



TÜRKİYE İŞÇİ SENDİKALARI KONFEDERASYONU

İŞYERİNDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROGRAMLARI

Doç. Dr. Ali Naci YILDIZ (Ph D, İş Sağlığı)

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Hacettepe Üniversitesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü

Öğr. Gör. Dr. Özge KARADAĞ ÇAMAN (Ph D, Halk Sağlığı)

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Doç. Dr. Nihal ESİN

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk
Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı

TÜRK-İŞ
Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu

Bayındır Sokak No. 10
Yenişehir - Ankara
Tel : (0.312) 4333 31 25 (4 hat)
Faks : (0.312) 433 68 09 - 433 85 80
<http://turkis.org.tr>
e-posta: turkis@turkis.org.tr

Kasım 2012

ISBN: 978-605-86486-0-9

Baskı:
Aydoğdu Ofset
Tel: (0.312) 395 81 44 (pbx)

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İşyerinde Sağlığı Geliştirme	1
İşyerinde Sağlığı Geliştirme Programının Basamakları.....	5
Sağlığı Geliştirme Programı Modeli	7
İşyerinde Sağlığı Geliştirme Programının Bileşenleri	15
İşyerinde Sağlığı Geliştirme Programlarının Başarısı İçin Öneriler	26
Kaynaklar	28

ÖNSÖZ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlığın tanımı, “bir kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halinde olması” şeklinde yapılmaktadır. Sağlık durumu başlıca iki temel öge tarafından belirlenir. Bunlar, çevre koşulları ile bireysel özelliklerdir. Bireysel özellikler arasında kişinin yaşı ve cinsiyeti ile genel sağlık durumu, sağlık davranışları, alışkanlıkları gibi konular sayılabilir. Çevre faktörleri ise insanın çevresinde bulunabilecek her türlü faktördür ve sayıca çok fazladır.

İnsanlar tarihin her döneminde çalışma hayatının içinde olmuş, çalışanların iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin sorunlar zaman içinde giderek çeşitlenmiş ve artmıştır. İş ve sağlık arasında iki yönlü bir ilişki söz konusudur. Yani bir yandan iş ve çalışma hayatı çalışan insanın sağlığı üzerinde olumlu ya da olumsuz yönde etkili olurken, çalışan kişinin sağlığı da iş ve çalışma hayatı üzerinde olumlu ya da olumsuz yönde etkili olmaktadır (1).

Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü Ortak Komitesi tarafından 1951 yılında yapılmış olan iş sağlığı tanımı, bütün çalışma alanlarını kapsayacak şekilde ifade edilmektedir: “İş sağlığı, bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini sürdürme ve daha üst düzeylere çıkarma çalışmalarıdır” (2). Daha sonraları bu tanıma sağlığı geliştirme yaklaşımı da eklenmiştir.

Sağlığı geliştirme kavramı; “İnsanların ve toplulukların kendi sağlıklarını belirleyen faktörleri kontrol etmeleri ve bu yolla kendi sağlıklarını geliştirmeleri” olarak tanımlanmıştır (3). İşyerleri, sağlığı geliştirici etkinlikler ve sağlık eğitimi açısından önemli fırsatlar yaratmaktadır. Bugüne kadar yapılan pek çok çalışma, işyerlerinde yapılan eğitimsel, örgütsel ya da davranışsal boyutlardaki sağlığı

geliştirme m¼dahalelerinin, çalışanların sağlık d¼zeyini ve iş verimini arttırdığını, ayrıca işe devamsızlık d¼zeyini, iş kazalarını ve sağlık harcamalarını azalttığını g¼stermektedir (4).

Bu rehberin amacı, işyerlerinde sağlığı geliştirme ile ilgili mevcut bilgileri ve farklı ¼lkelerde y¼r¼t¼len bazı program ¼rneklerini ele alarak, T¼rkiye’de uygulamaya y¼nelik bazı ¼neriler sunmaktır. Bu yayının, çalışanların sağlık ve g¼venlikli ortamda çalışma hakkının yerine getirilmesi uğraşlarına katkı sağlamasını dileriz.

Doç. Dr. Ali Naci YILDIZ

Doç. Dr. Nihal ESİN

¼ęr. G¼r.Dr. ¼zge KARADAğ AMAN

SUNUŞ

Sağlık bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Öte yandan çalışmak, insan sağlığını olumlu yönden etkilediği gibi olumsuz da etkileyebilmektedir. Benzer şekilde sağlık düzeyi de çalışmayı olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir. Bu saptamalar doğrultusunda iş sağlığı ve iş güvenliği uğraşlarının ana amacı, çalışanların sadece bedensel değil, ruhsal ve sosyal sağlık düzeyinin en üst düzeye çıkartılması ve bu düzeyde sürdürülmesi olarak ifade edilebilmektedir. alışan kişilerin çalışma ortam koşullarına ve çalışma şartlarına bağlı olumsuz etkenlerden korunması gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki sağlıklı ve güvenli ortamda çalışmak bütün çalışanların hakkıdır. Bununla birlikte çalışma ortamının sağlık düzeyine olumlu etkilerini arttıracak uygulamalar da mümkündür. Bu uygulamalar sağlığı geliştirici faaliyetler başlığı altında değerlendirilmektedir.

İş sağlığı güvenliği konuları haklar ve ödevlerle ilişkilidir. Çalışanların sağlıklı ve güvenli ortamda çalışma hakkının yanı sıra alınan önlemlere uyma yükümlülüğü vardır. İşverenler, işçiler ve temsilcileri konuya gereken önemi vermelidir. Bu konularda yoğun uğraş veren TÜRK İŞ bir yandan da üyelerine yönelik eğitim seminerleri düzenlemektedir.

TÜRK-İŞ Yönetim Kurulu olarak, bu kitabı hazırlayan Doç. Dr. Ali Naci Yıldız, Öğr. Gör. Dr. Özge Karadağ aman ve Doç. Dr. Nihal Esin'e teşekkürlerimizi sunarken, bu çalışmanın işyerlerinde tehlikeli koşullarda çalışan işçilerimizin sorunlarının çözümlemesine katkıda bulunmasını, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının yaşanmadığı bir çalışma ortamı temenni ediyoruz.

TÜRK-İŞ YÖNETİM KURULU

İŞYERİNDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME

Halk sağlığı ve koruyucu hekimliğin önemli bir parçası olan sağlığı koruma ve geliştirme, sağlık açısından olumlu yaşam biçimlerinin ve toplumsal, ekonomik, çevresel ve kişisel faktörlerin geliştirilmesini kapsayan geniş bir kavramdır (5,6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nin "21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" hedefleri arasında "Bireylerin yaşamları boyunca sağlığın korunma ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları konusunda eğitilmeleri" yer almaktadır. Bu hedeflerden biri, "2015 yılına kadar, toplumdaki insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemeleri"dir (6).

Sağlığı geliştirme çalışmaları içinde önemli bir yere sahip olan sağlık eğitimi, kişiye ve topluma yönelik koruyucu hekimlik ve halk sağlığı uygulamalarından biri olup, DSÖ tarafından "kendi kendine bakım" kavramıyla, bireylerin kendi sağlıkları için sorumluluk almalarını sağlayan bir araç olarak değerlendirilmiştir. Bireylerin sağlık bilgisi ve sağlık konusundaki inanç ve davranışlarını değiştirmeye ve geliştirmeye dayanan sağlık eğitimi, toplumun sağlık hizmetlerine katılımını da sağlayan uygulamalardan biri olarak yer almaktadır (6,7).

İşyerlerinde çalışanların organize bir topluluk olması, çalışanlara ulaşma kolaylığı, çalışan kişilerin günün önemli bir bölümünü işte geçirmesi, aynı işyerinde çalışan kişilerin akran özellikleri ve grup dinamiklerinin daha kolay oluşturulabilmesi gibi özellikler, işyerlerini sağlığı geliştirme etkinlikleri açısından elverişli kılmaktadır (1,8).

İşyerinde sağlığı geliştirmenin hem işveren hem de çalışanlar açısından faydaları bulunmaktadır (9-12).

Bu faydalar işverenler açısından;

- i) Hastalık ve kaza nedenli iş kayıplarının azalması,
- ii) İşyerinde verimli çalışmanın sağlanması ve üretimin artması,
- iii) İşyeri ile ilgili olumlu imajın desteklenmesi,
- iv) Sağlık harcamalarının azalması,

Çalışanlar açısından ise;

- i) Güvenli bir çalışma ortamında çalışmak,
- ii) Sağlıklı olarak çalışmak,
- iii)İşten memnuniyet ve tatminin artması olarak özetlenebilir.

İşyerlerinde, sağlığı geliştirme programlarının 1960'lı yıllarda başladığı görülmektedir. Bu dönemde amaç, güvenlik ve ürün kalitesi ile ilişkili olarak çalışan sağlığının iyileştirilmesiydi. Başlangıçtaki programlar, kalp-damar hastalıkları veya sigara tüketimi gibi hastalık ve risk faktörlerine odaklanmıştır. Sonraki aşamalarda çeşitli risk ve davranışlara müdahale eden çok katmanlı yaklaşımlar içeren programlara odaklanılmıştır ve birçok yaklaşım geliştirilmiştir. Günümüzde sürdürülen iş sağlığı geliştirme programlarının çoğunluğu, çalışanın sağlığına odaklanmaktadır. Öte yandan programlar, kurum bünyesinde bulunan çalışanların, ailelerinin, içinde yaşadıkları toplumun ve firmanın ürünlerini kullanan tüketicilerin de sağlığına ilişkin faaliyetleri içermeyi gerekli kılmaktadır (13, 14).

İşyerinde sağlığı geliştirme programları; iş ve kullanılan malzemelere ilişkin sağlık tehlikelerinden korunma yolları, kaza ve yaralanmaların önlenmesi, tütün, alkol ve madde kullanımının önlenmesi, fiziksel egzersiz, sağlıklı beslenme, kilo kontrolü, streste baş etme yolları, şiddetin önlenmesi, kanser taraması vb. pek çok konuyu kapsayabilir (1,8). Programların temel amacı; çalışanların işyeri ortamında sağlıklarını olumsuz olarak etkileyen biyolojik, fiziksel ve sosyal etkenleri ortadan kaldırmak, çalışanları sağlıklarını nasıl koruyacakları konusunda eğitmek ve onları dengeli beslenme, düzenli fiziksel egzersiz, tütün ve alkol kullanımının azaltılması vb. olumlu sağlık davranışlarına yönlendirmektir (15).

Bu programlar sağlık eğitimi, sağlık taramaları, danışmanlık hizmeti, gürültünün azaltılması, havalandırma, ışıklandırma, bireysel çalışma mekanlarının sağlanması ve koruyucu önlemler alınması gibi güvenli ve sağlıklı fiziksel ortamın sağlanması, işyerinde tütün kullanımının yasaklanması gibi sağlıklı yaşam davranışları için idari

önlemler alınması ve spor salonu, yemekhane gibi destekleyici ortamların oluşturulması vb. çalışanlara ve çalışma ortamına yönelik pek çok farklı yaklaşımı içerebilir (8, 16).

İşyerinde sağlığı geliştirme etkinlikleri arasında en sık kullanılan yöntemlerden biri olan sağlık eğitimi yaklaşımı, farkındalık yaratma ve bilgilendirme amacıyla kullanılabilmesi gibi, beceri geliştirme ya da sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarda değişiklik yaratma amacıyla da kullanılabilir. Danışmanlık hizmeti de çalışanların sağlık sorunlarının çözümünde olduğu kadar sağlık eğitimi sunumunda kullanılabilir. Bu üç yaklaşımın özellikleri aşağıdaki gibi özetlenebilir (17):

Bilgilendirme Eğitimleri

- Amaç: Bilinçlendirmek, bilgi vermek, tutum değişimine yardım etmek
- Yararlılığı: Beceri eğitimlerine göre daha düşük
- Hedef grup: Geniş gruplar
- Eğitim süresi: Kısa (Genellikle birkaç saat)
- Maliyet: Düşük
- Aktivite örnekleri: Broşür vb. materyal dağıtımı, bilgilendirme toplantıları, konferanslar

Beceri/ Tutum/ Davranışa Yönelik Eğitimler

- Amaç: Bilinçlendirmek, bilgi vermek, davranış ve tutum değişikliği yaratmak, sağlık risklerinden korunma becerileri kazandırmak
- Yararlılığı: Yüksek
- Hedef grup: Genellikle 20 kişiyi aşmayan küçük gruplar
- Eğitim süresi: Uzun (Genellikle birkaç güne yayılan eğitimler)
- Maliyet: Orta/ yüksek
- Aktivite örnekleri: Bir program dahilinde gerçekleştirilen akran eğitimleri

Danışmanlık

- Amaç: Bilgi vermek, davranış ve tutum değişikliği, korunma becerileri, problem çözme ve başa çıkma becerileri kazandırmak, psikososyal destek sağlamak
- Yararlılığı: Yüksek
- Gizlilik: Mutlaka gerekli
- Hedef grup: Kişisel
- Maliyet: Yüksek
- Aktivite örnekleri: Çalışanlar için danışmanlık hizmeti

Bugün sağlık eğitiminde, sağlıkla ilgili davranışları etkileyebilen ve eğitim müdahaleleri ile değiştirilebilen üç tip faktör üzerinde durulmaktadır. Bunlar: hazırlayıcı, olanak sağlayıcı ve güçlendirici faktörlerdir. Bu kapsamda bilgi, tutum, inançlar ve son yıllarda değerler ve algılamalar “hazırlayıcı faktörler” arasında sayılmaktadır. Özellikle değerler ve algılamalarda değişiklik sağlamak için karşılıklı etkileşimi sağlayan yöntemlerin kullanılması önerilmektedir (6, 18).

Sağlık davranışlarında etkili bir diğer faktör olan “olanak sağlayıcı faktörler” davranışların uygulanmasını sağlayan yapısal (kaynak, zaman, düzenleme vb.) faktörleri içermektedir. Güçlendirici faktörler ise aile ya da toplum tarafından bir davranışın kabul edilmesi ya da edilmemesi gibi davranışın sürdürülmesini etkileyen faktörleri (akran etkisi vb.) içerir. Etkili sağlık eğitimi programlarının, bu üç faktöre yönelik öğrenme deneyimlerini birleştirmesi gerekmektedir (6, 18).

Dünyada uygulanan işyeri sağlık eğitimi programları arasında son yıllarda kullanımı giderek artan programlardan biri, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından geliştirilen “SOLVE” Programıdır. Bu program, işyerindeki beş psikososyal sorun alanına (tütün kullanımı, alkol ve madde kullanımı, stres, şiddet ve HIV/AIDS) yönelik geliştirilen, koruma üzerine odaklanan ve karşılıklı etkileşimin sağlandığı bir eğitim programıdır. Yöneticiler için hazırlanan SOLVE eğitim paketleri politika geliştirmeye yönelikken, çalışanlar için hazırlanan SOLVE eğitim paketleri çalışanların eğitimi ve yukarıda bahsedilen beş psikososyal alana özel eylem planları oluşturmaya yöneliktir (19).

İŞYERİNDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROGRAMININ BASAMAKLARI

Sağlığı geliştirme stratejisi genellikle işyerinde bir durum analizi yapılması, gereksinimlerin saptanması ve gereksinimlerin öncelik sıralamasının yapılması ile başlamaktadır. Durum analizi; işyerinde çalışanların yaş ve cinsiyet dağılımı, çalışanların motivasyonu, işte kalma ve işten ayrılma süreleri, işe gelmeme sıklığı, işe gelmeme nedenleri, çalışanların işe gelmemesinin işyerine getirdiği maliyet, işe gelmemenin önlenebilir nedenleri, işyerinde sağlık ve iş güvenliği durumu gibi işyerine ve çalışanlara ait özelliklerin belirlenmesi için yapılmaktadır. Durum analizinin ardından çalışanların sağlık bilgisi, tutumları ve davranışlarının değerlendirilerek, sağlığı geliştirme etkinlikleri açısından gereksinimlerin saptanması önerilmektedir.

Belirlenen gereksinimlerin öncelik sıralaması genellikle sağlığı geliştirme etkinliklerinin işyerine getirdiği maliyetin ve bu tür etkinliklerin yokluğunun neden olduğu maliyetlerin karşılaştırılması ile yapılmaktadır. Diğer bir deyişle, çalışanlara yönelik sağlık riskleri ve bu risklerin işyeri için oluşturduğu tehditler ile sağlığı geliştirme uygulamalarının çalışanlara ve işyerine getirdiği faydalar karşılaştırılmaktadır.

Sağlığı geliştirme planının yapılmasına yardımcı olan bir diğer öge, işyeri sağlık profilinin oluşturulmasıdır. İşyeri sağlık profili için verilerin toplanması, değerlendirilmesi ve öneri geliştirilmesi için bir proje ekibinin oluşturulması bu süreci kolaylaştıracaktır. İşyeri sağlık profili kapsamında, çalışanlara uygulanan anket çalışmalarının sonuçları, işyerinde saptanan tehlikeli ekipman ya da uygulamalar, yemek hizmeti ve iş sağlığı birimi gibi işyerinde sunulan hizmetlerin durum değerlendirmesi yer almaktadır (16).

İşyerinde sağlığı geliştirme planı hazırlanırken göz önünde bulundurulması gereken bazı temel noktalar bulunmaktadır. İşyerlerinde bu tür programların başarılı bir şekilde yürütülebilmesi, öncelikle üst yönetim düzeyinde destek alınması ile mümkün olacaktır. Programın amaç ve hedeflerinin ve dolayısı ile beklenen yararlarının program henüz plan aşamasında iken belirlenmesi ise

programın ileri aşamalarının izlenmesi ve değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Planın sonraki basamaklarını; yürütülecek sağlığı geliştirme müdahalelerinin belirlenmesi, maliyet hesabının yapılması, var olan insan gücü ve maddi kaynakların belirlenmesi, sorumluluk paylaşımının yapılması, izleme ve değerlendirme yöntemlerine karar verilmesi ve proje ekibi içinde iletişim yollarının belirlenmesi oluşturmaktadır (16).

Planın uygulanması sırasında işyerindeki tüm yönetim basamaklarının desteğinin alınması ve uygulamaya, çalışanların aktif katılımının sağlanması, bu tür programların başarısını arttıran etkenlerdendir. Bugün pek çok kaynakta, çalışanların kendi öncelikleri, beklentileri, gelenekleri, görenekleri, inançları, sağlık ve hastalık konusundaki algılamalarının onlarla birlikte saptanması ve sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme programlarının bu bilgilere dayandırılması önerilmektedir (6).

Çalışanların, sağlığı geliştirme etkinliklerine aktif katılımına başarılı bir örnek, 2003 yılında Vietnam’da bazı işyerlerinde yürütülen HIV/AIDS akran eğitimi programlarıdır. Bu programda akran eğitimi olarak rol alan çalışanlar, sağlık personelinden daha fazla çalışana ulaşmayı başarmış ve çalışanlar tarafından verilen sağlık eğitimleri (bilgi, tutum, davranış değişikliği yönünden) daha etkili bulunmuştur (20). İşyerlerinde yürütülen bazı programlara, çalışanların yanı sıra çalışanların aileleri de dahil edilmiş ve bu programlarda olumlu davranış değişikliklerinin daha fazla olduğu görülmüştür.

Günümüzde sağlığı geliştirme programları da dahil olmak üzere tüm programların etkinliğinin değerlendirilmesi, üzerinde giderek daha fazla durulan bir basamak olmuştur. Bu basamak sırasıyla süreç ve etki değerlendirmelerini içermektedir. Süreç değerlendirmesi, genellikle programın amacı ve hedefleri doğrultusunda yürütülüp yürütülmediğinin izlenmesi ve düzenli aralıklarla çalışanların görüşlerinin alınması yoluyla yapılmaktadır. Bu yöntem, program ile ilgili yaşanan aksaklıkların ya da istenmeyen sonuçların zamanında farkedilerek, gerekli düzenlemelerin yapılmasına olanak sağlamaktadır. Etki değerlendirmeleri ise çeşitli ölçme-değerlendirme araçlarını kullanarak programların hedef grup üzerinde ne ölçüde etkili olduğunu ortaya koyar (16).

SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROGRAMI MODELİ

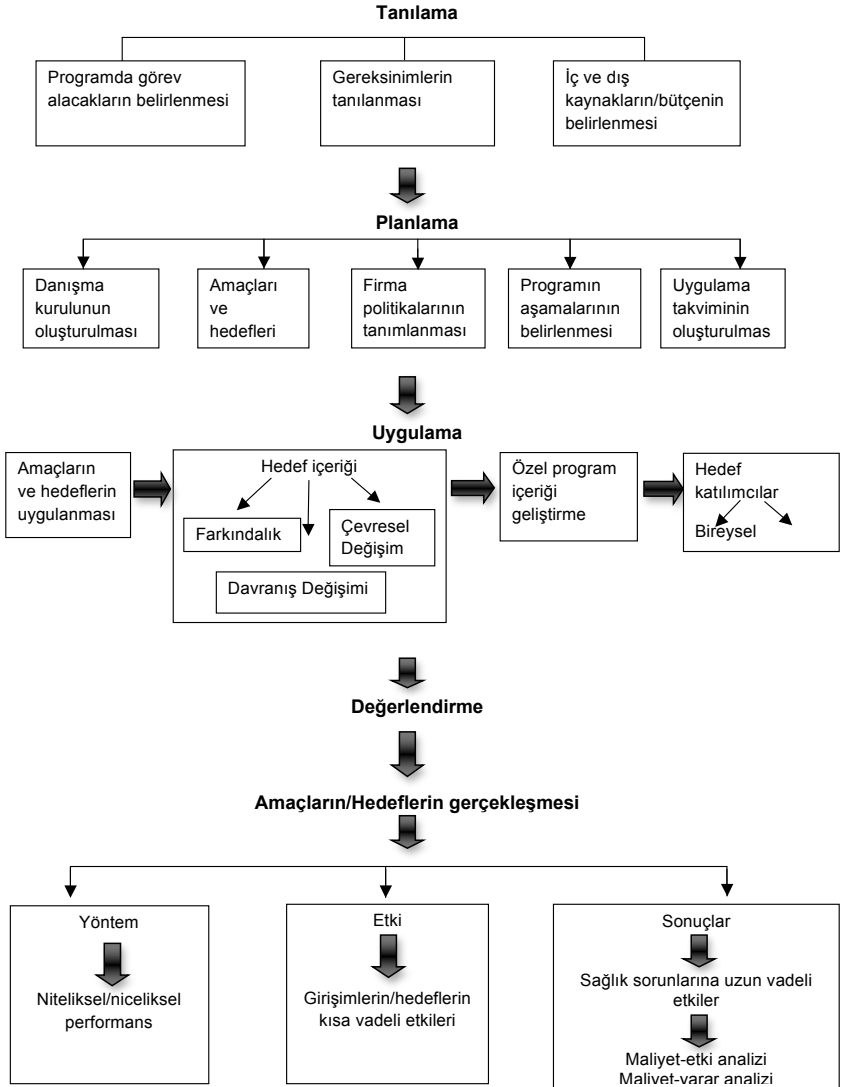
İşyerinde sağlığı geliştirme programı; sorunların tanılanmasından programın sonuçlarının değerlendirilmesine kadar olan bir dizi faaliyeti planlamayı gerektirir. Bu amaçla geliştirilen ve işyeri hekimleri ve işyeri hemşireleri tarafından etkin olarak kullanılan “Sağlığı geliştirme programı modeli” bu konuda geliştirilmiş modellerden biridir. Aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi model; tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere dört temel bileşeni içermektedir (13, 21).

TANILAMA AŞAMASI

Bu aşamada özellikle orta ve üst düzey yöneticilerin programı değerlendirmeleri ve onaylamaları gereklidir. Şirketin finansal, fiziksel, yer, araç-gereç, personel destek düzeyleri ve çalışanların uygun zamanları belirlenir. Şirketin içsel olanakları kapsamında yiyecek-içecek, fiziksel egzersiz alanları vb., dışsal olanakları kapsamında ise konu ile ilgili iletişim kurulabilecek sivil toplum kuruluşları ve sağlık merkezleri örnek verilebilir (13, 21).

Çalışanların gereksinimlerini belirlemede işyeri hekimi ve hemşiresi, çalışanların sağlık davranışlarını ve ilgilerini belirler. Çalışanların sosyo-demografik özellikleri, bilgi gereksinimleri, yaptıkları iş ve iş riskleri, çalışanların sağlık göstergeleri, çalışanların sağlık ilgileri ile ilişkili veriler, programın konusunun belirlenmesinde etkilidir.

Şekil: SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROGRAM MODELİ (21)



PLANLAMA AŞAMASI

Planlama aşaması aşağıdaki süreçleri içerir (13):

- a. Bir danışma komitesinin kurulması
- b. Ölçülebilir amaç ve hedeflerin belirlenmesi
- c. Etkinliklerin uygulanması ve tamamlanması için uygun zamanın belirlenmesi
- d. Programın içeriğinin ve sunum stratejilerinin geliştirilmesi
- e. Program kaynaklarının tanımlanması
- f. Değerlendirme yöntemlerinin kriterlerinin belirlenmesi
- g. Bütçenin ayarlanması

Sağlığı geliştirme programlarının planlama aşamasında aşağıdaki öneriler de dikkate alınmalıdır (13, 21, 22).

1. Sağlığı geliştirme programının danışma komitesi, çalışanların ve yöneticilerinin programa katılmaları ve sağlık davranışlarını değiştirmelerini destekleyen çevresel koşulları oluşturmaları yönünde onları cesaretlendirir. Önerilen komite üyeleri aşağıda sıralanmıştır;

- ❖ İşyeri hekimleri ve hemşireleri ve diğer sağlık profesyonelleri,
- ❖ Çalışanların liderleri,
- ❖ Kampanyaya destek veren yönetim temsilcileri,
- ❖ Bölüm sorumluları,
- ❖ Programın diğer alanlarından sorumlu olan kişiler (beslenme ile ilgili görevliler)
- ❖ Birlik/ dernek/ sendika temsilcileri.

2. Programın başarısının ölçülmesinde temel amaçlar ve hedefler belirlenmelidir.

Örneğin;

Amaç, “çalışanlara düzenli ve yeterli fiziksel egzersiz hakkında bilgi ve davranışın kazandırılması”

Hedefler; programda uygulanan aktivitelerde yer alan bir durumu, davranışı ya da istenilen bireysel değişimi ifade eder. Hedefler, bir bilgi, davranış ya da biyomedikal bir ölçü içerir.

Örnek 1: Düzenli ve yeterli fiziksel egzersiz hakkında bilgi elde edilmesi (bilgiye yönelik),

Örnek 2: Program sonunda çalışanların haftada en az üç kez 30’ar dakika fiziksel egzersiz yapması (davranışsal) hedeflerdir.

3. Sağlığı geliştirme programları geliştirilirken bir zaman takviminin oluşturulması, programda yer alacak aktivitelerin mantıksal bir sıra içinde verilmesine yardımcı olur. Programın akışı ve süresi aşama aşama belirlenmelidir. Ayrıca çalışanların katılımını arttırmak için programlar, sigara bırakma günü, kalp haftası vb. ulusal kampanyalarla aynı günlerde başlatılabilir. Program geliştirmede zaman takvimini oluşturulması ile ilgili temel noktalar aşağıda belirtilmiştir.

- Seminerler her ay aynı gün ve saat için planlanmalıdır.
- Düzenli fiziksel egzersiz, işyerinde duş imkânı varsa öğle yemeği saatinde, duş olanağı yoksa çalışma saatinin sonunda planlanmalıdır. Yaz aylarında uygulamalar dışarıda yapılabilir.
- Gün içinde yapılan uygulamalar, çalışanların eşleri veya diğer vardiya çalışanları için tekrarlanabilir.
- Programlar konuyla ilgili olan ulusal günlerde başlatılabilir. Örn: kalp haftasında, kanserle savaş günü veya sigara bırakma gününde ilgili programlar başlatılabilir. Böyle bir durumda çalışanlar konuyu yazılı ve görsel medyadan da takip edebileceği için katılım düzeyi artabilir.

- Programlar yavaş ve uzun bir süreyi kapsamalıdır (8-10 hafta). Programların aynı gün ve saatte olmasına özen gösterilmelidir.
- Programla ilgili sonuçlar haber panolarında duyurulmalıdır.

4. Program içeriklerinin amaçlar ve hedeflere dayalı olarak belirlenmesi gereklidir. Çalışanlarda sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kurumun sağlığa ilişkin felsefesinin; çalışanların risk faktörlerinin izlenmesi, stres yönetimi ve stresle baş etme becerilerinin artırılması, sigarayı bırakma, kilo verme, beslenme, fiziksel egzersiz gibi alanlara odaklanan programlar düzenlemeye uygun olması gereklidir.

Yaş, cinsiyet, algı, sosyal ve aile desteği gibi faktörler sağlığı geliştirme programlarına katılımı etkileyebilir. Örneğin yapılan çalışmalarda, kadınların programlara katılmada daha istekli olduğu ve aile desteğinin olumlu sağlık davranışını sürdürmede etkili olduğu görülmüştür.

UYGULAMA AŞAMASI

Uygulama aşaması, planlama aşamasında yer alan içeriğin uygulanması ile ilgilidir ve programın harekete geçirilmesi olarak tanımlanır. Bu aşamada, programın tanıtılması (oryantasyon), program yönetimi ve girişimleri yer alır (13).

Programa kayıt yaptırmak, katılımcıların programın amacını anlamaları ve programın beklentilerini belirlemelerine olanak sağlar.

Programa katılacak çalışanlara; programda yer alan hedeflerin girişimlerin nasıl değerlendirileceğinin, hedefle ilgili kısa ve uzun vadede beklenen sonuçların nasıl ve ne zaman değerlendirileceğinin açıklanması ve tartışılması önerilmektedir (21).

Programın uygulanmasında farkındalık yaratma, girişimlerin uygulanması ve destekleyici bir çerçevenin oluşturulması önemli konular arasındadır.

Farkındalık yaratma, işyerlerinde sağlığı geliştirme programlarının en önemli stratejisidir. Farkındalık stratejileri O’ Donnell (2002) tarafından; “Bireylerin sağlık üretkenliklerini arttırmak, bilgi düzeylerini arttırarak belirlenen hedeflere ulaşmalarını kolaylaştırmak, davranış değişimlerini desteklemek, çözümlemesine yardımcı olmak ve bilginin yayılmasını ve aktarılmasını sağlamak için kullanılan aktiviteler” olarak tanımlanmıştır (22).

Farkındalık yaratma yöntemleri ile ilgili bilgiler aşağıdaki tabloda verilmiştir (13, 21, 22).

Tablo 1: Çalışanlarda farkındalık yaratma yöntemleri ile ilgili bazı örnekler

<u>Geleneksel</u>	<u>Geleneksel olmayan</u>	<u>Teknolojiye dayalı</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Toplantı sırasında duyuruların yapılması • Bireysel notların yazılması • Bülten panolarına notların yazılması • Kitapçık basılması • Elektronik reklam panolarının kullanımı • Toplantılarda bireylerle yüz yüze görüşme • Grupların bilgi toplantıları • İşitsel sunumlar • Görsel işitsel sunumlar • Video sunumları 	<ul style="list-style-type: none"> • Bireysel küçük sınavlar • Elektronik posta • Elektronik bültenler • İnternet siteleri 	<ul style="list-style-type: none"> • Elektronik posta • Telefon görüşmeleri • Bilgisayar sunumları • İnternet siteleri • Gerçek uygulamalar • Uygun teknolojik incelemeler

Davranış Değişimi: Bu aşama, değişimi gerekli olan davranışa ilişkin farkındalığın artırılmasını takip eder. Davranış değişimi yaklaşımı, davranışların temellerinin anlaşılmasında önemlidir ve sağlıklı davranışların sağlıklı davranışlara dönüştürülmesinde bireye yardımcı olan stratejiler olarak tanımlanır (13, 22).

Sağlık Davranışları Değişim Stratejileri:

- Değişime hazırlık,
- Referans güçler,
- Hedef belirleme ve bireysel yönetim,
- Destek/ teşvik ediciler,
- Davranış sözleşmeleri.

DEĞERLENDİRME AŞAMASI

Sağlığı geliştirme programlarının son bölümü programın değerlendirilmesidir. Değerlendirme, planlama aşaması ile birlikte başlarken, geribildirimlerle son bulmakta, programın öngördüğü hedef ve amaçların hangilerine ulaşıldığına ve programın yeterlilik ve yetersizlikleri ile ilgili bizlere geribildirim vermektedir. Aşağıdaki tabloda programların sonuçları ile ilgili örnekler verilmiştir (14).

Tablo 2: İşyerinde sağlığı geliştirme programlarının sonuçları ile ilgili bazı örnekler

Üretkenliğin geliştirilmesi	<ul style="list-style-type: none">• İşe devamsızlığın azalması• Kalitenin yükselmesi• Moralin artması• Kuruluş hedefleri ve ilkelerinin korunması• Yetenek ve bireysel özelliklerin geliştirilmesi• Daha yüksek kaliteye sahip bölüm/ birim geliştirilmesi
Maliyetin azaltılması	<ul style="list-style-type: none">• Var olan sağlık sigortası giderlerinin azalması• Var olan hayat sigortası giderlerinin azalması• Sağlığın yararlarının uzun vadeli etkileri ile sağlık giderlerinin azalması• Toplum sağlığı göstergelerinin iyileşmesi
Kuruluş imgesinin geliştirilmesi, güçlendirilmesi	<ul style="list-style-type: none">• Genel görünürlülüğün artması• İlgili ve sorumlu işverenin olumlu etkileri

İŞYERİNDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROGRAMININ BİLEŞENLERİ

İşyerinde sağlığı geliştirmeye yönelik geliştirilen programlar, hem çalışanlara hem de işyeri ortamına yönelik çalışmaları kapsamaktadır. Bu kapsamda başlıca çalışma alanları aşağıda sıralanmıştır:

İŞYERİNDE SAĞLIKLI BESLENMENİN GELİŞTİRİLMESİ

Beslenme ve hastalık ilişkisi yıllardır üzerinde önemle durulan konular arasındadır. Yapılan çalışmalar, beslenme ve hastalık ilişkisi için güçlü kanıtlar sunmaktadır. Buna göre sağlıksız beslenme alışkanlıkları, hastalıklar açısından bir risk faktörü olduğu gibi tam tersi sağlıklı beslenme ise pek çok hastalık açısından önemli bir koruyucu faktördür (23).

Özellikle yüksek gelirli ülkelerde yapılan çalışmalar; yüksek kalorili, hayvansal yağlardan zengin, lifli gıdalardan, meyve ve sebzedden fakir beslenmenin kalp ve damar hastalıkları ve pek çok kanser ile ilişkisini ortaya koymaktadır (24, 25). Örneğin, dünyada ölümlerin %2,8'inin (1,7 milyon ölüm) meyve ve sebzedden fakir beslenmeye bağlı olduğu hesaplanmaktadır (26).

Günümüzde beslenme ile ilişkili olarak şişmanlık da hastalık ve ölümler açısından önemli bir risk faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl dünya çapında 2,8 milyon insan, fazla kilolu ya da şişman olması nedeniyle yaşamını yitirmektedir (24, 26). Şişmanlık; şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp ve damar hastalıkları ve kanser açısından önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (24, 25). Dünya Kanser Araştırmaları Fonu, bugün başlıca kanserlerin yaklaşık üçte birinin sağlık beslenme ve düzenli fiziksel egzersiz ile önlenebileceğini rapor etmektedir (24, 27).

2008 yılı verilerine göre dünyada, 20 yaş üstü erişkinlerin %35'i fazla kiloludur. Dünyada şişmanlık sıklığı, 1980 yılından bugüne kadar iki kat artmıştır (24, 28).

Şişmanlık ülkemiz için de giderek önemi artan bir sorundur. Türkiye Sağlık Araştırması (2008) sonuçları, Türkiye’de 15 yaş üzeri nüfusun %32,4’ünün fazla kilolu, %15,2’sinin şişman olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaya göre şişmanlık sıklığı kadınlarda daha yüksektir (%18,5) (29). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008) sonuçları da Türkiye’de 15-49 yaş arası evli kadınların %58,4’ünün fazla kilolu ve şişman olduğunu göstermektedir (30).

Bu verilerden hareketle, işyerlerinde sağlığı geliştirme etkinlikleri içinde yer alabilecek en önemli konulardan birisi çalışanların sağlıklı beslenmesine yönelik çalışmalardır. Bu çalışmalar arasında başta gelenler, çalışanların yeterli ve dengeli beslenme konusunda farkındalıklarının artırılması, sağlıklı beslenme konusunda danışmanlık hizmetlerinin sağlanması, işyerlerinde düzenli yemek hizmeti verilmesi, kantin, kafeterya vb. yerlerde sağlıklı gıdaların satışına öncelik verilmesi gibi sağlıklı beslenme olanaklarının artırılmasıdır (31).

İŞYERİNDE FİZİKSEL AKTİVİTENİN GELİŞTİRİLMESİ

Fiziksel aktivite, vücutta enerji dengesi ve kilo kontrolü sağlanmasının en önemli belirleyicilerindendir (32). 2008 yılı verilerine göre dünyada 15 yaş üzeri erişkinlerin üçte birinin fiziksel aktivite düzeyi yetersizdir (24).

Her yıl yaklaşık 3,2 milyon ölüm yetersiz fiziksel aktiviteye bağlanmaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite, dünyada meydana gelen ölümlerde etkili olan başlıca risk faktörleri arasında dördüncü sıradadır (26). Yapılan çalışmalar, fiziksel aktivite düzeyi düşük olan bireylerde ölüm riskinin, haftanın çoğu günü en az 30 dk. orta düzeyde fiziksel egzersiz yapanlara göre %20-30 daha fazla olduğunu göstermektedir (32).

Düzenli fiziksel egzersizin kalp ve damar hastalıkları, şeker hastalığı, depresyon gibi hastalıkların yanı sıra meme ve kalın barsak kanseri riskini de azalttığı bilinmektedir (24). Yapılan çalışmalarda, Avrupa ülkelerinde yeterli düzeyde fiziksel aktivitenin olması

halinde meme, kalın barsak, akciğer, prostat, rahim ve yumurtalık kanserleri olmak üzere yılda 165.000 ile 330.000 arasında kanserin önlenebileceği belirtilmektedir (33).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından erişkinler için önerilen fiziksel aktivite düzeyi, haftada beş veya daha fazla gün, günde en az 30 dakika süren ve kalp atışlarını hızlandıran orta/yoğun fiziksel egzersizdir (34).

İşyerlerinde, çalışanlarının sağlığını geliştirme etkinlikleri arasında fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik çalışmalar önem taşımaktadır. Bu çalışmalar arasında; çalışanların fiziksel egzersizin önemi konusunda bilinçlendirilmesi, fiziksel egzersizi özendirme kampanyaları, çalışma saatleri ve molaların egzersiz yapmaya elverişli şekilde düzenlenmeye çalışılması, işyerlerinde spor salonu gibi spor olanaklarının artırılması ya da işyerine yakın spor salonlarının kullanımının sağlanması yer almaktadır (35).

İŞYERİNDE TÜTÜN ÜRÜNLERİNİN ZARARLARININ ÖNLENMESİ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tütün, dünya çapında en önemli sekiz ölüm nedeninin altısı için risk faktörü ve dünya çapındaki ölümlerin en önlenebilir nedenidir (36). Dünyada her yıl yaklaşık altı milyon insan, tütün ürünlerinin doğrudan kullanımı ya da tütün dumanından pasif etkilenim nedeniyle yaşamını yitirmektedir (26). Bu ölümler arasında 600.000'den fazlası tütün dumanından pasif etkilenime bağlıdır (24, 26). Bu nedenle bilinçlendirme çalışmalarının yanı sıra yasal düzenlemelerin yapılması ve uygulanması büyük önem taşımaktadır (37).

Tütün ürünlerinin kullanımı, Türkiye'yi çok yakından ilgilendiren bir toplum sağlığı sorunudur. Türkiye'de 2008 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre sigara kullanım sıklığı 15 yaş üzeri erişkinlerde %31,2'dir (Erkeklerde %47,9, kadınlarda %15,2). Buna göre Türkiye'de yaklaşık 12 milyon erkek ve dört milyon kadın sigara içmektedir (38). Aynı araştırmanın sonuçları,

Türkiye’de 30,5 milyon yetişkinin (%59,7) sigara içilen evlerde yaşadığını ve bu sayının yaklaşık 20 milyonunun sigara içmeyen kişiler olduğu göstermektedir (38).

Türkiye’de son yıllarda tütün kontrolü ile ilgili yasal düzenlemeler, vergilerin arttırılması, bilinçlendirme çalışmalarının hızlanması gibi önemli gelişmeler sağlanmakla birlikte, tütün kullanımı halen en önemli halk sağlığı sorunları arasındadır (39).

Tütün ürünlerinin kullanımı, iş sağlığı ile de yakından ilgilidir. Çalışanların tütün ürünlerini kullanımı ya da tütün dumanından pasif etkilenimleri, ciddi hastalıklar ve erken ölüm için önemli risk faktörleridir. Bu nedenle tütün konusu, dünya çapında işyerlerinde sağlığı geliştirme etkinlikleri kapsamında yaygın olarak ele alınmaktadır. Bu çalışmalar, DSÖ’nün 1992 yılında “Sigarasız işyerleri: daha güvenli ve daha sağlıklı” sloganı ile hız kazanmış (40), ardından 2000 yılı DSÖ ve ILO tarafından “Sigarasız işyeri” yılı olarak ilan edilmiştir (41). Günümüzde özellikle Avrupa ve ABD’de başarılı uygulamaları bulunmaktadır (42).

İşyerlerinde sağlığı geliştirme kapsamında tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi için başlıca üç yaklaşım;

- i) Çalışanların tütün ürünlerini kullanma alışkanlığını edinmemesi,
- ii) Tütün kullanımını bırakmak isteyenlere destek sağlanması (sigara alışkanlığından kurtulma),
- iii) Tütün dumanından pasif etkilenimin önlenmesidir (16).

Bu amaçlar doğrultusunda kullanılan yöntemler ise çalışanlar için sağlık eğitimleri, işyerinde tütün kullanımının önlenmesi için yazılı politika oluşturulması, yazılı uyarılar asılması gibi idari önlemler, tütün ürünlerinin işyeri ortam faktörleri ile etkileşiminin önlenmesi, tütün kullanımının bırakılmasına yönelik destek/danışmanlık hizmeti ve tedavi için sağlık kuruluşlarına yönlendirme vb. olabilir (41, 43). Yapılan çalışmalar, sigara içen çalışanlara işyerinde sağlanan desteğin, sigarayı bırakmayı kolaylaştırdığını göstermektedir.

İŞYERİNDE ZARARLI DÜZEYDE ALKOL KULLANIMININ ÖNLENMESİ

Alkolün zararlı miktarlarda kullanımı, dünyada erken ölümler ve sakatlıklar açısından en önemli risk faktörleri arasında sayılmaktadır (26). 2004 yılı verilerine göre dünya çapında 2,3 milyon insan aşırı alkol kullanımı nedeniyle yaşamını yitirmiş ve bu sayı tüm ölümlerin %3,8'ini oluşturmuştur (44). Alkol kullanımı ile ilişkili ölümlerin büyük çoğunluğu kanser, kalp ve damar hastalıkları ve siroz gibi hastalıklara bağlıdır (24).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre Türkiye'de 2008 yılında alkol kullanım sıklığı erkeklerde %18,8, kadınlarda %3,3 ve toplamda %10,9'dur (45). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'na (2004) göre; alkol kullanımına bağlı ölüm sayısı 13.435 olarak hesaplanmıştır (46).

Alkolün zararlı düzeylerde kullanımı, sağlık sorunlarının yanı sıra işyerinde de sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunların başlıcaları; işe devamsızlık, üretkenlikte azalma, işyerinde hata ve kazalarda artış, kalp-damar hastalıkları, siroz gibi sağlık sorunları, bu sorunlara bağlı işgücü kaybı, mali kayıplar ve iş arkadaşları ile iletişim sorunlarıdır.

Bu veriler ışığında, işyerlerinde çalışanların alkolün zararlı düzeyde kullanımı ile ilişkili sağlık riskleri konusunda farkındalıklarının arttırılması, alkol kullanımı ile ilgili yazılı bir politika oluşturulması, alkol kullanımına bağlı sağlık sorunlarının erken tanısı ve tedavisi, alkol bağımlılığı durumunda uygun danışmanlık, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine yönlendirme önem taşımaktadır.

İşyerinde sağlığı geliştirme amacıyla benzer yaklaşımlar, çalışanlar arasında alkol dışındaki maddelerin kullanımı için de geçerlidir.

İŞYERİNDE ŞİDDETİN ÖNLENMESİ

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti, “Fiziksel ya da psikolojik gücün; bireyin kendisine, başka birine, bir gruba ya da topluluğa karşı yöneltilerek, yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu ya da yoksun bırakmaya yol açma olasılığı büyük olan eylemlerin bilinçli olarak gerçekleştirilmesi ya da bu eylemlerde bulunmakla tehdit edilmesi” olarak tanımlamaktadır (47). Şiddet temel olarak üç tipte incelenmektedir: Kişinin kendisine uyguladığı şiddet, kişiler arası şiddet ve toplu şiddet. Şiddet eylemleri, içeriği bakımından fiziksel, cinsel, psikolojik ve yoksun bırakma/ ihmal olmak üzere dört grupta değerlendirilmektedir (47-49).

İşyerinde şiddet, çalışanların işle ilgili ortamlarda saldırı, istismar, tehdit ve diğer şiddet davranışlarına maruz kalmalarıdır (50). İşyerlerinde yaşanan şiddet olayları uygulayanlara göre değişmekte ve suça niyet ederek uygulanan şiddet davranışları, müşteri ya da tüketicinin çalışana karşı uyguladığı şiddet davranışları, işverenin çalışana ya da çalışanın bir başka çalışana karşı uyguladığı şiddet davranışları ve kişiler arası ilişki ile meydana gelen şiddet davranışları şeklinde görülebilmektedir (49, 51).

Çalışma hayatında yaşanan şiddet, çalışanları hem fiziksel hem de ruhsal yönüyle ciddi biçimde etkilemektedir. Yapılan çalışmalar, herhangi bir şiddete, tacize ya da aşağılanmaya maruz kalan çalışanların sağlıkla ilgili şikayet sıklığı, stres düzeyi, tükenmişlik hissi ve işe gelmedikleri gün sayısının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Çalışmalara göre; işyerlerinde şiddet görülme sıklığını etkileyen bazı faktörler bulunmaktadır:

- Çalışanların işyerindeki konumu (kısa dönem sözleşmeli ya da sözleşmesiz çalışanların şiddete maruz kalma sıklığı daha fazladır)
- Cinsiyet (kadınlar genellikle daha fazla şiddete uğramaktadır)

- Yaş (özellikle çocuklar)
- İş yükü / zaman sınırlaması (artan iş yükü ve zaman sınırlaması, iş ortamında stres ve gerginlik düzeyini arttırmaktadır)
- Hizmet sektöründe çalışmak
- Değerli eşya / para bulundurulan işler
- Özel gruplarla (madde bağımlılığı vb.) çalışmak

Ülkemizde yapılan sınırlı sayıda araştırma, işyerlerinde çalışanların daha çok psikolojik şiddete maruz kaldığını göstermektedir (49). Tespit edilmesi nispeten daha güç olan psikolojik şiddetle mücadelede önemli gelişmeler yaşanmakta ve çalışanların psikolojik şiddete karşı yasal korunma hakkına yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

İşyerinde sağlığı geliştirme çalışmaları arasında; yasal düzenlemeler kadar işyeri ortamının, çalışma düzeni ve ilkelerinin şiddeti önleyecek biçimde düzenlenmesi de büyük önem taşımaktadır. İşyerinde şiddeti önlemeye yönelik koruyucu uygulamalar; işyerinin büyüklüğü, yeri, çalışma koşulları, olası şiddet nedenleri ve işyerine özel risk faktörleri gibi özellikler göz önüne alınarak planlanmalıdır. Bu planlamaya işyeri çalışanlarının katılımının sağlanması da planın başarılı bir biçimde uygulanması açısından değerlidir (49).

İşyerlerinde şiddetin önlenmesine yönelik süreç, genellikle aşağıdaki basamakları içermektedir:

1. İşyerine özel risk değerlendirmesi yapılması (çalışanlarla görüşmeler, şiddet vakalarının gözden geçirilmesi, işyeri ortam değerlendirilmesi vb.)
2. Koruyucu önlemlerin belirlenmesi
3. Önlemlerin uygulanması
- a. Stres ve şiddetin nedenlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik teknik düzenlemeler (iş saatleri ve yükünde düzenlemeler vb.),

- b. İŖe uygun alıŖanların iŖe alınması,
- c. Kalabalığın nlenmesi, odaların düzeni, tuvalet varlığı, ses, koku, ışık, hava kalitesi gibi çevresel düzenlemeler,
- d. Kontrollü giriŖ-ıkıŖ, güvenlik görevlisi, kamera, alarm gibi güvenlik önlemleri,
- e. alıŖanların stresle baŖa çıkma becerisine yönelik eğitimi, iletiŖim ve problem üzümünün güçlendirilmesi, takım ruhunu güçlendiren grup alıŖmaları,
- f. Stres ve Ŗiddetin erken belirtilerinin farkına varılması, danıŖmanlık hizmeti, Ŗiddet mağdurlarına destek

4. Uygulamaların izlenmesi, değerlendirilmesi ve gerektiğinde geliŖtirilmesi (49, 52).

İŖYERİNDE RUH SAĞLIĞININ GELİŖTİRİLMESİ

İstatistiklere göre alıŖan nüfusun yaklaşık %20'si, alıŖma hayatı süresince bir ruh sağlığı sorunu ile karŖı karŖıya kalmaktadır. alıŖanların yaŖadıkları ruh sağlığı sorunları, bireyleri olumsuz etkilemesinin yanı sıra alıŖtıkları iŖyeri açısından da bazı olumsuz etkiler barındırmaktadır. alıŖanların alıŖma isteğinin azalması, iŖ veriminin ve üretkenliğin azalması, iŖe devamsızlığın artması, yapılan iŖte hata payının ve kazaların artması, alıŖanlar arasında gerginliklerin ve atıŖmaların artması, bu olumsuz etkilerden bazılarıdır (53, 54).

Yapılan alıŖmalar, iŖyerlerinde ruh sağlığı sorunları ve buna bağlı iŖe devamsızlığa neden olan en önemli psikososyal faktörlerin; uzun alıŖma saatleri, aŖırı iŖ yükü ve iŖ baskısı, yapılan iŖ üzerinde kontrolün az olması, karar verme mekanizmalarına katılamamak, yeterli sosyal desteğin olmaması ve iŖ tanımının açık olmaması olduğunu göstermektedir (55).

İŖyerleri, sundukları alıŖma ortamı açısından alıŖanların ruh sağlığını olumsuz etkileyebileceği gibi, tam tersi biçimde

ruh sağlığını geliştiren bir ortam da sunabilir. alışan bireylerin inandıkları bir amaca yönelik çalışmalarını, yeterli maddi olanaklara sahip olmalarını ve kendilerini ifade edebilmelerini sağlayan çalışma ortamları, ruh sağlığını olumlu etkileyecektir (56). Bu nedenlerle işyerlerinin, hem politika hem de uygulama düzeyinde, ruh sağlığını geliştirme stratejileri ve girişimleri için önemli yerler olduğu vurgulanmaktadır (54).

Ruh sağlığını geliştirme: “ruh sağlığına olumlu etkileri olan ya da ruh sağlığını koruyucu faktörlerin geliştirilmesi ya da arttırılması süreci” olarak tanımlanmaktadır (57). Bu kavram; sağlık düzeyi, bireysel gelişim ve güçlenme ile ilişkili bireysel, sosyal ve çevresel faktörlerin iyileştirilmesini içermektedir. Ruhsal sorunların/bozuklukların önlenmesi ise bu sorunların oluşmasını ya da tekrarlamasını engellemek ya da geciktirmek, aynı zamanda var olan ruhsal sorunların birey, aile ve toplum düzeyindeki etkilerini en aza indirmek amacıyla yapılan çalışmaları içermektedir (58). İşyerlerinde alışanların sağlığını geliştirmek için hem koruyucu hem de sağlığı geliştiren çalışmaları içeren kapsamlı bir yaklaşım gerekmektedir (54).

İşyerlerinde ruh sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik girişimlerin en önemli özellikleri aşağıda sıralanmıştır:

- İşyerinde ruh sağlığı ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi
- Belirlenen risklerin azaltılması için örgütsel önlemlerin alınması
- Çalışanların sağlığını ve iyilik halini geliştiren bir işyeri ortamı ve kültürü oluşturmak
- Esnek alışma saatlerinin sağlanması
- Günlük yaşamda karşılaşılan gluklerle baş etmek konusunda destek sağlanması (rneğin ocuk bakımı için kreş olanaklarının sağlanması)
- Kariyer geliştirmeye yönelik olanaklar sunulması

- Çok yönlü programlar geliştirilmesi (örneğin fiziksel egzersiz/ spor programı içeren ruh sağlığı programları)
- Ruh sağlığı konularında çalışanlara ve yöneticilere yönelik eğitimler verilmesi ve farkındalığı arttırmaya yönelik etkinlikler düzenlenmesi
- Çalışanlar arasında yüksek stres düzeyi ve ruh sağlığı sorunlarının erken dönemde tespit edilmesi ve uygun yönlendirmelerin yapılması
- Ücretsiz psikososyal rehberlik ve danışmanlık hizmeti ya da desteği sağlanması
- Ruh sağlığını geliştirme programlarına çalışanların ailelerinin katılımının sağlanması
- Çalışanlara maddi destek sağlanması
- İş dışında karşılaşılan sorunlarla başa çıkmak konusunda profesyonel destek ve önerilerin geliştirilmesi
- Çalışanların ilgi alanları ve hobilerine yönelik sosyal etkinliklerin ya da topluma yönelik etkinliklerin desteklenmesi
- İşyerinde yeni çalışmaya başlayan çalışanlara destek olabilecek/ yol gösterebilecek kıdemli çalışanların belirlenmesi (54).

SAĞLIK TARAMALARI

İşyerlerinde yürütülebilecek koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer alan bir diğer uygulama, hastalıkların erken dönemde tanısını sağlayan sağlık taramalarıdır. Erken tanı, hastalıkların erken dönemdeki belirtilerinin ve bulgularının fark edilmesi temeline dayanmakta ve uygulanması nispeten kolay ve ucuz olan bazı tanı testlerinin uygulanmasını içermektedir (24). Hastalıkların erken tanısı; uygun tedavinin başlanması, hastalığın ilerlemesinin önlenmesi ve yaşam süresinin uzatılması açısından son derece önemlidir. Erken tanı aynı zamanda gelecekte karşılaşılmaması beklenen hastalığa bağlı işe devamsızlıkları ve sağlık harcamalarını azaltmaktadır.

Taramalar işyerinde yapılabileceği gibi çalışanların, sağlık merkezlerindeki tarama olanakları konusunda bilgilendirilmesi ve ilgili merkezlere yönlendirilmesi şeklinde de yapılabilir. Bu kapsamda şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kemik erimesi ve bazı kanserlerin taraması planlanabilir. Bu noktada önemli olan, çalışanların yaş ve cinsiyet açısından profili ile işyeri risk faktörleri açısından önemli olabilecek hastalıkların taranmasına öncelik vermektir (24).

Taramalar için öncelikli hedef gruplarının belirlenmesi, bilgilendirilmesi ve taramalara katılmak üzere davet edilmesi gerekmektedir (24). İşyerinde tarama programlarının yanı sıra çalışanların, seçilen hastalıkların erken dönem belirtileri ile ilgili farkındalığını arttırmaya yönelik sağlık eğitimi programları da etkili olmaktadır.

İŞYERİNDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROGRAMLARININ BAŞARISI İÇİN ÖNERİLER

Sağlığın geliştirilmesindeki temel ilke, bireylerin kendi sağlıklarından sorumlu olmaları için gereken kapasiteye ve güce sahip olduklarını kabul etmek ve onlara sağlığın geliştirilmesi için gerekli ortamı hazırlamaktır. Sağlığın geliştirilmesindeki bir diğer ilke, sağlık hizmetlerinin yalnızca tedavi hizmetleri olmadığı, sağlığın daha geniş bir alanı kapsadığı görüşü ile bireylerin çevrelerini, sağlığı olumlu etkileyecek biçimde geliştirmektir (59).

Sağlık eğitimi, sosyal pazarlama, müdahale çalışmaları, yardımlaşma çalışmaları, bireysel sorumluluğun artırılması (özbakım) ve destekleyici politikalar gibi stratejiler içerebilen sağlığı geliştirme çalışmaları, sağlık hizmetlerinin bütününe entegre edilmiş ve günlük hizmetlerin bir parçası olmalıdır (59). Bu nedenle işyerlerinde işveren, yönetici ve sağlık çalışanlarının sağlığı koruma ve geliştirme çalışmalarını, kendilerinin doğal bir sorumluluğu şeklinde algılıyor olmaları önem taşımaktadır.

İşyerlerinde sağlığı geliştirme uygulamalarının hem çalışanlar hem de işverenler açısından yararı, bugüne kadar yapılan pek çok bilimsel araştırmanın yanısıra ILO ve DSÖ başta olmak üzere uluslararası örgütler tarafından yayımlanan pek çok rapor ile desteklenmektedir (8, 16, 43, 60). Bu raporlar ve araştırmalarda, işyerinde sağlığı geliştirme konusunda başarılı uygulamaların özellikleri tanımlanmakta ve bazı öneriler sunulmaktadır.

İşyerinde sağlığı geliştirme programlarının başarısı için;

- Programın amaç ve hedeflerinin net olarak belirlenmesi,
- Çalışanların gereksinimlerinin göz önüne alınması,
- Programların işveren ve çalışanlar tarafından benimsenmesinin sağlanması,

- Programlara hem işveren hem de çalışanların aktif katılımının teşvik edilmesi,
- Programların sürdürülebilirliği açısından yeterli süre ve kaynağın ayrılması,
- Programların çalışanların yaşına, eğitim düzeyine ve kültürüne uyumlu olması,
- Temel ve kolay anlaşılır sağlık bilgilerine dayanması,
- Açık ve tutarlı mesajlar verilmesi,
- Bilginin yanı sıra sağlıklı davranışlara da odaklanması,
- Karşılıklı etkileşimin olduğu eğitim yöntemlerinin kullanılması,
- Eğitimlerde gerçek yaşam olaylarının kullanılması,
- Eğitim materyalleri / destek materyallerin geliştirilmesi,
- Programın idari önlemler, altyapı ve çevresel düzenlemeler ile desteklenmesi ve
- Programın sürekli izlenmesi, değerlendirilmesi ve gerektiğinde değişiklikler yapılması önerilmektedir (1, 16, 60, 61).

KAYNAKLAR

1. Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2004.
2. Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, International Labour Organization and World Health Organization, 1951.
3. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1
4. Macdonald S, Csiernik R, Durand P, Rylett M, Wild TC. Prevalence and Factors Related to Canadian Workplace Health Programs. Canadian Journal of Public Health Mar/Apr 2006;97(2):121-125.
5. DSÖ. Dünya Sağlık Raporu 1998. B.Metin, A.Akın, İ.Güngör (Çev. Ed.). Ankara: Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998.
6. Bahar Özvarış Ş. Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2011.
7. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care. (1978). Alma-Ata. 6-12 September 1978. Erişim tarihi: 13.07.2011, Erişim adresi: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
8. Malzon RA, Lindsay GB. Health Promotion at the Worksite: A Brief Survey of Large Organizations in Europe. European Occupational Health Series No.4, WHO Europe, 1992.
9. Bertera RL. The Effects of Workplace Health Promotion on Absenteeism and Employment Costs in a Large Industrial Population. Am J Public Health 1990;80:1101-5.
10. Goetzl RZ, Jacobson BH, Aldana SG, Vardell K, Yee L. Healthcare Costs of Work Site Health Promotion Participants and Non-participants. J Occup Environ Med 1998; 40(4): 341-346.
11. Evans CJ. Health and Work Productivity Assessment: State of the Art of State of Flux. J Occup Environ Med 2004;46:S3-S11.
12. Shain M, Kramer DM. Health Promotion in the Workplace: Framing the Concept, Reviewing the Evidence. Occup Environ Med 2004;61:643-648.
13. Rogers B. Occupational and Environmental Health Nursing. 2.Ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2003.
14. Fertman CI, Allensworth DD. Health Promotion Programs: From Theory to Practice. San Francisco: Jossey-Bass Awiley Imprint, 2010.
15. Fişek N. (t.y.). Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları – I, Sağlık Yönetimi. Erişim tarihi: 09.08.2011, Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html

16. Griffiths JH. A Practical Guide to Health Promotion in the Workplace: Guidelines for Alliance-building and Network with Companies. European Occupational Health Series No.5, WHO Europe and Health Promotion Wales, 1995.
17. Zielony R, Kimzeke G, Stacic S, Bruyn M, Bodiroza A. Peer Education Training of Trainers Manual, UNFPA, 2003.
18. Green LW. Prevention and Health Education. Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine, 14th Ed. R.B.Wallace. (Ed). Stamford, Connecticut: Appleton&Lange A Simon&Schuster Company, 1998.
19. ILO. SOLVE, Addressing Psychosocial Problems at Work. Erişim tarihi: 01.01.2009, Erişim adresi: <http://www.ilo.org/safework/solve>
20. Population Council. Reaching Highly Mobile Workers with HIV/AIDS Prevention Programs. Horizons Report, 2003. Erişim tarihi: 28.12.2008, Erişim adresi: [http://www.popcouncil.org/Horizons/newsletter/horizons\(6\)_3.html](http://www.popcouncil.org/Horizons/newsletter/horizons(6)_3.html)
21. Rogers B. Occupational Health Nursing Concept and Practice. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1994.
22. O'Donnell MP. Health Promotion in the Workplace. Newyork: Delmar, 2002.
23. Sutandyo N. Nutritional carcinogenesis. Acta Medica Indonesiana 2010;42(1):36-42.
24. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.
25. Belpomme D, Irigaray P, Sasco AJ, Newby JA, Howard V, Clapp R. ve diğerleri. The Growing Incidence of Cancer: Role of Lifestyle and Screening Detection. International Journal of Oncology 2007;30(5):1037-49.
26. WHO. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
27. World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research. Policy and Action for Cancer Prevention. Food, Nutrition, and Physical Activity: A Global Perspective. Washington, DC: World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research, 2009.
28. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ ve diğerleri. National, Regional, and Global Trends in Body-mass Index since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 960 Country-years and 9.1 Million Participants. The Lancet 2011;337(9765):557-567. Epub 2011 Feb 3.
29. TÜİK. Sağlık Araştırması 2008. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2010.
30. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Temel Bulgular. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

31. Sorensen G, Linnan L, Hunt MK. Worksite-based Research and Initiatives to Increase Fruit and Vegetable Consumption. *Prev Med.* 2004 Sep;39(Suppl 2):S94-100.
32. WHO. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization, 2010.
33. Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM. State of the Epidemiological Evidence on Physical Activity and Cancer Prevention. *European Journal of Cancer* 2010;46(14):2593-604.
34. WHO. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization, 2002.
35. Naito M, Nakayama T, Okamura T, Miura K, Yanagita M, Fujieda Y, ve diğeri. Effect of a 4-year Workplace-based Physical Activity Intervention Program on the Blood Lipid Profiles of Participating Employees: The High-risk and Population Strategy for Occupational Health Promotion (HIPOP-OHP) Study. *Atherosclerosis* 2008 Apr;197(2):784-90. Epub 2007 Sep 14.
36. WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package. Geneva: World Health Organization, 2008.
37. WHO. Protection From Exposure to Second-hand Tobacco Smoke. Policy Recommendations. Geneva: World Health Organization, 2007.
38. T.C. Sağlık Bakanlığı. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010.
39. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanselerle Savaş Dairesi Başkanlığı. Türkiye’de Kanseler Kontrolü. A.M.Tuncer. (Ed.). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanselerle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2009.
40. WHO. World No-Tobacco Day--31 May 1992 (Press packet). Geneva: World Health Organization, 1992.
41. Bilir N, Yıldız AN. Çalışma Hayatı ve Sigara, Sigarasız İşyerleri. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008.
42. Chapman S, Borland R, Scollo M, Brownson RC, Dominello A, Woodward S. The Impact of Smoke-free Workplaces on Declining Cigarette Consumption in Australia and the United States. *Am J Public Health* 1999; 89(7):1018-1023.
43. WHO. Lifestyle and Health Risks at the Workplace. European Occupational Health Series No.2. Copenhagen: WHO Europe, 1991.
44. WHO. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization, 2008.
45. TÜİK. Türkiye İstatistik Yıllığı 2010. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2011.

46. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi, Hastalık Yükü Final Raporu 2004. Ankara: RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004.
47. Krug EG, Dahlberg LL. Violence – A Global Public Health Problem. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
48. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public Health and Violence Prevention. *Curr Issues in Public Health* 1995;1:2-9.
49. Yıldız AN, Kaya M, Bilir N. İşyerinde Şiddet. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu. Ankara: Ziraat GURUP Matbaacılık A.Ş., 2011.
50. Martino VD, Musri M. Guidance for the Prevention of Stress and Violence at the Workplace. Kuala Lumpur: Ministry of Human Resources of Malaysia, Department of Occupational Safety and Health, 2001.
51. Loveless L. Workplace Violence. A Report to the Nation. Iowa City: The University of Iowa, Injury Prevention Center, 2001. Erişim tarihi: 25.02.2012, Erişim adresi: <http://www.public-health.uiowa.edu/iprc/resources/workplace-violence-report.pdf>
52. Violence at Work. A Guide for Employers. Health and Safety Executive, 2001. Erişim tarihi: 26.02.2012, Erişim adresi: <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg69.pdf>
53. Harnois G, Gabriel P. Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices. Geneva: World Health Organisation, 2000.
54. European Agency for Safety and Health at Work. Mental Health Promotion in the Workplace – A Good Practice Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.
55. Michie S, William S. Reducing Work Related Psychological Ill Health and Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *Occupational & Environmental Medicine* 2003;60:3-9.
56. McDaid D, Curran C, Knapp M. Promoting Mental Well-being in the Workplace: A European Policy Perspective. *International Review of Psychiatry* 2005;17(5):365-373.
57. Pollett H. Mental Health Promotion: A Literature Review, 2007. Erişim tarihi: 01.03.2012, Erişim adresi: <http://www.cmhanl.ca/pdf/Mental%20Health%20Promotion%20Lit.%20Review%20June%2018.pdf>.
58. Jane-Llopis E, Katschnig H, McDaid D, Wahlbeck K. Commissioning, Interpreting and Making Use of Evidence on Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: An Everyday Primer, Direcçao Geral de Saude, Lisbon, 2007.

59. Öztekin Z. Sağlığın Geliştirilmesi alışmalarının Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu. Sağlık ve Toplum 2011;21(1):3-6.
60. Johnson L, Denham SA. Structuring Successful Interventions in Employee Health Programs. AAOHN J. 2008;56(6):231-40.
61. Whysall Z, Haslam C, Haslam R. A Stage of Change Approach to Reducing Occupational Ill Health. Preventive Medicine 2006;43:422–428.