T.C KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

MESLEK HASTALIĞI ŞÜPHESİ İLE BAŞVURAN ÇALIŞANLARIN PSİKOSOSYAL RİSK DURUMLARI: İSTANBUL MESLEK HASTALIKLARI HASTANESİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kazım ASLAN

KOCAELİ 2019

T.C. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

MESLEK HASTALIĞI ŞÜPHESİ İLE BAŞVURAN ÇALIŞANLARIN PSİKOSOSYAL RİSK DURUMLARI: İSTANBUL MESLEK HASTALIKLARI HASTANESİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kazım ASLAN

TEZ DANIŞMANI
Dr.Öğr. Üyesi Figen PASLI

KOCAELİ, 2019

TC.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

MESLEK HASTALIĞI ŞÜPHESİ İLE BAŞVURAN ÇALIŞANLARIN PSİKOSOSYAL RİSK DURUMLARI: İSTANBUL MESLEK HASTALIKLARI HASTANESİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZİ HAZIRLAYAN: Kazım ASLAN
Tezin Kabul Edildiği Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ve No: 25.03.2019/24

Jüri Başkanı: **DOÇ.DR. Bedrettin KESGİN**	**İMZA**
Jüri Üyesi: **DR. ÖĞR. ÜYESİ Hüsnünur ASLANTÜRK**	**İMZA**
Jüri Üyesi **DR. ÖĞR. ÜYESİ Figen PASLI**	**İMZA**

KOCAELİ, 2019

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitim sürecinin sonunda tanışmış olsam da benden bilgi ve tecrübelerini eksik etmeyen, her türlü kolaylığı sağlayan danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Figen PASLI hocama,

Dokuz Eylül Üniversitesinin değerli öğretim görevlisi Prof. Dr. Yücel Demiral'a ve ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapıp, tezimin analiz sürecinde desteğini hiç esirgemeyen Ceyda ŞAHAN'a

Lisans ve Yüksek Lisans eğitim sürecinde sosyal hizmet meslek ve disiplinini her yönüyle bize aktarmaya çalışan, sosyal hizmet bakış açısı ile çalışabilmemde bana büyük katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Yüksel BAYKARA ACAR ve Prof. Dr. Hakan ACAR'a,

Araştırma sürecinde her türlü desteğini aldığım İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesinin başhekimliğinden doktorlarına, hemşirelerine, sağlık kurulu çalışanlarına,

Araştırmaya katılıp kıymetli zamanlarını soruları cevaplamakla değerlendiren bütün meslek hastalığı hastalarına,

Desteğini her zaman yanımda hissettiğim tüm arkadaşlarım ve aileme,
Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i
ÖZET iv
ABSTRACT v
TANIMLAR vi
KISALTMALAR LİSTESİ vii
ŞEKİLLER LİSTESİ viii
TABLOLAR LİSTESİ ix
GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. MESLEK HASTALIKLARI 4
1.Meslek Hastalığı Kavramı 5
1.2.Meslek Hastalıklarının Gelişimi 7
1.2.1.Dünyadaki Gelişim 7
1.2.2.Türkiye'deki Gelişim 8
1.3.Meslek Hastalıklarının Unsurları 10
1.3.1.Sigortalı Olma Durumu 10
1.3.2. Gerçekleşmiş Bir Hastalık Olma Durumu 10
1.3.3. Harici Bir Sebep Bulunma Durumu 11
1.3.4. Uzun Bir Zaman Parçası İçinde Meydana Gelme Durumu 11
1.3.5. Tekerrür Eden Bir Sebep Olma Durumu 12
1.3.6. Uygun İlliyet Bağı 12
1.3.7. Sigortalının Bedence Veya Ruhça Bir Zarara Uğraması 13
1.4.Meslek Hastalıklarının Saptanması Yöntemi 14
1.4.1. Meslek Hastalıkları Listesi 14
1.4.2. Listede Yer Almayan Hastalıkların Saptanması Yöntemi 16
1.5.Sosyal Güvenlik ve Sosyal Risk Kavramları 16
1.5.1. Sosyal Güvenlik Kavramı 16
1.5.2. Sosyal Risk Kavramı 19
1.5.2.1. Mesleki Riskler 21
1.5.2.2. Fizyolojik Riskler 21
1.5.2.3. Sosyo-Ekonomik Riskler 22
1.5.3. Sosyal Güvenlik Sisteminde Meslek Hastalıklarının Yeri 22
1.5.3.1. İş Kazası Ve Meslek Hastalığı Sigortasının Amacı 22
1.5.3.2. İş Kazası Ve Meslek Hastalığı Sigortasının Tarihi Gelişimi 23
1.6. Mavi Yakalı-Beyaz Yakalı Çalışan Kavramı 28

İKİNCİ BÖLÜM

2. PSİKOSOSYAL RİSKLER 31
2.1.Psikososyal Risklerin Tanımı 31
2.2.Psikososyal Riskler ve Stres 32
2.2.1.İş Stresörleri ve İşçi Gerginliği Arasındaki Bağlantı 32
2.2.2.Psikososyal Riskler ve Örgütsel Sonuçları 34
2.3.Psikososyal Kuramsal Modeller 35
2.3.1.İş Yükü-Kontrol-Sosyal Destek Modeli 35
2.3.2.Çaba-Ödül Uyumsuzluğu Modeli 36
2.4.Çalışma Yaşamında Psikososyal Risk Faktörleri 38
2.4.1.İşin İçeriği 39
2.4.2.İş yükü ve hızı 40
2.4.3.Zaman Baskısı 41
2.4.4.Bilişsel Talepler 41
2.4.5.Duygusal Talepler 41
2.4.6.Çalışma Saatleri: Vardiyalı ve Uzun Çalışma Saatleri 42
2.4.7.İş Rolleri 42
2.4.8.Çatışma 43
2.4.9.Değişim 43
2.4.10.İşyerinde Şiddet ve Zorbalık 43
2.4.11.İş Denetimi 43
2.4.12.Meslektaş ve Danışman Desteği 44
2.4.13.Örgütsel Adalet 44
2.4.14.Tanınma ve Ödüllendirme 45
2.5.Psikososyal Riskleri Yönetmenin Önemi 45
2.6.Yeni Tehlikeler "İşin Değişen Dünyası" 45
2.7.İşyerinde Psikososyal Risklerin Ortaya Çıkması 48
2.8.Psikososyal ve Fiziksel Tehlikeler Arasındaki Farklar 49
2.9.Psikososyal Tehlikeler İçin Risk Değerlendirmesi 50
2.9.1.Kurumsal ve Yönetim Bağlılığı 50
2.9.2.Kurumsal İletişim 51
2.9.3.Çalışan Katılımı 52
2.9.4.Değerlendirme İçin Çalışma Gruplarının/Alanlarının Tanımı 52
2.9.5.Risk Değerlendirmesi İçin Güvenilir Yöntemlerin Kullanımı 53
2.9.6.Gerçekçi Zaman Dilimleri 57

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. İŞYERİNDE SOSYAL HİZMET: MESLEKİ SOSYAL HİZMET 58
3.1.Mesleki Sosyal Hizmetin Tarihçesi 58
3.2.İşyerinde Sosyal Hizmetin Rolü 59
3.3.Mesleki Sosyal Hizmet Etiği Ve Kurumsal Sosyal Sorumluluk Alanındaki Değerler.... 62
3.4.Çalışan Destek Programları 63
3.4.1.Çalışan Destek Programları Politika ve Prosedürleri 64
3.4.2.Çalışan Destek Programlarının Kapsadığı Temel Konular 66
3.4.3.Dünya'da Ve Türkiye'de Çalışan Destek Programları 66

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ 68
4.1. Araştırmanın Problemi 68
4.2. Araştırmanın Amacı 69
4.3. Araştırmanın Önemi 70
4.4. Araştırmanın Kapsam ve Kısıtlılıkları 70
4.5. Araştırmanın Yöntemi 70

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. BULGULAR VE YORUMLAR 73
5.1. Tanimlayici Bulgular 73
5.2. Psikososyal Risk Durumları İlişkisel Bulguları 81
TARTIŞMA VE SONUÇ 91
KAYNAKÇA 93
EKLER 105
ÖZGEÇMİŞ 119

ÖZET

Bu araştırmanın iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki bazı değişkenler açısından meslek hastalığı şüphesi ile başvuran çalışanların hastaneye sevk durumlarının incelenmesi, ikincisi ise meslek hastalığı şüphesi ile başvuran çalışanların psikososyal risk durumlarının ortaya çıkarılmasıdır.

Araştırmada kesitsel araştırma modeli kullanılmıştır. Araştırma verileri Sağlık Bakanlığından alınan izin ile 01 Nisan 2016- 01 Haziran 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya meslek hastalığı şüphesi ile hastaneye başvuran300kişi katılmıştır. Ancak 35 hastanın doldurmuş olduğu anketlerdeki veriler cevaplardaki eksiklikler nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Çalışma İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesinde yapılmıştır.

Hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme formu ve KOPSOR Psikososyal Risk Ölçeği anketi uygulanarak veriler elde edilmiştir. Veriler istatistiksel olarak SPSS 16,0 programı yardımıyla değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir. Verilerin analizinde Ki Kare Testi, Kaiser-Meyer-Olkin(KMO) ve Bartlett's Testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların 54'ü kadın, 211'i erkek olup yaş ortalamaları 36.8'dir. Araştırmaya katılanların 208 adedi SGK sevki ile hastaneye gelirken, 57 adedi işyeri sevki ile hastaneye başvuru yapmıştır.

Araştırmaya katılanların sevk durumlarına göre eğitim durumları, aylık gelir durumları, meslek sınıfları, sendika üyeliği ve başvuru sonrası işyeri ile sorun yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş olup; sevk durumu ile yaş grupları, cinsiyet ve iş kazası geçmişi durumları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Anahtar kelimeler: Psikososyal risk, iş sağlığı, meslek hastalıkları, mesleki sosyal hizmet

ABSTRACT

There are two main objectives of this research. The first one is the examination of the referral status of the employees who are admitted with suspicion of occupational disease in terms of some variables, the second one is to reveal the psychosocial risk status of the employees who are admitted with suspicion of occupational disease.

Cross - sectional research model was used in the study. Research data were collected from the Ministry of Health between 01 April 2016 and 01 June 2016. 300 people who admitted to the hospital with suspicion of occupational disease were included in the study. However, the data in the questionnaires filled in by 35 patients were not included in the study due to lack of responses. The study was performed in Istanbul Occupational Diseases Hospital.

Data were collected by applying the interview form and COPSOQ Psychosocial Risk Scale questionnaire prepared by the researcher. The data were statistically analyzed by SPSS 16.0 program and analyzed. Chi Square Test, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett's Test were used for data analysis.

People who participated in the study; 54 of the patients were female and 211 were male and the mean age was 36.8. 208 of the participants were hospitalized with SSK and 57 of them were admitted to the hospital with the referral of workplace.

There was a statistically significant difference between the educational status of the participants, monthly income, occupational classes, trade union membership and post-admission workplace and those who experienced problems; There were no significant differences in terms of referral status, age groups, gender and work accident history.

Key words: Psychosocial risk, occupational health, occupational diseases, occupational social work

TANIMLAR

İş kazası: İşyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hâle getiren olay

Meslek hastalığı: Sigortalının çalıştırıldığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütme şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık halleri

Risk: Tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimali

Psikososyal riskler: Psikolojik veya fiziksel zarar potansiyeli olan sosyal ve örgütsel bağlamda işin yönetimi ve tasarımı ile ilgili endişe verici özellikler taşıyan riskler

Risk değerlendirmesi: İşyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacıyla yapılması gerekli çalışmalar

Tehlike: İşyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek, çalışanı veya işyerini etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyeli

Beyaz Yaka: Beyin gücüyle ve genelde masa başı çalışan işçiler

Mavi Yaka: Bedensel gücüyle maaş veya süreli ücret karşılığı çalışan işçiler

İşyeri Sevki: Hastanede muayene olabilmek için çalıştığı kurumdan alarak geldiği sevk türüdür.

Sgk Sevki: Hastanede muayene olabilmek için Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan alarak geldiği sevk türüdür.

KISALTMALAR LİSTESİ

BAĞ- KUR: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

DSÖ (WHO): Dünya Sağlık Örgütü

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü

KOPSOR: Kopenhag Psikososyal Anketi

YÖK: Yüksek Öğretim Kurumu

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

SSYK: Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulu

SSST: Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü

SSİY: Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği

İSG: İş Sağlığı ve Güvenliği

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Psikososyal riskler ve sağlık sonuçlarına ilişkin araştırma bulguları 34
Şekil 2 İş yükü-kontrol modeli..... 36
Şekil 3Çaba ödül uyumsuzluğu modeli 37
Şekil 4 Psikososyal Riskler ve İçerikleri..... 39
Şekil 5 Gelişmekte Olan Psikososyal Riskler 49
Şekil 6 Başlıca psikososyal risk ölçekleri ve ölçtüğü değişkenler 57
Şekil 7 Çalışan Destek Programları Akış Şeması 65
Şekil 8 Kopsor Ölçeğinin Boyutları ve Anlamları..... 72

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1 Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Bilgileri 73
Tablo 2 Çalışanların Hastaneye Sevk Yerleri..... 77
Tablo 3 Sevk Yeri ile Yaş Grupları İlişkisi 77
Tablo 4 Sevk Yeri ile Cinsiyet İlişkisi..... 78
Tablo 5 Sevk Yeri ile Eğitim Durumu İlişkisi..... 78
Tablo 6 Sevk Yeri ile Aylık Gelir İlişkisi..... 79
Tablo 7 Sevk Yeri ile Mesleksel Sınıf İlişkisi 79
Tablo 8 Sevk Yeri ile Sendika Üyeliği İlişkisi 80
Tablo 9 Sevk Yeri ile İş Kazası İlişkisi 80
Tablo 10 Sevk Nedeni ile İş Yeri ile Sorun İlişkisi 81
Tablo 11 Psikososyal Risklerin Durumları ile Yaş Grupları İlişkisi 81
Tablo 12 Psikososyal Risklerin Durumları ile Eğitim Durumu İlişkisi..... 82
Tablo 13 Psikososyal Risklerin Durumları ile Medeni Durum İlişkisi 83
Tablo 14 Psikososyal Risklerin Durumları ile Aylık Gelir İlişkisi 84
Tablo 15 Psikososyal Risklerin Durumları ile İş Değişikliği İlişkisi 85
Tablo 16 Psikososyal Risklerin Durumları ile İş Kazası İlişkisi 86
Tablo 17 Psikososyal Risklerin Durumları ile Meslek Sınıfları İlişkisi 87
Tablo 18 Psikososyal Risklerin Durumları ile Sendika Üyeliği İlişkisi 88
Tablo 19 Psikososyal Risklerin Durumları ile Sevk Yerleri İlişkisi 89

GİRİŞ

Bir işe sahip olmak, çalışabilmek, kendi hayatını idame ettirebilmek birey için en önemli değerlerden birisidir. İşsizliğin her geçen gün arttığı küreselleşen dünyada işe sahip olmak önemli bir fırsattır. Birey bu eylemi gerçekleştirirken zamanın büyük bir bölümünü kullanmaktadır. Çalışmak kimi zaman bireye sağlıklı bir hayat sunarken kimi zaman da 'tamamıyla önlenebilen' meslek hastalıklarına maruz bırakmaktadır.

Meslek hastalığı; sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir. Ülkeler arasında değişmekle birlikte, yılda her bin işçiden 4-12' sinin meslek hastalığına yakalanma ihtimali olduğu bilinmektedir. Ülkemizde her yıl 40 000-120 000 arasında meslek hastalığı vakası beklenmesine rağmen en son açıklanan 2017 SGK istatistiklerine göre bu sayı 691'dir. Bu istatistik bile meslek hastalıklarının ne kadar göz ardı edildiğini açıkça ifade etmektedir. İstatistiki verinin bu kadar düşük olmasının birçok nedeni olmakla birlikte toplumun meslek hastalığı konusunda yeterli farkındalığının olmaması, çalışanların meslek hastalığı tespitinde yaşadığı kurumsal zorluklar ve kamu kurumlarının meslek hastalığı tanısı koymadaki yasal zorlukları bunun temel sebeplerini oluşturmaktadır.

İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. Hem fiziksel sağlığı, hem ruh sağlığı hem de sosyal sağlık bireyin sağlığını tanımlamada üç önemli unsurdur. Bu üç unsurdan herhangi birinin eksik olması kişinin sağlıklı birey olma yönünde bozulmaya yol açacaktır. Çalışma hayatında psiko-sosyal sağlığı bozan psikososyal riskler; psikolojik veya fiziksel zarar potansiyeli olan sosyal ve örgütsel bağlamda işin yönetimi ve tasarımı ile ilgili endişe özellikleridir. Son yıllarda işin değişen dünyası da yeni psikososyal risklere neden olmaktadır.

Psikososyal riskler Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) (1986) tarafından; işin içeriği arasındaki etkileşimler, iş organizasyonu ve yönetimi, çevresel ve örgütsel koşullar ve diğer taraftan çalışanların yetkinlikleri ve ihtiyaçları olarak tanımlanmıştır. Bireyin yaptığı işe bağlı olarak işin niteliği ve görev türleri, iş yükü ve çalışma temposu, işin gerçekleşme aşamasındaki zaman baskısı, bireyden beklenen bilişsel ve duygusal talepler, çalışma temposu (vardiyalı çalışma, uzun çalışma saatleri), iş rolleri, ev – iş çatışması, kariyer gelişimi ve çalışma yaşamındaki değişimler psikososyal çalışma faktörlerini oluşturmaktadır. Çalışma yaşamında

psikososyal faktörlerin etkileri konusundaki çalışmalar henüz çok yenidir. 1980 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) işle ilgili psikososyal faktörlerin olumsuz etkilerine dikkat çekmek için bir belge yayınlamışlardır. Bu belgeye göre 'büyüme ve ekonomik gelişme sadece üretimle değil, aynı zamanda işçilerin ve ailelerinin yaşam ve çalışma koşulları, bedensel ve ruhsal sağlıklarıyla ilişkilidir' düşüncesi noktasında her iki büyük örgüt hemfikir olmuşlardır. Bu belge sadece fiziksel, kimyasal ve biyolojik risklerin değil aynı zamanda çeşitli psikososyal faktörlerin de işçi sağlığı için önemli olduğunu belirtmiştir. İşçilerin psikososyal sağlığı ile ilgili çalışmalar mesleki sosyal hizmet uzmanları (occupational social worker) tarafından Çalışan Destek Programlarıyla sağlanmaktadır.

İşyerinde sosyal hizmet diğer bir deyişle mesleki sosyal hizmet (occupational social work) henüz ülkemizde kendine yer bulamamakla birlikte Dünyada 1800'lü yıllardan itibaren gelişim göstermektedir. Birçok dünya ülkesinde 'Mesleki Sosyal Hizmet' üzerine yüksek lisans programları açılmakta ve buralardan mezun olan uzmanlar çalışan destek programı yöntemiyle işyerlerinde sosyal hizmet mesleğini icra etmektedir. Mesleki sosyal hizmet uzmanları çalışanlara çocuk bakımı, ailevi sorunlar, emeklilik planları, pozitif ayrımcılık, yabancılaşma, hukuki sorunlar, sağlık sorunları, alkol ve madde kullanımı ve dinlenmeyle ilgili sorunlarda yardımcı olmaya çalışmaktadır.

Bu araştırmada meslek hastalarının psikososyal çalışma faktörleri incelenecektir. Araştırma kapsamında İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi'ne kontrol için gelen 100 hastaya Kopenhag Psikososyal Anketi (Copenhagen Psychosocial Questionnaire(KOPSOR) psikososyal risk ölçeği uygulanarak kişilerin psikososyal risk durumu ortaya çıkarılacaktır.

Araştırmanın birinci bölümünde; meslek hastalığı kavramı, tarihçesi, unsurları, saptanma yöntemi, işçi ve işverenin yükümlülükleri, sosyal güvenlik kurumu tarafından yapılan yardımlar, sosyal güvenlik ve sosyal risk kavramlarından bahsedilmiştir.

Araştırmanın ikinci bölümünde; psikososyal tehlikelerin tanımı, çalışma yaşamında psikososyal risk faktörleri, psikososyal riskleri yönetmenin önemi, psikososyal ve fiziksel tehlikeler arasındaki farklar, psikososyal tehlikeler için risk değerlendirmesinden bahsedilmiştir.

Araştırmanın üçüncü bölümünde; mesleki sosyal hizmetin tanımı, tarihçesi, işyerinde sosyal hizmetin durumu ve çalışan destek programlarından bahsedilmiştir.

Araştırmanın dördüncü bölümünde; araştırmanın problemi, amacı, önemi, kapsam ve kısıtlılıkları, araştırmanın yöntemi ve kullanılan ölçeklerden bahsedilmiştir.

Meslek hastalıklarıyla ilgili farkındalık eksikliğinin en büyük nedenlerinden birisi de alanda yapılan araştırma eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Yüksek Öğretim Kurumu'nun (YÖK) Ulusal Tez Merkezi sayfasından yapılan araştırmada sadece meslek hastalıklarıyla ilgili 54 tez çalışması ile karşılaşılmıştır. Bu tez çalışmalarının da çoğu tıp ve hukuk alanlarını içermektedir. Bu araştırma meslek hastalıklarını psikososyal faktörler açısından değerlendiren ilk araştırma olmakla birlikte, mesleki sosyal hizmetin ülkemiz sosyal hizmet alanında yer almasına aracılık etmeyi amaçlamaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. MESLEK HASTALIKLARI

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı şöyle tanımlamaktadır. "Sağlık yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." Bu tanımlama, kişilerin sağlık durumlarındaki farklılıkları ortaya koyduğu gibi, sağlıklı davranışlarla varılmak istenen amacı da belirler. Bu anlayışa göre, her insanın sağlık durumunun birbirinden farklı olduğu anlaşılmaktadır. Sağlıklı hal, çeşitli faktörlerin bir araya gelmesi ile yükselir veya bozulur. Bu çeşit faktörlerin iyice bilinmesi ile sağlıkla ilgili bir sorunu anlamak, çözümünü bulmak mümkün olur (Yılmaz, 2001:99). Ülkelerin sanayileşmesine paralel bir biçimde, işçilerin sağlık ve güvenlik içinde çalışmalarının sağlanması çözümü gereken en önemli sorunlardan birisi olarak ortaya çıkmaktadır. Toplumun tüm bireylerinin yararlandığı sanayileşmenin ve teknolojik gelişmelerin bedelini işçilere ödetmeme özlemi, çağdaş toplumların başlıca kaygılarından birisini oluşturmaktadır. Ne var ki, günümüzde en gelişmiş ülkelerde bile iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi konusunda başarıya ulaşıldığını öne sürmek mümkün değildir. Ülkemizde ise sorun ne yazık ki en çarpıcı biçimiyle gündemdedir (Süzek, 1985:1).

Sağlıklı yaşamak her bireyin hakkıdır. Bu, temel insan haklarından olan yaşama hakkının ayrılmaz ve ayrılamaz bir parçasıdır. Toplumların uygarlık düzeyi yükseldikçe, "yaşama hakkı"ndan çıkarılan anlam da gelişmekte ve daha olgun bir anlatım kazanmaktadır. Birleşmiş Milletler, ILO ve Avrupa Konseyinin vb. hazırladığı belgelerde bu gelişme eğrisi kolaylıkla gözlenebilir. Nitekim günümüzde, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak da, bir insan hakkı olarak yaşama hakkının sınırları içerisinde yer almıştır (Fişek ve Piyal, 1989:7).

Mesleki riskler, endüstri devrimi ile başlayan makineleşme ve teknik buluşlar sonucu kurulan, kullanılan büyük, karmaşık üretim ve taşıt araçlarıyla giderek artmış, toplum ve özellikle çalışan kimseler, işçiler için önemli bir sorun haline gelmiştir. Mesleki riskler; iş kazası ve meslek hastalıkları, eski çağlardan beri üzerinde durulan bir konu olmuştur. Mesela klasik tıbbın büyük üstatlarından Hipokrat, bazı mesleklerin, bununla meşgul olan kişilere zarar

verebileceğini milattan önce 300 yılında dile getirmiştir. Bununla birlikte mesleki riskler, 18.yüzyılın sonlarından itibaren fabrika endüstrisi ile doğmuş, gelişmiş ve gittikçe tehlikeli bir hal almıştır (Eren, 1974:3). Teknolojideki hızlı gelişim, toplumsal refaha hizmet etmenin yanında insan hayatı ve çevre için tehlikeleri de beraberinde getirmiştir. Sanayileşme ile birlikte yoğun makineleşme ve üretim sürecine giren yüzlerce kimyasal maddenin yol açtığı iş kazaları ve meslek hastalıkları, çağımızın önemli bir problemi haline gelmiştir. Üretim sürecine giren her yeni madde, her yeni makine ve her yeni araç, gereç iş sağlığı ve güvenliği açısından yeni bir risk oluşturmaktadır (Bayram, 2008:9).

Yaşama hakkı bireyin sahip olduğu en temel haklardan birisidir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesinde 'Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.' ibaresi yer almaktadır. Yine Anayasa'nın 49. maddesinde ' Çalışma, herkesin hakkı ve ödevidir.' ibaresi yer almaktadır. Her iki maddeye bakıldığı zaman ortaya çıkan sonuç 'sağlıklı çalışma hakkı'dır.

1. 1. Meslek Hastalığı Kavramı

Hastalık, organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla sağlığın bozulması durumunu ifade etmektedir. Örgütsel bağlamda ele alındığında, işveren tarafından kendisine verilen bir işi yerine getirmesi sırasında iş görenin sağlığının olumsuz etkilenmesi ve zarar görmesi durumu meslek hastalığı olarak adlandırılmaktadır (Gürüz ve Gürel, 2006:264). Çalışanlar, yaptığı işin içeriği ve çalışma koşullarından kaynaklanan nedenlerle işyerinde daima meslek hastalıklarına maruz kalma riskiyle karşı karşıya kalmaktadır (Güneren, 2010: 510).

Bir mesleki faaliyet gerçekleştirmek ya da bazı işlerde daimi çalışma, kişide bu faaliyetlerle doğrudan bağlantılı hastalıklara neden olabilmektedir. İşte, meslek hastalıklarının sosyal güvenlik sistemlerince iş kazaları gibi sosyal bir risk olarak kabul edilmesinin başlıca nedeni budur. Meslek hastalığı, çalışma hayatında iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin alınmaması nedeniyle ortaya çıkan ve sigortalının maruz kaldığı geçici ve sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleri olarak tanımlanabilir (Kurt, 2004:573). 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 14.maddesinin 1. fıkrasında meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı

veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürlülük halleri olarak tanımlanmıştır. Madde metninin incelenmesinde de anlaşılacağı üzere, meslek hastalığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple meydana gelen veya işin gerçekleştirilme şartları nedeniyle uğranılan hastalık, bedensel veya ruhsal hastalık halleri olarak tanımlanmıştır (Karakaş, 2011:12).

Sosyal Sigortalar Kanunu ile meslek hastalıkları bir sosyal risk olarak kabul edilmiş olup, İş Kanunu ve Borçlar Kanunu ile de işverenin meslek hastalıklarından doğacak sorumluluğu düzenlenmiştir.

Meslek Hastalıkları birçok kanunda kendisine yer bulmuştur: İş Kanunu, Borçlar Kanunu, Sosyal Sigortalar, Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. 4857 sayılı İş Kanunu, öncesinde yürürlükte bulunan 1475 sayılı İş Kanunu gibi işçilerin korunması yükümlüğünü işverene yüklerken, nelerin meslek hastalığı olduğu konusunda bir düzenleme getirmemiştir. Borçlar Kanununda da aynı şekilde bir tanım yapılmaksızın sadece işverenin sorumluluğu yönünden bir düzenleme yapılmıştır(Ulusan,1990: 46).

Meslek hastalığının tanımı 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunuile yapılmıştır. Kanunun 14. maddesinde, meslek hastalığını ayrıntılı bir şekilde tanımlamıştır. Bu tanıma göre, "**Meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürlülük halleridir.**" Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğünün 62. maddesi de meslek hastalığını, "**sigortalının çalıştırıldığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleri**" olarak tanımlamıştır. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu da meslek hastalığını kısaca; mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık olarak tanımlamaktadır.

İşçinin yakalanmış olduğu bir hastalığın meslek hastalığı olmasındaki temel kıstas bu hastalığın **işten kaynaklı olması**dır. Meslek hastalığında sadece vücudun fiziki yönden bütünlüğünü değil, ruhsal yönden iyilik halini de göz önünde bulundurmak gerekmektedir.

Kömür madenlerinde çalışan işçilerinyakalandıkları, "pnömokonyoz" ve "antrekozis" mermer ocakları veya kot taşlama işyerlerinde çalışan işçilerin yakalandıkları "silikoz", tütün işletmelerinde çalışan işçilerin yakalandıkları "tabakoz" gibi hastalıklar, işin niteliğine göre

tekrarlanan bir sebeple meydana gelen meslek hastalıklarındandır. Sıtma savaş işlerinde çalışan sigortalıların, bataklıkların kurutulması işinde çalıştıkları sırada yakalandıkları "sıtma" hastalığı veya hayvanlarla ilgili işte çalışanların yakalandıkları "şarbon" hastalığıda, işin yürütüm şartları yüzünden meydana gelen meslek hastalıklarından sayılmaktadır (Canbolat, 2010: 24).

İş kazasında olduğu gibi meslek hastalığının da tespiti hukuki bir meseledir.Hangi hallerin meslek hastalığı sayılacağı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğine ekli listede açıklanmıştır. İlgili Yönetmelikte belirtilen meslek hastalıkları dışında bir hastalığın meslek hastalığı olarak nitelendirilebilmesi, Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu kararına bağlıdır. Doğacak uyuşmazlıklarda SSYSK (Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulu) karar vermektedir.

1.2. Meslek Hastalıklarının Gelişimi

1.2.1. Dünyadaki Gelişim

Çalışanların sağlığı ile yapılan iş arasındaki ilişkilerin araştırılmasına ilk olarak Yunanlı düşünür Heredot tarafından başlandığı ileri sürülmektedir. Heredot işçilerin sağlıklı olması, dolayısıyla verimli çalışabilmeleri için kendilerine yeterli besin verilmesi üzerinde durmuştur. Aynı çağlarda Eflatun ve Aristoteles'in de iş kazalarına ilişkin açıklamalar yaptıkları bilinmektedir. Çalışanların yaptıkları işten zarar görebilecekleri düşüncesi Hipokrat tarafından ileri sürülmüştür. 16. yüzyılda Agricole ve Parucelous Orta Avrupa'da maden işletmelerinde çalışan işçilerin hastalıkları ile toz arasında ilişki bulunduğunu fark etmişler ve bazı korunma önlemleri önermişlerdir. Ancak bilimsel esaslara dayanılarak işçi sağlığı-iş güvenliği konusunun ele alınması İtalya'da 17.yüzyılda Bernandino Ramazzini tarafından gerçekleştirilmiştir. Bernondino Ramazzini, kendi tecrübe ve bilgilerine dayanarak bir de meslek hastalıkları kitabı yazmış (De Monbis Artificum Diatriba) ve biz hekimler meslek hastalıklarını teşhis edebilmemiz için"Çalışana ne iş yaptığını sormak zorundayız" diyerek işçi sağlığının kurucusu olarak tarihe geçmiştir (Gerek, 1998: 6).

Meslek hastalıklarına olan ilgi, antik Yunandan başlar. Hipokrat (MÖ 460-370) madenlerdeki kurşun zehirlenmesi üzerinde durmuş ve Romalı Pliny (MS 23-77) kurşun ve kükürdün zehirli etkilerini ele alarak, ilk kişisel korunma aracı olan deri maskeleri yapmıştır. M.S. 2. yüzyılda, Yunanlı Doktor Galen kurşun zehirlenmelerinin patolojisini ve bakır

ocaklarındaki asit buharlarının zararlarını incelemiştir. Orta çağda bilimle birlikte bu tür çalışmalar da durmuş, Rönesans (MS 1500–1800) meslek hastalıkları ile ilgili çalışmaların devam ettiği bir dönem olmuştur. Konuya ilişkin yasal düzenlemelerin dönüm noktası, Percival Pott'un baca temizleyicilerinin kanser hastalığına yakalanmaları üzerine yapmış olduğu çalışmalar sonucu İngiliz Parlamentosu'nun 1788' de Baca Temizleyicileri Yasası ve 1833 yılında İngiliz Fabrikaları Yasasının çıkarılmasıdır. İş sağlığı ve güvenliğinin ciddi biçimde elealınması ve yasal düzenlemelere gidilmesi, 19. yüzyıldan sonradır. 1802' de çıkartılan Çıraklık Sağlık ve Ahlak Yasası ile "çırakların horlanmasına ve emeklerinin kötüye kullanılmasına" engel olunmaya çalışılmıştır. 1824' e kadar yasak olan sendikal etkinlikler yasallaşmış ve kölelik kaldırılmıştır. On dokuzuncu yüzyıldan itibaren sanayi devriminin yarattığı olumsuz çalışma koşullarının düzeltilmesinin sağlanması amacıyla, işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili yasaların hazırlanması ve yaptırımlar uygulanması konusunda çeşitli etkinliklerde bulunmuşlardır. Sosyal güvenlik ilkeleri on dokuzuncu yüzyılda yaygınlaşmış, çeşitli sigorta kurumları kurulmuş ve iş kazaları ile meslek hastalıkları sigortası uygulanmaya başlanmıştır(Çetindağ, 2011: 62).

İş kazaları ve meslek hastalıkları sigortasına ilişkin ilk kanuni düzenlemeler 19. yüzyılın başında oluşturulmuştur. Sosyal sigorta kapsamına alınan ilk sosyal risk hastalıktır. 1883 yılında Bismark tarafından kurulan hastalık sigortasını 1884 yılında kurulan iş kazası sigortası takip etmiştir. 102 sayılı ILO sözleşmesinde iş kazası ve meslek hastalığı sosyal bir risk olarak belirlenmiştir. Birçok ülke sosyal sigorta uygulamalarında bu riskleri örnek almıştır. Bu tarihten sonra kabul edilen diğer birçok uluslararası belgede de iş kazası ve meslek hastalığı bir risk olarak aynı şekilde yer almıştır (Şamiloğlu, 2008: 18-19).

1.2.2. Türkiye'deki Gelişim

Osmanlı İmparatorluğunda Tanzimat Dönemine kadar modern anlamda bir sosyal güvenlik sistemi kurulamamıştır. 1865 yılında çıkarılan "Dilaver Paşa Nizamnamesi", yasal anlamda işçileri korumaya yönelik ilk mevzuat olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu nizamnamenin, Ereğli kömür bölgesi ile sınırlı olması, esasen kömür üretimini artırmak amacıyla çıkarılmış bulunması, işçilerin çalışma şartlarını düzenleyen hükümlere yer verilmekle beraber; iş kazaları ve meslek hastalıklarını önleyici önlemler konusunda hiçbir hüküm taşımaması bakımından; gerçek anlamda bir sosyal güvenlik sisteminin temelini oluşturduğu fikrine katılmak pek

mümkün görülmemektedir. Ancak 1869 tarihinde çıkarılan "Maadin Nizamnamesi", iş güvenliği ile ilgili hükümler içermesi nedeniyle, Dilaver Paşa Nizamnamesinin boşluklarını doldurması bakımından önem taşımaktadır. Bu nizamname ile maden ocaklarında zorla çalıştırma kaldırılmış, ocaklarda meydana gelen iş kazalarındayaralanan isçiye ve ölüm halinde isçinin hak sahiplerine tazminat ödenmesi, madende eczane ve doktor bulundurulması gibi hükümler getirilmiştir. Bu nizamnamede, kazanın oluşumunda isçinin kusur durumu ve buna bağlı olarak işverenin sorumluluğunun azalmasından söz edilmediğinden, kusursuz sorumluluk ilkesi benimsenmiş olmaktadır (Ünal, 2006).

Bu dönemde çıkarılan diğer tüzükler ise; Tersanei Amiriye ve Mensip, İşçilerin Emeklilikleri Hakkında Tüzük, Hicaz Demir Yolu Memur ve Hizmetlerine Hastalık Kaza Hallerinde Yardım Tüzüğü, Askeri Fabrikalar Tüzüğü olarak sıralanabilir. Bu tüzükler daha çok sosyal yardım amaçlı hükümler içermektedir. 10.09.1921 tarihinde çıkarılan 151 sayılı "Ereğli Havza-i Fahmiye Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun" da kömür ocaklarında iş kazalarına karşı işverenlerin gerekli önlemleri almalarını zorunlu tutarak, kaza geçiren işçilere gerekli maddi yardımın yapılmasını öngörmektedir. Cumhuriyetin ilanından sonra Sosyal Sigortalar, tek bir yasada değil, çeşitli yasalarda düzenlenmiş ancak, uygulama alanları dar tutulmuştur. İlk yasal düzenleme 2 Ocak 1924 tarih ve 394 sayılı Hafta Tatili Yasası olmuştur. Bu yasa Cumhuriyet döneminde iş sağlığı ve güvenliği konusundaki ilk olumlu düzenlemelerden birisidir (Türkoğlu, 2006, 17-18). 1926 tarihli "Borçlar Kanunu"nda işverenin isçinin yaşam ve sağlığının korunması için gerekli önlemleri alması, önlemlerin alınmaması nedeniyle ölüm halinde ailesine tazminat ödenmesi gibi hükümlere yer verilmektedir. 1930 tarihli "Umumi Hıfzısıhha Kanunu"nda ise işverenlere hastalık, kaza ve analık hallerinde isçilerine sağlık yardımı yapması hususunda yükümlülükler getirilmiştir. Buna rağmen her iki yasada da iş göremezlik durumunda, isçilerin gelir kayıplarının karşılanmasına ilişkin hükümlere rastlanmamaktadır. 1936 tarihinde yayınlanan 3008 sayılı "İş Kanunu", sosyal güvenliğin temel ilkelerinin belirlenmesi bakımından büyük önem taşımaktadır. Bu yasayla, koruma sağlanacak sosyal riskler; iş kazaları meslek hastalıkları, analık, yaşlılık, hastalık ve ölüm olarak belirlenmiş (m.100) ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun alt yapısını bu yasa oluşturmuştur. Ayrıca yine ilk kez bu yasa ile "İşçi Sigortaları İdaresi" kurulması öngörülmüştür. 1945 yılında, 3008 sayılı yasaya atfen, 4792 sayılı yasa ile kurulan "İşçi Sigortaları Kurumu"; adı daha sonra 506 sayılı yasa ile değişecek olan "Sosyal Sigortalar Kurumu" nu oluşturmaktadır (Ünal, 2006).

Avrupa Sosyal Şartı'nı kabul eden ülkemiz, 1964 yılında çıkartılan "506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu" ile çağdaş düzeyde iş kazaları, meslek hastalığı sigortasını oluşturmuştur. ILO'nun 155 ve 161 sayılı sözleşmelerinin imzalanmasıyla iş sağlığı ve güvenliği alanında çağdaş ölçüde yasal koruma sağlanmıştır. TBMM'de 28.08.1971 tarihinde kabul edilen 1475 sayılı "İş Kanunu" iş sağlığı ve güvenliği alanında korumalar öngörmüştür. 25.05.2003 tarihinde kabul edilen 4857 sayılı İş Kanununda teknolojik gelişmeler dikkate alınarak iş sağlığı ve güvenliği alanındaki koruyucu önlemler günümüz koşulları ile uyumlu hale getirilmiştir. Ekim 2008 ayı başında yürürlüğe giren "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" ile de kamu görevlileri hariç hizmet akdine tabi çalışan sigortalılar ile kendi adına bağımsız olarak çalışan sigortalılar bakımından iş kazaları, meslek hastalıkları sigortası yeniden düzenlenmiştir(Tozan, 2011, 18-19).

30 Haziran 2012 tarihinde yayımlanan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu meslek hastalıkları konusunda işyerlerine bazı yükümlülükler getirmiştir. Burada iş kazalarının ve meslek hastalıklarının önüne geçilmesi noktasında 'İş Sağlığı ve Güvenliği' eğitimlerine büyük önem verilmektedir. İşyerleri tehlike sınıflarına göre sınıflandırılmış, her işyerine çalıştırdığı personel sayısı doğrultusunda iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı çalıştırma zorunluluğu getirilmiştir. Bu yasayla gelen bir diğer yenilik ise risk analizidir. Yasa işverene risk analizi yapmasını yani kazanın yaşanma risklerinin belirlenerek önlemler alınmasını şart koşmaktadır.

1.3. Meslek Hastalıklarının Unsurları

1.3.1.Sigortalı Olma Durumu

Bir kişi ancak sigortalı ise, meslek hastalığı sigortasından faydalanabilir (SSK, Madde 5) Meslek hastalığı sigortasından faydalanma açısından sigortalı olmak bir ön koşuldur.

Sigortalı olmak yeterlidir. Ayrıca belirli bir süre prim ödemiş olmak gerekmez. Meslek hastalığı sigortası kısa vadeli sigorta türlerindendir. İşçi sigortalılık niteliğini kazandığı andan itibaren meslek hastalığı sigortasının koruması altına girmektedir(Ulusan, 1990).

1.3.2. Gerçekleşmiş Bir Hastalık Olma Durumu

Meslek hastalıklarının bir diğer unsuru da hastalığın gerçekleşmiş olmasıdır.

1.3.3. Harici Bir Sebep Bulunma Durumu

Meslek hastalığının ortaya çıkmasındaki etken unsurun harici bir sebep olması gerekmektedir. Buradaki dış etken kavramı ile tıp biliminin verilerine göre belirli kişi ya da kişilerin yaptıkları is nedeniyle, başka kişilerden daha çok maruz kaldıkları özel etkenler kastedilmektedir(Ulusan, 1990).

Ülkemizde en çok görülen meslek hastalığı, pnömokonyoz'dur. Bu hastalığın sebebi taş ve kömür tozlarının teneffüs edilmesidir. İşçinin vücuduna teneffüs yoluyla giren yabancı maddeler, harici bir sebep olarak bu hastalığın ortaya çıkmasına neden olmaktadırlar. Başka bir deyişle bu hastalık isçinin kendi bünyesinden kaynaklanan bedensel veya ruhsal bir sebep dolayısıyla oluşmamaktadır(Eren, 1974).

1.3.4. Uzun Bir Zaman Parçası İçinde Meydana Gelme Durumu

Meslek hastalığı zaman içinde bir mesleki riske maruz kalma sonucu oluşmaktadır. Zaman içinde oluşma, mesleki maruziyet riskininbedeni artarak etkilemesi demektir. Bu iş kazası ile meslek hastalığını birbirinden ayıran en önemli unsurdur. Bir işçinin başına sert bir cismin çarpması sonucu işitme kaybı yaşaması ile gürültülü bir ortam içinde uzun süre çalışma sonucu işitme kaybı yaşama örneğinde, bu madde daha iyi anlaşılmaktadır.

İş kazasında derhal veya kısa bir zaman parçası içerisinde meydana gelen zarar verici bir olay söz konusu iken, meslek hastalığında mesleki faaliyet sonucu uzun bir zaman parçası içerisinde meydana gelen sağlık bozulması söz konusudur (Tunçomag, 1990).

Meslek hastalığını doğuran dış etken, bünyeye yavaş yavaş etki eder. Meslek hastalıkları birçok farklı etkenin bir araya gelmesinden oluşan hastalıklar olabildiği gibi tek bir etkenden kaynaklanan hastalıklar da olabilirler. Herhangi bir hastalık eğer etkeni işyerinde ise "meslek hastalığı" olabilir. "Meslek hastalığı tanımından da anlaşılacağı üzere bu hastalıklar; hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleri biçiminde ortaya çıkabilir. Akut ya da kronik olabilecekleri gibi maluliyete yol açabilir ve geçici bir sorun oluşturmuş olabilirler. Yani iyileşiyor olması onun meslek hastalığı tüzüğünden çıkarmaz, ya da ruhsal bir etkisi olması hastalık değildir anlamına gelmez. Bu hastalıklar; işe özgü olan hastalıklardır. Meslek hastalıklarında, hastalıkla yapılan iş (yani meslek) arasında nedensel bir bağlantı vardır. Örneğin kurşun zehirlenmesi yalnızca kurşunun kullanıldığı işyerinde çalışanlara özgü bir sağlık sorunudur, başka işlerde çalışanda

görülmez. Oysa kronik bronşit tozlu yerlerde çalışanlarda görülmekle birlikte tozsuz ortamlarda çalışan kişilerde de görülebilir. O halde meslek hastalıkları işe özgü olan ve doğrudan doğruya işin yürütümü sırasında ortaya çıkan, nedeni yalnızca işyerinde olan sağlık sorunlarıdır. Meslek hastalıklarının çoğunda, hastalık semptom verdiğinde artık hastalık yerleşmiştir. Bu nedenle erken tanı ve taramaların önemli olduğu hastalıklardır. Ö Yargıtay 10.HD. 21.1.1991 T., 1990/11862 E., 1991/40 K. No' lu kararında, meslek hastalığını tespit eden rapor tarihinin, hastalığın çıkma anı olarak kabul edilemeyeceğini, hastalığın oluşma anının tıbben tespiti gerektiğini belirtmektedir. Zira meslek hastalığının ortaya çıkma anı, tespit edilenden çok önce olabilir. Bu açıdan rapor tarihinin, meydana çıkma anı olarak kabul edilmesi isabetsizdir. Bu durumda yapılması gereken meslek hastalığının çıkma tarihinin tıbben tespiti ve bu amaçla durumun Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulundan sorulmasıdır.

1.3.5. Tekerrür Eden Bir Sebep Olma Durumu

Meslek hastalığını ortaya çıkaran etken tekerrür etmelidir. Bundan maksat, hastalığa yol açan olayın birden fazla olmak üzere müteaddit defalar meydana gelmesidir. İş kazası ile meslek hastalığını ayıran en önemli unsur da budur.

İş kazasında tek bir defada ve aniden meydana gelen bir dış etken dolayısıyla isçi zarara maruz kalırken, meslek hastalığında işçi devam eden bir süreç içerisinde tekerrür eden bir sebep dolayısıyla meslek hastalığına tutulmaktadır. İşçinin maruz kaldığı bedeni veya ruhi zararın meslek hastalığı olarak kabul edilmesi için, bunun nedeninin tekrar eden bir sebebinin olması gerekir (Eren, 1974).

Nitekim SSK. Kanunu'nun 11.maddesinin b fıkrası ile de "tekrarlanan bir sebeple" ifadesi kullanılarak bu hususa işaret edilmiş bulunmaktadır. Bu duruma örnek olarak gerekli tedbirlerin alınmadığı bir madende kömür çıkaran bir işçinin tozlu havayı aylar boyunca soluması sonucu pnömokonyoz hastalığına yakalanması gösterilebilir(Eren, 1974).

1.3.6. Uygun İlliyet Bağı

Meslek hastalığı, iş kazasından farklı olarak bütünüyle mesleki niteliktedir. İş kazasının yapılan işle ilgili olması şart olmadığı halde, meslek hastalığının yapılan işin sonucu olarak ortaya çıkması gerekir. Meslek hastalığı işçinin belirli bir meslekle uğraşması sonucu, o isin

nitelik ve yürütüm şartlarının doğurduğu bir sakatlık veya hastalıktır. Meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı işyerinin şartları ve durumuyla da ilgili olabilir.

Meslek hastalığı ile sigortalının faaliyeti arasındaki nedensellik bağının Borçlar Hukukunda olduğu gibi uygun nedensellik bağı biçiminde gerçekleşmesi gerekir. Uygun nedensellik bağı, meslek hastalığının zararı doğuran faaliyete uygun olduğu, o faaliyetin uygun bir sonucu olduğu durumlarda vardır. Zarar, normal şartlarda faaliyetin beklenilmeyecek bir sonucu ise uygun nedensellik bağından söz edilemez (Tuncay;Ekmekçi, 2005).Buna göre işyerinde ya da eklentilerinde yapılan bir faaliyet sonucu zarar doğmuş olduğu takdirde illiyet bağının varlığı söz konusu olacaktır. Buradaki illiyet sebep-sonuç bağlantısıdır(Tunçomag, 1990).

Uygun nedensellik bağının olması ilke olarak kabul edildiğinden, bir hastalık meslek hastalıkları listesinde yer almakta ise başkaca bir araştırma yapılmaksızın meslek hastalığı olarak kabul edilir. Burada işçi lehine bir durumöngörülmüş bulunmaktadır. Ancak işçinin maruz kaldığı hastalık, bu listede yer almamışsa, hastalığın meslek hastalığı olduğunun ispatı işçiye aittir. İşçi ancak gördüğü işle, hastalığı arasındaki bağı ispat ettiği takdirde, hastalık meslek hastalığı sayılacaktır(Kılıçoglu, 1997).

1.3.7. Sigortalının Bedence Veya Ruhça Bir Zarara Uğraması

İş kazasında olduğu gibi meslek hastalıklarında da, meslek hastalığına yakalanan sigortalının bu hastalık sonucu geçici veya sürekli olarak bedensel veya ruhsal bir zarara uğraması gerekir. Aksi takdirde bir zarar olmadığından bunun sonucunda gerçekleşen bir hastalıktan da söz edilemez. Bu hastalık hali geçici olabileceği gibi sürekli bir nitelik de taşıyabilir (Güzel; Okur, 2003).

Ölümle ya da sürekli hastalık haliyle sonuçlanmayan kısa süreli rahatsızlıklar meslek hastalığı sayılmaz. Meslek hastalığı sayılması için işçinin meslek hastalığı nedeniyle sağlığı bozulmalı ya da daha önce var olan bozukluk daha da kötüleşmelidir. Meslek hastalıklarının en önemli özelliği, uzun süre kalan rahatsızlık yaratan nitelikte olmasıdır (Ulusan, 1990).

SSK. Kanunu m.11/B'de her ne kadar ölümden söz edilmemişse de, ölüm halinin de meslek hastalıkları kavramı içinde olduğu açıktır. Zira aynı kanunun 12. maddesinde, sigortalının ölümü halinde, hak sahiplerine ölüm sigortasından değil, meslek hastalık sigortasından gelir bağlanacağı ifade edilmektedir(Tuncay; Ekmekçi, 2005).

1.4. Meslek Hastalıklarının Saptanması Yöntemi

Meslek hastalıkların saptanmasında iki yöntem bulunmaktadır. İlki Sosyal Sigortalar Kanunu ile belirtilen listede hastalığın yer alması koşuludur. Listede yer almayan bir hastalığa meslek hastalığı tanısı konulması durumunda Sosyal Sigortalar Kurumu Yüksek Sağlık Kurulu bu durumu karara bağlamaktadır.

1.4.1. Meslek Hastalıkları Listesi

Türk Hukukunda meslek hastalıkları pozitif bir düzenlemeye konu olmuş bulunmaktadır. Sosyal Sigortalar Kanunu ile hangi hastalıkların meslek hastalığı sayılacağı ve bu hastalıkların işten ayrıldıktan ne kadar bir süre içerisinde meydana gelmiş olması halinde meslek hastalığı olarak kabul edileceğinin çıkarılacak bir tüzük ile belirleneceği belirtilmektedir.

Kanunun belirttiği bu tüzük, "Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü" (SSST) adı altında 26.05.1972 tarihinde çıkarılmıştır. Bu tüzük önce 12.11.1978 tarihinde, sonrasında ise 31.05.1985 tarihinde 1985/9529 sayılı kararname ile değiştirilmiştir. Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğüne göre, kural olarak bir hastalığın meslek hastalığı olarak nitelendirilebilmesi için, bu hastalığın tüzüğe ekli meslek hastalıkları listesinde bulunması gerekmektedir.

Bu tüzük ile meslek hastalıkları beş gruba ayrılarak liste şeklinde düzenlenmiştir. Buna göre meslek hastalıkları aşağıdaki gibi gruplara ayrılmış bulunmaktadır:

a) Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları

b) Mesleki cilt hastalıkları

c) Pnömokonyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları

d) Mesleki bulaşıcı hastalıklar

e) Fiziki etkenlerle olan meslek hastalıkları

Bir hastalığın meslek hastalığı olup olmadığının belirlenmesi konusunda dünyada iki sistem uygulanmaktadır. Bunlardan ilki hastalığın meslek hastalığı olduğunun işçi tarafından kanıtlanması usulü, ikincisi ise liste usulüdür.

Eğer işçi yakalandığı hastalığın meslek hastalığı olduğu konusunda bir tanı alır ve Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulu tarafından da bu onaylanırsa hastalığın listede yer alması koşulu ortadan kalkar. Liste usulünde ise işçinin maruz kaldığı hastalığının meslek hastalığı olup olmadığını ispat etmek gibi herhangi bir yükümlülüğü bulunmamaktadır. Hastalığın listede yer alan bir hastalık olduğunun ispatı yeterlidir.

Hukukumuzdaki sistem karma bir sistem olarak kabul edilebilir. Karma bir sistem olarak nitelendirilmesinin nedeni, bir kısım hastalıkların listede sayılmak suretiyle bunların ayrıca bir ispat yükümü öngörülmeksizin meslek hastalığı olarak kabul edilmesi, bir kısım hastalıklarda ise işçinin hastalığının meslek hastalığı olduğunu ispatlaması gerekmektedir. İşçi, eğer hastalık listede yer almıyorsa bir ispat yükümü ile karşı karşıya kalmaktadır. Ancak bu hususta teşhisin laboratuvar deneyleriyle de doğrulanması gerekir (SSST. m.65/2).

Listede yer alan ve yükümlülük süresi olarak adlandırılan süreler 3 gün ile 15 yıl arasında değişmektedir. Meslek hastalığı listesinde yer alan hastalıkların, ayrıca bu süre içerisinde meydana gelmiş olması da gerekmektedir. Bu noktadan hareketle, örneğin SSST m.66'ya göre Pnömokonyozun meslek hastalığı sayılabilmesi için, sigortalının havasında pnömokonyoz yapacak yoğunluk ve nitelikte toz bulunan yer altı ve yer üstü işyerlerinde toplam olarak en az 3 yıl çalışmış olması gerekmektedir. Bununla birlikte SSST. m.66'nın son fıkrasına göre bu 3 yıllık süre Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulunun onayı alınarak indirilebilir.

Meslek hastalığı işten ayrıldıktan sonra da ortaya çıkabilir. Böyle bir durumda sigortalının işten ayrılmasıyla hastalığın meydana gelmesi arasındaki sürenin, tüzükte o hastalık için öngörülen süreden fazla olmaması gerekir. Bu süreye yükümlülük süresi adı verilmektedir. Uygun illiyet bağının varlığı açısından yükümlülük süresi önemli bir unsurdur.

Yine yükümlülük süresi aşılmış olsa bile işyeri incelemesi ile herhangi bir hastalığın meslek hastalığı olduğu klinik ve laboratuvar bulgularıyla kanıtlanmışsa, yükümlülük süresi asılmış olsa bile hastalık Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulunun onayı ile meslek hastalığı olarak kabul edilebilir.

1.4.2. Listede Yer Almayan Hastalıkların Saptanması Yöntemi

Sosyal Sigortalar Kanununun 11. maddesinin son fıkrasında bu husus düzenlenmiştir. Buna göre tespit edilmiş hastalık listesi dışındaki herhangi bir hastalığın meslek hastalığı sayılıp sayılmayacağı konusunda çıkan uyuşmazlıklar, Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulunca karara bağlanır. Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü 43/A maddesi ile de bu konuya değinilmiştir.

Kanunun öngördüğü durumun ortaya çıkması için öncelikle sigortalının geçirdiği hastalığın meslek hastalığı olduğunun, sigortalının ya da hak sahiplerinin başvurusu üzerine kurumca uygun bulunmaması gerekir. Bunun üzerine sigortalı ya da ölümü halinde hak sahipleri Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kuruluna başvurarak meslek hastalığı iddiasında bulunabilirler.

Bu kurul yapılan başvuruyu inceleyerek bir sonuca bağlayacaktır. Eğer sigortalının geçirdiği hastalık meslek hastalığı olarak kabul edilirse, uyuşmazlık bu aşamada bittiğinden, sigortalı ya da hak sahipleri meslek hastalığı sigortasından gerekli yardımları talep edebileceklerdir. Ancak kurul yapılan başvuruyu reddederse ortaya çıkacak durumu Kanun düzenlememiştir. Burada Kanun sigortalıya ya da hak sahiplerine başvurulabilecek bir kanun yolu öngörmemiştir. Bu durumda Yargıtay'ın 28.06.1976 T., 6 E. ve 4 K. sayılı İçtihadı Birleştirme Kararı uyarınca iş mahkemelerine başvurulabilecektir.

İş mahkemesinde dava açması halinde ispat yükü sigortalıya ait bulunmaktadır. Sigortalı geçirmiş olduğu hastalığın meslek hastalığı olduğunu ispat etmekle yükümlüdür. Sigortalı meslek hastalıkları listesinde yer almayan hastalığının işin niteliği ve yürütümünden doğduğunu ispat etmek zorundadır.

1.5.SOSYAL GÜVENLİK VESOSYAL RİSK KAVRAMLARI

1.5.1. Sosyal Güvenlik Kavramı

Güvenlik sözcüğü, genel olarak "Toplum yaşamında yasal düzenin aksamadan yürütülmesi, kişilerin korkusuzca yaşayabilmesi durumu, emniyet." anlamına gelmektedir. Bu bağlamda güvenlik, bir tehlike karşısında korunmayı, tehlikenin gerçekleşmesi durumunda ise bundan kurtulmayı ifade ettiğinden tehlike sözcüğü ile etkileşim içerisindedir. Dolayısıyla,

tehlikenin olmadığı yer ve ortamda güvenlik ihtiyacı da ortaya çıkmayacaktır. Belirtmek gerekir ki, güvenlik sözlük anlamıyla "güvenli olma kalitesi", "tehlike ya da yaralanmadan uzak kalma" şeklinde ifade edilebilirken; güvenli olma ise mevcut durum ve/veya ortamın "tehlike olasılığı taşımaması veya tehlikesizlik" ya da "hiçbir tehlike, risk yahut hata içermemesi" anlamındadır (Demirbilek, 2005:4).

Sosyal güvenliğe duyulan ihtiyaç insanlık tarihi kadar eskidir. Bu ihtiyaç değişik zamanlarda farklı şekillerde karşılanmıştır. Başlangıçta avcı kabilelerinde, sonra aile içinde bir yardımlaşma görülmüş, sonrasında dini inançlar ve devletin yardımı sosyal güvenlik yöntemi olarak görülmüştür. Ortaçağda başlayan meslek kuruluşları çerçevesindeki yardımlaşma Sanayi Devrimine kadar uzanmıştır. Sanayi Devrimi ile bu yardımlaşma son bulurken aile içi yardımlaşmalar da giderek önemini kaybetmiştir.

Bu gelişmelerin yarattığı boşluğu doldurmak amacıyla 1880'li yıllarda modern sosyal sigortalar kurulmuştur. İnsanlıkla birlikte doğmuş ve sanayi toplumuna geçişle artmış olan sosyal güvenlik ihtiyacı, bireyin kendi çabasından çıkmış ve toplumsal nitelikteki tedbir ve uygulamalarla karşılanma aşamasına gelinmiştir(Dilik, 1991).

Sosyal güvenlik, toplumların temel ihtiyaçlarından biri olmasına rağmen bundan yüz yıl öncesine kadar devlet politikalarında hemen hemen hiçbir şekilde yer almayan bir konu idi. Bugün ise, sosyal politikaların omurgası mesabesinde olan sosyal güvenlik, ülkelerin Anayasalarında dahi yer alacak kadar önemli bir konudur. Sosyal güvenlik ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nde 14 Ağustos 1935 tarihli Sosyal Güvenlik Kanununda ve sonrasında 1938 yılında Yeni Zelanda Hukukunda kavram olarak yerini almıştır. 1941 yılında Emmanuel Stein tarafından hazırlanan "Sosyal Güvenlik Konusunda Yaklaşımlar" isimli Uluslararası Çalışma Örgütü raporu ile 1942'de açıklanan "Beveridge Planı" ile dünyadaki sosyal dönüşümün temel dinamiği olmuştur (Akyıldız, 2004).

Roosevelt ve Churchill tarafından kurulan Atlantik Paktı tarafından hazırlanan Atlantik Şartı ile Uluslararası Çalışma Teşkilatınca hazırlanan Philadelpia Bildirisi ve Birleşmiş Milletler 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bu kavram ele alınmıştır. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 22. maddesinde "Herkes, toplumun bir ferdi olarak sosyal güvenlik hakkına sahiptir; sosyal güvenlik, bireyin onuru, kişiliğinin geliştirilmesi için kaçınılmaz ekonomik, sosyal ve kültürel hakların tatmin edilmesi temeline dayanır" seklinde belirtilmiştir(Güzel; Okur, 2003).

Sosyal devletin gerçekleşme aracı olan sosyal güvenlik kavramı yarından emin olma isteğiyle ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda sosyal güvenlik, her sahsın bir toplum üyesi olarak, toplumdan talep hakkına sahip olduğu güvenliktir(Sözer, 1991).

Sosyal güvenlik, çalışanlara belirli sosyal riskler karsısında ekonomik güvence sağlama görevi üstlenen kurumlar topluluğudur. Sebebi ne olursa olsun, tehlikeye maruz kalarak muhtaç duruma düsen fertlerin ve ailelerin uğradıkları tehlikelerden kurtularak, yasadıkları toplum içinde, diğer insanların yardımına ihtiyaç duymadan, insan haysiyetine yaraşır asgari bir hayat standardına kavuşturulmalarını ifade eder(Alper, 2000).

Diğer bir ifadeyle ise mesleki, fizyolojik ya da sosyo-ekonomik risklerden dolayı bireylerin gelirlerinde meydana gelen geçici veya sürekli gelir kaybı ve gider artışlarını, toplumsal dayanışma ve yardımlaşma gereği olarak, önleyen ve karşılayan tedbirler sistemidir(Akyıldız, 2004).

Sosyal güvenlik hukuku kavramı, dar ve geniş anlamda ikiye ayrılmaktadır. Dar anlamda iş görememezlik hallerinde gelir kaybını telafi eder ve sağlık yardımlarını sunar. Aile ve işsizlik yardımlarını da içermektedir. Geniş anlamda ise istihdam, mesleki eğitim, genel sağlık ve konut yardımlarını kapsar(Sözer, 1991).

Sosyal güvenlik hukuku kavramı yerine sosyal hukuk kavramı da kullanılabilir. Ülkemizde sosyal hukuk kavramı yerine sosyal güvenlik hukuku kavramı tercih edilmektedir. Sosyal hukuk, sosyal edimleri konu alan, kişileri sosyal yönden güvence altına almak suretiyle sosyal adaleti gerçekleştirmeye çalışan hukuktur(Tuncay, 2005).

ILO tarafından hazırlanan 102 sayılı Sözleşmede sosyal güvenliğin "örgütlenmiş, rasyonel bir şekilde ve insani hisler ile yumuşatılmış bir adalet sistemi uygulayarak, doğanın ve ekonomik yasamın dengesizliğini hafifletmeyi hedeflediği" belirtilmektedir. Bu genel amaç yanında sosyal güvenlik bireylere ve ailelere iktisadi ve sosyal riskler dolayısıyla hayat seviye ve standartlarında belirli bir çizginin altına düşülmeyeceği garantisini vermeyi de amaçlar.

Sosyal güvenlik tanımları yapılırken amaçları da ortaya konmaktadır. Sosyal güvenliğin amaçları doğrudan ve dolaylı olarak ikiye ayrılmaktadır. Doğrudan amaç, kişilerin karşılaşacakları risklerin ve zararların sonuçlarının önlenmesidir. Dolaylı amaçlar, sosyal güvenlik uygulamaları ile basta doğrudan amaçlanmamakla birlikte zaman içinde gerçeklesen uygulamalarla ortaya çıkan olumlu etkilerdir.

1.5.2. Sosyal Risk Kavramı

Toplumun içinde bulunduğu sosyal ve ekonomik koşulların ortaya çıkardığı kitle hareketleri ve bunlardan doğan saldırıların yol açtığı zararlarla savaşlarda sivil halkın uğradığı zararların kusursuz olan kişiler üzerinde bırakılmasının hakça bir davranış olmayacağı düşüncesi sosyal risk ilkesini ortaya çıkarmıştır (Çelikkol, 1985).

Sosyal risk, insanların birlikte yaşamalarından doğan kaçınılmaz bir tehlike halidir. Bu tehlikenin zararları sonuçlarının nedensellik bağı aranmadan idarece giderilmesini öngören ilkeye de sosyal risk ilkesi denilmiştir. Toplumun içinde bulunduğu kargaşadan, olağandışı bir biçimde belli bazı kişilerin uğradıkları zararların, toplumun siyasî bir örgütlenmesi olan devlet tarafından toplum adına ödenmesi gereği sosyal risk ilkesi çerçevesinde kabul edilmektedir (Azrak, 1980).

İnsan özel veya meslek hayatı boyunca kazanç veya gelirinin azalmasına, tasarruflarından sarf etmeye yol açan olaylarla karşılaşabilir. Bu olayların bir kısmı iradi iken, bir kısmı ise gayri iradidir(Tuncay; Ekmekçi, 2005).

Ancak sosyal güvenlik sistemleri, çare aradıkları tehlikeleri "sosyal" terimiyle kayıtlamakta ve "sosyal risk" olarak sınırlandırmaktadırlar. Sosyal risk, ne zaman gerçekleşeceği bilinmemekle beraber, ileride gerçekleşmesi muhtemel veya muhakkak olan ve buna maruz kalan kişinin mal varlığında eksilmeye neden olan olaylardır.

Risk kavramını sosyal bilimler açısından ele aldığımızda ortaya çıkmasındakitemel neden; insan-doğa ilişkileri ile insan- insan ilişkilerine dayalı çelişkilerden kaynaklanmasıdır. Her toplumun kendine özgü yapısı ve temel dinamikleri,negatif veya pozitif değişim sürecine bağlı olarak ortaya çıkan çelişkiler, o toplumdaki risklerin kaynağıdır. Risklerin kaynağı toplumun üretim- tüketimilişkisi ile beraber sosyal yaşama göre değişmektedir (Cılga, 2013).

Sosyal risk insanın fizik varlığını sürdürmesi ile ilgilidir. Sosyal güvenliğe konu olan risklerde kişinin mal varlığının azalması ve yetersiz hale gelmesi söz konusudur. Sosyal güvenlik sistemleri, bireylerin ekonomik güvencesini sarsan sosyal risklere karşı, bireylere ekonomik bir güvence sağlar.

Tehlike kavramının içerisinde bireyin yaşamını olumsuz etkileyecek birçok unsur bulunmasına mukabil, "sosyal risk" kavramı ile ifade edilen daha çok sosyal güvenliğin

sahasına giren tehlikelerin sosyal terimi ile kayıtlanmasıdır. Sosyal risk kavramı ile mevcut tehlikelerin sınırlandırılmasıdır. Bir tehlikenin sosyal olması, insanların toplum içinde yasayan bireyler olarak karşılaşacakları bir olgu olmasıyla açıklanmaktadır. Sanki bireylerin toplum içerisindeki varlıkları sadece fiziki varlıklar olarak algılandığında gelebilecek tehlikelerde sadece maddi boyuta indirgenmektedir. Dolaysıyla sosyal risk insanın maddi ihtiyaçlarının giderilmesi ile alakalıdır (Beser, 2012).

Sosyal güvenliğin sağlanabilmesi için, sosyal risklerin doğuracağı olumsuz sonuçların ortadan kaldırılması gerekmektedir. Aksi takdirde kişi geliri ile ailesini geçindiremeyecek hale düşeceği gibi, ihtiyaçları için yapması gereken harcamaları da yapamayacaktır. Bu durum yalnızca sosyal riske maruz kalan kişi açısından değil, toplum içinde birçok sakıncalar doğuracağından, bu risklerin karşılanması toplumun da yararına olacaktır.

Sosyal riski tanımlama güçlüğü, sosyal risklerin neler olduğu konusundasınıflama güçlüğünü de içinde barındırmaktadır. Sosyal risklerin neler olduğuna yönelik olarak girişilen sınıflandırma çabaları, sosyal güvenliğin tanım olarakbelli bir standarda kavuşmasında son derece önemlidir. Sosyal güvenlik tanımlarısosyal risklerin farklı biçimlerde algılanmaları nedeniyle çeşitlilik göstermektedir. Bu durum sosyal güvenliğin teoride tanımını güçleştirmekle kalmayıp, pratikte de sosyal güvenlik sistemlerinin evrensel bir model üzerinekurulmasının önüne geçmektedir (Kılınç, 2005:16).

ILO tarafından hazırlanan 28.06.1952 tarih ve 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkındaki Sözleşmede, sosyal riskler; hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalığı, ölüm, ailevi yükler-aile gelirinin yetersizliği ve işsizlik olarak sayılmaktadır. Bu sözleşme ile kabul edilen esaslar Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesinde de aynen yer almıştır.

Sosyal risklerin iktisadi boyutununyanında sosyolojik anlamda toplumsal sınıfları ve gelecek nesilleri ipotek edecektarzda “ risk kader”ine dönüşmeye başlaması refah devletinin altın çağının sonaermesiyle başlamaktadır.

Esping- Andersen sosyal riskleri şu şekilde sınıflamıştır:

1- Sınıfsal riskler: Sosyal risklerin toplumsal katmanlar arasındaeşit olmayan dağılımından ortaya çıkmaktadır. Bir madencinin is kazası geçirmeriskinin bir akademisyeninkinden daha yüksek olması, vasıfsız isçi grubundakibirinin daha düşük gelire ve işsizliğe karsı daha korumasız olması buna örnek verilebilir.

2- Hayat akışında ortaya çıkan riskler: Toplumsal riskler hayat akısına eşitsiz şekilde dağılırlar. Düşünümsel modernleşme döneminde aile istikrarsızlığının artması, yaygın işsizlik ve belirsiz kariyer gibi özellikler risklerin artık gençlik veçalışma hayatının en verimli çağını da kapsamasıdır. Hayat akısı içinde ortayaçıkan risklerin paylaşıldığı temel alan geleneksel ailedir. Yaslıların ve gençlerinyaslarına özel ihtiyaçları ve kazançların denk olmayışı gibi nedenlerle, yoksulluğu daha yoğun bir biçimde yasaması örnek gösterilebilir.

3- Nesiller arası Riskler: Sınıf risklerinin miras olarak edinilmesidir.Yoksulluğun çoğunlukla miras alınması, yoksul aile çocuklarının yoksul olmaolasılığının daha yüksek olması örnek verilebilir. Eşitsizliklerin sistemli birşekilde yeniden üretilmesi nesiller arası riskleri sürekli arttıracaktır(Esping – Andersen, 2006:44-48).

Sosyal risklere ilişkin en genel kabul görmüş ayrım, mesleki, fizyolojik ve sosyoekonomik risklerdir (Tuncay,1984: 7-9). (Bir önceki cümlenin tekrarı) Bunun yanı sıra gelir kayıplarına yol açan riskler ile gider artışlarına yol açan riskler ya da iradi ve gayri iradi riskler seklinde bir ayrım da yapılabilir(Aydın, 2002).

1.5.2.1. Mesleki Riskler

İş kazaları ve meslek hastalıkları mesleki risklerdir. Geçici gelir kayıplarına yol açabileceği gibi sürekli gelir kayıplarına da yol açabilmektedir. İş kazası ve meslek hastalığı sonucu kişi, çalışma gücünü tamamen veya kısmen sürekli veya geçici olarak kaybedebilir(Aydın, 2002).

Sosyal güvenlik sistemleri, bu tehlikeye maruz kalanların çalışma gücünü yeniden kazandırmak için tedavi edici sağlık hizmetlerini sağlar. Çalışma gücünün kaybına bağlı olarak ortaya çıkan gelir kesilmesini telafi için ise geçici veya sürekli is göremezlik geliri verilir. İşkazası ve meslek hastalığı ölümle sonuçlanmışsa, kişinin sağlığında bakmakla yükümlü olduğu kişilere gelir bağlanır(Alper, 2000).

1.5.2.2. Fizyolojik Riskler

Fizyolojik riskler, hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık ve ölümden ibarettir. Ancak hastalık, sakatlık ve ölümün iş kazası ve meslek hastalığında dolayı değil, kişinin kendi

bünyesinden kaynaklanması gerekmektedir(Tuncay; Ekmekçi, 2005). Örneğin hastalık olayı, kişinin belirli bir süre zarfında mesleki faaliyetini sürdürmesine engel olacağından, elde edeceği ücretin kesilmesine yol açar. Bu boşluğu doldurmak için ücret yerine geçecek bir gelirin sağlanması zorunludur(Güzel; Okur, 2003).

1.5.2.3. Sosyo-Ekonomik Riskler

İşsizlik, evlenme, çocuk sahibi olma ve konut ihtiyacı seklinde ortaya çıkan risklerdir. Toplum, aile ve işletme hayatında meydana gelen risklerdir.

İşsizlik, ülkemizde sosyal güvenlik sistemimize en son giren risktir. İşsizlik sigortası 25.08.1999 tarih ve 4447 sayılı Kanunla düzenleme yapılmış ve 01.06.2000 tarihinde yürürlüğe girmekle, bu tarihten itibaren olumsuz sonuçları karşılanmakta olan bir risk haline gelmiştir.

Evlenme ve çocuk sahibi olmak da, ekonomik açıdan gider artışlarına yol açtığından karşılanması gereken risklerdir. Evlenme yardımı, çocuk yardımı, eğitim yardımı vs. yardımlar adı altında bu riskler karşılanmaya çalışılmaktadır(Tuncay;Ekmekçi, 2005).

Her insanın konuta olan ihtiyacı açıktır. Bu konutun belirli niteliklere sahip olması da gerekir. Konuta olan ihtiyaç da sosyal bir risk olarak kabul edilmekte ve karşılanması amacıyla kira yardımı ya da kredi adı altında bu risk ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır. Bu konuda İngiltere ile Almanya oldukça ileri gitmiştir(Tuncay; Ekmekçi, 2005).

1.5.3. Sosyal Güvenlik Sisteminde Meslek Hastalıklarının Yeri

1.5.3.1. İş Kazası Ve Meslek Hastalığı Sigortasının Amacı

İş kazası ve meslek hastalığı sigortasının amacı, bir iş kazası veya meslek hastalığı olduğu zaman, sigortalıya hukuki, ekonomik ve sosyal bir güvence sağlamaktır. İş kazası ve meslek hastalığı sigortası, öncelikle sigortalıda meydana gelen zararı ortadan kaldırmak ya da azaltmaktır.

Sigortalının tekrar çalışabilir duruma gelmesini sağlamak ise bu sigortanın ikinci amacıdır. Sağlık yardımları ile sigortalının korunması ve çalışma gücünü yeniden kazanması, ihtiyaçlarını görme yeteneğinin artması amaçlanır(Tuncay; Ekmekçi, 2005).

İş kazası ve meslek hastalığı sigortasının üçüncü amacı, sigortalı işçinin uğramış olduğu zararların karşılanmasıdır. Bu parasal yardımlar yapmak suretiyle gerçekleşmektedir. Geçici veya sürekli iş göremezlik ödeneği verilmesi yoluyla sigortalının uğradığı gelir kayıpları telafi edilir.

Bu sigortanın son amacı ise, iş kazası ve meslek hastalığının ortaya çıkmasını önlemektir. İş kazaları sonucu isçinin çalışamamasının ekonomi açısından olumsuz sonuçlara yol açtığı açıktır. Gerçekten de iş kazaları sonucu 2004 yılında geçici iş göremezlik sürelerinin toplamı 2.031.238 saat olarak belirlenmiştir. Aynı süre 2003 yılında ise 2.101.539 saat idi. Ayrıca 2004 yılında 1.421 isçiye de sürekli is göremezlik geliri bağlanmıştır. SSK., 2004 Faaliyet Raporu

1.5.3.2. İş Kazası Ve Meslek Hastalığı Sigortasının Tarihi Gelişimi

1.5.3.2.1. Dünyadaki Gelişim

Sosyal sigortaların doğuşunda, iş sözleşmesi ile bir başkasına bağımlı olarak çalışan işçi kitlesini gelecek korkusundan kurtarmak düşüncesi etkili olmuştur. Çünkü işçiler, tek geçim seklinin ücretli çalışma olması yüzünden en fazla güçlük çeken kesimdir(Arıcı, 1990).

İş kazaları ve meslek hastalıkları sanayileşmenin ortaya çıkardığı risklerdir. Modern sanayinin çalışma hayatında kurduğu sistem iş kazalarının önemini daha da artırmıştır. Zira üretimdeki mekanizasyona bağlı olarak iş kazalarının yarattığı tehlike hem sıklık hem de ağırlık bakımından artmıştır. Sanayileşme meslek hastalıklarını da yaygınlaştırmış ve aynı ölçüde artmasına neden olmuştur.

Bu nedenlerle sosyal sigorta sistemi içerisinde iş kazaları ve meslek hastalıkları en önce kapsama alınan risklerdendir. İş kazaları ve meslek hastalıkları başlangıçta işverenin sorumluluğuna tabi iken daha sonra sosyal sigorta sistemine alınmıştır(Arıcı, 1990). Zira sorumluluk hukuku kapsamında işverenin kusurunun ispatlanmasındaki güçlükler, açılan

davaların uzun sürmesi konunun bir sosyal güvenlik konusu olarak ele alınmasını gerektirmiştir(Sakar, 2004).

Bütün dünyada gerek nüfus gerekse kapsam bakımından en fazla genişlemiş sosyal sigorta koludur. İş kazaları ve meslek hastalıkları sigortasını uygulamayan herhangi bir ülke kalmamış gibidir(Çubuk, 1986).

Mesleki risklere karşı sigorta yolu ile koruma ilk kez 19. Yy sonlarında sağlanmış olsa da mesleki faaliyetlerin sağlık üzerinde zararlı etkiye sahip oldukları çok uzun süreden beri bilinmektedir. Mısırlıların papirüslerinde dahi bazı mesleki risklere (deri tabaklama işinde ortaya çıkanlar gibi) yer verildiği görülmektedir. Yine tıp biliminin kurucusu kabul edilen Hipokrat tarafından da bazı mesleklerin insan sağlığına zarar verebileceğine dikkat çekilmiştir.

Meslek hastalıklarına ilişkin ilk derleme 1700'lü yıllarda İtalyan bilim adamı Ramazzini tarafından oluşturulmuştur. "De morbis artificum" (İşçi hastalıkları üzerine konuşmalar) adını taşıyan bu eserde 42 meslek grubu incelemeye tabi tutulmuştur.

Sanayileşme dönemiyle birlikte meslek hastalığına karşı oluşturulan ilk yasal düzenleme Alman İmparatorluğunda sosyal sigorta sistemi kurulurken mesleğe bağlı rahatsızlıklar ile ilgili ayrı bir düzenlemeye yer verilmemiş ve 1884 yılında Bismark tarafından kurulan Yasal Kaza Sigortasında meslek hastalığı bir iş kazası olarak sayılmıştır. Meslek hastalığının ayrı bir sosyal risk olarak değil de iş kazasının bir kolu olarak değerlendirilmesindeki temel görüş meslek hastalıklarının tıp biliminden yararlanılarak ortaya konma gereksinimidir. İş kazası aniden meydana gelir ve buna bağlı olarak ortaya çıkan zarar da kısa süre içerisinde oluşmaktadır. Meslek hastalığında ise zarar unsurunun meydana gelmesi daha uzun bir sürede gerçekleşmektedir. Zarar unsurunun daha uzun sürede meydana geldiği meslek hastalığı riskine karşı sosyal güvence bu sebepten dolayı ancak 20. Yy'da sağlanabilmiştir (Akdeniz, 2012).

İngiltere'de ise Sosyal Güvenlik Sistemi, 1942 yılında yayımlanan ve sosyal güvenliğin finansmanının vergi gelirleriyle sağlanmasını öngören "Beveridge Raporu" ile yepyeni boyutlar kazanmış ve çağdaş sosyal güvenlik düşüncesinin oluşumuna büyük katkılarda bulunmuştur.

Sosyal güvenlik kavramı ilk olarak 1935 tarihli Amerikan Sosyal Güvenlik Kanununda yer almıştır. Kavram, daha sonra 1941 tarihli Atlantik Paktı Sözleşmesinde ve 1944 tarihli Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) Philedelphia Konferansında kullanılmıştır. Ayrıca İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 22 nci ve 25 inci maddelerinde sosyal güvenlik, temel

haklardan biri olarak sayılmaktadır. ILO da 1952 tarihli ve Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkındaki 102 sayılı sözleşmesinde en geniş şekilde sosyal güvenlik kavramına yer vermiş ve bu alandaki temel düzenlemeyi yapmıştır. (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce Erişim Tarihi: 23.08.2016)

1.5.3.2.2. Ülkemizdeki Gelişim

1.5.3.2.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Osmanlı İmparatorluğu döneminde belirli meslek gruplarının ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla loncalar tarafından zorunlu dayanışma sandıklarının kurulduğu ve lonca mensuplarına bu sandıklar vasıtasıyla çeşitli yardımlar sağlandığı bilinmektedir. 19 yy'da sanayileşmeye geçilmesiyle ve küçük el sanatlarıyla iştigal eden esnaf sınıfının makineleşmeyle rekabet edememesinin bir sonucu olarak bu yardımlaşma sandıkları uygulaması sekteye uğramıştır.

Osmanlı İmparatorluğu döneminde işçilerin çalışma hayatından kaynaklanan bazı risklere karşı karşıya kaldıklarının bilindiğini gösteren ve kamu erki ile oluşturulmuş bazı düzenlemeler de mevcuttur. Bu düzenlemelerin ilki, 1865 tarihli Ereğli Kömür Maden-i Hümayunu Nizamnamesi'dir. Bu metinde iş kazası ve meslek hastalığını önleyici tedbirler yer almamakta, Ereğli Havzasında çalışan işçilerin çalışma şartlarını tespit eden hükümler bulunmaktadır. 1869 tarihli Maadin Nizamnamesi'nde ise, yalnızca Ereğli Havzasında çalışan işçilerin değil, tüm maden işçilerinin iş kazalarına uğramaları veya hastalanmalarına ilişkin hükümlere yer verilmiştir.

Yine Cumhuriyetin ilanından önce Büyük Millet Meclisi tarafından 10.09.1921 tarihinde çıkartılmış 151 sayılı "Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun" ile de bölge işçilerine yönelik hükümler yürürlüğe konulmuştur. Söz konusu Kanunun 6. Maddesinde, hasta ve kazazede olan işçinin ücretsiz tedavi edilmesi ve bunun sağlanması amacıyla maden civarında hastane, eczane ve doktorlar bulunması zorunlu kılınmıştır (Akdeniz, 2012).

1.5.3.2.2.2. Cumhuriyet Sonrası Dönem

Türkiye Cumhuriyeti'nde Batı Avrupa'ya benzer nitelikte sosyal sigorta kanunları 1940'lı yıllardan itibaren kabul edilmeye başlanmıştır. Türkiye'de sosyal sigorta sisteminin Batı Avrupa'dan daha geç kurulmasının çeşitli nedenleri vardır. Öğretide, bu gecikmenin ülkemizde sanayileşmeye daha geç geçilmesi ve dolayısıyla işçi sayısının daha geç artması ile 2. Dünya Savaşı günlerinin bu mevzuatın doğumu için elverişli olmamasına bağlı olarak yaşandığı ifade olunmaktadır.

Cumhuriyet sonrasındaki kanuni düzenlemeler şunlardır:

a) 4772 Sayılı Kanunda Meslek Hastalıkları

Ülkemizde Batı dünyasıyla kıyaslanabilecek nitelikte ilk örnek ancak 27.06.1945 tarihli ve 4772 sayılı "İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu "dur. 4772 sayılı Kanun'da meslek hastalıkları m. 2/II'de şöyle tanımlanmıştır: "sigortalının çalıştırıldığı işin mahiyetine göre tekrarlanan bir sebep veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya daimi hastalık ve sakatlık halleridir." Bu tanımlamada dikkat edilmesi gereken nokta ruhsal rahatsızlıklara özellikle yer verilmediğidir (Akdeniz, 2012).

b) 506 Sayılı Kanun'da Meslek Hastalıkları

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile 4772 sayılı Kanun yürürlükten kaldırılmıştır. 506 sayılı Kanun m. 11/B 'de meslek hastalığı şu şekilde tanımlanmıştır: "Meslek hastalığı, sigortalının çalıştırıldığı işin niteliğine göre tekrarlana bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleridir." Bu tanımla birlikte ruhsal hastalıkların da meslek hastalığı kapsamında değerlendirilmesine olanak sağlanmıştır.

4772 sayılı Kanun ile 506 sayılı Kanunlar meslek hastalığı düzenlemeleri açısından değerlendirildiğinde sigortalı lehine olumlu değişikliklerden söz edilebilmektedir. 4772 sayılı Kanun'da sigortalının yardımlardan yararlanabilmesi için meslek hastalığının bir yıl içinde ortaya çıkma koşuluna bağlanmışken; 506 sayılı Kanun'da çıkarılan Tüzük'te bu düzenleme her hastalık için farklı yükümlülük süreleri öngörülmüş ve süreler aşılmış olsa dahi Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu'nun onayı ile meslek hastalığı olarak sayılabilmesine olanak sağlanmıştır.

c) 1479 Sayılı Kanun'da Meslek Hastalıkları

Bu kanun Bağ- Kur (Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu) kanunu olarak da bilinmektedir. Bu Kanun da 506 sayılı Kanun'dakii tüm sosyal risklere yer verilmemiş; M. 24/I'de, bu Kanun'a tabi sigortalılara sadece malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde sosyal sigorta yardımlarının sağlanacağı öngörülmüştür. Bununla birlikte Bağ- Kur Kanunu'nun 29. Ve 41. Maddelerinde; malullük veya ölüm sonuçlarının iş kazaları ve meslek hastalıkları neticesinde ortaya çıkmasına ilişkin hükümlere yer verilmiştir.

d) 2925 ve 2926 Sayılı Kanunlarda Meslek Hastalıkları

2925 sayılı Kanun Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu, 2926 sayılı Kanun ise Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu olarak anılmaktadır. 2925 sayılı Kanun'da meslek hastalığı tanımı olarak 506 sayılı kanundan farklı bir tanıma yer verilmemiştir. 2926 sayılı Kanun'da ise "sigortalının yürüttüğü tarımsal faaliyetlerin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya tarımsal faaliyetin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleri" olarak tanımlama getirilmiştir. Burada görülen fark hastalığın tarımsal faaliyet neticesinde ortaya çıkarılmış olmasına yer verilmesidir.

e) 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

Ülkemizde; hizmet akdiyle çalışanların 506, kendi nam ve hesabına çalışanların 1479, devlet memuru olarak çalışanların 5434, tarımda hizmet akdiyle çalışanların 2925, tarımda kendi nam ve hesabına çalışanların 2926 sayılı kanunlara tabi olarak sosyal güvenlikleri sağlanmaktaydı. Diğer bir deyişle, sigortalıların sosyal güvenlik hakları 5 ayrı yasa ile düzenlenmişti. Ayrıca, 506 sayılı Kanunun geçici 20 nci maddesindeki sandıklara tabi olanlar da kendi vakıf senetlerine göre sosyal güvenliklerini sağlamaktaydı. Ancak, bu tarz bir sosyal güvenlik sistemi farklı sosyal güvenlik kanunlarına tabi olarak çalışanların hak ve yükümlülükleri arasındaki norm ve standart birliğini bozmaktaydı.

Söz konusu norm birliğinin sağlanması ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması amacıyla sosyal güvenlik reformu yapılması gerekli görülmüştür. Bu doğrultuda, yukarıda tarihsel süreçleri özetlenen Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğünü aynı çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 20.05.2006 tarihli ve 26173 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5502 sayılı Kanunla kurulmuştur. Bu reformla sigorta hak ve

yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin kurulması öngörülmüştür.

Reform ile aynı zamanda nüfusun tamamına eşit, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu amaçlayan genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması hedeflenmiştir. Bu itibarla, 31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiş, 01.01.2007 tarihinde de yürürlüğe girmesi öngörülmüştür. Ancak 5510 sayılı Kanununun bazı maddelerininAnayasa Mahkemesince iptal edilmesi, kanuna ek ve değişiklik getiren mevzuatın çıkarılması gibi nedenlerle yürürlük tarihi; önce 01.07.2007 tarihine, sonra 01.01.2008 tarihine ertelenmiş ve nihayet 5510 sayılı Kanun 01.10.2008 tarihinde tüm hükümleri ile yürürlüğe girmiştir. 5510 sayılı Kanun ile sosyal sigortalar alanında birçok konuda norm ve standart birliği sağlanmış ve uygulamaya geçirilmiştir.(http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce Erişim Tarihi: 23.08.2016)

Sosyal riskler açısından meslek hastalığı önemli bir yer kaplamaktadır. Meslek hastalıklarına yakalanan bir işçinin meslek hastalığı sigortasından faydalanabilmesinin ön koşulu kişinin sigortalı olmasıdır. Meslek hastalığının tanımı yapılırken de sigortalı olma koşulu getirilmektedir. Bu koşulun sağlanmasında kuşkusuz kayıt dışı iş gücü ile mücadele olmazsa olmazlardandır. Kayıt dışı bir işçinin yani sigortasız çalıştırılan kişinin hak talep etmesi imkânsızdır. İş hayatında sosyal risklerin yönetimi bakımından gerek işçinin gerek işverenin gerekse kamunun bu noktada yükümlülükleri oldukça fazladır. Zaten çalıştığı iş sebebiyle hasta olan bir kişinin en temel hakkı olan sigortadan ve bunun getirdiği yardımlardan faydalanamaması kabul edilemez bir durumdur.

1.6. Mavi Yakalı-Beyaz Yakalı Çalışan Kavramı

Çalışma yaşamını oluşturan farklı sektörler, bu sektörlerde yer alan farklı iş ve iş grupları, beraberinde farklı çalışan türlerini de ortaya koymaktadır. Farklı çalışan türlerini ifade etmede farklı kriterler dikkate alınmakta ve bu ayrım zaman içinde değişkenlik göstermektedir. Her ne kadar pembe, yeşil, gri, altın yakalılar gibi sınıflamalar yapılmış olsa da literatürde bu ayrım mavi yaka- beyaz yaka olarak belirtilmiştir.

Mavi yakalı olarak adlandırılan çalışan sınıfı, genellikle beden güçlerini kullandıkları için üniforma benzeri mavi renkli kıyafetlerinden ötürü bu şekilde adlandırılmışlardır. Sözlük

anlamı olarak bakıldığında işçi sınıfına mensup ve manüel emeğinin karşılığını saat ücreti cinsinden alan işgörenleri ifade eden 'mavi yakalı' kavramı ilk önce Amerika'da üretim bandında çalışanların giydiği mavi renkli (kot kumaşından) iş kıyafetlerinden türetilmiştir (Kirkegaard ve Larsen, 2011). Mavi yakalılar bedensel güçlerini kullanan işçi sınıfıyla temsil edilmektedir (Roebuck ve Hickson, 1982). Mavi yakalılar kalifiye olan ya da olmayan ve üretim, madencilik, inşaat, mekanik, servis, teknik kurulum ve diğer fiziksel çalışma şekillerinden oluşan bir sınıftır. Mavi yakalılar daha çok ayakta ve fiziksel güç kullanmak zorunda olmalarına rağmen, beyaz yakalılar ofis ortamında çoğunlukla oturarak ve bilgisayar karşısında mesailerini tamamlamaktadırlar. Mavi yakalılar saat ücretli ya da parça başı ücret sistemlerine göre ücretlendirilirken; beyaz yakalılar proje-bazlı ya da aylık ücrete tabidirler. Ücretlendirme yöntemleri ve skalaları uzmanlaşma ve tecrübeye göre farklılaşmaktadır (Ateş vd., 2014). Literatürde, metaforik çözümleme yaklaşımıyla ifade edilecek olursak; mavi yakalılar ifadesi fiziksel koşullar, rutin işler ve kalifiye olmayan bireyleri ifade eden bir metafor olarak kabul edilebilir (Alpaslan ve Özen Kutanis, 2007:61).

Fontenot, mavi yakalıların ayırt edici özelliklerini şu şekilde listelemiştir: daha az akademik ve eğitim ihtiyacı olan, daha çok işbaşında eğitilen, (kart bastıkları süreye göre) günlük ya da haftalık olarak ücretlendirilen ve işi dışında başka şeyler beklenmeyen, ücret geliri beyaz yakalılardan genelde az olan sınıf (Fontenot, 2007).

Buna karşılık literatürde ve günlük dilde sıkça kullanılan "beyaz yakalı çalışanlar" teriminin eğitimli, iyi ücret alan, yönetimin üst kademelerine yakın, şık giyimli gibi belli özelliklere ilişkin çağrışımlar yaptığı söylenebilir (Erdayı, 2012). İstihdamın, ağırlıklı olarak 1980'li yıllardan itibaren hizmetler sektörüne kayması ile birlikte mavi yakalıların istihdamdaki payı azalırken, beyaz yakalıların istihdamdaki payı artış göstermiştir. Batılı ülkelerin tümünün resmi istatistiklerinde, beyaz yakalıların işgücü içerisindeki payı görece fazladır ve artış eğilimi sürmektedir. Diğer ülkelerdeki beyaz yakalıların işgücü içerisindeki oranının ise, Batılı ülkeler kadar yüksek olmamakla birlikte, onlara benzer bir eğilim göstererek arttığı bilinmektedir (Giddens, 2013).

Beyaz yakalı kavramı, profesyonel, yönetsel ve idari işgörenler için kullanılan bir terimdir. Tipik olarak beyaz yakalılar ofis ortamında çalışmaktadırlar. Bu terim 19. ve 20. Yüzyıldaki geleneksel ofis personelinin beyaz gömlek giymesinden esinlenerek isimlendirilmiş bir sınıfı ifade eder. Mascull (2002) beyaz yakalıları 'daha az fiziksel güç gerektiren' işlerde

çalışan işgörenler olarak tanımlamıştır ve çoğu zaman, beyaz yakalılar mavi yakalılardan daha yüksek ücret almaktadırlar (Saithep, 2008).

Beyaz yakalı kavramı ilk defa Amerikalı yazar Upton Sinclair tarafından 1930'ların 'Kolay İş ve Beyaz Yaka' çalışmalarında da referans alınan 1911 yılındaki eserinde kullanılmıştır (Sinclair, 1911; Kirkegaard ve Larsen, 2011). Erdayı (2012) beyaz yakalıları; günümüzdeki anlayışı da tartışarak, 3 farklı özellikle tanımlamıştır: Kol/kas gücüne baskın bir biçimde kafa/zihin gücüne dayalı olarak çalışmak, eğitimli olmak ve genellikle sembolik olmakla birlikte, otoriteye yakın ya da otorite sahibi olmaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

2. PSİKOSOSYAL RİSKLER

Bu bölümde meslek hastalıklarının önemli boyutlarından birisi olan ve genellikle arka planda bırakılan psikososyal riskler anlatılacaktır. Psikososyal risklerin tanımı, örgütsel sonuçları, risk faktörleri, riskleri yönetmenin önemi, işin değişen dünyasında yeni tehlikeler ve psikososyal risklerin fiziksel risklerden farkı bu bölümde detaylandırılmıştır.

2.1.Psikososyal Risklerin Tanımı

Genel olarak "Psikososyal" terimi, bireyler arasındaki düşünce, davranış ve onların sosyal çevreleri anlamına gelir. Erikson, bireyin yaşam boyu değişimini temel alarak sekiz evreli bir psikososyal gelişim kuramı önermiştir. Buna göre olgunlaşma, bireye yeni yeterlilikler kazandırırken, aynı zamanda yeni sorumluluklar da yükler. Her aşamasında toplum bireyin gereksinimlerini karşılar ve olgunlaşmada ebeveynin bakımı, okul, toplumsal örgütler, meslekler ve değerler önemli rol oynamaktadır. (Aktaran: Şahan, 2016:4) İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) alanı dışındaki literatürde, bu terim genellikle sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyi, ailenin başlangıç noktası gibi sosyal ortamlarda kullanılır. Bireysel ve iş dışı psikososyal faktörlerin farkında olmak önemli iken, İSG bağlamında psikososyal riskler yalnızca iş ve iş ortamının yarattığı riskleri ifade eder. Önemli bir uluslararası politika belgesi olan aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü İşçi Sağlığı Koruma Serisi'nin de bir parçası olan- PRIMA-EF Avrupa Çerçevesinde Psikososyal Risk Yönetimi Rehberi (PRIMA-EF*Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management* (Leka, Cox, 2008), - şunu belirtmektedir:

> "İşle ilgili Psikososyal riskler, psikolojik veya fiziksel zarar potansiyeli olan sosyal ve örgütsel bağlamda işin yönetimi ve tasarımı ile ilgili endişe verici özellikler taşıyan risklerdir. "(Leka, Giffiths, Cox, 2008).

2.2.Psikososyal Riskler ve Stres

Stres kişinin baş edebilme gücünü aşan ya da zorlayan durumlarla karşılaştığında kendini koruyabilmek ve hayata devam edebilmek adına verdiği otomatik tepkilerdir. Psikososyal risk tanımı içinde de kendine yer bulan ve işteki baskılardan kaynaklanan bir durumdur. Belli bir miktarda stres performans ve motivasyonu artırabiliyor iken, aşırı stres ve uzun süreli maruz kalma sağlık ve refah üzerinde stres faktörleri olumsuz etkilere sebep olabilir. Stresin işlemsel olmayan görünümü eleştirilmesine rağmen, stres ve hastalık- sağlık arasındaki bağlantıların erken anlaşılmasını gösteren Selye'nin (1956) yeni ufuklar açan "Genel Adaptasyon Sendromu" teorisini dikkate almak yararlı olacaktır. Uzun süreli strese maruz kaldıktan sonra, Selye vücudun strese psikolojik tepkilerini kapsayan üç aşamalı bir model oluşturmuştur:

1. Alarm: Strese faktörlerine karşı eylem(mücadele ya da kaçış) için hazırlık
2. Direnç: Uyarılmanın yüksek seviyelerinin korunarak uzun bir süre stres faktörleriyle başa çıkmak için girişimin olduğu yer
3. Tükenme: Vücudun savunma sistemlerinin tükendiği ve sağlık etkilerinin (örn. Yüksek kan basıncı) ortaya çıktığı yer. Bu aşamada, herhangi bir ek stres faktörlerine karşı abartılı yanıtlar verecek hale gelir.

Selye' nin teorisi akut dönemde stresin bu bölümü yönetilebildiğini ancak uzun süreli stres faktörüne maruz kalındığı zaman baş edemediğin altını çizmektedir.

2.2.1. İş Stresörleri ve İşçi Gerginliği Arasındaki Bağlantı

İş stresörleri işçilerin tehdit olarak algıladıkları(örneğin belirli görevler ve rol gereksinimleri, çatışma, bazı yönetim eylemleri) taleplerdir, gerginlikler ise bu tür taleplerin işçilerin başa çıkma kaynaklarını aştığında verdiği olumsuz tepkilerdir(Koslowsky, 1998). Bu nedenle "stres", fizyolojik ve/veya psikolojik belirtiler iş talepleri ve bu taleplere uyum sağlama yeteneği arasında bir dengesizlik algılandığı kıyasla dinamik bir süreçtir. Bu süreç işçinin fiziksel işlevselliği ve normal psikolojisinde değişik ortaya çıkarmaktadır. Mesleki stresin çoğu teorisi mekanizma olarak veya iş özellikleri ve işçi çıktıları arasındaki nedensel bağlantı bu süreçlere gebedir(Lazarus, 1990; Lazarus & Folkman, 1984; Spector, Chen &

O'Connell, 2000). Stres- gerilme ilişkisinin bu anlayışı ölçülebilir öncülleri (stres) ve çıktıları (gerginlik) tanımlamak için araştırmaya izin vermiştir.

İş stresörleri anksiyete, depresyon, tükenmişlik, kardiyovasküler hastalıklar ve bunlarla ilgili risk faktörleri (örneğin kan basıncı, serum kolesterolü ve vücut yağ dağılımı) (Bishop v.d., 2003; Bromet, Dew, Parkinson & Schulberg, 1988; Bunker v.d., 2003; Kivimäki v.d., 2002; Kuper & Marmot, 2003; Landsbergis v.d., 2003; Tsutsumi, Kayaba, Theorell & Siegrist, 2001; van der Doef & Maes, 1999; Wilhelm, Kovess, Rios-Seidel & Finch, 2004), ve kas iskelet sistemi hastalıkları (Devereux, Vlachonikolis & Buckle, 2002; Engstrom, Hanse & Kadefors, 1999; Hagen, Magnus & Vetlesen, 1998; Torp, Riise & Moen, 2001) da dahil olmak üzere deneysel olarak olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmiştir. İş stresörlerine maruz kalma aynı zamanda alkol tüketimi, sigara ve uyku zorlanmasında artışlarla da ilişkilendirilmiştir(bknz, örneğin, de Lange, Taris, Kompier, Houtman & Bongers, 2003). Bu alandaki en etkili çalışmalardan biri boylamsal Whitehall II çalışmasıdır ki 14 yıl boyunca 10.308 kamu görevlisi izlenmiştir ve 100'den fazla bildiri yayınlanmıştır. Head, Martikainen, Kumari, Kuper ve Marmot (2002) bu araştırma grubu için psikososyal risklerve sağlık sonuçları ile ilgili bulgularını şu şekilde özetlemiştir:

İş Karakteristiği	İle İlişkilendirilmiş
Düşük karar serbestliği	Obezite Alkol bağımlılığı Kötü ruh sağlığı Kötü sağlık işleyişi Artan hastalık yokluğu Koroner kalp hastalığı
Yüksek iş talepleri	Kötü ruh sağlığı Kötü sağlık işleyişi Koroner kalp hastalığı
İşte sosyal destek azlığı	Obezite Kötü ruh sağlığı Kötü sağlık işleyişi Artan hastalık yokluğu

Yüksek çaba ve düşük ödül kombinasyonu	Alkol bağımlılığı Kötü ruh sağlığı Kötü sağlık işleyişi Diyabet Hastalığı Yokluğu (uzun nöbetler) Koroner kalp hastalığı

Şekil 1 Psikososyal riskler ve sağlık sonuçlarına ilişkin araştırma bulguları: İki Sağlık ve Güvenlik Yönetimi tarafından finanse edilen Whitehall II kohort araştırma raporlarının bulgularının özeti (Head v.d. , 2002, p. vi)

2.2.2. Psikososyal Riskler ve Örgütsel Sonuçları

Psikososyal riskler örgüt performansı ile ilgili çeşitli alanlarda kritik etkilere sahip olabilir; aslında, işçinin gerilmesinin iş stresörleri ve örgütsel etkisizliği arasındaki ilişkiye aracılık ettiği öne sürülmüştür(Darr & Johns, 2008; Kahn & Byosiere, 1992). Olumsuz örgütsel sonuçlar şunları içermektedir:

- İşe gelmeme: Ruh sağlığı sorunları Avustralyalı işçiler için işe gelmeme nedeni olarak üçüncü en yaygın neden olarak tespit edilmiştir, İşe gelmeme nedeni olarak işçilerin %18'inde anksiyete, stres ve/veya depresyon tanımlanmıştır(Direct Health Solutions, 2009).

- Presenteeism (İşte Var ol(ama)ma Sorunu) veya İlişkinin Kesilmesi: Presenteeism çalışanların işlerinde fiziksel olarak bulunsa dahi sağlık sorunları nedeniyle oluşan "normalin altında" iş kalitesi ve azalmış verimlilik olarak tanımlanmaktadır(Koopman v.d. , 2002). Planlanmamış izinler veya hastalık izinleri Psikososyal risklerle ilgili en belirgin maliyet olabilecekken, araştırmalar işte düşük verimliliğin maliyetinin çok daha yüksek olduğunu ileri sürmüştür. İşle ilgili stresin maliyeti %32.4 iken presenteeism nedeniyle oluşan maliyet %58.4 olarak hesaplanmıştır(Sainsbury Centre for Mental Health, 2007).

- Diğer Örgütsel Çıktılar: İşyerinde Psikososyal risklere maruz kalmayla ilişki olduğu gösterilen diğer sonuçlar sermaye/yıpranma, yüksek işçi tazminatı maliyeti, olumsuz müşteri hizmetleri etkileri ve paydaşlarla ilişkiler ve dolaylı maliyetleri(örneğin,

çatışma ile harcanan yönetim zamanı, takım uyumsuzluğu, eğitim ve çalışanların yardım programı maliyetleri) kapsamaktadır(Kahn & Byosiere, 1992).

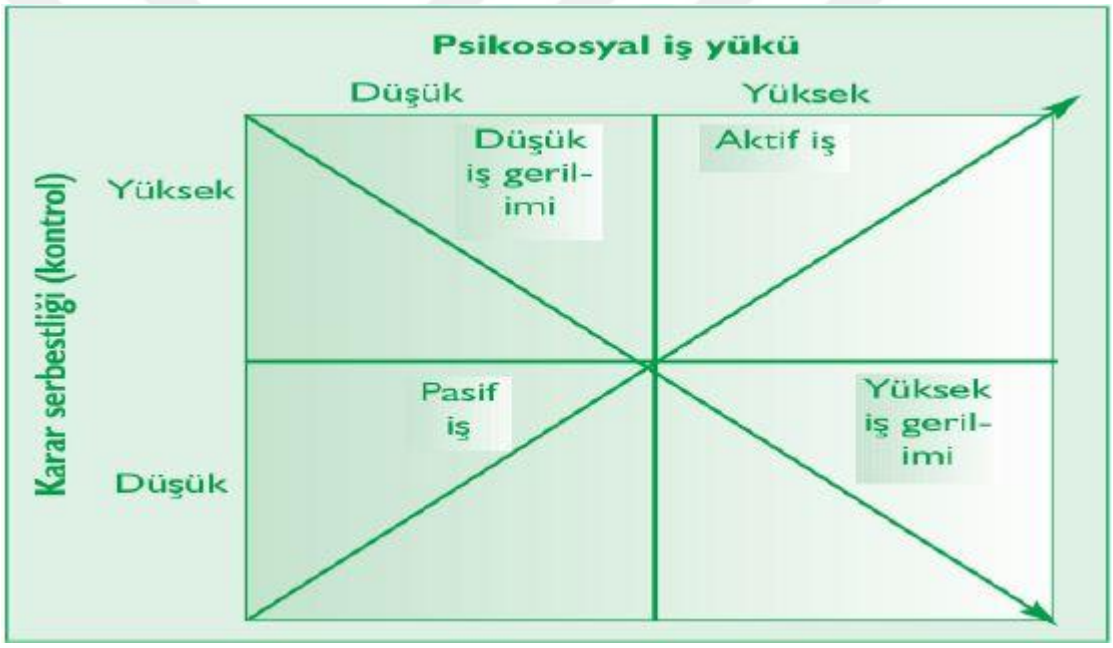
2.3.Psikososyal Kuramsal Modeller

Günümüzde geçerlilikleri kabul edilen ve gerek araştırmalarda gerekse uygulamada etkili olduğu öne sürülen iki model bulunmaktadır. Bu modellerden yola çıkılarak oluşturulan çok sayıda ölçek yaygın olarak kullanılmaktadır. Ayrıca bu modellerin birlikte ele alınması gerektiğini öne süren araştırmacılar da vardır. Bunlardan birincisi Karasek ve ark. nın 1981 de geliştirdiği iş yükü- kontrol- sosyal destek modeli, diğeri daha sonraki yıllarda geliştirilen Siegrist'in çaba-ödül uyumsuzluk modelidir(Demiral, 2004).

2.3.1. İş Yükü-Kontrol-Sosyal Destek Modeli

Modelin gelişiminde, çalışma saatleri ile ölçülen iş yükünün koroner hastalıklarla ilişkisinin incelendiği araştırmalar çıkış noktası olarak değerlendirilebilir. 1960 lı yıllarda yapılan ilk çalışmalarda fazla çalışmanın koroner hastalıklara ve kalp krizinde artışa neden olduğu gösterilmiştir. 1970 li yıllarda iş yükünün yanı sıra beceri düzeylerinin ve işteki otonominin (karar verme serbestliğinin) sağlık açısından önemli etkenler olduğu bildirilmiştir. Kornitzer'in özel ve devlet bankalarında çalışanlarda yaptığı çalışma alana oldukça önemli katkı sağlamıştır. Kornitzer özel bankada çalışanlarda koroner kalp hastalığı insidansının, devlet bankasında çalışanlardan daha fazla olduğunubildirmiştir. Bu bulgu biyolojik değişkenlerle açıklanamaz. Kornitzer özel bankada çalışanlarınfazla çalışma nedeniyle koroner risklerinin artığınıöne sürmüştür. Karasek' in özgün katkısı bu ilk çalışmalardanelde edilen ve psikolojik boyuta vurguyapan "yüksek psikolojik iş yükü" ile sosyolojidekullanılan "yabancılaşma" kavramlarının (kontrol)birlikte ele alındığı modeli geliştirilmesiyle oldu.Yabancılaşma kuramı çalışanların, beceri düzeylerinigeliştirme ve kullanma düzeyleri ile görev alanlarındakikarar verme otoritelerine dayanır. Karasekve arkadaşlarının ampirik çalışmalarının sonuçlarıda beceri düzeyi ve karar otoritesi değişkenlerininbirlikte değerlendirilmesi gerektiğinigöstermiştir. Bu iki değişkenin birbirine eklemlenmesiile elde edilen yeni değişkene "karar serbestliği"ya da kontrol" adı verilmektedir. Bu çalışmalarınsonucunda yüksek düzeyde psikososyal beklenti(iş yükü), düşük düzey karar serbestliği (kontrol)ile birleşince hastalıklarla sonuçlanabilen işgerilimi riski oluşmaktadır. Şekil-2'de modelindörtlü yapısı gösterilmiştir (Aktaran: Demiral, 2004: 24).

İş yükü-kontrol modeline göre hem iş yükünün hem de iş kontrolünün yüksek olduğu durumlarda motivasyon ve ustalık duygusu arttığı için yüksek iş yükünün gerilim oluşturma etkisi azalmaktadır. İş yükü ve kontrolünün aynı anda düşük olduğu durumlarda ise pasif işler ortaya çıkmakta ve öğrenme gereksinimi zaman içinde ortadan kalkmaktadır. Bu da zaman içinde 'kazanılmış umutsuzluk' oluşmasına neden olabilmektedir. Bu yapıda iş yükünün kontrole oranına iş gerilimi denmektedir. İş gerilimini etkilediği belirtilen bir diğer bağımsız etmen sosyal destektir. Sosyal destek işyerinde çalışma arkadaşları, üst amir ya da hizmet verilen insanlardan kaynaklı olabilmektedir. İş yükünün yüksek olduğu, kontrolün ve sosyal desteğin düşük olduğu işler ise en yüksek iş gerilimi oluşturan işler olarak tanımlanmıştır. Bu durumda sosyal destek de yapıya eklenerek iş yükü-kontrol-sosyal destek modeli oluşturulmuştur (Aktaran: Şahan, 6).



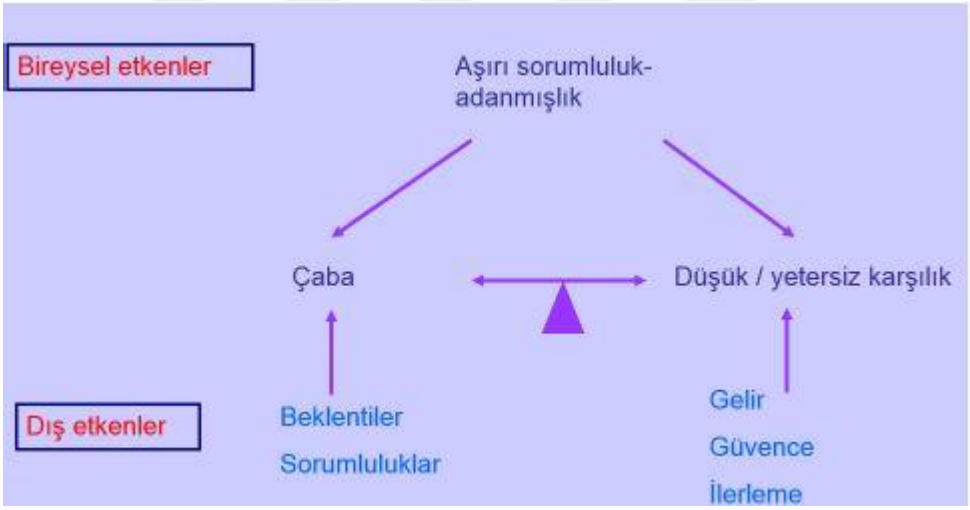
Şekil 2İş yükü-kontrol modeli *Demiral Y. Çalışma Yaşamında Psikososyal Etmenler. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2004(20):22-6.

2.3.2. Çaba-Ödül Uyumsuzluğu Modeli

Weber'e göre, bireylerin sosyal sınıfları mesleklerine göre belirlenmektedir. Bu nedenle Siegrist çalışmanın ve işin bireylerin yaşamında merkezi bir öneme sahip olduğunu, aynı zamanda işin gelir ve toplumsal statü için önemini vurgulamıştır(Aktaran: Şahan, 6). Meslekler bireylerin kişisel kimlik gelişimi, kendine güvenmesi ve yeterli hissetmesi bakımından da önemlidir. Bu süreçte mesleksel statü bakımından kişinin ilerlemesinin gelişimine katkı

sağladığı bilinmektedir. Çalışanların ilerleme çabası gösterirken bunun sonucunda mesleksel statü bakımından yükselmeleri ve olumlu yönde değişmeleri beklenmektedir. Ancak, çalışanın çaba göstermesine rağmen bu karşılığı alamaması durumunda ya da bir başka değişle çaba ile beklenen karşılık arasındaki dengenin bozulması ile iş stresi oluşması beklenmektedir(Şahan, 2016).

Model, kişiye özgü özelikleri (intrinsik etkenkendiniadama) dışsal etkenlerle birlikte değerlendirir(iş yükü-gelir). Bu iki etken çaba ve karşılığındengede kalmasını sağlayacak kaynakları oluşturur. Kendini işine adama (overcommitment) çabave ödül arasındaki dengesizliğin tolere edilmesindetampon oluşturur. Kendini adama bir grup tutum, davranış ve duygu durumunun tanımlanmasındakullanılır. Bu kişiler aşırı bir onaylanma ve saygınlıkbeklerler. Bu durum yüksek iş yüküne karşılık düşük karşılık (güvence, ücret vb.) ile birlikte işstresini oluşturmaktadır. İş yükü - kontrol-destekmodelinden farklı olarak, bireysel özelliklerin dedeğerlendirildiği bir model olduğu ilerisürülmüştür (Aktaran: Demiral, 25)



Şekil 3.Çaba ödül uyumsuzluğu modeli(Demiral Y. Çalışma Yaşamında Psikososyal Etmenler. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2004(20):22-6.)

Şekil 3'de çaba-ödül uyumsuzluk modeli şematize edilmiştir. Modelde kendini adama gibi bireyin içsel özellikleri, aynı zamanda iş yükü, ücret, güvence, kariyer ve saygınlık gibi dışsal etmenler de çaba ve ödül ile birlikte değerlendirilmektedir. İş yükünün fazla olması çabayı artırırken; bunun karşılığında ücret, güvence, kariyer ve saygınlık gibi ödüllerin düşük olması iş stresini artırır. Kendini işine adama ise, çaba ve ödül arasındaki dengesizliğin giderilmesinde denge sağlayabilen bir ara değişkendir. Kendini adama durumu kişinin aşırı onaylanma ve saygınlık beklentisi içine girmesini sağlamaktadır. Bu durum yüksek iş yükü, düşük

ödüllendirme ile birlikte değerlendirildiğinde iş stresini oluşturmaktadır. Çaba-ödül dengesizliği modelinde bireysel özellikler de değerlendirildiği için iş yükü-kontrol-destek modelinden farklıdır (Aktaran: Şahan, 2016).

2.4.Çalışma Yaşamında Psikososyal Risk Faktörleri

1950'lerden beri işin psikolojik yönleri giderek araştırma konusu olmaya başlamıştır(Johnson, 1996; Sauter v.d., 1998). Bu alandaki araştırmalar çalışma ortamının sağlık üzerindeki bazı yönlerinin etkisine bireysel bakış açısıyla ve bir odak kaymasıyla birlikte psikososyal çalışma ortamı araştırma ve mesleki psikolojinin ortaya çıkması ile daha da ivme kazanmıştır(Cox, Griffiths & Rial-González, 2000).

Psikososyal riskler Uluslararası Çalışma Örgütü(ILO, 1986 tarafından; işin içeriği arasındaki etkileşimler, iş organizasyonu ve yönetimi, çevresel ve örgütsel koşullar ve diğer taraftan çalışanların yetkinlikleri ve ihtiyaçları olarak tanımlanmıştır. Örneğin, onların algı ve deneyim yoluyla çalışanların sağlığı üzerinde zararlı etkiye sahip olduğunu kanıtlamak için etkileşimlerine bakmışlardır(ILO, 1986). Psikososyal tehlikelerin daha basit bir tanımı işin yönetimi ve dizaynı yönüyle olabilir ve onun sosyal ve örgütsel bağlamlarda var olan psikolojik veya fiziksel zarar potansiyeli yoluyla olabilir(Cox & Griffiths, 2005). Psikososyal risklerin doğasıyla ilgili her ne kadar henüz hepsinin bilimsel yayınlarda temsil edilecek durumda olmasa da literatürde makul bir görüş birliği vardır(Şekil 4) ancak bu işin yeni biçimlerinin yeni tehlikelere yol açtığı unutulmamalıdır (Cox, 1993).

PSİKOSOSYAL RİSKLER	
İş İçeriği	Çeşitli veya kısa iş döngüleri eksikliği, parçalanmış veya anlamsız işler, becerilerin az kullanımı, yüksek belirsizlik, iş nedeniyle sürekli maruziyet
İş yükü ve hızı	Aşırı ya da az iş yükü, makinenin ilerleme hızı, yüksek düzeyde zaman baskısı, sürekli zaman baskısı maruziyeti
Çalışma saatleri	Vardiyalı çalışma, gece vardiyası, esnek olmayan çalışma programı, öngörülemeyen çalışma saatleri, uzun ya da asosyal saatler

Katılım ve Kontrol	Karar vermede düşük katılım, iş yükü üzerinde kontrol eksikliği, ilerleme hızı vb.
Çevre & Ekipman	Yetersiz ekipman durumu, uygunluğu ve bakımı; zayıf aydınlatma, aşırı gürültü ve alan yetersizliği gibi kötü çevre koşulları
Kurumsal kültür & Fonksiyon	Zayıf iletişim, kişisel gelişim ve problem çözme desteğinin düşük seviyelerde olması, kurum hedefleri, tanımı gibi kavramlarda üzerinde anlaşma olmaması ya da netlik olmaması
İşyerinde kişilerarası ilişkiler	Sosyal veya fiziksel izolasyon, üstlerle kötü ilişkiler, kişilerarası çatışma, sosyal destek eksikliği, zorbalık, taciz
Kuruluştaki rol	Rol belirsizliği, rol çatışması ve kişiler için sorumluluk
Kariyer gelişimi	Kariyer durgunluğu ve belirsizliği, terfi altı veya terfi üstü, düşük ücret, iş güvencesizliği, alt sosyal değerlerle çalışma
Ev-iş İlişkisi	İş ve evin çatışan talepleri, evde düşük destek, ikili kariyer sorunları

Şekil 4: Psikososyal Riskler ve İçerikleri (Leka, Griffiths & Cox, 2003)

2.4.1. İşin İçeriği

Eğer işçiler taleplerle başa çıkamazsa işin niteliği ve görev türleri iş stresi kaynağı veya işçiler için bir meydan okumayı temsil etmeyi içerebilir. Bireysel farklılıklar işçilerin bu taleplerle başa çıkmasında önemli bir rol oynar.

Bir işin içsel içeriği işçilerin refahı için risk teşkil edebilen unsurları içerebilmektedir. Yaratıcı iş ve görev değişimi işyerinde kişinin kendini geliştirmesinin yanı sıra işçilerin yeni zorluklara göğüs germek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olduğunda geleneksel olarak çalışma motivasyonu için içselleştirmeyi önemli kabul ediliyor(Hackman and Oldham, 1980).Tekrarlayan ve monoton işler isteksizliğe veya Psikososyal sorunlara katkıda bulunabilir. Öte yandan, çok karmaşık görevler onlarla başa çıkmak için gerekli beceri ve iş tasarı yoksa çalışan için stresli durumlara katkıda bulunabilir. Ayrıca duygusal talep etkileşimleri (örneğin öfkeli müşterilerle uğraşma ve duyguları gizleme gibi) insanlarla temas içeren işler için gerekli

olabilir. Son olarak, işi gerçekleştirmek için yeterli beceri eksikliği artan stres seviyeleri ile işçilerin refahına zarar verebilir.

İş içeriğininriskli olarak birkaç farklı yönü vardır: bunlar, işin düşük değeri, becerilerin düşük kullanımı, görev çeşitliliği eksikliği ve iş tekrarlılığı, belirsizlik, öğrenme fırsatı eksikliği, dikkatle ilgili yüksek talepler, taleplerin çatışması ve kaynakların yetersizliğini içermektedir(Cox, Griffiths & Rial-González, 2000). Cox (1985a) işin fiziksel ve psikolojik sağlık etkilerini değerlendirdi ve tekrarlayan ve monoton çalışmaya maruz kalmanın genellikle can sıkıntısı deneyimi ile birlikte sırasıyla, anksiyete ve depresyonla, kızgınlık, ve genellikle zayıf psikolojik sağlık ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ayrıca işle ilgili üst ekstremite bozuklukları, sindirim sistemi bozuklukları, sigara ve alkol kullanımı gibi sağlıkla ilgili davranışlarda çeşitli değişikliklerde dâhil olmak üzere postural (duruş) ve kas-iskelet sistemi problemleri sıklığında bir artış olabilmektedir(Cox, Griffiths & Rial-González, 2000).

2.4.2. İş yükü ve hızı

İş yükü işçi sağlığı üzerindeki etki nedeniyle dikkate alınan ilk risklerden biri olmuş ve hem çok iş yükü hem de az iş yükünün problem olabileceği açıkça görülmüştür. French ve arkadaşları ve diğerleri nitel ve nicel iş yükü arasında bir ayrım yapmışlardır. Ve aynı zamanda stres tecrübesi ile ilişkilendirilmiştir. Niceliksel iş yükü yapılması gereken iş miktarını belirlerken niteliksel iş yükü bu işin zorluğunu ifade eder. İş yükünün bu iki boyutu bağımsızdır ve nitel ve nicel iş yükü gerektiren bir iş mümkün olabilmektedir. Çok kısa döngü tekrarlayan montaj çalışmaları işin doğasıdır ve hem fiziksel hem de ruh sağlığını tehdit ettiğine dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Glowinkowski ve Cooper (1986) da aşırı ve az iş yükünün benlik saygısını düşürdüğü, sigarayı içimini artırdığını ve çeşitli fiziksel ve psikolojik sorunları artırabileceğini belirtmiştir.

İş yükünün hız ile ilişkisi dikkate alınmalıdır; işin tamamlanması, doğası ve ilerleme hızı gereksinimi için gereken şeyler: öz-istem ve makine temposudur. Sınırlar içerisinde; kontrol sağlığın belirleyici faktörleri olabilir. Makinalar ve sistemlerin iş temposu özellikle yüksek oranda ise hem fiziksel hem de psikolojik açıdan sağlığa zararlı olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır(WHO, 2010).

2.4.3. Zaman Baskısı

Zaman baskısı veya aşırı rol yüklenmesi iş ya da görev için belirlenen anahtar performans göstergelerini karşılamak için çok sıkı ve/veya çok hızlı çalışma gereksinimi ya da işin görev ve gereksinimlerinin tamamlamak için yeterli zamana sahip olamama anlamına gelir(Ohly & Fritz, 2010). Ayrıca zaman baskısı iş görevlerini başarmak için gerçekçi olmayan tarihler veya yeterli kaynak bulunmamasının sonucu olabilir. Performansın elektronik izleme ve makineler tarafından dikte edilmesi eğer iyi tasarlanıp uygulanmamışsa işin ilerleme hızının zaman baskısı oluşturduğu görülmüştür. Zaman baskısı seyrek olursa ya da iş döngüsü veya yıl içinde belirli tanımlanmış zamanlarda meydana geliyorsa sorun olmayabilir; ancak sabit, sıklıkla veya aşırı olması durumunda bu bir iş stresörü olabilir(Rick, Thomson, Briner, O'Regan & Daniels, 2002).

2.4.4. Bilişsel Talepler

Bilişsel talepler çalışma görevleri ile ilişkili olarak çok sayıda ve çok çeşitli olabilir; ancak bilişsel taleplerin iki ana çeşidinin psikolojik ve fiziksel refahı negatif etkileyen ve performans azalmasına neden olarak gösterilmiştir. Bunlar yüksek bilişsel yükleri olan görevler ve düşük bilişsel yükleri olan görevlerdir(monoton görevler). İlk bahsedilen sürekli konsantrasyon, dikkat dağılması ve üst düzey karar alma gerektirir(Jackson, Wall, Martin & Davids, 1993). Hava trafik kontrolörleri ve anastezist pozisyondakiler bu kategoriye uygun olabilen işlerdir. Öte yandan, görevler bilişsel kaynakları daha az gerektirdiğinde alt-uyarılma gerçekleşir(örneğin meyve ayırma, kolileri katlama, kalite kontrol işi). Az çeşitliliği olan monoton görevler yorucu, stresli ve hata eğilimli olabilir(Wickens v.d., 1998).

2.4.5. Duygusal Talepler

Duygusal talepler ya da işle ilgili duygusal işgücü şunları içerir:

- Duyguların yanlış görüntülerini gösteren işçi gerektiren işler, tıpkı hizmet sunma/memnun etme gibi mutluluk ya da istek gibi durumlar hatta öfke ve kızgınlık kaynaklı olan durumlarda yapılan işlerdir. Negatif duygunun bastırılması 'yüzeysel eylem' için iş gereksinimiyle birlikte pozitif duygu işçi sağlığı üzerindeki olumsuz etkiler ile ilişkilidir(Brotheridge & Grandey, 2002; Zapf, Vogt, Seifert, Mertini & Isic,

1999). Uçuş görevlisi ve perakende işçi pozisyonları duygusal emeğin iş gereksinimi olduğu örneklerdir.

- Duygusal olarak sıkıntı verici durumlara maruz kalan işçilerin olduğu işlerdir. Bu pozisyonlar hastalığın artan riski ile ilişkilidir(see for example, Schnurr & Green, 2004). Örneğin polisler ve itfaiyeciler bu nitelikte risklere maruz kalabilir.

2.4.6. Çalışma Saatleri: Vardiyalı ve Uzun Çalışma Saatleri

Çalışma takvimi üzerindeki literatürün çoğu vardiyalı (ve gece) çalışma ve uzun çalışma saatleri ile ilgilidir. Stres genellikle geniş vardiyalı çalışma, emeğin uzun saatleri, uyku kesintisi gerektiren iş görevi kalıpları ve ortaya çıkan yorgunluğu izler. Artan stres riski biyolojik günlük ritimleri, azaltılmış uzunlukta ve düşük kalite gündüz uykusu ve çatışan iş/ev talepleri gibi tersine çevrilmiş zorluklar nedeniyle oluşur. Yorgunluk hem işçinin strese yatkın olması hem de önceden var olan durumun belirli ölçüde artması gibi ikili etkiye sahip olabilir. Stres ve yorgunluk gece işçilerinin %75'inin her gece vardiyasında uyuklama halinin yaşanması ile gece vardiyası işçileri arasında en fazla olması muhtemeldir (Akerstedt, 1995, 1988, 1985).

Kötü tasarlanmış/yönetilen iş planlaması da dâhil olmak üzere çalışma saatleri, iki mekanizma ile sağlık ve güvenlik riskleri yaratabilir:

- Maruz Kalma Süresi- çalışma saatleri işçilerin belirli bir çalışma haftasında psikososyal tehlikelere ne kadar süre maruz kaldığı belirlemekte ve bu nedenle risk düzeyini etkilemektedir.

- Yorgunluk- çalışma saatleri ve vardiya düzenleri iş yerindeki atlatılan kazalar ve yaralanmaların önemli bir belirleyici olan yorgunluğa, hastalık ve devamsızlığa ve kötü iş yaşamına yol açabilir.

2.4.7. İş Rolleri

Rol çatışması ve belirsizliği örgüt içinde işçilerin rol anlayışını ve örgütün rollerin çelişmemesini sağlamasını ifade eder. Bu insanların belirli olmayan bir anlayışa sahip olduğu performans gereksinimleri ve iş sorumlulukları, rollerdeki sık ve ani değişimler veya başkalarının rolleri ile problemli rol örtüşmelerini kapsamaktadır.

2.4.8. Çatışma

İşyeri kabalığı veya belirli yönetim tarzlarını içeren kişilerarası stresörlerin, işyerinde daha aşırı stresör arasında yer aldığı bildirilmiştir (Jex & Beehr, 1991; Jex, 1998; Smith & Sulsky, 1985). Ampirik kanıtlar işle ilgili kişilerarası çatışmanın psikolojik ve fiziksel fonksiyonlar ile ilişkili olduğunu göstermektedir bunun yanında sağlık uygulamaları, yaş, stresli yaşam olayları ve iş ve evden destek kontrol edildiğinde psikolojik rahatsızlıklara katkı sağlamaktadır (Gilbreath & Benson, 2004). İşyeri zorbalığı ve taciz daha da ciddi nitelikte sonuçlara yol açabilen belirli kişilerarası stresörlerdir(Einarsen, 1999).

2.4.9. Değişim

Bu risk faktörü örgütsel değişimin nasıl yönetileceği ve iletileceği anlamına gelir. Örgütsel değişimin bir iş stresörü olduğuna işaret birçok araştırma vardır (bknz, örneğin, Sutton & Kahn, 1986; Jimmieson, Terry & Callan, 2004). Değişim sürecini yöneterek ve etkili iletişim sistemine sahip olarak stresi önleyebilir veya minimize edebilirsiniz.

2.4.10. İşyerinde Şiddet ve Zorbalık

İşyerinde şiddet konusunda ve travma sonrası stres bozukluğu konusunda büyüyen bir literatür bulunmaktadır. İşyerinde şiddete maruz kalmanın fiziksel sağlığın yanı sıra psikolojik sağlığa zarar verdiğine dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Mesleki şiddet artmış stres düzeyleri ile bağlantılı olmuştur. Şiddetin sıklığı çok tartışılan ve kullanılan tanımda büyük ölçüde bağımlı olan bir değişkendir. Kullanımı yaygın olarak kabul edilen tipoloji şiddeti üç kategoriye ayırmaktadır: 'harici' (örneğin, gecikme nedenli meydana gelen silahlı oluşumlar), müşteri tarafından başlatılan (örneğin bir hastanın hemşire veya doktora saldırması),

2.4.11. İş Denetimi

'İş Denetimi' insanlar işlerini yapmak için kendi yollarını ne kadar söylediklerini ifade eder: bu bir iş kaynağı olarak yaygın olarak çalışılmıştır, en etkilisi de İş- Talep- Kontrol- Destek Modelidir (Karasek & Theorell, 1990). Bu modelde, 'Beceri Takdiri' terimi ne kadar çeşitli insanın işlerini yaptığını ve insanların becerilerini kullanmak için ne kadar fırsat bulduğu

anlamına gelir; düşük beceri takdirinin işle ilgili çıktıların çoğunun üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu görülmüştür, karar mekanizması ve özerklik sağlıkla ilgili çıktıların yüksek iş talepleri etkisi tampon olarak gösterilmiştir (de Lange v.d., 2003).

2.4.12. Meslektaş ve Danışman Desteği

İşin bir özelliği de stresör- gerilme ilişkisinde bir tampon olarak yoğun bir şekilde incelenen sosyal destektir(Karasek & Theorell, 1990). İşyerinde sosyal destek meslektaşlar ve/veya süpervizörler tarafından sağlanabilir ve 'araçsal' destek veya 'duygusal' destek olarak sınıflandırılabilir; araçsal destek tavsiye ve bilgi gibi sorunları çözmeyi veya maddi yardım sunmayı içeren pratik yardım sağlanmasını kapsarken duygusal destek ise empati kurarak dinlemeyi ve bakım sağlamayı içerir(Swanson & Power, 2001). Beehr ve diğ. (2003) stresörlerin ve sosyal desteğin kaynağının aynı olması durumunda iş stresörleri ve gerilme arasındaki sosyal destek ilişkinin zayıfladığını bulmuşlardır. Bu stresin(örneğin bir süpervizör) azmettiricisinin aynı zamanda sosyal destek sağlayabileceği anlamına da gelir.

2.4.13. Örgütsel Adalet

İşyerinde hakkaniyet ya da örgütsel adalet çok faktörlü bir yapı olarak kabul edilir ve şunları içerir:

- Prosedürel adalet- işyerinde kullanılan prosedürlerden algılanan adalet (örneğin işçilerle zaman arasında tutarlı bir şekilde uygulanıp uygulanmadığını içerir) (Leventhal, 1980).
- Dağıtıcı adalet- karar sonuçlarından algılanan adalet (örneğin ödüllerin çaba ile orantılı olması, bir pozisyon/promosyon teklifini en iyi seçim kriterlerini karşılayan adayın alması) (Adams, 1965; Leventhal, 1976).
- Etkileşimsel adalet- kişilerarası muameleden algılanan adalet (örneğin, onur ve saygı)
- Bilgilendirici adalet- Prosedürler, zaman çizelgesi, prosedürler/kararların uygulamasındaki ilerleme ve sonuçların belirlenmesinde bilgilerin sağlanması (Greenberg, 1993).

2.4.14. Tanınma ve Ödüllendirme

Çaba- Ödül Dengesizlik Modeli (Siegrist, 1998) dengesizlik kavramı ile çaba üzerine bir işçiyi ve elde ettiği ödülleri(örneğin para, saygı ve sosyal kontrol) koyar. Bu alandaki dengesizliklerin özgüven, öz yeterlilik ve sağlık üzerindeki olumsuz etkilerine bağlı olabileceği ileri sürülmektedir(Neidhammer v.d., 2004, Pikhart v.d., 2001, 2004; Tsutsumi v.d., 2001). Siegrist neden özünde daha yüksek çaba gösteren insanların iş stresinden rahatsızlanma riskinin daha fazla olmasını 'bağlılık üstü' kavramı ile açıklamıştır. Kişi odaklı çaba ve ödül ihtiyacı stres tepkisinde bireysel farklılıkların katkısını kabul etmektedir.

2.5.Psikososyal Riskleri Yönetmenin Önemi

İşyerindeki psikolojik tehlikeler ve bunların iş sağlığı ve güvenliği ile ilişkili riskler konusundaki endişeler son yıllarda Avrupa'daki politika yapıcılar ve İş Sağlığı ve Güvenliği paydaşlarının dikkatini çekmiştir. Bu endişeler işin değişen dünyasında Avrupalı işçiler arasında artan stres, zorbalık veya taciz ve şiddetin yaygınlığını yansıtmaktadır(EU-OSHA,2012).

2.6. Yeni Tehlikeler "İşin Değişen Dünyası"

Son yıllarda büyük ölçekli sosyo-ekonomik ve teknolojik değişimler işyerlerini önemli ölçüde etkilemiştir. Bunlar genellikle ortaklaşa olarak "işin değişen dünyası" olarak adlandırılmıştır. Bu terim geniş bir yelpazede çeşitli düzeylerde iş organizasyonunun yeni desenlerini kapsamaktadır: uzaktan çalışma ve işyerlerinde bilgi ve iletişim teknoloji kullanımının artması; istihdam modelleri ile ilişkili değişimle birlikte küçülme, dış kaynak kullanımı, taşeronlaşma ve küreselleşme; beceri veya fonksiyonları ve sayısı bakımından işçilerin esneklik talepleri; hizmet sektöründe çalışan nüfusun giderek artan oranda olması ve yaşlı işçi sayısının giderek artması; kendini düzenleyen iş ve ekip çalışması vb.. Bu alanlarda gövde araştırması hala gelişiyor ancak çalışma ortamındaki değişiklikleri geliştirmenin tersi etki oluşturabileceğine dair ön kanıtlar bulunmaktadır. Örneğin, Windel (1996) bir elektronik üreticisinin ofisinde kendi kendini düzenleyen ekip çalışmasının tanıtımı konusunda çalışmıştır. Kendinden ayarlı çalışma artan öz-yeterliliğin kaynağı olabilmesine ve gelişmiş sosyal destek sunabilir olmasına rağmen, Windel 1 yıllık sonrasında temel verilere göre iş taleplerinin artmış

ve iyi olma halinin azaldığını keşfetmiştir. Veriler yönetsel görevlerde artış ve personel sayısında azalma kombinasyonu nedeniyle sosyal destek artışının kendini düzenleme ekipleri tarafından öne sürülen artan talepleri karşılamaya yeterli olmadığını göstermektedir. Meta-analitik çalışmalar takım çalışması veya kendi kendini düzenleyen çalışma uygulamasının sonucu olarak ya karışık sonuçlar ya da artan işe devamsızlık oranları ve personel kaybını göstermiştir(EU-OSHA,2012).

Kurumların faaliyetleri yolunda böyle bir derin bir etkiye sahip olan değişimler potansiyel tehlikelerle ilgili sonuçlara yol açabilirler bu da sağlık ve refah üzerindeki etkisinin izlenme ihtiyacını doğuracaktır.

Son otuz yılda, birçok Avrupa ülkesinde artan işsizlik üzerinde büyüyen kamu endişesi "iş'in kalite "si ile ilgili tartışmaları gölgede bırakmıştır. İşin miktarının artırmak temel öncelik olarak görülmeye başlanmıştır. Bazı durumlarda işin sayısının artırmak için üretilen çalışanların sağlığı, güvenliği ve refahını korumak gibi küçük düşünce politikalarının potansiyel etkisinin verildiği anlaşılmaktadır.

Buna ek olarak, otomasyon ve hizmet işlerinin hızlı yükselişi ile karakterize bir post- Fordist verimlilik modeline yönelik modern ekonomilerin geçişi birçok kişi tarafından "zorlu işler" olarak algılandığı söylenebilir(örneğin birçok sağlık ve güvenlik tehlikeleri ve risklerinin sunulduğu fiziksel işler). Avrupa Birliği düzeyinde iş yerinde ciddi ve ölümcül kazalarla ilgili istatistikler bu algıları teyit eğilimindedir. Her ikisi de Avrupa Birliği'nde son yıllarda bir düşüş eğilimi göstermiştir(EU-OSHA,2012).

Birçok Avrupa ülkesinde ölümcül ve ölümcül olmayan iş kazalarında aşağı yönlü eğilimler ''zorlu işler'' de düşüş olduğu algısını güçlendirmek, işin kalitesi özellikle Avrupa Birliği ülkelerinde politika yapıcılar, işverenler, işçiler ve onların temsilcilerinin dikkatini çekmiştir. İşin kalitesi üzerindeki tartışmaların yenilenmesi kısmen işin değişen dünyası ile açıklanabilir.

Üç temel kuvvet geçmiş yıllarda endüstrileşmiş ülkelerin iş dünyasında önemli değişimlere yol açmıştır: demografik değişimler, artan ekonomik küreselleşme ve hızlı teknolojik değişim (Karoly and Panis; 2004, EU-OSHA, 2007; EU-OSHA, 2002b). Bu kuvvetler iş dünyasını etkilemiştir çünkü onlara özellikle yaşlanan işgücü, iş sözleşmelerinin yeni biçimlerinin ortaya çıkması, iş güvencesizliği artması, daha fazla iş yoğunluğu ve düzensiz ve esnek çalışma süresinin fazla kullanımı katkıda bulunmuştur. İşin dünyasındaki bu değişiklikler son on

yıllarda özellikle Avrupa'da "işin kalitesi" nde görülen bozulma genel kamu endişesine neden olmuştur (EC, 2008a,Green, 2006) (3).

Demografik değişimler işgücünün bileşimini etkilemiştir. Özellikle, bileşim üzerinde yaş, cinsiyet, ırk/etnisite ile ilgili daha dengeli bir dağılıma doğru kaymıştır. İşgücünün bileşimi üzerindeki bu değişiklikler işin kalitesi dâhil olmak üzere bazı anahtar boyutlar üzerine endişeleri artırdı: beceriler, yaşam boyu öğrenme ve kariyer gelişimi, cinsiyet ve eşitlik; iş organizasyonu ve iş-yaşam dengesi; çeşitlilik ve ayrımcılık. Örneğin, işgücüne katılım oranı artıyor iken, çeşitli çalışmalar mesleki gelişim ve görev rotasyonu için işyeri eğitimi ve işyerinde öğrenme dahil kısıtlı imkanlara erişim konusunda yaşlı işçilerin genç olanlara göre daha az fırsata sahip olduğunu göstermiştir (EC, 2007a; Leka v.d., 2008b). "Başka bir açıdan ise, Avrupa işgücü piyasalarında kadınların artan katılımı işyerinde kadın ve erkek arasındaki iş ve özel yaşamı birleştirmek ve kalıcı eşit olmayan muamele büyüyen zorluklara yol açmıştır (EC, 2008a). Son olarak, Avrupa'daki göçmenlerin artışı, işyerinde etik ve ırksal ayrımcılık konusundaki sorunların gündeme gelmesi, 2000 yılında AB ayrımcılık karşıtı direktiflerin yayınlanması da bunu göstermiştir(EU-OSHA,2012).

İkinci olarak, artan ekonomik küreselleşme geçmişteki nispeten ticaretle ilgili rekabeti izole ederek sanayiyi ve işgücünün bazı bölümlerini etkiledi (EC, 2008a). Küreselleşmenin bu yeni alanı işçiler arasında işin kalitesinde düşüş algısına katkıda bulunmuştur çünkü bu iş güvencesizliği kaygılarının daha da artması ve büyüyen iş baskı ve talepleri pek çok işçiyi yerleştirdi. Bunlar sadece gelişmekte olan ülkelerdeki dış kaynaklı üretim işçileri değil aynı zamanda bilgi teknolojileri ve iş- işleme hizmetleri gibi hizmet sektöründeki yüksek vasıflı beyaz yakalı işçilerdir (EC, 2006).

Son olarak, hızlı teknolojik değişim ve artan uluslararası rekabet özellikle değişen teknolojik ve ekonomik koşullara hızla adapte olma yeteneği işgücünün hazırlanması ve becerileri üzerine bir spot ışığı yaktı. İş örgütlerinin doğasındaki değişimler ve bilgiye dayalı çalışmanın artan önemi rutin olmayan güçlü bilişsel becerileri de olumlu yönde etkiledi, bunlar: soyut düşünme, problem çözme, iletişim ve işbirliği-özellikle risk altındaki düşük vasıflı işçileri koyarak (EC, 2008a). Bu kuvvetler iş organizasyonunun daha dağıtılmış şekillere doğru hareketi kolaylaştırmıştır, daha uzmanlaşmış firmalara doğru dikey entegre firmaların uzak geçişini içeren temel olmayan fonksiyonları dışarıdan alarak ve bu firmalar içinde organizasyonun merkezi olmayan biçimlerinde yenilik, öğrenme ve kaliteyi teşvik etmek (EC, 2007a). Bu tür kuvvetler daha kalıcılıktan, ömür boyu işlerde daha az kalıcı hatta standart dışı,

istihdam ilişkilerine(örneğin, serbest meslek, geçici iş) ve iş düzenlemelerine(örneğin, uzaktan çalışma, düzensiz ve esnek çalışma zamanı) doğru kaymaya yol açmıştır. Onlar aynı zamanda işin yoğunlaşmasına da katkıda bulunmuştur (EU-OSHA, 2007).

2.7.İşyerinde Psikososyal Risklerin Ortaya Çıkması

Şimdiye kadar, hayat boyu öğrenme ve kariyer gelişimi, toplumsal cinsiyet eşitliği, esneklik ve güvenlik, iş gücü piyasasına katılım ve erişim, iş organizasyonu ve iş-yaşam dengesi, çeşitlilik ve ayrımcılık gibi iş kalitesinin anahtar boyutları ile bu değişikliklerin iş dünyası üzerine etkileri ele alınmıştır.

Bununla birlikte, bu değişiklikler aynı zamanda işin kalitesi, işyerinde güvenlik ve sağlık gibi diğer önemli boyutları etkilemiştir (EU-OSHA, 2007). Aslında bunlar birçok sözde 'psikososyal riskler' in ortaya atılmasına katkıda bulunmuşlardır (Chouanière, 2006). Bu tehlikeler Cox ve Griffiths (1995) tarafından 'psikolojik, sosyal ve fiziksel zarar potansiyeline sahip, işin tasarımı, organizasyonu ve yönetimi ve bunların sosyal ve çevresel bağlamlardaki yönleri' olarak tanımlanmıştır.

2003 ve 2004 yıllarında İş Sağlığı ve Güvenliği Avrupa Ajansı tarafından gerçekleştirilen Delphi araştırmasının sonuçları, alanında uzman bir örneğe göre, en önemli gelişmekte olan Psikososyal tehlikelerle ilgili ilginç ipuçları vermektedir EU-OSHA, 2007). Bu tehlikelerin çoğu iş sözleşmeleri ve iş güvencesizliğinin yeni biçimleri, yaşlanan iş gücü, iş yoğunlaşması, iş yerinde yüksek duygusal talepler ve kötü iş- yaşam dengesi ile ilgilidir (Şekil 5.)

Psikososyal Tehlikelerin Alanları	**En önemli Gelişmekte Olan Psikososyal Tehlikeler**
İş güvencesizliğinin yeni biçimleri	Kararsız iş gücü piyasası bağlamında güvencesiz sözleşmeler Küreselleşme bağlamında artan işçi açığı İş sözleşmesinin yeni biçimleri İş güvencesizliği duygusu Yalın üretim ve dış kaynak

Yaşlanan iş gücü	Yaşlanan iş gücünün riski
İş yükü ve hızı	Uzun çalışma saatleri İşin yoğunlaştırılması
Duygusal talepler	İşyerinde yüksek duygusal talepler
İş-yaşam dengesi	Kötü iş-yaşam dengesi

Şekil 5 Gelişmekte Olan Psikososyal Riskler(EU-OSHA (2007)

2.8.Psikososyal ve Fiziksel Tehlikeler Arasındaki Farklar

Tehlikeler hakkında düşünmeye başlanıldığı zaman, işyeri tehlikeleri arasında fiziksel ve Psikososyal tehlikeler arasında bazı önemli farklar olduğu görülmektedir. Fiziksel tehlikeler içerik anlamında belirli olma eğilimindedir (örneğin, yanıcı maddelerin depolanma yolu, makine parçalarının monte edildiği raylardaki güvenlik görevlisi) oysa Psikososyal tehlikeler her yerde bulunabilir (örneğin, aşırı iş yükü veya rol belirsizliği olarak). Aşağıda örneklerde de gösterildiği üzere Psikososyal tehlikeler önemli bir şekilde fiziksel tehlikelerden farklıdırlar:

- Kimyasal dumanlara ne seviyede maruz kalındığının güçlü bir spesifikle belirlemek mümkündür, örneğin tehlikeli olanlar; fakat ağır iş yükünün belirli bir zarara neden olma seviyesini belirlemek mümkün değildir.
- Fiziksel tehlikeler genellikle anında bir etkiye sahiptir, örneğin yanıklar, düşme ya da takılma; fakat Psikososyal tehlikelerinin maruz kalma etkileri örneğin, travmatik bir olay birçok ay ya da daha uzun süre bir etki gizli kalabilir.
- Fiziksel tehlikeler her zaman olumsuz etkiye sahip olma eğilimindedir fakat Psikososyal tehlikelerin etkileri bazen olumlu bazen olumsuz olabilir. Örneğin özerklik veya denetimin çalışmalarımız üzerinde genellikle psikolojik sağlığımız için iyi etkiye sahip olduğuna inanılmaktadır fakat çok fazla özerkliğe sahip olmak rol netliği eksikliği veya az yönetim desteği eksikliği gösterebilir- hem de potansiyel tehlikeleri kabul eksikliği sonucu doğurabilir.
- Son olarak, fiziksel tehlikeler özünde zararlıdır (örneğin zehirli gazlar) veya etkileri bireysel yatkınlıkla bir ölçüde tespit edilebilir, oysa Psikososyal tehlikeler insanların onları algılamasına bağlı olarak (bilişsel değerlendirme) tamamen veya kısmen

belirlenebilir. Zehirli bir gaz tadına, kokusuna ya da dış görünümüne bağlı olmaksızın zehirlidir. Ancak iş yükü, belirli bir tehlike oluşturması için 'çok fazla' ya da 'çok az' olup olmadığının belirlenmesi gerekir.

Risk değerlendirmesi açısından Psikososyal tehlikeleri araştırırken, risk değerlendirme çerçevesinin ilk adımını belirlerken bile zorluk yaratmaktadır. Yaygın listelenen psikososyal tehlikelerin çoğu işyerinde evrensel olarak varlık göstermektedir. (örneğin, iş yükü ya da iş içeriği). Bir kişi için bir durumun tehlikeli hale nasıl ve ne zaman sahip olduğunu söylemek yeterli bilgiye sahip olup olmadığı sorgulanabilir(Rick; Briner, 2000).

2.9.Psikososyal Tehlikeler İçin Risk Değerlendirmesi

Psikososyal tehlikeler için risk değerlendirmesi diğer birçok İSG tehlikeleri gibi aynı ilkeleri izler. Teknikler, işe devamsızlık, maliyet ve kayıp iş zamanı yaralanmaları gibi örgütsel verilerin analizini; işçi şikâyetlerinin değerlendirilmesini; işyerinin gözlenmesi, görevler, içerik, uygulamalar ve insan etkileşimlerini; işçi anketleri ve odak grupların kullanımını içerir.

Birçok çalışma başarılı süreçlerde kullanılan süreçleri tanımlamıştır(Giga v.d., 2003b; Cox & Griffiths, 2000; Kompier v.d., 1998). Bunların yanı sıra Avustralya'da da birçok sürece odaklanan Psikososyal güvenlik ortamını ölçen bir çalışma geliştirilmiştir (Hall, Dollard & Coward, 2010). Başarılı risk değerlendirmesinde temel altı faktör aşağıda tartışılmıştır:

2.9.1. Kurumsal ve Yönetim Bağlılığı

Belirli bir kurum içinde, Psikososyal tehlikeler için risk değerlendirmesi ve kontrolü ihtiyacının ilk kayıtlara alınmasında genellikle İşyeri sağlığı ve Güvenliği veya Yaralanma Yönetiminden kaynaklanan birimler ya da komiteler çalışma yapar. Bu alanda çalışan uygulayıcılar için Psikososyal tehlikelere maruziyetin örgütsel ve günlük sağlık etkilerini ilk elden görmek sıra dışı bir durum değildir. Sonuç olarak, risk değerlendirmesine başlamadan önce, ilk çalışmalardan biri genellikle bu tehlikeleri ele alırken üst düzey bağlılığı elde etme görevidir(Psychosocial Hazards and Occupational Stress, 2012).

Bağlılık neden önemlidir?

Üst düzey yönetim bağlılığı tüm İSG alanları için önemli olmakla birlikte, Psikososyal tehlikeler için özellikle önemlidir çünkü:

- Açık ve görünür üst düzey yönetim katılımı başarı için gereklidir. Üst düzey yönetim katılımı çalışmanın önemi konusunda sinyaller verir ve işgücü için daha fazla "destek" duygusunu doğrudan etkileyebilir. Yani, işçilerin Psikososyal tehlikelerden arındırılmış olması için arzularını açıkça ve inandırıcı bir şekilde ifade eden yönetici işçi sağlığı için endişe ve özeni olduğu konusunda bir mesaj gönderir. Bu işçinin gerginliği karşı tampon yapabilecek duygusal destek duygusunu artırabilir. Örneğin görünür bağlılık, bir CEO veya genel müdür tarafından eposta veya diğer iletişim şekillerini, yönlendirme komiteleri sırasında bir üst düzey yönetici bulunması, personel ve yönetici toplantıları gündemlerine ait öğelerin ayakta kalması ve başarı için CEO'nun hesap vermesi/imza atması gibi noktaları içerebilir.

- Kaynak taahhütleri gereklidir (örneğin personel katılımı için zaman ayırma, önlemler için masrafları karşılama)

- Potansiyel ticari sonuçlarla ilgili yukarı doğru iletişim gereklidir(örneğin aradan değil karşı müdahalede fayda-maliyet oranları, potansiyel gecikme süreleri ve gerçekçi zaman dilimleri, olası ticari sonuçlar, işle ilgili olası riskler, iş tasarımı ve yönetimi ile Psikososyal tehlikeler arasındaki bağlantılar).

- Yönetim bağlılığının olduğu ve üst düzey yöneticilerin etkilerinin tam farkındalığının olduğu yerde, bulgular ya da önerilerle ilgili yönetim sürprizleri ya da korkuları nedeniyle tamamlanmasından önce sona erdirilme olasılığı daha azdır(Psychosocial Hazards and Occupational Stress, 2012).

2.9.2. Kurumsal İletişim

Herhangi bir değerlendirme ve müdahale konusunda kurumsal iletişim sorunu ele alma bakımından yönetim bağlılığını iletmek için esastır. Ayrıca, yeterli işçi katılımını sağlamak için özellikle risk yönetimi süreçlerinin uygulanmalarının lojistiği olarak ayrılmaz bir parçasıdır. İletişim, eposta yayınları, posterler, atölyeler, odak grupları ya da yönetim ve takım toplantı gündemlerinin öğelerini takip etme biçiminde olabilir(Psychosocial Hazards and Occupational Stress, 2012).

2.9.3. Çalışan Katılımı

Başarılı stres yönetimi için çalışan katılımı şu açılardan çok önemlidir:

- Risk tanımlama ve değerlendirme
- Risk değerlendirme sonuçlarının geri bildirimi
- Eylem planlaması
- Müdahaleleri uygulama

Çalışan katılımı aşağıdaki şekillerde başarıyı etkiler:

1. Çalışanlar bir baskıyla karşılaşsın veya karşılaşmasın stres teorisi çalışmaları işçinin algısını etkileyerek stresörleri belirtir. Bu nedenle, doğru bir risk değerlendirmesi yapılabilmesinin tek yolu iş stresörlerinin işçilerin kendi algılamaları hakkında işçilere sorarak yapılabileceğidir.

2. Süreç içerisinde çalışanların katılımı 'destek' ve 'iş kontrolü' duygularını artırmaya hizmet eder, dolayısıyla iş stresörleri üzerinde olumlu bir etki yapar ki aksi takdirde Psikososyal tehlikelerle ilişkili riski artıyor olabilir.

3. Eylem planları ve müdahalelerin içine çalışanın dâhil edilmesi risk azaltma stratejilerinin tasarlanma çalışmalarına aşina olanlar kadar sorun alanlarının daha iyi hedeflenmesi anlamına gelebilir.

2.9.4. Değerlendirme İçin Çalışma Gruplarının/Alanlarının Tanımı

Psikososyal tehlikeler için risk değerlendirmesi yapılırken, bu değerlendirmeye dâhil edilecek çalışma alanlarına dikkatli bir gözle bakmak önemlidir. Örneğin, risk değerlendirmesine tüm kurumun dâhil edilmesi mi ya da sadece belli bölümlerin dâhil edilmesi mi potansiyel yüksek riskleri tespit edecektir? Değerlendirme risk profillerinin çalışma birimi düzeyinde tespit edilmesine olanak sağlayacak mı, bunula birlikte hem nedensel iş stresörleri hem de sonraki müdahaleleri hedeflemek için yeterli olacak mı? Risk profilleri kurumun belirli kısımları için mesleki düzeyde mevcut olması gerekir mi? Bu kararların hepsinde amaç çalışma

gruplarının tanımlanmış ve risk-kontrol tedbirlerinin doğru hedefleme sağlayan bir ayrıntı seviyesinde değerlendirilmesini sağlamaktır.

2.9.5. Risk Değerlendirmesi İçin Güvenilir Yöntemlerin Kullanımı

Psikososyal tehlikelerle ilişkili risklerin değerlendirilmesi odak grupları ve/veya çalışan anketleri kullanılarak yaygın olarak yapılır. Bu yöntemlerden biri kullanıldığı durumlarda onların sağlık sonuçları ile deneysel bağlantıları iş stresörlerine odaklanması bakımından önemlidir. Tescilli anketler beden ve ruh sağlığını içeren, duygusal tükenme ya da 'tükenmişlik', işyeri kazaları, işçi refahı, iş tatmini, verimlilik, sorumluluk, maneviyat, iş hacmi, işe devamsızlık ve sıkıntı da dâhil olmak üzere işyerinde sayısız çıktıları değerlendirmek için geliştirilmiştir. Bu sonuçların işverenler açısından önemli olabilir İSG profesyonellerinin temel amacının hastalık ve yaralanmaları önlemek olduğu düşünülürse sonuçlar davranış değişikliğini uyandırmak için kaldıraç olarak kullanılabilir. Bu nedenle değerlendirme yönteminin seçimi için tek ve en önemli faktör, güvenilir ve geçerli bir şekilde hastalık ve yaralanma riskini değerlendirme yeteneğidir. Ek olarak, bu değerlendirme araçlarını güvenilir ve geçerli bir şekilde tanımlamak ve iş stresörlerinin önemini değerlendirmek oldukça önemlidir.

Psikososyal riskleri ölçmek için kullanılan farklı dillere uyarlanmış birçok ölçek bulunmaktadır. Bunların her biri iş stresi ile ilişkili olabilecek farklı değişkenlerin varlığını ölçmek için kullanılmaktadır (Şahan: 2016). Şekil 6'da başlıca psikososyal risk ölçekleri ve ölçtüğü değişkenler özet olarak verilmiştir.

Ölçeğin adı	**Ölçtüğü değişkenler**
Kopenhag psikososyal risk ölçeği (COPENHAGEN PSYCHOSOCIAL QUESTIONNAIRE)	Niceliksel talepler, bilişsel talepler, duygusal talepler, duyguları saklama gereksinimi, duyusal talepler, işyerindeki etki, gelişme olanakları, işte serbestlik derecesi, işin anlamı, işe bağlılık, öngörülebilirlik, rol netliği, rol çatışmaları, liderlik, sosyal destek, geribildirim, sosyal ilişkiler, iş güvencesi, iş doyumu, zihinsel/fiziksel sağlık

Çaba-ödül dengesi (EFFORT-REWARD IMBALANCE)	Çaba; nicel/nitel işyükü, fiziksel işyükü Ödül; gelir, itibar, kariyer, güvence Fazla sorumluluk alma
Genel NORDIC ölçeği (GENERAL NORDIC QUESTIONNAIRE)	İş talebi/kontrolü, rol beklentisi, iş/birey öngürülebilirlği, sosyal etkileşim, liderlik, iletişim, kurum kültürü, iş grupları, plan beklentisi, rekabet, mücadele tercihi, iş motivasyonu, özel hayatla etkileşim
Sağlık ve güvenlik uygulaması göstergesi (HSE INDICATOR TOOL)	Talepler, kontrol, destek, ilişkiler, rol, değişim
İş özellikleri indeksi (JOB CHARACTERISTICS INDEX)	Yetenek değişkenliği, otonomi, geribildirim, çalışanlar arası etkileşim, görev tanımı, arkadaşlık
İş içeriği ölçeği (JOB CONTENT QUESTIONNAIRE)	Karar serbestliği, psikososyal talepler, sosyal destek, fiziksel talepler, iş güvencesizliği
İş tanımlama araştırması (JOB DIAGNOSTIC SURVEY)	Yetenek değişkenliği, otonomi, görev anlamlılığı, görev tanımı, geribildirim
İş stresi araştırması (JOB STRESS SURVEY)	İş stresi, baskı, destek eksikliği
NIOSH genel iş stresi ölçeği (NIOSH GENERIC JOB STRESS QUESTIONNAIRE)	İş yükü, sorumluluk, rol talepleri, zihinsel talepler, çatışma, yeteneklerin kullanımı, çalışma olanakları, iş kontrolü, bireysel stres, sosyal destek, saygınlık
Ölçeğin adı	**Ölçtüğü değişkenler**
Çok boyutlu örgütsel sağlık ölçeği (MULTIDIMENSIONAL ORGANISATIONAL	Çevresel rahatlık, amaç netliği, rekabetin önemi, dinleme, bilginin kullanılabilirliği, çatışma, ilişkiler, sorun çözümü, talep, güvenlik, etkililik, hakkaniyet, iş tanımları, sosyal yararı, yeniliğe açıklığı

HEALTH QUESTIONNAIRE)	
NOVA WEBA ölçeği (NOVA WEBA QUESTIONNAIRE)	Kontrol gereksinimleri, iş talepleri, iş kompozisyonu, zaman baskısı, belirsizlik, eğitim ve deneyimin işe uygunluğu, duygusal çaba/tükenme
Mesleksel stres indeksi (OCCUPATIONAL STRESS INDEX)	Duyusal girdiler, merkezi karar verme, görev performansı, düşük yük, yüksek talep, sıkı disiplin, zaman baskısı, caydırmaya maruziyet, uyanıklık, çatışma, belirsizlik
Mesleksel stres göstergesi (OCCUPATIONAL STRESS INDICATOR)	İç etmenler, yönetimsel roller, ilişkiler, kariyer/gelişim, kurum yapısı, ev-iş ilişkisi, düşük iş memnuniyeti, zayıf zihinsel/fiziksel sağlık, baş etme yeteneği, strese yatkın kişilik
Mesleksel stres sayımı (OCCUPATIONAL STRESS INVENTORY)	Mesleksel roller, kişisel zorlanma, kişisel kaynaklar
Mesleksel stres ölçeği (OCCUPATIONAL STRESS QUESTIONNAIRE)	İşin karmaşıklığı, otonomi, rol netliği, kurum kültürü, üstlerinden destek, iletişim, iş değeri, iş tehlikeleri, geribildirim, zaman baskısı
Baskı yönetimi göstergesi (PRESSURE MANAGEMENT INDICATOR)	İş memnuniyeti, kurumsal memnuniyet, kurumsal güvence, kurumsal uygunluk, ruhsal durum, esneklik, güven düzeyi, fiziksel bulgular, enerji düzeyi, işyükü, ilişkiler, tanınma, kurum kültürü, kişisel sorumluluk, yönetimin rolü, ev/iş dengesi, günlük mücadeleler, bireysel farklılıklar
Psikososyal çalışma koşulları (PSYCHOSOCIAL WORKING CONDITIONS)	İş talepleri, iş kontrolü, sosyal destek
Stres tanımlama araştırması	Bireysel (rol çatışması/belirsizliği, iş kapsamı, zaman baskısı, kariyer, sorumluluk, nicel/nitel iş yükü)

(STRESS DIAGNOSTIC SURVEY)	Organizasyonel (politika, ödül, düşük kullanım, yönetim tarzı, kurum yapısı, insan kaynakları gelişimi)
Stres düzenlemesi ölçeği (STRESS D'ORGANISATION QUESTIONNAIRE)	Fazla iş yükü, rol tanımı, fazla sorumluluk, rol çatışmaları, işyerinin gezici olması, karar gücü, işe ilgi, iş güvencesi, üstlerinin ya da iş arkadaşlarının desteği, iş memnuniyeti, zihinsel ve fiziksel sağlık
Stres kesiti (STRESS PROFILE)	Psikososyal iş çevresi, iş içeriği, iş yükü/kontrolü, liderlik anlayışı, fiziksel iş çevresi, aile ilişkileri, büyük yaşam olayları, iş memnuniyeti, bakış açısı, uygunluk, baş etme yeteneği, stres yanıtları
Stres riski değerlendirmesi ölçeği (STRESS RISK ASSESSMENT QUESTIONNAIRE)	Kurum kültürü, talepler, kontrol, ilişkiler, organizasyon değişikliği, rol, destek, sağlık, performans, işyeri baskısıyla baş etme, organizasyonel değişim gereksinimi, öneriler
Ölçeğin adı	**Ölçtüğü değişkenler**
İş ve sağlık (TRAVAIL ET SANTÉ)	Görev içeriği, iş organizasyonu, fiziksel koşullar, güvenlik/ekipman, ilişkiler, iş-özel hayat etkileşimi, kariyer, sağlık, iş görüşü
TRIPOD SIGMA ölçeği (TRIPOD SIGMA QUESTIONNAIRE)	Yöntem, donanım, planlama, iletişim, deneyim/yetenek, uyumsuz amaçlar, sosyal destek, bireysel koruma
Soru ve iş deneyimi değerlendirme (VRAGENLIJST BELEVING EN BEOORDELING VAN DE ARBEID)	İş özellikleri, çeşitlilik, otonomi, ilişkiler/iletişim, görev açıklığı, bilgilendirme, ücret, kariyer, iş güvencesizliği, memnuniyet, zorlanma
İş çevresi ölçeği (WORK ENVIRONMENT SCALE)	Bağlılık, akran iletişimi, üstlerle ilişkiler, otonomi, görev oryantasyonu, iş baskısı, netlik, kontrol, fiziksel rahatlık

İş koşulları ve kontrolü ölçeği (WORKING CONDITIONS AND CONTROL QUESTIONNAIRE)	İş koşullarının kontrolü, kaynaklar, gelecek, görev yönetimi, riskler, iş planlama, zaman yönetimi

Şekil 6 Başlıca psikososyal risk ölçekleri ve ölçtüğü değişkenler (Aktaran: Şahan, 2016, 14-16)

2.9.6. Gerçekçi Zaman Dilimleri

Son olarak, yöneticiler ve işçiler için gerçekçi zaman dilimi kavramlarının olması risk kontrol planlarının değerlendirilmesi ve uygulanması için ve gecikme sürelerinin müdahalelerinin etkili olması açısından önemlidir. Değerlendirme ve uygulama süreci risk kontrol planlarının uygulanması yoluyla ilk kurumsal bağlılıktan eyleme geçilmesi 12-18 ay (örneğin örgüt boyutu gibi faktörlere bağlı olarak) süre alabilir(Psychosocial Hazards and Occupational Stress, 2012).

DSÖ örgütü sağlığı tanımlarken kişinin bedenen, ruhen sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Meslek hastalıklarının da psikososyal boyutu kişinin sağlığı etkileyen temel etmenlerden birisidir. Çalışma yaşamı her dönemde ve her koşulda kendi risklerini oluşturmaktadır. Bu riskler mücadele edilmez ve önlenemezse bir risk olmaktan çıkıp bireyin sağlığı için bir tehdit oluşturacaktır. Kimyasal, biyolojik, fiziksel kaynaklı meslek hastalıkları daha çok göz önündeyken psikososyal kaynaklı tehlikeler göz ardı edilmektedir. Bu göz ardı gerek iş yaşamında gerekse psikososyal tehlikelerle ilgili meslek hastalıkları ile ilgili yapılan araştırmalardan görülebilmektedir. Bir sonraki bölümde bu alanda ülkemizde henüz yer bulamamış "Mesleki Sosyal Hizmet" ele alınacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. İŞYERİNDE SOSYAL HİZMET: MESLEKİ SOSYAL HİZMET

İşyerinde sosyal hizmet son yıllarda endüstriyel sosyal hizmet, mesleki sosyal hizmet ve çalışan desteği birçok farklı başlık altında ele alınmıştır. Ülkemizde lisans eğitim dönemimizde her ne kadar endüstriyel sosyal hizmet terimiyle karşılaşmış olsak da yurt dışı çalışmalarında daha çok 'occupational social work' Türkçe çevrimiyle 'mesleki sosyal hizmet' terimi kullanılmaktadır. Bu çalışmada da yeni gelişen bir uzmanlaşma alanı olarak görüldüğü için 'mesleki sosyal hizmet' terimi kullanılacaktır.

3.1. Mesleki Sosyal Hizmetin Tarihçesi

1800'lerin sonlarında, Amerikan iş dünyasında bir sosyal hareket meydana geldi. İşle ilgili alanlarda olduğu kadar, kişisel ve aile içi sorunlarda da(evlilikteki anlaşmazlıklar gibi) çalışanlara yardımcı olması için program ve hizmetler geliştirdi. Bu hareket 1920'lere kadar sürekli gelişti. 1926 yılına gelindiğinde en büyük 1500 şirketin %80'i çalışanlar için en az bir sosyal programa sahipti.

Bu sosyal hareketin ortaya çıkmasında birçok faktör etkili olmuştur. Özellikle işletmelerin büyümesiyle işçiler arasında kişisel iletişimin neredeyse ortadan kalkması, emek gücünün büyümesiyle kadınların işgücüne katılımı ve İngilizce konuşamayan göçmenlerin yöneticilerle anlaşamaması etkili oldu. Bunun yanında çalışan dönüşümü, çalışan sabotajları ve emek örgütünün gelişimi de yönetimlerin sosyal programlara ilgisini canlandırdı.

Bu sosyal hareket sırasında geliştirilen programlar, hizmetlerin sunulması için personel gerektiriyordu. Ortaya çıkan pozisyonlarda toplum sekreteri, sosyal sekreter ya da sosyal yardım sekreteri olarak anılmaya başlamıştı. O zamana kadar edinilen çok az bilgi üzerinden bu sekreterler bu deneyim yoluyla yöntemi ve teknikleri geliştirdiler. Popüler yaklaşımlardan biriyse grup çalışmasıydı. Sonrada anlaşıldı ki grupların oluşturulması çalışanlara hem işte hem

de işle ilgili olmayan alanlarda fayda sağlıyordu. Örneğin sosyalleşme ve dinlenme için oluşturulan gruplar çalışanların moralini artırıyordu.

Sosyal sekreterlerin pozisyonlarının sayısı 1930'lardan sonra birçok nedenden ötürü hızlıca düştü. İşçi liderleri bu tür pozisyonlara karşı çıkma eğilimindeydi çünkü sekreterlerin sendika karşıtı olduğunu düşünüyorlardı. (çoğu kez, yönetimler sosyal sekreterleri çalışanların sadık işçiler haline getirilmesi ve sendikalaşmayla mücadele etmesi için baskı yapıyorlardı.)

1960'larda ve 1970'lerin başında, büyük şirketler azınlık grupları da dâhil olmak üzere, tecrübesi olmayan uzun süreli işsizler için eğitim programları geliştirdi. Bu eğitim programlarının yöneticileri eğitim görenlerin çocuk bakımı, kişilerarası ilişkiler, ailevi sorunlar, kişisel sorunlar, yeterli barınma ve ulaşım gibi alanlarda çeşitli ihtiyaçları olduğunu öğrendi. Son 30 yıl içerinde, sektörler bu alanlarda hizmet sağlamak üzere daha fazla sosyal hizmet uzmanı istihdam etmeye devam etmektedir.

Çalışan destek programlarının geliştirilmesi (ÇDP) mesleki sosyal hizmetin geliştirilmesinde önemli bir etken oldu. ÇDP hareketi temellerini 1930'lu ve 40'lı yıllarda alkolizm programlarının geliştirilmesinden almaktadır. Asıl olarak bu programlar ya işyeri hekimleri tarafından yürütüldü ya da ya da iyileşen alkoliklerin çalışan yapıldığı programlardı. Çalışan destek programları bugün öncelikli olarak alkol ve uyuşturucu kullanımı, duygusal ve kişisel sorunların ortaya çıkması durumunda çalışanların iş performansının normal hale getirilmesine ya da işin yapısındaki değişikliklerin çıkardığı sorunlara odaklanmaktadır(Zastrow, 2013).

3.2. İşyerinde Sosyal Hizmetin Rolü

Mesleki sosyal hizmet "çalışma topluluğunun insan ve sosyal ihtiyaçlarını, birey ve çevre arasında optimal uyumu teşvik etmeyi amaçlayan çeşitli müdahalelerle ele alan özel bir uygulama alanıdır" (Straussner, 1989: 21). Mesleki sosyal hizmet; çalışanlara, ailelerine ve yönetimine, işyerinde sosyal işleyiş ve insan ilişkileri ile ilgili zorluklarla yardım etmeyi içerir.

Thompson'a (1992) göre, mesleki sosyal hizmet uzmanının rolleri ve hizmetleri bir ortamdan diğerine farklılık gösterir. Aynı zamanda işyerinde ve hedef grupta belirlenen ihtiyaçlara da bağlıdır. İhtiyaçlar herhangi bir tarafça belirlenebilir ve daha sonra sosyal hizmet uzmanına yönlendirilebilir. Roller ve hizmetler, sosyal hizmet uzmanının organizasyonda sahip olduğu pozisyondan da etkilenir.

Sosyal Hizmet Uzmanı işyerinde; organizatör, savunucu, arabulucu, öğretmen, kolaylaştırıcı, müzakereci, planlayıcı, geliştirici, yazar, analist, yönetici, uygulayıcı, izleyici ve değerlendirici gibi rollerde bulunabilmektedir. Roller birbiriyle ilişkilidir ve genellikle bir defada birden fazla rol oynayabilmektedir. Bu roller ayrıca tüm sosyal hizmet yöntemlerinde de benimsenebilmektedir.

Mesleki sosyal hizmet uzmanları tarafından sunulan hizmetler üç uygulama seviyesine ayrılmıştır: mikro, meso ve makro. Her üç uygulama seviyesi de endüstriyel sektör için önemlidir ve zorunludur.

Mikro düzeyde; sosyal hizmet uzmanı bireyler (bir kişi olarak çalışan), çiftler ve aileler üzerine odaklanmaktadır. İşyeri ortamında, çalışanların yönetime ve çözüme ihtiyacı olan kişisel sorunlarla karşılaşması muhtemeldir. Karşılaşılan sorunlara yönelik olarak, değerlendirme ve kriz müdahalesi (çoğunlukla kısa vadeli) gibi eylemler gerçekleştirilir. Müdahale, belirlenen zorluğun çalışanın aile üyelerini etkileyip etkilemediğini netleştirir. Bu durumda müdahaleye ilgili tarafları dâhil etmeyi düşünebilir. Müdahalenin süresinin devam etmesi durumunda, işyeri dışındaki kuruluşlara uygun yardım için başvurma kolaylaştırılabilir.

Mezo uygulama düzeyinde, sosyal hizmet uzmanı, organizasyondaki belirli bir gruba odaklanarak, özel ihtiyaçlar belirlenir ve özel olarak ele alınır. Çalışan grubuna çoğunlukla gruplar, çalıştaylar ve seminerler düzenleyerek ulaşılmaktadır. Örneğin, işten çıkarılmak üzere olan çalışanlar için bir atölye çalışması düzenlenebilir. İşlerini kaybetme, bütçeleme ve gelecek planları gibi konular ele alınabilir. Mezo uygulama müdahalesi ayrıca yönetime veya kuruluştaki diğer paydaşlara da uygulanabilir.

Mesleki sosyal hizmet uygulamasının üçüncü seviyesi makro seviyesidir. Makro düzeyde, odak bir bütün olarak organizasyon üzerindedir. Müdahale tüm organizasyona aittir ve değişimin tüm organizasyon üyelerini etkilemesi muhtemeldir. Müdahale genellikle prosedür ve politika değişiklikleriyle sonuçlanır. Örgütsel seviyedeki makro düzeyde müdahalelerin amacı, kuruluşların işleyişini geliştirmek, mevcut hizmetlerin sunumunu iyileştirmek ve yeni hizmetler üretmektir. Bu düzeyde, sosyal hizmet uzmanı kuruluşu değerlendirmeli ve analiz etmelidir. Bu, politikaları ve örgütsel uygulamaları inceleyerek ve işgücü üzerindeki etkisini değerlendirerek yapılabilir. Örneğin, bir danışma veya işyeri formu oluşturularak ve sosyal hizmet uzmanı çalışanlar ve işverenler arasında arabuluculuk rolü oynayabilir. Mesleki sosyal hizmet uzmanları makro uygulamada, politikaları ve örgütsel uygulamaları incelemeli,

işgücünü nasıl olumsuz etkilediğini değerlendirmeli ve istenmeyen politika ve uygulamaları değiştirmek için stratejiler geliştirmesi gerekmektedir.

İşletmeler ve sektörler mesleki sosyal hizmeti bu alandaki uygulama açısından yeni gelişen bir alan olarak görmektedir. Birçok sosyal hizmet programı endüstri alanında kariyer yapmak isteyen sosyal hizmet öğrencileri için mesleki sosyal hizmeti müfredatına eklemiştir.

Sosyal hizmet uzmanları çalışanlarına şu alanlarındaki problemlerinde yardımcı olmalıdır: çocuk bakımı, ailevi sorunlar, emeklilik planları, pozitif ayrımcılık, yabancılaşma, hukuki sorunlar, sağlık sorunları, alkol ve madde kullanımı ve dinlenmeyle ilgili sorunlar. Sosyal hizmet uzmanları eğitim ve personel gelişimi programlarının sunulmasıyla ilgilenir. Tehlikeli çalışma koşullarıyla mücadeleler için programlar geliştirilmesinde bir avukat gibi hizmet verebilir. Stres yönetimi programları geliştirebilir ve uygulayabilirler. Şirket içerisindeki fiziki ve sosyal çevre konusunda danışmanlık yapabilirler. Greve gidenlerin temel ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olabilirler. Topluluklarla ilişkilerle ilgilenebilirler, örneğin topluluk hizmetleri için kaynak yaratılması ve/veya planlamasında işletmenin temsilci olarak rol oynayabilirler. Sıkıcı, usandırıcı montaj bandı çalışmasının yerine iş düzenlemeleri önerebilirler. Mesleki sosyal hizmet uzmanlarının basitçe doğrudan hizmet programlarıyla ilgilenmekten ziyade bu şekilde daha birçok işlevi vardır. Paul Kurzman ve Sheila Akabas şunu belirtmektedir:

Sosyal hizmet uzmanları, insan kaynakları politikalarıyla, vergiden muaf etkinlikler alanındaki bağışlarla, toplu sözleşme talepleriyle ya da toplumsal sorumluluk alanında üstlenilen diğer girişimlerle ilgili yönetimle görüş alış verişi yaptığı söylenebilir. Uzmanların mevzuatı, idari sağlık ve sosyal yardım sistemlerinin analiz etmesi ya da örgütsüz işçilerin sendika üyeliğine ilgisini çekmek için programlar geliştirilmesine destek sunması beklenir.

Endüstride belli orandaki diğer uzmanlar zaten mesleki sosyal hizmet uzmanınınkine benzer hizmetler sunuyorlar, bu yüzden de alanın kime ait olduğu sorusu ortaya çıkıyor. Psikiyatrlar, psikologlar, uyuşturucu ve alkol danışmanları, hemşireler ve kişisel gelişim uzmanları, diğer uzmanlar arasında sayılabilirler. Buradan anlaşılacağı gibi sosyal hizmet uzmanlığının yönetim, emek ve diğer yardımcı uzmanlar için açıkça neyin gerçekçi olarak sağlanabileceği ile ilgili mesleki sosyal hizmet modelleri geliştirilmesi gerekmektedir.

İşletmeler ve sektörler insani nedenlerle sosyal hizmeti sunmazlar. İşyerindeki sosyal hizmet uzmanlarının, hizmetlerinin üretkenliği artırdığını, işe geç kalma ve devamsızlığı

düşürdüğünü, birçoğu pahalı eğitimden geçmiş olan şirketin işgücünü elinde tutmasının daha kolay hale geldiğini, göstermekle sorumlu olması beklenir.

Mesleki Sosyal Hizmetin Üç Ana Problemi

1) Yabancılaşma
2) İşsizlik,
3) Mesleki Sağlık Riskleri

Yabancılaşma birçok işçi için ciddi bir problem yaratmaktadır. Yabancılaşmanın temellerinde uzmanlaşma, otomasyon, karar alma süreçlerine dâhil olmama, rutin ve tekrarlayıcı görevleri yerine getirme ve kişinin yeteneklerini kullanması ya da yaratıcı olması için gerekli olanakların olmaması bulunmaktadır. Yabancılaşma düşük nitelikli işe, devamsızlığa, iş kaybına ve düşük üretkenliğe neden olabilir. İş tatminsizliği yabancılaşmanın bir ölçüsüdür.

Son 30 yılda, işsizlik oranları % 4 ile 11 arasında gerçekleşmektedir ki bu da yüksek olarak tanımlanmaktadır. Uzun süreli işsizliğin ciddi olumsuz etkileri bulunmaktadır: birikimlerin tüketilmesi, benlik saygısının yitirilmesi, arkadaşların yitirilmesi, tecrit; utanç, umutsuzluk, bunalım, kaygı, sıkkınlık, umutsuzluk ve umursamazlık hissi. Duygusal sorunlara, intihara, alkolizme ve strese bağlı hastalıklara yol açan bir etken olabilir.

Üç temel mesleki sağlık riski bulunmaktadır: İş sırasındaki kazalar, işle ilgili fiziksel hastalıklara neden olan koşullar (örneğin, asbest işçileri arasındaki yüksek akciğer kanseri oranları) ve iş stresi. Giderek daha fazla kullanılan etkileri sınanmamış çok sayıda kimyasal gelecekte en büyük sağlık tehlikesini oluşturabilir(Zastrow, 2013).

3.3. Mesleki Sosyal Hizmet Etiği Ve Kurumsal Sosyal Sorumluluk Alanındaki Değerler

Du Plessis, kurumsal sosyal sorumluluğun, mesleki sosyal hizmet çalışanlarının katılabileceği üç düzeyde meydana gelebileceğini tanımlamaktadır: Birincisi, kuruluşun işveren rolündeki bir fonksiyon olarak, çalışanların hedef grup olduğu, dolayısıyla işyerinde sosyal hizmet çalışmasına giriş. İkincisi, kuruluşun operasyon topluluğunda ilgili bir vatandaş rolünün bir işlevi olarak. Burada, çabalar toplum temelli projelere yöneliktir, böylece dış odağı benimsemektedir. Üçüncüsü, bir kurumun ulusal bağlamda ilgili bir kurumsal vatandaş rolünün

bir işlevi olarak. Burada, daha geniş toplumsal zorunluluklara dolayısıyla kalkınma ve dönüşüm gibi konulara yönelik çalışmalar hedeflenmiştir.

İyi bir kurumsal sosyal sorumluluk, sosyal, ahlaki, çevresel, ekonomik ve yardımsever değerleri iş faaliyetlerinin özüne entegre etmekle sonuçlanır, bu da işin bu değerler tarafından yönlendirilmesine neden olur ve genellikle şirket kültüründe bir değişiklik gerektirir. Bunun yerine, işletmenin öncelikli olarak ekonomikdüşünceler tarafından motive edildiğini ve kurumsal sosyal sorumluluğun diğer boyutlarının, kâra ve yasal mevzuata uyumu etkilemediği sürece temel ticari hedefler olmadığını göstermektedir. Bu düşünceler mesleki sosyal hizmet uzmanları için etik bir ikilem oluşturabilir, çünkü sosyal adalet, demokrasi ve eşitlik gibi mesleklerinin değerleri arasında belirgin bir çatışma vardır (Warton, Shapiro, Buckley ve Van Gellecum, 2004).

Ancak, herhangi bir ortamın etik ikilemler yarattığı söylenebilir. Önemli olan, insanların ve toplulukların insani ve sosyal gelişiminde iş dünyası ile sosyal çalışma arasında karşılıklı bir ilgi olduğu. Öyleyse soru şudur: Mesleki sosyal hizmet, değerlerini karı bir sonuç olarak destekleyen bir kültürle nasıl bağdaştırır(Trigaardt, 2009)? Tartışma devam etmekte olan bir düşünce olarak görünse de, kurumsal sosyal sorumluluk dâhilinde -kısmi bir cevap- mesleki sosyal hizmet çalışanının sahip olduğu dünya görüşü bilincinde olabilir ve kolaylaştırılabilecek potansiyel faydalar nedeniyle paradigmatik olarak çalışabilir ve paradoksallıkla yaşayabilir(Netting & O'Connor, 2003). Önemli olan, etik farklılıkların mesleki sosyal hizmet uzmanının meslek ahlak kurallarına ve bireysel değerlerine zarar vermediğidir.

3.4. Çalışan Destek Programları

İşyerindeki sosyal hizmetlerin büyük bir kısmı bugün Çalışan Destek Programları (ÇDP) (Employee Assistance Program's (EAP))aracılığıyla sağlanmaktadır. İşyerinde sosyal hizmet sosyal hizmet uygulamalarında gelişen bir alandır.

İş görenlere kişisel sorunları ile ilgili yardım amacıyla iş yeri merkezli olarak oluşturulan girişimlere evrensel olmasa da genel olarak kabul edilen ismi ile çalışan destek programları denmektedir. Çalışan Destek Profesyonelleri Birliği'ne (Employee Assistance Professionals Association (EAPA)) göre ÇDP (1) iş yerlerindeki verimlilik sorunlarına (2) "iş gören müşterilere"; sadece bu alanlarla sınırlı olmamakla birlikte; sağlık, evlilik, aile, finansal veya yasal konular, alkol, uyuşturucu madde, duygusal sıkıntılar, stres gibi performansı

etkileyebilecek sorunlarda yardımcı olmak amacıyla kurulmuş iş yeri merkezli girişimlerdir. Devlet ya da farklı sektörler tarafından yürütülen çalışan yardım programları, çalışanların iş performansını ciddi anlamda etkileyen sorunlarına yardım edebilmek amacıyla tasarlanmıştır (Colantonio, 1989: 14). Bir iş yerinde iş görenlerin performanslarını direkt ya da dolaylı olarak etkileyen kişisel ya da davranışsal sorunlarına çözüm üretmek için düzenlenen politika ve prosedür setidir (Walsh, 1982: 495).

1980'li yıllara gelindiğinde ise Avrupa ülkelerine ve Japonya'ya yayılan bu program, temelde ne kadar çalışan odaklı görünse de, temel amaç iş yerinin toplam performansını etkileyen sorunları bertaraf etmektir. Bu açıdan bakıldığı zaman Toplam Kalite Yönetimi felsefesini benimsemiş olan ve bu felsefeye göre çıktının kalitesini etkileyen her sorunu kaynağında çözerek tekrarını önlemeyi hedefleyen Japon işletme yönetimi sisteminin de bu programları kısa sürede adapte etmesinin şaşırtıcı olmadığı söylenebilir. Japonya'da ÇDP ilk başlarda çalışanların işletme dışında kendi kişisel problemleri için yardım alabilecekleri danışmanlık hizmetleri olarak görülmüştür. Ancak günümüzde Japon işverenlerin bu sistemle bu kadar ilgileniyor olmasının sebebi, programın bir risk yönetimi aracı olarak kullanılmasıdır (Shima vd, 2002: 50).

3.4.1. Çalışan Destek Programları Politika ve Prosedürleri

İş görenlerin ÇDP politikasının ve ÇDP'ye ulaşma yollarının farkında olması, bunun açık kurallarca belirlenmiş olması, çalışanların bu programın faydalarının da farkında olması anlamına gelecek ve onların programa katılmaya gönüllü olmalarını sağlayacaktır (Reynolds ve Lehman, 2003: 239). ÇDP'ler belli başlı özellikleri ile uygulamada farklılık gösterirler (Walsh, 1982: 498-500):

- Politika ve prosedürlerin resmiyeti, ÇDP politikasının örgütün hangi fonksiyonu tarafından geliştirildiği ve hangi fonksiyon tarafından örgüte iletildiği,
- Programın örgüt bünyesindeki yeri (medikal hizmetler, insan kaynakları, ayrı bir departman vs.),
- Çalışanların programa katılmak için izledikleri yol (yönetim eliyle referanstan, çalışanın kendi gönüllülük esasına kadar),

• Yönetim tarafından program için önerilen çalışanların durumunun performans ile ilişkilendirilme düzeyi ve örgüt dâhilinde performans ölçümünün niteliği,

• Programın çözmeyi hedeflediği problemlerin çeşitliliği,

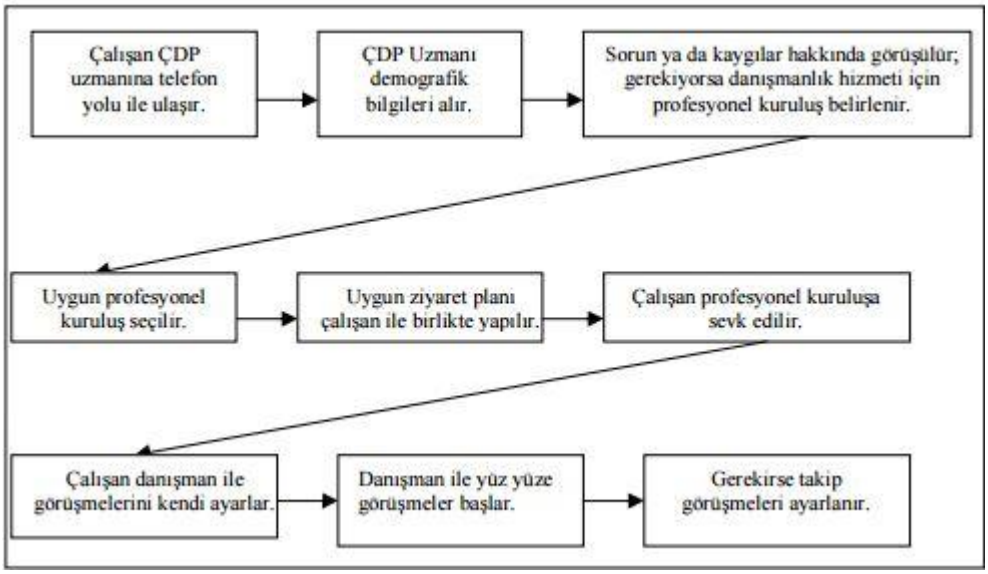
• Örgüt harici yardım alınan kaynaklar, • Program sonuçlarının takibi, geri bildirimi, programa dâhil olan iş görenin örgüte tekrar kazandırılma yöntemleri,

• Programa katkısı bulunan örgüt içi ve dışındaki personel yapısı, adedi, uzmanlığı,

• Finansal ayarlamalar ve maliyet etkinliğine verilen önem.

Genelde yüksek lisans seviyesinde olan sosyal hizmet uzmanları veya danışmanlardan oluşan çalışan destek programı uzmanlarının kullandıkları yöntemler demografik formlar, gayrı resmi görüşmeler, üstlerle ya da aile üyeleri ile yapılan görüşmeler (çalışanın yazılı izni ile), depresyon envanterleri veya alkol ve uyuşturucu madde ölçüm testleri olabilir (Hopko vd., 2006: 571).

Ülkemizde henüz çok yaygınlaşmamış olan ÇDP'lerin, yurt dışında uygulanan örneklerine bakıldığında, kamu ya da özel kuruluşlarda, programın politika, amaç ve uygulama alanlarının yazılı prosedürlerle hem çalışanlara hem de topluma duyurulduğu görülmektedir.



Şekil 7Çalışan Destek Programları Akış Şeması(Altuntaş, 2010).

3.4.2. Çalışan Destek Programlarının Kapsadığı Temel Konular

Temeli iş görenlerin alkol bağımlılığına bağlı olarak performanslarında yaşanan düşüşleri ortadan kaldırmak amacına dayansa da, modern ÇDP'ler evlilik ve aile sorunlarından, finansal ve hukuki danışmanlık hizmetlerine kadar uzanan geniş bir yelpaze içinde hizmet vermektedirler.

MacDonald'in 1997 yılında yapmış olduğu araştırmaya göre ÇDP'ler, ilişki ve evlilik sorunları, ailevi sorunları, iş yeri ve kariyer kaynaklı sorunlar, stres ve huzursuzluk konuları, depresyon, çocuk bakımı problemleri, yaşlanan aile üyelerinden ya da bizzat ilerleyen yaştan kaynaklanan sorunları, finansal ve yasal konularda kaygıları, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı ve travma kaynakları gibi bir çok farklı alanı kapsamaktadır.

3.4.3. Dünya'da Ve Türkiye'de Çalışan Destek Programları

ÇDPler ABD'de bağımlılık, depresyon veya ailevi sorunlar gibi problemleri olan çalışanlar için giderek daha da gelişmekte ve çözüm noktası haline gelmektedir. 1996 yılında yapılan bir araştırmaya göre tarım dışı ve ortalama 50 ya da daha fazla işçi çalıştıran özel iş yerlerinin yaklaşık %33'ü çalışanlarına ÇDP hizmeti vermektedir. Bu programlar çoğunlukla iletişim, hizmet ve taşımacılık sektörlerinde görülmektedir. En sık görülen yöntem harici ÇDPlerdir ve ÇDPye dahil olan her bir iş gören için ortalama maliyet USD 21,83 (dahili ÇDP) ve USD 18,09 (harici ÇDP) dir (Hartwell vd., 1996).

Günümüzde EAPA bünyesinde kayıtlı 30 farklı ülkeden 5000'in üzerinde çalışan destek uzmanı mevcuttur. Dünyada EAPA ofisleri ise Avustralya, Kanada, Japonya, İngiltere, İrlanda, Güney Afrika, Çin, Yunanistan ve hatta Trinidad Tobago'da dahi kurulmuş ve faaliyete geçmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 5000'den fazla çalışanı olan şirketlerin %97'si; 1000 ile 5000 arası çalışanı olan şirketlerin %80'i; 250 ile 1000 çalışanı olan şirketlerin ise %75'i ÇDP'leri bünyesinde barındırmaktadır. Yine ABD'de yapılan ulusal bir araştırmaya göre 1998 yılında %56 olan ÇDP hizmeti veren iş yerlerinin oranı 2008 yılında % 65'e çıkmıştır.

Türkiye'de ise ÇDPler henüz çok yeni bir kavramdır. Türk işletmeler bu program ile yeni yeni tanışmakta olduğu için henüz programların etkinliğini ölçen bilimsel araştırmalar da bulunmamaktadır.

Türkiye'de bu hizmeti veren ilk kuruluş Avita Çalışan Destek Hizmeti'dir. Hem EAEF (Employee Assistance European Forum) hem de EAPA (Employee Assistance Professionals Association) üyesi olan Avita Destek Eylül 2006'da Türkiye'de bu programın lansmanını yapmış ancak ilk hizmeti 2007'nin Temmuz ayında vermeye başlamıştır.

Firma kendisine başvuran ve bu hizmeti talep eden her şirkete 7/24 açık olan bir telefon hattı vermekte ve çalışanlar istedikleri zaman bu çağrı merkezinde kendileri için çalışan uzmanlara psikolojik, kişisel, yasal, finansal soru ve sorunları için başvurabilmektedirler. Firma çağrı merkezleri bünyesinde psikologlar, avukatlar, finansal danışmanlar çalıştırmakta ve gelen telefonları öncelikle kendi bünyesinde çözümlemeye çalışmaktadır. Yetersiz kalınan durumlarda ise iş görenler Türkiye'nin birçok farklı bölgesinde bulunan anlaşmalı profesyonel kuruluşlara yönlendirilmekte ve bu merkezlerde yapılan tedavinin de ilk altı seansı firma tarafından karşılanmaktadır. Firma bir şirket ile bu hizmeti vermek için anlaştıktan sonra şirket çalışanlarına ÇDP'ye ulaşım yollarını yüz yüze yapılan toplantılar aracılığıyla anlatmakta, prosedürleri mutlaka iletmektedir. Hizmet yıllık sözleşmeler üzerinden verilmekte ve 2007'den 2009'a hizmet satın alan firmalarda devamlılık arz etmektedir. Genelde talep eden firmalar, küresel ölçekli büyük firmalardır ve kendi genel merkezlerinde de çalışanlarına ÇDP hizmetini vermektedirler. Türk firmalarında bu alanda farkındalık yeni yeni baş göstermekte olup, gelecekte talebin artacağı öngörülmektedir(Altuntaş, 2010).

Yurt dışındaki ÇDP' lerden farklı olarak Türkiye'de alkol ya da uyuşturucu madde bağımlılığına dayalı sorunlar programa kesinlikle yansımamaktadır. Firmaya gelen sorular şirketin yapısına göre değişmektedir. Örneğin, genç çalışanlardan oluşan bir şirketten gelen sorular daha çok otel rezervasyonları, tatil programları, eğlence merkezleri ile ilgili günlük hayatlarını kolaylaştırıcı konulardadır. Ancak stresin yoğun olduğu sektörlerde çalışanlardan gelen başvurular tıbbi ve hukuki alanlarda yoğunlaşmaktadır. En çok başvuru çocuk sağlığı ve bakımı ile evlilik ve ilişki problemleri konularında gelmektedir(Altuntaş, 2010).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

4.1. Araştırmanın Problemi

İş kazaları ve meslek hastalıkları, çalışma hayatının en önemli sorun alanları arasındadır. Uluslararası Çalışma Örgütü, 2003 yılında dünya genelinde 358,000'i ölümlü, 337 milyonu yaralanmalı, iş kazası meydana geldiğini ve 1,95 milyon insanın da meslek hastalıkları sonucu öldüğünü tahmin etmektedir (ILO, 2009:2). Ölüm halinde geride kalanların, sakatlanma halinde ise kişinin ve ailesinin gelir kayıpları devasa boyutlara ulaşmaktadır. İş kazaları ve meslek hastalıklarının ekonomik maliyeti dünya milli gelirinin %5'ine ulaşmaktadır (ILO, 2009:2).

Sanayi devrimiyle birlikte tarım ekonomisinden ve üretim ilişkilerinden makine ekonomisine geçilmiştir. Makineler basit elle yapılan üretim araçlarının yerini almış, tüm ürünlerde artış yaşanmıştır. Bu durum çalışanların daha çok çalışmasına, daha çok üretmesine odaklanmış bir sistemden ibarettir. Dolayısıyla sanayileşmeyle birlikte toplumda başta ekonomik olmak üzere toplumsal ve ahlaki değerler köklü değişikliklere uğramıştır.

Sanayileşmenin getirdiği otomasyon, kitlesel üretim, yığınlar halinde çalışma vb. gelişmeler çalışma hayatının asıl özneleri olan isçileri, işletmeleri, yakın ve uzak çevreyi çeşitli açılardan etkilemiştir. İş görenlerin çalışma koşullarının olumsuzluğundan kaynaklı meslek hastalıklarına yakalanmaları ve iş kazalarına uğramaları ise iş güvenliği, iş ve işçi sağlığı gibi kavramların daha sık gündeme gelmesine neden olmuştur.

Tüm dünyada, yetişkinlerin çoğu ve birçok çocuk zamanlarının çoğunu çalışmakla harcamaktadırlar. Çalışmak bir dizi ekonomik ve diğer yarar sağlar. Aynı zamanda, işyerinde insanlar kimyasallar, biyolojik maddeler, fiziksel faktörler, olumsuz ergonomik koşullar, alerjenler, güvenlik risklerinin karmaşık bir ağı ve çeşitli psikososyal faktörler gibi çeşitli tehlikelerle karşı karşıya kalırlar (Concha-Barrientos vd. 2004). Çalışma ortamı ve işin kendi doğasının birlikte sağlıkta önemli etkileri vardır. (Marmot, Wilkinson; 2006).

Artan küreselleşmeyle birlikte küresel sosyo-politik gelişmeler, serbest pazarın kurulması, işin değişen doğası, bilgi ve iletişim teknolojisi, önemli demografik değişimler ve modern işyeri gelişiminin karakterize edilmesinin modern işgücü üzerinde etkileri vardır(EU-OSHA, 2007). Son yıllardaki önemli değişiklikler, işin organizasyonu ve yönetimi ile ilintili yakın bağlar, iş dünyasında yerini almış(EU-OSHA, 2007) ve iş sağlığı ve güvenliği alanındaki yeni riskleri ve sorunları ortaya çıkarmıştır. Psikososyal risklere bağlı, işe bağlı stres ve işyerinde şiddet gibi konular iş sağlığı ve güvenliği için genişleyen önemli zorluklar olarak tanınmıştır(EU-OSHA, 2007).

Ülkemizde çalışma koşulları incelendiğinde, sağlıklı ve güvenli iş ortamlarının oluşturulması yönünde gereken hassasiyet ve önemin verilmemesi sonucunda her yıl çok sayıda çalışanın iş kazalarına maruz kaldığı ve meslek hastalıklarına yakalandığı görülmektedir. Çalışma yaşamının olumsuz koşulları ve kişisel hatalar sebebiyle meydana gelen iş kazaları ve meslek hastalıklarından ötürü birçok çalışanı iş göremez hale gelmektedir. Bu durumun doğurduğu işgücü kayıpları ülke ekonomisini büyük ölçüde zarara uğratırken, iş göremez hale gelen çalışanlar açısından da ekonomik, toplumsal ve ailesel sorunların yaşanmasına sebep olmaktadır. Kişilerin yaşamını bu denli boyutlarda etkileyen meslek hastalıkları ise henüz gereken öneme sahip olamamıştır. Bunun en önemli göstergesi de şüphesiz beklenen meslek hastalığı yaygınlığı/sıklığına ilişkin verilerin açıklanan istatistiklerin çok altında olmasıdır. Sosyal risklerden biri olarak belirlenen meslek hastalıklarından dolayı mağdur olan çalışanlar yaşamlarını devam ettirebilmek için ihtiyaçlarını karşılamak zorundadırlar.Bu noktada sosyal güvenliğin önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Yaptığı iş nedeniyle meslek hastalıklarına yakalanan çalışanın gerekli destekleri alması için sosyal güvenlik sistemi devreye girmektedir.

İşyerindeki psikososyal riskler gelişmekte olan önemli riskler olarak tespit edilmiştir(EU-OSHA 2007; NIOSH, 2002). Bu araştırmada gelişmekte olan psikososyal risklere geniş bir çerçeveden bakılacaktır. Sağlığın biyolojik, fiziksel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali gerçeğinden hareketle çalışma yaşamında sağlığı olumsuz etkilenen ve meslek hastalığı riskiyle sağlık kuruluşuna sevk edilenkişilerin iş yerindeki psikososyal çalışma faktörleri araştırmanın problemini oluşturmaktadır.

4.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı meslek hastalığı şüphesi ile sevk edilen kişilerin psikososyal çalışma şartlarının araştırılmasıdır. Meslek hastalıkları şüphesi ile sağlık kurumuna gitmek isteyen

hastalar işyerinden ya da Sosyal Güvenlik Kurumundan sevk alarak başvurabilmektedir. Araştırmanın alt amaçlarından birisi de bu iki sevk arasındaki psikososyal çalışma faktörü farklılığı olup olmadığının tespit edilmesidir. Ayrıca 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasasınca işverene ve çalışana verilen yükümlülüklerin yerine getirilip getirilmediğinin sorgulanması da bu araştırmanın alt amaçlarındandır.

4.3. Araştırmanın Önemi

Meslek hastalıklarının görünürlüğünün az olmasının sebeplerinden biri de bu alanda yapılan araştırmaların azlığıdır. Türkiye'detez olarak yapılan araştırma sayısı sadece 80'dir. Bu 80 tez çalışmasının 7'si doktora tezi iken 73 tanesi ise yüksek lisans tezidir. Bu araştırmalarında birçoğu tıp, hukuk ve çalışma ekonomisi ve endüstri ilişkileri alanında yapılan araştırmalardır. Bu araştırma meslek hastalığı şüphesi ile sevk edilen çalışanların psikososyal çalışma şartlarını incelemesi açısından özgün bir araştırmadır. Ayrıca iş kazalarını ve meslek hastalıklarını azaltmak için çıkarılan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunun işveren ve çalışanlara verilen yükümlülüklerin ne kadarını yerine getirebildiğini incelemesi açısından da ayrı bir öneme sahiptir.

Çalışma ayrıca Türkiye sosyal hizmet literatürüne katacağı "Mesleki Sosyal Hizmet" açısından da ayrı bir öneme daha sahiptir. Ülkemizde henüz kendine yer bulamayan bu alan bu araştırmayla birlikte gerek literatürde gerekse Çalışan Destek Programlarında mesleki olarak kendine yer bulacaktır.

4.4. Araştırmanın Kapsam ve Kısıtlılıkları

Araştırma İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi'ne Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan veya işyerinden sevk ile gelen kişilerden300 kişi ile sınırlandırılmıştır.

4.5. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma nicel araştırma yöntem ve modellerinden tarama modeli kullanılarak yapılandırılmıştır.

Araştırmanın amacına uygun olarak psikososyal çalışma faktörlerini tespit edebilmek için KOPSOR Psikososyal Risk ölçeği kullanılacaktır. Ölçeğin hastalar tarafından anlaşılabilirliğini

ölçmek için 10 hastaya anket uygulanmış herhangi bir sorun görülmediği için uygulanan anketler araştırmaya eklenmiştir. Ölçek, sanayi ve hizmet sektöründeki orta ve büyük işletmelerin tüm çalışanlarında uygulanarak sınanmıştır. Katılımcılar yaş, öğrenim, mesleksel sınıf gibi özellikleri bakımından heterojen yapıdadırlar. KMO katsayısı 0.60'ın üzerinde ve Bartlett testi de anlamlı olarak bulunmuş, buna göre verilerin faktör analizi için uygun olduğu görülmüştür. KOPSOR Ölçeği'nin model uyumunu belirlemek için yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise 20 boyut ve 69 maddeden oluşan faktör yapısının model uyum indeks değerleri göz önünde bulundurulduğunda x2/df, RMSEA, RMR, SRMR ve CFI değerlerine göre model kabul edilebilir uyum düzeyinde olarak değerlendirilmiştir.Bunun yanında KOPSOR Ölçeği'nin Türkçe ‘ye uyarlanma çalışmasının sonucunda yapılan açıklayıcı faktör analizinde 20 boyut oluşması gerekirken 18 boyut elde edildiği ve bu boyutların toplam varyansın %60'ını açıkladığı gözlenmiştir. Tablo 1’de ölçeğin boyutları ve anlamları sunulmuştur (Şahan, 2016). Faktör yükleri incelendiğinde bu durumun özellikle geribildirim ve sosyal ilişkiler boyutlarının kendilerine özgü boyut oluşturamamasından kaynaklandığı anlaşılmıştır.)Bu çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayısı .89 olarak hesaplanmıştır. Aynı zamanda araştırmanın alt amaçları ve hastalar hakkında demografik veri sağlanabilmesi için “ Kişisel Bilgi Formu” kullanılacaktır.

Anketler araştırmacı tarafından ve araştırmacı kontrolünde İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesinde uygulanmıştır.

Boyutun kodu	**Boyutun adı**	**Boyutun anlamı**
NT	Nicel talepler	Çalışanın görevini yerine getirmek için ne kadar işle başa çıktığını belirtmektedir. Nicel talepler çalışanın görevini yerine getirmek için var olan zaman ile işin miktarı arasındaki uyumsuzluğu değerlendirmek için kullanılabilir.
BT	Bilişsel talepler	Çalışanın bilişsel yetenekleriyle başa çıkması gereken talepleri belirtmektedir.
DT	Duygusal talepler	Çalışanın kendi duyguları ile ya da diğer kişilerin duygularıyla çatışma yaşadığında, bununla baş etmesini gerektiren talepleri belirtmektedir. Diğer kişiler işyerinde birlikte çalışmadığı müşteri, hasta ya da öğrenci vb. olabildiği gibi; işyerinde birlikte çalıştığı iş arkadaşları, üst amiri ya da astı da olabilir.
DG	Duygularını gizleme gereksinimi	Çalışanın duygularını işyerindeki diğer insanlardan saklamasını gerektiren durumların varlığını belirtmektedir. Diğer kişiler işyerinde birlikte çalışmadığı müşteri, hasta ya

		da öğrenci vb. olabildiği gibi; işyerinde birlikte çalıştığı iş arkadaşları, üst amiri ya da astı da olabilir.
DTT	Duyusal Talepler	İşyerinde kişiden beklenen duyusal etkinlik düzeyini tanımlar.
İE	İşe Etki	Çalışanın işini hangi ölçüde etkileyebildiğini belirtmektedir.
GO	Gelişme olanağı	Gelişme olanağı çalışanın görevlerinin değişebildiği durumları ele almaktadır. Görevler öğrenmeye olanağı sağlıyorsa, işteki gelişmenin yanında kişisel gelişimi de destekler.
İÖ	İşte özgürlük derecesi	Çalışanın; tatiller, çalışma günü ya da saatlerinin uzunluğu gibi durumları ne ölçüde etkileyebildiğini ele almaktadır.
İA	İşin anlamı	İşin anlamı, işteki görevlerin amacı ve içeriği ile ilgili kaygıların tümünü belirtmektedir.
İB	İşe bağlılık	İşe bağlılık, çalışanın deneyimlerine göre işyerine ne ölçüde bağlı olduğunu ele almaktadır. Burada kendi başına yaptığı iş ya da çalıştığı gruba değil, çalıştığı kuruluşa olan bağlılığa odaklanılmaktadır.
Ö	Öngörüle-bilirlik	Belirsizlik ve güvensizlikten kaçınmayı ele almaktadır. Çalışanların uygun bilgilendirmeyi, doğru zamanda almasını amaçlanmaktadır.
RA	Rol açıklığı	Çalışanın işyerindeki görevlerinin içeriği, karşılanması gereken beklentiler ve sorumluluklar gibi rollerini anlamasını ele almaktadır.
RÇ	Rol çatışması	Rol çatışmalarının iki kaynağı vardır. Birincisi, görevin içinde görevin doğasıyla çelişen taleplerin bulunmasıyla ilgilidir. İkincisi ise, farklı görevlerin öncelik sıralarının çakışması ile ilgilidir.
LK	Liderlik kalitesi	Liderlik kalitesi, kendisinin üzerindeki yöneticinin farklı bağlamlarda ve etki alanlarında yeteneğini ele almaktadır.
SD	Sosyal destek	Çalışanların gereksinim duyduklarında iş çevresindeki kişilerden destek alabilme olanakları konusunda görüşlerini ele almaktadır.
GB	Geribildirim	İşyerinde geribildirim yapılma ve bilgilendirilme durumu olarak tanımlanmaktadır.
Sİ	Sosyal İlişkiler	İşyerindeki sosyal ilişkilerin durumunu tanımlar.
TD	Topluluk duygusu	Çalışanlar arasındaki ilişkilerin iyi olduğu ve birlikte güzel çalıştıkları durumlarda, çalışanın kendini işyerinde bir topluluğun parçası olarak hissetmesi olarak tanımlanmaktadır.
İG	İş güvencesizliği	Çalışanın işten kovulma ya da kovulursa yeniden iş bulabilme olasılığı gibi durumlarda iş güvencesi konusundaki görüşünü tanımlamaktadır.
İD	İş doyumu	İşin çeşitli yönleri bakımından çalışanların memnun olmalarını belirtmektedir.

Şekil 8 Kopsor Ölçeğinin Boyutları ve Anlamları

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. BULGULAR VE YORUMLAR

Araştırmada bulgular ve yorum bölümü iki alt bölümde tasarlanmıştır. Bunlar; araştırma bulgularının frekanslar halinde verildiği tanıtıcı bulgular ve psikososyal risklerin yer aldığı çapraz tablolar halinde verildiği ilişkisel bulgulardır.

5.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan çalışanların tanıtıcı bulguları kapsamında sosyo-demografik özelliklerini, mesleksel sınıfları, sendikal durumları ve hastaneye sevk bilgilerini içeren tablolara yer verilmiştir. Tablo 2'de araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri sunulmaktadır.

Tablo 1 Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Bilgileri

		Sayı (N)	Yüzde (%)
Yaş	Ortalama	264	36,8
Cinsiyet	Kadın	58	21,2
	Erkek	216	78,8
Medeni Durum	Evli	212	77,4
	Bekâr	62	22,6
Çocuk Varlığı	Var	20	7,3
	Yok	254	92,7
Çocuk Sayısı	Yok	12	4
	1	68	22,7
	2	58	19,3
	3	89	29,7
	4	42	14
	5 ve daha fazla	22	7,3

Eğitim Durumu	Okuryazar değil	1	0,3
	Okuryazar	3	1
	İlkokul mezunu	105	35
	Ortaokul mezunu	53	17,7
	Lise mezunu	100	33,4
	Ön lisans mezunu	25	8,3
	Lisans mezunu	12	4
	Yüksek Lisans mezunu	1	0,3
Aylık Gelir	1300 ve altı	67	24,5
	1301- 2000	103	37,6
	2001 ve üstü	104	38
Mesleksel Sınıf	Mavi Yaka	243	88,7
	Beyaz Yaka	31	11,3
Çalışma Hayatı Durumu	Hep aynı	54	18
	Farklı İş Kolları	157	52,3
	Aynı İş kolunda Farklı İş	79	26,3
İşyeri veya İşkolu Değişikliği Nedeni	Daha nitelikli iş imkânı	52	22,1
	Daha yüksek ücret	56	23,8
	Daha kısa çalışma süresi	15	6,4
	Daha sağlıklı iş koşulları	30	12,8
	Daha güvenli iş ortamı	19	8,1
	Sağlık nedenleri	15	6,4
	Diğer	16	19,6
Alınan Ücretin Yeterli Olma Durumu	Kesinlikle evet	3	1,1
	Evet	34	12,9
	Kısmen	101	38,3
	Hayır	95	36
	Kesinlikle hayır	31	11,7
İşinizden memnun musunuz?	Çok memnunum	11	4,2
	Memnunum	66	25,2

	Kısmen	88	33,6
	Memnun değilim	53	20,2
	Hiç memnun değilim	44	16,8
Haftalık Çalışma Günleri	4	3	1
	5	89	29,7
	6	162	54
	7	17	5,7
Günlük Çalışma Saatleri	8 saatten az	15	4,9
	8 saat	114	38
	8 saatten fazla	135	57,1
Çalışma koşulları	Kolay	12	4,5
	Normal	84	31,8
	Zor	96	36,4
	Çok zor	72	27,3
Sağlık Açısından İşin Durumu	Çok iyi	7	2,3
	İyi	32	10,7
	Orta	100	33,3
	Kötü	81	27
	Çok Kötü	71	23,7
Fazla Mesai Yapılma Durumu	Sürekli yapılıyor	90	30
	Bazen yapılıyor	158	52,7
	Yapılmıyor	37	12,3
Fazla Mesai Karşılığı Ek Ücret Alma Durumu	Evet	225	75
	Hayır	42	25
İş Kazası Varlığı	Evet	102	38,5
	Hayır	163	61,5
İşyerinde İş Kazası Varlığı	Evet	220	73,3
	Hayır	64	21,3
Sendika Üyeliği	Evet	93	35,5
	Hayır	168	64,1

Sendikanın Hakları Savunma Durumu	Evet	36	16,4
	Hayır	93	42,3
	Bilmiyorum	91	41,4
Hastaneye Sevk Durumu	İşyeri Sevki	57	21,5
	SGK sevki	208	78,5
Hastaneye Geliş Nedeniyle Sorun Yaşama Durumu	Evet	83	33,6
	Hayır	164	66,4
İşyeri İle Yaşanılan Sorun	**Baskıya maruz kalma**(kötü örnek olarak gösterilme, işyeri tarafından dışlanma, maaşına zam yapılmama vb.)	45	68
	İşten atılma	21	32

Tablo 1' de yer alan katılımcılara ait sosyo-demografik özellikler incelendiğinde katılımcıbireylerin yaş ortalaması 36,8'dir. Katılımcıların %21,2'si kadın, %78,8'i erkektir. Katılımcıların %77,4'ü evli, 22,6'sı bekârdır. Katılımcıların %92,7'sinin çocuğu olup, 7,3'ünün çocuğu yoktur. Katılımcıların eğitim durumu %0,3'ü okuryazar değil, %3'ü okuryazar, %35'i ilkokul mezunu, %17,7'si ortaokul mezunu %33,4'ü lise mezunu, %8,3'ü ön lisans mezunu, %4'ü lisans mezunu ve %0,3'ü yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların aylık gelir durumuna bakıldığında; %24,5'i 1300 TL ve altı, %37,6'sı 13001- 2000 TL arası ve %38'i 2001 TL ve üstüdür. Katılımcıların mesleksel sınıflarına baktığımızda %88,7Si mavi yaka, %11,3'ü ise beyaz yakadır. Katılımcıların %22,1'i daha nitelikli iş imkânı, %23,8'i daha yüksek ücret, %6,4'ü daha kısa çalışma süresi, %12,8'i daha sağlıklı iş koşulları, %8,1'i daha güvenli iş ortamı, %6,4'ü sağlık nedenleri ve %19,6'sı diğer sebeplerden dolayı işkolu veya işyerinde değişiklik yapmışlardır. Katılımcılara sorulan Şimdiki işinizden aldığınız ücreti geçiminizi sağlamada yeterli buluyor musunuz? sorusuna %1,1'i kesinlikle evet, 12,9'u evet, 38,3'ü kısmen, 36'sı hayır ve 11,7'si kesinlikle hayır cevabını vermiştir. Katılımcıların "İşinizden memnun musunuz?" sorusuna %4,2'si çok memnunum, %25,2'si memnunum, %33,6'sı kısmen, %20,2'si memnun değilim, %16,8'i hiç memnun değilim cevabını vermişlerdir. Katılımcılar çalışma koşullarını %4,5'i kolay, %31,8'i normal, %36,4'ü zor ve %27,3'ü çok zor olarak ifade etmişlerdir. Katılımcılar fazla mesai ile ilgili sorulan soruya %30'u sürekli

yapıldığını, %52,7'si bazen yapıldığını, %12,7'si ise yapılmadığı belirtmişlerdir. Fazla mesai karşılığında ek ücret alıyor musunuz? sorusuna %75'i Evet cevabını vermişken %25'iHayır cevabını vermişlerdir. Katılımcıların %38,5'i iş kazası geçirmişken, %61,5'i iş kazası geçirmemiştir. Katılımcıların çalıştığı yerlerin %73,3'ünde iş kazası meydana gelmişken, %26,7'sinde iş kazası meydana gelmemiştir. Katılımcıların %35,5'i bir sendikaya üye iken, %64,1'i herhangi bir sendikaya üye değildir. Katılımcıların %16,4'ü sendikanın haklarını savunduğunu düşünürken, %42,3'ü savunmadığını, %41.42ü bilmediği cevabını vermiştir. Katılımcıların %21,5'i hastaneye işyeri sevki ile gelirken, %78,5'i SGK sevki ile gelmiştir. Katılımcıların %33,6'sı hastaneye sevk edildikten sonra işyeri ile sorun yaşarken, %66,4'ü sorun yaşamamıştır. İşyeri ile nasıl bir sorun yaşadınız sorusuna; 45 kişi baskıya (kötü örnek olarak gösterilme, işyeri tarafından dışlanma, maaşına zam yapılmama vb.) maruz kaldığını, 21'i işten atıldığını ifade etmiştir.

Tablo 2Çalışanların Hastaneye Sevk Yerleri

Sevk Durumu	N (Sayı)	% (Yüzde)
İş yerinin sevki ile	57	21,5
SGK sevki ile	208	78,5

Tablo 2' de yer alan çalışanların hastaneye sevk yeri bilgilerine bakıldığında %78,5'lik kısmının Sgk sevki ile geldiği görülmektedir. Katılımcıların sevk yeri durumuna göre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark yoktur ($p \geq 0,05$).

Tablo 3Sevk Yeri ile Yaş Grupları İlişkisi

			Sevk Yeri		
			İş yerinin sevki ile	Sgk sevki ile	Toplam
Yaş Grupları	35 yaş ve altı	Sayı	24	99	123
		Yüzde	19,5%	80,5%	100,0%
	36-45 yaş arası	Sayı	20	75	95
		Yüzde	21,1%	78,9%	100,0%
	46 yaş ve üzeri	Sayı	13	34	47
		Yüzde	27,7%	72,3%	100,0%
Toplam		Sayı	57	208	265
		Yüzde	21,5%	78,5%	100,0%

Tablo 3'de yer alan çalışanların hastaneye sevk yeri bilgisi ile yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p≥0,05).

Tablo 4Sevk Yeri ile Cinsiyet İlişkisi

			Sevk yeri		
			İş yerinin sevki ile	Sgk sevki ile	Toplam
Cinsiyet	Kadın	Sayı	12	42	54
		Yüzde	22,2%	77,8%	100,0%
	Erkek	Sayı	45	166	211
		Yüzde	21,3%	78,7%	100,0%
Toplam		Sayı	57	208	265
		Yüzde	21,5%	78,5%	100,0%

Tablo 4'de yer alan çalışanların hastaneye sevk yeri bilgisinin cinsiyet grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p≥0,05).

Tablo 5Sevk Yeri ile Eğitim Durumu İlişkisi

			Sevk yeri		
			İş yerinin sevki ile	Sgk sevki ile	Toplam
Eğitim Durumu	İlköğretim	Sayı	21	113	134
		Yüzde	15,7%	84,3%	100,0%
	Ortaöğretim	Sayı	22	72	94
		Yüzde	23,4%	76,6%	100,0%
	Yükseköğretim	Sayı	14	23	37
		Yüzde	37,8%	62,2%	100,0%
Toplam		Sayı	57	208	265
		Yüzde	21,5%	78,5%	100,0%

Tablo 5'de yer alan çalışanların hastaneye sevk yeri bilgisinin eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p≤0,05). Eğitim seviyesi düşük olanlar

daha çok Sgk sevki yolu ile başvuru yapmıştır. Bu veri eğitim düzeyi yükseldikçe çalışanların haklarını arama yoluna gittiklerini ve işverenden hastaneye sevk için talepte bulunmaları olarak yorumlanmıştır.

Tablo 6Sevk Yeri ile Aylık Gelir İlişkisi

			Sevk yeri		
			İş yerinin sevki ile	Sgk sevki ile	Toplam
Aylık Gelir	1300 ve altı	Sayı	**7**	57	64
		Yüzde	**10,9%**	89,1%	100,0%
	1301-2000	Sayı	16	82	98
		Yüzde	16,3%	83,7%	100,0%
	2001 ve üzeri	Sayı	**34**	**69**	103
		Yüzde	**33,0%**	**67,0%**	100,0%
Toplam		Sayı	57	208	265
		Yüzde	21,5%	78,5%	100,0%

Tablo 6'da yer alan çalışanların hastaneye sevk yeri bilgisinin psikososyal riskler açısından aylık gelire göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p \leq 0,05$). Gelir durumu arttıkça işyeri sevki oranının arttığı tespit edilmiştir.

Tablo 7Sevk Yeri ile Mesleksel Sınıf İlişkisi

			Sevk yeri		
			İş yerinin sevki ile	Sgk sevki ile	Toplam
Mesleksel sınıf	Beyaz yaka	Sayı	17	12	29
		Yüzde	58,6%	41,4%	100,0%
	Mavi yaka	Sayı	40	196	236
		Yüzde	16,9%	**83,1%**	100,0%
Toplam		Sayı	57	208	265
		Yüzde	21,5%	78,5%	100,0%

Tablo 7'de yer alan çalışanların hastaneye sevk yeri bilgisinin mesleksel sınıf açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p \leq 0,05$).Mavi yakalılar daha çok Sgk tarafından sevk edildiği görülmüştür.

Tablo 8Sevk Yeri ile Sendika Üyeliği İlişkisi

			Sevkyeri		
			İş yerinin sevki ile	Sgk sevki ile	Toplam
Sendika üyeliği	Evet	Sayı	27	66	93
		Yüzde	**29,0%**	71,0%	100,0%
	Hayır	Sayı	29	134	163
		Yüzde	17,8%	82,2%	100,0%
Toplam		Sayı	56	200	256
		Yüzde	21,9%	78,1%	100,0%

Tablo 8'de yer alan çalışanların hastaneye sevk yeri bilgisinin sendika üyeliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p \leq 0,05$). Sendika üyeliği olanların iş yeri sevk oranı daha fazla olduğu görülmüştür. Ankette sorulan sendika üyesi olmamanızın nedeni sorusuna; katılımcılardan 16'sı işyerinin izin vermediğini, 40'ı işyerinde sendika olmadığını, 10'u sendikayı gereksiz gördüğünü ve güvenmediğini, 2'si korktuğu için üye olmadığı cevabını vermiştir.

Tablo 9Sevk Yeri ile İş Kazası İlişkisi

			Sevk yeri		
			İş yerinin sevki ile	Sgk sevki ile	Toplam
İs kazası varlığı	Evet	Sayı	18	81	99
		Yüzde	18,2%	81,8%	100,0%
	Hayır	Sayı	39	122	161
		Yüzde	24,2%	75,8%	100,0%
Toplam		Sayı	57	203	260
		Yüzde	21,9%	78,1%	100,0%

Tablo 9'da yer alan çalışanların hastaneye sevk yeri bilgisinin iş kazası açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p \geq 0,05$).

Tablo 10Sevk Nedeni ile İş Yeri ile Sorun İlişkisi

			Sevkyeri		
			iş yerinin sevki ile	Sgk sevki ile	Toplam
Hastaneye sevk nedeniyle işyeri ile sorun yaşama	Evet	Sayı	6	75	81
		Yüzde	7,4%	**92,6%**	100,0%
	Hayır	Sayı	48	115	163
		Yüzde	29,4%	70,6%	100,0%
Toplam		Sayı	54	190	244
		Yüzde	22,1%	77,9%	100,0%

Tablo 10'da yer alan çalışanların hastaneye sevk nedeniyleişyeri ilesorun yaşama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p \leq 0,05$). Sendika üyeliği olanların iş yeri sevk oranı daha fazla olduğu görülmüştür. Sgk ile sevk edilenlerin %92 si meslek hastanesine sevk nedeniyle işyeri ile sorun yaşamaktadır

5.2. PSİKOSOSYAL RİSK DURUMLARI İLİŞKİSEL BULGULARI

Bu bölümde araştırmaya katılan çalışanların psikososyal risk durumları ile ilgili ilişkisel bulguları içeren tablolara yer verilmiştir.

Tablo 11Psikososyal Risklerin Durumları ile Yaş Grupları İlişkisi

Psikososyal Risk Boyutları	Yaş Grubu						P*	Psikososyal Risk Boyutları	Yaş Grubu						P*
	35 altı		36-45 arası		46 üstü				35 altı		36-45 arası		46 üstü		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
		Nicel Talepler (N= 274						**Öngörülebilirlik (N=274)**							
Düşük Puan	43	33,9	35	35	19	40,4	0,407	Düşük Puan	70	55,1	60	60	19	40,4	0,347
Yüksek Puan	84	66,1	65	65	28	59,6		Yüksek Puan	57	44,9	40	40	28	59,6	
		Bilişsel Talepler (N=274)						**Topluluk Duygusu (N=274)**							
Düşük Puan	14	11	8	8	11	23,4	0,177	Düşük Puan	25	19,7	28	28	7	14,9	0,162
Yüksek Puan	113	89	92	92	36	76,6		Yüksek Puan	102	80,3	72	72	40	85,1	
		Duygusal Talepler (N=274)						**Rol Açıklığı (N=274)**							
Düşük Puan	48	37,8	43	43	24	51,1	0,288	Düşük Puan	16	12,6	14	14	5	10,6	0,876
Yüksek Puan	79	62,2	57	57	23	48,9		Yüksek Puan	111	87,4	86	86	42	89,4	
		Duygularını Gizleme (N=274)						**Rol Çatışması (N=274)**							
Düşük Puan	39	30,7	36	36	16	34	0,948	Düşük Puan	40	31,5	37	37	23	48,9	**0,046***
Yüksek Puan	88	69,3	64	64	31	66		Yüksek Puan	87	68,5	63	63	24	51,1	
		İşe Etki (N=274)						**Liderlik Kalitesi (N=274)**							

Düşük Puan	69	54,3	46	46	23	48,9	0,118	Düşük Puan	73	57,5	51	51	23	48,9	0,659
Yüksek Puan	58	45,7	54	54	24	51,1		Yüksek Puan	54	42,5	49	49	24	51,1	
		Gelişme Olanağı (N=274)						**Sosyal Destek (N=274)**							
Düşük Puan	32	25,2	35	35	11	23,4	0,291	Düşük Puan	66	52	51	51	23	48,9	0,539
Yüksek Puan	95	74,8	65	65	36	76,6		Yüksek Puan	61	48	49	49	24	51,1	
		İşte Özgürlük Derecesi (N=274)						**Sosyal İlişkiler (n=274)**							
Düşük Puan	83	65,4	74	74	25	53,2	**0,023***	Düşük Puan	33	26	41	41	12	25,5	**0,000***
Yüksek Puan	44	34,6	26	26	22	46,8		Yüksek Puan	94	74	59	59	35	74,5	
		İşin Anlamı (N=274)						**Adalet Saygı (N=274)**							
Düşük Puan	28	22	11	11	2	4,3	**0,012***	Düşük Puan	74	58,3	62	62	24	51,1	0,670
Yüksek Puan	99	78	89	89	45	95,7		Yüksek Puan	53	41,7	38	38	23	48,9	
		İşe Bağlılık (N=274)						**İş Güvencesizliği (N=274)**							
Düşük Puan	51	40,2	32	32	11	23,4	0,081	Düşük Puan	45	35,4	33	33	20	42,6	0,860
Yüksek Puan	76	59,8	68	68	36	76,6		Yüksek Puan	82	64,6	67	67	27	57,4	
		İş Doyumu (N=274)						**Geri Bildirim (N=274)**							
Düşük Puan	91	71,7	68	68	27	57,4	0,162	Düşük Puan	56	44,1	54	54	19	40,4	0,565
Yüksek Puan	36	28,3	32	32	20	42,6		Yüksek Puan	71	55,9	46	46	28	59,6	

* p<0,05

Katılımcıların yaş grupları ile psikososyal risk boyutlarından işte özgürlük derecesi, işin anlamı, rol çatışması ve sosyal ilişkiler açasından kötü bir ilişki saptanmıştır (P>0,05) (Tablo 11). Yaş grupları arasında çalışanların; tatiller, çalışma günü ya da saatlerinin uzunluğu gibi durumları, çalışanların işteki görevlerinin amacı ve içeriği ile ilgili kaygılarını, işteki ve ilişkilerdeki rollerde çatışmaları ve işyerindeki sosyal ilişkilerin kötü durumda olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 12Psikososyal Risklerin Durumları ile Eğitim Durumu İlişkisi

Psikososyal Risk Boyutları	Eğitim Durum						P*	Psikososyal Risk Boyutları	Eğitim Durum						P*
	İlköğretim		Orta öğretim		Yükseköğretim				İlköğretim		Orta öğretim		Yükseköğretim		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Nicel Talepler (N= 274								**Öngörülebilirlik (N=274)**							
Düşük Puan	90	64,7	68	70,1	28	73,7	0,672	Düşük Puan	72	51,8	56	57,7	21	55,3	0,945
Yüksek Puan	40	35,3	29	29,9	10	26,3		Yüksek Puan	67	48,2	41	42,3	17	44,7	
Bilişsel Talepler (N=274)								**Topluluk Duygusu (N=274)**							
Düşük Puan	21	15,1	9	9,3	3	7,9	0,067	Düşük Puan	15	10,8	6	6,2	7	18,4	0,538
Yüksek Puan	118	84,9	88	90,7	35	92,1		Yüksek Puan	124	89,2	91	93,8	31	81,6	
Duygusal Talepler (N=274)								**Rol Açıklığı (N=274)**							
Düşük Puan	104	74,8	69	71,1	23	60,5	0,115	Düşük Puan	8	5,8	2	2,1	1	2,6	0,344
Yüksek Puan	35	25,2	28	28,9	15	39,5		Yüksek Puan	131	94,2	95	97,9	37	97,4	
Duygularını Gizleme (N=274)								**Rol Çatışması (N=274)**							

Düşük Puan	81	58,3	53	54,6	19	50	0,599	Düşük Puan	28	20,1	11	11,3	3	7,9	**0,013***
Yüksek Puan	58	41,7	44	45,4	19	50		Yüksek Puan	111	79,9	86	88,7	35	92,1	
İşe Etki (N=274)								**Liderlik Kalitesi (N=274)**							
Düşük Puan	46	33,1	39	40,2	14	36,8	0,459	Düşük Puan	23	16,5	12	12,4	8	21,1	0,068
Yüksek Puan	93	66,9	58	59,8	24	63,2		Yüksek Puan	116	83,5	85	87,6	30	78,9	
Gelişme Olanağı (N=274)								**Sosyal Destek (N=274)**							
Düşük Puan	37	26,6	33	34	8	21,1	0,375	Düşük Puan	36	25,9	28	28,9	6	15,8	0,353
Yüksek Puan	102	73,4	64	66	30	78,9		Yüksek Puan	103	74,1	69	71,1	32	84,2	
İşte Özgürlük Derecesi (N=274)								**Sosyal İlişkiler (n=274)**							
Düşük Puan	59	42,4	47	48,5	11	28,9	0,274	Düşük Puan	16	11,5	11	11,3	4	10,5	0,484
Yüksek Puan	80	57,6	50	51,5	27	71,1		Yüksek Puan	123	88,5	86	88,7	34	89,5	
İşin Anlamı (N=274)								**İş Doyumu (N=274)**							
Düşük Puan	64	46	52	53,6	19	50	0,122	Düşük Puan	20	14,4	11	11,3	5	13,2	0,482
Yüksek Puan	75	54	45	46,4	19	50		Yüksek Puan	119	85,6	86	88,7	33	86,8	
İşe Bağlılık (N=274)								**İş Güvencesizliği (N=274)**							
Düşük Puan	91	65,5	69	71,1	25	65,8	0,475	Düşük Puan	31	22,3	20	20,6	7	18,4	0,639
Yüksek Puan	48	34,5	28	28,9	13	34,2		Yüksek Puan	108	77,7	77	79,4	31	81,6	
Geri Bildirim (N=274)								**Adalet Saygı (N=274)**							
Düşük Puan	61	43,9	53	54,6	15	39,5	0,285	Düşük Puan	22	15,8	21	21,6	8	21,1	0,054
Yüksek Puan	78	56,1	44	45,4	23	60,5		Yüksek Puan	117	84,2	76	78,4	30	78,9	

* p<0,05

Katılımcıların eğitim durumları ile psikososyal risk boyutları arasında rol çatışması bakımından kötü bir ilişki saptanmıştır (P>0,005) (Tablo 12). Çalışanların eğitim durumları ile işyerindeki rolleri yerine getirme veya farklı görevleri önceliklendirme açısından problemler yaşadıklarını göstermektedir.

Tablo 13Psikososyal Risklerin Durumları ile Medeni Durum İlişkisi

Psikososyal Risk Boyutları	Medeni Durum				P*	Psikososyal Risk Boyutları	Medeni Durum				P*
	Bekar		Evli				Bekar		Evli		
	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%	Sayı	%	
Nicel Talepler (N= 274						**Öngörülebilirlik (N=274)**					
Düşük Puan	30	48,4	93	43,9	0,628	Düşük Puan	38	61,3	111	52,4	0,214
Yüksek Puan	32	51,6	119	56,1		Yüksek Puan	24	38,7	101	47,6	
Bilişsel Talepler (N=274)						**Topluluk Duygusu (N=274)**					
Düşük Puan	29	46,8	96	45,3	0,836	Düşük Puan	32	51,6	98	46,2	0,455

Yüksek Puan	33	53,2	116	54,7		Yüksek Puan	30	48,4	114	53,8	
Duygusal Talepler (N=274)						**Rol Açıklığı (N=274)**					
Düşük Puan	26	41,9	115	54,2	0,088	Düşük Puan	32	51,6	108	50,9	0,926
Yüksek Puan	36	58,1	97	45,8		Yüksek Puan	30	48,4	104	49,1	
Duygularını Gizleme (N=274)						**Rol Çatışması (N=274)**					
Düşük Puan	28	45,2	111	52,4	0,319	Düşük Puan	23	37,1	114	53,8	0,021
Yüksek Puan	34	54,8	101	47,6		Yüksek Puan	39	62,9	98	46,2	
İşe Etki (N=274)						**Liderlik Kalitesi (N=274)**					
Düşük Puan	30	48,4	108	50,9	0,723	Düşük Puan	34	54,8	112	52,8	0,78
Yüksek Puan	32	51,6	104	49,1		Yüksek Puan	28	45,2	100	47,2	
Gelişme Olanağı (N=274)						**Sosyal Destek (N=274) (isd)**					
Düşük Puan	31	50	112	52,8	0,965	Düşük Puan	32	51,6	128	60,4	0,218
Yüksek Puan	31	50	100	47,2		Yüksek Puan	30	48,4	84	39,6	
İşte Özgürlük Derecesi (N=274)						**Sosyal İlişkiler (n=274)**					
Düşük Puan	24	38,7	96	45,3	0,359	Düşük Puan	32	51,6	108	50,9	0,926
Yüksek Puan	38	61,3	116	54,7		Yüksek Puan	30	48,4	104	49,1	
İşin Anlamı (N=274)						**Duyusal Talepler (N=274)**					
Düşük Puan	39	62,9	96	45,3	0,015	Düşük Puan	31	50	106	50	1
Yüksek Puan	23	37,1	116	54,7		Yüksek Puan	31	50	106	50	
İşe Bağlılık (N=274)						**İş Güvencesizliği (N=274) ıig**					
Düşük Puan	36	58,1	85	40,1	0,012	Düşük Puan	36	58,1	113	53,3	0,439
Yüksek Puan	26	41,9	127	59,9		Yüksek Puan	26	49,6	99	46,7	
İş Doyumu (N=274)						**Geri Bildirim (N=274)**					
Düşük Puan	36	58,1	108	50,9	0,976	Düşük Puan	30	51,6	100	47,2	0,866
Yüksek Puan	26	41,9	104	49,1		Yüksek Puan	32	48,4	112	58,2	

Katılımcıların medeni durumları ile psikososyal risk boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (P>0,005) (Tablo 13)

Tablo 14Psikososyal Risklerin Durumları ile Aylık Gelir İlişkisi

Psikososyal Risk Boyutları	Aylık Gelir						P*	Psikososyal Risk Boyutları	Aylık Gelir						P*
	1300 altı		1301-2000		2000 üstü				1300 altı		1301-2000		2000 üstü		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Nicel Talepler (N= 274								**Öngörülebilirlik (N=274)**							
Düşük Puan	23	34,3	43	41,7	57	54,8	0,023	Düşük Puan	41	61,2	54	52,4	54	51,9	0,435
Yüksek Puan	44	65,7	60	58,3	47	45,2		Yüksek Puan	26	38,8	49	47,6	50	48,1	
Bilişsel Talepler (N=274)								**Topluluk Duygusu (N=274)**							
Düşük Puan	33	49,3	47	45,6	45	43,3	0,745	Düşük Puan	36	53,7	50	48,5	44	42,3	0,331
Yüksek Puan	34	50,7	56	54,4	59	56,7		Yüksek Puan	31	46,3	53	51,5	60	56,7	
Duygusal Talepler (N=274)								**Rol Açıklığı (N=274)**							
Düşük Puan	33	49,3	52	50,5	56	53,8	0,816	Düşük Puan	43	64,2	55	53,4	42	40,4	0,008

Yüksek Puan	34	50,7	51	49,5	48	46,2		Yüksek Puan	24	35,8	48	46,6	62	59,6	
Duygularını Gizleme (N=274)								**Rol Çatışması (N=274)**							
Düşük Puan	36	53,7	53	51,5	50	48,1	0,757	Düşük Puan	41	61,2	52	50,5	44	42,3	0,054
Yüksek Puan	31	46,3	50	48,5	54	51,9		Yüksek Puan	26	38,8	51	49,5	60	56,7	
İşe Etki (N=274)								**Liderlik Kalitesi (N=274)**							
Düşük Puan	41	61,2	48	46,6	49	47,1	0,125	Düşük Puan	37	55,2	55	53,4	54	51,9	0,002*
Yüksek Puan	26	38,8	55	53,4	55	52,9		Yüksek Puan	30	44,8	48	46,6	50	48,1	
Gelişme Olanağı (N=274)								**Sosyal Destek (N=274)**							
Düşük Puan	38	56,7	56	54,4	49	47,1	0,403	Düşük Puan	47	70,1	66	64,1	47	45,2	0,09
Yüksek Puan	29	43,3	47	45,6	55	52,9		Yüksek Puan	20	29,9	37	35,9	57	54,8	
İşte Özgürlük Derecesi (N=274)								**İşyerinde Sosyal İlişkiler (n=274)**							
Düşük Puan	30	44,8	48	46,6	42	40,4	0,655	Düşük Puan	42	62,5	48	46,6	50	48,1	0,005
Yüksek Puan	37	55,2	55	53,4	62	59,6		Yüksek Puan	25	37,5	55	53,4	54	51,9	
İşin Anlamı (N=274)								**Duyusal Talepler (N=274)**							
Düşük Puan	35	52,2	58	56,3	42	40,4	0,062	Düşük Puan	37	55,2	53	51,5	47	45,2	0,411
Yüksek Puan	32	47,8	45	43,7	62	59,6		Yüksek Puan	30	44,8	50	48,5	57	54,8	
İşe Bağlılık (N=274)								**İş Güvencesizliği (N=274)**							
Düşük Puan	31	46,3	54	52,4	36	34,6	0,033	Düşük Puan	35	52,2	59	57,3	55	52,9	0,753
Yüksek Puan	36	53,7	49	47,6	68	65,4		Yüksek Puan	32	47,8	44	42,7	49	47,1	
İş Doyumu (N=274)								**Geri Bildirim (N=274)**							
Düşük Puan	40	59,7	56	54,4	48	46,2	0,2	Düşük Puan	31	46,3	56	54,4	43	41,3	0,168
Yüksek Puan	27	40,3	47	45,6	56	53,8		Yüksek Puan	36	53,7	47	45,6	61	58,7	

Katılımcıların aylık gelir durumları ile psikososyal risk boyutlarından liderlik kalitesi arasında anlamlı olarak kötü bir ilişki saptanmıştır (P<0,005) (Tablo 14). Aylık gelir durumuna göre yöneticilerin çalışanlar üzerinde farklı bağlamlarda yeteneğini ele almaktadır.

Tablo 15Psikososyal Risklerin Durumları ile İş Değişikliği İlişkisi

Psikososyal Risk Boyutları	İş Değişikliği				P*	Psikososyal Risk Boyutları	İş Değişikliği				P*
	Yok		Var				Yok		Var		
	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%	Sayı	%	
Nicel Talepler (N= 274						**Öngörülebilirlik (N=274)**					
Düşük Puan	21	53,8	102	43,4	0,225	Düşük Puan	24	61,5	125	53,2	0,332
Yüksek Puan	18	46,2	133	56,6		Yüksek Puan	15	38,5	110	46,8	
Bilişsel Talepler (N=274)						**Topluluk Duygusu (N=274)**					
Düşük Puan	20	51,3	105	44,7	0,443	Düşük Puan	13	33,3	117	49,8	0,057
Yüksek Puan	19	48,7	130	55,3		Yüksek Puan	26	66,7	118	50,2	
Duygusal Talepler (N=274)						**Rol Açıklığı (N=274)**					
Düşük Puan	21	53,8	120	51,1	0,747	Düşük Puan	18	46,2	122	51,9	0,505

Yüksek Puan	18	46,2	115	48,9		Yüksek Puan	21	53,8	113	48,1	
Duygularını Gizleme (N=274)						**Rol Çatışması (N=274)**					
Düşük Puan	23	59	116	49,4	0,266	Düşük Puan	21	53,8	116	49,4	0,604
Yüksek Puan	16	41	119	50,6		Yüksek Puan	18	46,2	119	50,6	
İşe Etki (N=274)						**Liderlik Kalitesi (N=274)**					
Düşük Puan	22	56,4	116	49,4	0,415	Düşük Puan	20	51,3	126	53,6	0,787
Yüksek Puan	17	43,6	119	50,6		Yüksek Puan	19	48,7	109	46,4	
Gelişme Olanağı (N=274)						**Sosyal Destek (N=274) (isd)**					
Düşük Puan	22	56,4	121	51,5	0,569	Düşük Puan	15	38,5	145	61,7	0,006
Yüksek Puan	17	43,6	114	48,5		Yüksek Puan	24	61,5	90	38,3	
İşte Özgürlük Derecesi (N=274)						**Sosyal İlişkiler (n=274)**					
Düşük Puan	16	41	104	44,3	0,707	Düşük Puan	15	38,5	125	53,2	0,088
Yüksek Puan	23	59	131	55,7		Yüksek Puan	24	61,5	110	46,8	
İşin Anlamı (N=274)						**Duyusal Talepler (N=274)**					
Düşük Puan	15	38,5	120	51,1	0,145	Düşük Puan	13	33,3	124	52,8	0,025
Yüksek Puan	24	61,5	115	48,9		Yüksek Puan	26	66,7	111	47,2	
İşe Bağlılık (N=274)						**İş Güvencesizliği (N=274)**					
Düşük Puan	16	41	105	44,7	0,67	Düşük Puan	23	59	126	53,6	0,534
Yüksek Puan	23	59	130	55,3		Yüksek Puan	16	41	109	46,4	
İş Doyumu (N=274)						**Geri Bildirim (N=274)**					
Düşük Puan	16	41	128	54,5	0,119	Düşük Puan	14	35,9	116	49,4	0,119
Yüksek Puan	23	59	107	45,5		Yüksek Puan	25	64,1	119	50,6	

Katılımcıların iş değişiklikleri ile psikososyal risk boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (P>0,005) (Tablo 15).

Tablo 16Psikososyal Risklerin Durumları ile İş Kazası İlişkisi

Psikososyal Risk Boyutları	İş Kazası Varlığı				P*	Psikososyal Risk Boyutları	İş Kazası Varlığı				P*
	Evet		Hayır				Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%	Sayı	%	
Nicel Talepler (N= 274						**Öngörülebilirlik (N=274)**					
Düşük Puan	40	39,8	81	49,7	0,096	Düşük Puan	55	53,9	87	53,4	0,931
Yüksek Puan	62	60,8	82	50,3		Yüksek Puan	47	46,1	76	46,6	
Bilişsel Talepler (N=274)						**Topluluk Duygusu (N=274)**					
Düşük Puan	39	38,2	81	49,7	0,068	Düşük Puan	43	42,2	82	50,3	0,196
Yüksek Puan	63	61,8	82	50,3		Yüksek Puan	59	57,8	81	49,7	
Duygusal Talepler (N=274)						**Rol Açıklığı (N=274)**					
Düşük Puan	44	43,1	92	56,4	0,035	Düşük Puan	47	46,1	89	54,6	0,177
Yüksek Puan	58	56,9	71	43,6		Yüksek Puan	55	53,9	74	45,4	
Duygularını Gizleme (N=274)						**Rol Çatışması (N=274)**					
Düşük Puan	46	45,1	87	53,4	0,19	Düşük Puan	51	50	81	49,7	0,961

Yüksek Puan	56	54,9	76	46,6		Yüksek Puan	51	50	82	50,3	
İşe Etki (N=274)						**Liderlik Kalitesi (N=274)**					
Düşük Puan	49	48	85	52,1	0,515	Düşük Puan	52	51	91	55,8	0,441
Yüksek Puan	53	52	78	47,9		Yüksek Puan	50	49	72	44,2	
Gelişme Olanağı (N=274)						**Sosyal Destek (N=274) (isd)**					
Düşük Puan	45	44,1	92	56,4	0,51	Düşük Puan	62	60,8	90	55,2	0,372
Yüksek Puan	57	55,9	71	43,6		Yüksek Puan	40	39,2	73	44,8	
İşte Özgürlük Derecesi (N=274)						**Sosyal İlişkiler (n=274)**					
Düşük Puan	51	50	63	38,7	0,069	Düşük Puan	53	52	81	49,7	0,719
Yüksek Puan	51	50	100	61,3		Yüksek Puan	49	48	82	50,3	
İşin Anlamı (N=274)						**Duyusal Talepler (N=274)**					
Düşük Puan	44	43,1	86	52,8	0,127	Düşük Puan	45	44,1	84	51,5	0,24
Yüksek Puan	58	56,9	77	47,2		Yüksek Puan	57	55,9	79	48,5	
İşe Bağlılık (N=274)						**İş Güvencesizliği (N=274)**					
Düşük Puan	44	43,1	74	45,5	0,719	Düşük Puan	60	58,8	87	53,4	0,385
Yüksek Puan	58	56,9	89	56,4		Yüksek Puan	42	41,2	76	46,6	
Geri Bildirim (N=274)						**İş Doyumu (N=274)**					
Düşük Puan	56	54,9	70	42,9	0,058	Düşük Puan	52	51	86	52,8	0,778
Yüksek Puan	46	45,1	93	57,1		Yüksek Puan	50	49	77	47,2	

Katılımcıların iş kazası durumları ile psikososyal risk boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (P>0,005) (Tablo 16).

Tablo 17Psikososyal Risklerin Durumları ile Meslek Sınıfları İlişkisi

Psikososyal Risk Boyutları	Mesleksel Sınıf				P*	Psikososyal Risk Boyutları	Mesleksel Sınıf				P*
	Beyaz Yaka		MaviYaka				Beyaz Yaka		MaviYaka		
	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%	Sayı	%	
Nicel Talepler (N= 274						**Öngörülebilirlik (N=274)**					
Düşük Puan	18	58,1	105	43,2	0,117	Düşük Puan	13	41,9	136	56	0,14
Yüksek Puan	13	41,9	138	56,8		Yüksek Puan	18	58,1	107	44	
Bilişsel Talepler (N=274)						**Topluluk Duygusu (N=274)**					
Düşük Puan	8	25,8	117	48,1	0,019	Düşük Puan	12	38,7	118	48,6	0,301
Yüksek Puan	23	74,2	126	51,9		Yüksek Puan	19	61,3	125	51,4	
Duygusal Talepler (N=274)						**Rol Açıklığı (N=274)**					
Düşük Puan	12	38,7	129	53,1	0,131	Düşük Puan	14	45,2	126	51,9	0,483
Yüksek Puan	19	61,3	114	46,9		Yüksek Puan	17	54,8	117	48,1	
Duygularını Gizleme (N=274)						**Rol Çatışması (N=274)**					
Düşük Puan	15	48,4	124	51	0,782	Düşük Puan	10	32,3	127	52,3	0,036
Yüksek Puan	16	51,6	119	49		Yüksek Puan	21	67,7	116	47,7	
İşe Etki (N=274)						**Liderlik Kalitesi (N=274)**					
Düşük Puan	17	54,8	121	49,8	0,597	Düşük Puan	15	48,4	131	53,9	0,562

Yüksek Puan	14	45,2	122	50,2		Yüksek Puan	16	51,6	112	46,1	
Gelişme Olanağı (N=274)						**Sosyal Destek (N=274)**					
Düşük Puan	13	41,9	130	53,5	0,225	Düşük Puan	10	32,3	150	61,7	**0,002***
Yüksek Puan	18	58,1	113	46,5		Yüksek Puan	21	67,7	93	38,3	
İşte Özgürlük Derecesi (N=274)						**Sosyal İlişkiler (n=274)**					
Düşük Puan	10	32,3	110	45,3	0,169	Düşük Puan	14	45,2	126	51,9	0,483
Yüksek Puan	21	67,7	133	54,7		Yüksek Puan	17	54,8	117	48,1	
İşin Anlamı (N=274)						**Duyusal Talepler (N=274)**					
Düşük Puan	17	54,8	118	48,6	0,51	Düşük Puan	15	48,4	122	50,2	0,849
Yüksek Puan	14	45,2	125	51,4		Yüksek Puan	16	51,6	121	49,8	
İşe Bağlılık (N=274)						**İş Güvencesizliği (N=274)**					
Düşük Puan	11	35,5	110	45,3	0,302	Düşük Puan	14	45,2	135	55,6	0,274
Yüksek Puan	20	64,5	133	54,7		Yüksek Puan	17	54,8	108	44,4	
Geri Bildirim (N=274)						**İş Doyumu (N=274)**					
Düşük Puan	12	38,7	118	48,6	0,301	Düşük Puan	17	54,8	127	52,3	0,787
Yüksek Puan	19	61,3	125	51,4		Yüksek Puan	14	45,2	116	47,7	

Katılımcıların meslek sınıfları ile psikososyal risk boyutlarından sosyal destek arasında anlamlı olarak kötü bir ilişki saptanmıştır (P<<0,005) (Tablo 17). Çalışanların gereksinim duyduklarında iş arkadaşlarından ya da üst amirlerinden destek alamadıklarını ifade etmektedir.

Tablo 18Psikososyal Risklerin Durumları ile Sendika Üyeliği İlişkisi

Psikososyal Risk Boyutları	Sendika Üyeliği				P*	Psikososyal Risk Boyutları	Sendika Üyeliği				P*
	Evet		Hayır				Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%	Sayı	%	
Nicel Talepler (N= 274						**Öngörülebilirlik (N=274)**					
Düşük Puan	41	44,1	79	46,7	0,679	Düşük Puan	46	49,5	93	55	0,388
Yüksek Puan	52	55,9	90	53,3		Yüksek Puan	47	50,5	76	45	
Bilişsel Talepler (N=274)						**Topluluk Duygusu (N=274)**					
Düşük Puan	39	41,9	81	47,9	0,351	Düşük Puan	47	50,5	77	45,6	0,44
Yüksek Puan	54	58,1	88	52,1		Yüksek Puan	46	49,5	92	54,4	
Duygusal Talepler (N=274)						**Rol Açıklığı (N=274)**					
Düşük Puan	52	55,9	83	49,1	0,292	Düşük Puan	47	50,5	90	53,3	0,674
Yüksek Puan	41	44,1	86	50,9		Yüksek Puan	46	49,5	79	46,7	
Duygularını Gizleme (N=274)						**Rol Çatışması (N=274)**					
Düşük Puan	48	51,6	85	50,3	0,838	Düşük Puan	52	55,9	79	46,7	0,156
Yüksek Puan	45	48,4	84	49,7		Yüksek Puan	41	44,1	90	53,3	
İşe Etki (N=274)						**Liderlik Kalitesi (N=274)**					
Düşük Puan	46	49,5	85	50,3	0,897	Düşük Puan	53	57	88	52,1	0,445
Yüksek Puan	47	50,5	84	49,7		Yüksek Puan	40	43	81	47,9	
Gelişme Olanağı (N=274)						**Sosyal Destek (N=274) (isd)**					

Düşük Puan	48	51,6	89	52,7	0,871	Düşük Puan	54	58,1	98	58	0,99
Yüksek Puan	45	48,4	80	47,3		Yüksek Puan	39	41,9	71	42	
İşte Özgürlük Derecesi (N=274)						**Sosyal İlişkiler (n=274)**					
Düşük Puan	43	46,2	68	40,2	0,347	Düşük Puan	50	53,8	81	47,9	0,366
Yüksek Puan	50	53,8	101	59,8		Yüksek Puan	43	46,2	88	52,1	
İşin Anlamı (N=274)						**Duyusal Talepler (N=274)**					
Düşük Puan	41	44,1	89	52,7	0,184	Düşük Puan	40	43	91	53,8	0,093
Yüksek Puan	52	55,9	80	47,3		Yüksek Puan	53	57	78	46,2	
İşe Bağlılık (N=274)						**İş Güvencesizliği (N=274)**					
Düşük Puan	38	40,9	77	45,6	0,463	Düşük Puan	49	52,7	94	55,6	0,208
Yüksek Puan	55	59,1	92	54,4		Yüksek Puan	44	47,3	75	44,4	
İş Doyumu (N=274)						**Geri Bildirim (N=274)**					
Düşük Puan	43	46,2	96	56,8	0,101	Düşük Puan	45	48,4	80	47,3	0,871
Yüksek Puan	50	53,8	73	43,2		Yüksek Puan	48	51,6	89	52,7	

Katılımcıların sendika üyeliği ile psikososyal risk boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (P>0,005) (Tablo 18).

Tablo 19Psikososyal Risklerin Durumları ile Sevk Yerleri İlişkisi

Psikososyal Risk Boyutları	Sevk Yeri				P*	Psikososyal Risk Boyutları	Sevk Yeri				P*
	İşyeri		Sgk				İşyeri		Sgk		
	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%	Sayı	%	
Nicel Talepler (N= 274						**Öngörülebilirlik (N=274)**					
Düşük Puan	38	66,7	85	40,9	**0,001***	Düşük Puan	23	40,4	121	58,2	0,017
Yüksek Puan	19	33,3	123	59,1		Yüksek Puan	34	59,6	87	41,8	
Bilişsel Talepler (N=274)						**Topluluk Duygusu (N=274)**					
Düşük Puan	26	456	94	45,2	0,955	Düşük Puan	15	26,3	111	53,4	**0***
Yüksek Puan	31	54,4	114	54,8		Yüksek Puan	42	73,7	97	46,6	
Duygusal Talepler (N=274)						**Rol Açıklığı (N=274)**					
Düşük Puan	33	57,9	103	49,5	0,262	Düşük Puan	24	42,1	110	52,9	0,149
Yüksek Puan	24	42,1	105	50,5		Yüksek Puan	33	57,9	98	47,1	
Duygularını Gizleme (N=274)						**Rol Çatışması (N=274)**					
Düşük Puan	32	56,1	103	49,5	0,376	Düşük Puan	27	47,4	107	51,4	0,586
Yüksek Puan	25	43,9	105	50,5		Yüksek Puan	30	52,6	101	48,6	
İşe Etki (N=274)						**Liderlik Kalitesi (N=274)**					
Düşük Puan	23	40,4	110	52,9	0,094	Düşük Puan	23	40,4	119	57,2	0,024
Yüksek Puan	34	59,6	98	47,1		Yüksek Puan	34	59,6	89	42,8	
Gelişme Olanağı (N=274)						**Sosyal Destek (N=274) (isd)**					
Düşük Puan	21	36,8	115	55,3	0,014	Düşük Puan	25	43,9	129	62	0,014
Yüksek Puan	36	63,2	93	44,7		Yüksek Puan	32	56,1	79	38	
İşte Özgürlük Derecesi (N=274)						**Sosyal İlişkiler (n=274)**					

Düşük Puan	18	31,6	96	46,2	0,049	Düşük Puan	24	42,1	111	53,4	0,132
Yüksek Puan	39	68,4	112	53,8		Yüksek Puan	33	57,9	97	46,6	
İşin Anlamı (N=274)						**Duyusal Talepler (N=274)**					
Düşük Puan	25	43,9	104	50	0,411	Düşük Puan	24	42,1	106	51	0,236
Yüksek Puan	32	56,1	104	50		Yüksek Puan	33	57,9	102	49	
İşe Bağlılık (N=274)						**İş Güvencesizliği (N=274)**					
Düşük Puan	16	28,1	102	49	0,005	Düşük Puan	29	50,9	117	56,3	0,47
Yüksek Puan	41	71,9	106	51		Yüksek Puan	28	49,1	91	43,7	
Geri Bildirim (N=274)						**İş Doyumu (N=274)**					
Düşük Puan	19	33,3	106	51	0,018	Düşük Puan	19	33,3	118	56,7	**0,002***
Yüksek Puan	38	66,7	102	49		Yüksek Puan	38	66,7	90	43,3	

Katılımcıların sevk durumları ile psikososyal risk boyutlarından iş doyumu, topluluk duygusu ve nicel talepler arasında anlamlı olarak kötü bir ilişki saptanmıştır (P<<0,005) (Tablo 19). Burada çalışanın görevini yerine getirmek için işle başa çıkamadığını, çalışanlar arasında ilişkilerin iyi olmadığını, işin çeşitli yönleri bakımından çalışanları tatmin etmediğini göstermektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda ilk olarak değinilmesi gereken konu meslke hastalığı olan kişilerin sağlıklı çalışabilip haklarını savunabilecekleri bir alan olarak hizmete erişim noktasında bir engel olarak gözüken sevk zinciridir. Hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe haklarını arayabilmek adına işyerinden sevk alabildikleri görülmüştür. 30.06.2012 tarihinde yayımlanan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu gereği yayınlanmış olan *Çalışanların İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik* ile tehlike gruplarına göre çalışanlara belirli aralıklarla eğitim verilmesi zorunlu tutulmuştur. Bu kanun ve yönetmelik ile zorunlu hale getirilen eğitimin kişilerin çalışırken haklarını bilmeleri ve hak arayışları adına önemli bir gelişme sağlayacaktır. Aynı zamanda gelir düzeyinin artması ile işyeri sevk arasında bulunan anlamlı farklılık da kişilerin ekonomik özgürlüğünü kazandıkça hak arama konusunda farkındalığının arttığını göstermiştir. Bu tespitle ilişkili olarak mavi yakalıların daha çok SGK tarafından sevk edilmesi de işçi sınıfının hak arama mücadelesini işyeri aracılığıyla değil devlet aracılığıyla yaptığını göstermektedir. Sendika üyesi olanların işyeri sevkiyle hastaneye gelmesi sendikal mücadelenin hak arama noktasındaki önemini ortaya çıkarmıştır. Ülkemizde her yıl binlerce iş kazası olması, işçilerin olumsuz çalışma koşullarında hayatlarını kaybetmelerinde mücadele edebilmenin en önemli ayağının sendikal mücadele olduğu gerçeği geçerliliğini korumaktadır. Hastaneye SGK sevki ile gelenlerin % 92'lik bir kısmının işyerine gittikten sonra işyeri ile sorun yaşaması araştırmanın ortaya çıkardığı en önemli tespitlerdendir. Bir sürü zorluk çekerek hastaneye gelen işçiye yapılan baskı diğer işçilerin gözünü korkutma açısından büyük bir etki yaratmaktadır. Ülkemizde beklenen meslek hastalığı sayısının neden bu kadar az olduğunun önemli bir tespiti olan işçiye yapılan baskı insanları sağlıksız koşullarda çalışmaya itmekte ve hastaneye gitmesine engel olmaktadır. Bu konuda Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının iş müfettişleri gerekli denetimleri yaparak bu tür baskılara engel olması gerekmektedir.

Araştırmada çalışanların yaş grupları, eğitim durumları, medeni durumları, iş değiştirme durumları, iş kazası geçirme durumları ve sendika üyelikleri ile psikososyal risk durumları açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Meslek hastalarının psikososyal risk durumları ile ilgili olarak ise; aylık gelir durumları ile liderlik kalitesi arasında yöneticilerin farklı bağlamlarda ve etki alanlarında çalışanlar üzerindeki kötü ilişkisini göstermektedir.

Meslek sınıfları ile sosyal destek arasında bulunan ilişkide çalışanların ihtiyaç halinde yöneticilerinden destek alamadıklarını göstermektedir.

Sevk yeri açısından bakılan incelemede ise çalışanların yaptıkları işten memnun olmadıkları, çalışanlar arasında iyi ilişkilerin olmadığı ve çalışanın kendisini iş yerine ait hissetmediği dolayısıyla kendisini o topluluğun bir parçası olarak görmediği, görevini yerine getirmek için var olan zamanı ile işinin miktarı arasında uyumsuzluğun olduğu ve işi yapabilmek için onunla başa çıkması gerektiğini belirtmektedir.

Meslek hastalıklarını psikososyal risk faktörleri açısından nicel araştırma yöntemiyle değerlendirilmesi açısından araştırma ülkemizde bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Bu anlamda gelecekte yapılacak araştırmalara da ışık tutacaktır. Elbette bu özellik araştırmanın literatürdeki diğer araştırmalarla karşılaştırılmasına da engel oluşturmaktadır.

Sosyal hizmet, çalışanların sağlığı ile ilgilenen uygulayıcılara bakarken iyi bir şekilde konumlanmalıdır. İşçi sağlığı önemlidir çünkü işyeri; çalışanların ve çevrenin hayatında önemli bir rol oynamaktadır. Mesleki sosyal hizmet ile çalışan destek programları arasında bir ilişki olduğu açıktır. Hem mesleki sosyal hizmet hem de çalışan destek programları, çok iyi gelişmiş ve şu anda uzmanlık alanı olarak kabul edilebilecek çalışma alanlarıdır. Mesleki sosyal hizmet rolleri ve hizmetlerine baktığımızda, çok açık görünmektedir. Yönetim, çalışanlar, işverenler ve diğer ilgili paydaşlar, sosyal hizmetin işyerindeki öneminin farkına varmak zorundadır.

Yurt dışında Çalışan Destek Programlarının geliştirilmesi mesleki sosyal hizmetin gelişmesine önemli bir katkıda bulunmuştur. Ülkemizde henüz gelişmekte olan Çalışan Destek Programlarının içerisinde sosyal hizmet mesleği henüz kendisine yer bulamamıştır. Genellikle bu programda hukuki ve tıbbi yardımların yanında psikolojik danışmanlık desteği de verilmektedir. Ülkemizde sosyal hizmet mezun sayısının artmasıyla bu alanda da meslek kendisine yer bulacaktır. Çalışan Destek Programlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ailevi sorunlar, çocuk bakımı, toplumsal cinsiyet, yabancılaşma gibi temel alanlar da hizmet verebileceği gibi tehlikeli çalışma koşulları ile mücadele edilmesi konusunda programlar geliştirilmesine katkıda bulunabilirler.

KAYNAKÇA

Akdeniz Ledün, Ayşe (2012). Sosyal Güvenlik Hukukunda Meslek Hastalığı Kavramı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Özel Hukuk Anabilim Dalı

Akerstedt, Torbjörn (1985). Adjustment of the physiological circadian rhythms and the sleep-wake cycle to shiftwork. In S. Folkard & T. Monk (Eds.), Hours of Work: Temporal Factors in Work Scheduling. Oxford: John Wiley & Sons.

Akerstedt, Torbjörn (1988). Sleepiness as a consequence of shift work.

Akerstedt, Torbjörn (1995). Work hours, sleepiness and the underlying mechanisms. Journal of Sleep Research.

Akyıldız, Hüseyin (2004). Sosyal Güvenlik Hukuku, Isparta.

Alpaslan, Sümeyra, Rümeysa Özen Kutanis (2007) Sanayi ve Bilgi Toplumu Yönetim Metaforlarının Karşılaştırılması. Akademik İncelemeler Dergisi.

Alper, Yusuf (2003). Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar, 4. Baskı, Bursa: Ekin Kitabevi.

Altuntaş, Ceren (2010). Çalışan Destek Programları, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.

Arıcı, Kadir (1999). Sosyal Güvenlik Dersleri, Ankara.

Aydın, Ufuk (1999). Sosyal Güvenlik Sorunlarının Çözümünde Özel Sigortalar, Eskişehir.

Aydın, Ufuk (2002). İş Hukukunda İşçinin Kişilik Hakları, Eskişehir.

Azrak, Ali Ülkü (1980). İdarenin Toplumsal Muhatara (Sosyal Risk) Kuramına Göre Kusursuz Sorumluluğu. İstanbul.

Bayram, Fuat (2008). Türk İş Hukukunda İş Sağlığı ve Güvenliği Denetimi, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

Beehr, Terry A., Farmer, Suzanna. J., vd (2003). The enigma of social support and occupational stress: Source congruence and gender role effects. Journal of Occupational Health Psychology.

Beser, Faruk (2012). Sosyal Riskler Sigorta ve İslam, http://sosyalsiyaset. net/documents /sosyal_riskler_sigorta_ve_ islam.htm. 01.06.2013

Bishop, George D., Enkelmann, Hwee Chong, vd (2003). Job demands, decisional control, and cardiovascular responses. Journal of Occupational Health Psychology.

Bunker, Stephen J., David M. Colquhoun, Murray D Esler, Ian B Hickie, David Hunt vd (2003). Stress and coronary heart disease: Psychosocial risk factors. Medical Journal of Australia.

Bromet, Eveleyn J., Mary Amanda Dew, David K. Parkinson, Helbert C. Schulberg, (1988). Predictive effects of occupational and marital stress on the mental health of a male workforce. Journal of Organizational Behavior.

Brotheridge, Celestine M., Alicia Ann Grandey, (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work." Journal of Vocational Behavior.

Canbolat, Talat (2010).Yeni Sosyal Güvenlik Sistemi, Değerlendirmeler, İstanbul: İstanbul Barosu Yayınları.

Caniklioğlu, Nurşen (2006).Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform, Çalışma ve Toplum Dergisi.

Centel, Tankut (2007). Tebliğ: Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Türleri Açısından Yargıtayın 2005 Yılı Kararların Değerlendirilmesi, Ankara: Türk-İş Yayınları.

Cılga, İbrahim (2013). Risk Gruplarına Yaklaşımda Sosyal Hizmetlerin Rolü,http://www.sosyalhizmetuzmani.org/risk1.htm

Colantonıo, Angela (1989). Assessing the Effects of Employee Assistance Programs: A Review of Employee Assistance Program Evaluations, The Yale Journal of Biology and Medicine.

Cox, Tom, Amanda Griffiths (2005). The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. In J.R. Wilson & N. Corlett (Eds.), Evaluation of Human Work (3rd ed.). London: CRS Press.

Cox, Tom, Amanda Griffiths Rial-González, E. (2000). Research on Work-related Stress. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Çelikkol, Hüseyin (1985). İdarenin Objektif Sorumluluğu. İzmir Barosu Dergisi.

Çenberci, Mustafa (1985). Sosyal Sigortalar Kanunu Serhi, Ankara.

Çubuk, Ali (1986).Sosyal Politika ve Sosyal Güvenlik, Ankara.

Darr, Wendy, Gary Johns (2008). Work Strain, Health, and Absenteeism: A Meta-Analysis. Journal of Occupational Health Psychology.

Demiral Yücel (2004). Çalışma Yaşamında Psikososyal Etmenler, Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi.

Demircioglu, Murat (2003). Sorularla Yeni İş Yasası, İstanbul.

Devereux, J. J., Vlachonikolis, I. G., Buckle, P. W. (2002). Epidemiological study to investigate potential interaction between physical and psychosocial factors at work that may increase the risk of symptoms of musculoskeletal disorder of the neck and upper limb. Occupational & Environmental Medicine.

de Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A., Houtman, I. L., Bongers, P. M. (2003). “The very best of the millennium": Longitudinal research and the demand-control- (support) model. Journal of Occupational Health Psychology.

Dilik, Sait (1991). Sosyal Güvenlik, Ankara.

Direct Health Solutions. (2009). National Health and Absence Survey.

Einarsen, Stale (1999). The nature and causes of bullying at work. International Journal of Manpower.

Engstrom, T., Hanse, J. J., Kadefors, R. (1999). Musculoskeletal symptoms due to technical preconditions in long cycle time work in an automobile assembly plant: A study of prevalence and relation to psychosocial factors and physical exposure. Applied Ergonomics.

Erdayı, Utku (2012) Beyaz Yakalıların Tanımlanması Üzerine. "İŞ, GÜÇ" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi.

Eren, Fikret (1974).Borçlar Hukuku ve İş Hukuku Açısından İşverenin İş Kazası ve Meslek Hastalığından Doğan Sorumluluğu, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, Ankara.

Esping-Andersen, G. (2006).Toplumsal Riskler ve Refah Devletleri, Editörler : Buğra, A., Keyder, Ç., İstanbul: Sosyal Politika Yazıları İletişim Yayınları.

Eu-Osha. (2012). European Agency for Safety and Health at Work, Management of psychosocial risks at work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER) European Risk Observatory Report (ESENER), Publications Office of the European Union, Luxembourg

Fişek, Gürhan, Bülent Piyal (1989). İşçi Sağlığı Kılavuzu, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayını.

Fontenot, Renee. (2007) Blue, Pink and White. Unknown.

Giddens, Antony (2013). The Consequences of Modernity. London: John Wiley & Sons

Giga, Sabir, Brian Garagher, Cary Cooper, (2003). Identification of good practice in stress prevention/management. In J. Jordan, E.. Gurr, G. Tinline, S. Giga, B. Faragher, S. Cooper (Eds), Beacons of Excellence in Stress Prevention. (HSE Research Report 133, pp. 1-45). Sudbury, England: HSE Books.

Gilbreath, Brad, Philip G.Benson, (2004). The contribution of supervisor behaviour to employee psychological well-being. Work and Stress.

Glowinkowski, S.P. ve Cary Cooper, (1986). Managers and professionals in business/industrial settings: The research evidence. Journal of Organizational Behavior Management.

Greenberg, Jerald (1993). The social side of fairness: Interpersonal and informational classes of organizational justice. In R. Cropanzano (Ed.), Justice in the workplace: Approaching fairness in human resource management (pp. 79–103). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Güneren, Ali. (2010).İş Kazası veya Meslek Hastalığından Kaynaklanan Maddi ve Manevi Tazminat Davaları, Ankara: Adalet Yayınevi.

Gürüz, Demet ve Emel Gürel (2006).Yönetim ve Organizasyon, Bireyden Örgüte, Fikirden Eyleme, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Güzel, Ali. (1999). Sosyal Güvenliğin Çağdaş Dinamikleri, Toprak İşveren Dergisi.

Güzel, Ali, Ali Rıza Okur, Nurşen CANİKLİOĞLU (2008). Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Yayınları, 4. 11 Bası, İstanbul.

Güzel, Ali, Ali Rıza Okur, (2003). Sosyal Güvenlik Hukuku, İstanbul.

Hackman, J. Richard, Greg R. Oldham, (1980). Work redesign, Addison-Wesley, Boston, Massachusetts.

Hagen, Kåre Birger, Magnus, P., & Vetlesen, K. (1998). Neck/shoulder and low-back disorders in the forestry industry: Relationship to work tasks and perceived psychosocial job stress. Ergonomics.

Hall, Garry B., Maureen F. Dollard, Jane Coward, (2010). Psychosocial safety climate: Development of the PSC-12. International Journal of Stress Management.

Harrington J. Malcolm, Gill Frank, Kerry Gardiner (1998). Occupational Health; 4th Edition,

Hartwell, T.D., Steele, P., French, M.T., Potter, F.J., Rodman, N.F., Zarkın, G.A. (1996), Aiding Troubled Employees: The Prevalence, Cost and Characteristics of Employee Assistance Programs in the United States, American Journal of Public Health.

Head, J., Martikainen, P., Kumari, M., Kuper, H., & Marmot, M. (2002). Work Environment, Alcohol Consumption and Ill-Health: The Whitehall II Study (Contract Research Report 422/2002). Suffolk, UK: HSE Books.

Hopko, Derek R., Sandra D. Hopko, Lejuez, C.W. (2006), Behavioral Assessment of Work-Related Issues, Clinician's Handbook of Adult Behavior Assessment, Elsevier.

International Labour Organisation. Psychosocial factors at work: recognitionand control. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health Ninth Session, Geneva, 18-24 September, 1984. Geneva; 1986.

Jackson, Paul R., Wall, T. D., Martin, R., Davids, K. (1993). New measures of job control, cognitive demand, and production responsibility. Journal of Applied Psychology, 78(5), 753–762.

Jimmieson, Nerina L., Terry, D. J., & Callan, V. J. (2004). A longitudinal study of employee adaptation to organizational change: The role of change-related information and change-related self-efficacy. Journal of Occupational Health Psychology.

Jex, Steve M., Terry A. Beehr, (1991). Emerging theoretical and methodological issues in the study of work-related stress. Research in Personnel and Human Resources Management.

Kahn, Robert L., Philippe Byosiere, (1992). Stress in organizations. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Eds.), Handbook of industrial and organizational psychology, Vol. 3 (2nd ed.). (pp. 571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Karakaş, İsa (2011). SGK Meslek Hastalığı Uygulamaları ve Meslek Hastalığı Davaları, Ankara: Adalet Yayınevi,

Karasek, Robert, Töres Theorell, (1990). Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, NY: Basic Books.

Kılıçoglu, Mustafa. (1997). Tazminat Esasları ve Hesap Yöntemleri, Ankara.

Kılınç, Beyazıt (2005). Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Mali Döşümü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Kirkegaard, I., ve Larsen, K. (2011) Motivation of Blue and White Collar Employees. Aarhus: Aarhus School of Business and Social Sciences.

Kompier, M. A. J., Geurts, S A. E., Grundemann, R. W. M., Vink, P. & Smulders, P. G. W. (1998). Cases in Stress prevention: The success of a participative and stepwise approach. Stress Medecine.

Koslowsky, Meni (1998). Modeling the stress-strain relationship in work settings. Florence, KY: Taylor & Frances/Routledge.

Kuper, Hannah, Michael G Marmot (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. Journal of Epidemiology & Community Health.

Kurt, Resul (2004). İş Hukuku ve Sosyal Sigorta Mevzuatında Usul ve Esaslar, İSMMMO Yayınları, İstanbul.

Landsbergis, P. A., Schnall, P. L., Belkic, K. L., Baker, D., Schwartz, J. E., & Pickering, T. G. (2003). The workplace and cardiovascular disease: Relevance and potential role for occupational health psychology. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), Handbook of

occupational health psychology (pp. 265–287). Washington, DC: American Psychological Association.

Lazarus, R. S. (1990). Stress, coping, and illness. In H. S. Friedman (Ed.), Personality and disease. Wiley series on health psychology/behavioral medicine. (pp. 97-120). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Lazarus, Richard S.,& Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.

Leka, Stavroula, Tom Cox (2008). PRIMA-EF Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management: A Resource for Employers and Worker Representatives(Protecting Workers' Health Series No. 9).

Leventhal, G. S. (1976). The distribution of rewards and resources in groups and organizations. . In L. Berkowhz & E. Walster (Eds.), Advances in experimental social psychology, San Diego: Academic Press.

Leventhal, G. S. (1980). What should be done with equity theory? New approaches to the study of fairness in social relationships. In K. J. Gergen, M. S. Greenberg & R. H. Willis, Social exchange: Advances in theory and research (pp. 27–55). New York, NY: Plenum.

Netting, F.Ellen, Mary Katherine O'Connor (2003). Organizational practice: A social worker's guide to understanding human service. Boston: Allyn & Bacon.

Niedhammer, I., Tek, M., Starke, D., & Siegrist, J. (2004). Effort-reward imbalance model and self-reported health: Cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. Social science & medicine.

Ohly, S.,& Fritz, C. (2010). Work characteristics, challenge appraisal, creativity, and proactive behaviour: A multi-level study. Journal of Organisational Behaviour.

Pikhart, H., Bobak, M., Siegrist, J., Pajak, A., Rywik, S., & Kyshegyi, J. vd (2001). Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. Journal of Epidemiology & Community Health.

Psychosocial Hazards and Occupational Stress, (2002) Safety Institute of Australia Ltd, Tullamarine, Victoria, Australia.

Reynolds, G.S. Ve Lehman, W.E.K. (2003). Levels of Substance Use and Willingness to Use the Employee Assistance Program, The Journal of Behavioral Health Services & Research.

Rick, J., Briner, R. B., (2000). Psychosocial risk assessment: problems and prospects – Occup. Med. Vol. 50.

Rick, J., Thomson, L., Briner, R. B., O'Regan, S., & Daniels, K. (2002). Review of Existing Supporting Scientific Knowledge to Underpin Standards of Good Practice for Key Work-related Stressors – Phase 1 (Research Report 024).

Roebuck, J. B. ve Hickson, M. (1982). The southern redneck: A phenomenological class study. New York, NY: Praeger.

Sainsbury Centre for Mental Health. (2007). Mental Health at Work: Developing the Business Case (Policy Paper 8).

Saithep, R. (2008). A Survey of Motivational Factors of White Collar and Blue Collar Employees at Mattel Bangkok Limited . A Master's Project.

Sakar, Müjdat (2003). İş Hukuku Uygulaması, İstanbul.

Sakar, Müjdat (2004). Sosyal Sigortalar Uygulaması, İstanbul.

Sakar, Müjdat (1993). İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Sigortası, Yargıtay'ın İs Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi Semineri 1991, İstanbul.

Seratlı, Gaye Burcu (2003). İş Kazasından Doğan Destekten Yoksun Kalma Tazminatı, Ankara: Yetkin Yayınları.

Shıma, S., Tanak A. K., Ohba, S. (2002). Employee Assistance Program, Journal of Occupational Health, 44 (2).

Schnurr, P. P.,& Green, B. L. (Eds.). (2004). Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress. Washington, DC: American Psychological Association.

Siegrist, J. (1998). Adverse health effects of effort-reward imbalance at work. In C. Cooper (Ed.), Theories of Organisational Stress. Oxford: Oxford University Press

Soydemir, Suat (2014). Küreselleşme Ekseninde Sosyal Risklerin Kurumsallaşması, Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi, Yalova.

Sözer, Ali Nazım (1991). Sosyal Sigorta İlişkisi, İzmir.

Spector, P. E., Chen, P. Y., & O'Connell, B. J. (2000). A longitudinal study of relations between job stressors and job strains while controlling for prior negative affectivity and strains. Journal of Applied Psychology.

Sutton, R. I.,& Kahn, R. L. (1986). Prediction, understanding, and control as antidotes to organisational stress. In J. W. Lorsch (Ed.), Handbook of Organisational Behaviour (pp. 272–285). Englewood Cliffs, CA: Prentice Hall.

Süzek, Sarper (1985). İş Güvenliği Hukuku, Savaş Yayınları, Ankara.

Swanson, V. ve Power, K. (2001). Employees' perceptions of organizational restructuring: The role of social support. Work and Stress.

Şahan, Ceyda (2016). Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Şakar, Müjdat (2004). Sosyal Sigortalar Uygulaması, Der Yayınları, 7. Baskı, İstanbul.

Şamiloğu, Erkan (2008). Türk Sosyal Güvenlik Hukukunda İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigortası, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şenkal, Abdulkadir (2007). Küreselleşme Sürecinde Sosyal Politika, Alfa Yayınları, İstanbul

TBD, (2006), Kamu- BİB: Bilişim teknolojilerinde Risk Yönetimi, 2. Çalışma Grubu, Kamu Bilişim Platformu VIII, Ankara

Tezel, Ali, Resul Kurt, (2008). Sosyal Güvenlik Reformu Yorum ve Açıklaması, Yaklaşım Yayıncılık, 2.Baskı, Ankara.

Torp, S., Riise, T., & Moen, B. E. (2001). The impact of psychosocial work factors on musculoskeletal pain: A prospective study. Journal of Occupational & Environmental Medicine.

Tozan, Celal (2011). İş Kazaları ve Meslek Hastalığı Uygulamaları, Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayınları, Ankara.

Triegaardt, J. (2009). The nexus of developmental social welfare, occupational social work and social security. The Social Worker Practitioner-Researcher.

Tsutsumi, A. Kayaba, K., Theorell, T., & Siegrist, J. (2001). Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health.

Tuncay, A.Can. (1999). Toplu İş Hukuku I.B., İstanbul.

Tuncay, A.Can, Ömer Ekmekçi, (2005). Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, İstanbul.

Tunçomag, Kenan (1990). Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar, İstanbul.

Ulusan, İlhan (1990). Borçlar Hukuku ve İs Hukuku açısından İşverenin İsçiyi Gözetme Borcu Bundan Doğan Hukuki Sorumluluğu, İstanbul.

van der Doef, M.,& Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. Work & Stress.

Walsh, D.C. (1982). Employee Assistance Programs, The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society, 60 (3).

Warton, J., Shapiro, M., Buckley, A., & Van Gellecum. (2004). A nice thing to do but is it critical for business: Corporate responsibility and Australian business. Australian Journal of Social Issues 39 (2)

WHO (2010). Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview, World Health Organization, Geneva.

Wickens, C. D., Gordon, S. E., & Liu, Y. (1998). An Introduction to Human Factors Engineering. New York, NY: Longman.

Wilhelm, K., Kovess, V., Rios-Seidel, C., & Finch, A. (2004). Work and mental health. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology.

Yılmaz, Gürbüz (2001). İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurullarının Görev ve Yetkileri, TMMOB Makine Mühendisleri Odası Yayınları, Ankara.

Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., & Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. European Journal of Work & Organizational Psychology.

Zastrow, Charles (2013). Sosyal Hizmete Giriş (A. Aykara, A. Beyazova, B. Yakut ÇAKAR, C. Evren, Ç. Karaca, D. Baran Çiftçi, E. Yıldırım, E. Bahşi, G. Albayrak, M. S. Birdal, S. Yağcıoğlu, S. Kurukafa, V. Yılmaz, Çev.) Ankara: Nika

EKLER

EK 1 Katılımcı Bilgilendirme Formu

1. **Çalışmanın adı:** Meslek Hastalığı Şüphesi İle Başvuran Çalışanların Psikososyal Risk Durumlarının Belirlenmesi

2. **Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.**

Bu araştırma Kocaeli Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak Prof. Dr. Yüksel BAYKARA ACAR danışmanlığında yürütülmektedir.

Araştırmacının Adı: Kazım ASLAN- Araştırmacının İletişim Bilgileri: 0 (216) 421 44 00, 0554 913 74 47, kazimaslan7@gmail.com

3. **Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:**

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız araştırmacıya sorabilirsiniz.

Bu araştırmanın amacı meslek hastalığı şüphesi ile sevk edilen kişilerin psikososyal çalışma faktörlerinin araştırılmasıdır. Meslek Hastalıkları şüphesi ile sağlık kurumuna gitmek isteyen hastalar işyerinden ya da Sosyal Güvenlik Kurumundan sevk alarak başvurabilmektedir. Araştırmanın alt amaçlarından birisi de bu iki sevk arasındaki psikososyal çalışma faktörü farklılığı olup olmadığının tespit edilmesidir. Ayrıca 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği yasasınca işverene ve çalışana verilen yükümlülüklerin yerine getirilip getirilmediği de bu araştırmanın alt amaçlarındandır.

4. **Neden ben seçildim?**

Araştırmaya meslek hastalığı şüphesi ile sevk edilen kişiler seçilmektedir. Sizin de bu sebeple araştırmamıza katılmanızı istiyoruz.

5. **Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?**

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

6. **Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından yaklaşık 1 saat süren anket (görüşme formu, kanser hastası sosyal destek ölçeği ve yaşam doyum ölçeği) uygulanacaktır. Bu anketin dışında herhangi bir çalışma yapılmayacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Araştırmaya katılmanın herhangi bir dezavantajı ve riski bulunmamaktadır.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Araştırmaya katılmanın size şuan için hemen bir yararı olmamakla birlikte vereceğiniz katkılar çalışma koşullarınızı psikososyal faktörler açısından incelenecek ve bu açıdan kamuya ve işverene yardımcı ve yol gösterici olacaktır. Araştırma, sosyal hizmet literatürüne ve sosyal hizmet uzmanlarına önemli katkı sağlayacaktır.

9. Araştırma masrafları:

Araştırmanın masraflarının tümü araştırmacı tarafından karşılanacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahale sağlanacaktır.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Araştırma uygulaması sonucunda sizden alınan bilgiler bilimsel araştırma amaçları dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Bize verdiğiniz kimlik bilgilerinizin gizliliği kesinlikle korunacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Araştırma ile ilgili sonuçları araştırmacı ile iletişime geçtiğiniz takdirde sizinle paylaşılacaktır. Ayrıca talebinizi halinde araştırma sonunda çıkan yayımlar tarafınıza e-posta yoluyla gönderilecektir.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırma tamamlandıktan sonra tez olarak üniversiteye teslim edilecektir. Tez'de hiçbir şekilde araştırmaya katılanların kimlik bilgilerine yer verilmeyecektir.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorun ile karşılaştığınızda Kazım ASLAN'A 0 (216) 421 44 00 (iş), 0554 913 74 47 (cep) no'lu telefondan veya kazimaslan7@gmail.com mail adresinden ulaşabilirsiniz.

15. Teşekkür:

Araştırmaya verdiğiniz katkılar için teşekkür ederiz.

16. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;

Bu araştırma Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir sorun ve şikâyetiniz varsa Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Yüksel BAYKARA ACAR (Tel: 0 (262) 303 78 01) bildirebilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Araştırmanın Adı: Meslek Hastalığı Şüphesi İle Sevk Edilen Kişilerin Psikososyal Çalışma Şartlarının İncelenmesi

	Evet	**Hayır**
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? *Lütfen ismini yazınız….*		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

EK 2 Kişisel Bilgi Formu

MESLEK HASTALIĞI ŞÜPHESİ İLE BAŞVURAN ÇALIŞANLARIN PSİKOSOSYAL RİSK DURUMLARININ BELİRLENMESİ

Sayın katılımcı,
Zamanımızın büyük bir bölümünü geçirdiğimiz çalışma hayatı ve koşulları sağlığımız açısından bazı riskler barındırmaktadır. Bu form, çalışma yaşamınızdaki psikososyal risk faktörlerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu açıdan, vereceğiniz samimi yanıtlar, çalışma koşullarına ilişkin psikososyal risk faktörlerinin belirlenmesi ve koşulların iyileştirilmesine ilişkin düzenlemeler yapılmasına katkı sağlayacaktır.
Vereceğiniz yanıtlar kesinlikle gizli tutulacak, kimlik bilgileriniz kimseyle paylaşılmayacaktır.
Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Doğum yılınız: ……..

2. Cinsiyetiniz
a. Kadın **b.** Erkek

3. Medeni Durum
a. Evli **b.** Bekar
c. Dul **d.** Boşanmış
e. Nişanlı

4. Çocuk Sayısı
a. Yok **b.** 1
c. 2 **d.** 3
e. 4 **f.** 5 ve daha fazla

5. Eğitim Düzeyi
a. Okur yazar değil **f.** Meslek lisesi mezunu
b. Okur-yazar **g.** Yüksek Okul (2 yıl) mezunu
c. İlkokul/ilk öğretim mezunu **h**. Üniversite (4 yıllık) mezunu
d. Orta okul mezunu **ı.** Yüksek lisans mezunu
e. Lise mezunu **i)** Doktora mezunu

6. Ailenin aylık gelir durumu (simdi)
a. 1300 TL ve altı **b.** 1301-2000 TL
c. 2001-3000 TL **d.** 3001-4000 TL
e. 4001 ve üzeri

7. Kaç yaşınızdan beri çalışıyorsunuz:……

8.Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişe doğru):

	İşkolu :	**Çalıştığınız Süre (Yıl ve ay):**
1.		
2.		
3.		
4.		

5.

9. Çalışma hayatına başladığınızdan itibaren çalıştığınız iş yeri:
a. Hep aynı iş yeri **c.** Aynı iş kolunda farklı iş yerleri
b. Farklı iş kolları **d.** Diğer (Belirtiniz)

10. İş kolu veya işyerinde değişiklik yaptıysanız nedeni:
a. Daha nitelikli iş imkanı **c.** Daha kısa çalışma süresi
b. Daha yüksek ücret **d.** Daha sağlıklı iş koşulları
e. Daha güvenli iş ortamı **f.** Sağlık nedenleri
g.Diğer(Belirtiniz)

11. Şu anda ne iş yapıyorsunuz? :……..

12. Ne kadar süredir bu işte çalışıyorsunuz? ……..

13. Şimdiki işinizden aldığınız ücreti geçiminizi sağlamada yeterli buluyor musunuz?
a. Kesinlikle Evet
b. Evet
c. Kısmen
d. Hayır
e. Kesinlikle Hayır

14. İşinizden memnun musunuz?
a. Çok memnunum
b. Memnunum
c. Kısmen
d. Memnun değilim
e. Hiç memnun değilim

15. Haftanın kaç günü ve günde kaç saat çalışıyorsunuz? ……(gün)……(saat)

16. İşyerinizin çalışma koşullarını nasıl değerlendiriyorsunuz?
a. Çok kolay
b. Kolay
c. Normal
d. Zor
e. Çok zor

17. Çok zor ve zor olarak bulduğunuz çalışma koşullarınızı biraz açıklar mısınız?
-

18. İşyerinizin çalışma koşullarını sağlığınız açısından nasıl değerlendiriyorsunuz
a. Çok iyi
b. İyi

c. Orta
d. Kötü
e. Çok kötü

19. Sağlığınız açısından kötü ve çok kötü bulduğunuz yönleri açıklar mısınız?
-

20. Çalıştığınız iş yerinde fazla mesai yapılıyor mu?
a. Sürekli yapılıyor
b. Bazen yapılıyor
c. Yapılmıyor

21. Ayda ortalama kaç saat fazla mesai yapıyorsunuz? ……..

22. Eğer mesai oluyorsa, bunun karşılığında ek ücret alıyor musunuz?
a. Evet
b. Hayır

23. Herhangi bir sendikaya üye misiniz?
a. Evet
b. Hayır (Nedenini açıklayınız)……

24.Sendikanın işyerinde sizin haklarınızı savunduğunu düşünüyor musunuz?
a. Evet
b. Hayır
c. Bilmiyorum

25. İş kazası geçirdiniz mi?
a. Evet
b. Hayır

26. Çalıştığınız yerlerde iş kazası meydana geldi mi?
a. Evet
b. Hayır

27. Hastanemize nasıl başvurdunuz?
a. İşyerinin sevki ile
b. Sosyal Güvenlik Kurumundan sevk alarak

28.Meslek hastalığı şüphesi ile sevk edilmeniz sonucu işyeriniz ile herhangi bir sorun yaşadınız mı?
a) Evet
b) Hayır

29. İşyerinizle sorun yaşadıysanız nasıl bir sorun yaşadınız?……

30. Eklemek istedikleriniz(Varsa yazınız):

EK 3 KOPSOR 3(L) Anket Formu

KOPSOR Değerlendirme Anketi (Her soru ayrı ayrı yanıtlanmalı ve her satırda bir seçenek işaretlenmelidir.)						
		Her zaman	**Sıklıkla**	**Bazen**	**Nadiren**	**Asla/ Neredeyse hiç**
1 ÇH-C	Çok hızlı çalışmak zorunda kalır mısınız?	□5	□4	□3	□2	□1
2 ÇH-C	Gün boyunca yüksek bir hızda mı çalışıyorsunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
3 ÇH-L	Yüksek bir hızda çalışmaya devam etmeniz gerekiyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
4 NT-S	İş yükünüz eşit dağıtılmadığı için birikir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
5 NT-C	İşlerinizi yetiştiremediğiniz oluyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
6 NT-C	Tüm görevlerinizi tamamlamak için zamanınızın yetmediği ne sıklıkla olur?	□5	□4	□3	□2	□1
7 BT-L	Çalışırken çok fazla şeye dikkat etmek zorunluluğunuz var mı?	□5	□4	□3	□2	□1
8 BT-L	İşiniz çok fazla şeyi hatırlamanızı gerektirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
9 BT-L	İşiniz yeni fikirler ortaya koymanızı gerektirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
10 BT-L	İşiniz zor kararlar vermenizi gerektirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
11 DT-S	İşiniz sizi duygusal olarak rahatsız edici durumlara sokar mı?	□5	□4	□3	□2	□1
12 DT-C	İşinizin bir parçası başkalarının kişisel sorunları ile uğraşmanızı gerektirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
13 DT-C	İşiniz size duygusal olarak bir yük getirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
14 DG-S	İşiniz görüşlerinizi saklamanızı gerektirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
15 DG-S	İşiniz duygularınızı saklamanızı gerektirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1

16 DG-S	Size davranışları nasıl olursa olsun herkese karşı açık ve nazik olmak olmanız beklenir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
		Her zaman	**Sıklıkla**	**Bazen**	**Nadiren**	**Asla/ Neredeyse hiç**
17 İE-C	İşinize ilişkin büyük oranda etki gücünüz var mı?	□5	□4	□3	□2	□1
18 İE-L	Çalışma arkadaşını seçme konusunda söz hakkınız var mı?	□5	□4	□3	□2	□1
19 İE-S	İşinize ilişkin alınan kararlara büyük oranda etki gücünüz var mı?	□5	□4	□3	□2	□1
20 İE-S	İşinizde NE yapacağınıza siz karar verebiliyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
21 İE-S	İşinizi NASIL yapacağınız konusunda sizin bir etkiniz oluyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
22 GO-L	İşinizde çeşitli görevleriniz var mıdır?	□5	□4	□3	□2	□1
23 GO-C	İşinizde yeni şeyler öğrenme olanağınız var mıdır?	□5	□4	□3	□2	□1
24 GO-C	İşinizde becerilerinizi ya da uzmanlığınızı kullanabiliyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
25 GO-S	İşiniz size becerilerinizi geliştirme fırsatı veriyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
26 İÖ-S	İşe ne zaman ara vereceğinize karar verebiliyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
27 İÖ-S	Yıllık izin zamanınız yaklaşık olarak isteğiniz doğrultusunda mı belirlenir?	□5	□4	□3	□2	□1
28 İÖ-S	Arkadaşınızla kısa bir sohbet için işinize ara verebiliyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
29 İÖ-S	Kendi işiniz için yarım saatliğine özel bir izin almadan işyerinden ayrılabilir misiniz?	□5	□4	□3	□2	□1

30 İÖ-L	Fazla mesai yapmak zorunda kalır mısınız?	□5	□4	□3	□2	□1
		Çok fazla ölçüde	**Büyük ölçüde**	**Orta ölçüde**	**Az ölçüde**	**Çok az ölçüde**
31 İA-C	İşinizi anlamlı buluyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
32 İA-S	Yaptığınız işin önemli olduğunu hissediyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
33 iA-*	Kendinizi işinizde motive ve ilgili hissediyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
34 İB-L	Başkalarına işyerinizi anlatmaktan hoşlanır mısınız?	□5	□4	□3	□2	□1
35 İB-L	İşyerinizin sizin için çok önemli bir yer olduğunu düşünüyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
36 İB-L	Bu işyerinin bir üyesi olmaktan gurur duyuyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
37 Ö-C	İşyerinde önemli kararlar, değişiklikler veya gelecek planlarına ilişkin önceden size bilgi verilir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
38 Ö-C	İşinizi iyi yapabilmeniz için gerek duyduğunuz bilgiyi alıyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
39 T-C	Yaptığınız iş yönetim tarafından fark ediliyor ve takdir ediliyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
40 T-L	Yönetim size saygı duyuyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
41 T-L	İşyerinde size adil davranılıyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
42 RA-C	İşinizin amaçları net olarak belirli midir?	□5	□4	□3	□2	□1
43 RA-S	Hangi alanların kesin olarak sizin sorumluluğunuzda olduğunu biliyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
44 RA-S	İşinizde sizden beklenenleri tam olarak biliyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1

45 RÇ-C	İşinizde sizden birbiri ile çelişkili talepler isteniyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
46 RÇ-C	Bazen başka türlü yapılması gerektiğini düşündüğünüzşeyleri yapmak zorunda kalıyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
47 RÇ-S	Bazen size gereksizmiş gibi görünen şeyleri yapmak zorunda kalıyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
<u>Bir üst amiriniz size göre ne ölçüde...</u>		**Çok fazla ölçüde**	**Büyük ölçüde**	**Orta ölçüde**	**Az ölçüde**	**Çok az ölçüde**
48 LK-S	Her bir çalışan için yeterli gelişme fırsatı sağlar?	□5	□4	□3	□2	□1
49 LK-C	Çalışanların işinden memnun olmasına öncelik verir?	□5	□4	□3	□2	□1
50 LK-C	İş planlaması konusunda iyidir?	□5	□4	□3	□2	□1
51 LK-C	Çatışmaları çözme konusunda iyidir?	□5	□4	□3	□2	□1
		Her zaman	**Sıklıkla**	**Bazen**	**Nadiren**	**Asla/ Neredeyse hiç**
52 SD-C	İş arkadaşlarınızdan ne sıklıkta yardım ve destek alırsınız?	□5	□4	□3	□2	□1
53 SD-S	İş arkadaşlarınız sizin işle ilgili sorunlarınızı dinlemeye ne sıklıkta istek duyar?	□5	□4	□3	□2	□1
54 SD-L	İşinizi nasıl yürüttüğünüz ile ilgili olarak arkadaşlarınız sizinle ne sıklıkta konuşur?	□5	□4	□3	□2	□1
55 SD-C	Bir üst amirinizden ne sıklıkta yardım ve destek alırsınız?	□5	□4	□3	□2	□1
56 SD-S	Bir üst amiriniz sizin işle ilgili sorunlarınızı dinlemeye ne sıklıkta istek duyar?	□5	□4	□3	□2	□1
57 SD-S	İşinizi nasıl yürüttüğünüz ile ilgili olarak amiriniz sizinle ne sıklıkta konuşur?	□5	□4	□3	□2	□1
58 TD-C	İşyerinde arkadaşlık ortamınız iyi midir?	□5	□4	□3	□2	□1
59 TD-L	İşyerinde arkadaşlarınız arasında iyi bir işbirliği var mı?	□5	□4	□3	□2	□1
60 TD-S	İşyerinizde kendinizi bir topluluğa ait hissediyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
<u>Aşağıdakilerden kaygı duyar mısınız?</u>		**Çok fazla ölçüde**	**Büyük ölçüde**	**Orta ölçüde**	**Az ölçüde**	**Çok az ölçüde**

61 İİG-C	İşsiz kalmaktan?	□5	□4	□3	□2	□1
62 İİG-L	Yeni bir teknolojinin kullanımı ile işsizkalmaktan?	□5	□4	□3	□2	□1
63 İİG-C	İşsiz kalırsanız yeni bir iş bulmanızın zor olmasından?	□5	□4	□3	□2	□1
64 ÇİG-C	İsteğiniz dışında başka bir işe transfer olmaktan?	□5	□4	□3	□2	□1
65 ÇİG-S	Çalışma zamanlarınızın (vardiya, işe geliş-gidiş, çalışma günleri vb) isteğiniz dışında değiştirilmesinden kaygı duyuyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
66 ÇİG-S	Maaşınızın azalacağından kaygı duyuyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
		Evet, kesinlikle	**Evet, bir noktaya kadar**	**Kararsızım**	**Evet, ama çok az**	**Hayır, asla**
67 İEÇ-C	Aynı zamanda hem evde hem de işte bulunmanız gereken zamanlar oluyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
68 İEÇ-S	İşiniz enerjinizin çoğunu tükettiği için özel yaşamınızı olumsuz etki etkilediğinin hissediyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
69 İEÇ-S	İşiniz zamanınızın çoğunu aldığı için özel yaşamınızı olumsuz etkilediğini hissediyor musunuz?	□5	□4	□3	□2	□1
70 İEÇ-C	İşimin gerektirdikleri özel ve aile yaşamımı aksatıyor?	□5	□4	□3	□2	□1
71 İEÇ-C	İşle ilgili görevlerim nedeniyle, aile ve özel yaşam aktiviteleri için yaptığım planlarımı değiştirmek zorunda kalıyorum.	□5	□4	□3	□2	□1
		Çok fazla ölçüde	**Büyük ölçüde**	**Orta ölçüde**	**Az ölçüde**	**Çok az ölçüde**
72 G-S	İşyerinde çalışanlar genel olarak birbirlerine güvenir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
73 G-C	Yönetim işlerini iyi yaptıkları konusunda çalışanlarına güven duyar mı?	□5	□4	□3	□2	□1
74 G-C	Çalışanlar yönetim tarafından verilen bilgilere güveniyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
75 G-S	Çalışanlar görüş ve duygularını ifade edebiliyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
76 AS-C	Çatışmalar adil bir şekilde çözülüyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
77 AS-C	İş yükü eşit bir şekilde dağılır mı?	□5	□4	□3	□2	□1

78 AS-L	Çalışanlar işlerini iyi yaptıklarında takdir ediliyor mu?	□5	□4	□3	□2	□1
79 AS-L	Çalışanların tüm önerileri yönetim tarafından ciddi bir şekilde değerlendirir mi?	□5	□4	□3	□2	□1
İşiniz ile ilgili aşağıda yazılanlardan ne kadar memnunsunuz?		**Çok memnun**	**Memnun**	**Memnun değil**	**Hiç memnun değil**	
80 İD-S	İleriye yönelik beklentilerinizden.	□4	□3	□2	□1	
81 İD-L	Fiziksel çalışma koşullarınızdan	□4	□3	□2	□1	
82 İD-L	Yeteneklerinizin kullanılma şeklinden	□4	□3	□2	□1	
83 İD-C	Her şey dikkate alındığında genel olarak işinizden	□4	□3	□2	□1	
84 İD-C	Maaşınızdan	□4	□3	□2	□1	

EK 4 İzinler

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/06/2016-8272

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

Sayı : 35778018-770
Konu : Araştırma ve Anket İzinleri Hk.
(Kazım ASLAN)

MESLEK HASTALIKLARI HASTANESİNE

Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü yüksek lisans öğrencisi Kazım ASLAN'ın "Meslek Hastalığı Şüphesi İle Başvuran Çalışanların Psikososyal Risk Durumlarının Belirlenmesi" başlıklı çalışmasını Kurumunuzda uygulama talebi Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuzca incelenmiş olup, 22/03/2016 tarihli komisyon toplantısında alınan kararla çalışmanın anılan Hastanede yapılması uygun görülmüştür. Söz konusu çalışmanın onay tarihinden itibaren 2 (iki) ayda tamamlanması ve ilgili birimlere gerekli bilgilendirmelerin yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Kadir IŞIK
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı V.

EK :
Çalışma Örneği (25 Sayfa)

Evrakı Doğrulamak İçin : http://ebys.iagb.gov.tr:8028/enVision/Validate_doc.aspx?V=BE6L42A6U

Telefon:0216 421 26 26 Faks0216 421 00 05
e-Posta:emineegilli@gmail.com Elektronik Ag:www.iagb.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi için irtibat: Emine DENİZ EGİLLİ
Unvanı: Hemşire

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	**PROTOKOL KODU**	09.2016.191	70737436-050.06.04-
	PROJE ADI	Meslek Hastalığı Şüphesi İle Başvuran Çalışanların Psikososyal Risk Durumlarının Belirlenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Yüksel BAYKARA ACAR	

KARAR BİLGİLERİ	Tarih : **04 /03/ 2016** Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atilla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	EVET HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Av.Ümit ERDEM	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Kazım ASLAN

Doğum Yeri : Çorum

Doğum Tarihi :20.06.1987

Medeni Durumu :Bekar

İş Adresi : Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Gaziosmanpaşa Mah. 206. Sok No: 26 10100 Altıeylül/BALIKESİR

Telefon :05549137447

E-Posta :kazimaslan7@gmail.com

ÖĞRENİM DURUMU

Lise : Çorum Eti (Yda) Lisesi 2005

Lisans : Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü 2011

Yük. Lisans : Kocaeli Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yabanci Dil : İngilizce

STAJ VE İŞ DENEYİMİ

Lisans Stajı : Sincan Kapalı Çocuk ve Gençlik Cezaevi (İlk Dönem)
Ankara Adliyesi Kreşi (İkinci Dönem)

Yük. Lisans Stajı : İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi

İş Deneyimi : İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi (2011-2017)

Balıkesir Atatürk Şeir Hastanesi (2017-)