

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

MESLEK HASTALIĞI SÜRECİNİN KALİTATİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. ALİ ERKİN KAHRAMAN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2020

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

MESLEK HASTALIĞI SÜRECİNİN KALİTATİF DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. ALİ ERKİN KAHRAMAN

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYELERİ
Prof. Dr. BÜLENT KILIÇ
Prof. Dr. A. HİKMET ÇIMRIN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇİNDEKİLER

i

TABLO LİSTESİ

iii

ŞEKİL LİSTESİ

iii

KISALTMALAR

iv

ÖZET

1

ABSTRACT

3

1. GİRİŞ VE AMAÇ

5

1.1 Giriş

5

1.2 Amaç

7

2. GENEL BİLGİLER

5

2.1 Meslek Hastalığı Kavramı

5

2.2 Meslek Hastalıkları Tarihi

8

2.3 Meslek Hastalıkları Epidemiyolojisi

19

2.4 Meslek Hastalıkları Sınıflandırmaları

25

2.5 İş sağlığı ve Güvenliği Organizasyon ve Programları

27

3. YÖNTEM

40

3.1 Araştırmanın Adı

40

3.2 Araştırmanın Türü ve Tipi

40

3.3 Araştırmanın Yeri

40

3.4 Araştırmanın Süresi

41

3.5 Örnek Seçimi / Araştırma Grubu

42

3.6 Araştırma Bölgesi

43

3.7 Dışlama Kriterleri

43

3.8 Araştırmanın Değişkenleri

44

3.9 Veri Toplama

45

3.10 Veri Toplama Yöntemleri

45

3.10.1 Anlatı Görüşmesi

45

3.10.2 Derinlemesine görüşme

46

3.10.3 Doküman Analizi

46

3.11 Veri Analizi

47

3.11.1 Tematik İçerik Analizi

4. BULGULAR	
4.1 Katılımcıların Analiz Bulguları	48
4.1.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	49
4.1.2 Katılımcıların Tanı Öncesi Dönem Bulguları	50
4.1.3 Katılımcıların Tanı Dönemi Bulguları	61
4.1.4 Katılımcıların Tanı Sonrası Dönem Bulguları	66
4.2 Anahtar Kişilerin Analiz Bulguları	73
4.3 Doküman Analizi Bulguları	83
5. TARTIŞMA	93
6. SONUÇ	97
6.1 Araştırmanın Güçlü Yanları	98
6.2 Araştırmanın Kısıtlılıkları	98
7. ÖNERİLER	99
7.1 Çalışanların önerileri	99
7.2 Anahtar kişilerin önerileri	99
7.3 Doküman analizi önerileri	100
7.4 Araştırmanın sonuç önerileri	100
8. KAYNAKLAR	102
9. EKLER	109

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1.	Dünyada İş Kazaları ve İş-ilişkili hastalık Mortalitelerinde Eğilimler	21
Tablo 2.	Türkiye’de Yıllara Göre Meslek Hastalıkları Sıklığı	24
Tablo 3.	Türkiye’de Meslek Hastalıkları Sınıflandırması	27
Tablo 4.	Katılımcıların Çeşitli Tanımlayıcı Özellikleri	50
Tablo 5.	Katılımcılarla Yapılan Görüşmelerden Çıkarılan Alt Kodlar	68
Tablo 6.	Alt Kodlar ve Oluşturulan Temalar	79
Tablo 7.	Anahtar Kişilerle Yapılan Görüşmelerden Çıkarılan Alt Kodlar	86
Tablo 8.	Doküman Analizi Bulguları	91

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.	Dünya Sağlık Örgütü Bölgelerinde İş-ilişkili Mortalite Sıklıkları	19
Şekil 2.	Dünyada İş-ilişkili Mortalite Yüzde Dağılımları	20
Şekil 3.	Dünya Sağlık Örgütü Bölgeleri Arasında İş-ilişkili Ölümlerin Karşılaştırılması	22
Şekil 4.	Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Teşkilat Şeması	32
Şekil 5.	Araştırma Zaman Çizelgesi	41
Şekil 6.	Örneklem Şeması	43
Şekil 7.	Araştırmanın Veri Analiz Akış Şeması	47
Şekil 8.	Veri Kaynaklarından Elde Edilen Alt Kod ve Temaların Karşılaştırılması	92

KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AÇSHB: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

AMA: American Medical Association/Amerikan Tıp Derneği

ARGE: Araştırma ve geliştirme

ASPB: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

BM: Birleşmiş Milletler

ÇASGEM: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi

ÇGM: Çalışma Genel Müdürlüğü

ÇSDB: Çalışan Sağlığı Dairesi Başkanlığı

ÇSGB: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

CSPBB: Cumhurbaşkanlığı Stratejik Plan ve Bütçe Başkanlığı

ÇŞB: Çevre ve Şehircilik Bakanlığı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKHABYS: Ereğli Kömür Havzası Amelebirliği Biriktirme ve Yardımlaşma Sandığı

ETKB: Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı

EU-OSHA: European Occupational Safety and Health Administration/Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı

HSGM: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

IALL: International Association for Labour Legislation/Çalışma Yasaması için Uluslararası Birlik

ICOH: Uluslararası İş Sağlığı Komisyonu/International Commission on Occupational Health

ILO: International Labour Organisation/Uluslararası Çalışma Örgütü

İSİG: İş Sağlığı ve İş Güvenliği

İSG: İş Sağlığı ve Güvenliği

İSGK: İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu

İSGGM: İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü

İSGÜM: İş Sağlığı ve Güvenliği Araştırma ve Geliştirme Enstitüsü

İŞKUR: Türkiye İş Kurumu

KOAH: Kronik obstrüktif Akciğer Hastalığı

KOSGEB: Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeleri Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

RTB: Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı

SB: Sağlık Bakanlığı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SSGSSK: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

STB: Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı

STK: Sivil Toplum Kuruluşu

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

VGDF: Vapours, gases, dusts and fumes/Buharlar, gazlar, tozlar ve dumanlar

MESLEK HASTALIĞI SÜRECİNİN KALİTATİF DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Giriş ve Amaç

Meslek hastalıkları için modern zamanların “sessiz salgını” ifadesi de kullanılmaktadır. Dünyada hergün 7500 insanın, 6500’ü iş-ilişkili hastalıklar ve 1000’i iş kaza ve yaralanmalarından olmak üzere, iş nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Ülkemizde meslek hastalıkları açısından gerek tanı gerek sürveyans sisteminde ciddi bir açık olduğu birçok yayında vurgulanmaktadır. Bu tanı ve sürveyans açığına bağlı olarak, tanı ve sürveyans dışında kalan çalışanların ve ailelerinin maddi ve manevi kaybı tazmin edilememekte ve sosyal korumadan mahrum kalmaktadırlar. Gerek koruma ve önleme programlarının gerekse tanı, tedavi ve rehabilitasyon programlarının oluşturulması ve sürdürülmesinde, ihtiyaç duyulacak bilgiyi arttırmak ve kanıt oluşturarak bu süreçlere olumlu katkı yapabilmek için yeterli İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) araştırma geliştirme finansmanına ve kalitatif/kantitatif bilimsel araştırmalara gereksinim vardır. Bu araştırmanın amacı, Dokuz Eylül Üniversitesi İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği’nde meslek hastalığı tanısı almış kişilerin, tanı öncesi, tanı ve tanı sonrası süreçlerdeki duygu, düşünce, gözlem ve deneyimlerinin saptanması ve değerlendirilmesidir.

Yöntem

Bu araştırma kalitatif (nitel) tipte, fenomenolojik (olgubilimsel) yaklaşımlı, betimleyici ve yorumlayıcı bir araştırmadır. Dokuz Eylül Üniversitesi İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği’ne, görüşmelere başlanma zamanına göre, son 6 ay içerisinde başvurmuş, meslek hastalığı tanılı çalışanlardan, amaca uygun örnekleme yöntemi ile seçilmiş 12 çalışanla anlatı görüşmesi yapılmış, görüşmelerde alınan ses kayıtları transkripte edilerek tematik içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir. Triangülasyonun sağlanması amacıyla, aynı klinikten kıdem ve deneyim düzeyine göre, 1 akademisyen, 1 uzman, 2 yandal uzmanlık öğrencisi ve 1 personelle de derinlemesine görüşme yapılmıştır. Ayrıca ülkemizdeki İSG sistemi ve programı, Rantanen ve ark.nın yöntemiyle, İSG alanında yayınlanmış ulusal ve uluslararası rehber dokümanlardan seçilenler ise doküman analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir.

Bulgular

Görüşülen 12 katılımcının 2’si kadın 10’u erkektir. Katılımcılar 31-58 yaş aralığında olup, yaş grupları açısından dağılım dengelidir. İşkolları açısından madencilik ve çeşitli imalat işkollarından olanlar ağırlıklıdır. Mevcut tanıları incelendiğinde bazılarının birden fazla tanısı

olup, solunum sistemi ve nöromuskuler sistemin hastalıkları ayrıca işitme kayıpları ağırlıktadır. Transkripte edilmiş metinlerdeki ifadelerden oluşturulan alt kodlar, kognitif ve psikolojik, sosyokültürel, sosyoekonomik ve iş yeri alanlarında kategorize edilmiş ve fen ve sosyal bilim literatürü eşiliğinde temalar oluşturulmuştur. Ortaya çıkan temalar “Göç ve Katastrofi”, “Proleterleşme”, “Alt Sosyokültürel Örgütlenme ve Gettolaşma”, “Geleneksel Çalışma Kültürü ve Örgütlenmeleri”, “Prekarizasyon ve Prekaryöz Çalışma”, “Kötü Muamele ve İş yeri Zorbalığı”, “Travma ve Benlik Krizi”, “İfşa ve Yüzleşme”, “İfşa ve İnsandışılaştırılma”, “Yeni benlik ve Uzlaşma” olarak son halini almıştır. Bu temalar altında en sık tekrar eden kodlar iş güvencesizliği, yoksulluk, eğitimsizlik, hemşehricilik, damgalanma, korku ve kaygıdır. Anahtar kişilerin meslek hastalıklarıyla ilgili en çok tekrar eden kodları ise tanı koyma süreci ve sonrasına yönelik karşılaştıkları durumlar, hekimlerin farkındalık eksikliği, tetkik ve konsültasyon süreçlerinde uzamalar, meslek hastalığı tanısı sonrası süreçlerin ağır işlemesi ve İSG profesyonellerinin yaşadıklarını ifade ettikleri vicdani ikilemler olmuştur.

Sonuç

Sonuçta araştırmanın odağında olan ve meslek hastalığı olarak algılananın, sadece tıbbi bir tablo veya tanı değil, dar bağlamda iş yerindeki, geniş bağlamda ise bu iş yerinin sadece küçük bir temsili olduğu uluslar ötesi alandaki çalışma hegemonisinin, yayılım gösterdiği ve kırılımlar yaptığı farklı ortamlardan biri olan çalışanın bedeninde kendisini açığa vuran (ifşa olan) bir fenomen olduğu ve böyle izlendiği değerlendirilmiştir. Meslek hastalığı olarak algılanan bu fenomenin, tanı öncesinde de sosyokültürel ve sosyoekonomik ortamlarda yayılarak proleterleşme, göç, gettolaşma, prekarizasyon, kötü muamele ve iş yeri zorbalığı (psikolojik taciz) gibi farklı kırılımlara uğrayarak, meslek hastalığı olarak çalışanın bedeninde ifşa olmasından ve tanı almasından sonraki süreç ve ortamlarda da, damgalanma ve insandışılaştırılma kırılımları ile yayılımına devam ettiği izlenmiştir. Öneri olarak birçok kurumun yetki ve sorumluluk alanına giren İSG sisteminde, eşgüdüm ve işbirliğini sağlayacak ve denetleyecek, buna yetkili ve özerk bir üst düzey yürütme mekanizmasının kurulması sağlanmalı ve paydaş kurumların kapasitesi ve niteliği iyileştirilmelidir. Tanı koyma sürecindeki uzamalar engellenmeli, hekimlerin farkındalık eksikliği giderilmelidir. Sonuç olarak ILO’nun ilk genel direktörü Albert Thomas’ın bir asır önce belirttiği irade ve organizasyon gerekliliği, halen bütün diğer verilebilecek önerilerin en başında geleni gibi görünmektedir.

Anahtar Sözcükler: meslek hastalıkları, kalitatif araştırma, yoksulluk, iş güvencesizliği, damgalama

A QUALITATIVE ASSESSMENT OF OCCUPATIONAL DISEASE PROCESS

ABSTRACT

Introduction and Aim

The term "silent epidemic" of modern times is used for occupational diseases. It is estimated that every day 7500 people in the world die due to work, 6500 of them from work-related diseases and 1000 from work accidents and injuries. It is emphasized in many publications that there is a serious deficit in both the diagnosis and surveillance system in terms of occupational diseases in our country. Due to this lack of diagnosis and surveillance, the financial and moral loss of employees and their families who are not diagnosed and supervised cannot be compensated and they are deprived of social protection. Adequate research and development financing and qualitative / quantitative scientific research are needed in order to increase the information needed and to make positive contribution to these processes by creating evidence for constituting and sustaining of both protection and prevention programs as well as diagnosis, treatment and rehabilitation programs. The aim of this study is to determine and evaluate the emotions, thoughts, observations and experiences of people diagnosed with occupational diseases in the Dokuz Eylül University Occupational Diseases Clinic before, during and after the diagnosis.

Method

This research is a qualitative type, phenomenological approaching, descriptive and interpretative research. 12 employees who applied to Dokuz Eylül University Occupational Diseases Clinic in the last 6 months, according to the time they started the interviews, selected with the purposive sampling method from among the employees diagnosed with occupational diseases, narrative interviews were made, and the audio recordings of the interviews were transcribed and evaluated with thematic content analysis method. In order to provide triangulation, 1 academician, 1 specialist, 2 specialty students and 1 staff from the same clinic, according to the level of seniority and experience

In-depth interviews were made with the personnel. In addition, the OHS system and program in our country were evaluated using the method of Rantanen et al., and those selected from the national and international guide documents published in the field of OHS were evaluated by document analysis method.

Findings

2 of 12 interviewees are women and 10 of them are men. Participants are between the ages of

31-58, and the distribution is balanced in terms of age groups. In terms of business lines, those from the mining and manufacturing sectors are predominant. When their current diagnoses are examined, some of them have more than one diagnosis, diseases of the respiratory system and neuromuscular system, as well as hearing losses. The emerging themes are “Migration and Catastrophe”, “Proletarianization”, “Sub-Sociocultural Organization and Ghettoization”, “Traditional Labor Culture and Organizations”, “Precarization and Precarious Work”, “Maltreatment and Workplace Bullying”, “Trauma and Self Crisis”, “Disclosure and Confrontation”, “Disclosure and Dehumanization”, “New self and Reconciliation”. The most recurring codes under these themes are job insecurity, poverty, lack of education, stigmatization, citizenship/family solidarity, fear and anxiety. The most repetitive codes of key interviewers related to occupational diseases are the situations they encounter during and after the diagnosis process, the lack of awareness of other physicians, prolongation in the examination and consultation processes, the slow operation of the post-diagnosis of occupational disease, and the conscientious dilemmas of the professionals.

Conclusion

It is concluded that, the focus of the research, as perceived as an occupational disease, is not merely a medical concept nor a diagnosis, but a self-disclosing phenomenon, which is exposed in the employee's body; the body, which is one of the other multiple environments (individual or social), where the transnational work hegemony spreads, and make breakdowns. This phenomenon, which is perceived as an occupational disease, has already been spread in social and cultural environments before the diagnosis, and undergone multiple breakdowns, such as proletarianization, migration, ghettoization, precarization, mistreatment and workplace bullying (psychological harrasment). After diagnosed, and exposed in the employee's body, it seems to be, it spreads beyond, and makes breaks like stigmatization and dehumanization. As a suggestion, an authorized and autonomous high-level executive mechanism that will ensure and supervise coordination and cooperation in the OHS system, should be established and the capacity and quality of the institutions that are stakeholders of the OHS system should be improved. Prolongation in the diagnosis process should be prevented and the lack of awareness of other physicians should be eliminated. Finally, the necessity of will and organization, as stated by Albert Thomas, the first director general of ILO, a century ago, still seems to be the top of all other suggestions.

Keywords: occupational diseases, qualitative research, poverty, job insecurity, stigmatization

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Meslek hastalığı terimi ILO tarafından 1981 yılında yayınlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Sözleşmesi 2002 Protokolü'ne göre “Öncelikle bir iş faaliyetinden kaynaklanan risk faktörlerine maruz kalma sonucu olduğu üzerinde anlaşılmış herhangi bir hastalığı kapsamaktadır.” şeklinde tanımlanmıştır. Meslek hastalığı tanımında mevcut iki temel unsur “Belirli bir iş ortamında veya iş faaliyeti sırasındaki maruziyet ile belirli bir hastalık arasında nedensellik ilişkisi bulunması ve hastalığın riske maruz kalmış bir grup insan arasında ortaya çıkma sıklığının nüfusun geri kalanının ortalama morbiditesinin üzerinde olması” olarak belirtilmiştir(1). DSÖ de güncel olarak ILO'nun tanımlamasını kullanmaktadır(2).

DSÖ anayasasının giriş kısmında “İrksal, dinsel ve politik inanç veya ekonomik veya sosyal koşullara bağlı ayrımcılık yapılmaksızın ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanma” temel bir insan hakkı olarak tanımlanmıştır(3). İSG de uluslararası zeminde temel bir insan hakkı olarak tanımlanmış ve kabul edilmiştir. BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nde (1976) “Güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları, sosyal güvence, makul çalışma süreleri ve eşit ve insana yakışır çalışma koşulları” çalışan insan hakları olarak kabul görmüştür(4). Yine BM Sürdürülebilir Gelişme Hedefleri içerisinde “Herkes için sürekli, kapsayıcı ve sürdürülebilir ekonomik büyüme, tam ve üretken istihdam ve insana yakışır iş” yer almaktadır(5). Ancak gerek yerel gerek küresel nicel göstergeler, temel bir insan hakkı hedefi düzeyinde beklenenden oldukça uzaktır.

Küresel ölçekte “sessiz salgın” da denilen pandemik düzeyde bir morbidite ve mortaliteden bahsedilmektedir(6). Her yıl yaklaşık 313 milyon çalışan iş kazası geçirmekte ve 160 milyon çalışan ise iş-ilişkili hastalık tanısı almaktadır. Ölümlü iş kazası tahminen yıllık 350 bin dolayındadır. Yine ölümcül iş-ilişkili hastalık sayısı bu sayının çok daha üzerinde olup tahminen yıllık 2.3 milyon olarak tahmin edilmektedir. Nüfus yoğunluğunun en yüksek olduğu Asya kıtasında ve gelişmekte olan ülkelerde iş kazası ve iş-ilişkili hastalık sıklığı daha fazladır(7). İleri sanayi ülkeleri ve daha az gelişmiş ülkeler arasında morbidite ve mortalite sıklıklarında 10^3 kata varan farklar mevcuttur. Geçtiğimiz birkaç onyılıda gelişmiş ülkelerde ölümcül iş kazaları sıklığında %40-50'ye varan düzeyde azalma izlenmiştir. Yine meslek hastalığı riskinde de önemli düzeyde bir gerileme mevcuttur. Bu ülkelerdeki daha iyi yönetim, liderlik ve kültürel yaklaşımın yanında önemli bir oranda tehlikeli sanayi kollarının Asya'ya taşınması da bu sonuca yol açmıştır. Buna rağmen pek çok yüksek gelirli ülkede

olumlu gelişmenin sürdürülmesi giderek zorlaşmaktadır. İstatistiklerdeki durgunluk yeni bir paradigma ve sıçrama ihtiyacına işaret etmektedir(8). Ayrıca yine bu başarılarla rağmen halen ekonomik olarak mesleki risklere bağlı GSYİH'nın %4-6'sı kadar kayıp olmakta ve bu ülkelerin sağlık bütçelerinin yarısı veya daha fazlasına tekabül etmektedir(7,8).

Gelişmekte olan ülkelerde iş sağlığı ve güvenliği konusunda oluşturulan ulusal politika ve mevzuata rağmen programların uygulanmasında yetersizlikler (uygulama açığı), yetersiz personel ve altyapı (kapasite açığı), küçük işletmeler ve enformal sektörün kapsam altına alınamaması (kapsam açığı) gibi sorunlar tanımlanmıştır. Bu ülkelerde kayıt altına alınan ve izlenen çalışan sayısı toplam çalışan sayısının ortalama üç veya dörtte biridir(9).

Ülkemizde meslek hastalıkları açısından gerek tanı gerek sürveyans sisteminde ciddi bir açık olduğu birçok yayında vurgulanmaktadır(10–13). Bu tanı ve sürveyans açığına bağlı olarak tanı ve sürveyans dışında kalan çalışanların ve ailelerinin, maddi ve manevi kaybı tazmin edilememekte ve sosyal korumadan mahrum kalmaktadırlar(14).

İş kazası ve meslek hastalıkları açısından sosyal koruma iki ana başlıkta incelenebilir. Bunlardan birincisi iş kazası ve meslek hastalığı meydana gelmeden önce alınan iş sağlığı ve güvenliği önlemleri ikincisi ise iş kazası ve meslek hastalığı meydana geldikten sonra kaza ya da hastalığın çalışanın ya da ailesinin gelir kaybı ve/veya gider artışlarını tazmin eden sosyal güvenlik programlarıdır. İş denetiminde niceliksel yetersizlik, kayıt dışı istihdam, iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili istatistiklerde eksiklik, sosyal koruma yetersizliğinin tahmin edilenden daha yüksek olduğunu düşündürmektedir(15). Meslek hastalıklarına ilişkin inceleme ve davaların uzun yıllar sürdüğü, 10 yılı dahi aşan davaların olduğu bilinmektedir ve 2017 yılında meslek hastalığı tespiti için incelemede olan 4 bin 500 kadar dosya mevcut olduğu bildirilmiştir(16). Bu sayı sadece meslek hastalığından ölümlerin tazmini için 2012 İSGK tarihi milat alınırsa, 2017'de yaklaşık 32bin-40bin arasında olmalıdır. Bu rakamlar ülkemizde ne denli ciddi bir tazmin açığı olduğunu göstermektedir.

Sosyal koruma kapsamında kayıpların ekonomik olarak karşılanması gerekliliğinin yanında iş sağlığı ve güvenliği alanında meslek hastalığı sürecinde olan insanların tanı ve tedavisiyle beraber fiziksel ve zihinsel rehabilitasyon süreci için de programların uygulanması gerekmektedir. Tanı, tedavi ve rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi ile beraber, hem daha etik olduğu ve olumlu sosyal sonuçlar doğurduğundan hem de daha maliyet etkili olduğundan(17) mutlaka koruma ve önleme programları da etkili olarak uygulanmalı, güvenilir bir sürveyans sistemiyle izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

Gerek koruma ve önleme programlarının gerekse tanı, tedavi ve rehabilitasyon programlarının oluşturulması ve sürdürülmesinde, ihtiyaç duyulacak bilgiyi arttırmak ve kanıt oluşturarak, bu süreçlere olumlu katkı yapabilmek için yeterli İSG ARGE finansmanı ve kalitatif/kantitatif bilimsel çalışmalara gereksinim vardır.

1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı, Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) İş ve Meslek Hastalıkları kliniğinde meslek hastalığı tanısı almış kişilerin tanı öncesi, tanı ve tanı sonrası süreçlerdeki duygu, düşünce, gözlem ve deneyimlerinin saptanması ve değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meslek Hastalığı Kavramı

Her ne kadar ILO'nun kuruluşu öncesinde de öncül örgütler (IALL) ve 19. Yy.da kibrit üretiminde kullanılan beyaz fosfor ve etkilerine (phossy jaw) karşı girişimler olsa da ILO'nun kuruluşu meslek hastalıkları kavramının gelişiminde resmi olarak bir milat sayılabilir(18,19). Kuruluş tarihi olan 1919 yılında ILO yün ticaretinde, yünlerin şarbon basillerine karşı dezenfekte edilmesini önermiştir(20). İlk ILO meslek hastalıkları listesi, 1925 yılında 18 numaralı İşçi Tazminatı (Meslek Hastalıkları) Sözleşmesi'nce Şarbon hastalığı ile kurşun ve civa zehirlenmesini kapsayacak şekilde oluşturulmuştur. Bu sözleşmede meslek hastalığı için "İlgili ulusal mevzuatın kapsamında olan ve ilişkideki listede belirtilen ticaret ve sanayi kollarına tekabül eden hastalık ve zehirlenmeler" ifadesi kullanılmıştır. Ardından 1934 yılında 42 numaralı sözleşme ile arsenik, fosfor, silika, X-ışını, radyum, alifatik serinin hidrokarbonlarının halojen türevlerine bağlı toksisite ve hastalıklar ile zift, katran, asfalt, mineral yağı, parafin ve türevlerine bağlı primer epitelyal kanserler de listeye eklenmiştir. Yaklaşık otuz yıl sonra düzenlenen 1964 yılındaki ILO konferansında, sözleşmeye eklenen ayrı bir programla (Meslek Hastalıkları Listesi) yeni bir sözleşme kabul etmek zorunda kalmadan programın değiştirilmesine izin veren (31. Madde), 121 numaralı İstihdam Zararı Faydalandırmaları Sözleşmesi'ni kabul edilmiştir. Bu yeni oluşturulan listede yirmidokuz meslek hastalığı yer almıştır. Böylece meslek hastalıklarının tanımlanması ve tanınması konusunda pratik ve düzenleyici bir adım atılmıştır. Bu sözleşme ve maddeye dayanarak 1980 yılından bugüne bu listede değişik yapılmaktadır. Takip eden dönemlerde 1980 yılındaki ILO konferansı, İş Sağlığı ve Güvenliği Sözleşmesi 2002 Protokolü (1981), 194 numaralı Meslek Hastalıkları Listesi Tavsiye Kararı, 2002 (2009) ile bu düzeltmeler devam etmiştir. Yine 1974 yılındaki Mesleksel Kanserler Sözleşmesi ile Radyasyondan Korunma

Sözleşmesi Ve Tavsiyesi (1960) ve Benzen Sözleşmesi ve Tavsiyesi'ne (1971) atıf yapılarak “mesleksel kanser” kavramı ve çerçevesi de ortaya konulmuştur(21).

Güncel olarak kullanılan “meslek hastalığı” terimi ILO tarafından 1981 yılında yayınlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Sözleşmesi 2002 Protokolü'ne göre “Öncelikle bir iş faaliyetinden kaynaklanan risk faktörlerine maruz kalma sonucu olduğu üzerinde anlaşılmış herhangi bir hastalığı kapsamaktadır.” şeklinde tanımlanmıştır. Meslek hastalığı tanımında mevcut iki temel unsur “Belirli bir iş ortamında veya iş faaliyeti sırasındaki maruziyet ile belirli bir hastalık arasında nedensellik ilişkisi bulunması ve hastalığın riske maruz kalmış bir grup insan arasında ortaya çıkma sıklığının nüfusun geri kalanının ortalama morbiditesinin üzerinde olması” olarak belirtilmiştir(1).

Mesleki bir maruziyet ile belirli bir hastalık arasında nedensel bir ilişkinin var olduğu açık olduğunda, bu hastalık genellikle hem tıbbi hem de yasal olarak mesleki olarak kabul edilmekte ve bu şekilde tanımlanabileceği ifade edilmektedir. Daha önce de değinilen 1964 tarihli 121 numaralı İstihdam Zararı Faydalandırmaları Sözleşmesi 6.paragrafında “Her Üye, öngörülen koşullar altında, işlemlerde, ticarete veya mesleklerde tehlikeli maddelere ve koşullara maruz kalmasından kaynaklandığı bilinen hastalıkları meslek hastalığı olarak kabul etmelidir.” denilmiştir.

Meslek hastalıkları tanılarının konulmasında oldukça nesnel ve bilimsel nedensellik ilkelerine uygun davranılmasının nedenlerini Fişek şu şekilde sıralamıştır(14):

- Bu olgu, işverenin gerekli önlemleri almamış olmasının bir sonucudur ve ona hukuksal yaptırımlar uygulanmasına yol açar.
- Bu olgu, işçinin çalıştığı ortamın düzenlenmesini ve meslek hastalığına yol açabilecek etmenlerin ortadan kaldırılması için yatırım yapılmasını zorunlu kılar. Bunun işverene yükleyeceği parasal yükler azımsanamayacak boyutlardadır.
- Yine bu yüzden işveren, bir takım cezalarla karşı karşıya kalır.
- Bu olguya yol açan etmenler ortadan kaldırılmaz ve işçi aynı koşullarda aynı işi yapmayı sürdürürse, sağlık zararı daha da derinleşir. İş ile işçinin bağının kesilmesi ise, işçi için gelir kaybına yol açabilir.
- Bir işçiye meslek hastalığı tanısı konulması, onunla aynı koşullarda çalışan iş arkadaşları için de bir erken uyarı özelliği taşımaktadır (toplumsal düzeyde erken tanı). Eğer onlar için önlem alınmazsa, meslek hastalığına yakalanmalarına ramak (çok az) kalmış olur.

Bununla birlikte, bir hastalığı işle ilişkili olarak tanımlamanın her zaman kolay olmadığı da zamanla ortaya çıkmıştır. Aslında genellikle tek bir nedensel etkenle ilişkili ve tanımlanması görece kolay olan klasik hastalıkların yanında şu veya bu şekilde meslek veya çalışma koşullarıyla ilişkilendirilebilecek, mesleklerle güçlü veya özgül bağlantıları olmayan ve birçok olası nedensel etkenle ilişkili hastalık ve rahatsızlıklar da tartışılmaya başlanmıştır(22).

ILO'nun Mesleki Sağlık ve Güvenlik Ansiklopedisi'nin üçüncü baskısında (1983), meslek hastalıkları iş-ilişkili (iş ile şiddeti ve insidansı artan hastalık) ve iş-nedenli hastalıklar (o iş grubundakilerde görülen hastalık, meslek hastalığı) şeklinde bir ayırım yapılmıştır. Bazı ülkelerde böyle bir ayırım yapılmamış olup iş-ilişkili hastalıklar da iş-nedenli hastalıklar (meslek hastalıkları) gibi değerlendirilmektedir(22). Meslek hastalıkları, iş-nedenli hastalıklar, iş-ilişkili hastalıklar gibi kavramlar halen tartışılmakta ve farklı kullanımlar karışıklıklara neden olabilmektedir.

DSÖ Uzman Komitesi'nin 714 sayılı 1985 tarihli teknik raporu ve İş Sağlığında ILO/DSÖ Ortak Komitesi'nin 1989 yılında yayınladığı rapor ile “iş-ilişkili hastalıklar” teriminin sadece onaylanmış meslek hastalıklarını değil, aynı zamanda çeşitli nedensel faktörlerden biri olarak çalışma ortamının ve iş performansının önemli ölçüde katkıda bulunduğu diğer bozuklukları tanımlamak için uygun olabileceği önerisi sunulmuştur. Bir ucunda klasik meslek hastalıkları diğer ucunda ise mesleksi etkilenimin çok düşük düzeyde olduğu hastalıklar olduğu varsayılan bir süreklilik içerisinde birçok hastalığın multifaktöriyel bir etyolojiye sahip olduğu ve sadece belli koşullarda iş-ilişkili olabilecekleri ayrıca çalışanların kapasite ve sınırlarına uygun şekilde işlere yerleştirilmeleri ile belli patolojik durumlarda çalışmanın rehabilite edici özelliği olabileceği ifade edilmiştir(23,24).

İş-ilişkili hastalıklar ile ilgili 1992 yılında ILO tarafından Avusturya'nın Linz şehrinde düzenlenen uluslararası bir sempozyum ile iş ve hastalık arasındaki ilişki çeşitli kategorilere ayrılmıştır. Buna göre “meslek hastalıkları” genellikle tek bir nedensel etkene bağlı, meslek ile güçlü ve özgül bir ilişkisi olan ve bu şekilde tanınmış hastalıkları, “iş-ilişkili hastalıklar” çoklu nedensel etkenli, kompleks etyolojili, gelişiminde çalışma ortamındaki risklerin diğer riskler ile beraber rol alabildiği hastalıklar, “çalışan toplulukları etkileyen hastalıklar” ise iş ile nedensellik ilişkisi bulunmayan ancak mesleksi sağlık riskleriyle şiddetlenen hastalıklar olarak tanımlanmıştır.

DSÖ de meslek hastalığı ve iş-ilişkili hastalıklar için güncel olarak ILO ile aynı tanımlamalarını kullanmaktadır(25).

Ülkemizde Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü'ne (1972) göre meslek hastalığı “MADDE 62: Sigortalının çalıştırıldığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleri meslek hastalığıdır.” olarak tanımlanmıştır(26). SSGSSK'ya (2006) göre meslek hastalığı, “MADDE 14- Meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir.” şeklinde tanımlanmıştır.(101) İSGK'na (2012) göre ise “Meslek hastalığı: Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalığı” ifade etmektedir. Görüldüğü üzere, ülkemizde daha eski mevzuatın tanımları, çağdaş tanımla uyumsuz görünmekte ve uygulamada karışıklıklara neden olabilmektedir. Bu konuya İSG programları bölümünde daha ayrıntılı olarak değinilecektir.

2.2. Meslek Hastalıkları Tarihi

Meslek hastalıklarının tarihi insan uğraşısının ve çalışmanın tarihi kadar eskidir. Avcılık, toplayıcılık, barınak yapma, alet yapma, deri dikme gibi ilkel yaşam uğraşlarından başlayarak tarım, madencilik, sanayi, ticaret vb. ile karmaşılaşan, örgütlenen ve yaygınlaşan yerleşik yaşam ile beraber çeşitli sosyal sınıflar ve meslekler ortaya çıkmış veya tarihin sahnesinden silinmiştir(27).

Alet yapımı ve kullanımı ilkel insanları primatlardan ayırt eden temel kriterlerden biri olarak kullanılmakta olup, antropolojistler Afrika'nın çeşitli bölgelerinde taş el baltalarını ortaya çıkarmaktadırlar. Bu ilkel baltalar homo genusunun ve insan türünün en uzun süre kullanmış olduğu alet türü olarak (kabaca bir buçuk milyon yıl) tanımlanmaktadır(28). Bu ilkel taş zanaatı nesillerce aktarılıp geliştirildikçe zamanla daha simetrik, oval ve kullanışlı hale getirilerek standardize edilmiştir. Acheulean bölgesinde bulunan el baltaları bu zanaatın en iyi örneklerindendir. Öyle ki bu dönemde kullanışlı olmalarının yanında diğerlerinden ayırt edilebilen renkli ve süslemeli olanlar da bulunmuştur. Bu taş baltaların sosyal ilişki ve normlarda bir ikon-sembol hatta ilk metalar olmuş olabileceği düşünülmektedir. Bu aletler aynı zamanda insanın sosyal ve bilişsel zekâsının gelişiminde ve evriminde büyük öneme sahipti(29). Bu gelişim ve evrimle beraber Mousterian taş zanaat teknikleri ile karma ve saplı taş aletleri (balta, mızrak ve yay/ok) ortaya çıkmıştır. Ülkemizde de Kalatepe deresi'nde (Niğde) bu döneme ait bulgulara rastlanmıştır. Bu bölge Anadolu yarımadasının şimdilik bilinen en eski buluntu yeridir(30).

Homo genusu içerisinde taştan alet üretimi, ateş kullanımı, ilkel pişirme teknikleri ve erken

dönem giysiler çeşitli düzeylerde diğer bazı türlerde de mevcuttu. Bu genusta bugüne dek varlığını sürdürebilmiş yegâne tür olan insanın doğayı ve çevresini dönüştürdüğü bu uzun uğraşı sürecinde kaynaklar ve bu kaynaklara ulaşım da hayatta kalma açısından belirleyiciydi. Örneğin bugün yaygın olarak kullandığımız çelikten çok daha sağlam yapıda olan ve bir çeşit quartz minerali kristali olan çakmak taşı, bu sağlam yapısı ve bir çekiç taşı ile işlendiğinde oldukça keskin kenarlı parçalara işlenebilmesiyle taş devri dönemi insanları açısından oldukça önemliydi. Bu dönemin insan yerleşkeleri sıklıkla çakmak taşının kolay bulunduğu yerlere yakındı. Bu kaynağa uzak olanlar seyahat ve ticaret yoluyla çakmak taşına erişmek durumundaydı. Çakmak taşından ilk bıçaklar ve önceki dönemdekilerden çok daha dayanıklı ve etkili mızrak, ok uçları, çeşitli kırma ve kazı aletleri yapılabilmekteydi. Taş devrinin sonlarına doğru yaklaşık MÖ 6000-4000 yıllarında yani metal ve alaşım çağlarından yaklaşık 2000 yıl önce bugünkü Norfolk, İngiltere’de geyik boynuzları ve ağaçtan imal edilmiş aletler ile kazılmış, bilinen en eski madenlerden olan bir çakmak taşı madeni ortaya çıkarılmıştır(31). Bu tarih öncesi dönemde zorlu yaşam koşulları ve süreleri nedeniyle belki ilkel taş zanaatı ve madencilğe bağlı riskler henüz farkedilmemişti. Neolitik devrim de denilen çömlekçilik ile beraber kil ve kireç kaynakları ve madencilği de önem kazanmıştır. Yeni taş devri (neolitik devir) ve tarım devrimi ile beraber Anadolunun güneyi, Nil deltası ve Mezopotamya’yı kapsayan Bereketli Hilal denilen bölgede ilkel buğday ıslahı ve bugünkü Doğu Asya ve Orta Amerika bölgelerinde pirinç ve mısır ıslahı da yayılmaya başlamıştır. Yazının kullanılması ve tekerlek gibi önemli gelişmeler ve icatlar da bu coğrafyada yaşanmıştır. Bu dönemde Göbekli Tepe, Çatalhöyük gibi alanlarda buluntuları ortaya çıkarılmış daha geniş ve kompleks yapıda insan yerleşimleri de inşa edilmeye başlanmıştır(32).

Tarih öncesi dönemlere ait kısıtlı bulgularla avcılık-toplayıcılık, savaş, çeşitli zanaatlar (taş yontmacılığı, ormancılık, çömlekçilik vb.), madencilik, inşaat, tarım gibi insan uğraşlarının olası maruziyetleri, bu maruziyetlere karşı insanların algıları, farkındalıkları ve aldıkları önlemler üzerine tahminler yürütülebilmektedir. Sözelimi taş zanaatkarları veya ilk madenciler solunumsal hastalıklara yakalanıyormuydu? İlkel nalbantlar, çömlekçiler ve seramikçiler bakır, kalay, civa, silisyum ve kadmiyum içeren pigmentler ve karmaşık cevherler nedeniyle sinir sistemi ve böbrek hastalıklarından muzdaripmiydi? Yoksa hastalıklar manifest hale gelmeden başka nedenlerle ölüyorlarmıydı? Yazılı tarihin olmadığı bu karanlık dönemlere ait buluntular ve resimlerde keşfedilen örneğin okçuların taş, kil, ağaç ve deriden yapılmış çok çeşitli bilek ve parmak muhafazaları böyle bir farkındalığın var

olduğu ve önlem almış olma ihtiyacı duymuş oldukları hakkında bir miktar ipucu vermektedir(33).

Coğrafik ve kronolojik olarak değişmekle beraber yaklaşık 5000 yıl önce bakır ve daha sonra bakır, kalay alaşımı bronz ve yaklaşık 3500 yıl önce demirin kullanılmaya başlanması ayrıca çömlekçilikte de sırlama teknikleri, seramik ve cam yapımının geliştirilmesi ile beraber tehlikeler ve riskler de artmış ve çeşitlenmiştir. Yunan coğrafyasında yüksek ısıli fırınların icadıyla demir zanaatı geliştirilmiştir. Yine 2000 yıl önce dünyada demirin kullanımı artık yaygınlaşmıştır. Karbon ile demirin sertleştirilmesi ve ilkel çelik üretimi de MÖ 1000’li yıllarda uygulanmaya başlamıştır(34).

Sümer çivi yazısı ve Mısır hiyeroglifleri, tarih öncesi taş devirlerine göre daha fazla bilgi sahibi olduğumuz bronz çağı ile başlayan arkaik dönem (MÖ 2000-800) ve takip eden Yunan ve Roma dönemi olan klasik antik dönem (MÖ 800-MS 600) için milat olarak kabul edilmektedir(35).

Antropolojinin öncülerinden Lewis H. Morgan’ın (1818-1881), Danimarkalı tarihçi Christian Jürgensen Thomsen’in (1778-1865) Avrupa’nın tarih öncesi çağlarını sınıflandırdığı üçlü-çağ teorisinden (Taş devri-Bronz Çağı-Demir Çağı) esinlenerek, tarih öncesi Kuzey Amerika için benzer olarak ürettiği teorisine göre, kümülatif olarak yabanılık (avcılık, toplayıcılık), barbarlık (tarım, hayvancılık) ve uygarlık (sanayi, maden) aşamaları ile gensler (esasen anaerki akrabalık ve kan bağları), kabileler, konfederasyonlar ve nihayetinde devletler oluşmuş; sosyal, kültürel ve ekonomik koşullar evrimleşmiştir(36). Lewis çalışmalarıyla Friedrich Engels (1821-1895) ve Karl Marx’ı (1818-1883) da etkilemiş olup, çağdaşı olan Sigmund Freud (1856-1939), Charles Darwin (1809-1882) gibi Avrupalı bilim insanlarından atıf almış tek Amerikalı bilim insanıdır. Ütopik sosyalizmin öncüsü Charles Fourier (1732-1837) “monogami”, “ataerkillik” ve “özel mülkiyet” ile beraber medeniyetin ortaya çıktığını (Fourier medeniyet ifadesini olumsuz anlamda kullanmıştır.) ve “çekirdek aileler”in iktisadi birimler haline geldiği görüşünü öne sürmüştür.

Arkaik dönemde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik bilgiler yine kısıtlı olmakla beraber tarih öncesine göre daha fazladır. Örneğin Mısır piramitlerinin yapımında yaralanan işçilere yönelik ortopedik ve nöroşürirjik oldukça agresif girişimleri de içeren papirüsler keşfedilmiştir. İşçi sitelerinde yapılan kazılarda bazıları doğru şekilde tedavi edilmiş çok çeşitli kırıkların olduğu iskeletler günışığına çıkarılmıştır. Hiyeroglifler ve duvar resimlerinde tasvir edildiği kadarıyla kırbaç altında çalıştırıldıkları düşünülen bu işçiler

esasen esir ve kölelerden oluşmaktaydı(37).

Yine Mısır imparatorluğu'ndan günümüze ulaşan oldukça detaylı ve çarpıcı detay ve tasvirler içeren bir papirüs olan Mesleklerin Hicvi'ni de mutlaka gözden geçirmek gerekmektedir: “-Asla bir nalbantın veya bir dökümcünün bir büyükelçi olup önemli bir göreve gönderildiğini görmedim fakat gördüğüm bir metal işçisinin fırının önünde ızgara olmasıydı.-Duvarcı tüm hava koşullarına ve tehlikelere maruz kalmış, kolları çalıştıkça yıpranmış, yemeği kir ve çöp ile karışmış, tırnaklarını yiyor zaten başka yemeği de yok. -Berber karnını doyurabilmek için kollarını kırmak zorunda. -Dokumacı iki büklüm olmuş karnına çektiği bacakları ile nefes alamıyor. -Çamaşırcı iskelede timsahlarla komşu. -Boyacı balık yumurtası kokuyor, gözleri yorgun, elleri hiç durmadan çalışıyor.” (38).

Yaklaşık 2.25 metrelik dikili taş tabletlere, MÖ 2250 yılında çivi yazısıyla yazılmış Babil kralı Hammurabi'nin kanunlarında da sosyal hayat, hukuk ve çalışmayı düzenleyen düzenlemeler mevcuttur. Kendi sözleriyle bu 287 kanunun gayesi “Güçlü olanın zayıfı ezmesini önlemek ve adaletin dul ve yetimler için sağlandığını görmek.” idi(39).

Klasik antik Yunan ve Roma dönemlerinde en çok dikkati çeken kollardan biri madenciliktir. Bronz heykellerin ve sanatın geliştiği Yunan uygarlığında madalyonun diğer yüzünde bakır ve kömür için yerin metrelerce altında, daracık galerilerde, sürekli ısı ve dumana maruz kalarak, ölümüne çalıştırılan köle, esir ve mahkûmlar vardır. Örneğin MÖ 5.Yy'da Atina'nın Lavrion bölgesinde yaklaşık 11bin kişi madenlerde çalıştırılmaktaydı. Maden sahipleri ve işletmecileri dışında kimsenin banyo, tuvalet, doktor, ilaç vb. imkânları yoktu(40). Bu dönemlerde, atıf yapılan çeşitli tarihsel şahsiyetler (Heredot, Hipokrat, Martial, Juvenal, Lucretius, Pliny ve Galen gibi) madenlerde çalışmanın risk ve tehlikelerini bildirmişlerdir. Ancak buna rağmen gerek Yunan gerek Roma uygarlıklarında köle, esir ve mahkûmlar tamamen çıplak veya sadece yüzü hayvan mesanesi gibi şeffaf bir membranla kapatmak gibi basit önlemlerle çoğunlukla birkaç ay içinde ölümle sonuçlanan riskli ve tehlikeli koşullarda çalıştırılmaktaydı. Bu ağır koşullar aynı zamanda bir cezalandırma ve arındırma biçimiydi(27). Klasik antik dönemin önemli bir özelliği olarak bu dönemde alt sınıfların sağlığına yönelik nerdeyse hiç duyarlılık yoktu. Hekimlerin ilgisi ve temel uğraşısı üst sınıfların ve eğlence için kullanılan gladyatörlerin sağlığı üstüneydi. Antik uygarlıklar büyük kültürel değerler ve zenginlikler yaratmış ancak bunun için sayısız hayat feda edilmiş ve bu kültür ve zenginlikler sadece küçük bir üst sınıf tarafından paylaşılmıştır(27,41).

Antik Yunan döneminde zanaat ile uğraşanların durumu da madencilerden pek de farklı

değildi. Bu konu ile ilgili, ekonomi alanında ilk eserlerden biri olarak da bilinen, Sokratik diyaloglardan oluşan Xenophon tarafından yazılmış Oeconomicus'ta Sokrates şöyle demektedir: “Bu sözüm ona mekanik sanatlar, bu işlerle iştigal eden işçiler ve benzerlerinin yani bütün gün aynı oturma pozisyonlarında bir dokuma tezgâhını kucaklamaya zorlanan veya bir fırının önünde çömelmek zorunda kalanların harabeleşmiş vücutlarını da gören uygar toplum nezdinde, haksız da sayılmayacak şekilde, kötü bir nam ve itibara sahiptir. Bu sürekli fiziksel eziyet ruhun da kaybolması ile neticelenmektedir. Bu mekanik sanatlar bununla iştigal edenlere arkadaşlık veya yurttaşlığa adayabilecekleri hiçbir boş zaman bırakmamaktadır. Böyle bir topluluk çaresiz arkadaşlar ve aciz vatan savunucularından başka ne olabilir ki? O yüzden bazı devletlerde, özellikle savaşçıl olanlarda, hiçbir yurttaş herhangi bir mekanik zanaati icra etmemelidir.”(42). Bu eserde de açıkça görülebileceği gibi bu zanaatların ergonomik, fiziksel tehlike ve riskleri konusunda oldukça detaylı bir anlatım ve farkındalık mevcuttur. Bu işçilerin olağan olarak baskı görmesi, insandışılaştırılması, damgalanması ve değersizleştirilmesi arkaik ve antik dönemlerin özelliklerinden biri olarak bilinmektedir(27,41). Örneğin Romalı devlet adamı Cicero, MÖ 44 yılında, meşhur retorik ve politik konuşmalarından birinde: “Zahmetlerini satanların ticaretini temel ve aşağılık bir şey olarak görmeliyiz zira kim para karşılığında emeğini verirse aslında kendini satar ve köle sınıfına koyar.” demiştir(43). İleride de değinileceği üzere, 19. Ve 20. Yy. kültür ve edebiyatında da, artık antik dönemlerdeki gibi yaygın olarak olağan karşılanmasa da, işçiler üzerinde baskı, zorlama, damgalama ve değersizleştirmenin ipuçları ve izleri sıklıkla izlenmektedir(44)

Arkaik ve antik dönemleri takiben literatürde orta çağlar veya karanlık çağlar diye adlandırılan 7. Yy. ile 12.Yy arasındaki dönemde meslek hastalıkları ile ilgili kaynaklar oldukça kısıtlıdır. Bu dönemde mistisizm, dogmatizm ve doğa üstücülük nedeniyle Katolik inanç ve öğretilerinin egemenliğindeki düşünsel, bilimsel ve pratik alanlarda değişim ve gelişim oldukça yavaşlamıştır. Bu dönemde fetihlerle İber yarımadasından Orta Asya'ya dek uzanacak olan, geniş İslam coğrafyasındaki bilginler antik Yunan döneminden kalan literatürün de ilhamıyla insanlık mirasına katkı yapmışlardır. Ebu Bekir Muhammed ibni Zekeriya al-Razi (MS 850-923) veya Avrupa literatüründeki mahlasıyla Rhazes, ayırıcı tanı yaklaşımını geliştirmesi ve az bir kısmı günümüze ulaşan 200'ün üzerindeki bilimsel eseri ile, Avrupa'da 12. Yy.da başlayan Skolastik akıma kadar olan sürede, birkaç yüzyıl etkili olmuştur. Al-Razi'nin meslek hastalıkları tarihi açısından önemi, ayırıcı tanı yaklaşımını ortaya atması, meslekssel sorgulama ve maruziyet örneklerine de yer vermesidir. Nalbant,

kuyumcu, pamuk tüccarı gibi mesleklerle ilgili detaylı çalışmaları vardır(45).

Altın çağının doruğundaki İslam medeniyetleri ile pek çok şekilde temasta bulunan Avrupa gerek bu medeniyetin koruyup, geliştirdiği antik bilimsel miras ile tanışması gerekse Skolastik akım, yeni icat ve keşiflerin etkisiyle canlanan ulaşım ve ticaret olanaklarıyla da değişip gelişmeye devam etmiştir. Aydınlanma dönemine kadar olan bu 12. Yy. ile 17. Yy. arasındaki keşifler ve devrimler döneminde, canlanan ticaret ve ekonomi ile artan inşaatlar, ilk üniversitelerin kurulması, şehirlerin büyümesi ve yoğunlaşması ile de halk ve çevre sağlığı açısından riskler artmaya başlamış ve özellikle çevre sağlığı konusunda çeşitli önlemler alınmaya başlanmıştır(46). Örneğin Fransa'da MS 1350 yılında mezbahalara atıklarını yerleşim yerleri dışındaki alanlara atma zorunluluğu getirilmiştir. Yine 15. Yy.'ın sonlarına doğru çömlekçiler ve bazı zanaatkârların yerleşim yerlerinde çalışması yasaklanmıştır. Bu dönemde değişmeye başlayan sosyal ve kültürel hayat, çalışma ve istihdam ilişkileri, zamanla önemli sosyoekonomik ve politik gelişmelerin zeminini hazırlamıştır. Bu başdöndüren keşifler ve gelişim kuşkusuz aynı zamanda madalyonun diğer yüzünde zanaatkârlar ve işçiler için sayısız riskler, hastalıklar, kazalar, yanıklar, duman ve zehirli gazlarla dolu işyerleri de demektir. Örneğin 15.Yy.da ticaret ve denizcilik ile zenginleşen Venedik'te daha sonra 19. Yy.a kadar da devam edecek olan aynaların civa ile sırlanması Avrupa'ya yayılmaya başlamıştır. Yaklaşık ikiyüz yıl sonra Ramazzini bu işte çalışan işçiler için şöyle diyecektir: “Venedik'te, devasa aynaların yapıldığı Murano adasında, bu aynalardan yansıyan ısırtıplarına isteksizce ve çatık kaşla bakan ve seçtikleri mesleğe lanet okuyan işçileri görürsünüz.”(47).

Şehirlerin giderek büyümesi, ticaretin gelişmesi ve rekabetin artması ile ilerde ilk ulus devletlerin habercisi olan ilk merkantilist idareler de yine 15. Yy.da ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu dönemlerde alt sınıflardaki insanların yaşam koşulları neredeyse antik Roma ve Yunan medeniyetlerindekiyle farksızdı(48). Ancak bu dönemde matbaa devrimi (Johannes Gutenberg, 1436), teolojik devrim (Martin Luther, 1517, VIII. Charles, 1534), sanat devrimi (Rönesans 1400-1700), yeni kıta ve adaların keşfi (Cristóbal Colón, 1492) ve ilk kolonilerin kurulmaya başlanması sonraki Aydınlanma döneminin zeminini hazırlamış ve yavaş yavaş meslek hastalıkları konusunda da modern ve bilimsel uyanışların ilk işaretleri ortaya çıkmıştır. Bu dönemde Ulrich Ellenbog (1440–1499), Georgius Bauer Agricola (1494–1555) ve Paracelsus (1493–1541) madenciler, metal işçileri ve zanaatkârlarına yönelik önemli çalışmalarda bulundular. Madenciler için iş hijyeninin öncülü sayılabilecek korunma ve önleme yöntemleri önerdiler. Bu dönemde maden işçileri oluşturdukları loncalar

ile bizzat kendi güvenlikleri ve korumalarına yönelik önlemler almaktaydı. Mesela madende yaralanan işçilerin bakımı için tesis kurulabiliyordu. Ancak zamanla madencilikte emek-sermaye ayrışması ve sınıf yapısının gelişmesi ile bu lonca sistemi sekteye uğramıştır. Yine çarpıcı bir tespit olarak bu dönemde günümüzde de yer yer rastlanılan, madenci hastalıklarının bu mesleğin kaderinde olduğuna yönelik batıl inanışlar da yaygındı(49).

Keşifler dönemini takip eden, Aydınlanma çağı olarak adlandırılan 16. Ve 17. Yy.'da, Avrupa'da bilim, kültür ve sanatta adeta bir altın çağ yaşanmıştır. Bu dönemde icat edilen geliştirilen matbaacılık tekniklerinin de etkisiyle kitap basımı ve okur-yazarlık oranları 18.Yy. başlangıcına kadar iki katına çıkmıştır. Bu dönemde, örnek olarak toplamda Paris'te basılan sanat ve bilim kitaplarının sayısı, teolojik kitapların yaklaşık 5 katı idi. Yine kitle iletişiminde bir milat olan ve alt sosyal sınıfların da ulaşip okuyabildiği ilk gazeteler 17. Yy. başında Fransa ve Almanya'da yayınlanmaya başlamıştır.

Francis Bacon (1561–1626), Denis Diderot (1713–1784), Johann Wolfgang Goethe (1749–1832), David Hume (1711–1776), Immanuel Kant (1724–1804), Antoine Lavoisier (1743–1794), Antonie van Leeuwenhoek (1632–1723), Gottfried Leibniz (1646–1716), John Locke (1632–1704) , Montesquieu (1689–1755), Wolfgang Amadeus Mozart (1756–1791), Isaac Newton (1642–1727), Jean-Jacques Rousseau (1712–1778), Adam Smith (1723–1790), Baruch Spinoza (1632–1677), François-Marie Arouet-Voltaire (1694–1778) ve daha pek çok alanlarında öncü ve önemli şahsiyet bu dönemde yaşamıştır.

Birçokları tarafından ilk iş sağlığı hekimi olarak nitelenen Samuel Stockhausen tarafından, 1656 yılında, bu konuda çalışmış öncüllerinden farklı olarak, madencilerde görülen astımın madendeki tozdan kaynaklandığı ve bu tozun solunmaması gerektiğini bildirmesi meslek hastalıkları tarihinde oldukça önemli bir gelişmedir(50).

Dünyada meslek hastalıklarına kapsamlı ve bilimsel yaklaşımda bulunan ilk kişi, 16. Yy.da yaşayan Berdardino Ramazzini (1633-1714) olarak kabul edilir(51). “Hipokrat’ın önerdiği sorulara bir tane daha eklemek gerekir: Mesleğin nedir?” sözünün sahibi ve iş sağlığı ve güvenliğinin “babası” olarak da bilinen Bernardino Ramazzini ilk meslek hastalığı kitabını yazma nedenini “Bu kitabı yazmamın nedeni bir rastlantı ve gözlemdir. Yaşadığım şehir oldukça kalabalık olup binalar birbirlerine yakın ve yüksektirler. Evden çıkan atıkların toplandığı çukurların her üç yılda bir boşaltılması gerekir. Oturduğum evin çukurunu boşaltıp temizleme işini yapan kişi öyle hızlı ve hırslı çalışıyordu ki dayanamayıp: ‘Neden bu kadar hızlı çalışıyorsun, biraz daha yavaş çalış ve yorulma’ dedim. O anda başını yukarıya kaldırıp

kanlı, kızarmış ve kısık gözleri ile bana baktı: ‘Bu işte üç dört saat kalan neden bu kadar hızlı çalıştığımı anlar. Daha fazla burada kalsam kör olacağım, o yüzden işimi bitireyim, evime koşup, gözlerimi yıkamak ve karanlık bir odaya kapanmak istiyorum’ dedi. Bu cevaptan sonra şehri dolaşırken fazla sayıda kör insanlara rastladım. Kendilerine sorduğum zaman hepsi daha önce aynı işi yapan kimseler olduğunu gördüm. Bu rastlantı nedeni ile bütün çalışanların sağlık durumlarını incelemek istedim.” olarak anlatmıştır(52).

Ramazzini’nin bu gözlemi meslek hastalıklarının yaygınlığı ve ciddiyetini ortaya koymaktadır. Ramazzini 1713 yılında yayınladığı başyapıtı olan “De Morbis Artificum Diatriba” isimli kitabında, özellikle iş kazalarını önlemek için iş yerlerinde koruyucu güvenlik önlemlerinin alınmasını önermiştir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili, çok sayıda önemli bilimsel görüş ve öneriler getirmiştir(53). İşçi sağlığı ve iş güvenliğiyle ilgili korunma yöntemleri üzerinde durmuş; işyerlerinin sıcaklık derecesinden, işyeri havasında bulunabilecek zararlı etkenlerden ve bunların giderilmesi için alınması gerekli önlemlerden ve havalandırma yöntemlerinden söz etmiştir. İşyerlerindeki çalışma ortamından kaynaklanan olumsuz koşulların düzeltilmesi ile iş veriminin artacağını ileri sürmüştür. Aynı zamanda, bugün ergonomi olarak ifade edilen işçinin çalışma şeklinin, iş ve işçi uyumunun, çalışanın sağlığı ve iş verimi üzerinde etkileri olduğu düşüncesini ilk kez dile getirmiştir(51,54). Bugün için bile iş sağlığı ve güvenliği eserlerine halen önsöz olabilecek yazılar yazmış, ebedi tespitler ve isabetli bilimsel gözlemlerde bulunmuştur.

Yine bu dönemde James Lind (1716 –1794) denizcilerde görülen İskorbüt hastalığı’nı ve J.A. Scopoli (1723–1788) Kronik Civa Toksikasyonu’nu tanımlamıştır. Percival Pott (1714–1788) çoğunlukla pre-pubertal çocuklardan oluşan Londra baca temizleyicilerinde skrotal kanserlerin fazla görüldüğünü ve nedenin kurum olabileceğini ifade etmiştir. Gözlemsel epidemiyolojinin John Snow’dan (1813-1858) yaklaşık yüzyıl önceki bir öncüsü de sayılmaktadır. Thomas Percival (1740-1804) halk sağlığı, tıp etiği ve fabrika düzenlemeleri alanlarında öncü çalışmalar yapmış bir isimdir. İngiltere’de 1802 yılında Fabrika Kanunu adıyla bilinen çalışma süresini 12 saat ile sınırlayan ve havalandırma ve hijyen gibi kuralları düzenleyen kanunun kabul edilmesinde önemli rol oynamıştır. Ancak her ne kadar zamanı için ilerici olsa da bu kanun çok etkili olamamıştır(55).

Sömürgelerden gelen hammadde ve köle gücü ile ortaya çıkan sermaye birikimi ve gelişen yeni sosyal sınıflar, İtalya’da başlayan ve İngiltere’de zirveye çıkan bankacılık ve merkantilizm, İngiltere’de 18. Ve 19. Yy.’da ilk sanayi devrimi ve Fransız devrimi (1789)

ile Fransa'da aristokrasi ve teokrasinin yönetimden düşürülmesi, kapitalist döneme geçişte önemli olaylardır.

Bu dönemde kuzey Amerika'da kurulmuş olan koloniler, İngiltere'nin kolonilerinin güçlenmesine karşı uyguladığı ambargo politikası nedeniyle henüz sanayileşememiş ve kendilerine biçilmiş olan tarım ürünleri temini görevi nedeniyle sanayi öncesi bir evredeydiler. Ancak bu uzun sürmedi ve 18. Yy. ortalarında, İngiliz sanayisi örnek alınarak, girişimciler özellikle tekstil alanında küçük ev tipi sanayi işletmeleri kurmaya başladı. Yine 18. Yy. ortalarında, özellikle kuzeyde, güney bölgelerindeki ucuz köle emeği ile rekabet halinde bir sermaye ve işçi sınıfı oluşmaya başladı(56,57). Bu rekabet daha sonra Amerikan İç Savaşı'nın zeminini hazırlayacaktı(58). Bu yeni oluşan işçi ve sermaye sınıfının öncülüğü ile İngiltere'nin sonunda çekindiği durum gerçekleşmiş ve İngiltere'nin bölgede en büyük rakibi olan Fransa'nın da desteği ile 1783 yılında İngiliz otoritesini deviren ABD'nin kuzeydeki 13 kolonisi, Amerika Birleşik Devletleri'ni kurmuştur. Kuruluş döneminde oldukça ilerici ve aydınlanmacı olan ABD'nin kuzey kolonileri, dünyanın ilk anayasasını yazmış (1787) ve köleliği kaldırdığını ilan eden (1804) ilk devlet olmuştur. Kuzeydeki liberal ve kölelik karşıtı ABD ile güneydeki muhafazakâr ve kölelik yanlısı konfederasyon devletleri arasında, 1861-65 yılları arasında gerçekleşen ve kuzeyin kesin zaferi ile sonlanan iç savaş sadece korkunç insani sonuçları ile değil (yaklaşık 620 bin ölü, 1 milyon yaralı) aynı zamanda kuzeyin başkanı Abraham Lincoln'ün meşhur konuşmaları ve liderliği ile hatırlanmaktadır. Kendisi de yoksul bir ailenin çocuğu olarak bir çiftçi barakasında doğmuş olan Lincoln, 16. ABD başkanı olarak 1861 yılında şöyle söylemişti: “Çalışma, sermayeden önce var olmuştur ve ona bağımlı değildir. Sermaye yalnızca çalışmanın meyvesidir ve çalışma onu var etmeseydi asla var olamazdı. Çalışma, sermayenin üstündedir ve yüksek bir değer görmeyi hak eder.”(59). Abraham Lincoln klasik liberalizmden etkilenmiş, o dönemin diğer klasik liberal aydınları gibi çalışma ve sermaye ilişkisinin etik bir çerçevede ve ortak fayda temelinde olması gerektiğini düşünmekteydi. İşe yeni başlayan bir çalışanın artı değerden kendine sermaye biriktirebilecek kadar bir pay alması gerektiğini ve böylece yeterince birikim yaptığında yatırım yapıp iş kurabilecek duruma gelebileceğini düşünüyordu. Böylece kendi gibi işe yeni başlayan çalışanları istihdam edecek ve ekonominin sağlıklı bir döngüde olması sağlanacaktı. Lincoln 1865 yılında bir konfederasyon sempatzanı tarafından suikastle öldürülmüştür.

Buraya kadar değindiğimiz tarihsel gelişmeler meslek hastalıklarını tek boyutlu, lineer, sadece tıbbi bir tablo veya kavram gibi değil, sağlıklı çalışma koşullarının ve meslek

hastalıklarının zirveye çıktığı, buna yönelik farkındalığın, karşı eylemlerin ve kazanımların başladığı süreci ve bu zemini hazırlayan önceki gelişme ve koşulları da göz önüne alarak, tüm boyutlarıyla, daha dinamik ve derinlemesine anlayıp yorumlayabilmemiz için, olabildiğince kapsamlı ve bütüncül tutulmaya çalışılmıştır.

Bilim ve devlet her ne kadar 19.Yy. döneminde çalışma koşulları ve meslek hastalıkları konularında, ağır kalmış sayılsa da (Avrupa’da ilk somut adımlar 20.Yy. başlarında atılabilmektedir.) kültür ve edebiyatta durum böyle olmamıştır. Laissez faire anlayışı ve pratiğinin zirvede olduğu bu dönemde, sosyal, kültürel, ekonomik ve politik her alanda yaşanan keskin ve sert değişimlerin bireyler ve toplumlar üzerindeki etkileri edebiyatta da dönemin realizm akımında izlenmektedir(60). Charles Dickens (1812–1870, Oliver Twist), Charles Kingsley (1819-1875, The Water Babies), George Bernard Shaw (1856–1950, Mrs. Warren’s Profession), Ivan Turgenev (1818-1883, Smoke), Robert Tressell (1870-1911, The Ragged Trousered Philanthropists), Mark Twain (1835-1910, Life on the Mississippi), Harriet Beecher Stowe (1811-1896, Uncle Tom's Cabin), Victor Hugo (1802-1885, Les Misérables), Marie-Henri Beyle-Stendhal (1783-1842, Le Rouge et le Noir), Emile Zola (1840-1902, Germinal), Maxim Gorky (1868-1936, Mother), Henrik Ibsen (1828-1906, An Enemy of the People), Upton Sinclair (1878–1968 The Jungle), Ernest Hemingway (1899-1961, In Our Times), John Steinbeck (1902-1968, Grapes of Wrath) gibi yazarlar, anılan eserlerinde, çocuk işçiliği, işsizlik, yoksulluk, buhran, bunalım, sağlıksız yaşam, tehlikeli ve güvencesiz çalışma koşulları, baskı, şiddet ve işçilerin, alt sosyal sınıfların çaresizliği ve umutsuzluğuna yer vermişlerdir. Örneğin Dickens’ın Oliver Twist romanında (1837) baca temizleyicisi olarak zorla çalıştırılan ergenlik öncesi dönemdeki erkek çocukları da işlenmiştir. Yine Kingsley, The Water Babies (1863) ile oldukça dikkat çekmiştir(61). Bu dönemde küçük boyutları nedeniyle 6 yaşına kadar olan erkek çocuklar, daracık baca kanallarında karanlık ve kurum içerisinde saatlerce çalıştırılmaktaydı(62). Daha önce de değinildiği üzere, Pott bu çocuklarda görülen skrotal kanser vakalarına dikkat çekmiştir. Artan farkındalık ve savunuculuk etkisi ile 1834 yılında önce 14 daha sonra 1840 yılında 16 yaş sınırlaması getirilmiştir. Ancak denetim ve yaptırımların etkili uygulanması 1875 yılını bulmuştur(61). Shaw’ın fuhuş eyleminin ahlaki yoksunluktan değil, ekonomik gerekçelerden kaynaklandığını işlediği “Mrs. Warren’s Profession” isimli eserinde geçen bazı bölümler de oldukça çarpıcıdır:

“Peki, saygınlıklarından ne elde ettiler? Sana anlatacağım. Bunlardan biri Whitelead fabrikasında günde on iki saat, haftada dokuz şiline, kurşun zehirlenmesinden ölene dek

çalıştı. Ellerinin biraz felçli olmasına razıydı ama o öldü.”(63).

ABD’nin ilerlemeci dönemi de denilen, 1890-1920 arasındaki, 19. Yy. Leiszez fare evresinden, 20. Yy. ile beraber tekelci kapitalizme evrildiği ve devletin devleşen sanayi tekelleri üzerindeki denetimlerini arttırdığı ve çeşitli reformlar yaptığı bu dönemde(64) yayınlanan, Chicago’nun et paketleme endüstrisindeki işçilerin sağlıksız çalışma ve kötü hijyenin keskin ve ayrıntılı bir tasviri olan, henüz 27 yaşındaki Sinclair’in The Jungle isimli eseri, o denli büyük etkiye neden olmuştur ki yayımlandıktan kısa bir süre sonra Et Denetimi Yasası (1906) çıkarılmıştır. Hatta kitabı okuyan Başkan Theodore Roosevelt’in kahvaltısı için getirilen sosisi pencereden dışarı attığı rivayet edilmektedir(65). Daha sonra bu konuda Sinclair “*Ben kamuoyunun kalbini hedefledim ancak karnından vurabildim.*” diyerek aslında eserinde dikkat çekmek istediği, işçilerin ve alt sosyal sınıfların sağlıksız ve ağır koşullarından ziyade mezbaha ve işleme tesislerindeki kötü hijyenin infial yaratmış olması durumuna dikkat çekmiştir(66).

Bu geçiş döneminde örnek olarak 1902 yılı ABD’ni örnek alır isek, ortalama yaşam süresinin 47 yıl olduğu, ortalama işçi ücretinin ise günlük 1.5 dolar olduğu bu dönemde, ortalama çalışma süreleri günde 12 saat, haftada 6 bazen 7 gün olup, küçük boyutları nedeniyle tekstil fabrikası ve madenler gibi tehlikeli işlerde çalıştırılan çocuk işçiler için bazı yerlerde 12 yaş altında 6 gün ve 10 saat ile sınırlandırılmıştı(67). Çocuk işçilerin aldıkları ücret ise yetişkin ücretlerin ancak 3’te biriydi. Fabrikalarda risk değerlendirmesi, iş hijyeni uygulamaları veya koruyucu önlemler konusunda nerdeyse hiçbir uygulama yoktu. ABD’de o yıllarda nüfus yaklaşık 79 milyon ve istihdam 37 milyon dolayında olup, 500 bin iş kazası ve 35 bin iş kazasına bağlı ölüm kayda geçirilmiştir(68). Yani bu veriye göre ölümcül iş kazası insidansı yüzbinde 94,6 gibi trajik bir boyuttaydı. Daha iyi karşılaştırabilmemiz için örnek olarak yaklaşık yüz yıl sonraki Sahra-altı Afrika’da (1995), bu rakam tahminen yüzbinde 21’dir(69). Uzun sürelerde ve kalabalık, tozlu, dumanlı, gürültülü, kirli ve pek çok tehlike ve risk altında çalışan işçilerin, nerdeyse kesin olan, genç yaşta hastalık, yaralanma ve ölüm risklerine rağmen hiçbir güvenceleri yoktu(70). Üstelik herhangi bir eylem veya örgütlenme zor ve şiddet yolu ile bastırılmaktaydı. Köleliğin de dünyanın çeşitli yerlerinde, tüm dehşetiyle uygulanmaya devam ettiği bu dönemde, işçiler ve alt sınıflar, aslında daha önce değindiğimiz antik Yunan ve Roma döneminde yaşamak için çalışmaya mecbur bırakılan köle, mahkûm ve esirler gibi baskı, damgalanma, değersizleştirilme ve insandışılaştırılma gibi muameleler görmekteydiler(71).

Ancak artık bu dönemde, arkaik ve antik dönemlerden farklı olarak, aydınlanma ve ilerlemenin de etkisiyle, ortak bir insanlık bilinci ve vicdanı da uyanmaktaydı.

Aydınlanma çağı ve Ramazzi'ninin bir milat olarak kabul edildiği İSG alanında, o günlerden günümüze kadar, her görüş, inanç, meslek ve akademik alandan, alt, orta veya üst tabaka sosyal sınıflardan gelme, toplumsal bilinç ve vicdana ulaşmış öncü şahsiyetler, günümüzde de sıkça rastlanılan, "çalışmanın yaşamak ve varolmak için bütün elem ve yüklerine katlanılması gereken bir mecburiyet ve alt tabakadakilere seçkinlerce bahşedilmiş bir lütuf olduğu" gibi antik kökenli, elitist ve kaderci görüşleri reddetmiş, kümülatif olarak ILO Anayasası (1919), Philadephia Bildirgesi (1946) ve BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (1976) gibi metinlerde kristalize olup, ölümsüzleşen ilkeleri, ortak insanlık mirasına eklemişlerdir.

Bu bağlamda sözü Tressell'e vermek gerekirse:

"Medeniyet dediğimiz şey -bize atalarımızdan gelen bilgi birikimi- binlerce yıllık insan düşüncesi ve emeğinin meyvesidir. Bu, bugün var olan herhangi bir ayrı insan sınıfının atalarının emeğinin sonucu değildir ve bu nedenle haklı olarak herkesin ortak mirasıdır. Dünyada doğan her küçük çocuk, zeki ya da vasat, fiziksel olarak mükemmel ya da topal veya kör olup olmadığına bakılmaksızın; diğer açılardan ne kadar üstün ya da geride olsa da, en azından bir konuda eşittir -o, daha önce geçmiş tüm çağların mirasçılarından biridir."

(The Ragged Trousered Philanthropists, 1914)

ILO'nun kurulmasında ve yönettiği 13 yıl boyunca güçlenmesinde büyük uğraş vermiş olan ve aynı zamanda ilk genel direktörü seçilen Albert Thomas (1878-1932), 53 yaşında, ani ölümünden 2 yıl önce, 1930 yılında ilk kez yayınlanmaya başlayan ILO Anskilopedisi önsözünde şöyle yazmıştır:

*"Antik toplumlarda tehlikeli ve kabul edilemez görevler mahkûmlar için ayrılmıştı. Fourier, bereketli hayalgücünün de sayesinde, sanayi ve teknikte ilerlemenin bir gün sağlıklı ve tehlikeli meslekleri ortadan kaldıracağını öngörmemeyi seçmiş: Pis ve tehlikeli işleri, kendi "küçük çetelerine"*** saklamıştır.*

Günümüzde ise sorun tamamen farklıdır: Modern toplumun vicdanı meslek hastalıklarının belli bir grup insan için olağan olmaması gerektiğini ve ortadan kaybedilmeleri gerektiğini artık anlıyor. Bu hastalıkların kökeni ve nedenleri artık bilinir olmuştur ve bundan sonra tek gereken irade ve organizasyondur. Ölümlülerin maruz kaldığı birçok ıstırap ve birçok

hastalık var. Puccinotti'nin dediği gibi: "Çalışma için yaşam korunmalı ve çalışma yaşama zararsız hale getirilmelidir."(72).

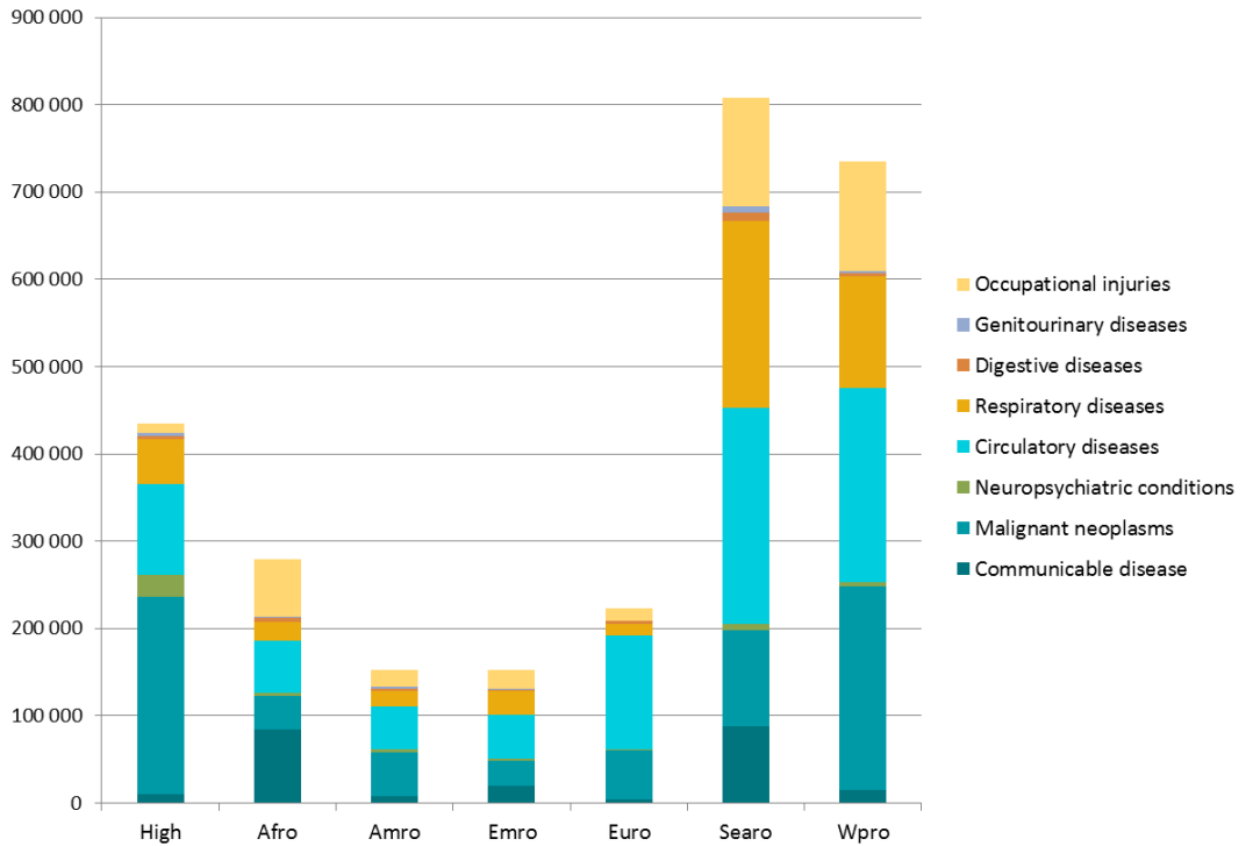


*** Charles Fourier (1732-1837) ütöpik sosyalizmin öncülerinden olarak kabul edilmektedir. Oldukça ilginç ütopya fikirleri ortaya atmıştır. Burda Albert Thomas'ın "küçük çeteler" şeklinde atıf yaptığı, kendisinden bir asır önce yaşamış Fourier'in, pis iş olarak nitelenen kanalizasyon, tuvalet, çöpçülük vb işleri, kir içinde oynamayı seven çocukların yapabileceğine dair olan önerisidir.

2.2. Meslek Hastalıkları Epidemiyolojisi

Meslek hastalıkları için modern zamanların “sessiz salgını” ifadesi de kullanılmaktadır(6). Dünyada hergün 7500 insanın, 6500’ü iş-ilişkili hastalıklar ve 1000’i iş kaza ve yaralanmalarından olmak üzere, iş nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir(73). Covid-19 salgınının tepe noktasında (13-19 Nisan) virüse bağlı ölümlerin dünyada günlük 7504 olması sessiz salgın tanımının doğruluğunu somutlayacaktır(74). İş sağlığı ve güvenliği konuları medya ve kamuoyunda daha çok iş kazaları ve sanayi felaketleri ile gündeme gelmekle beraber aslında iş-ilişkili hastalıklar ile ilgili tahminler ve hesaplamalar iş kazaları ve ölümlerinin oldukça üzerindedir. İş-ilişkili ölümlerde, DSÖ bölgelerinden Asya kıtasını ve adalarını büyük oranda kapsayan Batı Pasifik (Wpro) ve Güney Doğu Asya bölgeleri (Searo), Avrupa (Euro) ve Afrika (Afro) bölgelerindeki toplamın yaklaşık 6 katı ve toplam ölümlerin yaklaşık üçte ikisine sahip olmalarıyla dikkati çekmektedir. (Şekil 1)(75).

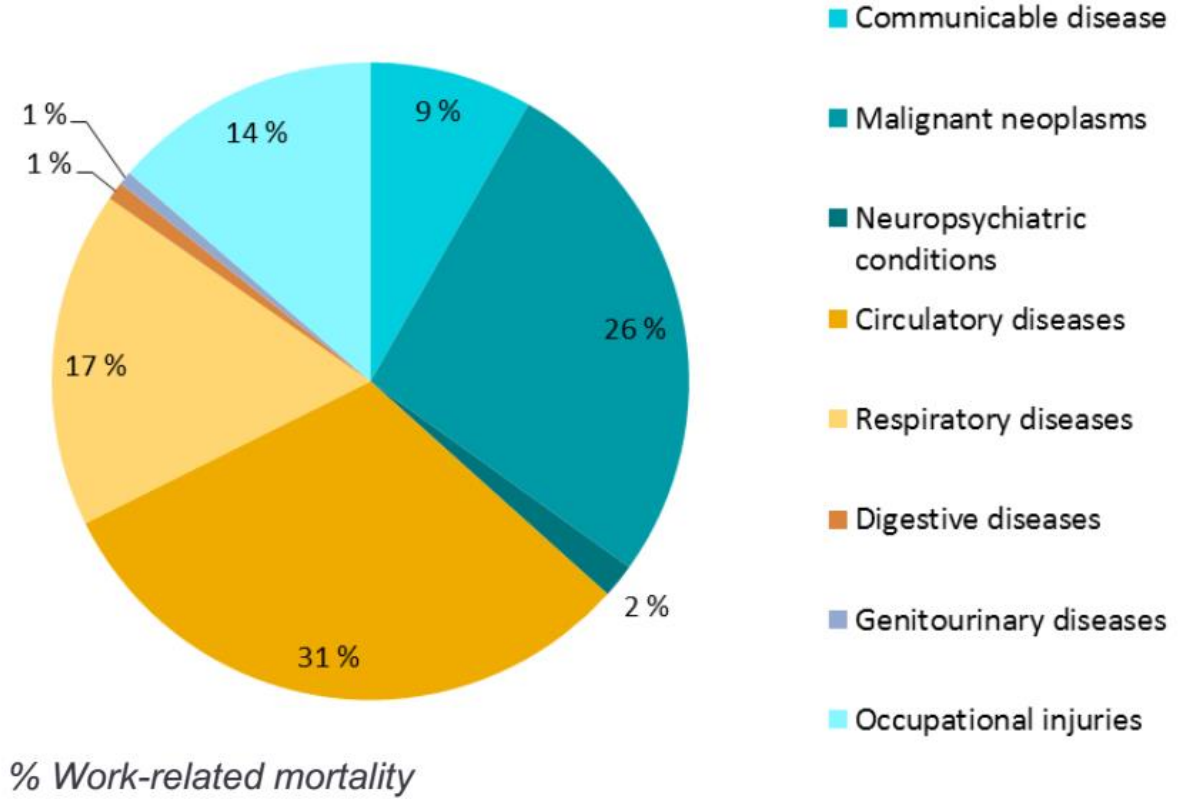
Şekil 1. Dünya Sağlık Örgütü Bölgelerinde İş-ilişkili Mortalite Sıklıkları (2015)



Kaynak: Hämäläinen et al. (2017, Singapur)

Şekil 2’de de görüleceği üzere dünyada 2015 yılında görülen 2.78 milyon iş ilişkili ölümün yaklaşık %13,7’si iş kazalarına bağlı iken, diğer ölümler sırasıyla dolaşım sistemi hastalıkları (%31), maligniteler (%26), solunum sistemi hastalıkları (%17) ve bulaşıcı hastalıklar (%9) kaynaklıdır. (Şekil 2)(75).

Şekil 2. Dünyada İş-ilişkili Mortalite Yüzde Dağılımları (2015)



Kaynak: Hämäläinen et al. (2017, Singapur)

Özellikle solunum sistemi hastalıkları arasında KOAH %80’nin üzerindeki oranıyla dikkati çekmekte olup, dünya genelinde halen ve büyüyen bir sorundur. KOAH hastalığının bilinirliği ve tanınırlığındaki problemler nedeniyle tanıda geç kalınması veya eksik tanı konulması gibi durumlar sıklıkla ortaya çıkabilmektedir(76). VGDF maruziyeti dünya genelinde çoğunluğu oluşturan düzenlemelerin zayıf olduğu, küçük-orta iş yerlerinde sıkça rastlanılan bir durumdur. Ayrıca kömür tozu, asbest, silika, çimento tozu, mazot dumanı, sprey boya ve organik çözücüler gibi yaygın kullanılan pek çok riskli madde de tehlike arz etmektedir. Bu yüzden VGDF ile beraber bu maddelere yönelik koruyucu ve önleyici stratejilerde de bir paradigma değişikliğine ihtiyaç duyulmaktadır(73).

Dünyada, ileri sanayileşmiş ülkeler dışında kalan bölgelerde ve ülkemizde, iş sağlığı ve güvenliği istatistikleri güvenli ve tutarlı değildir(9,10). Dünya geneline baktığımızda iş kazaları ve yaralanmaları gibi pasif sürveyans ile nispeten kolay tespit edilen ve kayıt altına alınabilen durumlarda genel eğilim aşağı yönlü iken, tespit edilmesi daha karmaşık ve zor, sonuçları daha uzun süreçlerde ortaya çıkan, araştırma ve aktif sürveyans gerektiren iş-ilişkili hastalıklarda böyle bir eğilim izlenmemektedir. Meslek hastalıklarının, özel örgütlenme ve mekanizmalar aracılığıyla, düzenli ve sürekli olarak, çevresel ölçümler ve sağlık taramaları ile araştırılması gerekir. Bundan ötürü, meslek hastalıklarının tanısında, araştırma çalışmalarının ve istatistiklerin büyük bir önemi vardır(14). Dünyada halen aktif sürveyans yapan ve ulusal anketlerle veri toplayan Finlandiya ve Japonya gibi sadece birkaç ülke mevcuttur(3).

Tablo 1’de Dünyada 1998-2015 yılları arasındaki iş kazaları ve yaralanmaları ile iş-ilişkili hastalıklara bağlı ölümler incelenecek olursa, iş kazaları ve yaralanmalara bağlı ölümlerde aşağı yönlü bir eğilim görülmekle beraber iş-ilişkili hastalıklara bağlı ölümlerde gerek verilerin tutarsız olması gerek bu konuda farkındalık ve eylem düzeyinin daha düşük düzeyde olması nedeniyle böyle bir eğilim izlenmemektedir(73).

Tablo 1. Dünyada İş Kazaları ve İş-ilişkili hastalık Mortalitelerinde Eğilimler (1998-2015)

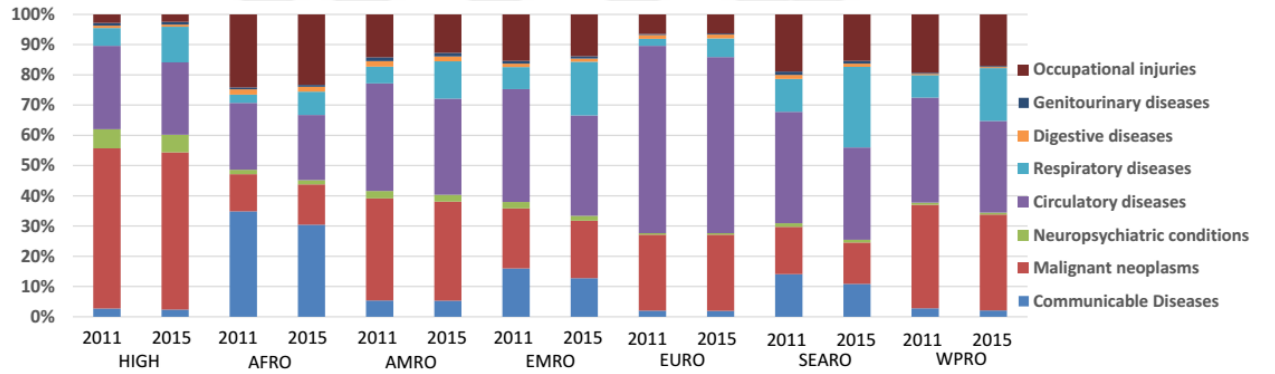
Year	Fatal Occupational Accidents		Non-fatal Occupational Accidents At least 4 days absence		Fatal Work-Related Disease
	Number	Rate ^a	Number	Rate ^a	
1998	345,436	16.4	263,621,966	12,534	
2000					2,028,003
2001	351,203	15.2	268,023,272	12,218	
2002					1,945,115
2003	357,948	13.8	336,532,471	12,966	
2008	320,580	10.7	317,421,473	10,612	2,022,570
2010	352,769	11.0	313,206,348	9,786	
2011					1,976,021
2014	380,500	11.3	373,986,418	11,096	
2015					2,403,965

^a Number of occupational accidents per 100,000 persons in the labour force

Kaynak: Hämäläinen et al. (2017, Finlandiya)

Şekil 3’te iş-ilişkili hastalık kategorilerinin 2011-2015 yılları arasında bölgelere göre küresel eğilimleri incelenecek olursa Afro bölgesinde bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerin %30 seviyelerinde iken Yüksek Gelir grubu (High) ülkelerinde %5 düzeyinde olduğu görülmektedir. Malign neoplazmlara bağlı ölümlerde High grubundaki ölümlerde en önde gelen neden olarak dikkati çekmektedir. Solunum sistemi hastalıkları ve dolayısıyla KOAH’a bağlı ölüm oranı tüm bölgelerde artmıştır. Dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerde de High ve Euro bölgesi dışında artış olmuştur. Yine dikkati çeken başka bir durum, nöropsikiyatrik hastalıklara bağlı ölümlerde, High grubunda artış olmuştur. Bu hastalıklar en sık görülen meslek hastalığı grubu olan nöromuskuler hastalıklarla beraber gelişmiş ülkelerde daha sık olarak izlenmektedir ve genel olarak ölümle seyretmemektedir(73).

Şekil 3. Dünya Sağlık Örgütü Bölgeleri Arasında İş-ilişkili Ölümlerin Karşılaştırılması (2011-2015)



Kaynak: Hämäläinen et al. (2017, Finlandiya)

Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği istatistikleri, her yıl SGK tarafından, bir önceki yıla veya iki yıl geriye doğru İstatistik Yılları adıyla yayınlamaktadır. Önceki yıllarda SSK, Emekli Sandığı ve Bağkur başlıkları altında yayınlanan veri, SGK Kanunu’nun(77) 2008 yılında uygulanmaya başlaması ve sigortalıların tescili ile 2008’den itibaren 4/a, 4/b ve 4/c ibareleri de eklenerek yayınlanmıştır. Ancak bu istatistiklerin 5510 sayılı yasanın 4-1/a maddesi kapsamındaki “aktif sigortalıları” kapsamı itibariyle, iş kazaları ve meslek hastalıklarına dair gerçek durumu yeterince yansıtmayacağı gözetilmelidir(11). Bununla beraber 2016 yılından itibaren SGK 4-1/b maddesi kapsamındakilerin de istatistiklerine yer vermeye başlamıştır. Ancak 4-1/c çalışanları (vazife malüllüğü kapsamında), enformal sektör ve kayıt dışı çalışanlar (Türkiye’de geçici tarım işçileri, göçmen, göçmen ev işçisi, sığınmacı ve

mülteciler hariç yaklaşık 15-20 milyon kadar bu durumda çalışan olduğu tahmin edilmektedir.) yine İSG sürveyansı dışında kalmaktadır. Bu durum önemli bir açığa işaret etmektedir.

SGK veri setleri ve araştırma raporlarına göre hazırladığımız Tablo 2’de görüleceği üzere 21. Yy.da meslek hastalıkları çıktılarımız oldukça eksik ve değişkendir.

Meslek hastalığı güncel istatistiklerine bakıldığında, 2018 ve 2019 yıllarında, sırasıyla, 4-1/a kapsamındaki 1044 çalışan (966 erkek ve 78 kadın) ile 1088 çalışan (997 erkek 91 kadın) ve 4-1/b kapsamında 3 çalışan (3 erkek) ile 2 (2 erkek) çalışan olmak üzere toplamda 1047 ve 1090 tanı konulmuştur. Meslek hastalığına bağlı ölüm kayıt edilmemiştir.

Bir ülkenin iş sağlığı alanındaki gelişmişlik düzeyiyle bağlantılı olarak saptanması gereken meslek hastalığı sayısı binde 4-12 arasında olmalıdır(78). Binde dört değeri alınırsa 2019 yılında yaklaşık 20 milyon zorunlu sigortalı üzerinden hesaplandığında beklenen meslek hastalığı sayısı 80 bin, binde on iki rakamı temel alınırsa meslek hastalığı sayısı ise 240 bin civarında olmalıdır. Yine ölüm sayısı açısından bakılacak olursa iş-ilişkili hastalıklara bağlı ölümlerin, iş kazasına bağlı ölümlerden 5-6 kat daha fazla olması beklenmektedir(3). Türkiye’de, örneğin 2018 yılında 1542 iş kazasına bağlı ölüme göre hesaplandığında, beklenen ölüm sayısı 7 bin ile 10 bin arasındadır. Kayıt dışı sektörü de hesaba katarsak bu sayı tahminen en az 10 bine ulaşmaktadır. Buna göre 2018 ve 2019 yıllarında meslek hastalığına bağlı ölüm kayıt edilmemiş olması da beklenmemelidir.

Ülkemizde meslek hastalıklarının tanı ve sürveyansında mevcut açıkların giderilmesi maksadıyla, 2010 yılında ÇSGB ve SB bir protokol imzalanmıştır. Proje, sağlık çalışanları arasında hastalarının mesleğine dair daha fazla bilgi edinme konusunda farkındalığın artırılması amacıyla başlatılmıştır. Proje kapsamında devlet üniversitesi hastanelerinin ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri’nin yetkilendirilmesiyle meslek hastalığı teşhisi koyma yetkisine sahip hastane sayısı artırılmıştır(79).

Mevcut meslek hastalığı verisiyle eğilim değerlendirmesi veya en sık görülen meslek hastalıklarının yıllara göre dağılımlarının ağırlıklandırmasını yapmak mümkün olmadığından, retrospektif betimleyici olarak incelendiğinde, eldeki veri setlerinde en sık görülen meslek hastalığı grubunun solunum sistemi hastalıkları ve pnömokonyozlar olduğu söylenebilir. Kas iskelet hastalıkları, deri hastalıkları ve işitme kaybı da diğer tanılar arasında yer almaktadır. Madencilik, inşaat, imalat, işleme ve tekstil meslek hastalıklarının ağırlıklı görüldüğü iş kolları olarak dikkati çekmektedir(11).

Tablo 2. Türkiye’de 21.Yy.da Meslek Hastalıkları Sıklığı (2000-2019)

YIL	ÇALIŞAN SAYISI X1000	MESLEK HST. SAYISI	MESLEK HASTALIĞI ORANI (YÜZBİNDE)
2000	5254	803	15,3
2001*	5456	883	16,1
2002*	5789	601	10,4
2003*	6231	440	7,1
2004*	6954	384	5,5
2005*	7651	519	7,5
2006*	8582	574	7,3
2007	9198	1208	14,2
2008	9574	539	6,1
2009	9618	429	4,8
2010	10575	533	5,3
2011	11547	697	6,3
2012	12527	395	3,2
2013	13136	371	3,1
2014	13967	494	3,5
2015	14802	510	3,4
2016	15535	597	3,8
2017	16369	693	4,2
2018	16054	1047	6,5
2019	16010	1090	6,7

Kaynak: SGK verisi ve araştırma raporları kullanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

* SGK kanunu öncesi dönemdeki aktif çalışan sayısı, işaretli dönemler için araştırma raporları ve SGK metaverisinden projekte edilerek kestirilmiştir.

Her ne kadar elimizdeki meslek hastalığı verisi yetersiz olsa da dünyada ve ülkemizde mevcut daha güvenilir veriden (istihdam ve iş kazaları verisi) bir takım kestirimler yapmak mümkündür.

Örneğin Dünya Bankası ve ILO verisine göre 2008 yılında dünyada toplam çalışan sayısı 3.090 milyar, ölümcül iş-ilişkili hastalık sayısı 2.022.570'tir. Dünyada iş ilişkili ölüm hızı yüzbinde 65,5'tir. Buna göre yine dünya bankası verisine göre 2008 yılında ülkemizde çalışan yaklaşık 23milyon 472bin kişiye göre tahminen en az 15bin 363 meslek hastalığı ölümü olmuş olmalıdır. Aynı yıl içerisinde TÜİK ölüm istatistikleri incelenecek olursa bu ölümlerin 15 yaş üstü tüm ölümler içerisindeki payı yüzde 4,4 olmaktadır.

Yine aynı şekilde hesaplandığında, 2015 yılında 21.471 meslek hastalığı ölümü olmuş olmalıdır. Bu ölüm sayısının 2015 yılı 15 yaş üstü ölümlerdeki payı ise yüzde 5,5'tir. Daha iyi bir somutlama olması açısından bu oran aynı yıl içerisindeki tüm hastalık dışı ölümler (cinayet, kaza vb.) ve zehirlenmelerden (%4,5) daha fazladır. Örneğin 2015 yılında trafik kazalarından ölenlerin sayısı 7bin 530 olarak açıklanmıştır.

Küresel hastalık yükü araştırmaları sadece belli dönemlerde yapıldığından ve dünyada genel olarak daha düzenli ve yaygın saklandığı için, yıllık hesaplamalarda iş kazalarına bağlı ölümlerden meslek hastalıkları projeksiyonları yapılabilmektedir. Literatürde ölümlü iş kazalarının yaklaşık 5-6 katı kadar iş-ilişkili ölüm kestirimi yapılmaktadır. Ayrıca yine literatürde çalışan sayısına göre, her yıl her bin çalışandan 4 ila 12'sinin meslek hastalığı tanısı alacağı ifade edilmektedir. Bu iki yöntemle göre meslek hastalığı tanı ve ölümlerinin atlanmasına bağlı tazmin açığını kestirecek olursak, 2000-2019 yılları arasında (21.Yy) ölümlü iş kazaları sayısı üzerinden, bir önceki yılın tanıları sonraki yıldan çıkarılarak ve yığılımlı olarak hesaplandığında, bu sayı sadece ölümler için 80bin-100bin arasında olmaktadır. Üstelik bu sayıya kayıt dışı sektör dahil değildir. İSGK'nun yasalaştığı 2012'yi milat alırsak, ölüm tazmini dosyaları 32bin-40bin arası olmalıdır. Eğer kayıt dışı sektör ile beraber kestirilirse ki bu en iyimser olarak yaklaşık ikiyle çarpacaktır, bu sayı 60-80 bine ulaşmaktadır. Hâlbuki 2017'de SGK'daki ölüm ve malüliyet, toplam sıradaki dosya sayısı 4500 olarak bildirilmiştir(16).

Özetle tahmin ve bulguları sentezleyecek olursak, 21.Yy'da ülkemizde kayıt altında olsun veya olmasın, en az 160bin vatandaş meslek hastalığından ölmüş ve hakları kaybolmuştur. Halen ülkemizde meslek hastalığına bağlı nerdeyse tek bir ölüm bile tespit edilememektedir.

Toplam olması gereken tanı sayısını kestirecek olursak, SGK verilerini kullanarak, 21.Yyda tahminen ülkemizde atlanmış tüm meslek hastalıklarının sayısı en iyimser kestirim ve en alt sınırdan yaklaşık 600 bin olup bu sayıya kayıt dışı sektör dahil değildir. Kayıt dışı sektörü de hesaba katacak olursak, bu tahmin milyona ulaşmaktadır.

Bu iyimser tahmin ve rakamlar bile, ülkemizin İSG çıktıları açısından durumunu, vahim*** olarak somutlamaktadır. Vahim sıfatı burda, geçmiş, bugün ve geleceğe yönelik, içerdiği tüm nitelikleri ile duruma en uygun kelime olduğu için seçilmiştir. Yani sosyal açıdan ağır yükü ve maliyeti olan geçmiş, mevcut çıktıları ile korkutucu olan bugünü ve böyle devam etmesi halinde çalışanlar açısından çok tehlikeli olabilecek bir geleceği ifade etmektedir.



***Vahim: sıfat, ağır, korkulu, çok tehlikeli, vahametli (Kaynak: Türk Dil Kurumu)

2.3. Meslek Hastalıkları Sınıflandırması

Meslek hastalıkları sınıflandırmasında tıbbi, hukuki veya kavramsal, değişik amaç ve şekillerde sınıflandırmalara rastlanabilmektedir. Meslek hastalıkları listelerinin değişimi de sosyal hayat, bilim, sanayi, üretim ve çalışma ilişkilerinin gelişimi kapsamında ve bağlamında şekillenmiştir.(80)

Daha öncede değinildiği üzere ilk ILO meslek hastalıkları listesi, 1925 yılında 18 numaralı İşçi Tazminatı (Meslek Hastalıkları) Sözleşmesi'nce Şarbon hastalığı ile kurşun ve civa zehirlenmesini kapsayacak şekilde oluşturulmuştur(81). Dönemin hakim sanayilerinden olan yün ve tekstil sanayisindeki gelişme ve artan üretim şarbon hastalığı yayılmış ve yün işçilerinde yaygın görülmesi nedeniyle yüncü hastalığı da denilen şarbon hastalığı o dönemde sanayi etkisi ile insan gündeminin merkezine taşınmıştır. Şarbon hastalığının yayılmasında sanayinin belirgin etkisinin yanında özellikle kurşunun sanayide yaygın olarak kullanılması ile kadın ve çocuk işçilerde yaygın maruziyetlerin ve hastalıkların görülmesi, o dönemde de yaygın olan serbestlik ve denetim konusundaki tartışmaları alevlendirmiştir(82). Ardından 1934 yılında 42 numaralı sözleşme ile arsenik, fosfor, silika, X-ışını, radyum, alifatik serinin hidrokarbonlarının halojen türevlerine bağlı toksisite ve hastalıklar ile zift, katran, asfalt, mineral yağı, parafin ve türevlerine bağlı primer epitelyal kanserler de listeye eklenmiştir(83). Sanayi toksikasyonunun ve tehlikeli ajanlara maruziyetin ön planda olduğu bu dönemde 1980 yılına kadar olan sınıflama ve listelerde de bunun etkisi izlenmektedir. Böylece temel olarak, tehlikeli sanayilerdeki tartışma götürmeyen belli başlı kimyasal ajanlar, madencilikte antik çağlardan beri bilinen pnömokonyozlar ve yine tartışma götürmeyen mesleksel cilt kanserleri ile temel bir liste ve yaklaşım oluşmuş ve ILO üye ülkelerden en asgari düzeyde bu hastalıkların onaylanmasını ve ulusal İSG programlarına dahil edilmesini talep etmiştir(80).

Günümüze kadar ILO üye ülkelere, bir ILO klasiği olan, üçlü mekanizmasını (işçi, işveren, devlet) işleterek, düzenlenen konferanslar ve varılan uzlaşmalarda ortaya çıkan sözleşme ve tavsiyeler aracılığı ile meslek hastalıkları listesini güncellemektedir(84). Takip eden dönemlerde 1980 yılındaki ILO konferansı, İş Sağlığı ve Güvenliği Sözleşmesi 2002 Protokolü (1981), 194 numaralı Meslek Hastalıkları Listesi Tavsiye Kararı, 2002 (2009) ile bu düzeltmeler devam etmiştir. Yine 1974 yılındaki Mesleksel Kanserler Sözleşmesi ile Radyasyondan Korunma Sözleşmesi Ve Tavsiyesi (1960) ve Benzen Sözleşmesi ve Tavsiyesi'ne (1971) atıf yapılarak “mesleksel kanser” kavramı ve çerçevesi de ortaya konulmuştur(18).

Artan bilimsel veri, bilgi ve meslek hastalıkları alanında devam eden kavramsal ve yöntemsel tartışmalar ile daha önce de değindiğimiz gibi bir hastalığı işle ilişkili olarak tanımlamanın her zaman kolay olmadığı zamanla ortaya çıkmıştır. Aslında genellikle tek bir nedensel etkenle ilişkili ve tanımlanması görece kolay olan klasik hastalıkların yanında şu veya bu şekilde meslek veya çalışma koşullarıyla ilişkilendirilebilecek, mesleklerle güçlü veya özgül bağlantıları olmayan ve birçok olası nedensel etkenle ilişkili hastalık ve kayıplar da tartışılmaya başlanmıştır(19).

Bu “paradigmal geçiş döneminde” işitme kayıpları, alerjik hastalıklar ve astım gibi hastalık tablolarına yönelik yoğun tartışmalar yaşanmış, ancak kanıt ve farkındalığın artması ile yol alınabilmiştir. ILO’nun 1980 yılında güncellediği C121 numaralı sözleşme 1981 yılında ortaya koyduğu C155 numaralı sözleşmeler bu dönemin eserleridir(80).

Üye ülkelerin meslek hastalıkları konusunda kendi ulusal İSG sistemlerindeki gerek tıbbi gerek hukuki işleyişteki karışıklıklar, artan ve çeşitlenen hastalık ve kayıp tabloları etkisi ile bir “paradigma değişikliğine” gidilmiş ve 1992 yılında ILO tarafından Avusturya’nın Linz şehrinde düzenlenen uluslararası bir sempozyum ile iş ve hastalık arasındaki ilişki çeşitli kategorilere ayrılmıştır. Buna göre “meslek hastalıkları” genellikle tek bir nedensel etkene bağlı, meslek ile güçlü ve özgül bir ilişkisi olan ve bu şekilde tanınmış hastalıkları, “iş-ilişkili hastalıklar” çoklu nedensel etkenli, karmaşık etyolojili, gelişiminde çalışma ortamındaki risklerin diğer riskler ile beraber rol alabildiği hastalıklar, “çalışan toplulukları etkileyen hastalıklar” ise iş ile nedensellik ilişkisi bulunmayan ancak mesleksenel sağlık riskleriyle şiddetlenen hastalıklar olarak tanımlanmıştır(22). Ayrıca hastalıkların sınıflandırılmasında “ajana bağlı hastalıklar”, “hedef organ hastalıkları”, mesleksenel kanserler ve “listede belirtilmemiş hastalıklar” olmak üzere, günümüzde de kullanılan sınıflandırma önerilmiş ve kabul edilmiştir. Bu liste ve sınıflama 2002’de 194 numaralı tavsiye kararı (R194) ile güncellenmiş ve kas iskelet sistemi hastalıkları da iş-ilişkili hastalık olarak listeye dahil edilmiştir(85). ILO’nun güncel kullandığı meslek hastalıkları listesi en son 2010 yılında revize edilmiştir(86).

Türkiye’de kullanılan meslek hastalıkları listesi ve gruplaması SSGSSK’a istinaden çıkarılan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği ekinde yer almaktadır(26). Bu ekte meslek hastalıkları, ajana bağlı hastalıklar ve hedef organ hastalıkları birleştirilerek, 5 ana grupta toplanmıştır. Bu listede özellikle maruziyet ve ajana bağlı meslek hastalıkları ILO ve dünya standartları bakımından kapsamlıdır(80). Ancak iş-ilişkili hastalıklar açısından gelişmiş sanayili ülkelere göre kapsamı daha dardır(26,87).

Tablo 3. Türkiye’de Meslek Hastalıkları Sınıflandırması

Gruplar	Alt Grup ve Hastalıklar
A Grubu: Kimyasal Maddelerle olan meslek hastalıkları	25 alt grupta 67 hastalık
B Grubu: Mesleki Cilt hastalıkları	2 alt grupta Deri Kanseri & Kanser dışı deri hastalıkları
C Grubu: Pnömonyozlar ve diğer Mesleki Solunum Sistemi hastalıkları	6 alt grupta 9 hastalık
D Grubu: Mesleki Bulaşıcı Hastalıkları	4 alt grupta 30 hastalık
E Grubu: Fiziksel Etkenlerle olan Meslek Hastalıkları	7 alt grupta 12 hastalık

Kaynak: ÇASGEM

2.4. İş sağlığı ve Güvenliği Organizasyonu ve Programları

ILO 1919 yılında dünyada sosyal adaleti sağlamak suretiyle sosyal barışı gerçekleştirmek ve daha iyi yaşama şartlarını tesis etmek üzere hükümet, işçi ve işveren sendikalarını bir araya getirerek ortak hareket etmelerini temin etmek için kurulmuştur. ILO insana yakışır işler yaratılmasına; çalışanları ve iş çevrelerini kalıcı bir barış, refah ve ilerlemeye sahip çıkmaya yöneltecek ekonomik koşullarla çalışma koşullarının sağlanmasına yardım etmektedir(88). ILO’nun dört stratejik hedefi bulunmaktadır:

- 1.Çalışma yaşamında standartların, temel ilkelerin ve hakların yaygınlaştırılması ve yaşama geçirilmesi,
2. Kadınların ve erkeklerin insana yakışır işlerde çalışıp insana yakışır kazanç sağlayabilmeleri için gerekli fırsatların artırılması,
3. Herkes için sosyal korumanın kapsamının genişletilmesi ve etkililiğinin artırılması,
4. Üçlü mekanizma ve sosyal diyalogun güçlendirilmesidir.

Her yıl yapılan ve genel kurul niteliği taşıyan Uluslararası Çalışma Konferansı; İcra Konseyi niteliğindeki Yönetim Kurulu ve örgütün sekreteryaya hizmetlerini yürüten Uluslararası Çalışma Bürosu'ndan oluşmaktadır. Üçlü yapı çerçevesinde her yıl gerçekleştirilen Konferans'da her üye ülke, refakatlerinde gerekli görülen sayıda teknik danışman olmak üzere 2 hükümet, 1 işçi ve 1 işveren olmak üzere 4 delege ile temsil edilmektedir. ILO'nun yasama organı niteliğinde olan, sosyal ve çalışma sorunlarının tartışıldığı evrensel bir forum olarak kabul edilen Uluslararası Çalışma Konferansı;

1- Yönetim Kurulunun seçimle gelen üyelerini seçer.

2- Örgütün bütçesini kabul eder.

3- Sözleşme ve/veya tavsiye kararları biçiminde yetki alanına ilişkin uluslararası kuralları belirler.

4- Örgütün genel politikasını ve çalışmalarını yönlendirmeye yönelik kararlar alır(89).

Halen 220 ülke ILO üyesidir. Bu anlamda dünyada en fazla üyesi olan uluslararası kuruluştur. ILO birçok ölçekte projelerinin yanında, 1999 yılında İnsana Yakışır İş Programı'nı başlatmıştır. Dünyada 7 Ekim günü İnsana Yakışır İş Günü olarak ilan edilmiştir. Ayrıca çocuk işçiliğinin önlenmesine yönelik uluslararası bir program da devam etmektedir. Yine evrensel bir asgari ücret ve temel sigortaya yönelik bir program oluşturulması için çalışmalara devam edilmektedir(90).

Türkiye 18.07.1932 tarihinde ILO'ya üye olmuştur ve ILO Avrupa bölgesinde yer almaktadır. Türkiye tarafından onaylanan 59 ILO sözleşmesinden 55'i yürürlüktedir. Temel Sözleşmelerin 8'inin tamamı, yönetimsel sözleşmelerin (öncelikli) 4'ünden 3'ü, teknik sözleşmelerin ise 177'sinden 48'i onaylanmış olup, 23 Mart 2015'te onaylanan C176 numaralı Madenlerde Güvenlik ve Sağlık Sözleşmesi'nden günümüze herhangi bir sözleşme onaylanmamıştır(91).

DSÖ, 22.07.1946 tarihinde Birleşmiş Milletlerin bir örgütü olarak 61 ülkenin temsilcisinin imzaladığı anayasa ile insanlığa daha iyi sağlık hizmeti verilmesi amacıyla kurulmuştur. İmzalanan Anayasa 26 ülke tarafından kabul edildiği tarih olan 07.04.1948'de yürürlüğe girmiştir. Bu yüzden de her yıl 7 Nisan günü Dünya Sağlık Günü olarak kutlanmaktadır(92). Türkiye ise WHO'ya 02.01.1948 tarihinde üyeliğe başvurmuş, 09.06.1949 tarihinde ise 5062 sayılı kanun ile Dünya Sağlık Örgütü Anayasasını onaylayarak resmen üye olmuştur(93).

DSÖ; Genel Kurul, Yönetim Kurulu ve Sekreteryası (Genel Merkez, Bölge Ofisleri ve Ülke Temsilcilikleri)’dan oluşmaktadır. Genel Kurul örgüte üye olan devletlerin temsilcileri tarafından oluşturulan bu yapı her yıl Mayıs ayında bir kere toplanır. Genel Kurul, örgütün en yetkili organı olarak İsviçre (Cenevre) odaklıdır. İlgili kurul, örgüt namında sağlık ile ilgili sözleşmeler ve antlaşmalar yapabilir, uluslararası kamuoyunda uyulması gereken standart ve kuralları belirleyebilir.

Bunların yanı sıra Genel Kurul:

1. Örgütün politikasını belirlemek,
2. Yönetim Kuruluna üye verecek ülkeleri seçmek,
3. Genel Direktörü seçmek,
4. Örgütün mali politikasının denetlemek,
5. Bütçeyi gözden geçirip onaylamak,
6. Örgütün çalışması için gerekli olabilecek komisyonları kurmak görevlerini üstlenir(94).

Dünya Sağlık Örgütünün temel işlevi, çalışma koşullarının ve çevresel hijyenin geliştirilmesini sağlamaktır. WHO, bireysel ve sosyal faktörler, iş sağlığı hizmetlerine erişim, iş ortamındaki hastalık ve yaralanma riskleri de dahil olmak üzere işçilerin sağlığının tüm belirleyicilerini ele almaktadır(95). Şu anda dünya çapındaki işçilerin sadece %15’i, mesleki risklerin önlenmesi, sağlık surveyansı, güvenli çalışma yöntemlerinin eğitimi, ilk yardım ve işverenlere iş sağlığı ve güvenliği konularında danışmanlık veren özel iş sağlığı hizmetlerine erişebilmektedir. DSÖ, Dünya Sağlık Asamblesi tarafından 2007 yılında kabul edilen ve İşçi Sağlığı konusunda 2007 yılından itibaren aşağıdaki amaçlarla “Küresel Eylem Planı” uygulanmaktadır. Bu planda;

1. İşçi sağlığına ilişkin politika araçlarının oluşturulması ve uygulanması,
2. İşyerinde sağlığın korunması ve teşvik edilmesi,
3. İş sağlığı hizmetlerine erişimin ve performansın iyileştirilmesi,
4. Eylem ve uygulama için kanıt sağlamak,
5. İşçi sağlığını diğer politikalara dahil etmek konuları işlenmiştir(96).

EU-OSHA, Avrupa'da işverenlerin, çalışanların ve hükümetlerin yararına işyerlerini daha güvenli, daha sağlıklı ve daha üretken hale getirmek için kurulmuştur. Avrupa'da çalışma koşullarını iyileştirmek için risk önleme kültürünü teşvik etmektedir. ILO'ya benzer üçlü mekanizma ile iyi yönetim uygulamalarına dayalı bir organizasyondur. İyi yönetim, açıklık, duyarlılık, şeffaflık, etkinlik, verimlilik ve hesap verebilirlik olarak tanımlanmıştır. Çalışmaları, Avrupa Komisyonunun 2014–2020 Güvenlik ve Sağlık Stratejisine, Avrupa 2020 ve diğer ilgili AB stratejilerine ve programlarına katkıda bulunma amaçlıdır(97).

ICOH, uluslararası, profesyonel bir meslek örgütü ve STK'dır. Bilim ve teknikte gelişmek, ilerlemek, bilginin ve gelişmenin etkisini İSG'nin bütün alanlarında kullanmak ve katkı yapmak amacıyla, İtalya'nın Milan kentinde, 1906 yılında, kalıcı bir komisyon olarak kurulmuştur. Günümüzde 105 ülkeden yaklaşık 2 bin üyeyesi vardır. ICOH, DSÖ ve ILO tarafından da tanınmakta ve yakın işbirliği içerisinde çalışılmaktadır (98).

Sıradaki bölümde, ülkemizdeki İSG sistemi ve kurumları, daha önce de değinilen, Rantanen ve ark.'ları tarafından geliştirilmiş yöntem ve kavramlar temel alınarak genel olarak değerlendirilmiştir(9).

Türkiye'de İSG ana yasal ve ilkesel çerçevesi, Anayasa'nın çalışma hayatının düzenlenmesiyle ilgili maddelerinde bulunmaktadır. Anayasanın 50. maddesinde “hiç kimsenin yaşına cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmayacağı”, 56. maddesinde ise “herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu” belirtilmektedir. Türkiye'de ilk iş yasasının kabulü, devletçi ve reformcu uygulamaların yoğun şekilde uygulandığı 1930'lu yıllarda olmuştur. 1936 yılında kabul edilen 3008 sayılı İş Kanunu, 1937 yılından itibaren uygulanmaya başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Türkiye'nin yeniden kurulan BM'ye üye olması, çok partili demokratik rejime geçiş, liberalleşen ekonomi ve sosyal devlet uygulamalarının beraber yürüdüğü bu dönemde, 1971 yılında 1475 sayılı yeni İş Kanunu uygulamaya girmiş ve 32 yıl yürürlükte kalmıştır. Bu süre içinde yasada birçok değişiklik yapılmasına rağmen, değişen sosyoekonomik ve politik ihtiyaçlara cevap veremez hale gelmiştir. Bu alanda bilimsel ve hukuki çalışmalar sonucunda, ILO ilkelerine ve AB standartlarına uyumlu, Cumhuriyet tarihinin üçüncü iş kanunu olan, 4857 sayılı İş Kanunu, 10 Haziran 2003 tarihinden yürürlüğe girmiştir.

ILO tarafından hazırlanmış olan 155 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme ile 161 sayılı Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşme’ler 2004 yılında onaylanmıştır. Yine İSG yönetimi açıdan önemli olan 187 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliğini Geliştirme Çerçeve Sözleşmesi de 2013 yılında onaylanmıştır(91). 2006 yılında kabul edilip 2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı SSGSSK ile sosyal güvenlik alanında reform yapılmıştır. Türkiye’de 2010-2012 döneminde sıkça gündeme gelen iş kazaları ve artan kamuoyu farkındalığı ve talebiyle, İSG sisteminin ayrı bir mevzuat ile düzenlenmesi gerekliliği görülmüştür(99). Böylece 6331 sayılı İSGK 28339 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak 30.06.2012 tarihinde yürürlüğe girmiştir. İzleyen dönemde yasa kapsamında 38 yönetmelik yayımlanarak mevzuat güncellemesi yapılmıştır. Bu hızla artan mevzuat yükü karşısında kapasitenin yetersiz kaldığı ve genel olarak bir kapasite ve uygulama açığı olduğu ifade edilmektedir(100).

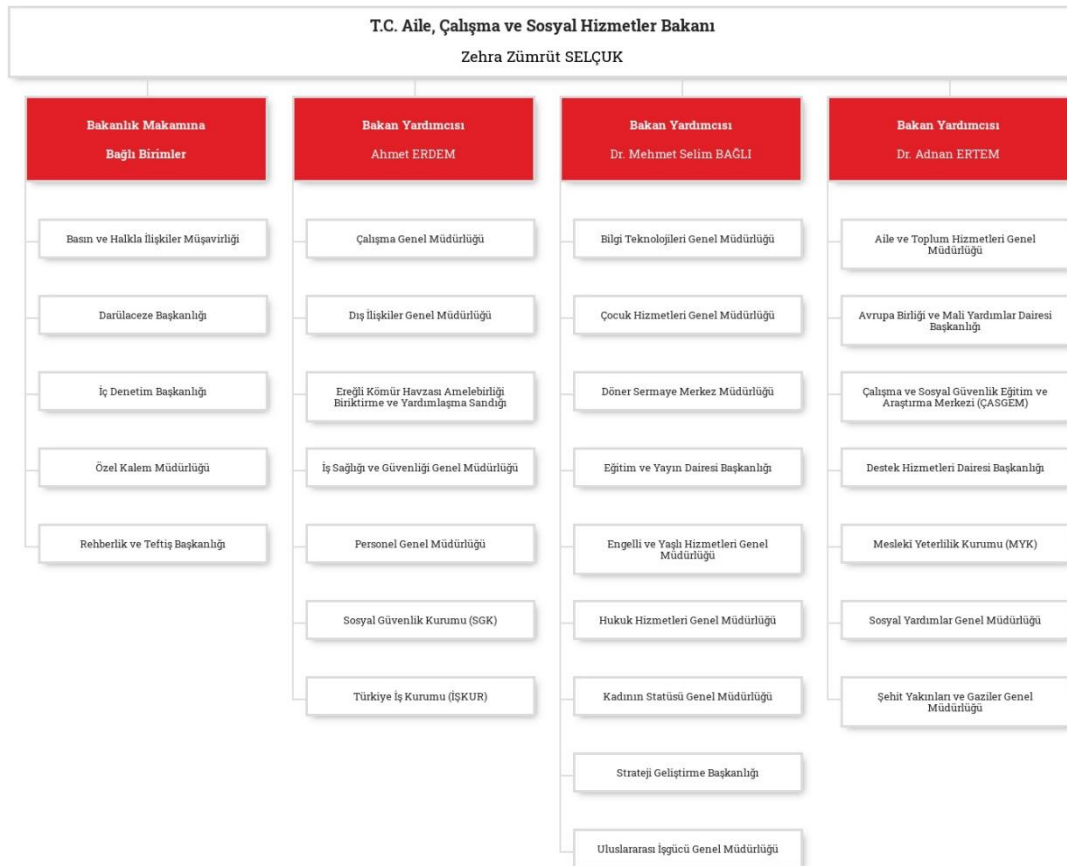
Yine Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Politika Belgesi (III) ve Eylem Planı 2016 yılı Faaliyet Raporu’nda, İSGK ile SSGSSK arasında bazı konularda yorum farkları olabildiği ve bunun meslek hastalığı tanı ve tanı sonrasındaki süreçlere etki edebildiğinden ve bu konuda daha eski olan SSGSSK’da düzenleme yapılması gerektiği de ifade edilmiştir(101). SSGSSK’ya göre meslek hastalığı, “MADDE 14- Meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir.” şeklinde tanımlanmıştır.(102) İSGK’na göre ise “Meslek hastalığı: Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalığı” ifade etmektedir.

Cumhuriyet’in erken döneminde İktisat Vekâleti’ne bağlı bir birim iken 1945 yılında Çalışma Bakanlığı’nın Kuruluş ve Görevleri Hakkındaki Kanun ile eski Çalışma Bakanlığı kurulmuştur. Eski Sosyal Güvenlik Bakanlığı 1974 yılında Cumhurbaşkanlığı Tezkeresi ile kurulmuş, SSK ile Bağkur bu Bakanlığa bağlanmıştır. Bu iki bakanlık 1983 yılında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile ÇSGB adıyla yeniden teşkilatlandırılmıştır.

Eski ÇSGB ve ASPB’nin 2018 yılında birleştirilmesiyle oluşturulan AÇSHB, İSG kanun ve yönetmeliklerinin düzenlenmesinden ve uygulanmasından sorumludur. Toplumsal değerler çerçevesinde bireyi ve aileyi güçlendiren sosyal hizmetler sunmak; sosyo-ekonomik kalkınmaya katkı sağlama hedefiyle istihdamı artıran, çalışma hayatını düzenleyen, denetleyen tedbirler almak ve sosyal güvenlik sisteminin etkinliğini sürdürmek misyonu ve ailenin güçlü, bireyin mutlu olduğu, çalışan ve üreten müreffeh bir Türkiye vizyonu olarak ilan edilmiştir.

AÇSHB bu amacını gerçekleştirmek için genel müdürlük ve başkanlık düzeyindeki, aşağıda görev, yetki ve sorumluluklarıyla beraber sıralanan birimleri kullanmaktadır. Şekil 4'te AÇSHB teşkilat şeması ve İSG birimlerinin konumları görülmektedir.

Şekil 4. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Teşkilat Şeması



Kaynak: AÇSHB

- İSSGM:

- İş sağlığı ve güvenliği ile iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi konularında inceleme ve araştırma çalışmalarını planlamak, programlamak ve uygulanmasını sağlamak,
- Üretilen ve ithal edilen kişisel koruyucu donanımların piyasa sürveyansı ve denetimini yapmak, bu hususlarda usul ve esasları belirlemek,
- İşyerindeki sağlık ve güvenlik risklerini önlemek ve koruyucu hizmetleri yürütmek üzere

görevlendirilecek işyeri hekimleri, iş güvenliği uzmanları ve diğer görevlilerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitim ve belgelendirme usul ve esaslarını belirlemek.

- d) Meslekî eğitim görenler, rehabilite edilenler, özel risk grupları ve kamu hizmetlerinde çalışanlar da dahil olmak üzere tüm çalışanların iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı korunmaları amacıyla gerekli çalışmaları yaparak tedbirlerin alınmasını sağlamak,
- e) İş Sağlığı ve Güvenliği Araştırma ve Geliştirme Enstitüsü Başkanlığı ile İş Sağlığı ve Güvenliği Araştırma ve Geliştirme Enstitüsü Bölge Laboratuvar Müdürlüklerinin çalışmalarını düzenlemek, yönetmek ve denetlemek,
- f) İş sağlığı ve güvenliği alanında ölçüm, analiz, teknik kontrol, risk analizi ve değerlendirmesi, eğitim, danışmanlık, uzmanlık hizmetlerini yapmak ve bu tür hizmetleri verecek özel ve tüzel kişi ve kuruluşların niteliklerini belirlemek, yetki vermek, yetkilerini iptal etmek, kontrol ve denetimini sağlamak,
- g) İşyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, diğer teknik ve sağlık personel ile işçilere eğitim vermek için kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler ve 13/1/2011 tarihli ve 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu hükümlerine göre faaliyet gösteren şirketler ile ortak sağlık ve güvenlik birimlerini yetkilendirmek, gerektiğinde yetkilerini iptal etmek, hizmetin etkin ve verimli bir şekilde verilip verilmediğinin kontrol ve denetimini sağlamak, işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanının eğitimleri sonundaki sınavları yapmak veya yaptırmak, belgelerini vermek,
- h) Ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği ve koordinasyonu sağlamak,
- i) Standart çalışmaları yapmak, normlar hazırlamak ve geliştirmek,
- j) Faaliyet konuları ile ilgili yayın ve dokümantasyon çalışmaları yapmak ve istatistikleri düzenlemek,
- k) Bakan tarafından verilen diğer görevleri yapmak(103).

- İSGÜM:

İSSGM'ye bağlı olarak faaliyet gösteren, İSGÜM, işyerlerindeki gaz, toz, gürültü, titreşim ve termal konfor ölçümlerini gerçekleştirmekte ve bu ölçümlerle ilgili olarak kendisine bağlı olarak faaliyet gösteren laboratuvarlarda analiz çalışmalarını yürütmektedir. İSGÜM'ün, Ankara'da bulunan merkezinden başka, İstanbul, İzmir, Adana, Zonguldak, Kocaeli ve Kayseri'de Bölge

Laboratuvar Şeflikleri bulunmaktadır(104).

- RTB:

Diğer birimlerden farklı olarak, doğrudan bakanlık makamına bağlı ve bir başkanlık birimidir.

- a) Bakanlığın görev alanına giren faaliyet ve işlemlerle ilgili teftiş, inceleme ve soruşturmaları yürütmek, gerekli önlemleri almak veya aldirmek,
- b) Bakanlığın görev alanına giren konularda ulusal ve uluslararası mevzuatın uygulanmasını izlemek, mevzuat çalışmaları yapmak, gerektiğinde, teftiş ve denetimler sonucunda, mevzuatın aksayan yönleri, uygulanabilirliği, sektörel bazda ilgili kurum ve kuruluşlarca alınması gereken önlemleri belirlemek,
- c) Denetim sonuçlarına ilişkin istatistikleri tutmak, değerlendirmek ve yorumlamak, 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu ile 25/6/2003 tarihli ve 4904 sayılı İŞKUR Kanunu uyarınca işyerlerinde inceleme yapmak, iş ve işlemlerini teftiş etmek,
- d) Kayıtdışı istihdamla mücadele etmek, bu amaçla sektörel analizlere dayalı denetimleri yürütmek ve bu konularda alınması gerekli tedbirleri önermek,
- e) Kurumun merkez ve taşra teşkilatı ile personelinin idari, mali ve hukuki işlemleri hakkında denetim, inceleme ve soruşturma yapmak,
- f) Sosyal hizmet ve yardım kuruluşlarınca sunulan hizmetlerin kontrol ve denetimini ilgili birimlerle işbirliği içinde yapmak, sunulan hizmetlerin süreç ve sonuçlarını mevzuata, önceden belirlenmiş amaç ve hedeflere, performans ölçütlerine ve kalite standartlarına göre analiz etmek, karşılaştırmak ve ölçmek, kanıtlara dayalı olarak değerlendirmek, elde edilen sonuçları rapor haline getirerek ilgililere iletmek,
- g) Bakanlığın görev alanına giren konularda faaliyet gösteren kamu kurum ve kuruluşları, gerçek ve tüzel kişiler ile gönüllü kuruluşlara, faaliyetlerinde yol gösterecek plan ve programlar oluşturmak ve rehberlik etmek,
- h) Sosyal hizmet ve yardımlar alanında faaliyette bulunan veya bulunmak isteyen kişi, kurum ve kuruluşlar ile gönüllü kuruluşları teşvik edici mekanizmaların oluşturulmasına yardımcı olmak ve bu alanda yapılacak faaliyetlere ve alanda çalışan meslek elemanlarına rehberlik etmek,
- i) Sosyal hizmet ve yardım kuruluşlarının faaliyet ve işlemlerinde hataların önlenmesini, yönetim ve kontrol sistemlerinin geçerli, güvenilir ve tutarlı hale gelmesini sağlamak, Bu

Bölüm kapsamında hizmet sunan sosyal hizmet kuruluşları ile sosyal hizmetlerden yararlananlara ilişkin olarak ortak veri tabanı oluşturulmasına katkıda bulunmak,

j) Bakan tarafından verilen diğer görevleri yapmak(105).

- ÇASGEM:

a) Bakanlık, bağlı kuruluşlar ve ilgili kuruluşlarının personeli ile özel veya kamu sektöründe faaliyet gösteren işyerlerindeki işçi, işveren veya yönetici personelin eğitimlerini sağlamak amacıyla: çalışma hayatı, sosyal güvenlik, işçi-işveren ilişkileri, iş sağlığı ve güvenliği, işyeri hekimliği, toplam kalite yönetimi, iş teftişi, istihdam, verimlilik, iş piyasası etütleri, ergonomi, çevre, ilk yardım, iş istatistikleri ve benzeri konularda eğitim programları hazırlamak, seminerler düzenlemek ve bu konular ile ilgili araştırmalar yapmak,

b) Çalışma ve Sosyal Güvenlik sorunları üzerine ulusal ve uluslararası bölge seminerleri düzenlemek ve düzenlenen seminerlere katılmak

c) Çalışma ve Sosyal Güvenlik konularında araştırma ve incelemeler yapmak ve bu konularda gerekli bilgi ve belgeler toplamak

d) İşyerlerinin çalışma konuları ve iş verimi ile ilgili sorunlarını, ilgililerin ve iş sahiplerinin olurlarını incelemek ve bu konularda önerilerde bulunmak

e) Türkçe ve yabancı dillerde amacına uygun, görev alanına giren konularda derlemeler yapmak ve yayınlarda bulunmak

f) Amacına uygun bir şekilde yerli ve yabancı yayın, dokümantasyon, filmler, fotoğraflar ve slaytlar temin ederek, bunlardan yeterince faydalanılmasını sağlamaktır(106).

- SGK:

a) Kısa vadeli sigorta kolları kapsamında sigortalılara ve hak sahiplerine, geçici iş göremezlik süresince, günlük geçici iş göremezlik ödeneği verilmesi,

b) Sigortalıya sürekli iş göremezlik geliri bağlanması,

c) İş kazası veya meslek hastalığı sonucu ölen sigortalının hak sahiplerine, gelir bağlanması

d) Gelir bağlanmış olan kız çocuklarına evlenme ödeneği verilmesi,

- e) Hastalık ve analık sigortasından sigortalıya hastalık veya analık hallerine bağlı olarak ortaya çıkan iş görmezlik süresince, günlük geçici iş göremezlik ödeneği,
- f) Analık sigortası kapsamında emzirme ödeneği,
- g) Askerlik ve doğum borçlanması hakları verilmesi,
- h) Uzun vadeli sigorta kolları kapsamında, malullük sigortası kapsamında malullük aylığı, yaşlılık sigortası kapsamında yaşlılık aylığı ve toptan ödeme, ölüm sigortası kapsamında ölüm aylığı, ölüm toptan ödemesi ve aylık almakta olan kız çocuklarına evlenme ödeneği ile cenaze ödeneği verilmesidir.

- İŞKUR:

- a) İstihdamın korunması, geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ve işsizliğin önlenmesi faaliyetlerine yardımcı olmak ve işsizlik sigortası hizmetlerini yürütmek
- b) İş ve işçi bulma hizmetlerinin yanı sıra, aktif ve pasif işgücü politikalarını uygulamak
- c) Katılımcı ve sosyal diyaloga açık bir örgütlenme modeli benimsenerek; Türkiye'nin istihdam politikasının oluşturulmasına yardımcı olmak
- d) İllerde, bölgesel kalkınmada yerel inisiyatifi geliştirmek ve yerel istihdam politikalarını belirlemektir.

Yurtiçi ve yurtdışı, iş ve işçi bulma faaliyetlerinde bulunmak üzere, özel istihdam bürolarının kurulmasına izin verilerek, İŞKUR'un bu alandaki tekel yetkisi kaldırılmıştır(107).

Cumhuriyet'in erken dönemlerinden itibaren İSG konuları eski ÇSGB'nin ve kurumu olan SSK'nın sorumluluğunda olmuştur. Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun ile 2005 yılında, eski ÇSGB ve SSK'nın 100'ü aşkın genel hastanesi, 3 adet meslek hastalıkları hastanesi ve bunların İSG alanındaki çalışmalarının bütün sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. SB, bu tarihten itibaren İSG alanında önleyici hizmetler ile tedavi hizmetlerini sunmaktan sorumlu olmuştur. SB merkez teşkilatında bulunan HSGM bünyesinde, genel müdür yardımcısına bağlı bir daire başkanlığı birimi olan ÇSDB, SB'nın İSG faaliyetlerini yürütmektedir(108). AÇSHB'da ise İSG faaliyetleri genel müdürlük düzeyinde icra edilmektedir. Bu bürokratik düzey ve teşkilat farkı uygulama ve kapasite açığına işaret ediyor olabilir. Yine bakanlığın PDC'leri incelendiğinde iş yeri hekimi

veya meslek hastalıkları uzmanı için unvan oluşturulmadığı görülmektedir. Bunun da kapasite ve uygulama açısından bir açığa işaret ediyor olabileceği değerlendirilmiştir.

- ÇSDB:

- a) Çalışanların sağlığının korunması amacıyla, gerekli araştırma, geliştirme ve denetim hizmetlerini ilgili kuruluşlarla işbirliği içinde yürütmek,
- b) Çalışan sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla, ulusal veya uluslararası düzeyde pilot çalışmalar yapmak ve ortak projeler geliştirerek uygulamak
- c) Çalışan sağlığı hizmetlerine yönelik olarak, uluslararası ve ulusal (resmi kuruluşlar, üniversiteler, yerel yönetimler, meslek kuruluşları, sivil toplum örgütleri, işçi ve işveren kuruluşları, özel sektör vb.) kurum ve kuruluşlarla koordinasyon ve işbirliği sağlamak
- d) Çalışan sağlığını korumaya yönelik olarak, mesleki risklere ait veri ve istatistikleri toplamak, gerekli sürveyans çalışmalarını planlamak ve uygulanmasını sağlamak, ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde gerekli tedbirleri aldirmek,
- e) İş yeri hekimliğiyle ilgili faaliyetleri yürütmek, toplum sağlığı merkezlerinin iş yeri hekimliği hizmeti sunması için gerekli çalışmaları yapmak,
- f) Gezici iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri ile ilgili işleri yürütmek,
- g) Faaliyet alanları ile ilgili eğitim, sempozyum, panel, çalıştay, seminer vs. etkinlikleri düzenlemek ve düzenlenen ulusal ve uluslararası etkinliklere katkı sağlamak, olarak belirtilmiştir(109).

İSG sistemi ve bu sistemdeki program ve süreçlerde merkezi konumda olan AÇSHB, SB, CSPBB, ETKB, STB (KOSGEB ve TSE), MEB gibi mevzuat tarafından doğrudan yetki ve sorumluluk verilenlerin yanında, üniversiteler, ticaret ve meslek odaları, STK'lar, örgütler ve sendikalar gibi pek çok ulusal veya uluslararası düzeyde kurum ve kuruluşla çeşitli protokol ve projeler ile eşgüdüm ve işbirliği içerisinde çalışmaktadır(79). AÇSHB zorunlu olarak işbirliği ve eşgüdümle yürütülmesi gereken bu program ve süreçlerde, mevzuatın da etkisiyle merkezi roller üstlenmektedir. Bu nedenle mutlaka kapasite ve altyapısının, ihtiyaca yönelik olarak, etkin şekilde desteklenmesinin faydalı olacağı değerlendirilmiştir.

Güncel personel istatistiklerine genel olarak bakılacak olursa, mevcut toplam hekim sayısında

önceki dönemlere göre artış olsa da, nüfusa oranla Avrupa ülkelerine kıyasla ciddi bir kapasite açığı izlenmektedir(110,111). Planlanan İSG hizmetlerini sağlaması öngörülen personel açısından bakılacak olursa, AMA her bin çalışana bir iş yeri hekimi önermekte olup(112) buna göre ülkemizde kabaca kayıtlı ve kayıt dışı toplam 30-35 milyon olarak kestirilecek olursa, ihtiyaç duyulan hekim sayısı tahminen 30-35 bin olup, güncel basın açıklamalarından anlaşıldığı üzere yaklaşık 29 bin olarak ifade edilen iş yeri hekimi sayısı yeterli görünmemektedir(113). İş yeri hekimi sertifikasına sahip hekimlerinin ne kadarının faal olduğu ve nerelerde hizmet verdiğine yönelik ise herhangi bir bilgiye ulaşılamamıştır. Ayrıca, çeşitli kaynaklarda da sıkça ifade edilen, kayıt dışı çalışma ve çalıştırılma, dünya genelinde ve ülkemizde de işletmelerin çoğunluğunu oluşturan KOBİ'lerin İSG kapsamına alınmasında zorluklar gibi etkenlerle(114) henüz yeterli düzeyde olmayan İSG hizmetinin kapsamının genişletilmesinin yanında, adil ve nitelikli olarak sağlanmasına yönelik, gerçek ihtiyacın tespiti ve buna yönelik sosyal ve ekonomik kaynak aktarımının sağlanması da oldukça zorlu bir süreç olarak önümüzde durmaktadır. Kamunun ve 50'den az çalışanı olan, az tehlikeli KOBİ'lerin İSGK kapsamına alınmasının sürekli olarak ötelenmesi de(115) özellikle orta ve uzun vadede ihtiyacın öngörülmesi ve planlama yapılması konusunda, sorunların kronikleşme potansiyelini arttırmaktadır.

AÇSHB İSG program modeli ve çıktı raporlarını çeşitli dönemlerde duyurmaktadır(101). Ayrıca eski KB ve yerine kurulmuş CSPBB'nin önceki dönem kalkınma planı raporları da önemli bir kaynaktır. Güncel olan 11. Kalkınma Planı İSG Çalışma Raporu'na göre, üniversitelerde zorunlu ya da seçmeli ders olarak İSG dersi konması uygulaması henüz yaygınlık kazanmamaması, lisansüstü eğitimlerin genelde belge sınıfı yükseltme amaçlı olarak yaygınlaştırılması ve eğitimde istenilen kalitenin yakalanamamış olması, ilk ve orta öğretimde gerek müfredat güncellemesi gerek görevli eğitimcilerin İSG konusunda eğitilmesi konusunda istenilen hedeflere ulaşılamamış olması, uygulamalı eğitimler için okullara teknik donanım gönderilmesi uygulamasına geçilememesi, sendika ve meslek örgütlerinin İSG alanında insan gücüne yönelik eğitimlerde yer alması ve eğitim kurumu oluşturabilmesinin sağlanmaması tespitleri dikkati çekmiştir(116). Eğitim gibi kültür ve davranış değişikliğine yol açan yapısal hedeflere ulaşılamamış olması mutlaka ele alınmalı ve gereken girişimler etkin olarak uygulanmalıdır.

İSG programların oluşturulması ve uygulanması kadar denetlenmesi de önem arz etmektedir. Aynı raporda ülkemizde 2013 yılında yapılan denetimlerin işyeri sayısına oranı % 1,50 iken 2015 yılında bu oran %1,06 olarak gerçekleşmiştir. Örnek olarak İspanya'da bu oranlar 2013 yılında % 29 ve 2015 yılında ise % 23 olarak gerçekleşmiştir. Avusturya'da ise 2013 yılında %25,85 olarak gerçekleşen denetim/işyeri oranı 2014 yılında 26,50 olmuştur. Bu önemli bir denetim

açığına işaret etmektedir(116). Yine ülkemiz İSG literatürünün %90'nının gelişmiş ülke kaynaklı olduğu, gelişmiş ülkelerde çalışan sayısı başına yüz dolarlar seviyesinde olan İSG ARGE (araştırma ve geliştirme) harcamalarının ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelere birkaç dolarlar düzeyinde olduğu çeşitli kaynaklarda ifade edilmiştir(125).

Sonuç ve özet olarak, SWOT analizi ve Rantanen ve ark.'larının yaklaşımıyla, ülkemizde genel olarak İSG açısından, modern politikaya uygun ve kurumsallaşmış devlet yapısı, yönetim tecrübesi ve kapasitesi, bilim ve politika üretme kapasitesi, kapsamlı sayılabilecek ancak güncellenmesi gereken mevzuat, mevcut ekonomik ve sosyal kaynaklarımız “güçlü yanlarımız”, İSG sistemimizdeki organizasyon, kapasite, kapsam, uygulama, ARGE ve denetim açıklarımız “geliştirilmesi gereken yönlerimiz” olarak dikkati çekmektedir. Ayrıca organizasyonel açıkların yanında, genel olarak çalışanlarda ve işverenlerde, sosyokültürel ve sosyoekonomik bariyerlerin de etkisiyle, programlara uyum ve işbirliğinde zorluklar da uygulama açığına neden olmaktadır(116). Bu nedenle araştırmamızda, genel olarak bilinen ve değinilen diğer olası politik ve organizasyonel etkilerin yanında nitel (kalitatif) araştırmaya oldukça uygun olan, olası sosyokültürel etki ve bariyerlere de özellikle odaklanılması hedeflenmiştir.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Adı

Araştırmanın adı “Meslek Hastalığı sürecinin Kalitatif Değerlendirilmesi”dir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kalitatif (nitel) tipte, fenomenolojik (olgubilimsel) yaklaşımlı, betimleyici ve yorumlayıcı bir araştırmadır.

Nitel araştırma yöntemlerinde, seçilmiş bir hipotez ile başlanılıp, bunun deneysel veri kullanarak test edildiği nicel yöntemden farklı olarak, merak veya ilgi konusuna uygun seçilen örnek ve teknik ile elde edilen veriden, merak veya ilgi konusu hakkında hipotez veya hipotezler üretilmeye çalışılır(117).

Deneyim kişinin öznel ve özgün olarak, algı ve eylemle edindiği bilgi, beceri ve tutumların bütünüdür(118). Bir başka tanıma göre ise deneyim “karmaşık gerçekliğin” zihinde yapılandırılmasıdır. Deneyim zihne tekrar ve tekrar geri çağırılabilir ve gerektiğinde ondan faydalanılabilir(119). Merak edilen veya ilgi duyulan konularda, kişilerin deneyimlerini araştırmak amacıyla, betimleyici ve yorumlayıcı yaklaşımlı araştırmaların, Tıp ve Sağlık Bilimleri alanında kullanımı son yıllarda giderek artmaktadır(120).

Heidegger (1962) fenomenolojiyi “Kendini açığa vuran şeyin kendisini, kendisinden gösterdiği şekilde, kendisinden görülmesine izin vermek” şeklinde betimlemiştir. Heidegger’in yaklaşımı kuşkusuz ontolojiktir, ancak fenomenolojinin neyin kendisini açığa vurduğu ile ilgilendiği temel fikri geçerlidir. Marion (2002) ise fenomenolojiyi, şeylerin kendini nasıl gösterdiği veya açığa çıktığının araştırılması olarak tanımlamıştır(121). Bu bağlamda fenomenolojinin, sadece kişinin deneyimiyle değil, algıyı tetikleyen “o”nun, ham hali ile ilgili olduğu söylenebilir. Bu araştırma da, bu bağlamda, aynı zamanda fenomenolojik yaklaşımla tasarlanmıştır.

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Süresi

Araştırma konusu 2018 yılı Mayıs-Ağustos döneminde belirlenmiştir. Aralık 2018'de tez öneri sunumu yapılmış ve Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Akademik Kurulu tarafından kabul edilmiştir. Araştırmanın yapılacağı İş ve Meslek Hastalıkları Birimi'nden Ocak 2019'da izin alınmıştır. Şubat 2019'da Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu araştırma için onay vermiştir. Derinlemesine görüşme verilerinin Mart-Haziran 2019 döneminde toplanılacağı öngörülmüş ancak bu dönem araştırmacının saha eğitimi, çeşitli aksamalar nedeniyle ertelenen görüşmeler gibi nedenlerle Ocak 2020 tarihine kadar sürmüştür. Toplanan veri yine bu dönemde görüşmeler yapıldıkça transkripte edilmiştir. Veri çözümleme ve doküman analizine Ocak 2020 tarihinde başlanmış olup çözümleme ve tez yazımı öngörülen sürede tamamlanamamış, Kasım 2020 tarihine kadar ek süre verilmiştir. Verilen ek sürede, veri çözümleme ve doküman analizi Haziran-Ağustos 2020 ve tez yazımı Eylül-Kasım 2020 döneminde tamamlanmıştır.(Şekil 5)

Şekil 5. Araştırma Zaman Çizelgesi

	2018												2019												2020											
	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11					
Konu seçimi																																				
Literatür tarama																																				
Araştırma planlama																																				
İzin ve Etik onay																																				
Veri Toplama																																				
Transkripsiyon																																				
Çözümleme																																				
Yazım																																				

3.3. Örnek Seçimi / Araştırma Grubu

Öncelikle amaca uygun örnekleme ile, DEÜ İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği'ne görüşmeler öncesi son 6 ay içerisinde başvurmuş, meslek hastalığı tanılı çalışanlardan, en sık karşılaşılan hedef organa hastalıklarına göre (solunum, deri, kas-iskelet, işitme) tabakalanarak, solunum dışındaki 3 sistemden en az 3'er kişi ve solunum sistemi hastalıklarında da ayrıca en sık görülen 3 iş koluna göre de (tesviye, seramik, döküm) tabakalama yapılarak en az 3'er kişi olmak üzere solunum sisteminden toplam 9 kişi ile teorik doygunluğa ulaşıncaya kadar en az 18 kişiden oluşan bir örnek seçilmesi planlanmıştır. Mümkün olduğu kadar cinsiyet, deneyim (>10 yıl), tanı sonrası çalışma durumuna (işe devam/işten çıkarılma) göre örnek temsili çeşitlendirilmeye çalışılmıştır.

Teorik doygunluk, nicel araştırmalardan farklı olarak eş zamanlı ve dinamik olarak devam eden örnek seçme, veri toplama ve veri analizi döngüsünde, "tematik içerik analizinde" yeni kategori ve temaların ortaya çıkmadığı ve benzer kategori ve temaların tekrar ettiği bir safhadır. Teorik doygunluğun iyi planlanmış araştırmalarda, genel olarak 12-20 görüşme ile ortaya çıktığı belirtilmektedir(117,118). Buna uygun olarak kliniğin veritabanı incelenerek, son 6 aylık süre zarfında meslek hastalığı tanısı almış başvuruların tümüne telefonla ulaşılmış, araştırmayı kabul eden 15 kişi ile müsaitlik durumlarına göre, randevular oluşturulmuştur. Randevu tarihinden bir hafta ve bir gün önce hatırlatma mesajları atılmıştır. Sonuçta randevu kaydı yapılan 15 kişiden 12 kişi ile görüşülmüştür.

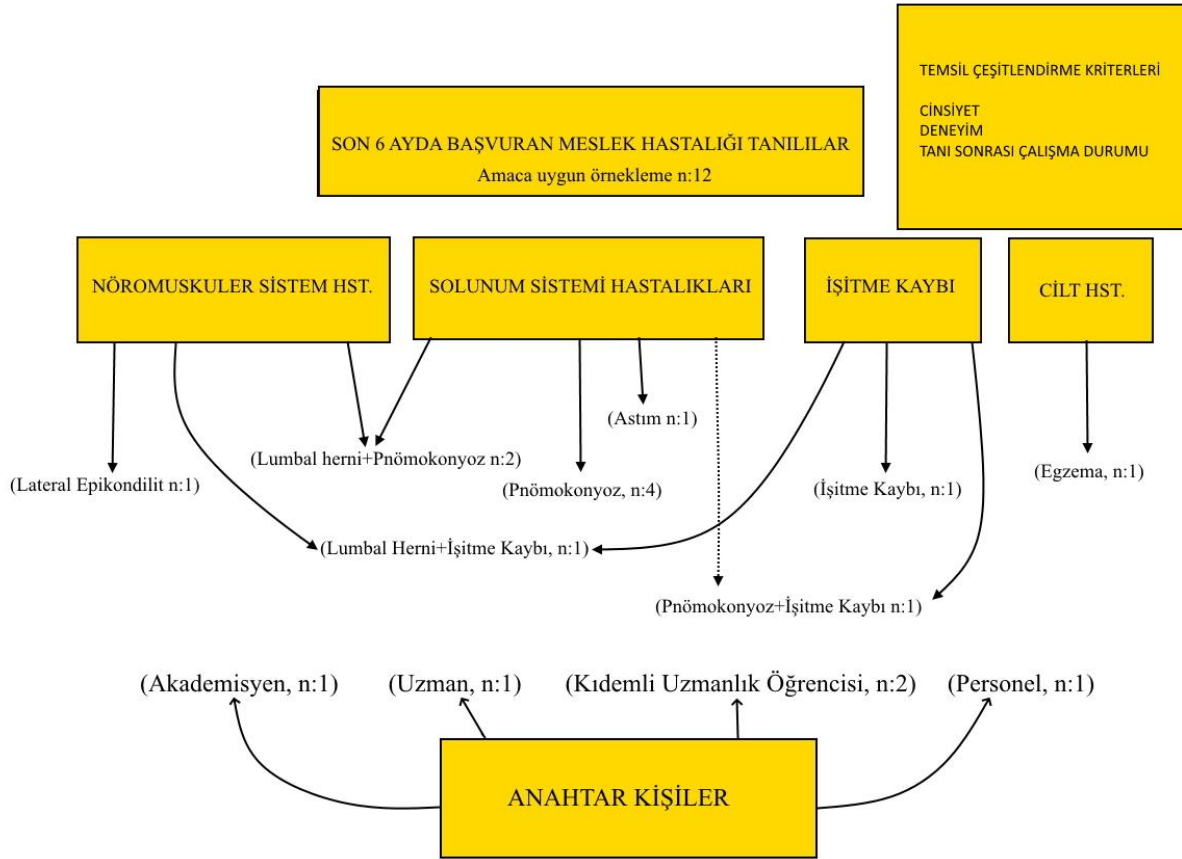
Triangülasyon kalitatif bir araştırmanın yapılandırılırken en az iki farklı kaynak ve bakış açısından yararlanılmasıdır.

Araştırmanın verisini çeşitlendirmek ve triangülasyon sağlayabilmek için, aynı klinikte hizmet veren katılımcılarla da, yine "Amaca uygun örnekleme" ile deneyim durumu ve uygunluğu dikkate alınarak, uzmanlık öğrencileri (2 kişi), uzman (1 kişi), hekim dışı personel (1 kişi), akademisyen (1 kişi) olmak üzere toplam 5 kişi ile daha görüşülmüştür. Örneklem şeması Şekil 6'da gösterilmiştir.

Anahtar kişilerle yapılan derinlemesine görüşmelerle beraber yine triangülasyonu güçlendirmek açısından, iş ve meslek hastalıkları alanında rehber niteliğinde yayınlanmış dokümanlar, İngilizce yayınlar için "occupational disease, occupational health, guide, book, textbook" sözcükleri ve Türkçe yayınlar için bunların Türkçe karşılıkları ile arama motorları aracılığıyla (GoogleScholar, YandexResearch, PubMed, Scopus) taranmıştır. Tam metnine ulaşılan, 2000-2017 yılları arasında yayınlanmış, 7'si uluslararası ve 4 'ü ulusal olmak üzere

toplam 11 rehber kitap değerlendirilmiştir.

Şekil 6. Örneklem Şeması



3.4. Araştırma Bölgesi

İzmir ili ülkenin batısında yer almakla birlikte, diğer bölgelerden de yoğun göç almakta olan Türkiye'nin üçüncü büyük kentidir. Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi, toplam 1000 yatak kapasitesi ile, yılda 1 milyon 114 bin hastanın, toplam 47 poliklinikte tedavi olduğu, yılda 57 bin ameliyatın gerçekleştirildiği Türkiye'nin önde gelen sağlık kuruluşlarından birisi olarak hizmet vermektedir. Araştırmanın gerçekleştirildiği Dokuz Eylül Üniversitesi İş ve Meslek Hastalıkları Birimi, 2012 yılında faaliyete geçmiş olup, İzmir ve çevre illerden gelen çalışanların değerlendirildiği, alanında öncü bir klinik.

3.5. Dışlama Kriterleri

Veri tabanında görüşmelere başlanacak olan tarihten 6 ay öncesine kadarki süre zarfında Dokuz Eylül Üniversitesi İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği tarafından meslek hastalığı tanısı konulmuş

Çalışanlar dışındakiler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırma niteliksel tipte bir araştırma olduğundan neden-sonuç değil, ne-nasıl bağlamında yapılandırılmıştır. Bu nedenle bağımsız ve bağımlı değişken yerine, “tematik içerik analizinde” karşılaşılacağı öngörülen, literatür ile de desteklenmiş, temel tema ve ana kod kategorileri belirlenmiştir. Bunlar:

Tanı ncesi dönem

- Cinsiyet ve cinsiyet rolleri
- Medeni durumu
- Sosyokültürel durumu
- Sosyoekonomik durumu
- Meslek seçim süreci
- Mesleki eğitim
- İş kolu-Meslek
- Mesleki deneyim
- İş doyumu
- Çalıştığı bölge/bölgeler
- İstihdam tipi ve türü (kamu/özel-kadro lu/geçici)
- Hukuksal rgtlenme (sendika, dernek, meslek odası vb.)
- Çalıştığı iş yer/lerinde maruz kaldığı risklere yönelik iş sağlığı ve güvenliği önlemleri ve programları
- Çalıştığı iş yer/lerindeki maruz kaldığı risklere yönelik işveren, iş denetleyicileri ve iş sağlığı ve güvenliği profesyonelleri ile iletişimi

Tanı konma süreci

- Hastalığın bedensel ve zihinsel etkileri
- İş yerindeki sağlık profesyoneli ile iletişim süreci
- İşveren, iş denetleyicileri ve diğer işçilerle ile iletişim süreci

- Sevk sürecinde deneyimleri
- Tanı sürecinde deneyimleri
- Tanı sürecinde ailevi ve sosyoekonomik durumu

Tanı sonrası süreç

- Tanının bildirimi süreci
- Bilgilendirilme-aydınlatılma süreci (tanı-tedavi-rehabilitasyon)
- Tedavi-rehabilitasyon
- Sosyal-hukuksal koruma-destek
- Tanı sonrası işyerindeki çalışma durumu
- İş yerindeki sağlık profesyoneli ile iletişim süreci
- İşveren, iş denetleyicileri ve diğer işçilerle ile iletişim süreci

3.7. Veri Toplama

Tüm görüşmeler, araştırmanın yapıldığı klinikte veya mahremiyetin sağlandığı başka bir birimdeki (Halk Sağlığı AD) görüşme odasında, ıslak imzalı aydınlatılmış onam ve dijital ses kaydı alınarak, “anlatı görüşmesi” ve “derinlemesine görüşme” teknikleriyle, araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.8. Veri Toplama Yöntemleri

Meslek hastalığı tanısı alan kişiler ile yapılan “anlatı görüşmesi” ve klinik çalışanları ile yapılan “derinlemesine görüşmeler” sırasında araştırmacıya ait diz üstü bilgisayar, mikrofon ve araştırmacının cep telefonu ile, veri kaybının önlenmesi amacıyla iki ortamda dijital ses kaydı alınmış ve kayıtlar araştırmacıya ait harici sabit diskte muhafaza edilmiştir. Elde edilen kayıtlar yine araştırmacı tarafından “bire bir dinlenerek”, “kelimesi kelimesine” dijital ortamda metne dönüştürülmüştür. Bu aşamaya niteliksel araştırmalarda “transkripsiyon” aşaması denilmektedir. “Transkripsiyon” aşamasından sonra elde edilecek metinler, “içerik analizi” ve “tematik analiz” yöntemleriyle değerlendirilmiştir. Ayrıca seçilen dokümanlar görüşmelerde elde edilen temalar yönünden hazırlanan bir veri toplama formuyla ve “içerik analizi” yöntemiyle değerlendirilmiştir.

- **Derinlemesine Görüşme:**

Bireylerin düşünce, görüş ve deneyimleri ile ilgili detaylı veri toplamak, bu veriyi derinlemesine ve ayrıntılı incelemek, görünür olgu, süreç ve ilişkilerin özüne inmek ve ayrıntılarını kavrayıp bütüncül bir biçimde anlamak için tercih edilen bir yöntemdir. Yarı yapılandırılmış soru formu ve açık uçlu sorular ile görüşülen katılımcıdan bilgiler alınır.

- **Anlatı Görüşmesi:**

Sosyolog Prof.Dr. Fritz Schütze (1944-) tarafından geliştirilmiştir. Kendisi sözel veri toplama yöntemlerini sorun odaklı görüşme, grup görüşmesi, anlatı görüşmesi olarak tanımlamış ve “anlatı görüşmesini” geliştirmiştir. Katılımcının yaşamındaki dönüm noktaları, iz bırakan önemli olay ve deneyimleri anlatmasının sağlanması amaçlanır. İletişimin bozulmaması için anlatı sırasında müdahale edilmez ve daha serbest bir akış ve samimi bir anlatım sağlanması için “derinlemesine görüşmeden” farklı olarak sorgulayıcı değil daha çok karşılıklı bir sohbete benzer, araştırmacının sadece doktor-araştırmacı olarak değil bir özne olarak da mevcut olduğu bir kurgusu vardır.

Akış:

1. Anlatı konusunun tanımlanması
2. Anlatı havasına sokma (olayı hatırlatma)
3. Anlatı yapısı ile ana noktaların ele alınması ve işlenmesi
4. Özel anlamlar için ek sorular şeklindedir.

Anlatı görüşmesinin ilk aşaması konunun tanımlanmasıdır. Araştırmacı anlatıcıya mümkün olduğunca açık bir biçimde neyi merak ettiğini açıklamalıdır. Bu anlatının kalitesini ve görüşmenin verimini arttıracaktır. Katılımcıya merak konusu açıklanırken, bir anlatının belki de en önemli ögesi olan zamanın da hatırlatılması, olay anının anımsatılması gerekir. Meslek hastalığı sürecini, tanı alma sürecini merkeze alarak, 3 ayrı bölümde ele almamızın birincil nedeni budur. Böylece anlatıcı tanı anından geriye veya ileriye doğru gidebilecek, bize kurgusunu aktarırken ihtiyaç duyacağı zaman bağlamı oluşturulmuş olacaktır. Böylece görüşmesinin ikinci kısmına geçilmiş olur. Katılımcıya olay anı hatırlatılır. Örneğin işe başladığı veya ayrıldığı gün, işte yaşadığı ve anımsadığı çatışmalar veya doyumlar, kendisinde ters birşeyler olduğunu hissettiği an vb. Anlatı görüşmesi, “Nasıl?” sorusunun cevabını aramaktadır. Anlatı sonrası tamamlayıcı ek sorular ile değinilmeyen veya daha detaylandırılması istenen noktalara değinilir. Bu kısımda yarı yapılandırılmış, derinlemesine görüşmeye benzer bir akışla devam edilebilir(122,123).

3.9. Veri Analizi

Derinlemesine görüşmelerin tamamı araştırmacı tarafından ses kayıtlarından yazılı hale dönüştürülmüştür. Anahtar kişilerle yapılan görüşmeler toplam 38 sayfa, çalışanlarla yapılan görüşmeler ise 98 sayfa tutmuştur. Görüşmeler araştırmacı tarafından çözümlenmiş, ana kodlar çıkarılmış ve temalar belirlenmiştir. Veri analizinde tematik analiz, içerik analizi ve doküman analizi kullanılmıştır.(Şekil 7) Ayrıca fenomenolojik yaklaşımla ortaya çıkan temalar yorumlanmıştır.

Anlatı görüşmesinde elde edilen görüşme metinleri iki aşamada değerlendirilmiştir. İlk olarak anlatı görüşmesi yapılan katılımcılarla, görüşmenin sonunda, literatür tarama sonrasında son halini alan kategoriler ve beklenen kodlar listesine göre, değinilmeyen veya detaylandırılmak istenen noktalarda yer yer derinlemesine görüşme metoduna geçilmiştir. Böylece tematik içerik analizi ile yorumlanabilecek veri elde edilmiş, betimleyici ve yorumlayıcı yaklaşımla değerlendirilmiştir.

Araştırmanın merak konusu ve soruları: “Meslek hastalığı tanısı alan kişiler, bu tanı öncesinde, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili ne biliyorlardı, düşünüyorlardı?”, “İşlerini nasıl seçmişlerdi? Neler etkili olmuştu?”, “Tanı öncesinde, meslek hastalığı ile ilgili herhangi bir deneyim veya gözlemleri olmuşuydu? Olduysa neler hissettirmişti ve düşündürmüştü?”, “Tanı alma sürecinde ne oldu? Ne yaşadılar, düşündüler ve hissettiler?”, “Tanı sonrasında olumlu veya olumsuz neler oldu? Neye ihtiyaç duydular? Ne değişti?” şeklinde olup, alınan cevaplar, kategori listesine göre detaylandırılmaya ve değinilmeyen konular da irdelenmeye çalışılmıştır. Böylece anlatı görüşmesinin sonundaki bölüm ile anlatı görüşmesinde elde edilen kısım birleştirilmiş ve tematik içerik analiziyle betimlenmiş ve yorumlanmıştır.

Ancak araştırma planı yapılırken çekinilen hususlardan biri, kişilerin hayatlarında büyük öneme sahip, bir kriz ve kırılım olan bir gelişmeyi, formal ve sorgulayıcı olarak irdelenmenin, kişinin anlatısına zarar verebileceğiydi. Bu nedenle yapılan literatür araştırması ile, sağlık bilimleri alanında da benzeri durumlarda yer yer kullanılmış (kanser, kronik hastalık gibi)(118), Schütze’nin anlatı görüşmesi metoduyla görüşmeye başlamanın daha doğru olacağı kanaatine varılmış ve literatürde tanımlanan teknikler ve yaklaşımla, önce deneme görüşmeleri yapılmış, kurgu yapılandırılmış ve görüşmelere başlanılmıştır. Sonuçta anlatı görüşmesiyle başlamanın, görüşmeci ile katılımcı arasında

daha açık ve sağlıklı bir iletişim kurulmasında faydalı olduğu kanaati oluşmuştur. Ancak anlatı görüşmesi burda veri toplamada yardımcı olarak kullanılmış elde edilen verinin değerlendirilmesinde, Schütze'den farklı olarak “yapılandırmacı” yaklaşım değil derinlemesine görüşmede olduğu gibi “yorumlayıcı” ve “fenomenolojik” yaklaşımla tematik içerik analizi yöntemi kullanılmıştır.

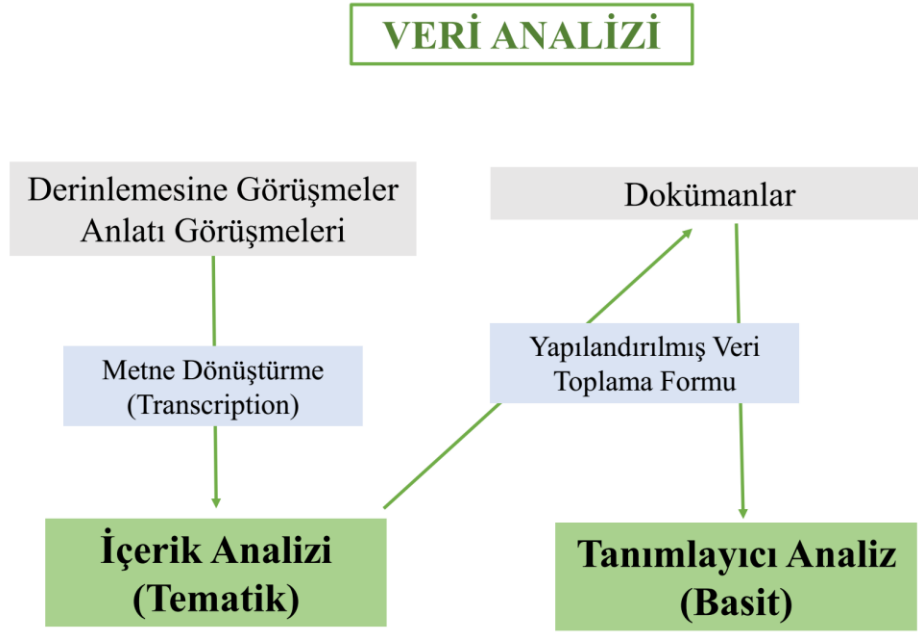
- **Tematik İçerik Analizi**

Nitel çalışmalarda yazılı, sözlü ya da görsel materyallerin analizinde en sık kullanılan yöntemlerden biri “içerik analizi”dir. İncelenen dokümandaki ifadelerin belirli özelliklerini sistematik ve nicel bir yolla tanımlama, nitelendirme ve bu yolla metne ilişkin bazı çıkarımlarda bulunma çabasıdır. En yaygın kullanılan içerik analizi yaklaşımlarından biri “tematik içerik analizi”dir. Tematik içerik analizinde metindeki baskın temaları yakalayacak bir kodlama şeması hazırlanır ve metin bu şemaya göre incelenir. Evrensel olarak geçerli bir kodlama şeması olamaz, farklı metinlerin özellikleri birbirinden farklıdır, ayrıca aynı metni inceleyen farklı araştırmacılar farklı özellikler arıyor olabilirler. Bu nedenle iyi bir tematik analiz yapabilmek için metni iyice tanımak ve defalarca kez okumak gerekir. Böylece metin içerisinde benzer desene sahip ifadeler dikkati çekmeye başlar. Bunlar başlangıç kodlarıdır. Başlangıç kodları yorumlanarak ve birleştirilerek alt alt kodlar ve bunlar da alt kodlarda toplanarak bir yapısal ve anlamsal bütünlük oluşturulmaya çalışılır. Sonunda ortaya çıkan alt kodlar, “Bu metinde ne anlatılıyor?”, “Bu hikâyenin teması ne?” sorularıyla ve daha önce benzer araştırmalar ve literatür kavramları da gözönüne alınarak ana temalara ulaşmaya çalışılır.

- **Doküman Analizi:**

Ön araştırma aşamasında ya da araştırma süresince kullanılabilen ikincil kaynaklar doküman olarak adlandırılır. Araştırma konusu hakkında bilgi içeren raporlar, gazete, dergi ve internet haberleri, broşürler, tutanaklar, yönergeler gibi yazılı materyallerin çözümlenmesine doküman analizi denir. İngilizce ve Türkçe seçilmiş anahtar sözcüklerle dokümanlar aranmış ve uygun dokümanlar çalışmaya alınmıştır. Bu dokümanlar araştırmada ortaya çıkan temalara göre şekillendirilmiş veri toplama formu ile içerik analiziyle değerlendirilmiştir. (Şekil 7)

Şekil 7. Araştırmanın Veri Analiz Akış Şeması



4. BULGULAR

Bu araştırmada elde edilen bulgular 4 bölümde sunulmuştur. İlk bölümde anlatı görüşmesi yapılan katılımcıların analiz bulgularına yer verilmiştir. Anlatı görüşmesi ve görüşmenin sonundaki kısa derinlemesine görüşme bölümünün içerik analizi bulguları, alt kod tablosu ile beraber, önce içeriğin alt kodları betimlenecek daha sonra alt kodlardan fenomenolojik yaklaşımla oluşturulan temalar sunulacaktır. Ayrıca önemli ve dikkat çeken ifadelerin alıntılarına da yeri geldikçe yer verilecektir.

İkinci bölümde derinlemesine görüşme yapılan anahtar kişilerin içerik analizi bulgularına yer verilmiştir.

Üçüncü bölümde anlatı görüşmeleri ve derinlemesine görüşmelerden elde edilen temalara göre oluşturulan veri toplama formu ile seçilmiş dokümanlar, değerlendirilmiştir.

Son bölümde ise araştırma grupları arasında benzer veya farklı temalara yönelik değerlendirmeler yer almaktadır.

4.1.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Görüşülen 12 katılımcının yaş, cinsiyet, iş, işkolu, deneyim, tanı özellikleri Tablo 4’te özetlenmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Çeşitli Tanımlayıcı Özellikleri

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	İş	İş Kolu	Tanı
Katılımcı 1	31	Kadın	Bant Elemanı	Kablo İmalatı	Lateral Epikondilit
Katılımcı 2	34	Kadın	Çağrı Operatörü	Telekomünikasyon	İşitme Kaybı
Katılımcı 3	34	Erkek	Sıva-Şap	İnşaat	Egzema
Katılımcı 4	36	Erkek	Kaynakçı	Tekne İmalatı	Astım
Katılımcı 5	39	Erkek	Madenci	Taşkömürü Madenciliği	Pnömokonyoz
Katılımcı 6	39	Erkek	Çamur Hazırlama	Seramik İmalatı	Pnömokonyoz
Katılımcı 7	44	Erkek	Harç Hazırlama	İnşaat	Lumbal Herni, İşitme kaybı
Katılımcı 8	47	Erkek	Fırıncı	Seramik İmalatı	Lumbal Herni, Pnömokonyoz
Katılımcı 9	48	Erkek	Madenci	Taşkömürü Madenciliği	Pnömokonyoz
Katılımcı 10	49	Erkek	Dökümcü	Makine İmalatı	Pnömokonyoz
Katılımcı 11	54	Erkek	Madenci	Taşkömürü Madenciliği	Lumbal Herni, Pnömokonyoz
Katılımcı 12	58	Erkek	Tesviyeci	Diş Protezi İmalatı	İşitme kaybı, Pnömokonyoz

Görüşülen 12 katılımcının 2’si kadın 10’u erkektir. Katılımcılar 31-58 yaş aralığında olup, yaş grupları açısından dağılım dengelidir. İşkolları açısından madencilik ve imalat işkollarından olanlar ağırlıklıdır. Mevcut tanıları incelendiğinde bazılarının birden fazla tanısı olup, solunum sistemi ve nöromusküler sistemin hastalıkları ayrıca işitme kayıpları ağırlıktadır.

4.1.2 Katılımcıların Tanı Öncesi Dönem Bulguları

Görüşmelerin içerik analizi bulguları, katılımcı (n) ve çıkarılan alt kodların tekrar sayıları (t) ile Tablo 5'te özetlenmiştir. Tematik analiz ile oluşturulan temalar da bölümler içerisinde yeri geldikçe sunulmuştur.

Katılımcıların tanı öncesi dönem bulguları sosyokültürel, ekonomik ve mesleki durumlarına göre çeşitlenmektedir. Ancak benzer örüntüler de dikkati çekmektedir. Güvencesizlik (n:12, t:16) ve yoksulluk (n:10, t:14) en çok yoğunluk gösteren alt kodlar olarak dikkati çekmektedir.

[K6] “*İlk baştan itibaren mi? (derin bir nefes) Çocuktum, yani hiçbir şeyden anlamıyorum. Şimdi ben okula gidiyordum işte sonra biraz maddiyattan şey olunca okulu bırakmak zorunda kaldım...*”

[K3] “*Ben ortaokul terkim, benim abim askere gitti. Biz iki erkek kardeşiz, 10 kardeşiz ikisi erkek, abim askere gittiği için babama bakacak yardımcı olacak kimse yoktu, o nedenle bırakmak zorunda kaldım. Tarla vardı, hayvan da besliyorduk biz, ben de çok da hevesli değildim bilmiyorum ama okumak isterdim, şartlar ne olursa olsun köyü bırakıp gelmek istemezdim buraya...*”

Alıntılarda, yoksulluk ile beraber çocuk işçiliği(n:6, t:7) ile ilgili ifadeler de izlenmektedir.

[K8] “*Ailem çiftçiydi onların vasıtasıyla çalıştım, o zaman tarlada çalışmak da istemiyorduk böyle memur türü birşeyler istiyorduk yani. Polislik sınavına girdim, sağa sola girdim, nasip olmadı. Yani memurluk garanti maaş, iş güvencesi var...*”

[K4] “*Yevmiye maaş gibi olur mu? Önden alırsın maaşını, çalışırsın gelecek kaygısı olmaz, yevmiye bir alırsın bir almazsın, bi işyerinde çalışırsın yıllarca, battığı zaman atarlar dışarıya yani hiç gözünün yaşına bakmazlar...*”

[K7] “*Yarınımdan umudum yok ki bugünümü yaşayayım hocam. İşçi dediğin, amele dediğin afedersin, bugün toksa yarın aç, bugün varsa yarın yok...*”

[K12] “*Geçimde zorlanıyoruz ev kendimizin olmasa yani şimdiye kadar öyle, dededen kalma*

ev, babamlar üstte biz alt kattayız dedem zeytinle uğraşıyordu, rahmetli sayesinde yani...”

Alıntılar, güvencesizliğin çalışanlardaki bilişsel ve duygusal yansımalarını önümüze sermektedir.

Dikkat çeken bir diğer desen, genel bilgiler bölümünün sonunda gerekçelendirilen, özellikle odaklanılmak istenen kültürel ve geleneksel örüntüler ile ilgilidir. Güvencesizlik ve yoksulluk bağlamında, geniş aile yapısının koruyuculuğu (n:7, t:8), akrabalık ve kan bağı birliği (n:8, t:11) destek ve dayanışması alt kodları dikkati çekmektedir. Bu alt kodların yanında hemşehricilik ve himayecilik (n:7, t8) yine bu desende izlenmektedir. Bu alt kodlar “Alt Sosyokültürel Örgütlenme ve Gettolaşma” temasında değerlendirilmiştir.

[K7] *“Kahvede, genelde ordan işçi alınır, ordayken işte iki kişi geldi amele lazım bize dediler 14 yaşındaydım. İşte alçı taşımak için iki tane amele istediler, benim bir arkadaşım vardı, beraber gittik, alçıyı taşıdık o gün. Ondan sonra numaramı da aldı, bi süre sonra beni aradı hani çalışmak istermisin bizimle, usta çalışırım dedim. Öyle başladım o işe, öyle de başladı gitti, bizim ...lardı, onlar da usta da bir firmaya çalışıyordu. ...de inşaat işinde genelde doğulular var, taşeron firmalarda doğulular oluyor çalışanlar da çoğu doğulu...”*

[K10] *“Yani önce yıllar öncesinden iş hayatına atıldım, çalışmaya başladım, küçükken yani, ortaokulu bile dışarıdan bitirdim. Dayım çalışıyordu orada usta olarak, annem hadi tanıdık olsun diye sana sahip çıkarlar diye gönderdiler, dayımın yanında çalışmaya başladım, hayat okulunda okuduk yani...”*

[K4] *“Sanayide işte 2 kişi çalışmaya başladık ustanın yanında, o da benim teyzemin oğluydu, yapa yapa öğrendik, zaten bizim mahalle hep hemşeri, akraba herkes birbirini kollar, yaklaşık 10 sene çalıştım orada...”*

[K9] *“Hocam biz 18 yaşına kadar kendi işimizde çalışıyorduk, tütüncülük yapıyorduk biraz hayvanımız vardı buğdayımız vardı mahsulümüzü çıkarıyorduk, çocukluğumuz öyle o şekilde askere kadar 18 yaşına kadar çalıştım hocam, askere gittim askerliği yaptıktan sonra akrabalar vardı yardım ettiler, aliağada çalıştım kömür torbalamada...”*

[K1] *“Ailede de oluyor işte, cahillik. Annem de işçiydi, babam dikim yapıyor götürüyor, getiriyor parasını alıyor. İşte onun da sigortası yok, çocukluk hep çalışmayla geçti. Bazen*

oluyor, keşke okulu bitirseydim, üniversite okusaydım. Yani okumadığıma çok pişman oluyorum...”

[K3] *“T... A... mahallesi, bizim hep doğululardır. Birbilerini tanırılar, çoğu da inşaat üzerine çalışırlar burda. Hep paslaşırlar yani şu işi sana verelim, bu işi ona verelim o şekildedir bizim orda, herkes birbirinden birşeyler öğrenir, tabi herşeyin de bir karşılığı beklenir...”*

[K7] *“İzmir’de inşaat işinde genelde doğulular var, taşeron firmalar da doğulular oluyor, çalışanlar da çoğu doğulu. Şimdi inşaat da durgun ne zaman aşılabacak belli değil, burda işte batıda yaşayanlar diyelim genelde inşaatı, zor işi sevmez. Biz doğulular deriz parası çok olsun, işi zor olsun. Biz onu tercih ederiz, parayı severiz yani genelde bizim kafa yapımız o dur (gülüyor). Yani diyelim asgari ücretle çalışabilecek 10 da 2 si ya var ya yoktur...”*

[K5] *“...bizim madende zaten hep akraba, bizde yabancı yoktu...”*

Yukarıdaki alıntılarda, “Alt Sosyokültürel Örgütlenme ve Gettolaşma” temasının yanında, “Geleneksel Çalışma Kültürü ve Örgütlenmeleri” teması içerisinde değerlendirilen çocuk işçiliği (n:6, t:7) , akrabalık ve kan bağı birliği (n:8, t:11) ve usta-çırak okulu (n:6, t:7), alaylı olmak (n:6, t:6) alt kodlarına dahil edilen ifadeler görülmektedir. Katılımcıların çalışmayı ifade ederken kullandıkları ifadelerin psikososyal ve kognitif ifadelerin yoğunlaştığı alt kodlar, eğitimsizlik ve bilinçsizlik (n:9, t:11), mecburiyet ve yük (n:7, t:8), sürüklenmişlik ve bırakılmışlık (n:7, t:10), çaresizlik ve teslimiyet (n:6, t:8) olarak öne çıkmıştır. Bu alt kodlar önceden belirtilen en yoğun alt kodlar olan güvencesizlik ve yoksulluk bağlamında da değerlendirildiğinde, kayıt dışı, güvencesiz ve tehlike altında çalışmayı ve çalıştırılmayı tanımlayan, “Prekarizasyon ve Prekaryöz Çalışma” teması bağlamında değerlendirilmiştir. Sigortasız çalışma (n:4, t:5) ve iş çevrelerinde yeterli koruma ve önlem alınmadığına ve önemsenmediğine yönelik önlemsizlik ve önemsemezlik (n:10, t:14) alt kodlarına dahil edilen ifadeler de yine bu tema bağlamında düşünülmüştür. Aşağıdaki alıntılarda bu alt kodların çıkarıldığı ifadelerden bazıları görülmektedir.

[K10] *“Sanayide önemsemiyorlar kendilerini öyle diyeyim yani bana birşey olmaz diyor adam. Mesela ben görüyordum, boya atölyesinde boya atcak parçaya falan, maske yok bişey yok bari bir maske tak diyorum, bişey olmaz bana diyordu. Koskoca adamlar işte kötüye birşey olmaz.”*

[K12] *“Bir akrabamız vardı mesela bizim çöp fabrikasında çalışıyordu mesela çöpten hurda ayırıyordu. Ne maske takıyordu, kadındı, önemsemedi kendini. Genç yaşta böyle sonra şey kullanmaya başladı o hava şeyi, sonra vefat etti. İki çocuğu yetim kaldı falan. Böyle böyle şeyler de var. Ben küçükken bana bir şey olmaz diyordu çevremizdekiler, öyle gördük.”*

[K6] *“O zamanki çalışma koşulları ile şimdiki çalışma koşulları arasında çok fark var, şu 19 yılda çok değişti, güvenlikte tabi yani. Ha o zamanlar biz de çok bilinçli değildik bilinçlendirilmiyorduk da yani orda karadüzen çalışıyorduk biz. Yani doğru düzgün eldiven yok, maske yok, iş elbisesi yok, iş ayakkabısı yok...”*

[K5] *“...biz çaresizlikten imkânsızlıktan göz göre göre bu hastalığı kabul ederek çalışmaya razı olduk. Yani biz şimdi köylü insanız çiftçi olduğumuzdan dolayı elimizde bir meslek sanatımız yok, madenciliği kim yapmak ister, en son çare, dünyada en son yapılacak şey...”*

[K8] *“Ustalar, onlar da diyordu yani pis iş bu falan diye ama devam etti, onlar sonra emekli oldular gittiler, ustalar falan, biz devam ettik işte o işe, mecbursun...”*

[K3] *“Sigortalı da çalıştım sigortasız da, firma yok tavsiye üzerine, ustalar falan bu işler oluyor, inşaat mesela hep öyle, bir gün t...da oluyor, bir gün k...da oluyor, 2-3 gün bir yerdesin sonra başka bir yerde yani o şekilde...”*

[K4] *“Mesela argon gazı kullanıyordum ben, kaynak argon gazı, sorduğun zaman bu ciddi sorunlara neden oluyormuş, internetten baktım ne tür hastalıklar var diye, işte kısırlıktan tut bir sürü şey yazıyor böyle bunları öncesinde bilmiyordum...”*

[K11] *“...pimi çekilmiş el bombası gibi düşün madenciliği grizu patlama dediğin metan ne zaman patlayacağını kimse hesaplayamıyor, hesaplama olsa o faciada o vardiyada boşaltırlardı ekibi, dünyanın en ağır işi ama yine de kabulleniyoruz yani başka bir işimiz olmadığından yani mesleğimiz sanatımız yok...”*

[K7] *“...Şu an inşaat bitik zaten, ekonomi ne olacak belli değil, çalışmıyor kimse şu an günlük de olsa çalışırım, mecburum, yani çocuklarım var ailem var annem babam var...”*

“Alt Sosyokültürel Örgütlenme ve Gettolaşma” teması bağlamında değerlendirilmiş olan geleneksel cinsiyet rolleri (n:6, t:7) alt kodu da ayrıca ele alınmalıdır. Çalışanlardan sadece 3’ü yaptığı iş doyumunu ve tatmin alt kodunda (n:3, t:4) toplanan ifadeler kullanmış olup, bunlardan ikisi kadındır. Bu ifadelerden bazıları aşağıda alıntılanmıştır.

[K2] *“Bana üstü kapalı şöyle söyleyen arkadaşlar oldu, e artık çalışmazsın heralde, çocuğun var falan, şöyle dedim evet çalışırım, çalışmak zorundayım ama gerçekten yaptığım işi çok seviyorum zaten severek yapmazsan 8 yıl boyunca orada kalmazsınız...”*

[K1] *“Açıkçası bir bayanım sonuçta ve annem var babam var bakmakla yükümlü olduğum, hiçbir ev işini eskisi gibi rahat yapamıyorum, temizlik, bulaşık, pazara gitsem bir kilo kaldıramıyorum. Bazı insanlar yadırgıyor çalışmamı, evlen kurtul diyorlar, ben böyle biri değilim...”*

[K4] *“Yani kaynak işi dışında bir iş bilmiyorum, yani ne yapacağımı bilmiyorum şu anda boştayım, bilmiyorum kaynak olmazsa denk gelir mi, bir iş yaparmıyım, mecbur yapmak zorundasın, olmuyorsa bir alternatif bakmak zorundasın. Yani 2 çocuğum var karım var onlara bakmak zorundayım. Karım da çalışıyor ama bilemiyorum, istemiyorum ben aslında yani çalışmasını ben varken, daha bakalım neler çıkacak karşımıza...”*

[K3] *“Bizim burda mesela parke döşüyorsun, kilit taşı döşüyorsun, yola. Almanya’da amcaoğlum anlatıyor, 3-4 tane üstüste koyup götürüyor, ordaki usta bana diyor ki ne yapıyorsun, sen salakmısın? Niye dedim, 4 getireceğine 2 getir. Şimdi sen hastalanırsan sen gelemezsin işe yarın, benim işim yarım kalacak. Türkiye’de öyle değil ama iki tane götürsen, aaa diyor adama bak iki tane ancak getirebiliyor. En az 4-5 tane al da öyle gel. Mesela yani orda işçiye çok önem veriliyor.”*

[K5] *“Şimdi evde oturuyorum duramıyorum, bunalıyorum. Erkek adam dediğin evde oturamaz ha kadın oturur, temizliği olur yemeği olur, çocuğu olur, ama erkek işi yoksa hiç bir şey olmaz. Yani gider kahvede oturur, bitmiştir yani ...”*

Görüşmelerde dikkati çeken bir başka desen mülksüzleşme (n:6, t:7), göç (n:4, t:5), izolasyon ve ötekileşme (n:6, t:6), ve ötekileştirme (n:3, t:3) alt kodlarını içermektedir. Özelleştirme, sosyal destek eksikliği, güvenlik endişeleri vb. çeşitli etkilerle, özel mülkiyetleri, çalışma ilişkileri veya

sosyokültürel çevrelerinden kopmak zorunda kalarak, bambaşka bir sosyokültürel bağlam ve çalışma düzenine geçen katılımcıların ifadeleri “Göç ve Katastrofi” ve “Proleterleşme” temalarında değerlendirilmiştir. Aşağıda bu alt kodlarla ilgili ifadelerden bazı alıntılar sunulmuştur.

[K3] *“Bizim doğuyu bilirmisiniz bilmiyorum. Genelde bir şeyler çıkıyor. Bizim köyde biraz vukuatlı bir aile vardı mesela, onlarla anlaşılmıyorduk, zıt gidiyorlardı herşeye. Baktık olacak gibi değil çıkalım dedik bunların arasından. Burda tanıdıklar, akrabalar vardı. Zaten ... mahallesi hep öyle. Herkes burda bile olsa aynı değil ...daki gibi değil hiçbirşey...”*

[K7] *“Burda hayat şartları daha pahalı orda her türlü geçinirdim. Yani köyde mesela buğday ekip kışın onlarla geçiniyorduk. Burda öyle değil ama. Burda Pazar günü pazara gitmek zorundasın... Biz alıştık gene genciz ama babamlar yaşlılar onlar yerini çok yadırgadı. Hani kalmak isterdim yani orayı tercih ederdim. ...da olsaydım hayvanla uğraşmak isterdim, baba mesleği anladığım sevdiğim bir iş.”*

[K6] *“Tütün arazileri şimdi çoğu zeytine döndü, tütün de var ama artık eskisi gibi değil çok az, tarla işiyle uğraşmıyorum artık. Özelleştirmeden sonra fabrikaya girdim, ondan sonra arazi işiyle uğraşmadım. O zamanlar çok başkaydı, zordu ama şimdiki gibi yarından korkar değildik, mahsulü satar ayağımızı yorgana yettirirdik. Şimdi ne kiraya yetişiliyor, ne faturaya, herşeyim borç...”*

[K5] *“Hocam şimdi bizim köyde yüzde 80 araziler vardı. Şirket aldı yani dediler burası hafriyat altında kalacak yani burda mahsulat olmayacak, ondan dolayı burası bizim sahamız dediler. Almışlar devletten zamanında dediler, sizin toprakları biz alıcaz iş imkânı var diye. Köylüler güzel karşıladılar karşı koymadılar, yani bizimki verimli değil, ama geçinirdik gene çünkü tütün de yaz mevsiminde susuz yetiştiriyor. Ha devlete tütün satarken, tütün para ederken çiftçilik zamanı iyiydi, mazot 1 liraydı, şimdi oldu 6-7 lira, 10 litre mazot 60 lira, bi karımız yok. Çiftçilikte devletin şeylerinden dolayı tütüne destek vermediğinden dolayı kendi kendimize bıraktık yani. Yoksa kendi işin iyidir yani 8 saat çalışmazsın, baskı altında kalmadan çalışırsın, kendi işimizi yapsak daha iyiydi. Yani 20 yıl önce tütüncülük yaparken, daha memnunduk hayattan, 3 ay çalışırdık, 9 ay dinlenirdik yani hayvancılık yapardık ekstradan koyun sürülerimiz vardı. Öyle daha iyidik a maden sektörü, özel sektör gelince mecburiyetten çalışmak zorunda kaldık.”*

[K11] “...daha önce tekel güzel para veriyordu tütüne, özelleşince sıkıntıya girdik köyde dedik bizim bir sosyal güvencemiz yok, ömür boyu çiftçilik yapacak durumumuz kalmadı, karnımız doymuyor dedik, SSK’lı, sigortalı bir işe girelim. Arkadaşlar vardı bizim ...da çalış dediler, böyle böyle işler var dediler, gel çalış, tamam dedik, sattık araziyi, göçtük ilçeye...”

Katılımcıların işyeri deneyimlerine yönelik ifadelerinde ise çatışma ve stres (n:10, t:19), korku (n:10, t:12), adanmışlık ve tükenmişlik (n:10, t:11), aşırı talep ve baskı (n:10, t:14), değersizleştirilme (n:10, t:14), ayrımcılık (n:9, t:12) ve sendikalaşmaya yönelik baskılar (n:7, t:8) yoğunlaşma gözlenen alt kodlar olmuştur. Cinsiyetçilik (n:2, t:2) de bir alt kod olarak ayrı olarak ele alınmıştır. Bu alt kodlar “Kötü Muamele ve İş yeri Zorbalığı” temasında değerlendirilmiştir. Aşağıda bazı alıntılara yer verilmiştir.

[K2] “Bana üst amirimden, ilk amirimden erkek hepsi yani artık kanıksanmıştı o ortamda ama ben hep rahatsız oluyordum, işte kadın değilmisiniz hep böyle, kadınlar şöyle, niye çalışıyorsun git evine bak keyfine, şaka yollu laf sokmalar, sataşmalar. Kadın olunca bunları belli bir yere kadar göğüslemek zorundasınız maalesef, ama hastalık şüphesi ortaya çıktıktan sonra tavırları daha da saldırganlaştı. İşimi severek yapıyordum, işsiz kalmaktan korkuyordum o yüzden birçoğunu duymazdan geldim, dolduğumda gittim tuvalette ağladım. Dayanmaya çalıştım...”

[K1] “Bu fabrikada 8 yıl toplam 13 yıl bir çalışma hayatım var, uçak firması için bu kablolar üretiliyor, bu firmaya girerken hiç riskleri düşünmedim çünkü benim kendi prensiplerimde de var yani yaptığım işi layıkıyla yapayım. Hani kendi sağlığım biraz daha arka planda olabilir diye düşündüm tabi bunu yapmamamız gerekiyor ama işte hani yapcak bir şey yok karakterim böyle. İçerde çok abartılı bir psikolojik baskı var, stres var, yetiştirilecek işler, ilk amirlerin egoları, bayanlara söylenmeyecek şeyler, insanlar değersiz hissediyor ve korkuyorlar, orda çalışmak istemiyorlar ama mecburlar ve nasıl olur da kendimi burdan çıkartırım gibisinden bakıyor. Hani bilek rahatsızlığından dolayı çıkartılmayı bekliyor açıkçası birçok insan, göz göre göre hasta olmayı bekliyorlar...”

[K6] “Yaptığımız iş dediğim gibi karışımdı. O malzemeler sonuçta bize ar-ge tarafından bir reçete geliyor, tarife göre birer tonluk karışım yapıyoruz yani, çuvalları kaldırıp altını açıp. Zaten dediğim gibi maske yok, yani orda çalışanların çoğu, o zaman yeni kurulmuştu fabrika çoğu bilinçsizdi yani, biz de bilinçsizce çalıştık, hergün kavga, telaş, toz derken tükendik, yani

bunların şeyi yıllar sonra bu şekilde çıktı...”

[K3] *“İnşaat işi pis iş, gürültülü bir iş, yıpratıcı bir iş. Her an herşey olabilir, hır gürü eksik olmaz. Herkesin bir niyeti vardır, arkasını dönmeye gelmez, hep gözün açık olmalı. İşler yetişmez, yevmiye zamanında verilmez, tehdit, küfür, hakaret hele taşeronsan, arkanda kimse de yoksa (suskunluk) öyle işte, ben seviyordum aslında işimi, ama yedi bitirdi beni, bu hastalıktan sonra da artık iyice soğudum...”*

[K4] *“Sadece Pazar günüm vardı, ağırdı çalışma koşullarım. Sosyal bir hayat şeyi yok ki evdeyim kalkıyorum, markete gidip geliyoruz, zaten şeyin bitiyor. Bi senelik iznimiz vardı bir hafta falan, senelik izne çıkıyordum. Yazları iki kişiydik zaten çalışan sıkıntı oluyordu. Bu sanayi ortamında çalıştığınız zaman bi de şey de var hani ücretin çok az yani aldığın para çok az, bi de zor veriyorlar yani bir ay veriyor bir ay vermiyor, parça parça veriyor, yazın düzenli oluyor, işler bi kış oluyor aksama yapıyorlar. Bunlar da insanı daraltıyor.”*

[K10] *“Sendikalaşmak istedik çünkü dinleyen yoktu bizi ancak şirket sürekli yeni eleman aldı sayıyı düşürmek amacıyla. Yeni aldığı personele de bir şekilde onu ima etti yani sendika istemediğini çünkü ilk başta oraya girdiğinizde bir eğitim alıyorsunuz 3 ay boyunca heralde orda ima edildi çünkü yeni gelen kim varsa hiçbiri sendikaya üye olmak istemiyordu. Muhtemelen masa altından sopa gösterildi gibi bir şey oldu heralde.”*

[K5] *“Şu an bize sendika yeni geldi, 1 yıl oldu. Ama tabi bunu devlet istiyor galiba kanunen 60 kişiyi geçtiği zaman heralde sendika zorunluymuş heralde yeni geldi 1 yıl oldu şu an yüzde 50 sendikalaştı. Ama şirket kendisi getirdi, herkes üye olacak dediler, baskıyla sendikalaştırdılar. Sendika temsilcilerini de kendileri seçtiler yani kendi ağızlarına göre sendika ayarladılar. Yani sendika gelip bir işçinin halini sormuyor, sizin derdiniz ne sormuyor, geliyorlar yukarda konuşuyorlar, toplantıya giriyorlar imza atıp çıkıyorlar gidiyorlar.”*

[K12] *“Şimdi bizim işyeri şöyle, 3 kişiyiz, sabah merhaba merhaba, torna, öğlen yemek molası, torna, akşam güle güle, ev yemek, yatak, yoğun yani. Haftada bir gün bir alışverişe gezmeye çıkarsın, dostlar alışverişte görsün misali, küçük işletmeyiz biz, rekabetimiz çok zayıf, hiç durmadan çalışıp ancak karnımızı doyuruyoruz, zaten battı mı da herkes kendi yoluna gider başka bir işletmeye, ta o da batana kadar. Böyle işte, hayatım bu, şimdi bu hastalığa mı*

yanayım ben...”

Katılımcıların genel olarak işyerlerindeki İSG sisteminin işleyişine yönelik gözlem ve deneyimleri önemli ipuçları sunmaktadır. Özellikle deneyimli katılımcılar, 2012 İSGK sonrasında, öncesine kıyasla özellikle iş kazaları ve kişisel koruyucu donanım kullanımı konusunda bir farkındalık olduğunu, ancak meslek hastalıkları açısından ise birçok önlemin yavaş veya yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca büyük işletmeler ve KOBİ’ler arasında İSG açısından dramatik düzeyde farklar olduğuna yönelik ifadeler de yoğunluk göstermektedir (n:8, t:8). Periyodik kontrol (n:10, t:11) ve İSG eğitimleri (n:9, t:12) gibi düzenli yapılan işler olduğunu ancak bunların çoğu zaman formalite düzeyinde olduğu belirtilmiştir. İş yeri denetimlerinin ise haberli yapıldığı (n:10, t:16) ve caydırıcılıktan uzak olduğuna yönelik ifadeler yoğundur. Önlemsizlik ve önemsemezlik (n:10, t:14), iletişim sorunları (n:10, t:14) yine yoğunluk gösteren alt kodlar olup, iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanına yönelik güvensizlik (n:10, t:11) de sıkça ifade edilmiştir. Üst yönetim ve amirlerin de İSG süreçlerine katılımı yetersiz olduklarına yönelik ifadeleri, rol model ve teşvik eksikliği (n:9, t:12) alt kodunda birleştirilmiştir. Aşağıda seçilmiş alıntılardan örnekler sunulmuştur.

[K1] “Bence işverenler şöyle, bir işte sizi çok iyi görüyorlarsa zaten bence meslek hastalığının sebebi bu, o işte bırakıyorlar. Hani çünkü performansınızın başka bir işe verilince düştüğünü biliyorlar onunla ilgili ne bileyim bir yasa çıkartılabilir, hani belirli aralıklarla hani mesela 2 yılda bir 3 yılda bir pozisyon değiştirilmeli gibi bir yasa olabilir. en azından işçilerin sağlığını korumak amacıyla. Hani en azından işverenler yasalara uymak zorunda oldukları için belli yaptırımlar oluyor işte para cezaları gibi. En azından yapmak zorunda kalırlar. Mesela benim bileğimde sorun olduğu zaman rotasyona çok sıcak bakmıyor çünkü orda verimi alıyor benden fazlasıyla, o yüzden çok da değiştirmek istemiyor. Hani bunun önüne geçilebilir yasalarla çünkü dediğim gibi işverenler yasalardan biraz çekiniyor.”

[K6] “Çalışma bakanlığından gelen arkadaşlar tek tek çağırdı yani hem gezdiler iki üç gün boyunca her yeri kontrol ettiler. Üçüncü günün sonunda tek tek şahıs çağırdılar. Denetim tarihi belliydi tabiki yani keşke bizim de isteğimiz o, şey olarak gelseler haber vermeden işte.”

[K8] “Askerlik de yaptık hepimiz biliyoruz bir denetleme olacağı zaman her tarafı yala, süpür, temizle yani aynı şekilde abicim, bizim şirketler değişmez. Yani bir denetleme geldi mi herşey, iki gün önce patronlar gelecekti, bir haftadan beri temizlik yapıyoruz, geldiler işte yarım saat durdular gittiler. Onun gibi diyeyim denetim de yani, Türkiye’nin gerçeği bu

abicim.”

[K2] *“İşyeri hekiminin üzerinde insan kaynaklarının baskısı olduğunu düşünüyorum çünkü işyeri hekimimiz bir kere kendi ağzından kaçırды, yani bize sevk vereceğinde bile işyerinde onu yapamıyorsun. Belli bir yere kadar işyeri hekimine müdahale edebiliyorlar. İşte bugün sevk yazdım işte çok fazla oldu sana da yazarsam yukardan uyarı gelir bana diye kendi ağzından kaçırды zaten. Yani ben bu konuda çok da şeffaf olduklarını düşünmüyorum eee işveren doktora ya da işyeri eee iş güvenliği uzmanına baskı kurabiliyor.”*

[K5] *“Derslere giriyorduk senede 3 sefer eğitim veriyorlardı. Doktor bey verdi iş yeri amirlerimiz verdi, ama sadece laf. Biz dedik yani bak aşağıya toz emici bir tane şey getirin, Amerikada Avrupa ülkelerinde varmış. Onun bir adı vardı aytece mi bir ismi vardı, onu getirin dedik. O tozu emsin üst taraftakiler toza maruz kalmasın, maalesef kimseye dinletemedik. Onu 2700lerde getirdiler oraya kadar hiçbir önlem almadılar. Dilekçe olarak da yazdık devlete, yüz sefer de söyledik, devletin her yıl bir denetlemesi geliyordu, mühendisler olsun şeyleri olsun denetliyor ama rapor nasıl tutuluyor bilemeyiz yani. Sonuçta olan oldu, 2700’e kadar, tozun içinde çalıştık.”*

[K3] *“Şimdi benim amcaoğullarım var Almanya’da yurtdışında çalışıyor mala işi yapıyorlar. Şimdi onların anlattığı, Türk şirketine oranla çok farklı. Mesela bakıyorsun herşeyleri resmi resmi, yani Türkiye’de öyle değil ama Türkiye’de bir resmi olan varsa 5 tane de vergisiz kendine çalışan var. Yani dediğim gibi böyle şeyler sıkıntı. Orda herşey resmi, vergisini vereceksin mecbur, yaptığın işin metrekearesini, herşeyini devlet biliyor. Yani ne kadar tuttuğunu ne kadar yaptığını yani o şekilde olması bence daha mantıklı. Mesela iş yapıyorsun adam parasını vermiyor, bildiğin yedi parasını yani nasıl alacaksın ki... Bizde herşey sözle, biz zaten akraba bizde yabancı yoktu, yani patron olsun işveren olsun yani inşaat işinde remiyet olması lazım her işte...”*

[K4] *“Küçük işletmeleri yani sanayi ortamında çalışan sürekli denetlemeleri gerekiyor devletin. Bu işyerinde yani sorun var mı, havalandırması var mı, şusu var mı busu var mı falan gibi. Öyle birşey yok yani hiç görmedim ben sanayi ortamında, gelmiyorlar. Sonra kendine ait bir doktoru olması lazım, orda sanayinin orda, mesela sağlık ocağı gibi birşey açalım, orda işçilerin daha rahat muayene olacağı bir yer olsa daha iyi olur bence. En azından böyle gelip denetlemeleri lazım, mesela ahşap atölyeleri var, adamlar havalandırma yok hiçbirşey yok, girsen nefes alamazsın, öyle yerlerde çalışan insanlar var.”*

[K10] *“Şu an toparladım kendimi, bi daha bu mesleği de yapmak istemiyorum zorda kalmadıktan sonra. Daha güzel, daha düzgün, büyük bir fabrika olur, sağlıklı doktoru falan olan belki. Eşim çalışıyor mesela şu an ...ta çok memnun o da, 7 ay oldu gireli. Dikim yapıyor, makinacı, mesela anlatıyor, bütün makinaları durduyormuş işçiler, işte boyun hareketleri herkese yaptırtıyorlarmış. İki üç saatte bir yapıyorlarmış sonra tekrar devam ediyorlarmış öyle şeyleri varmış. Sürekli doktor kontrolündeler zaten bayağı hastane gibi bir yer varmış içerde, birşey olunca hekime başvuruyorlarmış. Sahipleri zaten Alman.”*

[K7] *“Taşeron firmalar Türkiye’de, fiyat konusu olsun, mesela diyelim işi bana veriyor, bana 5 veriyor patrondan 10 alıyor. Yani ben 8 alırım, direkt patron da kazanır ben de kazanırım işverenle direkt ilişki olmalı, taşeron olmamalı.”*

4.1.2 Katılımcıların Tanı Konma Dönemi Bulguları

Tanı konma sürecindeki bulgular, meslek hastalıklarının çok boyutlu olmaları nedeniyle, kronik hastalıkların psikolojik ve kognitif etkilerine, kronik hastalıkların ve meslek hastalıklarının sosyokültürel etkilerine ve çalışanların çalışma hayatlarındaki etkilenimlerine yönelik ilgili literatür ve önceki araştırmalar da göz önüne alınarak yine kategorilere ayrılarak sunulmuştur. Meslek hastalığı şüphesi ve tanı konulma aşamasına geçilmesiyle çalışanlarda psikolojik ve kognitif süreçler de başlamaktadır. Bazı katılımcılar mükerrer sağlık kuruluşu ziyaretlerine rağmen hastalık ve iş ilişkisinin geç kurulduğunu ifade etmektedirler (n:5, t:5). Bazı katılımcılar şüphe ve farkına varma anlarını canlı olarak ifade etmektedirler (n:6, t:6). Korku (n:10, t:11), kaygı (n:10, t:13), hayalkırıklığı (n:9, t:11), pişmanlık ve suçluluk (n:6, t:6), özgüven ve değer bunalımı (n:6, t:7), öfke duyma ve suçlama (n:4, t:4) alt kodları ifadelerden oluşturulmuştur. Daha az katılımcıda inkâr ve ihmal etme (n:4, t:4) ve saklama ve gizleme (n:4, t:4), alt kodları da izlenmektedir. Bu kriz dönemi, bazı katılımcılarda kabullenme ve şartlarla uzlaşma (n:4, t:4) ve merak ve araştırma (n:7, t:8) alt kodlarının çıkarıldığı bir ifade desenine ulaşmaktadır. Bu dönemdeki alt kodlar “Travma ve Benlik Krizi” temasında değerlendirilmiştir. Bu döneme ilişkin alıntılar aşağıda sunulmuştur.

[K3] *“...yani hissediyordum rahatsız olduğumu bu gitgide çoğalmaya başlayınca artık böyle dedim var bir şey yani bir şey olacak. Bu meslekten midir nedir, anlamadım dedim, söylüyordum. Başka birşey vardır sende deyip geçiştiriyorlardı, ama ben kendimi*

biliyordum...”

[K4] *“İş yeri ile ilgili diye düşündüm, direkt dedim işten herhalde. Yani tatiller oluyor mesela yazlık tatile falan çıkıyorum, bir 10 gün falan vücut biraz toparlıyor, kendini rahatlıyor, işe devam ettim mi tekrardan başlıyor rahatsızlıklar. Gece uyurken uykudan uyandıran, nefes alamıyorum, evin içinde dolaşıyorum biraz açılın diye kendim (derin nefes).”*

[K5] *“Hocam böyle 3-4 sene boyunca gittim gittim geldim, yani SSK’ya olsun dispansere olsun herhangi birşey söylemediler. Bi fıs fıs gibi birşey yazdılar, bundan kullanacaksın dediler. Meslekle ilgili olduğunu aradan bayağı geçti öyle söylediler. Benim teyzemin oğlu da iş güvenliğinde, o dedi, bak dedi, 9 Eylül’de meslek hastalıkları bölümü var dedi. Bir de oraya başvur dedi. Sıkıntın var dedi senin. Sonra buraya başvurdum işte...”*

[K9] *“İster istemez düşünüyoruz, yani geleceği, bunun sonucu olarak ne olur, ne zaman olur diye. Korkuyoruz, yani tamam şu an ilerleme yok ama bu belli bir süre sonra ilerleyecek ister istemez yani. Ben sigara kullanmıyorum, alkol kullanmıyorum. Benim en büyük sıkıntım, bu kesik kesik öksürük var, boğazda gıcık yapıyor, en büyük sıkıntım o. Yani merdiven çıkıyorum, ağır kaldırıyorum çok terleme yapıyor bende, burdayım içindeyim diyor sanki yani, şu anda sıkıntı belki az ama ilerde bu siz daha iyi bilirsiniz, sıkıntısı daha çok gösterecek yani bu gerçek.”*

[K11] *“Akciğerden falan bahsettiler. O daha bir tehlikeli olur yani akciğer yani ciğerler bitti mi zaten hayat bitti demektir yani... Çaresiz hissettim, ne kadar çalışabilirim, ne olacak, yani biz işçiyiz, çalışamazsak ne yaparız? Kimseye söyleyemedim, içime attım, bir süre hiç düşünmedim. Sonra biraz daha alıştır gibi oldum, artık bundan sonrası için çalışmalıyım dedim yani çocuklarım için en iyisini yapmalıyım diye, o beni biraz psikolojik rahatlatı. Şimdi başka işlere bakıyorum, araştırıyorum.”*

[K1] *“Kabullenmek zor tabi, ama hissediyordum, yani bu bir anda olmadı. Tanım konulduğunda biraz öfke oldu, buna göz yumanları suçladım, beni dinlemedikleri için. Bazen ağlama böyle çok geliyor durduramıyorum, eski halimi arıyorum, kolum tutmadığında koluma bile kızıyorum. Garip bir durum, bazen kendimi tanıyamıyordum.”*

[K2] *“Açıkcası ben pişmalık hissediyorum, tamam bu benim işim ve seviyordum ama bedeli*

bu mu olmalıydı diye, kızım var bazen duymuyorum seslendiğinde, sonra kötü oluyorum. Kendimi değersizleşmiş hissediyorum, arkadaşlarıma basit bir şey gibi geliyor, eşim bile aman biraz uydurursun falan dalgaya alıyorlar ama inanın içimde birşeyler değişiyor. Ben istemesem de, korkutuyor beni, aklımın bir köşesinde duruyor.”

Son alıntıda da görüldüğü gibi katılımcılar tarafından, kronik hastalığın psikolojik ve kognitif etkilerinin yanında, sosyokültürel çevreleri ile olan ilişkilerindeki etkileşimler de ifade edilmektedir. Katılımcılar tarafından ikilem ve ifşa edilme çekincesi (n:7, t:7), güvensizlik ve kaygı (n:7, t:8), aile içi çatışma (n:6, t:6), saklama ve gizleme davranışı (n:4, t:4) yanında destek arama ve tavsiye alma (n:9, t:9) alt kodları da yoğun olarak izlenmektedir. Bazı katılımcılar sosyal dışlanma (n:4, t:4) alt kodunda değerlendirilen ifadelerde bulunmuştur. Katılımcıların büyük bölümü, tanıılarını ilk olarak eşleriyle paylaşmışlardır (n:9). İfşa etme ile bireysel yük bir miktar boşalmakta, tanı sosyal alanlara taşınmakta, sosyal etkilenim, kişinin bireysel kapasite ve niteliklerinin yanında, sosyokültürel örüntü ve dinamiklerin de etkili olduğu yoğun bir süreç olduğundan, bu araştırmada ifade edilenler veya ifade bulanlar, “İfşa ve Yüzleşme” temasında değerlendirilmiştir. Bazı alıntılar yine aşağıda sunulmuştur.

[K8] *“Hasta olduk tamam bir dert, büyük dert, ama bunu eşe dosta, ele güne karşı söylemek de zor, yani bilmiyorsun, karım mesela ne diyecekti, yıllardır beraber yaşamışsın yemişsin içmişsin gülmüşsün ağlamışsın ama bilemezsin gene, kendine bile düşmansın bazen, tamam kanser değilim, şükür gene, ama işten atacaklar belki. İşsizlik mi zor şimdi bu dönemde yoksa kanser mi, bilemiyorum yani düşünüyordum düşünüyordum, sonunda bir iki oyaladıktan sonra söyledim... Bilmiyorum, şimdi işsizlik parası alıyorum, sonrası belli değil, karım sakın karşıladı yani, sessiz, beklediğim gibi de olmadı yani, sanırım o da benim gibi alıacak daha...”*

[K3] *“Bu hastalıktan sonra iş yapamaz oldum. Basit bir şey gibi geliyor başkasına söyleyince mesela kaşıntı nedir ki yani. Ama çok kaşındırıyordu mesela, kaşındırmasa gene sorun değil, ben gece yatamıyordum kaşıntıdan. Yazın uzun kol giyiyordum gizlemek zorunda kalıyordum kimsenin görmemesi için o sıcakta o şekilde. Çevremdekiler samimi arkadaşlar olduğu için tanıdıklar kimse yüzüme bir şey demedi ama bir soğukluk hissediyorsun gene, hani bu adam çalışmıyor, sağlam değil gibisinden yani hani hoş değil. Sordum kimileri hocaya git dedi bir okusun belki bu şeydir kimi git dedi ot mot ilaç yapıp sürüyorsun dedi ama kimsenin aklına işle ilgili olabileceği gelmedi. Hani hiç kimse demedi ben de bilemedim...”*

[K5] *“İşte en önemli şeyi psikolojik hani ne olacak ne bitecek, nasıl olacak diye, yani eve yansıyor mu yansıyor, bazen geliyor karım ya çok düşünüyorsun sen, ya niye düşünüyorsun bu kadar diyor, tersliyorum hani yalan yok bazen istemeden, sonra gönlünü alıyorum ama kırıyorum ister istemez yani...”*

Sosyal alandaki ifşanın yanında, bambaşka ve önceki ifadelerden de anlaşıldığı üzere daha çatışmalı ve otoriter bir alan olan iş yerinde ifşa etme süreci, ifadelerden ve alt kodların yoğunluklarından da anlaşılabacağı üzere çok daha çetin geçmektedir. Hakaret (n:10, t:15), damgalanma (n:10, t:12), değersizleştirilme (n:10, t:10), suçlanma (n:7, t:8), dedikodu (n:6, t:6), ifşa edilme (n:7, t:8), işten çıkarılma (n:2, t:3) ve iş yeri zorbalığı (n:4, t:8) gibi alt kodlarda ifadeler izlenmektedir. Sosyal ve ekonomik alanda destek arayışının öne çıktığı bu dönemde karşılaşılan alt kodlar, tartışma bölümünde değinilecek olan “İfşa ve İnsandışılaştırılma” genel teması altında değerlendirilmiştir. Aşağıda bu süreçle ilgili alıntılardan bazıları sunulmuştur.

[K8] *“İşyerinde tabii ilk bölümdeki şef yani 15 yıldır bölümde beraberdik. Bana dediki, işte ben dedim durum bundan bundan ibaret, ben dedim bu saatten sonra burda karışım hazırlayamam, bölümümü değiştirmem gerek. O da bana dedi ki, başının çaresine bak dedi bu saatten sonra, beni en çok yıkan da o oldu yani...”*

[K6] *“Bize herhangi bir bilgilendirme yapılmadı raporla ilgili işyerinde, avukatla tanıştım bir tane dedimki avukat bey ben mahkemeye verebilirmiyim dedim verebilirsin dedi ama şu an orda çalışırken veremezsin üzerine gelirler dedi, zoraki işler yaptırırlar, baskı yaparlar kendin çıkman için, yani çıkış aldıktan sonra verebilirsin, çalışırken veremezsin dedi yasal olarak.”*

[K10] *“Şimdi hocam benim hastalığımın bilgisi kimde var, iş yerindeki doktorda, müdürde, işverende bu bilgiyi başka kimsenin bilmemesi gerek değil mi, sır yani bu, benim kimseye söylememe gerek kalmadı zaten. Gittim, raporu gösterdim, ertesi gün arkamdan da dedikodum çıktı, meslek hastalığı oldu işten çıkacak diye, ben ağzımı açmadan herkes duymuştu...”*

[K1] *“Beni böyle bir anda işten çıkarttıklarında keşke bu kadar emek vermeseydim de kolum böyle olmasaydı dediğim oldu açıkçası ama tabi sonuç değişmedi. Şu an en ufak bir kolumu zorlamamda ağrı çekiyorum hareketlerim kısıtlı her işi yapamam. Ama benim hürsüm*

tazminat, para vesaire değil, benim hırsum hakkımı vermeleri bunu anlamıyorlar.”

[K9] “...Yani diyorlar ki kanunen biz seni işten çıkaramayız, görev değişikliği yapmak zorundayız emekli olasıya kadar. Bakın dedim benim primim doldu, benim çıkışımı verin, ihbarnamemi tazminatımı verin, dedim. Biz sizi çıkaramayız dedi çünkü başka yere gitsen dedi, sen dedi, nerde iş bulacan dedi, bulamazsın dedi, bu maaşla dedi. Biz dedi senin maaşını çekmeyiz geri dedi, aynı brütten ödicez dedi yer altı haklarını ama dedi devlet vergi kestiği için maaşın dedi bin lira bin 500 lira iner dedi. Bana verseler, ben çıkışımı alıp bırakacaktım, çıkarmıyorlar. Artık yapamıyorum dedim. En son insan kaynakları müdürü var, ... bey, dedim toz içinde olmak istemiyorum, yazın yer üstü de tozdan geçilmiyor burası. Dedi seni vardiya amirine söyleriz, daha farklı bir yere veririz dedi, o şekilde de kaldı. Kendim çıkmamı bekliyorlar yani, beni yani böyle arada bekletiyorlar...”

[K1] “Benim öncelikle istediğim, ben birçok arkadaşımı teşvik etmişimdir, meslek hastalıklarına beraber başvuralım, hani sonuçta bu kendi hakkımız. Yani çünkü işveren hiçbir şekilde kabul etmiyor hayır bu meslek hastalığı değildir, sonuçta bayansınız evde de iş yapıyorsunuz diyor. Ama ben günün 12 saatini işyerinde geçiriyorsam, 8 saatini uyuyorum, kalan 4 saatide yemek ye duş al özel ihtiyaçlarla geçiriliyor. Daha çok vaktini burda geçirdiğin için burda kazanılmış bir şey ama kabul etmiyor işveren. Benim görüşüm şu şekilde yani işçiler bu konu hakkında bilgilendirilebilir çünkü ben başvurduğumda mesela bir gün oldu başvurduğum ertesi gün işten çıkartıldım, içerdeki işçilerde şu bakış açısı oluştu, bak meslek hastalığına başvurdu işten çıkartıldı. Bunun korkusu var hala”

[K4] “Çocuğumun okumasını isterim çalışmak da bişey de ama okumak daha iyi gerçi okuyan da pek iş bulamıyor şu an ama en azından daha iyi yerlere varır, gelecek kaygısı olmaz. Bir savcı mesela o mesleklerde böyle şeyler olacağını zannetmiyorum işini düzgün yaptıktan sonra. Bi de bizim mesleklere göre daha üstünde olduklarını düşünüyorum. Bir işçi olarak düşün bir de savcı olarak düşünüyorum mesela kendimi, savcı daha üstün bişey benim açımdan...”

[K11] “Gelecekle ilgili şu an bırakmayı düşünüyorum madeni falan. Benim 13 yıl çalışmışlığım vardı. Yeter artık gençliğimizi verdik, emekli olup yer üstünde kendi işime dönüp, çiftçiliğe dönmek istiyorum. ... Ovasında herkes akraba zaten çalışan soy isimlerimiz aynı 15 kişi varız. Biz gençlere söylüyoruz zaten okuyun bir meslek sahibi olun, madencilik dünyada en son yapılacak iş, kimse bu saatten sonra madenciğe şey bakmıyor parlak, okuyun

adam olun diyoruz.”

4.1.2 Katılımcıların Tanı Sonrası Dönem Bulguları

Bir önceki bölümdeki son alıntıda görülen, geleceğe yönelik plan yapma ve mülk edinme veya toprağına dönme isteğı, bazı katılımcılarda, genel olarak geçişı silik olan tanı sonrası dönem ve tanı dönemi alt kodları arasında bir sınır taşı gibi dikkati çekmektedir. Bu dönemle ilgili bazı ifadelerde, tanı almalarını ve sonrasında ifşa etme ve ifşa olma süreçlerinde ifadelerine yansıyan, olumsuz psikolojik ve kognitif değışimlerin, tartışma bölümünde değinilecek olan Charmaz teorisi ile uyumlu olarak, daha olumlu bir özgüven ve benlik algısına yönelik ifadelere evrildiğı izlenmektedir. Kabullenme ve uzlaşma (n:7, t:8), bir planı olma (n:5, t:5), üstesinden gelme (n:5, t:5), yeni benlik tanımı (n:4, t:4) ve yeni hedefler tanımlama (n:4, t:6) ifadelerin bazılarından oluşturulan alt kodlardır. Bazı katılımcılarda farklı düzeylerde izlenen ifadelerdeki bu desen “Yeni benlik ve uzlaşma” teması olarak ele alınmıştır.

Tanı sonrası dönem ile beraber başlayan ve tıbbi alanla da kesişen ve bazen çelişen hukuksal bağlam ve yasal süreç ile katılımcıların genel olarak uzayan süreçleri daha da yıpratıcı olmanın yanında hak kayıplarına da yol açmaktadır. Tanı sonrasında dönemde yasal durumları ve sosyal konum algılarına yönelik olumsuz ifadeler ve alt kodlar yoğunlaşmaktadır. Belirsizlik ve şüphe (n:10, t:12), gelir ve kıdem kaybı (n:8, t:10), uzayan yasal ve tıbbi süreçler (n:7, t:9), iş ve güvence arayışı (n:6 t:6), değer kaybı algısı (n:5, t:5) ve aile sorunları (n:4, t:4) sırasıyla yoğunluk gösteren alt kodlardır. Tanı sonrası dönemde, ILO’nun sorunsuz bir pozisyon değışikliği ve rehabilitasyon kriterlerine(124) göre yeterli sayılabilecek düzeyde, insana yakışır davranılmış ve memnuniyet duyan çalışan sayısı ise bir kişidir. Bazı alıntı örnekleri aşağıda verilmiştir.

[K6] *“Sosyalleştikçe insanlarla ilişkin arttıkça insanları daha rahat tanıyorsun. Yani, önceden 15 kişiyle muhatap oluyorduk, bölüme giriyordun güvenlikten çıkıyordun mesela. Vardiyalı çalıştık, yan sosyal bir şeyim yoktu. Mesela dışarı çıkamıyordun, sosyal etkinliğin yoktu, yani bir çoluk çocuğunla dışarı çıkıp eğlenemiyordun. Ama şu an bir şey oldu mu gidiyorum, çocuklarımı da alıyorum. Vardiyalı çalışmanın en büyük sıkıntısı o, ha haftada bir gün haftalık izin oluyor ama devamlı bir gece oluyor mesela. Gece mesaisi insanı psikolojikman rahatsız ediyor. Yani şimdi normal mesai çalışmanın en güzel şeyi bu, plan yapıyorum, akşamları boşum çoluk çocuğumla, eşimle dostumla ziyarete gidiyorum, pikniğe gidiyorum yani o şeylerde çok iyi oldu, şu an 8-16 saatlerinden sonra aileme vakit*

ayırabiliyorum. Fabrikalar hep böyle vardiya hafta bir gün izin üç vardiya günde 8 saat...”

[K1] *“Belki hayırlısı budur, yine de çalışacağım benim karakterim bu, mücadeleye devam, artık açıkçası ben kendi işimi kurmaya karar verdim. Artık hani başka bir işyerinde çalışamayacağımı düşündüğüm için bu şekilde, işte kapı süsü küçük hediyelikler ya da işte yengem bir iş tavsiye etti bana, piko ve nakış üzerine ortaklaşa bir dükkan açabiliriz diye düşünüyoruz şu an ...”*

[K11] *“Gelecekle ilgili şu an bırakmayı düşünüyorum madeni falan. Benim 13 yıl çalışmışlığım vardı. Yeter artık gençliğimizi verdik, emekli olup yer üstünde kendi işime dönüp, çiftçiliğe dönmek istiyorum. ... Ovasında herkes akraba zaten çalışan soy isimlerimiz aynı 15 kişi varız. Biz gençlere söylüyoruz zaten okuyun bir meslek sahibi olun, madencilik dünyada en son yapılacak iş. Kimse bu saatten sonra madenciğe şey bakmıyor, parlak, okuyun, adam olun diyoruz.”*

[K4] *“Mesleğe girdiğime çok pişmanlık duyuyorum şu an yani çok güzel meslekler var Türkiye’de. Mesela berber olmayı isterdim çocukken, arkadaşlarım var mesela aynı yaştayız hepsinin böyle kendine ait dükkânları var, şeyleri var. Yani yanlış bir meslek mi seçtim diye düşünüyorum şimdi. Eşimin çalıştığı fabrikaya ben de başvurdum, kesim bölümü varmış saç kesimi, ama havalandırmaları varmış bayağı, gayet düzgün, güzel yani bu çalıştığım yer kadar kötü değil. Oraya başvurdum işte bir haber gelmedi 2 ay oldu geri dönüş yapcaz dediler içerden birisini kaydırılmışlar oraya bir boşluk olursa işte aricaz dediler. Öyle kaldı güzel olurdu, güzel bir fabrika bakıyorum, şoförlük de olabilir.”*

[K12] *“Şimdi eğri oturup doğru konuşalım, sizin kadar olmasa da ben de bu işleri yaşadığım kadar da okudum biraz bu yaşa kadar, yani şunu gördüm bu yaşıma kadar, patron söyler emrindekiler yapar. Ama yapılmıyor demek ki bir sorun var, belli yani, benim gördüğüm patronlar denetim, ceza işini de bir şekilde hallediyorlar bilemem. Ama çıkıp işçileri eğitin deyip duruyorlar. Peki, işin başındaki adamı kim eğitecek, her yetki onda, işçi ne ki, o istemedikten sonra sen kaç ceza yazarsan yaz tın yok, zaten denetim de öyle lalettayn, e bunların yanlış olduğunu kim anlatacak, yani patron dediğin, patronu eğitmek mümkün mü? Yani bence devlet bastırırsa olur yani gene bence çünkü patronlar yasalardan çekiniyor ama olmuyor işte bir türlü bilemiyorum yani...”*

Tablo 5. Katılımcılarla Yapılan Görüşmelerden Çıkarılan Alt Kodlar

KATEGORİLER VE ALT KODLAR	Kişi Sayısı (n)	Toplam Tekrar (t)
TANI ÖNCESİ SÜREÇ		
Sosyokültürel ve Ekonomik Alt Kodlar	12	85
Güvencesizlik	10	16
Yoksulluk	10	14
Akrabalık/Kan bağı Birliği	8	11
Geniş aile/Koruyucu aile	7	8
Hemşehricilik/Himayecilik	7	8
Geleneksel Cinsiyet Roller	6	7
Mülksüzleşme	6	7
İzolasyon/Ötekileşme	6	6
Göç/Göçmenlik	4	5
Ötekileştirme	3	3
Çalışma Kültürü ile ilgili Alt Kodlar	12	77
Eğitimsizlik/Bilinçsizlik	9	11
Akrabalık/Kan bağı Birliği	8	11
Sürüklenmişlik/Bırakılmışlık	7	10
Mecburiyet/Yük	7	8
Çaresizlik/Teslimiyet	6	8
Çocuk işçiliği	6	7
Usta-Çırak Okulu	6	7
Alaylı Olmak	6	6
Sigortasız Çalışma	4	5
İş Doyumu/Tatmin	3	4

Tablo 5. Devamı

KATEGORİLER VE ALT KODLAR	Kişi Sayısı (n)	Toplam Tekrar (t)
TANI ÖNCESİ SÜREÇ		
İşyerindeki Algı ve Deneyimler ile ilgili Alt Kodlar	12	92
Çatışma/Stres	10	19
Talep Baskısı	10	14
Değersizleştirilme	10	14
Adanmışlık/Tükenmişlik	10	11
Korku	10	12
Ayrımcılık	9	12
Sendikalaşmaya Yönelik Baskılar	7	8
Cinsiyetçilik	2	2
İSG Algısı ve Deneyimler ile ilgili Alt Kodlar	12	110
Haberli Denetimler	10	16
Önlemsizlik/Önemsemezlik	10	14
İletişim sorunları	10	14
Formalite Eğitimler	9	12
Güvensizlik	10	11
Düzenli Periyodik Kontroller	10	11
Rol Model/Tesvik Eksikliği	9	12
Eğitimsizlik/Bilinçsizlik	9	11
Büyük işletme/KOBİ Farkı	8	8

Tablo 5. Devamı

KATEGORİLER VE ALT KODLAR	Kişi Sayısı (n)	Toplam Tekrar (t)
TANI KONMA SÜRECİ		
Hastalığın Etkisi ile ilgili Alt Kodlar	12	79
Kaygı	10	13
Korku	10	11
Hayal Kırıklığı	9	11
Merak/Araştırma	7	8
Özgüven/Değer Bunalımı	6	7
Pişmanlık/Suçluluk	6	6
Şüphe/Farkına Varma	6	6
Öfke/Suçlama/Geç tanı	5	5
İnkâr/İhmal etme	4	4
Saklama/Gizleme	4	4
Kabullenme/Uzlaşma	4	4
Sosyokültürel Etkilenim ile ilgili Alt Kodlar	12	38
Destek arama/Tavsiye Alma	9	9
Güvensizlik/Kaygı	7	8
İkilem/İfşa Edilme Çekincesi	7	7
Aile İçi Çatışma	6	6
Saklama/Gizleme	4	4
Dışlanma	4	4

Tablo 5. Devamı

KATEGORİLER VE ALT KODLAR	Kişi Sayısı (n)	Toplam Tekrar (t)
TANI KONMA SÜRECİ		
İşyerindeki Etkilenim ile ilgili Alt Kodlar	12	99
Hakaret	10	15
Damgalanma	10	12
Utanç/Alçaltılma	10	12
Değersizleşme	10	10
Dışlanma	7	9
Saklama/Gizleme	8	8
Suçlanma	7	8
İfşa Edilme	7	8
İş Yeri Zorbalığı	4	8
Dedikodu	6	6
İşten Çıkarılma	2	3

Tablo 5. Devamı

KATEGORİLER VE ALT KODLAR	Kişi Sayısı (n)	Toplam Tekrar (t)
TANI SONRASI SÜREÇ		
Psikolojik ve Kognitif Değişimler ile ilgili Alt Kodlar	12	28
Kabullenme ve Uzlaşma	7	8
Yeni Hedefler Tanımlama	4	6
Bir Planı Olma	5	5
Üstesinden Gelme	5	5
Yeni Benlik Tanımı	4	4
Sosyal, Yasal ve Çalışma Durumu ile ilgili Alt Kodlar	12	55
Belirsizlik/Şüphe	10	12
Gelir/Kıdem Kaybı	8	10
Uzayan Tıbbi ve Yasal Süreçler	7	9
İş/Güvence arayışı	6	6
Değer Kaybı Algısı	5	5
Aile Sorunları	4	4
İşten Çıkarılma	3	4
Damgalanma ve Dışlanma	3	3
İş Pozisyon Değişikliği/Rehabilitasyon	1	2

Tablo 6. Alt Kodlar ve Oluşturulan Temalar

TEMALAR	ALD KOD (n,t)
<i>“Göç ve Katastrofi”</i> <i>“Proleterleşme”</i>	Göç (n:4, t:5) Güvencesizlik (n:12, t:16) Yoksulluk (n:10, t:14) İzolasyon ve ötekileşme (n:6, t:6) Mülksüzleşme (n:6, t:7)
<i>“Alt Sosyokültürel Örgütlenme ve Gettolaşma”</i>	Güvencesizlik (n:12, t:16) Yoksulluk (n:10, t:14) Geniş aile/Koruyucu Aile (n:7, t:8) İzolasyon ve ötekileşme (n:6, t:6) Akrabalık/Kan Bağı Birliği (n:8, t:11) Hemşehricilik/Himayecilik (n:7, t:8) Ötekileştirme (n:3, t:3)
<i>“Prekarizasyon ve Prekaryöz Çalışma”</i>	Önlemsizlik/Önemsemezlik(n:10, t:14) Eğitimsizlik/Bilinçsizlik (n:9, t:11) Mecburiyet/Yük (n:7, t:8) Sürüklenmişlik/Bırakılmışlık (n:7, t:10) Çaresizlik/Teslimiyet (n:6, t:8) Sigortasız Çalışma (n:4, t:5)
<i>“Geleneksel Çalışma Kültürü ve Örgütlenmeleri”</i>	Yoksulluk (n:10, t:14) Çocuk işçiliği (n:6, t:7) Akrabalık/Kan Bağı Birliği (n:8, t:11) Usta-Çırak Okulu (n:6, t:7) Alaylı Olmak (n:6, t:6) Hemşehricilik/Himayecilik (n:7, t:8)
<i>“Kötü Muamele ve İş Yeri Zorbalığı”</i>	Çatışma ve Stres (n:10, t:19) Korku (n:10, t:12) Aşırı Talep/Baskı (n:10, t:14), Değersizleştirilme (n:10, t:14) Ayrımcılık (n:9, t:12) / Cinsiyetçilik (n:2, t:2) Sendikalaşmaya Yönelik Baskılar (n:7, t:8)

Tablo 6. Devamı

TEMALAR	ALD KOD (n,t)
<i>“Travma ve Benlik Krizi”</i>	Korku (n:10, t:11) Kaygı (n:10, t:13) Hayal kırıklığı (n:9, t:11) Pişmanlık/Suçluluk (n:6, t:6) Özgüven/Değer bunalımı (n:6, t:7) Öfke duyma/Suçlama (n:4, t:4) İnkâr/İhmal etme (n:4, t:4) Saklama/Gizleme (n:4, t:4)
<i>“İfşa ve Yüzleşme”</i>	İkilem/İfşa Edilme Çekincesi (n:7, t:7) Güvensizlik/Kaygı (n:7, t:8) Aile içi Çatışma (n:6, t:6) Saklama/Gizleme (n:4, t:4) Sosyal Dışlanma (n:4, t:4) Destek arama/Tavsiye Alma (n:9, t:9)
<i>“İfşa ve İnsandışlaştırılma”</i>	Hakaret (n:10, t:15) Damgalanma (n:10, t:12) Değersizleştirilme (n:10, t:10) Suçlanma (n:7, t:8) Dedikodu (n:6, t:6) İfşa Edilme (n:7, t:8) İşten Çıkarılma (n:2, t:3) ve (n:3, t:4) İş Yeri Zorbalığı (n:4, t:8)
<i>“Yeni Benlik ve Uzlaşma”</i>	Kabullenme ve uzlaşma (n:7, t:8) Bir Planı Olma (n:5, t:5) Üstesinden Gelme (n:5, t:5), Yeni Benlik Tanımı (n:4, t:4) Yeni Hedefler Tanımlama (n:4, t:6) İş ve Güvence Arayışı (n:6 t:6),

4.1.2 Anahtar Kişilerin Analiz Bulguları

Araştırmanın verisini çeşitlendirmek ve triangülasyon sağlayabilmek için, aynı klinikte hizmet veren katılımcılarla da, yine “Amaca uygun örnekleme” ile deneyim durumu ve uygunluğu dikkate alınarak, yan dal uzmanlık öğrencileri (2 kişi), uzman doktor (1 kişi), hekim dışı personel (1 kişi), akademisyen (1 kişi) olmak üzere toplam 5 kişi ile görüşülmüştür.

Anahtar kişilerin içerik analizi bulguları Tablo 6’da sunulmuştur. Çalışanlara yönelik gözlem ve tespitleri çalışanların ifadelerinden çıkarılan alt kodlarla benzer olup, kendi ifadeleriyle eğitimsizlik ve bilgisizlik (n:4, t:4), korku (n:3, t:5), yoksulluk (n:3, t:4), bilinçsizlik ve damgalanma (n:3, t:3), akrabalık ve kan bağı (n:2, t:2), örgütsüzlük (n:2, t:2), ezilmişlik (n:2, t:2), atılmış ve kovulmuş olmak (n:1, t:1), mecburiyet ve zorlanmışlık (n:2, t:2) gibi ifadeler ortaya çıkmıştır. Farklı bir ifade olarak çalışanların tanı alma yönünde çekinceleri ve ekonomik kaygıları (n:3, t:4), kavramlar ve süreçler hakkında yeterince veya hiç aydınlatılmamış olmaları (n:3, t:3) ve travmatik bir durumda olmaları (n:2, t:2) dile getirilmiştir. Çalışanların kavramlar ve süreçler hakkında yeterince veya hiç aydınlatılmamış olmalarının, çalışanlar açısından olası kayıp ve zararlarının yanında, burda devreye giren klinik profesyonelleri açısından da zaman zaman, yetki ve sorumluluk alanlarının üzerinde bir çaba ve risk doğurduğundan, yıpratıcı olabileceği ifade edilmiştir. Ayrıca meslek hastalığı tanı sürecinde masanın arkasındaki tarafsız ve etik bir gözlemci olarak, klinik profesyonellerinin, özellikle işten çıkarılmış çalışanların, travmatik bir durumda olmalarına yönelik gözlem ve ifadesi ilgi çekicidir. Bu gözlem katılımcıların tanı dönemindeki kognitif ve psikolojik durumlarına yönelik oluşturulan, “Travma ve Benlik Krizi” teması ile de örtüşmektedir. Anahtar kişilerin gözlem ve tespitlerine yönelik bazı alıntılar aşağıda sunulmuştur.

[A2] “Yani şöyle birşey var. Genelde buraya geldiklerinde, çok da bilgilendirilmediklerini görüyoruz. Ya işten atılmış oluyorlar ya da işyeri hekiminin zoruyla geliyorlar. Bazıları daha travmatik olarak gelebiliyor mesela işten atılıyorlar. İşten atılınca geriye dönük bir dava açabilmek için bir rapor almak istiyorlar. O yüzden çok bilinçli olarak gelen hasta sayımız az yani dışarda birçoğuna bir yardım yapılmamış oluyor. Bu çok kötü birşey hani zorla gelmek de kötü hani...”

[A3] *“İşçi işverene güveniyorsa, yani bu adam beni yolluyor ama işten atmayacak. Ne yapalım, var böyle bir şey tanı konulsun ya da hani atsa bile benim haklarımı koruyarak yani çıkarsa bile benim haklarımı koruyarak çıkarır gibi bir güveni, güven ortamı oluşturabilmişse yani böyle daha işçi odaklı bir yaklaşım varsa, o ilişki bozulmuyor.”*

[A1] *“Yani profil olarak düşününce meslek hastalığının daha böyle gariban kesim hastalar olduğunu gördüm hepsi işçi fabrikada işte madende çalışan ya da çalışmak zorunda olan kişiler olduğunu gördüm çoğunun okuma yazma ile ilgili sıkıntıları olduğunu gördüm. Hani bu şekilde tespitlerim oldu. Hani mesela arkasına yazı yazdıracağım yazmakta zorlanan kişiler gördüm. Genelde öyle hani eğitim seviyesi maalesef biraz düşük. Çoğu kişinin de bu işi mecbur olarak yaptığını düşünüyorum benim fikrim. Hani madenciler geliyor mesela işte madenci genelde herhalde mesela bir şirkete 3-4 soyadı aynı olan kişi geliyor. Kardeş olanlar var, akraba olanlar var. Mesela o girmiş öbürünü almış sokmuş. Genelde madencilerde öyle bir şey fark ettim. Kimse gitmiyor o kardeşini götürüyor, yeğenini götürüyor, kuzenini götürüyor. Öyle düşünüyorum. Bilmiyorum.”*

Anahtar kişilerin tanı koyma süreci ve sonrasına yönelik karşılaştıkları durumlar ve deneyimlerini içeren ifadelerde, çalışanların genelde aydınlatılmamış olması (n:3, t:6), diğer branş hekimlerinin farkındalık eksikliği (n:3, t:4), tetkik ve konsültasyon süreçlerinde uzamalar (n:3, t:5), genelde KOBİ’lerden ve taşeron firmalardan gelen çalışanlarda daha dramatik durumlar olması (n:3, t:3), büyük ölçekli ve yabancı ortaklı şirketlerle iletişim ve çalışan açısından sonuçların daha iyi olması (n:3, t:3), meslek hastalığı tanısı sonrası süreçlerin ağır işlemesi ve bunun çalışana olumsuz yansıyabilmesi (n:3, t:3), genelde çalışanlara verilen İSG eğitimlerinin formalite düzeyinde olması ve yük olarak görülmesi (n:3, t:3) yoğunluk gösterenler olarak izlenmiştir. İşyeri hekimleri üzerinde baskı olması ve mesleki özerkliği etkileyebilmesi (n:2, t:2) şeklindeki ifadeler de dikkati çekmiştir. Ayrıca İSG profesyonellerinin işini yaptığı halde, çalışanların işten atılabilmeleri veya damgalanabilmeleri nedeniyle yaşadıklarını ifade ettikleri vicdani ikilemler (n:2, t:2) de, bu personelin nitelikli ve kısıtlı bir kaynak olması da göz önüne alınırsa, bu tarz eylemlerin, İSG sistemi bir bütün olarak ele alındığında, yarattığı öncül etkilerin yanında, artçı etkilerin de boyutlarının neler olabileceğini göstermesi bakımından, önemli olarak değerlendirilmiştir. Aşağıda bu ve diğer bazı alıntılara yer verilmiştir.

[A2] *“Büyük bir kısmında maalesef işten atılma, hani meslek hastalığı tanısı aldığı için. En azından hani daha şey olmasın, daha sıkıntı olmasın diye işten atılan olgular da oluyor ve bunla ilgili çalışma yapmışlardı bizimkiler de. Damgalanma diye de bir şey var yani bir kere o tanıyı almışsanız, sonra işe girişlerde o tanılar önünüze çıkabiliyor, bu da çok kötü hani bizi en çok etkileyen ve üzen şey bu. Hani doğru birşey yapıyorsun tanı koyuyorsun o insanın sağlığını korumaya çalışıyorsun ama sonradan bunu bir önşey gibi kabul edip işe almayan bir işveren ve çalışma hayatı var.”*

[A4] *“İşçilerin haklarını bilmesi gerekiyor, işçilerin neden sevk edildiğini bilmesi gerekiyor, meslek hastalığının ne olduğunu, hangi meslek hastalıkları açısından riskli olduğunu bilmesi gerekiyor. İş yerinde yapılan risk değerlendirmesini bilmesi gerekiyor. Aslında bunları iş yerinde iş yeri hekimi tarafından, iş güvenliği uzmanı tarafından, işveren tarafından bilgilendirildiği zaman eğitildiği zaman bizim de işimiz kolaylaşıyor ve sistem yürüyor.”*

[A3] *“Şimdi söyle bir kere, süreç üniversitenin imkânları nedeniyle biraz uzun. Bir tetkik istediğinizde hasta 2-3 ayda gelebiliyor. Bu hem bizim hem işçinin çok işlerini aksatıyor. Şimdi tetkik suresi çok uzadığı zaman, bir bölüme, iki bölüme gittiği zaman, hasta bize neredeyse beş altı ayda dönebilir geri. Yani hızlandırmak için bir şeyler yapsak da çok başarılı olamıyoruz hani en büyük şeyimiz o hani bu süreçte. Bizi ve işçiye en çok zorlayan şeylerden biri bu ama kalite olarak yani niteliksel olarak çok kaliteli işler yaptığımızı düşünüyorum ben çünkü sahadaki hizmeti de biliyorum hani karşılaştırma şansım oldu hem yurtdışı hem yurtiçi. Bir hasta için gerekirse 3 gün oturulup literatür incelemesi yapılıyor, hiçbir şey atlanmaması için yapılabilecek tetkikler gerekli tartışmalar farklı bölümlerle olan iletişimler. Hani kendi annemiz babamız gibi dosyasını alıp özellikle hocayı çalışıyoruz ki hani bir asistanın elinde örneğin kaynak gitmesin diye. Gayet titizlikle iş yapılıyor diye düşünüyorum.”*

[A2] *“Daha büyük işletmelerden gelenlerde sendikalar ve sendika temsilcileri var. Daha önce oradan meslek hastalıkları tanısı alan ve bu süreci yöneten bir işçi de varsa onlar biraz daha bilgili geliyorlar. Ama taşeronla çalışanlar, küçük işletmeler, daha orta düzeydeki işletmelerde daha bunlardan bihaber. Meslek hastalığının ne olduğunu bilmeden, iş yeri ile ilgili de birçok bilgiyi bilmiyor, merak etmemiş, bunun bir hastalık yapabileceğini düşünmemiş şekilde geliyorlar. Küçük orta işletmelerden gelenler, çoğunlukla işten atılmış olarak, daha sonra bu böyle olabilir diye bir kulak dolgunluğu, bir bakayım meslek hastalığı olabilir mi diye geliyor. Her anlamda iş sağlığı açısından küçük orta işletmelerin yaklaşımı daha problemlili oluyor.”*

[A1] *“Bizim açımızdan çok bir sıkıntı yok diye düşünüyorum. Bizden sonraki yani geldi muayene oldu, giriş yapıldı, doktorla görüşmesini yaptı aradaki sürecin çok uzun olduğunu düşünüyorum. Hani raporlama sürecinin uzun olduğunu düşünüyorum şahsen. Çünkü birçok hastada hani birkaç tane örnek var bu sürecin uzadığı için bırakan imza karşılığında dilekçe vererek başvurusu iptal ettirmek isteyenler oldu. Onun dışında randevu almak istediği bölümlerde uzun tarihe verilince sıkıntılar oldu. O tarz geri dönüşleri gördüm. Bir de dediğim gibi hani uzun sürdüğü için bir de korkuları var. İş yerine mesela geldi veya bir poliklinik tarafından sevk edildi. Geliyor, başlıyor önce ne olduğunu anlamıyor. Ondan sonra bakıyor iş güvencesi korkusu oluyor. Hasta da bunu benim işyerim duyarsa beni işten çıkarır ya da olumsuz etkilenirim diye hani böyle bir polikliniğe işveren başvurduğumu duyarsa beni işten çıkarır...”*

İfşa etme süreci ve çalışanın sağlık verisi mahremiyetinin önemi ve bunun ihlalinin yol açabileceği sorunlar aşağıdaki ifadede yine dikkati çekmektedir.

[A1] *“Hasta geliyor buradaki aşamayı öğrenince korkabiliyor. Olanlar var öyle. Ya da kendisi gidip SGK ya dilekçe veriyor. Geliyor “Ben” diyor “İşyerimin haberinin olmasını istemiyorum”. Örneği de var yani o şekilde işten çıkarılan hasta bile var. Yani bence sıkıntıları o, korkuları o yönde. Bir de şöyle düşünüyorlar. Bunu da gene bir hasta kendisi ifade etti. “Ben geldim, burada meslek hastalıkları raporu verdiler bana.” dedi. İnşaat işçisi “Şimdi işe giremiyorum.” diyor, “Raporu gören beni işe almıyor.” diyor “Ben başka bir iş de yapamıyorum, benim okuma yazmam yok, gene inşaatta çalışacağım.” diyor. “Ama şimdi” diyor “İnşaat firmaları şeyi görünce raporu görünce beni işe almıyorlar” diyor. Böyle ...”*

Anahtar kişilerin İSG sisteminde geliştirilmesi gereken yönlerle yönelik ifadelerin alt kodları incelendiğinde görüleceği üzere (Tablo 6), ülkemizdeki İSG sisteminin bürokratik, organizasyonel, hukuki, bilimsel, kurumsal alanlarda, pek çok geliştirilmesi gereken yönü mevcuttur. Tespit ve önerilerin hepsi oldukça önemli olup, bu nedenle yoğunluğa göre bir betimleme yapılmayacaktır. Ancak tartışma ve öneriler bölümlerinde yeri geldikçe tekrar ele alınacaktır. Bu bölümdeki görüşmelerden çeşitli alıntılar aşağıda sunulmuştur.

[A3] “SGK da bunla ilgilenen eleman sayısı bilmiyorum tabi. Raporlar uzuyor, raporlar uzayınca işçi tabi işsizse tazminat alamıyor maaş alamıyor, uzadıkça sıkıntılar oluyor. Biraz daha dediğim gibi oranın da altyapısını güçlendirip, bu işlemlerin birazcık hızlandırılması lazım. Ayrıyeten bir meslek hastalığı şeyi tutulması lazım orda, bir sürveyans programı bir şey programı. Çünkü meslek hastalığı her zaman maluliyet değil, maluliyet kısmında dediğim gibi birazcık daha hızlandırılıp, biraz iş hani çalışanı da mağdur edilmeden, hızlı bir şekilde bu kısmının halledilmesi lazım.”

[A2] “Yeni politikalar oluşturulması lazım kesinlikle yani sistemin düzenlenmesi lazım. Hem tanı, hem tanı sonrası kayıt, maluliyet hepsinin, tanı alanların, sonraki istihdamının ne olacağının düzenlenmesi lazım. İnsanların tanı aldıktan sonra damgalanıp işe girememeleri büyük bir sıkıntı, tanıyı en çok zorlaştıran şeylerden biri tanı kısmının düzenlenmesi lazım, rehberlere ihtiyacımız var. Yeni maluliyet rehberleri, tanı rehberleri, kendi ülkemize özel, maluliyet almayanların ne yapacağını düzenleyen rehberlere ihtiyacımız var. Tanı kısmında tanıyı kim koyacak, kimin tanısı kabul edilecek, maluliyet alamamış insanlar mesleki kabul edilmeyecek mi, bunların ayrıca bir veri tabanında toplanması lazım.”

[A4] “İşçilerin iş kaybetme korkuları ekonomik problemleri onlardan da bazen iş kaybetme korkusu olunca anamnez almakta zorlanıyoruz tabi. Onların da böyle korkuları var, tanı konursa damgalanırım, işimi kaybederim, işverenlerin işte bu işçiler meslek hastalığı tanısı alırsa tazminat alırlar korkusuyla işbirliğinden kaçınma halleri var. Yani bunların hepsi bizim işimizi zorlaştırıyor. Belki politik şeyler yapılabilirse yani böyle değişiklikler hani işveren tanı konulmasından korkmaz, bunu bir maddi yük olarak görmezse, işçi işini kaybetmekten korkmazsa, bu belgeler bizimle paylaşılır gerektiğinde, biz istediğimiz işyerine gidip o işyerini görebilsek, tanılar çok daha hızlı ve doğru konulur. Geri kalan işçileri de kurtarırsanız hani onların da meslek hastalığı olmasından...”

[A2] “Yani işyeri hekimlerinin maaşları işveren tarafından veriliyor, işte bu bir sıkıntı yaratıyor. Hani işbirliği yapan işyeri hekimlerimiz de var, çok fazla meslek hastalığı sevk yaptığı için atılan işyeri hekimlerimiz de var. Yani bunun işyeri bazında da tamamen düzenlenmesi lazım. Belki işyeri hekimlerinin kişiye özel, şeye bağlı olmayıp görevlendirilmesi ya da belki daha özerk davranması lazım. Yani bununla ilgili politika düzenlenebilir, özerk davranacak şekilde görevi düzenlenebilir. Çünkü çok da özerk davranamayabiliyor yada çok fazla meslek hastalığı tanısı koyduğu için atılabiliyor.”

Tablo 7. Anahtar Kişilerle Yapılan Görüşmelerden Çıkarılan Alt Kodlar

KATEGORİLER VE ALT KODLAR	Kişi Sayısı (n)	Toplam Tekrar (t)
Çalışanlara Yönelik Gözlem ve Tespitler	5	34
Korku	4	5
Eğitimsizlik/Bilgisizlik	4	4
Yoksulluk	3	4
Tanı alma çekincesi/Ekonomik Kaygı	3	4
Damgalanma	3	3
Aydınlatılmamış olmaları	3	3
Ezilmişlik	2	2
Bilinçsizlik/Örgütsüzlük	2	2
Mecburiyet/Zorlanmışlık	2	2
Akrabalık/Kan bağı	2	2
Travma	2	2
Atılmış/Kovulmuş	1	1
Tanı Koyma Süreci ve Sonrasında Karşılaşılan Durumlar	4	41
Çalışanların genelde aydınlatılmamış olması	3	6
Tetkik ve konsültasyon sürecinde uzamalar	3	5
Diğer brans hekimlerinin farkındalık eksikliği	3	4
Genelde KOBİ'lerden ve taşerondan gelen çalışanlarda daha dramatik durumlar olması	3	3
Büyük ölçekli ve yabancı ortaklıklı şirketlerle iletişimin ve çalışan açısından sonuçların daha iyi olması	3	3
Meslek hastalığı tanısı sonrasındaki yasal süreçlerin ağır işlenmesi	3	3
Genelde çalışamlara verilen İSG eğitimlerinin formalite düzeyinde olması ve yük olarak görülmesi	3	3
İşyeri ve çalışan arasındaki çatışmalarda klinik hekiminin ikilemleri	3	3

Tablo 7. Devamı

KATEGORİLER VE ALT KODLAR	Kişi Sayısı (n)	Toplam Tekrar (t)
Tanı Koyma Süreci ve Sonrasında Karşılaşılan Durumlar		
İşini yaptığı halde, çalışanların işten atılabilmeleri ve damgalanabilmeleri nedeniyle yaşanan vicdani ikilemler	3	3
İşyeri hekimleri üzerinde baskı olması ve mesleki özerkliği etkileyebilmesi	3	3
İş yeri ile iletişim sorunları	3	3
Çoğu zaman yetki ve sorumluluğun ötesinde durumlara müdahale etmek durumunda kalabilmek	2	2
İSG Sisteminde Geliştirilmesi Gereken Yönler	4	22
İSGK'a rağmen etkisi sınırlı kalan İSG politikaları ve hizmet sunum modelindeki yapısal açıklar giderilmeli	3	3
İSG hizmet sunumunda koruyucu ve önleyici program ve uygulamalar önceliklendirilmeli	3	3
İSG sisteminin paydaşı olan kurumların özellikle sosyal kapasitesi ve niteliği iyileştirilmeli	3	3
Yasal süreçler ve bilimsel süreçlerin birbirine karışmasını veya etkilemesinin önüne geçilmesi	3	3
OSGB'lerin ve İSG hizmet sunum modelinin günümüzde evrildiği hizmet modeli irdelenmeli ve gerekli müdahalelerde bulunulmalı	3	3
KOBİ'ler ve taşeronlar istihdam büyüklükleri nedeniyle önceliklendirilerek ve özel şartları gözetilerek yapılacak düzenlemelerle İSG sistemine entegre edilmeli	3	3
ILO ve uluslararası mevzuatın temel ilkelerinden sendikalaşma hakkı desteklenmeli ve önündeki engeller tespit edilip, ortadan kaldırılmalı	2	2
Birçok kurumun yetki ve sorumluluk alanına giren İSG sisteminde, eşgüdüm ve işbirliğini sağlayacak ve denetleyecek, buna yetkili ve özerk bir üst yürütme mekanizmasının kurulması	1	1
SSGSSK'nun (2006), İSGK'na (2012) göre güncellenmesi	1	1

4.1.3 Doküman Analizi Bulguları

Bu bölümde, anlatı görüşmeleri ve derinlemesine görüşmelerden elde edilen alt kodların, fenomenojik yaklaşımla yorumlanması ile ulaşılan temalara göre oluşturulan veri toplama formu aracılığı ile çeşitli kriterlere göre seçilmiş, İSG alanında rehber ve kılavuz düzeyindeki yayınlar, betimleyici yaklaşım ve içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmiş ve bulguları sunulmuştur.

Alt kodlar aracılığı ile açığa vurulan veya kendini gösteren, kognitif ve psikosoyal, sosyokültürel, sosyoekonomik ve sosyopolitik bakış açılarıyla, fenomenolojik olarak yorumlanmış olup, titizlikle taranmış geniş bir sosyal ve fen bilimler literatürünün bağlam ve paradigması da gözönüne alınarak, oluşturulan temalarda kavramlaştırılmaya çalışılmıştır.

Bu temalar;

- 1) Göç ve Katastrofi
- 2) Proleterleşme
- 3) Alt Sosyokültürel Örgütlenme ve Gettolaşma
- 4) Geleneksel Çalışma Kültürü ve Örgütlenmeleri
- 5) Prekarizasyon ve Prekaryöz Çalışma
- 6) Kötü muamele ve İş yeri Zorbalığı
- 7) Travma ve Benlik Krizi
- 8) İfşa ve Yüzleşme
- 9) İfşa ve İnsandışlaştırılma
- 10) Yeni benlik ve uzlaşma olarak son halini almıştır.

İSG alanında rehber niteliğinde yayınlanmış geniş kapsamlı, multidisipliner/transdisipliner dokümanlar, İngilizce yayınlar için “occupational disease, occupational health, guide, book, report” anahtar sözcükleri ve Türkçe yayınlar için bunların Türkçe karşılıkları ile taranmış ve ulaşılabilenlerin tamamı analiz edilmiştir. Yayınların çağdaş olması tercih edilmiş ve 2000 yılı alt sınır olarak alınmıştır.

Buna göre 2000-2017 yılları arasında yayınlanmış, 11 adet multidisipliner/transdisipliner doküman değerlendirilmiştir. Oluşturulmuş temaların, dokümanlarda bulunma sıklığına göre içerik analizi yapılmış ve kapsamaları betimlenmiştir. Seçilmiş olan dokümanların kısaca tanıtımları ve analiz sonuçları Tablo 7.’de özetlenmiştir.

Ayrıca dokümanlarda, temalara yönelik ulaşılmış sonuç değerlendirmelere de tartışma bölümü içerisinde yer verilmiştir.

Araştırmamızdaki göç, proleterleşme, Prekaryöz Çalışma, zorbalık gibi temalar ile ilgili en kapsamlı bulunan dokümanlardan biri Occupational and Environmental Health (Levy et al., 2011) olarak değerlendirilmiştir. Bu dokümanda iş stresinin ve iş yeri zorbalığının psikolojik yönden çalışanlar üzerindeki olumsuz etkilerine değinilmiştir. Ayrıca globalizasyon ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde artan esnek istihdam ile prekaryöz çalışmanın arttığından, kırsal alanlardaki hızlı sanayileşme ve özelleştirmelerle burdaki nüfusunda hızla proleterleşip şehirlere göç ettiğinden ve bunun prekarizasyon yanında pek çok sosyokültürel etkisi olduğu da değerlendirilmiştir.

Yine The Textbook of Clinical Occupational and Environmental Medicine (Rosenstock et al., 2005) göç, proleterleşme, prekaryöz çalışma, iş yeri zorbalığı ve ifşa temalarında oldukça kapsamlı olup benzer değerlendirmeler içermektedir. Bu dokümanda özellikle araştırmamızda önemli bir bulgu olan ifşa etme ve ifşa olma süreçlerinde veri gizliliğinin önemine vurgu yapılmış ve bunu sağlamanın yolları konusunda bazı öneriler getirilmiştir. Meslek hastalıkları uzmanları, diğer branş uzmanları ve iş yeri hekimleri arasında oluşan bildirim ve iletişim sırasında kişisel sağlık verisi mahremiyetinin önemi vurgulanmıştır. Kurumlar veya kişiler arasındaki bildirim süreçlerinin tıbbın temel ilkelerinden olan gizlilik prensibine uygun olması gerektiği ifade edilmiştir. İşveren ve yöneticilere İSG sistemi tarafından yapılacak tıbbi bildirimlerin detaylı ve spesifik olamaması gerektiği, genel hatlarla olması gerektiği anlatılmıştır. Örnek olarak “Bay ...’nin onun yükleme bölümünde ve ağır işlerde çalışmasına engel olan tıbbi bir durumu vardır. Ağır iş yapmayacağı ... gibi bölümlerde çalışması uygundur. Düzenli kontrollere gelmesi gerekmektedir.” şeklinde genel ifadeler içeren bildirimler verilmiştir. Ayrıca dokümanda gelişmekte olan ülkelerde geleneksel çalışma biçimlerinin ve ülkemizde de yaygın görülen çıraklık uygulamasının çocuk işçiliğine ve istismarına yol açabildiği belirtilmiştir.

Uluslararası literatürde politika, yönetim, ekonomi, sosyoloji, hukuk ve tıp konularının ağırlığı oluşturduğu, bazıları multidisipliner ve transdisipliner yaklaşımlı, çok yönlü ve kapsamlı yayınlar mevcuttur. Uluslararası yayınların analizlerinde global transformasyonun etkileri, gelişen teknoloji ve değişen üretim ilişkileri, iş gücünde demografik dönüşüm, enformal çalışma ve esnek istihdamın etkileri, mental hastalıklar ve stres temaları öne çıkmaktadır. Ekolojik kriz, göç ve mülteci istihdamı gibi güncel konular da dikkati çekmektedir.

Ülkemizde yayınlanmış olan az sayıda kapsamlı ve çok boyutlu dokümandan biri olan İş Sağlığı ve Güvenliği'nde (Bilir, 2016) özellikle çocuk işçiliği ayrıntılı olarak değerlendirilmiş, Türkiye'nin çocuk işçiliği açısından yüksek riskli bölgede olduğu vurgulanmıştır. Bu duruma öncelikli olarak sosyoekonomik koşulların neden olduğu değerlendirilmiştir. Türkiye'de 2012 yılında 6-17 yaş arasındaki 15 milyon çocuğun 893 bininin (%5,9) çalışma içerisinde olduğu bilgisi verilmiştir. En çok tarım ve sırasıyla sanayi ve hizmet işkollarında çalıştırıldıkları ifade edilmiştir. Ayrıca ayrıntılı bir İSG tarihi bölümü ile sanayileşme, göç, proleterleşme gibi araştırmamızda da ortaya çıkan temaların nedenleri ve tarihsel gelişimi de ortaya konulmuştur. Yine geleneksel çalışma kültürü ve örgütlenmeleri de gelişmekte olan ülkeler kapsamında hem küresel hem de ülkemiz bağlamında irdelenmiştir. Çalışanların eğitim ve sağlık düzeyinin, çalışma ve örgütlenme bilincinin düşük olduğu, sigortasız çalışma ve çocuk işçiliğinin yaygın olduğu, işletmeler arasında ağırlığı oluşturan KOBİ işverenlerinin mesleki ve İSG eğitiminin yetersiz olduğu, işletmelerin teknik ve altyapı yönünden geride olduğu, İSG açısından önlem ve denetimlerin yetersiz olduğu değerlendirmeleri yapılmıştır. İSG sisteminde sürveyans, kapasite, altyapı, mevzuat ve denetimde açıklar bulunduğu ifade edilmiştir. Önemli bir tespit olarak ülkemiz İSG literatürünün %90'nının gelişmiş ülke kaynaklı olduğu, gelişmiş ülkelerde çalışan sayısı başına yüz dolarlar seviyesinde olan İSG araştırma ve geliştirme harcamalarının ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde birkaç dolarlar düzeyinde olduğu ifade edilmiştir.

Ülkemizde yayınlanmış olan bir diğer kapsamlı ve çok yönlü doküman, özellikle transdisipliner yaklaşımı ile dikkati çeken Çalışma Yaşamında Sağlık Güvenlik (Fişek, 2014) olmuştur. Özellikle İSG'ne ontolojik, felsefik ve sosyolojik bakış ve transdisipliner yaklaşımla sentezleyici ve çözümleyici olmanın yanında, kavramlaştırmacı ve yapılandırmacı yönüyle de ufuk açıcı ve girişimci bir doküman olarak dikkati çekmektedir. Meslek hastalıklarının bilimsel, yasal, ekonomik ve politik boyutlarının yanında, yer yer kognitif, psikolojik ve sosyokültürel boyutları da ele alınmıştır. Yapılandırmacı ve kavramlaştırmacı yaklaşımıyla meslek hastalıkları "sosyal bir hastalık" olarak tanımlanmış ve ele alınmıştır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, uluslararası ve ulusal literatürde, işyerlerindeki kognitif ve psikolojik risk ve maruziyetler, çalışanların sağlık verilerinin saklanması ve paylaşılması konularının usul, esas ve ilkeleri ile meslek hastalığı tanısı alan çalışanların çok yönlü değerlendirilmesi ve rehabilitasyonu konularında bir kapsam açığı olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 8. Doküman Analizi Bulguları

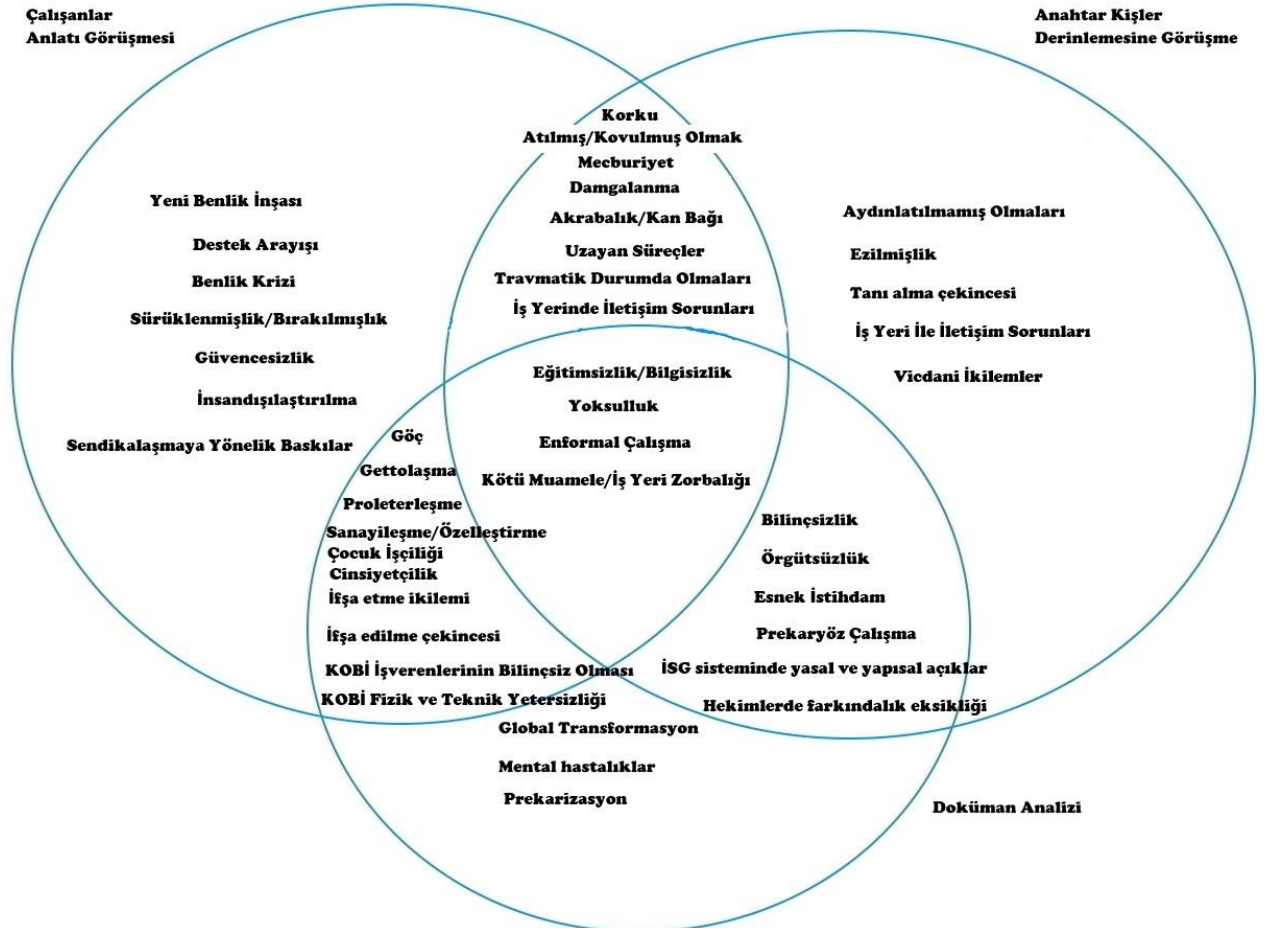
DÖKÜMAN ADI	İÇERİK-KAPSAM										TANITIM
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	
[D1] Occupational and Environmental Health, Barry S. Levy et al., 2011											Özellikle sivil toplum kuruluşları ve sendikaların irdelendiği bölümler dikkat çekici
[D2] SAFE WORK in the 21 ST CENTURY, James A. Merchant et al., 2000											Özellikle İSG eğitimi konusunda kapsamlı birkaç dokümandan biri
[D3] ABC of Occupational and Environmental Medicine, David Snashall et al., 2003											Mental hastalıklar ve İSG meslek etiği bölümleri dikkat çekici
[D4] Current Occupational and Environmental Medicine, Joseph LaDou et al., 2014											Sistematik yaklaşımıyla dikkati çeken kapsamlı bir doküman
[D5] The Textbook of Clinical Occupational and Environmental Medicine, Linda Rosenstock et al., 2005											Özellikle gelişmekte olan ülkelerin ve tarım işçilerinin irdelendiği bölümler ile dikkat çekici
[D6] Handbook of Occupational Safety and Health, Danuta Koradecka et al., 2010											Fizyolojik kapasite, iş ve çalışan fizyolojisi bölümleri dikkat çekici
[D7] Occupational Safety and Health Fundamental Principles and Philosophies, Charles D. Reese et al., 2017											İSG ile ilgili kavramsal ve felsefik yaklaşımı ve İSG yönetimi ile ilgili bölümleri dikkat çekici

Tablo 9. Devamı

[D8] Meslek Hastalıkları Rehberi, ÇŞGB, 2007												“Guidelines for Occupational Medical Examinations” adlı dökümanın giriş bölümü eklenerek yapılmış çevirisi
[D9] Meslek Hastalıkları ve İş ile İlgili Hastalıklar Tanı-tedavi Rehberi, ÇŞGB, 2015												Avrupa Birliği ve eski ÇŞGB’nin İSGİP projesi kapsamında hazırlamış olduğu döküman
[D10] İş Sağlığı ve Güvenliği, Nazmi Bilir, 2016												İSG alanında, çok boyutlu multidisipliner ve temel bir rehber
[D11] Çalışma Yaşamında Sağlık Güvenlik, A.Gürhan Fişek, 2014												Ülkemizde İSG alanında transdisipliner yaklaşımlı alanında tek kaynak

Renk kodlaması: **Yeşil:** Tema değerlendirilmiş **Kırmızı:** Tema değerlendirilmemiş

Şekil 8. Veri Kaynaklarından Elde Edilen Alt Kod ve Temaların Karşılaştırılması



5. TARTIŞMA

Bu bölümde, görüşmelerden elde edilen verinin, fenomenolojik yaklaşım ve tematik analizi ile değerlendirilmesiyle oluşan temalar ve temaları yapılandırırken dikkat çekmiş bazı alt kodlar, literatür ile karşılaştırılarak irdelenmiştir.

Göç nedenleri arasında işsizlik, yoksulluk, kuraklık çevre felaketleri, terör, insan hakları ihlalleri, toprak bölünmesi, kan davası, deprem, din veya etnik ayrımcılık, yabancı düşmanlığı, evlilik ve istihdam olanakları gibi birçok etkiden bahsedilmektedir(125). Katılımcıların bazı ifadelerinde de izlenen sosyal, kültürel, ekonomik ve çalışma alanlarına yansımaları dolayısıyla göç, çok boyutlu incelenmesi gereken bir olgudur.

Göçün, insan yaşamının pek çok boyutunda temelden sarsıcı, katastrofik (yıkıcı) etkileri vardır. Göç ile dil, din, gelenek, kültür gibi pek çok açıdan birbirinden farklı geçmişlere sahip bireyler aynı ortamda yaşamak zorunda kalmaktadır(126). Ülkemiz gibi kapitalist gelişim modeli ile kalkınan ülkelerde, özellikle 1980'lerde hız kazanan bir politika olarak uygulanan, hızlı ve geniş özelleştirmeler, tarıma olan desteğin azaltılması gibi politikalar ile yine temalarımızdan biri olan proleterleşme yani mülksüzleşme ve ücretli çalışan durumuna geçme ile kırsal alanlardan sanayi merkezlerine ve kentlerine devamlılığı sağlanan iç göç, kentsel mekanda ise gettolaşma ile derinleşen izolasyon, ayrımcılık, yoksulluk, sosyal adaletsizlik ve güvencesiz çalışma ile beraber yine bir başka tamamımız olan prekarizasyon ve prekaryöz çalışmaya yol açmaktadır. Bu olay örüntüsü ve fenomenler aynı modelle kalkınan güney ve doğu Asya ülkelerinde de benzer yansımalarıyla izlenmekte ve proleterleşme, gettolaşma ve iç göç ile ilgili literatürde bu ülkelerden yoğun olarak yayınlar paylaşılmaktadır(127). Prekaryöz yani kayıt dışı, güvencesiz, geçici süreli ve tehlike altında çalışmanın meslek hastalıklarının, buzdağının altında kalan önemli bir bölümünü oluşturduğu düşünülmektedir(128). Hatta ülkemizde, OECD ülkeleri içerisinde en yüksek düzeyde izlenen, sendikalaşmadaki düşüşün nedenleri arasında, sendikasılaştırmanın (yasal olmayan yöntemlerle sendikalaşmanın engellenmesi) yanında kayıt dışı istihdamın artışının da olduğu belirtilmektedir(129). Görüşmelerdeki ifade ve alt kodlarda rastlanılan, geniş ve korunmacı aile, akrabalık ilişkileri, hemşehricilik ve himayeciliğin bir çeşit alt kültür örgütlenmesine işaret ettiği düşünülmüştür. Literatürde gettolaşma (varoşlaşma, gecekondulaşma) olarak ifade edilen kavram sadece gecekondu, banliyö, varoş, kenar mahalle gibi değişik şekillerde ifade edilen fiziki alan ve mekanlarda değil , sosyokültürel ve ekonomik alanlarda da kendine yer açmak anlamına gelmektedir(130). Bu bağlamda katılımcıların ifadelerinde çalışma alanında da gettolaşmanın yansımaları izlenmektedir. Örneğin inşaat

işkolunda hemşehrilik ve madencilik işkolunda akrabalık ilişkilerinin yansımaları izlenmektedir. Prekarizasyon, yani kişinin prekaryöz çalışmaya sürüklenmesinin etkileri, özellikle dezavantajlı kadın ve çocuklar gibi gruplar üzerinde daha belirgin olarak görülmektedir. Görüşmelere de bir alt kod olarak yansıyan çocuk işçiliği ülkemizde son yıllarda artış göstermiştir. Bunda yoksulluk ve sosyal adaletsizlik başat etkenlerdir. Çocuk işçiliğinin en sık görüldüğü şekli tarım işçiliğidir. Yine bir nevi yoksul okulu olarak da bilinen, geleneksel ve kültürel yönü de olan çıraklık da, asgari ücretin ortalama üçte biri ile ücretlendirilen ucuz çocuk işçiliğinin yayılma nedenlerinden biri olarak son yıllarda hızla artmaktadır. Çocuk işçiliği özellikle genç yaşta, iş kazası geçirme veya meslek hastalığına yakalanma riskini de arttırmaktadır(128).

Toplumsal cinsiyet ve geleneksel cinsiyet rolleri, kadın katılımcı sayısındaki düşüklük nedeniyle alt kod olarak ön plana çıkmadıysa da mutlaka değerlendirilmesi gereken bir başka önemli konudur. Eve ekmek götüren erkek rolünün sarsılması veya kaybedilmesi, güvencesizlik ve gelecek kaygısı ile birleştğinde meslek hastalığı tanısı alan erkek çalışanlardaki değersizlik algısı ve özgüven kaybını arttırmaktadır(131). Görüşmelerde yine bulgulara paylaşılmış olan, bu yönde ifadeler izlenmektedir. Kadın çalışanlar gerek iş ararken ve işe girerken gerekse çalışırken ayrımcılık, cinsiyetçilik, zorbalık ve tacizle daha sık karşılaşmaktadır(132). Katılımcı kadın çalışanların ise iş yerinde karşılaştıkları cinsiyetçilik, ayrımcılık ve iş yeri zorbalığını yansıtan ifadeleri dikkati çekmiştir. Dünya genelinde halen, gelişmiş Avrupa ve İskandinavya ülkeleri dışında, kadın istihdamı, erkek istihdamının gerisindedir. Savaş ve soykırım nedeniyle erkek nüfusun azaldığı bazı Afrika ülkeleri (Kongo gibi) hariç tutulursa, gelişmekte olan ülkelerde, özellikle Ortadoğu, Afrika ve Asya ülkelerinde istihdamda cinsiyet açığı (gender gap) daha da derinleşmektedir. Ülkemiz cinsiyet açığı indeksi sıralamasında, dünyada 130. sıradadır(133). Bu da ülkemizdeki toplumsal cinsiyetin olgusunun, çalışma üzerinde bir başka yansıması olarak değerlendirilmiştir.

Görüşmelerde ortaya çıkan bir başka önemli tema da kötü muamele ve iş yeri zorbalığıdır (psikolojik taciz). Katılımcılar tanı öncesi dönemlerinde de, bazılarında tanı sonrası dönemde ileride değinilecek olan insandışılaştırılma aşamasına kadar taşınabilen, iş yerinde yaşadıkları veya şahit oldukları kötü muameleler ve iş yeri zorbalıklarını dile getirmişlerdir. İş yeri zorbalığı planlı, sistematik ve kişiyi sindirmeye yönelik psikolojik bir stratejidir. Bir veya daha fazla failin, ısrarlı ve sistematik olarak, pozisyonu veya karakteri nedeniyle, kendini savunmakta güçlük çeken, bir veya daha fazla kurbana, kendilerini değersiz hissettirme ve karşısındakini sindirme amacıyla, olumsuz ve negatif tutum ve davranışlarda bulunması olarak tanımlanmaktadır(134). Kötü muamele ise spontan ve tepkisel kötü davranış ve sözleri ifade etmektedir. İş yeri

zorbalığının sıklığına bakacak olursak, uluslararası literatürde özellikle 2000’li yıllardan itibaren bu konuda yayın sayısı artmakta ve araştırmacılar bu konuya ilgi göstermektedirler. Literatürde Avrupa Birliği ülkelerinde yaygınlık oranları %2 ile 15 arasında değişmektedir. Ancak bu sıklıklar, yöntem ve kavramsal çerçeveye göre oldukça değişkendir. Oranların çok daha yüksek olduğu bazı araştırmalar da vardır. Örneğin, bir çalışmada Avrupa Birliği ülkelerindeki işçilerin %81’inin işyerinde zorbalığa maruz kaldıkları bulunmuştur(134). En yüksek yaygınlık oranları ise hizmet, sağlık ve eğitim sektörlerinde gözlenmektedir. Genel olarak kadınların erkeklere oranla zorbalığa daha fazla maruz kaldığını gösteren birçok çalışma vardır. Ayrıca birçok araştırmada, iş yeri zorbalığının, tüm stres kaynaklarından daha yoğun ve yıkıcı bir etki yaptığına dair bulgular elde edilmiştir (135). Ülkemizdeki kaynaklar sınırlı olmakla beraber çalışmaların ve ilginin arttığı söylenmektedir. Bursa’da tekstil işçileriyle yaptıkları araştırma, katılımcıların %88’inin bu tür yıldırma ve yıpratma davranışlarına maruz kaldıklarını göstermiştir(136). Bu bulgular bile durumun yaygınlığının ne olabileceği konusunda fikir vermektedir. Görüşmelerden çıkarılan alt kodlarda doğrudan iş yeri zorbalığını (n:4, t:8) yansıtan desenler sayılmış olup, desen göstermeyenler kötü muamele olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle, katılımcı grubunda en az 4/12 (%33) oranında iş yeri zorbalığı ifadesi izlenmiştir, denilebilir.

İfşa etme süreci, yani çalışanın meslek hastalığı tanısı aldıktan sonra başlayan ve çalışanın bir süre yük gibi sakladığı bu durumu ifşa edene ve kendini açığa vurup, ifşa olana kadar geçen yıpratıcı bir süreçtir. Uluslararası literatürde bu konuda yayın sayısı oldukça azdır. Tanı koyma sürecini temalaştırırken kullandığımız, Charmaz temellendirilmiş teorisi bu alanda değerlidir. Bu teoriye göre kronik bir hastalığı veya engeli olanlar damgalayıcı ve önyargılarla dolu bir ortamda önceki benlik algı ve saygılarını yitirmeye başlamaktadır. Bu benlik krizi döneminde ayrıca zihin bedene karşı örtük bir hayal kırıklığı duymakta ve depresyon geliştirebilmektedir. Bu hassas ve travmatik dönemde eğer desteklenirler ise zamanla yeni sınırlarını ve kapasitelerini keşfedip deneyimleyerek ve yeni şartlarıyla uzlaşarak, yeni bir benlik algısı ve saygısına ulaşabilmektedirler(137). Yine Charmaz kronik hastalıkların ve engellilik hallerinin iş yerinde ifşa edilmesi ile ilgili de çalışmalarda bulunmuştur(138).

Ulusal literatürümüz ifşa süreci ile ilgili, çalışanın sağlık verisinin mahremiyetinin sağlanması gerektiğine yönelik bir kaç ifade ile sınırlıdır. Ancak bunun nasıl düzenleneceği konusunda mevzuat ve usul açığı mevcuttur. Eski ÇŞGB’nin hazırlamış olduğu Meslek hastalıkları Bildirim Rehberi’ne göre çalışanın tanı aldıktan sonra, kendi isteğiyle SGK’ya başvurması ile SGK süreci başlamakta ve SGK’nın sağlık kurulu raporu beklenilmektedir. SGK’nın sağlık kurulu SSGSSK’unda “ Kurum Sağlık Kurulu: Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının

sağlık kurullarınca düzenlenecek raporlardaki teşhis ve bu teşhise dayanak teşkil eden belgeleri incelemek suretiyle, çalışma gücü kaybı ve meslekte kazanma gücü kaybı oranlarını, erken yaşlanma halini, vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücü kaybını ve malûllük derecelerini belirlemeye yetkili hekimlerden ve/veya dış hekimlerinden oluşan kurullar” olarak tanımlanmıştır. Yani tanıyı onaylamak veya kesinleştirmek gayesiyle değil bu tanı neticesindeki malûliyet ve buna esas olan edimi tespit etmek üzere kurulmuşlardır. İSGK’na göre “Yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları ise meslek hastalığı tanısı koydukları vakaları en geç on gün içinde Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirir.” denilmektedir. İki mevzuat arasındaki bu uyum sorunu görüşmelere de yansıyan, zaten bu tanı nedeniyle travma yaşayan çalışanlardaki kaygıyı ve belirsizliği arttırmaktadır. Çalışanlar bu dönemde iş yerine de yansıyan usul karmaşası nedeniyle tıbbi ve yasal olarak usule uygun olarak meslek hastalığı tanısı aldığı halde iş yerlerinde tanılarını SGK’nın onaylaması gerektiği gibi bir algı oluşmakta, yetkisi olmayan 3. Kişilere de ifşa olabilmekte, iş yerinde önceden var olan ve dozu artan çatışmalarla, damgalanabilmekte ve hatta insandışılaştırılıp, işten çıkarılabilmektedir. Ayrıca SGK tarafından, tıbbi sır niteliğindeki, çalışanın sağlık bildirimlerinin, doğrudan iş verene yapılması da, tıp etiği ve çalışan haklarının ihlal edilebilmesi riskini doğurmaktadır. Doküman analizi bölümünde de değinildiği üzere, The Textbook of Clinical Occupational and Environmental Medicine (Rosenstock et al., 2005) rehberinde kurumlar veya kişiler arasındaki bildirim süreçlerinin, tıbbın temel ilkelerinden olan gizlilik prensibine uygun olması gerektiği bildirilmiştir. İşveren ve yöneticilere İSG sistemi tarafından yapılacak tıbbi bildirimlerin detaylı ve spesifik olmaması, işletmenin sağlık profesyoneline yapılması ve onun tarafından bilimsel ve etik süzgeçten geçirilerek sonucun uygun bir şekilde, işveren ve yöneticilere aktarılması gerekmektedir. Aksi durum süreçleri çalışan açısından daha da yıkıcı ve içinden çıkılmaz hale getirmektedir. Bulgular bölümünde de sunulan, görüşmelere katılan çalışanların bu süreçlerdeki ifadelerinde bu durumun yansımaları izlenmektedir.

Meslek hastalığı tanısı alan çalışanın, oldukça hassas ve desteklenmesi gereken sırrını ifşa etme sürecinde, yasal, usul ve etik karmaşalara bağlı olarak, iş yerinde mahremiyeti ihlal edilerek ifşa olmaları ile kötü muameleden, damgalanmaya, zorbalığa hatta insandışılaştırılmaya kadar uzanan tepkilere maruz bırakılabilmektedirler. Ulusal literatürde yapılmış bir çalışmada, meslek hastalığı tanısı alan çalışanlarda %92.3 oranında damgalanma görüldüğü bildirilmiştir(139).

İnsandışılaştırılma kavramı ilk oluşturulduğundan bu yana sürekli değişmekte ve geliştirilmektedir. İlk tanımlamalarından biri, şiddet ve zulmü mümkün kılan aşırı bir önyargıya hedef olma durumudur. Ancak artan araştırmalar ve kanıtlar ile aslında insandışılaştırılmanın çok

sıradan bir şekilde ve gündelik olarak bile görülebildiği belirtilmiştir. Bu kavramsal değişime göre insandışılaştırılmanın ilkel formları, meslek hastalıkları tarihi bölümünde de değinildiği üzere, antik ve arkaik çağlara kadar uzanan ve Hitler dönemiyle zirveye ulaşan, hedefe koyulan kişi veya grupların insani özelliklerinin reddedilmesi ve onların hayvanlarla özdeşleştirilmesidir. Günümüzde bu ilkel insandışılaştırılma halen kısıtlı alanlarda da olsa kendini gösterebilmektedir. İkinci form ise günümüzde görülen ve hedefe koyulan kişi veya grupların insani özelliklerinin reddedilmesi ve bu sefer onların makinelerle özdeşleştirilmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. İnsandışılaştırmanın ikinci formunda, artık ırk ve etnisite alanlarından, cinsiyet, meslek ve tıbbi tanı (örneğin mental hastalıklar) gibi sosyal ve medikal alanlara bir kayıştan bahsedilmektedir(140). Görüşmelerde, bulgular kısmında alıntılar da sunulan bazı çalışanların, yukarıda değindiğimiz tanı konulması ve ifşa süreçlerinde, bir travma ve benlik krizini yansıtmaları ve destek arayışında olmalarına rağmen bunun kabul görmemesi, reddedilmesi ve kötü muameleden işten çıkarılmaya kadar uzanabilen tepkiler görmeleri de bu insandışılaştırılma formu ve temasında değerlendirilmiştir. Görüşmelerde 12 katılımcıdan sadece bir tanesinin destek gördüğünü ve memnun olduğunu belirtmiş olması da bu sorunun boyutu konusunda düşündürücü olarak değerlendirilmiştir.

6. SONUÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği'nde meslek hastalığı tanısı almış 12 çalışan ve deneyimli akademisyen, uzman, uzmanlık öğrencisi ve personelden oluşan 5 profesyonelle, meslek hastalığı sürecine yönelik algı, deneyim, duygu ve düşünceleri üzerine görüşülmüş ve görüşmeler fenomenolojik yaklaşımla betimleyici ve yorumlayıcı olarak analiz edilmiştir. Ayrıca İSG ile ilgili rehber dokümanlar ve ülkemizdeki İSG programı genel çerçevesi de betimleyici ve yorumlayıcı olarak analiz edilmiş ve sonuç önerileri derlenmiştir.

Sonuçta çalışmanın odağında olan ve meslek hastalığı olarak algılananın, sadece tıbbi bir tablo veya tanı değil, dar bağlamda iş yerindeki, geniş bağlamda ise bu iş yerinin sadece küçük bir temsili olduğu uluslar ötesi alandaki çalışma hegemonisinin, yayılım gösterdiği ve kırılımlar yaptığı farklı ortamlardan biri olan çalışanın bedeninde kendisini açığa vuran (ifşa olan) bir fenomen olduğu ve böyle ele alınması gerektiği değerlendirilmiştir.

Meslek hastalığı olarak algılanan bu fenomenin, tanı öncesinde de sosyokültürel ve ekonomik ortamlarda yayılarak proleterleşme, göç, gettolaşma, prekarizasyon, kötü muamele ve iş yeri zorbalığı gibi farklı kırılımlara uğrayarak, meslek hastalığı olarak çalışanın bedeninde ifşa olmasından ve tanı almasından sonraki süreç ve ortamlarda da, damgalanma ve insandışılaştırılma kırılımları ile yayılımına devam ettiği izlenmiştir.

6.1. Araştırmanın Güçlü Yanları

- 1) Anlatı görüşmesi ve derinlemesine görüşmeler ile kişilerin gözlem ve deneyimlerinin değerlendirilmesi
- 2) Birden fazla veri toplama yönteminin kullanılması (anlatı görüşmesi, derinlemesine görüşme ve doküman analizi) ile farklı bakış açılarının (triangülasyon) değerlendirilmesi
- 3) Alanında ilk ve önemli bir merkez olan Dokuz Eylül Üniversitesi İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği'nde yapılmış olması

6.2. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- 1) Kadın katılımcı sayısının, başvuru sayısındaki azlık nedeniyle düşük kalması
- 2) Araştırmanın yapıldığı klinikte yapılması planlanan doğrudan gözlemin gerçekleştirilememesi
- 3) Görüşmelerin transkripsiyon metinlerinin görüşülen kişilere tekrar okutulup “katılımcı teyidi” alınamaması
- 4) Analizlerin (okuma ve kodlama) tek kişi tarafından yapılmış olmasının subjektif değerlendirmelere yol açmış olabilmesi

7. ÖNERİLER

Öneriler kısmında öncelikle araştırma gruplarından ve dokümanlarından derlenen İSG sistemini iyileştirme önerileri ve sonrasında araştırmacının araştırma sonuçlarına göre sunduğu önerileri sunulmuştur.

7.1. Çalışanların İSG'nin geliştirilmesine yönelik önerileri:

- 1) Denetimler habersiz ve sık olarak yapılmalı
- 2) KOBİ'lerin ve taşeronların İSG hizmetleri birleştirilmeli ve kamu kaynakları ile desteklenmeli
- 3) İşveren ve işçi arasındaki sosyal diyalog ve iletişimin iyileştirilmesi için iş yeri dışında, doğrudan bir üst mekanizma kurulmalı (kamusal bir açık kapı politikası)
- 4) Özellikle KOBİ işverenlerinin de kapsamlı ve nitelikli bir İSG eğitimi almasının sağlanması

7.2. Anahtar kişilerin İSG'nin geliştirilmesine yönelik önerileri:

- 1) Birçok kurumun yetki ve sorumluluk alanına giren İSG sisteminde, eşgüdüm ve işbirliğini sağlayacak ve denetleyecek, buna yetkili ve özerk bir üst düzey yürütme mekanizmasının kurulmalı
- 2) İSG sisteminin paydaşı olan kurumların kapasitesi ve niteliği iyileştirilmeli
- 3) Yasal süreçler ve bilimsel süreçlerin birbirine karışmasının veya etkilemesinin önüne geçilmeli
- 4) SSGSSK (2006), İSGK'ya (2012) göre güncellenmeli
- 5) OSGB'lerin ve İSG hizmet sunum modelinin günümüzde evrildiği pasif ve edilgen işleyiş irdelenmeli, gerekli müdahalelerde bulunulmalı ve İSG hizmet sunumu aktif ve etkin hale getirilerek, koruyucu ve önleyici program ve uygulamalar önceliklendirilmeli
- 6) KOBİ'ler ve taşeronlar istihdam büyüklükleri nedeniyle önceliklendirilerek ve özel şartları gözetilerek, yapılacak destekleyici düzenlemelerle İSG sistemine entegre edilmeli
- 7) ILO'nun ve uluslararası mevzuatın temel ilkelerinden olan ve İSG sisteminde de çalışan açısından önemli bir destek unsuru olan sendikaların ve sendikalaşma hakkının desteklenmesi ve önündeki engellerin tespit edilip, gerekli girişimlerin yapılmalı
- 8) İşyeri hekimlerinin profesyonel özerklik etik ilkesine uygun olarak çalışabilmeleri önündeki engellerin tespit edilip kaldırılmalı

7.3. Doküman analizi sonuç önerileri:

- 1) İşyerlerindeki kognitif ve psikolojik risk ve maruziyetlerin tanımlanması ve değerlendirilmesine yönelik programlar başlatılmalı
- 2) Çalışanların sağlık verilerinin saklanması ve paylaşılması hususlarında mevzuat, usul, esas ve ilkeleri ile bütüncül ve kapsamlı olarak düzenlemeler yapılmalı
- 3) Meslek hastalığı tanısı alan çalışanların, kognitif ve psikolojik açıdan da çok yönlü değerlendirilmeli, rehabilitasyon ve desteklenmelerine yönelik programlar geliştirilmeli
- 4) Hekimlerin İSG sistemi ve meslek hastalıkları ile ilgili bilgi ve farkındalığı gerek hizmet içi eğitim gerek performans vb. teşvik edici uygulamalarla arttırılmalı

7.4. Araştırmanın sonuç önerileri:

Bu çalışmadan elde edilen temalar ve değerlendirmeler, kalitatif araştırmaların bağlamına da uygun olarak, hipotez üretme ve sınanmasına yönelik kalitatif/kantitatif/karma araştırmalarda bir kaynak kullanılabilir. Örneğin:

- 1) Esnek istihdam modelinin işveren ve iş denetleyicilerinin üzerinde olumsuz bir etkisi insandışılaştırma olgusunu ortaya çıkarması olabilir. İş yerlerinde bu konuda bir kalitatif çalışma yapılabilir.
- 2) Özellikle göç ve gettolaşma çalışanların iş seçimini ve iş bilinçlerini etkiliyor ve sınırlandırıyor olabilir. Buna yönelik bir karma araştırma planlanabilir.
- 3) İfşa etme sürecinde çalışmamızda ortaya çıkabileceği ifade edilen ihlallere yönelik bir durum saptama araştırması yapılabilir. Bu konuda farkındalığın arttırılması oldukça önemli olarak değerlendirilmiştir.
- 4) Çalışanların, meslek hastalıklarının diğer boyutlarına da yönelik olarak, Charmaz teorisine göre daha meslek hastalıkları özelinde geliştirilmiş bir temellendirilmiş kuram araştırması yapılabilir.
- 5) Meslek hastalığı tanısı alan çalışanlarda psikolojik destek ve rehabilitasyona yönelik girişimsel bir araştırmada kullanılabilir.

Son olarak, bir asır önce evrensel bir sosyal adalet ve sosyal barış hayaliyle, ILO'nun kuruluşunda büyük uğraş vermiş olan Albert Thomas'ın, giriş bölümünde de alıntılanan şu sözünde ifade olduğu gibi:

“Modern toplumun vicdanı meslek hastalıklarının belli bir grup insan için olağan olmaması gerektiğini ve ortadan kaldırılmaları gerektiğini artık anlıyor. Bu hastalıkların kökeni ve nedenleri artık bilinir olmuştur ve bundan sonra tek gereken irade ve organizasyondur. Ölümlülerin maruz kaldığı birçok ıstırap ve birçok hastalık var. Puccinotti'nin dediği gibi: “Çalışma için yaşam korunmalı ve çalışma yaşama zararsız hale getirilmelidir.”(72).

Çalışma ve yaşam dengesinin gözetilmesi ve irade ve organizasyon gerekliliği, halen bütün diğer verilebilecek önerilerin en başında geleni gibi görünmektedir.



8. KAYNAKLAR

1. Diseases WEC on I and C of W-R, Organization WH. Identification and control of work-related diseases : report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 28 November to 2 December 1983] [Internet]. World Health Organization; 1985 [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40176>
2. WHO | Occupational and work-related diseases [Internet]. WHO. World Health Organization; [a.yer 21 Ağustos 2020]. Erişim adresi: https://www.who.int/occupational_health/activities/occupational_work_diseases/en/
3. Rantanen J, Lehtinen S, Valenti A, Iavicoli S. Occupational health services for all. :96.
4. OHCHR | International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [Internet]. [a.yer 27 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
5. THE 17 GOALS | Department of Economic and Social Affairs [Internet]. [a.yer 27 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://sdgs.un.org/goals>
6. Poplašen D, Brumen V. Occupational diseases - A silent epidemic of our times. Sigurnost. 01 Temmuz 2014;56:123-8.
7. Report Global Estimates of Occupational Accidents and Work-related Illnesses 2017 rev1.pdf [Internet]. [a.yer 31 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <http://www.icohweb.org/site/images/news/pdf/Report%20Global%20Estimates%20of%20Occupational%20Accidents%20and%20Work-related%20Illnesses%202017%20rev1.pdf>
8. Takala J, Hämmäläinen P, Saarela KL, Yun LY, Manickam K, Jin TW, vd. Global Estimates of the Burden of Injury and Illness at Work in 2012. J Occup Environ Hyg [Internet]. Mayıs 2014 [a.yer 31 Ağustos 2020];11(5):326-37. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4003859/>
9. Rantanen J, Lehtinen S, Valenti A, Iavicoli S. A global survey on occupational health services in selected international commission on occupational health (ICOH) member countries. BMC Public Health. 05 2017;17(1):787.
10. Milde JJ, Berk M., editörler. Meslek Hastalıkları Rehberi. Ankara-ÇSGB: Gentner; 2007. 604 s.
11. israporu2018.pdf [Internet]. [a.yer 21 Ağustos 2020]. Erişim adresi: https://www.mmo.org.tr/sites/default/files/gonderi_dosya_ekleri/israporu2018.pdf
12. Ilıman EZ. TÜRKİYE’DE MESLEK HASTALIKLARI. :16.
13. wcms_498818.pdf [Internet]. [a.yer 21 Ağustos 2020]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-ankara/documents/publication/wcms_498818.pdf
14. Çalışma Yaşamında Sağlık Güvenlik – Sosyal Politika | Fişek Enstitüsü [Internet]. [a.yer 08 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://sosyalpolitika.fisek.org.tr/calisma-yasaminda-saglik-guvenlik/>
15. oguz karadeniz.pdf [Internet]. [a.yer 02 Eylül 2020]. Erişim adresi: <https://calismatoplum.org/sayi34/oguz%20karadeniz.pdf>
16. “Türkiye ölümlü iş kazalarında Avrupa birincisi” [Internet]. dokuz8HABER. 2019 [a.yer 20 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://dokuz8haber.net/emekdunyasi/turkiye-olumlu-is-kazalarinda-avrupa-birincisi/>
17. Tang XZ, Zeng Q, Liu DS. [A cost-benefit analysis of occupational disease reporting in China]. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 20 Mart 2017;35(3):226-9.
18. Hughes JPW, Baron R, Buckland DH, Cooke MA, Craig JD, Duffield DP, vd. Phosphorus Necrosis of the Jaw: A Present-day Study. Br J Ind Med [Internet]. Nisan 1962 [a.yer 04 Kasım 2020];19(2):83-99. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1038164/>
19. ISBN - History of the International Labour Organisation [Internet]. [a.yer 04 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://isbnsearch.org/isbn/9781349011384>
20. Recommendation R003 - Anthrax Prevention Recommendation, 1919 (No. 3) [Internet]. [a.yer 04 Kasım 2020]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312341
21. Conventions and protocols [Internet]. [a.yer 04 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12000:0::NO::>

22. Manager IC. Work-related Diseases and Occupational Diseases: The ILO International List [Internet]. [a.yer 21 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://www.iloencyclopaedia.org/part-iii-48230/topics-in-workers-compensation-systems/item/355-work-related-diseases-and-occupational-diseases-the-ilo-international-list>
23. Health JIC on O, Organization WH, Organization IL. Epidemiology of work-related diseases and accidents : tenth report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health [meeting held in Geneva from 1 to 7 September 1987] [Internet]. World Health Organization; 1989 [a.yer 01 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39402>
24. Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health - Report [Internet]. 2003 Ara [a.yer 01 Kasım 2020]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_110478/lang--en/index.htm
25. Occupational and work-related diseases [Internet]. [a.yer 24 Eylül 2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/activities/occupational-and-work--related-diseases>
26. Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü [Internet]. [a.yer 08 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://teftis.saglik.gov.tr/TR,7859/sosyal-sigorta-saglik-islemleri-tuzugu.html>
27. Sigerist HE. The Wesley M. Carpenter Lecture. :13.
28. Olorgesailie. İçinde: Wikipedia [Internet]. 2020 [a.yer 03 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Olorgesailie&oldid=984073759>
29. Tools May Have Been First Money | Live Science [Internet]. [a.yer 03 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.livescience.com/18751-hand-axe-tools-money.html>
30. M. A. A, B. Ed. ISU, Twitter T. Should archaeologists ditch the Mousterian category of stone tools? [Internet]. ThoughtCo. [a.yer 03 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.thoughtco.com/mousterian-definition-167233>
31. Uses of Flint | Tools, weapons, fire starters, gemstones [Internet]. [a.yer 03 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://geology.com/rocks/flint.shtml>
32. Stone Age. İçinde: Wikipedia [Internet]. 2020 [a.yer 03 Kasım 2020]. Erişim adresi: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Stone_Age&oldid=984522998
33. Fokkens H. Bracers or Bracelets? About the Functionality and Meaning of Bell Beaker Wrist-guards. [a.yer 04 Kasım 2020]; Erişim adresi: https://www.academia.edu/219182/Bracers_or_Bracelets_About_the_Functionality_and_Meaning_of_Bell_Beaker_Wrist_guards
34. Bronze Age. İçinde: Wikipedia [Internet]. 2020 [a.yer 04 Kasım 2020]. Erişim adresi: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Bronze_Age&oldid=984744731
35. ISBN - A History of Mass Communication: Six Information Revolutions [Internet]. [a.yer 06 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://isbnsearch.org/isbn/0240802543>
36. ISBN - Ancient Society (Classics of Anthropology) [Internet]. [a.yer 04 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://isbnsearch.org/isbn/0816509247>
37. Feldman RP, Goodrich JT. The Edwin Smith Surgical Papyrus. Childs Nerv Syst. Temmuz 1999;15(6-7):281-4.
38. The Satire of the Trades [Internet]. Ancient History Encyclopedia. [a.yer 04 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.ancient.eu/article/1074/the-satire-of-the-trades/>
39. Editors H com. Code of Hammurabi [Internet]. HISTORY. [a.yer 05 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.history.com/topics/ancient-history/hammurabi>
40. Economopoulos JN. Mining Activities in Ancient Greece from the 7th to the 1st .Centuries BC. 1996;6.
41. Marti-ibazen felix. Henry E. Sigerist On The History Of Medicine [Internet]. 1960 [a.yer 04 Kasım 2020]. Erişim adresi: <http://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.143686>
42. The Economist, by Xenophon [Internet]. [a.yer 04 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.gutenberg.org/files/1173/1173-h/1173-h.htm>
43. The Abolition of Work [Internet]. The Anarchist Library. [a.yer 08 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://theanarchistlibrary.org/library/bob-black-the-abolition-of-work>
44. ISBN - The Ragged Trousered Philanthropists (Oxford World's Classics) [Internet]. [a.yer 04 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://isbnsearch.org/isbn/0192804537>
45. Modanlou H. A tribute to Zakariya Razi (865- 925 AD), an Iranian pioneer scholar. Archives of Iranian medicine. 01 Aralık 2008;11:673-7.

46. Hall BS. Science and Technology in Medieval Society. Pamela O. Long. Isis [İnternet]. 01 Mart 1987 [a.yer 05 Kasım 2020];78(1):122-4. Erişim adresi: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/354369>
47. Teleky L. History of Factory and Mine Hygiene. Am J Public Health [İnternet]. Haziran 2012 [a.yer 05 Kasım 2020];102(6):1104-6. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3483966/>
48. Hafter DM. Artisans, Drudges, and the Problem of Gender in Pre-Industrial France. Annals of the New York Academy of Sciences [İnternet]. [a.yer 05 Kasım 2020];441(1 Science and T):71-88. Erişim adresi: https://www.academia.edu/6506508/Artisans_Drudges_and_the_Problem_of_Gender_in_PreIndustrial_France
49. Carter T. British occupational hygiene practice 1720-1920. Ann Occup Hyg. Haziran 2004;48(4):299-307.
50. Eisinger J. Lead and wine. Eberhard Gockel and the colica Pictonum. Med Hist [İnternet]. Temmuz 1982 [a.yer 05 Kasım 2020];26(3):279-302. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1139187/>
51. Franco G. A tribute to Bernardino Ramazzini (1633–1714) on the tercentenary of his death. Occup Med (Lond) [İnternet]. 01 Ocak 2014 [a.yer 08 Kasım 2020];64(1):2-4. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/occmed/article/64/1/2/1413211>
52. 260.pdf [İnternet]. [a.yer 08 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/dergi/index.php/msg/article/viewFile/280/260>
53. Cicek O, Oçal M. Dünyada ve Türkiye’de İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi. HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi. 31 Ocak 2016;5:106-29.
54. Ramazzini B. De Morbis Artificum Diatriba [Diseases of Workers]. Am J Public Health [İnternet]. Eylül 2001 [a.yer 08 Kasım 2020];91(9):1380-2. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446785/>
55. Occupational Health Practice [İnternet]. Elsevier; 1989 [a.yer 05 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/C20130040078>
56. Felton JS. 200 years of occupational medicine in the U.S. J Occup Med. Aralık 1976;18(12):809-17.
57. Berman DM. Why Work Kills a Brief History of Occupational Safety and Health in the United States: International Journal of Health Services [İnternet]. 01 Ocak 1995 [a.yer 05 Kasım 2020]; Erişim adresi: https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/8M31-316B-GUEJ-FRCW?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
58. Hall AB, Huff C, Kuriwaki S. Wealth, Slaveownership, and Fighting for the Confederacy: An Empirical Study of the American Civil War. American Political Science Review [İnternet]. Ağustos 2019 [a.yer 06 Kasım 2020];113(3):658-73. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/american-political-science-review/article/wealth-slaveownership-and-fighting-for-the-confederacy-an-empirical-study-of-the-american-civil-war/5197A38881BAE7EB2F1C39D43DF3AC7E>
59. Abraham Lincoln Quotes About Labor and Work [İnternet]. [a.yer 20 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://rogerjnorton.com/Lincoln97.html>
60. Realism | Article about realism by The Free Dictionary [İnternet]. [a.yer 06 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://encyclopedia2.thefreedictionary.com/Realism>
61. Children and chimneys [İnternet]. [a.yer 08 Kasım 2020]. Erişim adresi: https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/19thcentury/overview/childrenchimneys/boys_in_flues_diagram.pdf
62. boys_in_flues_diagram.pdf [İnternet]. [a.yer 08 Kasım 2020]. Erişim adresi: http://emoglen.law.columbia.edu/twiki/pub/EngLegalHist/ArmorieDelamirie/boys_in_flues_diagram.pdf
63. Mrs Warren’s Profession, by George Bernard Shaw [İnternet]. [a.yer 06 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.gutenberg.org/files/1097/1097-h/1097-h.htm>
64. Watkins MW. The Decline of Laissez-Faire 1897-1917 (Book). American Economic Review [İnternet]. Eylül 1952 [a.yer 06 Kasım 2020];42(4):620. Erişim adresi: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bsu&AN=8720734&lang=tr&site=eds-live&scope=site&authtype=ip,uid>
65. Historical Society Of Southern California [İnternet]. 2012 [a.yer 06 Kasım 2020]. Erişim adresi:

- https://web.archive.org/web/20120527075221/http://www.socalhistory.org/bios/upton_sinclair.html
66. Kantor AF. Upton Sinclair and the Pure Food and Drugs Act of 1906. "I aimed at the public's heart and by accident I hit it in the stomach". Am J Public Health [Internet]. Aralık 1976 [a.yer 06 Kasım 2020];66(12):1202-5. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1653522/>
67. These photos of young miners helped curb child labor in the U.S. [Internet]. [a.yer 11 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://mashable.com/2015/10/05/child-miners/>
68. Boyd L Carol. The life of American workers in 1915 : Monthly Labor Review: U.S. Bureau of Labor Statistics [Internet]. [a.yer 08 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.bls.gov/opub/mlr/2016/article/the-life-of-american-workers-in-1915.htm>
69. (PDF) Global estimate of fatal occupational accidents [Internet]. [a.yer 07 Kasım 2020]. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/12832461_Global_estimate_of_fatal_occupational_accidents
70. Labor 1875-1925 [Internet]. [a.yer 06 Kasım 2020]. Erişim adresi: <http://claver.gprep.org/sjochs/labor.htm>
71. Danver SL. Revolts, protests, demonstrations, and rebellions in American history : an encyclopedia [Internet]. Santa Barbara, Calif. : ABC-CLIO; 2011 [a.yer 06 Kasım 2020]. 1274 s. Erişim adresi: <http://archive.org/details/revoltsprotestsd00danv>
72. Manager IC. Excerpts from the Preface to the First Edition (1930) [Internet]. [a.yer 24 Eylül 2020]. Erişim adresi: <https://www.iloencyclopaedia.org/preface-71465/item/1018-excerpts-from-the-preface-to-the-first-edition-1930>
73. Report Global Estimates of Occupational Accidents and Work-related Illnesses 2017 rev1.pdf [Internet]. [a.yer 06 Kasım 2020]. Erişim adresi: <http://www.icohweb.org/site/images/news/pdf/Report%20Global%20Estimates%20of%20Occupational%20Accidents%20and%20Work-related%20Illnesses%202017%20rev1.pdf>
74. Global deaths: This is how COVID-19 compares to other diseases [Internet]. World Economic Forum. [a.yer 18 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.weforum.org/agenda/2020/05/how-many-people-die-each-day-covid-19-coronavirus/>
75. Hämäläinen P, Takala J, Kiat TB. Global Estimates of Occupational Accidents and Work-related Illnesses 2017. :1.
76. Ho T, Cusack RP, Chaudhary N, Satia I, Kurmi OP. Under- and over-diagnosis of COPD: a global perspective. Breathe (Sheff) [Internet]. Mart 2019 [a.yer 08 Kasım 2020];15(1):24-35. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6395975/>
77. T.C.Resmî Gazete [Internet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616.htm>
78. Aw T-C, Gardiner K, Harrington JM. Occupational Health: Pocket Consultant. John Wiley & Sons; 2013. 428 s.
79. Müdürlüğü TCA Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı | Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, İnternet Hizmetleri Şubesi, Başkanlığı BİD. İSGGM İşbirliği Protokolleri [Internet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi: <http://www.ailevecalisma.gov.tr/isggm/protokoller/isbirligi-protokolleri/>
80. Kim E-A, Kang S-K. Historical review of the List of Occupational Diseases recommended by the International Labour organization (ILO). Annals of occupational and environmental medicine. 05 Ağustos 2013;25:14.
81. Convention C018 - Workmen's Compensation (Occupational Diseases) Convention, 1925 (No. 18) [Internet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312163:NO
82. Book: Spores, Plagues and History: The Story of Anthrax [Internet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC516166/>
83. Convention C042 - Workmen's Compensation (Occupational Diseases) Convention (Revised), 1934 (No. 42) [Internet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312187:NO
84. [PDF] Developing a List of Compensable Occupational Diseases: Principles and Issues | Semantic Scholar [Internet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.semanticscholar.org/paper/Developing-a-List-of-Compensable-Occupational-and-Driscoll->

Wagstaffe/18b00dca198e058d0161734eeda6987dfeeac17d?p2df

85. Recommendation R194 - List of Occupational Diseases Recommendation, 2002 (No. 194)

[İnternet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi:

https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312532:NO

86. ILO List of Occupational Diseases (revised 2010) [İnternet]. 2010 [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim

adres: https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_125137/lang--en/index.htm

87. ILO List of Occupational Diseases (revised 2010) [İnternet]. 2010 [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim

adres: https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_125137/lang--en/index.htm

88. Mission and impact of the ILO [İnternet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi:

<https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/lang--en/index.htm>

89. How the ILO works [İnternet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi:

<https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/how-the-ilo-works/lang--en/index.htm>

90. Programmes and projects [İnternet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi:

<https://www.ilo.org/global/programmes-and-projects/lang--en/index.htm>

91. Türkiye'nin Onayladığı ILO Sözleşmeleri (ILO-Ankara) [İnternet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim

adres: <https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/lang--tr/index.htm>

92. History [İnternet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/about/who-we-are/history>

93. Turkey [İnternet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi:

<https://www.euro.who.int/en/countries/turkey>

94. Who we are [İnternet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/about/who-we-are>

95. What we do [İnternet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/about/what-we-do>

96. WHO | Workers' health: global plan of action [İnternet]. WHO. World Health Organization;

[a.yer 01 Kasım 2020]. Erişim adresi:

https://www.who.int/occupational_health/publications/global_plan/en/

97. Safety and health at work - EU-OSHA [İnternet]. [a.yer 10 Kasım 2020]. Erişim adresi:

<https://osha.europa.eu/tr>

98. About the International commition of Occupational Health - ICOH [İnternet]. icohweb.org. [a.yer

10 Kasım 2020]. Erişim adresi: <http://www.icohweb.org/site/about-icoh.asp?>

99. Şen M, Dursun S, Murat G. Türkiye'de İş Kazaları: Avrupa Birliği Ülkeleri Bağlamında Bir Değerlendirme. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi [İnternet]. 25 Aralık 2018 [a.yer 10

Kasım 2020]; Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.26466/opus.463211>

100. IsSagligiGuvenligiCalismaGrubuRaporu.pdf [İnternet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim adresi:

<https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/IsSagligiGuvenligiCalismaGrubuRaporu.pdf>

101. Müdürlüğü TCA Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı | Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, İnternet Hizmetleri Şubesi, Başkanlığı BİD. İSGGM Politika ve Strateji [İnternet]. [a.yer 09 Kasım 2020]. Erişim

adres: <http://www.ailevecalisma.gov.tr/isggm/hizmetlerimiz/politika-ve-strateji/>

102. 28721.pdf [İnternet]. [a.yer 17 Kasım 2020]. Erişim adresi:

<https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/28721>

103. Müdürlüğü TCA Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı | Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, İnternet

Hizmetleri Şubesi, Başkanlığı BİD. İSGGM Kuruluş ve Görevlerimiz [İnternet]. [a.yer 10 Kasım 2020].

Erişim adresi: <http://www.ailevecalisma.gov.tr/isggm/genel-mudurluk/kurulus-ve-gorevlerimiz/>

104. Müdürlüğü TCA Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı | Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, İnternet Hizmetleri Şubesi, Başkanlığı BİD. isgum [İnternet]. [a.yer 10 Kasım 2020]. Erişim adresi:

<http://www.ailevecalisma.gov.tr/isgum/>

105. Müdürlüğü TCA Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı | Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, İnternet Hizmetleri Şubesi, Başkanlığı BİD. rtb [İnternet]. [a.yer 10 Kasım 2020]. Erişim adresi:

<http://www.ailevecalisma.gov.tr/rtb>

106. ÇASGEM - Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi [İnternet]. [a.yer 10 Kasım 2020]. Erişim adresi: <http://www.casgem.gov.tr/tr>

107. İŞKUR [İnternet]. [a.yer 10 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.iskur.gov.tr/kurumsal-bilgi/tarihce/>
108. Teşkilat Şeması [İnternet]. [a.yer 10 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kurumsal/organizasyon-yapisi.html>
109. Görev Tanımı [İnternet]. [a.yer 10 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/calisansagligi-baskanligimiz/g%C3%B6rev-tan%C4%B1m%C4%B1.html>
110. Bakanlık TCS. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Yayınlanmıştır. [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı. [a.yer 10 Kasım 2020]. Erişim adresi: [/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html](https://tr.62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html)
111. 37382.pdf [İnternet]. [a.yer 10 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/37382.pdf>
112. Occupational Health Indicators - Council of State and Territorial Epidemiologists [İnternet]. [a.yer 10 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.cste.org/page/OHIndicators>
113. İş sağlığı ve güvenliği hizmeti alan iş yeri sayısı 7 yılda 9 kat arttı [İnternet]. [a.yer 10 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/politika/is-sagligi-ve-guvenligi-hizmeti-alan-is-yeri-sayisi-7-yilda-9-kat-artti/1821960>
114. Small Matters: Global evidence on the contribution to employment by the self-employed, micro-enterprises and SMEs [İnternet]. 2019 Eki [a.yer 06 Kasım 2020]. Erişim adresi: http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_723282/lang--en/index.htm
115. İş güvenliği yasası resmi olarak ertelendi... [İnternet]. Medyabar. [a.yer 10 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://medyabar.com/makale/5064999/samet-caglayan/is-guvenligi-yasasi-resmi-olarak-ertelendi>
116. IsSagligiGuvenligiCalismaGrubuRaporu.pdf [İnternet]. [a.yer 21 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/IsSagligiGuvenligiCalismaGrubuRaporu.pdf>
117. Hancock B, Ockleford E, Windridge K. An Introduction to Qualitative Research. Qualitative Research. 2009;39.
118. Definition of EXPERIENCE [İnternet]. [a.yer 11 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/experience>
119. Rethinking Experience: What Do We Mean by This Word “Experience”? - Karen Fox, 2008 [İnternet]. [a.yer 11 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/105382590803100105?journalCode=jeea>
120. Elliott R, Timulak L. Descriptive and interpretive approaches to qualitative research [İnternet]. C. 1. Oxford University Press; 2015 [a.yer 11 Kasım 2020]. Erişim adresi: <http://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780198527565.001.0001/med-9780198527565-chapter-11>
121. But Is It Phenomenology? - Max van Manen, 2017 [İnternet]. [a.yer 11 Kasım 2020]. Erişim adresi: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732317699570?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
122. Szczepanik R, Siebert S. The Triple Bind of Narration: Fritz Schütze’s Biographical Interview in Prison Research and Beyond: Sociology [İnternet]. 26 Şubat 2015 [a.yer 13 Kasım 2020]; Erişim adresi: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0038038515570145>
123. Manfrini G, Heidemann I, Costa M, Becker R, Boehs A. Fritz Schütze’s autobiographical narrative analysis applied to nursing research. Texto & Contexto - Enfermagem. 01 Ocak 2017;26.
124. wcms_177384.pdf [İnternet]. [a.yer 16 Kasım 2020]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_177384.pdf
125. Taşdelen Baş M, Molu B, Tuna I, Baş I. Göç Eden Ailelerin Sosyo-Kültürel ve Ekonomik Değişiminin Kadın Ve Çocuk Yaşamına Etkisi- The Effects of The Socio-Cultural and Economic Change of Emigrant Families on The Lives of Women and Children. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 15 Ağustos 2017;2017:1680-93.
126. Günay E, Atılğan D, Serin E. DÜNYA’DA ve TÜRKİYE’DE GÖÇ YÖNETİMİ. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi [İnternet]. 30 Aralık 2017 [a.yer 17 Kasım 2020];7(2):37-60. Erişim adresi: <http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/tr/pub/ksuiibf/372918>
127. Primo Matias G, Rodrigues da Silva GR, Emanuel Farago F. Precarization of Work and Migration: A Review of the International Literature. Internext: Revista Eletrônica de Negócios Internacionais da ESPM [İnternet]. Ocak 2020 [a.yer 17 Kasım 2020];15(1):19-36. Erişim adresi: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bsu&AN=141022445&lang=tr&site=eds->

live&scope=site&authtype=ip,uid

128. HİSAM İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları Uygulama ve Araştırma Merkezi [İnternet]. [a.yer 17 Kasım 2020]. Erişim adresi: <http://www.hisam.hacettepe.edu.tr/kitap.html>

129. 9292.pdf [İnternet]. [a.yer 17 Kasım 2020]. Erişim adresi:

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/9292>

130. Marmasan D. BİR MEKÂNSAL AYRIŞMA MODELİ OLARAK MODERN GETTOLAŞMA: TELEVİZYON REKLAMLARI ÜZERİNE BİR İNCELEME. 2014;24.

131. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortes I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH [İnternet]. 2004;101 [a.yer 17 Kasım 2020];94(1):82-8. Erişim adresi:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsyss&AN=000187952700027&lang=tr&site=eds-live&scope=site&authtype=ip,uid>

132. GENDERED INEQUALITIES IN THE WORKPLACE REVISITED: MASCULINIST DOMINANCE, INSTITUTIONALIZED SEXISM, AND ASSAULTIVE BEHAVIOR IN THE #METOO ERA. Contemp Read Law Soc Justice [İnternet]. 2018 [a.yer 17 Kasım 2020];10(2):43. Erişim adresi: <https://addletonacademicpublishers.com/contents-crlsj/1411-volume-10-2-2018/3421-gendered-inequalities-in-the-workplace-revisited-masculinist-ominance-institutionalized-sexism-and-assaultive-behavior-in-the-metoo-era>

133. Schwab K, Crotti R, Geiger T, Ratcheva V, World Economic Forum. Global gender gap report 2020 insight report. Geneva: World Economic Forum; 2019.

134. Branch S, Ramsay S, Barker M. Workplace Bullying, Mobbing and General Harassment: A Review. International Journal of Management Reviews [İnternet]. Temmuz 2013 [a.yer 17 Kasım 2020];15(3):280-99. Erişim adresi:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bsu&AN=88799906&lang=tr&site=eds-live&scope=site&authtype=ip,uid>

135. Bulut S. Mobbing: İşyerinde Psikolojik Taciz. abant [İnternet]. 01 Ocak 2012 [a.yer 17 Kasım 2020];24(24):53-53. Erişim adresi: <http://www.sbedergi.ibu.edu.tr/DergiTamDetay.aspx?ID=285>

136. Unal A, Karaahmet E. MOBBING AMONG EMPLOYEES IN BURSA, TURKEY: A CROSS-SECTIONAL SURVEY STUDY. 2008;17.

137. Charmaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. Sociol Health Illn. Temmuz 1983;5(2):168-95.

138. Charmaz K. Disclosing illness and disability in the workplace. Journal of International Education in Business. 10 Aralık 2010;3:6-19.

139. Beyan A, Demiral Y, Erdal S. Stigma toward Worker with Occupational Diseases: A Qualitative Study. The anatolian journal of family medicine (Online) [İnternet]. 2020 [a.yer 17 Kasım 2020];3(1):31-9. Erişim adresi: <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TXpVMk1qZ3lNZz09/stigma-toward-worker-with-occupational-diseases-a-qualitative-study>

140. Haslam N, Loughnan S, Reynolds C, Wilson S. Dehumanization: A New Perspective. Social and Personality Psychology Compass [İnternet]. 2007 [a.yer 18 Kasım 2020];1(1):409-22. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1751-9004.2007.00030.x>

9. EKLER

EK 9.1. Anlatı görüşmelerinde kullanılan taslak metin ve kategori listesi

Anlatı Görüşmesi Formu - 1

Tanışma ve anlatı konusunun tanımlanması

A : Merhaba öncelikle araştırmaya katılımınız için tekrar teşekkür ederim. Size kendimi anlatayım.
ARAŞTIRMACININ ÖZNEL VE ÖZGÜN ANLATISI

.....
Lütfen bana kendinizi anlatırmısınız ?

K :

A : Teşekkür ederim. Meslek hastalığı ile ilgili bildiklerinizi anlatırmısınız-

K :

A : Teşekkür ederim. (Katılımcının tanımına da atıf yaparak ...) Meslek hastalığı işinizi yaparken karşılaştığınız, tozdu dumanıdır gürültüdür ağır yüküdür hastalık yapıcı şeylere bağlı zaman geçtikçe oluşan sokaktaki insanda görülmesi pek beklenmeyen, hastalık olarak tanımlanıyor.

A : Bunları ne zaman/nasıl öğrenmiştiniz ?

K :

A: Ben de meslek hastalığını sizden dinlemek ve anlamak için bir araştırma yapıyorum. Araştırma sizin sevk ve tanı alma sırasında yaşadıklarının yanında hem tanı öncesinde hem de tanı aldıktan sonra yaşadıklarınız, duygu ve düşüncelerinizi serbestçe anlatmanız ve burda sadece bir araştırmacı-doktor olarak değil bir insan olarak bulunan benim can kulağıyla dinleyip, anlamam ve diğer insanlara anlatmamdır özetle. Şimdiye kadar konuştuklarımızın üzerine sormak istediğiniz bir şey var mı?

K :

(Soru cevaplanır ve sorunun arkasındaki anlamlara yönelik bir yaklaşımla olası diğer soru ve sorunsallara karşılıklı değinilir) Teşekkür ederim. İzninizle devam ediyorum o zaman ...

Anlatı havasına sokma (olayı hatırlatma)

A : Görüşmemizde anlatı çalışması denilen bir yöntem uygulayacağız. Bu yöntemde meslek hastalığıyla kesişen yolda, sizden karşılaştıklarınızı yaşadıklarınızı can kulağıyla dinleyecek bir arkadaşına dosta hayat hikayesi anlatır gibi rahat ve olabildiğine anlatmanızı rica ediyorum. Anlatınıza müdahale edip bölmeyeceğim. Sadece size hikayenizi anlatmadan önce hafızanızı toparlayabilmeniz ve olabildiğine rahat ve akıcı olabilmeniz için hikayenizin ana hatlarını yine sizin tercihinizle belirleyeceğiz. Şimdiye kadar konuştuklarımızın üzerine sormak istediğiniz bir şey var mı?

K :

(Soru cevaplanır ve sorunun arkasındaki anlamlara yönelik bir yaklaşımla olası diğer soru ve sorunsallara karşılıklı değinilir)

Anlatı yapısı ile ana hatların ele alınması ve işlenmesi

A : Siz nerden başlamak istersiniz ?

Tanı öncesi : Serbest anlatım

Sevk-Tanı konma : Serbest anlatım

Tanı sonrası : Serbest anlatım

Form – 2 Kategoriler ve ana hatlar (Araştırmacının zihinsel hatırlatma ve kontrol listesi)

Tanı öncesi süreç

- ☐ Cinsiyet
- ☐ Ailevi durumu
- ☐ Kültürel ve sosyoekonomik durumu
- ☐ İş kolu-Meslek
- ☐ İstihdam tipi ve türü (kamu/özel-kadro/geçici)
- ☐ Deneyim (çalıştığı iş yerleri-işe başlama şekli ve ayrıldıysa nedenleri)
- ☐ Çalıştığı bölge/bölgeler
- ☐ Hukuksal-sosyal korunma-örgütlenme durumu (sendika,oda,dernek,birlik vb.)
- ☐ Hukuksal-sosyal korunma-örgütlenmeye bakışı (üyeliği varsa- nasıl üye oldunuz-üyeliğin size ne gibi faydaları olduğunu düşünüyorsunuz? Üyeliği yoksa-sendikaları işçiye sağladıkları destek ve işleyişleri açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?)
- ☐ Meslek seçim öyküsü-(Çalışmak sizin için ne ifade diyor?Çalışmaya nasıl başladınız-işinizi nasıl seçtiniz? Seçtiğiniz işin ilerde hayatınıza olası nasıl (sağlık, ekonomik sosyal-ailevi) etkileri olacağını düşündünüz? Deneyimli veya uzman birileri veya kurumlar tarafından değerlendirilip-yönlendirildinizmi?)
- ☐ Mesleki eğitim almış olma durumu
- ☐ İş doyumu(Çalışma-sosyal hayat dengesi,kariyer,terfi ve gelişim olanakları, itibar ve nüfuz,iş güvencesi,iş yükü-iş kontrolü dengesi ve stress)
- ☐ Meslek hastalığı kavramı-ilk karşılaşma-bilgilenme-duygulanım

Meslek hastalığı nedir-tanımlarmısınız? Meslek hastalığını ilk defa nasıl duydunuz-nasıl bilgi sahibi oldunuz? Hasta olmadan çalıştığınız meslekte karşılaşabileceğiniz sağlık sorunları-hastalıklar hakkında bilginiz var mıydı?-Bu bilgilenme Ne zaman-nasıl oldu?İlerde böyle bir hastalığa yakalanma olasılığı size ne düşündürdü-nasıl hissettirdi?

☐ Çalıştığı iş yer/lerinde maruz kaldığı riske yönelik iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları konusundaki gözlem, deneyim ve düşünceleri

(Çalıştığınız iş yerlerinde hastalığınızla ilişkili ve diğer olası risklere yönelik koruma-önleme çalışmaları- eğitimleri konusunda eksiklik veya zorluklar oldu mu? Nasıl? Gözlem ve deneyimlerinizi paylaşmısınız /Sizce eksik olan, zorluk yaşadığınız konular nelerdir-nasıl giderilebilir? Düşüncelerinizi paylaşmısınız)

☐ Çalıştığı iş yer/lerindeki maruz kaldığı riske yönelik işveren, iş denetleyicileri ve iş sağlığı ve güvenliği çalışanları ile iletişimi

(Çalıştığınız iş yerlerinde hastalığınızla ilişkili riske yönelik iş veren ve iş denetleyicilerinin tutumu ve davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz? Eksiklik veya zorluk hissettiğiniz durumlarda nasıl bir iletişim (güven-saygı-otorite-baskı-belirsizlik-şeffaflık vb.) kuruluyordu? Gözlem ve deneyimlerinizi paylaşmısınız / Sizce eksik olan, zorluk yaşadığınız konular nelerdir-nasıl giderilebilir? Düşüncelerinizi paylaşmısınız)

(Çalıştığınız iş yerlerinde hastalığınızla ilişkili riske yönelik iş yeri hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarının tutumu ve davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz? Eksiklik veya zorluk hissettiğiniz durumlarda nasıl bir iletişim (güven-saygı-otorite-baskı-belirsizlik-şeffaflık vb.) kuruluyordu? Gözlem ve deneyimlerinizi paylaşmısınız? / Sizce eksik olan, zorluk yaşadığınız konular nelerdir-nasıl giderilebilir? Düşüncelerinizi paylaşmısınız)

Tanı süreci

☐ Hastalık belirtileri

Hastalığınız ile ilgili olabilecek herhangi bir belirti, his, duygu farkettilinizmi? Fark ettiyseniz bunu paylaştınız mı? Önce kimlerle (aile, dost-arkadaş, çalışma arkadaşı, iş yeri hekimi, işveren, iş denetleyici vb.) ve nasıl paylaştınız- anlatırmısınız.

☐ Hastalığın etkileri

Hasta olabileceğinizi öğrendiğiniz andan itibaren duygu ve düşüncelerinizde nasıl değişimler oldu? Nasıl karşıladınız-başa çıktınız? Geçmişe veya geleceğe yönelik yeni düşünceler-duygular oluştu mu? En çok hangi düşünce-duygu hakimdi? Bu duygu ve düşüncelerin aile-sosyal-çalışma hayatınıza etkileri oldumu? Tutum ve davranışlarınızda değişim hissettiliniz mi? Neler?

☐ Sağlık profesyoneli ile iletişim süreci

☐ Sevk süreci

☐ Tanı süreci

Tanı süreci nasıl başladı? Nasıl bir yol izlediniz? Neden? Tanı sürecinde izlediğiniz yolda nasıl-neler hissettiliniz? İşveren/iş yeri hekimi/sendika/devlet/hastane beklentileriniz neydi-beklentileriniz nasıl cevap buldu, bu süreçteki deneyiminiz nasıl oldu? Nasıl zorluklar yaşadınız ? Bu süreçte yardım-destek gördünüz mü? Kimden-nasıl?

- ☐ Tanının bildirimi
- ☐ Kişinin tanı-tedavi-esenlendirilmeye yönelik bilgilendirilmesi

Tanı sonrası

- ☐ Tedavi-rehabilitasyon
- ☐ Sosyal-hukuksal koruma-destek
- ☐ Tanı sonrası işyerindeki çalışma durumu
- ☐ Tanı sonrası ailevi ve sosyal durumu

Tanı sonrasındaki süreçte sizce - değişimler yaşıyor musunuz?)Nasıl? Geçmişe dönük değerlendirdiğinizde değiştirmiş olmayı istediğiniz tutum-davranış-tercih varmı? (ah keşkelerin yapsaydım veya yapmasaydım dediğiniz varmı) Neler ve nasıl? Tanı sonrasında ailenizden (kimlerle paylaştı, neden) sosyal çevrenizde nasıl karşılandı-sizde nasıl hisler oluşturdular? Tanı sonrası işyerinde kimden nasıl tepki aldınız-nasıl karşılandı-sizde nasıl hisler oluşturdular? Çalışma durumunuz nasıl değişti-şekillendi? Tanı sonrası yaşadığınız bu süreçte hastalığınız ile ilgili geleceğe dönük planlarınız neler? Şu an kimden-kişi-kurum-nasıl destek görüyorsunuz? Hangi maddi-manevi sosyal yardım-desteklerden yararlanıyorsunuz? Nasıl değerlendiriyorsunuz? Neler yapılabilir ?

Hastalığınız aileniz ve - işyerinden veya dışından- sosyal çevrenizde nasıl karşılandı-sizde nasıl hisler oluşturdular? Bu konuda neler beklediniz? Beklentileriniz nasıl karşılık buldu?

Bugüne kadarki deneyim ve gözlemlerinize dayanarak birkaç cümleyle, ülkemizde çalışanın sağlık ve güvenliğine yönelik eksiklikler ve bunlara bağlı yaşadığı zorlukların neden veya nedenleri nelerdir-nasıl değerlendiriyorsunuz-sizce ne yapılmalıdır ? Sizce meslek hastalıkları önlenebilir midir? Nasıl?

EK 9.2. Derinlemesine Görüşme Formu (Anahtar kişiler için)

1) Kliniğinizde meslek hastalığı tanı alan çalışanların tanı almadan önceki süreçte koruma-önleme programlarına uyum ve deneyimledikleri durumlar ile ilgili size ne gibi bildirimlerde bulunuyorlar? Gözlem ve deneyimlerinizi paylaşmısınız?

2) Kliniğinizde meslek hastalığı tanı alan çalışanların sevk sürecinde deneyimledikleri durumlar ile ilgili size ne gibi bildirimlerde bulunuyorlar? Gözlem ve deneyimlerinizi paylaşmısınız?

3) Kliniğinizde meslek hastalığı tanı alan çalışanların tanı sürecinde deneyimledikleri durumlar ile ilgili size ne gibi bildirimlerde bulunuyorlar? Gözlem ve deneyimlerinizi paylaşmısınız?

4) Kliniğinizde meslek hastalığı tanı alan çalışanların tanının bildirimi sürecinde deneyimledikleri durumlar ile ilgili size ne gibi bildirimlerde bulunuyorlar? Gözlem ve deneyimlerinizi paylaşmısınız?

5) Kliniğinizde meslek hastalığı tanı alan çalışanların işe dönüş ve rehabilitasyon sürecinde deneyimledikleri durumlar ile ilgili size ne gibi bildirimlerde bulunuyorlar? Gözlem ve deneyimlerinizi paylaşmısınız?

6) Bugüne kadarki deneyim ve gözlemlerinize dayanarak çalışanlar meslek hastalığı sürecinde en sık hangi sorunlarla karşılaşmaktadırlar? Bu sorunlar sizce nasıl ortaya çıkmaktadır

EK 9.3. Doküman analizi formu

MESLEK HASTALIĞI SÜRECİNİN KALİTATİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Doküman Analizi Formu

Dokümanın Adı:

Dokümanın Özelliği (kitap, rapor, araştırma, makale, derleme vb):

Yazarları:

Yayınlandığı Tarih:

Varsa Yayınlayan Kurum:

Varsa Basıldığı Yer

Özelliği (ulusal/uluslararası)

Varsa İnternette Ulaşılma Tarihi ve internet adresi

Yayının Tam Künyesi:

Değerlendiren Kişi:

Değerlendirme Tarihi:

1) Dokümanda genel olarak meslek hastalığına yaklaşım hangi bağlamlarda ele alınmış?

2) Meslek hastalığına yol açan nedenlere değinilmiş ve bu nedenlere yönelik çözüm önerileri getirilmiş mi? Neler, nasıl?

3) Koruma ve önleme programları ele alınmış mı? Alındıysa nelere değinilmiş? Nasıl?

4) Meslek hastalığı sevk-tanı programları ele alınmış mı? Alındıysa nelere değinilmiş? Nasıl?

5) Meslek hastalığı bildirim-sürveyans programları ele alınmış mı? Alındıysa nelere değinilmiş? Nasıl?

6) Meslek hastalığı tedavisi sırasında ortaya çıkabilecek olası sorunlar ele alınmış mı? Alındıysa nelere değinilmiş? Nasıl?

7) Meslek hastalığı tanısı sonrasında işe dönüş ve rehabilitasyon programları ele alınmış mı? Alındıysa nelere değinilmiş? Nasıl?

8) Meslek hastalığı tanı öncesi, tanı konması ve tanı sonrasında karşılaşılan eksiklik veya sorunlar ele alınmış mı? Neler, Nasıl? Bu

sorun veya eksiklikler için çözüm önerileri getirilmiş mi? Neler, nasıl?

9) Sonuç: Yorumunuz nedir?

(Dokümanın yeterlilik düzeyi, sizin genel yorumunuz nedir?)

Lütfen incelediğiniz dokümanı aşağıdaki kriterler açısından 1-5 arasında bir puan vererek değerlendiriniz

(1:Çok az yeterli; 5:Çok yeterli)

Değerlendirme Konusu	Puan
Genel olarak meslek hastalığı sürecine bütüncül ve kapsamlı yaklaşım	
Koruma ve önleme programlarının ele alınışı	
Sevk-Tanı programlarının ele alınışı	
Bildirim-sürveyans programlarının ele alınışı	
İşe dönüş ve rehabilitasyon programlarının ele alınışı	
Genel olarak karşılaşılan sorunların tanımlanması ve çözümlenmesi	
Genel Değerlendirme	

EK 9.4. İş ve Meslek Hastalıkları kliniği izin yazısı



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı



Sayı : 69653215-10.99 - 37
Konu : Dr. Ali Erkin Kahraman'ın
uzmanlık tezi için izin isteği

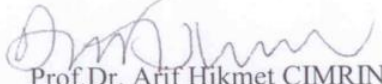
16/01/2019

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 16.01.2019 tarih ve 11945668-00.99-4660 sayılı yazınız.

Sorumlu araştırmacılığını Prof.Dr. Bülent KILIÇ ve Prof.Dr. Arif Hikmet ÇİMRİN'in yaptığı, Dr.Ali Erkin KAHRAMAN'ın yürüttüğü "Meslek Hastalığı Sürecinin Kalitatif Değerlendirmesi" başlıklı araştırma için istenilen hususlarda bilgilerin kullanılması Bilim Dalımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.


Prof.Dr. Arif Hikmet ÇİMRİN
İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı
Başkanı

EK 9.5. Etik Kurul İzin Belgesi

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/04-32	Tarih:20.02.2019
	Prof.Dr.Bülent Kılıç'ın sorumlusu olduğu "Meslek Hastalığı Sürecinin Kalitatif Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Can SEVİNÇ (Başkan)	Göğüs Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan Yardımcısı)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

EK 9.6. Katılımcılar için Aydınlatılmış Onam Formu

Tarih:

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu formun amacı katılmanız rica edilen araştırma ile ilgili olarak sizi bilgilendirmek ve katılmanız ile ilgili izin almaktır.

Bu kapsamda “Meslek hastalığı sürecinin kalitatif değerlendirilmesi” başlıklı araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi’nde görevli Dr. Ali Erkin Kahraman tarafından **gönüllü katılımcılarla** yürütülmektedir. Araştırma sırasında yapılacak görüşmeler ve ses kayıtları **gizli tutulacak** ve sadece araştırma amaçlı kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz **hiçbir surette** kullanılmayacak ve paylaşılmayacaktır. Araştırma sürecinde konu ile ilgili her türlü soru ve görüşleriniz için aşağıda iletişim bilgisi bulunan araştırmacıyla görüşebilirsiniz. Aynı zamanda çalışmaya katıldıktan sonra herhangi bir neden göstermeksizin dilediğiniz zaman çalışmadan **ayrılabilirsiniz**. Bu formu onaylamanız, **araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** anlamına gelecektir.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı:

Meslek hastalığı tanısı alan kişilerin tanı öncesi, tanı konma ve sonrasındaki duygu ve düşüncelerinin saptanması ve değerlendirilmesidir..

Araştırmanın Nedeni:

İş sağlığı ve güvenliği koruma ve önleme programlarının eksikliklerinin giderilmesi ve tedavi ve rehabilitasyon programlarının oluşturulmasında ihtiyaç duyulacak bilgiyi ve farkındalığı arttırmaktır.

Süresi:

2018-2020 yılları arasında yürütülecektir. Görüşmeler ortalama 1 saat sürecek olup, gereğinde tamamlayıcı ek görüşmeler yapılacaktır.

Araştırmanın Yürütüleceği Yer:

Araştırmacı ve katılımcının beraber belirleyeceği, mahremiyetin sağlanacağı bir ortamda görüşmeler yapılacaktır.

Katılmam beklenen çalışmanın amacını, nedenini, katılmam gereken süreyi ve yeri ile ilgili bilgileri okudum ve gönüllü olarak çalışma süresince üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma ile ilgili ayrıntılı açıklamalar sözlü olarak araştırmacı tarafından yapıldı. Bu çalışma ile ilgili faydalar ve riskler ile ilgili bilgilendirildim.

Bu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Islak

imzası ile) Adı-Soyadı:
İmzası:

Araştırmacı

nın Adı-
Soyadı:
İmzası

:

Çalışmaya Katılım Onayı

