

# Çalışma Yaşamıyla İlgili



## Özel Konular-2

Editör

Doç. Dr. Metin PIÇAKÇIEFE

2018



Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

# Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular-2

**Editör**

**Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE**



**Halk Sağlığı Uzmanları Derneği**

**2018**

---

**Sahibi:**

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)

Web :http://hasuder.org

Eposta :yayinmuduruhasuder@gmail.com

**HASUDER Yayın No:** 2018-1

**Yasal Uyarı:** Bu kitabın tüm yasal hakları Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'ne ait olup, kurumun izni olmaksızın depolanamaz, kopyalanamaz ve çoğaltılamaz. Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz. Kitapta yer alan yazılardaki görüşlerden ilgili yazar/yazarlar sorumludur, HASUDER sorumluluk kabul etmez.

**ISBN** :978-605-66954-2-1

**Editör**

Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE

**Yazarlar** (Unvan ve soyadına göre)

Prof.Dr. Nazmi BİLİR

Prof.Dr. Zeynep Aytül ÇAKMAK

Prof.Dr. Meral SAYGUN

Prof.Dr. Dr. Anna ALLEN

Doç.Dr. Mine Esin OCAKTAN

Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE

Uzm.Dr. Mehmet Erdem ALAGÜNEY

Uzm.Dr. Serol DEVECİ

Arş.Gör.Dr. Volkan AKKAYA

Arş.Gör.Dr. Enes ÇAKMAKKAYA

Arş.Gör.Dr. Erkan ERBAŞ

**Kapak Tasarım**

Özden IŞIKTAŞ

## Sunuş

Değerli Okuyucular,

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) olarak hem hekimliğin toplum yararına geliştirilmesi hem de Halk Sağlığı Uzmanlarının mesleki gelişimleri için çalışıyoruz. Bu konuda alanımızla ilgili konularda, üyelerimizin yaptığı çalışmaları kamuoyu, sağlık yöneticileri ve meslektaşlarımızla paylaşarak; halk sağlığı alanında kaynak oluşturmayı amaçlıyoruz.

HASUDER İş Sağlığı Çalışma Grubundan üyelerimizin katkıları ile İş Sağlığı ve Güvenliği alanına Halk Sağlığı bakışını içeren ***Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular*** başlıklı kitap 2016 yılında dernek yayınlarımız içinde yayımlanmıştı. Bu kitabın devamı niteliğinde olan ve yine Editörlüğünü Doç. Dr. Metin Pıçakçefe'nin yaptığı ***Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular-2*** başlıklı kitabı yayımlamanın kıvancı içindeyiz.

***Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular-1 ve 2*** başlıklı kitapların HASUDER Yayınları içinde yer almasından dolayı mutluyuz. Kitabın hazırlanmasında ve yayımlanmasında emeği geçen herkese teşekkür ediyoruz.

HASUDER Yönetim Kurulu

## Sunuş

Bu kitap 2016 yılında ilk olarak hazırladığımız “Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular-1” başlıklı kitabımızın devamı niteliğindedir. “Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular-2” başlıklı kitabımız ise, ilk kitabımıza göre farklı konu başlıklarını içermektedir ve farklı yazarlar tarafından yazılmıştır.

Kitabın hazırlanmasında toplam onbir yazar katkı sağlamıştır ve kitapta çalışma yaşamını çok yakından ilgilendiren onbir önemli başlık bulunmaktadır.

İlk konu başlığımızı değerli hocam, Prof.Dr. Nazmi Bilir hazırladı. Konu başlığımız ise “Sağlık Okur-Yazarlığı ve İşyerinde Sağlığın Geliştirilmesi” dir. Yazıda; sağlık okur-yazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi kavramı, sağlığı geliştirme olanakları, konuları ve yararlarından bahsediliyor.

Çalışma yaşamının çok önemli bir sorununu, risk gruplarını; Prof.Dr. Meral Saygun hocam bu kitapta, çalışma yaşamında “Kadın ve Çocuk Çalışanlar” ve “Göçmenler ve Eski Hükümlüler” olarak iki farklı konu başlığı altında ele aldı. Diğer risk grupları olan “Yaşlı Çalışanlar” ben ve Dr.Volkan Akkaya tarafından, “Engelli Çalışanlar” ise ben ve Dr.Erkan Erbaş tarafından irdelenmiştir.

Altıncı konu başlığını “Meslek Hastalıklarına Yönelik Bildirim Sistemlerinde ABD Örneği” olarak belirledik. Uzm.Dr. Mehmet Erdem Alagüney ve Prof.Dr. Anna Allen hocalarımız bu konuyu; Amerika Birleşik Devletleri'nde meslek hastalıklarının kaydedilmesi

ve bildirilmesi ile ilgili yaklaşımlar, meslek hastalıkları ve iş kazası sörveyansı, erişkin kan kurşun epidemiyolojisi ve sörveyansı, işçi tazminatı verileri, ulusal tarım işçileri araştırması, ulusal sağlık güvenliği ağı ve ulusal mesleki solunum mortalite sistemi alt başlıklarında derlediler.

Bir diğer konu başlığı "Meslek Hastalıkları Bildirim Sistemi Önündeki Engeller ve Türkiye için Sistem Önerisi" dir. Bu yazı Uzm.Dr. Mehmet Erdem Alagüney ve Prof.Dr. Anna Allen ve benim tarafımdan hazırlandı. Yazının içeriğinde; kayıt ve bildirim sistemlerinin önündeki genel ve Ülkemize özgü engellerden bahsetmekte ve yeni sistem önerisinde bulunmaktadır.

Sekizinci konu başlığımızı ise "Biyosidal Ürünlerde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları" olarak belirledik. Prof.Dr. Zeynep Aytül Çakmak hocamız bu konuyu; biyosidal ürün nedir, mevzuat, kullanım alanları, türleri, sağlık etkileri ve korunma genel bilgiler, sağlığa zararları ve korunma alt başlıklarında değerlendirmiştir.

"Afet ve Acil Durum Müdahale Çalışmalarında İş Sağlığı ve Güvenliği" başlığı ise Dr. Enes Çakmakkaya ve Doç.Dr. M.Esin Ocaktan tarafından hazırlandı. Yazıda afet ve acil durum müdahale çalışanlarının sağlık ve güvenliği ayrıntılı olarak literatür ışığında incelenmiştir.

Türkiye'de pestisit kullanımı, tarım makineleri ile çalışmada önemli güvenlik kuralları gibi konu alt başlıkları kitabımızın son konularıdır. Güncel olan bu konuları Uzm.Dr. Serol Deveci "Tarım ve İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri " başlığı altında yazdı.

Konu başlıkları ve içerikleri ile ilgili görüşler tamamen yazarlara aittir.

Değerli katkılarından dolayı yazıları hazırlayan tüm hocalarıma, kitabın ortaya çıkmasına sağladıkları destek ve verdikleri fırsat için HASUDER Yönetim Kurulunun değerli üyelerine teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE

# İÇİNDEKİLER

1. **Sunuş** 3-6
2. **Sağlık okur-yazarlığı ve işyerinde sağlığın geliştirilmesi:** 8  
Prof.Dr. Nazmi BİLİR
3. **Çalışma yaşamında kadın ve çocuk çalışanlar:** 18  
Prof.Dr. Meral SAYGUN
4. **Çalışma yaşamında yaşlı çalışanlar:** 27  
Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE  
Arş.Gör.Dr. Volkan AKKAYA
5. **Çalışma yaşamında göçmenler ve eski hükümlüler:** 38  
Prof.Dr. Meral SAYGUN
6. **Çalışma yaşamında engelli çalışanlar:** 45  
Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE  
Arş.Gör. Dr. Erkan ERBAŞ
7. **Meslek hastalıklarına yönelik bildirim sistemlerinde ABD örneği:** 72  
Uzm.Dr. Mehmet Erdem ALAGÜNEY  
Prof.Dr. Anna ALLEN
8. **Meslek hastalıkları bildirim sisteminde engeller ve Türkiye için sistem önerisi:** 81  
Uzm.Dr. Mehmet Erdem ALAGÜNEY  
Prof.Dr. Anna ALLEN  
Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE
9. **Biyosidal ürünlerde iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları:** 95  
Prof.Dr. Zeynep A.ÇAKMAK
10. **Afet ve acil durum müdahale çalışmalarında iş sağlığı ve güvenliği:** 106  
Arş.Gör.Dr. Enes ÇAKMAKKAYA  
Doç.Dr. M.Esin OCAKTAN
11. **Tarım ve iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri:** 115  
Uzm.Dr. Serol DEVECİ



## **SAĞLIK OKUR-YAZARLIĞI ve İŞYERİNDE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ**

**Prof.Dr. Nazmi BİLİR**

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (Emekli)*

### **1.Sağlık okur-yazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi kavramı**

Eski çağlarda hastalıklardan korunma kavramı yoktur. O dönemlerde hastalıkların ve afetlerin doğa üstü güçler tarafından meydana getirildiği inancı ile, bu doğa üstü güçlere adaklar sunulması veya tütsü, dans gibi uygulamalar yapılması hastalıklardan korunma yöntemi olarak kabul edilemez. Hastalıklardan korunma kavramı hastalıkların oluşundaki çevresel faktörlerin tanımlanması, özellikle de mikrobu bulunmasından sonraki dönemlerde gündeme gelmiştir. Eski yıllarda yapılan bazı hijyen uygulamaları ve karantina, koruyucu uygulamaların ilk örnekleri olarak kabul edilebilir. Sonraki dönemlerde mikroplara karşı ilaç ve aşılardan geliştirilmesi ile gerçek anlamdaki koruyucu uygulamalar başlamıştır. Bu şekilde sağlığı koruyucu uygulamaların öncelikle bulaşıcı hastalıklar alanında başlamış olduğu ifade edilebilir.

Bir yandan antibiyotikler ve aşılardan etkisi, diğer taraftan genel olarak toplumun refah düzeyinin yükselmesi ve hijyen koşullarının olumlu hale gelmesi sonucunda bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve bu hastalıkların kontrolü alanında önemli başarı sağlanmıştır. Bu gelişmeler sonucunda bebeklik ve erken çocukluk dönemlerindeki ölümler azalmış, insanların ömrü uzamış, uzayan yaşam süresi ile birlikte bu defa da yetişkin ve yaşlı grubun sağlık sorunları gündeme gelmeye başlamıştır. Geçtiğimiz 50-60 yıllık sürede ortalama yaşam süresi 20 yıl uzamış, bunun sonucu olarak da yaşlı nüfus artmış, toplumlarda başlıca ölüm nedenleri olarak kalp-damar hastalıkları, kanser, kronik solunum yolları hastalıkları, diyabet gibi yetişkin ve yaşlı grubun sağlık sorunları dikkat çekmeye başlamıştır. Böylelikle önceleri bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için çaba gösterilirken, günümüzde kronik ve dejeneratif hastalıkların (bulaşıcı olmayan hastalıklar) kontrolü konusu önem kazanmıştır.

Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye göre daha zordur. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede (aşı, sağlıklı su ve gıda, genel temizlik ve hijyen uygulamaları, zamanında ve uygun tedavi vb.) kamusal uygulamalarla önemli

sonuçlar alınabilirken bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde bireysel çabalar ve davranış değişikliği konuları öne çıkmaktadır. Bu şekilde bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi konusunda bireysel katılım önem kazanmakta, bireylerin beslenme, egzersiz, sigara kullanımı gibi sağlıkla ilgili davranışlarında olumlu yönde değişiklik yapmaları gerekmektedir. Bu konuda bireylerin sağlık algılarının ve sağlığın korunması konularındaki bilgilerinin geliştirilmesi önemlidir.

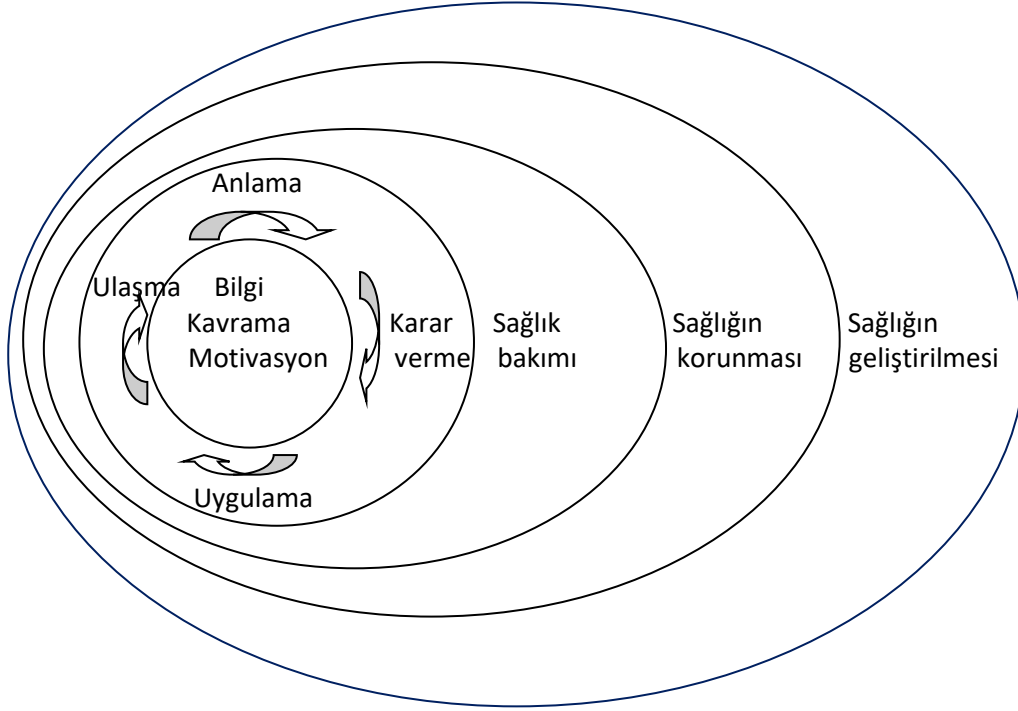
Sağlığın korunması konusunda asıl korunma yaklaşımı olan birincil düzey korunma, hastalıkların meydana gelmesinin önlenmesi amacı ile yapılan korunma şeklidir. Çok sayıdaki bulaşıcı hastalık alanında aşı ile bu korunmayı sağlamak mümkündür. Ancak bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda bireysel ve toplumsal düzeylerde olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Bireylerin davranışlarını değiştirmeleri için, bunun gerekli olduğuna inanmaları önemlidir. Bu çerçevede "sağlık eğitimi" (health education) ve "sağlığın geliştirilmesi" (health promotion) adı altında yıllardan beri çeşitli eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapılmaktadır. Bu konu ile ilgili çalışmalar son 20-25 yıl içinde "sağlık okur-yazarlığı; health literacy" adı ile yeni bir boyuta taşınmıştır.

Sağlık eğitimi sağlıkla ilgili her alanda geçerli olmakla birlikte, bulaşıcı olmayan hastalıkların hızlı artış göstermesi sonucunda geçtiğimiz yüzyılın ortalarından itibaren daha çok konuşulan ve tartışılan bir konu olmuştur. Özellikle bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi bakımından erken yaşlardan başlayarak bireylerin sağlıklı yaşam davranışları edinmesi gerekmektedir. Esasen sağlık eğitimi çalışmalarının amacı da bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarında olumlu değişiklik yapmalarını sağlamaktır. Ancak bunun için sağlık üzerinde etkili olan faktörler ve davranışlar konusunda bilgi edinilmesi, sağlık sisteminin bu amaca yönelik olarak organize olması ve bu çerçeveye uygun bir halk sağlığı politikası uygulanması gereklidir. Sağlığın geliştirilmesi (health promotion) kavramı 1986 yılında Kanada'da yapılan Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı sırasında "bireylerin sağlıkları üzerinde kontrol ve sağlıklarını geliştirme olanağı olması" şeklinde tanımlanmıştır. Toplantı sonucunda yayınlanan sağlığın geliştirilmesi konulu Ottawa Şartı (Ottawa Charter for Health Promotion) ile tanım geliştirilmiş, sağlığı geliştirme çalışmalarının yalnızca sağlık sektörünün çabaları ile başarılmasının mümkün olmadığı ifade edilmiş, sosyal, politik

ve ekonomik koşulları da içine alacak şekilde tanıma sağlığın belirleyicilerinin kontrolü kavramı eklenmiştir. Ottawa Şartı'nda sağlığın geliştirilmesi alanında 5 öncelik alanı belirlenmiştir (DSÖ, 1986):

1. Sağlıklı toplum politikasının belirlenmesi
2. Sağlığı destekleyici çevre oluşturulması
3. Sağlık için toplumsal hareketin güçlendirilmesi
4. Bireysel yeteneklerin geliştirilmesi
5. Sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi

Böylelikle bir yandan sağlık üzerinde etkili olan faktörlerin (sağlığın belirleyicileri; determinants of health), diğer taraftan sosyal, politik ve ekonomik koşulların da öğrenilmesi ve algılanması konularını içerecek şekilde "sağlık okur-yazarlığı" kavramı ortaya konmuştur. Sağlık okur-yazarlığı kavramında bireylerin sağlıkla ilgili bilgi edinmesi ve bu bilgi ışığında sağlıkları için olumlu uygulamalar yapması esastır. Bunun için bireylerin ulaşabileceği bilgi kaynakları olmalı, bireyler bu bilgileri okuyup anlayabilmeli ve bu bilgileri değerlendirerek uygun davranış geliştirebilmelidir. Örneğin bireyler diyabet veya kalp-damar hastalıklarının meydana gelmesinde önemli olan risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olmalı ve bu faktörlerden korunmak suretiyle sağlıklarını koruma yönünde davranış geliştirebilmelidir. Bu çerçevede sağlık okur-yazarlığının genel okur-yazarlık ile yani bireylerin "eğitimli" olması ile yakından ilişkili olduğu da dikkate alınmalıdır. Genel eğitim süreci içinde bireylerin sağlık kavramını öğrenmesi, sağlığın korunmasının gerekliliğini kavramış olması önemlidir. Sağlık okur-yazarlığı kavramında sağlığın korunmasının yanı sıra sağlık bakımı ve sağlığın geliştirilmesi kavramları da yer alır (Şekil 1).



### Şekil 1. Sağlık okur-yazarlığı kavramının çerçevesi

Kaynak: Health Literacy, Ed. I Kickbusch, JM Pelikan, F Apfel, AD Tsouros, WHO Europe, 2013.

Sağlık okur-yazarlığı ölçülebilir bir kavramdır. Sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, bu bilgileri okuyup anlayabilme ve bu bilgiler ışığında sağlığı ile ilgili olumlu kararlar alma ve uygulama konularındaki beceri ve kapasiteye ilişkin değerlendirmeler yapılabilmektedir. Bu tür değerlendirme Avrupa'da 8 ülkede yapılmış ve ülkeler arasında sağlık okur-yazarlığı bakımından önemli farklılıklar olduğu saptanmıştır. Türkiye'de bu konuda yapılan değerlendirme sonucunda ülkemizdeki sağlık okur-yazarlığı düzeyinin 8 Avrupa ülkesi ortalama değerlerine göre oldukça düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Türkiye'de çalışma kapsamındaki grubun üçte ikisinin %(64,6) sağlık okur-yazarlığı düzeyi yeterli düzeyin altındadır. Avrupa'daki 8 ülkedeki kişilerin ise yarısından azının sağlık okur-yazarlığı düzeyi yeterli bulunmamıştır. Sağlık okur-yazarlığı düzeyi mükemmel olanların yüzdesi ise Türkiye'de %7,6 bulunmuşken Avrupa ülkelerinde %18'dir. İşyerinde sağlığı geliştirme olanakları

İşyerleri çeşitli sağlık ve güvenlik tehlikelerinin bulunabildiği ortamlardır; dolayısı ile çalışanlar her gün çeşitli risklerle karşı karşıya kalabilmektedir. İş sağlığı ve güvenliği uğraşısının amacı, çalışanların sağlığını korumak ve en üst düzeyde sürdürülmesini sağlamaktır. Kuşkusuz çalışanların öncelikle işyerinde bulunan ve yapılan işin

niteliğine göre çeşitli türlerde olabilen sağlık ve güvenlik risklerinden korunması gerekir. Ancak, çalışanların sağlığının bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği dikkate alındığında, çalışanların genel sağlık risklerinden de korunması amacı ile çaba gösterilmelidir. Zira çalışanların hastalıkları ve ölüm nedenleri arasında kalp-damar hastalıkları, kronik bronşit, diyabet, kanser gibi hastalıkların payı iş kazası ve meslek hastalığının payından çok daha fazladır. Bu nedenle çalışanların sağlıklarının korunması söz konusu olduğunda, iş kazası ve meslek hastalığından korunmanın yanı sıra kronik ve dejeneratif hastalıkların önlenmesi amacı ile de çaba gösterilmesi gerekir. Esasen sayılan hastalıklar genel olarak toplumda sık görülen ve en çok ölüme neden olan sağlık sorunlarıdır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Küresel Sağlık Riskleri Raporu'nda dünya genelinde 2012 yılında meydana gelen toplam 57 milyon ölüm içinde 36 milyon (%63) ölümün başlıca 4 hastalık nedeni ile olduğu ifade edilmektedir. Bu ölümlerin büyük bir bölümü, çalışanların da içinde olduğu 30 ile 70 yaşlar arasında görülmektedir. Ülkemizde de ölümlerin %76'sının nedeni kronik ve dejenratif hastalıklardır. Sonuç olarak çalışanların sağlığının korunması ile ilgili çalışmalarda işyerindeki çeşitli risklerden kaynaklanan iş kazası ve meslek hastalığı gibi sorunların önlenmesinin yanı sıra kronik ve dejeneratif hastalıklardan korunmak için de çaba gösterilmesi uygun olur. Bu tür sağlık sorunlarından korunma bakımından sağlık okur-yazarlığı büyük önem taşır. Sağlık okur-yazarlığını geliştirmek amacı ile eğitim çalışmaları ve danışmanlık hizmeti yapılmalıdır. Ayrıca çalışanların sağlıklı yaşam davranışı edinmeleri için işyerinde olanak yaratılmasının büyük önemi vardır. Esasen sağlık okur-yazarlığı düzeyi gelişen ve genel olarak sağlıklı yaşam kurallarını benimsemiş olan çalışanlar, iş kazası ve meslek hastalıklarından korunma konusunda da daha duyarlı olurlar.

## **2.İşyerinde sağlığı geliştirme konuları**

İşyerinde sunulan sağlık ve güvenlik hizmeti birimleri çalışanların isteği ve talebine karşılık olarak bireylere sağlık hizmeti ve danışmanlık verebilir. Bu tür bir yaklaşım (Employee Assistance Programme, EAP) sağlığın korunması ve geliştirilmesinden çok iyileştirici/tedavi edici bir hizmettir. Sağlığı koruma ve geliştirme programları (Helath Promotion Programme, HPP) ise sağlığın korunmasına öncelik veren programlardır. Bu amaçla işyeri ortamında bulunabilen ve kaza veya hastalıklara yol açan

faktörlerden korunma şeklindeki çabaların yanı sıra genel hastalıklardan korunma amacı ile de çalışma yapılmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü yetişkin yaş grubuna yönelik sağlığı geliştirme çalışmalarında, bu yaş grubundaki ölümlerin en sık nedeni olan 4 hastalığa ve bu hastalıklardan korunma bakımından da 4 temel risk faktörüne işaret etmektedir. Söz konusu hastalıklar sıra ile kalp hastalıkları, kanserler, kronik solunum sistemi hastalıkları ve diyabetes mellitustur. Bu hastalıkların oluşunda en fazla rolü olan 4 temel risk faktörü ise tütün ürünü kullanımı, beslenmede yapılan hatalı uygulamalar, hareketsiz yaşam ve aşırı alkol kullanımı olarak belirtilmiştir (Tablo 1). Bu faktörlerden korunmak suretiyle sayılan hastalıkların başarılı şekilde önlenmesi mümkündür. Ancak bu faktörlerden korunmak hem genel okur-yazarlık hem de sağlık okur-yazarlığı ile yakından ilgilidir.

**Tablo 1. Dünyada en fazla ölüme yol açan 4 hastalık ve 4 risk faktörü**

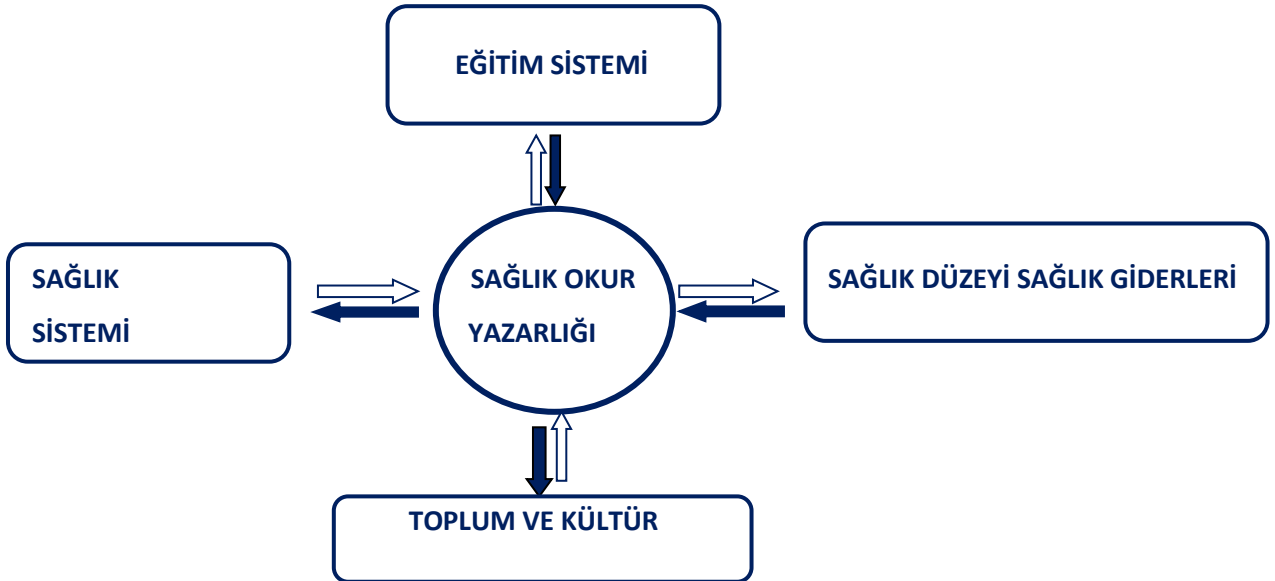
Hastalıklar	Risk faktörleri
Kalp hastalığı	Tütün ürünü kullanımı
Kanser	Sağlıksız beslenme
Kronik akciğer hastalığı	Hareketsiz yaşam
Diyabetes mellitus	Aşırı alkol kullanımı

Sayılan risk faktörlerinin kontrolü ve bu faktörlerden korunma amacı ile işyerlerinde çeşitli çalışmalar yapılabilir. Çalışanların her gün en az bir öğün yemeği işyerinde yediği düşünüldüğünde, işyerinde uygulanacak sağlıklı beslenme programı ile bireylerin sağlıklı beslenme davranışı edinmesi mümkündür. Hatta işyerindeki sağlıklı beslenme davranışını öğrenmek, bireylerin evindeki yemek düzeninin daha sağlıklı olması açısından da yarar sağlayabilir. İşyerlerinde grup dinamiği yaratmak suretiyle egzersiz programı, sigara içenler için danışmanlık ve sigara bırakma programları yapılabilir. Gerçekte işyerleri bu tür eğitim ve sağlığı geliştirme çalışmaları bakımından uygun ortamlardır. İşyeri yönetimi tarafından egzersiz ve spor olanakları yaratılması

bu amaç için önemlidir. Öte yandan işyerindeki yöneticilerin bu programlara katılımı başarıyı artırıcı etki yapar.

### 3.İşyerinde sağlığı geliştirme çalışmalarının yararları

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları yalnızca sağlıkla ilgili bir alan değildir. Bu çalışmalar bir yandan bireylerin genel eğitim düzeyleri ve toplumun kültürel yapısı ile etkileşim halindedir, diğer taraftan da sağlık hizmetleri ve toplumun genel sağlık düzeyi ile etkileşim halindedir. Sağlık okur-yazarlığı ile yakından ilişkili olan sağlığı geliştirme çalışmaları daha sağlıklı bir toplum hedefine ulaşmayı amaçlar. Bu çalışmalar sonucunda bireyler ve toplumun sağlıkla ilgili davranışları olumlu hale gelir ve başlıca sağlık sorunlarının önlenmesi konusunda ilerleme sağlanır; sonuç olarak sağlık giderlerinde azalma meydana gelir (Şekil 2). Konuya işyeri düzeyinde bakıldığında sağlık okur-yazarlığı ve sağlığı geliştirme çalışmalarının işyeri ve işveren açısından da olumlu sonuç verdiği görülebilir. ABD’de yapılan bir değerlendirmede sağlığı geliştirme çalışması için yapılan 1 dolarlık harcama karşılığında 1,45 dolar kazanım sağlandığı saptanmıştır. Benzeri çalışmalarda sigara içenlerin sağlık harcamalarının sigara içmeyenlere göre %18 oranında daha fazla olduğu, egzersiz yapmayanların sağlık harcamalarının düzenli egzersiz yapanlara göre %14 oranında, şişmanların sağlık harcamalarının da şişman olmayanlara göre %11 daha fazla olduğu ortaya konmuştur.



**Şekil 2. Sağlık Okur-Yazarlığı ve ilişkili alanlar**

Kaynak: *Health Literacy, Ed. I Kickbusch, JM Pelikan, F Apfel, AD Tsouros, WHO Europe, 2013*

İşyerlerinde yapılan sağlığı geliştirme çalışmalarının olumlu etkileri çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur. Örneğin, Çin’de toplam olarak 21 613 çalışanın olduğu 4 işyerinde sağlığın geliştirilmesi programının uygulanması sonucunda absentizm sıklığında azalma meydana geldiği, sağlık giderlerinde azalma olduğu, çalışanların sağlığın korunması konusundaki uygulamalarının geliştiği ve kişisel koruyucu uygulama sıklığının %20-30 değerlerinden %70-90 düzeyine çıktığı, çalışanların tuz tüketiminin azaldığı, sigara içenlerin sayısında azalma olduğu saptanmıştır. Bir diğer çalışmada da Avustralya’da sağlığın geliştirilmesi programı uygulanan bir işyerinde çalışanların iş stresi düzeyinde azalma meydana geldiği saptanmıştır. İşyerinde sağlığın geliştirilmesi konusunda ülkemizde yapılan bir çalışmada da olumlu bazı sonuçları elde edilmiştir. Toplam olarak 2500 dolayında çalışanın olduğu bir kamu kuruluşunda bireylerin sağlık davranışları öğrenildikten sonra sağlıkla ilgili çeşitli konularda eğitici çalışmalar yapılmış, konferans, afiş-brosürler ve bilgisayar aracılığı ile sağlıkla ilgili konularda mesajlar verilmiş, bilgilendirme yapılmıştır. Sağlıklı beslenme, egzersiz, sigaranın bırakılması konularında danışmanlık sağlanmıştır. Bir yıl sonra yapılan değerlendirmede katılımcıların %44’ü önceki yıla göre daha az tuz tükettiğini, %40’ı beslenme konusunda daha dikkatli davrandığını, %31’i önceki yıla göre kendisini daha sağlıklı hissettiğini, %27’si kilo verdiğini ifade etmiş, sigara içen çalışanların %10’u sigarayı bırakmıştır. Katılımcıların %18’i sağlık konularında bilgisinin arttığını ve sağlıklı yaşam konusunda davranışını değiştirdiğini belirtmiştir.

#### **4.Sonuç**

Sağlığı geliştirme çalışmaları hem bireylerin hem de toplumun sağlık algısının gelişmesi ve sağlık düzeyinin yükselmesi bakımından yarar sağlamaktadır. Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda sürekli olarak iş kazaları konusu gündemde tutulmaktadır. Gerçekte iş kazası (ve meslek hastalığı) olması kabul edilmez bir husustur. İşyerlerinde iş güvenliği önlemleri tam olarak alınmış olursa ve çalışanlara gerekli sağlık hizmeti verilirse iş kazası ve meslek hastalığının meydana gelmesi önlenir. Ancak bu önlemlerin yanı sıra çalışanlara yönelik sağlığın geliştirilmesi çalışmalarına da yer verilmesi gereklidir. Zira çalışanlar arasında, sağlık davranışlarındaki bazı eksik ve hatalı uygulamalar nedeni ile kalp ve solunum hastalıkları, hipertansiyon, obezite, şeker hastalığı gibi sağlık sorunları da ortaya



çıkabilir ve çalışanların bir bölümü bu nedenlerle hayatını kaybedebilir. Türkiye’de 15 milyon dolayında çalışan vardır. Ülkede binde 5 olan kaba ölüm hızı dikkate alınarak düşünüldüğünde 15 milyon çalışan arasında her yıl 75 bin dolayında ölüm olacağı tahmin edilebilir. Ancak çalışma hayatındaki kişilerin genel topluma göre daha sağlıklı olabileceği düşünülerek bu grup için kaba ölüm hızı binde 2 veya binde 3 olarak kabul edilirse çalışma hayatındaki 15 milyon kişi arasında yılda 30-45 bin arasında ölüm olacağı tahmin edilir. Sosyal Güvenlik Kurumu kayıtlarına göre Türkiye’de 15 milyon çalışan arasında her yıl iş kazaları nedeni ile 1500 dolayında ölüm olmaktadır. Bütün nedenlere bağlı ölüm sayısının 30-45 bin dolayında olacağı dikkate alındığında iş kazası nedeni ile ölen 1500 kişinin dışında 40 binden fazla kişinin de iş kazası dışındaki nedenlerden dolayı hayatını kaybedeceği düşünülebilir. Bu nedenler arasında kalp ve solunum hastalıkları, kanser, diyabetes mellitus gibi kronik ve dejeneratif hastalıklar önemli yer almaktadır. Bu hastalıkların önlenmesi amacı ile yapılacak sağlığı geliştirme çalışmaları ile birkaç bin çalışanın hayatını kaybetmesinin önüne geçilebilir. Sonuç olarak iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarını yalnızca iş kazası ve meslek hastalığının önlenmesi ile sınırlı görmemeli ve genel olarak bütün sağlık sorunlarının önlenmesi amacı ile sağlığı geliştirme programlarına da yer verilmelidir. Genel olarak sağlıklı yaşam kurallarının tanıtılacağı ve bu yönde davranış değişikliği sağlamayı amaçlayan sağlığı geliştirme programları iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi bakımından da yarar sağlayacaktır.

## **Kaynaklar**

1. Carol S, Hill M., Health promotion, health education and health, Oxford Textbook of Global Public Health, Sixth Ed., 2015
2. Health Literacy, Ed. I Kickbusch, JM Pelikan, F Apfel, AD Tsouros, WHO Europe, 2013
3. Bilir N., Sağlık Okur-yazarlığı, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 12: 61-68, 2014
4. Bilir N., İş Sağlığı ve Güvenliğinde Temel İlkeler, İş Sağlığı ve Güvenliği, Güneş Tıp Kitabevleri, 2016, sayfa 15
5. Bilir N., İşyerinde Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık Okur-Yazarlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği, Güneş Tıp Kitabevleri, 2016, sayfa 334-335
6. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Arştırması, Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi yayını, 2014
7. Türkiye Sağlık İstatistikleri, TÜİK, 2013

8. Whitehead D, Workplace Health Promotion, the role and responsibility of health care managers, *Journal of Nursing Management*, 2006, 14: 59-68
9. Bilir N., İşyerinde Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık Okur-Yazarlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği, *Güneş Tıp Kitabevleri*, 2016, sayfa 332-333
10. Chu C, Breucker C, Haris N, Stitzel A, Gan X, Gu X, Dwyer S, Health Promoting Workplaces, *Health Promotion International*, 2000, 15: 155-167
11. Noblet A, LaMontagne AL, *Health Promotion International*, 2006, 21: 346-353
12. Sağlıklı Yaşama Davet Projesi Raporu, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Yayını, No. 60, Ankara, 2016

## **ÇALIŞMA YAŞAMINDA KADIN ve ÇOCUK ÇALIŞANLAR**

---

**Prof.Dr. Meral SAYGUN**

*KÜTF Halk Sağlığı AD*

### **1. Çalışma Yaşamında Kadınlar**

Çalışma hayatı içerisinde sürekli varlık gösteren kadının, emeği karşılığı gelir elde etmesi ancak Sanayi Devrimi sonrasında söz konusu olmuştur, sanayileşmenin ilk dönemlerinde kadın istihdamı özellikle tekstil sektöründe yoğunlaşmış, kadınlar, düşük ücret ve kötü çalışma koşullarına ilaveten günde 12-16 saate varan sürelerle çalışmak durumunda kalmıştır.

Günümüzde giderek artan sayıda kadın çalışma yaşamına katılırken, bir taraftan gelir karşılığı çalışmanın kadına sağladığı faydalar tartışılmakta, diğer taraftan da çalışma yaşamında karşılaştığı sorunlar incelemeye çalışılmaktadır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çalışan kadınların yaşamış oldukları sorunların çoğunun aynı nitelikte olduğu görülmektedir. Ülkemizde de kadınların karşılaştıkları sorunların başında, çalışan kadınların geleneksel rollerini aksatmadan çalışma yaşamlarında da başarılı olmak zorunda kalmaları gelmektedir. Bu durumun kadınlar üzerinde ciddi bir baskı yaratarak, bazı durumlarda kariyerlerinden vazgeçmeleri sonucuna yol açtığı görülmektedir.

Günümüzde kadınlara yüklenen toplumsal rol gereği sabır, uysallık ve itaatkarlık özellikleri, vasıfsız, düşük ücretli, emek yoğun, rutin, sıkıcı, dikkat gerektiren ve hünere dayalı işlerde yoğunlaşmalarına sebep olmaktadır. Toplumun kendisine yüklediği rollere uygun olarak, güler yüz, el becerisi, gerektiren işler, toplumsal konulara ilişkin işler yahut kadınların ev içi sorumluluklarının ev dışındaki bir uzantısı olarak görülen eğitim, bakım ve temizlik işleri genel anlamda "kadın işi" olarak değerlendirilmektedir. Çalışma hayatındaki kadın-erkek ayrımcılığından dolayı yüksek kazançlı ve yüksek vasıflı bazı işlerin kadınlara kapalı tutulması, kadınların eşit işe eşit ücret alamamaları, yarı zamanlı, düşük statülü ve enformel işlerde çalışmaları ve sendikalaşma oranlarının düşük seviyelerde olması, kadınların çalışma hayatındaki ikincil konumlarının birer yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'de Kadının Çalışma Yaşamındaki yerini incelediğimizde; Türk kadını ilk kez 1843'de Tıbbiye

Mektebi bünyesinde aldığı ebelik eğitimiyle çalışma yaşamında yer almıştır. Ücretli işçi olarak 1897 yılında, devlet memuru olarak 1913 yılında, tüccar ve esnaf olarak 1914 yılında çalışmaya başlamıştır. Cumhuriyetin ilanından sonra hukuk sisteminde kadına tanınan kadın-erkek eşitliği, istediği alanda öğrenim görme ve meslek edinme hakları, kadınlar için yeni iş alanlarının açılmasına neden olmuştur.

Türkiye’de kadınlar siyasi ve hukuki haklarını pek çok Batı ülkesinden daha önce elde etmiş olmasına karşılık, ülkemizde kadınların çalışma hayatına istenen düzeyde katılımı sağlanamamıştır. Bunun temel nedeni ise kadının iktisadi ve sosyal yaşama katılmasına yönelik toplumsal bakış açısıdır.

Ülkemizde 1955 yılında %72,01 olan kadınların işgücüne katılım oranı, 1990 yılında %34,1 e düşmüş, 2004 yılında %23,3 'e 2016 yılında ise %33,1 e ulaşmış, istihdam oranı ise %27,8 e yükselmiştir. Kadınların kırsal yerlerde işgücüne katılımı %41,3, Kentsel yerlerde %25,3 dır.

Kadınların işgücüne katılımlarının kırsal alanlarda daha yüksek görünmesinin nedeni, buradaki kadınların ücretsiz aile işçisi olarak çalışıyor olmasıdır. Türkiye’de dünya çapında eğilimin tersine 1950’lerin ortalarından başlayarak 2004 yılına kadar kadınların işgücüne katılım oranları sürekli düşmüştür. Bu düşüşü etkileyen başlıca faktörlerden biri, kırdankente yaşanan yoğun ve sürekli göç dalgalarıdır. Kırsal alanda tarımsal üretimde ücretsiz aile işçisi olarak da olsa yer alan kadın, kente göç ettiğinde ya ev kadını hale gelerek işgücüne dahi katılmamakta, ya enformel sektörde çalışmakta ya da işsizlere katılmaktadır.

Kadınların çalışma yaşamında karşılaştıkları sorunlar iki ana başlık altında incelenebilir;

1- Çalışma yaşamında karşılaşılan sorunlar, Çalışma hayatı erkekler ile karşılaştırıldığında, kadınlar için daha eşitsiz, dezavantajlı ve ikincil durumdadır. İşgücü piyasasına katılan birçok vasıf düzeyi düşük kadının kayıt dışı işler dışında iş bulma şansı düşüktür, bu yüzden sosyal güvencesi olmadan çalışmak zorunda kalmaktadır. Cinsiyet faktörüne bağlı olarak kadınların iş yaşamında karşılaştıkları sorunlar ise; teknik ve mesleki eğitimde karşılaştığı sorunlar, işe seçilme ve yükseltilmede karşılaştığı sorunlar, ücretlendirmede karşılaştığı sorun, sosyal

haklardan yaralanmada eşitsizlik sorunu, işyerinde taciz ve şiddet mağduru olma sorunudur.

Bazı işlerin kadın ve erkek işi olarak ayrılması, istihdamın cinsiyete bağlı olarak gerçekleşmesi, mesleki eğitim için cinsiyete dayalı bir bölüşme getirmektedir. Teknik alanlar için gerekli olan eğitim daha çok erkeklerin, Sosyal alanlar için gerekli olan eğitim kadınların tercihini oluşturmaktadır. Geleneksel Türk toplumunda kadının toplumsal rollerinin başında anne ve eş olması gelmekte, mesleki olarak gösterdiği başarı ve kariyeri ise ikinci planda kalmaktadır.

Ülkemizde ve tüm dünyada toplam işgücünün neredeyse yarısını oluşturan kadınların yönetim kademelerinde yeterli düzeyde temsil edilmediği de başka bir gerçektir. Adı olmayan bu problem genellikle "cam tavan" olarak adlandırılmaktadır. Kadınların eğitim, başarı gibi tüm şartlara haiz olmalarına rağmen görünmeyen ve geçilemeyen engeller olarak tanımlanan bu kavram ilk olarak 1986 yılında "glassceiling" olarak Wall Street Journal gazetesi tarafından kullanılmıştır.

2- Kadınların Aile ve özel Yaşamlarında Karşılaştıkları Sorunlar; iş-aile çatışması sorunu, ev işi yükü, çocuk bakım sorunu olarak özetlenebilir. İş ve aile yaşamı gibi iki önemli alanda denge kurmaya çalışan kadınlar ikilemde kalmakta, bu da kadınların aşırı rol yüklenmesine yol açmaktadır. Çalışan kadının çocuğuna bakımda kimin yardımcı olacağı önemli bir sorundur. Doğum yapan kadın için öncesi ve sonrasındaki yasal izin yeterli olmadığı düşüncesi yaygındır. Uzun süreli işten ayrı kalmak kadının kariyerine sekte vurmakta, gelirleri azalmaktadır. Bu nedenlerle kariyer sahibi kadınların ya evliliği, ya da çocuk sahibi olmayı dışladıkları dikkati çekmektedir.

Çalışan Kadınların Sağlık Sorunları; Çalışma yaşamındaki kadınların sağlık sorunlarını üç grupta ele alarak incelemek gerekir. Birincisi; işle bağlantılı olmayan, toplumun genelini ilgilendiren yaygın sağlık sorunları ve hastalıkları, ikincisi; kadınların istihdam edildiği sektörlerle göre işle ilgili olan hastalıklar, üçüncüsü ise; kadınların doğrudan çalışma ortamındaki risklerden kaynaklanan sağlık sorunları (meslek hastalıkları ve iş kazaları) olabilir. Çalışma yaşamında, çalışılan işin niteliğine bağlı olarak etkilenim farklılıkları olabilir. Bunlar; fiziksel, kimyasal ve biyolojik riskler, işle ilgili kas iskelet sistemi hastalıkları veya ergonomik riskler, iş gereksinimleri, iş kontrolü, hızlı tempolu çalışma, monoton çalışma, eğitim ve beceri geliştirme olanakları, ayrımcılık, şiddet,

tehdit ve cinsel taciz, çalışma saatlerinin esnekliği, uzun çalışma saatleri ve diğer stres faktörleri olabilir. Çalışılan kurumların yapılarının geleneksel veya ekip çalışmasına dayalı olup olmadığı, çalışanların yetkilerinin ne olduğu kadar, çalışma koşulları (tam zamanlı, yarı zamanları, geçici vb) da sağlık sonuçlarını belirlemektedir. Tüm bunların sonunda; İşe devamsızlık, engellilik, rehabilitasyon, kazalar, iş stresi, kas iskelet sistemi bozuklukları, koroner kalp hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, cilt hastalıkları, işitme bozuklukları, kanser, üreme sağlığı ve fertilitatebozuklukları ortaya çıkabilir.Çalışan kadınların üreme sağlığına ilişkin sorunlarında öncelikle gebelik açısından toksik madde maruziyeti, teratojenik faktörlere maruziyet(solventler, gazlar, radyasyon, kemoterapetik ve biyolojik ajanlar) gibi işyeri riskleri akla gelmelidir.Bunun yanı sıra, işgücünde %10'luk azalma, devamsızlık, absenteizme neden olan dismenore, doğum izni, emzirme ve çocuk bakımı sorunu, çalışan kadının üreme sağlığı ile ilişkili temel sorunlarıdır.

Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği İndeksi'nde ülkelerin anne ölüm oranı, adölesan (ergen) gebelik hızı, kadınların parlamentoda temsiliyeti, kadınların ortaöğrenime devamı, işgücüne katılımı, kontraseptif (doğum kontrol yöntemleri) kullanım hızı, antenatal (doğum öncesi) bakım, sağlık personeli yardımıyla doğum, toplam doğurganlık hızı dikkate alınarak kompozit bir indeks oluşturulmaktadır. Dünya Ekonomik Forumu tarafından her yıl düzenli olarak yayınlanan bu indexde Türkiye 'nin durumuna bakıldığında;2016 yılı itibariyle genel sıralamada, 144 ülke içinde 131. İş gücüne katılım göstergesine göre 130.Tahmini kazanılan gelir sıralamasında 121.Ücret eşitsizliğinde 98. Parlamenter temsilde 100. sırada yer almaktadır.

Sonuç itibariyle kadınların istihdama katılımlarının düşük düzeyde gerçekleşmesi, hem kadınların yapabilirlikleri önünde önemli bir engel teşkil etmekte, hem de sosyal kalkınmanın gerçekleşmesini imkânsız kılmaktadır. Toplumda kadın ne kadar etkin ve üretkense toplum o kadar gelişmiş olacaktır. Kadının toplumda hak ettiği yerini alabilmesi ise onları çalışma yaşamında dezavantajlı konumdan çıkaracak önlemlerin alınması fırsat eşitliğinin sağlanması ve geleneksel zihniyetin kırılması ile mümkündür.

## **2.Çalışma Yaşamında Çocuklar**

Hukuki açıdan çocuk ` yasalarca tespit edilen belirli bir yaşın altında olduğu için fiziksel, zihinsel, sosyal, psikolojik ve ahlaki gelişimini tamamlamamış, bu nedenle

özel olarak korunmaya muhtaç olan kişi' olarak tanımlanmaktadır. Dünyada hemen her dönemde özellikle tarımsal faaliyetlerde çocuk iş gücünden yararlanılmakla birlikte, işçi statüsü altında bu kesim sanayi devrimi ile birlikte çalışma yaşamına girmiştir. Makinelerin insan gücünün yerini alması ile basitleşen üretim tekniği de çocuk iş gücünden yararlanmayı kolaylaştırmıştır. Ayrıca; çocuk işgücü, yetişkin işgücüne nazaran daha kolay disiplin altında tutulabilir, daha düşük ücretle çalıştırılabilir, uysal ve az tepkilidir. Bu dönemde tekstil fabrikalarında çocuk emeği yaygın bir şekilde kullanılmıştır, 4-5 yaşındaki çocuklar bobin taşıma, 6-7 yaşındakiler, iplik bağlama işlerinde kullanılmış, madenlerde küçük yaştaki çocuklar büyüklerin giremediği dehlizlerde çalıştırılmıştır. Çocuk işçiliği, kökeni tarihin ilk dönemine kadar dayanan ve kronikleşmiş hale gelen, bir insan hakları sorunudur. Konu hakkında ilk hukuki düzenlemeler, 19.yüzyılda Fransa'da yapılmıştır. Çocuk işçiliği sorunu, günümüzde bir insan hakları sorunu olarak kabul edilmesine ve uluslararası insan hakları sözleşmelerine konu olmasına rağmen çözümlenmemiş, aksine kronikleşmiştir.Çocuk ve Genç İşçilerin Çalıştırılma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'e(2004) göre; 14 yaşını doldurmamış çocukların çalıştırılması yasaktır.18 yaşını doldurmamış çocuk ve genç işçiler bakımından yasak olan işler ile 15 yaşını tamamlamış,ancak 18 yaşını tamamlamamış genç işçilerin çalışmasına izin verilecek işler, 14 yaşını bitirmiş ve ilköğretimi tamamlamış çocukların çalıştırılabilecekleri hafif işler ve çalışma koşulları bu yönetmelikte belirlenmiştir. Yönetmeliğe göre, 14 yaşını doldurmuş ve ilköğretimi tamamlamış olan çocuklar, bedensel, zihinsel ve ahlaki gelişmelerine ve eğitime devam edenlerin okullarına devamına engel olmayacak hafif işlerde çalıştırılabilirler. Dünyada çalışan çocuklara ait sayısal verileri içeren en son kaynaklardan biri ILO 2013 Küresel Raporudur, bu rapora göre; 5-17 yaş arasında ekonomik açıdan faal 317 milyon çalışan çocuk bulunduğu, 218 milyonunun çocuk işçi olduğu, 126 milyonunun tehlikeli işlerde çalıştığı belirlenmiştir, 5-14 yaş arasında ise; ekonomik açıdan faal 191 milyon çalışan çocuk bulunduğu, 166 milyonunun çocuk işçi olduğu, 74 milyonunun tehlikeli işlerde çalıştığı bildirilmiştir. Çocuk çalışan oranının en yüksek olduğu ülkeler, %21.4 ile Sahraaltı Afrika , %9.3 ile Asya ve Pasifik, %8.8 ile Latin Amerika ve Karaipler ve %8.4 ile Ortadoğu ve Kuzey Afrika'dır. Çalışan çocukların % 12.2'sinin erkek, %8.9'unun kız olduğu bildirilmiştir. Çocuk işçiliğinin kötü biçimi, çocuk işçiliği içinde önemli bir yer tutmaktadır. ILO, 2000 yılında çocuk

işçiliğinin %69,5'inin, 2012 yılında ise %50,8'inin çocuk işçiliğinin kötü biçimleri olduğunu hesaplamıştır. En kötü biçimde çocuk işçiliği; çocuk alım-satım ve ticareti, askeri çatışmalarda kullanılması, kölelik ve benzeri uygulamalar, fuhuşa ve pornografiye yöneltmesi veya kullanılması, uyuşturucu maddelerin üretim ve ticareti faaliyetlerinde kullanılması, sağlık, güvenlik veya ahlaki gelişimleri açısından zararlı olan işler olarak tanımlanmaktadır. Türkiye'de çocuk işçi çalıştırılması, çalışma hayatının en önemli sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde çocuk işçiliği ile ilgili yapılan en kapsamlı çalışma Türkiye İstatistik Kurumu tarafından gerçekleştirilen "Çocuk İşgücü Araştırması"dır. Bu çalışmanın sonunda yayınlanan Çalışan Çocuklar 2012 raporuna göre Türkiye'de 6-17 yaş grubunda 893 bin çocuk işçi bulunmaktadır, bu çocukların 601.000'i 15-17 yaş, 292.000'i 6-14 yaş grubundadır. Çalışan çocukların %44,7'si tarım, %24,3'ü sanayi ve %31,0'ı hizmet sektöründedir. Bu çocuklardan 493 bini (%55,2) kırsal, 400 bini (%44,8) kentsel bölgelerimizde çalıştırılmaktadır. İstihdam oranı en yüksek kırsaldaki erkek çocuklarında (%11,9) en düşük ise kentsel alanda yaşayan kız çocuklarındadır (%2,0). Türkiye'de 6-17 yaş grubundaki çocukların %8,5'i okula devam etmemektedir. Çalışan çocukların istihdam durumu incelendiğinde; 470.000 çocuğun ücretli ücretli ve yevmiyeli, 413.000 çocuğun ücretsiz aile işçisi ve 10.000 çocuğun kendi hesabına çalıştığı belirlenmiştir. Çocukların çalışma nedenleri çok boyutlu ve birbirine bağlantılıdır. TÜİK 2012 Çocuk İşgücü Araştırması sonuçlarına göre; Çocuk işçilerin çalışma nedenlerinin başında %41,4 ile "hane halkı gelirin katkısında bulunmak" gelmekte, bunu %28,7 ile " hane halkının ekonomik faaliyetine yardımcı olmak" ve % 15,2 ile " iş öğrenmek, meslek sahibi olmak" izlemektedir.

Gelenekler ve toplumun kültürel kodları çocuk işçiliğini meşrulaştırabilmektedir. Geleneksel kültürlerde çocuğun hayatı tanınması, erken yaşta hayata atılması gibi düşünce ve buna dayalı çocuk işçiliği toplum tarafından onaylanmaktadır. Çocukların ve gençlerin çalışmalarının başlıca nedeni ekonomiktir. Yoksulluk, çocuk işçiliğinin hem nedeni hem de sonucudur. Ailelerin yaşamış oldukları yoksulluk ve gelir yetersizliği çocukların çok erken yaşlarda çalışma hayatına girmelerine sebep olmaktadır. Yoksulluğun yanı sıra eğitim yetersizliği, okul yokluğu, göç, kötü gelir dağılımı, nüfus artışı, sosyoekonomik ve kültürel toplumsal sorunlar da çocuğu çalışmaya iter. İşsiz ebeveyn için çocuğunu çalıştırmama gibi bir seçenek



bulunmayabilir. Çocuk işçi, piyasa koşullarına uygun esnek, ucuz, kayıt dışı çalıştırılabilmeleri ve itaatkâr, kolay yönetilebilir olmaları, haklarını aramayı bilmemeleri nedenleriyle maliyet düşüren önemli bir rekabet unsuru olarak işveren tarafından da tercih edilir.

Çalışan çocukların yaşadığı sorunları incelediğimizde, özellikle güç koşullar altındaki çocukların çok küçük yaşlardan başlayarak gelişimlerini olumsuz etkileyen elverişsiz koşullarda, her türlü ihmal ve istismara açık biçimde çalışmak zorunda bırakıldıkları gözlenmektedir. Çocuklar erken yaşlarda ağır sorumluluklar üstlenmek zorunda kalmakta, fiziksel ve ruhsal sağlıkları bozulmakta ve gerekli eğitimden yoksun kalmaktadırlar. Çocuk çalışanların çalışma ortamları genellikle işçi sağlığı ve iş güvenliği kurallarına uygun değildir, çalışılan mekanlar küçük, gürültülü ve havalandırma önlemleri alınmamıştır. Tozlu ortamda çalışan, kaynak dumanı, vernik, tiner soluyan çocukların bedensel sağlıkları bozulmaktadır. Bu konuda en çok çalışılan toksik madde kurşun olup çocuklarda geri dönüşü olmayan biçimde hasara neden olduğu gösterilmiştir. Yaptıkları iş nedeni ile yaşamını yitiren, sakat kalan çocukların sayısı tam olarak bilinmemektedir. Çocukların çoğunun kayıt dışı çalıştırılması maruz kalınan kazaların işverenler tarafından bildirilmemesi, mevcut tablonun tam olarak ortaya çıkmasını engellemektedir. Çocukların erişkinler için planlanmış aletleri kullanmaları kaza riskini arttırmakta, ayrıca iskelet, kas ve doku sistemlerinde bozukluklar meydana getirmektedir. Tarımda çalışan çocuklar, çok sıcak veya soğukta çalışmakta, ağır yük taşımakta, uygun olmayan ekipman kullanmaktadır bunların sonucunda çocuklarda, güneş çarpması, yaralanma, bel ve sırt ağrıları, düşme ve kırıklar meydana gelmektedir. Çocuklar yasal çalışma sürelerinin aşarak çok uzun süre çalışmakta, bu da bedensel ve ruhsal gelişmelerini olumsuz etkilemektedir. Çocukların aldıkları ücret asgari ücretin çok altındadır. Çok sayıda çocuk çalıştıkları ortamda çoğunlukla usta veya kalfa tarafından uygulanan fiziksel ve sözel şiddete maruz kalmaktadır. Sokakta yaşayan ve çalışan çocuklar ise uzun süre çalışmakta, az para kazanmakta, kazalara maruz kalmakta, cinsel ve fiziksel istismara uğramaktadırlar.

Çözümün Önündeki Engeller ve Mücadeleler; Çocuk işçiliği çok sayıda sosyal ve çevresel sorunlarla birlikte. Kötü hijyen ve sanitasyon koşulları, çevre kirliliği, yetersiz tıbbi bakım gibi sorunlar çocuk işçiliği ile mücadeleyi ve doğru bir değerlendirmeyi güçleştirmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi konu ile

ilgili mevzuat eksiklikleri ya da mevzuatın etkin uygulanamaması ve yetersiz denetleme, çocuk işçilerin yaygın olarak istihdam edildiği küçük işletmeler, tarım ve sokakta yürütülen işler, ev hizmetlerinin İş Kanunu'nun kapsamı dışında olmasının yanı sıra, denetiminin etkin olarak yapılamaması, cezai yaptırımların yetersizliği, toplumsal duyarlılığın olmaması çocuk işçiliğinin önlenmesinin önündeki ciddi sorunlardır.

ILO 1992 yılında "Çocuk İşçiliğinin Sona Erdirilmesi Uluslararası Programı"nı(International Programme on the Elimination of Child labour- IPEC) aralarında Türkiye'nin de bulunduğu altı ülkede başlatmıştır. Programın son hedefi çocuk işçiliğini ortadan kaldırmak, kısa ve orta vadeli hedefi ise çocukların korunması ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çocuk işçiliğinin en kötü ve sömürücü biçimlerinin yok edilmesidir. ILO Genel Konferansı 1 Haziran 1999 tarihinde yaptığı oturumda 182 sayılı "En Kötü Biçimlerdeki Çocuk İşçiliğinin Yasaklanması ve Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Acil Eylem Sözleşmesi"ni kabul etmiştir. Sözleşme 2001 yılında Türkiye tarafından onaylanmıştır Sözleşme hükümetleri acil bir sorun olarak tanımladığı en kötü biçimlerdeki çocuk işçiliğinin yok edilmesi için acil ve etkin önlem almakla görevlendirir.

ILO'ya göre çocuk işçiliği ile etkin mücadele için ulusal bir plan ve strateji oluşturulmalıdır. Ulusal plan ve strateji oluşturmanın yolu politik kararlılıktan geçer. Yoksulluk, kötü barınma ve beslenme koşulları ortadan kalkmadığı, eğitim olanakları geliştirilmediği sürece çocuk işçiliği devam edecek gibi görünmektedir.

### **Kaynaklar**

1. Aytaç S. Çalışma Yaşamında Kadınlar. Dursun S, Aytaç S. Editör. Çalışma Yaşamında Özel Gruplar. Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa; 2017. p: 1-62
2. İslamoğlu E, Yıldırım alp S. "Yolcu Hizmetleri Memurluğu" Yapan Kadınların Çalışma Hayatında Karşılaştıkları Sorunlar. HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi 2014/2; 3 (6) :151-177.
3. Ulutaş, Ü. Ç. (2009), "Yoksulluğun Kadınlaşması ve Görünmeyen Emek," *Çalışma ve Toplum*, 2009; 21(2): 25-40.
4. Koca B. (2014) "Çalışma Hayatı ve Kadın"  
[https://www.academia.edu/4796744/%C3%87ALI%C5%9EMA\\_HAYATI\\_VE\\_KADIN](https://www.academia.edu/4796744/%C3%87ALI%C5%9EMA_HAYATI_VE_KADIN).  
Erişim Tarihi: 29.09.2017.

5. Önder N. Türkiye’de Kadın İşgücünün Görünümü. ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi. Temmuz-Eylül 2013; 1(1) : 35-61.
6. Özvarış, Şevkat Bahar. Toplumsal cinsiyet, çalışma yaşamı ve kadın sağlığı. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*, Nisan, Mayıs, Haziran 2015: 37-43.
7. The Global GenderGap Report 2015. 10th Anniversary Edition. World Economic Forum.
8. Yılmaz F. Türkiye’de Kadın Çalışanların Meslek Sağlık Ve Güvenlik Koşulları. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2010; 3 (13) Year: WOMAN STUDIES (Special Issue):268-284.
9. Aykaç HB. Hukuksal Açıdan Çocuk ve Genç İşçiliği, Türkiye Barolar Birliği Dergisi, 2016; 116: 335-386.
10. Ünal C. “Çocukların Korunması Hakkı Kapsamında Çocuk İşçiliği Sorununun Çözümü ve Çözünsüzlüğü”, VI. Sosyal İnsan Hakları Ulusal Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Petrol-İş yayını, 289-305.
11. Dursun S. Çalışma Hayatında Çocuklar. Dursun S, Aytaç S. Editör. Çalışma Yaşamında Özel Gruplar. Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa; 2017, syf: 159-210.
12. Resmi Gazete (06.04.2004, Sayı: 25425) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Çocuk ve Genç İşçilerin Çalıştırılma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik; 2004.
13. IPEC action against child labour 2012-2013: Progress and future priorities/International Labour Office, International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC)- Ceneva: ILO,2014
14. Türkkan A. Çalışan Çocuklar. Türkiye Klinikleri Journal of Public Health-Special Topic, 2015, 1.2: 39-44.
15. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. En Kötü Biçimlerdeki Çocuk İşçiliğinin Yasaklanması ve Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Acil Eylem Sözleşmesi, Türkiye Tarafından Onaylanan ILO Sözleşmeleri. 1. Baskı. Ankara: Kayıhan Ajans; 2014. p.299-302.
16. Türkiye İstatistik Kurumu. Çalışan Çocuklar 2012. 1. Baskı. Ankara: TÜİK Matbaası; 2013. p.1-35.
17. Kasper J, Parker D. Child Labor. International Encyclopedia of PublicHealth. Ed. Harald Kristian Heggen hougen, Stella R. Quah. San Diego: Academic Press; 2008. p.583-9.

# ÇALIŞMA YAŞAMINDA YAŞLI ÇALIŞANLAR

---

**Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE**

**Arş.Gör.Dr. Volkan AKKAYA**

*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

## 1. Giriş

Yaşlı çalışan tanımı hakkında, kesin bir yaş sınırı tanımlanmamış, farklı kaynaklar farklı yaş sınırlarını kabul etmiştir. İnsan hayatının 65 yaştan sonraki dönemi yaşlılık dönemi olarak adlandırılır. Ancak çalışma yaşamında yaşlı çalışan denildiğinde 50 yaş, hatta son dönemlerde çıkan yayınlarda 45 yaş ve üzerindeki çalışanlar anlaşılmaktadır. Yaşlılar için istihdam oranı, istihdamda olan 55-64 yaş arası kişi sayısının, aynı yaş grubundaki toplam nüfusa bölünmesiyle elde edilir.

Kronolojik yaş performans açısından keyfi bir ölçüdür; çünkü yaşlı pek çok insan yaşlarından bağımsız olarak aktif katkıda bulunabilmektedir. ILO (International Labour Organization)'nun 1980 tarih ve (R162) sayılı Yaşlı İşçiler Tavsiye Kararı 'yaşça ilerledikleri için istihdamda ve mesleklerde güçlüklerle karşılaşabilecek olan tüm çalışanlar' için geçerlidir. Bu arada, üye ülkelere, ulusal yasaları, düzenlemeleri ve uygulamaları çerçevesinde ve uygun yerel koşullarda daha belirli yaş kategorileri tanımlama imkanı da verilmektedir.

Literatüre göre bir değerlendirme yapıldığında, yaşlı çalışanlarla ilgili farklı yaş sınırlarının olduğunu görmekteyiz. ILO'ya göre kesin bir yaş sınırı olmamakla birlikte, OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)'e göre 55-64 yaş arası, Amerika Çalışma Bakanlığı (United States Department of Labor)'na göre 55 yaş ve üstü, TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu)'e göre 55-64 yaş arası ve İSGÜM (İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü Müdürlüğü)'e göre ise 45 yaş ve üstü yaşlı çalışan olarak değerlendirilmiştir.

## **2. Yaşlı Çalışanlarla İlgili İstatistikler**

### **2.1. Dünya'daki Durumu:**

Aşağıda Tablo 1' de OECD işgücü istatistikleri değerlendirilmiştir. 55-64 yaş arası çalışanların istihdamdaki oranlarına bakıldığında, 2012 yılında, en yüksek istihdam oranının (79.2) İzlanda' da olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla Yeni Zellanda (73.9) ve İsveç (73.1) izlemektedir. 55-64 yaş arası çalışanların istihdamdaki oranının en düşük olduğu (31.9) ülke ise Türkiye'dir. Bunu sırasıyla Slovenya (32.9) ve Yunanistan (36.4) izlemektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde bazı ülkelerde yıllar içerisinde yaşlı çalışanların istihdamdaki oranının giderek azalmaktadır. Bu ülkeler; Yunanistan, İzlanda, İrlanda ve Portekiz'dir. Diğer ülkelerde ise yaşlı istihdam oranları yıllar içerisinde giderek artış göstermektedir. OECD ülkelerinin 55-64 yaş arası çalışanların istihdamdaki oranları ise toplamda 55.6'dır. Bu istihdam oranının altında kalan ülkeler; Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Yunanistan, Macaristan, İrlanda, İtalya, Luxemburg, Polonya, Portekiz, Slovakya, Slovenya, İspanya ve Türkiye'dir. Ülkemize ait veriler değerlendirildiğinde, tüm yıllarda, en düşük yaşlı istihdamı oranına sahip olduğu gözlenmektedir. 2005'de 28 iken, 2006 ve 2007 yıllarında düşüş gözlenmiş, daha sonra yükselerek 2012 yılında 31.9 olmuştur (Tablo 1).

**Tablo 1. OECD'nin İşgücü İstatistikleri, 55-64 yaş arası çalışanların istihdamdaki oranları**

Ülkeler	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Avustralya	53.5	55.5	56.6	57.4	59.0	60.6	61.1	61.4
Avusturya	31.8	35.5	38.6	41.0	41.1	42.4	41.5	43.1
Belçika	31.8	32.0	34.4	34.5	35.3	37.3	38.7	39.5
Kanada	54.7	55.5	57.0	57.5	57.6	58.3	58.7	59.8
Şili	51.0	53.2	54.4	55.7	55.4	58.0	59.7	62.7
Çek Cumhuriyeti	44.6	45.2	46.0	47.6	46.8	46.5	47.6	49.4
Danimarka	59.5	60.7	58.9	58.4	58.2	58.4	59.5	60.8
Estonya	55.7	58.2	59.5	62.2	60.4	53.8	57.1	60.5
Finlandiya	52.6	54.5	55.0	56.4	55.6	56.3	57.0	58.2
Fransa	38.5	38.1	38.2	38.2	39.0	39.8	41.5	44.5
Almanya	45.5	48.1	51.3	53.8	56.1	57.7	59.9	61.5
Yunanistan	41.6	42.3	42.4	42.8	42.2	42.3	39.4	36.4
Macaristan	33.0	33.6	33.1	31.4	32.8	34.4	35.8	36.9
İzlanda	84.8	84.9	84.9	83.3	80.8	80.5	79.5	79.2
İrlanda	51.7	53.2	54.2	54.1	51.9	50.8	50.8	49.5
İsrail	52.4	54.9	57.2	58.4	58.8	59.8	61.2	63.1
İtalya	31.4	32.5	33.8	34.4	35.7	36.6	37.9	40.4
Japonya	63.9	64.7	66.1	66.3	65.5	65.2	65.1	65.4
Kore	58.7	59.3	60.6	60.6	60.4	60.9	62.1	63.1
Lüksemburg	31.7	33.2	32.0	34.1	38.2	39.6	39.3	41.0
Meksika	52.6	55.0	54.7	54.7	52.5	54.5	53.4	55.6
Hollanda	44.8	45.7	48.8	51.7	53.3	54.1	56.1	58.6
Yeni Zelanda	69.5	70.2	71.8	71.7	72.1	73.3	73.7	73.9
Norveç	67.6	67.4	69.0	69.3	68.7	68.6	69.6	70.9
Polonya	29.1	28.1	29.7	31.6	32.3	34.1	36.9	38.7
Portekiz	50.5	50.1	50.9	50.8	49.7	49.2	47.9	46.5
Slovak Cumhuriyeti	30.4	33.2	35.7	39.3	39.6	40.6	41.4	43.1
Slovenya	30.7	32.6	33.5	32.8	35.6	35.0	31.2	32.9
İspanya	43.1	44.1	44.6	45.6	44.1	43.6	44.5	43.9
İsveç	69.6	69.8	70.1	70.3	70.1	70.6	72.2	73.1
İsviçre	65.1	65.7	67.2	68.4	68.3	68.0	69.5	70.5
Türkiye	28.0	27.6	27.1	27.4	28.2	29.6	31.4	31.9
Birleşik Krallık	56.7	57.3	57.3	58.1	57.5	56.9	56.8	58.1
Birleşik Devletler	60.8	61.8	61.8	62.1	60.6	60.3	60.0	60.7
OECD-Toplam	51.7	52.7	53.5	54.1	53.6	54.0	54.4	55.6

Kaynak: OECD Employment and Labour Market Statistics, 2013 [http://www.oecd-ilibrary.org/employment/employment-rate-of-older-workers-2013-1\\_emp-ol-table-2013-1-en](http://www.oecd-ilibrary.org/employment/employment-rate-of-older-workers-2013-1_emp-ol-table-2013-1-en)

EUROSTAT(European Statistics)'ın 2015'te yayınlamış olduğu 2014 verilerine göre, en yüksek yaşlı çalışan istihdam oranı İzlanda'da (83.6), en düşük ise yine Türkiye'de (31.4) olduğu görülmektedir. 2012 yılında OECD' ye üye olan ülkelerin toplam yaşlı

çalışan istihdam oranı 55.6 iken, EUROSTAT'ın 2014 yılı verilerinde bu oranın 51.8 olarak verilmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2. EUROSTAT(European Statistics)'in işgücü istatistikleri, 55-64 yaş arası çalışanların istihdamdaki oranları, 2015**

Ülke/Zaman	2011	2012	2013	2014
<b>Avrupa Birliği (28 ülke)</b>	<b>47,3</b>	<b>48,7</b>	<b>50,1</b>	<b>51,8</b>
Belçika	38,7	39,5	41,7	42,7
Bulgaristan	44,6	45,7	47,4	50,0
Çek Cumhuriyeti	47,7	49,3	51,6	54,0
Danimarka	59,5	60,8	61,7	63,2
Almanya	60,0	61,6	63,6	65,6
Estonya	57,5	60,5	62,6	64,0
İrlanda	50,0	49,3	51,3	53,0
Yunanistan	39,5	36,5	35,6	34,0
İspanya	44,5	43,9	43,2	44,3
Fransa	41,5	44,5	45,6	47,1
Hırvatistan	38,2	37,5	37,8	36,3
İtalya	37,8	40,3	42,7	46,2
Kıbrıs	54,8	50,7	49,6	46,9
Letonya	50,5	52,8	54,8	56,4
Litvanya	50,2	51,7	53,4	56,2
Luxemburg	39,3	41,0	40,5	42,5
Macaristan	35,3	36,1	37,9	41,7
Malta	33,2	34,7	36,3	37,7
Hollanda	56,1	58,6	60,1	60,8
Avusturya	39,9	41,6	43,8	45,1
Polonya	36,9	38,7	40,6	42,5
Portekiz	47,8	46,5	46,9	47,8
Romanya	39,9	41,6	41,8	43,1
Slovenya	31,2	32,9	33,5	35,4
Slovakya	41,3	43,1	44,0	44,8
Finlandiya	57,0	58,2	58,5	59,1
İsveç	72,0	73,0	73,6	74,0
Birleşik Krallık	56,7	58,1	59,8	61,0
<b>İzlanda</b>	<b>79,2</b>	<b>79,1</b>	<b>81,1</b>	<b>83,6</b>
Norveç	69,6	70,9	71,1	72,2
İsviçre	69,5	70,5	71,7	71,6
Makedonya	35,4	35,4	37,9	38,6
<b>Türkiye</b>	<b>31,4</b>	<b>31,9</b>	<b>31,5</b>	<b>31,4</b>
Birleşmiş Milletler	60,0	60,7	60,9	-
Japonya	65,1	65,4	66,8	-

Kaynak: EUROSTAT, 2015

<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tesem050>

WHO (World Health Organization)'nun raporuna göre, sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkelerde 60 yaş ve üstü çalışanların oranı 5.0% ile 5.4% arasındadır. Buna 50-59 yaş aralığı da eklendiği zaman bu oran 3 katına çıkmaktadır.

ILO, 55 yaş ve üzeri çalışanların dünya genelindeki oranını 1990'da %10.5 iken, 2014 yılında %14.3' olarak bildirmiştir. 2030 projeksiyonunda ise, yaşlı çalışanların sayısı tüm dünyada 750 milyon civarı olacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı çalışanların tüm çalışanlarına oranın ise, dünya çapında % 18'e yaklaşacağı tahmin edilmektedir.

ABD Çalışma Bakanlığı'nın işgücü istatistiklerine göre, ABD'de 65 yaş ve üzeri çalışanların sayısı Tablo 3'te gösterilmiştir. 65 yaş ve üzeri çalışanların sayısının 2005 yılında 5 182 iken, yıllar içinde düzenli artışlar göstererek, 2015 yılında 8 545'e yükselmiştir.

**Tablo 3. ABD Çalışma Bakanlığı'nın işgücü istatistikleri, 65 yaş ve üzeri çalışanların yıllara göre sayıları, 2015**

Yıllar	Sayı(bin)
2005	5182
2006	5403
2007	5660
2008	5964
2009	6132
2010	6288
2011	6669
2012	7300
2013	7898
2014	8044
2015	8545

Not: Her yılın mayıs ayı değerleri baz olarak alınmıştır.

Kaynak: United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, Labor Force Statistics from the Current Population Survey, 2015.

Ayrıca, ABD Çalışma Bakanlığı'nın işgücü istatistiklerine göre, 2015 yılında ABD'de 55-64 yaş arası çalışanlar ve tüm çalışanların sayı ve yüzdeleri aşağıda gösterilmiştir (Tablo 4).



Tablo 4' göre, ABD' de 55-64 yaş arası yaşlı çalışanların sayısının 24, 395 milyon olduğu görülmektedir. Bu yaş grubunun istihdamdaki oranı ise %61,4 olarak bildirilmiştir. Bu verilere göre, bu oranın Avrupa ortalamasından (%51,8) daha yüksek olduğu görülmektedir. Tabloda dikkat çeken bir durum ise, istihdamdaki tüm çalışanların oranının (16 yaş ve üstü) (%59.0), yaşlı çalışanların oranından (%61,4) daha düşük olduğudur. Ayrıca tüm çalışanlar içerisindeki yaşlı çalışanların oranı %22,1' dir. Yani ABD' de her 5 çalışandan biri 55 yaş ve üzerindedir.

**Tablo 4. ABD Çalışma Bakanlığı'nın işgücü istatistikleri, 16 ve üstü, 55-64 yaş arası ve 55 ve üstü çalışanların kendi yaş grubuna ve tüm yaş gruplarına göre dağılımları, 2015**

Yaş	Çalışan		
	Sayı(bin)	Kendi Yaş Grubu İçerisindeki Yüzdesi	Tüm Çalışanlar İçerisindeki Yüzdesi
<b>16 ve üstü</b>	146,305	59,0	100,0
<b>55-64</b>	24,395	61,4	16,6
<b>55 ve üstü*</b>	32,336	38,2	22,1

\*: ABD' de yaşlı çalışan olarak kabul edilen değer.

Kaynak: United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, Labor Force Statistics from the Current Population Survey, 2015

## 2.2. Ülkemiz'deki Durumu:

Yaşlılar için istihdam oranı, istihdamda olan 55-64 yaş arası kişi sayısının, aynı yaş grubundaki toplam nüfusa bölünmesiyle elde edilir. İstihdamda olan nüfus, bir ücret veya elde edeceği kar karşılığında referans haftasında bir saat bile olsa herhangi bir işte çalışan veya bir işi olmakla beraber referans haftasında çeşitli nedenlerle, geçici olarak bu işinde çalışmamış olan kişilerden oluşur. TÜİK'in 2014 verilerine göre, Ülkemizdeki yaşlı çalışan oranlarının, 2010 'da %29.6, 2011'de %31.4, 2012'de %31.9 ve 2013 yılında ise %31.5 olduğu görülmektedir. Yaşlılar için istihdam oranları ise aynı verileri göre, 2013 yılında, kadınlarda %18,2 ve erkeklerde ise %45,2 olarak bildirilmiştir. EUROSTAT'ın verilerine göre ise, Türkiye'de yaşlı çalışanların oranı 2014 yılı itibariyle %31,4 olarak gösterilmiştir.

Bu veriler ışığında düşünecek olursak, Ülkemizde yaşlı çalışanların oranı 2010-2012 yılları arasında artış göstermiş fakat son iki yıldır tekrar azaldığı görülmektedir.

Yaşlı çalışanların sayısında artma veya azalma olup olmadığını tahmin etmek ise oldukça güçtür. Ayrıca Ülkemizde kayıt dışı istihdamın yüksek olduğunu da düşünürsek eğer, yaşlı çalışanlarla ilgili ayrıntılı ve doğru verilere ulaşılması oldukça zor görülmektedir. TÜİK ve ILO'nun bu konudaki verileri görüşümüzü destekler niteliktedir. TÜİK'in 2014 yılı işgücü istatistiklerine göre ise Ülkemizdeki kayıt dışı istihdam oranı %33.2'dir. ILO'nun 2013 tarihli Çalışma Raporuna göre ise, Türkiye'de kayıt dışı istihdam oranı, 2011'de %42 ve 2012'de %39 olarak görülmektedir. Verilere bakıldığında, Ülkemizde kayıt dışı istihdam oranının yıllara göre giderek azaldığı görülsede, yaşlı çalışanların kayıt dışı istihdamıyla ilgili herhangi bir veri bulunmamaktadır.

TÜİK' in verilerine göre, Ülkemizde 55-64 yaş arası yaklaşık her iki erkekten birinin çalışmakta olduğunu görmekteyiz. Bu oran kadınlarda yaklaşık beşte bir düşmektedir. Tüm yaş gruplarında da kadın çalışanların düşük oranlarda olduğunu da düşünecek olursak, yaşlı olsun genç olsun, kadınların çalışma yaşamında kalmakta zorlandığını söyleyebiliriz. TÜİK 2014 verilerine göre, her üç kişiden birinin kayıt dışı çalıştığını da düşünecek olursak, bu oranların çok daha yüksek olduğu beklenebilir.

Acaba yaşlı çalışanların işgücüne katılma kararlarını etkileyen faktörler nelerdir? Samorodov'a göre, burada başlıca iki faktörden söz edilebilir. Birincisi, yaşlı çalışanın emeklilik kararı almasını kolaylaştıracak ya da güçleştirecek olan emeklilik gelirin miktarıdır. Emeklilik geliri arttıkça, yaşlı çalışanın işgücüne katılma olasılığı düşer. İkincisi ise, çalışma koşullarıdır. Özellikle ücretler çalışma kararı verilmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Buna göre, yaşlı çalışanlara ödenen ücretler arttıkça, işgücüne katılma oranları da yükselecektir.

ILO'ya göre, gerek yüksek gerekse düşük gelir gruplarında çalışan yaşlı erkek ve kadınlar, önümüzdeki on yıllar içinde birtakım özel sorunlarla karşılaşacaklardır. Yaş ayrımcılığına karşı mücadele ve girişimcilik beklentilerini güçlendirmeye yönelik yaşam boyu öğrenme olanaklarının sağlanması burada temel etmenler durumundadır. Kaliteli sağlık hizmetleriyle birlikte sosyal koruma sağlanması ve yeterli emeklilik kazanımlarının güvence altına alınması insana yakışır işin gereği ve

her yaştan toplum kesiminin hakkıdır. Yaşlı, ister yarı ister tam zamanlı olsun çalışmak istiyorlarsa bu imkânı bulabilmeli, bu arada sosyal güvenlik, yaşlılık ve uzun süre hizmet yardımlarından yararlanabilmelidir. Bununla birlikte, yoksul pek çok ülkede, sosyal koruma sistemlerinin yokluğu veya kapsam açısından darlığı karşısında yaşlı kadınlar ve erkekler, geçimlerini sağlamak için çoğu kez kayıt dışı ekonomide ve elverişsiz koşullarda çalışmaya devam etmek zorunda kalmaktadır.

### **3.Yaşlı Çalışanlarda Meydana Gelen Değişimler ve Sağlık Sorunları**

Yukarıdaki bölümlerde de bahsedildiği gibi, yıllar ilerledikçe, toplum içerisindeki yaşlı çalışanların görülme sıklığında artış görülmektedir. Bu durum, yaşlı çalışanların çalışma yaşamı ve buna bağlı sağlık sorunlarıyla ilgilenilmesi gerektiğini bizlere göstermektedir. Bu bağlamda yaşlı çalışanlarda meydana gelen değişimler ve sağlık sorunları Tablo 5'te özetlenmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5. Yaşlı çalışanlarda meydana gelen değişimler ve sağlık sorunları**

<b>Değişimler ve sağlık sorunları</b>
Antropometride meydana gelen değişimler
Kas gücünde meydana gelen değişimler
Kalp ve solunum kapasitesinde azalma
Denge fonksiyonlarında gerileme
İskelet sisteminde bozulma ve kırıklar
Görme ve işitme fonksiyonlarında gerileme
Zihinsel fonksiyonlarda azalma
Deride meydana gelen değişimler
Metabolizmaya ait bozukluklar
Termoregülasyonda bozulma
Duygu durumunda meydana gelen değişimler
Kronik hastalıkların gelişmesi

### **4.Sonuç ve Öneriler**

Dünyanın nüfusu gibi iş gücü de hızla yaşlanmaktadır. Avrupa ve Amerika' da yaşlı çalışanların çalışma ortamına uyum sağlayabilmeleri için yeni düzenlemeler

yapılmaktadır. Yakın gelecekte Türkiye' de de yaşlı çalışanların görülme sıklığının hızla yükseleceği öngörülmektedir. Şu an net görülme de, yakın gelecekte yaşlı çalışanların istihdamda yaşadığı sorunlar gün yüzüne çıkacak ve çözüm yolları gerekecektir. Çalışma yaşamında genç ve yaşlı çalışanlar arasında oluşturulacak iş birliği, yaş ayrımcılığının önüne geçilmesi ve eşit işe eşit ücret politikasıyla daha güvenilir ve huzurlu bir çalışma ortamı sağlanması çok önemlidir.

Yaptığımız araştırmada, özellikle ülkemizde, yaşlı çalışanlarla ilgili istatistiki verilerin yetersiz olduğunu gördük. Özellikle emekliliğinin ardından sigortalı veya sigortasız tekrar çalışan yaşlıların ve kayıt dışı istihdamda olan yaşlı çalışanların sayılarına ulaşamadık.

Amerika ve Avrupa' da genç yaştaki nüfusun eğitime yönlendirilmesi nedeniyle yaşlı çalışanların istihdamdaki oranları yükselmektedir. Bu yüzden, bir ülkedeki yaşlı çalışanların oranları, o ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren bir ölçüt olarak kullanılabilir.

Yaşlı çalışanlara yönelik koruma politikaları geliştirilirken ilgili tarafların yani çalışanların, işyeri/işverenin ve devletin alması gereken önlemler olarak ayrıca değerlendirilmelidir.

## **Kaynaklar**

1. Türkiye` de İşyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Koşullarının İyileştirilmesi Projesi (İSGİP) -2012) [http://www.isgum.gov.tr/rsm/file/isgdoc/isgip/isgip\\_saglik\\_gozetimi\\_rehberi.pdf](http://www.isgum.gov.tr/rsm/file/isgdoc/isgip/isgip_saglik_gozetimi_rehberi.pdf) (erişim tarihi: 23.03.2015)
2. Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri, 2013, TÜİK, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1097](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1097) (erişim tarihi: 09.04.2015)
3. <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R162> (erişim tarihi: 23.03.2015)
4. OECD Employment and Labour Market Statistics, 2013. [http://www.oecd-ilibrary.org/employment/employment-rate-of-older-workers-2013-1\\_emp-ol-table-2013-1-en](http://www.oecd-ilibrary.org/employment/employment-rate-of-older-workers-2013-1_emp-ol-table-2013-1-en) (erişim tarihi: 23.03.2015)
5. EUROSTAT, 2015. <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tesem050> (erişim tarihi: 05.06.2015)

6. Situation Analysis For Health At Work And Development Of The Global Working Life, Recommendation of the second meeting of the WHO Collaborating Centers in Occupational Health, 11-14 October 1994, Beijing, China  
[http://www.who.int/occupational\\_health/publications/globstrategy/en/index4.html](http://www.who.int/occupational_health/publications/globstrategy/en/index4.html)  
(erişim tarihi: 30.03.2015)
7. ILO Ekonomi Uzmanı Ekkehard Ernst, 'What age means for the labour force', ILO,  
[http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/multimedia/audio/WCMS\\_358943/lang--en/index.html](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/multimedia/audio/WCMS_358943/lang--en/index.html) (erişim tarihi: 05.06.2015)
8. United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, Labor Force Statistics from the Current Population Survey, 2015,  
<http://data.bls.gov/timeseries/LNU02000097> (erişim tarihi: 08.06.2015)
9. TÜİK. Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri, TÜİK, Mart 2014  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16124> erişim tarihi: 09.04.2015
10. ILO. Çalışma Dünyası Raporu. Türkiye Görünümü, 2013.
11. TÜİK. İşgücü İstatistikleri, Aralık 2014,  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18635>
12. Samorodov A., 'Ageing And Labour Markets For Older Workers', Employment and Training Papers No. 33, Employment and Training Department, ILO, 1999.
13. ILO. İnsana Yakışır İş Bildirgesi.  
[www.oit.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/areas/woman/brosurler/bro04](http://www.oit.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/areas/woman/brosurler/bro04), (erişim tarihi: 23.03.2015)
14. N.A. Lynch, E.J. Metter, R.S. Lindle, J.L. Fozard, J.D. Tobin, T.A. Roy, J.L. Fleg ve B.F. Hurley, "Muscle Quality. I. Age-associated Differences Between Arm and Leg Muscle Groups", Journal of Applied Physiology, 86(1), 1999, 188-194.
15. M. Savinainen, C. Nygard, O. Korhonen ve J.E. Ilmarinen, "Changes in Physical Capacity among Middleaged Municipal Employees over 16 years", Experimental Aging Research: An International Journal Devoted to the Scientific Study of the Aging Process, 30(1), 2004(b), 1-22.
16. B.H. Goodpaster, S.W. Park, T.B. Harris, S.B. Kritchevsky ve M. Nevitt, "The Loss of Skeletal Muscle Strength, Mass, and Quality in Older Adults: The Health, Aging and Body Composition Study", The Journals of Gerontology, 61(10), 2006, 1059-1064.
17. B. Gall, W. Parkhouse, 'Changes in Physical Capacity as a Function of age in Heavy Manual Work', Ergonomics, 47(6), 2004, 671-687.

18. T. Pohjonen ve R. Ranta, "Effects of Worksite Physical Exercise Intervention on Physical Fitness, Perceived Health Status, and Work Ability among Home Care Workers: Five-Year Follow-up", *Preventive Medicine*, 32, 2001, 465–475.
19. McArdle, A., Vasilaki, A., and Jackson, M. (2002). Exercise and skeletal muscle aging: Cellular and molecular mechanisms. *Ageing Research Reviews*, 1, 79-93.
20. Larrsson, L., Yu, F., Hook, P., Ramamurthy, B., Marx, J.O., and Pircher, P. (2001). Effects of aging on regulation of muscle contraction at the motor unit, muscle cell, and molecular levels. *International Journal of Sport Nutritio and Exercise Metabolism*, 11(Suppl), S28-S43.
21. Khalil, Z., and Merhi, M. (2000). Effects of aging on neurogenic vasodilator responses evoked by transcutaneous electrical nerve stimulation: Relevance to wound healing. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(6), B257-B263.

## **ÇALIŞMA YAŞAMINDA GÖÇMENLER ve ESKİ HÜKÜMLÜLER**

---

**Prof.Dr. Meral SAYGUN**

*KÜTF Halk Sağlığı AD*

### **1. Çalışma Hayatında Göçmenler**

Göç, çalışmak, yaşamak veya yerleşmek amacıyla bir bölgeden başka bir bölgeye yapılan nüfus hareketidir. Göç; iç göç ve dış göç olmak üzere ikiye ayrılır. İç göç, aynı ülke sınırları içerisinde bir bölgeden başka bir bölgeye yapılan nüfus hareketlerini ifade eder. Dış göçten ise bir ülkeden bir başka ülkeye yapılan göç anlaşılmalıdır.

ILO'nun 1949 tarih ve 97 no.lu sözleşmesi ile 1975 tarih ve 143 no.lu sözleşmesinin 11. maddelerinde göçmen işçi, kendi adına olmayıp başkası tarafından çalıştırılmak amacıyla bir ülkeden diğerine göç etmiş bir kimseyle, göçmen işçi olarak bir ülkeye kabul edilen kimse olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre; kaçak işçiler kapsam dışı tutulmuş olup, sadece çalışma izni alanlar ilgili sözleşmenin sağladığı korumadan yararlanabilecektir. Diğer bir ifadeyle ILO sözleşmesi tanımı sadece göç edilen ülkenin hukukuna uygun çalışma ilişkisini kapsamına almaktadır.

Göçmenlere Yönelik Bakış Açısı; Göç alan ülkeler, refah düzeylerinin yüksekliği, göç edenlere yakın coğrafyalarda olması ya da göç eden toplulukların kültürlerine benzerliği sebebiyle tercih edilebilir. Göç edilen ülke ile göçmenlerin kültür düzeyleri farklılaştıkça o ülkede benimsenmeleri zorlaşır. Geçici bir durum olarak bakılan göçmen olgusu, kalıcı bir hal alınca bir azınlık problemine dönüşebilir. Göç edilen ülkeler ve ülkelerin vatandaşları için bu durum, bazı sorunlar yaratabilir. Göçmenler ve ülke vatandaşları arasındaki kültürel farklılıklar bu sorunları daha da derinleştirebilir. Bu aşamada göçmenler ve ev sahibi ülke vatandaşları arasında gerçek bir entegrasyonun oluşabilmesi önem taşır. Göçmenlerin farklı kültür ve alışkanlıklara sahip olduğu gerçeği göz önüne alınarak entegrasyon çözümleri üretilmelidir. Ev sahibi ülke tarafından, göçmenlerin kendilerine has özelliklerinin terk edilmesi gereken şeyler haline dönüştürülmemesi gerekir.

Göçmenlerin Çalışma Hayatında Karşılaştığı Sorunlar; Göçmen işçiler, göç süresince ve göç ettikleri ülkelerde kültürel, sosyal ve ekonomik bakımdan birçok sorunla

karşılaşmaktadırlar. Göçmen işçiler ILO (International Labour Organization) Sözleşmeleri ve Tavsiye Kararları ile Birleşmiş Milletler Sözleşmeleri gibi uluslararası sözleşmelerle kendilerine tanınan haklardan yararlandırılmamakta, göç ettikleri ülkenin vatandaşlarına göre genelde ücret, çalışma süresi vb. çalışma koşulları açısından olumsuz koşullarla karşılaşmaktadırlar.

ILO'nun 97 sayılı İstihdam Amacıyla Göç Sözleşmesi, düzenli statüdeki göçmen işçilerle ilgilidir. Sözleşme, istihdama ilişkin çeşitli konularda, göçmen işçilere o ülkenin kendi vatandaşlarına yaptığı muamelenin altında bir muamele yapılamayacağını hükme bağlamaktadır. Düzensiz göçe ilişkin kaygıların arttığı bir dönemde kabul edilen 143 sayılı Sözleşme ise kapsam açısından daha geniş ve istismara dayalı koşullardaki emek göçü üzerine odaklanmaktadır. Yasal olmayan yollardan yapılan göçlerin ve düzensiz göçmen işçi istihdamının engellenmesini, düzensiz göçü örgütleyenlerin ve düzensiz göçmen çalıştıran işverenlerin cezalandırılmasını öngörür.

Dış göç yapmış işçilerin iş hayatında karşılaşacakları problemler, yapılan iş ve çalışma ortam ve şartlarına alışkın olmamaktan kaynaklanan problemlerdir. Yapılan işin özelliğini bilmeyen bir çalışan o işten kaynaklanacak riskler konusunda da yeterli bilgiye sahip değildir. Göç etmiş olduğu ülkede kullanılan teknolojiyi daha önce görmemiş ve o teknoloji ile ilgili bilgi ve deneyim sahibi olmadığı için yaptığı işten kaynaklanabilecek riskler konusunda da yeterli bilgiye sahip değildir, sonuçta tehlike unsurlarını değerlendiremeyeceğinden iş kazalarının olması veya meslek hastalıklarının oluşması kaçınılmazdır. Dış göç yapmış işçiler için bir diğer problem genellikle olumsuz şartlardaki işlerde çalışmaları ve dolayısıyla sağlık risklerine maruz kalmalarıdır. Japonya'da göçmen işçilerin genellikle '3-D' olarak kısaltılan ve yerli işgücünün yerine getirmekten kaçındığı işlerde çalışmakta olduğu belirlenmiştir. Bu işler, pis (Dirty), tehlikeli (Dangerous) ve nitelik gerektirmeyen (Demeaning) işler olarak adlandırılmaktadır. 3-D olarak tanımlanan bu işlerde çalışan göçmen işçiler, ülke vatandaşı işçilerin maruz kaldığı risklerden fazlasına maruz kalmaktadırlar. Göçmenlerin, göç ettikleri ülkelerde demografik ve kültürel farklılıkları sebebiyle yaşadıkları benimsenmeme veya ayrımcılık gibi konuların yanında göç ettikleri ülkenin çalışma hayatlarında onları bekleyen bazı sorunlar da vardır. Bunları özetlersek;



Göçmenler kendi ülkelerinde sahip oldukları niteliği, çok sınırlı bir ölçüde kullanabilmektedir, çalıştıkları alanlar nitelsiz iş kollarında yoğunlaşmaktadır. Sahip oldukları mesleğe ve almış oldukları eğitime uygun nitelikteki bir işte çalışanların sayısının son derece azdır. Sigortasız çalıştırılma göçmen işçiler arasında son derece yaygındır. Bu durum emeklilik ve sağlık yardımlarından yararlanma bakımından göçmenler için sorun oluşturmaktadır. Genellikle yasal çalışma süresinin üzerinde çalıştırılmaktadır. Kaçak işçiler ise yaygın olarak bir günlük haftalık ücretsiz iznin dışında hiç dinlendirilmeksizin çalıştırılmaktadır. Göçmen işçilere düşük ücret uygulanmaktadır. Tüm dünya ülkelerinde yabancı işçiler aynı sorunla karşı karşıyadır. Genellikle yerli işgücünün tercih etmediği ağır çalışma koşullarına sahip işlerde istihdam olanağı bulmaktadır. Kaçak göçmen işçiler çoğunlukla yüksek risk grubuna giren işlerde istihdam olanağı bulduklarını ve çalıştıkları işyerlerinde yeterli iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin alınmadığını belirtmektedirler. Göçmenlerin karşılaştığı sorunlardan biri de işsizlik sorunudur. Üretememe, ekonomik yönden yetersizlik, ülke vatandaşları tarafından benimsenmeme, hatta ayrımcılığa uğrama durumu göçmen için farklı arayışlara sebebiyet verebilir. Ev sahibi ülkelerin göçmenlere karşı oluşturduğu önyargılardan biri de göçmenlerin ülkede huzuru bozacağı algısıdır. Son dönemde; şiddet, terör gibi olaylarla sıkça anılır hale gelmiştir, ekonomik katılımda bulunamayan, üretemeyen, toplumda benimsenemeyen ya da ayrımcılığa uğrayan toplulukların radikal gruplar içerisinde yer alması olasıdır. Bu radikal grupların etkisiyle; bu kişiler şiddet, terör ve suça yönelebilir Bu sebeple ev sahibi ülkelerin göçmenler konusunda çekinceleri gündelik hayatta da karşılık bulmaktadır.

BM Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin 2016 yılında yayınladığı, Zorla Yerinden Edilmeye İlişkin Küresel Eğilimler Raporu'un da aşağıdaki veriler dikkat çekmektedir: Dünya genelinde baskı, zulüm, şiddet olayları nedeniyle zorla yerinden edilmiş kişi sayısı 2014 yılında 59,5 milyonken 2015 yılında 65,3 milyona çıktı, bunların 21,3 milyonu mülteci, 40,8 milyonu ise ülkeleri içinde yerinden edilmiş kişilerdi. Mülteci ifadesi, zulüm endişesiyle ülkesinden ayrılan kişiyi, yerinden edilen kişi ise benzer endişelerle aynı ülke içinde yer değiştirenleri tanımlamaktadır.

2015 yılı boyunca her dakika başında 24 kişi şiddet, baskı veya zulüm nedeniyle yaşam alanını terk etmeye mecbur kalmıştır. Zorunlu insan hareketliliği konusunda ise en kötü tablo Suriye'dedir, 2015 itibariyle 5 milyon Suriyeli mülteci durumundadır. 6,6

milyon Suriyeli ise ülke sınırları içinde yerinden edilmiştir. Raporda herhangi bir yakını olmadan yerinden edilmeye zorlanan çocukların sayısının 2014 yılında 34,300 iken 2015 yılında sayı 98,400'e çıktığı belirtilmiştir. Bu çocukların suç şebekeleri tarafından istismar edilebileceği gerçeği de unutulmamalıdır.

Çalışma hayatında göçmenlerin daha iyi şartlarda çalışabilmesi için; ülke hükümetlerinin, bu grubu yasalarla koruma altına alması, uluslararası örgütlerin daha somut ve yaptırımli çözümler oluşturması gerekmektedir.

## **2. Çalışma Yaşamında Eski Hükümlüler**

19.09.2009 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Eski Hükümlü İşçi Alınmasında Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliğin "Tanımlar" başlıklı 4. maddesinde eski hükümlü şu şekilde tanımlanmaktadır;

*"Kasten işlenen bir suçtan dolayı bir yıl veya daha fazla süreyle hapis cezasına çarptırılan veya Devlet memuru olmaya engel bir suçtan hüküm giyenlerden cezasını infaz kurumlarında tamamlayanları, cezası ertelenenleri, koşullu salıverilenleri; özel kanunlarda belirtilen şartlardan dolayı istihdam olanağı bulunmayanları; ömür boyu kamu hizmetlerinden yasaklı bulunanlardan, Cumhuriyet Başsavcılığından alınan salıverilen hükümlülere ait durum bildirme formu ile durumlarını belgelendirenler".*

4857 sayılı iş kanunumuzun 30.md'de "Özürlü, eski hükümlü ve terör mağduru zorunluluğu " yer almaktadır. Bu maddeye göre, elli veya daha fazla işçi çalıştıran işverenlerin toplam oranı yüzde altı olacak şekilde özürlü, eski hükümlü ve terör mağduru çalıştırması zorunludur ve özürlülerin oranı toplam oranın yarısından az olamaz." denilmektedir.

26 Mayıs 2008 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan 5763 sayılı Kanun ile 4857 sayılı İş Kanununun eski hükümlülere ilişkin 30. maddesi değiştirilerek eski hükümlülerin özel sektörde istihdam zorunluluğu kaldırılmıştır. Kamuda ise zorunlu bırakılan istihdam oranı %2 olarak belirlenmiştir. Mevzuatta yapılan bu değişiklikler sonucu eski hükümlülerin istihdam imkanları daralmıştır.

Eski hükümlülerin çalışma hayatındaki durumları: Eski hükümlüler, özellikle istihdam alanında ayrımcılığa açık ve dezavantajlı kesimlerdir. Eski hükümleri dezavantajlı bir

grup haline getiren, sosyal hayatta karşılaştıkları olumsuzluklardır ve bu sorunların birçoğu, eski hükümlülerin iş hayatına girememesinden doğmaktadır. İşverenlerin hükümlü istihdam etmeleri halinde, verimliliğin azalacağına ilişkin ön yargıları vardır. İşverenler tarafından çok yaygın olarak öne sürülen gerekçe, bu kimseler için uygun bir işin bulunmadığıdır. Devlet, Eski hükümlüler, işverenler, sendikalar, dernek ve vakıflar arasında bir koordinasyon sağlamalı ve tarafların çıkarları arasında sosyal ve ekonomik sebeplere dayanan bir denge oluşturmalıdır.

Mesleki Eğitimin Hükümlü İstihdamı Açısından Önemi: Gelişmiş ülkelerde, hükümlülere verilen mesleki eğitimler üçe ayrılmaktadır.

1. İnfaz kurumunda değerlendirilecek becerilerin kazandırılmasıdır.
2. Kısa süreli mesleki eğitim programları ve
3. Hükümlülük sonrasında kısa sürede iş bulacakları becerilerin kazandırılması şeklinde olmaktadır.

Yapılan çalışmalarda; Eğitim programlarına katılanların büyük çoğunluğunun iş bulduklarını ve tekrar ceza infaz kurumuna gelmedikleri görülmüştür.

Mesleki eğitimin hükümlüye kazanımları; Yeni iş olanakları, moral ve özgüven duygusunda yükselme, olgunlaşma ve hoşgörü kazanma, işbirliği ve dayanışma, İş bilgisi ve deneyimin artması sonucu iş tatmini sağlama, işgücü piyasasında değer artışı, yaratıcılıkta gelişmedir.

Denetimli Serbestlik: Denetimli serbestlik, ceza yargılamasının parçası ve bir ceza infaz yöntemidir. Sosyal anlamda denetimli serbestlikte, kişinin ıslahı ve topluma kazandırılması esastır. Türk hukuk sisteminde denetimli serbestlik, kişinin işlediği bir suç nedeniyle tutuklanması ya da mahkemece hakkında mahkûmiyet kararı verilmesi sonucunda cezaevine girmesi yerine, cezasını toplum içerisinde gözetim ve denetim altında çekmesini ifade eder. Buna göre, denetimli serbestlik, alternatif bir infaz sistemidir. Şüpheli, sanık veya hükümlüler için, hapsin alternatifi olan bu sistemde, hükümlü şarta bağlı olarak serbest bırakılmakta ve kendilerine birtakım yükümlülükler getirilmektedir. Türk denetimli serbestlik hizmetleri, toplumun huzur ve mutluluğunu sağlamak için, suç işleyen veya şartla tahliye olan insanların yeniden suç işlemesini önlemeyi, suçluların cezalarını toplum içinde rencide olmadan çekmelerini sağlamayı

ve onlara her konuda rehberlik yaparak topluma kazandırılmasına katkıda bulunmayı amaç edinmiştir.

Denetimli Serbestlik Hizmetlerinin Görevleri: Türk denetimli serbestlik hizmetlerinin görevlerini genel olarak denetim ve yardım olmak üzere iki başlık altında incelemek mümkündür.

Denetim: Mahkemelerce haklarında alternatif tedbir veya cezalara hükmedilen şüpheli, sanık veya hükümlülerin takibini yaparak cezalarını toplum içinde çekmelerini sağlamak ve bunun denetimini yapmak.

Yardım: Ceza infaz kurumlarından saliverilen hükümlülerin meslek veya sanat edinmelerinde, iş bulmalarında ve karşılaştıkları diğer güçlüklerin çözümünde onlara yardımcı olmak. Hükümlülerin tekrar suç işlemesini önlemek, toplumla bütünleşmesini sağlamak ve kazandırmak için birtakım hizmetlerde bulunurlar. Bunlar; Psikososyal yardım, Rehberlik ve danışmanlık hizmetleri ve Tahliye sonrası yardımlardır.

Eski hükümlü kişinin toplum hayatına uyumunu sağlayacak önlemlerin başında, ekonomik bağımsızlığına ulaşabilmesi için gerekli ortamın saptanması, kişiliğini maddi manevi yönde geliştirebilmesi için kendi işgücünü değerlendirebilmesi gelmektedir, 2005'ten bu yana faaliyette bulunan Denetimli Serbestlik kurumu koruma kurulları vasıtasıyla bu yönde ciddi çalışmalar yapmıştır. Ancak, bu çalışmalar lokal düzeydedir ve yeterli değildir. Dolayısıyla, genel olarak eski hükümlülerin meslek edinmeleri, iş sahibi yada girişimci olmaları hususunda sivil toplum kuruluşlarına büyük görevler düşmektedir. Bu çerçevede, kurslar düzenlenmeli, kredi desteği sağlanmalı, işverenlerle diyalog kurulmalıdır.

### **Kaynaklar**

1. Sağlam S. Türkiye'de İç Göç Olgusu ve Kentleşme, Türkiyat Araştırmaları, Erman Artun Özel Kitaplığı, Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü, 2006,5:33-44.
2. Alpar M. B. "Göçmen İşçilere İlişkin 97 Sayılı ve 143 Sayılı ILO Sözleşmeleri ile İlgili Çalışma Mevzuatı", Kamu-İş, 2000, 6 (1): 123-141.
3. Civan O, Gökalp A. Göçmen İşçi Kavramı Ve Göçmen İşçilerin İş Sağlığı Ve Güvenliği. Çalışma ve Toplum, 2011, 1: 233-264.

4. Çelgin, Duygu. Göçmenlik Ve Göçmen İşçi Kavramları İle Dış Göç Yapmış İşçilerin Çalışma Hayatında Karşılaştıkları Sorunlar. Çalışma Dünyası Dergisi, 2014, 2.2:84-92.
5. Gemici BN. Çalışma Hayatında Dezavantajlı Bir Grup: Göçmenler. İş ve Hayat: 239-261.
6. Toksöz G, Erdoğan S, Kaşka S. "Türkiye'ye Düzensiz Emek Göçü Ve Göçmenlerin İşgücü Piyasasındaki Durumları " , Ekim 2012, İsveç: (IOM International Organization for Migration ).
7. International Labor Office, Labour Migration Policy and Management: Training Modules, 2005, [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/documents/publication/wcms\\_bk\\_pb\\_202\\_en.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/documents/publication/wcms_bk_pb_202_en.pdf). Erişim Tarihi 30.09.2017.
8. Karaca GN. Türk Göçmenlerin Çalışma Yaşamında Karşılaştığı Sorunlar: Giresun'dan ABD'ne Göç Etmiş Türk Göçmenler Üzerine Bir İnceleme.Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, Sayı: 56, 2009: 239-258.
9. UNHCR'nin (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği ) Küresel Eğilimler Raporu 2016. (Global Trends in Forced Displacement-UNHCR 2016)[gocvaki.org/bm-multeciler-yuksekkomiserligi-kuresel-egilimler-raporu-2016/](http://gocvaki.org/bm-multeciler-yuksekkomiserligi-kuresel-egilimler-raporu-2016/) Erişim Tarihi 30.09.2017.
10. Kamu kurum ve kuruluşlarına eski hükümlü veya terörle mücadelede malul sayılmayacak şekilde yaralananların işçi olarak alınmasında uygulanacak usul ve esaslar hakkında yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 19.09.2009 Sayı: 27354.
11. 4857 sayılı İş Kanunu Resmi Gazete: Tarih: 10/6/2003 Sayı: 25134
12. 5763 sayılı İş Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun md.2. Resmi Gazete: Tarih: 26.05.2008 tarih Sayı: 26887
13. Koçak O, Altun S. Ceza İnfaz Kurumundaki Mesleki Eğitim Faaliyetlerinin Hükümlü İstihdamına Katkıları. Çalışma İlişkileri Dergisi, 2010, 1.1: 95-117.
14. Kavi E, Altun S. Sosyal İçerme Açısından Eski Hükümlülerin Girişimciliğe Yönlendirilmesi ve Denetimli Serbestlik Faaliyetleri. Uluslararası II. Trakya Bölgesi Kalkınma - Girişimcilik Sempozyumu, Kırklareli, Türkiye, Ekim 2010: 449-461.

## ÇALIŞMA YAŞAMINDA ENGELLİ ÇALIŞANLAR

---

**Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE**

**Arş.Gör.Dr. Erkan ERBAŞ**

*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

### 1.Giriş

Engellilik, insan hayatının bir parçasıdır. Herkes yaşamının bir döneminde geçici veya kalıcı biçimde engelli olabilir ve ilerleyen yaşlarda işlev kaybı yaşayabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, dünyada yaklaşık bir milyon engelli bulunmaktadır. Dünyada her yedi kişiden birinin engelli olduğu anlamına gelmektedir. Engellilerin toplum yaşamına nasıl katılacakları ve en iyi nasıl desteklenecekleri konusu insanlığın karşısında her çağda ahlaki ve siyasi bir sorun olarak ortaya çıkmıştır. Toplumların nüfus yapısının değişmesi ve yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte bu sorun daha da ciddileşecektir.

#### 1.1.Engellilik Nedir?

**Ulusal mevzuat** incelendiğinde, 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun'da engelli; fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyuşsal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey olarak tanımlanmıştır.

**Uluslararası belgeler** incelendiğinde, genel ve ortak bir tanım olduğunu söylemek güçtür. BM (Birleşmiş Milletler) Engelli Kişilerin Hakları Sözleşmesi'nde engelli kavramı; "diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri içermektedir" olarak açıklanmıştır. Öte yandan BM Engelli Kişilerin Hakları Sözleşmesine İlişkin Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan el kitabında, belli bir tanım yapmak yerine geniş sınırlar çizilmesi, kendi metinleri için şu gerekçeye bağlanmıştır; "Toplumlar ve toplumda yer alan fikirlere bağlı olarak "engellilik" dinamik bir olgudur. Sabit bir tanım, kavramın evrimine engel olma riskini

beraberinde getirir. Bu nedenle, Sözleşme’de farklı sosyoekonomik oluşumlara ve değişen zamana göre yapılacak uyarlamalara izin veren dinamik yaklaşım tercih edilmiş ve sabit bir engellilik tanımına yer verilmemiştir.”

**Dünya Engelli Birliği’ne göre (World Disability Union: WDU)** engellilik tanımı da BM’nin engelli tanımına benzer olarak şu şekildedir; engelli kişiler, başkaları ile eşit şekilde, topluma tam ve etkin katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun vadeli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu olan bireylerdir.

**DSÖ** engelliği insan işleviyle ilgili sorunları birbiriyle bağlantılı üç alanda sınıflamaktadır:

- ✓ Yetersizlik (*impairment*); vücut işlevindeki bir sorun veya vücut yapısında meydana gelen bir değişikliktir. Örnek; felç veya görmeyetisinin yitirilmesi gibi.
- ✓ Aktivite sınırlılığı (*activity limitations*); aktiviteyi uygulamada güçlük çekilmesi. Örnek; yürümede veya yemede güçlük çekilmesi gibi.
- ✓ Katılım kısıtlaması (*participation restrictions*); yaşamın herhangi bir alanına katılmaktan alıkoyan veya katılmayı güçleştiren sorunlar olmasıdır. Örnek; istihdam alanında veya ulaşımda ayrımcılığa maruz kalınması gibi.

Engellilik bu işlev alanlarının birinde veya tümünde yaşanan güçlüklerdir.

ILO (International Labour Organisation) ise 1983 tarihli Sakatların Mesleki Rehabilitasyon ve İstihdamı Hakkında Sözleşme’nin amaçları açısından engelli tanımını, uygun bir iş temini muhafazası ve işinde ilerlemesi hususundaki beklentileri, kabul edilmiş fiziksel veya zihinsel bir özür sonucu önemli ölçüde azalmış olan bir birey olarak ifade etmiştir.

## **1.2.Engelliğin Ölçülmesi:**

Engellilik; karmaşık, dinamik ve çok boyutu bulunan tartışmalı bir olgudur. Engelli bireylerin sayısının ve içinde buldukları durumların bilinmesi, bu bireylerin önündeki engellerin kaldırılmasına ve topluma katılımlarının arttırılmasına yönelik çalışmaları olgunlaştırmaktadır. Engelliliği ölçmeye yönelik üzerinde mutabakat sağlanmış uluslararası bir standart mevcut değildir. Washington Engellilik İstatistikleri Grubu (WG), altı temel işlevde (görme, işitme, hareketlilik, bilişsellik, kişisel bakım ve iletişim) yaşanan güçlüklerle odaklanan filtre soru setini önermektedir. WG’nin

önerdiği aşağıda sıralanan kısa soru setinde ilk beş alana 2012 yılında yapılan Türkiye Sağlık Araştırması'nda da yer verilmiştir. Bunlar;

## **2.Engelli Çalışan Kimdir?**

### **Devlet'e göre:**

7/2/2014 tarihli Engelli Kamu Personel Seçme Sınavı ve Engellilerin Devlet Memurluğuna Alınmaları Hakkında Yönetmelik'de engelli; doğuştan veya sonradan; bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yetenekleri bakımından engel oranının yüzde kırk veya üzerinde ve çalışabilir durumda olduğunu mevzuat hükümlerine göre alınacak sağlık kurulu raporu ile belgeleyenler olarak tanımlanmıştır.

### **ILO'ya göre:**

ILO "İşyerindeki Engelliğin Yönetimi Uygulama Kuralları" kılavuzunda, engelli bireyi şu şekilde tanımlarlar; fiziksel, duyuşsal, entelektüel ya da zihinsel bozukluklarının usulen kabul edilmesi sonucu uygun iş ortamındaki işini güvenceye alma, devam ettirme, muhafaza etme ve koruma olasılıklarının ciddi anlamda azaldığı kişidir.

## **3.Engellilik Tanımının Kısa Tarihçesi**

DSÖ, 1980 yılında yaptığı sınıflandırmada özürölülüğü (impairment) fonksiyonel bir hasar, sakatlığı (disability) normal aktivitelerde kısıtlılık ve engelliliği (handicap) ise sosyal dezavantaj olarak tanımlamıştır. 1980'de yapılan bu tanımlamada kullanılan "handicap" kelimesi, çağrıştırdığı olumsuz anlamlardan dolayı 2001 yılındaki tanımlamadan çıkararak her türlü özür, faaliyet yoksunluğu veya sosyal hayata katılımdaki kısıtlamayı kapsayacak bir şekilde engellilik terimi (disability) benimsenmiştir.

## **4.Engelliliğe İki Farklı Bakış, Medikal ve Sosyal Model**

ICF'e göre (International Classification of Functioning, Disability and Health: İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması) medikal model, engelliliği, doğrudan bir hastalık, travma veya diğer sağlık koşullarının yol açtığı, bir profesyonel tarafından bireysel tedavi şeklinde medikal bakım gerektiren ve kişiye ait bir problem olarak görür. Engellilik ile baş edebilme, tedavi veya kişinin uyumu ve



davranış değişikliği amacını taşır. Medikal bakım, temel öğe olarak görülür ve politik düzeyde asıl amaç sağlık politikalarını değiştirmek veya yenilemektir. Medikal model engelliliği birey ve bedeni ile analiz ederken, sosyal model toplumsal yapının önyargı ve farklılıklara uyum başarısızlığıyla ilgilenmektedir. Sosyal model medikal modelin eleştirisi olarak, engelliğin sosyal bariyerlerin sonucu olduğunu kabul eder. Diğer bir deyişle engellilik, toplumun tüm engellilere göre dizayn edilmemesinin sonucudur. Çevre, olumsuz sosyal tutumlar ve ayrımcılık üzerine odaklanarak, engelli insanların yaşadığı ayrımcılıkla mücadeleyi, sosyal yapının yeniden dizaynını ve güçlendirilmiş yasaların hazırlanmasını önermektedir. Problemin çözümü sosyal eylem gerektirir ve engelli olan kişilerin toplum yaşamının tüm alanlarına tam katılımı için gerekli çevresel değişiklikleri sağlamak büyük ölçüde toplumun ortak bir sorumluluğudur. Bu nedenle konu, politik olarak insan hakları sorunu haline gelen ve sosyal değişim gerektiren düşünsel veya ideolojik bir konudur. Bu modele göre yetiyitimi politik bir konudur. Sosyal model siyasal, sosyal ve ekonomik faktörlerin önemini vurgulayarak engellilik oluşturan tutumlar, fiziki ve geleneksel bariyerleri, medikal model ise bakımı vurgulayarak engelli bireyin çalışmamasını açıklamaya çalışır. ICF bu iki uçta yer alan modellerin bütünleşmesine dayanmaktadır. İşlevselliğin çeşitli boyutlarının birleştirilebilmesi için "biyopsikososyal" yaklaşım kullanmıştır. ICF, biyolojik, bireysel ve sosyal bağlamlardan gelen sağlıkla ilgili farklı görüşlerin uygun birleşimini sağlamak için bir sentez oluşturmayı amaçlamaktadır.

## **5. Yasal Düzenlemeler**

### **5.1.Ulusal Düzenlemeler**

#### **5.1.1.Anayasa:**

Madde 10, 50 ve 61'in engellilerle ilişkili olduğu görülmektedir. Madde 10: Özürlüler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz. Madde 50: Kimse, yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar. Dinlenmek, çalışanların hakkıdır. Madde 61: Devlet, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır, denilmiştir.

### 5.1.2.Kanunlar:

- ✓ 7/7/2005 tarihli 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun ile amaçlanan, engellilerin temel hak ve özgürlüklerden faydalanmasını teşvik ve temin ederek ve doğuştan sahip oldukları onura saygıyı güçlendirerek toplumsal hayata diğer bireylerle eşit koşullarda tam ve etkin katılımlarının sağlanması ve engelliliği önleyici tedbirlerin alınması için gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlamaktır.
- ✓ 3 Mayıs 2013 tarihinde "Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Yer Alan Engelli Bireylere Yönelik İbarelerin Değiştirilmesi Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" çıkarılarak kanunlardaki "özürlü", "özür", "sakat", "sakatlanma" vs. kelimeler "engellilik" kelimesine dönüştürülmüştür.
- ✓ 4857 sayılı İş Kanununun engellilerle ilgili maddeleri şu şekildedir. 5. Maddesinde, iş ilişkisinde dil, ırk, renk, cinsiyet, engellilik, siyasal düşünce, felsefî inanç, din ve mezhep ve benzeri sebeplere dayalı ayırım yapılamaz, denmiştir. 30. Maddesinde ise engelli çalıştırma zorunluluğu hakkında işverenlerin sorumluklarını sıralanmıştır; işverenler, elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde yüzde üç engelli, kamu işyerlerinde ise yüzde dört engelli işçiyi meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlüdürler. Bu kapsamda çalıştırılacak işçi sayısının tespitinde belirli ve belirsiz süreli iş sözleşmesine göre çalıştırılan işçiler esas alınır. İşyerinin işçisi iken engelli hâle gelenlere öncelik tanınır. 101. Maddesinde, İş Kanununun 30. maddesindeki hükümlere aykırı olarak engelli ve eski hükümlü çalıştırmayan işveren veya işveren vekiline çalıştırmadığı her engelli ve eski hükümlü ve çalıştırmadığı her ay için bin yedi yüz TL idari para cezası verilir ve kamu kuruluşları da bu para cezasından hiçbir şekilde muaf tutulamaz, denilmiştir.
- ✓ Devlet Memurları Kanununun , "Engelli Personel Çalıştırma Yükümlülüğü" başlıklı 53. Maddesinde şu şekildedir; kurum ve kuruluşlar bu Kanuna göre çalıştırdıkları personele ait kadrolarda % 3 oranında engelli çalıştırmak zorundadır.

### 5.1.3. Yönetmelikler:

- ✓ Yurtiçinde İşe Yerleştirme Hizmetleri Hakkında Yönetmelik'in dördüncü bölümünün "Engellilerin İşe Yerleştirilmesi" kısmında; işverenler, 50 veya daha fazla işçi çalıştırdıkları, özel sektör işyerlerinde yüzde üç engelli, kamu işyerlerinde ise yüzde dört engelli işçiyi meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlü ifade edilmiştir.
- ✓ 7/2/2014 tarihli Engelli Kamu Personel Seçme Sınavı ve Engellilerin Devlet Memurluğuna Alınmaları Hakkında Yönetmelik ile merkezi olarak yapılacak engelli kamu personel seçme sınavına, kuraya, yerleştirme işlemlerine, engelli memur istihdamının takip ve denetimi amaçlanmıştır.
- ✓ 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz Ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Engelli ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik'in; 12. Maddesinde, toplam engel oranı % 40 ile % 69 arasında olanlar "engelli", %70 ve üzeri oranda olanlar ise "başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam

ettiremeyecek derecede engelli" olarak kabul edilir. 13.Maddesinde yaşlı aylığı bağlananlardan %70 ve üzeri oranda engelli olduklarını engelliler için sağlık kurulu raporu ile kanıtlayanların aylıkları başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek derecede engelli aylığına dönüştürülür. Ancak %40 ila %69 arası oranda engelliler için sağlık kurulu raporuna sahip 65 yaşını doldurmuş vatandaşlara sadece yaşlı aylığı bağlanır.

## **5.2.Uluslararası Düzenlemeler:**

### **5.2.1.Avrupa Sosyal Şartı:**

Özürülülerin toplumsal yaşamda bağımsız olma, sosyal bütünleşme ve katılma hakkı başlıklı 15. Maddesinde; akit taraflar, yaşları ve özürlerinin nedenleri ve niteliği ne olursa olsun, özürülülerin toplumsal yaşamda bağımsız olma, sosyal bütünleşme ve katılma hakkını etkili bir biçimde kullanabilmelerini sağlamak amacıyla özellikle, aşağıdakileri taahhüt ederler:

- ✓ Mümkün olduğunda genel plan çerçevesinde, ya da bu mümkün değilse, kamusal ya da özel uzmanlaşmış organlar aracılığıyla özürülülerin yönlendirilmesini, öğrenimini ve mesleki eğitimini sağlamak için gerekli önlemleri almak.
- ✓ Normal çalışma ortamında özürülülerini istihdam etmek ve onların istihdamını sürdürmek ve çalışma koşullarını özürülülerin gereksinimlerine uyarlamak, ya da özürülülük nedeniyle bunun mümkün olmadığı durumlarda çalışmayı buna göre düzenlemek ya da özürün düzeyine göre güvenli bir istihdam türü yaratmak için, işverenleri özendirmeye yönelik bütün önlemlerle onların istihdam edilmelerini teşvik etmek. Bazı durumlarda bu önlemler uzmanlaşmış yerleştirme ve destekleme hizmetlerine başvurmayı gerekli kılabilir.
- ✓ Özellikle, teknik yardımları da içermek üzere, iletişim ve hareket engellerinin üstesinden gelmeyi ve ulaşım, barınma, kültürel etkinlikler ve boş zaman kullanımını sağlamayı hedefleyen önlemler yoluyla özürülülerin toplumla tam olarak bütünleşmelerini ve toplum yaşamına katılmalarını teşvik etmek.

### **5.2.2.BM:**

Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme 30 Mart 2007 tarihinde BM Genel Kurulu tarafından kabul edilmiştir. Sözleşme 27/5/2009 tarihinde de T.C. Hükümeti Bakanlar Kurulunca onaylanmıştır. Sözleşmenin "Çalışma ve İstihdam" başlıklı 27. Maddesinde engellilerin çalışma hakları ve taraf devletlerin yükümlülükleri belirtilmiştir. Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 1981 yılını "Tam Katılım ve Eşitlik" temasıyla Uluslararası Sakatlar Yılı ilan etmiş olması ve geniş kapsamlı, sakatlar için Dünya Eylem Programı'nın sakatların sosyal yaşama ve kalkınmaya "tam katılımı" ve

"eşitlik"lerinin sağlanması amacının ulusal ve uluslararası düzeyde gerçekleşmesi yolunda etkin önlemler alınmasına ortam oluşturacağını savunmuştur.

BM'nin engelliler hakkında almış olduğu diğer kararlardan başlıcaları ise şunlardır; 1971 tarihli Zihinsel Engellilerin Hakları Deklarasyonu, 1975 tarihli Engelli Hakları Deklarasyonu, 1991 tarihli Akıl Sağlığını Geliştirme ve Akıl Hastalarını Koruma Prensipleri, 1982 tarihli Engelli İnsanlar İçin Dünya Eylem Planı ve 1993 tarihli Engelli Bireylerin Fırsat Eşitliği için Birleşmiş Milletler Standart Kuralları.

### **5.2.3.ILO:**

- ✓ 1 Haziran 1983 tarihinde kabul edilen, Sakatların Meslekî Rehabilitasyonu Ve İstihdamı Hakkında 159 Sayılı Sözleşme, Türkiye tarafından 8.7.1999 tarihinde onaylanmıştır.
- ✓ 4 Haziran 1958 tarihinde kabul edilen "Ayrımcılık (İş ve Meslek) Sözleşmesi" , Türkiye tarafından 2 Eylül 1967 tarihinde kabul edilmiştir. Sözleşmenin 5. Maddesinde "Milletlerarası Çalışma Konferansınca kabul edilmiş olan diğer sözleşme veya tavsiyelerle öngörülmüş bulunan özel koruma ve yardım tedbirleri ayırım sayılmaz " ifadesiyle sakatların özel ihtiyaçlarını karşılamak amacını güden özel tedbirlerin ayırım sayılmayacağına karar verilebileceğini ifade edilmiştir.

### **5.2.4. Avrupa Birliği Hedefleri:**

- ✓ Avrupa Konseyi 2006–2015 Özürlüler Eylem Planı; özürlü bireylerin haklarını ve topluma tam katılımını teşvik etmeye yönelik olarak, 5 Nisan 2006 tarihinde Bakanlar Komitesi tarafından 961'inci Bakan Temsilcileri toplantısında kabul edilmiştir. Planda üye devletlerin, ayrımcılıkla mücadele ve insan hakları temellerinde, insan çeşitliliğinin bir parçası olarak özürlülük konusunda farkındalığı artırmaya, özürlü bireylerin yaşam kalitesini, seçim özgürlüğünü ve bağımsızlığını iyileştirmeye yönelik çalışmalarını sürdürecekleri temel ilkelerden biri olarak vurgulanmıştır. Planda 15 farklı eylem alanı belirlenmiştir. İstihdam, mesleki eğitim ve rehberlik eylem alanı başlıklarından biridir.
- ✓ Avrupa Engellilik Stratejisi 2010-2020 ile engelli bireylerin haklarını tam anlamıyla kullanabilmeleri, toplumda ve Avrupa ekonomisinde güçlendirilmesi, BM sözleşmelerinin AB'de tam anlamıyla uygulanması hedeflenmiştir. Strateji aynı zamanda finansman, araştırma, farkındalık yaratma, istatistik ve veri toplama için gerekli desteği de belirlemektedir. Strateji 15.11.2010'da Brüksel'de Avrupa Komyonu'nda kabul edilmiştir. Stratejide uygulama alanları sekiz başlıkta belirlenmiştir. Bunlar; erişilebilirlik, katılım, eşitlik, istihdam, eğitim ve öğretim, sosyal koruma, sağlık ve dış eylemdir.

### 5.2.5. AB Müktesebatı:

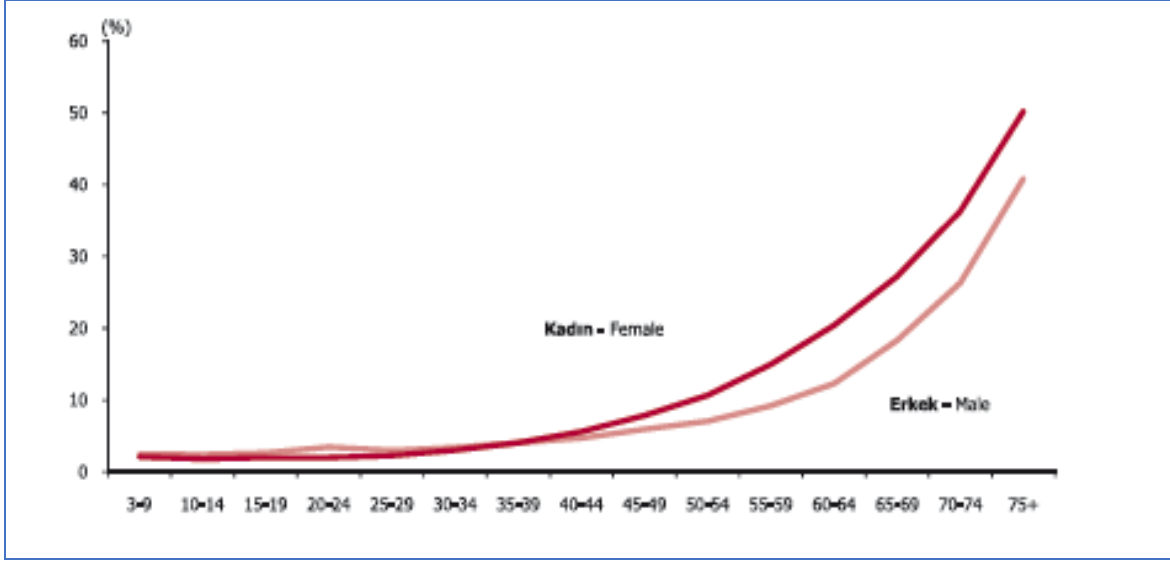
- ✓ AB Temel Haklar Şartı'nın; 1. Maddesinde "İnsanlık onuru, ihlal edilemez. Saygı gösterilmeli ve korunmalıdır." 21. Maddesinde "Cinsiyet, ırk, renk, etnik veya sosyal köken, kalıtsal özellikler, dil, din veya inanç, siyasi veya başka herhangi bir görüş, bir ulusal azınlığın üyesi olma, hususiyet, doğum, maluliyet, yaş veya cinsel eğilim gibi herhangi bir nedenle ayrımcılık yapılması yasaktır" denilmiştir. 26. Maddesinde "Birlik, engelli kişilerin, bağımsızlıklarını, toplumsal ve mesleki yaşamla bütünleştirilmelerini ve toplum yaşamına katılmalarını sağlamaya yönelik önlemlerden yararlanma hakkını tanımakta ve saygı göstermektedir" denilerek engellilerin toplumla bütünleştirilmesi vurgusu yapılmıştır.
- ✓ Avrupa Birliği'nin İşleyişine İlişkin Antlaşma'nın (Treaty on the Functioning of the European Union-TFEU) 10. Maddesinde; Birlik politika ve aktivitelerini belirleme ve uygulama aşamalarında engelliliğe bağlı ayrımcılıkla mücadele etmelidir, denilmiştir.

## 6. Engelliler Ve Engelli Çalışanlar İle İlgili İstatistik

### 6.1.Ülkemiz'deki engellilerle ilgili istatistiksel veriler:

TÜİK Nüfus ve Konut Araştırması (NKA, 2011) sonuçlarına göre, en az bir engeli (görme; duyma; konuşma; yürüme, merdiven inme- çıkma; bir şeyler taşıma-tutma; yaşlılarına göre öğrenme hatırlama gibi) olan nüfusun (3 ve daha yukarı yaş) oranı %6,9'dur. Erkeklerde %5,9 olan bu oran, kadınlarda %7,9'dur. 2002 yılında yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması'na göre ise bu oran %12,29'dur.

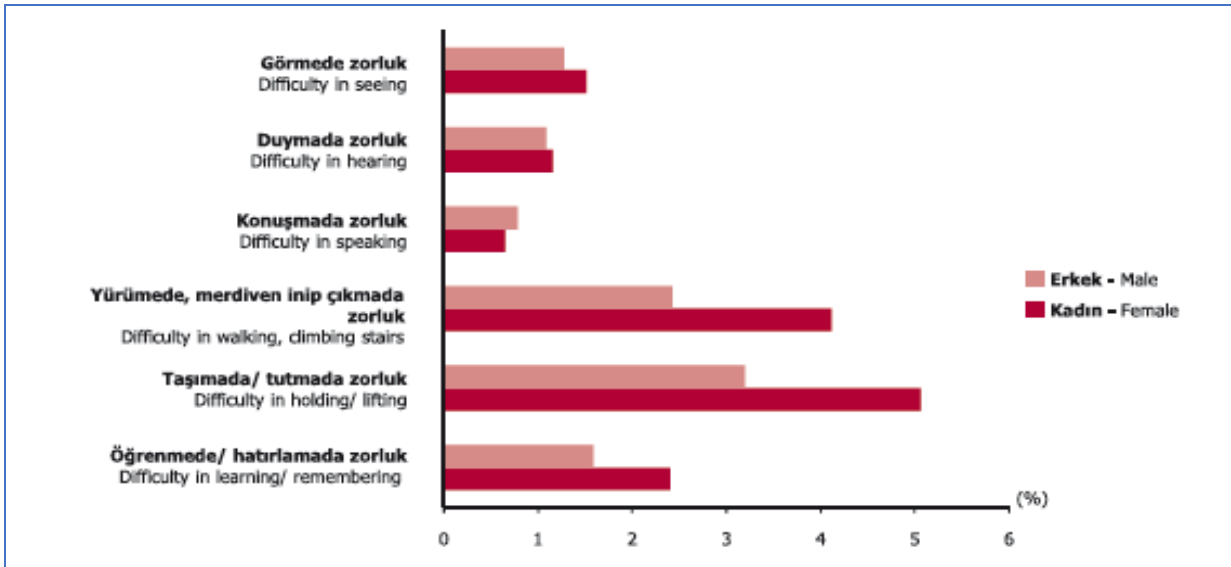
Konuya yaş grupları açısından bakıldığında, 10-14 yaş grubunda %2,1 olan en az bir engeli sahip olma oranının, 20-24 yaş grubunda %2,7'ye, 30-34 yaş grubunda %3,2'ye, 40-44 yaş grubunda %5,1'e, 50-54 yaş grubunda %8,8'e, 60-64 yaş grubunda %16,5'e, 75 ve daha yukarı yaşlarda ise %46,5 olduğu görülmektedir (Şekil 1).



**Şekil 1. Yaş Gruplarına göre en az bir engeli olan nüfus oranı. TÜİK, 2011.**

**Kaynak:** TÜİK. Nüfus ve Konut Araştırması 2011.

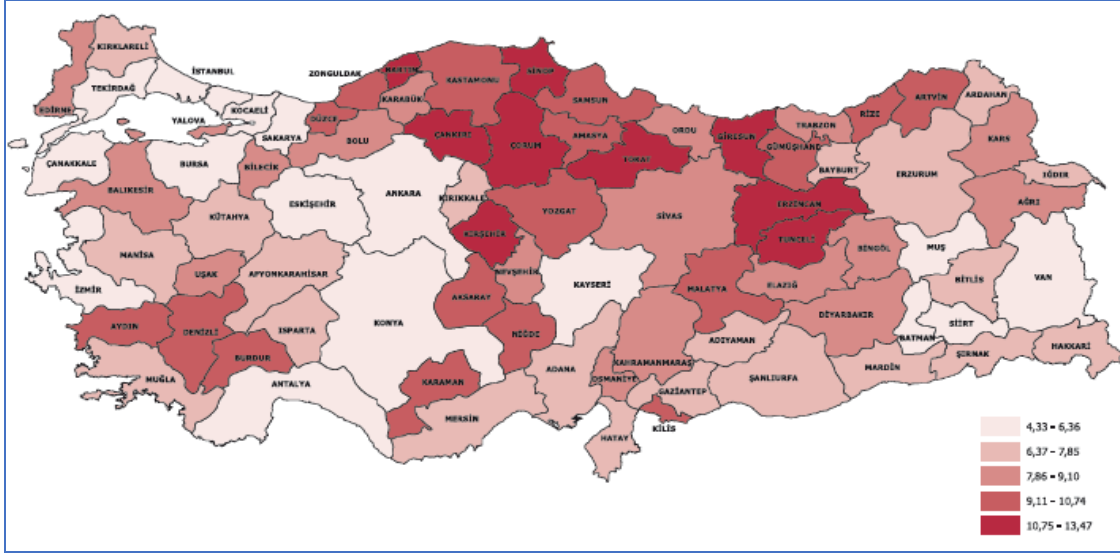
Engellilik türüne ve cinsiyete göre engellilik oranına bakıldığında, en sık görülen engellilik türünün taşımada/tutmada zorluk ve yürümede, merdiven inip çıkmada zorluk olduğu görülmektedir. Konuşmada zorluk dışında bütün engellilik türlerinin kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir (Şekil 2).



**Şekil 2. Engellilik türüne ve cinsiyete göre engellilik oranı**

**Kaynak:** TÜİK. Nüfus ve Konut Araştırması 2011.

En az bir engeli olan 3 ve daha yukarı yaştaki nüfus oranı en yüksek olan iller %13,5 ile Giresun, %12,4 ile Çorum ve %12,4 ile Erzincan; en düşük olan iller ise %4,3 ile Muş, %4,6 ile Kocaeli ve %5 ile Ankara'dır (Şekil 3).



**Şekil 3. En az bir engelli olanların oranı (3 ve üzeri yaştaki nüfus)(%)**

Kaynak: TÜİK. Nüfus ve Konut Araştırması 2011.

TÜİK, Nüfus ve Konut Araştırmasının sonuçlarına göre, engellilerin %23'ü okuma yazma bilmemektedir. %19'u okuma yazma bilmesine rağmen herhangi bir okul bitirmemiştir. Lise ve üzeri eğitim alanların oranı ise %13,7'dir.

## **6.2.Ülkemiz'deki engelli çalışanlarla ilgili istatistiksel veriler:**

TÜİK, 2011 Nüfus ve Konut Araştırması verilerine göre, 15 ve daha yukarı yaştaki en az bir engeli olan nüfus 4.541.000'dur. İşgücüne katılan toplam engelli sayısı 1.001.000'dir. Bunun 914.000'i istihdam edilmektedir. İşgücüne dahil olmayan toplam nüfus 3.540.000'dir. Oransal olarak baktığımızda engellilerin işgücüne katılım oranı %22,1, istihdam oranı %20,1, işsizlik oranı %8,8'dir. Engelli işgücünün en fazla olduğu yaş grubu 65 yaş ve üstüdür, ancak istihdam oranının da en düşük olduğu (%9,5) yaş grubu da, 65 ve üzeri yaş grubudur. Engellilerin istihdamında cinsiyetler arasındaki farkta belirgindir. Erkek engelli istihdam oranı %32 iken, kadınlarda %11,6 dır.

TÜİK, 2011 Nüfus ve Konut Araştırması'nda engellilerin eğitim durumlarına göre temel işgücü göstergelerini incelediğimizde; engellilerin dörtte biri(1/4) okuma yazma bilmemektedir. Engellilerin beşte biri(1/5) ilkokul ve üzeri düzeyde eğitim almıştır. İşgücüne katılanların eğitim düzeyi, işgücüne katılmayanlara göre daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Engelli bireylerin eğitim düzeyi arttıkça istihdam oranının arttığı söylenebilir. İstihdam oranı en yüksek grup %46.5 ile yükseköğrenim görmüş erkek engelli grubudur. İstihdam oranı en düşük grup ise %7.7 ile okuma yazma bilmeyen kadın engelli grubudur.

TÜİK'in 2011 Nüfus ve Konut Araştırması'nda "eğitim durumu, cinsiyet ve üçlü kategoride ekonomik faaliyete göre istihdam edilen en az bir engeli olan nüfus" tablosunu incelediğimizde, engellilerin %51.4'ünün "tarım", %30'unun "hizmet", %18.6'sının "sanayi" sektöründe istihdam edildiğini görmekteyiz. Okuma yazma bilmeyen ve okuma yazma bilen fakat herhangi bir okul bitirmeyen engelli bireylerin çoğunlukla tarım sektöründe istihdam edildiği görülmektedir. Engellilerin eğitim seviyeleri yükseldikçe tarım sektöründe istihdam azalmakta, sanayi ve hizmet sektörlerinde istihdam artmaktadır. Erkek engelliler her üç iş kolunda istihdamı birbirine yakın oranlarda iken, kadın engellilerde istihdamın %79.1 ile büyük çoğunluğunu tarım sektörü oluşturmaktadır.

2011 yılı, II. Döneminde (Nisan, Mayıs ve Haziran), Hane halkı İşgücü Araştırması ile birlikte "Sağlık Sorunları ve Faaliyet Güçlükleri" konulu bir modüler anket uygulanmıştır. Avrupa Birliği (AB)'ne uyum çalışmaları kapsamında gerçekleştirilen bu araştırmanın amacı, özürlü nüfus konusunda detaylı ve karşılaştırılabilir veri derlemek olarak tespit edilmiştir.

Araştırmada süreğen hastalık ve sağlık sorunları ile faaliyet güçlüklerine ilişkin sorular 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus için sorulmuş ve cevaplayıcı beyanı esas alınmış, doktor tarafından tanı konulmuş olma şartı aranmamıştır. 15 ve daha yukarı yaştaki 19 milyon 678 bin kişi süreğen hastalık veya sağlık sorunu, 12 milyon 11 bin kişi ise faaliyet güçlüğü yaşamaktadır. Her iki sorunu birden yaşayanların sayısı ise 11 milyon 221 bin kişidir. Herhangi bir süreğen hastalık, sağlık sorunu veya faaliyet güçlüğü yaşamayanların sayısı ise 32 milyon 971 bin kişidir.



Herhangi bir faaliyet güçlüğü olanların (12 011 000 kişi); % 59.2'si kadın, % 78.7'si 40 yaşın üzerinde ve işgücüne katılım oranı % 34.8'dir. % 51.1'i yürürken veya basamak çıkarken zorluk yaşamaktadır. İkinci sırada yaşanan faaliyet güçlüğü ise bir şeyi kaldırırken veya taşırken zorluk çekmektir (%12.5).

2011 yılı, II. Döneminde işgücüne katılma oranı % 50.5 iken, herhangi bir süreğen hastalık veya sağlık sorunu olanların işgücüne katılma oranı % 40, faaliyet güçlüğü çekenlerin işgücüne katılma oranı ise %34.8'dir. Buna karşılık, herhangi bir süreğen hastalığı veya sağlık sorunu olmayanların işgücüne katılma oranı % 56.6, faaliyet güçlüğü olmayanların işgücüne katılma oranı ise % 55.1'dir.

İşsizlik oranlarına bakıldığında, 2011, II.Döneminde genel işsizlik oranı % 9.4 iken, herhangi bir süreğen hastalık veya sağlık sorunu olanlarda işsizlik oranı % 8.1, faaliyet güçlüğü yaşayanlarda ise bu oran % 7.6'dır (Tablo 1).

**Tablo 1. Süreğen hastalık/sağlık sorunu veya faaliyet güçlüğü yaşayanların işgücü durumu, (%)**

	Toplam	Süreğen hastalık/ sağlık sorunu		Faaliyet güçlüğü	
		Olan	Olmayan	Olan	Olmayan
İş gücüne katılma oranı	50.5	40.0	56.6	34.8	55.1
İstihdam oranı	45.7	36.8	51.0	32.1	49.7
İşsizlik oranı	9.4	8.1	10.0	7.6	9.8

Kaynak: TÜİK, Sağlık Sorunları ve Faaliyet Güçlükleri Yaşayanların İşgücü durumu Araştırma Sonuçları, 2011

Kamuda ve özel sektörde yasal zorunluktan kaynaklı engelli işçi kontenjanlarını, engelli çalıştırmakla yükümlü işyerlerini, engelli çalışan sayısını, engelli açık kontenjan sayısını, engelli kontenjan fazlasını İŞKUR derlemiştir. 2015 yılı Mayıs ayı itibariyle yayınlanan verilere baktığımızda;

- ✓ Engelli çalıştırmakla yükümlü 50+ işçi çalıştıran işyeri sayısı; kamuda 845, özel sektörde 18.678, toplam da ise 19.523'tür.
- ✓ Çalıştırmakla yükümlü olduğu engelli sayısı; kamuda 9.241, özel sektörde 106.684 toplamda ise 115.925'tir.
- ✓ Engelli çalışan sayısı; kamuda 10.907, özel sektörde 86.585, toplamda ise 97.492'dir.

- ✓ Engelli açık kontenjan sayısı; kamuda 711, özel sektörde 26.221, toplamda ise 26.932'dir.
- ✓ Engelli kontenjan fazlası sayısı; kamuda 2.377, özel sektörde 6.122, toplamda ise 8.499'dur (Tablo 2).

**Tablo 2. Engelli kontenjanları (2015 Mayıs sonu itibariyle)**

İşveren Türü	Engelli Çalıştırmakla Yükümlü 50+ İşyeri Sayısı	Çalıştırmakla Yükümlü Olduğu Engelli Sayısı	Engelli Çalışan Sayısı	Engelli Açık Kontenjan Sayısı*	Engelli Kontenjan Fazlası Sayısı
Kamu	845	9.241	10.907	711	2.377
Özel	18.678	106.684	86.585	26.221	6.122
Toplam	19.523	115.925	97.492	26.932	8.499

\*İşverenlerin yasa gereği çalıştırmak zorunda oldukları engelli açık işgücü sayısı  
Kaynak: İŞKUR

### 2014 Yılı İŞKUR Engelli Verileri

2014 yılı içerisinde İŞKUR'a başvuru yapan ve istihdam edilen engellilerle ilgili verilere baktığımızda; kayıtlı işgücü sayısı; 100 361'i erkek, 23 569'u kadın olmak üzere toplam 129 930'dur. İŞKUR'a yapılan başvuru sayısı 77 369'dur. Başvuranların 232'si kamuya, 26 218'si özele olmak üzere toplamda 26 350 engelli işe yerleştirilmiştir (Tablo 3)

**Tablo 3. İŞKUR'a başvuru yapan ve istihdam edilen engelliler**

Engelliler												
İşe Yerleştirme												
Başvuru			Toplam			Kamu		Özel		Kayıtlı İşgücü		
Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Toplam
63 532	14 100	77 632	22 156	4 194	26 350	200	32	21 956	4 162	100 361	23569	123 930

Kaynak: İŞKUR, 2014 İstatistik Yıllığı

Kamu kurum ve kuruluşlarında istihdam edilen engelli memurlara ilişkin genel dağılıma baktığımızda 20.05.2015 tarihi itibarıyla; mevcut memur sayısı 2 016 768, engelli kontenjanı 60 731, çalışan engelli memur sayısı 37 031 ve açık engelli kontenjanı ise 24 566'dır (Tablo 4).

**Tablo 4. Kamu kurum ve kuruluşlarında istihdam edilen engelli memurlara ilişkin genel dağılım**

Edilen Engelli Memurlar	Sayı
Mevcut Memur Sayısı	2 016 768
Engelli Kontenjanı	60 731
Çalışan Engelli Memur Sayısı	37 031
Açık Engelli Kontenjanı	24 566

Kaynak: T.C. Devlet Personel Başkanlığı, Engelli Personel İstatistikleri

Kamuda 20.05.2015 tarihi itibarıyla istihdam edilen engelli memurların cinsiyetlerine ve engel oranlarına göre dağılımlarını incelediğimizde; erkek engelli sayısının 28 796, kadın engelli sayısının 6 211 olduğunu görmekteyiz. Her iki cinsiyet arasındaki istihdam farkı oldukça belirgindir. Engel oranı %40-60 olan engelli memurların sayısı 28 449, 61-80 olanların sayısı 4 985, 81-100 olanların sayısı ise 3 897'dir. Engel oranı %61-80 olan memurlar tüm engelliler memurların %76'sını oluşturmaktadır (Tablo 5).

**Tablo 5. Memur olarak istihdam edilen engelli bireylerin cinsiyete ve engel oranlarına göre dağılımı**

Engel Oranı	Kadın	Erkek	Toplam
40-60	6 211	22 238	28 449
61-80	1 140	3 845	4 985
81-100	884	2 713	3 897
Toplam	8 235	28 796	37 031

Kaynak: TC Devlet Personel Başkanlığı, Engelli Personel İstatistikleri, 2015

Memur olarak istihdam edilen engelli bireylerin engel gruplarına göre dağılımına bakıldığında; memurların 11 617'sini oluşturan çoğunluğu ortopedik engele sahiptir. Bunu sırayla sınıflanamayan (9 957), görme (7 964), işitme (2 262), kronik (2 381), zihinsel (1 821), ruhsal (647) ve konuşma(382) engeline sahip memurlar izlemektedir (Tablo 6).

**Tablo 6. İstihdam edilen engelli memurların engel gruplarına göre dağılımları, 2014**

Engel grubu	Kadın	Erkek	Toplam
Dil ve Konuşma	94	288	382
Görme	1 699	6 295	7 964
İşitme	616	1 646	2 262
Ortopedik	2 834	8 783	11 617
Ruhsal ve Duygusal	100	547	647
Sınıflanamayan	2 133	7 824	9 957
Süreğen(Kronik)	490	1 891	2 381
Zihinsel	299	1 522	1 821
Toplam	8 235	28 796	37 031

Kaynak: TC Devlet Personel Başkanlığı, Engelli Personel İstatistikleri

## **6.2. Dünya'daki engelli çalışanlarla ilgili istatistiksel veriler:**

### **6.2.1.Avrupa Birliği (AB) ile ilgili veriler:**

EUROSTAT'ın engelli çalışanlar istatistiklerinde, engelliler iki gruba ayrılmıştır;

1. Temel aktivitelerde zorlanan insanlar (görme, işitme, yürüme, iletişim)
2. Uzun süreli bir hastalığa da temel aktivitelerde zorlanmadan kaynaklı işte sınırlanan insanlar

EUROSTAT'ın verilerine göre Avrupa'da 15-64 yaş grubunda temel aktivitelerde zorlanan insanların sayısı 45 milyondur. Bu yaş grubundaki oranı ise %14.1'dir. Uzun süreli bir hastalık ya da temel aktivitelerde zorlanmadan kaynaklı işinde sınırlanan engelli sayısı 35 milyondur. Aynı yaş grubundaki oranı ise %11.1'dir.

Temel aktivitelerde zorlanan engellilerin istihdam oranı Avrupa Birliği'nde 2011 yılında %47.3, temel aktivitelerde zorluk yaşamayan bireylerde istihdam oranı ise yaklaşık %20 farkla %66.9'dur. Ükelere bakıldığında, en yüksek fark (temel aktivitelerde zorlanan ve zorlanmayan arasında ) Hollanda (sırayla %43 ve 80) ve Macaristan'dadır (sırayla %24 ve %61). Lüksemburg'da ise bu fark %2 ile en düşük seviyededir.

Uzun süreli bir hastalık ya da temel aktivitelerde zorlanmadan kaynaklı işte sınırlanan engelli bireyler grubunun istihdamına bakılırsa, bu kategoride AB'de %38.1 olarak bulunmuştur. İşte sınırlanma yaşadığını beyan etmeyen bireylerde ise yaklaşık %30 farkla %67.7 olarak bulunmuştur.

AB ülkelerinin tümünde oldukça benzer bir fotoğrafla karşılaşmaktayız. Bazı ülkelerde(İngiltere, İrlanda, Romanya, Hollanda, Macaristan ve Bulgaristan) işte sınırlama yaşayan ve yaşamayan bireylerin oranları arasındaki fark %40'ın üzerindedir. Öte yandan Fransa'da bu fark %8 oranındadır. AB'nin sınırlarına bakılmaz ise en yüksek istihdam oranları İsviçre ve İzlanda'dadır (Tablo 7).

**Tablo 7. Ülkelere ve Engellilik durumuna göre 15-64 yaş istihdam oranları (%)**

ÜLKE	Temel aktivitelerde zorlanma	Temel aktivitelerde zorlanma yok	Sağlık koşulları veya temel aktivitelerde zorluktan kaynaklı işte sınırlanma	Sağlık koşulları veya temel aktivitelerde zorluktan kaynaklı işte sınırlanma yok
Avrupa Birliği (28 ülke)	47,3	66,9	38,1	67,7
Belçika	40,7	66,4	33,4	67,3
Bulgaristan	30,7	61,8	17,8	62,1
Çek Cumhuriyeti	38,6	68,5	34,5	69,3
Danimarka	46,7	78,1	41,4	80,0
Almanya	51,5	72,1	35,8	72,4
Estonya	49,5	68,6	33,6	70,4
İrlanda	29,8	60,9	21,6	62,2
Yunanistan	35,5	58,5	29,8	58,9
İspanya	44,3	60,5	33,8	62,0
Fransa	56,2	66,1	59,6	68,0
Hırvatistan	33,0	55,8	31,6	55,0
İtalya	45,6	58,9	37,0	59,4
Kıbrıs	46,4	70,9	41,4	71,7
Letonya	50,8	62,6	40,7	63,1
Litvanya	40,4	63,2	32,5	63,9
Lüksemburg	62,5	64,9	48,3	67,2
Macaristan	23,7	61,1	18,1	60,9
Malta	34,4	59,2	29,9	60,5
Hollanda	42,7	80,1	39,4	80,4
Avusturya	60,3	75,6	48,2	76,4
Polonya	33,9	63,9	26,2	63,9
Portekiz	51,0	67,8	44,0	69,6
Romanya	31,8	63,5	23,9	64,8
Slovenya	47,0	68,4	43,9	70,3
Slovakya	31,9	62,6	29,2	63,4
Finlandiya	60,8	73,2	50,6	74,8
İsveç	66,2	75,7	61,5	76,6
Birleşik Krallık (İngiltere)	47,6	75,4	36,0	76,0
İzlanda	66,9	84,0	66,8	85,2
İsviçre	69,0	81,6	65,0	82,5
<b>Türkiye</b>	<b>41,1</b>	<b>51,0</b>	<b>40,1</b>	<b>51,1</b>

Kaynak: EUROSTAT,2011

Avrupa Birliği'nde temel aktivitelere zorluk yaşayan bireylerde işsizlik oranı %12.1dir, zorluk yaşamayanlardaki oran ise bu oranın %2.5 altındadır. En fazla fark ise Macaristan ve ek Cumhuriyeti'ndedir. Türkiye'de (%7.5 ve 8.9), Lüksemburg'da (%4.9 ve %5.3) ve Yunanistan'da (%14.6 ve %16.7) zorluk yaşamayanların oranları, yaşayanların oranlarından daha yüksek bulunmuştur.

Uzun süreli bir hastalık ya da temel aktivitelere zorlanmadan kaynaklı işte sınırlanmaya göre işsizlik oranlarına bakıldığında, 2011 yılında AB'deki oran %17.4'dr. Herhangi bir sınırlanma yaşamayan bireylerdeki istihdam oranı ise %9.4'dr (Tablo 8).

**Tablo 8. Ülkelere ve Engellilik durumuna göre 15-64 yaş işsizlik oranları (%)**

ÜLKE	Temel aktivitelerde zorlanma	Temel aktivitelerde zorlanma yok	Sağlık koşulları veya temel aktivitelerde zorluktan kaynaklı işte sınırlanma	Sağlık koşulları veya temel aktivitelerde zorluktan kaynaklı işte sınırlanma yok
Avrupa Birliği (28 ülke)	12,1	9,6	17,4	9,4
Belçika	10,1	6,1	13,8	5,8
Bulgaristan	14,3	11,2	21,7	11,1
Çek Cumhuriyeti	15,7	6,3	21,0	5,9
Danimarka	10,8	7,1	13,2	6,8
Almanya	12,2	6,4	21,7	6,1
Estonya	18,4	11,5	27,2	11,1
İrlanda	17,9	14,8	22,9	14,6
Yunanistan	14,6	16,7	15,5	16,6
İspanya	23,3	21,9	28,2	21,6
Fransa	12,3	8,7	20,1	7,9
Hırvatistan	16,3	13,6	17,6	13,6
İtalya	8,1	8,0	11,4	7,8
Kıbrıs	10,2	7,2	11,3	7,1
Letonya	17,5	17,4	21,5	17,1
Litvanya	23,6	15,1	26,9	15,0
Lüksemburg	4,9	5,3	8,0	4,8
Macaristan	19,4	10,3	25,0	10,2
Malta	:	7,3	:	7,1
Hollanda	8,6	4,1	9,5	4,0
Avusturya	6,0	3,8	7,9	3,8
Polonya	11,5	9,4	14,9	9,3
Portekiz	14,4	12,5	16,4	12,2
Romanya	8,1	7,5	9,1	7,4
Slovenya	9,9	7,5	11,7	7,1
Slovakya	19,0	12,9	21,6	12,7
Finlandiya	9,1	7,5	10,9	7,4
İsveç	9,6	7,3	11,4	7,0
Birleşik Krallık (İngiltere)	10,6	7,9	15,0	7,6
İzlanda	9,8	8,2	12,2	7,4
İsviçre	6,1	3,8	6,0	3,7
<b>Türkiye</b>	<b>7,5</b>	<b>8,9</b>	<b>7,4</b>	<b>8,9</b>

Kaynak: EUROSTAT, 2011

Türkiye'nin EUROSTAT verileri içerisindeki durumuna baktığımızda;

Temel aktivitelerde zorlanan engellilerin istihdam oranı AB'nin 28 ülkesinde %47,3 iken, Türkiye'de %41,1'dir. Temel aktivitelerde zorlanma olmayan bireylerdeki istihdam oranlarında ise fark açılarak AB'de %66,9, Türkiye'de ise %51 olmuştur. Temel aktivitelerde zorluk çeken bireylerdeki istihdam oranlarının birbirine yakınlığı

dikkat çekicidir. Türkiye'nin istihdam oranları Polonya, Romanya, Macaristan, Bulgaristan gibi ülkelerden daha yüksektir. Fakat temel aktivitelerinde zorlanma olmayan yani sağlıklı bireylerde ki istihdam oranları, Türkiye'nin oranları EUROSTAT içerisindeki AB'ye üye 28 ülke, İzlanda ve İsviçre ile karşılaştırıldığında en düşük seviyededir. Uzun süreli bir hastalık ya da temel aktivitelerde zorlanmadan kaynaklı işte sınırlanmaya göre karşılaştırıldığında da benzer yorum yapılabilmektedir.

Engelli işsizlik oranlarına baktığımızda temel aktivitelerde zorlanan bireylerdeki işsizlik oranı AB ülkelerinde %12.1 iken Türkiye'de %7.5 dir. Temel aktivitelerde zorlanma olmayan bireylerdeki istihdam oranlarında ise AB'de %9.6, Türkiye'de ise %8.9 olmuştur. Ülkelerle kıyaslandığında, temel aktivitelerde zorlanan bireylerdeki işsizlik oranı Almanya'da %12.2, Finlandiya'da %9.1'dir. Birçok sosyoekonomik göstergesi Türkiye'den iyi durumda olan bu ülkelerin, engelli işsizliğinde daha kötü durumda olması şaşırtıcıdır.

### **6.2.2. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ile ilgili veriler:**

ABD'de 2014 yılı itibariyle 16 yaş ve üzeri engelli sayısı 29.219.000'dur. Engellilerin işgücüne katılım oranı 19.5, çalışan nüfus oranı ise %17.1'dir. Engelli çalışanların işsizlik oranı ise %12.56'tir (Tablo 9).



**Tablo 9. Kurumsal olmayan nüfusun\* engellilik durumu ve yaşı gruplarına göre çalışma durumu, 2013 ve 2014 yıllık oranları (bin)**

Özellikler	2013			2014		
	Toplam 16 yaş ve üzeri	16-64 yaş	65 yaş ve üzeri	Toplam 16 yaş ve üzeri	16-64 yaş	65 yaş ve üzeri
<b>Engelli Bireyler</b>						
Kurumsal olmayan nüfus (bin)	28,634	15,450	13,184	29,219	15,612	13,606
İş gücü nüfusu	5,820	4,858	962	5,699	4,717	981
Katılım oranı	20.3	31.4	7.3	19.5	30.2	7.2
Çalışan	5,050	4,145	904	4,985	4,062	923
Çalışan nüfus oranı	17.6	26.8	6.9	17.1	26.0	6.8
İşsiz	770	713	58	714	656	58
İşsizlik oranı	13.2	14.7	6.0	12.5	13.9	5.9
İş gücüne katılmayan	22,814	10,592	12,222	23,520	10,895	12,625
<b>Engelli Olmayan Bireyler</b>						
Kurumsal olmayan nüfus (bin)	217,045	186,817	30,228	218,728	187,375	31,353
İş gücü nüfusu	149,569	142,415	7,154	150,223	142,847	7,376
Katılım oranı	68.9	76.2	23.7	68.7	76.2	23.5
Çalışan	138,880	132,103	6,777	141,320	134,273	7,048
Çalışan nüfus oranı	64.0	70.7	22.4	64.6	71.7	22.5
İşsiz	10,689	10,313	377	8,903	8,574	329
İşsizlik oranı	7.1	7.2	5.3	5.9	6.0	4.5
İş gücüne katılmayan	67,476	44,402	23,074	68,505	44,528	23,977

Kaynak: U.S. Bureau of Labor Statistics, Haziran 16, 2015,

\* Kurumsal olmayan nüfus: Amerika'nın 50 eyaletinde ve Colombia bölgesinde yaşayan 16 yaş ve üzeri, mahkum olmayan ve aktif olarak askerlik yapmayan nüfus olarak tanımlanmaktadır.

ABD'de çalışan engellilerin çalıştıkları meslek gruplarının başında %31.2 oranla yönetim, uzmanlık ve ilgili meslekler grubu gelmektedir. Bunu sırayla satış ve ofis işleri(%24.2), hizmet işleri(%20.3), üretim ve nakliye işleri(%15.3) ve doğal kaynaklar, inşaat ve onarım işleri(%8.9) meslek grupları izlemektedir (Tablo 10)

**Tablo 10. Çalışanların meslek, engellilik ve cinsiyet durumları**

Meslek	Engelliler			Engelli olmayanlar		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
Toplam çalışan(bin)	4,985	2,719	2,266	141,320	74,974	66,347
Bütün çalışanların mesleki yüzdesi						
Toplam çalışan	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Yönetim,uzmanlık,ve ilgili meslekler	31.2	29.6	33.1	38.6	35.1	42.5
Yönetim, iş, finansal operasyon meslekleri	13.5	15.5	11.0	15.9	16.8	14.9
Yönetim	9.9	12.1	7.2	11.1	12.8	9.2
İş ve finansal operasyonlar	3.6	3.4	3.8	4.8	4.0	5.7
Uzmanlık ve ilgili işler	17.7	14.0	22.2	22.6	18.3	27.6
Bilgisayar ve matematiksel işler	2.2	2.6	1.6	3.0	4.2	1.6
Mimari ve mühendislik	1.6	2.4	0.6	1.9	3.1	0.6
Yaşami fiziksel ve sosyal bilimler	0.8	0.7	1.0	0.9	1.0	0.9
Toplum ve sosyal hizmet işleri	1.7	1.4	2.1	1.7	1.1	2.3
Hukuki işler	0.9	0.8	1.1	1.3	1.2	1.4
Eğitim ve kütüphanecilik	5.0	2.8	7.6	6.0	2.9	9.4
Sanat, dizayn, eğlence, spor ve medya işleri	1.9	1.8	2.0	2.0	2.0	2.0
Sağlık uygulayıcısı ve teknik işler	3.8	1.6	6.3	5.9	2.9	9.3
Hizmet işleri	20.3	16.1	25.5	17.6	14.4	21.2
Sağlık hizmeti destek işleri	2.4	0.5	4.7	2.4	0.6	4.4
Koruyucu hizmet işleri	2.4	3.4	1.1	2.1	3.2	1.0
Yemek hazırlama ve servisi ilgili işleri	5.2	3.7	6.9	5.6	4.7	6.5
Bina ve yer temizlik ve bakım işleri	6.0	6.7	5.1	3.9	4.4	3.3
Kişisel bakım ve hizmet işleri	4.5	1.8	7.7	3.6	1.5	6.0
Satış ve ofis işleri	24.2	17.6	32.2	22.8	16.4	30.0
Satış ve ilgili işleri	11.2	10.4	12.2	10.7	10.2	11.2
Ofis ve yönetim destek işleri	13.0	7.2	20.0	12.1	6.2	18.8
Doğal kaynaklar, inşaat ve onarım işleri	8.9	15.5	1.0	9.3	16.7	0.9
Çiftçilik, balıkçılık, ormancılık işleri	0.7	1.0	0.3	0.7	1.0	0.3
Yapı ve yıkım işleri	4.7	8.2	0.5	5.2	9.6	0.3
Yükleme, bakım ve onarım işleri	3.5	6.3	0.2	3.3	6.0	0.3
Üretim, nakliye ve madde taşıma işleri	15.3	21.3	8.2	11.8	17.5	5.4
Üretim işleri	7.3	9.6	4.5	5.7	7.8	3.4
Nakliye ve madde taşıma işleri	8.0	11.7	3.7	6.1	9.7	2.0

**Kaynak:** U.S. Bureau of Labor Statistics, Haziran 16, 2015

ABD’de işgücünde olmayan toplam 16 yaş ve üzeri engelli kişi sayısı 22.814.000’dir. Toplam engelli sayısı 29.219.000 olduğuna göre, yaklaşık beş engelliden biri işgücünde değildir. Bunların 717.000’i halen iş aramaktadır. 225.000’i marjinalce işgücüne bağlı sınıftadır, 68.000’i ise yılmış işçiler grubundadır.

### 6.2.3. Türkiye'nin Diğer Ülkelere Göre Engelli İstihdamındaki Durumu:

DSÖ'nün Dünya Engellik Raporu'nda bazı ülkelerde istihdam oranları karşılaştırılmıştır. Türkiye hem engelli bireylerin istihdam oranında hem de toplam istihdam oranında, tablodaki ülkelerle karşılaştırıldığında düşük seviyede olduğu görülmektedir. Türkiye'de engelli istihdam oranı %41.1 iken, Avusturya'da 60.3, Almanya'da 51.5, İsviçre'de 69.0, ABD'de 17.1'dir (Tablo 11)

**Tablo 11. DSÖ'nün Dünya Engellik Raporu'nda bazı ülkelerde istihdam oranları**

Ülke	Yıl	Engelli bireylerin istihdam oranı(%)	Toplam nüfusun istihdam oranı (%)
Avustralya	2003/2012	41.9/47.7	72.1/65.1
Avusturya	2003/2011	43.4/60.3	68.1/75.6
Kanada	2003/2014	56.3/49.0	74.9/79.0
Almanya	2003/2011	46.1/51.5	64.8/72.1
Hindistan	2002/-	37.6/-	62.5/-
Japonya	2003/-	22.7/-	59.4/-
Malavi	2003/-	42.3/-	46.2/-
Meksika	2003/-	47.2/-	60.1/-
Hollanda	2003/2011	39.9/42.7	61.9/80.1
Norveç	2003/2014	61.7/43.1	81.4/74.6
Peru	2003/-	23.8/-	64.1/-
Polonya	2003/2011	20.8/33.9	63.9/63.9
GüneyAfrika	2006/2011	12.4/62.0	41.1/63.4
İspanya	2003/2011	22.1/44.3	50.5/60.5
İsviçre	2003/2011	62.2/69.0	76.6/81.6
BirleşikKrallık	2003/2011	38.9/47.6	68.6/75.4
<b>Türkiye</b>	<b>2002/2011</b>	<b>21.7/41.1</b>	<b>48.7/51.0</b>
ABD	2005/2014	38.1/17.1	73.2/64.6
Zambiya	2005/-	45.5/-	56.5/-

Kaynak: World Report on Disability, Geneva, World Health Organisation, 2011

## 7. Engelli İstihdam Yöntemleri

### 7.1. Kota Sistemi:

İstihdam alanında işverenlerin belirli bir oranda veya sayıda engelli çalıştırmasının mecburi kılınmasına kota sistemi denir. Kota sistemi engellilerin istihdamını kolaylaştırmak amacıyla yapılan bir pozitif ayrımcılıktır. Kota sistemi ilk olarak 1.Dünya savaşı sonrasında sakat kalanları mağduriyetten kurtarma amacıyla 1919 yılında Almanya'da uygulanmıştır. Uygulama daha sonra bütün engel gruplarını içine alacak şekilde genişletilmiştir. Türkiye'de kamu ve özel sektörde bu yöntem

uygulanmaya başladıktan sonra engellilerin işyerlerinde çalışabilecekleri ve işgücüne katkı verebilecekleri kanaati güçlenmiştir.

### **7.2.Korumalı İşyerleri Yöntemi:**

5378 Özürlüler Yasası'na göre korumalı işyeri; normal işgücü piyasasına kazandırılmaları güç olan engelliler için mesleki iyileştirme ve istihdam oluşturmak amacıyla devlet tarafından teknik ve mali yönden desteklendiği ve çalışma ortamının özel olarak düzenlendiği işyeridir.

### **7.3.Kişisel Çalışma Yöntemi:**

Kişisel çalışma yöntemi, engelli bireylerin kendi işyerlerini kurup çalıştırmaları hatta diğer bireylere istihdam alanı sunmalarıdır. Fakat bu yöntem ülkemizde oran bakımından çok düşüktür. Bunun başlıca nedenleri; engellilerin temel eğitim yetersizliği, ülkedeki ekonomik gelişmeler, kaynak yetersizliği, engellilere sağlanan mesleki eğitim yetersizliği ve verimsizliğidir. Engellilerin desteklenerek işveren haline gelmeleri kendi aralarında bir model oluşturma açısından çok önemlidir.

### **7.4.İşverenlerin Zorunluluk Olmadan Engelli İstihdamı:**

İşverenlerin kota/ceza ve korumalı işyerlerinin dışında tamamen kendi isteklerine bağlı olarak engelli istihdam etmesi durumudur. Engelli bireye karşı oluşan bu önyargılar, engelli bireyin iş bulma ve çalışma sürecini zorlaştırmaktadır. Türkiye'de engellilerin çalışabilecekleri yönünde oluşan algı ve duyarlılık sonucu işverenlerin engellileri çalıştırma sorumluluğu artmıştır.

### **7.5.Evde Çalışma Yöntemi:**

Engellinin engel durumuna göre evde oluşturulan ortamda uygun işleri yapmasıdır.

### **7.6.Kooperatif Çalışma Yöntemi:**

Bu yöntem engellilerin kendi çabaları ile ya da devlet desteği ile kurdukları kooperatif örgütlenmelerle, çeşitli çalışma alanlarından kendilerine çalışma imkanları sağlayan bir yöntemdir. Kolektif çalışmalar güç birliği oluşturma ve ortak karar verme mekanizmalarına olumlu katkı vermekle birlikte engellilerin bu alanda daha çabuk örgütlendiği görülmektedir.

### **7.7.Sadece Engellilerin Çalıştırıldığı Seçilmiş İşlerde İstihdam:**

Bu yöntemde engellilere has seçilmiş bazı işlerde sadece engelliler istihdam edilmektedir. Tahsis yöntemi de denen bu yöntem; engelli grupların farklılıklarına göre bazı iş ve mesleklerin kısmen veya tamamen engelliler için ayrılmasını

öngörmektedir. Engelli bireyler bu yöntemi benimsememekte ve bu durumun kendilerinin dışlanma riskini artırdığını düşünmektedirler.

## **8. Sonuç ve Öneriler:**

Engelliler dünyada dezavantajlı gruplar içerisinde en önemlilerinden birini oluşturmaktadır. DSÖ engelliğin sadece vücut işleyişinde bir yetersizlik olmadığını, kişiyi yaşamın herhangi bir alanına katılmaktan alıkoyan durumlarında engelliğe yol açabileceğini vurgulamıştır. Ülkemiz mevzuatında da benzer vurgular yapılmaktadır. Engelli çalışan tanımında ülkemiz mevzuatında sağlık kurulu raporu şartı ararken, ILO genel bir tanımlamayla herhangi bir engeli olan bireyin işini yapmada ve işinde ilerlemesinde sorun olması, olarak tanımlamıştır. Engellik ifadesi sadece bireyle ilgili olmayıp sosyal alanı da kapsadığı için günümüzde çoğunlukla tercih edilmektedir. Sakatlık, özürlülük ve handicap gibi ifadeler de geçmişte kullanılmıştır. Ulusal mevzuatta engelli çalışan hakları güvence altına alınmıştır. Özellikle İş Kanunu'ndaki çalıştırma yükümlüğü, engelli istihdamını arttırmada oldukça önemlidir. BM, AB, DSÖ, ILO vs. gibi uluslararası örgütlerde engelli çalışan haklarında öncülük yapan düzenlemeler hazırlamışlardır. Ülkemizde engelli çalışanlarla ilgili istatistiki veriler çeşitli kurumlar tarafından yayınlanmaktadır. İŞKUR, TÜİK, DPB vs. kurumlar tarafından aylık veya yıllık olarak veriler yayınlanmaktadır. Fakat engelli çalışanları kapsayan bir araştırma en son TÜİK tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Engelli çalışanlarla ilgili kapsamlı ve güncel bir çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. ABD ve EUROSTAT da yıllık veriler yayınlamaktadır. Özellikle ABD verilerinin oldukça detaylı olduğu görülmektedir. Dünyanın farklı ülkeleriyle karşılaştırdığımızda, Türkiye'nin engelli istihdamında yetersiz seviyelerde olduğunu görmekteyiz. Engelliler farklı yöntemlerle çalışma yaşamında istihdam edilmektedir. Engellilere yönelik iş piyasası fırsatlarının iyileştirilmesi konusunda pek çok paydaşa iş düşmektedir. Bu paydaşlar arasında, hükümet, işverenler, engelli örgütleri ve sendikalar bulunmaktadır. Engelli bireylerin iş piyasalarına erişimlerinin kolaylaştırılması konusundaki öneriler kilit aktörlere/paydaşlara göre geliştirilmelidir.

## **Kaynaklar**

1. Lee R., The demographic transition: three centuries of fundamental change. The Journal of Economic Perspectives, 2003,17:167-190.
2. Engelliler Hakkında Kanun, numara: 5378, tarih: 7/7/2005, sayı: 25868.

3. Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme, BM(Birleşmiş Milletler)  
<http://www.un.org/disabilities/documents/natl/turkey.doc> (erişim tarihi: 20.10.2015).
4. Ürker, Ş. Türk Mevzuatında Özürlülük Terminolojisi, ÖZVERİ Dergisi,2010.
5. Çağlar, S. Uluslararası Hukuk ve Türk Hukuk Sisteminde Engellilerin Eğitim Hakkı ve Devlet Yükümlülükleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
6. Dünya Engelli Birliği (WDU),<http://worlddisabilityunion.org/regulations/>erişim tarihi 16.04.2015.
7. WHO Dünya Engellilik Raporu, Anıl Group Matbaa 2011.
8. ILO Sakatların Mesleki Rehabilitasyon ve İstihdamı Hakkında Sözleşme<http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/soz159.htm> (erişim tarihi:12.05.2015).
9. Washington Group on Disability Statistics (WG), Understanding and Interpreting Disability as Measured using the WG Short Set of Questions, 2009-  
[http://www.cdc.gov/nchs/data/washington\\_group/meeting8/interpreting\\_disability.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/meeting8/interpreting_disability.pdf) (erişim tarihi: 16.03.2016)
10. Engelli Kamu Personel Seçme Sınavı Ve Engellilerin Devlet Memurluğuna Alınmaları Hakkında Yönetmelik, Resmi GazeteTarih: 7/2/2014, No: 28906.
11. ILO (International Labour Organization), Code of practice on managing disability in the workplace, October, Geneva 2001.
12. Şahin, H., Engellilik: Sağlık Çalışanlarının ve Tıp Eğitiminin Bakış Açısı Nedir? , Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran Sayı 3, 2005, ss. 219-228.
13. Çınarlı, S., Türkiye ile Bazı Avrupa Birliği Ülkelerinde Engellilik Kavramı ve Engelli İstihdamı ile ilgili Düzenlemelerin İncelenmesi, ÖZVERİ Dergisi, 2010.
14. ICF( International Classification of Functioning, Disability and Health).  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/8/9241545429\\_tur.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/8/9241545429_tur.pdf) erişim tarihi: 25/10/2015 )
15. Tezcan, T., Discrimination Experienced by Disabled Employees in the Public Sector: "Institutional Discrimination Area, Ankara, The Graduate School of Social Sciences Middle East Technical University, Master Thesis, 2013, pp:155.
16. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası.  
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.2709&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=2709> (erişim tarihi: 17.12.2017).
17. Resmi Gazete Kanun Numarası: 5378, tarih: 7/7/2015, sayı: 25868.
18. Resmi GazeteKanun Numarası: 6462, tarih: 25/4/2013, sayı: 28636 .

19. Resmi Gazete Kanun numarası: 4857, Tarih: 10/6/2003, Sayı: 25134.
20. Resmi Gazete Kanun numarası: 657, Tarih: 14/07/1965, Sayı: 12056.
21. Yurtiçinde İşe Yerleştirme Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Tarih: 25.04.2009, Sayı: 27210.
22. Engelli Kamu Personel Seçme Sınavı Ve Engellilerin Devlet Memurluğuna Alınmaları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Tarih: 7/2/2014, Sayı: 28906.
23. 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz Ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Engelli Ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Tarih: 25.01.2013, Sayı: 28539.
24. Avrupa Sosyal Şartı, Resmi Gazete Tarih: 9/4/2007, Sayı: 26488 <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf>.
25. Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090714-1.htm> (erişim tarihi: 15.04.2015).
26. Engelli Bireylerin Fırsat Eşitliği için Birleşmiş Milletler Standart Kuralları, <http://www.un.org/esa/socdev/enable/disdevelopmental.htm> (erişim tarihi: 09.06.2015).
27. Sakatların Meslekî Rehabilitasyonu ve İstihdamı Hakkında 159 Sayılı Sözleşme <http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/soz159.htm> [http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR\\_KARARLAR/kanuntbmmc083/kanuntbmmc083/kanuntbmmc08304407.pdf](http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc083/kanuntbmmc083/kanuntbmmc08304407.pdf) (erişim tarihi 16.04.2015).
28. Avrupa Konseyi 2006–2015 Özürlüler Eylem Planı [http://www.coe.int/t/e/social\\_cohesion/soc-sp/integration/02\\_council\\_of\\_europe\\_disability\\_action\\_plan/](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/integration/02_council_of_europe_disability_action_plan/) (erişim tarihi: 02.06.2015).
29. Avrupa Engellilik Stratejisi 2010-2020, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:EN:PDF> (erişim tarihi 19.06.2015).
30. AB Temel Haklar Bildirgesi <http://avrupa.info.tr/tr/ab-ve-sivil-toplum/haklar-bildirgesi.html> (erişim tarihi: 14.05.2015).
31. Avrupa Birliği'nin İşleyişine İlişkin Antlaşma (Treaty on the Functioning of the European Union-TFEU) <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012E/TXT> (erişim tarihi: 19.06.2015).
32. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı & T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, 2004 ,Ankara.

33. Ayrımcılık (İş Ve Meslek) Sözleşmesi  
[http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/ilo\\_111.htm](http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/ilo_111.htm) (erişim tarihi: 09.06.2015).
34. TÜİK .Nüfus ve Konut Araştırması 2011.  
[http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT\\_ID=11&KITAP\\_ID=276](http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=276) (erişim tarihi:09.06.2015).
35. TÜİK, Sağlık Sorunları ve Faaliyet Güçlükleri Yaşayanların İşgücü Durumu Araştırma Sonuçları, 2011 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13125>(erişim tarihi 27.11.2015).
36. İŞKUR,2014 İstatistik Yıllığı.  
<http://www.iskur.gov.tr/kurumsalbilgi/istatistikler.aspx#dltop> (erişim tarihi:24.06.2015)
37. T.C. Devlet Personel Başkanlığı, Engelli Personel İstatistikleri  
<http://www.dpb.gov.tr/tr-tr/istatistikler/engelli-personel-ve-omss-istatistikleri> (erişim tarihi:20.06.2015).
38. DSÖ(Dünya Sağlık Örgütü) Dünya Engellilik Raporu, Anıl Group Matbaa, 2011,  
<http://eyh.aile.gov.tr/data/5480490c369dc57170df34bd/D%C3%BCnya%20Engellilik%20Raporu-basilan.pdf> (erişim tarihi: 25/10/2015).
39. EUROSTAT, 2011.[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability\\_statistics\\_-\\_labour\\_market\\_access](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_labour_market_access) (erişim tarihi 18.06.2015).
40. U.S. Bureau of Labor Statistics, <http://www.bls.gov/news.release/disabl.a.htm> (erişim tarihi 12.08.2015)
41. World Report on Disability, Geneva, World Health Organisation, 2011
42. Seyyar, A. Uluslar Arası Boyutuyla Özürlüler Kota Sistemi, Kamu-İş Sendikası Dergisi, Cilt 6, Sayı 1, 2000,İstanbul.
43. Coşkun, R., vd. Engelliler ve İstihdam, Uzaktan Eğitim Ders Notları, Sakarya Üniversitesi Yayınları, 2009, Sakarya.
44. Altan, Ö.Z. Sosyal Politika Dersleri, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No. 1592, 2004, Eskişehir.
45. Genç, Y., Çat, G. (2013)Engellilerin İstihdamı ve Sosyal İçerme İlişkisi,
46. Akademik İncelemeler Dergisi (Journal of Academic Inquiries)Cilt/Volume: 8, Sayı/Number:1, (erişim tarihi: 17.04.2015)



## MESLEK HASTALIKLARINA YÖNELİK BİLDİRİM SİSTEMLERİNDE ABD ÖRNEĞİ

---

**Uzm.Dr.Mehmet Erdem ALAGÜNEY**

*Yunus Emre Devlet Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği*

**Prof.Dr. Anna ALLEN**

*West Virginia University, School of Public Health, Department of Occupational Medicine*

### 1.Giriş

Önleyici yaklaşım, çalışanların işle ilgili yaralanma ve hastalıklardan kaynaklanan sağlık sorunlarını azaltma ve tedavi ve tazminat giderlerinden kaynaklanan ekonomik kaybı kontrol etme çabalarının temel taşıdır. İş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili verilerin toplanması, kaydedilmesi ve bildirilmesi önleyici yaklaşım için gereklidir ve kontrol önlemleri geliştirmek için bu verileri tespit etmek ve değerlendirmek önemlidir.

Çalışma hayatından kaynaklanan hastalıklar ve bu hastalıkların çalışan sağlığı üzerindeki etkileri ilgili veriler, kanıta dayalı iş sağlığı ve güvenliği (İSG) politikalarını formüle etmek ve eylem öncelikleri ve hedeflerini belirlemek amacıyla, ulusal düzeyde iş sağlığı ve güvenliğinden sorumlu karar verici kurum ve organizasyonlar için çok önemlidir. Bu veriler, ayrıca, işyerlerinde İSG için önceliklerin ve hedeflerin belirlenmesinde, ilgili eğitim ve öğretim programlarının tasarlanmasında, rehabilitasyon süreçlerinin iyileştirilmesinde ve meslek hastalığı gelişmesi durumunda tazminat sürecinde önemlidir. Ulusal meslek hastalıkları verileri, ulusal İSG profilini gelişmiş ülke standartlarına uyarlamak amacıyla uluslararası karşılaştırmalar yapabilmek için de önemlidir. Bu veriler, meslek hastalıklarına bağlı hastalık yükünün bölgesel ve küresel ölçekte tahmin edilebilmesi için yapılan hesaplamalarda da kullanılabilir.

Meslek hastalıklarıyla ilgili yüksek kalitede veri, işverenlerin, İSG alanında düzenleyici kurumların, sosyal güvenlik kurumlarının, İSG çalışanlarının ve diğer paydaşların işle ilgili hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için yükümlülüklerini yerine getirmesi için de gereklidir. Bu bilgiler ayrıca, potansiyel olarak maruz kalmış diğer işçiler için koruyucu önlemlerin etkinliğini belirlemeye de katkıda bulunur. Meslek hastalıklarında

nedenselliğinin daha iyi tanınması ve anlaşılması, çalışanlar için daha etkili tedavi ve müdahaleleri mümkün kılabilir. Bu tür hastalıkların kaydedilmesinden ve bildirilmesinden elde edilen yüksek kaliteli veriler, nedensel etkenlerin ve meslek hastalıklarının toplum içerisinde dağılımının tanımlanmasını kolaylaştırmakta ve zaman içerisindeki değişimlerinin izlenmesini sağlamaktadır.

İş müfettişleri, bu veriler sayesinde kısıtlı zamanlarını farklı kurumlar arasında ve işyeri içinde en iyi şekilde nasıl tahsis edeceklerini belirleyebilirler. Yaralanmaların ve hastalıkların en sık görüldüğü yerleri ve özelliklerini hedef alarak hazırlanmış veriler, hangi sektörlerin, hangi firmaların ziyaret edileceğini ve hangi tehlikelerin öncelikli olarak aranacağını belirlemede yardımcı olur.

İSG profesyonelleri, işverenler ve çalışanlar için etkili eğitim paketleri ve eğitim materyalleri geliştirmek için iş tehlikelerini tam olarak anlamalıdır. İş ve meslek hastalıklarına ilişkin veriler, iş kazası veya maruziyetlerin nedenlerinin belirlenmesine yardımcı olacaktır.

Araştırmacılar, sınırlı kaynaklarını önem arz eden ve toplumu ilgilendiren konulara yönlendirmek isterler. İş kazaları ve meslek hastalıklarına ilişkin veriler odaklanılacak işyeri tehlikelerini belirlemede de faydalı olacaktır.

Özetle, meslek hastalıklarının yükü ve dağılımı hakkında geniş kapsamlı bir bilgi olmadan, "herkes için İSG" hedefini kurumsal ve ulusal düzeyde karşılamak mümkün olmayacaktır.

Meslek hastalıklarına ilişkin "bildirim" kavramını anlamak için bazı kavramları açıklamak yararlı olacaktır. Raporlama (reporting), kayıt (recording), bildirim (notification) ve gözetim (surveillance) gibi kavramları anlamak, bildirim sistemlerinin tüm aşamalarını anlamak için gereklidir. Bu ifadeler sözlük anlamları bakımından birbirine yakındır, bu nedenle ILO tarafından önerilen tanımların kullanılması kavram karmaşasını önleyecektir.

Raporlama (reporting); işveren tarafından, ulusal kanunlara ve düzenlemelere uygun olarak ve işletmedeki uygulamayla uyum içerisine olacak şekilde, kendilerinde meslek hastalığı şüphesi veya ön tanısı olması durumunda, çalışanların, kendi üst yöneticilerini, yetkili kişileri veya belirtilen bir başka kişi veya birimi bilgilendirmesi için

tanımlanan prosedürdür. Bu tanımda, kilit nokta, prosedürün kanunla tanımlanmasıdır. Bildirimin yapılacağı kişi veya kuruluşun daha önce tanımlanmış olması da önemlidir. Çalışan, raporlama sürecini başlatması gereken kişidir.

Kayıt (recording), işveren veya serbest meslek sahibi kişinin meslek hastalıklarına ilişkin verileri nasıl kayıt altına alacağını tanımlayan, ulusal yasalar ve düzenlemelerde belirtilen prosedürdür. Bu verilerin saklanması işverenin sorumluluğundadır.

Bildirim (notification), işveren, serbest meslek sahibi kişi, sigorta kurumu veya meslek hastalıklarıyla ilgili doğrudan veri sunacak kurumların, bu verileri yetkili makam tarafından öngörülmüş ve uygun görülmüş şekilde sunma yollarını belirleyen ve ulusal yasalar ve düzenlemelerle belirtilen prosedürdür. Bu tanımlamadaki kritik nokta yetkili bir otoritenin gerekliliğidir.

Özetlemek gerekirse, yukarıda açıklanan sırasıyla raporlama, kayıt ve bildirim, meslek hastalıklarını tanımlamak için üç adımdır. Raporlama, işyerinde kendi sağlık problemi hakkında işvereni bilgilendirmek için çalışanın hareketidir. Kayıt, bu bilgilerin doğru şekilde depolanmasıdır. Bildirim, depolanan bilgilerin ilgili makamlara iletilmesidir.

Konuyla ilgili ve bildirim sistemleri için önem taşıyan bir başka terim sağlık gözetimidir (surveillance). Metinde, kavramı tam olarak karşılayacağı düşünüldüğünden *sürveyans* kelimesi kullanılacaktır. Sürveyans, halk sağlığı uygulamalarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için gerekli olan sağlık verilerinin sürekli ve sistematik olarak toplanması, analizi ve yorumlanması ve bu verilerin bilmesi gerekenlere zamanında iletilmesi olarak tanımlanmaktadır. Sürveyans, birçok tür ve alt gruba sahip bilimsel bir yöntemdir. Bu bağlamda, sürveyans faaliyetleri bildirim sistemlerinin kaynağı olabileceği gibi bildirim sistemlerinden elde edilen veriler de sürveyans için kaynak olabilir.

## **2.Amerika Birleşik Devletleri'nde meslek hastalıklarının kaydedilmesi ve bildirilmesi ile ilgili yaklaşımlar**

Birleşik Devletlerde, hastalık bildirimi, Massachusetts Devlet Sağlık Kurulu'nun yaygın hastalıkların gönüllü olarak haftalık bildirilmesini başlattığı 1874'de başladı. Bunların hiçbiri meslek hastalığı değildi. 1883'te Michigan, bulaşıcı hastalıkların bildirilmesini zorunlu kılan bir kanun çıkaran ilk eyalet oldu.1913'e gelindiğinde, 15 eyalet bazı

meslek hastalıklarına ilişkin bildirim şartlarını ortaya koymuştu ve ABD Halk Sağlığı Hizmeti Modeli, morbidite raporlarına ilişkin eyalet yasasına bir grup meslek hastalığını dâhil etti. Bu kanun, arsenik, pirinç, karbon monoksit, kurşun, cıva, doğal gaz, fosfor, odun alkolü, nafta, karbon bisülfid ve dinitrobenzen zehirlenmesi, vurgun hastalığı ve kişinin istihdamının doğası gereği ortaya çıkan diğer hastalık veya engellilik hallerinin rapor edilmesini gerekli kılmıştır.

1970'te İş Güvenliği ve Sağlık Yasası (Occupational Safety and Health Act-OSHA) uyarınca, İşçi Sağlığı İstatistikleri Bürosuna (Bureau of Labor Statistics-BLS) iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin istatistiklerin toplanması, derlenmesi ve analizi sorumluluğu verildi. BLS, İş Sağlığı ve Güvenliği Dairesi (Occupational Safety and Health Administration-OSHA), Amerikan Ulusal Standartlar Enstitüsü, Çalışma ve İş Araştırma Danışma Komiteleri ve Federal bir kurumlar arası çalışma grubu ile işbirliği ve istişarelerle bir işyeri yaralanması ve işle ilişkili hastalık kayıt tutma sistemi geliştirdi. Nihâî kayıt sistemi düzenlemeleri 2 Temmuz 1971'de kabul edildi. Zaman içerisinde yönetmeliklerde çeşitli değişiklikler yapıldı, ancak temel yapı bozulmadan kaldı. Bu sistemin başlamasından önce BLS esas olarak iş yeri yaralanmaları ve nadiren meslek hastalıkları hakkında veri topluyordu. Meslek hastalıklarının sayısı OSHA'nın kabulünden sonra artsa da, daima gerçek sayıların altında kalmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde meslek hastalıkları bildiriminde merkezi bir sistem yoktur. Birçok bağımsız sistem ayrı olarak çalışır ve bu sistemlerden elde edilen veriler çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından birleştirilir. ABD'deki bildirim sistemlerinin önemli özelliklerinden biri, eyaletler arasındaki değişkenliktir. Bununla birlikte, tüm eyaletlerin uyması gereken BLS gibi federal sistemler de bulunmaktadır. Buna ek olarak, eyalet veya hükümet tarafından meslek hastalıklarına yönelik gözetim yapmak için görevlendirilen kurum ve kuruluşlar, belirli alanlarda kayıt ve bildirim sistemi ile ilgili faaliyetler yürütür. Bu bölüm bu sistemleri tek tek inceleyecek ve olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirecektir.

### **3. Meslek Hastalıkları ve İş Kazası Sürveyansı (Survey of Occupational Injuries and Illnesses-SOII)**

İşgücü İstatistikleri Bürosu (BLS) tarafından yürütülen SOII nüfusa dayalı, merkezi bir sürveyans sistemidir. SOII ile birlikte Ölümcül Mesleki Yaralanmalar için Sayım

(Census for Fatal Occupational Injuries-CFOI), ABD'deki meslek hastalıkları ve iş yaralanmaları için birincil ulusal gözetim sistemleridir. SOII, ölümcül olmayan iş kazalarının en kapsamlı kaynağıdır. Ayrıntılı çalışan ve işyeri bilgileri ile birlikte, ulusal yaralanma sayılarını ve iş kazalarının oranını tahmin etmektedir.

SOII verilerini OSHA tarafından zorunlu olarak belirlenen ve işveren tarafından tutulması gereken mesleki yaralanma ve hastalık dokümanlarından alır. Bu, BLS'nin yaralanma ve hastalığın kaynağı, yaralanma ve hastalığa neden olan olay ve işyeriyle ilgili diğer ayrıntılı bilgiler hakkında bilgi toplamasını sağlar. BLS her bir işyerinden bilgi almaz, ancak ülkeyi temsil eden ve yaklaşık 230.000 işyerinden oluşan bir olasılık örnekleminde veri toplamaktadır. Yasal olarak kayıt altına alınmayı gerektirmeyen 11 kişiden az çalışanı bulunan kendi nam ve hesabına çalışanlar, çiftlik işleri, ev işleri, federal devlet kurumları bu örnekleme dâhil değildir. BLS, SOII ile toplanan verileri Birleşik Devletlerdeki iş yerlerinde ölümcül olmayan işyeri yaralanmalarının ve işle ilişkili hastalıklarının sayılarını ve hızlarını tahmin etmek amacıyla yalnızca istatistiksel amaçlar için kullanır. Gizli Bilgiyi Koruma ve İstatistiksel Verimlilik Yasası (Confidential Information Protection and Statistical Efficiency Act-CIPSEA), BLS'nin surveyans verilerini yanıt verenlerin tanınabileceği biçimde yetkisiz kişilere açıklamasını veya yayımlamasını yasaklar.

Bu sistemin zayıf yanları; işverenin OSHA kayıtlarını tutmadığı veya çalışanın sorununu işverene bildirmediği durumlarda bu bilgi veritabanına dâhil edilemez. Buna ek olarak, SOII meslek hastalıklarını (özellikle kronik olanları) izlemek için iyi bir sistem değildir, çünkü yıllık veri toplanmaktadır. Meslek hastalıklarının hekimler tarafından yetersiz tanısı, bazı meslek hastalıklarının uzun latens süreleri ve birçok hastalığın çok faktörlü doğası, SOII gibi işyeri tabanlı bir meslek hastalığı surveyans sisteminin başarısız olmasına neden olur. Bu nedenle, erişkinlerde kurşun zehirlenmesi, mesleki toksisite, işle ilgili astım, mezotelyoma, pnömokonyoz ve silikozis gibi bazı meslek hastalıkları için belirli ABD eyaletlerinde verileri birleştiren hedefe yönelik surveyans sistemleri (örn. SENSOR) geliştirilmiştir.

#### **4.Mesleki Riskler İçin Sentinel Olay Bildirimi Sistemi (SentinelEvent Notification SystemforOccupationalRisks-SENSOR)**

SOII nüfusa dayalı bir srveyans sistemi iken SENSOR vaka tabanlı bir gözetim sistemidir. SOII merkezi bir sistem iken SENSOR eyalet tabanlı bir sistemdir. Çeşitli eyaletlerde meslek hastalıklarının vaka tabanlı gözlemlenmesi, NIOSH tarafından geliştirilen SENSOR modelini kullanarak gerçekleştirilmektedir. Bir devlet kurumu (srveyans merkezi), sağlık kurumlarından (sentinel vaka sağlayıcıları) gelen raporlara dayanarak "sentinel" vakalarını (seçilmiş meslek hastalıkları) alır ve vakaları doğrulamak için ayrıntılı tanı ölçütleri kullanır. SENSOR'da araştıırılacak hedef hastalıklara bazı örnekler, karpal tünel sendromu, kurşun zehirlenmesi, gürültüye bağlı işitme kaybı, mesleki astım, böcek ilacı zehirlenmesi ve silikozdur.Bu hastalıkların seçim kriterleri şunlardır: İşle ilgili durum, ortaya çıkış sıklığı ve ciddiyetine dayanarak önemli bir ulusal halk sağlığı sorunu olmalıdır. Bu sağlık sorunu, mevcut bilgilere dayanarak, makul bir güvenilirlikle bireysel olarak çalışma şartlarına atfedilebilmelidir. Latens dönemi kısa ve orta süreli olan sağlık sorunlarının gözetimine öncelik verilmelidir. Diğer veri kaynakları aracılığıyla gözetim altında olmayan koşulların taranmasına öncelik verilmesi gerekir. Potansiyel olarak geri çevrilebilir olan koşullar, srveyans için daha yüksek önceliğe sahip olmalıdır, çünkü maruziyetin kontrolü ile hem bildirilen vaka hem de diğer çalışanlara fayda sağlanacaktır. Raporlanacak hastalıkların seçiminde uygulanabilir bir önleyici strateji bulunan durumlar seçilmelidir. Bazı durumlarda, bu kurul etkilenen çalışanlar, sağlık hizmeti sunucuları ve işverenlerden ek bilgi alabilir. Hastalık ve yaralanma vakalarını tespit etmek için hastane taburcu veya meslek hastalıkları tazminat kayıtları gibi idari veriler de kullanılmaktadır. Bu veriler, önleme ve müdahale faaliyetleri için analiz edilmekte ve kullanılmaktadır. Bazen, diğer eyaletlerden gelen veriler daha geniş bir perspektif kazanmak için bir araya getirilir. Srveyans merkezi (çoğunlukla eyalet sağlık birimi), hedeflenen raporlama faaliyetinin (vaka bulma dâhil) idamesi, raporlanan vakanın yönetimi (vaka teyidi dâhil), vakadaki iş arkadaşlarını olası hastalıklar için tarama, vakadan potansiyel olarak sorumlu olan işyeri faktörlerinin değerlendirilmesi, tehlike azaltımı için işyerine özgü tavsiyelerin verilmesi ve uygun ve mümkün olduğunca meslek hastalıklarının ve yaralanma olaylarına yönelik diğer

aktivitelerin geliştirilmesi ve sürdürülmesi (örneğin, eğilim analizi, eğitim, teknik danışma, bilgi yayımı) görevlerini yürütür.

### **5.Bildirimi zorunlu hastalıklar**

Doktor raporlarını veya laboratuvar sonuçlarını kullanan pasif sürveyans faaliyetleri de meslek hastalıklarının tespitinde önemli yer tutmaktadır. 30 eyalette, asbestozis, silikozis ve diğer pnömokonyozlar, işle ilişkili astım, extrensek alerjik alveolit (hiper sensitivite pnömoniti), kurşun, arsenik, cıva ve kadmiyum zehirlenmesi, pestisit toksisitesi, 18 yaş altında işle ilgili yaralanmalar, işle ilişkili ölümcül yaralanmalar, mesleki dermatit, işle ilişkili karpal tünel sendromu, bilinen veya şüphe edilen mesleki maruziyetin neden olduğu zehirlenme ve "işçi sağlığı için bir tehdit" olduğu düşünülen diğer meslek hastalıklarının sağlık görevlileri tarafından rapor edilmesi zorunlu kılınmıştır. Bu sistem çok önemlidir, çünkü bu veriler zaten toplanmış ve kaydedilmiştir. Yetkili makam bu verileri birleştirir ve analiz eder.

### **6.Erişkin Kan Kurşun Epidemiyolojisi ve Sürveyansı (Adult Blood Lead Epidemiology and Surveillance-ABLES)**

Bu sistem, laboratuvarların, 15 µg/dl'den yüksek yetişkin kan kurşun düzeylerini İş Güvenliği Departmanı'nda bulunan Eyalet Mesleki Kurşun Zehirlenmesi Kayıt Sistemi'ne bildirmesini gerektirir. Kayıt birimi, tahlili ilk kez isteyen doktora ulaşır, doktor için kurşun zehirlenmesi takibi ve tedavisine yönelik tıbbi rehberler sağlar; daha fazla bilgi toplamak için çalışana ulaşır ve mesleki kurşun maruziyeti ve iş yeri hakları hakkında çalışana bilgiler gönderir. Ayrıca, çalışanlara kurşunun tehlikeleri ve maruziyetin nasıl kontrol edilebileceği konusunda bilgi verir. İşveren tespit edildiğinde, vaka OSHA'ya yönlendirilir. Bu sistem, alanın en iyi yaklaşımlarından biridir. Bu sistemin avantajı, bir çalışan tıbbi problemini bildirmese ya da bir doktor bildirim yapmasa da, laboratuvar verileri gerçek problemin ortaya çıkmasını sağlayacaktır, çünkü sorun, işyeri maruziyetleriyle açıkça ilişkilidir ve önleyici tedbirlerin başarısız olduğunu gösterir.

Meslek hastalıklarının sürveyansında kullanılacak başka önemli idari veriler de bulunmaktadır.

## **7.İşçi Tazminatı Verileri (Workers' Compensation Data)**

Bu veri sistemi meslek hastalıklarıyla ilgili önemli bilgilere sahiptir. Ancak birçok kısıtlaması vardır. Tazminat alan işçiler, işle ilgili yaralanmalar ve hastalıkları olanların çok az bir kısmını temsil etmektedir. Tüm çalışan grupların tazminat sisteminden eşit derecede faydalanma ihtimali yoktur. Buna ek olarak, tazminata esas olacak hastalık kriterleri için toplanan veriler doğası itibarıyla önleyici yaklaşımdan çok sigortacılık faaliyetleri için toplandığından, süreyans için gerekli olan verilere kıyasla yetersiz kalacaktır.

## **8.Ulusal Tarım İşçileri Araştırması (National Agricultural Workers Survey-NAWS)**

Bu, esasen ABD'de işe alınmış tarım işçilerinin demografik ve istihdam verilerini toplayacak şekilde tasarlanmış bir örneklem araştırmasıdır. NIOSH, tarım çalışanlarına yönelik müdahaleleri düzenlemek için iş sağlığı sorularını bu ankete dâhil ettirmiştir. 11 çalışanın altında olan çiftlikler OSHA kayıtlarını tutmadığı için bu sistem bu boşluğu kapatır.

## **9.Ulusal Sağlık Güvenliği Ağı (National Healthcare Safety Network-NHSN)**

CDC tarafından yönetilen gönüllü bir sistemdir. Hastalar ve sağlık çalışanları için İSG süreyans sistemlerini bütünleştirir ve genişletir. Temelde kan ve vücut sıvılarına ve influenzaya maruz kalmaya yönelik gözetim yapar ve sağlık çalışanlarının influenzaya karşı aşılmasını izler.

## **10.Ulusal Mesleki Solunum Mortalite Sistemi (National Occupational Respiratory Mortality System-NORMS)**

Bu, Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nden yıllık olarak alınan mortalite verilerine dayalı interaktif bir veri sistemidir. Altta yatan veya katkıda bulunan nedenin pnömokonyoz, malign mezotelyoma veya hipersensitivite pnömonisi olduğu ölümlerle ilgili bilgiler yer almaktadır. NORMS ayrıca birçok solunum yolu hastalığının yıllık sektöre ve mesleğe özel ölüm hızlarını belirler.

Sonuç olarak, ABD'de meslek hastalıklarıyla ilgili kayıt ve bildirim sistemleri çok çeşitlidir ve her birinin avantajları ve dezavantajları vardır. Bununla birlikte bu durum genel olarak, tüm meslek hastalıklarını toplayan benzersiz bir sistem olmadığını bize



göstermektedir. Meslek hastalıkları akut/kronik, tek sistemi tutan/çoklu sistemleri tutan, geri dönüşlü/geri dönüşsüz olmak üzere çok geniş bir spektrumda hastalıklar olduğundan bu hastalıkların hepsini kapsayacak şekilde birden fazla sürveyans sistemi tanımlamalı ve bunları analiz edip birleştiren bir üst yapı oluşturulmalıdır.

**Teşekkür:** Bu yazının hazırlanmasında gerekli olan araştırmaları yapabilmeme destek sağlayan TÜBİTAK'a teşekkürü bir borç bilirim, MEA.

### **Kaynaklar**

1. Ross, J.B. Prevention of occupational disease: problems of data collection for adequate surveillance. CMAJ, 1992. 147(10): p. 1443-5.
2. International Labour Office. National System for Recording and Notification of Occupational Diseases. ILO Geneva.2013
3. Bureau of Labor Statistics. Injuries, Illnesses, and Fatalities: Frequently Asked Questions. erişim tarihi 01.21.2016.<https://www.bls.gov/iif/oshfaq1.htm>.
4. International Labour Office. Recording and notification of occupational accidents and diseases. An ILO code practice. Geneva.ILO 1996.
5. Levy, B.S. Occupational and environmental health : recognizing and preventing disease and injury. 6th ed. New York: Oxford University Press.2011
6. Freund, E.Mandatory reporting of occupational diseases by clinicians. JAMA, 1989. 262(21): p. 3041-4.
7. HJ, H. Understanding statistics on occupational illnesses, Monthly Labor Review.B.o.L. Statistics, Editor. 1981
8. Matte, T.D., E.L. Baker, P.A. Honchar.The selection and definition of targeted work-related conditions for surveillance under SENSOR. Am J Public Health, 1989. 79 Suppl: p. 21-5.
9. Baker, E.L.*Sentinel*/ Event Notification System for Occupational Risks (SENSOR): the concept. Am J Public Health, 1989. 79 Suppl: p. 18-20.
10. Baker, E.L. Sentinel event notification system for occupational risks. Scand J Work Environ Health, 1988. 14 Suppl 1: p. 110-2.

# **MESLEK HASTALIKLARI BİLDİRİM SİSTEMİ ÖNÜNDEKİ ENGELLER**

## **ve**

## **TÜRKİYE İÇİN SİSTEM ÖNERİSİ**

---

**Uzm.Dr.Mehmet Erdem ALAGÜNEY**

*Yunus Emre Devlet Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği*

**Prof.Dr. Anna ALLEN**

*West Virginia University, School of Public Health, Department of Occupational Medicine*

**Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE**

*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

### **1.Giriş**

2003 yılında yayımlanan 4857 sayılı İş Kanunu ve sonrasında, İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Kanunu'nun 2012'de kabulü ile İSG hizmetleri ülkemizde pek çok işyerinde zorunlu hale getirilmiştir. Bu yasaya göre meslek hastalıklarının kaydedilmesi ve bildirilmesi zorunludur. Türkiye'de meslek hastalıkları bildirimini, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından düzenlenen mevzuata göre yapılır. SGK, işverenden, sağlık kurumlarından ve çalışandan gelen bildirimleri değerlendirir, mevcut hastalığın mesleki olup olmadığına karar verir ve uygun olduğu takdirde tazminat verilip verilmeyeceğini kararlaştırır. İşle ilişkili olarak tespit edilen iş kazaları ve meslek hastalıkları, SGK tarafından yıllık olarak ilan edilir. Meslek hastalıklarının SGK' ya bildirim ve kayıt işlemleri kanunla tanımlanmakta ve aşağıdaki şekilde özetlenmektedir.

**Raporlama:** Mevzuata göre Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Devlet Üniversitesi Hastaneleri ve Eğitim Araştırma Hastaneleri'ndeki hekimler meslek hastalığı tanısına esas olacak dosya hazırlamaya ve meslek hastalığı ön tanısı koymaya yetkilidir. Bir çalışan, bu hastanelerden birinden meslek hastalığı tanısı alırsa bunu kendi işyeri hekimine bildirmelidir.

**Kayıt:** İşyeri hekimi, çalışan veya sağlık merkezi tarafından raporlanan meslek hastalığı verilerini işyerinde, işveren adına saklar. Yasa, kayıtların gizliliğini gerektirir, kayıt sürelerini tanımlar ve bildirim zorunlu kılar; ancak kayıtlı verilerin içeriği hakkında yasa ile öngörülen bir standart yoktur.

Bildirim: Meslek hastalığına yönelik dosya hazırlamaya yetkili sağlık merkezi, meslek hastalığı tanısı koyduğu vakaları SGK' ya yasa ile belirlenen standartlarda ve 10 gün içerisinde bildirmelidir. Ayrıca, bir çalışanında meslek hastalığı olduğunu öğrenen işveren (veya işveren adına işyeri hekimi) de hastalığı SGK' ya yasa ile belirlenen standartlarda ve öğrendiği tarihten itibaren 3 gün içerisinde bildirmelidir. İşveren, bildirimini on-line sistem aracılığıyla yapar. Sağlık merkezleri ise dosyalarını SGK' ya posta yoluyla gönderir. Bu aşamada önemli bir ayrıntı, sağlık merkezinin raporlarının tazminat açısından SGK' da değerlendirilebilmesi için çalışanın talep dilekçesinin gerekli olmasıdır.

İSG Kanunu'nun yürürlüğe girmesinden yaklaşık 5 yıl sonra, meslek hastalıklarının sayısı ile ilgili bir artış gözlenmemiştir.

## **2.Kayıt ve bildirim sistemlerinin önündeki genel ve Türkiye'ye özgü engeller**

Hastalıkların tam sayısı (doğru sayıdaki vaka veya olayın kaydedilmesi), veri analizi (hangi konuda nasıl davranılması gerektiği konusunda yararlı bilgiler sağlamak için verilerin analizi) ve eylem (olumsuz bir duruma karşı önleme veya müdahale) veri toplamada eksik kalan ana unsurlardır.

30 milyona yakın çalışanın bulunduğu ülkemizde meslek hastalığı sayısı son yıllarda, yıllık 500 vakayı aşmamıştır. SGK' nın son verilerine göre, 2016 yılına ait meslek hastalıkları sayısı 597 olarak bildirilmiştir. Oysa beklenen sayı bunun çok üzerindedir. Örneğin, yaklaşık 40 milyon çalışanın bulunduğu Almanya'da, 2008 yılında mesleki bağlantının ispatlandığı meslek hastalığı vaka sayısı 23 bin civarındadır. Bildirilen şüpheli vaka sayısı ise 60 binin üzerindedir. Yaklaşık 127 milyon çalışanın olduğu Amerika Birleşik Devletleri'nde meslek hastalığı sayısı 500 bin civarındadır.

Bildirimdeki yetersizlik nedeniyle, meslek hastalıklarının önemi fark edilemez ve meslek hastalıklarına neden olan etkenler gizli kalır. Meslek ile ilişki kurulamadığında uzun süreli ve çoğu zaman başarısız olan tedaviler çalışanların sağlığını ve işlerini kaybetmesine neden olur ve ekonomiye yük bindirir

Meslek hastalıklarına ilişkin verilerin toplanmasının önündeki engeller çok çeşitlidir. Meslek hastalıklarının kaliteli bildirimini, meslek hastalıklarını tanıma, meslek

hastalıklarına ilişkin farkındalık, bildirim sistemine uyum, kontrol ve yaygınlaştırma çabalarındaki eksiklikler tarafından engellenmektedir.

Meslek hastalıklarının tanınması konusunu irdelemek gerekirse; sağlık hizmeti sunucuları bulaşıcı hastalıkları raporlamak ve bildirmek konusunda uyumludur. Ancak meslek hastalıkları bildirimini ihmal edilmektedir. Meslek hastalıkları günlük tıbbi uygulamada nadiren akla getirilir, bu nedenle nadiren teşhis edilirler. Bir çalışanın kişisel doktoru (Türkiye örneğinde aile hekimi ya da ikinci basamakta başvurduğu dal uzmanı) hastanın-çalışanın belirli bir sektör ya da işyerinde sağlığını etkileyebilecek faktörlerle ilgili tam bir bilgiye çok nadiren sahip olabilir. Doktorlar ayırıcı tanıda mesleki veya çevresel nedenleri düşünmemektedirler. Çoğu hekim meslek hastalıkları konusunda çok az eğitim almıştır. Bölgelerindeki endüstriyel süreçlerin doğasından habersizdirler ve hastalarının hayatlarının üçte birini harcadığı çevre hakkında çok az bilgiye sahiptirler. Bu alanda tıpta uzmanlığın yetersiz olması meslek hastalıklarının tespiti ve tanınması için önemli bir engel teşkil etmektedir. Meslek hastalıkları ile ilgili uygulamaların içinde olan hekimlerin çoğu (özellikle endüstri ortamı dışında çalışanlar) sertifikasyona hak kazanmak için yeteri kadar eğitim almamıştır.

Ayrıca uzun latens süreleri, mesleki maruziyet ile ortaya çıkan hastalık arasındaki ilişkiyi belirsiz hale getirebilir. Tanı konan hastalığın etiyolojisinde mesleki maruziyet birçok faktör arasında bir bileşen olabilir.

Bildirim konusunu ele alacak olursak, çalışanın iş güvencesinin olmaması bildirim sürecini engelleyen birincil faktör olabilir. Ancak bu durum tek başına bildirim sisteminin geliştirilmesi ile düzeltilemez. Türkiye'ye özgü en önemli teknik engel, meslek hastalıklarıyla ilgili verileri toplamak için tek yetkili kurumun SGK olmasıdır. SGK, sigorta ve tazminat amaçları için kurulmuştur, teşhis kriterleri aslında tazminat ölçütleridir, SGK tarafından toplanan veriler tazminat için tasarlanmıştır ve yıllık yayınladıkları hasta sayıları belirli bir yüzdenin üzerinde maluliyeti olan hastalardır. Bunların hepsi meslek hastalıklarının olduğundan az görülmesinin önemli nedenlerindedir. Bir başka önemli sorun ise, Sağlık Bakanlığı'nın veri toplama faaliyetinde bulunmamasıdır. Bireysel veya bölgesel verilerle halk sağlığı açısından önleyici ve koruyucu faaliyetlerin esas yürütücüsü olan, ayrıca bildirim için en önemli kaynak olan sağlık merkezlerinin ve laboratuvarların bağlı olduğu Sağlık Bakanlığı'nın

meslek hastalığına ilişkin veri toplamaması önemli bir sorundur. Bu bölüm yazılırken Sağlık Bakanlığı'na bağlı ilgili birimlerin bildirim konusunda çalışmalara başladığını biliyoruz, umarız kitap basıldığında Sağlık Bakanlığı meslek hastalıkları bildiriminde aktif ve önemli bir aktör olacaktır. Türkiye'ye özgü diğer bir bariyer, meslek hastalığı tanısı koymaya esas olacak dosyaları hazırlamak için belirli hastaneler yetkili kılınmış olmasıdır (Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri). Bunlardan Üniversite Hastaneleri ve Eğitim ve Araştırma Hastaneleri neredeyse hiç bildirim yapmamaktadır. Meslek Hastalıkları Hastaneleri ise büyük bir özveri ile çalışmalarına rağmen sayıları tüm Türkiye'ye hizmet verebilmek için yetersizdir. İşyeri hekimleri ve aile hekimleri, bu sistemde meslek hastalığı bildirimini kendileri yapamazlar ancak bu hastaları yetkili hastanelere sevk edebilirler. Bu durum sağlık sisteminin önemli bir bölümünün pasif hale gelmesine yol açmaktadır. Son olarak, meslek hastalığı tanısı konulduğunda, sağlık profesyonellerinin yasal süreç içine girme ve çalışanın gizliliğini koruma konularındaki endişeleri de dâhil olmak üzere mediko-legal endişeler bildirimde engel olan diğer durumlardır.

Meslek hastalıklarının tespiti ve tanınması ile ilgili sorunlar, yukarıda bariyerler tartışılırken de görüldüğü üzere yalnızca meslek hastalığı süreyansı ile ilgilenen kurumların katılımı ve çabasıyla düzeltilebilecek sorunlar değildir. Meslek hastalıkları istatistiklerinin iyileştirilmesi, etkilenen tüm tarafların işbirliğini gerektirir. Mediko-legal, siyasi, ekonomik ve gizlilik ile ilgili konular da dâhil olmak üzere meslek hastalıkları pratiğinde yer alan karmaşıklıklar nedeniyle, meslek hastalıklarında taraf olan ve tazminat ödemekten çekinen işveren, çalışanlar, bunların örgütleri, devlet kurumları ve sağlık profesyonellerinin uzlaşması sağlanmadan hızlı veya kolay bir çözüm beklentisi gerçekçi değildir. Aynı zamanda sıfırdan yeni bir sistem kurmak da gerçekçi değildir. Türkiye, bu alanda çalışan köklü örgütlere sahiptir. Bu nedenle, bu birimlerin yapılarını, bilgilerini, deneyimini ve geçmişini kullanmak çok önemlidir. Bu nedenle, bu bölümde, mevcut yapıları kullanan ya da tamamlayan bazı yaklaşımlar önereceğiz. Bu yaklaşımlar, ABD'de mevcut olan sistemleri ve ILO'nun genel yaklaşımlarını temel alacaktır.

Metin içerisinde belirtildiği üzere Türkiye'de kayıt ve bildirim sisteminde yer alan ana aktör Sosyal Güvenlik Kurumu'dur. SGK' nın asıl görevi sigorta ve tazminattır, dolayısıyla mesleki verileri toplamak onlar için zorunludur. Birçok ülkede, tazminat

organlarından alınan veriler İSG' ye ilişkin verileri tamamlamak için çok önemlidir. Ancak, hiçbir ülkede tazminat kurumları meslek hastalıklarının ve yaralanmaların kaydedilmesi ve bildirilmesi için ana yapı değildir. Bunun temel nedeni, meslek hastalıklarının sürveyansı tazminat kurumlarının ana faaliyeti değildir. Ayrıca tazminat ve sigorta amaçlarına yönelik veriler bu faaliyetlere oldukça özeldir ve bu durum, mevcut meslek hastalık yükünün gereğinden az görülmesine neden olur. Ayrıca, ülke çapında bir kayıt ve bildirim sistemini geliştirme çabası sigorta kurumu için de bir yük oluşturmaktadır.

Dolayısıyla, bu konudaki önerimiz SGK sigorta ve tazminata ilişkin faaliyetlerini sürdürürken, meslek hastalıklarının kayıt altına alınması ve bildirilmesine adanmış bir *ulusal meslek hastalıkları sürveyansı kurumu* kurulmalıdır. İş kazası ve yaralanmaları konumuz dışında olduğundan birim tanımlanırken sadece meslek hastalıkları ifadesi kullanılmıştır.

### **3.Türkiye için sistem önerisi**

Bu kısımdaki yaklaşımımız, *ulusal meslek hastalıkları sürveyansı kurumunu* tanımlamak olacaktır. Bu organizasyonun en önemli özelliği tazminat, denetim ve benzeri diğer faaliyetlerden bağımsız olmasıdır. Bu kurum aynı zamanda Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan da bağımsız olmalı, ancak onlarla yakın temas halinde olmalıdır.

ABD sisteminde ayrıntılı olarak gördüğümüz gibi, tüm hastalıklar için ortak bir sürveyans sistemini çalıştırmak hem imkânsızdır hem de bilimsel değildir. Bazı hastalıklar için tıbbi izleme ihtiyaç duyulurken, bazılarında çevresel izleme ihtiyaç duyulmaktadır. Bazı hastalıklar ağırlıklı olarak pratisyen hekim ve ikinci basamakta çalışan doktorlar tarafından fark edilirken, bazı hastalıklara işyerine ilişkin veriler olmadan tanı konulamaz. Meslek hastalıkları ve iş sağlığı pratiğinde karşılaşılan sağlık problemlerinin üç belirleyicisi vardır; hastalık, maruziyet ve meslek. Bu bağlamda, *ulusal meslek hastalıkları sürveyansı kurumu* bu üç belirleyiciyi göz önünde tutarak izleme kurallarını belirlemeli ve belirli hastalıklar, belirli maruziyetler ve belirli meslekler için nasıl gözetim yapılacağını tanımlamalıdır. İlgili taraflar bu alandaki sürveyans faaliyetlerini sahada gerçekleştireceklerdir. Örneğin, Sağlık Bakanlığı ve hastaneler hastalıkları tespit etmeye çalışırken, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

ve İş Teftiş Kurulu Başkanlığı iş yerinde maruziyetlerin aranmasından; işçi sendikalarının da katılımıyla işveren sendikaları, bakanlıkların gözetiminde mesleklere özgü hastalıkların sürveyansından sorumlu olacaktır.

Tüm bu veriler neredeyse eşit derecede önemlidir ve taraflar verilerin toplanmasında üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmelidir. Bir makalede, mesleki ve çevresel sağlık gözetim sistemlerinin hemen her zaman birbirinden ayrı oldukları ve bu ayrı verilerin bir araya getirilmesinin halk sağlığı sürveyansına daha bütüncül bir yaklaşım olarak değerli olacağı ifade edilmiştir. Bu nedenle *ulusal meslek hastalıkları sürveyansı kurumu* bu verileri sürekli ve sistematik olarak toplayacak, birleştirecek, analiz edecek, yorumlayacak ve tüm birimlere dağıtacaktır.

Bu noktadan itibaren tüm paydaşların görev ve sorumluluklarını tanımlayacağız. Bunlar sahadaki aktörler olacak ve görevleri veri toplamak ve *ulusal meslek hastalıkları sürveyansı kurumuna* bildirim yapmak olacaktır. Ayrıca, ilgili taraflar için belirli bir sürveyans faaliyeti önereceğiz. Bu alanda başlıca taraflar; devlet, çalışanlar ve işverenlerdir. İlgili devlet kurumları; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, SGK, İş Teftiş Kurulu, İş Sağlığı ve Güvenliği Araştırma ve Geliştirme Enstitüsü Başkanlığı (İSGÜM), Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Daire Başkanlığı, hastaneler ve laboratuvarlardır. İşverenler; bir kuruluşun bireysel sahibi (ya da İSG profesyonelleri olarak temsilcileri) ve işveren sendikaları olarak sorumludur. Çalışanlar da; bir işyerinde çalışan birey ve işçi sendikaları olarak sorumludur. Ayrıca, bu paydaşlardan herhangi biriyle yüklenici olarak çalışan özel şirketler de kayıt ve bildirim görevlerinden sorumlu olmalıdırlar.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, alandaki en aktif paydaşlardan biridir. ÇSGB kapsamındaki her bir bölümü kayıt ve bildirim yükümlülükleri yönünden tartışacağız.

SGK; meslek hastalıklarının kayıt ve bildiriminden sorumlu olan mevcut kurumdur. Temel görevi, tazminat için veri toplamaktır. SGK, engellilik ve maluliyet derecelerini ve bir hastalığın tazmin edilip edilmeyeceğini kararlaştırır. SGK bir takvim yılında tazminat hak eden vakaların sayısını yayınlar. Bu basamaktaki önerilerimiz şunlardır: SGK, sağlık kuruluşları tarafından bildirilen tüm vakaların sayısını ve mesleki olabilecek ancak tazminat ödeneği almayan vakaların sayısını yayınlatabilir. Bu yaklaşım sağlık merkezlerinin meslek hastalığı bildiriminde ne durumda olduklarının

anlaşılmasına yardımcı olacaktır. SGK, ayrıca, engellilik, maluliyet ve tazminat ölçütlerini güncel bilgilere göre güncellemelidir. (Bu yazı yazıldığı dönem içerisinde SGK' nın bu amaçla bir çalışma yürüttüğünü biliyoruz.) SGK, ayrıca elde ettiği sayıları yılda en az bir kez, *ulusal meslek hastalıkları sörveyansı kurumuna* bildirmelidir.

İş Teftiş Kurulu (İTK) şu anda işyerlerini denetlemek için ana otoritedir. İTK' nın temel amacı, denetleme yoluyla işyerlerinde İSG açısından bilgi ve farkındalığı arttırmaktır. İTK planlanmış veya planlanmamış denetimler yapmaktadır ve bu denetlemelerde işyerini, yaralanma, hastalık, risk değerlendirmeleri ve ortam ölçümlerine ilişkin raporları yönünden inceler. Bu basamak için önerimiz İTK, bu verileri sörveyans amacına da hizmet edecek şekilde yapılandırılmış bir şekilde toplamalıdır. Toplanan verilerin İTK tarafından kaydedilme yöntemi, *ulusal meslek hastalıkları sörveyansı kurumu* tarafından tanımlanmalıdır. Bu yaklaşım işyerinde sağlık sorunlarına yol açacak problemleri anlamak için en önemli ve verimli yol olduğundan çok önemlidir. İş sağlığında genel bir kabule göre, bir işçinin işle ilgili bir sağlık şikâyeti veya aşikâr bir meslek hastalığı varsa, bu durum işyerinde önleyici tedbirlerle ilgili bir eksiklik olduğunu gösterir. İşyeri teftişleri, bir çalışanın hastalığı geliştirmeden önce işyerindeki tehlikeleri ortaya çıkarmanın tek yolu olabilir. İTK' nın faaliyetleri, önleyici önlemlerin verimliliğini değerlendirmeye de yardımcı olur. Teftiş faaliyetlerinin önemli başlıca sorunu, sınırlı sayıdaki müfettiş nedeniyle inceleme sayısının yeterli olamamasıdır. Bu sorunun üstesinden gelmenin bir yolu, çevrimiçi sistem üzerinden veri toplamak olabilir. İSG faaliyetlerinin işverenlerden İTK'ye zorunlu olarak raporlanması, daha kapsamlı ve zahmetsiz bir veri toplama yöntemi oluşturacaktır. İTK topladığı verileri *ulusal meslek hastalıkları sörveyansı kurumuna* düzenli olarak bildirmelidir, örn. yılda iki kez.

İşyeri ortam ölçümlerini yapan özel şirketler vardır. Bu kuruluşlara, ISGUM yetki vermektedir. ISGUM ayrıca talep üzerine kendi de işyeri ortam ölçümleri yapar. Bu ölçümlerin sonuçları toplanmalı ve ulusal veya uluslararası sınır değerleri aşan sonuçlar *ulusal meslek hastalıkları sörveyansı kurumuna* bildirilmelidir. ISGUM tarafından toplanan verilerin kaydedilme şekli, *ulusal meslek hastalıkları sörveyansı kurumu* tarafından tanımlanmalıdır.



Sağlık Bakanlığı, meslek hastalıkları bildiri alanında en önemli aktör olmalıdır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile hastaneler ve laboratuvarlar, meslek hastalıklarının kayıt altına alınması ve bildirilmesi için çok önemli yapılardır. Sağlık Bakanlığı içinde yer alan her bir bölümü tartışacağız.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye'de en önemli halk sağlığı otoritelerinden biridir. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Daire Başkanlığı bu genel müdürlüğün altındadır ve mesaisini İSG ve meslek hastalıklarına adanmıştır. Bununla birlikte, kaynak yetersizliğinden dolayı bu birim İSG ve meslek hastalıklarına ilişkin sürveyans faaliyetlerinde aktif değildir. Mevcut sistemde yetkili hastaneler meslek hastalıklarına ilişkin raporlarını Çalışma Bakanlığına (SGK) gönderir ve halk sağlığı makamları bypass edilmektedir. Bu durum meslek hastalıklarına karşı halk sağlığı yanıtının gecikmesine neden olmaktadır. Meslek hastalıklarının sayısı ve dağılımına ilişkin Sağlık Bakanlığı'na ait veri olmadığından bu konuya ayrılması gereken sağlık çalışanı iş gücü doğru şekilde yapılandırılmamaktadır. Önerimiz meslek hastalıklarında sürveyans faaliyetlerinde Sağlık Bakanlığı'nın da ivedilikle görev almasıdır. Bu amaçla Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Daire Başkanlığı güçlendirebilir ya da sadece meslek hastalığı sürveyansından sorumlu olacak bağımsız bir birim Sağlık Bakanlığı ya da Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulabilir. Sağlık Bakanlığı farklı hastalık türlerine göre ve farklı amaçlar doğrultusunda birden fazla metotla sürveyans yürütebilir. ABD'de benzer etkinliklere iyi bir örnek, ABD Sağlık Bakanlığı altındaki Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezidir. Bu merkez, sağlık hizmeti verilen birimlerden (birinci, ikinci, üçüncü basamak hastaneler ve özel sağlık merkezleri ile laboratuvarlar) veri toplamakla sorumludur. İlgili veriler doktor raporları, laboratuvar sonuçları, hastaneye yatırma ve taburcu kayıtları, ayaktan klinik tanıları, hastalık izni raporları ve ölüm bildirim formlarıdır. Bu verilerin yapısı ve içeriği ortak olmalı ve *ulusal meslek hastalıkları sürveyansı kurumu* tarafından oluşturulmalı ve belirlenen gerekliliklere uygun olarak toplanmalı ve kaydedilmelidir. Bu verilerin Sağlık Bakanlığına bildirilmesi zorunlu olmalıdır. Verilerin kaydedilmesinden sorumlu doktorlar ve personel, verilerin doğru kaydı için bilgilendirilmeli, eğitilmeli ve denetlenmelidir. Sağlık Bakanlığı tüm bu verilerin incelenmesi sonucunda kimliksizleştirilmiş veriler üzerinden işle ilişkili hastalıkların sosyo-demografik, bölgesel ve sektörel dağılımını analiz edip buna yönelik halk sağlığı önlemlerini hayata geçirebilir. Bunun dışında meslek

hastalıklarının kaydedilmesi ve bildirimini kolaylaştırılması için Sağlık Bakanlığı, SENSOR programındaki gibi vaka tanımlarını hazırlamalıdır. Meslek hastalıkları için vaka tanımları, vaka sayımının standartlaştırılmasını kolaylaştırmak ve bildirilen vakaların takip edilmesinde önceliklerin belirlenmesine yardımcı olmak adına sağlık birimlerinin kullanımı içindir. Bu sistemde temel hedef önleyici faaliyetler olduğu için hastalık tanı kriterleri, klinik tıpta kullanılan vaka tanımlarından farklı olabilir. Tipik olarak, genel tıbbi uygulamalarda hekimler, belirgin bir kanıtla emin olmadıkça kesin teşhis koymaya karşı direnme eğilimi gösterirler. Fakat işle ilişkili hastalıklarda, tanı koyma sürecinde yaşanacak gecikmeler, hastanın ve iş arkadaşlarının hastalığa neden olabilecek tehlikeli koşullara maruz kalmaya devam edecek şekilde çalışmalarına neden olacaktır. Bu nedenle, iş sağlığı güvenliğinde önemli bir yaklaşım olan ihtiyatlılık ilkesi (precautionary principle) çerçevesinde, önleyici yaklaşım amaçlı sürveyansta kullanılacak kriterler, klinik tıpta kullanılan tanımlar kadar katı olmayabilir. Bu tanımlar engellilik, maluliyet ve tazminatı belirlemek için kullanılan kriterlerden de kesinlikle farklı olacaktır.

Devlete ait ve özel laboratuvarlarda çalışılmış, mesleki ve çevresel etkilenimi gösterecek belirli bazı laboratuvar sonuçları da Sağlık Bakanlığı tarafından toplanmalıdır. Zorunlu laboratuvar raporlamasına iyi bir örnek ABD bildirim sistemleri bölümünde ayrıntılı olarak açıklanan ABLES programıdır. Sağlık Bakanlığı bu verileri topladıktan sonra *ulusal meslek hastalıkları sürveyansı kurumuna* düzenli olarak bildirim yapmalıdır, örn. yılda iki kez.

Bazı meslek hastalıklarının birden fazla nedene ve uzun latens periyotlarına sahip olması nedeniyle, bunları işyeri ortamında tespit etmek zordur. Ayrıca, burada sözü edilen pasif gözetim, tanı eksikliği yüzünden bu hastalıkların tespit edilememesine neden olacaktır. Dolayısıyla, belirli hastalıkları hedef alan aktif gözetim sistemleri Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmalıdır. Belirli hastalıklar için sentinel olaylarla tetiklenen sürveyans sistemleri (örneğin SENSOR) vardır. Sağlık Bakanlığı, ülke genelinde yaygın bir teşkilat ağına sahiptir. Bu yapılar, belirli bazı hastalıklar için ülke çapında aktif bir gözetim sistemi oluşturmak için kullanılabilir. Bu verilerin sonuçları da *ulusal meslek hastalıkları sürveyansı kurumuna* rapor edilmelidir.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün bu bölüm yazıldığı dönemde illerden, işle ilişkili olabilecek belirli bazı hastalıkların sayısını toplama ve sektör ve işkolları ile eşleştirme çalışması başlattığını biliyoruz. Kimliksiz olarak toplanacak bu veriler belirli bölgelerde ve belirli sektörlerde sık görülen hastalıkların tanınması konusunda çok önemli bilgiler verecektir.

Sağlık hizmeti veren kurumlar düzeyinde bildirim açısından bir diğer sorun, yetkili hastanelerin meslek hastalıkları konusunda atıl olmasıdır. Türkiye'de meslek hastalıkları tanısına esas olacak dosya hazırlama yetkisi meslek hastalıkları hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerine verilmiştir. Ancak farkındalık azlığı, bilgi eksikliği ve mediko-legal süreçten kaynaklanan isteksizlik ve bildirim sürecindeki fazla evrak işleri nedeniyle üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastaneleri bu konudaki sorumluluklarını yerine getirmemektedir. 81 il ve yaklaşık 30 milyon çalışan olan bir ülkede 3 adet Meslek Hastalıkları Hastanesi meslek hastalığı bildirimini ihtiyacına cevap verememektedir. Sağlık Bakanlığı bu hastaneleri güçlendirmeli ve bu hizmetlerin sunumunu teşvik etmelidir. Her şehirde, meslek hastalığı açısından başvuru kabul eden ve Sağlık Bakanlığı'na bildirim yapan en az bir klinik bulunmalıdır. Yine bu bölüm yazıldığı sırada Sağlık Bakanlığı'nın Eğitim Araştırma Hastaneleri'ne bu amaçla bir poliklinik açılması için talimat verdiği öğrenilmiştir. Bu gelişme bildirim artmasına önemli katkı sağlayacaktır.

Bir diğer önemli sorun, meslek hastalıklarının uzun latens sürelerinin morbidite ve mortaliteye ilişkin epidemiyolojik çalışmalar yapma konusunda sıkıntılara yol açmasıdır. Çoğu çalışan, işyerinden ayrıldıktan sonra meslek hastalığı geliştirebilir. Bu nedenle belirli sektörlerde çalışmış yaşayan veya hayatını kaybetmiş emeklilerin takibi, işyeri maruziyetinin tehlikeli etkilerini anlamak için yardımcı olacaktır. Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birlikte emeklilerin meslek hastalıklarına ilişkin durumunu anlamak için sörveyans aktiviteleri düzenlemelidir. NIOSH (The National Institute for Occupational Safety and Health) tarafından yürütölen, çalışanların yanı sıra emekli maden işçilerinin de tarandığı, Kömür İşçileri Pnömoz Gözetim Programı buna iyi bir örnektir.

Kanser kayıtları, bulaşıcı hastalık kayıtları gibi çeşitli sağlık kayıt sistemleri vardır. Bu kayıtlar, *ulusal meslek hastalıkları sörveyansı kurumu* tarafından standartlaştırılan

mesleki bilgileri içermelidir. Sağlık Bakanlığı bu kayıtlarda çalışma hayatına ilişkin verilerin entegrasyonunu zorunlu kılmalıdır. Sağlık Bakanlığı ayrıca, bireysel bilim adamlarını ve dernekleri yürüttükleri bilimsel çalışmalara meslek hastalıkları verilerini dâhil etmeleri için teşvik etmelidir. Örneğin, ABD’de yürütülen NHANES çalışmasında, meslek hastalıklarına ilişkin soru ve tetkiklerin bulunması için NIOSH proje yürütücülerine ödenek ayırmıştır.

İşçi sendikalarına da kayıt ve bildirim faaliyetlerinde çok önemli görev düşmektedir. Bu konudaki kilit rolleri, çalışanlara herhangi bir işle ilgili sağlık sorununu bildirmeleri konusunda bilgi ve eğitim vermektir. Kayıt ve bildirim süreçleri boyunca çalışan haklarını ve kişisel çıkarlarını korumaya gayret etmelidirler. Bu birliklerin diğer bir rolü kendi sağlık kayıtlarını toplamaktır. İşle ilgili bir problemi olan bir çalışan, öncelikle kişisel doktoruna (ülkemizde aile hekimi) veya diğer sağlık çalışanlarına başvurur. Dolayısıyla, herhangi bir doktorun uzun latens dönemi olan hastalıklarda ya da bir işyerinden farklı çalışanların farklı sağlık merkezlerine gittiği durumlarda işyeri maruziyeti ile hastalık arasında bir nedensellik kurması zor olacaktır. Ancak bir işçi sendikası, kendi bünyesindeki çalışanların sağlık durumunu izleyebilir ve olumsuz sağlık olaylarını belirli bir işyeri, sektör veya meslek unvanına bağlayabilir. Buna önemli bir örnek 1960’lı yıllarda, bir sendika, belirli bir fabrikada fazla sayıda akciğer kanseri vakası olduğunu tespit etmiş ve bilim adamlarını bu konuda uyarmış, bunun üzerine yapılan araştırmalar bu fabrikada kullanılan bis-kloro metil eterin akciğer kanserinin nedeni olduğunu göstermiştir. Eğer işçi sendikası bu durumun farkına varmasaydı, bir doktorun hastalığın çok etkenli etiyolojisi, sık görülen bir karıştırıcı faktör olan sigara içimi ve maruziyetle kanser gelişimi arasındaki uzun süre nedeniyle mesleki bağlantıyı kurması neredeyse imkânsız olacaktı.

İşverenin ve işveren sendikalarının da bildirimde rolü çok önemlidir. Öncelikle, işyerlerinde bir raporlama ve kayıt sistemi kurmaktan sorumludurlar. Bu sistemi kurmanın ötesinde, işveren, işyerinde raporlama ve kayıt sistemi için destekleyici bir ortam yaratmalıdır. İşveren, işyerinin tehlikelerini belirlemeli, risk değerlendirmesi yapmalı ve maruziyet sınırlarının aşılması halinde bu durumun bildirilmesini sağlamalıdır. Ayrıca, işyerinin tehlikeleri ve çalışanın raporlama yükümlülüğü konusunda eğitimi faaliyetleri yürütmeleri gerekir. Ülkemizde neredeyse tüm işyerlerinde İSG hizmetlerinin ve meslek hastalığı bildiriminin zorunlu olması büyük bir

avantajdır. İş sağlığı profesyonelleri; risk değerlendirmeleri, çevresel izlem, sağlık izlemi ve çalışan eğitimi uygulamalarının yanı sıra, meslek hastalıklarının raporlanması, kayıt altına alınması ve bildirilmesini kolaylaştırmak için de işverenin temsilcisi olacaktır.

Her bir paydaşın görev ve yaklaşımlarını tanımladıktan sonra, *ulusal meslek hastalıkları sūrveyansı kurumunun* genel görevlerini ve yapısını tanımlayacağız.

Bu organizasyon bağımsız bir yapı olmalıdır. Bu organizasyonun tek amacı ve faaliyeti, meslek hastalıkları ve iş kazalarının sūrveyansı olmalıdır. Bu kuruluş, meslek hastalıklarının kayıt altına alınması ve bildirilmesi ile ilgili hâli hazırda faaliyet yürüten diğer yapıların faaliyetlerini iptal etmeyecektir. Bilakis, tüm tarafların faaliyetlerini yönetmek, bir araya getirmek, düzenlemek ve standartlaştırmak için bir şemsiye kuruluş olarak görev yapacaktır. Meslek hastalıklarıyla ilgili veri toplayan her birim sonuçta bu organizasyona bildirim yapmalıdır. *Ulusal meslek hastalıkları sūrveyansı kurumu*, sistemi verimli hale getirmek için raporlama, kayıt ve bildirim uygulamalarını standartlaştırmalıdır. Standardizasyonun önemli bir basamağı, meslek ve sektör sınıflandırmalarıdır. Bu bağlamda, meslek grupları için Mesleklerin Uluslararası Standardı Sınıflaması (ISCO-International Standard Classification of Occupations), endüstriler için Ekonomik Faaliyetlerin Adlandırılması (Nomenclature of Economic Activities-NACE) gibi uluslararası sistemler ve kodlar kullanılabilir.

*Ulusal meslek hastalıkları sūrveyansı kurumu*, veri toplamakla sorumlu yapıları her aşamada tanımlayacaktır. Tüm tarafları, kendi sorumluk alanlarında sūrveyanstan sorumlu bir kişinin atanması için teşvik edecektir. Sūrveyans faaliyetini kontrol-analiz yöntemleri ile denetleyecektir. Olması gerekenden az bildirim gibi bir durum varsa bunu tespit edecek ve bu durumun sektöre, mesleğe, yaralanma ve hastalığın kendisine bağlı olup olmadığı gibi verinin yeterliliğini etkileyen diğer tüm sorunları tanımlayacaktır. Meslek hastalığı (konumuz dışında olmasına rağmen elbette iş kazaları) veri toplama sistemlerini sürekli geliştirecek ve iyileştirecek; veri kullanıcılarına veri kalitesi hakkında bilgi verecek; analiz sonuçlarını bildiren tüm kurumlara geribildirim sağlayacak; bir çalışanın, çalışma hayatı boyunca sağlık durumunu izlemek için bir sistem kuracak; hastalıkların maliyeti ve yükünü belirleyerek karar verici mekanizmaları bilgilendirecektir.

Modern bilgisayar ağları, verilerin daha kolay toplanmasına ve yayılmasına izin verir. Önemli olan, bu konudaki farkındalığı arttırarak konunun tanınmasını ve olayların daha iyi raporlanmasını sağlamak ve bu bilgilerin risk değerlendirme ve önlemesi uygulamalarında daha aktif kullanımını sağlamaktır.

Son kısımda değineceğimiz ancak yapılması gereken en önemli ve en öncelikli sürveyans faaliyeti meslek hastalıklarının yıllık sayısını tahmin etmek için Türkiye'yi temsil eden bir örneklem üzerinden analiz yapmaktır. Bu, ABD sistemi bölümünde ayrıntılı olarak açıklanan ve BLS (Bureau of Labor Statistics) tarafından yürütülen SOII (Survey of Occupational Injuries and Illnesses)'ye benzer bir uygulama olmalı ve *ulusal meslek hastalıkları sürveyansı kurumu* tarafından yürütülmelidir.

Sürveyans sistemleri ile ilgili ayrıca etik ve mediko-legal kaygılar vardır. Bazı otoriteler, izleme, sürveyans ve diğer tıbbi değerlendirme programları sırasında çalışanların bilgisini toplarken, bireysel insan haklarının ve gizliliklerinin potansiyel olarak ihlali konusunda endişe duymaktadır. Bu tartışmanın gerekçesi, suiistimallerin olduğu ve gelecekte oluşması muhtemel olduğundan izleme ve değerlendirmeye yönelik tıbbi uygulamalar için etik rehberlerinin gerekli olduğudur. Bu endişelerin çoğu tıbbi bilgilerin mahremiyeti ve anormal sonuçları olan çalışanlara karşı ayrımcılık yapılması ve damgalanma riski ile ilgilidir. Bir çalışanın sağlık durumu gizlidir ve işveren dâhil olmak üzere çalışandan başka kimseyle paylaşılmamalıdır. Öte yandan, bir meslek hastalığı tespit edildiğinde tazminat kurumu bilgilendirilmelidir ve çoğu ülkede yeni vakaların iş sağlığı güvenliği makamlarına ve meslek hastalığı kayıtlarına bildirilmesi zorunludur. İşyerinde de mahremiyet konularına riayet edilerek, ortaya çıkan yeni sağlık sorunları önlem alınabilmesi için işverene, amirlere ve iş sağlığı ve güvenliği personeline bildirilmelidir. Bu gerekli bilgiler çalışma ortamını iyileştirilmesinde kullanılacaktır. Ayrıca bir meslek hastalığının ortaya çıkması halk sağlığı açısından da önem taşımaktadır. Bu hastalıkların halk sağlığı ile ilgilenen kurum, kuruluş ve kişilere bildirilmesi, halk sağlığı yanıtının başlatılması için gereklidir. Bu iki yönlü sorunun çözüm yollarından birisi de *ulusal meslek hastalıkları sürveyansı kurumu tarafından* hazırlanacak etik rehberler olacaktır.

**Teşekkür:** Bu yazının hazırlanmasında gerekli olan araştırmaları yapabilmeme destek sağlayan TÜBİTAK'a teşekkürü bir borç bilirim, MEA.

## Kaynaklar

1. İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu. 2012. Erişim tarihi: 13.12.2016<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.6331&MevzuatTipleri=0&sourceXmlSearch=6331&Tur=1&Tertip=5&No=6331>
2. ÇASGEM. Meslek Hastalıkları Bildirim Rehberi. İSGGM. Ankara.
3. Freund, E. Mandatory reporting of occupational diseases by clinicians. JAMA, 1989. 262: 3041-3044.
4. Guidotti, T.L. Global occupational health. New York. Oxford University Press. 2011.
5. SGK. İstatistik Yıllığı, 2016.  
[http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk\\_istatistik\\_yilliklari\(erişim tarihi: 21.12.2017\)](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari(erişim tarihi: 21.12.2017)).
6. HJ, H. Understanding statistics on occupational illnesses. Monthly Labor Review. B.o.L. Statistics, Editor. 1981.
7. Ross, J.B. Prevention of occupational disease: problems of data collection for adequate surveillance. CMAJ, 1992. 147: 1443-1445.
8. Levy, B.S. Toward a holistic approach to public health surveillance. Am J Public Health, 1996. 86:624-625.
9. Matte, T.D., E.L. Baker, and P.A. Honchar, The selection and definition of targeted work-related conditions for surveillance under SENSOR. Am J Public Health, 1989. 79 Suppl: 21-25.
10. IARC. Chemical agents and related occupations. Monogr Eval Carcinog Risks Hum, 2012. 100(Pt F): 9-562.
11. WHO Europe. Country Profile of Occupational Health and Safety System in Germany. WHO regional Office for Europe. Denmark. 2012.
12. Wiatrowski W.J. The BLS Survey of Occupational Injuries and Illnesses: A Primer. Am J Ind Med. 2014;57:1085-1089.
13. Leigh J. P. Economic Burden of Occupational Injury and Illness in the United States. Milbank Q. 2011; 89: 728–772.

# **BİYOSİDAL ÜRÜNLERDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI**

---

**Prof.Dr. Zeynep A.ÇAKMAK**

*Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

## **1.Biyosidal Ürün**

Biyosidal ürün: Bir veya birden fazla aktif madde içeren, kullanıma hazır halde satışa sunulmuş, kimyasal veya biyolojik açıdan herhangi bir zararlı üzerinde kontrol edici etki gösteren veya hareketini kısıtlayan, uzaklaştıran, zararsız kılan, yok eden aktif maddeler ve preparatlarıdır.

Bu zararlılar halk sağlığını olumsuz etkileyen haşereleler, fareler, hamam böcekleri, sivrisinekler, akarlar vb. olabilir. Koruyucu maddeler, odun koruyucuları, rodentisitler, insektisitler, haşere kontrolü ya da kovucular, içme suyu dezenfektanları, hastanelerde ve gıda sektörü de dahil birçok sektörde kullanılan yüzey dezenfektan maddeleri biyosidal ürünler kapsamındadır.

Biyosidal ürünler yasal anlamlarına uygun olarak çoğunlukla evde kullanılır. Çoğu biyosidal ürün tarımda bitki koruma amaçlı kullanılır. Tarım alanındaki kullanımları bitki koruma ürünleri yönetmeliği altındadır.

AB biyosidal ürünler direktifi biyosidal ürünleri aşağıdaki gibi tanımlamaktadır: Tüketicie ulaşmaları şekil ile bir ya da birden fazla madde içeren maddeler ve preparatlar, kimyasal veya biyolojik yol ile zararlı organizmaları yok etmek, yapılarını bozmak, zararlı organizmalarca ortaya çıkarılan zararları önlemek ya da farklı bir şekilde mücadele etmek için kullanılan maddelerdir.

## **2.Mevzuat**

Biyosidal ürünlerin hazırlanması ve kullanılmasına dair ülkemizde bazı kanun ve yönetmelikler mevcuttur. Bunlardan önemli olanlarını şu şekilde sıralayabiliriz; 24/4/1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 4/8/1952 tarihli ve 3/15481 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla yürürlüğe konulan Gıda Maddelerinin ve Umumi Sağlığı İlgilendiren Eşya ve Levazımın Hususi Vasıflarını Gösteren Tüzük, 11/7/2001 tarihli ve 4703 sayılı Ürünlere İlişkin Teknik Mevzuatın Hazırlanması ve



Uygulanmasına Dair Kanun, 27.01.2005 R.G: 25709 Biyosidal Ürünlerin Kullanım Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 31.12.2009: 27449 4. Mükerrer Biyosidal Ürünler Yönetmeliği, 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 40'ıncı maddesi, Avrupa Birliğinin 98/8/EC sayılı Direktifi ile 528/2012/EU sayılı Regülasyonu Biyosidal Ürünlerin Kullanım Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik R.G,19 Nisan 2014, 28977.

### **3.Kullanım Alanları**

**Sağlık;** Hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarında enfeksiyonlardan korunmak ve mikroorganizmaları kontrol etmek amacı ile dezenfektan ve antiseptik olarak kullanılır.

**Sanayi;** İnşaat, kozmetik, ev temizlik ürünleri, mobilya sektörü, tekstil sektörü, kişisel hijyen ürünleri, duvar kağıdı, evcil hayvan ve genel ev temizlik ürünlerinde kullanılır.

**Gıda sektörü;** Dezenfektan ve gıda koruyucusu olarak, yiyecek ve içeceklerin üretim, depolama, taşıma, eşya, kapların ve yüzey alanlarının dezenfeksiyonu için kullanılır.

**Su arıtımı;** Su temizliği, atık su arıtımı, endüstriyel kullanım, içme suyu sağlama (ozonlama, klorlama gibi)

**Tarım (Hayvancılık);** Hayvanlardan, hayvanlara ve insanlara hastalık geçmesini önlemede, ağıl ahır gibi yaşam yerlerinin dezenfeksiyonunda kullanılır.

**Gıda nakliyesi;** Depolama, taşıma ve nakliyesi sırasında böcek ve zararlılardan korumak için kullanılır.

Biyosidal ürünlerin kullanımı Yönetmeliğin «Biyosidal Ürünlerin Kullanımı» başlıklı 7. maddesinde düzenlenmiştir. Bakanlıkça ruhsatlandırılmamış veya tescil edilmemiş, ruhsatlandırma veya tescili yapılmamış ürünlerin ve kullanım amaçlarına uymayan biyosidal ürünler kullanılamaz.

Biyosidal ürünleri kullananların, bunları doğru bir şekilde kullanması ve bunların insanları, hayvanları ya da çevreyi tehdit etmesi muhtemel durumlara karşı her türlü tedbiri alması zorunludur.

Biyosidal ürünlerin güvenlik bilgi formunda yer alan talimatlar, işyeri koşullarında işçilerin korunmasına yönelik bilgileri içerir. Kullanıcılar için hazırlanan bu etiketlere ve

diğer tüm ilgili ürün bilgilerine ve biyosidal ürünlerin kullanımı ile ilgili yürürlükteki tüm hükümlere uyularak kullanılmalıdır. Biyosidal ürünler 4 ana grupta toplanırlar,

**3.1.Ana Grup:** Dezenfektanlar:

- 1:İnsan hijyeni için kullanılan ürünlerdir.
- 2:Doğrudan insanlar veya hayvanlara uygulanması amaçlanmayan dezenfektanlar ve algisitler.
- 3: Hayvan hijyeni amacıyla kullanılan dezenfektanlar
- 4: Gıda ve yem alanı İçme suyu dâhil, ilişkili ekipmanların dezenfeksiyonu için kullanılan ürünlerdir.
- 5: İçme sularının dezenfeksiyonunda kullanılan ürünlerdir.

**3.2.Ana Grup:** Koruyucular mikrobiyal ve algal gelişimin önlenmesi için kullanılan ürünleri kapsar.

- 6: Ürünleri depolama süresince koruyucular, Rodentisitlerin, insektisitlerin veya diğer yemlerin kullanımı ya da depolanması için koruyucu olarak kullanılan ürünlerdir.
- 7: Film koruyucular Boya, plastik, yapıştırıcı, duvar yapıştırıcısı, bağlayıcı, kâğıt, sanat eseri gibi nesnelere korumak amacıyla, kullanılan ürünlerdir.
- 8: Ahşap koruyucular
- 9: Elyaf, deri, lastik ve polimerize materyal koruyucular
- 10: Yapı materyalleri koruyucuları;
- 11: Sıvı soğutucu ve işleme sistemleri için koruyucular;
- 12: Slimisitler Ahşap ve kâğıt hamuru üzerinde gelişen sümüksü yapının kontrolü ve önlenmesi için kullanılan ürünlerdir.
- 13: İşleme veya kesme sıvıları koruyucuları

**3.3.Ana Grup:** Haşere Kontrol Ürünleri

- 14: Rodentisitler
- 15: Avisitler
- 16: Mollusisitler, vermisitler ve diğer omurgasızların kontrolü için ürünlerdir.
- 17: Pisisitler
- 18: İnsektisitler, akarisitler ve diğer eklembacaklıların kontrolü için ürünler.
- 19: Kovucular ve Çekiciler İnsan veya hayvan hijyeni için doğrudan ciltte ya da insan veya hayvanların çevresinde; kullanılan ürünlerdir.
- 20: Diğer omurgalıların kontrolü için kullanılan ürünlerdir.

**3.4.Ana Grup:** Diğer biyosidal ürünler

- 21: Tutunma önleyici ürünler
- 22: Mumyalama ve tahnitçi sıvıları için kullanılan ürünlerdir.

## 4.İnsan Sağlığına Etkileri

Rossmore, "biyosidler mikrobiyolojik felaketleri önlemek için gerekli bir şeytan" olarak tanımlamıştır.

Maruziyet,

1. Direkt (primer maruziyet): Biyosidal ürünün aktif kullanımı sırasında
2. İndirekt (sekonder maruziyet): Biyosidal ürünün aktif kullanımından sonra. Örn: Kontamine kıyafetlerin temizlenmesi gibi.

1. Solunum yolu ile maruziyet: Biyosidlerin sprey şeklinde kullanımı sırasında havaya buharlaşmış küçük partiküller halinde yayılması.
2. Dermal maruziyet: Biyosidlerle kontamine olmuş ürünlerin kullanımı, temizlenmesi ya da depolanması

Biyosidler, gebe kadınlar, anne karnındaki bebekler, küçük çocuklar, kronik hastalığı olanlar için çok fazla risk taşırlar.

Biyosidler ya da dezenfektanlar tarafından meydana gelen sağlık tehlikeleri başta deri, göz, solunum sistemi, sinir sistemi olmak üzere diğer organları da etkiler.

Pesticide Action Network'a (PAN) göre Avrupa marketlerindeki sağlık risklerinin çoğu yeni geliştirilmiş nano biyosidler de dahil olmak üzere tam olarak araştırılmış değildir. Kümülatif maruziyetler ya da kombine etkiler çok az değerlendirilmiş durumdadır.

Biyositlerin insan sağlığında, tarımda gıda sektöründe, kişisel hijyende, ev temizliğinde kullanılması çevre kirliliğinin artmasına neden olur. Bu da bakteriyel patojenlere karşı antibiyotik direncinde artmaya neden olmaktadır. Antibiyotiğe dirençli bakterilere en çok maruz kalan ve risk altında olanlar sağlık, laboratuvar, hastane, çiftlikler, balık çiftlikleri çalışanları ve kasaplardır. John Hopkins Bloomberg Halk Sağlığı Okulu'nda yapılan bir çalışmada, balıkçılık sektöründe çalışanlarda bu alanda çalışmayanlara göre dirençli e.coli bakterisini taşıma ihtimalinin 32 kat daha fazla olduğunu bulunmuştur. Dezenfektanlarla antibiyotik direnci arasında ilişki vardır. Örn: Salmonella, fazla dezenfektan kullanıldığında çapraz reaksiyon geliştirebilir. Fenolik dezenfektanlar ciltte irritasyon, lokal yanıklar, baş ağrısı, kusma ve ishale; ciddi olgularda ise böbreklerde hasara neden olmaktadır. Süt, yumurta ve et üretiminde ürünlerinin üzerinde kalıntı kalabilir. Bu ürünler pazara sunulmadan kalıntı miktarı mevzuata (2377/90/EEC) göre ölçülmelidir. Hipoklorit yüksek konsantrasyonlarda müköz membranlara, göz ve deriye karşı irritandır. Koruyucu olarak kullanılan biyosidler birçok alerjik reaksiyona (astım, kontakt dermatit, rinit, anafilaktik şok) neden olmaktadır. Triazinlere kronik maruziyet üreme sistemine zarar verir, böbrek ve safra taşlarına, uzun vadede safra kesesi kanserine neden olabilir.

Pestisitlerin akut etkileri iritasyondan, dermatite, sistemik emilime bağlı olarak ölüme kadar değişmektedir. Belirtiler nonspesifiktir, gastroenterit, soğuk algınlığı, nezle vb. hastalıklarla karıştırılabilir. Mesleki nedenli ölümlerin büyük çoğunluğu ise toksisitesi çok yüksek olan parathion ve metamidofosa bağlıdır. Tarımsal kesimde çalışan işçiler diğer endüstriyel sektörlerde çalışanlara göre daha yüksek risk altındadır. Diğer akut etkiler: Solunum ve kardiyovasküler sistem hastalığı olanlar pestisit etkilenimine daha duyarlıdır. Astımı veya şiddetli alerjisi olanlar da daha yüksek tepki düzeyine sahiptir.

Pestisitlerin kronik etkileri: Pestisitlere uzun süre maruz kalındığında, sinir, solunum, kalp damar, mide, bağırsak ve dolaşım sistemlerinde, karaciğer, böbrek gibi iç organlarda deri ve gözlerde çeşitli hasarlar meydana gelmektedir. Ayrıca Parathion-methy ve diclorvosun insanlarda kanser yapıcı özellikleri vardır. Parathion-methy, chlorpyrifoz-ethyl ve endosulfan endokrin sistemi etkileme özelliğindedirler. İnsektisitlerin aksine fungusitlerin akut toksisite yönünden ciddi bir tehlikeleri bulunmamasına rağmen kronik toksisite yönünden oldukça önemlidir. Özellikle dithiocarbamate grubu olan fungusitlerden mancozeb, propineb, thiram ve maneb sağlık ve çevre açısından ciddi riskler taşımaktadırlar. Bu pestisitler insanlarda kanser yapıcı risklerinin bulunmasının yanı sıra endokrin sistemi ve sinir sistemi üzerinde olumsuz etkileri olan teratojenik fungusitlerdir. Herbisitler de fungusitler gibi akut toksisitelere oranla kronik toksisiteyi önemli pestisitlerdir. Kronik etkileri kısaca sınıflandırmak gerekirse bunlar kanser, doğum defektleri, nörotoksisite, nörodavranışsal bozukluklar, nörofizyolojik değişiklikler, üreme ve fertilitte üzerindeki etkiler olarak sıralanabilir.

Kanser: Son epidemiolojik çalışmalar mesleki ve çevresel olarak pestisit etkileniminde kalan kişilerde kanser riskinde artış olduğunu göstermektedir. Non Hodgkin lenfoma, lösemi, multiple myeloma, karaciğer kanseri, testis kanseri, sterilite, beyin kanseri, akciğer kanseri riskinde istatistiksel olarak önemli risk artışının söz konusu olduğu belirlenmiştir.

Doğum defektleri: Pestisitlerle birinci trimesterde (gebeliğin ilk üç ayı) mesleki olarak karşılaşma sorunun büyümesine neden olur. Bunun nedeni pestisitlerin embriyotoksisitesi veya fetotoksisitesi olabilir.

Nörotoksisite: Bazı organofosfat pestisitler uzun ve geniş çaplı lifleri tutan gecikmiş nöropatiye neden olabilir. Demiyelinizasyona (sinir liflerinin etrafını saran myelin tabakasının kaybı) bağlı olarak kas zayıflığı, üst ekstremitelere göre daha şiddetli olarak etkilenen alt ekstremitelerin felciyle sonuçlanabilir. Başlangıç genellikle akut etkilenimden 2-4 hafta sonra olmaktadır.

Nörodavranışsal bozukluklar: Eski çalışanların birçoğu organofosfor pestisitlerin ağır mental ve psikolojik değişikliklere neden olduğunu göstermektedir. Mental hastalar üzerinde yapılan bir deneyde çok küçük miktarda pestisit verilmesi psikoz semptomlarının da ağır alevlenmelere neden olmuştur. Bununla ilgili olarak pestisit uygulayıcıları ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda ağır psikolojik bozuklukların görüldüğü saptanmıştır. Zehirlenen kişilerde bellek, psikolojik durum ve düşünme yeteneğinde önemli azalmaların olduğu görülmüştür.

## **5. Biyosidal Ürünlerden Korunmada İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Uygulamaları**

### **5.1. Ürünün Üretildiği Yerde İSG**

**Biyosidal Ürünlerin Kullanım Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik;** Halk sağlığını ve huzurunu bozan zararlılara karşı biyosidal ürün kullanarak mücadele etmek isteyen gerçek ve tüzel kişilere ait işyerlerinin çalışma usul ve esasları ile resmi kurum ve kuruluşların uygulama usul ve esaslarını belirlemek suretiyle halk sağlığının korunması amacıyla hazırlanmıştır.

### **Tıbbi Korunma Yöntemleri**

- 1- Uygun işe yerleştirme: İşe giriş muayenesi, risk gruplarının belirlenmesi
- 2- Aralıklı kontrol muayenesi.
- 3- Geri dönüş sağlık muayeneleri,
- 4- Rehabilitasyon çalışmaları
- 5- İşyerinde sağlık hizmeti sağlanması
- 6- Sağlık eğitimi

## **Teknik Korunma Yöntemleri**

1-Sağlık Risklerinin Kontrolü:

- a. Kaynakta kontrol: Tehlikeli maddeyi kullanmama, kullanılan miktarı azaltma, ikame, tehlikesiz madde ile yer değiştirme, işlemi değiştirme, tehlikesiz yöntem, işlemin kapatılması, havalandırma, tehlike düzeyinin izlenmesi, uyarı levha
- b. KDD

2- Risk analizi

3- Risk yönetimi

4- Sağlık gözetimi

5- İş Sağlığı ve Güvenliği Kültürü

## **5.2. Ürünün Depolandığı Yerde İSG**

İşyeri, betonarme binalarda kurulur, bina ahşap ise müstakil bina olması zorunludur, işyeri zemini düz, pürüzsüz, dezenfeksiyona uygun ve kolayca temizlenebilir/yıkanabilir özellikte döşenmiş olmalıdır.

Odalar arasındaki bölümler tabandan tavana kadar beton, alçıpan, sunta-lam ve benzeri malzemelerle yapılmış olmalıdır. İşyeri binasında ilgili mevzuat uyarınca yangına karşı güvenlik önlemleri alınır. İşyerinin bürosu ayrı yerde olabilir. Bu durumda, büroda ürün ve uygulama ile ilgili araç gereç ve malzeme bulundurulamaz. İşyerinde şebekeye bağlı akarsu bulunur. İşyeri, merkezi veya lokal olarak uygun bir sistemle ısıtılır, ancak kimyasalların bulunduğu oda ve depoda alevli veya elektrikli ısıtma sistemi bulunmaz. İşyerinde lavabo ve tuvalet bulunur. İşyerinin pencereleri zeminden yüksekte yer alacak şekilde planlanır. İşyeri tabii olarak, bunun mümkün olmadığı durumlarda mekanik havalandırma sistemi ile sürekli havalandırılır. İşyerinin tüm mekanları amacına uygun aydınlatılır.

## **Çalışma süresi ve şartları**

Ürün hazırlama ve uygulama işlerinde; hamile kadınlar, 18 yaşından küçük çocuklar, hasta ve hastalıklı olanlar ile alkolikler çalıştırılmaz. Fiilen ürün hazırlama ve uygulama işlerinde çalışanlar günde devamlı olarak 3 toplam 6 saatten fazla çalıştırılmazlar. Çalışma esnasında iş kıyafetlerinin ve koruyucu malzemelerin amacına ve talimatına uygun olarak kullanılması zorunludur. Ürün hazırlama ve uygulama anında herhangi bir şey yenilmesi ve içilmesi yasaktır.

## **Çalışanların sağlık kontrolleri**

Hazırlama ve uygulama işlerinde fiilen çalışacak olanlar işe başlamadan önce sağlık raporu alırlar. Bu raporda; Astım, kronik solunum yolu rahatsızlıkları, alerjik rahatsızlıklar, cilt hastalıkları ve nörolojik rahatsızlıklarının bulunup bulunmadığı ile kanda cholinesteras enzim seviyesinin ölçülmesi ve sağlık kontrollerinin yapılarak bu işi yapmaya uygun olduklarının belirlenmesi zorunludur.

## **Çalışma süresi ve şartları**

İşçilerin bu işte çalışmaları süresince 12 ayda bir genel sağlık kontrolünden geçirilerek nörolojik muayenelerinin yapılması kanlarında cholinesteras enzim seviyelerinin ölçülmesi gerekir. Yapılan muayene ve ölçümler sonucunda sağlığının bozuk olduğu tespit edilenler ile bozulma eğilimi gösterenler, gerekli tedavileri yapıp sağlıklarına kavuşuncaya kadar ürün hazırlama ve uygulama işlerinde çalıştırılmaz.

## **5.3. Ürünün Kullanıldığı Yerde İSG**

Her ekip için ilkyardım çantası zorunluluğu vardır. Kaza ve zehirlenmelere karşı kullanılmak üzere her ekibe, ekibin kullandığı biyosidal ürünlere göre, acil durumlarda sağlık personeline verilmek üzere spesifik antidotlar ile gerekli diğer ilkyardım malzemesi bulunan ilkyardım çantasını temin etmekten, kullanılan veya miadı dolanların ikmalini yapmaktan ve bu malzemelerin kullanımına ait detaylı talimatların hazırlanarak ekiplere dağıtımından mesul müdür ve işyeri sahibi ayrı ayrı sorumludur.

## **Kaza ve zehirlenmelerde sorumluluk**

Her ekip göreve giderken, kaza ve zehirlenmelerde kullanılmak üzere ilkyardım çantasını beraberinde götürmek zorundadır. Kaza ve zehirlenmelere karşı gerekli tedbirlerin aldırılmasından herhangi bir kaza ve zehirlenme halinde ilkyardımın yaptırılmasından ve bir tedavi kuruluşuna sevkinden ekip sorumlusu, mesul müdür ve işyeri sahibi ayrı ayrı sorumludur.

## Uygulama Yerinde İSG – Ortam Ölçümleri Değerlendirmeleri

- Olası maruziyet, referans değerden küçükse temel iş hijyeni kuralları uygulanır. İleri teknik ve örgütsel önlemlere gerek yoktur. KKD'lara gerek yoktur. Maruz kalınan biyosid güvenli ürün olarak adlandırılabilir.

- Gerçek maruziyet, referans değer küçükse ya da olası maruziyet, referans değerden büyükse, her duruma göre bireysel uyarlanmış koruyucu önlemler uygulanır. İş ortamında bazı durumlarda güvenlik zafiyeti olabilir. Temel güvenlik önlemleri gözden geçirilmeli (STOP). Ürünün uygulama şartnamesine uygun kullanılıp kullanılmadığı denetlenmelidir. Ürünün uygulanma koşulları denetlenmelidir.

- Gerçek maruziyet, referans değerden büyükse, yetkili olma, kurallar ve yasaklar konusunda kesin önlemler alınması gerekir. **STOP**; **S**ubstitution (değiştirme), **T**echnical measures (Teknik önlemler), **O**rganisational measures (Örgütsel önlemler), **P**PE (KKD).

## Kişiyeye Yönelik Koruma Uygulamaları

Çalışanı, yürütülen işten kaynaklanan, sağlık ve güvenliği etkileyen bir veya birden fazla riske karşı koruyan, çalışan tarafından giyilen, takılan veya tutulan, bu amaca uygun olarak tasarımı yapılmış tüm alet, araç, gereç ve cihazları ifade eder.

## Eğitimler

Halk sağlığı zararlılarına karşı mücadelede çalışacaklara yönelik olarak "Mesul Müdür" ve "Uygulayıcı" eğitimi olmak üzere iki kategoride eğitim düzenlenir. Kişisel koruyucu kullanma kuralları yazılı olarak da hazırlanmalı ve ilgili koruyucunun kullanıldığı birimlere asılmalıdır.

## Kaynaklar

1. Biyosidal Ürünlerin Kullanım Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG,19 Nisan 2014, 28977
2. Concerning The Making Available On The Market And Use Of Biocidal Products, Regulation (Eu) Of The European Parliament And Of The Council, 2012.No 528



3. Rossmore, H.W., 'Introduction to Biocide use'. Handbook of Biocide and Preservative use. Blackie and Academic and Professional, Rossmore edit, 1995, p. 1.
4. [http://www.pan-germany.org/gbr/project\\_work/biocide\\_policy\\_europe.html](http://www.pan-germany.org/gbr/project_work/biocide_policy_europe.html), erişim tarihi: 02.08.2017
5. ECHA – European Chemical Agency (2012). Approval for active substances. Retrieved 29 January 2013,
6. Buckle, A.P., Sharples, R., Prescott, C.V., Europe's Biocidal Product Directive: Benefits and costs in urban pest management, Proceedings of the Fifth International Conference on Urban Pests, Chow-Yang Lee, William H. Robinson (edit.), 2005, pp.1-7
7. Directive 98/8/EC of the European Parliament and the of the Council of 16 February 1998 concerning the placing of biocidal products on the market, OJ: L 123/1, 24.9.1998.
8. Durham, J., 'Working with Biocides', *Workplace safety advice*, 7 Dec 2012. Retrieved 7 March 2013,
9. European Commission, Environmental Directorate General, Study on Biocide use: Assessment of different options to address risks from the use phase of biocides. Summary description of Product Type 1-23, Annex I, COWI, 2008, pp. 1-94.
10. Biyosidal Ürünler Yönetmeliği, R.G:31.12.2011, 28149
11. Abbasoğlu U. Dezenfektanlar: Sınıflama ve Amaca Uygun Kullanım Alanları. 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi – 2009
12. Chemical Safety in the Workplace Guidance Notes on Safe Use of Chemical Disinfectants <http://www.labour.gov.hk/eng/public/os/C/Disinfectants.pdf> Erişim tarihi: 26Ekim 2013
13. A. Schnuch, J. Geier, W. Utur, P. J. Frosch: "Patch testing with preservatives, antimicrobials and industrial biocides. Results from a multicentre study", *British Journal of Dermatology*, 1998. P.137(3), 467-476
14. Castanedo-Tardana, M. P.; Zug, K. A. "Methylisothiazolinone". *Dermatitis: contact, atopic, occupational, drug*; 2013p.24(1): 2–6.
15. [http://www.who.int/ipcs/publications/cicad/cicad26\\_rev\\_1.pdf](http://www.who.int/ipcs/publications/cicad/cicad26_rev_1.pdf) Erişim tarihi: 10.09.2017
16. <http://www.inchem.org/documents/icsc/icsc/eics0640.htm> Erişim tarihi: 19.12.13
17. Wineski LE, English AW (1989). "Phenoxyethanol as a nontoxic preservative in the dissection laboratory". *Acta Anat (Basel)* 136 (2): 155–8.
18. <http://sitem.herts.ac.uk/aeru/ppdb/en/98.htm> Erişim tarihi: 19.12.13

19. US Environmental Protection Agency (18). "Reregistration Eligibility Decision for Triclosan". Reregistration Eligibility Decision (RED) Document.
20. Nagel JE, Fuscaldo JT, Fireman P. Paraben allergy (April 11, 1977). "Paraben allergy.". J Am Med Assoc 237 (15): 1594–5
21. Ackerman F. The economics of atrazine. Int J Occup Environ Health; 2007 OctDec. p. 13(4):437-45
22. Badreshia S, Marks JG Jr. Iodopropynyl butylcarbamate. Am J Contact Dermat; 2002 Jun. P.13(2):77-9.
23. Pestisitler. Çevre Sağlığı. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı 850ck0054. Ankara, 2012
24. [www.csgb.gov.tr/home/contents/mevzuat/yonetmelikler](http://www.csgb.gov.tr/home/contents/mevzuat/yonetmelikler). Erişim tarihi:12.09.2017.

**Arş.Gör.Dr. Enes ÇAKMAKKAYA**

**Doç.Dr. M.Esin OCAKTAN**

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

### **1.Giriş**

Acil durum, olumsuz sonuçları en aza indirmek için hızlı önlemler alınmasını gerektiren, aniden ortaya çıkan ve genellikle öngörülemeyen olaylardır. Başka bir deyişle, daha çok olağandışı durumlarda karar verilmesi ve izlem yapılmasını gerektiren süreci tanımlayan yönetsel bir terimdir.

Birçok tanımı yapılmakla birlikte afet ise; toplumun olağan yaşam düzenini bozarak, can ve mal kayıplarına neden olan, toplumun yanıt verme ve uyum sağlama kapasitesini aşarak, dış yardım gereksinimi doğuran ekolojik olaylara denir. Bir olayın afet olarak nitelenmesini belirleyen en önemli özellik, olaya maruz kalan toplumun, yerleşim biriminin olayın sonuçları ile baş edememesi ve dış yardıma gereksinim duymasıdır. Buradaki dış yardımdan kasıt, olay yerinin dışındaki herhangi bir birimden (köy, ilçe, il, merkezi hükümet, uluslararası) yardım gereksinimi olmasıdır. Afeti tetikleyen olaylara göre doğal ya da yapay olarak sınıflandırılan afetler; tüm dünyada görülebilmekte, farklı şekillerde ortaya çıkmakta, ciddi yıkımlara neden olmaktadır.

Bir afetin toplum ve bu toplumda yaşayan insanlar üzerindeki etkileri, Maslow'un klasik gereksinimler hiyerarşisi boyutuyla incelenebilir. Gereksinimler hiyerarşisi piramidinde, en temel gereksinimler fizyolojik gereksinimler ve güvenlik gereksinimidir. Büyük ölçekli afetler bu piramidin her basamağına etki etmekte, fakat toplumun yaşadığı korku ve kaos, çoğunlukla bu en temel basamaklarda gerçekleşen yıkıma bağlı ortaya çıkmaktadır.

Afet ve acil durum müdahale ekipleri sağaltım görevini afetin ortaya çıktığı ilk dönemde olay bölgesine intikal ettikten sonra üstlenmektedir. Doktorlar, hemşireler, paramedikler, acil tıp teknisyenleri, sağlık memurları, itfaiye çalışanları, arama-kurtarma çalışanları, güvenlik güçleri, lojistik destek ve diğer görevleri üstlenecek personel müdahale çalışmalarında görev almaktadır.

Afet ve acil durum müdahale çalışanları, afetin en kaotik dönemlerinde sahaya çıkmak durumunda olmaları nedeniyle, çeşitli sağlık ve güvenlik tehlikeleri ile karşılaşır. Afetlerin genellikle kısa süre içinde ortaya çıkması, her afetin farklı boyutlarının olması, farklı açılardan değerlendirilmesi ve afet çıktılarının genellikle birinci derecede etkilenen kişiler (genel popülasyon) düzeyinde incelenmesi nedenleriyle, afet ve acil durum müdahale çalışanlarının sağlığı ve güvenliği henüz derinlemesine irdelenememiş, son zamanlarda birkaç bilimsel derlemenin konusunu oluşturmuştur.

Türkiye’de itfaiye, 112 ve sivil savunma görevini yapan birimlerin mevzuatları içinde, sağlık ve güvenliklerine ilişkin maddeler bulunmakla birlikte, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik özel bir düzenleme yoktur. Ayrıca afet ve acil durum birimlerinin müdahale faaliyetleri 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nca kapsamamaktadır.

Afet ve acil durumların, gerçekleştiği bölgede yaşayan topluma verdiği zararın yanında, müdahale çalışanlarının sağlık ve güvenliklerine de zarar verebileceği göz ardı edilmemesi gereken bir konudur. Aksi halde, ekiplerle birlikte yardıma ihtiyacı olan kitleler de risk altına girerler. Bu konunun üzerinde durulmasının temel amacı; afetzedelere nasıl yardım edilmesi gerektiği konusundan ziyade, daha az değinilen, müdahale ekiplerinin sağlık ve güvenlikleri için dikkat edilmesi gereken durumlara ışık tutmaktır.

## **2.Afet ve Acil Durum Müdahale Çalışanlarının Sağlık ve Güvenliği**

Afet ve acil durum müdahale çalışmalarını organize edecek kurum ve kuruluşlar, ekiplerdeki tüm bireylerin sağlık ve güvenliklerinin sağlanmasından sorumludur. Öncelikle bu çalışanların maddi güvencelerinin ve olası bir kaza sonrası tedavi masrafları ve tazminatları karşılayacak sigortalarının sağlanmış olduğundan emin olunmalıdır, bu nedenle insan kaynakları konuları önemlidir. Ayrıca bu organizasyonlarda görev alan sağlık çalışanları, tüm ekiplerin sağlık ve güvenliklerini görüşler bildirerek desteklemelidir. İşle ilişkili kazalar ve hastalıklar açısından afet bölgesinde karşılaşılabilecek tehlikeler ile ilgili bilgilendirmeler sağlanmalı ve uygulamalı eğitim programları verilmelidir. Bu eğitim programlarına katılan çalışanların ayrıntılı kayıtları tutulmalıdır. Belirli aralıklarla toplanılıp, güvenli olmayan

ortamlara ilişkin (risk değerlendirme, kazalar veya ramak kala olaylar vb) değerlendirmeler yapılmalıdır.

Türkiye’de afet ve acil durumlar ile sivil savunmaya ilişkin hizmetler, Başbakanlığa bağlı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı tarafından (AFAD) değerlendirilmekte; burada sivil savunma, itfaiye, özel ve sivil toplum kuruluşları devreye sokulmakta, kaynak yönetimi, haberleşme, hukuki destek, görevlendirme gibi hizmetler sağlanmaktadır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı 112 ve Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE) aracılığıyla da afet ve olağandışı durumlara gerekli müdahaleler sağlanmaktadır. Bir UMKE ekibi, biri doktor olmak üzere, gerekli eğitimi almış gönüllü beş sağlık personelinden oluşmaktadır.

**Tablo 1’de** afet ve acil durum müdahale ekiplerinin görevleri sırasında ve sonrasında karşılaşılabilecekleri sağlık ve güvenlik sorunları listelenmektedir.

### **3.Dünyadan Örnekler**

Her afet türü farklı tehlikeler ve onlardan kaynaklanabilecek farklı riskler barındırır. Afetler açısından alınması gereken önlemler standardize edilip, sınıflandırılmaya çalışılsa da, sorunlar ve gereksinimler değişebilir.

Örneğin, 11 Eylül 2001 Dünya Ticaret Merkezi saldırılarında, enkazda hayatını kaybeden 2801 kişinin içinde 403 afet çalışanı (itfaiye, polis) da vardır. Afet sonrası kurtarma ve enkaz temizleme çalışmalarına resmi ve gönüllü binlerce kişi katılmış ve günlerce çalışmıştır. Dünya Ticaret Merkezi enkazı altı katlı bir moloz yığını oluşturmuş, bu moloz yığınının günlerce yanması nedeniyle açığa çıkan toksik gazlar o bölgede çalışanları etkilemiştir. Ayrıca, özellikle ilk 24 saatte açığa çıkan tozlara maruz kalan çalışanlarda, sonradan solunum yolu semptomları görülme olasılığının arttığı gösterilmiştir.

Saldırı günü, anahtar kişilerin de enkaz altında kalması nedeniyle yönetim bozulmuş, kaos ortamı oluşmuş, lojistik zorluklar baş göstermiş (malzeme eksiklikleri, telekomünikasyon sistemleri bozuklukları, ekipmanların yoğun dumana bağlı yanlış veriler vermesi) kişisel koruyucu donanımların kullanılması teşvik edilememiştir. Çalışanlara günlük tehlike brifingleri verilmeye ancak bir hafta kadar sonra başlanabilmiştir.

Afet ve acil durum müdahale çalışanlarının alışılmadık ve potansiyel olarak tehlikeli şartlarda bulunmaları, çevresel zararlı maruz kalımlar, enfeksiyon hastalıkları, ağır yaralıları tedavi etme, ölü beden ve vücut parçaları görme, başarısız kurtarma çabaları ile baş etme ve sevdiklerini kaybetmiş insanlarla ilgilenmekten kaynaklanan psikolojik etkilere açık oldukları bilinmektedir. Dünya Ticaret Merkezine yönelik saldırıdan altı yıl sonra yürütülen bir çalışmada, görev alan çalışanların %6 - %12'sinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanımlanmıştır.

26 Nisan 1986'da yaşanan Çernobil Faciası'nda, nükleer santralin dört numaralı reaktöründe gerçekleşen patlamalar sonucu, radyoaktif materyal çevreye yayılmıştır. Bu dönemde radyoaktif kirliliğin temizlenmesi amacıyla likidatör adı verilen tasfiye memurları (askerler, santral çalışanları, yerel polis, itfaiye) çalıştırılmışlardır. Özellikle 1986 - 1987 yılları arasında çalışan yaklaşık 350.000 kişiden 240.000'inin yüksek doz radyasyona (ilk 20 yıl sonrasında alınan toplam doz, doğal radyasyon da dahil >100mSv) maruz kaldığı tespit edilmiştir. İlk yılda Akut Radyasyon Hastalığı görülen 134 likidatörün 28'i hayatını kaybetmiştir. Çalışmalar, bölgede çalışıp yüksek doz radyasyona maruz kalmış likidatörlerde lösemi insidansının ikiye katlandığını göstermiştir. Radyasyona maruz kalan kişilerin fatalite hızı, tiroid kanseri, lösemi ve diğer kanserlerin görülme sıklığı, katarakt insidansı ve çocuklarında malformasyon görülme olasılıkları gibi radyasyonun akut ve kronik etkilerinin arttığı bilinmektedir. Fakat bölgenin sosyokültürel ve sosyoekonomik koşulları, alkol ve sigara tüketimleri, radyasyonun akut dönemde değil de, zamana yayılmış şekilde alınıyor oluşu, yapılan çalışmaların karıştırıcı faktörlerini oluşturmakta ve verilerin sağlıklı toplanmasını engellemektedir. Bu nedenle, bu sağlık sorunlarının da olası bir radyoaktif kaza ve afette gözlenebileceği akılda tutulmalıdır.

Uluslararası boyutta önlem alınmasını gerektiren bir başka afet olan ve 2014 Mart ayında başlayan Ebola salgınında da sağlık çalışanları çeşitli tehlikelerle karşılaşmıştır. DSÖ'nün "Gine, Liberya ve Sierra Leone'deki Sağlık Çalışanlarında Görülen Ebola Enfeksiyonları" raporunda, bölgede çalışan doktor ve hemşirelerin genel popülasyona göre, 21 ile 32 kat daha fazla enfekte oldukları belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının bu bölgede karşılaştıkları diğer mesleki tehlikeler, iklim kuşağına bağlı yüksek hava sıcaklığı, psikososyal stres, yeterli personel bulunmayışı, uzun çalışma saatleri,

ödemelerin geç yapılması, hastalığa bağlı toplumsal stigmatizasyonlar ve güvenlik sorunlarıdır.

Haiti depremi 7,3 büyüklüğünde olup, 12 Ocak 2010'da yaşanmıştır. Yaklaşık 200.000 kişinin yaşamını yitirdiği afetten 3.000.000 kişi etkilenmiştir. Bu afet sonrasında, Haiti'ye dünyanın dört bir yanından yardımlar yapılmıştır. Birleşik Devletler'in destek amaçlı gönderdiği Missouri-1 DMAT (Disaster Medical Assistance Team) ekibinde çalışanların sağlık ve güvenliklerini koruma amacıyla iş sağlığı ve koruyucu hekimlik uzmanı bir kişi daha yer almıştır. Ekip, uzman tarafından öncelikle yapılacak işe uygun olup olmadıkları açısından değerlendirilmiş, ekipteki bazı kişilerin uygun olup olmadıklarının belirlenebilmesi için, fonksiyonel kapasite testleri yapılmıştır. Ekiptekilere afet ile ilgili genel brifingler verilip, bölgede ihtiyaç duyulabilecek tıbbi malzemeler tespit edildikten sonra yola çıkmıştır. Ekip bir hastaneye konumlandırılmış, ilk işleri iğne batma ve hastalanma gibi mesleksi tehlikelerin değerlendirilmesi ve bu konularda protokollerin oluşturulması olmuştur. Hastanede bulunan 10 gün boyunca altı çalışanın, hastaların kan ve vücut sıvıları ile teması olmuş, bunun ardından donörlere hızlı HIV 1/2 seroloji testleri uygulanmış, bir kişinin HIV+ bulunması sonucu temaslı olan çalışana standart CDC antiviral protokolü başlanmıştır. Benzer şekilde, çalışanlar sıtma, menenjit, tüberküloz, gastroenterit, tetanoz gibi hastalıklarla karşılaşmış, uygulanan protokoller ve brifing döneminde düşünülüp afet bölgesine getirilen tıbbi malzemeler ile bu hastalıkların büyük ölçüde önüne geçilmiştir. Bölgede kişisel sanitasyon ciddi bir sorun olmuş, altı gün boyunca çalışanlar temizlenememiştir. Bölgede bulunan süre boyunca el yıkamanın veya el sanitasyonu ürünleri kullanımının önemi çalışanlara sürekli aktarılmıştır. Çok geçmeden çöp ve atıklar çevrede birikmeye başlamış, ardından bölge personeline sahra tuvaletleri kurulması amacıyla eğitimler verilmiştir. Orada bulunan süre boyunca çalışanlara su ve elektrolit dengelerinin sağlanması ile ilgili öneriler sunulmaya devam edilmiştir. Tüm bu deneyimler, koruyucu sağlık hizmetleri ve çalışan sağlığının önemini ortaya koymakta, afet ve acil durum müdahale ekiplerinin işlerini başarıyla ve güvenle tamamlayabilmeleri için büyük önem taşımaktadır.

Bu örneklerde vurgulanmak istenen, ilgili örgütlerin, başta sık görülenler olmak üzere ortaya çıkabilecek her türlü afet için belirli eylem planlarının olması gerektiğidir. Böylece, afet döneminde her bir tehlikenin oluşturacağı risklerin azaltılması amaçlanır.

Beklenmeyen bir zaman ve şekilde ortaya çıkan ve hazırlıksız yakalanan afetler için de, afet döneminde edinilen deneyimler kayıt altına alınmalı, literatür ile karşılaştırılmalı, araştırmalar yapılmalı, derlemeler yazılmalı, gelecek afetler için dersler çıkarılmalıdır.

**Tablo 1. Afet ve acil durum müdahale ekiplerinin görevleri sırasında ve sonrasında karşılaşılabilecekleri sağlık ve güvenlik sorunları**

<p><b>Biyolojik ve kimyasal etmenlere bağlı hastalık ve enfeksiyonlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solunum yolu enfeksiyonları, tüberküloz</li> <li>• Gastrointestinal sistem hastalıkları</li> <li>• Cilt hastalıkları</li> <li>• Cinsel yolla bulaşan hastalıklar</li> <li>• Endemik hastalıklar (vektörler)</li> <li>• Kan ve vücut sıvıları ile temas</li> <li>• İğne batmasına bağlı enfeksiyonlar</li> <li>• Zehirlenmeler, alerjik reaksiyonlar</li> </ul>
<p><b>Kaza, yaralanma nedenleri, fiziksel, ergonomik etmenler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afetin devam eden tehlikeleri (KBRN, pandemiler, afetin tekrarlama, yıkılmak üzere olan binalar, toz)</li> <li>• Afet ve acil durum müdahale ekiplerinin risk almaya daha yatkın olması nedeniyle oluşabilecek kazalar</li> <li>• Yorgunluk ve yorgun şekilde uzun süre yolculuk</li> <li>• Ulaşım sorunları, bozuk yollar</li> <li>• Kullanılan araç-gereçlere bağlı ortaya çıkabilecek tehlikeler</li> <li>• Gürültü (Jeneratörler, ağır iş makineleri)</li> <li>• Zorlu iklim koşulları ve donanımların, kıyafetlerin uygun olmayışı veya yetersiz oluşu</li> <li>• Can güvenliği yetersizliği, şiddet</li> <li>• Uygun olmayan duruş, taşıma ve donanıma bağlı kas iskelet sorunları</li> </ul>
<p><b>Psikososyal etmenler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yoğun stres altında çalışma ve buna bağlı gelişen psikiyatrik rahatsızlıklar (TSSB)</li> <li>• Afet bölgesinde uyku, mola gibi temel ihtiyaçlarını yargılanma endişesi ile karşılayamama</li> <li>• Kültür şoku ve tersine kültür şoku</li> <li>• Madde kötüye kullanımı</li> <li>• Aile ve arkadaşlardan uzak kalma</li> <li>• Ülke veya evden uzak kalma</li> <li>• Toplumsal şiddet</li> <li>• Stigmatizasyon</li> </ul>
<p><b>Diğer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hava kirliliği</li> <li>• Su kirliliği</li> <li>• Gıda hijyeni ve temininde yaşanabilecek sorunlar</li> <li>• Kişisel hijyeni sağlayamama</li> </ul>
<p>Kaynak: Leggat P A. Aitken P. Ensuring the Health and Safety of Civilian Disaster Medical Assistance Teams, Travel Medicine and Infectious Disease 2007;5: 324–326 temel alınarak oluşturulmuştur.</p>



#### 4.Sonuç ve Öneriler

Afet ve acil durum müdahale çalışanlarının sahada güvenle görevlerini yapabilmesi için, kendini koruyabilecekleri ve sosyal olarak kısıtlanmayacakları ortamların oluşturulmuş olması gereklidir. Afet bölgesine müdahale çalışmalarını yürütecek örgütler, çalışanlar için aşağıda sayılan maddeleri uygulamalı ve bunların sağlandığından emin olmalıdır;

- ✓ İlgili ekiplerin titizlikle yürütülmüş bir seçim sürecinden geçmesi ve fiziksel ve ruhsal olarak yapılacak işe uygun olmalarının sağlanması,
- ✓ Görev dağılımı, iş yükü dağılımı, araç-gereç temini, eğitim gibi hazırlıklar sistematik ve eksiksiz olarak gerçekleştirilmiş olmalı,
- ✓ Gerekli olan tüm araç-gereç, donanımlar temin edilirken güvenliği gözeterek, en gelişmiş teknolojik ürün ve tasarımlar tercih edilmeli,
- ✓ Düzenli olarak genel fiziksel, ağız ve diş sağlığı ile psikolojik değerlendirmeyi içeren periyodik muayeneler yapılmalı,
- ✓ Destek gönderilecek sahanın sağlık ve güvenlik gereksinimleri öğrenilmeli,
- ✓ Bölgede ortaya çıkabilecek enfeksiyonlar, afete bağlı olarak ortaya çıkabilecek ikincil kazalar veya ikincil afetler, çeşitli psikososyal stres etmenleri, hava ve su kirlilikleri ve toplumun sosyokültürel ve sosyodemografik özellikleri ile ilgili bilgiler ekiplere sağlanmalı,
- ✓ Seyahat sağlığı bilgilendirmeleri ve bağışıklama da dahil koruma önlemleri alınmış olmalı,
- ✓ Uygun bilgilendirme toplantıları yapılmalı, tüm geri bildirim, soru ve sorunlara yanıt verilmeli,
- ✓ Çeşitli afet türlerine göre prosedürlerin belirlenip, her birine uygun eğitimler verilmeli (KBRN dahil),
- ✓ Olay bölgesinde ilk yardım ve tahliye prosedürleri gözden geçirilmeli,
- ✓ Güvenlik önlemleri yeterli derecede alınmalı, güvenliksiz olabilecek bölgelerde bildirimler yapıp, uygun önlemler alınmalı,

- ✓ İklim özelliklerine ve çevre koşullarına uygun donanım ve malzeme sağlanmış olmalı,
- ✓ Sahada tıbbi bakıma ve gerektiğinde dinlenme noktalarına erişim sağlanmış olmalı,
- ✓ Çıkış stratejileri ve uçakla tahliye olanakları planlanmalı,
- ✓ Süreç boyunca edinilen tecrübeler kayıt altına alınmalıdır.

Tüm bunlarla birlikte, afet ve acil durumlara müdahale ve yönetimi konusundaki eğitimlerin bir parçası olarak, senaryo ve tatbikatlarda, yalnızca afetzedeler ve afet yönetimi üzerine odaklanılmamalı, afet ve acil durum müdahale çalışmalarının özel bir çalışma alanı, bir meslek olduğu akılda tutularak, önemle ve öncelikle iş sağlığı ve güvenliği gereksinimlerinin ele alınması sağlanmalıdır.

### **Kaynaklar**

1. Glossary of Humanitarian Terms, ReliefWeb Project, Draft Version, August 2008
2. Definitions: emergencies, Humanitarian Health Action, Key Policy Documents, WHO, 2017
3. Akdur R. Afetler ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri, Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansı – 3, 21. Yüzyılda Türkiye, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2000
4. Arzıman I. Field Organization and Disaster Medical Assistance Teams, Turk J Emerg Med 2015;15 (Supp 1): 11-19
5. Leggat P A, Aitken P. Ensuring the Health and Safety of Civilian Disaster Medical Assistance Teams, Travel Medicine and Infectious Disease 2007;5: 324–326
6. AFAD. Afet ve Acil Durumlara İlişkin Temel Mevzuat. Ankara, Mart 2015
7. Aitken P, Leggat P, Robertson A, Harley H, Speare R, Leclercq M, Health and Safety Aspects of Deployment of Australian Disaster Medical Assistance Team Members: Results of a National Survey, Travel Medicine and Infectious Disease (2009) 7, 284-290
8. Reissman D B, Howard J. Responder Safety and Health: Preparing for Future Disasters, Mount Sinai Journal of Medicine 2008;75: 135–141
9. Garbern S C, Ebbeling L G, Bartels S A, A Systematic Review of Health Outcomes Among Disaster and Humanitarian Responders, Prehospital and Disaster Medicine, 2016, Vol. 31, No. 6: 635-642

10. Health Effects of the Chernobyl Accident: an Overview, WHO, 2006 Link: [http://www.who.int/ionizing\\_radiation/chernobyl/background/en/](http://www.who.int/ionizing_radiation/chernobyl/background/en/) Erişim Tarihi: 21.09.2017
11. Health Worker Ebola Infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone: a Preliminary Report, WHO, 2015 Link: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171823/1/WHO\\_EVD\\_SDS\\_REPORT\\_2015.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171823/1/WHO_EVD_SDS_REPORT_2015.1_eng.pdf) Erişim tarihi: 21.09.2017
12. Parmet A, An Occupational Medical Physician in the Haiti Disaster Response, American College of Occupational and Environmental Medicine, Vol 52, No: 5, May 2010, 466-468
13. Search and Rescue Operations OSHA Fact Sheet, 2005, Link: [https://www.osha.gov/OshDoc/data\\_Hurricane\\_Facts/search\\_and\\_rescue.pdf](https://www.osha.gov/OshDoc/data_Hurricane_Facts/search_and_rescue.pdf) Erişim Tarihi: 15.10.2017
14. Search and Rescue Safety Program Guide, Emergency Management BC, Ministry of Justice, Canada, September 2012
15. Bulut A. 112 Acil Durum Ambulanslarında İSG Risklerinin tespiti ve İSG Rehberi, ÇSGB, Ankara, 2016
16. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi. Ankara, 2011

## TARIM ve İŞ SAĞLIĞI-GÜVENLİĞİ HİZMETLERİ

---

**Uzm.Dr. Serol DEVECİ**

*Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürlüğü, Manisa*

### 1.Giriş

Tarım, insanlık tarihinde avcı-toplayıcılık zamanından günümüze süregelen bir sektördür ve her ülke ekonomisi için özel bir yere sahiptir. Her ülke gelişmişlik ve ekonomi içindeki ağırlığına bakılmaksızın tarım sektörünü korumak, geliştirmek için büyük özen göstermektedir. Gelişmiş bir ülkede endüstri ve ticaret gelirleri tarım gelirlerine oranla yüksek olmakla birlikte, tarım ürünleri ihracatında pazar büyük ölçüde gelişmiş ülkelerin elindedir. Tarımla uğraşan nüfus, gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan bir ülkeye oranla daha azdır. Tarım, ekonominin önemli bir sektörü olmasının yanı sıra, diğer sektörlerin işgücü gereksiniminin karşılanmasına, kalkınmanın finansmanına ve ülke ihracatına da önemli katkılar sağlar. Günümüzde giderek, ülkelerin tarıma ilişkin sorunları yalnız o ülke sınırları içinde çözümlenmeye çalışılan ya da yalnız o ülkeyi ilgilendiren konular olmaktan çıkmaktadır.

Geleneksel tarım uygulamaları, özelliği gereği emek yoğun bir alandır. Dünyada 570 Milyondan fazla çiftlik ve en az 500 Milyon aile işletmesi/çiftliği bulunmaktadır. Diğer bir deyişle dünyada çiftliklerin onda dokuzu aile işletmeleridir. Aile işletmeleri toprak olarak tarım topraklarının çoğunu işlemekte ve dünya tarım üretiminin de %80'ini sağlamaktadır. Tarımsal mekanizasyonun yaygınlaşması ile birlikte iş gücüne gereksinim görece azalmasına karşın, insanın üretimdeki belirleyiciliği önemini korumaktadır.

Tarım sektörü inşaat ve madencilikle birlikte dünyadaki en tehlikeli iş kollarından biridir. Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü'nün 2011 verisine göre tarım sektöründe çalışanların dünya genelindeki toplam sayısı 1.3 milyardır. Bu sayı, dünyadaki toplam 3.3 milyar iş gücünün %40'ına karşılık gelir. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2015 yılı raporuna göre, tarımın dünya istihdamındaki bu payı 2010'lardan 2014 yılına kadar %40.5'dan %37.5'a dek düşmüştür.

Tarım sektörünün 2013 yılında Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içindeki payı %8.3 olarak açıklanmıştır, 2014'te ise bu oran 7.4 e düşmüştür. Ülkemizdeki toplam

istihdam (15 yaş ve üzeri) içindeki payı yüzde 40'ı aşıyordu ve toplam kadın istihdamı içinde tarımın payı da yüzde 70 idi (2001). TÜİK Hane Halkı İşgücü İstatistikleri, Haziran 2015 verisine göre, istihdam edilen 27 milyon 261 bin kişinin %22'si hizmet sektöründen sonra en büyük sektör olan tarım sektöründe istihdam edilmektedir. Dolayısıyla, yarım yüzyıllık bir ticarileşme ve kırdan kente yoğun göçe karşın; aile işletmeleri bugün de tarımımızda başat örgütlenme biçimidir.

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) Değerlendirme Raporunda Türkiye, dünyanın 7. büyük ve önemli tarım üreticisi olarak açıklanmıştır. Türkiye için tarım sektörü; istihdam, dış ticaret ve ekonominin diğer sektörleri ile olan yakın ilişkisi nedeniyle sosyo ekonomik bir öneme sahiptir.

Tarım çalışmanın en tehlikeli olduğu sektörler arasındadır, dolayısıyla özel bir ilgi ve öncelik gerektirmektedir. Bu alandaki sağlık ve güvenlik tehlikelerinden kimileri: ağır yük ve materyali elle taşımak-kaldırmak, zorlayıcı çalışma postürü, uzun ve düzensiz çalışma saatleri, dış ortam koşullarına maruziyet, pestisitler ve diğer tarım kimyasallarıyla karşılaşma olarak sıralanabilir. Çiftlikler, parazit enfestasyonları, yabancı hayvan ve/veya böcek ısırık ve sokmaları açısından da tehlike oluşturmaktadır. Çalışma ortamları genellikle, temel gereksinimleri karşılayacak altyapı olanaklarından da yoksundur.

Tarımda gerçekte tüm bu tehlikeler daha da artış göstermektedir çünkü işyerleri genellikle ailenin evini de içermektedir. Araç gereç, gübreler, pestisitler ve her tür tarım kimyasalları genellikle evlerde saklanmaktadır; bu da tüm aile bireylerinin özellikle de çocukların bunlarla karşılaşmasına neden olmaktadır.

Tarım Amerika'da çok tehlikeli işler arasında yer almaktadır. Amerika'da 2012 yılında tarımda çalışan tam zamanlı çalışan sayısı yaklaşık 1.85 milyondur. 955 bini 20 yaş ve altındadır. 2012 yılında 374 tarım çalışanı hayatını kaybetmiştir ve 100 bin çalışanda ölüm oranı 20.2'dir. Traktör devrilmeleri bu ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. 1995-2002 arasında, çoğunluğu 16-19 yaş arasında 113 genç çalışan yaşamını yitirmiştir. Kazaların %23'ü makine kaynaklı (traktör kazaları dâhil), %19'u motorlu araçlardan (ATV gibi) ve %16'sı ise boğulmadan kaynaklanmıştır. Ayrıca Amerika'da her gün 167 tarım çalışanı işgünü kayıplı kaza geçirmektedir.

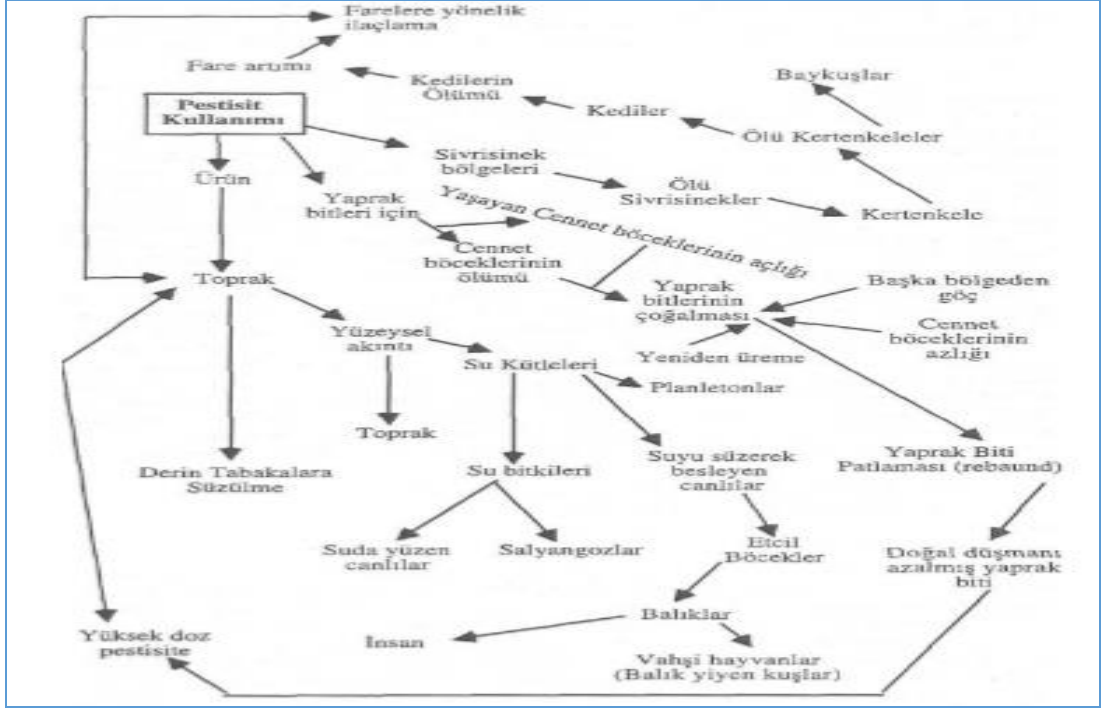
Tarımsal üretimde önemli bir tehlike kaynağı pestisitlerdir. Dünyada yüzlerce pestisit kullanıldığı bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı sınıflandırmada

en çok kullanılan 700 civarındaki pestisitlerin 33'ü insan sağlığına zararlı, 48'i çok tehlikeli, 118'i orta derecede tehlikeli ve 139'u daha az tehlikeli grupta yer almaktadır. Dünya pestisit tüketimi 2001 yılında 3.2 milyon tona yükselmiştir. Pestisit tüketiminin %75'i gelişmiş ülkelere aittir ve bu ülkelerden ABD, Batı Avrupa ve Japonya ilk sırada yer almaktadır.

Tarım ilaçlarının çeşitli özellikleri açısından uçuculukları, suda çözünmeyip yağda çözünür olmaları ve özellikle ayrışmaya dayanıklılıkları biyolojik birikim açısından çok önemlidir. Ortama eklendikten sonra iki ila 15 yıl arası aktif kalan tarım ilaçları "ayrışmaya dayanıklı kirleticiler" ya da "kalıcı organik kirleticiler (KOK)" olarak nitelendirilirler. Bu özelliklere sahip kimyasallar Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP) tarafından bütün dünyada insan ve çevre sağlığını tehdit etmesi nedeni ile kullanımlarının ve çeşitli işlemler sonucu açığa çıkış kaynaklarının sınırlandırılması ve bunlarla ilgili birtakım izleme çalışmalarının yapılması için ortak programlar oluşturulmasını karara bağlamıştır.

Pestisitlerin insanlara ve çevreye olan etkilerini ortaya koymak amacıyla pestisitlerde risk analizi yapılmaktadır.

Diğer kimyasallar gibi pestisitler de kullanıma sunulmadan önce insan sağlığına etkileri doz konusu da dikkate alınarak araştırılmakta ve tüm riskler belirlenmektedir. Bunun için öncelikle pestisitlerin besin zincirine nasıl bulaştığı bilinmelidir; buna ilişkin şekil aşağıda görölmektedir (Şekil 1). Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar sayesinde pestisitlerin insanlar üzerinde olası riskleri öngörülmektedir.



**Şekil 1. Pestisitlerin Besin Döngüsüne Girişi**

Kaynak: Güler Ç., Çobanoğlu Z. Pestisitler. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:52. Sayfa 12

Bu risklerin belirlenmesi için hayvanlar üzerinde pestisitlerin akut (ani), subakut (kısa süreli) ve kronik (uzun süreli) zehirlilikleri incelenmektedir. Akut zehirlilik, bir pestisit bir kez ya da kısa bir zaman dilimi içinde alınması durumunda neden olacağı zehirliliği ortaya koymaktadır.

Akut zehirlilik "Letal Doz (LD)" adı verilen öldürücü dozun belirlendiği çalışmalar ile ortaya konulmaktadır. Bu çalışmalarda, deney hayvanlarına ağız, deri ve/ya da solunum yoluyla verilen değişik dozdaki pestisitlerin ölüme neden olan miktarları belirlenir. Değişik ölçüt ve istatistikler dikkate alınarak hesaplanan LD değerlerine göre pestisitlerin insanlara olan zehirliliği dört grupta sınıflandırılır. Birinci sınıfta yer alan pestisitler "çok zehirli", ikinci sınıfta yer alanlar "zehirli", üçüncü sınıfta yer alanlar "orta derecede zehirli", dördüncü sınıfta yer alanlar ise "az zehirli" ibarelerini etiketlerinde taşırlar.

Kısa süreli zehirlilik, pestisitlerin canlı organizmalarda ölüm dışında neden olabilecekleri etkilerini ortaya koymak amacıyla öldürücü dozun altındaki doz serileri uygulanarak belirlenir. Bu çalışmalarda, deney hayvanlarında görünüş, büyüme, gıda ve su tüketimi gibi durumlar değerlendirilir. Böylece söz konusu pestisitinin canlılarda hangi organı etkilediği ve canlıda ne gibi değişimlere neden olduğu ortaya konmuş olmaktadır.

Bir pestisitinin çok düşük dozlarda ve uzun süre alındığında canlıda meydana gelebilecek etkilerini ortaya koyabilmek ve hiçbir sağlık sorununa neden olmayan en yüksek dozun (NOEL) belirlenmesi için uzun süreli zehirlilik çalışmaları yürütülür. Uzun süreli çalışmalarda, insanlar için sağlık açısından hiçbir soruna neden olmayan en yüksek günlük alınabilir doz (ADI) değeri hesaplanır. Bu değer, gıdalarda bulunmasına izin verilen en yüksek pestisit kalıntı miktarları (MRL)'nin hesaplanmasında kullanılarak tüketicilerin pestisit kalıntılarında korunmasına yönelik olarak kullanılmaktadır.

LD, NOEL ve ADI değerlerini saptamaya yönelik toksikolojik çalışmalar, pestisit üreten ve satan insanlar ile tüketicilerin pestisitlerle karşılaşmalarının önlenmesi açısından son derece önemlidir.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki küçük işletmelerde, pestisit kullanımında koruyucu önlemler yetersiz ya da yoktur. Uganda'da yapılan bir çalışmada Çiftçi Saha Okullarında, Entegre Zararlı Yönetimi eğitimi ile pestisit kullanımının azaltılması amaçlanmıştır. Yapılan kesitsel çalışmada, girişim grubundaki 35, onların öğrendiklerini paylaşmaları teşvik edilen komşularından seçilen 44 ve kontrol grubunda yer alan 35 kişinin pestisitler konusundaki bilgi, tutum ve davranışları, karşılaşmaları ile zehirlenme bulguları sorgulanmıştır (2011-2012). Buna göre girişim grubu ve komşuları anlamlı düzeyde daha az pestisit kullanmaktadır ( $p = 0.021$ ) ve güvenlik önlemi almaktadır. Zehirlenme bulguları açısından ise gruplar arasında fark bulunmamıştır. Bu çalışmanın bulguları, Entegre Zararlı Yönetimi konusundaki eğitimin, gelişmekte olan ülkelerde pestisit kullanımı ile olası karşılaşmaları azaltacağını; tarım çalışanlarının pestisit konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmede yararlı olacağını desteklemektedir.

## **2. Türkiye'de Pestisit Kullanımı**

Türkiye'de tarım ilaçları kullanımına, pestisit gruplarına göre bakıldığında; en önemli grubun %47 ile insektisit olduğu, bunu %24 ile herbisitlerin izlediği, fungusitlerin ise %16 payı olduğu görülmektedir. İnsektisit satışlarında %40 ile organik fosforlar en büyük pazardır. Ülkemizdeki pestisit pazarı Avrupa ülkelerine oranla son derece küçüktür. Yıllık tüketim miktarı hektar başına 400-700 gram civarındadır. Bu pazarın parasal değeri dünya pazarının yüzde birinden azdır. Ancak ülkemizde belli



bölgelerde, hektar başına kullanılan pestisit miktarı dünyanın en yoğun ilaç kullanılan bölgeleri düzeyindedir. Bu bölgelerde, pestisit kaynaklı çevresel risk yüksektir.

Türkiye'de tarım ilacı (pestisit) tüketimi, 1979'a göre 2002 yılında yaklaşık %45 artmasına karşın, ülkemizde gelişmiş ülkelere göre hayli düşüktür ancak, en yoğun tüketilen pestisitler çevre ve sağlık açısından önemli riskler taşımaktadır. Akdeniz ve Ege'de ise tüketim Türkiye ortalamasının çok üzerindedir. Bitkisel ürünlerimizde izin verilen düzeyin üstünde pestisit kalıntısı içerenlerin sayısı az olmakla birlikte, AB ülkelerine giden ürünlerin uygun bulunmayan partilerinde pestisit kalıntısı önemli bir sorun olarak görülmektedir. Dünya pestisit tüketiminde, 1993-1994'de %18.5'lik yıllık artış hızına ulaşılmıştır. Bu değerlere göre, Türkiye'nin 22 yıldaki pestisit tüketimindeki ortalama yıllık artış, özellikle 1983-1995 yıllarındaki dünya pestisit tüketimindeki yıllık artışın altında kalmaktadır.

Ülkemizde konuyla ilgili yapılan akademik çalışmalardan birkaç örnek vermek gerekirse; Konya'da 120 çiftçide yapılan bir çalışmada, çiftçilerin pestisitler konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu, çoğunluğun bilgi kaynaklarının zirai ilaç bayileri olduğu, çoğunluğun uygulayacakları pestisit(ler)i yetkin kişilerden bilgi almadan seçtikleri, uygulama dozunu ve zamanını danışmanlık almaksızın belirledikleri saptanmıştır. Çiftçilerin %34'ü etken maddenin yetersiz olduğuna, %8'i doğru doz ayarlamasını yapamadığına, %13'ü bitki zararlılarının ilaçlara karşı direnç geliştirdiğine yönelik kaygılarını belirlenmiştir. Kullanılan pestisitlerin çevreye zararlı bir etkisinin olmadığı kanaatini belirtmişler; kalıntıların doğadaki canlılara nasıl bulaşabileceği ve çevredeki döngüsü hakkında yeterli bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir. Çiftçilerin pestisitlerin kanserojenik ve/veya ekotoksikolojik etkileri hakkında da yeterli bilgilerinin olmadığı söylenmektedir.

Isparta'nın elma üreticisi iki ilçesine bağlı altı köyden seçilen 388 kişide yapılan bir çalışma sonuçlarına göre, son bir yıl içinde %75'i 15 yaşın altında olmak üzere, tarım ilaçlarına bağlı zehirlenme oranı %1.3'tür. Araştırma grubunun %71'inde ilaçlama ve sonrasında sağlık yakınmaları görülmektedir. Çiftçilikle geçimini sağlayanlarda yakınma görülme sıklığı diğerlerinden yüksektir. İlaçlama sırasında kişisel koruyucu önlemlerin alınmadığı, önerilen dozun üzerinde pestisit kullanıldığı, ilaçlama sonrasında hasata dek beklenmesi gereken süreye uyulmadığı belirlenmiştir.

Ülkemizde organik klorlu insektisitlerin kullanımı 1945'lerde başlamakta ve 1978'lere kadar sürmektedir. Bunlar içinde aldrin, heptaklor, DDT, dieldrin, BHC, lindan, toksofen ve klordan gibi organik klorlu bileşikler yaygın bir kullanım alanı bulmuştur. Organik klorlulardan DDT'nin kullanıldığı tarihlerde canlılarda zararlı etkilerinin ortaya çıkması, çok uzun sürede parçalanması ve kalıcılıklarından dolayı kullanımına kısıtlama getirilmiş ve 1985 tarihinde tamamen kullanımdan kaldırılmıştır. DDT'nin dışındaki diğer organik klorlu bileşiklerin kullanımı ise 1971-1989 tarihleri arasında yasaklanmıştır.

Pestisit uygulamaları yapan ve çalışanların karşılaşılabileceği riskleri ortaya koyabilmek ve bunların önüne geçebilmek için; yukarıda bahsedilen değerler yanında temas riskleri dikkate alınır. İlaçlama yapan tarım işçileri ilaçların hazırlanması ve uygulanması sırasında karşılaşmakta ve buna uygulayıcı teması denilmektedir. Buna ek olarak budama, seyreltme, hasat vb. gibi kültürel işlemler için ilaçlı ortamlara giren işçiler bitki yüzeyindeki pestisit kalıntılarıyla karşılaşmakta ve buna da işçi teması denilmektedir. Hem uygulayıcı hem de işçi teması açısından riskler çeşitli senaryolar göz önünde tutularak değerlendirilir ve alınması gereken önlemler buna göre belirlenir.

Vücuda girişi asıl olarak solunum yolundan olur. Özellikle tarımsal amaçlı kullanım sırasında havaya püskürtülen insektisit solunum yolundan vücuda alınır. Bunun dışında sindirim kanalından ve deriden de girişi söz konusudur.

Organik fosforlu insektisitler insanda asetil kolin esteraz enzimini inhibe ederler. Enzim aktivitesi normal değerinin yarısına düşüncüye kadar klinik belirti görülmez. Ciddi klinik tablo, enzim aktivitesinin %20 ve daha düşük düzeylerinde ortaya çıkar. Başlıca klinik belirtiler salgı artışı, terleme, baş ağrısı, baş dönmesi, bulanık görme, adale krampları, barsak motilitesinde artmaya bağlı ishal ve karın ağrıları şeklindedir. Klinik tablonun yerleştiği olgularda pupillada daralma tipiktir. İleri durumlarda bilinç kaybı ve ölüm görülebilir. Klinik tabloda salgılardaki artış önemlidir, akciğer ödeme benzer tabloya neden olur ve solunum yetmezliği ölüme neden olabilir.

Zehirlenmenin tanısında insektisitle karşılaşma öyküsü çok önemlidir. Böyle bir öykünün varlığında klinik belirtiler de varsa genellikle tanıda zorluk olmaz. Bununla birlikte zehirlenmenin düzeyini değerlendirme bakımından asetil kolin esteraz

enziminin aktivitesi belirlenebilir. Enzim aktivitesi genellikle her iki tür enzim için birlikte belirlenir.

Korunma bakımından en etkili yol teknik korunma uygulamalarıdır. Solunum yolundan olan karşılaşmayı önlemek üzere havalandırma sistemleri kurulmalı, gereken durumlarda maske kullanılmalıdır. Uygulama rüzgarsız havada yapılmalı, ya da püskürtme yapılırken rüzgar arkadan gelecek biçimde hareket edilmelidir. Deri yolundan olan karşılaşmayı önlemek için sırtta taşınan deponun sızdırmazlığı konusuna özen gösterilmeli, uygulama sırasında sızdırmaz giysi giyilmelidir. Ayrıca işe girişte ve periyodik muayenelerde kanda kolinesteraz aktivitesi tayini yapılmalıdır.

### **Pestisitlerin Kullanımında Dikkat Edilmesi Gerekenler:**

1- İlaçların seçimi ve satın alınması sırasında dikkat edilmesi gerekenler:

- ✓ Öncelikle sorun olan hastalık ya da zararlı doğru bir biçimde saptanmalı,
- ✓ Saptanan hastalık ya da zararlıların en uygun mücadele zamanı öğrenilmeli,
- ✓ Pestisitlerin arasından çevreye en az zararlı olanları seçilmeli,
- ✓ Seçilen pestisitün uygun formülasyonu bulunmalı,
- ✓ Gereksinim duyulan miktar belirlenmeli,
- ✓ Satın alınan ilacın son kullanma tarihinin geçmemiş olmasına, ambalajının orijinal olmasına, akıntı, eziklik gibi bozukluklarının olmamasına dikkat edilmelidir.

2- Pestisitlerin uygulanmasında dikkat edilmesi gerekenler:

- ✓ Talimata uygun dozda hazırlanmalıdır,
- ✓ İlaçlama sırasında özel giysiler giyilmeli ve ilaçlama bitiminde çıkarılmalıdır,
- ✓ İlaçlama sırasında bir şey yenilip içilmemelidir,
- ✓ Rüzgârlı havada ilaçlamadan kaçınılmalı, ilaçlamayı etkilemeyecek kadar az ise rüzgâr arkaya alınmalıdır,
- ✓ Eldiven ve maske kullanılmalıdır,
- ✓ İlaçlama başlamadan çevrede bulunan arıcalar ve hayvan sahipleri uyarılarak önlem almaları sağlanmalıdır,
- ✓ İlaçlama bitkiye ve zararlıya uygun şekilde yapılmalı ilacın istenen bölgenin tümüne (yaprak, dallar vb.) ulaşması sağlanmalıdır.
- ✓ Hazırlanan ilaç depoda uzun süre bekletilmemelidir.
- ✓ İlaçlama bitiminde eller ve yüz sabunlu suyla yıkanmalıdır.
- ✓ Boşalan kaplar başka amaçla kullanılmamalı, derince gömülmelidir.
- ✓ İlaçlama aleti / makinesi temizlenmelidir.

3- İlaçların depolanmasında dikkat edilmesi gerekenler:

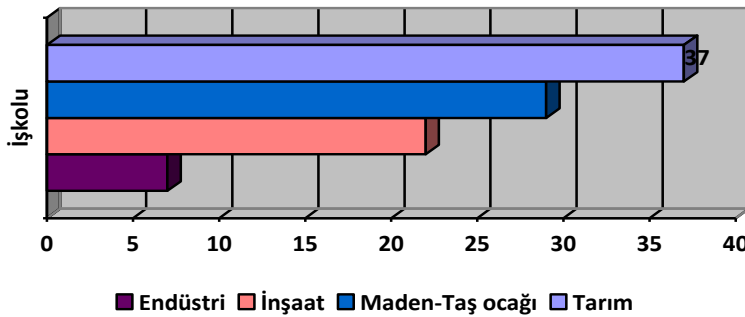
- ✓ Tüm ilaçlar daima iyi okunaklı etiketi bulunan orijinal ambalaj içinde depolanmalıdır.
- ✓ İlaçlar gıda ve yemlerle birlikte depolanmamalıdır.
- ✓ Depolandıkları yerin tabanı beton olmalıdır.
- ✓ Depo içi kuru olmalı ve iyi havalanmalıdır.
- ✓ Depo ya da dolap, ilgisi olmayanlar için kilitli tutulmalıdır,

- ✓ İlaçlar, akıntı ve sızıntı ya da bozulma belirtileri için belirli aralıklarla kontrol edilmeli ve oluşan kirli suların, insanların oturduğu bölgelere, hayvanların beslendiği saha ya da su gereksiniminin karşılandığı kaynaklara gitmesi önlenmeli, depo sahası hendek ya da benzeri kanallarla çevrilerek kirli su, uygun bir havuz ya da kuyuda toplanmalıdır,
- ✓ İlaçlar yangınlarda büyük tehlike doğuracağından yangından korunmalı, bunun için yangın uyarı sistemleri, kıvılcım geçirmez kablo tesisatı ve benzeri güvenlik donanımları kullanılmalıdır.
- ✓ İlaçlar ısı kaynaklarından uzak tutulmalıdır.
- ✓ Depolarda yangın söndürme ve uygun güvenlik donanımı bulundurmalı; bunların doğru ve etkili biçimde kullanılmaları öğrenmelidir. Bunlar hemen kolay bulunur bir yere konulmalıdır.

### 3.Tarımda İş Kazaları

İş kazaları, güvensiz davranış ya da teknik bir arıza nedeniyle ortaya çıkan ve sonucunda her zaman bir sakatlanma, ölüm ya da zarar görülme bile, belirli bir etkinliğin tamamlanmasını engelleyen olaylardır. 1992 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Güvenlik Konseyi'nin (NSC) yaptığı araştırma sonucunda tarım iş kolunda 1 200 ölümcül kaza ve 140 000 kalıcı sakatlıklara yol açan kaza olduğu belirtilmiştir. Ulusal Güvenlik Konseyi'nin aynı yılın bir başka araştırma sonucunda tarım iş kolunun madencilik ve yapı iş kolu ile birlikte üç riskli meslek grubunda yer aldığı bildirilmiştir. Araştırmaya göre, Şekil 2'de de görüldüğü gibi, her 100 000 çalışandan 37'sinin tarım-ormancılık iş kolunda, 29'unun madencilik-taş ocağı iş kolunda, 22'sinin yapı iş kolunda ve 7'sinin endüstri iş kollarında ölümcül iş kazasına uğradığı belirtilmiştir. Tarımla ilgili kazalar yalnız bitkisel ve çiftlik hayvanları üretimini değil aynı zamanda ormancılık, balıkçılık ve tarımsal hizmetleri de içermektedir.

100 000 Çalışanda Ölümcül Kaza Sayısı

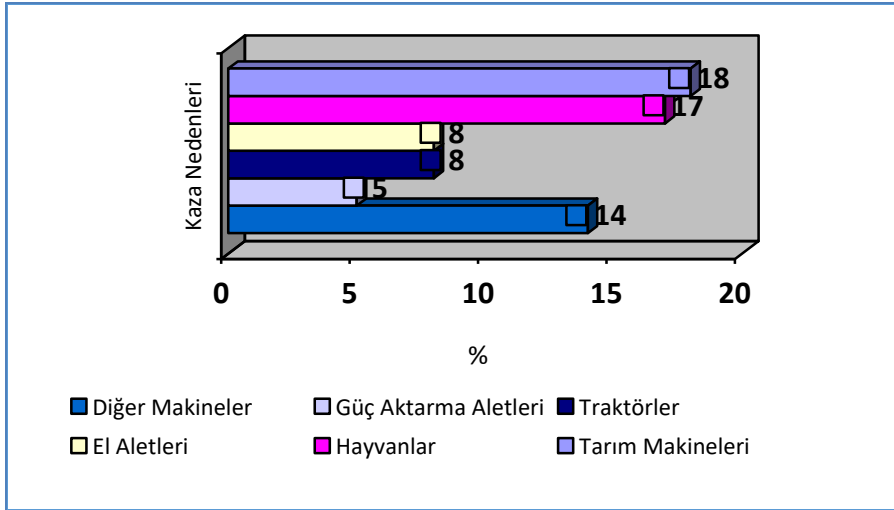


### Şekil 2. ABD'de İş Kollarına Göre Ölümcül İş Kazalarının Dağılımı

Kaynak: Aybek A. Tarım Makineleri ile Çalışmada Oluşan İş Kazaları, Kaza Giderleri, Kazaların Önlenmesi ve Önemli Güvenlik Kuralları, VIII. Ulusal Ergonomi Kongresi Bildiri Kitabı – İzmir

Küresel ölçekte bir sorun olan tarımda iş kazaları konusunda İsviçre’de yapılan bir çalışmada, on iki yıl boyunca birinci basamak bir travma merkezine yapılan tarımsal kaza başvuruları incelenmiştir. 815 olgunun %96.3ü erkek ( $p<0.0001$ ) ve %8.6’sı ağır yaralıdır. En ağır olgular, göğüs yaralanmalarıdır (OR 9.45, %95 GA: 5.59–16.00,  $p<0.0001$ ), ardından sırasıyla karın (OR 7.06, %95 GA: 3.22–15.43,  $p<0.0001$ ) ve baş (OR 5.03, %95 GA: 2.99–8.66,  $p<0.0001$ ) yaralanmaları gelmektedir. Hastaneye yatış, sırasıyla makinelerden kaynaklanan kazalardan ve düşmelerden kaynaklanmaktadır (OR 22.39, %95 GA: 1.95–4.14,  $p<0.0001$  ve OR 2.84 %95 GA: 1.68–3.41  $p<0.001$ ). Düşme olguları ve ağır yaralanmalar diğerlerine göre daha ölümcüldür (sırasıyla OR 3.32, %95 GA: 1.07–10.29,  $p<0.037$  ve OR 9.17, %95 GA: 6.20–13.56,  $p<0.0001$ ). Yüksekten düşmeler yaralanmanın ağırlığına ilişkin skorlar, hastaneye yatış ve mortaliteyle pozitif korelasyon göstermektedir (tümü  $p<0.0001$ ).

Kaza raporlarına göre, tarım makineleri, traktörler ve hayvanlar sık sık kazalara neden olmakta ve oransal değerleri Şekil 3’te görülmektedir. El aletleri ve güç aletlerinin toplamı diğer makineler kadar kazaya neden olmaktadır.



### Şekil 3. Tarımda Kazaya Neden Olan Başlıca Etmenler

Kaynak: Aybek A. Tarım Makineleri ile Çalışmada Oluşan İş Kazaları, Kaza Giderleri, Kazaların Önlenmesi ve Önemli Güvenlik Kuralları, VIII. Ulusal Ergonomi Kongresi Bildiri Kitabı – İzmir

Traktör kazalarına, traktör kapasitesinin zorlanması, üçte bir oranında da dengenin yitilmesi neden olmaktadır. Denge kaybı ise; eğim açısının devrilme açısından büyük

olmasından (%17), yüksek hızdan (%10), bozuk zeminden (%6) ve direksiyon kontrolünün yitirilmesinden (%22) kaynaklanmaktadır.

Ülkemizde tarım iş kolunda iş kazalarına ait istatistikler, yeterli ve ayrıntılı değildir. Tarımdaki genç ve çocukların güvenliği de bir sorundur. Kesin istatistikler bulunmamakla birlikte, uzmanların öngörülerine göre, ülkemizde her yıl tarım iş kolundaki kazalarda 14 yaşından küçük en az 160; 16 yaşından küçük en az 300 çocuğun öldüğü doğrultusundadır.

#### **4.Tarım Makineleri ile Çalışmada Önemli Güvenlik Kuralları**

Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) tarım makineleri ile çalışmada uyulması gerekli olan önemli güvenlik ve korunma kurallarını aşağıdaki gibi sıralamıştır:

- ✓ Makine bakımında yapılacak olan ihmal ve yanlışlıklar kazaya yol açabilir. Tarım makineleri, çok tozlu koşullarda çalıştırıldığından günlük temizlik ve yağlama işleri ihmal edilmemelidir.
- ✓ Onarım gereksinimine dikkat edilmelidir. Makinede görülen arıza zaman yitirmeden kaydedilmeli ve tamir gereksinimi yerine getirilmelidir.
- ✓ Çekilen tarım makinelerinde uygun bir oturma yeri ve platform bulunmuyorsa, bu makineler üzerine iş durumunda oturmasına izin verilmemelidir.
- ✓ Yardımcı işçi ile çalışan ve traktörle çekilen makinelerde (dikim makinesi gibi) harekete geçmeden önce işçinin yerini almasına dikkat edilmelidir. İşçinin makineden inmesi için makine mutlaka durdurulmalıdır.
- ✓ Aracın motoru çalışırken ya da hareket halindeyken makinenin tıkanan kısımları temizlenmemelidir.
- ✓ Tarım makineleri ile çalışma sırasında bol elbiseler, uzun ceket ya da gömlekler giyilmemelidir. Bu tip elbiseler, hareketli parçalara takılarak sarılabilir. Eğer yapılan iş nedeniyle uzun gömlek giymek gerekiyorsa (örneğin ilaçlama işlerinde olduğu gibi), bu tip elbiselerin düğmeleri tamamen iliklenmeli ve çalışma sırasında dikkatli olunmalıdır. Uzun saç, hareketli makineler için her zaman bir tehlike kaynağıdır.
- ✓ Makine üzerinde özellikle kayış ve kasnaklar ile kuyruk mili üzerindeki koruyucuların her zaman yerine takılı olması zorunludur. Makine, bütün koruma elemanları yerine takılmadan çalıştırılmamalıdır.
- ✓ Bir hidrolik ya da elektrikli kaldırma düzeni ile kaldırılmış bulunan makine ya da makine parçası altında tamir, ayar ya da bakım yapılırken mutlaka kaldırılan makine ya da parçanın desteklenmesi gerekir.
- ✓ Bir tarım makinesi krikoyla kaldırıldığında çalışmaya başlamadan önce, makinenin güvenlik içinde bulunup bulunmadığı denetlenmelidir.
- ✓ Mevsim sonunda hangara çekilen makine ile işe başlamadan önce, makinenin bütün parçaları yeniden gözden geçirilmelidir.
- ✓ Kayış, kasnak üzerinden tamamen durmadan sökülmemelidir.

- ✓ Operatör, özellikle çocuklar ve çevresindeki insanlar her zaman çalışan makineden uzak tutulmalıdır. Eğer bu işlerin güvenlik içinde bulunduğuna ilişkin bir şüphe varsa, çalışma derhal durdurulmalıdır.
- ✓ Kayma güvenlik kavramaları, her zaman uygun yük koşullarına göre ayarlanmış olmalıdır.
- ✓ Römork ile taşımada kapasiteden çok yük taşınmamalı, yükler römork dışına taşmamalıdır. Yük üzerinde kesinlikle insan taşınmamalıdır. Ayrıca, yükler römorka sıkı bir biçimde bağlanmalıdır.
- ✓ Tarım makinelerinin traktöre bağlantı noktaları yüksek tutulmamalıdır.
- ✓ Römorkla kesinlikle işçi taşınmamalıdır.
- ✓ Güvenlik kabinli traktörlerde, sürücü ile aşağıdakiler arasında uygun haberleşme olanağı sağlanmalıdır.
- ✓ Motorlu tarım aracı üzerinde yangın söndürücülerin her zaman dolu olması sağlanmalı ve bunlar zaman zaman kontrol edilmelidir.
- ✓ İlk yardım için gerekli malzeme gerekli yerlerde bulunmalı ve tarım makinesi ile çalışan personel ilk yardım konusunda eğitilmelidir.
- ✓ Tarım araçlarının arkasına "yavaş ilerleyen araç" uyarısı konmalıdır.

## 5.Tarımda İSG Hizmetleri Ne İçin Önemlidir?

Artan nüfus ile birlikte gıda gereksiniminin de artması tarım sektörünü en stratejik sektörlerden biri durumuna getirmektedir ve tarım sektöründe sürdürülebilirliğin sağlanması giderek daha çok önem kazanmaktadır. Sürdürülebilirliğin sağlanmasının bir koşulu da çalışanların iş sağlığı ve güvenliği koşullarının iyileştirilmesidir.

Güncel literatür incelemesi ile, tarımdaki İSG gereksinimine ilişkin yapılan çalışmalarda örnekler şöyledir: En son 2011-2012 Ulusal Tarım Çalışanları Araştırması (NAWS)'na göre ABD'de tarım çalışanlarının %72'si erkektir. Erkek tarım çalışanları, pek çok mesleki risk, psikolojik stresörler ve ayrımcılık, kötü sağlık çıktılarına yol açabilecek etmenlerdir.

Sıcak çarpması tarım çalışanları açısından tehlikelidir. Tarım, ormancılık, avcılık ve balıkçılıkla uğraşanlarda sıcak çarpmasından ölüm riski, diğer sektörlerde çalışanlara göre 35 kat daha yüksek ve ölenlerin %97'si erkek, neredeyse tamamı 20-54 yaş arası göçmen olup, Hispanikler 3 kat daha büyük risk altındadır. Georgia'da yapılan bir çalışmaya göre, tarım çalışanlarının %77'si korunma konusunda eğitimi yok, %34'ü dinlenme olanaklarından ve %27'si gölge bir alandan yoksundur.

Texas ve New Mexico'da 141 tarım çalışanında yapılan bir çalışmaya göre, kazalar yaygındır, özellikle 40 yaş üstü erkeklerde görülmektedir. Erkeklerde, son bir yılda bel ağrısı sıklığı, kadınlardan 2.9 kat, diz yaralanmaları ise 3.0 kat daha fazladır. Kas iskelet yakınmaları ve kronik ağrılar da erkeklerde daha sıktır. Virginia'da 390 erkek

tarım çalışanında yapılan bir çalışmaya göre, kas iskelet sistemi yakınmaları, en sık bildirilen yakınmalar olup; yaş ortalaması 38.5'tir. Güney Carolina'da, 300 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, çalışanların %29.2'si asgari ücretin altında ücretle çalışma ve güvensiz pestisit kullanımını bildirilmiştir. Çalışanların %15.5'i pestisit uygulaması sırasında arazide çalışmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir.

Tarım çalışanları arasında 2011-2012 yıllarında yapılan bu çalışmada (NAWS); %72'si erkek olan katılımcıların %8'i hipertansiyon, %5'i diyabet, %3'ü astım tanısı aldıklarını belirtmişlerdir. Kaliforniya da anket ve fizik muayene uygulanan ve 416 erkek tarım çalışanında yapılan çalışmada; katılımcıların %27'si hipertansiyon, % 29'u şişman, %5'i diyabetik olarak belirlenmiştir. Orta Amerika ve Asya kaynaklı çalışmalarda, uzamış susuzluğa ikincil olarak, genç erkeklerde kronik böbrek yetmezliği riskinin arttığı belirtilmektedir.

Erkek tarım çalışanları, ailelerinden uzak oldukları için artmış depresyon, alkolizm ve madde kullanım bozuklukları riski altındadırlar. Hiott ve arkadaşları, 125 erkek tarım çalışanında depresyon prevalansını %41.6 olarak belirlemiştir.

Sosyal izolasyon ve yoğun stres altındaki erkek çalışanlarda, anksiyete ve depresyon bulguları sıktır. Kaliforniya'da 422 erkek tarım çalışanında sinirlilik prevalansı %20, sinirlilik ve mutsuzluk en sık belirtilen bulgular olup; nedenleri ailesel ve kişisel sorunlar ile çeşitli hastalıklar olarak bildirilmiştir. Ailesinden ayrı olan erkeklerdeki sinirlilik prevalansı %28'dir; bu kişiler aynı zamanda daha kötü barınma koşulları, artmış algılanan stres düzeyi ve daha düşük yıllık gelirden yakınmaktadır.

Erkek tarım çalışanlarında sağlık riskleri arasında tütün kullanımı ilk sırada sayılmaktadır. Virginia'da 390 erkek tarım çalışanında tütün kullanım sıklığı %10.3, Oregon'da 242 kişide %17.0 olarak bildirilmiştir. Hispanik 37 erkek tarım çalışanında yapılan odak grup görüşmesinde, katılımcılar egzersiz, sağlıklı beslenme ve koruyucu sağlık hizmetleri kullanımına önem verdiklerini, ancak iş yükü ağırlığı yüzünden yeterince olanak bulamadıklarını belirtmişler, ancak hasta olduklarında hekime gidebildiklerini belirtmişlerdir. Kuzey Carolina da 100 göçmen tarım işçisinde yapılan küçük bir pilot çalışmada, katılımcıları son üç ayda cinsel ilişki yaşadığını söyleyen %25'lik bölümü içinde, kondom kullananlar üçte ikilik bir kısmı oluşturur. Katılımcıların %16'sı da son üç ayda para karşılığı cinsel ilişki yaşamıştır.



Sağlık kayıt ve istatistiklerine güvenilmediğinde, toplum tabanlı olarak seçilen örneklerde nüfus sağlık araştırmaları uygulanmakta olup, karar vericilere hizmeti planlamada destek olunmaktadır. Bu kapsamda Kore'de 2009 yılında, tarımda dört gün ve daha çok iş göremezliğe yol açan kazaların sıklığı ve nedenlerini belirlemek üzere yapılan hane halkı araştırması sonuçlarına göre; yıllık kaza sıklığı %3.2'dir. Meyve tarımıyla uğraşanlar diğerlerine göre, erkekler kadınlara göre, 50 yaşından yaşlı olanlar gençlere göre daha büyük risk altındadır. Yılda ortalama on ay ya da daha uzun süre çalışanlar 2.24 kat, günde ortalama on saat ya da daha uzun süre çalışanlar 1.79 kat daha riskli bulunmuştur.

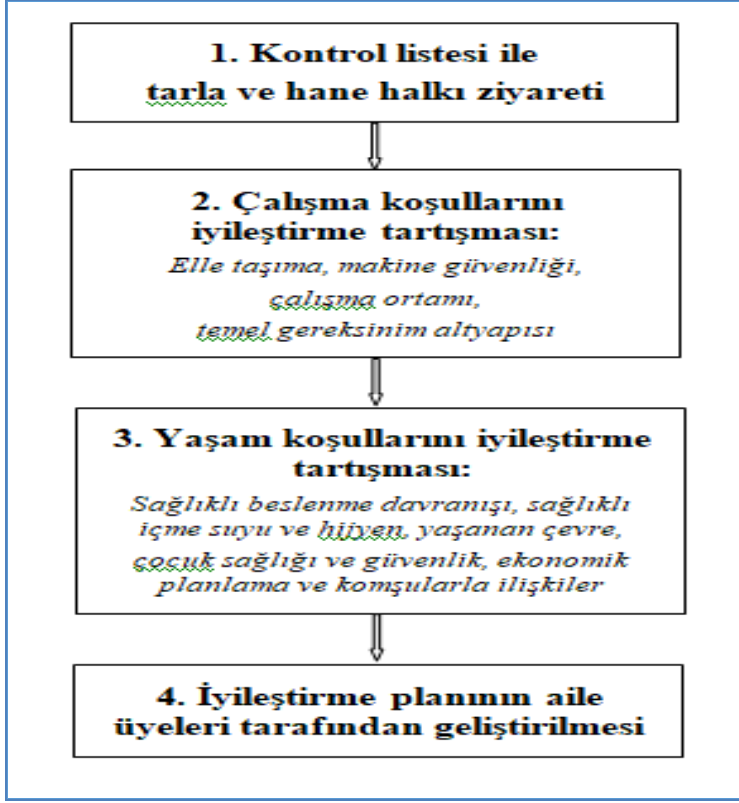
ABD de, tarım çalışanlarının güvenlik kültürünü geliştirmek üzere yapılması gerekenlerin ele alındığı bir makaleye göre, Dünya genelinde olduğu gibi ABD'de de çiftçilerin çoğu küçük işletmelerde, ya da kendi arazilerinde çoğu kez herhangi güvenlik kuralı ya da zorlaması olmaksızın ve yaşına bakılmaksızın diğer aile bireyleriyle birlikte çalışmaktadır. Bu küçük çiftlikler, büyüklükleriyle orantısız biçimde tarım sektöründeki kazalar sonucu ortaya çıkan yaralanma ve ölümlerin büyük bir çoğunluğunun görüldüğü yerlerdir; öylesine ki ölümler diğer tüm sektörlerin 7 katıdır. Tersine, endüstriyel tarımın yapıldığı büyük çiftliklerde, aile tarımı dışındaki işletmeler, ekonomik olarak teşvik edilen, tedarik zincirlerine entegre ve güvenlik kültürü uygulamalarının daha etkin olduğu işletmelerdir; tarımdaki kanaat önderleri, tarıma dayalı sanayi bağlantıları, tarım örgütleri ve tarım medyası ile ilişkiler açısından ön plandadırlar. Tüm bu etmenler, aile tarımı anlayışındaki değişim ve güvenlik kültürünün geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Büyük işletmeler kendilerine Amerika Tarımda Güvenlik ve Sağlık Konseyi (ASHCA) ve Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH) gibi İSG savunucusu olan ve bilimsel araştırmaları destekleyen paydaşlar bulabilmektedir. Tarımda tüm kaza istatistikleri alarm vermektedir; bununla birlikte ASHCA, akademi, sağlık örgütleri gibi tarafların işbirliğiyle mevcut sağlık ve güvenlik kültürü olumlu yönde geliştirilebilir.

ABD de aile tarımı ile uğraşanların önemli bir bölümü hiç İSG eğitim almamış ya da çok az bir bölümü eğitim almış, güvenlik kültürü konusunda bir rol modelleri ve İSG alanında özendirici kaynak tahsisatı bulunmamaktadır. Tarım alanında etkinlik gösteren kuruluşlar, aile tarımı ya da yarı zamanlı, küçük ölçekte çiftçilik yapanların

güvenlik kültürünü olumlu yönde değiştirecek anlamlı girişimlerin bir yolunu bulmalı ve uygulamalıdır.

Büyük alıcılar ve hükümet gıda güvenliği uygulamaları yanında, üreticilerden; çocuk işçiliğın önlenmesi, ekonomik ve fiziksel istismarın önlenmesi, hayvanlara kötü davranmanın önlenmesi, güvenlik kültürünün geliştirilmesi gibi; sağlık, güvenlik ve ekonomik özkaynakların yönetimi konularında yaptırımlar uygulayıp, sattıkları ürünlere ilişkin GLOBALG.A.P (<http://www.globalgap.org/>) ve diğeri uluslararası ya da ülkeye özgü standartlara uymalarını beklemektedir.

Yukarıda da belirtildiği gibi, gelişmekte olan ülkelerde, görece daha yoksul ve aile tarımı ile geçinen tarım çalışanları açısından İSG hizmetlerine duyulan gereksinim çok daha belirgindir. Bunun için, WIND (Work Improvement in Neighbourhood Development – Komşuların Gelişiminde İş Geliştirme) programı 1998 yılında Vietnam'ın Cantho Eyaletinde Meslekseç Sağlık ve Çevre Merkezi, Sağlık Bakanlığı ile Japonya İşbilim Enstitüsü arasındaki işbirliği ile ve Toyota Vakfı desteğiyle doğmuş, UÇÖ'nün yardımıyla yaygınlaştırılmıştır. Yaygın uygulamaları Asya ülkelerinde başlayan bu programın geliştirilmesindeki temel yaklaşım, gönüllü çiftçilerin eğitilmesi ve eğitim alan çiftçilerin yakın komşuluklarında bulunan diğeri çiftçileri eğitmesidir. Katılımcılar edilgen konumda değildir; aldıkları etkileşimli eğitimin bir çıktısı olarak, çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmeye yönelik kendi uygulayacakları eylem planlarını geliştirmeleri istenmektedir. Aşağıda bir günlük pilot eğitimin akış şeması görülmektedir (Şekil 4).



#### Şekil 4. Pilot Eğitim Akış Şeması

Kaynak: Kawakami T., Khai TT., Kogi K. Research That Can Support Self-Help Initiative of Local Farmers to Improve Safety & Health at Work: Birth & Growth of WIND Training Program in Viet Nam. Journal of Safety, Health & Environmental Research 2012;8(1) p-16. – Uyarlanmıştır.

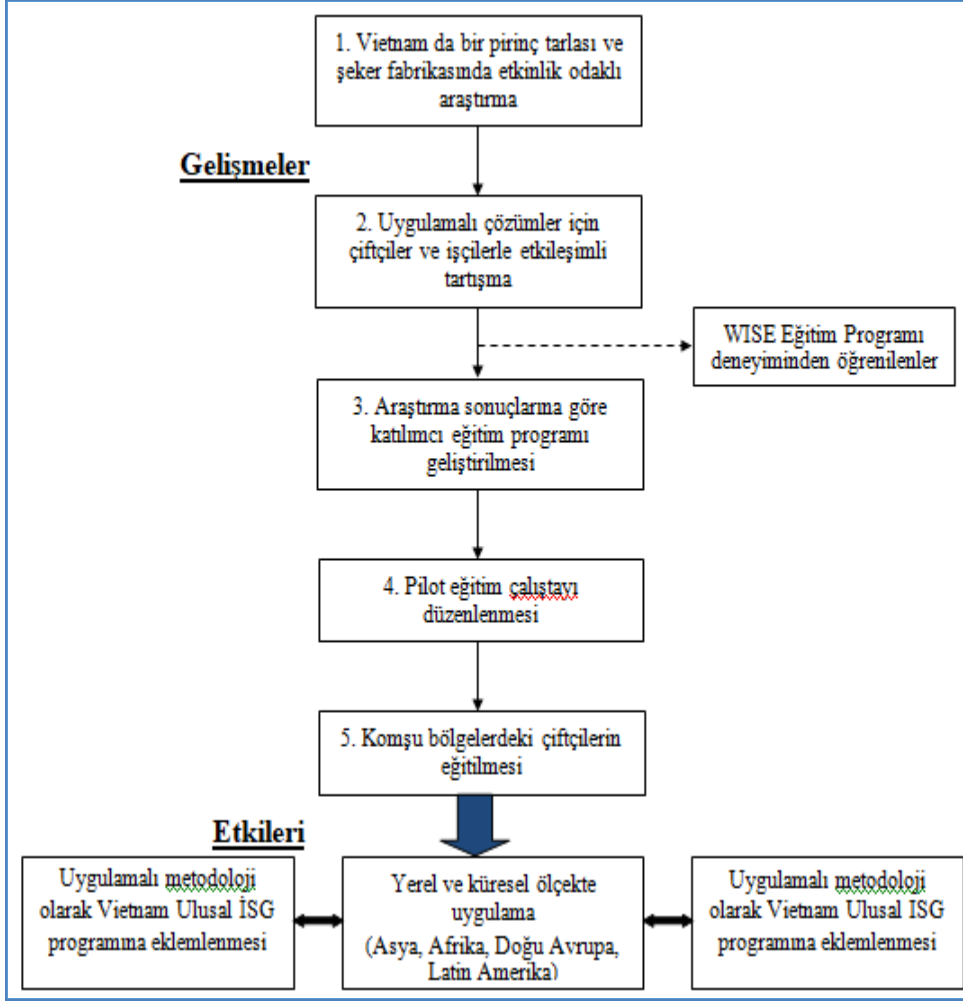
Örnek bir uygulama olarak, Güney Kore’de 8 köyde, 595 çiftçinin katılımıyla, çiftçilerin sağlığının geliştirilmesi ve iş kazalarının azaltılmasına yönelik olarak uygulanan katılımcı eğitim etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada; katılımcıların %36.5’ine bir günlük eğitim uygulanmış, bu çerçevede iyi uygulama sunumları yapılmış, grup tartışması gerçekleştirilmiş ve sonucunda katılımcılar kontrol listeleri oluşturmuşlardır. Eğitim öncesi ve sonrası anket uygulanmış, 1 ve 3 ay sonra kontrol listeleri ile değerlendirilmiştir. Çalışma koşullarının geliştirilmesine ilişkin katılımcılar tarafından oluşturulan 620 eylem planının %61.5 inin uygulandığı gözlemlenmiştir. Sigara içenlerin oranı %29.8 den, %25.3 e; pestisit zehirlenmelerinin oranı %16.1 den, %4.8 e düşmüş ancak, kazalara bağlı yaralanmalar açısından iki grup arasında fark saptanmamış olup örnek iyileştirmeler Şekil 5’te görülmektedir.



### Şekil 5. Girişim Sonucu Örnek İyileştirmeler

Kaynak: Kim JS., Yoon SY., Cho SY., Kim SK., Chung IS., Shin HS. Effectiveness of Participatory Training for the Promotion of Work-related Health and Safety among Korean Farmers. Ind Health 2017;55(4): p-401

Bir başka örnek olarak Vietnam'da, yine WIND (Work Improvement in Neighbourhood Development) çekirdek eğitim metodolojisi kullanılarak, 14 bölgeden seçilen 480 gönüllü çiftçi eğitilmiş; onlar da 7 922 komşusunu eğitmişlerdir. WIND, kontrol listeleri, iyi uygulama örnekleri ve diğer katılımcı eğitim materyalini içeren ve gönüllülerin eğitiminde kullanılan pratik bir araçtır. Eğitilen çiftçiler, elle taşıma, çalışma postürü, makine ve elektrik güvenliği, çalışma ortamı, kimyasal tehlikelerin kontrolü ve hijyen altyapısını da içeren 28 508 iyileştirme belirlemişlerdir. Yerel destek komiteleri izleme toplantıları düzenleyerek, WIND çiftçi ağını güçlendirmişlerdir. Böylelikle çiftçilerin İSG koruma düzeylerinin gelişmesine katkıda bulunmuş ve ulusal program durumuna getirilmiştir. Buna ilişkin örnek akış şeması ve kazanımları içeren bir şema aşağıda bulunmaktadır (Şekil 6).



### Şekil 6. WIND Eğitim Programının Gelişimi ve Etkileri

Kaynak: Kawakami T., Khai TT., Kogi K. Research That Can Support Self-Help Initiative of Local Farmers to Improve Safety & Health at Work: Birth & Growth of WIND Training Program in Viet Nam. Journal of Safety, Health & Environmental Research 2012;8(1) p-17. – Uyarlanmıştır.

Gelişmiş bir ülke örneği olarak ABD’de, Kuzey Carolina Çalışma Bakanlığı Tarımsal Güvenlik ve Sağlık Bürosu Göçmen İskan Yasası’nın çıkmasına ön ayak olmuş, iş kazaları ve hastalıklardan korunmaları için diğer paydaşlarla birlikte, Altın Yıldız Programı başta olmak üzere güvenli tarım konusunda birçok proje geliştirmiştir. Yine, Tarım ve Tüketici Hizmetleri Bakanlığı’na bağlı, Organik Zararlı Mücadelesi ve Pestisit Bölümü, Pestisit Çevre Güvenliği Fonundan, Pestisit Konteyner Geri Dönüşüm Programı, Pestisit İmha Yardım Programı gibi programları desteklemişlerdir. Sağlık Bakanlığı Mesleki ve Çevresel Epidemiyoloji Birimi pestisit ve karbon monoksit zehirlenme surveyans programı geliştirerek uygulamaya başlamıştır.

Tüm bu bilgiler ışığında ülkemiz için şunu söylemek olasıdır ki, tarım çalışanları yalnızca İSG hizmetlerine değil, bağışıklamadan, sağlık eğitimine, erken tanı ve taramalardan, sigara bırakma danışmanlığına, kronik hastalık izlemine dek hizmetlere gereksinim duymaktadır. Dolayısıyla bu hizmetlerin yalnızca özel sektör eliyle sunumu çok olası görülmemektedir. Kamu otoritesinin dolayısıyla Sağlık Bakanlığının bu hizmetlerin sunumunda etkin rol oynaması büyük önem taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı açısından bu çalışmalar, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği gereği, 03.08.2011 tarihinden itibaren 25143 sayılı Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge ile düzenlenmiştir. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, 5 Şubat 2015 tarih 29258 sayı ile yürürlüğe girmiştir. Buna göre TSM, bölgesinde insan sağlığı ile ilgili her türlü çevre koşullarını izlemek ve değerlendirmek, önlem alınması gereken durumlarda ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmakla yükümlüdür. Çalışan sağlığı ve güvenliği ile ilgili temel düzenleme ise, 16 Haziran 2011 tarih ve 20065 sayı ile yürürlüğe giren Temel İş Sağlığı Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergedir. Ancak, gerek sözü edilen yönetmelik ve yönerge, gerek ÇSGB'nın mevzuatı, tarımdaki iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili belirsizliği gidermemiştir. Yazının yazıldığı tarih itibarıyla TSM lerin kaldırılmış ve İlçe Sağlık Müdürlükleri üzerinden yeni bir yapılanmaya gidilmesi beklenmektedir. Birinci basamak İSG hizmetleri ve tarımda İSG hizmetleri konusunda, belirsizlikler sürmekte ve yeni düzenlemelere gereksinim bulunmaktadır.

Hizmet sunumunda kullanılacak yöntem, öncelikle yerel-bölgesel hizmet gereksinimlerini (kayıtlar, toplum tabanlı araştırmalar vb) saptamaya, peşi sıra katılımcı yöntemleri kullanarak verilecek eğitim sonrasında, hizmet alanların kendi sorun ve çözüm önerilerini kendilerine buldurmaya yönelik, eylem odaklı olmalıdır. Verilen hizmetlere ilişkin kayıtlar tutulmalı, Sağlık Bakanlığı öncülüğünde ÇSGB ve Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Meslek Odaları ve üniversiteler ile yakın işbirliği içinde, kitle iletişim araçlarıyla desteklenen, sürekli olarak geliştirilen, toplum katılımını önceleyen bir yaklaşımla, ulusal sağlık sistemine entegre edilmelidir.

## 6.Sonuç

Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği mevzuatındaki en önemli gelişme Haziran 2012’de 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun yayımlanmasıdır. Bu tarihten önce iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin hükümler 4857 sayılı İş Kanunu kapsamında düzenlenmekteydi. Bu Kanunda da 50 ve 50’den az işçi çalıştıran tarım ve ormancılık işlerinin yapıldığı işyerleri kapsam dışında yer almaktaydı. Tarım sektörünün de küçük ve parçalı işyerlerinden oluşan bir yapıya sahip olması bu sektörde çalışanların sağlık ve güvenliklerinin korunmasını yasal bir dayanağa bağlamamaktaydı. 6331 sayılı Kanun ile tüm çalışanlar kapsama alınmış ve tarım sektöründe çalışanların da sağlık ve güvenliklerinin korunması için gerekli yasal düzenleme yaşama geçmiştir. Gerekli yasal düzenlemeler tamamlandıktan sonra atılması gereken adım da, saha koşullarında bu düzenlemelerin uygulanmasında karşılaşılan sorunların çözüme kavuşturulmasıdır. Ancak, hizmet sektöründen sonra en büyük sektör olan tarımın, ücretsiz aile işçiliği ve kayıt dışı çalışma ile 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği kanununda belirtilen “kendi nam ve hesabına çalışan” sınıfına girdiği gerçeği göz önüne alındığında; yasanın kapsayıcılığı açısından sorun giderilmiş sayılamaz. Tarım sektöründe iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin sorunların çözümü ancak bu sorunların somut olarak ortaya konulması, çözüm önerileri geliştirilmesi ve uygulanması ile olasıdır.

- ✓ Kayıt dışılık ile mücadele çalışmalarına öncelik verilmelidir. Tarım sektörüne özgü kayıt sistemleri geliştirilerek doğruluk ve güvenilirlikleri arttırılmalıdır.
- ✓ UÇÖ nün 184 sayılı Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Sözleşmesi imzalanarak, yürürlüğe girmelidir. Bu sözleşme, geçici ve mevsimlik işçilere de kadrolu işçilerle aynı hakları sağlayıp, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasasındaki hükümlerin uygulanmasını kolaylaştıracaktır. Ayrıca işçilerin barınacakları yerlerin insani koşullara uygun olmasını, çalışma sürelerini, iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı korumayı da düzenlemekte olan bu sözleşme, birçok sorunun çözümünü sağlayacaktır.
- ✓ Çalışanların büyük bir kısmı, kendi hesabına ya da aile işletmesinde çalışanlarla genç ve kadın çalışanlardan oluşmaktadır. İSG hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla, diğer sektörlerden farklı yöntemlerin geliştirilmesini gerektirmektedir.
- ✓ Birinci basamakta çalışan hekim ve sağlık çalışanlarının İSG konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyleri arttırılmalıdır.
- ✓ Sektördeki tüm paydaşların işbirliği ile inceleme ve araştırma projeleri geliştirmeli; elde edilen kazanımların yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

- ✓ Tarımın farklı alanlarında çalışmalar yürüten araştırmacı ve akademisyenlerin İSG bakış açısıyla, çalışmalar yapması özendirilmeli; tarımda iş sağlığı ve güvenliğine yönelik yayınlar arttırılmalıdır.
- ✓ Çalışanların güvenlik kültürü kazanmalarını sağlayacak eğitim modülleri ve yöntemleri geliştirilmelidir.
- ✓ İş sağlığı ve güvenliği önlemlerini de kapsayacak biçimde tarım sektörüne özgü mesleki eğitim modülleri geliştirilmelidir.
- ✓ Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı personeli, İSG konusunda eğitilmeli ve bunu çalışmalarına yansıtılmaları sağlanmalıdır.
- ✓ Sektöre özgü teşvik ve kredi uygulamalarında İSG'nin de bir ölçüt olarak ele alınması sağlanmalıdır. İyi uygulama örnekleri desteklenmeli ve özendirilmelidir.

## Kaynaklar

1. Gasperini FA. Agricultural leaders' influence on the safety culture of workers. Journal of Agromedicine, DOI: 10.1080/1059924X.2017.1357514.
2. Güler Ç., Çobanoğlu Z. Pestisitler. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:52. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü-Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara:1997
3. Kalıpcı E., Özdemir C., Öztaş H. Çiftçilerin Pestisit Kullanımı ile İlgili Eğitim ve Bilgi Düzeyi ile Çevresel Duyarlılıklarının Araştırılması. TÜBAV Bilim 2011;4(3):179-187.
4. Arcury TA., Quandt SA. Delivery of Health Services to Migrant and Seasonal Farmworkers. Annu. Rev. Public Health 2007;28:345-63.
5. Şahin G., Uskun E., Ay R., S. Öğüt S. Elma Yetiştiriciliği Alanında Çalışanların Tarım İlaçları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. TAF Prev Med Bull 2010;9(6):633-44.
6. Kim JS., Yoon SY., Cho SY., Kim SK., Chung IS., Shin HS. Effectiveness of Participatory Training for the Promotion of Work-related Health and Safety among Korean Farmers. Ind Health 2017;55(4):391-401.
7. Chae E., Min K., Youn K., Park J., Kim K., Kim H., Lee K. Estimated Rate of Agricultural Injury: The Korean Farmers Occupational Disease and Injury Survey. Ann Occup Environ Med 2014;Apr 25:26:8.
8. Aybek A. Tarım Makineleri ile Çalışmada Oluşan İş Kazaları, Kaza Giderleri, Kazaların Önlenmesi ve Önemli Güvenlik Kuralları, VIII. Ulusal Ergonomi Kongresi Bildiri Kitabı – İzmir.
9. Pfortmueller CA., Kradofer D., Kunz M., Lehmann B., Lindner G., Exadaktylos AK. Injuries in Agriculture – Injury Severity and Mortality. Swiss Med Wkly. 2013;143:w13846.
10. Langley R., Hirsch A., Cullen R., Allran J., Woody R., Bell D. North Carolina State Agencies Working to Prevent Agricultural Injuries and Illnesses. J Agromedicine 2017;22(4):358-63.
11. Kawakami T., Van VN., Theu NV., Khai TT., Kogi K. Participatory Support to Farmers in Improving Safety and Health at Work: Building WIND Farmer Volunteer Networks in Viet Nam. Ind Health 2008;46:455-62.
12. Kawakami T., Khai TT., Kogi K. Research That Can Support Self-Help Initiative of Local Farmers to Improve Safety & Health at Work: Birth & Growth of WIND Training



Program in Viet Nam. Journal of Safety, Health & Environmental Research 2012;8(1):11-8.

13. Ahioglu SS. Tarım Sektöründe İş Sağlığı ve Güvenliği ve Risk Değerlendirmesi. İSGÜM-İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi. Ankara-2008.p16-37.
14. Clausen AS., Jørs E., Atuhaire A., Thomsen JF. Effect of Integrated Pest Management Training on Ugandan Small-Scale Farmers. Environ Health Insights 2017 Apr 12;11: 1178630217703391
15. Açık Tarım Alanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Rehberi. ÇSGB – İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü Müdürlüğü. Ankara: 2013.
16. Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Rehberi. ÇSGB – İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü Müdürlüğü. Ankara: 2013.
17. Koruk İ., Altun DU. Mevsimlik Tarım İşçileri. Pala K, editör. Birinci Basamak Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı. 1. Baskı. Ankara: Palme Yayınevi; 2015. p.373-8.