



TC
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

SAKARYA İLİ MERKEZ İLÇEDE YER ALAN KÜÇÜK VE
ORTA BOY İŞLETMELERDE ÇALIŞAN KİŞİLERİN YAŞAM
KALİTELERİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR NİDA ERDOĞAN

KASIM – 2017

TC
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

SAKARYA İLİ MERKEZ İLÇEDE YER ALAN KÜÇÜK VE
ORTA BOY İŞLETMELERDE ÇALIŞAN KİŞİLERİN YAŞAM
KALİTELERİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

DR. NİDA ERDOĞAN

DANIŞMAN
PROF. DR. HASAN ÇETİN EKERBİÇER

KASIM – 2017

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 11/05/2017 tarihinde onay alarak hazırlanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçek için Dünya Sağlık Örgütü WHOQOL Türkiye Merkezi'nden 15/02/2017 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Sürümü'nü kullanma izni alınmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

TARİH: 19/10/2017

NİDA ERDOĞAN

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitim sürem içinde bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım ve tezimin son halini almasında yardımlarını esirgemeyen çok kıymetli saygıdeğer hocamız Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER'e; tezimin istatistiğinde yardımcı olan hocamız Doç. Dr. Ünal ERKORKMAZ'a; manevi desteklerini esirgemeyen bölümümüzdeki asistan arkadaşlarıma; esnaf odalarıyla iletişimimde yardımları olan ve yol gösteren Sakarya Esnaf ve Odalar Birliği Sicil Müdürü Ufuk Bey'e ve diğer esnaf odaları başkanlarına; zor zamanlarımda uzakta da olsa destekleriyle yanımda olan çok sevdiğim annem, babam, ablam ve kardeşime; son olarak her zaman yanımda olan veri toplamama yardım eden, maddi ve manevi her türlü desteği sağlayan, can şenliğim, hayat yoldaşım, sevgili eşim Alihan ERDOĞAN'a teşekkürlerimi sunarım. Saygılarımla

DR. NİDA ERDOĞAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER	v
ŞEKİLLER	vi
TABLOLAR	vii
TÜRKÇE ÖZET	xi
İNGİLİZCE ÖZET	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ.....	6
2.1.1. Tanımlar.....	6
2.1.2. Halk Sağlığı Açısından Önemi.....	8
2.1.3. Türkiye’de Yasal Durum.....	9
2.2. KÜÇÜK ÖLÇEKLİ İŞLETMELER.....	12
2.3. YAŞAM KALİTESİ.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	19
3.1.1. Araştırmanın Yeri	19
3.1.2. Araştırmanın Zamanı	20
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	21
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	21
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	25
3.4.1. Bağımlı değişkenler	25
3.4.2. Bağımsız değişkenler	25
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMLERİ	26
3.5.1. Veri Toplama Araçları	26
3.5.2. Tanımlar.....	26

3.5.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Sürüm	27
3.5.4. Ön deneme	29
3.5.5. Veri Toplama Yöntemi	29
3.5.6. Araştırmanın İnsan Gücü	29
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	29
3.7. ARAŞTIRMANIN SÜRECİ	30
3.8. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER	30
3.9. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ	31
3.10. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	31
4. BULGULAR	32
4.1. TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER	32
4.1.1. Çalışmaya Katılan İşçilerin Sosyodemografik Durumlarının Dağılımı	
4.1.2. Çalışmaya Katılan İşçilerin WHOQOL-Bref Ölçeğinden Aldığı Puanlar	
4.2. ÇÖZÜMLEYİCİ İSTATİSTİKLER	43
5. TARTIŞMA	82
6. SONUÇ	92
KAYNAKLAR	95
EKLER	100
EK-1 ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİNİ	101
EK-2 ETİK KURUL ONAYI	102
EK-3 ANKET FORMU	103
EK-4 ÖZGEÇMİŞ	108

KISALTMA VE SİMGELER

AB: Avrupa Birliği

ÇSGB: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EBD: En büyük değer

EKD: En küçük değer

GSYK: Genel sağlık yaşam kalitesi

ILO: International Labour Organization

İSG: İş Sağliğı ve Güvenliği

KOBİ: Küçük ve Orta Boy İşletmeler

KS-Çevre: Kültüre standardize çevre alanı

OSGB: Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi

Ort: Ortalama

SB: Sağlık Bakanlığı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SME: Small Medium Sized Enterprises

SS: Standart Sapma

TL: Türk Lirası

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VKİ: Vücut kitle indeksi

Vb: Ve benzeri

WHOQOL-Bref: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Sürümü

€: Avro

ŞEKİLLER

Şekil 1. KOBİ'lerin 2014 yılı büyüklük göstergeleri

Şekil 2. KOBİ'lerin 2014-2015 yılında ticaretteki payları

Şekil 3. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi

Şekil 4. Katılımcıların yaşlarının dağılımı

Şekil 5. Katılımcılardan kronik hastalığı olduğunu beyan edenlerin bildirdiği hastalık gruplarının dağılımı

Şekil 6. Katılımcıların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları alan puanlarının dağılımları

TABLULAR

Tablo 1. Avrupa ülkelerinde ve Türkiye’de KOBİ tanımları

Tablo 2. Sakarya Esnaf Odalar Birliği’ne bağlı merkez ilçede bulunan esnafın odalara ve tehlike sınıfına göre dağılımı

Tablo 3. WHOQOL-Bref ölçeğinin alanları ve alanların içeriği

Tablo 4. Araştırmanın süreç taslağı

Tablo 5. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları

Tablo 6. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımları

Tablo 7. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre dağılımları

Tablo 8. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları

Tablo 9. Katılımcıların çalıştıkları esnaf odasına ve esnaf odasının dâhil olduğu tehlike sınıfına göre dağılımları

Tablo 10. Katılımcıların yaşadığı yere göre dağılımları

Tablo 11. Katılımcıların iş yerine ulaşım olanaklarına göre dağılımları

Tablo 12. Katılımcıların ankette yer alan sigara ve alkol kullanımı ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımları

Tablo 13. Katılımcıların aylık gelirlerinin dağılımları

Tablo 14. Katılımcıların gelir-gider dengesiyle ilgili soruya verdikleri cevapların dağılımları

Tablo 15. Katılımcıların ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımları

Tablo 16. Katılımcılardan kronik hastalığı olduğunu beyan edenlerin bildirdiği hastalıkların dağılımları

Tablo 17. Katılımcıların çalışma hayatlarıyla ilgili bazı sorulara verdikleri cevapların dağılımları

Tablo 18. Katılımcıların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları alan puanlarının dağılımları

Tablo 19. Katılımcıların algıladıkları yaşam kalitesi ve sağlık kalitesi düzeyleriyle ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımları

Tablo 20. Katılımcıların cinsiyetine göre yaşam kalitesi algısının karşılaştırılması

Tablo 21. Katılımcıların cinsiyetine göre sağlık kalitesi algısının karşılaştırılması

Tablo 22. Katılımcıların cinsiyetine göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 23. Katılımcıların medeni durumuna göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 24. Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 25. Katılımcıların medeni durumlarına göre WHOQOL-Bref ölçeğinin alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 26. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 27. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 28. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre WHOQOL-Bref ölçeğinin alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 29. Katılımcıların eğitim seviyesine göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 30. Katılımcıların eğitim seviyesine göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 31. Katılımcıların eğitim seviyesine göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 32. Katılımcıların çalıştıkları iş yerinin dâhil olduğu tehlike sınıfına göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 33. Katılımcıların çalıştıkları iş yerinin dâhil olduğu tehlike sınıfına göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 34. Katılımcıların çalıştıkları iş yerinin dâhil olduğu tehlike sınıfına göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 35. Katılımcıların ikamet ettiği evin durumuna göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 36. Katılımcıların ikamet ettiği evin durumuna göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 37. Katılımcıların ikamet ettiği evin durumuna göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 38. Katılımcıların iş yerine ulaşım olanaklarına göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 39. Katılımcıların iş yerine ulaşım olanaklarına göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 40. Katılımcıların iş yerine ulaşım olanaklarına göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 41. Katılımcıların belirttikleri gelire göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 42. Katılımcıların belirttikleri gelire göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 43. Katılımcıların belirttikleri gelire göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 44. Katılımcıların gelir-gider dengesine göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 45. Katılımcıların gelir-gider dengesine göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 46. Katılımcıların gelir-gider dengesine göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 47. Kronik hastalık varlığına göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 48. Kronik hastalık varlığına göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 49. Kronik hastalık varlığına göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 50. Katılımcıların iş kazasına maruz kalma durumuna göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 51. Katılımcıların bir iş kazasına maruz kalma durumuna göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 52. Katılımcıların bir iş kazasına maruz kalma durumuna göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 53. Katılımcıların iş yeri sağlık riskleriyle ilgili eğitim alma durumuna göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 54. Katılımcıların iş yeri sağlık riskleriyle ilgili eğitim alma durumuna göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 55. Katılımcıların iş yeri sağlık riskleriyle ilgili eğitim alma durumuna göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 56. Katılımcıların haftalık çalışma süresine göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 57. Katılımcıların haftalık çalışma süresine göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 58. Katılımcıların haftalık çalışma süresine göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 59. Katılımcıların ek işte çalışma durumuna göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 60. Katılımcıların yaşları, iş hayatına başlama yaşları, bulunduğu iş yerinde çalıştığı süre ve vücut kitle indeksleri ile WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanlarının korelasyonu

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu araştırmada Sakarya ili merkez ilçesinde yer alan küçük ve orta boy işletmelerde (KOBİ) çalışanların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve bunu etkileyebilecek bazı faktörlerle ilişkilerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kesitsel tipte planlanan bu araştırmanın evrenini merkez ilçede Esnaf ve Sanatkârlar Odaları Birliği'ne kayıtlı KOBİ'lerde çalışanlar oluşturmaktadır. Örneklem boyutu en az 384 olarak hesaplanmıştır. Çalışma analizine 406 kişi dâhil edilmiştir. Literatür taranarak hazırlanan anket formu ve WHOQOL-Bref ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmada WHOQOL-Bref ölçeği Cronbach alfa değeri 0,907 olarak bulunmuştur.

BULGULAR: Katılımcıların %74,6'sı erkek ve %57,1'i evlidir. Yaş ortalaması $33,61 \pm 11,14$ SS'dır. Katılımcıların %18,3'ü ilkokul ve altı, %17,2'si üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir. Çalışanların %70,0'i iş yerinde haftalık ortalama 45 saat ve üzerinde çalışmaktadır. Aylık gelir, çalışanların %58,7'sinde 1700 TL veya altında olup, %5,3'ünde 4801 TL veya üzerindedir. Ölçekten aldıkları alan puanlarının ortalaması fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, çevre ve KS-çevre alanlarında sırasıyla $15,34 \pm 2,56$ SS; $15,43 \pm 2,69$ SS; $15,47 \pm 3,43$ SS; $14,17 \pm 2,75$ SS; $14,20 \pm 2,53$ SS olarak hesaplanmıştır.

SONUÇ: Bu çalışmada WHOQOL-Bref ölçeği alan puanları yapılmış birçok çalışmaya göre yüksek bulunmuştur. Çevre alanı puanlarının literatürdeki diğer çalışmalar ile benzer şekilde görece düşük olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi düşük olanların yaşam kalitesi, beklenen şekilde daha kötü bulunmuştur. Çalışma sürelerinin fazla olmasına rağmen, sağlık kalitesi algısı katılımcıların çoğu tarafından iyi olarak bildirilmiştir. Bu durum katılımcıların, sağlıklı oldukları için çalışabildiklerini düşündürmüştür. Özellikle ücret ve çalışma süresi gibi psikososyal etmenlerin, KOBİ'lerde çalışanların yaşam kalitelerini etkilediği görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Çalışan Sağlığı, KOBİ, Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi Algısı WHOQOL-BREF.

SUMMARY

Evaluation Of The Quality Of Life Of Workers In Small - Medium Enterprises In The Central District Of Sakarya Province And The Effective Factors

INTRODUCTION AND PURPOSE: In this study, it was aimed to evaluate the quality of life of workers in small-medium sized enterprises (SME) located in the central district of Sakarya province and the factors that may affect it.

MATERIALS AND METHODS: The universe of this cross-sectional research was the ones working in SMEs which are the members of the Union of Chambers of Merchants and Craftsmen. The sample size was calculated to be at least 384. 406 participants were included in the study analysis. Survey form prepared by searching the literature and questionnaire of WHOQOL-Bref scale were used. In this study, Cronbach's alpha value of WHOQOL-Bref scale was found to be 0,907.

RESULTS: 74,6% of the participants were male and 57,1% were married. The mean age was $33,61 \pm 11,14$ SD. 18,3% of the participants were primary school graduated; 17,2% were postgraduated. 70,0% of the employees work for an average of 45 hours or more per week. Monthly income was 1700 TL or less in 58,7%, and 4801 TL or more in 5,3% of the employees. The mean scores of physical, psychological, social, environmental and national environmental domains were found as $15,34 \pm 2,56$ SD; $15,43 \pm 2,69$ SD; $15,47 \pm 3,43$ SD; $14,17 \pm 2,75$ SD and $14,20 \pm 2,53$ SD respectively.

CONCLUSION: In this study, WHOQOL-Bref scale domain scores were found to be higher than many studies. Environmental domain scores were found to be relatively low alike other studies in literature. The quality of life of those with low income was found to be worse as expected. Despite high duration of work, overall perception of health was well reported by most participants. It shows that participants could work because they're healthy. In particular, psychosocial factors such as wage and duration of work affect the quality of life of employees in SMEs.

Key Words: Perception Of Health, Perception Of Quality Of Life, SME, WHOQOL-BREF, Worker's Health.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

“İşçi sağlığı sorunu bir alınyazısı, dikkatsizlik, ihmalkârlık sorunu değildir. Sorun emperyalizme bağımlı az gelişmiş kapitalist bir ũlkenin genel sağlık sorunları, ũretim teknolojisi, malların sağlığa uygun koşulları, işçinin alışma koşulları, yaşama koşulları ve sosyal gũvenlik, gelir bũlũřũmũ, işsizlik, eğitim, kadın işçiler, ıracak ve genç işçilerin sorunları ile i içe ele alınması gereken, çok yũnlũ bir sorundur.” I. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi Sonuç Bildirgesi'nden, İstanbul, Ekim 1978.

alışan sağlığı ve iş gũvenliđi uzun sũredir tartışılan, ũzerinde durulan bir konudur. İş sağlığı ve gũvenliđi insanlar çalışmaya başladıklarından beri var olan ancak zamanla ũnem kazanmış bir kavramdır. ũnkũ bir problemin gerçekten sorun sayılması için toplumun değer verdiği “ocuk” gibi bir ũgeye zararının olması gerekir. Bu nedenle iş sağlığı ve gũvenliđi çalışmaları daha çok sanayi devriminden sonra beden bulmaya başlamıştır.

Sanayi devriminden sonra bu alanda gelişmeler olmuş, ancak bugũnkũ anlamda çalışmalar madencilikle başlamıştır. Madenlerde daha derin çalışmalar yapılmaya başlanmış ve o gũnũn ũartlılarıyla herhangi bir iş sağlığı veya iş gũvenliđi ũnlemleri alınmamıştır. Derinlere ulaşmada vũcutları bakımından daha zayıf ve esnek olmaları nedeniyle ocuk işçiler kullanılmaya başlanmıştır. Ancak ũnlem olmaması nedeniyle birçok ocuk işçi ya gũũk altında kalarak ya da havalandırma yetersizliğine bağlı solunum sistemi hastalıklarına yakalanarak çok erken yaşta ũlmeye başlamıştır. Genç yaşta çok sayıda kayıplar olması ũzerine iş sağlığı ve gũvenliđi sũreci ortaya çıkmaya başlamıştır. Birçok hekim, mũhendis, hukukçu iş sağlığı alanında yapılan çalışmalara katkı vermiştir. Bununla birlikte 1633-1714 yıllarında yaşamış Dr Bernardino Ramazzini iş sağlığı kavramını ortaya atan ilk kişi olarak kabul edilmektedir. Ramazzini De Morbis Artificum Diatriba (alışanların Hastalıkları) isimli kitabında hekimlere hastalarının mesleklerini mutlaka sormaları gerektiğini vurgulamıştır (Gũler ve Akın 2012a, Bilir ve Yıldız 2013a).

İş sağlığı ve güvenliğinin öneminin anlaşılmasından sonra ülkeler zaman içinde iş sağlığı ve güvenliği alanında ulusal düzeyde düzenlemeler yapmış ancak bu durum üretimde maliyet artışına sebep olduğu için uluslararası düzeyde planlar ve düzenlemeler yapılması gerekliliğini ortaya çıkmıştır. Bu durum 1. Dünya Savaşı sonrasında imzalanan Versay Antlaşması'nda "Uluslararası bir çalışma örgütü kurulması" maddesinin eklenmesini sağlamıştır. Böylece 1919'da Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) kurulmuştur. ILO'nun amacı sözleşme ve tavsiye kararları düzenlemektir. Üye ülkelerin ILO'nun düzenlemelerine uyma zorunluluğu yoktur. Ancak ülke parlamentosu tarafından onaylandığı sürece, onaylanan sözleşme söz konusu ülkede yasa hükmü kazanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Avrupa Birliği (AB) de çalışma hayatıyla ilgili etkinlik gösteren diğer uluslararası düzeyde kuruluşlardır. DSÖ'nün amacı hazırlanacak sözleşmelere katkı sağlamak ve koruyucu düzenlemeler önermek ve raporlar hazırlayıp sunmaktır. AB'nin katkısı direktifler yayınlamak şeklinde olmaktadır. Tüm bu öneri, rapor ve direktiflerde amaç çalışanların işyerlerinde bulunan fiziksel, kimyasal, psikolojik, biyolojik ve ergonomik risk faktörlerinden korunmalarını sağlamak ve işyerlerinde sunulması gereken sağlık hizmetlerinin organizasyonu ile ilgili düzenlemeler yapmaktır. İş sağlığı ve güvenliği çok yönlü bir alan olduğu için birçok sektörün işbirliğini gerektirmektedir. Bu yüzden bu alanla uzaktan yakından ilgili birçok kuruluş vardır. Türkiye'de iş sağlığı ve güvenliği (İSG) ile ilgili ulusal kuruluşlar ikiye ayrılır. Kamu alanında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB), Sağlık Bakanlığı (SB), Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), meslek hastalıkları hastaneleri; sivil alanda sendikalar, meslek odaları ve üniversiteler yer almaktadır. Türkiye'de İSG ile ilgili ulusal kuruluşların hükümleri geçerli olmakla birlikte uluslararası kuruluşlara üyeliğinin olmasına bağlı olarak bazı uluslararası sözleşme hükümleri daha üst seviyede geçerliliğe sahiptir (Güler ve Akın 2012a, Bilir ve Yıldız 2013a).

Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü Uzmanlar Komitesi tarafından tanımlanan iş sağlığı kavramı; bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini sürdürme ve bunu daha üst düzeylere çıkarma çalışmalarıdır. Bunun için risklerin kontrolünün yanı sıra işin insana, çalışanın da

kendi işine uyumunun sağlanması gerekmektedir (Güler ve Akın 2012a, Bilir ve Yıldız 2013a).

Türkiye’de iş sağlığı alanında birçok kanun çıkarılmış ancak günümüzde bunlardan sadece dört tanesinin maddeleri geçerlidir. Bununla birlikte bu alanda pek çok yönetmelik mevcuttur. Türkiye’de İSG hizmetleri (iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı bulundurma zorunluluğu ve bazı maddeler haricinde) 01.07.2017 itibariyle 50’den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için, 01.01.2014 itibariyle 50’den az çalışanı olan tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için, 01.01.2013 itibariyle diğer tüm işyerleri için zorunlu kılınmıştır (Bilir 2016, İş Kanunu, TC Resmi Gazete, 10 Haziran 2003, Sayı:25134; İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, TC Resmi Gazete, 30 Haziran 2012, Sayı:28339).

Türkiye’de SGK’nın 2010 verilerine göre iş yeri sayısı 1 367 318 olup, işçi sayısı 9 743 072 kişidir. İşyerlerinin %85,9’u 1-9 kişinin çalıştığı işyerleridir. SGK’nın 2015 verilerine bakıldığında toplam 1 740 187 iş yeri olup, 18 yaş ve üzeri çalışan aktif sigortalı 13 999 398 kişi vardır. SGK’nın 2016 verilerine göre ise toplam iş yeri sayısı 1 749 240 olup; bir kişinin çalıştığı iş yeri sayısı toplamın %35,2’si; 2-9 kişinin çalıştığı iş yeri sayısı toplamın %50,9’u; 10-49 kişinin çalıştığı iş yeri sayısı toplamın %12,0’dır. Buna bağlı olarak görülüyor ki Türkiye’de 2016 yılında aktif çalışan olan işyerlerinden %98,0’ı 50’den az çalışanı olan işyerleridir (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari, Erişim tarihi: 18.08.2017). Bu işyerlerinin az tehlikeli sınıfta olanları hariç diğerlerinde İSG hizmet sunumu zorunludur. Bir başka deyişle 50 ve üzeri çalışanı olan %2,0’lık kesimi oluşturan işyerlerinde İSG hizmetleri kesin olarak sunulmakla birlikte %98,0’ını oluşturan 50’den az çalışanı olan iş yerlerinden sadece az tehlikeli sınıfta yer alan iş yerlerinde hizmet sunumu zorunlu değildir. 2010 yılında ise çalışanların çoğu 50’den az çalışanı olan iş yerinde çalışmaktaydı ve bu çalışanların tehlike sınıfına bakılmaksızın hiçbiri İSG hizmeti almamakta idi (Güler ve Akın 2012a). Bu da Türkiye’de İSG hizmetlerinin 2012 tarihli 6331 sayılı yasadan önceki döneme göre oldukça yaygınlaştığını göstermektedir. Ancak sunulan hizmetin

kalitesi ve sonuçlarıyla ilgili net bilgiye yıllar içinde istatistiksel veriler oluşmaya başladıkça ulaşılabacaktır.

Dünya genelinde çalışanların sadece %10-15'i iş sağlığı hizmetlerini almaktadır. Bu sıklıkla sanayileşmiş ülkelerde %15-90 arasında iken gelişmekte olan ülkelerde %1-20 düzeyindedir. Hizmetlerden yararlanma eşit ve dengeli değildir. En çok küçük işletmeler kapsam dışındadır. Kapsamın yüksek olduğu ülkelerde bile küçük işletmelerde, inşaat ve tarım sektöründe, kendi işinde çalışanlarda, kapsam düşüktür (Aydın 2014, Güler ve Akın 2012a).

İş sağlığı ve güvenliği kavramı halk sağlığı açısından oldukça önemlidir. Çalışanların toplumda büyük bir grup oluşturması, insan hayatının önemli bir kısmının iş yeri ortamında geçmesi, çalışanların toplumda risk grubu olması, koruma ilkesinin iş sağlığı alanında da geçerli olması, sanayi kuruluşlarının çevreye zarar vermesi, büyük endüstriyel kazaların toplumsal sorunlar yaratması İSG konularının halk sağlığı açısından ne denli önemli olduğunun açıklamasıdır (Bilir ve Yıldız 2013a).

İş sağlığı ve güvenliği halk sağlığı alanında birçok açıdan ele alınabilir: teknik boyutu, hukuki boyutu, eğitim boyutu ve ekonomik boyutu gibi. İş sağlığı alanında yapılan düzenlemeler sadece tıbbi kontrolü sağlamaz, aynı zamanda verilecek eğitimlerle olası iş kazaları ve iş kazasına bağlı ölüm oranları azaltılabilir. İşyerlerinin çeşitli ürünlerinin ve atıklarının çevreye ve oradan da insanlara vereceği zarar atıkların bertarafı ve denetlemelerle azaltılabilir. Böylece hem çalışan hem çevresi sağlıklı hale gelebilir. Kazaların ve sağlıksız koşulların azalması sayesinde çalışan kesimin işe devamsızlığı da azalır ve üretilen iş artarak sürekli hale gelir. Dolayısıyla üretim ve çalışan sağlığı arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. Çalışanların sağlık düzeyi arttıkça üretim ve yapılan işin kalitesi artar, ekonomik iyileşme olur, bu da işçinin sağlığını ve yaşam kalitesini artırır. İşçinin standartları arttıkça bu süreç de olumlu olarak ilerler. Bu nedenle çalışan sağlığına önem veren çalışmaların devamlılığı önemlidir (Bilir ve Yıldız 2013a).

Çalışanların sağlık algılarını ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini belirli aralıklarla değerlendirmek gerekir. Böylece elde edilen yaşam kalitesi değerlerini çeşitli kültürlerle karşılaştırmak, yaşam kalitesini etkileyen durumları saptamak ve çözüm önerileri sunmak çalışan sağlığı açısından farklı bir boyutta fayda sağlar (WHO 1996, Aydemir Ö ve Köroğlu E 2006).

Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de İSG alanında çok sayıda çalışma yapılmıştır. Ancak çalışanların yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışma sayısı azdır. Bu çalışmanın amacı; Sakarya ili merkez ilçesinde yer alan küçük ve orta boy işletmelerde çalışanların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve bunu etkileyebilecek bazı faktörlerle olası ilişkilerin ortaya konmasıdır. Sakarya’da bu alanda yapılmış çalışma henüz yoktur, bu nedenle çalışmanın verileri Sakarya ili merkez ilçesinde yer alan küçük ve orta boy işletmelerde çalışanların sağlığını ve yaşam kalitesini yansıtması açısından oldukça değerlidir. Böylece zaman içinde olabilecek değişiklikleri değerlendirmemizi sağlayacak bir durum tespiti yapmak ve gelecek çalışmalara ışık tutmak mümkün olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

2.1.1. Tanımlar

Bir iş sözleşmesine dayanarak çalışan gerçek kişiye işçi; işçi çalıştıran gerçek veya tüzel kişiye yahut tüzel kişiliği olmayan kurum ve kuruluşlara işveren; işçi ile işveren arasında kurulan ilişkiye iş ilişkisi denir. İşveren adına hareket eden ve işin, iş yerinin ve işletmenin yönetiminde görev alan kimselere işveren vekili denir. İşveren vekilinin bu sıfatla işçilere karşı işlem ve yükümlülüklerinden doğrudan işveren sorumludur (İş Kanunu, T.C. Resmi Gazete, 10 Haziran 2013, Sayı: 25134).

İşveren tarafından mal veya hizmet üretmek amacıyla maddî olan ve olmayan unsurlar ile işçinin birlikte örgütlendiği birime iş yeri denir. İşverenin iş yerinde ürettiği mal veya hizmet ile nitelik yönünden bağılılığı bulunan ve aynı yönetim altında örgütlenen yerler (iş yerine bağlı yerler) ile dinlenme, çocuk emzirme, yemek, uyku, yıkanma, muayene ve bakım, beden ve meslekî eğitim ve avlu gibi diğer eklentiler ve araçlar da iş yerinden sayılır. İş yeri; iş yerine bağlı yerler, eklentiler ve araçlar ile oluşturulan iş organizasyonu kapsamında bir bütündür (İş Kanunu, T.C. Resmi Gazete, 10 Haziran 2013, Sayı: 25134).

Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü Uzmanlar Komitesi tarafından iş sağlığı, bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini sürdürme ve daha üst seviyelere çıkarma çalışmaları olarak tanımlanmıştır. İş sağlığı ve güvenliği hem tıbbi hem teknik alanları kapsayan bir alandır. İş sağlığı ve güvenliğinin amacı iş yerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesidir. Tabii bunun için risk kontrolünün yanı sıra işin insana, çalışanın da kendi işine uyum sağlaması gerekir. (Güler ve Akın

2012a; Bilir ve Yıldız 2013a; İş Kanunu, T.C. Resmi Gazete, 10 Haziran 2013, Sayı: 25134).

İş sağlığı ve güvenliği uygulama ilkeleri altı başlık altında özetlenebilir:

- Uygun işe yerleştirme
- İşyeri ortam faktörlerinin değerlendirilmesi
- İşyeri risklerinin kontrolü
- Aralıklı kontrol muayeneleri
- İşyerinde sağlık hizmeti sunulması
- Sağlık eğitimi ve danışmanlık

Görüldüğü gibi İSG çalışmalarının bir bölümü çalışanların sağlık sorunlarının incelenmesidir. Bu alanda çalışma yapan, Bakanlıkça yetkilendirilmiş iş yeri hekimliği belgesi olan kişiler iş yeri hekimi olarak tanımlanmaktadır (Bilir ve Yıldız 2013a; İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, TC Resmi Gazete, 30 Haziran 2012, Sayı:28339).

Kamu kurum ve kuruluşları, organize sanayi bölgeleri ile Türk Ticaret Kanunu'na göre faaliyet gösteren şirketler tarafından, iş yerlerine İSG hizmetlerini sunmak üzere kurulan ve ÇSGB tarafından yetkilendirilen birime Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi (OSGB) denilmektedir. OSGB'ler küçük işletmeler tarafından sıklıkla kullanılmaktadır.

İşyerinde olası sağlık ve güvenlik tehlikelerinin değerlendirilmesi, gerekli önleyici uygulamaların planlanması ve uygulanması şeklinde yapılan çalışmaların bütününe iş hijyeni denilmektedir (Bilir ve Yıldız 2013a).

İş güvenliği ise; işçi ve işveren temsilcilerinin iş yerinde sağlığı ve güvenliği sağlayıp geliştirme yönündeki çalışmalarıdır. İş güvenliğinin amacı tehlikelerin belirlenmesinde, kontrol ya da önleme amaçlı önlemlerin yaşama geçirilmesindeki sorumlulukları belirlemektir (Pekşen Y ve Canbaz S 2005).

2.1.2. Halk Sağlığı Açısından Çalışan Sağlığının Önemi

Çalışma koşulları çalışanın sağlığı açısından oldukça önemlidir. Hayatımızın büyük kısmı iş yeri ortamında geçmektedir. Çalışma ortamındaki olumsuz faktörler yaşam süremizin ne kadar olacağından, hangi hastalıktan öleceğimize kadar birçok hayati konuyla yakından ilişkilidir.

Türkiye’de SGK verilerine göre 2010 yılında 62 903; 2015 yılında 241 547 iş kazası kayıt edilmiştir (<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik>, Erişim tarihi: 04.10.2017). Büyük Britanya’da Labour Force Survey’in 2015/2016 verilerine göre 621 000 çalışan iş kazası geçirmiştir (<http://www.hse.gov.uk/statistics/>, Erişim tarihi: 04.10.2017). İş kazalarının çoğunluğu önlenebilir nedenlerden ötürü gerçekleşmektedir. Bu önlemler arasında tehlikeli olanı ya tamamen ortadan kaldırmak ya da daha az tehlikeli olan ile ikame etmek, cihazlara koruyucu donanım oluşturmak, kişisel koruyucu kullanmak, çalışanları eğiterek bilgilendirmek, düzenli ölçümlerle ortamda zararlı olabilecek unsurları saptamak ve buna yönelik önlemler almak, çalışanlara düzenli muayeneler yapmak ve olası durumları erken teşhis etmek böylece gerekli önlemleri almak yer almaktadır. Bütün bu saydıklarımız halk sağlığının temel hedefi olan koruyucu sağlık uygulamalarındandır (Güler ve Akın 2012a, Bilir ve Yıldız 2013a, Pekşen Y ve Canbaz S 2005).

Çalışma ortamı sadece çalışanı etkilemez. Çalışanın çalıştığı iş yerinde bulunan biyolojik, fizyolojik ve kimyasal risk faktörleri çalışanla birlikte eve gelebilir ve evde yaşayan halkı da etkileyebilir. Ayrıca iş üretilirken ortaya çıkan atıkların bertarafı önemli bir konudur. Doğru şekilde bertaraf edilmezse çevreye zarar verir, oluşan zarar çevrede yaşayan insanları hatta çevredeki tüm canlıları olumsuz etkileyebilir. Üstelik sanayileşme her ne kadar yeni iş olanakları sağlasa da yeşil alanların azalmasına hatta yok olmasına sebep olarak doğayı tahrip eder. Termik santraller gibi doğanın dengesini değiştiren kuruluşlar doğanın iklim koşulları üzerine de olumsuz etkiler oluşturur (Güler ve Akın 2012a, Bilir ve Yıldız 2013a, Pekşen Y ve Canbaz S 2005).

Çevreye verdiği zarar bununla sınırlı kalmaz. Bilinçli veya bilinçsiz yapılmış olası kazalar büyük felaketleri doğurur. Tarihte bunun birçok örneği olan, geniş yankılar uyandıran büyük endüstriyel kazalar (Çernobil felaketi, Bhopal felaketi, Minimata olayı,...) çevredeki yakın ve uzak çevrede yer alan tüm canlıları çok kötü bir şekilde etkilemiştir. Üstelik bu tür felaketlerin etkisi uzun süre devam etmektedir (Güler ve Akın 2012a, Bilir ve Yıldız 2013a, Pekşen Y ve Canbaz S 2005).

Çalışma koşulları verimliliğe katkı bakımından da önemli bir strateji oluşturmaktadır. Sağlıklı işçilerin çalışmaya daha fazla motive olmaları, işlerinden daha çok tatmin duymaları, daha iyi ürün ve hizmet üretilmesine katkıda bulunmaları, böylece kişilerin ve toplumun yaşam kalitesini yükseltmeleri beklenir. Dolayısıyla, çalışanların sağlığı, güvenliği ve esenliği, kalite ve verimlilikteki gelişmelerin ön koşuludur ve bunlar genel sosyoekonomik, eşitlikçi ve sürdürülebilir gelişme açısından önem taşımaktadır (Güler ve Akın 2012a, Bilir ve Yıldız 2013a, Pekşen Y ve Canbaz S 2005).

Çalışanlar toplumun büyük bir kesimini oluşturmaktadır. Genelde genç ve sağlıklı insan grubu çalışsa da yaşlı, kadın, çocuk, engelli, hastalıklı insanlardan oluşan riskli insan grubu da çalışma hayatında yer almaktadır. Bu nedenle alınacak önlemler risk gruplarında daha da önceliğe sahip olmalıdır. Bununla birlikte genç ve sağlıklı çalışanın sağlığının devamlılığı için önlemlerin alınması, kontrollerin düzenli olarak yapılması ve erken tespit erken çözüm yolları oluşturulması da oldukça önemlidir (Güler ve Akın 2012a, Bilir ve Yıldız 2013a, Pekşen ve Canbaz 2005).

İş sağlığı ve güvenliği alanı çok paydaşlı bir bileşendir. Bu paydaşlardan biri de halk sağlıkçılarıdır.

2.1.3. Türkiye’de Yasal Durum

Türkiye’de cumhuriyetin ilk yıllarında çalışma hayatıyla ilgili belirli bir yapılanma mevcut değildi. Çalışma hayatının sağlıkla ilgili olan kısımları ise Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda yer almakta idi. Burada sağlık bakanlığı genç, çocuk, yaşlı,

gebe çalışanların genel sağlık kurallarını belirlemekle birlikte sanayi kuruluşlarının çevreye ve halka verebileceği sağlık ve güvenlik riskleriyle de ilgilenmekteydi. Ayrıca kanunda iş kazası ve meslek hastalıklarıyla ilgili düzenleme yapılması, 50 ve üzeri çalışanı olan yerlerde hekim çalıştırılması hükümleri de yer almaktaydı.

Türkiye’de 1936 yılından sonra çalışma hayatıyla ilgili iş yasası planlanmaya başlanmıştır. İlk İş Kanunu 1936 yılında çıkarılmış ve 1937 yılında yürürlüğe girmiştir. İş Kanunu’nun kabulünden sonra İktisat Bakanlığı bünyesindeki İş Dairesi ayrılıp Çalışma Bakanlığı kurulmuştur. İş Kanunu sonraki yıllarda duruma ve gereksinimlere göre düzenlenerek yürürlükteki yerini korumuştur (Bilir ve Yıldız 2013a).

Günümüze gelene kadar İSG alanında pek çok yasal düzenlemeler yapılmış, çalışan hakları pek çok kanun ve yönetmelikle korunmaya çalışılmıştır. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili en önemli düzenleme 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nun 2012 yılında TBMM’de kabul edilip yürürlüğe girmesidir. Bu kanun İSG alanında risklerden korunma, kayıt tutma ve bildirme, sağlık gözetimi, bilgilendirme ve eğitim, cezaların ağırlaştırılması gibi çalışan yararına olabilecek birçok düzenleme içermektedir. Çalışma hayatında devlet, işveren, çalışan arasındaki üçlü denge çok önemlidir. Bu kanunun diğer önemli yanı bu dengeyi sağlayabilmesi ve bunu sağlayabilmek için çalışanların da yönetim süreçlerinde yer almasını ve söz sahibi olmasını sağlamasıdır. Bununla birlikte İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’na göre İSG hizmetleri (iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı bulundurma zorunluluğu ve bazı maddeler haricinde) 01.07.2017 itibarıyla 50’den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için, 01.01.2014 itibarıyla 50’den az çalışanı olan tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için, 01.01.2013 itibarıyla diğer tüm işyerleri için zorunlu kılınmıştır (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, TC Resmi Gazete, 30 Haziran 2012, Sayı:28339).

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’na göre iş yeri tehlike sınıflarının tespitinde, o iş yerinde yapılan asıl iş dikkate alınır. İşyeri tehlike sınıfları, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 83.maddesine göre belirlenen kısa

vadeli sigorta kolları prim tarifesi de dikkate alınarak, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürü'nün başkanlığında toplanan bir komisyon tarafından belirlenir ve tebliğ edilir (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, TC Resmi Gazete, 30 Haziran 2012, Sayı:28339).

İşverenler, iş yeri tehlike sınıfına göre İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda yer alan hükümleri yerine getirmekle yükümlüdür. Buna göre işe giriş muayenesi işe ilk başladığında yapılacaktır. Devam eden süreçte periyodik muayene sıklığı; az tehlikeli sınıfta çalışanlarda beş yılda en az bir defa, tehlikeli sınıfta üç yılda en az bir defa, çok tehlikeli sınıfta yılda en az bir defa olmak üzere iş yeri hekimince gerçekleştirilir (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, TC Resmi Gazete, 30 Haziran 2012, Sayı:28339).

Çalışanların eğitimi işe ilk girişlerinde verilecektir. Devam eden süreçte her çalışan için tekrarlanacaktır. Çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde yılda en az bir defa ve en az 16 saat, tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde iki yılda en az bir defa ve en az 10 saat, az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde üç yılda en az bir defa ve en az 8 saat olmak üzere eğitim düzenlenir (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, TC Resmi Gazete, 30 Haziran 2012, Sayı:28339). Bu eğitimler konu ile ilgili tüm taraflara ve her seviyede verilmeli ve bilgilendirmeden çok bilinçlendirmeyi esas almalıdır (Alper 2005).

İş Kanunu'na göre çalışma süresi genel bakımdan haftada en fazla 45 saattir. Ancak tarafların anlaşması halinde haftalık normal çalışma süresi günde 11 saati aşmamak koşuluyla haftanın çalışılan günlerine farklı şekilde dağıtılabilir. Bunun istisnası olarak yer altında çalışanlar haftada 37,5 saatten fazla çalışamaz. Çocuk ve genç işçilerin çalıştırılma usul ve esasları hakkındaki yönetmeliğe göre ise 15 yaşını tamamlamış çocuklar için bu süre haftada 40 saattir. Bununla birlikte Mesleki Eğitim Kanunu kapsamında mesleki ve teknik eğitim okul ve kurumlarından mezun olan meslek sahibi 16 yaşını doldurmuş genç işçiler; sağlık, güvenlik ve ahlak açısından güvenceye alınmak koşuluyla herhangi bir sınırlamaya bağlı kalmadan ihtisas ve mesleklerine uygun işlerde normal çalışanlar gibi çalışma hakkına sahiptir (İş

Kanunu, TC Resmi Gazete, 10 Haziran 2003, Sayı:25134; Çocuk ve genç işçilerin çalıştırılma usul ve esasları hakkında yönetmelik, TC Resmi Gazete, 06 Nisan 2004, Sayı: 25425).

Diğer ülkelerde hesaplanan beklenen meslek hastalıkları sayısı Türkiye’de daha azdır. Türkiye’de meslek hastalıklarının tespitinde ciddi sorunlar yaşanmaktadır. SGK verilerine göre 2009 yılında 9 030 202 sigortalı çalışandan 429’u meslek hastalığı tanısı alırken, 2015 yılında 13 999 398 kişiden 510 kişi meslek hastalığı tanısı almıştır (<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik>, Erişim tarihi: 04.10.2017). Oysa ülkeden ülkeye değişmekle birlikte bir ülkenin iş sağlığı alanındaki gelişmişlik düzeyiyle bağlantılı olarak saptanması gereken meslek hastalığı sayısı binde 4-12 arasında olmalıdır (ÇSGB, İSGB 2011). Bu nedenle İSG alanında yapılan yasal düzenlemelerden beklenen, tüm çalışanları İSG kapsamına almak ve böylece meslek hastalıkları tespitinde ciddi düzenlemeler sağlayabilmektir. Bu yönüyle yasadan en çok fayda göreceğ olan şüphesiz en çok çalışanın yer aldığı küçük ölçekli işletmelerde çalışanlar olacaktır.

2.2. KÜÇÜK VE ORTA BOY İŞLETMELER

Küçük ve orta boy işletme (KOBİ) tanımı birçok ülkede farklı şekilde yapılmaktadır. KOBİ’yi tanımlarken iş yerinde çalışan kişi sayısı, iş yerinin ekonomik getirisi, üretim miktarı, işletmenin sermayesi, toplam iş yeri alanı büyüklüğü, tüketilen enerji miktarı, kullanılan hammadde miktarı, kullanılan enerji kaynağı, iş yerindeki makinelerin toplam gücü gibi birçok gösterge değerlendirilir. Her ülkenin gelişmişlik düzeyi farklı olduğundan, KOBİ tanımı da ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Hatta aynı ülke içinde bile farklı kurumlar KOBİ’yi farklı tanımlayabilmektedir.

Türkiye’de “Küçük Ve Orta Büyüklükteki İşletmelerin Tanımı Nitelikleri Ve Sınıflandırılması Hakkında Yönetmelik”e göre KOBİ, 250 kişiden az yıllık çalışan istihdam eden ve yıllık net satış hasılatı veya mali bilançosundan herhangi biri kırk milyon Türk lirasını aşmayan ekonomik birimleri veya girişimleri ifade etmektedir.

Avrupa ülkelerindeki genel tanımlama ile Türkiye karşılaştırması tabloda gösterilmiştir (Tablo 1) (OECD 2016).

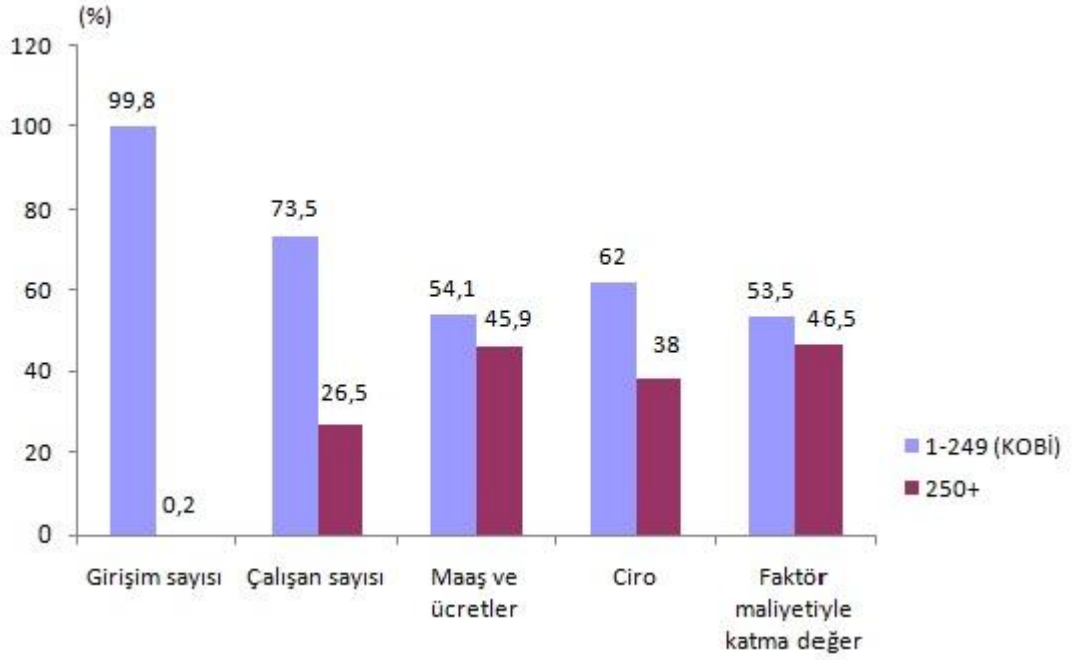
Tablo 1. Avrupa ülkelerinde ve Türkiye’de KOBİ tanımları

İşletme Büyüklüğü	Avrupa Ülkeleri	Türkiye
Mikro	<10 çalışan ≤ 2 000 000 € ciro/bilanço	<10 çalışan ≤ 313 000 € ciro/bilanço (≤1 milyon TL)
Küçük	<50 çalışan ≤ 10 000 000 € ciro/bilanço	<50 çalışan ≤ 2 500 000 € ciro/bilanço (≤ 8 milyon TL)
Orta	<250 çalışan ≤ 50 000 000 € ciro ≤43 000 000 € bilanço	<250 çalışan ≤ 12 500 000 € ciro/bilanço (≤ 40 milyon TL)

Küçük işletmelerin başında genelde tarım sektörü yer almaktadır. Bunu küçük ölçekte ekonomik faaliyetleri olan imalathaneler, hizmet ve ulaşım sektörleri izlemektedir. Türkiye’de 2014 yılında KOBİ’lerin; %39,2’si toptan ve perakende ticaret, motorlu kara taşıtlarının ve motosikletlerin onarımı, %15,4’ü ulaşırma ve depolama, %12,4’ü ise imalat sanayi sektöründe faaliyet göstermiştir (TÜİK Haber Bülteni 2016, Türkoğlu 2002).

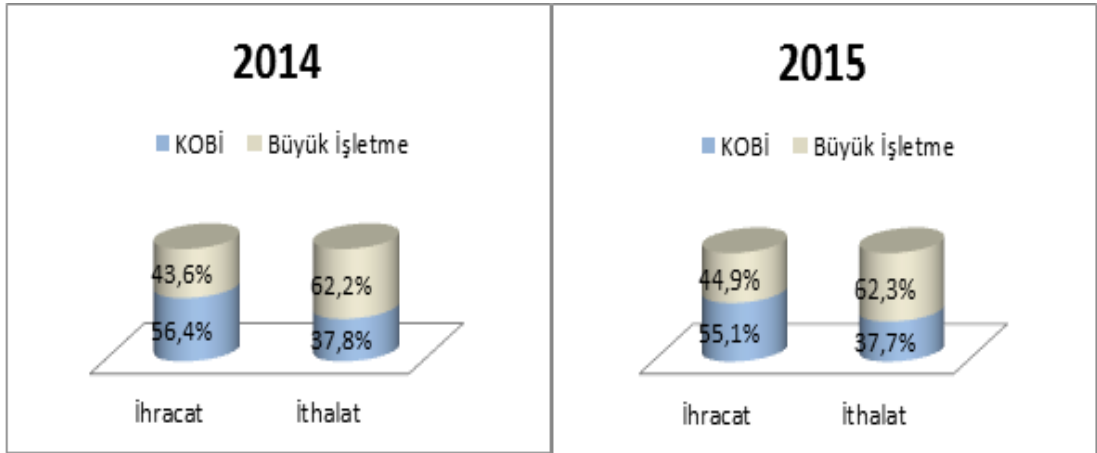
Birçok ülkede, çalışma hayatının en büyük kısmını KOBİ’ler oluşturmaktadır. 2013 yılında OECD bölgelerinde, KOBİ’ler istihdamın %60,0’ını sağlamış ve tüm işletmelerin %99,7’sini oluşturmuştur (OECD 2017).

Türkiye’de 2014 yılında toplam girişim sayısının %99,8’ini KOBİ’ler oluşturmuş; istihdamın %73,5’ini; maaş ve ücretlerin %54,1’ini; cironun %62,0’ını; maddi mallara ilişkin brüt yatırımın ise %53,5’ini sağlamıştır (Şekil 1) (TÜİK Haber Bülteni 2016).



Şekil 1. KOBİ'lerin 2014 yılı büyüklük göstergeleri

Türkiye'de 2015 yılında ihracatın %55,1'i; ithalatın ise %37,7'si 1-249 çalışanı bulunan girişimler tarafından gerçekleştirilmiştir (Şekil 2) (TÜİK Haber Bülteni 2016).



Şekil 2. KOBİ'lerin 2014-2015 yılında ticaretteki payları

KOBİ'ler genel olarak bazı özelliklere sahiptir. İşveren çalışanlardan biri olduğu için işçi-işveren arasında resmi ilişkiden ziyade genelde daha yakın bir ilişki vardır. İşveren çoğunlukla yapılan iş ile ilgili özel bir eğitim almamış, daha çok işi aileden devralarak ilerleten kişidir. Çalışanlar da yakın çevreden tanıdıklardan oluşabilmektedir. İş yerinde aktif çalışan kişiler arasında riskli grupta sayılan yaşlı, gebe, çocuk çalışanlar da yer almaktadır. Eğitim yetersizliği, iş yerinde kullanılan malzeme ve makinaların eski teknolojide olması bu işyerlerinde oluşabilecek kaza, yaralanma, ölüm gibi olayların daha çok görülmesine sebep olur. Bununla birlikte küçük işletmelerin denetimlerinin yeterli şekilde yapılmaması ve bu konuda düzenlemelerin yetersiz olması da bu olayların görülme sıklığını artırabilir (Türkoğlu 2002, Bilir ve Yıldız 2013a).

Küçük ölçekli işletmelerin ortak sorunları olarak sürekli iş garantisinin olmaması, finansman sıkıntısı, fazla vergi ödemeleri, nitelikli iş gücü eksikliği, eğitim ve bilgi eksikliği, satış planlamasının olmaması, profesyonel yöneticiliğin olmaması, işletmenin sağlık ve çalışan açısından değerlendirilmesinin sağlanamaması sayılabilir (Türkoğlu 2002, Bilir ve Yıldız 2013a).

Bununla birlikte ülke ekonomisine düşük maliyetle yüksek getiri sağlayan ve istihdama oldukça katkı sağlayan küçük ölçekli işletmeler aynı zamanda büyük ölçekli işletmeler açısından yan sanayi oluşturma ve çevreye büyük ölçekli işletmelerden daha az zarar vermeleri sayesinde oldukça değerlidir (Türkoğlu 2002, Bilir ve Yıldız 2013a).

2.3. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi deyince akla DSÖ'nün "Yaşama yıllar katmak, yıllara yaşam katmak" (Adding years to life, Adding life to years) sloganı gelmektedir. Geçmiş dönemde öncelikli hedef yaşamı uzatmaktı. Bu hedefe ulaşılmca uzayan yaşamı değerli kılmak yeni hedef oldu. Bu doğrultuda yaşamı değerli kılmak için sadece niceliksel durum değil niteliksel durum da ön plana çıkmıştır. Yaşamın niteliği ise sadece sağlığı değil aynı zamanda iyi bir çevre, fiziksel ve zihinsel sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, siyasi

kararlılık, boş vakit değerlendirme ve sosyal kişilik kavramlarını da içermektedir. Yaşam kalitesi hem sübjektif hem objektif yönleri olan bir kavramdır. Sübjektif yönü kişinin kendisini, yaşamını, çevresini nasıl algıladığıdır. Objektif yönü ise sosyal statü, refah, fiziksel iyilik halini sürdürebilmek için gereken sosyal, kültürel ve toplumsal ihtiyaçların karşılanmasıdır. Yaşam kalitesi üç alt kavramla da açıklanabilir: var olma (being: kişinin kendini tanımlaması), ait olma (belonging: kişinin güvende olduğunu hissetmesi), gerçekleştirme (becoming: kişinin amaçları için yapması gerekenler) (Güler ve Akın 2012b, Kahraman 2014).

İnsanın gereksinimleri davranışlarının temelini oluşturur ve davranışlarına göre yaşam kalitesi şekillenir. Kişi yaşamını devam ettirebilmek ve ihtiyaçlarını karşılayabilmek için çalışır. Bu nedenle çalışmak önemli bir kavramdır. İhtiyaç temelde zorunluluk gerektirir. Bu yüzden Maslow insan ihtiyaçlarını belirli bir sıraya koymuş ve bu sıraya göre ilerlemesi gerektiğini öne sürmüştür. Kişi sırayı tamamlamadan üstteki diğer ihtiyaçlarına geçiş yapamamaktadır. Bununla birlikte değişen zaman ve teknolojinin de etkisiyle ihtiyaçlar da değişebilir. Ancak kişinin yaşamını sürdürmesi için gerekli olan fizyolojik basamak en altta yer almaktadır. Zamanla değişen basamaklar kişisel ihtiyaçların yer aldığı diğer üst basamaklardır (Şekil 3) (Kahraman 2014).



Şekil 3. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisine göre, insanın gereksinimleri 1'den 5'e doğru önem sırasıyla Őunlardır:

1. Fizyolojik gereksinimler (Nefes almak, homeostasis, yiyecek, su, boşaltım, barınma,...)
2. Güvenlik gereksinimi (Vücudun, işin, kaynakların, moralin, ailenin, sağlığın, mülkiyetin güvenliği,...)
3. Sosyal gereksinimler (Bir topluluğa ait olma hissi, sevgi,...)
4. Saygı görme gereksinimi (Toplumda sayılma, toplumu sayma, sosyal statü, baŐarı, güven, kişisel saygınlık,...)
5. Kişisel geliŐim (Kişisel ilgileri/fikirleri/idealleri ortaya koyma, kendini geliştirme, kişisel yaşamı zenginleŐtirme, kişisel hedefleri gerçekleştirme,...).

Sağlıkta yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin bir alt boyutudur. Sağlıkta yaşam kalitesi, bireyin bedensel ve ruhsal sağlığına dair algısı ve yaşam kalitesinin bedensel ve ruhsal sağlığı ilgilendirdiği kısımları kapsar, bireysel ve toplumsal olmak üzere iki boyutta incelenebilir. Yaşam kalitesini sağlıkta tanımlayan net bir kavram yoktur ancak genel olarak oluşturulmuş bazı tanımlamalar vardır. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK) bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileŐenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkilidir. Sağlıkta yaşam kalitesi yaşamın iyi ve doyum sağlayan karakterinin bir bütün olarak öznel biçimde algılanması, kişinin beklentileri ile sahip olabildikleri arasındaki farkın olabildiğince az olmasıdır. Aynı zamanda bireyin yaŐamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir. Ayrıca kişinin, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endiŐeleri açısından, yaŐamdaki durumu ile ilgili algısı olduğu da söylenebilir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan birçok ölçek vardır. Bunların içinde en sık kullanılanlar Grsel EŐdeėer lek (Visual Analogue Scale), Kısa Form 36, Genel Sağlık Anketi ve Nottingham Sağlık Profili'dir (Güler ve Akın 2012b).

Yaşam kalitesini değerlendiren ve sıklıkla kullanılan birçok ölçek vardır. Bunlar genel lekler (Kısa Form 36, WHOQOL, Hastalık Etki Profili, Nottingham Sağlık

Profili, KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Sağlık Değerlendirme Anketi, ...), hastalığa özgü lekler (Fonksiyonel Yaşam Kalitesi leği, ...), yaşa özgü lekler (YQOL-R, ...) şeklinde gruplanabilir. Bunların içinde DSÖ tarafından geliştirilen Dünya Sağlık rgt Yaşam Kalitesi leği (WHOQOL) dünyadaki çeşitli kültürler arasında karşılaştırma yapmayı olanaklı kılan oldukça kullanışlı ve anlaşılır bir ölçektir (Eser 2004, Fidaner 2004, Güler ve Akın 2012b).

Yaşamda kaliteyi geliştirmek çok boyutlu düzenlemelerle sağlanır. Sağlığın sosyal belirleyicilerini oluşturan bireysel özellikler (yaş, cinsiyet, vb.), sosyoekonomik belirleyiciler (işsizlik, çalışma koşulları, yoksulluk, sosyal dışlanma, vb.), çevresel belirleyiciler (konut, sosyal evre, temiz gıda, su, vb.), yaşam tarzı ile ilgili belirleyiciler (fiziksel aktivite, bağımlılık, cinsel tercihler, vb.) ve ulaşım ve sosyal hizmetler ile ilgili belirleyiciler (ulaşım, sosyal hizmetler, eğitim, vb.) yaşam kalitesini özellikle sağlıkla ilgili yaşamın kalitesini belirlemede oldukça önemlidir. Yaşam için nicelik açısından yeterliliğin sağlanması yanı sıra yaşam boyu niteliğin geliştirilmesi de hedeflenmelidir (Güler ve Akın 2012b, ner 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

3.1.1. Araştırmanın Yeri

Sakarya İli

Sakarya ili; kültürü, doğası, turizmi ve tarihi dokusuyla dikkat çeken, stratejik olarak da önemli bir yere sahip Marmara Bölgesi'nde yer alan bir ildir. 1837 yılında I. Mahmut tarafından Adapazarı kaza haline gelirken, 19. asrın sonlarına doğru Kocaeli Vilayetinin kazası olmuştur. 22 Haziran 1954 tarihinde 6419 sayılı kanunla il olmuş ve Sakarya adını topraklarına can veren Sakarya Nehri'nden almıştır. Tarihi göç yolları üzerinde bulunan Sakarya'nın Türk hâkimiyetine girmesinden sonra kültürel yapısı şekillenerek kalıcı olurken, yerli halkın örf ve adetleriyle iç ve dış göçlerle gelenlerin kendilerine has örf ve adetleri kaynaşmış kültürel bir zenginlik oluşmuştur (http://www.sesob.org.tr/index.php?sayfa=sakarya&sayfa_no=9. Erişim tarihi: 18.08.2017).

Ekonomisi tarıma, sanayi ve hizmet sektörüne dayanan Sakarya'da aktif nüfusun %40'ı tarım, %33'ü sanayi sektöründe, %27'si diğer sektörlerde çalışmaktadır. Bulunduğu stratejik konum sayesinde birçok hizmet sektöründe önemli yere sahiptir (http://www.sesob.org.tr/index.php?sayfa=sakarya&sayfa_no=9. Erişim tarihi: 18.08.2017).

Sakarya'da ekonominin sektörel dağılımı şu şekildedir: Tarım %17, Sanayi %24, Hizmetler %59. Referans olabilecek büyük ölçekli sanayi kuruluşları; otomotiv sanayi (Toyota, Otokar, Türk Traktör, Başak Traktör, Tırsan.), savunma sanayi (Milli Tank, Zırhlı Muharebe Araçları, Fırtına Obüsleri), TÜVASAŞ (Vagon ve Motorlu

Tren Setleri İmalatı). Başlıca Mamuller: Otomotiv ürünleri (otomobil, otobüs, traktör, zırhlı güvenlik araçları), çelik, metal, kimya sanayi ürünleri, makina ve makina parçaları, elektrik malzemeleri, mobilya ve orman ürünleri, tekstil, gıda, süs bitkisi, tarım ürünleri, beyaz et (<http://www.sakarya.gov.tr/>. Erişim tarihi: 18.08.2017).

İl geneli okuma yazma oranı % 96,7'dir. Sakarya'da kişi başına GSYİH 14.431 \$ dır. TÜİK iller bazında işgücü verilerine göre Sakarya'da istihdam oranı % 49,7; işsizlik oranı % 9,4 ve işgücüne katılma oranı ise % 54,8'dir (<http://www.sakarya.gov.tr/>. Erişim tarihi: 18.08.2017).

Sakarya ili, doğudan Düzce ili, güneydoğudan Bolu ili, güneyden Bilecik ili, batıdan Kocaeli ili ve kuzeyden ise Karadeniz ile çevrilidir. Sakarya ilinin 16 ilçesi bulunmaktadır. Bunlar; Adapazarı, Akyazı, Arifiye, Erenler, Ferizli, Geyve, Hendek, Karapürçek, Karasu, Kaynarca, Kocaali, Pamukova, Sapanca, Serdivan, Söğütlü ve Taraklı'dır. Sakarya ilinin **yüzölçümü** 482109,70 hektardır (<http://www.sakarya.bel.tr/tr/Sayfa/sakarya-rehberi/1>. Erişim tarihi: 18.08.2017).

TÜİK tarafından yapılan 2016 yılı adrese dayalı nüfus sayımı istatistiklerine göre Sakarya'nın nüfusu 976 948'dir (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059. Erişim tarihi: 18.08.2017). İl nüfusunun büyük çoğunluğu, merkezde yer alan ve büyükşehir belediyesinin de merkez belediye olarak kabul ettiği Adapazarı ilçesinde yer almaktadır. Bu nedenle araştırma, merkez ilçe olan Adapazarı'nda yürütülmüştür.

3.1.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırmanın verileri, Sakarya Üniversitesi girişimsel olmayan etik kurulundan alınan onayın ardından 1 Mayıs 2017 ile 30 Haziran 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma kesitsel nitelikte olan bir araştırmadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini merkez ilçede yer alan ve Sakarya Esnaf ve Sanatkârlar Odaları Birliği'ne kayıtlı olan küçük ölçekli işletmelerde çalışanlar oluşturmaktadır. Esnaf, faaliyet gösterebilmek için mutlaka ya Esnaf Odası'na ya da Ticaret Odası'na kayıtlı olmak zorundadır.

İşletmelerde kayıtlı olup aktif çalışmayan kişiler bulunmakla beraber kayıtlı olmayıp aktif çalışan kişiler de bulunmaktadır. Bu nedenle işletmelerde çalışan kişi sayısına net olarak ulaşmak mümkün değildir.

İşyerlerinde çalışan kişilerin sayısı belli olmadığı için örneklem hesaplamasında evreni bilinmeyen örneklem boyutu hesabına göre minimum örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Buna göre daha önce yapılmış bir çalışma olmadığından %50 sıklık olduğu kabul edilerek, %5 yanılma ve % 95 güven aralığında saptama yapabilmek için en az 384 kişi alınması gerektiği belirlenmiştir.

Esnaf Odalar Birliği'nden alınan esnaf odaları listesi, toplam kaç esnaf odası olduğu ve her esnaf odasına kaç iş yerinin bağlı olduğu bilgilerini içermektedir (Tablo 2). İşletmelerin adları ve adresleri esnaf odalarına gidilerek ayrıca istenmiştir. Listedeki esnaf odaları İş Sağlığı Ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği'ne göre araştırmacı tarafından az tehlikeli, tehlikeli ve çok tehlikeli olmak üzere tehlike sınıflarına ayrılmıştır. Birden çok tehlike sınıfında yer alan üç tanesi (Kamyoncular ve Kamyonetçiler Esnaf Odası, Sebzeçiler ve Meyveciler Esnaf Odası, Kitap Kırtasiye Büfe Gazete Bayileri Tekel Maddeleri Satıcıları Kantinciler Esnaf Odası) hariç tutularak her tehlike sınıfından kurayla ikişer esnaf odası belirlenmiştir. Çekilen kura sonucu; az tehlikeli sınıfta yer alan 15 esnaf odasından Lokantacılar odası ile Fotoğrafçılar odası, tehlikeli sınıfta yer alan 10 esnaf odasından Kuaförler odası ile

Kasaplar Odası çalışmaya dâhil edildi. Çok tehlikeli sınıfta iki esnaf Odası yer aldığı için ikisi de -Sihhi tesisatçılar Odası ile Oto Sanatkârları Odası- çalışmaya dâhil edildi. Her tehlike sınıfında yer alan iş yerlerindeki çalışan kişi sayısı esnaf Odalarından da görüş alınarak tahmini olarak belirlenmiştir. Buna göre az tehlikeli sınıfta yer alan iş yerlerinde 2'şer kişi, tehlikeli sınıfta yer alan iş yerlerinde 5'er kişi, çok tehlikeli iş yerlerinde 10'ar kişi çalıştığı varsayılmıştır. Hesaplanan örneklem büyüklüğü, tehlike sınıflarında tahmini çalışan kişi sayısına göre ağırlıklandırılarak dağıtılmıştır. Az tehlikeli sınıftan 133, tehlikeli sınıftan 132, çok tehlikeli sınıftan 120 kişi alınmasına karar verilmiştir. Kura sonucu belirlenen esnaf Odalarından alınacak kişi sayısı her sınıfa ait toplam sayıya göre ağırlıklandırılarak belirlenmiştir. Buna göre seçilen Lokantacılar Odasından 114 kişi, Fotoğrafçılar Odasından 19 kişi, Kuaförler Odasından 99 kişi, Kasaplar Odasından 33 kişi, Sihhi tesisatçılar Odasından 12 kişi, Oto Sanatkârları Odasından 108 kişi alınmasına karar verilmiştir. Kişilere ulaşmak için iş yerlerine, iş koluna ait esnaf Odasından alınacak iş yerleri listesine göre rastgele sayılar tablosundan sıra belirlenerek gidilmiştir. Gidilen iş yerinde bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm çalışanlara anket uygulanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 411 kişiye anket uygulanmış ancak 5 kişi ölçekte yer alan soruların çoğunluğuna yanıt vermediği için analiz 406 kişinin sonuçları üzerinden yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı 21 kişi reddetmiştir.

Tablo 2. Sakarya Esnaf Odalar Birliği'ne bağlı merkez ilçede bulunan esnafların odalara ve tehlike sınıfına göre dağılımı

Esnaf Odaları Listesi	Esnaf odalarına kayıtlı iş yeri sayısı	Tehlike Sınıfı		
		Az tehlikeli	Tehlikeli	Çok tehlikeli
Besiciler EO**	101		+	
Fotoğrafçılar ressam ve tabelacılar ESO*	119	+		
Kunduracılar ESO	139	+		
Sihhi tesisatçılar ve kaloriferciler ESO	142			+
Kasaplar EO	144		+	
Fırıncılar ESO	163	+		
Metal iş ve madeni eşya sanatkârları EO	171		+	
Marangozlar ESO	177		+	
Şekerci ve pastacılar EO	226	+		
Çiçekçiler hediyelik eşya ve züccacılar EO	255	+		
İnşaat yapıcıları ESO	280		+	
Elektrikçiler ESO	304		+	
Saatçiler elektronikçiler ESO	321	+		
Toplam iş yeri sayısı		7337	2904	1318
Toplam çalışan sayısı (Gözleme dayalı tahmini rakamdır)		14674	14520	13180

*ESO: Esnaf ve Sanatkârlar Odası, **EO: Esnaf Odası, ***Ortak tehlike sınıflarında yer alan iş kolları.

Tablo 2 (Devamı). Sakarya Esnaf Odalar Birliği'ne bağlı merkez ilçede bulunan esnafın odalara ve tehlike sınıfına göre dağılımı

Esnaf Odaları Listesi	Esnaf odalarına kayıtlı iş yeri sayısı	Tehlike Sınıfı		
		Az tehlikeli	Tehlikeli	Çok tehlikeli
Kuaförler ESO	328		+	
Seyyar giyim eşyası satıcıları EO	331	+		
Emlak komisyoncuları ve danışmanları EO	396	+		
Demirciler ve tornacılar ESO	451		+	
Sandalyeciler ve mobilyacılar ESO	469		+	
Minibüsçüler EO	479	+		
Berberler ESO	479		+	
Kamyoncular ve kamyonetçiler EO***	486	+	+	+
Sebzeciler ve meyveciler EO***	488	+	+	
Lokantacılar aşçılar köfteciler ve kebabçılar ESO	690	+		
Kitap kırtasiye büfe gazete bayileri tekell maddeleri satıcıları kantinciler EO***	698	+	+	
Şoförler ve otomobilciler EO	701	+		
Terziler tuhafiyeciler konfeksiyoncular ESO	726	+		
Kahveciler SO	842	+		
Bakkallar ve bayiler EO	973	+		
Otobüsçüler ve servis araçları EO	976	+		
Oto sanatkârları EO	1176			+
Toplam iş yeri sayısı		7337	2904	1318
Toplam çalışan sayısı (Gözleme dayalı tahmini rakamdır)		14674	14520	13180

*ESO: Esnaf ve Sanatkârlar Odası, **EO: Esnaf Odası, ***Ortak tehlike sınıflarında yer alan iş kolları.

3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

- Yaşam kalitesi algısı
- Genel sağlık algısı
- WHOQOL-BREF ölçeği bedensel alan puanı
- WHOQOL-BREF ölçeği ruhsal alan puanı
- WHOQOL-BREF ölçeği sosyal alan puanı
- WHOQOL-BREF ölçeği çevresel alan puanı
- WHOQOL-BREF ölçeği Kültüre Standardize çevre alanı puanı

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

- Cinsiyet
- Yaş
- Eğitim durumu
- Yaşadığı yer
- Boy- Kilo
- Sigara
- Alkol
- Kronik hastalık varlığı
- Aylık gelir
- Ekonomik durum algısı
- İşe ulaşım imkânı
- İş kazası maruziyeti
- İşyerine ait sağlık riskleriyle ilgili eğitim alma durumu
- Haftalık çalışma süresi
- İş hayatına başlama yaşı

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMLERİ

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Literatür taranarak hazırlanan anket formu ve ölçek kullanılmıştır (Ek 3).

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan anket formu katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, sahip olduğu çocuk sayısı, mezuniyet, boy, kilo, yaşadığı yer, aylık gelir, ekonomik durum algısı, sigara-alkol kullanımı, işe ulaşım imkânı, iş kazası maruziyeti, iş yerine ait sağlık riskleriyle ilgili eğitim alma durumu, haftalık çalışma süresi, iş hayatına başlama yaşı gibi sosyodemografik verilerine ulaşmayı amaçlayan sorulardan oluşmaktadır.

Yaşam kalitesi durumlarını değerlendirmek için ölçek olarak Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Sürümü (WHOQOL-Bref) kullanılmıştır.

3.5.2. Tanımlar

Boy ve kilo soruları için kişilerin verdikleri yanıtlar baz alınmıştır.

Aylık gelir için kapalı uçlu soru hazırlanmıştır; seçeneklerde brüt asgari ücret tutarı ile yoksulluk sınırı tutarı yer almaktadır. Gıda harcaması ile birlikte giyim, konut (kira, elektrik, su, yakıt), ulaşım, eğitim, sağlık ve benzeri ihtiyaçlar için yapılması zorunlu diğer aylık harcamaların toplam tutarına yoksulluk sınırı denir. Yoksulluk sınırı, Türk-İş Ocak 2017 Haber Bülteni'nde yer alan bilgilere göre dört kişilik aile için 4818 TL'dir (<http://www.turkis.org.tr/OCAK-2017-ACLİK-VE-YOKSULLUK-SINIRI-d1371>. Erişim tarihi: 18.01.2017). TC Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından düzenlenen brüt asgari ücret miktarı ise 1777 TL'dir (<https://www.csgb.gov.tr/home/Contents/Istatistikler/AsgariUcret>. Erişim tarihi: 18.01.2017). Hastalık durumu olarak Araştırma esnasında tanısı konulmuş akut ya da kronik herhangi bir hastalığı olup olmama durumu sorulmuştur.

3.5.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Sürüm

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-100), kültürler arası uygulanabilecek bir yaşam kalitesi değerlendirmesi geliştirmek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaşam Kalitesi Grubu tarafından on beş uluslararası saha merkeziyle aynı anda geliştirilmiştir. WHOQOL-100, yaşam kalitesinin farklı boyutlarının detaylı değerlendirilmesini sağlar. Bununla birlikte, bazı durumlarda, WHOQOL-100 pratik kullanım için çok uzun olabilir. Bu nedenle WHOQOL-Bref, kısa bir yaşam kalitesi değerlendirmesi sunmak ve kültürler arası karşılaştırma yapabilmek için WHOQOL-100 üzerinden geliştirilmiştir (WHO 1996).

WHOQOL-Bref'in Türkçe Versiyonu 1999'da Eser E. ve ark tarafından geliştirilip geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Eser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Cronbach alfa değerleri, soru puanlarının alan puanları ile homojenitesini yansıtan değerler olarak tanımlandığında, WHOQOL-Bref (TR)'nin bölüm ve alanlarının iç tutarlılığı oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Global çalışmada alfa değerleri 0.66-0.82 arasındadır. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,907 olarak bulunmuştur. WHOQOL-Bref ölçeği kişinin yaşam kalitesini dört alanda değerlendiren ve genel sağlık algısı ile yaşam kalitesini öznel değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçektir (Eser ve ark 1999a, Eser ve ark 1999b, Fidaner H ve ark 1999).

WHOQOL-Bref; Orijinal ölçekteki (WHOQOL-100) genel bölümden iki, geri kalan 24 bölümden de birer soru alınarak oluşturulmuş, 26 soruluk bir ölçektir. Ölçekteki sorular 5'li Likert şeklindedir. Ölçek dört alandan oluşmuştur: bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan. Türkçe uyarlaması sırasında WHOQOL-100 ölçeğine "sosyal baskı"yı değerlendirebilmek üzere üç ulusal soru eklenmiştir. Bunlardan biri WHOQOL-Bref ölçeğine ulusal soru olarak eklenmiştir. WHOQOL-Bref ölçeğinde yer alan 27. soru ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması sırasında yapılan analizler sonucu en uygun bulunan çevre alanı içinde değerlendirilmiştir. 27. soruya verilen yanıtlar değerlendirilerek Kültüre Standardize çevre alanı (Çevre-Tr) hesaplanıp ulusal çalışmalarda kullanılmaktadır.

Ölçekte kesim noktası yoktur, alanlardan alınan puanın artması olumlu sonucu gösterir, puan yükseldikçe algılanan yaşam kalitesi artmaktadır. Ölçeğin alanlarının içeriği tabloda ayrıntılarıyla görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. WHOQOL-Bref ölçeğinin alanları ve alanların içeriği

Alanlar	Alanların İçeriği	Alanlar	Alanların İçeriği
Fiziksel alan (7 soru)	Günelik işleri yürütebilme İlaçlara ve tedaviye bağımlılık Canlılık ve bitkinlik Hareketlilik Ağrı ve rahatsızlık Uyku ve dinlenme Çalışabilme gücü	Sosyal İlişkiler alanı (3 soru)	Diğer kişilerle ilişkiler Sosyal destek Cinsellik
Psikolojik alan (6 soru)	Beden imgesi ve dış görünüş Olumsuz duygular Benlik saygısı Olumlu duygular Maneviyat/Din/Kişisel İnançlar Düşünme, öğrenme, bellek, dikkat toplama	Çevre alanı (8 soru)	Maddi kaynaklar Fiziksel güvenlik ve emniyet/Özgürlük Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım erişimi ve niteliği Ulaşılabilirlik Ev ortamı/Evin niteliği Yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı Dinlenme ve boş zamanları değerlendirme fırsatı ve bunlara katılabilme Fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim) Ulaşım
Kültüre Standardize Çevre alanı (9 soru): Sosyal baskıyı da içeren çevre alanı			

3.5.4. Ön deneme

Anketin ön denemesi araştırma örnekleminde yer almayan Fırıncılar Odası'na bağlı olan üç fırından sekiz çalışan ile yapılmıştır. Katılımcıların anketi doldurmaları ortalama 15 dakika sürmüştür.

Ön deneme sonuçlarına göre anket sorularında içeriği etkilemeyen bazı küçük değişiklikler yapılmış, son hali verilen anket çalışma evreninden alınan örneklem grubuna uygulanmaya başlanmıştır.

3.5.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada görüşme tekniklerinden anket yöntemi kullanılmıştır. Kişilerle birebir görüşülüp anketlerle ilgili gerekli bilgiler verildikten sonra onamları alınmıştır. Daha sonra anket formu dağıtılıp kendilerinin doldurması istenilmiştir.

3.5.6. Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırma verileri yardımcı personel olmadan, araştırmayı yapan Halk Sağlığı Araştırma Görevlisi tarafından toplanmıştır.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, ortanca, standart sapma, 1.-3. Çeyreklikler, en düşük-yüksek değer) hesaplanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi kullanılarak denetlenmiştir. Test sonuçlarına göre Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis varyans çözümlemesi veya Spearman sıra korelasyon analizleri yapılmıştır. Spearman korelasyon katsayısının 0,00-0,24 arasında olması zayıf ilişki, 0,25-0,49 arasında olması orta düzeyde ilişki, 0,50-0,74 arasında olması güçlü ilişki, 0,75-1,00 arasında olması çok güçlü ilişki olarak yorumlanmıştır (Aksakoğlu 2013). İstatistiksel analizler için SPSS v.20.0

paket programı kullanılmıştır (IBM SPSS Statistics; Armonk, NY, USA). İstatistiksel önemlilik düzeyi $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. ARAŞTIRMANIN SÜRECİ

Araştırmanın süreci Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4. Araştırmanın süreç taslağı

Aşamalar	Ocak 2017	Şubat 2017	Mart 2017	Nisan 2017	Mayıs 2017	Haziran 2017	Temmuz 2017	Ağustos 2017	Eylül 2017	Ekim 2017
Araştırmanın planlanması ve izinler	X	X	X	X						
Ön deneme ve veri toplama				X	X	X				
Veri kaydı ve analizi							X	X		
Tezin yazımı ve sunumu									X	X
Literatür tarama	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.8. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Çalışmada Dünya Sağlık Örgütü’nün Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Sürümü’nü kullanabilmek için Dünya Sağlık Örgütü WHOQOL Türkiye Merkezi’nden 15/02/2017 tarihinde yazılı izin alınmıştır (Ek 1). Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’na başvurulmuştur. Çalışma için Sakarya Üniversitesi girişimsel olmayan etik kurulunun 11/05/2017 tarih ve 71522473/050.01.04/109 sayılı izni ile çalışmaya başlanmıştır (Ek 2).

Kişilerin çeşitli sebeplerle yanlış/eksik cevap verme olasılığını ortadan kaldırmak için bu çalışmanın neden yapıldığı, yapan ekibin kimlerden oluştuğu, katılımın gönüllülük esasına dayandığı, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı, çalışan kişinin ve/veya çalıştığı işletmenin adı ve

soyadı gibi kişisel bilgilerinin alınmayacağı bilgisi verilerek katılımcıların sözlü onamları alınmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ

Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

3.10. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmada örneklem seçimi açısından zorluk yaşanmıştır. Örneklem için gidilecek işyerlerindeki çalışanların net sayısı bilinmemektedir. Çünkü SGK'ya kayıtlı olup çalışmayan olmakla birlikte kayıtlı olmayıp çalışan kişiler olabilir. Bunun için Sakarya Esnaf Odalar Birliği'nden ve mesleğe özgü esnaf odalarından iş yeri sayısı bilgisi alınarak tahmini çalışan sayısı belirlenmiştir.

Zaman ve kaynak yetersizliği nedeniyle araştırma, nedenselliği ortaya koymada yeterince güçlü olmayan kesitsel yöntem kullanılarak yürütülmüştür.

Zaman ve yer açısından uygun ortam olmadığı için vücut ağırlığı ve boy bilgisi katılımcıların kendi bildirimlerine dayandırılmıştır.

Araştırmada kişilere işe başlama yaşı sorulmuştur. Bu sorunun cevabı hafıza faktörüne bağlı değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle soru cevaplanmamış olabilir.

Yaşam kalitesi ölçeğinde yer alan cinsel yaşam ile ilgili soru bazı katılımcılar tarafından cevaplanmamıştır.

Araştırmada haftalık ortalama çalışma süresi sorulmuştur. Yasal anlamda sorun yaşama korkusuyla bu soruya doğru cevap verilmemiş olabilir.

4. BULGULAR

Çalışmanın sonuçları iki başlık altında sunulmaktadır. Birinci bölüm, çalışanların sosyodemografik durumlarının dağılımını ve WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları puanların tanımlayıcı istatistiklerini içeren bölümdür. İkinci bölümde çözümleyici istatistikler ile karşılaştırmalar yapılarak hipotezlerin değerlendirilmesi yer almaktadır.

4.1. TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

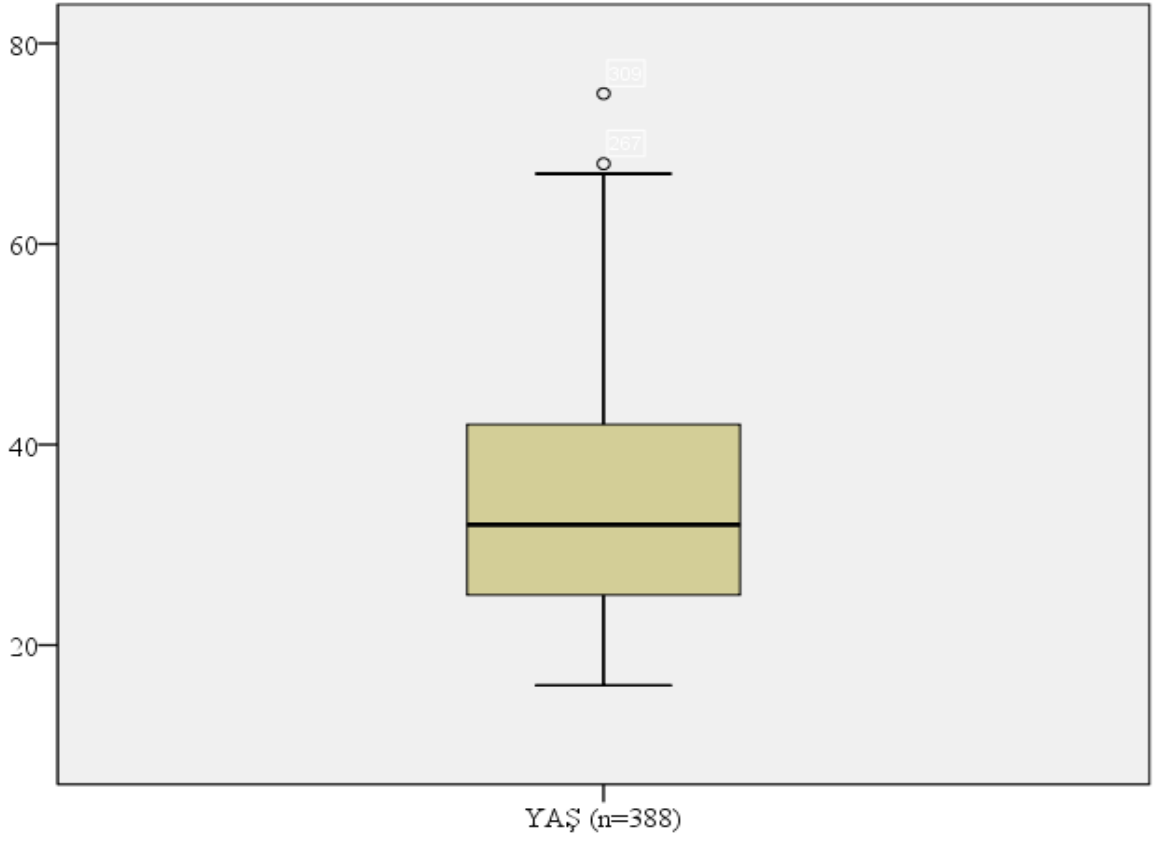
4.1.1. Çalışmaya Katılan İşçilerin Sosyodemografik Durumlarının Dağılımı

Çalışmaya toplam 411 kişi katılmış olup anketin %80'inden fazlasını boş bırakan 5 kişi analize dâhil edilmemiştir. Çalışmaya katılan 406 kişinin %74,6'sının erkek olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	103	25,6
Erkek	303	74,6
Toplam	406	100,0

Katılımcıların yaş ortalaması $33,61 \pm 11,14$ standart sapma (SS) olup, katılanların en küçüğü 16 yaşında, en büyüğü 75 yaşında olduğu görülmüştür (Şekil 4).



Şekil 4. Katılımcıların yaşlarının dağılımı

Katılımcıların %38,4'ünün hiç evlenmediği, %56,4'ünün evli olup eşiyle birlikte yaşadığı saptanmıştır. Katılımcıların %3,2'sinin boşanmış olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımları

Medeni Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç evlenmemiş	156	38,4
Evli, birlikte yaşıyor	229	56,4
Evli gibi yaşıyor	3	0,7
Evli, ayrı yaşıyor	5	1,2
Boşanmış	13	3,2
Toplam	406	100,0

Katılımcıların %53,5'inin en az bir yaşayan çocuğu olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre dağılımları

Çocuk sahibi olma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hayır	188	46,5
Evet	216	53,5
Toplam	404	100,0

Katılımcıların %18,3'ü ilkokul ve altı, %17,2'si üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 8). Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça evli veya çocuğu olanların sayısının azaldığı tespit edilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları

Eğitim durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okuryazar değil	2	0,5
İlkokul	72	17,8
Ortaokul	101	24,9
Lise	160	39,5
Üniversite ve üzeri	67	16,5
Yüksek lisans/doktora	3	0,7
Toplam	405	100,0

Katılımcıların çalıştıkları esnaf odasına ve esnaf odasının dâhil olduğu tehlike sınıfına göre dağılımı Tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 9. Katılımcıların çalıştıkları esnaf odasına ve esnaf odasının dâhil olduğu tehlike sınıfına göre dağılımları

Tehlike Sınıfı	İş kolu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Az tehlikeli	Lokantacılık	115	28,3
	Fotoğrafçılık	20	4,9
Tehlikeli	Kasaplık	39	9,6
	Kuaförlük	100	24,6
Çok tehlikeli	Sihhi tesisatçılık	13	3,2
	Oto sanatkârı	119	29,3
Toplam		406	100,0

Katılımcıların %59,6’sı il merkezinde yaşamaktaydı. Katılımcıların %33,3’ünün ikamet ettiği ev kendisine ait olup, %34,7’si kiracı olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların yaşadığı yere göre dağılımları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaşadığı yer	İl merkezi	242	59,6
	İlçe merkezi	116	28,6
	Köy/Kasaba	48	11,8
Toplam		406	100,0
İkamet ettiği ev	Kendine ait	135	33,3
	Ailesine ait	130	32,0
	Kiracı	141	34,7
Toplam		406	100,0

İş yerine ulaşım için 110 kişi kendi aracını kullanıyorken; 88 kişinin iş yeri servisini, 161 kişinin ise toplu taşımayı kullandığı bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların iş yerine ulaşım olanaklarına göre dağılımları

İşe Ulaşım Olanakları	Sayı (n)*
Kendi aracı ile	110
İş yerinin servisi ile	88
Toplu taşıma ile	161
Yürüyerek	69

*Seçenekler birden fazla işaretlenmiştir.

Katılımcıların %57,0'sinin sigara içtiği, %35,9'unun sigarayı hiç içmediği görülmüştür. Katılımcıların %13,3'ünün alkol kullandığı, %78,1'inin alkolü daha önce hiç kullanmadığı görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların ankette yer alan sigara ve alkol kullanımını ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara içme durumu	Evet, halen içiyorum	227	57,0
	Evet, artık içmiyorum	28	7,0
	Hayır, hiç içmedim	143	35,9
Toplam		398	100,0
Alkol kullanma durumu	Evet, halen kullanıyorum	53	13,3
	Evet, artık kullanmıyorum	34	8,5
	Hayır, hiç kullanmadım	311	78,1
Toplam		398	100,0

Çalışmaya katılan çalışanların %58,7'si aylık gelirin 1700 TL veya altında olduğunu, %5,3'ü 4801 TL veya üzerinde aylık olduğunu ifade etmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların aylık gelirlerinin dağılımları

Aylık Gelir Ortalaması	Sayı (n)	Yüzde (%)
1700 TL veya altı	233	58,7
1701 TL – 4800 TL	143	36,0
4801 TL veya üzeri	21	5,3
Toplam	397	100,0

Katılımcıların gelir-gider dengesiyle ilgili soruya verdikleri cevaplara göre %30,1'inin gelirin giderinden az olduğu, %20,7'sinin gelirin giderinden fazla olduğu görülmüştür (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların gelir-gider dengesiyle ilgili soruya verdikleri cevapların dağılımları

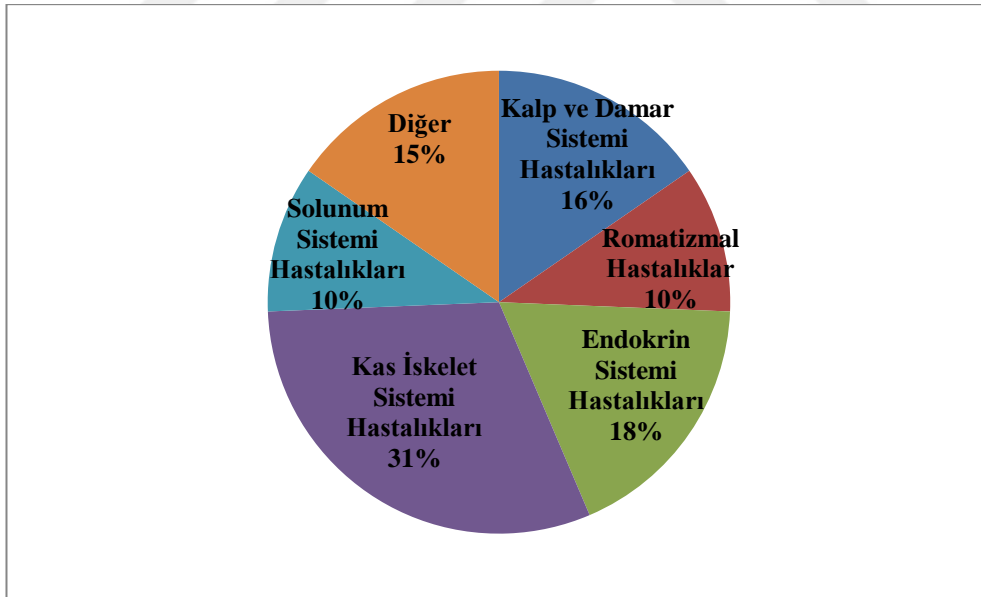
Ekonomik Durum Algısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gelir > Gider	82	20,7
Gelir = Gider	195	49,2
Gelir < Gider	119	30,1
Toplam	396	100,0

Katılımcıların %9,8'i kronik bir hastalıkları olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların beyanına göre hesaplanan VKİ ortancası 24,75 (1.-3.persentiller: 21,83-27,46) bulunmuştur. Katılımcıların %8,0'ı iş hayatlarında en az bir kere iş kazasına uğradıklarını belirtmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalık varlığı	Evet	39	9,8
	Hayır	361	90,3
Toplam		400	100,0
İş kazası maruziyeti	Evet	32	8,0
	Hayır	368	92,0
Toplam		400	100,0

Katılımcılardan kronik hastalığı olduğunu beyan edenlerin bildirdiği hastalıklar gruplandırılmıştır (Tablo 16). Buna göre Kalp ve Damar Sistemi Hastalıklarına 6 (%16), Romatizmal Hastalıklara 4 (%10), Endokrin Sistemi Hastalıklarına 7 (%18), Kas İskelet Sistemi Hastalıklarına 12 (%31), Solunum Sistemi Hastalıklarına 4 (%10), diğer grubuna dâhil 6 (%15) kişi olduğu görülmüştür (Şekil 5).



Şekil 5. Katılımcılardan kronik hastalığı olduğunu beyan edenlerin bildirdiği hastalık gruplarının dağılımı

Tablo 16. Katılımcılardan kronik hastalığı olduğunu beyan edenlerin bildirdiği hastalıkların dağılımları (n=39)

Beyan Edilen Kronik Hastalıklar	Kronik Hastalık Grubu	Kişi Sayısı	Beyan Edilen Kronik Hastalıklar	Kronik Hastalık Grubu	Kişi Sayısı
Akciğer Hastalığı	Solunum Sistemi Hastalığı	1	Bel Ağrısı	Kas İskelet Sistemi Hastalığı	1
Anemi, Çarpıntı	Endokrin Sistemi Hastalığı	1	Bel Eğriliği	Kas İskelet Sistemi Hastalığı	1
Ankilozan Spondilit	Romatizmal Hastalıklar	1	Bel Fıtığı	Kas İskelet Sistemi Hastalığı	5
Astım	Solunum Sistemi Hastalığı	2	Boyun Fıtığı	Kas İskelet Sistemi Hastalığı	1
Ayakta Sıkıntı	Kas İskelet Sistemi Hastalığı	1	Bronşit	Solunum Sistemi Hastalığı	1
Ayaktan Ameliyatlı	Kas İskelet Sistemi Hastalığı	1	Diyabet	Endokrin Sistemi Hastalığı	3
Esansiyel Trombositopeni	Romatizmal Hastalıklar	1	Migren	Diğer	1
Hiperlipidemi	Endokrin Sistemi Hastalığı	1	Omuz Çıkması	Kas İskelet Sistemi Hastalığı	1
Hipotiroidi	Endokrin Sistemi Hastalığı	1	Ortopedik rahatsızlık	Kas İskelet Sistemi Hastalığı	1
Kalp hastalığı	Kalp ve Damar Sistemi Hastalığı	1	Romatizma	Romatizmal Hastalıklar	1
Kalp kapakçığında darlık	Kalp ve Damar Sistemi Hastalığı	1	Tansiyon	Kalp ve Damar Sistemi Hastalığı	2
Kemik Erimesi	Endokrin Sistemi Hastalığı	1	Tansiyon ve Kalp	Kalp ve Damar Sistemi Hastalığı	2
Ülseratif Kolit	Romatizmal Hastalıklar	1	Açıklamayan	Diğer	5

Çalışanların %68,1'i iş yerlerindeki sağlık riskleriyle ilgili eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Çalışanların %70,0'inin iş yerinde haftalık ortalama 45 saat ve üzerinde çalıştığı, %30,0'unun 45 saat ve altında çalıştığı saptanmıştır. Bununla birlikte çalışanların %13,5'i ek işte de çalıştığını belirtmiştir (Tablo 17). Çalışanların buldukları iş yerlerinde çalışma sürelerinin ortalama $52,96 \pm 76,10$ SS ay olup, çalışma süresi ortancasının 24,00 ay olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların iş hayatına başlama yaşı ortalama $16,42 \pm 5,03$ SS olup, başlama yaşı ortancası 16,00 olduğu görülmüştür.

Tablo 17. Katılımcıların çalışma hayatlarıyla ilgili bazı sorulara verdikleri cevapların dağılımları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Risk eğitimi alma durumu	Evet	271	68,1
	Hayır	127	31,9
Toplam		398	100,0
Haftalık ortalama çalışma süresi	45 saat ve altı	114	30,0
	45 saat üzeri	266	70,0
Toplam		380	100,0
Ek işte çalışma durumu	Evet	54	13,5
	Hayır	347	86,5
Toplam		401	100,0

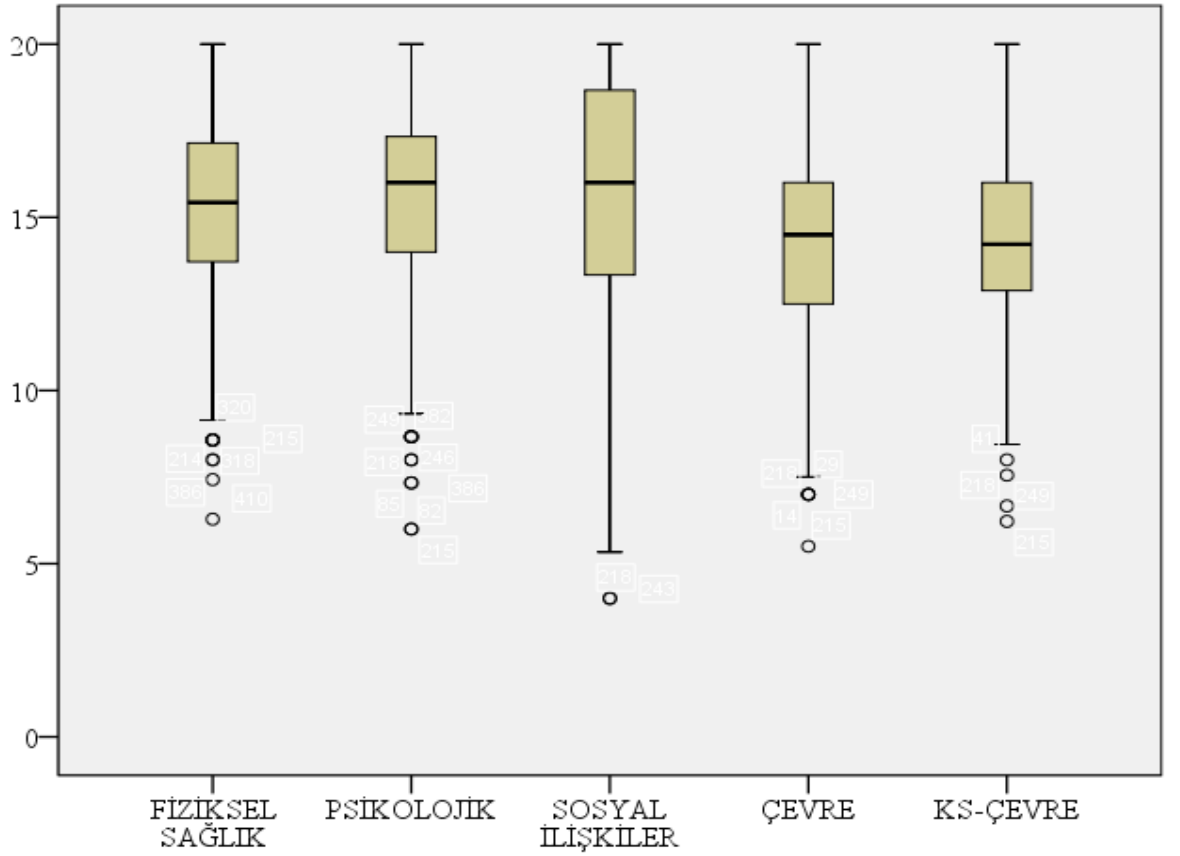
4.1.2. Çalışmaya Katılan İşçilerin WHOQOL-Bref Ölçeğinden Aldığı Puanlar

Çalışmaya katılan çalışanların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları alan puanları Tablo 18'de görülmektedir. Fiziksel sağlık alanından aldıkları puan ortalaması $15,34 \pm 2,56$ SS, psikolojik alandan $15,43 \pm 2,69$ SS, sosyal ilişkiler alanından $15,47 \pm 3,43$ SS, çevre alanından $14,17 \pm 2,75$ SS, kültüre standardize çevre alanından $14,20 \pm 2,53$ SS olarak bulunmuştur. Puanların ortanca, üçüncü çeyrek, birinci çeyrek, uç değerlerin ve uç olmayan en yüksek ve en düşük değerlerin dağılımı Şekil 6'da görülmektedir.

Tablo 18. Katılımcıların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları alan puanlarının dağılımları

(N=406)	Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevre	KS-Çevre
Ort ± SS	15,34 ± 2,56	15,43 ± 2,69	15,47 ± 3,43	14,17 ± 2,75	14,20 ± 2,53
Ortanca	15,43	16,00	16,00	14,50	14,22
EKD	6,29	6,00	4,00	5,50	6,22
EBD	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
1. - 3. Per.	13,71 – 17,14	14,00 – 17,33	13,33 – 18,67	12,50 – 16,00	12,89 – 16,00

Ort ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, EKD: En Küçük Değer, EBD: En Büyük Değer, 1.-3. Per: 1.-3. Persentiller



Şekil 6. Katılımcıların WHOQOL-Bref ölçeğinden aldıkları alan puanlarının dağılımları

Algılanan yaşam kalitesi katılımcıların %14,0'ünde *kötü* veya *çok kötü*, %51,2'sinde *ne iyi ne kötü*, %34,7'sinde *iyi* veya *çok iyi* olarak bulunmuştur. Algılanan sağlık kalitesi katılımcıların %11,6'sında *kötü* veya *çok kötü*, %28,6'sında *ne iyi ne kötü*, %59,8'inde *iyi* veya *çok iyi* olarak bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların algıladıkları yaşam kalitesi ve sağlık kalitesi düzeyleriyle ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımları

	Yaşam kalitesi algısı		Sağlık kalitesi algısı	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok kötü	31	7,6	9	2,2
Biraz kötü	26	6,4	38	9,4
Ne iyi ne kötü	208	51,2	116	28,6
Biraz iyi	97	23,9	145	35,7
Çok iyi	44	10,8	98	24,1
Toplam	406	100,0	406	100,0

4.2. ÇÖZÜMLEYİCİ İSTATİSTİKLER

Katılımcıların cinsiyetine göre yaşam kalitesi algı düzeyleri karşılaştırılmış, cinsiyetler arasında yaşam kalitesi algı düzeyleri açısından farklılık saptanmamıştır ($p=0,0367$) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların cinsiyetine göre yaşam kalitesi algısının karşılaştırılması

Cinsiyet		Yaşam Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Erkek	N	23	23	157	67	33	303	4,296	0,367
	%	7,6%	7,6%	51,8%	22,1%	10,9%	100,0%		
Kadın	N	8	3	51	30	11	103		
	%	7,8%	2,9%	49,5%	29,1%	10,7%	100,0%		
Toplam	N	31	26	208	97	44	406		
	%	7,6%	6,4%	51,2%	23,9%	10,8%	100,0%		

Katılımcıların cinsiyetine göre sağlık kalitesi algı düzeyleri karşılaştırılmış, cinsiyetler arasında sağlık kalitesi algı düzeyleri açısından farklılık saptanmamıştır ($p=0,101$) (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların cinsiyetine göre sağlık kalitesi algısının karşılaştırılması

Cinsiyet		Sağlık Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Erkek	N	5	31	78	115	74	303	7,761	0,101
	%	1,7%	10,2%	25,7%	38,0%	24,4%	100,0%		
Kadın	N	4	7	38	30	24	103		
	%	3,9%	6,8%	36,9%	29,1%	23,3%	100,0%		
Toplam	N	9	38	116	145	98	406		
	%	2,2%	9,4%	28,6%	35,7%	24,1%	100,0%		

Katılımcıların cinsiyetlerine göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Fiziksel sağlık alanında ve sosyal alanda erkeklerin kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (sırasıyla $p=0,012$; $p=0,028$) (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların cinsiyetine göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Ölçeği Alanlarından		Cinsiyet		P Değeri*
Aldıkları Puanlar		Erkek	Kadın	
Fiziksel	Ortanca	15,43	14,86	0,012
	25.Persentil	14,29	13,14	
	75.Persentil	17,14	16,57	
Psikolojik	Ortanca	16,00	16,00	0,834
	25.Persentil	14,00	13,33	
	75.Persentil	17,33	17,33	
Sosyal	Ortanca	16,00	14,67	0,028
	25.Persentil	13,33	12,00	
	75.Persentil	18,67	17,33	
Çevre	Ortanca	14,50	14,00	0,193
	25.Persentil	12,50	12,50	
	75.Persentil	16,00	16,00	
KS-Çevre	Ortanca	14,67	14,22	0,464
	25.Persentil	12,44	12,89	
	75.Persentil	16,00	15,56	

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin anlamlı olarak değişmediği bulunmuştur ($p=0,075$) (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların medeni durumuna göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Medeni Durum		Yaşam Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Bekâr*	N	9	6	91	48	20	174	8,502	0,075
	%	5,2%	3,4%	52,3%	27,6%	11,5%	100,0%		
Evli**	N	22	20	117	49	24	232		
	%	9,5%	8,6%	50,4%	21,1%	10,3%	100,0%		
Toplam	N	31	26	208	97	44	406		
	%	7,6%	6,4%	51,2%	23,9%	10,8%	100,0%		

*Bekâr: Hiç evlenmemiş, boşanmış, dul, evli olup eşinden ayrı yaşayanları temsil etmektedir.

**Evli: Evli ve evli gibi yaşayanları temsil etmektedir.

Medeni durumlarına göre sağlık algısı düzeylerine bakıldığında bekârların sağlık algısının evli olanlardan anlamlı olarak daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur (p=0,048) (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Medeni Durum		Sağlık Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Bekar*	N	3	8	53	62	48	174	9,591	0,048
	%	1,7%	4,6%	30,5%	35,6%	27,6%	100,0%		
Evli**	N	6	30	63	83	50	232		
	%	2,6%	12,9%	27,2%	35,8%	21,6%	100,0%		
Toplam	N	9	38	116	145	98	406		
	%	2,2%	9,4%	28,6%	35,7%	24,1%	100,0%		

*Bekar: Hiç evlenmemiş, boşanmış, dul, evli olup eşinden ayrı yaşayanları temsil etmektedir.

**Evli yaşıyor: Evli ve evli gibi yaşayanları temsil etmektedir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre WHOQOL-Bref ölçeğinin alanlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların medeni durumlarına göre WHOQOL-Bref ölçeğinin alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar		Medeni Durum		P Değeri*
		Bekâr**	Evli***	
Fiziksel	Ortanca	15,43	15,43	0,927
	25.Persentil	13,71	13,71	
	75.Persentil	17,14	17,14	
Psikolojik	Ortanca	16,00	16,00	0,702
	25.Persentil	14,00	14,00	
	75.Persentil	17,33	17,33	
Sosyal	Ortanca	16,00	16,00	0,622
	25.Persentil	13,33	13,33	
	75.Persentil	18,00	18,67	
Çevre	Ortanca	14,50	14,50	0,465
	25.Persentil	13,00	12,50	
	75.Persentil	16,00	16,00	
KS-Çevre	Ortanca	14,22	14,22	0,488
	25.Persentil	12,89	12,44	
	75.Persentil	16,00	16,00	

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

**Bekâr: Hiç evlenmemiş, boşanmış, dul, evli olup eşinden ayrı yaşayanları temsil etmektedir.

***Evli yaşıyor: Evli ve evli gibi yaşayanları temsil etmektedir.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin anlamlı olarak değişmediği bulunmuştur (p=0,091) (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Çocuk Sahibi Olma Durumu		Yaşam Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Hayır	N	9	8	99	49	23	188	8,007	0,091
	%	4,8%	4,3%	52,7%	26,1%	12,2%	100,0%		
Evet	N	22	18	108	48	20	216		
	%	10,2%	8,3%	50,0%	22,2%	9,3%	100,0%		
Toplam	N	31	26	207	97	43	404		
	%	7,7%	6,4%	51,2%	24,0%	10,6%	100,0%		

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre sağlık algısı düzeylerine bakıldığında çocuğu olanların sağlık algısının çocuğu olmayanlardan anlamlı olarak daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur (p=0,020) (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Çocuk Sahibi Olma Durumu		Sağlık Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Hayır	N	4	9	54	66	55	188	11,648	0,020
	%	2,1%	4,8%	28,7%	35,1%	29,3%	100,0%		
Evet	N	5	29	61	78	43	216		
	%	2,3%	13,4%	28,2%	36,1%	19,9%	100,0%		
Toplam	N	9	38	115	144	98	404		
	%	2,2%	9,4%	28,5%	35,6%	24,3%	100,0%		

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre WHOQOL-Bref ölçeğinin alanlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre WHOQOL-Bref ölçeğinin alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar		Çocuk Durumu	Sahibi Olma	P Değeri*
		Hayır	Evet	
Fiziksel	Ortanca	15,43	15,43	0,868
	25.Persentil	13,71	13,71	
	75.Persentil	17,14	17,14	
Psikolojik	Ortanca	16,00	16,00	0,989
	25.Persentil	14,00	14,00	
	75.Persentil	17,33	17,33	
Sosyal	Ortanca	16,00	16,00	0,425
	25.Persentil	13,33	13,33	
	75.Persentil	17,33	18,67	
Çevre	Ortanca	14,39	14,50	0,487
	25.Persentil	13,00	12,50	
	75.Persentil	16,00	16,00	
KS-Çevre	Ortanca	14,22	14,22	0,544
	25.Persentil	12,89	12,44	
	75.Persentil	16,00	16,00	

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Eğitim derecesine göre yaşam kalitesi algı düzeylerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu grlmştir (p=0,018). Yaşam kalitesi algı düzeyleri ilköğretim ve altı eğitimi olanların %13,5’inde *çok kötü*, %9,5’inde *çok iyi*; ortaokul seviyesinde olanların %7,9’unda *çok kötü*, %11,9’unda *çok iyi*; lise seviyesinde olanların %6,3’nde *çok kötü*, %11,9’unda *çok iyi*; niversite ve üzeri eğitimi olanların %4,3’nde *çok kötü*, %8,6’sında *çok iyi* bulunmuştur (Tablo 29). Var olan anlamlı farkı bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, ortaokul seviyesinde olanların yaşam kalitesi algısı niversite ve üzeri eğitimi olanlara göre daha kötü bulunmuştur.

Tablo 29. Katılımcıların eğitim seviyesine göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Eğitim Seviyesi	Yaşam Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
	Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
İlköğretim	N 10	4	37	16	7	74	24,364	0,018
Ve Altı	% 13,5%	5,4%	50,0%	21,6%	9,5%	100,0%		
Ortaokul	N 8	13	53	15	12	101		
	% 7,9%	12,9%	52,5%	14,9%	11,9%	100,0%		
Lise	N 10	8	83	40	19	160		
	% 6,3%	5,0%	51,9%	25,0%	11,9%	100,0%		
Üniversite	N 3	1	34	26	6	70		
Ve zeri	% 4,3%	1,4%	48,6%	37,1%	8,6%	100,0%		
Toplam	N 31	26	207	97	44	405		
	% 7,7%	6,4%	51,1%	24,0%	10,9%	100,0%		

Eğitim derecesine göre sağlık kalitesi algı düzeylerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p=0,011). Sağlık kalitesi algı düzeyleri ilköğretim ve altı eğitimi olanlarda %4,1’inde *ok kötü*, %17,6’sında *ok iyi*; ortaokul seviyesinde olanlarda %4,0’nde *ok kötü*, %19,8’inde *ok iyi*; lise seviyesinde olanlarda %0,6’sında *ok kötü*, %28,1’inde *ok iyi*; niversite ve üzeri eğitimi olanlarda %1,4’nde *ok kötü*, %28,6’sında *ok iyi* bulunmuştur (Tablo 30). Var olan anlamlı farkı bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, ortaokul seviyesinde olanların sağlık kalitesi algısı lise seviyesinde olanlara göre ve niversite ve üzeri eğitimi olanlara göre daha kötü bulunmuştur.

Tablo 30. Katılımcıların eğitim seviyesine göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Eğitim Seviyesi	Sağlık Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
	ok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	ok İyi			
İlköğretim	N 3	11	20	27	13	74	25,861	0,011
Ve Altı	% 4,1%	14,9%	27,0%	36,5%	17,6%	100,0%		
Ortaokul	N 4	12	40	25	20	101		
	% 4,0%	11,9%	39,6%	24,8%	19,8%	100,0%		
Lise	N 1	11	43	60	45	160		
	% 0,6%	6,9%	26,9%	37,5%	28,1%	100,0%		
Üniversite	N 1	4	13	32	20	70		
Ve zeri	% 1,4%	5,7%	18,6%	45,7%	28,6%	100,0%		
Toplam	N 9	38	116	144	98	405		
	% 2,2%	9,4%	28,6%	35,6%	24,2%	100,0%		

Katılımcıların eğitim seviyelerine göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında ortaokul seviyesinde olanların puanları fiziksel sağlık alanında istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (p=0,015) (Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcıların eğitim seviyesine göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Alanlarından Puanlar	Ölçeği Aldıkları	Eğitim Seviyesi				P Değeri*
		İlköğretim Ve Altı	Ortaokul	Lise	Üniversite Ve Üzeri	
Fiziksel	Ortanca	15,43	14,29**	15,71	15,43	0,015
	25.Persentil	14,29	12,57	14,29	14,86	
	75.Persentil	17,14	16,57	17,14	16,71	
Psikolojik	Ortanca	16,00	14,67	16,00	16,00	0,056
	25.Persentil	13,33	12,67	14,00	14,50	
	75.Persentil	17,33	17,00	17,83	17,33	
Sosyal	Ortanca	16,00	16,00	16,00	16,00	0,843
	25.Persentil	13,33	12,00	13,33	13,33	
	75.Persentil	18,67	18,67	18,00	17,33	
Çevre	Ortanca	14,50	13,50	14,50	14,50	0,055
	25.Persentil	12,50	11,50	13,00	13,00	
	75.Persentil	16,00	16,00	16,00	16,00	
KS-Çevre	Ortanca	14,67	13,33	14,67	14,67	0,063
	25.Persentil	12,44	12,00	13,00	12,89	
	75.Persentil	16,00	16,00	16,00	15,56	

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır.

**Fark ortaokul grubundan kaynaklanmaktadır.

Az tehlikeli sınıfta yer alan iş yerlerinde çalışanların yaşam kalitesi algı düzeyleri %6,7'sinde *çok kötü*, %11,1'inde *çok iyi* bulunmuştur. Çok tehlikeli sınıfta yer alan iş yerlerinde çalışanların yaşam kalitesi algı düzeylerinin %9,8'inde *çok kötü*, %5,3'ünde *çok iyi* olduğu görülmüştür. Katılımcıların çalıştığı iş yerinin dâhil olduğu tehlike sınıfı açısından bakıldığında yaşam kalitesi algı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,005) (Tablo 32). Var olan anlamlı farkı bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, çok tehlikeli sınıfta yer alan iş yerlerinde çalışanların yaşam kalitesi algısı tehlikeli sınıfta yer alan iş yerlerinde çalışanlara göre daha kötü bulunmuştur.

Tablo 32. Katılımcıların çalıştıkları iş yerinin dâhil olduğu tehlike sınıfına göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

İşyeri Tehlike Sınıfı	Tehlike	Yaşam Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Az Tehlikeli	N	9	9	70	32	15	135	22,159	0,005
	%	6,7%	6,7%	51,9%	23,7%	11,1%	100,0%		
Çok Tehlikeli	N	9	3	63	42	22	139		
	%	6,5%	2,2%	45,3%	30,2%	15,8%	100,0%		
Toplam	N	13	14	75	23	7	132		
	%	9,8%	10,6%	56,8%	17,4%	5,3%	100,0%		
	N	31	26	208	97	44	406		
	%	7,6%	6,4%	51,2%	23,9%	10,8%	100,0%		

Katılımcıların çalıştığı iş yerinin dâhil olduğu tehlike sınıfları açısından bakıldığında sağlık kalitesi algı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,073) (Tablo 33).

Tablo 33. Katılımcıların çalıştıkları iş yerinin dâhil olduğu tehlike sınıfına göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

İşyeri	Tehlike Sınıfı	Sağlık Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Az	N	2	11	41	50	31	135	14,365	0,073
Tehlikeli	%	1,5%	8,1%	30,4%	37,0%	23,0%	100,0%		
Tehlikeli	N	3	8	32	53	43	139		
	%	2,2%	5,8%	23,0%	38,1%	30,9%	100,0%		
Çok	N	4	19	43	42	24	132		
Tehlikeli	%	3,0%	14,4%	32,6%	31,8%	18,2%	100,0%		
Toplam	N	9	38	116	145	98	406		
	%	2,2%	9,4%	28,6%	35,7%	24,1%	100,0%		

Katılımcıların çalıştığı iş yerinin dâhil olduğu tehlike sınıfına göre WHOQOL-Bref ölçeği alan puanları karşılaştırıldığında psikolojik, çevre ve KS-çevre alanlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$). Psikolojik alanda farklılığı yaratan, tehlikeli sınıfta yer alanların daha yüksek puan alması olmuştur. Çevre ve KS-çevre alanlarında farklılığı yaratan çok tehlikeli sınıfta yer alanların daha düşük puanlar alması olmuştur (Tablo 34).

Tablo 34. Katılımcıların çalıştıkları iş yerinin dâhil olduğu tehlike sınıfına göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Alanlarından	Ölçeği Puanlar	İş Yeri Tehlike Sınıfı			P Değeri*
		Az Tehlikeli	Tehlikeli	Çok Tehlikeli	
Fiziksel	Ortanca	15,43	16,00	15,43	0,379
	25.Persentil	14,29	13,71	13,71	
	75.Persentil	17,14	17,14	17,00	
Psikolojik	Ortanca	16,00	16,67**	14,76	0,000
	25.Persentil	14,00	14,67	13,33	
	75.Persentil	17,33	18,00	16,67	
Sosyal	Ortanca	16,00	16,00	16,00	0,812
	25.Persentil	13,33	13,33	13,33	
	75.Persentil	17,33	18,67	18,33	
Çevre	Ortanca	14,50	15,00	13,50**	0,000
	25.Persentil	12,50	13,00	11,63	
	75.Persentil	16,00	17,00	15,50	
KS-Çevre	Ortanca	14,67	15,11	13,56**	0,000
	25.Persentil	12,89	13,33	12,00	
	75.Persentil	15,56	16,89	15,44	

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır.

**Fark ilgili gruplardan kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların ikamet ettiği evin durumuna göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin anlamlı olarak değişmediği saptanmıştır ($p=0,084$) (Tablo 35).

Tablo 35. Katılımcıların ikamet ettiği evin durumuna göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

İkamet Yeri	Ettiği	Yaşam Kalitesi Algısı					Total	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Kendi Evi	N	10	5	61	42	17	135	13,913	0,084
	%	7,4%	3,7%	45,2%	31,1%	12,6%	100,0%		
Ailesine Ait	N	11	11	62	33	13	130	100,0%	100,0%
	%	8,5%	8,5%	47,7%	25,4%	10,0%	100,0%		
Kiracı	N	10	10	85	22	14	141	100,0%	100,0%
	%	7,1%	7,1%	60,3%	15,6%	9,9%	100,0%		
Toplam	N	31	26	208	97	44	406	100,0%	100,0%
	%	7,6%	6,4%	51,2%	23,9%	10,8%	100,0%		

Katılımcıların ikamet ettiği evin durumuna göre sağlık kalitesi algı düzeyleri açısından bakıldığında ikamet ettiği ev kendisine ait olanların %30,4'ü sağlık kalitesinin *çok iyi* olduğunu belirtirken, ailesine ait olanların %25,4'ü ve kiracı olanların ise %17,0'ı sağlık kalitelerini *çok iyi* olarak belirtmiştir. Katılımcıların ikamet ettiği evin durumuyla sağlık kalitesi algı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,036$) (Tablo 36). Var olan anlamlı farkı bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, kiracı olanların sağlık kalitesi algısı kendisine ait evde olanlara göre daha kötü bulunmuştur.

Tablo 36. Katılımcıların ikamet ettiği evin durumuna göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

İkamet Yer	Ettiği	Sağlık Kalitesi Algısı					Total	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Kendi Evi	N %	2 1,5%	7 5,2%	31 23,0%	54 40,0%	41 30,4%	135 100,0%	16,460	0,036
Ailesine Ait	N %	2 1,5%	14 10,8%	44 33,8%	37 28,5%	33 25,4%	130 100,0%		
Kiracı	N %	5 3,5%	17 12,1%	41 29,1%	54 38,3%	24 17,0%	141 100,0%		
Toplam	N %	9 2,2%	38 9,4%	116 28,6%	145 35,7%	98 24,1%	406 100,0%		

Katılımcıların ikamet ettiği evin durumuna göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, kendisine ait evde ikamet edenlerin fiziksel sağlık ve psikolojik alanlardan aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla $p=0,003$; $p=0,007$; $p=0,007$) (Tablo 37).

Tablo 37. Katılımcıların ikamet ettiği evin durumuna göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Alanlarından Aldıkları Puanlar	Ölçeği	İkamet Ettiği Yer			P Değeri*
		Kendi Evi	Ailesine Ait	Kiracı	
Fiziksel	Ortanca	16,00**	14,86	15,43	0,003
	25.Persentil	14,29	12,57	14,29	
	75.Persentil	17,14	17,14	17,14	
Psikolojik	Ortanca	16,00**	15,33	15,33	0,007
	25.Persentil	14,67	13,33	13,67	
	75.Persentil	18,00	17,33	17,33	
Sosyal	Ortanca	16,00**	14,67	16,00	0,007
	25.Persentil	14,67	12,00	13,33	
	75.Persentil	18,67	18,17	17,33	
Çevre	Ortanca	15,00	14,00	14,00	0,057
	25.Persentil	13,00	11,50	12,50	
	75.Persentil	16,50	16,00	16,00	
KS-Çevre	Ortanca	14,67	13,78	14,22	0,064
	25.Persentil	13,33	11,56	12,89	
	75.Persentil	16,44	16,00	15,78	

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır.

**Fark ikamet ettiği evin kendine ait olduğu gruptan kaynaklanmaktadır.

İş yerine ulaşım ile ilgili soruda katılımcılara birden fazla şık işaretleme imkânı tanınmıştır. Bu nedenle, her yöntemi kullanma durumuna göre yaşam kalitesi düzeyleri ayrı ayrı karşılaştırılmıştır. İş yerine ulaşım amacıyla servis kullananlar ve işe yürüyerek gelenlerde (yolun bir kısmını yürüyenler de dâhil) yaşam kalitesi algı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,021$; $p=0,039$). İş yerine servisle gelenlerin %4,5'i yaşam kalitesini *çok iyi* algılamakta servisle gelmeyenlerin %12,9'u yaşam kalitesini *çok iyi* algılamıştır. İş yerine yürüyerek gelenlerin %20,3'ü yaşam kalitesini *çok iyi* algılamakta yürüyerek gelmeyenlerin %9,1'i yaşam kalitesini *çok iyi* algılamıştır. Kendi arabasıyla gelenlerin %12,7'si, toplu taşımayla gelenlerin %9,9'u yaşam kalitesini *çok iyi* olarak algılamaktadır (Tablo 38).

Tablo 38. Katılımcıların iş yerine ulaşım olanaklarına göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Ulaşım Olanakları		Yaşam Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P	
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi				
Kendi Aracı	E	N	5	4	52	35	14	110	8,649	0,070
		%	4,5%	3,6%	47,3%	31,8%	12,7%	100,0%		
	H	N	25	22	152	60	30	289		
		%	8,7%	7,6%	52,6%	20,8%	10,4%	100,0%		
Servis	E	N	8	11	47	18	4	88	11,525	0,021
		%	9,1%	12,5%	53,4%	20,5%	4,5%	100,0%		
	H	N	22	15	157	77	40	311		
		%	7,1%	4,8%	50,5%	24,8%	12,9%	100,0%		
Toplu Taşıma	E	N	16	6	88	35	16	161	6,759	0,149
		%	9,9%	3,7%	54,7%	21,7%	9,9%	100,0%		
	H	N	14	20	116	60	28	238		
		%	5,9%	8,4%	48,7%	25,2%	11,8%	100,0%		
Yürüyerek	E	N	7	6	29	13	14	69	10,080	0,039
		%	10,1%	8,7%	42,0%	18,8%	20,3%	100,0%		
	H	N	23	20	175	82	30	330		
		%	7,0%	6,1%	53,0%	24,8%	9,1%	100,0%		

İş yerine ulaşım olanaklarına göre sağlık kalitesi algı düzeyleri karşılaştırıldığında, iş yerine gitmek için servis kullananlarda sağlık kalitesi algı düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,030$). Servisi kullananların %17,0'ı sağlık kalitesini *biraz kötü* olarak algılamakta, kullanmayanların %7,1'i sağlık kalitesini *biraz kötü* olarak algılamıştır. Sağlık kalitesi algı düzeyleri, kendi arabasıyla iş yerine gelenlerin %7,3'ünde, toplu taşıma kullananların %9,3'ünde ve yürüyerek gelenlerin %7,2'sinde *biraz kötü* olarak tespit edilmiştir (Tablo 39).

Tablo 39. Katılımcıların iş yerine ulaşım olanaklarına göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Ulaşım Olanakları		Sağlık Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P		
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi					
Kendi Arabası	E	N	1	8	33	37	31	110	2,916	0,572	
		%	0,9%	7,3%	30,0%	33,6%	28,2%				100,0%
	H	N	7	29	82	106	65				289
		%	2,4%	10,0%	28,4%	36,7%	22,5%				100,0%
İş Yeri Servisi	E	N	1	15	28	29	15	88	10,702	0,030	
		%	1,1%	17,0%	31,8%	33,0%	17,0%				100,0%
	H	N	7	22	87	114	81				311
		%	2,3%	7,1%	28,0%	36,7%	26,0%				100,0%
Toplu Taşıma	E	N	4	15	48	59	35	161	1,055	0,901	
		%	2,5%	9,3%	29,8%	36,6%	21,7%				100,0%
	H	N	4	22	67	84	61				238
		%	1,7%	9,2%	28,2%	35,3%	25,6%				100,0%
Yürüyerek	E	N	2	5	18	24	20	69	1,786	0,775	
		%	2,9%	7,2%	26,1%	34,8%	29,0%				100,0%
	H	N	6	32	97	119	76				330
		%	1,8%	9,7%	29,4%	36,1%	23,0%				100,0%

Katılımcıların iş yerine ulaşım olanaklarına göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Kendi arabasıyla iş yerine gelenlerin fiziksel sağlık alanında, psikolojik, çevre ve KS-çevre alanında puanları kendi arabasıyla gelmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,037$; $p=0,018$; $p=0,001$; $p=,001$). Servis kullanarak iş yerine gelenlerin psikolojik, çevre ve KS-çevre alanında puanları iş yeri servisi kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az bulunmuştur (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,009$; $p=0,009$). Toplu taşıma kullanarak iş yerine gelenlerin fiziksel sağlık alanında aldığı puanlar toplu taşıma kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p=0,045$) (Tablo 40).

Tablo 40. Katılımcıların iş yerine ulaşım olanaklarına göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Puanları	Alan	Ulaşım Olanakları							
		Kendi Arabası		İş Yeri Servisi		Toplu Taşıma		Yürüyerek	
		E	H	E	H	E	H	E	H
Fiziksel	Ortanca	16,00	15,43	15,43	15,43	15,43	15,43	15,43	15,43
	25.Pers.	14,29	13,71	13,71	13,71	13,71	14,29	14,29	13,71
	75.Pers.	17,71	17,14	16,57	17,14	16,57	17,14	17,14	17,14
	P Değeri*	0,037		0,148		0,045		0,327	
Psikolojik	Ortanca	16,33	15,33	15,33	16,00	16,00	16,00	16,00	16,00
	25.Pers.	14,67	14,00	12,67	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00
	75.Pers.	17,50	17,33	16,67	17,33	17,33	17,33	17,33	17,33
	P Değeri*	0,018		0,001		0,852		0,606	
Sosyal	Ortanca	16,00	16,00	14,67	16,00	16,00	16,00	16,00	16,00
	25.Pers.	13,33	13,33	13,33	13,33	13,33	13,33	12,67	13,33
	75.Pers.	18,67	18,00	18,67	18,00	18,00	18,67	18,67	18,00
	P Değeri*	0,407		0,438		0,809		0,920	
Çevre	Ortanca	15,00	14,00	13,50	14,50	14,00	14,50	14,50	14,50
	25.Pers.	13,00	12,00	11,50	12,50	12,50	12,50	12,00	12,50
	75.Pers.	17,00	15,50	15,50	16,00	15,50	16,00	16,50	16,00
	P Değeri*	0,001		0,009		0,175		0,818	
KS-Çevre	Ortanca	15,11	14,22	13,56	14,67	14,22	14,22	14,67	14,22
	25.Pers.	13,33	12,44	12,00	12,89	12,44	12,89	12,44	12,89
	75.Pers.	16,89	15,78	15,56	16,00	15,56	16,00	16,44	16,00
	P Değeri*	0,001		0,009		0,165		0,648	

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Aylık gelire göre katılımcıların yaşam kalitesi algı düzeyleri karşılaştırıldığında, gelirini 1700 TL ve altında belirtenlerin %6,0'sında, 1701-4800 TL arasında belirtenlerin %16,1'inde ve 4801 TL ve üzeri olanların %28,6'sında *çok iyi* olarak bulunmuştur. Katılımcıların belirttikleri gelire göre yaşam kalitesi algı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 41). Var olan anlamlı farkı bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, gelirini 1700 TL ve altında belirtenlerin yaşam kalitesi algı düzeyleri diğerlerine göre daha kötü bulunmuştur.

Tablo 41. Katılımcıların belirttikleri gelire göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Aylık Gelir		Yaşam Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
1700TL	N	24	21	131	43	14	233	37,535	0,000
Ve Altı	%	10,3%	9,0%	56,2%	18,5%	6,0%	100,0%		
1701-	N	5	3	66	46	23	143		
4800TL	%	3,5%	2,1%	46,2%	32,2%	16,1%	100,0%		
4801TL	N	1	1	7	6	6	21		
Ve	%	4,8%	4,8%	33,3%	28,6%	28,6%	100,0%		
Üzeri									
Toplam	N	30	25	204	95	43	397		
	%	7,6%	6,3%	51,4%	23,9%	10,8%	100,0%		

Aylık gelire göre katılımcıların sağlık kalitesi algı düzeyleri karşılaştırıldığında, gelirini 1700 TL ve altında belirtenlerin %51,5'inde, 1701-4800 TL arasında belirtenlerin %70,6'sında ve 4801 TL ve üzeri olanların %76,2'sinde *biraz iyi ve çok iyi* olarak bulunmuştur. Katılımcıların belirttikleri gelire göre sağlık kalitesi algı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$) İstatistiksel analizin geçerli olabilmesi için sağlık kalitesi algısındaki *çok kötü* ile *biraz kötü* değerleri ve *biraz iyi* ile *çok iyi* değerleri birleştirilmiştir (Tablo 42). Var olan anlamlı farkı bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, gelirini 1700 TL ve altında belirtenlerin sağlık kalitesi algı düzeyleri diğerlerine göre daha kötü bulunmuştur.

Tablo 42. Katılımcıların belirttikleri gelire göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması*

Aylık Gelir	Sağlık Kalitesi Algısı			Toplam	X ²	P
	Çok Kötü ve Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi ve Çok İyi			
1700TL Ve Altı	N 38 % 16,3%	75 32,2%	120 51,5%	233 100,0%	21,163	0,000
1701-4800TL	N 7 % 4,9%	35 24,5%	101 70,6%	143 100,0%		
4801TL Ve Üzeri	N 0 % 0,0%	5 23,8%	16 76,2%	21 100,0%		
Toplam	N 45 % 11,3%	115 29,0%	237 59,7%	397 100,0%		

*İstatistiksel analizin geçerli olabilmesi için sağlık kalitesi algısındaki 'Çok Kötü' ile 'Biraz Kötü' değerleri ve 'Biraz İyi' ile 'Çok İyi' değerleri birleştirilmiştir.

Aylık gelirini 1700 TL ve altında belirtenlerin WHOQOL-Bref ölçeği fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel, KS-çevresel alan puanları belirttikleri diğer gelir seviyelerinden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$) (Tablo 43).

Tablo 43. Katılımcıların belirttikleri gelire göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Alanlarından	Ölçeği Puanlar	Aylık Gelir			P Değeri*
		1700TL Altı	Ve 1701-4800TL	4801TL Ve Üzeri	
Fiziksel	Ortanca	14,86**	16,00	16,57	0,000
	25.Persentil	13,14	14,86	15,43	
	75.Persentil	16,57	17,71	17,71	
Psikolojik	Ortanca	14,67**	16,67	18,00	0,000
	25.Persentil	13,33	15,33	15,67	
	75.Persentil	16,67	18,00	18,67	
Sosyal	Ortanca	14,67**	16,00	16,00	0,001
	25.Persentil	12,00	14,67	14,00	
	75.Persentil	17,33	18,67	18,33	
Çevre	Ortanca	13,50**	15,50	15,50	0,000
	25.Persentil	11,50	14,00	13,25	
	75.Persentil	15,25	17,00	17,25	
KS-Çevre	Ortanca	13,78**	15,11	15,56	0,000
	25.Persentil	12,00	13,78	13,56	
	75.Persentil	15,11	16,89	17,11	

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır.

**Fark, aylık gelirini 1700 TL ve altında belirten gruptan kaynaklanmaktadır.

Geliri giderinden az olanların %13,4'ünün yaşam kalitesi algı düzeyi *çok kötü* bulunurken, geliri giderine eşit ve giderinden fazla olanlarda bu oran sırasıyla %4,6 ve %4,9 şeklinde bulunmuştur. Gelir-gider dengesine göre yaşam kalitesi algı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 44). Var olan anlamlı farkı bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, geliri giderinden az olanların yaşam kalitesi algı düzeyleri diğerlerine göre daha kötü bulunmuştur.

Tablo 44. Katılımcıların gelir-gider dengesine göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Ekonomik Durum		Yaşam Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Gelir>Gider	N	4	4	36	23	15	82	43,528	0,000
	%	4,9%	4,9%	43,9%	28,0%	18,3%	100,0%		
Gelir=Gider	N	9	7	102	61	16	195		
	%	4,6%	3,6%	52,3%	31,3%	8,2%	100,0%		
Gelir<Gider	N	16	15	66	9	13	119		
	%	13,4%	12,6%	55,5%	7,6%	10,9%	100,0%		
Toplam	N	29	26	204	93	44	396		
	%	7,3%	6,6%	51,5%	23,5%	11,1%	100,0%		

*N: sayı, P: p değeri, X²: Ki-kare değeri

Sağlık kalitesi algı düzeyi, geliri giderinden az olanların %16,0'ında, geliri giderine eşit olanların %7,7'sinde ve geliri giderinden fazla olanların %3,7'sinde *biraz kötü* olarak bulunmuştur. Gelir-gider dengesine göre sağlık kalitesi algı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 45). Var olan anlamlı farkı bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda, geliri giderinden az olanların sağlık kalitesi algı düzeyleri diğerlerine göre daha kötü bulunmuştur.

Tablo 45. Katılımcıların gelir-gider dengesine göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Ekonomik Durum		Sağlık Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Gelir>Gider	N	0	3	23	37	19	82	28,004	0,000
	%	0,0%	3,7%	28,0%	45,1%	23,2%	100,0%		
Gelir=Gider	N	3	15	47	74	56	195		
	%	1,5%	7,7%	24,1%	37,9%	28,7%	100,0%		
Gelir<Gider	N	4	19	46	30	20	119		
	%	3,4%	16,0%	38,7%	25,2%	16,8%	100,0%		
Toplam	N	7	37	116	141	95	396		
	%	1,8%	9,3%	29,3%	35,6%	24,0%	100,0%		

*N: sayı, P: p değeri, X²: Ki-kare değeri

Katılımcıların gelir-gider dengesine göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında geliri giderinden az olanların fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel ve KS-çevresel alanlarda aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (sırasıyla $p=0,012$; $p=0,001$; $p=0,024$; $p<0,001$; $p<0,001$) (Tablo 46).

Tablo 46. Katılımcıların gelir-gider dengesine göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Alanlarından Puanlar	Ölçeği Aldıkları	Ekonomik Durum			P Değeri*
		Gelir>Gider	Gelir=Gider	Gelir<Gider	
Fiziksel	Ortanca	16,00	15,43	14,86**	0,012
	25.Persentil	13,57	14,29	13,14	
	75.Persentil	17,29	17,14	16,57	
Psikolojik	Ortanca	16,00	16,00	14,67**	0,001
	25.Persentil	14,00	14,67	13,33	
	75.Persentil	17,33	17,33	17,33	
Sosyal	Ortanca	16,00	16,00	14,67**	0,024
	25.Persentil	13,83	13,33	12,00	
	75.Persentil	18,67	18,67	17,33	
Çevre	Ortanca	14,50	15,00	13,00**	0,000
	25.Persentil	12,88	13,50	11,00	
	75.Persentil	16,13	16,50	14,50	
KS-Çevre	Ortanca	14,67	15,00	12,89**	0,000
	25.Persentil	12,89	13,33	11,11	
	75.Persentil	16,44	16,00	14,67	

*Kruskall Wallis Testi kullanılmıştır.

**Fark ekonomik olarak geliri giderinden az olan gruptan kaynaklanmaktadır.

Kronik hastalık varlığına göre yaşam kalitesi algı düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,428) Ki-kare değeri geçersiz olup yaşam kalitesi algısındaki *çok kötü* ile *biraz kötü* değerleri ve *biraz iyi* ile *çok iyi* değerleri birleştirilmesine rağmen sonuç değişmemiştir (Tablo 47).

Tablo 47. Kronik hastalık varlığına göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması*

Kronik Hastalık Varlığı		Yaşam Kalitesi Algısı			Toplam	X ²	P
		Çok Kötü ve Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi ve Çok İyi			
Hayır	N	47	187	127	361	1,699	0,428
	%	13,0%	51,8%	35,2%	100,0%		
Evet	N	8	19	12	39		
	%	20,5%	48,7%	30,8%	100,0%		
Toplam	N	55	206	139	400		
	%	13,8%	51,5%	34,8%	100,0%		

*Ki-kare değeri geçersiz olup yaşam kalitesi algısındaki 'Çok Kötü' ile 'Biraz Kötü' değerleri ve 'Biraz İyi' ile 'Çok İyi' değerleri birleştirilmiştir.

Kronik hastalığı olmayanlarda kronik hastalığı olanlara göre sağlık kalitesi algı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha iyi bulunmuştur (p=0,014) (Tablo 48).

Tablo 48. Kronik hastalık varlığına göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Kronik Hastalık Varlığı		Sağlık Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Hayır	N	6	29	100	136	90	361	12,460	0,014
	%	1,7%	8,0%	27,7%	37,7%	24,9%	100,0%		
Evet	N	1	8	16	8	6	39		
	%	2,6%	20,5%	41,0%	20,5%	15,4%	100,0%		
Toplam	N	7	37	116	144	96	400		
	%	1,8%	9,3%	29,0%	36,0%	24,0%	100,0%		

Kronik hastalığı olmayanların, ölçeğin fiziksel sağlık alanında anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür (p=0,001) (Tablo 49).

Tablo 49. Kronik hastalık varlığına göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Ölçeği Alanlarından		Kronik Hastalık Varlığı		P Değeri*
Aldıkları Puanlar		Hayır	Evet	
Fiziksel	Ortanca	15,43	14,29	0,001
	25.Persentil	14,29	12,57	
	75.Persentil	17,14	16,00	
Psikolojik	Ortanca	16,00	15,33	0,163
	25.Persentil	14,00	12,67	
	75.Persentil	17,33	17,33	
Sosyal	Ortanca	16,00	16,00	0,901
	25.Persentil	13,33	13,33	
	75.Persentil	18,67	17,33	
Çevre	Ortanca	14,50	14,50	0,694
	25.Persentil	12,50	12,00	
	75.Persentil	16,00	16,00	
KS-Çevre	Ortanca	14,22	14,22	0,806
	25.Persentil	12,89	12,00	
	75.Persentil	16,00	16,00	

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

İş hayatlarında en az bir kere iş kazasına uğradıklarını belirtenlerin yaşam kalitesi algı düzeylerinin anlamlı olarak daha kötü olduğu görülmüştür (p=0,036). İstatistiksel analizin geçerli olabilmesi için sağlık kalitesi algısındaki *çok kötü* ile *biraz kötü* değerleri ve *biraz iyi* ile *çok iyi* değerleri birleştirilmiştir (Tablo 50).

Tablo 50. Katılımcıların iş kazasına maruz kalma durumuna göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması*

İş Kazası Maruziyeti		Yaşam Kalitesi Algısı			Toplam	X ²	P
		Çok Kötü ve Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi ve Çok İyi			
Evet	N	9	16	7	32	6,627	0,036
	%	28,1%	50,0%	21,9%	100,0%		
Hayır	N	47	189	132	368		
	%	12,8%	51,4%	35,9%	100,0%		
Toplam	N	56	205	139	400		
	%	14,0%	51,3%	34,8%	100,0%		

*İstatistiksel analizin geçerli olabilmesi için yaşam kalitesi algısındaki ‘Çok Kötü’ ile ‘Biraz Kötü’ değerleri ve ‘Biraz İyi’ ile ‘Çok İyi’ değerleri birleştirilmiştir.

İş hayatlarında en az bir kere iş kazasına uğradıklarını belirtenler ile iş kazasına uğramadığını belirtenlerinin sağlık kalitesi algı düzeylerinin anlamlı olarak değişmediği görülmüştür (p=0,222) (Tablo 51).

Tablo 51. Katılımcıların bir iş kazasına maruz kalma durumuna göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

İş Kazası		Sağlık Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Evet	N	2	5	7	12	6	32	5.708	0,222
	%	6,3%	15,6%	21,9%	37,5%	18,8%	100,0%		
Hayır	N	6	32	109	131	90	368		
	%	1,6%	8,7%	29,6%	35,6%	24,5%	100,0%		
Toplam	N	8	37	116	143	96	400		
	%	2,0%	9,3%	29,0%	35,8%	24,0%	100,0%		

Katılımcıların iş hayatlarında en az bir kere iş kazasına uğrama ile WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, iş kazasına uğrayanların ölçeğin fiziksel sağlık, psikolojik, çevre ve KS-çevre alanlarından daha düşük puan aldıkları görülmüştür (sırasıyla $p=0,005$; $p=0,010$; $p=0,033$; $p=0,012$). Bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. İş kazasına maruz kalanlarda sosyal alanda alınan puanın da düşük olduğu görülmektedir ancak bu, istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,210$) (Tablo 52).

Tablo 52. Katılımcıların bir iş kazasına maruz kalma durumuna göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Ölçeği Alanlarından		İş Kazası Maruziyeti		P Değeri*
Aldıkları Puanlar		Evet	Hayır	
Fiziksel	Ortanca	14,29	15,43	0,005
	25.Persentil	13,14	14,29	
	75.Persentil	15,86	17,14	
Psikolojik	Ortanca	14,67	16,00	0,010
	25.Persentil	12,33	14,00	
	75.Persentil	16,00	17,33	
Sosyal	Ortanca	14,67	16,00	0,210
	25.Persentil	13,33	13,33	
	75.Persentil	17,33	18,67	
Çevre	Ortanca	13,75	14,50	0,033
	25.Persentil	11,63	12,50	
	75.Persentil	15,00	16,00	
KS-Çevre	Ortanca	13,33	14,22	0,012
	25.Persentil	12,11	12,89	
	75.Persentil	14,67	16,00	

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

İş yeri sağlık riskleriyle ilgili eğitim alma durumuna göre yaşam kalitesi algı düzeyleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,362) (Tablo 53).

Tablo 53. Katılımcıların iş yeri sağlık riskleriyle ilgili eğitim alma durumuna göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

İş Yeri Risk Eğitimi Almış Durumu	Risk Olma Durumu	Yaşam Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
Evet	N	15	17	141	66	32	271	4,338	0,362
	%	5,5%	6,3%	52,0%	24,4%	11,8%	100,0%		
Hayır	N	14	9	64	28	12	127		
	%	11,0%	7,1%	50,4%	22,0%	9,4%	100,0%		
Toplam	N	29	26	205	94	44	398		
	%	7,3%	6,5%	51,5%	23,6%	11,1%	100,0%		

İş yeri sağlık riskleriyle ilgili eğitim aldığını belirtenlerin sağlık kalitesi algı düzeyleri %25,8’inde *çok iyi*, %0,4’ünde *çok kötü* bulunmuştur. İş yeri sağlık riskleriyle ilgili eğitim almadığını belirtenlerin sağlık kalitesi algı düzeyleri %19,7’inde *çok iyi*, %5,5’inde *çok kötü* bulunmuştur. Katılımcıların iş yeri sağlık riskleriyle ilgili eğitim alma durumuna göre sağlık kalitesi algı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,009) (Tablo 54).

Tablo 54. Katılımcıların iş yeri sağlık riskleriyle ilgili eğitim alma durumuna göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

İş Yeri Risk Eğitimi	Risk Olma Durumu	Sağlık Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok İyi	Biraz İyi	Ne İyi Ne Kötü	Biraz Kötü	Çok Kötü			
Evet	N	1	23	76	101	70	271	13,530	0,009
	%	0,4%	8,5%	28,0%	37,3%	25,8%	100,0%		
Hayır	N	7	13	39	43	25	127		
	%	5,5%	10,2%	30,7%	33,9%	19,7%	100,0%		
Toplam	N	8	36	115	144	95	398		
	%	2,0%	9,0%	28,9%	36,2%	23,9%	100,0%		

İş yeri sağlık riskleriyle ilgili eğitim aldığını belirtenlerin puanları, ölçeğin fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,045$; $p=0,019$; $p=0,046$). Eğitim aldığını belirtenlerin eğitim almadığını belirtenlere göre çevre ve KS-çevre alanlarında da yüksek puan aldıkları görülmektedir, bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla $p=0,067$; $p=0,079$) (Tablo 55).

Tablo 55. Katılımcıların iş yeri sağlık riskleriyle ilgili eğitim alma durumuna göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar		İş Yeri Riskleriyle İlgili Eğitim Alma Durumu		P Değeri*
		Evet	Hayır	
Fiziksel	Ortanca	15,43	15,43	0,045
	25.Persentil	14,29	13,71	
	75.Persentil	17,14	16,57	
Psikolojik	Ortanca	16,00	15,33	0,019
	25.Persentil	14,00	13,33	
	75.Persentil	17,33	17,33	
Sosyal	Ortanca	16,00	14,67	0,046
	25.Persentil	13,33	13,33	
	75.Persentil	18,67	17,33	
Çevre	Ortanca	14,50	14,00	0,067
	25.Persentil	12,50	11,50	
	75.Persentil	16,00	15,50	
KS-Çevre	Ortanca	14,67	14,22	0,079
	25.Persentil	12,89	12,00	
	75.Persentil	16,00	15,56	

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların haftalık çalışma süresine göre yaşam kalitesi algı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,109$) (Tablo 56).

Tablo 56. Katılımcıların haftalık çalışma süresine göre yaşam kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Haftalık Çalışma Süresi		Yaşam Kalitesi Algısı					Toplam	X ²	P
		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi			
45 Saat Ve Altı	N	5	7	68	20	14	114	7,565	0,109
	%	4,4%	6,1%	59,6%	17,5%	12,3%	100,0%		
45 Saat Üzeri	N	23	19	126	71	27	266	100,0%	100,0%
	%	8,6%	7,1%	47,4%	26,7%	10,2%	100,0%		
Toplam	N	28	26	194	91	41	380	100,0%	100,0%
	%	7,4%	6,8%	51,1%	23,9%	10,8%	100,0%		

Haftalık çalışma süresi 45 saat ve altında olanların sağlık kalitesi algı düzeyi %24,6'sında *biraz iyi*, %3,5'inde *çok kötü* bulunmuştur. Haftalık çalışma süresi 45 saatten fazla olanların sağlık kalitesi %40,2'sinde *biraz iyi*, %1,5'inde *çok kötü* bulunmuştur. Haftalık çalışma süresi ile sağlık kalitesi algı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,013) (Tablo 57). Haftalık çalışma süresi 45 saatten fazla olanların sağlık kalitesi algısı daha iyi düzeydedir.

Tablo 57. Katılımcıların haftalık çalışma süresine göre sağlık kalitesi algı düzeylerinin karşılaştırılması

Haftalık Çalışma Süresi	Sağlık Kalitesi Algısı						Toplam	X ²	P
	Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Biraz İyi	Çok İyi				
45 Saat Ve Altı Üzeri	N	4	8	42	28	32	114	12,735	0,013
	%	3,5%	7,0%	36,8%	24,6%	28,1%	100,0%		
45 Saatten Fazla	N	4	28	68	107	59	266		
	%	1,5%	10,5%	25,6%	40,2%	22,2%	100,0%		
Toplam	N	8	36	110	135	91	380		
	%	2,1%	9,5%	28,9%	35,5%	23,9%	100,0%		

WHOQOL-Bref ölçeğinin alanları ile haftalık çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 58).

Tablo 58. Katılımcıların haftalık çalışma süresine göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Ölçeği Alanlarından Aldıkları Puanlar		Haftalık Ortalama Çalışma Süresi		P Değeri*
		45 Saat ve Altı	45 Saat Üzeri	
Fiziksel	Ortanca	15,43	15,43	0,471
	25.Persentil	13,71	13,71	
	75.Persentil	16,71	17,14	
Psikolojik	Ortanca	15,33	16,00	0,398
	25.Persentil	14,00	14,00	
	75.Persentil	17,33	17,33	
Sosyal	Ortanca	16,00	16,00	0,786
	25.Persentil	13,33	13,33	
	75.Persentil	17,33	18,17	
Çevre	Ortanca	14,50	14,00	0,859
	25.Persentil	12,50	12,50	
	75.Persentil	16,00	16,00	
KS-Çevre	Ortanca	14,22	14,22	0,897
	25.Persentil	12,44	12,89	
	75.Persentil	16,00	16,00	

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Ek işte çalışma durumuna göre yaşam kalitesi ve sağlık kalitesi algı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Ek işte çalışanların, ölçeğin fiziksel sağlık alanından aldıkları puanlar istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,013$) (Tablo 59).

Tablo 59. Katılımcıların ek işte çalışma durumuna göre WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

WHOQOL-Bref Aldıkları Puanlar	Ölçeği Alanlarından	Çalıştığı İş Dışında Ek İşlerde Çalışıyor Olma Durumu		P Değeri*
		Evet	Hayır	
Fiziksel	Ortanca	16,57	15,43	0,013
	25.Persentil	14,86	13,71	
	75.Persentil	17,14	17,14	
Psikolojik	Ortanca	16,33	16,00	0,227
	25.Persentil	14,00	14,00	
	75.Persentil	18,00	17,33	
Sosyal	Ortanca	16,00	16,00	0,171
	25.Persentil	14,67	13,33	
	75.Persentil	18,67	18,00	
Çevre	Ortanca	15,00	14,00	0,110
	25.Persentil	12,88	12,50	
	75.Persentil	16,50	16,00	
KS-Çevre	Ortanca	15,11	14,22	0,090
	25.Persentil	12,89	12,44	
	75.Persentil	16,56	16,00	

*Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların yaşları ile WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanların korelasyonunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Bulunduğu iş yerinde çalıştığı süre ile ölçeğin fiziksel sağlık, psikolojik, çevre ve KS-çevre alanlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla p=0,003; p=0,003; p=0,010; p=0,005). Katılımcıların iş hayatına başlama yaşı ile ölçeğin fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal alanlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla p=0,005; p=0,016; p=0,008). Katılımcıların hesaplanan vücut kitle indeksi ile WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanlarının korelasyonunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 60).

Tablo 60. Katılımcıların yaşları, iş hayatına başlama yaşları, bulunduğu iş yerinde çalıştığı süre ve vücut kitle indeksleri ile WHOQOL-Bref ölçeği alanlarından aldıkları puanlarının korelasyonu, r

Değişkenler	Fiziksel Sağlık	Psikolojik	Sosyal İlişkiler	Çevre	KS-Çevre
Yaş (N=388)	0,045	0,019	0,007	-0,047	-0,036
İş Hayatına Başlama Yaşı (N=398)	-0,141*	-0,121*	-0,134*	-0,079	-0,080
Bulunduğu İş Yerinde Çalıştığı Süre (Ay) (N=390)	0,150*	0,150*	0,076	0,131*	0,142*
VKİ (N=391)	0,081	-0,041	0,047	-0,036	-0,041

*p≤0,05; r: Korelasyon katsayısı, N: Sayı, VKİ: Vücut kitle indeksi

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada KOBİ'lerde çalışanların yaşam kalitesi düzeyleri ve bununla ilişkisi olabilecek bazı faktörler değerlendirilmiştir.

Toplam 406 kişinin analize dâhil edildiği bu çalışmada yaşam kalitesi düzeyini saptamaya yarayan WHOQOL-Bref ölçeğinin alanlarından alınan puanlar genel olarak yüksek bulunmuştur. Çalışanların yaşam kalitesi alan puan ortalamaları fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal, çevresel ve KS-çevresel alanlarda sırasıyla 15,3; 15,4; 15,5; 14,1; 14,2 bulunmuştur. TÜİK'in 2015 yılında yapmış olduğu illerde sosyal yaşam endeksi sıralamasına göre Sakarya ili, yaşam memnuniyeti açısından 15. sırada, çalışma hayatı açısından 28.sırada, genel yaşam endeksi açısından 2. sırada yer almaktadır (TÜİK Haber Bülteni 2016). Bu durumun çalışmadan elde edilen sonuçlarla da uyumlu olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra bu çalışmada yaşam kalitesi alan puanlarının yüksek olması, KOBİ'lerde işyeri sahiplerinin de çalışan konumunda olması ve çalışmaya dâhil edilmesine bağlı olabilir.

Sakarya'da yapılan bu çalışmada çevre alanının puan ortalaması diğer alanlara göre daha düşük bulunmuştur. Çevre alanındaki sonuçlar Türkiye'de yapılan birçok çalışmada düşüktür (Aras ve Uskun 2015, Avcı ve Pala 2004, Baydur 2011, Dündar ve ark. 2006, Yıldırım ve Hacıhasanoğlu 2001). Bu durum çevre alanının ekonomik, sağlık, ulaşım, konut, güvenlik gibi birden çok unsurları içermesine bağlı olabilir. Bununla beraber yapılan çoğu çalışmada en yüksek puanın fiziksel alanda olduğu görülmektedir (Avcı ve Pala 2004, Baydur 2001, Uskun ve ark 2015). Sakarya'da yapılan bu çalışma ve diğer yapılmış çalışmalar daha çok genç çalışan nüfusu içermekte olup fiziksel alan puanının yüksek olması yaş ile ilişkili olabilir. Yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alanında yaş arttıkça azalması, yaş azaldıkça da artması beklenen bir sonuçtur (Arpacı ve ark 2015, Işıklı ve ark 2007).

Uskun ve arkadaşlarının Manisa’da bir sanayi sitesinde çalışanlarda yapmış olduğu araştırmada bu çalışmaya benzer sonuçlar bulunmuştur. Fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal, çevresel, KS-çevresel alan puan ortalamaları sırasıyla 15,5; 14,7; 15,3; 13,8; 14,9 olarak bildirilmiştir. Dünder ve arkadaşlarının çıraklık eğitim merkezinde eğitim görenlere yapmış olduğu bir çalışmada fiziksel sağlık alanında 15,3; psikolojik alanda 14,5; sosyal alanda 15,4; çevresel alanda 13,4 ortalama puanlar bulunmuştur. Dünder ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma fiziksel ve sosyal alan puanları açısından bu çalışma ile benzer olup diğer alanlardan aldıkları puanların bu çalışmadan düşük olduğu görülmüştür. Bu durum Dünder ve arkadaşlarının çalışmasında henüz çıraklık eğitimi alan katılımcıların yer almasına ve Sakarya’da yapılan bu çalışmadaki katılımcılara göre daha genç yaşta olmalarına bağlı olabilir. Baydur’un yapmış olduğu çalışmada katılımcıların fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel ve KS-çevresel alan puan ortalamaları sırasıyla 18,3; 16,6; 18,6; 15,1; 15,5 şeklinde bulunmuştur. Baydur’un çalışmasında yaşam kalitesi alan puanları yapılan bu ve diğer birçok çalışmadan oldukça yüksek bulunmuştur. Bu durum katılımcıların kamu iktisadi teşekkülü olan bir şirkette çalışıyor olmasına bağlı, ekonomik ve sosyal olanakların farklı olmasından kaynaklanabilir. Bunun yanı sıra araştırmacının kendisinin de kısıtlılık olarak belirttiği gibi katılımcıların anket formlarını işveren/işveren temsilcisi gözetiminde doldurmalarına da bağlı olabilir. Ancak Sakarya’da KOBİ’lerde yapılan bu çalışmada katılımcılara işveren etkileşimi olmaması açısından esnek bir zaman aralığı tanınmıştır. Kutlu’nun tarım işçilerinin yaşam kalitesiyle ilgili yaptığı bir diğer çalışmada mevsimlik göçebe tarım işçilerinin yaşam kalitesi oldukça kötü bulunmuştur. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve KS-çevresel alanda aldıkları puanlar sırasıyla 13,4; 11,5; 14,0; 10,3 şeklindedir. Aynı zamanda Kutlu’nun sonuçlarına göre hem tarım işçilerinin hem de mevsimlik göçebe tarım işçilerin aylık gelirinin asgari ücretin altında olduğu görülmüştür. Taghavi ve arkadaşlarının İran’da yapmış olduğu bir çalışmada çelik ve kozmetik fabrikalarında çalışan işçilerin yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Buna göre çelik ve kozmetik fabrikalarında çalışan işçilerin yaşam kalitesi alan puanları sırasıyla fiziksel sağlıkta 12,3; 13,4; psikolojik alanda 12,6; 13,8; sosyal alanda 13,7; 14,5; çevresel alanda 11,7; 13,1 olarak bulunmuştur. Taghavi ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcılar

fabrikada işçi olarak çalışmaktadır. Sakarya’da yapılan bu çalışmada ise katılımcılar küçük ölçekli işletmelerde serbest olarak çalışmaktadır. Çalıştıkları alanlar, çalışılan yerin güvenli olma durumu ve sağlık koşulları da birbirinden farklılık göstermektedir. Yaşam kalitesi değerlendirmesindeki farklılıklar bu ve benzeri faktörlere bağlı olabilir. Bununla birlikte Türkiye’de çalışma koşullarının İran’dan daha iyi olduğu da düşünülebilir. Edimansyah ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada Malezya’da otomotiv sanayide çalışan erkek işçiler değerlendirilmiştir. Buna göre aldıkları puan ortalamaları sırasıyla 14,8; 13,7; 14,8; 13,6 şeklinde bulunmuştur. Özellikle psikolojik ve çevresel alanlardaki belirgin düşüklük Malezya’da çalışma ve yaşam koşullarının Türkiye’den daha kötü olduğunu düşündürmektedir. Yu ve arkadaşlarının Çin’de kömür madeninde çalışanlar ile yaptığı bir araştırmada kömür tozu ile çalışanların yaşam kalitesi alan puanları kömür madeninde teknisyen veya bakım elemanı olarak çalışanlardan daha düşük bulunmuştur. Genel olarak buldukları sonuçlar yapılan bu çalışmaya göre oldukça düşüktür. Kömür madenlerinde çalışma koşullarının zorluğu bilinen bir durumdur. Bu açıdan yaşam kalitesi puanları arasında fark beklenebilir. Türkiye’de de kömür işçileri ile ilgili ayrıntılı çalışmalar yapılabilir.

Sakarya’da KOBİ’lerde yapılan bu araştırmada katılımcıların çoğunluğu yaşam kalitesini “ne iyi ne kötü” olarak algıladığını belirtmiştir. Sağlık kalitelerini ise çoğunluk “iyi” olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların ölçek alanlarından aldıkları puanların genel olarak yüksek olmasına rağmen çoğunluğun yaşam kalitesini orta seviyede algılaması, yaşam kalitesi kavramını net bir şekilde algılayamadıklarını düşündürmektedir. Sağlık kalitesinin çoğunluk tarafından iyi olarak algılaması ise aslında beklenen bir durumdur. Güncel mevzuata göre 50 ve üzeri işçi çalıştıran kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanların %4’ünün, özel sektörde çalışanların ise %3’ünün engelli birey olma zorunluluğu mevcuttur (İş Kanunu, T.C. Resmi Gazete, 10 Haziran 2013, Sayı: 25134). Sağlık sorunu olan bireyler zaten çalışma ortamında kendilerine yer bulmakta zorlandığından bir çeşit ön elemeye maruz kalabilmektedir. Çalışan birey, sağlığı iyi olduğu için çalışabilmektedir. Bu nedenle sağlık kalitesinin yaşam kalitesine göre daha iyi algılanması beklenen bir sonuçtur. Ancak yaşam kalitesi algısı ile alan puanları arasındaki farka bakılırsa yaşam kalitesi kavramının

farkındalığını artırıcı çalışmalara gereksinim olduğu düşünülebilir. Yu ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların yaşam kalitesi algısı ve sağlık kalitesi algısı oldukça düşüktür. Yu ve arkadaşlarının çalışmasında, yaşam kalitesini “kötü ve çok kötü” algılayanlar %20,6; “ne iyi ne kötü” algılayanlar %59,0; “iyi ve çok iyi” algılayanlar %20,3 olarak bulunmuştur. Sağlık kalitesi algısı ise katılımcıların %31,5’inde “kötü ve çok kötü”; %30,8’inde “ne iyi ne kötü” ve %37,7’sinde “iyi ve çok iyi” olarak bulunmuştur. Diğer alan puanları da düşük bulunan bu çalışmaya göre kömür işçilerinin, içinde buldukları durumu oldukça net algıladığını söyleyebiliriz. Taghavi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşam kalitesini “kötü ve çok kötü” algılayanlar %19,0; “ne iyi ne kötü” algılayanlar %41,4; “iyi ve çok iyi” algılayanlar %39,6 olarak bulunurken sağlık kalitesini algılama benzer sıralamada %20,0; %28,6; %51,1 şeklinde bulunmuştur. Taghavi’nin çalışmasında alan puanları Sakarya’da yapılan bu çalışmadan düşük olmasına rağmen yaşam kalitesi algısı daha iyidir; sağlık kalitesi algısı ise benzerdir. Bu durum Taghavi’nin çalışmasındaki katılımcıların yaşam kalitesi açısından beklentilerinin düşük olduğunu düşündürmektedir. Baydur’un çalışmasında yaşam kalitesi algı düzeylerinin Sakarya’da yapılan bu çalışmadan iyi olduğu görülmüştür. Baydur’un çalışmasında katılımcıların yaşam kalitesini “kötü-çok kötü” algılayanlar %1,3; “ne iyi ne kötü” algılayanlar %41,3; “iyi-çok iyi” algılayanlar %57,4 olarak bildirilmiştir. Baydur’un çalışmasında sağlık kalitesi algısının iyi olduğu çoğu katılımcı tarafından bildirilmiştir. Sağlık kalitesini “kötü-çok kötü” algılayanlar %3,2; “ne iyi ne kötü” algılayanlar %18,7; “iyi-çok iyi” algılayanlar %78,2 olarak bildirilmiştir. Çalışanların çoğunluğunda algılanan sağlık kalitesi, algılanan yaşam kalitesinden daha iyi olarak bulunmuştur. Çalışabilmek için sağlıklı olmak bir çeşit gerekli ön koşul olduğundan bu sonuç da beklenen bir durumdur. Ancak yaşam kalitesini iyi-çok iyi algılayanların yüzdesi birçok çalışmada azdır. Kişiler genellikle buldukları durumu ortalama bir seviyeye koymaktadır. Kişilerin yaşam kalitesinin değerlendirilerek buna yönelik ihtiyaçlarının belirlenmesi ve sağlanması önemlidir. Yaşam kalitesi bireysel, eğitim, sosyal, çalışma, çevre ve engelli yaşam alanlarında değerlendirilmesi gereken bir konudur. Bunun için de yaşam kalitesi kavramının farkındalığının artırılması ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik planlama ve düzenlemeler yapılması gerekmektedir.

Sakarya’da yapılan bu araştırmada katılımcıların yaşlarıyla yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır. Yaşa bağlı yaşam kalitesinde değişiklikler olması beklenen bir durumdur. Literatürde yaşla yaşam kalitesi arasında ilişki saptayan (Uskun ve ark 2015, Yu et al 2008) ve saptamayan (Aras ve Uskun 2015, Kieliszek et al 2014) alışmalar mevcuttur. Bu çalışmada ise yaş ve yaşam kalitesi arasında anlamlı fark bulunmamasının nedeni katılımcılar arasında genç üretken nüfusun ağırlık oluşturması olabilir.

Bu araştırmada kadınların yaşam kalitesinin fiziksel ve sosyal alanlarından aldıkları puanların erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da psikolojik, çevresel ve KS-evresel alanlarında da düşüklük olduğu görölmüştür. Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde yaşam kalitesinin kadınlarda erkeklere göre daha kötü olduğu görölmektedir (Aras ve Uskun 2015, Dündar ve ark 2006, Kutlu 2011, Uskun ve ark 2015). Çalışma yaşamında kadınlarla erkeklere eşit haklar vermek yerine koşulları göz önüne alınarak pozitif ayrımcılık yapmak daha faydalı olabilir. Böylece kadınların iş hayatında yıpranması azalabilir ve yaşam kaliteleri daha iyi düzeylere getirilebilir. Ayrıca yapılan çalışmalarda kadınlarda genel olarak sosyal, psikolojik ve çevresel yönden yaşam kalitesinin düşük olması içinde buldukları ortamda fiziksel güvenlik, beden imgesi, sosyal destek açısından baskı yaşadıklarını düşünmektedir. Yurtdışında yapılmış çalışmalarda durumun değişken olduğu görölmektedir. Yu ve arkadaşlarının Çin’de yaptığı çalışmada ve Taghavi ve arkadaşlarının İran’da yaptığı çalışmada kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre daha iyi bulunmuştur. Ancak bu çalışmalarda çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri değerlendirildiğinden katılımcı kadınların oranı oldukça düşük kalmaktadır. Maden ve demir-elik gibi ağır iş kollarında çalışan kadınların muhtemelen geri plan işlerde konumlandırılmış olmasının bu sonuçta etkili olabileceği düşünölebilir. Isahak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da KOBİ statüsündeki iş kolları değerlendirilmiştir. Çevresel alanda kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre Sakarya’da yapılan bu çalışmanın aksine daha iyi bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmalara dâhil edilen KOBİ iş kollarının farklılığı olabilir. Bununla beraber Isahak ve arkadaşlarının

çalışma kapsamına aldığı Malezya, Tayland, Vietnam ve Endonezya gibi ülkemize kıyasla iş gücünün ucuz olduğu bilinen ülkelerde alınan bu sonuçları açıklamak güçtür.

Çocuk sahibi olmanın veya evli olmanın yaşam kalitesi algısında belirgin bir farklılık oluşturmadığı bununla birlikte sağlık kalitesi algısında belirgin bozulmalara yol açtığı görülmüştür. Sakarya’da yapılan bu çalışmada evli olmayanların sağlık kalitesi algısında belirgin bir iyilik hali vardır. Bu durum aynı zamanda çocuk sahibi olmayanlarda da benzer şekilde iyi bulunmuştur. Bir başka çalışmada evlilik süresi uzadıkça daha iyi yaşam kalitesi olduğu görülmüştür (Baydur 2001). Sakarya’da yapılan bu çalışmada evlilik süresi sorgulanmadığı için bu konuda karşılaştırma yapılamamıştır. Literatürde evli olmanın sosyal alanda olumlu etkiye sahip olduğunu bildirmiş yayınlar (Taghavi et al 2014) olmakla birlikte, medeni durumun yaşam kalitesinde belirgin farklılığa yol açmadığını (Kutlu 2011, Uskun ve ark 2015) bildiren çalışmalar da mevcuttur. Evlilik ve çocuk sahibi olmanın getirdiği sorumluluklara bağlı olarak katılımcıların sağlık kalitesi algılarında farklılık saptanmış olması muhtemeldir.

Eğitim seviyesine göre yapılan değerlendirmede yaşam kalitesi puanlarının ortaokul seviyesindeki katılımcılarda en kötü olduğu dikkati çekmiştir. Üniversite ve üzerinde eğitim seviyesindeki katılımcılarda ise yaşam kalitesi puanlarında en iyi değerler görülmüştür. Eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin arttığını gösteren başka çalışmalar da çalışmalar mevcuttur (Isahak et al, Kutlu 2001, Perim 2007). Sakarya’da yapılan bu çalışmada katılımcılarda eğitim düzeyi arttıkça evli veya çocuğu olanların sayısı azalmaktadır. Buna bağlı azalan sorumluluklar ile birlikte yaşam kalitesinin artması beklenen bir durumdur. Ayrıca üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde eğitime bağlı kazanımlar ile birlikte daha iyi yaşam kalitesine sahip olunması muhtemeldir. Ancak bu çalışmada ilkokul ve altındaki eğitim seviyesinde katılımcılarda beklenmeyen şekilde yaşam kalitesinin ortaokul seviyesindekilerden iyi bulunması bu grupta beklentilerin düşük olmasına bağlı olabilir. Literatürde buna benzer durum yoktur, genelde eğitim arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Bu sonuç, Sakarya merkez ilçesinde yer alan işletmelerde çalışanlara özgü olabilir.

Kendine ait evde oturanların sağlık kalitesi algısı ve yaşam kalitesi puanları diğerlerinden belirgin olarak daha iyi bulunmuştur. Kişinin kendi evinde oturması, yaşadığı ortamı güzelleştirme imkânı sağlayarak özgüven ve özsaygıyı arttırdığı için yaşam kalitesi puanlarının artmasına katkı sağlamış olabilir. Baydur, çalışmasında oturlan evin mülkiyeti ile yaşam kalitesi alan puanları arasında anlamlı ilişki bulmamıştır, ancak evin oda sayısı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir. Yaşam kalitesi ile ikamet özelliklerini inceleyecek daha detaylı çalışmalar planlanabilir.

Bu çalışmada kronik hastalığı olmayan katılımcılarda fiziksel sağlık alan puanı beklenen şekilde daha yüksek ve sağlık kalitesi algı düzeyi daha iyi bulunmuştur. Bu durum ile benzer sonuçlar bildiren çalışmalar literatürde mevcuttur (Baydur 2001, Işıklı ve ark 2007, Kutlu 2011). Bununla beraber sağlıklı bireylerde fiziksel sağlık alan puanının yüksek olması da beklenen bir durum olup yine başka çalışmalarda da benzer sonuçları görmek mümkündür (Aras ve Uskun 2015, Dündar ve ark 2006). Ancak kronik hastalık varlığında algılanan yaşam kalitesinde anlamlı bir düşüş olmaması aslında kişilerin içinde buldukları sağlık durumunun bilincinde olmadıklarını ve/veya umursamadıklarını düşündürmektedir. Bu çalışmada kişi beyanına göre yapılan değerlendirmede katılımcıların bildirdiği kronik rahatsızlıkların ekseriyetle gündelik aktivitelerini fazla kısıtlamadığı görülmüş olup bu nedenle fazla önemsenmediği düşünülmüştür. İş yeri sağlık gözetimi konusunda İSG alanında yapılan yasal düzenlemelerin uygulanması çok önemlidir. Kişiler gündelik aktivitelerini uzun vadede kısıtlayacak veya engelleyecek rahatsızlıkları önemsememektedir. Bu nedenle iş yeri hekimleri, durumu erken tespit edip birincil ve/veya ikincil koruma gerektiren durumlara erken müdahale etmelidir. Her ne kadar bu çalışmada hastalık şiddetine ait spesifik bir sınıflama yapılmamış olsa da “çalışanlarda hastalık bilinci” ve “çalışanların hastalık bazında yaşam kalitesi” açısından da ileri çalışmalar planlanabilir.

Çalışılan iş yerinin ait olduğu tehlike sınıfına göre çok tehlikeli sınıfta çalışanların yaşam kalitesi diğerlerine göre daha kötü bulunmuştur. Çok tehlikeli sınıfta yer alan

iş yerlerinde fiziksel şartlar oldukça zor, güvenlik az, ortam kirliliği olasılığı daha fazladır. Çevresel alan puanında çok tehlikeli sınıfta belirgin düşüş olması buna bağlı olabilir. Ayrıca katılımcıların yaşam kalitesi algısının ve sağlık kalitesi algısının da çok tehlikeli sınıfta yer alanlarda daha kötü olduğu görülmüştür. Bu durum çok tehlikeli sınıfta katılımcıların farkındalık düzeyinin yeterli olduğunu düşündürmektedir.

İş yerine ulaşımı sağlamak için servis kullananlarda yaşam kalitesi algısının ve aynı zamanda psikolojik ve çevresel alanlarda yaşam kalitesi puanlarının arttığı görülmüştür. Bu sonuçlar servis kullanımının kişilerde fiziksel açıdan güvenlik duygusu oluşturduğunu düşündürmektedir. Ancak servis kullananlarda sağlık kalitesi algısı daha düşük bulunmuştur. Bu durum gelir düzeyi düşük olan çalışanların servisi daha fazla tercih etmesine bağlı olabilir. Kendi aracını kullanarak işe gidenlerde fiziksel, psikolojik ve çevresel alanda yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür. İşe ulaşımı sağlamak için iş yerinin servisinin olması ve/veya bireysel taşıt kullanımı katılımcıların yaşam kaliteleri açısından olumlu bulunmuştur. Baydur'un çalışmasında kendi aracı olanların psikolojik ve sosyal alanda daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Kendi aracını kullanarak işe ulaşımı sağlamak daha avantajlı gözükmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesinin iyi olması beklenen bir durumdur. Bununla birlikte servis kullananlarda da yaşam kalitesinin iyi olması, iş yeri servislerinin çalışanlar üzerinde olumlu etki yarattığını göstermektedir. Çalışanların bireysel taşıt sahibi olması ağırlıklı gelir düzeyi ve tercihlere bağlıdır. Ancak KOBİ'lerde iş yeri servisi teminini teşvik etmek yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki yapabilecek bir müdahale olarak değerlendirilebilir.

Yaşam kalitesi ekonomik durum ile birebir ilişkilidir. Ekonomik durumu kötü olanlarda yaşam kalitesinin de kötü olduğu bilinmektedir (Altıparmak ve Eser 2007, Perim 2007). Literatürde yer alan birçok çalışmada, Sakarya'da yapılan bu çalışmaya benzer şekilde, düşük gelir düzeyinde yaşam kalitesinin daha kötü olduğu ve yüksek gelir düzeyinde ise daha iyi olduğu bildirilmiştir (Aras ve Uskun 2015, Baydur 2001, Uskun ve ark 2015, Yu et al 2008). Çoğu katılımcının aylık gelirinin "1700 TL ve altında" olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılanların çok azının yoksulluk sınırının

üzerinde gelire sahip olduğu görülmüş olup birçok katılımcının bakmakla yükümlü olduğu bireylerle birlikte açlık sınırı civarında geliri mevcuttur. Gelir durumu göz önüne alındığında yaşam kalitesinin iyi olmaması beklenen bir sonuçtur. Bu nedenle yaşam kalitesinin daha iyi olması için kişilerin ekonomik durumunu düzeltecek planlamalar yapılması sağlanmalıdır.

İş yerindeki sağlık riskleriyle ilgili eğitim alanların fiziksel, psikolojik ve sosyal alanda yaşam kaliteleri ve sağlık kalitesi algısı daha iyi bulunmuştur. Bu tür eğitimlerin kişilerin iş yerinde daha dikkatli davranmalarını ve daha duyarlı olmalarını sağladığı, iş arkadaşlarıyla ilişkilerini geliştirmede faydalı olduğunu düşündürmektedir. Son yıllarda İSG alanında yapılan yasal düzenlemeler ile birlikte İSG eğitimlerinin zorunlu hale gelmesi, bu çalışmadaki bulgulardan da anlaşılabilir. Taghavi'nin çalışmasında mesleki eğitim alanlarda psikolojik alanda belirgin şekilde yaşam kalitesi daha iyi bulunmuştur. Eğitimlerin kişilerde özgüven ve inanç açısından olumlu etki yarattığı düşünülebilir. Baydur'un çalışmasında katılımcıların mesleki örgün eğitim ve hizmet içi eğitim alıp almadıkları sorgulanmıştır. Hizmet içi eğitim alanların fiziksel ve psikolojik alanda yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu görülmüştür. Mesleki örgün eğitim alanların sosyal alanda belirgin şekilde yaşam kalitesi daha iyidir. Buna göre Baydur'un çalışmasında meslek okullarından mezun olanların çalışma hayatına daha uyumlu olduğu görülmüştür. İş hijyeni açısından mesleki örgün eğitim aldıktan sonra ilgili iş kolunda çalışmak daha olumlu sonuçlar doğuracaktır. Bu çalışmada mesleki örgün eğitim alma durumu sorgulanmamıştır. Ancak bu durumun yapılacak başka çalışmalarda sorgulanması faydalı olabilir.

Çalışma hayatında iş kazalarının önemli bir yeri mevcuttur. İş kazalarının kişilerin güvensiz ve dikkatsiz hareketlerinden ötürü meydana geldiği bilinmektedir (Bilir ve Yıldız 2013b). İş kazası geçirenlerin fiziksel, psikolojik, çevresel alanlarda yaşam kaliteleri beklendiği gibi daha kötü bulunmuştur. Benzer şekilde Taghavi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da iş kazası geçirenlerin fiziksel ve çevresel yaşam kalitesi daha kötü bulunmuştur. Fiziksel güvenlik ve emniyetin sağlanamadığı, fiziksel çevrenin kirli olduğu ortamların iş kazalarına yakınlık oluşturduğu

bilinmektedir (Bilir ve Yıldız 2013b). Bu nedenle çalışma ortamının düzenlenmesi, gerekli tedbirlerin alınması iş kazalarının önlenmesi açısından elzemdir.

İşe başlama yaşı yaşam kalitesini birçok alanda etkilemektedir. Bu çalışmada erken yaşta işe başlayanlarda olumsuz duygular, benlik kaygısı ve ilişki sorunlarının daha fazla olduğu görülmektedir. Erken yaşta iş hayatına başlamanın eğitim hayatında da olumsuz etkilere neden olduğu görülmüştür. Bu nedenle küçük yaşlarda çalışmak zorunda olanlara gereken destek verilmeli, eğitimlerinde devamlılık sağlanmalıdır. Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması ve işe başlama yaşları açısından bakılırsa birçoğunun İSG alanında yapılan son düzenlemelerden önce işe başladığı görülmektedir. Yapılan yasal düzenlemelerin uygulanması/denetlenmesi ile birlikte ilerleyen yıllarda yapılacak olan çalışmalarda daha olumlu sonuçların alınacağı öngörülebilir.

Bu çalışmada haftalık ortalama çalışma süresi çoğunlukla 45 saat ve üzerinde bulunmuştur. Ancak çalışma süresi için aylık sürecin tamamı göz önüne alınarak bakılması daha güvenilir bilgi sağlayabilir. Haftalık çalışma süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte 45 saat ve üzerinde çalışanların sağlık kalitesi algısının daha iyi olduğu bulunmuştur. Ayrıca ek işte çalışanların fiziksel sağlık alanında yaşam kalitesinin daha iyi olduğu görülmüştür. Bu çalışma ile benzer şekilde Isahak ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da çalışma süresi arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Isahak ve arkadaşları bunun sebebinin işsizlikle ilgili olabileceğini, işsiz kalma stresi yerine bir işte çalışmaya başladığında ve o iş daimi bir iş olduğunda kişilerin daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmadaki katılımcıların çalıştığı KOBİ'lerde bilindiği üzere sürekli iş garantisi yoktur. Ancak yine de uzun çalışma süreleri ile birlikte sağlık kalitesi algısının arttığı görülmüştür. Bu durumun neden sonuç ilişkisi üzerinde değerlendirilmesi daha uygun olacaktır. Sonucun, aslında bu kişilerin çalışabilmelerini sağlıklı olmalarına, yani nedene bağlı olduğunu düşündürmektedir. Sağlıklı olmak ile çalışabilmek arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Bununla birlikte literatürde çalışma süresi uzadıkça yaşam kalitesinin belirgin şekilde kötüleştiği çalışmalar da mevcuttur (Taghavi et al 2014, Yu et al 2008).

6. SONUÇ

Bu çalışmada katılımcıların yaşam kalitesi ölçek puanları benzer birçok çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. Sakarya ili, TÜİK'in yaptığı sosyal yaşam endeksi değerlendirmesine göre oldukça iyi konumdadır. Çalışmanın sonuçları, bu durumla uyumlu bulunmuştur. Bununla birlikte çevre alanından aldıkları puanların diğer çalışmalar ile benzer şekilde görece düşük olması, çalışmanın yapıldığı yere ve zamana göre ekonomik, sağlık, ulaşım, güvenlik gibi birçok faktörün etkileşiminin sonucu olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların yaşam kalitesi puanları genel olarak yüksek olmasına rağmen yaşam kalitesi algılarının bu durumu tam olarak desteklememesi, yaşam kalitesi kavramının çalışanların zihinlerinde net olarak oluşmadığını düşündürmüştür. Yaşam kalitesi ile ilgili farkındalığı artırmak amacıyla kamu veya özel kuruluşlarca etkinlikler planlanabilir. İlçelerde, toplum sağlığı merkezlerinde yaşam kalitesi kavramı ile ilgili insanlara bilgi aktarılması sağlanabilir.

Evlilik ve çocuk sahibi olma gibi sorumluluk gerektiren durumların çalışanların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Çalışanlara bu tür sorumlulukları için sosyal ve maddi destek sağlanması, yasal dinlenme ve çalışma sürelerinin gözetilerek haklarının savunulması olumlu katkılar sağlayabilir. İşverenler tarafından çalışanlarına tiyatro, konser vb etkinliklere aileleri ile birlikte katılabilmeleri için aylık kupon verilebilir. İşverenlerin de bu imkânları sağlayabilmeleri için teşvik almaları sağlanabilir.

KOBİ'lerdeki risklerle ilgili eğitim alan kişilerde sağlık kalitesi algısının arttığı görülmüştür. Bu eğitimlerin kişilerde sağlık bilincini geliştirdiğini ve iş yerinde dikkatini artırdığı kanısına varılmıştır. İSG ile ilgili son yasal düzenlemeler ile birlikte zorunlu kılınan bu eğitimlerin her iş türü için sürekliliğini sağlamanın yanı

sıra verilen eğitimlerin sık sık denetlenmesi faydalı olacaktır. Eğitimler sırasında ortam riski ölçümlerinin çalışanlarla paylaşılıp, çalışanların katkılarının da göz önüne alınacağı imkânlar sağlanmalıdır.

Bu çalışmada gelir düzeyi düşük veya ekonomik olarak “geliri giderinden az” olanların yaşam kalitesinin beklenen şekilde daha kötü olduğu görülmüştür. Gelişen ekonomik veriler ile orantılı şekilde çalışanların emeğinin karşılığı olan ücretlerinin artışları ile durum olumlu yönde geliştirilmelidir. Bu çalışmada katılımcıların %58,7’sinin asgari ücret için yaklaşık brüt değer olarak kabul edilen “1700 TL veya altı” gelir düzeyine sahip olduğu görülmüş olup asgari ücrette artış sağlanması ve/veya kesintilerin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Gelir adaletsizliğini ortadan kaldıracak vergi politikalarıyla çalışanların gelir düzeyinin artırılması sağlanmalıdır. KOBİ’lerde sigortasız çalışanları saptamaya ve sigortasız işçi çalıştırmanın önlenmesine yönelik denetimlerin sıkı bir şekilde yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte KOBİ’lerde kârlılığın sürekliliği için sigortalı işçi çalıştırmaya yönelik işverene verilen maddi desteğin artırılması faydalı olabilir. Aşırı çabaya karşın yetersiz ödül almak kişide stresi artırır, bunun sonucunda yaşam kalitesi olumsuz etkilenir.

Erken yaşta iş hayatına başlamanın birçok alanda kişinin aleyhine sonuçları olduğu görülmüştür. İSG ile ilgili yakın geçmişte yapılmış, çocuk işçileri de ilgilendiren yasal düzenlemelerin sıkı bir şekilde denetlenmesi ve uygulanması ileriki yıllarda bu konuda daha olumlu sonuçları beraberinde getirecektir. Çalışma hayatı kişinin eğitimini etkilememelidir. Maddi ve sosyal sebeplerden erken yaşta çalışmak zorunda kalanlara gereken desteğin sağlanması bu tür durumları düzeltebilir.

KOBİ’lerde çalışma sürelerinin fazla olduğu görülmektedir. Bu çalışmada süreler hafta bazında değerlendirilmiştir. Yasal olarak belirlenen çalışma ve dinlenme sürelerine uyum, çalışanların haklarının korunması için sıkı denetimlerle sağlanmalıdır. Bununla birlikte sağlık kalitesi algısı katılımcıların çoğunluğu tarafından iyi olarak bildirilmiş ve çalışma süreleri arttıkça da arttığı dikkati çekmiştir. Bu durumun, katılımcıların çalışabilmek için sağlıklı bir yapıya sahip

olmasına bağlı olduğu düşünölmüştür. Çalışabilmek için sağlıklı olmak gerekmektedir.

Sonuç olarak bu çalışmada, KOBİ'lerde çalışanların yaşam kalitesini etkileyen etmenler arasında ücret, çalışma süresi, aileye zaman ayıramama gibi sorunları içeren psikososyal risk faktörleri ön planda yer almaktadır. Çalışma ortamlarında fiziksel, biyolojik, kimyasal, ergonomik ve psikososyal risk etmenleri yer almaktadır. Psikososyal risk faktörleri her iş kolunda görölmesine rağmen oldukça ihmal edilen bir konudur. İş yerlerinde bu çalışmada da göröldüğü gibi pek çok psikososyal risk faktörleri vardır ve kişi bunlarla baş edemediğı zaman kronik stresle karşı karşıya kalır. Kronik stres zaman içinde kişide fiziksel ve/veya mental rahatsızlıklara ve davranışsal sorunlara sebep olabilir. Bu durum da yaşam kalitesiyle doğrudan ilişkili olup kişinin yaşam kalitesini ve yaşam kalitesi algısını bozabilir. Bu nedenle kronik stresle, örgütsel ve kişisel olarak mücadele etmek gerekir.

Örgütsel mücadele açısından İSG alanında ölkemizde çok güçlü yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemeler çalışanlar için büyük bir kazanımdır. Ancak yasal düzenlemelerin uygulanması yönünde sıkıntılar mevcuttur. KOBİ'lerin denetlenmesi için esnaf odalarından destek alınabilir. Yapılan yasal düzenlemelere göre iş yerlerindeki ortam ve sağlık gözetimlerinin işveren tarafından yaptırılması gerekmektedir. Ancak bu gözetimleri yapacak kişi, kurum veya kuruluşlara işveren tarafından ödeme yapılması taraflı sonuçlara sebebiyet verebilir. İşverenin gölgesi altında çalışan iş güvenliğı uzmanları ve iş yeri hekimleri birincil ve/veya ikincil korumaları atlayabilir. Bu tür hizmetlerin işverenden bağımsız olarak sunulması şarttır.

Stresle kişisel mücadele için İSG eğitimleri sırasında kişilere stresle baş etme yöntemleriyle ilgili eğitimler ve pratik öneriler sunulabilir.

Bilindiğı gibi sağlık, yalnızca insanların hasta ya da engelli olmama hali değil aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlıklı insan hem işveren hem kendisi hem de ülkesi için verimli insandır.

KAYNAKLAR

- Aksakoğlu G. (2013). Sağlıkta araştırma ve özümleme. Meta basım. İzmir.
- Altıparmak S. Eser E. (2007). 15-49 yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi. Aile ve Toplum Eğitimi, Kültür ve Araştırma Dergisi, 3(11):29-33. ISSN: 1303-0256.
- Alper Y. (2005). İş sağlığı ve güvenliği politikası ve güvenlik kültüründe sosyal diyalogun rolü. İSG dergisi, 5(25):16-17. ISSN: 1300-2341.
- Aras D. Uskun E. (2015). Hemşirelerin alışma ortamı riskleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Tıp Araştırmaları Dergisi. 13(2):62-69.
- Arpacı F. Tokyürek ř. Bilgili N. (2015). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1:1-11.
- Avcı K. Pala K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde alışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 30(2):81-85.
- Aydemir , Köroğlu E. (Eds) (2006). Psikiyatride kullanılan lekler. Sf: 346-353.
- Aydın F (Ed). (2014). Avrupa Birliği'nde iş sağlığı ve güvenliği. ÇSGB, Ankara. ISBN: 978-605-4971-00-8.
- Baydur H. (2001). Soma Elektrik retim ve Ticaret Anonim şirketi Tesislerinde alışan İşçilerde Bazı Sosyodemografik Faktörlerle Yaşam Kalitesinin

İlişkisi. Celal Bayar Ünv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD.
Yüksek lisans tezi. Manisa. Erhan Eser (Doç.Dr.).

Bilir N. (2016). İş sağlığı ve güvenliği profili, Türkiye. Uluslararası Çalışma Örgütü,
ILO Türkiye Ofisi, Ankara. ISBN: 9789228310627; 9789228310634 8web
pdf).

Bilir N, Yıldız AN. (2013a). İş sağlığı ve güvenliği. Hacettepe Üniversitesi yayınları.
Sf: 1-110.

Bilir N, Yıldız AN. (2013b). İş sağlığı ve güvenliği. Hacettepe Üniversitesi yayınları.
Sf: 350-369.

ÇSGB, İSGB. (2011). Meslek hastalıkları rehberi. Matsa Basımevi, Ankara. ISBN:
978-975-455-169-3.

Dündar P.E. Bilge B. Baydur H. Pala T. Eser E. Ergör A. Oral A. Şerifhan M.
(2006). Manisa’da çıraklık eğitim merkezinde eğitim gören gençlerin yaşam
kalitesini etkileyen faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni, 25(1):24-29.

Edimansyah B.A. Rusli B.N. Naing L. Mohamed Rusli B.A. Winn T. (2007).
Relationship of psychosocial work factors and health-related quality of life in
male automotive assembly workers in Malaysia. Industrial Health, 45:437-
448.

Eser E. (2004). Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı: Bir giriş denemesi. 1.Sağlıkta
Yaşam Kalitesi Sempozyumu kitabı.

Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. (1999a). WHOQOL-100 ve
WHOQOL-BREF’in psikometrik özellikleri. 3P dergisi, 7.

Eser E, Eser SY, Fidaner C, Elbi H, Fidaner H. (1999b). Türkler için sağlık ve sosyal bilim araştırmalarında kullanılan likert tipi yanıt ölçekleri: WHOQOL Türkçe versiyonu yanıt skalaları. 3P dergisi, 7.

Fidaner C. (2004). Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı: Bir giriş denemesi. 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu kitabı.

Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E. (1999). WHOQOL Türkçe versiyonu çalışması odak grup görüşmeleri ve ulusal sorunların değerlendirilmesi. 3P dergisi, 7.

Güler Ç, Akın L. (Eds) (2012a). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 2. Cilt. Sf: 1070-1105.

Güler Ç, Akın L. (Eds) (2012b). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 3. Cilt. Sf: 1896-1909.

Isahak M. Loh M.Y. Susilowati I.H. Kaewboonchoo O. Harncharoen K. Amin N.M. Toai N.P. Low W.Y. Ratanasiripong P. (2017). The association of workplace exposures on quality of life in small and medium enterprises workers: a cross-sectional study in four Asean countries. Asia Pacific Journal of Public Health. DOI:10.1177/1010539517699060.

Işıklı B. Kalyoncu C. Arslantaş D. (2007). Eskişehir Mahmudiye’de 35 yaş ve üzeri kişilerde yaşam kalitesi. Toplum Hekimliği Bülteni, 26(3).

Kahraman MD. (2014). İnsan ihtiyaçları ve mekânsal elverişlilik kavramları perspektifinde yaşamlılık olgusu ve mekânsal kalite. Planlama dergisi, 24(2):78-84.

Kieliszek D.Z. Kulik T.B. Stefanowicz A. (2014). Influence of sociodemographic factors on quality of life in women living in Lublin province in Poland. Prz Menopauzalny 2014; 18(1): 13-17. DOI: 10.5114/pm.2014.41079.

Kutlu S. (2001). Erişkin Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Harran Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD. Yüksek lisans tezi. Şanlıurfa. İbrahim Koruk (Yard.Doç.Dr).

OECD. (2016). "Turkey: Small Business Act country profile", in *SME Policy Index: Western Balkans and Turkey 2016: Assessing the Implementation of the Small Business Act for Europe*. OECD Publishing. Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264254473-24-en>. Erişim tarihi: 18.08.2017.

OECD. (2017). "SME trends in a globalised economy", in *Small, Medium, Strong. Trends in SME Performance and Business Conditions*. OECD Publishing. Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264275683-4-en>. Erişim tarihi: 18.08.2017.

Öner C. (2014). Sağlığın sosyal belirleyicileri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 5(3):15-18.

Pekşen Y, Canbaz S. (2005). İş sağlığı ve güvenliği politikası ve güvenlik kültüründe sosyal diyalogun rolü. İSG dergisi, 5(25):12-15. ISSN: 1300-2341.

Perim A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi. Trakya Üniv. Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD. Yüksek lisans tezi. Tıp Fakültesi Edirne. Muzaffer Eskiocak (Doç. Dr.).

Taghavi S.M. Mokarami H. Nazifi M. Choobineh A. Marioryad H. Kujerdi M.F. (2014). The influence of sociodemographic, health and work-related factors on health-related quality of life among Iranian industrial workers. *Health*, 6:2250-2260.

TC Resmi Gazete, Çocuk Ve Genç İşçilerin Çalıştırılma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 06/04/2004, Sayı: 25425.

TC Resmi Gazete, 4857 numaralı İş Kanunu, 10/06/2013, Sayı: 25134.

TC Resmi Gazete, 6331 numaralı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 30/06/2012, Sayı: 28339.

TÜİK Haber Bülteni, İllerde Yaşam Endeksi 2015. 22 Ocak 2016, Sayı:24561.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24561>. Erişim tarihi:
30.10.2017.

TÜİK Haber Bülteni, Küçük ve Orta Büyüklükteki Girişim İstatistikleri 2016.
25Kasım 2016, Sayı:21540.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21540>. Erişim tarihi:
18.08.2017.

Türkoğlu M. (2002). Küçük ve orta büyüklükteki işletmelerin bölgesel kalkınmaya etkileri ve bölgesel kalkınmadaki KOBİ temelli stratejiler. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları. 7(1):277-300.

Uskun E. Öztürk M. Kişioğlu A.N. Sönmez Y. (2015). Bir sanayi sitesinde küçük ölçekli işyerlerindeki risk faktörleri ve yaşam kalitesi ilişkisi. Turk J Public Health, 13(2): 97-114.

WHO. (1996). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, field trial version. WHO, Geneva.

Yıldırım A. Hacıhasanoğlu R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. Journal of Psychiatric Nursing. 2(2):61-68.

Yu H.M. Ren X.W. Chen Q. Zhao J.Y. Zhu T.J. Guo Z.X. (2008). Quality of life of coal dust workers without pneumoconiosis in mainland China. J Occup Health, 50:505-511.

EKLER

EK 1. ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİNİ

EK 2. ETİK KURUL ONAYI

EK 3. ANKET FORMU

EK 4. ÖZGEÇMİŞ

EK 1. ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİNİ

WHOQOL Türkiye Merkezi

İletişim:
Prof. Dr. Erhan Eser
e.eser@bayar.edu.tr

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak.
Halk Sağlığı AD. 45020 Manisa
Tel: +90 236 231 83 73
Faks: +90 236 232 00 58



WHOQOL Center, Türkiye

Contact:
Prof. Dr. Erhan Eser
e.eser@bayar.edu.tr

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak.
Halk Sağlığı AD. 45020 Manisa /Türkiye
Phone: +90 236 231 83 73
Fax: +90 236 232 00 58

Tarih: 08 Şubat 2011
Belge No: 2011/01

WHOQOL-Bref .TR

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Sürümü Kullanım İzin Belgesi

Sayın Nida Sarı Erdoğan

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Sürümü'nün hakkı Dünya Sağlık Örgütü WHOQOL Türkiye merkezi tarafından korunmaktadır. WHOQOL Kullanım sözleşmesi gerekleri uyarınca bu ölçeği ticari amaçlar dışında merkezimize gönderilmiş olan çalışmanızda kullanımınız uygun bulunmuştur.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

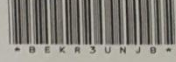
Prof. Dr. Erhan Eser
WHOQOL Türkiye Merkezi

EK 2. ETİK KURUL ONAYI

11/05/2017-E.7113



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 71522473/050.01.04/109
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 11.04.2017 tarihli 93 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Sakarya İli Merkez İlçede Yer Alan İşletmelerde Çalışan İşçilerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
11.05.2017

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BEKR3UNJB>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu - Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3. ANKET FORMU

SAKARYA İLİ MERKEZ İLÇEDE YER ALAN İŞLETMELERDE ÇALIŞAN İŞÇİLERİN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İşçi sağlığı üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Küçük ölçekli işyerlerinde çalışanların sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek durumları saptamak ve buna yönelik önlemler planlamak gerekir. Bu nedenle sizi Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD tarafından yürütülecek olan “Sakarya İli Merkez İlçede Yer Alan İşletmelerde Çalışan İşçilerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır.

Araştırma kapsamında toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup 3. Şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

1. Yapılan iş türü nedir? _____
2. Cinsiyetiniz nedir? * Erkek * Kadın
3. Doğum tarihiniz nedir? ____/____/____
4. Boy: _____ cm Kilo: _____ kg
5. Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? (En son hangi okuldan mezun oldunuz)
 - Hiç eğitim almadım
 - İlkokul
 - Ortaokul
 - Lise
 - Üniversite ve üzeri
 - Yüksek lisans/ doktora
6. Medeni durumunuz nedir?
 - Hiç evlenmemiş
 - Evli
 - Evli gibi yaşıyor
 - Ayrı yaşıyor
 - Boşanmış
 - Eşi ölmüş
7. Çocuğunuz var mı?
 - Hayır
 - Evet ise kaç çocuğunuz var, belirtiniz _____
8. Nerede yaşıyorsunuz?
 - İl merkezi
 - İlçe merkezi
 - Köy/ Kasaba

9. Yaşadığınız yer kime ait?
- Kendime ait
 - Aileme ait
 - Kiracıyım
 - Lojman
 - Misafirhane
 - Diğer _____
10. İşe ulaşımınızı nasıl sağlıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Kendi arabam ile
 - İş yerinin servisi ile
 - Toplu taşıma ile
 - Yürüyerek
 - Diğer _____
11. Aylık geliriniz ortalama ne kadardır?
- 1700 TL ve altı
 - 1701 TL – 4800 TL arası
 - 4801 TL ve üzeri
12. Size göre ekonomik durumunuz nasıl?
- Gelirim giderimden fazla
 - Gelirimle giderim eşit
 - Gelirim giderimden az
13. Şu anda herhangi bir hastalığınız var mı?
- Hayır
 - Evet ise belirtiniz _____
14. Şimdiye kadar 6 ay veya daha uzun süre günde en az 1 tane olmak üzere sigara içtiniz mi?
- Evet, halen kullanıyorum → günde kaç tane ____, kaç yıldır ____ kullanıyorsunuz.
 - Evet, artık kullanmıyorum → günde kaç tane ____, kaç yıldır ____ kullandınız.
 - Hayır, hiç kullanmadım.
15. Şimdiye kadar 6 ay veya daha uzun süre belirli aralıklarla alkol kullandınız mı?
- Evet, halen kullanıyorum → günde kaç tane ____, kaç yıldır ____ kullanıyorsunuz.
 - Evet, artık kullanmıyorum → günde kaç tane ____, kaç yıldır ____ kullandınız.
 - Hayır, hiç kullanmadım.
16. Şu an yaptığınız iş dışında ekonomik değeri olan başka uğraşlarınız var mı?
- Evet
 - Hayır
17. Şimdiye kadar herhangi bir iş kazası geçirdiniz mi?
- Evet
 - Hayır
18. Çalıştığınız işteki sağlık riskleriyle ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?
- Evet
 - Hayır
19. Haftalık çalışma süreniz ortalama kaç saattir? _____
20. Bulduğunuz iş yerinde kaç ay önce çalışmaya başladınız? _____ ay
21. İş hayatında çalışmaya kaç yaşında başladınız? _____

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Cevaplarken yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?					

	Hiç hoşnut	Çok az hoşnu	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?					
Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?					
Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?					
Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?					
Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?					
Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?					
Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?					

	Hiç	Çok	Orta	Çokça	Tamamen
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?					
Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?					
Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?					
Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?					
Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?					

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?					

	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?					
Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?					
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?					
Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?					
Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					

	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?					

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?					

Anketimiz bitmiştir, YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.

EK 4. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: NİDA ERDOĞAN

Doğum yeri ve tarihi: TARSUS, 24/09/1986

Uyruğu: TC

Medeni durumu: EVLİ

İletişim adresi ve telefonu : drnidasari@gmail.com, 05556344353

Yabancı dili: İNGİLİZCE

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

- | | |
|-----------|--|
| 2015- | SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI AD. |
| 2013-2014 | MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. HALK SAĞLIĞI AD. |
| 2012-2013 | MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. ACİL TIP AD. |
| 2004-2010 | MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ (İNGİLİZCE TIP) |
| 1997-2004 | TARSUS A.KERİM BENĞİ ANADOLU LİSESİ |
| 1992-1997 | TARSUS ATATÜRK İLKÖĞRETİM OKULU |

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

DOKTOR

IV- Mesleki Deneyimi

2011-2012 VİRANŞEHİR ASM-TSM, ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

EPİDEMİYOLOJİ, İŞ SAĞLIĞI, YAŞLI SAĞLIĞI, BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR

Yayınları:

Güzel D, Ekerbiçer H, Akdemir R, Demirbaş M, İnci B, Bedir N, **Sarı N**, Karatepe T. Kırsal bir bölgede erişkinlerde obezite ölçütlerinin durumu ve birbirleriyle ilişkisi-Taraklı örneği, 18.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Poster Bildiri-30, 2015:318-319.

Şerik B, Ekerbiçer H, İnci B, Demirbaş M, **Sarı N**, Bedir N, Karatepe T. Sakarya’da aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin tükenmişlik düzeyleri ve ilişkili faktörler, 18.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Poster Bildiri-440, 2015:1125-1126.

Güzel D, Ekerbiçer H, Akdemir R, Bedir N, Demirbaş M, İnci B, **Sarı N**, Karatepe T. Sakarya ili Taraklı ilçesine bağlı köylerde bazı kronik hastalık hızlarının belirlenmesi, 18.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Poster Bildiri-106, 2015:466-467.

Şerik B, **Erdoğan N**, Ekerbiçer H.Ç, Demirbaş M, İnci B.M, Bedir N, Karatepe T.U, Erkorkmaz Ü. Sakarya’da Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler, Sakarya Med J. 2016; 6(2): 76-82.