin bu arayışa katkıda bulunacağına, düşünce zenginliğimizi arttıracığına inanıyoruz.

II. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresinin, işçi sağlığı sorunlarının çözümünü amaçlayan, herkesi bu ortak noktada birleştireceğine, farklı görüşlerden olan insanları, bu insani sorunun çözümü için omuz omuza getireceğine, işçi sınıfımıza ve Türkiyemize yararlı olacağına inanıyoruz.

**5 Nisan 1988 Salı**

**IV. OTURUM**

**"TARTIŞMA GRUBU"**

**"İşçi Sağlığı, İş Güvenliği Kurulları"**

**Oturum Başkanları**

**Prof. Dr. Sevinç ORAL**  
(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD)

**Dr. Ergin ATASÜ**

Not: Bant Çözümü Yapılamadığından  
Tartışma Gurubu Raporu Yerine  
Doç. Dr. Tankut ÇENTEL'in Konu İle  
İlgili Bildirisi Eklenmiştir.



**İşyeri Sağlık Örgütlenmesinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği  
Kurullarına Etkinlik Kazandırılması  
Doç. Dr. Tankut CENTEL  
(İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi)**

İşveren ile işçilerin, işçi sağlığı ve iş güvenliği hükümlerinin uygulanmasına yardımcı olmalarını sağlamak amacıyla, bazı işyerleri için "işçi sağlığı ve iş güvenliği kurulları"nın oluşturulması öngörülmüştür. Gerçekten, İş Kanunu'nun 76. maddesi, "Çalışma Bakanlığınca lüzum görülecek işyerlerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere birer "işçi sağlığı ve iş güvenliği kurulu" kurulur. Bu kurulların hangi işyerlerinde kurulacağı, teşekkül tarzları, çalışma usulleri, ödev ve yetkileri Çalışma Bakanlığınca çıkarılacak bir tüzükte tespit edilir" hükmüne yer vererek, işyeri sağlık örgütlenmesinde işçi sağlığı ve iş güvenliği kurullarının oluşturulmasını temel almıştır. Söz konusu hükmün öngördüğü tüzük de, "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları Hakkında Tüzük" adı altında, 31.1.1973 gün ve 7/5734 sayılı kararnameyle (RG. 19.2.1973, N. 14453) yürürlüğe konulmuştur.

**1. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulu Oluşturma Zorunluluğu**

Hangi işyerleri için işçi sağlığı ve iş güvenliği kurulu oluşturma zorunluğunun söz konusu olduğu, İş Kanunu (yasakoyucu) tarafından Bakanlık yetkisine bırakılmıştır. Buna bağlı olarak, Bakanlık tarafından çıkarılan ilgili tüzükte söz konusu zorunluk; sanayi işlerinin görüldüğü, altı aydan fazla sürekli işlerin yapıldığı ve de en az elli işçinin çalıştırıldığı işyerleri için öngörülmüştür. Bu bakımdan, süreksiz işlerde veya sürekli olup altı aydan fazla sürmeyen işlerde ve de elli işçiden az işçinin çalıştırıldığı işyerlerinde, işçi sağlığı ve iş güvenliği kurullarının kurulması zorunluğu söz konusu değildir.

**2. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurullarının Oluşumu**

**a. Kurullara katılacak kişiler**

İşçi sağlığı ve iş güvenliği kurulu :

- İşveren veya işveren vekili,
- İşyeri güvenlik şefi, yoksa işyerinde işçi sağlığı ve iş güvenliğiyle görevli teknik bir kişi,
- İşyeri hekimi,
- Sosyal işler danışmanı, yoksa personel veya sosyal işleri yürütmekle görevli bir kişi,
- Varsa, sivil savunma uzmanı,
- İşyerinde görevli formen, ustabaşı veya usta,
- İşyeri sendika temsilcilerinin kendi aralarından seçecekleri bir işçi, işyerinde sendika temsilcisi yoksa işyerindeki işçilerin yarısından fazlasının katılacağı toplantıda açık oyla seçilecek bir işçi'den oluşacaktır.

### **b. Kurulların oluşum biçiminin eleştirisi**

İşçi sağlığı ve iş güvenliği kurullarına katılacak kişilere bakıldığında; kurullara katılacak kişilerin, daha çok işveren kesiminden geldikleri veya enazından, işveren kesimine yakın oldukları görülmektedir. Gerçi, işveren kesimine yakın oldukları söylenebilecek kişilerde, işçi kesiminden gelenler gibi, işverene bir hizmet sözleşmesiyle bağlıdırlar; yani, iktisadi ve kişisel bakımdan, işverene bağımlıdırlar. Bununla birlikte, işçi kesiminden gelen veya işçi kesimine yakın olan kişilerin, kendi kesimlerinin çıkarlarını daha iyi ve kararlı olarak savunabilecekleri açıktır. Bu nedenle, katılımcı görüş açısından, sözkonusu kurullara katılma oranının, eşit sayıda olmayıp, daha çok işveren ağırlıklı olması, büyük sakınca oluşturmakta ve anılan kurulların etkinliğini, uygulamada ortadan kaldırmaktadır. Buna göre de, kurulların oluşum biçimine daha çok bağımsız bir yapının kazandırılması ve işçi sağlığı ve iş güvenliği kurullarına katılma oranında, kesimlerarası eşitliğin sağlanması, sözkonusu kurulların işyeri sağlık örgütlenmesindeki etkinliğini ortaya çıkarabilecektir.

Diğer yandan, sendika temsilcisi olmayan işyerlerindeki işçilerin toplantısında yapılacak seçimde, tüzüğün açık oy esasına yer vermesi, demokratik esaslara aykırı olup, çeşitli yönlerden gelebilecek baskılara kapı açmaktadır. Bu nedenle, yine katılımcı görüş açısından, sözkonusu seçimin kapalı oy-açık sayım ilkesine bağlı olması, demokratik esaslara uygun düşecek ve gerçek işçi temsilcilerinin bu kurullara seçilmelerini sağlayıp etkinlik kazandıracaktır.

## **3. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurullarının Görev ve Yetkileri**

### **a. Kurullara tanınan görev ve yetkiler**

İşçi sağlığı ve iş güvenliği kurulları :

- İşçi sağlığı ve iş güvenliği konularında çalışanlara yol göstermek,
- Sağlık ve güvenlik tedbirlerini tespit edip işverene önermek,
- İşyerinin niteliğine uygun bir işçi sağlığı ve iş güvenliği iç yönetmeliği taslağı hazırlayıp işverenin onayına sunmak,
- Koruyucuların yerleştirilmesi ve kişisel korunma araçları ile işyerinin temizliği gibi konularda tekliflerde bulunmak,
- İşkazası ve meslek hastalıklarının ardından gerekli inceleme ve araştırmayı yapıp gerekli önlemleri işverene bildirmek,
- İşçi sağlığı ve iş güvenliğiyle ilgili yayın ve eğitim faaliyetlerini tertiplemek,
- Tesis bakım ve onarımında gerekli güvenlik önlemlerini kontrol etmek,
- Peryodik sağlık muayenelerinin yapılıp yapılmadığını izlemek,
- İşyerinde yangınla ilgili önlem ve ekip çalışmalarını izleyip işverene önerilerde bulunmak,

gibi işçi sağlığı ve iş güvenliğini yakından ilgilendiren önemli görevlere sahiptir.

Buna karşılık, işçi sağlığı ve iş güvenliği kurullarının, önemli yetkilere sahib oldukları görülmez. Nitekim, sözkonusu kurulların, daha çok bir danışma organı niteliğinde olup icrai karar alamamaları, aldıkları karar ve buldukları tespitlerin uygulamaya geçirilmesinin, daha çok işverenin isteğine bağlı bulunması, anılan kurulların etkinliğini azaltmakta ve hatta, birçok olayda ortadan da kaldırabilmektedir.



#### **b. Kurullara tanınan görev ve yetkilerin eleştirisi**

İşçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda kurullara tanınan görevlerin genişliğine karşılık, bunların yetkilerinin danışma düzeyinde kalması, katılımcı görüş açısından son derece sakıncalıdır. Çağımız, işyeri örgütlenmesinde işverenin yönetim hakkının sınırlandığı ve işçi-işveren temsilcilerinin ortak icrai kararlar almasına olanak tanındığı, özetle yönetime katılmanın en geniş boyutlarda kabulünün benimsendiği bir aşamadır. Bu bakımdan, işçi sağlığı ve iş güvenliği kurullarının oluşturulmasına olanak tanıyıp, bunlara icrai karar alabilme yetkisinin tanınmaması, kurulların uygulamada etkinliğini sağlama açısından büyük bir eksikliklerdir. Buna göre de, işçi sağlığı ve iş güvenliği kurullarının danışma organı niteliğinden kurtarılıp, icrai yetkilere kavuşturulması, anılan kurullara görevlerini yerine getirmede etkinlik kazandıracaktır.

#### **4. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurullarının Toplanması ve Çalışması**

İşçi sağlığı ve iş güvenliği kurulları, en az ayda bir kere toplanmak zorundadır. Olağan toplantıların süresi, toplam olarak ayda yirmidört saati geçemeyecektir. Her toplantıda, görüşülen konularla ilgili olarak, bir tutanak düzenlenir. Toplantıya katılanlarca imzalanacak olan bu tutanak ve kararlar, özel dosyalarda saklanır.

Uygulamada bazı işyerlerinde, genellikle bu tür kurul toplantılarının yapılmadığı ve göstermelik olarak hazırlanan dosyalardaki tutanıklara, toptan imza atıldığı ifade edilmektedir. Sözkonusu kurulların etkinliği açısından, bu tür bir uygulama içine girilmesi, son derece sakıncalıdır. Bunlara karşılık, en azından işçi temsilcilerinin muhalefet yükseltmeleri ve böyle bir uygulama içine giren işverenlerden toplantı talep etmeleri, hazırlanan tutanakları ihtiyari kayıtlı veya muhalefet şerhiyle imzalamaları, anılan kurulların etkinliğini artıracaktır.

#### **5. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurullarına İlişkin Cezai Sorumluluk**

Yasa; işçi sağlığı ve iş güvenliği kurulunu işyerinde kurmaktan kaçınan veya kurup da çalışmasına engel olan işveren veya işveren vekili hakkında otuzbin liradan yüzelli bin liraya kadar ağır para cezasının hükmedilmesini öngörmüştür (İş. K. m. 103). Belirtilen hükmün öngördüğü para cezası miktarı, işçi sağlığı ve iş güvenliği kurullarının kurulma etkinliğini sağlamaktan uzak düşmektedir. Gerçekten, en az elli işçi çalıştıran bir işyerinin işvereni için belirtilen miktarlar, caydırıcı olmaktan uzaktır.



5 Nisan 1988 Salı

V. OTURUM

BİLDİRİLER

Oturum Başkanı

**Prof. Dr. Orhan ATASÜ**  
(İzmir Tabip Odası Başkanı)

Konuşmacılar

**Doç. Dr. Bedrettin TÜRKEL**  
(Denizcilik Bankası Deniz Nakliyatı A.Ş.)  
Denizci Sağlığı

**Op. Dr. Gufran BAKIRCI**  
(Halk Sağlığı ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı)  
Bir Fabrika İşçilerinin Sağlık Sorunlarına İlişkin Araştırma

**Dr. Ömer MUTLU**  
(YİSME Hekimi)  
Yenice İş Sağlığı Merkez (YİSME) Çalışmalarına Genel Bakış

**Sabahattin ŞEN**  
(Türkiye Maden-İş Sendikası Uzmanı)  
İş Kazalarına İlişkin İstatistik Araştırma

**Dr. Arslan EBİRİ**  
(Türkiye Taş Kömürleri İşletmesi Hekimi)  
(Ruh ve Sinir Hastalıkları Uzmanı / Toplum Hekimliği Uzmanı)  
İş Kazalarında İnsan Psikolojisi Faktörü

**Dr. Yaşar (Çokan) SPOR, Prof. Dr. Turhan AKBULUT**  
**Psk. Ayşen TÜRKBIKMAZ, Psk. Ayşen AKAYOĞLU**  
**Psk. Nihal AKYILDIZ**

(İ.Ü. Tıp Fakültesi)  
İş Kazalarında Ruhsal Etmenlerin Metalden Eşya İmali  
İşkolunda Araştırılması



**Denizci Sağlığı**  
**Doç. Dr. Bedrettin TÜRKEK**  
**(Denizcilik Bankası Deniz Nakliyatı A.Ş.)**

İşçi sağlığının enteresan konularından biri olan Denizcilik Sağlığı, bir talihsizlik eseri olarak şimdiki değ ülkemizde gündeme gelmemiş bulunmaktadır. Bu boşluk, deniz adamı için hazırlanması ve uygulanması gerekli yasaların düzenlenmesine de mani olmuştur. Ben bu konuşmamda onbirlerce deniz adamımızın ihtiyaçları için hiç değilse diğer iş kollarında çalışanlar düzeyinde önlemler alınmasına ışık tutabilecek denizciliğe özel iş hijyeni hakkında bilgi vermeye çalışacağım. Ancak vaktin darlığı sebebiyle bu çok geniş ve detaylı bilgilerin bir kısmını başlıklar şeklinde sunduğumdan ötürü özür dilerim.

Denizcilik Sağlığı nedir? En genel tanım : Denizde çalışacak insanlara işlerinde optimal verimi sağlamaları için gerekli bedensel, ruhsal ve toplumsal iyilik halini koruyup geliştirebilecekleri iş koşullarını sağlamaktır, denebilir.

### **GIYİM**

İnsanda giyim işlevi sadece korunmak değil, aynı zamanda süslenmektir. Ama giysinin temel işlevi insanı çevrenin istenmeyen etkenlerinden korumasıdır. Mekanik olarak koruma : ayakkabı, iş elbisesi, maske ve benzeri kişisel koruma araçlarıyla sağlanır.

Genel olarak giysi kesin bir ısı yalıtıcısıdır. Bu yüzden de vücudun ısı dengesine yardımcı olur. Soğuklarda yüksek ısı kaybını önler. Sıcakta ise dışardan gelen yüksek ısıya karşı bir tür baraj teşkil eder. Vücut yüzeyinin ısı 30 - 32 derecede sabit tutulmalıdır. Düşük ısılarda dokuma ipliklerinin arasında kalan havanın ısınmasıyla dışarı ısı çıkması önlenir. Sıcak iklimlerde ise dıştan gelen sıcak havanın içeri sızması giysi ile engellenir. Bundan başka, vücut yüzeyinde oluşan su buharının dışarı atılabilmesi için kumaş dokusunun uygun olması lâzımdır. Elbisenin yüksek emme gücü buharlaşma yüzeyini büyütür. Bu şekilde vücut ısı dengesi sağlanır. Sadece kumaşın cinsi değil aynı zamanda elbisenin vücuda oturması için kesimi ve biçimine de özen göstermek icap eder. Boyun, bacak ve kol birleşim yerleri sıcak iklimlerde, gerekli havalandırmayı önlemeyecek şekilde bolca yapılmalıdır. Tropikal bölgelerde kolay yıkanabilen kumaşlar seçilmelidir. Aynı zamanda kumaşın renginin açık yahut beyaz olması gereklidir.

Eğer dış giyim emici güce sahip değil ise, ısıdan zarar görmemek için, hiç değilse iç çamaşırının mutlaka emici olması gereklidir. Nemli sıcak kuşaklarda günde en az bir yahut iki kez iç ve dış çamaşırını değiştirip yıkamak icap eder, iç çamaşırını giymemesi tavsiye edilmez, aksi halde emilmeyen ter mantar hastalıklarını doğurur.

Ayağa giyilenler de hafif ve havalı olmalıdır. Çoğunlukla deri ayakkabılar tavsiye edilir. Şimdi soğuk iklimlerde altı köpüklü kauçuktan yapılmış olanlar da kullanılmaktadır. Burda en belirgin özellik ayak tabanının yer ısı ile temas etmemesidir. Başka bir deyişle, bu gibi yerlerde, kaymayan, ısı geçirmeyen deri ayakkabılar en iyisidir. İnce, ısı geçiren delikli sandaletler tavsiye edilmez.

## **MAKİNE BÖLÜMÜNDE HİJYEN KOŞULLARI**

Tüm makine bölümünde ana motor kısmına bağlı yan tesis ve odalarda bütün uygun koşullar ekseriya mevcut olmayabilir. Özellikle hava girişlerinde, istikamet ısınmış makine kısımlarının üzerinden olmamalı, hava veren fan delikleri ve ağızları geminin yapılaş şekline göre makinalardan uzak olarak donatılmalıdır.

Ayrıca makine dairesindeki tamir atölyesine ısınmış havayı sokmamak gereklidir.

Havalandırma esnasında taze hava şarttır. Yanma ve yağın ısınması esnasında oluşan gazlar kusursuz bir şekilde dışarı atılmalıdır. Ancak (Exhost) fanlar taze hava ile ten deliklerin yanında olmamalıdır.

Soğuk bölgelerde atelye ve makine dairesi idari mahalli ayrıca bir ısıtma aygıtı ile donatılmalıdır. Nöbetçi personelin ikamet ettiği yerlerde, yorgunluk giderecek şekilde oturma ve istirahat olanakları sağlanmalıdır.

## **GEMİDE MUTFAK**

Mutfakların donatımı en yüksek hijyenik koşullara erişmelidir. Mutfakta basılan yerler kolay temizlenebilen ve kaymayan maddeden hazırlanmalıdır. Geri kalan yerler pürüzsüz mümkünse parlak satırlı, dayanıklı malzemeden olmalıdır örneğin, paslanmaz çelik. Yiyecek maddelerinin hazırlanmasına yarayan aygıtlar günde en az üç kez temizlenmelidir. Mutfakta el yıkamak için en az bir lavabo bulunmalıdır.

Mutfağa yakın bir mesafede yalnız oranın personelinin kullanımına mahsus bir WC olmalıdır. Mümkünse tahtadan yapılmış hiçbir şey bulunmamalıdır. Ocakların ve tavaların üzerinden çıkan buharlar için kuvvetli ve etkili emme aygıtları tesis edilmelidir.

Kusursuz bir temizlik ancak bir aydınlatma altında olabileceği için ışık yüksek düzeyde bulunmalıdır. Yerlerdeki suyun akıtma kanalları o şekilde yapılmalıdır ki, geminin fırtınalı havalarda yalpası esnasında, pis suyun tekrar geri gelmesine meydan vermesin. Günlük erzakın kısa sürelerle depolanması için özel bir soğutma odası veyahut erzak odası bulunmalıdır. Revir odası özel şekilde seçilecek bir havalandırma cihazıyla donatılmalıdır. Revirden boşaltılan hava hiçbir şekilde kamaralara girmemelidir. Ayrıca revir fanlarının diğer genel havalandırma borularıyla birleşimi varsa, bu kanallar geri kapanan (supap) kapaklarla donatılmış olmalıdır. Çünkü revirden çıkan havada her an enfeksiyon tehlikesi bulunabilir.

Bundan başka revirde güverteye açılan basınçlı havalandırma fanı bulunmalıdır.

Bütün havalandırma ve işletme tesisatının temizlenmeye ihtiyacı vardır. Bunun için de özellikle basınçlı hava kullanılır. Bu esnada oluşan ve yerlerinden kopan tozlar fanların ızgaralarını tıkadığından bunların temizliğine de çok dikkat etmek lâzımdır.

## **KLİMA**

Tropik koşullarda yolculuk eden bütün gemilerde, klima tesisatı kurulmalıdır. Tropik kuşak "İki 30 derece enlem dairesinin arası" demektir.

Bu klima tesisatı kurulurken, sadece ısı değil nemliliğin uygunluğu da önem taşır.

Özellikle sıcak yörelerde ısı şokundan korunmak için çalışma yerleriyle oturma ve istirahat salonları arasındaki ısı farkı, 5-6 dereceyi geçmemelidir. Klima tesisatının kul-

lanımı için mutlaka yeterli temiz hava oluşturulmalıdır. Klima aygıtları kısmen kullanılmış ve odadan çekilen serinletilmiş havayı dışarı çekip tekrar içeri vermemelidir.

Hava değişiminde belli oranda taze hava katmak mecburiyeti vardır. Bu oran taze hava için % 30'dan aşağı limitte olmamalıdır. Burada dikkat edilecek husus, çalışma yerinde, makine dairesinde, tuvalet ve özellikle gemi revirinde değişen havanın hiçbir surette tekrar geri alınıp kullanılmamasına özen gösterilmesidir.

Bunun için de, dışarı atılan pis havanın en kısa yoldan tekrar geri gelmeyecek şekilde yok edilmesi icap eder. Klima esnasında, soğutulan kamara ve salonların 21 dereceden aşağı düşmemesi lazımdır,

### **TOZ, GAZ VE BUHARLAR**

Gemi yolculuğu esnasında adi tozlanmalar karada olduğundan daha azdır. Tozla kirlenmeler kıyıya yakın yerlerde daha fazlaşır. Özellikle geminin liman ve rıhtımda tahliyesi ve yüklenmesi esnasında fazla oluşur. Ayrıca uygunsuz ortam motor ve kazan dairesinin çalışması sırasında meydana gelir.

Toz zehirlenmeleri, kurşun oksit ve beyaz kurşun tozunun anbarlara doldurulması esnasında meydana gelir.

Geminin boyanması ve onarılması esnasında kronik kurşun zehirlenmeleri oluşabilir. Tahliye ve doldurma yapılırken katranlı kömür, soda, bakırsülfat (göztaşı) ve kükürt tozundan deri hastalıkları oluşabilir.

Bütün bunlardan korunmak için belirli yüklemelerde eldiven, koruyucu gözlük ve toz maskelerinin kullanılması gereklidir. Yukarıda bahsedilen ortamda ayrıca allerjik deri hastalıklarının meydana gelmesine çok sık rastlanır.

Gaz zehirlenmelerini, oksijenden yoksun maddeler yapar. Örneğin karbondioksit, Klorlu kireç, Hidrosiyamik asit gibi.

Klorlu kireç yüklemelerinde bidonlardan sızan klor gazı şiddetli zehirlenmelere ve boğulmalara yol açabilir. Ayrıca sıcak kükürt asiti oluşup, açığa çıkan bu asit, akciğerlerde tahribat yapıp ölümlere yol açar.

Bir de gemilerde haşaratın ve farelerin imhası için yapılan gazlama işlerinde (İtlaflar), bütün önlemlere rağmen yine de zehirlenmeler olabilir. Bunun için gazlanmış geminin zabitan ve mürettebatı 24 saat kesin olarak gemiyi terketmek mecburiyetindedir.

Ferro-silisyum ve mangan silisyum yüklemelerinde arsenik ve fosfor zehirlenmeleri oluşur.

Bütün bu zehirlenme türleri, iyi kapanmamış ambar kapaklarından sızan gaz ve tozların kamaralara ve salonlara sızması neticesi görülür. Bunların içinde en tehlikeli benzol zehirlenmesidir.

Diğer bir zehirlenme türü de, hurma çekirdeği, Asya fasulyesi, kolza, susam, pamuk çekirdeği, kenevir, Hindistan cevizi ve mısır unlarının depolanmasında oluşur.

Sıvı maddeler ve gaz depo etmiş tankerlerde zehirlenme tehlikesi daha fazladır. Buralarda depolanmış sıvı madde zamanla ve dış etkenlerle buharlaşarak, mürettebata bulaşabilir. Ayrıca yanma ve patlama tehlikesi mevcuttur. Her türlü eriyik maddenin depolanması esnasında, milletlerarası tavsiye ve yöntemlere uyulması şarttır.

Zehirli gaz bulunan ambar ve odalarda çalışırken en sıkı güvenlik tedbirlerinin alınması lâzımdır. (Konsantrasyon ölçümü, gaz maskesi, garanti ipi, mekanik havalandırma ve tehlikeli mıntıka haricinde bulunan gözlemciden devamlı direktif almak ve onu dinlemek.)

Filtreli maskeler sadece kaçış esnasında kullanılır ve etkilerini oksijen olmayan yerlerde kaybederler.

Kömür ve bütün organik maddelerin yüklenmesi esnasında (tahıl, patates, soğan) Co2 bileşimi olabilir. Esaslı bir havalandırma ve gaz konsantrasyonu ölçümü anbarların her doldurulmasından önce gereklidir. Özellikle insanlar için bilinen bir tehlike olan (polen) allerjisi geminin tahıl yüklemesi esnasında oluşarak hassas kişilerde, astmatik ve allerjik yakınmalar meydana getirir.

## **SU TEÇHİZATI**

Suyun hijyenik Koşulları :

Deniz suyu sadece gemi tuvaletlerinin temizlenmesinde kullanılır. Gerçi açık denizlerde sular hemen hemen temiz sayılır. Liman ve yerleşme bölgelerine yakın denizlerin tamamıyla pis kabul edilmesi lazımdır. O yüzden kullanma sularının hemen hemen içme suyu özelliklerine çok yakın olması lazımdır.

Suların kimyasal yönden o kadar sıkı koşullara tabi olmaması lazımdır. Özellikle suyun sertliğini yapan kireç miktarı kirliliğine ve temizliğine etki yapmaz. İçme suyu hastalık meydana getiren, basil (coli basili dahil) parazit ve yumurtalarından ve diğer zararlı maddelerden arınmış olması lazımdır.

Berrak, renksiz, mikropsuz ve lezzetli bir su en idealdir. Yani içme suyu mümkün olduğu kadar menbadan geminin su deposuna doğrudan doldurulmalıdır. Ortada araç olarak kullanılan boru, hortum ve su taşıma kaplarında az yahut çok bir kirlenme husule gelir.

Her durumda sularda hastalık yapan mikrop bulunmamalıdır. Bunun saptanması sularda coli basili ölçmesi ile olur. Coli basili esasında bir hastalık yapmamakla beraber suyun muhakkak lağımla karıştığını gösterir.

Bundan başka bağırsaklarda, kurtlar, tropikal ve subtropikal bölgelerde dizanteri amipleri ve diğer parazitler bulunur. Hastalık oluşturan basiller çıplak gözle fark edilemezler. Bu yüzden suyun berrak olması hiçbir zaman onun bakteriyolojik yönden mükemmel olduğunu göstermez. Mikroplu sular bilinen dezenfeksiyon yöntemleri ile artırılıp kullanılabilir duruma geçirilebilir.

## **BİLİNE DEZENFEKTE ŞEKİLLERİ**

Kaynatma, Klorlama, Ultraviole ışınlaması, Filtreleme, Ozonlama ve Gümüş jonzlaması'dır.

Bugüne kadar kaynatmanın yanında klorlama da en etkili şekil olarak benimsenmiştir. Fakat bunun yanında ultraviole ve ozonlamada bazı ülkelerde yapılmaktadır. Klorlama sisteminde 1m küp suya veya 2 gr. taze kireç kaymağı, hipogloritli su karıştırılır. Çok pis sularda yabancı maddeler kloru yok ettiğinden ekseriya yukarıdaki miktarlar az



gelir. Eğer geminin su tankı pis ise ilk defa mekanik bir temizleme yapılır, normal verilenin 100 katı kadar klor konularak dezenfekte edilir ve tekrar boşaltılır. Bu arada içerde hiç bir hava boşluğu bulunmaması sağlanır. Doldurma ile boşaltma arasında on saat geçmesi lazımdır. Boşaltılan depo temiz su ile doldurulur.

## **SU TESİSATI**

Su tesisatı boruları gemi kamaralarında ve koridorda olmayıp tavanda asılı olmalıdır. İçme suyunun verilmesi için kullanılan musluklar sadece bu iş için kullanılmalıdır.

Bu muslukların ve vanaların bir muhafazası olmalıdır. Eğer istisnai durumlar yüzünden gemiye şehir suyu alınamıyorsa temiz bir kuyudan istifade edilebilir. Suyun naklinde tulumba, hortum, musluklar ve diğer araçların temizliğine son derece itina edilmelidir.

Gemideki yüzme havuzunun temizliği çok önemlidir. Havuzun suyunun doldurulması ve boşaltılması sonrasında hortumlar limandaki denizin kirli suyuna temas ettirilmemelidir.

## **BESLENME VE İÇECEKLER**

İnsanın enerji ihtiyacı kilo kalori ile ölçülür bedensel durgunluk varsa vücut ısısını 37 dercede tutmak ve iç organların metabolizmasını dengede muhafaza etmek için yüksek bir kaloriye ihtiyaç yoktur.

Bu durum cinsiyete, yaşa, boya ve kiloya göre değişiktir. 70 kg. ağırlığında 1.70 cm. boyunda 20 yaşındaki bir erkeğin durgunluk halinde ihtiyacı 1750 kilo/kaloridir. Aynı yaşta 50 kg.'da ve 1.60 boyunda bir kadının ihtiyacı ise 1340 kilo/kaloridir. Takriben her kilo ve saat 1 kilo/kalori olarak hesap edilir.

Ayakta dururken, yatış vaziyetine oranla % 20 daha fazla kaloriye ihtiyaç vardır. Yalnız oturma durumunda bile, yetişkinin günlük enerji ihtiyacı 2400 kilo/kaloridir. Buna ek olarak basit işlerde her çalışma saati için 75 kilo/kalori, ağır işlerde ise 500 kilo/kalori eklenir.

İnsan vücudu su, karbon, hidrojen, oksijen, azot, kükürt, klor, fosfor, silisyum, kalsiyum, mangan, demir, iyot, florür ve diğer elemanlardan oluşmuştur. Bu elemanlar kısmen anorganik bileşimlerde, tuz iyonu olarak çoğunlukla organik birleşimlerde görülür. Vücuttan çıkan elemanların, yeniden oluşması veya tamamlanması için bu elemanların büyük ölçüde tekrar vücuda girmesi lazımdır.

Özellikle tuzların bir kısmı vücuttan atılır, (ter) ve her gün belli bir oranda tekrar vücuda alınır, (yemek), bu yolla vücudumuza günde 10-15 gr. yemeklik tuz girer. Isı karşısında terleme yüzünden bu ihtiyaç artar. Diğer iyonlardaki günlük ihtiyaç tuza nisbetle dah azdır.

Bu yüzden bunlara ait rahatsızlıklar ancak uzun süren bir eksiklikten sonra meydana çıkar.

Organik bileşimler vücutta sürekli yıkılır ve yeniden oluşurlar, (analiz, sentez).

## **ALKOL ve İÇECEKLER**

Bazı tropik ülkelerde ve sefer sırasında dahi yakın zamana kadar su ihtiyacı, Avrupa'dan alınan alkollü içeceklerle karşılanıyordu; alkol sıcak bölgelerde soğuk iklime nisbetle, insan vücuduna daha çok etki yapar.

Çok çabuk görülen psikolojik tesirinin yanında, fiziksel etkisi meydana çıkar. Alkolün kalori miktarı yüksek olup, hararet, yorgunluk ve uyku yapar.

Yüksek dozda sulandırılmış alkollü içkilerin bir zararı yoksa bile içildikçe alışkanlık yapıp, yüksek alkollü içkilerin alınmasına öncülük yapar.

Soğuk içkiler sağlığın bozulmasına neden olur, büyük ısı farkları; vücut ısısının dengesine zarar vererek, mide-bağırsak fonksiyonlarını bozar, özellikle içinde buz taneleri bulunan sular içilmemelidir. İçeceklerin ısısı 16-18 dereceye göre ayarlanmalıdır.

Gemilerde ekseriya kondanse sütten yapılan kahvaltılar verilir. Bu tip sütün bulunmadığı hallerde taze süte benzeyen birleşimler üretilebilir. Yaz aylarında dondurulmuş taze süt kullanılabilir. Bazen yağsız süt tozuna taze tereyağ ve su ilave edilerek aynı taze süt tadında bir mahlül elde edilir. Bu sayede mürettebatın bira ve maden suyu içme alışkanlığı azaltılabilir.

Gıda maddeleri ve içecekler hazırlanırken, bunları yapmaya yarayan aygıtların çok temiz tutulması lazımdır. Özellikle yiyeceklerle ilgilenen kişilerin şahsi sağlığı ve temizliği ön planda tutulmalıdır. Yemek hazırlama, erzak deposu gibi yerlerin ısısının sabit tutulması gereklidir. Beslenme hijyenine içme suyunun hazırlanması, buna bağlı olarak filitreler ve yiyecek maddelerinin beslenme fizyolojisine uygun olması da dahildir.

Vücut metabolizması için gerekli olan ve kendi kendine oluşmayan maddeler yiyeceklerden alınır. Bunlar ana maddeler olup aminoasitler diye anılır. Bu faktörlerin eksikliği ölüme yol açar. Yağ asitleri, vitaminler ve tuz iyonları gibi maddeler de hayati olan besin elemanlarıdır. Bunların hepsinin toplamı 50'yi geçmez.

Tropik ve subtropik bölgelerde erzak alımına çok dikkat edilmelidir. Dikkatsizce alınan, limon, portakal, Hindistan cevizi, muz gibi kabuklu meyvaların yanında sebzeler ve kısmen et alımına da çok dikkat sarfetmek icap eder. Taze salatayı ve çiğ yenen meyveyi permanganat döpötas mahlülünde 15 dakika tutmak endişeleri izale eder. Fakat bu yolla amip, bakteriler ve yumurtaların öldürülmesi tam olmaz. Tek ve en garantili yol, sebze ve meyvaların en azından 30 saniye kaynayan suda bırakılmasıdır. Eğer salgın tehlikesi varsa (kolera, tifo, paratifo, dizanteri) çiğ sebze ve meyvalardan vazgeçmelidir.

Ayrıca salgını yapan mikropları en iyi taşıyıcı olan besin açısından çok değerli tavuk ve ördek yumurtaları uzun bir müddet kaynatılmalıdır. Etlerin buzluktan çıktıktan sonra mümkün olduğu şekilde çabuk pişirilmesi lazımdır. Özellikle kıyma şeklindeki etin uzunca bir müddet oda hararetinde beklemesi, mürettebat üzerinde çeşitli mide, bağırsak infeksiyonlarının oluşmasına yol açar.

## **HAŞARAT VE ZARARLI HAYVANLAR**

Sıçanlar ve Fareler :

Sıçanlar ve fareler sadece yiyeceklere zarar vermekle kalmazlar her şeyden önce sıçan piresi veba hastalığı amillerini taşıdığı için salgın oluşturabilir. Bu sebepten dolayı,

sıçanlarla savaşmak için uluslararası anlaşmalar yapılmıştır. Bunlara göre gemilerde sıçan tesbit edilince liman idareleri tarafından gazlama şeklinde itlaf ameliyesi tatbik edilir. Bundan sonra liman sağlık sorumlularınca gemi gayet dikkatli şekilde muayene edilerek, limandan çıkış belgesi verilir. Ayrıca bu muayeneler periyodik şekilde tekrarlanır. Gemilerde kullanılan malzemenin fare üremesine müsaade etmeyecek metalden yapılması lazımdır. Ayrıca gemi rıhtımda ise farelerin içeri girmemesi için iskele ve bağlama halatlarına farelerin geçmesini önleyici aygıtlar takmak gereklidir.

## **BÖCEKLER**

### **Hamamböcekleri :**

Hamam böcekleri gemi hijyeninde önemli bir rol oynar. Eskimiş gemilerde daha fazladır. Hayvanların yumurtaları çok gizli salgın oluşturabilir. Püskürtülen ilaçlar genellikle etksiz kalır. Bunu önlemek için tarafımızdan geliştirilen bir metotla kalıcı tesiri alan sıvı bir ilacın sulandırılmadan kuzine, banyo ve duşlardaki duvarların dikey ve yatay uçlarının birleştiği çizgiye yağlı boya fırçası ile sürülmesi yeterlidir. İlaç zehirli olduğundan mümkün mertebe el değmeyecek yahut bir yiyecek ve içecek maddesiyle on gün temas etmeyecek biçimde kontrol altına alınması gereklidir. (O, O-dithyl-O-(2-isopropyl-4-methyl-6-pyrimidin phosphorotioate) Bu böcekler her hastalığı taşıyabilir, özellikle geçici sarılık hastalığının virüslerini de naklettiği gözden kaçırılmamalıdır. Bunlar her şeyi yerler, karanlıkta saklandıkları yerlerden çıkarlar, yemek ve içecek artıklarına saldırırlar, özellikle mutfak, banyo ve sıcak nemli yerlerde oluşurlar.

### **Pireler :**

Bugün için gemilerde nadiren rastlanır. Çok hastalık taşırlar. Köpek piresi köpek şeridini, sıçan piresi veba hastalığını nakleder. Sıcak yerlerde yaşayan kum piresi ise özellikle ayak parmaklarında yaralar açar.

### **Tahta Kuruları :**

Genellikle hastalık taşımazlar. Kafa ve elbise bitleri ise bugün çoğunlukla tropik ve subtropik iklimlerde görülür.

Elbise bitleri lekeli humma amilini taşırlar.

### **Sivrisinek ve Sinek :**

Bunların çeşitli cinsleri tropik yerlerde hastalık taşıyıcısı olarak gözönünde bulundurulmalıdır. (Sıtma, uyku hastalığı vs.)

### **Depo Haşereleri :**

Erzak depolarında yaşayan haşerelerin türlü cinsleri vardır.

En tanınanı (Khapra) böceğidir. Erzak için son derece zararlıdır. Yasal talimata göre bunlarla mücadele için Uluslararası önlemler alınmış olup, gıda maddeleri ile yakın ilgileri olduğu için yok etmek çok zordur. Ancak temizlik, çürümüş erzakın yok edilmesi ve erzak depolarında nemliliğin olmaması lazımdır.

## **İŞ HASTALIKLARI - NÖBETLERİ**

Bir gemide güvertedeki iş durumu nöbet şekli ile ayarlanır. Bu sistem en eski ve tanınmış sistemdir. Bugün hala gemilerde ikili yahut üçlü nöbet sistemi tatbik edilir. Daha

ufak gemilerde altı saat nöbet altı saat dinlenme şeklindedir. Sık sıkta İngiliz nöbeti denilen altı saat nöbet, dört saat dinlenme süresi şeklindedir. Daha büyük gemilerde kafi mürettebat varsa dört saat nöbet ve sekiz saat dinlenme süresi verilir. Kuşkusuz gereken tamir işlemleri, dinlenme süresi içinde yapılmalıdır. Gemi işletmesinin monoton koşulları buna bağlı olarak vatandan ayrı olarak yaşamanın hasreti, kültürel ortamdan uzun süre uzak kalmak önemli psikolojik hastalıklara neden olur.

Yeni araştırmalar geminin sefer esnasında nöro-psikolojik hastalıklarda bir artış meydana getirdiğini göstermiştir. Aynı zamanda gemi adamında gerekli enerji toplamada düşüş olduğu gösterilmiştir. Eskiden ağır iş adamı sayılan denizci bugün hafif iş yapabilecek kapasiteye kadar düşmüş haldedir. Aynı zamanda nöro-psikolojik rahatsızlıkları yüksek dereceye çıkmış bulunmaktadır. Seferler devam ettiği müddetçe bu yükseklik devam edecektir. Aynı uçak yolculuğunda olduğu gibi insan gemide de en kısa zamanda iklim değişikliğine maruz kalır. Ekseriya havanın nemliliğine bağlı olarak genellikle ısı aniden artması eksilmesi insan bedeninde olumsuz etkiler yapar. Özellikle nemli sıcak iklimde tropik bölgelerde makina dairelerinde, mutfak ve kamaralarda yüksek ısı ve nemlilik rahatsızlık verici olur.

Bir gemide havalandırma işleri özel işlemler olmaksızın, yeterli bir şekilde çözümlenemez. Geminin en azından kamara ve oturulacak bölümlerindeki mikroklimatik oranları alışılmış düzeye yaklaştırmak için, teknik ve mekanik araçlar kullanılmalıdır. Bunun sonunda mürettebatın iş gücü verimliliği artar. Rahatsızlık oranı azalır. Ancak ısı azaltılırken hiçbir zaman kuvvetli bir düşüş olmamalıdır. Konfor düzeyini yükselten diğer bir faktör de, özellikle yine tropik bölgelerde hava nemliliğinin düşük olmasıdır. Eğer denizciler tropik bölgelerde klimatize edilmemiş, kamaralarda vantilatör akımına, hafif bir giyimle serinlemek üzere güvertede rüzgar akımına maruz kalırlarsa kas, romatizma, mide ve bağırsak hastalıklarına yakalanırlar.

Makina dairesi ve mutfak gibi ekstrem değerlerde sıcak olan yerlerde iyi bir klimatisasyon elde edilemez.

Bu gibi yerlerde hava vantilyasyonu iyi ayar edilmezse ters etki yapabilir. Bu yüzden çok sıcaktan soğuk yerlere çıkarken giysilerin giyimine özen göstermek gereklidir.

Güverte bölümündeki rahatsızlanmalar çoğunlukla seferde yükleme boşaltma ambar patlaması, nemlenme, tankların temizlenmesi sırasında gaz, toz ve buhar yoluyla olur. Tanklarda zehirlenme tehlikesi benzol oranı yüksek olan aromatik yükler sayesinde oluşur. Bunlardan başka her şeyden önce ham yağ bulunan yerlerde hidrojen sülfürden, denizdeki dalgadan olan yalpa esnasında çeşitli yüklerden oluşan zehirlenmeler görülebilir. (Varillerin devrilmesi, fıçı ve denklemlerin parçalanması).

Hastalık oluşturan bakteri ve virüsleri barındıran bazı yükler vardır. En önemlisi şarbonu oluşturan post, kemik ve hayvan tüyü denklemleri gibi. Şarbon amilleri deri ve kıllar arasında bulunan spor olup deriye temasla bulaşır. Bu gibi malların yüklenmesi esnasında tozdan koruyucu maskeler, koruyucu elbise ve eldivenler kullanılmalıdır. Bütün kazalardan korunma önlemleri insan sağlığını iyi bir amaca ulaştırmak, gerekli olan iş gücünü korumak için alınır.

Deniz meslek kooperatif ve birlikleri bütün kazalar için gerekli önlemleri saptıyarak gemilere yazılı şekilde dağıtır. Bu talimatlara uymayanlar cezalandırılır. Bunları yasa mahiyetinde kabul etmek zorunluluğu vardır.

### **AYDINLATMA**

Aydınlatma kazalara karşı alınan önlemlerin önemlilerinden biridir. Aynı zamanda iş hijyeni açısından da mühim rol oynar. Yetersiz aydınlatma iş verimini engeller, yetersiz aydınlatılmış bir bölümde tam anlamıyla bir temizlik düşünülemez.

Aşağıda koşullara uymak gerekir:

1. Doğru yerden ve doğru zamanda aydınlatılma yapılması gerekir. Örneğin; açık denizde yol alanlar için bir uyumsuzluk olmaması için gündüzleri kuvvetli, geceleri hafif; aydınlatma yapılmalıdır. (Adaptasyon)

2. Göz aldatici görüntü oluşmaması için yansıtıcı yüzeylerle parlak makine kısımlarından korunmak gereklidir.

3. Işığın renginin dağılmaması ve gölgelerin doğru olması gerekir.

4. Gözlerin bozulmaması için ışığın titreşim olmaması lazımdır. (Stroboskopik)

5. Makine ve kazan dairesinin en düşük aydınlatma derecesi 200 lux'luk olmalıdır (Mum). Bu önemli kısımlarda 500'lük ve daha yüksek aydınlatma gereklidir. Göz aldamaması ve yanlış düşen gölge karaltısı önlenmelidir. Özellikle kamarada aletlerin ve kontrol göstergeleri yansıma yapacak biçimde olmalıdır. Kamarada aletler kendiliğinden ışıklı olmalıdır.

6. Dönlenme bölümünün aydınlatılması; Yemek ve dinlenme salonları gibi bölümler ve bunların antreleri en az 200 lux'le 500 lux arası aydınlatılmalıdır. Kamaralar en az 100-150 lux, yazı masalarında ise 250 lux'e ulaşılmalıdır. Aydınlatmanın cinsi ve düzeni kamaraların kullanılabilirliği açısından önem taşır. Koridorlar, tuvaletler en az 50-75 luxle aydınlatılmalıdır. Daha önce de değinildiği gibi bu aydınlatma esnasında koşullara göre oranlar ayarlanmalıdır. (Geceleri ve gündüzleri göz kamaşmasına meydan veremeyecek şekilde tatlı ışık)

### **GÜRÜLTÜDEN DOĞAN HASTALIKLAR**

Gemi yolcuları için belirlenmiş aynı zamanda enternasyonal şemaları da içeren değerlendirme cetvelleri, deniz meslek dernekleri (birlikleri) tarafından açıkça bu talimatnamelerde dB (A) sınır değeri ve (NOISE Rating Curvers) (150) frekans değerlendirilmesi kabul edilmiştir.

Makina dairesinde sürekli çalışılan yerler maksimum 90 dB (A) olmalıdır, daha fazlasında koruyucu kullanılmalıdır. 110 dB (A)'lık bir düzey kısa süre sonra işitme bozukluklarına neden olur. Bu etkiyi mutlaka yok etmek gerekir. Üst zemin olarak oturma odalarında 60 dB (A), mutfak yemek ve dinlenme bölümlerinde 65 dB (A)'ya kadar kabul edilir,

Eğer kullanılmakta olan aygıtların gürültü göstergesi (dB = Desibel) istenilen düzeye indirilemiyorsa, makine personelinin işitme yeteneği muhakkak korunmalıdır. Kulağa pamuk yahut plastik kulaklık takılması icap eder. Ancak bu önlemler yardımcı

çare olarak kabul edilir. Sesin çoğalmasi insanlarda güvenlik duygusunu azaltir. Sıcak havalarda gürültü insan psikolojisine daha zarar verir.

Diğer teknik ve bireysel korunma yollarından daha esaslı çare gürültünün çıkış ve süresinin kısaltılmasıdır. Bunlar günlük yahut haftalık vardiya nöbetlerinin iyi tayini ile olur.

Subjektif belirtiler, hafif ve genel bir rahatsızlıktan, konsantrasyon ve verimlilik eksikliğine, ağrılara, iş görme yeteneğinin bozulmasına kadar gidebilir.

Makine dairelerinde çalışan personelin duyma bozuklukları bu konuyu desteklemektedir. Fakat bu gürültünün zarar verişii, sadece makine başında çalışan personele ait değildir. Makine dairesinin yakınında bulunan kamaralarda dinlenen personel için de tehlike mevcuttur. Kamaralarda da mekanik ses tonunun alçalıp yükselmesi de vegetatif sinirsel sisteme ters etki yapıp sağlığı tehdid eder.

### **VİBRASYON**

Tıp dilinde vibrasyondan, bir frekans alanındaki 1....100 Herzlik (Hz.) titreşimler anlaşılır. Bir insanın reaksiyonları; kısmen ve bedensel rezonansları bu alan; içindedir. Gemi titreşimleri, bu rakamların daha alçak kısımlarında yer alır. Çok düşük titreşimler bile insan organizmasını rahatsız etmeye yeterlidir. 1....4 Hertz'lik bir alan bile, yer zellesinin 2,5-3 Hertz'ine tekabül ederek insanı rahatsız etmeye yeter. 1 Hertz'in altındaki titreşimler vibrasyon olarak kabul edilmezler.

Geminin yol almasına bağlı hareketler, 0,1 olabilir. Burada her insan farklı reaksiyonlar gösterebilir. Çok az kimse bir tepki göstermez. Büyük bir kısım ise rahatsızlık duyar. İstisna olarak bazılarında kuvvetli reaksiyon oluyor.

### **GÜVERTEDE VİBRASYON**

Bu geminin yapımı vibrasyonun gemiye iyi bir şekilde yayılmasını sağlar, bir gemide genel ve lokal titreşimler bulunur. Normal frekans geminin konstrüksiyonuna, yüklülüğüne ve onu çevreleyen suya bağlıdır.

Makinaların çalışmasıyla ilgili titreşim 1....4 Hz. kadardır. Gemideki normal vibrasyonlar normal olarak kendi frekanslarının altındadır. Pervane de bazı durumlarda yüksek lokal titreşimler yapabilir. Özellikle yüksek dalgalar geminin kışını sudan çıkardığı vakit boş dönen pervane makine (Shut-Down) yapıncaya kadar büyük titreşim yapar.

### **SEFERDE RUHİ DURUM**

En büyük pişik rahatsızlıklar kişiyi yakınlarından ve oturduğu yerden ayrı bırakan seferlerde baş gösterir. Bu rahatsızlıklara genellikle ilk deniz seferinde özellikle genç insanlarda rastlanır. Daha yaşlılarda yeniliğin çekiciliği uzun seyahat amacının enteresanlığı bunu örter.

Başlangıç süresinden sonra ayrılık, ruhi bozukluklara neden olur. Bu durumda alkol imdada yetişse de bir fayda vermez; alkolicmi depresyonlar takip edebilir.

Uzun süren yolculuk sonucu oluşan monotonluk bir yenilik ihtiyacını doğurur. Bunu da alkol temin eder. Özellikle sefer sırasında sürdürebilecek bir hobisi olmayana, boş zamanları bile eskisi kadar çekici gelmez.

Eskiden yalnızlık belirtileri, yüksek rütbedeki deniz zabıtlarında gözükürdü. Şimdi modern gemilerde mürettebat için bile müstakil kamara sistemine gidilmesi bu yalnızlık faktörünü arttırmaktadır. Diğer bir hususta planlı seferin çok uzamasıdır. Kendini kısa zamanda ayarlayan mürettebat uzun liman dışı ve rihim beklemelelerinden ve seferin gecikmesinden çok rahatsız olmaktadır.

### **GEMİDE İNSAN MÜHENDİSLİĞİ**

Antropoteknik: İnsanın metrik ve dinamik, psikolojik ve fizyolojik verilerinin teknik ve iş alanına ayarlanmasıdır.

İş yerinde aletlerin, cihazların makinaların kontrüksiyonu insanın özelliklerine göre hazırlanmalıdır.

Antropoteknik sahada çalışan bir mühendisin insan fizyolojisi ve anatomisi hakkında bilgi sahibi olması gerekir.

Antropotekniğin bir koşulu, tek tek bireylerin ve tüm gemi toplumunun metrik ve dinamik durumlarını incelemektir. Buna antropometri denir.

Makina kontrüksiyonu esnasında insan vücudunun ölçüleri ve yetenekleri önemli bir rol oynar. Örneğin, ayakta durma ve oturma ölçüleri, harekete elverişli kol ve bacak, kas ölçü ve yetenekleri gibi,

Antropoteknik bakımından güvertede daha başka önemli noktalar göze çarpar. Gemi işletmesinin kesintisiz çalışma gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır. Gemilerde otomasyonun ilerlemesi yüzünden mekanik ve kuvveti gerektiren hizmet fonksiyonları azalmıştır. Buna mukabil otomatik kontrol sistemlerinin gelişmesi göz ve kulak duyarlarının fonksiyonunu en başa geçirmiştir.

Gemi inşa planlarında, göze kulağa hitap edebilecek şekilde şalter, düğme, sigorta, musluk, fan, hoparlör, telsiz aygıtları, renkli işaret ve yazılar çok önem kazanmaktadır.

Dümenin, geçersiz konumu, hizmet elemanlarının yanlış dağılımı ve donatımı, yetersiz ışıklandırma, vs. mürettebatın çalışmasını zorlaştırır. Bu aynı zamanda kontrüksiyon zayıflığı fark edilmeyen sinyaller için de geçerlidir. Burada sağlam bir göz tarafından iyi farkedilen bir sinyalin zayıf bir göz için geçersizliği göz önünde tutularak her tür sinyalin çok kuvvetli yapılması gereklidir. Dümen, radar, sürat vs. göstergelerinin açık okunacak şekilde yapılması gerekir. Ayrıca işitilebilecek şekilde net bir ses tonuna sahip olması lazımdır.

Güvertede ve makinada çalışacak personelin, kas, kemik ve beş duyu bakımından ayrı ayrı vasıflara sahip olması gereklidir. Özellikle mutfak hizmeti yapacak şahısların, hastalık bakımından sıkı bir sağlık kontrolünden geçirilmesi gereklidir.

Ayrıca mürettebatın istekliliği ve işinden zevk alması önemli faktörler arasındadır.

**Bir Fabrika İşçilerinin Sağlık Sorunlarına İlişkin Araştırma**  
**Op. Dr. Gufran BAKIRCI**  
**(Halk Sağlığı ve Nisahiye Uzmanı)**

**AMAÇ**

Araştırma bir fabrikada, bir yıllık süre içerisinde işçilerin sağlık açısından değerlendirilmesi ve işyeri sağlık hizmetlerinin nicel ve nitel olarak gösterilmesi amacı ile planlandı.

**YÖNTEM**

Araştırma 1977 yılında Ankara'da uygulanmış tanımlayıcı ve kimi analitik yönleri de olan bir çalışmadır. Araştırmada bir anket formu, işyeri kayıtları, hekime başvuru defteri kullanıldı. Her işçiye fizik muayene yapıldı ve bir yıl süre ile izlendi. İşçilerin ağız sağlıkları diş hekimi, iş yerinin çevre koşulları iş hijyenisti tarafından değerlendirildi.

**ARAŞTIRMA YERİNİN NİTELİKLERİ**

Fabrika, Ankara-İstanbul yolu üzerinde taş kırma makinaları üreten tümü erkek 370-400 işçi çalıştıran, haftada 48 saat mesai, Cumartesi ve Pazar günleri fazla mesai yapılan bir işyeridir. İşyerinde tam gün çalışan bir sağlık memuru, revir ve ambulans vardı. İşyeri A simgesi ile gösterildi.

**BULGULAR**

A işyerinde araştırmaya katılanların yaş gruplarına dağılımı Tablo 1 de gösterilmiştir. Çoğunluğu 241 kişi ile (% 64,9) 21-30 yaş grubu oluşturuyordu.

Tablo 1. A işyerinde Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (1977)

Yaş Grupları	Sayı	%
20 ve Ø	46	12,4
21 - 30	241	64,9
31 - 40	60	16,2
41 ve ≠	24	6,5
<b>TOPLAM</b>	<b>371</b>	<b>100.0</b>



Araştırmaya katılanlardan 168 kişinin (% 45,3) doğum yeri Ankara idi. Köy doğumlu olanlar 248 kişi (% 66,9) ile çoğunluğu oluşturuyordu.

İşyeri çevre koşullarının iş riskine göre değerlendirilmesinin yaş gruplarına göre dağılımında yaş küçüldükçe iş riski artıyordu. ve bu önemli idi (Tablo 2).

Tablo 2 : A İşyerinde Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarının İş Riskine Göre Dağılımı (1977)

YAŞ GRUPLARI	İŞ RİSKİ PUANI				TOPLAM
	20 den az		20 ve daha fazla		
	Sayı	%	Sayı	%	
30 - 0	78	27,2	209	72,8	287
31 - ≠	43	51,2	41	48,8	84
TOPLAM	121	32,6	250	67,4	371
$\chi^2 = 17,05$	s.d. = 1				$p > 0.05$

Kişilere tek tek sorularak 1977 yılında en az bir gün işgörmezlik yapan iş kazası geçirip geçirmedikleri öğrenildi (Tablo 3). Hekime başvuru defterinden saptanan tüm iş kazaları ise Tablo 4 de verildi. 1977 yılında A işyerinde 129 ( % 34,8) kişi iş kazası geçirmişti. ( % 56,1) SSK 1977 istatistik yıllığına göre aynı yıl içinde sigortalı işçilerde iş kazası geçirme % 9,2 dir. Buradan, sigortalı işçilerde bile tüm iş kazalarının bildirimini yapılmadığı kanısına varılabilir.

Tablo 3 : A İşyerinde Araştırmaya Katılanlarda En Az Bir Gün İşgöremezlik Yapan İş Kazası Geçirme Durumları (1977)

İŞ KAZASI	Sayı	%
Geçirmemiş	310	83,5
1 kez	52	14,0
2 kez	7	1,9
3 kez	1	0,3
3 kez	1	0,3
TOPLAM	371	100,0

Tablo 4 : A İşyerinde Araştırmaya Katılanlarda Hekime Başvuru Defterinden Saptanan İş Kazaları (1977)

İŞ KAZASI	Sayı	%
Geçirmemiş	242	65,2
1 kez	76	20,5
2 kez	35	9,4
3 kez	12	3,2
4 kez	4	1,1
5 kez	2	0,6
<b>TOPLAM</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>

Eğitim durumu azaldıkça iş kazası geçirenlerin sayısı artıyordu ve bu ilişki önemli idi. (Tablo 5).

Tablo 5 : A İşyerinde İş Kazası Geçirme İle Eğitim Durumunun Karşılaştırılması (1977)

EĞİTİM	İŞ KAZASI GEÇİRME				TOPLAM
	Geçirmemiş		Geçirmiş		
	Sayı	%	Sayı	%	
0 - 5 yıllık	138	59,5	94	40,5	232
5 yıldan fazla	104	74,8	35	25,2	139
<b>TOPLAM</b>	<b>242</b>	<b>65,2</b>	<b>129</b>	<b>34,8</b>	<b>371</b>

$$\chi^2 = 9,02$$

$$s.d. = 1$$

$$p > 0.05$$

Kişilere herhangi bir hastalık ile ilgili yakınmaları olup olmadığı soruldu, 180 kişi ( % 48,5 ) hastalık yakınması bildirdi. Yaş grupları büyüdükçe hastalık yakınması artıyordu ve bu ilişki önemli bulundu (Tablo 6).

Hastalık yakınması ile eğitim arasında ilişki saptanamadı.

Tablo 6 : A İşyerinde Araştırmaya Katılanlarda, Hastalık Yakınması ile Yaş Gruplarının Karşılaştırılması (1977)

Yaş Grupları	Hastalık Yakınması				TOPLAM
	Yok		Var		
	Sayı	%	Sayı	%	
30 - Ø	160	55,8	127	44,2	287
31 - ≠	31	36,9	53	63,1	84
TOPLAM	191	51,5	180	48,5	371

$$\chi^2 = 9,24$$

$$s.d. = 1$$

$$p > 0.05$$

371 kişiden 367 si (% 72,0) sigara içiyordu. Sigara içme ile; hastalık yakınması, eğitim, yaş grupları, iş riski oranında ilişki arandı. Ancak hepsinde de ilişkinin önemsiz olduğu saptandı.

A İşyeri çalışanlarında yapılan fizik muayene sonucu hastalık bulgusuna rastlanların dağılımı Tablo 7 de verildi. Muayene sonuçları ise toplu olarak Tablo 8 de gösterildi.

Tablo 7 : A İşyerinde Araştırmaya Katılanlarda Hastalık Bulgusu Sayısı (1977)

Hastalık Bulgusu	Sayı	%
0	21	5,7
1	67	18,1
2	114	30,7
3	84	22,6
4	51	13,8
5	26	7,0
6	6	1,6
7	2	0,5
TOPLAM	371	100,0

Göz bulguları olan 128 kişiden 98 kişide (% 26,4) kırma kusuru vardı, 3 kişinin (% 0,8) tek gözü görmüyordu. Göz bulguları ile; iş riski, yaş grupları arasında ilişki saptanamadı.

Kulak bulguları olan 107 kişiden 83 ünde (% 22,4) buşon, 17 kişide (% 4,6) kulak zarı perforasyonu vardı.

Ağız hijyeninin 359 kişide (% 96,8) bozuk olması; işçilerin sağlık bakımları arasında diş bakımına özel bir yer ayrılmasının zorunlu olduğunu ortaya koyar.

Alt ekstremitelerde hastalık bulgusu olanlardan 80 kişide (% 21,6) mantar enfeksiyonları ve 48 kişide (% 13,2) ise ayak tabanında postür düşüklüğü saptandı. Bu bulgularla iş güvenliği kişisel koruyucuları arasında ayakkabı konusunun belli standartlara bağlanmasının uygun olacağı öne sürülebilir.

Tablo 8 : A İşyerinde Araştırmaya Katılanlarda Muayene Sonuçları (1977)

BULGULAR	NORMAL		PATOLOJİK		TOPLAM
	Sayı	%	Sayı	%	
Göz	243	65,5	128	34,5	371
Kulak	264	71,2	107	28,8	371
Boğaz	294	79,2	77	20,8	371
Ağız Hijyeni Top.	12	3,2	359	96,8	371
Boyun	271	73,1	100	26,9	371
Deri	361	85,2	55	14,8	371
Akciğerler	351	94,6	20	5,4	371
Kalp	351	94,6	20	5,4	371
Karın	327	88,1	44	11,9	371
Alt Ekstremit	209	56,3	162	43,7	371
Görünür Şekil Boz.	289	77,1	82	22,9	371
Kostovertebral Hass	349	94,1	22	5,9	371
Kan Basıncı Yük.	351	94,6	20	5,4	371

İdrar tetkiki yapılan 284 kişide (% 6,2) idrarda protein, 4 kişide (% 1.0) şeker saptandı.

İşyeri kayıtları olarak hekim muayene defteri ve işçilerin işe devam etme durumunu gösteren işyeri kayıtları incelendi. 1977 yılı içerisinde hekime başvurma durumu Tablo 9 da gösterildi. En fazla hekime başvuran kişi 48 kez, ikinci sıradaki kişi 43 kez muayene isteminde bulunmuştu. Hekime başvurma ile; yaş grupları, sigara içme, iş riski, A işyerinde çalışılan yıl, görünür şekil bozuklukları arasında ilişki saptanamadı.

Tablo 9 : A İşyerinde Hekime Başvurma Sayısı (1977)

Hekime Başvurma	Sayı	%
0	19	5,1
1 - 5	111	29,9
5 - 10	111	29,9
11 - 20	94	25,4
21 - 30	30	8,1
31 - +	6	1,6
<b>TOPLAM</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>

Hekime başvurma arttıkça, hastalık yakınması olanların arttığı ve bu ilişkinin önemli olduğu bulundu (Tablo 10).

Tablo 10 : A İşyerinde Hekime Başvurma İle Hastalık Yakınmalarının Gösterilmesi (1977)

Hekime Başvurma	Hastalık Yakınması				Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	
0 - 5	80	61,5	50	35,5	130
6 - 20	102	49,8	103	50,2	205
21 - +	9	25,0	27	75,0	36
<b>TOPLAM</b>	<b>191</b>	<b>51,5</b>	<b>180</b>	<b>48,5</b>	<b>371</b>

$$\chi^2 = 15,6$$

$$s.d. = 2$$

$$p < 0.05$$

Rapor ve izin nedeni ile işten geri kalma ile hekime başvurma sıklığı arasındaki ilişki arandı. Hekime başvurma arttıkça işten geri kalma da artıyordu. Bu ilişki önemli idi. (Tablo 11). Ancak hekime 20 kereden fazla başvuranlar çıkarıldığında ilişki önemsiz bulundu.

Tablo 11 : A İşyerinde Hekime Başvurma İle İşten Geri Kalma Durumu (1977)

Hekime Başvuru	İşten Geri Kalma				Toplam
	20 Gün ve Daha Az		20 Günden Fazla		
	Sayı	%	Sayı	%	
0 - 5	22	61,1	14	38,9	36
6 - 20	75	56,0	59	44,0	134
21 - +	9	30,0	21	70,0	30
<b>TOPLAM</b>	<b>106</b>	<b>47,0</b>	<b>94</b>	<b>53,0</b>	<b>200*</b>

$$\chi^2 = 7,79$$

$$s.d. = 2$$

$$p < 0.05$$

\* 1977 yılının başından sonuna dek çalışmayan 171 kişi tabloda gösterilmedi.

İşyerinde çalışan bütün işçilerin günlük çalışma kartları 1977 yılı başından sonuna dek incelendi ve bu inceleme sonunda 214 işçinin 1977 başından sonuna dek bu işyerinde çalıştığı, 228 işçinin de 1977 yılı boyunca işe girip çıktığı saptandı. Aylara göre işçi sayısı bulundu. Ortalama aylık işçi sayısı 305.5 idi. 1977 yılı içinde 4809 kez hekime başvuru yapılmıştı, ayda ortalama 12,9 muayene düşüyordu. Sosyal Sigortalar Kurmu'nun aynı yıl sigortalı işçi başına ortalama hekime başvuru sayısı 0,6 idi.

Hekim işyerinde en fazla 3 saat geçirdiğine göre, bütün zamanını tedavi edici hekimliğe ayırsa bile, 1 kişiye 7,5 dakika ayırabilir.

İşyeri hekimi bir yılda 4809 başvurunun 798 ini (% 16,6) İşyeri dışında sağlık kuruluşuna sevk etmiş, 310 una (% 6,5) ise istirahat vermişti. Bildirilen işkazası 149 idi.

Tablo 12:A İşyerinde Çalışan İşçi Sayısının ve Hekim Başvurunun Aylara Göre Durumu (1977)

Aylar	İşçi Sayısı	Hekime Başvuru	Ortalama Hekime Başvuru (Aylık)
Ocak	284	391	1.4
Şubat	292	349	1.2
Mart	285	357	1.3
Nisan	289	323	1.1
Mayıs	289	352	1.2
Haziran	309	388	1.3
Temmuz	313	329	1.1
Ağustos	324	452	1.4
Eylül	321	367	1.1
Ekim	322	491	1.5
Kasım	322	396	1.2
Aralık	316	609	1.9
<b>TOPLAM</b>	<b>3666</b>	<b>4809</b>	<b>1.3</b>
Ortalama	305.5	400.8	-

## SONUÇ

Çalışanların % 64,9'u 21 - 30 yaş grubunda idi ve 30 yaş ve daha genç olanların iş riski puanı 20 den fazla idi.

129 kişi (% 34,8) bir gün ya da daha fazla işgöremezlik yapan iş kazası geçirmişti. Bu oran son derece yüksektir. Kaza nedeni büyük bir çoğunlukla göze yabancı cisim kaçması olarak saptanmıştır. Olgular hafif atlatıldığı için konu üzerinde ciddiyetle durulmadığı anlaşılmaktadır. Çalışanların eğitim düzeyi yükseldikçe iş kazası geçirme sıklığı azalıyordu.

% 48,5 unun hastalık yakınması vardı; yaş grupları büyüdükçe hastalık yakınması artıyordu. Yapılan muayenelerde hastalık bulgusu olmayan % 5,7 idi. Görme kusuru % 26,4 kulakta buşon % 14,8; ayaklarda mantar enfeksiyonu % 21,6, ayak tabanında postür düşüklüğü % 13,2 idi.

1977 yılında 20 gün ve daha fazla işten kalanlar diğerlerine göre hekime daha fazla başvuruyorlardı. Bir işçi ortalama yılda 12.8 kez işyeri hekimine başvurmuştu. Hekim bir işçiye ortalama 7.5 dakika ayırabiliyordu.

## ÖNERİLER

Herşeyden önce bu işyerinde var olduğu söylenen sağlık hizmetinin yetersiz olduğu ortaya çıkmaktadır. Şöyle ki; Koruyucu tıbbi hizmet adına hiçbir şey yapılmakta ve görevli hekimlerin tüm çabaları çok yetersiz bir düzeyde kalan poliklinik işleminde toplanmaktadır. Bu nedenle işyerinde, işyeri hekimliğini gerçek anlamı ile benimlenen ve uygulanan bir etkinliğe dönüştürme zorunluğu vardır.

Araştırmaya katılanların % 34,8'i iş kazası geçirmiş olup, kaza nedenlerinde ön sırada koruyucu yokluğu veya bozukluğu bulunduğu göre; yasal zorunluluklar olmasına rağmen bu konuda yetersizlik ve boşluk söz konusudur. İşçi Sağlığını ciddi şekilde tehdit eden bu sorun, işveren tarafından çözümlenmelidir.

Bu işyerinde ücret karşılığında çalışılan yıl arttıkça, hekime başvuru sayısı artıyor. Eğer periyodik muayene ve koruyucu hizmetler yeterince yerine getirilirse hekimin poliklinik sayısı da düşecektir.

Sanayileşmekte olan ülkelerde işçi kesimi genellikle kırsal kökenlidir. Ülkemizde, kırsal alandan şehire göç, gecekondu sorununu ortaya çıkarmaktadır. Çalışanların kötü koşullarda yaşaması demek olan bu sorunun çözümünde devlet ve işveren yardımcı olmalıdır.

İşyeri hekimi yapılan işin niteliğine göre, ise girişte bazı muayenelere öncelik verilmelidir. İş kazalarının önlenmesinde göz ve kulak muayeneleri çok önemli olup, alt ekstremiteler ve diş muayenelerine de; kalp-akciğer muayeneleri kadar özen gösterilmelidir. Hastalıkların erken tanısının konulması için periyodik muayeneler ihmal edilmemelidir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgularla başka iş yerlerinden elde edilen bulguları karşılaştırma olanağından yoksunuz, iş sağlığı konusunun daha bilimsel olarak analizlerine olanak sağlamak üzere bu tür araştırmaların, değişik yörelerde ve iş kollarında yapılmasının yararlı olacağı görüşündeyiz.

**Yenice İş Sağlığı Merkezi (YİSME) Çalışmaları**  
**Dr. Ömer MUTLU**

**KURULUŞ :**

Yenice İş Sağlığı Merkezi (YİSME) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nın Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri verilen Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 1979 yılında kurulmuştur.

**KURULUŞ AMACI :**

Yenice İş Sağlığı Merkezi iş yerlerinin yoğun olarak bulunduğu bölgelerde KORUYUCU ve İYİLEŞTİRİCİ sağlık hizmetlerinin ayrı bir birim tarafından daha etkili bir şekilde verilmesinde yeni bir model geliştirmektedir.

**KURULUŞ KADROSU :**

Yenice İş sağlığı Merkezi kuruluş kadrosu 1 DOKTOR, 1 HEMŞİRE, 1 SAĞLIK MEMURU, 1 LABORATUAR TEKNİSYENİ, 1 SEKRETER, 1 ŞÖFÖR, 1 HİZMETLİDİR.

**HİZMET ALANI :**

a) Nüfus 1987 yılı itibariyle 48 iş yerinde 4598 Erkek, 416 Kadın olmak üzere toplam 5014 kişidir. Nüfusun % 85 i 20 - 44 yaş grubundadır. (Tablo 1).

b) Eğitim durumu : Yenice İş Sağlığı Merkezine bağlı iş yerlerinde çalışan nüfusun % 62.3'ü İLKOKUL, % 10.5'u ORTAOKUL, % 18.6'sı LİSE, ve % 7.3'ünü YÜKSEK OKUL mezunu oluşturmaktadır. Lise ve Yüksekokul mezunlarının çoğu teknik eleman ve yöneticidir.

Tablo 1 : YİSME'nin Hizmet Verdiği Nüfusun Yaş ve Eğitim Dağılımı

EĞİTİM - YAŞ	19	20-24	25-44	45-64	65+	SAYI	%
İLKOKUL	216	535	2134	240	-	3125	62.3
ORTAOKUL	81	153	270	21	-	525	10.3
LİSE	79	272	543	41	1	936	10.6
YÜK. OKUL	-	27	298	34	2	361	7.3
OKUR-YAZAR	-	1	13	8	-	22	0.4
OK.YAZ.DEĞ.	1	9	13	22	-	45	0.9
TOPLAM	379	997	3271	36	3	5014	100.0
YÜZDESİ	7.6	19.9	66.2	7.3	0.06	100	



### C) POLİKLİNİK HİZMETLERİ :

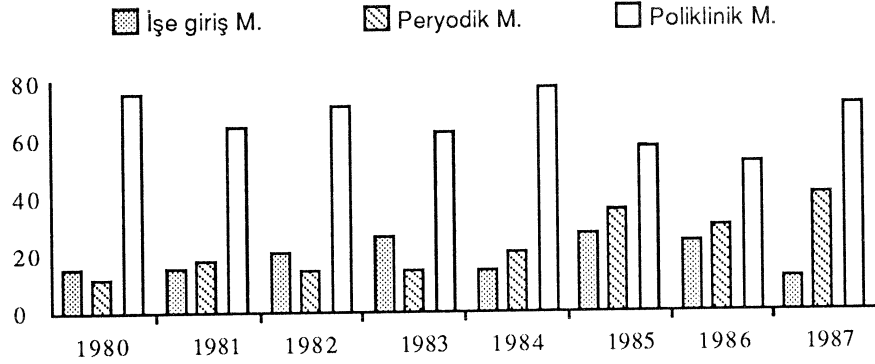
Yenice İş Sağlığı Merkezinde Yapılan muayenelerin çoğu hastalık başvurusudur. Periyodik. muayene ve işe giriş muayenesi sayıları birbirine yakındır. Tablo - 2'de görüldüğü gibi 1979 - 1987 yılları arasında toplam 33060 muayene yapılmış olup bunun % 58.6'sı poliklinik muayenesidir. Bunu % 23.4 ile Periyodik, % 18.0 ile işe giriş muayeneleri izlemektedir. (Tablo 2, Grafik 1)

Yapılan poliklinik muayeneleri sonucuna göre bölgede görülen ilk 10 hastalık, bölgenin diğer sağlık ocağı verilerinden pek farklı olmayıp kazaların ilk 10 hastalık arasında yer alması dikkat çekmektedir.

Tablo 2 : YİSME'de Yıllara Göre Muayene Türleri

MUAYENE SAYISI	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	TOPLAM	%
İşe Giriş	470	519	515	810	408	1069	1310	851	5952	18.0
Periyodik	384	583	294	483	613	969	1522	2899	7747	23.4
Poliklinik	2497	2334	1806	2559	2642	2322	2496	2705	19361	58.6
TOPLAM	3351	3436	2615	3852	3663	4360	5328	6455	33060	100

Grafik 1. YİSME'de Yıllara Göre Muayene Türleri.



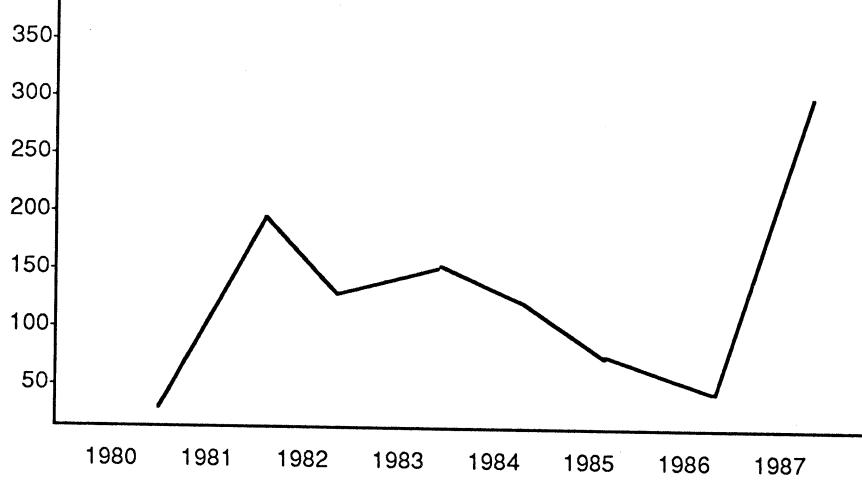
### Ç) İŞ KAZALARI :

Yenice İş Sağlığı Merkezince iş kazaları 'İŞ KAZASI TESBİT FORMU' adlı forma işlenmektedir. 1987 yılına kadar iş kazaları değerlendirmelerinde iş kazası sonucu YİSME'ye gelenler için doldurulan formlar esas alınmıştır. 1987 yılında ise bu formlar iş

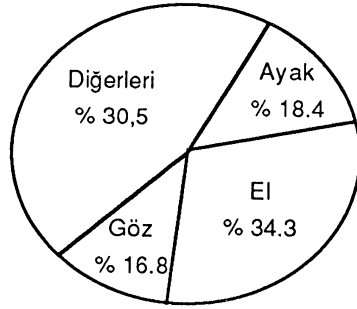
yerlerine dağıtılarak YISME'ye ulaşmadan hastahanedeki muayene ve tedavi olan vakalar için kayıt tutulmuş ve bunlardan yararlanılmıştır. Bu yüzden iş kazaları 1987 yılında bir- den artış göstermektedir. (grafik 2)

1987 yılında kazaların en büyük bölümü kesik ve ezikler şeklinde olup, el ve ayaklar en çok kazaya uğrayan organlar olarak görülmektedir. Bunlardan sonra göze yabancı cisim kaşması sık rastlanan kaza türü olmuştur. (Tablo 3)

Grafik 2. İş Kazalarının Yıllara Göre Dağılımı

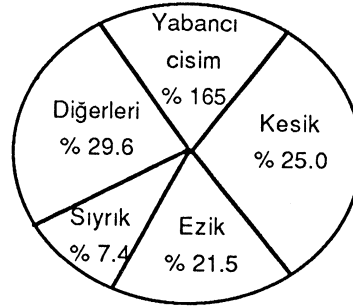


GRAFİK : 3



İş Kazalarının Organlara Göre Dağılımı

GRAFİK 4



İş Kazalarının Yaralanma Türüne Göre Dağılımı

TABLO 3 : YİSME Bölgesinde 1987 Yılında Görülen İş Kazalarının Organ ve Yaralanma Türüne Göre Dağılımı

YARALANMA TÜRÜ	YARALANAN ORGANLAR														
	BAŞ	GÖZ	BOYUN	YÜZ	GÖĞÜS	EL	KOL	KARIN	BEL	BACAK	AYAK	BİRDEN ÇOK ORGAN	DİĞER	TOPLAM	YÜZDE
SIYRIK	1	.	1	1	.	7	1	1	1	4	3	1	3	24	747
EZİK	3	.	.	1	1	25	3	.	4	4	25	3	.	69	21.0
KESİK	6	.	.	1	1	62	2	.	.	1	6	1	.	80	25.0
YANIK	1	1	.	1	.	.	4	.	.	.	1	1	.	9	2.8
BURKULMA	.	.	.	.	.	5	1	.	.	.	9	.	.	15	4.47
ÇIKIK	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	0.3
KIRIK	.	.	.	.	.	3	1	.	.	.	3	1	.	8	2.5
YABANCI CİS.	.	46	.	.	.	5	.	.	.	.	2	.	.	53	16.5
DİĞER	1	7	.	.	.	3	.	.	12	1	9	.	29	62	193
TOPLAM	12	54	1	4	2	110	12	1	17	10	59	7	32	321	100.
YÜZDESİ	3,7	16,80	0,31	1,3	0,6	34,3	3,7	0,3	5,3	3,1	18,4	2,2	9,9	100	

#### LABORATUVAR HİZMETLERİ :

Yenice İş Sağlığı Merkezi'nin kendi bünyesinde bir laboratuvarı vardır.

Hb, Bk, Py., Kan Sedimi, İdrar incelemesi Dışkı incelemesi gibi basit incelemeler merkezde yapılmaktadır. Ancak ileri incelemeler için Çubuk Sağlık Grup Başkanlığı Hastanesindeki Halk Sağlığı Laboratuvarından destek alınmaktadır.

1980 - 1987 yılları arasında yapılan laboratuvar çalışmaları Tablo 4 de görülmektedir. Sekiz yıl içinde toplam 18523 laboratuvar incelemesi yapılmıştır.

Tablo 4 : Laboratuvar Çalışmaları

YILLAR	Dışkı Kültürü	Boğaz Kültürü	İdrar İnceleme	Kan İnceleme	Dışkı İnceleme	TOPLAM
1980	2114	1275	2475	355	71	6290
1981	711	1041	570	1285	42	3649
1982	802	158	154	217	7	1338
1983	575	148	171	228	-	1122
1984	229	32	166	785	55	1267
1985	885	14	221	233	15	1368
1986	826	158	137	162	8	1291
1987	1696	107	164	228	3	2198
TOPLAM	7828	2933	4058	3493	201	18523
YÜZDE	42.3	15.8	21.9	18.8	1.1	

#### AİLE PLANLAMASI VE ANA ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Yenice İş Sağlığı Merkezinde görevli Hemşire tarafından bölgedeki işçiler ve bazı işyerlerinin lojmanlarında kalan 15 - 49 yaş arası evli kadınlara Aile Planlaması Eğitimi ve uygulaması yapılmaktadır. Bölgede 15 - 49 yaş arası evli kadın sayısı toplam 68 olup bunların 27 tanesi RIA (% 39.7) ile korunmaktadır. Etkili yöntemle korunan kadın sayısı 42'dir (% 61.7).

Ayrıca çocukların aşı, büyüme ve gelişme izlemleri özel kartlarla takip edilerek yapılmaktadır.

Tablo 5 : YİSME Aile Planlaması Hizmetleri

15 - 49 yaşarası kadın sayısı	RIA	Hap	Kondem	Geri çekme	Diğer	Çocuk İstiyor	Gebe
68	27	4	11	5	4	10	7
%	39.7	5.9	16.2	7.3	5.9	14.8	10.2

### **SONUÇ :**

YİSME kurulduğundan bu güne bölgesinde bulunan değişik iş yerlerinde çalışan işçilere Temel Sağlık Hizmetleri kapsamı içinde koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmeti vermektedir.

1987 yılındaki işçi sayısı 5014 dür. 1980 - 1987 yılları arasında 35120 muayene ve 18523 laboratuvar incelemesi yapılmıştır. Her işyerinin kendi bünyesi içinde bir sağlık birimi kurması olumlu bir yaklaşım olabilir. Ancak bölgede bulunan iş yerlerinin çoğunda az sayıda işçi çalışmaktadır. YİSME bir sağlık ocağına benzer kadrosuyla bölgede bulunan iş yerlerinde koruyucu, iyileştirici sağlık hizmetlerini rahatlıkla verebilmektedir.

Birinci basamak düzeyinde hizmet veren merkezin ikinci basamak desteği bir ölçüde Eğitim - Araştırma Bölgesinde Çubuk Hastanesi tarafından sağlanmaktaysa da aslında bu hizmetin SSK Hastaneleri tarafından verilmesi gerekmektedir.

YİSME'ye en uzak işyerinin 15 km, en yakın iş yerinin 500 m mesafede bulunması işçilerin muayenesi için harcanan zamanın kazanılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Sonuçta YİSME modeli sağlık birimlerinin arttırılması sonucu hem SSK hastanelerindeki birikimin azaltılması başarılabilir, hem de işçilerin muayenesi için harcanan zaman kaybı önlenir. Ayrıca YİSME modeli, koruyucu sağlık hizmetlerini de iş yerinde verdiği için, bu modelin yaygınlaştırılması yarar sağlayacaktır.

Bölgedeki işyerlerinin sağlık hizmeti gereksinmelerini karşılamak için tercih ettikleri sağlık kuruluşlarının öğrenilmesi için 16 işyerinde işyeri sorumlularına ve toplam 145 işçiye anket uygulandı. İşyeri sahiplerinin hepsi mesafenin yakınlığı ve iyi ilgi gösterilmesi yüzünden işçilerin bakım ve tedavilerinin YİSME tarafından yapılmasını tercih etmişlerdir. İşçilerin de % 51'i sağlık gereksinmelerini karşılamak için yakınlığı ve daha iyi ilgi gösterilmesi nedeniyle YİSME'yi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Diğer kuruluşları tercih nedenleri ise olanaklarının geniş olması ve pirim ödedikleri için bunun karşılığını görmek istemeleridir.

**İş Kazalarına İlişkin İstatistik Araştırma**  
**Sabahattin ŞEN**  
**(Türkiye Maden-İş Sendikası Uzmanı)**

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'ne göre iş kazası : "İşçinin iradesi ya da suç sayılır bir kusuru olmaksızın iş göremezlik ya da ölümle sonuçlanan geçici veya sürekli hastalık halidir." İnsanlar var olduklarından beri yaşamak, doğaya karşı mücadele edebilmek için çalışmak zorunda kalmışlardır. Çalışma eylemi beraberinde işten ve çevreden doğan kaza riskini de getirmiştir. Üretim araçlarının gelişmesi sonucu çoğalan ve çeşitlenen karmaşık yapılarıdaki makinaların çalışma yaşamına girmesiyle iş kazaları ve meslek hastalıkları gerek sayı, gerekse çeşit olarak artmış, işçi sağlığı ve iş güvenliği konusu giderek önem kazanmaya başlamıştır. İşçi sağlığı ve iş güvenliği denilince aklımıza gelen iki kavram, iş kazaları ve meslek hastalıklarıdır. Aslında bu iki konuyu birbirinden ayrı düşünmek olanaksızsa da biz konuya sadece iş kazaları açısından ve istatistiki olarak yaklaşmaya çalışacağız. Çalışmada konuya ilişkin tek kaynak SSK İstatistik Yıllıklarının son 10 yıllık verilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca uluslararası karşılaştırmalarda ILO 1986 Çalışma İstatistiklerinden yararlanılmıştır.

**GENEL DURUM**

Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi, 1977 - 1986 yılları arasındaki son 10 yıllık dönemde toplam sigortalı sayısında % 29, erkek sigortalı sayısında % 28, kadın sigortalı sayısında % 30, işyeri sayısında da % 35 artış olmuştur. SSK'ya göre, 1986 yılı sonu itibarıyla 2.815.230 sigortalı çalışmaktadır. Oysa Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 17.1.1987 tarihli işkolu istatistiklerine göre Türkiye'de toplam 3.145.652 sigortalı çalışmaktadır. Kuşkusuz bu çelişki, sayılara olan güvenimizi sarsacaktır. Ancak, yukarıda da belirtildiği gibi, bu konudaki tek kaynak da SSK İstatistik Yıllıklarıdır. Sayıların güvenilirliği konusunda şu noktayı da vurgulamakta yarar var. 1986 İstatistik Yıllığına göre Sigorta Yasası kapsamındaki işyeri sayısı 1.117.068, bildirge verilen işyeri sayısı ise sadece 364.723'dür. Daha açık bir deyişle, Yasa kapsamına girecek nitelikteki işyerlerinden sadece % 33'ü bu yükümlülüğü yerine getirmiş, geri kalan % 67'si ise yasa kapsamı dışında kalmış kaçak işyerleridir. Bu nedenle sayısal bulgular değerlendirilirken sürekli bu gerçeğin gözönünde bulundurulması daha aydınlatıcı olacaktır.

Tablo 1 : Sosyal Sigorta Kapsamına Dahil İşyeri ve Sigortalı Sayıları

Yıllar	İşyeri Sayısı	Erkek	Kadın	Toplam Sigortalı
1977	828.749	2.005.609	185.642	2.191.251
1978	906.098	2.032.166	173.890	2.206.056
1979	972.473	1.969.938	182.473	2.152.411
1980	994.732	2.023.550	181.257	2.204.807
1981	840.882	2.029.075	199.364	2.228.439
1982	858.087	2.066.148	198.640	2.264.788
1983	911.467	2.114.319	212.926	2.327.245
1984	961.743	2.212.374	226.642	2.439.016
1985	1.027.469	2.378.574	229.291	2.607.865
1986	1.117.068	2.574.609	240.621	2.815.230
1986/1977 Artış Oranı	% 35	% 28	% 30	% 29

### İŞ KAZALARI VE MESLEK HASTALIKLARINDA SON ON YILLIK VERİLER

Aşağıdaki tabloda iş kazaları ve meslek hastalıkları ile sürekli işgöremezlik ve ölüm olaylarına ilişkin son on yıllık veriler görülmektedir. Tabloda dikkat çeken bir nokta, iş kazalarının 1977'de 199.961 iken sürekli azalarak 1986'da 150.821'e düşmesidir. Bu düşüş, gerçekten işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemleri artırdığından iş kazalarının azaldığını mı göstermektedir? Hiç de değil. Çünkü gerçekten böyle olsaydı, bu süre içerisinde meslek hastalıkları ve ölüm sayılarının da azalması gerekirdi. Oysa bu süre içerisinde ölüm sayıları aynı düzeyi korurken meslek hastalıkları sayısında artış olmuştur. Kaldı ki, sigortalı sayısı artarken iş kazaları sayısı aynı düzeyi korusaydı, bu durumun gerekli yasal önlemlerin etkin bir şekilde uygulanmasından kaynaklandığı söylenebilirdi. Ancak, sigortalı sayısındaki artışa rağmen iş kazlarındaki azalma kuşkulu bir durum ortaya çıkarmaktadır. 1977 yılındaki sigortalı sayısı 1986'da % 28, yine 1977'deki işyeri sayısı da 1986'da % 35 (Tablo I) artış gösterirken, aynı süre içerisinde iş kazalarının % 24.6 azalması gerçekten inandırıcı olmaktan uzaktır. İş kazalarındaki bu azalmaya paralel olarak sürekli işgöremezlik sayılarında da % 24 bir azalma ortaya çıkmaktadır. Yine bu on yıllık süre içerisinde meslek hastalıkları 362'den 542'ye yükselerek % 50 oranında bir artış gösterirken, ölüm sayıları çeşitli değişiklikler göstermekle birlikte aynı düzeyi korumaktadır.

Tablodaki verileri genel olarak değerlendirdiğimizde şu sonuçları görüyoruz. Son on yılda toplam sigortalı sayısı 23.437.108, toplam iş kazaları 1.648.661, meslek hastalığı sayısı 5.169, sürekli işgöremezlik sayısı 27.003, ölüm sayısı ise 12.333'dür. Bunlar İstatistik Yıllıklarında da belirtildiği gibi, işlemler tamamlanmış olaylardır. Ortalama rakamla-

ra baktığımızda ise şunlar ortaya çıkıyor. Son on yıllık süre içerisinde her yıl ortalama 2.343.710 sigortalı çalışmıştır. Bunlardan 164.966'sı iş kazasına uğramış, 517'si ise meslek hastalığına yakalanmıştır. Bu iş kazası ve meslek hastalıkları sonucunda ise yine her yıl 2.700 işçi sürekli işgöremez duruma gelmiş, 1.223 işçi ise ölmüştür. Bir yılı 300 işgünü kabul ederek yaptığımız hesaplama göre ise, son on yılda Türkiye'de hergün 550 iş kazası olmakta, 1.7 işçi meslek hastalığına yakalanmakta, bunların sonucunda yine hergün 9 işçi sürekli işgöremez, çalışamaz hale gelmekte ve hergün 4 işçi ölmektedir.

Tablo 2 : 1977 - 1986 Yılları Arasında Çalışan Sigortalı Sayıları İle Ortaya Çıkan İş Kazası, Meslek Hastalığı, Sürekli İşgöremezlik ve Ölümler

Yıllar	Sigortalı Sayıları	İş Kazası Sayıları	Meslek Hast.S.	Sürekli İş Gör. Sayıları	Ölüm Sayıları
1977	2.191.251	199.961	362	3.454	1.309
1978	2.206.056	193.998	504	3.075	1.178
1979	2.152.411	186.089	341	2.905	1.448
1980	2.204.807	159.600	528	2.577	1.320
1981	2.228.436	165.101	573	2.407	1.173
1982	2.264.788	147.118	551	1.997	988
1983	2.327.245	145.296	586	2.760	1.324
1984	2.439.016	152.650	529	2.415	1.097
1985	2.607.865	148.027	653	2.748	1.075
1986	2.815.230	150.821	542	2.625	1.321
Toplam	23.437.108	1.648.661	5.169	27.003	12.233
Ortalama	2.343.710	164.866	517	2.700	1.223
İşgünü					
Ortalaması		550	1.72	9	4
(Yıl 300 işgünü alınmıştır.)					

Tablo 2'de görülen sayısal değerleri aşağıda Tablo III'de yüzde olarak izlemek mümkün. Buna göre, toplam sigortalı sayısı 1979'daki % 2.5 azalış dışında, sürekli bir artış göstermiştir. İş kazaları sayısında ise tersine bir azalış ortaya çıkıyor. 1977'de 100 işçiden 9.12'si iş kazasına uğrarken, bu sayı 1986'da % 5.36'ya düşüyor. Meslek hastalıkları 1986'da 1977'nin biraz üzerine çıkarken aradaki yıllarda genellikle artışlar görülüyor. 1977'de toplam sigortalıların % 0.016'sı meslek hastalığına yakalanırken, bu



oran azalıp çoğalmakla birlikte 1986'da % 0.019 oluyor. 1977'de toplam sigortalıların % 0.060'sı iş kazaları veya meslek hastalıkları sonucu ölürken, bu oran 1986'da % 0.047'ye düşüyor.

Tablo 3 : 1977 - 1986 Yılları Arasında Toplam Sigortalı Sayıları İle İş Kazası, Meslek Hastalıkları ve Ölümün Yüzde Değişimi

Yıllar	Önceki Yıla Göre Sigortalı Sayısı	İş Kazası %	Meslek Hastalıkları %	Ölüm %
1977	0.00	9.12	0.016	0.060
1978	+ 0.67	8.79	0.023	0.053
1979	- 2.5	8.65	0.026	0.067
1980	+ 2.4	7.24	0.024	0.060
1981	+ 1.0	7.40	0.026	0.053
1982	+ 1.6	6.49	0.024	0.044
1983	+ 2.7	6.24	0.025	0.057
1984	+ 4.8	6.26	0.024	0.045
1985	+ 6.9	5.68	0.025	0.041
1986	+ 7.9	5.36	0.019	0.047

#### İŞKOLLARINDA DURUM

1977 - 1986 dönemini iş kolları açısından incelediğimizde iş kazaları, meslek hastalıkları ve ölüm olayları arasında ilk üç sırayı kömür madenciliği, metal ve inşaat işkollarının aldığı görüyoruz. Tablo IV - deki sayısal verilere göre, en çok iş kazaları inşaat işkolunda olmakta, ikinci sırayı metal, üçüncü sırayı kömür madenciliği almaktadır. 1986 yılı itibarıyla inşaat işkolunda iş kazası sayısı 27.614, metalde 17.100, kömürde ise 14.882'dir. 1977'deki rakamlar ise, sırasıyla 30.630, 25.052 ve 10.079'dur. Süreç içerisindeki gelişmelere baktığımızda ilginç bir durumla karşılaşlıyoruz. İnşaat işkolunda 1977'deki işçi sayısı 1976'da % 29 artış gösterirken iş kazalarında 1986'da 1977'ye göre % 10 azalma gözüküyor. Metal işkolunda benzer bir gelişme var. 1977'deki işçi sayısı 1986'da % 17 artarken, iş kazalarında % 32 azalma oluyor. Kömür işkolunda ise, doğru orantılı bir gelişme söz konusu 1977'den 1986'ya işçi sayısı % 43 artarken iş kazaları da % 48 artıyor. Meslek hastalıkları açısından her üç işkolu kıyaslandığında tersine bir durum ortaya çıkıyor. Bu kez en çok meslek hastalığı görülen kömür işkolunda işçi sayısı artmasına rağmen meslek hastalıkları 273'den % 77 azalmayla 62'ye düşüyor. Metal ve İnşaat işkollarında ise, işçi sayılarındaki artışla birlikte meslek hastalıklarında da belirgin bir artış var. Her ikisinde de 1977'de sadece bir meslek hastalığı saptanmışken 1986'da 27 ve 28 meslek hastalığı tesbit ediliyor.

Ölümlerle sonuçlanan iş kazaları açısından da inanılması güç bir tabloyla karşılaşılıyor. Sayısal olarak en çok ölüm inşaat işkolunda, ikinci kömür, üçüncü ise metal işkolunda görülmektedir. Ama oransal olarak baktığımızda inşaat işkolunda toplam işçi sayısı 1977'den 1986'ya % 29 artış gösterirken, ölüm sayısı % 6 azalma ile 470'den 443'e iniyor. Metal işkolunda işçi sayısı % 17 artarken, ölüm sayısı 25'den % 56 artışla 39'a çıkıyor. Kömürde ise, işçi sayısı % 31 artarken ölüm sayısı 330'dan % 9 artışla 360'a yükseliyor.

Konuya oransal açıdan baktığımızda farklı sonuçlar ile karşılaşılıyor. Örneğin, iş kazalarını toplam sigortalı sayısına ve işkollarındaki işçi sayılarına orantıladığımızda sayısal olarak en çok iş kazası olan inşaat işkolundaki kaza oranları, hem kömür ve metal işkollarından, hem de Türkiye ortalamasından düşüktür. En çok iş kazası metal işkolunda olmakta, ikinci sırayı ise, kömür iş kolu almaktadır.

Tablo 4 : 1977 - 1986 Yılları Arasında Kömür, Metal ve İnşaat İşkolları ile Toplam Çalışanlarda İş Kazaları

YILLAR	Toplam Çalışanlar %	Kömür %	Metal %	İnşaat %
1977	9.12	16	29	6
1978	8.79	16	30	6
1979	8.65	17	30	6
1980	7.24	17	24	5
1981	7.40	19	26	6
1982	6.49	19	21	5
1983	6.24	17	19	5
1984	6.26	18	20	5
1985	5.68	20	18	4
1986	5.36	17	17	4
Ortalama	7.12	17.6	23.4	5.2

Meslek hastalıklarına toplam işçi sayısı ve her işkolundaki işçi sayısı açısından bakıldığında, her üç işkolundaki meslek hastalığı yüzde oranının Türkiye ortalamasının üzerinde olduğunu görüyoruz. Yüzde olarak en çok meslek hastalığı kömür işkolunda olmaktadır. İkinci sırada inşaat, üçüncü sırada ise metal işkolu yer almaktadır. Aşağıdaki tabloda sayıların daha iyi kavranabilmesi için meslek hastalığı oranları onbinde olarak gösterilmiştir.

Tablo 5 : 1977 - 1986 Yılları Arasında Kömür Madenciliği, Metal ve İnşaat işkollarında Çalışanlarda İşçi Kazası Meslek Hastalığı ve Ölüm Sayıları

YILLAR	KÖMÜR			METAL			İNŞAAT		
	Çalışan Sigortalı	İş Kazası	Meslek Hastalığı Ölüm	Çalışan Sigortalı	İş Kazası	Meslek Hasta. Ölüm	Çalışan Sigortalı	İş Kazası	Meslek Hastalığı Ölüm
1977	62.265	10.079	279	87.173	25.052	1	487.111	30.630	1
1978	67826	11.079	243	82.332	24.395	8	499.461	29.050	3
1979	66.701	11.159	155	80.151	23.217	3	455.636	27.140	5
1980	68.450	11.438	90	75.902	17.958	47	479.899	26.072	8
1981	67.940	13.045	81	76.177	19.746	19	475.771	26.501	14
1982	69.118	13.103	105	83.681	17.280	20	465.808	22.517	39
1983	80.894	13.799	105	88.078	16.926	13	458.192	21.638	17
1984	82.326	14.996	90	91.351	18.020	20	464.436	22.699	10
1985	79.043	15.832	101	94.653	16.669	32	563.889	24.204	25
1986	89.002	14.882	62	101.917	17.100	27	627.765	27.614	28

Tablo 6 : 1977 - 1986 Yılları Arasında Kömür, Metal ve İnşaat İşkollarında İş Kazası, Meslek Hastalığı ve Ölüm Sayıları Yüzde Oranı

YILLAR	KÖMÜR			METAL			İNŞAAT		
	İş Kazası	Meslek Hastalığı	Ölüm	İş Kazası	Meslek Hasta.	Ölüm	İş Kazası	Meslek Hastalığı	Ölüm
1977	16.18	0.27	0.32	28.74	0.0015	-	6.29	0.00020	0.96
1978	16.33	0.36	0.49	29.63	0.010	-	5.82	0.00065	0.08
1979	16.73	0.23	0.65	28.97	0.004	0.03	5.98	0.00112	0.09
1980	16.71	0.13	0.50	23.66	0.062	0.04	5.43	0.00166	0.09
1981	19.20	0.12	0.43	25.92	0.025	0.025	5.57	0.0029	0.07
1982	18.96	0.15	0.29	20.65	0.024	0.020	4.83	0.0084	0.07
1983	17.06	0.11	0.45	19.22	0.015	0.036	4.70	0.0037	0.08
1984	18.22	0.11	0.34	19.73	0.022	0.033	4.90	0.0021	0.06
1985	20.02	0.13	0.30	17.61	0.034	0.025	4.30	0.0044	0.06
1986	16.72	0.07	0.40	16.17	0.026	0.04	4.40	0.0044	0.07

Tablo 7 : 1977 - 1986 Yılları Arasında Kömür, Metal ve İnşaat İşkolları ile Toplam Çalışanlarda Meslek Hastalıkları (10.000'de)

Yıllar	Toplan Çalışanlar	Kömür	Metal	İnşaat
1977	1.6	27	0.15	0.020
1978	2.3	36	0.10	0.065
1979	2.6	23	0.4	0.112
1980	2.4	13	6.2	0.166
1981	2.6	12	2.5	0.294
1982	2.4	15	2.4	0.840
1983	2.5	11	1.5	0.370
1984	2.4	11	2.2	0.215
1985	2.5	13	3.4	0.440
1986	1.9	7	2.6	0.440
Ortalama	2.32	16.8	2.14	0.296

Ölümcül iş kazaları açısından değerlendirdiğimizde ise, kömür madenciliği iş kolundaki oranların Türkiye geneline ve diğer iş kollarına göre çok yüksek olduğu anlaşılıyor. 1977'de kömür işkolunda her bin iş kazası veya meslek hastalığının 3.2'si ölümlle sonuçlanırken, bu oran 1986'da binde 4'e yükseliyor. Türkiye ortalaması ve diğer iş kollarındaki oranlar ise, binde 1'in bile çok çok altında.

Tablo 8 : 1977 - 1986 Yılları Arasında Kömür, Metal ve İnşaat İşkolları İle Toplam Çalışanlarda Ölümcül İş Kazaları (Binde)

Yıllar	Toplam Çalışanlar	Kömür	Metal	İnşaat
1977	0.60	3.2	-	0.9
1978	0.53	4.9	-	0.8
1979	0.67	6.5	0.3	0.9
1980	0.60	5.0	0.4	0.9
1981	0.53	4.3	0.2	0.7
1982	0.44	2.9	0.2	0.7
1983	0.57	4.5	0.4	0.8
1984	0.45	3.4	0.3	0.7
1985	0.41	3.0	0.3	0.6
1986	0.47	4.0	0.4	0.7

#### TOPLAM ÇALIŞILAN GÜN SAYISINA ORANLA İŞ KAZALARINDA KAYBOLAN GÜN SAYILARI

İş kazalarının sonuçları değerlendirilirken genellikle bu nedenin çalışılmayan gün sayıları hesaplanır. Bu hesaplamada ise, iş kazaları sonucunda ortaya çıkan geçici iş göremezlik gün kayıpları dikkate alınmaktadır. Bize göre bu eksik bir hesaplamadır. Çünkü iş kazaları sonucunda sadece geçici iş göremezlik değil sürekli iş göremezlik ve ölüm olayları da ortaya çıkmaktadır. Konuya işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerinin alınmaması ve bu nedenle kaybolan iş günü açısından bakarsak, aynı şekilde meslek hastalıklarının neden olduğu geçici iş göremezlik ile sürekli iş göremezlik ve ölüm olaylarını da dikkate almak zorundayız.

Bu hesaplamayı yaparken 1984 yılından sonraki verilere ulaşamadık. Çünkü bu yıldan sonra sigortalı ortalama günlük ücretleri ile birlikte toplam prim ödenen (çalışılan) gün sayılarının yayınlanması da yasaklandı.

Aşağıdaki tabloda birinci sütunda 1977-1984 yılları arasında her yıl prim ödenen (çalışılan) gün sayıları ve bunların toplamı görülmektedir. Her yıl çalışılan gün sayısı istatistik yıllıklarının 3 no.lu tablosunda gösterilen aylık çalışılan gün sayısının 12 ile çarpılması sonucu bulunur. İkinci sütunda iş kazaları sonucunda her yıl kaybolan geçici iş göremezlik gün sayıları ve bunların toplamı, üçüncü sütunda ise meslek hastalıkları sonucunda kaybolan geçici iş göremezlik gün sayıları ve bunların toplamı yer almıştır. (1981 İstatistik Yıllığı tablo 18 ve 20, 1984 tablo 23 ve 24) 4 no.lu sütunda iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucunda her yıl ortaya çıkan sürekli iş göremezlik gün sayıları yazılır. Bu rakamlar 1981 istatistik Yıllığı tablo 21 ile 1982, 1983, 1984 yıllıkları tablo 24'deki rakamların 7500 ile çarpılması sonucunda bulunmuştur. Burada da ölen her kişinin yine bilimsel hesaplara göre ortalama 7500 gün daha çalışabileceği varsayılmıştır.

Tablo 9 : 1977 - 1986 Yılları Arasında Çalışılan Toplam Gün Sayısı, İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sonucu Ortaya Çıkan Çekici ve Sürekli İşgöremezlik Günleri ile Ölümlerden Doğan İşgünü Kayıpları

YILLAR :	Toplam Çalışılan Gün Sayıları :	İş Kazası Geçici İşg. Gün Kayıpları :	Meslek Hastalığı Geç. İşg. Gün Kayıpları :	İş K. ve Mes. Has. Sonu. Ölüml. Doğan G. Kayıp :
1977	744.988.356	3.204.068	8.769	25.905.000
1978	716.678.700	3.091.218	40.060	23.062.500
1979	724.801.428	2.687.755	27.781	21.787.500
1980	743.901.624	2.369.182	34.820	19.327.500
1981	759.334.464	2.331.485	27.361	18.052.500
1982	776.099.244	2.148.944	22.625	14.977.500
1983	798.396.408	2.270.888	35.703	20.700.000
1984	829.676.520	2.380.420	38.358	18.412.500
	6.093.876.747	20.483.960	235.477	162.225.000
Yıllık Ortalama :	761.734.518	2.560.495	29.435	20.278.000

Toplam çalışılan gün sayısı olan (Yıllık Ortalama) 761.734.518'in yüzde 4.2'si 32.081.618 işgünü iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu kaybedilmiştir.

Bir no.lu sütundaki toplam çalışılan gün sayılarının yıllık ortalaması 761.734.518 olmaktadır. Aynı süre içerisinde iş kazaları sonucu geçici iş göremezlik gün kaybı yıllık ortalama 2.560.495, meslek hastalıkları sonucu geçici işgöremezlik gün kaybı yıllık ortalama 29.435, iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu sürekli işgöremezlik gün kaybı yıllık ortalama 20.278.000, iş kazası ve meslek hastalıkları sonucu ölümlerden doğan gün kayıpları ise, yıllık ortalama 9.213.688 olmaktadır. Bunları topladığımızda, 1977 - 1984 arasındaki dönemde her yıl ortalama 761.734.518 gün çalışılmasına karşılılık iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu geçici işgöremezlik, sürekli işgöremezlik ve ölüm olayları nedeniyle 32.081.618 gün kaybedilmiştir. Daha açık bir deyişle 1977 - 1984 arasında her yıl ortalama çalışılan gün sayısının % 4.2'si kadar da iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu gün kaybı olmuştur. (Tablo 9)

### **İş KAZALARI VE MESLEK HASTALIKLARI İLE GÖREVLERDE KAYBOLAN GÜN SAYILARI**

İş kazaları ve meslek hastalıklarının sonuçları incelenirken en çok kıyaslama yapılan konulardan birisi de, grevler nedeniyle kaybolan iş günü sayılarıdır. Özellikle grevleri işçi sınıfının demokratik mücadele yöntemlerinden birisi olarak değil de, ülke ekonomisine zararlı bir faaliyet olarak göstermek isteyenler bu yola sık sık başvurmaktadırlar. Ancak, bu yola başvuranlar, iktidarın enflasyon hesaplaması gibi bir hesaplama yapmaktadırlar. Oysa gerçek bir hesaplama tam tersi sonuçları ortaya çıkarmaktadır.

Özgür toplu pazarlık ve sendikal düzenin başladığı 1963 yılından 1986 yılına kadar olan tüm süreler dikkate alındığında, iş kazalarında toplam 58.492.363 gün kaybedilirken, grevlerde 21.571.193 gün (% 37'si kadar) kaybedilmiştir. Bu hesaplamada sadece iş kazaları sonucunda kaybolan geçici işgöremezlik gün sayıları esas alınmaktadır. (S.S.K. İstatistik Yıllıkları ve Devlet İstatistik Enstitüsü Yıllıkları)

Ancak, işçi sağlığı ve iş güvenliği konusu bir bütün olarak dikkate alındığında meslek hastalıkları nedeniyle kaybolan gün sayıları da dikkate alınmalıdır. Buna göre, aşağıda tablo : 10'da görüldüğü gibi, 1977 - 1986 arasındaki son on yılda grevlerde 15.437.258 gün kaybedilmiştir. Bu süre içerisinde 1981, 1982 ve 1983 yılları arasında sendikal faaliyetler yasaklandığından grev olmamıştır. Bu yıllarda ortaya çıkan iş kazaları ve meslek hastalıkları geçici gün kayıpları hariç tutulduğunda iş kazalarında kaybolan geçici gün sayısı ise, 206.700 olmaktadır. Ne varki 1981, 1982 ve 1983 yıllarında grevler yasaklansa da iş kazaları ve meslek hastalıkları yasaklanmamıştır. Bu yıllarda dikkate alındığında iş kazalarında kaybolan geçici gün sayısı 25.117.456, meslek hastalıklarında kaybolan gün sayısı ise, 292.389 olmaktadır. Sonuç olarak, 1977 - 1986 arasında iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu 25.409.845 geçici gün kaybı olurken, grevlerde bunun % 61'i kadar yani 15.437.258 gün kaybolmuştur.



Tablo 10 : 1977 - 1986 Döneminde Grevlerde Kaybolan İşgün İle İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarından Doğan Geçici İş Günü Kayıpları

Yıllar	Grevlerde Kaybolan İşgünü	İş Kazaları Kayıp Geç.İşgünü	Meslek Hastalıkları Kayıp Geç. İşgünü
1977	5.778.205	3.204.068	8.769
1978	1.588.905	3.091.218	40.060
1979	2.217.347	2.687.755	27.781
1980	5.408.618	2.360.182	34.820
1981	-	(2.331.485)	(27.361)
1982	-	(2.148.944)	(22.625)
1983	-	(2.270.888)	(35.703)
1984	4.947	2.380.420	38.358
1985	194.296	2.267.439	25.134
1986	234.940	2.366.057	31.778
Toplam	15.437.258	18.366.139 25.117.456	206.700 292.389

Ancak bu hesaplama biçimi de gerçeği yansıtmamaktadır. Çünkü sadece iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu ortaya çıkan geçici iş günü kayıpları dikkate alınmıştır. Oysa, iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu ortaya çıkan sürekli iş günü kayıpları ile ölümlerden doğan iş günü kayıpları da dikkate alınmak zorundadır. Böyle olunca yukarıda tablo : 9'daki verileri kullanmak gerekmektedir. Aynı verileri 1985 ile 1986 yılları için de hesapladık. 1977 - 1986 dönemi dikkate alındığında grevlerde kaybolan gün sayısı 15.437.258 oluyor. 1981, 1982 ve 1983 yıllarında grevler yasaklandığından bu yıllardaki iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu kaybolan gün sayılarını da dikkate almaz isek, 1977 - 1986 yılları arasında iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu 232.807.839 iş günü kayıp olmuş durumda ancak, daha önce de değindiğimiz gibi, 1981 - 1982 ve 1983 yıllarında grevler yasaklanmakla birlikte iş kazaları ve meslek hastalıkları yasaklanmadı. Bu yılları da dikkate alınca 1977 - 1986 döneminde iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu toplam 319.501.833 iş günü kaybolmuş oluyor. Bir başka deyişle son on yılda iş kazaları sonucunda kaybolan gün sayısı, grevlerde kaybolan gün sayısından 20.6 kat daha fazla.

Tablo 11 : 1977 - 1986 Döneminde Grevlerde Kaybolan İşgünü  
İle İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sonucu  
Kaybolan İş Günü Sayıları

Yıllar	Grevlerde Kayıp İşgünü (1)	İş kazası ve Mes.Hast. Kayıp İşgünü (2)
1977	5.778.205	38.867.837
1978	1.588.905	35.028.778
1979	2.217.347	35.363.036
1980	5.408.618	31.631.502
1981	-	(29.208.346)
1982	-	(24.559.069)
1983	-	(32.936.591)
1984	4.947	29.058.778
1985	194.296	30.965.073
1986	234.940	31.992.835
Toplam	15.437.258	232.807.839 319.501.833

(1) DİE. 1985 İstatistik Yıllığı ve Çalışma Hayatı İstatistikleri

(2) Tablo : VIII - deki 2, 3, 4 ve 5. sütunlardaki rakamların toplamaları.

### DÜNYA ÜLKELERİ İLE KARŞILAŞTIRMA

Çalışma istatistiklerinin uluslararası karşılaştırılmalarında kullanılan temel kaynak, Uluslararası Çalışma Teşkilatı İLO'nun Çalışma İstatistikleri Yıllığıdır. Ancak, İLO bu istatistik çalışmalarında bütün ülkeler için geçerli ortak ölçüleri henüz yerleştirebilmiş değildir. Kuşkusuz bu durum ülkelerin kendi mevzuatlarından kaynaklanmaktadır. İLO'ya üye ülkelerden bir kısmı rapor edilen - bildirilen (reported accidents) iş kazaları, bir kısmı da ödenek - tazminat verilen (compensated accidents) iş kazaları şeklinde iki ayrı şekilde bildirim yapmaktadırlar. Bu temel ayrımın dışında yine üye ülkeler;

- Yılda 300 işgününde 1000 kişiye düşen iş kazası oranı,
- Ortalama 1000 işçiye düşen iş kazası,
- Ortalama 1000 çalışana düşen iş kazası,
- 1.000.000 çalışma saatine düşen iş kazası oranı,

Şeklinde 4 ayrı tür istatistik bildirilmektedir. Dolayısıyla ILO verilerine bakıp da tüm ülkeleri kıyaslamak yanlış sonuçlara neden olabilecektir. 1986 ILO Çalışma İstatistik Yıllığına göre Türkiye II - b, yani "ödenek - tazminat verilen iş kazalarından 1000 işçiye düşen oran" (işlemi tamamlanan) şeklinde bildirim yapmıştır. Bizde bu nedenle aşağıdaki tabloda II-b ve yine buna çok yakın olan II-a ve II-c ölçülerine göre bildirim yapan ülkeleri seçtik, Tablo 12'de görüleceği gibi toplam çalışan işçi sayısına göre ölümle sonuçlanan iş kazası oranlaması yapıldığında, en çok iş kazası binde 0.412 ile Türkiye'de olmakta, bunu binde 0.380 ile G.Kore, binde 0.140 ile F.Almanya izlemektedir. Yani ölümle sonuçlanan iş kazalarının toplam çalışan sayısına oranı açısından Türkiye birinci sırada yer almaktadır. Madencilik sektöründe ölümle sonuçlanan iş kazaları açısından baktığımızda ise G.Kore binde 4.100 ile birinci sırada, Türkiye binde 2.202 ile ikinci sırada Finlandiya binde 0.788 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Metal iş kolunda ölümle sonuçlanan iş kazaları yönünden birinci sırayı binde 0.290 ile Peru, ikinci sırayı binde 0.180 ile G.Kore, üçüncü sırayı da binde 0.158 ile Türkiye almaktadır. İnşaat işkolunda ise, Türkiye binde 0.617 ile birinci sırada, G.Kore binde 0.470 ile ikinci sırada, Meksika binde 0.330 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Özetlersek ILO'ya aynı ölçülere göre bildirim yapan ülkeler içinde ölümle sonuçlanan iş kazalarının toplam çalışanlara oranı açısından Türkiye birinci sırada, İnşaat iş kolunda ölümle sonuçlanan iş kazaları oranı açısından Türkiye yine birinci sırada, Madencilik sektöründe ikinci sırada, Metal işkolunda ise üçüncü sırada yer almaktadır.

Tablo 12 : Çeşitli Ülkelerde İş Kazaları Oranı (Binde)

Ülke	Toplam	Madencilik	Metal	İnşaat
Meksika (84) (II - b)	0.130	0.470	0.080	0.330
Peru (83) (II - c)	0.080	0.710	0.290	0.230
G.Kore (85) (II - c)	0.380	4.100	0.180	0.470
Finlandiya (85) (II - c)	0.037	0.778	0.043	0.094
F.Almanya (81) (II - a)	0.140	0.430	0.120	0.290
İsveç (83) (II - d)	0.024	0.200	0.030	0.060
Türkiye (85) (II - b)	0.412	2.202	0.158	0.617
Y.Zeland (84) (II - c)	0.076	0.215	0.048	0.140
Fransa (82) (II - b)	0.097	-	0.068	0.094
İsviçre (84) (II - b)	0.084	-	0.055	0.174

Kaynak : ILO 1986 Çalışma İstatistik Yıllığı

II - Tazminat - ödenek verilen kazalar

- Yılda 300 işgününde 1.000 kişiye düşen ölümcül iş kazası oranı,
- Ortalama 1.000 işçiye düşen ölümcül iş kazası oranı,
- Ortalama 1.000 çalışana düşen ölümcül iş kazası oranı.

## ÖNERİLER - ÖNLEMLER

1) Bugüne kadar birçok kez bilimsel toplantı da, kongrelerde, konferanslarda dile getirilmesine karşın bir kez daha vurgulamakta yarar var. Türkiye'de birçok alanda mevzuat eksikliğinden yakınılmaktadır. İşçi Sağlığı ve iş güvenliği konusunda ise tam tersi bir durum vardır. Mevzuatın yeterli olduğu söylenebilir ya da en azından bugünkü durumun birinci sorumlusu mevzuat yetersizliği değildir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği açısından temel sorun varolan mevzuatın uygulanmaması ve denetlenmemesidir. Türkiye'ye kıyasla gelişmiş Batının teknolojisine göre düzenlenen işçi sağlığı ve iş güvenliği mevzuatı, ülkemize aynen aktarılmıştır. Bu nedenle, teknik anlamda mevzuatın yeterli olduğu söylenebilir. Ancak varolan mevzuatın uygulanıp uygulanmadığı denetlenmemektedir. Denetimle görevli Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığında 1986 yılı itibarıyla 125 iş güvenliği müfettişi bulunmaktadır. Müfettişler ayda ortalama 20 işyerini denetlemektedirler. Böylece bir ayda iş güvenliği denetimine tabi tutulan toplam işyeri sayısı 2.500, yılda ise 30.000 olmaktadır. SSK'na 1986 yılı itibarıyla kayıtlı işyeri sayısı 1.117.068'dir. Bunlardan işyeri bildirgesi vermeyen 752.345 adeti bir yana, işyeri bildirgesi veren 364.725 işyerinden ancak % 8'i yılda bir kez denetlenmektedirler.

Sorun bununla bitmemektedir. Denetlenen işyerlerinde yasaya aykırı durumlara rastlandığında cezai kovuşturmayla başvurulmakta, işverenlere önel süresi tanınmaktadır. Bu uygulama, denetimin etkinliğini ortadan kaldırmaktadır. Kaldı ki, idarenin önel süresi vermeye yetkisi yoktur. Çünkü, yasaya aykırı bir durum saptandığında işveren suç işlemiş demektir; idarenin bunu affetme yetkisi yoktur. Nasıl bir öldürmeye teşebbüs suçu bağışlanamaz ise, gerekli işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerini almayarak işçinin yaşamını tehlikeye atan işveren de bağışlanamaz.

Denetim konusunda söylenmesi gereken bir başka önemli nokta da şudur. İş Yasasına göre, işçinin hayatı için tehlikeli bir durum olması halinde işyerinin Bölge Çalışma Müdürlüğü kanalıyla kapatılması gerekmektedir. Oysa idare bu yetkisini de hiç kullanmamaktadır. 1970'li yıllardan bu yana sadece CHP azınlık hükümeti döneminde idare işyeri kapatma yetkisini kullanmış, bunun dışında hiçbir zaman bu yetkisini kullanmamış, adeta iş kazalarına seyirci olmuştur.

2) Hükümet etkin denetim uygulamadığına göre ne yapmak gerekir? Bu konuda görev sendikalara düşmektedir. Öncelikle sendikalara işçi sağlığı ve iş güvenliği birimi oluşturarak eğitimlerinde konunun önemini üyelerine anlatmalıdır. Bugün bazı sendika eğitimlerinde bu yapılmakla birlikte yeterli olduğu söylenemez. Bu konuda sendikaların asıl görevi de şudur. İşçi Sağlığı ve iş güvenliği önlemleri alınmayan hiçbir işyerinde işçiler çalışmak zorunda değildir. "Önce üretim, sonra can güvenliği" değil, "Önce can güvenliği, sonra üretim" ilkesi hedeflenmelidir. Sendikalar bunu üyelerine benimsetmeli, gerekli önlemler alınmadan işyerlerinde çalışılmamasını örgütlemelidir.

3) Ulusal İşçi Sağlığı Kongreleri on yılda bir kez değil, Bakanlık, sendikalar ve meslek odalarının katılımı ile her yıl düzenlenmeli ve ortak çalışma programları benimsetmelidir.

**İş Kazalarında İnsan Psikolojisi Faktörü**  
**Dr. Arslan EBİRİ**  
**(Ruh ve Sinir Hastalıkları Uzmanı / Toplum Hekimliği Uzmanı)**  
**TÜRKİYE TAŞKÖMÜRLERİ KURUMU**  
**(Sağlık Daire Başkanlığı Merkez Polikliniği Başhekimisi)**  
**ZONGULDAK, 1988**

**İŞ KAZALARINDA İNSAN FAKTÖRÜ**

"İş kazalarında insan faktörü" deyince, aslında bu oldukça kısa süre içinde incelenmesi hiç de kolay olmayan bir konuyu açmış oluyoruz. Çünkü, "insan", insanların yüzyıllardan beri araştırdıkları, tanımlamaya çalıştıkları, kesin olarak sonuçlanmayan bir konudur.

"İş" olmayan yerde "iş kazası" olmaz, ama, "işçi" yani insan olmadan da "iş" olmaz. Yani iş kazası araştırılacaksa iş kazalarının önlenmesi, azaltılması için çaba harcanacaksa, önce insan ve kişilik kavramlarının açıklanması gerekir.

Kanımızca "insan" ve "kişilik" kavramlarının ayrı ayrı tanımlanmasının konuya hiçbir yararı olmayacaktır. Çünkü kişilik, ancak bir insan bedeninde var ise kişiliktir. Bunun yanında kişiliği olmayan bir insan modeli de düşünemeyiz.

Kişilik, biz ruhbilimcilere göre, bireyin kendine özgü ve ayırıcı davranışlarının bütünüdür. Bir başka deyişle, kişilik, bir insanı başkalarından ayıran, bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerden oluşmaktadır.

"Karakter" her ne kadar kişilikle eş anlamda kullanılıyorsa da aslında, bireyin kişilik özellikleriyle, içinde yaşanılan çevrenin değer yargılarının bileşkesi olarak tanımlanır.

Bir insanın bir iş yaparken, ister maden işçisi, ister ev kadını, ister milletvekili, ister sporcu olsun, o işte ya yüzde yüz başarılı olması, ya işi "idare edecek" kadar yapması, ya hiç yapamaması, ya da iş yaparken bir kazaya uğraması gibi değişik sonuçlar görmemiz, işte bu kişiliğe bağlıdır.

Bu noktada ortaya çıkan gerçek zorluk, "bir işe bir adam seçme" olayındadır. Oysa ülkemizin en kapsamlı ve ayrıntılı iş hekimliği kurumu olduğu bilinen, mensup olduğumuz "Türkiye Taşkömürleri Kurumu"nda bile, işe giriş muayenelerinde işçi adayını soyup, bedensel bir sakatlığı, solunum ve dolaşım sistemlerinde bir patoloji olup olmadığına bakılmakta, daha sonra bir mikro-film ile akciğeri görüp, bir de sedimantasyonla muayene tamamlanmaktadır.

Ancak işçinin bir iş kazasına neden olduğu durumlarda, yukarıda sayılan muayenelerden geçen kişinin bir başka etmenin etkisi altında yaralandığını, öldüğünü, hatta çevresindeki birkaç işçinin daha kazalanmasına neden olduğunu görünce, kaza araştırmalarında çok önemli başka nedenlerin de incelenmesi gerekmektedir.

İşin özelliği ile ilgili etmenler şimdilik bir yana bırakılırsa, yapılacak geriye doğru ve dikkatli / çok yönlü bir araştırma, işçinin o kazayı niçin yaptığını açıkça gösterebilir. Birlikte çalıştığı arkadaşına, bir gece önceki küçük çapkınlığını anlatan, ya da aldığı paranın

ailesini geçindirmeye yetmediğinden yakınan işçinin kolunu makineye kaptırmasında, ruhsal kişilik gelişme katmanlarından birinde bir defekt olduğu düşünülmelidir. Eğer bu işçi işe alınırken fizik muayenenin yanısıra kapsamlı ve belirleyici bir psikolojik test uygulanabilse, iş seçimi yapılırken, dikkatsizliğinin bir kolundan olmasına neden olabilecek bir işe değil, zarar görmeyeceği bir işe alınması olasıdır.

Prof. KÖKNEL, öğretici olması bakımından, insan kişiliğini tabandan tavana doğru sıralanan on katmana ayırmıştır. Kısaca özetlenecek olursa : En alttaki KALITIM'la geçen özellikler ve onun üzerindeki İÇ SALGI BEZLERİ'nin kişiliğin oluşmasındaki büyük rolleri, kişilik üzerinde salt bedensel çerçeveyi tamamlamaktadır. İşçi adayını muayene ederken, iş hekimi bu katmanlarda kalmaktadır. Oysa bugün insanı tanımlarken daha sekiz katmanın da açıklanması gerekmektedir.

İlk iki katmanın üzerinde, ZEKA, dördüncü olarak İÇGÜDÜ VE DÜRTÜLER, sonra DUYGULANIM, altınca olarak BENLİK katmanları vardır. Yedinci katman ilk altı katmanın bir özetidir. Buna ÖZNEL KİŞİLİK katmanı denir. Bunun üzerinde sekizinci katman AHLAK'dır. Karakterin yer aldığı bu katmandan sonra VAROLMA ve tümünün üzerinde EVRENDEKİ YERİNİ SAPTAMA gelir.

Tüm kişilik yapıları sözkonusu edilen bu on katmandan oluşmuştur. Ancak kişinin içinde yaşadığı çevrenin ekonomik, toplumsal ve sosyo-kültürel koşullarına göre benliğinin gelişmesi, olgunlaşması, kişinin kendini kabul etmesi ve ettirmesi için kullandığı yöntemler farklı olabilir.

Görüldüğü gibi konu geniş boyutlardadır. Üstelik de bireyseldir. İş, işçi, endüstri gibi sosyo-ekonomik konuların toplumsal olarak gözlenmesi gerekirken, bireye inen seçme sistemini geniş kitlelere uygulamanın güçlüğü yadsınamaz.

Herşeyden önce, insan yeteneği, kişiliği ve bilinciyle işçinin seçimi ve yapabileceği işe göre işe alma sorunu hep ön plandadır.

Sonuç olarak yapılacak işin niteliği ile işe alınan işçi adayının özelliklerini çok iyi bilmek gerekmektedir. Bu noktada ortaya çıkan büyük sorun, adayın işe seçiminde kullanılacak kriterlerdir.

Bu konu, bugün ülkemizde çok yaygın olmayan, ya da iyi anlaşılammış bir mesleği gündeme getirmektedir. Endüstriyel psikoloji.

Psikoloji, psikiyatri gibi çağdaş bilim dallarının tarihi, bilindiği gibi çok yenidir ve başlangıcından bugüne bir yüz yıl geçmiştir. Psikolojinin bir dalı olan "Endüstriyel ve Organizasyonel Psikoloji" daha da yenidir.

20. Yüzyılın başlarında A.B.D. de Endüstriyel Psikoloji ile uğraştığı söylenebilecek sadece iki psikolog vardı. Bunlardan ilki Boston tramvay işletmesine, sürücü alınırken psikolojik yöntemlerle belki de dünyada ilk kez bir seçim uygulayan Muensterberg'dir. İkinci psikolog da Orta Batı Amerika'da işletmelerin daha çok kâr etmesi için çalışanlar üzerinde psikolojik yöntemler uygulayan Scott'dur. Bu kişilerin bireysel çalışmalarının fazla ileri gittiği söylenemez.

Üstelik yaklaşan Birinci Dünya Savaşı, Endüstriyel Psikolojinin gelişmesini de her alanda olduğu gibi geciktirmiştir.

Ama savaş başlayınca konu, düşünülenin tersine tüm önemiyle gündeme geldi : Askere çağrılan milyonlarca gencin etkin biçimde nasıl kullanılacağı sorusu ortaya

çıkmişti. O zaman Ordu, Amerikan psikoloji Derneği'ni göreve çağırdı. Savaş sürüp git-tiğinden, deneyimlere göre beklemek/görmek olası değildi. Örneğin Subay Okulu'na kim-lerin gitmesi gerektiğine çok çabuk karar vermek gerekiyordu. Kimler hangi işleri yapmak için görevlendirileceklerdi?

Bu sorunun çözüm biçimi çok ilginçtir ve tarihte gerçek yerini almıştır. Psikologlar, güç işleri yapacaklarla yapamıyacakları ayırmak için 1917 lerde ellerinde bulunan tek bir kıstası, BINET'nin "zeka testini" kullandılar. Ama bu okul çocuklarının sınıflandırılması için kullanılıyordu ve bireysel bir test olduğu için bir kezde bir kişiye verilebiliyordu.

Sonunda psikologlar, Binet testini bir defada çok adaya verilebilecek biçimde de-ğiştirdiler ve buna ARMY ALPHA adını koydular. Bu test öyle başarılı oldu ki, savaştan sonra da muhtemelen ABD endüstrisinde psikolojinin kullanılışında ön ayak oldu.

Orduda başarıyla uygulanan psikolojik-yerleştirme programlarının endüstriye uy-gulanması 1950'lere kadar sürdü. Ancak yapılanlar, yönetimlerin sorunları saptaması ve psikolojiden bunların çözümü için yardım istemesi biçiminde idi. Yani daha çok işe başvuran adayların seçimi ve ayıklanmasına dayanıyordu. Bu arada kurulan birkaç "Psikolojik Danışmanlık Bürosu" da başarılı olamadı.

Çünkü, kullanılan testlerin çoğu etkili değildi. Örneğin testle alınan işçiler, teste girmeden alınanlardan pek de farklı çıkmıyordu. İkinci olarak anlaşılan da, kullanılan ye-tenek testlerinin en iyilerinin bile, iş performansı tahmininde yetersiz kalmasıydı. Üçüncü olarak, psikolojinin yalnız yöneticileri tatmin etmesi, işçilerin ve işçi sendikalarının olaya soğuk davranmasıydı. Çünkü psikologların işverenden maaşını alan ve daha çok yönetim sorunları üzerinde çalışan kimseler gibi görünmesi sendikacılarla endüstriyel psikologlar arasında soğuk rüzgarlar estirdi.

1950'lerden sonra zamanla bazı de-ğişiklikler oldu. Amerikan Psikoloji Derneği'nin son birkaç Başkanı'nın de-ğişik tutumlarının yanısıra, Endüstriyel Psikolog'un artık sa-dece işvereni koruyan kişi de-ğil, işçi, işveren ve sendika üçgeni içinde, gerek işçi-işveren, gerek işveren-sendika, gerek işçi-sendika ilişkilerindeki patolojileri çözümleyen, hatta işin özelliğiyle işçinin ruhsal yapısı arasındaki de-ğişiklikleri en aza indiren bir tutuma girmesi işleri daha iyiye götürdü.

Bugün, "Endüstriyel ve Organizasyonel Psikoloji", Birleşik Devletler gibi daha birçok ülkede sistemin kurulması, verimin arttırılması, iş kazalarının azaltılması, ya da herkesin yaptığı işten tatmin olması gibi temel pek çok sorunun çözümünde başarılı ol-maktadır.

Dünya Sağlık Teşkilâtı'nın herkesçe bilinen "İş Sağlığı" tanımı aynen şöyledir :

"Her tür işte çalışanların bedensel, ruhsal ve toplumsal refahlarını en üst düzeye yükseltmek; çalışanların sağlıklarında iş koşullarından kaynaklanan bozulmaları önlemek; çalışanları sağlığa aykırı etmenlerden korumak; her çalışanı, kendi iş çevresinde bedensel ve psikolojik koşullarına uygun yere yerleştirmek ve orada muhafa-za etmek".

Ancak kabul etmek gerekir ki, çalışanlarımızın çok büyük bir bölümü, sağlıklarını ve refahlarını hiç de yükseltmeyecek işlerde çalışmaktadırlar. Böylelikle, sonuç olarak birçok kişinin iş stressleri nedeniyle katlanılması olanaksız zorlanmalarla sağlıklarını kaybetmeleri çok sık görülmektedir.

Onbeş yıl bir maden bölgesinde ruh hekimi olarak çalışmamızda gördüğümüz birçok olgu içinde somut ve her iş yerine genellenebilecek "stres ve zorlanma" ları şöyle sıralamamız olasıdır :

**1. Fakirlik, kazanılan paranın aileyi geçindirmeye yetmemesi :**

Gördüğümüz en önemli stres türü budur. Özellikle son yılların ekonomik koşullarının gitgide bozulması, enflasyonun büyümesi sabit gelirlili işçi ailesinde stres, hatta panik yaratmaktadır.

**2. İş güvencesizliği, işsiz kalma korkusu :**

Türlü nedenlerle işinden olma korkusu, az da olsa aileyi geçindirecek bir aylıktan yoksun kalma paniği, son zamanlarda özellikle "sözleşmeli" çalışanlar arasında gitgide yayılmaktadır.

**3. Fazla mesai, fazla vardiya çalışması :**

Zonguldak Kömür İşçisi, bilindiği gibi yeraltı ve yerüstü olarak iki büyük grupta çalışmaktadır. Yerüstü işçileri daimi çalışanlardır. Bunlar arasında da günde üç vardiya çalışanlar vardır. Ancak yeraltı işçisi en büyük bölümü oluşturur ve bunlar A ve B grupları olarak ikiye ayrılır. A grubu yeraltında çalışırken, B grubu köylerinde kendi köy ve ev işleriyle uğraşıp, bir ay yoğun kömür tozu ile olan yakın ilişkilerinin etkisini açık havada atmaya çalışırlar. Bu işçinin beden sağlığı ve ruh sağlığı için çok önemli bir önlemdir.

Ancak fazla paraya gereksinimi olan işçi, kendi deyimiyle "boş grubunda da çalışır". Ara vermeden tüm yıl çalışan işçi sayısı, son yıllarda ekonomik koşullar bozuldukça artmaktadır.

**4. Tehlikeli Ortamda çalışmak :**

Hekimliğini yaptığımız işyerinde, bu madde hep en önde gelmektedir. Yeraltında çalışan işçi, ocakların en uç noktalarında, ayak dediğimiz yerlerde kazma ile çalışırken, "Ölüm korkusu" nu sürekli olarak hissetmektedir.

**5. Kişilerarası çatışmalar ve gerginlikler :**

Türkiye Taşkömürü Kurumu (T.T.K) nda şimdiye dek pek dikkat çekmeyen bir özellik görülmektedir. Başlıbaşına bir araştırma konusu olabilecek olan bu durum, Kurum işçilerinin ayrı ayrı sanatları yapan bölümlerinin ayrı ayrı köy ve bölgelerden gelmeleri olarak açıklanabilir. Daha açıkça söylemek gerekirse, A köyünün erkekleri kuşaklar boyunca "Kazmacı", B köylüleri "Domuzdamcı / Ayak Tahkimatçısı", C köylüleri "Yol Marangozu" gibi değişik mesleklerle uğraşmaktadır. Örneğin Doğu Karadeniz'den gelen işçiler de babadan oğulu "Lağımçı" olarak iş yapmaktadır. Bu grupların Çavuş, Başçavuş ve Nezaretçileri de aynı köy ya da bölgelerden olmaktadır. Örneğin Trabzon'lu bir Başçavuş'un emrinde Çaycuma köylüleri huzursuz olmaktadır. Bölgecilik adını verdiğimiz bu durum, stresi arttıran bir boyuttur.

**6. Sınırı belirsiz sorumluluklar :**

Bu bizim, işyerimizde çok seyrek görülen bir durumdur. Çünkü yapılan işin ağırlığı ve sanatların farklılığı, sorumlulukları ve çalışılan alanı, zorunlu olarak sınırlamaktadır. T.T.K.'nin en iyi düzenlediği konulardan biri budur.

**7. İşyerinin çevre koşullarının kötülüğü :**

Kömür işçisinin çevre koşullarının kötülüğünü işin özelliği gözönüne alınırsa,



gerçekten kaçınılması en zor durumlardan biridir. Havasızlık, sürekli solunan kömür tozu, sürekli gürültü, zaman zaman artan sıcaklık ve basınç duygusu, yüksek nem gibi fiziksel etmenler, Kurum tarafından en aza indirilmeye çalışılmakta, çağdaş teknolojinin olanakları uygulanmakta, fakat yine de etkileri sürmektedir.

İşte yedi maddede özetlemeye çalıştığımız stres kaynaklarının işçi üzerinde, erken ve geç olumsuz etkileri, her zaman gündeme gelmektedir ve meslek hastalığı sayılmayan, ama süregen hastalıklara neden olmaktadır. Erken etkiler, işçide :

1. Bedensel tepkiler (sırt ve başağrıları, kas ağrı ve krampları, hazımsızlık)
2. Ruhsal tepkiler (yorgunluk, gerginlik, depressif düşünce biçimi, sıkıntı, dikkati toplayamama)
3. Davranışsal tepkiler (ani öfke nöbetleri, duygusal davranışlar, sigara ve alkol bağımlılığında artış)

gibi sonuçlar doğurmakta ve bunların doğal sonucu olarak da iş kazalarında çoğalma olmaktadır.

Stres kaynaklarının belirlenmesi ve sonuçlarını gördükten sonra, şimdi, bir Zonguldak'lı maden işçisinin, genellikle birbirinden pek farklı olmayan yaşam modelini ana kalıp örnekleri içinde tanımlamak, "iş kazasına uğrama" ya da "iş kazasına neden olma" durumunda baştan beri süregelen stresler akınını anlamak da yararlı olacaktır.

Zonguldak köylerinde doğan çocukların yazgılarında genellikle birbirine olağanüstü benzerlik bulunmaktadır. Şöyle ki :

1. Doğum kontrolü / nüfus planlaması üzerinde hiçbir şey bilmeyen, ya da bunu günah sayan, ya da 3daha çok maden işçisi / daha çok gelir" amacıyla çocuk yapan "çok çocuklu" bir ana-babanın çocuğu olarak doğar.
2. Dede-babaanne; amca-karısı-çocukları; ağabey-karısı-çocukları ile dolu kalabalık bir ortamda, anne-baba ve kardeşleri ile evin odasında yatıp kalkarak 0-6 yaş, oral, anal ve fallik dönemlerini geçirir.
3. Bu evde hiç de seyrek olmayan gelin-kaynana; büyük elti küçük elti; anne-baba kavgalarına yakından tanık olarak, psikoseksüel gelişme dönemlerinde küçük depresyonlar yaşar.
4. Genellikle yine bu yaşlarda, ya evinde, ya yakın komşusunda, ya da köy içinde, olanca acı tablolarıyla yaşanan bir göçükte kalma, grizu patlaması sonucu ölüm ya da ağır sakatlanmanın izlerini belleğine yerleştirir.
5. Evin madende çalışan erkeklerinin getirdikleri para, bölündüğünde onun basit isteklerini bile yerine getirmeye yetmez.
6. Köyde ilkokul varsa, yüzeyel, kalıcı olmayan ve geleceğe yönelmemiş bir öğrenim görür. Çünkü gelecek madendir.
7. İlkokul çağında ve hemen ilkokuldan çıkınca, bir-iki yıl süre ile, yoğun, korku eşliğinde verilen ve tüm yaz tatili boyunca süren bir kuran kursu/ dinsel öğretim alır.
8. 12 - 13 yaşından başlayarak evlenmesi gündeme gelir. Evlenince eve, tarla işlerinde ve hayvan bakımından iş yapacak bir kız gelecektir.
9. 14 - 17 yaşları arasında, genellikle kendinden 2 - 5 yaş büyük bir kızla, ailenin tüm birikmiş varlığı verilerek evlendirilir.

10. Artık evli olduğu için bir işe girme gündeme gelmiştir. Ancak meslek seçimi hakkı yoktur. İlgili alanları, emosyonel durumu, bilgi ve becerisi ne olursa olsun kesin olarak "kömür" ile ilgili bir iş yapacaktır.

11. Ama öyle hemen iş bulunması olası değildir. Çoğu kez yıllar süren uzun bir bekleme, sık sık kendi çapında girişimlerle sürer gider.

12. Bu arada birbiri arkasına çocukları olmaya başlamıştır. Askerlik görevi gelir, köy dışındaki dünyayı bu nedenle tanımaya başlar. Maden işçiliğinden başka meslekler olduğunu görür. Ama bunlar kendi deyimiyle "yazgı"sını değiştiremez.

13. Her köyden, yabancı ülkelerde çalışan, dost akrabalar vardır. Bunlar yazın, arabaları, değişik giyimleri, tavırları değişik eş ve çocuklarıyla köye izine gelirler. Kendisinin işe girince eline geçecek olan paranın, 10 - 15 katından söz ederler.

14. Bu, işe girmek için politik ve parasal araçlara verilecek ödün ve rüşvetlerin tutarını arttırır.

15. Sonunda genellikle 25 - 30 yaş döneminde işe girer.

16. Aldığı ilk maaşın, harcadığı bunca çabaya değmediğini görür, ama başka seçeneği yoktur. Kalabalık ailenin en büyük erkeğine maaşın tamamını verir ve bütçeye katkısı başlar.

17. Erkek çocukları da bu çarkın içine yavaş yavaş girmeye başlamışlardır.

18. Köyü ile işyeri arasında servis otobüsleriyle, günde iki kez yaklaşık birbuçuk - ikibuçuk saat süren gidiş gelişler sürmekte, işçinin evinde eşinin ve çocuklarının yanında kalma süresi uyku dahil 10 saati geçmemektedir.

Bu 18 maddelik senaryo, şaşılacak kadar az farklılık göstermektedir. Ancak yine de geniş kapsamlı, sayısal değerler veren araştırmalara gereksinim vardır.

Görüldüğü gibi, maden işçisinin yaşamında içten ve dıştan çeşitli stres ve zorlanmalar organizmaya hücum etmektedir. Stres altında kalan her canlıda görülen klasik belirtiler (kan akımının kaslara ve beyne, yönelmesi, solunum derinleşmesi, göz bebeklerinin büyümesi, terleme, kan basıncı yükselmesi, kanda şekerin artması, titremeler vb.) sürdükçe, olay süreğen bir durum gösterir ve hipertansiyon, koroner kalb hastalığı, sindirim sistemi hastalıkları, kronik kaygı, depresyonlar ve çeşitli tip nevrozlar yerleşmeye başlar.

Sonuç olarak, iş kazalarının, meslek hastalıklarının ve hatta süregelen bedensel ve ruhsal hastalıkların oluşmasında insan yönünden alınması gereken önlemlerin, sadece "İş Hekimliği" bakış açısından öneriler halinde özeti şudur :

1. Herşeyden önce, iş kazalarında psikolojik etmenin ağırlığını bilen ve psikolojiye önem veren bir yönetici kadrosunun eğitilmesi gerekmektedir. Yani bugünün çağdaş yönetim sistemi içine, "endüstriyel ve organizasyonel psikoloji" bilincini yerleştirmek ilk adım olarak düşünülmelidir.

2. Her iş yerinde, yapılan çeşitli işleri, en ince ayrıntısına değin araştırarak, iş çeşitlerinin özelliklerini saptamalıdır.

3. Endüstriyel bilgilerle donanmış, hem işyeri ve işin ayrıntılı özelliklerini, hem de insanı, psikolojik yöntemlerle değerlendirebilen, yetişmiş uzman psikologlar işyerine alınmalıdır.

4. İş yerine işçi alırken, bedensel muayeneleri sonucunda sağlam olduğuna karar verilen adayların, kendi kültürel ve geleneksel ortamları içinde uygun psikolojik testleri yapılmalı, işin niteliğine göre, "işe uygun adam" lara işbaşı yaptırılmalıdır.

5. Çalışanların, yıllık periyodik muayeneleri yanında, yılda bir kez, tam bir psikolojik (psikiyatrik) muayeneleri yapılmalıdır.

6. Uzman olsun, pratisyen olsun, tüm hekimlerin, "İş Hekimliği ve Endüstriyel Psikoloji" hakkında bilgilerle donatılması için, Tıp Fakülteleri eğitim programları içinde, bu konuda yoğun dersler konması amacıyla, gerek Üniversiteler, gerek Hükümetler nezdinde yoğun çabalar harcanmalıdır.

7. Yıllardan beri tanık olduğumuz yanlış bir uygulamanın düzeltilmesi için, tıbbın her dalında meydana gelen meslek hastalıklarının yanısıra, "Psikiyatrik Meslek Hastalıkları"nın da oldukça yoğun olduğunu, çalışan kişinin 'Pnömokonyoz' olduğu gibi 'Psikonevroz' da olabileceğinin kabul edilmesini sağlamalıdır.

8. Batıdaki gelişmiş sanayi ülkelerinde olduğu gibi, ülkemizde de "İşçi / İşveren / Sendika" üçgeninde, kesimler ve insanlar arasındaki ilişkinin mükemmelleştirilmesinde, hem iş veriminin artması, hem çalışan kişinin emeğine uygun para kazanması ve dolayısı ile severek çalışacağı bir ortam yaratmak için tarafsız psikologlara gereken değerler verilmelidir.

9. "İş Sağlığı", "İş Kazaları", "Meslek Hastalıkları" ve "Koruyucu Hekimlik Standartlarını İşyerlerine Uygulanması" konularında sık sık bilimsel ağırlıklı toplantı, konferans ve paneller düzenlemelidir.

10. İşyeri hekiminin, çalıştığı yerin her tür özelliğini öğrenmesi, iş yerindeki çeşitli meslekleri en az çalışan kadar bilmesi, gözlemlemesi, işçinin karşılaştığı zorluk ve stresi tanınması sağlanmalı, bu hekimin, salt hasta muayene eden, ya da acil yardımda bulunan kişi olmaktan çıkarılması sağlanmalıdır.

11. İşyeri hekimliği sistemini yeni baştan düzenlemeli, hekime sosyal güvence veren, sadece işverenin yararlarını korumak için maaş verilen bir makam olmaktan çıkaran, bir Bakanlığa bağlanması için girişimlerde bulunulmalıdır.

## **İş Kazalarında Ruhsal Etmenlerin Metalden Eşya İmali İşkolunda Araştırılması**

**Dr. Yaşar (Çokan) SPOR, Prof. Dr. Turhan AKBULUT,  
Psk. Ayşen TÜRKBIKMAZ, Psk. Ayşen Akayoğlu, Psk. Nihal AKYILDIZ**

Geleneksel bir görüşle, çalışanların sağlık sorunları çoğu kez İşkazaları ve Meslek Hastalıkları biçiminde değerlendirilir. Özellikle işkazaları son yıllarda daha bir önem kazanmaktadır. Çünkü işkazaları endüstriyel patolojinin önemli bir grubu olup, işgöremezlik ve ölüm oluşturmaları nedeniyle büyük sorundur.

Çalışma koşullarının gittikçe ağırlaşması, işkazaları oranlarını da arttırmaktadır. 1984 yılı için toplam işgöremezlik süresi 2.380.420 gün olup, yılda 300 işgünü hesabıyla yaklaşık olarak 317 kişilik 25 fabrikanın bir yıl çalışmaması demektir.

İşkazalarının işkollarına dağılımı yönünden 1986'da 150820 işkazası ile İnşaat, Madeni Eşya İmali, Dokuma, ve Kömür Çıkarımı ön sıralardadır. Aynı yıl kaza sonucu oluşan 1109 ölüm olayından işkazalarının çokluğu açısından birinci sırada, Dünya'da ise Güney Kore'nin ardından ikinci sıradadır. İmâlat Sanayiinde ise Haiti ve Uganda'dan da öndeyiz.

Yukarıdaki veriler SSK'nın resmi sonuçları olup, Türkiye genelinde sigortasız olarak çalıştırılan işçiler eklendiğinde olayın boyutlarının daha geniş olacağı belirgindir. Ayrıca işkazalarının işletmeye mâliyeti yanında Ulusal Ekonomiye de ağır yükü vardır.

20.yy. başlarında işkazalarının bir mühendislik sorunu olup, makinalara özgür kursurlar önlendiğinde, işkazalarının azaldığı, fakat bir süre sonra bu azalmanın devam etmediği görüldü. Bundan sonra araştırmacılar "İnsan Etmeni", özellikle de Psikolojik ve Motivasyonel etmenlerde odaklaşmaya başladılar.

Pekçok araştırmacıya göre, işkazalarının iki temel etmeni vardır : (Spor, Çelikkol...). Bu etmenleri Tablo : 1'de görmekteyiz. Konuya insan etmeni açısından baktığımızda, işkazaları nedeniyle hem kaza geçiren işçide hem de iş arkadaşlarında oluşan verim düşüşünden kaynaklanan istatistik veriler dikkate alınmamaktadır. Nedeni de, insan etmeni konusuna yeterince önem verilmemesidir. Öyle ki, işçinin ruhsal durumunun bozulması nedeniyle kaza olabilirken, kaza sonucunda da ruhsal bozukluklar (Kaza - Travmatik Nevroz) oluşabilmektedir.

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

Çalışmalarımızı 1980 yılından beri Metalden Eşya İmali işkolundaki büyük bir işletmede sürdürmekteyiz. Birinci çalışmamızı 1981, ikincisini 1983 ve üçüncü çalışmamızı da 1985 yılında yayınladık. Son iki yılda bu işletmede işçi rotasyonu oldu., yeni giren grup ve daha önce incelemeye alamadığımız işçileri iş kazaları açısından yeniden incelemek istedik. bu nedenle önce Revir kayıtlarına bakarak 37 işkazası geçirmiş, 23 işkazası geçirmemiş işçi olmak üzere toplam 60 işçiyi incelememize aldık.

Bu iki grup işçiyi şu yöntemle inceledik;

1. 15 sorudan oluşan ve işçinin yaşı, çalışma yılı, eğitim düzeyi, işkazası sorumlusu kim gibi sorular yöneltildi,
  2. Benton (Algı, Dikkat, Bellek) testi,
  3. Cornell-Index (Kişilik) testi, uygulandı.
- Sonuçlar istatistiksel olarak  $X^2$ -testi ile yorumlandı.

## **BULGULAR ve TARTIŞMA**

İki grubun yaş ortalamaları şöyleydi;

Kazalı grup; 37 kişi, yaş ortalaması 36,24

Kazasız grup; 23 kişi, yaş ortalaması 30,17

Kaza geçiren grupta yaş ortalaması biraz daha yüksek (36.24) bulunmuştur.

Her iki grupta da İlkokul ve Meslek Lisesi mezunları daha fazladır. Kaza geçirmeyen grupta Meslek Lisesi mezunlarının fazlalığı (% 47.8) dikkati çekmektedir (Tablo : 2).

Kaza geçiren gruptaki işçilerin ailede, bakmakla sorumlu olduğu kişi sayısının, kaza geçirmeyenlerden fazla olduğu saptanmıştır. Bu da çalışmada geçim sıkıntılarının neden olabilir ve işkazası oluşturabilir (Tablo : 3).

Her iki grupta da (Tablo : 4) ücret düzeyleri arasında belirgin bir farklılık yoktur.

İş eğitimi<sub>2</sub> görmek (Tablo : 5) kaza geçirme olasılığında fazlacak etkin görülmemiştir,  $X^2 = 2.43$  ve  $P > 0.05$  ile sonuç anlamsızdır. Daha önceki çalışmamızda işçilerin % 26'sının iş eğitimi gördükleri belirlenmişken, şimdi kazalı grubun % 67.5'nun iş eğitimi gördükleri belirlenmiştir.

Çalışanlara, yaptıkları işkazalarında kim sorumlu tuttıkları (Tablo : 7) sorulduğunda her iki grupta da çoğunluğun "kendisi" olduğunu söyledikleri görülmüştür. Daha sonraki en fazla yanıt işverenin suçluluğunda toplanmıştır.

Daha sonra işçilere "İşkazalarını önlemek için neler yapılmalı" denilmiş ve kaza geçiren ve geçirmeyen grupta en fazla yüzde, "İşveren önlem almalı" da toplanmıştır. Onu izleyerek "Dikkatli olmak gerekir" denilmiştir (Tablo : 8).

Yine saptamalarımıza göre işkazası geçirenlerin olgularımızın % 26'sı her gün, % 20'si nadiren olmak üzere % 46'sı Alkol aldıklarını belirlemiştik.

Daha sonra her iki gruba da Psikolojik testler uygulanmış ve Tablo : 9'da Algı-Dikkat-Bellek testi olan BENTON testi sonuçları verilmiştir. Görüldüğü gibi sonuç istatistiksel olarak anlamsız olmasına ( $X^2 = 1.142$ ,  $P > 0.05$ ) karşın, kazalı grupta Algı-Dikkat-Bellek fonksiyonu yüzdeleri daha yüksektir. Yani dikkati düşük olanlar % 29.7 ile kaza geçiren grupta dah fazladır.

İki gruba da uyguladığımız Kişilik Testi (Cornell-Index) sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır,  $X^2 = 7.99$  ve  $P < 0.05$  Yüzdeler açısından da kazalı grupta daha fazla emotif ve Nevrotik kişi olduğu (24 kişi) görülmüştür (Tablo : 10). Yani bu grup kaza geçirenlerin % 64.8'i Psikolojik bozukluk gösterirken, daha önceki çalışmamızda kaza geçirenlerin % 40'ı NEVROTİK olarak bulunmuştu. Bu kez oranın biraz dah yükseldiği görülmektedir.

Tablo : 11'de ise, Cornell-Index kişilik testi sonuçlarının semptomlara göre dağılımı verilmiştir. Kaza geçiren grupta Depressif bulgu % 27.7 ve Korku Reaksiyonları % 13.8, Şüphencilik % 18.9 ile daha fazladır. daha önceki çalışmamızda Çevreye Uyumsuzluk, Anksiyete, Korku ve Dolaşım Sistemi Bozuklukları kazalı grupta daha çok saptanan semptomlardı (1983 ve 1985'deki çalışmalarda).

## SONUÇ

Bazı psişik bozukluklar kaza etkeni olabilmektedir. Primer dönemde önlemek önemli olduğuna göre, işe giriş ve periyodik muayenelerde, fizik muayeneler yanında Psişik ve Psikoteknik muayenin de yapılması, gerekmektedir.

İşkazaları nedenlerinin çok iyi saptanması ve risk hesabı yapılarak, en risklisinden başlayarak önlemler alınmaya başlamalıdır.

Her işletmede bir Psikolog görevlendirilmelidir. Altı-yedi işletmenin bağlı olduğu ve bir Psikiyatristin çalıştığı, "Ruh Sağlığı Üniteleri" kurulmalıdır. İşletmelerde, merkezdeki Ruh Sağlığı Ünitesine bağlı çalışan Psikologların iki görevinden söz edebiliriz;

- a. İşyerindeki Psikososyal çevre koşullarını düzenlemek,
- b. Psişik ve Psikoteknik kontrolleri (işe giriş ve periyodik muayenelerde) yapmak, ayrıca destek Tedavi ve Psikoterapi de uygulamak,

## Tablo 1 : "İş Kazalarının Nedenleri"

### I. KİŞİSEL FAKTÖRLER (% 80)

#### 1. Kişisel Özellikler :

- a) Yaş, Cins, Eğitim, Deneyim.
- b) Kazalara eğilim hali.
- c) Emosyonel gerginlik.
- d) Zihinsel meşguliyet.
- e) Bazı Nöropsikiyatrik hastalıklar : (Epilepsi, Davranış boz., Zihni yetersizlik).
- f) Bazı drogulara bağımlılık (Alkol, Toksik Madde, İlaçlar).
- g) Yaradılıştan ve sonradan beceriksizlik.
- h) Yeteneklerin geçici olarak zarar görmesi : (Yorgunluk, Uykusuzluk, Akut hast., Alkol, Tütün, Sedatif, Analjezik ve Hiptonik ilaçların kullanımıyla R. kapasitesi düşmesi).
- l) Yeteneklerin kronik bedensel hastalıklar nedeniyle sürekli zarar görmesi : (İleri düzeyde görme-ışitme yetersizlikleri, Nöromotor sistem lezyonları).

#### 2. Fizyolojik Faktörler :

- a) Fizik yorgunluk,
- b) Fizyolojik yorgunluk,
- c) Fizik aksaklıklar,
- d) Sağ veya sol elin kullanılmaması.

3. Psikolojik Faktörler :
  - a) Duygusal denge,
  - b) Algı, dikkat, bellek bozuklukları,
  - c) Reaksiyon zamanı,
  - d) Zekâ düzeyi,
  - e) Özel yetenekler,
  - f) Uyarıcıya hızlı alma yeteneği,
  - g) Psikolojik yorgunluk.
  
4. İnsan Etmenine İlişkin diğer Faktörler :
  - a) İş tatmininin olmaması,
  - b) Zihinsel yorgunluk,
  - c) Güvensiz davranışlar,
  - d) Yetersiz psikomotor koordinasyon,
  - e) Zayıf uyum,
  - f) Uzaklık ve süratte hatalı yargı,
  - g) Duygusal dengesizlik : (Aşırı sevinçli veya kederli olma, Gergin ve sıkıntılı olma).

## II. ÇEVRESEL FAKTÖRLER : (% 20)

1. Kişisel koruma araçlarının kullanılmaması.
2. Üretim aygıtlarının hatalı yerleşimi.
3. Çalışma Ortamı :
  - a) Fizik fak.ler : Gürültü, Isı, Işık, Radyasyon vs.
  - b) Biyolojik fak.ler : Tahriş edici-Boğucu gazlar, Anestetik ve Narkotik mad., sistemik zehirler.
  - d) Psikososyal fak.ler : İşçi - İşveren ilişkileri, ücret sistemleri, lokavtlar vs.

Tablo 2 : Kazalı ve Kazasız Grup'un Eğitimi Düzeyi

	OKUR - YAZAR Ø		OKUR - YAZAR		İLK		ORTA LİSE		MESLEK L.		ÜNTV.	
	Ø	% -	1	%2.7	25	%67.5	2	%5.4	8	%21.6	1	%2.7
KAZALI	Ø	% -	1	%2.7	25	%67.5	2	%5.4	8	%21.6	1	%2.7
KAZASIZ	Ø	% -	Ø	-	11	47.8	1	4.3	11	47.8	Ø	Ø

Tablo 3 : İki Grup'un Geçindirdikleri Kişi Sayısı

KAZA	AILEDE KİŞİ SAYISI				
	2 KİŞİ	3 KİŞİ	4 KİŞİ	5 - 6 KİŞİ	7 ve ↑ KİŞİ
KAZALI	-	3	11	21	2
KAZASIZ	2	5	4	10	2

Tablo 4 : Ücret Düzeyleri

KAZA	TL	ASGARİ ÜCRET	100 - 150	150 - 200 BİN T.L.	200 - 300 BİN T.L.
	KAZALI		6	26	4
KAZASIZ		8	13	2	-

Tablo 5 : İş Eğitimi İle Kaza Geçirme Olasılığı Arasındaki İlgisi

	İŞ EĞİTİMİ VAR		İŞ EĞİTİMİ YOK	
	SAYISI	%	SAYISI	%
KAZALI	25	67.5	12	32.4
KAZASIZ	16	69.5	7	30.4



Tablo 6 : İki Grup Arasında Kişisel Koruyucu Kullanım Oranlarının Karşılaştırılması

	KİŞİSEL KORUYUCU VAR		KİŞİSEL KORUYUCU YOK	
	SAYISI	%	SAYISI	%
KAZALI	33	89.2	4	10.8
KAZASIZ	17	73.9	6	16.2

Tablo 7 : İş Kazası Sorumlusu Kimdir?

	KAZALI		KAZASIZ	
	SAYISI	%	SAYISI	%
KENDİSİ	22	45.8	16	42.1
ARKADAŞI	3	6.15	3	7.8
USTABAŞI	8	16.6	7	18.42
İŞVEREN	12	25.0	10	26.3
DİĞERLERİ	3	6.25	2	5.4

Tablo 8 : İş Kazalarının Önlemek İçin Neler Yapılmalı?

	KAZALI		KAZASIZ	
	SAYISI	%	SAYISI	%
EĞİTİM	9	20.45	4	14.3
DİKKAT	15	34.0	11	39.3
DENEYİM	1	2.3	-	-
İŞVEREN ÖNLEMLERİ	19	43.2	13	46.42

Tablo 9 : İki Grup'da Benton Değerlendirmesi

	NORMAL		DÜŞÜK	
	SAYISI	%	SAYISI	%
KAZALI	26	70.27	11	29.7
KAZASIZ	19	82.6	4	17.3
P > 0.05				
KAZALI	24	60.0	16	40.0
KAZASIZ	36	90.0	4	10.0

$$X^2 = 1.142$$

$$P > 0.05$$

Tablo 10 : İki Grupun Kişilik Özellikleri Cornell - Index Testi Sonuçları

	KAZALI		KAZASIZ	
	SAYISI	%	SAYISI	%
NEVROTİK	24	64.9	13	56.5
NORMAL	13	35.1	10	43.5
$X^2 = 7.997$ P > 0.05				
NEVROTİK	16	40.0	4	10.0
NORMAL	24	60.0	36	90.0

$$P > 0.05$$

Tablo 11 : Cornell - Index Bulgularına Göre Semptomlar

	KAZALI			KAZASIZ		
	SAYISI	%		SAYISI	%	
Çevreye Uysz.	3	20.0	8.3	2	15.0	11.7
Depresif Araz	10	5.0	27.7	3	10.0	17.6
Anx-Nevrozite	3	20.0	8.3	3	5.0	17.6
Nev.Kay.Dol.B.	3	30.0	8.3	2	10.0	11.7
Korku Reak	5	10.0	13.8	1	-	5.8
Psikomatik Arz.	1	-	2.7	-	5.0	-
Hipokondri	2	-	5.5	-	-	-
Nör.Kay.Mide	2	-	5.5	1	5.0	5.8
Şüpheci Kişilik	7	5.0	18.9	5	10.0	29.4

3. Çalış- 4. Çalışma  
ma

3. Çalış- 4. Çalışma  
ma



**5 Nisan 1988 Salı**

**VI. OTURUM**

**BİLDİRİLER**

**Oturum Başkanı**

**Dr. Sıtkı ÜNAL**  
(Eskişehir Tabip Odası Başkanı)

**Konuşmacılar**

**Haluk ORHUN**  
(Şeker İş)  
Makina Sanayiinde İş Kazası Değerlendirmesi

**Dr. Çağatay GÜLER**  
**Doç. Dr. Nazmi BİLİR**  
(H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. Öğretim Üyeleri)  
İşçi Sağlığı Değerlendirme Aracı Olarak Harvard Basamak Testi

**Doç. Dr. Nazmi BİLİR**  
(H. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. Öğretim Üyesi)  
Çalışma Hayatı ve Kanser



**Makina Fabrikalarındaki İş Kazaları**  
**Haluk ORHUN**  
**(Fizik Yüksek Mühendisi)**

**1. GİRİŞ**

Araştırmada beş makina fabrikasındaki iş kazalarının, beş yıllık sonuçları çeşitli parametrelere göre incelenmeye çalışılmıştır. İş kazaları 1982 - 1986 yıllarını kapsamaktadır.

**2. İŞ KAZASI ORANLARI**

Adı geçen fabrikalardaki işçi sayıları Tablo 1. de ve yıllık iş kazası miktarları Tablo 2. de verilmektedir.

Tablo 1 : Beş Makina Fabrikasındaki İşçi Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı

Fabrika Adı	1982	1983	1984	1985	1986	Toplam
1	199	203	204	203	210	1019
2	702	674	671	685	671	3403
3	207	216	225	228	233	1190
4	861	850	841	836	850	4238
5	340	340	334	338	339	1691
Toplam	2312	2283	2275	2290	2303	11463

Tablo 2 : Makina Fabrikalarındaki İş Kazası Sayılarının Beş Yıllık Dağılımı

Fabrika Adı	1982	1983	1984	1985	1986	Toplam
1	13	9	8	11	20	66
2	82	71	63	49	14	278
3	47	35	44	43	41	210
4	137	109	93	108	93	540
5	32	20	34	29	16	131
Toplam	310	244	242	240	184	1220

Tablo 1. ve Tablo 2. den hareketle makina fabrikalarındaki iş kazası oranları bulunmuştur. Kaza oranları, iş kazası sayısı yıl içinde çalışan işçi sayısına bölünerek elde edilmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 3. de gösterilmektedir.

Tablo 3 : Makina Fabrikalarındaki İş Kazası Oranlarının Fabrikalara ve Yıllara Göre Dağılımı

Fabrika Adı	1982	1983	1984	1985	1986	Toplam
1	6.63	4.45	3.90	5.42	9.26	5.97
2	11.64	10.52	9.39	7.15	2.09	8.17
3	22.60	16.06	19.56	18.38	17.30	18.72
4	15.79	12.85	21.09	12.92	10.98	12.74
5	9.17	5.86	10.03	8.58	4.70	7.67
Toplam	7.47	10.68	10.61	10.45	7.96	10.61

Tablo 3. ün incelenmesi ile, bulunan iş kazası oranlarının SSK'nun Türkiye için verdiği yıllık ortalama iş kazası oranlarından büyük olduğu ortaya çıkmaktadır. Yalnız 2 numaralı fabrikadaki iş kazası oranlarının yıllara göre ve düzenli olarak düşüş göstermesi dikkat çekicidir.

### 3. İŞ KAZALARININ HEDEF ALDIĞI ORGANA GÖRE DAĞILIMI

Makina fabrikalarında meydana gelen iş kazalarının beş yıllık sonuçlarından yola çıkarak iş kazalarının en çok etkilediği organ veya organların bulunması amaçlanmıştır. Tablo 4. te tüm makina fabrikalarında görülen iş kazalarının organlara göre nasıl dağıldığı sunulmaktadır.

Tablo 4 : Makina Fabrikalarındaki Beş Yıllık İş Kazalarının Organlara Göre Dağılımı

Hedef Organ	Sayı	Yüzde
Baş (Gözler hariç)	64	5.2
Göz	111	9.0
Gövde	110	9.0
Kollar	48	4.0
El ve El Parmakları	544	44.3
Bacak	57	2.6
Ayak ve Ayak Parmakları	277	22.6
Diğer	16	1.3
Toplam	1227	100

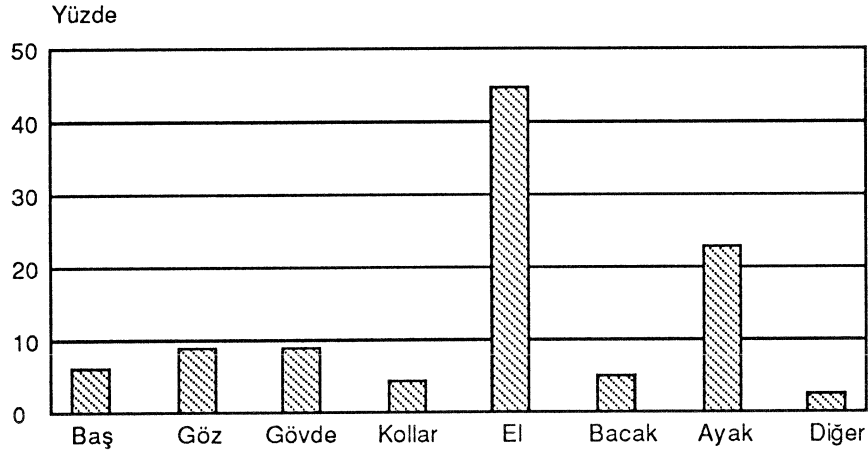
Tablo 4. te açıkça görüldüğü gibi iş kazalarına en çok maruz kalan organlar el ve ayaklardır. Bir başka ifade ile iş kazalarının yüzde 66.9'u el ve ayakları etkilemektedir. Bu yüzdeye gözler de ilave edilirse sonuç yüzde 75.9'a ulaşmaktadır. Şekil 1.'de iş kazalarının organlara göre dağılımı, Şekil 2'de ise üç organın toplam ve iş kazası içindeki payı grafik olarak gösterilmektedir.



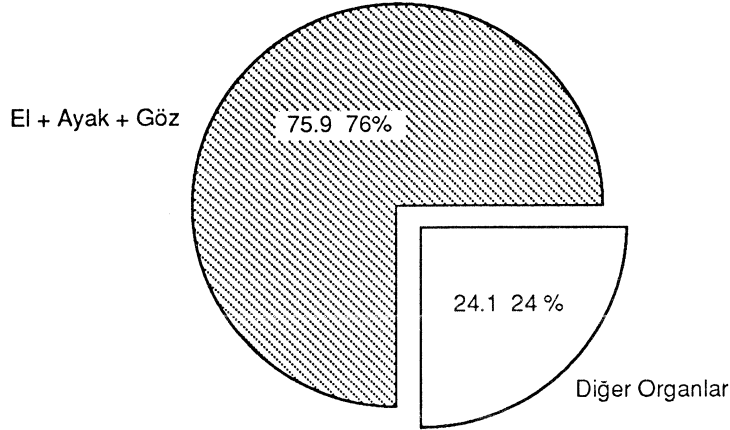
#### 4. İŞ KAZALARININ EĞİTİM DURUMLARINA GÖRE DAĞILIMI

İş kazalarının oluşumuna kazalanan işçinin eğitim durumunun etkisini araştırmak üzere beş yıllık iş kazası sonuçlarının işçinin eğitim durumuna göre nasıl değiştiği incelenmiş ve Tablo 4'de verilen oranlar elde edilmiştir. Elde edilen veriler ışığında en fazla okul mezunu olmayanlar bulunmuştur. İstatistik olarak yapılan analiz sonucunda ilk okul ile ilk okul eğitimi almayan grupların ve orta okul mezunları ile lise-sanat okulu mezunlarının iş kazası oranı arasındaki fark anlamsız ( $t < 1.96$  ve  $p < 0.05$ ), diğer gruplar arasındaki farklar anlamlı ( $t > 1.96$  ve  $p < 0.05$ ) çıkmıştır. Eğitim durumlarının iş kazaları üzerindeki etkisi ise Şekil 3. te verilmektedir.

Şekil 1. İş Kazalarının Organlara Göre Dağılımı



Şekil 2 : İş Kazalarında El, Ayak ve Gözün Payı



Tablo 5 : Makina Fabrikalarında Meydana Gelen İş Kazalarının Eğitim Gruplarına Göre Dağılımı ve Kaza Oranları

Eğitim Durumu	İlk Okul	İlk Okul Öncesi	Lise ve Sanat L.	Yüksek Okul	Bilinmiyor	Toplam
Kaza Sayısı	49	6238	539	197	-	10922
Kazalanan İş Sayısı	6	877	35	293	8	1220
Kaza Oranı	12.2	14.1	6.5	7.5	0.5	11.7

### 5. İŞ KAZALARININ YAŞ GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI

Araştırmanın yapıldığı fabrikalardaki iş kazalarının iş kazasına uğrayan kişinin yaşı ile ilişkisi incelenmiş ve genel bir eğilim olarak iş kazalarının yaş arttıkça azaldığı gözlenmiştir. Yaş grupları için bulunan kaza oranları arasındaki farklar istatistik olarak anlamlı bulunmuştur. Tablo 6 da kaza oranlarının yaş gruplarına göre değişimi verilmektedir.

Tablo 6 : Makina Fabrikalarındaki İş Kazalarının Kazay Uğrayan İşçilerin Yaş Gruplarına Göre Değişimi

Yaş Grubu	18 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 -	Toplam
İşçi Sayısı	678	4131	3824	1734	753	277	82	11479
Kaza Sayısı	92	406	458	179	54	12	14	1220
Kaza Oranı	13.56	9.83	11.98	10.32	7.17	4.33	7.24	10.63

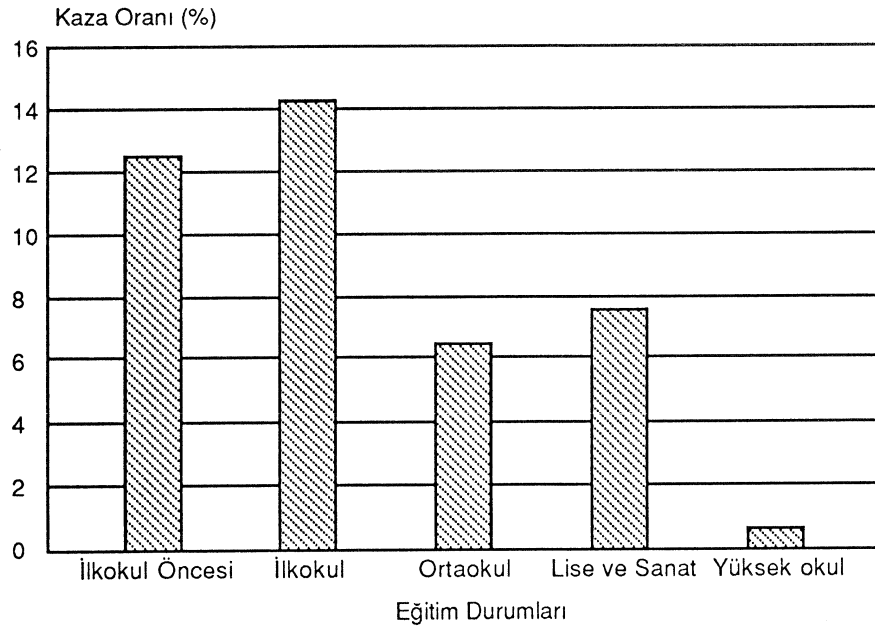
Tablo 6'nın grafik olarak gösterimi Şekil 4'te sunulmaktadır.

### 6. İŞ KAZALARININ YAPILAN İŞLE İLGİSİ

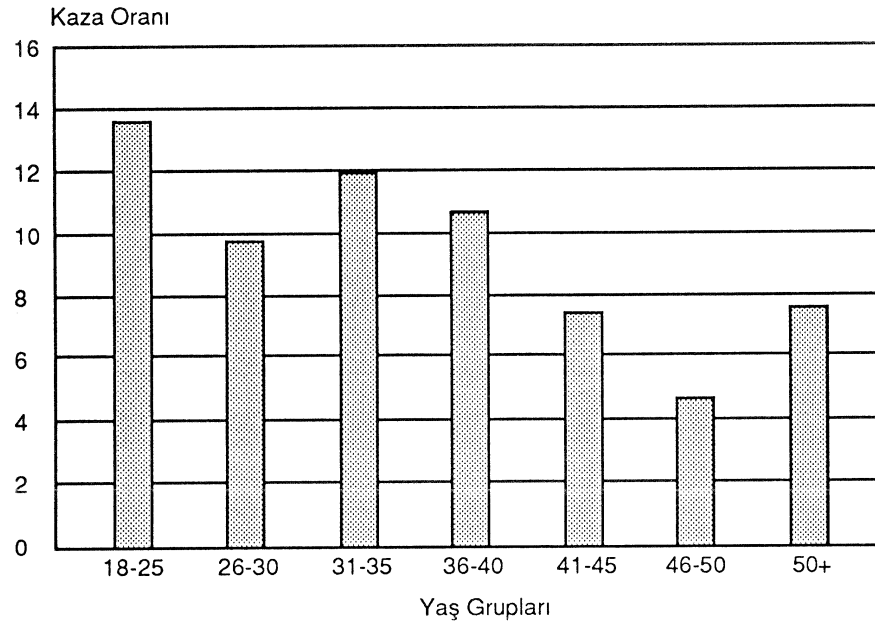
506 sayılı SSK Kanununun 11/A maddesi ile kazasının hangi koşullarda olabileceğini sıralarken haklı olarak kazanın iş kazası sayılabilmesi için kazanın iş başında veya sigortalının asıl işini yaparken meydana gelmesi şartını getirmemiştir.

Çalışmamızda, makina fabrikalarında karşılaşılan kazaların içinde işle ilgisi olan ve olmayan kazaların yüzdeleri araştırılmış ve Tablo 6'da sunulan verilen elde edilmiştir. Görüleceği gibi toplam iş kazası içinde işle ilgili olmayan kaza yüzdesi 1.56 dır. ( $t > 1.96$ ,  $p < 0.05$ ).

Şekil 3 : İş Kazalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı



Şekil 4 : İş Kazalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



Tablo 7 : İş Kazalarının İş İlgisi

İş Kazasının İşle İlgisi	İş Kazası Sayısı	Yüzde
Var	1200	98.36
Yok	19	1.56
Bilinmiyor	1	0.08
Toplam	1220	100.0

Sonuç olarak, makina fabrikalarındaki iş kazalarının sigortalıların asıl işlevlerini yaparken meydana geldiği tesbit edilmiştir (Şekil 5).

### 7. İŞ KAZALARININ MESAI SAATLERİ İLE HAFTANIN GÜNLERİNE GÖRE DEĞİŞİMİ

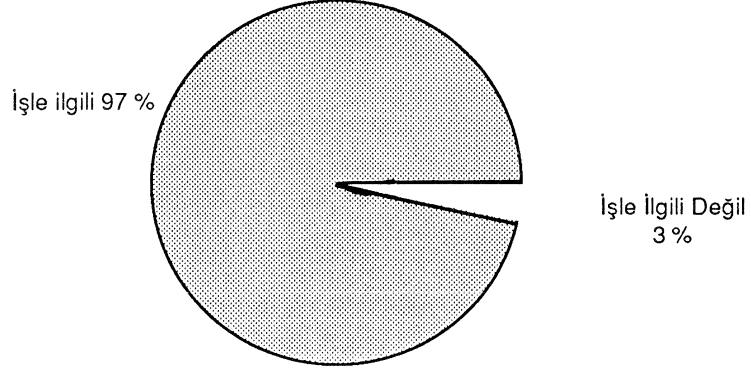
Çalışmanın bu bölümünde iş kazalarının mesai saati içinde ve hafta süresince nasıl bir değişim izlediği değerlendirilmeye çalışılmıştır. Tablo 8 ve 9. da iş kazalarının çalışma saatleri ve hafta içindeki günlere göre dağılımı gösterilmektedir. Her iki tablodan da izlenebileceği gibi, fazla mesai ve zaman zaman yapılan vardiyalı çalışma, mesai saatlerini uzatmış ve tatil günleri devreye girmiştir. Değerlendirmeler günlük 8 saat ve haftanın ilk 5 günü için yapılmıştır. Sonuçlar grafik olarak Şekil 6. ve Şekil 7'de verilmektedir.

Tablo 8 : İş Kazalarının Çalışma Saatlerine Göre Dağılımı

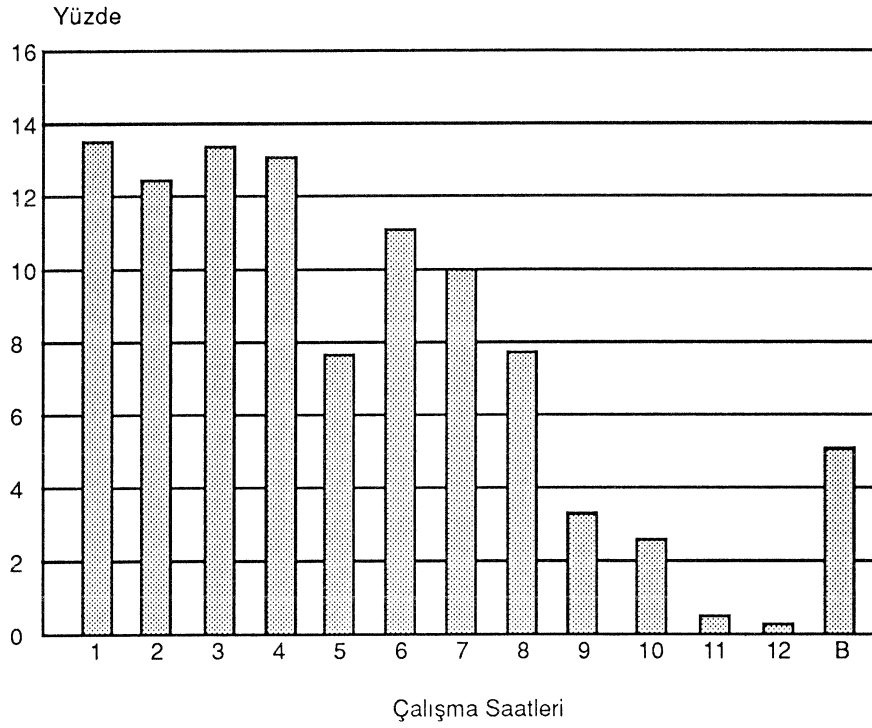
Çalışma Saati	Kaza Sayısı	Yüzde
1. Saat	165	13.53
2. Saat	151	12.38
3. Saat	163	13.36
4. Saat	159	13.03
5. Saat	94	7.71
6. Saat	135	11.07
7. Saat	122	10.00
8. Saat	94	7.70
9. Saat	39	3.19
10. Saat	32	2.62
11. Saat	4	0.33
12. Saat	1	0.08
Bilinmeyen	61	5.00
Toplam	1200	100.00

Çalışma saatleri açısından kaza dağılımına bakıldığında genel olarak ilk dört saatte diğer saatlere oranla daha fazla kaza olduğunu, mesainin son saatlerinde ise kaza yüzdelerinde önemli bir düşüşe rastlandığı söylenebilir.

Şekil 5 : İş Kazalarının Yapılan İşle İlgisi



Şekil 6 : İş Kazalarının Çalışma Saatlerine Göre Dağılımı



Tablo 9 : İş Kazalarının Haftanın Günlerine Dağılımı

Kazanın Olduğu Gün	Kaza Sayısı	Yüzde
Pazartesi	237	19.43
Salı	205	16.80
Çarşamba	239	19.59
Perşembe	215	17.62
Cuma	203	16.64
Cumartesi	117	9.59
Pazar	3	0.25
Bilinmiyor	1	0.08
Toplam	1220	100.00

Benzer olarak, haftanın ilk 5 günü için kaza dağılımlarının incelenmesi sonucunda genel bir eğilimin elde edilmesi zor olacaktır. ( $t < 1.96$   $p < 0.05$ )

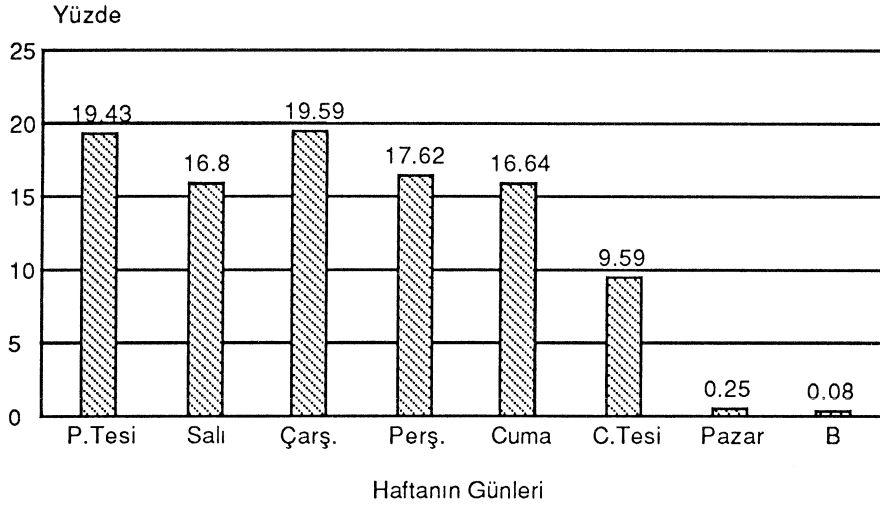
#### **B. İŞ KAZALARININ KAZA SONUCUNDA ALINAN İSTİRAHAT SÜRELERİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Son olarak makina fabrikalarında meydana gelen iş kazalarının kaza sonucunda alınan istirahat günlerine göre nasıl dağıldığı araştırılmıştır. Tablo 9'daki verilere bakarak kazaların yüzde 91.97'sinin istirahatla sonuçlandığı, alınan istirahatların en fazla 1-3 gün (%31.15) ve 4-7 gün (26.64) ile ön sıralarda yer aldığı görülmüştür. ( $t > 1.96$   $p < 0.05$ ) (Şekil 9.)

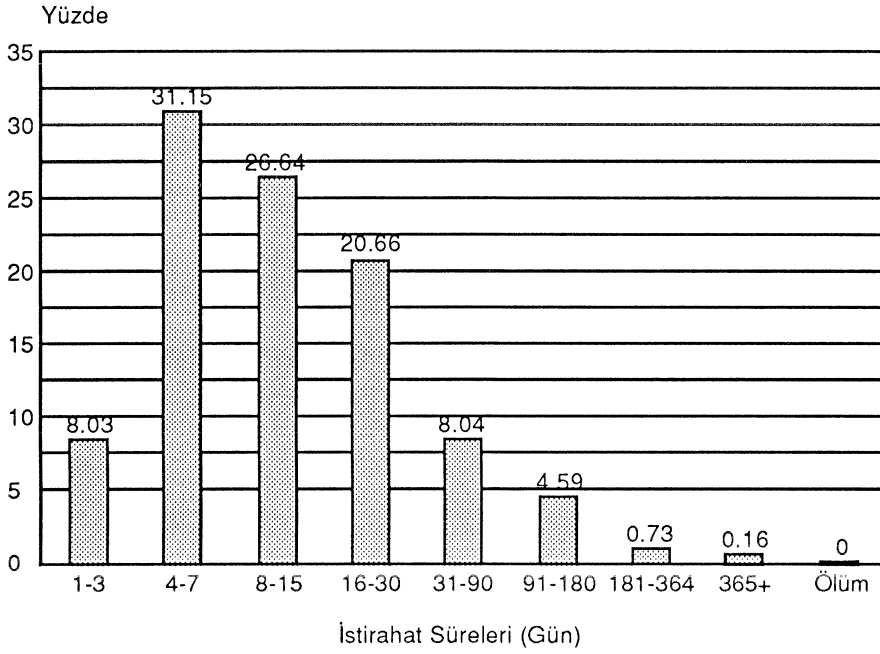
Tablo 10 : İş Kazalarının Alınan İstirahat Sürelerine Göre Dağılımı

İstirahat Süresi	İş Kazası Sayısı	Yüzde
İstirahat Yok	98	8.03
1-3 gün	380	31.15
4-7 gün	325	26.64
8-15 gün	252	20.66
16-30 gün	98	8.04
31-90 gün	56	4.59
91-180 gün	9	0.73
181-364 gün	2	0.16
365 +	0	0.00
Ölüm	0	0.00
Toplam	1220	100.00

Şekil 7 : İş Kazalarının Haftanın Günlerine Göre Dağılımı



Şekil 8 : İş Kazalarının Alınan İstirahat Günlerine Göre Dağılımı



## 9. SONUÇLAR

Değişik parametrelere göre yapılan değerlendirmelerden yola çıkılarak aşağıdaki önemli noktalara yeniden dikkati çekmek yararlı olacaktır;

a. İş kazası oranları yüksek bulunmuştur. İş kazalarını önlemek amacıyla iş güvenliği örgütlenmesini yeniden gözden geçirmek gereklidir.

b. Kazaların en fazla el ve ayakları hedef alması bu organların yeterince korunmadığının bir ifadesidir. Bu amaçla el ve ayakları hedef alan kazaların nedenleri araştırılmalı, kişisel koruyucu seçimi ve kullanım oranı dikkatle izlenmelidir.

c. Kazaların daha çok ilk okul ve ilk okulu bitirmemiş işçi gruplarına rastlaması konunun eğitimle olan ilgisini ortaya çıkarmaktadır. Benzer olarak, genç yaş gruplarının daha fazla kazaya uğramaları iş güvenliği eğitiminin önemini daha da arttırmaktadır.

d. Kazaların mesai içindeki ve hafta içindeki dağılımı özel bir sonuç çıkarılmasını engellemektedir. İş güvenliği ile ilgili örgütlenme ve eğitim kazalar sonucu alınan istirahat günlerini (kayıp iş günlerini) azaltacaktır.



**İşçi Sağlığı Değerlendirme Aracı Olarak Harvard Basamak Testi**  
**Doç. Dr. Çağatay GÜLER, Prof. Dr. Nazmi BİLİR**  
**(H. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi)**

Performans testleri geniş işçi gruplarının performanslarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılabilirler. Bu kullanım yerleri

- a) İşe giriş muayenelerinde işçilerin performans sınıflandırmalarının yapılması
- b) İş stresinin kişi performansı üzerindeki etkilerinin ve kişinin uyum derecesinin belirlenmesinde
- c) Belirli bir iş yükünden sonra kişinin bedensel yeteneklerinin ve potansiyelinin orlanma derecesinin belirlenmesinde
- d) Hastalık ve işe dönüş muayenelerinde kişinin değerlendirilmesinde kullanılması mümkündür.

Bu performans testlerinden Harvard basamak testi özellikle sadece hekimler ve sağlık personeli tarafından değil, işyeri sağlık görevlisi, gibi sağlık eğitimi veren okullardan mezun olmamış kişilerce de uygulanabilmesi yönünden önemli bir test olarak kabul edilmiştir.

Performans testleri fiziksel işgücü, iş yapabilme yeteneğinin tanımı ve sınıflandırılması, askeri, yargısal, işçi sağlığı, iş yapabilme, yeteneği, tazminat hesapları gibi bir çok konuda yol gösterici olabilir.

Bu amaçla seçilen performans testlerinden Harvard basamak testi çeşitli işyerlerinde çalışan işyerlerinde denenerek, bunun işçi sağlığı değerlendirmelerinde kullanımı konusunda bir ön çalışma yapılması amaçlanmıştır.

Neden Harvard, Basamak Testi seçildi?

- a) İş kapasitesinin belirlenmesinde yararlıdır. İnsanların maksimal aerobik kapasitelerinin % 35 - 50 si geçmeyen işlerde yorulmadan çalıştıkları bilindiği için oldukça yararlı bir değerlendirme aracıdır.
- b) Tanısal yararı vardır. İskemik kalp hastalıklarının tanısında yararlıdır.
- c) İşe giriş ve hastalık sonu muayenelerde ve iş uygulamaları sırasında performansın değerlendirilmesini sağlayabilir.
- d) Toplu kitle etkinliklerinden önce kardiyovasküler riski olanların belirlenmesinde yarar sağlayabilir.
- e) Rehabilitasyon etkinliğinin değerlendirilmesinde yarar sağlayabilir.
- f) Herhangi bir iş yükünden sonra bedensel potansiyel zorlanmasını ortaya koyabilir.

**HARVARD BASAMAK TEKNİĞİNİN UYGULANMASI**

Saha taramalarında oldukça elverişli olduğu belirlenmiş olan Harvard basamak testi 61 santimetre yüksekliğinde, 35 santimetre yüksekliğinde bir basamakla yapılmaktadır. Tempo için metronomdan ve zaman için kronometreden yararlanır. Kadın

ve çocuklar ve 140 santimetreden kısa erkekler için 40 santimetre yüksekliği de bir basamaktan yararlanılır.

Test uygulanan kişi beş dakikalık süre içerisinde dakikada otuz kez olacak biçimde basamağa çıkıp iner. Uygulama sırasında göğüste ağrı, baş dönmesi, sıkıntı gibi yakınmalar olursa test hemen yarıda kesilir. Kişi sırt üstü yatırılarak dinlendirilir. Ancak bu sırada nabız sayılmalıdır. Eğer nabız 160 üzerinde ise hekim muayenesinin gerekliliğinin bir göstergesi olarak kabul edilmelidir. Egzersiz sonrası 1-1.5, 2-2.5, 3-3.5 dakikalardaki nabız sayımları yapılır. Aşağıdaki formülden yararlanılarak fiziksel etkinlik hesaplanır.

$$\text{Kondisyon indeksi} = \frac{\text{Egzersiz süresi (sn)} \times 100}{2 \times \text{Egzersiz sonrası üç nabız sayısının toplamı}}$$

Sekizbin üniversite öğrencisinde yapılan değerlendirmeler aşağıdaki sınıflamanın uygun olacağı sonucunu vermiştir:

Skor	Sınıflandırma
54 ve altı	Kötü
55 - 64	ortanın altı
65 - 79	orta
80 - 89	iyi
90 ve üzeri	mükemmel

#### **MATERYAL VE METOD**

Dört işyerinde çalışan işçilere harvard basamak testi uygulanmış sonuçlar değerlendirilmiştir. Bu işyerlerinden birisi tünel inşaatı yapmaktadır ve 91 işçi değerlendirilmiştir. İkinci işyeri bir inşaat firmasıdır. Bu işyerinde 22 işçi değerlendirilmiştir. Çekici imalatı yapan üçüncü işyerindeki 19 işçinin değerlendirilmesi yapılmış, son olarak hasır çelik inşaatı yapan bir işyerindeki 27 işçi araştırma kapsamına alınmıştır.

İşyerlerinin hepsi Etimesgut sağlık grup bölge başkanlığına bağlı bölgede yer almaktadır.

Değerlendirilen 158 işçinin yapılan toplu değerlendirmelerinde işçilerin % 92.45'inin "kötü" olarak nitelendirilen 54 puanın altında bir değer gösterdiği belirlenmiştir. "Çok iyi" olarak nitelendirilen skoru alan işçi hiç yoktur.

Bu sonuçlar Tablo 1 de toplu olarak sunulmuştur:

Tablo 1: Dört İşyerinde Çalışmaya Katılanların Aldıkları Puanların Dağılımı

Değerlendirme	Puan	Sayı	Puan
Kötü	0-9	6	3.77
	10-19	20	12.60
	20-29	23	14.47
	30-39	22	13.84
	40-49	65	40.88
	50-54	12	7.60
<b>Toplam</b>		<b>147</b>	<b>92.45</b>
Ortanın altı	55-64	5	3.15
Orta	65-79	5	3.15
İyi	80-89	1	0.63
Çok iyi	90+	-	-
<b>Toplam</b>		<b>159</b>	<b>99.99</b>

Tablo 2 de dört işyerinde çalışan işçilerin aldığı performans puanlarının yaş durumlarına göre dağılımı gösterilmiştir:

Tablo 2: Dört İşyerinde Çalışan İşçilerin Performans Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı:

Alınan Puan	YAŞ GRUPLARI								
	15-19	20 - 24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 +	Toplam
0-9	2	-	-	2	-	-	-	1	5
10-19	4	3	8	1	-	2	-	2	20
20-29	-	10	8	1	1	-	1	2	28
30-39	4	3	8	1	-	1	3	2	22
40-49	10	21	13	9	6	3	1	2	65
50-54	1	1	3	1	1	3	1	-	12
55-64	1	-	1	1	-	1	-	1	5
65-79	2	-	1	1	-	1	-	-	5
80-89	-	-	1	-	-	-	-	-	1
90	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Toplam</b>	<b>24</b>	<b>39</b>	<b>43</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>158</b>
n	24	39	43	17	8	11	6	10	
x	30.55	35.16	36.12		12.23	43.90	37.80	27.87	
δx	3.7		2.5	4.3	2.9	5.4	4.2	4.8	

Tablo 4 : İşçilerin 1-1.5 Dakikalar Arasındaki Nabız Değerleri ile 3-3.5 Dakikalar Arasındaki Nabız Değerlerinin Çapraz Karşılaştırması.

1-1.5 dakikalar arasındaki nabız değerleri	3-3.5. dakikalar arasındaki nabız değerleri						T
	100 ün altı	100-119	120-139	140-159	160-179	180+	
100 den az	12	-	-	-	-	-	12
100-119	30	11	-	-	-	-	41
120-139	10	63	2	-	-	-	75
140-159	1	17	7	-	-	-	25
160-179	-	1	2	-	-	-	3
180+	-	-	2	-	-	-	2
Toplam	53	92	13	-	-	-	158

Tünel inşaatında çalışan işçilerin yaptıkları işe göre aldıkları puanların ortalamaları tablo 5 de, inşaat firması, çekici ve hazır çelik firmalarında çalışan işçilerin puanları ise tablo 6, 7 ve 8 de verilmiştir.

Tablo 5 : Tünel İnşaatında Çalışan İşçilerin Yaptıkları İşe Göre Ortalama Performans Puanları

İşçilerin yaptıkları iş	n	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$
Şoför (traktör, kamyon)	9	43.83	6.8
Düz işçi, kazıyıcı, yükleyici vb.	24	34.81	3.8
Memur, büro, odacı (*)	9	33.73	6.7
Usta, ustabaşı	10	33.72	3.9
Makinist, operatör	9	32.39	3.7
Kaynakçı, dinamitçi, tamirci, barutçu, pompacı	16	31.73	4.2
Elektrik mühendisi, vardiya başı, çavuş, formen, topograf, mühendis vb.	14	25.99	2.8
Toplam	91	33.53	1.7

(\*) Odacı aynı zamanda bahçivanlık da yapmaktadır. Yaptığı iş diğer büro görevlilerinden büyük oranda farklılık göstermemektedir.

Tablo (6) : İnşaat Firması İşçilerinin Yaptıkları İşe Göre Ortalama Performans Puanları

Yaptıklar İş	n	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$
İşçi	15	42.6	1.4
Çavuş, teknik ressam vb.	6	30.7	5.2
Toplam	91	39.2	2.1

Tablo 7 : Çekici İmalat Firmasında Çalışan İşçilerin Yaptıkları İşe Göre Ortalama Performans Puanları.

İşçilerin Yaptıkları İş	n	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$
Boyacı, kaynakçı	10	50.5	5.1
İşçi	6	49.8	2.6
Postabaşı, ressam, kontrolör	3	36.4	8.1
Toplam	19	48.0	2.8

Tablo 8 : Hasır Çelik Firmasında Çalışan İşçilerin Yaptıkları İşe Göre Ortalama Performans Puanları

İşçilerin yaptıkları iş	n	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$
Boyacı, kaportacı	4	41.00	1.6
İşçi	17	39.5	2.5
Aşçı, meydancı, büro	6	27.3	6.4
Toplam	27	37.0	2.3

İşyerlerinde çalışan tüm işçilerin yaptıkları işe göre performans puan ortalamaları ise Tablo 9 da verilmiştir.

Tablo 9 : Bütün İşyerlerinde Çalışan İşçilerin Yaptıkları İşe Göre Aldıkları Performans Puan Ortalamaları

İşçilerin yaptıkları iş	n	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$
Kaynakçı, boyacı	22	41.82	3.2
İşçi	61	39.24	1.8
Şoför	19	39.01	3.9
Usta	10	33.72	3.9
Tamirci	8	33.54	7.2
Çavuş, mühendis, aşçı, büro	38	29.59	2.3
Toplam	158	36.53	1.2

Testi tamamlayamayan, çok düşük puan alan, testi daha başlangıçta kesmek zorunda kalan yedi kişinin yapılan muayenelerinde birinde daha önceden fizik muayene sırasında üfürüm alınmamış olan mitral kapak hastalığı, birisinde artımı belirlenmiş diğer beşi normal bulunmuştur.

## TARTIŞMA

Tablo 1'den görülebileceği üzere çalışmaya katılanların %93.04 ünün değerleri 54 puanın altında yani kötü değerlendirmesine uygun biçimde çıkmıştır. Halen aktif olarak çalışan işçilerde elde edilen bu değerler çok önemlidir. Uygulanan testin iş becerisini değil performansı ölçmesi bu durumu açıklayabilir. Bu değerlendirmeye alınan şoför ve makinist mesleğindeki kişiler bu işleri yapabilmek için bir eğitimden geçmiş ve belge almışlardır. Bu işleri uzun süredir sürdürmektedirler. Kazanç düzeyleri daha yüksektir. Kazmacı, kürekçi, gibi işçiler ise gelişigüzel herhangi bir değerlendirmeden geçirilmeden, işverenin ve işçinin talebine göre iş gruplarına ayrılmaktadır. İşçilerin bedensel yetenekleri ve becerileri beslenme durumları değerlendirilmemektedir. Tarafımızdan da işçilerin beslenme durumuna yönelik bir değerlendirme yapılamamıştır. Kişiler çalışma hızlarını düşürerek iş yükünü azaltıyor olabilirler. Çünkü belirli bir zamanda belirli bir hareketi yapmalarını zorunlu kılan bir band sistemi ya da zamana bağlı bir hareket söz konusu değildir. Ancak bir zorlanma halinde potansiyel eksiklik önemli bedensel sorunlara yol açabilir.

Değerlendirme sonucunda 40-45 yaşındakilerin ortalama puanlarının 15-19 yaş grubundakilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak bu konuda kesin bir değerlendirme yapabilmek için büyük çalışma gruplarında aynı değerlendirmenin yapılması gerekir.

Wells ve arkadaşları uygulanan egzersiz yükünün yada iş yükünün nabız üzerindeki etkisine göre stresi gruplandırmışlardır. Bu gruplandırma çalışma grubumuza uygulandığında vakaların % 7.5 unun orta derecede stres altında kaldıkları gösterilmiştir. Buradan

1. Küçük yaştaki işçilerin performanslarının düşük bulunması bu işçilerin özel bir beceri gerektirmeyen işler için rastgele seçilmiş olmalarına bağlı olabilir. Yaşlı işçiler uzun süredir işi sürdürmektedirler. Gençlerin iş yükünü uzun süre sürdürüp sürdüremeyecekleri belli değildir.

2. Çalıştıkları işin biçimi işçilerin performansını olumlu ya da olumsuz etkilemiş olabilir.

3. Çalışma ortamı, barınma koşulları, beslenme düzeyi ve diğer olanaklar performansta etkili olabilir.

İşe giriş muayenelerinin düzenli olarak uygulanması, uygulama öncesi, iş uygulamaları sırasında belirli aralarla testin yapılması bu uygulamaların uzun süre sürdürülmesiyle bir sonuca varabilmek mümkündür.

Çalışmamızda vakalar yaptıkları işe göre değerlendirilmiş gerek toplu olarak gerekse işyerlerinin ayrı ayrı değerlendirilmesi yoluna gidilmiştir. Bu değerlendirmelerden ustabaşı, mühendis, büro memuru gibi kişilerin puanlarının düşük olduğu, aktivitesi yüksek ve iş yükü fazla olanların ise daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Aktivite de

bedensel performansı artırıcı etki yapıyor olabilir. Nitekim daha önceden sağlık meslek liselerinde yapılmış olan bir çalışmada bir tarafımızdan gösterilmiştir.

### **SONUÇ ve ÖNERİLER**

1. Harvard basamak testi kolay uygulanılabilir, yardımcı sağlık personeli, işyeri sağlık sorumlusu gibi kişilerce de kolayca yararlanılabilir bir performans testidir.

2. Harvard basamak testi performansı düşük ya da yüksek kişilerin ayırdedilmesinde, ayrıca bir kişideki performans değişiminin belirlenmesinde yararlıdır.

3. İşçilerde uygulanması sırasında elde edilen düşük sonuçlar işçinin tam bir fizik muayeneden geçirilmesini gerekli kılan önemli bir ölçüt olabilir. İşçinin işe uyumunun yönlendirilmesi, beslenme düzeyinin yükseltilmesi yönünden bu yarar sağlar

4. İşe girmeden önceki test sonuçları bilinmediğinden iş yerindeki etkinin olumlu ya da olumsuz sonuçları olup olmadığına karar verilememiştir. Ancak bütün işe giriş muayenelerinde bu tip standart bir testin uygulanması ve periyodik olarak durumun gözden geçirilmesi yararlı olacaktır.

Harvard basamak testinin işe giriş muayeneleri sırasında uygulanması belirli bir aradan sonra tekrarlanarak performanstaki değişikliğin belirlenmesine yönelik bir çalışma bu açıdan yol gösterici olacaktır.

**Çalışma Hayatı ve Kanser**  
**Prof. Dr. Nazmi BİLİR**  
**(H. Ü. Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)**

**1. GİRİŞ**

Çağımızın en önemli sağlık sorunlarından birisi kuşkusuz kanserdir. Kanserin önemi görülme sıklığından ziyade, öldürücülük hızının yüksekliğinden kaynaklanmaktadır. Yani kanser aslında çok sık görülen bir hastalık değildir, ancak pek çok kanser türünde -özellikle geç dönemde- etkili bir tedavi yöntemi olmadığı için hastalık genellikle ölümlerle sonlanmaktadır. Bu nedenle de kanser bütün toplumlarda korkulan, çekinilen bir hastalık durumundadır. Günümüzde gelişmiş toplumlarda bütün ölümlerin yaklaşık beşte biri kanser nedeniyle olmaktadır. Bu değerle kanser, ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde ise kanser ölümleri, bütün ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada gelmekte ve yaklaşık on ölümden bir tanesi kanser nedeniyle olmaktadır.

**MESLEKİ ETKİLERİN ROLÜ**

Kanser konusundaki çok önemli bir diğer gerçek, hastalığın yıllar kanserin nedenleri arasında çevre faktörleri çok önemli bir yer tutar ve kanserdeki artışın nedenleri arasında insanın çevresinde kansere neden olan faktörlerin artmış olmasının büyük önemi vardır. Özellikle İkinci Dünya Savaşından sonraki dönemde sigara alışkanlığının çok artmış olması, beslenme alışkanlıklarındaki değişimler kanserin artışından sorumlu tutulmaktadır. Bu arada sanayi alanındaki gelişmelerin de çevremizdeki kanser yapıcı maddelerin artışında önemli payı olduğu unutulmamalıdır. Sanayinin değişik alanlarında kullanılan pek çok kimyasal madde, işyeri ortamında bulunabilen çeşitli fiziksel etkenler insanda kanser meydana gelmesinde önemli olabilmektedir. Günümüzde sanayide kullanılan yalnızca kimyasal maddelerin sayısı 500.000 - 600.000 dolayındadır. Kuşkusuz bu maddelerin hepsi kanser oluşunda etkili değildir ama arada kanser yapıcı özellikte olan bir takım maddeler de vardır. İnsanların sanayi ortamında karşılaştıkları madde ve etkenlerden hangilerinin kansere yol açtığı konusunda pek çok araştırma yapılmıştır. Bugüne kadar binlerce madde kanser yapıcı özellik bakımından değerlendirilmiş ve bunlardan 150 kadar madde hakkında "kansere yapabilir" şeklinde sonuca varılmıştır. Ancak bu 150 maddenin hepsi hakkında, kesin olarak kanser yaptığı şeklinde fikir birliği yoktur. Bir kısmı hakkında oldukça güçlü kanıtlar, bazıları hakkında da zayıf kanıtlar elde edilmiştir. Bu durumda bu maddelerin insanlarda kanser yaptığını kesin olarak ifade etmek mümkün değildir. Sonuç olarak bugün için insanda kanser yaptığı kesinleşmiş olan kimyasal madde ve fiziksel etken sayısı 30'dur. Bu maddeler pek çok iş kolunda kullanılmaktadır. Kansere yapıcı maddelerden sık kullanılanlar ve ilgili iş türleri Tablo 1 'de görülmektedir.



Tablo 1 : Bazı İş Kollarında Görülen Kansere Türleri

İş Türü	Kanser Türü	Kanser Nedeni
Tarım - Orman - balıkçılık	Akciğer Deri	As UV
Madencilik Arsenik Asbest Uranyum	Akciğer - deri Akciğer, plevra Akciğer	As Asbest Rd
Asbestli malzeme imali (Asbestli çimento, tekstil, elbise, izolasyon)	Akciğer, plevra	Asbest
Metal Sanayi Krom kaplama, Ferrokrom imali Nikel rafinerisi	Akciğer Sinus, akciğer	Cr Ni
Gemi Yapımı	Akciğer, plevra	Asbest
Kimya sanayii PVC plastik BCME imali Kromlu boya Anilin boyaları	KC. anjiyosarkom Akciğer Akciğer Cr Mesane	VCM BCME Benzidin, B-NA
Pestisit imali	Akciğer	As
Kok imali	Akciğer	B (a) P
Lastik Sanayii	Mesane Lösemi	Aromatik amin Benzen
İnşaat Sanayii	Akciğer, plevra	Asbest
Deri Sanayii (bot, ayakkabı yapımı)	Lösemi	Benzen
Asfalt yol yapımı, çatı kaplama	Akciğer	B (a) P

Tablodan da görülebileceği gibi, mesleki kanserler arasında en sık görülen tür akciğer kanseridir. İnsanların çalışma ortamında karşılaştıkları etkenlerin pek çoğu solunum yolu ile vücuda girmektedir. Asbest, krom, nikel, çeşitli hidrokarbonlar ve radyo aktif maddeler bu konunun örnekleridir. Öte yandan akciğer kanseri insanlarda en sık görülen kanser türüdür. Bu nedenlerle mesleki kanserler içinde de akciğer kanseri en sık kanser türü olmaktadır. Akciğer kanserinden başka solunum sisteminin diğer kanserleri, mesane kanseri, kan kanseri de sık görülen diğer kanser türleridir. Akciğer ve solunum sistemi kanserlerinin yüzde 20 - 25 kadarı mesleki maruziyetlere atfedilmektedir. Bu oran deri kanseri, mesane kanseri ve kan kanseri için yüzde 10 dolayındadır. Diğer kanser türlerinde mesleki maruziyetlerin payı daha azdır. İnsanlardaki bütün kanser türleri olarak ele alındığı zaman mesleki maruziyetlerin payı yüzde 5 dolayındadır, yani 20 kanserden bir tanesi mesleki maruziyetler sonucu gelişmektedir.

### **KORUNMA**

Mesleki kanserlerden korunmada, meslek hastalıklarından korunma için bilinen yöntemler geçerlidir. Aslında kanserin nedeni kesin olarak bilinemediğinden kanserden korunmak için de kesin bir yaklaşımdan söz edilemez. Ancak, mesleki kanserler işyeri ortamındaki bazı maruziyetler sonucunda geliştiğine göre, sağlanması mümkündür. Sonuç olarak mesleki kanserlerden korunmada başlıca iki temel yöntem vardır; teknik önlemler ve tıbbi önlemler.

#### **A. Teknik Önlemler**

Bu grup önlemlerin başında kanser yapan maddenin kullanılmaması, bu maddenin yerine başka maddelerin kullanıma sokulması (substitution - ikame) gelir. bu tür uygulamanın örnekleri benzen ve asbest konusunda yapılmıştır. Benzen yerine toluen vb. bir takım solventler, asbest yerine de bazı lifsel yapıllı maddeler kullanılmaktadır. Bu tür korunma en etkili ve kesin korunma şekli olmakla birlikte her zaman uygulanması mümkün olamamaktadır. Günümüzde, çeşitli yönlerden riskli olduğu bilinen bazı maddeleri kullanma zorunluğu vardır. Bu durumda da yapılabilecek bazı koruyucu uygulamalar vardır. İşlemin kapalı sistemler içinde yapılması, etkili havalandırma sistemlerinin kurulması, ayırma (izolasyon) gibi önlemler ve çeşitli kişisel koruyucu (maske, koruyucu giysi vb.) araçların kullanılması yoluyla da işyeri ortamında bulan bir maddenin zararlı etkilerinden korunmak mümkündür.

#### **B) Tıbbi Önlemler**

Mesleki kanserlerden korunmada başlıca tıbbi önlemler, işe giriş muayeneleri ve periyodik muayenelerdir. İşe giriş muayenesinde kanser bakımından riski daha çok olabilecek kişiler (ailesinde kanser öyküsü bulunan, çok sigara içen, yaşlı vs.) değerlendirilir ve bu kişilerin mesleki kanser riski olan işlerde çalışmaları önlenir. Bunun ötesinde kanser yapıcı maddelerin kullanıldığı işlerde çalışan kişiler aralıklarla muayene edilerek sağlık bozulması erken dönemde saptanabilir. Bu yolla -eğer bir kanser gelişmesi varsa- kanserin erken teşhisi sağlanmış olur ki erken dönemde yakalanıp tedavisi yapılan kanser olgularında, tedavinin başarısı daha yüksektir, hatta bazı kanser türlerinde erken teşhis ile tam iyileşme (şifa) da sağlanabilmektedir. İşe giriş ve periyodik muayenelerin yanı sıra, mesleki kanserlerden korunma konusunda sağlık eğitiminin de çok önemli bir yeri vardır. Gerek işyerinde gerekse işyeri dışında kanser yapabilecek maddeler ile bu maddelerin etkileri sağlık eğitimi programlarında anlatılarak korunma yolları hakkında bilgiler verilir.

Sonuç olarak çalışma yaşamında özellikle bazı iş türlerinde kanser yapabilecek maddelerin kullanılmasına bağlı olarak kanser riski söz konusudur. Ancak gerekli önlemler etkili bir şekilde uygulandığında bu kanserlerden başarılı bir şekilde korunma sağlanabilir.

**5 Nisan 1988 Salı**

**VII. OTURUM**

**"İşçi Sağlığı ve İş Sendikalarının İşlevleri  
"PANEL"**

**Oturumu Yöneten  
Yıldırım KOÇ**

**Çerçeve Bildiri  
Doç. Dr. A. Gürhan FİŞEK**

**Konuşmacılar  
Mustafa ORHON  
(Türkiye Maden-İş Sendikası Genel Başkanı)**

**Münir CEYLAN  
(Petrol-İş Sendikası Genel Başkanı)**

**Arif GÜLÖKSÜZ  
(Türk Yapı-İş Araştırma Uzmanı)**

**Bayram MERAL  
(Yol-İş Genel Başkanı)**

**Mustafa ÖZBEK  
(Türk Metal Genel Başkanı)**

**Mustafa BAŞOĞLU  
(Türk-İş Genel Eğitim Sekreteri)**



**Başkan : Yıldırım KOÇ**  
**Konu : İşçi Sağlığı ve İşçi Sendikalarının İşlevleri**  
**Çerçeve Bildiri**  
**Doç. Dr. A. Gürhan FİŞEK**  
**(TTB Merkez Konseyi İşçi Sağlığı Kolu Başkanı)**

Değerli konuklar, bugün ben, bir yönüyle işçi sorunlarının işçi sağlığındaki rollerine ilişkin hem görüşlerimi açıklayacağım, hem bazı öneriler getireceğim.

Sendikalar Kanunu'nun ilk maddesi sendikaların kuruluş amacını "**Çalışma ilişkilerinde ekonomik ve sosyal hak ve menfaatlerin korunması ve geliştirilmesi**" olarak tanımlıyor.

Birleşmiş Milletler'in 1976 yılında kabul edip yürürlüğe soktuğu ve insan haklarının daha da geliştirildiği son belge olan "**Ekonomik ve Sosyal ve Kültürel Haklar Konusunda Uluslararası Sözleşme**"de ve yine Anayasamızın Ekonomik ve Sosyal Hak ve Menfaatler bölümünde, ekonomik ve sosyal hak kavramına raslıyoruz. Demek ki insan haklarıyla sendikaların çalışma konuları çok yakın bir ilişki içinde. Diğer bir deyişle, sendikalar, işçilerin insan haklarına ilişkin haklarını korumak ve geliştirmekle görevlidir.

Bunu sadece ekonomik ve sosyal haklarda değil, yurttaşlık haklarında da korumak ve geliştirmek zorundayız.

İnsan hakları belgelerindeki değişimleri günümüze doğru incelediğimizde 13. Yüzyılda yaşama hakkı kavramınının 1948'lerde sağlıklı yaşama hakkı olarak geliştirildiğini, son yıllarda da, işyeri ortamının geliştirilmesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesine ilişkin hakların belgelenmesiyle sağlıklı çalışma hakkınınıda bu gelişmeye katıldığını görmekteyiz.

Demek ki, tekrar kısa bir tümce ile ifade edersek, sendikaların, üyelerinin ekonomik hak ve menfaatlerini koruması, aynı zamanda işçi sağlığı ve iş güvenliği anlamında ve işyeri ortamının geliştirilmesi anlamında onların hak ve menfaatlerini de korumaktadır.

İşte bu anlamda insan haklarıyla ekonomik hak ve özgürlükleri birbirinden ayıramadığımız gibi bir insan hakkı olan demokrasiyi de bunlardan koparmaya imkân bulunmamaktadır. Demokrasi, bir insan hakkıdır. Buna gücünü veren ve bunu kalıcı kılan da, insan haklarına saygıdır.

O halde, demokrasi mücadelesi ile insan hakları mücadelesini birbirinden koparmaya imkân yoktur. Yine aynı şekilde demokrasi mücadelesini de sağlıklı yaşam hakkından kopararak ele almaya, tek başına soyutlamaya imkân bulunmamaktadır.

Bu anlamda, "biz demokrasiyi sağlayana kadar sağlık hakkı uykuda yatsın, biz demokrasiyi sağlayana kadar nasıl olsa hiçbir şey yapamayız, sağlık hakkı yerinde saysın" demeye olanak yoktur.

Sağlık hakkının ve demokrasinin kalıcı olabilmesi için, çeşitli kurumlarıyla işleyen bir demokrasi için, mutlaka bütün insan haklarının aynı anda geliştirilmesi ve işlenmesi

gerekmektedir. Hem sağlık hakkının, hem de demokrasinin hukuk alanında elde edilen kazanımlarla işlenmesi ve geliştirilmesi, bunların ayağının yere basmasını ve bir adım daha ileriye gitmesini sağlayacaktır.

Sendikalar üyelerinin ekonomik ve sosyal hak ve çıkarlarını geliştirecekler ise, o zaman ülkenin ekonomik ve sosyal politikasıyla da yakından ilgilidirler. Ülkenin ekonomik ve sosyal politikasıyla uğraşmak hiçbir zaman siyaset sayılamayacağı gibi, bununla uğraşmak da sendikaların en doğal hakkıdır. Ülkenin sosyal ve ekonomik politikasının belirlenmesi, işsizliğe karşı savaş açılması, işsizlerin sorunlarıyla ilgilenilmesi ve çalışma ortamının uygun hale getirilmesi ve işyerlerini yakından ilgilendiren ekonomik politikalara yön verilmesi sendikaların en önemli ilgi alanlarından birisidir.

"İşçi Sağlığının Boyutları" Panelinde yaşama ve çalışma koşullarının ayrılmazlığını vurgulamıştık. Gerçekten de, işçinin 24 saatini birbirinden ayırmaya olanak bulunmamaktadır. Sadece işyerinde çalıştığı 10 - 12 saate bakarak işçiye yarar sağlamaya olanak yoktur.

İşçi, işyerinin kapısından çıktıktan sonra da bir sürü sorunla karşılaşmakta ve bu sorunları daha sonra işine yansıtmakta, işindeki sorunları da dışarı taşımaktadır.

Bu anlamda yaşama ve çalışma koşulları ayrılmaz ise, sendikaların bu konudaki görevleri ancak üzerlerindeki ekonomik taleplerle sınırlı baskıların kaldırılması halinde yerine getirilebilecektir.

Eğer, işçilerin yaşama ve çalışma koşulları düzeltilenirse, sendikalar üzerindeki ekonomik kökenli baskılar azalacak, böylelikle sendikalar da istedikleri politikayı belirleme ve uygulama olanaklarını yakalayabileceklerdir.

Konut sorununun çözümlenmesinde, beslenme sorunlarının çözümlenmesinde, çocukların okul ya da kreş sorunlarının çözümlenmesinde kolaylıklar sağlayan sendika, sonuçta üyelerinin harcamalarında belli bir düşmeye yol açacaktır. Bu düşme de üyelerin ücret taleplerinde belli oranda bir ferahlama ve azalma getirecektir. Dolayısıyla sendikalar üleriyle birlikte sadece ücret zorlamasına gitmeyecekler; sosyal hakları geliştirme, çalışma koşullarını geliştirme çabasında da üyelerini yanlarında bulacak ve bunu işleyebileceklerdir.

Öte yandan, yine daha önce söylemiştik, çalışılan dönemler gibi çalışılmayan dönemler de işçi sağlığının ilgi alanındadır; birbirinden koparılamaz. Bir işçi eğer, bugün çalışıyor, yarın işsizse yine sendikamızın ona karşı ilgisi devam etmektedir.

İşsizliğin kişi üzerinde meydana getirdiği sağlık etkilerini, ailenin diğer bireylerini ve özellikle çocukları ağır ve sağlıksız çalışma koşullarında ve düşük ücretlerle çalışmak zorunda bıraktığını düşünürsek, işsizliğin neden sendikaları ilgilendirdiğini bir başka boyutuyla da yakalayabiliriz.

Öte yandan işçi neden işsiz kalmıştır?

İş kazasına uğramış, meslek hastalığına yakalanmış ve dolayısıyla işe uygunluğunu yitirdiği için işten çıkarılmış olabilir;

Sendikal çalışmalar nedeniyle çıkarılmıştır ve bu saptanamamıştır, yahut tensikat nedeniyle işyerinden çıkarılmıştır.

Sendikaların gücünü ve üleriyle ilişkisini çok önemli ölçüde etkileyecektir, işini

ytiren işçilere olan ilgisinin devam etmesi. Böylece işini kaybettiği halde sendika ile ilgisinin kopmayacağını bilen işçinin çeşitli konulardaki hareket tarzı ve tavrı da değişik olacaktır.

Bir başka konu : İşin yürütümü konusunda işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunun ayrılmazlığı; yani çalışma süreleri, kıdem tazminatı, dinlenme süreleri, işten çıkarma nedenleri, işçi sağlığı-işgüvenliğinden ayrı değerlendirilemez, ele alınamaz, Bu anlayış bizim İş Teftiş Tüzüğüümüze de yansımıştır. Uygulamanın böyle olmayışı da bir şey ifade etmez. Tüzük düzeyinde, yasa düzeyinde bu, böyledir ve Tüzüğün bu yolda işletilmesi için de, çaba gösterilmelidir.

Peki, işin yürütümü konusundaki bir hüküm işçi sağlığı yönünden bizi neden ilgilendirir. Örnek verelim : İş Kanunu maddelerinden birinde, ücretinin yüzde 10'unu aşacak zarara yol açmış olan işçinin işten çıkarılması hükmü vardır. Peki, bu zarara nasıl yol açmıştır? Bir iş kazasıyla mı yol açmıştır? İş kazasındaki rolü nedir? Bunlar nasıl saptanacaktır? Bunların saptanmasında mahkemenin belirleyeceği bilirkişileri yetkili olacaktır? Sendikanın bu konudaki katkısı, etkisi, başvurulacak yollar, yararlanılacak uzman kuruluşlar nelerdir? İşte sendikanın bu konuda da ilgisi ve katkısı söz konusu olabilir.

Şimdi yavaş yavaş sendikanın işçi sağlığı - iş güvenliği konularının denetlenmesindeki rolüne geliyoruz. Sanayi ve Ticarete İş Teftişi Hakkında 81' nolu Sözleşme vardır. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün bu sözleşmesini Türkiye 1950 yılında kabul etmiştir. Daha önce çeşitli adlarla çalışmasını sürdüren İş Teftiş örgütü daha da gelişerek bugüne gelmiştir.

Yalnız, ısrarla gördüğümüz bir şey var : **Kesinlikle sendikalarla temas edilerek iş teftişi yapılmamaktadır.** Dolayısıyla iş teftişine sendikaların katılması söz konusu değildir. Bu yaklaşım sözünü ettiğim yasanın ruhuna aykırıdır.

İşte size bu yasanın 5 inci maddesini okuyorum :

"Yetkili makam :

Aşağıda yazılı hususları kolaylaştırmak için uygun tedbirleri alacaktır :

a. - Bir taraftan teftiş servisleri, diğer taraftan benzeri faaliyetlerde bulunan hükümetin diğer servisleri, resmi ve hususi kurumları arasında müessir bir işbirliği yapılması.

b. - İşyeri iş servisinin memurlarıyla işveren ve işçiler veya onların teşekkülleri arasında iş beraberliği yapılması"

Şimdi uygulamaya baktığımızda hiçbir surette müfettişlerin, sendikalarla birlikte teftiş yaptığı ve teftiş tutanaklarının sendikalara bir nüshasını verdiği görülmemiştir. Hükümetin bu konuya sıcak baktığı dönemlerde tek tük görülmüşse de, genel uygulama verilmediği doğrudur.

Peki, teftiş tutanaklarını ve teftiş raporunu almayan sendika acaba işçilerin ekonomik ve sosyal hak ve çıkarlarını bu alanda nasıl koruyacaktır? Tamamen kendi söyledikleriyle ve kendi hissettikleriyle mi hareket edecektir, yoksa elindeki somut tutanakları, bir devlet görevlisinin verdiği raporu mu kullanacaktır?

Yasa devlet görevlilerinin her dakika işyerinde bulunamayacağını saptayarak onların verdikleri raporları, önerileri izleyebilmek için birtakım mekanizmalar geliştirmiştir. İşte bu mekanizmaların başında sendikalar gelmektedir.

O halde, bu sözleşmede ve bizim kanunumuzda yer alan iş müfettişlerinin işçi sendikalarıyla temas etme zorunluğunu getiren hükmün kaynağında işyerindeki otokontrol mekanizmasını geliştirme isteği vardır. Ayrıca işyeri otokontrol mekanizmaları arasında işyeri hekimlerini, iş güvenliğiyle ilgili teknik kişileri ve İşçi Sağlığı, İş Güvenliği Kurulu'nu sayabiliriz.

İşçi Sağlığı, İş Güvenliği Kurulu, mevcut dengesiz yapısına karşın son derece etkili kullanılabilecek ve işletilebilecek önemli kontrol mekanizmalarından biridir. Ayrıca demin okuduğum maddede bir husus daha vardır; diyor ki :

"Bu teftiş servisleri bir taraftan da resmi ve hususi kurumlar arasında müessir işbirliğini geliştirecektir" ve bugüne kadar Türk Tabipleri Birliği ile Çalışma Bakanlığı denetim örgütünün işbirliğine tanık olmadık.

Dün de söyledik, işyeri hekimlerinin çalışmaları konusunda Çalışma Bakanlığı'nın çok yetersiz bir denetim mekanizması vardır. Bir tek hekim iş güvenliği müfettişiyle bunu yapamayacağını söyledik; ama bugüne kadar Türk Tabipleri Birliğinden bu yönde bir yardım istememiştir.

Peki, acaba işyeri düzeyinde sendikaların bu iş teftiş faaliyetine katılması için başka yasal kolaylıklar getirilmemiş midir? Getirilmiştir :

Belki, birçok insanca kırtasiyecilik, lüzumsuz özentî, lüks diye nitelendirilebilecek kadar çok sayıda belge düzeleme zorunluluğu getirilmiştir. **İşveren, işçilere sağlık eğitimi vermek ve bunu belgelemek zorundadır. İşe girişte ve periyodik olarak sağlık raporu almak ve bunu belgelemek zorundadır.**

**Kompresörlerin, kaldırma ve iletme araçlarının belirli aralarla kontrollerini yapıp belgelemek zorundadır. Parlayıcı ve patlayıcı, tehlikeli, zararlı maddelerle çalışılan yerlerde elektrik sisteminin yıllık kontrolünü yapıp belgelemek zorundadır.**

İşyerinde yıldırım dolayısıyla yangın tehlikesi vardır. İşveren paratönerin deneyini ve kontrolünü yaptırmak zorundadır; daha sayabiliriz, belki 120'leri, 130'ları bulabilir; ama bunların çoğu müfettişler tarafından aranmamaktadır; çünkü şu kuşkuyu kendi içimde taşıyorum : Acaba bu "kırtasiyeci", "yasanın lüks görüldüğü" yolundaki yersiz anlayış mı Çalışma Bakanlığı'nın teftiş uygulamasına yansımıştır?

Halbuki bu belgelerin düzenli tutulması, sendikaların teftiş işlevini son derece kolaylaştıracaktır. Şu belgelerin alınıp alınmadığını denetlemek sendikalar için son derece kolaydır. Gerekli mercilerden alınıp alınmadığını kontrol etmek son derece kolaydır.

Aynı kolaylık Çalışma Bakanlığı'nın teftiş örgütünün işini de kolaylaştırabilir. Ancak Çalışma Bakanlığı'nın teftişi yalnızca bu belgelerin düzenlenip düzenlenmediğine yönelik bir teftiş de değildir. Çalışma Bakanlığında üç grup müfettiş vardır : Birisi teknik müfettiş denen mühendis, hekim ve benzeri teknik elemanlardan oluşan, diğeri sosyal kökenli müfettişlerden oluşan bir müfettiş grubudur. Bir müfettiş grubu daha vardır. O da "sigorta müfettişi" adını alır; onlar da genellikle sosyal kökenli müfettişlerdendir.



Demin söylediğim gibi bu üç müfettiş grubu da, bütün yönleriyle iş hukuku mevzuatını denetlemekle yükümlüdür. O zaman teknik müfettişin gelmediği durumlarda diğer iki grup sosyal kökenli müfettişin mevcut belgelerin düzenlenip düzenlenmediğine ilişkin teftişi, işyerindeki teftiş faaliyetinin ve işyerindeki sağlık güvenlik faaliyetinin etkinliği bakımından çok önemli bir düzenleyici faktördür.

Kısa kısa geçiyorum : Yasalarımız ve bu yasalarımıza dayanak aldığımız Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmeleri son derece geniş işbirliğini sağlamaya yönelik mekanizmalar geliştirmiştir.

Bakınız, bir tane sözleşme, tek kişinin taşıyabileceği yükün en çok ağırlığı hakkında 127 Numaralı Sözleşme. Biz bunu 1972 yılında kabul etmişiz. Kabul etmişiz ama yürürlüğe koyamamışız. Çünkü, o kişinin taşıyabileceği yükün en çok ağırlığı tespit edilmemiş. Bu sözleşmenin kabulünün üzerinden 16 yıl geçmiş olmasına rağmen bu yük belirlenmemiştir.

Bakın 8 inci maddesi diyor ki, "Her üye mevzuat yönünde veya kendi tatbikat ve şartları dahilinde bir metotla ve ilgili işçi ve işverenleri temsil eden teşekkülleriyle istişarede bulunmak suretiyle bu sözleşme hükümlerini uygulama alanına koymak için gereken tedbirleri alacaktır" Demek ki, işçi ve işverenlerin bir araya gelmesiyle belirlenecektir bu en fazla ağırlık; oysa belirlenmemiştir.

Ayrıca yine 1960 yılında kabul ettiğimiz "Amme makamları tarafından yapılan mukavelelere konulacak çalışma şartları hakkında bir sözleşme var; yani devlet ihale açıyor, bu ihaleyi kazanan firmaya belli çalışma koşullarını gösteriyor. "Sen bunlara uya-caksın ve ben seni denetleyeceğim" diyor.

Büyük baraj inşaatlarında, Devlet Su İşleri gerekli kontrollerini yapıyor. Peki, acaba işçi sağlığı ve iş güvenliği ve diğer çalışma şartları bakımından ne denli denetim olanaklarına sahiptir Devlet Su İşleri?

Bizim uygulamada gördüğümüz, Devlet Su İşleri'nin teknik elemanları bu konuda ağızlarını açtıkları takdirde kendilerini başka bir bölgede buluyorlar.

Elimizdeki bir başka Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmesi. Bu alanda pek çok mevzuat hükmü varken niye Uluslararası Çalışma Örgütü sözleşmelerine bu kadar ağırlık veriyoruz? ; Uluslararası Çalışma Örgütü, **devlet - işçi - işveren üçlüsüne dayanarak kurulmuş, geliştirilmiş ve halen sendikalarımızın üstünde ağırlığı olan ve ağırlığını hissettikleri bir kuruluştur.** Dolayısıyla 13 nolu Sözleşmeyi ben sıklıkla yargılıyorum; fakat oradan başka noktaya geleceğim.

Bakın, 1959 yılında deniz işkolunda çocukların asgari yaş haddi konusunda bir sözleşme kabul etmişiz. Şimdi düşünüyorum, 1959 yılında da olsa, acaba deniz işkolunda mı daha çok çocuk çalışmaktadır, başka sektörlerde mi daha çok çalışmaktadır? Yanıtımız deniz işkolunda o kadar çok çocuk çalışmadığı doğrultusunda.

Peki, biz bu sözleşmeyi niye kabul etmişiz? Çünkü deniz işkolu, uluslararası rekabete son derece açık bir işkoludur. Deniz işkolunda bizim çocuk çalıştırmamız, maliyetin düşmesini sağlayacak, dolayısıyla diğer ülkelerin taşımacılığında da işsizliğe yol açacaktır.

Bu bize, bir konuda yol göstermektedir. Demek ki, Avrupa Topluluğu'na girmek zorunda olduğunu hisseden, bu konuda adımlar atan Türkiye, bu alanda da Avrupa stan-

dartlarına uymak zorunda. Sözelimi : Avrupa Sosyal Şartı var 1961 yılında kabul edilen (bizim hâlâ imzalayıp - kabul etmediğimiz) Bu şart Avrupa Topluluğu ülkelerinin bu alandaki standartlarını ortaya koymaktadır. O zaman bir süre sonra bize bunu da kabul etmemiz için dayatacaklar.

Son olarak değineceğimiz önemli ve kanunlarla kabul ettiğimiz bir başka sözleşme, "Makinelerin denetim ve korunma tertibatıyla ilgili 119 nolu Sözleşme"

"Koruyucusu olmayan makinelerin alınması, taşınması, üretilmesi, dağıtılması, kullanılması yasaktır" Türkiye 1967 yılında bunu kabul etmiş ve geç olarak yönetmeliğini de çıkartmıştır. Burada çok önemli bir nokta var, bakın 11 inci maddesi diyor ki :

"Bir muhafaza tertibatıyla mücehhez olmayan bir makineyi hiç bir işçi kullanamaz. Hiçbir işçiden muhafaza tertibatı olmayan bir makineyi kullanması istenemez"

Diğer bir maddesinde, "Keza işçiler tarafından kullanılacak olan bir makinenin muhafaza tertibatı tesirsiz hale getirilemez" denilmektedir.

Günümüzde tartışma konusu yapılan ve dün de üstünde durduğumuz bir konu. Peki, koruyucusuz makinede işçi çalışmak istemezse ne olur? Bana göre yanıtı açık Hukukçulara, uzmanlarına saygım büyüktür; fakat ilk bakışta yorumum şudur : Hiçbir işçiden bahis konusu muhafaza tertibatı bulunmayan bir makineyi kullanması istenemez, koruyucusuz makinede hiçbir kuvvet işçiyi çalıştıramaz.

Şimdi Avrupa Sosyal Şartı'nı bize kabul ettirecekler diyorum, bu konuda sendikalara çok büyük bir görev düşüyor. Sendikalar işverenleri Avrupa Topluluğu'na hazırlamak zorundadır. **İşverenleri, çalışma koşullarını geliştirerek Avrupa Topluluğu'na girecek düzeye sendikalar getirecektir. Onların itmeleriyle, onların ögütleriyle** bu noktaya gelinecektir; yoksa günümüzdeki ekonomik darboğazlar işverenleri çalışma koşullarını değiştirmekten alıkoyacak ve herhangi bir teftiş zoru da görmedikleri için çalışma koşullarını geliştirme konusunda duyarsız kalacaklardır.

Konumuzla ilgili bir önemli konuda Toplu İş Sözleşmeleri :

Toplu İş Sözleşmelerinde yasalarda ve tüzüklerdeki mevcut maddelerin tekrarlanmasının mutlaka bir anlamı var Hak uyumsuzluğu yolunda bir süreci başlatmak yolunda.

Bu bakımdan **toplu iş sözleşmelerinde farklı denetim mekinazmaları kurmak mümkündür. Özel hakem kurumları geliştirmek, özel hakemlere ağırlık vermek mümkündür. Sendikaların bu yola gitmesi, söz gelimi Türk Tabipleri Birliği'nin gerekli konularda hakem olarak kullanılması düşünülebilir bir çözüm olarak;** ama burada, toplu sözleşmelerde kanun maddelerinin tekrarlandığını gördükçe o ülkedeki işçi sağlığı ve iş güvenliği düzeyini görüyoruz; yani kanunlarda yer alan hükümlerin uygulanmadığını, işlemeyen kamu denetiminde de sendikalara görev yüklendiğini anlıyoruz.

Bazı toplu iş sözleşmelerini incelediğimiz zaman iş kazalarında yahut ölümlerde çeşitli derecelerde hatta bazı sözleşmelerde tek tek yaralanma türleri tanımlanarak tazminat oranları belirlendiğini, tazminat tabanlarının konulduğunu görüyoruz. Bu acısı olan işçinin acısını hafifletmeye yöneliktir; ama acaba geride kalan ve aynı riski taşıyan işçilere karşı bu sözleşme ne getirmiştir? Kaza olduğunda işverene belirli yükler getirilmiştir midir? Bunlara sözleşmelerde rastlayamıyoruz.

Şöyle bir şey akla gelebilirdi : **Bir kaza vukuunda işverenden çok yüksek meblağda bir tazminat istemek ve bunu işçi sağlığı ve iş güvenliği koşullarını geliştirmek için o işyerinde açılacak fona yatırmak. Bu para çalışma koşullarını geliştirmek için eğitim, araç, gereç desteği gibi faaliyetlere yönlitilebilir.** Bu tazminatın yüksekliği hem işveren üzerinde etkili olur; hem de kazaya uğrayan arkadaşlarının anısına işçilerin daha iyi koşullarda çalışmaları sonucuna yaratabilir.

Toplu iş sözleşmeleri ile yapılması gereken, mevcut tüzük hükümlerinin tekrarlanması yerine; bunları asgari kabul ederek **onların geliştirilmesi için çaba harcanmasıdır.** Sözgelimi, İşçi Sağlığı, İş Güvenliği Kurullarının yapısını değiştirmeye çalışmaktadır.

İşyeri hekiminin işlevlerine ilişkin iş güvencesini artırmaya yönelik işyeri hekiminin koruyucu hekimlik görevini daha iyi yapmasına yönelik hükümler getirmek düşünülebilir.

Ayrıca Sosyal Sigortaların "Öz savunma mekanizmaları" dediğimiz SSK yasaının 26 ıncı maddesi gibi 5-6 tane mekanizma vardır. Sosyal Sigortalar Kurumu'nun işverenden talep edebileceği, kendine yersiz ödeme yaptırdığı için işverene yansıtılabileceği ödemeler vardır. Sendikalar, SSK'nın bu öz savunma mekanizmalarına, SSK'ya sahip çıkabilirler. Kendi üyelerinin, işçilerin primleriyle oluşturulan bu kurumu, daha olumlu bir noktaya, daha özerk bir yapıya itebilmek için çaba harcayabilirler.

Dikkat ederseniz, sendikalarda sadece bir toplu iş sözleşmesi sırasında yapılabileceklere değil, daha genel işlevlere değindik.

Son bir noktayı belirtmek istiyorum; o da şu : İşçiler toplumda çok büyük bir tüketici kesimi oluşturmaktadırlar. Çok sık duyuyoruz, tüketici kontrolundan sözediliyor. Tüketici kontrolunu kim yapacaktır? Odalar Birliği'ne bağlı bir büromu yapacaktır, yoksa halkın büyük kesimini, aktif kesimini oluşturan işçiler, kendi tüketici kontrol mekanizmalarını geliştirebilirler mi?

Eskişehir'de Türk-İş Bölge Temsilciliği bir girişimin içinde : Burada toplumdaki kalitesiz mal şikayetlerine yönelik girişimlerinde bulunuyor. Bu çok olumlu bir girişim; ama henüz bir başlangıç ve ilk adım.

Sendikalar ve İşçiler ne tüketiyor; ona bakalım : İşyerinde toplu beslenme dolayısıyla besin tüketiyorlar, koruyucu melzemeler tüketiyorlar. Bunlar çok büyük kaynaktır.

Belediye Zabıta Talimatnamesi'ne bakıyorsunuz, yeşilliklerin lağım sularıyla sulanmamış olması lazım. Fabrikaya gelen besinlerin lağım sularıyla temas etmeden geldiğini söyleyecek kişi varmı? Ama sendikalar işyerlerine satın alınacak besinler üzerinde titizlikle durup, satın almacılardan, lağım suyu değmemiş yeşillik bulmalarını isteyebilirler.

Bu tespitleri yapan sendikaların ve bu arayış içinde olan işyerlerinin sayısı arttıkça üretici de sağlık kurallarına uygun üretim yapma yolunu seçecektir.

Aynı şekilde makine koruyucusu konusunda, koruyucusuz makine imal eden kişiler için neden yaklaşım geliştirmeyelim? Niye inşaatlarda kullanılan inşaat demirlerinde kalınlık standartlarının uygulanmasını bu mekanizma ile denetlemeyelim.

Koruyucu malzeme konusunda baret kullanılsın deniliyor. Baretlerin dayanıklı olup olmadıkların biliyor muyuz? Birçok kazada parçalanmış baretlerle karşılaşıyoruz. Çünkü

plastik baret vermişler. İşçilere "Kafanı sağlama aldık, rahat rahat çalışabilirsin" deniliyor. Sonra da az bir ağırlık da düşse plastik baret parçalanıyor işçi hayatını kaybediyor. **Sendikaların, koruyucu malzeme standartının geliştirilmesi ve yüksek standartlı koruyucu alınması konusunda baskı görevlerini yapmaları düşünülemez mi ?**

O halde, önümüze şöyle bir sorun çıkmaktadır : **İşçi Sağlığı iş güvenliği sorununun çözümünde önceliklerin saptanması gerek.** Sendikalar öncelikle hangi noktalar üzerinde durmak zorundadır; bunu hesaplamak zorundayız.

**Bunların başında sendikaların kendi bilirkışı kurumlarını geliştirmeleri gerekir.** Öyle bilirkışı kurumları olmalıdır ki, **hem işçi, hem işveren kuruluşları güven duymalıdır, hakemliğine güvenmelidir.**

Bir diğer konu, mevcut mekanizmaların geliştirilmesi, olmayan mekanizmaların kurulması, bağlantı ağının geliştirilmesi, Toplumda görüyoruz, dinleyicilerimizin arasında da, bildiri sunanların arasında da çok değişik kuruluşlar var, çok değişik yerlerden gelen insanlar var. Bunların arasındaki bağların geliştirilmesi, **iletişim ağının kurulması, işçi sağlığı, iş güvenliğinin geliştirilmesinin çok önemli adımlarından biridir.**

O zaman her kuruluş, **işçi sağlığı, iş güvenliği konusunda kendi birimini kurmalı ve bunların bir an önce iletişim içinde, uygulamayı etkileme yönünden harekete geçmelerinin sağlanması gerekmektedir.**

**Mustafa ORHON**  
**(Türkiye Maden-İş Sendikası Genel Başkanı)**

Sayın Başkan, değerli izleyiciler, işçi sağlığı, iş güvenliği konusunda bir toplantı düzenleyen Türk Tabipleri Birliği'ne, Türkiye Maden İşçileri Sendikası adına teşekkürlerimi sunarak sözlerime başlamak istiyorum.

Değerli arkadaşlar, Türk insanı, insan sağlığına değer verilmeyen bir ülkede yaşıyor.

**1976 yılında toplu iş sözleşmelerinde İşçi Sağlığı - İş güvenliği Tüzüğünde yer alan hükümler getirilmiştir.**

**Ama toplu sözleşmede yazılan bir işçi sağlığı, iş güvenliği hükmüne riayet edilmemiştir.** Dolayısıyla, "Sözleşme ihlal edilmiştir." Sendikamız da, Hak grevi olarak grev kararı almış, ilan etmiştir. İşveren, Ankara İkinci İş Mahkemesine dava açmış "Devlet bize gerekli finansmanı vermediği için biz de tüzükte belirtilen işçi sağlığıyla, iş emniyetiyle ilgili programı yerine getiremedik" demiştir.

Mahkemenin kararı : "işveren devlet gerekli finansmanı vermediği için bu konuları yerine getirememiş olup alınan grev kararının kaldırılmasına" olmuştur.

Tabii biz, buna itiraz ettik. Yargıtay da mahkemenin kararını onayladı, işçi sağlığı ve iş emniyeti de bu müessesede maalesef uygulanamadı.

İkinci husus, sendikamız 1957 yılından beri madenlerde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü'nün çıkarılmasını o zamanın Çalışma Bakanlığıydı, şimdi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı oldu bakanlıktan istedik; fakat olmadı. En sonunda Zonguldak'ta hepinizin bildiği gibi 1980 yılında Armutçuk Bölgesinde meydana gelen grizu neticesi 140 arkadaşımız öldü. Tabii hepsi bu grizu neticesinde ölmedi; 40 küsuru orada öldü, 60 küsuru da yasanın emrettiği gaz maskeleri bulunmadığı için yollarda boğularak öldüler.

Yurtta yardım kampanyaları açıldı, "Ah, vah" dendi, arkasından unutuldu gitti. Hemen arkasından bir grizu faciası ve göçük oldu biliyorsunuz Kozlu Bölgesinde; bunlara da "Ah, vah" denildi. Bu da unutuldu gitti.

Tüzük tüzük denildi nihayet 1984 tarihinde çıkarıldı. Devlet evvela kendi ülkesine sahip değil; neden sahip değil anlatıyorum. Madenler biliyorsunuz devletin hüküm ve tasarrufu altındadır. Hemen arkasından yasa iptal edildi ve bu sahalar özel sektöre açıldı. Herkes bir saha kaptı. Şu anda 6.700 tane maden var Türkiye'de; madencilik yapan da 90 - 100 kişidir. Padişahlar zamanında bile bir insan maden işletmek için müracaat ettiği zaman evvela maden işletmeye ehil midir, maden işletecek kadar akçası var mı şeklinde araştırılmış. Bugün bakıyorsunuz işe başlamış, yarın işçileri çıkarmış. Memleketin kaynaklarını çarçur etmekten başka bir işe yaramıyor.

İkinci bir önemli konu, Almanya'dan sanayi artıkları Türkiye'ye gelmiş. Bu gelinceye kadar hangi safhalardan geçmiş, kimsenin haberi yok; yani Türkiye'nin ne kadar sahipsiz olduğunu belirtmek istiyorum.

Diğer önemli bir konu, geçen sene bir işçimiz ağır şekilde yanmış. Erzurum Hastanesi'ne getiriyorlar, uçağa bindirmişler oradan da Ankara'ya göndermişler. "Aman arkadaş geliyor, alakadar olun" dendi. Sosyal Sigortalar Hastanesi'ne geldik, "yerimiz yok" denildi. Ne olacak? Hacettepe Hastanesi'ne gittik, orada da yer yok, nereye gidelim? İbni Sina'ya gittik "Bizde de yer yok" denildi, ne olacak? "Tıp Fakültesi'ne gidin" dendi. Neyse Allah rahmet eylesin, hasta öldü, kurtuldu, biz de kurtulduk ve cenazesini de gönderdik. Tedavi olanlar olacak, olmayanlar kalacak; bunlar acı misaller.

Değerli arkadaşlar, hepinizin bildiği gibi **madencilik işkolunda göçük, yangın ve grizu patlamaları en büyük ölümlü olayları meydana getirmektedir.**

İşçinin yıkanacak, soyunacak yeri yok, içeride sıcaktan terliyor, dışarıya çıkınca açık kamyonla, hava ceryanıyla hasta oluyor. Avrupa'yı bilirsiniz, işçi temiz elbisesi ile girer, temiz elbisesini çıkarır, iş elbisesini giyer, girer yerin altına. Çıkarken banyosunu yapar, iş elbisesini asar, çıkarken kapıdan bir de bakarsınız ki, sanki bir beyfendi geliyor gibi; çünkü yıkanmıştır ve temiz elbisesini giymiştir. Böylesini bizde maalesef ancak bir işletmede gördük biz, bu kamu sektöründedir, özel sektörde ise yoktur. İşte bu ıslak çıkan insanlar, terli çıkan insanlar hastalanıyorlar ve bunların tedavileriyle aylarca uğraşıyorlar.

**Bildiğiniz üzere dünyada ve Türkiye'de kömür madenlerinde ölüm oranı onbinde 30, diğer madenlerde 20, taş, kil ve kum ocaklarında 14, nakliyatda 13, inşaatta6. Türkiye ortalaması 4. Kömür madenlerindeki ölüm oranı Türkiye ortalamasının 7,5 katıdır. Batı Almanya'da 5, İspanya'da 2, Afrika'da 13. Afrika'dan bile gerideyiz. Meslek hastalıkları oranı ise Ecza ve kimya sanayiinde onbinde 14, kömür madeninde 13 ve kömürden başka madenlerde 3, Türkiye ortalaması 2,5, Kömür madenlerinde meslek hastalığı oranı Türkiye ortalamasının 5 katıdır.**

Maden sahibinin isteği üzerine Çukurova'da olduğu gibi dayıbaşları işçi toplarlar, 10 - 15 kişi gelir ve kömür çıkarırlar. Fazla kömür çıkaran fazla para alır. Alan da memnundur, satan da; fakat devletin bundan haberi yoktur. İstatistiklere bunlar dahil değildir. Ne zaman dahil olur? Eğer sigortaya bildirilirse, istatistiklere de dahil olur.

Bu istatistikler diyor ki, Sayın Bakanım da söylediler **son yıllarda meslek hastalıklarında düşüş görülmektedir.** Bunun sebeplerinden birisi şudur : Açık ocakların faaliyete başlamaları, mesela Muğla-Yatağan, Sivan-Kangal meslek hastalıklarında bir azalma meydana getirmiştir.

Dün Sayın Bakan, Tunçbilek'te 30 yataklı meslek hastalıkları hastanesinden bahsettiler, dinleyenleriniz vardır. Evet, Tunçbilek'te bir sigorta hastanesi var, 1958 yılından beri var; ama şu anda **meslek hastalığını bilecek doktor az, yetiştirmemiş ki; şu, şu hastalıklar meslek hastalıklarıdır şeklinde teşhis koyacak elemanları yetiştirip koymadan olmaz.** Normal teşhislerini koyuyorlar; neyin var hemşerim, verin bir aspirin gibi. Esasında bu meslek hastalıkları hastanesi değildir. Meslek hastalığından maksat gürültü varsa sağırdır, oksijen kaynağı varsa gözleri az görür, yeraltında toprak ve kömür tozlarına maruz kalıyorsa ciğerleri hastadır gibi. Verem bir meslek hastalığıdır; ama bunlar hep normal hastalık seviyesinde işlem görüyor. Bize intikal ettiği zaman ellerinden tutuyoruz.

Sendikadan gelen her talep haksız; ama işverenden gelen her talep haklıdır. İş kazalarında kontrol mühendisi yok mudur, vardır. "Her ne kadar şu maddesi gerçekleştirilmemiş ise de, işçinin de burada çok kusuru vardır" denilmektedir.

Ben 1943 senesinde Kastamonu'daydım. Bir kişi 2 adam öldürdü; nefsi müdafaaya tabi tuttular adamı. Ölenlere ceza, öldürene beraat; bunun gibi, suç ölenedir. Efendim mahkemelere gidin deniliyor. Memleketimizde **iş hacmi artmış olmasına rağmen iş mahkemeleri sayıları kısıtlı olarak bazı büyük şehirlerimizde kuruldu ve bundan sonra da sayılarının artması mümkün olmadı. İş mahkemelerinde asliye hukuktan hâkimler vardır.** Hani işin bitmezse komisyona havale et derler ya, meşhur atasözü, Biz de bitmeyecek işleri mahkemeye havale ediyoruz. Mahkemeler devam ediyor ve işler de bitmeden kalıyor.

Madencilikte devletin sahip çıkmadığı konulardan bir tanesi de, kimin **ne imalat yaptığının bilinmemesidir.** Giresun'da bir kaza oldu, altında eski imalat varmış, hafriyat yaparken buldozerle beraber bizim usta da gitti. Neden? Çünkü burada eski imalat var mı, yok mu şeklinde herhangi bir kayıt tutulmamış, işlenmemiş. İleride bunlar lazım oluyor ve iş kazaları da bunların neticesinde meydana geliyor.

Bilindiği üzere 1946 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun Teşkilat Yasası çıkarken, her sene genel kurulları olacak, işçi ve işverenler katılacaktı. Hakikaten bu genel kurullar sayesinde çalışanların birçoklarının daha iyi bakılması için hastaneler yapılmış, bu konuda ikazlar yapılmış ve "benim hastanem hakkında şikayet olmadı" diye o hastanenin baştaabipleri rahat nefes almışlardır. Çalışanlar, **diğer vatandaşlar gibi gerek Anayasa'dan gerekse yasalardan doğan tüm haklarını kullandıktan sonra, "bana hastalığımda, kazaya uğramamda, ölümümde çocuklarıma ve aileme yardım edilsin" diye ayrıca yüzde 2 fazlasıyla hastalık sigortası primi ödendi ve bu tesisler öyle yapıldı.**

**Türkiye'de Emniyet Nizamnamesi tam manasiyle tatbik edilse yüzde 50 veya hiç olmazsa yüzde 60 oranında iş kazaları ve meslek hastalıkları önlenmiş olur.** Hastalanan insanlara demin anlattığım gibi baktırmamız mümkün değil, evvela hekim bulalım; yani doktor bulalım.

Teknik Üniversite'den mezun olan bir Maden Mühendisi 10 sene kadar başka bir mühendisin yanında çalışacak, bedenen çalışa çalışa enerjisini tüketecek ve sonra onun fikrinden istifade edilmeye başlanacak. **Bu konuda eksiklik burada, iş idaresi noksanlığı vardır.**

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bir işletmede Maden Emniyet Nizamnamesinde uymayan 11 tane maddeyi tespit etmiş; "İşe alınırken alınan sağlık raporu tüzüğe uymuyor, tahkimat gibi bir şey yok, havalandırma uygun değildir, tali havalandırma mevcut değildir, ocakta kullanılan elektrik tesisatı uygun değildir" şeklinde rapor verilmiş. 21.6.1989 tarihinde. Tekrar ayın 29'unda bir daha gitmiş, "Bu şartlar yerine getirilmediği sürece bu işletmenin çalışması, insan sağlığına uygun değildir, kapatılması gerekir" demiş. Aradan birkaç gün geçmiş, bu şartlarla aynen devam etmiş işletme. 110 gün sonra tekrar gidilmiş "Arkadaş, sen bunları yerine getir, denmiş. 3,5 aydan fazla bürokrasi bu iş için uğraşmış.

**Gelelim teftişlere; 6705 tane maden işletmesi var, 12 tane maden mühendisiyle bu işletmeler denetlenecek. 40.000 işçinin çalıştığı ve günde 20 bin tondan fazla istihsalin yapıldığı Zonguldak Bölgesinde 1 tane maden mühendisi var; 10 tane işletmenin, fenni mesuliyet alacak maden mühendisi bile yoktur. Bu böyle devam ettiği sürece madenlerde işçi sağlığı ve iş emniyeti olamaz. Ocaklarda önce emniyet yerine maalesef önce üretim vardır.**

Maden ve taş ocakları işletmelerinde tünel yapımında tozla mücadele ile ilgili bir Yönetmelikten maalesef ses seda yoktur.

Dünya'nın hiçbir ülkesinde grizu facialarının hesabının sorulmadığı görülmemiştir. İşte böyle bir ülkede yaşıyoruz; işçilerin sağlığını ve emniyetini Allah'a emanet ediyoruz.

İşten çıkarma konusunda da bir şeyler söylemek istiyorum. İşletmelerden bir tanesi işçi aldı. İşçiler sendikaya üye oldu, 120 kişi. Bakanlığa müracaat ettik. Sendikaya üye olanların üye kayıt fişlerini 15 gün içerisinde işverene bildirme zorunluluğu var. Bunun üzerine işveren işyerini kapattı, işçileri sokağa attı. Esasen bir işyerinin nasıl kapatılacağı mevzuatta gayet bellidir. En az 1 ay içinde Çalışma Bakanlığı'na veya ona bağlı yetkili bölge müdürlüklerine "şu şu sebeplerden dolayı işçilerimi azaltacağım veya işyerimi kapatacağım" diye müracaat etmesi lazımdır. İşçilere de buna göre tebligatta bulunması lazımdır. Tebligat yok, müracaat yok.

Bu konuda müracaat ettim, bana verilen cevapta "İşveren yasalara uygun şekilde işyerini kapatmıştır. Bakanlığımızca yapılacak herhangi bir işlem mevcut değildir" denilmiştir. Aslında sendikalaşma yönünden işçilerin iş aktini feshetti ve hemen bir ay sonra işten attı ve ve sonra da almadı; mahkemesi devam ediyor. Bu bir değil, yüzlerce örneği vardır. Siz hangi iş emniyetinden, iş sağlığından bahsediyorsunuz?

İş mahkemelere gittiğinde mahkemeler bilirkişinin raporuna bakıyor. Bilirkişi de komşunun mühendisi. Onlar birbirlerini kolluyorlar. Affedersiniz atların tepişmesi gibi ara yerde bizim garibanlara oluyor olan.

Burada sözlerimi fazla uzatmadan hepinize teşekkür ederim.



**Münir CEYLAN**  
**(Petrol - İş Genel Başkanı)**

Değerli Dinleyenler, sözlerime hepimizi saygılarımla selamlayarak başlamak istiyorum. Bugün Uluslararası Çalışma Örgütü'nün tetkilerine göre dünyada, her üç dakikada bir, bir işçi iş kazası yahut meslek hastalığı nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Yine aynı incelemeye göre dünyada her yıl ortalama 110 milyon işçi iş kazası geçirmekte veya meslek hastalığına yakalanmaktadır. 180 bin işçi de yine iş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Sorunların oldukça ciddi bir biçimde yaşandığı ülkemizdeki duruma geçmezden önce, işçi sağlığı sorununun bugüne gelişine, dünyadaki gelişmeler içerisinde kısa hatlarıyla da olsa bir göz atmakta yarar görüyorum.

Sanayileşmenin başladığı 1800 yıllarından bugüne kadar, dünyanın değişik bölgelerinde, değişik ülkelerinde ve değişik şartlarında yaşayan işçilerin ortak hedeflere yönelik mücadeleler vermiş olduklarını görüyoruz. Nedir bu mücadelenin hedefleri : İşçiler, örgütleri çalıştıkları işyerlerinde daha sağlıklı çalışma koşullarını yaratabilmek için çalışma sürelerinin kısaltılması için, daha çok ücret almak için mücadele etmişler. Bu ve benzeri sorunlar için yürütülen mücadelenin işverenlere karşı sürdürüldüğünü de bilmekteyiz.

**Patronlar işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerini kârlarını azaltır düşüncesiyle istemiyorlar.** İşçiler ise, bu önlemleri kendi yaşamsal çıkarları açısından zorunlu görüyorlar. Bu yüzden diyoruz ki, patronların daha fazla kârı için işçilerin sağlık ve güvenliği feda edilmeyecekse sorunun çözümü başkalarının insafına bırakılamaz. Sonuç; işçiler sahip çıkmalıdırlar.

1986 yılında hepimizin bildiği gibi, 2 milyon 815 bin 230 sigortalı işçiden 150.221'i iş kazası geçirmiş, 2.292'si sürekli iş göremez duruma gelmiş, 1.108'i yaşamını yitirmiştir. Yine 1986 yılında 542 işçi, meslek hastalığına yakalanmış, 213 işçi arkadaşımız yaşamını yitirmiş, 343 kişi de sürekli iş göremezlik durumuyla karşı karşıya kalmıştır. Görüldüğü gibi, meslek hastalığına yakalananların yarısı ölmüştür. SSK istatistiklerinden derlediğimiz bu rakamlar, ülkemizde çalışan 20 milyon insandan, sadece 3 milyonuna ilişkin rakamlardır.

**İş kolumuzda, örgütlü bulunduğumuz petro-kimya ve lastik-iş kolunda ise, meslek hastalıkları ve iş kazaları oldukça yoğundur.** Sendikamız bu konuda çok yönlü geniş bir çalışma düzenlemiş; 1985 yılında yaptığımız 22.410 üyemizi kapsayan anket çalışmalarımızda 1.314 meslek hastalığı vakası tespit edilmiştir. Tüm üyelerimize bu sayıyı yansıtırsak meslek hastalığına yakalanan üyelerimizin sayısı 4.637 gibi düşündürücü bir rakama çıkacaktır. Yine aynı anket çalışmamızın sonucunda meslek hastalığına yakalanan üyelerimizin yüzde 60,1'i kimyasal maddelerden yüzde 20'si silisten etkilenerek, hastalanmış, yüzde 14'ü mesleki akciğer hastalıklarına ve yüzde 6'sı da mesleki beyin hastalıklarına yakalanmışlardır. İşten kalma süreleri karşılaştırıldığında, kimyevi maddelerden olan meslek hastalıklarına bağlı işten kalma az iken, hastalıkların % 14'ünü oluşturan mesleki akciğer hastalıklarına bağlı işten kalınan gün sayısı tüm işten kalmaların yüzde 22'sini oluşturmakta ve bu hastalıklar en çok Gebze plastik fabrikalarında ve petrol rafinerilerinde görülmektedir. Fiziki etkenlerden meydana gelen meslek hastalıkları ise, büyük oranda petrol işyerlerinde gözlenmektedir.

Kimyevi maddelerin neden olduğu meslek hastalıkları, aralıksız hemen hemen bütün işyerlerinde görülürken, tüm işten kalmaların % 60'ı da bu hastalıklara bağlıdır. Meslek hastalıklarına yakalanan üyelerimiz ortalama 54 gün işten kalmışlardır. Meslek hastalıklarında kimyasal maddelerle ilgili tespit ettiğimiz konu işverenlerin kullandıkları maddelerin etkilerini bilmek olanaklarına sahip olmadıkları, bu maddeleri yalnızca kod adlarıyla tanıyabildikleridir. Bu işyerlerinde kullanılan **kimyasal maddelerin neler içerdikleri bu maddeleri kullananlar tarafından da bilinmemektedir.** Maalesef bugüne kadar biz de bunların ne olduğunu öğrenmenin yollarını bulamadık. **Kullanılan kimyasal maddelerin neler olduğu bilinmeyince zararlarından korunma yöntemleri de elbette ki belirlenememektedir.** kişisel koruyucuların kullanılması konusu ciddiyetle ele aldığımız bir konu, Ancak kârdan zarar etmemek için koruyucuların da az sayıda işyerinde sağlandığını ve kullanıldığını gördük.

İş kazalarına gelince; bu bahsettiğim ankatemize katılan **22.410 üyemizden 3.569'u, yani yüzde 15,9'u iş kazası geçirmiş ve toplam 104.777 gün işten kalmışlardır.** İş kazalarının sonucu ortalama olarak 29 gün, yani yaklaşık 1 ay istirahat almışlardır. İstirahat süresinin ortalama 29 gün olması daha çok ağır iş kazası geçirmiş olanların ankete yansıtılması, hafif iş kazası geçirenlerin ise yansıtılmaması ile açıklanabilir.

Sanayi artıklarının az gelişmiş ülkelere ihracına bir de gelişmiş ülkelerde yasaklanan üretim türlerinin nakledilmesi eklenmiş, bu durum ülkenin ve iş kolumuzun sağlık sorunlarını daha da ağırlaştırmıştır.

Öte yandan üyelerimiz, işe alınırken ve işyerlerinde çalışırken mevzuatın ifade ettiği işe giriş ve periyodik muayenelerden geçirilmemektedirler. **620 işyerimizin hemen hemen hiçbirinde bu muayeneler uygulanmamıştır.** Periyodik muayenelerin yapıldığı söylenen işyerlerinde ise, sadece parasız olduğu için üyelerimizin verem savaşı dernekleri tarafından akciğer mikro filmleri çekilebilmektedir. Oysa silis, asbest, mağnezyum maddeleriyle çalışılan tozlu işyerlerinde mikro filmlerle toz hastalıklarının belirlenemeyeceğini bu işlerle uğraşan herkes bilir. İşyerlerinde yapılan periyodik muayene sonuçları da hekimler tarafından işçilere verilmemektedir. Bu nedenle muayenelerin nasıl yapıldığı, sonuçların ne olduğu konusunda bilgi alınmamakta, dolayısıyla müdahale de yapılamamaktadır.

Yine burada İŞGÜM'den söz açmak istiyorum. İŞGÜM ancak sınırlı sayıda **kimyasal maddenin ölçümlerini yapabilmekte** ölçüm sonuçlarını ise sendikamıza vermemekte, başvurmuz halinde de "Bulgular Normaldir" şeklinde belirsiz yanıtlar vermektedir. **İşyeri hekimi ise maalesef diğer ülkelerdeki işyerlerinin aksine bulunmamaktadır.** Hekim bulunan işyerlerinde sorunlar acaba çözümlenmiş oluyor mu? Bir-iki saatliğine işe gelip, çalışmasını birkaç hasta muayenesi ile sınırlayan işyeri hekimlerinin **bu alanda görevlerini sağlıklı ve amca uygun bir şekilde yapma imkânına sahip olmadıklarını görüyoruz.**

Yine burada tabii SSK'nın koruyucu hekimlikle ilgili yaklaşımına değinmeden geçemeyeceğiz. Bir işçi kuruluğu olmasına rağmen SSK Kuruluş Yasasındaki maddeleri çiğneyerek yalnızca tedavi edici sağlık hizmetleri görevine yoğunlaşmış, koruyucu sağlık işlevini yerine getirmemiştir.

Tedavi edici hekimliğe ağırlık verilmesi de ilaç tüketimini arttırmış, dolayısıyla yerli ve yabancı tekelere daha fazla kâr sağlanmıştır. 506 sayılı SSK' Yasasının 124'üncü maddesine uygun olarak koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak amacıyla kurulan ve işçi sağlığına ilişkin tek gelişme sayılan meslek hastalıkları hastaneleri de günümüzde az sayıda yatağı ve ilkel aletleriyle hizmetleri dar bir çerçevede içerisine sıkıştırılmış etkisiz

kurumlara dönüştürülmüştür. İşyeri taramalarıyla meslek hastalıkları tesbitleri de tümüyle sonlandırılmıştır.

Ülkemizde, iş kolumuzda çalışanların sağlıklı koşullarda çalışmasını engelleyen bir başka sorun da işsizliktir. Resmi rakamlara göre yüzde 15.2 oranına yükselen işsizlik ülkemizde insanları tehlikeyi düşünmeksizin her işi kabul etmeye zorlamaktadır.

Bir diğer sorunumuz da ülkemizdeki işçi sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin yasal düzenlemelerdir. Türkiye'de son belirlemelerimize göre, 63 tane işçi sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin yasal düzenleme vardır. Bunlar oldukça ayrıntılıdır. Ancak Özal Hükümetiyle birlikte bu düzenlemelerde tırpanlama başlamıştır. İşyeri Kurma ve İşletme İzni alma zorunluluğu Bakanlığın 1987/7 sayılı genelgesiyle ve yasaya rağmen ortadan kaldırılmıştır. Buna ilişkin olarak genelgenin iptali amacıyla sendikamızın Danıştaya açtığı dava devam etmektedir. Bütün bu olumsuz koşullar işyerlerinde devam ederken, yasalardaki dağınıklığa paralel olarak, işyerlerini denetleyecek kuruluş sayısı da çok fazladır ve bunların birbirinden habersiz olarak çalıştıkları da bilinmektedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun görevlilerinin yaptığı incelemeye göre, 1987 yılının birinci yarısında SSK kayıtlarına geçen işyerlerinin; ancak yüzde 1,5'u genel teftişe tabi tutulmuştur. İş kazası incelemesi binde 1'dir. Meslek hastalığı incelemesi yine bu oranda, yani binde 1'dir. İşçi sağlığını koruyucu tek yaptırım olan işyeri kurma izni ve işletme belgesi incelemesi ise, binde birlerin çok altındadır. İş güvenliği müfettişlerinin yetkileri yok edilmiştir. İş müfettişlerinin durumuna şöyle bir göz attığımız da : 1969'da Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı işbirliği ile kurulan İşçi Sağlığı, İş Güvenliği Merkezi, yani İŞGÜM yavaş bir gelişme göstermiş, bir türlü yeterlilik kazanamamıştır. 1980 sonrası dönemde işyerleri tümüyle denetimsiz gibidir. Yasaların uygulanmamasının bir başka nedeni ise, yasal mevzuata uymadığı saptanan işverenlere verilecek ceza miktarlarıdır. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğündeki kurallara uymayan işverenlere ancak 30 bin lira para cezası verilebilmektedir. Öte yandan İşçi Sağlığı ve İş güvenliği kurullarının işi bir organ olması ve işçi temsilcilerinin bu kurullarda yedide bir oranında temsil edilmesi de bu kurulların etkinliğini ortadan kaldırmaktadır.

Peki, neden bunca olumsuzluk vardır? Bu konularda sendikalara düşen görev nedir? Yanıtlamaya çalışacağım.

Sendikamız, işçi sağlığı, iş güvenliği sorununa işçinin işverenle olan tüm sorunlarında olduğu gibi, işçinin tek varlığı olan emeğinin yeniden üretimi, ve insanca yaşama koşullarının sağlanması açısından bakarken sermaye soruna sermayenin bir üst derecede yeniden üretilmesi açısından bakmaktadır. Bilindiği gibi, iş gücünü kiralayan kişiler bunun değerini ödemek zorundadır. İş gücünün değeri de işçinin varlığını sürdürmesi için gerekli olan mal ve hizmetlerin değeridir. İşçi iş gücü sağlayıp bugün çalışıyorsa, yarın da aynı süreci sağlık ve güç yönünden aynı koşullar altında sürdürmek zorundadır. Çalışanlar örgütlü ve bilinçli olarak sorunun üzerine gittiği ölçüde sorunun boyutlarını kendi lehlerine çevirebileceklerdir. Burada işçi sendikalarına düşen görev örgütlü ve sürekli bir mücadeleyi bütün emekçi halk katmanlarıyla bütünleştirerek yürütmektir. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi talebi genel olarak ülkenin demokratikleşmesinin önemli bir parçasıdır. Bu hakların tümüne sahip çıkmak için sendikalaşma ve hak aramak, grev haklarına getirilen yasal kısıtlamaların giderilmesi ve iş güvenliği ve işçi sağlığı için birlikte davranışın gerçekleştirilmesi gereklidir. Sendikalar, yasal mevzuatta işçilerin çıkarlarına uygun maddelerin uygulanmasını sağlamak, uygulamayı denetlemek, daha ileri haklar almak için etkin mücadele vermeli-dirler. Toplu sözleşme görüşmelerinde ekonomik taleplerin yanında işçi sağlığı ve iş

güvenliği konularına da önem verilmesi gerekir. Geçmiş uygulamalarda genel olarak tüm toplu sözleşmelerde rastlanan İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü maddelerini uygulama şeklindeki genel yaklaşım terk edilmeli ve yerine işyerine özel somut sorunlar ve istemler sözleşmelere yazılmalıdır. Bu, sendikaların **işçi sağlığı ve iş güvenliği birimlerinin planlı ve programlı bir çalışma yürütmesiyle mümkündür**. Bu yöndeki organizasyon işyerlerinin şube, merkez ve ilgili birimlere bilgi ulaştırması yollarının bulunmasıyla başarılabilir. İş güvenliği ve işçi sağlığı sorunu genel olarak tüm iş kollarındaki işçilerin sorunudur. Bu nedenle tüm işkollarının yer alacağı ayrı bir organizasyon da gereklidir. Sendikalar, uluslararası düzeyde yürütülen çalışmalara uluslararası birlik ve dayanışma içerisinde katılmalıdırlar. Uygulamanın işlerlik kazanabilmesi için öncelikle temsilci düzeyindeki kadroların kendi iş kollarına ilişkin sorunları belirlemeleri gerekmektedir. İşçilerin karşılaştıkları her türden işkazaları ve meslek hastalıklarına ilişkin kayıtlar sendika temsilcileri tarafından tutulmalı ve bu kayıtlar mutlak surette değerlendirilmelidir. Üretim sırasında kullanılan maddeler tanınmalıdır ve gerçek zararları araştırılmalıdır. Genel kontroller sendika temsilcileri vasıtasıyla yapılmalıdır. Fazla çalışmaların mutlaka işçilerin özgür iradesiyle olması, özellikle bant sistemi gibi, prim gibi, iş yoğunluğunun artırılması gibi düzenlemelere ve yöntemlere karşı sendikaların görüşüne başvurulması sağlanmalıdır. Yıllık izinlerin uzatılması ve günlük çalışma sürelerinin kısaltılması hedeflenmelidir. Kadın işçilerin gebelik nedeniyle işten çıkarılmaları önlenmelidir. **İşçi sağlığı ve iş güvenliği kurulları her işyerinde kurulmalı, ancak kuruluş ve işleyişinde bazı değişiklikler yapılmalıdır. Kurul üyelerinin çoğu işçiler tarafından seçilmelidir. Sağlık birimi işverene bağlı olmamalıdır. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulu'nun kararları işveren tarafından yerine getirilmesi zorunlu bir yaptırıma döndürülmelidir.**

SSK'ya bağlı 1 milyon dolayında işyeri var iken, bununla ilgili iş güvenliği müfettişi sayısı 250'dir. **Bir müfettiş ancak ayda 20 işyerini denetleyebilir**. Bu durumda, tüm işyerlerinin ancak 20 yılda denetlenebilmesi olanaklıdır. 1986 yılında işe alınan 12 bin devlet memurundan 5 bini polistir ve ancak 680 tanesi SSK kadrosundadır. Müfettişlerin işyeri kapatma yetkililerinin yok edilmesi işyeri denetimlerini çok manasız bir duruma getirmiştir. Bu nedenle, **işçi sağlığı, iş güvenliği denetimi özerk ve bilimsel esaslara göre çalışan, kadrosu ve donanımı yeterli, yaptırım gücü tam, sendikaların katıldığı bir örgütçe yapılmalıdır**. Buna paralel olarak, petro-kimya ve lastik-iş kolundaki sendikamız, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurullarını ilk ve ana hedef olarak seçmiştir. İşyerlerinden merkeze kadar uzanan işçi sağlığı ve güvenliği örgütü oluşturulmuştur. İşçi sağlığı ve iş güvenliğiyle ilgili mesleki kuruluşlarımızın ve demokratik kitle örgütlerimizin özellikle son zamanlarda bu konuyu gündeme getirmeye başlamaları seviniyecek bir gelişmedir. Dileğimiz bunun daha da yaygınlaştırılması ve bu işin gerçek sahipleri olan sendikaların soruna sahip çıkmalarıdır. Beni sabırla dinlediğimiz için hepinize teşekkür ediyorum.

**Arif GÜLÖKSÜZ**  
**(Türk Yapı - İş Araştırma Uzmanı)**

10 yıl önce birincisi yapılmış olan bu kongrenin düzenleyicisi olan Türk Tabipleri Birliğine, İşçi Sağlığı Kolu çalışanlarına teşekkür etmeyi Sendikamızın bir görevi sayıyorum. Türk Tabipleri Birliği bu kongrenin ikincisini düzenlemekle Türkiye'de işçi sağlığı, iş güvenliği konusunda güzel bir geleneği yerleştirmiştir. Bu geleneğin zenginleştirilerek yaşatılması gerektiğini düşünüyorum. İşçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda sendikalara düşen görevlere geçmeden önce bir sorunun altını çizmek istiyorum. Bu da Türkiye'de işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda merkezi bir örgütlenmenin bulunmamasıdır. SSK tüm çalışanların yüzde 10'unu kapsamaktadır. SSK istatistiklerinin gözlerden uzak tutulmak istendiğini görüyoruz. Bu, istatistiklerle duyulan korkunun bir ifadesidir. SSK istatistiklerinin işçi sağlığı, iş güvenliği sorunlarının değerlendirilmesinde kullanılamayacağı apaçıktır. Türkiye'deki çalışan nüfusun ancak yüzde 15'ini kapsayan verilerdir bunlar. Bunun da ötesinde eldeki veriler de belirsizdir. Örneğin iş kazalarıyla ilgili verilere bakıldığı zaman nedeni belirsizler altında sıralanan kazaların, toplam kazalara oranları yüzde 70'tir. Meslek hastalıklarıyla ilgili veriler ise, biraz önce Petrol-İş Sendikası Başkanı Sayın Ceylan'ın ayrıntısıyla anlattığı gibi, daha da yetersizdir. Tüm yetersizliklerine karşın veriler yine de çarpıcıdır : 1986 yılında iş kazası ve meslek hastalıklarından ötürü, 1.321 işçi hayatını kaybetmiştir. Aynı yıl iş kazası ve meslek hastalıkları sonucu hayatını kaybedenlerle, daimi iş görmez, yani yarı ölü hale gelenlerle onların aileleri ve çoluk çocuklarıyla birlikte 85.680 kişilik bir nüfus yani ortalama büyüklükte bir Anadolu şehri ya bütünüyle ölerek, ya da iş görmez hale gelerek, ya da dul ve yetim kalarak bu meslek hastalıkları ve iş kazalarından etkilenmişlerdir. Genellikle iş kazalarının en çok olduğu iş kolu **kömür madenciliği iş kolu olarak bilinir**. Oysa bu görüntü SSK'nın yetersiz verilerinin oluşturduğu bir yanılsamadır. **İş kazalarında aslında şampiyon olan iş kolumuz, kötü bir şampiyon olan iş kolumuz inşaat iş koludur**. Her 10 iş kazasından birisi iş kolumuzda olmaktadır. Bu işkolunda günde ortalama 76 işkzası olmakta ve 1 işçi ölmektedir. 1986 yılı içerisinde 855 inşaat işçisi hayatını kaybetmiştir. **Yani, iş kolumuzda her yüz kazadan üçü ya ölümlü, ya da yarı ölümlü sonuçlanmıştır**. Bu veriler de yetersizdir, çünkü iş kolundaki toplam 488 bin işyerimizin ancak 67 bininin SSK'ya bildirimde bulunduğu görülmüştür.

Biraz önce söylediğim istatistikler bütün yetersizliklerine rağmen iş kazalarının yüzde 70'inin makina ve mükerrer hususlarda ortaya çıktığını göstermiştir. **Kazaların yüzde 70'inin makinalardan ve diğer çevre koşullarından kaynaklandığını ortaya koymak bile**, bunun gerçek sorumlusunun işçiler olmadığını çok açık biçimde göstermektedir. İşçi kusurunun gerekçesi olarak öne sürülen **yorgunluk, ihmal, dalgınlık** ve benzeri unsurlar, moral bozukluğu gibi unsurların da esas sorumlusu işçi değildir. Sermayedarlar ve sermaye yanlısı ve sermaye çıkarlarını savunmayı ilke edinmiş iktidardır. Çünkü, yetersiz ücretler işçiyi daha çok meesai yapmaya, zorlamaktadır. Bugün birçok Devlet memuru ve işçi işyerlerinden çıktıktan sonra hiçbir şey yapamasa bir taksidde şoförlük yapmaktadır. Böylesine bir durum elbette

moral bozukluğu, elbette yorgunluk ve dalgınlık yaratacaktır. Bunun sonucunda ortaya çıkan iş kazasının sorumlusu da işçi olarak gösterilemez. **Bilgisizlik ve işe uyumsuzluğun** baş sorumlusu sermayedardır, **çünkü ucuz işgücü kullanabilmek için işe uyumluluğun gerektirdiği vasıflarda işçiyi istihdam etmekten kaçınmaktadır.** İş kolumuzda bir örnek vermek istiyorum - Karayolları Genel Müdürlüğü'nün makina parkının yüzde 79'u (burada devletin resmi belgelerine göre) **ekonomik ömrünü tamamlamıştır. Fizik ömrün tamamlanmış** olması bu makinanın artık kullanılamayacak halde olduğunu, bunların bakım gücüyle zorla ayakta tutulduğunu anlatmaktadır. İşçi bunları kullanmaya zorlanmaktadır. Bu bile işçinin iş kazalarından sorumlu tutulamayacağını göstermeye yeterlidir. Teknoloji transferine şüphesiz karşı değiliz. Ancak gelişmiş ülkelerde terk edilen geri ya da zararlı teknolojilerin işçi sağlığı ve iş güvenliğini olumsuz yönde etkileyecekleri bilindiği halde ülkemize aktarılmalarını anlamak olanaksızdır. Bu durumda işyerleri işçiler için daha baştan sağlıksız ve tehlikeli hale getirilmektedir. Öte yandan Genel sağlık hizmetlerinin özelleştirildiği, sağlığın metalaştırıldığı bir ortamda meslek hastalıkları hastanelerin geliştirilmesini beklemek de büyük hayaldir. Zaten ekonomik ve toplumsal bunalım dönemlerinde, yani **işsizliğin arttığı, ücretlerin düşürüldüğü, toplum üzerinde anti-demokratik baskıların yoğunlaştığı koşullarda işçi sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin gelişmelerin ortaya koyulması baştan engellenmiştir.** Ülkemizde yaşadığımız son 8 yıllık süre bunu göstermeye yeter. İşçinin sağlığını ve güvenliğini geliştirmek bir yana, bunun düşünülmesini beklemek bile gerçekten hayalcilik sayılmıştır. Dünyada da durum benzerdir. Nitekim Ekim-1987'de Sendikamızın bağlı olduğu uluslararası kuruluşun düzenlediği işçi sağlığı ve iş güvenliği konferansında Dünya'nın çeşitli ülkelerinden gelen sendikacılar, son 10 yıl içinde, yani dünyadaki bunalımla beraber, işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında açık bir kötüleşme olduğunun altını çizmişlerdir. Buradan çıkan ilk sonuç şudur : Zaten kötü olan çalışma koşulları daha da kötüleşecektir. Bu durum, sorunlu olan siyasal ve ekonomik güç yapısı değişmediği ölçüde sürecektir. Öyleyse değişiklik gerçekleşinceye kadar bu konuda birşey yapılmayacaktır? Elbette yapılacaktır. İşçi sağlığı iş güvenliği konusunda atılacak adım bu güçler dengesinin değiştirilebilmesi için de atılmış olacaktır. İşe nereden başlanmalıdır? Öncelikle İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü gerçekçi değildir. Gerçekte çok ileri gereklilikler söylenmiş ve yazılmış ama olmazsa olmaz koşullar belirtilmemiştir. Örneğin 30 uncu maddede içme suyu için özel musluklar yapılacak, su aşağıdan yukarıya ve uygun bir yüksekliğe kadar fışkıracak ve işçi buradan suyunu içecek denmiştir. Oysa bugün pek çok işyerimizde sağlıklı içme ve kullanma suyu bile yoktur. İşveren bulunduğu bu maddeleri yerine getirmezken gerekli olanı yapmamaya da bu ileri maddeleri bahane göstermiştir. Onun için **bu mevzuatın gerçekçi ve öncelikleri belirlenmiş bir biçimde yeniden düzenlenmesi gereklidir. Mevzuat teknolojik gelişmelere ve bu süre içindeki değişmelere uygun olarak yenileştirilmelidir.** Mevzuat değişikliği de yeterli değildir. **Asıl önemli olan bu mevzuatın işyerinde uygulanmasını sağlamaktır. Bunun için işyerlerinde etkin denetim uygulanmalı ve mevzuata uygun davranmayan işyerlerine idari ve cezai yaptırımlar uygulanmalıdır.** Öte yandan işçi sendikaları denetimde hiçbir biçimde söz ve karar sahibi değildir. Dünyada işçi sendikalarının söz ve karar sahibi olduğu ve

tek elden yürütülen denetim kuruluşları vardır. Bu kuruluşlar Siyasal iktidardan bağımsızdır. İdari ve mali özerkliğe sahiptirler.

Sendikalara düşen görev nedir? 1963'ten bu tarafa sendikalar, ücret sendikacılığı yapmıştır. Yahut şöyle diyelim : Ücret sendikacılığıyla, sosyal haklar için, örneğin işçi sağlığı, iş güvenliği için sendikacılık arasında büyük bir boşluk doğmuştur. İşçinin işgüvenliği mi, yoksa ücreti mi sorusu hep ücretten yana yanıtlanmış, sendikalar da bu eğilimi desteklemişlerdir. Yani, işçiler, 25 kuruş fazla ücret alan sendikayı, bu 25 kuruş yerine işçi sağlığı iş güvenliği için mücadele eden sendikaya tercih etmişlerdir. Sendikalar kendi üstlerine düşen görevleri üç yolla gerçekleştirirler. Birincisi sendikal örgüt, ikincisi bu örgütle yürüttüğü eğitim, üçüncüsü yine bu örgütle yürüttüğü mücadele sonucunda imzaladığı toplu sözleşme. Toplu sözleşmelerle yapılacakları burada belirtmek istiyorum. Birincisi işçi sağlığı ve işgüvenliğiyle ilgili mevzuatın uygulanmasının sağlanmasıdır. Bu uygulamayı güvence altına alacak ve işyerinin özelliklerini yansıtan özel hükümlere yer verecek biçimde işyerine özel toplu sözleşmeler bağlanmalıdır. Toplu sözleşmelerle mevzuat hükümlerinin geliştirilmesi de gündeme getirilmelidir.

İkincisi, işyerlerinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları'nın işletilmesini, sendikaların bu kurullarda ağırlıklı olarak temsil edilmesini, kurul'a yaptırım gücü kazandırılmasını Toplu İş Sözleşmeleriyle sağlayabiliriz. Yol-İş Sendikasının Karayolları Genel Müdürlüğüyle imzaladığı toplu sözleşmede İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları'nın kurulup, işletilmesiyle ilgili madde eklenmiştir. Bunun sağladığı avantaj nedir? Sendikanın bu kurulların işletilmesine verdiği önem gösterilmekte, **işletilmediği durumlarda müdahale etmek olanağı yaratılmaktadır.** Ondan sonra gelen adım, **İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği kurullarının işkolu düzeyinde ve ulusal ölçekte eşgüdümünü sağlamak olacaktır.** Ulusal ölçekteki örgütlenme Türk Tabipleri Birliği'nin, Mimar Mühendis Odalarının ve ilgili diğer kuruluşların katılımıyla gerçekleştirilecektir.

**Üçüncüsü İşyeri hekimlerinin mutlak surette işverenden bağımsızlığını sağlayacak özel hükümlere toplu sözleşmelerde olabildiği ölçüde yer vermek lazımdır.** İşyeri hekimlerinin işverenden maaş alıyor bile olsalar, idari anlamda işverenden tümüyle bağımsızlaştırılmaları lazımdır. İşyeri hekimlerinin yönetmelikten gelen kolaylıkları vardır. Ama işyeri hekimleri yönetmelikte belirtilen asli görevlerini yerine getirebilmek için sendikaların işyeri örgütlerinin desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Kuruyucusuz makinalara bağlı olarak meydana gelen kazaların oranı yüksektir. Bu konuda makina koruyucuları ile ilgili yönetmeliğin işyerlerinde uygulanması, koruyucusuz makinaların işyerine sokulmasının önlenmesi ve böylesi makinalarla işçilerin çalışmama haklarının geliştirilmesine yönelik maddeler toplu iş sözleşmelerine eklenmelidir.

Diğer önemli konu **eğitim** dedik. Burada da açık konuşmak gerekiyor : **İşçi sağlığı, iş güvenliği eğitimine sendikalar hak ettiği önemi vermiyorlar.** Türk-İş örneğin böyle bir eğitim için örgütlenmeyi sağlayamamıştır. Sendikalar bir araya getirilip, böyle bir örgütlenme sağlanmalıdır. Teşekkür ederim.





**6 Nisan 1988 arşamba**

**VIII. OTURUM**

**"TARTIŞMA GURUBU"**

**"İşyeri Hekimliği ve İşyeri Sağlık Örgütlenmesi"**

**Oturum Başkanları**

**Doç. Dr. Arslan TUNÇBİLEK**

**(A.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi)**

**Dr. Haldun SİRER**

Not :

Bant Çözümü Yapılamadığından  
Tartışma Grubu Raporu Yerine  
Dr. Bülent PİYAL'in Konu İle  
İlgili Tartışma Gurubu  
Sonuç Bildirisi Yayınlanmıştır.



**İş Hekimliği ve İşyeri Sağlık Örgütlenmesi**  
**Tartışma Gurubu Sonuç Bildirisi**  
**Dr. Bülent PİYAL**  
**(TTB Merkez Konseyi İşçi Sağlığı Kolu Üyesi)**

1 . İşyeri sağlık örgütlenmesi ve bu örgütlenme içerisinde iş hekimliği etkinlikleri Dünya Sağlık Örgütü'nün ve Uluslararası Çalışma Örgütü'nün belirlediği "ülke gerçeklerine ve gereksinimlerine uygun, ilgili tarafların katılımı ile belirlenmiş ulusal işçi sağlığı ve iş güvenliği politikalarına uygunluk ilkesi" temelinde gerçekleştirilmelidir.

2 . Ülkemizdeki yasal düzenlemeler bilimsel teknik ilerlemeye ve günümüz gerçek ve gereksinimlerine uygun olarak yenilenmeleri ön koşulu ile ulusal politika belirlenmesinde ve bu politikalara uygun çağdaş işçi sağlığı hizmeti üretilmesinde yeterli yasal dayanak sağlamaktadırlar.

3 . İşyeri sağlık örgütlenmesinde ve hekimlik uygulamasında temel yasal dayanak olan "işyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik" işyeri sağlık birimine ve işyeri hekimine yeterli mesleki, ekonomik, yönetsel özerklik sağlayan maddeler eklenmesi koşuluyla çağdaş işçi sağlığı hizmeti üretimi için yeterli ve ayrıntılı bir belgedir.

4 . Bu belgede de belirlendiği gibi hizmetin amacı işçi sağlığının korunması ve geliştirilmesidir. Tedavi edici hizmetler ancak zorunluluk halinde ve koruyucu hizmetlere ayrılan süreye eklenecek sürelerde yürütülecek bir ek görevdir. Günümüz uygulaması yönetmeliğe tümü ile aykırı bir görüntü sergilemekte, koruyucu hizmetler tedavi edici hizmetlerden arda kalan sürede ya sınırlı olarak yürütülmekte ya da hiç yürütülmemektedir. Bu uygulamanın çağdaş işçi sağlığı anlayışına aykırı biçimde süregelmesinin nedenleri öncelikle belirlenmelidir. Tartışma gurubunun konu ile ilgili belirlemeleri aşağıdaki başlıklar altında özetlenmiştir.

a . İşçi sağlığı ve iş güvenliği alanında görev yapan meslek guruplarının ve işyeri hekimlerinin konu ile ilgili eğitimleri yetersizdir. Sağlık ve mühendislik bilimlerinde mesleki eğitim programlarına işçi sağlığı ve iş güvenliği konuları eklenmeli, konu ile ilgili uzmanlık alanları tanımlanmalı, bu alanda görev alan tüm personelin sürekli eğitimleri sağlanmalıdır. Türk Tabipleri Birliği'nin yürüttüğü İşyeri Hekimliği Sürekli Eğitim etkinliklerinin geliştirilerek sürdürülmesi desteklenmeli, diğer meslek örgütlerinin de benzeri etkinlikleri yürütmeleri için çalışma yapılmalıdır. bu alanda yalnızca yetkilendirilmiş personelin görev alması öncelikli hedef olarak belirlenmelidir.

b . İşçi ve işveren kuruluşlarının, işyeri sağlık ve güvenlik etkinliklerinden beklentilerinin çağdaş işçi sağlığı anlayışına uygun doğrultuda değiştirilmesi için, gerekli eğitim etkinlikleri düzenlenmelidir.

c . Çağdaş işçi sağlığı hizmeti üretiminde işyerinde durum saptaması çalışması hizmetin bilimselliğinin zorunlu ön koşuludur. Günümüzde çok sınırlı işyeri dışında bu etkinlik gözleme dayalı olarak yürütülmekte ya da hiç yürütülmemektedir. Çünkü durum saptaması için gerekli olan ölçümler araç, gereç, örgütlenme, eğitim, yetişmiş insangücü

yetersizliği nedeniyle yapılamamaktadır. Devletin, işçi ve işveren kuruluşlarının bu alanda gerekli altyapının kurulabilmesi için bir an önce işbirliğine gitmeleri gereklidir. Bu başarılamadıkça bilimsel hizmet üretimi de gerçekleştirilemeyecektir.

**d .** İşyeri sağlık birimlerinin ve işyeri hekimlerinin işyerlerinde işçi sağlığı hizmetleri için yeterli süreleri ayırmaları zorunludur. bu süre yönetmeliğe göre işçi başına ayda 15 dakikadır. Bu süre içinde, günümüzdeki uygulamanın tersine yalnızca koruyucu ve geliştirici hizmetler üretilmelidir. İşçilerin, işçi eş ve çocuklarıyla ana ve babalarının, işçi olmayan diğer personelin sağlık hizmetleri koruyucu hizmet için ayrılan sürenin dışında eklenecek ek sürelerde yürütülmeli eğer bu süre ayırlamıyorsa işyeri hekimlerinin ve sağlık birimlerinin bu hizmetleri yürütmeleri önlenmelidir.

**e .** İşyeri hekimlerinin ve sağlık birimi çalışanlarının mesleki, ekonomik yönetsel özerkliklerinin sağlanması, işin bilimsel temellerine uygun yürütümü için zorunludur. Bu nedenle bu birim çalışanlarının atanmalarının, ücretlendirilmelerinin, denetimlerinin özerk bir kuruluş tarafından yürütülmesi için gerekli girişim başlatılmalıdır.

**f .** İşçi sağlığı hizmetinde birinci basamak sayılan işyeri sağlık birimi ile SSK poliklinik, dispanser, hastane, meslek hastalıkları hastaneleri ve İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezleri (İSGÜM) arasında varolan kopukluk giderilmeli, bu birimler arasında karşılıklı bilgi ve görüş ve hizmet alışverişinin sağlanabileceği bir örgütlenme gerçekleştirilmelidir.

**5 .** İşçi sağlığı hizmetlerinin bilimsel gerekliliklere uygun yürütülmesi için gerekli altyapı kuruluncaya dek yürütülegelen hizmetlerin eldeki kaynaklar ölçüsünde en verimli üretilebilmesi için işyeri sağlık birimleri ve işyeri hekimlerine yönelik öncelikler programı hazırlanmalı ve bu programın uygulanması sağlanmalıdır.

**6 .** Öncelikler programı ile birlikte yakın ve uzak dönem hedeflerinin, bu hedeflere ulaşılması için gerek duyulan alt yapının belirlenmesi, eldeki kaynaklar da göz önünde bulundurularak çağdaş işyeri sağlık hizmeti düzeyini yakalayabilmek için ilk adımların atılması gerekmektedir.

6 Nisan 1988 Çarşamba

IX. OTURUM

BİLDİRİLER

Oturum Başkanı

**Dr. Selim ÖLÇER**  
(Ankara Tabip Odası Başkanı)

Konuşmacılar

**A. DÖLER, Y. E. KARAKULUKÇU, N. GÖKHAN**  
İstanbul İki Tersanede Belirli İş Kollarında Çalışan İşçilerin  
Fizyolojik Açıdan Solunum Parametreleri

**Dr. Yıldız PEKŞEN, Dr. Muhlise ALVUR**  
Sigara İçme ve Sigara Harmanlama İşinde Çalışmanın  
Carcinoembriyonik Antigen Düzeyinin Etkisi

**Ş. DURSUN, B. BARUTÇU, M. TERZİOĞLU, E. YURDAKOŞ**  
**Ö. B. SEÇKİN, S. BAYOĞLU**  
Belli Yüksekliklerde, Tomruk Yükleme İşleminde Çalışan Orman  
İşçilerinin Kalori Tüketimleri ve İş Verimliliğinin Karşılaştırılması

**Haluk ORHON**  
Kişisel Koruyucuların Kullanımı

**Dr. Gufran BAKIRCI**  
(Halk Sağlığı ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı)  
Çalışan Hanımların Annelikle İlgili Sağlık Sorunları

**Doç. Dr. A. Gürhan FİŞEK**  
Çalışma Yaşamı ve Çocuk



**İstanbul'da İki Tersanede Belirli İş Kollarına Çalışan İşçilerin  
Fizyolojik Açından Solunum Parametreleri  
A. DÖLER, Y.E. KARAKULUKÇU, N. GÖKHAN**

Dünya Sağlık Teşkilatı'nın tanımına göre işçi sağlığı, işçilerin fiziksel, ruhsal, moral, sosyal tam iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması ve sürdürülmesidir. Buna bağlı olarak işçinin çalıştığı işe, işin çalışana tam bir adaptasyonu amaçlanmaktadır. Bu işçi iş uyumunu konu edinen bilim dalı günümüzde ergonomi olarak bilinmektedir.

Günümüzde bilinen endüstriyel hastalıkların ve risklerin sayısı büyük bir hızla kabarmıştır. Son yıllarda asbest, deterjan enzimleri ve poliüretan gibi maddelerin yol açtığı hastalıklar tanımlanmaya başlanmıştır. Bir meslek hastalığının ortaya çıkarılmasında bazı faktörlerin titizlikle araştırılması zorunluluğu vardır. Yapılması gereken muayene ve testlerin arasında fizyolojik parametrelerin belirleyici işaretler olmaları, dolayısı ile büyük önem taşıdıkları açıktır. Patolojinin ortaya çıkışı fizyolojik parametrelerden geçer. Bu sebeple belirli bir iş kolunda çalışan işçilerde bazı fizyolojik parametreleri araştırmanın yararlı olabileceği fikrinden hareketle bir çalışma planlanmıştır. Görülen meslek hastalıkları arasında solunum yolları ve akciğerlerle ilgili olanlar büyük bir çoğunluk teşkil ettiğinden, bu konudaki çalışmalara bir katkısı olması düşüncesiyle İstanbul'da iki tersanede işçilerin bir bölümünde solunum parametreleri; vital kapasite (VK) ve maksimum ekspiratuar akım (MEA) ölçülüp, çevre şartları da gözönünde tutularak değerlendirilmeğe çalışıldı.

#### **YÖNTEMLER VE GEREÇLER**

Ölçümler spirometrik metodlarla ve işçi oturur durumdayken yapıldı ve iki kez tekrarlanıp ortalama değer alındı. Ayrıca işçilerin yaşları, çalışma yılları, sağlık durumları ve sosyo-ekonomik yapılarını belirlemek amacı ile bir anket de yapıldı. Ölçülen vital kapasite değerinin, normal sayılan sonuçlara oranını saptamak için Baldwin ve arkadaşlarının prediksyon cetvelleri kullanıldı. Eldeki değerler, prediksyon cetvelindeki değer % 20 fazla veya eksikliğini aşmadıkça normal kabul edilmektedir. MEA değerleri de aynı şekilde Baldwin'in prediksyon cetvelleri kullanılarak değerlendirildi. Çalışmamızda 4 araştırma grubu ve 1 kontrol grubu oluşturulmuştur.

#### **BULGULAR**

Her iki tersane birarada ele alındığında işçilerin ortalama yaşı  $35.3 \pm 7.89$ , boy uzunluğu  $170.1 \pm 7.23$  cm. dir, taramaya katılan işçi sayısı 156 olup, tümü erkektir.

Tablo 1 de görüldüğü gibi ilk araştırma grubunu oluşturan sigara içen ve içmeyen işçilere VK ve MEA değerleri arasında sigara içenlerin lehine bir fark vardır. Bu durumda sigara içme olayının bu iki parametreyi belirgin şekilde etkilemez görünmesinin bir nedeni, sigara içmeyenler grubundaki kişilerin belirli bir süre içtikten sonra bırakmış olmalarına bağlanabilir (Terzioğlu - Cinemre). Ancak aradaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdır. Ayrıca sigaranın öital kapasiteyi etkilemediğini öne süren araştırmalarda vardır.

İkinci araştırma grubu işçilerin solunumla ilgili şikayetleri olup olmamasına göre oluşturulmuştur. Şikayeti olan 56 kişide VK ve MEA ortalaması, şikayeti olmayan 100 kişininkinden düşüktür. Bu kişiler solunum yollarına etkili maddelerin kullanıldığı bölümlerde çalışmaktadırlar ve şikayetleri başlıca öksürük, balgam, nefes darlığı vs. dir.

Yaşa göre yapılan 3cü gruplamada ise VK ve MEA ortalaması 30 yaşın altındaki yaş grubunda en yüksek olarak bulunmuştur. Yine de bu ortalama Türklere aynı yaş grubu için saptanan 4050 ml. lik VK ile karşılaştırıldığında düşüktür.

Dördüncü ve son araştırma grubunda ise solunumla ilgili hastalık geçirmiş 19 kişinin VK ve MEA ortalaması, geçirmemiş olan 137 kişinin bu değerlerine göre düşüktür. Bu değerler normal sınırların altındadır ve dokudaki geçirilmiş ve patolojik olayın izlerini yansıtmaktadır; yani bu kişilerde solunum kaybı vardır ve solunum yönünden zarar görmeye yatkındırlar.

Birinci ve ikinci tersanedeki iş bölümlerine göre bulgulara bakıldığında (tablo 2), I. tersanede, Ahşabiye bölümünde en düşük ortalamalar bulunmuştur. Bu bölümde odun, ağaç tozu, talaş, selülozik vernik ve tiner gibi solunum yollarına ve akciğerlere etkili maddelerle çalışılmaktadır. II. tersanede ise (tablo 3) oksijen kaynak bölümünde en düşük VK ve MEA ortalamaları bulunmuştur, ancak bu bölümden 2 kişi ölçülebildiğinden, bu bulgular belirleyici değildir. Bunu izleyen en düşük ortalama marangoz atölyesindedir. Kontrol grubunun değerlerinin ortalaması ile tüm işçilerin VK ve MEA ortalamaları arasında ise istatistiksel açıdan çok anlamlı bir fark vardır (tablo 4). Yine de kontrol grubunun değerleri Higgins ve Baldwin'in Avrupa Standartlarına göre düşüktür.

## TARTIŞMA

İşçilerde kapasite kaybını saptamak için, kişinin bugünkü durumu ile eski ya da işe ilk girdiği zamanki, veya daha önceki kapasite durumunun bilinmesi gerekir. Ancak bunların karşılaştırılması ile bir fonksiyonel kapasite kaybı belirlenebilir. Buna da olanak olmadığından, özellikle Ülkemizdeki çalışma şartlarında, zorunlu olarak hastanın bugünkü kapasitesinin ölçümünden kapasite kaybının saptanması gerekmektedir. Bunun için kişinin kapasite durumu, istatistiksel bir normal değerle karşılaştırılarak, normal kişilere göre o şahsın bugünkü kapasite kaybı saptanabilmektedir. Ayrıca vital kapasitenin (VK) ayakta ve oturur durumda daha yüksek değerlerde bulunduğu unutulmamalıdır (14). Bunun nedeni vücut durumuna bağlı olarak akciğer kan hacminde ve diyafragma tonusunda meydana gelen değişikliklerdir. Vital kapasite ölçümleri oturarak yapılan Türklere bulunan değerler normal olarak erkeklerde 31-40 yaş grubu için  $3600 \pm 650$  ml. bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda Tersane I de, Ahşabiye bölümünde çalışan işçilerde VK ve MEA ortalamaları sırasıyla  $2690.9 \pm 642.84$  ml ve  $288.09 \pm 79.77$  1/dak.dır. Bu değerler normal sınırlar içinde olmakla birlikte verilen normal standartlardan da düşüktür. Bu atölyede sentetik boyalar, vernik, tiner ve emülser olarak da benzen kullanılmaktadır. Drager ile yapılan ölçümlerde benzen seviyesi 13 ppm. bulunmuştur ki, bu Avrupa standartlarına göre yüksektir. Avrupa'da 10 ppm benzen normal kabul edilirken, Türkiye'de bu rakam 20 ppm. olarak kabul edilmektedir. Solunum yolu ile absorbe edilen benzen, solunduktan 24 saat sonra bile sol. havasında kalır. Dolayısı ile benzenin güvenlik sınırı sıfır



ppm. olmalıdır. Toluene de içerdığı benzen miktarına göre zararlı olabilir. Konuya araştırma gruplarını ayrı ayrı ele alarak eğildiğimizde, ilk araştırma grubu olan sigara içen ve içmeyenlerin yüzdeleri şöyledir : Tersane I deki işçilerin % 64.28; tersane II dekilerin % 68,96 sı; 2 tersane beraber ele alındığında ise toplam 156 işçinin % 66.02 sinin sigara içtiği belirlenmişti. Sigara kullananların % 20 sinde öksürük şikayeti görülmektedir. Endüstriyel alanda sigara içmek, yaş, cinsiyet ve sosyal sınıflar arasındaki aleyhte olan farkların, hava kirliliğinin sebep olduğu hastalıklardan daha önemli bir etkisi olduğu anlaşılmıştır. Whitfield, Annold ve Waterhouse tütün kullanımı yoğunluğu ve VK arasında korelasyon kurmuş ve yaşın etkisi çıkartılsa bile elde edilen sonuçların anlamlı olduğunu belirtmişlerdir. Blackburn ve ark, sigara incenlerin tümünde, içemeyenlere nazaran anlamlı düşük VK sonuçları saptamışlardır. Ancak sigaraların VK yi etkilemediğini belirtenler de vardır. Ancak, yaş grupları arasındaki VK ve MEA farkları istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur.

Burada belirtilmesi gereken bir nokta da, gerek toksik etkilerini belirttiğimiz maddeleri, gerekse ayrı ayrı iş bölümlerinin değerlerini toplu olarak gözönünü aldığımız zaman, eldeki bulguların beklenebilecek patolojik sınırlara ulaşmadığını görmekteyiz. Yine aynı işçi grubunda yapılan bir başka çalışmada eritrosit, lökosit, hematokrit, hemoglobin değerleri ve lökosit formülü % değerleri normal sınırlara göre düşük bulunmuştur.

### **SONUÇ**

Eldeki bulgulara göre edinilen izlenim şudur :

İşçilerin VK ve MEA değerlerinin ortalamaları, patolojik sınırlarda olmamakla beraber, daha önce belirlenmiş olan Türkiye standartlarının altındadır (31-40 yaş grubu için  $3600 \pm 650$  ml).

MEA değerleri için Türkiye standartlarını belirleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır (Avrupa standardı = 31 - 40 yaş grubu için 586 l /dak.)

İşçilerin çalışma ortamları batıda genel olarak belirlenmiş kurallara uygun değildir. Örneğin, benzen ve toluene gibi zararlı solventlerin konsantrasyonları, güvenlik sınırlarının üzerindedir. Ancak bu bulgular değerlendirilirken, normal fonksiyon değerlerinin ölçümlerinin kişiden kişiye çok değiştiği unutulmamalıdır. Yani bir şahsın fonksiyon ölçümleri başlangıçta yapılmamış ise, bunun maluliyet esnasında değerlendirilmesi veya ne dereceye kadar engellendiğinin belirlenmesi çok güçtür. Bu nedenle, bir ön çalışma niteliğindeki bu araştırmamızda, özellikle zararlı maddelerin kullanıldığı işyerlerinde ergonomik çalışmaların ve ölçümlerin geliştirilmesi bu açıdan faydalı olacaktır.

Tablo 1 : Tersane I ve Tersane II'nin Bütün Olarak Ele Alındığı Durumda Araştırma Gruplarını Vital Kapasite ve Maksimum Ekspiratuar Akım Ortalamaları

Araştırma Grupları	Olgu sayısı	Vital kapasite (VK) ortalaması (ml)	Maksimum ekspiratuar akım (MEA) ortalaması (1/dak.)
Sigara İçen	103	3153,41 ± 664,71	342,85 ± 82,57
Sigara İçmeyen	54	2931,37 ± 668,04	319,16 ± 99,88
Solunum şikayeti olan	56	2896,26 ± 650,53	313,88 ± 76,96
Solunum şikayeti olmayan	100	2982,29 ± 635,94	318,06 ± 81,86
Yaşı < 30	36	3118,57 ± 480,20	330,49 ± 67,18
Yaşı 30-40 arası	96	3014,11 ± 630,78	314,56 ± 75,04
Yaşı > 30	30	3060,10 ± 762,34	306,12 ± 77,08
Solunumla ilgili has. geçirmiş	19	2687,5 ± 751,81	278,62 ± 87,02
Solunumla ilgili has. geçirmemiş	137	2937,94 ± 675,29	311,95 ± 73,93

Tablo 2 : Tersane l'de Bölemlere Göre Parametrelerin Dağılımı

Bölüm	Ahşabiye (22 kişi)	İzole Beton (5 kişi)	Elektrik (23 kişi)	Makina (15 kişi)	İnşaiye (32 kişi)
Vitral kapasite (VK) ml.	2690,90 ± 642,84	3120 ± 756,30	3202, ± 7,05	2973,33 ± 791,4	2939,39 ± 650,4
Maksimum ekspiratuar akım (MEA) 1/dak.	288,09 ± 79,77	341,81 ± 63,53	311,93 ± 74,54	296,66 ± 91,09	294,28 ± 75,35
Yaş Ortalaması	39,22 ± 7,6	38,77 ± 7,73	37,18 ± 6,82	36,66 ± 7,18	36,26 ± 7,49

Tablo 3 : Tersane İlde Bölümlere Göre Parametrelerin Dağılımı

Bölüm	Ahşabiye (19 Kişi)	İzole Beton (12 Kişi)	O2 kaynak (2 Kişi)	Marangoz (10 Kişi)	Döküm ve Raspa (8 Kişi)	Vernik (8 Kişi)
Vital kapasite (V <sub>K</sub> ) ml.	3117,64 ± 332,10	3141,66 ± 370,40	2550 ± 70,71	2777,7 ± 248,8	2771,42 ± 256,34	2813,72 ± 937,6
Maksimum ekspiratuar akım (MEA) 1/dak.	344,16 ± 59,53	347,08 ± 53,60	380,00 ± 28,28	327,22 ± 38,32	310,71 ± 81,56	303,15 ± 97,45
Yaş Ortalaması	33,16 ± 8,14	31,83 ± 5,74	28,5 ± 0,70	38,41 ± 8,91	36,6 ± 8,14	35,44 ± 885

Tablo 4 : Kontrol Grubunda Vital Kapasite ve Maksimum Ekspiratuar Akım Değerleri

İsim	Yaş	Boy (cm)	Vital kapasite (VK) (ml.)	Maksimum ekspiratuar akım (MEA) 1/dak.	Sigara Kullanımı
YK	38	176	4000	400	+
ŞK	45	175	4200	410	+
RO	33	172	3800	400	-
AS	55	161	2900	300	-
MA	26	180	4600	300	-
LE	26	174	4500	540	+
SG	45	172	3800	550	+
DT	45	187	5200	550	-
AA	32	167	3600	370	+
SY	29	175	4000	510	-
UT	29	178	3700	420	+
TE	48	169	3500	350	+
NT	35	185	5800	480	-
Ortalama ve standart sapma	37,38 ± 9,35	174,46 ± 6,70	4123,07 ± 7,59	420,76 ± 8,17	

Tablo 5 : Tersane II'de Araştırma Gruplarının Vital Kapasite ve Maksimum Ekspiratuar Akım Ortalamaları

Araştırma Grupları	Olgu sayısı	Vital kapasite (VK) ortalaması (ml)	Maksimum ekspiratuar akım (MEA) ortalaması (1/dak.)
Sigara İçen	40	2954,49 ± 650,15	357,75 ± 56,40
Sigara İçmeyen	19	2947,73 ± 617,25	329,73 ± 64,78
Solunum şikayeti olan	22	2836,36 ± 618,40	324,71 ± 76,16
Solunum şikayeti olmayan	36	3141,89 ± 626,14	332,45 ± 67,08
Yaşı < 30	19	3057,89 ± 345,31	344,21 ± 54,60
Yaşı 30-40 arası	29	3214,51 ± 567,37	335,74 ± 64,27
Yaşı > 30	10	2830,00 ± 788,88	332,80 ± 68,04
Solunumla ilgili has. geçirmiş	5	2760,00 ± 304,95	298,51 ± 50,25
Solunumla ilgili has. geçirmemiş	53	2944,89 ± 486,51	335,24 ± 67,23

Tablo 6 : Tersane I'de Araştırma Gruplarının Vital Kapasite ve Maksimum Ekspiratuar Akım Ortalamaları

Araştırma Grupları	Olgu sayısı	Vital kapasite (VK) ortalaması (ml)	Maksimum ekspiratuar akım (MEA) ortalaması (1/dak.)
Sigara İçen	63	2972,78 ± 602,03	306,50 ± 79
Sigara İçmeyen	35	2957,82 ± 683,76	293,81 ± 105,12
Solunum şikayeti olan	33	2778,78 ± 844	297,87 ± 101,26
Solunum şikayeti olmayan	64	3019,53 ± 684,50	303,31 ± 75,53
Yaşı < 30	17	3170,58 ± 580,69	294,70 ± 114,18
Yaşı 30-40 arası	61	3051,31 ± 817,39	306,88 ± 82,51
Yaşı > 40	20	2410,00 ± 494,07	279,00 ± 76,97
Solunumla ilgili has. geçirmiş	14	2696,87 ± 840,72	259,31 ± 110,54
Solunumla ilgili has. geçirmemiş	84	2873,27 ± 846,61	295,79 ± 836,99

## **Sigara içme ve Sigara Harmanlara İşinde Çalışan Carcinoembryonic Antigen Düzeylerine Etkisi**

**Dr. Yıldız PEKŞEN, Dr. Muhlise ALVUR**

### **GİRİŞ**

Son yıllarda çeşitli çalışmalarla normal ve malign hücreler arasındaki antijenik farklılıklar araştırılmıştır. Bu araştırmalar 1953 yılında Foley'in tümör antijenlerini göstermesine dek başarılı olamamıştır. Bu araştırmacı, kemiricilerdeki tümörleri, genetik olarak aynı özellikteki hayvanlara transplante ettiğinde alıcı hayvan tarafından tümörün reddedildiğini ve bu red reaksiyonunda tümör antijenlerinin etkin neden olduğunu saptamıştır. Bu tümör antijenlerine, transplantasyon tekniği ile gözlemlendiği için "Tümör spesifik transplantasyon antijenleri" adı verilmiştir.

1965'te ilk kez Gold ve Freedman'ın kolon adenokarsinomlarının ekstratları ile tavşanları immünize ederek yaptıkları çalışmalarda, tavşan antiserumu ile normal insan kolon dokusu ve serumu, jel diffüzyon teknikleri ile absorbe edilmiş, antijenin tümünün, endodermal olarak gastrointestinal sistemin adenokarsinomlarından köken aldığı anlaşılmış ve tümöre özgü olduğu kabul edilmiştir. Ayrıca bu antijen gebeliğin ilk iki trimestrinde fetal ve embriyonik karaciğer, barsak ve pankreasta da saptanmıştır. Gold ve Freedman, tümör dokusu ve embriyonda dağılımı nedeniyle bu antijeni "carsinoembryonic antigen-CEA" olarak adlandırmışlardır. Tümöre ilişkin antijen kabul edilen CEA, molekül ağırlığı 200.000 dalton, sedimentasyon sabitesi, 7-8, immuno-elektroforetik mobilitesi b globulin alanında olan bir glukoproteindir.

Lipidik natürlü ve enzimatik aktivitesi olmayan CEA, suda, perklorik asitte ve yarı doymuş amonyum sulfatta erir.

1976 yılında Molnaz ve ark. yaptıkları geniş çaplı araştırmalarda, serumda CEA yükseklik frekansını, kolon kanserlerinde % 69,5, pankreas kanserlerinde %66.6, mide kanserlerinde %35.5, olarak; Ravy ve ark. metastatik kolon ve mide kanserlerinde bu frekans % 71 olarak bulmuşlardır. Munjal ve ark. ise, metastatik akciğer ve meme kanserlerinde serum CEA seviyelerinin yükseldiğini göstermişlerdir.

Çeşitli araştırmalarla kolon, pankreas, akciğer, mide, meme, baş ve boyun bölgesindeki çeşitli tip karsinomalarda, ayrıca kronik bronşit, amfizem, ülseratif kolit, regional enterit ve alkol sirozu gibi benign hastalıklı kişilerde de serum CEA düzeyinin yüksek oluşu, antijenin tümör varlığını gösterir bir ölçüt olduğunu, aynı zamanda tedavi verilen yanıtı takip etmede bir kriter olabileceği görüşünü dekteklemiştir .

Hoffman-La Roche Institüsü Kanser tanı laboratuvarında yapılan çeşitli araştırmalar, CEA'in serum düzeyindeki yükselmeye neden olan bir diğer faktörün de sigara olduğunu göstermiştir. Stevens ve Mac Kay, günde 15'in üzerinde sigara içme öyküsü olan kişilerde CEA'in serum düzeyindeki artışın insidansını % 15, içmeyenlerde ise %1.8 olarak saptamışlardır. Çok fazla sigara içmeyen sağlıklı kişilerin % 97'sinde CEA serum düzeyleri normal (2.5 ngr/ml) bulunmuştur.

Günümüzde CEA; kanser kuşkusunu araştırmak, varlığı bilinen bir kanser olgusunun prognozunu saptamak, metastatik oluşumları takip etmek, tedaviye alınan yanıtı ölçmek, kanserli olgularda postoperatif eradikasyon derecesini ve nüksleri saptamak amacıyla kullanılan bir antigendir.

Bu araştırma kanser risk faktörü olarak bilinen CEA'in, sigara içenlerde ve içmeyenlerde serum düzeyleri arasında farklılık gösterip göstermediğini, ayrıca Samsun İli Tekel Fabrikasında sigara harmanlaması işiyle uğraşan işçiler arasında, CEA serum düzeylerindeki yükselmeye sigara içmenin mi, yoksa o iş yerinde etkenle karşılaşmanın mı etkili olduğunu saptamak amacıyla yapılmıştır.

### **GEREÇLER VE YÖNTEMLER**

Çalışmaya Samsun ili Tekel fabrikasında sigara harmanlama ünitesinde çalışan 10 yıldan beri sigara içen 23 olgu ile, hiç sigara içmeyen 21 olgu olmak üzere, yaş ortalaması  $36.6 \pm 0.82$  olan toplam 44 olgu alındı. Kırsal alanda yaşayan ve tümüyle sağlıklı olan, yaş ortalaması  $38.3 \pm 0.91$  olan 37'si sigara içen, 37'si sigara içmeyen toplam 74 olgu da kontrol grubu olarak seçildi.

Araştırma kapsamına alınan kişilerin öz ve soy geçmişleri, herhangi bir hastalıkları olup olmadığı, sigara içme süre ve miktarları hazırlanan anket formu uygulanarak öğrenildi.

Özenli bir öykü ve klinik muayene sonucu herhangi bir klinik patolojisi olmadığı saptanan ve çalışmaya alınan kişilerden 3 cc. olarak alınan kan numunelerinin serumları ayrılarak deep freeze'de saklandı. Alınan kan numunelerinde, Amerwell CEA Assay (monoklonal) RIA (radioimmunoassay) yöntemi ile serum CEA düzeyleri ölçüldü. Çalışma grubu ile kontrol grubu olguların serum CEA düzeyleri istatistiksel olarak "Student t" testi ile kıyaslandı.

### **BULGULAR**

Çalışmaya Samsun ili Tekel Fabrikasında sigara harmanlama ünitesinde çalışan, en az 10 yıldan beri günde 1 paketten fazla sigara içen yaş ortalaması  $35.1 \pm 1.12$  olan 11'i kadın, 12'si erkek toplam 23 olgu ile, hiç sigara içmeyen yaş ortalaması  $38.2 \pm 1.16$  olan 11'i kadın 10'u erkek toplam 21 olgu alındı.

Kırsal alanda yaşayan, yaş ortalaması  $37.2 \pm 0.72$  olan ve sigara içmeyen 37 kişi ile, yaş ortalaması  $39.4 \pm 1.64$  olan ve sigara içen 37 kişide kontrol grubu olarak alındı. Araştırmaya alınan olguların yaş ve cins dağılımları Tablo : l'de gösterilmiştir.



Tablo 1 : Araştırmaya Alınan Olguların Yaş ve Cinsine Göre Dağılımı

Yaş Grupları (Yıl)	Çalışma Grubu				Kontrol			
	Sigara İçen		Sigara İçmeyen		Sigara İçen		Sigara İçmeyen	
	K	E	K	E	K	E	K	E
25 - 34	7	8	2	4	2	6	8	6
35 - 44	4	3	9	5	14	7	11	9
45 - 54	-	1	-	1	3	1	-	3
55 - 64	-	-	-	-	-	4	-	-
TOPLAM	11	12	11	10	19	18	19	18
	23		21		37		37	

Tekel fabrikası sigara harmanlama ünitesinde çalışan sigara içen 23 olgudaki serum CEA düzeyleri ortalaması  $2.986 \pm 0.243$  ng/ml, sigara içmeyen 21 olgudaki serum CEA düzeyleri ortalaması ise  $2.576 \pm 0.037$  ng/ml olarak saptanmış olup, değerlerin ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık saptandı ( $t = 1.668$   $p > 0.05$ ) (Tablo 2).

Tablo 2 : Çalışma Grubundaki Olguların Serum CEA Düzeylerinin Ortalamaları

	Olgu Sayısı	CEA Ort. (ng/ml)	Standart Hata
Sigara İçen	23	2.986	0.243
Sigara İçmeyen	21	2.576	0.037

Ortalamalar arası fark : 0.41  
t değeri : 1.668  
p olasılığı : 0.107  
 $p > 0.05$

Kontrol grubu olarak alınan 19'u kadın, 18'i erkek sigara içen toplam 37 olguda serum CEA düzeyleri ortalaması  $2.968 \pm 0.129$  ng/ml; 19'u kadın, 18'i erkek sigara içmeyen toplam 37 olguda serum CEA düzeyleri ortalaması ise  $2.539 \pm 0.038$  ng/ml olarak saptanmış olup, ortalamalar arasındaki farklılık "Student t" testi ile kıyaslandığında istatistiksel olarak ileri derecede önemli bulundu ( $t = 3.196$ ,  $p < 0.001$ ) (Tablo 3).

Tablo 3 : Kontrol Grubu Olguların Serum CEA Düzeyleri Ortalamaları

	Olgu Sayısı	CEA Ort. (ng/ml)	Standart Hata
Sigara İçen	37	2.968	0.129
Sigara İçmeyen	37	2.539	0.038

Ortalamalar arası fark : 0.43  
t değeri : 3.196  
p olasılığı : 0.0021  
p < 0.001

Tekel fabrikasında çalışıp sigara içen toplam 23 olgunun serum CEA düzeyleri ortalama değerleri ile kontrol grubunda bulunan sigara içen toplam 37 olgunun serum CEA düzeyleri ortalama değerleri arasında ( $t = 0.346$   $P > 0.05$ ), Çalışma grubunda olan ve sigara içmeyen olguların CEA serum düzeyleri ile kontrol grubundaki sigara içen olguların CEA serum düzeyleri ortalama değerleri arasında da istatistiksel olarak farklılık saptanmadı ( $t = 0.703$   $P > 0.05$ ).

Çalışma grubu ve kontrol grubunu oluşturan olguların tümünde sigara içen ve içmeyenlerdeki CEA serum düzeyleri arasında cinsiyete göre farklılık saptanmadı ( $t=0.407$   $P > 0.05$ ).

#### TARTIŞMA ve SONUÇ

Araştırma kapsamına alınan Samsun İli Tekel Fabrikasında sigara harmanlama ünitesinde çalışan 44 olguda sigara içenler ve içmeyenlerin serum CEA düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı. ( $t = 1.668$ ,  $P > 0.05$ ). Kontrol grubu olarak alınan sağlıklı toplam 74 olguda ise sigara içenlerle içmeyenlerin serum CEA düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptandı ( $t = 3.196$ ,  $P < 0.001$ ).

John C. Alexandre ve arkadaşlarının yaptıkları 154'ü sigara içen, 122'si içmeyen sağlıklı 276 gönüllüde yapılan benzer çalışmada, sigara içenlerde CEA serum seviyeleri ortalaması  $2.7 \pm 1.9$  ng/ml, sigara içmeyenlerde ise  $1.9 \pm 1.52$  ng/ml olarak bulunmuş olup, aradaki farklılık anlamlı olarak saptanmıştır ( $P < 0.001$ ). Hoffman-La Roche Enstitüsü Kanseri laboratuvarında yapılan çeşitli çalışmalarda da günde 15'in üzerinde sigara içen kişilerde CEA serum seviyesinde belirgin bir artış olduğu gösterilmiştir. Stevens ve MacKay'in yaptıkları çalışmada da sigara içmenin CEA serum seviyelerinde yükselmeye neden olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışma sonuçlarımıza göre de kontrol grubundaki olgulardaki CEA serum düzeylerindeki sigara içen ve içmeyenlerdeki farklılık elde edilen verilerle uyumludur. Tekel fabrikasında çalışan ve doğrudan sigara harmanlama işiyle uğraşan kişilerdeki sigara içen ve içmeyenlerin serum CEA düzeyleri arasında farklılık olmayışı ise tümüyle iş yerinin ortaya çıkardığı bir risk faktörü olarak düşünülmektedir. Çünkü kontrol grubundaki sigara içenler ile çalışma grubundaki sigara içmeyenler arasında da serum CEA düzeyleri ortalamaları açısından farklılık saptanmadı ( $P > 0.05$ ).

Kanser taramasında tümör spesifik bir antijen olarak kullanılan ve sigara içme ile direkt ilişkisi olduğu bilinen CEA'nin, çalışma grubumuzdaki sigara içen ve içmeyen kişilerdeki serum seviyeleri ortalamaları arasında bir farklılık olmayışı, sigara harmanlama işiyle uğraşanlarda, tütünün inhalasyon yolu ile ya da başka bir şekilde organizmadaki serum CEA seviyesinde yükselmeye neden olduğunu göstermektedir. Kontrol grubundaki sigara içen ve içmeyen kişilerdeki farklılık da bu kanıtı desteklemektedir. Bu nedenle bu tip iş yerlerinde zaman zaman taramalar yapılarak koruyucu önlem alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

**Belli Yüksekliklerde, Tomruk Yükleme İşleminde Çalışan  
Orman İşçilerinin Kalori Tüketimleri ve  
İş Verimliliğinin Karşılaştırılması  
Ş. DURSUN, B. BARUTÇU, M. TERZİOĞLU, E. YURDAKOŞ  
Ö. B. SEÇKİN, S. BAYOĞLU ve  
(İ. Ü. Orman Fakültesi Orman İnşaatı, Geodezi ve  
Fotogrametri A.B.D. Öğretim Üyeleri)**

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim dalı ve Orman Fakültesi Orman İnşaatı, Geodezi ve Fotogrametri Anabilim Dalı ile beraber yürütülen "Odun Hammaddesinin Taşınmasında İnsan Gücünden Rasyonel Yararlanma Olanakları Üzerinde Araştırmalar" adlı geniş kapsamlı ortak projenin biz ancak ilgi ve çalışma alanımıza giren bir bölümünü serbest bildiri olarak sunacağız. Çalışmanın amacı, yükseklik ve iklim koşulları bakımından yerel farklılıklar gösteren bazı ormanlık bölgelerinde tomruk yükleme işinde çalışan orman işçilerinin kalori gereksinimlerini, iş verimlerinin ve bazı pulmonel fonksiyon parametrelerinin saptanmasıdır.

**MATERYEL ve YÖNTEMLER**

Çalışmalar, aşağıda belirtilen 3 yer ve tarihlerde yapılmıştır :

- 1) Belgrad Ormanı : Temmuz 1980,
- 2) Aladağ (Bolu) : Temmuz 1984,
- 3) Dereköy (Kırklareli) : Temmuz 1986.

Araştırma yerlerinin deniz düzeyinden olan yükseklikleri, ortam basınçları ile ortam ısıları, (Tablo 1) de verilmektedir. Her üç araştırma bölgesindeki deneklerin sayıları ile fiziksel özellikleri ise, (Tablo 2) de kayıtlıdır. Yaş ortalaması bakımından en yüksek değere haiz olan Aladağ deneklerinin boy, ağırlık ve vücut yüzeyi gibi diğer fiziksel özellikleri de diğer iki grubunkinden yüksektir.

**Deney Prosedürü :** Yükleme işçilerinin kalori tüketimleri, kişi (1) istirahat durumunda, (2) kamyonla tomruk yükleme esnasında açık sistem prensibine dayanan bir metodla tayin edildi.

Deney süresince ekspirasyonla çıkarılan havayı toplamak amacıyla, yükleme işçisinin (denek) sırtına **Dauglas** torbası yerleştirildi. Bu torba, ekspirasyon-inspirasyon ventili aracılığı ile ağızlığına bağlandı. Deneğin burnu bir kısıkaçla kapatılıp, ağızlık yoluyla atmosfer havasını inspire etmesi sağlandı. Ekspirasyon havası ise, ventil aracılığı ile torbaya iletildi.

Önce denek ayakta istirahat durumunda iken, torba doluncaya kadar işleme devam edildi. Aynı prosodür deneğin tomruğu salları üzerinde yuvarlayarak kamyonla yüklemesi esnasında da uygulandı.

**Dauglas** torbasındaki total hava miktarı, kuru bir gaz saati ile ölçüldü ve bundan örnek torbalarına alınan ekspirasyon havasındaki ve ayrıca, inspire edilen atmosfer havasındaki CO<sub>2</sub> ve O<sub>2</sub> % de miktarları **Gallenkamp-Lloyd** gaz analizörü ile tayin edildi. Elde edilen değerlerden solunum bölümü (R.Q) hesaplandı ve belli bir RQ'ye uyan oksijenin kalorik ısı eşdeğerinden, tüketilen total O<sub>2</sub> miktarından, kişinin kg. cinsindeki vücut ağırlığı ile cm. cinsindeki boyundan hesaplanan vücut yüzeyinden, enerji tüketimi kal/m<sup>2</sup>/ saat olarak belirlendi.

Ayrıca, yükleme işçilerinin **iş verimi**; (1) Bu denemeler sırasında yüklenen tomrukların cins ve boyutları; (2) yapılan zaman etüdüleri yardımıyla bir yükleme işçisi için m<sup>3</sup> / saat olarak saptandı.

En son araştırma bölgesi olan Dereköy'de yapılan çalışmada, vital kapasite (VC), zorlu vital kapasite (FVC, ZVK) zorlu ekspirasyon volümü (FEVT), Tiffeneau indeksi (FEV1 %), zorlu ekspirasyon ortası akım hızı (FMF) ve zorlu ekspirasyon ortası akım süresi (FMFT) gibi pulmonal fonksiyon parametreleri vitalograf ile tayin edildi.

### BULGULAR

(Tablo 3) te, her üç araştırma bölgesindeki deneklerin istirahat durumlarında ve gene tomruk yükleme süresinde **Dauglas** torbasının dolma süresi, tüketilen kalori miktarı ile dakika ventilasyon ortalama değerleri verilmektedir. Beklenildiği gibi, istirahat durumuna göre tomruk yükleme esnasında dakika ventilasyon ortalama değerleri verilmektedir. Beklenildiği gibi, istirahat durumuna göre tomruk yükleme esnasında dakika ventilasyon çok artmış; dolayısıyla **Dauglas** torbası çok daha kısa sürelerde dolmuştur. Her ne kadar tomruk yükleme esnasında dakika ventilasyondaki artış aladağ deneklerinde en fazla (% 175.6) ise de, diğer iki bölgedeki denekler ile karşılaştırılmasında, istirahat durumu ve tomruk yüklemedeki dakika ventilasyon ortalama değerleri arasında anlamlı farklar bulunmamıştır. Buna karşı, Aladağ deneklerinin her iki deney fazındaki kalori tüketimleri, gerek Belgrad Ormanı gerekse Dereköy deneklerinin benzer ortalama değerlerinden anlamlı olarak yüksektir (Tablo : 3). Dereköy denekleri ile Belgrad Ormanı denekleri karşılaştırıldığında, sadece tomruk yükleme esnasındaki kalori tüketiminin birinci grupta daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo : 3). İstirahat durumuna göre tomruk yükleme esnasında kalori tüketimindeki % artışlarının her üç grup için hesaplanmasında, Belgrad Ormanı ve Aladağ deneklerinde hemen hemen aynı değerler bulunmuş; Dereköy deneklerinde ise, daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo : 3).

Tablo 1 : Araştırma Bölgelerinin Belirtilen Özellikleri

Araştırma Yeri	Yükseklik (m.)	Ortam temp. (°C)	Barometrik basınç (torr)
Belgrad Ormanı	130	23 - 25	747.2 - 757.7
Dereköy	550	20 - 26	711.2 - 917.0
Aladağ	1325	13 - 28	622 - 651

Tablo 2 : Her Üç Araştırma Bölgesindeki Denek Sayısı İle Deneklerin Fiziksel Özellikleri

Araştırma Yeri	Denek Sayısı	Yaş (Yıl)		Boy (Cm)		Ağırlık (Kg)		Vücut Yüzeyi (m <sup>2</sup> )	
		Sınır	Ort.	Sınır	Ort.	Sınır	Ort.	Sınır	Ort.
Belgrad Ormanı	12	18 - 44	26.4	161-176	168.5	51.8-90.0	55.4	1.54-1.84	1.66
Dereköy	21	15 - 47	28.3	160-174	166.5	53.0-75.0	64.3	1.60-1.86	1.71
Aladağ	14	19 - 47	30.8	162-175	169.3	55.0-80.0	68.0	1.62-1.94	1.77

Tablo 3 : Belirtilen araştırma bölgelerinde, deneklerin istirahat durumunda ve tomruk yükleme süresinde kalori tüketimleri (Kal/m<sup>2</sup>/saat) ile dakika ventilasyon (V) değerleri :

\* P < 0.02; \*\* P < 0.01; \*\*\* P < 0.001 : Dereköy ve Aladağ bulgularının Belgrad ormanı çalışmasının uygun fazlarındaki bulgularda karşılaştırılmasının istatistiksel anlamlılığını göstermektedir.

\* Belirtilen parametreler için Dereköy - Aladağ bulguları arasındaki istatistiksel anlamlılığını ifade etmektedir.

BELGRAD ORMANI (n = 12)

Deney Fazı	Torbanın Dolma Süresi (dak.)	Kal/m <sup>2</sup> /sa M ± S. E	% Fark	V (ml. STPD) M ± S. E	% Fark
İstirahat Durumunda	9.0	47.8±2.2	-	11862.8±867.5	-
Tomruk Yüklemede	3.9	188.6±17.0	280.7	2975.1±1863.9	146.8

DEREKÖY (n = 21)

İstirahat Durumunda	7.8	56.7±3.9	-	12668.3±2449.1	-
Tomruk Yüklemede	2.9	241.2±14.2	325.4	33157.7±771.2	161.7

ALADAĞ (n = 14)

İstirahat Durumunda	8.2	74.9±5.0	-	11327.6±758.8	-
Tomruk Yüklemede	2.8	285.2±28.4	280.5	31217.4±2292.0	175.6

Tablo 4 A : Belirtilen Araştırma Bölgelerinde Tomrukların Türü ile Özellikleri  
 B : Genel Yüklemede ve Tomrukların Sallar Üzerinde Yüklenmesi Fazında,  
 İşçi Başına İş Verimi Değerleri.

Araştırma Bölgeleri	Belgrad Ormanı (130 m)	Dereköy (550 m)	Aladağ (1325 m)
Ağaç Türleri	Kayın, Gürgen	Meşe , Kayın	Sarıçam
Çapı (cm)	33.2±6.5	27.25±4.9, 25.81±35	27.6 ± 5.4
Tomruk Boyu (m)	2.96±0.5	2.96±0.6 , 25 ± 0.94	3.8 ± 0.4
Hava kuru özgül ağırlığı (g / cm <sup>3</sup> )	0.66 , 0.83	0.69 , 0.66	0.52
Parça yükü ağırlık sınırları (kg) ve ortalaması	98 - 404 -	86.6-200 , 37.62-157 118.52 , 77.19	54 - 288 -

A

İşçi Başına iş verimi	Tomruk m <sup>3</sup> / sa.	Genel Yükleme	2.390	3.125	3.725
		Tomruk Yuvarlama Fazı	3.414	3.972	5.321

B

Tablo 5 : Dereköy deneklerinin belirtilen solunum parametrelerinin prediksyon formülünden hesaplanan değerlerle karşılaştırılması, **VC**, vital kapasite; **FVC**, zorlu vital kapasite; **FEV<sub>T</sub>**, T zamanındaki (1 saniye) zorlu ekspirasyon volümü; **FEV<sub>1</sub>** (%), Tiffeneau indeksi; **FMF**, zorlu ekspirasyon ortası akım hızı; **FMFT**, zorlu ekspirasyon ortası akım süresi.

Denek Sayısı	Solunum Parametreleri	Ölçülen Değer	Prediksyon Değeri	% Fark
21	VC (ml.)	5010	4700	+ 6.1
	FVC (ml.)	5103	4700	+ 7.9
	FEV <sub>T</sub> (ml.)	3950	4020	+ 1.7
	FEV <sub>1</sub> (%)	80.4		
	FMF (1./min.)	240	270	- 12.5
	FMFT (cm.)	0.68		

Tablo 4'te, her üç araştırma bölgesindeki tomrukların türü ile özellikleri ve çalışmanın iki fazında **Dauglas** torbasının dolma süresinden hesaplanan iş verimi m<sup>3</sup> / saat cinsinden verilmektedir. İş verimi, tomrukların genel yükleme ve ayrıca, sallar üzerinde yuvarlanmaları sürelerinden olmak üzere iki faz için hesaplanmıştır. Tablo 4'te görüldüğü gibi, hem genel yüklemeye ve hem de tomrukların ağaç üzerinde yuvarlanan fazlarındaki iş verimi, Aladağ deneklerinde en yüksek ve Belgrad ormanı deneklerinde ise en düşük bulunmuştur.

Tablo 5'te, Dereköy deneklerinde tayin edilen bazı solunum parametrelerinin değerleri ile prediksyon değerleri karşılaştırılmaktadır. Vital kapasite (VC) ve zorlu vital kapasite (FVC) hacimleri prediksyon değerlerinden hesaplanarlardan daha yüksek; zorlu ekspirasyon ortası akım hızı (FMF) ise, daha düşük bulunmuştur.

### TARTIŞMA

Çalışmamızda, gerek istirahat durumunda gerekse tomruk yükleme süresinde Aladağ deneklerinin ortalama kalori tüketimi değerlerinin diğer iki araştırma bölgesinin uygun fazlardaki değerlerinden yüksek bulunması, 1325 m. gibi bir orta yükseklikte modere bir hipoksinin varlığıyla açıklanabilir. (Tablo : 1) de görüldüğü gibi, bu yükseklikte total atmosfer basıncı 622-651 torr arasında değişmekte; bu iki değer in ortalamasından (636.5 torr) hesaplanan alveolar O<sub>2</sub> basıncı (PAO<sub>2</sub>) ise 88.4 torr'a uymaktadır. Şu halde, Ala-

dağ'da PAO<sub>2</sub>, deniz düzeyindeki 105 - 110 torr'dan bir hayli düşüktür ve bu yükseklikte arteriyel O<sub>2</sub> basıncının (PAO<sub>2</sub>) da düşük olması beklenir. Bu koşullarda arteriyel kandaki modere hipokseminin etkisiyle periferik kemoreseptörler uyarılır; solunum düzenlenmesi ile ilgili mekanizmaların aktive edilmesi sonucunda solunum faaliyeti artar; dolayısıyla enerji tüketimi de yükselir. Ancak, uzun süre veya devamlı yüksek irtifalarda oturanlarda, eritropoez de hızlanır ve bu mekanizma ile de hipoksik durum kısmen giderilir.

Çalışmamızda Aladağ deneklerinin gerek istirahat durumunda gerekse tomruk yükleme süresinde saptanan ortalama dakika ventilasyon değerleri ile diğer iki araştırma bölgesinin uygun fazlarındaki ortalamalar arasında önemli farklar bulunmamıştır. Buna karşın gene gerek istirahat durumunda, gerekse tomruk yüklemde Aladağ deneklerinin kalori tüketimi ortalama değerleri, diğer iki bölgede yapılan araştırmaların uygun fazlarındaki değerlerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Aladağ'da modere bir hipoksinin varlığına karşı, dakika ventilasyon ortalamaları ile diğer iki bölgedeki ortalamalar arasında önemli farklılıkların bulunmaması, soluk hacmi ve frekans düzenleme mekanizmaları hakkındaki bilgilerimize göre şöylece açıklanabilir.

Periferik kemoreseptörlerin hipoksinin etkisiyle uyarılmaları sonucunda başlıca solunum frekansının ve daha az oranda olmak üzere soluk hacminin arttığı, tarafımızdan yapılan hayvan deneylerinde gösterilmiştir. Hipoksinin merkezsiz etkisi ise depresör niteliktedir; çalışmalarımızdan kazanılan bulgulara göre, merkezsiz yapılarda yeterli oksijenasyonun sağlanmadığı koşullarda, soluk hacmi azalır. Belki de Aladağ'da modere hipoksinin etkisiyle bu iki solunum parametresinin zıt yönde hafif değişimi sonucunda, dakika ventilasyonda bir artma gözlenmemiştir.

Orta yükseklikte var olan modere hipoksinin istirahat durumunda, dakika ventilasyonu etkilemediği, Uludağ'da yaptığımız bir çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Buna karşı, aynı yerde sürdürülen başka bir çalışmamızda, Uludağ'da 13 günlük ikamet süresinde gerek istirahat durumunda gerekse ergostakle belli bir egzersizin yapılmasında, deniz düzeyine göre, dakika ventilasyonda az bir artma kaydedilmiş; bu artışta başlıca soluk hacmi değişimlerinin sorumlu olduğu saptanmıştır.

Aladağ'da gerek istirahat durumunda gerekse tomruk yüklemde kalori tüketiminin diğer iki bölgenin uygun fazlarında saptanan değerlerden yüksek olması, çok seneler önce Uludağ'da (1850 - 1960 m.) yaptığımız çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Bu araştırmalarda açık sistem prensibine dayanan Hartman-Braun aygıtıyla deniz düzeyinde (İstanbul) ve Uludağ'da, belli dönemlerde, istirahat durumunda ve ayrıca, ergostatin orta şiddette bir egzersizin yapılmasında kalori tüketimi tayin edilmiştir. Alveolar O<sub>2</sub> basıncının (PAO<sub>2</sub>) ortalama 82 torr olduğu bu yükseklikte, bazal metabolizma deniz düzeyine göre az, fakat anlamlı olarak yüksek bulunmuş; egzersiz esnasında ise, kalori tüketimi her araştırma döneminde İstanbul'a göre daha fazla artmıştır. Aynı çalışmada, deney fazlarında tüketilen O<sub>2</sub>'nin ısı eşdeğerlerinden kaba ve net iş verimleri hesaplanmış; orta yükseklikte deniz düzeyine göre önemli değişikliklerin meydana gelmediği saptanmıştır. Bu çalışmamızda ise, gerek genel yüklemde gerekse yüklem ağaçları üzerinde tomrukların yuvarlanmasında, işçi başına iş veriminin Aladağ'da en yüksek, Belgrad ormanı deneklerinde ise en düşük olduğu hesaplanmıştır.

Her üç araştırma bölgesinde hem genel yüklem ve hem de tomrukların yüklem ağaçları üzerinde yuvarlanmaları sürelerindeki işçi başına hesaplanan iş verimi, kul-



lanılan ağaçların türü ve dolayısıyla özellikleri ile kısmen ilgilidir (tablo 4). Tomrukların salar üzerinde yuvarlanarak yüklenmesindeki iş veriminin genel yükleme süresindeki iş veriminden dahü yüksek olması, genel yüklemenin bir kaç fazdan oluşması ve bu fazlar arasında kişinin dinlenebilme olanağı bulabilmesinden dolayı olabilir.

Kanımızca Aladağ'da her iki yükleme fazında işçi başına iş veriminin yüksek olması, sadece ağaç türü ve özellikleri ile ilgili değildir; belki de modere hipoksinin çeşitli solunumsal ve kardiyovasküler kompensasyon mekanizmaları ve tüm metabolizma üzerine olan etkileriyle de açıklanabilir.

Deniz düzeyinde olduğu gibi, yükseklikte ve düşük basınç kamaralarında yapılan egzersize alveolo-arteriyel PO<sub>2</sub> gradyanının arttığı çoktanberi bilinir (3,4). Bu koşulların organizmanın artan O<sub>2</sub> gereksinimini karşılamak amacıyla, solunumsal ve kardiyovasküler düzenleme mekanizmaları faaliyete geçer ve fazladan enerji kullanılır.

Bu bilgilerin ışığı altında, Aladağ'da tomruk yükleme fazlarında işçi başına iş veriminin yüksek olması şöylece açıklanabilir : Modere hipoksinin var olduğu bu yükseklikte, tomruk yükleme fazları süresinde alveole-arteriyel PO<sub>2</sub> gradyanı diğer iki araştırma bölgesindeki uygun fazlarındakinden daha fazla artar; çeşitli kompensasyon mekanizmalarının faaliyete geçmesi ile fazladan enerji tüketilir; iş verimi artar ve bu suretle gerekli oksijen sağlanır.

Şimdi acaba bu tür geniş kapsamlı bir proje çalışmasından edinilen bilginin önemi ve yararı nedir? Ülkemiz ormancılığında çeşitli işlerin yapılması, henüz büyük çoğunluğu itibariyle insan gücüne dayanmakta ve belki de daha uzun bir süre bu çalışma şeklinin süreceği tahmin edilmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada yaptığımız gibi farklı yerlerdeki orman işletmelerinde işçilerin kalori tüketimlerinin, iş verimlerinin ve ilgili diğer parametrelerin saptanması; bunlara etki eden yükseklik ve iklim koşulları gibi çeşitli faktörlerin incelenmesi, işgücü veriminin arttırılması, sağlık sorunlarının saptanması için öneri üretilmesinde gereklidir. Bu önerilerin ilgili makamlarca dikkatle incelenerek gerekli işlemlerin yapılmasıyla ancak, çok güç, zor ve tehlikeli koşullarda çalışan işçinin sağlığı korunabilir; ormancılık işleri de daha verimli olarak yürütülebilir.

## **Kişisel Koruyucuların Kullanımı**

**Haluk ORHUN**

**(Fizik Yüksek Mühendisi)**

### **GİRİŞ**

İş güvenliğinde temel yaklaşım, kazaların meydana gelmemesi için fiziksel çevreyi değiştirmek veya güvenli bir çevrenin varlığını sürdürmektir.

İş çevresinin güvenlik amacıyla değiştirilmesi her zaman ekonomik bir davranış olamamakta ya da amaca uygun bir teknoloji bulunamamaktadır. Bu nedenle zaman zaman güvenlik amacıyla işyerlerinde Kişisel Koruyucu Malzeme (KKM) kullanımına gidilmektedir. Burada en önemli konu KKM kullanımının hangi durumlarda zorunluluk olarak ortaya çıktığıdır.

### **KİŞİSEL KORUYUCU MALZEME KULLANIMINA BAKIŞ AÇISI**

Güvenli bir ortamı sağlamak, başka bir ifade ile tehlikelere karşı önlem almak için hangi yollara sırada başvurulacağını doğru saptamak gereklidir.

Çalışanları korumada tutulacak birinci ve temel yol mühendislik kontrollerini gerçekleştirmektir. İkinci yol idari yöntemlerle tehlikeli ortama maruziyeti sınırlamaktır. Üçüncü yol ise, ilk iki yolun başarısız kalması durumunda çalışanlara KKM kullanmalarının önerilmesidir.

KKM kullanımı son olarak başvurulacak bir koruyucu yöntem olmakla birlikte, sürekli olarak uygulanması beklenemez. Bir taraftan KKM önerilirken diğer taraftan mühendislik ve idari yöntemlerin başarısı için çabaların sürdürülmesi bir zorunluluktur.

Yukarıdaki bakış açısı çerçevesinde KKM'nin önerilmesine karar verildiği durumlarda izlenmesi gerekli yol şu temel başlıkları içermelidir :

#### **1 . KKM Kullanımı Kararının Oluşturulması :**

KKM kullanımı zorunlu kılan tüm nedenler, kullanımın süresi, bu alandaki mevcut yasal kurallar, işçi ve işverenlerin sorumlulukları, KKM'nin seçimi, satın alınması kullanımı ve bakımı işçi, işveren ve işçi sağlığı iş güvenliği biriminin katıldığı ortak bir platformda ele alınmalıdır.

#### **2 . Uygun Malzemenin Seçimi :**

Karar aşamasından sonra KKM'nin satın alınması için uygun bir seçim gereklidir. Uygun seçimi belirleyen en önemli faktör, KKM kullanımını zorunlu kılan ve işçinin maruz kaldığı tehlikenin düzeyinin belirlenmesi yani korunmanın ne boyutta olacağını ortaya çıkarılmasıdır. Her koşula uygun KKM'nin bulunması imkansızdır.

#### **3 . KKM'nin standartlara uygunluğu**

KKM'nin istenen özelliklere sahip olduğu yetkili ve yasal kuruluşlarca teminat altına alınmalıdır. Ek olarak, KKM'nin kullanım şartları, kullanma süresi ve kullanım boyunca karşılaşılabilecek özellikler önceden belirlenmelidir. Benzer şekilde, amaca uygun

özellikler önceden bilinmelidir. Benzer şekilde, amaca uygun özelliklere sahip olduğu düşünülerek satın alınan KKM'nin istenen şartlara ne derece uyduğunun belirlenebilmesi için test yöntemleri yine yetkili kuruluşlar tarafından ilan edilmelidir.

#### 4. Yeterli Eğitim

İşçilerin KKM'yi gereklerine uygun biçimde kullanmalarının sağlanması ve sürekliliğe kavuşturulması programın son aşamasıdır. KKM'nin kurallarına uygun olarak seçilmesi onun hemen ve sorunsuz olarak kullanılacağı anlamına gelmez. KKM'nin kullanışını etkileyen faktörleri şöyle sıralanabilir.

- a. İşçilerin KKM'nin gerekliliğine ve kendini koruduğuna inanmaları.
- b. İşçinin sosya ve disipliner özelliklerinin boyutu,
- c. İşyerindeki grup davranışları,
- d. İş süresince KKM'nin kolay elde edilebilirliği, konforu, kullanım kolaylığı, bakım ve temizliği v.b.,

e. Her beden ölçüsüne göre uygun koruyucunun bulunması.

İşçiler düzeyinde KKM için planlanacak eğitim içinde yer alacak konular şunlardır;

- a. İşyerlerindeki KKM kullanımını zorunlu kılan tehlikeli koşulların tanıtılması,
- b. Tehlikelere karşı alınan diğer önlemlerin açıklanması,
- c. KKM'nin neden seçildiğinin anlatılması,
- d. KKM kullanımının getireceği sınırlamalar (hareket, işitme ve duyma gibi) konusunda bilgi,
- e. Acil durumlardaki davranış şekilleri,
- f. KKM'nin kullanımı ile ilgili pratik yollar,
- g. KKM'lerin bakım, onarım ve temizliği hakkında açıklayıcı bilgi,
- h. İşyeri yönetiminin KKM'ye ilişkin görüşleri,
- ı. Daha önce elde edilen başarılı örnekler.

KKM kullanımı konusunda tek başına işçilerin eğitimi yeterli değildir. Özellikle KKM kullanım programı içinde yer alan yönetici, süpervisor, bakım onarım sorumluları, depo sorumlularının da eğitime tabi tutulmaları bir zorunluluktur.

KKM kullanımını sağlamak amacıyla sürdürülen eğitim programı sürekli bir yapı olarak ele alınmalıdır. Belli periyotlarda ve yeni işe giren işçiler olduğunda tekrarlanmalıdır. Özellikle geliştirme-tazeleme eğitimleri ile çıkan sorunlar ve uygulamalar değerlendirilmelidir.

Eğitimin önemi konusunda son olarak şu hatırlatmayı yapmaya gerek vardır; bilinçsizce kullanılan KKM yarardan çok zarar getirir.

#### ÜLKEMİZDEKİ DURUM VE ÖNERİLER

Ülkemizdeki KKM'nin işyerlerinde kullanımı yukarıda sıralamaya çalışan bakış açısını genelde yansıtmadığı için oldukça düşük düzeydedir. Bir başka ifade ile KKM, ülkemizde yasalara uymanın bir gereğesi olarak ele alınmaktadır.

KKM sorunu işyerlerindeki iş sağlığı ve iş güvenliği sorunlarının bir parçasıdır. Eğer işyerlerinde böyle bir örgütlenme yok ise KKM kullanımı için gerekli olan programın gündeme gelmesi bile mümkün değildir.

Tüm olumsuzluklara karşın ülkemizdeki KKM kullanımının söz konusu olduğu ya da düşünüldüğü işyerlerinde aşağıdaki yollara başvurulmalıdır.

- a . Konu İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği kuruluna (İSİGK) getirilmelidir.
- b . KKM kullanımına neden olan şartlar değerlendirilmeli, maruz kalınan tehlikenin boyutu ve diğer korunma yolları ele alınmalıdır.
- c . Mutlaka KKM kullanımının gerektiği durumlarda koruyucu için gerekli olan özellikler yazılı olarak hazırlanmalıdır. Bu konuda başarılı örneklerden, tüzük ve yönetmeliklerden, yerli ve yabancı kaynaklı standartlardan yararlanılmalıdır.
- d . İstenen özelliklere uygun KKM'ni ihalesi, satın alınması, seçimi, denemesi, İSİGK tarafından gerçekleştirilmelidir. Her aşamada ve özellikle seçim aşamasında KKM'yi kullanacak işçilerin görüşlerinin alınması önemli bir konudur.
- e . KKM'nin kullanımı konusunda işçi işveren kesimlerine yeterli eğitim verilmelidir.

KKM'lerin işçi sağlığı ilkelerine uygun olarak işyeri ortamına sokulmaları, kaliteli ve standartlara uygun korucu üretilmesi ve işyerlerinin bu açıdan denetimleri konusunda işyeri işçi sendikalarına önemli görevler düşmektedir.

**Çalışan Hanımların Annelikle İlgili Sağlık Sorunları**  
**Op. Dr. Gufran BAKIRCI**  
**(Halk Sağlığı ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı)**

**AMAÇ**

Ankara'da değişik sosyal kesimlerden çalışan hanımların; gebelik, doğum ve aile planlaması sorunlarına yönelik bir çalışma planlandı.

**YÖNTEM**

Araştırma tanımlayıcı nitelikte olup, çalışmada bir anket formu ve doğum yapan kadınların hasta dosyaları kullanıldı. Araştırma 1983 Şubat - Mayıs ayları içinde en fazla doğumun olduğu Zekai Tahir Burak, Zübeyde Hanım ve SSK Doğumevlerinde yapıldı. Her üç doğumevi (ABC) simgeleriyle gösterildi. Anket formları 200 çalışan hanım (ÇH) buna karşılık her ÇH için yanındaki yatakta yatmakta olan 2 ev hanımına (EH) uygulandı. Yani her ÇH için 2 EH kontrol grubu olarak kullanıldı.

**BULGULAR**

200 ÇH'dan 20 yaşın altında ve 40 yaşın üzerinde kimse yoktu. EH'larında ise 66 kişi (%16.50) 20 yaşından küçük idi.

ÇH'larda ilkokuldan aşağı eğitimi olan sadece 3 kişi iken, EH'da 56 kişi (%14) hiç okuma yazma bilmiyordu. ÇH'lardan 31 kişi (%15.50) üniversite ve dengi okul bitirmiş iken EH'larından sadece 3 kişi vardı.

ÇH'ların ailelerinin gelir durumları EH'larına göre, daha iyi idi.

EH'larından 260'ı (%65), ÇH'lardan 159'u (%79.5) son bebeklerine isteyerek hamile kalmışlardı. EH'ları ve ÇH'lar arasında son hamileliklerine isteyek gebe kalma yönünden fark önemli bulundu.

EH'larında ortalama çocuk sayısı 2.06 İKEN, ÇH'larda 1.45 idi. EH'larında yaşayan çocuk sayısı arttıkça ölen çocuk sayısı da artıyordu, ve bu ilişki önemli idi. ÇH'larda böyle bir ilişki bulunamadı.

EH'nın 87'sinin (%21.75) ve ÇH'lardan 55'inin (%27.50) doğumları normal dışı olmuştu. Ancak EH'ları ve ÇH'lar arasında doğumun gerçekleşme şekli bakımından fark önemli bulunamadı.

ÇH'larda ortalama bebek doğum ağırlığı (BDA) 3266.67 gr iken EH'larında 3332,58 gr idi. EH'ları ve ÇH'lar arasında BDA yönünden fark önemli bulundu (Tablo 1).

EH'larının 35'i (% 8.75) ve ÇH'ların 15'i (%25.50) son gebeliklerinde sigara içmişlerdi. Aradaki fark önemli bulundu (Tablo 2).

Tablo 1 : ABC Doğumevlerinde Araştırmaya Katılanlarda BDA (1983)

BDA	EH		ÇH		TOPLAM
	Sayı	%	Sayı	%	
2500 gr ve daha az	19	4.76	19	9.74	38
2500 gr'dan fazla	380	95.24	176	90.26	556
Toplam	399	100	195	100	594

$$x^2 = 4.63$$

$$s.d = 1$$

$$p < 0.05$$

Not : İkiz doğum yapan 6 hanım BDA ile ilgili tablolarda gösterilmedi.

Tablo 2 : ABC Doğumevlerinde Araştırmaya Katılanlarda Sigara İçme Alışkanlığı (1983)

Sigara İçme Alışkanlığı	EH		ÇH		TOPLAM
	Sayı	%	Sayı	%	
Var	35	8.75	51	25.50	86
Yok	365	91.25	149	74.50	514
TOPLAM	400	100	200	100	600

$$x^2 = 30.47$$

$$s. d = 1$$

$$p < 0.005$$

2500 gr ve daha az doğum ağırlıklı bebek dünyaya getiren 19 ÇH'dan 3'ü (%15.75) son gebeliğinde sigara içmişti. ÇH'lardan BDA ile hamilelikte sigara içme arasında ilişki bulunamadı. Sigara içen 35 EH'dan hiçbiri 2500 ve daha düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirmemişti.

2500 gr ve daha düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getiren 19 ÇH'dan 13'ü hamileliği esnasında düzenli olarak kan yapıcı ilaçlar ve vitaminler kullandığı halde, 19 EH'dan sadece 2'si kullanmıştı.

ÇH'larda gebeliğinde hiç sağlık kontrolünden geçmeyen 1 kişi (% 0.5) var iken, EH'larında bu sayı 77 (%19.25)'ye ulaşıyordu (Tablo 3).

Tablo 3 : ABC Doğumevlerinde Araştırmaya Katılanlarda Gebe Kontrol Muayenelerine Gitme durumları (1983)

Gebe Kontrol Muayenesi	EH		ÇH		TOPLAM
	Sayı	%	Sayı	%	
Yok	77	19.25	1	0.50	78
1	147	36.75	28	14.00	175
2 - 3	61	15.25	47	23.50	108
4	112	28.00	118	59.00	230
5 ve daha fazla	3	0.75	6	3	9
TOPLAM	400	100	200	100	600

ÇH'larda gebelikte sağlık kontrolü ve BDA arasındaki ilişki önemli bulunduysa da; EH'larında önemsiz bulundu.

Hem ÇH'larda ve hem de EH'larında yaş grupları ile BDA arasındaki ilişki önemsiz bulundu.

EH'larında BDA ile eğitim arasındaki ilişki önemsiz iken; ÇH'larda önemli idi. Yani 2500 gr ve daha düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getiren 19 ÇH'dan 7'si ilkokul ve daha az eğitim görmüştü.

ÇH'lar ve EH'ları arasında doğum yapılan gebelik haftası yönünden fark bulunmadı. ÇH ve EH'larında doğum yapılan gebelik haftası ile ev işlerinde yardımcısının olması, yaş grupları, eğitim durumu arasındaki ilişkiler önemsiz bulundu. ÇH'larda sigara içme ve gebelik haftası arasındaki ilişki de önemsiz bulundu.

ÇH'lardan 23'ü (%11.50) kanuni doğum öncesi izni hiç kullanmamıştı. Bu 23 kişiden 13'ü, 37-49 haftalar arasında, 10'u ise erken doğum yapmıştı (Tablo 4).

Tablo 4 : ABD Doğumevlerinde Araştırmaya Katılan  
ÇH'larda Kanuni Doğum Öncesi İzni Kullanma Durumu (1983)

Kanuni Doğum Öncesi İzni	Sayı	%
20 gün	133	66.50
10 - 20 gün	30	15.00
1 - 10 gün	14	7.00
Yok	23	11.50
Toplam	200	100.00

Tablo 5 : ABC Doğumevlerinde Araştırmaya Katılan ÇH'larda Hastalık Nedeni İle Doğum Öncesi Rapor Kullanma (1983)

Doğum Öncesi Rapor	Sayı	%
15 Gün ve daha fazla	28	14
15 gün ve daha az	62	31
Hayır	110	55
TOPLAM	200	100

EH'larından 49'u (%12.25), ÇH'lardan 28'i (%14) daha önceki gebeliklerinde istemli düşük yapmıştı. EH'larından 70'i (%17.50) ve ÇH'lardan 31'i (%15.50) daha önceki gebeliklerinde istemsiz düşük yapmıştı. EH'ları ve ÇH'lar arasında istemli ve istemsiz düşük yönünden fark önemli bulunmadı.

EH'larından 16'sı (% 4) ve ÇH'lardan 3'ü (%1.50) aile planlaması istemiyordu (Tablo 6).



Tablo 6 : ABC Doğumevlerinde Araştırmaya Katılanlarda Aile Planlaması İsteme Durumu (1983)

Aile Planlaması İsteme	EH		ÇH		TOPLAM
	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	384	96.00	197	98.50	581
Hayır	16	4.00	3	1.50	19
TOPLAM	400	100.00	200	100.00	600

EH'ları ve ÇH'lar arasında bundan sonraki yaşantılarında kullanılmak istenen aile planlaması yöntemleri arasında fark bulunamadı.

Tablo 7 : ABC Doğumevlerinde Araştırmaya Katılan ÇH'larda Son Gebelikten Önce Kullanılan ve Sonra Kullanılmak İstenen Aile Planlaması Yöntemleri (1983)

Aile Planlaması Yöntemi	Son Gebelik			
	Önce		ÇH	
	Sayı	%	Sayı	%
Coitus Interruptus	34	17.0	10	5.0
Takvim Metodu	12	6.0	2	1.0
Prezervatif	6	3.0	2	11.0
Hap	26	13.0	10	5.0
Spiral	8	4.0	90	45.0
Hayır	110	55.0	3	1.5
Geçersiz yöntemler ve bilmiyor	4	2.0	83	41.5
TOPLAM	200	100.0	200	100.0

Tablo 8 : ABC Doğumevlerinde Araştırmaya Katılan EH'larında Son Gebelikten Önce Kullanılan ve Sonra Kullanılmak İstenen Aile Planlaması Yöntemleri (1983)

Aile Planlaması Yöntemi	Son Gebelik			
	Önce		ÇH	
	Sayı	%	Sayı	%
Coitus Interraptus	62	15.50	29	7.25
Takvim Metodu	5	1.25	0	0.00
Prezervatif	3	0.75	3	0.75
Hap	52	13.00	26	6.50
Spiral	39	9.75	137	34.25
Hayır	232	58.00	16	4.00
Geçersiz yöntemler ve bilmiyor	7	1.75	189	47.25
TOPLAM	400	100	400	100

#### SONUÇ :

ÇH'larda, EH'larına göre, ortalama çocuk sayısı daha azdı, doğum öncesi sağlık kontrollerine daha düzenli gitmişlerdi, kan yapıcı ve vitaminleri düzenli kullanmışlardı, isteyerek gebe kalmışlardı, eğitim ve ekonomik durumları iyiydi, doğurganlık yaşları daha uygundu ve BDA daha düşük idi.

ÇH'ların eğitim düzeyleri EH'larına göre daha iyi olduğu halde, aile planlaması konusunda tutum ve davranışları farklılık göstermiyordu.

#### ÖNERİLER :

Çocuk ve ev işleri kadının sorumluluğundadır. ÇH'lar, EH'larından ve erkeklerden daha fazla çalışmakta ve yorulmaktadırlar. Erkeğin iş haricindeki zamanı dinlenme zamanıdır.

UNESCO'nun uluslararası düzeyde yaptığı bir araştırmada, çalışan annelerin eşlerine oranla 2/3'ünden daha az boş zamana sahip olduğu görülmüştür.

İsviçre'de yapılan başka bir araştırmada da çocuksuz çalışan bir kadının işte çalıştığı haftalık 48.40 saate ilaveten 24 saat, 1 çocuklu kadının ilaveten 28 saat, 2 çocuklu kadının ilaveten 33 saat, 3 çocuklu kadının ilaveten 34 saat evde çalışması gerektiği bulunmuştur. Yani çalışan anne haftalık 70-80 saat çalışmak zorundadır.

Kadınların iş saatlerinin azaltılması, izin günlerinin artırılması, ev işlerinin daha kolay ve pratik hale getirilmesi, eşlerin ev işlerinde yardımcı olması gereklidir.

Ülkemizdeki kanuni doğum öncesi ve sonrası izinleri batı ülkeleri ile karşılaştırılamayacak kadar azdır (Tablo 9).

Ülkemizde, memur statüsündeki hanımlar devlet memurun kanununa göre doğum öncesi 3 hafta ve doğum sonrası 6 hafta, işçi statüsündekiler ise iş kanununun 70. maddesine göre doğum öncesi ve sonrası 6 hafta izin kullanmaktadırlar. İşçi ve memur statüsündeki hanımlar arasındaki farklılık giderilmeli, doğum öncesi izinler 2 aydan, doğum sonrası izinler de 4 aydan az olmamalıdır.

Tablo 9 : Bazı Ülkelerdeki Kanuni Doğum Öncesi ve Sonrası İzinleri (2)

Ülkeler	İZİN	
	Doğum Öncesi	Doğum Sonrası
Avusturya	16 hafta	10 ay
İtalya	3 ay	6 ay
Çekoslovakya	26 hafta	Çocuk 2 yaşına gelene dek
Doğu Alman Cumhuriyeti	26 hafta	1 yıl ücretsiz izin
Macaristan	20 - 24 hafta	Çocuk 3 yaşına gelene dek
Finlandiya	6 ay	
İsveç	7 ay	
Federal Almanya	14 hafta	
Fransa	14 hafta	
Polonya	16 - 26 hafta	
Danimarka	14 hafta	

Kadın İşçilerin Sanayie Ait İşlerde Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları hakkında Tüzükte 6. maddede emzikli kadın işçiler doğum tarihinden itibaren 6 ay süre ile gece postalarında çalıştırılmaz denilmektedir. Her ne kadar yetersiz ise de, memurun kanununda böyle bir madde dahi yoktur. Her ne kadar umumi hıfzısıhha kanunu 177. maddesinde gebe kadınların doğumdan evvel 3 ay çocuğuna ve kendisinin sağlığına zarar veren ağır işlerde çalıştırılmasını yasaklıyorsa da, özellikle gece çalışmasından söz edilmemektedir. Hatta sağlık hizmetleri ve PTT gibi kamu kesimlerinde kadınlar neredeyse doğum yapana dek; ve de hemen doğum sonu gece çalışmalarına konulabilmektedirler. Gebelerin ve doğum yapan annelerin ilk bir yıl gece vardiyasında çalışmaları kesinlikle önlenmelidir.

Çalışan kadınların bebeklerini emzirmeleri Umumi Hıfzısıhha Kanununa göre olmaktadır. Bu kanunun 177. maddesine göre, ilk 6 ay zarfında çocuğunu emzirmek üzere yarımşar saatlik iki ara verilmektedir. Anne sütünün önemini hiç kimse inkar edemez. Büyük şehirde oturan bir anne bu yarım saatlik sürelerde evine bile ulaşamaz.

İş Kanunu 81. maddesine göre, 100-300 kadın işçi çalıştıran işyerlerinde işverenin emzirme odaları ve çocuk bakım yuvaları açma zorunluluğu vardır (3). Devlet memurlarının ise bu tür olanakları dahi yoktur. Emzirme izinleri yerine işyerlerinde çocuk bakımı için gerekli olanaklar sağlanması daha uygun olacaktır.

ÇH'ların eğitim düzeyleri EH'larından daha iyi olmasına karşın aile planlaması konusundaki tutumlarında farklılık yoktur. Bu da ÇH'ların bu konuda hizmet veren kuruluşlardan yeterince faydalanamadıklarını göstermektedir. İşyerlerinde bu tür konularda eğitim yapılması; hizmet verilmesi gerekir.

Yukarıda da açıkça görüldüğü gibi, ülkemizde kadınlar sağlık yönünden, yeterince korunmamaktadır.

## **Çalışma Yaşamı ve Çocuk**

### **Doç. Dr. A. Gürhan FİŞEK**

Türkiye'de çocukların çalışma yaşamında yer alması, gitgide artan bir sorunlar yumağı yaratmaktadır. Çünkü ekonomik darboğaz, halkı, çocuklarını meslek sahibi yapmak ve aile bütçesine katkı sağlamak amacıyla, erken yaşta çalışma yaşamına itmeye yöneltirken; hükümeti de, buna göz yummaya hatta kolaylaştırmaya itmektedir.

Bugün izlenen ekonomik ve sosyal politika değerlendirildiğinde, yetişkin işsizliğine çare getirildiğini söylemek olanaksızdır. Buna karşın 18 yaşın altında çalışma yaşamına katılmak isteyenler ile bunları çalıştırmak isteyenler için bir çok özendirici vardır.

Sözelimi :

1. Çocuk işçilerin sigorta primleri devlet tarafından yatırılmaktadır.
2. Endüstri Meslek Liselerinin 2. ve 3. sınıflarında okuyan öğrencilerin, haftanın 3 günü sanayide staj yapmaları uygulaması ile, çocuk emeğinin istikrarlı sunuluşu sağlanmıştır.
3. Çalışma yaşamındaki çocuklar, öğrenci kabul edilmiş ve işçi sayısına katılmamıştır. Çocuklar bu yüzden iş hukukunun koruyucu şemsiyesinden yoksundurlar.
4. İşverene, çocuğa ödediği ücreti vergiden düşebilme olanağı verilmiştir.
5. İşyerlerinde, işçi sağlığı iş güvenliği yönünden hiç bir değerlendirme ve ayırım yapılmaksızın, çocuk çalıştırılmasına olanak verilmektedir.

Biz bu bildiri çerçevesinde konunun öneminin anlaşılabilmesine çalışacağız. Neden çocuklar çalışma yaşamına itilmektedir? Küçük yaşta çalışma yaşamında yer almak çocuklar arasında nasıl farklılıklar doğurmaktadır? Çocuklar çalışırken risk altında mıdır? ... vb. 13-18 yaşlar arasındaki 676 çocuk üzerinde yaptığımız bir araştırmadan yararlanarak, bu konulardaki verilere dikkat çekmek istiyoruz.

### **GEREÇ ve YÖNTEM**

Çocuk işçilerin mediko-sosyal sorunlarını ortaya çıkarmak üzere tasarlanan bu araştırma, 379 çocuk işçi, 297 öğrenci üzerinde ve dört yerleşim biriminde (Ankara, Eskişehir, Bursa, Kızılcabamam) yürütülmüştür. Benzer yaş ve cins dağılımı gösteren bu kümelerden, öğrencilerin kontrol grubu olarak kullanılması tasarlanmıştır. Ancak bazı değerlendirmelerde bu küme de, kendi içinde, okul-Dışı zamanlarda çalışanlar ve çalışmayanlar olarak 2'ye bölünmüştür. Hatta çalışan öğrencilerden bir bölümünün yalnızca yaz tatillerinde çalışırken, bir bölümünün okulun açık olduğu dönemlerde de çalıştığı ve bu iki kümenin sorunlarının ve dünyalarının farklılıklar gösterdiği saptanmıştır.

Araştırmamızda yaş, cins, aile geliri, çocuğun eğitim düzeyi, kökeni vb. bağımsız değişkenler kullanılarak, elde edilen veriler çeşitli yönleri ile değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Bu çalışma süresinde, hem anket uygulaması ve hem de çocukların titiz bir sağlık muayenesinden geçirilmeleri yoluyla veri toplanmış ve kümeler arasında farklılıklar aranmıştır. Ayrıca çocukların tam zamanlı olarak çalıştıkları işyerlerinin sağlık koşullarının belirlenmesi amacıyla geliştirilen iki ayrı endeks uygulanmıştır.

### **BULGULAR ve TARTIŞMA :**

Bir çok verinin elde edildiği ve irdelendiği bu çalışmada elde edilen bulguların önde gelenleri şöyle özetlenebilir :

#### **1. Kökenin, Çocuğun Çalışması Üzerindeki Etkisi :**

Tablo 1'de görüldüğü gibi, kentte doğmuş veya 6 yaşından önce kente göç etmiş olan çocuklar, daha büyük bir sıklıkla örgün öğrenime yönelmektedirler. Aynı ayırımı Tablo 2'de görüldüğü gibi, öğrencilerden okul-dışı zamanlarda çalışan ve çalışmayanlar arasında da rastlanmaktadır. Kentte doğmuş ya da 6 yaşından önce kente gelmiş olanların arasında, okul-dışı zamanlarda çalışanlar daha azdır. Bütün bu bulgular istatistik yönden de anlamlıdır.

Bu bulgular, geleneksel yöntemlerle meslek edinmek isteyen kesim üzerinde, kırsal etkinin egemen rolünü göstermekte; bir başka yönüyle de kırsal yöreden kurtulmak isteyenlerin de bu çemberi kırmada, çocuk işçiliği bir araç olarak gördüklerini ortaya koymaktadır. Ancak, sanayi kültürü almamış, bilimsel ve teknolojik gelişmelerle daha yeni tanışan bu kesimin, çalışma yaşamında hem daha yüksek riske maruz kalması ve hem de gelişen dünyanın değişen koşullarına ayak uydurmakta büyük güçlüklerle karşı karşıya kalması olgusu sosyal politikalar yönünden üzerinde titizlikle durulması gereken bir konudur.

#### **2. Çalışmaya Yönelmede Temel Neden :**

Çalışmaya yönelmede temel neden, çocukların kökenine, ailesinin gelir düzeyine v.b. göre değişiklikler göstermektedir.

Okul-dışı zamanlarda, özellikle de okulun açık olduğu dönemde, çalışan öğrenciler ile çalışmayan öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyleri arasında farklılıklar vardır. Bu Tablo 3'te gösterilmiştir. Bu olgu doğal olarak, öğrencilerin çalışmaya başlama nedenlerini de yansıtmaktadır. Araştırmaya katılanlardan okul-dışı zamanlarda çalışmak zorunda kalan öğrencilerin % 51,9'u ekonomik gerekçelerle çalışmaktadır. Bu gerekçe, 13 yaşın altında çalışmaya başlayanlarda daha belirgindir (Tablo 4).

Çalışma yaşamına yönelmedeki nedenlerle kökenin ilgisi de araştırılmıştır. Ekonomik nedenle tam-zamanlı olarak çalışma yaşamına giren çocuklar arasında, çocuğun kökeni bakımından, istatistik yönden anlamlı bir fark yoktur. Buna karşın, bir meslek edinme özlemi ile çalışmaya başlama KÖY kökenlilere oranla fazladır (Tablo 5).

Çalışma nedeni üzerinde "babanın eve katkısı" araştırıldığında, çocuk işçilerle kontrol gurubu arasında farklılık göze çarpmaktadır. "Yaşayan ve eve düzenli para getiren" bir babaya sahip olan çocukların payı, çalışanlar arasında % 67,9 ve kontrol gurubunda % 89,7'dir. (Ki-kare 44,149 SD : 1) (Tablo : 6).

Alınan sonuçlar, ekonomik gerekçelerin, çalışma yaşamına atılmada çok önemli bir yer tuttuğunu; ancak, ekonomik gerekçenin okul dışı zamanlarda çalışan öğrenciler

üzerinde daha ağır bastığını ortaya koymaktadır. Ekonomik gerekçelerle çalışma yaşamına yönelme, çocukta ve onun ailesinde, iş türünü, çalışma koşullarını seçmede daha az olanak bırakmakta ve böylece çocukların iş risklerini arttırmaktadır. İşte bu noktada, işyerlerindeki çalışma koşullarının sağlıklı ve güvenli sınırlar içinde kalmasını kollamakla görevli olan kurumların önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

### **3. İlk İş ve İş Değişirme :**

Çocuk işçilerin ortalama 12,6 yaşında tam zamanlı olarak çalışmaya başladıkları saptanmıştır. Ailesinin, onun ekonomik katkısına gereksinme duymasından ötürü çalışmaya başlayanlar, başka gerekçeler öne sürülenlere oranla daha erken yaşlarda çalışma yaşamına atılmışlardır.

Çocuk işçilerin tam zamanlı ilk işleri, genellikle büyükleri tarafından bulunmaktadır. İlk işini, ailesinin reisi olan kişinin bulunduğu çocukların oranı % 32,7'dir. Ancak ilk işte ailesinden kişilerle birlikte çalışanların oranı % 12,1 dir. İşlerini değiştirmiş olanlarda, son işlerini bulma konusunda, çocuğun kendisinin ve aile reisinin payı yükselmektedir. Bu bize, "ilk iş"in hem çocuk ve hem de aile reisi için, çalışma çevresinde kendilerine tanıdıkları bir basamak oluşturduğunu düşündürmektedir. İlk ve son işleri bulmada kimlerin payı olduğu tablo 7'de gösterilmiştir.

Araştırmamızda yer alan tam zamanlı çocuk işçilerin % 57,3'ü iş değiştirmiştir. İş değiştirmelerde ikinci sırayı pislik, tehlikeli olma ve zorluk gibi nedenlerle o işte çalışmayı istememenin olması dikkat çekicidir (Tablo 8).

İş değiştirme sayısı, çocuğun çalışma yaşamına atılmakta gönüllü olup olmayışından önemli ölçüde etkilenmektedir. Kendi istemiyle çalışmaya başlayanların ancak % 16,6'sı iş değiştirmiştir. Buna karşın, ailesinin itmesi ile tam zamanlı çalışmaya başlayanların % 42,6'sı iş değiştirmiştir. Aradaki fark istatistiksel yönden de önemlidir (Ki-kare : 27,620 SD : 1).

Çalışma yaşamına atılmada, ekonomik gerekçelerle hareket edenler, öbür iki temel nedenle çalışanlardan daha çok iş değiştirmişlerdir (Ki-kare 18,459 SD : 2). Bu doğaldır. Çünkü, iş değiştirenlerin % 83,7'sinin yeni işlerinde daha yüksek ücretler aldıkları saptanmıştır.

Öte yandan çocuğun okul dönemindeki başarısı ile iş değiştirme sıklığı arasında ilişki bulunduğu görülmüştür. "Hiç sınıfta kalmamış" çocuk işçiler arasında iş değiştirenlerin oranı % 13,7 iken; sınıfta kalmış olanlar arasında bu oran % 40,6 olarak bulunmuştur (Ki-kare : 36,743 SD : 1). Bu saptama, geçmişte çocuğun okuldaki tutumunun, işe karşı da sürmekte olduğunu ve iş değiştirme olgularının bir bölümünün altında "ne aradığını bilememe, iş disiplininin yoksun olma vb" kişisel etmenlerin de rol oynadığını düşündürmektedir.

### **4. Çocuk İşçilerin Çalışma Koşulları ve Hakları Konusunda**

#### **Bilgi Düzeyleri :**

Çocuk işçilerin çalıştırıldıkları iş ve işyeri koşulları son derece önemlidir. Çünkü yaşları gereği, gerek psikolojik durumları, gerekse fizyolojik yönden duyarlı oluşları, zedelenme olasılıklarını arttırmaktadır.

Gözlemlerimiz ve araştırma bulgularımız, işverenlerle, tam zamanlı çocuk işçinin ailesi arasında bağların tamamen kopuk olduğunu ortaya koymaktadır. Bu, çocuğun hakları ve sağlığı konusundaki bilgi düzeyinin önemini daha da arttırmaktadır. Geliştirilen endeksler yardımıyla bu düzeyler şöyle saptanmıştır : "İşin Yürütümü (Sosyal Haklar)" bilgi düzeyi 100 üzerinden 32,5 puan; "İşçi Sağlığı İş Güvenliği" bilgi düzeyi 100 üzerinden 34,1 puan. Endekslerin hazırlanmasında en temel konular gözönüne alındığına göre, elde edilen sonuçlar çocukların en temel konuların çok büyük bir bölümünden habersiz olduğunu ortaya koymaktadır.

Günlük çalışma sürelerinin 8 saatle sınırlı olduğu işyerlerinde çalışan çocukların oranı, tüm araştırmaya katılan tam zamanlı çocuk işçiler arasında % 6,1'dir (Tablo 9). Günde 10 ve daha fazla saat çalıştırılanların payı % 66,8'dir. Bu da çocukların ve gençlerin, yetişkin işçilerden ayırt edilmeksizin, hatta bazı koşullarda onlardan daha çok yasal sınırların üzerinde "uzun çalışma süreleri"nde çalıştırıldıklarını ortaya koymaktadır.

Özellikle çocuklar için önemli olan çalışma koşullarından biri, işyerindeki büyüklerle olan ilişkileridir. Araştırmaya katılan çocuklara, "büyüklerin nasıl davranan çocukları sevdiği" sorulmuştur. "Her dediği yapıldığı zaman" çocuklara iyi davranan büyüklerin oranı % 30,7'dir. Aynı şekilde, işini titiz ve düzenli yapan çocukların, büyükler tarafından sevildiğini düşünen çocukların oranı ise % 57,4'tür. Dikkat edilirse, her iki tutum da, önkoşullara dayanmaktadır. Önkoşulsuz olarak davranan, çocukları birbirinden ayırmayan büyükler ile karşılaşan çocukların oranı, ne yazık ki, %12,0'in altındadır.

Çocuk işçilerin işin yürütümü (sosyal haklar) yönünden içinde buldukları durum, büyük ölçüde toplumun kayıtsızlığını ortaya koymaktadır. Ancak, toplumun kayıtsızlığı ile çocukların bilgisizliği de birbirini beslemektedir. İşçi sağlığı iş güvenliği yönünden de durum değişik değildir. Ancak burada, sorun yalnızca çocuk işçileri değil, yetişkin işçileri de içine almakta ve daha yaygın bir kayıtsızlığa dönüşmektedir.

Çalışma koşullarının, işçi sağlığı iş güvenliği yönünden değerlendirilmesi, boyutları oldukça geniş olan bir konudur. İşçilere koruyucu sağlık hizmeti ulaştırılmasından, sağlık eğitimine; işyeri ortamının olumlu kılınmasından, insan-makina ilişkilerine ve uyumuna kadar geniş bir alanı kapsamaktadır. Ancak, herşeyden önce, kaba hatlarıyla, işyerlerinin çocukları karşı karşıya bıraktığı sağlık ve güvenlik risklerinin ne düzeyde bulunduğu belirlenmesi, aydınlatıcı olacaktır. İşyeri ortamının sağlık ve güvenlik yönünden eksiksiz hale getirilmesi için alınması gerekli önlemler, yasa, tüzük ve yönetmeliklerde ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. Bu yönden, Türk İş Hukuku Mevzuatı oldukça ileri bir düzeydedir. Gerek bu konudaki hükümlerin kabarıklığı ve gerekse yapılan iş çeşitlerine göre farklılıklar göstermesi bizi bu konuda iki ayrı endeks kullanmaya götürmüştür :

- Tüm İşyerlerinin almakla yükümlü buldukları genel sağlık önlemlerinin araştırılmasına yönelik endeks,

- Yapılan iş çeşitlerine göre değişiklik gösteren, özgül nitelikli yükümlülükler getiren işçi sağlığı iş güvenliği önlemlerinin araştırılmasına yönelik endeks.

Tablo 10'da çeşitli iş dallarındaki işyerlerinde, bu endekslerde, güvenlik koşulları toplamı, varolması gereken bazı temel ölçütlerden varolanları, endekste tüm ölçütlere oranları sunularak; bir düzey belirlenmeye çalışılmıştır. Bu tablodan da görüldüğü gibi, işe özel endekste önlemlerin gerçekleşme yüzdesi 19,3 iken; "genel" nitelikli endekste



gerçekleşme yüzdesi 35,6'ya çıkmaktadır. (Ki-kare : 101,044 SD : 1). Bu da, işyerlerinden kaynaklanan işe özel risklerin önlenmesinde, en temel konularda bile ne denli yetersiz düzeyde bulunulduğunu ve "genel sağlığa" ilişkin önlemlerin bunlardan biraz daha yüz güldürücü bir düzeyde bulunduğunu ortaya koymaktadır.

##### **5. Çocuk İşçilerin Gelişme, Beslenme ve Sağlık Durumları :**

Çocuk işçilerin ve kontrol grubunu oluşturan öğrencilerin beslenme ve sağlık durumları da araştırılmıştır. Günlük diyetdeki protein düzeyine bakıldığında çocuk işçilerin % 9'unun, öğrencilerin %4,4'ünün yetersiz düzeyde olduğu görülmüştür. Çocukların beslenme düzeyleri hakkında fikir veren ölçütlerden biri olan vücut ağırlığına bakıldığında, çocuk işçilerin istatistiksel yönden anlamlı bir düşüklük gösterdiği anlaşılmıştır (Tablo 11). Vücudun ağırlık yönünden gelişmesi, yaşa ve ülke ortalamalarına göre değerlendirildiğinde, patolojik bölgede yer alan çocuk işçiler % 1,0'lik paya sahipken, aynı yaş kümelerindeki öğrencilerin %5,8'i patolojik bölgededir. Bu oranların, çocukların toplu beslenme olanaklarından yararlanmalarına bağlı olarak değişiklik gösterdiği saptanmıştır.

Yapılan sağlık muayenelerinde, çocuk işçilerin % 47'sinde, öğrencilerin % 30'unda sağlık yönünden herhangi bir sapmaya rastlanmamıştır. Sağlık durumunda bozukluk gösterenler içinde, vücut ağırlığı yönünden patolojik sınırdan olanların payı daha fazladır. Çocuk işçilerden vücut ağırlığı normal sınırlarda olanların % 37,4'ünde sağlık durumunda bozukluk saptanırken; patolojik bölgede olanların % 55,9'unda bozukluk görülmüştür (Ki-Kare : 3,839 SD : 1).

Gerek beslenme durumlarının değerlendirilmesi ve gerekse sağlık durumlarına ilişkin veriler, çocuk işçilerin durumlarının, varsayımların tersine, ülke ortalamalarından büyük sapma göstermediğini ortaya koymaktadır. Bunun en önemli nedeni, özellikle araştırma yürüttüğümüz çocuk işçilere yönelik, işveren tarafından finanse edilen toplu beslenme hizmetlerinin ve yeterliliği tartışılrsa da sağlık hizmetlerinin varlığıdır. Bu açıdan, öğrencilerin durumu, göreceli olarak daha elverişsizdir. Bu saptama bize şunu göstermektedir : Uygun sosyal politikalarla çocuk işçilerle öğrencilerin sağlık durumları arasındaki farkı en aza indirmek ve her iki kümenin düzeyini birlikte yükseltmek olasıdır.

Çocukların gelişmesinde ve çağdaş toplum yapısına uyumlu, gelişmelere açık bir kişilik kazanmada, kurdukları arkadaşlıkların ve boş zaman etkinliklerinin çok önemli payı vardır. Yeni yeni arkadaşlıklar kurma, bunlardan bir bölümü ile kısa ve uzun süreli arkadaşlıklar oluşturma; ayrıca, boş zamanlarında da çeşitli etkinlikler arasında, en çok ilgisini çekenini aramak, seçim yapmak, bir zaman sorunudur. Boş zamanı kısıtlı olanlar, ancak sınırlı bir alan içinde seçenekler bulabilirler. Seçeneklerin azlığı ise, hem çocuğu yakın çevresine hapseder, hem de ufku sınırlar.

16 yaşından küçük çocukların ülkemizde, günde 7,5 saatten ve haftada 45 saatten fazla çalıştırılmaları yasaktır. Araştırmamızda 15 ve daha küçük yaştaki çocukların % 94,7'sinin bu yasalara aykırı olarak çalıştırıldığı saptanmıştır. 16 yaşından büyük tüm işçiler ise, fazla mesailer de hesaplanarak, haftada en çok 50,4 saat çalıştırılabilirler. Buna karşın, araştırmamızda 16-8 yaş grubunda olanların % 49,0'unun haftada 55 saatten fazla çalıştığı saptanmıştır. Bütün bunlar, araştırmamızın kapsamına giren çocuk işçilerin büyük bölümünün, iş süreleri dışında, çok az boş zaman bulabildiklerini ortaya koymaktadır.

Arkadaşlık ilişkilerine gelince : Gerek çocuk işçiler ve gerekse kontrol grubu, kendileri ile aynı gruptaki çocuklarla arkadaşlık etmeyi yeğlemektedirler. Dolayısıyla arada, hem çevre ve hem de etkileşim olanakları bakımından bir kopuş meydana gelmektedir. Ancak, aynı konumdaki çocuklarla arkadaşlık etme eğilimi, kontrol grubunu oluşturan öğrencilerde daha yüksektir. Araştırmaya katılan çocuk işçilerin 110'u (33,4) tüm arkadaşlarını öğrenciler arasından seçmişlerdir. Aradaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır (Ki-kare : 4,958 SD:1).

Benzeri eğilime, en yakın arkadaşın seçiminde de rastlanmaktadır. Veriler incelendiğinde, bir kutuplaşma göze çarpmaktadır. Kontrol grubunun bu konudaki eğilimi çok daha belirgin olup; ancak, %6,2'sinin en yakın arkadaşı bir çocuk işçidir. Buna karşın, çocuk işçilerin % 26,3'ü kendilerine en yakın arkadaş olarak halen okumakta olan bir çocuğu göstermektedirler. Fark istatistiksel yönden çok önemlidir (Ki-kare : 32,719 SD:1).

Araştırmamıza katılan çocukların, yakın arkadaşları olarak belirttikleri kişilerdeki en beğendikleri yan da araştırılmıştır. "Dürüst, açık sözlü, sırdaş" ve "arkadaşlığı iyi, uyumlu, cana yakın" olanlar her iki grup çocukta da ön sırada yer almaktadır.

Çocukların gelecekle ilgili tasarıları arasında, hiç kuşkusuz, en önemli yeri, nasıl bir insan olmak istedikleri alır. Bunu açığa çıkarmak için toplanan verilerden dikkati çeken noktalar şu şekilde tartışılabilir :

a) İdeal edindiği kişi bulunmayanlar : Çocuk işçilerin % 66,8'i ideal edinecek kişi bulunmadığını bildirirken, bu oran öğrencilerde % 29,0'a düşmektedir (Ki-kare: 95,161 SD:1)

b) Babasını veya aileden birini idealize etme eğilimi : Çocuk işçiler arasında "babasını veya aileden birini idealize etme" eğilimi, % 35,5'luk pay tutarken; öğrencilerde %63,5'e yükselmektedir (Ki-kare : 26,226 SD : 1).

c) İdeal edindiği bir kişi bulunanların benzemek isteme nedenleri : "Mesleğinde başarılı olduğu için" veya "onun gibi rahat yaşamak istediği için" o kişiye benzemek isteyenler, çocuk işçiler arasında % 58,5 oranındayken, kontrol grubunda bu oran % 21,7'ye düşmektedir. Aradaki fark önemlidir (Ki-kare : 30,323 SD : 1). "Saygın, bilgili, sevilen, iyi" insan olduğu için birisini idealize edenler ise, çocuk işçiler arasında % 38,2'lik yer kaplarken; kontrol grubunda % 67,9'luk yer tutmaktadır. Aradaki fark istatistiksel yönden önemlidir (Ki-kare : 18,960 SD : 1).

d) İleride ne yapmayı düşündükleri : Çocukların ileride ne yapmayı düşündükleri de araştırılmıştır. Erkek çocuklarda, "kendi işini kurmak isteyen"ler, çocuk işçiler arasında % 57,8'e yükselirken; kontrol grubunda % 45,8'de kalmaktadır (Ki-kare : 7,702 SD : 1). Öte yandan, "toplumda statüsü yüksek bir meslek edinip çalışmak" ve yine toplumda statüsü daha yüksek kabul edilen "devlet hizmetinde bir işte çalışma" beklentisi, cinsiyet farkı göstermeksizin tüm araştırmaya katılanlardan, kontrol grubunda % 38,54'lük paya ulaşırken, çocuk işçilerde % 6,7'de kalmaktadır. Fark önemlidir (Ki-kare : 94,047 SD : 1).

## SONUÇ ve DEĞERLENDİRME :

Araştırma sonuçlarını kısaca değerlendirdiğimizde, çalışma yaşamında yer alan çocukların bir kısmı tam-zamanlı bir kısmı yarı-zamanlı olarak, bilinenin çok üstünde sayılara ulaştığını saptamaktayız. Okul-dışı zamanlarda, yarı-zamanlı olarak çalışma yaşamında yer alan öğrencilerde, bu yönelişin altında yatan temel neden ailenin ekonomik düzeyinin yetersizliği dolayısıyla destek gereksinmesidir. Buna karşın, okul ile bağlarını koparıldıktan sonra, tam zamanlı olarak çalışma yaşamında yer alan çocuk işçilerin yönelişindeki temel neden, yine ailenin ekonomik düzeyinin yetersizliğine bağlı olarak, ancak kendi geleceğini kurtarma kaygısıdır.

Çalışma yaşamı ile olan bağlantı ve yönelişteki farklılıklar, çocuk işçiler ile çalışan ve çalışmayan öğrenciler arasında büyük uçurumlara yol açmaktadır. Aynı kuşak üzerinde açılan bu uçurum ve dünyaların farklılığının yanı sıra, çocukların çalıştırılması olgusu, ülkenin bugününü ve yarınını ipotek altına almaktadır.

Çocukların çalıştırılması ülkenin bugününü ipotek altına almaktadır :

a) Yetenek istemeyen işlerde çalıştırılan çocuklar, erişkin işsizliğini körüklemektedir.

b) Çocuğun çalıştırılması ile aile bütçesine yapılan katkı, gerek en az ücret düzeyinin, gerekse ortalama ücret düzeyinin aşağı çekilmesine neden olmaktadır.

c) Çocukların çalışma yaşamında kendilerine iş olanağı bulabilmeleri, hem kentlere doğru göçe neden olmakta, hem de kente göçün doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.

Çocukların çalıştırılması ülkenin yarınını ipotek altına almaktadır :

a) Çocukların arkadaş seçme olanakları kısıtlanmakta, arkadaş çevreleri iş veya okul çevresiyle sınırlanmaktadır. Bu da, erken yaşta tam-zamanlı çalışmaya başlayan çocuklar, hem okuyup hem çalışan çocuklar ve yalnızca okuyan çocuklar arasında kopukluklar doğmasına ve ayrı dünyalar oluşmasına yol açmaktadır. Bu ayrı dünyalar olgusu, çocukluktan başlayarak yetişkin çağda da kümeler arasındaki diyalog ve iletişim kopukluklarının önemli nedenlerinden birini oluşturmaktadır.

b) Öte yandan erken yaşta tam-zamanlı olarak çalışma yaşamına atılan çocuğun teknik eğitimi bütün çabalara karşın sınırlı kalmaya mahkumdur. Özellikle bu çocukların, öğrenimini sürdürenlere göre, çok daha yüksek oranda, ileride kendi işyerine sahip olma özlemi vardır. Bu da küçük ölçekli, düşük teknoloji ve yalnızca belirli iş parçalarını kopya eden işyerlerinin, gelecekte de sayıca yüksek düzeyde kalacağını göstermektedir. Bu bize ülkemizin gelecekteki ekonomik yapısı ile ilgili önemli ipuçları vermektedir.

c) Öte yandan tekelleşme eğilimlerinin artmasına ve yabancı sermaye ile bütünleşmeye bağlı olarak, küçük işyerlerinden büyük ölçekli işyerlerine doğru kurulan üretim zinciri, sömürünün de bunun tersi yönünde artışını hızlandıracaktır. Bu da ülkemizin gelecekteki sosyal ve ekonomik yapısı hakkında bir fikir vermekte; bu işyerlerinde çalışan çocuk ve yetişkin işçilerin çalışma koşullarının daha da kötüleşebileceğinin işaretlerini ortaya koymaktadır.

Bu olguların ışığında bulunduğumuz noktada yapılması gerekenlerin başında, sürdürülen ekonomik ve sosyal politikanın değiştirilmesi gelmektedir. Ancak bu yolla, çocukları örgün öğrenimden koparan ve çalışmaya iten nedenler ortadan kaldırılabilir. Bu

önlemler alındıktan sonra, eğitim sistemimizde, çocukların başarısızlıkları ve çalışmaya iten nedenler ortadan kaldırılabilir. Bu arada, eğitimdeki başarısızlıkların nedenlerinden bir bölümünün ekonomik-sosyal kaynaklı nedenler olduğu, öte yandan da eğitimin içeriğindeki ve sunuluşundaki hatalar olduğu gözden uzak tutulmamalıdır.

Çabalarımızı yalnızca bu ülke düzeyinde ve uzun erimli hedeflerle sınırlı tutamayız. Yaşam sürmekte, çocuklar çalışmakta ve koşullar önemsiz değişikliklerle varlığını korumaktadır. O halde, hızla, olumlu gelişme sağlayacak müdahale noktaları bulunması gerekmektedir.

Kanımızca bugün çocuk işçilerin sağlık koşullarını olumlu yönde etkileyecek başlıca iki müdahale noktası vardır :

1. Okul sağlığı örgütlenmelerinin geliştirilmesi : Çıracılık Eğitim Merkezleri, Endüstri Meslek Liseleri ile diğer ilk ve orta öğrenim kurumlarında, çocukların çalışma yaşamında karşılaştıkları riskleri de gözeten ve bu konuda bilgili hekim-hemşire vb sağlık personeli ile örgütlü ve eşgüdüm içinde hizmet verilmelidir.

2. İşyerlerindeki çalışma koşullarının düzeltilmesini amaçlayan, bu koşulları yerine getirmeyen işyerlerinin yasaların öngördüğü gibi çalışmaktan ya da en azından "çırak" bulundurmaktan alıkonmalarını sağlayan düzenlemeler gerekmektedir. İş teftiş sistemindeki aksaklıkların ve yetersizliklerin giderilmesi yoluyla, yasalarımızın öngördüğü çalışma düzeni sağlanabilir.

Son olarak, "geleceği" ve "geleceğin sahiplerini" kendi ellerimizle şekillendirdiğimizi ve bu sorumluluktan hiçbir zaman kaçamayacağımızı vurgulamak istiyorum.

Tablo 1  
Deneklerin Kökenleri

Köken	Çocuk İşçi	Kontrol Grubu	Tüm Denekler	
			Yüzde	Sayı
Kentte doğan	42,5	57,2	49,0	331
Kasabada doğan	7,7	11,8	9,5	64
Köyde doğanlardan 6 veya daha küçük yaşta kente gelen	19,5	24,8	21,7	147
Köyde doğanlardan 7-11 yaşta kente gelen	13,5	6,4	10,4	70
Köyde doğanlardan 12 veya daha büyük yaşta kente gelen veya halen köyde oturan	16,9	-	9,5	64
Tüm deneklerin sayısı	379	297	676	

Gözlerde kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 2  
Kökenin, Öğrencilerin Part-time Çalışması Üzerindeki Etkisi

Köken	Okul Açıkken			Deneklerin Sayısı
	Tatilde Çalışmayan	okul-dışı zamanlarda çalışan	Yalnızca sömestre ve yaz tatilinde çalışan	
Kentte doğan	51,8	11,7	36,5	170
Kasabada doğan	28,8	19,8	51,4	35
Köyde doğanlardan 6 veya daha küçük yaşta kente gelen	20,5	27,4	52,1	73
Köyde doğanlardan 7-11 yaşta kente gelen	42,1	21,1	36,8	19
Köyde doğanlardan 12 veya daha büyük yaşta kente gelen veya halen köyde oturan	-	-	-	-
Deneklerin sayısı	121	51	125	297

Gözlerde satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 3  
Ailenin Kişi Başına Düşen Gelir Düzeyinin Öğrencilerin Okul-dışı Zamanlarda Çalışması Üzerindeki Etkisi

Çalışma Durumu	Gelir Düzeyi (TL)			Deneklerin Sayısı
	≤ 12500	12501-20000	20001 ≤	
Tatilde Çalışmayan	36,4	45,0	50,0	
Okul açıkken okul-dışı zamanlarda çalışan	45,8	36,2	35,7	
Yalnızca sömestre ve yaz tatilinde çalışan	17,8	18,8	14,3	
Deneklerin yüzdesi				
Deneklerin sayısı				

Gözlerde satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4  
Öğrencilerin, Okul-dışı Zamanlarda Çalışma Nedenlerinin Çalışmaya Başlama Yaşı Üzerindeki Etkisi

Çalışma Nedeni	Çalışma Yaşı		Deneklerin Sayısı
	≤ 13 y.	14 y. ≤	
Ailesinin onun ekonomik katkısına gereksinme duyması	84,8	15,2	33
Okul giderlerini ve cep harçlığını karşılamak için	63,3	36,7	90
Meslek öğrenmek için	-	-	-
Emeğine gereksinme duyulduğu için	78,6	21,4	25
Boş zamanlarını değerlendirmek için	68,6	31,4	16
<b>Deneklerin Sayısı</b>	<b>107</b>	<b>57</b>	<b>164</b>

Gözlerdeki satır yüzdesidir.

Tablo 5  
Kökenin Çocuk İşçinin Full-time Çalışma Nedeni Üzerindeki Etkisi

Çalışmak İsteme Nedenleri	KÖKEN		Deneklerin Yüzde	Deneklerin Sayısı
	KENT **	KÖY ***		
Ailesinin onun ekonomik katkısına gereksinme duyması	37,8	28,4	34,7	140
Meslek edinmek istemesi	13,3	39,6	22,0	89
Okumaktan hoşlanmaması	22,2	17,2	20,5	83
Yalnızlık duyması ve arkadaşlarına özenmesi	11,5	5,2	9,4	38
Boş gezmek istememesi ve daha çok cep harçlığı edinmek istemesi	22,2	8,2	11,6	47
Diğer	1,9	1,5	1,7	7
<b>Denek sayısı</b>	<b>270</b>	<b>134</b>	<b>404</b>	

\* Gözlerde kolon yüzdesi alınmıştır

\*\* Kentte doğanlarla 6 veya daha küçük yaşta kente gelenler

\*\*\* Kasabada doğanlarla 7 veya daha büyük yaşta kente gelen veya halen köyde oturanlar

Tablo 6  
Babanın Eve Düzenli Maddi Katkısının Çocuk İşçiler ile Kontrol Grubundaki Dağılımı

Babanın Rolü	Çocuk İşçi	Kontrol	Deneklerin	
			Yüzde	Sayısı
Yaşayan ve eve düzenli para getiren babası olan	67,9	89,7	77,4	514
Yaşayan ve eve düzenli para getiren babası olmayan	32,1	10,3	22,6	150
<b>Denek Sayısı</b>	<b>374</b>	<b>290</b>	<b>664</b>	

Gözlerdeki kolon yüzdesidir.

Tablo 9  
İş Çeşidinin Günlük Çalışma Süresi Üzerindeki Etkisi

Günlük Çalışma Süresi (saat)	Madeni Eşya- Kundura	Bayan Kuaförü	Konfeksiyon Nakış	Oto tamir	Çeşitli hafif İşler	Matbaa	Deneklerin	
							Yüzde	Sayısı
8	8,7	16,2	-	-	-	-	6,1	23
9	38,1	6,8	2,6	44,7	6,7	72,7	27,2	103
10 - 14	42,1	59,5	92,1	54,1	82,2	18,2	57,3	217
14	11,1	17,6	5,3	1,2	11,1	9,1	10,0	36
<b>Denek Sayısı</b>	<b>126</b>	<b>74</b>	<b>38</b>	<b>85</b>	<b>45</b>	<b>11</b>	<b>379</b>	

Gözlerde kolon yüzdesi alınacaktır.

Tablo 10  
İş Çeşitlerine Göre Çalışma Koşulları Düzeyi

İş Çeşidi	İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Düzeyi		
	İşe Özel Endekste Gerçekleşme Yüzdesi	Genel Sağlık Endeksinde Gerçekleşme (%)	Genel Yüzde
Madeni Eşya	22,6	44,1	30,0
Kundura	16,1	29,8	23,7
Kuaför	0,0	21,7	16,3
Konfeksiyon - nakış	-	17,45	17,4
Oto tamir	5,0	35,3	21,3
Matbaa	25,6	34,3	29,5
<b>Genel Yüzde</b>	<b>19,3</b>	<b>35,6</b>	<b>26,6</b>

Tablo 11  
Araştırmaya Katılan Erkek Çocukların, Yaşa ve Denek Gruplarına Göre  
Boy ve Vücut Ağırlığı Ortalamaları

Yaş	Boy (cm) Ortalaması			Vücut Aç. (kg) Ortalaması		
	Çocuk İşçi	Kontrol	t testi	Çocuk İşçi	Kontrol	t testi
14	155,4	158,1	-	47,6	44,9	-
15	160,8	168,3	*	50,3	54,2	*
16	162,1	171,4	*	53,9	59,0	*
17	168,3	173,8	*	57,0	63,4	*
18	169,1	175,4	*	57,7	64,7	*

\* Anlamlı.



6 Nisan 1988 Çarşamba

**BİLDİRİLER**

Oturum Başkanı  
**Dr. Ali CANER**  
(Denizli Tabip Odası Başkanı)

Konuşmacılar  
**Mahmut KARAKOÇ**  
(T. Otomobil-İş Sendikası Genel Eğitim Sekreteri)  
İşçi Sağlığını Korumada En Geniş Katılımın Sağlanması

**Mustafa TAŞYÜREK**  
(KORDSA İş Güvenliği Uzmanı)  
İşçi Sağlığı İş Güvenliği ve Çevre İşleri Çalışmaları  
**Hacer TUNA**  
(Petrol - İş)

Krom Üreten Bir İşyerinde İşçi Sağlığı İş Güvenliği  
**Sinan BUDAK**  
(Beyoğlu Hastanesi)

Derinin Üretim Sürecinde Ortaya Çıkan İşçi Sağlığı ve  
İş Güvenliği Sorunları  
**Şaban TÖREN**  
(Deri - İş)

Deri İşkolunda İşçi Sağlığı Sorunları ve Çözümleri  
**Ziya USTAOĞLU**  
(Koop - İş)

Fikir İşçilerinin Sağlık Sorunu  
**İlgi VARİŞ**  
Sağlık İşkolunda Çalışanların Sağlık ve Güvenlik Konusundaki  
Hukuki Güvenceleri



**İşçi Sağlığını Korumada En Geniş Katılımın Sağlanması**  
**Mahmut KARAKOÇ**  
**(T. Otomobil-İş Sendikası Genel Eğitim Sekreteri)**

Böyle bir başlığı seçmemizin amacı, işçi sağlığı ve iş güvenliği gibi yaşamsal bir sorunun her şeyden önce sendikaların sorunu olmasına karşın, özellikle günümüz koşulları içerisinde sendikaların durumu gözönüne alındığında sendikaların tek başlarına üstesinden gelemeyecekleri kadar ağır ve çok farklı uzmanlık alanlarını ilgilendiren bir konu olması nedeniyle ancak yurt çapında konuyla direkt ya da dolaylı ilgisi olan tüm kuruluşların katkısıyla belli ölçülerde de olsa çözümlenebileceğini vurgulamaktır.

Bu nedenle iş kazalarının oldukça yoğun olduğu İstanbul Mecidiyeköy Şubesine bağlı Rabak İşyerinde iş kazalarının oranını ve bu konuda üzerine önemli görevler düşen "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulu"nun işleyişini ve bundan yola çıkarak var olan eksiklikleri dile getirmek istedik.

Rabak'ta 153 işçi arasında yapılan ankette 74 işçinin işkazası geçirdiği (çeşitli zamanlarda) ortaya çıkmıştır. Rabak eski bir işyeridir. İşçilerin kıdem ortalaması yaklaşık 11 yıldır. Kazaların yıllara göre dağılımına baktığımızda ise şöyle bir tablo ortaya çıkmaktadır :

- 1986 yılında 127 iş kazası,
- 1987 yılında 222 iş kazası,

İşyerinde çalışan işçi sayısının 488 olduğu düşünüldüğünde kaza oranının ne denli önemli boyutlara ulaştığı da ortaya çıkmaktadır. İşte kazaların böylesine yoğun olduğu bir işyerinde işçi sağlığı ve iş güvenliğiyle ilgili olarak neler yapıldığına baktığımızda, üzerine sorumluluk düşen hiçbir kişi ve bu kişilerin bağlı olduğu kurumların gerekli çalışmayı tam anlamıyla yapmadığı da ortaya çıktı.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği kurulları hakkında tüzük gereğince, sanayiden sayılan ve devamlı olarak en az 50 işçi çalıştıran her işyerinde, her işveren, işçi sağlığı ve iş güvenliği kurulu kurmakla yükümlüdür. Bu kurulda bulunması gereken kişiler ise tüzükte belirtilmiş : İşveren veya işveren vekili, işyeri güvenlik şefi, yoksa işyerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği konularında görevli teknik bir kişi, işyeri hekimi, sosyal işler danışmanı. Yine sözkonusu tüzüğün 4. maddesinde bu kurulların ödev ve yetkileri belirtilmiştir. Ayrıca aynı tüzükte (Md. 5) inceleme, denetleme ve uyarmayı öngören bir düzen içinde çalışacak kurulların çalışma usulleri de sıralanmış ve ayda en az bir kere toplanacağı belirtilmiştir.

Ancak Rabak işyerinde sözkonusu kurulun işleyişine baktığımızda bundan birkaç ay öncesine kadar fabrikanın genel sorunlarıyla işçi sağlığı ve iş güvenliği sorunlarının birlikte gündeme getirildiği ortaya çıkmıştır. Yani, tüzük uyarınca ayrıca toplanması öngörülen ve sadece işçi sağlığı ve iş güvenliğiyle ilgili sorunları görüşecek olan kurul böylesi bir işleyişe ancak yakın bir zamanda kavuşmuştur. Ayrıca son dört toplantının tutanakları incelendiğinde gündem maddelerinin hemen hemen her defasında pek önemli bir değişikliğe uğramadan aynı sorunlarla yinelandığı da ortaya çıkmaktadır. Banyo kabini sayısıyla ilgili sorun üç toplantıda arka arkaya gündeme gelmiştir. Kuyu döküm bölümünde aspiratörlerin baca şeklinde borularla döküm kuyularına yakın mesafeye

çakılması ve zararlı dumanın etrafa yayılmasının önlenmesi, tel çekme ünitesinde çalışan dört kişiye deri yelek verilmesi, pres holünde çalışan altı kişiye deri yelek verilmesi, göztaşı ünitesinde havalandırmanın sağlanması ve kristalizatörde bulunan kompresörün gürültüsünün giderilmesi, preste auslof tezgahının kanca ile mamul alınan kısmına platform yapılması gibi sorunlar arka arkaya üç toplantıda da halledilmeden gündeme getirilmiştir.

Bu da işleyişi dört kişiyle temsil edilen işverenin eline bırakılan kurulun sağlıklı bir işleyişe kavuşmasının ve gerekli önlemleri üretmesinin mümkün olmayacağını göstermektedir. Kaldı ki, sözkonusu tüzüğün hiçbir yaptırımı da yoktur. Ayrıca kurulda işverenin dört kişiyle temsil edilmesi nedeniyle, sonuçta işverenin dediği olmakta ve böylece kurulun anti-demokratikliği çok çarpıcı biçimde ortaya çıkmaktadır.

Kurul üyelerinden olan işyeri doktorunun durumuna baktığımızda ise yine ülkemizdeki genel sorunların işyerindeki somut örneğiyle karşılaşyoruz. İşyeri doktoru dahiliye mütehassısıdır. Koruyucu hekimlikle ilgili olarak hiçbir eğitimi ve benzeri çalışması yoktur. Bu da tabii ülke genelinde bir sorundur. Türkiye'de koruyucu hekimlik alanında hiçbir ciddi çalışma yoktur. Konuyla ilgili olarak üniversitelerde bir kürsü oluşturulmuş değildir. Kaldı ki, işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında da üniversitelerde bir kürsü yoktur. Bildiğimiz kadarıyla Şubat ayı içinde İstanbul Tabip Odası işyeri hekimleriyle ilgili olarak sınırlı da olsa bir seminer düzenlemiştir. Bildiğimiz tek çalışma da budur. Bu nedenlerle işyerlerinde görevli doktorların ne bulunduğu konularla, ne de koruyucu hekimlikle ilgili olarak köklü hiçbir bilgileri yoktur. Bunun yanında işverenlerin de böyle bir beklentisi olduğu söylenemez. İşverenin işyeri hekiminden beklediği fazla iş zamanı kaybı olmadan işçinin bir an önce işinin başına dönmesinin sağlanmasıdır. Bu bizatihi işverenin doğasından kaynaklanmaktadır. Amaç üretimin kesintiye uğramadan devam etmesi, dolayısıyla karın sürekliliğidir. Yukarıda da belirttiğimiz gibi konuyla ilgili mevzuat yetersiz ve yaptırımcı değildir. Ancak olay işverenin vicdanına bırakıldığında, biz varolandan da geri ve eksik uygulamalara tanık oluyoruz. Nitekim 4.7.1980 tarihli İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartlarıyla Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik gereğince işyeri hekiminde aranan özellikler belirtilmiş, çalışma saatleri ve biçimleri sıralanmıştır. Sözkonusu yönetmeliğin 8. maddesine göre işyeri hekimliğiyle ilgili hizmetler için işçi başına ayda 15 dakika ayırması gerektiği vurgulanmıştır. Rabak işyerinde ise durum şöyledir: İşyerinde 488 işçi çalışmaktadır. Bu durumda doktorun işyerinde geçirmesi gereken süre 122 saattir. Doktorun mesai saatleri her gün saat 08.00 ile 10.30 arasındadır ve Cumartesi, Pazarları çalışmamaktadır. Bu durumda doktorun işyerinde bir ay boyunca geçirdiği süre 50 saattir. Görüldüğü gibi işyerinde doktorun bir ayda toplam olarak geçirmek zorunda olduğu yasal süreyle, ayırdığı süre arasında 72 saatlik önemli bir fark vardır.

O halde, zaten baştan gerekli niteliklere sahip olmayan doktorların işyerinde görevlendirilmesiyle sağlıklı ve güvenli çalışma koşullarının sağlanamamasının ötesinde, varolan haklardan da yararlanmak mümkün olmamaktadır. Sorun Türkiye genelindeki sorunlardan soyutlanarak ele alındığında kişiselleştirilebilir. Ancak bizler biliyoruz ki, tamamen işverenin keyfine bırakılmış bir işleyişte, işverenin ücretli memuru durumundaki bir doktorun işini kaybetmemek amacıyla alacağı tavır da, belirtilen sorunların halli yönünde değil, işverenin isteği doğrultusunda olacaktır. Belli bir ekonomik güvence altına alınmadan ve odaların denetiminde hareket etmesi sağlanmadan işyerlerinde görevlendirilen hekimlerin, S.S.K.'ya sevk kağıdı düzenleyen ya da birkaç ağır kesici ilaç veren memur olmaktan öte konularını olamayacaktır. O halde burada önemli bir görev de tabip odalarına düşmektedir. İnsan sağlığını böylesine yakından ilgilendiren bir konuda tüm Tabip Odaları üzerlerine düşen görevleri yapmalıdır. İşyeri hekimlerinin kuruyucu hekimlik

alanında belli ölçülerde yetiştirilmesi sağlanmalı, işyeri doktorlarının işverenin güdümünden çıkartılarak, toplum içindeki saygınlıklarına yakışır bir şekilde görevlerini yerine getirmesi yolunda gerekli adımlar atılmalıdır. Geçen Şubat ayında İstanbul Tabip Odasının işyeri hekimlerine yönelik olarak verdiği eğitim bu yolda atılacak adımlara güzel bir örnek teşkil etmiştir. Ayrıca işyeri hekimlerinin Tabip Odalarınca atanması da sağlanmalıdır.

İşçi sağlığı, iş güvenliği kurullarında yer alması gereken ve işverence atanan bir başka görevli de, işyeri güvenlik şefi, yoksa, işyerinde işçi sağlığı iş güvenliği konularında görevli teknik kişidir ki, bu genellikle mühendis olmaktadır. Rabak'ta kuruldaki görevli kişi yüksek makina mühendisidir. Bu görevli aynı zamanda işletmeler müdürü konumundadır. Yani direkt olarak işverenin önemli ve üst düzey görevlilerinden biridir. İşyerinde bu konumda olan birisinin, işçinin sağlığıyla ilgili gerekli önlemleri alması eğer işverenin zararına sonuçlar doğuracaksa -ki genellikle öyledir- mümkün olmayacaktır. Rabak gibi iş kazalarının yoğun olduğu bir işyerinde ne yazık ki, işverene sıkı sıkıya bağlı konumda olan mühendisin gerekli önlemleri alamadığı ortadadır. Gelişen teknolojiyle birlikte, işyerlerindeki koşullar da daha fazla teknik bilgiyi gerekli kılmaktadır. Bu nedenle makinelerde alınması gereken tedbirlerle ilgili olarak teknik bilgiye sahip olan mühendislerin özellikle de kurulda yer alan mühendisin gerekli hassasiyeti göstermesi zorunludur. Makina koruyucuları yönetmeliğinde yer alan maddelerle ilgili önlemlerin alınması elbette ki mühendislerin görevleri arasına girmektedir. Bu da ancak mühendis odalarının gerekli incelemeyi yapmasıyla mümkün olabilir. Bursa Makina Mühendisleri Odası dışında işyerlerinde makina koruyucuları yönetmeliği doğrultusunda herhangi bir çalışma yapılmamıştır.

O halde burada da yine işyeri hekimleriyle ilgili olarak karşımıza çıkan sorun gündeme gelmektedir. Bu da mühendis odalarının işçi sağlığıyla ilgili olarak gerekli çalışmaları yapmamalarıdır.

Yapılacak çalışma; olayı işverenlerin güdümünden çıkarmak için teknik görevli arkadaşların bu konuda gereken duyarlılığı kazanmalarını, yetki, görev ve sorumluluklarını öğrenmelerini sağlamak şeklinde özetlenebilir.

Söz konusu kurulun işleyişinde bir diğer görevli ise bilindiği gibi işyeri temsilcisidir. Burada herşeyden önce iğneyi kendimize çuvaldızı başkasına batırmalıyız. Bu sorunda ne yazık ki, sendika olarak konuya gereken önemi verdiğimizizi söyleyemeyiz. Bu elbette Rabak işyeri özelinde somut bir biçimde ortaya çıkıyor. Söz konusu işyerinde kurul, tek başına kurul olarak toplantıları ancak yakın zamanda yapmaya başlamıştır. Temsilci arkadaşımız konuyla ilgili olarak hiçbir teknik bilgiye sahip değildir. Ayrıca işçi sağlığıyla ilgili olarak mutlaka belli bir perspektife gereksinimleri vardır. Ancak olayı biraz daha genelleştirip sendikalara geldiğimizde onlara bu perspektifi ve bilgiyi verecek donatımdan yoksun olduklarını göreceğiz. Ne yazık ki, bu konuda sendikalar üzerine düşeni yapamamakta, yani kendilerini direkt olarak ilgilendiren bir sorunu yeterince ciddiye almamakta ya da alamamaktadırlar.

1980 sonrasında güç koşullarında alım güçleri 1977'lere oranla yarı yarıya düşen, günlük yaşama standartlarını korumak ya da en azından aç kalmamak için ekmek derdine düşen işçiler için işçi sağlığı iş güvenliği arka planda yer almaktadır. Mevzuatla eli kolu bağlanmış, her türlü mali kaynakları alabildiğine kısıtlanmış, siyaset yapma yasağı getirilmiş kısacası işçilerin haklarını korumaktan adeta men edilmiş sendikalarda iyiden iyiye, "iyi" toplu sözleşme imzalayan dernekler haline getirilmiştir. İşçinin ekmek derdine, sendikaların dar ekonomik mücadeleye hapsedilmeye çalışıldığı böylesi bir dönemde, işçi sağlığı iş güvenliği gibi yaşamsal bir sorun da hep gözardı edilmektedir. Ancak sorun çok

ciddidir ve bu soruna sahip çıkılmazsa "iş cinayetleri" ardı arkası kesilmeksizin devam edecektir.

Kaza oranının neredeyse yarı yarıya olduğu bir işyerinde sorunu işyeri düzeyinde ele alacak ya da alması gereken "İşçi Sağlığı İş Güvenliği" Kurulu'na baktığımızda, işyeri somutunda görevli ve sorumlu hiçbir kişinin üzerine düşeni yapmadığı net bir şekilde ortaya çıkmıştır. Olayı işyeri özelinden çıkarıp Türkiye geneline getirdiğimiz zaman ise, soruna gerçek anlamda sahip çıkması gereken ve mağdur olan işçiler ve dolayısıyla sendikalar başta olmak üzere, tabip odalarının ve meslek odalarının, üniversitelerin ve mevzuatın önemli eksiklikleri olduğunu görüyoruz.

Biz bu soruna elbette ki, işyerinde yapılacak çalışmalarla halledilebilecek ya da Türkiye'nin genel sorunlarından ayrı ve tek başına çözümlenebilecek bir sorun gözüyle bakmıyoruz. İşçi sağlığı, işçinin fiziksel ve ruhsal olarak en iyi durumda bulunmasıyla elbette ki sorun çok daha köklü bir şekilde ele alınmalıdır. Çünkü işçinin fiziksel ve ruhsal bakımdan en iyi durumda olması yaşadığı evden, ulaşım koşulları ve çevresine oradan da işyerindeki çalışma koşullarına kadar içinde bulunduğu heryeri kapsar.

Konuya böyle yaklaştığımızda sorunun ekonomik, toplumsal ve politik bir bütünlük arzettiği bir gerçektir. Biz, işçi sağlığı ve iş güvenliği sorununun Türkiye'nin genel sorunlarından ayrı düşünülmemeyeceğini, kapitalizmin mantığı içerisinde soruna köklü ve işçilerden yana gerçek bir çözümün sağlanamayacağını, çünkü kapitalistin karı ile işçinin sağlığı arasında mutlak bir çelişkinin olduğunu, temel perspektifimizin çok daha geniş bir mücadele alanını kapsadığını belirtiyor ve diyoruz ki : Soruna, herşeyden önce sendikalar sahip çıkmalıdır. Sendikalarda konuyla ilgili kadrolaşma sağlanmalı, toplum içinde en örgütlü güç olarak aktif ve işçi sınıfının öncülüğüne yakışır bir şekilde konuyla ilgili diğer tüm kurum ve kuruluşlarla ortak çalışmalar yapılmalıdır.

İşyerlerinde ortaya çıkan sorunların görece de olsa çözümünde işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili tüm örgütlerin işbirliği, işyerlerinden başlayarak, yerel ve ulusal düzeyde sağlanmalıdır. Bunun yanında eşgüdümü sağlayabilmek açısından üst düzeyde bir eşgüdüm komisyonu kurulmalıdır. Bu komisyona sendikalar, meslek örgütleri, üniversiteler, yerel yönetimler, işveren temsilcileri, bakanlık görevlileri katılmalı, alınan kararlar bağlayıcı olmalı ve sendikaların kararların uygulanmasını denetleyebilmesi sağlanmalıdır.

Ancak sendikaların öncülük ettiği böylesi bir çalışmayla sözkonusu yasalardaki eksikleri ortaya çıkarmak, işleyişteki aksaklıkları tesbit etmek ve oluşturulan kamuoyuyla gerekli değişikliklerin yaşama geçirilmesini ve önlemlerin alınmasını sağlamak mümkün olacaktır.

Görülüyor ki, sorunun yarattığı sonuçlar hem kendi içinde hem bağlı olduğu diğer sorunlarla birlikte genel anlamda ancak en geniş katılımın sağlanmasıyla hafifletilebilir.

İşyerinden başlayarak, yerel ve ulusal düzeyde böyle bir birlikteliğin sağlanması ülkemizde kişilerin ve bağlı buldukları örgütlerin yönetime katılabilecekleri bir ortam sağlanmasıyla mümkündür. Örgütsüzlüğün dayatılmaya çalışıldığı günümüz ortamında, hedeflediğimiz işleyişin sağlanması elbette ki, demokrasi mücadelesinden ayrı düşünülemez.

En kısa zamanda, sendikaların öncülüğünde ve diğer kuruluşların da değerli katkılarıyla, demokratik bir ortamda gerçekleştirilecek böylesi bir kongrede yeniden birlikte olmak en büyük dileğimizdir.

**Kordsa Kord Bezi Sanayi ve Ticaret A.Ş.**  
**İşçi Sağlığı, İş Güvenliği ve Çevre İşleri Çalışmaları**  
**Mustafa TAŞYÜREK**  
**(İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Şefi)**

Uygarlığa koşut olarak gelişen edüstri ve ticaret, insanların günlük yaşamlarını da hızlanan bir tempoda değiştirmektedir.

Bunun sonucunda sosyal ve fizik çevre ile uyum sorunları ve dolayısıyla, (1) öncelikle ve doğrudan doğruya sanayi işçilerine (çalışanlara) yansıyan iş sağlığı ve iş güvenliği sorunları, (2) bütün topluma yansıyan sağlık sorunları, (3) çevreye yansıyan ve geleneksel bir çevre sağlığı sorunu olmaktan çok daha kapsamlı ekolojik değişim niteliği gösteren çevre sorunları doğmuştur. Yine geleneksel bir görüşle işçilerin sağlık sorunları çoğu kez iş kazaları ve meslek hastalıkları biçiminde tanımlanmıştır.

İş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi; tüzükler, standartlaştırma, denetim, teknik araştırma, sağlık malzemesi, psikolojik araştırma, istatistiksel araştırma, öğretim, eğitim, inandırma, sigorta, bir başka deyişle işçi ve işveren örgütlerinin, ilgili kamu kurumlarının ve bütün kamuoyunun ilgi ve desteğiyle en aza indirilebilir. Fakat iş kazası ve meslek hastalıklarının meydana geldiği yerler genellikle iş yerleridir. Yukarıda belirtilen maddelerin etkinliği geniş çapta işyerlerindeki işçi sağlığı ve işgüvenliği (ve hatta çevre işleri) önlemlerinin etkinliğine bağlıdır.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği (ve hatta çevre işleri) hakkında KORDSA KORD BEZİ SANAYİ VE TİCARET A.Ş. işyerinde yapılan çalışmaları burada konuşma için ayrılan sürede sıralamak olası değildir.

Yaptığımız çalışmalardan, aldığımız önlem ve sonuçlardan derlenen bir özet sunulacaktır.

Hacı Ömer Sabancı Holding A.Ş. önderliğinde 1973 yılında kurulan KORDSA A.Ş. 1975 Aralık ayında üretime başlamıştır. Nylon 6, Nylon 66, Rayon ve Poliester iplikleri tek büküm, katlı büküm, dokuma işlemlerinden sonra latex, amonyak, formaldehit ve oransal olarak az miktarda çeşitli reçinelerin kullanıldığı banyolardan geçirilerek germe ve fırınlama işlemlerinden sonra terbiye edilmiş kordbezi lastik firmalarına gönderilir.

Kordbezi tekerlek lastiğinin en önemli girdisidir. Ağırılıkça bir lastiğin ortalama % 5-10'unu teşkil etmesine rağmen onun iskeletini oluşturur. Tıpkı demir çubukların betona mukavemet verdiği gibi tekerlek lastiğinin şeklini ve boyutsal kararlılığını temin eder. Lastiğe darbe ve yorulma mukavemetini vererek yük taşıma özelliğini sağlar. KORDSA'da ayrıca konveyör bezi ve enüdstriyel bezler de üretilmektedir.

## A. İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ EĞİTİMLERİ

Şirketimizde sosyal ve moral yapısı sağlam, güven verici bir iş ortamının ilerleme ve başarısının ana kaynağı olduğu kabul edilmektedir. KORDSA'nın yaratılmasında insan faktörünün önemi gözönünde bulundurularak; işçi sağlığı ve iş güvenliğini sağlamak için gerekli olanlar yapılmaya, bu husustaki şartlar sağlanmaya ve araçlar noksansız bulundurulmaya çalışılmaktadır. Hammaddeler, yarı mamul, mamul ve yardımcı maddeler ile makina ve teçhizatının kullanılmasından doğabilecek olası tehlikeler ve bu hususta önceden alınabilecek önlemler, sürekli literatür takip edilerek araştırılmaktadır.

Özetlersek taranan literatür, hammaddeyi üreten firmalardan periyodik olarak istediğimiz çevresel, işçi sağlığı ve iş güvenliği bilgi formları (Sheet'leri), çalışma mevzuatımız, ilgili standartlar, yerli yayınlar, ILO yayınları, A.B.D. National Safety Council'in yayınları vb. dir.

Derlenen bilgiler çağdaş eğitim olanaklarıyla sunulmaktadır. Bu sunuşlar video, videoskop, tepegöz, slayt, episkop kullanılarak yapılmaktadır. Ayrıca, teorik ve pratik eğitimin yanısıra rahatlıkla görülüp okunabilecek yerlere uygun boyutlarda afiş-uyarı levhaları asılarak işçiler haberdar edilmektedir.

İşyerimizde yeni alınan veya bölümü değiştirilen bütün işçilere eğitim bölümünce oryantasyon eğitimi verilerek gerekli beceriler kazandırılmaktadır.

KORDSA A.Ş.'nin üretime geçmesiyle birlikte işçi sağlığı ve iş güvenliği yönetici ve görevlileri, tecrübe + eğitim + tutum (davranış) + iletişim + liderlik + diplomasi (uyum ve esneklik) deki olumlu özelliklerini kullanarak, sürekli işbaşı eğitim yöntemini uygulamaktadır. Çalıştığı bölüm ya da işi değiştirilen işçilere yeni yerlerinde karşılaşabileceği olası riskler ve önlemleri hakkında bilgiler verilmektedir. Sadece işçi sağlığı ve iş güvenliği bölümünün yaptığı programlı eğitimler Tablo 1'de belirtilmiştir.

Tablo 1 : İşçi Sağlığı İş Güvenliği Eğitimlerinin Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
İşçi sayısı (Ort.)	370	387	412	461	521	606	710	822	806	833
İşçi sağ. ve iş güven. eğitimi (adam / saat)	192	210	165	672	210	550	964	740	796	1230
İşçi başına düşen eğt. süresi (adam/saat)	0.52	0.54	0.40	1.46	0.40	0.91	1.08	0.90	0.99	1.48



## **B. İŞÇİ SAĞLIĞI ÇALIŞMALARI**

İşyerimizde full-time çalışan bir hekim ayrıca laboratuvar eğitimi görmüş iki hemşiremiz ve ilk yardım eğitimi görmüş yetmiş personelimiz vardır. Gürültülü bölümlerde çalışan işçilerimizin periyodik kulak muayeneleri ve odiyogramları ayrıca bir kulak-burun-boğaz uzmanına yaptırılmaktadır.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü ile Ağır ve Tehlikeli İşler Tüzüğü'nün öngördüğü periyodik muayeneler, periyodik portör muayeneleri (yemekhane ve çay ocaklarında çalışanları kapsıyor), günlük poliklinik ve revir çalışmaları yapılır. Ayrıca her işçiye senede en az bir kere, kanda; total lipid, total kolesterol, kan şekeri, lökosit, erythrocyte, homglobin, sedimentasyon, hematokrit, idrarda; bilirubin, ürobilinojen, gizli kan, albumin, şeker mikroskopik görünüm analizlerini içeren kontroller yapılmaktadır. Bunların yanısıra, kan grubu tayini, gebelik testi yapılmakta, doğum kontrol araç ve gereçleri dağıtılmaktadır. İşgören firmaları dahil işyerinde çalışan bütün personelin periyodik olarak akciğer röntgen filimleri çektirilmekte, bu filimler sonucu şüpheli görülen vak'alar tekrar Verem Savaş Dispanserine gönderilmektedir, bu yolla bazı bilinmeyen vak'alar saptanmış ve tedavi ettirilme yoluna gidilmiştir. İşyerinin bütün bölümlerine sedyeler ve ilkyardım dolapları konmuştur.

## **C. İÇME SUYU**

Düzenli olarak her ay içme ve kullanma suları analiz ettirilmektedir. KORDSA A.Ş. işyerinin tüm bölümlerindeki su sebillerine (çağdaş bir uygulama olan) bir defa kullanılıp atılan su bardakları konulmuştur.

## **D. ENDÜSTRİ HİJYEN CİHAZLARI**

İşyerimizde işçilerin sağlığını bozabilecek etkenleri saptamadan sadece duyu organlarımızın yeterli olmadığı inancındayız. Zaman zaman İSGÜM gibi resmi kurumlara yaptırdığımız ölçümlere rağmen, sıcaklık, bağıl nem ve hava akımı hızı (kullanılan teknoloji gereği sürekli ölçülmekte), anemometre (hava hızı ölçü aleti), kişisel gürültü dozimetresi, lüxmetre ve gaz ölçme cihazlarından oluşan küçüğe olsa bir endüstri hijyen laboratuvarımızdan faydalanarak tarafımızca gerçekleştirilmektedir. Anılan cihazlardan yararlanarak aldığımız önlemlerin sonuçlarının yeterli olup olmadığı sürekli kontrol edilmektedir.

## **E. İŞ GÜVENLİĞİ ÇALIŞMALARI**

İş kazalarından korunmanın; güvenliksiz kişisel davranışlara ve güvenliksiz fizik-mekanik koşullara yöneltilmiş kapsamlı programların uygulanması için yapılan çalışmalarla olacağının bilincindeyiz. İş kazalarından korunma çalışmalarında; olabilecek fizik-mekanik olumsuz koşulların düzeltilmesi çabuk başarılması gereken acil önlemler olarak ele alınmaktadır. Ayrıca işyerimizde kullanılan paratonerler, topraklama hatları, basınçlı kaplar, kompresörler, kazanlar, asansörler, menliftler, kaldırma araçları (monoraylar), aspirasyon tesisatı, akü şarj odaları, tehlikeli sıvıların bulunduğu tank ve depoların kontrolü gibi periyodik test ve kontroller aksatılmadan titizlikle konunun uzmanlarına yaptırılmaktadır. Meydana gelen aksaklıkların her ay toplanan işçi sağlığı ve iş güvenliği

kuruluna getirilerek üst yönetimin devamlı desteği ile ilgili kişi ve bölümlere gerekli talimatlar verilerek giderilmesine çalışılır. Ayrıca olası kazaları azaltmak ve verimi arttırmak için (a) düzenli kontrol, (b) iyi bakım, (c) uygun tamirin zorunluluğuna inanarak işçi sağlığı, iş güvenliği (ve çevre işleri) açısından risk doğuran her türlü koşul günü gününe düzeltilmeye çalışılmaktadır. Fizik-matematik koşulların oluşturabileceği riskleri ortadan kaldırmak ya da etkilerini en alt düzeye indirmek için;

(1) risk oluşturabilecek etmenin kaynağında önlem alınmaktadır.

Gürültü düzeyi fazla olan dokuma tezgahları yerine daha az gürültülü, tezgahlar, mekikli tezgahlar yerine ise mekiksiz tezgahlar alınmaktadır.

(2) Çalışma ortamında; önlem alınır : İşyerimiz büküm ve dokuma salonlarında üstten hava basmalı, tabandan hava emmeli bir havalandırma sistemi uygulanmaktadır.

(3) En son olarak maruz kalabilecek kişilerde önlem alınır : Bu nedenle yukarıda özetlemeye çalıştığımız önlemlerin yanısıra bütün dokuma fabrikalarının en önemli sorunu ve riski olan gürültüye karşı, işyerimiz kurulduğundan beri gürültü düzeyini (ortalama 30 desiBell) düşürdüğü belirtilen tikaçlar kullanılmaktadır.

Kulak tikaçları yerine (bazı işçilerimizin kullandığı) kulak kepçesini içine alan manşonlu koruyucu kullanılmak için araştırmalarımız devam etmektedir.

## F. ÇEVRE İŞLERİ

Sanayileşmenin çevreye yansıyan ve geleneksel bir çevre sağlığı sorunu olmaktan çok daha kapsamlı ekolojik değişim niteliği gösteren çevre sorunlarına karşı alınacak önlemleri hocam Dr. İsmail TOPUZOĞLU şöyle açıklamaktadır :

1. Bilinen gerçekleri uygulamaya koymak; örneğin çalışanların sağlığı ile ilgili koruyucu önlemleri, ergonomiyi benimsemek, yaygın hale getirmek. Topluma yansıyan sağlık sorunları bakımından kronik, dejeneratif hastalıkların kontrolüne çaba göstermek, çevreyi yozlaştıracak etkilerden korumak.

2. Yeni araştırmalarla sanayileşmenin çalışanların, toplumun sağlığına ve çevreye ilişkin henüz bilinmeyen etkilerini açığa kavuşturmak.

3. Birinci ve ikinci maddelerde yazılı önerileri gerçekleştirecek örgütsel biçimlere gitmek.

Aralık 1984'de Hindistan'ın Bhopal şehrindeki Union Carbide Fabrikasından sızan metil izosiyanat çevrede yaşayan 2500'den fazla kişinin ölmesine, binlerce kişinin kör olmasına neden olmuştur. Nisan 1986'da Sovyetler Birliği'nin Kiev yakınlarındaki Chernobyl Reaktöründe olan kazada reaktör yakınında bulunan 30'dan fazla insan ölmüş, binlercesi önemli derecede etkilenmiş, hatta kazanın etkisiyle yurdumuz sıkıntılara düşmüştür.

Sanayinin çevreye etkisini çarpıcı biçimde ortaya koyan benzer birçok örnek sıralanabilir.

En kötü örneklerden biri de işyerimizin bulunduğu İzmit'tir. Örnekleyecek olursak : Belediye otobüsüyle İzmit Köseköy yönüne giderken, o bölgedeki fabrikalara yaklaşınca annesinin karşısında oturan 5-6 yaşlarında bir kız çocuğunun etrafındakilerin gözlerine şöyle bir şüpheli şüpheli baktıktan sonra burnunu sıkarak annesine doğru eğilip ne kadar

ayıp demesi, sanayinin çevreye etkisinin çarpıcı bir açıklaması olur. Bu bilgilerin ışığında KORDSA A.Ş. işyerinde kurulduğundan itibaren modern bir çevre düzeni sağlamıştır. İşyeri çevresi süpürme makineleri ile tozlar havalandırılmadan temizlenmektedir.

KORDSA A.Ş.'de kimyasal olarak çıkan atık, latex çözeltilisidir. Bu atıkta kurduğumuz kimyasal arıtma tesisinde (kireç ilavesiyle sağlanan bazik ortamda demir 3 klorürle çöktürme yapılmakta, sülfürik asit ilavesiyle tekrar pH ayarı yapılarak kanala verilmektedir) tamamen arıtılmaktadır.

Evsel nitelikli atıklarla biyolojik olarak (anaerobik ve aerobik yöntemle) pis su arıtma tesislerinde arıtılarak su ürünleri kanunu değerlerine uygun olarak kanala verilmektedir.

Bütün bu çabalar işyerimizde işçi sağlığı ve iş güvenliği bölümü tarafından yürütülmektedir. Aslında işçi sağlığı, iş güvenliği ve çevre işleri'ni birbirinden ayrı düşünmemek gerektiği kanısındayız. Avrupa'da DUPONT'a bağlı birçok işyerinde bu bölümün işçi sağlığı, iş güvenliği ve çevre işleri bölümü olarak yeniden organize edildiğini görüyoruz.

## **G. YANGIN ÖNLEMLERİ**

Dokuma sanayinin iş güvenliği sorunlarından biri de YANGIN'dır. KORDSA A.Ş. işyerinin en önemli hammadde girdileri Nylon 6, Nylon 66, Rayon, Poliester gibi petrokimya ve selüloz kökenli maddeler olduğunu belirtmiştik. Fırınlarda yakıt olarak LPG, kazan dairesinde fuel-oil jeneratörleri için mazot, makina temizliğinde gazyağı, dış hizmet araçları için benzin kullanılmaktadır. Bu nedenle yangın tehlike potansiyeli yüksektir.

Yangın tehlikesine karşı, bu tehlikeleri giderici ya da sonuçlarını azaltıcı yönde etkin önlemler almaya çalışılmaktadır.

İşletmede olası yangınları söndürmek üzere geçit ve giriş kapılarına yakın yerlere çıkabilecek yangın türüne (gaz, katı, sıvı) göre karbondioksitli, kuru kimyevi tozlu ve halon gazlı portatif söndürücüler yerleştirilmiştir. İşletmeler içine ve dış sahalara 15-25 metre aralıklarla yerleştirilen söndürücülerin yerleri kolayca görülecek şekilde işaretlenmiştir. İşyerimizde çıkan yangınların hemen hemen hepsi portatif cihazlarla, o bölgede çalışan işçiler tarafından (güvenlik elemanları gelinceye kadar) söndürülmüştür.

Binaların içi ve dış saha devamlı 7-10 atmosfer basınç altında bulundurulmuş yangın su devreleri, hidrantlar ve yangın dolapları ile donatılmıştır.

Yangın tehlike potansiyelinin mal ve işyerinde çalışanların can güvenliği açısından yüksek olduğu LPG gazlaştırma ünitesi, fiktif ambarları, ham, yarı mamul, mamul madde ambarları ile latex hazırlama ve terbiye üniteleri sulu sprink sistemi ile donatılmıştır.

Çatı seviyesinde kurulu sprink donanımında 3'er metre aralıklarla ısıya duyarlı elemanlar (sprinkler heads) mevcuttur. Belirli ısı derecesine duyarlı bu elemanlar ortam sıcaklığının (yangın anında) bu noktaya ulaşması halinde devreye girerek açılmakta ve suyu pulverize şekilde ve otomatik olarak yangın bölgesine püskürtmeye başlamaktadır. Yangın riski en fazla olan sıcak germe (terbiye) fırınlarının hepsi ayrıca karbondioksitli sprink sistemi ile donatılmıştır.

Bütün işyerine belli bir plana göre yangın ihbar butonları konmuş, elektrik enerjisi kesilmesinde otomatik olarak devreye giren akülü acil aydınlatma sistemi kurulmuştur. İşyerindeki acil durumda kullanılacak bütün kapılar diğer kapılardan ayrı bir renge boyanarak üzerlerine ışıklı çıkış yazısı yazılmıştır. Ayrıca işyerinin her yerinden duyulabilecek siren sistemleri vardır.

Akaryakıt tanklarının etrafı duvarlarla çevrilmiştir.

Yangın riski fazla olan yerlerle, amonyak ve formaldehitin kullanıldığı ve depolandığı yerlerin yakınında çalışan işçilerin rahatlıkla alıp kullanabileceği sıkıştırılmış hava tüplü tam yüz maskeleri asılmış ve o bölgedeki bütün işçiler bu maskelerin kullanılması için gerekli alıştırma ve pratik eğitimden geçirilmiştir.

Yukarıda aldığımız yangın önlemlerine ilave olarak işyerinin bütün bölümlerine yangın kancası, baltası ve yangın battanisi konmuştur. Sıkıştırılmış havalı solunum cihazlı yanmaz yangın elbiseleri ve taşınabilir yangın topu alınmıştır. Alınan önlemler periyodik olarak kontrol edilmekte ve gerekli testler yapılmaktadır.

Bu önlemlerin en önemli unsuru şüphesiz insandır. İşçilerimizin hepsi işe başlamadan önce yangın tehlikeleri, yangın sonucu oluşan gazlar, statik elektrik, alınacak önlemler, ağızdan ağıza suni solunumuda içeren ilk yardım, cihazların kullanılması v.b. konularında teorik ve tatbiki eğitimden geçirilmektedir.

#### **H. İŞ KAZASI İSTATİSTİKLERİ**

İşyeri bazında yönetim ve denetimden gelebilecek aksaklıklar en aza indirilmeye çalışılmaktadır. Önlemenin, ödemekten daha kolay ve daha insancıl olduğu inancıyla kazasız bir işyeri amaçlanmaktadır. Buna rağmen ciddi olmasa da S.S.K. Kanununun 11 ci maddesi kapsamına giren iş kazaları olmaktadır. İstatistiki sonuçları vermeden önce bu sonuçlara etki eden faktörlerden bazılarını açıklamakta fayda vardır :

1. İşyeri çalışma koşullarına ve ülkemiz insanına uygun denenmiş, standart, kaliteli kişisel korunma araçları bulunmasında zorluklarla karşılaşmaktadır. Ülkemizde bir çok işyerinde olduğu gibi çelik burunlu ayakkabı giydirtmekte güçlükler çıkmaktadır. Bu güçlükleri yenmek için yakınmalara neden olan iş ayakkabıları iyice incelendiğinde yapımında esneme kabiliyeti yetersiz, kalitesiz deri kullanıldığı, burnuna konan koruyucunun ise paslanacak durumda olduğu saptandı. Haklı olan yakınmaları gidermek için ayakkabı yapımıcısına daha kaliteli deri kullandırılarak, burnundaki çelik ayakkabıya konmadan önce paslanmaya karşı boyattırılarak iş ayakkabısının sorunlarının büyük bir kısmı çözümlendi.

Büküm makinalarını devreye alırken, kopça (küçük plastik parçalar) fırlaması olasılığına karşı operatörlere koruyucu gözlük verilmektedir. Bulabildiğimiz koruyucu gözlüklerin bazılarının estetik veya (yaklaşık 22 mm. çapında 48 gr. ağırlığında çelik bir bilya, 1.3 mt. yükseklikten numune gözlük camı üzerine düşürülerek) test edildiğinde dayanıklılık bakımından uygun olmadığı saptandı.

Kataloglardan yararlanılarak yurt dışından ithal edilen koruyucu gözlüklerin örnek gruba denettirildiğinde dayanıklı olduğu, estetik olarak çok beğenildiği ancak işyeri klima koşullarında gözlüğün çerçevesinin yumuşadığı, kulak üzerine iyi oturmadığı görüldü. Dayanıklı, estetik, buğulanmayan, gözü yormayan daha uygun koruyucu gözlük arama çalışmaları devam etmektedir.

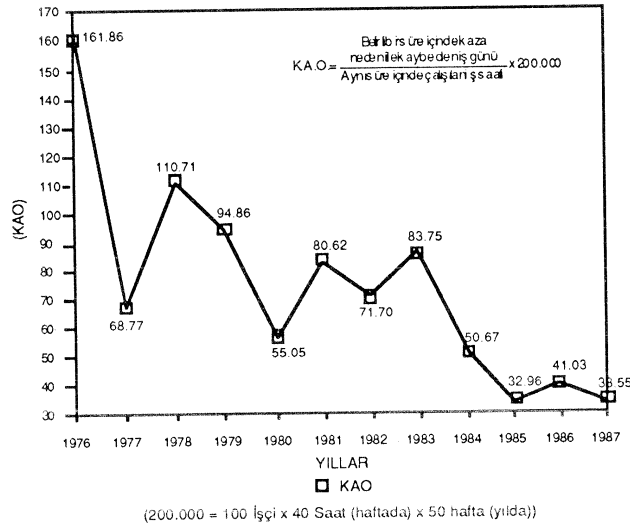
2. Bazı iş kazaları, işyerindeki standartlara uygun çim futbol sahası, voleybol ve basketbol sahaları, kondüsyon salonundaki çalışmalar, tenis ve masa tenisi karşılaşmaları gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır.

3. Sosyal Sigorta Mevzuatına göre; S.S.K. Hastanesinde ayakta tedavi görerek rapor alan bir işçi : Geçindirmekle yükümlü olduğu kimseler varsa ücretinin 2/3'ünü, yatarak tedavi olursa 1/2'sini almaktadır. Geçindirmekle yükümlü olduğu kimseler yoksa; ayakta tedavi görerek rapor alan bir işçi ücretinin 1/2'sini yatarak tedavi görmesi halinde 1/3'ünü almaktadır. Eğer rapor iş kazası kapsamına girerse raporlu olduğu günlerdeki ücretini tam olarak almaktadır. Bu uygulamanın iş kazası sayısının göreceli olarak artmasına neden olduğu kuşkusudur. Buna benzer durumlar işyeri prim sistemi uygulamasında da görülmektedir. Düzenli olarak tutulan işçi sağlığı ve iş güvenliği istatistiklerine ait grafik ve tablolardan da anlaşılacağı üzere kaza tekrarılama oranları, kaza ağırlık oranları, kaza sıklık oranı gibi istatistiki sonuçlarda her geçen yıl daha iyiye doğru bir gidiş olduğu görülmektedir. Bu sonuçları değerlendirirken karşılaştırma kriterimiz önceki yıllarda aldığımız sonuçlar olmaktadır. Ülkemizdeki benzer işyerleriyle karşılaştırmak için elde edebildiğimiz (sağlıklı tutulmuş) istatistiki sonuçlar yoktur. Diğer ülkelerin istatistikleriyle karşılaştırmak bizi yanıltıcı sonuçlara götürebilir.

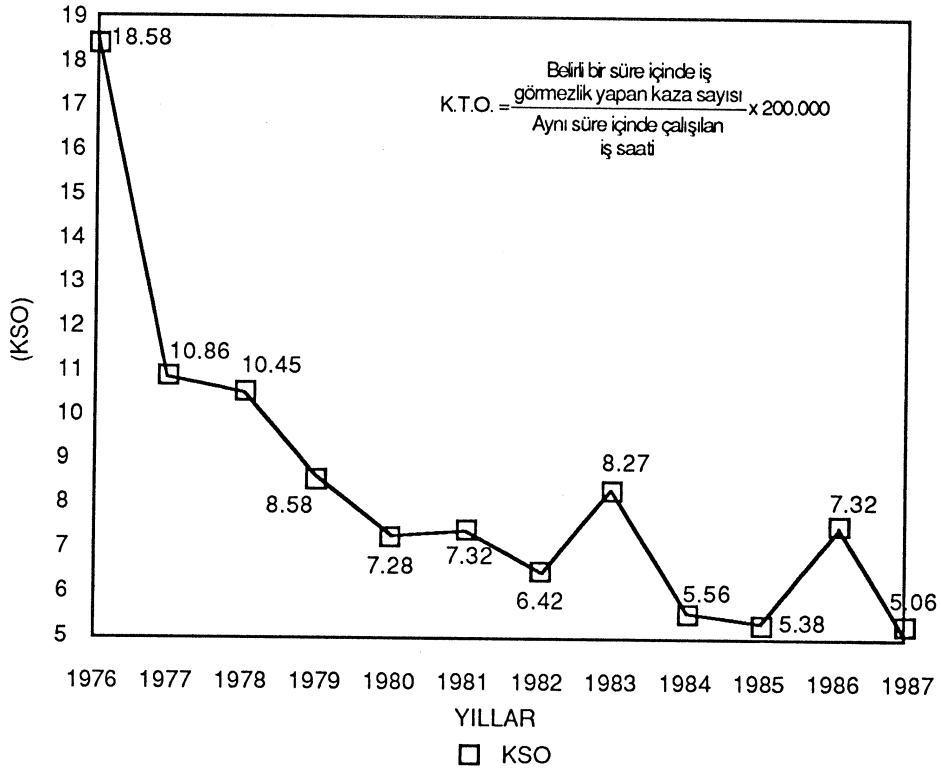
Dupont'un Avrupa'daki işyerlerine ait iş kazalarını bildiren formlardan üç tanesi karşılaştırma yapmak için ekte sunulmuştur. Buradaki iş kazalarını incelediğimizde; örneğin altı dikişi gerektiren bir yaralanma olduğu halde sonuçta hiç işgücü kaybının olmadığını görüyoruz.

İşyerimizde olan F. ERDEMİR, M. UZAR ve Y. İNCE adlı işçilerimizin iş kazalarını incelediğimizde (kazalar Dupon'dakilere göre daha hafif olduğu halde) sonuçta 45+48,5+60 saatlik iş gücü kaybının olduğunu görüyoruz.

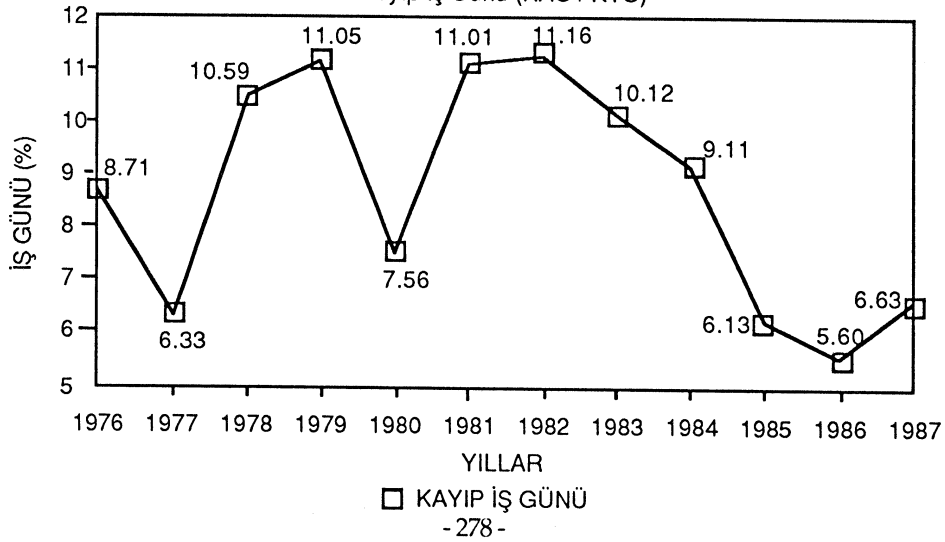
KAZA AĞIRLIK ORANLARI



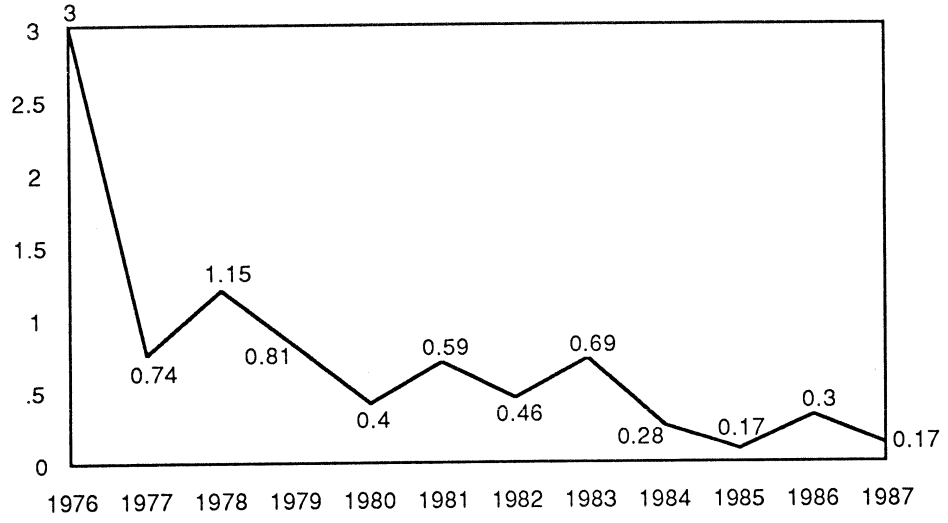
Şekil 2 : Kaza Tekrarlama Oranı



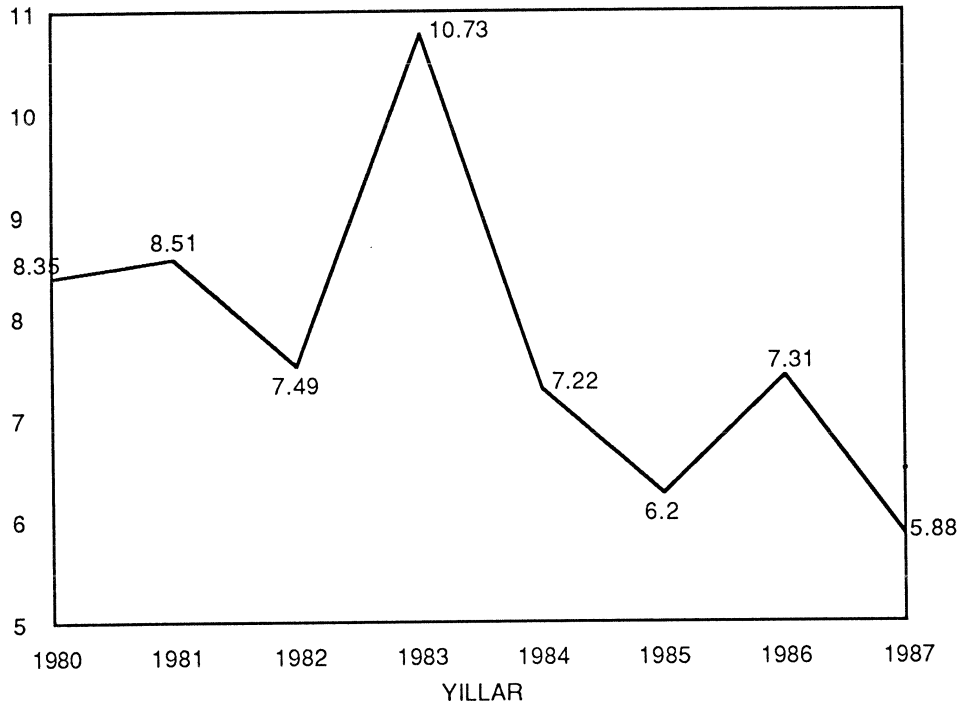
Şekil 3 : İş Kazası Başırına Raslayan Kayıp İş Günü (KAO / KTO)



Şekil 4 : Kaza Endeksi (K.T.O. X K.A.O. / 1000)

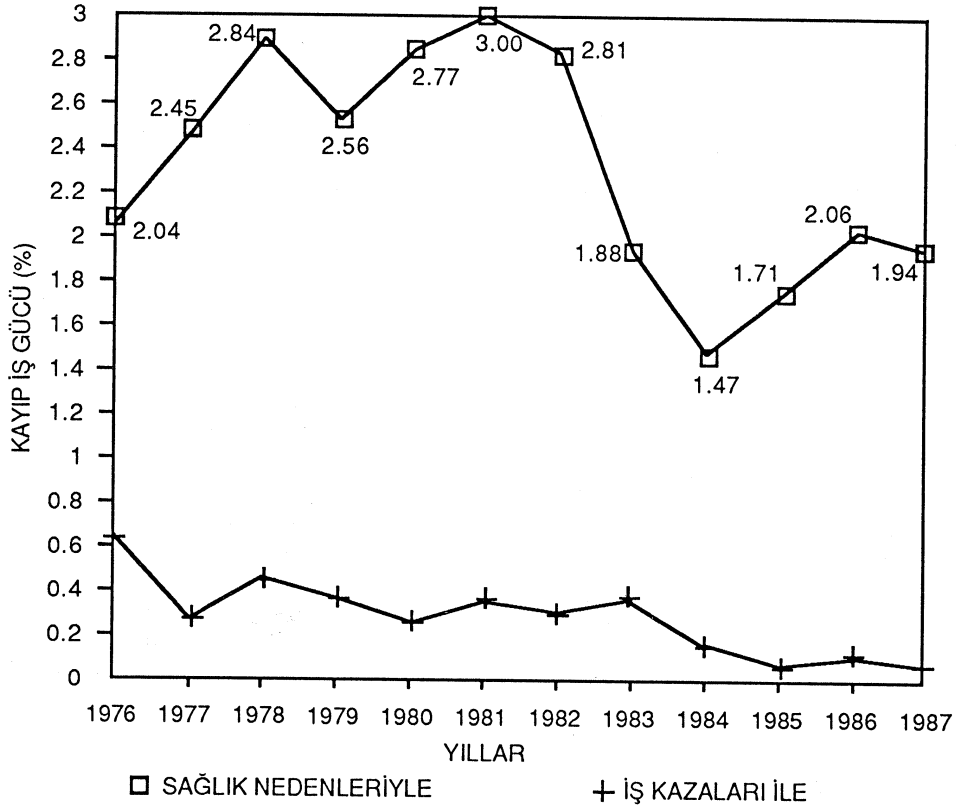


Şekil 5 : 100 İşçiye rastlayan Kaza Sayısı



YILLAR

Şekil 6 : İş Kazaları ve Sağlık Nedenleriyle Kaybedilen İşgücü

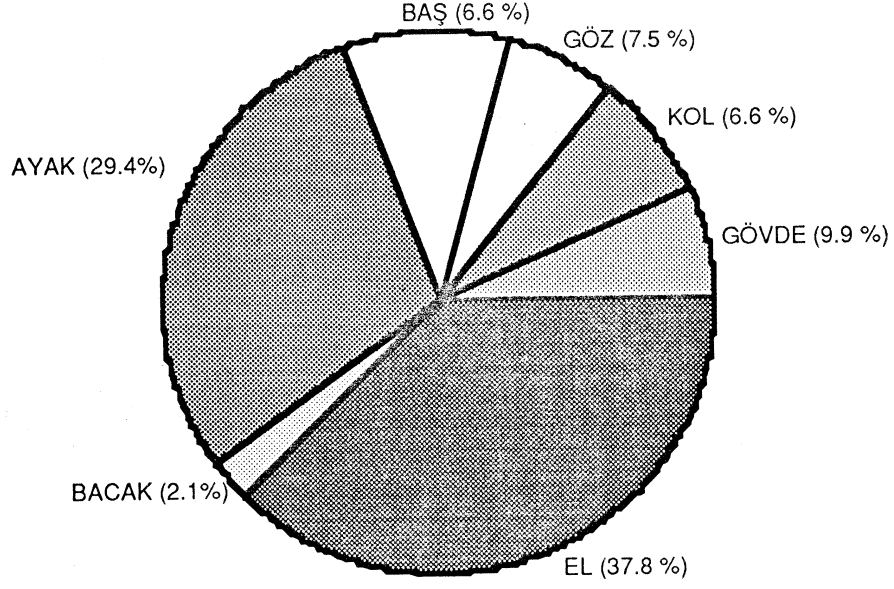


Tablo 2 : 1982-1987 Yılı İş Kazalarının Vücut Organlarına Göre Dağılımı ve İşgücü Kaybı

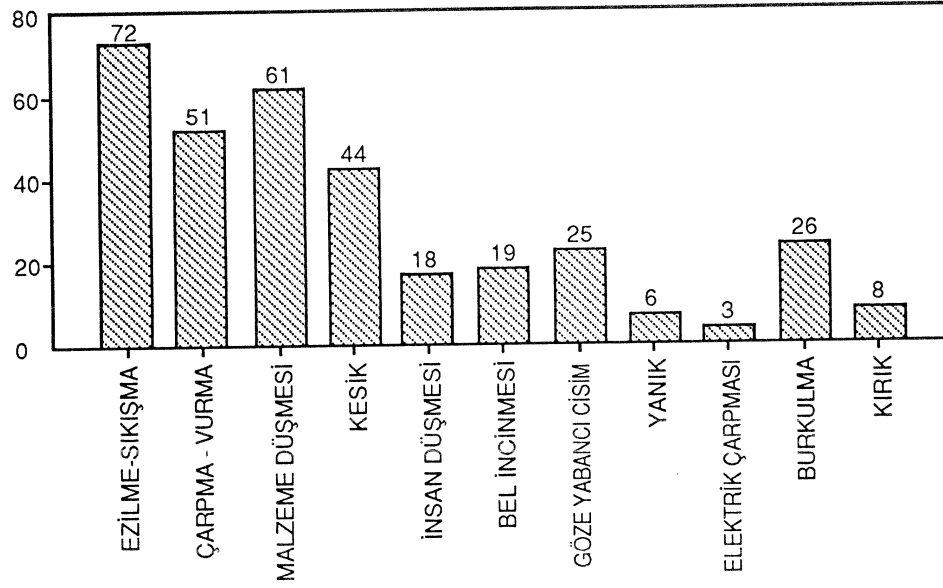
Etkilenen Organ	Kaza Sayısı	Kaza Sayısı %	Toplam İşgücü Kaybı (Saat)	Toplam İşgücü Kaybı %	Kaza Başına İşgücü Kaybı (Saat)
Baş	22	6.61 %	486.00	2.65 %	22.90
Göz	25	7.51 %	934.50	5.10 %	37.33
Kol	22	6.61 %	3200.00	17.46 %	145.45
Gövde	33	9.91 %	1098.00	5.99 %	33.27
El	126	37.33 %	6449.50	35.18 %	51.18
Bacak	7	2.10 %	433.00	2.36 %	61.85
Ayak	98	29.43 %	5729.50	31.26 %	58.46
<b>TOPLAM</b>	<b>333</b>	<b>100.00 %</b>	<b>13330.50</b>	<b>100.00 %</b>	<b>55.05</b>



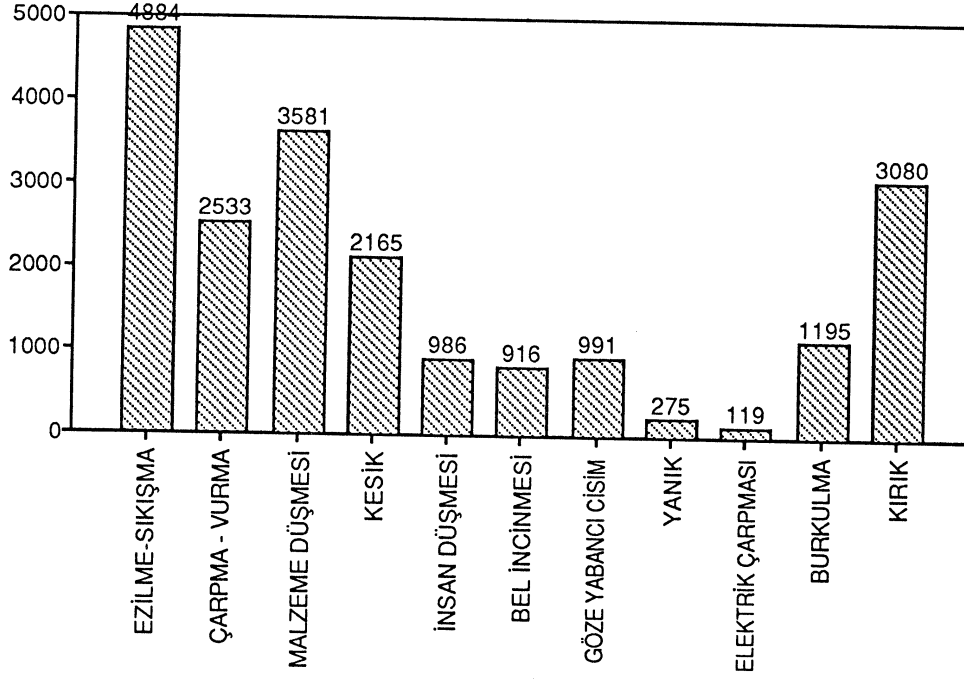
Şekil 7 : 1982 - 1987 Yılları İş Kazalarının Vücudunun Etkilenen Kısım Dağılımı



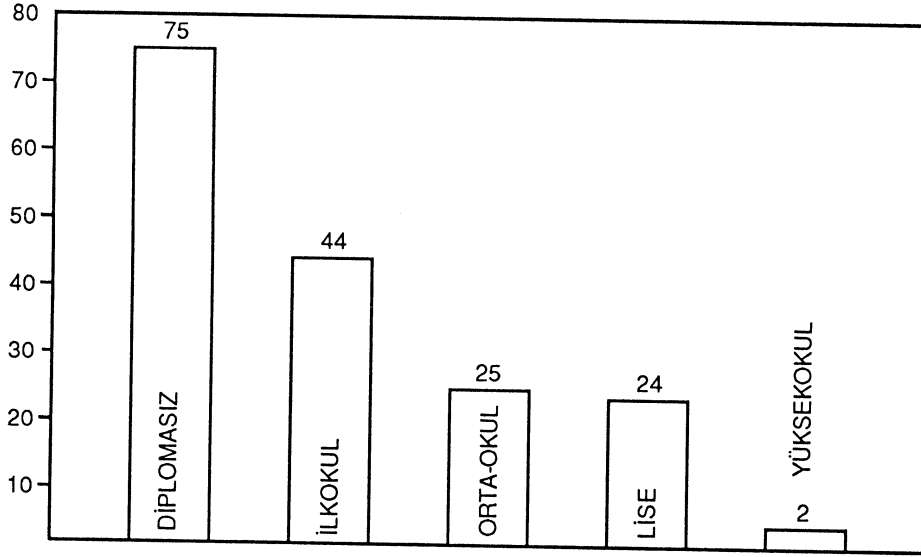
Şekil 8 : 1982 - 1987 Yılı İş Kazalarının Etkilenme Şekillerine Göre Dağılımı (SAYI)



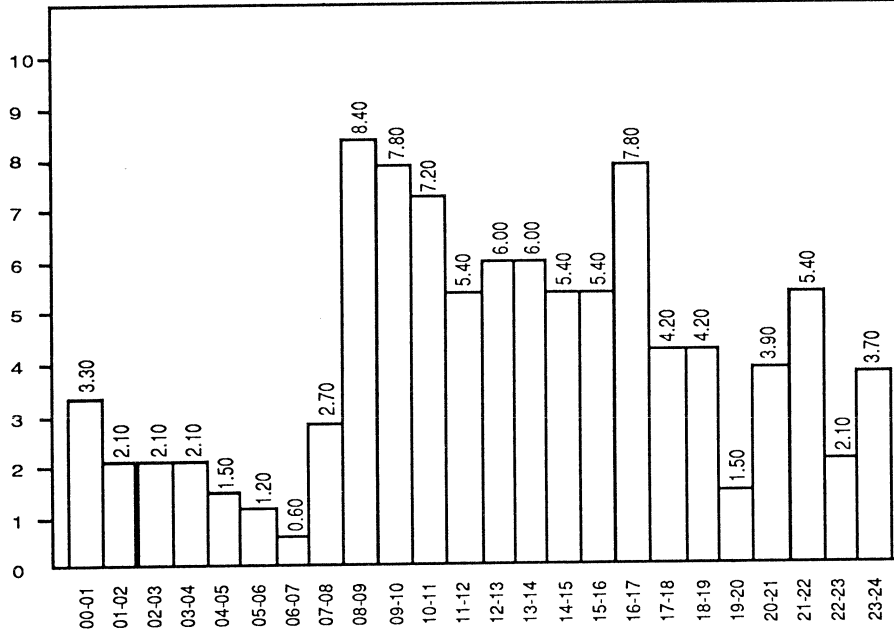
Şekil 9 : 1982 - 1987 Yılı İş Kazalarının Oluş Biçimlerine Göre Dağılımı (SAAT)



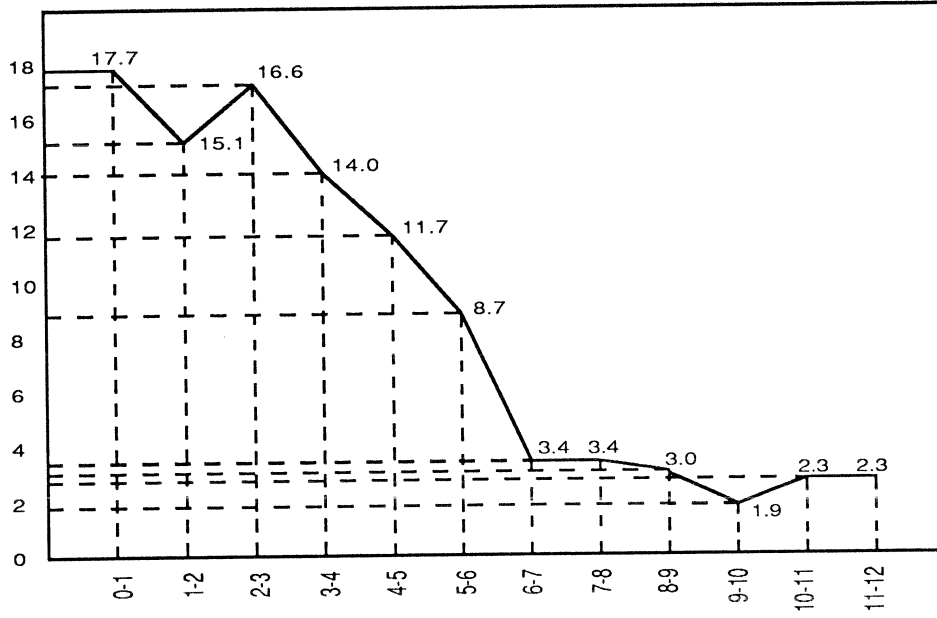
Şekil 10 : Öğrenim Durumuna Göre İş Kazası Geçirme Yüzdesi (1982 - 1987)



Şekil 11 : Çalışma Saatlerine Göre İş Kazalarının Yüzdesi (1982 - 1987)



ŞEKİL 12 : Çalışma Yıllarına Göre İş Kazası Yüzdesi (1982 - 1987)



## SONUÇ :

İşçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda toplumumuzda büyük bir bilgi boşluğu olduğu inancındayız. Göreve yeni başlayan işçi ve ustaların çoğunun, ilkyardım ve yangın gibi her yerde ve her zaman karşılaşılabilecek konularda çok az bilgilerinin olduğunu, yüksek öğrenim görmüşlerin bile çoğunun (Örneğin) yangın söndürme cihazlarının nasıl kullanılacağını veya hangi tür yangına ne tür cihazların kullanılabileceğini bilmediklerini görüyoruz. İşçi sağlığı ve iş güvenliği açısından uygun olacağına inandığımız tiner (Solvent) taşıma kablalarını bile ülkemizde bulamıyoruz. Bir başka deyişle işçi sağlığı ve iş güvenliğine hizmet edecek sanayimiz de yeterince gelişmemiştir.

Zararlı olabilecek etmeni sadece çalışma ortamından uzaklaştırmanın yeterli olmadığına, bunların çevreye de zarar vermeyecek hale getirilmesi gerektiğine inanıyoruz. Bu nedenle (Örneğin 250'den fazla işçi çalıştıran işyerlerinde) bu konuda çalışacak birimin İşçi Sağlığı, İş Güvenliği ve Çevre İşleri Bölümü olarak organize edilmesinin uygun olacağı kanısındayız.

KORDSA A.Ş. İşyerinde (çevreye zarar vermeden) çalışanların bedensel, ruhsal, sosyal iyilik hallerini olanaklar ölçüsünde en üst düzeye ulaştırmak, bu düzeyde sürdürmek, işçilerin çalışma koşulları yüzünden sağlıklarının bozulmasını önlemek, işçileri, işyerindeki muhtemel risklerden korumak için yaptığımız çalışmalardan bir özet sunduk.

## **Krom Üreten Bir İşyerinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği**

**Hacer TUNA**

**(Petrol - İş Sendikası Merkez Avukatı)**

Ülkemizde işçi sağlığı ve güvenliği konusunda karşılaştığımız güçlükleri sendikamızın örgütlü olduğu bir işyeri özelinde size anlatmak istedik.

1979 yılında montaj çalışmaları başlayan işyeri, 19.10.1984 yılında resmi olarak 381 işçiyle üretime başladı.

Türkiye İş Bankası ile Şişe Cam Fabrikası ortaklığında kurulan işyerinde kromit, dolamit, kireçtaşı, soda, kromik asit ve sülfürikasit ile çalışılarak sodyum bikromat, sülfür (zırnık), bazik krom, sülfat, ara ürün olarak da sodyum monokromat ve sodyum sülfat - üretilmektedir.

### **GENEL OLARAK ÜRETİM SÜRECİ :**

Sodyum kromat ve bikromat, krom bileşiklerinin en çok üretildiği başlangıç maddeleridir. Her iki bileşik te doğrudan doğruya krom cevherinden hazırlanır.

Krom filizi kurutulur, öğütülür.

Aynı işlemde geçirilen dolamit, kireçtaşı ve çamur karışımı (filler) ile besleme karışımı, hazırlama kısmına iki ayrı hattan gelirler.

Bu bölümde Soda ile birlikte iyice karıştırılır. Sonra yaklaşık 1100 derecede dönen fırınlarda kavrulur. Yükseltgenme ortamı esas olarak kromu 6+ değerliğe çevirir. Bir takım kimyasal işlemlerden sonra filtrasyondan geçer ve monokromat çözeltisi alınır.

Elde edilen monokromat çözeltisi sülfürikasitle muamele edilerek monokromat bikromata dönüştürülür. Gerekli kimyasal işlem basamaklarından sonra kristal veya toz sodyum bikromat olarak paketlenir.

Bikromatın sulu çözeltisi reaktörde asit ve şekerli su ile karıştırılarak bazifikasyon, dinlendirme ve ön ısıtma işlemlerinden sonra kurutulularak tankrom elde edilir. Paketleme tesislerinde üretilen madde paketlenir.

### **KROM VE KROM BİLEŞİKLERİNİN ZARARLI ve NEDEN OLDUĞU MESLEK HASTALIKLARI**

Bilindiği gibi kromatların zarar verdiği en önemli yerlerden birisi deridir. Mc.House ve ark. otomobil üretimi işinde çalışan işçiler arasında yaygın bir deri hastalığının kromat içeren boyayla ilgili olduğunu belirlemiştir. Bu yaraların en yaygın olduğu yerler el tırnaklar çevresi, parmak boğumları yüzeyi ya da göz kapakları, bazen ön kollar, nadiren de ayak parmaklarıdır.

Genellikle krom işçilerinin tazminat talep etmeleri için temel oluşturan ve en fazla dert veren yaralar ise burun ile burun içi zarında oluşan yaralardır. Kromat tozu yada so-

lunarak ie çekilen kromik asit partükelleri iltihaplanma, cerahatlı akıntı, kabuklanma ve bazı nefes alma güçlükleriyle burun i zarının tahriş olmasına neden olur.

Acısız, kronik septumun kıkırdaklı bölümü ile sınırlı ülser yaraları oluşabilir. Böyle bir hastalığın sonu, septumun delinmesidir. Bu sadece fizik muayeneyle farkedilir, ancak bazı durumlarda gerçek bir rahatsızlığa neden olur ve ağız yoluyla solunumu gerekli kılar.

Birleşmiş Milletlere yansıtılan ve krom kaplama yapılan 6 işyerinde çalışan işçilerle ilgili Bloom Fieldve Blum raporunda muayene edilen kişilerden % 16'sında burun bölgesinde delinme, % 21'inde ülserli septum, % 89'unda iltihaplanmış burun içi zarı ve % 58'inde sık olan burun kanaması tesbit edilmiştir.

1951 yılında düzenlenen Marcus raporu ise kromat işçileri arasında daha yüksek bronşit oranı olduğunu gösterir. Krom konjonktivalarda ve üst solunum yollarında irritasyona neden olur.

Bir başka hastalık ise 80 derece ile 100 derece arasındaki ısılarda kimya endüstrisinde kullanılan bikromatların neden olduğu ölümcül böbrek hastalıklarıdır.

SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğü kromun ösofajit, gastrit ve mide ülserlerine de yol açtığını belirtmiştir.

Ancak kromun neden olduğu en büyük hastalık ise akciğer kanserleridir. Ülkemizde her ne kadar kromun neden olduğu akciğer kanserinin meslek hastalığı olduğu kabul edilmiyorsa da, 1984'te kromat, bikromat, ve kromik asitte çalışan işçiler üzerinde yapılan bir araştırmada 50 yaş ve altındaki işçilerde akciğer kanseri bulgularına rastlanmış, özellikle monokromatların akciğer kanserine yol açtığı belirlenmiştir.

Bununla beraber, adı geçen rapor, işçilerin tazminat davası açmasından korkulduğu için toplatılmış, bazı sonuçları da yayınlanmamıştır.

### **İŞYERİNDE İŞÇİ SAĞLIĞINA İLİŞKİN SORUNLAR :**

Herşeyden önce bu tür bir fabrika Türkiye'de ilk kez işletilmeye başlandığında meydana gelebilecek sorunlar ve alınması gereken önlemler işverence de, sendikamızca da bilinmemekteydi.

Sendikamız, işyerlerinde periyodik olarak yaptığı incelemelerden birini de bu işyerinde yaptığında işyerindeki yoğun sorunlarla karşılaştı.

Oldukça zararlı bir madde olan kromla çalışan bu işyerinde en büyük sorun krom artıkları, işçileri hem meslek hastalığı yönünden tehdit etmekte, hem de düşerek yaralanmalarına neden olmaktadır.

İşyerinde varolan tozun sağlığa zararlı olup olmadığını öğrenebilmek için 22 Mayıs 1986 tarihinde Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesine ilgili Bölge Müdürlüğüne ve İSGÜM'e başvurulmuş, kromun zararları ve alınması gereken önlemler konusunda bilgi istenmiş, ülkemizde bu konuda yeterli bilgi olmadığı düşünülerek, dünyada krom üreten fabrikalardan, adı geçen işyerini kuran fabrikadan, İLO ve İCEF den bilgi istenmiştir.

İLO ve İCEF bu konuda oldukça yararlı dokümanlar gönderirken, işyerini kuran fabrika, işyerine derhal bir heyet göndererek denetleme yapacağını bildirmiştir.

İSGÜM ise işyerinde toz ve gaz ölçümü yapmak için çalışmalar başlatmış, ancak bu kez bir başka sorun ortaya çıkmış, ülkemizde yasal mevzuatta krom ve krom

bileşiklerinin mücade edilebilir azami konsantrasyonları ile ilgili değerler bulunmadığından, ülkemiz açısından hangi değerın zararlı kabul edileceğine karar verilememiştir. Sonuçta Uluslararası Çalışma Örgütü'ne bağılı ülkelerdeki 7,5 saatlik çalışma süresi içinde mücade edilebilir limit değer (0.05 mg/m<sup>3</sup> - TLV) esas alınarak işyerinde ancak 9.16.10.86 tarihlerinde ölçüm yapılmıştır.

Buna göre işyerindeki toz ölçüm sonuçları şöyledir :

TABLO 1

Numune Sıra No.	Kullanılan Cihaz	Numune Alınan Yer	Solunabilir Toz Konsantrasyonu	Değerlendirme
1	Gravimetrik Toz Toplayıcı Type - 113 A	Harman Hazırlama Besleme Karışımı Kısmı 2. Kat	0.20 mg/m <sup>3</sup>	Zararlı Ortam
2	" "	Tankrom paketleme (krom + 3 değerli)	0.02 mg/m <sup>3</sup>	Zararsız Ortam
3	" "	Harman Hazırlama 1. kat.	0.435 mg/m <sup>3</sup>	Zararlı Ortam
4	" "	Kristal Sodyum bikromat Paketleme (Varil dolumu)	0.990 mg/m <sup>3</sup>	Zararlı Ortam
5	Gravimetrik Toz Toplayıcı Type - 113 A	Toz Sodyum bikromat Paketleme (2. kat)	0.173 mg/m <sup>3</sup>	Zararlı Ortam

b) Kişisel Toz Toplama Cihazı (KTT) - Model B ile yapılan ölçüm sonuçları Tablo 2'de verilmiştir.

TABLO - 2

Numune Sıra No.	Kullanılan Cihaz	Numune Alınan Yer	Solunabilir Toz Konsantrasyonu	Değerlendirme
1	Kişisel Toz Toplama cihazı KTT - Model B	Harman Hazırlamada Öğütme kısmı işçisi	0.53 mg/m <sup>3</sup>	Zararlı Ortam
2	" "	Harman Hazırlamada Gaz - Toz Ustabaşısı	0.39 mg/m <sup>3</sup>	Zararlı Ortam
3	" "	Sodyum bikromat paketleme ünitesinde çalışan işçi	0.036 mg/m <sup>3</sup>	Zararsız Ortam
4	" "	Tankrom paketleme ünitesinde çalışan işçi	0.070 mg/m <sup>3</sup>	Zararlı Ortam
5	" "	Mamul Ambar fartlift Sürücüsü	-----	Zararsız Ortam
6	" "	Açık saha yükleme işçisi	6.03 mg/m <sup>3</sup>	Zararlı Ortam

NOT : Ölçüm sonuçlarına ait tüm değerlendirmeler TLV - 0.05 mg/m<sup>3</sup> göre yapılmıştır.

85 dB esas alınarak yapılan gürültü ölçümünde ise pano odası, çay odası (kapı kapalı iken), tankrom paketleme; yardımcı tesislerinden 3 ve 1-2 nolu kazanlar ile paketleme bölümünde zararsız bir ortam olduğu belirlenmiş; bunun dışındaki 22 bölümde 85 dB'in üzerinde gürültü tesbit edilmiştir.

Ölçümlere göre Redüktör odası (kromit) 105.1 db, redüktör odası (dolamit) 104-2 dB ve değirmenler 109 dB ile işyerinin en gürültülü bölümleri, olarak belirlenmiştir.

### İŞYERİ GÜRÜLTÜ DAĞILIM TABLOSU

Ölçüm Yapılan Yer	Tespit Edilen Gürültü Seviyesi dB (A)	Netice
Beslenme Karışım Hazırlama Kromit bunkerı yanında	(87 - 88.6) dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
(Dolamit+bunkerı+çamur) bunkerı çalışmıyorken yanında yapılan ölçüm	(80.8) dB (A)	Zararsız ortam
Değirmenler hizasında (zeminde)		
Tek değirmen çalışırken	(89.2 dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekli
her iki değirmen çalışırken	(94.2 dB (A)	
Kromit kurutucu	(89.2 - 94.2) db (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Kurutucular arasında	(95.3) db (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Kromit değirmen	(106.3) dB (A) Max ortalama : 106.7 dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Pano odası	(83.3) dB (A) Max. ortalama : 83.5 dB (A)	Zararsız ortam
Redüktör Odası (kromit)	(103.5 - 105.3) dB (A) Max. ortalama : 105.1 dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Redüktör dolamit	(104.2) dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Elektrofiltreler arası (en üst kat)	(91.5 - 92) dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Elektrofiltreler - Galeri arası	(85 - 86) dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Gaz kanalı platformu (Galeri çıkışı ile fanlar arası)	(87 - 88) dB (A) (89 - 90 - 92) fana yaklaştıkça	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Fan yanında	(96) dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Bikromat Ünitesinin üst katı	(88 - 89) dB (A) Max. ortalama : 88.8 dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Firin önü (Firin duruşta)	(80 - 81) dB (A)	Zararsız ortam
Atık ısı kazanı	(88) dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Kompresör dairesi	(93.3) dB (A) Max. ortalama :	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Kompresör odası pencere yanı (dışarda)	Max ortalama : 93.4 dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.



Tankrom	Tesbit Edilen Gürültü Seviyesi dB (A)	Netice
Brulorler yanı	(94) dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Pano odası (kapı açık)	(85.2) dB (A) Max. Ortalaması : 85.4 dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Pano odası (kapı kapalı)	(75 - 76) dB (A) Max. ortalama : 76.2 dB (A)	Zararsız ortam
Çay odası (kapı açık)	(91 - 91.8) dB (A) Max. ortalama : 91.7 dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Çay odası (kapı kapalı)	(82.1 - 82.2) dB (A) Max. ortalama : 82.1 dB (A)	Zararsız ortam
Tankrom paketleme	(77 - 80) dB (A)	Zararsız ortam
Yardımcı Tesisler		
Kompresör dairesi (1 ve 3 nolu çalışıyor.2ve4 nolular duruşta iken)	(90 - 92) dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
1-3-4 nolu kompresörler çalışırken	(93.2) dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Operatör odası (kapı açık)	(86) dB (A)	Zararlı ortam önlem alınması gerekir.
Operatör odası (kapı kapalı)	(75) dB (A)	Zararsız ortam
3 nolu kazan	(83) dB (A)	Zararsız ortam
1-2 nolu kazanlar (kontrol panosu önünde)	(81) dB (A)	Zararsız ortam
Na <sub>2</sub> Cr <sub>2</sub> O <sub>7</sub> Paketleme (varil dolumu sırasında)	(82 - 83) dB (A)	Zararsız ortam

Ayrıca işyerinde gürültünün yoğun olduğu değirmenler katında çalışmakta olan işçilerden birine kişisel gürültü dozimetresi takılmış, bir saat süre ile işçinin maruz kaldığı gürültü tesbit edilmiştir.

Değirmenler katında mevcut iki adet değirmen bazı durumlarda aynı anda çalışmakta, bazı durumlarda da tek tek çalışmaktadır.

Bu nedenle değişen seviyelerde gürültünün var olduğu değirmenler katında her iki değirmenin birlikte çalıştığı bir saatlik süre içinde işçinin maruz kaldığı gürültü seviyesi 109 dB (A) dır.

Bütün bu zararlı ortama rağmen, işyerinde çalışanların yeterli sayıda olması nedeniyle işçi başına düşen iş yükünün artması; bu nedenle bazen 12 saate dek varan fazla çalışmaların yapılması ikinci bir sorun ortaya çıkarmaktadır.

Üçüncü sorun ise işçilere verilen kişisel koruyucu malzemelerle ilgilidir. Herşeyden önce bazı işçilere çok gerekli olduğu halde kişisel koruyucu malzeme verilmemektedir. Tankrom 5B Ünitesinde yanan kazanların üstünde çalışan işçilere verilmesi gereken iş ayakkabıları gibi.

Kişisel koruyucu malzemelerin verildiği yerlerde ise bu malzemeler ya kullanışsız olmakta ya da o yer için yetersiz kalmaktadır. Nitekim krom cevheri ve diğer hammaddelerin yükleme işleminin yapıldığı kepçede çalışan işçiye verilen toz maskesi, ölçülen toz konsantrasyonunun yanında çok yetersiz olup, bu bölümde çalışan işçilere temiz hava başlıklı maskeler verilerek korunmalıdır. Fazla gürültü olan yerlerde çalışan işçilere de kulak tıkaçları verilmelidir.

Fabrika genelinde mevcut tüm paketleme ve dolum sistemleri çalışılan maddenin tehlikelerine göre ileri teknolojilerde dizayn edilmemiş olup, meydana gelen tozuma nedeniyle işçi sağlığı açısından tehlikelidir. Örneğin; tankrom ünitesinde paketleme kapalı sistem olarak yapılmakta, ancak tartıma dayalı hassas dolum yapılmadığından, dolum ağızlarından alınan çuvallar, yandaki kantarda işçi tarafından tartılarak ekşiği tamamlanmaktadır. Bu ekleme veya boşaltma sırasında meydana gelen tozuma sonucunda, işçi solunabilir nitelikte toza eşit değerin üzerinde toza maruz kalmaktadır.

Fabrikanın her tarafı açık olduğu için, özellikle kış aylarında ve gece vardiyalarında soğuk ve yağış, işçileri olumsuz yönde etkilemektedir.

İşletmede yapılan bakım-onarım, temizlik işlerinde gerektiği şekilde iş güvenliği önlemleri alınmadan işe başlanması ise iş kazaları ve meslek hastalıklarına yol açacak önemli etkenlerden birisidir. Nitekim işyerini gezdiğim sırada sodyum monokromat ünitesindeki kazanlarda temizlik vardı. Ancak işçiler bu temizliği yapmak için kazana girerken hiç bir koruyucu giysi giymemektedirler.

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü'nün 43. maddesine göre işçilere yanyana 2 bölmeli dolap verilmesi gerekirken, sadece tek bölmeli dolap verilmekte, dolayısıyla işçilerin günlük giysilerinde de krom tozu bulunmaktadır. Üstelik işçiler yemekhaneye iş elbiseleriyle giderek yemek yemekte, dolayısıyla yemekhanede bile krom bulunmaktadır.

İşyerinde en önemli sorun ise, üretim atıklarının nasıl saklanacağı sorunudur. Bu atıklar, işyeri çalışmaya başlayalı henüz 4 yıl olmasına rağmen bir dağ oluşturmuştur ve rüzgarla bütün çevreye dağılmaktadır. Öyle ki işyerinin kullandığı suda ve Kazanalı Bucağı'nın içme suyunda bile krom tozlarının bulunduğu çalışanlarca iddia edilmektedir.

#### **İŞÇİ SAĞLIĞI HİZMETLERİ :**

Görüldüğü gibi Kromsan işyerinde oldukça zehirli olan maddelerle çalışılmasına rağmen, işçileri meslek hastalıklarından koruyacak teknik tedbirler alınmamaktadır.

İşçileri tıbbi yönden meslek hastalıklarından korumaya yönelik periyodik muayeneler yapılıyor mu?

Buna yanıt vermeden önce işyerinde sadece bir doktorun her gün sabah ve öğleden sonra yarımşar saat veya muayene bitene kadar işyerinde kaldığının belirtilmesi gerekmektedir.

Oysa İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkındaki Yönetmeliğe göre işçi başına ayda 15 dakikadan 381 işçinin çalıştığı işyerinde hekim (en az) günde 4 saat çalışmak zorundadır.

Kromla çalışılan işyerlerinde yapılması gereken periyodik muayeneler SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğünde belirtilmiştir. Buna göre adı geçen işyerinde yapılması gereken muayeneler şöyle sıralanabilir :

- 1 . Cilt Testleri.
- 2 . İdrarda krom tayini,
- 3 . Allerjik dermatoz ve dermatitler için:
  - a) Ayrıntılı kişisel anamnez ve iş anamnezi,
  - b) Epikütan ve intrakütan testler.
  - c) Testler negatif ise, aynı işin yinelenmesiyle ortaya çıkacak nökslerin saptanması önemlidir.
  - d) Allerjik dermatozlarda tesler negatiftir, tanı ilk iki ölçüğe göre konur.
  - e) Yağ aknesi tanısı anamneze, lezyonun karakteristik lokalizasyon ve görünümüne bakarak konur.
  - f) Klorlu hidrokarbonlarla olan aknelerde yeni maruz kalışlar önlenmelidir, her yeni maruz kalıştan çok uzun bir süre sonra ağır ve inatçı residivler ortaya çıkabilir.

Bunlara ayrıca tozlu bir ortamda çalışılması nedeni ile her 6 ayda bir 30 x 40 cm akciğer röntgeni çekilmesini de eklemek gerekir. Oysa işyerinde periyodik muayene olarak işçilerin kulak, burun ve boğazlarına bakılmakta; en iyi ihtimalle akciğerlerinin mikro-filmi çekilmektedir. İdrarda ve kanda krom tayini için kullanılan atomik absorpsiyon yöntemine ilişkin araçlar Mersin'de bulunmadığı ve işveren de işçileri Mersin dışına göndermek istemediği için kanda ve idrarda krom tayini de yapılamamaktadır.

### İŞYERİNDE İŞ KAZALARI VE MESLEK HASTALIKLARI

1988 yılının 10. ayında dördüncü yılını dolduracak bu işyerinde sağlığa ilişkin sorunların ne kadar önemli olduğunu ilk 2 yılda meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıklarını inceleyerek irdeleyelim.

SSK (Toplam İş Kazası Sayısı)	İşyeri (Toplam İş Kazası Sayısı)	Oran
Kimya San. 1985 3373	85	% 2,5
Kimya San. 1986 5530	86	% 1,5

Kaynak : SSK İstatistikleri

Görüldüğü gibi Kromsan'da 1985 ve 1986 yıllarında meydana gelen iş kazası oranı ülkemizde kimya sektöründe meydana gelen iş kazalarının % 2,5 ve %1,5'dur. Bunlar oldukça önemli rakkamlardır.

İşyerinde burun kanaması, bronşit gibi hastalıklara meslek hastalığı olarak tanı koyulamadığı için işyerindeki meslek hastalığı oranı konusunda bir rakam vermek mümkün değildir. Ama işyerindeki burun kanamalarını ve allerjik dermatozları meslek hastalığı olarak kabul edersek, yine rakamsal olarak yüksek sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

SSK (Toplam M.H. Sayısı)	Kromsan (M.H. Sayısı)	Oran
Kimya San. 1985 92	18	% 19.5
Kimya San. 1986 66	12	% 18.18

Kaynak : SSK İstatistikleri

### SONUÇ :

İşyeri ile ilgili çalışmalarımız halen devam etmektedir. Şu an işçilerin periyodik muayenelerden geçirilmesi ve hastalanan işçilere hastalıklarının meslek hastalığı olduğunun kanıtlanması önümüzdeki en ivedi sorunlardan biridir.

Ancak işyeri sendikamızın örgütlü bulunduğu 620 işyerinden sadece birisidir ve 70 bin üyemizden sadece 381'i bu işyerinde çalışmaktadır.

Diğer işyerlerimizde de işçi sağlığına ilişkin sorunlar farklı özellikler göstermemektedir.

Endüstride 50 bin kimyasal maddenin kullanıldığı ve her yıl 200 ve 1000 arasında yeni maddenin kullanıma girdiği buna karşın ILO'nun verilerine göre sadece 1246 maddenin zararlı etkilerinin bilindiği düşünülürse, özellikle kimya sektöründe örgütlü bulunan sendikaların işlerinin zorluğu kolayca anlaşılacaktır.

Buna bir de gelişmiş ülkelerde yasaklanan üretim yöntemlerinin ve türlerinin yatırımcılarca üçüncü dünya ülkelerine nakledilmesi eklenirse, ülkemizde sağlık sorunlarının ne kadar önemli boyutta olduğu görülecektir.

Yatırımcılar, diğer ülkelerde yasaklanan maddeleri, üçüncü dünya ülkelerine naklediyorlar. Çünkü bu ülkelerde koruyucu önlemler, devlet tarafından alınmıyor. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 56. maddesi "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. demek suretiyle devlete bu konuda görev vermiştir. Ancak mevcut sorunlar devletin bu konudaki görevlerini yerine getirmedeğinin açık kanıtıdır.

Belli bir sanayi politikası olmadan diğer ülkede yasaklanan maddelerin ülkemizde üretilmesine izin vermek, sağlık hizmetlerini özelleştirmek, koruyucu hizmet yerine tedavi edici hizmetleri daha çok ön plana çıkarmak, bu nedenle meslek hastalıkları hastanelerini işlevsiz hale getirmek, kişisel koruyucu malzemeler konusunda TSE ile birlikte bir standart tesbit etmemek, anayasal görevlerini yerine getirmeyen devletin işçi sağlığına ve genelde tüm sağlık sorununa bakış açısını gösteren örneklerden birkaçıdır.

Ülkemizde çalışanların sağlıklı koşullarda çalışmasını engelleyen bir başka sorun işsizliktir. Resmi rakamlara göre % 15,2 oranında işsizliğin var olduğu ülkemizde, insanlar tehlikelerini düşünmeksizin önlerine çıkan her işi kabul etmektedir.

Son olarak yasal mevzuatın sağlık ve güvenlik standartlarını sağlamada yetersiz kaldığından da söz etmek gerekir. Ülkemizde işçi sağlığı ve güvenliğine ilişkin yasal düzenleme sayısı çok fazla ve ayrıntılı olmasına rağmen bunların uygulanıp uygulanmadığını denetleyecek müfettiş sayısının oldukça az olması, denetlemeyi birden çok kuruluşun birbirinden habersiz olarak yapması, yasal mevzuata uymadığı saptanan işverenlere çok cüz'i bir miktar para cezası verilmesi, bu konuda önem almayı zorlaştırmaktadır.

Kısaca işçinin temel sorunu tek varlığı olan emek gücünün yeniden üretimi; yani toplumsal, fiziksel ve ruhsal bakımdan iyilik halinin korunması ve geliştirilmesi, işverenler için temel sorun sermayenin bir üst düzeyde yeniden örgütlenmesi sorunudur.

Sorunun temelinde sömürü kapsamında nedenler yatmaktadır. Çalışanlar örgütlü ve bilinçli olarak sorunun üzerine gittiği ölçüde, sorunun boyutlarını kendi lehlerine hafifletebileceklerdir. Ancak işsizliği ve artan hayat pahalılığını potansiyel olarak içinde taşıyan günümüz toplumunda nihai bir çözüme ulaşmak ayrı bir önem taşımaktadır.

Burada işçi sendikalarına düşen görev de, örgütlü ve sürekli bir mücadele bilincini emekli kesimlere götürmek olacaktır.

Çünkü sağlığımız ne işverenlerin, ne de devletin eline bırakılmayacak kadar önemlidir.

## **Derinin Üretimi Sürecinde Ortaya Çıkan İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Sorunları**

**Dr. Sinan BUDAK**

**"İlerici Deri-İş Sendikası Genel Başkanı Kenan BUDAK'ın Anısına"**

### **TARİHÇE**

Dericilik insanlığın en eski sanatlarından biridir. İlk insanlar avladıkları hayvanların derilerinden yararlanmak istemişler, ancak derinin çabuk bozulması onları bazı önlemler almaya zorlamıştır. Bunun için ilk insanlar deriyi yağlama yöntemini bularak dericilik zanaatının doğmasına yolaçmışlardır.

Romalı tarihçi Filinius'a göre derinin ilk bulunuşu Beotya'lı Tichus'la başlar. Diğer bir söylentiye göre dericiliğin piri Çin prensi Sin Tang dır. Dericilik Sümer, Asur, Mısır, Hitit ve Yunan uygarlıklarında önemli yer tutar.

18. yy'da dericilik yakın ve ortadoğunun tekeli altındaydı. Bu bölgede üretilen deriler Araplar aracılığıyla İspanya'ya Ceneviz ve Venedikliler aracılığıyla Avrupa'ya taşınıyordu.

19. yy'da dericilik Avrupa'da özellikle Fransa'da yayıldı. Bu yüzyılın ikinci yarısında bilimsel ve teknik gelişme dericiliğe de yansdı. O zamana kadar yalnız tanen, yağ ve şapla yapılan sepileme, Alman kimyageri Knapp Panhauser ve Dr. Heimerling'in araştırmaları sonucunda 1880 yılında kromla yapılmaya başlandı. Anilin boya ları kul lanılmaya başlandı ve makinalar geliştirildi.

Türkiye'de dericilik oldukça eski bir zanaattır. Fatih Sultan Mehmet Yedikule dışında inşa ettirdiği 360 binayı, debbağlık yapmak isteyenlere kira karşılığı tahsis etmiştir.

Çağdaş anlamda ilk deri sanayi, 1810 yılında II. Mahmut döneminde, Beykoz deresi kenarında, Nizam-ı Cedit ordusuna ait deri ve köseleleri imal etmek üzere kuruldu. 1850 yılına kadar, Sakız, Sisam, Midilli, Edremit, Ayvalık ve İzmir'de çeşitli deri imalathaneleri kuruldu.

Bugün ülkemizde İstanbul, İzmir, Bursa ve Uşak başta olmak üzere 2.784 işyeri deri sanayinde üretim yapmaktadır. Bu iş kolunda Çalışma Bakanlığı Temmuz 1986 istatistiklerine göre yaklaşık 40.000 işçi çalışmaktadır.

Deri Sanayi'nin hammaddesi hayvan ürünleridir. Bu çalışmamızda deri sanayii çalışanlarının hammadde aşamasından başlayarak, mamul maddeye gelinceye kadar karşılaştıkları işçi sağlığı ve iş güvenliği sorunlarını tartışacağız.

### **HAMMADDE :**

Bu aşamada karşılaşılan sorunlar, hayvanlardan insanlara bulaşan enfeksiyon hastalıklarıdır. Bu hastalıkları özetle anlatacağız.

## I. ŞARBON

Antrax, çoban çıbanı adları da verilen hastalığın etkeni, Bacillus Anthracis'tir. Hasta hayvanların derisi, yünü, eti ve kemikleri ile bunlardan kontamine olmuş eşyadan bulaşır. Bulaşma şekline göre klinik seyir gösterir.

### 1. Deri yoluyla bulaşma (Deri Şarbonu) :

% 95'i bu şekildedir. Deriye sıyrık veya yaradan girer. İki tipi vardır.

**a. Püstül Malign :** Kara kabarcık da denir. Etkenin deriye girmesinden 12-36 saat sonra bir makül ortaya çıkar. Kaşınıtı ve yanma vardır. Hızla gelişir papül, vezikül ve püstül şeklini alır. En sonunda karakteristik şekli olan nekrotik ülser oluşur. Ülserin üstü sert siyah bir kabukla örtülü olup, çapı 6 cm.ye kadar varabilir. Ülserin çevresinde ödemli bir alan, büll ve veziküller vardır. Ağrısızdır. Bölgesel lenfadenopati görülebilir.

**b. Ödem Malign :** Bu tipte ülser görülmez. Yayılmaya eğilimli bir ödem ile eritemli bir alan ve bunun üzerinde yer yer seröz eksüda sızdıran vezikül ve büller, bazende kabuklar görülür.

Her iki tipte de çoğu kez hafif seyreden septisemi ile ölümler görülebilir.

### 2. Solunum yoluyla bulaşma (Akciğer Şarbonu) :

Seyrek görülür. B. Anthracis sporlarının akciğer alveollerinde açılması sonucu oluşan ağır bir bronkopnömonidir. Titremelerle yükselen ateş ve solunum güçlüğü vardır. Bütün solunum yolları mukozası şiş ve ödemlidir. Hastalık sepsise eğilimlidir.

### 3. Gastro intestinal yolla (Barsak Şarbonu) :

Kontamine besinlerle bulaşır. Ateş, genel durum bozukluğu ve gastroenterit tablosu ile seyreder. Kollaps ile ölüm sıktır.

### 4. Septisemi

### 5. Şarbon Menenjit

Korunma için mesleki bakımdan risk altında bulunanların aşılınması ve bu kişilerin uygun giyim, maske ve eldiven kullanması gereklidir.

## II. BRUSELLOZ

Etkeni, Brucella bakterileridir. (B. Abortus, B. Melitensis, B. Suis) Koyun, keçi, sığır ve domuz cinsi hayvanların çıkartıları ve ürünleri ile bunlardan kontamine eşyalarla bulaşır. Bulaşma deri ve mukozanın çatlakları ile gastro intestinal yoldan, nadiren de inhalasyon yolu ile bulaşır.

Lenf bezleri, dalak, karaciğer, kemik iliği ve diğer lenforetiküler organlara yerleşir. Bu organlarda sonradan abseleşen, granülamatöz nodüller yapar. Bakteriler intrasellüler bulunurlar.

Klinikte üşüme, titreme, halsizlik, başağrısı sıktır. Öğleden sonra giderek yükselen bir ateş vardır. Gece sabaha karşı ateş düşmesi ile birlikte bol terleme, bel, sırt, ense bölgeleri ile eklemlerde şiddetli ağrılar olur. Orta derecede splenomegali ve lenfadenomegali vardır. Lökopeni ve lenfomonositoz görülür.

Korunma için enfekte materyal ile temas olasılığı olanların, eldiven ve diğer kişisel korunma araçlarını kullanmaları gerekir.

### III. LEPTOSPIROZ

Etkeni insan ve memelilerde hastalık yapabilen İnterorgans grubu leptospiralardır. Fare, yabani kemirgenler, köpek, sığır, domuz gibi hayvanların çıkartıları ile yayılırlar. Bunlarla kirlenmiş besinlerin alınması ile gastro intestinal yolla, kirli sularda yürümekle ve elle temas sonucu deri yoluyla bulaşılır.

Leptospiralar ençok karaciğer ve böbreğe yerleşirler. Bu organlarda, hemoraji ve nekroz ile buna bağlı sarılık, albüminüri ve azot retansiyonuna neden olurlar. Septisemiler görülebilir.

Korunma için eldiven ve çizme gibi kişisel korunma araçları, rezervuar hayvan mücadelesi (özellikle fare ile) ve çevresel hijyen koşullarının iyileştirilmesi önemlidir.

### IV. ERYSİPELOTHRİX

Etkeni Erysipelothrix İnsidiosa'dır. Başta domuz olmak üzere, koyun sığır vb. hayvanlardan et ve salgıları yolu ile bulaşır.

İnsanda en sık deride eritemli, ödemli lezyonlarla seyreden bir erizipeloid şeklinde seyreder. Yayılmaya eğilimli değildir. Deride giriş yerinde ödem, kesin sınırlı eritem, şişlik ve bazen parmak eklemlerinde artrit görülür.

Korunma için eldiven ve diğer kişisel korunma araçları kullanılır.

Hammaddelerin fabrikaya iletilmesinden sonra burada deri üç ana bölümde işlenerek mamul haline gelir. Bu bölümler birbirinden oldukça farklı sorunları içerirler. Bu bölümler :

1. Alt kat (Sular dairesi)
2. Üst kat (Finisaj Dairesi)
3. Konfeksiyon bölümü

#### ALT KAT (SULAR DAİRESİ)

Tuzlanmış paketler halinde fabrikaya gelen hem deriler, açılır ve işe yaramayan kısımları (Kuyruk, kulak, baş gibi) kesilerek atılır.

Bugün ülkemizde 20 milyon baş dolayında kuzu ve koyun derisi ile 3.5 milyon baş dolayında dana ve sığır derisi üretildiği hesaplanmaktadır. Bu sırada 6.600 ton koyun ve kuzu derisi atığı ile 35.000 ton sığır ve dana derisi atığı ortaya çıkmaktadır. Ayrıca 1 kg. deri işlenmesi için 50-150 kg. arasında su gerekir ve Türkiye'de koyun ve kuzu derisi işleyen fabrikalar ise 5.6 milyon ton su kullanmakta ve kirleterek çevreye vermektedirler.

Bu bölümde yapılan bütün işlemler, kimyasal maddelerle birlikte veya saf halde su kullanılarak gerçekleştirilir. Su insan derisinin Stratum Korneumunu aşındırır ve bu tabakanın oluşturduğu koruyucu bariyerin ortadan kalkmasına neden olur. Yine suyla sürekli temas sonucu derideki keratin tabakası su tutarak maserasyona uğrar. Her iki olay sonucunda insanı dış etkenlerden koruyan derinin bütünlüğü bozulacağından, dış etkenlerin zararlı etkilerine açık kalır. Bakteriel ve mikotik enfeksiyonlar ile kimyasal maddelerin oluşturduğu birçok zararlar görülür.

Alt katta ham deriye uygulanan işlemler ve bunların çalışanlar açısından ortaya çıkardığı sorunları sırasıyla inceleyeceğiz.



## A. ISLATMA

Ham deriler dolap denilen silindir şeklindeki kaplara doldurulur. Su, antiseptik maddeler ve deterjanlar konularak döndürülür. Amaç derinin kaybettiği suyu yerine koymak ve deriye zarar verecek mikroorganizmaları yok etmektir.

Bu işlem sırasında kullanılan deterjanlar insan derisindeki asit ve lipid mantoyu bozarak bunların koruyucu etkisini ortadan kaldırır.

## B. KİREÇLEME

Deri ıslatıldıktan sonra kıllarının giderilmesi, deri yağlarının emülsifiye edilmesi ve elyaf dokunun şişmesi için bu işleme tabi tutulur. Dolaba deriyle birlikte su, kireç ve zırnık da deniler  $\text{Na}_2\text{S}$  doldurularak döndürülür.

Sönmüş kireç  $\text{Ca}(\text{OH})_2$ , suda ve asitlerde çözünen alkali karakterde bir maddedir. Tahriş edicidir, solunum ve deri yoluyla etki eder.

Derideki etkisini yavaş gösterir. Deri masere olur, ödemli ve kalınlaşmış nekrotik bir alan meydana getirir. Kolliküasyon nekrozu şeklindeki bu lezyon yavaş yavaş eriyerek düşer.

Göze etkiyle ağır iskemik nekroza neden olur. Kapaklar göz küresine yapışır. Korneada bol damarlanma ve düzensiz lokomu bulunan sekonder glokomlu bir göz bırakır. Göz çoğunlukla kaybedilir.

Kireçlenme işlemi sırasında kullanılan sülfürlü bileşikler pH : 9'un altında bol miktarda  $\text{SO}_2$  gazı açığa çıkarırlar. Bu gaz tahriş edicidir. Solunum sistemi ve deri yolu ile etki eder.

Havadaki % 0.001 konsantrasyona ulaşan hacmi tahriş öksürüğüne neden olur. Daha yüksek konsantrasyonlarda bütün solunum yolları mukozası ve konjonktivada ödeme yolaçar. Kronik etki ile KOAH gelişir.

Ciltte deskuamasyon, koroner sklerozu, empotans, kornea ülserleri ve keratit, parkinsonizm, refleks bozuklukları, dişlerde dekalsifikasyon, çürüme görülebilir. Kanse-rojen olduğu saptanmıştır.

## C. KİREÇ GİDERME

Derinin kirecinin giderilmesi, yün ve diğer maddelerden temizlenmesi için su ile yıkanır. Bu sırada derinin pH'sını düşürmek için HCl katılır.  $\text{NH}_4\text{Cl}$  (Amonyum klorür) ve  $(\text{NH}_4)_2\text{SO}_4$  (Amonyum sülfat) kireç giderici maddeler olarak kullanılır.

HCl kuvvetli aşındırıcıdır. Deri ile temas sonucu yanma ve koagülasyon nekrozuna sebep olur. Dumanının solunması öksürük ve nefes darlığı ile bronşite neden olur.

Amonyum tuzları işe kolliküasyon nekrozuna neden olurlar.

## D. SAMA İŞLEMİ

Deride yumuşaklık ve elastisite sağlamak, çatlamları önlemek için uygulanır. Enzimlerle (genellikle sığır pankreasından elde edilen) bu işlem yapılır. Kullanılan enzimler insan cildi için iritandır.

Sama işleminden sonra deriler bol su ile yıkanır.

## E. PİKLAJ İŞLEMİ

Derileri krom degabatına hazırlamak için asidite sağlamak amacı ile uygulanır. Deriler dolaplarda H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> (sülfürik asit) ve NaCl (tuz) ile muamele edilir. İşlemi hızlandırmak için HCOOH (formik asit) kullanılabilir.

Sülfürik asit, solunum, sindirim sistemi ve deri yolu ile alınabilir. Akut maruziyette, ciltte yanık ve nekroz, üst solunum yollarında iritasyon ve akut bronşitlere neden olur. Buharı veya göze sıçraması ile konjonktivit ve gözde yanıklara neden olur. Kronik maruziyet ile kornea ülserleri, keratit, görme zararlarına yolaçar. Sulandırılmış asit ile tekrarlayan temaslar dermatit yapar. Ciltte sikatrisler oluşur. Üst solunum yollarının kronik iltihabı ve KOAH görülür. Dişlerde dekalsifikasyon ve diş dökülmeleri olur.

Formik asti, solunum yolu ve deri yolu ile etki gösterir. Solunum yolları mukozası için iritandır, astmatiform bronşitlere neden olur. Deride yanık ve dermatozlar görülür. Konjonktivada hiperemi yapar.

## F. KROM DEGABAT

Derinin tabaklanması için uygulanır. Deri işkolunda çalışanların karşılaştıkları en önemli zararlı madde olarak krom önemli bir problem oluşturmaktadır.

Krom, mavimtrak beyaz, gümüş parlaklığında, sert ve kırılğan, dayanıklı bir metaldir. Doğada serbest element olarak bulunmaz. Krom öteki bileşiklerle üç seri bileşik yapar. İki değerli krom bileşikleri (sanayide az kullanılır), üç değerli krom bileşikleri (Kromik bileşikler) altı değerli krom bileşikleri (kromatlar). Sanayide en çok kullanılan ve işçi sağlığı açısından önem taşıyan bileşikler altı değerli bileşikler (kromatlardır). CrO<sub>3</sub> su ile karşılaşınca kromik asit oluşturur. Tüm kromat ve bikromatlar sağlığa zararlıdır.

Altı değerli krom bileşiklerinin biyolojik membranlardan geçme özelliği üç değerli bileşiklerden daha fazladır, ancak altı değerli bileşikler vücutta üç değerli bileşiklere indirgenirler. Krom organizmada kandan çabuk ayrılır ve dokularda toplanır. Vücutta en çok krom içeren organ akciğerdir. Over, dalak, böbrek ve karaciğerde de yüksek konsantrasyonda bulunur. Vücuttan idrar ve dışkı ile atılır.

İnsan vücudu üzerine etkileri :

1. Deri üzerinde etkisi iki mekanizma ile oluşur,
  - a. Koroziv etki (iritasyon), kronik maruziyet halinde ortaya çıkar. Deride önce hafif olarak başlayan yanıklar giderek ilerler ve tipik ülserler ortaya çıkar. Chrom Hole ya da Kuş Gözü denilen bu ülserler, zımbayla delinmiş gibi muntazam kenarlı, yuvarlak ve sert kenarlı, ağrısızdırlar. Vücudun açıkta kalan kısımlarında (El, bilek, önkol, tırnak dip-leri... vb) görülür. Bazen kemiğe kadar inip kemik nekrozlarına neden olurlar.
  - b. Allerjik etki (allerjik dermatitler), krom bileşiklerinin özellikle altı değerli bileşiklerin allerjik dermatit yaptıkları kanıtlanmıştır.
2. Solunum sistemi üzerine etkisi süreye bağlıdır,
  - a. Akut Etkileri : Altı değerli krom bileşikleri ve asit kromik solunması sonucu bütün solunum mukozası tahriş olur. Ödem, bronkospazm, öksürük ve nefes darlığı, sternum gerisinde ağrı görülür. Burun septumunda ülserasyon ve perforasyon çok sık görülen bir bulgudur. Koku alma duyusu bozulmaz, ağrı yoktur. Akut aşamada burun akıntısı ve kanama vardır. Enömokonyoz ve aşırı duyarlık görülebilir.

b. Kronik maruziyet halinde, bronko pulmoner kanser görölme oranı beklenenden çok fazladır. Kromatların kanserojen olduğu kanıtlanmıştır. Kronik maruziyet halinde KOAH gelişmektedir.

3. Diğer sistemlere etkileri : Konjonktivit, göz yaşı artması yanında akut hepatit ve ağır sarılık tablosu bulunabilir. Akut zehirlenmede, sindirim kanalı iritasyonuna bağlı erozyonlar, boğaz ağrısı, midede koliğe benzer ağrılar, kanlı ishal ve kusma görölabilir. Bacaklarda kramplar, pupillalarda genişleme, konvülsiyon, koma görölabilir. Ağır böbrek ve karaciğer bozuklukları ile oligüri, anüri ve üremi sonucu hasta kaybedilebilir.

## **G. YARMA VE TRAşLAMA**

Tabaklanan deriler su ile yakındıktan sonra, yarma makinası ile yarılarak inceltilir. Yarma işleminde sonra derinin kalın yerlerinin düzeltilmesi ve her tarafında aynı kalınlığın sağlanması amacı ile traş makinasında traşlanır.

Her iki işlem sırasında da kullanılan makineler iş kazasına neden olma riski taşırlar.

## **H. RETANAJ VE NÖTRALİZASYON**

Traşlamadan sonra deriler formik asit ve su ile yıkanır. Bu derilerdeki boşlukların doldurulması (Retanaj) için tanenler ve boyamadan önce deriyi nötrale etmek için NaHCO<sub>3</sub> (Sodyum bi karbonat) kullanılır.

Retanajda kullanılan formik asit ve zararlarından yukarıda sözetmiştik. Kullanılan bitkisel ve yapay tanenler ise içerdikleri kimyasal bileşiklere göre çeşitli etkileri olan maddelerdir. Tanenlerin hepsi insan cildi için duyarlandırıcıdır, yani allerjik deri hastalıklarına neden olurlar.

## **I. YAğLAMA VE İLK BOYAMA**

Retanaj ve kromlama ile su kaybedip sertleşen deriyi yumuşatmak için yağlama yapılır. Bu yağlar doğal ya da yapay olabildiği gibi bu iki grubun karışımı da kullanılır.

Yağlar çoğunlukla bakteriler ile kontamine dirler ve ciltte kuruma ile enfeksiyonlara neden olurlar. Foliküler hiperkeratoz (Yağ aknesi) görölabilir. Uzun süre maruz kalma sonucu melanoderma (esmerleşme) ve keratoz oluşur, melanomlar gelişebilir. Skrotal kanserler görölabilir.

İlk boyama veya astar boyası, dolaplarda uygulanır. Bu uygulama sırasında kullanılan boyanın pH'sına göre işlem yapılır. Asit bir boya uygulanacaksa önce Amonyak ile ortam bazikleştirilir ve boyanır sonra formik asit ile boya fikse edilir. Bazik boyalar kullanılacaksa önce ortam Asetik asit ile asitleştirilir ve boyama yapılır sonrada bazik ortamda boya fikse edilir. Metal boyalar ile direkt boyalar ortam pH'sı değişimine gerek duyulmaksızın boyarlar.

Boyamada kullanılan amonyak, tahriş edici, keskin kokulu ve renksiz gazdır. Solunum yolu ve deriyeye temas ile etki eder.

Akut zehirlenme : Solunum yollarında iritasyon, akut akciğer ödemi, sekonder bronkopnömoni. Keratokonjonktivit, iris atrofisi, kornea ve lens bulanıklığı. Ciltte yanıklar. Sindirim sisteminde yanıklar. Larenks ödemi ve şok. Nervöz bozukluklar ve koma.

Kronik zehirlenme : Astmatiform krizler, psödomembranöz konjonktivite yol açar.

Formik asit ve asetik asit organik asitlerdir. Burada yalnız asetik asidi anlatacağız. Solunum yolu ve deriye temas ile etki yapar. Konjonktiva, solunum yolları mukozası ve ciltte yanıklar, dermatozlar, astmatiform bronşit, epigastriumda ağrı, şiddetli kusma, nervöz bozukluklar, tremor, tetanik kramplar, trismus, felçler, koma, böbrek zarları meydana gelir.

Boyalar ve bunların çözücüleri ile ilgili olarak finisaj bölümünde bilgi vereceğiz.

### **İ . SIPALAMA, AÇMA, ASARAK KURUTMA**

Boya dolabından sonra yıkanan deriler, tava veya vakum 60° - 80° ısı ile ısıtılır, ıslak deriler makina üzerine serilerek merdaneyle buruşuk kısımlar açılır, hafif kurutularak çatı katına veya vantilatörlerle ısıtılan bir yere asılır. Burada kuruyan deriler odun talaşı ile örtülür ve 24 saat bekletilir. İşkefe makinasında yumuşatıldıktan sonra çivi makinasında açılarak gerilir. Çivilemeden sonra kenarları budanan deriler son boyamalar için finisaj bölümüne alınır.

### **ÜST KAT (FİNİSAJ DAİRESİ)**

Finisajda, sular dairesinde astar boyası yapılmış derilere sırası ile şu işlemler uygulanır. Presle düzeltilir, ara kat denilen ikinci bir boyama yapılır, tekrar preslenir, son kat denilen boya ve cila karışımı ile boyanır ve son kez preslenerek mamul haline gelir.

Pres makinaları özellikle çeşitli derecede yanıklara neden olan iş kazaları açısından sorun oluşturur.

Boyamada kullanılan kimyasal maddeler meslek hastalıkları açısından önemli sorunlara neden olmaktadır. Boya maddeleri esas olarak üç kısma ayrılabilir :

1. Boya pigmentleri : Bunlar organik veya inorganik (TiO<sub>2</sub>, FeO, kurşun içerenler, karbon siyahı) olabilirler.
2. Film teşkil edici kısım : Nitrosellülozlar, Poliüretan reçineleri, Selüloz asetobutiratlar, Halowaks.
3. Çözücü maddeler : Su ve organik solventlerdir. Bunlar çeşitli miktarlarda karıştırılarak kullanılırlar.

Bu maddeler içinde özellikle organik solventler meslek hastalıkları ve çevre sağlığı açısından önemlidir. Deri sanayinde kullanılan önemli organik solventler : Etil asetat, butil asetat, etil glikol, izopropil alkol, toluen, terebentin.

Finisajda kullanılan kimyasalların, meslek hastalıkları açısından kliniğini sırayla özetleyeceğiz.

**a . Etil Asetat** : Renksiz, hoş kokulu bir sıvıdır. Solunum ve deri yolu ile etki eder. Gözlerde ve solunum sisteminde tahriş yapar. Kronik zehirlenmede sekonder anemi ve lökositöz görülür.

**b. Butil Asetat** : Renksiz, saydam, meyve kokusunda bir sıvıdır. Solunum ve deri yolu ile etki yapar. Deri için çözücü olduğu gibi, gözlerde burun ve boğazla tahriş yapar. Yanabilir çalışırken dikkat edilmelidir.

**c. Etil Glikol** : (Etilen alkol, Glikol) Tatlı, renksiz, akıcı, higroskopik bir sıvıdır. Solunum yolu ile etki eder, uyuşturucudur. Böbrek ve karaciğere toksik etkilidir. Sıvı ve sis halinde iken sakıncalıdır. Merkezi sinir sisteminde hasara ve beyin fonksiyonlarının yitirilmesine yol açar.

**d. İzopropil Alkol** : Renksiz, akıcı, berrak bir sıvıdır. Parlayıcıdır. Solunum ve sindirim sistemi yoluyla etki eder. % 0.4 konsantrasyonda gözlerde, burun ve boğazda tahriş yapar. Ağızdan alındığında uyuşturucu etki yapar.

**e. Toluol** : (Toluol, Metil Benzen) Renksiz, parlayıcı bir sıvıdır. Solunum sistemi ve deriye temasla etki eder. Mukoza zarlarını tahriş eder. Narkotik etkilidir. Aşırı yorgunluk, kas zayıflığı, baş ağrısına neden olur. Ticarete satılan toluende % 15 kadar benzen bulunabilir. O zaman benzen zehirlenmesi ile birlikte seyreder.

**f. Terebentin** : Kozalaklı ağaçlardan elde edilen uçucu yağ ve reçinelerin karışımıdır. Terebentin esanslarının esas maddesi bu zamktır. Solunum, sindirim ve deri teması ile etkilidir. Gözlerde, burunda ve üst solunum yollarında tahriş yapar. Dermatitler sık görülür. Yüksek konsantrasyonda maruziyet, başağrısı, bulantı, solunum ve nabız sayısında artma, albüminüri ve hematüri yapabilir.

**g. Butadien** : Parlayıcı gazdır, kolay sıvılaşır. Narkotik etkisi vardır. Solunduğunda, solunum yollarında ve gözlerde tahriş, başağrısı yapar. Merkezi sinir sistemine zarar verebilir. Kanda hemoglobini düşürür.

**h. Halowaks** : Klorlu naftalen içeren bir balmumdur. Solunum ve deri yoluyla etki gösterir. Deride sivilcelere ve karaciğer toksisitesine neden olabilir.

**i. Anilin** : (Amino benzen, Penilamin) Renksiz, özel tad ve kokuda yağ kıvamında bir sıvıdır. Mesleki zehirlenmeler deri ve solunum yoluyla olur. Bazı türleri uzun süre çalışanlarda mesane kanserlerine neden olur. Akut zehirlenmede, başağrısı, başdönmesi, göz kararması, kulak uğultusu, halsizlik, boğulma duygusu, dispne, methe-moglobin derecesine göre siyanoz, bradikardi ve aritmi, hipotansiyon, anginal ağrılar, konfüzyon ve koma görülebilir. Solunum ve dolaşım yetmezliğinden ölüm olabilir. Mesane iritasyonu ve kanlı idrar olabilir. Orta derecedeki zehirlenmelerde, hemen hemolitik ikter oluşur. Bu durumda hepatomegali ve böbrek lezyonları görülür. Kronik zehirlenmede, sekonder hipokromi, anemi, vegetatif sinir sistemi bozuklukları, bazen paresteziler, motilite bozuklukları, zayıflama, samoliyopi, mesanede papillom (bunlar sonradan kanserleşeceğinden erken teşhis çok önemli) görülebilir.

**i. Titan Dioksit** : (TiO<sub>2</sub>, Titan beyazı) beyaz boya pigmenti olarak kullanılır.

## KONFEKSİYON BÖLÜMÜ

Bu bölümde çalışan işçilerde, derinin işlenmesi aşamasında deri üzerinde kalan çeşitli kimyasal maddelerin yapmış olduğu, cilt hastalıkları görülmektedir. Bunlar aşırı duyarlığa bağlı allerjik olabildiği gibi iritasyona bağlı da olabilir.

Deri işçilerine uyguladığımız anket, Türkiye'nin en büyük ve en eski üretim merkezi İstanbul Kazlıçeşme'de yapıldı. Bu bölgedeki 114 işyerinde yaklaşık 3500 işçi çalışmaktadır. İşyerlerinden, 37'si 10 ve daha az, 65'i 11-50 arasında ve 12'si 50'den çok işçi çalıştırmaktadırlar.

**Ankete katılan 210 işçinin yaş gruplarına göre dağılımı**

a. 15'den küçük	7
b. 15 - 20 arası	15
c. 21 - 25 arası	29
d. 26 - 35 arası	86
e. 36 - 45 arası	42
f. 45'den büyük	16
g. Yanıt vermeyen	15
<b>TOPLAM</b>	<b>210</b>

**Ankete katılan işçilerin mesleklerine göre dağılımı**

<b>I. Alt Kat</b>	
a. Krom dairesi	35
b. Kireçlik dairesi	37
c. Sıkmacı	21
d. Yarmacı	15
e. Traşçı	10
<b>II. Üst Kat</b>	
a. Pistolacı	42
b. Presci	30
c. Çivicilik	31
d. Zımparacı	9
e. Kadifeci	27
f. Fırıldakçı	10
g. İskefeci	9
h. Parkerci	2
ı. Taşçı	3
i. Makinist	1
j. Köseleci	2
<b>III. Konfeksiyon</b>	<b>6</b>

Bu bölümde birden fazla mesleği olan 54 işçi vardır.

**İş kazaları ve meslek hastalıkları konusunda işçilerin eğitimi sizce yeterli midir?**

a. Evet	5
b. Hayır	200
c. Bilmiyorum	5

---

Toplam	210
--------	-----

İş kazaları ve meslek hastalıklarından korunmada birinci basamak çalışanların bu konuda eğitilmesidir. Yukarıda aktarmaya çalıştığımız her aşamasında birçok risk taşıyan deri işkolunda eğitim konusu özel bir önem kazanmaktadır. Bu konuda İş Yasası ve İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü ile işverene çeşitli yükümlülükler getirilmiş olmasına rağmen, uygulamada sonuç olumsuzdur.

**İşçileri iş kazaları ve meslek hastalıkları konusunda hangi kuruluşlar eğitmelidir?**

a. İşveren örgütleri (sanayi odaları, işveren sendikası v.b.)	33
b. İşçi sendikaları	74
c. S.S.K.	54
d. Tabip Odası	15
e. İşçi Sağlığı ve Meslek Hastalıkları Derneği	84
f. Diğer (açıklayınız)	8
Yanıt vermeyen	8

Bu soruya yanıt verenlerden bir bölümü birden fazla şık işaretlemiştir.

"F" şikkını işaretleyenler, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığı şeklinde açıklamışlardır.

Bu soruya verilen yanıtlardan işçilerin eğitim konusunda kendi örgütlerini (sendika, dernek) öncelikle seçtikleri ortaya çıkıyor.

**İşe girerken muayene edildiniz mi?**

a. Evet	77
b. Hayır	123
Yanıt vermeyen	10

---

Toplam	210
--------	-----

**Meslek hastalıkları için Periyodik (Altı ayda bir) muayene ediliyor musunuz?**

a. Evet	33
b. Hayır	166
Yanıt vermeyen	11

---

Toplam	210
--------	-----

Çalışma yaşamını düzenleyen yasalarda işe giriş muayeneleri zorunlu olmasına rağmen, anket sonucu %60'a yakın oranda bu muayenelerin yapılmadığını göstermektedir. Birçok meslek hastalığı tehlikesi olan deri işkolunda işe giriş muayenesi özenle yapılmalıdır. Bu muayene akciğer grafisi, sistemik muayene özellikle solunum sistemi muayenesi, allerji anamnezini kapsamalıdır.

Periyodik muayenelerin yine yasalardaki hükümlere ve toplu iş sözleşmesindeki hükümlere rağmen % 84 oranında yapılmadığı yanıtı alınmıştır. Burada özellikle kromun yaygın kullanımını ve bu metalin mesleki akciğer kanseri yapması periyodik muayenelerin önemini arttırmaktadır. Yapılacak periyodik muayene işçinin çalıştığı bölüme göre özellik göstermelidir. Kromla çalışanların cilt muayenesinde Kuş Gözü ülserleri, burun septumu ülserleri ve perforasyonu dikkatle aranmalı ve rutin akciğer grafisi çekilmelidir.

S.S.K. 1986 İstatistik Yılığında 29 sayılı deri işkolunda çalışan sigortalı işçi sayısı 10.183 olarak bildirilirken, bu işkolunda aynı yıl hiçbir meslek hastalığı bildirilmemiştir. Deri işkolunda çalışanların yukarıda özetlediğimiz çalışma koşulları göz önüne alındığında, işe giriş ve periyodik muayenelerin yapılan kısmının ciddiyeti ortaya çıkmaktadır.

**Toplu iş sözleşmenizde işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili hükümlerden uygulananları işaretleyiniz.**

a. Hergün küçük bir kase yoğurt	201
b. Bir kat yazlık, bir kat kışlık iş elbisesi	198
c. Sular dairesi dışındakilere iki çift iş ayakkabısı	179
d. Sular dairesinde çalışanlara iki çift yün çorap ve çizme	159
e. Eskidikçe muşamba önlük ve eldiven	165
f. Ayda yarım kilo sabun	197
g. Altı ayda bir yüz havlusu	190
h. Ocak ayında boy havlusu	179
i. Her işçiye soyunma dolabı	174
Yanıt vermeyen	6



Yasalar gereği işverenin çalışanlara vermesi gereken iş için uygun iş elbiseleri ve kişisel korunma araçları sayılan yukarıda yazılı araçların toplu iş sözleşmesinde yeniden yazılı olması düşündürücüdür. Daha da düşündürücü olan taraf d ve e şıklarındaki kişisel korunma araçlarının bütün bunlara rağmen, % 20 ye yakın oranlarda uygulanmıyor olmasıdır.

**İşyerinizde hangi kimyasal maddelerle çalışıyorsunuz?**

a. Krom bileşikleri	100
b. Çeşitli boyalar	142
c. Sülfürik asit	85
d. Zırnık Na <sub>2</sub> S	81
e. Kireç	82
f. Bilmiyorum	38

Bu soruya verilen yanıtlarda işçilerin bir kısmının yazılı olan maddelerin birkaçı ile çalıştıkları anlaşılmaktadır.

**İşyerinizde sizi en çok rahatsız eden koşullar nelerdir?**

a. Koku	175
b. Nem	138
c. Gürültü	151
d. Isı	81
e. Solunan hava	134
f. Aydınlatma sorunu	87
g. Diğer (Açıklayınız)	4
Yanıt vermeyen	9

Bu soruya verdikleri yanıtlarda birçok işçi yukarıda yazılı koşullardan birkaçını işaretlemiştir. g şikkını yanıt olarak yazanlar, çevre kirliliği ve huzursuz çalışma ortamı olarak açıklamışlardır.

**İşyerinizde iş kazasına neden olabilecek makina var mı?**

a. Evet	160
b. Hayır	41
Yanıt vermeyen	9

---

Toplam	210
--------	-----

**Varsa kaza olmaması için alınan önlemler yeterli mi?**

a. Evet	8
b. Hayır	149
Yanıt vermeyen	4
<b>Toplam</b>	<b>160</b>

**1987 yılı içinde geçirdiğiniz hastalıklar**

a. Kalp ve damar	25
b. Solunum	67
c. Sindirim	29
d. Cilt	77
e. Kas, eklem ve kemik	53
f. Sinir	49
g. Kadın hastalıkları	6
h. Üriner sistem	6
ı. Göz	41
i. Kulak burun boğaz	85
Yanıt vermeyen	25

Bu sorulara verilen yanıtlar ile yukarıda anlattığımız bu işkoluna özgü hastalıklar arasında uyum görülmektedir. En sık görülen hastalıklar K.B.B. cilt ve solunum sistemine aittir. Bu iş kolunda kullanılan iritan ve allerjen maddeler düşünülürse beklenen sonuçta budur.

**SONUÇ :**

Deri işkolunda işçilerin üretim sürecinde karşılaştıkları iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili sorunları incelemeye çalıştık. Bu işkolundaki işyerlerinin fiziksel koşulları ayrı bir çalışmanın konusu olacak kadar geniş ve oldukça kötü durumdadır. Kullanılan teknoloji oldukça geridir. (özellikle küçük işletmelerde)

S.S.K. 1986 yılı istatistikleri bu işkolunda sigorta kanunlarına tabi 2.784 işyeri ile 10.183 sigortalı işçi bulunduğunu göstermiştir. Oysa aynı yıl temmuz ayı Çalışma Bakanlığı istatistiklerinde bu işkolunda 40.000 dolayında işçinin çalıştığını bildirmektedir. Buradan çıkan sonuç yoğun bir şekilde sigortasız işçi çalıştırıldığıdır.

Hastalıkları oluşmadan önlemek çağdaş tıbbın temelini oluşturur. Oysa gerek işe giriş, gerekse periyodik muayeneler çoğunlukla yapılmamakta ve yapılanlar ise yask savmak anlayışını aşmamaktadır. S.S.K. Koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık vermelidir.

S.S.K. sağlık işlemleri tüzüğünde yer alan meslek hastalıkları bir çok eksiklikler taşımaktadır. Bu listede yer almayan ancak gelişmiş ülkelerde kabul edilmiş meslek hastalıkları listeye eklenmelidir. Deri iş kolu için özellikle önemli olan ve listede yer almayan meslek hastalıklarını ve Avrupa'daki sınıflamasını şöyle verebiliriz.

A grubu kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları

EK II A - 8 Alifatik aminler

A - 15 Terpen ve terpen bileşikleri

C grubu Fiziksel etkenlerle meydana gelen meslek hastalıkları

EK II C - 4 Mesleki KOAH'lar (SO<sub>2</sub>, Crom)

K grubu mesleki kanserler

K - 1 F Kromatlar ve pigment kromat

Nedenleri kesin olarak belirlenemeyen mesleki etkilenme ile ilişkili görülen malign tümöral hastalıklar

K - 5 B Lösemiler, Lenfomalar, Burun ve larenks Ca., Akciğer ve Mesane Ca.

(Deri endüstrisinde çalışanlar)

Acan S.S.K.'nın çalışanların etkin yönetimi ve denetimi ile sağlıklı bir yapıya kavuşabileceğine olan inancımızı belirtelim.

Ülkemizin, koşulların tüm olumsuzluklarına rağmen, en örgütlü ve modern sınıfı olan işçilerin öncülüğü ile sağlık sorunları çözülebilir. Bunun için işçi sendikaları bu konuda öncülüğü almak zorundadır. Çünkü bütün insan hakları bildirgelerinin birinci maddesini oluşturan kutsal yaşama, sağlıklı yaşama hakkına herkes sahip olmalıdır.

**Deri İşkolunda İşçi Sağlığı Sorunları ve Çözümleri**  
**Şaban TÖREN**  
**(Deri-İş Sendikası Beykoz Şube Başkanı)**

Sayın konuklar, değerli delegeler, basınımızın değerli mensupları hepinizi deri işçileri adına saygıyla selamlarım.

2. Ulusal işçi sağlığı kongresini toplayan ve böylesi bir organizasyonu gerçekleştirdiği için, Türk Tabipler Birliği'ne kongrenin hazırlanmasında emeği geçen tüm çalışanlara sendikam adına teşekkür ederim.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği sorunu toplumsal-ekonomik oluşumun bir parçasıdır. bu nedenle düzen sorunlarından ayrı tutulamaz. Çalışanların sağlığı yalnızca işyeri sınırları içinde çalışma ortamı açısından ele alınamaz. Bu sorun işçi sınıfının yaşama ve çalışma koşullarıyla, sağlık, sosyal güvenlik, eğitim, gelir bölüşümü, iş güvencesi, işçi sorunları ile yakından ilgilidir.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği sorunu genel olarak tüm sağlık sorunları ile, üretim teknolojileri ile, geri kalmış bir ülkeye ithal edilen teknolojinin, o ülke işçilerine uygunluğu sorunu ile, üretilen malların sağlığa aykırı olup olmaması ile, işçinin ve ailesinin yaşama koşulları ile beslenme, giyinme, ısınma, barınma, dinlenme, geliş bölüşümü ile iç içe ele alınması gereken, çok yönlü bir sorundur.

Üretim araçlarının özel mülkiyetine ve işçilerin sömürülmesi ilkesine dayanan kapitalist toplumda işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda kapitalist sınıf ile işçi sınıfı arasında doğal bir çıkar birliği yoktur. Gerçek anlamda bir çıkar çatışması vardır. Kar, daha fazla kar, en fazla kar, peşinde koşan kapitalist sınıf için işçilerin sağlığının önemi yoktur. Bu anlamda azınlığın karı ile çoğunluğun sağlığı çelişmektedir. Üretimin toplumsal niteliğine karşın üretim araçlarının özel mülkiyeti üzerinde yükselen kapitalist toplum doğanın ve onun bir parçası olan insanın en hunharca sömürülmesine dayanır. Kapitalist sınıfın kar dürtüsü ile giriştiği sömürüyü arttırma yöntemi, iş kazalarını ve meslek hastalıklarını da arttırır, işçilerin sağlığını bozan etkenlerin başında gelir. Kapitalist için önemli olan karını arttırmaktır. Bu nedenle sürekli olarak iş kazalarını ve meslek hastalıklarını azaltacak önlemler için yapılacak harcamalardan kaçmaktadırlar. İş kazalarının işçilerin dikkatsizliğinden, ihmalinden çıktığını söyleyerek sorunu saptırmaya çalışmaktadırlar. İş kazalarında işçilerin dikkatsizliğini öne süren kapitalist sınıf, meslek hastalıkları konusunda ise hiçbir gerekçe öne sürememektedir. Bu gün ülkemizde varolan yasa, tüzük ve yönetmelikler işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda yetersiz kalmaktadır.

Hiçbir yaptırım gücü olmayan kurullar, uygulanmayan yasa maddeleri ve tüzükler ile bu sorun çözümlenemez. İşçi sağlığı ve iş güvenliği gerçek anlamda siyasi bir sorundur. Bir düzen sorunudur. Sendikalar ücretlerin satın alma gücünü yükseltmek, daha fazla yıllık izin, daha kısa çalışma haftası için mücadele ederlerken işçi sağlığı ve iş güvenliği sorununu mücadelelerinin odak noktası yapma durumundadırlar. İşçi sınıfımız iş kazalarında daha fazla kan akıtmadan yoğun bir mücadele içine girmek zorundadır.

Bugün ülkemiz, Emperyalizme bağımlı geri kapitalist bir ülkedir. İşçilere ve sendikalara vurulan darbe aynı zamanda tüm ulusal güçlere vurulmuştur. Gerçekten son yıllarda ülkemiz eşi görülmedik bir yıkıma uğratılmıştır, ekonomi emperyalist tekeller, ve yerli işbirlikçileri tarafından talan edilmiş ekmek ve demokrasi isteyen bütün ulusal güçler susturulmuş, örgütleri dağıtılmıştır. Ekonomik çöküş sosyal ve ahlaksal çöküşe yol açmış, kültürel yozlaştırma aşılansarak bu çöküş hızlandırılmıştır.

Bu gidişe dur demek, ekmek kadar su kadar ihtiyacımız olan gerçek demokrasiye ulaşabilmek için güçlerimizi birleştirmek zorundayız. Bu ülkede yaşamayı göze alan, bütün ulusal güçlerin tam demokrasiyi gerçekleştirmek için birliğe birleşmeye ihtiyaçları vardır. Hiçbir güç tek başına ülkede gerçek demokrasiyi kazanamaz. bu gün ülkede uygulanan ekonomik politika, bir avuç azınlığın yararınadır.

Ülkemizin demokrasi güçleri olarak, kendimize sormamız ve yanıtlamamız gereken bir soru var. Bu gün ANAP Hükümeti Cumhuriyet tarihimizin tanık olduğu en gözü dönmüş, en acımasız hükümdür. Bu hükümet bir an önce iktidardan uzaklaştırılmalı ve demokrasi güçlerinin ortak iktidarı, hazırlanarak, tam demokrasiye geçilmelidir. Yoksa demokrasi olmadan yukarıdaki istemlerimiz, çalışanların, eğitim, sağlık, iş güvenliği can güvenliği gibi temel yaşamsal sorunları askıda kalır.

Bu toplanan 2. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi aracılığıyla istemlerimizi aşağıda sıralıyorum.

- Devletin sağlık politikası değiştirilmelidir. Silahlanmaya ayrılan pay % 25 azaltılıp, sağlığa ayrılan pay yükseltilmelidir.

- İşyeri işçi sağlığı ve iş güvenliği kurulları demokratikleştirilerek işler hale getirilmeli, 7. kişilik kurullar işçi ve işverenlerle eşit şekilde temsil edilmelidir.

- Ulusal düzeyde işçi sağlığı ve iş güvenliği komitesi kurulmalı, mali ve idari özerkliği olmalı, sağlık konusunda en yetkili kurum olmalıdır. Başta sendikalar olmak üzere, Türk Tabipleri Birliği, ilgili Bakanlıklar, Üniversiteler, TMMOB. ile işveren sendikasının temsilcilerinden oluşacak bu komite belirleyici olmalı, bundan sonra yapılması gereken bütün çalışmalar işçi sağlığı kongrelerinde bu komite tarafından toplanmalıdır.

- Bu komiteye bağlı, il ve bölgelerde il ya da bölge işçi sağlığı komiteleri oluşturulmalıdır.

- SSK demokratikleştirilmelidir ve tam özerk hale getirilmeli, kongreleri her yıl yapılmalı, yönetiminde işçiler ağırlıklı olarak temsil edilmelidir. İşverenlerden birikmiş prim alacakların (yaklaşık 400 milyar TL.) derhal tahsis edilmeli, SSK'nın verdiği hizmetler artırılmalıdır.

- Tüm çalışanlara grevli toplu sözleşme hakkı verilmelidir.

- Sendikalar Yasası, İş Yasası, temel hak ve özgürlükleri düzenleyen yasalar demokratik hale getirilmelidir.

- Çalışma saati haftalık 40 saate indirilmelidir.

- Asgari ücret, 200 bin lira yapılmalı ve vergi dışı bırakılmalıdır.

- Konut üretimi devlet tarafından yürütülmeli, güvence devlet olmalıdır.

- İşçi sağlığı ve iş güvenliği eğitimleri için, sendikalarda uzman istihdam edilmelidir.

- Eğitim çalışmaları işyerlerinde, tüm işçilerin katılımıyla yapılmalıdır.

- Deri üretiminde kullanılan, zararlı maddeler yerine daha az zararlı maddeler kullanılıp, kullanılacak hammaddenin ve makinanın seçimi sırasında en uygun koşullar tercih edilmelidir. İşçiler meslek hastalığına yol açan zararlı kimyasal maddeler ortamından çekilmeli, gerektiğinde, her türlü önlem alınmalıdır.

Değerli izleyiciler, deri işkolundan, işçilerin çalışma koşullarından, iş kazalarından bahsetmiyorum, çünkü deri işçilerinin çalıştıkları iş yerleri çağımızın utancı, bu işyerleri genelde özel sektörün elinde olan işletmeler. Bu işletmeler birer izbe, bu işyerlerinde işçi sağlığı iş güvenliği diye bir ortamdan bahsedemeyiz. Buradan işçi emekli olmaz, burardan insanlar sakat olmadan sağlığını kaybetmeden yaşamını vermeden ayrılamaz. Onun için iş kolumuzdan bahsetmiyorum.

II. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresinin işçi sınıfımıza ve ülkemize yararlı olmasını diler, demokratik bir Türkiye özlemiyle hepimizi saygıyla selamlarım.

**Fikir İşçilerinin Sağlık Sorunu**  
**Ziya USTAOĞLU**  
**(Koop-İş Sendikası Genel Eğitim ve Teşkilatlanma Sekreteri)**

Sağlık yalnızca hastalığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden iyilik halidir. (1961 Sossyalleştirme Kanunu)

Bu genel tanımı yaptıktan sonra, işkolları tüzüğünün 17 numarasında belirlenen iş gruplarından Büro, Kooperatif, Ticaret, Eğitim ve Güzel Sanatlar işkolunda çalışan işçilerin sağlığı ve iş güvenliği açısından karşılaşılan güçlükleri ifade edeceğim.

Dünya sendikal literatüründe, faaliyetini sürdüren bu işkolu işçilerine mavi yakalı işçiler denir. Bir diğer ifade ile belirtmek gerekirse, bu işkolunda diğer işkollarında olduğu gibi maddi değer üretimi, asıl iş yönünden yoktur. Hizmet ve fikir işi vardır. Ben olaya faaliyette bulunduğumuz işyerleri ve bu işyerlerinde çalışan üyelerimizin içinde buldukları sağlık ve güvenlik tedbirleri yönünden yaklaşacağım.

Karşılaşılan ve çözüm bulunması gereken konuları şu ana başlıklarda toplamak mümkündür.

- 1 . İşçi-memur ayırımı,
- 2 . İşkolunun özellikleri,
- 3 . Çalışma süreleri,
- 4 . Yasalar ve yönetmelikler,
- 5 . Stres

**1 . İŞÇİ - MEMUR AYIRIMI :**

3008 sayılı kanunun yürürlüğe girdiği tarihten beri kesin bir tanımı yapılamayan ve yapılan işin niteliğine bakılmaksızın bazen aynı durumdaki bir işçinin statü hukukuna bazen de iş hukukuna tabi tutulduğunu görmekteyiz. Bu durum ise işçiyi zaman zaman güvensizliğe sevketmekte, iş güvenliği yönünden nasıl davranacağı konusunda tereddüte düşmesine sebebiyet vermektedir. Toplu İş Sözleşmeleri ile getirilmek istenen güvenlik hükümleri, zaman zaman yönetmelik çıkarma yetkilerinin işverene verilmesi ile de daha karmaşık ve daha güvensiz bir ortamın doğmasına sebebiyet vermektedir. Bir gün önce var olan yönetmelik hükümlerine göre belli aşamalardan geçerek belli ünvanlar elde eden işçilerin bir sonra çıkartılan yönetmeliklerle bu ünvanları ellerinden alınabilmektedir. İş Mahkemelerine açılan davalarda ise bu kişilere verilen ünvanların sonradan geri alınması olayı haklı fesih sebebini gerektirici bir fiil olarak kabul edilmiştir. Gerekçe ise, 1475 sayılı kanunun 16-II-e gereğince işin mahiyeti değişmemesi, çalışma şartlarında ağırlaşma olmaması ve ücret ve sosyal haklarında gerileme olmamasıdır.

Oysa ki; bu insanların daha önce verilen ünvanlarının geriye alınması ile onurları zedelenmekte, yetkileri kısıtlanarak zaman zaman amir durumundan, emir alır duruma düşmektedirler. Eğer bu işçiler statü hukukuna tabi olsalardı ünvanları geliş güzel

alınamayacak, suç tebeyyüm etmedikçe ceza verilemeyecekti. Sözleşmelerle getirilen hükümler işin gereği, yönetmelik çıkarma yetkisini işverene bırakmanın sonucunda işleyememektedir. Bunun için işçiler işledikleri suçların cezası yönünden Devlet memuru gibi tecziye edilir. Çalışma koşulları yönünden ise İş Hukuku esaslarına tabidir. Bu çarpık uygulamaların işçi-memur ayırımının belli bir esasa bağlanması ile çözüme kavuşacağına inanmaktayım.

## **2. İŞKOLUNUN ÖZELLİKLERİ :**

Bu işkolunun diğer işkollarından çok farklı bir yapısı vardır. Sosyal Sigortalar Kurumu Aktvarya Dairesi Başkanlığının verilerine göre işkolunda 84.384 işyerinin tescilli olduğunu, bu işyerlerinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 17 Ocak 1988 tarihli tespitlerine göre 282 bin civarında işçinin çalıştığı ilan edilmiştir. Bu rakamlar baz olarak alındığında ortalama her işyerinde 3 işçinin çalıştığı ortaya çıkmaktadır. Çoğu işyerlerinde bir veya iki kişi çalışmakta, bazı birim işyerlerinin işletme niteliğinde olması nedeni ile sayıları 50-60 civarında bulunan bu tür işletme işyerinde 50 kişi ile 7000 kişi civarında işçi çalışmakta olup, işletmeyi oluşturan işyerlerinin sayısı 4 bin civarında bulunmaktadır. Bu işkolunda 100'ün üzerinde işçisi olan işyeri sayısı çok azdır. Bu durum ise, işçi sağlığı ve işgüvenliği açısından birçok sorunları da beraberinde getirmektedir. Hatta konulara ilişkin çıkartılan tüzükler ihtiyaçlara cevap verememektedir. Bunun için diğer işkollarındaki benzer güçlükler de değerlendirilerek sorunları çözücü bölgesel merkezi çözümlerini oluşturmak gerekir kanaatindeyim. Sendikal etkinlikler açısından da aynı işletmede değişik işyerlerinde çalışan işçilerin mesleki ve sendikal dayanışmalarını da zayıflatıcı hatta, işverenlerin baskısının çok kolay olduğu bu tür işyerlerinde grev imkansız hale gelmektedir.

## **3. ÇALIŞMA SÜRELERİ :**

Bu işkolunun bir diğer özelliği de çalışma süreleri açısından ortaya çıkmaktadır. Anayasanın 50. maddesi "Dinlenmek çalışanların hakkıdır" hükmünü getirmiş, 1475 sayılı kanunun 61. maddesi haftalık çalışma süresini 45 saatle sınırlamış olmasına rağmen, uygulamada büyük bir ekseriyetle bu sürelere riayet edilememektedir. Toplumla ve ortaklarla direkt ilişki içinde bulunan fikir işçileri, müşteri bir taleple işverene müracaat etmişse sorunu çözene kadar işi takip için iş saatini zorlamaktadır. Ortaklar ise, ihtiyaçlarını karşılayabilmek için gece gündüz, tatil, bayram demeden kooperatife müracaat etmekte ve ihtiyaçlarını karşılayabilmek için çalışanları zorlamaktadır. İşyerlerinde çalışan personelin azlığı ile işverenleri az işçi ile daha fazla kar düşüncesi birleştiğinde, zaman zaman hafta tatili ve yasal ücretli izinlerin bile kullanılamaması sonucu ortaya çıkmaktadır. İşin gereği bilindiği için bu tür işlerde çalışan işçilere işverenler tarafından fazla ödeme veya tatil ücretleri ödenmemektedir. İşçiler kanunun getirdiği temel haklarını talep ettiklerinde ise, işverenlerce görevlerine son verme tehdidi ile karşılaşmakta bu nedenle hak bile talep edememektedirler. Yasalarla işverenlere tanınan hakların çoğu kez iyi niyetle değerlendirilmesi sonucunda kanun dışı olsa bile bu uygulamaların önüne geçilememektedir.

#### 4. YASALAR VE YÖNETMELİKLER

İşçi - memur ayırımı konusunda değindiğimiz konu ile birlikte 3008 sayılı kanunda 1967 senesinde 931 sayılı kanunla yapılan değişikliklerle, 10 kişiden az işçi çalıştıran işyerleri ve bu işyerlerinde çalışan işçiler iş kanunu kapsamına alınmış oldu.

##### A) Emeklilik Hakkı Açısından :

Ancak; eski hizmetlerin değerlendirileceğine dair kesin ve sorunları çözücü tedbirler getirilmemiştir. İşçilerin bu tür işyerlerinde çalıştıklarını belgelemeleri halinde kanunun yürürlüğe girdiği tarihten geriye doğru 10 yıllık süreler emeklilik yönünden Sosyal Sigortalar Kanunu süresinin başlangıcına esas alınmış, ancak, prim ödeme gün sayısından sayılmayacağı hükme bağlanmıştır. O halde 1967 senesinden önce ne kadar çalışırsa çalışsın, işçinin 1967 senesinden sonra emekli olabilmesi için 5000 gün prim ödemesini şart koşulmuştur. Tabi bu sürenin sonunda sigortalılık süresinin en az 25 yıl veya yaş haddinin en az 55 olması şartlarından en az birinin gerçekleşmiş olması halinde emeklilik hakkının sağlanmasını gerekli kılmaktadır.

##### B) Kıdem Tazminatı Bakımından :

Fikir işçilerini en çok etkileyen ve haklarının kaybına sebep olan olay 931 sayılı kanunun yürürlüğe girmesi ile gündeme gelmiş oldu.

1475 sayılı kanununun 14. maddesi gereğince işçilerce kanunun öngördüğü koşullara uyanlara hizmetlerinin 25 yıla kadar olan süreleri için her hizmet yılı karşılığı son almakta oldukları ücret ve haklarının bir aylığına isabet eden miktarı her hizmet yılı için net olarak ödenmektedir. Ancak, kanun bu hakkı fikir işçilerine tanımamış ve açılan davalarla fikir işçiliği beden işçiliğinden fazla olan işçilere 67 öncesi süreler için kıdem tazminatı ödenmesini gerekli görmemiştir. Diğer bir ifade ile 1967 öncesi hizmet süreleri için fikir işçilerine kıdem tazminatı ödenmesine olanak verilmemiştir.

Anayasa'nın 50. maddesi 3. paragrafı "Dinlenmek çalışanların hakkıdır...", 56. maddesi "... herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir..." demektedir.

Devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içerisinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücüne tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacı ile sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.

1475 sayılı kanununun 61. maddesi 2869 sayılı kanunla değiştirilerek haftalık çalışma süresi azami 45 saate indirilmiştir. Ancak, bu, işkolunda, işkolunun özellikleri bölümünde değinildiği gibi uygulanmamaktadır. Aynı kanununun 64. maddesinde temel alınan dinlenme süreleri kullanılamamaktadır. Aynı kanununun 73. maddesinde belirtilen işçi sağlığı ve işgüvenliği şartları ya işverenlerin ilgisizliği veya işyerlerinin küçüklüğü sebepleri ile yerine getirilememekte, sendikaların ise çok sayıda olan bu işyerlerinin denetimini sürekli denetleme olanaklarının sınırlı olması sebepleri ile sağlayamamaktadırlar.



1475 sayılı kanununun 76. maddesi gereğince İşçi sağlığı ve İş güvenliği konusunda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca çıkartılan tüzükler bu tür işyerlerini kapsayacak şekilde düzenlenmemiş, bu işyerleri için güvenlik ve sağlık yönünden de gerekli tedbirleri getirmemiştir. Konunun çözümüne ilişkin önerimi ise, işçi sağlığı işgüvenliği kuralları konusunda sunuyorum.

#### **Yönetmelikler ve Keyfi Yönetim**

Önceki konularda da değindiğim üzere bu işkolunda çalışan işçilerin büyük bir çoğunluğunun işlenen suçlar açısından cezalandırılmaları, yerine göre, zaman zaman devlet memurları gibi cezai işleme tabi tutuldukları görülmektedir. Ancak, disiplin suçlarının affı veya bazı cezaların süreye tabi tutulması uygulanmaz ve iki hukuk açısından sürekli ağır olan cezanın uygulanması tercih edilmektedir. Bu kişilerin işgüvenliği yönünden ise sözleşmelerle getirilen güvenlik önlemlerinin dışında önemli bir güvenceleri bulunmamaktadır. Çoğu kez işverenlerin niyeti ile orantılı bir güvene sahiptirler.

İşin düzenlenmesi, çalışma süreleri, kadro ünvanı, tayin, terfi gibi özlük haklarını işverenler düzenlemekte, işçinin gelecek endişesi ile, işverenin karşısında en tabii haklarını bile savunamaz duruma düşürülmelerine sebebiyet verilmektedir. Bunun için işyerlerinde işçiler sendikalaşmış olsa bile, işverenler işçiler üzerinde sürekli baskı kurabilmekte ve en tabii hak olan grev uygulaması gündeme geldiğinde bile işverenin istemleri doğrultusunda harekette bulunmaktadırlar. İşverenler bu konulardaki uygulamalarını yönetime gelen kişilerin insiyatifleri yönünden düzenlemektedirler. Bu nedenle her yönetim değişikliğinde de sürekli yönetmelikler ve işçiye karşı davranışlar değişmektedir. Bir diğer ifade ile bazı işverenler işlerini keyfi bir uygulama ile sürdürmektedirler.

#### **5. STRES**

Her işin yapısından kaynaklanan insan sağlığını direk ya da endirek olarak etkileyen faktörleri mutlaka vardır. İş güvenliği sadece çalışma süresi içerisinde fiziksel olarak muhtemel kazaları önlemeye yönelik gerekli güvenlik tedbirlerini almakla sağlanama. Bunun yanında iş ortamının yaratacağı ve insan psikolojisinin olumsuz etkilenmeleri sonucunda sinirsel ciddi rahatsızlıkların doğabileceği muhakkaktır. Bilhassa bu işkolunda strese bağlı olarak oluşan ciddi rahatsızlıklar doğabilmektedir. Bunun sebeplerinin başında diğer işkollarında çalışan işçilerin çalışma koşulları genellikle bellidir. İş ortamının insan sağlığına olumsuz etki yapacak faktörleri önceden tesbit edilmiş, gerekli güvenlik önlemleri ve koruyucular kullanıldığında, sağlık yönünden güvenli bir iş ortamı doğabilir. Ancak bu işkolunda günlük çalışma süresince nelerle karşılaşılacağını önceden tesbit etmek mümkün değildir. Zira bu insanlar çevre ve işyeri özelliklerinin dışında hergün toplumun değişik kesimlerindeki insanlarla karşı karşıya bulunmaktadırlar. İnsanların isteklerinden doğacak olumsuzluklar, işverenlerin çıkaracağı keyfi yönetim sorunları, iş sürelerinin önceden bilinmeyişi, mevzuatın ve bu işkolunda mevcut olan yasal boşlukların ve en önemlisi de işin gereği olarak dikkat, işine bağlılık ve çift yönlü sorumluluk duygusu içerisinde görevlerini sürdürmeleri gerekmektedir. Zira bu insanlar para, kıymetli evrak, mal ve hizmetlerin yürütülmesinden çoğu kez sorumludurlar.

Amerika Birleşik Devletlerinde bu işkolunda çalıştırılacak işçiler için yapılan sınavlarda ilk sorulan soru mide ve bağırsak rahatsızlıklarının olup olmadığıdır. Böyle bir rahatsızlığı olanların durumu belgeler, doktor raporlarını getirmeleri halinde öncelikle işe

alındıkları bilinmektedir. Sebebinin ise, bu tür rahatsızlıkları olanların işlerine bağlı, sorumluluk duygusu olan ve görevlerini en iyi şekilde sürdürebileceğine inanılan insanlar olmalıdır. Ülkemizde de bu işkolunda çalışan işçilerin % 70'inin bu tür rahatsızlıkları vardır. Tabii iş ortamının stresten dolayı yarattığı sinirsel gerginliğin bu tür rahatsızlıklara neden olduğu bilinmektedir. Mide ve bağırsak rahatsızlıklarının % 80'inin sinirsel olduğu iddia edilmektedir. Bu rahatsızlığa bağlı olarak diğer organların da olumsuz yönde arızalar gösterdiği muhakkaktır.

## **ÇÖZÜME İLİŞKİN ÖNERİLER**

### **1. İŞYERİ HEKİMİ :**

Bu işkolunun özellikleri gözönüne alındığında her işyeri için gerekli sayıyı bulmak oldukça zordur. Bu nedenle işyeri hekimi istihdamı da bu ölçüde zor olacaktır. İşyeri hekimlerini Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, işverenler, işçinin yoğunluk durumuna bakarak ve yeter sayı düzenlemesi yaparak, birden fazla değişik işyerlerine belli merkezler tesbit ederek işyeri hekimleri atayabilirler. Bu hekimlerin görev alanı içinde olan işyerlerine hergün belli saatlerde veya haftanın belirli günleri ve saatlerinde uğrayarak işçilerin sağlığı ile ilgilenmeleri, işyerlerinde sağlık ve güvenlik tedbirlerini denetlemeleri sağlanmalıdır. İşyeri hekimlerinin hekimlik bilgilerinin dışında çalışma hayatı ile ilgili konularda gerekli bilgi ve tecrübelerinin olmasına özen gösterilmeli, işçi sağlığı iş güvenliğine ilişkin konularda mutlaka uzman olmaları, bu amaçla Devletin ve Türk Tabipleri Birliğinin sık sık eğitim çalışmalarını yaparak doktorları gerekli konularda eğitimlerden geçirmeleri ve belli aşamalardan geçerek uzmanlaşmış doktorların bu görevlere getirilmeleri sağlanmalıdır. Bu doktorlara geniş yetki ve yetkiyetler verilmeli, sağlık ve güvenlik konularına gerekli ilgiyi göstermeyen kişi veya işverenler hakkında dava açabilmeleri, hatta çok gerekli olan uyarılara uymayan ve gerekli tedbirleri almayanlara bazı cezalar re'sen verebilmeleri sağlanmalıdır. İşyerlerinin özelliklerine göre gerektiğinde mevzuat dışı uygulamaları tesbit ederek işçi sağlığı, iş güvenliği kurumlarına konuyu getirerek çözüm yollarını birlikte bulmalıdır. Bu doktorlara gerekli araç ve gereçler ile maddi imkanlar sağlanmalı, gerektiğinde de yardımcı personel ile takviye edilmelidirler. Ancak, bu konuda ihtisası olmayan doktorların çalıştırılmasına izin verilmemelidir. Kanımca bu doktorların Türk Tabipler Birliğince yetiştirilmesi ve talebin buradan karşılanması daha emin bir yol olur.

### **2. EĞİTİM**

Her konuda olduğu gibi bu konuda da eğitim en önemli konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Eğitim yalnız bir kesimde değil, herkesin ilgili bulunduğu konuya ilişkin bilgisinin olmasını gerekli kılmaktadır. İşçi kendisi için hak olan bir şeyi bilmeli, işverenler de kendilerinin uymaları gereken kuralları bilmelidir. İşyerleri açılmadan işin gereği, uyulması gereken kurallar işverenlere öğretilmeli, gerekli bilgileri olmayanlara işyeri açma yetkisi verilmemelidir. İkinci aşamada ise açılacak işyerinde gerekli sağlık ve güvenlik tedbirlerini almayanlara yine yetki verilmemelidir. İşyerinin açılmasından sonra da işyeri hekimlerinin nezaretinde her iki kesime konulara ilişkin seminer ve konferanslar verilerek tarafların konulara ilişkin bilgi edinmeleri sağlanmalıdır.

Sendikaların da konular hakkında eğitim amaçlı faaliyetlerine ağırlık verilmelidir. Konulara ilişkin çözümlerin mutlaka eğitimle giderilebileceğine inanmaktayım.

### **3 . İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞGÜVENLİĞİ KURULLARI**

İşçi sağlığı ve işgüvenliği kurulları hakkında mevcut tüzüğün 2. maddesinde belirtilen ve 50 kişiden fazla işçi çalıştırılan işyerlerinde kurulması öngörülen bu kurulların tüzükte yapılacak değişikliklerle aynı işverene bağlı birden fazla işyerlerinin birleştirilerek belirlenecek merkezlerde 3. maddedeki esaslara göre kurullar kurulmalıdır. Ayrıca bu kurullara atanan işyeri tabiplerininde iştiraki sağlanmalıdır. Ayrıca kurulun görevleri arasına işyerlerinde sağlık ve güvenliğin tesisi için koordine sağlanmalıdır. Ayrıca, sendikaların yapacakları toplu iş sözleşmeleri ile de bu kurulların oluşmasına ilişkin hükümler getirilmeli ve işin özelliğine göre kurulların ödev ve yetkileri tesbit edilmelidir. Tüzüğün 5. maddesi gereğince çalışma esasları tesbit edilmeli ve varsa diğer kurullarlada koordine sağlanmalıdır.

Kurulların teşekkülünde görev alanların kurulca tesbit edilen sağlık ve güvenlik yükümlülükleri kesin hatları ile belirlenip işyerlerinde ilan edilmelidir.

Kurulların yükümlülükleri yeniden düzenlenmeli ve yapacakları teklif ve tavsiyelerde işyerinin durumu ve işverenin imkanları gözönünde bulundurulmalıdır. İşçilerin ise kendilerini ilgilendiren konularda karşılaştıkları sorunları ve tesbit etmişlerse çözüm yollarını kurula iletmekle ve alınan kararların uygulanmasından sorumlu tutulmaları gereklidir.

**Sağlık İşkolunda Çalışanların Sağlık ve  
Güvenlik Konusundaki Hukuki Güvenceleri  
Av. İlgı VARIŞ**

Sağlık işkolunda çalışanların sağlık ve güvenlik konusundaki hukuki güvencelerinin tesbiti için, öncelikle bu personelin hukuki statülerinin ve çalışma koşullarının belirlenmesi gerekmektedir. 1985 yılı itibariyle yalnız kamu kesiminde yardımcı sağlık hizmetleri personeli hariç, doktor, eczacı, diş hekimi, hemşire, ebe ve sağlık memuru olarak çalışanların sayısı 115680'dir. Bu rakama en az yarısı kadar yardımcı sağlık personeli olan hastabakici, teknisyen, laborant gibi diğer çalışanlar da eklenince sorunun sayısal önemi ortaya çıkmaktadır. Bu çalışanların tümü devlet memuru statüsünde olup, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile diğer sağlık kurumlarında Üniversite hastanelerinde ve kısmen de S.S.K.'nda çalışmaktadır.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sıtma Savaşı Teşkilatında yaklaşık 2500, S.S.K. hastane ve dispanserlerinde 10000, özel hastane ve sağlık kuruluşlarında ise 4000 civarında toplu iş sözleşmesi kapsamında sendikali işçi statüsünde sağlık personeli mevcuttur. Özel hastane ve sağlık kuruluşlarında işçi statüsünde çalışıp, sendikalaşamayanlar hakkında sağlıklı bir rakam vermek mümkün değildir.

15 Mayıs 1987 tarihli resmi gazete de yayımlanarak yürürlüğe giren, sağlık hizmetleri temel kanunun gereğince "sözleşmeli personel" statüsü hazırlıkları devam etmektedir. Bu hazırlık tamamlanıp uygulamaya geçildiğinde, sağlık işkolunda çalışanların istihdam statülerine bir yenisi daha eklenmiş olacaktır.

Sağlık personelinin çalışma ortamı ise; bilindiği gibi her türlü bulaşıcı mikropların, çeşitli kimyasal zararlıların, iyonlayıcı ışınların, tıbbi cihazların ve elektrik gibi tehlikeli fiziksel etmenlerin bulunduğu kısaca meslek hastalıkları ve iş kazaları riskinin yüksek olduğu bir ortamdır.

İşte gerek bu riskli ortam sonucu oluşabilecek iş kazaları ve meslek hastalıkları gerekse sağlık için gerekli olan yıllık doğum ve hastalık izinleri ile günlük çalışma süresi, fazla mesai gibi konularda yukarıda değinilen 3 statüde ayrı ayrı ve birbirinden farklı düzenlemeler getirilmiş bulunmaktadır.

İşçi statüsünde çalışan sağlık personelinin işyeri olan sağlık kuruluşu (hastane, dispanser, sağlık ocağı gibi) 1475 sayılı İş Kanununun kapsamındadır. Bu sebeple yasanın 73 ve devamı maddeleri ile bu maddeler gereğince çıkarılan tüzük ve yönetmelik hükümleri bu işyerinde uygulanacaktır. Başta işçi sağlığı, iş güvenliği tüzüğü olmak üzere diğer tüzük ve yönetmeliklerin öngördüğü sağlık ve güvenlik önlemlerini almak zorundadır. Bu önlemlerin alınıp alınmadığı Çalışma Bakanlığı ile Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü tarafından da denetlenecektir. Ayrıca Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının da bu gibi işyerlerini kendi mevzuatı açısından denetleme yetkisi bulunmaktadır. İşyerinin sağlık ve güvenlik koşullarının kısmen İLO standartlarına uygun bir

şekilde iş mevzuatı ile düzenlenmiş olması ve etkin olmasa da denetleneb personeli açısından bir güvence oluşturmaktadır.

İşçi statüsünde çalışan sağlık personeline iş kazasına uğraması ve hastalığına yaklanması halinde S.S.K. mevzuatına göre yapılacak sağlık yardımları aşağıdadır.

Sağlık işçileri ise iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı güvenlik haklarından yararlanabileceklerdir. Kanunun iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan sigortalılar için;

- a) Sağlık yardımı yapılması (ilaç, tedavi gibi)
- b) Geçici iş göremezlik süresince günlük ödenek verilmesi
- c) Sürekli iş göremezlik hallerinde gelir tahsisini,
- d) Protez araç ve gereçlerinin sağlanması, takılması onarılması ve yenilenmesi
- e) (a) ve (d) fıkralarında yazılı yardımlar için sigortalının başka yere gönderilmesi
- f) İş kazası ve meslek hastalığı dolayısıyla bedeni veya ruhi bir arızaya uğrayıpta yurt içinde tedavi mümkün olmayanların yurt dışına gönderilmesi
- g) Cenaze masrafı karşılığının verilmesi,
- h) Sigortalının ölümünde hak sahiplerine gelir bağlanması gibi yardımları öngörmektedir. Bu yardımların süreleri ve miktarları yine kanunla tesbit edilmiş bulunmaktadır.

Kanuna göre iş kazası; sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, işveren tarafından yürütülmekte olan iş dolayısıyla, sigortalının, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere toplu olarak götürülüp getirilmeleri sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedence ve ruhca arızaya uğratan olay şeklinde tanımlanmıştır.

Meslek hastalığı ise; sigortalının çalıştığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütümü şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleri olarak tanımlanmıştır.

İş kazası veya meslek hastalığı sonucunda bedence ve ruhca arızaya uğrayan işçinin maluliyet oranının tesbiti ile hangi hastalıkların meslek hastalığı olduğu, Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri tüzüğünde tesbit edilmiştir.

Adı geçen tüzükte meslek hastalıkları şu şekilde düzenlenmiştir.

- A) Kimyasal maddelerle olanlar
- B) Mesleki deri hastalıkları
- C) Pnomokonyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları
- D) Mesleki bulaşıcı hastalıklar
- E) Fiziki etkenlerle oluşan meslek hastalıkları

Tüzük hükümlerine göre sağlık iş kolunda çalışan sigortalılar için düşünülmüş meslek hastalıkları, Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar grubunda sayılan Tropik hastalıklar ile meslek gereği enfeksiyon hastalıkları olarak kabul edilen Viral hepatit ve tüberkülozdur. Ayrıca fiziki etkenlerle meydana gelen meslek hastalıkları grubunda sayılan elektroman-

yetik ışınlar yani röntgen ve gama ışınları ile korpusküler ışınlar (alfa, beta ışınları, nötron ve protonlar) laser ışınlarının meydana getirdiği hastalıklar da sağlık işkolunda çalışanlar için düşünülmüş meslek hastalıklarıdır.

Sağlık işlemleri tüzüğüne göre tesbit edilmiş olan hastalıklar listesinin dışında herhangi bir hastalığın sayılıp sayılmaması üzerine çıkabilecek uyuşmazlıklar Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulunca karara bağlanmaktadır. Yine bu tüzükte kurumun meslek hastalığından sorumlu olduğu sürelerde tesbit edilmiştir.

Meslek hastalığı tanısı koymaya S.S.K. Meslek Hastalıkları hastanelerinin Sağlık kurulları yetkilidir. Bu kurulların kararlarına karşı S.S.K. Yüksek Sağlık Kuruluna itiraz edilebilir. Bu itirazdan sonuç alınamazsa sigortalı işçinin iş mahkemesine müracaat ederek hastalığının meslek hastalığı olarak tesbitini istemek hakkı vardır.

İş Kanununa göre işçi sayılan sağlık personelinin ücretli yıllık izin süresi iş yerindeki kıdemine göre 12, 18, 24 gün olarak tesbit edilmiştir. Haftalık iş süresi ise en çok 45 saattir. Kadın işçiler için doğumdan önce 6 doğumdan sonra 6 hafta olmak üzere toplam 12 haftalık ücretli doğum izni hakkı tanınmıştır. Haftalık izinleri S.S.K. hekimlerinin sürenin uzaması halinde ise hastane sağlık kurullarının raporlarına göre tesbit edilir.

Son yargıtay kararları ile S.S.K. sağlık kurulları en çok 18 aya kadar hastalık izni verebilmektedirler.

Devlet memuru olan; sağlık personelinin sağlık ve güvenlik hakları ise genel olarak 657 sayılı Devlet memurları kanunu ile 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanununda düzenlenmiş bulunmaktadır.

İş kanunu kapsamında olmayan sağlık işyerlerinde işçi sağlığı iş güvenliği mevzuatında belirlenen önlemlerin alınması zorunlu olmadığı gibi bu işyerleri Çalışma Bakanlığı ile Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından da denetlenemezler. Sadece Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının önleyici mevzuatı arasında bir paralellik yoktur.

5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanununda, her ne sebeple ve suratte olursa olsun vücutlarında hasıl olan arızalar veya düşer oldukları tedavisi imkansız hastalıklar yüzünden vazifelerini yapamayacak duruma giren iştirakçilerin "Malul" sayılacağı bildirildikten sonra maluliyet;

- Sandık iştirakçilerinin görevlerini yaptıkları sırada görevlerinden doğmuş olursa,
- Görevleri dışında kurumların verdiği herhangi bir kuruma ait başka işleri yaparken bu işlerden doğmuş olursa,
- Kurumların menfaatini korumak maksatıyla bir iş yaparken o işten doğmuş olursa,
- Fabrika, atelye ve benzeri işyerlerinde işe başlamadan evvel iş sırasında veya işi bitirdikten sonra o işyerinde husule gelen ve yine o işyerinin mahiyetinden veya çalışma konusundan ileri gelen kazadan doğmuş olursa.

Buna vazife malüllüğü bunlara uğrayanlara da vazife malülü adı verilmektedir.

Görüldüğü gibi vazife malüllüğü Sosyal sigortalar mevzuatında öngörülen iş kazası ve iş kazası sonucu maluliyet halinin karşılığı olarak düzenlenmiştir.

Vazife malülü ve adi malüllük konusunda çıkan ihtilaflarla maluliyetin derecesinin tesbitinde Sandık Yönetim Kurulu sandık sağlık kurulunun görüşünü alır.

Sandık Sağlık Kurulu Milli Savunma Bakanlığı, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Emekli Sandığının atadığı birer uzman hekimden oluşur. 3 kişilik sağlık kuruluna üyelerden biri başkanlık eder, gerektiğinde dışarıdan uzman hekimlerin mütalaları da istenir. Ayrıca sandık iştirakçisinin yazılı isteği üzerine göstereceği bir hekim kendisi hakkında verilecek kararın görüşülmesinde kurula üye olarak iştirak ettirilir.

Kanımızca 5434 sayılı yasada meslek hastalığı kavramının yer almaması işyeri şartlarından meydana gelen hastalık sonucu doğan maluliyet "vazife malullüğü" kabul edilmesini önleyici bir durum değildir. Eğer işyeri şartları ile hastalık arasında illiyet (neden-sonuç) bağı kurulabiliyorsa Sandık Sağlık Kuruluna bu yolda müracaat etmek yolu açık olduğu gibi, sandık yönetim kurulu kararlarına karşı idari yargıya başvurma hakkı da vardır.

Emekli Sandığının S.S. Kurumu gibi işyerlerini denetlemek yetkisi yoktur. Dolayısıyla sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması bakımından önleyici bir fonksiyon içre edememektedir.

Emekli Sandığı mevzuatı içinde yer alan "Vazife malullüklerini belirleyen usul ve belgeler hk. tüzük hükümleri ile S.S. Kurumu sağlık işlemleri tüzüğü arasında da bir paralellik bulunmamaktadır.

Erken emeklilik hakkı bakımından S.S. Kanununda ile Emekli Sandığı kanununda farklı düzenlemeler yapılmış olup bu düzenlemeler arasında paralellik yoktur. Memur statüsünde çalışan tabip, teknisyen, sağlık memurları için 1 yıllık fiili hizmet sürelerine 3 aylık itibari hizmet eklenecek erken emeklilikleri öngörülmüşken işçi statüsünde çalışanlar için S.S. mevzuatında bu hak tanınmamıştır.

Memur statüsündeki sağlık personelinin haftalık çalışma süresi 40 saattir. Yıllık ücretli izin süresi ise kıdemine göre 20 ila 30 gün olup bu süreye 2 gün gidiş 2 gün dönüş olmak üzere 4 gün yol izni eklenir. Kadın sağlık personeli için doğumundan önce 4 hafta doğumdan sonra ise 6 haftalık ücretli doğum izni hakkı vardır.

Sürenin kısıtlı olması sebebiyle kısaca değinmeye çalıştığımız konularda her iki statünün birbirinden farklı olduğu bazı konularda devlet memuru statüsünün bazı konularda da "işçi" statüsünün sağlık güvenlik açısından daha ileride olduğu görülmektedir.

Sözleşmeli personel statüsü ise sağlık ve güvenlik açısından diğer iki statüye göre daha az güvenli bir statü olarak düzenlenmiştir.

Sözleşmeli personel olarak istihdam edilen sağlık personeli işçi sayılmadığı için iş kanunu ile işçi sağlığı iş güvenliği mevzuatının sağladığı haklardan ve güvencelerden yararlanamamaktadır.

Günlük çalışma süresi belirlenmemiştir. Bu yüzden memur ve işçiler için belirlenmiş olan haftalık 40 ve 45 saatlik çalışma sürelerinin üzerinde çalıştırılabilirler.

Yıllık ücretli izin süreleri hem memurların yasa ile belirlenmiş sürelerinden ve hemde işçilerin toplu iş sözleşmeleri ile belirlenen sürelerinden azdır. Yılda 12 iş günü olup her yıl için bu süreye 2 gün ilave edilmekte ancak bu süre yılda 30 günü geçememektedir.

Sözleşmeli personelin hastalık halinde yılda ancak 30 günlük ücretli izin hakkı vardır. 30 günü aşan hastalık hallerinde ücret ödenmemektedir.

308 sayılı K.H.K de sözleşmeli personelin 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa tabi olduğu hükme bağlanmışsada 506 sayılı yasada öngörülen 4 çeşit sigorta dalından bu arada iş kazalarıyla meslek hastalıkları sigortası ile hastalık sigortasından yararlanıp yararlanmayacağı açık bir şekilde anlaşılamamaktadır.

Eğer primi ödenek sözleşmeli personel bu iki sigortanın yardımlarından yararlandırılacaksa uygulamada bir hayli problem çıkacaktır. S.S.K. hastanelerinden verilen ve 90 günü aşan rapor süreleri için kurum geçici iş göremezlik ödeneğe vermeyecektir. Çünkü sözleşmeli personelin 30 günü aşan hastalık hallerinde ücreti ödenmemekte bu sebeplede sigorta primi kesilmemektedir. Yine sürekli iş göremezlik ödeneğinden diğer sigortalılar gibi yararlanmaları mümkün olmayacaktır. Kadınlar için ayrıca 308 sayılı K.H.K. de doğum izni süresi tesbit edilmemiştir.

### **SONUÇ VE ÖNERİ**

1. Sağlık iş kolunda çalışanların sağlık ve güvenlikleri konusunda mevzuat farklılıkları ortadan kaldırılmalı statü birliği sağlanmalıdır.
2. Kamu kesiminde çalışan ve devlet memuru olan sağlık personelinin "sözleşmeli personel" statüsüne geçirilmesi halinde sağlık ve güvenlik teminatları da ortadan kaldırılmış olacaktır.
3. Sağlık iş kolunda faaliyet gösteren sendikalar ile sağlık personeli örgütlerinin ortak bir çalışma ile bu iş kolundaki sağlık ve güvenlik risklerini tesbit ederek çözümler önermeleri yararlı olacaktır.



**6 Nisan 1988 Çarşamba**

**II. PANEL**

**"Sağlık Alanında Çalışan Sağlık ve  
Güvenliklerinin Korunması"**

**Oturumu Yöneten  
Dr. Erdal ATABEK  
(TTB Merkez Konseyi Eski Genel Başkanı)**

**Çerçeve Bildiri  
Doç. Dr. Nazmi BİLİR**

**Konuşmacılar  
Doç. Dr. Doğan BENLİ  
(H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi)**

**Prof. Dr. Cengiz GÜLEÇ  
(H.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD Öğretim Üyesi)**

**Prof. Dr. Alpaslan IŞIKLI  
(SBF Eski Öğretim Üyesi)**

**Dr. Ata SOYER  
(SSYB Ankara Numune Hastanesi)**

**Doç. Nimet KARATAŞ  
(H.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Öğretim Üyesi)**



**Sağlık Personelinin Sağlığı**  
**Çerçeve Bildiri**  
**Prof. Dr. Nazmi BİLİR**  
**(H. Ü. Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi**  
**T.T.B. İşçi Sağlığı Kolu Üyesi)**

Sayın başkan, değerli izleyiciler sizlere sağlıkla ilgili işlerde çalışanların çalışma yaşamlarından kaynaklanan sağlık sorunlarını anahatları ile sunmaya çalışacağım.

Çalışma yaşamı ile insan sağlığı arasındaki ilişkiler yüzyıllardan beri bilinmektedir. Yalnız uzun yıllar bu ilişkiler endüstri işkollarında çalışanların sorunları olarak ele alınmıştır. Halbuki endüstri dışındaki işkollarında da, mesela tarımda, ticaretle uğraşanlarda, bazı hizmetleri üretenlerde de çalışma yaşamı ile ilgili birtakım sağlık sorunları sosyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bugünkü konuşmamda sağlık işkolunda çalışanların sorunlarını dile getirirken önce sağlıkla ilgili işlerde çalışan kişiler kimlerdi, Türkiye'deki sayıları nedir, sağlıkla ilgili iş alanları nelerdir, bu konuda bir belirleme yapmak istiyorum. Sağlıkla ilgili personel kimlerdir diye şöyle bir düşünürsek; dar kapsamda aklımıza gelen sağlık üretiminde doğrudan rol alan hekim, hemşire, ebe, diş hekimi, eczacı gibi birkaç meslek grubu gelir. Oysa sağlık hizmetinin üretiminde rol alan meslek türleri bundan çok daha fazladır. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlıkla ilgili işler olarak belirlediği meslekler arasında hekim, hemşire, diş hekimi, sağlık memuru, ebeden başka eczacılar, biyologlar, psikologlar, diyetisyenler, veterinerler, ziraat mühendisleri, psikologlar, tıp fizikçileri, sağlık mühendisleri, çevre sağlığı teknisyenleri, çocuk gelişimi ve sosyal hizmet uzmanları, sağlık eğitimcileri, fizyoterapistler, değişik dallarda çalışan teknisyenler nihayet hasta bakıcı ve hizmetliler sayılabilir. Bu meslekler sağlık hizmetinin üretiminde doğrudan veya dolaylı görev almakta dolayısıyla sağlıkla ilgili işlerde çalışan kişiler arasına girmektedir. Hatta, sağlık kuruluşlarında çalışan sekreter ve idari personel ile şoförler bile birtakım sağlık riskleri ile karşı karşıya bulunabilmektedirler.

Bir diğer konu hangi işyerleri, hangi kuruluşlar sağlıkla ilgili işler, sağlıkla ilgili kuruluşlar kapsamına girmektedir. Yalnızca hastanelerle sınırlı kalmıyacağımızı biliyoruz. Hastaneler dışında sağlık merkezleri, dispanserler, sağlık ocakları, sağlık evleri, eczaneler, değişik dallarda fonksiyon gören laboratuvarlar (rontgen laboratuvarı, bio kimya laboratuvarı, mikrobiyoloji laboratuvarı gibi) poliklinik ve muayenehaneler nihayet hayvan sağlığı ve gıda üretimi ile ilgili bazı işyerleri de sağlıkla ilgili işyerleri arasında değerlendirilmektedir. Acaba biz sağlıkla ilgili işlerde çalışan kişilerin sorunları dediğimizde kimlere hitap ediyoruz, kimlerin sorunlarını tartışmaya çalışıyoruz. Kaç kişilik bir grup Türkiye'de bu kapsama girmektedir? 1985 yılı Devlet İstatistik Enstitüsü kayıtlarına göre Türkiye'de hekim, dişhekimi, eczacı, sağlık memuru, hemşire ve ebelerin toplam sayısı 115 bin 680 kişi, tabii bu kişilere biraz önceki listede gördüğümüz kişileri eklersek sayıların, gerçek sayıların bundan çok daha büyük bir boyutta olduğunu düşünebiliriz. Sağlık kuruluşları, sağlıkla ilgili kuruluşlar Türkiye'de kaç tane diye düşünürsek; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yine 1985 yılı kayıtlarına göre, Türkiye'deki hastane, sağlık ocağı, sağlık evi, dispanserlerin toplam sayısı 12 bin 355 ve yine Türkiye'de 1985 itibarıyla 9 bin 715 tane eczane var. Tabii, Sağlık ve Sosyal Yardım

Bakanlığı bünyesi dışında kalan diğer kurum ve kuruluşlardaki sağlık birimleri de bu sayıya eklendiğinde yine bu elimizdeki çok daha üzerinde bir sayı ile karşı karşıya kalmak durumundayız. Sağlıkla ilgili işlerde çalışanların çalışma yaşamını size sunmayı planladım. Birinci grupta doğrudan sağlık sorunları, doğrudan organik sağlık sorunlarını sunacağım. İkinci grupta bu iş kollarında çalışan, bu alanda çalışan kişilerin psikososyal sorunlarını dile getireceğim ve nihayet üçüncü grupta da sosyal güvenlik konularını tartışmaya çalışacağım.

Öncelikle sağlık sorunlarına göz atmak istiyorum. Çalışma yaşamı ile insan sağlığı arasındaki ilişkileri belirlemede klasik yaklaşımda iki temel faktörün var olduğunu biliyoruz. Birinci grup, kişinin taşıdığı birtakım özelliklerdir. İkinci grupta da çalışma ortamında bulunan faktörler söz konusudur.

Sağlıkla ilgili işkollarında çalışan kişilerin kişisel özelliklerine baktığımızda, şunları görebiliyoruz. Sağlıkla ilgili işkollarında çalışanlar arasında çocuk yaşta çalışanların hemen hiç olmadığını farkediyoruz. Diğer sanayi kuruluşlarında şu veya bu şekilde kayıtlı ya da kayıtsız çocuk işçilerin çalıştığını biliyoruz. Ama sağlıkla ilgili işler çoğunlukla profesyonel mesleklerdir. Bu işte çalışmak için genellikle bir diploma gereklidir, bu da belirli bir yaşa ulaşmasını gerektiriyor kişinin. Dolayısıyla sağlıkla ilgili işkollarında çalışanlar arasında çocuk çalışan sorunu pek söz konusu değil. Buna karşılık yaşlı çalışan sorunu belki daha ağırlıklı olarak gündemde, sanayi kollarında 50 yaşın üzerindeki çalışanlara yaşlı çalışanlar grubu diye ad veriyoruz. Sağlıkla ilgili işkollarında 50 yaşını geçtiği halde çalışan pek çok kişinin var olduğunu biliyoruz. Tabii bu kadar çok yaşlı çalışan varsa o kadar da çok kronik hastalık sorunu karşımıza çıkabilecektir. Sağlıkla iş arasındaki ilişkiyi belirlemede kişi özelliği olarak, cinsiyet yine önemli bir faktördür. Cinsiyet itibarıyla de sağlıkla ilgili işlerde çalışanlar özellik arz etmektedir. Bu işlerde çalışanlar arasında kadınların çok olduğunu biliyoruz. Sanayi işkolları ile kıyasladığımız zaman kadın çalışan oranı, kadın çalışanlar yüzdesi, sağlık işkolunda daha yüksektir. Değerlendirmelere göre hastane çalışanlarının yaklaşık üçte ikisini kadın çalışanlar oluşturmaktadır. Yine kişi özelliği olarak eğitim söz konusu olabilir. Sağlıkla ilgili işlerde çalışanların büyük bir kısmı yüksek düzeyde eğitim görmüş kişilerdir. Doğrudan sağlık üretiminde rol alan kişilerin hemen hepsi ortaokul, lise ve bunun üzerinde eğitim görmüş kişiler olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte az eğitimli kişilerin de bu grupta daha seyrek olarak yer aldığını görüyoruz. İkinci grup faktörler; çalışma ortamı ile ilgili olan faktörlerdir. Sağlık işkolundaki çalışma ortamı hastaneden başlayarak sağlık ocağı, sağlık evi, dispanser, laboratuvar ve mayenehaneledir ve nihayet bütün toplumdur. Sağlıkla ilgili işte çalışan bir kişi bütün toplum içerisinde çalışmak durumundadır. Özellikle koruyucu hizmetlerde çalışan kimseler daha yakın olarak toplumla içiçe, toplumun fertleriyle yüzyüze ve toplum ortamında çalışmak durumundadır. Klasik yaklaşımla, sağlıkla ilgili işlerde çalışanların çalışma ortamını etkileyen unsurları şu başlıklar altında inceleyebiliriz.

Birinci grup; fiziksel faktörlerdir. Kapalı yerlerde, bir hastane ya da benzeri bir kuruluştaki çalışanlar için ısınma, aydınlatma, vibrasyon, gürültü söz konusu olabilir. Öte yandan bir sağlık kuruluşunda değil de dışarıda, açık ortamda çalışmak durumunda olan kişiler için doğrudan dış ortamda bulunan iklime göre soğuk ve sıcak etkisi söz konusudur. Yine fiziksel faktörler içerisinde değerlendirebileceğimiz, kaza riskleri bu ortamda

vardır. Her türlü iğne batması, bıçak kesmesi, cam kesmesi, elektrikli aletlerle olan elektrik çarpmaları, yangın tehlikeleri bu grupta yer alır ve özellikle sağlık ocağı ve sağlık evi düzeyinde gezici hizmet yapan sağlık personeli için trafik kazası riski söz konusudur.

Kimyasal faktörler arasında ilaçları sayabiliriz. Bu ilaçların büyük kısmı insanda alerjik tepkilere yol açabilir. Özellikle üzerinde durulması gereken bir nokta da sitostatik ilaçlar konusudur. Kanser kemoterapisinde kullanılan bu ilaçlar bu tedaviyi uygulayan kişilerde, (onkoloji hemşirelerinde) birtakım olumsuz etkiler yapabilmektedir. Buna ait kayıtlar vardır. Yine kimyasal faktörler arasında anestetik maddeleri sayabiliriz. Özellikle gebelerin maruziyeti halinde erken doğumlar, düşükler, ölü doğumlar, ortaya çıkabilmektedir. Antiseptik ve dezenfektan maddeler formol gibi birtakım fiksatifler, bunların hepsi değişik şekillerde insanda riskler oluşturabilirler. Çalışma ortamındaki faktörler arasında sağlık personeline özel ağırlık taşıyan diğer bir grup, biyolojik faktörlerdir. Sağlık personelinin biyolojik faktörleri arasında Hepatit-B enfeksiyonu önde gelen bir sorundur, sağlık personeli arasında Hepatit-B enfeksiyonu riski genel toplumun 3 ila 6 katı kadardır. Bundan sonra tüberküloz riski gelmektedir. Tifo, brusella, grip, enterit, vb. enfeksiyon hastalıkları riski sağlık personelinin her gün karşılaştığı sorunlardır. Ayrıca, gebeler için özellikle önemli olan kızamıkçık enfeksiyonu riski söz konusudur, Herpes enfeksiyonu riski söz konusudur. Belki son zamanlarda daha çok ilgi çeken ve önemli bir risk oluşturabilecek potansiyeli bulunan AIDS hastalığı sağlık personeli için önemli bir risktir. Sağlık personeli için çalışma ortamında bulunabilecek ergonomik faktörleri de düşünmek lazım. Bunlar daha çok hasta bakımı ile ilgili olan kişilerin, hastaların, yaralıların taşınması, yatak yapımı sırasında karşılaştıkları sorunlardır. Bir de özel olarak diş hekimlerinin riskinden söz etmek gerekir. Sıklıkla, uzun süre ve uygun olmayan bir pozisyonda, ayakta çalışmak durumunda olan diş hekimleri sıklıkla bel ağrısından yakınır. Belki uzun süre ayakta kalmanın sonucu olarak ayak rahatsızlıkları, varis türü sorunlar bu kişilerde sık olabilmektedir. Bir de son grupta diğer faktörler diye ifade ettiğim, hasta saldırıları ve hasta yakınları tarafından saldırılar konusu vardır. Daha çok psikiyatri kliniklerinde olmak üzere ajite hastaların sağlık personeline saldırısı nadir olmayan bir olgudur. Öte yandan acil servislerde zaman zaman basına da yansıyan bir şekilde hasta ve yakınları tarafından saldırıya uğrayan ve yaralanan tartaklanan personellerinin olduğunu biliyoruz. Hatta, bir hastanın ölümü halinde yakınlarının suçlu arama çabası içerisinde sağlık personeline zaman zaman rahatsız edici davranışlarda bulunabildiği de gerçektir. Öte yandan yine açık havada, kırsal alanda, koruyucu hizmetlerde çalışan kişilerin daha çok sorunu olmak üzere vahşi hayvan saldırıları, köpek ısırılmaları, kurt saldırıları gibi sorunlar söz konusu olabilir. Yine akrep, yılan, böcek sokmaları gibi konular sağlık sorunları arasında tartışılabilir. Aslında üç grup halinde sunmaya çalıştığım sağlık sorunları organik sağlık sorunlarıdır. Öncelikle, sosyal sorunlar, psikososyal sorunlar, sosyal-güvenlik sorunları arasında, çok kesin sınırlar koyma olanağı yok. Yani, öyle sorun var ki; bir yönüyle organik sağlık sorunu yaratırken diğer yönüyle psikososyal bir sorun halinde ortaya çıkabilir. Ya da diğer şekillerde, gruplar arası kaymalar da söz konusu olabilir ama, ben daha çok organik olanları birinci grupta, psikososyal sorunları ikinci grupta, daha çok sosyal güvenlik ağırlıklı olanları da üçüncü grupta toplamaya çalıştım. Psikososyal sorunlar konusunda da hastane ya da benzeri sağlık kuruluşlarında çalışanların sorunları ile bu kurumlar dışında çalışanların sorunlarını

ayrı değerlendirmek gerekir diye düşündüm. Hastane ve benzeri kuruluşların çalışanları için önemli sayılabilecek sorunlar başlıca nöbetten ve uzun süre çalışmaktan bir de gece çalışmasından kaynaklanan sorunlardır. Sık nöbet tutan bir sağlık elemanının uzun süreler, günde 8 saatten uzun süre çalışmak zorunda olan bir sağlık elemanının ya da sürekli olarak gece çalışmak durumunda olan bir sağlık elemanının ruhsal yapısı bundan etkilenecektir. Yine bu tür çalışma temposu içerisinde kişilerin aile yaşamı bundan etkilenecektir ve araştırmalar göstermektedir ki bu tür sürekli gece çalışan, uzun süre mesai kalmak durumunda olan, sık nöbete kalan kişilerin arkadaş ilişkileri giderek zayıflamaktadır. Öte yandan gebelik döneminde ve çocuk büyütme döneminde olan bir kadın sağlık personelinin kendi bebeğini evinde bırakarak bir başkasının bebeğinin ve hastasının yardımına koşması gibi çelişkili durumlar ortaya çıkmaktadır ve kuşkusuz böyle bir kişinin ruhsal yapısı bundan etkilenecektir.

Bir başka konu çaresizlik ve stres olayıdır. Bir ajite hasta karşısında, bir ölümcül hasta karşısında ya da ağrılı, ızdıraplı bir hasta karşısında çoğunlukla genç, deneyimsiz hekimler ve hemşireler zorlanacaklar, stres altına gireceklerdir. Bu zorlanma sürecinde bu kişiler, uyuşturucu, bağımlılık yapıcı ilaçlara, bu maddelere daha kolay ulaşabilmenin de verdiği avantaja, bağımlılık geliştirebileceklerdir. Yine strese bağlı alkol alışkanlığı sağlık personeli arasında oldukça sık görülen bir olaydır. Doktorlar için özel olarak ifade etmek gerekirse, doktorların genel sağlık düzeyleri toplumun genel sağlık düzeyinden oldukça yüksektir. Doktorların genel ölüm riskleri toplumun genelinden düşüktür. Buna karşılık doktorlar arasında alkolik sirozdan ölüm olasılığı toplumun genelinden daha yüksektir. İntihar girişimleri doktorlar arasında daha yaygındır.

Kırsal alan çalışmasında çalışma ortamının yalnızca bir sağlık ocağı, bir sağlık evi değil, bütün bir toplum olabileceğini söyledim ve böylesi bir toplum çalışmasında tabii kişiler arası değişik ilişkiler kurmak zorunluluğu söz konusudur. Bir sağlık evi ebesinin köy halkı ile ve köyün ileri gelenleri ile iyi ilişkiler kurma zorunluluğu vardır. Bir sağlık ocağı doktorunun benzeri şekilde köy muhtarlığı ile, yörenin ileri gelen kişileri ile, kaymakam, savcı, mal müdürü gibi devletin diğer resmi görevlileri ile iyi ilişkiler kurma zorunluluğu vardır. Bu ilişkiler doğrudan kişinin çalışma koşullarını belirleyecek ve etkileyecektir. Bir başka konu ekip hizmeti olayıdır. Sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğunu, ekiple birlikte sürdürülecek bir hizmet olduğunu çok iyi biliyoruz. Bu ekibi gözden geçirirsek, bir sağlık ocağının kadro kuruluşunu dikkate aldığımızda, bir yanda yüksek düzeyde eğitim görmüş bir eleman olarak hekim, öte yanda belki okur yazarlığı bile olmayan bir şoför ya da hizmetli, arada değişik eğitim düzeylerinde ebesi, hemşiresi, teknisyeni ile birlikte bir ekip kavramı sözkonusu. Önemli olan değişik yetmişlik düzeyinde, toplumun değişik kaynaklarından gelen bu kişilerin hepsinin ortak bir amaçla, aynı doğrultuda ve bir ahenk içinde çalışması zorunluluğu vardır. Böyle bir ekip çalışması içinde herhangi bir aksama, ekipteki diğer kişilerin de çalışma temposunu önemli bir şekilde etkileyecektir. İster hastane ya da benzer kuruluşlarda çalışıyor olsun, ister kırsal alanda çalışıyor olsun, bütün sağlık personeli için ve ağırlıklı olarak da hekimler için önemli bir nokta, meslekteki yenilikleri, meslekteki gelişmeleri izleyebilme ya da izleyememe kaygısıdır.

Meslekteki gelişmeleri yeterince değerlendiremeyen, yeterince izleyemeyen bir kişi bunun sıkıntısını, bunun ezikliğini hissetmek durumundadır. Öte yandan teknolojik

gelişmeyle ilgili olarak olayın bir başka yönü karşımıza çıkmaktadır. Özellikle gelişkin üniversite hastaneleri, üniversite kliniklerinde gelişmiş teknolojinin kullanımı giderek hasta - hakim ilişkisini duygusalıktan uzaklaştırmaktadır. Giderek hasta hekim ilişkisini, bir tanı-tedavi ilişkisi, bir mekanik olgu haline getirmektedir ve tabii, bu olay hekimliğin bir sanat olma özelliğini ya da sağlık hizmetinin bir sanat olma niteliğini ortadan kaldırmaktadır. Bu da önemli bir konudur. Yine teknoloji ile ilgili olarak ifade edebileceğimiz başka önemli bir nokta, yetersiz teknoloji olarak ifade edebileceğimiz başka önemli bir nokta, yetersiz teknoloji kullanmak durumunda olan ya da teknolojiden yeterince yararlanamayan, teknolojik olanaklara yeterince sahip olmayan ortamlarda çalışmak durumunda olan sağlık personelinin çektiği güçlüklerdir. Daha çok taşradaki kuruluşlarda, sağlık ocaklarında çok kısıtlı teknolojik olanaklarla çalışmak durumunda olan kişiler bunun kendi hizmetlerinin kalitesine yansımaları, bundan kaynaklanan bir takım güçlüklerin kendisi ile hastalar ve hasta yakınları arasında sorunlara yol açmasının ezikliğini, sıkıntısını hissedebilmektedirler. Nihayet, psikososyal sorunlar arasında son başlık olarak değinmek istediğim nokta, fazla hasta yükü konusudur. Yine daha çok hekimlerin sorunu olmak üzere kapasitelerinin üzerinde bir hasta yüküyle, poliklinik yüküyle karşı karşıya olan sağlık elemanının verimli çalışması mümkün değildir. Yaptığı hizmetten hoşnut olması, yaptığı hizmetten tatmin olması mümkün değildir.

En sonunda dile getireceğim üçüncü konu sosyal güvenlidir. Bu konu günceldir, üzerinde ağırlıkla durulması gerekir. Önce yalnızlık sorunu vardır. Sağlık elemanının, çok ücra bir köyde tek başına çalışmak durumunda olan bir sağlık evi ebesinin yalnızlığını hayal edelim. Bir başka nokta işin sürekliliği konusudur. Bir insan ne için çalışır? Öncelikle karnını doyurmak için çalışır. Belki, birikimleri ve tasarruflarıyla ileriye dönük yaşamında kendisine iyi bir gelecek sağlamak üzere çalışır. O halde çalışmak bir ölçüde Anayasal bir hak ve Anayasal bir ödev olmanın yanı sıra bir zorunluluktur. İnsan bu zorunluluk nedeniyle çalışır. İnsan sürekli çalışabilmeli ki sürekli olarak karnını doyurma olanağı olsun. Tabii sağlıkla ilgili işlerde çalışanların büyük bölümü devlet hizmetinde ve Emekli Sandığı'na bağlı olarak çalışmakta ve dolayısıyla bunun getirdiği sosyal güvenlik haklarından yararlanabilmektedir. Ama sözleşmeli personel statüsü önümüzdeki günlerde yürürlüğe girdiğinde, Türkiye'de bu sağlıkla ilgili işlerde çalışanlarda işlerinin sürekliliği konusundaki kaygıları da gündeme getirecektir. Bir başka nokta sosyal güvenliğin sağlanması için örgütlü çalışma konusu. Sağlıkla ilgili işlerde çalışanların sendikal örgütlenmeleri bugün için söz konusu değildir.

Şimdi de birkaç başlık halinde sağlıkla ilgili işlerde çalışanların kreş, lojman, ulaşım, eğitim benzeri sosyal olanaklardan çok sınırlı yararlanabildiklerini vurgulamak istiyorum. Sosyal güvenlik konusunda önemli sayılabilecek bir başka konu, iş riski ve ek kıdem konusudur. Sağlıkla ilgili işlerde çalışanların oldukça riskli bir görev yaptıklarını biliyoruz. Ülkemizde riski çok olan işlerde çalışan kişilere ek kıdemler tanınabildiğini de biliyoruz. Sağlık personeli için de böyle bir düzenlemeyapılabilir. Yoksunluk bölgelerinde çalışan sağlık personelinin, yoksunlukların getirdiği sıkıntılı bir ortamda yaşamak durumunda olan kişilerin belli bir rotasyon programı çerçevesinde bir süre yoksunluk bölgesinde çalıştıktan sonra, olanakları geniş bölgelere sevk edilmeleri ve orada çalıştırılmaları sağlanmalıdır, diye düşünüyorum.

Ana hatlarıyla ve satırbaşlarıyla tanımlamaya çalıştığım sorunları, diğer panelistlerin daha ayrıntılı işleyecekleri düşüncesiyle konuşmama son veriyor, teşekkür ediyorum.

## Dr. Ata SOYER

Ben öncelikle sağlık alanının bir üretim dalı bir işkolu olduğunu, her işkolu gibi kendine özel riskleri içerdiğini vurgulamak istiyorum. Bu alanda çalışan insanların sayılarının çok olması da bu risklerin önemini arttıran bir diğer neden. Bu risklere bağlı olarak da sağlık çalışanlarında çeşitli iş kazaları, meslek hastalıkları ve işe bağlı hastalıklar oluşmaktadır. Bu konuda araştırma yürütmüş ülkelerden örnekler verdiğimizde sorunun bizim için önemi kolayca açığa çıkacaktır : Örneğin Avusturya'da 1982 yılında yapılan çalışmada sağlık işkolunda toplam 3016 iş kazası ve 138 tane meslek hastalığı olduğu saptanmış. Bu toplam, endüstride karşılaşılan iş kazalarının yüzde 3'üne yakın. Meslek hastalıkları da, yüzde 13 dolayında. Benzer bir çalışma, Belçika'da yapılmış; 1983 yılında 361 meslek hastalığına rastlanmış, bunlardan 284'ü enfeksiyon hastalıkları. Çekoslovakya'da; 1983 yılı için sağlık alanındaki meslek hastalığı sayısı 883. Bunun 540'ı viral hepatit. Bu rakamlar doğrultusunda, yine hangi birimlerde, risklerin daha fazla olduğu irdelenmiş. Laboratuvarlarla, radyoloji, patoloji, bakteriyoloji ve anestezi dallarında çalışanların, cerrahların ve diş hekimlerinin daha fazla risk altında olduğu saptanmış. Bu konuyla ilgili bir saptama da, konunun sadece sağlık personelinin ilgilendirmediğidir. Risk altında çalışan personelin vereceği hizmetin de, en azından o hizmeti alan kişileri de ilgilendirmesi gerektiğini düşünüyoruz. Biraz önce, Dr. Nazmi Bey bir sınıflama yaptı. Özellikle hastanede çalışanların maruz kaldığı riskler açısından ben farklı bir sınıflama yapmak istiyorum. Örneğin : Fiziksel riskler, kimyasal riskler şeklinde değil de, iş türüne özel riskler şeklinde. Patoloji en riskli bildiklerimiz arasında. Burada insanlardan alınan, hücre ve doku örnekleri incelenir. Otopsi incelemeleri yapılır. Yoğun kimyasal madde kullanımı söz konusudur. Örneğin fiksatif olarak kullanılan ksilen maddesi, içinde toluen ve benzen içermesi nedeniyle birtakım riskler taşıyor; fazla toluen içerdiğinde patlayıcı özelliğe, fazla benzen içerdiğinde kanserojen özelliğe sahip. Bu nedenle kullanılan ksilenin saf olması istenir. Ama saflaştırılmış ksilen çok pahalı olduğu için genellikle toluen ve benzen oranı yüksek ksilen kullanılır. Formaldehit'te fiksatif solüsyonlarda kullanılır. Solunum sistemi epitelinde yapıyor. Bronş kanserine kadar gidebilen değişikliklere yol açıyor. Patologlar için, bir diğer önemli konu otopsilerdir. Otopsi yapılan ölülerin taşıdığı bütün hastalıklar patologlar için risk oluşturur: AIDS gibi, kuduz gibi. Enfeksiyon kliniklerinde çalışanların bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski çok yüksektir. Hepatit bunların başında geliyor. Bu alanda yapılmış bir çalışma topluma kıyasla sağlık personelinin hepatite yakalanma, riskinin üç ve altı kat daha fazla olduğunu gösteriyor.

AIDS de önemli bir risk. Yalnız, bizim için henüz fazlaca güncel olmadığı için riskinin hesaplanması olanaklı değil.

Anestezi alanındaki riskler konusunda söyleneceklerin başında yeterli sayıda ve nitelikte personel olmaması nedeniyle karşılaşılan ağır iş yükü ve buna bağlı olarak artan anestetik madde maruziyeti öte yandan pahalı olması nedeniyle narkotik anesteziklerin yerine inhalasyon anesteziklerinin kullanılması. Bunlar erken doğumlardan, düşüklerle, kromozom anomalilerinden kanserlere kadar değişebilen sonuçlara yol açmaktadır. Anestezistlerde intihar oranlarının, alkol bağımlılığının yüksek olduğu ileri sürülüyor.



Sağlık alanında en iyi tanımlanmış risk grubu radyologlardır. Kandaki elemanların azalmasından, yanıklara, katarakta, kanserlere kadar çeşitli sorunlara yol açtığı tespit edilen radyasyonun halen çeşitli önlemler alınmasına rağmen, servislerimizde önemli bir risk teşkil ettiğini biliyoruz. Ayrıca radyasyonun sadece radyolog ve radyoterapistler için değil, aynı zamanda diş hekimleri için, ameliyathane personeli için de önemli bir risktir.

Yine diş hekimleri önemli risk altında kalan bir grup. Ergonomik sorunlara bağlı bel ve sırt ağrıları, duruş anomalileri ortaya çıkıyor. Ayrıca sağlık alanında gürültünün en fazla sorun olduğu iş türlerinden biri.

Bunun yanı sıra fizik tedavide kullanılan elektrikli aletlerin yarattığı riskler var.

Çalışma sırasında sağlık personelinin maruz kaldığı riskleri biliyoruz. En azından okudukça öğreniyoruz. Ama önlemler konusunda çık sıkıntılıyız. radyasyon konusunda önlemler yasa, tüzük, yönetmelik maddelerine geçmiş; ama uygulanmıyor, ya da eksik uygulanmıyor. Diğer konularda belirlenmiş önlem bile yok.

Diğer işkollarında sağlık risklerine karşı hangi önlemler gerekiyorsa, ülke olarak sağlık işkolunda da aynı şeylerin yapılması gerekiyor. Her şeyden önce işçinin, yani sağlık çalışanının işe yerleştirilmesinde işe uygunluğunun saptanması lazım, ama bunun nasıl gerçekleşeceği konusunda tıp eğitiminden başlayan bir yeniden düzenleme getirilmesi gerekiyor. Daha sonra, hastanedeki çeşitli bölümlerdeki sağlık risklerinin tam olarak belirlenmesi, araştırılması, saptanması lazım. Bu saptanan risklerin yok edilmesi veya kontrol edilmesi ise, bir sonraki aşama ve bu aşamada şu alt başlıkları sıralıyabiliriz : Kullandığımız zararlı maddenin tamamen yok edilmesi veya eğer yok edemiyorsak, bu zararlı maddeyi daha az zararlı veya zararsız maddeyle değiştirmeliyiz. Örneğin benzen ya da toluen içeren ksilen yerine saflaştırılmış ksilen kullanmak gibi. Gene zararlı maddenin çalışma ortamına yayılmasını engellemek, engelleyemiyorsa havadaki yoğunluğunu azaltmaktır. Bu önlemler etkili olmadığında veya yetersiz kaldığında ise, eldiven, maske, gözlük, önlük benzeri koruyucuları önerebiliriz. Ayrıca, çalışanları belirli aralıklara riskler açısından izlemek, temas ettiği hastalar yönünden takip etmek gene önemli bir konu. Örneğin; hepatit riski altında, AIDS riski altında olan insanlar konusunda, erken tanı yöntemlerimizi kullanabiliriz. Yine koruyucu önlemler açısından aşılama önerebiliriz. Hepatite karşı, kızamıkçığa karşı, tüberküloza karşı. Bir de olumsuz sonuçlar çıkmışsa, sağlık personelinin tedavisinin ve rehabilitasyonunun üstlenilmesi sorunu var. Yani, bunlar genel ilkelerimiz. Ve bu ilkelere uygun davranmayı sağlayacak örgütlenme gerekli. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün, Dünya Sağlık Örgütü'nün genel olarak çerçevesini çizdiği bir örgütlenme modeli var. 1981 yılında Hollanda'da Dünya Sağlık Örgütü Çalışma Grubu tarafından çerçevesi çizilmiş örgütlenme şöyle : Hastanelerde, özellikle büyük hastanelerde, işçi sağlığı, iş güvenliği birimi, ya da işyeri sağlık birimi dediğimiz bir örgütlenme. Burada, deneyimli hekim, hemşire ve diğer personelin yer aldığı bir ekip aşağıda belirteceğim işleri yapacak : Veri toplamak, iş ortamındaki riskleri saptamak, önlem geliştirmek çalışanların sağlık kontrollerini yapmak. Yine belirli konularda araştırma, danışmanlık ve eğitim yapmak. Bu örgütlenme biçimini uygulayan ülkeler var. Yalnız şöyle bir çelişki gözledim; Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınlarıyla Uluslararası Çalışma Örgütü'nün ve diğer sendikal kuruluşların yayın organlarında farklı bir yaklaşım var. Dünya Sağlık örgütü bu sağlık riskleri konusundaki örgütlenmelerin genel teorik

çerçevesini çiziyor. Uluslararası Çalışma Örgütü ve diğer sendikal örgütler ise, bu örgütlenmelerin neden çalışmadığını, hangi sorunlarla karşılaştığını tartışıyor. Dolayısıyla, bu ikisini kısaylamanın bizler için örnek olabileceğini düşünüyorum. Dolayısıyla bir iki örneğe girmek istiyorum. Örneğin Finlandiya hastanelerinde İşyeri Sağlık Birimleri kurmuş ve bunu ulusal programa entegre etmiş. 1978 yılında kabul ediliyor bu. Bu birim yukarıda sayılan görevleri üstlenmiş. Kanserojen maddelerin yol açtığı sorunlara ve kadın personelin maruz kaldığı risklere öncelik vermiş. Bakıyoruz Uluslararası Çalışma Örgütü'nün raporuna; Fİndlandiya'da sağlık işkolunda sağlık sorunları 1978 yılından bu yana yeterince ele alınamamıştır deniyor. Yine, Hollanda'da 500'den fazla personel çalıştıran işyerleri, özel eğitilmiş işyeri hemşiresi ve 750'den fazla personel çalıştıran işyerleri ise, işyeri hakimi bulundurmamak zorunda. Enfeksiyon hastalıkları, özellikle tüberküloz, hepatit ve dirençli mikroorganizmaların yarattığı hastane enfeksiyonları öncelikli riskler olarak ele alınmış. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün raporunda ise Hollanda'da yetersiz devlet desteği, oturmamış örgütlenme ve eğitimsizlik nedeniyle istenilen optimal düzeyin elde edilemediği ifade ediliyor. Bir diğer sorunumuz sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle birlikte gündeme gelecek yeni çalışma koşullarının yaratacağı durum. Sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynaklar kısıtlanırken, kaynak ve insan gücü gerektirecek bir örgütlenmeye, yani böyle bir işyeri sağlığı örgütlenmesine nasıl gidilebileceği tartışma konusudur. Yani, hastanelerde işyeri sağlık biriminin kurulabilmesi, devletin kamu sağlık hizmetine ayıracağı paydan karşılanacağına göre % 2,8'le, %2,5'la böyle bir örgütlenmenin yapılması bir yana, mevcut olanın bile götürülmesi çok zor. Ayrıca özelleştirmenin ön koşulu olan çalışan bireyden azami verimi elde etme anlayışı zaten riskle mücadele etme mantığını daha baştan dışlayan bir mantık. Daha az bireyin, daha fazla iş yüküyle yüklenmesi sonucunu doğuracak özelleştirme, riske maruz kalan personelin sorunlarını daha da karmaşık hale getirecektir. Bu çerçevede, sağlık çalışanlarının geleneksel anlayışlarını, yani kendini feda ederek çalışma anlayışlarını, yani kendini feda ederek çalışma anlayışlarını terketmeleri kendilerini diğer çalışanlar gibi birer emekçi olarak görmeleri, karşı karşıya buldukları risklerin engellenebileceğini görmeleri ve savundukları sağlıklı yaşama ve çalışma hakkının kendileri içinde bir hak olduğunu örgütlü biçimde vurgulamaları gerekmektedir.

Konuşmama son verirken önceliklerin altını çizmek istiyorum. Bu paneli bir başlangıç olarak ele alıp bundan sonra sistematik bir çalışma yürütelim. Sağlık personeli için meslek hastalığı tanımını tam olarak yapalım. Yıpranma tazminatı bir örnek olabilir; ama sağlık personelinin iş sürecinde maruz kaldığı risklerin özellikleri ve buna göre istemler net olarak saptanmalıdır.

Ayrıca; mesleki risklerin, tıp eğitimi sırasında öğretilmesine de önem verilmesi gereklidir. Bir diğer konu mevzuat meselesidir. Eski mevzuat var bu konuda; ama 1930'ların mevzuatıyla yeni çalışma biçimlerini yönetmeye çalışıyoruz. Mevzuatı yeni teknolojileri ve çalışma biçimlerini de içerecek biçimde değiştirmeliyiz. Sabrınız için teşekkür ederim.

## **Dr. Erdal ATABEK**

Şimdi buradan sayın meslektaşlarımız, bir sonuca da hemen değinmek istiyoruz. Bir defa "herkes kendi söküğünü dikemez" sözü doğrulanıyor. Yani, her mesleğin bir riskiyle uğraşan hekimler, hemşireler, biyologlar, laboratuvar elemanları kendi riskleriyle meşgul değiller. Ya kendi risklerinin farkında değiller, ya kendi risklerini ihmal etmek hakkını kendilerinde görüyorlar, ya da kendi risklerini önemsemiyorlar. Bunların hiç birisi de yaptığımız işle bağdaşmıyor. Ben bu panelde bir yan ürün gibi ama temel konulardan biri olarak artık sağlık elemanlarının kendi güvenliğiyle de ilgili riskleri bilimsel araştırmalarla ortaya çıkarmakta daha fazla gecikmemeleri gerektiğini düşünüyorum. Şimdi bakınız burada "AIDS" diye Doktor Soyer kısaca geçti. Gelişim Jama'nın ya geçen ayki sayısında, ya bir evvelki sayısında hekimlerin ve sağlık personelinin AIDS karşısındaki riskiyle ilgili bir makale var. Dikkatle okunmasını öneririm. Orada yazılana göre bu çok tehlikeli hastalıktan korunmak için, enjeksiyon yaparken bile eldiven kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Bizim gibi daha neresinden ne patlak vereceği belli olmayan ülkelerde AIDS'in bir sorun yaratacağına, günü geldiğinde patlak vereceğine maalesef inanıyorum. Bizim kadar bilgisiz ve her şeyi kendi oluruna bırakan bir toplumda AIDS'den başımıza neler geleceğinin daha farkında değiliz; ama hekimler, hemşireler ve diğer meslektaşlarımızın kendilerini bu riskten bugünden başlayarak korumaları gerektiğine inanıyorum. O makalede yazılan hiçbir önlemi tek bir meslektaşımın aldığını sanmıyorum. Bu kadar büyük bir tehlikeyle, bu kadar uyarıcı bir durumla aslında karşı karşıyayız. Bilmem bu görüşüme katılınır mı?

## **Nimet KARATAŞ** **(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu)**

Ben de bu konu için hazırlanırken öncelikle hemşirelerin sağlık sorunlarını değil, tüm sağlık personelinin sorunlarına değinilmesi gerektiğini düşünmüştüm. Ancak vaktimiz çok az. Bu nedenle hemşirelerin sadece çalışma ortamlarından kaynaklanan sağlık sorunlarına değinmek istiyorum.

Benim söyleyeceklerim belki daha önceki konuşmacıların tekrarı olacak; ama çok çabuk geçmek istiyorum. Hemşireler, hastanelerin değişik birimlerinde; sağlık ocağı, hastane işyerleri, dispanserler, laboratuvarlar gibi yerlerde görev almaktadırlar. Bu çalışma ortamlarının bir çoğunda sağlık için sakıncalı durumlarla karşılaşmakta ve değişik boyutlarda zarar germektedirler. Hemşirelerin çalışma ortamından kaynaklanan ve sağlıkları için zararlı olan etkenleri; mekanik, fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikolojik olmak üzere sınıflandırabiliriz.

Mekanik olarak travmalarla karşı karşıya kalmaktayız. Fiziksel çalışmayı gerektiren bütün işlerde olduğu gibi, hemşirelik etkinliklerinde de eğilme, ağır kaldırma, taşıma gibi zorlayıcı pozisyonlarda çalışma nedeniyle sırt, bel, omuz ağrılarından yakınılmakta-

dır. Özellikle yoğun bakım ve acil bakım servislerinde hemşirelik işlevleri hızlı ve telaşlı bir dolaşmayı gerektirdiğinden kayma, düşme, çarpma gibi kazalara da maruz kalmaktadırlar. Ayrıca, ilaç ve malzeme hazırlıkları sırasında testere ve cam kesiği, iğne batması gibi durumlarda sık sık meydana gelmektedir. Hemşirelik uygulamaları gereği fazla ayakta kalmaya bağlı olarak varisler, taban çökmesi, hemşirelik kıyafet yönetmeliği gereğince giyilmesi istenen ayakkabıların kapalı, son derece kalitesiz ve sert olması nedeniyle ayak deformiteleri ve nasır gibi rahatsız edici durumların oldukça sık görüldüğü bilinmektedir.

Fiziksel olarak; hemşireler için en önemli fiziksel zararı röntgen ve ultraviyole ışınları oluşturmaktadır. Radyoterapi ünitelerinde çalışan hemşireler, yansıyan ışınlardan etkilenmektedirler. İntaniye servislerinde çalışan hemşireler hasta taburcu olduktan sonra, hasta odasının dezenfeksiyonunda ultraviyole ışını kullanıldığından bu ışına uzun süre maruz kalıp zarar görmektedirler. Bu ışının etkisiyle dermatozlar, konjonktivit ve kataraktlar oluşmaktadır.

Gürültü hastanelerde az rastlanan bir sorun olmakla birlikte, genellikle nöbet sonrasında hemşirelerin dinlenebileceği uygun yerin olmaması, yoğunluğun yaşadığı lojmanlardaki odaların iki veya daha fazla kişi tarafından paylaşılmasıyla doğan gürültüden etkilenen hemşirelerde uykusuz kalmaya, bu da kronik yorgunluk ve huzursuzluğa yol açmaktadır. Hemşirenin çalıştığı tüm ortamlarda kimyasal zararlı etkenlerle karşılaşma olasılığı da çok yüksektir. Hemşirelerin en çok meşgul olduğu işlemlerden birisi ilaçların hazırlanıp verilmesi, enjeksiyonların yapılmasıdır. İlaçların uygulayıcılar üzerindeki olumsuz etkileri, yapılan pek çok araştırmalarla saptanmıştır. Bunlara bir örnek verecek olursak 30 günden daha fazla streptomisin ve penisiline maruz kalan uygulayıcılar da egzamatöz lezyonlara ve dermatozlara rastlandığı görülmüştür. Ayrıca hemşireler, antineoplastik ilaçlarla da uğraşmaktadırlar ve bunlara ilişkin tehlikelerle karşı karşıyadırlar. Antineoplastik ilaçların toksik kanserojenik özelliklerinin olduğundan daha önce de bahsedilmişti. Bu ilaçların hazırlanıp uygulanmasında deri, solunum, sindirim yoluyla alınabilecekleri araştırmalarla saptanmış bulunmaktadır. Özellikle onkoloji servislerinde çalışan hemşirelerde sistemik etki sonucu idrar yolu kanserleri ve gebelerde kromozom defektleri görüldüğü açıklanmıştır. Ayılma üniteleri ve ameliyathaneler de çalışanlar anestezi gazlarının etkisi altında kalmaktadırlar. Bunların getirdiği zararların neler olduğundan daha önceki konuşmacılarımız da bahsetmişti. Dezenfektan solüsyonlar da hemşireler tarafından sıklıkla kullanılan maddelerdir. Bu solüsyonların da değişik zararları olduğu yine vurgulanmıştı. Bunlar allerjik reaksiyonlar, doğum defektleri, teratojenik etki, deri ülserasyonları, toksik etkiler olarak sayılabilir.

Biyolojik etkenlerden de bahsedildi, hemşireler biyolojik etkenlerle sıklıkla karşılaşmaktadırlar. Özellikle sanatoryum, prevantoryum gibi yerlerde çalışan hemşirelerin tüberkülozlu hastalarla sık ve uzun süreli bir arada olmaları nedeniyle tüberküloza yakalanma tehlikeleri her zaman mevcuttur. Ayrıca, intaniye servislerinde çalışan, ya da kan, kan ürünleri, vücut sıvıları, enjektörler ve hastalarla sürekli temas halinde olan hemşireler enfeksiyon hastalıklarına yakalanma riski altındadırlar.

Viral hepatit enfeksiyonundan bahsedilmişti. Hemşireler için de aynı tehlike söz konusudur.

Psikolojik etkenler; son günlerde çağın hastalığı olarak sözü edilen stres ve stres oluşturan faktörler hemşireler için belki de en önemli sağlık riskini oluşturmaktadır.

Evet, bir sağlık görevlisi olarak hemşireler çoğunlukla stresle yaşayan kişilere bakım vermek zorunda olduğu gibi, çalıştığı ortamda da stres yaratıcı durumlarla yüz yüze gelmektedir. Hemşirelikte ruhsal yönden risk yaratan faktörleri tanımlayan pek çok araştırma yapılmış, tabii yurt dışında. Ve risk faktörleri saptanmıştır. Yapılan araştırmalardan topladığım kadarıyla : Hastalarını sağlığına kavuşturamama ve hastayı kaybetme korkusu, acı çeken hastalara yardım edememe, hastaların anksiyeteli olması, korkutucu ve ağır iş yükleyen görevler, yoğun bakım ünitelerinde kullanılan komplike cihazlar, kişiler arası ilişkilerde duygusal yoğunluk, yönetimle çatışma ve güvensizlik, gece çalışma gibi faktörler, bu faktörlerden sadece bir bölümüdür.

Sağlık sorunlarının saptanmasına ilişkin yapılan bir araştırma sonuçlarına göre gece çalışmasının hemşirelerde sosyal izolasyon duygusu yarattığı can sıkıcı ve endişelendirici bir etki yaptığı özellikle sinirsel sorunların artmasına neden olduğu saptanmıştır. Ayrıca, gece çalışan hemşirelerde astım, akciğer ve solunum yolları sorunları, mide ülserleri, artirtiler hipertansiyon gibi şikayetlerin arttığı bu hemşirelerin faksatif, aneljezik, öksürük şurubu ve uyku halarını çok sık kullandıkları belirtilmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada da hemşirelerde depresyon, öfke ve anksiyete düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer bir araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin yaklaşık yüzde 75'inin baş ağrısı çektikleri bunun da stresin semptomu olduğu açıklanmıştır. Hemşirelerin karşılaştıkları sorunlarının önlenmesine ilişkin alınacak tedbirler konusunda, Ata bey bahsettiler onun için fazla vaktinizi almayacağım, ama ekonomik sorunlar hemşireler için çok daha yakıcıdır. Sağlıkla doğrudan ilişkisi açısından vurgulamadan geçemeyeceğim.

## **Doğan BENLİ**

Buraya yazılı bir metinle gelmedim. Fakat, uzun süredir sahada çalışan bir kişi olarak ebe ve hemşirelerin sıkıntılarını gözleme olanağını buldum. Saha çalışmalarında kendilerini rahatsız eden sorunları ebe ve hemşirelerden dinlemek daha iyi olurdu, kısmet olmadı ve bu görev bana düştü.

Orta okul mezunu kızlar sağlık meslek liselerine alınmakta ve dört yıllık bir eğitimden sonra sağlık ordusuna katılmaktadır. Başka bir anlatımla, 18 yaşında bir kız kırsal alanda görevlendirmektediriz.

Kırsal alanda bir konut sorunu vardır. Konutun, insana huzur veren, insanı sıkıntılardan arıtan bir yer olması gerekir. Orası, onların namusunu, sağlığını ve huzurunu sağlayabilecek nitelikte değildir. Bunu sağlayamıyoruz. Genelde, yeni okul mezunu olan bu kızlarımız yalnız başlarına buralarda oturmak zorunda kalmaktadırlar. Korkuyorlar ve sabahlara kadar korkudan uyuyamadıkları zamanlar olmaktadır. Yapılan binaların yer seçiminde de büyük hatalar yapılmıştır. Bedava arsa temin edilmesi öngörüldüğünden, çoğu sağlık binaları köy kenarında ve belkide eski mezarlıklar üzerinde yapılmıştır.

Toplumu iyi tanıtamadığımız kızlarımız, toplumdan korkarlar ve birlikte çalışmaktan ürkerler. Biz, onlara öğrencilik döneminde toplumu tanıtabilsek, çektikleri sıkıntıların yüzde ellisini ortadan kaldırabiliriz. Bu çekinmenin içine hanım doktorlar da dahildir. Sıkıntı, topluma hizmet vermeye gelen kişiyi toplum dışı hale sokmakta ve yalnızlığa itmektedir.

Okul eğitimi ve saha çalışması arasında da tutarsızlıklar vardır. Genelde, bu tutarsızlık tüm sağlık personeli müfredat programları için geçerlidir. Demin Nazmi Bey de değindi, bu tutarsızlıklar ebe ve hemşirelerin daha fazla bocalamalarına neden olmaktadır.

Ben, Van'da 1964 - 1966 yılları arasında sağlık müdürlüğü yaptım. Yıllık iznimi "sağlık ocağında yaşam nasıl oluyor" diye bir sağlık ocağında geçirdim. Bir gün, gece yarısı ebenin kapısı çalındı. Zifiri karanlık, atlı, palabıyık, gençten birisi ebeyi doğuma götürmeye gelmişti. Burada, "acaba ebe, hiç tanımadığı adama ne diyecek." diye düşündüm. Hiç birşey söylemeden, hazırlandı ve gitti. Ertesi gün ebeyi aynı adam geri getirdi. Burada önemli olan, kişiler hakkında peşin yargılı olmamız.

Başka bir sorun araç ve gereç durumu. Yönetici olarak, yalnız açık kapamak suretiyle, işte size ebe verdik diyoruz. Onun çalışma şekli bizi pek ilgilendirmiyor. Pamuğu, alkolü, tansiyon aleti, boy ve kilo ölçüleri v.b. aracı olmayan kişiden ne bekliyoruz? Boşuna kart bastırıp, bunların yalan-yanlış doldurulmasını istemekten başka?

Ebeler, üstleri tarafından motive edilmemekte ve yalnızlığa terk edilmektedir. Onbeş günde bir ocak hekimini, hemşiresini, sağlık memurunu ve diğer çalışma arkadaşlarını yanında göremeyen kişi, öksüz bir çocuğa benzemektedir. Sağlık Müdürü hemşiresini bilmiyor, bir ocak hekimi yanında çalıştırdığı kişileri tanımıyor, zaman zaman bunları ziyaret edip hatırlarını sormuyor, onları yapayalnız bırakıyor ve ebe iki sene sonra, sağlık müdürünün ismini ve ocak hekiminin adını soyadını öğrenmeden oradan başka yere atanıyor, bu iş böylece devam edip gidiyor.

Burada anlatılamayacak daha çok problemler olduğu kanısındayım.

Buraya gelirken bordrodan, sahada çalışan bir hemşire ile hastanede görevli bir hemşirenin aldığı ücreti çıkarttırdım. İş gücünün riski hastanede çalışana 500x28, o palabıyıklı adamla beraber, gece yarısı doğuma giden ebeye 450x28, hastanede çalışana iş riski zammı var, sahada çalışana yok.

Anlatmaya çalıştığım sorunlar, sahada çalışmanın daha fazla olası olduğu meslek dallarına müracaatı etkilemiştir. Geçen sene, ebelik bölümlerine müracaat son derece az olmuş, yedek listeden (ikinci ve hatta üçüncü) öğrenci alınarak açık kapatılmaya çalışılmıştır. Yani sınavı kazanamayanlar dahi okullara alınmıştır. Halbuki, hastanede çalışma olasılığı son derece yüksek olan hemşirelik bölümlerine 20.000 müracaat içinden seçme kişiler alınabilmiştir.

Cengiz Bey belki değinecekler. Görebildiğim kadar, sahada çalışan kadın personel çok ağır koşullarda çalışmaktadır. Çok önemli psikolojik faktörler mevcut. Bu bakımdan biz, sahada çalışanları kısa süre içinde kaybetmekteyiz.

**Prof. Dr. Alpaslan IŞIKLI**  
**(SBF Eski Öğretim Üyesi)**

Zaman ilerledi, çok az vaktimiz kaldı. Fakat gene de benden önceki konuşmacıların sunuşlarından esinlenerek bir hikayeyi anlatmadan geçemeyeceğim. Bu hikaye, Mevlana'nın Mesnevisinde geçen bir hikaye; Gramer bilgini günün birinde bir sandala biniyor, sandalcıya saha selamünaleyküm demeden ilk sorusu; "sen gramer biliyor musun" oluyor. Sandalcı, duymamış bile, ömründe gramer sözcüğünü. Bilmediğini söyleyince (aşağı yukarı orta yaşlarda imiş sandalcı) "ömrünün yarısı boşa geçmiş" diyor, Gramer bilgini. Açılıyorlar, deniz kabarıyor, dalga başlıyor, fırtına başlıyor. Ölüm tehlikesiyle burun burunalar, bu defa soru sorma sırası sandalcıya geliyor; "Yüzme biliyor musun?" diyor. Yüzme bilmediğini söyleyince Gramer bilgini, sandalcı "ömrünün bundan sonraki yarısı gitti" diyor.

İnsanlar kendi entellektüel birikimleri açısından meselelere bakmakta son derece haklıdır. Buraya gelirken sağlık her şeyin özüdür, bütün sorunların çözümü sağlıktır gibi bir yaklaşımla karşılaşmayı pek doğal buluyordum, doğal karşılamaya hazırdım. Fakat, Cengiz Bey'in dışındaki bütün konuşmacılar bütün sorunların özünün ve çözümünün psikiyatride olduğu gibi bir sonuca vardılar yanılmadıysam. Bunu da 1988 Türkiye'sinin özel konjonktörü ile ilgili çok anlamlı bir tesbit olarak değerlendiriyorum.

Ben konuya, izin verirsiniz, bu zaman kısıtlaması çerçevesinde, meselenin içine oturduğu toplumsal ve tarihsel çerçeve açısından bir yaklaşım getirmek istiyorum. Burada sorunun, hekimlerin ve sağlık personelinin çalışan kişiler olmaları açısından tartışılması ve çözüm yollarının buna göre düşünülmesi gerekiyor. Hepimizi bir dönme dolap içerisinde farzederek, hekimler ve sağlık personeli bu dönme dolap içerisinde özel bir kompartmanda yer alıyorlar. Onlara özgü o kompartmanın içinden kaynaklanan bazı koşullar var, sorunları belirleyen. Fakat bu dönme dolabın bağlı olduğu mekanizmanın kuşkusuz her bir kompartman üzerinde de ayrı ayrı etkileri olacaktır. Her bir kompartmanın özelliği dolayısı ile meydana gelecek bu etkiler farklı özellikler gösterecektir.

Böylesine bir yaklaşımla meseleye eğildiğimiz vakit, ben iki tane temel değişken yakalıyorum. Yakalamanın mümkün olduğunu düşünüyorum. Bunlardan bir tanesi tekelleşme dediğimiz olgu biçiminde özetlenebilir. Bir diğer neden, çok çeşitli isimlerle günümüzde anılıyor, Moneterist saldırı deniliyor, neo-liberal karşı devrim deniliyor. Bütün bunlar, burada tartışılan konunun boyutlarının iyice kavranabilmesi ve yerli yerine oturtulması bakımından göz önünde bulundurulması gereken iki temel değişkeni oluşturuyor zannediyorum. Tekelleşme ne oluyor? Tekelleşme-özetlersek-bir madalyonun bir yüzü oluyor; öbür yüzünü de işçileşme süreci meydana getiriyor. Tekelleşmeyi meydana getiren, tarihsel bir olgu olarak, teknolojinin, büyük makinelerin, tekniğin ve hatta bilimin geniş anlamda üretim sürecine sokulmasıdır. Bu sürecin başlaması, piyasa ve pazar düzeni çerçevesinde üretim araçlarının mülkiyetinin belli ellerde toplanması, tekelleşmedir. Bu madalyonun öbür yüzü olarak da üretim araçlarına sahip olmayan, mülkiyet hakkına sahip olmayan, başkalarına ait üretim araçlarını kullanarak üretime emekleri ile katkıda bulunan işçi dediğimiz insanların ortaya çıkması süreci, kendini

gösteriyor. Her meslek açısından bu olguyu gözlemek mümkün, elbetteki doktorlar da bunun dışında kalmıyorlar. Mesela, terzi bitiyor, konfeksiyon başlıyor. Fayton tarihe karışıyor, kendi arabasının sahibi olarak şoförlük mesleğini icra etme olgusu tarihe karışıyor. Büyük taksi şirketlerinde işçi olarak çalışma süreci başlıyor. Küçük bir kara toprak parçası, kara öküz, kara sabanla tarım devri tarihe maloluyor; büyük biçerdöverlerle çalışan kapitalist tarımsal işletmeler başlıyor. Bu misalleri uzatmak mümkün. Doktorluk açısından da başka bazı meslekler gibi, biraz daha sonradan olmakla beraber, bu işçileşme süreci, tekelleşmenin bir uzantısı olarak kendisini gösteriyor. İşte burada sayın arkadaşlarımın bahsettiği (bir kısmını gördüğüm, bir kısmı hakkında hiçbir fikre sahip olmadığım bir takım aletlerden bahsediliyor) tomografi, rafyografi vesaire gibi doktorluk mesleğine özgü üretim araçları ortaya çıkıyor. Doktorluk mesleği ancak bu üretim araçları kullanılarak icra edilen bir meslek haline geliyor. Böylece, doktorluk mesleği, geçmişte şaman veya büyücü olarak bilinen atalarının sahip olmadığı bazı araçlara sahip oluyor, ama, buna mukabil de tek başına icra edilir bir meslek olmaktan çıkıyor. Tıpkı lonca devrinin çömlekcisinin yerine seramik fabrikalarında çalışan işçilerin ortaya çıkmaya başlaması gibi, günümüzde de doktorlar başkalarına ait üretim araçlarını kullanarak üretime katkıda bulunan insanlar haline dönüşüyorlar. Bu başkalaşım doktorluk mesleğinin sorunlarının niteliği ve çözümü açısından da elbette ki dikkate değer sonuçlar ortaya çıkarıyor. Bu, doktorun ve genel olarak sağlık personelinin toplumsal sorunlara bakışı ve toplumsal sorunlar karşısındaki yeri açısından da anlamlı değişiklikler meydana getiriyor. Bana öyle geliyor ki, mesela, bu toplantının, doktorlarla ilgili bu toplantının bir sendika konfederasyonunun salonunda olmasının rastlantıdan öte tarihsel bir anlamı var. Ve herhalde Ata arkadaşım, burada tebliğini sunarken "işçilerin sorunu yani doktorların sorunu" gibi bir ifade kullandı ise zaman zaman; (dikkatimi çekti) bu, dil sürtüşmesinin ötesinde bir anlam taşıyor. Bu, toplumda işçileşme sürecinin içerisinde doktorların da yer aldığı anlamına gelebilir. Bir doktor arkadaşım, hocalarından bir tanesinin "siz doktorlar kristal avizeler altında, kristal kadehlerde viski içmeye layık insanlarsınız" dediğini nakletmişti bana. Bana sorarsanız daha fazlasına layıklar ama, tarih ne yapalım ki bizim temennilerimize göre gelişmiyor ve nasıl fiziksel dünyada yerçekimi gibi bir kanun varsa toplumsal ekonomik dünyada da tekelleşme denilen bir kanun var. Bu tekelleşme, arzularımızın dışında hükmünü icra ediyor; sonuçta, doktorluk mesleği de işçileşme sürecinin içerisinde kendisini buluyor. İşçileşme her zaman için yoksullaşma anlamına gelmeyebilir; belki insanlar yoksullaşmayabilir ama sosyo-psikolojik yerleri itibarıyla farklı bir yere uzanırlar. Bu noktada iki şeyle karşılaşıyoruz. Bir çok şeyle karşılaşıyoruz. Bunlardan bir tanesi herhalde psikiyatri bilimi ile toplum biliminin buluşma noktası olan yabancılaşma sürecinin başlamasıdır. Yani doktorun da diğer başka işçiler gibi makinenin bir uzantısı haline gelmesi, kendi ürettiğine yabancı hale gelmesi sürecidir. Bir başka süreç de ücretli veya maaşlı çalışan doktorların, diğer ücretli çalışanlar gibi, sayıca toplam doktor nüfusu içerisindeki ağırlıklarının artmasına paralel olarak, sorunlarının çözümü açısından (çarşambadan sonra perşembenin gelmesinin ne kadar doğal olduğu biliniyorsa) tekelleşmenin sonucunda sendikalaşmanın ortaya çıkması sürecidir. Nitekim günümüz dünyasında tekelleşmenin doktorlar açısından da ileri aşamalara varmış olduğu toplumlarda, herhangi bir küçümseme manasına söylemiyorum, ama gerçek o ki; doktorların, ortaçağa özgü bir örgütlenme biçimi olan odaları terkettiklerini veyahut odaların yanı sıra



bir de sendikalaşma süreci içerisine girdiklerini genel bir tesbit olarak görmekteyiz. Yine bu açıdan bir önemli belirleme yapmak gerekirse, özellikle kıta Avrupası ülkelerinde, Fransa'da, İtalya'da odaların yanı sıra sendikalaşma süreci de doktorlar açısından kendisini ortaya koymuş bulunmaktadır.

Odanın, sendikadan farkı şu şekilde belirlenebilir : Hukuksal deyim ile kamu kurumu niteliğine haiz bir meslek kuruluşu olması, ve zorunlu olması, zorunlu örgütlenme biçimi olması birinci özellik; bir diğer özelliği de sadece işçi, yani sosyolojik olarak sosyo ekonomik olarak sadece işçi niteliğindeki çalışan hekim kesimlerini değil, aynı zamanda bağımsız çalışan ve hatta işveren durumundaki hekim kesimlerini de bünyesinde toplayan bir örgütlenme biçimi olmasıdır. Buna karşılık, sendikalar, sadece, yalnızca genel olarak hekim veya sağlık personeli içerisinde sayısal ağırlıkları giderek artan, bağımlı çalışan veyahut ücretli veya maaşlı çalışan durumundaki meslek kategorilerini bünyesine alan bir örgütlenme biçimi olarak tarih sahnesinde yerini almış ve almaya devam etmekte; çağdaş demokratik toplumun önemli bir kurumu olarak varlığını sürdürmektedir.

Çok özet olarak geçmek zorundayım, sonradan fırsat olursa tekrar bu noktaların altını çizmek ve geliştirmek imkanını belki bulabilirim.

Burada bir temel değişken olarak bir başka unsura atlamak istiyorum. O da 1970 lerden bu yana, konuşmamın başında işaret etmiş olduğum, kendisini hissettiren ve neo-liberal karşı devrim olarak nitelendirmemiz mümkün olan süreçtir. Neo-liberal karşı devrim, 19 uncu yüzyılda Adam Smith'in ekonomi ve toplum dünyasına armağan ettiği bakış açısının günümüz koşullarında belirmesidir. Neo-liberal akıma devrim denilmesi, karşı devrim denilmesinin sebebi, muhafazakarlık ögesini, 19 uncu yüzyıl liberalizminden farklı olarak bünyesinde taşıyamamasındandır. Çünkü, 19 uncu yüzyılda sendikalar olmasın, sosyal devlet olmasın, sağlık hizmetleri devlet tarafından yürütülmesin; devlet sadece jandarma, tahsildar görevini yerine getirsin diyen düşünce; muhafazakardı. Çünkü, yeni bazı şeylerin olmasına karşıydılar. Bu sıraladığım sosyal devlet öğelerinin tarih sahnesinde yerini almasına karşı idiler.

Halbuki neo-liberalizm günümüzde; sosyal devlet, sosyal adalet yönünde dünyada ve Türkiye'de belli bazı kazanımlar sağlandıktan sonra bunların tahrir edilmesi, ortadan kaldırılması şeklinde bir akım niteliğiyle kendisini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla muhafazakar değil, olanın yıkılması ve tahrir edilmesi anlamında bir süreç kendisini göstermektedir.

Niçin bütün dünya Şili'den, bugünlerde bağrımıza basacağımız Thatcher'ın İngilteresine kadar, böyle bir akım içerisine girmiş bulunuyor. Bunun sebebini, dünya bunalımına, dünyanın 1970 lerden bu yana içerisine düşmüş bulunduğu ekonomik bunalıma konulan teşhis ve tedavide aramak gerekir. Bu bunalıma konulan teşhis, bu bunalıma konulan tedavi, tabii çeşitli biçimlerde olmaktadır. Ama en ağırlıklı teşhis ve tedavi yöntemi, en sözü geçen hastahenenin teşhisi tedavisi olabileceği gibi; bugün, dünyada mevcut ekonomik ve sosyal bunalıma konulan teşhis ve bu teşhise dayalı tedavi yolları arasında da en çok kabul görenler, bazı uluslararası mali güç merkezlerinden, bu arada IMF'den kaynaklanmaktadır.

Mevcut dünya bunalımı ile ilgili olarak sözkonusu uluslararası çevrelerce oluşturulan teşhis ve tedaviler, devletin sosyal refah uygulamalarını ve sendikal özgürlükleri bunalımın sebebi olarak görme noktasında işe başlamaktadırlar. Teşhis burada kendisini gösteriyor. Böyle olunca tedavi de teşhise uygun biçimde beliriyor. İşte özelleştirme! Şili'de olduğu gibi, mezarlıklara varıncaya kadar özelleştirme, İngiltere'de olduğu gibi, Florans Nightingel'den bu yana ve çok daha başka ve derin tarihsel kökleri olan mükemmel bir sağlık hizmetleri müessesesinin tahribi anlamına gelecek şekilde, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin piyasa mekanizmasının denetim ve kontrolüne göre yönlendirilmesi olgusu, ve nihayet sendikalaşmaya, sendikal hak ve özgürlüklere karşı amansız bir savaşım. Bütün bunların ülkemizdeki yansımaları, zannediyorum şu anda tek tek zihinlerimizde somutlaşmaktadır. Bir taraftan sağlık hizmetleri, piyasanın ve kar esasına göre işleyen mekanizmaların yönlendireceği kurumlar olarak belirlenirken, öbür taraftan sendikal hak ve özgürlüklere karşı amansız bir saldırı başlamış bulunmaktadır. Sendikal haklara konulan yasaklar, doktorlar açısından, henüz başlamamış bir olgunun önlenmesi anlamındadır. Bu henüz başlamamış olgunun önlenmesi açısından, sözleşmeli personel müessesesi gündeme getirilmiştir. Bir takım kanun hükmündeki kararnamelerle. (Aslında hizmet akdiyle çalışan herkesin sendika hakkı olması gerekirken) hizmet akdi yerine, arapçasını değil de işin bu defa Türkçesini yaparak, sözleşmeli personel diye bir müessese icat edilmiştir. Sözleşmeli personel, aslında, sosyal, ekonomik anlamda, düpedüz işçi olmasına rağmen işçinin sahip olduğu göstermelik olarak da olsa mevcut bazı haklardan da yoksundur. Buna karşılık memurun sahip olduğu idari yargı güvencesi gibi haklardan da yoksun. Yani kanadı olmadığı için uçamayan, ayağı olmadığı için yürüyemeyen bir yaratık icat edilmiştir. Bu sözleşmeli personel, kuşkusuz, bir çağ atlama sürecinin bu alandaki yansımasıdır. Elbette ki, 19 uncu yüzyıla doğru bir atlayış manasında söylüyorum. Bu durum, yalnızca sendikal haklar konusunda değil, mesela kıdem tazminatı konusunda da böyledir. Sözleşmeli personelin sosyal güvenliği anlamında da bir çağ atlama söz konusudur. Atatürk'ün 1936 tarihli İş Kanununda temellerini attığı kıdem tazminatı müessesesi de böylece tahrip olmaktadır. Yani, mevcut cılız kazanımlar yok edilmekte, muhtemel kazanımların önüne de set çekilmiş bulunmaktadır.

Bu çerçeve içerisinde doktorların örgütlenmesi, demokratik örgütlenmesi, demokratik örgütlenme yollarına sahip olmaları temel önem taşıyor. Bu, doktorların ekonomik, sosyal çıkarlarını sağlama anlamı ötesinde; öyle zannediyorum ki, doktorluk mesleğini icra edebilme olanağına sahip olmaları bakımından da kaçınılmaz bir olgudur. Cengiz Bey, yabancılaşmaya misaller verirken çok isabetli olarak bazı şeyleri yapamamaya dair misaller verdi. Bu yabancılaşma öyle noktalara varabilir veya varmıştır ki, kişinin istemediği bazı şeyleri yapmak zorunda kalması noktasına da varabilir. Mesela Hitler Almanyasında doktorların uğraşlarından bir tanesi, en az gazla en çok adam nasıl öldürülebilir sorununun hesabını yapmaktı. Günümüzde de herhalde, bazı yerlerde, en etkin işkence yolları nasıldır, elektrik nasıl verilirse, nasıl sonuç alınabilir gibi konularla uğraşan doktorlar vardır. Herhalde, sağlık hizmetleri ile insanlara şifa bulmak için yetiştirilmiş, yetişmiş olan bu insanlar, bizzat kendileri hasta değillerse bu işleri severek yapmamaktadırlar. İşte yabancılaşmanın en uç örnekleri olarak bununla bu alanda karşılaşmamız mümkündür.

İsveç Polisi Sendikası Başkanın bir açıklamasını anımsıyorum bu noktada, diyor ki, "İşkenceyi önlemenin yolu, polislerin örgütlenmesidir" Niçin? Çünkü işkence yapmak istemeyen polisin sığınacağı tek yer sendikası olacaktır, ancak öyle önüne geçilebilir.

Bunlar uç misallerdir kuşkusuz; işkence veya Hitler'in gaz odaları... Ama, oraya varmadan da hekimlerin yapmak istemedikleri şeyleri yapmak noktasına gelmeleri mümkündür. Topluma sağlık getirmek, toplumun en ezilen kesimlerinin hizmetine koşmak için yetişmiş bir insan, kendi iradesinin dışında konulmuş kurallarla bir mutlu azınlığın hizmetinde bulunmayı da yabancılaştırmanın bir sonucu olarak yaşayabilir. Bütün bunların bu baskının üstesinden gelebilecek çözüm yolları kuşkusuz yalnızca örgütlenme değildir; ama önemli bir parçası demokratik örgütlenmedir diye tespit edilebilir zannediyorum.

### **Erdal ATABEK**

Şimdi efendim, panelimiz şöyle bir duruma hizmet etti. Ve şöyle bir durum değerlendirmesi yaptı. Bunu ifade edip arkadaşlarımızla bir uzlaşmaya vardıktan sonra soruları almak istiyorum. Bir defa şu ortaya çıktı ki, sağlık hizmetlerinde çalışan elemanların bir bütün olduğu hiç unutulmadan, hekim, hemşire, ebe, laborant, sağlık memuru gibi, bütün elemanların bir bütün oluşturduğu dikkate alınarak hepsinin çalışma koşulları, yerleri, çalışma düzenlemeleri ile ilgili sağlıklı araştırmalar yapılmalı, iş riski ve meslek hastalıkları açısından bedensel ve ruhsal sağlığın uğradığı erezyonlar saptanmalıdır.

İkinci nokta; artık mesleklerimizle ilgili toplumsal rolün ve mesleki kimliğin gerek dünya boyutları gerekse ulusal boyutlarda değiştiğini gözönüne alarak, bu değişmeyi iyi irdelemek ve bu değişmeye kendi meslek ilkelerimiz açısından sağlayabileceğimiz en iyi uyum koşullarını araştırmakla bizler yükümlüyük. Bunu bir sorun kabul etmekle yükümlüyük. Burada artık, geleneksel büyüclükten, bu çağın niteliği olan işçiliğe ve pek konuşmadığımız işsizliğe de hazırlıklı olmak gerekecektir. Buna uygun moral değerler kavramlarımızı geliştirmek zorundayız. Ve bu da odalardan, meslek odalarımızdan, sendikalaşmaya giden adımların bizim tarafımızdan başarılması demektir. Yani iş kazalarımız, meslek hastalıklarımız, iş nedeniyle uğradığımız riskler, ücret sorunlarımız, sözleşmeli personel olmaya gidişimiz, güvencesiz bırakılışımız gibi sorunlarımızı birbirimize ve topluma karşı daha tepkisizleşerek, bir anlamda da yabancılaştırarak mı çözeceğiz, yoksa birbirimizle dayanışarak, birbirimizi anlayarak ve çağdaş çözümler içinde mi arayacağız yol ayırımında oluyor ülkemizle birlikte mesleklerimiz de, böyle algıladım ben arkadaşlarımızın görüşlerini. Doğru mu algıladım. Sayın Işıklı, Sayın Soyer, Sayın Benli, evet Nimet Hanım, Sayın Güleç?

Evet peki efendim, doğru anladığımız konusunu arkadaşlarımız lütfettiler, kabul ettiler. Biz bu kaniya vardık panel olarak. Şimdi buradan çıkan sonuçlar var. Hepimizin yükümlülükleri var, evvela bunları kabul edelim. Bir defa önümüzdeki yıllara bu bilincin getirdiği araştırmalarla, dayanışmayla, bunun gerekleri olan çalışmalar ile ve bunun gerekleri olan örgütlenmeye doğru adımlar atarak gidelim. Bunu böyle bilelim ve ikincisi birbirimizi anlayalım ve toplumumuzu anlayalım ve geleceğimizi toplumumuza yabancılaştırarak değil, toplumumuzun içinde kendi sorunlarımızı toplumun sorunlarıyla birlikte çözmeye çalışarak aşalım. Bizim sözlerimiz bunlar. Teşekkür ederiz.



**7 Nisan 1988 Perşembe**

**XII. OTURUM**

**Tartışma Grubu**

**"İşçi Sağlığı İş Güvenliği Eğitimi"**

**Oturum Başkanları**

**Prof. Dr. Güler KANRA**  
**İSGÜM Müdiresi**

**Dr. Derman BOZTOK**

Not :  
Bant Çözümü Yapılamadığından  
Tartışma Grubu Raporu Yerine  
Dr. Bülent PİYAL'in Konu İle  
İlgili Tartışma Gurubu Sonuç  
Bildirisi Yayınlanmıştır.



**İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Eğitimi**  
**Tartışma Gurubu Sonuç Bildirisi**  
**Dr. Bülent PİYAL**  
**(TTB İşçi Sağlığı Kolu Üyesi)**

1 . İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Eğitimi günümüzde de süregelen uygulamanın aksine yalnızca bilgi aktarmak amacıyla değil, eğitimin tanımına uygun olarak eğitilen kişilerin konu ile ilgili tutum ve davranışlarını amaç doğrultusunda değiştirmek için yapılmalıdır.

2 . İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Eğitimi konu ile ilgili tüm tarafları kapsayan ve bu sorunun tanınmasını, tanımlanmasını, çözümlenmesini amaçlayan planlı ve sürekli bir etkinlik olarak düzenlenmelidir.

3 . İşçi Sağlığı ve iş güvenliği konusunda ilgili taraflar : İşçiler, işverenler, hizmeti üreten meslek gurupları, hizmeti denetleyen denetim görevlileridir.

4 . İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Eğitime işverenler, işveren temsilcileri ve ilgili meslek gurupları için üniversitede, işçiler içinse çıraklık okullarında ve meslek liselerinde başlanmalıdır. İlgili meslek gurupları için mezuniyet sonrası uzmanlık programları üniversitelerin eğitim programlarına alınmalıdır. İşverenler işçilerini işe girişlerinde, iş değişikliklerinde, makina ve teknoloji değişiklikleride yapacakları işin sağlıklı ve güvenli koşullarda yürütülmesi açısından eğitmek zorundadırlar. Sendikalar bu eğitim sürecine yapıcı katkı yapmalıdırlar.

5 . Eğitimde süreklilik amaca ulaşılması için zorunludur. Sürekli eğitim üniversitelerin, başta Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı olmak üzere ilgili devlet kuruluşlarının, işçi ve işveren sendikalarının, meslek örgütlerinin merkezi planlanmış, ortak ilke ve amaçları paylaşan, yönetim birliği olan, iş ve güç birliğine dayalı çabaları ile yürütülmelidir.

6 . Eğitim konuları ilgili tarafların işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili sorunlarının saptanmasına, değerlendirilmesine, çözümlenmesine yönelik olarak belirlenmeli, yetişkin insan eğitiminde temel olan "sonuçta yarar sağlama özelliği" hem grupsal hem de karşılıklı yarar anlamında sürekli vurgulanmalıdır. Bu amaçla;

a . İşçi eğitiminde işyeri genelinde ve yürütülen iş özelinde işçinin sağlığını ve güvenliğini etkileyecek ortam koşullarının saptanması, değerlendirilmesi, olumlu yönde değiştirilmesi ile ilgili yöntemler, uyulması gereken kurallar, edinilmesi gereken çalışma anlayışı, tutum ve davranışlar, işyerinde karşılaşılabilecek sağlık sorunlarında ilk yardım ve işçinin genel sağlık anlayışının geliştirilmesini amaçlayan genel hijyen, sağlıklı beslenme, alkol, sigara, gereksiz ilaç kullanımı, aile planlaması, sağlık hizmetinden yararlanım gibi konular öncelikle yer alması gereken eğitim konularıdır.

b . İşveren eğitiminde işçinin eğitilmesi ile ilgili yasal yükümlülükler, işçi eğitiminin kuralları, eğitilmiş işgücü - işçi sağlığı - üretim verimliliği ilişkileri, işçinin sağlığının ve güvenliğinin korunmasının üretimin sürekliliğinin sağlanmasındaki önemi ilk akla gelen eğitim konularıdır.

c . İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetinin üretiminde görev alan meslek gruplarının eğitiminde ise uygulamaya yönelik mesleki bilginin yanısıra, bu bilgiyi ülke, işyeri, iş türü olanakları ve sınırlılıkları içerisinde ve bu sınırlılıklarla şekillenmiş bir öncelikler programı içerisinde yaratıcı biçimde kullanabilmenin yol ve yöntemleri öncelikle yer almalıdır.

d . Denetim görevlilerinin eğitiminde ise mesleki bilginin yanısıra, standart denetim yöntemlerinin öğretilmesi, sorun çözme ve çözüm önerme ile ilgili becerilerin kazandırılması öncelikle hedeflenmelidir.

7 . Eğitimde eğiticileri eğitecekler, eğiticiler ve eğitilecekler doğru seçilmelidir. Bu amaçla;

a . Eğiticileri eğitecek kişilerin kendi alanlarındaki kuramsal bilgilerinin yeterliliğinin yanısıra, özellikle eğittikleri kişilerin iş koşulları ile tanışıklıklarının düzeyi yani uygulama içinde olup olmadıkları ve yeterli bir eğitici formasyonuna sahip olup olmadıkları önem taşır. Uygulama içinde olmayan ya da yeterli eğitici formasyonuna sahip olmayan eğiticilerin, eğitilenlere beklenen düzeyde ulaşamamaları özellikle işçi eğitimlerinde sıkça karşılaşılan bir sorundur.

b . Eğiticiler eğitilecek gurup içinde fiilen çalışmakta olan, gurup tarafından sevilen, önder nitelikli, eğitime ve eğitim konusuna ilgi duyan, varsa bu konuda daha önce eğitimden geçmiş kişiler arasından seçilmelidir. İşveren eğitiminde işyerindeki işveren temsilcilerinin, işçi eğitiminde işyeri sendika temsilcilerini, eğitici eğitimlerine katılmaları sağlanmalıdır.

c . Eğitilecekler ise işyeri üretim birimleri, işyerleri, işkolları ölçeğinde çalışma koşullarının ve işçi sayılarının ağırlığı göz önünde bulundurularak, işçi eğitiminde en istekli işçilerden başlayıp, işe yeni başlayanlar öncelik taşımak üzere tüm işçileri kapsayacak biçimde, işveren temsilcilerinde ise yönetim ağırlıkları ve üretimle ilişkileri en fazla olanlardan başlamak üzere seçilmelidir.

8 . Yöntem olarak, eğitim uygulamaya yönelik planlanmalı, işyerinde ve iş başında eğitime öncelik verilmelidir. Eğitim eğitici ile eğitilen arasında karşılıklı bilgi, tutum, davranış alışverişi temelinde yürütülmelidir. Her eğitim bir sonraki için bir ön çalışma olarak görülmeli, eğitim sonrasında yapılacak değerlendirme verilerine göre sürekli değişen; gelişip zenginleşen ve kendisini hep yeniden üreten bir eğitim programı ve kapsamı kendisini hep yineleyene yeğlenmelidir.



7 Nisan 1988 Perşembe

**XIII. OTURUM**

**BİLDİRİLER**

Oturum Başkanı  
**Dr. Osman ÇİFTÇİ**  
(Sivas Tabip Odası Başkanı)

**Konuşmacılar**

**Ayfer KARADAKOVAN, Doç. Dr. Çiçek FADİLOĞLU**  
(Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu)  
Gürültülü Ortamda Çalışmanın Kan Basıncı ve  
Nabız Hızına Etkisinin İncelenmesi

**Doç. Dr. Hilmi SABUNCU**  
(İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi)  
İşyeri Ortamında Fiziksel Etkenler - Gürültü

**Doç. Dr. H. Nevzat ÖZGÜVEN**  
**Doç. Dr. Mehmet ÇALIŞKAN**  
(Makina Mühendisliği Bölümü Orta Doğu Teknik Üniversitesi)  
Endüstriyel Gürültü Kontrolünde Uygun Yöntemlerin Seçimi

**Doç. Dr. Mehmet ÇALIŞKAN**  
**Doç. Dr. H. Nevzat ÖZGÜVEN**  
(Makina Mühendisliği Bölümü Orta Doğu Teknik Üniversitesi)  
Endüstriyel Gürültü, Gürültü Yönetmeliği ve Uluslararası Standartlar

**Dr. Suzan ÇETİN**  
(İstanbul Tabip Odası İşyeri Hekimliği Kolu Üyesi)  
İstanbul İlinde İşyeri Hekimleri ile Çalıştıkları İşyerlerinin  
İşçi Sağlığı İş Güvenliği Sorunları Konusunda Yapılan Anket  
Çalışması değerlendirme Raporu



**Gürültülü Ortamda Çalışmanın  
Kan Basıncı ve Nabız Hızına Etkisinin İncelenmesi**

**Ayfer KARADAKOVAN**  
**E.Ü. İç Hastalıkları Hemşireliği**  
**Araştırma Görevlisi**

**Doç.Dr. Çiçek FADILIOĞLU**  
**E.Ü. İç Hastalıkları Hemşireliği**  
**Öğretim Üyesi**

Günümüzde kronik hastalıklar bütün ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur. Sanayi ve teknolojiadaki gelişmeler tıp alanında da kendini göstermekte, yeni tanı ve sağaltım yöntemlerinin bulunması ortalama yaşam süresinin artmasına neden olmaktadır. Ortalama yaşam süresinin artması orta ve ileri yaş hastalığı olan kronik hastalıkların toplumsal önemini arttırmaktadır.

Toplumda önemli bir sağlık sorunu olan mental bozukluklar, miyokard infarktüsü ve hipertansif hastalıklar çalışma çevresi ve sosyal ortamın değişmesi gibi çevresel nedenlerle ortaya çıkan sosyal stresler çalışanlar arasında giderek artmaktadır.

Endüstrinin hızla gelişmesi gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde "Endüstri Sağlığı" kavramının doğmasına yol açmıştır. "Endüstri Sağlığı" çalışma yaşamında bulunan bütün bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik durumlarının sağlanmasını ve en yüksek düzeylerde sürdürülmesini; iş koşulları ve kullanılan zararlı maddeler nedeniyle çalışanların sağlığına gelebilecek zararların önlenmesini; ayrıca işçinin fizyolojik ve psikolojik özelliklerine uygun yerlere yerleştirilmesini; işin bireye ve bireyin işe uyumunu amaç olarak ele alan bir bilim dalıdır. Çalışan bireyin, gününün üçte birini işinde ve yaşamının en az üçte ikisini aktif bir iş yaşamında geçirdiği; diğer taraftan, doğrudan doğruya işinin ve çalışma çevresinin neden olduğu birçok sağlık tehlikelerinin var olduğu düşünülürse, endüstri sağlığı hizmetinin önemi daha açık belirir.

Çalışma ortamındaki fiziksel, kimyasal ve biyolojik etmenlerle meydana gelen ve meslek hastalıkları olarak adlandırılan hastalıklar çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışanların büyük bir kısmı bedensel, ruhsal ve sosyal durumlarını olumsuz yönde etkileyen kötü iş koşullarında çalışmakta, bu durum çalışanlarda iş stresi yaratarak onların sağlıklarını yitirmelerine neden olmaktadır. Çalışma ortamındaki gürültü, yüksek veya düşük sıcaklık, yüksek nem oranı gibi kötü çevre koşulları bireyin toplumsal ilişkilerinin bozulmasına, uzun süre devam ettiğinde koroner kalp hastalığı, hipertansiyon ve sindirim sistemi hastalıklarına ve genel sağlığın bozulmasına yol açmaktadır.

Bireyin ve toplumun ruhsal ve fiziksel yapısını olumsuz yönde etkileyen istenmeyen ses olarak tanımlanan gürültü, çevre kirlenmesinin önemli nedenlerinden biri olmasının yanısıra gelişen teknoloji ile çağdaş toplumun en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır.

Gürültülü ortamda çalışmanın organizmada bir çok olumsuz etkileri olduğu ve bunların çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkilediği yapılan bir çok araştırma ile ortaya konmuştur. Gürültünün organizmaya olumsuz etkileri söz konusu olduğunda ilk önce düşünülen işitme ile ilgili olumsuz etkisidir. Yüksek şiddet ve frekansdaki gürültü etki-

sinde kalmanın, kalınan süreye göre geçici veya sürekli sağırılık meydana getirdiği yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur.

Ancak gürültünün işitmenin yanısıra diğer vücut fonksiyonlarını da etkilediği ve bir çok hastalığın oluşumunda tetik faktör olarak rol oynadığı bilinmektedir.

Bu konu ile ilgili olarak yapılan araştırmalar gürültünün aşağıda belirtilen etkileri olduğunu ortaya koymuştur:

- 1- Gürültü kan basıncının yükselmesine, kalp hızının artmasına ve adrenalin salınımının artmasına neden olur.
- 2- Gürültü kalp ve dolaşım sistemi hastalıklarının oluşumuna yardım eder.
- 3- Gürültü insan vücudunda stres reaksiyonu oluşturur.
- 4- Gürültü hastalıkların ortaya çıkışını kolaylaştırır.
- 5- Gürültü fetal gelişimi engelleyerek düşük doğum ağırlığına neden olur.
- 6- Gürültü davranış ve emosyon değişikliğine neden olur.
- 7- Gürültü uyarı sinyallerinin duyulmasını güçleştirerek kazalara neden olur.
- 8- Gürültü çalışanların iş gücünü olumsuz yönde etkileyerek, beden işçilerinde % 30, fikir işçilerinde ise % 60 verim düşüklüğüne neden olmaktadır.

Gürültülü ortamda çalışan bireylerin sinirli ve saldırgan bir kişilik yapısı kazandıkları ileri sürülmektedir.

Lehmann gürültünün şiddetine göre vücut üzerindeki zararlı etkilerini şu dört kademeye ayırır:

- 30-65 dB (A) : Psikik belirtiler
- 65-90 dB (A) : Psikik ve nöro-vegetatif belirtiler
- 90-120 dB (A) : Psikik, nöro-vegetatif ve otojenik bozukluklar
- 120 dB (A) : Kulakta ağrı, sinir hücrelerinde ağır bozukluklar (ölüm).

Dünya Sağlık Örgütü "2000 yılında herkese sağlık" sloganına erişmek için bölgesel stratejiler benimsemiştir. Çalışanların sağlığını korumayı amaçlayan üç temel öneri şunlardır:

- 1- Çalışanları sağlıklarına etki edecek tüm risklerden korumak,
- 2- Çalışma koşullarındaki sağlığa zararlı olabilecek riskleri azaltmak,
- 3- İş yerlerinde çalışanların kolayca ulaşabilecekleri ve benimseyecekleri sağlık bakım hizmetleri kurmak.

İş sağlığı hizmetlerinin sürdürülebilmesi için hekim, hemşire, endüstri mühendisi, güvenlik memuru, yönetici, işçi temsilcisi ve diğer sağlık personelinin kurulu bir iş sağlığı ekibinin bulunması gerekir. İş sağlığı ekibinin fonksiyonları, çalışma koşullarında olabilecek kimyasal, fiziksel ve biyolojik etkenlerin çevre izlenmesi ve kontrolü ile sağlığa olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak, sağlığa olumsuz etki eden etmenleri erken dönemde tanılamak ve tıbbi denetime almak, bunun yanısıra epidemiyolojik araştırmalarla mortalite ve morbiditeyi saptamak olarak özetlenebilir.

## ARAŞTIRMANIN AMACI

Dünya Sağlık Örgütü'nün "2000 yılında herkese sağlık" hedefine ulaşabilmede çalışanların sağlığını korumak için verdikleri öneriler ve Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin 1987 yılı Dünya Hemşireler Günü'nde ele aldığı "İş Yerinde Sağlık" konusu doğrultusunda planlanan araştırmanın amacı; gürültülü ortamda çalışan işçilerin sabah çalışmaya başlamadan önceki ve akşam çalışma saati sonunda ölçülen kan basıncı ve nabız hızı değerleri arasında fark olup olmadığını saptamaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırmanın Tipi:** Araştırma deneysel olarak planlanmıştır.

**Evren ve Örneklem:** Araştırmanın evrenini 2 Kasım 1987 - 13 Kasım 1987 tarihleri arasında Sümerbank İzmir Basma Sanayii Müessesesi Dokuma Atölyesi'nde 07.00 - 15.00 vardiyasında çalışan 50 işçi ve 16 Kasım 1987 - 11 Aralık 1987 tarihleri arasında İzmir Büyük Efes Oteli kat hizmetleri ve servis hizmetlerinde 07.00 - 15.00 ve 08.00 - 17.00 vadiyasında çalışan 50 işçi oluşturmuştur.

Araştırma örnekleminin seçiminde "Olasılıklı Örnek Seçim Teknikleri"nden "Basit Tesadüfi Örneklem Tekniği" kullanılmıştır.

Araştırmanın deney ve kontrol gruplarının oluşturulmasında deneklerin yaş, cinsiyet, beden yapısı ve soy geçmişinde hipertansiyon öyküsü bulunma durumuna göre benzer özellik taşımalarına dikkat edilmiştir. Böylece araştırma gruplarının oluşturulmasındaki seçim ve farklılık nedeni ile ortaya çıkabilecek hata kaynağı kontrol edilmeye çalışılmıştır. Deney ve kontrol grubunun eşleştirme özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1: Deney ve Kontrol Grubunun Eşleştirme Özelliklerine Göre Dağılımı

Gruplar	Yaş				Cinsiyet		Beden Yapıları			Soygeçmişinde Hipertansiyon Öyküsü	
	25-29	30-34	35-39	40-44	E	K	Zayıf	Normal	Şişman	Var	Yok
Deney	12	16	10	12	39	11	14	26	10	12	38
Kontrol	12	16	10	12	39	11	14	26	10	12	38

**Veri Toplama:** Deney ve kontrol grubu olarak alınan iş yerlerinde gürültü düzeyini saptamak amacıyla değişik zamanlarda üç kez yapılan ölçümlerde deney grubu olarak alınan Sümerbank İzmir Basma Sanayii Müessesesi Dokuma atölyesinin üç değişik bölümünde ve kontrol grubu olarak alınan İzmir Büyük Efes Oteli kat hizmetleri ve servis personelinin çalıştığı bölümlerde ölçülen gürültü düzeyi ortalaması sonuçları Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 2: Deney ve Kontrol Grubu Olarak Alınan İş Yerlerinde Gürültü Düzeyleri

Sümerbank İzmir Basma Sanayii Müessesesi İzmir Büyük Efes Oteli					
Gürültü Düzeyi	Dokuma Tezgahları	Tahar Dairesi	Vater	Kat Hizmetleri	Servis Hizmetleri
Decibel dB (A)	100	85	90	60	57
Frekans (Hertz)	1000	1000	500	-	-

Gürültü düzeyini saptamak amacıyla Precision Sound Level Meter Type 2203 duyarlı ses ölçen ve 1 inç'lik mikrofon kullanılmıştır.

Frekans analizi için Brüel ve Kjaer 1/1 Octave'lik Octave Filter Set Type 1613 kullanılmıştır. Bu aletin ölçümü 31.5 Hz ile 31.500 Hz'lik bir alanı kapsamaktadır.

Deney ve kontrol grubu olarak alınan işçilere ait tanıtıcı bilgiler yaş, cinsiyet, beden yapısı, eğitim düzeyi, alışkanlıkları, çalışma süresi, işleme güçlüğü, kronik bir hastalığı olup olmadığı gibi konularda sorular sorularak toplanmıştır.

Kan basıncı ölçümü için Erka Type 2373 Perfect Aneroid tansiyon aleti kullanılmış ve ölçüme başlamadan önce aletin güvenilirliği kontrol ettirilmiştir. Ölçümlerde Vaquez-Laubry yöntemi kullanılmıştır.

Sabah kan basıncı ölçümü işçiler çalışmaya başlamadan önce 3-5 dakika dinlenmeleri sağlanarak, oturur pozisyonda, her iki grup için de sağ koldan, kolun kalp düzeyine gelmesini sağlayacak şekilde pozisyon vererek yapılmıştır. Sistolik kan basıncı düzeyini saptamak için Korotkoff seslerinden I. ses, diyastolik kan basıncı düzeyini saptamak için Korotkoff seslerinden V. ses esas alınmıştır.

Nabız ölçümü için yine oturur pozisyonda ve kol desteklenerek Radyal nabız palpasyonu yöntemi kullanılmıştır.

Akşam kan basıncı ve nabız hızı ölçümleri deney grubundaki işçilerde çalışma saatinin sonunda, buldukları atölyeden çıkar çıkmaz hemen, yine aynı pozisyonda ve sağ koldan, kontrol grubundaki işçilerin ölçümleri de çalışma saati sonunda çalıştıkları bölümden ayrılmadan önce aynı pozisyonda ve aynı koldan yapılmıştır.

Her iki grup için de sabah ve akşam kan basıncı ve nabız ölçümleri üç gün tekrarlanmış ve bulunan değerlerin ortalaması alınmıştır.

### VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Deney ve kontrol grubundaki işçilerle ilgili tanıtıcı bilgiler araştırmacı tarafından elde tek tek değerlendirilerek sayı ve yüzde dağılımı olarak verilmiştir. Deney ve kontrol grubunda sabah ve akşam ölçülen kan basıncı ve nabız hızları arasında fark olup olmadığını analiz etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır.

## BULGULAR VE YORUM

Tablo 3 : Deneklerle İlgili Tanıtıcı Bilgiler

Tanıtıcı Bilgiler	Deney		Kontrol		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Yaş Grupları</b>						
25-29	12	24.0	12	24.0	24	24.0
30-34	16	32.0	16	32.0	32	32.0
35-39	10	20.0	10	20.0	20	20.0
40-44	12	24.0	12	24.0	24	24.0
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	11	22.0	11	22.0	22	22.0
Erkek	39	78.0	39	78.0	78	78.0
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	44	88.0	45	90.0	89	89.0
Bekar	4	8.0	2	4.0	6	6.0
Dul	2	4.0	3	6.0	5	5.0
<b>Eğitim Durumu</b>						
İlkokul	39	78.0	25	50.0	64	64.0
Ortaokul-Lise	11	22.0	25	50.0	36	36.0
<b>Beden Yapısı</b>						
Zayıf	14	28.0	14	28.0	28	28.0
Normal	26	52.0	26	52.0	52	52.0
Şişman	10	20.0	10	20.0	20	20.0
<b>Soygeçmişinde Hipertansiyon Öyküsü</b>						
Var	12	24.0	12	24.0	24	24.0
Yok	38	76.0	38	76.0	76	76.0
<b>Sigara İçme Alışkanlığı</b>						
Var	29	58.0	32	64.0	61	61.0
Yok	21	42.0	18	36.0	39	39.0
<b>Kahve İçme Alışkanlığı</b>						
Var	7	14.0	9	16.0	16	16.0
Yok	43	86.0	41	84.0	84	84.0
<b>Toplam</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

Tablo 3'de görüldüğü gibi araştırma kapsamına giren deneklerin %32'si 30-34 yaş grubundadır.

Deneklerin % 78'ini erkek işçiler oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamına giren deneklerin % 89'unun evli olduğu görülmektedir.

Deneklerin % 64'ü ilkokul mezunudur. Araştırma kapsamına alınan deneklerin % 52'si normal beden yapısındadır. % 76'sının soygeçmişinde hipertansiyon öyküsü yok-

tur. Deneklerin % 61'inin sigara içme alışkanlığı, % 16'sının kahve içme alışkanlığı olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 4 : Deneklerin Çalışma Durumları İle İlgili Tanıtıcı Bilgiler

Çalışma Durumu İle İlgili Tanıtıcı Bilgiler	Deney		Kontrol		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Çalışma Süresi</b>						
1-5 yıl	8	16.0	7	14.0	15	15.0
6-10 yıl	14	28.0	10	20.0	24	24.0
10 yıl ve /	28	56.0	33	66.0	61	61.0
<b>Çalıştığı Atölye</b>						
Dokuma	39	78.0	--	--	39	39.0
Vater	5	10.0	--	--	5	5.0
Tahar	6	12.0	--	--	6	6.0
Kat hizmetleri	--	--	17	34.0	17	17.0
Servis hizmetleri	--	--	33	66.0	33	33.0
<b>TOPLAM</b>	50	100.0	50	100.0	100	100.0

Tablo 4'de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan deneklerin % 61'i 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahiptir. Deney grubundaki işçilerin % 39'u dokuma tezgahlarının bulunduğu atölyede, kontrol grubundaki işçilerin % 66'sı servis hizmetlerinde çalışmaktadır.

Tablo 5 : Gürültülü İş Yerinde Çalışan İşçilerin Gürültü Sorunları İle İlgili Tanıtıcı Bilgiler

Gürültü Sorunu İle İlgili Tanıtıcı Bilgiler	Sayı	Yüzde
<b>İşitme Güçlüğü</b>	15	30.0
Var	35	70.0
Yok		
<b>Koruyucu Alet</b>	10	20.0
Var	40	80.0
Yok		
<b>Koruyucu Alet Kullanma Durumu</b>		
Sürekli	1	10.0
Arasıra	4	40.0
Kullanmıyor	5	50.0
<b>Toplam</b>	50	100.0



Deney grubunu oluşturan gürültülü iş yerinde çalışan işçilerin % 30'unun işitme güçlüğü sorunları vardır (Tablo 5). İşçilerin % 80'inin koruyucu aleti olmadığı ve koruyucu aleti olanların % 50'sinin koruyucu aletini kullanmadığı görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 6 : Deney ve Kontrol Grubundaki İşçilerin Kan Basıncı ve Nabız Hızı Değerlerinin Karşılaştırılması

Gruplar		Kan Basıncı mm/Hg		Nabız Hızı 1 / dk.
		Sistolik	Diastolik	
Deney	n	50	50	50
	$\bar{x}$	4.80	1.32	3.20
	s	4.87	5.11	5.60
Kontrol	n	50	50	50
	$\bar{x}$	0.40	0.04	0.56
	s	1.94	1.67	2.07

Deney ve kontrol grubundaki işçilerin sabah ve akşam alınan kan basıncı ve nabız hızı ölçümlerinin ortalama değerleri arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını test etmek üzere yapılan t testi sonuçlarına göre deney grubu olarak alınan iş yerinde iki grup veri arasında sistolik kan basıncında  $\alpha = 0.05$  önem düzeyinde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ( $t = 6.96$ ,  $P < 0.05$ ). Diastolik basınçta  $\alpha = 0.05$  önem düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $t = 1.83$ ,  $P > 0.05$ ). Nabız hızı değerleri arasında  $\alpha = 0.05$  önem düzeyinde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $t = 4.04$ ,  $P < 0.05$ ) (Tablo 6).

Kontrol grubu olarak alınan iş yerinde iki grup veri arasında sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı ve nabız hızı değerleri arasında  $\alpha = 0.05$  önem düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $t_1 = 1.45$ ,  $t_2 = 0.17$ ,  $t_3 = 1.91$ ,  $P > 0.05$ ) (Tablo 6).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Gürültülü ortamda çalışan işçilerin sabah çalışmaya başlamadan önce ve akşam çalışma saati sonunda ölçülen kan basıncı ve nabız hızı değerleri arasında fark olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, gürültünün kan basıncı ve nabız hızını artırıcı etkisi olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Gürültülü ortamda çalışmanın işçilerin sağlığını olumsuz yönde etkilediği ve gerekli önlemlerin alınması ile bu olumsuz etkilerin tam olarak önlenmesi olası değilse de en az düzeye indirilebilmesinde koruyucu sağlık hizmetlerinde hemşirenin rolü göz önüne alınarak şunlar önerilebilir.

1- Gürültülü işyerlerinde gürültüyü önlemek için gürültü kaynağının ve gürültünün dağıldığı yolun kontrolü önemlidir.

2- İş sağlığı hemşiresinin işyerindeki gürültülü aletlerin zararlarını en aza indirme konusunda eğitim yapması, işçi ile yöneticiler arasında gürültü sorunu ile ilgili işbirliği sağlayıcı rol oynaması.

3- Gürültülü işyerlerinde çalışacak işçilerin işe alınmadan önce genel sağlık kontrollerinin yapılması, toplumun % 13'ünü oluşturan doğuştan sağır ve dilsiz olan gürültüye dirençli bireylerin özellikle bu işlerde çalıştırılmasının işçiler arasındaki gürültü şikayetlerini azaltacağı gibi bu bireylere çalışma olanağı sağlayacağı.

4- Gürültülü ortamda çalışacak işçilere ve işverene kulak tıkacı ve kulak manşonu gibi koruyucu aletlerin kullanılmasının yararları ve kullanılmaması durumunda ortaya çıkabilecek zararlar konusunda eğitim yapılması, işçilerin periyodik sağlık kontrollerinin yapılması, rotasyonlu çalıştırılması, sık dinlenme aralıkları verilmesi ve çalışma saatlerinin sınırlandırılması gibi önlemler alınması.

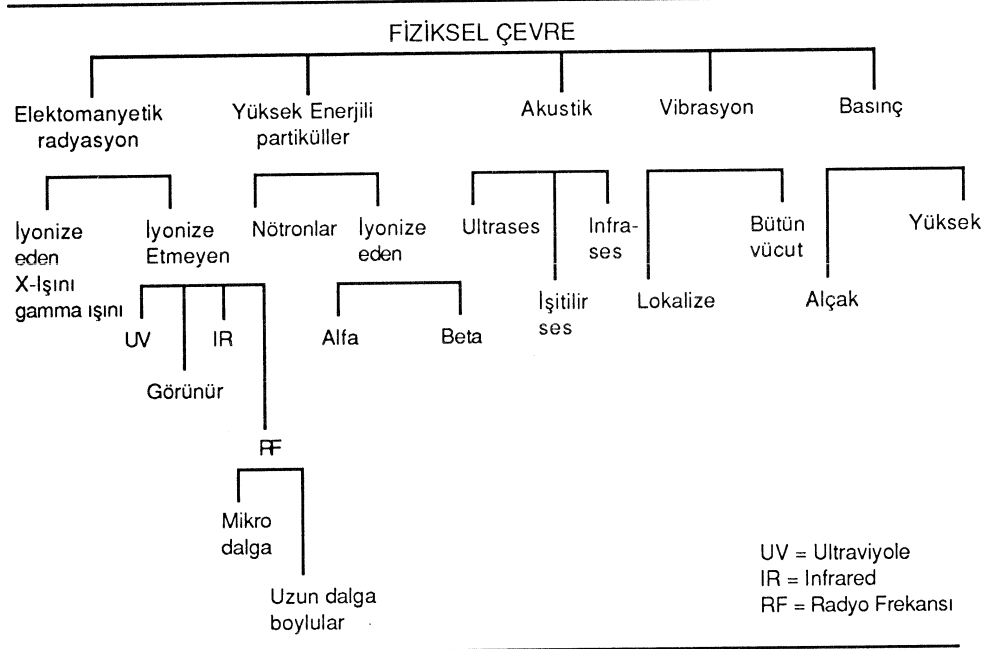
5- İşyerlerinde gürültü düzeyini ölçmek amacıyla Gürültü Düzeyi Sayacı kullanılması, gürültülü işyerlerinde; kuruma özgü, ulaşılabilir, anlaşılabilir, ölçülebilir, gözlenebilir bir standart geliştirilmesi önerilebilir.

## İş Yeri Ortamında Fiziksel Etkenler - Gürültü

Doç. Dr. H. Hilmi SABUNCU

İş yeri ortamında, sağlık üzerine olumsuz yönde etki eden faktörlerin önemli bir bölümünü fiziksel etkenler oluşturmaktadır. Kısa zamanda iş görmezlik oluşturmaması bakımından istatistiklerde pek görünmeyen, fiziksel etkenlere bağlı meslek hastalıkları yapılan çeşitli araştırmalarla kendisini göstermektedir.

İş yeri ortamındaki fiziksel etkenler oldukça çeşitlidir. Bu etkenlerden bir kısmı direkt olarak meslek hastalığı oluşturmalarına rağmen diğer bir kısmı dolaylı olarak sağlığı etkilemektedir. Örneğin gürültü, vibrasyon, basınç, radyasyon gibi etkenler meslek hastalığı oluşturulurken, iyi düzenlenmeyen bir aydınlatma sistemi iş kazalarına neden olmaktadır. Sağlığa etkili olan fiziksel çevre etkenleri Şekil 1'de görüldüğü gibi, fiziksel özelliklerine (Frekans spektrumuna) göre sıralanarak şematize edilmektedir. Bu sıralama yüksek frekanslı fiziksel etkenlerden alçak frekanslı etkenlere doğrudur.



Şekil 1. Fiziksel Çevrenin Bileşenleri

Tablo 1. İyonize radyasyonun özet karakteristikleri

Fiziksel Durum	Radyasyon	Max. En.	Girginlik	İyonizasyon
He Çekirdeği	$\alpha$	8 Mev	Az	Şiddetli
Elektron	$\beta$	4 Med	Orta	Açak
Elektromanyetik	$\alpha$ ışını x - ışını	10 ev	Yüksek	Yüksek
Nötral Partiküller	Yavaş n Hızlı	1 ev 0.1 ev	Yüksek	İkincil radyasyon oluşturur.

Şekil 1'den görüldüğü gibi radyasyon elektromanyetik radyasyon ve yüksek enerjili partiküllerin oluşturduğu radyasyon olarak genelde ikiye ayrılmaktadır. İnsan sağlığı açısından bir ayırım söz konusu olduğunda, bu ayırımı iyonize eden ve iyonize etmeyen radyasyon diye ayırmak daha doğru olacaktır.

İyonize eden radyasyon diye tanımladığımız radyasyon içinde elektromanyetik radyasyon olarak x ve gamma ışınları, partikül yapısındaki radyasyon olarak ise alfa ve beta ışınları görülmektedir. Yine partikül yapılı radyasyon olarak tanımlayacağımız nötronlar sekonder (ikincil) radyasyonları oluşturması bakımından önemli ışınlardır (Tablo 1).

Belli dozların üzerinde maruz kalındığında sağlığa zararlı bu radyasyon ile insanlar, hem doğal olarak (Doğal kaynaklı radyoaktif maddeler nedeniyle) hem de yapay olarak (Radyoaktif madde yapımı, bu maddelerin tıpta ve sanayide kullanılması, yüksek elektrik enerjili cihazların kullanımı nedeniyle) karşılaşılır.

Özellikle hekimler, hemşireler, röntgen veya radyoterapi teknisyenleri, endüstride üretilen maddenin radyasyonla kalite kontrolünün yapılması işleminde çalışanlar en fazla radyasyona maruz kalırlar.

İyonize etmeyen ışıklardan ultraviyole ışınları özellikle güneş ışığında bulunur, ayrıca endüstride kaynak işlemi sırasında karşılaşılır. Özellikle güneş ışınlarına çok fazla maruz kalan işçilerde ve kaynak işçilerinde deride ve gözde zarar söz konusudur. Yine aynı tip ışıklardan Infrared'e cam, çelik, demir v.d. gibi akkor halindeki hammaddeye sürekli bakıldığında maruz kalınır ve gözde zarar meydana gelebilir.

Radyo frekanslı radyasyon diye tanımlayacağımız etkenlerde ise çeşitli semptomlar tanımlanmış ise de, bulgular kesin değildir.

Diğer bir fiziksel etken Vibrasyon olarak tanımlayacağımız düşük frekanslı titreşimlerdir. Bu titreşimlere, ulaşım vasıtaları, taşıma vasıtaları, inşaat ve yol makineleri kullananlar fazlasıyla maruz kalırlar. Bu tür titreşimler iskelet sistemini, sindirim sistemini, idrar yollarını, dolaşım sistemini etkileyerek bazı hastalıklara neden olmaktadır.

En düşük frekanslı etken olarak şemada gösterilen basınç etkeni alçak basınç ve yüksek basınç olmak üzere iki tiptir. Alçak basınca maruz kalanlar daha çok yüksek yerlerde (dağlarda) çalışanlar ve uçak personelidir. Yüksek basınca ise su altı çalışmalarında rastlanır. Bu basınç değişiklikleri özellikle dolaşım sistemini etkileyerek akut ölümlere dahi neden olmaktadır (Vurgun olayı).

Fiziksel çevre etkenlerini bu şekilde kısaca incelendikten sonra, bu çalışmada esas konumuz olan diğer bir fiziksel etken gürültüyü tanımlayalım.

Gürültü, genellikle yapay olarak oluşan ve arzu edilmeyen sesler diye nitelendirilen seslerdir. Diğer bir tanımla gürültü anarşik ses dalgalarının süperpozisyonudur. Gürültü şiddeti birimi olarak tanımlanan dB (Desibel) sesin fiziksel şiddetine bağlı, Logaritmik bir birimdir. Gürültünün frekans spektrumu oldukça geniş olup her türlü frekanstaki sesi içerebilir.

Gürültü şiddetine göre insan vücudundaki zararları şöyle sıralanabilir:

1. 30 - 60 dB Psikolojik etkiler
2. 60 - 90 dB Psikolojik ve nörovegetatif etkiler
3. 90 - 120 dB Psikolojik, nörovegetatif ve otolojik etkiler

Dünya literatürüne göre 90 dB (A)'dan daha yüksek gürültüye sahip işyerlerinde çalışan işçilerde gürültüye bağlı işitme kayıpları oluşmaktadır. Bu kayıplara genel olarak "Endüstriyel Sağırlıklar" denilmektedir. Endüstriyel Sağırlıkların en önemli özellikleri şunlardır :

1. 90 dB (A)'nın üzerindeki gürültü düzeylerinde oluşurlar.
2. Bu tipteki işitme kayıpları, sinirsel işitme kayıplarıdır. Dolayısıyla irreversole'dir, yani iyileşememe.
3. Çok özel işyerleri dışında, oluşan işitme kayıpları her iki kulakta da aynı düzeydedir, yani çift taraflıdır.
4. Endüstriyel sağırlıkta işitme frekanslarında ilk kayıp 4000 Hz'de başlar ve bu çöküntü ağırlaştıkça diğer frekansları da etkileyerek sağırlığın artmasına neden olur.

1952 - 1975 yılları arasında Almanya'da, endüstriyel işitme kayıplarının da içinde bulunduğu 16913 fiziksel etkenlere bağlı hastalık saptandığı halde, Türk endüstrisinde bu türden hastalığa aynı yıllar arasında rastlanmamıştır. Bu durum Tablo 2'de açıkça görülmektedir. Bunun yanında son beş yılda S.S.K. İstatistik yıllıklarından alınan ve Tablo 3'de gösterilen değerlerden görüldüğü gibi gürültü ile oluşan işitme kayıpları 65'i geçmemektedir. Bu tür istatistiklerde meslek hastalıklarının beklenenden az görülmesi o ülkede işçi sağlığı hizmetlerinin eksik olduğuna en iyi işarettir.

Bu çalışmamızda konuya açıklık getirebilmek amacıyla devlet sektörüne bağlı bir cam eşya fabrikası seçilmiş işletmenin çeşitli bölümlerindeki gürültü düzeyleri ve bu bölümlerden işitme kayıpları oluşturması açısından 90 dB (A) nın üzerinde gürültü düzeyine sahip otomatik üretim bölümünden örnekleme ile alınan işçilerde işitme düzeyleri saptanarak değerlendirilmiştir.

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

Bu araştırmamız devlet sektörüne ait bir cam eşya fabrikasında yapılmıştır. İşletmenin tüm bölümlerinde, sabit gürültü ölçmeleri Brüel Kjaer Marka Hassas Ses Seviyesi Ölçeri (Precision Sound Level Meter, Type 2203) ile, değişken gürültü düzeyi ölçmeleri ise Gürültü Dozimetresi (Noise Dosemeter, Type 4224) ile yapılmıştır. Diğer taraftan gürültülü bölüm olarak seçilen otomatik üretim bölümünden 32 işçi, işitme düzeylerini saptamak amacıyla "Hellige Atlas - Audiotes G" cihazı ile sadece 3 frekansta (2000, 4000 ve 8000 Hz) Odyometrik muayeneye alınmıştır. İşitme düzeyi arasındaki farklılıklar t-testi ile değerlendirilmiştir. Elde edilen bu bulgular daha önce yine devlet sektörüne ait orman ürünleri işletmesinde gürültülü bölümlerde çalışan işçilerde elde edilen işitme düzeyleri ile karşılaştırılarak ayrıca değerlendirilmiştir. Bunun dışında yine daha önce normal işitme düzeylerini belirlemek üzerine gürültü düzeyi 90 dB (A)'nın altındaki dokuma fabrikasının iplik bölümünden, işitme düzeyi ölçmelerine alınmış 31 kişi karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. İşitme düzeyleri arasındaki tüm farklılıklar Student-t testi ile test edilmiştir.

## **BULGULAR**

Cam eşya fabrikasında yapılan gürültü ölçmeleri farklı bölümlere göre Tablo 4'te verilmiştir. Bu verilerden görüldüğü gibi tüm gürültü düzeyleri 84 dB (A)'dan 103,5 dB (A)'ya kadar değişmektedir. Tablo 5'de birbiri ile karşılaştırılan Dokuma, Orman Ürünleri ve Cam Eşya Fabrikasında incelemeye alınan bölümlere ait gürültü düzeyleri, bu bölümlerde çalışan işçi sayıları, bu işçilere ait ortalama yaşlar ve meslekte çalışma süreleri görülmektedir. Şekil 2'de ise bu üç fabrikanın gürültülü bölümlerinde çalışan işçilerin 2000, 4000, 8000 Hz'deki işitme düzeyleri grafik olarak gösterilmiştir. Ayrıca Tablo 6'da Orman Ürünleri Sanayii Fabrikasında gürültülü bölümlerde çalışan işçilere ait işitme düzeyleri hem frekanslara göre, hem de sağ ve sol kulak olmak üzere gösterilmiş ve iki kulak arasındaki işitme düzeyi farklılıkları istatistik olarak karşılaştırılmıştır. Tablo 7'de ise aynı işlem Cam Eşya Fabrikasındaki gürültülü bölümde çalışan işçiler için tekrarlanmıştır.

## **TARTIŞMA ve SONUÇ**

Cam Eşya Fabrikasında yapılan gürültü düzeylerine göz atıldığında, bazı bölümlerin gürültü düzeylerinin işitme kayıpları oluşturması bakımından sınır değer olarak kabul edilen 90 dB (A)'lık gürültü düzeyini geçtiğini görmekteyiz. Özellikle otomatik üretim makineleri bölümü çok gürültülü olarak tanımlanabilir. Bu bölümden seçilen 32 işçide yapılan işitme ölçmelerinde, 4000 HZ'deki çöküntü açık olarak görülmektedir. Bunun yanında her iki kulak arasındaki işitme düzeyi farkı çok azdır ve istatistik olarak anlamlı değildir (Tablo 7). Normal işitmeliler olarak tanımladığımız Dokuma Fabrikası işçileri ile diğer işçilerin işitme düzeyi farkı en çok 4000 Hz'de olmak üzere oldukça büyüktür. (Şekil 2). Gürültülü olarak tanımlanan fabrika işçileri arasındaki işitme düzeyi farklılığı çok azdır. Etkilenme süresi daha uzun olan Orman İşletmesi işçileri, daha az gürültüye maruz kaldıkları halde daha yüksek işitme kayıplarına sahiptirler. Şekil 2'de gürültülü olarak bulunan iki işletmede çalışan işçilerdeki işitme kayıpları tam tanımıyla işitme kayıplarıdır.

Sonuç olarak şunları söyleyebiliriz.

1. Ağır ve tehlikeli işlerin yapıldığı bir çok işyeri gibi, araştırmamızı yaptığımız bu işletmenin de bazı bölümlerine gürültü düzeyi otolojik olarak zararlılık sınırı olan 90 dB (A)'dan daha yüksektir.

2. İşletmenin yüksek gürültülü yerlerinde çalışan işçilerde yapılan odyometrik muayenelerde konuşma frekansları henüz zararlı düzeyde etkilenmemiş olmasına rağmen, tipik bir endüstriyel sağırılığın oluşmaya başladığı görülmektedir.

3. Koruyucu Tıbbın ve Endüstri Sağlığının en belli amaçlarından biri olan işyeri ortamından ve kullanılan zararlı maddelerden gelebilecek zararların önlenmesi veya en düşük düzeyde tutulması prensibine göre bu şekilde gürültülü işyerlerinde çalışan işçiler belirli sürelerle periyodik olarak, araştırmamızda olduğu gibi üç frekansta odyometrik muayeneye alınmalı ve zarar görenler saptanmalıdır.

4. Endüstride oluşan işitme kayıplarını önlemenin en kolay yolu, basit kişisel koruyucular, yani kulaklıklar ve kulak tıkaçları kullanmaktır. 10-35 dB'lık avantaj sağlayan bu cihazlar bir çok endüstride gürültüyü zararlı düzeyinin altına düşürecektir.

Türk Endüstrisi'nde, çalışanda iş görmezlik oluşturması açısından diğer meslek hastalıklarından geride bulunan endüstriyel işitme kayıpları, sayısal olarak diğer meslek hastalıklarından oldukça ilerdedir. Bu sayısal üstünlük S.S.K. İstatistik Yıllıkları'nda görülmemesine rağmen, sadece tekstil endüstrisinde en az 50000 dolayında işitme kayıplı insanın olabileceğini yaptığımız araştırmalar göstermiştir. Bu nedenle zaman geçirmeden odyometrik taramalar yapılmalı, işitme kayıpları saptanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

Tablo 2 : Türkiye'de ve Almanya'daki Meslek Hastalıklarının  
1952-1975 Yılları Arasında Karşılaştırılması

Mesleki Hastalıklar	Türkiye'deki sayı 1952 - 1975	Almanya'daki sayı 1952-1975
Kimyasal maddelerin neden olduğu hastalıklar	16	4402
Bulaşıcı hastalıklar	1623	17428
Promokonyozlar	15347	81281
Hareket sistemi hastalıkları	35	20893
Deri hastalıkları	39	9633
Fiziksel etkenlere bağlı hastalıklar	--	16913
TOPLAM	17060	150550

Tablo 3 : 1979 - 1983 Yılları Arasında Türkiye'deki Meslek Hastalıkları

Meslek Hastalıkları	YILLAR				
	1979	1980	1981	1982	1983
Kimyasal maddelerin neden olduğu hastalıklar	139	392	441	346	376
Deri Hastalıkları	10	17	19	13	33
Pnomokonyozlar	170	103	107	171	141
Gürültü ile oluşan işitme kaybı	18	7	2	4	44
Bulaşıcı hastalıklar	--	9	4	4	--



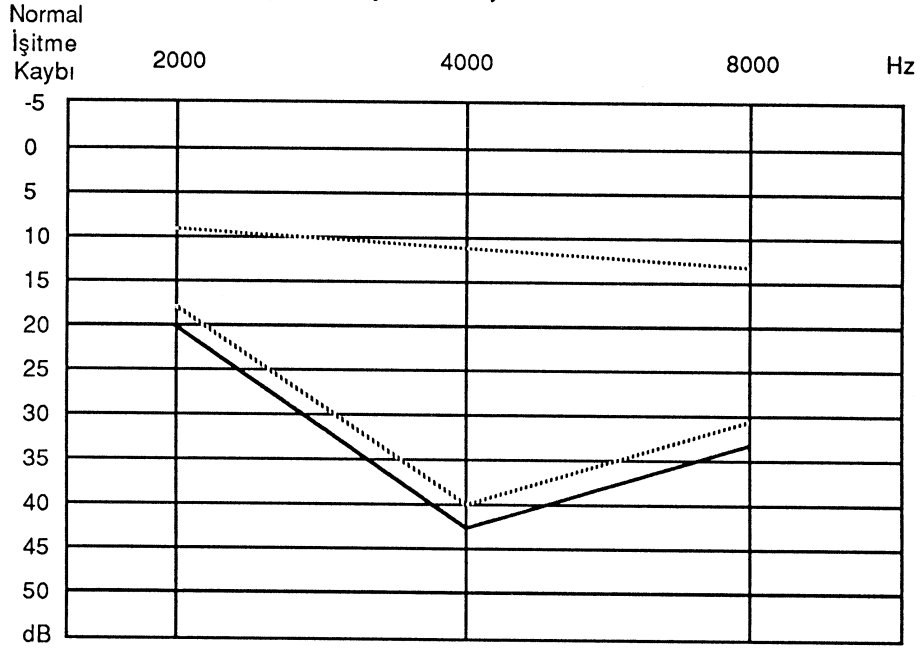
Tablo 4 : Cam Eşya Fabrikasında Gürültü Düzeyleri

Çalışan Bölümler	Gürültü Düzeyi dB (A)
<b>EL ÜRETİM BÖLÜMÜ</b>	
2. Nolu Fırın	
Küçük Tromel	92.5
Soğutma Girişi	87.0
Büyük Tromel	87.5
arkası	96.0
önü	96.0
Çalışma Platformu	85.0
9. Nolu Fırın	
Büyük Tromel	91.0
Soğutma Girişi	91.0
Soğutma Sonu	85.0
Çalışma Platformu	91.5
<b>MAKİNA ATELYESİ</b>	
Büro Kısmı	84.0
Kompresör Bitişiği	85.0
El İmalat Kompresör	92.5
Kompresör Büro	77.0
Kompresör dairesi vardiya böl.	90.5
<b>FINİSAJ BÖLÜMÜ</b>	
Giriş Kısmı	92.0
Dekor	75.0
<b>KRİSTAL BÖLÜMÜ</b>	
Çalışma Platformu	87.5
<b>TEZYİNAT BÖLÜMÜ</b>	
Üst Soğutma Sonu	89.0
Üst Soğutma Girişi	88.5
Alt Tezyinat Yeri	86.5
Alt Tezyinat Soğutma Girişi	84.5
<b>OTOMATİK ÜRETİM BÖLÜMÜ</b>	
Üretim Makinaları önü	97.5
Üretim Makinaları Arası	103.5
Soğutma Sonu	88.0

Tablo 5 : İncelenen Gruplara Ait Bazı Değerler

İşletmeler	Gürültü Düzeyi	İncelenen Grup. Sayısı	Yaş (Yıl)	Çalışma Süresi
Dokuma Fabrikası	85.66	31	24.06	20.96 ay
Orman Ürün İş.	96.70	27	35.07	14.25 yıl
Cam Eşya Fab.	100.50	32	31.31	11.31 yıl

Şekil 2 : İncelenen Gruplara Ait İşitme Düzeyleri



Tablo 6 : Orman Ürünleri Sanayii İşletmesinde Çalışan İşçilerin İşitme Düzeyleri ve İstatistik Değerlendirilmesi (27 kişi).

Kulak	İşitme Frekansı	Ortalama + S.S.	Anlamlılık
Sağ	2000 Hz	19.62 + 12.16	P > 0.05
Sol	2000 Hz	20.55 + 12.19	
Sağ	4000 Hz	44.81 + 17.78	P > 0.05
Sol	4000 Hz	43.52 + 16.80	
Sağ	8000 Hz	33.33 + 21.70	P > 0.05
Sol	8000 Hz	32.77 + 22.42	

Tablo 7 : Cam Eşya Fabrikasında Çalışan İşçilerin İşitme Düzeyleri ve İstatistik Değerlendirilmesi (32 kişi)

Kulak	İşitme Frekansı	Ortalama + S.S.	Anlamlılık
Sağ	2000 Hz	19.69 + 11.06	P > 0.05
Sol	2000 Hz	18.69 + 7.91	
Sağ	4000 Hz	40.87 + 16.42	P > 0.05
Sol	4000 Hz	39.94 + 17.18	
Sağ	8000 Hz	30.69 + 15.15	P > 0.05
Sol	8000 Hz	32.31 + 18.99	

**Endüstriyel Gürültü Kontrolünde Uygun Yöntemlerin Seçimi**  
**Doç. Dr. H. Nevzat ÖZGÜVEN ve Doç. Dr. Mehmet ÇALIŞKAN**  
**(Makina Mühendisliği Bölümü**  
**Orta Doğu Teknik Üniversitesi)**

**ÖZET**

Bu bildiri de çeşitli endüstriyel gürültü kontrolü yöntemleri kısaca incelenmiş, gürültünün mühendislik ve yönetsel uygulamalarla kontrolü tartışılmıştır. Uygun gürültü kontrolü yönteminin seçiminde göz önünde bulundurulması gereken noktalar vurgulanmış, yönetsel önlemlerle gürültü kontrolü üzerinde durulmuştur. Ülkemizde gürültü kontrolünün çoğu kez tam anlaşılammış olmasının neden olabileceği sakıncalar tartışılmış ve yazarlar tarafından gerçekleştirilmiş bir uygulama projesinden örnekler verilmiştir.

**GÜRÜLTÜ KONTROLÜ YÖNTEMLERİNE GENEL BİR BAKIŞ**

Kısaca "istenmeyen ses" olarak tanımlanabilen gürültünün zararlarından etkilenen kişileri korumak için alınabilecek önlemlerin tümüne gürültü kontrolü (denetimi) adı verilmektedir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi gürültü kontrolü her zaman gürültüyü azaltmak anlamına gelmemektedir. Gürültü kontrolünde temel amaç, kişilerin gürültünün olumsuz etkilerinden korunmasıdır. Bu durumda, örneğin, kişileri gürültülü ortamdan uzaklaştırıcı bir çözüm de gürültü kontrolü olarak nitelendirilebilir. Gürültü kontrolü yöntemleri uygulanma alanlarına göre üç ana grupta incelenebilirler :

1. Kaynakta gürültü kontrolü
2. Kaynakla alıcı arasında gürültü kontrolü
3. Alıcıda gürültü kontrolü

Bu yöntemler uygulanma şekillerine göre de iki sınıfta toplanabilirler.

1. Mühendislik uygulamaları
2. Yönetsel (idari) uygulamalar

Mühendislik uygulamaları, işyerinin kuruluş aşamasından başlayarak üretim aşamasına dek uzanan süre içinde, gürültüyü azaltmaya yönelik olarak alınabilecek tüm teknik önlemleri içerir. Yönetsel önlemler ise işyeri içi düzenlemeleriyle ve öteki yönetsel kararlarla işyerinde gürültüden etkilenenlerin etkilenim süre ve düzeylerini en aza indirmeyi amaçlar.

Mühendislik uygulamaları ve yönetsel önlemlerle gürültü kontrolünde öncelikle ele alınacak uygulama alanı, genellikle, gürültüyü oluşturan kaynağın kendisidir. Bu alanda gerçekleştirilecek gürültü azalması, iş yerindeki tüm kişilere yarar sağlayacağı için öncelikle düşünülmelidir. Gürültünün kaynakta kontrolünün teknik ve ekonomik açılarından uygun bulunması durumunda, gürültünün kaynak ile alıcı arasında kontrolü gündeme getirilmelidir. Özellikle ülkemizde en yaygın olarak bilinen kişisel koruyucularla gürültü kontrolünü da içeren, gürültünün alıcıda kontrolü, ancak ve ancak, öteki uygulama alanlarında kontrolün, yine teknik ve ekonomik açılarından uygun olmaması durumunda ele alınmalıdır.

Gürültünün kaynaktan kontrolü, genellikle makinanın tasarımı aşamasında göz önüne alınmaktadır. Bununla birlikte, makinanın işletimi sırasında da, kaynaktan kontrole yönelik, makina üzerinde alınabilecek çeşitli önlemler söz konusu olabilir. Bu tür önlemlere örnek olarak; makinanın bakımının düzenli olarak yapılması, makinanın oturduğu zeminden yalıtılması, titreşen yüzeylerin titreşim sönmüleyici malzemeyle kaplanması, makina üzerindeki gürültü ana kaynağının üstünün kapatılması ve benzeri teknik önlemler verilebilir. Bu tür önlemlerin çoğunun uzmanlık gerektirmesine karşın, düzenli bakım her iş yerinde kolaylıkla uygulanabilecek ve aynı zamanda makinanın ömrünün uzamasını sağlayacak bir önlemdir.

Gürültünün kaynaktan alıcı arasında kontrolü; işyerinin akustik özelliklerinin değiştirilmesi (duvar, tavan gibi yüzeylerin ses yutucu malzemeyle kaplanması, v.b.) kaynağın konumunun değiştirilmesi, ses bariyerlerinin kullanılması, kaynağın tam ya da yarı hücre içerisine alınması v.b. teknik önlemleri kapsar. Uygulama kolaylığı açısından, kaynaktan kontrole yönelik önlemlere göre daha uygun olan bu önlemlerin gerçekleştirilebilmesi yine bu konuda uzmanlık gerektirmektedir.

Alıcıda gürültü kontrolü, kişisel koruyucular ve ses yalıtım odacığı kullanılmadan, yönetsel önlemlerle gürültülü işlerde çalışma sürelerinin ayarlanmasına dek uzanan bir dizi önlemi içermektedir. Bu tür önlemler içerisinden, yönetsel olarak alınabilecek olanlar öncelikle uygulanmalıdır. Buna karşılık, kişisel koruyucularla gürültü kontrolü, genellikle son çıkar yol olarak düşünülmalıdır.

### **UYGUN GÜRÜLTÜ KONTROLÜ YÖNTEMLERİNİN SEÇİMİ**

Uygun gürültü kontrolü yöntemlerinin saptanmasında izlenecek yolu tartışmadan önce, gürültü kontrolündeki amacı açık olarak belirlemek gerekir. Amaç salt yönetmeliklerle belirlenen gürültü düzeylerini ve etkilenim sürelerini sağlamak olmayıp, kişileri gürültünün zararlı etkilerinden elverdiğince korumak ve daha iyi bir çalışma ortamı yaratmak olmalıdır. Yönetmelikler, genellikle, sınır değerleri belirlerken sağlığa zararlı olmayacak en yüksek dozu temel almaktadırlar. Bu nedenle, sınır değerlerdeki gürültü dozunun, eldeki verilere göre sağlığa fizyolojik olarak zarar vermeyecek en yüksek gürültü dozu olduğu kabul edilmektedir. Ancak, sınır değeri geçmeyen gürültü de daha iyi bir çalışma ortamı sağlamak için azaltılmalıdır. Ayrıca, bu sınır değerlerinin saptanmasında değişik yöntemler uygulanmaktadır. Çoğunlukla gürültü dozuyla işitme kaybı riski arasında bir ilişki kurulmakta ve sınır gürültü dozları, etkisinde kalınan yıllarla değişen belli bir riske karşılık gelmektedir. Anlaşılacağı gibi, hem çalışma ortamının iyileştirilmesi hem de işitme kaybı riskinin en aza indirilmesi açısından gürültünün elverdiğince azaltılması gereklidir.

Bir işyerinde gürültü kontrolü işyerinin kuruluşu aşamasında başlamalı ve üretim planlaması, tezgahların seçimi ve yerleştirilmesi, işçi çalışma bölgelerinin belirlenmesi aşamalarında gürültü de bir etken olarak göz önüne alınmalıdır. İşyerinin kuruluşu aşamasında gürültü kontrolüne yönelik gerekli önlemlerin alınması, gürültü kontrolü için yapılacak harcamaları en aza indirecektir. Kuruluşu tamamlanmış bir işyerinde gürültüyü azaltıcı önlemlerin alınmasının maliyeti genellikle çok daha yüksektir. Kurulmuş ve çalışmakta olan bir işyerindeki gürültü kontrolünde en uygun yöntemlerin seçimi için ise, aşağıdaki konuların incelenmesi gerekir;

- İşyerinde gürültü düzeyi dağılımı
- Yüksek düzeydeki gürültülü alanlarda çalışanlar ve sayıları
- Yüksek gürültü düzeyine neden olan kaynaklar ve sayıları
- Yönetmelikle gürültü kontrolünün sağlanabilirliği
- Baskın gürültü kaynaklarının gürültü yayma özellikleri
- İş yerinin iç akustik özellikleri

İstenen gürültü azalması öncelikle yönetsel önlemlerle sağlanmaya çalışılabilir.

Bu konuda yapılabileceklerin başlıcaları şunlardır :

- Çalışma saatlerinin düzenlenerek gürültü etkisinde kalınan sürenin azaltılması
- Gürültü işlemlerin iş yerinde en az kişinin bulunduğu saatlerde yapılması
- Gürültülü işlemlerin bir araya toplanarak bu bölgelerin daha az gürültülü alanlardan yalıtımı
- İşçilerin çalışma alanlarının ve konumlarının düzenlenmesi

Yönetmelikle önlemlerin yetersiz kalması durumunda, en uygun mühendislik önleminin saptanması, yukarıda sıralanan gözlem ve ölçümlerin değerlendirilmesi ve varılan sonuçların teknik ve ekonomik olarak irdelenmesiyle sağlanabilir. Konunun teknik ağırlıklı olması nedeniyle ayrıntılarına burada girilmemiştir. Düzenli bakımın, ana amacının farklılığına karşın, gürültü kontrolünde da önemli bir yeri olduğunu burada bir kez daha vurgulamakta yarar vardır. Bakım zamanı gelmiş bir makinada bakımın yapılmaması, makinanın çıkardığı gürültünün artmasına neden olur.

Manşon ve kulak tıkacı türünden kişisel koruyucuların kullanılması her ne kadar ekonomik ve çabuk çözüm bulma açılarından çekici görünmektaysede, gerek kullanıcıya verdiği rahatsızlık ve bundan kaynaklanan kullanma-kullanma güçlükleri, gerekse uygulamada sürekli olarak kullanılmamaktan kaynaklanan, beklenen korumayı sağlayamaması nedenlerinden dolayı en son çözüm yolu olarak düşünülmelidir. Ancak, bu yöntemin uygulanması ayrıntılı bir gürültü kontrolü bilgisi gerektirmediğinden, ülkemizde pek çok işyerinde gürültü kontrolü olarak uygulanan tek yöntem olarak aklı gelmektedir. Kişisel koruyucu kullanımda gerekli denetimin olmadığı bir ortamda, kişisel koruyucularla gürültü kontrolü, beklenen yararı sağlayamayacağından sakıncalı sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle, kişisel koruyucuların gürültü kontrolü yöntemi olarak kullanıldığı durumlarda dikkat edilmesi gereken çeşitli önemli noktalar vardır : Herşeyden önce, işyerindeki gürültünün türüne uygun koruyucuların seçilmesi gerekmektedir. İşyerindeki sıcaklık, nem, ortam kirliliği, v.b. koşullar da kullanılacak koruyucu tipini etkilemektedir. Temizlik kurallarına uyulması, özellikle kulak tıkacı kullanıldığında çok önemlidir. Sürekli kullanılan koruyucular, kullanıcıyı çok rahatsız edebileceğinden, koruyucu seçiminde kişisel tercihlere önem verilmeli ve kullanılan koruyucu tiplerinde zamanla değişiklik yapılmalıdır.

### **GÜRÜLTÜ KONTROLÜ UYGULAMALARINDAN ÖRNEKLER**

Ülkemizde işyerlerinde gürültü sorununa eğilinmesi oldukça yeni sayılabilecek bir yaklaşımdır. Üniversite - Sanayi işbirliğinin ilginç örneklerinden bazıları gürültü kontrolü konusunda yaşanmış ve çeşitli çalışmalar ortaya konmuştur. Bu bölümde, Ereğli Demir Çelik Fabrikaları (ERDEMİR) Kuvvet Santralında yürütülmüş olan bir gürültü kontrolü çalışmasına ilişkin bazı örnekler verilmiştir.

Kuvvet Santralında, öncelikle genel bir gürültü ölçümü yapılarak, başlıca gürültü kaynakları saptanmış, daha sonra her gürültü kaynağının çevresinde ve de her çalışma bölgesinde ayrıntılı gürültü ölçümleri yapılmıştır. Gürültü kaynakları iki ayrı ölçüte göre değerlendirilmiş, bu değerlendirmenin ışığı altında dört ayrı grupta toplanmışlardır. Bu gruplandırma, her gürültü kaynağının hangi öncelikle ele alınması gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Her gürültü kaynağı için hangi gürültü kontrolü yönteminin en uygun olacağı ise; yapılan ayrıntılı ölçümlere, ortamın akustik özelliklerine, etkilenen kişilerin buldukları yerlere ve sayılarına bakılarak saptanmıştır. Örneğin, filtre dairesinden yayılan gürültü birçok çalışma bölgesindeki gürültünün temel kaynağı olduğu için, kaynaktan kontrolün, birçok güçlüklerle karşı, uygun olacağına karar verilmiştir. Buna karşılık, yalnız bir - iki kişiyi etkileyen bir gürültü kaynağı için ise, kaynaktan kontrol ekonomik olmadığından iletim yolunda kontrol olasılıkları incelenmiş ve bu yönde bir çözüm bulunarak kişisel koruyuculara gerek kalmadan gürültü kontrolü sağlanabilmiştir. Çok yüksek düzeyde gürültü yaratan, buna karşılık yakınında sürekli çalışan bir kimsenin bulunmadığı bir gürültü kaynağından, yakınında kısa süreli çalışanları koruyabilmek için, kaynaktan ve iletim yolunda kontrolün çok güç ve ekonomik olmayan önlemler olduğunun anlaşılmasından sonra ancak, kişisel koruyucuların kullanılması uygun görülmüştür. Görüldüğü gibi, öteki önlemlerin çeşitli nedenlerle uygulanamaz olmaları ve daha da önemlisi, gürültü etkisinde kalacak kişilerin geçici süreler için gürültülü bölgede bulunmasının söz konusu olduğu bir durumda, ancak, kişisel koruyucu kullanımı gündeme gelmiştir.

## SONUÇ

Gürültü kontrolü yöntemlerinin çok iyi bilinmemesi ülkemizde gürültü kontrolü gereken çalışma yerlerinde çeşitli sorunların doğmasına neden olmaktadır. Çok daha etkili ve hatta ekonomik olarak da daha uygun yöntemlerin söz konusu olabileceği durumlarda bile kişisel koruyucular olarak adlandırabileceğimiz kulak tıkaç ve manşonlarının kullanımı söz konusu olmaktadır. Genellikle en son çözüm olarak düşünülmesi gereken kişisel koruyucuların ilk seçenek olarak akla gelmesinin öteki bir nedeni de, kaynaktan ve iletim yolunda gürültü kontrolünün uzmanlık gerektiren konular olmasına karşılık, kişisel koruyucuların kolaylıkla uygulanabilir bir yöntem gözükmesidir. Ancak, kişisel koruyucuların kullanma ve kullandırma güçlükleri önemli bir sorun olduğundan, kişisel koruyucularla gürültü kontrolündeki dikkat edilmesi gereken çeşitli noktalar vardır. Gerekli önlemlerin alınıp, koruyucuların düzenli olarak kullanıldığından emin olunamadığı durumlarda, kişisel koruyucu kullanımı zararlı sonuçlar bile doğurabilmektedir. Şöyleki, kişisel koruyucu kullanacağı varsayılarak çalışma saati saptanan bir kişi, çalışma süresinin çok kısa bir kısmında bile koruyucu kullanmasa, bir gün için izin verilen en yüksek gürültü dozunun üzerinde gürültü dozu alabilir.

Kişisel koruyucular dışındaki gürültü kontrolü yöntemlerinden yalnızca yönetsel uygulamalar üzerinde durulan bu bildiriye, ne tür mühendislik önlemlerinin olabileceğinden kısaca söz edilmiş, konunun teknik ağırlıklı olması nedeniyle bu tür yöntemlerin ayrıntısına girilmemiştir. Ancak, gürültü kontrolüne yönelik önlemlerin işyerinin kuruluşu aşamasında alınmasının, maliyeti önemli ölçüde azaltılabileceği vurgulanarak, düzenli bakımın gürültüyü azaltıcı etkisi üzerinde durulmuştur.

**Endüstriyel Gürültü, Gürültü Yönetmeliği ve Uluslararası Standartlar**  
**Doç. Dr. Mehmet ÇALIŞKAN ve Doç. Dr. H. Nevzat ÖZGÜVEN**  
**(Makina Mühendisliği Bölümü**  
**Orta Doğu Teknik Üniversitesi)**

**ÖZET**

Bu bildiride Gürültü Kontrol Yönetmeliği, endüstriyel gürültü kontrolü açısından incelenmiş, uluslararası standartlarla karşılaştırılmış, olumlu ve olumsuz yanları tartışılmıştır. Değerlendirmeler; etkisinde kalınan gürültü düzeyi ve süreleri, gürültü dozu ve yönetmeliğin uygulanabilirliği konularında toplanmıştır. Yönetmelikteki bazı eksiklerin uygulamada yaratabileceği sorunlar üzerinde durulmuştur.

**GİRİŞ**

Endüstriyel gürültünün işitme duyusu üzerindeki olumsuz etkilerinin uzun süredir bilinmesine karşın, bu konudaki yasal düzenlemeler için ilk girişimler ancak yirmi sene öncesine uzanmaktadır. İlk kez 1970 yılında ABD Çalışma Bakanlığı tarafından yürürlüğe konulan İş Güvenliği ve Sağlığı Yönetmeliği (OSHA) kapsamında yer alan endüstriyel gürültü denetimi konusundaki yasal düzenlemeler ve zorlamalar, bu konudaki araştırmalara ve teknolojiye olağanüstü bir canlılık getirmiş, hatta gürültü denetimi mühendisliği adı altında yeni bir uzman mühendislik alanı doğmasına neden olmuştur. 1971 yılında Uluslararası Standart Organizasyonu (ISO) tarafından geliştirilen ISO R1 999 - 1971 önerisi, daha sonra 1975 yılında standart haline dönüştürülerek ISO 1999 - 1975 kodusuyla yürürlüğe konulmuştur. Bunların sonucu olarak birçok endüstrileşmiş ülkede gürültü sorununa çeşitli aşamalarda gerçekçi çözümler aranmaya başlanmış ve gürültülü ortamlarda çalışanlar, gürültünün zararlı etkilerinden korunmaya çalışılmışlardır.

Ülkemizde ise endüstriyel gürültünün denetimi konusundaki düzenlemeler 1475 sayılı İş Kanununa göre çıkarılmış tüzüklerle getirilmeye çalışılmıştır. 11 Ocak 1974 tarihinde yürürlüğe konulan İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü'nün 22. maddesinde "Ağır ve tehlikeli işlerin yapılmadığı yerlerde, gürültü derecesi 80 desibeli geçmeyecektir. Daha çok gürültülü çalışmayı gerektiren işlerin yapıldığı yerlerde, gürültü derecesi en çok 95 desibel olabilir. Ancak, bu durumlarda işçilere başlık, kulaklık veya kulak tıkaçları gibi uygun koruyucu araç ve gereçler verilecektir." şeklinde pek açık olmayan ve bu nedenle de fazla bir yaptırımı olmayan bir ifade yer almaktadır. Bu tüzük hükmünün yetersizliği ve gelişen koşullara uygun olmayışı nedenleriyle, tüm gereksinimleri karşılayacak yeni bir yönetmeliğin çıkarılması öngörülmüş ve 11 Aralık 1986'da Gürültü Kontrol Yönetmeliği yürürlüğe konulmuştur.

Bu bildiride Gürültü Kontrol Yönetmeliğinin endüstriyel gürültü açısından olumlu ve olumsuz yönleri incelenmiş ve uluslararası standartlarla karşılaştırılmalı olarak bir değerlendirilmesi yapılmıştır.



## GÜRÜLTÜ KONTROL YÖNETMELİĞİ

Beş bölümden oluşan Gürültü Kontrol Yönetmeliği, endüstriyel gürültü ile birlikte, çevre gürültüsü, trafik gürültüsü, tren gürültüsü, uçak gürültüsü, yerleşim alanlarında yaşayan kişilerin etkisinde kalabilecekleri en yüksek gürültü düzeyleri, vb. konularda ayrıntılı düzenlemeler getirmektedir. Uygulanmasından mahallin en büyük mülki amirinin, belediye ve köy tüzel kişilerinin sorumlu olduğu belirtilen yönetmelikte, teknik konularda Mahalli Çevre Kurallarından görüş ve yardım alınması öngörülmektedir. 9 Ağustos 1983 tarih ve 2872 sayılı Çevre Kanununun 14. maddesi hükmüne dayanılarak hazırlanan bu yönetmelikte, tanımların yapıldığı bölümde yer alan "ses şiddeti seviyesi", uygulamada yaygın olarak kullanılmakta olan "ses basıncı düzeyi" yerine tanımlanmıştır. "Ses yeğlinliği düzeyi" olarak adlandırılan yaygın deyimle "ses şiddeti seviyesi" tanımı için verilen eşitlikteki referans basınç değeri  $2.10^{-4}$  N/m<sup>2</sup> olarak alınmıştır. Bir baskı hatası sonucu böyle yazıldığına inandığımız bu değer doğrusu  $2.10^{-5}$  N/m<sup>2</sup> olmalıdır.

Yönetmelikte, endüstriyel gürültü için Çizelge 1'de verilen değerler, işitme sağlığı açısından kabul edilebilir en yüksek gürültü düzeyleri olarak kabul edilmektedir.

Çizelge 1 : Endüstriyel Gürültü Üst Sınır Değerleri (Gürültü Kontrol Yönetmeliği)

Gürültünün Etkisinde Kalınan Süre (saat / gün)	En Yüksek Gürültü Düzeyi (dBA)
7.5	80
4	90
2	95
1	100
0.5	105
0.25	110
1/8	115

Darbe gürültülerinin üst düzeyi 140 dBA'yı aşamaz.

Yönetmelik ekinde (EK 1) çeşitli makinalar için verilen (fakat, nerede ve nasıl ölçüleceği açıkça belirtilmeyen) sürekli eşdeğer ses düzeylerinin üst sınırlarını ve Çizelge 1'de gösterilen sınırları aşan çalışma düzeni uyguladıkları saptanan işyeri sahiplerine ve kamu işyeri yöneticilerine bir aylık süre verilerek durumun düzeltilmesinin istenmesi öngörülmektedir. Bu gereği yerine getirmeyen imalathane ve işyerlerinin faaliyetlerinin kısmen ya da tamamen, süreli veya süresiz olarak durdurulması karar altına alınmıştır.

Gürültü düzeyinin daha yüksek olması durumunda ise çözüm olarak kişisel koruyucuları öneren yönetmelik maddesi şöyledir : "işyerlerinde tavsiye edilen gürültü sevi-

yelerinin aşıldığı, gürültü ve vibrasyonların kaynağında azaltılması için teknik imkanların yetersiz olduğu durumlarda, işveren işçilere 1475 sayılı İş Kanununun belirtilen koruyucu giysiler ve gereçleri sağlamakta yükümlüdür."

Yönetmeliğin endüstriyel gürültüyü ilgilendiren diğer maddeleri ise cezai hükümlerle ilgili maddeler ve yönetmeliği iki yıl içerisinde tam olarak devreye sokmayı amaçlayan geçici maddedir.

## ULUSLARARASI STANDART VE YÖNETMELİKLER

Yabancı ülkelerde kullanılan yönetmeliklerden en uzun süredir yürürlükte olan OSHA yönetmeliği, eşdeğer ses yüksekliği ilkesinin temel almaktadır. İşçilerin 115 dBA'nın üzerindeki sürekli gürültü düzeyinin etkisinde kalamayacaklarını açıkça belirten bu yönetmelikte, en yüksek darbe gürültüsü Gürültü Kontrol Yönetmeliğinde olduğu gibi 140 dBA şeklinde belirlenmiştir. Çizelge 2'de OSHA yönetmeliğindeki endüstriyel gürültü üst sınır değerleri verilmektedir. Çizelgeden de anlaşılacağı gibi, 8 saat için etkisinde kalınabilecek en yüksek düzey 90 dBA olarak belirlenmiş, etkisinde kalınan süre yarıya indirildiğinde gürültü düzeyi sınırına 5 dBA eklenmiştir.

Bu yönetmelikle getirilen gürültü dozu kavramıyla, işçilerin çeşitli sürelerle değişik gürültü düzeylerinin etkisinde kaldıklarında, sekiz saat süreyle etkisinde kalmış sayılacakları sürekli ses düzeylerinin hesaplanması ve bunun bir değerlendirilmesi yapılabilmektedir. Bu yöntemle göre, 8 saat süreyle 90 dBA düzeyinde bir gürültü etkisinde kalan kişinin bir günde almasına izin verilen en yüksek gürültü dozunu aldığı kabul edilmekte ve bu doz  $D = 1$  (%100) ile gösterilmektedir. Bir gün içerisinde değişik sürelerle değişik gürültü düzeylerinin etkisinde kalan kişiler için ise günlük doz aşağıdaki eşitlikten hesaplanmaktadır.

$$D = C_1 / T_1 + C_2 / T_2 + \dots + C_n / T_n$$

Burada  $C_1, C_2, \dots, C_n$  çalışma süreleri içinde çeşitli gürültü düzeylerinin etkisinde kalınma sürelerini,  $T_1, T_2, \dots, T_n$  ise bu gürültü düzeylerinde kalınmasına izin verilen en uzun süreleri (Çizelge 2'de verilen değerler) göstermektedir.

Gelişmiş ülkelerin birçoğunda uygulanmakta olan ISO 1999 standardı ise çalışma süresi için haftada 40 saati temel almaktadır. OSHA standartına göre daha düşük değerleri öngören bu standartta, % 100 doza karşı gelen 8 saatlik çalışma süresi için en yüksek sürekli gürültü düzeyi olarak değişik değerler alınabilmektedir. Bu standart, etkisinde kalınan gürültü enerjisiyle, bu gürültünün neden olabileceği işitme kaybı riski arasındaki ilişkiye dayanmaktadır. Yıllara bağlı olarak, etkisinde kalınan gürültü ile, 25 dB işitme kaybına (500-2000 Hz oktav bantları ortalaması) uğrama riski arasındaki ilişkinin tanımlandığı bu standartta göre, 8 saatlik bir gündeki 90 dBA'lık sürekli gürültü, 5 senelik çalışma için % 4, 35 yıllık çalışma için ise % 20'lik bir riske karşı gelmektedir. Gürültü düzeyi değerinin 85 dBA'ya düşürülmesiyle söz konusu risk 5 yıllık çalışma için % 1'e, 35 yıllık çalışma süresi için % 9'a düşmektedir. Çizelge 3'te, 8 saatlik çalışma süresi için 90 dBA'lık sürekli gürültünün %100 doz ( $D = 1$ ) kabul edildiği durum için, daha yüksek gürültü düzeylerinde kalma süreleri verilmiştir. Bu standartta da, bir günde değişik düzeylerdeki gürültü etkisinde kalınma durumunda, etkisinde kalınmış sayılacak eşdeğer sürekli ses düzeyinden yararlanarak bir değerlendirme yapılmaktadır.

Çizelge 2 : Endüstriyel Gürültü Üst Sınır Değerleri (OSHA Yönetmeliği)

Gürültünün Etkisinde Kalınan Süre (saat / gün)	En Yüksek Gürültü Düzeyi (dBA)
8	90
4	95
2	100
1	105
0.5	110
0.25	115

Çizelge 3 : Endüstriyel Gürültü Üst Sınır Değerleri (ISO 1999)  
(5 Yıllık Çalışma Süresindeki Risk %4)

Gürültünün Etkisinde Kalınan Ortalama Süre (saat / gün)	En Yüksek Gürültü Düzeyi (dBA)
8	90
4	93
2	96
1	99
0.5	102
0.25	105
1/8	108

### **GÜRÜLTÜ KONTROL YÖNETMELİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SONUÇLARI**

Gürültü denetimi konusunda çağdaş bir yasal düzenleme gereksinimini karşılamak üzere, çeşitli eksiklik ve hatalarına karşın, Gürültü Kontrol Yönetmeliğinin yürürlüğe konulması son derece olumlu bir adım olarak görülmelidir. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğünde yer alan tek maddelik daha önceki yasal düzenlemenin önemli bir yaptırım olamayacağı ve teknik açıdan yetersizliği göz önünde bulundurulursa, bu yönetmeliğin önemi ve anlamı daha da belirginleşmektedir. Baskı hatasından kaynaklandığına inanılan bir teknik hata ile yanlış anlamalara ve kavram kargaşasına neden olabilecek bazı teknik terim adlandırmaları bir kenara bırakılarak, yönetmeliğin uygulamada endüstriyel gürültü denetimi açısından sakınca yaratacak yanları şöyle sıralanabilir :

1. Günlük 7,5 saatlik çalışma süresi için verilen gürültü düzeyi üst sınır değeri (80 dBA), gürültü denetimi uygulamaları açısından çok ileride olan birçok gelişmiş ülkede kullanılan üst sınır değerlerinden bile düşüktür. Bu ilk bakışta çok olumlu gözükmesine karşın, ilgili yönetmelik maddesini, özellikle 7,5 saat için, uygulanamaz duruma getirebilir. Ayrıca, günlük 4 saat ve daha az çalışma süreleri için verilen değerlerin belirlenmesinde OSHA temel alınmış gibi görünmesine karşın, 7,5 saatten 4 saate geçişte neden 10 dBA'lık bir üst sınır düzeyi artırımı yapıldığı konusunda herhangi bir bilimsel dayanak bulmak güçtür.

2. Yönetmeliğin, uygulama açısından hissedilecek en büyük eksikliği ise değişik sürelerle çeşitli gürültü düzeylerinin etkisinde kalan kişilerin almış olacağı doz, ya da etkisinde kalmış olacağı değer sürekli ses düzeyi konusunda herhangi bir açıklama ve hesaplama yönteminin bulunmamasıdır. Bu konu açıklığa kavuşturulmadan, yönetmeliğin endüstriyel gürültü için sağlıklı bir biçimde uygulanması olanaksızdır.

3. Çevre gürültüsü ve örneğin metro istasyonları için yönetmelikte gösterilen özen ve ayrıntı, işitme duyusuna olan olumsuz etkiler çok iyi bilinen ve işçi sağlığı açısından tehlikeli olan endüstriyel gürültüden esirgenmiştir.

4. Yönetmelik ekinde liste olarak verilen, değişik makinalardan kaynaklanan gürültü düzeyleri, 7,5 saat için öngörülen 80 dBA'yı aştığı gibi, bu düzeylerin büyük bir çoğunluğu 90 dBA'nın da üstüne çıkmaktadır. Bu durum nedeniyle, nasıl karar verileceği ya da hükmedileceği belirsiz "teknolojik imkansızlık" konusu birçok durumda kolaylıkla gündeme gelebilecektir. Yönetmelikte salt teknolojik açıdan yaklaşılacak bu konunun, gerçekte ekonomik boyutu da vardır. Diğer bir deyişle, "teknolojik imkansızlık", genellikle, belli bir ekonomik sınır için söz konusudur. Ekonomik sınırın değiştirilmesiyle "teknolojik imkansızlık" durumu da değişebilir. Ayrıca, ilgili maddede, teknolojik imkanların yetersizliği yalnız kaynaktan gürültü kontrolü için söz konusu edilmiştir. Bilindiği gibi, kaynaktan gürültü kontrolünün sağlanması güç olan birçok durumda düşünülmesi gereken ilk önlem kaynaktan alıcı arasında gürültü kontrolüdür. Bu seçenek değerlendirilmeden kişisel koruyucu kullanımına gidilmesi yanlış bir uygulamadır.

5. Teknolojik imkanların yetersiz olması durumu, Çizelge 1'deki üst sınır değerinin düşük seçilmesi nedeniyle, ülkemizdeki pek çok işyerindeki gürültü kontrolü çalışmalarında söz konusu olacaktır. Bunun sonucu olarak, gürültü kontrolü, eskiden olduğu gibi, işçilere kişisel koruyucu kullanılarak gerçekleştirilmeye çalışılacak ve böylece yönetmelik uygulamada tam amacına ulaşamayacaktır.

## SONUÇ

Genelde son derece olumlu bir atılım olarak gördüğümüz Gürültü Kontrol Yönetmeliği, çevre gürültüsü açısından oldukça (hatta kimi konularda fazlasıyla) ayrıntılı olarak hazırlanmış olmakla birlikte, bu bildirimizin konusunu oluşturan endüstriyel gürültü açısından bazı eksiklikleri olan bir yönetmeliktir. Bu eksikliklerin bir kısmı yönetmeliğin bu konudaki bazı uygulamalarını olanaksızlaştırırken, bir kısmı da daha olumlu sonuçlar yaratması beklenen bu yönetmeliğin isteneni sağlayamamasına neden olabilecektir. Geçici maddeyle tanınan iki yıllık süre 11 Aralık 1988 tarihinde doluncaya kadar yönetmeliğin tartışılan olumsuz yanlarının düzeltilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması; hem işçi sağlığı, hem de uygulanabilir bir Gürültü Kontrol Yönetmeliğinin ileride doğabilecek yasal sorunları çözümlenmedeki başarısı açısından zorunlu gözükmektedir.

**İstanbul İlinde İşyeri Hekimleri İle Çalıştıkları İşyerlerinin  
İşçi Sağlığı İş Güvenliği Sorunları Konusunda  
Yapılan Anket Çalışması Değerlendirme Raporu  
Suzan ÇETİN  
(İstanbul Tabip Odası İşyeri Hekimliği Kolu Üyesi)**

İstanbul ilinde işyeri hekimi olarak çalışan 42 hekim ile anket yapıldı.

İşyeri hekimlerine işçi sayısı, iş yerinin genel durumu (havalandırma, ısıtma, aydınlanma personel sayısı ve mesleki dağılımı (hemşire, sağlık memuru, psikolog, iş güvenliği mühendisi veya memuru sağlık yönünden tanı için yapılan incelemeler, işçilerin rapor alma durumları, iş yerinin denetlenmesi, meslek hastalıkları, işçi sağlığı ve iş güvenliği kurulu, iş kazaları, işçilerin ölüm ve emeklilik nedenleri, işçilerin nitelikleri vasıfsız-kalifiye, işçilerin eğitim durumları, işyeri hekiminin işyerinde çalışma şekli (part time full time) çalışma süresi v.b. konularında 44 soru sorduk ve yanıtları değerlendirdik.

**İşçilerin Vardiya durumu**

Vardiya Şekli	Sayı	%
Vardiya Olmayan	14	34
2 vardiya	9	21
3 vardiya	16	39
4 vardiya	2	4

Görüldüğü gibi % 66 oranında vardiya sistemi var. Gelişmiş ülkelerde vardiya olmayan işyerleri vardiya olanlara göre daha fazladır.

**Personel Durumu**

Meslek Adı	Sayı	%
Hemşire	8	19
Sağlık Memuru	18	42
Psikolog	2	4
Sosyal Hizmet uzmanı	3	7
İş Güvenliği Mühendisi veya Memuru	18	42

Ankette yer alan işyerlerinde toplam işçi sayısı 25217 dir. Buna göre 3152 işçiye 1 hemşire, 1401 işçiye 1 sağlık memuru düşmektedir. Bu bulguyu şöyle de değerlendirebiliriz. 960 işçiye 1 hemşire veya sağlık memuru düşmektedir. Bu sonuçlar İşyeri Hekiminin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkındaki Yönetmeliğe uymamaktadır.

#### İş Yerinin Fiziksel Özellikleri

##### HAVALANDIRMA

Havalandırma Biçimi	Sayı	%
Yalnız Pencere	17	41
Cebri çekiş	6	14
Teknik Havalandırma	11	26
Pencere+Teknik Havalandırma	4	9
Pencere+Cebri Çekiş	1	2
Teknik Hava.+Cebri Çekiş	1	2
Pencere+Teknik Hava.+Cebri Çekiş	2	4
Havalandırması Yeterli Olan	28	66

##### ISITMA

Isıtma Şekli	Sayı	%
Kalorifer	38	91
Soba	4	9
Isıtması Yeterli Olan	39	93

##### AYDINLANMA

Aydınlanma Şekli	Sayı	%
Fluoressans	39	93
Normal Ampul	3	7
Aydınlanması Yeterli Olan	38	91

Bu sonuçlarda görüldüğü gibi genelde işyerlerinin aydınlanma ve ısıtılması normaldir. Ama havalandırma sonuçlarına bakılınca aynı sonucu göremiyoruz. Havalandırmanın yeterli olmadığı işyeri oranı % 34 dür. Bu sonuç oldukça anlamlıdır. Havalandırmanın yetersizliği özellikle bazı işyerlerinde meslek hastalıklarının sık görülmesini artırır.

#### İŞÇİLERE PERİYODİK MUAYENE YAPILMA DURUMU

Muayene Yapılıyor mu?	Sayı	%
Evet	37	88
Hayır	5	12

#### PERİYODİK MUAYENE YAPILMA ZAMANI

Zaman Aralığı	Sayı	%
Yılda 1 kez	8	21
6 ayda 1 kez	26	70
3 ayda 1 kez	3	7

#### FİZİK MUAYENEDEN BAŞKA İNCELEME YAPILIYOR MU?

Evet	20	47
Hayır	22	53

#### YAPILAN İNCELEME

Mikrofilm	5	25
Basit Laboratuvar	2	10
Basit Lab. + Röntgen	3	15
Mikrofilm + Röntgen	4	20
Basit Lab.+Toksikoloji + Röntgen	3	15
Toksikoloji + Röntgen	3	15

#### BU MUAYENELER YASA VE TÜZÜKLERE UYGUN MU?

Evet	19	46
Hayır	23	54

İşe giriş muayenesi bütün işyerlerinde var.

İşyerindeki olumsuz koşulların istenilmeyen sonuçlarını önlemede en etkin yol periyodik muayenedir. Öyle ki yöntemine ve amacına uygun olarak yapılan periyodik mu-

yeneler sekonder koruma denen aşamanın en önemli aracıdır. Bu muayenelerin amacı erken tanıdır.

Çalışma hayatında yapılacak periodik muayenelerin şekli ve kapsamı iş yerinin özelliğine bağlıdır. İş yeri hekimi iş yerinde ne gibi meslek hastalığı olabileceğini bilecek ve periodik muayenelerde bunları arayacaktır.

Bizim incelememizde görüldüğü gibi, periodik muayenenin hiç yapılmadığı iş yerleri var. Yapılanların da büyük bir yüzdesi 6 ayda bir yapılıyor. En önemli sonuç ise yapılan tetkik ve incelemelerin yasa ve tüzüklere uygunsuzluğu % 54 dür.

İşçinin Viziteye Çıktığı Yer	Sayı	%
SSK Hekimi	6	14
İşyeri Hekimi	36	86

Ortalama Günlük Viziteye Çıkan İşçi	Sayı	%
Ortalama Günlük Viziteye Çıkan İşçi	476	1.8 (Toplam İşçi Sayısına Oranı)
Geri Dönen İşçi	406	1.5
1-2 Gün Rapor Alanlar	46	9.6 (Viziteye Çıkan İşçi Sayısına Oranı)
1 Günden Fazla Rapor Alanlar	24	5

İşçinin Kişisel Koruyucuları Var mı?	Sayı	%
Evet	33	78.7
Hayır	7	16.6
Yanıt Vermeyen	2	4.7

Bu Kişisel Koruyucular Yasalara Uygun mu?	Sayı	%
Evet	28	66.6
Hayır	12	28.7
Yanıt Vermeyen	2	4.7

İş Yeriniz İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Açısından Son 1 Yıl İçerisinde Kaç Kez Denetlendi?

	Sayı	%
Hiç Denetlenmemiş	19	45.2
1 Kez Denetlenmiş	15	35.7
2 Kez Denetlenmiş	3	7.1
4 Kez Denetlenmiş	1	2.3
Yanıt Vermeyen	4	9.5



Denetleme Şekli	Sayı	Toplam Sayıya Oranı %	Denetlenen İşyerine Oranı %
Normal Denetleme	14	33.3	73.6
İş Kazası	3	7.1	15.7
Şikayet Nedeniyle	1	2.3	5.2
Meslek Hastalığı	1	2.3	5.2
Yanıt Vermeyen	4	9.5	21.3

Bu sonuçlara göre işyerlerinin denetlenmesinin yetersiz olduğu çok belirgin olarak görülmüyor. Bir şey daha dikkati çekiyor. İşyeri hekiminin bazı sorulara yanıt vermemesi. Sanıyoruz bunun nedeni de işyeri hekiminin ilgisizliğidir.

Denetçiler Geldiklerinde İşyerinde Çevresel Ölçümler Yapıldı mı?		
Evet	7	36.9 (Denetlenen işyerlerine oranı)
Hayır	10	52.6
Yanıt Vermeyen	2	10.5
Denetime Gelenler		
İş Güvenliği Müfettişi	12	63.1
SSK Meslek Hastalıkları	2	10.5
İş Güvenliği Merkezi (İŞGÜM)	3	15.9

Fabrikanın Bölümlerini Gezdimiz mi?	Sayı	%
Evet	31	73.9
Hayır	9	21.4
Yanıt Vermeyen	2	4.7
Gezme Şekli		
Yılda 1 kez	8	25.8
Ayda 1 kez	11	35
3 ayda 1 Kez	9	29.3
Haftada 2 Kez	1	3.5
Hergün	2	6.4

İşyeri hekimi göreve başlarken ilk yapacağı iş yerini gezmektir. Bizim anket çalışmamızda görüldüğü gibi % 21 oranında hekim işyerini gezmemiş. Gezenlerin de 1/4 ü yılda 1 kez gezmiş. Bu sonuçlar işyerini tanımadada, sonuçta işçinin sağlığını koruma ve tedavi etmede yetersiz kaldığını göstermektedir.

Fabrikanızda Çevresel Sağlık Zararlıları Nelerdir?

Madde İsmi	Sayı	%
Toz	25	80.6
Duman	9	29
Buhar	8	25
Gürültü	17	54
Rutubet	8	25
Vibrasyon	5	16
Isı	2	6

Bu çalışmanın sonucu işyerlerinde sağlığı tehdit edici zararlıların çok fazla olduğu görülmektedir. Bunlarda özellikle %80 oranında toz, %54 oranında gürültü dikkati çekmektedir.

Fabrikanızda Çevresel Sağlık Zararlıları ile Meslek Hastalıkları Arasındaki İlişkileri Önceden Saptadınız mı?

	Sayı	%
Evet	10	23
Hayır	21	50
Yanıt Vermeyen	11	27

İşyerinde Meslek Hastalıkları Listesi Var mı?

	Sayı	%
Evet	9	21
Hayır	26	62
Yanıt Vermeyen	7	17

İşyerinizde İşçi Sağlığı İş Güvenliği Kurulu Var mı?

	Sayı	%
Evet	27	65
Hayır	12	28
Yanıt Vermeyen	3	7

Kurula Eşlik Ediyor musunuz?

	Sayı	%
Evet	20	48
Hayır	18	43
Yanıt Vermeyen	4	9

İşyeri hekiminin temel görevi olan koruyucu hekimlikte, meslek hastalıkları önemli yer tutmaktadır. Ama görülüyor ki işyeri hekimlerinin 2/3 si işyerlerindeki sağlık zararlılarını ve meslek hastalıkları ile arasındaki ilişkileri önceden saptamamış. İş yerlerinin çoğunda meslek hastalıkları listesi bile yok.

İş kazaları yönünden önemli bir kurul olan İşçi Sağlığı ve Güvenlik Kurulu her işyerinde olması gerekirken, 1/3 oranında işyerinde yok. Var olan kurula da hekimlerin yarısı katılmıyor.

#### İşyerinizde Meslek Hastalığı Çıktı mı?

	Sayı	%
Evet	8	19
Hayır	24	57
Bilmiyorum	5	12
Yanıt Vermeyen	5	12

#### Meslek Hastalığı Tanısı Koyan Kurum

	Sayı	%
İşyeri Hekimi	2	25
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2	25
SSK Sağlık Tesisleri	3	37.5
İşçinin işverene dilekçesi ile	1	12.5

Meslek hastalığı var mı?, sorusuna verilen yanıtlarda ancak % 20 oranında evet yanıtı alınabilmiş. % 80 oranında bilmiyorum, hayır, yanıt vermeme durumu gerçekten bu oranda meslek hastalığı olmadığını gösterebilir mi? Bu yanıtların yetersiz olduğunu sanıyoruz. Bu sonuçlara bakarak işyerlerinde meslek hastalığının az olduğu kararını vermemeliyiz. Bütün işyerlerinde toplam 59 meslek hastalığı görülmüş. Bu sonuç işçilerin ancak %0.2'sinde meslek hastalığı olduğunu gösteriyor. Bizim ülkemizde bu sonucun çok daha yüksek olması beklenir.

#### Ölüm Nedenleri

Ölen Kişi Sayısı :	4	
İş Kazası	2	%50
Hastalık	2	%50

Ölen kişi sayısı çok az olup bize belirli bir bilgi vermezken ölüm nedenleri çok önemli. Ölen kişilerin yarısının ölüm nedeni iş kazaları.

#### İşçiler Koruyucu Önlemlere Uymazlarsa Alınan Önlem

	Sayı	%
Eğitim	18	42.8
Ceza	2	4.7
Eğitim + Ceza	4	9.5
Hiçbiri	16	38.1
Yanıt Vermeyen	2	4.7

Bu çalışma sonucuna göre işçilerin kişisel koruyucularının genelde olduğunu görüyoruz. Ama bu koruyucular 1/3 oranında yasalara uygun değil. Önemli olan göstermelik koruyucular değil, bu koruyucuların işçi sağlığına olumlu yönden etkileri. Sanıyoruz bu da koruyucuların yasa ve tüzüklere uygun olması ile sağlanır.

Diğer bir bulgu ise, işçiler bu koruyucu önlemlere uymazlarsa alınan tavrın 1/3 oranında tavırsızlık olması. Yani hiçbir şey yapılmamasıdır.

İşçilerin Eğitim Durumu	Sayı	%
İlkokul	12062	59
Orta	2730	13.4
Lise	2983	14.6
Meslek Okulu	1577	7.7
Yüksek Okul	738	3.6
Okur Yazar	225	1.7

Toplam 20315 İşçi Ayrımı Yapılmış

Yanıt Vermeyen : 10

Bilmiyor : 4

İşyerinde Yapılan Eğitim	Sayı	%
Mesleki	20	58.8
Yangın	19	55.8
Kişisel	16	47
İş Güvenliği	14	41
Hepsi Yapılıyor	5	14
Hiç Eğitim Yapılmıyor	4	11
Yanıt Vermeyen	8	19

Eğitim Sizce Yeterli mi?	Sayı	%
Evet	12	28.5
Hayır	16	38
Kısmen	8	19
Yanıt Vermeyen	6	14

Genelde işyerlerinde eğitim verilmeye çalışılmış. İşçinin direk kendisi ile ilgili olan konularda (kişisel, iş güvenliği) daha az eğitim verilirken, işvereni daha yakından ilgilendiren konulara daha fazla önem verilmiş. Nicelik anlamda birşeyler ifade eden eğitim olayı nitelik anlamda işyeri hekimlerince olumsuz.

#### İşçilerin Emeklilik Yaşları

Yaşlar Arası	Sayı	%
30 - 40	2	4
41 - 50	14	33.3
51 - 60	14	33.3
Bilmiyor	4	9
Yanıt Vermeyen	8	20.4

#### İşyerinde Çalışan İşçilerin Nitelikleri

	Sayı	%
Vasıfsız İşçi	9396	37.5
Kalifiye İşçi	13774	54.5
Sınıflandırılmayan	2047	8

#### Vasıfsız İşçiler İçin İşyerinde Eğitim Yapılıyor mu?

	Sayı	%
Evet	17	40
Hayır	18	43
Bilgim Yok	1	2.3
Yanıt Vermeyen	6	14.7

#### Yanıt Evetse Süresi

	Sayı	%
1 Ay	7	41
3 Ay	4	23.5
6 Ay	3	17.6
1 Hafta	1	5.9
Bilmiyor	2	12

Birçok işyerinde vasıfsız işçiler için eğitim yapılmıyor. Sanıyoruz bunun en önemli sonucu sık olan iş kazalarıdır.

### İşyeri Hekimleri Nasıl Çalışıyorlar

	Sayı	%
Part Time	38	90
Full Time	4	10

### Çalışma Saatleri

Haftada Kaç Gün Kaç Saat	Sayı	%
5 Gün 1 Saat	13	34
5 Gün 2 Saat	8	21
5 Gün 4 Saat	3	7.8
5 Gün 3 Saat	1	2.4
2 Gün 1 Saat	3	7.8
2 Gün 2 Saat	1	2.4
3 Gün 1 Saat	7	7.8
4 Gün 5 Saat	1	2.4
5 Gün 5 Saat	1	2.4

Burada işyeri hekimlerinin çalışma saatleri toplanırsa hepsi 1 ayda 416 saat ediyor. Bir işyeri hekimi işyerinde bir işçiye 1 ayda 15 dakika ayıracak şekilde çalışmalıdır. Burada full time çalışan hekimlerin baktığı işçi sayısı 9800 dür. Yani geri kalan 15217 işçi için ayrılan zaman 416 saattir. Bu zaman normalde 1664 işçi içindir. Aradaki büyük fark işçilere zaman ayırmamakla, yetersiz tetkik ve tedavi ile giderilmektedir. Ayrıca 6 işyerinde toplam çalışan sayısı 1000 i geçmesine rağmen buralarda part time hekim çalışmaktadır.

### SONUÇ

Ülkemizde işyeri hekimliği denince çalışan işçilere hastalık ve kaza geçirmeleri halinde tanılarını koyacak, zaman kalırsa tedavilerini yapacak, gerektiğinde işçileri Sigorta Sağlık Tesislerine gönderecek, yasalar ve tüzüklerle zorunlu kılınmış periyodik muayeneleri yapacak (veya yapmaya çalışacak) ve raporlarını yazacak hekim akla gelir.

Yani asıl yaptığı iş tedavi edici hekimliktir. Oysa işyeri hekiminin asıl fonksiyonu koruyucu hekimlik olmalıdır. Tedavi edici hekimlik sonradan gelir.

İşyeri hekimliği uygulamaları bilinçli ve ciddi bir çalışma ile kolaylıkla pratiğe dönük bir çalışmaya ulaşabilir. İşyerlerindeki sağlık durumlarının korunması yalnız ileri ülkelerde değil bir çok geri kalmış ülkede dahi uygulanmaya çalışılmaktadır.

Kanımızca uzun vadeli çözümler için İLO (Dünya Çalışma Örgütü) önerilerine uyarak bir işçi sağlığı politikası oluşturulmalı. Bu politika ülkemizin sosyo-ekonomik yapısından bağımsız olmamalı, üniversitelerde tıp eğitim sırasında işçi sağlığı, iş güvenliği, meslek hastalıkları konularına daha fazla yer verilmeli, İşçi Sağlığı ve Meslek Hastalıkları uzmanlık dalı olarak uygulanmaya başlamalıdır.

Kısa zamanda ise işyeri hekimlerine seminerler ve kurslar düzenlenmelidir. Bu konuda İstanbul Tabip Odası ilk adımı atarak 30 işyeri hekimine şubat ayı içerisinde kurs ve arkasından sertifika vermiştir. Başarılı sonuçlar alınmıştır.

Bu konu yalnız hekimlerin değil aynı zamanda işçi ve işveren kuruluşlarında yakından ilgilenmesi gereken bir konudur. Ortak ve koordineli bir çalışma ile amacına erken ulaşacaktır.

**7 Nisan 1988 Perşembe**

**XIV. OTURUM**

**BİLDİRİLER**

**Oturum Başkanı**  
**Dr. Uğur CİLASUN**  
(TTB Genel Sekreteri)

**Konuşmacılar**

**İlgi VARIŞ**  
(Petrol-İş)  
Meslek Hastalığı - İş Hastalığı

**F. SAÇAKLIOĞLU, S. İTEGİN, Doç. Dr. G. AKSAKOĞLU**  
(9 Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyeleri)  
Narlidere Bölgesi Yelki Köyünde Tarımda Çalışan  
Tarım İlaçlarının Kullanımı, Saklanması ve Zararlarına İlişkin  
Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

**Dr. Necmettin ERKAN**  
(Ege Yatırım Grubu)  
İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Sorunlarına Toplu Bakış





## **Meslek Hastalığı - İş Hastalığı** **Av. İlgi VARİŞ**

Günümüzde yaşayabilmek için üretmek zorunda olan insan, üretirken de tükenmektedir. Çevremizde gördüğümüz her maddi değer, bir bakıma insanın kanı, canı pahasına yaratılarak diğer insanların hizmetine sunulmaktadır. Binlerce yıl önce yaşayabilmek için doğa ile savaşan insan bugün yaşayabilmek için kendisinin yarattığı ve fakat aklının emrine veremediği ve denetleyemediği teknolojinin zararlarına karşı savaşmaktadır.

İşte meslek hastalığı kavramı bu savaş içinde giderek daha önemli bir yer tutmaya başlamıştır.

Bu kısa incelememizde hukuk ağırlıklı bir yaklaşımla, "meslek hastalığı - iş hastalığı" şeklinde bir ayırımın neden gerekli olduğunu satırbaşları ile anlatmaya çalışacağız.

"Meslek Hastalığı" 506 sayılı S.S. Kanunu'nda sigortalının çalıştırıldığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık sakatlık ve ruhi arıza halleri olarak tarif edilmiştir. S.S. Mevzuatı dışında hiçbir hukuki metinde "meslek hastalığı" deyimini, yer almadığı gibi tanımı da yapılmamıştır. Mesela iş hukukunun temel yasası olan 1475 sayılı İş Kanunu ile Borçlar Kanunu'nun hizmet akdine ilişkin hükümlerinde meslek hastalığı deyimini yer almamış bunun yerine daha genel bir ifadeyle "hastalık" denmiştir.

Oysa B.K.'nin hizmet akdine ilişkin 332. mad.sinin "İş sahibi, akdin hususi halleri ve işin mahiyeti noktasından hakkaniyet dairesinde kendisinden istenebileceği derecede çalışmak dolayısıyla maruz kaldığı tehlikelere karşı icap eden tedbirleri ittihaz ve münasip ve sıhhi çalışma mahalleri ile, işçi birlikte ikamet etmekte ise yatacak yer teminine mecburdur."

İş sahibinin yukarıki fıkra hükümlerine aykırı hareketi neticesinde işçinin ölmesi halinde onun yardımından mahrum kalanların bu yüzden uğradıkları zararlara karşı isteyecekleri tazminat dahi akde aykırı hareketten doğan tazminat davaları hakkındaki hükümlere işçilerinin sağlığı ve işgüvenliğini sağlamak için gerekli olanı yapmak ve bu husustaki şartları, araçları noksatsız bulundurmakla yükümlüdür. "Hükmü işverenin işçiyi gözetme borcunu düzenlerken çok geniş bir hukuki sorumluluk getirmiştir. S. S. Mevzuatına göre meslek hastalığı sayılmayan ancak, işyeri şartları ile uygun sebep sonuç ilişkisi kurulabilecek diğer hastalık hallerinden de işvereni sorumlu tutmaktadır. İşte bu sebeple hukukumuzda "meslek hastalığı" dışında "iş hastalığı" kavramının yerleştirilmesi ve geliştirilmesi zorunlu olmaktadır.

"İş Hastalığı" kavramı meslek hastalığı kavramına göre çok daha geniştir. Meslek hastalığını da kapsar. O halde her meslek hastalığı aynı zamanda "iş hastalığı" dir. Ancak her iş hastalığı meslek hastalığı olmayabilir.

**Neden?**

Bir hastalığın meslek hastalığı olarak kabul edilebilmesi için S. S. Kanununun 11. mad.deki tanıma uymalı ve aynı zamanda Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü'nde

ki meslek hastalıkları listesinde de yer almış olmalıdır. Bilindiği gibi ülkemizde uygulanmakta olan bu liste Uluslararası Çalışma Teşkilatı'nın kabul ettiği meslek hastalıkları listesine göre noksandır, eksiktir. Petrol-İş Sendikası'nın yayınlarından "İşyerlerinde Tüklenen Yaşam" kitabının 452-479. sayfalarında yer alan hastalıklar bugüne kadar makul bir gerekçesi olmadığı halde Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü'nde yer almamıştır.

Öyleyse listede yer almayan bu hastalıklara yakalanan işçilerin durumu ne olacaktır?

Keza, gerek ülkemizde uygulanmakta olan liste ve gerekse Uluslararası Çalışma Teşkilatı'nın kabul ettiği meslek hastalıkları listesi hazırlanırken, fiziksel ve kimyasal zararlarından herbirinin tek tek var olduğu kabul edilmiştir. Birden fazla fiziksel zararının ve yine birden fazla kimyasal zararının çalışma ortamında bulunması halinde durum ne olacaktır?

Yine listeler hazırlanırken işyeri koşullarında asgari sağlık ve güvenlik şartlarının oluşturulduğu kabul edilmiştir. Asgari sağlık ve güvenlik koşullarına dahi uyulmayan işyerlerinde çalışan işçilerin bu olumsuz şartlar sebebiyle hastalanmaları halinde ne olacaktır?

Yine listeler işçilerin "tam sağlık" halinde işe başladıkları kabul edilerek düzenlenmiştir. Ancak işveren, İşçi Sağlığı, İş Güvenliği Tüzüğüne göre yasak olduğu halde; mesela kan yapıcı sisteminde bozukluk olan, karaciğer ve böbreği hassas olan işçiyi kurşunlu, benzenli bir ortamda çalıştırmak üzere işe almışsa durum ne olacaktır.

Bu sorulara S.S. mevzuatı açısından uygulamada cevap bulunamamaktadır. Bunu bir iki örnekle açıklamak istiyoruz.

Akü fabrikasında 8 yıl çalışıp kurşun zehirlenmesi sebebiyle birkaç defa tedavi gördükten sonra S. S. Meslek Hastalıkları Hastanesi'nin raporuna göre Hepatit teşhisi konulmuş olan hasta için sendikamız aracılığıyla Kuruma, kalıcı bir sekel olan hepatit için meslek hastalığı ihbarında bulunulmuştur. Bunun üzerine yapılan incelemeler sonucunda Kurumun meslek hastalıkları hastanesi, işçinin anemnezinde kurşunlu işte çalışmaya başlamadan önce sarılık geçirmiş olması gerekçesiyle, hastalağını meslek hastalığı olarak kabul etmemiş "viral hepatit" teşhisi ile yetinmiştir. Bu rapora karşı S.S. Yüksek Sağlık Kurulu'na itiraz edilmiş olmasına rağmen olumlu bir sonuç alınamadığından konu mahkemeye intikal ettirilmiş bu aşamada mahkemece Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesine sevk edilen işçi için bu kurumun sağlık kurulunun verdiği rapor da bizi sonuca ulaştıramamıştır. Kısaca gerek S.S. Kurumu'na ve gerekse mahkeme aşamasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesine, daha önce sarılık geçirerek karaciğer hassasiyeti kazanan işçinin kurşunlu bir ortamda çalışmasıyla, karaciğer harabiyetinin arttığı, meydana gelen ve maluliyet tevhit eden bu hastalık ile işyeri şartları arasında sebep sonuç ilişkisi bulunduğunu bu sebeple meslek hastalığı sayılması gerektiği anlatılamamıştır. Çünkü gerek S.S. Kurumu gerekse üniversite hastaneleri "meslek hastalığı" tanısını koyabilmek için işçinin işyerinde tam sağlıklı bir halde iş başı yapmış olması halini esas almaktadır.

Bir başka örnek de; Kütahya Gübre fabrikasının Gaz bakım tesislerinde 2. sınıf usta olarak 15 yıl çalıştıktan sonra S.S.K Süreyya Paşa Göğüs Hastalıkları Hastanesi tarafından bronş kanseri tanısı ve % 80 işgücü kaybıyla malulen emekliye sevk edilen işçi için sendikamız tarafından yapılan girişimlerdir. Söz konusu işçinin çalıştığı ortamda kabul

edilebilir oranların çok çok üstünde iritan gazlar bulunmaktaydı ayrıca işi gereği 3 tür asbest ile tesislerde meydana gelen gaz kaçaklarının tamiratı ile uğraşırken asbest gazlarını solumaktaydı.

Bu işçi için yine kuruma meslek hastalığı ihbarında bulunulmuş ancak meslek hastalıkları listesinde mesleki kanserler yer almadığı için işçinin hastalığını meslek hastalığı olarak kabul ettirmek mümkün olmamıştır. Bunun üzerine iş mahkemesinde hastalığın iş hastalığı olduğu işyeri koşulları sebebiyle meydana geldiğinin tesbiti istemi ile tazminat davası açılmıştır, dava halen devam etmektedir.

Bu sorular ve açıklamalar "meslek hastalığı" dışında "iş hastalığı" kavramının geliştirilerek uygulama alanına sokulmasının gerekliliğini ve bunun hukuki dayanaklarının mevcut olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

"İş hastalığı" kavramının bu şekilde uygulamaya konması, işgüvenliği önlemlerini almayarak kusurlu davranan işverenleri tazmin yükümlülüğü altına sokacak, dolayısıyla sağlık ve güvenlik önlemlerinin alınması konusunda ciddi bir yaptırım oluşturacaktır. Kuşkusuz bu yaptırım devlet denetimi sonucunda uygulanan idari yaptırımlarla komik para cezaları şeklindeki cezai yaptırımlardan daha da etkili olacaktır.

Ancak "iş hastalığı" sebebiyle işverenler aleyhine açılacak tazminat davalarında aşılması gereken bazı sorunların varlığına değinmeden geçemeyeceğiz.

Bu sorunlardan en önemlisi hastalık ile işyeri koşulları arasında sebep sonuç ilişkisi kuracak uzman bilirkişilerin bulunmaması sıkıntısıdır. Bilindiği gibi ülkemizde iş hastalıkları dalında tıp fakültelerinde uzman hekim yetiştirilmemektedir. Tıp fakültelerinde "Halk Sağlığı" adı altında kurulan kürsülerde yapılan eğitim ve araştırmalar ise yetersizdir. Mahkemelerin bilirkişi kurulu olarak atadıkları tam teşekküllü hastanelerin sağlık kurullarında, iş hekimliği dalında uzman hekim bulunmamaktadır.

Bu sebeple mahkemelerce tayin edilen bilirkişiler veya bilirkişi kurullarının raporları yetersiz kalmaktadır.

Mahkemelerin en son merci olarak başvurdukları Adli Tıp Kurumunun durumu ise bundan farklı değildir. 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu kanununun 16/II-c maddesine göre 3. ihtisas kurulu "Sosyal Sigortalar, İş Kanunu ile ilgili olaylar, malüliyetler, meslekte kazanma gücü kaybı, meslek hastalıkları..... vb" işlere bakmakla görevlendirilmiştir. Aynı yasanın 7/c mad. göre bu ihtisas kurulu adli tıp, genel şirurji, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji iç hastalıkları, göğüs hastalıkları ve tüberküloz dallarında ihtisas sahibi uzmanlardır.

Görüldüğü gibi kurulda uzman iş hekimi yoktur. Ancak kendi dallarında mutlaka yetkin birer uzman olan komisyon üyelerinin bu yetkinlikleri hastalık ile çalışma şartları arasında sebep sonuç ilişkisi kurmalarına yetmemektedir. Örneğin benzen zehirlenmesi sebebiyle açılan bir davada mahkemenin adli tıp kurumuna başvurması halinde iş bu kurula gelecektir. "Benzen"en çok insanın kan yapıcı sisteminde tahribata yol açmaktadır. Ancak kurulda bir hematoloji uzmanı yoktur. Hematoloji uzmanı olsa bile bu uzmanın benzenin zararları üzerine özel olarak araştırma yapmış olması gerekir. Bu örnekleri çoğaltmak mümkündür. Kısaca adli tıp ihtisas kurulu gerek oluşumu bakımından gerekse kendisine intikal eden işlerin sadece genel değil özel ihtisas (araştırma, uygulama) gerektirmesi sebebiyle yeterli bulunmamaktadır.

Bu sebeplerle mahkemelerce tayin edilen bilirkişi ve bilirkişi kurullarının raporları yetersiz kalmakta gerçek ortaya çıkamamaktadır. Bu raporlara dayanılarak verilen mahkeme kararları ise en azından hukuk ve adalete gölge düşürmektedir.

### **SONUÇ OLARAK**

I- Hukukumuz "meslek hastalığından" daha geniş kapsamlı olan "iş hastalığı"nın yargı yolu ile tesbitini mümkün kılmaktadır.

II- Gerek meslek hastalıklarının ve gerekse iş hastalığının yargı yoluna başvurularak tesbit ettirilmesi ve kusurlu olan işverenden maddi manevi tazminat istenmesi mümkündür.

III- Ancak buradaki en büyük sorun işyeri şartları ile, hastalık arasında sebep sonuç ilişkisi kurabilecek bu konuda uzmanlaşmış iş hekimi bilirkişilerin bulunmayışıdır.

### **ÖNERİ**

Ülkemizin iş hekimi ihtiyacı vardır. Bu ihtiyaç süratle giderilmelidir. Hükümetlerin sağlık politikaları ve üniversitelerimizin tıp eğitimi bu ihtiyacı karşılayacak biçimde belirlenmelidir. Bu aynı zamanda çağdaş hekimlik anlayışının da gereğidir. Günümüzün hekimi sanayileşme ve hızlı teknolojik gelişmelerin insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerine ilgi duyan ve bunları bilen insan olmalıdır. Çünkü, hastasının çalıştığı işyeri koşullarını ve hatta yaşadığı daha geniş çevredeki zararlıları ve bunların yol açabileceği sağlık zararlarını bilmeden hastasını tedavi edemeyeceğinin bilincinde olmak hekim olabilmek için vazgeçilmez koşullardır.

**Narlıdere Bölgesi Yelki Köyünde Tarımda Çalışanların  
Tarım İlaçlarının Kullanımı, Saklanması ve Zararlarına İlişkin  
Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi**  
**Dr. Feride SAÇAKLIOĞLU, Dr. Sevil İTEGİN, Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU**  
**İnt. Dr. Fahrettin EREN, İnt. Dr. Reblay KIRAN, İnt. Dr. Tahsin TEMEL**  
**İnt. Dr. Rukiye ÖZMEN, İnt. Dr. Enver VARDAR**

**ÖZET**

Narlıdere Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Güzelbahçe Sağlık Ocağı Yelki Köyünde tarımda çalışanların tarım ilaçları ve bunların zararlı etkilerine ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek üzere bir araştırma planladı. Büyük çoğunluğu sera tarımcılığı yapan Yelki köyünün tümü araştırma kapsamına alındı ve çalışma 339 hane bazında yürütüldü. Tarımla uğraşan her hane için hazırlanan anket formu dolduruldu.

Çalışmada evlerde bulunan tarım ilaçlarının saklanma koşullarının belirlenmesi, kullanılan tarım ilaçlarının sınıflandırılması, tarımda aktif olarak çalışan işçi gücünün belirlenmesi, tarım ilacı kullananların bu konudaki bilgi düzeylerinin saptanması amaçlandı.

Yapılan değerlendirmede tarımda çalışanların yaş gruplarına dağılımı, hangi ürünlerin yetiştirildiği, ne sıklıkla ilaçlama yaptıkları, ilaçlama sonrası önerilen önlemleri alıp almadıkları, evdeki haşerelere karşı tarım ilacı kullanıp kullanamadıkları saptandı.

Birinci aşamada tarım ilaçlarının yaygın olarak kullanıldığının saptandığı çalışmanın ikinci aşamasında organik fosforlu ve karbamatlı tarım ilacı kullananların zehirlenme yönünden değerlendirilebilmesi için plazma, tümkan ve hücre kolinesteraz aktiviteleri ölçülecektir.

**GİRİŞ**

İkinci Dünya Savaşını izleyen yıllarda pestisitler hastalık taşıyan vektörleri ortadan kaldırmaları nedeniyle tarımsal üretimin artırılmasında çok önemli bir etken olmuştur. Etkilerinin kalıcı olması ürün açısından pek çok yarar sağlarken, bazı sorunlara da yol açmaktadır. Kullanım ve buna bağlı olarak gelişen sorunların yaygınlaşması konunun bilimsel düzlemde tartışılmasını gündeme getirmiştir. Yirmi yılı aşkın bir süredir pestisitlerin sağlık üzerindeki etkileri ve korunma yöntemleri Birleşmiş Milletlerin farklı alt kuruluşlarında tartışılmaktadır.

Tüm pestisitler belirli düzeylerde toksik etkilere sahiptir. Fabrikadaki ..... tarla ve bahçelerdeki tüketimlerine dek bunlara maruz kalan kişilerde zararlı etkileri görülecektir. Ortaya çıkacak zararın düzeyini; pestisit formülü, paketlenmesi, uygulama sırasındaki konsantrasyonu, uygulama yöntemi, ilaçlanan alanın büyüklüğü vb. koşulları etkilemektedir.

Tarımdaki zararlılarla mücadelede önemli bir yer kaplayan bu ilaçlar ülkesinde en son yıllarda gerek kullanan, gerekse fabrikalardaki forsulasyonu sırasında toksik etkileriyle iş hekimliği ve meslek hastalıkları yönünden büyük önem kazanmıştır. Çeşitli araştırmacılar fabrikalarda üretim aşamasında çalışanlarda pestisitlerin zararlı etkilerini

belirlemeye yönelik çalışmalar yapmışlardır. Ancak tarımda çalışan ve bu maddeleri ilaçlamada kullananlarda sorunun boyutları bilinmemektedir.

Öte yandan tarım ilacı uygulayanlarda ilaca maruz kalınan sürenin ve ilaç miktarının değişken olması, deriden penetrasyon olasılığının daha yüksek ve özellikle kapalı ortamlardaki uygulamalarda havalandırmanın daha güç olması, sık sağlık kontrollerinin yapılamaması, zehirlenmenin belirlenmesinde önemli güçlükler ortaya çıkartmaktadır.

Çalışma Yelki köyünde tarımda çalışanların tarım ilaçlarının kullanımı, saklanması ve zararlarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

### GEREÇ - YÖNTEM

Araştırma Narlıdere Bölgesi Güzelbahçe Sağlık Ocağına bağlı Yelki köyünde yürütülmüş, 1183 kişinin yaşadığı 339 hane görüşmeciler tarafından tek tek dolaşmış, tarımla uğraşan kişilere bir anket formu doldurtulmuştur. Görüşme yapılan kişilerin tarım ilaçlarının zararlı etkilerini tarım ilacı ile zehirlenmede ortaya çıkan bulgular, ilaçlama ilkeri ve ilaç saklama yöntemleri konusunda bilgi düzeyleri belirlendi. Veriler elle kodlandı, çetelendi, bulgulara ilişkin tablolar hazırlandı.

### BULGULAR

Tarımda çalışanların cinsiyete göre dağılımları incelediğinde % 55.3'ünün erkek, % 44.7'sinin kadın olduğu belirlenmiştir. Bu veri kadınların kırsal alanda üretime katkılarının bir göstergesidir. Tarımda çalışanların yaş gruplarına dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Tarımda Çalışanların Yaş Gruplarına Dağılımı

Yaş Grubu	% °	% ∞
10 - 19	14.5	21.8
20 - 29	15.8	26.0
30 - 39	17.7	33.5
40 - 49	22.8	54.1
50 - 59	20.2	46.3
60 -	9.0	20.2

- ° İlgili yaş grubunda tarımda çalışanların toplam içindeki yüzdesi
- ∞ İlgili yaş grubunda tarım çalışanların kendi yaş grubu içinde orantılı yüzdesi

10 yaşın altındaki grupta tarımda çalışan bulunmamaktadır. Tarımda çalışanların tüm yaş gruplarına hemen hemen dengeli bir biçimde dağıldıkları izlenmektedir. Ancak her yaş grubunda tarımda çalışanların kendi nüfusları içinde orantılı yüzdeleri alındığında; 40 - 49 yaş grubuna kadar yaş arttıkça tarımda çalışma oranının da arttığı gözlenmektedir.

Tarımda çalışanların % 77.5'i ilkokul mezunudur. Okur-yazar olmayanlar % 10.3 olarak belirlenmiştir. Orta öğretim mezunları ise % 7.7'dir.

Tarımla uğraşan hanelerin % 81.0 (inde zararlılara karşı tarım ilacı kullanılmaktadır. İlaç kullananların tarım ilacının neden sağladıkları Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2: Tarım İlacının Sağlandığı Yer

Zirai Mücadele Kurumu	% 33.3
Tarım Kredi Kooperatifi	% 2.5
Ruhsatlı Özel Satış Yeri	% 57.6
Eczane	% 4.1
Yanıtsız	% 2.5

Tarım ilaçları % 57.6 oranında Tarım Bakanlığının ruhsatlı özel satış yerlerinden % 33.3 oranında Zirai Mücadele Kurumundan elde edilmektedir.

Tarım ilacı kullananların ilacı nerede sakladıkları Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3: Tarım İlacının Saklandığı Yer

Ayrı dolap ya da kutuda	% 22.6
Kilerde	% 19.2
Ahırda	% 11.6
Tarla/Serada	% 15.8
Kullanıp Atma	% 15.0
Diğer	% 15.8

Tarım ilacını ayrı bir dolap ya da kutuda saklayanlar ancak % 22.6 oranındadır. % 15.0'i kullandıktan sonra atmakta, tekrar kullanacağı zaman yeniden almaktadır. % 19.2 gibi yüksek bir oranda kilerde ve % 11.6 oranında ahırda saklayanlar bulunmaktadır.

İlaçlamanın hangi yöntemle yapıldığı araştırılmıştır. Sırt tulumbası ile ilaçlama yapanların oranı % 65.8'dir. Motorla ilaçlama yapanlar ise % 20.8 oranındadır, % 9.1'i hem sırt tulumbası hem otor kullanmakta, % 2.5'i el ile ilaçlama yapmaktadır.

Tarım ilacı kullananların ilaçlama yaparken maksimum çalışma süresi ne olmalıdır sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 4: İlaçlama Yaparken Maksimum Çalışma Süresi

Maksimum Çalışma Süresi	%
2 saatten az	14.2
2-3 saat	55.0
4-5 saat	10.8
6-7 saat	5.8
Süre sınırlaması yoktur	14.2

İlaçlama yapanların % 20.0'si maksimum çalışma süresi olan 4-5 saatten daha fazla çalışılabileceğini ya da süre sınırlaması olmadığını söylemektedir.

Tarım ilacının kimin önerisiyle kullandıkları araştırılmış; % 37.6'sının komşusunun önerisiyle kullandığı, % 29.2'sinin kendi kendine seçtiği belirlenmiştir. % 22.5'i ise ilacı seçerken Zirai Mücadele Kurumu ya da Tarım Kredi Kooperatifinin önerisini almaktadır.

İlaçlama yapanların % 53.3'ü tarım ilaçlarıyla zehirlenmede ortaya çıkan bulguları biliyor, % 37.0'si ise bilmiyordu. Görüşme yapılanların % 28.4'ünü kendisinin ya da yakınlarının başından tarım ilacı ile zehirlenme olayı geçmişti. Tarım ilaçlarıyla zehirlenme olursa nasıl ilkyardım yapılacağı sorusuna % 86.8'i hastaneye götürmek gerekir diye yanıt vermiştir. % 7.6'sı ayran/yoğurt verilmelidir. % 2.3'ü kusturmak gerekir demiştir. Yalnızca bir kişi (% 0.7) antidotlarını kullanmak gerekir diye yanıtlamıştır.

Cinsiyet ile ilaçlama yapma arasındaki ilişki Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 5: İlaçlama Yapanların Cinsiyete Göre Dağılımları

Cinsiyet	İlaçlama Yapan		İlaçlama Yapmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	122	70.9	50	29.1	172	100.0
Kadın	28	20.1	111	79.9	139	100.0
Toplam	150	48.2	161	51.8	311	100.0

Tablo 5'te görüldüğü gibi erkekler kadınlara oranla daha fazla ilaçlama yapmaktadır. Yapılan ki-kare testinde fark anlamlı bulunmuştur.

## SONUÇ

Yelki köyünde 10 yaşın üzerindeki nüfusun üçte birinin tarımla uğraştığı, bunların % 55.3'ünün erkek, % 44.7'sinin kadın olduğu belirlenmiştir. Yaş yükseldikçe, tarımda çalışanların kendi yaş grupları içindeki oranları artmaktadır. % 77.5'inin ilköğretim mezunu olduğu tarımla uğraşan kişilerin % 81.0'ı tarım ilacı kullanmaktadır.

Tarım ilaçları ruhsatlı özel işyerlerinden ya da Zirai Mücadele Kurumundan elde edilmekte ve % 46.6 oranında ahır, kiler, tarla vb. uygun olmayan koşullarda saklanmaktadır.

İlaçlama büyük oranda (% 65.8) sırt tulumu ile yapılmakta, ilaçlama yapanların beşte biri maksimum çalışma süresini bilmemektedir. İlaç seçiminde yalnızca beşte biri Zirai Mücadele Kurumuna danışmaktadır.

İlaçlama yapanların % 53.0'ü zehirlenme bulgularını bilmekte, zehirlenme olduğunda % 28.4'ünün kendisinin ya da yakınlarının başından tarım ilaçlarıyla zehirlenme olayı geçmiştir.



**İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Sorunlarına Toplu Bir Bakış**  
**Dr. Necmettin ERKAN**  
**(Ege Yatırım Grubu)**

**GİRİŞ**

"Her çeşit işlerde çalışan işçilerin fizik, mental, psikolojik ve sosyolojik açıdan sağlığının en yüksek bir düzeyde tutulması ve korunması; işçilerin, işyeri koşullarından kaynaklanan hastalıklar nedeni ile işlerini kaybetmelerinin önlenmesi; iş yerlerindeki sağlığa zararlı etkenler karşısında, bu tür iş yerlerinde her türlü koruyucu önlemlerin alınması; işçilerin fizyolojik ve psikolojik ölçülere göre, dayanabilecekleri ve sağlıklı bir şekilde çalışabilecekleri yerlerde görevlendirilmesi; insanın işinin insanca düzenlenmesi ve her çalışanın da işine uygun olmasının gözetilmesi." Dünya Çalışma Örgütü (ILO) Ortak Komitesi (1950)

Çağımızda, ülkesinin ulusal sınırları içinde kalan topraklarının verimini artırmak ve ulusal hasılanın olabildiği ölçülerde yeni yatırım alanlarına tahsis edilmesi ile endüstriyel kalkınmayı hızlandırmak isteyen ülkeler, insan gücü kaynaklarını harekete getirmek, onların dinamik iş gücünü ve verimini korumak zorundadırlar.

Üçyüz yılı aşan bir endüstriyel kalkınma sürecinde insanların zekaları ve beden gücü çok zorlanmıştır. Endüstrileşmenin her adımında insan; yapıcı, üretici, kaliteyi gözetici ve onarımcı gibi çok çeşitli görevler üstlenen, dinamik bir faktör olarak yer almış, endüstri ortamının sağlıksız ve güvenceden yoksun olduğu zamanlarda, kişisel sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi ile de önemli ölçülerde hırpalanmıştır.

İnsan, daha çok üretim, daha fazla kar, daha kaliteli mal üretme, daha ucuza malretme gibi zorlamaların karşısında kaldığı gibi, endüstriyel ortamda; sıcak, soğuk, rutubet gibi çeşitli stresler ile karşılaşır ve iş ortamındaki toz, duman, zehirli maddeler, gaz, buhar ve radyasyon gibi çok çeşitli sağlık sakıncaları ile karşı karşıya kalarak yıpranır. Endüstride gürültü, titreşim, yetersiz ya da fazla ışık gibi zararlılar yanında yapay iş ortamında gereken güvenlik önlemleri alınmadığı hallerde de yaralayıcı, sakatlayıcı, devamlı iş göremezliğe ya da ölüme neden olabilen tehlikelerle karşı karşıyadır.

Bütün yukardaki etkenler karşısında insan, bir kazanç elde ederek onurlu bir şekilde yaşamak istediği için çaresizdir. Onun sağlığının tehlikeye düşmesi, organik ve fizik kapasitelerinin hudutlarına kadar zorlanması ve çoğu kez tehlikeler ile karşı karşıya bulunması tüm iş hevesini ve işine bağlılığını zayıflatmakta ve genel bir psikosomatik sonuç olarak, **çalışma yaşamında iş verimi düşerek, kişisel uyumsuzluk ve sızlanmaların sonucu olarak iş barışı tehlikeye girmektedir.** Böyle bir durum uzun dönemde ekonomik kalkınmayı da olumsuz etkilemektedir.

Ülkeyi yönetenler, işçiyi işverenin ya da makinaların kölesi olarak kabul etmiyorlarsa, onun insanca gereksinimlerini dikkate alarak fizik ve moral açıdan sağlığını ve iş yerindeki güvenliğini gözetmeli ve çalışanların sosyal güvencelerinin sağlanarak **"insan haysiyetine yaraşır bir yaşam"** için önlemler almalıdırlar.

## **İŞ SAĞLIĞI ve İŞ GÜVENLİĞİ ALANINDA ULUSLARARASI BAĞLANTILAR**

Milletler Cemiyeti'nin bir organı olarak kurulmasına 1919 yılında Versay Barış Antlaşması ile karar verilen ve 1946 yılından bu yana Birleşmiş Milletler bir özel ihtisas kuruluşu olarak çalışan ILO (International Labour Organisation), temel prensibi olan, hükümetler - İşverenler - İşçiler "üçlü temsil" yaklaşımı ile, tüm dünyada, iş barışının ve sosyal adaletin gerçekleştirilmesine çaba harcamaktadır.

ILO, bu amacının gerçekleşmesi için, çalışma hayatı ile ilgili; yönetim, denetim, sosyal adalet, işçi sağlığı ve iş güvenliği ve geniş anlamı ile **çalışanların yaşam koşullarının iyileştirilmesi** alanlarında Uluslararası Sözleşmeler ve Tavsiye Kararları hazırlar. Bu Sözleşmeleri imzalayan ve Tavsiye Kararlarına katılan ülkeler, belli bir gözetim altında, uygulamalarını belli standartlara getirmek yükümlülüğünü kabul etmiş olurlar.

Türkiye Cumhuriyeti Hükümetleri bu güne kadar 153 Uluslararası Sözleşmeden sadece 27'sini imzalamışlardır ve bu sözleşmelerin de sadece 8'i, uzaktan ya da yakından, işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgilidirler. Oysa, ILO Sözleşmelerinin hemen hemen yarısı (% 46) doğrudan işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili hükümlerdir ve hükümetlerimizin kabul ettiği sözleşmelerin hiç biri de temel sözleşmeler değildirler.

Ayrıca, ILO'nun 1980 yılına kadar aldığı tavsiye kararlarının yüzde 28'i işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgilidirler.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün yürütme organı olan Cenevre'deki Uluslararası Çalışma Bürosu ile ülkemizin ilişkileri çok yetersiz bir düzeydedir. Çalışma hayatı açısından çok önemli kararların üretildiği bu kuruluşa oldukça yüklü bir aidat ödeyen Türkiye gereği gibi temsil edilmemekte, ülkemizin kota'sı sayılacak merkezi kadrolara sahip çıkılmadığı gibi, her yıl yapılan Genel Konferansa katılan ülkemiz delegelerinin konunun dışında kalmaları nedeni ile hiçbir itibarı bulunmamaktadır.

İmzalanan Sözleşmeler konusunda gerekli işlemlerin çok yavaş yürütüldüğü ve çeşitli zorlamalar ile hazırlanmış yasa, tüzük ve yönetmeliklerde ILO teknik dokümanlarından yararlanıldığı halde, bunların denetim ve gerçekleştirilmesi açısından önemli açıklarımız olduğu bilinmektedir.

## **GÜNÜMÜZE KADAR GELİŞTİRİLMİŞ İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ MEVZUATI**

Kronolojik Sıra :

- 1865 Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Nizamname
- 1869 Maadin Nizamnamesi
- 1926 818 Sayılı Borçlar Kanunu, 332'inci Maddesi
- 1930 Belediyeler Kanununun 15'inci Maddesi
- 1930 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu
- 1936 3008 Sayılı İş Kanunu

#### Kronolojik Sıra (Devamı)

- 1938 Sınai Müesseselerde ve Maden Ocaklarında Kurslar Açılmasına Dair Kanun  
1939 Fazla Saatler Çalışma Nizamnamesi  
1940 Günde Ancak Sekiz Saat ve Daha Az Çalışması İcâbeden  
1941 İşler Hakkında Nizamname  
1942 İşçilerin Sağlığını Koruma ve İş Emniyeti Nizamnamesi  
1943 Ereğli Kömür Havzası Maden Ocaklarında Çalışan İşçilerin Sıhhi İhtiyaçlarının Teminine Dair Nizamnamesi  
1945 İş Müddetleri Nizamnamesi  
1946 İş Kazaları ile Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu  
1948 Çalışma Bakanlığının Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun  
1950 Ağır ve Tehlikeli İşler Nizamnamesi  
1952 Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu  
1953 Patlayıcı, Porlayıcı, Tehlikeli ve Zararlı Maddelerle Çalışılan İşyerlerinde Alınacak Tedbirler Hakkında Tüzük  
1953 Maden İşletmelerinde Alınacak Emniyet Tedbirleri Hakkında Nizamname Gebe ve Emzikli Kadınların Çalıştırılma Şartları, Emzirme Odaları ve  
1963 Kreşler Hakkında Nizamname Fıkralar Eklenmesine Dair Kanun  
1969 İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları Hakkında Tüzük  
1970 İşyerlerinde İşin Durdurulmasına veya İş Yerlerinin Kapatılmasına İlişkin Tüzük  
1970 Yapı İşlerinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü

#### İLGİLİ DİĞER MEVZUAT

- Listesi 4759 Sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu 6'ncı Maddesine  
Sosyal Sigortalar Kanunu  
İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu  
Çalışma Bakanlığı İş Güvenliği Müfettişleri Yönetmeliği  
Umumi Hıfzısıhha Kanunu  
Gayri Sıhhi Müesseselere Ait Yönetmelik  
Maden Kanunu  
Taşocakları Nizamnamesi  
İmar Kanunu  
Belediye Kanunu  
İstanbul Belediyesi Teknik Talimatnamesi  
Karayolları Trafik Kanunu  
Karayolları Trafik Tüzüğü  
Su Ürünleri Kanunu  
Deniz ve İş Kanunu  
Gemi Adamları Sağlık, İaşe ve İkamet Şartlarını Gösteren Tüzük  
Mühendislik ve Mimarlık Hakkında Kanun  
Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Kanunu  
Kimyagerlik ve Kimya Mühendisleri Hakkında Kanunu  
Kimyagerlik ve Kimya Mühendisleri Hakkında Yönetmelik  
Elektrik İç Tesisat Yönetmeliği  
Türk Standartları Enstitüsü Kuruluş Kanunu  
Türk Standartları Enstitüsü Tarafından Çıkarılan İş Güvenliği İle İlgili Standartlar Listesi

Yukarıda sıralanmış ilgili mevzuat önemli ölçülerde uluslararası yazılı yapılardan ya da endüstrileşmiş ülkelerdeki mevzuat modellerinden esinlenerek hazırlanmış ve oldukça hacimlidir. Ancak, mevzuat konusunda inandırıcı gerekçeler, üçlü temsil prensibi ile Hükümet - İşçi - İşveren katılımı sağlanmaksızın ve ülke gerçekleri konusunda yeterli gözlem ve araştırma yapılmadan hazırlandığı için uygulamalarında önemli yasa ve yönetmelik ihlalleri olmakta ve bunlar denetlenememektedir. İlerde konusu edilecek İş Teftiş ve İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Teftişlerindeki yetersizlikler ülke çapında uygulamaları geciktirmektedir.

## UZMANLARIN GÖRÜŞLERİ

Sanayileşmenin getirdiği sağlık sorunları çeşitli seminer, kurs ve simpozyumlarda sık sık dile getirilmiş ve deneyimli uzmanlar genel durum değerlendirmeleri yapmışlardır. Bunlardan bazı alıntıların yararlı ve açıklayıcı özellikleri vardır.

30.1.1946 tarih ve 4841 sayılı "Çalışma Bakanlığının Kuruluş ve Görevleri Hakkındaki Kanun" 10'uncu maddesi ile "İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğü" kurulmasını öngörmüş ve görevlerini de açık bir şekilde belirlemiş olmasına rağmen, bu Genel Müdürlüğe çoğunca politik ve rastgele atamalar ile etkili hizmet görmesi aksatılmıştır.

1955 yılında işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda çağdaş bir anlayış getirmek ve uygulamaları geliştirmek amacı ile Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) katkıları ile kurulmuş bulunan Yakın ve Orta Doğu Çalışma Enstitüsü, beş yıl kadar heyecanla hizmet verdikten sonra, önce uluslararası niteliğini kaybetmiş ve daha sonra da idari aksaklıklar, personel teminindeki güçlükler ve uzman personelin çalıştırılmasında güçlükler nedeni ile 1970'lerde tesisleri kapatılmış ve enstitünün yasal bir dayanağı bulunması nedeni ile, Çalışma Bakanlığının merkez kuruluşunda gölge bir Müdürlük haline getirilmiştir.

1963 yılında 174 sayılı kanun ile işçi sağlığı ve iş güvenliği konuları Sosyal Sigortalar ve Çalışma Bakanlığının ortak katkıları ile bir örgütlenme hamlesi yapmış, bir yandan teftiş hizmetleri hızlandırılırken, mevzuat da büyük ölçüde gözden geçirilmiş ve bazı teknik yapıtların da yayınlanmasına olanak doğmuştur. Ancak, çeşitli makam çekişmeleri ve politik müdahaleler konuyu kısa bir sürede hedefinden saptırmıştır.

1968 yılında iş müfettişliği örgütüne paralel olarak ve bilimsel destek sağlamak amacıyla, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programları (UNDP) ve ILO dan sağlanan araştırma merkezi malzemeleri ile teknik personel ve burslar kullanılarak "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi İSGÜM" kurulmuş ve endüstriyel gelişim bölgelerinde de bu merkezi örgütün bölge laboratuvarlarının kurulması öngörülmüştür. Bakanlığın üst kademeleri ile ilişkiler iyi tarif edilmediği ve bilimsel özerkliği olmadığı için İSGÜM yönetici kadrolarında peşpeşe ve olumsuz değişiklikler yapılmış ve hizmet etkinliği sağlanamamıştır.

1975 yılında 174 Sayılı Kanunun yürürlükten kaldırılması ile, örgüt önemli bir darbe yemiş, temel bütçe desteğini de kaybederek etkisiz bir hale gelmiştir. Bu arada İSGÜM'ün plansız bir şekilde şehrin dışında bir yerleşmeye alınması kuruluşu tümü ile devre dışı bırakmıştır. ILO ve UNDP gibi kuruluşlar ile iki önemli girişimin bu şekilde başarısız kalması, çalışma örgütlenmemiz açısından olumsuz bir görüş oluşmasına neden olmuştur.

Sosyal Sigortalar Kuruluşunda (Sosyal Güvenlik Bakanlığı dönemi dahil) 506 Sayılı Kanununun 124'üncü maddesi ve 1475 sayılı kanununun 79 ve 80'inci maddeleri uygulamaya konulamadığından koruyucu hekimlik, sigortalanma öncesi sağlık muayenesi gibi konular ele alınmamış ve her şeyden önemlisi de endüstriyel odalarda işçi sağlığı için örgütlenme gerçekleştirilemediğinden, SSK hastaneleri ağır hasta yükü altında sadece poliklinik ve olabildiği ölçülerde tedavi yapan kuruluşlar haline gelmiştir. Bu arada kazaları önleme, koruyucu mesleki sağlık, iş yeri sağlık bakımı, dispanser hizmetleri, tarama, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon düzenleri yerine sadece tedavi hizmetleri benimsenmiş ve çok zaman kaybettirdiği gibi masraflı bir sağlık hizmeti tercih edilmiştir.

Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 180'inci maddesi, 50 ve daha yukarı sayıda işçi çalıştıran işyerlerinde sağlık hizmetlerini zorunlu olarak hükme bağladığı halde, bu konuda yeterli düzenleme ve denetim yapılamadığından çoğu yerlerde bir formalite olmanın ötesine bir hizmet getirememiştir. 50'den daha az işçi çalıştıran yerlerde durum daha da acıklıdır. Yaş altında çocuk çalıştırma, sağlıksız iş ve yaşam koşulları, kaçak işçi çalıştırma ve sinsi şekilde gelişen meslek hastalıkları önemli ölçülere varmakta, yıllardır konusu dilden düşmediği halde, söz konusu iş odalarında işçi sağlığı dispanserlerinin açılması bir türlü gerçekleşmemektedir.

### İŞ KAZALARI VE MESLEK HASTALIKLARI

Bazı verilerin düşündükleri :

Tablo 1 : 1972 - 1981 Yılları Arasında Çalışan Sigortalı İşçi, Meydana Gelen İş Kazası, Meslek Hastalığı, Sürekli İş Göremezlik, Ölümler ve İş Kazası Yüzde Oranları

Yıllar	Çalışan Sigortalı Sayısı	İş Kazası Sayıları	Meslek Hastalığı Sayıları	Sürekli İşgöremezlik	Ölüm	İş Kazası %
1972	1.411.691	163.204	248	2.625	900	11.56
1973	1.649.079	177.004	159	2.484	1.048	10.73
1974	1.799.998	180.375	150	2.747	1.117	1.02
1975	1.823.338	182.601	305	2.764	1.038	19.01
1976	2.017.875	196.341	677	3.187	1.113	9.73
1977	2.191.251	199.961	362	3.454	1.309	9.12
1978	2.206.056	193.998	504	3.075	1.178	8.79
1979	2.152.411	186.089	341	2.905	1.448	8.65
1980	2.204.807	159.600	528	2.577	1.320	7.24
1981	2.228.439	165.101	573	2.407	1.173	7.40
Toplam	19.684.945	1.804.274	3.847	28.225	11.644	93.25
Ortalama	1.968.495	180.428	385	2.823	1.165	9.3

Kaynak : SSK. 1972 - 1981 Yılları İstatistik Yıllıkları

Bu tabloya göre, yılda 300 tam iş günü çalışıldığı varsayılırsa, son 10 yıl ortalaması esas alındığında her çalışma gününde :

- 601 işçinin iş kazası geçirdiği
- 1.3 işçinin meslek hastalığı teşhisi konulduğu
- 9.4 işçinin sürekli işgöremez hale geldiği
- 4.0 işçinin öldüğü ortaya çıkmaktadır.

Tablo 2'de iş kazaları ve meslek hastalıklarına bağlı olarak yapılması zorunlu harcamaların bir özeti verilmiştir. Bu değerler sadece kayıtlara geçen parasal değerlerden ibarettir. Her türlü kazalanmanın yarattığı iş gücü kayıpları, çalışma süreleri, sakatlanmalardan dolayı iş gücü kayıpları, sosyal açıdan işçinin yakın çevresindekiler getirdiği yük ve sosyal yaralar kayıpları daha da büyük ölçülere vardırılmaktadır.

Tablo 2 : 1981 Yılı İş Kazası ve Meslek Hastalığı Tedavi Giderleri

Giderlerin Cinsi	Miktarı
Tedavi Giderleri	25.262.303.-
Geçici iş göremezlik ödeneği	753.926.750.-
Sürekli işgöremezlik ödenekleri	3.063.455.529.-
Ölüm karşılığı ödemeler	4.486.997.480.-
Cenaze giderleri	3.090.324.-
Yakacak yardımı	428.528.273.-
Müessese sigorta hissesi	97.109.810.-
Sağlık tesisi masraf hissesi	569.976.497.-
Yönetim giderleri hissesi	462.919.249.-
Gelir fazlası harcamaları	1.136.770.616.-
Toplam	11.087.036.827.-

Kaynak : SSK. 1981 Yılı Çalışma Raporu, Sayfa 135, Tablo : 13

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, 1981 yılı için görünür giderlerin 11 Milyar liranın üstünde olduğu ve bunun da aslında 44 Milyar civarında gerçek kayıpları (işin duraklaması, sosyal kayıplar, iş görmezlik kayıpları, yeni işçi bulma, eğitim gibi görünmeyen kayıplar ile birlikte) temsil ettiği görülür.

İş kazalarının ve meslek hastalıklarının kaybettirdiği iş günü toplumda büyük yankılar uyandıran ve işverenlerin pek şikayetçi olduğu grevlerde kaybolan iş günü sayısı ile karşılaştırılabilir.

Tablo 3 : 1976 - 1979 Yılları Arasında Grevlerde Kaybolan İşgünü ile İş Kazası ve Mesleki Hastalıklardan Doğan İşgünü Kayıplarının Karşılaştırılması

Yıllar	Grevlerde Kaybolan İşgünü	İş Kazalarında Kaybolan İşgünü	Meslek Hastalığında Kayıp İşgünü
1976	325.830	2.787.219	10.677
1977	1.397.124	3.204.068	8.769
1978	426.127	3.091.218	40.060
1979	1.147.721	2.687.755	27.781
Toplam	3.296.802	11.770.260	87.287

Bu tabloda görüldüğü gibi, iş kazalarında kaybolan iş günü ve meslek hastalıklarından kaybolduğu tahmin edilen iş günü sayısı grevlerde kaybolan gün sayısı ile kıyaslanamayacak ölçülere varmaktadır. İşçilerin, haklarını aramak için grev kararı alacak kadar ileri düzeyde huzursuz olmaları ve grev kararı almaları büyük gürültülere neden olurken, iş yerlerindeki sağlık ve güvenlik önlemlerinin alınmamış olmasından oluşan büyük sayıdaki iş günü kayıpları pek önemsenmediğinden hem ülke hem de işverenler büyük ölçüde iş günü ve ekonomik kayıplara uğramaktadırlar. Burada, söz konusu ihmalin cezasını da işçinin çektiği unutmamak gerekir.

Meslek hastalıklarından dolayı işgünü kayıplarının gerçek değerleri yansıtmadığı bir gerçek olduğu gibi, işçilerin hastane kapılarında günler süren sağlık muayeneleri ve tedavileri için boş geçen fakat işverence işçinin çalışmış gibi gösterildiği gün kayıpları da dikkate alınmamıştır. Endüstride ileri ülkeler ile yarışmaya çalıştığımız endüstriyel atılımlarda, bu ölçüde insan harcamasının ya da gizli emek kayıplarının neden olduğu maliyet artışları küçümsenemez. Devlet işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda yapacağı yatırımlar ile endüstrinin verimliliğini ve vatandaşların fizik ve moral sağlığını güvence altına alabilir.

Pek önemli diğer bir konu da, iş kazalarının büyük ölçüde 1-9 işçi çalıştıran işyerlerinde görülmesidir (1981 yılındaki kazaların yüzde 36.04'ü bu gibi iş yerlerinde görülmüştür). Bu tür kazalardan büyük ölçülerde ekonomik ve insancıl kayıpların olduğu da saptanmıştır. Bu tür iş yerlerindeki kazalanma sıklığının nedenleri aşağıda özetlenmiştir.

1. İş güvenliği müfettişlerinin sayılarının yetersiz olması nedeni ile, bu gibi işyerlerinin denetim dışı kalması;

2. İşçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerinin, esasen parasal gücü az olan bu tür işverenlere, az ya da çok parasal yük getirmesi ve çoğu işverenlerin bu tür önlemlerin yararını da bilmemeleri nedeni ile bundan kaçınmaları;

3. İşyerlerinin, yasaların öngördüğü kurma ve işletme izinleri olmadan çalıştırılması nedeni ile sonradan önlem almak açısından karşılaşılan güçlükler.

Tablo 3'de verilen meslek hastalıkları konusundaki bilgiler yanıltıcıdır. Nitekim, gelişmiş endüstrilerde meslek hastalıklarının sayısı ve çalışanlara oranı ülkemizdekinden çok daha yüksek bulunmaktadır. İşçi sağlığı ve iş güvenliği uygulamaları açısından kıyaslanmayacak ölçülerde ileri uygulamaların bulunduğu bu ülkelerden, meslek hastalıkları açısından daha şanslı bir durumda olmamız söz konusu değildir. Ülkemizde, meslek hastalıklarının teşhisinde ve meslek hastalıklarına neden olacak sakıncalı odakların saptanması ile gerekli önlemlerin alınmasında büyük açığımız vardır. SSK Hastaneleri ise özel ihtisas hastaneleri haline gelememiş, sadece poliklinik ve klinik hizmetleri yetiştirmeye çalışan, işi başından aşmış hastaneler oldukları için çoğu meslek hastalıklarını tanıları yapılamamakta ve bu kadercilik ya da genel tedavi yaklaşımı ile büyük ölçülerde zaman, para ve insan kaybedilmektedir.

SSK Hastanelerinin, meslek hastalıklarının tanısını yapmakta güçlükleri yanısıra, hastalığın kaynağına inmek gibi bir yaklaşımı da söz konusu değildir. Bu hastanelerde **meslek hastalıkları araştırma grupları kurulamamıştır**. Her şeyden önemlisi de, tıp fakültelerimizde koruyucu tıp ve endüstriyel sağlık konuları önemsiz konular şeklinde kısaca değinilerek öğretilmekte, birkaç iyi niyetli öğretim üyesinin çabalarının dışında, gerçek bir meslek hastalıkları araştırması ve öğretimi yapılamamaktadır. Ülkenin üç milyona yaklaşan çalışanlarının sağlık açısından riskli yaşamlarına bu ölçüde ilgisiz kalmak sağlık politikası açısından önemli bir açık sayılmalıdır.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği konularına ve meslek hastalıklarının genel sağlık politikasındaki önemli yerine inanmış birkaç iyi niyetli meslek adamının çabaları ile SSK bağlı olarak kurulmuş İstanbul ve Ankara Meslek Hastalıkları Hastaneleri gereğince etkili olmamışlar ve hastanelerin yöneticilerini yıldırان idari ve parasal engeller nedeni ile çok masraflı tedavi kurumları olmanın ötesinde bir hizmet veremedikleri gibi, kapanmak tehlikesi ile karşı karşıya gelmişlerdir. Meslek hastalıkları konusunda bilimsel araştırmalar yapılmadığı gibi, bu konuda yayınlanmış eserler dahi izlenememekte, en önemlisi de iş güvenliği teftişleri ile sağlık servisleri arasında bir işbirliği bir türlü gerçekleştirilememektedir. İş müfettişliği görevlerinde hekim müfettiş sayısı bir türlü artırılmamaktadır.

Yüzeysel dahi olsa, Milli Güvenlik Konseyince yapılan araştırmalardan sonra ortaya çıkan görüş pek çok gerçeği özetlemektedir.

"İşçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda en iyi hizmet verilen Almanya'dan meslek hastalıklarının sıklık oranı % 0.30 - % 0.50 arasında değiştiği halde, bu oranın ülkemizde % 0.02 - 0.03 arasında bulunması yoruma muhtaçtır. Bilimsel çevrelere göre, yılda en az 20.000 olarak tahmin edilen meslek hastalıkları SSK hastanelerinde 500 - 6000 vak'a olarak görülmektedir. Gerçek durum SSK istatistiklerinde gösterildiğinden daha vahimdir."

Meslek hastalıklarında böyle bir durum gözlemlenirken, Türkiye ile diğer ülkelerdeki iş kazalarından ölüm ile sonuçlanan kazaların sayıları karşılaştırılırsa daha üzücü bir gerçekle karşılaşırız. 1977 - 1981 yılları arasında en fazla ölümcül iş kazasının Türkiye'de



meydana geldiği saptanmıştır. Beş yıllık ortalamaların kıyaslanmasından ülkemizdeki ölümcül iş kazaların :

Fransa'dakinden	9.17
A.B.D.'dekinden	8.75
Yugoslavya'dakinden	3.67
Batı Almanya'dan	3.61
Çekoslovakya'dan	2.20
Mısır'dakinden	1.96
Macaristan'dakinden	1.73
Tunus'dakinden	1.44 defa daha fazla olduğu görülür.

Kömür madenciliği konusunda ise bu oranlar :

İngiltere'dekinden	11.46
Macaristan'dakinden	10.08
Fransa'dakinden	6.71 defa daha fazla sayıdadır.

İş kazalarının istatistik değerlendirmeleri, 1974 yılından 1986 yılına kadar "**iş kazası oranları**"nın devamlı azalma gösterdiğini ortaya koymaktadır. Buna karşılık, 1986 yılı istatistiklerinden görüleceği gibi yine de, 150.821 iş kazası olmuş, 542 kişiye meslek hastalığı tanısı konmuş, 2.625 kişi devamlı işgöremez hale gelmiş ve 1.321 kişi de yaşamını yitirmiştir.

### **İŞ GÜVENLİĞİ DENETİMİ**

Sanayi ve ticarete iş teftişi hakkındaki 81 Sayılı Uluslararası Çalışma Sözleşmesi 13.12.1951 tarihinde 5690 sayılı yasa ile onaylanmış olduğu halde, 1963 yılına kadar önemli bir gelime sağlanamamıştır. 1963 yılında 174 sayılı yasa ile İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Örgütü kurulmuştur. 1977 yılına kadar özlük hakları bakımından Çalışma Bakanlığına bağlı ve yasa gereği olarak parasal giderleri SSK. fonlarından karşılanan iş güvenliği müfettişleri olabildiği ölçülerde denetim görevlerini yürütmekle yetinmişlerdir. 1977 yılında 174 sayılı yasanın iptali ile iş güvenliği müfettişleri bir süre ortada kalmış ve daha sonra bir yönetmelik ile İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde çalıştırılmaya başlanmışlardır.

28.08.1979 tarihinde yürürlüğe giren "İş Teftiş Tüzüğü" ile iş güvenliği müfettişleri ile iş müfettişleri Çalışma Bakanlığı İş Teftiş Kurulu Başkanlığından birleştirilmişlerdir. İSGÜM'de görevli iş güvenliği müfettişleri ise İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğüne bağlı olarak bırakılmışlardır.

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planının Sağlık Hizmetleri bölümünde "İlkeler ve Politikalar" başlığı altında yer alan 1684'üncü maddenin (8) inci paragrafında :

"İşçi sağlığı ve işyeri güvenliği hizmetlerinin günün koşullarına ve yurt gerçeklerine uygun biçimde yaygınlaştırılmasına, mevcut örgütlerin güçlendirilmesi ve gelişmesi yönündeki çalışmalara hız kazandırılacaktır." denilmektedir.

Oysa, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığında halen 250 iş müfettişi çalışmaktadır (iş güvenliği). Bunlardan ancak 150 kadarı işyerlerinde denetim, inceleme ve araştırma yapmaktadır.

Türkiye'de İş Güvenliği Örgütü endüstrileri ileri ülkedekileri ile kıyaslandığında, kadrolarda bulunan müfettişlerin gerek sayısal açıdan ve gerekse deneyimleri bakımından yetersiz kaldığı görülür. İş güvenliği ve iş müfettişleri konularında yüksek öğrenim veren bir yüksek öğrenim kurumu olmadığı gibi, yüksek öğrenim görmüş teknik elemanların eğitimden geçirilebileceği bir kuruluş da düşünülmemiştir. Bilhassa teftiş teorisi, araştırma teknikleri, kaza soruşturması, saha testleri, istatistik değerlendirme, arabuluculuk, şikayetlerin sonuçlandırılması gibi konularda tek güvence, en çok üç ay kadar nazari eğitim ile daha sonraki, yardımcı müfettiş saha eğitimlerine kalmaktadır.

Oysa, 1980 yılı SSK istatistiklerine göre Türkiye'de 241.580 beyanname vermiş işyeri bulunmaktadır. Bir müfettişin ayda ortalama 20 işyeri denetimi yapabileceği hesabı ile (bu düzeyde bir denetim asla gerçekleşmemektedir). 11 aylık normal çalışma süresi içinde bir müfettişin yılda en çok 220 teftiş yapabileceği görülür. Bakanlıktaki müfettişlerin sadece 150'sinin denetim yetkisi bulunduğu da dikkate alınır, en iyimser bir tahminle 33.000 denetim gerçekleştirilmekte. Bir iş yerine yılda bazen birkaç denetim gerekebileceği için, yıl içinde denetimi sağlanan işyeri sayısı gerçekte bu tahminlerin çok altında kalmaktadır. Kaba bir hesapla ve her müfettişin yılda 220 işyerini denetleyeceğini de kabul etmek kaydı ile asgari 1098 iş güvenliği müfettişine gereksinim vardır. Eğer, iş müfettişlerinin görev tanımını genişleterek gerçekten, iş yaşamında sosyal adaletin gerçekleşmesi için tüm görevleri üstlenmeleri öngörülürse örgütün daha geniş olması kaçınılmaz.

Örgütün yeterli sayısal düzeye ulaştırılması yanısıra, statü itibarıyla da gerçek görevlerini yerine getirebilecek bir düzeye eriştirilmesi gerekmektedir. Zira, 28.08.1979 tarihinde çıkarılan "iş teftiş tüzüğü" iş güvenliği müfettişliği kavramını kaldırmış ve tüm Bakanlık müfettişlerinin İş Teftiş Kurulu Başkanlığına bağlamıştır. Aynı tüzüğün 4 ncü maddesinin (B) fıkrasında da iş güvenliğinde çalışacak personel üçüncü sınıf denetim elemanı olarak tarif edilmiştir. Söz konusu iş teftiş tüzüğü Anayasanın 107'inci, 4841 sayılı Çalışma Bakanlığının Kuruluş Kanununun 9 ve 10 uncu maddeleri, 1475 sayılı İş Kanununun 75 ve 89 uncu maddeleri, 81 sayılı Uluslararası Çalışma Sözleşmesinin 15 inci ve 657 sayılı kanunun 105'inci maddelerine aykırı bulunmakta ve iş güvenliği müfettişliğinin statülerinin 1475 sayılı İş Kanununun 89 uncu maddesindeki tanıma göre yeniden düzenlenmesi istenmektedir.

1475 sayılı İş Kanununun 88 inci maddesine göre, iş güvenliği müfettişleri denetleme, inceleme ve araştırma görevlerini devlet adına yaparlar. Devlet adına denetim yetkisi verilen personelin de kendisini güvencede hissetmesi gerekir. Oysa 25 Nisan 1981 gün ve 17321 sayılı resmi gatede'de yayınlanarak yürürlüğe giren 2451 sayılı Bakanlıklar ve Bağlı Kuruluşlarda Atama Usullerine İlişkin Kanun'da Çalışma Bakanlığının iş güvenliği müfettişlerine yer verilmediği için, iş güvenliği müfettişlerinin atamaları halen Makam Onayı ile yapılmaktadır. Bu durum çeşitli haksızlıklara ve politik atamalara açık bir durum yarattığından, devlet adına denetleme yetkisi verilen bu personelin de Bakanlıktaki diğer müfettişler gibi üçlü kararname ile atanması önerilmektedir.

Gerçekte, 5690 sayılı kanun ile onaylanmış bulunan 9q81 sayılı Uluslararası Sözleşme 6 ıncı maddesinde :

"Teftiş personeli memuriyette istikrarı ve hükümet değişikliklerinde ve yersiz dış tesirlerden etkilenmemelerini temin edecek statü ve hizmet koşullarından yararlanan amme memurlarından teşkil edilecektir."

denilmektedir. İmzalanmış Uluslararası Sözleşmelerin uygulanması sorumluluğu da açık bir hüküm olduğuna göre, iş müfettişlerinin statülerini güvenceye alacak ve onları her türlü dış etkilerden koruyacak bir statüye kavuşturulmaları kaçınılmaz olmaktadır. Denetimleri sırasında çeşitli direktifler verebilen ve işverene parasal yükümlülükler getirebilen ve yakın tehlike hallerinde iş yerini kapatmak gibi idari önlemler alabilen müfettişlerin cılız bir otorite ile iş yapamayacakları açıktır.

### **ULUSAL VERİMLİLİK AÇISINDAN**

İş kazalarının büyük ölçülerde sosyal yaralar açtığı ve parasal kayıplara neden olduğu ve sinsi şekilde gelişen meslek hastalıklarının da gizli verim kayıplarına neden olduğu daha önce vurgulanmıştı. Verimlilik yaklaşımı ile bakışta da iş sağlığı ve iş güvenliği sorunlarına bazı önlemler gerektiği ortaya çıkmaktadır. Milli Prodüktivite Merkezi tarafından İstanbul'da gerçekleştirilen bir "İş Kazaları Seminerinde" değerlendirme panelinin vardığı sonuçlar bu açıdan ilginçtir.

"- İşçi sağlığı ve iş güvenliği konusu, siyasal iktidar değişikliklerinden çok az etkilenen biçimde, kalıcı ve sürekli bir devlet politikası olarak ele alınmalıdır;

- İşçi sağlığı ve güvenliği alanında, devlet eliyle, bilgi birikimi, bilgi ve deneyim alışverişi ve görevli kuruluşlar arasında koordinasyon sağlayacak merkezi bir örgütlenme yaratılmalıdır;

- Bu güne kadar ülkemizde koruyucu tıp hizmetleri ihmal edilmiş, özellikle tedavi edici tıp hizmetleri karşısında geri plana itilmiştir. Bu yanlış yaklaşıma son verilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin hızla geliştirilmesi gerekmektedir;

- İş kazaları ve meslek hastalıkları bakımından önemli bir yeri olan işyeri hekimliğine ülkemizde yeterince önem verilmemektedir. İşyeri hekimliğinin işlevini uygun örgütlenme içinde ele alan yasal düzenleme ve uygulamaların geliştirilmesi son derece önemlidir;

- İş kazalarının önlenmesi konusunda, öncelikle işçilerin ve iş güvenliği görevlilerinin ve bu arada her düzeydeki işletme yöneticileri ile işverenlerin de sistematik ve yaygın bir şekilde sürekli eğitilmeleri bir zorunluktur;

- İş kazalarının önlenmesinde denetimin küçümsenmeyecek bir payı vardır. Bu nedenle, hem işletmenin kendi iş güvenliği denetim görevlilerinin, hem de devletçe yürütülen denetim hizmetlerinin nitelik ve nicelik açısından bugünkünden çok daha ileri düzeylere ulaştırılması gerekir;

- İşçi sağlığı ve iş güvenliği sorunları tartışılırken, bu sorunlara çözüm aranırken, özellikle yukarıda sözünü ettiğimiz eğitim çalışmalarını düzenlenirken, İşçi-İşveren-Devlet üçlüsünde, bir "sacayağı"na dayanan bir yaklaşım egemen olmalıdır;

- Bir çok olumlu hükümleri barındırmakla birlikte, konuyla ilgili yasal düzenlemeler, artık önemli ölçülerde eskimiş bulunmaktadır. Bunların geliştirilmesi ve günümüzün koşullarına uygun duruma getirilmesi gerekmektedir;

- İş kazalarına ait güvenilir ve düzenli istatistiklerin, işyeri düzeyinde ve bir örnek yöntemle tutulması sağlanmalıdır;

- Kaza olasılıklarına karşı kullanılması zorunlu olan koruyucu araç-gereçler ile ilgili standartlar geliştirilmeli ve bu araç ve gereçlerin üretiminde belirlenmiş standartlara uygunluk gözetilmelidir. Ayrıca, üzerinde koruyucular ile birlikte imal edilmesi gereken makinaların bu niteliği taşıyıp taşımadığı, imalat aşamasında kontrol edilmelidir;

- Özellikle ağır sanayide çalışan işçilerin 8 saatlik işgünü sonrasındaki yaşantıları üzerine de eğilmeli, bir takım önlemler alınmalıdır. Bu işçilerin işgücünün, çalışma saatleri sonrası yaşama, dinlenme ve beslenme biçimlerinin işyerindeki çalışma ve davranışlarını etkilediği de hatırlanmalıdır;

- İşyerlerinde yapılan kaza araştırmaları, kazaların gerçek nedenlerinin belirlenmesi ve gelecekteki benzer kazaların olasılıklarına karşı gereken önlemlerin alınması bakımından son derece önemlidir. Bu araştırmalar ciddi bir biçimde, açık yüreklilikle yapılmalı, bunu engelleyecek nitelikteki uygulamalar ve alışkanlıkların düzeltilmesine çalışılmalıdır;

- Son olarak; iş kazalarının önlenmesi ya da azaltılması, toplum sağlığının etkilenmesi yönü ile, her şeyden önce, **insancıl ve toplumsal yanı ağır basan bir uygulamadır**. Bununla birlikte, ekonomik yanı da kesinlikle gözden uzak tutulmalıdır. Bu nedenle, özellikle devlet ve işverenler açısından, iş kazalarını önlemek amacıyla yapılacak harcamalar, bir gider kalemi olarak kabul edilmemeli ve pek uzak olmayan bir dönemde kendisini karşılayacak ekonomik yatırımlar olarak görülmelidir.

## **ÇOK YÖNLÜ BİR SORUNDA KOORDİNASYON**

Ülkemizde, iktisaden faal nüfusun yüzde 15'ine yaklaşan, çeşitli sektörlerdeki çalışanların, ülkenin endüstrileşme sürecinde en önemli itici gücü teşkil ettiğinden şüphe yoktur. Endüstriyel verimliliğin optimal düzeyde tutulması, ülke yatırımlarının başarısı için önemli bir girdi olarak kabul edilmelidir.

Endüstrileşme sürecinde, işyeri koşullarının, gizli ya da açık bir şekilde, insan sağlığına zarar vermesi ve önemli iş gücü ve parasal kayıplara neden olan iş kazalarının çoğalması, ulusal endüstrileşmeyi yavaşlatan ve önemli sosyal sonuçları ile de, ulusal kalkınma çabalarını zorlayan düzeylere erişmiştir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği sorunlarının ihmal ve gerekli önlemlerin alınmaması, ülke ekonomisinde de derin yaralar açmaktadır.

Tüm gelişmiş ülkelerde, işçi sağlığı ve iş güvenliği alanlarında hükümetler, işverenler ve işçi teşekkülleri ortaklaşa çaba göstermekte ve görev üstlenmektedirler. Yaptırım ve denetim gücü olan devlet'in ise, ulusal kalkınma planlarına kapsamı giderek genişleyen tedbirler getirerek, çalışanları korumaya özen gösterdiği söz konusu ülkelerdeki teknik yaklaşımlar ve modern yasalarda görülmektedir.

İşçi sorunlarında yasal düzenlemeler, yaptırım ve denetim, her ülkede önemli ölçülerde koordinasyonu gerektirecek şekilde, değişik bakanlıklar, kurum ve kuruluşların alanına girmektedir. İş, işçi ve işveren ile doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkisi bulunan ba-

kanlıklar, meslek kuruluşları, işveren ve işçi örgütleri ve kamu ya da özel kuruluşlarının birbirlerinden uzak ve hiçbir ilişki kurmadan faaliyet gösterdiği ülkemizde, işçi sağlığı ve iş güvenliği mevzuatı iyi işletilmemektedir. Aslında bu mevzuatın hükümleri büyük ölçüde ILO'nun ve ileri düzeyde endüstrileşmiş ülkelerin modellerinden esinlenerek hazırlanmış olmasına rağmen, tarafların hukuki bir dayanışmasının ürünü değildirler. İlgili kurumlar arasındaki kopuk uygulamada büyük aksaklıklara neden olmakta ve benimsenememektedir.

Bu gerçeklerin ışığında, eğer işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında insancıl, bilimsel, güvenilir, benimsenebilir ve gelişimci atılımlar yapılmak isteniyorsa, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı, Milli Eğitim, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Köy İşleri ve Tarım Bakanlığı, İşveren Teşekkülleri, İşçi Teşekkülleri, Devlet Planlama Teşkilatı, Üniversiteler ve Milli Prodüktivite Teşkilatı gibi, işçi sağlığı ve iş güvenliği konuları ile yakından ilgili kuruluşların temsil edildiği bir işbirliği örgütlenmesine: **İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Ulusal Koordinasyon Kurulu**'na gerek vardır.

Ulusal düzeyde araştırma, değerlendirme, planlama, görev ve sorumluluk dağılımı, dış ilişkiler ve enformasyon hizmetlerini üstlenebilecek böyle bir danışma ve koordinasyon örgütünde üçlü temsil (Hükümet-İşverenler-İşçiler) prensibi ile **Sosyal Adalet ve Çalışma Barışını** korumaya temel olacak çalışmalar yapılabilirdi gibi, işçi sağlığı ve iş güvenliği sorununa da öncelikli bir yer verilebilir.

Yukarıda ana hatları ile belirtilen bu öneri, Mili Güvenlik Konseyinin Genel Sekreterliğine götürülmüş ve Genel Sekreterlik bir danışma toplantısı düzenlemiştir. Maalesef, zamanın Çalışma Bakanı bu konuyu iyi incelemeyen hareket geçmiş ve inatlı bir şekilde engellemelere girişerek çalışmaları başka istikamete çevirmiştir. Ülkemizde sakatların korunması konusunda bir ulusal koordinasyon kurulu kurulurken, işçi sağlığı ve iş güvenliği ve kazalardan korunmanın ulusal koordinasyonu yaklaşımını benimseyemeyen Çalışma Bakanlığının bu tutumu, neden bu günlere geldiğimizin gerçek bir kanıtıdır.



7 Nisan 1988 Perşembe

XV. OTURUM

"Türkiye'de İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Sorunları ve  
Çözüm Yolları"

"PANEL"

Oturumu Yöneten  
**Dr. Engin TONGUÇ**  
(Emekli SSK Genel Müdür Yardımcısı  
TTB İşçi Sağlığı Kolu Üyesi)

Çerçeve Bildiri  
**Doç. Dr. İsmail TOPUZOĞLU**  
(Emekli Öğretim Üyesi - TTB İşçi Sağlığı Kolu Üyesi)

Konuşmacılar  
**Dr. Ergin ATASÜ**  
(Eski İşçi Sağlığı Genel Müdürü)

**Haluk ORHON**  
(SSYB Onkara Onkoloji Hastanesi)

**İhsan OTAĞ**  
(TMMOB)

**Dr. Bülent PİYAL**  
(TTB İşçi Sağlığı Kolu Üyesi)

**Dr. Haldun SİRER**  
(İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi Emekli Başhekim  
TTB İşçi Sağlığı Kolu Üyesi)





**Türkiye'de İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Sorunları ve  
Çözüm Yolları Paneline İlişkin Çerçeve Bildiri**  
**Doç. Dr. İsmail TOPUZOĞLU**

Sayın Başkan, Değerli Dinleyenler,

Bana verilen görev bir çerçeve bildiri halinde özet olarak İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği (İSAGÜ) sorunlarını ve olası çözüm yollarını sıralamaktır. Aslında kongrenin bu dördüncü gününe değin birçok konuşmacılar İSAGÜ sorunlarını ve çözüm yollarını değişik açılardan kongreye sundular. Ben elden geldiğince tekrarlardan kaçınarak nisbeten az değinilen yada hiç değinilmeyen konuları vurgulamaya çalışacağım.

Panel konusuna değişik biçimlerde yaklaşım benimsenebilir. Kanımca, İSAGÜ sorunlarının en iyi biçimde saptanması şu olabilirdi. Türkiye'de varolan sanayi kuruluşlarından istatistik kurallarına uygun olarak "katlamalı yöntemle" örnekler (Türkiye'deki işyerlerini her bakımdan - bölgeler, işkolları, işyeri büyüklükleri, işçi sayıları - itibariyle tam olarak temsil edecek örnekler) alınır ve bu işyerlerinde önceden belirlenmiş, geçerli bir anket ve gözlem formuyla özel olarak eğitilmiş kimseler tarafından incelemeler yapılır, durum tespitine gidilir, sonuçlar bilgisayarla değerlendirilerek amaca varılır idi. Bu yöntem her bakımdan doyurucu, objektif biçimde sorunların ortaya çıkmasını sağlayabilirdi. Ancak bu tür bir çalışmanın en azından 8-10 ekibin aylarca süren çalışmasıyla gerçekleştirilebileceği doğaldır. Böyle bir planlamanın resmi kuruluşlarca hiç olmazsa belli bölgeler düzeyinde şimdiye değin yapılmış ve gerçekleştirilmiş olması arzu edilirdi. Sözü edilen çalışma finansman, personel bakımından altından kalkılamayacak bir yük de olmazdı.

Elimizde böyle bir döküman bulunmadığına göre, İSAGÜ sorunlarını saptayacağımız yöntem işyerlerinde çalışanların bu kongreye ve benzeri toplantılara getirdikleri bildirilerden, değişik sınırlı araştırmalardan sağlanan veriler ve kişisel gözlemler olacaktır. Gerçekten bu kongreye Petrol-İş, Yol-İş, Maden-İş, Otomobil-İş, Deri-İş, Basın-İş, Kristal-İş, Şeker-İş, Tarım-İş, Harb-İş, D.Demiryol-İş, gibi sendikalardan, Teletaş, Kordsa, Türk Traktör, Türkiye Taş Kömürleri İşletmesi gibi işyerlerinden, nihayet akademisyenler tarafından değişik işyerlerinde yapılan inceleme ve araştırmalara ait bildiriler getirildi. Bütün bu bilidilerde yer alan sorunları ve çözüm yollarını sizlere toplu olarak sunmam mümkün değil. Ben konulardan bir bölümüne değineceğim ve tartışmacı arkadaşlarım da herhalde geri kalanlarını tamamlayacaklardır.

İzin verirseniz ben İSAGÜ sorunlarını ve çözüm yollarını 9 başlık altında sıralamaya çalışacağım.

**1- Türkiye'de Faal Nüfusun Yaş Dağılımı ve İSAGÜ Durumu :**

DİE 1983 istatistik yılına bakıldığında, (sayfa 186) 1980 nüfus sayımı sonucuna göre, faal nüfus toplamı 19 milyondur (sayıları yuvarlak rakam olarak veriyorum). Bunlardan 1.346.000 kişi 12 - 14 yaş grubunda görülmektedir. 1983 yılında kabul edilen 2869 sayılı yasa ile iş Kanununun 67. maddesi değiştirildi ve 15 yaşından aşağı çocukların

çalıştırılmaları yasaklandı. Ancak hafif işlerde, mesleğe yönelme programlarında, kendilerine zarar vermeyecek işlerde 13 yaşını doldurmuş çocukların çalıştırılmaları mümkündür hükmü getirildi.

Bundan sonraki yıllarda (1984 - 1987) DPT işgücü piyasası istatistiklerinde işgücü arzı 18 milyon 18.764.000 olarak görülmektedir. Yani, Türkiye'de genel nüfus artmakta iken, iş gücünde 1980-1983 yıllarına göre azalma saptanmaktadır. Bu olgu 1984 yılından itibaren faal nüfus hesabının 15 yaş nüfusu üzerinden yapılmasından kaynaklanmaktadır. 1983 öncesi faal nüfusta 12 - 14 yaş grubu yaklaşık 1.350.000 kişi yer almaktadır. 1983 öncesi faal nüfusta 12 - 14 yaş grubu yaklaşık 1.350.000 çocuk otomatik olarak işgücünden düşülmüş oluyor. Ne var ki, bu çocuklardan (12 - 14 yaş grubundan) önemli bir bölümü imalat sanayiinde çırak olarak çalışmaktadır. Belirtmek istediğim nokta, yaş değişikliği yapılmakla 12 - 14 yaş grubu faal nüfus istatistiklerine alınmaz oldu, fakat gerçekte bu çocuklar "çırak" adı altında yetersiz koşullarda çalışmaya devam etmektedirler. 1986 yılında çıkartılan 3308 sayılı Çıraklık ve Mesleki Eğitim Yasası da bunlara şimdiki durumdan uygun bir statü sağlamakdan uzak. Gerçek şu ki, ülkemizde halen gözardı edilemeyecek yasal korunmadan yoksun bir çocuk işçi sorunu vardır. Bunlarla ilgilenecek belli bir resmi kuruluş ise görünürde yok. Dün Doç. Dr. Gürhan Fişek bunların işyerlerinin hızla iyileştirilmesini, bir ölçüde, çözüm olarak öne sürdü. Kanımca bu yaş grubundaki çocukların okullaşmasını sağlamak en köklü çözümdür. Ancak bu işin başarılması için Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı girişimlerini şu aşamada yeterli olduğunu söylemek güç. Konu ciddi bir çocuk işçiler sağlık sorunu planlaması ve araştırması olarak ortadadır. Bir boşluk vardır.

## **2- Faal Nüfusun Sektörel Dağılımı ve İSAGÜ Durumu :**

DPT 1987 Programı Türkiye'de Sektörel İstihdam verilerine göre 16.284 milyon çalışandan 9.363 milyon kişinin tarım işçisi olduğu ve bunların İSAGÜ konularının bütünüyle açıkta olduğudur. Hiçbir düzenleyici önlem bulunmadığı ayrıca yaklaşık 200.000 gezici tarım işçisinin de Çukurova'da Ege'de en ilkel koşullar altında belli aylarda ve mevsimlerde temiz içme suyu, sağlıklı beslenme gibi en temel gereksinimlerden yoksun olarak çalıştıkları, bulaşıcı hastalıklara, sıtma dahil maruz durumda kalmalarıdır. Bu sorunun çözümü bir an önce tarım iş yasağı çıkartılması / İş yasasına bunları kapsayacak hükümlerin konmasıdır.

Gerek çocuk işçiler, gerekse tarım işçilerinin İSAGÜ sorunlarının çok büyük ve çözümü güç olduğunu takdir ediyorum. Fakat böyle bir Ulusal Kongre'de bu kesimleri yokmuş sayarak, söz etmeden, tartışmadan geçemeyiz. İSAGÜ ile ilgilenenlerin bu ağır sorunların çözümü için çaba göstermeleri, destek sağlamaları zorunludur.

## **3- İşyerlerinin Çalıştırdıkları İşçi Sayıları ve İSAGÜ Durumu :**

1987 verilerine göre, İş Yasasına tabi işyeri sayısı 547.000 olarak bildirilmektedir. SSK yasasına tabi işyeri sayısı 1.1 milyondan fazla. 540.000 işyerinden 7.500 kadarının 50 ve daha fazla işçi çalıştırdığı tahmin edilmektedir. Genelde küçük işyerlerinin İSAGÜ bakımından daha yetersiz durumda kaldıkları ve bunları denetlemenin de güç olduğu kabul edilmektedir. Sanayi ve Ticaret Bakanlığına bağlı KÜSGET (Küçük Sanayii Geliştirme

Teşkilatı) ve Organize Sanayi Bölge Müdürlükleri aracılığı ile küçük işyerlerine ulaşmanın denetim bakımından daha verimli olabileceği üzerinde durulmalıdır. Bu kuruluşlarla işbirliği olanakları genişletilmelidir. Buralarda ortak İSAGÜ birimleri oluşturulması imkanları araştırılabilir.

#### **4- İşçi Sağlığına İlişkin Yasal Düzenlemeler :**

Başta İş Yasası ve bu yasaya göre çıkarılan tüzük ve yönetmeliklerle yürürlüğe konulan İSAGÜ hükümleri hakkında görüş farklılıkları vardır. Kimi iştirakçiler ve konuşmacılar bunları yeterli bulmakta, kimi konuşmacılar da yetersiz saymaktadırlar. (Parlayıcı, Patlayıcı Maddeler Tüzüğü'nün çizelgesini örnek göstererek). Yol-İş Sendikası araştırma uzmanı ise, bazı hükümlerin çok ileri sayıldığını söyledi. Gerçekte sözü edilen tüzüklerdeki İSAGÜ hükümleri İLO'nun hükümetler ve işyerleri için kılavuz niteliğinde yayınladığı belgelerden alınmış, kimi değişikliklerle ülkemize adapte etme gayretiyle dilimize çevrilmiştir. Ancak bu mevzuatın zamanında gereği kadar yenilenmediği bir gerçektir. Öte yandan bu tür mevzuat hazırlanmasında işçi ve işveren görüşlerinin her zaman alınmasında yarar bulunduğu hatırd tutulmalıdır.

Köklü bir değişimde iş hukuku uzmanı Doç. Dr. S.Süzek'in öne sürdüğü gibi iş yasasından bağımsız ABD ve İngiltere'de olduğu gibi doğrudan İSAGÜ'ye ait bir yasa çıkarılması düşünülmelidir.

Kimi önemli eksiklerin işçi ve işveren görüşleri alınarak daha kısa zamanda giderilmesi uygun sayılabilir. Bu maksatla mevzuatın eleştirel görüşle taramadan geçirilmesi düşünülmelidir. Acil bir konu olarak işyerlerinde kullanılan kimyasal maddeler bileşiminin işveren tarafından bilinmesi zorunluluğu ve bu bilgilerin gerektiğinde (ticari gizlilik kurallarına uyulması kaydıyla) işçi temsilcisine, iş güvenliği müfettişlerine açıklanması hükmünün yürürlüğe konması üzerinde durulmalıdır.

#### **5- Ülkenin Tüm Nüfusa İlişkin Sağlık Hizmeti ve İSAGÜ Durumu :**

Ülkenin genel sağlık hizmeti yetersiz ise, bu durum İSAGÜ hizmetini de olumsuz biçimde etkiler. Örneğin bir ülkede koruyucu sağlık hizmeti yetersiz ise, işçilerin bulaşıcı hastalıklardan korunması ve sağlıklı beslenmeleri güçleşir. Sıtma, tüberküloz yaygın ise, gıda hijyeni yetersiz ise, elbet işçi kesimi de bunlardan etkilenir. Bu nedenlerle genel sağlık hizmetinin bir an önce düzeltilmesi ve tutarlı bir sağlık politikası ile geliştirilmesi işçi sağlığına da olumlu biçimde yansıtacaktır.

#### **6- İSAGÜ ile ilgili Taraflardan İşveren, İşçi ve Devletin Tutum ve Davranışları :**

İşverenlerin genelde İSAGÜ konularındaki tutum ve davranışlarının yetersiz kaldığı kongreye sunulan bildirimlerde ve tartışmalarda sürekli olarak yinelendi. Yaptırımların caydırıcı olması ısrarla vurgulandı, ABD den İngiltere'den örnekler verildi.

Kurma, işletme izni işlemlerinin gereği gibi yürütülmediği açıklandı. Aslında bu işlemlerin çok karmaşık olduğu bilinmektedir. Bu konunun çağdaş teknolojik imkanlara ve ülke koşullarına uygun duruma getirilmesi için işçi sendikaları adına uzmanların görüşleri alınarak hazırlıklar yapılmasında büyük yarar vardır.

Başka bir konu da işveren için özendirici olacak uygulamalara mevzuatımızda yer verilmesidir. Başka ülkelerde denenmiş ve yararlı olduğu kabul edilen, İSAGÜ önlemleri almaya özendirici, İSAGÜ girişimlerini destekler nitelikteki bu tür uygulamalara; İSAGÜ açısından iyi donanmış işyerlerine sosyal sigorta primlerinden belli oranların iadesi, İSAGÜ yatırımı için işverenlere vergi bağışıklığı tanınması gibi işlemler örnek oluşturabilir.

İşçi Sendikalarının İSAGÜ'de etkinliklerini arttırmak için son yıllarda yeni yöntemler geliştirilmiştir. Örneğin, işyerleri İSAGÜ kurullarında işçi temsilciliklerinin sayıları Fransa'da ve Belçika'da artırılmıştır. Daha ileri bir atılım olarak da İSAGÜ kurulları danışma organı olmaktan ileriye götürülmüş kendilerine idari yetkiler verilmiştir. Tüm İSAGÜ etkinliklerini denetleme yetkisiyle birlikte işverenden her türlü bilgi alma kolaylıklarının da sağlandığı İtalya'da görülmektedir. Ancak bu tür etkinlikler için İSAGÜ kurullarındaki işçi temsilcilerinin yeterli bilgiye sahip olmaları da öngörülmüştür. Nitekim İngiltere'de İSAGÜ kurulu'nun temsilcisinin işyeri dışında ciddi bir eğitimden geçmesini sağlayan hükümler kabul edilmiştir.

Ayrıca toplu iş sözleşmelerine İSAGÜ açısından genel ifadeler konması yerine somut istekleri (standart koruma malzemesi, tıbbi muayeneler v.b.) belirten hükümlere yer verilmesinin uygun olacağı bildirilerde açıklandı.

Devletin İSAGÜ konusundaki tutumuna şu kadarla değinmekte yarar var. Yaptırımların caydırıcı düzeye çıkartılması, İSAGÜ yasal düzenlemelerinde işçi sendikaları görüşlerinin alınması başka bir deyişle diğer ileri sanayi ülkelerinde uygulamalara koşut işlemlerin Türkiye için de benimsenmesi gerekli görülmektedir.

Ülkemiz açısından devlet icraatıyla ilgili İSAGÜ'ye ilişkin önemli ve yerine getirilmesinde büyük yarar görülen bir eksik nokta şu olmaktadır. İş teftişi (denetim) sonuçlarının yıllık raporlar halinde yayınlanması, bu yayınlarda İSAGÜ teftiş sayılarına, önemli bulgulara, alınan önlemlere, ceza uygulamalarına yerverilmesi etkili bir iletişim aracı olacaktır. Böylelikle kamuoyu İSAGÜ alanındaki devlet icraatını her yıl yakından izlemek ve değerlendirmek fırsatını bulacaktır.

Teknik iş müfettişi sayılarının yetersizliği yüzünden Türkiye'de İSAGÜ denetiminin yeterli biçimde yapılmadığı bilinmektedir. Bu koşullar altında denetimi bir ölçüde olsun daha etkili duruma getirecek önlem, işyerlerini İSAGÜ açısından tehlike derecelerine göre sınıflamak olabilir. Örneğin; ABD gibi. Sonra nisbeten tehlikeli olan işyerlerinin daha sık teftişi gerçekleştirilebilir.

SSK'nün işçi sağlığındaki rolü sanırım tartışmacılar tarafından ayrıntılı olarak ele alınacak dolayısıyla ben bu konuya değinmiyorum.

## **7- İSAGÜ ile İlgili Eğitim ve Araştırma Kurumlarının**

### **Oluşturulması ve Etkinlikleri :**

İSAGÜ uygulamaları konulara belli bir sistemle yaklaşımı gerektirir. Özellikle yeni teknolojilerde tehlikeler çok büyük olabilir, zararlı etki hemen değil, uzun bir süre sonra meydana çıkabilir. Konular özel bilgi, sürekli izleme ve değerlendirmeyi gerekli kılar. Doğal olarak bu tür yaklaşım için inceleme ve araştırmalara gereklilik vardır. Koruyucu önlemler için çevre analizleri, ölçmeler, gaz kromatografisi, atomik absorpsiyon gibi

araçlarla çalışmalar gerekir. Tıbbi yönden çağdaş tıp teknolojisini içine alan yöntemlerle araştırmalar zorunludur. Bu nedenlerle İSAGÜ'de eğitim ve araştırma zorunludur. Eğitimin her düzeyde yapılmasına gerek vardır. Düz işçiden, kalifiye işçiye, formen'e, teknisyene, mühendise, hekime, işverene kadar uzanan düzeylerde eğitim gerekliliği kabul edilmiştir. Bu nedenlerle üniversite düzeyinde mezuniyet sonrası eğitimlerden başlayarak teknik okullar dahil, işyeri düzeyine kadar geniş bir eğitim faaliyetinin İSAGÜ de zorunlu bulunduğu hatırd tutulmalıdır. Kendi ülkemizde İSAGÜ alanında bilgi açığı bulunduğunu açıkca kabul etmeliyiz. Üniversitelerimizde İSAGÜ konularının ancak son yıllarda çok sınırlı olarak ele alındığı bir gerçektir. Örneğin iş hijyeni üniversite düzeyinde düzenli bir kurs olarak ancak 1986'da ODTÜ'de ele alınabilmiştir. İSAGÜ Araştırma Enstitülerinin ABD'de Fransa'da ve öteki ileri ülkelerde çok yönlü çalışmaları bulunduğu bilinmektedir. Örneğin NIOSH, Fransa'da Ulusal İş Güvenliği Enstitüsü çalışmaları gibi. Bizde İSGÜM'ün benzeri bir işlevi yerine getirmek üzere kurulduğunu söyleyebilirim. İSGÜM'ün kuruluş aşamalarında görev aldığım için bu kuruluşun amaçlarını iyice hatırlıyorum ve bunları aktarmak istiyorum. O zaman 5 amaç saptanmıştı. 1) İşyerleri atmosfer analizleri gibi yöntemlerle İSAGÜ teftişini teknik açıdan desteklemek. 2) İş güvenliği müfettişlerine ve İSAGÜ uzmanlarına - Hizmet içi eğitim sağlamak. 3) İşverenlere ve işçi sendikalarına Yalnız risk saptama anlamında değil, koruyucu önlemleri ve donanımı önerecek biçimde - Danışmanlık yapmak. 4) Koruyucu standartları geliştirmek, 5) İSAGÜ alanında eğitim-araç gereçleri ve yayınlar hazırlamak. Bu bakımdan İSGÜM'ün şimdiki çalışmalarını olumlu karşılama ile beraber bu etkinliklerin çok daha genişletilmesine gereklilik bulunduğunu vurgulamak istiyorum. Aynı biçimde üniversitelerde İSAGÜ eğitim ve araştırma birimlerine de gereksinim bulunduğunu söylemek isterim.

#### **8- Meslek Kuruluşlarının İSAGÜ'ye Katkıları :**

Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) Birinci Ulusal İşçi Sağlığı Kongresinden sonra ara verdiği İSAGÜ çalışmalarının ancak bir yıl önce yeniden ele aldığı görülmektedir. Son yıl içinde TTB'nin belli bir İSAGÜ politikası saptadığı ve kendi bünyesinde bir işçi sağlığı kolu oluşturduğu kongreye bildirildi. Gene son yıl içinde ilk defa olarak TTB Merkez Konseyi İstanbul Tabip Odası ile birlikte bir iş hekimliği sertifika kursu planlanmış ve gerçekleştirmiştir. Bu etkinliklerin sürekli biçimde geliştirileceği ve yaygınlaştırılacağı umulmaktadır.

Türkiye Mühendis ve Mimar Odalarının (TMMOB) zaman zaman İSAGÜ alanında etkinlikleri görülmektedir. Nitekim TMMOB bu kongreye de temsilcileriyle bildirilerle katılmaktadır. Kanımızca TMMOB'nun İSAGÜ çalışmalarına daha ağırlıklı biçimde katılması yerinde olacaktır.

#### **9- Kamuoyunun İSAGÜ'ye Duyarlılığı :**

Bu kongrenin birinci panelinde bir gazeteci panelist İSAGÜ konularının kendilerine yeterince aktarıldığı takdirde sorunları daha iyi işleyebileceklerini bildirdi. Fransa'da Televizyonda yapılan bir uygulamayı uluslararası bir kongrede dinlemiştim. İnşaat İş kolunda İSAGÜ konularında kamuoyunu etkilemek için bizim televizyonun (TRT)'nin "Ben Bilirim" yarışma programına benzer programlar uyguladığı ve çok başarılı olduğu bildirilmişti. Bir

kitle eğitim aracı olarak önemini kanıtlamış bulunan TV'nin İSAGÜ konusunda ülkemizde yeterince kullanıldığını söyleyemiyoruz.

Genelde bütün dünyada İSAGÜ toplumsal, ahlaksal yönü ağır basan bir konu olarak kabul edilir. İSAGÜ'nin ekonomik, hukuksal ve politik yönleri vardır. Bunların tümü yaratıcı, üretici insana saygıda bunun gereği insan sağlığının, güvenliğinin korunmasında odaklaşan İSAGÜ etkinliklerinin pekiştirecek ekonomik, hukuksal, politik düzen'in öğeleri olarak algılanmalıdır. Çağımızda insana saygı temel insan haklarını eksiksiz uygulamakla eşanlamalı, gerekliliği tartışma götürmeyen bir uygarlık ölçөгüdür. Toplumların bu kavrama ulaşabildikleri ölçüde sosyal barışa, refaha, mutluluğa kavuştukları savunulur. Kamuoyunun bu gerçeği açıkça görmesi ve benimsemesi için güçlü, sistemli yöntemlerle aydınlatılması kaçınılmazdır. İSAGÜ konusunun önemi ve niteliği bölük, pörçük, bir birinden kopuk çalışmalarla kamuoyuna etkin biçimde aktarılamaz. Konu, kamuoyuna bir bütün içinde güçlü, inandırıcı olarak sunulmalıdır. Bu amaçla Türkiye'de ayrı ayrı kuruluşların birbirinden habersiz, dağınık olarak yürüttükleri İSAGÜ çalışmalarını birarada, planlı, etkili biçimde sunacak bir mekanizma geliştirmeleri zorluluğu vardır. İSAGÜ konusunun sahipleri olan işçi, işveren kuruluşlarının, devletin, üniversitelerin, meslek odalarının biraraya gelip, ulusal düzeyde kurul oluşturarak, çalışmaları koordineli biçimde yürütmeleri varolan İSAGÜ sorunlarının çözümü için en akılcı yol olarak görünmektedir. Şimdiye değin yıllarca savunulmuş olan bu görüş kongremizde de tekrar, tekrar gündeme getirildi.

Gerçekten tüm kesimlerin seslerini duyurabilecekleri, katkılar sağlayabilecekleri böyle bir kuruluş tam anlamıyla demokratik bir çözüm olacaktır. Hiç kuşkusuz ancak bu tür güçlü bir kuruluş girişimi olarak İSAGÜ kamuoyunda etkinlik ve destek kazanacaktır.

Sözlerimi burada kesiyor ve konuyu daha ayrıntılı tartışmaları için panel üyelerine bırakıyorum.

### **Dr. Ergin ATASÜ**

Efendim işçi sağlığı ve işçi güvenliği sorunlarına ilişkin tartışmalar bundan 10 yıl önce İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün Türk Tabipleri Birliği ve İşçi Sendikalarıyla ortaklaşa yaptığı Birinci İşçi Sağlığı Ulusal Kongresinde tartışılan konuları aynen muhafaza ediyor. Yani bir arpa boyu yol alınmamış. Yani dört gündür dinlememin sonucunda edindiğim izlenimim budur. Bu da doğaldır Türkiye koşullarında. Özellikle o dönemde asgari ücretin satın alma gücünün bugünkü asgari ücretin satınalma gücünün çok üstünde olduğunu da bir örnek olarak söyleyebiliriz. Bu arada, sendikaların yaptırım güçlerinin, bugüne göre, o gün daha etkin olduğunu söyleyebiliriz. Yani durum, işçilerin konumu itibarıyla daha geriye gitmiş, tabii dolayısıyla işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda yapılacak olanların da hiçbirisi yapılmamış ve sorun daha da vahim bir tabloya bürünmüştür.

Türkiye'de işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda etkinleşebilmek için, denetim kurumunun bağımsızlaştırılması gerekmektedir. Bunu, altını çizerek söylüyorum. Yani, işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında denetim yapacak olana kişilerin bağımsız bir kuruma bağlı

olmaları gerekmektedir. Çünkü Dünya'nın hiçbir yerinde, hem kadılık ve hem de şahitlik bir kişinin tekelinde olamaz. Türkiye'de devlet, işyeri sahibidir. Üstelik, Sayın Tonguç'un söylediği o binden fazla işçi çalıştıran işyerlerinin yüzde 80'i devletin elindedir. Devlet, denetim mekanizmasını da şayet kendisi kurar ve kontrol ederse, işte kadının hem şahit, hem de kadı olduğu mahkeme düzenine geçilmiştir. Bu, temelden sakat bir yapılanmalıdır. Bu yapılanmanın ise aşılması gerekmektedir. O nedenle, işçi sağlığı ve iş güvenliği kurumlarının bağımsız olmaları için, benim çalışma zamanımda topladığımız Ulusal İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Konseyi'nin göreve davet edilmesinin nedeni budur. O zamanki amacımız, bu konseye işlerlik kazandırmak, konseyi idari ve ekonomik açıdan bağımsız hale getirmek ve denetimi bu konseye devretmektir. Bu amaçla yapılan toplantılardan hiçbir sonuç alınamamıştır. Yalnız o dönemde bu toplantılara ilgi büyük olmuştur. Gerek meslek kuruluşlarından, gerek işçi sendikalarından ilgi çok olmuştur; fakat, hükümet kademesinde, yapılanma açısından, belirli bir kazanım ve ilerleme maalesef sağlanamamıştır.

Şimdi, burada denetimin bağımsızlaştırılması sorunu ile birlikte tabii ekonomik kaynak yaratmak da gerekmektedir. Ekonomik kaynağın yeri açıktır. Çünkü, yasalar, tüzükler ve yönetmelikler bu işin ödemesini, eğitimini, denetimini, kullanacağı araçların teminini yani herşeyi işverene yüklemiştir. Yani, burada ortaya çıkacak olan mali portrenin karşılanmasından işveren sorumlu olacaktır. Bugün Türkiye'de bir yatırım projesi meydana getirildiği zaman, işçi sağlığı ve iş güvenliği yatırımı da o projenin ayrılmaz bir bütünü olmak zorundadır; ama hiçbir fizibilite etüdünde, işçi sağlığı ve iş güvenliği yatırımı da o projenin ayrılmaz bir bütünü olmak zorundadır; ama hiçbir fizibilite etüdünde, işçi sağlığı ve iş güvenliği harcamaları yer almamaktadır. Devletin hem kadı hem şahit olduğu sistemde de bu, böyle olacaktır. Bundan kaçınılmaz... DPT'ye giden bir şeyin fizibilite etüdüünü uzmanlar "Hani bunun işçi sağlığı, iş güvenliği maliyeti" diye hiç geri çevirir mi? Çevirmiyor. Oysa, yatırım bir bütündür ve İSAGÜ yatırımı yatırımın bütünlüğü içerisinde ele alınması gereken bir parçadır.

Makina koruyucuları.... Dünyanın hiçbir yerinde duyulmamıştır : Makina ithal etmektedir işveren, koruyucusunu ise ithal etmemektedir. Böyle bir makina acaba gümrükten nasıl geçer? Böyle bir makineye nasıl kuruluş izni verilir, nasıl açma izni verilir? Ama yasalar bunu koymuştur. Onun için en kısa zamanda devletin tekelinden bu çıkarılmalıdır. Yoksa, burada daha on seneler boyunca aynı konular tartışılır ve gerçekten bunun farkına varamayan insanlar olarak yüz sene sonra gelecek olanlar ise bizimle dalga geçerler. Bu işin halledilmesi için bu kurumun bağımsızlaştırılması şarttır.

Şimdi ise daha ayrıntılı olan konulara müsaade ederseniz girmek istiyorum :

Şimdi yapılan denetim, müfettişler aracılığıyla yürütülmektedir. 280 kusur müfettiş vardır. 1 milyona yakın işyerinin olduğu bir ülkede 280 müfettişle de denetimin yapılamayacağı açıktır. Hesaplamalara göre işyerlerinin % 3'ü kontrol ediliyor, ama gerçekte yüzde 3'de kontrol edilmiyor, binde üç de... Çünkü, denetimin içerik olarak ele alınması, müfettişin formasyonu, gittiği yerde neye bakacağı, neyin üzerinde duracağı eğer tartışma içerisine getirilecek olursa, Türkiye'de işyerlerinin hemen hemen hepsinin denetim dışında olduğunu kabul etmek gerekir.

Türkiye'de işçi sağlığı ve iş güvenliği işverenin insafına kalmıştır. Burada, dinlediğimiz gibi, KORDSA gibi, TÜRK TRAKTÖR gibi, bazı işyerlerinde İşçi Sağlığı İş

Güvenliği kurulları işletilmektedir, birtakım şeyler yapılmaktadır; ama bunlar genel işleyiş içerisinde devrede kulak kalmaktadır.

Her şeyden evvel, bu denetim mekanizmasının etkinleştirilmesi açısından, nasıl bugün devlet alacağına şahin ise, herkesin kapısına birer maliye memuru koyuyor, girene de dışarı çıkana da "Fişini aldın mı arkadaş?" diyor, demek ki bu işi devlet alacağı olduğu zaman bu kadar şahince yapıyorsa, bağımsız kurumlarda da, işçi sendikalarının ağırlıklı olduğu kurumlarda da bu denetim işte böyle yürüyecektir. Yani işyerlerinde etkin denetim sonucunda makinanın koruyucusu var mı, yok mu, kurşun zehirlenmesinin yüzdesi kaçtır, doğru olarak bilinecek.

Şimdi Sayın Topuzoğlu doğru bir örnek verdi ve "Biz bir fabrika kapattık" dedi. O fabrikanın nasıl kapatıldığını kendileri iyi bilir, nasıl baskı altında yaşadık o dönemde. Bir fabrika kapatılması yüzünden istifalar etmek zorunda bile kalıyorduk.

Şimdi, demek istiyorum ki, bu zaten mekanizma olarak işlemiyor ve bağımsız hale gelmeden de işlemez. Denetimin işkollarına göre form hale getirilmesi gerekmektedir. Bu formlar bilimsel kurumlarda hazırlanmalıdır. İnşaat işkolunda müfettiş gidecektir ve elindeki forma göre denetim yapacaktır. Yoksa kendi aklına gelen sorularla, şunlarla, bunlarla denetim olmaz. Bu formlar bastırılıp, kullanılabilir. Bunlar, birçok işkolu için de hazırlanmıştır. Bunlar yaygın olarak kullanılmalıdır. İnşaat işkolunda kazalar daha çoktur ve ölümler biten kazaların en çok olduğu işkolu da inşaat işkoludur. Bu işkolunda da inşaat polisi kurulmalıdır. Denetime ek olarak bu yapılmalıdır. Bunlar işyerlerini sürekli denetlemelidir. Ancak, bu şekilde inşaat işkolunda ölümcül kazaların önü alınabilir. Şimdi, aslında çalışan bir kişinin yaşamı o kadar önemlidir ki, dünya çalışanların ellerinde yükseliyor kurulduğu günden beri... Doğaya bu şekli veren, bu kentleşmeyi ortaya çıkaran, bu sanayii, bu güzelim nimetlerinden istifade ettiğimiz sanayii onlar bize getiriyor. Demin bir konuşma sırasında "Türkiye'de 15 AIDS'li var, onlar ölsün, biz başka işe bakalım" dendi. Böyle şey yok... Türkiye'de bir kişinin yaşamı bile önemlidir. Hiçbir şey, hiçbir şeye feda edilemez. Yani İnsan hayatının söz konusu olduğu yerde bir kişinin yaşamı bile söz konusu olsa, şu, daha önemlidir, şu daha ehemmiyetsizdir, şu daha önemlidir, şu daha önemsizdir diye tartışma yürütülemez. Bu bir uygarlık sorunudur. Bir kedinin, bir ağacın tepesinde kalması, icabında Avrupa'da bir şehri allak bullak etmektedir. Bütün itfaiye teşkilatı seferber olmaktadır. Ama niçin?.. Çünkü o doğanın bir süsüdür ve ayrılmaz bir parçasıdır. Onu korumak uygarlığın gereğidir. Yoksa bir insanın hayatı feda olsun, iki kişininki feda olsun... O zihniyet yanlış bir zihniyettir.

İkinci alan, yani gene ölümcül ve bu sefer yaşam boyu sakatlıkların sürdüğü işkolu da makina ile çalışan, makina aksamının koruyucularının olmadığı alandır ki, bu kolda da denetimler etkinleştirilmelidir ve özellikle de Makina Mühendisleri Odasının da katılımıyla, yine sendikaların da katılımıyla en kısa zamanda makina ile çalışan işyerlerinde koruyucusuz olanlar ilan edilmelidir. Çünkü bunu, hiçbir yasa yasaklamaz. Efendim devletin denetim yapan müfettişi açıklama yapamaz; ama bir sendikanın veya bir makine mühendisleri odasının gidip de falan işyerinde koruyucusuz makina ile çalışılmaktadır demesini hiçbir yasa engellemez. Yani biz hep yasaları bahane ederken, biraz da kendimiz üzerimize düşenleri yapmalıyız.

Şimdi, bunun yanısıra, işyerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından en büyük açmaz, beslenme problemidir ülkemizde. TKİ'de Zonguldak'ta yaptığımız araştırmalar



sırasında bir arkadaş "İşçiler, eşleriyle gece cinsel ilişkide bulunmasınlar, öyle gelsinler sabahleyin işe, ancak o zaman iş kazalarının önü alınır" demiştir. Bu kadar akılsızca ve mantıksızca öneriler vardır. Yani insanın fizyolojik yaşamının, insanın çalışmasını etkileyeceğine, gerçekten inanan arkadaşlardan bize raporlar gelmiştir. Gittik, araştırdık, nedir, ne değildir diye. Hakikaten sabahleyin işe gelen adamın kanındaki şeker seviyesinin son derece düşük olduğunu gördük Şeker seviyesi 60'ın altında... Çünkü adam akşam saat 18.00'de yemek yemiştir ve 7.30'da işbaşı yapmıştır. Gece 12 -13 saat kursağından hiçbir şey geçmemiş, onun için açlık kan şekeri düşmüş ve yapılan araştırmalar da gösteriyor ki, çalışmanın ilk üç saatindeki iş kazası, iş kazalarının tümünün aşığı yukarı yüzde 60'ını oluşturuyor.

Dolayısıyla, beslenmenin, iş veriminin ayrılmaz bir parçası olduğunu kabul etmemiz gerekiyor. Bilhassa emek-yoğun işlerde beslenme işyerinde yapılmalıdır. Bunun yaygınlaştırılması gerekiyor. Aksi halde iş kazası da artacaktır, meslek hastalıkları da artacaktır. emek-yoğun çalışılan işkollarında. Yani bunun adı "Dinlenme saati" olmalıdır. Gerçekten işçi, hiçolmazsa en azından bir yarım saat dinlendirilmelidir. Ondan sonra tekrar çalışma başlamalıdır. İnsani öge bunu emreder...

İşçiler, işyerlerine getirilip, götürülmeye zorunlu taşımaya tabi tutulmalıdırlar. Yani, işveren bu konuda zorunlu taşımanın yükünü yüklenmelidir. Çünkü, kent merkezine uzak işyerlerinde ve hele büyük kentlerde büyük bir mücadele ve büyük bir uğraş sonunda işyerine varan işçi zaten enerjisinin büyük bir kısmını daha işe başlamadan tüketmektedir. Yani, toplu işçi çalıştıran işyerlerinin kendi araçlarıyla işçiyi evinden işyerine, işyerinden de evine getirip, götürmesi gerekmektedir. Bu da iş kazalarını azaltacak önemli faktörlerden biridir.

Bu arada, sendikalar kendi bünyelerinde iş güvenliği laboratuvarları oluşturmalıdırlar. Örneğin, tozun sorun olduğu yerlerde bir iki tozölçer buldurmak masraf değildir. Sesin, gürültünün yoğun olduğu yerlerde bir sesölçer almak çok büyük bir parayı gerektirmez. Bu yolla işyerlerinde resmi denetim dışı bir incelemeyi de sendika aracılığıyla götürmekte büyük yarar vardır. Bu yolla basına getirilecek olan bilgiler, açıklamalar, işyerlerinde belirli birtakım önlemlerin alınması için işvereni zorlar. Yine Genel Müdür olduğum zaman müfettişlerden şunu duymuştum : Efendim biz alanda hizmet üretirken önce işvereni eğitmek zorundayız; ama gördük ki işverenlerin çoğu bizden daha iyi eğitim almışlar. Yani işçi sağlığı konusunda, kendi işyerlerinin sorunları konusunda bizden bilgili oldukları kesin. Ama işçi sağlığı iş güvenliği konusunda belirli birtakım yatırımlardan, harcamalardan kaçınmak için bilgisizliği öne sürüyorlar. Böylesi bahanelerin aşılması için bu işin doğrudan doğruya sendikalar tarafından üstlenilmesinde yarar vardır.

Gene söylendi, tabii işyeri hekiminin eğitilmesi. Biz buna katılıyoruz. Denetim elemanlarının sayıca artırılması, buna da katılıyoruz. Cezaların ağırlaştırılması, bunlara da katılıyoruz. Her işçinin, mesela bir yerde iş kazasından veyahut da meslek hastalığına yol açacak bir arızanın bulunduğu tespit edildiği hallerde işçiye tazminat hükümlerince bütün işçilere o tazminatın bir hak olarak verilmesi gerekmektedir. Çünkü hepsi buna mazurdur. Bir kişi dava etti diye bu tazminatı eğer alıyorsa, hepsinin teker teker dava açması gerekmez. Bu konuda mutlaka takibat yapılmalıdır ve bu konu da işvereni daha sorumlu davranmaya davet edecektir.

Bu arada, sorun sadece iş kazası ve meslek hastalığı sorunu mudur meselesi vardır. Bugüne kadar değinilmemiş olan bir konuyu sizlere açmak istiyorum. Çünkü bu benim içinde gerçekten çok büyük bir yaradır. 24 senelik meslek hayatımda hemen hemen mesleğin her dalında çalıştım. Bu arada üniversitede çalıştım, devlet hastanelerinde çalıştım, sigorta hastanelerinde de çalıştım. Şunu gördüm : Üniversite hastanesinde apandisit ameliyatı olan bir adam üç günde evine gidebilmektedir ayağa kalkıp, sigorta hastanesinde ameliyat olan bir adam ise bir haftadan önce ayağa kalkmamaktadır. Bu, her hastalık için böyledir. Yani hem apandisit ameliyatına, bugün dış çektirmek kadar basit bir ameliyattır diyoruz, o nedenle apandisiti örnek veriyorum. Demekki, işçinin konumundan kaynaklanan, bedensel olarak çalışırken, kaybettiğini, bünyesinden kaybettiğini yerine koyamamaktan kaynaklanan bedensel eksikliği de söz konusudur. Çünkü, çalışırken harcanan enerji, karbonhidratla telafi edilecek gibi bir enerji değildir. Giden, insanın bünyesinden çıkan amino asitlerle beraber, protein kaynaklı birtakım yapı taşlarıdır. Üretim, bu pahayla yapılan bir iştir. Yani üretim, bedensel çalışma öyle kolay bir iş değildir. O nedenle, işçi beslenmesine sadece kalori olarak bakmamak gerekir. Bu da, işyerinde işçiye denetim altında yemek verilmesiyle mümkün olur. Yoksa, asgari ücretle, bununla bunlarla çözülecek bir iş değildir. İşçinin besin gereksinimi mutlaka işyerinde karşılanmalıdır. Çocuk işçilerde genelde küçük işyerlerinde çalışırlar. Son zamanlarda küçük işyerlerinin yoğun olduğu sanayi siteleri kuruluyor. Ama hiçbir sanayi sitesinin bünyesinde yatılı ufak bir okul düşünülüyor. Oysa bu işçiler okula alınsalar, orada yatırılınsalar, doyurulsalar aynı zamanda çalıştıkları süre içinde orada eğitilseler sanayi sitesi kurmak amacına ulaşırdı. Cumhuriyetin ilk yıllarında buna benzer bir girişim vardı Türkiye'de. Türkiye'de babasız binlerce çocuk toplanmıştı ve devlet tarafından beslenmiş ve okutulmuştu. Bunları hepimiz biliyoruz ve bunlar, sanayinin ilk ustabaşlarıdır ve Türkiye'de Kayseri Tayyare Fabrikası'nı ilik işlentenler bunlardı Merinos fabrikasını işleten bunlardır. Yani çok sayıda sanayi işçisi çıkmıştır ortaya; ama bundan da kimsenin haberi yoktur. Çünkü bu fabrikalar sonradan kapatılmıştır, eskiyen teknolojiler yenilenememiştir. Bu ustaların son temsilcileri de artık bugün hayatta yoktur. Dedeğim gibi bu uygulamanın gerçekleştirilmesi çok zor bir iş değildir. Bu, bir anlayış ve örgütlenmeye meselesidir. Onun için, ben şunu istiyorum. Hiç olmazsa bundan sonraki 10 senede güzel şeyler duyalım. 10 sene sonra (Eğer hayatta olursam) burada bu kadar heyecanlı konuşmama engel olacak bir yaşa geleceğim ve artık aynı sorunları da duymak herhalde büyük eza verecek, daha değişik sorunları dinlemek dileğiyle hepinizi saygıyla selamlıyorum.

### **Haluk ORHON**

Sayın Konuklar, Birinci İşçi Sağlığı Kongresi ile bu kongre'yi karşılaştırdığımızda bu kez işçi sendikalarının artan katılımı ve sunulan bildirilerin bilimselliklerinin ağır basması, beni gelecek için umutlandırdı.

Sayın Topuzoğlu'nun çerçeve bildirisinde son madde olarak ifade edilen bir konuya ben de genel olarak değinmek istiyorum. Bağımsız işçi sağlığı ve işçi güvenliği konseyi'nin on yıldır gerçekleşemediğini söylediler ve gerçekten de haklılar. Sonunda "Bu

konseyi devlet tarafından kurulamıyorsa biz kuralım" önerisini getirdiler. Ya da TTB önderliğinde. Bu önemli bir öneridir Bildiride anılan kuruluşların katılımı ile kurulacak konsey başlangıçta sınırlı çalışmalar yürütse bile daha sonraki çalışmalar için örnek oluşturabilir. Bu nedenle, bundan sonraki çalışmalarda, özellikle sendika kuruluşların bunu dile getirmelerini ve buna sahip çıkmalarını diliyorum.

Diğer bir konu da eğitim ve eğitim malzemeleridir.

Bizler yurt dışından gelmiş olan filimleri izletiyoruz, Slaytları kullanıyoruz, işçimiz için anlam taşımayan esprilerle dolu metinleri aktarıyoruz. sorunun sendikalar ve özellikle de üniversiteler boyutunda çözülmesinde gereklilik görüyorum. Her türlü düzeyde eğitim araç ve gerecinin sağlanması gerekiyor.

Diğer değineceğim konu, İşçi Sağlığı İş güvenliği kurullarıdır. Bu konu üzerinde de detaylı bir biçimde tartışmalar yapıldı. Bugün İşçi Sağlığı Kurulları, çözüm önerileri üretmiyorlar. Şüphesiz işçi oranı azdır, şüphesiz yaptırım güçleri sınırlıdır. Ama biz bugün bu kurulları ayda en az bir defa toplanabilir bir düzeye getirmiş de değiliz. Yani, mevcut hakları kullanabilir düzeyde olduğumuza da inanmıyorum. Yapılan bir araştırmada, bir işkolunda kurul toplantılarının yüzde 60'ının bir madde ile toplandığı bu tek maddenin de genelde hiç değişmediği görülmüş. Bu kurulları gerçekten yaşayan bir birim haline getirirsek, katılan iki işçi temsilcisinin etkin katkılarını sağlayabilirsek, sanıyorum çok önemli sonuçlar alabiliriz.

Diğer bir sorun, işyerlerinde sorunların ne düzeyde olduklarını, bilinmemesidir. Yani o işyerinde gürültü var mı yok mu? İşveren "Var" ya da "Yok" diyor, işçi ise "Çok fazla gürültü vardır" diyor; ama o işyerindeki gürültüyü ne işveren, ne de çalışan işçi biliyor. O işyerinde havalandırma sorunu var, hangi düzeyde olduğunu kesinlikle bilemiyoruz. Bu sorunları arttırabiliriz. İşyerlerinde Durum Saptaması Önümüzdeki konuların başında, gelmektedir. Bu saptamayı sendikaların da kendi olanaklarıyla yapması gerekiyor. Bunu, işverenler de yapacaktır. Bu, bana aykırı bir görüş değil. Bunu işveren de yapmalıdır. Sendika da yapmalıdır. Hangisinin daha bilimsel olduğu görülecektir. Bu, işyeri denetimlerini arttıran ve devlete baskı unsuru oluşturan bir çalışma şeklidir.

Öte yandan işyerlerinde gerekli ölçme aletlerinin bulunması gereklidir.

Yine, önemli olarak gördüğüm konulardan bir tanesi, tüzük, yönetmelik ve uluslararası standartlara işyerlerinde uymamasıdır. Yasalarda bu konularda çok esnek hükümler içermektedirler. Bir örnek vermek gerekirse, ısı konusunda "İşyerinin sağlık koşulları, işçiyi sıkmayan, terletmeyen, bunaltmayan bir düzeyde olacaktır" denmektedir. Ama acabi bir cam sanayiinde işyeri ısı kaç derece civarında tutulacaktır? Bir tekstil sanayiinde ısı ve nem düzeyi ne olacaktır? Yani her işkolunda alt ve üst limitler konmalıdır. İşyerlerinde bu limitlere uyulup uyulmadığının hangi sıklıkla denetleneceğide belirlenmelidir. Bunlar, devleti, denetim işlevinin etkisileştirmesi için de zorlayacaktır.

Diğer bir konu, ülkemizde işçi sağlığı iş güvenliği yatırımlarının verimliliğe olan katkılarının belirlenememesidir.

## İhsan OTAĞ

Sayın dinleyiciler, bilindiği gibi işçi sağlığı ve iş güvenliği konusu sanayileşme ile birlikte ortaya çıkmıştır. Bugün ülkemizde kurulu bulunan sanayi genel olarak dışa bağımlı ve geri teknolojilere dayanmaktadır. Ülkemizde teknoloji üretilememektedir. Araştırma ve Geliştirme çalışmaları yok denecek kadar azdır. Sanayileşme için gerekli olan makina imalat sanayiinin gelişimi için çaba gösterilmemektedir. Varolan sanayi yapımız işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında önemli sorunlar yaratmaktadır.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği konularında ivedi önlemler alınmasının gerekliliğini vurgulamak amacıyla ülkemizde meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıklarıyla ilgili birkaç istatistik sonuca sizlere sunmak istiyorum.

Sosyal Sigortalar Kurumunun istatistiklerine göre, 1986 yılında 150.821 iş kazası, 542 meslek hastalığı meydana gelmiş ve bunun sonucunda da 1321 işçi yaşamını yitirmiş, 2625 kişi de iş göremez hale gelmiştir.

Milli Prodüktivite Merkezinin hazırladığı bir başka rapora göre de, 1972-1982 yılları arasında 1 milyon 789.342 iş kazası olmuş, bu iş kazaları sonucunda da 11.412 işçi yaşamını yitirmiş, 28.494 işçi ise iş göremez hale gelmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün hazırladığı bir başka rapora göre de, Ülkemiz iş kazaları çokluğu açısından Avrupa'da birinci, dünyada ise ikinci sırada yer almaktadır.

Bu istatistiklerin incelemesinden anlaşılacağı gibi, ülkemizde kaza çokluğu ve meslek hastalıkları bakımından gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ilk sıralarında yer aldığımız görülmektedir. Bundan da, işçi sağlığı ve iş güvenliği konularında önlemlerin hızla alınmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Ülkemiz işçi sağlığı ve iş güvenliği konularında önlemlerin alınmasında uygun bir ortam içinde bulunmaktadır.

Birincisi çalışma hayatına ilişkin yasaların askıya alındığı ara geçiş dönemi kapanmış ve demokratikleşme yolunda adımlar atılmaya başlanmıştır. Basında çalışma hayatıyla ilgili yasaların gözden geçirildiği ve yeni düzenlemelerin yapıldığına ilişkin haberler yer almaktadır.

Bir diğer konu Nisan 1987 tarihinde tam üyelik için Avrupa Topluluğuna başvuruda bulunmamızdır. Bu nedenle tüm üyelik süreci içerisinde çalışma hayatına ilişkin yasaların ve bunlara bağlı uygulamaların, Uluslararası Çalışma Örgütü ve Avrupa Topluluğunun konuya ilişkin yasal düzenleme ve uygulamalarıyla uyumlaştırılması çalışmalarının gündeme gelmesi beklenmektedir.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği sorunlarının çözüm önerileri içinde en başta yasal düzenlemeler gelmektedir. Ülkemizde varolan yasal düzenlemelere baktığımızda da, yeterli ölçüde olduğu görülmektedir. Varolan yasal düzenlemelerin uygulanması durumunda, iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesinde büyük adımlara atılacaktır. Yalnız mevcut yasal düzenlemelerin gelişen sanayiye bağlı olarak, güncelleştirilmesi gerekmektedir. Daha önceki konuşmacı arkadaşlarımız bu konulardan söz ettiler. Bundan önce yayınlanmış ve günün teknolojik gelişmelerine göre geride kalmış mevzuatın

gözden geçirilmesi gerekmektedir. Örneğin; İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü 1973 tarihlidir.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği mevzuatı içinde yer alan ve ivedilikle uygulanmasını gerekli gördüğüm birkaç konuyu sizlere açıklamak istiyorum. Bunların birincisi, Uluslararası Çalışma Teşkilatının hazırlanmış olduğu ve bizim de 23 Mayıs 1967 tarihinde Makina Koruyucuları Yönetmeliği yayınlanmıştır. Bu Yönetmelikte, makinaların koruyucularının bulunması ve bunların kullanılma tanımlarına kesinlikle uyulması gerektiği belirtilmektedir. Bugün iş kazalarının meydana geliş nedenlerinin birçoğu, koruyucusuz makina kullanılmasından ileri gelmektedir.

Bir diğer yasal hüküm sanayiden sayılan işyerlerinin kurulmadan önce kurma izni ve kurulduktan sonra da işletme belgesi almasıdır. Daha işin başında, bir fabrikanın kuruluşunda, yasa hükmüne göre, kurucu firmanın, fabrikanın tüm projelerinin hazırlayarak Çalışma Bakanlığına vermesi gerekmektedir. Bakanlıkça yapılacak olan inceleme sonucunda ise fabrikanın düzenlenmesi, kullanılacak makina ve teçhizat, buna ilişkin donanımlar, kullanılacak kimyasal ve işletme malzemelerinin, işçi sağlığı ve iş güvenliğine uygunluğu durumunda o işyerini kurma izni belgesi verilecektir.

Bundan sonraki aşamada önemli olan bir diğer düzenleme işletme belgesidir. Fabrikasını kurma izninde belirtilen hususlara göre kuran işyeri işletmeye alma esnasında Bakanlığa başvurarak fabrikası için işletme belgesi talep edecektir. Bu kez, işyerinde Bakanlık denetim elemanlarınca yapılacak olan denetimde fabrikanın durumu incelenerek, uygunluğu durumda işletme belgesi düzenlenerek verilecektir.

Bundan sonraki bir diğer önemli aşama periyodik bakım ve kontrolleridir. İşyerlerinde tehlike kaynağı olabilecek teçhizat ve donanımların belirtilen süreler sonunda periyodik kontrol ve testlerinin yapılmasını yasa hüküm altına almıştır. Burada, yapılacak kontrol ve testlerde, ileride meydana gelebilecek olan arıza sonucundaki bir iş kazası, daha işin başında önlenmiş olacaktır. Buna ilişkin uygulamalara baktığımızda, Batı'da bu konuda yerleşmiş kurumlar görmekteyiz.

Ülkemizde bu konuda, üyesi bulunduğum Makina Mühendisleri Odasının çalışmaları bulunmaktadır. Özellikle Bursa Bölgemizde Bursa Şubemizin yetkili elemanları tarafından periyodik kontrol ve testler sürdürülmektedir. Makina Mühendisleri Odası, işyerlerinden talep geldiği takdirde; Oda, üyeleri arasından uzman kişileri seçerek işyerlerine periyodik kontrol ve test çalışmaları için göndermektedir. Bu konu özellikle Bursa Bölgesinde gelişme ve ilerleme göstermiştir, onun dışındaki bölgelerde yoğun bir talep maalesef gelmemektedir. Bunu sağlamanın yolu da Bakanlık denetim elemanlarının yaptığı denetimlerde işverenlerden bu belgelerin özellikle talep edilmesidir. Ancak bu talep sonucunda işyeri Odamıza başvuracak ve bu konudaki yetkili elemanlar tarafından, periyodik kontrol ve testlerin yapılması sağlanacaktır.

Ayrıca Makina Mühendisleri Odasında işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili sürekli bir komisyon görev yapmaktadır. Bu komisyon yaptığı çalışmalarını yayın ve eğitim etkinlikleri ile üyelerine aktarmaktadır.

## Dr. Bülent PİYAL

Çerçeve bildiriye sunan Sn. Topuzoğlu ve diğer konuşmacılar konuyla ilgili sorunları kapsamlı biçimde tartıştılar.

Ben bu konuya ilişkin kurumlaşmış kötümserliğimizi ülkemiz genelinde ve işyerlerinde süregelen ve bu sorunların serpilip gelişmesinde ve yerleşmesinde asıl neden olan olumsuz ekonomik, politik ve sosyal ortamı aşarak yenebileceğimize inanıyorum.

Sorunları incelemeye öncelikle ülkenin sanayi yapısından başlayalım. Ülkemizde küçük ve kısmen de orta büyüklükteki işletmeler endüstriye egemendirler. Büyük işletme sayısı çok azdır. Küçük işletme küçük işletme sermayesi ve geri teknoloji anlamına gelir. Az gelişmiş ülkelerin teknoloji üretemedikleri bu nedenle ileri ülkelerin eskimiş teknolojilerine razı oldukları bir gerçektir. Son yıllarda buna bir de zararlı teknolojiler eklenmiştir. İleri ülkelerin temel hak ve özgürlükler açısından alabildiğine bilinçlenmiş ve duyarlılaşmış insanlarına dayatılamayan kimi zararlı teknolojiler ve bu arada iş kolları az gelişmiş ülkelere ihraç edilmektedir. Daha baştan antropometrik ölçülerimize uygun olmayan bu teknolojiler bir de zararlı ve tehlikeli özellikleri ile sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları yaratılmasını engellemektedirler.

Ülkemiz sanayiinin diğer önemli bir özelliği üretimin çok küçük işletme sermayeleri ile sürdürülüyor olmasıdır. Cumhuriyetin ilk yıllarında planlı kalkınma anlayışı ile kurulan temel sanayilerin bu dönem sonunda geliştirilmediği, bunun yerine devlet desteği ile özel sermaye kuruluşları gerçekleştirildiği görülmektedir. En az yatırım temelinde en fazla kar anlayışı ile kurulan bu işletmelerde işletme ve yatırım sermayelerinin küçük olması elbette geri teknolojileri de ister istemez kabullenmeyi getirmektedir. Bu koşullarda karlı üretim ancak yoğun işçi sömürsünün gerçekleştirilebilmesine bağlıdır. Bu da sağlıksız ve güvensiz çalışma koşulları demektir.

Böylesine geri bir yapılanmanın gerçekleştirilmesi için hesapsızca alınıp, kullanılan dış kredilerin kabarttığı dış borç yükü ise bu sorunların çözümlenmesine yönelik adım atılmasını da engellemektedir. Dayatılan dış borç ödemelerini karşılayabilmenin tek yolu teknolojilerin geriliği ve işletmelerin verimsizliği düşünülürse, işçi sömürsünü daha da yoğunlaştırmak şeklinde belirlenmektedir. Bunun kurumlaştırılarak sürdürülmesi ise ancak ağır baskı koşullarında olanaklıdır.

Biz işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili sorunların çözümlenmesi için etkin çalışmaların başlatılıp, yürütüldüğü umutlu yıllar yaşadık. 1978-79 yıllarında Sn. Ergin Atasü'nün Genel Müdürlüğü döneminde devlet kuruluşlarının ve bakanlığın bu sorunların çözümünde nasıl etkili olabildiğini, bu konuda sorumlu olan sendikalar ve meslek odaları ile ilişkilerin geliştirilmesinin etkin çalışma ortamı yaratılması için nasıl katkıda bulunduğunu yaşadık. 80 yılına gelindiğinde koşullar değişti : İşyeri kapatma yetkisi kaldırıldı, iş güvenliği müfettişlerinin yetkileri kısıtlanarak etkinlikleri azaltıldı, göz dağı verilmesi de unutulmadı. Çalışma Bakanlığı'nın ülke ekonomisini bilinçli biçimde sabote ettiği doğrultusundaki haberler kimi yayın organlarına manşet oldu, bu sabotaja alet olan müfettişlerin isimlerini içeren kara listeler yayınlandı, sonrasında da denetim örgütü dar-madağın edildi.

Sonra 12 Eylül geldi. Ülke yaşamın her alanında olduğu gibi İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği alanında da ağır bir darbe yedi. Önce denetim örgütü, müfettişlerin bilinen yöntemlerle bakanlıktan uzaklaştırılmaları ile lağvedildi. Müfettişlerin tüm yetkileri ellerinden alındı. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği konusunda çalışma yürüten diğer kuruluşlar da bu darbeden paylarını aldılar. Meslek Hastalıkları Hastaneleri, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezleri etkisizleştirildi. Üniversitelerdeki işçi sağlığı bölümleri aynen halk sağlığı bölümleri gibi işe yaramaz hale getirildi, öğretim üyeleri görevden uzaklaştırıldı. İşçi Sağlığı Bölümlerinin isimlerine bile katlanılmadığından isim değişikliğine gidildi. Bu bölümlere Personel Sağlığı Bölümü adı verildi. Bu konudaki çalışmalar yasal düzenlemeler ile desteklenip tamamlandı. İş Yasasında, Sendikalar Yasasında, Toplu İş Sözleşmesi, Grev ve Lokavt yasalarında işçiler aleyhine değişikliğe gidildi. İşveren Sendikası Başkanının dediği gibi "gülme sırası işverenlere gelmişti".

Bugün gelinen noktadan kimsenin yakınmaya hakkı yoktur. Bugün bu konudaki çalışmalardan yakınmaya sendikaların en başta hakkı yoktur. Çalışma Bakanlığı denetim örgütü etkisizleştirilirken, üniversitelerden öğretim üyeleri uzaklaştırılırken, kardeş sendikalar kapatılırken ve çalışma yaşamını ilgilendiren yasalar işçiler aleyhine değiştirilirken hiç ses çıkarmadıkları ve hatta bu uygulamaları gerçekleştiren hükümetlere bakan vermekten yani bu işin sorumluluğunu da paylaşmaktan kaçınmadıkları için yakınmaya hakları yoktur. Üniversitelerin kendi bünyelerindeki işçi sağlığı bölümlerinin kapatılmasına, dolayısıyla eğitim etkinliklerinin azaltılmasına karşı çıkmadıkları için yakınmaya hakları yoktur.

Aslında sorun sağlıklı ve güvenli çalışma hakkının korunup geliştirilmesi için uğraş verecek güçlerin ve kurumların bu konuda bilinçsiz olmalarıydı. Sorun bu kesimlerin demokrasi ile sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları arasındaki ilişkiden yeterince habersiz olmalarıydı. Karşılaştırma yaptığımız gelişmiş ülkelerde işçi sınıfları bugün kazandıkları hak ve özgürlüklerin bedelini "vahşi kapitalizm" döneminde en ağır biçimde ödemişler ve bu süreçte bu hak ve özgürlüklerin kendileri için ne anlama geldiğini de kavramışlardı. Ülkemizde ise düzenlemelerin çoğu, iyi niyetli çabaların ürünüydü ve bu düzenlemelerden asıl yararlanacak olan kesimler bu düzenlemelerin gerçekleştirilmesinde sınırlı katkıda bulunmuşlardı. Hele demokratikleşme konusunda çok az adım atılmıştı. Demokrasi ile sağlık arasındaki ayrılmaz bağ ise yeni yeni farkediliyordu.

Bugün ülkemizde temel hak ve özgürlüklerin korunup geliştirilmesi toplumun tüm kesimleri ve başta da işçiler için hergünden daha yakıcı bir soruna dönüşmüştür. Bu konuda işçiler tek başvuru organı olarak sendikaları görmektedirler. Bunda da haksız değildirler. Gerçekten 12 Eylül sonrasında işyerlerinde çalışma koşulları ağırlaşmış, çalışma hızı ve yoğunluğu artmış, işçi sayıları azaltılmış, iş güvencesi yok edilmiş, işveren karları katlanarak artarken, işçilerin gerçek ücretleri % 60 oranında azalmıştır. Bu durumda evvelce "devlet babaya" yüklenen pek çok görevin ancak işçilerin kendi öz örgütlerince; ekonomik ve demokratik planda sendikalarca ve politik planda da işçi partilerince üstlenilebileceği anlaşılmıştır. Katıldığımız seminerlerde işçilere işçi sağlığı ve iş güvenliği konularındaki yasal haklarını aktardığımızda karşılaştığımız genel geçer tutum "efendim biz bu haklarımız için işverene gittiğimiz an işimizden oluruz" şeklindedir. Sendikanız bu görevi üstlenmelidir dediğimizde ise en başta işçi temsilcileri bugünkü yasal çerçeve ve örgütlülük içinde bunun olanaksız olduğunu vurgulamaktadırlar. İş yaşamını

çerçeveleyen yasal düzenlemelerin ağır kısıtlamalar getirdiğinin biz de farkındayız. Ama bu hiçbirşey yapılamaz anlamına gelmez. İşçilerin ve sendikalarının toplumun yönetiminde demokratik katılımlarının sağlanması için pek çok adım atılabilir. Bu adımların yasal dayanakları da vardır. İşyerinden başlayarak verebileceğimiz ilk örnek işyerindeki işçi sağlığı ve iş güvenliği birimidir. Bu birimi işyerinde üretimin ve çalışma koşullarının belirlenmesine katkıda bulunacak kadar güçlendirebiliriz. Bu birimde önemli bir yeri olan sağlıkçı işçilerin katılımını arttırabilir, bu konuda deney kazanıldığı ölçüde etkinleştirebiliriz. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulu çalışmalarını canlandırıp anlamlandırabiliriz. Bu çalışmaları sendikalara yansıtarak sendikaların da konuya ilişkin aktif desteğini sağlayabiliriz. Sendikalar ölçeğinde oluşturulacak işçi sağlığı ve iş güvenliği komisyonlarınca sorunu üst sendikal örgüte ve bu arada siyasi partiler katına ulaştırabiliriz. Diğer bir katılım alanı Sosyal Sigortalar Kurumudur. S.S.K. işçiler tarafından finanse edilmesi ve işçilere hizmet için kurulmasına karşın işçi katılımının yönetsel anlamda hiç olmadığı bir alandır. Bu alanda işçilerini ve hizmeti planlamasına, dağıtımına ve denetlenmesine doğrudan ve demokratik biçimde katılmaları gereklidir. Bu örnekler çoğaltılabilir. Ama örneklerin çokluğu sorunun kolay çözümlenebileceği anlamına gelmiyor. Bunun için aşılabacak pek çok engel vardır. Çalışma yaşamını belirleyen yasal düzenlemelerin işçi çıkarlarından yana değiştirilmesi için çaba göstermek şu an yasal dayanakları olan çalışmaların ikinci basamağıdır.

Bütün bu çalışmalarda işçiler çabayı öncelikle kendilerinden, kendi sendikal, politik örgütlerinden beklemelidirler. Diğer meslek grupları ve toplum kesimleri ne denli iyi niyetli olurlarsa olsunlar sorunu işçiler adına çözümleyemezler. Buna güçleri yetmez. Ancak işçilere ve örgütlerine bu konuda teknik danışmanlık yaparlar, yol gösterirler, destek olurlar. Öyleyse sendikalar bu alanda da adım atacak yetkinliğe erişmek, ve bu zorunlu işbirliğini gerçekleştirmek zorundadırlar. Bu yalnız işçilerin değil toplumun hakları kısıtlanmış yada kullandırılmayan tüm kesimlerinin de sorunlarının çözümünde başlangıç olacaktır. Bu çabaların geliştirilerek sürdürülebilmesinde bugün için yeterli güce ve olanaklara sahip tek gücün işçi sendikaları olduğu akıldan hiç çıkarılmamalıdır.

**Dr. Haldun SİRER**  
**(İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı )**

Ülkemizdeki İşçi Sağlığı Sorunlarını tartışabilmek için Konunun öncelikle ortaya konması, tam bir analizinin yapılması, olması gerekenle mevcudun arasındaki farkların belirlenmesi ve ancak ondan sonra sağlıklı çözümler aranmasının yararlı olacağı kanısındayım. Son 20 yıl içinde konu; Türk İş panel ve sempozyumlarında, Bakanlık ve SSK kongrelerinde ve son yıllarda da Üniversiteler ve Türk Tabipler Birliği ve organlarının bilimsel toplantılarında geniş boyutlarda tartışıldı. Genel Kanı Ülkemizde İşçi Sağlığı Sorunlarının küçümsenemeyecek boyutlarda olduğu şeklinde ortaya atıldı. Yine bu toplantılarda İşyerlerimizin işçi sağlığı ve iş güvenliği tedbirlerinin çok yetersiz kaldığı, tıbbi ve teknik gözetimin işlemediği belirlendi. Ayrıca bu alanda kurulmuş ve çalışmalar yap-



makta olan iş teftiş kurulu ve İşgüvenliği müfettişlerinin, İSGÜM enstitüsünün, Meslek Hastalıkları Hastahanelerinin, SSK sağlık tesislerinin ve en son olarak ta İşyeri hekimlerinin nitelik ve nicelik yönünden çeşitli tenkitleri ortaya atıldı. Yine bu toplantılarda yukarıdaki bilimsel çalışan tıbbi ve teknik kuruluşların yetkilileri kendilerinde pekte haksız sayılamıyacak özürler ortaya koymaya çalıştılar.

İşte bu yukarıdaki toplantıların hemen tümüne katılmış ve bu alanda son 20 yıl içinde çalışmalar yapmış bir hekim olarak konuyu değişik bir perspektif içinde toparlamaya çalışacağım.

Ülkemizde bu alanda çalışan değişik Kurumlara bağlı otoritelerin ortaya attığı ortak görüşlerden bir tanesi "SSK İstatistiklerinden esinlenerek ortaya çıkan sonuçlara göre son 10 yıl için de İş kazaları yönünden Ülkemizin en ön sıralarda bulunduğu, buna karşın meslek hastalıkları sayıları incelendiğinde, en İleri Ülkelerdeki meslek hastalıkları sayılarının en az 10 katı altında meslek hastalığının ortaya çıkarıldığı" şeklinde idi. Hatta Sayın Akbulut son konuşmalarından birisinde "Bir Ülkede iş kazaları çok fazla, buna karşın Meslek Hastalıkları çok azsa, O Ülkede İşçi sağlığı ve güvenliğinden bahsetmek oldukça zor olur" demekte idi.

Ülkemizdeki İşçi Sağlığı Konusuna baz teşkil edecek veriler ve İstatistiklerde incelenince birbirine zıt bir takım sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Bu yöndende kesin bir kaniya varmak oldukça güç. Öncelikle işçi sağlığı veya çalışanların sağlığı konusunu incelemek için elimizdeki SSK istatistikleri yalnız 2.6 milyon çalışan aktif nüfus için geçerli. Oysa 60 milyonluk Türkiyede en kötü koşullarda 20 milyon çalışan insan olmalı. Bunun 5 milyonunu yine en kötü koşullarda işsiz kabul etsek çalışan nüfus sayısı 15 milyon civarındadır. Bizim istatistiklerimiz ise 2.5 milyon kişinin işkazaları ve meslek hastalıklarını göstermektedir. O halde elimizdeki verilerin hakiki reel sayıları göstermekten çok uzak olduğu kendiliğinden ortaya çıkmaktadır.

Konuya diğer bir yaklaşım Ülkemizde olması gerekenle, olanı karşılaştırarak sonuca ulaşmaktır. Olması gereken İ.L.O standartlarına göre yapılması gereken optimum işçi sağlığı çalışmaları ve bu hizmeti görececek özel kuruluşlardır. Bunlar da işyerinin Tıbbi ve Teknik gözetimini yapacak işmüfettişleri, işyeri hekimleri ve enstitü ve iş klinikleridir. Her ülke kendi sağlık rejimine göre bu örgütü kurmakta ve işletmektedir. Yani yapılması gerekenler bellidir Kurulması gereken özel hastahane ve enstitüler ve özel laboratuvarlar aşağı yukarı tüm Dünyada aynı niteliklerde dir. Esasen bu kuruluşlar İLO nun finans vey a teknik yardımları ile kurulmaktadır. Bu örgütlenme İ.L.O standartlarına göre ve çeşitli zamanlarda yapılan sözleşmeler ve tavsiye kararları ile belirlenmektedir. Bu alanda İLO nun üye ülkelerle yaptığı son 155 sayılı sözleşme ve buna ek olarak çıkarılan 164 sayılı tavsiye kararıdır. Ülkemiz bu 155 sayılı sözleşmeyi imzalamamakla beraber bu sözleşme esaslarına göre hazırlanmış oldukça iyi bir işyeri hekimlerinin çalışma talimatını çıkarmış ve uygulamaya koymuştur. Yakın bir gelecekte girmeyi düşündüğümüz Avrupa Ortak pazarı veya yeni adı ile Avrupa birliği içinde uygulanan örneklemelere bakarsak : Her Ülkede çalışma hayatını ve İşçi Sağlığı konusunu denetleyen bir bakanlık bulunmaktadır. Bu bakanlık yasa ve tüzüklerle konuyu ortaya atmakta, devlet denetimini sürdürmekte ve yine yasalarla belirlenmiş zorunlu sigortalarla, sosyal güvenliği uygulatmaktadır. Bazı ülkelerde; Kendine özgü çeşitli laboratuvarlarla donatılmış olan bu enstitüler bazan Devlet tarafından, bazan Üniversite klinikleri halinde, bazanda İşçiler veya işverenler ta-

rafından işletilmektedir. Üniversitelerde İş ve meslek hastalıkları uzmanlık dalı olarak eğitimi yapılmaktadır. Diğer bazı ülkelerde uzmanlık üstü bir eğitimle iş sertifikaları yürütülmektedir. Yine hemen hemen tüm Ülkelerde İşyeri Sağlık birimleri kurulmakta ve işyerlerinde sağlık ve teknik gözetimi yapılmaktadır.

Tüm bu kuruluşlar her Devletin kendine özgü ortaya attığı bir Ulusal İşçi Sağlığı Politikasına göre yürütülmektedir. Birtakım Ülkelerde sendikalar veya işverenler bu konuyu denetlemekte veya çalışmaların içine bizzat girmektedirler. Üzerinde birleşilen fikir endüstrisi İleri ülkelerde işçi sağlığı ve güvenliği uğraşları, denetim ve gözetimleri tam bir eşgüdüm içinde yürütülmekte olduğudur. Endüstri geliştikçe, teknoloji ilerledikçe; İşçi sağlığı ve güvenliği tedbirleride yer gün yenilenerek geliştirilmektedir.

İşçi Sağlığı konusunu kendi metodolojisi içinde bilimsel yönden incelersek ne gibi çalışmalar yapıldığına bakmamız gerek. Örneğin Bir Uluslararası İşçi Sağlığı Kongresinde yapılan tartışmalara bir göz atmak yeterli olur sanırım :

Örneğin :

- Bir Ülkede İşçi Sağlığı ve İş hekimliğinin Milli politikalar yönünde İnsancıl ve Prodüktivite esprisi altında incelenmeleri?
- Endüstri dışında kalan küçük işyerlerinde çalışan işçilerin problemleri?
- Hemen hemen her Ülkede süratle gelişen İnşaat endüstrisinde Çalışan işçilerin mesleki sağlık sorunları?
- Asbestoz, radyasyon ve petrokimya endüstrisindeki Etkenlerle Ortaya Çıkan mesleki kanserler sorunları?
- Petrokimya endüstrisinin mesleki sağlık sorunları
- Çevresel ve psikososyal sağlık sorunları
- İşçilerin vardiya sistemleri, işdeğişiklikleri bunların mesleki sağlık sorunları ile ilgi ve sonuçları?
- Mesleki Rehabilitasyon uygulamaları?
- Tehlikeli ve patlayıcı maddelerin imalleri, taşınmaları, kullanılmaları ve imha edilmele-  
rindeki sağlık zararları.
- Ergonomi, işe uygunluk, fiziksel ve ruhsal performanslarına göre işe adaptasyon so-  
runları
- Enstitüler, İşklinikleri (Bizdeki karşılığı Meslek Hastalıkları Hastahaneleri) ile Normal  
tedavi edici hastahaneler ve İşyeri sağlık Birimleri (İşyeri Hekimlikleri) arasındaki  
eşgüdüm.
- İşçi Sağlığı Hemşireliği?
- İşyerlerinde ve yaşam bölgelerindeki gürültü sorunları?
- Çeşitli nedenlerle işe devam edememe nedenleri araştırmaları Absenteizm  
çalışmaları?

Şimdi yine sorarım sizlere, yukarıda isimlerini saydığım Kuruluşlar arasında İster resmi ister özel veya Üniversiteler arasında bu konular tartışılıyormu? Araştırılıyormu?

Üzülerek ifade edelim ki bugünkü durumumuz Ülkemizde hala ne yapacağımıza birtürlü karar verilememiş olmasıdır. Oysa Ülkemizde bu alanda henüz kuruluş halini yeni geçirmekte olan bir takım Müesseseler bulunmaktadır. Yine ifade edelimki bu müesseselerin kurulması uzun yıllara ve oldukça önemli paralara malolmuştur. Herşeyi silip yeniden başlamak konuyu en az 50 yıl geriye götürecektir. Ayrıca yinelemekte yarar

görürüm ki bu alanda Ülkemizdeki yasa ve tüzüklerde oldukça çağdaş bir görünüm içerisindedir. Konu bir uygulamama konusudur. Daha doğrusu konuya sahip çıkan yoktur. Dilerseniz Ülkemizdeki meslek hastalıkları uygulaması için yasal yolu bir gözden geçirelim.

- Bizde yasalar ve tüzüklere göre yapılan periodik muayenelerde ortaya çıkan meslek hastalıkları şüphelerinin işyeri hekimleri işverene, işverende 2 tam gün içinde SSK ya ihbar etmek zorunluluğu karşısındadır. SSK müdürlüğüne gelen ihbar bu müdürlükçe sigortalının Meslek Hastalıkları Hastahanesine gönderilmesi ile sonuçlanacaktır. Bölgedeki meslek hastalıkları hastahanesi inceleme sonunda meslek hastalığı olup olmadığına karar verecektir. Meslek hastalığı ise malüliyet tespiti yapacaktır. Meslek Hastalıklarının ortaya çıkarılmasının birinci yolu budur.

- İkinci yol işyeri hekimleri tarafından SSK hastahanelerine gönderilen sigortalılarının muayeneleri esnasında meslek hastalıklarından şüphelenilerek bu hastahane ve dispanserlerce vakaların meslek hastalıkları hastahanelerine gönderilmeleri yoludur. Yine kesin karar bu hastahanelerde verilecek ve prosedür işleyecektir.

- 5.cü yol ise Sigortalının bizzat kendisinin meslek hastalığına tutulmasını iddia etmesidir. Sigortalı SSK müdürlüğüne yazılı ihbarda bulunacaktır ve müdürlük sigortalıyı Meslek Hastalıkları hastahanesine sevkedecektir ve ayrı prosedür işleyecektir.

Şimdi yasal olan bu 3 yolun nasıl işlediğini görelim :

Aslında bu uygulamaların incelenmesinin sonuçlarından, bizim Ülkemizdeki istatistiklerdeki, hakiki meslek hastalıkları sayılarının neden ortaya çıkmadığının yanıtları yatmaktadır.

- 1.ci yol işlememektedir. Çünkü işyerlerinde ya işyeri hekimi bulunmamakta veya bulunsa bile bu alanda yeteri kadar bilgi sahibi olmamakta veya mesleksel sağlık hizmeti ile uğraşmamaktadır. İşyeri hekimleri genellikle tedavi edici poliklinik hizmetleri ile uğraşmaktadırlar.

- 2.ci yolda çok az işlemektedir. SSK Hastahane ve Dispanserleri aşırı bir yük altındadır. 1 hekime 80'e yakın poliklinik hizmeti verilmektedir. Bu çok kalabalık hizmet içinde Meslek hastalıkları şüphelerinin bulunması olası değildir. Hastahanelerde ise hiç kimse bu konu ile ilgilenmemektedir. Oysa SSK İşkazaları ve meslek hastalıkları primi kesmekte ve bu sigorta kolunu uygulamaktadır. SSK mademki ülkemizde sağlık sigortasını kendi sağlık tesislerinde uygulamaktadır. (Dünyada benzeri yoktur). İşkazaları olduğu kadar meslek hastalıklarının da ayrılarak meslek hastalıkları hastahanelerine gönderilmesini sağlamakla görevlidir. Bu görev yapılmamaktadır. Bu alanda gerek idari ve gerek sağlık yetkilileri yanlıgı içerisindedirler. Gerek yasal ve gerek vicdanı büyük sorumluluk altındadırlar. Görülüyorki meslek Hastalıkları Hastahanelerini Kurmakla iş bitmiyor. Bu hastahanelere yasal akımında işletilmesi zorunluluğu vardır. Meslek Hastalıkları Klinik ve Hastahanelerini kuran ve geliştiren SSK yöneticilerini ve bu alanda hizmetleri geçen Siyasi iktidarları saygı ile anmak görevimizdir. Üzülerek ifade edelimki son yıllarda Meslek Hastalıkları hastahaneleri adeta çalıştırılmaz hale getirilmektedir. Hiç bir yasal dayanağı olmadığı halde, bu tesislere çok ağır bir tedavi edici hizmet yüklenmiş kadroları kısılmıştır. Mesleki rehabilitasyon uygulamadan kaldırılmak üzeredir. Bu düşünüş ve uygulamalar; İşkazaları ve meslek hastalıkları sigortasını reddetmek anlamına gelmektedir. SSK yı denetlemekle görevli kuruluşların ve yetkililerin bu gidişe dur

denemelerini izah etmek mümkün değildir. Bu çağa karşı yapılan uygulamanın biran evvel durdurulmasını istemek sigortalıların hakkıdır. 3.cü yolun işlemesi ise hiç mümkün değildir. Sigortalı kendisinin meslek hastalığına yakalandığını nasıl bilsin? Bu alanda te-sadüfen ortaya çıkan sigortalılarda meslek hastalıkları hastahanelerine sevk edilmişlerdir. Sonuç menfi çıkınca bu sigortalılara tüm masrafların ödetildiği ifade edilmektedir. Bu uygulama doğru ise buda yasal çelişkili bir uygulamadır. Çünkü bu masrafların Hastalık sigortasından ödenmesi gerekir.

Yukarıda izah ettiğim gibi Yasalarla belirlenmiş meslek hastalıklarının ortaya çıkarılması, bilerek veya bilmeyerek, ama mutlaka büyük ihmaller sonucu ortaya çıkarılmamaktadır. Yetkililerin bu umursamaz tavırlarını üzülerek vurgulamak isterim.

SSK istatistiklerinin son 20 yıllık meslek hastalıkları dökümleri incelendiğinde 1969 - 1978 arasındaki istatistikler 200 - 500 arasında meslek hastalığı gösteriyor meslek hastalıkları Klinik ve hastahanelerinin kurulmasından sonraki sayılar ise 300 - 600 arasında. 1980 - 1987 arasında meslek hastalıklarının hemen hemen her çeşidi ve tüm sistemleri tutan meslek hastalıkları görülüyor. Oysa 1980 den evvelki meslek hastalıklarının Tümü Akciğer Meslek hastalıklarından oluşuyordu. Buda Doğal bir sonuçtur. Meslek Hastalıkları Hastahaneleri ve uzmanları göreve başlayınca kadar diğer meslek hastalıkları ne tanınıyor ve nede Diğer hastahanelerdeki laboratuvarlarda tanıları konabiliyordu.

1979 - 1987 arasındaki listelerde meslek hastalıklarının Listemizdeki 5 ayrı grubunun da sayıları ve oranları ve ülkemizde son 10 yıl içinde en çok görülen meslek hastalıklarının sayıları görülebilmektedir. 1979 dan önce bu meslek hastalıkları da hiç görülüyordu. Yani tanınmıyordu. Tanınmaları ancak Meslek Hastalıkları hastahaneleri yani bugün çalıştırılmamaya uğraşılan Hastahaneler sayesinde olmuşlardır. Bu hastahaneler görev yapamaz hale getirilirse Ülkede hiç meslek hastalığı kalmadığı yani SSK istatistiklerinde görülmediği ortaya çıkacaktır. Bu da herhalde yetkililerin öğünceleri bir sonuç olmayacaktır.

Son olarak bugünkü durumda yılda ortalama 4 - 500 civarında görülen bu hastalıklar Meslek Hastalıkları Hastahanelerinin çevresinden gelen polikliniklerden ayrılan vakalarla, İSGÜM denetimleri esnasında şüphelenilen vakaların gönderilenleri arasından ayrılan meslek hastalıklarıdır. Denetim Mekanizmasının yeteri kadar uygulanmadığı bir ülkede Meslek Hastalıklarının ortaya çıkarılmalarını yasal yolları tıkayan ters bir yola bağlamakta ancak yukarıda anlattığımız kadar az sayıda meslek hastalığını ortaya çıkması sonucunu doğurmaktadır Yoksa Hakiki Ülkemin Meslek Hastalıkları sayılarını değil.... Biz burada bu kongrede uzun uzun tartışıldığı için İşyeri Hekimliği İşyerlerinin denetimi ve bu alandaki görevli Kuruluşlar, Üniversitelerimizin bu alandaki çalışmaları konusunda bir şey ilave etmek istemiyoruz. Özellikle Yasalarla görevli olan SSK nın çalışmaları üzerinde durmaya çalıştım.

Sonuç olarak önerilerimi sunmak istiyorum.

1 - Özellikle Devlet Denetim Kuruluşları, Teftiş Kurulları, İSGÜM, SSK nın Meslek Hastalıkları Hastahaneleri, İşyerlerinin İşçi Sağlığı ve Güvenliği Birimleri, İşyeri Hekimleri, Toplum sağlığı içerisindeki Üniversitelerimizde bulunan İşçi Sağlığı Bilim dalı Ünitelerinin tam bir eşgüdüm içinde çalışmalarını teminen Ülkede bir "MİLLİ BİR İŞÇİ SAĞLIĞI POLİTİKASI" Politikasının uygulanması zorunlu görülmektedir. Konu ile ilgili

İşçi ve İşveren Kuruluşları, Siyasi iktidar ve muhalefet partileri, ve Basımın Bu Milli İşçi Sağlığı Politikasının oluşturulması ve uygulanması için birinci derecede Sorumluluk taşıdığı kanısındayım.

2 - Ülkenin her 10 yılda bir değiştirilen Temel Sağlık Hizmeti içinde İşçi Sağlığı Hizmetinin ne şekilde yürütüleceği belirlenmelidir. Tedavi Edici Hizmetle, İşçi Sağlığı ve Güvenliği hizmeti ayrı ayrı kuruluşlardamı yürütülecektir. Yoksa Entegremi edilecektir? Temel Sağlık Hizmeti içinde entegre edilecekse, bugüne kadar çıkarılan Tüm yasa ve tüzükler değiştirilecek midir? Tüm bu konulara açıklık getirilmesi zorunluluğu vardır.

3 - İşyeri Sağlık birimleri kurulmalı, İşçi Sağlığı Hizmetinin İşyerinden başladığı Tartışılmaz prensibi ışığı altında denetlenmeli ve uygulanmalıdır.

4 - İşçi Sağlığı Eğitimi :

Üniversitelerimizde Toplum Sağlığı bilimsel içerisinde birer İşçi Sağlığı bölümü bulunmaktadır. Bu yeterli bir çalışma ve eğitim uygulaması yapılamamaktadır. Her Üniversite ayrı bir uygulama yapmaktadır Genel tartışmalara baktığımızda Hekimlere Tıp eğitimleri esnasında bu alanda yeterli bir eğitim yapılamamaktadır. Üniversitelerimizde İşçi Sağlığı Uzmanlık eğitimi yapılmamaktadır. İşçi Sağlığının İç Hastalıkları veya Toplum sağlığı uzmanlarının bir üst uzmanlığı şeklinde olmasında pratikte uygulama kabiliyeti olmayan bir düzenlemedir. Esasen bu alanda uzman olan kimse yoktur.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığında Uzmanlık tüzüğüne 1984 yılında işçi sağlığı Uzmanlığı; İç hastalıkları veya Toplum sağlığı uzmanlığının bir üst dalı şeklinde konmuştur. Bu uygulamada halen yürürlükte değildir. Süratle uygulamaya konması zorunludur.

Son olarak Bu alanda Türk Tabipler Birliği 3 büyük İlimizde işyeri hekimleri için kısa süreli sertifikalı seminerler yapmaktadır Bu seminerlerin ilki İstanbulda yapılmıştır. Çok yararlı olmuştur. Uygulama sürerse, İşçi Sağlığı Uzmanlığı yerleşinceye kadar en yararlı bir uygulama olarak görülmektedir.

Türk-İş tarafından, Üniversitelerimiz, İSGÜM ve Meslek Hastalıkları Hastahanelerimizde yapılan Kongre, Seminer veya bilimsel toplantıların sürdürülmesinin çok yararlı olacağı kanısındayım.

5 - İşçi Sağlığı ve Güvenliği alanındaki Bilimsel araştırmalar, bu alanda çalışan tüm kuruluşlarca yapılmalı, Ülkemizin Norm ve dataları saptanmalı ve uygulamaya geçilmelidir. Bu çalışmalar Tüm Kurullarca teşvik edilmelidir.

6 - İşçi Sağlığı ve güvenliği konusundaki tüm denetimler dikkatle yaptırılmalı Bu denetimler Cezai, Caydırıcı ve Özendirici tedbirlerle desteklenmelidir.

7 - İLO nun 155 sayılı Sözleşmesi imzalanmalı, 164 sayılı tavsiye kararlarına uyulmalı ve Çağdaş bir İşçi Sağlığı hizmeti kurulmalıdır.

8 - İşkazaları ve Meslek Hastalıkları Sorunu Ülkemizde çalışan 20 milyon insandan yalnız 2.600.000 kişi için geçerli olmamalıdır. Tüm çalışanların korunması zorunludur. Çok geç kalınan bu konuya da süratle çare bulunması gerekmektedir.

9 - İSGÜM, Meslek Hastalıkları Hastahaneleri, Üniversitelerimizin bu alanda çalışma yapan kürsüleri süratle geliştirilerek bu hizmet başlatılmalıdır. Bu alanda da başta İşçi ve İşveren Kuruluşları, Üniversitelerimiz, Basınımız, Türk Tabipler Birliği ve Siyasi Partilerimize büyük görevler düşmektedir.





