



Yrd. Doç. Dr. Resul BUĞDAYCI
Yrd. Doç. Dr. Tayyar ŐAŐMAZ
AraŐ. Gör. Dr. A. ner KURT
AraŐ. Gör. Dr. Hanife TEZCAN

Mersin Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Mersin.

Dr. Necip T. YÜCEER

Adnan zçelik Sağlık Ocağı Hekimi, Mersin.

İÇEL İLİNDE İŞYERİ HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI

Giriş

İnsan için en temel hak olan yaşama hakkından çıkarılan anlam giderek geliŐmektedir. Bugün "sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalıŐmak" da yaşama hakkı içinde yer almaktadır(1). Üretim kademelerinin artması ve üretim sistemlerinin karmaŐık hale gelmesi, çalıŐanların sağlığını olumsuz olarak etkileyen fiziksel, kimyasal ve biyolojik etkenleri de çok hızlı bir biçimde artırmıŐtır (2). Özellikle sayısı 300.000'i aŐan ve günden güne artan kimyasal maddelerin üretim kademelerinde kullanılması; çalıŐanların maruz kaldıkları olumsuz etkenleri giderek artırmaktadır (3).

İŞ sağlığı; insanın işe, işin de insana uyumunu inceler. YaŐamın bütünlüğü ilkesinden yola çıkarsak, çalıŐanın iş dışı yaŐamı ayrıca ailesinin diğer bireyleri de iş sağlığı kapsamında değerlendirilmelidir (4).

Dünya Sağlık rgt (DSÖ) ve Uluslararası alıŐma rgt (U) 1950 yılında birlikte yaptığı toplantıda iş sağlığının amacını Őöyle belirlemiŐlerdir (1).

- İŞçilerin fiziksel, ruhsal ve tam bir sosyal iyilik halinin korunması,
- Çalışma koŐullarından dolayı sağlıklarını ve yaŐamlarını yitirmelerinin nlenmesi,
- Kendi fiziksel ve psikolojik yapılarına uygun iŐlere yerleŐtirilmelerinin sağlanması.

İŐçii sağlığı ve iş güvenliği mevzuatı uygulamanın kilit elemanı olarak hekimi belirlemiŐtir. Elbette bu her işi tek başına yapacağı anlamında değerlendirilemez.

ÇalıŐanlardaki iş zararları, bir insanın baŐka bir insanı çalıŐtırmaya baŐlamasıyla dikkat çekmeye baŐlamıŐtır (1). Çalışanlar diğer insanlara göre sağlık

riskleri ile daha fazla karşı karŐıya kalmaktadır. Sanayi devrimi sonrasında çalıŐanların sağlığı ve güvenliği konusunda önemli geliŐmeler sađlanmıŐtır. Günümüzde uluslararası sözleŐmelerle çalıŐanların sağlığı güvence altına alınmaya çalıŐılmaktadır (5,6).

Türkiye'de 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 180'inci maddesi gereğince 50 ve üzerinde işçi çalıştırılan işyerlerinde işyeri sağlık birimlerinin kurulması ve işyeri hekiminin çalıştırılması öngörülmüŐtür (7). Buna karşın 1980'li yıllara kadar bu madde kağıt üzerinde kalmıştır. U normları dikkate alınarak 1980 yılında hazırlanan bir yönetmelikle işyeri hekiminin alıŐma Őartları, görevleri ve yetkileri belirlenerek, bu alanda önemli bir adım atılmıŐtır (8).

İŞyeri hekimi, iş hekimliği (işçi sağlığı) alanında bilgi ve deneyim sahibi hekim olarak tanımlanmaktadır (1,9). TTB tarafından ilk kez 1988 yılında baŐlatılan "İŞyeri Hekimliği Kursları" ile günümüze kadar 26 bin hekim işyeri hekimliği sertifikası almıŐtır. Çalışma Bakanlığı'nın kayıtlarında 50 ve üzerinde işçi çalıştıran işyeri sayısı 15 bin olarak yer almaktadır. Bu sayı dikkate alınırrsa işyeri sağlık birimlerinde çalıŐacak hekim sayısının yeterli bir düzeye ulaŐtığı görülmektedir (8,10).

İŞyeri hekiminin temel görevi işyerinde işçi sağlığının korunmasına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunmaktır. Bu çerçevede işyeri hekimi; işyeri sağlık risklerini belirlemek ve önem almak, işe girecek işçilerin çalıŐacakları işe uygun olup olmadıklarını belirlemek, halen çalışan işçilerin periyodik muayenelerini yaparak sonuçlarını rapor halinde işverene bildirmek, işyerlerinde acil tedavi ve ilkyardımd hizmetlerini organize etmek, bağışıklama ve sağlık eğitimi yapmak ve sağlık kayıtlarını tutmak ile yükümlüdür (2,9,11,12).



Türkiye'de 50 kişiden az işçi çalıştıran iş yerlerinin toplam işyeri sayısı içindeki payı %98.2'dir. Sanaayi iş kolları dışında kalan bu küçük işletmelerde ve özellikle tarım iş kollarında çalışanlar kapsam dışında kalmaktadır. Ülkemizde iş sağlığı ve işyeri hekimliği ile ilgili yasal düzenlemeler güçlü olmasına karşın uygulamada ciddi sıkıntılar çekilmektedir (10). İşverenin gölgesi altında kalan hekim, poliklinik hizmeti sunmaktan öteye gidememiştir. Aynı zamanda işyerlerindeki meslek hastalıkları, iş kazaları ve ölümlere ait veriler de gerçeği yansıtmaktan çok uzak kalmıştır (13,14).

Bu çalışmada, İçel'deki işyeri hekimliği uygulamalarının; işyeri hekimi ve işyerindeki durum açısından değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışma evreni, İçel'de TTB'ye kayıtlı işyeri hekimliği yapan hekimler olarak belirlendi. Evrende olasılıklı örnekleme yapılmadan bütün hekimlere ulaşılması hedeflendi. Veri toplama anketi; hekimlerin sosyodemografik bilgilerini, işyerlerindeki uygulamalarını, bilgi düzeylerini, işyerlerinin sağlık donanımlarını sorgulayan sorular içermektedir. SSK Çalışma Müdürlüğü kayıtlarına göre 2001 yılı ikinci yarısı için 50'nin üzerinde işçi çalıştıran işyeri sayısı 215'ti. İçel'de işyeri hekimliği yapanların tamamı TTB'ye kayıtlıydı. İl genelinde 100 hekimin 127 işyerinde işyeri hekimi olarak çalıştığı tespit edildi. İçel Tabip Odasına kayıtlı işyeri hekimleri Mart ve Ağustos 2001 aylarında, işyerlerinde ya da resmi çalıştıkları yerlerde ziyaret edildi. Yerinde bulunamayan hekimler daha sonra ikinci kez ziyaret edildi. Hekimlerin 25'ine senelik izinde ya da geçici görev vb nedenlerle ulaşılamadı. Bir hekim de görüşmeyi reddetti. Görüşmeyi kabul eden 74 (%74.0) hekim anket formularını kendi okuyarak doldurdu. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı.

Ankette yer alan "İşyerine haftada kaç gün gidiyorsunuz?" ve "Günde kaç saat çalışıyorsunuz?" sorularının yanıtlarından, hekimlerin işyerine ayda toplam kaç saat gittikleri belirlendi. İşçi sayısını belirten hekimlerin aylık işyerine gitmeleri gereken toplam süre belirlendi. Buradan hekimlerin yasal olarak işyerinde bulunmaları gereken süreye uyup uymadıkları tespit edildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan 74 hekimin 66'sı (%89.2) erkek, 8'i (%10.8) kadındı. Hekimlerin 60'ı (%81.9) pratisyen hekimdi. Yaş ortancası 39 yıl, yaş aralığı 27-69'du. Hekimlerin 24'ü (%32.4) sağlık ocağında, 16'sı (%21.6) SSK'da, 13'ü (%17.6) devlet hastanesinde, 18'i (%24.3) diğer kurumlarda çalışırken, sadece 3 (%4.1) hekim tam gün olarak işyeri hekimliği yapmaktaydı.

48 (%64.9) hekimin A tipi, 26 (%35.1) hekimin de B tipi işyeri hekimliği sertifikası vardı. Hekimlerin üçü (%4.1) tabip odası aracılığı ile, 71'i (%95.9) diğer şekillerde işyerini bulduklarını beyan etti. İşyeri hekimi olarak ortalama çalışma süreleri 3.8 ± 3.5 yıldır.

Hekimlerin 73'ünün (%97.3) işveren ile sözleşme yaptığı belirlendi. Sözleşmelerin 72'sinin (%97.3) tabip odası onayı bulunmaktaydı. Hekimlerin 48'i (%64.9) işyerinden bordro almaktaydı. TTB'ce belirlenen ücreti tam alan hekim sayısı 47'ydı (%63.5). Hekimlerin 29'u (%39.2) iş yerlerine mesai saatleri içinde gitmekteydi. 53 (%71.6) hekim haftanın beş günü işyerine giderken, üç (%4.1) hekim haftanın bir günü, beş (%6.8) hekim de haftanın altı günü işyerine gitmekteydi. İşyerine ayrılan zaman ile ayrılması gereken zaman karşılaştırıldığı zaman, 43 (%58.1) hekimin işyerlerine yeterli zamanı ayırdığı tespit edildi (Tablo- 1).

Tablo- 1: İşyeri hekiminin işveren ile yaptığı sözleşmenin özellikleri

İşyeri hekiminin özlük hakları	Sayı	%
İşveren ile sözleşme yapan	73	98.6
İş sözleşmesi TTB'ce onaylanan	72	97.3
İşyerinden bordro alan	48	64.9
İşyerinde alınan ücret		
TTB'ce belirlenen ücretle aynı	47	63.5
TTB'ce belirlenen ücretin altında	24	32.4
TTB'ce belirlenen ücretin üzerinde	2	2.7
Aldığı ücreti bilmiyor	1	1.4
Ücretli senelik izin kullanan	54	73.0
Yıllık izindeyken yerine hekim bırakan	26	35.1
İşyerinde bulunduğu zaman		
Mesai içi saatlerde	29	39.2
Mesai dışı saatlerde	45	60.8
İşyerine yeterli zaman ayıran	31	41.9

İşyerlerinin 55'inde (%74.3) işyeri sağlık birimi, 34'ünde (%45.9) acil girişim birimi bulunmaktaydı. 32 (%43.2) iş yerinde hemşire ya da sağlık memuru, 16 (%21.6) işyerinde endüstri mühendisi, 14 (%18.9) işyerinde iş güvenliği mühendisi, dört



(%5.4) işyerinde işyeri hijyenisti, bir(%1.4) işyerinde iş psikoloğu ve bir (%1.4) işyerinde ergonomi uzmanı çalışmaktaydı. 31 (%41.9) işyerinde ise “sağlıklı işçi” bulunmaktaydı.

İşçi Sağlığı ve İşyeri Güvenliği Kurulu (İSİGK) 44 (%59.5) işyerinde bulunmakta ve 31'inde (%41.9) her ay düzenli olarak toplanmaktaydı. Bu kurullara hekimlerin 39'u (%52.7) katılmaktaydı. "İSİGK'e kimler katılır?" sorusuna hekimler en çok işyeri hekimi, işveren temsilcisi ve işçi temsilcisi yanıtını verirken, en az sivil savunma uzmanı ve ustabaşı yanıtı vermişlerdi. Hekimlerin %93'ü işçiye verilecek yatak istirahati süresini biliyordu ve %35'i yatak istirahati vermek için SSK'dan izin alınması gerektiğini düşünüyordu (Tablo-2).

Tablo- 2: İşyeri hekiminin görev ve yetkileri ile ilgili bilgi düzeyi

	Sayı	%
İSİGK'e kimler katılır		
İşyeri hekimi	48	64.9
İşveren veya vekili	42	56.8
Sendika, işçi temsilcisi	42	56.8
İşyeri güvenlik şefi	30	40.5
Personel, sosyal işler danışmanı	18	36.7
Ustabaşı, formen, usta	12	16.2
Sivil savunma uzmanı	1	1.4
15 günün sonunda işe dönüş muayenesi yapılır	33	44.6
Yılda bir periyodik muayene yapılır	55	74.3
İşyerinde işçiye 2 gün yatak istirahati verilir	69	93.2
Yatak istirahati için SSK'dan izne gerek yok	48	64.9
İşçi başına aylık 15 dakika süre ayrılmalıdır	56	75.7
İşçi sayısı 50'nin altına düşerse iş sözleşmesi fesh olmaz	63	85.1

İşyeri hekimlerinin 40'ı (%54.1) aylık poliklinik çalışma formunu, 37'si (%50) işyeri sağlık birimi yıllık raporunu hazırlamakta ve 45'i de (%60.8) iş kazası kayıtlarını tutmaktaydı. Hekimlerin 49'u (%66.2) işyeri sağlık zararlarını ve risklerini belirlemişti. Hekimler işyerlerinde düzenli olarak en fazla poliklinik hizmeti sunmakta, daha az olarak da periyodik muayene, bağışıklama, ilkyardım organizasyonu ve gebe işçilerin takibini yapmaktaydılar (Tablo-3).

Çalışmaya katılan 25 (%69.4) hekim SSK'ya olan sevklerde sorun yaşadıklarını belirttiler. 31 (%41.9) hekim işverenden, 11 (%14.9) hekim özlük hakla-

Tablo-3: Hekimlerin işyerlerinde düzenli olarak yaptıkları hizmetler

İşyerinde sunulan sağlık hizmetleri	Düzenli olarak yapanlar	
	Sayı	%
Poliklinik muayenesi	69	93.2
Poliklinik kayıtları tutma	62	83.8
İşe giriş muayenesi	53	71.6
İyeri genel hijyen denetimi	53	71.6
Enjeksiyon pansuman	49	66.2
İşyeri işme-kullanma suyu analizi	44	59.5
İşçi sağlık dosyası düzenlemek	41	55.4
Yıllık çalışma raporu	39	52.7
Memurların muayenesi	34	45.9
İşe dönüş muayenesi	32	43.2
İlkyardım organizasyonu	31	41.9
Periyodik muayene	29	39.2
Koruyucu aşilar	28	37.8
Çalışan gebe takibi	25	33.8

rından, sekiz (%10.8) hekim ekonomik nedenlerden, sekiz (%10.8) hekim işçilerden kaynaklanan sorunların çalışmalarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmekteydi. Hekimlerin kendilerine göre maddi ve mesleki doyumu 0-100 puan arasında değerlendirildi. Buna göre 47 (%63.5) hekimin maddi doyumu, 49 (%66.2) hekimin de mesleki doyumu 50 puanın altındaydı. Ayrıca 43 (%58.1) hekim maaşlarının yetersizliği nedeniyle işyeri hekimliğini yaptığını beyan etmekteydi.

Hekimlerin 32'si (%43.2) işyeri hekimliği ile ilgili yayınları düzenli olarak takip etmekte ve 45 (%60.8) hekim de sertifika aldıktan sonra konu ile ilgili en az bir defa kongre, konferans veya toplantıya katılmıştı. Daha etkin bir işyeri hekimliği uygulaması için 22 (%29.7) hekim TTB ve tabip odalarının daha aktif çalışmasını, 12 (%16.2) hekim daha fazla eğitim materyalinin sağlanmasını, 10 (%13.5) hekim çalışma bakanlığının konu ile daha fazla ilgilenmesini, dokuz (%12.2) hekim özlük haklarının iyileştirilmesini ve yedi (%9.5) hekim de işyeri çalışma şartlarının düzeltilmesini talep etmektedir.

Tartışma

Çalışmamızda işyeri hekimliği yapanların çoğunluğunun erkek ve pratisyen olduğu ve %95.9'unun işyeri hekimliğini resmi işin dışında ikinci iş olarak yaptığı tespit edildi. Sağlık ocağında çalışan hekimler çoğunlukta idi. Erdurak, işyeri hekimlerinin %79.3'ünün erkek ve %64.2'sinin pratisyen olduğu-



nu bildirmektedir (15). Öztürk ve arkadaşları, işyeri hekimlerinin %97.9'unun erkek ve %53.1'inin pratisyen ve %83.7'sinin kamudahekim olarak çalıştığını bildirmektedir (16). Bostancı, işyeri hekimlerinin %76.0'ının erkek ve %14.3'ünün tam gün olarak çalıştığını bildirmektedir (17). Çalışmalarda erkek hekimlerin daha fazla oranda işyeri hekimliği yaptığı ve hekimlerin çoğunun bu işi ikinci bir iş olarak yaptığı görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmeti kapsamında olan işyeri hekimliğinin pratisyen hekimler tarafından yapılması doğru bir yaklaşımdır. Buna rağmen hâlâ azımsanmayacak bir oranda uzman hekimin de işyeri hekimliği yaptığı görülmektedir.

Çalışmamızda işyeri hekimlerinin tamamının işyeri hekimliği sertifikasının olduğu ve sertifikaların %64.9'unun A tipi olduğu tespit edildi. Öztürk, işyeri hekimliği yapanların %44.9'unun sertifikasının olmadığını rapor etmektedir (16). Bostancı ise işyeri hekimlerinin hiçbirinin işyeri hekimliği sertifikası olmadığını bildirmektedir (17). Bostancı'nın çalışması 1991 yılında yapıldığı için hekimlerin işyeri sertifikalarının olmaması doğal karşılanabilir. İçel'de işyeri hekimliği yapan hekimlerin tamamının sertifikasının olması olumlu bir durum olarak değerlendirildi. Burada İçel Tabip Odasının 2-3 yıldır süren çabası da bu sonuca ulaşmada önemli bir katkı yapmış olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin %4.1'inin işyerlerini tabip odası aracılığı ile bulduğu tespit edildi. Akyol ve arkadaşları (18) bu oranın %6.7, Yıldız ve arkadaşları da (19) %6.6 olduğunu bildirmektedir. İşverenler işyeri hekimlerini tabip odalarına başvurarak istemeleri gerekirken, çalışmalarda da görüldüğü gibi hemen hemen işyeri sözleşmelerinin tamamına yakını işveren ve hekimin kendi olanakları ile yapılmaktadır. Bu durum hekimlerin işverene karşı özlük haklarından ödün vermesine neden olabilmektedir.

İşyeri hekimliği ile ilgili yönetmeliğe göre; devlet memuru hekim mesai saatleri içinde işyerine gidemez. Aynı yönetmeliğe göre hekimler işyerinde işçi başına aylık 15 dakika zaman ayırmak zorundadır (9). Bostancı, işyeri hekimlerinin %28.6'sının mesai saatleri içinde işyerine gittiğini rapor etmektedir (17). Erdurak, işyeri hekimlerinin %77.6'sının işyerine yeterli zamanı ayırmadığını bildirmektedir (15). Çalışmamızda hekimlerin %39.2'sinin işyerine mesai saatleri içinde gittiği ve %58.1'inin yeterli zamanı ayırmadığı tespit edildi. Çalışmamızda diğer çalışmalara oranla işyerlerine daha fazla zaman ayrıldığı gö-

rüle de, hâlâ hekimlerin yarısından fazlası yeterli zamanı ayırmamakta ve üçte birinden fazlası da işyerine mesai saatleri içinde gitmektedir.

İşyeri hekimlerinin alacakları taban ücretler TTB tarafından belirlenmekte ve yılda iki defa güncellenmektedir. Öztürk (16) hekimlerin %85.7'sinin TTB'nin belirlediği ücretin altında ücret ile çalıştığını bildirmektedir. Bu oran Berberoğlu'nun (20) yaptığı çalışmada %20.0, Pala'nın (21) yaptığı çalışmada %19.0, Erdurak'ın (15) yaptığı çalışmada %19.5 ve Bostancı'nın (17) yaptığı çalışmada %14.3 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda bu oran %32.4 olarak tespit edildi ve Öztürk dışında rapor edilen oranlardan daha yüksek bulundu. Genel olarak işyeri hekimlerinin dörtte biri TTB'nin belirlediği ücretin altında çalışmaktadır. Bu durum hekimlerin işyerlerini tabip odaları aracılığıyla bulmamlarından ve işyerlerini kaybetme kaygısıyla işverenden normal ücreti talep edememelerinden kaynaklanabilir. Öztürk'ün çalışmasında, hekimlerin yarısından fazlasının işyeri hekimliği sertifikasının olmaması, bu oranı yükselten diğer bir faktör olarak da düşünülebilir.

50 kişi ve üzerinde işçi çalıştırılan işyerlerinde işyeri sağlık birimlerinin oluşturulması ve işyeri hekiminin çalıştırılması yasal bir zorunluluktur. Bu birimlerde acil girişim ve ilkyardım uygulamaları yapılabilir. 50-200 işçi arasında işçi bulunan işyerlerinde bir sağlık memuru ya da bir hemşire, 200-1000 işçi arasında işçi çalıştırılan yerlerde ise iki hemşire ya da iki sağlık memuru çalıştırılmalıdır (9). Bostancı işyerlerinin %91.7'sinde işyeri sağlık biriminin olduğunu bildirmektedir. Aynı çalışmada, çalışma kapsamına giren 21 işyerinde en az 35 hemşire ya da sağlık memurunun çalışması gerekirken, sadece yedi kişinin çalıştığını rapor etmektedir (17). Öztürk ve arkadaşları işyerlerinin %36.3'ünde acil organizasyonunun yeterli olduğunu bildirmektedir (16). Çalışmamızda işyerlerinin %74.3'ünde işyeri sağlık birimi ve %45'inde acil girişim biriminin olduğu tespit edildi. Çalışmalarda işyeri sağlık birimlerinin çoğunlukla kurulduğu ancak, acil birimlerin yetersiz olduğu görülmektedir. Bostancı'nın çalışmasına göre işyerlerinde daha fazla oranda hemşire ya da sağlık memuru çalıştırılmakta ama, işyerlerinin hâlâ yarısından fazlasında hekim dışı sağlık personeli bulunmamaktadır. Bu durum, işverenin işyeri sağlık birimlerini ve çalışmalarını masrafi artıran faktörler olarak değerlendirdiğini düşündürmektedir.



Elli kiři ve úzerinde işiği çalıştıran işyerlerinde İSİGK'unun bulunması ve her ay dzenli olarak toplanması gerekmektedir (9). Çalışmamızda işyerlerinin %59.5'inde bu kurulun bulunduğu, %41.9'unda her ay dzenli olarak toplandığı ve hekimlerin %52.7'sinin toplantılara katıldığı tespit edildi. Petrol-İř sendikasına bağlı işyerlerini kapsayan bir çalışmada işyerlerinin %65.4'ünde İSİGK bulunduğu rapor edilmektedir (3). Berberođlu alışma kapsamındaki 10 işyerinin dokuzunda İSİGK bulunduğunu ve bir önceki ay dokuzunun toplandığını bildirmektedir (20). Akyol ve arkadaşları 30 işyerinde yaptıkları bir çalışmada işyerlerinin %93.3'ünde İSİGK'in bulunduğunu ve toplandığını bildirmektedir (18). Erdurak ise İSİGK çalışmalarının ancak %31.3'ünün etkili olduğunu rapor etmektedir (15). Çalışmalarda İSİGK'nun tmm işyerlerinde bulunmadığı, bulunanların gerektiği sıklıkta toplanmadığı ve toplananlarında etkinliğinin dűřük olduğu gúrúlmektedir. Berberođlu ve Akyol'un işyerlerinde yúysek oranda İSİGK bulunduğunu rapor etmesi, çalışma evrenlerinin kűyçük olmasından kaynaklandığı dűřünülmektedir.

Çalıřmamızda hekimlerin; İSİGK'na katılan úyelerin kim olduđu konusunda bilgi eksikliđi vardı. Hekimlerin tamamına yakını iřyerlerinde kaç gűn yatak istirahatı verileceđini bilirken, iře dűnűř muayenesinin ne zaman yapılacađını bilen hekim sayısı çok azdı. Gerçekte bu bilgilerin bűtűn iřyeri hekimleri tarafından bilinmesi ve uygulanması gerekmektedir. İřyeri hekimlerinin bu konularda daha fazla bilgiye ihtiyaı olduđu ya da bilgilerinin yenilenmesi gerektiđi gúrúlmektedir.

Sağlık kayıtlarımızın niteliği ve niceliği kabul edilebilir sınırlarda değildir. İşyerlerinden bildirilen iř kazaları ve meslek hastalıkları çok az olup gerçeği yansıtılmamaktadır(14). Çalışmamızda hekimlerin yarısının aylık ve yıllık çalışma raporlarını hazırladıkları ve iř kazası kayıtlarını tuttukları tespit edildi. Sonuçlarımız hekimlerin işyerlerinde kayıtlara gereken űnemi vermediğini gűstermektedir.

İşyeri hekimliği uygulamaları koruyucu sağlık hizmetleri temeli úzerine kurulmuştur. Bostancı, işyeri hekimlerin %96.2'sinin muayene ve tedavi edici hizmetleri, %77'sinin koruyucu sağlık hizmetlerini, %47'sinin de aşılamayı bir gűrev olarak kabul ettiğini bildirmektedir (17). Yıldız, iře giriş muayene-

lerinin %20, periyodik muayenelerin %11 oranında yapıldıđını bildirmektedir (19). Akbaba ve arkadařlarının yaptıđı bir çalıřmada, iřçilerin %35.9'unda periyodik muayenelerin yapıldıđı bildirilmektedir (22). Erdurak, hekimlerin %51'inin periyodik muayeneleri, %33'űnűn iře giriř muayenelerini ve %6.5'inin de iře dűnűř muayenelerini dzenli olarak yaptıklarını bildirmektedir (15). űztűrk ve arkadařları da hekimlerin tamamının hasta muayenesi, %89'unun periyodik muayene, %79'unun iře giriř muayenesi, %46'sının sađlık eđitimi ve %32'sinin de ařılama yaptıđını bildirmektedir (16). Çalıřmamızda hekimlerin %93'űnűn poliklinik muayenesi, %71'inin iře giriř muayenesi, %43'űnűn iře dűnűř muayenesi, %39'unun periyodik muayene ve %37'sinin de bađıřıklama yaptıđı tespit edildi. Bulgularımız diđer çalıřmalarla benzerdir. İřyeri hekimlerinin koruyucu sađlık hizmetleri yerine tedavi edici sađlık hizmetlerine űncelik verdiđini gúrúlmektedir. Bu sonuç, iř sađlıđının ulařmak istediđi hedeflere yaklařamadıđını gűstermektedir.

Çalışmamızda, işyeri hekimlerinin çalışmalarını olumsuz yűnde etkileyen sorunların başında SSK sevkleri ve işverenle yaşanan sorunların olduğu tespit edildi. Bu sorunları daha az olarak űzlűk hakları ve işçilerden kaynaklanan sorunlar takip etmekteydi. űztűrk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu sorunların başında tabip odası úcretlerine uyulmaması (%46.9), işverenden kaynaklanan sorunlar (%42.9) ve işyeri koşullarının yetersizliği (%26.5) olduğu bildirilmektedir (16). İşyeri sağlık birimleri SSK'ın birinci basamak sağlık kurumları durumundadır (9). Bu kurumlarla olan sorunlar işyeri sağlık biriminin çalışmalarını her aşamada olumsuz yűnde etkileyecektir (23). Çalışmalarda işverenden kaynaklanan sorunlar sık karşılaşılan problemler arasında gúrúlmektedir.

Erdurak, yaptıđı çalıřmada hekimlerin %12.6'sının maddi doyumunun yetersiz olduđunu ve iřyeri hekiminin iřyeri yűnetimiyle olan iliřkilerde, temel belirleyicinin maddi doyum olduđunu rapor etmektedir (15). űztűrk, yaptıđı çalıřmada iřyeri hekimlerinin %38.8'inin verdiđi hizmetin yararına inanmadıđını ya da az yararlı olduđunu dűřűndűđűnű bildirilmektedir (16). Emirođlu, iřvereninin iřyeri hekiminin aldıđı úcreti fazladan űdenen gereksiz bir masraf olarak gűrdűđűnű bildirmektedir (23). Çalıřmamızda



hekimlerin maddi ve manevi doyumlarındaki yetersizliğin diğer çalışmalardan daha yüksek olduğu saptandı. Hekimlerin TTB'nin belirlediği ücretleri alamamaları ve işyerlerinde belirlenen koruyucu sağlık hizmetlerini verememeleri bu durumu açıklayabilir.

Ülkemizde mezuniyet öncesi tıp eğitiminde iş sağlığı ile ilgili verilen eğitim yetersizdir. Mezuniyet sonrası iş sağlığı eğitimi TTB'ce yapılan işyeri hekimliği kursları ile sınırlıdır (23). Çalışmamızda işyeri hekimlerinin ancak %43.2'sinin işyeri hekimliği ile ilgili yayınları düzenli olarak takip ettiği, %60.8'inin en az bir defa kongre veya konferansa gittiği ve %16.2'sinin eğitim materyaline ihtiyacı olduğu tespit edildi. İşyeri hekimlerinin kurs sonrası eğitimlerine yeterli önemi vermedikleri ve yayınları takip etmedikleri görülmektedir.

Ülkemizde iş sağlığı ve işyeri hekimliği ile ilgili uygulamalarda ciddi sıkıntılar vardır. İşyerlerinin bulunmasında ve sözleşmelerin yapılmasında tabip odaları daha aktif olmalıdır. İşyeri hekimlerinin işyerlerine yeterli zamanı ayırması ve koruyucu hekimlik uygulamalarına ağırlık vermesi gerekmektedir. İSİGK'nin bütün işyerlerinde kurulması ve aktif olarak çalışması sağlanmalıdır. İşyeri hekimlerinin özlük haklarının korunabilmesi ve görevlerini daha etkin yapabilmeleri için işverene olan bağımlılık ortadan kaldırılmalıdır. İşyeri hekimliği yapan hekimlerle TTB arasında kesintisiz iletişim olmalı ve sürekli iş sağlığı eğitimleri yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Fişek G, Piyal B. İşçi Sağlığı Kılavuzu, Ankara, Yorum Basın, 3. Baskı, Mart 1991.
2. Ziyet Özçelik, Mustafa Güler, Hakan Giritlioğlu, Hukusal Boyutuyla İşyeri Hekimliği.
3. İşyerleri Çalışma Ortam Ve Koşulları, Rakamlarla İşyerlerinde Tüklenen Yaşam -2, Petrol-İş Yayın No: 48, Temmuz 1998.
4. Bilir N. Türkiye'de İş Sağlığı Konusuna Tarihsel Bakış, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No: 98/12, Ağustos 1998.
5. Saltık A. Sağlıklı yaşama, çalışma ve çağdaş işyeri hekimliği. 3. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi, 1998 ANKARA, Kongre Kitabı:s373-81.
6. Sirer H. Dünyada iş sağlığı. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri, Nisan 2001 Bursa, Sunular/Tartışmalar Kitabı:s14-19.
7. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Madde 180. Ç Güler, Çobanoğlu Z. Sağlık Mevzuatı, Güneş Kitabevi Ltd Şti 1997 Ankara:s150.
8. Güler M. İşyeri hekiminin özlük hakları, işverenin işyeri hekimi ile ilgili yükümlülükleri. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri, Nisan 2001 Bursa, Sunular/Tartışmalar Kitabı:s181-92.
9. Süzek S. İş Güvenliği Mevzuatı, Savaş Yayınları, Birinci Baskı, Mayıs 1991.
10. Fırat M. İşyeri ortak sağlık birimi (İOSB) kavramına yaklaşım. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri, Nisan 2001 Bursa, Sunular/Tartışmalar Kitabı:s193-96.
11. Malat G. Birinci basamak hizmeti olarak işyeri hekimliği. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri, Nisan 2001 Bursa, Bildiri Kitabı:s102-4.
12. Girgin H. İşyeri hekimliği. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri, Nisan 2001 Bursa, Bildiri Kitabı:s105-104.
13. Emiroğlu C. İşyeri hekiminin karşılaştıkları sorunlar ve çözüm önerileri. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri, Nisan 2001 Bursa, Sunular/Tartışmalar Kitabı:s40-8.
14. Saltık A. Akademisyenlerin bakış açısıyla iş sağlığı alanında yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri, Nisan 2001 Bursa, Sunular/Tartışmalar Kitabı:s49-54.
15. Erdurak K. Bursa'daki işyeri hekimliği uygulamalarının değerlendirilmesi. 3. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi, 1998 ANKARA, Kongre Kitabı:s635-41.
16. Öztürk A. Kayseri'deki işyeri hekimlerinin özellikleri ve işyeri hekimliği uygulamaları. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri, Nisan 2001 Bursa, Bildiri Kitabı:s186-190.
17. Bostancı M. Bilecik'te İşyerleri İle İş Hekimlerinin Durumları, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Sayı 3, Temmuz 1991.
18. Akkol S, Yazar N, Öge A, Gündüz M, İzmir Tabip Odası İşyeri Hekimliği Anketi, İş Hekimliği Dergisi, TTB İşçi Sağlığı Bülteni, Sayı 2, Sayfa 10-11, Haziran 1992.
19. Yıldız A. N., Küçük Ve Orta Ölçekli İşyerlerinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Sorunları, İş Hekimliği, TTB İşçi Sağlığı Bülteni, Sayı 3, Sayfa 9, Eylül 1992.
20. Berberoğlu U. ve ark., Edirne Merkez İlçede İşveren, İşyeri Hekimi ve Sendika Temsilcilerinin İş Sağlığına Bakışları, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, TTB Yayını, Sayı 6, Sayfa 33-37, Nisan 2001.
21. Pala K. Bursa'da B-Tipi Sertifika Kursu, Tıp Dünyası, TTB Merkez Konseyi Yayını, Sayı 20, Sayfa 12, Aralık 1996-Nisan 1997.
22. Akbaba M. ve ark., Adana'da İşçi Sağlığı Verileri, İş Hekimliği Dergisi, TTB İşçi Sağlığı Bülteni, Sayı 3, Sayfa 11, Eylül 1992.